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

NATIONAL RESEARCH CONFERENCE
1st - SIHE - NRC

سپین غر د طبي علومو علمي څېړنیز ژورنال

د سپین غر پوهنتون ملي علمي - څېړنیزه مجله

په دې ځانګړې ګڼه کې...

- د ننګرهار پوهنتون په تدریسي روغتون کې د عمر، جنس او موسم له مخې د منځني غوږ د حاد التهاب د پېښو څېړنه
- د تودوخې په بېلابېلو درجو کې د سیروم یوریا، دویني یوریا نایتروجن او کریټینین اندازه باندې د وخت اغېزې
- بررسی نشانه های اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن در ولایت جوزجان در سال ۱۴۰۳ خورشیدی
- په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب، غابښونو ژړېدلو او چینجنېدلو پېښې: لاملونه او د مخنیوي لارې چارې
- د هیپټایټیس بي په مخنیوي او کنټرول کې د واکسین اغېزې
- د ماشومانو د خوارځواکۍ په مخنیوي کې د مور شیدو رول

۱۴۰۴ ل.ل کال | ځانګړې ګڼه

سپین غر د طبي علومو علمي څېړنیز ژورنال
د سپین غر پوهنتون ملي علمي - څېړنیزه مجله
۱۴۰۴ ل.ل کال | ځانګړې ګڼه

Spinghar Journal *of* Medical Sciences

Year: 2026 | Special Issue

National Research Journal of Spinghar University-Nangarhar

In This Special Issue...

- Distribution of Acute Otitis Media Cases According to Age, Gender and Season at Nangarhar University Teaching Hospital
- The Effect of Time on Serum Urea, Blood Urea Nitrogen and Creatinine Levels at Different Temperatures
- A Study of the Symptoms of Mental Disorders and its Related Factors in Jawzjan Province in 1403
- Gingivitis, Tooth Erosion and Incidence of Dental Caries in Pregnant Women: Factors and Preventive Measures
- The Effects of Vaccine in the Prevention and Control of Hepatitis B
- The Role of Breastfeeding in the Prevention of Childhood Malnutrition

www.spingharuniversity.edu.af
+93785030915 / +93778330015
journals@spingharuniversity.edu.af
info@spingharuniversity.edu.af
مستوفیت خلور لارې، قبایلو ریاست لور ته غزېدلې سړک، لومړی ناحیه، جلال اباد ښار، ننګرهار

بسم الله الرحمن الرحيم

سپین‌غر د طبي علومو

علمي-څېړنیز ژورنال

د امتیاز خاوند

سپین غر پوهنتون (ننگرهار)

سردبیر

پوهاند دوکتور محمد طیب نشاط

مسؤل مدیر

پوهنیار متخصص دوکتور شفیق‌الله عطیش

د ژورنالونو آمر

تلاوت ساحل

د ژورنال د ثبت گڼه

RCTD – PNJR – 0013-24

پته

پته: مستوفیت څلور 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 حیات‌زمان

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)789701100

+93 (0)784230645

- journals@spingharuniversity.edu.af
- info@spingharuniversity.edu.af

لیکلړ

ګڼه	سرلیک	مخ
۱	د ننګرهار پوهنتون په تدریسي روغتون کې د عمر، جنس او موسم له مخې د منځني … پوهاند دوکتور ایمل حمیدي او دوکتور نعمت‌الله صدیقي	۱
۲	نیازسنجی امور تحقیقات صحی در پوهنتون هرات پوهندوی دوکتور شفیق احمد جویا، پوهاند دوکتور عزیزالرحمن نیازی، پوهدوی دوکتور نورعلی مهمند…	۹
۳	بررسی عوامل مؤثر بر رو آوردن نوجوانان و زنان به اعتیاد به مواد مخدر و بزهکاری و… پوهنمل دوکتور محمدحسن یوسفی	۲۱
۴	بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل پوهنیار سیدبدرالدین نصرت،پوهنمل سیدنورجان سادات،بشیر احمد صدیقی	۳۳
۵	بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز… پوهنیار محمد ادریس حازم	۴۲
۶	شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در… پوهنیار نقیب‌الله عزیز، پوهنوال بصیر احمد کریمی، محمد عارف احراری	۵۵
۷	بررسی نشانه‌های اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن در ولایت جوزجان در سال ۱۴۰۳ پوهنیار عنایت الله حمیدی	۷۱
۸	په خوست ولایت کې د درملو بیې او د خوستوالو پر اقتصاد یې اغېزې آصف خان تلاش، لعل محمد روحاني	۸۴
۹	په مختلفو حرارت درجو کې د سیروم یوریا، دوینې یوریا نایتروجن او کریټینین اندازې… ټکنالوجېست محمد طارق شینواری، دوکتور امان الله مومند	۹۸
۱۰	کارګمارونکو او طبي برخې فارغانو له نظره د طب مسلک فارغ التحصیل لپاره اړین نرم … نظرمحمد امیري، شاه مقصود عدلزی، عابد مومند، سید عطاالحق بنوری	۱۱۰

۱۱	د اسلامي شریعت په رڼاکې وقایه او روغتیا ساتنه پوهنوال دوکتور مولوي محمد شریف رحماني	۱۲۷
۱۲	د انسان په روغتیا باندې د ګرځنده ټیلیفون وړانګو ناوړه اغېزې نوماند پوهنیار صفی الله محبت	۱۳۸
۱۳	د شکرې ناروغۍ دویم ډول په مخنیوي کې د ژوند طرز سمونې ونډه متخصص دوکتور امیرالله خادم، پوهنیار دوکتور معراج محمد خالد، پوهنمل دوکتور عبدالله جان شینواری	۱۵۰
۱۴	د هیپټایټیس‌بي په مخنیوي او کنټرول کې د واکسین اغېزې متخصص دوکتور عبدالقادر دردمند	۱۶۷
۱۵	د متممه تغذیې په مرحله کې د ناسمې تغذیې له امله رامنځته شوې روغتیایي ستونزې متخصص دوکتور عمران ملکزی، امیدالرحمن ځلاند	۱۸۴
۱۶	د ټپ رغېدلو پر پروسه باندې اغېز لرونکي لاملونه او د هوارې لارې چارې متخصص دوکتور محب الله عابد	۲۰۸
۱۷	د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د تشخیص او درملنې اغېزناکې لارې چارې دوکتور وحیدالله باور، شفیق الله محمدزی	۲۱۸
۱۸	د هضمي سېستم د خرابوالي پر مهال د تغذیې ستراتېژي دوکتور وحیدالله نبي زاده	۲۳۲
۱۹	د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي او کارولو پر وړاندې ستونزې او پېشنهادي حل لارې دوکتور محمد یونس بارګامي، دوکتور فضل یمین، پوهاند دکتور غلام رحیم اواب، پوهاند عزیزالرحمن نیازی	۲۴۵
۲۰	په روغتیا او د نس ناستې په پېښو باندې د اقلیمي بدلون اغېزې دوکتور عمران الله رسولي، بلال احمد صدیقي	۲۶۴
۲۱	د توبرکلوز پېښې او د خطر لاملونه دوکتور شبر محمد ذکي	۲۸۲

۲۲	د ماشومانو د خوارځواکۍ په مخنيوي کې د مور د شيدو ونډه محبت الله عزيزي، عمران الله رسولي، بلال احمد صديقي، هجرت الله غفورزی	۳۰۷
۲۳	په اميندوارو مېرمنو کې د وريو التهاب، غاښونو رژېدلو او چينجنېدلو پېښې، عوامل او د ... دوکتور فرمان شينواری، دوکتور عبدالله رحماني، دوکتور رياض سلارزی	۳۳۳
۲۴	د انسان پر جسمي روغتيا د نشه‌يي توکو اغېزې دوکتور امان الله اسلمي، شاهنشاه محبوب، نوماند پوهنيار انعام الله مياخېل، پوهنيار جواد مياخېل	۳۵۳
۲۵	ننگرهار ولايت کې د طبي جرمونو لاملونه او د مخنيوي تدابير پوهنيار محمد ابراهيم سکندري	۳۷۱

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 لورې د ترسره شوي ملي علمي-څېړنیز کنفرانس (په افغانستان کې روغتیایي 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 ونډې لوبولو ته چمتو دي. سپین غر پوهنتون نه یوازې د کنفرانس ټولې چارې په مسلکي ډول پرمخ بیوړې، بلکې د وزارت علمي نظریات او سپارښتنې یې په خورا ښه ډول واورېدې او عملي یې کړې، چې دا په خپله د اکاډمیکو اصولو یوه غوره او علمي بېلګه ده.

د کنفرانس لپاره راغلي هغه مقالې چې په ملي (پښتو او دري) ژبو لیکل شوې وې او د پوهنتون د ملي ژورنال په دې ځانګړې ګڼه 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 ومومي.

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

اَلْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِلْإِسْلَامِ وَنِعْمَةِ الْإِيمَانِ، وَالصَّلَاةُ وَالسَّلَامُ عَلَىٰ سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ وَعَلَىٰ آلِهِ وَأَصْحَابِهِ

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 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 او روغتیا پالانو له‌خوا ترسره شوې څېړنې چاپ شوي دي. د پوهنتون او تدریسي روغتون مشرتابه سربېره د مجلې د تحریر هیئت او کتنپلاوي غړي 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، والصَّلاةُ والسَّلامُ على مَن لا نَبِيَّ بعدَهُ!

قدرمنو لوستونکو!

د سترې خوښۍ ځای دی چې د سپین غر د طبي علومو علمي څېړنیز ژورنال ځانګړې ګڼه ستاسو درانه حضور ته وړاندې کوو. د دې ګڼې نشر د څېړونکو، ارزونکو او د ژورنال اداري ټیم د نه سترې کېدونکو هڅو پایله ده. سپین غر د طبي علومو علمي څېړنیز ژورنال د طبي علومو په ډګر کې د نوې پوهې، څېړنو، تجربو او د علمي معلوماتو د تبادلې لپاره یو مسلکي پلیټ فورم دی چې د هېواد دننه روغتیایي متخصصینو، علمي کادرونو، روغتیا پالانو او پالیسي جوړونکو ته د کار وړ مطالب وړاندې کوي.

په دې ګڼه کې مو د سپین غر پوهنتون (ننګرهار) له لورې «په افغانستان کې روغتیایي سېستم او خدمتونو ته کتنه: فرصتونه، ستونزې او حل لارې» تر سرلیک لاندې د وړاندې شوي ملي علمي - څېړنیز کنفرانس د تائید او وړاندې شویو څېړنو پنځه ویشت (۲۵) عنوانه مقالې چاپ کړي دي. د علم خپرېدل، د نظرونو تبادله او علمي همکاري د هرې طبي ټولنې د پرمختګ بنسټونه دي. هیله مو داده چې د نشر شویو مقالو له علمي منځپانګې څخه درانه متخصصین، علمي کادرونه، روغتیاپالان او څېړونکي ګټه واخلي او د خپلې مسلکي ودې لپاره یې وکاروي.

موږ د خپلو درنو څېړونکو، علمي ارزونکو او د ژورنال اداري همکارانو د نه سترې کېدونکو هڅو قدرداني کوو او د دوی علمي ونډه ستایو. همدارنګه د درنو لوستونکو نظرونه، ارزونې او وړاندیزونه، چې زموږ لپاره ډېر ارزښت لري او د ژورنال د لاپرمختګ او معیاري کېدو لامل کېږي، هرکلی یې کوو او په ورین تندي یې منو. هیله لرو چې د ژورنال دغه ګڼه به د علمي اړتیاوو پوره کولو او مسلکي ودې په لور یو بل ګټور ګام وي.

درنښت

پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش

سپین د طبي علومو علمي-څېړنیز ژورنال مسؤل مدیر

د ژورنال د دې 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 طبي علومو په برخه کې د ترټولو لوړ اعتبار لیک 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 ملي څېړنیز ژورنال ځانګړې ګڼه د چاپ په ګاڼه سنبالېږي. د ژورنال عمده موخه په ملي کچه د طبي علومو، عامې روغتیا، لابراتوار ټکنالوژۍ، 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 په 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 امانتدارۍ، نوښت او صداقت اصولو ته ژمنتیا، د معیاري علمي سبک (Vancouver) له مخې د اخځلیکونو کارولو، د څېړنیزو او مروري مقالو ځانګړنو 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-څېړنیز کنفرانس کوربه و او د ګڼو ملي سکتوري ادارو څېړونکو له خوا د کنفرانس عنوان او (۱٦) محورونو ته په پام سره، لسګونه مقالې ترلاسه کړې چې له ډلې یې (۷۹) عنوانه څېړنېزې لیکنې تائید او په یاد کنفرانس کې د Oral and Poster Presentation په ډول وړاندې شوې. د ذکر شوي شمېر له ډلې، په دغې ګڼه کې (۲۵) سرلیکه څېړنیزې او مروري مقالې چاپ او خپرې شوې.

موږ د پوهنتون قدرمن مؤسس، اُمناء هیئت، لومړۍ رهبرۍ، 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 همکارۍ 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 راتلونکي لپاره مو د ورته همکاریو هیله لرو.

درنښت

محمد جمیل وسیم

د سپین غر پوهنتون د څېړنې او علمي مجلو مرستیال

د ننگرهار پوهنتون په تدریسي روغتون کې د عمر، جنس او موسم له مخې د منځني غوږ د حاد التهاب د پېښو څېړنه

پوهاند دوکتور ایمل حمیدي[١]، دوکتور نعمت الله صدیقي[١]

[١] غوږ، پزې او ستوني څانگه، طب پوهنځی، ننگرهار پوهنتون، ننگرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: aimalhameedi@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

د منځني غوږ حاد التهاب د غوږ، پزې او ستوني یوه عامه ناورغي ده، چې د اختلاطاتو په مخنیوي په موخه یې باید، په وخت سره، تشخیص او درملنه ترسره شي. له اقتصادي پلوه په ډېری هېوادونو کې د دغې ناروغۍ په معالجه باندې کلني لوړ لگښتونه راځي. دغه څېړنه د (۱۴۰۱) لمریز لېږدیز کال له پیله تر پایه، د ټول کال په موده کې په (Retrospective) ډول، په هغو (۲۴۶۸۸) تنو ناروغانو کې چې د ننگرهار پوهنتون تدریسي روغتون د غوږ، پزې او ستوني څانگې ته یې مراجعه کړې وه او د سراپا ناروغانو د ثبت کتاب کې ثبت شوي وو، ترسره شوېده. ددغه شمېر ناروغانو ناروغانو له ډلې (۵۳۴۷) تنه د منځني غوږ په حاد التهاب اخته وو او پریویلانس یې (۲۱،۷٪) کېږي، چې دا په لوړه سلنه د ناروغۍ شتون څرگندوي. د یادو ناروغانو له ډلې (۲۷۳۳) تنه یا (۵۱،۱۱٪) یې نارینه او (۲۶۱۴) تنه یا (۴۸،۸۹٪) یې ښځینه وې. د عمر له نظره د منځني غوږ په حاد التهاب اخته ناروغانو کې، د یوې میاشتې څخه تر یو کلنۍ پورې ناروغانو شمېر (۱۲۶۴) تنه و، چې (۲۳،۶۳٪) کېږي، له دوه کلنۍ څخه تر اوه کلنۍ پورې یې پېښې ډېرې وې (۱۴۲۵ تنه یا ۲۶،۵۱٪)؛ له اوه کلنۍ څخه تر اتلس کلنۍ پورې ناروغانو شمېر (۱۳۳۰) تنه و چې (۲۴،۸۷٪) کېږي، پەداسې حال کې چې له اتلس کلنۍ څخه پورته، چې د عمر واټن هم ډېر و، د ناروغانو شمېر (۱۳۲۸) تنه یا (۲۴،۸۳٪) و. ددغې څېړنې په پایله کې معلومه شوه، چې د منځني غوږ د حاد التهاب پېښې په نارینه‌و کې د ښځینه‌و په پرتله ډېرې دي. د عمر له مخې پرې (۲- ۷) کلنۍ پورې ماشومان ډېر اخته شوي وو. د موسم له نظره ددغې ناروغۍ زیاتره پېښې په ژمي کې رامنځته شوې وې. د دغې مقالې موخې د عمر، جنس او موسم له نظره د منځني غوږ د حاد التهاب پېښو معلومول دي. د منځني غوږ د حاد التهاب د پېښو په اړه د ارقامو راغونډول، د ناروغۍ د شیوع څرنگوالی، د معالجې په برخه کې د لگښتونو کموالی او د ناروغۍ د پرمختگ د مخنیوي په اړه د عامه پوهاوي کچې لوړول د موضوع اهمیت څرگندوي.

کلیدي کلمې: منځنی غوږ، د منځني غوږ التهاب، مستویډایټس، اوستاخین ټیوب

پېژندنه

د منځني غوږ حاد التهاب د منځني غوږ د انتان په توګه تعریف شوی او په ماشومانو کې، د پورتنۍ تنفسي لارې له انتاناتو څخه وروسته، په ښېړنۍ ځانګه کې دویم خورا عام تشخیص شوی انتان دی (۱). د منځني غوږ التهاب یوه نړۍواله روغتیایي ستونزه ده. په (۱۹- ۶۲) سلنه وګړو کې تر یو کلنۍ او په (۵۰- ۸۴) سلنه وګړو کې تر درې کلنۍ پورې، منځنی غوږ یوازې یو ځل په التهاب اخته کېږي. په تې رودونکو او ماشومانو کې یې د لویانو په پرتله پېښې زیاتې دي. نږدې ۳- ۱۵ سلنه لویان د منځني غوږ له التهابه ځورېږي. له اقتصادي پلوه د امریکا په متحده ایالاتو کې د منځني غوږ د حاد تقیحي التهاب په یوه ناروغ باندې له (۲۳۳) نیولي تر (۱۳۳۰) امریکایي ډالرو لګښت راځي. د منځني غوږ التهاب په درملنه باندې په کلني ډول نږدې (۲،۸) بیلیونه ډالره لګښت کېږي. د منځني غوږ د حاد التهاب لس سلنه د منځني غوږ په ایفیوژن باندې اختلاطي کېږي، چې په دې برخه کې په کلني ډول د روغتیایي خدمتونو پنځه بیلیونه ډالر لګښت کېږي (۲, ۳).

د منځني غوږ د حاد التهاب اپیډیمولوژي ښیي چې دغه ناروغي په نړۍواله کچه، په ځانګړي ډول کوچنیانو کې، ډېره عامه ده. د نړۍ په کچه نږدې (۸۰) سلنه کوچنیان په لومړیو درې کلونو کې لږ تر لږه یو ځل د دغې ناروغۍ سره مخ کېږي او له دې جملې نږدې (۴۰٪) یې بیا بیا په ناروغۍ اخته کېږي. د روغتیا نړۍوال سازمان (WHO) معلوماتو له مخې هر کال نږدې (۷۰۰) میلیونه تنه د منځني غوږ په حاد التهاب اخته کېږي، چې له دې ډلې (۳۱) میلیونه کوچنیانو لپاره جدي روغتیایي ستونزې رامنځته کوي. په پرمختللو هېوادونو کې د منځني غوږ التهاب د روغتیایي سېستم یوه لویه برخه لګښتونه نیسي، ځکه چې ډېری ماشومان ددغې ناروغۍ له کبله روغتیایي مراکزو ته مراجعه کوي. د امریکا په متحده ایالتونو کې هر کال نږدې پنځه (۵) میلیارده ډالر یوازې د منځني غوږ التهاب د درملنې لپاره مصرفېږي، چې په دې کې د درملو، طبي مشورو او جراحي لګښتونه شامل دي. په ورته وخت کې، په نورو هېوادونو لکه هند او افریقایي هېوادونو کې، ددغې ناروغۍ ناسم تشخیص او نیمګړې درملنه د اورېدلو د اوږدمهاله ستونزو او نورو اختلاطاتو لامل کېږي. د منځني غوږ التهاب د مدیریت او مخنیوي لپاره واکسینونه او د خلکو د عامه پوهاوي پروګرامونه ارزښتمن ګڼل کېږي او په پرمختللو هېوادونو کې له (Pneumococcal) واکسین څخه ګټه اخیستل، د ناروغۍ پېښې راکمې کړیدي. همدارنګه، په هغو ځایونو کې چې روغتیایي خدمتونه کمرنګه دي، د تعلیمي پروګرامونو پر مټ، د والدینو او روغتیایي کارکوونکو پوهاوی کولای شي د ناروغۍ د وقایوي تدابیرو په برخه کې ګټور ثابت شي. په پرمختللو هېوادونو کې په وخت تشخیص او د مناسبو انټي‌بیوټیکو ورکړه د ناروغۍ انزار ډېر ښه کړي دي (۳-۵). له یوه پلوه، لکه څرنګه چې لیدل کېږي د Acute otitis Media (AOM) پېښې

په ماشومانو کې زیاتې راپور شوي دي، له بلې خوا کېدلای شي مسلکې روغتیایي کارکوونکي یا پرسونل په وخت سره ناروغي تشخیص نه کړي او په دې ډول د ناروغۍ د ځنډني کېدو او اختلاطاتو سبب شي؛ د همدې له امله اړینه وه، چې د جنس، عمر او موسم له مخې، د ننگرهار پوهنتون په تدریسي روغتون کې ددغې ناروغۍ اړوند معلومات ترلاسه او د ناروغۍ په تشخیص او پر وخت درملنه کې ورڅخه پوره ګټه واخیستل شي(۵).

مواد او کړنلاره

دغه څېړنه په هغو (۲۴۶۸۸) تنو ناروغانو کې، د (۱۴۰۱ ل.ل) کال په اوږدو کې، په (Retrospective) ډول ترسره شوه، چې د ننگرهار پوهنتون تدریسي روغتون غوږ،پزې او ستوني څانګې ته یې مراجعه کړې وه او د سراپا ناروغانو په راجستر کتاب کې ثبت شوي وو. د څېړنې متغیرات عمر، جنس او موسم دي.

د ناروغۍ د تشخیص لپاره د Otoscope, Head light, Suction machine, Cotton, Jobson horne probe او داسې نور څخه ګټه اخیستل کېږي.

د څېړنې ډیزاین

دغه څېړنه په هغو (۲۴۶۸۸) تنو ناروغانو کې، د (۱۴۰۱ ل.ل) کال په اوږدو کې، په (Retrospective) ډول ترسره شوه، چې د ننگرهار پوهنتون تدریسي روغتون غوږ،پزې او ستوني څانګې ته یې مراجعه کړې وه او د سراپا ناروغانو په راجستر کتاب کې ثبت شوي وو. د څېړنې متغیرات عمر، جنس او موسم دي.

پایله

څلورویشت زره شپږ سوه اته اتیا (۲۴۶۸۸) تنو ناروغانو چې د (۱۴۰۱ ل.ل) کال په اوږدو کې یې د ننگرهار پوهنتون تدریسي روغتون ته مراجعه کړې وه، (۵۳۴۷) تنه چې لوړه سلنه کېږي، د منځني غوږ په حاد التهاب باندې اخته وو، چې پریویلانس یې (٪۷۱. ۲۱) کېږي. په یادو ناروغانو کې زیات شمېر (۲۷۳۳) تنه یا (٪۱۱. ۵۱) یې نارینه او (۲۶۱۴) تنه یا (٪۸۹. ۴۸) یې ښځینه وې.

د منځني غوږ په حاد التهاب اخته ناروغانو کې له یوې میاشتنۍ څخه تر یوه کلنۍ پورې ناروغانو شمېر (۱۲۶۴) تنه و چې (٪۲۶. ۲۳) کېږي، له دوه کلنۍ څخه تر اوه کلنۍ پورې ناروغانو شمېر لوړ (۱۴۲۵) تنه و چې (٪۲۶،۵۱)

کېږي او له اوه کلنۍ څخه تر اتلس کلنۍ پورې ناروغانو شمېر (۱۳۳۰) تنه و چې (٪۸۷. ۲۴) جوړوي؛ په‌داسې حال کې چې له اتلس کلنۍ څخه لوړ عمر کې، که څه هم د عمر واټن ډېر و، مګر د ناروغانو شمېر یکې (۱۳۲۸) تنه و چې د سلنې له مخې (۸۳. ۲۴) سلنه جوړوي او خلاصه یې، په لاندې ډول، په لومړي جدول کې ښودل شوېده.

عمر	دناروغانو تعداد	فیصدي
له یو میاشتنۍ څخه تر ۲ کلنۍ پورې	۱۲٦۴	۲۳،٦۳
له ۲ کلنۍ څخه تر ۷ کلنۍ پورې	۱۴۲۵	۲٦.۵۱
له ۷ کلنۍ څخه تر ۱۸ کلنۍ پورې	۱۳۳۰	۲۴،۸۷
له ۱۸ کلنۍ څخه پورته	۱۳۲۸	۲۴،۸۳
مجموعه	**۵۳۴۷**	**۱۰۰**

لومړی جدول: د عمر له نظره د ناروغانو دشمیرښودنه

جنس	**شمېر**	**سلنه**
نارینه	۲۷۳۳	۵۱.۱۱
ښځینه	۲٦۱۴	۴۸.۸۹

دویم جدول: د جنس له نظره د ناروغانو د شمیر ښودنه

د موسم له نظره ددغې ناروغۍ زیاتره پېښې په ژمي کې لیدل شوي دي. د موسم یا فصل له مخې یې د شتون سلنه په ترتیب سره پسرلي کې (٪۲۰،۵۰)، په اوړي کې (٪۱۳،۷۷)، په مني کې (٪۷۳،۳۱) او په ژمي کې (٪۳۳،۷۷) وه؛ درېیم جدول کې یې لنډیز لوستلای شئ.

موسم	**د ناروغانو شمېر**	**فیصدي**
پسرلی	۱۰۹۹	۵۰،۲۰
اوړی	۷۴۵	۱۳،۷۷
منی	۱٦۹۷	۷۳،۳۱
ژمی	۱۸۰٦	۷۷،۳۳

درېیم جدول: د موسم له نظره د ناروغانو د شمیر ښودنه

مناقشه

د منځني غوږ التهاب د ماشومانو یوه ډېره معموله او یوه نړیواله روغتیایي ستونزه ده. د منځني غوږ حاد التهاب د منځني غوږ د جوف منتنېدو په شکل تعریفېږي. ددغې التهاب پروسه د پورتنۍ تنفسي لارې له انتان څخه پیلېږي، چې په دې کې د پزې، نازوفرنګس (Nasopharynx)، منځني غوږ جوف او د استاخین تیوب Eustachian Tube مخاطي طبقه شامله ده. څرنګه چې استاخین تیوب په کوچنیانو کې لنډ او زیاته اندازه په افقي ډول پروت دی، د همدې له امله انتانات په اسانۍ سره د ناروغ له پزې او نازوفرنګس څخه منځني غوږ ته خپرېږي او په دې ډول د منځني غوږ حاد التهاب (AOM) سبب کېږي. ځینې څېړني چې د منځني غوږ حاد التهاب (AOM) په اړه ترسره شوي، خپله څېړنه ورسره په دې ډول پرتله کوو: هغه څېړنه چې د Egbe او ملګرو لخوا په (۲۰۱۰ز) کال کې په نایجیریا کې ترسره شوېده، ۵۰۰ تنه پکې شامل وو او د عمر، جنس او باکتریایي انتاني لامل لهمخې ترسره شوې ده؛ په څېړنه کې د نارینه ناروغانو سلنه د ښځینهو په پرتله ډېره وه (p=0011)، د عمر له نظره له پیدایښت څخه پنځه کلنۍ پورې ناروغانو کې د منځني غوږ د التهاب پېښې ډېرې او د احصایې له نظره د ډېر پام وړ وې (p<0001)، چې پایلې یې زموږ د څېړنې له موندنو سره ورته والی لري (٦).

یوه بله څېړنه چې د Simbolon او ملګرو لخوا په (۲۰۱۸ز) کال، د مالیزیا په سوماترا ولایت کې په (۱۷۱٦) تنو کې د عمر، جنس او د ناروغ د عمده شکایت پر بنسټ ترسره شوې وه، اکثره (۵۱،۴٪) یې ښځینه ناروغانې وې، چې زمونږ د څېړنې موندنې د یادې څېړنې له دغې موندنې سره ورته والی نهلري. په ورته وخت کې د ډېری ناروغانو عمرونه له پیدایښت څخه تر پنځه کلنۍ پورې وو، چې زمونږ د څېړنې پایلې ورسره ورته والی لري (٧).

هغه څېړنه چې د Alabi او ملګرو لخوا په (۲۰۰۹ز) کال کې د نایجیریا د الورین ایالت د الورین په تدریسي روغتون کې، په (۲۰۰) تنو ناروغانو کې، چې تبه یې درلوده او عمرونه یې له دوه میاشتو څخه تر (۱۵) کلنۍ پورې وو، ترسره شوه، (22) تنو ناروغانو د منځني غوږ حاد التهاب کلینک ښکاره کاوه، چې د عمر، جنس او وظیفې پر اساس څېړل شوي وو (٨). په یاده څېړنه کې زیاتره اخته ناروغان ښځینه وو، چې زموږ د څېړنې موندنې ورسره ورته والی نلري؛

د الابي او ملګرو په څېړنه کې د ناروغۍ زیاتې پېښې د دوه او درې کلونو تر منځ لیدل کېږي، چې زموږ د څېړنې پایلې د یادې څېړنې دغې موندنې سره ورته والی لري.

یوه بله څېړنه د Gribben او ملګرو لخوا د نیوزیلینډ په ګڼو لومړني روغتیایي مرکزونو کې د عمر، جنس اوRecurrence پر اساس په (۱۹۱۴۶) ناروغانو کې ترسره شوې ده، په دغې څېړنه کې د اخته کوچنیانو عمر له یو کلنۍ څخه ښکته و، چې زموږ د څېړنې پایلې ورسره ورته والی نه لري، خو دا چې د ناروغۍ پېښې په نارینه‌و کې زیاتې وې، زموږ څېړنه هم ورته موندنې لري (۹). د Usoni او ملګرو لەلورې د اروپا په ختیځو هېوادونو کې ترسره شوې څېړنه کې لیدل کېږي چې تر یو کال کم عمره ماشومانو کې په هرو زرو ماشومانو کې (۱٦۰) تنه یا (٪۱٦) په دغې ناروغۍ اخته وو، چې دا د (AOM) ناروغانو تر ټولو ټیټه کچه ده؛ پەداسې حال کې چې تر درې او څلورو کلونو څخه کم عمره ماشومانو کې ددغې ناروغۍ کچه ډېره لوړه (٪۲۰،۸) وه، چې زموږ د څېړنې پایلې د یادې څېړنې له دغې موندنې سره، د عمر او جنس پر اساس، ورته والی لري (۱۰).

یوه بله څېړنه د Podmore او ملګرو لخوا د Population Study په شکل په (۹۱٦۸۰۵) ماشومانو چې (۳۲۷۷۲٦) تنه یې د منځنې غوږ په حاد التهاب باندې اخته وو، ترسره شوې ده. له دې ډلې (۲۷۸۷۲۵) تنو یا (٪۸۵) کوچنیانو Simple AOM (Catarrhal Otitis Media) او پاتې (۴۹۰۱۱) تنو یا (٪۱۵) ناروغانو بیاځلي د منځنې غوږ په التهاب اخته کېدو له امله مراجعه کړې وه او د نارینه کوچنیانو د اخته کېدو کچه پکې لږه لوړه وه؛ د څېړنې دغې پایلې سره، د جنس لەمخې، زموږ د څېړنې پایلې ورتەوالی لري (۱۱).

په لنډ ډول ویلای شو، چې زمونږ څېړنه او د نړۍ په بېلابېلو سیمو کې د اکثرو ترسره شویو څېړنو پایلې سره ورته دي، ځکه چې د نړۍ په اکثرو څېړنو کې د AOM پېښې د ژوند په لومړیو پنځو کلونو کې ډېرې وې. بل دا چې د ډېری څېړنو د پایلو لەمخې د ناروغۍ پېښې په نارینه‌و کې زیاتې دي، که څه هم په ځینو څېړنو کې یې موندنې د دې برعکس هم ښودل شوي دي.

اخځلیکونه

1. Danishyar A, Ashurst JV. Acute otitis media. [Updated 2023 Apr 15] In: StatPearls [Internet]. 2024.
2. Rasouli AA. Otitis Media in Otology: Zyar Publications; 2022.
3. Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Vecchi Brumatti L, Bavcar A, et al. Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. PloS one. 2012;7(4):e36226.
4. Ofoegbu CV, Orji FT, Ezeanolue BC, Emodi I. Microbiological profile of chronic suppurative otits media among HIV infected children in south eastern Nigeria. Nigerian Journal of Medicine. 2016;25(1):5-11.
5. Vanneste P, Page C. Otitis media with effusion in children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. A review. Journal of otology. 2019;14(2):33-9.
6. Egbe C, Mordi R, Omoregie R, Enabulele O. Prevalence of otitis media in Okada community, Edo State, Nigeria. 2010.
7. Simbolon A, Zahara D, Aboet A, Adnan A, Sofyan F, Ashar T. Prevalence of acute otitis media in North Sumatera Province, Indonesia. Int J Recent Innov Acad Res. 2019;3:190-5.
8. Alabi BS, Abdulkarim AA, Fatai O, Abdulmajeed SO. Prevalence of acute otitis media among children with pyrexia in a Nigerian hospital. Auris Nasus Larynx. 2009;36(5):532-5.
9. Gribben B, Salkeld L, Hoare S, Jones H. The incidence of acute otitis media in New Zealand children under five years of age in the primary care setting. The Journal of Primary Health Care. 2012;4(3):205-12.
10. Usonis V, Jackowska T, Petraitiene S, Sapala A, Neculau A, Stryjewska I, et al. Incidence of acute otitis media in children below 6 years of age seen in medical practices in five East European countries. BMC pediatrics. 2016;16(1):108.
11. Hu T, Podmore B, Barnett R, Beier D, Galetzka W, Qizilbash N, et al. Incidence of acute otitis media in children< 16 years old in Germany during 2014–2019. BMC pediatrics. 2022;22(1):204.

Distribution of Acute Otitis Media Cases According to Age, Gender and Season at Nangarhar University Teaching Hospital

Professor Dr. Aimal Hameedi[1], Dr. Niamatullah Sediqi[1]

[1]ENT Department, Faculty of Medical Sciences, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: aimalhameedi@gmail.com

Received: 1-Jan-2025 Accepted: 11-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Acute Otitis Media is a frequent condition of the ear, nose, and throat that must be diagnosed and treated promptly to avoid complications. Economically, most countries spend significant expenditures each year for this disease. This study involved a retrospective analysis of 24,688 patients over a one-year period (March 21, 2022 - March 20, 2023) in the Ear, Nose and Throat Department of Nangarhar University Teaching Hospital, as documented in the hospital's patient registry book. A total of 5,347 cases of Acute Otitis Media were identified, representing 21.7% of the patient population. The sample included 2733 men (51.11%) and 2614 women (48.89%). The distribution of patients with Acute Otitis Media by age indicates that there were 1,264 cases (23.63%) in the one-month to one-year age group, while the two to seven-year age group had 1,425 cases (26.51%). The sample of patients aged seven to eighteen years consisted of 1,330 individuals (24.87%), whereas the group of patients over eighteen years, consisting a broader age range, included 1,328 individuals (24.83%). This study found a higher prevalence of Acute Otitis Media in men compared to women. Children aged 2 to 7 were most frequently affected by this disease. Seasonal analysis indicates that the majority of disease cases occurred during the winter months.

Keywords: Eustachian Tube, Middle Ear, Mastoiditis, Otitis Media

مقاله تحقیقی

نیازسنجی امور تحقیقات صحی در پوهنتون هرات

پوهندوی دوکتور شفیق احمد جویا[۱]، پوهاند دوکتور عزیزالرحمن نیازی[۱]، پوهدوی دوکتور نورعلی مهمند[۲]، پوهنمل دوکتور غلام محمد قانت[۳]

[۱]دیپارتمنت صحت عامه و امراض ساری، پوهنځی طب عمومی، پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

[۲]دیپارتمنت پاراکلینک، پوهنځی علوم وترنری، پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

[۳]دیپارتمنت حقوق خصوصی، پوهنځی حقوق و علوم سیاسی، پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

ایمیل ادرس نویسنده مسؤل:s.ahmad.joya@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳ تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

چکیده

تحقیقات علمی یکی از شاخص‌های کلیدی برای ارتقای کیفیت و رتبه‌بندی پوهنتون‌ها محسوب میشود. این تحقیق با هدف شناسایی ضرورت‌های تحقیقاتی اعضای کادر علمی پوهنتون هرات انجام گردید. این مطالعه به صورت مقطعی در زمستان سال ۱۴۰۲ با استفاده از روش نمونه‌برداری طبقه‌بندی تصادفی ساده، در میان ۱۴۶ استاد فعال پوهنتون هرات صورت گرفت. داده‌ها توسط پرسش‌نامه محقق‌ساخته شامل ۸۲ سوال در سه بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سابقه تحقیقی و نیاز به ارتقای ظرفیت جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۹ تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد که اساتید بیشتر در مراحل ابتدایی تحقیقات مانند تهیه طرح تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها مشارکت دارند، اما در بخش‌های پیچیده‌تری نظیر تحلیل داده‌ها و نگارش بخش‌های کلیدی مقالات، نقش کمتری ایفا می‌کنند. علاوه بر آن، نیاز به ارتقای مهارت‌های پیشرفته مانند مدیریت داده‌ها، تحلیل‌های آماری (پارامتریک و غیرپارامتریک) و نگارش علمی به وضوح برجسته بود. این نتایج ضرورت برگزاری کارگاه‌های آموزشی هدفمند برای توسعه مهارت‌های تحقیقاتی اساتید را نشان می‌دهد. برنامه‌ریزی برای ارتقای ظرفیت‌های پیشرفته تحقیقاتی می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت تحقیقات علمی و ارتقای جایگاه پوهنتون هرات در سطح ملی و بین‌المللی داشته باشد.

کلمات کلیدی: ارتقای ظرفیت، پوهنتون هرات، تحقیقاتی، تحلیل آماری، ضرورت‌ها، مهارت‌های تحقیقاتی، نگارش علمی

۱. مقدمه

کمیت و کیفیت تحقیقات علمی از شاخص‌های کلیدی عملکرد پوهنتون‌ها بوده و نقش بسزایی در رتبه‌بندی آن‌ها ایفا می‌کنند. پوهنتون‌ها برای پیشرفت پایدار در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی، به طور فزاینده‌ای بر توسعه ظرفیت‌های تحقیقاتی و تشویق اعضای کادر علمی به انجام تحقیقات متمرکز هستند(۳-۱). از این‌رو، مؤسسات تحصیلات عالی برای افزایش فعالیت‌های تحقیقی، اقدامات تشویقی مختلفی از جمله ارتقای رتبه علمی، ارائه کمک‌های آموزشی و اعطای مشوق‌های مالی در نظر می‌گیرند(۴، ۵).

اجرای تحقیقات علمی با کیفیت، نقش حیاتی در مقایسه و رتبه‌بندی دانشگاه‌ها ایفا کرده و عملکرد و اعتبار آن‌ها را بازتاب می‌دهد. این امر در نهایت بر میزان انتخاب پوهنتون‌ها توسط محصلان تأثیر مستقیم می‌گذارد(٦). علاوه بر این، تحقیقات علمی به مدیران پوهنتون‌ها کمک می‌کند تا شکاف‌های موجود در مسیر تحقیقات را شناسایی کرده و زیرساخت‌ها و استراتیژی‌های تحقیقی مؤثرتری برای ارتقای وضعیت تحقیقاتی مؤسسه خود تدوین کنند(٦- ۸).

برای هر مؤسسه، به ویژه مراکز تحصیلی، ارزیابی توانمندی‌های کارکنان در زمینه ارتقای آموزش، توسعه فناوری و به‌روزرسانی برنامه‌های آموزشی از اهمیت بالایی برخوردار است(۹). شناسایی و ایجاد قابلیت‌های لازم تحقیقاتی، فرصتی ارزشمند برای توسعه ظرفیت اعضای کادر علمی فراهم می‌کند. با شفاف‌سازی نقاط قوت و ضعف استادان در فرآیند تحقیق، پوهنتون‌ها می‌توانند سیاست‌ها و راهکارهای لازم برای تقویت انگیزه و حمایت از تحقیقات علمی را تدوین کنند(۸).

از آنجا که پوهنتون‌ها باید به سوی جهانی شدن حرکت کنند، انجام تحقیقات علمی بخش مهمی از معیارهای بین‌المللی‌سازی و اعتباربخشی برنامه‌ها محسوب می‌شود. شناسایی توانمندی‌ها و نیازهای اعضای کادر علمی و کارکنان در این مسیر اهمیت فراوانی دارد. انجام تحقیقات علمی یکی از شاخص‌های مهارت و شایستگی استادان است که تأثیر مستقیمی بر یادگیری محصلان داشته و در فرآیند اعتباربخشی پوهنتون‌ها همواره مورد توجه قرار می‌گیرد. پوهنتون‌ها نه تنها مراکز تولید علم و تربیت جوانان هستند، بلکه عامل اصلی پیشرفت اقتصادی، آزمایشگاه تحقیقاتی و سازوکاری برای ارتقای سرمایه انسانی جامعه به شمار می‌روند. این نقش‌ها، سهم پوهنتون‌ها را در رشد اقتصاد جهانی به‌وضوح نمایان می‌سازند(۱۰).

با توجه به اینکه تا حال تحقیق مشابهی در سطح پوهنتون هرات جهت مشخص ساختن ضرورت‌های تحقیقاتی استادان انجام نشده است، انجام این تحقیق از اهمیت ویژه‌یی برخوردار است. هدف این تحقیق شناسایی ضرورت‌های تحقیقاتی اعضای کادر علمی پوهنتون هرات است تا براساس آن مسئولان پوهنتون برنامه‌های انکشافی آموزشی لازم را انتخاب نمایند.

۲. روش تحقیق

۲.۲ طرح تحقیق

این تحقیق مقطعی در جریان زمستان سال (۱۴۰۲هـ ش) از اول ماه جدی الی اخیر ماه حوت در بین استادان حاضر پوهنتون هرات انجام شد.

۲.۲ اندازه نمونه و تخنیک نمونه گیری

جمعیت هدف این تحقیق را استادان برحال و حاضر پوهنتون هرات در جریان فصل زمستان سال (۱۴۰۲) خورشیدی تشکیل می‌داد.

برآورد سایز نمونه

در جریان تحقیق، به تعداد ۲۳۴ تن به حیث استاد در پوهنتون هرات مصروف وظیفه بودند. 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 (۱۴٦) تن محاسبه گردید.

روش انتخاب نمونه

نمونهٔ شامل تحقیق با استفاده از روش نمونه‌برداری طبقه‌بندی تصادفی ساده (Stratified Simple Random Sampling) انتخاب گردید. به‌طور خلاصه، هر پوهنځی یک طبقه (Stratum) در نظر گرفته شد. بعداً تعداد جمعیت هدف (۲۳۴) تقسیم سایز نمونه (۱۴٦) گردید (۱.٦= ۱۴٦ / ۲۳۴). بعداً، تعداد استادان هر پوهنځی تقسیم عدد شاخص (۱.٦) گردیده و تعداد نمونه از هر پوهنځی مشخص شد. نمونهٔ مورد نظر، با استفاده از روش نمونه برداری تصادفی ساده انتخاب گردید.

۲. ۳ تحلیل احصایوی

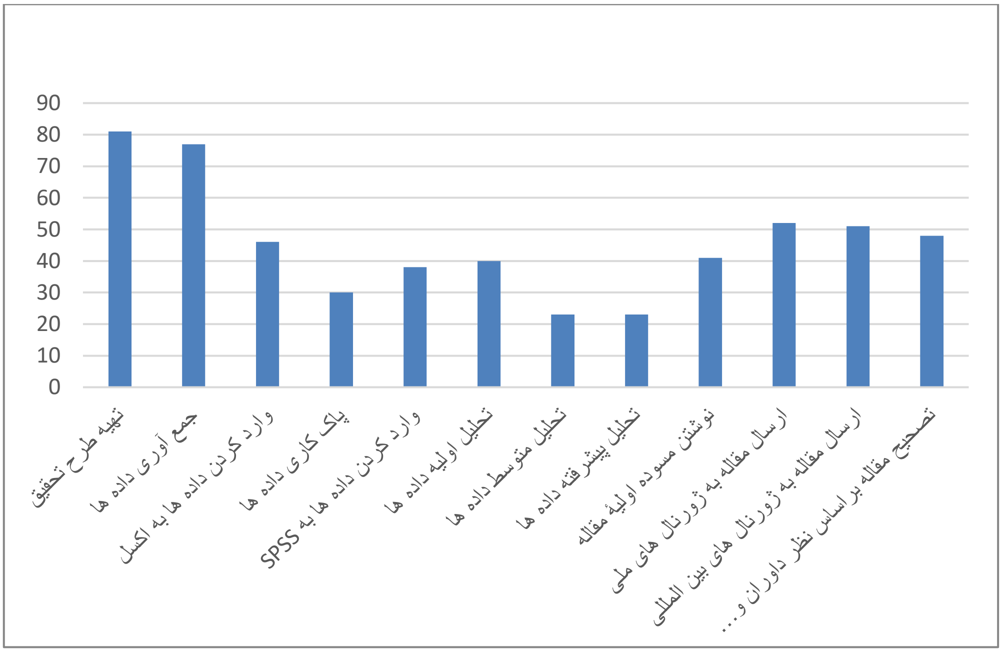
داده‌ها در برنامهٔ (IBM SPSS Statistics V.29) تحلیل گردید. متغیرهای کمی دارای توزیع غیرنورمال با استفاده از میانه (Median) و دامنهٔ بین‌چارکی (Interquartile Range [IQR]) و متغیرهای کیفی توسط فریکوینسی و فیصدی نشان داده شد. ارزیابی ارتباط بین متغیرهای کیفی توسط آزمون Chi-square انجام شد.

۳. یافته های تحقیق

این تحقیق بین ۱۴۶ تن از استادان پوهنتون ولایت هرات انجام شد. در این تحقیق دو زیربخش؛ سابقه تحقیقی و نیاز به ارتقای ظرفیت مورد ارزیابی قرار گرفت.

از جمله ۱۴۶ اشتراک‌کننده تحقیق که قادر بودن در این کتگوری ها (استاد رهنمای گروپ تحقیق، نوشتن مقاله تحقیقی و سهیم بودن در پروژه تحقیق) همزمان شامل باشند، ٦٣(٪۴۳.۲) اشتراک‌کننده استاد رهنمای گروپ تحقیق، ۱۰۱(٪٦۹.۲) اشتراک‌کننده نوشتن مقاله تحقیقی و ۸۸(٪٦۰.۳) اشتراک‌کننده در پروژه‌های تحقیقی سهیم بودند.

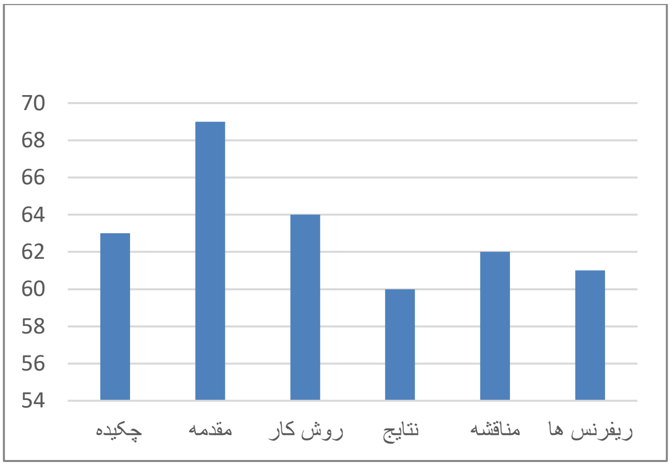
شکل ذیل سهم مشخص اساتید در پروژه‌های تحقیقی نشان می‌دهد.



شکل ۱: سهم اساتید در پروژه‌های تحقیقی

طوری‌که در شکل اول دیده می‌شود بیشتر تعداد اساتید در قسمت تهیه طرح تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها و کمترین تعداد آن‌ها در تحلیل داده‌ها سهیم بودند.

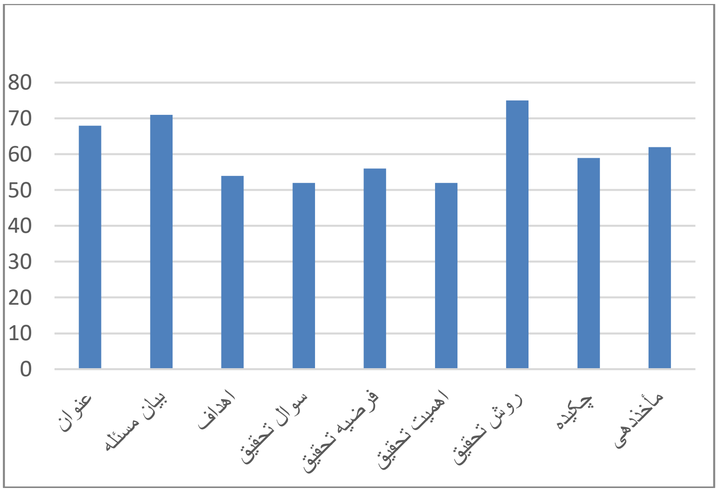
شکل دوم ذیل سهم اساتید در نوشتن اجزای مقاله علمی را نشان می‌دهد.



شکل ۲: سهم اساتید در نوشتن اجزای مقاله علمی

نظر به شکل دوم دیده می‌شود که بیشتر اساتید در قسمت نوشتن مقدمه مقاله و کمترین آن‌ها در قسمت نوشتن نتایج مقاله نقش داشته‌اند.

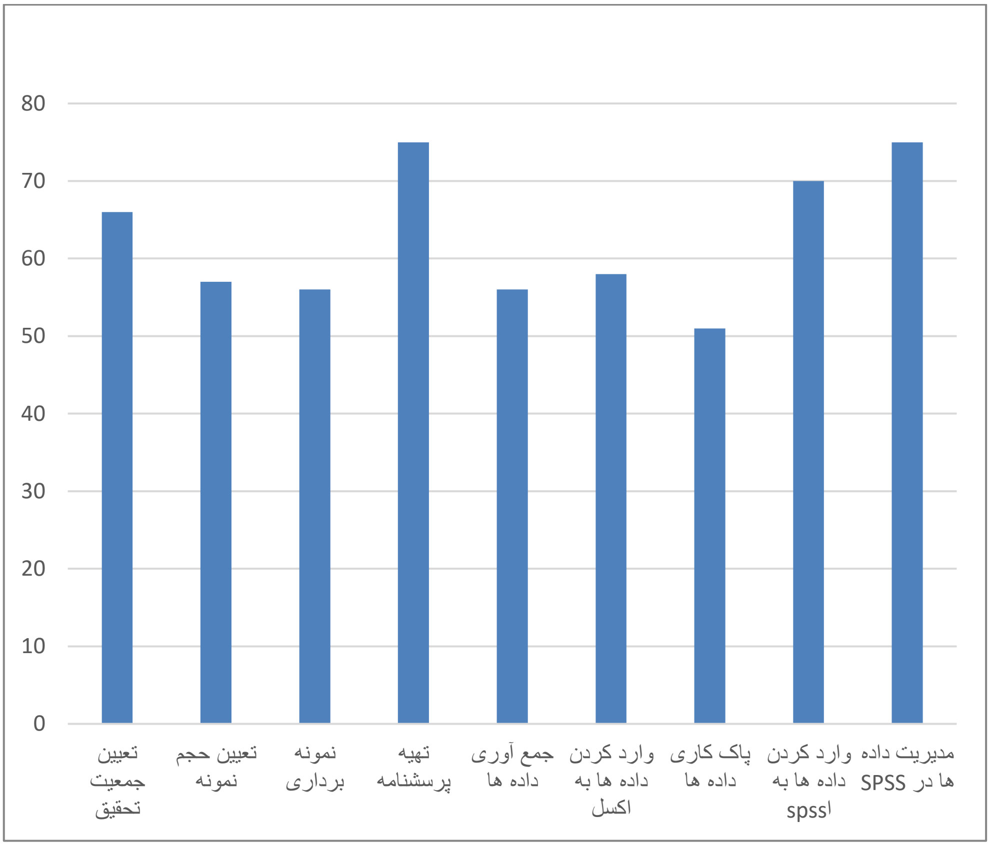
شکل ذیل نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت در قسمت نوشتن پروپوزل تحقیقی نشان می‌دهد.



شکل ۳: نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت پروپوزل نویسی

طوری‌که در شکل ۳ نشان می‌شود، بیشتر اساتید در قسمت روش تحقیق و کمترین آن‌ها در قسمت سوال و اهمیت تحقیق نیاز به برگزاری ورکشاپ تحقیق دارند.

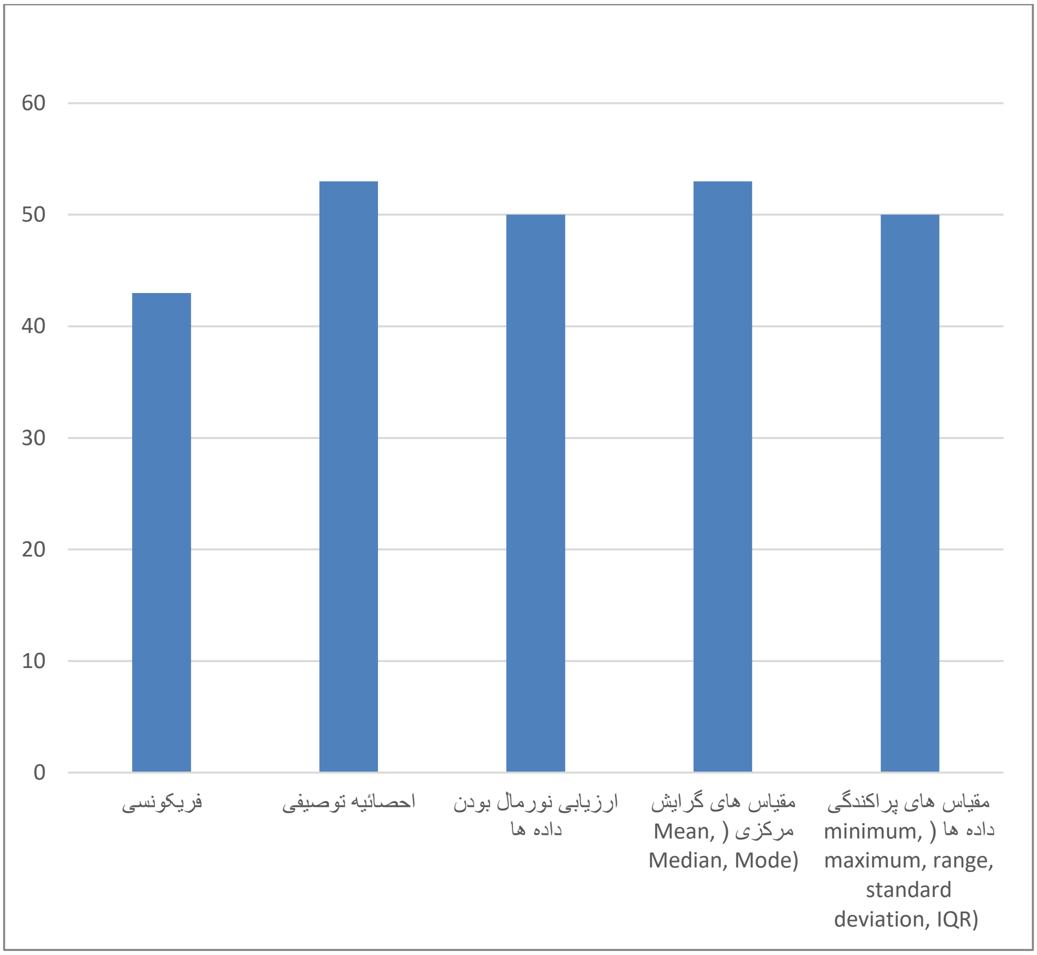
شکل ۴ نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت در قسمت اجرای تحقیقی نشان می‌دهد.



شکل ۴: نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت اجرای تحقیق

طوری‌که در شکل فوق نشان می‌شود، بیشتر اساتید در قسمت تهیه پرسش‌نامه و مدیریت داده‌ها در SPSS و کمترین آن‌ها در قسمت پاک‌کاری نیاز به برگزاری ورکشاپ تحقیق دارند.

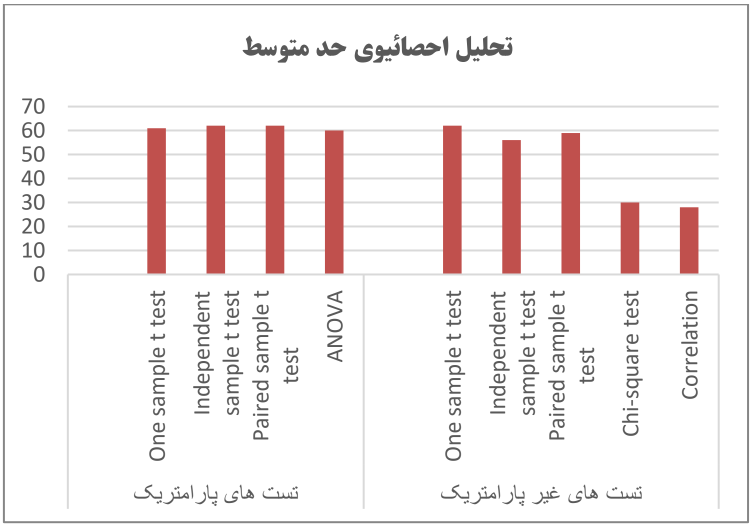
شکل پنجم نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت در قسمت تحلیل احصائیوی پایه نشان می‌دهد.



شکل ۵: نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت تحلیل احصائیوی پایه

طوری‌که در شکل پنجم نشان می‌شود، بیشتر اساتید در قسمت احصائیه توصیفی و مقیاس‌های گرایش مرکزی و کمترین آن‌ها در قسمت فریکونسی نیاز به برگزاری ورکشاپ تحقیق دارند.

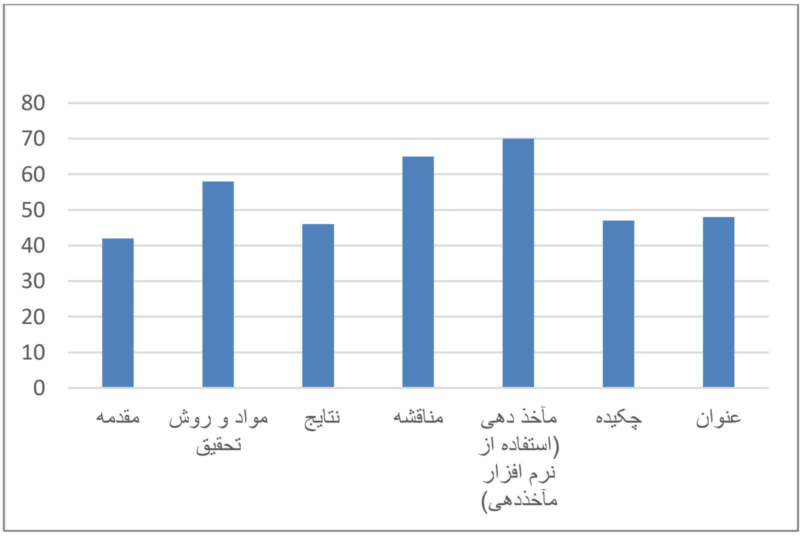
در شکل ذیل نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت در قسمت تحلیل احصائیوی حد متوسط نشان داده شده‌است.



شکل ٦: نیاز اساتید به ارتقای ظرفیت تحلیل احصائیوی حد متوسط

طوری‌که در شکل ٦ نشان می‌شود، بیشتر اساتید در قسمت تست‌های پارامتریک Independent Sample T Test و Paired Sample T Test و کمترین در ANOVA؛ بیشترین اساتید در قسمت تست‌های غیر پارامتریک One Sample T Test و کمترین آن‌ها در قسمت Correlation نیاز به برگزاری ورکشاپ تحقیق دارند.

شکل ۷ مشکلات اساتید در قسمت نوشتن اجزای مختلف مقاله علمی-تحقیقی را نشان می‌دهد.



شکل ۷: مشکلات اساتید در قسمت نوشتن اجزای مختلف مقاله علمی-تحقیقی

طوری‌که در شکل هفتم نشان می‌شود، بیشتر اساتید در قسمت ماخذدهی و کمترین آن‌ها در قسمت مقدمه نیاز به برگزاری ورکشاپ تحقیق دارند.

همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که (۴۱٪) اساتید با پیداکردن ژورنال مناسب علمی و (۴۷٪) اساتید در تشخیص ژورنال معتبر از غیر معتبر مشکل دارند.

۴. مناقشه

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که اساتید پوهنتون هرات در بخش‌های ابتدایی تحقیقات مانند تهیه طرح تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها مشارکت بیشتری داشته، اما در موضوعات حساس و پیچیده‌تری نظیر تحلیل داده‌ها حضور کمتری دارند. این نتایج مشابه با مطالعات Paddit و همکاران (۲۰۲۲) است که گزارش کرده‌اند اعضای کادر علمی به دلیل فقدان آموزش‌های پیشرفته در تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری مشارکت کمی دارند. این مسأله نشان‌دهنده نیاز به تمرکز بیشتر بر ارائه مهارت‌های پیچیده تحقیقاتی در پوهنتون‌ها است(۸).

علاوه بر آن، یافته‌های این تحقیق نشان داد که اساتید بیشتر در نگارش بخش مقدمه مقالات علمی نقش دارند و در بخش‌های حیاتی مثل ارائه نتایج و تحلیل داده‌ها کمتر نقش‌آفرینی می‌کنند. مشابه این موضوع، Sayyed (۲۰۲۴) در تحقیقی به چالش‌های مربوط به کیفیت نگارش مقالات در کشورهای در حال توسعه اشاره کرده و اظهار داشته که عدم تسلط کافی به اصول نگارش علمی از عوامل اصلی کاهش کیفیت مقالات منتشره است(۱۱).

نیاز اساتید به برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه‌هایی مانند مدیریت داده‌ها و تحلیل‌های آماری پیشرفته در این تحقیق بسیار برجسته بود. این یافته در راستای تحقیق Panizal و همکاران (۲۰۲۳) قرار دارد که آن‌ها نیز بر نبود مهارت کافی در استفاده از ابزارهای تحقیقاتی مثل نرم‌افزار SPSS و دیگر تکنیک‌های پیشرفته تأکید کرده‌اند. به ویژه، یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که اساتید در بخش تحلیل‌های آماری پارامتریک مانند Independent Sample T-Testو Paired Sample T-Test پارامتریک و غیرپارامتریک به شدت نیازمند آموزش‌های هدفمند هستند(۱۲).

در همین حال، نتایج تحقیق حاضر نشان داد که اساتید نیاز به مهارت‌های بیشتر در زمینه تهیه و طراحی سوالات تحقیق دارند؛Adeeb و همکاران (۲۰۲۳) نیز در این رابطه اهمیت آموزش ابزارهای تحقیقاتی به ویژه در حوزه تحقیقات کیفی را برجسته کرده‌اند و بر طراحی برنامه‌های هدفمند برای ارتقای ظرفیت تحقیقاتی تأکید نموده‌اند(۱۳).

۵. نتیجه

نتایج این تحقیق و مقایسه آن با مطالعات مشابه گویای نیاز مشترک به توسعه مهارت‌های تحقیقاتی در میان اعضای کادر علمی است. شباهت‌های یافته‌ها نشان‌دهنده ضرورت برگزاری برنامه‌های آموزشی جامع و ورکشاپ‌های عملی برای پاسخ به نیازهای اساتید و افزایش مهارت آن‌ها در تحلیل داده‌ها، نگارش علمی و استفاده از ابزارهای پیشرفته تحقیقاتی است. از این‌رو، برای بهبود کیفیت تحقیقات علمی و ارتقای جایگاه پوهنتون‌هرات در سطح ملی و منطقه‌یی، تمرکز بر ارائه دوره‌های تخصصی و حمایت از توسعه مهارت‌های پیشرفته تحقیقاتی ضروری به نظر می‌رسد.

٦. منابع

1. Brew A, Boud D, Namgung SU, Lucas L, Crawford K. Research productivity and academics’ conceptions of research. High Educ. 2016;71:681–97.
2. Heng K, Hamid Mo, Khan A. Factors influencing academics’ research engagement and productivity: A developing countries perspective. Issues Educ Res. 2020;30(3):965–87.
3. Abouchedid K, Abdelnour G. Faculty research productivity in six Arab countries. Int Rev Educ. 2015;61:673–90.
4. Edgar F, Geare A. Factors influencing university research performance. Stud High Educ. 2013;38(5):774–92.
5. Jung J. Faculty research productivity in Hong Kong across academic discipline. High Educ Stud. 2012;
6. Bastedo MN, Bowman NA. College rankings as an interorganizational dependency:

Establishing the foundation for strategic and institutional accounts. Res High Educ. 2011;52:3–23.

7. Jameel AS, Ahmad AR. Factors Impacting Research Productivity of Academic Staff at the Iraqi Higher Education system. Int Bus Educ J. 2020;13(1):108–26.
8. Paddit IA, Lalio IA, Richard O, Celi C. Research Training Needs Analysis of Higher Educational Institutions. Eur Online J Nat Soc Sci [Internet]. 2022;(January 2022). Available from: www.european-science.com
9. Oancea A, Fancourt N, Robson J, Thompson I, Childs A, Nuseibeh N. This Is the Author Accepted Manuscript of an Article Due To Be Published in the Oxford Review of Education in 2021. 2021;1–22.
10. Abouelenein YAM. Training needs for faculty members: Towards achieving quality of university education in the light of technological innovations. Educ Res Rev. 2016;11(13):1180–93.
11. Sayyed K. Assessing Research Productivity and Quality Across Disciplines in the School of Arts and Sciences at the Lebanese American University. SAGE Open. 2024;14(1):1–21.
12. Panizal R, Palmares III M. Assessment of Research Training Needs: Input for Research Development Plan. Psychol Educ A Multidiscip J. 2023;12(7):1.
13. Adeeb H, Qamar Naqvi SS, Ullah I. Need Assessment Of Teaching Qualitative Research In Undergraduate Medical Education: A Mixed Method Study. J Ayub Med Coll Abbottabad-Pakistan. 2023;35(4).

Needs Assessment of Health Research Activities at Herat University

Assistant Professor Dr. Shafiq Ahmad Joya[1], Professor Dr. Azizurrahman Niazi[1], Assistant Professor Dr. Noor Ali Mohmand[2], Senior Teaching Assistant Dr. Ghulam Mohammad Qanit[3]
[1]Department of Public Health and Infectious Diseases, Faculty of General Medicine, Herat University, Herat, Afghanistan
[2]Department of Para-Clinic Sciences, Faculty of Veterinary Sciences, Herat University, Herat, Afghanistan
[3]Department of Private Law, Faculty of Law and Political Science, Herat University, Herat, Afghanistan

*Corresponding Author: s.ahmad.joya@gmail.com

Received: 05-Jan-2025 Accepted: 03-Mar-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract
Scientific research is one of the key indicators for improving the quality and ranking of universities. This study aimed to identify the research needs of academic staff at Herat University. Conducted as a cross-sectional study in the winter of 2023, it involved 146 active faculty members at Herat University, selected using a simple stratified random sampling method. Data were collected through a researcher-designed questionnaire comprising 82 questions across three sections: demographic characteristics, research experience and capacity-building needs. The data were analyzed using SPSS software version 29. The findings indicated that faculty members are more involved in the initial stages of research, such as research design and data collection, but play a less significant role in more complex aspects like data analysis and drafting key sections of research papers. Furthermore, there was a clear need for developing advanced skills, including data management, statistical analyses (parametric and non-parametric) and scientific writing. These results underscore the necessity of organizing targeted training workshops to enhance the research skills of faculty members. Planning for the development of advanced research capacities can play a crucial role in improving the quality of scientific research and elevating Herat University's standing at both national and international levels.

Keywords: Capicity Building, Herat University, Research Needs, Research Skills, Scientific Writing, Statistical Analysis

مقاله تحقیقی

بررسی عوامل مؤثر بر رو آوردن نوجوانان و زنان به اعتیاد به مواد مخدر و بزهکاری و راه‌های پیشگیری از آن...

پوهنمل دوکتور محمدحسن یوسفی[۱]

[۱] دیپارتمنت روانشناسی، پوهنځی تعلیم و تربیه، پوهنتون بامیان، بامیان، افغانستان

ایمیل ادرس نویسنده مسؤل: hassan_yusufi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۸ تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر و بزهکاری به‌عنوان یکی از مشکلات مهم در جامعه امروز یاد می‌شود. مطالعات متعددی درزمینهٔ سبب‌شناسی پدیده اعتیاد و علل بزهکاری در میان نوجوانان وزنان به عمل آمده و محققان عوامل مختلفی را در ارتباط با شیوع اعتیاد و روآوردن به بزهکاری معرفی کرده‌اند؛ بنابراین هدف از انجام تحقیق حاضر بررسی عوامل مؤثر بر روآوردن نوجوانان وزنان به اعتیاد و بزهکاری و راه‌های پیشگیری از آن در ولایت بامیان می‌باشد. روش تحقیق از نوع توصیفی-تبیینی و به لحاظ ماهیت کاربردی می‌باشد و از نظر اجرا پیمایشی محسوب می‌شود. جامعه آماری این تحقیق ۱۰۰ نفر از نوجوانان وزنان ولایت بامیان می‌باشد که به‌صورت تصادفی در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه اعتیاد به مواد مخدر میرحسامی (۱۳۸۸) و پرسشنامه بزهکاری آیتی(۱۳۹۳) بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Spss-24 استفاده گردید. نتایج نشان داد فقر فرهنگی (۱۵/۲۱فیصد)، دوستان ناباب (۲۵/۳۳ فیصد)، فقر اقتصادی خانواده (۱۷/۰۹ فیصد)، اعتیاد والدین (۲۰/۲۳ فیصد) و ازهم‌گسیختگی و طلاق والدین (۲۲/۱٤ فیصد) بر رو آوردن نوجوانان وزنان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که اعتیاد و بزهکاری یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و صحی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب و موجب رکود اجتماعی درزمینه های مختلف می‌گردد.

کلمات کلیدی: اعتیاد، بزهکاری، زنان، مواد مخدر، نوجوانان

۱. مقدمه

اختلالات سو مصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات صحت روانی است که از تعامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی- اجتماعی ناشی می‌شود (۱). تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف مواد عمدتاً پدیدهای مردانه است. درحالی‌که زنان هم همپای مردان در معتاد شدن پیش می‌روند (۲، ۳). زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند. امید به زندگی پایین، خودکارآمدی و سبک‌های مقابله با استرس پایین، و کمبود قدرت‌های تطابقی در فرد برای مقابله با حوادث روزانه زندگی می‌تواند مقدمه ایجاد اعتیاد یا از نتایج اعتیاد باشد(٤). زنان نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند و وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده‌دارند، درحالی‌که نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی هستند که در این میان، اعتیاد اگر نه اولین و عمده‌ترین، بلکه یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. هر جا پای اعتیاد باز می‌شود، زنان در صف نخستین آن قرار دارند، چراکه بیشترین آسیب‌ها از اعتیاد پدر، برادر، فرزند، همسر و حتی دوست و همکار به آن‌ها وارد می‌شود. از طرفی دیگر، موضوع اعتیاد زنان، مشکل اجتماعی پنهانی است؛ زیرا فضای سنتی حاکم بر خانواده‌ها و جامعه به زنان معتاد اجازه نمی‌دهد که اعتیادشان را اعلام کنند. به‌علاوه در فرهنگ افغانستان، مصرف مواد در زنان از مردان ناهنجارتر تلقی می‌شود و درنتیجه زنان معتاد برای دریافت خدمات ترك و درمان اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد با مشکلات زیادی روبه‌رو هستند(۵). به همه موارد باید این نکته را نیز افزود که وجود مادر معتاد می‌تواند آسیب‌های جدی به تعاملات رابطه با همسر و فرزندان و درنتیجه به جامعه وارد سازد؛ چراکه در بسیاری از موارد، بنیان خانوادهٔ زنان معتاد، متزلزل است و نمی‌توانند کانون خانواده را سالم و سرپا نگهدارند. گاهی برای رسیدن به مواد مخدر از هیچ کاری فروگذار نمی‌کنند و ممکن است احساسات، عواطف و حتی مادر بودن خود را زیر پا بگذارند؛ به همین دلیل، اعتیاد چالش‌های بسیار و درعین‌حال متفاوتی برای صحت زنان ایجاد می‌کند. مطالعات اخیر نیز نشان می‌دهد که دختران در مقایسه با پسران، سریع‌تر تحت تأثیر سوءمصرف مواد قرار می‌گیرند و از پیامد آن آسیب می‌بینند(٦). اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع و تداوم این بیماری می‌شود. همانند دیگر بیماری‌های روانی، اعتیاد از چندین عامل نشأت می‌گیرد که در هر فرد، ممکن است گروه خاصی از عوامل مداخله‌گر شرکت داشته باشد و اگر در درمان اعتیاد یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، به فرض تأثیر آن عامل، عوامل دیگر می‌توانند تأثیر عامل موردنظر را کاهش دهد. اعتیاد در کنار سوءتغذیه و آلودگی‌های محیط‌زیست از مشکلات بزرگ جوامع بشری است که متأسفانه تمامی جوامع صنعتی و غیر صنعتی را گرفتار کرده است(۷). ویژگی اصلی اختلال مصرف یک

ماده مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان دهنده‌ی تداوم مصرف ماده از سوی فرد به‌رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است (۸). این بیماری یک بیماری مزمن، طولانی‌مدت با فرآیند بازگشت مجدد است که با دوره‌های بهبود و بازگشت مشخص می‌گردد. از بین افرادی که دارای تشخیص اختلالات مصرف مواد مخدر هستند و اقدام به ترك می‌نمایند، دو سوم به مصرف مجدد آن اقدام می‌کنند (۹، ۱۰، ۱۱). مسئله عود را در سه ماه اول مراجعه جهت درمان نشان دادند و میزان آن را ٦٦ فیصد در عرض شش ماه مطرح کردند. به همین دلیل برخی از متخصصین از لفظ اختلال مزمن و عودکننده برای توصیف اعتیاد استفاده می‌کنند (۱۲).

ترك جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، مشکل عمده در درمان معتادان حتی با دورهای پاکی طولانی‌مدت، میزان بالای عود آن‌هاست (۱۳). در بررسی عوامل مؤثر در بازگشت به اعتیاد در حال حاضر آمار دقیقی از اینکه چند فیصد از معالجه شدهگان مجدداً به مصرف مواد بازگشته‌اند، به‌صورت دقیق وجود ندارد، اما افزایش مبتلایان به سوءمصرف مواد مخدر در کشور می‌تواند بیانگر این بحث باشد که روش‌های درمانی انجام‌شده مؤثر یا جامع نبوده‌اند (۷). با توجه به آن‌که آمار اعتیاد رو به افزایش بوده و پدیده اعتیاد همان‌گونه که به‌عنوان بلای قرن از آن یادشده، علاوه بر هزینه اقتصادی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد می‌گذارد؛ بنابراین، مداخلات صورت گرفته باید عمیق باشد. این نکته موردتوجه است که توجه به جوانب روان‌شناختی در درمان اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود آن، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترك شده و باعث بهبود علائم روان‌شناختی برانگیزاننده فرد به سمت مصرف در طول درمان می‌شود. اعتیاد با ویژگی‌های همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت‌ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. حالت و حس آرامشی که به دنبال مصرف در فرد ایجاد می‌شود، اغلب موجب میل بیش‌ازحد برای استفاده از این ماده می‌گردد و شخص پس از اتمام اثرات مطلوب و به علت تخلیه شدید انرژی و بااحساس خستگی مفرط ناچار به مصرف مجدد روی می‌آورد و در چرخه‌ای نابودگر و ویران‌کننده میافتد که خروج از آن مستلزم بایدهای بسیاری است. همچنین از آنجایی که پیشرفت و ترقی هر جامعه‌ای درگرو صحت آن جامعه از هر نظر می‌باشد، لذا تحقیق در مورد پدیده بزهکاری نوجوانان بسیار رهگشا برای علت‌یابی جرائم و خطاها می‌باشند تا از این طریق بتوان کمبودها و نارسائی‌ها را دریافت و درصدد رفع این مشکلات اقدام نمود. همچنین می‌توان تأکید براین نکته کرد که از این طریق شاید بتواند مشکلات جامعه و خصوصاً نسل نوجوان وزنان که می‌توان گفت حساس‌ترین نقطه انعطاف‌پذیر یک جامعه هستند، را به نحوی رفع نمود تا آنجا که بتوان از این راه یک استراتژی برای پیشبرد اهداف علمی و فرهنگی جامعه اتخاذ نمود. جوامع بشری در هر شرایطی به همزیستی مسالمت‌آمیز با

همنوعان خود نیازمند هستند. آنچه مسلم است تا امروز به دلیل اختلافات زیر بنایی و ریشه‌ای مختلفی ازجمله در مسائل عقیدتی، فرهنگی و مذهبی و درعین‌حال تفاوت‌هایی که در معیارهای سنجش ارزش‌ها در حیطه‌های گوناگونی وجود داشته، یک توافق و تفاهم عمومی و جهان‌شمول استقرار نیافته است. وانگهی، تمام انسان‌ها از هر قوم و قبیله، نژاد و مذهب، دین و عقیده اتفاق‌نظر دارند که یکی از محوری‌ترین اعمال فردی و اجتماعی، تربیت و هدایت درست کودکان برای آینده می‌باشد. اقدامی که شرط ضروری و انکارناپذیر رشد و ترقی جامعه‌ای انسانی تلقی می‌شود. نوجوانان و به‌خصوص زنان سرمایه‌های معنوی جامعه می‌باشند و صحت روح و جسم آن‌ها تضمین‌کننده صحت جامعه در آینده است؛ بنابراین مسائل آنان ازجمله مسائلِ است که باید به آن‌ها توجه ویژه‌ای مبذول داشت. بررسی ریشه‌ای مسائل از آن جمله بزهکاری نوجوانان وزنان، برای رسیدن به یک جامعه‌ای ایدیال شرطی ضروری است. اصولاً بزهکاری عبارت است از جرایم کم‌اهمیت و چون نوجوانان معمولاً مرتکب این نوع جرایم می‌شوند، در مورد نوجوانان استفاده از کلمه بزهکاری بهتر از استفاده کلمه مجرمیت است. با یک تعریف ساده می‌توان گفت، نوجوان بزهکار فردی است که قبل از رسیدن به سن هیجده سالگی، مرتکب جرم می‌شود. درواقع از قدیم‌الایام گفته‌اند، پیشگیری بهتر از درمان است. طبعاً اگر نوجوانی به هر دلیلی از ابعاد جسمانی، روانی و رفتاری به نقصان و یا انحرافی مبتلا گردد، قهرا بازپروری وی مستلزم صرف هزینه‌های هنگفت و مضاعفی خواهد بود. برخورداری از یک سیاست جنائی و کیفری متناسب با شرایط و وضعیت نوجوانان می‌تواند به جامعه مدنی جهت پیشبرد یکی از اهدافش که پیشگیری از وقوع جرائم در آینده است، کمک فراوانی کند. از دیدگاه جامعه‌شناسی انحرافات، انحراف اجتماعی به دوطبقه بزهکاری و جرم قابل‌تقسیم است. گفتنی است که این طبقه‌بندی نه برحسب نوع و شدت رفتار انحرافی، بلکه بر اساس سن افراد در هنگام ارتکاب چنین اعمالی است؛ بنابراین، چنانچه رفتار انحرافی توسط بزرگ‌سالان صورت گرفته باشد، آن را جرم می‌نامند و درصورتی‌که توسط نوجوانان وزنان انجام‌شده باشد، به‌عنوان بزهکاری محسوب می‌شود (١٤). بزهکاری نوجوانان وزنان با اثر منفی روانی، اقتصادی و اجتماعی مباحث مهم افغانستان هستند؛ زیرا جامعه‌ای افغانستان ازنظر ساختار جمعیتی، کشوری با جمعیت نوجوان و جوان است. نوجوانان و جوانان بزرگ‌ترین سرمایه‌های هر کشور محسوب می‌شوند، شناخت وضعیت اجتماعی و اقتصادی مجرمین نوجوان وزنان، برای مربیان مسائل تربیتی، مددکاران اجتماعی، افراد پلیس و تمامی کسانی که با جوان و نوجوان به‌گونه‌ای در تماس هستند، جهت برنامه‌ریزی دقیق و بازسازی به‌منظور به حداقل رساندن جرم در جامعه، می‌تواند مفید باشد. نحوه رفتار و روابط پدر و مادر در خانواده یا نداشتن محیطی نشاط‌آور و فرح‌بخش تأثیری نامطلوب در روح نوجوان و جوان می‌گذارد. هر نوجوان و جوانی در کانون خانواده احتیاج به حمایت و محبت از طرف والدین خود دارد(۱۵ - ۱۹). عوامل گوناگونی در بروز بزهکاری مؤثر است و تنها نمی‌توان علت خاص و واحدی را برای آن در نظر گرفت. عوامل مختلفی نظیر عوامل

اجتماعی، اقتصادی، فیزیولوژیکی و ... در کنار هم باعث می‌شوند که بزهکاری در نوجوانان وزنان به منصه‌ی ظهور برسد. برخی از محقیقین معتقدند زمانی که بحران‌های اقتصادی- اجتماعی کانون خانواده را در برمی‌گیرد، مخصوصاً در شرایط فقر و بیکاری خانواده دچار بحران خواهد شد در این شرایط طیف وسیعی از انسان‌ها ناچارند برای تأمین معاش خود به کارهای خسته‌کننده و آن‌هم در ساعاتی طولانی تن به کار دهند، در چنین شرایطی جایی برای توجه به دیگر فرزندان باقی نمی‌ماند. بزهکاری پدیده اجتماعی جهانی است که معمولاً برای جرائم نوجوانان زیر ۱۸ سال به‌کاربرده می‌شود. گرچه، جوامع گوناگون برحسب وضعیت اقتصادی و اجتماعی خود با انواع متفاوتی از آن روبه‌رو هستند. در همه جوامع انسانی اصطلاح بزهکار در مورد افرادی به‌کاربرده می‌شود که اعمال خلاف قانون یا موازین مذهبی آن جامعه انجام می‌دهند. با توجه به اینکه احکام در جامعه‌های گوناگون متفاوت است، فرد متخلف در یک جامعه ممکن است در جامعه دیگر از تخلف مبری باشد. روابط افراد در جامعه بر نظم و قواعد خاصی استوار بوده است. در حقیقت، زندگی اجتماعی از طریق این قواعد یا هنجارهای اجتماعی تداوم می‌یابد. وقتی‌که اعمال و رفتار افراد برخلاف هنجارها و انتظارات عمومی می‌باشد، از آن تحت عنوان انحراف اجتماعی یاد می‌شود. البته انحراف اجتماعی به لحاظ زمان، مکان، مقام و ... امری نسبی است. در کشورها بزهکاری به مجموعه کل جرائمی گفته می‌شود که در صورت ارتکاب، مجازات‌هایی از قبیل قصاص، دیات، حدود و تعزیرات را در پی دارد. هرروز در کنار ما چندین بار از این جرائم به وقوع می‌پیوندد مانند چاقوکشی، ضرب‌وجرح، دزدی، تجاوز وغیر. پیچیدگی عوامل مؤثر در پدیده بزهکاری سبب شده است که هر گروه از محققان آن را از دیدگاهی خاص بررسی کنند. از آنجاکه پدیدهٔ اعتیاد به مواد مخدر مسئله‌ای جهانی است که همه کشورها به‌نوعی با آن درگیرند و هر یک با توجه به زیرساخت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود راه‌حل‌هایی را برای برخورد با این معضل برمی گزیند(۱۵)؛ بنابراین هدف از انجام تحقیق حاضر بررسی عوامل مؤثر بر روآوردن نوجوانان وزنان به اعتیاد و بزهکاری و راه‌های پیشگیری از آن در ولایت بامیان می‌باشد.

۲. مواد و روش تحقیق

تحقیق حاضر بر اساس ره‌یافت علمی و از نوع پیمایش علمی بوده است. پیمایش غالباً با تعیین افرادی که نماینده و معرف گروه موردبررسی‌اند (نمونه) و طرح سوالاتی که باید از آن‌ها پرسیده شود، آغاز می‌شود. در تحقیق حاضر از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات به شیوه‌ی پیمایش خود اظهاری به دست آمد. یکی از روش‌های مرسوم در علوم اجتماعی روش پیمایشی است. تحقیق حاضر نیز یک بررسی پیمایشی است. روش پیمایشی را می‌توان به‌عنوان روشی در جمع‌آوری داده‌ها که بر اساس آن گروه معینی از افراد به پرسش‌های یکسانی پاسخ می‌دهند،

تعریف کرد. جامعه آماری، شفاخانه ۲۰ بستر تداوی معتادین مواد مخدر مردان و شفاخانه ۲۰ بستر تداوی معتادین مواد مخدر زنان و اطفال ولایت بامیان می‌باشد که در سال ۱۴۰۳ مشغول به فعالیت بودند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، تعداد ۱۵۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به این دو شفاخانه تداوی معتادین به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های تحقیق از پرسشنامه اعتیاد به مواد مخدر، که این پرسشنامه توسط میرحسامی(۱۳۸۸) ساخته‌شده است، شامل ۱٦ سوال در طیف لکرت نمره یک (هرگز) تا نمره پنج (همیشه) است و پرسشنامه بزهکاری، که توسط آیتی(۱۳۹۳) ساخته‌شده است، شامل ۱۹ سوال در طیف لکرت نمره یک (هرگز) تا نمره چهار (گاهی اوقات) است، استفاده شد. پرسشنامه تکنیکی بسیار ساختمند و پرکاربردترین تکنیک گردآوری داده‌های پیمایشی است؛ به این دلیل که شیوه‌ی کارآمدی برای تشکیل ماتریس متغیر برحسب مورد برای نمونه‌های بزرگ است. پس از انتخاب جامعه‌ای آماری و تنظیم پرسشنامه‌ها، پرسشنامه‌ها در بین نوجوانان وزنان مصرف‌کننده مواد مخدر آن دو شفاخانه تداوی معتادین توزیع گردید. سپس، توضیحات لازم از سوی روانشناسان شفاخانه تداوی معتادین در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی، به آزمودنی‌ها ارائه شد و آن‌ها در حضور روانشناس شفاخانه تداوی معتادین خود، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند تا در صورت نیاز، از محقق درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. ازآنجایی‌که احتمال ریزش وجود داشت، تعداد ۱۵۰ پرسشنامه، درمدت ۳۰ روز توزیع و جمع‌آوری گردید. درنهایت تعداد ۵۰ پرسشنامه، به دلیل ناقص و مخدوش بودن کنار گذاشته شد و داده‌های مربوط به ۱۰۰ نفر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

۳. یافته‌های تحقیق

اطلاعات توصیفی مربوط به علت بزهکاری و اعتیاد در جدول (۱) آمده است.

متغیر	تعداد	فریکونسی	فیصد
فقر فرهنگی	۱٥٠	٢٤	٪۱٥/٢۱
دوستان ناباب	۱٥٠	۳۹	٪٢٥/۳۳
فقر اقتصادی خانواده	۱٥٠	٢٧	٪۱٧/٠۹
اعتیاد والدین	۱٥٠	٢۹	٪٢٠/٢۳
ازهم‌گسیختگی و طلاق والدین	۱٥٠	۳۱	٢٢٪/۱٤
فیصدی عمومی		۱٥٠	۱٠٠٪

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و فیصدی پاسخ دهندگان برحسب علت بزهکاری و اعتیاد در آنان

بر اساس جدول شماره یک، از ۱۵۰ نفر آزمودنی شرکت‌کننده در تحقیق، علت بزهکاری ۲۴ نفر مربوط به فقر فرهنگی (۱۵/۲۱ فیصد)، ۳۹ نفر مربوط به دوستان ناباب (۱۵/۳۳ فیصد)، ۲۷ نفر مربوط به فقر اقتصادی خانواده

(۱۷/۰۹ فیصد)، ۲۹ نفر مربوط به اعتیاد والدین (۲۰/۲۳ فیصد) و ۳۱ نفر مربوط به ازهم‌گسیختگی و طلاق والدین (۲۲/۱٤ فیصد) بود.

نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین پایبندی مذهبی خانوادگی و بزهکاری نوجوانان وزنان ضریب همبستگی ۰/۲۱ بود که در سطح P<0,05 معنادار است. در جدول شماره (۲) ضرایب همبستگی بین متغیرها آمده است.

متغیر	شاخص آماری	بزهکاری
پایبندی مذهبی خانوادگی	همبستگی	۰،۲۱
	سطح معناداری (P-value)	۰،۰۲

جدول شماره (۲): ضرایب همبستگی متغیرهای پایبندی مذهبی خانوادگی و بزهکاری نوجوانان وزنان

همچنین نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین میزان فقر فرهنگی و بزهکاری نوجوانان وزنان ضریب همبستگی ۰/۲۳ بود که در سطح P<0,05 معنادار است. در جدول شماره (۳) ضرایب همبستگی بین متغیرها آمده است.

متغیر	شاخص آماری	بزهکاری
فقر فرهنگی	همبستگی	۰،۲۳
	سطح معناداری (P-value)	۰،۰۰۳

جدول شماره (۳): ضرایب همبستگی متغیرهای فقر فرهنگی و بزهکاری نوجوانان وزنان

نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین میزان دوستان ناباب و بزهکاری نوجوانان وزنان ضریب همبستگی ۰/۳۹ بود که در سطح P<0,001 معنادار است. در جدول شماره (٤) ضرایب همبستگی بین متغیرها آمده است.

متغیر	شاخص آماری	بزهکاری
دوستان ناباب	همبستگی	۰،۳۹
	سطح معناداری (P-value)	۰،۰۰۱

جدول شماره (۴): ضرایب همبستگی متغیرهای دوستان ناباب و بزهکاری نوجوانان وزنان

نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین اعتیاد والدین و بزهکاری نوجوانان وزنان ضریب همبستگی ۰/۲۹ بود که در سطح P<0,05 معنادار است. در جدول شماره (٦) ضرایب همبستگی بین متغیرها آمده است.

متغیر	شاخص آماری	بزهکاری
اعتیاد والدین	همبستگی	۰،۲۹
	سطح معناداری (P-value)	۰،۰۰٤

جدول شماره (۵): ضرایب همبستگی متغیرهای اعتیاد والدین و بزهکاری نوجوانان وزنان

نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین ازهم‌گسیختگی و طلاق والدین و بزهکاری نوجوانان وزنان ضریب همبستگی ۰/۳۲ در سطح P<0,001 معنادار است. در جدول شماره (۷) ضرایب همبستگی بین متغیرها آمده است.

متغیر	شاخص آماری	بزهکاری
ازهم‌گسیختگی و طلاق والدین	همبستگی	۰،۳۲
	سطح معناداری (P-value)	۰،۰۰۱

جدول شمار (٦): ضرایب همبستگی متغیرهای ازهم‌گسیختگی و طلاق والدین و بزهکاری نوجوانان وزنان

۴. بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر باهدف بررسی عوامل مؤثر بر رو آوردن نوجوانان وزنان به اعتیاد و بزهکاری و راه‌های پیشگیری از آن در ولایت بامیان در سال ۱٤۰۳ انجام شد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق به این نتیجه می‌رسیم که به دلیل نقش مهم مادری و تربیتی زنان در خانواده و جامعه، ارتکاب ایشان به جرم نیز اثرات منفی بسیار زیادی در این دو نهاد بزرگ اجتماعی خواهد گذاشت. زمانی که مادران به هر دلیلی اعم از فوت، طلاق، بزهکاری و زندان در خانه حضور نداشته باشند، تربیت فرزندان دچار اشکال می‌شود و بستر مناسبی برای بزهکاری نوجوانان و نوجوانان فراهم می‌شود. بر اساس نتایج تحقیقات (١٦)، ازهم‌گسیختگی خانوادگی و اختلاف والدین و مشاجره‌ی آن‌ها در بزهکاری زنان در آینده تأثیر دارد، اگر زمینه‌های لازم برای نوجوانان وزنان در خانواده و بیرون از آن برای آن‌ها مهیا باشد و والدین میزان صمیمیت خود را با فرزندان خود را بیشتر کنند، احتمالاً میزان اعتیاد و جرم آن‌ها نیز کمتر خواهد شد. اگر در بین افراد خانواده بخصوص نوجوانان وزنان میزان مصرف مواد مخدر کمتر شود، میزان ارتکاب جرم نیز به زیادی کاهش می‌یابد. اگر والدین به فرزندان خود احترام به قانون و مجریان آن‌ها را آموزش دهند، نیز در این زمینه می‌توان امیدوار بود که از میزان جرم کاهش پیدا می‌کند. اگر افراد جامعه پلیس را برای جامعه مفید

بدانند، از میزان جرم انجام‌شده کاسته می‌شود. اگر خانواده‌ها کنترل لازم را برای دوست‌یابی نوجوانان وزنان داشته باشند، میزان ارتکاب جرم کم می‌شود و اگر از رابطه با دوستان ناباب جلوگیری شود، معمولاً می‌توان امیدوار بود که دیگر کمتر این نسل از افراد به‌طرف کارهای خلاف کشیده می‌شوند. نظریه‌ی انحراف فرهنگی، ویژگی‌های محیطی و شرایطی که افراد در آن زندگی و کار می‌کنند، به‌عنوان مؤلفه‌های بالقوه‌ی جرم، ایفای نقش می‌کنند(۱۹، ۱۷). در نظریه‌ی فرصت افتراقی فرض را براین می‌گذارند که با توجه به وضعیت افراد پرورش‌یافته در محلات پرازدحام و فقرزده، احتمال پیدایش بزه و رفتارهای انحرافی بیشتر است و نظریه‌پردازان انحراف فرهنگی، محیط و خرده‌فرهنگی را که افراد در آن بزرگ‌شده‌اند، عامل اصلی بزهکاری می‌دانند. همچنین جامعه شناسان میزان بزهکاری در محدوده‌های شهرها و محلات فقیرنشین را زیادتر از شهرها می‌دانند (۷، ۱۸).

۵. پیشنهادات

۱. به دلیل اینکه تحقیق در ولایت بامیان بر روی نوجوانان وزنان انجام‌شد، برای تعمیم نتایج به سایر جامعه‌ها باید بااحتیاط برخورد کرد.

۲. مشاوران و روانشناسان باید از طریق مشاوره و مداخله‌های درمانی اقدامات لازم را جهت کاهش بزهکاری و اعتیاد به مواد مخدر مراجعان انجام دهند.

۳. درمانگران باید در تداوی معتادین و بزهکاری نیز توجه کنند.

۴. ازآنجایی‌که بین اعتیاد به مواد مخدر و بزهکاری یک رابطه دوسویه وجود دارد، به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود در برنامه آموزشی خود شیوه‌هایی برای مقابله با اعتیاد و بزهکاری را آموزش دهند.

٦. منابع

(1). Winkelman, T. N., Admon, L. K., Jennings, L., Shippee, N. D., Richardson, C. R., & Bart, G. (2018). Evaluation of amphetamine-related hospitalizations and associated clinical outcomes and costs in the United States. *JAMA network open*, *1*(6), e183758-

(2). قادری، صلاح‌الدین، نوری، رؤیا، کریمی، جلیل و مروت، برزو. (۱۳۹٦). سبب‌شناسی اعتیاد زنان (مقایسه دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان، متخصصان و مردم).

(3). یحیی زاده، پیر سرایی و کیانی، مرجان. (۱۳۹۷). تجربه‌ها و پیامدهای اجتماعی مصرف مواد مخدر در زنان. *تحقیق نامه مددکاری اجتماعی*، ٥(١٥), ٤١-٩٧.

(4) . شایگان، اسحاق (۱۳۹۰). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *مجله جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی پلیس زن*، ٤٠،١٤-٣٢.

(5). تقی پور، شیوا؛ باغستانی، سعادت و سلطانی، نادره. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک‌شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. *اعتیاد پژوهی*، *51*(13), 71-88

(6). میر، مهدی و کاظمی، مهیار. (۲۰۱۸). مقایسه فعالیت مکانیزم های مغزی فعال‌سازی-بازداری رفتاری و کارکرد انعطاف‌پذیری شناختی در زنان مبتلابه اختلال مصرف مواد وزنان سالم. *عصب روان‌شناسی*، *4*(12), 101-124.

(8). صابری، ظفر؛ قندی، محمدباقر؛ واحد، ندا؛ رنجبر، هادی، سعیدی، نرگس و شیرازی، میترا. (۲۰۲۲). چالش‌های درمان اعتیاد با داروهای آگونیست افیونی از دیدگاه ذینفعان: یک مطالعه کیفی.

(9). Sinha, R. (2011). New findings on Biological factors predicting addiction.

(10). Nurco, DN., Kinlock, T.W., O grady, KE., Hanlon, TE. (1998). Differential contribution of family and peer factors to the ethiology of narcotic addiction. Drug Alcohol depen, 5,229-37

(11). Swift, R. M. (2013). Drug therapy for alcohol dependence. *Treatment of Substance Use Disorders*, 35-54.

(12). Klein, M. (2021). Relapse into opiate and crack cocaine misuse: A scoping review. *Addiction research & theory*, *29*(2), 129-147.

(13). Barati, M., Bashirian, S., Mohammadi, Y., Moeini, B., Mousali, A., & Afshari, M. (2021). An ecological approach to exploring factors affecting substance use relapse: a systematic review. *Journal of Public Health*, 1-14.

(14). احمدی، علی. (۱۳۹٦). مطالعه‌ی جامعه‌شناختی اثر نظام ارزشی و ساختار قدرت در خانواده بر انحرافات اجتماعی (موردمطالعه: سکونت‌گاه‌های حاشیه‌ای شهری نایسر سنندج). *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، *۷* (۲٤)، ۱-۳۰.

(15). پیری، کوثر؛ دیرکوند، مقدم و تلاش، اشرف. (۱٤۰۰). بررسی شیوع و علل رو آوردن به سوءمصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۸. *سامانه جامع مدیریت اطلاعات تحقیقات، تحقیق و فناوری*، ۳ (٤)

(16). گلستانی، صادق (۱٤۰۰). تحلیل جامعه‌شناختی رابطه فرهنگ حس‌گرایی با مفاسد اجتماعی. *دو فصلنامه مطالعات اسلامی آسیب‌های اجتماعی*، ۳ (۱)، ۱۰۷-۱۲۲.

(17). ناصری، سهیلا؛ مکاریان، زهره و حضرتی، سپیده. (۱۳۹۷). بررسی نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر عدم بازگشت به زندان در بین زندانیان استان خراسان جنوبی.

(18). شایگان، فریبا و معتمدی، صدیقه (۱۳۹۳). بررسی تأثیر عوامل اجتماعی در بزهکاری زنان مقایسه‌ی زنان بزهکار با زنان غیربزهکارتحت پوشش بهزیستی ربا ط کریم. *مطالعات راهبردی زنان*، ۱٦(٦۳)، ۱۹۸-۱٦۳.

(19). وکیل، حسین و فرهادی، هادی. (۱٤۰۳). بررسی فرا تحلیل درمان اعتیاد به خرید، اعتیاد به قمار، اعتیاد به رفتارهای پرخطر و اعتیاد جنسی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، *20*(24), 1-11

Examining the Factors Influencing the Addiction of Youth and Women to Drugs and Delinquency and Prevention Strategies: A Case Study of Bamiyan Province

Senior Teaching Assistant[1], Dr. Mohammad Hassan Yousufi[1]

[1]Psychology Department, Faculty of Education and Training, Bamiyan University, Bamiyan, Afghanistan

*Corresponding Author: hassan_yusufi@yahoo.com

Received: 30-Nov-2024 Accepted: 08-Dec-2024 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Addiction to narcotic drugs and delinquent behavior are regarded as some of the most significant problems in today's society. Numerous studies have been conducted on the etiology of addiction and the causes of delinquency among adolescents and women, and researchers have identified various factors associated with the prevalence of addiction and the tendency toward delinquent behavior. Therefore, the purpose of the present study is to examine the factors influencing adolescents' and women's inclination toward addiction and delinquency, as well as ways of preventing it in Bamyan Province. The research method is descriptive–explanatory, applied in nature, and survey-based in terms of implementation. The statistical population of this study consisted of 100 adolescents and women from Bamyan Province, who were selected through convenience random sampling. The research instruments included the Drug Addiction Questionnaire developed by Mirhashemi (2009) and the Delinquency Questionnaire by Ayati (2014). Data were analyzed using SPSS version 24. The findings indicated that cultural poverty (21.15%), association with deviant peers (33.25%), family economic poverty (17.09%), parental addiction (20.23%), and parental disintegration and divorce (22.14%) were significantly related to adolescents' and women's inclination toward drug use. Therefore, it is concluded that addiction and delinquency are among the most serious social, economic, and health-related problems, whose consequences pose a major threat to human society and lead to social stagnation in various domains.

Keywords: Addiction, Delinquency, Youth, Women, Drugs

مقاله تحقیقی

بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل

پوهنیار سیدبدرالدین نصرت[۱]،پوهنمل سیدنورجان سادات[۲]،بشیر احمد صدیقی[۳]

[۱،۲،۳] پوهنتون تعلیم و تربیه کابل، کابل، افغانستان

ایمیل ادرس نویسنده مسؤل: badr.nasrat@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۴ تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

چکیده

هوش هیجانی توانایی شناسایی، درک، کنترل و مدیریت احساسات خود و دیگران است. هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل می‌باشد. این تحقیق طی یک سال یعنی در خزان ۱۴۰۲ آغاز و بهار ۱۴۰۳ صورت گرفت. تحقیق حاضر بر اساس روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه تشکیل می‌دهد که با استفاده از فرمول کوکران از میان ۸۰۴ نفر محصل ۲۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها تحقیق به‌واسطه پرسش‌نامه هوش هیجانی گلمن و پرسش‌نامه سلامت روان GHQ جمع‌آوری گردیده است. قابل ذکر است که برای تعیین روایی پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی و سلامت عمومی از شاخص روایی محتوا و نظر پنج نفر متخصص روان‌شناسی استفاده شد. جهت بررسی پایایی ابزار، همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی گردید. بدین منظور، پرسش‌نامه‌ها به ۲۰ محصل واجد شرایط ارائه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه هوش هیجانی ۰،۸۴ و برای پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰،۸۷ به دست آمد. و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS[1] نسخه ۲۶ استفاده شده است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، به این معنا که هرچه سطح هوش هیجانی افراد بالاتر باشد، سلامت روان آنها نیز بهتر خواهد بود. ضریب همبستگی ۰،۲۸ نشان‌دهنده شدت متوسط این رابطه است، در حالی که مقدار احتمال ($P = 0.001$) حاکی از آن است که این رابطه به لحاظ آماری معنادار است و نمی‌تواند ناشی از شانس یا خطا باشد.علاوه بر این، تمامی مؤلفه‌های هوش هیجانی (به‌جز مؤلفه خودآگاهی) نیز رابطه‌ای مثبت و معنادار با سلامت روان دارند، که نشان می‌دهد هر کدام از این مؤلفه‌ها، به‌صورت جداگانه، می‌توانند نقش مهمی در بهبود سلامت روان ایفا کنند.

کلمات کلیدی: پوهنتون تعلیم و تربیه کابل، سلامت روان، محصلان، هوش هیجانی

[1] Statistical package for social science (SPSS) version.26

مقدمه

سلامت روانی به معنی داشتن روابط سالم و خوب با خود، دیگران و جامعه است(۱). از سوی دیگر انسان‌های باهوش و سالم همیشه در جستجوی آگاهی و روابط سالم با دیگران هستند، تا بتواند روابط سازنده و مفید با دیگران را شکل دهد. یکی از پدیده‌های که به سازندگی این روابط کمک می‌کند، هوش هیجانی است. هوش هیجانی عبارت از توانایی تشخیص و مدیریت هیجان‌های خود و دیگران در روابط بین‌فردی است(۲).

محصلان پوهنتون از جمله افرادی آسیب پذیر در برابر فشار روانی هستند. فشار روانی ممکن است با ورود به پوهنتون شکل بگیرد(۷-۳). با توجه به مشاهدات عینی محقق چنین استباط می گردد که تعداد قابل ملاحظه محصلان پوهنتون با مشکلات متعددی از جمله استرس، ناتوانایی محصلان در شکل گیری روابط اجتماعی، روابط میان فردی و احساس تنهایی می‌باشد که به طبع افزایش این مشکلات خطر ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب و دلزدگی از تحصیل را به همراه دارد. همچنین پائین آمدن سطح هوش هیجانی محصلان منجر به کاهش توانایی های شناختی آنان می‌شود ومی تواند تاثیرات منفی بر روی عملکرد تحصیلی محصلان بگذارد. تحقیقات انجام شده، مربوط به نقش هوش هیجانی بر روی محصلان نشان می‌دهد که هوش عمومی (ضریب هوشی) به‌تنهایی برای تبیین موفقیت محصلان کافی نمی‌باشد و در بهترین شرایط هوش عمومی تنها ۲۵ درصد از موفقیت را تبیین می‌کند و مابقی به هوش هیجانی، اجتماعی و چانس بستگی دارد(۱۰-۸).

مسلماً که اگر محصلی از سلامت عمومی خوبی برخوردار نباشند، قادر نخواهند بود که به گونه درست به مکلفیت‌های آموزشی و تحصیلی خویش رسیدگی کند. توجه به‌سلامت محصلان از اهمیت به سزایی برخوردار است، برخی مطالعات نشان می‌دهند که محصلان از این مسئله شاکی هستند که این موضوع باید از آوان دوران تحصیلی مورد توجه قرار گیرد. به‌طوری‌که اختلالات روانی را در محصلان ۷۵/۱۲ تا ۳۰/۴ درصد گزارش شده است، هیجاناتی که محصلان در محیط‌های یادگیری تجربه می‌کنند، می‌تواند با نتایج مهمی از قبیل موفقیت، تطابق علمی و همچنین سلامت و تندرستی مرتبط باشند، هوش هیجانی به تطابق بهتر با چالش‌های زندگی، کنترل هیجانات، رضایتمندی از زندگی و کاهش سطوح استرس رابطه دارد(٤). بنا بر این تحقیق حاضر برآن است که به این پرسش که، آیا بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل رابطه دارد، یاخیر؟ پاسخ ارائه کند.

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اول. بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل رابطه وجود دارد.

فرضیه دوم. بین مؤلفه‌های هوش هیجانی (خودآگاهی، خود تنظیمی، خودکنترلی، خودانگیختگی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی) و سلامت روان محصلان تعلیم و تربیه کابل رابطه چندگانه معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی می‌باشد که در سال ۱۴۰۳ به انجام رسیده است. محیط تحقیق پوهنتون تعلیم و تربیه کابل و جامعه تحقیق کلیه محصلان نیم‌سال اول، سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مقطع لیسانس پوهنځی های روان‌شناسی، علوم طبیعی، کمپیوتر ساینس، علوم تربیتی و تعلیمات اسلامی این پوهنتون بود. از میان ۸۰۴ تن محصل با استفاده از فرمول آنلاین کوکران ۲۶۰ نفر حجم نمونه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در این تحقیق تصادفی طبقه‌ای بود. محصلان برحسب پوهنځی، بر اساس سمستر تحصیلی و تهیه لیست اسامی از مدیریت‌های تدریسی به‌صورت یک‌درمیان از لیست مذکور انتخاب شد. معیار ورود به مطالعه را کلیه محصلان پوهنتون تشکیل داد. پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه اطلاعات مورد اعم از اطلاعات جمعیت‌شناختی و آزمون هوش گلمن ۳۳ سوالی و آزمون سلامت عمومی – ۲۸ سوالی جمع‌آوری گردید. زیر مقیاس‌های هوش هیجانی عبارت‌اند از خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیختگی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی و همچنان زیر مقیاس سلامت عمومی عبارت از علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و علایم افسردگی می‌باشد. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه هوش هیجانی و سلامتی عمومی -۲۸ سوالی از ابزارها به روش شاخص روایی محتوا مورد بررسی پنج (۵) نفر متخصصین رشته روان‌شناسی قرار گرفتند. در خصوص تعیین پایایی ابزار در مطالعه کنونی، همسانی درونی مورد سنجش قرار گرفت. قبل از توزیع پرسشنامه به منظور اعتبار سنجی ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار ۲۰ نفر از محصلان واجد شرایط ورود به مطالعه قرار داده شد و پس گردآوری پرسشنامه های جهت اعتبار سنجی همسانی درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه هوش هیجانی ۸۴/۰ و از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸، ۸۷/۰ محاسبه گردید. اطلاعات و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون درصد، همبستگی، و ریگرسیون صورت گرفته است، البته داده‌های جمع آوری شده توسط برنامه (SPSS V23) تحلیل و تجزیه شد.

جهت اجرای مطالعه، محقق با رعایت ملاحظات اخلاقی و ارائه‌ی توضیحات لازم درباره‌ی هدف تحقیق به محصلان پوهنتون، با مراجعه به آنان و با در نظر گرفتن شرایط ورود به تحقیق، پرسش‌نامه‌هایی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، آزمون هوش هیجانی گلمن و پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی را در اختیارشان قرار داد.

یافته‌های آماری تحقیق

الف) یافته‌های توصیفی

در این بخش، متغیرهای تحقیق که عبارت‌اند از هوش هیجانی با زیر مقیاس (خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیختگی، همدلی، مهارت‌های اجتماعی) و سلامت روان با زیر مقیاس (علایم مجسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد، اختلال افسردگی) از طریق معیارهای میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر و تعداد نمونه مورد بررسی قرار می گیرند.

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد نمونه
هوش هیجانی	۹۷/۷۸	۱۵/٦۸	۵۸	۱۴۰	
خودآگاهی	۲۴/۸۰	۴/۴۴	۱۲	۴۲	
خودتنظیمی	۲۰/۵۷	۴/۷۱	۸	۳۳	
خودانگیختگی	۲۰/٦۹	۴/۸۷	۷	۳۲	
همدلی	۱۸/۵٦	۴/۱۰	۸	۴۷	
مهارت‌های اجتماعی	۱۳/۱۴	۳/۴۲	۴	۲۵	۲٦۰
سلامت روان	٦۲/۱۸	۱۰/۴٦	۳۲	۹۵	
علایم جسمانی	۱۵/۹۴	۳/۸۲	۹	۲۸	
اضطراب	۱۴/٦۲	۴/۳۰	۵	۲۷	
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۹/۸۵	۴/۱۰	۷	۴۸	
اختلال افسردگی	۱۱/۷٦	۴/۹۱	۷	۳۳	

جدول (۱): آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

همان‌طور که در جدول اول نشان داده شده است، در متغیر هوش هیجانی میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۹۷/۷۸ و ۱۵/٦۸، در متغیر خودآگاهی ۲۴/۸۰ و ۴/۴۴، در متغیر خودتنظیمی ۲۰/۵۷ و ۴/۷۱، در متغیر خودانگیختگی ۲۰/٦۹ و ۴/۸۷، در متغیر همدلی ۱۸/۵٦ و ۴/۱۰، در متغیر مهارت های اجتماعی ۱۳/۱۴ و ۳/۴۲، در متغیر سلامت روان ٦۲/۱۸ و ۱۰/۴٦، در متغیر علایم جسمانی ۱۵/۹۴ و ۳/۸۲، در متغیر اضطراب ۱۴/٦۲ و ۴/۳۰، در متغیر اختلال در عملکرد اجتماعی ۱۹/۸۵ و ۴/۱۰ و در متغیر اختلال افسردگی ۱۱/۷٦ و ۴/۹۱ می باشد.

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق

ماتریس همبستگی

متغیر	هوش هیجانی	خودآگاهی	خودتنظیمی	خودانگیختگی	همدلی	مهارت‌های اجتماعی	سلامت روانی
۱	۱						
۲	**۰/۶۵۴**	۱					
۳	**۰/۸۳۵**	**۰/۳۹۳**	۱				
۴	**۰/۸۱۳**	**۰/۳۵۱**	**۰/۶۴۵**	۱			
۵	**۰/۶۳۱**	**۰/۲۹۲**	**۰/۴۳۸**	**۰/۳۵۸**	۱		
۶	**۰/۶۷۱**	**۰/۳۰۵**	**۰/۴۹۶**	**۰/۵۲۹**	**۰/۲۰۴**	۱	
۷	**۰/۲۸۳**	۰/۰۲۴	**۰/۲۷۸**	**۰/۳۲۰**	*۰/۱۴۳	**۰/۲۵۵**	۱

جدول (۲): همبستگی بین متغیرهای تحقیق

باتوجه‌به نتایج جدول دوم، تمامی متغیرهای پیش بین (مؤلفه های هوش هیجانی بدون مؤلفه خودآگاهی) با سلامت روان رابطه مثبت و معنادار دارند ($P< 0.001$).

فرضیه اول: بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل رابطه وجود دارد.

متغیر پیش‌بین	شاخص آماری / متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (P)
هوش هیجانی	سلامت روان	۰/۲۸	۰/۰۰۱
خودآگاهی		۰/۰۲	۰/۶۹۷
خودتنظیمی		۰/۲۸	۰/۰۰۱
خودانگیختگی		۰/۳۲	۰/۰۰۱
همدلی		۰/۱۴	۰/۰۲۱
مهارت‌های اجتماعی		۰/۲۶	۰/۰۰۱

جدول (۳): ضریب همبستگی بین هوش هیجانی و سلامت روان دانشجویان پوهنتون تعلیم و تربیه

نتایج جدول سوم نشان می دهد که بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P =0,001$ و $r= 0,28$). بنا بر این فرضه اول تأیید است. به عبارتی، افزایش هوش هیجانی محصلان، با افزایش معناداری در سلامت روان آنان همراه شده است.

فرضیه دوم: بین مؤلفه‌های هوش هیجانی (خودآگاهی، خود تنظیمی، خودکنترلی، خودانگیختگی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی) و سلامت روان محصلان تعلیم و تربیه کابل رابطه چندگانه معناداری وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از تحلیل رگرسیون هم‌زمان استفاده شد. در مدل رگرسیون متغیر سلامت روان به‌عنوان متغیر وابسته (ملاک) و زیر مقیاس‌های هوش هیجانی از جمله خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیختگی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) وارد معادله رگرسیون شدند.

ضرایب همبستگی (R)	ضریب تعیین (RS)	ضریب تعیین تعدیل‌یافته (ARS)	خطای معیار برآورد	F	P
۰،۳٦۷	۰،۱۳۵	۰،۱۱۸	۹،۸۲۹	۷،۹۲۳	۰،۰۰۱

جدول (۴): خلاصه مدل رگرسیون همزمان جهت همبستگی چند متغیری مؤلفه های هوش هیجانی با سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل

در نتایج جدول چهارم نشان داده شده است، که نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود همزمان، ضریب همبستگی چند متغیری برای مؤلفه های هوش هیجانی (خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیختگی، همدلی، مهارت های اجتماعی) با سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل برابر با R=0,367 و ضریب تعیین برابر با RS=0,135، که در سطح (P= 0,001) معنادار می باشد، در نتیجه فرضیه دوم تأیید می شود. با توجه به مقدار ضریب تعیین مشخص شده است که ۱۳،۵ درصد واریانس سلامت روان توسط متغیرهای پیش بین قابل تبیین می باشد. همچنین با توجه به ماتریس همبستگی و نتایج جدول ۳ مشاهده می شود که از میان مؤلفه های هوش هیجانی به عنوان متغیرهای پیش‌بین، متغیرهای خودتنظیمی، خودانگیختگی، همدلی و مهارت های اجتماعی قادر به پیش بینی سلامت روان محصلان پوهنتون تعلیم و تربیه کابل می باشند و متغیر خودآگاهی در پیش بینی سلامت روان نقش ایفا نمی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پس از تجزیه و تحلیل داده ها میتوان نتیجه گرفت که افزایش مهارت هوش هیجانی باعث افزایش نمره سلامت محصلان میشود. با توجه به مطالعات انجام شده، میتوان گفت که هوش هیجانی و سلامت روانی به طور مستقل با یکدیگر مرتبط هستند، افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستن، معمولاً توانایی بهتری در مدیریت احساسات خود و دیگران دارد و این خصوصیات به فرد کمک میکند تا با مشکلات روانی و روحی مقابله کند و به سلامت روانی بهتر دست یابد. علاوه بر این هوش هیجانی بالای رضایت زندگی، خوشبختی و عزت نفس فرد تاثیر داشته باشد و

معمولاً افراد دارای هوش هیجانی بالا سطح سلامت روانی بهتری دارند. مطالعه نشان داد که بین هوش هیجانی و سلامت روان محصلان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مؤلفه‌هایی چون خودتنظیمی، خودانگیختگی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت روان داشتند، اما خودآگاهی نقش مستقیمی در پیش‌بینی سلامت روان نداشت. تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه‌های هوش هیجانی توانستند ۱۳،۵ درصد از تغییرات سلامت روان را توضیح دهند.

نتایج این تحقیق با تحقیق از (۵) که نشان داد که بین هوش هیجانی و سلامت روانی کارکنان رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد، همسو میباشد. همچنان با نتایج (٦) مبنی بر داشتن رابطه معنا دار بین هوش هیجانی و سلامت روان همسو میباشد. همین‌طور (۷) که نشان داد که رابطه معنادار هوش هیجانی با سلامت روان بر اساس مؤلفه های هوش هیجانی وجود دارد، همسو میباشد. همچنان نتایج این تحقیق با تحقیق از (۸) که نشان داد که بین هوش هیجانی و مؤلفه های سلامت روانی کارکنان رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد، همسو میباشد. تحقیق (۹) که یافته های این تحقیق نشان داد که جنسیت و میزان تحصیلات و وضیعت تاهل، سن و نوع متغیر مهم در سلامت روانی کارکنان میباشد و اکثر کارکنان دارای هوش هیجانی متوسط می باشند، همسو میباشد.

بر این اساس می‌توان نتیجه این بخش از تحقیق حاضر را در راستای نظریه رفتار گرایان دانست. رفتار گرایان بر این باورند که هوش هیجانی مهارت هایی برای مدیریت احساسات و تنظیم رفتار است و برای بهبود عملکرد بهتر در محیط کار و زندگی مفید است. به عقیده رفتار گرایان هوش هیجانی را میتوان با استفاده از تکنیک های رفتاری و تمرینات تقویت کرد و مهارت های لازم برای موفقیت در زندگی را بدست آورد. این دیدگاه بیشتر به بهبود عملکرد و ارتقا شخصیت تاکید می کند. در بخش سلامت روان رفتار گرایان بر این عقیده هستند که سلامت روان نیز رفتاری است که آموخته میشود.

هوش هیجانی نقش مهمی در بهبود سلامت روان محصلان دارد. تمرکز بر تقویت مؤلفه‌های کلیدی هوش هیجانی می‌تواند رفاه روانی و موفقیت تحصیلی را ارتقا دهد. پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها برنامه‌های آموزشی برای توسعه هوش هیجانی ارائه دهند و مطالعات آینده تعامل مؤلفه‌های هوش هیجانی را بیشتر بررسی کنند.

پیشنهادات

۱. پیشنهاد میشود که محصلان چنین تحقیقی را در سایر مقاطع نیز انجام دهند.

۲. از آنجا که نتایج تحقیق نشان داد که هوش هیجانی بر سلامت روان و بالا بردن میزان آن نقش عمده ای میتواند داشته باشد، پیشنهاد می گردد که مسؤلین نهاد های تحصیلی کشور با برگزاری کارگاه‌ها و سیمینارها در داخل پوهنتون به منظور بالا بردن مهارت‌های هوش هیجانی در بین محصلین اقدام نمایند، تا بدینوسیله زمینه تعامل مثبت در رفتار و بالا رفتن میزان سلامت روانی در محصلان بیشتر گردد.

۳. پیشنهاد میشود با برنامه ریزی و مفهوم هوش هیجانی در جهت ارتقای میزان سلامت روان محصلان گام برداشته شود.

منابع

۱. موسوی، ح.، و شمس، م .(۱۳۹٦) .*مبانی سلامت روانی در جوامع مدرن* .انتشارات دانشگاهی.

۲. خیرالدین ج. رابطه هوش هیجانی و احساس خستگی دانشجویان با واسطه‌گری خوش‌بینی، خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی. مجله روانشناسی. ۱۳۸۹;۱٤(۲):۱۳۱-۱٤۱.

۳. سورشجانی ل. رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. شماره نزدهم. ۱۳۸۷:۹۷-۱۱٦.

۴. زهری انبوهی م، موسویان م، محتشمیو ن. ارتباط هوش هیجانی با سلامت روانی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی. ۱۳۹۲;۲(۲):۹-۲۱.

۵. سعید آبادی ر، گل افشانی ع، طرودی ت. بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان کارکنان آموزش و پرورش ناحیه ۲ ولسوالی ساری. ۱۳۹۷.

٦. بیک زاد ج، خدیوی ا، حسین پور سنبلی ع، محمد نژاد اصل ر. رابطه هوش هیجانی مدیران با خودکارآمدی و سلامت روانی آنان. فصلنامه علوم تربیتی. ۱۳۹۱;٥(۱۹):۱۲۷-۱٤۱.

۷. اسمعیلی م، احدی ح، دلاور ع، شفیع آبادی ع. تاثیر آموزش مولفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۸٦;۱۳(۲):۱۵۸-۱٦۵.

۸. فتی ل، موتابی ف، شکیبا ش، باروتی ع. مولفه‌های هوش هیجانی – اجتماعی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان. مطالعات روانشناختی. ۱۳۸٦;٤. (۲)

۹. نژاد فرید ع، مرادی ش، زنویان س. رابطه بین سلامت روان و هوش هیجانی کارکنان بانک مسکن. مشاوره شغلی و سازمانی. ۱۳۹۸;۲.(۴)

10. Golmen D. Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ. New York: Bantambook; 1995.

Investigating the Relationship between Emotional Intelligence and Mental Health of Kabul Educational University Students

Teaching Assistant Sayed Badrudin Nasrat[1], Senior Teaching Assistant Sayed Noorjan Sadat[2], Bashir Ahmad Sediqi[3]

[1,2,3] Kabul University of Education and Training, Kabul, Afghanistan

*Corresponding Author: badr.nasrat@gmail.com

Received: 05-Jan-2025 Accepted: 02-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Emotional intelligence is the ability to identify, understand, control, and manage one's own emotions and those of others. The present study aims to examine the relationship between emotional intelligence and the mental health of students at Kabul University of Education and Training. This research was conducted over the course of one year, beginning in the autumn of 1402 and concluding in the spring of 1403 (solar calendar).The study utilized a descriptive-correlational research design. The statistical population consisted of all students at Kabul University of Education and Training. Using Cochran's formula, a sample of 260 students was selected from a total population of 804 through stratified random sampling. Data were collected using Goleman's Emotional Intelligence Questionnaire and the General Health Questionnaire (GHQ).To ensure the validity of the questionnaires, content validity was established through the opinions of five psychology experts. The reliability of the instruments was assessed using internal consistency, with Cronbach's alpha coefficients calculated after administering the questionnaires to 20 eligible students. The Cronbach's alpha values were 0.84 for the Emotional Intelligence Questionnaire and 0.87 for the General Health Questionnaire. Data analysis was conducted using SPSS software, version 26. The findings of this study indicate a significant positive relationship between emotional intelligence and the mental health of students, meaning that higher levels of emotional intelligence are associated with better mental health. The correlation coefficient of 0.28 represents a moderate strength of this relationship, while the probability value (P = 0.001) suggests that the relationship is statistically significant and unlikely to be due to chance or error.Moreover, all components of emotional intelligence (except for the self-awareness component) also show a significant positive relationship with mental health, indicating that each of these components, individually, can play an important role in improving mental health.

Keywords: Emotional Intellegence, Kabul University of Education and Training, Mental Health, Students

مقاله تحقیقی

بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز ارتوپیدی ...

پوهنیار محمد ادریس حازم[۱]

[۱]دیپارتمنت روان‌شناسی عمومی، پوهنځی روانشناسی، پوهنتون تعلیم و تربیه کابل، کابل، افغانستان

ایمیل ادرس نویسنده مسؤل: edress.hazem22@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶ تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

چکیده

معلولیت عبارت از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد است که پیامد نقص و ناتوانی بوده و مانع انجام نقشی می گردد که با توجه با شرایط سنی، جنسیتی، اجتماعی، فرهنگی و طبیعی برای فرد در نظر گرفته شده است. لذا تحقیق حاضر با هدف شناخت رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل انجام شد. تحقیق حاضر پیمایشی – مقطعی از نوع همبستگی در سال ۱٤۰۳ اجرا شده است. جامعه آماری تحقیق تمامی کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل در سال ۱٤۰۳ را شامل می گردد؛ به منظور جمع آوری داده ها، نمونه ای شامل ۱۰۷ تن که شامل ۷۷ تن زن و ۳۰ تن مرد هستند، به وسیلهٔ فرمول شارپ کوکران انتخاب شده و از روش نمونه گیری تصادفی ساده برای انتخاب واحدهای نمونه استفاده صورت گرفته است. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و جهت تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و آزمون های همبستگی سپرمن، تی مستقل و تحلیل واریانس یک راهه[۱] استفاده شده است. از نرم افزار (SPSS-27)[2] برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردیده است. یافته های تحقیق نشان داده که میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل رابطه مثبت قوی و معنی دار وجود دارد ($p<0.01$). همچنان نتایج آزمون واریانس یک راهه میان گروه سنی نمونه آماری تحقیق با حمایت اجتماعی و سلامت روان تفاوت معنی دار مشاهده نگردیده است ($p>0.05$). نتایج آزمون تی مستقل نشان داده که میان آزمون شوندگان در میزان حمایت اجتماعی برحسب جنسیت تفاوت معنی دار وجود دارد ($p< 0.05$). در نتیجه می توان گفت که حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل می تواند موجب بلند رفتن سطح عملکرد آنان شده و باعث بهتر شدن سلامت روان آنان گردد.

کلمات کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت روان، معلولیت، معلول جسمی– حرکتی

[1] - Analysis of Variance (ANOVA)
[2] - Statistical package for social science (SPSS) version.27

۱. مقدمه

معلولیت یکی از وجوه زندگی بشری است که در طول تاریخ و در تمام جوامع به انواع گوناگون وجود داشته است. بررسی وضعیت معلولین بیانگر وجود مسایل متعدد و متراکم در این بخش از جامعه می باشد(۱). معلولیت مجموعه ای از عوامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و یا ترکیبی از آنها است که به نحوی در زندگی شخصی فرد اثر سو برجای می گذارد و مانع از ادامه زندگی مستقل وی به صورت طبیعی می گردد(۲). معلولان جسمی - حرکتی به افرادی گفته می شود که به هر علت دچار ضعف، اختلال یا ناتوانی در سیستم حرکتی باشند یا برای تحرک، نیاز به پاره ای وسایل کمکی داشته باشند(۳).

حمایت اجتماعی عبارت است از آرامش احساسی جسمانی که خانواده، دوستان و بقیه به فرد می دهند(٤). حمایت اجتماعی مفهومی است که افراد آسیب پذیر[1] از جمله معلولین[2] را در مقابل مشکلات و رویارویی با استرس های محیطی یاری میرساند(٥). سلامت روان را سازمان صحی جهانی چنین تعریف می کند: سلامت روان عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است(٦).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۳، حدود ۱,۳ میلیارد نفر در جهان معلولیت و ناتوانی قابل توجهی را تجربه می کنند. به عبارتی ۱٦ درصد از جمعیت جهان معلول و کم توان است(۷). افغانستان، به عنوان یک کشور جنگ‌زده، در طول چندین دهه جنگ و حوادث ناگوار نسبت به هر جامعه دیگر با این مشکل بیشتر روبه رو هست و این معضل از چالشهای عمده نهادهای صحی کشور محسوب می‌گردد. طبق بررسی را که مؤسسه هندیکپ در سال ۲۰۰۵ در افغانستان انجام داد دریافتند که حدود ۲,۷ درصد نفوس کشور را افراد معلول تشکیل می دهند، که از این میان ۵۹ درصد آن را مردان و ٤۱ درصد آن را زنان تشکیل می دهند(۸).

افراد معلول با مشکلات متعددی در روابط بین فردی، خانوادگی، کار، تحصیل و حوزه های عاطفی - رفتاری روبه رو هستند(۹). سازمان بهداشت جهانی در سال(۲۰۱۵) دریافت که افراد دارای معلولیت با موانع گسترده‌ای از جمله بهداشت، آموزش، اشتغال، حمل و نقل و ... روبرو هستند(۱۰). افراد دارای معلولیت بیش از سایر افراد، نیازمند تامین سلامت در ابعاد مختلف جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی می باشند(۱۱). معلولین از نظر وضعیت سلامتی همواره جز افراد آسیب پذیر جامعه بوده اند، کمبود و تغیرات جسمانی در معلولین، حاشیه نشینی و ادغام نشدن در

1 _Vulnerable
2 _Dysgenic

اجتماع، فردگرایی و انزاوی اجتماعی، نابرابری، تضادهای فرهنگی، حوادث ناگوار زندگی، خشونت خانواده‌گی و نمادین، تعهدات خانواده‌گی، افزایش مشکلات اقتصادی، فقر و فقدان حس تعلق و تبعیض ناشی از الگوهای جامعه‌پذیری بالای سلامت روان معلولین تاثیر چشمگیری دارد، آن‌ها را با مسایل و مشکلات عدیده‌ای روبرو کرده و فشارها و تنش های بیش از حد توان و ظرفیت شان را به آن ها وارد می کند، که در صورت استمرار امکان دارد آن‌ها را به سوی بیماری، ناسازگاری و نداشتن سلامت روانی سوق دهد(۱۱).

کارمندان معلول شفاخانه ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برای معلولان دیگر در این مرکز ارائه خدمات می‌نمایند، اما نحوی برخورد دیگران و حمایت اجتماعی، که آنها از محیط پیرامون خود دریافت می کنند، می تواند روی سلامت روان شان تاثیر بساناگواری بگذارد. توجه به سلامت جسمی و روانی کارمندان معلول این شفاخانه خود یکی از چالش‌های عمده و اساسی نهادهای درمانی کشور و این شفاخانه محسوب می‌گردد. بنابراین تحقیق حاضر در پی شناخت رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل می‌باشد.

۱.۱ اهمیت تحقیق

اهمیت این تحقیق را از لحاظ نظری و کاربردی مورد بررسی قرار گرفته است.

اهمیت نظری: تاحالا تحقیق پیرامون رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل در کشور صورت نگرفته است، لذا تحقیق هذا دراین زمینه جدید و بکر خوانده می شود و می‌تواند خلا معرفتی موجود در این زمینه را به شکل نسبی پر نماید.

اهمیت کاربردی: از نتایج و یافته های تحقیق حاضر نهادهای درمانی اعم جسمی و روانی و نهاد های مرتبط می توانند استفاده نمایند.

۲.۱ اهداف تحقیق

- شناخت رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل.
- مقایسه حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب گروه سنی.

- مقایسه سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب گروه سنی
- مقایسه حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب جنسیت.
- مقایسه سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب جنسیت.

۲. روش تحقیق

در زیر اجزای روش تحقیق به تفصیل شرح داده شده اند:

۲. ۱ طرح تحقیق

این تحقیق از نگاه هدف کاربردی، از نگاه ماهیت داده‌ها کمی و از نگاه طرح همبستگی است. تحقیق همبستگی رابطۀ احتمالی میان دو یا چند متغیر مورد بررسی قرار می گیرد، در این روش تحقیق محقق توانایی دستکاری در متغیرهای تحقیق را ندارد؛ صرفاً رابطه میان متغیرها را مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابراین در تحقیق حاضر نیز رابطه احتمالی میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل در سال ۱۴۰۳ مورد بررسی قرار گرفته است. برای سنجش اعتبار پرسشنامه های حمایت اجتماعی و سلامت روان به (۳۰) تن از کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل با روش نمونه گیری تصادفی ساده پرسشنامه ها توزیع و در نتیجه ضریب آلفای کرنباخ پرسشنامه حمایت اجتماعی مساوی به (۰،۸۰۱) و از پرسشنامه سلامت روان مساوی به (۰،۸۳۳) به دست آمده و بعد تعداد نمونه تحقیق براساس آن تعیین و تصمیم گرفته شده که می توان از این دو پرسشنامه در جامعه آماری مورد نظر برای بررسی متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روان معلول آن شفاخانه استفاده نمود. البته برای (۳۰) تن نمونه احتمالی تحقیق که پرسشنامه ها توزیع گردیده بودند، شامل نمونه آماری تحقیق نیز گردیده اند. معیار اشتراک آزمون شوندگان در این تحقیق معلولیت جسمی-حرکتی در کارمندان شفاخانه مذکور بوده؛ یعنی صرفاً کارمندان معلول جسمی-حرکتی شامل جامعه آماری تحقیق شده و از میان آنها نمونه آماری تعیین گردیده است. واحدهای نمونه آماری با رضایت کامل خویش به پرسشنامه ها پاسخ داده و برای آزمون شوندگان گفته شده که پاسخ های آنها با کمال راز داری نزد محقق محفوظ بوده و به جز در این تحقیق، از داده های مذکور، در زمینه دیگر استفاده صورت نمی گیرد.

۲.۲ اندازه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق، شامل تمام کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل است. در افغانستان هفت مرکز ارتوپیدی در هفت ولایات کشور وجود دارد که بزرگترین مرکز آن در شهر کابل موقعیت دارد. تعداد کلی کارمندان معلول این مرکز (۱۶۰) تن می‌باشند. که در این تحقیق براساس فرمول شارپ کوکران ۱۰۷ تن به عنوان نمونه تعیین شده و شامل ۳۰ تن مرد و ۷۷ تن زن می گردند. در این تحقیق از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده صورت گرفته است.

۳.۲ ابزار جمع آوری داده های تحقیق

داده‌های تحقیق با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و سلامت عمومی به طور حضوری جمع آوری گردیده است.

الف. پرسشنامه حمایت اجتماعی: این پرسشنامه تحت عنوان پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شدۀ چند بعدی، یک ابزار ۱۲ گویه است، که توسط زیمت و همکاران (۱۹۹۸) تهیه شده است. مقیاس ۱۲ گویه‌ای حمایت ادراک شده دارای سه بعد خانواده، دوستان و دیگران مهم می باشد که یک از ابعاد سه گانه، دارای چهار گویه مستقل می باشند، ضریب آلفای کرونباخ برابر با (۰،۹۲۱) به دست آمده است(۱۲، ۱۳).

ب. پرسشنامه سلامت عمومی: پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)گلدبرگ (۱۹۷۹) است و سؤالات آن در برگیرنده چهار خرده مقیاس علائم جسمانی[1]، علائم اضطراب[2]، اختلال عملکرد اجتماعی[3] و علائم افسردگی[4] را می‌باشد. در این تحقیق پرسش‌نامه بر اساس روش لیکرت (۰-۱-۲-۳) نمره‌گذاری گردیده و حداکثر نمره آزمودنی با این روش ۸۴ می‌گردد(۱۴).

۴.۲ حلیل آماری داده های تحقیق

تجزیه و تحلیل داده های جمعیت شناختی و توصیفی داده ها توسط آماره های آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد فراوانی و برای استنباط آماری داده ها از آزمون ضریب همبستگی سپرمن، آزمون تی دوگروه مستقل و آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده و داده های تحقیق توسط نرم افزار (SPSS-27) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

[1] -Hypochondria-sis
[2] - Anxiety
[3] - Social impairment
[4] - Depression

۳. یافته های تحقیق

یافته های تحقیق در دو بخش جمعیت شناختی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفته اند.

۳. ۱ یافته های جمعیت شناختی تحقیق

شاخص	طبقات	فراوانی	درصد
جنسیت	مذکر	۳۰	۲۸
	مونث	۷۷	۷۲
حالت مدنی	مجرد	۱۸	۱۶،۸
	متاهل	۸۹	۸۳،۲
محل سکونت	شهر	٦٦	٦١،۷
	روستا	٤۰	۳۷،۴
گروه سنی	۱۸ – ۲۵ ساله	۳۵	۳۲،۷
	۲٦ – ۳۵ ساله	۳۰	۲۸
	۳٦ – ٤۵ ساله	۲٦	۲۴،۳
	٤٦ – ۵۵ ساله	۱۱	۱۰،۳
	بیشتر از ۵۵ ساله	۵	۴،٦

جدول شماره(۱): جدول یافته های جمعیت شناختی نمونه آماری تحقیق

داده های جدول فوق نشان می دهد که از نگاه جنسیت کمترین تعداد نمونه را مردان، از نگاه حالت تاهل افراد مجرد، از نگاه محل سکونت روستا نشینان و از نگاه گروه سنی افرادی که در رده سنی بیشتر از ۵۵ سال قرار دارند تشکیل می دهند.

۳. ۲ تجزیه و تحلیل استنباطی یافته‌های تحقیق

در این بخش تحلیل استنباطی اهداف تحقیق به ترتیب ذکر گردیده است.

هدف اول: شناخت رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ کابل.

شاخص	ضریب همبستگی	سطح معناداری	فراوانی
حمایت اجتماعی سلامت روان	۰،۴۲٦**	۰،۰۰۱	۱۰۷

جدول شماره (۲): جدول ضریب همبستگی سپرمن حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی–حرکتی روان معلولین مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل

داده‌های جدول فوق نشان می دهد که ضریب همبستگی سپرمن میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی‌ـحرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل از مساوی است (**۰،۴۲۶) در سطح معناداری (۰،۰۰۱) به دست آمده است چون سطح معناداری از (۰،۰۰۱) کمتر به دست آمده است؛ بنابراین می توان گفت که میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل رابطه مثبت قوی و معنی دار وجود دارد و با افزایش نمره افراد در حمایت اجتماعی وضع سلامت روان آنان نیز بهبود می یابد.

هدف دوم: شناخت تفاوت حمایت اجتماعی میان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب گروه سنی.

متغیر ملاک	گروه‌های سنی	فراوانی	F	درجه آزادی	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	۱۸ - ۲۵ سال	۳۵	۰،۷۹۵	۴	۰،۵۵٦
	۲٦ - ۳۵ سال	۳۰		۱۰۲	
	۳٦ - ۴۵ سال	۲٦			
	۴٦ - ۵۵ سال	۱۱			
	بیشتر از ۵۵ ساله	۵			
مجموع		۱۰۷			

جدول شماره (۳): جدول آزمون واریانس یک راهه(F) میان حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب گروه سنی

جدول فوق نتایج آزمون واریانس یک راهه نشان می‌دهد که F مساوی به (۰،۷۹۵) با سطح معنی دار (۰،۵۵٦) در سطح معنی داری (۰،۰۵) به دست آمده. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده می توان گفت که میان حمایت اجتماعی و گروه سنی میان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلبی سرخ کابل تفاوت معناداری وجود ندارد.

هدف سوم: شناخت تفاوت سلامت روان میان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب گروه سنی.

متغیر ملاک	گروه های سنی	فراوانی	F	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روان	۱۸ – ۲۵ سال	۳۵	۰،۳۵۴	۴	۰،۸۷۹
	۲۶ – ۳۵ سال	۳۰		۱۰۲	
	۳۶ – ۴۵ سال	۲۶			
	۴۶ – ۵۵ سال	۱۱			
	بیشتر از ۵۵ ساله	۵			
	مجموع	۱۰۷			

جدول شماره (۴): جدول آزمون واریانس یک راهه (F) میان سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب گروه سنی

داده‌های جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد (F = 0.354)با سطح معنی داری (p=0.879) که بیشتر از (p=0.05) است، به دست آمده است. بنابراین می توان گفت که میان نمونه آماری تحقیق در نمره سلامت روان برحسب گروه سنی تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ یعنی افزایش سن نمی تواند بر حالت سلامت روانی نمونه آماری تحقیق تاثیر قابل توجهی داشته باشد.

هدف چهارم: شناخت تفاوت میان حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب جنسیت.

جدول شماره (۵): جدول آزمون T مستقل مقایسه حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب جنسیت.

شاخص	طبقات	فراوانی	میانگین	T	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	مرد	۳۰	۴۳،۲٦٦	-۲،۵۳۳	۰،۰۱۳
	زن	۷۷	۴۸،۴٦۷		

جدول شماره (۴): جدول آزمون واریانس یک راهه(F) میان سلامت روان کارمندان معلول جسمی - حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل برحسب گروه سنی

جدول فوق نشان آزمون T مستقل نشان می دهد که تفاوت معنا دار میان میزان حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب جنسیت وجود دارد. چون مقدار (T = -2.533) با سطح معنی دار (P = 0.013) در سطح معنی داری (P≤ 0.05) به دست آمده است، بنابراین می توان گفت که تفاوت معنی داری در حمایت اجتماعی برحسب جنسیت میان نمونه آماری تحقیق وجود دارد و میانگین داده‌های دو گروه نشان می دهد که میزان حمایت اجتماعی از کارمندان معلول جسمیحرکتی در این شفاخانه نسبت به کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرد بیشتر است.

هدف پنجم: شناخت تفاوت میان سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب جنسیت.

شاخص	طبقات	فراوانی	میانگین	T	سطح معناداری
سلامت روان	مرد	۳۰	۱۹،۱۶۶	-۱،۴۲۱	۰،۱۵۸
	زن	۷۷	۲۰،۲۲۰		

جدول شماره(٦): جدول آزمون T مستقل مقایسه سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب جنسیت

جدول فوق نشان آزمون T مستقل نشان می دهد که تفاوت معنا دار میان نمره کلی سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل بر حسب جنسیت وجود ندارد. چون مقدار $(T = -1.421)$ با سطح معنی دار $(P = 0.158)$ در سطح معنی داری $(P \leq 0.05)$ به دست آمده است و میتوان گفت که میان نمونه آماری تحقیق در نمره کلی سلامت روان برحسب جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد؛ یعنی میانگین نمرات دو گروه با هم خیلی نزدیک است، بنابراین بین نمره کلی سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی در این شفاخانه برحسب جنسیت تفاوت معنی داری وجود ندارد.

۴. مناقشه

نتایج نشان داد که رابطه مثبت قوی و معناداری میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ کابل وجود دارد. یافته این تحقیق با یافته‌های تحقیق معتمدی شلمزاری و همکاران، (۱۳۸۱) است که نشان داد حمایت اجتماعی تاثیر معناداری بر سلامت روان دارد و با افزایش میزان حمایت اجتماعی حالت سلامت روان افراد نیز بهبود می یابد، همسو می باشد(۱۲). همچنان با نتایج تحقیق خسروی، راهب، عرشی و اقلیما (۱۳۹٤) که تحقیقی دریافتند بین خرده مقیاس های حمایت اجتماعی (حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و دیگران) با مؤلفه‌های روانی(آسایش روانی و خودپنداری) و مؤلفه‌های اجتماعی (روابط اجتماعی و روابط فامیلی) کیفیت زندگی معلولین جسمی-حرکتی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد نیز همخوانی دارد(۱۳). همچنان یافته های این تحقیق با نتایج تحقیق کربلایی، صغری، مسعودی نیا و پیری (۱۳۹۹) که دریافتند همبستگی میان تمامی متغیرهای افسردگی، استرس و اضطراب با متغیر امیدواری به زندگی افراد معلول و عادی منفی و معنی دار می باشد. همچنین بین امیدواری به زندگی و وضعیت روانشناختی افراد عادی و معلولین جسمی تفاوتی وجود دارد و میزان امید به زندگی در افراد معلول کمتر از افراد عادی همخوانی دارد(17-15).

همچنان نتایج آموزن واریانس یک راهه نشان داده که تفاوت معنی داری میان گروه سنی کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل با حمایت اجتماعی و سلامت روان وجود ندارد. همچنین یافته تحقیق نشان داد که تفاوت معنی داری میان نمره کلی سلامت روان و جنسیت کارمندان معلول جسمی-حرکتی این شفاخانه وجود ندارد، اما یافته آزمون T مستقل نشان داده تفاوت معنی داری میان حمایت اجتماعی و جنسیت بین کارمندان معلول جسمی-حرکتی مرکز ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل وجود دارد و میزان میانگین حمایت اجتماعی که کارمندان مونث این شفاخانه دریافت می کنند نسبت به میانگین کارمندان مرد آن بیشتر است؛ این تفاوت می تواند دلایل مختلفی داشته باشند مانند همدلی، شفقت، مهربانی و... به دلیل نقش و جایگاهی که نظر به فرهنگ و ارزش‌های دینی در میان افراد جامعه نسبت به خانم‌ها وجود دارد، اما مردان به دلیل نقش اجتماعی و فرهنگی که در جامعه وجود دارد، اگر چه دچار معلولیت و مشکلی جدی هم باشند، کمتر مورد حمایت و همدلی قرار می گیرند.

۵. نتیجه گیری

یافته‌های تحقیق نشان داده که میان حمایت اجتماعی و سلامت روان کارمندان معلول جسمی-حرکتی شفاخانه ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل رابطه مثبت، قوی و معنا دار وجود دارد. در کل می توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی کارمندان معلول جسمی-حرکتی شفاخانه ارتوپیدی کمیته بین المللی صلیب سرخ کابل می تواند موجب بلند رفتن سطح عملکرد آنان شده و باعث بهتر شدن سلامت روان آنان گردد، برعکس حمایت اجتماعی ضعیف می تواند برعملکرد و سلامت روان آنان تاثیر سو گذاشته و موجب ایجاد مشکلات متعدد برای آنان و در کل ارائه خدمات درمانی در شفاخانه مذکور گردد.

٦. پیشنهادهای تحقیق

پیشنهادات تحقیق در دوبخش زیر ارائه گردیده است:

٦.١ پیشنهادهای تحقیقی

۱. به‌شمول وزارت صحت عامه، نهاد های ذی ربط یک سروی ملی از معلولین در کشور را انجام دهند.

۲. این تحقیق بالای تعداد اندک معلولین صورت گرفته است، پیشنهاد می شود تا تحقیقات بعدی بالای تعداد زیاد معلولین صورت گیرد.

۳. پیشنهاد می شود تا بالای معلولین که بیکار و بدون هر گونه حمایت ملی و بین المللی اند نیز تحقیقات صورت گیرد.

۶. ۲ پیشنهادهای کاربردی

۱. پیشنهاد به وزارت شهدا و معلولین، صحت عامه و نهاد های کمک رسان ملی و بین المللی تا با استفاده از نتایج تحقیقات کمک‌ها و حمایت های بیشتر را برای معلولین فراهم آورند.

۲. کار در خصوص آگاهی های عامه و فرهنگ سازی پیرامون موضوع حمایت اجتماعی با اقشار آسیب پذیر جامعه از جمله معلولین هر چه بیشتر و بهتر صورت گیرد.

۷. منابع

۱. صادقی فسایی س، فاطمی نیا م. معلولیت نیمه پنهان جامعه: رویکردی اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران. فصلنامه علمی – پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۹۳؛ ۱۵(۵۸): ۱۵۷ -۱۹۲

۲. کمالی، م و همکاران. مرورنظامند کیفیت زندگی معلولین جسمی حرکتی. مجله علمی پژوهشی پژوهان ۱۳۹۲؛ ۱۲(۱): ۳۵-۲۷.

۳. عطادخت ا، کمال آبادی ن، حسینی کیاسری س، بشرپور س. نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی اختلالات روان شناختی افراد معلول جسمی حرکتی و مقایسه آن با افراد عادی. فصلنامه توانبخشی ۱۳۹۳؛ ۱۵(۳):۳۴-۲۶

4. Roberts, ME: Bernstein, MH & Colby, SM. (2016). The Effect of eliciting implicit Viruses Explicit social support among youths susceptible for late – on set smoking. Addict Behave: 62: 60- 64

۵. خباز م، بهجتی ز، ناصری م. رابطه حمایت اجتماعی و سبک های مقابله با تاب آوری در پسران نوجوان. فصلنامه روان شناسی کاربردی ۱۳۹۰، ۴(۲۰): ۱۰۸ – ۱۲۳.

۶. جمعی از مؤلفان.کتاب جامع بهداشت عمومی. ۱۳۹۸ ویراست چهارم، جلد سوم. تهران: انتشارات ارجمند.

۷. کرمانی م. تحلیل و ارزیابی ابعاد و کیفیت سازوکارهای ادغام اجتماعی معلولان در قوانین حمایتی ایران. بررسی مسایل اجتماعی ایران۱۴۰۲؛۱۴(۱): ۱۸۵-۲۰۲.

۸. مجتبی ع. گزارش وضعیت حقوق اشخاص دارای معلولیت در افغانستان ۱۳۹۳. کمیسیون مستقل حقوق بشرافغانستان ۱۳۹۴:کابل

۹. نقدی ا، بلالی ا، رویین تن م، پاکیزه ا. بازتوانی معلولین، فرآیندها و چالش ها در استان همدان. دوفصلنامه پژوهش های جامعه شناسی معاصر۱۴۰۲؛ ۱۲(۲۳): ۳۵۹-۴۰۲

۱۰. لطیفیان م، بنی اسد ا، کمالی م. بررسی ابعاد اجتماعی معلولیت، یک مرورنظام مند. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی ۱۳۹۹، ۷(۲٦): ۵۳-۱۰۱.

۱۱. مقدادی م. حمایت از افراد دارای معلولیت با رویکردی به فقه و تاملی در قانون جامع حمایت از حقوق معلولان. فصلنامه تخصصی دین و قانون، ۱۳۹۵؛ ۴(۱۳): ۲۰۵ – ۲۴۱.

۱۲. اعزازی ش. جامعه شناسی خانواده. ۱۳۸۹ تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.

۱۳. ریاحی م، وردی نیا ا و پورحسین س. بررسی رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. فصلنامه علمی – پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۹؛ ۱۰(۳۹): ۸۵ - ۱۲۱

۱۴. تقوی س. بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی، ۱۳۸۰؛ ۲۰: ۳۸۱ – ۳۹۸.

۱۵. معتمدی شلمزاری ع، اژه ای پ، فلاح ج، کیامنش ع. بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضا مندی از زندگی، سلامت عمومی واحساس تنها در بین سالمندان بالاتر از ٦۰ سال شهر کرد. مجله روانشناسی ۱۳۸۱؛ ٦(۲): ۱۱۵-۱۳۳.

۱٦. خسروی ن، راهب غ، عرشی م، اقلیما م. بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی – حرکتی مراکز آموزشی رعد. فصلنامه توانبخشی ۱۳۹۴؛ ۱٦(۲): ۱۷٦-۱۸۵

۱۷. کربلایی ه، صغری ف، مسعودی نیا آ و پیری ا. بررسی میزان امیدواری به زندگی و وضعیت رواشناختی در بین معلولین بهزیستی شهر زاهدان ۱۳۹۹، هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم انسانی، مدیریت و کارآفرینی ایران، تهران.

Studying the Relationship between Social Support and Mental Health of Physically and Mentally Disabled Employees of the Orthopedic Center of the International Committee of The Red Cross, Kabul, 1403

Teaching Assistant Mohammad Edress Hazem[1]
[1]Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Kabul University of Education and Training, Kabul, Afghanistan
*Corresponding Author: edress.hazem22@gmail.com

Received: 05-Jan-2025 Accepted: 25-Jan-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract
Disability is a deprivation and inappropriate condition of an individual that is the result of a defect and inability and prevents the individual from performing the role that is intended for the individual based on age, gender, social, cultural, and natural conditions. Therefore, the present study aimed to identify the relationship between social support and mental health among physically and mentally disabled employees of the Orthopedic Center of the International Committee of the Red Cross in Kabul. The present study was a cross-sectional survey of the correlation type conducted in 1403. The statistical population of the study includes all physically and motorically disabled employees of the Orthopedic Center of the International Committee of the Red Cross in Kabul in 1403; in order to collect data, a sample of 107 people, including 77 women and 30 men, was selected using the Sharp-Cochran formula and a simple random sampling method was used to select the sample units. To collect data, the Goldberg and Hiller (1979) general health questionnaire and Zimet et al. (1988) social support questionnaire were used. Descriptive statistics methods, Spearman correlation tests, independent t-test, and one-way analysis of variance were used to analyze the data. SPSS-27 software was used to analyze the data. The findings of the study showed that there is a strong and significant positive relationship between social support and mental health of physically and mentally disabled employees of the Orthopedic Center of the International Committee of the Red Cross in Kabul ($p<0.01$). Also, the results of the one-way variance test between the age group of the research sample and social support and mental health did not show a significant difference ($p>0.05$). As a result, it can be said that social support for physically and mentally disabled employees of the Orthopedic Center of the International Committee of the Red Cross in Kabul can increase their performance and improve their mental he

Keywords: Disability, Mental Health, Social Support, Physical Disability

مقاله تحقیقی

شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد در ولایت هرات مبتنی بر مدل شناختی-رفتاری مارلات

پوهنیار نقیب‌الله عزیزی[1]، پوهنوال بصیر احمد کریمی[2]، محمد عارف احراری[3]

[1]دیپارتمنت روانشناسی و علوم تربیتی، پوهنځی تعلیم و تربیه پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

[2]دیپارتمنت مشاوره، پوهنځی تعلیم و تربیه پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

[3]فارغ‌التحصیل رشته روانشناسی وعلوم تربیتی، پوهنځی تعلیم و تربیه پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

ایمیل ادرس نویسنده مسؤل: naqib0782302012@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۴ | تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶ | تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

چکیده

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات جدی سلامت روان است که عود آن از چالش‌های اصلی در درمان محسوب می‌شود. این تحقیق با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در میان بیماران معتاد انجام شد. این تحقیق مقطعی با رویکرد توصیفی‌تحلیلی بر روی ۱۹۲ بیمار دارای سابقه مصرف مواد مخدر عمدتاً صنعتی با حداقل یک سابقه عود، بستری در کلینیک ۱۵۰ بستر بارز، کلینیک ۵۰ بستر زنانه ARC و کلینیک ۳۰ بستر شهامت در شهر هرات بین ماه‌های اسد الی عقرب سال ۱٤۰۳، با استفاده از مقیاس‌های خود تاب‌آوری، انتظار پیامد، خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله مارلات انجام و تجزیه‌وتحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین عوامل گرایش مجدد ۲۱،۳۹، وسوسه ۸،۳۷، تاب‌آوری ۳۴،۵۶، حمایت اجتماعی ادراک‌شده ۴۳،۷۸، راهبرد مقابله ۳۰،۳۸، انتظار پیامد ۵۴،۰۸ و خودکارآمدی ادراک‌شده ۲۰،۴۳ بود. تحلیل‌های همبستگی پیرسون رابطه معناداری بین وسوسه ($r=0.406, p<0.01$)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($r=-0.225, p<0.01$)و خودکارآمدی ($r=-0.189, p<0.01$) با گرایش مجدد نشان داد. عوامل فردی (وسوسه، تاب‌آوری پایین، خودکارآمدی ضعیف)، حمایت اجتماعی ناکافی و انتظارات نادرست از پیامدهای درمانی به‌عنوان عوامل کلیدی عود اعتیاد شناسایی شدند. یافته‌های این تحقیق نشان داد که عواملی مانند وسوسه، تاب‌آوری پایین، حمایت اجتماعی ضعیف و انتظارات نادرست، نقش مهمی در عود اعتیاد دارند. تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش خودکارآمدی و بهبود حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان راهبردهای مؤثری برای کاهش نرخ عود در نظر گرفته‌شده و انجام تحقیقات بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر برای تائید این یافته‌ها توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، عود اعتیاد، مدل شناختی-رفتاری، وسوسه

۱. مقدمه

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که به عنوان یکی از معضلات مهم صحی در جوامع بشری شناخته می‌شود(۱). افغانستان نیز، مانند بسیاری از کشورها، با این مسئله دست‌وپنجه نرم می‌کند، به‌ویژه که این کشور یکی از بالاترین میزان مصرف‌کنندگان مواد مخدر را در جهان داراست(۳،۲). گرچه درمان اعتیاد در بسیاری از کشورها به‌طور گسترده اجرا می‌شود، اما نرخ موفقیت در مراجعه به درمان و ادامه آن بسیار پایین است(٤). علاوه بر این، عود مصرف مواد پس از ترک، به عنوان یکی از چالش‌های اصلی درمان اعتیاد باقی‌مانده است(٥). عود، بازگشت به مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز است(٦) که تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد، مانند کنجکاوی، تمایل شخصی، اختلافات خانوادگی، دسترسی آسان به مواد و عوامل دیگر(۸،۷).

الگوی شناختی-رفتاری مارلات شامل سازه‌هایی است که به بررسی عود و عوامل مرتبط با آن می‌پردازد(۹). وسوسه که به تجربه آگاهانه تمایل به مصرف مواد اشاره دارد، تاب‌آوری، توانایی بازگشت از دشواری‌ها؛ حمایت اجتماعی، میزان توجه و همراهی از سوی اطرافیان؛ عود، آغاز مجدد مصرف پس از پرهیز؛ مقابله، تلاش برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا؛ انتظار پیامد، تصوری که فرد از تأثیر مصرف مواد دارد و خودکارآمدی، اطمینان از توانایی مدیریت رفتارهای مرتبط تعریف میشود(۱۰).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که عود مصرف مواد بسیار شایع است. تحقیق حقیقی و همکاران نشان داد که بیش از ۸۰ درصد از معتادان طی کمتر از شش ماه پس از ترک به مصرف بازمی‌گردند(٥). شفیعی و همکاران نیز گزارش کردند که ۷۲ درصد افراد طی یک سال دوباره مصرف می‌کنند(۱۱). نونز و همکاران میزان عود ٦ ماه پس از درمان را در روش‌های مختلف درمانی بین ٥۹ تا ۷۷ درصد مستند کرده‌اند(۱۲). همچنین، پژوهش‌ها عوامل گوناگونی را در بروز عود مؤثر دانسته‌اند. دیپتی و همکاران نقش دوستان نزدیک و افکار و همکاران تأثیر عوامل فردی، خانوادگی و شغلی را برجسته کرده‌اند(۱۳،۷). نتایج فدایی نیز نشان داد که حتی در بهترین شرایط درمان، ۹٥ درصد از افراد در شش ماه اول و ٥ درصد باقی‌مانده در آینده به اعتیاد بازمی‌گردند(١٤).

با وجود پژوهش‌های متعدد، بررسی عوامل مؤثر بر عود با استفاده از مدل شناختی-رفتاری مارلات کمتر مورد توجه قرار گرفته است. ازاین‌رو، این تحقیق با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد ولایت هرات، بر اساس مدل شناختی-رفتاری مارلات، انجام شد.

۲. مواد و روش

۲. ۱ طراحی و مدت زمان مطالعه

این تحقیق به‌صورت مقطعی و با رویکرد توصیفی-تحلیلی در شهر هرات بین ماه‌های اسد تا عقرب سال ۱۴۰۳ انجام شد.

۲. ۲ جمعیت مورد مطالعه

جامعه آماری این تحقیق را افراد بستری و دارای پرونده در کلینیک‌های ۱۵۰ بستر بارز، ۵۰ بستر زنانه ARC و ۳۰ بستر شهامت در شهر هرات تشکیل می‌دهند که به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین کلینیک‌های معیاری ترک اعتیاد زیر اثر ریاست صحت عامه ولایت هرات انتخاب شدند.

۲. ۳ جمع‌آوری داده‌ها

اطلاعات با استفاده از مقیاس مارلات (وسوسه، خود تاب‌آوری، انتظار پیامد، خودکارآمدی درک شده، حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله) به‌صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد.

بدین ترتیب، محقق در ساعات اداری به شفاخانه‌ها و کلینیک‌ها حاضر شده و با تفهیم اهداف تحقیق به شرکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی مانند رازداری و عدم ذکر نام آن‌ها، در صورت دارا بودن معیارهای ورود به تحقیق، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان قرار داد. در صورتی که برخی از نمونه‌ها به دلایل مختلف از جمله سواد کم، قادر به نوشتن یا پر کردن پرسشنامه نبودند، محقق شخصاً سوالات را برای آن‌ها خوانده و بدون هیچ دخالتی پاسخ‌های آنان را ثبت کرد.

اعضای تیم تحقیق پس از دریافت اجازه‌نامه‌های لازم و انجام هماهنگی‌های ضروری، با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، بیماران معتادی را که در هنگام جمع‌آوری اطلاعات عود و سابقه سوء مصرف و وابستگی به یک یا چند ماده مخدر اعتیادآور سنتی (از جمله تریاک، شیره تریاک، شیره سوخته و چرس) و صنعتی (از جمله هیروئین و مشتقات آن، متادون، مورفین، بوپرونورفین، مسکن‌ها و داروهای خواب‌آور) را چه به‌صورت تفریحی یا مداوم داشتند، وارد تحقیق کردند. تمامی بیماران معتاد انتخاب‌شده دارای عود بودند که بر اساس عوامل مورد نظر و سازه‌های مدل مارلات، اطلاعات با استفاده از پرسشنامه از بیماران جمع‌آوری گردید. معیار ورود در این تحقیق شامل معتادانی است که در این شفاخانه‌ها تحت درمان قرار داشته و دارای دوسیه باشند. همچنین معیار خروج شامل عدم رضایت آگاهانه و پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش است.

۴.۲ متغیرهای تحقیق

می‌توان گفت که متغیر وابسته در تحقیق حاضر عود اعتیاد می‌باشد و این پدیده‌ای است که ما می‌خواهیم آن را تبیین کنیم. متغیرهای مستقل در این تحقیق، عواملی هستند که فرض می‌شود بر روی عود اعتیاد تأثیرگذارند. با توجه به مدل شناختی-رفتاری مارلات، برخی از متغیرهای مستقل احتمالی عبارت‌اند از: عوامل فردی مثل تحصیلات، شغل، میزان درآمد و عوامل روان‌شناختی مانند تاب‌آوری، حمایت اجتماعی درک شده، راهبرد مقابله، انتظار پیامد و خودکارآمدی ادراک شده.

۵.۲ تجزیه‌وتحلیل آماری

در این تحقیق، اطلاعات به‌دست‌آمده پس از وارد کردن در نرم‌افزار آماری SPSS (Statistical Package for Social Science 25) ویرایش ۲۵ با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب انجام شد. ارتباط بین داده‌های اسمی با استفاده از آزمون خی دو و ارتباط بین داده‌های کمی با استفاده از آزمون تی، آنووا، همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و... در سطح معناداری کمتر از ۰،۰۵ ارزیابی شد.

۱. یافته‌های تحقیق

یافته‌های تحقیق بر اساس متغیر سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، سکونت، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی، میزان درآمد و تعداد فرزندان، در جدول زیر تذکر گردیده.

متغیر		فراوانی	درصد فراوانی
سن	زیر ۱۰ سال	۲۹	۱۵،۱
	بین ۱۱ – ۲۰ سال	۵۵	۲۸،٦
	بین ۲۱ -۳۰ سال	۵۰	۲٦
	بین ۳۱-٤۰ سال	٤۲	۲۱،۹
	بین ٤۱- ۵۰ سال	۱٦	۸،۳
جنسیت	مرد	۱۳۸	۷۱،۹
	زن	٥٤	۲۸،۱
تحصیلات	بی‌سواد	۱۳۲	٦۸،۸
	ابتدایی	۳۹	۲۰،۳
	متوسطه	۲۰	۱۰،۴
	لیسانس	۱	۰،۵
شغل	شاغل	٤٦	۲٤
	بیکار	۱٤٦	۷٦

متغیر		فراوانی	درصد فراوانی
سکونت	شهر	۱۲۱	٦٣
	ولسوالی	۷۱	۳۷
وضعیت تأهل	متأهل	۸۳	۴۳،۲
	مجرد	۱۰۵	۵۴،۷
	همسر بیوه	۲	۱
	همسر طلاق	۲	۱
وضعیت زندگی	با والدین	۱۱۷	٦۰،۹
	تنها	۱۹	۹،۹
	با همسر و فرزندان	۵۵	۲۸،٦
	سایر	۱	۰،۵
میزان درامد	کمتر از ۵۰۰۰	۱٤۸	۷۷،۱
	۵ الی ۱۰۰۰۰	۳۹	۲۰،۳
	۱۰ الی ۱۵۰۰۰	۱	۰،۵
	بیشتر از ۱۵۰۰۰	٤	۲،۱
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۱۲٦	۵٦،٦
	۱ فرزند	۷	۳،٦
	۲ فرزند	۲۱	۱۰،۹
	۳ فرزند	۲۱	۱۰،۹
	٤ فرزند	۷	۳،٦
	۵ فرزند	۷	۳،٦
	٦ فرزند	۳	۱،٦
سن شروع مصرف مواد	زیر ۱۰ سال	۳٤	۱۷،۷
	۱۰ الی ۲۰ سال	۱۱٦	٦۰،۴
	۲۱ الی ۳۰ سال	۳۸	۱۹،۸
	۳۱ الی ٤۰ سال	٤	۲،۱
مجموع		۱۹۲	۱۰۰

جدول شماره (۱): توصیف نمونه احصائیوی مورد مطالعه بر اساس متغیر سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، سکونت، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی، میزان درآمد و تعداد فرزندان

طبق داده‌های جدول اول، کمترین تعداد شرکت‌کنندگان در گروه سنی ٤۱ الی ۵۰ سال به بالا بوده است که تنها ۱٦ نفر (۸،۳ فیصد از کل شرکت‌کنندگان) را شامل می‌شود. در مقابل، بیشترین مشارکت را گروه سنی ۱۱ الی ۲۰ سال داشته‌اند که با ۵۵ نفر (۲۸،٦ فیصد از کل شرکت‌کنندگان) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند.

از میان اشتراک کنندگان بر اساس جنسیت، تعداد مردان اشتراک کننده ۱۳۸ نفر با ۷۱،۹ فیصد و خانم‌ها ٥٤ تن ۲۸،۱ درصد بودند. بر اساس میزان تحصیلات، ۱۳۲ تن بی‌سواد با ٦۸،۸ درصد بیشترین و سطح تحصیل لیسانس ۱ تن با ۰،۵ درصد کمترین سطح تحصیل را دارا بودند. بیشترین افرادی که تحقیق اشتراک داشتند ۱٤٦ تن یعنی ۷٦ درصد بیکار و کمترین افراد با توجه به وضعیت شغلی ٤٦ تن که ۲٤ فیصد را در بر می‌گیرد شاغل هستند. همچنان بر اساس محل سکونت شهری و ولسوالی، افراد شهرنشین ۱۲۱ تن با ٦۳ فیصد بیشترین اشتراک کنندگان و باشندگان ولسوالی‌ها ۷۱ تن که ۳۷ درصد را دربر می‌گیرد. با توجه به وضعیت تأهل، بیشترین اشتراک کنندگان را افراد مجرد که تعداد شان ۱۰۵ نفر ۵۴،۷ درصد و کمترین اشتراک کنندگان بر اساس وضعیت تأهل ۲ تن همسر بیوه و ۲ تن همسر طلاق هر کدام با ۱ -۱ فیصد هستند.

با توجه به متغیر وضعیت زندگی که افراد اشتراک کننده با چه کسانی زندگی می‌کنند، نشان داده شد که بیشترین افراد اشتراک کننده ۱۱۷ تن با ٦۰،) فیصد با والدین خود زندگی می‌کردند و کمترین افراد اشتراک کننده یعنی ۱۹ تن با ۹،۹ فیصد را احتوا می‌کند. همچنان میزان درآمد بیشترین افراد اشتراک کننده ۱٤۸ نفر ۷۷،۱ فیصد یعنی کمتر از ۵۰۰۰ افغانی و کمترین آن ۱ نفر با ۰،۵ فیصد با میزان درآمد ۱۰ الی ۱۵۰۰۰ افغانی. در اخیر، متغیر جمعیت شناختی که مورد بررسی قرار گرفته است، مربوط به تعداد فرزندان می‌باشد که بیشترین افراد اشتراک کننده بدون فرزند، ۱۲٦ نفر ٦۵،٦ فیصد و افراد دارای کمترین فرزند ۳ نفر بودند که تعداد ٦ فرزند را احتوا می‌کند با ۱،٦ درصد بود.

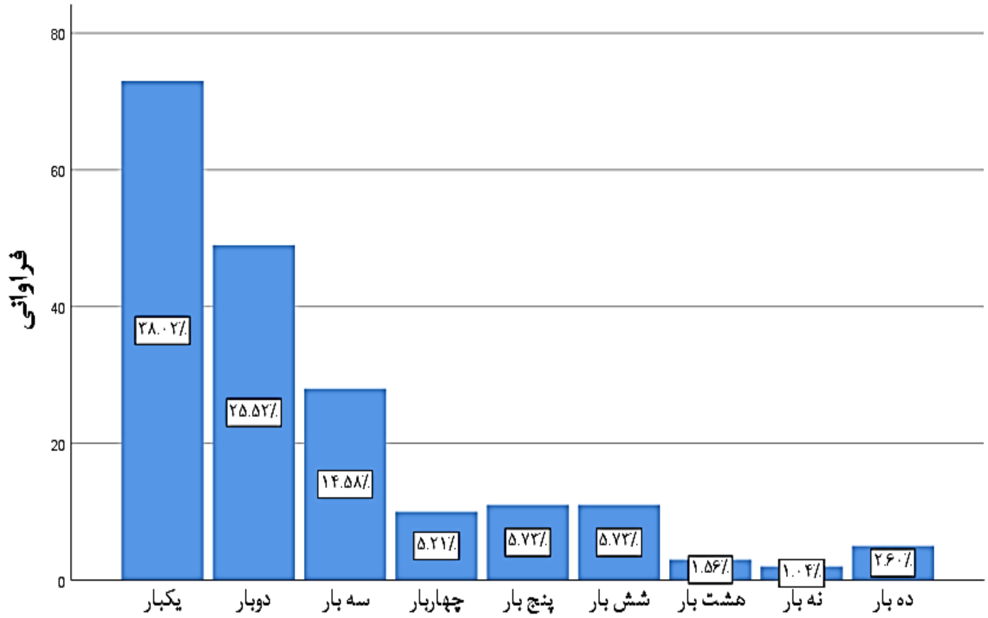
با توجه به متغیر (در چه سنی اولین بار مواد مخدر را تجربه کردید)، پاسخ‌دهندگان بین سنین ۱۰ الی ۲۰ سال که ۱۱٦ نفر (٦۰،۴ فیصد) می‌باشد، بیشترین افرادی هستند که سن شروع به سو مصرف مواد را گزارش کردند. همچنان در بین سنین ۳۱ الی ٤۰ سال، چهار نفر با ۲،۱ فیصد کمترین افرادی بودند که سن شروع مصرف مواد را بیان نمودند.

ماده مخدر	الکل	چرس	تریاک سوخته	اکس	کوکائین	هیروئین	شیشه	متادون	ترامادول	ریتالین	زیگی	قرص خواب‌آور
فراوانی	۲	٤۲	۱۳	۱	٤	۸۲	۱۱۸	۱٦	۱۱	۱	٦	۱۰
درصد	۰،۷	۱۳،۷	٤،۲	۰،۳	۱،۳	۲٦،۸	۳۸،٦	۵،۲	۳،٦	۰،۳	۲،۰	۳،۳

جدول شماره (۲): تجربه مصرف مواد بعد از درمان اعتیاد و دوره پرهیز

مطابق جدول دوم، افرادی که در دوره ترک یا پرهیز از مصرف مواد قرار داشتند، از جمله ۱۱۸ نفر، که ۳۸،٦ فیصد را احتوا می‌کند، بیشترین گرایش و رجوع به مصرف ریتالین و قرص اکس هر کدام با فراوانی ۱ و میزان ۰،۳ فیصد گزارش شده است.

با توجه به نمودار زیر، اینکه تمام اشتراک کنندگان تحقیق تجربه عود را داشتند، به تعداد ۷۳ تن (۳۸ فیصد) یک‌بار، ۴۹ نفر (۲۵،۵ فیصد) دو بار، ۲۸ نفر (۱۴،٦ فیصد) سه‌بار، ۱۰ تن (۵،۲ فیصد) چهاربار، ۱۱ نفر (۵،۷ فیصد) پنج و شش بار، ۳ نفر (۱،٦ فیصد) هشت بار، ۲ نفر (۱ فیصد) نه بار و در اخیر ۵ تن (۲،٦ فیصد) تجربه ۱۰ دفعه بازگشت یا عود را داشتند. با توجه به اینکه از آخرین مدت عود بیماران چه مدتی گذشته است، ۷۰ تن (۳٦،۵ فیصد) یک هفته، ۲٦ تن (۱۳،۵ فیصد) یک ماه، ۴۴ نفر (۲۲،۹ فیصد) سه ماه، ۳۸ نفر (۱۹،۸ فیصد) شش ماه، ۱۰ نفر (۵،۲ فیصد) یک سال و افرادی که بیش از یک سال از عود آن‌ها گذشته است ۴ نفر بودند که دقیقاً (۲،۱) فیصد را تشکیل میکند.



نمودار ۱. دفعات عود

همچنان اشتراک کنندگان تحقیق به پرسش، اولین تجربه بازگشت در چه مکانی بوده است، بیشترین افراد ۷۲ تن (۳۷،۵٪) خانه دوستان، ٦۹ تن (۳۵،۹٪) خانه خود و به ترتیب در مهمانی، پارک یا جاده و وارد دیگر (۱۲،۵ – ۱۰،۹ و ۳,۱ فیصد) را اولین مرحله عود یا بازگشت خود به اعتیاد عنوان نمودند.

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
عوامل گرایش مجدد	۸	۳۹	۲۱،۹	٦،۸۴
وسوسه	۴	١٦	۸،۳۷	۳،۸۱
خود تاب‌آوری	۸	۵۳	۳۴،۵٦	۸،۹۰
حمایت اجتماعی ادراک شده	۵	٦۷	۴۳،۷۸	١٦،۳۸
راهبرد مقابله	۱۲	۵۵	۳۰،۳۸	۸،۸۴
انتظار پیامد	۳۱	۷۴	۵۴،۰۸	۱۱،۲۳
خودکارآمدی ادراک شده	۱۰	۳۸	۲۰،۴۳	۵،۸۳

جدول (۳). ویژگی‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

جدول فوق آمار توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. عوامل گرایش مجدد دارای مقادیر حداقل ۸ و حداکثر ۳۹ بوده و میانگین آن برابر با ۲۱،۳۹ است. وسوسه با حداقل ۴ و حداکثر ١٦، میانگینی برابر با ۸،۳۷ دارد. خود تاب‌آوری در دامنه ۸ تا ۵۳ قرار داشته و میانگین آن ۳۴،۵٦ گزارش شده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده با حداقل ۵ و حداکثر ٦۷، میانگینی معادل ۴۳،۷۸ دارد. راهبرد مقابله در دامنه ۱۲ تا ۵۵ با میانگین ۳۰،۳۸ اندازه‌گیری شده است. انتظار پیامد دارای حداقل ۳۱ و حداکثر ۷۴ بوده و میانگین آن ۵۴،۰۸ است. در نهایت، خودکارآمدی ادراک‌شده در دامنه ۱۰ تا ۳۸ قرار داشته و میانگین آن برابر با ۲۰،۴۳ است.

۱. بین متغیرهای شناختی-رفتاری (وسوسه، خودکارآمدی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و انتظار پیامد) و عوامل گرایش مجدد رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرها	عوامل گرایش مجدد	وسوسه	خود تاب‌آوری	حمایت اجتماعی درک شده	راهبرد مقابله	انتظار پیامد	خودکارآمدی ادراک شده
عوامل گرایش مجدد	۱	.٤٠٦**	-.١٨٩**	-.٠٠١	-.٢٢٥**	-.٠١٨	-.١٩٣**
وسوسه	.٤٠٦**	۱	.٢٠٥**	.٢٦٣**	.٠٣٥	.١١٦	.١٨٧**
خود تاب‌آوری	-.١٨٩**	.٢٠٥**	۱	.٦٦٠**	.٥٩٣**	.٥٤٣**	.٧١٥**
حمایت اجتماعی درک شده	-.٠٠١	.٢٦٣**	.٦٦٠**	۱	.٤٣٩**	.٤٩٢**	.٦٤٦**
راهبرد مقابله	-.٢٢٥**	.٠٣٥	.٥٩٣**	.٤٣٩**	۱	.٥٧٠**	.٥٥٨**
انتظار پیامد	-.٠١٨	.١١٦	.٥٤٣**	.٤٩٢**	.٥٧٠**	۱	.۴٧٦**
خودکارآمدی ادراک شده	-.١٩٣**	.١٨٧**	.٧١٥**	.٦٤٦**	.٥٥٨**	.۴٧٦**	۱

جدول شماره (۴): ماتریس همبستگی پیرسون میان متغیرهای شناختی-رفتاری و گرایش مجدد

جدول فوق تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که بین عوامل گرایش مجدد و وسوسه همبستگی مثبت و معناداری ($r = 0.406, p < 0.01$) وجود دارد. همبستگی منفی و معناداری بین عوامل گرایش مجدد و خود تاب‌آوری ($r = -0.189, p < 0.01$) مشاهده می‌شود. برای متغیر حمایت اجتماعی درک شده ارتباط معناداری مشاهده نمی‌شود ($r = -0.001, p = 0.994$). راهبرد مقابله با گرایش مجدد همبستگی منفی و معنادار ($r = -0.225, p < 0.01$)وجود دارد که نشان می‌دهد استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بهتر، عوامل گرایش مجدد را کاهش می‌دهد. بین عوامل گرایش مجدد و انتظار پیامد ارتباط معناداری وجود ندارد.($r=-0,018, p = 0.804$) ؛ ارتباط منفی و معناداری بین عوامل گرایش مجدد و خودکارآمدی ادراک شده ($r = -0.193, p < 0.01$) وجود دارد. این نشان می‌دهد افرادی که خودکارآمدی بیشتری دارند، احتمال کمتری برای گرایش مجدد دارند.

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P
مقدار ثابت	.۶۹۳	۱،۰۹۵		.۶۳۳	.۵۲۸
وسوسه	.۱۴۷	.۰۴۸	.۲۶۴	۳،۰۳۸	.۰۰۳
خود تاب‌آوری	.۰۴۵	.۰۲۸	.۱۸۹	۱،۶۰۸	.۱۱۰
حمایت اجتماعی درک شده	-.۰۳۵	.۰۱۳	-.۲۷۲	-۲،۷۸۴	.۰۰۶
راهبرد مقابله	.۰۴۲	.۰۲۴	.۱۷۴	۱،۷۱۹	.۰۸۷
انتظار پیامد	.۰۴۲	.۰۱۹	.۲۲۱	۲،۲۵۳	.۰۲۵
خودکارآمدی ادراک شده	-.۰۷۴	.۰۴۴	-.۲۰۳	-۱،۶۸۵	.۰۹۴
حس کنجکاوی	.۳۶۸	.۱۸۳	.۲۱۲	۲،۰۰۷	.۰۴۶
تکمیل نکردن دوره‌های درمانی	-.۴۱۱	.۱۷۰	-.۲۰۹	-۲،۴۲۴	.۰۱۶
اختلالات جنسی	.۲۰۴	.۱۵۹	.۰۹۷	۱،۲۷۹	.۲۰۲
اصرار دوستان	-.۵۲۶	.۱۹۱	-.۲۵۳	-۲،۷۵۱	.۰۰۷
کسب لذت	-.۰۸۲	.۲۲۰	-.۰۳۸	-.۳۷۵	.۷۰۸
در دسترس بودن مواد	-.۲۱۶	.۲۱۹	-.۱۰۳	-.۹۸۷	.۳۲۵
محل سکونت	-.۱۵۵	.۲۲۰	-.۰۶۸	-.۷۰۵	.۴۸۲
اختلاف با خانواده	.۴۴۱	.۱۸۲	.۲۰۷	۲،۴۲۷	.۰۱۶
عدم موفقیت تحصیلی	.۲۹۳	.۱۸۱	.۱۲۵	۱،۶۱۶	.۱۰۸
فرار از مشکلات	-.۶۱۰	.۱۷۹	-.۲۸۹	-۳،۴۱۸	.۰۰۱
عدم اشتغال	.۱۲۱	.۲۰۹	.۰۵۹	.۵۷۷	.۵۶۵
ناراحتی‌های روحی روانی	.۰۴۷	.۱۸۴	.۰۲۲	.۲۵۵	.۷۹۹
بیکاری	.۰۲۵	.۲۰۴	.۰۱۳	.۱۲۴	.۹۰۱
ناراحتی‌های جسمی	.۱۹۰	.۱۹۴	.۰۸۶	.۹۸۱	.۳۲۸
R=.581		R^2=.338		ADJ.R^2=.260	

جدول شماره (۵): نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه عوامل مؤثر بر دفعات عود

تحلیل رگرسیون جدول پنجم نشان می‌دهد که بین وسوسه و دفعات عود رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (B = 0.147, Beta = 0.264, p = 0.003)؛ حمایت اجتماعی درک شده ارتباط منفی و معناداری با دفعات عود دارد (B = -0.035, Beta = -0.272, p = 0.006). انتظار پیامد با دفعات عود رابطه مثبت و معناداری نشان می‌دهد (B = 0.042, Beta = 0.221, p = 0.025). حس کنجکاوی نیز تأثیر مثبت و معناداری بر دفعات عود دارد (B = 0.368, Beta = 0.212, p = 0.046). تکمیل نکردن دوره‌های درمانی تأثیر منفی و معناداری بر دفعات عود دارد (B = -0.411, Beta = -0.209, p = 0.016). اصرار دوستان رابطه منفی و معناداری با دفعات عود دارد (B = -0.526, Beta = -0.253, p = 0.007). اختلاف با خانواده تأثیر مثبت و معناداری بر دفعات عود دارد.(B = 0.441, Beta = 0.207, p = 0.016) فرار از مشکلات ارتباط منفی و معناداری با دفعات عود نشان می‌دهد (B = -0.610, Beta = -0.289, p = 0.001). متغیرهایی مانند خود تاب‌آوری(p = 0.110) ، راهبرد مقابله (p = 0.087)، خودکارآمدی ادراک‌شده (p = 0.094)، اختلالات جنسی (p = 0.202) و بیکاری (p = 0.901)تأثیر معناداری در این مدل نشان ندادند.

متغیر	میانگین	انحراف معیار	F	p
تحصیلات	۲،٦۴۵۸	۲،۱۲۴۳	.۲۷۳	.۸۴۵
شغل			.۴۳۴	.۵۱۱
محل سکونت			.۱۱٦	.۷۳۴
وضعیت تأهل			۱۲،۸۱٦	.۰۰۰

جدول شماره (٦): مقایسه دفعات عود بین گروه‌های مختلف با تحصیلات، شغل، محل سکونت و وضعیت تأهل

جدول ششم مقایسه دفعات عود بین گروه‌های مختلف بر اساس متغیرهای تحصیلات، شغل، محل سکونت و وضعیت تأهل نشان‌دهنده تفاوت میانگین (۲،٦۴۵۸) (F=12.816, p=.000) دفعات عود در این گروه‌هاست. از میان متغیرهای مورد بررسی، تنها وضعیت تأهل تأثیر معناداری بر دفعات عود دارد. سایر متغیرها (تحصیلات، شغل و محل سکونت) تأثیر معناداری بر دفعات عود نشان نداده‌اند.

با توجه به اینکه وضعیت تأهل تأثیر معنی‌داری بر دفعات عود دارد لازم شد تا آزمون توکی مورد استفاده قرار گیرد که قرار زیر است:

وضعیت تأهل	حالت	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری(Sig.)
متأهل	همسر بیوه	-٦.٢٩	١.٣٩	.٠٠٠
	همسر طلاق	-٥.٢٩	١.٣٩	.٠٠١
مجرد	همسر بیوه	-٦.٦٣	١.٣٩	.٠٠٠
	همسر طلاق	-٥.٦٣	١.٣٩	.٠٠٠
همسر بیوه	متأهل	٦.٢٩	١.٣٩	.٠٠٠
	مجرد	٦.٦٣	١.٣٩	.٠٠٠
همسر طلاق	متأهل	٥.٢٩	١.٣٩	.٠٠١
	مجرد	٥.٦٣	١.٣٩	.٠٠٠

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دفعات عود بر اساس وضعیت تأهل

مطابق جدول هفتم آزمون تعقیبی Tukey HSD نشان داد که تعداد دفعات عود در گروه همسر بیوه به‌طور معناداری بالاتر از گروه متأهل ($MD = 6.29, p < 0.001$) و گروه مجرد ($MD = 6.63, p < 0.001$) بود. همچنین، تفاوت معناداری بین گروه همسر طلاق با متأهل ($MD = 5.29, p = 0.001$) و مجرد ($MD = 5.63, p < 0.001$)مشاهده شد، اما تفاوت معناداری بین گروه‌های همسر بیوه و همسر طلاق یافت نشد ($p = 0.956$).

۳. مناقشه

یافته‌های این تحقیق نشان داد که عوامل مختلفی از جمله وسوسه، خود تاب‌آوری پایین، حمایت اجتماعی ناکافی، راهبردهای مقابله ناکارآمد، انتظار پیامد غیرواقع‌بینانه و خودکارآمدی ضعیف، تأثیر معناداری بر عود اعتیاد بیماران داشته‌اند. این بخش به تفکیک متغیرها بررسی شده و نتایج تحقیق حاضر با مطالعات قبلی مقایسه می‌شود.

۳. ۱ وسوسه

نتایج این تحقیق نشان داد که بین وسوسه و گرایش مجدد به مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد . ($r = 0.406, p < 0.01$) این یافته با تحقیقات قبلی همخوانی دارد. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ی دیپتی و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که وسوسه‌های محیطی و اجتماعی نقش کلیدی در عود مصرف مواد دارند. این مسئله ممکن است ناشی از ضعف در مدیریت محرک‌های مرتبط با وسوسه باشد. از سوی دیگر، برخی مطالعات مانند تحقیق حقیقی و همکاران (۲۰۱٤) تأکید کرده‌اند که آمادگی روانی ناکافی برای مواجهه با وسوسه‌ها می‌تواند عامل مهمی در بازگشت به مصرف باشد. با این حال، برخلاف این یافته‌ها، برخی مطالعات نظیر نونز و همکاران (۲۰۱۸) بیان

کردند که وسوسه زمانی تأثیر کمتری دارد که بیمار تحت برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شناختی-رفتاری قرار گیرد. به نظر می‌رسد که اختلاف در این نتایج به تفاوت در روش‌های درمانی و سطح آموزش بیماران مرتبط باشد.

۳. ۲ خود تاب‌آوری

مطالعه حاضر نشان داد که خود تاب‌آوری پایین ارتباط معناداری با گرایش مجدد دارد .($r = -0.189, p < 0.01$) این یافته با نتایج تحقیق عظیم‌زاده تهران و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد که بیان کردند تاب‌آوری نقش محافظتی مهمی در جلوگیری از عود ایفا می‌کند. به نظر می‌رسد که تاب‌آوری پایین باعث کاهش توانایی افراد در مواجهه با چالش‌ها و فشارهای اجتماعی می‌شود و همین موضوع احتمال گرایش مجدد را افزایش می‌دهد. با این حال، مطالعات دیگری مانند تحقیق شفیعی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده‌اند که تأثیر تاب‌آوری در میان گروه‌های سنی مختلف می‌تواند متفاوت باشد؛ به‌طوری که افراد مسن‌تر به دلیل تجربه‌های بیشتر، حتی با تاب‌آوری پایین نیز نرخ عود کمتری دارند.

۳. ۳ حمایت اجتماعی

یافته‌ها نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و عود اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد ($r = -0.225, p < 0.01$). این نتیجه با مطالعه افکار و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت دارد که بیان کردند حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش میزان عود اعتیاد دارد. با این حال، برخی مطالعات نظیر تحقیق فدایی (۲۰۱۸) اشاره کرده‌اند که کیفیت حمایت اجتماعی، به‌ویژه از سوی اعضای خانواده، اهمیت بیشتری نسبت به کمیت آن دارد. تفاوت در نتایج ممکن است به دلیل نوع حمایت دریافتی (عاطفی یا عملی) یا سطح دسترسی به شبکه‌های حمایتی باشد.

۳. ۴ راهبردهای مقابله‌ای

تحقیق حاضر نشان داد که راهبردهای مقابله ناکارآمد با افزایش احتمال عود مرتبط است($r = -0.225, p < 0.01$). این یافته مشابه با نتایج تحقیق حقیقی و همکاران (۲۰۱٤) است که بیان کردند بیماران با راهبردهای مقابله مؤثرتر، توانایی بیشتری در مدیریت استرس و پیشگیری از عود دارند. با این حال، مطالعه‌ای که توسط شفیعی و همکاران (۲۰۱٦) انجام شد، نشان داد که آموزش‌های مبتنی بر راهبردهای مقابله‌ای تأثیر بیشتری در بیماران تحصیل‌کرده نسبت به افراد بی‌سواد دارد. این تفاوت نشان می‌دهد که سطح تحصیلات و توانایی درک آموزش‌ها می‌تواند نقش واسطه‌ای داشته باشد .

۳. ۵ انتظار پیامد

در این تحقیق، انتظار پیامد غیرواقع‌بینانه ارتباط مثبتی با دفعات عود نشان داد ,$B = 0.042$, $Beta = 0.221$. ($p = 0.025$) این یافته با نتایج مطالعات نونز و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد که بیان کردند بیماران با انتظارات غیرواقع‌بینانه از درمان، بیشتر در معرض عود قرار دارند. به نظر می‌رسد این موضوع به دلیل تفاوت در میزان اطلاعات بیماران درباره فرآیند درمان و واقعیت‌های آن باشد. در مقابل، تحقیق شفیعی (۲۰۱۶) نشان داد که آموزش‌های شفاف درباره درمان می‌تواند تأثیر این عامل را کاهش دهد.

۳. ۶ خودکارآمدی

یافته‌ها نشان داد که خودکارآمدی پایین یکی از عوامل اصلی عود اعتیاد است($r = -0.193$, $p < 0.01$). این یافته با مطالعه عظیم‌زاده تهران (۲۰۲۲) مطابقت دارد که نشان داد افزایش خودکارآمدی با کاهش نرخ عود مرتبط است. با این حال، تحقیق دیپتی و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که خودکارآمدی در گروه‌هایی که دارای سابقه طولانی‌مدت اعتیاد هستند، تأثیر کمتری دارد. این موضوع ممکن است به دلیل کاهش باور فرد به توانایی‌های خود پس از شکست‌های مکرر باشد.

۴. نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد ولایت هرات و بر اساس مدل شناختی-رفتاری مارلات انجام شد. یافته‌ها نشان داد که عواملی مانند وسوسه، خود تاب‌آوری پایین، حمایت اجتماعی ناکافی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، انتظار پیامد غیرواقع‌بینانه و خودکارآمدی ضعیف نقش مهمی در افزایش احتمال عود اعتیاد ایفا می‌کنند. وسوسه به‌عنوان یکی از قوی‌ترین عوامل خطر، ارتباط مثبت و معناداری با دفعات عود داشت، درحالی‌که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی به‌عنوان عوامل محافظتی، با کاهش گرایش مجدد همراه بودند. همچنین، خود تاب‌آوری پایین و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث کاهش توانایی بیماران در مدیریت چالش‌های دوره پرهیز شدند. انتظار پیامد غیرواقع‌بینانه از درمان نیز به دلیل نبود آگاهی کافی، احتمال بازگشت به مصرف مواد را افزایش داد. بر اساس این یافته‌ها، توجه به تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش تاب‌آوری، بهبود حمایت اجتماعی و توانمندسازی روان‌شناختی از طریق آموزش‌های جامع و مشاوره، به‌عنوان راهکارهای کلیدی برای کاهش نرخ عود توصیه می‌شود.

۵. پیشنهادات

۱. توسعه برنامه‌های آموزشی برای افزایش خودکارآمدی و توانایی مقابله بیماران با وسوسه‌های مصرف مواد.

۲. ایجاد گروه‌های حمایتی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها.

۳. آموزش تکنیک‌های افزایش تاب‌آوری به بیماران.

٤. فراهم کردن فرصت‌های شغلی برای بیماران به‌عنوان یکی از راهکارهای کاهش نرخ عود.

٥. انجام تحقیقات بیشتر برای شناسایی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در سایر گروه‌های جمعیتی.

٦. منابع

1. Shahraki G, SedaghatZ, Fararouei M. Family and social predictors of substance use disorder in Iran: A case-control study. Subst Abuse Treat Prev Policy 2019;14:17.
2. Akbari H, Roshanpajouh M, Nourijelyani K, Mansournia MA, Rahimi-Movaghar A, Yazdani K. Profile of drug users in the residential treatment centers of Tehran, Iran. Health Promot Perspect 2019;9:248-54.
3. Emcdda E. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
4. Simpson DD, Joe GW, Knight K, Rowan-Szal GA, Gray JS. Texas Christian University (TCU) short forms for assessing client needs and functioning in addiction treatment. J Offender Rehabil 2012;51:34-56.
5. Haghighi M, Alizadeh F, Rezaei T, Rezakhani Moghaddam H, Sodaei Zenoozagh H, Mohammadpoorasl A. Environmental and personal factors associated with addiction relapse in referral patients to Marand treatment centers. J Community Health Rese 2018;7:63-73.
6. Laudet AB. The road to recovery: Where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. Subst Use Misuse 2008;43:2001-20.

7. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. Am Psychol. 2004;59(4):224.
8. Hao SQ, Zhao M, Zhang RW, Zhang JC, Zhang J, Feng XS. The effectiveness comparison of Jitai tablets versus methadone in community-based drug treatment: A 1-year follow-up study. Addict Behav 2013;38:2596-600.
9. Fallahzadeh H, Hosseini N. The study of the causes of relapse in addicts referring to Behzisti of Yazd. Tolooe Behdasht 2000;06:67-73.
10. Tarrahi M, Ansari H, Heydari K, Sharhani A, Akrami R, Holakouie Naeini K. Viewpoint of care providers and self-reported substance drug addicts referring to withdrawal centers about etiology of re-addiction in Khorramabad, 2010. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2013;12(4).
11. Shafiei E, Hoseini AF, Bibak A, Azmal M. High risk situations predicting relapse in self-referred addicts to bushehr province substance abuse treatment centers. Int J High Risk Behav Addict 2014; 3: e16381.
12. Nunes EV, Gordon M, Friedmann PD, Fishman MJ, Lee JD, Chen DT, et al. Relapse to opioid use disorder after inpatient treatment: Protective effect of injection naltrexone. J Subst Abuse Treat 2018;85:49-55.
13. Azimzadeh Tehrani N, Rostami T, Parsa Nejad M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on Marlatt's model on craving and addiction quitting self-efficacy in patients under treatment with methadone. Sci Q Res Addict. 2022;16(64):241–58.
14. Amini K, Darush A. Investigating the social and environmental factors associated with the return of narcotic drugs to those who visit the Turkish state centers. J Zanjan Univ Med Sci. 2003;11(45):41–7.

Identifying Factors Associated with Relapse among Substance Use Disorder Patients Attending Rehabilitation Clinics in Herat Province: A Marlatt Cognitive-Behavioral Model-Based Study

Teaching Assistant Naqibullah Azizi[1], Associate Professor Basir Ahmad Karimi[2], Mohammad Aref Ahrary

[1]Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Education and Training, Herat University, Herat, Afghanistan

[2]Department of Counseling, Faculty of Education and Training, Herat University, Herat, Afghanistan

[3]Graduate Std of Psychology and Educational Sciences Department, Faculty of Education and Training, Herat University, Herat, Afghanistan

*Corresponding Author: naqib0782302012@gmail.com

Received: 24-Dec-2024 Accepted: 25-Jan-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Substance use disorder is a significant public health problem and relapse is a major challenge in treatment. This study aimed to identify factors associated with relapse among individuals with substance use disorder. This cross-sectional study involved 192 individuals with a history of primarily industrial substance use and at least one relapse episode. Participants were recruited from three rehabilitation clinics (Barez 150-bed clinic, ARC 50-bed women's clinic and Shahamat 30-bed clinic) in Herat, Afghanistan between August and November 2023. Data was collected using standardized scales measuring resilience, outcome expectancy, perceived social support and coping strategies. Statistical analyses were conducted using SPSS. The mean scores for craving (21.39), resilience (34.56), perceived social support (43.78), coping strategies (30.38), outcome expectancy (54.08) and perceived self-efficacy (20.43) were obtained. Pearson correlation analysis revealed a significant positive correlation between craving ($r=0.406$, $p<0.01$) and relapse and significant negative correlations between perceived social support ($r=-0.225$, $p<0.01$) and perceived self-efficacy ($r=-0.189$, $p<0.01$) and relapse. Individual factors such as craving, low resilience and poor self-efficacy, along with inadequate social support and unrealistic treatment outcome expectations, were identified as key predictors of relapse. The findings suggest that craving; low resilience, poor social support and unrealistic expectations play a significant role in substance use relapse. Enhancing coping skills, boosting self-efficacy and improving social support could be effective strategies to reduce relapse rates. Further research with larger and more diverse samples is recommended to confirm these findings.

Keywords: Cognitive-behavioral Model and Craving, Resilience, Self-efficacy, Social Support, Substance Use Relapse

مقاله تحقیقی

بررسی نشانه‌های اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن در ولایت جوزجان در سال ۱۴۰۳

پوهنیار عنایت الله حمیدی[۱]

[۱]دیپارتمنت روان‌شناسی ، پوهنځی علوم اجتماعی، پوهنتون جوزجان ، جوزجان، افغانستان

ایمیل ادرس نویسنده مسؤل: enayat.hamidi23@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۴ تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

چکیده

اختلالات روانی، نشانه‌های رفتاری یا روانی مجموعه‌ای از اعمال قابل‌مشاهده، افکار و احساسات گزارش شده به وسیله‌ای بیمار است. هدف از این تحقیق بررسی نشانه‌های اختلالات روانی، در ولایت جوزجان بود. تحقیق حاضر از نوع توصیفی (غیر آزمایشی) بوده و با روش علی مقایسه‌ای و همبستگی انجام شد. این تحقیق در ولایت جوزجان از ماه ثور شروع الی ماه سنبله ادامه داشت، با طرح توصیفی (بدون طرح‌های آزمایشی) پیش برده شد، از نظر جامعه، نامعین (نامحدود یا تعداد افراد بیشتر از بیست هزار) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده حجم نمونه برآورد گردیده همه اشخاص که در سنین نوجوانی و بالاتر از آن قرار داشتند، اشتراک کرده می‌توانستند و مواد تحقیق، پرسش‌نامه‌ای اختلالات روانی (SCL-25 فرم کوتاه شده SCL-90-R)(Symptom Checklist-25) بود، برای افراد توزیع گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش توصیفی و آزمون‌های t (Independent T Test)، ANOVA (One Way ANOVA) و همبستگی پیرسون، به وسیله برنامه‌ای SPSS27 (Statistical Package for Societal Science) انجام گردید. نتایج نشان داد که بین اقشار مختلف جامعه (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) و (مردان و زنان) از لحاظ وجود نشانه‌های اختلالات روانی با سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد (P<0,05). بدین ترتیب (۳۵۹) نفر آن بدون نشانه‌های روانی(سالم) و (۵۲۸) نفر آن دارای نشانه‌های اختلالات روانی بود. همچنان نتایج نشان داد، بیکاری (۸۹ درصد)، وضعیت اقتصادی (خوب ٤١ درصد، متوسط ٣٨ درصد و پایین ٦٨ درصد) و حالت مدنی (مجرد ٧٤ درصد و متأهل ٦٢ درصد) درسطح ۹۵ درصد اطمینان در بروز نشانه‌های اختلالات روانی مؤثریت داشته اند (P<0,05).

کلمات کلیدی: اختلالات روانی، جوزجان، عوامل مرتبط، نشانه ها

۱. مقدمه

در [1](DSM-5) اختلالات روانی چنین تعریف شده است: «رفتاری که از لحاظ بالینی معنی‌دار باشد، یا نشانگان روان‌شناختی یا الگویی که در یک شخص بروز می‌یابد و با پریشان‌حالی (نشانه دردناک)، ناتوانی (اختلال در یک یا چند حوزه مهم عملکردی)، افزایش خطر مرگ، درد، ناتوانی یا با از دست دادن آزادی مرتبط است، اختلالات روانی است». به‌علاوه، این نشانگان یا الگوها نباید فقط عکس العمل مورد انتظار به حادثه خاصی مانند مرگ یکی از عزیزان باشد(۱-۵). اولین کسی که بیماری روانی را در فرد مبتلا تشخیص می‌دهد خود فرد است یا نزدیکان وی(۶-۹).

عدم توجه به نیازهای روانی مردمان، سبب ازیاد شیوع نشانه اختلالات روانی و رفتاری در افراد می‌شود(۱۰). اختلالات روان‌شناختی ممکن در دوران کودکی نیز وجود داشته باشد، در دوره‌های بعدی به‌عنوان یک عامل مستعدکننده برای بیماری‌های روانی در فرد وارد عمل می‌شود. دوره نوجوانی این اختلالات روانی را بیشتر می‌کند(۱۱). اختلالات روانی که در این دوران‌دیده می‌شود عبارت از اضطراب، افسردگی، وسواس عملی- فکری، اسکیزوفرنی، اقدام به خودکشی و... می‌باشند(۱۵)(۱۰). این مشکلات گاهی تا سنین بزرگسالی و حتی پیری باقی خواهند ماند(۲،۱۰).

همچنان، امروزه در کشورهای مختلف دنیا از هر پنج نفر، یک نفر دارای مشکلات روان‌شناختی قابل تشخیص مانند افسردگی یا اضطراب یا سوء مصرف مواد می‌باشد(۳). شیوع این اختلالات روانی در افراد روز به روز رو به زیاد شدن است و آمارها بیان‌گر آن است که اختلالات روانی اگر مورد توجه قرار نگیرد، جامعه را بیشتر از این فرا خواهد گرفت. تشخیص نشانه‌های اختلالات روانی در افراد ممکن خیلی‌ها سخت باشد، زیرا بسیاری از افراد به علت اختلاف فرهنگی شناسایی آنان مشکل‌زا است(۱۶). وزارت صحت عامه افغانستان در سال ۱۳۹۸ اعلام کرد که ۴۷ درصد از جمعیت افغانستان از اختلالات روانی رنج می‌برند(۱۷). میزان شیوع اختلالات روانی برای منطقه خاورمیانه ۶،۲ درصد(رتبه هفتم) بوده است. دو اختلال افسردگی (۳۵) درصد و اختلال اضطرابی (۲۵) درصد بیشترین میزان شیوع بیماری اختلالات روانی را داشته اند. براساس اطلاعات ثبت شده در پایگاه اطلاعاتی GBD، اختلالات روانی در کشورهای ایران، بحرین و قطر بیشترین و در کشورهای مصر، عراق و یمن کمترین میزان بار بیماری را به خود اختصاص داده اند. همچنان آخرین مطالعه ملی و همگانی که توسط نور بالا و همکاران در سال ۱۳۹۳ در ایران اجرا شد که شیوع اختلالات روانی برای زنان، مردان و کل کشور را به ترتیب ٪۱۹،۳،

[1]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

٪۲۷،٦ و ٪۲۳،۴ گزارش کرده است(٦). در پاکستان شیوع کلی اختلالات روانی به حدود ٪۱۰ می‌رسد که تقریباً ۲۰ میلیون پاکستانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۱۲).

بخش بزرگ مطالعات که در افغانستان تا حال انجام می‌شود؛ مربوط به صحت روان و اختلالات روانی می‌باشد. از سوی دیگر برخی محققان در تبیین علل کثرت مشکلات روان‌شناختی در مردمان افغانستان از دیدگاهی دیگر به این مسئله نگریسته‌اند و به نقش مشکلات فرهنگ‌پذیری توجه ویژه‌ای کردند(۸).

علی رغم این‌که در رابطه با اختلالات روانی در مردمان افغانستان تاکنون تحقیقات زیادی انجام نگرفته است، اما باتوجه به گزارش مسئول ارشد ملل‌متحد در امور پناهندگان مبنی بر این‌که سطوح اختلالات روان‌شناختی بین مردمان افغانستان احتمالاً همانند جمعیت‌های دیگر می‌باشد(۱۳). باتوجه به نقش محوری اختلالات روانی و عوامل آن، باید به سبب‌شناسی این اختلالات پرداخت(١٤). بدین ملحوظ نقطه‌ای تحقیق تبیین نشانه‌های اختلالات روانی در طبقات مختلف ساکنین ولایت جوزجان است. این تحقیق کمک می‌کند، تا اشخاص که در معرض خطر هستند را شناسایی نماییم. بنابراین اهداف تحقیق حاضر، شناسایی شیوع و تفاوت نشانه‌های اختلالات روانی در جنسیت (مرد و زن) و طبقات (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) و همچنان بررسی عوامل مرتبط با آن‌ها است.

۲. روش تحقیق

۲.۱. طرح تحقیق: این تحقیق با توجه به هدف تحقیق کاربردی بوده و از نظر اجرا توصیفی با روش علی مقایسه‌ای و همبستگی (غیر آزمایشی) انجام می شود. از نظر زمانی تحقیق هذا مقطعی بوده در سال ۱٤۰۳ از ماه ثور الی سنبله جمع آوری داده دوام داشت که با سعی و تلاش محقق از نقاط مختلف ولایت (ولسوالی‌ها) داده‌ها جمع آوری گردید. البته باید تذکر داد که در این تحقیق از نظر نقش متغیرها دو ساختار وجود دارد: ۱- ساکنان ولایت جوزجان که اقشار (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) و جنسیت‌ها (مرد و زن) متغیر مستقل و نشانه‌های اختلالات روانی متغیر وابسته است که با روش علی‌مقایسه‌ای انجام می‌شود که از آزمون‌های t و ANOVA استفاده می‌گردد. ۲- عوامل مرتبط متغیر مستقل و نشانه‌های اختلالات روانی باز هم متغیر وابسته است با آزمون همبستگی پیرسون انجام می‌پذیرد.

۲.۲. اندازه‌ای نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این تحقیق را ساکنان ولایت جوزجان-افغانستان تشکیل می‌دهد که یک جامعه نامحدود است. در این تحقیق همه ساکنان ولایت جوزجان که در سنین نوجوانی و بالاتر از

آن قرار داشتند سهیم بودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از رویکرد کمی استفاده گردیده است. در ابتدا بالای ٤٠ نفر پرسشنامه توزیع و بعداً جمع‌آوری گردیده انحراف استاندارد آن (٠,٧٦) به‌دست آمد. حجم نمونه در این تحقیق با توجه به نوع تحقیق که از بین جامعه نامحدود (تعداد بیشتر از ۲۰ هزار نفر) با محاسبه انحراف استاندارد (٠,٧٦) با در نظر داشت (٠,٠٥) خطا، حجم نمونه ۸۸۷ نفر برآورد گردید؛ البته در سنجش حجم نمونه از فرمول کوکران از بخش نمونه گیری از جامعه نامعین استفاده گردید و نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و پرسش‌نامه‌ها توزیع و جمع‌آوری گردیده و با برنامه SPSS27 تجزیه و تحلیل گردید.

۲.۳. مواد استفاده شده در تحقیق: پرسش‌نامه نشانه های اختلالات روانی (scl25 فرم کوتاه شده (SCL-90-R)): این پرسش‌نامه دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی نشانه‌های اختلالات روانی است. پرسش‌نامه هذا دارای نه مؤلفه بوده که در برگیرنده شکایات جسمانی وسواس اجباری، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی است. در تحقیقق نجاریان (۱۳۸۰) مشاهده شد، که این پرسش‌نامه با فرم اصلی آن (SCL-90) همبستگی کاملاً معنی‌دار دارد و در نتیجه یک ابزار روا برای سنجش نشانه‌های اختلالات روانی می‌باشد. همچنین پایائی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (+۱) به معنای پایائی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار به‌دست‌آمده به عدد مثبت یک نزدیک‌تر باشد قابلیت اعتماد پرسش‌نامه بیشتر می‌شود. آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه کوتاه شده اختلالات روانی برابر با ۰،۹۷ به دست آمد که نشان‌گر پایایی عالی این پرسش‌نامه است که بالای ۸۰۱ نفر که ٤٠٠ مرد و ٤٠١ زن اشتراک نموده بودند، انجام گردید(٥). همچنان در این تحقیق که ۸۸۷ نفر اشتراک داشتند، پایایی آن ۰،۹۱ به دست آمد.

۳. یافته‌های تحقیق

الف. بخش توصیفی

خصوصیات عمومی و داده‌های توصیفی آزمودنی‌های مورد مطالعه در جداول زیر مورد بررسی قرار گرفتند.

جنسیت	تعداد	درصد
مرد	۴۹۲	۵۵,۵۹
زن	۳۹۵	۵۵,۴۱
مجموع	۸۸۷	۱۰۰

جدول (۱): خصوصیات جنسیتی آزمودنی‌ها

نظر به جدول (۱)، به تعداد ۴۸۲ یا ٪۵۵،۵۹ مردان و به تعداد ۳۶۷ یا ٪۵۵،۴۱ زنان که مجموعاً ۸۶۷ نفر می‌شود، در تحقیق حاضر سهیم بودند.

اقشار		تعداد	درصد
نوجوان	پسر	۱۵٦	۱۷،۹۹
	دختر	۱۲۲	۱۴،۰۱
جوان	مرد	۱۸٦	۲۰،۳۷
	زن	۱۵۳	۱٦،۴۹
بزرگسالان	مرد	۱۵۰	۱۷،۳۰
	زن	۱۲۰	۱۳،۸۵
مجموع		۸۸۷	۱۰۰

جدول (۲): خصوصیات طبقاتی آزمودنی‌ها

نظر به جدول (۲)، سه قشر شامل بودند که هر یک به ترتیب نوجوانان: ۱۵٦نفر یا ٪۱۷،۹۹ پسران و ۱۲۲ نفر یا ٪۱۴،۰۷ دختران؛ جوانان: ۱۷٦نفر که ٪۲۰،۳۷ میشود، مردان و ۱۴۳نفر یا ٪۱٦،۴۹ زنان؛ و بزرگسالان: ۱۵۰نفر یا ۱۷،۳۰ درصد مردان و ۱۲۰ نفر یا ۱۳،۸۵ درصد زنان که مشترکین تحقیق حاضر را تشکیل می‌دهد.

صحت روانی	نوجوانان		جوانان		بزرگسالان		مجموع	
وضعیت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم و یا نشانه‌های اختلالات کم	۱۱۷	۴۲،۰۹	۱۲۹	۳۴،۱۷	۱۱۳	۸۵،۴۱	۳۵۹	۳۹،۱۰
دارای نشانه‌های اختلالات	۱٦۱	۵۷،۹۱	۲۱۰	٦۵،۸۳	۱۵۷	۵۸،۱۹	۵۲۸	٦۰،۹۰

جدول (۳): میزان شیوع اختلالات روانی درگروه ها

جدول (۳) نشان می‌دهد که در شیوع اخلالات روانی در بین گروه‌ها نوجوانان، جوانان و بزرگسالان است که در بین این‌ها به ترتیب نوجوان ۱٦۱ نفر و ۵۷،۹۱ درصد دارای نشانه‌های اختلالات روانی، جوانان ۲۱۰ نفر و ٦۵،۸۳ درصد و بزرگسالان ۱۵۷ نفر و ۵۸،۱۰ درصد که مجموعاً از جمله آزمودنی‌ها (۸۸۷ آزمودنی) (۵۲۸) نفر دارای اختلالات روانی بودند که جوانان بیشترین نشانه‌های اختلالات روانی را دارا است.

ب. بخش استنباطی

در این تحقیق به بررسی تفاوت نشان‌های اختلالات روانی در بین گروه‌ها (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) و رابطه آن با برخی عوامل مؤثر در صحت روانی (نشانه‌های اختلالات روانی) پرداخته می‌شود، اما قبل از آن به بررسی پیش‌فرض‌های آن می‌پردازیم:

متغیر	چولگی	کشیدگی
شکایات جسمانی	۰،۶۰۰	۰،۸۹۹
وسواس	۰،۳۵۰	۰،٤۰۸
حساسیت در روابط متقابل	-۰،۰۱۹	۰،۰۸۹
افسردگی	۰،٤۱۷	۰،۵۱۹
اضطراب	۰،۱۲۵	۰،۲۰٦
ترس مرضی	۰،٤٤۵	-۰،۲۸۹
پارانوئید	۰،۱۹۸	-۰،۵۵٤
روان پریشی	۰،۳۸٦	-۰،۲۹۱
نشانه‌های اختلالات روانی	۰،۸۹	۱،٦۵

جدول (۴): چولگی و کشیدگی متغیرها

با توجه به جدول (٤)، مقدار چولگی و کشیدگی مشاهده شده برای متغیرهای تحقیق در بازه (۲، ۲-) قرار گرفت، این نشان می‌دهد توزیع متغیرها دارای کشیدگی و چولگی نورمال است.

متغیر	آماره‌لوین	سطح معناداری
شکایات جسمانی	۱،۰۵۰	۰،۳۰٦
وسواس	۳،٦٦٤	۰،۰٦۲
افسردگی	۲،۵۰٤	۰،۱۱٤
اضطراب	۳،۰٦۰	۰،۰۸۱
ترس مرضی	۰،۰۰۳	۰،۹۵۳
پارانوئید	۱،۱٤۲	۰،۲۹۱
روان پریشی	۰،۷۹۵	۰،۳۷۳
نشانه‌های اختلالات روانی	۰،۱۲	۰،۱۲۱

جدول (۵): نتایج آزمون لوین

با توجه به نتایج جدول(۵) مشخص می‌شود که sig از ۰،۰۵ بزرگ‌تر است، می‌توان با تساوی واریانس گزارش داد (برابری واریانس مراعات گردیده است). بنابراین می‌توان آزمون‌های پارامیتریک را بدون کدام محدویت انجام داد. اگر گاهی sig کوچک‌تر از ۰،۰۵ شود، در آن صورت نمی‌توان با تساوی واریانس گزارش داد.

۱- بین مردان و زنان در بروز نشانه های اختلالات روانی تفاوت وجود دارد.

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
شکایات جسمانی	مردان	۱۲،۸۷	۳،۵۴	۸٦٥	۱،٤٥٠	۰،۳۲۱
	زنان	۱۵،۲۳	۲،۲			
وسواس	مردان	۵،۸۵	۲،۱	۸٦٥	۷،٦۷٥	۰،۰۰۰
	زنان	۸،۱۲	۳،۲۱			
افسردگی	مردان	۱۳،۵٦	۴،٦۷	۸٦٥	۹،۸۷٦	۰،۰۰۱
	زنان	۱٦،۱۱	۵،۹۰			
اضطراب	مردان	۱۵،٦۵	٦،۹٦	۸٦٥	۰،۷٦٥	۰،٦۷۸
	زنان	۱٦،۳۴	۴،۴۵			
ترس مرضی	مردان	۵،۸۹	۸،٦۸	۸٦٥	۷،۱٦٥	۰،۰۰۹
	زنان	۹،۹۱	۵،۵۸			
پارانوئید	مردان	۸،۵٦	۸،۴۳	۸٦٥	۵،۷۵۰	۰،۰۰٤
	زنان	۱۲،۷۵	۵،۵۷			
روان پریشی	مردان	۱۲،۹۲	٦،۷	۸٦٥	۱۳،٥٤۳	۰،۰۰۰
	زنان	۱٦،۸۰	۵،۸٦			
مجموع	مردان	۷،۹۴	٦،۷۳	۸٦٥	۱۱،٦۷٥	۰،۰۸٤
	زنان	۱۱،۱۰	۷،۸۲			

جدول (٦): نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه گروه ها (مردان و زنان) از لحاظ نشانه های اختلالات روانی

همان‌گونه که جدول (٦) نشان می‌دهد بین مردان و زنان با سطح ۹۵ درصد اطمینان در متغیرهای وسواس، افسردگی، ترس مرضی و پارانویید تفاوت معناداری وجود دارد، اما در متغیرهای شکایات جسمانی و اضطراب با سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معنا داری وجود ندارد ($P<0,05$).

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
آزمون اثر پیلایی[1]	۰،۱۷۸	۹،۰۵۹	۳	۸٦٤	۰،۰۰۰	۰،۱۷۸
آزمون لامبدای ویلکس[2]	۰،۸۲۲	۹،۰۵۹	۳	۸٦٤	۰،۰۰۰	۰،۱۷۸
آزمون اثر هتلینگ[3]	۰،۲۱۷	۹،۰۵۹	۳	۸٦٤	۰،۰۰۰	۰،۱۷۸
آزمون بزرگتری ریشه‌ی روی[4]	۰،۲۱۷	۹،۰۵۹	۳	۸٦٤	۰،۰۰۰	۰،۱۷۸

جدول (۷): بررسی تفاوت بین گروه‌ها (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان)

1 .Pillai's Trace

2 .Wilks' Lambda

3 .Hotelling's Trace

4 . Roy's Largest Root

جدول (۷) نشان می‌دهد اندازه گیری نشانه‌های اختلالات روانی در بین گروه‌ها تفاوت معناداری با هم دارند. به‌عبارت دیگر، بین سه گروه (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) حداقل در یکی از نشانه های اختلالات روانی تفاوت معناداری وجود دارد (P<0,05).

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
شکایات جسمانی	گروه	٦،٢١٥	٣	٤،١٢٩	٢٧،١٨٩	٠،٠٠٣
	خطا	٧٦١٥،٥٧٩	٨٨٤	٢٤،٠٦٤		
	کل	١٢٣٤٨٣،٠٨٩	٨٨٧			
وسواس	گروه	۸۳.۲۵۴	٣	٨٣،٢٥٤	١١،٩٥٥	٠،٠٠١
	خطا	٢٦٧٤،١٦٦	٨٨٤	٦،٩٦٤		
	کل	٢٨٧٥٨،٠٠٠	٨٨٧			
افسردگی	گروه	٨٥،٠٦٤	٣	٨٥،٠٦٤	١٧،٣٨٩	٠،٠٠١
	خطا	١٨٧٨،٤٧٣	٨٨٤	٤،٨٩٢		
	کل	١٠٤٧٩،٠٠٠	٨٨٧			
اضطراب	گروه	٨،٧١٤	٣	٨،٧١٤	١١،١١٤	٠،٠٠٢
	خطا	٣٠٠٤،٨٤٠	٨٨٤	٧،٨٢٥		
	کل	٢٩٨٠٨،٠٠٠	٨٨٧			
ترس مرضی	گروه	٤٧،٤٧٠	٣	٤٧،٤٧٠	٥،٥٩٦	٠،٠٠٥
	خطا	٣٠٦٠،٤٦٠	٨٨٤	٧،٩٧٠		
	کل	٢٤١٩٥،٠٠٠	٨٨٧			
پارانوئید	گروه	٠،٠٧٧	٣	٠،٠٧٧	١٠،٠٥٠	٠،٠٠٤
	خطا	٥٩٧،٠٣٢	٨٨٤	١،٥٥٥		
	کل	٣٥٣٠،٠٠٠	٨٨٧			
روان پریشی	گروه	٢٨١،٥٥٥	٣	٢٨١،٥٥٥	٤٥،٢١٩	٠،٠٠١
	خطا	٢٣٩٠،٩٥٣	٨٨٤	٦،٢٢٦		
	کل	٢١٢٥٢،٠٠٠	٨٨٧			
مجموع	گروه	٠،٣٩٥	٣	٠،٣٩٥	١٥،٢٤١	٠،٠٠٤
	خطا	٦٣٠،٩٩٦	٨٨٤	١،٦٤٣		
	کل	٣٦٠٣،٠٠٠	٨٨٧			

جدول (۸): نتایج آزمون ANOVA (تحلیل واریانس) برای مقایسه گروه ها (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) از لحاظ نشانه های اختلالات روانی

همان‌گونه که جدول(۸) نشان می‌دهد، بین گروه‌ها (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) با سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵).

عامل		متغیر	رابطه (R)	سطح معناداری
بیکاری		نشانه‌های اختلالات روانی	۰,۸۹	۰,۰۰۹
وضعیت اقتصادی	خوب	نشانه‌های اختلالات روانی	۰،۴۱	۰،۰۰۲
	متوسط		۰،۳۸	۰،۰۰۰
	پایین		۰،٦٨	۰،۰۰۴
حالت مدنی	مجرد	نشانه‌های اختلالات روانی	۰،۷۴	۰،۰۰۰
	متأهل		۰،٦۲	۰،۰۰۳

جدول (۹): رابطه بیکاری، وضعیت اقتصادی و حالت مدنی با نشانه اختلالات روانی

جدول (۹) نشان می‌دهد که بین بیکاری و نشانه‌های روانی در سطح ۹۹ درصد اطمینان ۸۹ درصد رابطه وجود دارد، همچنان بین وضعیت اقتصادی (خوب، متوسط و پایین) و نشانه‌های اختلالات روانی در سطح ۹۹ درصد اطمینان به ترتیب (٤١، ۳۸ و ٦٨) درصد رابطه وجود داشته و بدین منوال بین حالت مدنی (مجرد و متأهل) و نشانه‌های اختلالات روانی در سطح ۹۹ درصد اطمینان به ترتیب (٧٤ و ٦٢) درصد رابطه وجود دارد.

۴. مناقشه

باتوجه به نتایج، بین مردان و زنان با سطح ۹۵ درصد اطمینان در متغیرهای وسواس، افسردگی، ترس مرضی و پارانویید تفاوت معناداری وجود دارد، اما در متغیر های شکایات جسمانی اضطراب با سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معنا داری وجود ندارد (P<0<05). که بیشترین نشانه‌های روانی نیز مربوط به زنان بود؛ همچنان بین گروه‌ها (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان) از لحاظ شکایات جسمانی، وسواس، افسردگی، ترس مرضی، اضطراب، پارانویید و روان‌پریشی در سطح ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد (P<0,05). همین‌طور نتایج نشان داد بیشترین نشانه‌های اختلالات روانی جوانان دارا بوده‌اند. در رابطه با اختلالات روانی تحقیقات زیادی در جهان صورت گرفته است، اما در افغانستان بسیار کم به صورت در تمام کشور انجام نشده بلکه در برخی جا به طور پراگنده انجام شده است؛ باتوجه به بعضی تحقیقات که در مورد اختلالات روانی انجام شده، وجود فوق‌العاده اختلالات روانی را در جامعه برجسته ساخته است. بنابراین نتایج تحقیق حاضر با تحقیق نور بالا و همکاران (۱۳۹۹) همسو بوده که وجود نشانه‌های اختلالات روانی را در خاور میانه، در اقشار مختلف بیان داشته‌اند؛ یعنی او در تحقیق خود

دریافت که اختلالات به طور چشمگیری در جامعه وجود داشته اند که تحقیق آن را تائید می‌کند. مطالعه فروزانفر و همکاران (۲۰۱٤) نیز نشان داد که در ایران اختلالات افسردگی و اضطراب در زنان و مردان بار بیماری بالاتری نسبت به سایر اختلالات دارد. از گروه‌های مورد آزمون جوانان و میان‌سالان (گروه سنی ۱۵- ٤۹) بیشترین نشانه-های اختلالات روانی را داشته اند. مطالعه علی‌زاده و همکاران (۲۰۱٦) فراوانی اختلالات پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی در زنان به طور معنی‌داری بیشتر ازمردان بوده است. اما حاضر با این تفاوت انجام گردید که تحقیقات فوق مطالعه‌ای بوده یعنی با مرور آثار و مقالات تدوین یافته است، اما تحقیق هذا بطور میدانی و توصیفی انجام شده است.

همچنان نتایج تحقیق هذا نشان داد که نشانه‌های اختلالات با عوامل چون بیکاری، وضعیت اقتصادی و حالت مدنی رابطه مستقیم و مثبت دارد که بین بیکاری (۸۹ درصد)، وضعیت اقتصادی (خوب ٤۱، متوسط ۳۸ و پایین ٦۸ درصد)، حالت مدنی (مجرد ۷٤ و متأهل ٦۲ درصد) و نشانه اختلالات روانی همبستگی وجود داشت. از جمله‌ای اشتراک کنندگان (۳۵۹) نفر بدون نشانه‌های اختلالات روانی بود و (۵۲۸) دارای نشانه‌های اختلالات روانی بود.

در تبیین وجود تفاوت معنادار نشانه‌های اختلالات روانی در بین اقشار مختلف جامعه، بر اساس نظریه درماندگی خودآموخته سلیگمن زمانی افراد فکر می‌کنند جامعه انتظارات دارند باید برآورده کنند، اما نمی‌توانند برآورده کنند؛ به این خاطر احساس درماندگی کرده به افسردگی و دیگر اختلالات روانی مبتلا می‌شود. با این‌حال این‌چنین اختلال در افراد با خلق هیجانی تحریک‌پذیر، افزایش یا کم شدن بدون اختیار وزن، اختلال در خواب، بی‌قراری، احساس کندی و تنبلی، احساس بی‌ارزشی، مشکل در توجه و دقت، افکار مکرر در مورد مرگ و خودکشی و غیره تشخیص داده می‌شود(۱). همچنان نتایج تحقیقات دانشمندان آمریکایی نشان داده است حداقل از هر پنج فرد که بین سنین مختلف قرار دارند یک نفرشان به بیماری روانی دچار هستند. در حال حاضر، اختلالات روانی قابل تشخیص است که برخی نشانه‌ها از آن‌ها دیده می‌شود. از هر ۱۰ نفر یک نفر دارای اختلال روانی است که محور توجه است. شایع‌ترین اختلالات روانی در افراد، اضطراب، افسردگی، مشکل در توجه و اختلالات روانی و رفتاری می‌باشد(۷).

۵. نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که نشانه‌های اختلالات روانی در طبقات مختلف متفاوت بوده، از جمله بالاترین نشانه‌های اختلالات روانی را جوانان دارا بوده‌اند. در جنسیت هم زنان نسبت به مردان نشانه‌های اختلالات بیشتری را دارا بودند. این بیان‌گر آن‌است توزیع بیماری‌های روانی در اقشار مختلف جامعه یکسان نبوده، بلکه در حال تغییر می‌باشد. همچنان در بروز نشانه‌های اختلالات روانی عوامل زیادی نقش ایفا می‌کند. در این تحقیق نیز عوامل چون حالت مدنی، وضعیت اقتصادی و بیکاری نظر گرفته شده بود، نشان داد که در بروز نشانه‌های اختلالات روانی رابطه معنادار دارد، از جمله‌ای این عوامل بیکاری تأثیر بیشتری نسبت به عوامل دیگری داشته‌اند. در نهایت، توجه به نشانه‌های اختلالات روانی و اقدام به درمان مناسب می‌تواند به بهبود وضعیت فرد و کاهش تأثیرات منفی این اختلالات بر زندگی روزمره کمک کند. در کل این تحقیق محدود به یک منطقه‌ای محدود بوده از محققین و استادان دیگر توقع می‌رود این متغیر را با سایر متغیرها در مناطق مختلف انجام دهند تا نتایج توسعه یافته‌ای به دست بیاید.

٦. منابع

۱. امانی، رزیتا. نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان. دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۷۷-۸۴.

۲. اناری، آسیه. آموزش والدین و توانمندسازی خانواده در بلوغ و نوجوانی. تهران: سازمان بهزیستی کشور؛ ۱۳۹۸.

۳. پورفتحیه عارفه، فتحی آیت اله. اثر بخشی مداخله شناختی-رفتاری به عنوان مکمل درمان های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۳۹۹؛ ۱۴ (۵۷) :۲۷۳-۲۹۲.

٤. حمدیه، مصطفی، شهیدی، شهریار. اصول مبانی بهداشتی روانی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۹۸.

۵. نجاریان بهمن، داوودی ایران. ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL- 90-R). مجله روانشناسی۱۳۸۰؛۵(۲ (پیاپی ۱۸)):۱۳٦-۱٤۹. Available from: https://sid.ir/paper/54411/fa.

۶. نوربالا احمدعلی، نعمانی فاروق، یحیوی دیزج جعفر، انوری سیامند، محمود پورآذری منیره. بار بیماری اختلالات روانی: مطالعه کشورهای منطقه خاورمیانه طی دوره ۲۰۱۷ – ۲۰۰۰. مجله علمی پژوهشی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۹؛ ۳۸ (۱) :۲۶-۱۹.

۷. هال، جین، ویتبورن، ریچارد، کراس، سوزان. آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی بر اساس DSM-5. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات روان؛ ۱۳۹۹.

8. Committee on Adolescent Health Care. Mental Health Disorders in Adolescents. The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017: 720.
9. Grunbaum, A., Kann, L., Kinchen, A. Youth Risk Behavior Surveillance. Surveillance Summaries. 2001; 51: 30-64. Available from: www.cdc.gov/mmwr.
10. Gupta, A., Leong, F., Valentine, J., Canada, D. A meta-analytic study: The relationship between acculturation and depression among Asian Americans. American Journal of Orthopsychiatry. 2013; 83(2-3): 372-387.
11. Nebhinani, Naresh ،Jain, Shreyance. Adolescent mental health: Issues, challenges, and solutions. Annals of Indian Psychiatry. 2019; 3(1).
12. Rahman, R. et al. The National Psychiatric Morbidity Survey of Pakistan (2022): Prevalence, sociodemographic and disability correlates. medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2024.07.08.24310056
13. Sadock, Benjamin J., Sadock, Virginia A., Ruiz, Pedro. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
14. Sert, D. Ş. United Nations High Commissioner for Refugees. The Encyclopedia of Global Human Migration; 2013.
15. Vijayakumar, Lakshmi ،Jotheeswaran, A. T. Suicide in refugees and asylum seekers. 2010; 33-34: 549–555.
16. Yarcheski, A., Mahon, N., Yarcheski, T. J. Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. Nurs Res. 2002; 51: 229-236.
17. https://www.bbc.com/persian/afghanistan-48333510

A Study of the Symptoms of Mental Disorders and its Related Factors in Jawzjan Province in 1403

Teaching Assistant Enayatullah Hamidi[1]
[1]Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Jawzjan University, Jawzjan-Afghanistan
*Corresponding Author: enayat.hamidi23@gmail.com

Received: 12-Oct-2024 Accepted: 04-Nov-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Mental disorders, behavioral or psychological symptoms are a set of observable actions, thoughts and feelings reported by a patient. The purpose of this research was to investigate the symptoms of mental disorders in the people of Jawzjan province. In terms of the purpose, the current research was of an applied type and was carried out with the comparative and correlational causal method. The instrument of this research was the questionnaire of mental disorders (SCL-25 shortened form SCL-90-R) (Symptom Checklist-25), it was distributed to people and people who were willing to complete it. Data analysis was done using descriptive method and t (Independent Sample T Test), ANOVA (One Way ANOVA) and Pearson correlation tests by SPSS27(Statistical Package for Societal Science) software. The results showed that there is a significant difference between different strata of the society (adolescents, young people and the elderly) and (men and women) in terms of the presence of symptoms of mental disorders with a 95% confidence level ($P<0.05$). In this way, 359 people had no mental symptoms (healthy) and 528 people had symptoms of mental disorders, the results also showed unemployment (89%), economic status (41% good, average 38% and low 68%) and marital status (single 74% and married 62%) at the 95% confidence level were effective in the occurrence of symptoms of mental disorders ($P<0.05$).

Keywords: Jawzjan, Mental disorders, Related Factors, Symptoms

څېړنيزه مقاله

په خوست ولایت کې د درملو بيې او د خوستوالو پر اقتصاد يې اغېزې

آصف خان تلاش[۱]، لعل محمد روحاني[۲]

[۱،۲]ستوماتولوژي پوهنځی، بايزيد روښان پوهنتون، خوست، افغانستان

د مسؤل ليکوال برېښناليک: asif.talash1998@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۱۴ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډيز

د درملو لوړې بيې د خلکو د روغتيايي خدمتونو لاسرسی محدودوی او کورنۍ له اقتصادي ستونزو سره مخ کوی. دا حالت په ټولنيز اقتصاد او د خلکو د ژوند کيفيت باندې منفي اغېزه کوی. دغه څېړنه په خوست ولايت کې د درملو بيو او پر اقتصاد يې اغېزو ته ځانګړې شوې ده. د څېړنې موخه دا ده چې د درملو د قيمتونو لوړېدو عوامل وڅېړل شي. څېړنه غواړي د درملو د لوړې بيې د اصلي عواملو (خام مواد، حکومتي پالېسۍ، عرضه او تقاضا) ارزونه وکړي. دغه څېړنه کمي (Quantitative) څېړنيز ډيزاين لري. معلومات د سروې (Survey) له لارې راټول شوي او ۲۰۰ تنو پکې برخه اخيستې ده. د څېړنې ساحه خوست ولايت دی او د يوې مياشتو په موده کې ترسره شوې ده. د معلوماتو د تحليل لپاره له Statistical Package for the Social Sciences (SPSS26) نرمغالي ځخه ګټه اخيستل شوې ده، چې احصايوي تحليلونه يې لادقيق کړي دي. د څېړنې پايلې ښيې چې د درملو بيې د درې عمده عواملو (د درملو خام مواد، د حکومتي پالېسيو بدلون او د عرضې او تقاضا حالت) له مخې لوړېږي. د درملو د بيې لوړوالي اصلي عامل د خامو موادو لوړ قيمتونه دي، چې ٪۵۰ ګډونوالو يې يادونه کړې. ٪۳۰ ګډونوالو ويلي چې د حکومت پالېسۍ، لوړ ماليات او لوړې تعرفې د درملو پر بيو مستقيم اغېز لري. ٪۲۰ ګډونوالو عرضه او تقاضا يو مهم عامل ګڼلی. څېړنه وړانديز کوي چې حکومت بايد د محلي فابريکو جوړولو ته لومړيتوب ورکړي، د خامو موادو واردات اسانه کړي او د درملو بيو د کنټرول لپاره دې سبسايډۍ يا د مالي کموالي پالېسي غوره کړي. دا اقدامات به د درملو بيې راکمې کړي او عامه روغتيا ته به وده ورکړي.

کليدي کلمې: درملو بيې، خام مواد، حکومتي پالېسۍ، عرضه او تقاضا، محلي فابريکې

پیژندنه

د درملو لوړې بیې روغتیایي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی محدودوی او کورنۍ له اقتصادي ستونزو سره مخ کوی. دا حالت په ټولنیز اقتصاد، روغتیایي سکتور او د خلکو د ژوند کیفیت باندې منفي اغېزه کوی. د درملو قیمتونه او پر اقتصاد یې اغېزې د افغانستان په روغتیایي سکتور کې یوه حیاتي موضوع ده چې د خلکو د ژوند پر کیفیت، د ناروغیو درملنې او د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي پر کچه ژورې اغېزې لري. د روغتیا نړۍوال سازمان راپور ورکوي چې د درملو لوړې، بیې په ټیټ عاید لرونکو هېوادونو کې، د عامو خلکو لپاره لویه ننګونه ده، چې دا د ناروغیو د نهدرملنې یا د درملو ناسمې ګټې اخیستنې لامل کېږي(۱). په افغانستان کې او په تېره د خوست ولایت اوسېدونکو لپاره د درملو بیې یو له هغو عواملو څخه دي، چې د روغتیایي خدمتونو کیفیت ته زیان رسوي. د افغانستان د عامې روغتیا وزارت د معلوماتو له مخې، د درملو د بیو لوړوالی د وارداتي درملو د انحصار، د عرضې او تقاضا د نامتعادله وضعیت او د محلي تولیداتو نشتوالي له امله دی(۲). دغه عوامل د روغتیایي خدمتونو لپاره خنډونه رامنځته کوي او د ناروغانو اقتصادي فشار زیاتوي. ددغې څېړنې موخه دا ده چې د خوست ولایت اوسېدونکو لپاره د درملو بیې تحلیل کړي، د درملو بیو د لوړوالي عوامل او اقتصادي اغېزې یې وڅېړي. څېړنه به دا هم روښانه کړي چې د درملو بیې څنګه د ناروغانو پر مالي توان او د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي پر کچه اغېز کوي. د موضوع اهمیت په دې کې دی، چې د روغتیایي خدمتونو لاسرسی د ټولنیز عدالت لپاره ضروري دی او د روغتیایي سکتور ښه والی په ټولنیز او اقتصادي پرمختګ کې بنسټیزه ونډه لري. د دغې څېړنې موندنې به د عامې روغتیا پالیسي جوړوونکو سره مرسته وکړي، چې د درملو بیو کنټرول ته پاملرنه وکړي او د لاسرسي لپاره یې ګټورې لارې چارې ولټوي. په نړۍواله کچه د درملو د بیو لوړوالی د نړۍوالې سوداګرۍ، د بازار د رقابت او د حکومتي پالیسۍ پایله ده(۳). همدارنګ، د نړۍوال بانک څېړنه ښیې چې د حکومت لهخوا د درملو لپاره سبسایډۍ ورکول او د محلي تولیداتو هڅونه کولای شي د بیو په کنټرول کې اغېزمن وي(۴).

په پای کې، دغه مقاله به د درملو د بیو ټاکلو بهیر، د عرضې او تقاضا وضعیت، د خامو موادو قیمتونه او د حکومتي پالیسۍ ونډه تحلیل او د خوست ولایت اوسېدونکو لپاره د درملو د بیو اقتصادي اغېزې په روښانه ډول وڅېړي.

د درملو د قیمت یا بیو ټاکلو عوامل

د تولید لګښتونه

د تحقیق او پراختیا لګښتونه: د نویو درملو جوړولو لپاره چې کلونو تحقیق، پراختیا او ازموینې ته اړتیا لري، دا لګښتونه د درملو بیه لوړوي(۵).

د خامو موادو لګښت: د طبیعي او کیمیاوي موادو بیې د درملو د بیو په ټاکلو کې مستقیم اغېز لري(٦).

د تولیدي تکنالوژۍ لګښتونه: پرمختللي ماشینونه، تجهیزات او فابریکې د تولید بهیر ګرانوي(۷).

لوجستیک او توزیع: د درملو توزیع او رسونه هم د بیو لوړېدو لامل کېږي(۸).

د عرضه او تقاضا قوانین

د تقاضا زیاتوالی: د ناروغیو د زیاتوالي پرمهال د درملو بیې لوړېږي(۸).

د عرضې کموالی: که د تولید کچه ټیټه شي یا عرضه محدود شي، بیې لوړېږي(۹).

رقابت او انحصار: د بازار انحصار یا محدود رقابت د بیو لوړېدو لامل کېږي، حال دا چې رقابت د بیو په کمښت کې مرسته کوي(۷).

د نړۍوالو سوداګریزو تړونونو او سیاستونو اغېزې

د نړۍوالو سوداګریزو تړونونو، تعرفو او وارداتي مالیاتو له امله د درملو بیې بدلون مومي. د حکومتونو پالېسۍ او نړۍوال سوداګریز تړونونه د درملو د قیمتونو لوړېدو یا ټیټېدو سبب کېږي(٦).

حکومتي پالېسۍ او مقررات

د بیو د کنټرول پالېسۍ: حکومتونه د درملو د بیو د کنټرول لپاره مقررات ټاکي، ترڅو درملو ته لاسرسی عام شي(۸).

د جنریک درملو ترویج: جنریک درمل د برانډ نوم درملو بدیلونه دي، چې بیې یې ټیټې وي او لاسرسی ورته اسانه وي(۹).

د درملو انحصار او د بازار جوړښت

د انحصار اثر: کله چې یو شرکت د درملو تولید منحصر کړي، دغه انحصار د بیو لوړېدو لامل کېږي(۷).

د بازار جوړښت: رقابتي بازارونه د درملو بیې ټیټوي، حال دا چې محدود بازارونه د بیو لوړېدو لامل کېږي(٦).

د درملو د تولید نوښت او ټکنالوژۍ پرمختګ

د ټکنالوژۍ پرمختګ او د درملو تولیدي نوښتونه د درملو بیې اغېزمنوي. د جینیټیک انجنیرۍ، مصنوعي ځیرکتیا او نورو پرمختګونو له امله درملو ته لاسرسی زیات یا محدودبدلای شي(۵).

د نړیوالو اقتصادي بحرانونو اغېزې

د نړیوالو بحرانونو پر مهال لکه کووېډ ۱۹، د درملو بیې لوړې شوې. نړیوال بحرانونه پر تولیدي ځنځیرونو او د توکو پر عرضه باندې اغېز کوي، چې د درملو بیې لوړېدل هم ورڅخه مستثنی نه دي(۸).

د ناروغیو او وباګانو پر مهال د درملو بیې

په وبایي حالت یا ناورینونو کې د درملو بیې، د ناروغیو د زیاتوالي له امله، لوړېږي. د بېلګې په ډول، د کووېډ ۱۹ وبا پر مهال د مهمو درملو بیې لوړې شوې او عرضه یې کمه وه(۸).

ټولنیز عدالت او درملو ته لاسرسی

د درملو بیې د ټولنیز عدالت په اصولو پورې تړاو لري. لوړې بیې د بې وزله طبقې لاسرسی محدودوي، چې دا د روغتیا اړوند حقونو باندې اغېز کوي(۹).

د جنیریک درملو تولید ته وده ورکول

د جنیریک درملو تولید د درملو د بیو کمولو لپاره مهمه لاره ده. جنیریک درمل د لوړې بیو لرونکو اصلي درملو بدیل دي چې عام خلک ورته ارزانه او اسانه لاسرسی پیدا کوي(۷).

د موضوع ارزښت

په خوست ولایت کې د درملو بیې او اقتصادي اغېزې د خلکو روغتیا او ددغې سیمې اقتصادي ثبات لپاره ځانګړی اهمیت لري؛ څو عمده ټکي یې په لاندې ډول دي.

۱. د درملو لوړې بیې روغتیایي خدمتونو ته د عامو خلکو لاسرسی محدودوي.

۲. مناسبې بیې د ټولنیز عدالت او د ژوند کیفیت ښه والي لپاره اړینې دي.

۳. د درملو د بیو اغېزمن تنظیم د روغتیایي سکتور مالي پایښت تضمینوي.

۴. ددغې څېړنې موندنې د حکومتي پالیسیو په جوړولو کې مرسته کوي.

د څېړنې اړتیا

د موضوع اړوند اړتیاوې په لاندې ډول خلاصه کولای شو:

۱. د درملو د لوړو بیو ستونزه: په خوست ولایت کې د درملو لوړې بیې یوه مهمه ټولنیزه او اقتصادي ستونزه ده، چې روغتیایي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی محدودوي.

۲. د روغتیا او اقتصاد متقابل اړیکه: د درملو بیې د روغتیا او اقتصاد ترمنځ یوه مهمه اړیکه څرګندوي، چې مطالعه یې د سیمه‌ییز پرمختګ لپاره اړینه ده.

۳. د حکومتي پالیسۍ اړتیا: د موضوع د څېړنې له‌لارې به د درملو د بیو د تنظیم لپاره د اغېزمنو حکومتي پالیسیو جوړولو ته زمینه برابره شي.

۴. د علمي شواهدو نشتون: په خوست ولایت کې د درملو د بیو او اقتصادي اغېزو په اړه کافي څېړنې نه دي شوي، ځکه خو ددغې موضوع ټاکلو ته لومړي درجه اړتیا حس کېږي.

۵. د ټولنیز عدالت اړتیا: د موضوع د څېړنې له‌لارې د ټولنیز عدالت تأمین او د روغتیایي خدمتونو مساوي لاسرسي ته وده ورکول شوني دي.

د موضوع موخې

۱. په خوست ولایت کې د درملو د بیو ټاکلو پر عواملو او اغېزو د تفصیلي تحلیل ترسره کول.

۲. د عامو خلکو پر روغتیایي او مالي حالت باندې د درملو د لوړې بیې د اغېزو ارزول.

۳. د روغتیایي سکتور لپاره د پایدارو اقتصادي پالیسیو د اړتیا روښانه کول.

۴. د درملو د بیو د تنظیم لپاره حکومتي او سیمه‌ییزو پالیسي جوړونکو بنسټونو ته اړینې علمي سپارښتنې وړاندې کول.

۵. د ټولنیز عدالت او روغتیایي خدمتونو ته د عامه لاسرسي لپاره د مناسبو بیو اړتیا په ډاګه کول.

د څېړنې پوښتنې

په دغې څېړنه کې لاندې پوښتنو ته ځوابونه موندل شوي دي:

۱. کوم عوامل د درملو د بیو لوړوالي یا ټیټوالي سبب کېږي؟

۲. ایا تاسو په وروستیو کلونو کې د درملو د بیو زیاتوالی حس کړی دی؟

۳. د حکومتي مقرراتو اغېز د درملو د بیو پر ټاکلو باندې څومره دی؟

۴. د درملو د بیې لوړوالي اصلي لامل کوم دی؟

۵. د درملو د بیو د کنټرول لپاره کوم ګامونه اخیستل پکار دي؟

۲. پخوانيو ليکنو ته کتنه

د درملو بيې او اقتصادي اغېزو په اړه د نړۍ په کچه ځينو اقتصادپوهانو او څېړونکو نظريې وړاندې کړې دي. لاندې ځينې مشهور څېړونکي او د هغوی کارونه دي، چې زموږ د څېړنې نظرياتي چوکاټ لپاره اړين ګڼل شوي دي.
کينيت ارو (Kenneth Arrow) د روغتيا اقتصاد (Health Economic) بنسټګر ګڼل کېږي. هغه په خپلې څېړنه کې استدلال وکړ چې روغتيايي خدمتونه يو ځانګړی اقتصادي بازار لري، چې د نورو توکو له بازارونو سره توپير لري(۵).

ستيګليتز په خپلو څېړنو کې د بازار نيمګړتياوې روښانه کړې دي. هغه ويلي چې په روغتيايي سکتور کې انحصار د درملو بيې لوړوي او درملو ته لاسرسی محدودوي(۹).

کروګمين په نړۍوال اقتصاد کې د بازارونو د نړۍوال اکمالاتي ځنځير اغېز تحليل کړی او ويلي يې دي، چې د خامو موادو نړۍوالې بيې د درملو پر بيو مستقيم اغېز لري. هغه د روغتيايي خدمتونو پر لګښتونو څېړنه کړې او ددرملو د بيو لوړوالي لاملونه يې په حکومتي پالېسۍ، توليدي لګښتونو او بازار جوړښت کې تحليل کړي دي(۳).
مايکل پورټر د سيالۍ کولو تيوري وړاندې کړېده. نوموړی وايي: «*د سيالۍ زياتوالی د درملو بيې کموي او د لاسرسي په نبه کولو کې مرسته کوي*»(۷).

د روغتيا نړۍوال سازمان مختلف کلونه

د روغتيا نړۍوال سازمان World Health Organization (WHO) درملو ته د لاسرسي او بيو په اړه ګڼ راپورونه خپاره کړيدي. نوموړی سازمان استدلال کوي د بيو د تنظيم لپاره پياوړې پالېسۍ اړينې دي.

سميت په يوه څېړنه کې څرګندوي چې د خامو موادو قيمتونه او توليدي لګښتونه، د درملو د قيمتونو لوړوالي مهم عوامل دي او دا بيا د خلکو د لاسرسي او روغتيايي خدمتونو کيفيت باندې اغېز لري(۱۰).

جانسن د عرضې او تقاضا پر اساس د درملو د بيو لوړوالی تشريح کوي او ښيي چې د ناروغيو د زياتېدو پرمهال د درملو بيې لوړېږي، چې دا د ناروغانو د لاسرسي او د روغتيايي خدمتونو پر کيفيت اغېز کوي(۳).

پورتنۍ ذکر شوې څېړنې او نظريې په عمومي توګه څرګندوي چې د درملو د بيو لوړوالی د اقتصاد سربېره، د روغتيايي سېستم، ټولنيز عدالت او د ناروغانو د لاسرسي پروړاندې هم جدي ننګونې رامنځته کوي. سره له دې چې د درملو د بيو لوړوالي او اقتصادي اغېزو په اړه ګڼې څېړنې ترسره شوي، مګر ډېرې څېړنې د افغانستان په څېر هېوادونو کې پر محلي شرايطو او اقتصادي ستونزو لږ تمرکز لري.

مواد او کړنلاره

دا یوه کمی (Quantitative) څېړنه ده چې د خوست ولایت په مرکز کې په ۲۰۰ تنو باندې ترسره شوې ده. د معلوماتو راټولولو لپاره له سروې مېتود څخه کار اخیستل شوی او د معلوماتو د تحلیل لپاره مو له تشریحي احصایې څخه ګټه اخیستې ده.

د نمونې اندازه او د نمونه اخیستنې طریقه

د دغې څېړنې لپاره په سټراټیفایډ تصادفي نمونه اخیستنې (Stratified Random Sampling) سره، د خوست ولایت له بېلابېلو سیمو څخه، د لاندې ډلو له منځه، ۲۰۰ ګډونوال انتخاب شوي دي:

۱. د درملو تولیدونکي او واردونکي: د درملو په واردولو او تولید بوخت اشخاص.

۲. د روغتیا سکتور متخصصین: ډاکټران، درمل پلورونکي (فارمسیستان) او نور روغتیايي کارکوونکي.

۳. مصرفوونکي (ناروغان او عام خلک): هغه اشخاص چې درمل پېري یا د درملو له بیو سره مخ دي.

۴. محصلین او زده‌کوونکي: د لوړو زده کړو محصلین چې د روغتیا یا اقتصاد برخو کې زده کړې کوي.

د سروې پوښتنې

پوښتنې په پنځه ځوابه (Likert Scale) بڼه ترتیب شوې وې، چې ګډونوال یې د خامو موادو قیمت، د حکومتي پالېسیو اغېز، د عرضې او تقاضا وضعیت او د محلي فابریکو نشتون په اړه ارزونه کوي.

پېژندنه

۱. درمل څه ته وایي؟

درمل هغه کیمیاوي یا طبیعي مواد دي چې د انسانانو یا حیواناتو د ناروغیو د تشخیص، درملنې، مخنیوي یا حالت ښه کولو لپاره کارول کېږي. د درملو موخه دا ده چې د بدن بیولوژیکي سېستم سره تعامل وکړي، ترڅو ناروغي کمه کړي، له منځه یې یوسي یا دا چې د بدن د یوه ځانګړي میکانېزم فعالیت ښه کړي.

درمل د ژوندیو موجوداتو د روغتیا په برخه کې خورا مهمه ونډه لري. دوی د ناروغیو د مخنیوي، درملنې او د ژوند کیفیت ښه کولو لپاره اغېزمنې وسیلې دي. په دغې مقاله کې د درملو د بیو او د هغوی د اقتصادي اغېزو په اړه بحث، د دغې برخې مهم اړخونه څرګندوي .

۲. اقتصاد څه ته وايي؟

اقتصاد د سرچينو د توليد، وېش او مصرف د مطالعې علم دی. دغه علم د انسانانو د اړتيا او غوښتنو د پوره کولو لپاره د محدودو سرچينو د اغېزمنې کارونې څرنګوالی څېړي. اقتصاد هڅه کوي د بازارونو، حکومتونو او افرادو ترمنځ اړيکې او د دوی پر پرېکړو د سرچينو او فرصتونو اغېزې تحليل کړي.

اقتصاد د انسانانو د ورځني ژوند هر اړخ، په ځانګړي ډول روغتيا، اغېزمنوي. د دغې مقالې د مرکزي ټکي په توګه، د درملو بيې او اقتصادي اغېزې د اقتصاد علم يوه اړينه برخه تشکيلوي، چې د حکومتونو، شرکتونو او افرادو ترمنځ اړيکې څرګندوي.

۳. اغېزې څه ته وايي؟

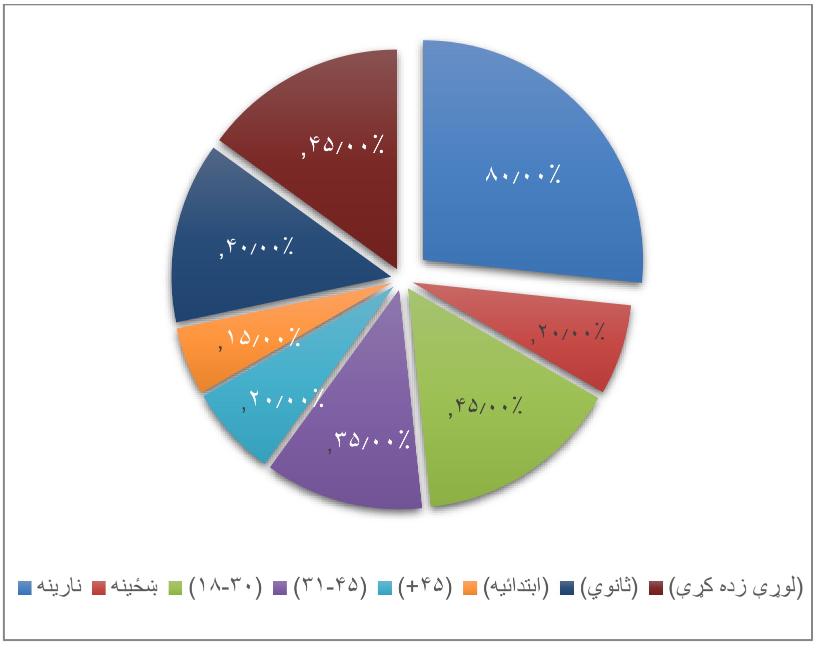
اغېزې د هرې کړنې او پرېکړې طبيعي پايله ده، چې په بېلابېلو برخو کې بدلونونه رامنځته کوي. په دغې مقاله کې د درملو د بيو لوړوالي اغېزې د اقتصادي او ټولنيز چاپېريال په چوکاټ کې څېړل شوي دي، ترڅو د ستونزې پراخوالی او اړوندې حل لارې څرګندې شي. اغېزې په لاندې بېلابېلو بڼو رامنځته کېدلای شي.

لومړی. مثبتې اغېزې: هغه بدلونونه دي چې د ژوند د ښه والي، توليد زياتوالي يا د خدمتونو پراختيا سبب کېږي. لکه: د درملو مناسبې بيې د خلکو د روغتيا ښه کېدو سبب کېږي.

دويم. منفي اغېزې: هغه بدلونونه دي چې ستونزې، زيانونه يا د ژوند کيفيت ټيټوي. لکه: د درملو لوړې بيې د ناروغانو لپاره مالي ستونزې جوړوي.

درېيم. مستقيمې اغېزې: هغه بدلونونه دي چې د يوې کړنې له امله سمدستي رامنځته کېږي. لکه: د درملو د بيې لوړوالی سمدستي د پلور کچه کموي.

څلورم. غيرمستقيمې اغېزې: هغه بدلونونه چې په اوږدمهال کې يا د نورو عواملو له لارې رامنځته کېږي. لکه: د درملو د لوړ قيمت له امله د خلکو په روغتيايي وضعيت کې اوږدمهاله خرابوالی رامنځته کېږي.



د څېړنې د تحلیل پایلې

د دغې څېړنې هدف دا دی چې په خوست ولایت کې د درملو د بیو لوړوالي عوامل وپېژندل شي. د څېړنې لپاره تشریحي احصائیه(Descriptive Statistics) کارول شوې، چې په‌کې د سروې د ګډونوالو ځوابونه تحلیل شوي دي. څېړنه د احصایوي تحلیل د سلنې او کټګوریو پر بنسټ ترسره شوې ده.

د ګډونوالو ډیموګرافیکي معلومات

د سروې ګډونوالو ډیموګرافیک معلومات په لاندې جدول کې ذکر شوي.

متغیر	ځانګړنه	سلنه
جنسیت	نارینه	۸۰.۰۰٪
	ښځینه	۲۰.۰۰%
عمر	(۱۸-۳۰)	۴۵.۰۰%
	(۳۱-۴۵)	۳۵.۰۰%
	(۴۵+)	۲۰.۰۰%
زده کړې	(ابتدائیه)	۱۵.۰۰%
	(ثانوي)	۴۰.۰۰%
	(لوړې زده کړې)	۴۵.۰۰%

جدول (۱): د سروې د ګډونوالو ډیموګرافیک معلومات ښیي.

په تحليل کې د درملو د بيو لوړوالي عوامل د ګډونوالو د ځوابونو پر بنسټ ټاکل شوي دي. دا عوامل د فيصدي تحليل له لارې ښودل شوي.

عوامل	سلنه
خام مواد	۵۰٪
حکومتي پالېسۍ	۳۰٪
عرضه او تقاضا	۲۰٪

جدول (۲): د د درملو د بيو لوړوالي ۳ اساسي عوامل په سلنې سره ښيي.

دويم جدول ته په پام سره، د درملو د بيو لوړولو عوامل په لاندې ډول لاروښانه کولای شو:

خام مواد: د درملو د بيو لوړوالي اصلي عامل د خامو موادو لوړې بيې دي، چې ۵۰٪ ګډونوالو يې يادونه کړې.

حکومتي پالېسۍ: ۳۰٪ ګډونوالو ويلي چې د حکومت پالېسۍ، ماليات او تعرفې د درملو پر بيو مستقيم اغېز لري.

عرضه او تقاضا: ۲۰٪ ګډونوالو عرضه او تقاضا يو مهم فکتور ګڼلی، چې د درملو بيې د بازار شرايطو سره سم تغير کوي.

مناقشه

د دغې څېړنې موخه دا وه چې په خوست ولايت کې د درملو بيې او د هغوی اقتصادي اغېزې وڅېړل شي. د څېړنې د پايلو له مخې درې اصلي عوامل (د خامو موادو بيې، حکومتي پالېسۍ او د عرضې او تقاضا حالت) د درملو قيمتونه ټاکي. د دغې برخې موخه دا ده چې ياد عوامل په جلا ډول تحليل شي، د هغوی اغېزې وڅېړل شي او د نورو څېړنو يا موجوده سرچينو له مخې د موافقو يا مخالفو پايلو تحليل وړاندې شي.

۱. د خامو موادو بيې: د تحليل پايلې ښيي چې د خامو موادو بيې د درملو د بيو لوړوالي تر ټولو لوی (۵۰٪) عامل دی. دغه پايله د نورو نړۍوالو څېړنو سره موافقه ده، چې وايي د درملو توليد کې د خامو موادو د قيمت بدلونونه په مستقيم ډول د درملو پر پرچون بيې اغېزه لري(۱۱). د نړۍوال بازار ناڅاپي بدلونونو، لکه د کرونا وبا پرمهال د توليد او صادراتو محدوديتونه، د خامو موادو بيې لوړې کړي، چې دغې چارې په افغانستان کې هم د درملو بيې پورته کړې دي(۱). له بلې خوا، ځينې څېړنې ښيي چې د ځايي توليد د پراخوالي له لارې د خامو موادو د وارداتو اړتيا کمه شوې او دغې چارې د درملو بيې ټيټې ساتلي دي(۳)، خو د افغانستان په څېر هېوادونو کې چې روغتيايي سکتور زياتره پر وارداتو ولاړ دی، دا نظريه لا هم نه ده پلې شوې.

۲. د حکومتي پالیسۍ بدلونونه: د څېړنې د پایلو له مخې ۳۰٪ ګډونوالو د حکومتي پالیسۍ بدلونونه د درملو د بیو لوړوالي اساسي لامل بللی دی. دا موندنه د ځینو نورو څېړنو له پایلو سره سمون لري، چې وایي د ګمرکي تعرفو، مالیاتو او د درملو د وارداتو سخت مقررات د درملو بیې لوړوي(۱۲). د افغانستان حکومت د درملو د قاچاق مخنیوي لپاره سخت مقررات وضع کړي، خو دا سیاستونه کله ناکله د رسمي وارداتو کچه هم راټیټوي او په پایله کې د درملو کمښت رامنځته کوي، چې دغه چاره د بیو لوړوالي ته زمینه برابروي(۲). په مقابل کې، ځینې څېړنې استدلال کوي چې د مالیاتو کمښت او د درملو سبسایډي (Subsidy) کولای شي د درملو بیې ټیټې او د لاسرسي کچه زیاته کړي(۱۳).

۳. د عرضې او تقاضا وضعیت: د عرضه او تقاضا وضعیت د ۲۰٪ ګډونوالو له نظره د درملو بیو باندې اغېز لري، چې د اغېز دغه کچه د نورو عواملو په پرتله کمه ده. دغه موندنه له اقتصادي تیوریو سره مطابقت لري، چې وایي عرضه او تقاضا د بازار یو اساسي میکانېزم دی، خو د درملو په څېر محصولاتو کې چې اړتیا یې حیاتي ده، عرضه او تقاضا کم اغېز لري(۱۴). له بلې خوا د ځینو متخصصینو له نظره، که چېرې حکومت د درملو عرضه زیاته کړي، دې سره به د درملو بیې راکمې شي(۸).

په ټولیز ډول ددغې څېړنې پایلې د نورو نړۍوالو څېړنو سره موافقې دي، خو ځینې اختلافات هم شته چې د محلي فکتورونو له امله رامنځته شوي دي. دغه څېړنه وړاندیز کوي چې حکومت باید د خامو موادو واردولو اسانتیاوې برابرې کړي، د درملو تولید ته پاملرنه زیاته کړي او د مالیاتو او تعرفو په برخو کې د نرمښت سیاستونه غوره کړي.

د څېړنې محدودیتونه

د ځینو درملو قیمتونه د موسم، درملتونونو او وارداتو پر مهال بدلون کوي.

د سروې ځوابونه د خلکو شخصي تجربې انځوروي، چې ښایي د ټولو خلکو نظرونه منعکس نه کړي.

پایله

د څېړنې پایلې څرګندوي چې په خوست ولایت کې د درملو بیې د بېلابېلو اقتصادي، سیاسي او سوداګریزو عواملو تر اغېز لاندې دي. درې اصلي عوامل چې د درملو د قیمتونو په ټاکلو کې مهمه ونډه لري، په لاندې ډول دي:

۱. د خامو موادو بیې :دا عامل تر ټولو زیات اغېز لري. د درملو تولید لپاره کارېدونکي خام مواد، چې اکثره یې له بهر څخه واردېږي، د نړۍوالو بازارونو بدلونونو تابع دي. د خامو موادو د بیو لوړېدل، د درملو پر بیه مستقیم اغېز کوي او د مصرفوونکو پر اوږو اقتصادي فشار زیاتوي.

۲. حکومتي پالېسی او مقررات :حکومتي پالېسی، لکه د وارداتو تعرفې، د درملو د تولید اړوند مقررات او جنیریک درملو ته د لاسرسي اسانتیا د درملو بیې تنظیموي. پر کورنیو درملو د مالیاتو زیاتوالی او د بهرنیو درملو اړوند وارداتي محدودیتونه د درملو د بیو لوړوالي لامل کېږي، په داسې حال کې چې د جنیریک درملو تولید ته وده ورکول کولای شي بیې ټیټې کړي او د خلکو لاسرسی آسانه کړي.

۳. د عرضه او تقاضا وضعیت :د عرضه او تقاضا قوانین هم د درملو پر بیو اغېز لري، خو زموږ څېړنې څرګنده کړه چې دا عامل د نورو عواملو په پرتله لږ اغېز لري. کله چې د یوه ځانګړي درمل اړوند تقاضا زیاته شي، قیمتونه لوړېږي، خو که عرضه باثباته وي، نو دا فشار محدود پاتې کېږي.

په ټوله کې، په څېړنه کې دې پایلې ته رسېږو چې د درملو بیې د سیمه‌ییزو او نړۍوالو عواملو تر اغېز لاندې دي. د افغانستان، په ځانګړي ډول خوست ولایت، لپاره د درملو د بیو لوړوالی د روغتیایي خدمتونو پر کیفیت د منفي اغېز کولو سربېره، د ناروغانو اقتصادي بار هم زیاتوي. د دې ستونزې د حل لپاره اړینه ده، چې حکومت د جنیریک درملو تولید ته وده ورکړي، د وارداتو اړوند قوانین، مقررات او پالېسۍ اسانه کړي او د خامو موادو پر وارداتو تعرفې راټیټې کړي.

دغه پایلې ښیي چې د درملو د بیو مناسب کنټرول کولای شي د روغتیایي خدمتونو لاسرسی پراخه کړي، اقتصادي فشار راکم کړي او د ټولنې روغتیایي حالت ته وده ورکړي.

سپارښتنې

د څېړنې په پایله کې لاندې سپارښتنې کېږي:

۱. حکومتي پالېسۍ ته د بیا کتنې اړتیا: حکومت باید د درملو د بیو په اړه پالېسي جوړه کړي، چې د خامو موادو د بیو په زیاتوالي سره هم د درملو بیې متوازن کړي.

۲. د بازار اصلاحات: د درملو تولیدوونکو لپاره باید یوه مناسبه او د تطبیق وړ ستراتېژي وړاندې شي، چې د عرضې او تقاضا شرایطو په پام کې نیولو سره، قیمتونه متوازن کړي.

۳. د موادو د بیو پراخه څارنه: حکومت باید د خامو موادو د بیو پراخه څارنه وکړي، ځکه چې دغه بیې د درملو پر قیمتونو باندې مستقیم اغېز لري.

اخځليکونه

1. The impact of COVID-19 On Medical Price . Organization, World Health. Geneva : s.n., 2022.

2. Anual Report on Medicin Prices in Afghanistan . health, MOPH Menistory of public. Kabul : s.n., 2021.

3. Johnson, L, et al. the impect of policy changes on drug prices. s.l. : journal of pharmacietical economic, 2019.

4. Increasing Medicine Supply to Control Prices. bank, World. Washington D.C : s.n., 2023.

5. Arrow, kenneth. scielosp.org/artical bwho. 2004.

6. The Return of Depression Economics and the Crisis of 2008 W .W . Norton & Company . Krugman, P . 2008.

7. Porter, M. E. Competitive Advantage : Creating and sustaining Superior performance. 1985.

8. Global drug Price Monitoring . Organization, World Health. 2023.

9. Stiglitz, Joseph. Uncertainy and the Welfare Economics of Health care. 1963.

10. Smith, J. Economic factor in druge pricing. s.l. : oxford univercity press, 2020.

11. Global pharmaceutical Market Trends. . Smith, J., et al. s.l. : Journal of Health Economics, 2023.

12. The Effects of Import Tariffs on Medicine Costs in Developing Countries. International Health Review. Kumar, R., et al. s.l. : International Health Review, 2020.

13. Subside policies and their Effect on Medicine Prices. Ahmad, S., et al. s.l. : Asian Development Journal., 2022.

14. Economic Theory of Supply and Demond in PHarmaceutical Markets . Jones, M., et al. s.l. : Economic and Medicine Reviewe , 2022.

Medicine Prices and Their Impact on the Economy of Khost Province Residents

Asif Khan Talash[1], Lal Mohammad Rohani[2]

[1,2]Faculty of Stomatology, Bayazid University, Khost, Afghanistan

*Corresponding Author: asif.talash1998@gamilcom

Received: 05-Jan-2025 Accepted: 02-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

The high prices of medicines limit access to healthcare services for the public and create economic difficulties for families, negatively affecting the social economy and quality of life. This study focuses on drug prices in Khost Province and their economic impacts. The aim of the research is to investigate the factors contributing to the rising prices of medicines. The study seeks to evaluate the main factors influencing drug price increases, including raw materials, government policies and supply and demand. Data for this quantitative research were collected through a survey involving 200 drug producers and importers. The research was conducted in Khost Province over the course of one month. Data analysis was performed using SPSS 26 software, which enhanced the accuracy of statistical analyses. The results indicate that drug prices are influenced by three main factors: raw materials, changes in government policies and supply and demand conditions. The primary factor for rising drug prices is the high cost of raw materials, noted by 50% of participants. Additionally, 30% of participants indicated that government policies, high taxes and tariffs directly affect drug prices, while 20% identified supply and demand as a significant factor. The study recommends that the government should prioritize the establishment of local manufacturing facilities, facilitate the importation of raw materials and adopt subsidy or tax reduction policies to manage drug prices. These measures would reduce drug costs and promote public health.

Keywords: Drug Prices, Raw Materials, Government Policies, Supply and Demand, Local Factories

څېړنیزه مقاله

په مختلفو حرارت درجو کې د سیروم یوریا، د وینې یوریا نایتروجن او کریټینین اندازې باندې د وخت اغېزې

ټکنالوجېست محمد طارق شینواری[۱]، دوکتور امان الله مومند[۲]

کلینیک ځانګه، طبي ټکنالوژي پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: mt.tariqshinwary@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۲۴ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

یوریا، کریټینین او BUN د وینې په معایناتو کې هغه مهم پارامترونه دي، چې د پښتورګو د فعالیت ارزونه کوي. ددغې معایناتو په مرسته د پښتورګو د روغتیا او ناروغتیا ارزونه ترسره کېږي. یوریا د پروټین د میټابولیزم یو محصول دی، چې د پښتورګو له لارې له بدن څخه بهر کېږي. کریټینین په عضلاتو کې د پروټین د میټابولیزم محصول دی، چې په منظمه توګه په وینه کې پاتې کېږي او د پښتورګو پهواسطه، له فلتر څخه وروسته، له بدن څخه خارجېږي. BUN د وینې نایټروجن اندازه ده، چې له یوریا څخه ترلاسه کېږي. د دغو پارامترونو لوړه یا ټیټه کچه د پښتورګو د فعالیت ستونزې را په ګوته کوي. د دغې څېړنې لپاره، له دوه سالمو اشخاصو څخه وینه اخیستل شوې او له میکرولیب ۳۰۰ ماشین څخه ګټه اخیستل شوې. د وینې نمونې په مختلفو حرارت درجو کې لکه د کوټې، یخچال او 37°C حرارت درجو او مختلفو وختونو کې معاینه شوې دي، لکه ۰، ۳، ٦، ۱۲، ۲۴، ۴۸ او ۷۲ ساعتونو لپاره وینه ذخیره شوې وه. د پایلو پر بنسټ په نمونو باندې د وخت په تېرېدو سره تغیرات رامنځته کېږي، چې په ځینو پارامترونو کې له احصایوي پلوه معنی لرونکی توپیر لري او په ځینو کې یې نهلري. لکه د کوټې، یخچال او په 37°C حرارت درجو کې په نمونو باندې وخت تېرېدل د UREA او BUN پر پایلو تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه لري($p>0.05$). پهداسې حال کې چې په CREATININE کې، د کوټې او په 37°C حرارت درجو کې، تر ۷۲ ساعتونو وروسته معنی لرونکی تغیر ولیدل شو ($p<0.05$). یاد تغیر په لومړیو (صفر ساعت) کې ۰.۷۵ و، خو د وخت په تېرېدو سره پکې تغیرات رامنځته کېدل، چې د احصایې له نظره معنی لرونکي نه وو، خو ۷۲ ساعته وروسته په ترتیب سره د کوټې په حرارت کې (۰.۵۵) او 37°C حرارت کې (۰.۳۵) ته راښکته شو. په یخچال کې د UREA، BUN او CREATININE پر پایلو، تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه رامنځته کېږي($p>0.05$). پایله کې ویلای شو چې په نمونې باندې د وخت په تېرېدلو سره د سیروم یوریا، وینې یوریا نایټروجن او کریټینین په اندازو کې تغیر رامنځته کېږي، نو په دې اساس باید د نمونې اخیستلو په وخت کې د وینې پارامترونو باندې ژر تر ژره معاینه ترسره شي تر څو دقیقه نتیجه تر لاسه شي.

کلیدي کلمې: حرارت درجه، د وخت اغېزې، د وینې یوریا نایټروجن، کریټینین، یوریا

پېژندنه

په سیروم کې د یوریا اوکریټینین اندازه کول د پښتورګو فعالیت په ارزونې کې مهمه ونډه لري، ځکه ددغو پارامترونو اندازه کول د ګلومیرول په‌واسطه د فلتر کچه او د پښتورګو د فعالیت په اړه معلومات وړاندې کوي(۱). د وینې یوریا نایتروجن یوه کلینیکي معاینه ده چې په وینه کې د یوریا نایتروجن اندازه راښیي. یوریا د پروټین د میټابولیزم محصول دی چې په حقیقت کې BUN غیر پروټیني نایتروجن لرونکي فاضله مواد دي، چې له امینو اسیدونو څخه جوړېږي، د ځیګر انزایمونو په‌واسطه یوریا ته بدلېږي او د پښتورګو په‌واسطه له بدن څخه اطراح کېږي. د یوریا غلظت د پروټین د اخیستلو په کچې پورې اړه لري.(۳-۲)

د پښتورګو حاده عدم کفایه د پښتورګو د فعالیت ناڅاپي خرابوالی دی، چې د ادرارو له لارې د نایتروجني ضایعاتو (یوریا نایتروجن او کریټینین) له منځه وړلو کې پاتې راځي. د پښتورګو د فعالیت دا خرابوالی د وینې یوریا نایتروجن او سیروم کریټینین کچې زیاتېدو لامل کېږي(۴).

د ذخیره کولو وخت او نور عوامل لکه تودوخه، د رڼا تماس او د محلول بخارېدل چې د انالایټ د متابولیزم زیاتوالی یا د اصلي خاصیت له منځه وړلو لامل کېږي، کولای شي د نمونې په ثبات باندې اغېزه وکړي.(۵)

دا چې په کلینیکې لابراتوارونو کې د لابراتواري عملیو او کار لپاره ځانګړي اصول شته، نو د همدې اصولو په‌واسطه د ناروغیو اړوند معلومات په سم ډول ترلاسه کېږي. د لابراتواري معایناتو پایلې زیاتره وخت د ډاکټرانو لخوا استفاده یا غوښتل کېږي، مګر له بده‌مرغه ځینې لاملونه د لابراتواري معایناتو پر پایلو اغېزه کوي، چې د ناروغیو په تشخیص کې ستونزې را پیدا کوي او له امله یې د لابراتواري معلوماتو تفسیر په سم ډول نه ترسره کېږي (۵).

په کلینیکي لابراتورونو کې اصلي ننګونه د سیروم/پلازما په تحلیلي موادو «انالایټونو» کې د ثبات ستونزه ده؛ که چېرې د لابراتوار معاینه ځنډ سره مخ کېږي، نو نمونې په عمومي ډول په لابراتورونو کې په بېلابېلو تودوخې درجو کې ذخیره کېږي تر څو لابراتواري معاینه ترسره شي، لکه له یخچاله د باندې (25-15°C)، په یخچال کې (4-8°C) او په باکیفیته او ټیټو حرارت درجو (-20°C، -40°C، -70°C یا -80°C) لرونکو یخچالونو کې، یعنې څومره چې د ذخیره کولو وخت ته اړتیا لرئ. له دې امله، د نمونې د ذخیره کولو لپاره د تودوخې ساتنه د پري انالیتیکي کیفیت په اړه ډاډ ترلاسه کولو لپاره مهمه ده او دا د انالایټونو د ثبات یا د اندازه کولو دقیقیت ساتلو کې مهمه ونډه لري. د پورتنیو معلوماتو پربنسټ سپارښتنه کېږي چې معاینې دې په تازه اخیستل شوي سیروم یا پلازما کې ترسره

شي، تر څو د پايلو سالميت وساتل شي، که نه نو نبايي انالايټونه بدلون ومومي او د معايناتو پايله هم منفي راووځي(۷،۸).

بايولوژيکي او بايوکيمياوي بدلونونه په وينه کې، د نمونو جوړولو په بهير کې، کولای شي د لابراتوار د معاينې په نتايجو د دقيقوالي په پرتله مهمې اغېزې ولري. د تودوخې د سم کنټرول نشتوالی لکه د 2-25°C تودوخې درجو کې د نمونې نه ساتل، البته ساتل يې خورا مهم ځکه دي چې دا کولای شي د بيلابيلو بايوکېمياوي اجزاوو کچه بدله کړي. د بېلګې په توګه: انزايميکي غبرګونونه، د پارامترونو ثبات او د حجرو يا پلازما بشپړتيا کيدای شي،چې نمونې په ناسمه تودوخه کې وساتل شي يا پروسس شي،نو کيديشي زيانمن شي. (۹، ۱۰، ۱۱)

پري اناليتيکي تېروتنې په لابراتورونو کې تر ټولو عامې تېروتنې دي، چې ډېرې پري اناليتيکي متغيرونه لکه د نمونې ذخيره کولو وخت او د نمونې ذخيره کولو تودوخه بايد وڅارل او کنټرول شي، تر څو د تېروتنو کچه کمه شي او د معاينې د پايلو دقيقيت سالم پاتې شي.(۱۳-۱۲)

مواد او کړنلاره

د څېړنې ډيزاين او د وينې اخيستنه

دغه څېړنه په مقطعي (Cross Sectional) ډول د ننګرهار ولايت، سپين غر پوهنتون په څېړنيز مرکز (Reserch Center) کې په (۱۴۰۳/۰۷/۳) نېټه ترسره شوه. په تصادفي ډول له دوه سالم (صحتمندو) نرينهو څخه، چې عمرونه يې ۳۰-۳۵ کلونو ترمنځ وو، د وينې نمونې واخيستلی شوې. البته دا هغه اشخاص وو، چې په تېرو (۲-۱) مياشتو کې يې هيڅ ډول فزيولوژيکه غير نورماله تاريخچه نه‌لرله.

د انالايزر په‌واسطه د وينې معاينه کول

په څېړنه کې له Semi-automated Clinical Chemistry انالايزر ماشين څخه ګټه اخيستل شوې ده او په ماشين د وينې معاينه مو د توليدونکې کمپنۍ د طرزالعمل له مخې ترسره کړه. په ټوله کې مو د اشخاصو له Capital Vein څخه 3cc وينه واخيستله او بې له ځنډه مو په Gel Tube کې واچوله، وينه مو بې له ځنډه سنترفيوژ کړه، وروسته مو له سنترفيوژ څخه جلا کړه او د معاينې او ساتلو په موخه مو په Serum Cap کې واچوله، تر څو په مختلفو حرارت درجو (د کوټې حرارت، ۳۷ سانتي ګرېډ درجو او يخچال حرارت) او مختلفو وختونو کې (۳، ٦، ۱۲، ۲۴، ۴۸ او ۷۲ ساعتونو) پرې معاينه ترسره کړو. د وينې پارامترونه Urea، Blood urea nitrogen او Creatinine وو.

احصایوي تحلیل

له څېړنې څخه تر لاسه شوي ارقام د SPSS V23 په‌واسطه تحلیل شوي دي. د اوسطونو تر منځ معنی لرونکي توپیر معلومولو لپاره له One-way –ANOVA څخه ګټه اخیستل شوې ده. د وینې پارامترونو ترمنځ تړاو معلومولو لپاره له Pearson Correrlation څخه ګټه واخیستل شوه، چې ټول ارقام د اوسط معیاري ± انحراف په ډول راپور شوي دي.

د څېړنې موندنې

د کوټې په تودوخه کې د وینې په نمونو کې پر UREA، BUN او CREATININE باندې د وخت د اغېزو پایلې په اول جدول کې ذکر شوي دي. د پایلو پر بنسټ د کوټې په تودوخه کې په نمونو باندې وخت تېرېدل د UREA او BUN پر پایلو، تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه لري($p>0,05$)؛ په‌داسې حال کې چې د CREATININE په اندازه کې تر ۷۲ ساعتونو وروسته معنی لرونکی تغیر ولیدل شو($p<0,05$). یاد تغیر په لومړیو (صفر ساعت) کې ۰،۷۵ و، مګر د وخت په تېرېدو سره یکې تغیرات رامنځته کېدل، چې د احصایې له نظره معنی لرونکي نه وو، خو 72 ساعته وروسته د کریټانین اندازه ۰،۵۵ ته راښکته شوه.

د وینې پارامترونه / ساعتونه	۰ ساعت	۳ ساعت	٦ ساعت	۱۲ ساعت	۲۴ ساعت	۴۸ ساعت	۷۲ ساعت
	د معاینې موده**						
UREA	39.50^{a}	39.00^{a}	38.50a	36.00^{a}	32.50^{a}	32.00^{a}	29.00^{a}
BUN*	18.40^{a}	18.15^{a}	17.95^{a}	16.75^{a}	15.15^{a}	14.90^{a}	13.50^{a}
CREATININE	0.75^{a}	0.75^{a}	0.70^{ab}	0.60^{bc}	0.60^{bc}	0.50^{c}	0.55^{c}

لومړی جدول: دکوټې په تودوخه کې د وینې پارامترونو باندې د وخت تېرېدو اغېزې

په پورتني جدول کې ځینې لنډیزونه او اصطلاحات لاندې مفاهیم وړاندې کوي:

BUN*: د وینې یوریا نایتروجن اندازه.

**: لاسته راغلی عدد د دوه نمونو اوسط±معیاري انحراف راپه ګوته کوي.

a-c: د اوسطونو په سر باندې د انګلیسي ژبې a او c توري چې له یو بل سره توپیر لري، د اوسطونو ترمنځ معنی لرونکی توپیر څرګندوي.

د یخچال په تودوخه کې د وینې په پارامترونو د وخت تېرېدو پایلې په دویم جدول کې ذکر شوي دي. د پایلو پر بنسټ په یخچالي حرارت کې د وینې د سیروم ذخیره کول او په نمونو باندې د وخت تېرېدل د UREA ،BUN او CREATININE پر پایلو، تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه رامنځته کوي($p>0,05$).

ساعتونه / د وینې پارامترونه	۰ ساعت	۳ ساعت	٦ ساعت	۱۲ ساعت	۲۴ ساعت	۴۸ ساعت	۷۲ ساعت
	د معاینې موده**						
UREA	39.50 a	39.00 a	38.00 a	38.00 a	37.50 a	37.50 a	37.50 a
BUN*	18.40 a	18.15 a	17.70 a	17.70 a	17.70 a	17.70 a	17.50 a
CREATININE	0.75 a	0.75 a	0.75 a	0.85 a	0.75 a	0.70 a	0.80 a

دویم جدول: د یخچال په تودوخه کې د وینې پارامترونو باندې د وخت تېرېدو اغېزې

په $37C°$ تودوخه کې د وینې په نمونو کې پر BUN،UREA او CREATININE باندې د وخت د اغېزو پایلې په درېیم جدول کې ذکر شوي دي. د پایلو پر بنسټ نمونو باندې وخت تېرېدل د UREA اوَBUN پر پایلو، تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه لري($p>0,05$)؛ پهداسې حال کې چې د CREATININE په اندازه کې، تر ۷۲ ساعتونو وروسته، معنی لرونکی تغیر ولیدل شو($p<0,05$). یاد تغیر په لومړیو (صفر ساعت) کې ۰،۷۵ و، خو د وخت په تېرېدو سره پکې تغیرات رامنځته کېدل، چې د احصایې له نظره معنی لرونکي نه وو، مګر ۷۲ ساعته وروسته CREATININE (۰،۳۵) ته راښکته شو.

ساعتونه / د وینې پارامترونه	۰ ساعت	۳ ساعت	٦ ساعت	۱۲ ساعت	۲۴ ساعت	۴۸ ساعت	۷۲ ساعت
	د معاینې موده**						
UREA	39.50 a	39.00 a	39.00 a	38.00 a	37.50 a	37.50 a	37.50 a
BUN*	18.40 a	18.15 a	17.70 a	17.70 a	17.70 a	17.70 a	17.50 a
CREATININE	0.75 a	0.65 a	0.55 a b	0.60 a b	0.55 a b	0.55 a b	0.35 b

درېیم جدول: د تودوخې په ۳۷ سانتي ګرېډ درجو کې د وینې پارامترونو باندې دوخت تېرېدو اغېزې

د وینې نمونو د پارامترونو تر منځ اړیکه

د کوټې په حرارت درجه کې اړونده پایلې په لاندې څلورم جدول کې ښودل شوي دي.

د UREA تړاو له نورو پارامترونو سره: د څېړنې پایلو وښوده چې UREA د BUN سره معنی لرونکې مثبته ($r = 0.999^{**}$) اړیکه لري، خو له CREATININE سره معنی لرونکی مثبت ($r = 0.428$) تړاو نهلري.

د BUN تړاو له نورو پارامترونو سره: د څېړنې پایلو وښوده چې BUN د UREA سره معنی لرونکې مثبته ($r = 0.999^{**}$) اړیکه لري، مګر له CREATININE سره معنی لرونکی ($r = 0.428$) تړاو نهلري.

د CREATININE تړاو له نورو پارامترونو سره: د څېړنې پايلو وښوده چې CREATININE د UREA سره معنی لرونکې مثبته (r = 0.428) اړيکه نه‌لري؛ په همدې ډول د BUN سره هم معنی لرونکې مثبته (r = 0.428) اړيکه نه‌لري.

د پارامترونو ترمنځ رابطه			
PARAMETERS	UREA	BUN	CREATININE
UREA	1	0.999**	0.428
BUN	0.999**	1	0.428
CREATININE	0.428	0.428	1

څلورم جدول: د کوټې په حرارت درجه کې د وينې د پرامتورونو ترمنځ تړاو

**د دواړو متغيرونو تر منځ رابطه p<001 معنی لرونکې ده.

د وينې نمونو د پارامترونو ترمنځ اړيکه

په يخچالي تودوخه کې اړونده پايلې په پنځم جدول کې ښودل شوي دي. د يادو پايلو او د هر يو پارامتر نتايج په لاندې ډول ليکل شوي.

د UREA تړاو د نورو پارا مترونو سره: په يخچالي تودوخه کې د څېړنو پايلو وښوده، چې UREA د BUN سره معنی لرونکی مثبت (r = 0.993**) تړاو لري، خو د CREATININE سره معنی لرونکی منفي (r =-0.453)تړاو نه‌لري.

د BUN تړاو د نورو پارامترونو سره: د څېړنې پايلو وښوده چې BUN د UREA سره معنی لرونکی مثبت(r = 0.993**) تړاو لري، خو د CREATININE سره معنی لرونکی منفي (r = -0.461) تړاو نه‌لري.

د CREATININE تړاو د نورو پارامترونو سره: د څېړنې پايلو وښوده چې CREATININE د UREA سره معنی لرونکی منفي (r =-0.453) تړاو نه‌لري؛ همداسې د BUN سره هم معنی لرونکی (r = -0.461) تړاو نه‌لري.

د پارامترونو ترمنځ رابطه			
PARAMETERS	UREA	BUN	CREATININE
UREA	1	0.993**	-0.453
BUN	0.993**	1	-0.461
CREATININE	-0.453	-0.461	1

پنځم جدول: د يخچال په تودوخې درجه کې د وينې پارامترونو ترمنځ تړاو

**د دواړو متغيرونو تر منځ رابطه په p<001 اندازه معنی لرونکې ده.

د وینې نمونو د پارامترونو تر منځ رابطه

په 37 C° حرارت کې اړونده پایلې په شپږم جدول کې ښودل شوي د یادو پایلو او دهر یو پارامتر نتایج په لاندې ډول لیکل شوي.

د UREA تړاو د نورو پارامترونو سره: د څېړنې پایلو وښوده چې UREA د BUN سره معنی لرونکی مثبت (r = 0.998**) تړاو لري، مګر د CREATININE سره معنی لرونکی (r = 0.006) تړاو نه‌لري.

د BUN تړاو د نورو پارا مترونو سره: د څېړنې پایلو وښوده چې BUN د UREA سره معنی لرونکی مثبت (r = 0.998**) تړاو لري، مګر د CREATININE سره معنی لرونکی (r = 0.008) تړاو نه‌لري.

د CREATININE تړاو د نورو پارامترونو سره: د څېړنې پایلو وښوده چې CREATININE د UREA سره معنی لرونکی مثبت (r = 0.006) تړاو نه‌لري، همداسې د BUN سره هم معنی لرونکی (r = 0.008) تړاو نه‌لري.

د پارامترونو ترمنځ رابطه			
PARAMETERS	UREA	BUN	CREATININE
UREA	1	0.998**	0.006
BUN	0.998**	1	0.008
CREATININE	0.006	0.008	1

شپږم جدول: په 37C° حرارت درجه کې د وینې د پارامترونو ترمنځ اړیکه

**د دواړو متغیرونو تر منځ رابطه په p<001 اندازه معنی لرونکې ده.

مناقشه

دا مقطعي تحلیلي څېړنه د سپین‌غر پوهنتون په څېړنیز مرکز کې په (۱۴۰۳/۰۷/۰۳) نېټه پیل او په (۱۴۰۳/۱۰/۲۸) نېټه پای ته ورسېده، تر څو معلومه کړو چې د وخت تېرېدل او د ساتنې د حرارت درجه د وینې سیروم په UREA، BUN او CREATININE باندې څه اغېزه لري. زموږ د څېړنې پایلو پراساس د کوټې په حرارت او ۳۷ C° حرارت کې په نمونو باندې وخت تېرېدل د UREA او BUN په پایلو تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه رامنځته کوي(p>0,05)؛ په‌داسې حال کې چې د CREATININE په اندازه کې تر ۷۲ ساعتونو وروسته معنی لرونکی تغیر ولیدل شو(p<0,05). په یخچالي حرارت کی د وینې د سیروم ذخیره کول او په نمونو باندې وخت تېرېدل د UREA، BUN او CREATININE پر پایلو تر ۷۲ ساعتونو پورې معنی لرونکی تغیر نه رامنځته کوي(p>0,05). په کوټې او ۳۷ درجې حرارت کې نمونه د اوږدې مودې لپاره ساتل د کریټینین په کچه مستقیم اغېز لري. د تخریب کچه په کوټې او ۳۷ درجې سانتي‌ګراد کې چټکه وي، د تعامل سرعت یې ډېرېږي او کریټینین

د کيمياوي تعاملاتو (لکه هايدروليز) له لارې هم تخريبېږي. همدارنګه د پي‌اېچ بدلون ښايي د کرېټينين تعاملات يا يې تخريب چټک کړي، چې دې سره د کرېټينين کچه کمېږي، مګر ټيټه تودوخه يا يخچالي حرارت کې د هر ډول احتمالي تخريب مخه نيول کېږي، چې د دقيقو پايلو ترلاسه کولو لپاره مهمه ده(۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

د Cuhadar او همکارانو لخوا يوه څېړنه ترسره شوې چې زموږ د څېړنې سره ډېره ورته ده. د دوی د څېړنې هدف په جېل او ساده ټيوبونو کې د انالايټونو ثبات ټاکل و، چې په مختلفو وختونو او تودوخې درجه کې ذخيره شوي وو. په ياده څېړنه کې نمونې په 4C°او 24C° کې د ٦، ١٢، ١٨، ٢۴، ٣٠، ٣٦، ۴٨ او ٧٢ ساعتونو لپاره او تر يوې اونۍ پورې ذخيره شوې وې. د دوی د څېړنې پايلې وښودله چې د glucose, total bilirubin, urea nitrogen او يوريک اسيد انالايټونو ثبات په ښه توګه ساتل شوی و(١٨).

دې ته ورته يوه بله څېړنه چې دMarjani A لخوا راپور ورکړل شوې چې ګلوکوز، يوريا، کرېټينين، کوليسټرول، ټرايګليسيرايډونه او کلسيم د کوټې او يخچال تودوخې په شرايطو کې د ٢ او ٢۴ ساعتونو تر انکيوبيشن وروسته ثابت پاتې شوي دي. په هرصورت، په دې مطالعه کې د ګلوکوز او کرېټينين راپور ورکړل شو، چې د کوټې په تودوخه کې يې د ٢۴ ساعتونو په اوږدو کې اندازې کمېږي(١٩).

د ځينو نورو څېړنو د موندنو له مخې که چېرې د انسان د وينې نمونې د يخچال په 4°C کې يا د کوټې تودوخه کې ذخيره يا وساتل شي، نو د عامو بايوکيميايي انالايټونو لنډمهاله ثبات شتون لري(٢٠، ٢١).

همدارنګه ورته پايلې د Bobby او ملګرو د ٢۴ انالايټونو ثبات په اړه راپور شوي، چې لومړی يې له وينې څخه سيرم ژر تر ژره جلا کړل او د وينې نمونې يې د کوټې حرارت کې په مختلفو وختونو کې وساتلې او معاينه يې پرې ترسره کړه، وينه د (٠، ٢، ٨، ١٦، ٢۴، ٣٢، ۴٠، ۴٨، ٥٦ ساعتونو) لپاره ذخيره شوي وه او ټول انالايټونه په سيرم کې د ٥٦ ساعتونو لپاره ثابت پاتې شوي وو اوBUN او Urea هم پکې شامل وو(١١). همدارنګه Pahwa او ملګرو په څېړنه کې د يوريا نمونه په (0-4 C°) تودوخه کې د ١٥ ورځو لپاره ثابته موندل شوې وه(٢٢).

دې ته ورته پايلې دShepherd et al لخوا هم راپور شوې وې؛ دوی د کوټې او يخچال تودوخه کې د سيرم کرېټينين ثبات مشاهده کړ، دوه نمونې يې په°(2-8 C) کې ذخيره کړې وې، چې د کوټې په تودوخه کې ساتل شويو نمونو کې په ٢۴ساعتونو کې بې ثباتي وليدل شوه(٢٣). همدارنګه د يخچالي حرارت يا تودوخې د ماخذ په توګه کارول شوې وه، چې د اوږدمهاله ذخيره کولو لپاره تر ټولو غوره شرايط وارزول شي، چې د انالايټونو د ثبات

بدلونونو احتمال لږ وي. دیرا او کودهار او همکارانو د کوټې او یخچال تودوخې په شرایطو کې د ۷۲ ساعتونو لپاره انالایټونو تجزیه کړل او راپور یې ورکړ چې تودوخه د بایوکیمیاوي انالایټونو په ثبات باندې اغېزه نه‌لري. اودوز او همکارانو یې په یوه ۲۴ ساعته ثباتي مطالعه کې راپور ورکړ، چې د ذخیره کولو تودوخه د بایوکیمیاوي انالایټونو په ثبات باندې ډېره اغېزه نه‌لري(۲۴، ۲۵، ۲۶).

پایله اخیستنه

دا چې په ننګرهار ولایت جلال اباد ښار کې د وینې د سیروم تحلیلي مواد د سیمي اتوماتیک انالایزر ماشین په‌واسطه په مختلفو وختونو کې معاینه کېږي، زموږ څېړنې د کوټې 37 °C او په یخچالي حرارت درجه کې دا په ډاګه کړه چې د وینې په یوریا، کریټینین او BUN پایلو باندې د وخت او حرارت اغېزه توپیر لري. د کوټې او 37 °Cحرارت درجه کې د کریټینین کچه په ۷۲ ساعتونو کې د پام وړ کموالی ښیي ($p<0.05$)؛ په‌داسې حال کې چې یوریا او BUN په ټولو شرایطو کې تر ۷۲ ساعتونو پورې احصایوي اړوند توپیر ونه‌ښوده ($p>0.05$)؛ په یخچال کې ساتل شویو نمونو کې ټول پارامترونه تر ۷۲ ساعتونو پورې باثباته پاتې شول($p>0.05$). د څېړنې پایله دا په ګوته کوي چې د وخت په تېرېدو سره د نمونو تودوخه د پایلو د دقت لپاره مهمه ده، نو په راتلونکي کې په‌کار ده چې د وینې نمونې، په ځانګړي ډول هغه وخت چې د کریټینین کچه د تشخیص لپاره اړینه وي، ژر تر ژره معاینه شي.

وړاندیزونه

۱. په لابراتوارونو کې باید د نمونو د ساتنې او تحلیل لپاره معیاري طرزالعملونه وکارول شي، چې په هغه کې د تودوخې او وخت د اغېزو په اړه مشخصې لارښوونې شاملې وي.

۲. د موضوع اړوند دې نورې څېړنې ترسره شي، ترڅو د وخت او تودوخې دقیق حدونه او اغېزې په نورو اړوندو پارامترونو کې هم وڅېړل شي او په ورته وخت کې د تودوخې لوړ یا ټیټ حالتونو اغېزې په هر اړخیز ډول وڅېړل شي.

۳. د نمونې ساتلو پرمهال باید د تودوخې شرایط په روښانه ډول ولیکل شي، ترڅو د تحلیل پرمهال د شونو اغېزو سره تطابق وشي.

اخځلیکونه

1. Higgins C. Urea and creatinine concentration, the urea: creatinine ratio. Acute Care Test [Internet], 2016, 1-8. [Accessed date: 2022 Apr 5] Available from:www.acutecaretesting.org.
2. Jose H. Salazar, MS, MLS (ASCP) CM. Overview of Urea and Creatinine. Laboratory Medicine. 2014; 45: e19-e20. [View at Publisher] [DOI] [Google Scholar]
3. Tietz Textbook of Clinical Chemistry. Fourth edition. Edited by CA Burtis, ER Ashwood, DE Bruns. WB Saunders Company, Philadelphia, 2006; 24:801-803. [Google Scholar]
4. Dwinnell BG and Anderson RJ (2012). Diagnostic Evaluation of the Patient with Acute Renal Failure, Atlas of Diseases of the Kidney. ISN Informatics Commission and NKF cyber Nephrology.
5. Rioja RG, Espartosa DM, Segovia M, Ibarz M, et al. Laboratory sample stability. Is it possible to define aconsensus stability function? An example of five blood magnitudes. Clin Chem Lab Med. 2018;56 (11):1806–18.
6. Kerttu M Irjala & Paula E. Grönroos Preanalytical and analytical factors effecting laboratory results: Published online: 28 Aug 2009.
7. Lippi G, Simundic AM (2010) Total quality in laboratory diagnostics. It's time to think outside the box. Biochem Med 20:5-8.
8. Lippi G, Plebani M, Simundic AM (2010) Quality in laboratory diagnostics: from theory to practice. Biochem Med 20: 126-30.
9. Cuhadar S, Koseoglu M, Atay A, Dirican A. The effect of storage time and freeze-thaw cycles on the stability of serum samples. Biochem Med (Zagreb) 2013;23:70-7.
10. Bobby et al reported the stability of 24 analytes after immediate separation of serum and stored at room temperature (25 degree °C) and analyzed in 0, 2, 4, 8, 16, 24, 32, 40, 48 and 56 h after collection.All analytes in serum were stable over 56 h periods. (2002)
11. L.Bobby, J.Boyanton, E.Kenneth, Blick; Stability studies of twenty-four analytes in human plasma and serum, Clinical Chemistry, 48, 2242-2247 (2002)
12. Carraro P, Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies10 years later. Clin Chem 2007;53:1338-1342.
13. Kouri T, Siloaho M, Pohjavaara S, et al., Pre-analytical factors and measurement uncertainty, Scand J Clin Lab Invest 2005;65:463-476.

14. Delanghe, J. R., & Speeckaert, M. M. (2011). "Creatinine determination according to Jaffe—what does it stand for?" *Clinica Chimica Acta, 412*(15-16), 1437-1446.

15. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). (2018). "Specimen Handling and Storage for Chemistry Testing." *CLSI Guidelines*.

16. Tietz, N. W. (2014). *Fundamentals of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics*. 7th Edition. Elsevier.

17. Chawla, R. (2014). *Practical Clinical Biochemistry: Methods and Interpretations*. Jaypee Brothers Medical Publishers

18. Cuhadar S, Atay A, Koseoglu M, et al. Stability studies of common biochemical analytes in serum separator tubes with or without gel barrier subjected to various storage conditions. Biochemia Medica 2012; 22(2):202-214).

19. Marjani A. Effect of storage time and temperature on serum analytes. Am J Appl Sci 2008;5:1047-51.

20. Ikeda K, Ichihara K, Hashiguchi T, Hidaka Y, Kang D, Maekawa M, et al. (2015) Evaluation of the short-term stability of specimens for clinical laboratory testing. Biopreserv Biobank 13: 135-143.

21. Zander J, Bruegel M, Kleinhempel A, Becker S, Petros S, Kortz L, et al. (2014) Effect of biobanking conditions on short-term stability of biomarkers in human serum and plasma. Clin Chem Lab Med 52: 629-639.

22. Pahwa M, Menaka K, Minakshi, et al. Effect of storage time and temperature on serum clinical biochemistry analytes. BCAIJ,2015;9(4):150-156.

23. Shepherd J, Warner MH, Kilpatrick ES. Stability of creatinine with delayed separation of whole blood and implications for eGFR. Ann Clin Biochem 2007;44:384-387.

24. Cuhadar S, Koseoglu M, Atay A, Dirican A. The effect of storage time and freeze-thaw cycles on the stability of serum samples. Biochem Med (Zagreb) 2013;23:70-7.

25. Oddoze C, Lombard E, Portugal H. Stability study of 81 analytes in human whole blood, in serum and in plasma. Clin Biochem 2012;45:464-9.

26. Dirar A, Abdallah D, Eldin K. Effect of storage time and temperature on some serum analytes. Int J Pathol 2010;8:68-71.

The Effect of Time on Serum Urea, Blood Urea Nitrogen (BUN) and Creatinine Levels at Different Temperatures

Muhammad Tariq Shinwary[1], Amanullah Momand[2]
[1,2]Clinic Department, Faculty of Medical Technology, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: mt.tariqshinwary@gmail.com

Received: 25-Dec-2024 Accepted: 12-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Urea, Creatinine, and BUN are key blood test parameters used to evaluate kidney function. These tests help assess the health or disease status of the kidneys. Urea is a byproduct of protein metabolism that is excreted from the body through the kidneys. Creatinine is a byproduct of muscle protein metabolism that remains consistently in the blood and is filtered out by the kidneys. BUN (Blood Urea Nitrogen) represents the amount of nitrogen in the blood derived from urea. Elevated or decreased levels of these parameters indicate potential issues with kidney function .In this study, blood samples were collected from two individuals and analyzed using the Micro lab 300 machine. The blood samples were stored at different temperatures ,room temperature, refrigerator, and 37°C,for varying time intervals: 0, 3, 6, 12, 24, 48, and 72 hours. Based on the results, changes occurred in the parameters over time. Some of these changes were statistically significant, while others were not. At room temperature, in the refrigerator, and at 37°C, no statistically significant changes were observed in UREA and BUN levels up to 72 hours ($p>0.05$).However, Creatinine levels showed a statistically significant change after 72 hours at room temperature and at 37°C ($p<0.05$). For example, at 0 hours, the creatinine level was 0.75, but after 72 hours, it decreased to 0.55 at room temperature and 0.35 at 37°C. Although the initial changes were not statistically significant, the decline over time became significant after 72 hours. In contrast, the samples stored in the refrigerator showed no statistically significant changes in UREA, BUN, or Creatinine levels up to 72 hours ($p>0.05$).In conclusion, the duration of sample storage can affect the measurement of blood parameters. Therefore, it is recommended that blood tests be performed as soon as possible after sample collection to obtain accurate results.

Keywords: BUN, Cretanin, Temprature, Time Effects, Urea

څېړنيزه مقاله

کارګمارونکو او طبي برخې فارغانو له نظره د طب مسلک فارغ التحصیل لپاره اړین نرم مهارتونه

نظرمحمد امیري[1]، شاه مقصود عدلزی[2]، عابد مومند[3]، سید عطاالحق بنوری[4]

[1]مشوره ورکونې او کارموندنې امریت، محصلانو چارو معاونیت، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

[2]ازموینو او نتایجو انسجام امریت، محصلانو چارو معاونیت، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

[3]بشري سرچینو مدیریت روزونکی، د افغانستان د ملکي خدمتونو انستیتیوټ، کابل، افغانستان

[4]پري کلینیک څانګه، وترنري علومو پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: nzamiri2014@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

دغه توضیحي څېړنه د طب فارغانو لپاره، د کارګمارونکو او فارغانو دواړو د نظرونو له مخې، اړین نرم مهارتونه څېړي. پخوانۍ تمرکز پر سختو مهارتونو و، خو اوس کارګمارونکي د قوي نرمو مهارتونو لرونکو نوماندانو په لټه کې دي، چې د ناروغانو سره د مؤثره تعامل د ښه کولو لپاره حیاتي ګڼل کېږي. یاد نرم مهارتونه د بېلګې په ډول د اړیکو جوړول، انتقادي فکر، رهبري، امانتداري، د ستونزو حل او وخت مدیریت یادولای شو. په دغه څېړنه کې، چې د تېر ۱۴۰۳ لمریز کال په دویمه ربعه (درې میاشتو) کې ترسره شوه، ۲۴۱ ګډونوال (کارګمارونکي او فارغان) پکې شامل دي. راټول شوي معلومات د توصیفي احصایې په کارولو سره تحلیل شوي دي. د څېړنې موندنې ښیي چې نرم مهارتونه د تخنیکي وړتیاوو بشپړونکي دي او په روغتیا پالنې او مسلکي ژوند کې خورا مهم دي. د څېړنې په پایله کې ښودل شوي، چې د فارغانو لهخوا تر ټولو مهم نرم مهارتونه پر ځان باور، ستونزو حل او افهام او تفهیم دی، پهداسې حال کې چې د کارګمارونکو لخوا درې مهم نرم مهارتونه پر ځان باور، امانتداري او شریک (ګډ) کار کول دي. د دغې څېړنې له مخې، کارګمارونکي هغه فارغان غوره کوي چې د تخنیکي مهارتونو تر څنګ نرم مهارتونه ولري. همدارنګه، د څېړنې موندنې ښیي چې د نرم مهارتونو په نهشتون سره د طب فارغانو لپاره ستونزې پیدا کېږي او د ناروغانو سره مؤثر تعامل او د دندې په مؤثره توګه ترسره کول اغېزمنوي. په پای کې، دا څېړنه وړاندیز کوي چې د طب محصلینو او فارغانو ته باید په پورتنیو مهارتونو باندې متمرکز روزنیز پروګرامونه وړاندې شي. پوهنتونونه باید په نصاب کې نوموړو مهارتونه ته ځانګړې پاملرنه وکړي، چې فارغان د مسلکي بریالیتوب لپاره ښه چمتو شي او د روغتیا سکتور په پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي.

کلیدي کلمې: سخت مهارتونه، فارغان، کارګمارونکي، نرم مهارتونه

پېژندنه

په کار بازار کې د یو شخص بریالیتوب د هغه په مهارتونو پورې اړه لري؛ په دې معنی، هغه کاندیدان چې د دندې اړوند مهارتونه لري، د ګمارنې چانس یې د هغو اشخاصو په پرتله زیات دی، چې په اړونده برخه کې مهارتونه نه لري. مهارتونه د تولیز وېش له مخې په نرم (Soft Skills) او سخت (Hard Skills) وېشل شوي دي. هغه مهارتونه چې د یوې منظمې برنامې د تعقیب، تدریس او زده کړې له لارې تر لاسه کېږي، سخت مهارتونه دي، چې تحصیلي سند یا یوې بهرنۍ ژبې زده کړه او سند یې یادولی شو. په تاریخي لحاظ دا هغه مهارتونه وو، چې د یوې مسلکي دندې لپاره اړین وو(۱). نرم مهارتونه بیا د شخص ذاتي ځانګړتیاوو څخه دي، چې د شخصي اړیکو او تجربې پر بنسټ تر لاسه کېږي، نو همدا دی چې د انساني منابعو لپاره په وروستیو کلونو کې د سختو مهارتونو تر څنګ، نرم مهارتونه د اهمیت وړ ګڼل شوي دي. نرم مهارتونه د فردي کړنو او همدارنګه د یوه اداري واحد (سازمان) د تولیداتو په ښه کولو کې د پام وړ مرسته کوي(۲). سخت مهارتونه د دندې او کارونو په ښه ترسره کولو کې ۱۵٪او نرم مهارتونه ۸۵٪ اغېزناک ثابت شوي دي(۳). په دې معنی چې د یوې ادارې کارکوونکي چې په لوړه کچه د نرم مهارتونو درلودونکي وي، په همدغه کچه یې لاسته راوړنې هم لوړې او ښې وي. نرم مهارتونه د سختو مهارتونو بشپړونکي دي(۴)، چې په همدې بنسټ هغه کارکوونکي چې نرم مهارتونه لري، ورڅخه د مسلکي بریالیتوب تمه کېږي(۵). دغه مهارتونه ډېر ډولونه لري، لکه اخلاق، افهام و تفهیم(۲)، ګډ کار (ټیم ورک)، ستونزو حل(۳)، رهبري، احساساتي هوښیارتیا(٦)، د وخت مدیریت، په ځان باور او ګڼ شمېر نور چې مونږ به یوازې هغه تر بحث لاندې ونیسو، چې د یوه تازه فارغ شوي ډاکټر یا تازه په دنده ګمارل شوي طبي کارکوونکي لپاره خورا اړین وي.

د طب برخې فارغانو یا د تازه فارغ په دنده ګمارل شوي طبي پرسونل لپاره د اړینو مهارتونو اړوند ګڼې مقالې او لیکنې شوې دي، خو له بده‌مرغه په افغانستان کې، په ځانګړي ډول په پښتو کې، د دغې برخې اړوند لیکنه و نه موندل شوه او تمه ده په دغې لیکنې سره به یاده ستونزه تر یوه بریده حل شي.

د موضوع اهمیت په دې کې دی، چې د طبي برخې کارکوونکو لپاره اړینو مهارتونو ارزونه ترسره شي او په دې ډول محصلین، ځانګړې توګه د طبي څانګو فارغان، ذکر شویو اړینو مهارتونو ترلاسه کولو لپاره اقدام وکړي، چې دا به له یوې خوا د فرد د فردي کړنو او له بلې خوا د اداري (سازماني) کړنو او اهدافو په ترلاسه کولو کې ګټور ثابت شي.

مواد او کړنلاره

څېړنې ډیزاین

دغه څېړنه په کراس سېکشنل (مقطعي) ډول، د سپین غر پوهنتون (ننګرهار) د درې ګونو پوهنځیو فارغانو او طبي ادارو مسؤلینو سره، د پوښتنپاڼې له مخې، له (۱۴۰۳/۰۶/۰۳ نېټې څخه تر ۱۴۰۳/۰۸/۲۱ نېټې پورې)، ترسره شوه. په څېړنه کې د فارغانو او کارګمارونکو له نظره د طبي برخې اړوندو فارغانو لپاره اړین نرم مهارتونه ارزول شوي دي.

د نمونې اندازه او د نمونه اخیستنې تخنیک

د څېړنې ترسره کولو په موخه مو، د معلومې احصایې د نه‌شتون له امله، د فارغانو لپاره له لاندې فرمول څخه ګټه واخیسته:

$$Sample\ Size\ (N) = \frac{Z^2 * P\ (1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * 0.5\ (1-0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

په پورتني فرمول کې د خطا اندازه ۰،۰۵ او د اطمنان ساحه ٪۹۵ ده؛ د نرمو مهارتونو د پېښېدو سلنه ۵۰ په پام کې نیول شوې ده. ددغې محاسبې له مخې د نمونې اندازه ۳۸۴ په پام کې ونیول شوه، خو د وخت د کمښت، د ځواب ویونکو د لرې لېوالتیا او د ځواب ویونکو په سخته پیدا کولو له امله، وتوانېدو چې ۲۲۲ فارغانو سره مرکې وکړو. ددې ترڅنګ مو د طب اړوند (۱۹) تنو کارګمارونکو سره هم مرکې ترسره کړې دي. د ځواب ویونکو په سختۍ پیدا کېدو او مرکې ته د حاضرېدو لپاره د لېوالتیا نه‌شتون د دې سبب شو، چې د نمونې اندازه تر هدف لاندې خلکو څخه، د Convenient Sampling تخنیک په‌واسطه ترسره کړو.

نرم مهارتونو ارزونه

نرم مهارتونه د Sooraksa او Tushar د (۲۰۲۳) کال یوه څېړنه کې ۸۷ ذکر شوي دي. په یادو مهارتونو کې، د تکرار د له منځه وړلو له مخې، د ۵۴ مهارتونو مجموعه (Set) نهایي شوی و. یاد مهارتونه زمونږ د څېړنې د موخو په نظر کې نیولو سره ارزیابي او ۴۶ مهارتونه ترې انتخاب شول. د دې مهارتونو د اندازه کولو لپاره د ۵ نقطه اي لایکرټ اندازه کولو (5-Point Likert Scale) څخه ګټه واخیستل شوه او په دې ترتیب، ۵ د ډېر زیات مهم، ۴ د مهم، ۳ د منځنۍ کچې مهموالي، ۲ د لږ مهم او ۱ د هېڅ اهمیت نه لرلو لپاره کارول شوی دی.

احصايوي تحليل

د څېړنې په پايله کې لاسته راغلي ارقام د SPSS V.23 پهواسطه تحليل شول، د مهارتونو اندازه د سلنې او فريکوينسۍ په ډول راپور شوه.

پايلې

د کارګمارونکو ټولنيزې-جغرافيوي ځانګړنې

دغه څېړنه د سپين غر پوهنتون د درې ګونو (عمومي طب، غاښونو طب او طبي ټکنالوژي) پوهنځيو په ۲۲۲ تنو فارغ التحصيل او د ننګرهار ولايت جلال اباد ښار بېلابېلو طبي ادارو (روغتونونو، علمي ادارو، مؤسساتو او نيمه لوړو زده کړو انستيټيوټونو) ۱۹ تنو کارګمارونکو باندې ترسره شوې ده. د ګډونوالو د ځانګړنو په اړه ارقام په لومړني جدول کې ښودل شوي دي. د څېړنې زياتره ګډونوالو د عمومي طب پوهنځي فارغان وو، چې (۹۰،۵۴) سلنه کېږي، د دوه کالو څخه وړاندې فارغ شويو (٦٦،۹۷) سلنه، په مختلفو دنده بوخت (٦۲،۳۳) سلنه، له دوه کالو څخه زياتې تجربې لرونکي (۳۷،۳۹) سلنه، هغه فارغان چې د تحصيلي دورې په جريان او تحصيلي دورې وروسته يې د نرم مهارتونو په اړه روزنه ترلاسه کړې (٦۱،۹۳) سلنه وو.

متغير	کټګوري	فريکوينسي	سلنه
مهرباني وکړئ، ووایاست چې له کوم پوهنځي فارغ یاست؟	طبي ټکنالوژي پوهنځی	۹	۴،۰۵
	عمومي طب پوهنځی	۲۰۱	۹۰،۵۴
	غاښونو طب پوهنځی	۱۲	۵،۴۱
مهرباني وکړئ، ووایاست چې پوهنځي څخه کله فارغ شوي یاست؟	تازه فارغ شوی	۱۰	۴،۵۲
	دوه کالو څخه وړاندې فارغ شوی	۱۴۸	٦٦،۹۷
	یو کال وړاندې فارغ شوی	٦۳	۲۸،۵۱
ايا د طب په برخه کې دنده لرئ؟	نه	۸۴	۳۷،٦۷
	هو	۱۳۹	٦۲،۳۳
دا چې تاسې د طبي پوهنځي فارغ یاست، د دندې پر اساس څومره کاري تجربه لرئ، هیله ده دلته يې ذکر کړئ.	تجربه نه لرم	۱۵	٦،۷٦
	تر دوه کلونو زیاته کاري تجربه لرم	۸۳	۳۷،۳۹
	دوه کاله تجربه لرم	۴٦	۲۰،۷۲
	یو کال تجربه لرم	۷۸	۳۵،۱۴
ايا د نرم مهارتونو په برخه کې مو روزنه ترلاسه کړې ده؟	نه	۸۳	۳۸،۰۷
	هو	۱۳۵	٦۱،۹۳

لومړی جدول: د څېړنې ګډونکونکو ټولنيز-جغرافيوي ځانګړنې: (n=222)

د کارګمارونکو ټولنيزې-جغرافيوی ځانګړنې

دغه څېړنه په ننګرهار ولايت کې د ۱۹ بېلابېلو تحصيلي مؤسسو او د خصوصي تحصيلي سکتور اړوند ادارو کې ترسره شوې ده، چې يوازې روغتونونه پکې (۵۷،۸۹٪) تشکيلوي. د ګډون کوونکو چې اکثره يې د ګمارلو په برخه کې له يو کال څخه تر درې کلونو پورې کاري مخينه لري، (۴۷،۳۷٪) تشکيلوي. په څېړنه کې په لوړه کچه ځواب ورکوونکي په ولايتي کچه د خدماتو وړاندې کوونکي دي او (۲۹،۴۱٪) کېږي. په لوړه کچه مؤسسينو لخوا ځواب شوې پوښتنپاڼې (۳۶،۸۴) سلنه تشکيلوي، چې د ادارو د ځانګړنو په اړه ارقام په دويم جدول کې ښودل شوي دي.

متغير	کټګوري	فريکوينسي	سلنه
ستاسې د ادارې نوعيت څه ډول دی، هيله ده په اړه يې معلومات راکړئ؟	NGOs	۲	۱۰،۵۳
	خصوصي سکتور	۱	۵،۲٦
	روغتون	۱۱	۵۷،۸۹
	علمي او اداري	۵	۲٦،۳۲
ستاسې اداره د طبي فارغ التحصيل په ګمارلو کې څومره مخينه لري، هيله ده په اړه يې مونږ سره معلومات شريک کړئ؟	تر درې کلونو زيات	۹	۴۷،۳۷
	يو کال څخه تر درې کلونو پورې	۹	۴۷،۳۷
	يو کال څخه کمه	۱	۵،۲٦
په نومورې اداره کې ستاسې رول (موقف/پوزيشن) څه دی، هيله ده په اړه يې مونږ سره معلومات شريک کړئ؟	اجرايوي رئيس	۳	۱۵،۷۹
	بشري سرچينو امر	۳	۱۵،۷۹
	مؤسس	۷	۳٦،۸۴
	نور...	٦	۳۱،۵۸
ستاسې د ادارې، روغتون يا روغتيايي مرکز فعاليتونه په لاندې کومو حدوداتو کې ترسره کېږي؟	سيمه‌ييزه کچه	۵	۲۹،۴۱
	ملي کچه	۳	۱۷،٦۵
	نړۍ‌واله کچه	۲	۱۱،۷٦
	ولايتي کچه	۷	۴۱،۱۸

دويم جدول: د کارګمارونکو ټولنيزې – جغرافوي ځانګړنې: (n=19)

د فارغانو له نظره اړين مهارتونه

زموږ په څېړنه کې، د اړتيا او مهموالي له مخې، د طب اړوند (۴۹) اړين مهارتونه څېړل شوي دي. د دغو مهمو مهارتونو له ډلې، د فارغانو له نظره، تر ټولو مهم مهارتونه په ترتيب سره پر ځان باور درلودل (۸۵،۵۱) سلنه، د ستونزو حل کولو مهارت (۷۹،۷۲)، افهام او تفهيم (۷۵،۲۳) سلنه، د معلوماتو شريکولو ټکنالوژۍ (ICT) مهارت (۷۵،۱۲) سلنه، د وخت مديريت کولو مهارت (۷۵،۱۲) سلنه، مشرتابه/رهبرۍ مهارت (۷۰،۳۳) سلنه، امانتدارۍ مهارت (۷۰) سلنه، تصميم نيونې مهارت (٦۵،۵۷) سلنه، انتقادي فکر کولو مهارت (۵۲،٦۹) سلنه او ژمنتيا يا وفاداري (٦۷،۷۷) سلنه تشکيلوي، چې د فارغانو له نظره د مهارتونو مهم والي اړوند ځانګړنې په لاندې درېيم جدول کې ذکر شوي دي.

مهارتونه	هیڅ مهم		لږ مهم		په متوسطه اندازه مهم		مهم		ډېر مهم	
	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه
د ستونزو حل کولو مهارت	0	0	2	94,1	3	1،42	38	17،92	169	79،72
افهام او تفهیم مهارت	0	0	1	47,0	3	1،4	49	22،9	161	75،23
ډله‌ایز کار (ټیم ورک)	1	47,0	4	9,1	12	5،69	104	49،29	90	42،65
شرایطو سره د توافق کولو مهارت (چاپیریال سره ځان عیارولو مهارت)	0	0	1	48,0	9	4،33	100	48،08	98	47،12
د زده‌کړې لېوالتیا مهارت	0	0	3	41,1	5	35,2	66	30،99	139	65،26
خلاقیت او نوښت مهارت	0	0	1	48,0	9	33,4	86	41،35	112	53،85
د معلوماتو شریکولو ټکنالوژۍ (ICT) مهارت	0	0	1	48,0	4	91,1	47	22،49	157	75،12
تحلیلي / انتقادي فکر کولو مهارت	0	0	1	48,0	4	9,1	59	28،1	146	69،52
امانتدارۍ مهارت	0	0	2	95,0	5	2،38	52	24،76	147	70
اړیکو نیولو مهارت	2	97,0	6	91,2	18	8،74	107	51،94	73	35،44
پر ځان باور درلودلو مهارت	1	47,0	1	47,0	2	0.93	27	12،62	183	85،51
مشرتابه/رهبرۍ مهارت	0	0	2	94,0	2	0.96	58	27،75	147	70.33
پلانولو او تنظیمولو مهارت	0	0	1	48,0	1	0،48	79	37،8	128	61،24
ځان (ذاتي) مدیریت مهارت	0	0	1	48,0	6	2،86	67	31،9	136	64،76
مسؤلیت پېژندنې مهارت	0	0	2	96,0	13	6،22	96	45،93	98	46،89
مثبتې انګېزې او چلند مهارت	0	0	1	47,0	6	2،84	85	40،28	119	56،4
هڅولو مهارت	0	0	2	96,0	8	3،83	105	50،24	94	44،98
د وخت مدیریت کولو مهارت	1	47,0	1	48,0	3	1،44	47	22،49	157	75،12
معلوماتو مدیریت مهارت	1	47,0	3	45,1	11	5،31	114	55،07	78	37،68
د سواد لومړني اساسات او حساب مهارت	2	96,0	4	91,1	24	11،48	91	43،54	88	42،11

مهارتونه	هیڅ مهم		لږ مهم		په متوسطه اندازه مهم		مهم		ډېر مهم	
	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه
تصمیم نیونې مهارت	0	0	2	97,0	7	3،38	53	25،6	144	69،57
مسلکیتوب مهارت	0	0	5	4,2	10	4،81	81	38،94	112	53،85
د ځان ظرفیت لوړونې مهارت	0	0	1	48,0	4	1،92	63	30،29	140	67،31
ټولنیزتوب مهارت	0	0	2	95,0	9	4،27	96	45،5	104	49،29
مذاکرې کولو مهارت	0	0	4	9,1	8	3،81	78	37،14	120	57،14
ظاهري او ځاني جوړښت مهارت	1	48,0	4	9,1	16	7،62	101	48،1	88	41،9
علمي مهارتونه	0	0	1	49,0	2	0،98	69	33،66	133	64،88
شبکې جوړونې مهارتونه	2	98,0	10	88,4	31	15،12	101	49،27	61	29،76
د موخو ټاکلو مهارت	1	48,0	1	48,0	8	3،83	92	44،02	107	51،2
سخت کار کولو مهارت	2	95,0	7	32,3	20	9،48	89	42،18	93	44،08
اعتبار جوړونې مهارت	0	0	3	42,1	4	1،9	69	32،7	135	63،98
ځان خبرونې مهارت	1	47,0	3	42,1	10	4،74	103	48،82	94	44،55
په انګلیسي ژبه د افهام او تفهیم کولو مهارت	0	0	3	42,1	7	3،3	81	38،21	121	57،08
مراجعه کوونکو ته د خدماتو وړاندې کولو مهارت	0	0	2	95,0	9	4،27	96	45،5	104	49،29
کاروبار جوړونې مهارت	0	0	4	89,1	11	5،19	95	44،81	102	48،11
عاطفي هوښیاري	0	0	2	95,0	7	3،32	77	36،49	125	59،24
شخصیت جوړونې مهارت	1	47,0	13	10,6	29	13،55	106	49،53	55	25،7
په خپلواکه توګه د کار کولو مهارت	0	0	2	95,0	7	3،33	78	37،14	123	58،57
د ژمنتیا درلودلو مهارت	3	42,1	2	95,0	7	3،32	76	36،02	123	58،29
د نورو خلکو اغېزمنولو مهارت	4	9,1	4	9,1	29	13،74	89	42،18	85	40،28

مهارتونه	هیڅ مهم		لږ مهم		په متوسطه اندازه مهم		مهم		ډېر مهم	
	فریکوینسي	سلنه	فریکوینسي	سلنه	فریکوینسي	سلنه	فریکوینسي	سلنه	فریکوینسي	سلنه
علمي تجربې درلودلو مهارت	0	0	1	48,0	4	1،9	83	39،52	122	58،1
مهارتونو د تطبیق مهارت	0	0	2	94,0	7	3،3	95	44،81	108	50،94
وفاداري	0	0	1	47,0	11	5،21	56	26،54	143	67،77
لېوالتیا مهارت	0	0	1	49,0	13	6،31	79	38،35	113	54،85
نورو ته د درناوي کولو مهارت	0	0	1	47,0	7	3،32	65	30،81	138	65،4
د قضاوت کولو مهارت	0	0	1	48,0	13	6،22	82	39،23	113	54،07
عصري وسایلو د استعمال مهارت	0	0	1	0.48	4	1،9	70	33،33	135	64،29
علمي پوهې د تطبیق مهارت	0	0	1	0.48	6	2،88	84	40،38	117	56،25
مسایلو/ستونزو ته د وخت ورکولو مهارت	0	0	1	47,0	8	3،79	99	46،92	103	48،82

درېیم جدول: طبي برخې فارغانو له نظره د مهمو مهارتونو جدول: (n=49)

د کار ګمارونکو له نظره اړین مهارتونه

په دغه څېړنه کې، د اړتیا او مهموالي له مخې، د طب اړوند (۴۹) اړین مهارتونه څېړل شوي دي، چې له دغو مهمو مهارتونو څخه د کارګمارونکو له نظره تر ټولو مهم مهارتونه په ترتیب سره پر ځان باور درلودل (۸۴،۲۱) سلنه، امانتدارۍ مهارت (۸۴،۲۱) سلنه، شریک (ګډ) کار کولو مهارت (۷۸،۹۵) سلنه، وفادارۍ مهارت (۷۸،۹۵) سلنه، افهام او تفهیم مهارت (۷۷،۷۸) سلنه، انتقادي فکر کولو مهارت (۷۳،٦۸) سلنه، مشرتوب/رهبري کولو مهارت (۷۳،٦۸) سلنه، وخت مدیریت کولو مهارت (۷۳،٦۸) سلنه، د تصمیم نیونې مهارت (۷۳،٦۸) سلنه او نورو ته د درناوي کولو مهارت (۷۳،٦۸) سلنه تشکیلوي. د کارګمارونکو له نظره د مهارتونو مهموالي اړوند ځانګړنې په لاندې درېیم جدول کې ذکر شوي دي.

مهارتونه	هیڅ مهم		لږ مهم		په متوسطه اندازه مهم		مهم		ډېر مهم	
	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه
د ستونزو حل کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	6	31،58	13	68،42
افهام او تفهیم مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	4	22،22	14	77،78
ډله ایز کار (ټیم ورک) مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	4	21،05	15	78،95
شرایطو سره د توافق کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	2	10،53	11	57،89	6	31،58
د زده‌کړې لېوالتیا مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	8	44،44	10	55،56
خلاقیت او نوښت مهارت	0	0،00	0	0،00	1	5،26	10	52،63	8	42،11
معلوماتو شریکولو ټیکنالوژۍ (ICT) مهارت	0	0،00	0	0،00	3	16،67	10	55،56	5	27،78
تحلیلي / انتقادي فکر کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	5	26،32	14	73،68
امانتدارۍ مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	3	15،79	16	84،21
اړیکو نیولو مهارت	0	0،00	0	0،00	3	15،79	9	47،37	7	36،84
پر ځان باور درلودلو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	3	15،79	16	84،21
مشرتابه/رهبرۍ مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	5	26،32	14	73،68
پلانولو او تنظیمولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	7	36،84	12	63،16
ځان (ذاتي) مدیریت مهارت	0	0،00	0	0،00	1	5،00	9	45،00	10	50،00
مسؤلیت پېژندنې مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	5	27،78	13	72،22
مثبتې انګېزې او چلند مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	9	47،37	10	52،63
هڅولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	14	73،68	5	26،32
د وخت مدیریت کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	5	26،32	14	73،68
معلوماتو مدیریت مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	11	57،89	8	42،11
د سواد لومړني اساسات او حساب مهارت	0	0،00	0	0،00	2	10،53	12	63،16	5	26،32

مهارتونه	هیڅ مهم		لږ مهم		په متوسطه اندازه مهم		مهم		ډېر مهم	
	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه
تصمیم نیونې مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	5	26،32	14	73،68
مسلکیتوب مهارت	0	0،00	0	0،00	4	22،22	9	50،00	5	27،78
د ځان ظرفیت لوړونې مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	9	47،37	10	52،63
ټولنیزتوب مهارت	0	0،00	0	0،00	2	10،53	12	63،16	5	26،32
مذاکرې کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	13	68،42	6	31،58
ظاهري او ځاني جوړښت مهارت	0	0،00	0	0،00	1	5،26	10	52،63	8	42،11
علمي مهارتونه	0	0،00	0	0،00	0	0،00	8	44،44	11	61،11
شبکې جوړونې مهارتونه	0	0،00	0	0،00	4	22،22	12	66،67	2	11،11
د موخو ټاکلو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	8	42،11	11	57،89
سخت کار کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	9	47،37	10	52،63
اعتبار جوړونې مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	6	31،58	13	68،42
ځان خبرونې مهارت	0	0،00	0	0،00	1	5،26	7	36،84	11	57،89
په انګلیسي ژبه افهام او تفهیم کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	14	73،68	5	26،32
مراجعه کوونکو ته خدماتو وړاندې کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	8	42،11	11	57،89
کاروبار جوړونې مهارت	1	5،26	0	0،00	4	21،05	8	42،11	6	31،58
عاطفي هوښیاري	0	0،00	0	0،00	1	5،26	9	47،37	9	47،37
شخصیت جوړونې مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	8	42،11	11	57،89
په خپلواکه توګه د کار کولو مهارت	1	5،26	0	0،00	1	5،26	10	52،63	8	42،11
د ژمنتیا درلودلو مهارت	0	0،00	1	5،26	0	0،00	9	47،37	9	47،37
د نورو خلکو اغېزمنولو مهارت	0	0،00	2	10،53	1	5،26	6	31،58	10	52،63

مهارتونه	هیڅ مهم		لږ مهم		په متوسطه اندازه مهم		مهم		ډېر مهم	
	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه	فریکونسي	سلنه
علمي تجربې درلودلو مهارت	0	0،00	0	0،00	1	5،26	10	52،63	8	42،11
مهارتونو د تطبیق مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	8	42،11	11	57،89
وفاداري	0	0،00	0	0،00	0	0،00	4	21،05	15	78،95
لېوالتیا مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	11	61،11	7	38،89
نورو ته د درناوي کولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	5	26،32	14	73،68
د قضاوت کولو مهارت	1	5،26	1	5،26	1	5،26	9	47،37	9	47،37
عصري وسایلو د استعمال مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	9	47،37	10	52،63
علمي پوهې د تطبیق مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	10	52،63	9	47،37
مسایلو/ستونزو ته د وخت ورکولو مهارت	0	0،00	0	0،00	0	0،00	11	57،89	8	42،11

څلورم جدول: کارګمارونکو له نظره مهم مهارتونه: (n=49)

مناقشه

دا کمي توضیحي څېړنه د سپین غر پوهنتون د درې ګونو پوهنځیو فارغانو او (۱۹) روغتیایي ادارو (روغتونونه، خصوصي سکتور، NGOs او علمي ادارې) کارګمارونکو باندې، د درې میاشتو (۱۴۰۳ لمریز کال دویمه ربعه) په موده کې بشپړه شوه. د څېړنې د ترلاسه شویو پایلو پر بنسټ، په ځانګړې توګه د فارغانو له نظره، د طب فارغ التحصیل لپاره تر ټولو مهم مهارتونه په ترتیب سره پر ځان باور درلودلو مهارت، د ستونزو حل کولو مهارت، افهام او تفهیم مهارت، د معلوماتو شریکولو ټکنالوژۍ (ICT) مهارت، د وخت مدیریت کولو مهارت، مشرتابه/رهبرۍ مهارت، امانتدارۍ مهارت، تصمیم نیونې مهارت، انتقادي فکر کولو مهارت او وفادارۍ مهارتونه دي.

په همدې توګه د (۱۹) تنو کارګمارونکو د معلوماتو له مخې د طب فارغ التحصیل لپاره اړین نرم مهارتونه په ترتیب سره پر ځان باور درلودلو مهارت ، امانتدارۍ مهارت، شریک (ګډ کار کولو) مهارت، وفادارۍ مهارت، افهام او تفهیم مهارت، انتقادي فکر کولو مهارت، مشرۍ/رهبرۍ کولو مهارت، وخت مدیریت کولو مهارت، د تصمیم نیونې مهارت او نورو ته د درناوي کولو مهارت دي.

د مسلک او زده‌کړو اړوند نرم مهارتونو په اړه د شاهین مجید او ملګرو (۲۰۰۲ز) څېړنې د پایلو له مخې تر ټولو مهم پنځه مهارتونه د ګډ کار کول، تصمیم نیونې، ستونزو حل، وخت مدیریت او انتقادي فکر کولو مهارتونه دي(۷)، مګر زمونږ د څېړنې موندنې ښيي، چې د یوه ډاکټر لپاره تر ټولو مهم مهارت پر ځان باور او اعتماد دی؛ دلته د اړین والي او مهم والي پر اساس توپیر شته او علت یې دا دی، چې نوموړې څېړنه د سینګاپور ملي پوهنتون د اقتصاد پوهنځي برحاله محصلینو پر مټ ترسره شوې، مګر زمونږ څېړنه د طبي پوهنځیو فارغانو پر مټ ترسره شوې ده، چې د ذکر شویو پوهنځیو فارغانو له‌خوا د خپلو مسلکونو پر اساس یاد مهارتونه مهم ګڼل شوي دي. په همدې توګه، دوی د مهارتونو په تعقیب په څلورو مهمو مهارتونو کې تصمیم نیونه، د ستونزو حل او وخت مدیریت یاد کړي دي، چې زمونږ په څېړنه کې فارغانو لخوا لسو مهمو او اړینو مهارتونو کې هم د ورته مهارتونو یادونه شوې چې د ډاکټر لپاره اړین او مهم دي.

په همدې توګه رحمتي له لورې (۲۰۲۴ز) په ننګرهار ولایت کې، "په ننګرهار ولایت کې د نویو فارغانو لپاره کارګمارونکي د څه په لټه کې دي؟" تر سرلیک لاندې ترسره شوې څېړنه کې د یاد ولایت د کارموندنې وضعیت ته ځانګړې پاملرنه شوې ده. دا څېړنه د ٦٦ تجربه لرونکو اشخاصو له لورې د پوښتنپاڼو په ځوابولو سره بشپړه شوې او موندنې یې څرګندوي چې په ننګرهار ولایت کې د تازه فارغانو د ګمارنې لپاره د کارګمارونکو تر ټولو مهمه غوښتنه د نرمو مهارتونو وده ده. د افغانستان، په ځانګړې ډول د ننګرهار ولایت په کاري بازار کې د بېکارۍ او د کار محدودو فرصتونو له امله، د تازه فارغانو د ګمارنې چانسونه محدود دي، له همدې امله تازه فارغان باید د خپلو مسلکي مهارتونو ترڅنګ، د اړیکو جوړولو، افهام او تفهیم، د انګلیسي ژبې پوهه او د کمپیوټر پروګرامونو مهارتونه هم پیاوړي کړي. څېړنه ښيي چې کارګمارونکي، په ځانګړي ډول، د کمپیوټر کارونې مهارت، د انګلیسي ژبې وړتیا، د افهام او تفهیم مهارت او د ګډ کار کولو مهارت ته ډېر ارزښت ورکوي، نو له همدې امله، دغه څېړنه د پوهنتون محصلینو ته

لاربووونه کوي چې څنګه د خپلې خوښې دندې ترلاسه کړي او کومو مهارتونو ته باید وده ورکړي ترڅو په کاري بازار کې غوره فرصتونه ترلاسه کړي(۸). یاده څېړنه چې په ننګرهار کې کارګمارونکو په‌واسطه د ترتیب شویو پوښتنپاڼو ځوابولو پر اساس ترسره شوې، د دوی په اند تر ټولو مهمو نرم مهارتونو څخه یې مهمترین پر کمپیوټر باندې پوهه ده، په داسې حال کې چې زمونږ څېړنې تر لاسه شوې پایلې د طب برخې فارغانو پر مټ وې، چې ددې دواړو ترمنځ توپیر هم د مسلکونو توپیر دی. ددې تر څنګ په دویم قدم کې یې انګلیسي ژبې زده‌کړې مهارت ښودل شوی، چې زمونږ د څېړنې په پایله کې دویم مهم مهارت د ستونزو حل دی، چې د ګڼو نورو مقالو پایلو څخه جوتېږي چې د ستونزو حل د نرمو مهارتونو له ډلې یو مهم مهارت دی. په همدې توګه د رحمتي په څېړنه کې له مهمو مهارتونو کمپیوټر راغلی، چې زمونږ د څېړنې په پایله کې د لسو مهمو مهارتونو څخه یو هم ICT یا د معلوماتو شریکولو ټکنالوژۍ مهارت دی چې په دغه برخه کې کمپیوټر هم په ضمني ډول شاملېږي.

یوه بله څېړنه د روسیې د یاروسلاول دولتي ښوونیز پوهنتون د څېړونکو میخایل ګروزدیف، ایرینا کوزنیڅوا، ایرینا تارخانوا او ایلینا کازاکوا لخوا په ۲۰۱۸ز کال کې د ٣٦ بېلابېلو سکتورونو (روغتیا، کلتور، پوهنې او نور) د مشرانو او بشري سرچینو کارپوهانو څخه ترسره شوې ده. د څېړنې موخه د کارګمارونکو د نظرونو له‌مخې د پوهنتون فارغانو د نرم مهارتونو په اړه ارزونه وه. په څېړنه کې د نرم مهارتونو لکه اړیکو نیولو، ګډ کار، ستونزو حل کولو او د توافق وړتیا پر اهمیت ټینګار شوی. د یادې څېړنې پر بنسټ چې څلور مهارتونه هر یو اړیکې نیول، ګډ کار، ستونزو حل کول او د ځان تطابق وړتیا مهم ګڼل شوي، په داسې حال کې چې زمونږ څېړنې څخه تر لاسه شویو پایلو سره یې درې مهارتونه (د ستونزو حل، ګډ کار کول، ستونزو حل) ورته والی لري. په همدې توګه د ګروزدیف او ملګرو څېړنه کې بل مهم مهارت د اړیکو نیولو مهارت دی، چې زمونږ د څېړنې په پایله کې د غوره مهارتونو له جملې یو هم افهام و تفهیم دی چې اړیکې رامنځته کولو کې مهمه ونډه لري. همدارنګه د ګروزدیف او همکارانو لخوا ترسره شوې څېړنه کې بل مهم مهارت د توافق کولو وړتیا درلودلو مهارت دی، چې دغه مهارت ته ورته او نژدې نور مهارتونه چې زمونږ د څېړنې په پایله کې غوره مهارتونه راغلي، د وخت مدیریت، تصمیم نیونه، امانتداري او انتقادي فکر کول دي؛ هر کله چې یادو مهارتونو څخه ګټه واخیستل شي او تطبیق شي، اړخیزه معنا به یې دا وي چې کارکونکی خپل اداري کلتور او چاپیریال سره په ښه ډول تطابق کړی یا یې کولی شي(۹).

Salah Eldin Kassab او ملګرو يې په ۲۰۱۸ز کال کې د طب زده‌کوونکو لپاره د مهمو وړتياوو په اړه څېړنيزه مقاله ليکلې ده. د څېړنې ترسره کېدو لپاره د ۴۶ وړتياوو لېست ترتيب شوی، چې د طب مسلکي وړتياو پورې تړاو لري. د څېړنې په پای کې د طب زده‌کړيالانو لپاره تر ټولو مهم لس مهارتونه په دې ډول ترلاسه شوي دي: د مسئلې (ستونزې) حل، په ټيم يا ډله کې همکاري، اړيکه (افهام و تفهيم)، پلان جوړونه او د وخت مديريت، صداقت يا ايمانداري، انتقادي فکر، د مسؤليت احساس، درناوی، انعکاس او همدردي. د ذکر شوې څېړنې پايلې هم زمونږ د څېړنې له پايلو سره تر ډېرې ورته دي(۱۰).

يوه بله څېړنه Mikhail V. Gruzdev او ملګرو يې (۲۰۱۸ز) کال کې د پوهنتون فارغانو نرم مهارتونه د کارګمارونکو له نظره اړوند ترسره کړې او د ۱۸۵ کارګمارونکو څخه د سروې د پايلو پر بنسټ بشپړه کړې وه. په څېړنه کې د عامه سکتور (۶۷ تنه يا ٪۳۶،۲) او د غير عامه سکتور (۱۱۸ تنه يا ٪۶۳،۸) کارګمارونکي شامل وو. د يادې څېړنې په پايله کې دغه اته نرم مهارتونه مهم وګڼل شول: انتقادي فکر کول، د پروژو پرمختګ او پلي کول، ټيم کار او مشرتابه، افهام و تفهيم (اړيکه نيول)، کلتوري تعامل، روغتيايي خدمات او روغتيا او خونديتوب(9). د يادې څېړنې د پايلو له مخې چې کوم اته (۸) مهم مهارتونه ذکر شوي دي، له ډلې يې درې مهارتونه زمونږ د څېړنې له موندنو سره ورته دي او هغه مهارتونه چې زمونږ د څېړنې له لسو مهمو مهارتونو سره توپير لري، علت يې زمونږ او د Gruzdev لخوا د ترسره شويو څېړنو اړوند پوښتنپاڼو توپير دی.

په همدې ترتيب په يوه بله څېړنه کې چې په ۲۰۲۲ز کال، د Danah AlThukair او Julie Rattray لخوا په سعودي عربستان کې د طب مسلک فارغانو د نرم مهارتونو په اړه د کارګمارونکو د نظرونو پر بنسټ بشپړه شوې ده وايي، چې طبي برخو کې تر ټولو مؤثر او مهم نرم مهارتونه د اړيکو مهارتونه (افهام و تفهيم)، د وخت مديريت، ژمنه، ټيم ورک، ابتکار يا نوښت، مسلکيتوب، ځان ته وده ورکول او اعتماد يا باور دي(۱۱). ددې څېړنې پايلې هم تر ډېره زمونږ د څېړنې له پايلو سره ورته والی لري.

Gurmeet Singh Sarla په ۲۰۱۹ز کال کې يوه څېړنه وکړه او د ډاکټرانو لپاره يې مهم نرم مهارتونه افهام وتفهيم، عاطفي ذکاوت او اعتماد وبلل(۱۲)، چې زمونږ د څېړنې په پايله کې هم فارغانو او کارګمارونکو له نظره د افهام و تفهيم او په ځان باور درلودل مهم ګڼل شوي دي.

پایله اخیستنه

دغه څېړنه چې د کارګمارونکو او طب برخې فارغانو پر مټ، د طبي برخې فارغانو لپاره د اړینو مهارتونو اړوند وه، هدف ورڅخه دا دا معلومول وو چې د طبي برخې فارغانو لپاره کوم نرم مهارتونه ډېر اړین دي، ترڅو ورته توجه وشي او یاد مهارتونه کسب شي. د څېړنې په پایله کې څرګنده شوه چې د کارګمارونکو او فارغانو له نظره د طبي برخې فارغانو لپاره اړین نرم مهارتونه تر ډېره ورته وو. د فارغانو لخوا تر ټولو مهم مهارتونه پر ځان باور، ستونزو حل او افهام او تفهیم یاد شوي دي، په داسې حال کې چې د کارګمارونکو لخوا درې مهم نرم مهارتونه پر ځان باور، امانتداري او شریک (ګډ) کار کول یاد شوي دي. زمونږ د څېړنې یو ستر محدودیت دا و چې یوازې د طبي برخې فارغانو او طب اړوند ادارو مسؤلینو باندې ترسره شوې، د نورو مسلکونو اړوند څېړونکو ته په خپله برخه کې د ورته څېړنو ترسره کولو وړاندیز کېږي.

وړاندیزونه

۱. دا چې نرم مهارتونه د ټولو فارغانو او په ځانګړي ډول اداري کارکوونکو لپاره خورا مهم دي، نو لازمه ده چې نورو پوهنځیو فارغانو او عامه ادارو مسؤلینو پر مټ هم ورته څېړنې ترسره شي.

۲. نرم مهارتونو اهمیت ته په کتلو سره، پوهنتونه او اړوندې تحصیلي ادارې باید خپلو محصلینو او کارکوونکو ته د ظرفیت لوړونې بېلابېلې برنامې وړاندې کړي، ترڅو محصلین دغو مهارتونو ته د پاملرنې او ورسره د اشنا کېدلو سربېره، د اړتیا پرمهال وکاروي.

۳. د طب محصلینو ته وړاندیز کېږي چې د وخت مدیریت، ستونزو حل مهارت، ګډ کار کولو مهارت او ښه افهام او تفهیم مهارتونو کسبولو ته ځانګړې پاملرنه وکړي، ځکه د دوی ټوله اړیکه له ټولنې او ټولنوالو سره ده.

اخځلیکونه

1. Robles MM. Executive Perceptions of the Top 10 Soft Skills Needed in Today's Workplace. Bus Commun Q. 2012;75(4):453–65.
2. Joubert PM, Krüger C, Bergh AM, Pickworth GE, Van Staden CW, Roos JL, et al. Medical students on the value of role models for developing "soft skills" - 'That's the way you do it.' South African Psychiatry Rev. 2006;9(1):28–32.

3. Daniel O. FULafia International Journal of Business and Allied Studies (FIJBAS) VOLUME 2 ISSUE 1 2024. 2024;2(1):171–91.
4. Schulz B. The Importance of Soft Skills: Education beyond academic knowledge. Nawa J Lang Commun [Internet]. 2008;2(June):146–55. Available from: http://ir.polytechnic.edu.na/handle/10628/39
5. Mitashree Tripathy. Relevance of Soft Skills in Career Success. MIER J Educ Stud Trends Pract. 2021;10(1):91–102.
6. Petkovski K, Joshevska F, Stefanovski R. Communication of Doctors With Patients as a Factor For (Not) Quality Health Service. 2016;1465–73.
7. Majid S, Liming Z, Tong S, Raihana S. Importance of Soft Skills for Education and Career Success. Int J Cross-Disciplinary Subj Educ. 2012;2(Special 2):1036–42.
8. Rahmati H. What are Employers Looking for in Fresh Graduates in Nangarhar Province? J High Educ Dev Stud. 2024;4(1):20–31.
9. Gruzdev M V., Kuznetsova I V., Tarkhanova IY, Kazakova EI. University graduates’ soft skills: The employers’ opinion. Eur J Contemp Educ. 2018;7(4):690–8.
10. Du X, Kassab SE, Al-Moslih AM, Abu-Hijleh MF, Hamdy H, Cyprian FS. Identifying essential competencies for medical students. J Appl Res High Educ. 2019;11(3):352–66.
11. AlThukair D, Rattray J. Beyond medical degrees: employers’ views of the quality indicators of medical graduates in Saudi Arabia. J Furth High Educ [Internet]. 2022;46(6):793–806. Available from: https://doi.org/10.1080/0309877X.2021.2008330
12. Sarla GS. Is a Physician Armed with Soft Skills More Successful? Int J Pulm Respir Sci. 2019;4(1):2–5.

Essential Soft Skills for Medical Graduates According to Employers and Medical Graduates

Nazar Mohammad Aamiri[1], Shah Maqsood Adlzai[2], Abid Momand[3], Senior Teaching Assistant Sayed Attaul Haq Banuree[4]

[1]Head of Career Counceling Department, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

[2]Head of Examination Department, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

[3]Technical and Prefessional Trainer, Institute of Civil Services, Kabul, Afghanistan

[4]Para-Clinic Department, Faculty of Vetirnary Sciences, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: nzamiri2014@gmail.com

Received: 12-Nov-2024 Accepted: 07-Jan-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

This explanatory study examines the essential soft skills required for medical graduates from the perspectives of both employers and graduates. While previous focus was on hard skills, employers are now seeking candidates with strong soft skills, such as communication, critical thinking, leadership, integrity, problem-solving, and time management, which are vital for job performance and effective patient interaction. This study includes 241 participants, comprising both medical graduates and employers. The data collected was analyzed using descriptive statistics. Findings indicate that soft skills complement technical abilities and are extremely important in healthcare. These skills play a significant role in the professional success and advancement of medical graduates. According to this study, employers prefer graduates who not only have technical skills but also possess soft skills, such as communication and teamwork abilities. Research findings indicate that graduates consider self-confidence, problem-solving, and communication as the most important skills. Meanwhile, employers identify the top three soft skills as self-confidence, trustworthiness, and teamwork. The findings further reveal that a lack of soft skills can create challenges for medical graduates, impacting effective patient interaction and job performance. Moreover, this study recommends that training programs focused on these skills should be offered to medical students and graduates. Universities should pay special attention to incorporating these skills into their curricula to better prepare graduates for professional success and to play an active role in the advancement of the healthcare sector.

Keywords: Employers, Graduates, Hard Skill, Soft Skills

څېړنيزه مقاله

د اسلامي شريعت په رڼا کې وقايه او روغتيا ساتنه

پوهنوال دوکتور مولوي محمد شريف رحماني[1]

[1]اسلامي ثقافت ډيپارټمنټ، شرعيات پوهنځی، ننگرهار پوهنتون، ننگرهار، افغانستان

د مسؤل ليکوال برېښناليک: Rahmani@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۲۵ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۱۵ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډيز

څرنگه چې په اوس وخت کې په نړۍواله کچه وقايې ته زياته پاملرنه کېږي، داسلام ستر لارښود محمد صلی الله عليه وسلم دانسان د روحاني روغتيا سربېره، د جسماني صحت د وقايې او معالجې په هکله هم لارښوونې کړې دي. هغه پېشه ورطبيب اوداکټرنه و، مگر د الهي وحې په وسيله يې د طب د علم داسې زرين اصول نړۍوالو ته وړاندې کړي، که چېرې عمل پرې وشي، نوبشريت به په دنيا او اخرت کې هوسا ژوند ولري. دالله تعالی وروستي نړۍوال پيغام (قران عظيم الشان) له رنځونو څخه د وقايې بنسټونه ايښي دي، چې ځينې يې پاکوالی، ورزش او غذا يادولی شو. اسلام څلور خواوې لري، چې داعتقاديات، اخلاق، عبادات او معاملات دي او دا هره يوه يې وقايه ده؛ اسلامي عقيده رواني روغتيا ده، عبادات وقايه ده، په معاملاتو کې نکاح او د کورنۍ نظام په پښو درول له جسماني او رواني ناروغيو او له ايډز ناروغۍ څخه وقايه ده، د انساني جسم پوستکی د ټول بدن دفاعي سېستم تشکيلوي، د اوداسه او غسل په وسيله يې ساتنه، پاکې جامې اغوستل او لمبل وقايه ده، لمونځ روحاني او جسماني علاج دی، د لمانځه لپاره گرځېدل گامونه د شکر، ترای گلسرايډ او کلسترول په کنټرول کې ارزښتناکه ونډه لري ، رکوع د ملا دردونو او فقراتو، سجده او رکوع ددماغي سکتې او د مغز د رگونو شلېدلو څخه مخنيوی کوي. د زړه سکتې زياتره د سهار مهال وي، مگر د سجدو او د سهار د لمانځه په وسيله يې مخنيوی کېږي. د فطرت خويونه سنت گيري د سرطان ناروغۍ، د نامه څخه لاندې وېښتان لرې کول، د برېتونو کمول، د تخرگونو د وېښتانو لرې کول، مسواک وهل، پوزه کې اوبه اچول، د گوتو خلالول، په اوبو استنجاء، د خولې کنگالول، په خوراک کې اعتدال مراعاتول، همدارنگه د مسکرو مشروباتو او غازاتو او د مردارو او د خنزير له غوښې څخه ځان ساتنه وقايه او روغتيا ساتنه ده. زموږ ددغې ليکنې موخه داسلامي شريعت په رڼاکې د وقايې او روغتيا ساتنې په اړه نوي معلومات راټولول، تحليلول او بيا کتنه ده.

کليدي کلمې: استنجا، اعتدال، روغتيا، فطرت، وقايه

پیژندنه

الحمدلله رب العالمین والصلوة والسلام علی سیدالمرسلین محمدوعلی اله واصحابه اجمعین وبعد:

له معالجې څخه وقایه او روغتیا ساتنه ارزښتناکه ده. په طبي اصطلاح کې د صحت ساتنه داده، چې مخکې ترمخکې د رنځ مخه ونیول شي. اسلام سپیڅلی دین په عقیدې، باورونو، اخلاقو، عباداتو او معاملاتو مشتمل دی. په الله تعالی، ملایکو، اسماني پیغامونو، الهي استازو، اخرت او په الهي تقدیر باور او یقین رواني روغتیا ده. مؤمن مسلمان باور لري چې که‌چېرې ورته په دنیا کې مصیبت ورسېده، په اخرت کې به الله تعالی ورته اجر ورکړي؛ دلته هرڅه د الله تعالی د ارادې او مشیت سره سم سرته رسېږي، د مرګ او ژوند مالک الله تعالی دی، تر مړینې وروسته به په قیامت کې بیا ځلي ژوندون وي او د ذرې ذرې حساب به ورسره کېږي(۱).

په عباداتوکې لمونځ او د لمانځه لپاره اودس کولو پر مهال د غاښونو، خولې، پوزې، پښو مینځل او مسنونه غسل د صحت ساتنه ده. همدارنګه روژه نیول د صحت حفاظت دی، زکات ټولنیزه همپالنه او له بخل، ماده پرستۍ، حسد او کینې څه د یو شخص ساتنه ده، حج رواني سکون، د دین د نښو درناوی، روحاني سپېڅلتیا، د اخرت د منظر تمثیل او له ګناهونو څخه د پاکوالي او سپېڅلتیا وسیله ده، د اسلام اخلاقي نظام پر فضایلو سمبالښت او له رزایلو څخه ځان ساتل د روحاني ډاډ او خوشالتیا ذریعه ده(۲).

د اسلام ټولنیز او کورنی نظام د ملتونو او تمدنونو اساسي خښته او له ایډز او ګڼو نورو ناروغیو څخه د ساتنې او د نسلونو د پایښت او ښېرازتیا لامل دی. همدارنګه د حلال رزق ګټل له سود، احتکار، او د مارکیټ له انحصار، دوکې او فریب څخه ځان ساتل، له حرامو، چټلو خوړو، د خنزیر او د مردار ځاروي له غوښو څخه ځان ساتل، له شرابو، نېشو او مسکراتو څخه ډډه کول وقایه ده. د عقوباتو او د اسلام د جزایي قوانینو تطبیق مجرمانو، قاتلانو، داړه مارانو او د شرف او عزت لوټمارانو ته سزا ملتونو ته د امنیت، سوکالۍ، ډاډ او سکون ژوند وربخښي. په همدې توګه د الله تعالی په لاره کې جهاد او دعوت خپرول، له تباهۍ څخه د بشریت نجات او خلاصون او د الله تعالی په لاره کې د شهادت په انتظار شپې او ورځې سباکول د انسان زړه ته ارام او ډاډ بخښي [۱]. د فطرت نبوي خصلتونه او په خوړو کې اعتدال مراعاتول ټولنه د روغتیا ساتنې پر لور رهي کوي(۳).

زمونږ ددغې مروري ليکنې موخه داده چې د اسلامي شريعت په رڼاکې د وقايې او روغتيا ساتنې په اړه نوي معلومات راټول، تحليل او ترتيب کړو، ترڅو اسلامي امت د الله تعالی له ستر نعمت (روغتيا) څخه برخمن شي، عبادات په ښه ډول ترسره کړي، في سبيل الله جهاد او د وطن په ابادۍ کې فعاله ونډه واخلي.

د صحت ساتنه او اسلامي شريعت

وقايه له معالجې څخه بهتره ده. اوس‌مهال ټولې نړۍ‌والې روغتيايي ادارې دغې لورې‌ته پاملرنه کوي، په دې برخه کې لکونه ډالر لګوي او هلې ځلې کوي چې د پرهېز او احتياط په وسيله د رنځونو مقابله وکړي. رسول الله صلی الله عليه وسلم څوارلس سوه کاله دمخه داسې روغتيايي زرين اصول او قواعد بيان کړي دي، چې نن ورځ ورځنې عصري طبي علوم کار اخلي، که چېرې پرې عمل وشي، نو نږدې د ټولو رنځونو مخه به ونيول شي(۵).

د انساني جسم پوستکی

پوستکی د ټول بدن دفاعي سېستم او د ټولو دننيو غړو لپاره حفاظتي پوښ تشکيلوي، که چېرې پرې د ګرمۍ، يخنۍ يا نورو بېرونيو اسبابو له امله کوم ټپ جوړ شي، د انسان دننه غړي او بلکې بدن اغېزمنوي. الله تعالی پوستکی داسې جوړ کړی دی، چې د نورو غړو په څېر د حجراتو يو يا دوه پوړونو پر ځای ګڼ پوړونه لري، دې ته په طبي ژبه کې سټراټيفايډ سکواموا ايپيتيليم (Stratified Squamoua Epithelium) وايي. د اسلام ستر پېشوا محمد صلی الله عليه وسلم چې د ورځني ژوندانه په سلسله کې کومې لارښوونې کړي دي، په هغه کې يو دغه مبارک حديث دی: عَنْ أَبِي مَالِكِ الْحَارِثِ بْنِ عَاصِمِ الأَشْعَرِيِّ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: الطُّهُورُ شَطْرُ الإِيمَانِ. ژباړه: ... پاکوالی د ايمان برخه ده(٦).

جسم هر وخت پاک او ستره ساتل، پاکې جامې اغوستل او لمبل د پاکوالي برخه ده. د دغو اقداماتو په صورت کې د پوستکي د پاسه ميکروبونه له منځه ځي، په داسې حال کې چې د دغو ميکروبونو شتون د مسلسلو خطراتو لامل کېږي، هر څومره چې پاکوالي کم په پام کې ونيول شي، دغه ميکروبونه خپل ځان راڅرګندوي او بدن په رنګارنګ جلدي رنځونو باندې اخته کوي. د پوستکي په وسيله د جسم نور اندامونه هډوکي، پلې، بندونه او نور غړي هم اغېزمنېږي. له دغو رنځونو څخه د خلاصون په پار اوسنی طبي ساينس د بيا بيا وينځلو او د جسم د پاک ستره ساتلو لارښوونه کوي(۷).

قران عظیم الشان او عامه روغتیا

قرانکریم له رنځونو څخه د وقایې بنسټونه ایښي دي، چې ځینې یې نظافت، ریاضت، ورزش او غذا یادولی شو(۸).

۱. اودس : الله تعالی لمونځ فرض کړی دی، له اودasه پرته لمونځ نه کېږي، په اوداسه کې بیا بیا لاسونه، خوله، پوزه او پښې مینځل کېږي، د غاړې د صافولو په پایله کې سږو ته اکسیجن ښه رسېږي، په پوزه کې اوبه اچول هر وخت جراثیم او میکروبونه له منځه وړي؛ په دې توګه لمونځ ګذار ددغې برخو له رنځونو څخه خلاصون مومي. جراحان د عملیات د چمتووالي لپاره مخکې تر مخکې لاسونه مینځي، لاسونه تر لېچو صفاکوي، ترڅو میکروب د رنځور بدن ته سرایت ونه کړي، خپل سر په ځانګړې طبي خولۍ پوښي او ماسک اچوي، ترڅو هلته موجوده میکربونه رنځور ته زیان ونه رسوي. یو مسلمان پنځه ځله د اوداسه په ذریعه د جراحي متخصصینو په شان عمل ترسره کوي، دغه کار له ډېرو ناروغیو د نجات باعث کېږي؛ د سر او غاړې او غوږونو د مسحې په وسیله میکروبونه غورځېږي، انسان ته تازه‌ګي په برخه کېږي او د وینې جریان ګړندی کېږي(۹).

۲. لمونځ: لمونځ روحاني او جسماني علاج دی. د لمانځه لپاره ګړندي ګامونه د شکر، ترای ګلسرایډ او کلسترول په کنټرول کې ارزښتناکه ونډه لري. رکوع د ملا او فقراتو دردونو په کمولو کې ونډه لري. سجده او رکوع د دماغې سکتې او عصبي رګونو د شلېدلو مخه نیسي. د زړه سکتې زیاتره سهار مهال وي، مګر د سجدو او د سهار د لمانځه په وسیله یې مخنیوی کېږي. همدارنګه لمونځ په پنډیو کې د وینې د غونډېدو مخه نیسې. اوسنۍ طبي څېړنې څرګندوي چې دوامداره لمونځ کوونکی انسان په رواني ناروغیو نه اخته کېږي، لویدیځوال او په ټوله کې کافران، یا لیوني دي یا مست(۱۰).

۳. د فطرت نبوي خصلتونه: اسلام په‌خپله د فطرت دین دی، له همدې کبله په اسلامي ادابو کې ډېره برخه د انسان د فطرت له غوښتنو سره سمون لري. د انسان فطري غوښتنې زده‌کړې او کسب ته اړتیا نه لري، بلکې هر څوک په خپله پرې پوهېږي، لکه د الله تعالی معرفت، لوږه، تنده، جنسي غریزه، ګرمي، یخني، له مور، پلار، مال، اولاد، وطن او ازادۍ سره مینه او داسې نور ټول فطري دي. د انسان فطري خویونه هغه معنوي ارزښتونه دي، چې انسان له ځناورو څخه رابېلوي، د بېلګې په توګه: انسان په فطري ډول دخپل بربنډ ځان پټول غواړي، د انسان وېښتان او نوکان لویېږي، ځان او جامې یې خیرنېږي، خو فطرت د دغو شیانو سمول غواړي، همدغه شیان د متمدن او ځنګلي انسان ترمنځ توپیر رامنځته کوي. رسول الله صلی الله علیه وسلم فرمایلي دي: (عن أبِي هريرة رضي اللَّه عنه: سمعتُ النبِيّ صلى الله عليه وسلم يقول:»الفِطْرَةُ خمسٌ: الخِتَانُ والاستحدادُ وقصُّ الشَّارِبِ وتقليمُ الأظفارِ وَنَتْفُ الآبَطِ). ژباړه: ... د فطرت پنځه خویونه دي: سنت ګیری کول، له نامه څخه لاندې وېښتان لرې کول، د بریتونو کمول، د نوکانو پرې‌کول او د تخرګونو وېښتانو لرې کول(۱۱).

په يو بل حديث کې فطري اداب لس ښودل شوي: بريتونه اخيستل، ږيره پرېښودل، مسواک وهل، پوزه کې اوبه اچول، نوکان پرې کول، د ګوتو خلالول، د تخرګونو د وېښتانو لرې کول، د نامه لاندې وېښتانو لرې کول، په اوبو سره استنجاء کول؛ راوي وايي چې لسم زما هېر شو، په غالب ګومان هغه د خولې کنګالول دي(۱۲).

عبدالله بن عمر رضی الله عنه فرمايي چې رسول الله مبارک وفرمايل: تاسې د مشرکانو خلاف خپل بريتونه نري اخلئ او ږيرې پرېږدئ(۱۳).

د اسلامي تعليماتو او ښووونو سره سم خپل اسلامي صورت قايم او پر ځای ساتل د ټولو مسلمانانو ديني مسؤليت دی. دغه مبارک حديث د طبي ساينس بنسټ دی؛ تخرګونو، نوکانو او بريتونو کې ډېر ميکربونه ځای نيسي، دغه ځايونه نه يوازې د جسم د پاسه رنځونه خپروي، بلکې تر نوکانو لاندې د چنجيو هګۍ جوړېږي، د خولې له لارې خېټې ته داخلېږي او هلته بيا د مارانو په شان چينجي جوړېږي او د هضمي سېستم د ګډوډولو لامل کېږي(۱۴).

خوله جسم ته د غذايي موادو د ننوتلو دروازه ده. دننه په خوله کې د خوړو د ميده کولو لپاره غاښونه دي، غاښونه او ژبه معدې ته د خوراک په رسولو کې مرسته کوي. د پيغمبرانو سردار تر خوراک د مخه او وروسته د لاسونو او خولې پر مينځلو ټينګار کړی دی. هغه مبارک د مسواک پر کارولو تاکيد فرمايي، ترڅو د غاښونو ترمنځ غذايي توکي په چناسکو تبديل نه شي. د غاښونو متخصصين په هرو شپږو مياشتو کې د غاښونو د Scaling کولو سپارښتنه کوي، مګر پيغمبر صلی اللهعليهوسلم د مسواک کارولو تاکيد فرمايي او په دې سره د غاښونو Scaling ته اړتيا نه پېښېږي(۱۵).

رسول الله صلیاللهعليهوسلم د ګرمو خوراکونو له خوړلو څخه منعه فرمايلې ده: عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ أَنَّهُ كَانَ يَقُولُ: لَا يُؤْكَلُ طَعَامٌ حَتَّى يَذْهَبَ بُخَارُهُ. يعنې هغه مبارک به فرمايل: خوراک به تر هغه نه شي خوړل کېدلی، ترڅو يې بخار له منځه نه وي تللی. اوسنی ساينس وايي چې د ګرمو غذايي موادو له خوړلو څخه د خولې او مرۍ زخم Pharyngitis رامنځته کېږي، همدارنګه ګرم خوراک د مرۍ د سرطان لامل هم کېږي(۱۴).

۴. په خوراک کې اعتدال : له خولې څخه تر معدې پورې يو پايپ غځېدلی دی، دغه بېلابېلې برخې جلا دندې سرته رسوي، له ګڼو غدو څخه افرازات صورت نيسي، د بېلګې په توګه Pancreas انسولين توليدوی او په وسيله يې ګلوکوز حجراتو ته ننوېستل کېږي، په همدې توګه په ځيګر کې استقلاب صورت نيسي او ګلوکوز وينې ته داخلېږي، پاتې شوني (Waste Products) له جسم څخه بيرون راوېستل کېږی. له خولې څخه نيولې تر مقعده دغه ټول غړي مهمې دندې سرته رسوي. که چېرې په دې کې يو معمولي بدلون هم رامنځته شي، د رنځونو يوه لړۍ به پيل شي. د هضمي سېستم د سمون لپاره په غذا کې اعتدال مهم دی. رسولاللهصلیاللهعليهوسلم فرمايلي دي: عَنْ ابْنِ عُمَرَ عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ

عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ: الْكَافِرُ يَأْكُلُ فِي سَبْعَةِ أَمْعَاءٍ، وَالْمُؤْمِنُ يَأْكُلُ فِي مَعًى وَاحِدٍ. ژباړه: ... مؤمن مسلمان په یوه کولمه او کافر په اوو کولمو خوراک ترسره کوي(١٦). بیا فرمایي د ملا سمولو لپاره څو مړۍ کافي دي، که چېرې ارومرو په خوراک لاس پورې کوئ، نو د معدې یوه برخه د خوړو، بله د اوبو او بله د تنفس لپاره خالي پرېږدئ.

دغه ټولې لارښوونې متوازنې اندازې ته اشاره ده. ډېر خوراک، په ځانګړې توګه غوړ یا شحم لرونکي خوراکونه، د شکرې ناروغي چې د رنځونو مور ګڼل کېږي، رامنځته کوي. که چېرې یو شخص په خوراک کې د پیغمبرانو د سردار په ښوونو عمل وکړي، له ټولو رنځونو څه به وژغورل شي(١٧).

مدینې ته له مصره یو طبیب ورغلی و، پیغمبر صلی‌الله‌علیه‌وسلم ته یې شکایت وکړ، چې دا څه سبب دی چې ستاسو دښار یو رنځور هم ماته مراجعه نه کوي، په داسې حال کې چې زه ستاسې چوپړ ته راغلی یم؟ رسول‌الله مبارک ورته په ځواب کې وفرمایل: «دغه د تصادف لامل نه دی، زموږ خلک په رنځ نه اخته کېږي. موږ هغه وخت خوراک کوو چې سخت وږي شو او هغه مهال خوراک بس کوو چې لږ وږی پاتې شو»(١٨).

دغه ټولې ښوونې د شکر، د زړه رنځونو او ګوزڼ مرض پر وړاندې احتیاطي تدابیر دي. ډېر خوراک او غوړین خواړه په زړه بده اغېزه کوي. د کولسترولو زیاته اندازه رګونه بندوي او د زړه په حملې منتج کېږي. نبی‌کریم صلی‌الله‌علیه‌وسلم فرمایي: عَنِ النُّعْمَانِ بْنِ بَشِيرٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمَا قَالَ: سَمِعْتُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ يَقُولُ: أَلَا وَإِنَّ فِي الْجَسَدِ مُضْغَةً إِذَا صَلَحَتْ صَلَحَ الْجَسَدُ كُلُّهُ، وَإِذَا فَسَدَتْ فَسَدَ الْجَسَدُ كُلُّهُ، أَلَا وَهِيَ الْقَلْبُ. ژباړه: د انسان په بدن کې یوه ټوټه غوښه ده، که دغه جوړه او روغه وي، ټول بدن به روغ وي او که ناروغه وي ټول بدن به ناروغ وي، خبر اوسئ هغه زړه دی(١٩).

د زړه دوه ډوله ناروغۍ دي، یو معنوي او بل مادي. په معنوي او روحاني ناروغیو کې کفر، نفاق، ریاء، بزدلي، د دنیا مینه او ټول ګناهونه په زړه بدې اغېزې پرېباسي. جسماني ناروغي د زړه د رګونو بندېدل ګڼلی کېږي، د رنځ دغه برخه په خوراک پورې اړه لري، نو دغه روایت او د خوراک په اړه نور روایتونه چې سره یوځای شي، نو یو شخص د زړه له رنځ څخه ژغورل کېږي(٢٠).

۵. د خوراک معیار: غوره خوراک متوازنه غذا ده، چې په هغه کې کاربوهایدریټ، غوښې، غوړي او ویټامینونه هم اړین دي، مګر دغه ټول باید په یو اعلی نسبت سره وي او افراط او تفریط په‌کې نه وي. غوړي تر یوې ځانګړې اندازې پرته، بدن ته زیان رسوي. پیغمر صلی الله‌علیه‌وسلم چې کوم خوراک خوښوه، هغه به په اعلی معیار سره له اړینو کیمیاوي اجزاو څخه ترکیب شوی و. د هغه مبارک وریته غوښه ډېره خوښېدله. عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ قَالَ: أُتِيَ النَّبِيُّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ بِاللَّحْمِ فَرَفَعَ إِلَيْهِ الذِّرَاعَ فَكَانَتْ تُعْجِبُهُ فَنَهَسَ مِنْهَا. ژباړه: ...رسول الله مبارک ته

غوښه راوړل شوه، نو هغه ته د چيلي پټون وړاندې کړای شو، هغه دغه برخه خوښوله، نو خوله يې پرې ولګوله(۲۱).

په غوښه کې پروټين چې د جسم دفاعي نظام او د رنځونو مقابله او د جسماني عمارت بنسټ جوړوي، وګورئ د رسول الله مبارک وريته غوښه خوښه وه، ځکه چې غوړ يې ويلې شوي وي. همدارنګه په کاربوهايدريټونو کې يې د سبوسو (له چاڼه پرته) اوړه خوښ وو، په دې کې فايبر وي چې د قبض او سرطان مخه نيسي. اوسنی طب ځرګندوي چې له سبوسو څخه پرته ډوډۍ د کولمو سرطان خطر لري. نن ورځ داسې ټابليټ ناروغانو ته ورکول کېږي، چې قبضيت له منځه يوسي او غټې کولمې د ناروغيو له خطر څخه وساتي.

٦. **استنجا:** د حاجت له رفعه کولو وروسته استنجا پيغمبري تګلاره ده، له ګندګۍ څخه پرته E. coli ميکروبونه دلته راټولېږي، که چېرې د کوم سبب له امله موجود وي، نو د تشو متيازو نلکه په رنځ اخته کوي او د سوزاک ناروغي رامنځته کوي. همدارنګه ګردې او مثانه هم ورڅخه اغېزمنېږي(۲۲).

۷. **سنت ګيري:** له تناسلي خاص اندام څخه د اضافه پوستکي غوڅول له سرطان ناروغۍ څخه د ژغورنې وسيله ګڼل کېږي، همدغه لامل دی چې په مسلمانانو نرينه‌و کې د حشفې سرطان او په مېرمنو کې د رحم د عنق سرطان له نشت سره برابر دی. مسلمانان او يهوديان سنت ګيري کوي، دغه رنځ په لږه اندازه په دوی کې موندل کېږي، مګر په نورو ملتونو کې د تناسلي غړو سرطان ډېر پېښېږي(۲۳).

د شرابو څښلو او نېشو څخه ډډه د اسلامي شريعت په مقاصدو کې د انساني عقل ساتنه ده. له همدې امله اسلامي شريعت په شرابو او نشه‌يي توکو پابندي لګولې ده. شراب له ستوني څخه تر مقعده پورې ټول سېستم د سرطان په ناروغۍ اخته کولای شي(۲۴).

۸. **نکاح کول د ايډز ناروغۍ پروړاندې وقايه ده:** نن د نړۍ ټول ملتونه له ايډزه رنځېږي، چې د مخينوي يوازينۍ لاره يې د نکاح په ذريعه جنسي اړيکې ټينګول او په ټولو ناروا لارو بنديز لګول دي(۲۵).

۹. **په مردارو غوښو بنديز له رنځونو څخه وقايه ده:** اوسنی ساينس ځرګندوي چې وينه د ميکروب د فعاليت لپاره بهترين مساعد محيط دی. له بلې خوا وينه چې وخوړله شي، په بدن کې يې مثال د ربړ دی. په بدن کې داسې هيڅ انزايم نشته، چې ميده او تجزيه يې کړي. همداسې مثال د مردار حيوان د غوښې دی. طبيعي خبره ده چې هغه د يو رنځ له امله مردار شوی، نو اسلامي شريعت يې د غوښې په خوراک پابندي ولګوله. اسلامي شريعت د پنجه دارو مرغانو په غوښه بنديز لګولی، ځکه چې دغه مرغان مردارې غوښې خوري او بدن يې له چټلو شيانو څخه جوړ شوی وي(۲٦).

پایله اخیستنه

د الله تعالی او رسول الله مبارک وینا دواړه د وحې له سرچینې څخه خړوبېږي. نږدې یو نیم زرکاله د مخه چې قران عظیم الشان او نبوي سنت کوم هدایات لري، اوسنی طب هم په همدغو لاربنوونو پسې روان دی؛ ګویا نوی ساینس قران او سنت تائیدوي، دا ځکه چې قران او سنت الهي وحې او ساینس د الله تعالی فعل دی، نو د الله تعالی د وینا او فعل تر منځ ټکر نه وي. د څېړنې په رڼا کې لاندې پایلو ته رسېږو:

۱. اسلامي عقیده او عبادات رواني علاج دی. نن ورځ ټوله کفري نړۍ یا لېوني او یا مست دي. اوسني نوي طبي تحقیقات دا دي چې رواني ناروغي په اسلامي نړۍ کې په صفر کې قرار لري، سره له دې چې جګړو، فقر او جهل مسلمان ولسونه ځپلي دي.

۲. د زکات په عملي کولو سره حسد، کینه او فقر له منځه ځي او ټولنیزه همپالنه قایمېږي.

۳. لمونځ د دماغي سکتې او د ملا د فقرو د نږدې کېدو پر وړاندې وقایه او ساتنه ده.

۴. روژه د شکرې ناوروغۍ، کلسترول، ترای ګلېسرایډ او د معدې ناروغیو پر وړاندې وقایه ده.

۵. حج روحاني علاج، د اخرت یاد، د شعایرالله او رجال الله سره تړون، له ګناهونو څخه وقایه، جهادي احساس، له امت سره پیوستون او د زړه سکون دی.

٦. له الکولي مشروباتو څخه ډډه کول د سرطان ناروغۍ پروړاندې وقایه ده.

۷. نکاح کول د ټولو ساري ناروغیو او په ځانګړې توګه د ایډز ناروغۍ پروړاندې وقایه ده.

۸. د خنزیر له غوښې او مردارو خوراکونو څخه ځان ساتل او په همدې توګه په خوراک کې له اسراف څخه ډډه کول، طبي وقایه ده.

۹. په اقتصادي معاملاتو کې له سود څخه ځان ساتل روحاني سکون او له لېونتوب څخه ځان ساتل دي.

۱۰. په جهاد کې مېړانه، اتلولي، لوړ مورال درلودل، د الله تعالی په تقدیر باور چې مړینه په خپله نېټه راځي، په انسان کې ثبات، مېړانه او اتلولي رامنځته کوي او د اضطراب، خپګان او پرېشانۍ څخه یې ساتي.

۱۱. نړۍوال سیاست او سوداګري د ملتونو د هدایت وسیله، د امن خپرېدو ذریعه، د ظلم، وحشت او تیارو ورکاوی، د بشریت لاربنوونه او د روحاني خوښۍ د لامل په حیث ونډه لوبوي.

۱۲. اودس، غسل او د فطرت پنځه خویونه د ناروغیو پروړاندې وقایه ده.

وړاندیزونه

۱. په حکومتي کچه د معالجې په تناسب وقایې او د روغتیا ساتنې ته دې پاملرنه زیاته شي او په دې اړه دې جلا بودیجه په پام کې ونیول شي.

۲. د رسنیو، راډیو او ټلویزون له لارې دې د روغتیا ساتنې پروګرامونه په پام کې ونیول شي.

۳. د اسلامي علماو او طبي متخصصینو ګډ مجلسونه دې ترتیب او د اسلام وقایوي لارښوونې دې د نوي ساینس په رڼا کې تحلیل او د دغه ستر دین عظمت دې خلکو ته بیان کړای شي.

۴. د وقایې او روغتیا ساتنې مضمون دې په طبي پوهنځیو کې د قران عظیم‌الشان او نبوي سنتو په رڼا کې په متخصصانه توګه تدریس کړای شي.

۵. د قران عظیم‌الشان پر طبي اعجاز دې علمې لیکنې او تحقیقات ترسره شي او په حکومتي کچه دې ورته پاملرنه وشي.

اخځلیکونه

القران الکریم

۱. رحماني محمد شریف (۱۴۰۲). داسلام اعتقادي نظام ص،۱۲۳، سلام خپرندویه ټولنه، ننګرهار، افغانستان.

۲. عزیزي شیرزاد (۱۴۰۳). داسلام اخلاقي نظام،ص ۷۸، سلام خپرندویه ټولنه، ننګرهار، افغانستان.

۳. عزیزي شېرزاد (۱۴۰۳). داسلام ټولنیز نظام، ص ۲۰۱، سلام خپرندویه ټولنه، ننګرهار، افغانستان.

۴. ماهنامه دعوت، محرم-صفر(۱۴۳٦هـ ق). ۲۴مخ، دعوة اکیډمي، بین الاقوامي یونیورسټي، اسلام اباد.

۵. ماهنامه دعوت، محرم ـ صفر (۱۴۳٦هـ ق). ۲۴مخ، دعوة اکیډمي، بین الاقوامي یونیورسټي، اسلام اباد.

٦. ماهنامه دعوت، محرم-صفر(۱۴۳٦هـ ق). ۲۳مخ، دعوة اکیډمي، بین الاقوامي یونیورسټي، اسلام اباد.

۷. قشیري مسلم بن الحجاج، صحیح مسلم، جزء اول، ۲۰۳مخ، دار احیاء التراث العربي، بیروت.

۸. عمارحمد بن ناصر، اسالیب الدعوة الاسلامیة المعاصره، ۱۲٤مخ، داراشبیلیا، المملکة العربیة السعودیة.

۹. عبدالحمید دباب او احمد قرقور (۱۴۰۴هـ ق). مع الطب فی القران الکریم، ۱۱۹مخ، منشورات الرضي، زاهدي قم.

۱۰. عبدالکریم شحادة (۲۰۰۵م). المدخل الی الامراض الجلدیة، ۳۴ مخ، دارالقلم، بېروت.

۱۱. عبدالحمید دباب او احمد قرقور (۱۴۰۴ ق). مع الطب فی القران الکریم، ۱۲۴ مخ، منشورات الرضي، زاهدي قم.

۱۲. البخاري محمد اسماعيل. الصحيح البخاري. جلد اول، هند: [چاپونکی نامعلوم]،۲۹۹۵مخ.

۱۳. قشيري مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم، جزء اول، ۱۵۴مخ، دارلجيل، بيروت.

۱۴. قشيري مسلم بن الحجاج. صحيح مسلم، جزء اول، ۱۵۳ مخ، دارلجيل، بيروت.

۱۵. ماهنامه دعوت، محرم، صفر(۱۴۳٦هـ ق). ۲۲۵ مخ، دعوة اکيډمي، بين الاقوامي يونيورسټي، اسلام اباد.

۱٦. هارون يحی (۱۳۹۲). د قران علمي اعجاز، ۴۵مخ، مستقبل خپرندويه ټولنه، کابل، افغانستان.

۱۷. بيهقي شعب الايمان جزء ۸،ص ۷۳.

۱۸. قشيري مسلم بن الحجاج، صحيح مسلم، جزء ۳، ۱٦۳۱مخ، دار احياء التراث العربي.

۱۹. ماهنامه دعوة (نومبر- ډسمبر۲۰۱۴م)، مخ ۲۷، دعوة اکيډمي، بين الاقوامي يونيورسټي، اسلام اباد.

۲۰. قشيري مسلم بن الحجاج: صحيح مسلم، جزء ۳، ص ۱۲۱۹، دار احياء التراث العربي.

۲۱. البخاري محمد اسماعيل(الصحيح البخاري) جزء اول، ص۲۳۷۵، الطبعة الهندية.

۲۲. ماهنامه دعوت،محرم،صفر(۱۴۳٦هـ ق). ۲۷دعوة اکيډمي بين الاقوامي يونورسټي اسلام اباد.

۲۳. ترمذي ابوعيسی(۱۹۹۵). السنن الترمذي ج ۲، ۲۵۰مخ، لاهورپاکستان.

۲۴. عبدالحميد دباب اواحمد قرقور(۱۴۰۴ ق). مع الطب فی القران الکريم، ۱۲۵ مخ، زاهدی قم منشوراة الرضی.

۲۵. عبدالعزيز باشا اسماعيل (۱۹۹۰ م). الاسلام والطب الحديث ۴۰مخ، دارالقلم بيروت لبنان.

۲٦. محمد وصفي (۱۹۴۰). الاسلام والطب، ۵۰مخ، دارالقلم، القاهرة، مصر.

۲۷. محمد شريف رحماني (۲۰۲۴م). قران عظيم الشان اومعاصرعلوم، ۱۴۵ مخ، سلام خپرندويه ټولنه، جلال اباد، افغانستان.

۲۸. مصباح الله عبدالباقي (۱۳۹٦ هـ.ش). قرانکريم اومعاصر علوم ،۲۲۲مخ، مستقبل خپرندويه ټولنه، کابل، افغانستان.

Prevention and Health Maintenance in Islam

Associate Professor Mohammad Sharif Rahmani[1]
[1]Department of Islamic Studies, Faculty of Sharia, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan
*Corresponding Author: Rahmani@gmail.com

Received: 14-Jan-2025 Accepted: 15-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract
As there is an increasing global focus on prevention today, the great guide of Islam, Prophet Muhammad (PBUH), not only provided guidance for the spiritual health of mankind but also for the prevention and treatment of physical health. Although he was not a professional doctor, through divine revelation, he presented golden principles of medicine to the world that, if followed, could lead humanity to a prosperous life both in this world and the hereafter. The final universal message of Allah, the Holy Quran, lays the foundations for the prevention of illnesses, which include cleanliness, exercise, and nutrition. Islam is structured around four pillars: the first is beliefs, the second is ethics, the third is worship, and the fourth is transactions, with each of these serving as a form of prevention. Islamic belief promotes mental health, worship serves as prevention, and in transactions, marriage and family systems protect from both physical and mental illnesses, including AIDS. The skin of the human body forms the entire defense system of the body, and protection is provided through practices such as ablution and bathing, wearing clean clothes, and applying perfume. Prayer is a remedy for both the soul and the body, with the swift movements in prayer playing an important role in controlling blood sugar, triglycerides, and cholesterol. The bowing position prevents back pain and poverty, while prostration helps to avoid brain strokes and nerve damage. Most heart attacks occur in the morning, but can be prevented through prostration and the morning prayer. The natural habits and Sunnah practices include preventing diseases like cancer, removing unwanted hair, trimming the beard, and maintaining proper hygiene, such as brushing teeth, putting water in the nose, cutting nails, and washing hands. Moderation in eating, avoiding intoxicating beverages, and protecting oneself from forbidden items such as alcohol, narcotics, and pork meat are all contribute to the preservation of health and hygiene. The aim of this study is to collect, analyze, and review new information regarding prevention and health maintenance in light of Islamic Shariah.

Keywords: Ablution, Health, Moderation, Prevention

د انسان په روغتیا باندې د ګرځنده ټیلیفون وړانګو ناوړه اغېزې

نوماند پوهنیار صفی الله محبت[۱]

[۱]معالجوي طب ډیپارټمنټ، عمومي طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: deputydean.md@spingharuniversity.edu.af

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۱۹ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۷ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

په وروستیو کلونو کې د ګرځنده ټیلیفونونو کارول زموږ د ورځني ژوند یوه مهمه برخه ګرځېدلې ده، خو په دې نړۍ کې د هر څیز کارول خپلې ګټې او زیانونه لري. د ګرځنده ټیلیفون وړانګې د غیر ایونایزکوونکو وړانګو په ډله کې راځي، چې په عمومي ډول د ایونایزکوونکو وړانګو په پرتله لږې زیان رسوونکې ګڼل کېږي. د ګرځنده ټیلیفونونو په پراخه کارونې سره، د دغو ټیلیفونونو د وړانګو له امله د رامنځته کېدونکو روغتیايي اغېزو په اړه اندېښنې مخ په زیاتېدو دي. بېلابېلو څېړنو د انسان په روغتیا باندې د ګرځنده ټیلیفوني وړانګو د اغېزو بېلابېل اړخونه لکه بیولوژیکي اغېزې، فزیولوژیکي اغېزې، عصبي فعالیت، هورموني اختلال او سرطان څېړلي دي. د دغو څېړنو پایلې یو ډول نه وې او لازیاتې څېړنې پکار دي، چې د ګرځنده ټیلیفونونو وړانګو او منفي روغتیايي اغېزو ترمنځ یې یو روښانه تړاو وڅېړل شي. ددغې بیاکتنې هدف د ګرځنده ټیلیفونونو د وړانګو له امله د انسان په روغتیا باندې د ناوړو اغېزو په اړه د موجوده پوهې را برسېره کول او څېړل دي.

کلیدي کلمې: الکترو مقناطیسي وړانګې، د ځانګړي جذب کچه، روغتیا، ګرځنده ټیلیفون وړانګې، مایکرو څپې

پېژندنه

په وروستيو کلونو کې د ګرځنده ټيليفونونو کارول زموږ د ورځني ژوند يوه مهمه برخه ګرځېدلې ده، خو په دې نړۍ کې د هر شي کارول خپلې ګټې او زيانونه لري. د ګرځنده ټيليفون وړانګې د غير ايونايزکوونکو وړانګو په کتګورۍ کې راځي، چې په عمومي ډول د ايونايزکوونکو وړانګو په پرتله لږ زيان رسوونکې ګڼل کېږي. د ګرځنده ټيليفون کارولو اسانتياوې بې له شکه څرګندې دي، خو له دې تخنيکي او ارتباطي وسايلو سره ځينې زيان رسوونکې عوامل هم تړلي دي (۱).

الکترو مقناطيسي وړانګې (Electromagnetic Radation) په دغو عواملو کې شاملې دي، چې په ګرځنده ټيليفونونو او ارتباطي وسايلو کې د سيګنال د لېږد لپاره کارول کېږي. بېلابېلې څېړنيزې مطالعې ښيي چې EMR وړانګې د روغتيا، ودې، نسل، معافيتي سېستم، خوب، غوږ، سترګې او مغز په برخه کې مختلفې زيان رسونکي اغېزې لري (۲، ۳).

ځينو څېړنو د ګرځنده ټيليفون کارولو اړوند احتمالي روغتيايي خطرونه څېړلي دي. څېړنو وړانديز کړی چې د ګرځنده ټيليفون وړانګو سره تماس لرل ښايي د ځينو خاصو سرطانونو، لکه د مغز تومورونو، خطر زيات کړي، پهداسې حال کې چې نورو څېړنو بيا داسې هېڅ تړاو نه دی موندلی. همدارنګه، د ګرځنده ټيليفون وړانګو د زرخيزۍ، په فکري فعاليت او نورو روغتيايي پايلو باندې د احتمالي اغېزو په اړه اندېښنې راپورته شوې دي (۴،۵).

دا پوښتنه چې آيا د ګرځنده ټيليفونونو پهواسطه خپرېدونکې مايکرو څپې (Microwave) راډيو فريکونسي الکترو مقناطيسي ساحې (Radio Frequncy- Electromagnetic Field) کومې ښايبه زيان رسوونکې روغتيايي اغېزې لري، تر اوسه ځواب شوې نه ده. د تازه ترسره شويو څېړنو پر اساس داسې د پام وړ او باوري علمي شواهد شته، چې RF-EMF بيولوژيکي اغېزې منځته راوړي. د وينو او مغز ترمنځ له مانع څخه د تېرېدو په اړه د-RF EMF وړانګو د اغېزو شونتيا هم وړاندې شوېده (٦، ۷). برعکس، ځينې راپورونه داسې دي چې په غير حرارتي کچهRF-EMF وړانګې د وينې او مغز تر منځ مانع ته زيان نه رسوي (۸، ۹). دا اندېښنه هم شته چې مايکرو وړانګې ښايي د سرطان د ودې لامل شي او له دې سره تړلې نښو نښانو کې د خوب خرابوالی، د حافظې ستونزې، سر درد، زړه بدوالی او د سر دوران شامل دي (۱۰).

په دغې مروري مقاله کې به موږ د انسان په روغتيا باندې د ګرځنده ټيليفون وړانګو د اغېزو په اړه شته معلومات وڅېړو. موږ به د ګرځنده ټيليفون وړانګو سره د تماس اندازه کولو بېلابېلې لارې چارې او د اوږدمهاله تماس اړوند

شونې روغتیایي پایلې، په ځانګړي ډول په امیندوارو مېرمنو او ماشومانو باندې اغېزې، وڅېړو. د اوسنیو شواهدو په کتنې سره، موږ هیله لرو چې د ګرځنده ټیلیفون کارونې اړوند احتمالي خطرونو په اړه یوه پراخه بیاکتنه وړاندې کړو او په دغه برخه کې راتلونکو څېړنو ته زمینه برابره کړو.

د ګرځنده ټلیفون د وړانګو فزیک

د ګرځنده ټلیفون وړانګې هغه الکترومقناطیسي وړانګې دي چې د ګرځنده ټلیفونونو پهواسطه خپرېږي. دغه وړانګې د الکترومقناطیسي طیف په غیرایونیزه برخه کې شاملې دي، چې پکې راډیو څپې، مایکروڅپې او انفرارېډ وړانګې شاملې دي. دا وړانګې د ټلیفون له انتن څخه خپرېږي، کله چې ټلیفون له شبکې سره اړیکه نیسي، ډېټا لېږي او ترلاسه کوي یا زنګ وهي. د ګرځنده ټلیفون وړانګې په عمومي ډول له 800 MHz څخه تر 2.4 GHz پورې وي، چې دا د مایکروڅپو په برخه کې راځي(۴). هغه مقدار وړانګې چې یو ګرځنده ټلیفون یې خپروي، د ټلیفون د ځواک تولید، د ټلیفون او کارونکي ترمنځ واټن او د ټلیفون د کارونې وخت په څېر ځینو عواملو پورې اړه لري. د SAR (Specific Absorption Rate) ارزښت د بدن پهواسطه د ګرځنده ټلیفون وړانګو جذب اندازه کوي. د SAR ارزښت، له وړانګو څخه د واټن په زیاتېدو سره، په چټکۍ سره کمېږي. د SAR اندازه په واټ في کیلوګرام (W/kg) سره اندازه کېږي (۵). د ګرځنده ټلیفون وړانګو احتمالي روغتیایي اغېزو په اړه څېړنې روانې دي. ځینو څېړنو وړاندیز کړی چې د ګرځنده ټلیفون کارونې او ځینو ځانګړو سرطانونو ترمنځ شونې اړیکه شته، په داسې حال کې چې نورو څېړنو دا ډول اړیکه نه ده موندلې. د روغتیا نړیوالې ادارې (WHO) د ګرځنده ټلیفون وړانګې "شونې انسانانو ته سرطان رسوونکې" په توګه ډلبندي کړې دي چې محدود شواهد لري (۴). مهمه ده په یاد ولرو چې د ګرځنده ټلیفونونو له خوا د خپرېدونکو وړانګو کچه په عمومي ډول، د متحده ایالاتو د فدرالي مخابراتو کمیسیون (FCC) په ګډون، د ډېرو تنظیمي ادارو له لورې خوندي ګڼل شوې ده، خو ځینو کارپوهانو د ګرځنده ټلیفون وړانګو د اوږدمهاله اغېزو په اړه د لا زیاتو څېړنو غوښتنه کړې ده (۵).

د ځانګړي جذب کچه (Specific Absorption Rate)

SAR هغه اندازه ده چې د انسان بدن په نسج کې د راډیو فریکونسۍ (RF) انرژي جذبوي او په واټ په کیلو ګرام $\left(\frac{Watt}{Kg}\right)$ سره اندازه کېږي. دا اندازه کارول مونږ ته راښیي چې ایا یو ګرځنده ټیلیفون د خوندیتوب لارښوونو سره سمون لري که نه. د جذب کچه د بدن د توان په پام کې نیولو سره ټاکل شوې، ترڅو هغه تودوخه له نسجونو څخه وباسي چې له ګرځنده ټیلیفون څخه انرژي جذبوي او دا کچه له هغو سطحو څخه ټیټه ده چې د ژوند په حیاتي اغېزو کې بدل شوي. د امریکا د فدرالي مخابراتو کمیسیون (Federal Communication Commission)

او د غیر ایونایزکوونکو وړانګو د ساتنې نړۍوال کمیسیون (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) وړاندیز کوي چې د انسان په سر کې محدود شوی SAR باید له (۱،٦) څخه تر (۲) واټ په کیلو ګرام کې وي، چې د سر په ۱۰ ګرامه نسج کې اوسط اندازه راښیي (21.29). د ګرځنده ټیلیفون دستګاه لهخوا خارج شوې یوه برخه د انسان د سر پهواسطه جذبېږي. د GSM دستګاه لخوا خارج شوې راډیو څپې کولی شي تر 2Watt لوړ ځواک ولري او د امریکا د انالوګ ټیلیفون اعظمي لېږد ۳,٦Watt ځواک درلود. نورې ډیجیټل ګرځنده ټکنالوژۍ لکه CDMA2000 او D-AMPS، د ټیټ ځواک تولید کاروي، چې په عمومي ډول له یو (۱) واټ څخه کم وي. د ګرځنده ټیلیفون د تر ټولو لوړ تولید ځواک د ګرځنده ټیلیفون د معیار او د هر هېواد د اړوندو تنظیمي ادارو لهلورې کنټرولېږي. په ډېرو سېستمونو کې ګرځنده ټیلیفون او د سب سټېشن د اخیستنې کیفیت او د اشارې ځواک چک کوي او د ځواک کچه یې لوړه یا ټیټېږي (۱۱).

د ګرځنده ټېلیفون د وړانګو بیولوژیکي اغېزې

د ګرځنده ټېلیفون وړانګې کولی شي پر بیولوژیکي سېستمونو بېلابېلې اغېزې ولري. یو له تر ټولو ښه پېژندل شویو اغېزو څخه حرارتي اغېزې دي، چې پکې وړانګې د بدن نسج تودوخه لوړوي. دا کولی شي حجرو او نسجونو ته زیان ورسوي او د سرطان، د شنډتیا ستونزو او ذهني کمزورۍ په ګډون، بېلابېلو روغتیایي ستونزو سره تړاو ولري (۱، ۸). کله چې د انسان بدن د الکترو مقناطیسي وړانګو سره مخ کېږي، نو وړانګه جذبوي، ځکه چې د انسان بدن (٪۷۰) مایعات لري. دا مایکرو څپې(MW) تنور کې د خوړو په ګرموالي سره ورته دي، چې په لومړي سر کې په خوړو کې اوبه ګرمېږي. د مایکرو څپو (MW)جذب اغېز په هغو برخو کې ډېر اغېزمن دی، چې ډېره مایع (اوبه، وینه، او نور) لري، لکه دماغ چې نږدې (٪۹۰) اوبه لري. همداراز دغه اغېزې په هغو ځایونو کې ډېرې څرګندېږي چې هلته د مایعاتو حرکت لږ وي، لکه سترګې، دماغ، بندونه، زړه، معده، او نور (۱۲). د ګرځنده ټېلیفون وړانګو نورې حرارتي اغېزې هم لیدل شوي دي، چې پکې د حجرو په پروسو کې بدلونونه شامل دي، لکه د DNA زیان، اکسیډیټیو فشار او د کلسیم ایوني بهیر کې بدلونونه. دا اغېزې په لږه کچه څرګندې شوي دي خو د سرطان او عصبي ویجاړوونکو ناروغیو سره تړاو لري. (آیا دا امکان لري چې د ورځنې ژوند برقي وسایل زموږ DNA اغېزمن کړي؟ (۸). د ګرځنده ټیلیفون وړانګو په اړه یو له لومړنیو تجربوي څېړنو څخه په (۱۹۹۵ز) کال کې د Lai او Singhله لورې ترسره شوه. دوی موږکان د RFR سره مخامخ کړل او ویې موندل چې وړانګې د موږکانو په مغزي حجرو کې د DNA زیان رامنځته کوي.

په (۲۰۱۸ز) کال کې د Sani A او ملګرو لهخوا ارسرع شړې څېړنه کې څرګنده شوه چې بدن ته د EMR وړانګو بشپړ يا جزوي رسېدل کولی شي د وينې ناروغۍ په پاراميترونو کې يو لړ بدلونونه رامنځته کړي (۱۰). د ګرځنده ټيليفون وړانګو بيولوژيکي اغېزو په اړه ګڼې څېړنې ترسره شوي دي، خو پايلې يې ضد او نقيض دي. ځينې څېړنې ښيي چې د ګرځنده ټيليفون وړانګې زيان رسوونکې اغېزې نه لري، په داسې حال کې چې نورې څېړنې د زيان احتمال او روغتيايي ستونزو سره تړاو څرګندوي (۴، ۸، ۱۳). د ګرځنده ټيليفون وړانګو له امله د لنډمهاله او اوږدمهاله اغېزو بېلابېل ډولونه شته. له ګرځنده ټيليفون او ټاور څخه د راوتونکو وړانګو په اغېزو کې لاندې روغتيايي ګواښونه شامل دي:

د وينې او دماغ ترمنځ مانع (Blood Brain Barrier) باندې اغېزې

دا مانع د وينې او دماغ ترمنځ له شته پياوړې اړيکې څخه خوندي ساتل شوې ده. دا مانع (Blood brain barrier)د دې اجازه ورکوي چې يوازې مغذي مواد له وينې څخه مغز ته تېر شي او زهرجن مواد له مغزو لرې وساتي. په يوه شپه او ورځ کې يوازې دوه ساعته د ګرځنده ټيليفون وړانګو سره تماس د وينې او دماغ مانع ته دايمي زيان رسولی شي. له دې کبله د دې مانع ماتېدل ښايي د مغزو لپاره زيانمن وي(۲۸).

هغه څېړنه چې هارډيل او ملګرو لخوا په (۲۰۱۹ز) کال کې د الکترو مقناطيسي وړانګو په اړه ترسره شوه، د مغزو د تومور د ودې خطر يې راپور کړی دی. د مغزو د تومور سربېره، د ګرځنده ټيليفون او ټاور وړانګو سره اوږدمهاله تماس په خوله، سترګو، پوستکي، وينه، خصيو او د سينې په برخه کې د سرطان د نورو ډولونو خطر زياتوي(۱۳).

د يادوف او پانډيا (۲۰۲۳ز) کال څېړنې د مغزي تومورونو، اکوستيک نيوروما او د سرطان د نورو ډولونو په شان بېلابېلې روغتيايي اغېزې څرګندوي(۵).

په اميندوارو مېرمنو او ماشومانو باندې اغېزې

اميندواره مېرمنې او جنين دواړه د دغو وړانګو پر وړاندې حساس دي. مايکرو څپې(Mw) د جنين ساتونکې پرده زيانمنوي، له دې امله اميندواره مېرمنې بايد د ګرځنده ټيليفون او ټاور له وړانګو څخه ځان لرې وساتي. همدارنګه ماشومان د ګرځنده ټيليفون وړانګو لپاره ډېر حساس دي، ځکه چې د دوی دماغ کوچني او پوستکي يې نازک دي. ماشومانو ته د دغو وړانګو سره دوامداره تماس د دماغي فعاليتونو په خرابېدو او ذهني روغتيا اغېزې لري(۱۲). د ګرځنده ټيليفون وړانګو اغېزې د اميندوارو مېرمنو او ماشومانو لپاره د اندېښنې وړ موضوع ګڼل کېږي. اميندوارې مېرمنې، ماشومان او زاړه خلک د کمزورې معافيتي سيستم درلودلو له کبله هم له لوړ د يادو وړانګو د خطرونو له لوړ

ګواښ سره مخ دي. ګڼو څېړنو په دغو وګړو کې د ګرځنده ټیلیفون وړانګو اړوند احتمالي روغتیایي خطرونو پلټنه کړېده. څېړنو ښودلې چې د امیندوارۍ پرمهال د ګرځنده ټیلیفون اوږدمهاله کارول د مور په روغتیا او د جنین په وده باندې منفي اغېزې لرلای شي او د بې خوبۍ، د هډوکو د کثافت کمېدو او د دماغ فعالیت د کمېدو لامل یې کېږي(۱۴، ۲۷).

هغه څېړنه چې بیرکس او ملګرو لخوا په (۲۰۱۷ز) کې ترسره شوې ښیي، چې د امیندوارۍ پرمهال د ګرځنده ټیلیفون وړانګو سره تماس د ماشوم په ذهني او ژبنی (د ژبې) پرمختګ اغېزمنولای شي(۱۵).

سربېره پردې، ماشومان او تنکي ځوانان د زیان منونکې ډلې په توګه پېژندل شوي دي، ځکه چې دوی پرمختللې ذهنونه لري او ګرځنده ټیلیفون زیات کاروي. یوې څېړنې موندله چې هغه ماشومان چې له دوو ساعتونو څخه زیات موبایل کاروي، د توجه نیمګړتیا زیات فعالي چلند (ADHD) خطر لري (۱۲، ۲۶).

هغه څېړنه چې فلوزان او ملګرو لخوا په (۲۰۱۰ز) کال کې ترسره شوې څرګندوي، چې د ګرځنده ټیلیفون وړانګو سره تماس د ماشومانو د خوب کیفیت او ملاتونین کچه اغېزمنولای شي، چې دا د دوی په روغتیا باندې اوږدمهاله اغېز لرلای شي(۱٦). لوړ عمر لرونکي هم د زیان منونکو په توګه پېژندل شوي، ځکه چې دوی کمزورې معافیت سېستم او روغتیایي ستونزې لرلای شي(۱۲).

هغه څېړنه چې امیري او ملګرو لخوا په (۲۰۲۲ز) کال کې ترسره شوې څرګندوي، چې د ګرځنده ټیلیفون وړانګو سره تماس ښایي د لوړ عمر لرونکو وګړو په قلبي سېستم اغېزه ولري او د فشار لوړېدو او نورو قلبي ناروغیو خطر زیات کړي(۱۷).

نه رغېدونکې شنډتیا

په ۲۰۰٦ ز کال کې د امریکا متحده ایالتونو د تکثیر طبي ټولنې راپور ورکړ چې د نرینه‌و لخوا د ګرځنده ټیلیفونونو کارول د نطفو د کیفیت، سپرم شمېر، خوځښت، ژوندي پاتې کېدو او نورمال جوړښت په کمښت کې ونډه لري او دا د ټیلیفون کارونې په مودې پورې اړه لري. څېړنو د ګرځنده ټیلیفون زیاتو کاروونکو کې د سپرم ٪۳۰ کمښت تشخیص کړی دی، له دې سربېره د نطفو زیان هم رامنځته کېدلای دی. د ګرځنده ټیلیفون وړانګې کولی شي په سپرم حجرو کې د DNA تغیر رامنځته کړي، چې دا د تغیر سرطان لامل کېدلای شي. دغه وړانګې د سپرم د DNA زیان د خطر کچه نوره هم زیاتوي او جینیټکي بدلونونه راتلونکو نسلونو ته لېږدولای شي. د ګرځنده ټیلیفون فریکوینسۍ د DNAد زیان سبب کېدلی شي. څېړنې ښیي چې د FCC د اوسني معیار څخه په ټیټه کچه د مایکرو وړانګې سره

تماس د DNA په یو او دوه اړخیزه ډولونو کې تخریب رامنځته کوي. مایکرو وړانګې کولای شي په DNA کې د طبیعي تکرار او ترمیم پروسې سره مداخله وکړي. بل امکان د DNA زیان لپاره د حجراتو دننه د آزادو رادیکالونو جوړېدل دي. ازاد رادیکالونه، حجرې د DNAپروټین په زیان رسولو سره وژني او د سرطان لامل بلل شوي دي. د DNA زیان د تومورونو او سرطان د پرمختګ مرکزي میکانېزم دی. کله چې په DNA کې د زیان کچه د هغې د ترمیم تر کچې لوړه شي، د بدلونونو د پاتې کېدو او سرطان د پیل شونتیا شته. په دماغي حجرو کې د DNA زیان د عصبي فعالیتونو اغېزمنولو او ښایي د اعصابو د خرابېدونکو ناروغیو لامل شي(۱۲).

د مسکات او ملګرو لخوا په (۲۰۲۲ز) کال کې ترسره شوې څېړنې موندلې ده چې د ګرځنده ټیلیفون سره زیات تماس DNA ته زیان رسوي او په کروموزومونو کې تخریب رامنځته کوي(۱۸).

په غوږ او سترګه باندې اغېزې

ګرځنده ټیلیفون وړانګه ښایي غوږ ته زیان ورسوي او د اوږدمهاله کارونې له امله یې اوریدنه کې ستونزه پیدا کوي، چې د ځوانانو ترمنځ په پراخه کچه لیدل کېږي. په ۲۰۱۰ز کال کې د اپیډیمولوژۍ نړۍوال ژورنال کې خپره شوې څېړنه ښیي، چې د اوږدې مودې لپاره د موبایل ټیلیفون کاروونکي د اکوستیک نیوروما، یو داسې تومور چې د اوریدلو او توازن کنټرولولو عصب اغېزمنولو کې زیات خطرناک دی، رامنځته کېدلو لامل شي.د ګرځنده ټیلیفون مکرر استعمال ښایي د سترګو سېستم ته زیان ورسوي او د سترګو د ناروغیو لکه کټارکټ خطر زیات کړي(۱۲، ۲۲). نور خطرونه د الکترومقناطیسي څپو اړوند څېړنو هم ښودلي ده چې د دماغ په فزیولوژۍ باندې اغېزه کوي. تر ویده کېدلو وړاندې د ګرځنده ټیلیفونونو کارول خوب ځنډوي او کموي او سردرد او خپګان رامنځته کوي. دا موندنې په ځانګړې توګه د ماشومانو او تنکیو ځوانانو لپاره اندېښمنوونکې دي، ځکه چې دوی د شپې ګرځنده ټیلیفونونه کاروي او همدارنګه خپل ټیلیفون د سر ترڅنګ ساتي، چې له دې امله کېدای شي د مزاج او شخصیت بدلونونه، خپګان، د تمرکز نشتوالی او د زده کړیزو فعالیتونو کمزوري رامنځته شي (۲۳، ۲۴). د خوب د اختلال سلنه د برېښنايي څپو د درجو له مخې زیاتېږي. راپور ورکړل شوی چې حتی په یو مربع متر کې د ۱۰ مایکرو واټ په کچه د وړانګو کثافت کې، د خوب ګډوډي ٪۳۵ ده(۲۰، ۲۵).

هغه څېړنې چې د لالرینترا او زیاتنوا لخوا په (۲۰۱۴ز) کال هند کې په انسانانو باندې د الکترومقناطیسي وړانګو د روغتیایي زیانونو په اړه ترسره شوي دي څرګندوي چې ډېری هغه اشخاص چې د ګرځنده ټیلیفون دستګاه یا سټېشن سره نږدې اوسېدل، د خوب ګډوډي، سر درد، ګنګسیت، قهر، د تمرکز ستونزې او لوړ فشار څخه شکایت کوي(۱۹).

پایله اخیستنه

د ګرځنده ټیلیفون کارول هره ورځ په بې سارې توګه زیاتېږي، خو ډېری اشخاص، چې ګرځنده ټیلیفون کاروي، د دې توکو د روغتیایي زیانونو او د هغوی د څرنګوالي په اړه پوهه نه لري. کله چې ګرځنده ټیلیفونونه د کاروونکي سر ته نږدې فعال او روښانه وي، په نږدې ساحه کې د لوړې کچې مایکرو وړانګو خپرولو سبب کېږي. په تاریخ کې هیڅکله داسې نه وو شوي چې په منظم ډول په دومره لویه اندازه خلک د دې وړانګو سره مخ شي. له همدې امله، اندېښنه ده چې دا وړانګې ښایي د اوږدې مودې ناوړه روغتیایي اغېزې رامنځته کړي او په ځانګړې ډول د سرطان د پېښې کچه لوړه کړي. حکومت، ټولنه او شرکتونه مجبور دي چې د دې نوي ګرځنده ټیلیفون ټکنالوژۍ او د هغې احتمالي روغتیایي خطرونو په اړه د ټولنې وګړو ته لازمې لارښوونې وکړي. له څېړنو څخه تقریباً څرګنده ده چې د ګرځنده ټیلیفون څخه خپرېدونکې وړانګې د ډېرو ناروغیو لکه دماغي تومور، سر درد، د لنډ مهاله حافظې له لاسه ورکول، د زړه بېلابېلې ناروغۍ، د غوږ او سترګې ناروغۍ، نه رغېدونکې شنډتیا او نورې روغتیایي ستونزې رامنځته کوي. په دې وروستیو کې د بېلابېلو RF سرچینو شتون، چې پکې ګرځنده ټیلیفونونه او خپرېدونکي انتونونه شامل دي، د ټولنې روغتیایي چاپیریال په اړه لویې اندېښنې رامنځته کړي چې دا ټکنالوژي د انسانانو د روغتیا لپاره په کومه اندازه خطرناکه ده. سره له دې، موږ باید زیاته هڅه وکړو چې د ګرځنده رادیو اړیکو سېستم په مؤثر، خوندي او راحت ډول وکاروو چې د افغانستان او نړۍوالې ټولنې لپاره د هوساینې او پرمختګ سبب شي.

وړاندیزونه

له پورته بحث څخه معلومه شوه، چې برېښنايي مقناطیسي وړانګې د انسان روغتیا اغېزمنوي. د ځان ساتنې لپاره باید ځینې احتیاطي تدابیر ونیسو:

۱. د ګرځنده ټیلیفونونو کارولو کچه باید راکمه شي.
۲. ګرځنده ټیلیفونونه چې ټیټ ځانګړی جذب (SAR) لري، باید وکارول شي.
۳. د ماشومانو لپاره، چې عمر یې له ۱۰ کالو څخه کم وي، د ګرځنده ټیلیفونونو کارول باید محدود شي.
۴. په کم سیګنال او ټیټه بیټرۍ کې د اړیکې کولو څخه ډډه وشي، ځکه ګرځنده ټیلیفون به د دې د پوره کولو لپاره نور وړانګې جوړې کړي.
۵. د خبرو لپاره خپل ګرځنده ټیلیفون له بدن څخه لرې وساتئ او د اړیکې پر مهال غوږۍ یا بلوتوت وکاروئ.
۶. یا خبرې لنډې کړئ یا یو لیکلی پیغام (SMS) واستوئ. دا سپارښتنه په ځانګړې توګه ماشومانو، تنکیو ځوانانو او امیندوارو ښځو پورې اړه لري.

۷. هغه اشخاص چې طبي وسايل کاروي، بايد خپل ګرځنده ټيليفون له امپلانټ څخه لږ تر لږه ۳۰ سانتي متره لرې وساتي (۱۲).

اخځليکونه

1. IARC. Non-ionizing radiation, Part 2: Radiofrequency electromagnetic fields. IARC. 2013; 102(Pt 2):1-460.
2. Johansson O (2009). Disturbance of the immune system by electromagnetic fields-A potentially underlying cause for cellular damage and tissue repair reduction which could lead to disease and impairment. Pathophysiology, 16 (2-3): 157-177.
3. Bilgici B, Akar A, Avci B and Tuncel OK (2013). Effect of 900 MHz radiofrequency radiation on oxidative stress in rat brain and serum. Electromagn. Biol. Med., 32 (1): 20-29.
4. World Health Organization. Electromagnetic fields and public health: mobile phones, 2023
5. Yadav S, Pandey SP. How Mobile Tower Emissions Affect Human Health: Understanding the Theory and Risks. In Int. J. Adv. Multidisc. Res. Stud. 2023; 3(2).
6. Tokpınar A, Altuntaş E, Değermenci M, Yılmaz H, Bas O. The impact of electromagnetic fields on human health: A review. Middle Black Sea Journal of Health Science. 2024;10(2):229-38.
7. Kaur S, Kaur J, Sandhu M. International Journal of Computer Science and Mobile Computing Effects of Mobile Radiations and its Prevention. In International Journal of Computer Science and Mobile Computing. 2016; 5(2
8. Kesari, Behari. Advisory Group on Non-Ionising Radiation-Gov.UK, n.d. Retrieved April 14, 2023, Kesari KK, Behari J. Evidence for mobile phone radiation exposure effects on reproductive pattern of male rats: Role of ROS. Electromagnetic Biology and Medicine. 2012b; 31(3):213-222.
9. Lai H, Singh NP. Acute low-intensity microwave exposure increases DNA single-strand breaks in rat brain cells. Bioelectromagnetics. 1995; 16(3):207-210.
10. Precaution regarding electromagnetic fields. Federal Office for Radiation Protection (2007-12-7).

11. Sharma AB, Lamba OS. A review: source and effect of mobile communication radiation on human health. Advances in Wireless and Mobile Communications. 2017 Jan; 10(3):423-35.
12. Najera A. Comments on "Wi-Fi is an important threat to human health". Environmental Research. 2019; 168:514-515.
13. Harell L, Carlberg M, Hansson Mild K, " Pooled analysis of two case-control studies on the use of cellular and cordless telephones and the risk of benign"
14. Divan HA, Kheifets L, Obel C, Olsen J. Prenatal and postnatal exposure to cell phone use and behavioral problems in children. Epidemiology (Cambridge, Mass.). 2008; 19(4):523-529.
15. Birks L, Guxens M, Papadopoulou E, Alexander J, Ballester F, Estarlich M, et al. Maternal cell phone use during pregnancy and child behavioral problems in five birth cohorts. Environment International. 2017; 104:122-131.
16. Falzone N, Huyser C, Franken DR, Leszczynski D. Mobile phone radiation does not induce pro-apoptosis effects in human spermatozoa. Radiation Research. 2010; 174(2):169-176.
17. Amiri F, Moradinazar M, Moludi J, Pasdar Y, Najafi F, Shakiba E, et al. The association between self-reported mobile phone usage with blood pressure and heart rate: evidence from a cross-sectional study. BMC Public Health. 2022; 22(1).
18. Muscat JE, "Handheld Cellular Telephone use and Risk of Brain Cancer," JAMA;the journal of the American Medical Association 284.23:3001-7, 2022.
19. Lalrinthara Pachuau1, Zaithanzauva Pachuau," Study of Cell Tower Radiation and its Health Hazards on human body",2014
20. Hirata, " Peak spatial-average SAR and temperature increase due to antennas attached to human trunk," Journal of the American College of Cardiology, Volume 48 , Issue 1 , Pages 185 – 186, 2006.
21. Precaution regarding electromagnetic fields. Federal Office for Radiation Protection (2007-12-7).

22.(WHO) World Health Organization. EMF World Wide Standards Database (Internet). Available from : http://www.who.int/docstore/peh-emf/EMFStandards/who-0102/Worldmap5.htm

23.L´ opez, I., F´ elix, N., Rivera, M., Alonso, A., Maestú, C., 2021. What is the radiation before 5G? A correlation study between measurements in situ and in real time and epidemiological indicators in Vallecas, Madrid. Environ. Res. 194, 110734.

24.MEKIMAH B, MOHAMDI Y, BENATALLAH S. Impact of the electromagnetic waves on the human health and environment: study and analysis (Doctoral dissertation, UNIVERSITY OF KASDI MERBAH OUARGLA).

25.Dhanasekar R, Vijayaraja L, Mirthulaa CS, Raam PN, Naveen B, Kumar CV. A Review on the Analysis of 5G Technology and its Impact on Humans. In2023 International Conference on Computer Communication and Informatics (ICCCI) 2023 Jan 23 (pp. 1-6). IEEE.

26.Jayaraju N, Kumar MP, Sreenivasulu G, Prasad TL, Lakshmanna B, Nagalaksmi K, Madakka M. Mobile phone and base stations radiation and its effects on human health and environment: A review. Sustainable Technology and Entrepreneurship. 2023 May 1;2(2):100031.

27.Alkholidi A, Meda S, Mitezi V, Baraj A. Measurement and Analysis of Radiofrequency Radiation Exposure: Impacts on Human Health-A Case Study. Journal of Transactions in Systems Engineering. 2024 Aug 27;2(2):235-55.

28.Mortazavi SA, Megha K, Shams SF, Mohammadi S, Mortazavi SM. Radiation from mobile phones and cell towers, risks, and protection. An Introduction to Non-Ionizing Radiation. 2023 Nov 13;292.

29.Pandey SP, Yadav S. The Review on the Effects of Mobile Phone Radiation on Human Health.

The Harmful Effects of Mobile Phone Radiation on Human Health

Junior Teaching Assistant Safiullah Muhabat[1]

[1]Department of Basic Science, Faculty of Medicine, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: safiullah.muhabat@spingharuniversity.edu.af

Received: 09-Nov-2024 Accepted: 06-Jan-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

In recent years, the use of mobile phones has become an integral part of our daily lives. However, the use of everything in the world comes with its advantages and disadvantages. Mobile phone radiation is categorized under the category of non-ionizing radiation, which is generally considered less harmful compared to ionizing radiation. With the widespread use of mobile phones, concerns about the health impacts of their radiation have been increasing. Various studies have investigated the different aspects of the effects of mobile phone radiation on human health, such as biological impacts, physiological effects, neurological activity, hormonal disruption and cancer. The findings of these studies have been inconsistent, highlighting the need for further research to explore the clear link between mobile phone radiation and adverse health effects. The aim of this review is to uncover and examine the existing knowledge about the negative health effects of mobile phone radiation on humans.

Keywords: Electromagnetic Radiation, Health, Microwaves, Mobile Phone Radiation, Specific Absorption Rate

مروري مقاله

د شکرې ناروغۍ دويم ډول په مخنيوي کې د ژوند طرز سمونې ونډه

متخصص دوکتور اميرالله خادم[۱]، پوهنيار دوکتور معراج محمد خالد[۲]، پوهنمل دوکتور عبدالله جان شينواری[۳]

[۱]سپين‌غر مومند معالجوي او تدريسي روغتون، سپين‌غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

[۲،۳]طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل ليکوال برېښناليک: smch@spingharuniversity.edu.af

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۷ | د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۲۱ | د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډيز

د دويم ډول شکرې ناروغي او Prediabetes په وروستيو کلونو کې په چټکۍ سره مخ په زياتېدو ده. په ۲۰۲۳ز کې نړدې اته سلنه لويان په دغې ناروغۍ اخته وو. په افغانستان کې هم دويم ډول شکرې ناروغۍ کچه نږدې ۱۲.۱۳٪ ته رسېدلې ده. د ژوند طرز سمونه، چې د وزن کنټرول، غذايي رژيم اصلاح او منظم فزيکي فعاليت پکې شامل دي، د دويم ډول شکرې ناروغۍ مخنيوي لپاره خورا مهم دي. په دغې علمي څېړنه کې د دويم ډول شکرې او Prediabetes حالت په مخنيوي کې د ژوندانه طرز سمونې رول په اړه ترسره شويو څېړنو اړوند معلومات او پايلې له Pubmed، Midlineplus، National Health Service، Research gate او داسې نورو سايټونو څخه راټول شوي او ترتيب شويدي. د ژوندانه طرز سمونې ونډه د درې مشهورو ټولنو، د متحده ايالاتو د شکرې ناروغۍ د مخنيوي پروګرام، د فنلنډ د شکرې ناروغۍ مخنيوي څېړنو او د چين د Da Qing څېړنو او همدارنګه نږدې د ټولو اړوندو څېړنو له‌خوا مهم او ګټور بلل شوېده. د ژوندانه طرز سمونه چې په اوسط ډول وزن ۵.۶ کيلوګرامه کم کړي، د دويم ډول شکرې ناروغۍ پېښې ۵۸٪ کمې شوي دي. همدارنګه په اونۍ کې لږ تر لږه ۱۵۰ دقيقې فزيکي فعاليت د شکرې ناروغۍ د مخنيوي لپاره اړين بلل شويدي. د غذايي رژيم سمونې او منظمې خارنې سره ناروغان کولای شي له Prediabetic حالت څخه عادي ګلوکوز کچې ته وګرځي. د يادونې وړ ده چې د شکرې ناروغۍ مخنيوی يوازې په درملو پورې محدود نه دی، بلکې د ژوند طرز سمونونو لکه سالم خوراک، منظم تمرين او د وزن کنټرول سره هم نږدې تړاو لري. دا کړنې نه يوازې د ناروغانو د ژوند کيفيت ښه کوي، بلکې اقتصادي ګټې هم لري، ځکه چې د دغې ناروغۍ د مخنيوي پروګرامونو پلي کول د اوږد مهال لپاره د درملنې لګښتونه سپما کوي.

کليدي کلمې: دويم ډول شکره، Prediabetes، د ژوندانه طرز سمونه، فزيکي فعاليت، وزن کمول

سريزه

د شکرې ناروغۍ دويم ډول او Prediabets پېښې په نړۍ کې په وروستيو کلونو کې مخ په زياتېدو دي. په ۲۰۲۳ز کال کې د نړۍ په کچه دغه ناروغي اته سلنه موجوده وه او د اټکل له مخې تر ۲۰۴۵ز کال پورې به نوموړې کچه لس سلنې ته لوړه شي. په ورته وخت کې د Prediabetes کچه هم په چټکۍ سره مخ په زياتېدو ده او اټکل کېږي چې د نړۍ نږدې ۵۸۷ مليونه خلک به تر ۲۰۴۵ز کال پورې په دغې حالت اخته وي. په پرمختللو هېوادونو کې د دې ناروغۍ پېښې زياتې دي، خو په ټيټو عايد لرونکو هېوادونو کې يې هم د لوړېدو تمه کېږي(۱).

ځينې عوامل لکه چاغوالی، د غير صحي خوړو عادتونه او د فزيکي فعاليت کموالی د دې ناروغۍ په خپرېدو کې مهمه ونډه لري. سربېره پردې د ژوند د طرز بدلونونه، په ځانګړې توګه په ښاري سيمو کې، د شکر او Prediabetes د پېښو په زياتوالي کې ونډه لري(۲). په امريکا کې د شکرې ناروغي په هر عمر لرونکو وګړو کې ليدل کېږي، خو په لويانو کې د اخته کېدنې کچه ډېره لوړه ده. څېړنې ښيي چې تر ٦٥ کلونو پورته عمر لرونکو کې د شکر او Prediabetes ناروغي نږدې (٪۵۰) زياته ده(۳). سربېره پر دې د ښوونې او روزنې او اقتصادي حالت کچه هم په دغې ناروغۍ کې لويه ونډه لري. هغه اشخاص چې ټيټه تعليمي کچه او ټيټ عايد لري، د شکرې ناروغۍ له لوړ ګواښ سره مخ دي(۴). څېړنې همدا راز ښيي چې د ژوند طرز بدلونونه لکه د وزن کمول، فزيکي فعاليت زياتول او روغتيايي خواړه نه يوازې د شکرې ناروغۍ مخه نيسي، بلکې د prediabetes ناروغانو ته هم ګټه رسوي. نړۍوالو مطالعاتو لکه د فنلنډ Diabetes Prevention Study او د امريکا Diabetes Prevention Program ښودلې چې د ژوند طرز بدلونونه د شکرې ناروغۍ پېښې تر ٪۵۸ کمولی شي؛ له همدې امله روغتيايي بنسټونه او حکومتونه هڅه کوي چې د دې ناروغۍ د خپرېدو د مخنيوي لپاره په وقايوي اقداماتو تمرکز وکړي(۵).

په افغانستان کې هم د وروستيو څېړنو پر بنسټ د شکرې ناروغۍ کچه شاوخوا (٪۱۳،۱۲) ته رسېدلې ده، چې په سيمه‌ايزه کچه پکې توپيرونه شتون لري او په ځانګړي ډول په کندهار کې يې کچه تر ټولو لوړه ده(۱۲).

ددغې علمي څېړنې موخې د ژوندانه طرز او د دوهم ډول شکرې او Prediabetes حالت په اړه ترسره شويو څېړنو څخه معلومات راټولول، ترمنځ يې د اړيکو معلومول او په نتيجه کې يې د مخنيوي په منظور، اړوندو مسؤلو ادارو او اشخاصو سره، لازمې سپارښتنې او وړانديزونه شريکول دي.

دویم ډول شکرې ناروغۍ او په مخنیوي کې یې د ژوند طرز سمونې ونډه

Prediabeticحالت: هغه حالت دی چې د وینې ګلوکوز کچه له عادي حالت څخه لوړه وي، خو د شکرې ناروغۍ د قطعي تشخیص اندازې ته نه وي رسیدلې. د امریکا د شکرې ناروغۍ ټولنې په وینا د Prediabetic حالت، Type – II DM او نارمل اندازو لپاره تشخیصي معیارونه په لاندې جدول کې ذکر شویدي(۷):

Blood Glucose Tests	Normal	Prediabetic stat	Type – II DM
Hemoglobin A1C	< 5.7%	5.7% - 6.4%	≥ 6.5%
FBS	< 100 mg/dL	100 - 125 mg/dL	> 125 mg/dL
IGTT	< 140 mg/dL	140 - 199 mg/dL	> 199 mg/dL

لومړی جدول: د امریکا د شکرې ناروغۍ ټولنې تشخیصي معیارونه د عادي ګلوکوز، پریډیابیټس او شکرې ناروغۍ لپاره(۷)

دویم ډول شکرې ناروغي یا Type – II DM

دویم ډول شکره یوه ډېره عامه ناروغي ده چې په متحده ایالاتو کې پرې ٪۱۰ خلک اخته شویدي چې په ورته ډول په ډېرو پرمختللو یا مخ پر ودې هېوادونو کې هم پېژندل شوېده. د متحده ایالاتو د ټول نفوس نږدې اته سلنه په Prediabetic حالت کې ژوند کوي. T2DM په مختلفو درجو سره د انسولین په مقابل کې مقاومت او انسولین کموالي باندې متصف دی او ګومان کېږي چې په جنیټیک باندې د محیطي فکتورونو اغېز له امله دی. د T2DM پېښې په تېرو ۵۰ کلونو کې ۱۰ ځلې زیاتې شوې دي، چې اساسي لاملونه یې د زیات کالوري لرونکو خوړو خوړل او د تمرین کموالی ښودل شوي دي، چې په پایله کې یې چاغښت زیات شوی او دا بیا د T2DM سبب شوی دی. په T2DM اخته له ٪۸۰ څخه زیات اشخاص یې چاغ دي. د T2DM د پېښو لوړوالی په ځنځمه او شپږمه لسیزه کې رامنځته کېږي، مګر T2DM اوس په ځینو ټولنو کې تر ٪۳۰ پورې د ماشومانو په شکر ناروغۍ کې حسابېږي. په هغو خلکو کې چې والدینو څخه یې یو په T2DM اخته وي، نږدې ٪۴۰ او هغه چې والدین یې دواړه په شکر اخته وي، نږدې ٪۷۰ ددې ناورغۍ له خطر سره مخ دي(۸).

په متحده ایالاتو کې د T2DM پېښې په Hispanic/Latino ، په افریقاییالاصله امریکایانو او د ختیځې اسیا په ځینو وګړو کې د شمالي او لویدیځې اروپا د خلکو په پرتله زیاتې دي. ګومان کېږي چې د دې یوه برخه د اقتصادي او کلتوري فکتورونو اغېزو (لکه د ټیټې بیې کالوري بډایه خوراکونو د مصرف توپیرونه) او بله برخه یې د یادو وګړو تر منځ جنیتیکي توپیرونو له امله ده. همداراز اټکل کېږي چې په جنیتیکي فکتورونو کې له ۱۰۰ څخه د زیاتو جینونو اغېز شامل دی. په هیڅ یوه نفوس کې کوم ځانګړی جن یا د جنونو کوم کوچنی ګروپ چې د شکرې ناروغۍ په رامنځته کېدو کې څرګنده اغېزه ولري، نه دی موندل شوی(۸).

T2DM په عمومي ډول له يوې اوږدې Preclinical يا Prediabetic مرحلې څخه تېرېږي، چې په دې مرحله کې د ګلوکوز په تحمل يا برداشت کې تدريجي خرابوالی راځي. دغه پروسه په منځني ډول يوه لسيزه يا لهدې څخه زيات وخت نيسي، خو په اشخاصو کې د يادې مرحلې پرمختګ کې څرګند توپيرونه شتون لري. اکثره ناروغان په Preclinical مرحله کې انسولين سره مقاوم وي، خو په Euglycemia حالت کې د کافي انسولين توليدولو توان لري. د وخت په تېرېدو سره د انسولين مقاومت لپاره د جبرانولو توان تدريجي خرابوالی مومي. دا په T2DM کې د Beta Cells کتله يا اندازه کې له کمښت سره تړاو لري، مګر لا هم د ښکاره Hyperglycemia تر رامنځته کېدو پورې پاتې Beta Cells (معمولاً ٪۴۰ څخه ٪۵۰ نسبت نورمال ته) شتون لري. له همدې امله په T2DM کې هم د بيتا حجراتو په وظيفې او شمېر کې کمی وي. په دې ترتيب ورو ورو د وينې ګلوکوز کچه لوړېږي او په پايله کې Hyperglycemia پخپله د Diabetic حالت پرمختګ کې مرسته کوي، په ځانګړې توګه د انسولين کمښت او انسولين مقاومت او د يو داسې ميکانيزم له لارې چې تر اوسه سم نه دی پېژندل شوی او د Glucotoxicity نسبت ورته کېږي، رول لوبوي. دا چې T2DM او Prediabetes په ځينو لوړ خطر لرونکو کسانو کې يواځې د Fasting يا Random Plasma Glucose اندازه کولو پواسطه د ارزان والی له وجې سکرين کېږي، نو نږدې ٪۲۵ خلک چې T2DM لري او زيات شمېر هغه خلک چې Prediabetes حالت لري، ناپېژندل شوي پاتې کېږي او له بلې خوا دا چې دا ناروغي په مخفي شکل رامنځته کېږي، نو د واضحه تشخيص په وخت کې دې ډول ناروغانو کې د اختلاطاتو رامنځته کېدو خطر زيات وی(۸).

د ژوندانه طرز (Life style)

د ژوند طرز يا "lifestyle" هغه ځانګړی ډول يا طريقه ده چې خلک يې په ورځني ژوند کې خپلوي او دا د دوی د چلند، عادتونو او ټولنيزو اړيکو مجموعه ده. د ژوند په طرز کې مختلف اړخونه شامل دي، لکه خواړه، فزيکي فعاليتونه، دندې، تفريح، ټولنيزې اړيکې او هغه ارزښتونه چې يو څوک يې په خپل ژوند کې تعقيبوي. دا طرز د يو شخص د فردي خواصو، اقتصادي شرايطو او کلتوري اغېزو پر بنسټ توپير لري(۹).

په پښتني ټولنه کې هم د ژوند طرز د دودونو او عنعناتو له مخې ټاکل کېږي، چې کورنۍ، قوم او دين هم پهکې مهمه ونډه لري. د ژوند طرز کې د ورځې رخصتي د کار او کسب طريقه او د روغتيا ساتنې کړنې شاملې دي. سربېره پر دې، د ژوند شرايط لکه تعليم، ټکنالوژي او د ژوند اړتياوې هم پهکې شاملې دي. د ژوند طرز بدلېږي او هر څوک د خپل ژوند ځانګړي طرز ته وده ورکوي، چې پهکې د هغوی ارمانونه او باورونه منعکس کېږي، مګر دلته زموږ هدف صحي د ژوند طرز دی او دا د ژوند کولو داسې طريقه ده چې د جدي ناروغيو او يا وختي مړينې خطر کموي. صحي

د ژوند طرز کې عموماً هغه فعالیتونه او عادتونه شامل دي چې د فزیکي، ذهني او روحاني ښه والی وده هڅوي او د لویو ناروغیو د رامنځته کېدو خطر کموي(۹).

د ژوند طرز یا Lifestyle د روغتیا په ساتنه او ناروغیو، په ځانګړي ډول د شکرې ناروغۍ، په مخنیوي کې مهمه ونډه لري. ددې ناروغۍ په کنټرول کې د ژوند طرز اړین دی، ځکه چې ځینې ځانګړي عادتونه او طریقې د شکرې ناروغۍ په شدت او پرمختګ باندې مستقیم اغېز لري(۹).

د ژوند هغه طرزونه یا طریقې چې د روغتیا ساتلو او په ځانګړي ډول د شکرې ناروغۍ مخنیوي کې اهمیت لري

Type 2 DM ډېر وخت د هغو چلندونو له امله رامنځته کېږي چې د بدلون وړ دي. د Type 2 DM د خطر فکتورونو په لاندې ډول ذکر شوي دي:

الف: د بدلون وړ خطري فکتورونه

۱. **غیر صحي خواړه** :لوړ کالوري لرونکي خواړه چې په لوړه کچه پروسس شوي مواد، غوړي او بوره ولري، د شکرې خطر لوړوي.
۲. **فزیکیحرکت کموالی:** کیناستل او کم فزیکي فعالیت د وزن زیاتوالي او انسولین مقاومت لامل ګرځي.
۳. **چاغوالی:** چاغوالی، په ځانګړي توګه په ګېډه کې، د شکرې ناروغۍ د خطر یو ستر لامل دی.
٤. **د وینې لوړ فشار:** لوړ فشار د انسولین مقاومت سره تړاو لري او په زیاته کچه په هغو اشخاصو کې موندل کېږي، چې د شکر ګواښ یا خطر یې زیات وي.
٥. **لوړه کچه کلیسټرول:** هغه کلیسټرول چې LDL یې لوړ او HDL یې ټیټ وي، د شکرې ناروغۍ لامل کېږي.
٦. **د الکولو کارول:** زیات الکول څښل د وزن زیاتوالي او د وینې د قند کچه باندې اغېزه کوي.
۷. **ذهني فشار** :دوامداره فشار د کورټیسول کچه لوړوي، چې د انسولین د مقاومت لامل کېږي.
۸. **ډېره بوره لرونکي خواړه:** ډېره بوره لرونکي خواړه د وزن زیاتوالي او د وینې قند په کنټرول اغېز کوي.

ب: نه بدلېدونکي خطري فکتورونه

۱. **زړښت:** د عمر په زیاتېدو سره (په ځانګړې توګه له ۴۵ کالو وروسته)، په شکرې ناروغۍ د اخته کېدو چانس لوړېږي.

۲. **د کورنۍ تاريخچه يا جنيتيک**: د کورنۍ په تاريخچه کې د Type2 DM شتون هم د دې ناروغۍ د خطر کچه لوړوي.
۳. **نسل او قوم**: ځينې ډله‌ايزې ډلې لکه افريقايي او هسپانوي الاصله امريکايان او آسيايي امريکايان د شکرې د لوړ خطر سره مخ دي.
۴. **مرکزي چاغوالی:** د ګېډې په شاوخوا کې د شحمياتو شتون د انسولين مقاومت سره نږدې تړاو لري او د شکر لامل کېږي.

ج: نور خطري فکتورونه

۱. **په خوړو کې د فيبر کموالی:** د فايبر کموالی د وينې قند په کنټرول اغېز کوي.
۲. **د آتو انټي باډۍ شتون**: ځينې انټي باډۍ بنايي د دويم ډول شکرې خطر زيات کړي.
۳. **اقتصادي حالت**: د مالي محدوديتونو له امله صحي خواړه، روغتيايي خدمتونو او د فشار کنټرول سرچينو ته لاسرسی کمېدای شي(۱۰).

د خطر د بدلون وړ فکتورونو په کنټرول سره لکه د خوړو بدلول، فزيکي فعاليت زياتول او د فشار کنټرول د Type2 DM خطر په کمولو کې مرسته کولای شي چې په لاندې ډول سره يې واضح کوو:

مناسب خواړه: د صحتمند او متوازن خوراک ټاکنه ډېره مهمه ده. بايد له هغو خوړو څخه ډډه وشي چې په‌کې ډېر ګلوکوز او يا د ګلوکوز محتويات وي. د ميوو، سبزيجاتو، پروټينو او دانه لرونکو خوړو استعمال د شکرې ناروغانو لپاره او د دغې ناروغۍ په مخنيوي کې ګټور دی(۱۱).

فزيکي فعاليت: فزيکي فعاليت لکه منظم تمرين د وينې شکر کنټرول او مخنيوي کې مرسته کوي. ورزش کول د انسولين اغېزمنتيا زياتوي او وزن کمولو کې مرسته کوي، چې دا د شکرې ناروغۍ کنټرول کې يو مهم فکتور دی(۱۲).

د وزن کنټرول

د وزن زياتوالی د شکرې د زياتېدو خطر لوړوي. د ژوند طرز چې په کې مناسب ورزش او متوازنه غذا شامله ده، د وزن په ساتنه او د ناروغۍ په کنټرول او مخنيوي کې مرسته کوي(۱۲).

د ذهني فشار (سټريس) کمول

ذهني فشار هم د شکرې ناروغانو لپاره یو مهم فکتور دی. د سټريس کنټرول لپاره Yoga medetation تمرینونه یا د ارامښت نور تمرینونه ګټور دي(۱۳).

د خوب مناسب وختونه

د ښه خوب نشتوالی د وینې په شکر باندې اغېز کولی شي. باید خوب مناسب او پوره وي ترڅو بدن په ښه توګه فعالیت وکړي(۴)

له سګرټو او الکولو څخه ډډه کول

د سګرټو څکل او الکولو څښل د شکرې ناروغانو لپاره زیان رسوونکي دي او د ناروغۍ په سختولو کې مرسته کوي(۷،٦). په‌کار ده چې د ژوند طرز ټول عوامل په ترتیب سره بدل او سم شي، ځکه چې یاد عوامل یو بل سره په همغږۍ(synergistically) کار کوي او د ناروغۍ او مړینې د کموالي په مثبت بدلون کې ډېر اغېزناک ثابتېږي. کله چې د ژوند طرز کې بدلونونه په ګډه پلي شي، نو یو بل پیاوړي کوي او دغه حالت بیا د روغتیا لپاره پراخ او دوامداره ګټې رامنځته کوي. د بېلګې په توګه، کله چې متوازن خواړه له منظم ورزش سره یو ځال وکارول شي، د فزیکي روغتیا سربېره ذهني ارامي هم رامنځته کوي(۱۰).

تېرو لیکنو ته کتنه

پریډیابیټس، impaired fasting glucose(IFG)، Impaired Glucose Tolerance(IGT) او له پخوا څخه لوړ HBA1c د Type 2 DM خطر دوه برابره زیاتوي. د Prediabetes ، IFG، هومیوستاسیس او انسولین پر وړاندې مقاومت مستقیماً له چاغوالي او د فزیکي فعالیت کموالي سره تړاو لري، چې د T2DM د مخنیوي لپاره مهمې او کلي موخې ګڼل کېږي. د یو میټاانالایزیس له مخې د ژوند طرز سمونه ښایي د IGT لرونکو اشخاصو کې د T2DM خطر ٪۵۰ کم کړي، په ځانګړي ډول هغو وګړو کې چې BMI (Body Mass Indes) یې لوړ وي(۳).

د کاربوهایدریت پر بنسټ د مخنیوي آزموینې هم شتون لري چې د Prediabetes لرونکو اشخاصو لپاره د وزن کمول اوږدمهاله د ژوند طرز بدلونونه څېري، چې هدف یې د غذایي شحم او کاربوهایدریت کمول او د ګلوکوز کچه نورمالول دي(۴).

په داسې حال کې چې ځينو څېړنو د رژيم په‌واسطه د منځنۍ خطر اغېزې څېړلي دي، مګر ډېر لږ اوږدمهاله مطالعات ترسره شوي چې د T2DM په مخنيوي کې د رژيم اغېزې معلومې کړي او دا مطالعات زياتره د شحم او کاربوهايدريت د تعديل په اړه دي(۱۴).

د T2DM د مخنيوي لپاره د ژوند طرز لومړۍ ګډه مداخله د سويډن په مالمو کې په ۴۱۵ منځنۍ عمر لرونکو نرينه‌و کې ترسره شوه، چې د IGT يا T2DM لرونکي وو. دوی ته د صحي خوړو او منظم فزيکي فعاليت مشورې او د وزن کمولو هڅونه ورکړل شوه. بريالي وزن کمولو د T2DM د پېښو ٪۶۳ کموالی رامنځته کړ او په ۱۲ کلن تعقيب کې يې د مړينې کچه د صحي کنټرول په څېر وه(۱۲،۱۳).

د چين د Da Qing له لورې د شکرې ناروغۍ د مخنيوي مطالعه (Diabetes Prevention Study (DPS په ۶ کلونو کې، په هغو ۵۷۷ بالغو وګړو کې ترسره شوه، چې د IGT لرونکي وو. دوی د ډايټ او/يا فزيکي فعاليت له مخې ووېشل شول. دغو اشخاصو ته د پرهېز، شحم او کاربوهايدرېټ د کموالي او فزيکي فعاليت پيلولو ټوليزې مشورې او د وزن کمولو فردي مشورې ورکړل شوې. په ګډه د رژيم، فزيکي فعاليت او د ژوند طرز مداخلې ټولې برياليې وې، چې په ۶ کلونو کې يې ٪۳۳-٪۴۷ د خطر کموالی رامنځته کړ او په ۲۰ کلونو او ۲۳ کلونو پرله پسې تعقيب کې يې ٪۴۳ او ٪۴۵ کموالی اټکل شو(۲۱،۲۲).

په جاپان کې DPS په ۴۵۸ نرينه‌و کې د IGT سره په ۴ کلونو کې ترسره شوه، چې په دې کې فردي مشورې ورکړل شوې، چې کم مشبوع او ټول شحم وخوري او لوړ کاربوهايدريت مصرف کړي، چې له امله يې د T2DM د پېښې خطر د پام وړ (٪۶۸) راکم شو(۱۶،۱۵) .

په UK کې IGT لرونکو نرينه‌و ته په تصادفي ډول د ټيټ شحم، لوړ مرکب کاربوهايدريت/فايبر او فزيکي فعاليت يا هيڅ ډول رژيم يا فزيکي فعاليت مشورې ورکړل شوې. خطر نه و ارزيابي شوی او په ۲ کلونو تعقيب کې د فاسټينګ ګلوکوز کې هيڅ مهم پرمختګ نه و موندل شوی(۱۷،۱۹). په نيوزيلينډ کې ورته يوه کوچنۍ، مګر بې کنټرول شوې مداخله هم ترسره شوه، چې هدف يې د سيراتيد او ټول شحم کمول او د کاربوهايدريت او خوراکي فايبر زياتول وو، چې په ۲ کلونو کې د بدن وزن وروسته له خواړو ګلوکوز او د فاسټينګ ليپيد ښه والی رامنځته کړ(۲۰).

۱ - د فنلنډ Diabetes Prevention Study (DPS)، د امریکا Diabetes Prevention Program (DPP) او د هند (DPP)

فنلنډي DPS یوه مهمه ۳ کلنه مداخلوي څېړنه وه، چې په ۵۲۲ تنو منځني عمر زیات وزن لرونکو بالغو وګړو کې، IGT سره ترسره شوه او تعقیب یې په ۷ او ۱۳ کلونو کې شوی و. هدف یې د بدن وزن ۵٪ کمول وو، چې له دې وروسته اوږدمهاله د وزن ساتل او د رژیم مداخله یې هم د ټیټ شحم او لوړ کاربوهایدریټ او فایبر لرلو او اضافه فزیکي فعالیت سره وه. په ۳، ۷ او ۱۳ کلونو تعقیب کې یې د خطر کموالی په ترتیب سره ۵۸٪، ۴۳٪ او ۳۲٪ راپور شو. د T2DM د خطر لوړ احتمال لرونکو وګړو پېژندلو لپاره، مشهور فنلندي د شکرې ناروغۍ خطر نمرې په دې آزموینه کې پراختیا موندله(۲۵). دا موندنې د امریکا DPP کې تکرار شوې، چې یوه ډېره لویه ۳ کلنه آزموینه وه او په ۳۲۳۴ د زیات وزن لرونکو بالغو وګړو کې، په IGT کې په تصادفي ډول د ژوند طرز بدلون (رژیم او فزیکي فعالیت) یا متفورمین ته وویشل شول(۲۸،۲۹).

څېړنه، کال/موده	نفوس	مداخله	د بدن وزن /BMI توپیر	د T2DM د خطر اغېز	د T2DM د خطر تعقیب
Malmö مطالعه سویډن ۶ کاله ۱۹۷۴-۱۹۹۲ (۳۰).	n = 415 عمر ۴۷-۴۹ کلني Healthy overweight ,IGT	D+PA، غیر تصادفي، ۵۵٪ کاربوهایدریټ (لوړ فایبر) ، ۱۰٪-۱۵٪ پروټین او ۳۰٪ شحم وو د عمومي مشورې په پرتله	د D+PA لپاره ۲.۰-۳.۳ کیلو ګرامه د وزن کمښت، ۰.۲-۲.۰ کیلو ګرامه د معیاري مشورې لپاره د وزن زیاتوالی	په ۶ کلونو کې د D+PA لپاره ۶۳٪ د خطر کموالی	۱۲ کلونو کې د D+PA لپاره د مړینې کموالی
Da Qing مطالعه چین ۶ کاله ۱۹۸۶-۱۹۹۲ (۳۶).	n = 577 ۴۷٪ ښځې، ۲۵ کلنې Healthy,overweight ,IGT	دکاربوهایدریټ ۵۵٪-۶۵ او ۱۰-۱۵ سلنه پروټین	د یوازې Diet لپاره ۰.۹ کیلو ګرامه وزن زیاتوالی، د PA لپاره یوازې ۰.۷ کیلو ګرامه زیاتوالی، د D+PA لپاره ۱.۸ کیلو ګرامه کمښت	د D لپاره یوازې ۳۳٪ د خطر کموالی، د PA لپاره یوازې ۴۷٪، د D+PA لپاره ۳۸٪	۲۰ کاله د ترکیبي ژوند طرز لپاره ۴۳٪ پېښو کموالی او د شکرې د دویم ډول ناروغۍ د پېښو کمښت ۴۵٪
Finnish DPS ۳ کاله ۱۹۹۳-۱۹۹۸(۳۷).	n = 522 ۶۷٪ ښځې، ۴۰-۶۴ کلنې	D+PA، لوړ فیبر، ۳۰٪ غوړ څخه استفاده، د عمومي مشورې په پرتله	د D+PA لپاره ۳.۵ کیلو ګرامه وزن کمښت	۵۸٪ د خطر کموالی	۷ کاله، ۴۳٪ د خطر کموالی

څېړنه، کال/موده	نفوس	مداخله	د بدن وزن /BMI توپیر	د T2DM د خطر اغېز	د T2DM د خطر تعقیب
US DPP ۳ کاله ۱۹۹۶-۲۰۰۱ (۳۵).	n = 3234 ۶۸٪ ښځې، ۲۵–۸۵ کلنې	D+PA، لږ تر لږه ۲۵٪ غوړ څخه استفاده، د ستندرد مشورې او Placebo په پرتله	د D+PA لپاره ۵.٦ کیلو ګرامه وزن کمښت	د D+PA لپاره ۵۸٪ د خطر کموالی	۱۰ کاله، د D+PA لپاره ۳۴٪ د خطر کموالی
Indian DPP، ۳کاله ۲۰۰۱-۲۰۰۵ (۳۴).	n = 531 ۲۱٪ ښځې، ۳۵–۵۵ کلنې	D+PA، ټیټ غوړ، ټیټ کاربوهایدریت، د DPA+MF په پرتله	د D+PA لپاره ۰.۸ کیلو ګرامه زیاتوالی	۲۸.۵٪ د خطر کموالی، په MF کې ۲٦،۴٪ او په D+PA+MF کې ۲۸،۲٪	N/A
SLIM نیدرلنډ ۳ کاله ۱۹۹۹-۲۰۰۵ (۳۱)	n = 147 ۴۹٪ ښځې، ۴۰ کلنې	D+PA ، ۵۰٪ کاربوهایدریت (لوړ فیبر)، ۳۰٪-۳۵٪ غوړ د صحي غذا په پرتله	د D+PA لپاره ۱.۰۸ کیلو ګرامه وزن کمښت په مقابل کې kg ۰،۱٦ د وزن اخیستل د صحي غذا ګروپ کې	د D+PA لپاره ۵۸٪ د خطر کموالی	N/A
Japanese DPP ۳ کاله ۱۹۹۹-۲۰۰٦ (۳۳)	n = 304 ۵۰٪ ښځې، ۳۰–٦۰ کلنې	D+PA، ۲۵٪ غوړ څخه استفاده، د الکولو محدودول د صحي ژوند طرز سموني په مقابل کې	د D+PA لپاره ۱.۸ کیلو ګرامه وزن کمښت	د D+PA لپاره ۵۱٪ د خطر کموالی، مګر د احصایې له مخې د حساب وړ نه‌دی	N/A
Zensharen جاپان ۳ کاله ۲۰۰۴-۲۰۰۹، (۳۲)	n = 641 ۲۸.۵٪ ښځې، ۳۰–٦۰ کلنې	D+PA، ۵۵٪–٦۰٪ لوړ فایبر کاربوهایدریت څخه استفاده د لږ فزیکي فعالیت په پرتله	د D+PA لپاره ۲.۵ کیلو ګرامه وزن کمښت او د لږ فزیکي فعالیت سره ۱،۵کیلو ګرام وزن کمښت	HR 0.56 (95% CI 0.36, 0.87) |	N/A

په پورتني جدول کې کارول شوي لنډیزونه دغه معناګانې لري: D, diet; DPP, diabetes prevention program; DPS, diabetes prevention study;

D+PA, diet plus physical activity; BMI; body mass index, IGT, impaired glucose tolerance; M, male; MF, metformin; N/A, not available;

PA, physical activity; SLIM, study on lifestyle intervention and impaired glucose tolerance, T2DM; type 2 diabetes milletus.

په هالنډ کې د ژوند طرز مداخله او د شکر ناروغۍ مخنیوي مطالعه (SLIM) (۱۸)SLIM یوه ۳ کلنه مداخله وه، چې په ۱۴۷ چاغو منځني عمر لرونکو افرادو کې د IGT سره ترسره شوه (۱۹)، د ټول او د مشبوع شوي غوړ کمولو او د فزیکي فعالیت زیاتولو باندې یې تمرکز وکړ او د وزن کمولو هدف یې ٪۵-٪۷ و. دې مداخلې ٪۵۸ د خطر کموالی رامنځته کړ(۲۰).

جاپاني DPP ۳۰۴ بالغ اشخاص په یوه څېړنه کې شامل کړل، چې د جدي ډول رژیم او فزیکي فعالیت مشورې او د وزن کمښت پکې شامل و او ٪۵۱ د خطر کموالي راپور یې ورکړ(۲۱).

Zensharen یوه لویه څېړنه وه چې ٦۴۱ جاپاني بالغو افرادو ته پکې د انفرادي رژیم او فزیکي فعالیت مشورې ورکړل شوې وې او ۳ کلن HR یې ۰.۵٦ راپور ورکړی دی. په پای کې دوه چینایي څېړنو، چې په ماندرین خپرې شوي دي، څرګندوي چې د ژوند طرز مداخله HR ته ۰.۳۰ او ۰.۷۵ کموالی راولي(۲۲).

دا څرګندېږي چې د ژوند طرز سمونه کولی شي د T2DM مخنیوي باندې د خطر لاندې ګروپونو لپاره څرګند اغېز ولري. په عمومي ډول د وزن کمښت، د وزن ساتل او د خطر کموالي تر منځ مثبته اړیکه لیدل کېږي. د دې ازموینو تر ټولو لویه د متحده ایالاتو DPP، د هر ۱ کیلو ګرامه وزن کمښت لپاره ٪١٦ د خطر کموالی وموند(۲۳) او نورو مطالعاتو د وزن ٪۵-٪۷ کمښت په چاغو وګړو کې د ۴۰-٪٦۰ خطر کمولو راپور ورکړ. په دې ټولو څېړنو کې، د رژیم ستراتېژۍ پر دې متمرکزه وه چې ټول او مشبوع شوي غوړ د لوړ فایبر، کم شکر کاربوهایډریټ رژیم سره بدل کړي(۲۴). د وزن کمولو لپاره د غذایي پروټین بدلول، د اوږد مهاله وزن ساتنه او د T2DM مخنیوی لاهم د څېړلو وړ موضوع پاتې شوې.

د ژوندانه طرز سمونه (Life Style Modification)

د ژوند طرز بدلون یا سمونه "Lifestyle Modification" هغه پروسه ده چې په کې یو شخص خپل ورځني عادتونه او طریقه په داسې ډول بدلوي، چې د ښه روغتیا او هوساینې لپاره ګټور وي. دا بدلونونه د بېلابېلو ناروغیو مخنیوي، کنټرول او د ژوند کیفیت لوړولو لپاره ترسره کېږي او یو صحتمند طرز خپلول د شکرې ناروغۍ مخنیوي، کنټرول او د دې له امله د رامنځته کېدونکو خطرونو کمولو کې ډېر ګټور دی. د ژوند طرز بدلون په لاندې برخو کې تر سره کېږي:

۱ - د مناسبو خوړو ټاکنه: د خوراکي عادتونو بدلول د ژوند طرز بدلون کې مهمه ونډه لري. د غیر صحي خوړو لکه پروسس شوي خواړه، زیاتو خوږو او غوړ لرونکو خوراکونو څخه ډډه کول او پر ځای یې د مېوو، سبزیجاتو،

پروټينو او ساملو غوړيو په خوړلو تمرکز کول، د بدن لپاره ګټور دي. د متوازن غذا غوره کول د وزن کنټرول او د ناروغيو مخنيوي کې مرسته کوي(۵،۷).

۲ - **منظم فزيکي فعاليت ترسره کول:** له پرله‌پسې او دوامداره ناستې څخه ډډه کول او منظم ورزش يا فزيکي فعاليتونه کول د بدن د روغتيا لپاره مهم دي. د هرې ورځې لپاره لږ تر لږه ۳۰ دقيقې فزيکي فعاليت لکه قدم وهل، منډه وهل، بايسکل ځغلول يا يوګا کول ګټور دي. دا تمرينونه د وينې دوران ښه کوي، وزن کنټرولوي او د زړه او رګونو ناروغيو او شکرې په مخنيوي کې مرسته کوي(۵،۶).

۳ - **ذهني او رواني روغتيا ته پاملرنه:** د ذهني فشار، خپګان او رواني ستونزو کمول د ژوند طرز سمونې يوه مهمه برخه ده. دYoga meditations تمرينونه او تنفسي تمرينونو ترسره کول، د شوقي فعاليتونو لټه کول او د مثبتو اړيکو پالنه د ذهني او رواني روغتيا په ښه کولو کې مرسته کوي. دا بدلونونه انسان ته ذهني آرامتيا او سکون ورکوي(۷).

۴ - **د خوب عادت سمونه:** د مناسب خوب نشتوالی د ګڼو ناروغيو سبب کېږي. د ژوند طرز سمون کې بايد د خوب وختونه منظم او مناسبه اندازه وي. د شپې له ۷ تر ۹ ساعتونو پورې خوب کول د بدن د ارامۍ او ځواکمنتيا لپاره کافي دی. همدارنګه، تر خوب وړاندې د ټکنالوژيکي وسايلو له کارونې څخه ډډه کول هم ګټور دي(۱۰،۱۱).

۵ – **د نشه‌يي توکو له کارونې څخه ځان ساتل:** د سګرټو څکل، د الکول څښل او نشه يي موادو استعمال د روغتيا لپاره خطرناک دي. د دې عادتونو پرېښودل او نورو صحتمندو بديلونو لټول د بدن په اوږدمهاله روغتيا ساتنه کې مرسته کوي. د دې بدلونونو په کولو سره انسان کولی شي له ګڼو ناروغيو څخه ځان وژغوري(۳).

٦ - **د وزن کنټرول:** د وزن کنټرول د ژوند طرز سمونې يوه مهمه برخه ده، ځکه چې زيات وزن د شکرې، زړه او رګونو او د نورو اوږدمهاله ناروغيو خطر زياتوي. د وزن ساتلو لپاره مناسب ورزش او روغتيايي خواړه ډېر ضروري دي(۲).

۷ - **د چاپېريال او فردي پاکوالي مراعتول:** د ځان او شاوخوا چاپېريال پاک ساتل د ناروغيو په مخنيوي کې مهم دي. د لاسونو مينځل، د خوراکي توکو پاک ساتل او د حفظ‌الصحې مقرراتو تعقيب د روغ ژوند برخه ده(۳،۷).

پایله اخیستنه

د شکرې ناروغۍ مخنيوي لپاره د ژوند طرز بدلون خورا مهم دی او باید د روغتيايي پالېسۍ په لومړيتوبونو کې وي. څېړنې ښيي چې د وزن کمول، د فزيکي فعاليت زياتول او سالم غذايي عادتونه د شکرې ناروغۍ پېښې په لويه کچه راکموي. د ژوند طرز بدلون نه يوازې د ناروغۍ مخه نيسي، بلکې د ناروغانو د ژوند کيفيت ښه کوي او په اوږدمهال کې د درملنې لګښتونه راکموي.

وړاندیزونه

۱. په هېواد کې د طبي پوهنځيو، انستيتيوټونو او نورو روغتيايي ادارو له خوا روغتيايي څېړنې ترسره کولو ته دې ځانګړې پاملرنه وشي.
۲. د غذا او د درملو کنټرولونکو ادارو له خوا د غير صحي خوړو، په ځانګړي ډول زياتو خوږو او غوړ لرونکو، کنټرول او کمونې ته دې پاملرنه زياته شي.
۳. د مربوطه ادارو او ټولو روغتيايي کارکوونکي له خوا د ژوند طرز سمونې او د شکرې ناروغۍ مخنيوي لارو چارو په اړه عامه پوهاوي بايد زيات شي.

اخځليکونه

1. Association AD. Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes care. 2014;37(Supplement_1):S14-S80 . Akhtar S, Nasir JA, Javed A, Saleem M, Sajjad S, Khan M, Wadood A, Saeed K. The prevalence of diabetes in Afghanistan: a systematic review and meta-analysis. BMC public health. 2021 Dec;21:1-8.
2. Akhtar S, Nasir JA, Javed A, Saleem M, Sajjad S, Khan M. The prevalence of type 2 diabetes in Afghanistan: a systematic review and meta-analysis.
3. Rooney MR, Fang M, Ogurtsova K, Ozkan B, Echouffo-Tcheugui JB, Boyko EJ, et al. Global prevalence of prediabetes. Diabetes Care. 2023;46(7):1388-94.
4. Idf I. Diabetes atlas. International Diabetes Federation. 2013.
5. Pan X-R, Yang W-Y, Li G-W, Liu J ,Prevention ND, Group CC. Prevalence of diabetes and its risk factors in China, 1994. Diabetes care. 1997;20(11):1664-9.
6. Tuso P. Prediabetes and lifestyle modification: time to prevent a preventable disease. The Permanente Journal. 2014;18(3):88.

7. Tuso P. Prediabetes and lifestyle modification: time to prevent a preventable disease. The Permanente Journal. 2014;18(3):88.
8. EDWARD J. WING and FRED J. SCHIFFMAN, (2024), Cecil essential of Medicine, Elsevier, Philadephia, Ch(68), Pp(667).
9. Proctor AS, Barth A, Holt-Lunstad J. A healthy lifestyle is a social lifestyle: The vital link between social connection and health outcomes. Lifestyle Medicine. 2023 Oct;4(4):e91.
10. Tabish SA. Lifestyle diseases: consequences, characteristics, causes and control. J Cardiol Curr Res. 2017 Jul 9;9(3):00326.
11. Serio F, De Donno A, Valacchi G. Lifestyle, Nutrition and Environmental Factors Influencing Health Benefits. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023 Mar 30;20(7):5323.
12. Akhtar S, Nasir JA, Javed A, Saleem M, Sajjad S, Khan M, Wadood A, Saeed K. The prevalence of diabetes in Afghanistan: a systematic review and meta-analysis. BMC public health. 2021 Dec;21:1-8.
13. Merabet N, Lucassen PJ, Crielaard L, Stronks K, Quax R, Sloot PM, la Fleur SE, Nicolaou M. How exposure to chronic stress contributes to the development of type 2 diabetes: A complexity science approach. Frontiers in Neuroendocrinology. 2022 Apr 1;65:100972.
14. Shan Z, Ma H, Xie M, Yan P, Guo Y, Bao W, Rong Y, Jackson CL, Hu FB, Liu L. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. Diabetes care. 2015 Mar 1;38(3):529-37.
15. Maddatu J anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Smoking and the risk of type 2 diabetes. Translational Research. 2017 Jun 1;184:101-7.
16. Huang J, Wang X, Zhang Y. Specific types of alcoholic beverage consumption and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of diabetes investigation. 2017 Jan;8(1):56-68.
17. Zaman R, Hankir A, Jemni M. Lifestyle factors and mental health. Psychiatria Danubina. 2019 Sep 4;31(suppl 3):217-20.
18. Pan X-R, Li G-w, Hu Y-H, Wang J-X, Yang W-Y, An Z-X, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: the Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes care. 1997;20(4):537-44.
19. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality and diabetes incidence after lifestyle intervention for people

with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. The lancet Diabetes & endocrinology. 2014;2(6):474-80.
20. Keen H, Jarrett R, McCartney P. The ten-year follow-up of the Bedford survey (1962–1972): glucose tolerance and diabetes. Diabetologia. 1982;22:73-8.
21. Keen H, Jarrett R, Ward J, Fuller J. Borderline diabetics and their response to tolbutamide. Vascular and Neurological Changes in Early Diabetes: Elsevier; 1973. p. 521-31.
22. Bourn DM, Mann JI, McSkimming BJ, Waldron MA, Wishart JD. Impaired glucose tolerance and NIDDM: does a lifestyle intervention program have an effect? Diabetes care. 1994;17(11):1311-9.
23. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. The Lancet. 2006;368(9548):1673-9.
24. Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetes care. 2008;31(5):857-62.
25. Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. Diabetes care. 2003;26(12):3230-6.
26. Group DPPR. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. The Lancet. 2009;374(9702):1677-86.
27. Liu AY, Silvestre MP, Poppitt SD. Prevention of type 2 diabetes through lifestyle modification: is there a role for higher-protein diets? Advances in nutrition. 2015;6(6):665-73.
28. Narverud I, Myhrstad MC, Herzig K-H, Karhu T, Dahl TB, Halvorsen B, et al. Lack of effects of a single high-fat meal enriched with vegetable n-3 or a combination of vegetable and marine n-3 fatty acids on intestinal peptide release and Adipokines in healthy female subjects. Frontiers in Nutrition. 2016;3:38.
29. Association AD. Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes care. 2014;37(Supplement_1):S14-S80.

30. Eriksson K-F, Lindgärde F. Prevention of Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise The 6-year Malmö feasibility study. Diabetologia. 1991;34:891-8.

31. Roumen C, Feskens EJ, Corpeleijn E, Mensink M, Saris WH, Blaak EE. Predictors of lifestyle intervention outcome and dropout: the SLIM study. European journal of clinical nutrition. 2011;65(10):1141-7.

32. Sakane N, Sato J, Tsushita K, Tsujii S, Kotani K, Tominaga M, Kawazu S, Sato Y, Usui T, Kamae I, Yoshida T. Effect of baseline HbA1c level on the development of diabetes by lifestyle intervention in primary healthcare settings: insights from subanalysis of the Japan Diabetes Prevention Program. BMJ Open Diabetes Research and Care. 2014 Apr 1;2(1):e000003.

33. Saito T, Watanabe M, Nishida J, Izumi T, Omura M, Takagi T, Fukunaga R, Bandai Y, Tajima N, Nakamura Y, Ito M. Lifestyle modification and prevention of type 2 diabetes in overweight Japanese with impaired fasting glucose levels: a randomized controlled trial. Archives of internal medicine. 2011 Aug 8;171(15):1352-60

34. Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V, Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). Diabetologia. 2006 Feb;49:289-97.

35. Hall DL, Lattie EG, McCalla JR, Saab PG. Translation of the diabetes prevention program to ethnic communities in the United States. Journal of Immigrant and Minority Health. 2016 Apr;18:479-89.

36. Gong Q, Zhang P, Wang J, Ma J, An Y, Chen Y, Zhang B, Feng X, Li H, Chen X, Cheng YJ. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. The lancet Diabetes & endocrinology. 2019 Jun 1;7(6):452-61.

37. Uusitupa M, Louheranta A, Lindström J, Valle T, Sundvall J, Eriksson J, Tuomilehto J. The Finnish diabetes prevention study. British Journal of Nutrition. 2000 Jun;83(S1):S137-42.

Life Style Modification in Preventing Type II Diabetes

Specialist Dr. Amirullah Khadi[1], Teaching Assistant Miraj Mohammad Khalid[2], Senior Teaching Assistant Abdullah Jan Shinwari[3]

[1]Internal Diseases Ward, Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

[2,3]Faculty of Medicine, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: smch@spingharuniversity.edu.af

Received: 17-Nov-2024 Accepted: 11-Dec-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) and prediabetic status have been rapidly increasing in recent years. In 2023, nearly 8% of adults were affected by this disease. In Afghanistan, the prevalence of type 2 diabetes has reached approximately 12.13%. Lifestyle modifications, including weight control, dietary improvement and regular physical activity, are crucial for the prevention of type 2 diabetes. This review collects and organizes data from studies on the role of lifestyle modifications in the prevention of type 2 diabetes and prediabetic status. The role of lifestyle modifications has been found to be significant and beneficial according to research from three major studies: The Diabetes Prevention Program in the United States, the Finnish Diabetes Prevention Study and the Da Qing Study in China, as well as nearly all other research studies. Lifestyle changes, which on average result in a body weight reduction of 5.6 kg, reduce the incidence of type 2 diabetes by 58%. Additionally, at least 150 minutes of physical activity per week is considered essential for the prevention of diabetes. With dietary improvements and regular monitoring, patients can transition from a prediabetic.

Keywords: Life Style Modificaction, Physical Exercise, Prediabetes, Type-II DM

د هیپټایټیس‌بي په مخنیوي او کنټرول کې د واکسین اغیزې

متخصص دوکتور عبدالقادر دردمند[۱]

[۱]عمومي داخله ناروغیو څانګه، سپین‌غرمومند معالجوي او تدریسي روغتون، سپین‌غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال بریښنالیک: abdulqaderdardmand@yahoo.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۳ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

هیپټایټیس یوه سیستمیکه التهابي ناروغي ده چې د ځیګر د التهاب سبب کېږي. نوموړی التهاب د ویروسونو څخه غیر د نورو عواملو له کبله هم منځته راځي، لکه د ځینو درملو او یا هم د الکولو دوامداره کارونه. هیپټایټس بي د ځیګر د هغو ویروسونو له ډلې څخه دی، چې د ځیګر د مزمنو ناروغیو سبب کېږي او تراوسه هم د نړۍ میلیونونه انسانان په دې ناروغۍ باندې اخته دي او هر کال په نړۍ کې په لکونو انسانان ددغې ناروغۍ له کبله مري. هیپټایټیس‌بي یو ډبل ستنډرډ Deoxyribonuclic Acic (DNA) ویروس دی، چې د هیپډانا ویروس د فامیل سره تړاو لري او ۴۲ نانو متره قطر لري چې په خپل ترکیب کې ځیني سطحي او مرکزي انټي‌جنونه لري، لکه Hemoglobin e او Hemoglobin c یا په لنډ ډول HBe او HBc مرکزي انټي‌جنونه او سطحي انټي‌جن یې د Hepatitis B Surface Antigen (HBs) انټي‌جن دی، چې د ویروس په سطحي برخه کې قرار لري. د نوموړي ویروس د لېږد عامې لارې د منتنو میندو څخه ماشوم ته، جنسی تماس، د منتنو ستنو کارونه او د بدن د مایعاتو سره تماس، لکه د خولې لاړې یا د نرینه او ښځینه‌و د تناسلي اعضاو افرازات. د نوموړې ناروغۍ د مخنیوي لپاره ځیني لارې چارې شته، چې د هغې له ډلې څخه یو هم د هیپټایټیس‌بي واکسین دي، چې په نړۍ کې په بیلیونونو دوزونو کارول کېږي. نوموړي واکسین نویو زیږېدلو ماشومانو او هغو اشخاصو ته چې په لوړ خطر کې قرارلري، لکه د ډیالیزیس ناروغان او یا د هیپټایټیس‌بي ناروغانو سره جنسي تماس لرونکو اشخاصو، ته باید تطبیق شي. ددې مروري مقالې لیکنې موخه د Hepatitis B په اړه د نویو معلوماتو راټولول، تحلیلول، ترتیب او بیا کتنه ده.

کلیدي کلمې: د مخنیوي لارې چارې، واکسین، هیپټایټیس، هیپټایټس بي

پېژندنه

هیپټایټیس د ځیګر د التهاب په معنی دی، د ځینو عواملو له کبله منځته راځي چې یو هم د ځیګر ویروسونه دي(۱). د ځیګر اکثره ویروسونه RNA ویروسونه دي، مګر یوازې هیپټایټیس‌بي د DNA ویروس دی(۲). د ځیګر ویروسونه په عام ډول سره دا دي: هیپټایټیس ای، هیپټایټیس‌بي، هیپټایټیس سی، هیپټایټیس ډي او هیپټایټیس E. د هیپټایټیس‌بي ویروس له A څخه نیولي تر j پورې لس جینوټیپونه لري(۳).

د هیپټایټیس‌بي ویروس یو سرطان رامنځته کوونکې ډي این ای ویروس دی، چې د Hepdana Virus د فامیل سره تړاو لري(۴). نوموړي ویروس په نړۍ کې تراوسه د ټولنې د اشخاصو د روغتیا لپاره یوه لویه ستونزه جوړه کړې ده او نږدې ۲۵۷ میلیونه انسانان په نوموړې ناروغۍ باندې اخته دي، چې دغه سلنه د نړۍ د ټول نفوس نږدې ۳،۵ سلنه کېږي(۵).

د هیپټایټیس‌بي ویروس د نړۍ په مختلفو برخو کې شته، چې له دې ډلې څخه د چین هېواد هم د هیپټایټیس‌بي لپاره یوه اینډمیکه ساحه پېژندل شوې ده(٦). په چین کې د څو لسیزو واکسین له تطبیق نه وروسته د هیپټایټیس‌بي پېښې په ماشومانو کې په کتلوی ډول سره راکمې شوي دي، خو بیا هم داسې ډېر کاهل اشخاص شته، چې واکسین شوي نه‌دي. له دې پرته، د چین په واګ سیمه کې ۷۱۱۹ تنو کې د مزمن هیپټایټیس بي تازه پېښې پېژندل شوي دي، چې د زیاترو اشخاصو عمرونه د ۳۰ او ۵۰ کلونو تر منځ وو. د ناروغۍ په له‌منځه وړلو کې ځیني عوامل مهمه ونډه لري، لکه په هیپټایټیس‌بي اخته اشخاصو د بدن د افرازاتو لکه لاړو، وینې او جنسي تماس څخه ځان ساتنه او یا هم خوندي تماس. د هیپټایټیس‌بي واکسین د ناروغۍ په کنټرول او مخنیوي کې خورا مهم رول لري. هغه ماشومان چې میندې یې په هیپټایټیس‌بي اخته وي، د ناروغۍ په مخنیوي کې یې د واکسینو ارزښت ډېر زیات دی(٦). د هیپټایټیس‌بي واکسین ته د لومړي ځل لپاره په ۱۹۸۲ز کال کې د فرانسې او متحده ایالتونو له لورې د دوو واکسینونو جواز ورکړل شو(٦).د روغتیا نړۍ‌وال سازمان په اوس وخت کې د هیپټایټیس‌بي واکسین په روټین واکسینونو کې شامل کړې او زیاتره هېوادونو کې د نورو واکسینونو لکه انفلوینزا، ډیپتریا او پولیو واکسینونو سره یوځای ورکول کېږي(۷). ددې مروري مقالې د لیکنې موخه د هیپټایټیس‌بي په اړه د نویو معلوماتو راټولول، تحلیلول، ترتیب او بیا کتنه ده، ترڅو په اړه یې د لوستونکو د پوهاوي کچه لوړه او په ټولنه کې یې د پېښو اومړینو کچه راکمه شي.

د هیپټایټیس پېژندنه

هیپټایټیس کلیمه له دوو برخو څخه جوړه شوې ده، چې هیپا د ځیګر او ټایټیس پړسوب یا التهاب ته ویل کېږي.دغه ناروغي ځیني وخت کوم اعراض نه ورکوي او ځیني وخت ناروغانو ته د سترګو او بدن ژېړوالی، د اشتها خرابوالی، کانګې، د ګیډې دردونه او اسهالات پیداکېږي(۹). د ځیګر په ویروسونو کې Hepatitis D,Hepatitis C,Hepatitis B,Hepatitis A D,Hepatitis E شامل دي. له‌دې څخه پرته نور ویروسونه هم شته، چې د ځیګر د التهاب لامل کېږي، لکه سایټومیګالا ویروس، ایبستین بار ویروس، یلو فیور ویروس او داسې نور. همدارنګه ځیني نور لاملونه لکه الکول، ځیني درمل او ټوکسین هم د ځیګر د پړسوب سبب کېږي(۷).

هیپټایټیس بي

د هیپټایټیس انتان تراوسه د نړۍ په کچه د انسانانو د ژوند لپاره یوه لویه ستونزه جوړه کړې ده، چې په نړۍ کې ۲۴۸ ملیونه وګړي د دغې ناروغۍ په ځنډني ډول باندې اخته دي او هرکال نږدې ۶۸۶۰۰۰ تنه ورځخه مري. نوموړې مړینه د ځنډني هیپټایټیس‌بي د اختلاطاتو، لکه د ځیګر د دندې ضیاع او د ځیګر کارسینوما، له کبله منځته راځي(۸،۳). په هغو هېوادونو کې چې اقتصادي حالت یې کمزوری دی او یا هم ځیني داسې هېوادونه چې اقتصادي حالت یې په منځني ډول ښه دی، د نوموړی ناروغۍ پېښې په‌کې ډېرې وي(۸). زیاتره خلک چې تازه یا لومړي ځل لپاره په Hepatitis B باندې اخته شي، تر کلونو پورې کوم اعراض نه ورکوي، خو ځیني خلک چې لومړي ځل لپاره هم په Hepatitis B باندې اخته شي، د Acute Hepatitis B په څېر اعراض ورکوي(۹). د هیپټایټیس په ناروغانو کې ځیني اعراض لکه د بدن ډېر زیات کسالت، د ګېډې درد ،زړه بدوالی او زیړی رامنځته کېږي. زیاتو علمي څېړنو ثابته کړېده، چې د Hepatitis B ویروس په مستقیم ډول د حجراتو د تخریب لامل نه کېږي، بلکې د ځیګر تخریب د ویروس د پروټین له کبله Hepatocyte حجرات په افت اخته کوي او له همدې کبله د حجراتو غبرګون منځته راځي او په پایله کې د ځیګر د تخریب سبب کېږي(۴،۲). زیاتره اشخاصو کې Hepatitis B یوه مختصره او د کم وخت ناروغي ده، چې د Acute Hepatitis B اعراض او علایم له یوې میاشتې څخه نیولي تر درې میاشتو پورې ښه کېږي. په کاهلانو کې Fulminant liver failure تقریباً له ۰،۵٪ څخه نیولي تر ۱،۰٪ پورې پېښې منځته راځي(۲). د نوموړي انتان لپاره طبیعي کوربه انسان دی. نوموړی انتان له مختلفو لارو څخه انتقالیږي چې په لاندې ډول دي:

د هیپټایټیس‌بي دانتقال لارې

د بدن د مختلفو برخو د ملوثو مایعاتو او وینې سره د تماس له لارې، یعنې که چېرې د بدن ذکر شوې منتنه مایع د بدن د مخاطي غشاګانو سره په تماس شي.

- د شریکو ستنو یا پیچکاریو کارونه
- جنسي تماس

داروپا د ناروغیو د کنټرول او وقایې له مرکزونو څخه چې کوم معلومات لاسته راغلي، په هغې کې د نوموړي ویروس د لېږد مهمه او اساسی لاره جنسي تماس ښودل شوی دی.

- له اخته شوې مور څخه ماشوم ته
- د کورنۍ اړیکو له لارې د شخصي توکو ګډه کارونه، لکه د غاښونو برس او د نوکانو پرې کولو اله.
- د غاښونو د تداوۍ پرمهال دداسې طبي وسایلو کارونه چې تعقیم شوي نه وي.
- د دندې له لارې د ناروغۍ لېږد: په وظیفوي ډول سره په هغو اشخاصو کې چې روغتیایي کارکوونکي یا هم د طب محصلین دي او د هغو اشخاصو سره ډېر په تماس کې وي، چې په مزمن هیپټایټیس‌بي باندې اخته وي.
- همجنس‌بازانو کې چې په انتان باندې مصاب وي.
- هغه ناروغان چې هیموډیالیزیس ورته ترسره کېږي.
- د رګ له لارې څخه درمل اخیستونکي اشخاص.
- ځیني خلک چې داسې سیمو ته سفر کوي چې هلته د هیپټایټیس‌بي پېښې ډېرې وي(۸).

د هیپټایټیس بي عامل

هیپټایټیس‌بي ویروس یو Oncogenic DNA virus یا سرطان رامنځته کوونکی DNA ویروس دی، چې د Hepadnavirus په فامیل پورې اړه لري. د نوموړي ویروس کشف یوه علمي او ستره لاسته راوړنه ده. نوموړی ویروس په ۱۹۶۵ز کال کې د DR Blumberg له لورې کشف شو، چې نوموړي د همدغې لاسته راوړنې پر بنسټ په ۱۹۷۶ز کال کې د نوبل جایزه وګټله(۹). د هیپټایټیس‌بي ویروس مرکزي هسته له نیوکلیوکپسید څخه جوړه شوېده چې د بهر له طرفه د یو پوښ په‌واسطه، چې Envelope هم ورته ویل کېږي او له لیپوپروټینو څخه جوړ شوی دی، احاطه شوېده(۸).

نوموړی ویروس درې اصلي جوړښتي انتي‌جنونه لري، چې سطحي انتي‌جن يې (HBsAg) او مرکزی انتي‌جنونه يې HBc انتی‌جن او HBe انتي‌جن دي(۹). د هیپټایټیس‌بي په جوړښت کې بېلابېل انتي‌جنونه او انتی‌باډی،

لکه هيپټايټيس‌بي انټي‌جن، شته.HBe انټي‌جن، انټي هيپټايټيس‌بي انټي‌باډي , HBe مرکزي انټي‌جن، HBC انټي‌جن، او Hepatitis b virus DNA (۱۰،۱۱،۱۲،۱۳).

د هيپټايټيس‌بي تکثر او د کوربه د معافيت غبرګون د هيپټايټيس‌بي پر وړاندې په لاندې څلورو پړاوونو باندې وېشل کېږي

لومړی: معافيت زغمونکی پړاو

په دغې پړاو کې دبدن معافيتي سېستم د ويروس پر وړاندې کوم ښکاره دفاعي غبرګون نه ښکاره کوي. دا پړاو زياتره په ماشومانو يا ځوانانوکې ليدل کېږي، چې ويروس له مور څخه ورته لېږدول شوی وي. په ځانګړي ډول په نويو زېږېدلو ماشومانو کې، په دغې حالت کې، په ناروغ کې هيپټايټيس‌بي ويروس موجود وي، خو ځيګر ته يې کوم زيان نه وي رسولی(۱۳).

دويم: د معافيت د غبرګون پړاو

په دې پړاو کې معافيتي سېستم د هيپټايټيس‌بي ويروس پر وړاندې فعالېږي او په ويروس بريد کوي. دا پړاو زياتره د ناروغۍ د پرمختګ په معنی دی. په دغې پړاو کې معافيتي سېستم فعالېږي او د معافيتي غبرګون په ترڅ کې ځيګر ته زيان رسېږي، ځکه معافيتي حجرې د ويروس له منځه وړلو هڅه کوي، خو د ځيګر حجرې هم متاثره کوي او د التهاب شواهد په لابراتوار او کلينيک کې ليدل کېږي. په دغې پړاو کې کېدای شي ځيګر په جدي ناروغيو، لکه سرطان او د ځيګر سيروزيس، باندې اخته شي(۱۳).

درېيم: د غير فعاله کېدلو پړاو

په دغه پړاو کې د ويروس فعاليت ډېر کم شوی وي او د ناروغ ځيګر ته لږ او يا هيڅ زيان نه وي رسېدلی.

څلورم: د بيا فعالېدو پړاو

د هيپټايټيس‌بي د مخنيوي بېلابېلې لارې چارې دي، چې يو له هغې ډلې څخه، چې ډېره اغېزناکه تمامېږي، د هيپټايټيس‌بي پر وړاندې واکسين دي، چې په لاندې ډول ورڅخه يادونه کوو:

د هيپټايټيس‌بي پر وړاندې معافيت

د هيپټايټيس‌بي پر وړاندې معافيت په درې ډوله دی:

۱. فعال معافيت
۲. غيرفعال معافيت
۳. فعال او غيرفعال مشترک معافيت

لومړی: فعال معافيت

فعال معافيت يو دوامداره معافيت دی چې تر ډېره وخته پورې معافيت منځته راوړي او دغې ډول معافيت ته ځکه اړتيا ډېره ده، چې په اينډيميکو ساحو کې زياتره د هيپټايټيس لېږد له مور څخه ماشوم ته ترسره کېږي. دغه ډول لېږدېدنه تر زېږون مخکې د ځنډني انتان د لېږد لوړه سلنه تشکيلوي، چې د لېږد نږدې ۹۰ سلنه لاره ګڼل کېږي. له‌دې څخه پرته د وقايې نورې لارې چارې هم شته، لکه له منتنو ستنو څخه ځان ساتل، د منتن شخص له وينې او د بدن له افرازاتو څخه ځان ساتل، اخته شخص سره له جنسي نږدېوالي څخه ځان ساتل او په مشترک ډول د خالونو له وهلو څخه ځان ساتل(۱۳).

دويم: غير فعال معافيت

په غير فعال معافيت کې لږ وخت وروسته په لنډمهالي (مؤقت) ډول معافيت منځته راځي. ددې ډول معافيت لپاره هيومن ايمونوګلوبولين ورکول کېږي، چې په بېړني ډول معافيت منځته راوړي او له مور څخه ماشوم ته د انتان د مخنيوي لامل کېږي. هيومن ايمونوګلوبولين د ماشوم تر زېږون يو ساعت وروسته ورکول کېږي. نوموړی هيومن ايمونوګلوبولين هغه نويو زېږېدلو ته ورکول کېږي، چې مور يې په HBS او HBe انتي‌جن اخته وي. نوموړې ميندې د HBS لپاره لېږدونکې وي. د HBIG لومړنی دوز د پيدايښت پرمهال ورکول کېږي، دويم دوز له لومړي هغې څخه درې مياشتې او درېيم دوز شپږ مياشتې وروسته ورکول کېږي. په لومړي دوز سره د وقايې اندازه ۴۲سلنه ښودل شوېده او په هغو اشخاصو کې چې دويم او درېيم دوز يې اخيستی وي، د وقايې اندازه ۷۱ سلنه ښودل شوېده(۱۵).

درېيم: فعال او غير فعال مشترک معافيت

په دغه ډول معافيت کې دهيپټايټيس‌بي واکسين او ايمونوګلوبولين يوځای هغو ماشومانو ته ورکول کېږي، چې ميندې يې د اميندوارۍ پرمهال په HBS اخته شوې وي. نوي زېږېدلي ماشوم ته لومړی هيومن ايمونوګلوبولين ورکول کېږي او د هغه په تعقيب سره ورته درې دوزه واکسين ورکول کېږي، چې همدې ډول معافيت ته مشترک معافيت ويل کېږي. ددغې ډول معافيت اغېزې ډېرې ښې دي، يعنې که چېرې يوازې واکسين واخلي، نو د معافيت د منځته راوړلو کچه به يې ۷۵ سلنه وي او که چېرې يوازې هيومن ايمونوګلوبولين ورکړل شي، نو اغېزه به يې ۷۱ سلنه وي. همداراز که چېرې په مشترک ډول واکسين او ايمونوګلوبولين دواړه واخلي، نو د معافيت کچه ۹۵ سلنې ته رسېږي. په نړۍ‌واله کچه د روغتيا نړۍ‌وال سازمان يا World Health Organization (WHO) د هيپټايټيس‌بي له‌منځه وړلو لپاره لاندې تګلاره جوړه او پلي کړه. WHO په ۲۰۰۹ز کال کې د HBS واکسين ټولو

هغو نویو زېږېدلو ماشومانو ته توصیه کړل، چې نوي پیدا شوي وو. WHO دا خبره ذکر کړه چې له مور څخه ماشوم پیدا شي، زر تر زره باید واکسین شي او د واکسین د تطبیق ښه وخت یې تر زېږون وروسته لومړني ۲۴ ساعتونه دي، چې له لومړي دوز څخه وروسته درې پرلپسې دوزونه باید ورکول شي. د ۲۰۱۱ز کال جولای په میاشت کې WHO په یوه اسمبلۍ کې څرګنده کړه، چې ۹۳ ایالاتي اعضاوو په‌کې ګډون کړی و. په دغې اسمبلۍ کې دا خبره ومنل شوه، چې هغه خلک چې په خطر کې قرار لري باید واکسین شي، چې له نومړو اشخاصو څخه په لاندې ډول یادونه شوېده(۱۳):

- هغه اشخاص چې همېشه وینې او د وینې اجزاوو ته اړتیا لري.
- ډیالایزیس ناروغانو ته.
- هغه اشخاص چې د بدن غړي ورته پیوند کېږي.
- بندیان.
- هغه وګړي چې د ورید له لارې درمل کاروي.
- هغو اشخاصو سره جنسي تماس چې په مزمن هیپټایټیس باندې اخته وي.
- هغه اشخاص چې مشترک او ډېر جنسي تماس لرونکي وي.
- ټول روغتیایي کارکوونکي.
- ټول هغه اشخاص چې د وینې او د وینې ملحقاتو سره کار او تماس لري.

په عمومي ډول په نویو زېږېدلو ماشومانو کې د واکسین اغېزې د هغو اشخاصو په پرتله، چې د خطر په ګروپ کې قرار لري، ډېرې دي(۱۳).

د هیپټایټیس‌بي واکسین

په ۱۹۸۲ز کال کې له فرانسې او متحده ایالتونو څخه د هیپټایټیس‌بي د دوو واکسینونو جواز ورکړل شو. دا د فرعي برخې واکسینونه وو، چې ۲۲ نانومتره HBsAg ذرات یې درلودل. نوموړي واکسین له هغو کسانو څخه ترلاسه شوي وو چې د HBS انټي‌جن اوږدمهاله لېږدونکي وو. له ۱۹۸۲ز کال راهیسې د HBS واکسین شتون درلود او په نړۍ کې د ایچ بی ایس واکسین په بیلیونونو دوزونه بغیر د HIGB څخه کارول شوي دي. په فعال معافیت کې درې یا هم څلور دوزه واکسین هغو نویو زېږېدلو ماشومانو ته ورکول کېږي، چې د هغوی میندې لېږدونکې نه‌وې یا هم په ایچ بي ایس باندې اخته شوې نه‌وې. د لومړي ځل لپاره چې کوم واکسین جوړ شوي وو، د Heptovax B او Hevac B په نوم سره جوړ شوي وو. په هغه وخت کې، د معافیت په موخه، واکسین یوازې هغو اشخاصو ته توصیه

کېدل چې دخطر سره مخامخ وو، البته دا د همغې وخت تګلاره وه، خو زیاتره د خطر سره مخامخ اشخاصو ته به د ایچ بي ایس واکسین په وخت سره نه رسېدل او د واکسین او معافیت لاسته راوړلو څخه مخکې به شخص منتن شوی و(۱۵).

د هیپټایټیس‌بي د واکسین جوړښت

واکسین د هیپټایټیس بي سطحي انتي‌جن لري، چې د ویروس د بهرنۍ برخې بې ضرره پروټین دی. دغه انتي‌جن په خپل جوړښت کې ژوندی ویروس نه لري، نو ناروغي نه‌شي پیداکولی.

د عمل میکانیزم

د معافیت فعالول: کله چې واکسین ورکړل شي، Hbs Ag د معافیتي سېستم لخوا د پردي جسم په توګه پېژندل کېږي.

د انتي‌باډي تولید: د معافیت سېستم HBS انتي‌جن پر وړاندې ځانګړې انتي‌باډي جوړوي.

د یادښت حجرو جوړښت: د معافیت یادښت حجرې هم جوړېږي، چې ویروس پېژني او د بدن سره د مبارزې لپاره چمتو وي.

دهیپټایټیس‌بي ویروس پر وړاندې ځان ساتنه

که یو واکسین شوی شخص، د واکسین له تطبیق څخه وروسته، د ویروس سره مخ شي، نو معافیت سېستم یې ژر تر ژره ویروس تشخیصوي، موجوده انتي‌باډي ویروس بې اغېزې کوي، د یادښت حجرې فعالېږي او د ناروغۍ مخنیوی کوي.

د هیپټایټیس‌بي واکسین استطبابات

۱. هغه اشخاص چې هغوی دوامداره او فعاله جنسي اړیکه ولري.
۲. هغه اشخاص چې له جنسي تماس څخه لېږدونکو ناروغیو درملنې او ارزیابۍ ته اړتیا لري.
۳. هغه اشخاص چې په دوامدار ډول او یا یې تازه نشه لرونکي درمل اخیستي وي.
۴. د نرینه‌و ترمنځ جنسي اړیکې.
۵. د روغتونونو خدماتی پرسونل چې د وینې او یا د بدن د منتنو مایعاتو سره په تماس کې وي.
۶. د پښتورګو هغه ناروغان چې پښتورګو دنده یې په اخري حالت کې وي او د ډیالایزیس تر تداوۍ لاندې وي.
۷. هغه وګړي چې د HIV انتان ولري.

۸. هغه اشخاص چې د ځيګر په مزمنو ناروغيو باندې اخته وي، لکه Chronic HCV، سيروزيس، Fatty Liver او يا د الکولو پورې تړلې د ځيګر ناروغۍ.

۹. هغه اشخاص چې د هيپټايټيس‌بي کورنۍ تاريخچې ولري يا هم هغوی چې د هيپټايټيس‌بي ناروغ سره جنسي تماس ولري.

۱۰. هغه اشخاص چې د هيپټايټيس‌بي اينډميکو ساحو ته سفر کوي.

۱۱. هغه اشخاص چې عمرونه يې ٦٠ کاله يا تردې زيات وي، که د خطر د اشخاصو په ګروپ کې شامل نه وي، بيا هم بايد واکسين شي.

۱۲. هغه اشخاص چې عمرونه يې ٦٠ يا تر ٦٠ کلنۍ زيات وي، مګر شکرې ناروغي ولري، بايد واکسين شي.

د هيپټايټيس A او هيپټايټيس B د يوځای واکسين کولو استطباب

ځينو ناروغانو ته د هيپټايټيس A او هيپټايټيس B واکسين په يوځای ورکول کېږي. هغه ناروغان چې د هيپټايټيس A واکسين لپاره استطباب ولري او يا هم د هيپټايټيس B لپاره استطباب ولري، خو عمر يې له ۱۸ کالونو څخه زيات وي، معمولاً دواړه ډوله واکسين ورته تطبيقېږي.

د هيپټايټيس‌بي واکسين مضاد استطباب

د هيپټايټيس‌بي واکسين مطلق مضاد استطباب ډېرکم دی؛ يوازې هغه وخت چې يو ناروغ د هيپټايټيس‌بي واکسين سره حساسيت ولري، نو نومړې واکسين ورته نه ورکول کېږي، له دې پرته دغه واکسين په هر وخت کې ورکول کېږي. د يادونې وړ ده چې په لاندې حالتونو کې بايد واکسين په احتياط سره تطبيق شي:

الف. که چېرې يو شخص په شديده ناروغۍ باندې اخته وي، لکه شديده تبه ولري، په دې وخت کې بايد انتظار وشي چې ناروغي ښه شي.

ب. هغه خلک چې عمر يې له ۱۹ کلنۍ څخه تر ۵۹ کلنۍ پورې وي او مخکې واکسين شوي نه وي، دغو اشخاصو ته دې ۲ ، ۳ يا ۴ دوزه واکسين ورکړل شي.

پاتې دې نه وي چې هيپټايټيس واکسين په Engerix B, pre Hevbrio or Recombivax, Heplisav -B and preHevbrio نومونو سره يادېږي(١٦).

په لاندې جدول کې د هیپټایټیس‌بي واکسینونو دوزونه ښودل شوي دي:

TARGET GROUP	NO. OF DOSES	DOSE	SCHEDULE, MONTHS
Recombivax-HB (Merck)[a]			
Infants, children (<1–10 years)	3	5 µg (0.5 mL)	0, 1–2, 4–6
Adolescents (11–19 years)	3 or 4	5 µg (0.5 mL)	0–2, 1–4, 4–6 *or* 0, 12, 24 *or* 0, 1, 2, 12
	or		
Adults (≥20 years)	2	10 µg (1 mL)	0, 4–6 (age 11–15)
Hemodialysis patients[b]	3	10 µg (1 mL)	0–2, 1–4, 4–6
<20 years	3	5 µg (0.5 mL)	0, 1, 6
≥20 years	3	40 µg (4 mL)	0, 1, 6
Engerix-B (GlaxoSmithKline)[c]			
Infants, children (<1–10 years)	3 or 4	10 µg (0.5 mL)	0, 1–2, 4–6 *or* 0, 1, 2, 12
Adolescents (10–19 years)	3 or 4	10 µg (0.5 mL)	0, 1–2, 4–6 *or* 0, 12, 24 *or* 0, 1, 2, 12
Adults (≥20 years)	3 or 4	20 µg (1 mL)	0–2, 1–4, 4–6 or 0, 1, 2, 12
Hemodialysis patients[b]			
<20 years	4	10 µg (0.5 mL)	0, 1, 2, 6
≥20 years	4	40 µg (2 mL)	0, 1, 2, 6
Heplisav-B (Dynavax)[d]			
Adults (≥18 years)	2	20 µg (0.5 mL)	0, 1

لومړی جدول: په ناروغۍ له اخته کېدلو څخه مخکې وقایوي تدابیر

په ناروغۍ له اخته کېدلو څخه مخکې وقایوي تدابیر

هغه وګړي چې د هیپټایټیس‌بي ویروس د مواجه کېدلو څخه وروسته مطالعه شوي دي، هغه ماشومان دي چې میندو یې د امیندوارۍ پر مهال HBS انټي‌جن او HBe Ag مثبت حالتونه درلودل. له HBV څخه تر فعال انټي-HBs تولید پورې، چې د هیپاټایټس‌بي واکسین له لارې تولیدېږي، یو څه وخت نیسي چې انټي‌باډي منځته راشي، نو ددې لپاره باید د ویروس ضد ایمونوګلوبولین (HBIG)، هر څومره ژر چې امکان ولري، نوي زېږېدلي ماشوم ته ورکړل شي او باید له ۲۴ ساعتونو څخه ناوخته نه شي. په دغو اشخاصو کې د ځنډني هیپاټایټس‌بي ویروس له ناروغۍ څخه د خوندیتوب اغېزمنتیا له ۹۰سلنه څخه زیاته ده. که چېرې HBIG ورنه کړل شي، اغېزمنتیا یې لږ څه کمېږي، خو بیا هم نوموړې اغېزمنتیا له ۸۳سلنه څخه زیاتېدلی شي. دا موندنې په هغو هېوادونو کې چې امېندوارې ښځې د HBsAg او HBeAg لپاره نه معاینه کېږي، یوازې د واکسین د کارولو لپاره یو دلیل جوړوي. بله مهمه موضوع دا ده چې د زېږون د مهال لومړنۍ دوز واکسین باید له زېږون څخه وروسته په لومړنیو ۲۴ ساعتونو کې ورکړل شي، ځکه چې د دې لومړني دوز واکسین ځنډ د هغو ماشومانو لپاره چې میندې یې د HBsAg لېږدونکې دي، د ناروغۍ د لېږد د زیات خطر لامل کېږي. که څه هم HBeAg د انتان د شدیدوالي یوه ښه نښه ده، چې

مونږ پرې قطعي پرېکړه کولای شو چې نويو زېږېدلو ماشومانو ته چې ميندې يې HBsAg لېږدونکې دي، HBIG ورکړو او که نه؛ سره له دې چې د هيپټایټيس‌بي واکسين ورته ورکړل شوي وي، نږدې ۳سلنه ماشومان چې د HBeAg منفي HBsAg لرونکو ميندو څخه زېږېدلي وي، بيا هم په دوامداره توګه په دغه ناروغۍ اخته کېږي.

د هيپټایټيس‌بي واکسين دوز او فرمولې

د هيپټایټيس‌بي واکسين په خپله فرموله کې د ۴۰-۵ مايکروګرامه پورې پروټين لري، چې محتوا يې المونيوم هايدروکسايد او المونيوم پاسفيټ دي(۲). واکسين له جوړېدو څخه وروسته له درېيو څخه تر څلورو کالونو پورې کار کوي، خو چې په مناسبه تودوخه درجه کې وساتل شي. واکسين په ماشومانو کې، چې عمرونه يې له دوه کالونو څخه کم وي، د ورون د عضلې په وحشي قدامي برخه کې زرق کېږي. اوس وخت کې WHO د هيپټایټيس‌بي واکسين په روټين واکسينونو کې شامل کړي او اکثرو هېوادونو کې د نورو واکسينونو لکه د انفلوينزا ، ډيپتيريا ا و پوليو واکسين سره يوځای ورکول کېږي. د واکسين دوز د ۲۰-۱۰مايکروګرامه پورې دی، چې نوموړی دوز په لاندې شکلونو ورکول کېږي:

لومړۍ طريقه کې لومړی دوز واکسين په لومړۍ مياشت کې ورکول کېږي، دويم دوز يې يوه مياشت وروسته ورکول کېږي او درېيم دوز شپږ مياشتې وروسته ورکول کېږي.

دويمه طريقه کې په (۰) مياشت، ۱، ۲ مياشتني عمر او ۱۲ مياشتني عمر کې ورکول کېږي.

درېيمه طريقه کې د زېږون په لومړۍ ورځ، اوه (۷) ورځې وروسته، ۲۱ ورځې وروسته او وروستی دوز يې ۱۲ مياشتې وروسته ورکول کېږي. هغه خلک چې د ايچ بي ايس لرونکي ناروغ د افرازاتو سره يې مخاطي غشا يا هم نوموړي افرازات د داسې جلد سره په تماس کې راشي، چې هغه غوڅ يا پرې شوی وی او يا هم جنسي تماس يې ورسره کړی وی، نو داسې اشخاصو لپاره چې سمدستي يې واکسين کړي وي، بايد ايمونوګلوبولين هم ورسره ورکړل شي، البته په دې شرط چې د واکسين د اغېزمنتيا کچه يې ښه وي، خو که چېرې د اغېزمنتيا کچه يې کمه وي، بايد واکسين او ايمونوګلوبولين دواړه واخلی او بايد نوموړي تطبيقات ورته په لومړيو ۲۴ ساعتونو کې ورکړل شي او هيڅ کله بايد له اوه (۷) ورځو څخه ځنډ نه شي. د ايمونوګلوبولين دوز په کاهلانو کې (۰.۰۶) ملي يونيټه په کيلو وزن د بدن ورکول کېږي.

د خوندي ساتنې موده يا وخت او د تقويه کوونکي دوز اړتيا

د واکسین له امله رامنځته شوی anti-HBs په لومړي کال کې په چټکۍ سره کمېږي او بیا په تدریجي ډول ورو ورو کمېږي. د وخت په تېرېدو سره anti-HBs زیاتره وخت نه شي موندل کېدلی. سره له دې، د واکسین له امله رامنځته شوې معافیتي ساتنه لږ تر لږه ۱۲ کلونو لپاره ساتل شوې؛ سره له دې چې anti-HBs کم شوی وي. د یادونې وړ ده چې د واکسین تقویه کوونکی دوز وروسته، که څه هم د هومورال او حجروي معافیتي پارامترونو په ازموینې سره موږ وموندله چې د بشپړ واکسین شویو تنکیو ځوانانو یوه لویه برخه داسې ښکاري چې د هیپټایټس‌بي واکسین له امله په ماشوموالي کې ورکړل شوې معافیتي حافظه له لاسه ورکړي، چې ۱۵–۱۸ کاله مخکې ورکړل شوي وو. دا چې ایا دا موندنې د HBV انتان لپاره حساسیت څرګندوي او که نه، لا تر اوسه روښانه نه دي. په اصل کې په تایوان کې لږ تر لږه ۲۰ کلونو لپاره تقویه کوونکي واکسین ته اړتیا نشته، ځکه په څارنه کې د حاد هیپټایټیس پېښنو کې کوم زیاتوالی نه‌دی راغلی.

د هیپټایټیس‌بي واکسین اغېزې

د هیپټایټیېس‌بي د انتي‌جن له‌منځه وړل

د تایوان په ځینو برخو کې لکه Taipei کې چې کومه څېړنه له ۱۹۸۴څخه تر ۲۰۰۹ز کال پورې شوېده، په هغې کې د واکسینو اغېزې په څرګند ډول سره ښودل شوې وې، چې د واکسینو اغېزمن تطبیق د HBS پېښنو کې نږدې ۹۱سلنه کموالی رامنځته کړی و.

د هغو ناروغیو د رامنځته کېدو د کچې کموالی چې د هیپټایټیس‌بي له کبله منځته راځي

۱. **د هیپټایټیس‌بي دحادو پېښنو کموالی :** د Fulminant Hepatitis پېښې په تایوان کې په هغوInfant ماشومانو کې، چې د هیپټایټیس‌بي واکسین یې اخیستي وو، له ۵ څخه ۱،۷ ته راکمې شوې وې. همدارنګه په لویانو کې یې هم د Acute Hepatitis B پېښې راکمې کړې وې. په ایټالیا کې یې دHepatitis B پېښې ۲۴ او ۵۰ چنده، د ۲۴-۱۵ کلنۍ عمرونو او د ۴-۰ کلنۍ عمرونو کې، راکمې کړې وې. په سویلي افریقا کې د هیپټایټیس‌بي واکسین نه وروسته د هیپټایټیس‌بي له کبله د Membranous Nephropathy په پېښنو کې د ۰،۲۲څخه تر ۰،۰۳ سلنه کموالی راغلی(۱۰).

۲. **د ځیګر د کارسینوما د پېښنو کموالی:** د ۱۹۹۰ز کال په وروستیو کې په طبابت کې یوه ستره لاسته راوړنه دا وه، چې د هیپټایټیس‌بي واکسین وقایې له کبله د ځیګر د کارسینوما په پېښنو کې کموالی منځته راغلی و. د هیپټایټیس‌بي واکسین له تطبیق څخه لس کاله وروسته په هغو ماشومانو کې چې عمرونه یې د ۹-۶ کلنۍ پورې وو، د هیپاټوسیلولر کارسینوما پېښې له څلور چنده څخه ۰،۵ چنده ته راکمې شوې وې.

په اوسني وخت کې چې کومې څېړنې ترسره شوې دي، د پايلو له مخې يې په ۳۰ کلنۍ عمرونو کې د ځيگر د کارسينوما پېښې ۸۰سلنه او د مړينې کچې ۹۰سلنه راکمې شوې وې. همدې ته ورته لاسته راوړنې په سينګاپور، کوريا، جاپان او الاسکا کې ترلاسه شوې وې. په دغو سيمو کې سره له دې چې د هيپټايټيس‌بي واکسين ورکول کېږي، خو بيا هم نږدې ۱۰سلنه HBeAg مثبت ماشومان د HBsAg لېږدونکو مېندو څخه زېږېدلي دي او بيا هم په دوامداره توګه په دغې ويروس اخته کېږي؛ په ځانګړي توګه کله چې د مور په وينه کې دويروس viral load يا ويروسي بار اندازه له 7 log کاپيوا/ml څخه زياته وي. که چېرې د مور د HBV بار يا د ويروس اندازه له $\log10^9$ کاپي په يو ميلي کې وي، نږدې ۳۰٪ ماشومان پرې اخته کېږي. لکه څنګه چې په HIV اخته اميندوارو ښځو ته د انټي وايرل درملو ورکول مؤثره مداخله ده، په همدغه ډول د مور د هيپټايټس بي ويروسي بار يا د ويروس اندازه يا کچه د انټي وايرل درملو په ورکولو سره راکمېږي، چې ښايي د زېږون پر مهال د HBV د انتقال کچه راټيټه کړي.

هغه ستونزې چې د معافيت پر وړاندې شتون لري

د منابعو کموالی

په نړۍ‌واله کچه د هيپټايټيس‌بي د معافيت پروګرام، د منابعو د محدوديتونو له کبله، ډېر پياوړی نه دی. په ځينو ساحو کې د هيپټايټيس‌بي واکسينونه تطبيق شوی هم دي، خو د حکومت په‌واسطه يې پراخه پوښښ ستونزمن دی. د يادونې وړ ده چې په نړۍ‌واله کچه نويو زېږېدلو ماشومانو ته د هيپټايټيس‌بي پروړاندې د معافيت کچه زياته شوې ده، چې په‌دې سره به د ځيګر د سرطان او اړوندو ځنډنيو ناروغيو پېښې راکمې شي. په هغو سيمو کې چې منابع کمې دي يا هم په نړۍ‌واله کچه د معافيت پروګرام ډېر پياوړی نه وي، په دغسې سيمو کې د اشخاصو د رضايت کچه هم کمزورې وي.

د واکسين ناکامه کېدنه

په لاندې حالتونو کې کېدای شي د واکسين اغېزې بې پايلې شي:

- په ميندو کې د ويروس داخته کېدلو لوړه کچه يا د ميندو د Viral Load يا ويروسي بار زياتوالی.
- د رحم داخلي منتن کېدنه.
- په ارتي ډول د واکسين پر وړاندې د ځواب کموالی.
- هغه خلک چې معافيت يې کمزوری دی.
- داسې سيمې چې هلته معافيت عملي شوی هم دی، خو د واکسين پايله مثبته نه ده.

د یادونې وړ ده چې هغه میندې چې د هیپټایټیس‌بي په شدید شکل اخته وي، له دوی څخه زېږېدلو ماشومانو کې د واکسین اغېزې کمې وي. همداراز هغه میندې چې د هیپټایټیس‌بي په ځنډني شکل اخته وي، د HBS او HBe انټي‌جنونه یې مثبت وي او د نومړو میندو نوي زېږېدلي ماشوم ته HBIG او درې دوزه واکسین تطبیق شوی هم وي، له هغې وروسته بیا هم کېدای شي چې ماشوم په HBS باندې اخته شي.

دHepatitis B واکسین د خوندیتوب پروګرام

د هیپټایټیس‌بي واکسین د خوندیتوب په اړه چې څومره څېړنې شوي دي، په‌کې ښودل شوېده چې دغه واکسین ډېر خوندي دي. له ۱۹۸۲ز کال راهیسې په بیلیونونو دوزه د هیپټایټیس‌بي واکسین کارول شوي دي او جانبي عوارض یې ډېر کم او په هیڅ حساب دي. د دغې واکسین زیاتره جانبي عوارض د لنډې مودې لپاره وي، لکه د واکسین د تطبیق ساحې درد او د عضلاتو درد ورسره وي. په نړۍ‌واله کچه دا خبره منل شوېده، چې د هیپټایټیس‌بي واکسین ډېر خوندي دي، نو باید هره امیندواره مور دغه واکسین واخلي او په هر ټرایمیسټر کې نوموړي واکسین ورکول کېدلای شي؛ سره له دې که یو ماشوم کم وزنه او یا له وخت څخه مخکې پیدا شوی وي، باید نوموړې واکسین واخلي او د ایچ ای وي ماشومان چې نوي پیدا شوي وي، هم باید هیپټایټیس‌بي واکسین واخلي. دغه واکسین یوازې هغه وخت مضاد استطباب لري، چې شخص یې پروړاندې حساسیت ولري، نو دغسې حالتونو کې یې نه تطبیق غوره دي.

پایله اخیستنه

د هیپټایټیس‌بي واکسین د دې ناروغۍ د مخنیوي او کنټرول لپاره یوه اساسي وسیله ده، چې د واکسین دتطبیق پراخه پروګرامونه د نویو پېښو او د ناروغۍ اړوند پېچلتیاو په کمولو کې مهمه ونډه لري. شواهدو ثابته کړېده چې واکسین د انفرادي خوندیتوب برابرولو سربېره، د ټولنې د معافیت لوړولو له لارې د ویروس خپرېدو مخه هم نیسي. د هیپټایټیس‌بي واکسین په ځانګړي ډول د هغو اشخاصو لپاره مهم دي، چې د ناروغۍ د اخته کېدو په خطر کې قرار لري، لکه نرسان او نور ټول هغه اشخاص چې هیپټایټیس‌بي لرونکو ناروغانو سره اړیکه لري. د واکسین د اغېزو له امله د ځیګر ځنډنۍ ناروغۍ او هیپاټو سیلولر کارسینوما خطر په څرګند ډول کم شوی دی. مقاله په دې ټینګار کوي چې د واکسین د پوښښ زیاتول او د عامه پوهاوي لوړول باید د روغتیایي ستراتېژیو په برخه کې لومړیتوب ولري. همداراز د نویو نسلونو د واکسین پراختیا د اوږدمهاله معافیت لپاره اړینه ده .په پای کې ویلی شو چې د هیپټایټیس‌بي واکسین د روغتیا ساتنې په برخه کې کلیدي ونډه لري. د نړۍ‌والې ټولنې همکاري او ملاتړ د

دې ناروغۍ د له منځه وړلو لپاره اړین دي. د واکسین د مثبتو اغېزو په رڼا کې کولی شو د هیپټایټیس‌بي خطر په مؤثره توګه کنټرول کړو او راتلونکي نسلونه له دغې ناروغۍ څخه خوندي کړو.

وړاندیزونه

۱. د اشخاصو ترمنځ دهیپټایټیس‌بي واکسین د ګټو، خوندیتوب او اغېزمنتیا په اړه پوهاوی زیاتول او خلک واکسین کولو ته هڅول.

۲. لوړ خطر لرونکو اشخاصو ته د واکسین لومړیتوب ورکول او هم ټول نوي زېږېدلي ماشومان باید واکسین شي.

۳. د ټولنې په کچه د عامه پوهاوي لوړول کولی شي د واکسین تطبیق او د هیپټایټیس‌بي کنټرول ته وده ورکوي.

۴. دروغتیايي پالېسۍ پیاوړي کول او د واکسیناسیون برنامو پراختیا د ناروغۍ په ختمولو کې کلیدي ونډه لري، د واکسین لپاره باید لاسرسی زیات شي او په کلیوالي سیمو کې د واکسین رسولو اړوند ځانګړي پلانونه جوړ او تطبیق شي.

۵. د څارنې او ارزونې پیاوړی سېستم جوړ شي چې د واکسین د تطبیق او اغېزمنتیا څارنه او ارزونه وکړي.

اخځلیکونه

1. Chang MH, Chen TH, Hsu HM, Wu TC, Kong MS, Liang DC, Ni YH, Chen CJ, Chen DS, Taiwan Childhood HCC Study Group. Prevention of hepatocellular carcinoma by universal vaccination against hepatitis B virus: the effect and problems. Clinical cancer research. 2005 Nov 1;11(21):7953-7.
2. Zhang L, Gui XE, Teter C, Zhong H, Pang Z, Ding L, Li F, Zhou Y, Zhang L. Effects of hepatitis B immunization on prevention of mother-to-infant transmission of hepatitis B virus and on the immune response of infants towards hepatitis B vaccine. Vaccine. 2014 Oct 21;32(46):6091-7.
3. Pattyn J, Hendrickx G, Vorsters A, Van Damme P. Hepatitis B vaccines. The Journal of infectious diseases. 2021 Oct 1;224(Supplement_4):S343-51.
4. Chang MH. Cancer prevention by vaccination against hepatitis B. Cancer Prevention II. 2009 Jan 1:85-94.
5. Paladini S, Van Damme P, Zanetti AR. The worldwide impact of vaccination on the control and protection of viral hepatitis B. Digestive and Liver Disease. 2011 Jan 1;43:S2-7.
6. Miller ER, Alter MJ, Tokars JI. Protective effect of hepatitis B vaccine in chronic hemodialysis patients. American journal of kidney diseases. 1999 Feb 1;33(2):356-60.
7. Kwon SY, Lee CH. Epidemiology and prevention of hepatitis B virus infection. The Korean journal of hepatology. 2011 Jun;17(2):87.

8. Nelson NP, Easterbrook PJ, McMahon BJ. Epidemiology of hepatitis B virus infection and impact of vaccination on disease. Clinics in liver disease. 2016 Nov 1;20(4):607-28.
9. FitzSimons D, François G, Hall A, McMahon B, Meheus A, Zanetti A, Duval B, Jilg W, Böcher WO, Lu SN, Akarca U. Long-term efficacy of hepatitis B vaccine, booster policy, and impact of hepatitis B virus mutants. Vaccine. 2005 Jul 14;23(32):4158-66.
10. Chang MH, Chen DS. Prevention of hepatitis B. Cold Spring Harbor perspectives in medicine. 2015 Mar 1;5(3):a021493.
11. Ward JW, Van Damme P. Hepatitis B vaccines. Hepatitis B Virus and Liver Disease. 2018:91-117.
12. Kao JH. Hepatitis B vaccination and prevention of hepatocellular carcinoma. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2015 Dec 1;29(6):907-17.
13. Lok AS. Prevention of hepatitis B virus–related hepatocellular carcinoma. Gastroenterology. 2004 Nov 1;127(5):S303-9.
14. Mast E, Mahoney F, Kane M, Margolis HS. Hepatitis B vaccine. Vaccines. 2008 Jan 1;5:205-42.
15. Schillie S. Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR. Recommendations and reports. 2018;67.
16. Chang MH, You SL, Chen CJ, Liu CJ, Lai MW, Wu TC, Wu SF, Lee CM, Yang SS, Chu HC, Wang TE. Long-term effects of hepatitis B immunization of infants in preventing liver cancer. Gastroenterology. 2016 Sep 1;151(3):472-80.
17. Ishigami M, Kamei H, Nakamura T, Katano Y, Ando H, Kiuchi T, Goto H. Different effect of HBV vaccine after liver transplantation between chronic HBV carriers and non-HBV patients who received HBcAb-positive grafts. Journal of gastroenterology. 2011 Mar;46:367-77.
18. Michel ML, Tiollais P. Hepatitis B vaccines: protective efficacy and therapeutic potential. Pathologie Biologie. 2010 Aug 1;58(4):288-95.
19. Orlando R, Foggia M, Maraolo AE, Mascolo S, Palmiero G, Tambaro O, Tosone G. Prevention of hepatitis B virus infection: from the past to the future. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. 2015 Jun;34:1059-70.
20. Sjogren MH. Prevention of hepatitis B in nonresponders to initial hepatitis B virus vaccination. The American journal of medicine. 2005 Oct 1;118(10):34-9.
21. Meireles LC, Marinho RT, Van Damme P. Three decades of hepatitis B control with vaccination. World journal of hepatology. 2015 Aug 8;7(18):2127.
22. Current medical Diagnosis and Treatment 2024
23. Harrison parinciple of internal medicine book 21Edition

The Effects of Vaccine in the Prevention and Control of Hepatitis B

[1]Specialist Dr. Abdul Qader Dardmand
[1]Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: abdulqaderdardmand@yahoo.com

Received: 13-Nov-2024 Accepted: 05-Jan-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Hepatitis is a systemic inflammatory disease that primarily affects the liver it occurs due to Various factors including infections from various and other non- viral causes such as alcohol. Consumption and drug abuse however the man cause of hepatitis is a group of viruses known as hepatitis millions of people around the world are affected by this disease in every year hundreds of thousands lose their lives due to complication caused by hepatitis .the hepatitis virus is part of the DNA family ,and the Diameter of the virus is approximately 42 nanometers .the central antigen of this virus include HBS and HBE cause of Liver inflammation and in some case ,liver cancer .this virus is primarily transmitted through contact with infected blood ,sexual contact ,or from mother to child during childbirth ,there is no complete cure for hepatitis ,however vaccination is available ,which can significantly reduce the risk of infection .hepatitis B vaccines and treatment are available to protect the liver and prevention of hepatitis is essential. people should also seek information about vaccination and prevention measures to protect themselves and their community

Keywords: Hepatitis, Hepatits B, Prevention, Vaccine

مروري مقاله

د متممه تغذيې په مرحله کې د ناسمې تغذيې له امله رامنځته شوې روغتيايي ستونزې

متخصص دوکتور عمران ملکزی[1]، اميدالرحمن ځلاند[2]

[1،2] د کوچنيانو داخله ناروغيو څانګه، سپين‌غر مومند معالجوي او تدريسي روغتون، سپين‌غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل ليکوال برېښناليک: smch@spingharuniversity.edu.af

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډيز

متممه خواړه هغه اضافي خوراکي توکي دي، چې د غذايي اړتيا د بشپړاوي په موخه کارول کېږي. دا خوراکي توکي معمولاً ويټامينونه، منرالونه، پروټينونه، امينو اسيدونه او نور اړين مغذي توکي لري. د متممه خوړو د استعمال موخه دا ده چې د بدن اړتياوې پوره کړي او د روغتيا په ساتنه او پياوړتيا کې مرسته وکړي. د دغې مقالې موخه دا ده چې د ناسمو متممه تغذيو له امله د رامنځته شويو روغتيايي ستونزو په اړه پوهاوی وړاندې شي. په مقاله کې هغه خطرونه او ستونزې تحليل شوي چې د ناسمو متممه خوړو په پايله کې د بدن د بېلابېلو سېستمونو په فعاليتونو کې رامنځته کېږي. همدارنګه، مقاله د متممه خوړو د سمې کارونې اهميت او د ناسمې تغذيې د مخنيوي لارې چارې وړاندې کوي. په پای کې، د مقالې موخه د ټولنې وګړو لپاره د روغتيايي او متوازن متممه تغذيو غوراوي په اړه د پوهې د کچې لوړول دی. که چېرې د متممه تغذيې په مرحله کې ماشومانو ته سم متممه خواړه ورنکړل شي، نو په پايله کې نومړي ماشومان په خوارځواکۍ، د اوسپنې په کمښت، کمخونی، د ويټامين A په کمښت او ريکيټس اخته شي.

کليدي کلمې: خواړه، شيدې خورونکی ماشوم، ودې مراحل، متممه تغذيه

پېژندنه

خواړه د ټولو مغذي توکو مجموعي ته وايي، چې ژوندي ژوي يې حيواني يا نباتي سرچينو څخه د ژوند د دوام، ورځنيو چارو د سرته رسولو او ودې لپاره ترلاسه کوي(۱). هغه مغذي توکي چې ژوندي ژوي ورڅخه د ژوند په دوران کې ګټه اخلي، په دوه ډوله دي. لومړی ډول يې مکرونيوټرينټونه (Macronutrients) دي او دا هغه مغذي توکې دي چې په لويه پيمانه ورته اړتيا وي او د غذايي رژيم انرژي برابرونکې برخه جوړوي. پهدې کې کاربوهايدريت، شحم او پروټين شامل دي. دويم ډول مغذي توکي مايکرونيوټرينټونه (Micronutrients) دي او دا هغه مغذي توکي دي چې په کمه اندازه ورته اړتيا وي، مګر د روغتيا او دفاعي سېستم ځواکمنتيا لپاره ډېر اړين دي، د انرژي توليد کې کومه ونډه نه لري، يوازې محافظوي رول لري چې پهدې کې منرالونه او ويټامينونه شامل دي(۲).

د ماشومانو عمر نظر د هغوی تغذيې ته څلور پړاوونه لري. لومړي ټول هغه ماشومان چې عمرونه يې تر شپږو مياشتو کم وي، هغوی بايد په خالص ډول د مور شيدو په واسطه تغذيه شي. دويم هغه ډله ماشومان دي چې عمرونه يي د ۱۲-۶ مياشتو تر منځ وي، په زياته اندازه د مور شيدو او په کم مقدار د متممه خوړو په واسطه بايد تغذيه شي. درېيم هغه ډله ماشومان دي چې عمرونه يې د ۲۴-۱۲ مياشتو تر منځ وي، په کمه اندازه د مور شيدو او په زياته اندازه د متممه او کورنيو خوړو په وسيله بايد تغذيه شي او څلورم هغه ډله ماشومان دي، چې عمرونه يي دوه کاله يا له دې څخه زيات وي، دوی بايد په مکرر ډول د کورنيو خوړو په وسيله تغذيه شي(۳).

چټک وده کوونکي (انفانټ) هغه ماشومان چې د مور يا مصنوعي شيدو په وسيله تغذيه کېږي، د غذايي اړتيا د بشپړاوي لپاره يې نيمه جامد او جامد خواړه اړين دي. د روغتيا نړۍوالې ادارې د نوې پالېسۍ له مخې د متممه خوړو لپاره ښه عمر ٦ مياشتې يا له دې څخه زيات سپارښتنه شوی، چې پخوا وختونو کې د متممه خوړو لپاره ٦-۴ مياشتو شاوخوا عمرونه توصيه شوي وو(۳). متممه تغذيه يوه تېرېدونکې مرحله ده چې د ٦-۴ مياشتني عمر څخه شروع او تر دوه کلنۍ پورې دوام کوي او د ځينو دودونو له مخې کله نا کله تر درې کلنۍ پورې هم دوام کوي، نو پهدې بنسټ د شيدو خوړونکو ماشومانو غذايي رژيم په تدريجي ډول د مور د شيدو څخه نيمه جامد او بلاخره جامدو کورنيو خوړو ته بدلېږي(۴).

د متممه تغذيې پر وړاندې شته خنډونه دا دي: که د ماشوم پالنې لپاره څوک نه وي، د متممه او اضافي خوړو د اهميت په اړه پوهاوی ونه لري، ښه غذايي ارزښت لرونکو خوړو په اړه پوهې کموالی، خراب کورنی اقتصادي حالت، ناسم دودونه، کلتوري او مذهبي مسايل، د ډېرو زېږونونو او د مينڅو ناسم روغتيايي حالت له امله د ماشومانو تغذيې

ته پوره پاملرنه ونه‌شي یا میندې د متممه تغذیې پر مهال د تغذیې ځینې ستونزې تجربه کړي لکه، ماشوم له‌خوا هر ډول جامد یا مایع خوړو څخه انکار، یا د میندو ددې اندېښنې له امله چې متممه خواړه ښايي د ماشوم د اسهالاتو سبب شي، ماشوم لپاره د جامدو خوړو د تېرولو ستونزې او یا دا چې ماشوم تر ډېره عمره د فیډر (چوشک) سره اموخته شوی وي(۵).

که چېرې شيدې خوړونکي ماشوم ته متممه خواړه ورنکړل شي او یا یې په ورکړه کې ځنډ وشي، نو د ودې په‌دې بحراني پړاو کې به ماشوم د مغذي موادو له کمښت سره مخ شي چې په پایله کې به په ماشوم کې د وینې کمښت او د هضمي او تنفسي سېستمونو اړوند بېلابېلې ستونزې رامنځته شي. سربېره پر دې، دغه حالت د ماشوم پر وروستۍ ودې او ارتقا باندې هم منفي اغېزې رامنځته کوي(۲،۶).

که تر دوو کالو کم عمره ماشومانو ته متممه تغذیه شروع نه‌شي او یا وځنډېږي، نو په پایله کې به په ماشوم کې خوارځواکي، د اوسپنې کمښت او وينې کموالی، د A ویټامین کمښت، ریکیټس او رواني ستونزې رامنځته شي(۱،۷).

د متممه تغذیې په اړه په ملي او روانه ژبه، انلاین او چاپي بڼه هر اړخیز معلومات نه په سترګو کېږي، تر څو د اهمیت په اړه مور او پلار، په ځانګړي ډول میندې، روغتیا پالان او نور اړوند ښکېل اړخونه ورڅخه ګټه پورته کړي.دغه مروري مقاله په همدې موخه لیکل شوې چې د ماشومانو متممه خوړو په اړه اړین معلومات او په اړه یې د ترسره شویو څېړنو پایلې راټولې، نچوړ او ارزیابي شي او ښکېل اړخونه ورڅخه ګټه پورته او د ماشومانو د سالم متممه تغذیې کچه لوړه شي(۷).

په اسلام کې د ماشومانو لپاره د متممه (اضافي) خوړو ورکړه، د شیدو تر ورکړې وروسته، د یوې طبیعي او اړینې پروسې په توګه ګڼل شوې. د مور شیدې د ماشوم لپاره لومړنۍ او اصلي غذا ده، خو کله چې ماشوم تر شپږو میاشتو وروسته وده کوي او د دې وړتیا لري چې نور خواړه هم وخوري، نو اسلام د متممه خوړو ورکړې ته هم پاملرنه کړېده. اسلام د ماشومانو د فزیکي او روحي ودې لپاره د مور شیدو د ورکړې تر څنګ، د متممه خوړو ورکولو اهمیت روښانه کړی دی. په قرآن‌کریم او حدیثو کې داسې واضحه لارښوونې نه‌شته چې دقیقاً له کومې مرحلې څخه وروسته متممه خواړه ورکړل شي، خو د انسان د فطرت او طبیعت پر بنسټ، کله چې ماشوم وده کوي، اضافي خواړه ورکول اړین دي. په قرآن‌کریم کې د ماشوم د تغذیې په اړه یوازې د مور شیدو یادونه شوې ده، لکه(وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ) او هغه

ته د شيدو ورکول په دوه کاله کې دي. په دې آيت کې د شيدو ورکولو موده دوه کاله تاکل شوې، چې وروسته له دې بايد ماشوم ته اضافي خواړه ورکړل شي. د اسلام له نظره کله چې ماشوم د مور شيدو په واسطه له تغذيې وروسته د ودې کولو وړتيا پيدا کړي، بايد له دې وروسته ورته اضافي خواړه ورکړل شي. دغه اضافي خواړه بايد له شيدو پرته وي او د ماشوم د فزيکې اړتياو سره سم له سالمو تغذيوي خوړو څخه جوړ شي(۷).

رسول الله صلی‌الله‌علیه‌وسلم د ماشومانو د سالمې تغذيې لپاره د ګټورو خوړو ورکولو ته هم پاملرنه کړې. مسلمانان د اسلام د اصولو پر بنسټ بايد د ماشومانو لپاره سالم، پاک او د اړتياو مطابق خواړه برابر کړي.

متممه تغذيه

متممه تغذيه يوه داسې پروسه ده چې پرمهال يې ماشوم ته د مور د شيدو (يا د هغو شيدو خوړونکو ماشومانو په صورت کې چې د مور په شيدو نه تغذيه کېږي د مور د شيدو د مناسبو ځای نيوونکو) سره څنګ کې جامد، نيمه جامد او نرم خواړه او مايعات ورکول کېږي. نومووړو خوړو ته ځکه (متمم) ويل کېږي، چې هغه په ځانته توګه ټول هغه مغذي مواد نه لري، چې د مور د شيدو په واسطه د تغذيې له لارې پوره کېږي(۸،۱۳).

د متممه تغذيې پرمهال (۲۳-۶ مياشتو پورې)، د مور شيدې لا هم د انرژۍ، مغذي موادو او ميکروب ضد موادو يوه مهمه سرچينه ګڼل کېږي(۹). دغه دوره د ودې او زيات خوځښت يوه حياتي دوره ګڼل کېږي. دغه دوره د ودې د کمزورتيا، د مايکرونيوترينتونو کمښت، ناروغيو او مړينې د خطر يوه اعظمي دوره ده، چې په کم مقدار او کم کيفيته متممو خوړو او د تغذيې د ناسمو کړنو او انتاناتو د کچې د زياتوالي له کبله منځته راځي(۱۰).

د متممه خوړو هغه ځانګړنې چې د ماشوم د سالمې ودې او پرمختګ سبب کېږي، په لاندې ډول دي:

۱. په وخت او زمان سره د متممه خوړو ورکړه.

۲. په پوره اندازه د متممه خوړو ورکړه.

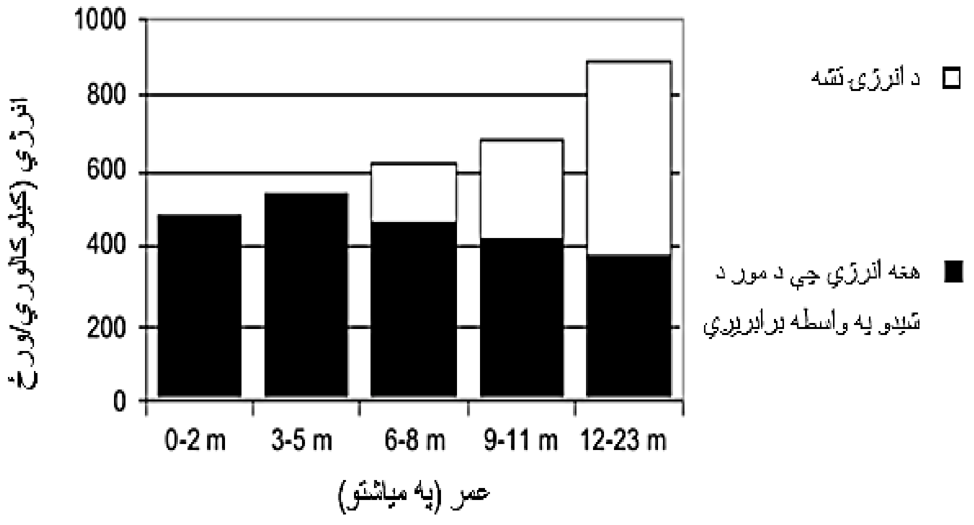
۳. د خوندي متممه خوړو ورکړه.

٤. ځواب ويونکې (له غوښتنې سره سمه تغذيه).

د متممه تغذيې د پيل لپاره سپارښت شوی عمر

د مور شيدې د ماشوم له پيدايښت څخه تر ٦ مياشتني عمر پورې د اړتيا وړ پوره خواړه او له ٦ -١٢ مياشتني عمر پورې د ماشوم د خوړو اړتيا نيمه برخه تشکيلوي(١١). خواړه بايد په ٦ مياشتني عمر کې پيل شي. دا هغه وخت دی، چې د خوړو اړتياوې له هغې کچې څخه زياتېږي کومې چې د مور په شيدو د خالصې او مکررې تغذيې له لارې ترلاسه کېږي. ماشومان په ٦ مياشتني عمر کې د چټکې ودې له امله زياتې تغذيوي اړتياوې لري. د ماشومانو بدن د انرژۍ ترلاسه کولو لپاره له خوړو څخه کار اخلي تر څو ژوند ته دوام ورکړي، وده وکړي، د انتاناتو پر وړاندې مقابله وکړي، شاوخوا وګرځي او فعال واوسي. که شيدې خوړونکي ماشومان کافي اندازه ښه خواړه ونه خوري، هغوی به د ودې او فعاليت لپاره انرژي ونلري(١٣،١).

په لاندې ګراف کې ښکاري چې له شاوخوا ٦ مياشتني عمر څخه وروسته د ماشوم د اړتيا وړ د مجموعي انرژۍ او هغې انرژۍ تر منځ چې د مور د شيدو په واسطه وړاندې کېږي، يوه تشه ليدل کېږي. دا تشه د ماشوم له لوييدو سره زياتېږي(١٣).



لومړی ګراف: د انرژۍ تشه، هغه انرژي چې له عمر سره سمه ورته اړتيا ده او هغه مقدار انرژي چې د مور د شيدو په واسطه وړاندې کېږي.

نوموړی ګراف د يو منځني ماشوم لپاره دی او په هغه کې مغذي مواد د يوې منځنۍ مور د شيدو په‌واسطه وړاندې شوي دي. ډېر کم ماشومان ښايي زياتې اړتياوې ولري او د انرژۍ تشه ښايي زياته وي. ډېر کم شمېر ماشومان

ښايي کمې اړتياوې ولري، نو ځکه کيداى شي چې د انرژۍ تشه کمه وي. له دې امله، د ډېرى ماشومانو لپاره ٦ مياشتنى عمر د متممه خوړو د پيل لپاره يو ښه وخت ګڼل کېږي. هغه ماشومان چې په ٦ مياشتني عمر کې متممه خواړه پيلوي، هغوى ښه وده کوي او ښه فعال وي(۴).

سپارښت شوي (٦ مياشتني) عمر کې د متممه تغذيې د ورکړې لاملونه

ولې بايد پهدې عمر کې متممه خواړه ورکړل شي؟، د دغې پوښتنې په ځواب کې ويلاى شو چې په دې عمر کې يو شيدې خوړونکى ماشوم د پرمختګ له پلوه دې ته چمتو وي چې نور خواړه تر لاسه کړي، ځکه چې:

١. د هغوى هضمي سېستم په مناسبه اندازه وده کړې وي او يو شمېر خواړه هضمولى شي.
٢. په دې عمر کې ماشومان کېداى شي په مستقيم ډول کېني او د نورو خوړو خوړلو ته لېوالتيا څرګنده کړي.
٣. په خوله کې د نورو خوړو او څيزونو نيولو او شخوند وهلو وړتيا پيدا کوي.
٤. په دې عمر کې غاښونه راوځي او ماشومان په خوله کې د ژبې د حرکاتو د ښه کنټرول وړتيا لري.
٥. د مور شيدو تر څنګ اضافي خوړو او مايعاتو ته اړتيا لري، تر څو د هغوى انرژي او قوت اړتيا پوره کړي.

ډېرى ماشومان له ٦ مياشتني عمر څخه مخکې متممو خوړو ته اړتيا نهلري. له ٦ مياشتني عمر څخه مخکې ماشومانو ته د متممو خوړو د ورکړې يوازينى استطباب دا دى، چې مور ته د تغذيې د څرنګوالي په هکله له مشورې ورکولو سره سره هم ماشوم کافي اندازه وزن تر لاسه نکړي(١٢).

که چېرې ماشوم د مور شيدو ته لاسرسى ونه لري، د مصنوعي يا حيواني شيدو ورکول دې پيل شي، نه دا چې ماشوم ته مخکې له سپارښت شوي وخت څخه اضافي خواړه ورکړل شي(١۴).

له سپارښت شوي وخت څخه مخکې د متممه خوړو د ورکړې پايلې

ډېر ژر د متممه خوړو ور اضافه کول ښايي لاندې پايلې ولري:

١. د مور د شيدو ځاى نيسي او د ماشوم د تغذيوي اړتياو په پوره کولو کې ستونزې راولاړوي.
٢. که اوبلنه ښوروا يا حلوا ورکړل شي، نو هغه د داسې غذايي رژيم لامل کېږي چې د مغذي موادو له پلوه کمزورى وي.
٣. د ناروغيو پېښېدو خطر زياتوي، ځکه چې د مور په شيدو کې له موجودو ساتونکو فکتورونو څخه کم کار اخيستل کېږي.

٤. د نس ناستې د پېښېدو خطر زياتوي، ځکه چې متممه خواړه ښايي په هغه اندازه پاک نه وي، څومره چې د مور شيدې پاکې وي.

٥. د Wheez او نورو حساسيتي ناروغيو خطر زياتوي.

٦. که مور په خپلو شيدو د ماشوم خالصه تغذيه تر سره نکړي، نو د بلې اميندوارۍ د پېښېدو امکان زياتېږي(۱۳).

له سپارښت شوي عمر څخه وروسته د متممه خوړو د ورکړې پايلې

ډېر ناوخته د متممو خوړو پيلول هم يو خطر دی، ځکه چې:

۱. ماشوم هغه اضافي خواړه نه تر لاسه کوي، چې د هغو په واسطه د خپلې ودې اړتياوې پوره کړي.

۲. د ماشوم وده او پرمختګ ورو کېږي يا ودرېږي.

۳. د داسې تغذيوي کمښتونو خطر زياتېږي لکه: خوارځواکي، د وينې کمښت او نور تغذيوي فقدانونه.

٤. خوارځواکه ماشوم په انتاناتو د اخته کېدو له لوړ ګواښ سره مخ وي(۱۴،۱۳).

کافي اندازه متممه خواړه

متممه خواړه بايد د انرژۍ، غلظت يا ټينګوالي، ډولونو، دفعاتو او مقدار له پلوه کافي واوسي. متممه خواړه بايد کافي اندازه انرژي، پروتين او مايکرونيوټرينټونه وړاندې کړي تر څو د مخ پر ودې ماشوم تغذيوي اړتياوې پوره کړي. هغه تر ټولو مهمې تشې چې بايد د متممه خوړو په وسيله ډکې شي، په لاندې ډول دي:

۱. انرژي

۲. اوسپنه او زينک

۳. د A ويټامين

اوسپنه، زينک، د A ويټامين او ايوډين د هغو مهمو کوچنيو مغذي موادو له جملې څخه ګڼل کېږي، چې کمښت يې ډېری وختونه په غذايي رژيم کې ليدل کېږي. ماشومان، د مغذي موادو له پلوه اړتيا لري، هغه مغذي مواد تر لاسه کړي، چې د هغوی د سالمې ودې او پرمختګ لپاره اړين دي. هغوی دې ته اړتيا لري چې د غذايي موادو له ټولو ګروپونو څخه خواړه وخوري، لکه د مور شيدې، غلې دانې، ريښې او غوټې، حبوبات او مغذيات، لبني محصولات، د څارويو سره غوښه، هګۍ، د A ويټامين څخه غني تازه مېوې او سابه او نورې تازه ميوې او سابه. همدارنګه متممه خواړه بايد په زياتو دفعاتو سره ورکړای شي او بايد، د ماشوم له عمر سره سم، مناسب غلظت ولري.

د کیفیت په برخه کې باید د ماشوم عمر هم په پام کې ونیول شي. د ناکافي متممو خوړو ورکړې کول کولای شي د ماشوم وده محدوده کړي او د هغوی وده او پرمختګ له خطر سره مخامخ کړي(۱۵،۱۳).

اساسي خواړه (هغه خواړه چې د انرژۍ تشه ډکوي)

اساسي خواړه هغه مهم خواړه دي چې هره ورځ مصرفېږي او کولای شي د انرژۍ تشه ډکه کړي. په هره ټولنه کې یو ډول اساسي خواړه شتون لري. په اساسي خوړو کې بنایي لاندې خواړه شامل وي:

۱. غلې دانې لکه: وريجې، غنم، جوار.
۲. نشایسته لرونکې ریښې لکه: پټاټې (کچالو).
۳. نشایسته لرونکې تازه میوې لکه: کېله.

اساسي خواړه یوه اندازه پروټین او نور مغذي مواد ورکوي، مګر نه‌شي کولای چې ټول مغذي مواد ورکړي. ماشوم باید اساسي خواړه له نورو خوړو سره یو ځای وخوري، تر څو کافي اندازه مغذي مواد تر لاسه کړي. اساسي خواړه په عمومي ډول له خوړلو څخه مخکې چمتو کولو ته اړتیا لري. نوموړي خواړه بنایي یوازې پاک کړای شي او وایشول شي یا بنایي دې ته اړتیا ولري، چې اوړه کړای شي او وروسته بیا پاخه شي، تر څو له هغو څخه ډوډۍ ترلاسه شي(۱۳).

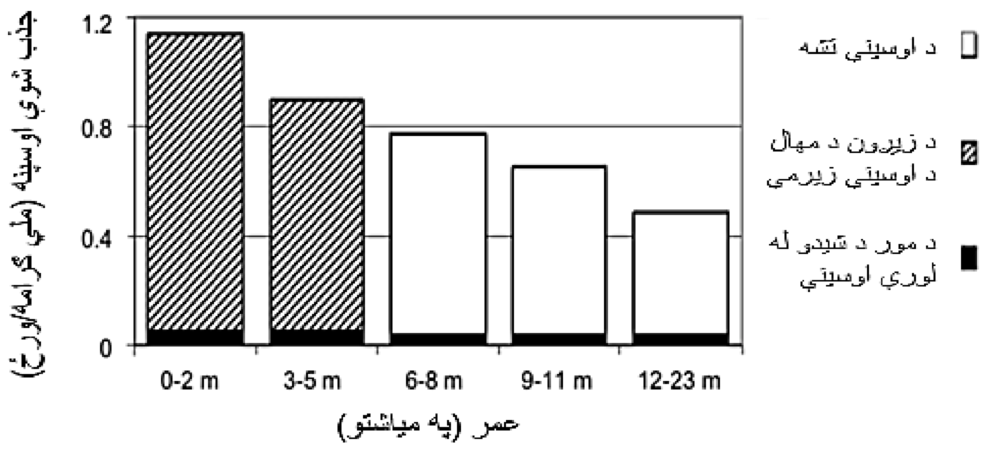
اوسپنه او زینک

ماشومان له اساسي خوړو څخه پرته نورو داسې خوړو ته هم اړتیا لري، چې پوره اندازه مغذي مواد تر لاسه کړي. د غوایي غوښه، د چرګانو غوښه، د کب غوښه یا هګۍ باید هره ورځ، یا هر څومره چې امکان ولري، وخوړل شي. له ٦- ۱۲ میاشتو پورې عمر لرونکو ماشومانو لپاره د سرې غوښې خوړل ځانګړې اهمیت لري، دا ځکه چې هغه په لوړه کچه اوسپنه او زینک لري.

د اوسپنې اړتیاوې

شیدې خوړونکي ماشومان اوسپنې ته ځکه اړتیا لري، چې بدن یې وینه تولید کړي، په وده او پرمختګ کې مرسته وکړي او له بدن سره مرسته وکړي چې له انتاناتو سره مقابله وکړي. د اوسپنې کمښت د بدن له ودې سره پیلېږي(۱۳).

په لاندې ګراف کې د هر ستون پورتنۍ برخه د اوسپنې د هغه مقدار استازیتوب کوي، چې په ورځ کې د یو ماشوم د بدن لپاره اړینه ده، یعنې په دې اندازه اوسپنه د بدن له خوا جذب او کارول کېږي(۱۳).



دويم ګراف: د اوسپنې تشه، اړينه جذب شوې اوسپنه او ورانديې کړای شوی مقدار

د اوسپنې سرچينې حبوبات، شنه سبزيجات، سابه، د غوايي غوښه، د چرګانو غوښه، د کب غوښه يا هګۍ دي(۱۵).

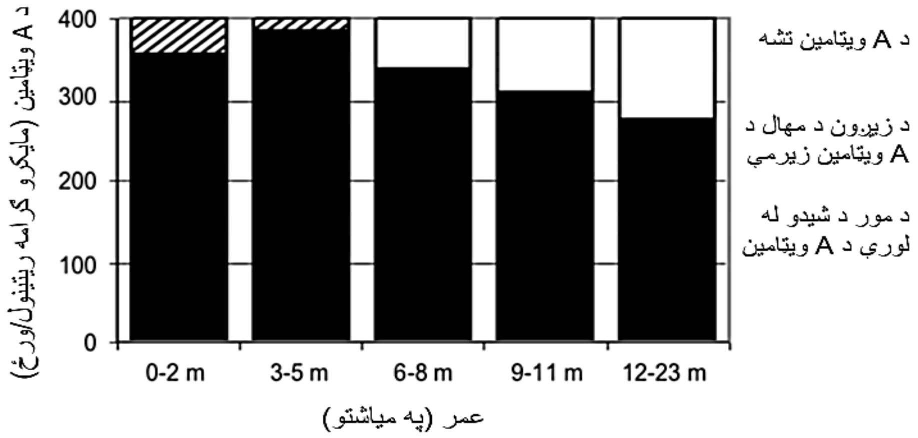
زينک يوه بله مغذي ماده ده چې له ماشوم سره د ودې او سلامتيا په برخه کې مرسته کوي. زينک هم په هغو خوړو کې موندل کېږي، چې اوسپنه پکې موندل کېږي. که چېرې ماشومان داسې خواړه وخوري چې اوسپنه ولري، هغوی بايد زينک هم ترلاسه کړي. اوسپنه له دوه ډوله سرچينو څخه لاسته راځي، لومړی نباتي سرچينې دي چې توربخونې زرغونې پاڼې لرونکې سابه، باقلي باب او حبوبات پکې شامل دي؛ دويم ډول حيواني سرچينې دي چې د څارويو غوښې او د هغوی له محصولاتو څخه عبارت دي(۱۳).

A ویټامین

د A ويټامين سرچينې عبارت دي له توربخونو زرغونو پاڼه لرونکو او ژېړ او نارجي رنګه سبو او تازه مېوو څخه، لکه کدو، ګازرې، نارنج، توربخون زرغون کرم او حيواني سرچينې لکه ينه، شيدې، پيروی، مستې، کورت، شيدو غوړ، هغه خواړه چې له بشپړ شيدو څخه چمتو کېږي؛ د A ويټامين او همدارنګه د پروټينونو او کلسيم ښه سرچينې ګڼل کېږي او په لاندې برخو کې اړين دي(۱۳):

۱. د سترګو روغتيا
۲. د پوستکي روغتيا
۳. د انتاناتو پروړاندې د بدن مقاومت لپاره

په لاندې ګراف کې د هر ستون پورتنۍ برخه د A د هغه ويټامين مقدار څرګندوي، چې ماشوم هره ورځ ورته اړتيا لري(۱۳).



دربيم ګراف: د A ويټامين تشه

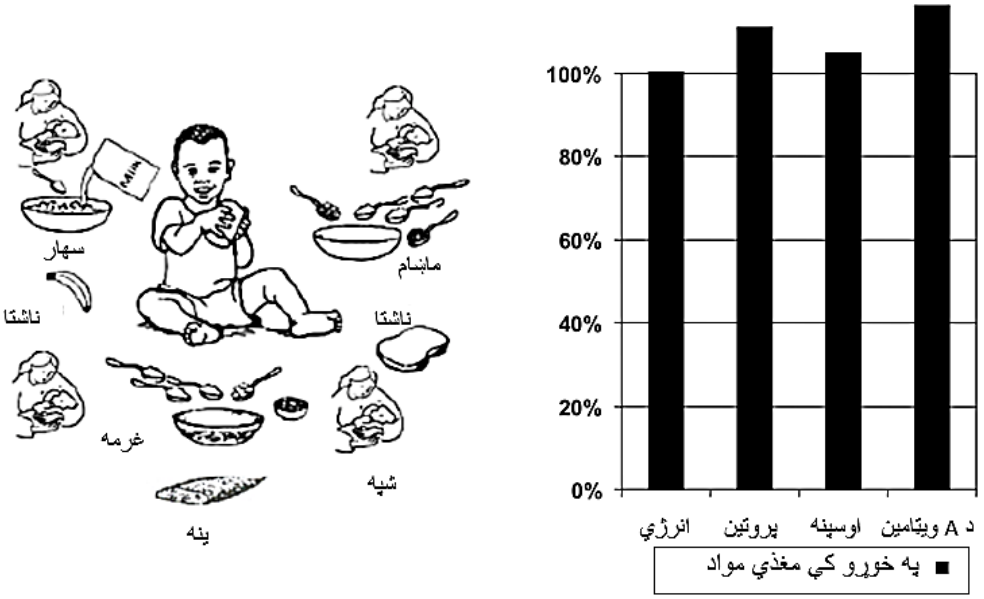
پروسس شوي متممه خواړه

پروسس شوي متممه خواړه ښايي په قطيو، کڅوړو يا مرتبانونو کې ځای پر ځای شوي وي او په مغازو او پلورنځيو کې پلورل کېږي. ارزانه بيه لرونکي پروسس شوي داسې متمم خواړه لکه د اوسپنې له پلوه غني کړای شوي اوړه او د ماشومانو غني کړای شوي حبوبات چې په سيمه کې توليدېږي، اکثراً مناسب او مغذي وي او کورنيو ته بايد د هغو په هکله پوهاوی ورکړای شي. که چېرې داسې محصولات شتون ولري چې د مغذي موادو يا کيفيت له پلوه کمزوري وي، والدينو ته بايد خبر ورکړل شي. د پروسس شويو متممو خوړو کارول ښايي د روږديتوب لامل شي او که چېرې نوموړي خواړه تل د لاسرسي وړ نه وي، په دې صورت کې ښايي هغه په يوه ستونزه بدل شي(١٦).

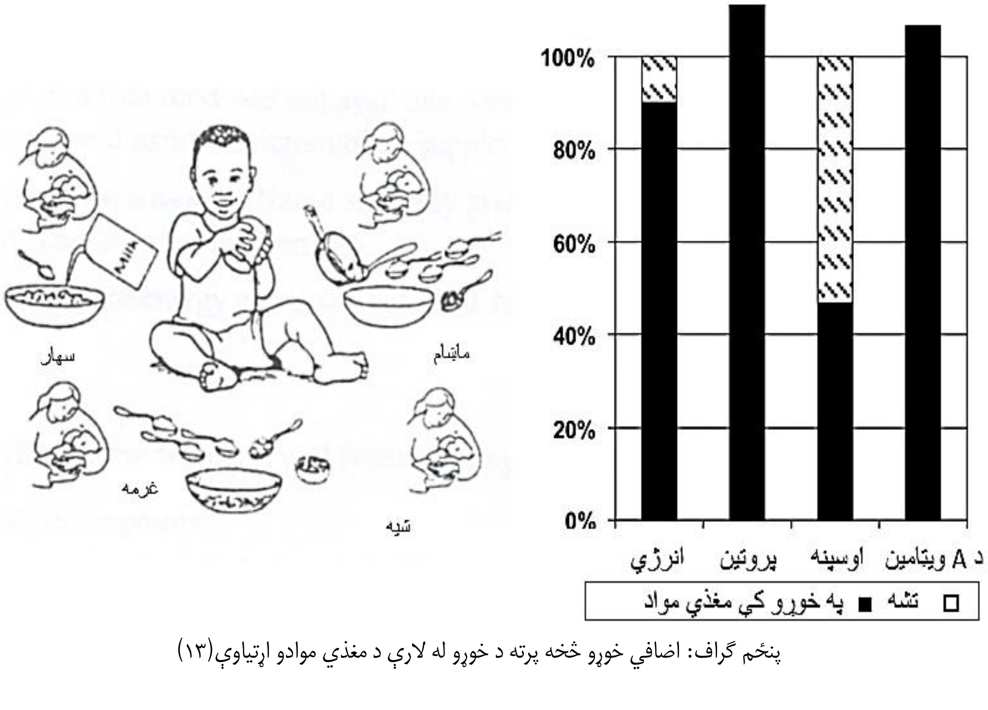
د متممه خوړو پهواسطه د تغذيې دفعات

د ماشوم کورنۍ بايد ماشوم ته ځينې خواړه په زياتو دفعاتو سره ورکړي. کورنۍ دې ته اړتيا نهلري چې نور خواړه پاخه کړي. هغوی کولای شي د خوړو د خوړلو د وختونو تر منځ په واټن کې ځينې داسې اضافي خواړه ورکړي، چې آسانه وي. دا اضافي خواړه د خوړو د خوړلو له وختونو څخه پرته ورکول کېږي او بايد د اصلي خوړو ځای ونه نيسي. ماشوم ته د نوموړو اضافي خوړو ورکول آسانه وي، خو ماشوم د خوراک پر مهال لا هم مرستې او څارنې ته اړتيا لري تر څو داډ تر لاسه شي چې اضافي خواړه خوړل کېږي که نه. ښه اضافي خواړه هم انرژي او هم مغذي مواد وړاندې کوي. د شيدو محصولات، هغه ډوډۍ چې د مغذياتو په خميره اخښل شوې وي، تازه ميوې او پاخه کړای شوې پټاټې (کچالو) د دغو خوړو له ډلې څخه ګڼل کېږي(١٦). کم ارزښته اضافي خواړه هغه دي، چې زياته اندازه بوره لري، يا زيات سره (وريت) کړای شوي وي، خو په کمه اندازه مغذي مواد ولري، د بېلګې په توګه، خواږه کړای شوي مشروبات، خواږه، خواږه بيسکيټ او ډېر سره (وريت) کړای شوي نشايسته لرونکي خواړه(١٣).

اوس په پرتليز ډول سره، لاندې (۲-۵) ګراف ته وګورئ.



څلورم ګراف: د اضافي خوړو له علاوه کولو څخه وروسته د مغذي موادو اړتیاوې(۱۳)



پنځم ګراف: اضافي خوړو څخه پرته د خوړو له لارې د مغذي موادو اړتیاوې(۱۳)

د متممه خوړو مقدار

کورنۍ باید ماشوم ته په ورځ کې دوه ځله، ۲- ۳ وړې قاشوغې خواړه ورکول پیل کړي. د ۸ میاشتني ماشوم معده کولای شي په یوه وخت کې یوازې د یوې پیالې په اندازه خواړه وزغمي. د ماشوم په لویېدو سره د خوړو په مقدار او تنوع کې په تدریج سره باید زیاتوالی راوستل شي. د ۱۲ میاشتو په عمر ماشوم کولای شي د هر ځل خوړو پر مهال یوه وړه کاسه یا یوه ډکه پیاله مختلط خواړه او همداراز د خوړو د خوړلو د وختونو تر منځ دوه ناشتې (اضافي خواړه) وخوري. څرنګه چې ماشوم پرمختګ کوی او د خوړلو مهارتونه زده کوي، هغه کولای شي له ډېرو نرمو او میده کړای شویو خوړو څخه استفاده وکړي(۱۳).

په لاندې جدول کې لیدل کېږي، څومره چې ماشوم لویېږي، د هغو د خوړو په مقدار کې باید زیاتوالی راشي(۱۳).

د هغو خوړو مقدار چې باید ماشوم ته ورکړل شي			
عمر	**قوام**	**دفعات**	**د هر ځل خوړو مقدار**
٦ میاشتې	په نرمه حلوا، ښو نرمو کړای شویو سبو، غوښې او تازه میوو یې پیل کړئ	په ورځ کې ۲ ځله خواړه، جمع د مور په شیدو مکرره تغذیه	۲- ۳ د ښوروا خوړلو قاشوغې
۷- ۸ میاشتې	نرم کړای شوي خواړه	په ورځ کې ۳ ځله خواړه، جمع د مور په شیدو مکرره تغذیه	په تدریج سره یې د ۲۵۰ ملي لیتره لوښي تر ۱/۲ برخې پورې ورسوئ
۹- ۱۱ میاشتې	ښه میده کړای شوي یا نرم کړای شوي خواړه او داسې خواړه چې ماشوم یې وکړای شي په ګوتو باندې پورته کړي	په ورځ کې ۳ ځله خواړه، جمع د خوړو د خوړلو د وختونو تر منځ یوه ناشته او د مور په شیدو تغذیه	د ۲۵۰ ملي لیتره لوښي له ۱/۲ څخه تر ۳/۴ برخې پورې
۱۲- ۲۴ میاشتې	کورني خواړه، د اړتیا په صورت کې میده کړای شوي یا نرم کړای شوي خواړه	په ورځ کې ۳ ځله خواړه، د خوړو خوړولو د وختونو تر منځ ۲ ناشتې او د مور په شیدو تغذیه	د ۲۵۰ ملي لیتره لوښي له ۳/۴ څخه تر ۱ بشپړ لوښي پورې یا زیات

لومړی جدول: د هغو خوړو مقدار چې باید وړاندې کړای شي

د مایعاتو اړتیاوې

هغه ماشوم چې د مور په شیدو تر خالصې تغذیي لاندې وي، هغه د خپلې اړتیا وړ ټول مایعات د مور شیدو له لارې تر لاسه کوي. کله چې د ماشوم په غذایي رژیم کې نور خواړه ور اضافه کېږي، ماشوم ښایي اضافي مایعاتو ته اړتیا ولري. د مایعاتو ورکولو اندازه په دې پورې اړه لري، چې ماشوم ته کوم ډول خواړه ورکول کېږي، نوموړي خواړه څومره ټینګ دي او دا چې ماشوم څومره اندازه د مور شیدې ترلاسه کوي. په دې برخه کې تر ټولو ښه لارښود د ادرار اندازه ګڼل کېږي. که چېرې ماشوم په مکرره توګه خاسف رنګ لرونکي ادرار ولري، ښایي ماشوم کافي اندازه

مايعات تر لاسه کوي. که ادرار ناکافي يا تياره وي، په دې وخت کې زياتو مايعاتو ته اړتيا ده. که ماشوم تبه يا نس ناسته ولري، په دې حالت کې اضافي مايعاتو ته اړتيا ده. د مور شيدې تر ټولو ښه څښاک دي او ډېره اندازه (۸۸٪) اوبه لري تر څو تنده ماته کړي او د ډيهايډريشن مخنيوی وکړي. د مور شيدې هغه عوامل (فکټورنه) لري، چې له نس ناستې څخه مخنيوی کوي او همداراز ډېر مهم مغذي مواد لري. اوبه د تندې ماتولو لپاره ښې دي. د مېوو له تازه اوبو څخه هم ښايي کار واخيستل شي، ځکه چې د شيدې خوړونکو ماشومانو د غاښونو له تخريب څخه مخنيوی وشي. د مېوو اوبه بايد له اوبو سره ګډې کړای شي. د مېوو ډېرې زياتې اوبه ښايي د نس‌ناستې لامل شي او کولای شي د خوړو د خوړلو لپاره د ماشوم اشتها راکمه کړي. له زيات بوره لرونکي څښاک څخه بايد ډډه وشي، هغه په حقيقت کې ماشوم تږی کوي، ځکه چې د هغه بدن بايد له اضافي بورې سره توافق وکړي. که چېرې ستاسو په سيمه کې په دبليو يا کڅوړو کې د مېوو اوبه د لاسرسي وړ وي، معلومه کړئ چې کوم ډول يې د مېوو خالصې اوبه دي او کوم ډول يې اضافه شوې بوره لري. ګاز لرونکي څښاک د شيدې خوړونکو ماشومانو لپاره مناسب نه‌دي. چای او قهوه څښل د اوسپنې جذب راکموي. هغه د شيدې خوړونکو ماشومانو د څښاک لپاره مناسب نه‌دي او هغه بايد ورنکړای شي(۱۷).

د شيدې خوړونکو ماشومانو لپاره څښاک بايد پاک او خوندي وي. اوبه بايد وايشول شي او په سرپوښ لرونکي لوښي کې وساتل شي. ښه به دا وي چې د اوبو لوښی نلکه يا د تويولو لپاره بله مجرا ولري. پيالې، لاسونه او ټوکران بايد په پاکو اوبو کې دننه نه‌شي. که چېرې اوبه په ۲۴ ساعتونو کې مصرف نه‌شي، بايد د شيدې خوړونکو ماشومانو لپاره بیاځلي وايشول شي. له تازه مېوو څخه د اوبو له ويستلو وړاندې د هغوی باندنۍ برخې ومينځئ. څښاک بايد د خوړو او د مور په شيدو د تغذيې ځای ونه نيسي. که چېرې يو څښاک د خوړو سره ورکول کېږي، يوازې يوه کمه اندازه څښاک ورکړئ او د څښاک ډېری برخه د خوړو تر پايه پورې وساتئ. څښاک ښايي د ماشوم معده دومره ډکه کړي، چې د خوړو لپاره په‌کې ځای پاتې نه‌شي(۱۳).

ځواب ويونکې تغذيه

مشاهدتي مطالعاتو ښودلې ده چې د ځواب ويونکې تغذيې د چلند او د ماشوم د تغذيوي حالت تر منځ نږدې تړاو شته. ځواب ويونکې تغذيه د مطلوبې ودې، مطلوبو مغذي موادو ترلاسه کولو او اوږدمهاله تنظيم لامل کېږي. غيرځواب ويونکې کړنې په تغذيه کې د ستونزو او د تغذيې د تفريط يا فرط تغذيې لامل کېږي. تغذيه بايد د ماشوم د لوږې د نښو او مړښت د احساس پر وړاندې ځواب ويونکې وي. د ماشوم له عمر سره سم او مناسب خواړه بايد ماشوم ته په ملاتړې طريقه، په فعال ډول او زغم سره له هغه سره د مرستې کولو له لارې په داسې حال کې ورکړای

شي، چې په ورته وخت کې ماشوم د کافي خوړو خوړلو ته له ګوتو، قاشوغې یا ځاني تغذیې څخه په کار اخیستنې سره هڅول کېږي. د خوړلو لپاره په ماشوم باندې له فشار راوړلو یا اړ ایستلو څخه ډډه وکړئ. شیدې خوړونکي ماشومان په مستقیم ډول تغذیه کړئ او له لویو ماشومانو سره په هغه وخت کې مرسته وکړئ، چې هغوی ځانونه تغذیه کوي. د خوړو پرمهال که چېرې ماشوم خوراک ته لېوالتیا په اسانۍ سره له لاسه ورکوي، نو د ماشوم منحرف کوونکې عوامل اصغري کچې ته راټیټ کړئ. که ماشوم د خوړو له خوړلو څخه ډډه کوي، په دې وخت کې د هغه د هڅونې په موخه د خوړو بېلابېل ترکیبات، ذایقې، قوامونه او مېتودونه تجربه کړئ. په پیل کې د نویو خوړو له خوړلو څخه ډډه کول معمول وي، خو د خوړو تکراري ورکړه د دغو خوړو منل پیاوړي کوي(۱۳).

له ٦ څخه تر ۱۲ میاشتني عمر لرونکو ماشومانو د متممه تغذیې اړوند لارښوونې

۱. د ورځې او شپې لهخوا ماشوم ته د مور د شیدو پهواسطه تغذیې ته دوام ورکړئ. دا کار به ماشوم سالم او پیاوړی وساتي، ځکه چې د مور شیدې د ماشوم د غذايي رژیم تر ټولو مهمه برخه ګڼل کېږي. د مور شیدې له ٦ څخه تر ۱۲ میاشتو عمر پورې د ماشوم د انرژۍ نیمه برخه بشپړوي.

۲. په ٦ میاشتني عمر کې لومړي اساسي خواړه، لکه حلوا (جوار، غنم، وریجې، پټاټې)، میده کړای شوې کیله یا میده کړای شوې پټاټې ورکړل شي.

۳. د نورو خوړو له ورکولو څخه تر مخه باید د مور په شیدو د ماشوم تغذیه تر سره شي.

۴. کله چې ماشوم ته متممه خواړه ورکول کېږي، دفعات، مقدار، ټینګوالی/غلظت، تنوع، ځواب ویونکې تغذیه او حفظ الصحي ته دې پام وشي.

۵. ماشوم ته په ورځ کې ۳ ځله (٦- ۹ میاشتې)، یا ۴ ځله (۹- ۱۲ میاشتې) او ۵ ځله (۱۲- ۲۴ میاشتې) متممه خواړه ورکړل شي.

۶. د خوړو مقدار په تدریج سره تر نیمې پیالې (٦- ۹ میاشتې)، درې پر څلورمې تر یوې پیالې پورې (۹- ۱۲ میاشتې) زیات شي.

۷. له جلا لوښي څخه کار واخیستل شي، تر څو ډاډ تر لاسه شي چې ماشوم خپل ټول خواړه خوري.

۸. ښه نرم کړای شوي کورني خواړه ورکړل شي.

۹. ماشوم په ۸ مياشتني عمر کې کولای شي داسې خواړه وخوري چې په ګوتو اخيستل کېږي، له ۹ مياشتني عمر څخه وروسته، ماشوم ته ښه ميده کړای شوي کورني خواړه، داسې خواړه چې په ګوتو اخيستل کېږي او وړه وړه کړای شوي، ورکړل شي.

۱۰. له ۱۲ مياشتني عمر څخه وروسته، داسې کورني خواړه ورکړل شي چې ټوټه ټوټه شوي وي، د ګوتو په واسطه وخوړل شي او وړه وړه کړای شوي وي.

۱۱. ماشوم ته بايد د هر ځل خوړو په وخت کې مختلف خواړه ورکړل شي، د بېلګې په توګه له ځارويو څخه په لاس راتلونکې خواړه، سره غوښه، هګۍ او د شيدو محصولات، اساسي خواړه لکه غلې دانې، ريښې او غوټې، حبوبات او مندکې، د هغو تازه مېوو او سبو په ګډون، چې د A ويټامين له پلوه غني وي(۱۸).

له ۱۲ څخه تر ۲۴ مياشتني عمر لرونکو ماشومانو د متممه تغذيې اړوند لارښوونې

۱. د ورځې او شپې له پلوه ماشوم ته د هغه له غوښتنې سره سم د مور په شيدو تغذيې ته دوام ورکول. دا کار به ماشوم سالم او پياوړی وساتي، ځکه چې د مور شيدې لا هم د ماشوم د غذايي رژيم يوه ډېره مهمه برخه تشکيلوي.

۲. د مور په شيدو د ماشوم تغذيه له ۱۲ مياشتو څخه تر ۲۴ مياشتو پورې د هغه د انرژۍ د اړتياو يو په درېيمه برخه تشکيلوي.

۳. کله چې ماشوم ته متمم خواړه ورکول کېږي، نو دفعات، مقدار، ټينګوالی يا غلظت، تنوع، ځواب ويونکې تغذيه او نظافت بايد په پام کې ونيول شي.

٤. ماشوم په ورځ کې بايد ۵ ځله د متممه خوړو په واسطه تغذيه شي.

٥. د خوړو په مقدار کې له درې په څلورمې برخې څخه تر يوې پيالې پورې ورکول شي.

٦. له جلا لوښي څخه کار واخيستل شي، تر څو ډاډ تر لاسه شي چې ماشوم خپل ټول خواړه خوړلي.

۷. ميده کړای شوي کورني خواړه، داسې خواړه چې په ګوتو اخيستل کېږي او ميده شوي وي، ورکړل شي.

۸. ماشوم ته بايد د هر ځل خوړو په وخت کې مختلف خواړه ورکړل شي، د بېلګې په توګه له ځارويو څخه په لاس راتلونکې خواړه، سره غوښه، هګۍ او د شيدو محصولات، اساسي خواړه لکه غلې دانې، ريښې او غوټې، حبوبات او مندکې، د هغو تازه مېوو او سبو په ګډون، چې د A ويټامين له پلوه غني وي(۱۳).

د متممه خوړو د نه ورکړې يا پر ناسم وخت ورکړې له امله رامنځته شوې ناخوالې

دلته له ځينو څېړنو څخه راټولو شويو هغو اغېزو څخه يادونه او بحث کوو، چې د متممه تغذيې د نه ورکړې يا پر ناسم وخت د ورکړي له امله رامنځته کېږي:

خوارځواکي

خوارځواکي يو پتالوژيک حالت دی چې د يو يا څو بنسټيزو مغذي خوړو د نسبي کموالي يا مطلق نشتوالي په پايله کې رامنځته کېږي. د بنسټيزو مغذي خوړو دغه کموالی يا مطلق نشتوالی په ابتدايي ډول د کورنۍ په‌واسطه د مغذي خوړو په برابرولو کې د ستونزو په پايله کې منځته راځي(۲). که چېرې يو ماشوم د خوړو دوامداره کمښت سره مخ شي، په مزمنې خوارځواکۍ اخته کېږي چې په پايله کې يې د ماشوم قد لنډ پاتي کېږي او که په حاد ډول د خوړو کمښت سره مخ شي، نو ماشوم به په حادي خوارځواکۍ اخته شي چې د کلينيک له پلوه حاده خوارځواکي په درې ډوله څرګندېږي چې له مرسموس، کواشيرکور او مرسميک کواشيرکور په نومونو يادېږي. د شدت له نظره هم خوارځواکي په درې ډوله ده، چې خفيفه خوارځواکي، متوسطه خوارځواکي او شديده خوارځواکي نومول شوي دي(۱).

مرسموس (شديد ډنګر): هغه ماشوم چې د شديدې خوارځواکۍ په مرسموس ډول اخته وي، خپل شحم او عضلات يې له لاسه ورکړي وي او د پوستکي او هډوکي په بڼه څرګندېږي. دغې حالت ته «شديد ډنګروالی» نومونه (اصطلاح) هم کارول کېږي او د انرژۍ کمښت له امله رامنځته کېږي(۱).

کواشيرکور (پړسېدلی): د پړسوب پرمهال د بدن په انساجو کې اضافي مايعات راټولېږي. پړسوب اکثراً د پښو په تلونو او لاسونو په لاندينيو برخو کې ليدل کېږي. په شديدو پېښو کې پړسوب ښايي د لاسونو او پښو په پورتنيو برخو او مخ کې هم وليدل شي، نوموړی حالت د پروټين کمښت له امله رامنځته کېږي(۱).

مرسميک کواشيرکور: د خوارځواکۍ په دغې ډول کې ناروغ ماشوم د مرسموس او کواشيرکور دواړو ځانګړتياوې لري، يعنې ناروغ د مرسموس ټولې علامې او د کواشيرکور پړسوب لري. په دغو ماشومانو کې د کالوري او پروټين کمښت په مساوي ډول موجود وي(۲).

يوه څېړنه چې پاکستان کې د ټولنې په سطحه ترسره شوې وه، مجموعاً ۳۵۹ تنه ماشومان تر څېړنې لاندې نيول شوي وو. هغو ماشومانو ته چې متممه تغذيه پر توصيه شوي وخت (۶-۴ مياشتنۍ) کې پيل شوې وه، له جملې څخه يې ٪۵۲،۳۶ ماشومان په خوارځواکۍ اخته وو او هغو ماشومانو ته چې متممه تغذيه تر توصيه شوي وخت مخکې او يا وروسته پيل شوې وه، له ډلې يې ٪۷۷،۷۸ ماشومان په خوارځواکۍ اخته شوي وو. له دې څخه

معلومېږي، هغو ماشومانو کې چې متممه خواړه پر ناسم وخت پيل شوې وه، د هغو ماشومانو په پرتله پکې د خوارځواکۍ اندازه زياته وه، چې متممه تغذيه ورته په ناسم وخت پيل شوې وه(۱۸).

په هند کې د National Family Health Srervey (NFHS) ادارې له‌خوا ترسره شوې څېړنې له مخې، ۱۵۰۰ تنه هغه ماشومان چې د متممه تغذيې په مرحله کې په ناسم ډول تغذيه شوي وو، د څېړنې لپاره نمونه ګرځول شوي وو، چې د خوارځواکۍ پريويلانس په‌کې ۳۸٪ و(۱۹). په بنګله دېش کې د Bangladish Demographic and Health Srervey(BDHS) ادارې له‌خوا ترسره شوې څېړنې له مخې، ۵۰۰ تنه هغه ماشومان چې په توصيه شوي وخت کې ورته متممه تغذيه نه وه پيل شوې، تر څېړنې لاندې نيول شوي وو. په نوموړي ماشومانو کې د خوارځواکۍ پريويلانس ۳۰٪ و(۲۰).

يوه څېړنه چې په ايتوپيا کې د Ethopia Demographic and Health Srervey(EDHS) ادارې له‌خوا ترسره شوې، ۱۰۰۰ تنه هغه ماشومان پکې تر څېړنې لاندې نيول شوي وو، چې په توصيه شوي وخت يې متممه تغذيه نه وه پيل شوې. په نومړو ماشومانو کې د خوارځواکۍ پريويلانس ۴۲٪ و(۲۰).

که متممه تغذيه مخکې له توصيه شوي وخت څخه پيل شي، د مور شيدو په توليد اغېز لري؛ يعني د متممه خوړو په‌واسطه د ماشوم تغذيه د مور د شيدو په واسطه د تغذيې کچه کموي او د مور شيدو توليد کچې کموالي سبب کېږي. په داسې حال کې چې د ماشوم د مايعاتو او کالوري اړتيا لپاره د مور شيدې بسنه کوي او همدارنګه په‌دې وخت کې نوموړې تغذيه ددې تغذيې اړوند لارې په‌واسطه د انتاناتو خطر زياتوي، نو له‌دې کبله ماشوم په خوارځواکۍ اخته کېږي(۱۳). که چېرې ماشوم ته متممه تغذيه وروسته له توصيه شوي وخت څخه پيل شي، نو د ناکافي انرژۍ، پروټين او مايکرونيوټرينټ اخيستنې له کبله د ودې ځنډ او د مايکرونيوټرينټونو نظم د خرابوالي لامل کېږي او همدارنګه د توصيه شوي وخت څخه په ځنډ د متممه تغذيې ورکړه د ماشوم له‌خوا د ردولو عادت سبب کېږي، لکه ماشوم په خوړو شخوند وهي، مګر خواړه بېرته له خولې څخه بهر غورځوي چې دا هم د تغذيوي حالت د محدودېدو سبب کېږي. د يادونې وړ ده چې د متممه خوړو ډول او اندازه هم د ماشوم په تغذيوي حالت اغېز کوي(۲۰).

د اوسپنې کمښت کمخوني

د ماشومتوب او شيدو خوړلو دورې پرمهال د کمخونۍ تر ټولو معمول ډول د اوسپنې کمښت کمخوني ده، چې په بدن کې د اوسپنې کمښت له امله رامنځته کېږي(۲۱). په ماشومانو کې د اوسپنې کمښت لاملونه په دوه ډوله دي چې لومړۍ يې تغذيوي لاملونه دي، لکه: هغه ماشوم چې مېندې يې کمخونې وي يا يې زيات زېږونونه کړي وي،

يا هغه ماشومان چې د اوسپنې اړتيا يې زياته وي، لکه: له مودې مخکې نوي زېږېدلي ماشومان، کم وزنه نوي زېږېدلي ماشومان او يا د زړه په ولادي ناروغيو اخته ماشومان، همداراز هغه ماشومان چې تر ډېره وخته د مور شيدو په وسيله تغذيه کېږي او يا د غوا او وزې شيدو په وسيله تغذيه کېږي، يا هغه ماشومان چې د متممه تغذيې په پړاو کې نامناسب او داسې متممه خواړه ورکړل شي (غوښه او شنه سبزيجات نه وي)، چې د غذايي ارزښت له پلوه د ماشوم اړتيا نه پوره کوي، يا دا چې که چېرې د اوسپنې جذب خراب وي، دا حالت هم د اوسپنې کمښت کمخونۍ لامل کېږي(۱).

دويم ډول کمخوني د وينې ضايع کېدو له امله ده او په لاندې حالتونو کې رامنځته کېږي:

۱. نويو زېږېدلو ماشومانو کې: د نامه غوټۍ له لارې د وينې ضايع کېدل، د نويو زېږېدلو ماشومانو هيمورژيک ناروغۍ، د غوا شيدو د پروټين پر وړاندې حساسيت، ولادي اختلاطات لکه پلاسنټا ابرپشن او پلاسنټا پريويا، په نويو زېږېدلو ماشومانو کې د غبرګونکو نويو زېږېدلو ماشومانو يو بل ته د پلاسنټا له لارې د وينې لېږد او له جنين څخه مور ته د وينې لېږد.

۲. په شيدې خوړونکو او غټو ماشومانو کې: د کولمو چينجي، ميکل ډايورټيکل، پيپټيک السر ناروغۍ، د ريکټوم پوليپونه او د کولمو التهابي ناروغۍ(۲۱).

۳. پټوفزيولوژي: کله چې ماشوم په خوړو کې په کمه اندازه اوسپنه واخلي، لکه په غټو ماشومانو کې زيات کاربوهايډريټ لرونکي داسې خواړه خوړل، چې په خپل ترکيب کې اوسپنه نه لري يا د اوسپنې مقدار پکې کم وي. هغه خواړه چې د اوسپنې سرچينه يې حيواني محصولات وي، لکه د کبانو او حيواناتو غوښې او محصولاتو اوسپنه د نباتاتو او هګيو د اوسپنې په پرتله ښه جذبيږي.

۴. د داسې خوړو خوړل چې د اوسپنې جذب کموي، لکه د خوړو سره يوځای چای او قهوې استعمال، يا هغو خوړو څخه ګټه اخيستل چې په زياته اندازه فايبر ولري، لکه بشپړې غلې دانې.

۵. د داسې خوړو نه خوړل چې د اوسپنې جذب زياتوي، لکه د C ويټامين او زينک لرونکو خوړو (لکه رومي بانجان، ګلپې، ګواوا، ام، اناناس، نارنج او ستروس د کورنۍ نورې تازه مېوې) کم خوړل د اوسپنې د جذب کموالي لامل کېږي(۱۷).

په مودې برابر زېږېدلی ماشوم د اوسپنې له ښو زېرمو سره نړۍ ته راځي او دا زېرمې کولای شي د ژوند د شپږو لومړيو مياشتو په لړ کې د ماشوم اړتياوې پوره کړي. شيدې خوړونکی ماشوم د ژوند په لومړي کال کې د ژوند د دويم کال په پرتله چټکه وده کوي، له همدې کبله د ماشوم د اوسپنې اړتيا هغه وخت زياته وي کله چې ماشوم کوچنی وي.

د اوسپنې زېرمې د شپږو مياشتو شاوخوا عمر کې مصرفېږي، ځکه نو له شپږو مياشتو څخه وروسته اوسپنې ته د ماشوم د اړتيا او د هغې اوسپنې تر منځ تشه ليدل کېږي او دا تشه بايد د متممو خوړو په‌واسطه ډکه شي(۴).

هغه شيدې خوړونکې ماشومان چې د مور په شيدو په خالص ډول تغذيه کېږي، دې ته اړتيا لري چې له ٦ مياشتنې عمر څخه وروسته داسې متمم خواړه وخوري، چې په ترکيب کې يې د اوسپنې تر څنګ د C ويټامين او زينک هم ولري، ځکه چې نوموړي دواړه مواد د اوسپنې په جذب کې ونډه لري او که چېرې په متممه خوړو کې د C ويټامين او زينک په کمه اندازه واخيستل شي، نو د اوسپنې د کم جذب له امله په ماشوم کې د اوسپنې کمښت کمخوني پيدا کېږي(۱۳). ددې سربېره دغه ډول ماشومان زيات په انتاني ناروغيو اخته کېږي او له انتاني ناروغيو څخه د ببرته رغېدنې پروسه يې هم ورو وي. د پورتنيو څېړنو د پايلو له مخې د دغه ډول ماشومانو د ودې او پرمختګ پروسه هم ورو شوې وه(۱۸).

د A ويټامين کمښت

د A ويټامين په شحمو کې منحل ويټامين دی، چې د سبزيجاتو په زيړ او شنه برخو کې، په ځانګړي ډول ګاذرو کې، په زياته اندازه پيداکېږي. نوموړی ويټامين د کولمو له لارې جذب او په ځيګر کې زېرمه کېږي. د مور شيدې او غوا شيدې په کافي اندازه A ويټامين لري. ددغه ويټامين ورځنۍ اړتيا 1500IU ده او د کموالي لاملونه يې په لاندې ډول دي:

لومړی. په غذايي رژيم کې يې کمه اخيستنه: په A ويټامين غني خوړو کم خوړل، لکه ځيګر، لبنيات، هګۍ، شنه زيړ رنګه سبزيجات...

دويم. د جذب خرابوالی: لکه سيستيک فايبروسس، سيليک ناروغي او مزمن اسهالات.

درېيم. کله چې د مغذي موادو اړتيا زياته وي: لکه چټکه وده...

څلورم. د غني شويو خوړو کموالی

پنځم. د ميندو کمزورې تغذيه: د اميندوارۍ او شيدو ورکولو دوره کې

شپږم. انتانات: لکه شری او اسهالات.

اووم. ټولنيز-اقتصادي فکتورونه: لکه غربت، ښه مغذي خوړو ته کم لاسرسی، حفظ الصحې ته نه پاملرنه(۲۱).

د A ويټامين کمښت له امله د شپې له لخوا ړوندوالی، د کنجنګتيوا او کرنيې وچوالی، بايټوټ ټکې، کيراټومليشيا، فوټوفوبيا، مکرر اسهالات او د فزيکي او دماغي ودې وروسته پاتې والی رامنځته کېږي(۲۱).

د متممه خوړو پر ناسم وخت پیلول یا داسې متممه خوړو پیلول چې د A ویټامین اندازه پکې کمه وي، د A ویټامین کمښت او د کمښت له امله د سترګو اړوند ستونزې، اسهالات، خوارځواکي، د پوستکي ناروغۍ او د انتاناتو پر وړاندې د ماشومانو د مقاومت کمزوري رامنځته کوي(۱۳).

ریکیټس

ریکیټس د D ویټامین د کمښت له امله رامنځته کېږي، چې د کمښت لاملونه يې د لمر وړانګو څخه په مستقیم ډول استفاده نه کول، د حبوباتو زیات استعمال، یوازې له سبزیجاتو څخه استفاده کول او د ځینو درملو کارول دي. د D ویټامین زېرمې د کبانو ځیګر، د لمر وړانګې، په D ویټامین غني شيدې یا مارګرین دي؛ کموالی يې ریکیټس، انفانتایل تیتاني، کمزورې وده او په کاهلانو کې اوستیوملیشیا یادولای شو(۲۱).

په هند کې د National Family Health Srervey (NFHS) ادارې لهخوا ترسره شوې څېړنې له مخې، ۱۵۰۰ تنه هغه ماشومان چې د متممه تغذيې په مرحله کې په ناسم ډول تغذیه شوي وو، د څېړنې لپاره نمونه ګرځول شوي وو، چې د خوارځواکۍ ریکیټس پهکې ٪۲۰ و(۱۹). په بنګله دېش کې د Bangladish Demographic and Health Srervey (BDHS) اداري لهخوا ترسره شوې څېړنې له مخې، ۵۰۰ تنه هغه ماشومان چې په توصیه شوي وخت کې ورته متممه تغذیه نه وه پیل شوې، تر څېړنې لاندې نیول شوي وو. په نوموړي ماشومانو کې د ریکیټس پریویلانس ٪۱۸ و(۲۰).

یوه څېړنه چې په ایتوپیا کې د Ethopia Demographic and Health Srervey(EDHS) اداري لهخوا ترسره شوې، ۱۰۰۰ تنه هغه ماشومان پکې تر څېړنې لاندې نیول شوي وو، چې په توصیه شوي وخت يې متممه تغذیه نه وه پیل شوې. په نوموړو ماشومانو کې د ریکیټس پریویلانس ٪۲۵ و(۲۰).

ریکیټس د زیاتو مغذي موادو د کمښت له امله رامنځته کېدونکې ناروغي ده، چې کولای شي هغه ماشومان زیات اغېزمن کړي، چې په خوړو کې په خالص ډول له سبزیجاتو څخه ګټه اخلي. نوموړي رژیمونه د عامو خلکو د روغتیا یوه مهمه مسئله ده، چې د تطبیق وړ داسې معلوماتو ته اړتیا لري، چې د وریجو او سویا د پروټینونو بدیل فورمولونه تجویز کړي؛ پهدې بنسټ ویلی شو چې ټول هغه ماشومان چې د داسې میندو څخه تغذیه کېږي، چې غذايي رژیم کې یوازې له سبزیجاتو څخه ګټه اخلي او ورپسې د متممه تغذيې په دوران کې ماشومانو ته یوازې سبزیجات ورکول کېږي او حیواني محصولاتو څخه استفاده نه کوي، ریکیټس ته ډېر مساعد دي(۱۳).

پایله اخیستنه

د ټولو مغذي موادو مجموعې ته خواړه وايي. په عمومي ډول خواړه په دوو لويو ګروپونو، ماکرونيوټرينټونو او مايکرونيوټرينټونو، وېشل شوي دي. د ژوند په اوږدو کې يو ماشوم د ودې ځلورو پړاوونو څخه تېرېږي. د ٦ مياشتو په عمر، کله چې ماشوم ته متممه خوړو ورکولو سپارښتنه کېږي، پهدې دوره کې ماشوم د انرژۍ او پروټين اضافي اندازې ته اړتيا لري، يعنې هغه انرژي او پروټين چې د مور شيدو په وسيله نه پوره کېږي او اړتيا ده ماشوم ته نور اضافي خواړه ورکړل شي، دغه اضافي خوړو ته متممه خواړه وايي. پهدې عمر کې د مور شيدي د ماشوم غذايي اړتياوې نه شي پوره کولی، د ماشوم هضمي سېستم پوره اندازه وده کړې وي، په لاسونو کې د خوړو نيولو وړتيا پيداکوي، غاښونه شنه کوي، د بېلابېلو خوندونو حس پيداکوي او د ژبې حرکاتو ښه کنټرول ترلاسه کوي، نو ځکه پهدې عمر کې متممه خواړه پيلېږي. متممه خواړه بايد په خوندي ډول، کافي مقدار او دفعاتو سره ماشوم ته ورکړل شي. د بېلابېلو څېړنو پايلو ځرګنده کړه، چې که متممه خواړه په خپل سپارښت شوي وخت او کافي مقدار ورنکړل شي، يا د ورکړې خرابو چلندونو څخه کار اخيستل شوی وي، نو په پايله کې ماشوم په خوارځواکۍ، د اوسپنې کمښت کمخونی، د A ويټامين کمښت او ريکيټس باندې اخته کېږي. سره له دې چې ډېرې څېړنې په دې برخه کې ترسره شويدي، مګر لا هم ځينې اړينې برخې شته چې په راتلونکي کې د څېړلو وړ دي، لکه په دې عمر کې د ناسمو دوديزو خوړو ورکړه، د ځينو ناروغيو له وېرې د اضافي خوړو نه ورکول او داسې نور. ددې مقالې پايله ځرګندوي چې په لومړي عمر کې بايد د ماشومانو تغذيې ته پاملرنه وشي، ترڅو د هغوی وده او روغتيا پرمخ ولاړه شي.

وړانديزونه

۱. د ماشوم د ښې ودې او سالم پاتې کېدو لپاره بايد لږ تر لږه تر دوو کلونو پورې د مور شيدو پهواسطه تغذيې ته دوام ورکړل شي.

۲. د ماشوم ښې ودې او مړښت په موخه ماشوم په پياوړو کورنيو خوړو سره، چې نرم غلظت ولري، تغذيه کړئ.

۳. د ماشوم د تغذيې لپاره دې والدين هڅه وکړي حيواني منابعو او محصولاتو څخه ګټه واخلي.

۴. حبوبات لکه نخود، لوبيا، عدس او مندکې هم د مغذي موادو ښې سرچينې دي، ورڅخه دې د تغذيې په موخه ګټه واخيستل شي.

۵. والدين بايد هڅه وکړي چې د اوسپنه لرونکو خوړو تر څنګ، ويټامين سي لرونکي خواړه ماشومانو ته توصيه کړي.

۶. والدين بايد هڅه وکړي چې تور بخونې زرغونې پاڼې لرونکې سابه او ژېړ او نارجي رنګ لرونکې تازه مېوو او سابو څخه د ماشوم په غذايي رژيم کې ګډه واخلي، تر څو د ماشوم دسترګو سلامتيا او انتاناتو په مخنيوي کې مرسته وشي.

۷. ماشوم، چې د ودې په حال کې وي، هڅه دې وشي چې په تدريجي ډول ورته خواړه ورزيات شي.

۸. والدين دې کوښښ وکړي چې مخ پر ودې ماشوم په مکرره توګه د ټاکلو وختونو تر منځ اضافي تغذيې ته وهڅوي.

۹. والدين دې هڅه وکړي چې د ماشوم د تغذيې پر مهال، د حفظ الصحوي حالاتو د مراعاتولو په منظور، خپل او د ماشوم لاسونه پرېمينځي او خواړه په محفوي ډول چمتو او وساتي.

۱۰. د تغذيې پر مهال بايد له اجباري تغذيې څخه ډډه وشي.

اخځليکونه

1. Nelsone: Nelson (2020) Text book of pediatrics, 21th Edition, KLIEGMAN and Brothers Philadelphia USA pp (331-345).
2. Ghai. O.P (2019). Essential of pediatrics. New delhi: CBS publishers & Distributors, pp (31,86,91).
3. De Onis M, Monteiro C, Clugston G. The worldwide magnitude of protein energy malnutrition: An overview from the WHO global database on child growth. Bull World Health Organ. 1993;71(6):703-12.
4. Dahiya PK, Linnemann AR, Boekel MA, Van JS, Khetarpaul N, Grewal RB et al. Mung Bean Technological and Nutritional Potential. J Food Science and Nutrition. 2015;55(5):670-688.
5. De Onis M, Monteiro C, Clugston G. The worldwide magnitude of protein energy malnutrition: An overview from the WHO global database on child growth. Bull World Health Organ. 1993;71(6):703-12.
6. ICMR. Studies on Weaning and Supplementary Foods, Technical Report Series No. 27, (Indian Council of Medical Research, New Delhi), 1977.
7. Kleinman RE. Complementary feeding and later health. Paediatrics 2000;106(suppl):1287-90.

8. Pandey Laxmi, Singh Vishakha. Development and nutritional evaluation of weaning foods to prevent protein-energy malnutrition in infants. International Journal of Chemical Studies. 2019;(1):05-09.
9. Sonia Schiess, Veit Grote, Silvia Scaglioni, Veronica Luque, Francoise Martin, Anna Stolarczyk, et al. Introduction of Complementary Feeding in 5 European Countries, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2010;50(1):92-98. 10.1097/MPG.0b013e31819f1ddc,
10. WHO. Fifty-fourth World Health Assembly, WHA54.2. Agenda item 13.1. Infant and young child nutrition. 2020.
11. Gopte. Suraj, (2016) The Short Text Book of PEDIATRICS, 12th edition, NEW DELHI, India, (91,108).
12. Weaning from breast milk to family food, World Health Organization Geneva in collaboration with the United Nations Children’s Fund, 1988
13. MIYCM: WHO:UNICEF. 2018. Protecting, promoting, and supporting Breasfeeding and weaning in facilies providing maternity, newborn and infant services: the revised baby-Friendly Hospital Initiative. Implementation Guidance.
14. Alles MS, Eussen SR, Van Der Beek EM. Nutritional challenges and opportunities during the weaning period and in young childhood. Annals of nutrition and metabolism. 2014 Oct 2;64(3-4):284-93.
15. Weary DM, Jasper J, Hötzel MJ. Understanding weaning distress. Applied Animal Behaviour Science. 2008 Mar 1;110(1-2):24-41.
16. Shamim S, Naz F, Jamalvi SW, Ali SS. Effect of weaning period on nutritional status of children. J Coll Physicians Surg Pak. 2006 Aug 1;16(8):529-31.
17. Klein M. Weaning. InOn the Bringing up of Children 2013 Oct 8 (pp. 31-56). Routledge.
18. Foote KD, Marriott LD. Weaning of infants. Archives of disease in childhood. 2003 Jun 1;88(6):488-92.
19. Martin P. The meaning of weaning. Animal behaviour. 1984 Nov.
20. Lallès JP, Bosi P, Smidt H, Stokes CR. Weaning—A challenge to gut physiologists. Livestock Science. 2007 May 1;108(1-3):82-93.
21. Akbar. Pervaz (2020), Basis of PEDIATRICS, 10th edition, Paramount Books, Karachi, pp (83).

Effects of Malnutrition During the Supplementary Feeding Stage

Specialist Dr. Imran Malikzai[1], Specialist Dr. Omidrahman Zaland[2]
[1,2]Pediatric Ward, Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: smch@spingharuniversity.edu.af

Received: 12-Nov-2024 Accepted: 05-Jan-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

In Afghanistan, complementary feeding is considered a significant issue in the nutrition of breastfeeding children. Findings from the Afghanistan Demographic and Health Survey (DHS-2015) indicate that among children aged 6 to 24 months, who were assessed based on the lowest acceptable dietary regime, only 24% received appropriate complementary feeding. The World Health Organization’s recommendations for the lowest acceptable diet include various types of dietary regimes and the minimum frequency of food intake. There is a complex relationship between food (particularly complementary food) and the different stages of child growth, as food plays a crucial role in each developmental phase due to its specific effects. Complementary feeding brings about significant changes in the nutritional status of children, which directly impacts physical growth and overall health. Food is generally divided into two main categories: macronutrients and micronutrients. Children's physical growth occurs in four main stages: the neonatal stage (0-2 months), the early movement stage (2-6 months), the crawling and mobility stage (6-12 months), and the stage of activity and skill development (1-5 years). These stages play a vital role in the development of the child's muscles, nervous system, and motor skills. Many factors, including complementary foods, the timing of feeding, the types of foods, cultural practices, maternal health, and mothers’ knowledge about complementary feeding, influence the process of growth and development. Additionally, during the complementary feeding stage, emphasis is placed on a balanced nutritional regime, as balanced complementary foods lay the foundation for healthy growth and development in children. Raising awareness among caregivers and healthcare providers regarding these factors is essential to make significant progress in the optimal nutrition of children, thereby supporting healthy growth.

Keywords: Food, Growth Stager, Infant, Supplemantary Feeding

مروري مقاله

د ټپ رغېدلو پر پروسه باندې اغېز لرونکي لاملونه او د هواري لارې چارې

متخصص دوکتور محب الله عابد[۱]

[۱]عمومي جراحي څانګه، سپین‌غر مومند معالجوي او تدریسي روغتون، سپین‌غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: muhibabid06@mail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۳ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۱۲ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

د پوستکي ټپونه چې د پوستکي تمامیت او جوړښت پکې د فزیکي ترضیضاتو او ناروغیو په سبب له‌منځه ځي، د یوې نارمل بیولوژیکي پروسې په‌واسطه بېرته رغېږي. نوموړې پروسه په څلورو پړاوونو کې سرته رسېږي، چې د ټپ منځته راتلو سره سمدستي د وینې درېدو (Hemostasis)، التهاب (Inflammation)، ودې (Proliferation) او بیا رغېدو (Remodeling) پړاوونه په پرله پسې او ځانګړې وخت کې سرته رسېږي. ځیني فکتورونه د ټپ رغېدو د دغو پړاوونو له ډلې څخه یو یا څو پړاوونو کې د خنډ او ځنډ رامنځته کېدو لامل کېږي او په پایله کې د زخم جوړېدل ځنډېني او یا نهې کېږي. دغه مروري مقاله هغه فکتورونه، چې د پوستکي د زخم په رغېدو اغېز لري، رابرسېره کوي. په‌دغو اغېز لرونکو فکتورونو کې د تغذیې، شکر، سګرټو او الکولو استعمال، دواګانې، د انتان د مداخلې، چاغوالي، عمر، جنس، هورموني اغېزو او stress په ونډه باندې بحث شوی‌دی. د دغه مروري مقالې د موندنو پر بنسټ د نوموړوفکتورونو په اړه ښه معلومات کولی شي د زخم په ښې درملنې او رغېدو پروسې ته په چټکتیا ورکولو کې ونډه ولري. ددغې مقالې موخه د زخم روغېدو په پروسه اغېز لرونکو فکتورونو په اړه د هر اړخیزو معلوماتو راټولول، تنظیمول، تحلیل او په اړه یې د ښکېلو اړخونو سره معلومات شریکول دي.

کلیدي کلمې: ټپ، د ټپ رغېدلو پروسه، اغېزناک لاملونه

پېژندنه

د پوستکي ټپونه د پوستکي د تمامیت متضرر کېدلو یا ضیاع ته وایي، چې د داخلي او بیروني عواملو پواسطه منځ ته راځي. بیروني عواملو ته محیطي فکتورونه هم وایي. بیروني عوامل د ښپښو او ترضیضاتو په بڼه زخمونه منځته راوړي او داخلي عوامل په میتابولیک پاتوبګانو کې د بې نظمۍ په سبب زخمونه رامنځته کوي(۱).

زخمونه په حاد او مزمن یا ځنډني دوه ډولونو وېشل کېږي(۳،۲،۱). حاد زخمونه ژر بېرته رغېږي، مګر که له ۶-۴ اونیو څخه زیات وخت پرې تېر شي، په مزمن زخم بدلېږي چې مزمن زخمونه د درملنې پر وړاندې مقاوم او د اوږدې مودې لپاره دوام پیدا کوي(۴).

Abrasion, Incision, Laceration, Avulsion او Crush زخمونه د حاد زخمونو له نوعې څخه ګڼل کېږي، مګر Diabetic Ulcer, Vascular Ulcer او Ischemic Wound د مزمنو زخمونو له ډلې څخه دي(۱).

د ټپ تر رامنځته کېدو سمدستي وروسته د زخم جوړېدو پروسه پیلېږي. د زخم جوړېدل یو پېچلی او متحرک بهیر دی، چې پکې بېلابېل حجروي او مالیکولي میکانیزمونه، په همغږۍ سره، د انساجو په بیا جوړونه او ترمیم کې برخه اخلي. دغه بهیر په عمومي توګه په څلورو پړاوونو کې سرته رسېږي چې له هیموستازس (وینه درېدلو) څخه پیل، د التهاب او Proliferation (وده) پړاوونو پهواسطه تعقیب او په پای کې Remodeling یا بیا جوړېدنې پړاو سره پای ته رسېږي(۶،۵).

د دغو پړاوونو مؤثریت او چټکوالی کېدای شي د ځینو داخلي او بیرونیو عواملو تر اغېز لاندې راشي. ددغو عواملو پېژندل د ټپونو د درملنې لپاره د پرېکړې کولو او د ناروغانو د ښهوالي لپاره خوشبیني رامنځته کوي. دغه مروري مقاله د زخم د رغېدو د پروسې پړاوونه تر بحث لاندې نیسي او موخه یې په دغو پړاوونو باندې د اغېز لرونکو عواملو لکه عمر، تغذیې، اسکیمیا، انتان او ضمیموي ناروغیو د اغېز په اړه د هر اړخیزو معلوماتو راټولول، تنظیمول، تحلیل او د ښکېلو اړخونو سره یې په اړه د معلوماتو شریکول دي. په دې ډول به ښکېل اړخونه وړاندیز شوې حل لارې په پام کې ونیسي، ټپونه به پرته له ځنډه ورغېږي او له بله پلوه به د مالي زیان کچه راکمه شي.

ټپ یا زخم

ټپ د پوستکي او تر پوستکي لاندې انساجو زیانمنېدلو ته وایي. په بل ډول، د پوستکي د تمامیت یا جوړښت قطعه کېدل چې د فزیکي ترضیضاتو او ناروغیو له امله منځته راځي، ټپ بلل کېږي. ټپونه په حاد او مزمن شکلونو منځته راځي. حاد ټپونه زیاتره وخت د ښپښو پواسطه منځته راځي او بېرته ژر رغېږي، لکه Incision او Laceration. کله

چې په ټپ باندې له ٦-۴ اونۍ تېرې شي، په مزمن ټپ بدلېږي(۴). مزمن ټپونه د اوږدې مودې لپاره دوام کوي او درملنې سره ژر نه رغېږي. دغه ټپونه په ځینو ناروغیو لکه شکر او د وینې رګونو په ناروغیو او له ٦٠ کلنۍ څخه په پورته عمر لرونکو خلکو کې منځته راځي. د مزمنو ټپونو معمول ډولونه Leg Ulcer او Pressure Ulcer دي. د ټپونو طبقه بندي د تشخیص او درملنې په موخه اړینه ده. لکه څنګه چې پورته ذکر شو، حاد ټپونه د Crush, Abrasion, Missile Or Velocity, Laceration, Avulsion, ټپونو په شکلونو منځته راځي او په مزمنو ټپونو کې Vascular Ulcer, Diabetic Ulcer ,Pressure Ulcer ,Ischemic Wound شامل دي(۱). د ګرمې تودوخې، یخې تودوخې، برق، کیمیاوي موادو، وړانګو او سولېدو په ډول ټپونه د سوځېدنې په ټپونو کې شامل دي(۷). کله چې ټپونه رامنځته شي، د انسانانو په وجود کې د یوې نورمالې بیولوژیکي پروسې پهواسطه بېرته رغېږي. د بېرته رغېدو دغه پروسه په یوه خاص ترتیب او معین وخت کې د درې (۹،۸،۲) یا څلورو پړاوونو (۳،۵،٦،۱۰،۱۱،۱۲) پهواسطه سرته رسېږي، چې دغه پړاوونه د ټپ د ټولو حالاتو څرګندوی دي او پهدې پړاوونو کې کمی او نیمګړتیا د ټپ د جوړېدلو لپاره د بدن د وړتیا مخنیوی کوي(۲). د پوستکي د ټپ رامنځته کېدو سره سمدستي د هیموستاز پړاو پیلېږي، وروسې دInflammation پړاو پیلېږي او تر شپږو ورځو دوام کوي(٦). له پنځو څخه تر اوومې ورځې Proliferation پړاو پیلېږي، د جرحې له ورځې څخه نږدې دوه اونۍ وروسته ټپ په پوښوالي پیل کوي او وروسې د Remodeling پړاو پیلېږي چې نږدې ۱۲ میاشتې او د ځینو په اند دوه کاله په بر کې نیسي(٦،۱۰).

د ټپ د بېرته روغېدو نورماله پروسه او پړاوونه په لاندې جدول کې خلاصه کېږي:

Phase	Cellular and bio physiologic event
Hemostasis	1.vascular constriction 2.platelet aggregation, degranulation and fibrin formation (thrombosis)
Inflammation	Neutrophil infiltration 2.monocyte infiltration and differentiation to macrophage 3.lymphocyte infiltration
Proliferation	1.Re eprthelization 2.angiogenesis 3.collagen synthesis 4.ECM formation
Remodeling	1.collagen Remodeling 2. vascular maturation and regression

لومړی جدول: د ټپ د بېرته روغېدو نورماله پروسه او پړاوونه(۵،٦،۱۳،۱۴،۱۵).

ځینې عوامل شته چې د ټپ د بېرته روغېدو د پروسې او پړاوونو سرته رسېدلو مخه نیسي او یا یې ځنډنۍ کوي، چې دغه عوامل په عمومي ډول په دوه برخو وېشل کېږي، چې یو یې موضعي فکتورونه یا عوامل دي او بل یې سېستمیک. نوموړي فکتورونه په لاندې جدول کې خلاصه کېږي (۲، ۵).

Local Factor	Systemic Factors
Oxygenation, Infection, Foreign body, Venous Sufficiency	Age and Gender, Sex Hormones, Stress, Ischemia, Disease,DM, Keloid Fibrosis, Hereditary Healing, Jaundice, Uremia, Obesity, Medication(glucocorticoid,NSAID), Chemotherapy, Alcohol, Smoking, Malnutrition, Immune Compromise Condition, Cancer, Radiation, AIDS, Genetical factors,

دویم جدول: د ټپ رغېدلو مخنیوونکي لاملونه

د پورته ذکر شویو لاملونو له ډلې څخه ځینې یې په لنډ ډول تشریح کوو.

۱. **ارثي لاملونه:** د منضمو انساجو بېلابېلې ارثي ناروغۍ د ټپ بیا روغېدل ورو کوي، لکه Cutis laxa(CL) چې پکې د پوستکي د Derm طبقې Vascularization زیاتېږي او د کولاجن بنډلونو جسامت کمېږي(۵،۱۶).

۲. **د تغذیې ونډه:** ښه تغذیه د ټپونو د بیا روغېدو پروسې ته چټکتیا ورکوي. Malnutrition یا هغه حالت چې پکې د پروټین، انرژي او نورو غذایي موادو په توازن کې بې نظمي (کمی او زیاتی) راځي او په پایله کې یې د انساجو او بدن په دندو کې د پام وړ بدلون رامنځته کېږي، په پرمختللي ډول د معافیتي سېستم د ځیلو له امله د انتان پر وړاندې د بدن غبرګون اغېزمنوي(۱۰). په غذایي موادو کې Macronutrient Nutritient (Protein, Fat and Carbohydrate) او Micronutrient (Amino Acid, Vitamins and Minerals) دواړه د ټپ د بیا رغېدو په پروسه کې ونډه لري. د ټپ د جوړېدو لپاره په ورځ کې ۳۵ تر ۴۰ کیلو کالوري انرژۍ ته اړتیا ده. په Proliferation پړاو کې پروټین، کاربوهایدریت او شحم د التهابي غبرګون حجروي فعالیت، د نویو اوعیو جوړېدو او Collagen Deposition لپاره د زیاتې انرژۍ د تولید پهواسطه تقویه کېدو ته اړتیا لري. په مناسبه اندازه کاربوهایدریت اخیستل د Fibroblastحجراتو د تولید، حرکت او Leukocytes د فعالیت لپاره اړین دي. کاربوهایدریت همدارنګه د هورمونونو او Growth Factor افراز تنبه کوي. هغه امینواسیدونه چې د ټپ په جوړېدو کې مهمه ونډه لري، لهGlutamine and Arginine څخه عبارت دي.Arginine د Nitric Oxide او Proline یو pre cursor دی، چې د Inflammatory Process او کولاجن جوړېدو لپاره اړین دی. همدارنګه،Arginine د Growth Hormone تولید او افراز تنبه کوي، دGlutamines بېلابېلې اغېزې لکه میتابولیک، معافیتي،, Enzymatic anti oxidant سرته رسوي. ویټامینونه او منرالونه هم د ټپ روغېدو لپاره اړین مواد دي. د Vit A کمښت د T cell and B cell

د دندو د اختلال سبب کېږي. همدارنګه په Proliferatio او Remodeling پړاوونو کې د Epithelization، Collagen Synthesis او د Granulation نسج په وده کې ونډه لري. همدارنګه vit Aد يو هورمون په بڼه د Epithelial او Endothelial حجراتو فعاليت تنظيموي.Vit B لکه Thiamine ، Riboflavin، Pyridoxine،Cobalamin د کولاجن جوړېدو لپاره اړين دي، د Leukocyte په جوړېدو او د ټپ پهAnabolic Process کې هم ونډه لري.Vit C هم د ټپ په جوړېدو کې ونډه لري. مختلف منرالونه لکه Zinc او فاسفورس هم د ټپ په جوړېدو کې رول لري(۱۰،۱۱).

۳. **د سګرټو څکل:** سره له دې چې د سګرټ څکلو اغېزې په سږو باندې زياتې دي او د سږو د سرطان لامل کېږي، له دې سربېره د ټپ رغېدو په پروسه باندې هم منفي اغېز لري. په سګرټو کې له ۴۰۰ څخه زيات مواد پېژندل شوي دي، چې د ټپ په رغېدو منفي اغېز لري. نيکوټين چې په سګرټو کې شتون لري او يوه قلوي تسممي ماده ده، دVaso Constrictions له کبله د پوستکي اروا کموي، د Protease ازادېدل تنبه کوي، چې دا کېدای شي د انساجو د Distraction د تېزوالي سبب شي. سګرټ معافيتي غبرګون Suppress کوي او د انتاناتو د خطر زياتوالي زمينه برابروي. تنباکو په عمومي ډول د کولاجن توليد کموي او د scar د ضعيفوالي لامل کېږي. همدارنګه، د سګرټو کارول د حجروي مهاجرت Cell Migration)مخه نيسي او د Inflammation په پړاو کې د نيوټروفيل فعاليت کموي(۱۷).

۴. **الکول:** د الکولو زيات استعمال هم د ټپ رغېدلو مخه نيسي. څېړنو ښودلې چې د الکولو زيات استعمال د جراحي ټپونو د منتن کېدو سره مرسته کوي(۱۷).

۵. **NASAID درمل:** دا درمل د ټپ په رغېدو باندې نهې کوونکی اغېز لري او د Granulocytic Inflammatory Reaction د کموالي سبب کېږي. نوموړي درمل د PGE2 توليد نهې کوي او په ځانګړي ډول کله چې د Proliferation په پړاو کې استعمال شي، د Scar نسج د زياتوالي سبب کېږي(۱۷).

٦. **چاغوالی:** د چاغوالي اغېزې د ټپ په رغېدو باندې په لاندې ډول روښانه شويدي:

الف. په چاغو ناروغانو کې اډيپوسايټ حجرې غټېږي. غټې شوې اډيپوسايټ حجرې د نويو رګونو جوړېدو لپاره نهې کوونکي مواد لکه Angiostatin او Endostatin افرازوي او نوي رګونه د ټپ په ساحه کې نه جوړېږي، چې دا کار د ټپ جوړېدل ځنډوي(۱۸،۱۹،۲۰،۲۱).

ب. په چاغو وګړو کې د اډيپوسايټ حجرو د غټوالي له کبله حجراتو ته د وينې جريان په پوره ډول نه رسېږي او د هايپوکسيا لامل کېږي، د وړو اوعيو يا Capillaries د تخريب سبب کېږي او د انتاناتو رامنځته کېدو

خطر نور هم زياتېږي. همدارنګه هغه ټپونه چې د وينې جريان او اکسيجن ورته په بشپړ ډول نه رسېږي، نو کولاجن نه جوړېږي او د ټپ روغېدل د ځنډ سره مخ کېږي(۱۸،۱۹،۲۰،۲۱).

ج. په چاغو خلکو کې د عمليات په ساحه کې د انتاناتو لوړ خطر موجود وي. د انتاناتو په‌واسطه ملوث کېدل او د هغې تکثر د کوربه د معافيتي سېستم د کمزوري کېدو لامل کېږي او د ټپ رغېدو مخه نيسي(۱۸،۱۹،۲۰،۲۱).

د. کسبي معافيت هم په چاغو خلکو کې خرابېږي. د Inflammatory T helper phenotype زياتوالی، دRegulatory T cells کموالی او د Beta cell د وظيفې خرابوالی، چې د انتاناتو مقابله نشي کولی، د ټپ جوړېدل د ځنډ سره مخامخ کوي او د نورو ناروغيو لامل هم کېږي(۱۸،۱۹،۲۰،۲۱).

هـ. ميخانيکي فشارونه هم کولای شي د ټپ جوړېدل د ځنډ سره مخ کړي، چې دلته د اډيپوسايټ حجراتو زياتوالی د فشار د زياتوالي لامل کېږي. دغه د فشار لوړوالی د وينې د جريان د کموالي لامل کېږي او په پايله کې د ټپ رغېدو پروسه د ځنډ سره مخ کېږي(۱۸،۱۹،۲۰،۲۱).

۷. شکر: د شکرې په ناروغانو کې د ټپ رغېدو د پروسې خرابوالی د ساختماني، بيوشيميکي، حجروي او ميکروبي عواملو د يوې مجموعې په‌واسطه منځته راځي. Hyperglycemia او د هغې سره ملګری التهاب د معافيتي سېستم د عدم کفايې، Microbiome Disruption, Neuropathy, Vascular Damage, د Extra Cellular Matrix د جوړېدو ناکامی، د Growth Factor او Cytokine د توازن خرابوالي، حجروي زوړوالي، د Re Epithlization محدودېدلو او د فايبروبلاسټ په مهاجرت او Proliferation کې د تغير له کبله، د ټپ جوړېدو پروسه د خنډ او ځنډ سره مخامخ کېږي. په لنډ دول لاندې فکتورونه د شکر په ناروغانو کې د ټپ رغېدو پروسه د خنډ او ځنډ سره مخامخ کوي:

Hyperglycemia ،Hypoxia، Keratinocyte and Fibroblast Dysfunction، Higher MMPs، Impaired Angiogenesis، Ecrease Host Immunity.(۲۲،۲۳)

۸. روحي فشار: روحي فشار د انسانانو په روغتيا باندې لوی اغېز لري. زياتره ناروغۍ لکه قلبي وعايي، سرطان، د ټپ رغېدو د پروسې خرابوالی او شکر د روحي فشارونو له امله منځته راځي(۵).

۹. جنسي هورمونونه: جنسي هورمونونه د ټپ رغېدو په پروسه کې د عمر اړوند عواملو پورې اړه لري. په زړو نرينه‌و کې د زړو ښځو په پرتله حاد ټپونه ډېر په ځنډ جوړېږي. د ښځو استروجن او د سړو اندروجن او د هغوی Steroid Precursor د ټپ رغېدو په پروسه باندې ښکاره اغېز لري(۱۷،۵).

۱۰. عمر: که څه هم د ټپ رغېدل په صحتمندو زړو خلکو کې چې عمر یې تر ٦٥ کلونو زیات وي، نه مختل کېږي، مګر په عمومي ډول د عمر زیاتوالی د ټپ رغېدو په ټوله پروسه کې دخیل وي. د ټپ رغېدو په هر پړاو کې که خنډ رامنځته شي، نو د ټپ جوړېدل ٪٦٠-٢٠ ځنډوي. سربېره پر دې چې په زوړوالي کې د پوستکي په جوړښت او مورفولوژي کې بدلون منځته راځي، په دغه عمر وګړو کې د جنسي هورمونونو د تغیراتو، ناسمې تغذیې، فزیکي فعالیتونو کموالی، روحي فشارونو، دواګانو، ناروغیو، د شریانونو او وریدونو د ناروغیو له امله هم د ټپ رغېدو په پروسه منفي اغېزې منځته راځي(۲۴).

پایله اخیستنه

د ټپ د منځته راتلو سره سم د ټپ ببرته رغېدو پروسه هم پیلېږي. د ټپ رغېدو پروسه یوه پیچلې او څو پړاویزه بیولوژیکه پروسه ده او ځیني عوامل پرې اغېز کوي. په دې مروري مقاله کې څرګنده شوه چې د ټپ رغېدو په بهیر کې عمده فکتورونه د ناروغ روغتیایي حالت، عمر، تغذیه، د وینې جریان، د ټپ ډول او سګرټو او الکولو استعمال دي.

د بېلګې په ډول: زاړه خلک او د شکر ناروغان د ټپ په رغېدو کې له ستونزو سره مخ کېږي. همدارنګه غذایي مواد لکه پروټینونه، وټامنونه، منرالونه او مایعات د بدن د بیارغونې لپاره اړین دي. نو پدې موخه د ټپ د مؤثر او چټک رغېدو لپاره باید دې عواملو ته هر اړخیزه پاملرنه وشي. دا پروسه د فزیکي درملنې سربېره د روغتیا په اړه پوهاوي او د ژوند مناسب طرز ته هم اړتیا لري. دا ټکي د اغېزمنې درملنې لپاره بنسټیز دي او د ټپ د ښه مدیریت په برخه کې ډېر ارزښت لري.

وړاندیزونه

۱. طبي پرسونل باید د ټپ په درملنه کې د تعقیم شرایط په پام کې ونیسي.
۲. پلان شوي جراحي عملیاتونه باید هغه وخت ترسره شي، چې په‌دغه مروري مقاله کې د اصلاح وړ دي.
۳. د پلان شویو جراحي عملیاتونو له تر سره کولو څخه مخکې باید د معافیتي سېستم ځپونکي درمل بند شي.
۴. د ټپ او د هغې د رغیدو د پروسې د ځنډني کوونکو عواملو په اړه عامه پوهاوی باید زیات شي.
۵. په ټولنه کې د ځینو مروجو ناسمو اندونو، چې ځیني ګټور خوراکي توکي د ټپ د رغېدو لپاره تاوان رسوونکي ګڼي، د لمنځه وړلو لپاره باید هڅې وشي.
٦. د سګرټو او الکولو له کارونې څخه ځان ساتنې ته باید ځلک وهڅول شي او د هغې د تاوانونو په اړه عامه پوهاوی زیات شي.
۷. د ټپ د پر وخت رغېدو لپاره منځنۍ کچه فزیکي تمرین هم ګټه لري.

اخځليکونه

1. Irfan-Maqsood M. Classification of wounds: know before research and clinical practice. Journal of Genes and Cells. 2018;4(1):1-4.
2. Burns JL, Mancoll JS, Phillips LG. Impairments to wound healing. Clinics in Plastic Surgery. 2003 Jan 1;30(1):47-56.
3. Young A, McNaught CE. The physiology of wound healing. Surgery (Oxford). 2011 Oct 1;29(10):475-9.
4. Siddiqui AR, Bernstein JM. Chronic wound infection: facts and controversies. Clinics in dermatology. 2010 Sep 1;28(5):519-26.
5. Guo SA, DiPietro LA. Factors affecting wound healing. Journal of dental research. 2010 Mar;89(3):219-29.
6. Pereira RF, Bartolo PJ. Traditional therapies for skin wound healing. Advances in wound care. 2016 May 1;5(5):208-29.
7. Essential of Surgery. Shamim
8. Witte MB, Barbul A. General principles of wound healing. Surgical Clinics of North America. 1997 Jun 1;77(3):509-28.
9. Vaidyanathan L. Growth Factors in Wound Healing--A Review. Biomedical and Pharmacology Journal. 2021 Sep 1;14(3):1469-81.
10. Ghaly P, Iliopoulos J, Ahmad M. The role of nutrition in wound healing: an overview. British Journal of Nursing. 2021 Mar 11;30(5):S38-42.
11. Anderson K, Hamm RL. Factors that impair wound healing. Journal of the American College of Clinical Wound Specialists. 2012 Dec 1;4(4):84-91.
12. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound repair and regeneration. 2003 Mar;11:S1-28.
13. Schreml S, Szeimies RM, Prantl L, Landthaler M, Babilas P. Wound healing in the 21st century. Journal of the American Academy of Dermatology. 2010 Nov 1;63(5):866-81.

14. Kirsner RS, Eaglstein WH. The wound healing process. Dermatologic clinics. 1993 Oct 1;11(4):629-40.

15. Steenfos HH. Growth factors and wound healing. Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery. 1994 Jan 1;28(2):95-105

16. Childs DR, Murthy AS. Overview of wound healing and management. Surgical Clinics. 2017 Feb 1;97(1):189-207.

17. Anderson K, Hamm RL. Factors that impair wound healing. Journal of the American College of Clinical Wound Specialists. 2012 Dec 1;4(4):84-91.

18. Cotterell A, Griffin M, Downer MA, Parker JB, Wan D, Longaker MT. Understanding wound healing in obesity. World Journal of Experimental Medicine. 2024 Mar 3;14(1).

19. Pierpont YN, Dinh TP, Salas RE, Johnson EL, Wright TG, Robson MC, Payne WG. Obesity and surgical wound healing: a current review. International Scholarly Research Notices. 2014;2014(1):638936.

20. Alma A, Marconi GD, Rossi E, Magnoni C, Paganelli A. Obesity and wound healing: focus on mesenchymal stem cells. Life. 2023 Mar 6;13(3):717.

21. Frasca D, Strbo N. Effects of obesity on infections with emphasis on skin infections and wound healing. Journal of dermatology and skin science. 2022;4(3):5.

22. Burgess JL, Wyant WA, Abdo Abujamra B, Kirsner RS, Jozic I. Diabetic Wound-Healing Science. Medicina (Kaunas). 2021 Oct 8;57(10):1072. doi: 10.3390/medicina57101072. PMID: 34684109; PMCID: PMC8539411

23. Swoboda L, Held J. Impaired wound healing in diabetes. J Wound Care. 2022 Oct 2;31(10):882-885. doi: 10.12968/jowc.2022.31.10.882. PMID: 36240794

24. Sgonc R, Gruber J. Age-related aspects of cutaneous wound healing: a mini-review. Gerontology. 2013;59(2):159-64. doi: 10.1159/000342344. Epub 2012 Oct 27. PMID: 23108154.

Influential Factors on the Wound Healing Process and Its Healing Methods

Specialist Dr. Muhibullah Abid[1]
[1]General Surgery Ward, Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: muhibabid06@gmail.com

Received: 13-Nov-2024 Accepted: 02-Dec-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Skin wounds, where the integrity and structure of the skin are disrupted due to physical trauma or diseases, heal through a normal biological process. This process occurs in four stages: initially, the hemostasis phase (blood clotting), which starts immediately after the injury occurs, followed by the inflammation,proliferation and finally the remodeling phase, all happening in a specific sequence and time frame. Some factors cause delays or disruptions in one or more of these stages, leading to delayed or non-healing wounds. This review article addresses the factors that influence the healing of skin wounds. These factors include nutrition, diabetes, smoking and alcohol use, medications, infection interventions, obesity, age, gender, hormonal influences, and the role of stress. Based on the findings of this review, better knowledge of these factors can contribute to more effective wound treatment and accelerate the healing process.The purpose of this review article is to gather organize,analyze and share comprehensive information about the factors affecting the wound healingprocess with the relevant stakeholders.

Keywords: Influential Factors, Wound, Wound Healing Process

د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار د تشخيص او درملنې اغېزناکې لارې چارې

دوکتور وحيدالله باور[۱]، شفيق الله محمدزی[۲]

[۱،۲]معالجوي طب ډيپارټمنټ، عمومي طب پوهنځی، سپين غر پوهنتون، ننگرهار افغانستان

د مسؤل ليکوال برېښناليک: bawarwaheedullah690@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۷ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۲ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډيز

ايديوپاتيک داخل قحفي فشار لوړوالی هغه حالت دی، چې د ککرۍ داخلي فشار زياتوالی رامنځته کوي او اکثراً په چاغو ځوانو ښځو کې ليدل کېږي. ددې ناروغۍ اصلي لامل تراوسه معلوم نه دی، خو په اړه يې گڼې تيورۍ وړاندې شوې دي. د دماغي نخاعي مايع زيات توليد، د وريدي فشار زياتوالی او د دماغي نخاعي مايع جريان بندېدل يې د احتمالي لاملونو په توگه مطرح شوي دي. د دې ناروغۍ بنسټيزه نښه د بصري عصبي نسج پړسوب (Papilloedema) دی، چې د سر درد، د ليدلو اختلالات او نورو عصبي نښو لکه د غوږونو برنگس او د بوی د حس کموالي سره مل وي. د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار تشخيص د څو کلينيکي او راډيولوژيکو معايناتو له لارې ترسره کېږي. د مقناطيسي ريزونانس تصويري معاينه (Magnatic Resonance Imaging) د دې ناروغۍ لپاره تر ټولو معتبره تشخيصيه معاينه ده، چې د دماغ او رگونو جوړښت د تشخيص لپاره کارول کېږي. د بصري عصبي نسج پړسوب او د دماغي نخاعي مايع فشار زياتوالی چې د قطني بذل (LP) له لارې اندازه کېږي، د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار مهمې نښې گڼل کېږي. د دې ناروغۍ درملنې لپاره د ژوند طرز بدلونونو، درملو او ځينې وخت جراحي مداخلې ته اړتيا ليدل کېږي. د وزن کمول د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار په درملنه کې کليدي برخه ده او د کاربونيک انهايډريس انزايم نهي کوونکي درمل (Acetazolamide) د دماغي نخاعي مايع توليد کمولو لپاره کارول کېږي. که درمل بې پايلې وي، جراحي مداخلې لکه Optic Nerve Sheath Fenestration (ONSF) يا دماغي نخاعي مايع شنټ پروسيجرونه بنايي په پام کې ونيول شي. د (Glucagon-like-peptide-1) agonists چې د شکرې ناروغانو لپاره د وزن کمولو په موخه کارول کېږي، په دې وروستيو کې د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار په ناروغانو کې د فشار کمولو او وزن کنټرول لپاره هيله بخښونکي درمل بلل شوي دي. د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار لپاره د درملنې لومړنۍ هدف د داخل قحفي فشار کمول دي، ترڅو د ديد له لاسه ورکولو مخنيوی وشي او نور عصبي اعراض راکم کړي. ددې مروري مقالې موخه د ايديوپاتيک داخل قحفي لوړ فشار په اړه له گڼو معتبرو الو علمي مقالو څخه د نويو هر اړخيزو معلوماتو راټولول، ترتيب او د درملنې اغېزناکو لارو چارو پېژندل دي.

کليدي کلمې: تشخيص، پاپيلاډيما، داخل قحفي لوړ فشار، درملنه، سر درد

پېژندنه

ایدیوپاتېک داخل قحفي لوړ فشار یوه داسې ناروغي ده چې لامل يې معلوم ندی او په پایله کې يوازې د ککرۍ داخلي فشار لوړوي او له دې سره تړلې نښې او علایم رامنځته کوي. دغه حالت په ځانګړې توګه د زېږون عمر لرونکو ځوانو چاغو ښځو باندې اغېز کوي. د دې ناروغۍ شتون د عمومي نفوس په هر یوو لک (۱۰۰۰۰۰) تنو کې له ۰،۵ څخه تر دوه تنو دی او ښايي د انسانانو د چاغښت زیاتوالي له امله، په اله کچه، دا شمېر نور هم زیات شي(۱).

د ناروغۍ اصلي لامل، د جنسیت اغېز او د چاغوالي سره د دې ناروغۍ فزیولوژیکي اړیکې لاهم نامعلومه پاتې دي. د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د اصلي لامل په توګه بېلابېل میکانیزمونه وړاندیز شوي دي، لکه د داخل نخاعي مایع زیات تولید، د دې مایعاتو د بهیر بندښت، په وریدي سینوسونو کې زیات فشار او وروستیو کې د (Glymphatic Pathway) نیمګړتیا او هورموني بدلونونه(۲).

د دغې ناروغۍ د درملنې لپاره په عمومي توګه د وزن په کمولو او د کاربونیک انهایدریس مخنیوونکو درملو په مرسته د داخلې نخاعي مایع تولید کمولو باندې تمرکز کوي(۲). څرنګه چې زیات شواهد ښيي چې د داخل نخاعي مایع زیات تولید د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اصلي لامل نه دی، د ایسیټازولامایډ په‌واسطه درملنه ښايي د دې ناروغۍ د اصلي لامل پر ځای د ناروغۍ پایلې په نښه او هدف وګرځوي(۳).

د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د دوه مهمو نښو څخه یو د دید تدریجي خرابوالی دی، چې د (Papilloedema) له امله رامنځته کېږي او دویم اوږدمهاله سردرد دی، که څه هم د بصري عصبي نسج پړسوب ، ادراکي نیمګړتیاوې، د غوږونو برنګس او د بوی کولو احساس کمزوري هم د نورو کلینیکي نښو په توګه وړاندې کېږي. په داسې حال کې چې د دید تدریجي خرابوالی په عمده توګه د داخل قحفي لوړ فشار پایله بلل کېږي، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اړوند سردرد رامنځته کېدو اصلي لامل تر اوسه څرګند شوي نه دی او درملنې لپاره يې لږې څېړنې ترسره شوي دي(۴).د سردرد نړۍ‌واله ډلبندي International Classification of) (Headache Disorders د سردرد نړۍ‌والې ټولنې لخوا رامنځته شوی یو تشریحي سېستم دی، چې د سردرد ټول پېژندل شوي اختلالات تعریف او ډلبندي کوي. دا سېستم د هر ډول سردرد لپاره واضح تشخیصیه معیارونه لري، چې د دقیق تشخیص او مؤثره درملنې اسانتیا برابروي. د (ICHD) په ډلبندۍ کې د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اړوند سردرد هم تعریف شوی دی. په داسې حال کې چې د سر درد نړۍ‌واله ټولنه د ډېری سردردونو په تشخیص او درملنه کې لویه اغېزه لري، ځکه چې دې ټولنې د یو ډول ناروغانو ګروپونه رامنځته کړي دي ترڅو د

تشخیص دقت او د کلینیکي نښو نښانو اغېزمنتیا زیاته کړي، خو د سردرد نړۍوالې ټولنې هڅو د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اړوند سردرد په تشخیص او درملنه کې د پام وړ اغېزه نده کړې او دلیل یې د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اړوند سردرد غیر مشخص تعریف دی، چې کلینیکي نښې نښانې یې اکثراً د اصلي سردردونو سره ورته والی لري(۵).

ددې مروري مقالې موخه د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار په اړه د ګڼو معتبرو نړۍوالو علمي مقالو څخه د نویو هر اړخیزو معلوماتو راټولول، ترتیب او د تشخیص او درملنې اغېزمنو لارو پېژندل دي، ترڅو یاده ناروغي په خپل وخت تشخیص او د روغتیایي ستونزو د رامنځته کېدو مخه ونیول شي.

اسباب او پتوجینیسیس

د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار دقیق علت لاهم روښانه ندی، خو څو میکانیزمونه وړاندیز شوي چې د دې حالت وضاحت کوي. د تر ټولو منل شویو تیوریو له ډلې څخه هغه مهمې تېورۍ په لاندې ډول دي چې د دماغي نخاعي مایع د جذب خرابوالي او د دماغي وریدي سینوسونو د فشار زیاتېدلو باندې تمرکز کوي(٦).

۱. د دماغي نخاعي مایع جذب خرابوالی: یوه مشهوره تیوري دا ده چې ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د دماغي نخاعي مایع د جذب خرابوالي له امله رامنځته کېږي. په عادي توګه، دماغي نخاعي مایع د دماغ په دهلیزونو کې تولیدېږي او بیا د وینې جریان ته جذبېږي. کله چې دا بهیر ګډوډ شي، دماغي نخاعي مایع د قحف په داخل کې راجمع کېږي، چې د داخل قحفي فشار د زیاتوالي لامل کېږي. ځینې څېړنې ښیي چې د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار ناروغان د دماغي نخاعي مایع د جریان پر وړاندې مقاومت لري، چې ښایي د دې حالت په پراختیا کې مرسته کوي(۷، ۸).

۲. د دماغي وریدونو فشار زیاتوالی: د دماغي وریدونو فشار(Central Venous Pressure (CVP زیاتوالی د وینې د احتقان (په یو ځای کې د ودرېدلو) لپاره زمینه برابروي او د دماغي نخاعي مایع جذب کموي. د ترسره شویو څېړنو لهمخې ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار په ځینو ناروغانو کې، (CVP) لامل د وریدي سینوسونو تنګوالی ښودلی دی(۹).

۳. هورموني او میتابولیک لاملونه: هورموني اغېزې، په ځانګړي ډول هغه چې د چاغوالي سره تړاو لري، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار په منځته راتلو کې د پام وړ ونډه لري. چاغوالی د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د خطر یو ثابت فکتور دی، چې د بېلابېلو میکانیزمونو له لارې د داخل قحفي فشار د لوړوالي لامل

کېږي، لکه د لیپټین هورمون لوړوالی، چې د مایع د حرکت په تنظیم کې ونډه لري. کله چې د لیپټین هورمون کموالي رامنځته کېږي، نو د مایع د حرکت نظم به خراب شي او په رګونو کې به د مایعاتو اندازه لوړه او د فشار د لوړوالي سبب شي(۱۰، ۱۱).

۴. د وریدي سینوسونو تنګوالی: د ځینو څېړنو پایلو د وریدي سینوسونو تنګوالی د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار یو احتمالي سبب ګڼلی دی. د وریدي سینوسونو تنګوالی ښایي له دماغ څخه د وینې جریان کم کړي، چې وریدي فشار لوړوي او د داخل قحفي فشار لوړوالي کې مرسته کوي، خو د دې تنګوالي او ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار ترمنځ اړیکه لا هم بحث ته اړتیا لري، ځکه چې د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار ټول ناروغان دا تنګوالی نه‌لري او ځیني خلک چې دا تنګوالی لري، د دې حالت سره نه دي مخ شوي(۱۲، ۱۳).

کلینیکي نښې

ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار په عمومي ډول د سردرد، د دید ستونزې او Papilloedema (د عصبي فشار له امله د بصري عصبي نسج پړسوب) نښو سره راڅرګندېږي. سردرد چې ډېری وخت هره ورځ وي، تر ټولو عامه نښه ده او له خفګان یا نیم سري ډوله سردرد سره ورته والی لري. د دید ستونزې په ځانګړي ډول لنډ مهاله دید تیاره کېدل، په ډېرو ناروغانو کې وختي دید له لاسه ورکول لیدل کېږي او اکثراً د سر د حالت بدلون یا فزیکي فشار له امله رامنځته کېږي. Papilloedema چې د بصري عصبي فشار له کبله د عصبي نسج پړسوب ته ویل کېږي، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار بله مهمه نښه ده او اکثره د فنډوسکوپیک معاینې په جریان کې لیدل کېږي(۱۴). نورې نښې کېدای شي د غوږونو برنګس، د غاړې درد او دوه ګونی دید (Diplopia) وي، که څه هم دا نښې ډېر لږ وخت لیدل کېږي. د ایدیوپاتیک داخل قحفي فشار لوړوالي نښې اکثراً په تدریجي ډول وده کوي، که څه هم ځیني ناروغان ناڅاپه نښې وښیي، چې له امله یې ناروغ په چټکۍ سره خرابېږي(۱۵). سربېره پر دې، ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د چاغوالي په څېر له خطري فکتورونو سره تړاو لري، چې په زیاته اندازه په هغو ښځو کې چې د ماشوم د زېږون عمر ولري، رامنځته کېږي(۴).

د تشخیص معیارونه

د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د تشخیص لپاره Dandy Criteria یو پېژندل شوی معیار دی، چې په‌کې ګڼ تشخیصیه معیارونه شامل دي. د بېلګې په ډول: د بصري عصبي نسج پړسوب، راډیولوژیکي معاینات او د قطني بذل له لارې د دماغي نخاعي مایع فشار اندازه کول(۱٦).

د بصري عصبي نسج پړسوب Papilloedema

د بصري عصبي نسج پړسوب یا Papilloedema شتون د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار یوه مهمه نښه ده او دا د لوړ شوي داخل قحفي فشار له امله، چې په بصري عصب فشار واردوي، رامنځته کېږي. دا نښه په عمومي ډول د سترګو په معاینه کې موندل کېږي او د فشار شدت په اندازه کولو کې مرسته کوي(۱٦). Papilloedema د نورو حالتونو لامل د لوړ شوي داخل قحفي فشار سره توپیر کوي، ځکه چې دا د ناروغۍ اوږدمهاله حالت منعکس کوي. همدارنګه د ایدیوپاتیک داخل قحفي فشار لوړوالي ناروغان ډېری وختونه یوه نورماله عصبي معاینه لري او نورې عصبي نښې لکه ضعف یا د احساس له لاسه ورکول نه لري. که څه هم ځینې وختونه د شپږم قحفي عصب، چې د سترګو حرکت کنټرولوي، فلج حالت رامنځته کوي(۱۷). د نورو عصبي نښو نشتوالی او د عصبي اختلالاتو څخه د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار جلا کولو کې مهم رول لري. د تشخیص تائید لپاره نورې ازموینې لکه عصبي راډیولوژیکي معاینات د بیلګې په ډول CT ,MRI او یا د دماغي نخاعي مایع د فشار اندازه کولو لپاره قطني بذل ضروري دي، تر څو د لوړ شوي داخل قحفي فشار نور لاملونه له پامه وغورځوي. که دا معیارونه پوره شي او بدیل تشخیصونه رد شي، نو ایدیوپاتیک داخل قحفي فشار لوړوالی تائیدېږي او بیا د وزن کنټرول، درمل او ځینې وختونه جراحي لارې چارې په پام کې نیول کېدای شي(۱۸).

هغه څېړنې چې اسګراین او ملګرو لخوا یې په ۲۰۲۲ ز کال کې ترسره شوي، دا یې جوته کړې چې د داخل قحفي فشار د زیاتوالي له امله رامنځته شوي بصري عصبي نسج پړسوب د معاینه کولو لپاره د سترګو معاینه، چې د (Ophthalmoscope and Fundus) کامرې په مرسته ترسره کېږي، د ناروغۍ په تشخیص کې مهمه ونډه لري(۴۵).

راډیولوژیکي معاینات

Magnetic Resonance Imaging (MRI) د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د تشخیص لپاره غوره راډیولوژیکه معاینه ده، چې د داخل قحفي لوړ فشار د دویمي لاملونو په ردولو کې مرسته کوي، یا د هغو حالتونو په ردولو کې مرسته کوي، چې د داخل قحفي فشار د لوړوالي سبب کېږي، لکه په رګونو کې د وینې پرنډ کېدل، دماغي تومورونه، په دماغ کې د اوبو جمع کېدل، په دماغ کې ځای نیوونکي توکي او دماغي التهاب یا انتان. MRI یو غیر تهاجمي معاینه ده چې د مغز او د هغې د رګونو د جوړښت مفصل انځورونه برابروي او ډاکترانو سره د ایدیوپاتیک داخلي لوړ فشار په تشخیص کې مرسته کوي(۱۹)، په ځانګړي ډول وینووګرافي په وریدي سینوسونو کې تنګوالی

یا بندوالی چې د (Thrombosis) یا د وینې پرنډ کېدلو له امله منځته راځي او د دماغي نخاعي مایع د بندیدو سبب کېږي، د MRI په‌واسطه تشخیص کېږي چې د ایدیوپاتیک داخلي قحفي لوړ فشار کلیدي لاملونه دی(۲۰).

هغه څېړنې چې دکوکران لخوا په ۲۰۱۵ ز کال کې او نیورولوژي ځانګې لخوا په ۲۰۲۴ ز کال کې ترسره شوي دي، دا یې جوته کړې چې د MRI یا سي ټي سکن کارول د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د لومړني تشخیص لپاره اړین دي، چې د نورو احتمالي ستونزو د نهي کول لپاره ترسره کېږي(۴۶، ۴۷).

په MRI کې د ایدیوپاتیک داخلي قحفي لوړ فشار د تشخیص لپاره ځینې ځانګړې نښې شته، چې د ډاکټر سره د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار په تشخیص کې مرسته کوي او د لوړ شوي داخل قحفي فشار د نورو لاملونو په تفریقي تشخیص کې مهمه ونډه لري. د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار په MRI کې څرګنده نښه empty sella turcica یا د سیلا ترسیکا تشه بڼه ده ، چې نخامیه غده په‌کې همواره یا غاییه ښکاري او دماغي نخاعي مایع د دې ځای نیسي. باور دی چې دا د لوړ فشار له امله رامنځته کېږي او د نخامیه غدې فشار زیاتوي(۲۱). که څه هم دا په نورو حالاتو کې هم لیدل کېدلای شي، مګر په ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار کې د دې شتون د تشخیص ملاتړ کوي. بله مهمه نښه د صلبیه MRI ده چې کولای شي د سترګې د صلبیې همواریدل وښیي، چې دا په قرنیه کې د زیات فشار یوه مهمه نښه ده. دا په دې وجه منځته راځي چې د سترګې شاته د دماغي نخاعي مایع فشار زیات وي او صلبیه بې شکله کوي، چې دا هم د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار یوه ځانګړتیا ګڼل کېږي(۲۲). دا نښه په هغو ناروغانو کې د تشخیص لپاره یوه اشاره ګڼل کېږي چې د اوږدمهاله لوړ شوي داخل قحفي فشار سره مخ وي. همدارنګه بله نښه د دید عصب MRI ده، ددې معاینې په‌واسطه د دید د عصب پوښ ارزول کېږي، چې دغه پوښ د لوړ شوي داخل قحفي فشار له امله پراخېږي. د دید عصب پوښ د پنځه ملي مترو قطر په اندازه وده د لوړ شوي دماغي فشار سره په کلکه تړاو لري(۲۳). دا ځانګړتیا اکثره د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار پرمختګ او د درملنې اغېزمنتیا څارلو لپاره کارول کېږي. د MRI دا ټولې نښې، د کلینیکي ارزونې سره په ګډه، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار تشخیص تائید کې مرسته کوي او د درملنې لارښوونه کوي. د دماغي فشار د دویمي لاملونو له لرې کولو سربېره، MRI د ناروغۍ د پرمختګ د تعقیب لپاره هم اړینه معاینه ده، چې د درملنې اغېزمنتیا او د ناروغۍ په پایلو باندې اغېز کولای شي(۲۴).

د قطني بذل په واسطه د دماغي نخاعي مایع فشار اندازه کول

قطني بذل (LP) یو طبي پروسیجر دی چې له لارې یې د ملا په ساحه کې د عنکبوتیه پردې لاندې ځای څخه مغزي نخاعي مایع راټولوي. دا یوه مهمه تشخیصیه وسیله ده چې د بېلابېلو عصبي ناروغیو، لکه انتانات،

(Subarachnoid Hemorrhage) او د ویني ځانګړو ډولونو لکه (Multiple Sclerosis ،Meningitis) معاینه کې مرسته کوي(۲۵). برسېره پر دې، دغه پروسیجر د دماغي نخاعي مایع د فشار اندازه کولو لپاره کارول کېږي او د ناروغ د وضعیت په اړه ارزښتناک معلومات را برسېره کوي(۲٦). دغه فشار په عمومي ډول د مانومیتر په مرسته، چې د ستن سره نښلول شوی وي، اندازه کېږي. پهدې برخه کې لومړنی ابتدایي فشار هغه فشار دی، چې د دماغي نخاعي مایع تر ویستلو مخکې، کله چې ستنه د عنکبوتیه پردې لاندې ځای ته داخله شي، اندازه کېږي. د دماغي نخاعي مایع د فشار اندازه کول په هغو شرایطو کې خورا مهم دي، چې د لوړ داخل قحفي فشار سبب کېږي. په بالغو خلکو کې نورمال ابتدایي فشار معمولاً د 70 mm H_2O څخه تر 180 mm H_2O پورې وي، یا له 7 cm H_2O څخه تر ۱۸ cm H_2O وي(۲۷). په هر حال، که ابتدایي فشار له25cm H_2O څخه زیات وي، نو دا عموماً غیر نورمال ګڼل کېږي او ښایي د بېلابېلو حالتونو سبب شي، چې یو حالت یې د ایدیوپاتیک داخلي قحفي فشار لوړوالی دی، چې د کاذب تومور په نوم هم پېژندل کېږي(۲۸، ۲۹).

د دماغي نخاعي مایع لوړ فشار کولای شي د سردرد، زړه بدوالي، کانګې او د دید اختلالاتو ته لاره هواره کړي، چې په عمومي ډول د داخل قحفي لوړ فشار سره تړاو لري(۳۰). د قطني بذل له لارې د لوړ فشار ژر پېژندل کولای شي د دې ناروغۍ په نورو تشخیصونو او درملنه کې مرسته وکړي، ځکه که داخل قحفي لوړ فشار بې درملنې پاتې شي، ښایي د دماغي انساجو بې ځایه کېدلو په څېر جدي ستونزې رامنځته کړي(۳۱).په کلینیکي روش کې، له 25 cm H_2O څخه لوړ ابتدایي فشار اکثراً د خطر زنګ ګڼل کېږي او سمدستي تشخیص ته اړتیا لري تر څو د فشار د لوړوالي اصلي لامل څرګند شي. وروسته بیا عموماً د نورو ازموینو لکه د راډیولوژیکي مطالعاتو او د دماغي نخاعي مایع د تحلیل له لارې تشخیص تائید او مناسبه درملنه ورته ټاکل کېږي(۳۲).

هغه څېړنې چې میډیکور روغتون او نیورولوژي څانګې لخوا په ۲۰۲۴ ز کال کې ترسره شوې، جوته یې کړه چې د دماغي نخاعي مایع فشار اندازه کولو او ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اندازه کولو او تائیدولو لپاره د (Lumbar Puncture) ازموینه یوه مهمه او کلیدي پروسه ده(۴۶، ۴۸).

انذار او پایلې

د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار اوږدمهاله انذار په لوړه کچه په وخت تشخیص او د درملنې له پیل سره تړاو لري. په حقیقت کې، په مناسبې درملنې سره، ډېری ناروغان ښه کېږي او د وخت په تېرېدو سره یې نښې نښانې هم ښې کېږي(۳۳)، خو ځینې ناروغان ښایي د مزمن ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار سره مخ شي؛ سره له دې

چې درملنه یې کېږي. مزمن حالتونه معمولاً د اوږدمهاله نښو، لکه دوامداره سردرد او د دید خرابوالي سره مل وي. دغه ناروغان ښایي د اوږدمهاله درملنې ستراتیژیو ته اړتیا ولري تر څو د نورو ستونزو مخنیوی وشي(۳۳).

د درملنې لارې چارې

د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د درملنې هدف د داخل قحفي فشار کموالی دی ترڅو د ناروغۍ نښې راکمې کړي او د دید له لاسه ورکولو مخه ونیسي. درملنه کې د ژوند طرز بدلونونه، د درملو په واسطه درملنه او کله ناکله جراحي مداخلې ته اړتیا پیداکېږي(١٦).

د ژوند طرز بدلونونه

وزن کمول، په ځانګړې توګه د چاغو ناروغانو لپاره، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د درملنې یوه مهمه برخه ده. د خوراکي بدلونونو او فزیکي فعالیت له لارې د وزن کمول د داخل قحفي فشار په کمولو او د نښو په ښه کولو کې مرسته کوي(١٦)، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د بیا راګرځېدو کچه راټیټوي او د اوږدمهاله عوارضو لکه د دید له لاسه ورکولو مخه نیسي (۳۴).

هغه څېړنه چې اسګراین او ملګرو له خوا یې په ۲۰۲۲ ز کال کې ترسره شوه، جوته یې کړه چې د بدن د وزن کمول د ناروغۍ د علایمو کمولو لپاره یوه مهمه لاره ده. د دوی څېړنو جوته کړه چې د وزن کمېدل د ناروغانو په عمومي وضعیت کې د پام وړ ښه والی رامنځته کوي(۴۵).

د درملو په‌واسطه درملنه

Acetazolamide: دا د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د درملنې لپاره لومړني درمل دي، چې د کاربونیک انهایډریس انزایم د نهي کولو له امله د دماغي نخاعي مایع تولید کموي او د داخل قحفي فشار په راټیټولو کې مرسته کوي(۳۵).

د یوې څېړنې له مخې اسیتزولاماید د دماغي نخاعي مایع اندازه کموي، چې د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار کمولو کې مرسته کوي(۴۵).

کله چې ناروغي یوازې د Acetazolamide په‌واسطه کنترول نه‌شي نو د Acetazolamideسره یوځای Furosemide کارول کېږي(۳٦). Furosemide یو ډیوریټیک دی چې کولای شي، د دماغي نخاعي مایع د ایستلو له امله، د داخل قحفي فشار په راکمولو کې مرسته وکړي. که څه هم Topiramate په‌واسطه د درملنې اصلي هدف سمدستي درملنه ده، خو د Acetazolamide په څېر د کاربونیک انهایډریس انزایم نهي کوونکې

ځانګړتیا لري. دا په هغو حالاتو کې د یو بدیل درمل په توګه ګټل کېږي چې acetazolamide په کې اغېزناک نه وي یا یې ناروغ زغملی نه شي(۳۷).

جراحي درملنه

جراحي درملنه د هغو ناروغانو لپاره په پام کې نیول کېږي، چې شدیدې نښې ولري، لکه د دید له لاسه ورکولو زیاتوالی یا د درملو پهواسطه نه کنټرولېدونکی سردرد. دغه جراحي مداخلې Optic Nerve Sheath Fenestration (ONSF) او د دماغي نخاعي مایع شنټ پروسیجر دی، چې لومړی پروسیجر اپټیک عصب د Optic Nerve فشار په کمولو کې مرسته کوي او د هغو ناروغانو د دید ساتنې لپاره کارول کېږي، چې تر عصبي فشار لاندې وي(۳۸). د دماغي نخاعي مایع شنټ پروسیجر، په هغو حالتونو کې ترسره کېږي، چې د دواګانو پهواسطه درملنه کافي نه وي. Ventriculoperitoneal یا Lumboperitoneal شنټونه د دماغي نخاعي مایع ایستلو او د داخل قحفي فشار دکمولو لپاره کارول کېږي(۳۹). Venous Sinus Stenting دا پروسیجر د هغو ناروغانو لپاره په پام کې نیول کېږي چې د وریدي سنوس تنګوالی ولري، کوم چې د داخل قحفي فشار په لوړولو کې مرسته کوي. سټینټ کول د وینې جریان ښه کوي او ښایي په مغز باندې فشار کم کړي(۲۲).

هغه څېړنې چې میډیکور روغتون لخوا په ۲۰۲۴ ز کال کې ترسره شوې، جوته کړې یې ده چې په سختو حالتونو کې، د دید د خرابېدو د مخنیوي لپاره جراحي مداخله لکه دا Ventriculoperitonea شنټ کول یوه مهمه درملنه ده(۴۶).

نوې درملنې

پرله پسې څېړنې د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د مخنیوي په برخه کې نوې درملنې ارزوي. د GLP-1 agonists کارول یو هیله بخښونکي درمل دي چې اصلي هدف یې د شکرې دویم ډول ناروغانو کې د وزن کمول دي. څېړنې ښیي چې GLP-1 agonists ښایي د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار ناروغانو لپاره ګټور وي، چې د وزن په کنټرول کې مرسته کوي او احتمالاً داخل قحفي فشار کموي(۴۰). برسېره پر دې، دغه درمل په غیر مداخلوي ډول د داخل قحفي فشار په کمولو کې ونډه لري(۴۱). په وخت تشخیص او درملنه مهمه ده. که چېرته په وخت درملنه وشي، نو د شدید دید له لاسه ورکولو خطر کمېږي او ډېری ناروغان ښه دید ساتي. په هر صورت، که چېرې ناروغي بې درملنې پاتې شي یا درملنه وځنډول شي، نو د اپټیک عصب د نه راګرځېدونکي زیان شونتیا شته، چې په سختو حالتونو کې د ړوندوالي سبب کېږي(۴۲). د منظمو څارنو او مراقبت شتون حتمي دی، چې د هر ډول دید بدلونونو په وخت سره مخنیوی وشي، ځکه چې د اپټیک عصب د اخذو زیان په عمومي توګه د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار تر ټولو اندېښمنه ستونزه ده(۴۳). د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د ډېرو ناروغانو انزار د

درملنې په واسطه ښه شوي دي، خو په هغه حالتونو کې چې درملنه وځنډول شي یا کافي نه وي، نو پایلې جدي کېدلای شي، په ځانګړي ډول د دید د لاسه ورکولو په اړه. له دې امله، د اوږدمهاله دید ښه والي او د دایمي زیان د مخنیوي لپاره په وخت مداخله او پرله‌پسې مراقبت ډېر اړین دي(۲۱).

پایله اخیستنه

ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار یو پېچلی او ځو اړخیز حالت دی، چې د لوړ داخل قحفي فشار سره تړاو لري او اکثراً د دید او سردرد د نښو سره ځرګندېږي. که څه هم د دې ناروغۍ دقیق لامل معلوم نه دی، خو چاغوالی یې د خطر یو مهم فکتور ګڼل شوی دی او د ژوند د طرز بدلون، لکه د خوارک او فزیکي فعالیت له لارې د وزن کمول، په درملنه کې مهمه ونډه لري. په نورو حالتونو کې، د دواګانو لکه Acetazolamide کارول او جراحي مداخلې اغېزناکې کېدلای شي. د دې ناروغۍ د درملنې نوې لارې چارې، چې د ناروغۍ دقیقو لاملونو او پیتوفیزیولوژۍ باندې تمرکز کوي، د دې حالت د ښې درملنې لپاره هیله بخښونکي دي. پر وخت تشخیص او مناسبې درملنې سره، د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار ناروغان کولی شي د خپل ژوند کیفیت ښه کړي او د اوږدمهاله عوارضو څخه یې مخنیوی وکړي. د نورو درملنو په اړه څېړنې رواني دي چې په مستقیم ډول د داخل قحفي فشار په کموالي تمرکز کوي، لکه د التهاب ضد ځانګړي درمل، چې د هورموني او التهابي لاملونو کمولو لپاره ډیزاین شوي دي. د وریدونو د جریان ښه کولو لپاره د نویو درملنو لکه د وریدونو پراخونکو درملو ارزونه هم روانه ده، چې موخه یې له مغزو څخه یا مغزو ته د وینې جریان اسانه کول دي.

وړاندیزونه

۱. د وزن زیاتوالی د ایدیوپاتیک داخل قحفي لوړ فشار د اصلي خطري فکتورونو له ډلې څخه دی، نو د بدن وزن کمول د دې ناروغۍ د درملنې بنسټیزه برخه ګڼل کېږي. د مناسب خوراکي رژیم تعقیب او فزیکي فعالیتونه د وزن په کمولو او فشار راټیټولو کې مرسته کوي.
۲. د مالګې د زیات استعمال کمول او د مایعاتو څښناک کمول د دماغي فشار په کمولو کې اغېزناک تمامېدلای شي.
۳. د سردرد د شدت کمولو لپاره درمل لکه غیر سټرایډي التهاب ضد درمل (NSAIDs) یا نورو درملو څخه ګټه اخیستل کېږي.
۴. د دید د وضعیت منظمه ارزونه د ناروغۍ پرمختګ څارلو لپاره اړینه ده.
۵. راتلونکو څېړونکو ته وړاندیز کوو چې د دې ناروغۍ د دقیق علت او د نوې درملنې لارو چارو په اړه ژور معلومات ترلاسه کړي او خلکو ته یې وړاندې کړي.

اخځلیکونه

1. Wall M, McDermott MP, Kieburtz KD, et al. Effect of acetazolamide on visual function in patients with idiopathic intracranial hypertension and mild visual loss: The idiopathic intracranial hypertension treatment trial. JAMA. 2014;311:1641–51.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38:1–211.
3. Mollan SP, Hoffmann J, Sinclair AJ. Advances in the understanding of headache in idiopathic intracranial hypertension. Curr Opin Neurol. 2019;32:92–8.
4. Torbey MT, Dandapani V. Obesity and idiopathic intracranial hypertension. Neurology. 2014;83(3):325–8.
5. Harrison L, Lee M. Optic nerve sheath dilation in IIH: A diagnostic imaging perspective. Neurology Review. 2024;58(4):210–7.
6. Zhou J. Hormonal modulation and cerebrospinal fluid dynamics in IIH. Neurosurg Focus. 2020;50(3):E8.
7. Wall M. Cerebrospinal fluid outflow resistance in IIH. Neurology. 2021;96(8):347–54.
8. Wang SJ. Imaging in IIH: venous sinus abnormalities. Brain. 2020;143(5):1434–40.
9. Friedman DI. Hormones and ICP regulation. J Neuroendocrinol. 2020;32(4):e12857.
10. Rees WA. Metabolic influences on ICP. Endocr Connect. 2022;11(5):E117–25.
11. Jones T. Venous sinus stenosis: a key IIH factor? Am J Neuroradiol. 2019;40(8):1253–8.
12. Zamboni P. Venous sinus pathophysiology in IIH. J Vasc Surg. 2021;74(1):134–40.
13. Markey KA, Mollan SP, Jensen RH, Sinclair AJ. Understanding idiopathic intracranial hypertension: mechanisms, management and future directions. Lancet Neurol. 2016;15:78–91.
14. Radhakrishnan K, Mullen MT. Idiopathic intracranial hypertension: clinical features and diagnosis. Neurology. 2021;96(12):563–70.
15. Bradley WG, Daroff RB. Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 1245–57.
16. Radhakrishnan K, Mullen MT, Friedman DI. Pathophysiology and clinical features of idiopathic intracranial hypertension. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020;20(11):49.

17. Jung HH, Park S, Lee JE. Cranial nerve abnormalities in idiopathic intracranial hypertension: clinical implications. J Neuroophthalmol. 2019;39(2):194–202.
18. Friedman DI, Jacobson DM. Idiopathic intracranial hypertension. Neurology. 2018;70(5):1197–205.
19. Smith JL, Hargrove C, Stein DJ. Neuroimaging in idiopathic intracranial hypertension. Radiology. 2020;297(2):255–67.
20. Jones SJ, Black DF. Venous sinus thrombosis in idiopathic intracranial hypertension: imaging findings. AJNR Am J Neuroradiol. 2021;42(4):687–92.
21. Miller NR, Newman NJ, Biousse V, Kerrison JB. Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2022. p. 313–27.
22. Turner MR, Kiernan MC, Leigh PN. Advanced imaging in idiopathic intracranial hypertension. Brain. 2023;146(1):18–25.
23. Harrison D, Lee AG. Optic nerve sheath dilation in IIH. J Neuroophthalmol. 2024;44(1):12–20.
24. Venkatesan A, Wilson MR. Lumbar puncture: technique and utility in neurology. Lancet Neurol. 2014;13(8):847–55.
25. Thompson CR, Matthews BR. CSF opening pressure measurement in lumbar puncture. Neurol Clin Pract. 2015;5(6):496–501.
26. Lambert JJ, Wang P. Clinical assessment of raised intracranial pressure. Neurology. 2017;88(2):129–35.
27. Allen C, Hill J. Elevated cerebrospinal fluid pressure in meningitis and other infections. Infect Dis J. 2019;15(5):215–20.
28. Fry L, Weiss M. Clinical significance of elevated CSF pressure in adults. Brain Res Ther. 2020;10(1):65–70.
29. Johnson D, Thompson L. Clinical management of raised intracranial pressure. Neurologist. 2022;28(4):201–5.
30. Brown RJ, Mehta S, Varma DK. Visual outcomes in IIH: a retrospective cohort study. J Clin Ophthalmol. 2018;12(4):601–10.
31. Smith J, Brown E, Taylor A. MRI and venography in the evaluation of idiopathic intracranial hypertension. J Clin Neurosci. 2020;44(2):195–202.
32. Jones T, et al. Non-invasive ICP monitoring in IIH management. J Neurosci Technol. 2024;40.

33. Santos EM, Malhotra R, Durbin MK. Acetazolamide efficacy in IIH: a randomized controlled trial. Ann Neurol. 2019;85(5):674–83.
34. Kaufman DM, Milstein MJ, Wright JD. Role of topiramate in managing IIH: a review. CNS Drugs. 2019;33(5):415–24.
35. Wong SH, Husain AM, Huang CY. Optic nerve sheath fenestration for IIH: a case series. J Neuroophthalmol. 2018;38(1):85–92.
36. Garg RK, Gupta R, Malhotra HS. CSF shunting in IIH: outcomes and complications. Neurology. 2021;97(7).
37. Smith T, Wilson P, Green RS. GLP-1 agonists in IIH: a novel approach. Obes Res Clin Pract. 2023;17(3):202–9.
38. Jones R, Clarke J, Hughes J. Advances in non-invasive ICP monitoring technologies. J Neurol Sci. 2024;440:120424.
39. Friedman DI, Jacobson DM. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension. Neurology. 2004;59(10):1492–5.
40. Taylor MJ, McCulloch DL. Optic nerve damage in idiopathic intracranial hypertension: implications for diagnosis and treatment. Neuroophthalmology. 2021;45(2):103–9.
41. Lanzino G, Elijovich L, Wijdicks EF. Weight loss in idiopathic intracranial hypertension: a systematic review. J Neuroophthalmol. 2018;38(3):433–9.
42. García R. Obesity and its role in IIH. Curr Opin Neurol. 2019;32(1):92–8.
43. Loomis KL. CSF dynamics in IIH. J Neuroophthalmol. 2019;39(3):394–401.
44. Patel P, Kumar S. Idiopathic intracranial hypertension: pathophysiology and diagnosis. J Clin Neurol. 2017;29(7):208–14.
45. Asgarian H, Mahdavi S, Tabrizi H. Recent advances in the management of idiopathic intracranial hypertension. J Neurol. 2022;45(7):1234–45.
46. Medicover Hospitals. Idiopathic intracranial hypertension: Diagnosis and treatment [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.medicoverhospitals.in
47. Cochrane. Interventions for idiopathic intracranial hypertension [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.cochrane.org
48. Norology. Idiopathic intracranial hypertension and visual function [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.norology.com

The Effective Methods for The Diagnosis and Treatment of Idiopathic Intracranial Hypertension

Dr. Waheedullah Bawar[1], Shafiqullah Mohammadzai[2]

[1-2]Curative Medicine Department, Faculty of Medicine, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: bawarwaheedullah690@gmail.com

Received: 17-Nov-2024 Accepted: 22-Dec-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Idiopathic Intracranial Hypertension (IIH) is a condition characterized by increased intracranial pressure, most commonly observed in obese young women. The exact cause of this condition remains unknown, although several theories have been proposed. Possible causes include increased production of cerebrospinal fluid (CSF), elevated venous pressure and obstruction of CSF flow. The primary clinical feature of IIH is Papilloedema (swelling of the optic nerve), often accompanied by symptoms such as headache, visual disturbances, tinnitus and occasionally a reduced sense of smell.The diagnosis of IIH involves a combination of clinical and radiological evaluations. Magnetic Resonance Imaging (MRI) is considered the most reliable diagnostic tool, providing detailed imaging of brain and vascular structures. Key diagnostic features include optic nerve swelling and elevated CSF pressure, which can be measured through lumbar puncture (LP). Management of IIH typically requires lifestyle modifications, medication and in some cases, surgical intervention. Weight loss plays a critical role in treatment, while carbonic anhydrase inhibitors, such as acetazolamide, are used to reduce CSF production. If medical treatment fails, surgical options like Optic Nerve Sheath Fenestration (ONSF) or CSF shunting procedures may be considered.Recently, Glucagon-like Peptide-1 (GLP-1) agonists, initially used for weight management in diabetic patients, have shown promise in reducing intracranial pressure and controlling weight in IIH patients. The primary goal of IIH treatment is to lower intracranial pressure to prevent vision loss and reduce other neurological symptoms.The objective of this review article is to gather and organize comprehensive information from various reputable international scientific publications about IIH and to reassess effective treatment methods.

Keywords: Diagnosis, Headache, Intracranial Pressure, Papilledema, Treatment

مروري مقاله

د هضمي سېستم د خرابوالي پر مهال د تغذيې ستراتېژي

دوکتور وحیدالله نبي زاده[۱]

[۱]داخله ناروغیو څانګه، سپین‌غر مومند معالجوي او تدریسي روغتون، سپین‌غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: smch@spingharuniversity.edu.af

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۱٦ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

جدي ناروغۍ هغه ناروغۍ دي چې ژوند ته ګواښ وي یا د اوږدې مودې لپاره د بدن د فعالیتونو پر وړاندې لویې ستونزې رامنځته کړي. دغه ناروغۍ ډېری وختونه د درملنې او پاملرنې لپاره ځانګړو تدابیرو ته اړتیا لري. د بېلګې په توګه د زړه حملې، سرطان، د شکرې ناروغي او د هضمي سېستم خرابوالی. د هضمي سېستم خرابوالی د وخیمو ناروغانو ترمنځ عام دی او بدې پایلې لري.د موادو تحویل په ځانګړي ډول هغو ناروغانو کې چې د هضمي سېستم خرابوالی لري، زیانمن کېدلای شي او دا په ورځني کلینیک کې د متخصصینو او ډاکترانو لپاره یوه مهمه ستونزه ده. هضمي سېستم د بدن یوه مهمه برخه ده چې د خوړو هضم او جذبولو مسؤلیت لري. که دا سېستم خراب شي، نو هضم سم نه ترسره کېږي او د نورو روغتیایي ستونزو لکه درد، نفخ یا باد او د معدې خستګۍ سبب کېږي. خراب یا ناسم جذب هغه حالت دی چې بدن نه شي کولای له خوړو څخه اړین مواد لکه ویټامینونه، منرالونه او پروټینونه جذب کړي. ددې حالت په پایله کې د تغذیې کمښت رامنځته کېږي چې په پایله کې د بدن د ضعیفوالي او روغتیایي ستونزو لامل کېږي. ددې مقالې موخې دا دي: د هضمي سېستم د اختلالاتو پر مهال د غذایي اړتیاو سم پوهاوی او پوره کول، د بېلابېلو هضمي اختلالاتو په مدیریت کې د تغذیې ستراتېژۍ اغېزو تحلیل، د مناسبې تغذیې اړوند پلانونو جوړول، د خوراکونو ټاکلو په اړه د پوهاوي لوړول چې د هضمي سېستم فعالیت ته زیان ونه رسوي او د هضمي ستونزو د مخنیوي لپاره د غذایي موادو د مناسب توازن اهمیت څرګندول.

کلیدي کلمې: تغذیه، جدي ناروغي، ناسم جذب، هضمي سیستم خرابوالی

پېژندنه

د هضمي سېستم خرابوالی هغه حالت دی چې د هضمي سېستم بېلابېل غړي لکه معده، کلمې او ځیګر په‌کې خپل فعالیت په سمه توګه نه ترسره کوي. دا حالت د بېلابېلو عواملو له کبله رامنځته کېږي، لکه التهاب، انتانات، فشار یا د غذایي توکو کمښت(۱). د هضمي سېستم خرابوالی بېلابېلې مختلفې نښې ولري چې ځینې مهمې نښې یې دادي: د خولې وچوالی، د خولې بد بویې، په بولو کې وینه، ناڅاپي وزن زیاتېدل یا کمېدل، د اشتها کموالی او د خوړو نه هضمېدل، د معدې سوزېدل او ګاز جوړېدل، درد، نفخ او باد، د سستۍ احساس کول، د ژبې یا شونډو زخمونه، نس ناسته او قبضیت(۲).

د هضمي سېستم د خرابوالي اصلي میکانیزمونه د بېلابېلو عواملو له کبله منځته راځي. د هضمي انزایمونو کمښت یا اختلال کولای شي د خوړو هضم ګډوډ کړي، د معدې د تیزابو زیاتوالی یا کمښت هم د خوړو هضم کې ستونزې رامنځته کوي، د کولمو د حرکتونو ګډوډي د خوړو د جذب مخه نیسي. د هضمي سېستم انتانات لکه بکتریاوې یا ویروسونه کولای شي د هضمي سېستم فعالیت ځنډنی کړي. رواني فشار او اضطراب هم د هضمي سېستم فعالیت خرابوي(۳). ناسم جذب یا SIBO (Small intestinal bacterial overgrowth) هغه حالت دی چې د کوچنیو کولمو د بکتریاو زیاتوالی د اړینو موادو جذب کې اختلال رامنځته کوي. دا حالت د تغذیې کمښت او بېلابېلې روغتیایي ستونزې لکه نفخ، ګاز او معدې درد سبب کېږي(۴). ناسم هضم هم د هضمي سېستم ګډوډۍ ته اشاره کوي چې د خوړو هضم کې ستونزې رامنځته کوي. دې حالت کې، د معدې او کولمو انزایمونه کافي نه وي یا دا چې اړینې پروسې په سم ډول نه ترسره کېږي، چې د معدې درد، نفخ او خفه کولو سبب کېږي. د هضمي سېستم خرابوالی د بدن میتابولیکو فعالیتونو باندې جدي اغېزې لري(۵).

کله چې هضمي سېستم په سمه توګه فعالیت ونه کړي، بدن نشي کولی چې اړین مواد جذب کړي، چې دا چاره د انرژۍ کمښت، د ویټامینونو او پروټینونو کمښت او میتابولیک ګډوډیو لامل کېږي. همداراز، د هضمي سېستم اختلالات د ګلوکوز جذب باندې هم تاثیر کوي، چې په نتیجه کې یې د شکرې ناروغۍ خطر زیاتوي(٦).

د هضمي سېستم د تغذیې ستراتېژۍ موخه داده چې د هضمي سېستم د سالم فعالیت لپاره یو متوازن او مغذي تغذیوي پلان مهم دی. د فایبر، ویټامینونو، او معدني موادو پراخه مصرف د هضم پروسه ښه کوي او د کولمو حرکتونه منظموي. د مالګې او ګلوکوز کم مصرف هم د هضمي سېستم لپاره ګټور دی، چې د تیزابیت او بکتریاو ودې مخه نیسي. د هضمي سېستم د سالم فعالیت لپاره د تغذیې ستراتیژي باید د شخص د اړتیاو اړوند او مناسب وي او د هضمي اختلالاتو په پام کې نیولو سره تنظیم شي(۷).

د هضمي سېستم خرابوالی

د هضمي سېستم خرابوالی هغه حالت دی چې د هضمي سېستم بېلابېلې برخې لکه معده، کولمې یا د هضمي سېستم نور غړي خپل طبیعي فعالیتونه له لاسه ورکوي یا ګډوډ شي(۸). که څه هم د هضمي سېستم خرابوالی د جدي ناروغانو تر منځ عام دی، د دې پېښو دقیق څرنګوالی او میکانیزمونه چې څنګه هضمي سېستم خرابوالی د تغذیې کمښت لامل کېږي، تر اوسه پورې په لویه کچه نامعلومه پاتې شوی. دا ځکه چې د هضمي سېستم خرابوالي د تشخیص لپاره واضح تعریفونه او دقیق تشخیصیه وسایل نه‌شته(۷). په دې موخه، په ۲۰۱۲ز کال کې د حاد هضمي زیان (AGI) نمره وړاندې شوه(۷). یوه مطالعه ښیي چې د هضمي سېستم خرابوالي نمره (GIDS) د وخیمو ناروغانو لپاره د هضمي سېستم خرابوالي تشخیص کې پراختیا رامنځته کړې. دغه نمره د کلینیکي نښو لکه په معده کې د پاتې شونو اندازه، اسهال، د معدې حرکت، د هضمي سېستم وینه بهېدنه او د ګېډې داخلي فشار پر اساس له صفر څخه تر څلور (۴) پورې درجه بندي کېږي. سره له دې چې دا نمره د وخیمو ناروغانو تر منځ مړینې اټکلوي، مګر بیا هم یوازې د هضمي سېستم د خرابوالي نښو باندې تمرکز کوي. د ICU سره تړلې د معدې او کولمو د فعالیت د خرابوالي پتوفزیولوژي او وروستۍ څرګندونې زیات توپیر کولای شي. دا نه یوازې د هضمي سېستم خوځښت په بدلونونو پورې تړاو لري، بلکې د تغذیې په هضم او جذب، تر خوراک وروسته د داخلي هورمونونو غبرګون، د کولمو د مخاطي غشا سلامتیا، میزنتیریک دوران او د نس د فشار په بدلونونو کې هم ونډه لري(۷). ددې ناروغۍ بېلابېلې بڼې ددې لامل کېږي چې د هغې پېژندنه، تعریف او درملنه یوه ستره ستونزه شي. که څه هم څېړنو د ځینو بایومارکرونو رول لکه I-FAB (د کولمو د غوړ اسید تړلو پروټین) چې د کولمو په اپیتیلیل طبقه کې تولیدېږي او د ټپ په وخت کې خوشې کېږي او سیترولین چې د کولمو په حجراتو کې له ګلوتامین څخه رامنځته کېږي، څېړلي دي، خو ډېری بایومارکرونه لا هم په دقیق ډول نه شي کولای هغه ناروغان وپېژني چې د هضمي سېستم فعالیت خرابوالی لري. برسېره پر دې، دغه بایومارکرونه تراوسه په ورځني کلینیکي عمل کې نه دي کارول شوي؛ له دې امله، په بېلابېلو بڼو، د هضمي سېستم د فعالیت خرابوالي د تشخیص لپاره لا هم دقیق بایومارکرونو او وسایلو ته اړتیا شته(۸).

د هضمي سېستم د ناسم فعالیت میتابولیک پایلې

د هضمي سېستم خرابوالی، د مړینې او ناروغۍ ترمنځ اړیکه، په ځانګړې توګه کله چې د ګېډې ډېری اعراض یوځای رامنځته شي، لکه څنګه چې دمخه تشریح شوه، خو لا هم روښانه نه ده چې ایا د هضمي سېستم خرابوالی د بدو پایلو لامل دی یا یوازې د ناروغۍ د شدت نښه ده. یو دلیل دا دی چې د هضمي سېستم خرابوالی ښایي د ناروغانو لپاره د مناسب تغذیوي درملنې وړتیا محدوده کړي او په هغو ناروغانو کې چې د هضمي سېستم شدید خرابوالی لري، د مغذي

موادو مناسب جذب او مدیریت کېدای شي مختل شي. یوې مشاهداتي څېړنې ښودلې چې د ICU هغو ناروغانو چې د حاد هضمې زیان (AGI) لوړې درجې یې لرلې او د هضمي سېستم خرابوالي زیات شدت ښودلی و، کمه کالوري ترلاسه کړې. سربېره پر دې، د AGI لوړوالی او د کالورۍ کموالی د ۲۸ ورځو په جریان کې د مړینې خطر زیاتوي. نورې څېړنې هم دې پایلې ته رسېدلي چې د ICU په شرایطو کې د ناکافي کالوري او پروټین مصرف د ناروغانو مړینه او ناروغۍ زیاتوي. نو که چېرې د GI فعالیت خرابوالی د ناروغانو پایلې د مغذي موادو ناسم تنظیم له لارې اغېزمنې کړي، نو هدفمندې تغذیوي مداخلې چې دGI فعالیت خرابوالي په کمولو یا له منځه وړلو کې مرسته کوي، کولای شي د شدیدې ناروغۍ د کلینیکي پایلو ښه والي ته وده ورکړي(۹). د دې اغېزناکو مداخلو جوړول د GI فعالیت خرابوالي او د مغذي موادو د تنظیم تر منځ د تعاملاتو ژورې پوهې ته اړتیا لري(۱۰).

د هضمي سېستم خرابوالی او د غذایي موادو تنظیمول

د هضمي سېستم خرابوالی کولای شي داخلي تغذیوي تحویل او جذب باندې منفي اغېزه وکړي، چې په پایله کې د تغذیې کموالی او د وخیمو ناروغانو لپاره بدې پایلې رامنځته کوي. د مقالې په دې برخه کې موږ د هضمي سېستم خرابوالي له لارې د تغذیې د اغېزمنتیا د زیانمنېدو هغه مهم میکانیزمونه تشریح کوو(۱۲، ۱۱).

د هضمي سېستم د خرابوالي میکانیزم

د شدیدې ناروغۍ پر مهال تغذیوي ملاتړ د هر ناروغ لپاره جلا ټاکل کېږي، چې دا ټاکنه د حساب شویو یا اندازه شویو کالوري او پروټین اړتیاو پر اساس ترسره کېږي، خو په ورځني کلینیکي عمل کې، ډېری وخت د ورکړل شوې تغذیې اندازه د اړتیا وړ نه وي او اکثره لږه تغذیه ورکول کېږي(۱۳، ۱۴). دا د داخلي تغذیې (EN) په جریان کې دویم تر ټولو عام خنډ دی، چې د نس ناستې له پېښېدو وروسته رامنځته کېږي. په دې حالت کې، ناروغانو ته د هغو ناروغانو په پرتله چې نوموړي نښې نه لري، د کالوري او پروټین پر وړاندې د پام وړ کسر پېښېږي(۱۵). یوه وروستۍ څېړنه چې د "انرژۍ ورکولو تقویه شوی یا معمول اپروچ(TARGET) " په نامه ترسره شوې، د داخلي تغذیې په جریان کې د GI خرابوالي پېښې څېړلې دي. په دې څېړنه کې، د GI خرابوالی له 250 ml څخه د زیاتې GRV په توګه تعریف شوی و، چې نږدې نیمایي ناروغانو (۴٦٪) کې یې مشاهده شو او ددې نښو د پېښېدو احتمال زیاتره په نرینه‌و، ځوانو او شدیدو ناروغانو کې زیات وو. د نورو څېړنو برعکس د GI خرابوالي لرونکو ناروغانو او هغو ناروغانو چې دغه حالت یې نه درلود، ترمنځ د کالوریو ورکولو په برخه کې کوم مهم توپیر نه و. که څه هم د GIد خوځښت ګډوډېدل کولای شي د ناقصې تغذیې سبب شي، دا حالت په نسبتاً اسانۍ سره پېژندل کېدای شي او بېلابېلې ستراتېژۍ شته چې د دې ناروغانو لپاره تغذیوي پاملرنه ښه کړي(۱٦).

د موادو ناسم هضم او ناسم جذب

د GI خوځښت ګډوډۍ سربېره د معدې او کولمو فعاليت خرابوالی کولای شي د مغذي موادو په هضم او جذب کې هم ستونزې رامنځته کړي. پخوانيو څېړنو چې ايزوټوپي ټګ شويو ماليکولونو څخه کار اخيستی و، ښودلې چې د کنټرول ناروغانو په پرتله په جدي ناروغانو کې د غذايي ګلوکوز، غوړو او پروټين جذب زيانمن شوی دی(۱۷-۲۰). د GI خوځښت ګډوډۍ برعکس د ناسم هضم او جذب اکثره په پټه پېښيږي، ځکه چې د مغذي موادو د جذب د ارزولو لپاره چټک او ساده ازموينې نه‌شته. سربېره پر دې، فزيولوژيکي څېړنې په شديدو ناروغانو کې د غذايي امينواسيدونو په جذب کې لوی توپير ښيي، چې د ناروغانو تر منځ او د وخت په تېرېدو سره تغير کوي(۲۱). علاوه پر دې، بېلابېلې غذايي کټګورۍ ښايي جلا جلا اغېزې ولري، ځکه چې د غذايي امينو اسيدونو په جذب کې ستونزه د ګلوکوز په جذب کې لازمي ستونزه نه رامنځته کوي(۲۲). په وروستيو کې، د غذايي پروټين په جذب او ميتابوليزم کې زياته لېوالتيا ځرګنده شوې، ځکه چې دا شونتيا لري چې د سختې ناروغۍ په دوران کې د هډوکي عضلاتو ضايع کېدل کم کړي او د ناروغانو د بيا رغېدو په پروسه کې مرسته وکړي، که څه هم، لا هم په دې برخه کې قوي شواهد نه‌شته(۲۳). چاپل او همکارانو په دې وروستيو کې د پروټين د هضم او جذب کچه وڅېړله او وروسته يې د غذايي پروټين اغېزه د سختې ناروغۍ په دوران کې د عضلاتو د پروټين په سنتز کې وڅېړله. د پروټين د هضم او جذب اندازه د ژوندۍ ښې پروټين له لارې چې د پوستپ پايلوريک تغذيې نل له لارې ورکړل شوې، ارزول شوې وه. د ورکړل شوي غذايي پروټين نږدې نيمايي په سېستميک دوران کې د پروټين د هضم او امينو اسيدونو له جذب وروسته څرګند شوی او د سختو ناروغانو او کنټرول شويو ناروغانو ترمنځ کوم لوی توپير نه و. که څه هم د پروټين د جذب اندازه ورته وه، د غذايي موادو تر خوړلو وروسته د عضلاتو په پروټين سنتز کې زياتوالی په شديدو ناروغانو کې په ښکاره توګه کم شوی و. دا معلومات وړانديز کوي چې د پروټين ناسم جذب د سختې ناروغۍ په جريان کې دومره جدي نه دی لکه څنګه چې تمه کېده، خو دا پوښتنه راپورته کوي چې آيا د غذايي پروټين زياتې اندازې ورکول ګټور دي، چې د عضلاتو د پروټين په سنتز کې د کمي غبرګون مخه ونيسي(۲۶-۲۴).

د هضمي سېستم د خرابوالي ميتابوليکي پايلې

د خوځښت، هضم او مغذي موادو له جذب څخه پرته، د معدې او کولمو سېستم د غذايي موادو په تنظيم کې د ميتابوليک او هورموني غبرګونونو په توګه هم فعال دی. که څه هم ډېر څه لا هم نه دي روښانه، په دې وروستيو کې په دې برخه کې پوهه زياته شوې، چې د GI خرابوالي احتمالي ميتابوليکې پېچلتياوې څنګه رامنځته کېږي(۲۷). د دې يوه مثال د نس ناستې او کوليسټاسيس تر منځ تړاو دی، چې ښايي د کولمو او ځيګر د ګډوډ

شوي محور له لارې منځته راشي. صفرا تیزابونه د دې ګډوډ شوي محور مهم منځګړي ګڼل کېږي، چې په ځيګر کې توليدېږي او کله چې صفراوي کڅوړه تقبض شي، کولمو ته خوشې کېږي. د شديدې ناروغۍ په جريان کې، د صفراوي کڅوړې د تقبض وړتيا کمه شوې، چې په نتيجه کې د پلازما صفرا تيزابونه زياتېږي او د فيبروبلاست د ودې فکټور ۱۹ (FGF19) کچه راټيټېږي. FGF19 يو هورمون دی چې په معده کې توليدېږي او معمولاً د صفرا تيزابونو د جوړښت مخه نيسي، تر څو په دې ډول په ځيګر کې د صفرا تيزابونو زهري کچې مخه ونيسي(۲۸). کله چې د FGF19 کچه کمه شي، د صفرا تيزابونو د توليد مخه نيولو کړۍ له منځه ځي، چې په پايله کې د پلازما صفرا تيزابونو کچه لوړېږي او د شديدې ناروغۍ په جريان کې دا کچه د بدو پايلو سره تړاو لري(۲۹).

د GI خرابوالی د کولمو مايکروبايوم باندې هم اغېز کوي، چې په شديدو ناروغانو کې بېلابېل بدلونونه رامنځته کوي. که څه هم د مايکروبايوم بدلون او د خرابو پايلو ترمنځ اړيکه شته، چې زياتره وخت په انتاني پيچلتياوو يا مرګ کې ښکاري؛ دا لا هم يوه نوې څېړنيزه برخه ده او کلينيکي اغېز يې تر اوسه روښانه نه دی. د کولمو د هورموني سېستم بدلونونه هم د GI خرابوالي په توګه ګڼل کېږي. يوه بېلګه يې ګلوکاګون ته ورته پيپټايډ-۱ (GLP-1) دی، چې په کولمو کې توليدېږي او د انسولين افراز هڅوي. په شديدو ناروغانو کې د دې هورمون کچه لوړېږي، چې د مرګ او ضعيفو اوږدمهاله پايلو وړاندوينه کوي(۳۰).

دا ټول مثالونه ښيي چې د GI خرابوالي ميټابوليکي پايلې يوازې د مغذي موادو په ورکړې او جذب پورې محدودې نه دي. د دې پيتوفزيولوژيکي ميکانيزمونو په اړه لا زياتې څېړنې کولای شي د نويو (تغذيوي) ستراتېژيو پرمختګ ته لاره هواره کړي، ترڅو په ICU ناروغانو کې د کولمو او ځيګر تر منځ اړيکې، مايکروبايوم، يا د کولمو هورموني غبرګونونه بيا تنظيم شي(۳۱).

د هضمي سېستم خرابوالي پر مهال د تغذيې ستراتېژي

د معدې او کولمو د ګډوډۍ اغېز کمولو لپاره بېلابېلې تغذيوي ستراتېژۍ شته چې موخه يې د دې ګډوډۍ اغېز په تغذيې رسولو او ناروغانو ته د روغتيا په کچه کمول دي. د دې ستراتېژيو لپاره د دلايلو او شواهدو په اړه به لنډ بحث وکړو. د انرژۍ کثافتي فرمولونه، چې د داخلي تغذيې په هر ml کې لوړه کالوري لرونکې محتوا لري، د هغو ناروغانو لپاره وړانديز شوي دي چې د GI ګډوډۍ له امله د داخلي تغذيې کم حجم زغملی شي. په TARGET آزموينه کې، چې د عمومي ICU ناروغانو لپاره عادي (1.0 kcal/ml) او انرژۍ کثافتي (1.5 kcal/ml) تغذيه پرتله شوې، انرژۍ کثافتي تغذيه د شديدو ناروغانو لپاره د ژوندي پاتې کيدو ښه والی نه دی ښودلی. په يوه وروسته

تحلیلي څېړنه کې چې د GI ګډوډۍ لرونکو او نه لرونکو ناروغانو پرتله کول، انرژي کثافتي فرمولونه د عادي انرژي فرمول په پرتله د کالورۍ د رسولو ښه والی نه دی ښودلی(۱۷).

په یوه وروستۍ میتاتحلیلي څېړنه کې څرګنده شوه چې د انرژي لوړ انتقال سره د GI ګډوډۍ او لوی GRVs پېښېدنې زیاتوالی رامنځته شوی(۳۲). دا د یوې کوچنۍ فزیولوژیکي مطالعې په مرسته تائید شوه، چې ښودلې یې ده چې د انرژي کثافتي فرمولونه د انرژي د انتقال یا د ګلوکوز جذب ښه کولو پرته د معدې د ساتنې کچه زیاته کړې ده. د دې معلوماتو پراساس، دا نتیجه اخیستل کېدای شي چې د انرژي کثافتي فرمولونو کارول باید، په ځانګړې توګه په شدیدو ناروغانو کې چې د GI ګډوډۍ لري، په احتیاط سره په پام کې ونیول شي(۳۳).

د پوسټ پایلوري تغذیه، چې معدې ته ننوځي، د GI ګډوډۍ لرونکو ناروغانو لپاره بله ستراتیژي ده، په ځانګړې توګه د ګاستروپاریس حالت کې چې د GRVs زیاتوالی لري. په یوه څېړنه کې د پوسټ پایلوري تغذیه د معدې تغذیې په پرتله د انرژي او پروټین د رسولو په کچه لوړه تغذیه برابره کړې. یوه بله څېړنه چې د ماشومانو د ځانګړو مراقبت واحدونو تغذیوي عملونه پرتله کوي، څرګنده کړې چې د پوسټ پایلوري تغذیه لرونکي ناروغان د معدې تغذیې لرونکو ناروغانو په پرتله لوړه داخله تغذیه ترلاسه کړې(۳۴).

پروکینتیک، چې د GI خوځښت ښه کولو هدف لري، یوه بله لاره ده چې د شدیدو ناروغانو لپاره د مغذي موادو د انتقال په برخه کې کارول کېږي. په یاد شوي TARGET ازموینه کې، د GI ګډوډۍ لرونکو ناروغانو ته د پروکینتیک ورکول د ژوندي پاتې کېدو ښه والي سره تړاو درلود. یوه بله ستراتیژي چې د GI ګډوډۍ په جریان کې د تغذیې ناسم جذب باندې د غلبې لپاره وړاندیز شوې، د عنصر تغذیه کارول دي. عنصر تغذیه هغه فرمولونه دي چې د الیګوپیپتایډونو یا منځنۍ زنځیر ټرایګلیسریډونو پر ځای د پولیمریک مساوي برخې لري او ګومان کېږي چې کولمو ته په چټکۍ سره جذب شي. په یوه وروستۍ تصادفي کنټرول شوې آزموینه کې د دماغي ټپ لرونکو ناروغانو لپاره د عنصر یا پولیمریک فرمولونو پرتله کول، د عنصر تغذیه کارول نه یوازې د انرژۍ په جذب کې زیاتوالی نه درلود، بلکې د ګاستروپاریس یا نس ناستې کې د GI ګډوډۍ کچه هم کمه نه شوه، چې د عمومي ICU نفوس په یوه پخوانۍ څېړنه کې هم ورته پایله ترلاسه شوې وه(۳۵).

د عنصر او پولیمریک فرمولونو جذب رښتیني ارزول لا هم نه دي ترسره شوي. د واحد امینواسیدونو او بشپړ پروټین جذب کینیتیک په یوې وروستۍ څېړنه کې د روغو افرادو په مرسته ارزول شوی، چې ښودلې یې چې د ازاد امینواسیدونو پر ځای د بشپړ پروټین اخیستل د امینواسیدونو په سیستمیک خوشې کولو کې زیاتوالی راولي او د ټول

بدن، خصوصاً د هډوکي عضلاتو پروټین میتابولیزم باندې قوي انابولیک اغېز لري. دا پوښتنه چې ایا د عنصر تغذیې د جذب کینیتیک ښه والی کولای شي د شدیدو ناروغانو لپاره ګټور وي، لا هم تر څېړنې لاندې ده. بالاخره، متناوب او دوامداره تغذیه په وروستیو کې تر څېړنې لاندې ده، چې ښایي متناوبه تغذیه د روغتیا په شرایطو کې د تغذیې د رسولو په کچه غوره وي او د فزیولوژیکي ځوابونو د هڅونې لپاره مرسته وکړي، مګر متناوبه تغذیه د دوامداره تغذیې په پرتله د معدې د برداشت د ګډوډۍ ورته کچې درلودې او د پلازما امینواسیدونو د تغذیې زیاتوالی نه و رامنځته شوی(۳٦، ۳۷).

پایله اخیستنه

د هضمي سېستم خرابوالی د جدي ناروغانو تر منځ عام دی او کولی شي د تغذیې تحویل، جذب او اداره کولو پروسې په منفي توګه اغېزمنې کړي. په دې ډول حالتونو کې باید د تغذیې ملاتړ چمتو کولو پر مهال د هضمي سېستم خرابوالی په پام کې ونیول شي. که څه هم ځینې ستراتېژۍ شته چې د هضمي سېستم خرابوالي اغېزې کموي، مګر لا هم څېړنو ته اړتیا شته چې د غوره تشخیص او درملنې لارې چارې رامنځته شي او په پایله کې د ناروغانو کلینیکي پایلې ښه شي.

وړاندیزونه

۱. د هضمي سېستم خرابوالي لرونکو ناروغانو لپاره، د انرژي کثافتي فرمولونه(1.5kcal/ml) وړاندیز کېږي، ځکه چې دا د کم حجم سره داخلي تغذیه برابروي.

۲. په هغو ناروغانو کې چې د هضمي سېستم ګډوډۍ لري، په ځانګړې توګه د ګاستروپاریس ناروغانو کې، د پوسټ پایلوري تغذیه یوه غوره ستراتېژي ده چې د معدې تغذیې پرتله د انرژي او پروټین رسولو په کچه غوره پایلې ښیي.

۳. د GI خوځښت ښه کولو لپاره د پروکینټیک ورکول د هضمي سېستم فعالیت ښه کوي او ځینې څېړنې ښیي چې دا د هضمي سېستم ګډوډۍ لرونکو ناروغانو کې د ژوندي پاتې کېدو او د تغذیې جذب ښه والی رامنځته کوي.

۴. د عنصر تغذیې کارول، په ځانګړې توګه هغه فرمولونه چې د الیګوپپتایډونو یا منځنۍ زنځیر ټرایګلیسرایډونو پراساس وي، کولای شي د هضمي سېستم ګډوډۍ له امله رامنځته شوې د تغذیې ناسم جذب له منځه یوسي، ځکه چې دغه فرمولونه د کولمو له خوا په چټکۍ سره جذبېږي.

اخځليکونه

1. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr 2019; 38:48–79.
2. Compher C, Bingham AL, McCall M, et al. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2022; 46:12–41.
3. Davies TW, van Gassel RJJ, van de Poll M, et al. Core outcome measures for clinical effectiveness trials of nutritional and metabolic interventions in critical illness: an international modified Delphi consensus study evaluation (CONCISE). Crit Care 2022; 26:240. A recent delphi consensus study involving researchers, clinicians and patients on what should be relevent outcome measures in nutrition intervention trials.
4. Zhang D, Li Y, Ding L, et al. Prevalence and outcome of acute gastrointestinal injury in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2018; 97:e12970.
5. Reintam Blaser A, Malbrain ML, Starkopf J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems. Intensive Care Med 2012; 38:384–394.
6. Reintam Blaser A, PadarM, Mandul M, et al.Development oftheGastrointestinal Dysfunction Score (GIDS) for critically ill patients – a prospective multicenter observational study (iSOFA study). Clin Nutr 2021; 40:4932–4940. A recent and very comprehensive study developing a scoring system to classify GI dysfunction in ICU patients, using a combination of clinical symptoms, as well as biomarkers in a subset of patients.
7. Chapple LS, Plummer MP, Chapman MJ. Gut dysfunction in the ICU: diagnosis and management. Curr Opin Crit Care 2021; 27:141–146.
8. Reintam Blaser A, Preiser JC, Fruhwald S, et al. Gastrointestinal dysfunction in the critically ill: a systematic scoping review and research agenda proposed by the Section of Metabolism, Endocrinology and Nutrition of the European Society of Intensive Care Medicine. Crit Care 2020; 24:224.
9. Reintam Blaser A, Preiser JC, Forbes A. The need for biomarkers to determine response to enteral nutrition during and after critical illness: an update. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2023; 26:120–128.
10. Reintam Blaser A, Poeze M, Malbrain ML, et al. Gastrointestinal symptoms during the first week of intensive care are associated with poor outcome: a prospective multicentre study. Intensive Care Med 2013; 39:899–909.

11. Li H, Lu J, Li H, et al. Association between nutrition support and acute gastrointestinal injury in critically ill patients during the first 72 h. Clin Nutr 2021; 40:217–221. An observational study investigating the relation between GI dysfunction, nutritional intake and patient outcomes.
12. Alberda C, Gramlich L, Jones N, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. Intensive Care Med 2009; 35:1728–1737.
13. Lee ZY, Yap CSL, Hasan MS, et al. The effect of higher versus lower protein delivery in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Crit Care 2021; 25:260.
14. Ridley EJ, Peake SL, Jarvis M, et al. Nutrition therapy in Australia and New Zealand intensive care units: an international comparison study. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2018; 42:1349–1357.
15. van Nieuwkoop MM, Ramnarain D, Pouwels S. Enteral nutrition interruptions in the intensive care unit: a prospective study. Nutrition 2022; 96:111580.
16. Salciute-Simene E, Stasiunaitis R, Ambrasas E, et al. Impact of enteral nutrition interruptions on underfeeding in intensive care unit. Clin Nutr 2021; 40:1310–1317.
17. Arunachala Murthy T, Chapple LS, Lange K, et al. Gastrointestinal dysfunction during enteral nutrition delivery in intensive care unit (ICU) patients: risk factors, natural history, and clinical implications. A posthoc analysis of the Augmented versus Routine approach to Giving Energy Trial (TARGET). Am J Clin Nutr 2022; 116:589–598. A comprehensive posthoc analysis of the TARGET trial, specifically aimed at delineating the etiology of GI dysfunction in critically ill patients and the associated risk factors.
18. Deane AM, Rayner CK, Keeshan A, et al. The effects of critical illness on intestinal glucose sensing, transporters, and absorption. Crit Care Med 2014; 42:57–65.
19. Abdelhamid Y, Cousins CE, Sim JA, et al. Effect of critical illness on triglyceride absorption. J Parenter Enteral Nutr 2015; 39:966–972.
20. Liebau F, Wernerman J, van Loon LJ, et al. Effect of initiating enteral protein feeding on whole-body protein turnover in critically ill patients. Am J Clin Nutr 2015; 101:549–557.
21. Liebau F, Kiraly E, Olsson D, et al. Uptake of dietary amino acids into arterial blood during continuous enteral feeding in critically ill patients and healthy subjects. Clin Nutr 2021; 40:912–918.
22. van Gassel RJJ, van de Poll MCG, Schaap FG, et al. Postprandial rise of essential amino acids is impaired during critical illness and unrelated to small intestinal

function. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2022; 46:114–122. Smaller physiological studies in ICU patients and healthy controls, using a combination of postprandial amino acid concentrations and labeled glucose uptake to assess the relation between amino acid uptake and intestinal function.

23. Chapple LS, van Gassel RJJ, Rooyackers O. Protein metabolism in critical illness. Curr Opin Crit Care 2022; 28:367–373.
24. Chapple LS, Kouw IWK, Summers MJ, et al. Muscle protein synthesis after protein administration in critical illness. Am J Respir Crit Care Med 2022; 206:740–749. A key high-quality paper using contemporary stable isotope traces to extensively investigated in vivo protein digestion and amino acid absorption kinetics in critically ill patients.
25. Liebau F, Deane AM, Rooyackers O. Protein absorption and kinetics in critical illness. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2021; 24:71–78.
26. Bels JLM, Ali Abdelhamid Y, van de Poll MCG. Protein supplementation in critical illness: why, when and how? Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2023; 26:146–153.
27. Kiss O, Maizik J, Tamme K, et al. Diarrhea and elevation of plasma markers of cholestasis are common and often occur concomitantly in critically ill patients. J Crit Care 2020; 60:120–126.
28. Koelfat KVK, Plummer MP, Schaap FG, et al. Gallbladder dyskinesia is associated with an impaired postprandial fibroblast growth factor 19 response in critically ill patients. Hepatology 2019; 70:308–318.
29. Horvatits T, Drolz A, Rutter K, et al. Circulating bile acids predict outcome in critically ill patients. Ann Intensive Care 2017; 7:48.
30. Szychowiak P, Villageois-Tran K, Patrier J, et al. The role of the microbiota in the management of intensive care patients. Ann Intensive Care 2022; 12:3.
31. Brakenridge SC, Moore FA, Mercier NR, et al. Persistently elevated glucagonlike peptide-1 levels among critically ill surgical patients after sepsis and development of chronic critical illness and dismal long-term outcomes. J Am Coll Surg 2019; 229:58–67; e1.
32. Reid AL, Chapman MJ, Peake SL, et al. Energy-dense vs routine enteral nutrition in New Zealand Europeans, Maori, and Pacific Peoples who are critically ill. N Z Med J 2020; 133:72–82.
33. Murthy TA, Plummer MP, Tan E, et al. Higher versus lower enteral calorie delivery and gastrointestinal dysfunction in critical illness: a systematic review and meta-analysis. Clin Nutr 2022; 41:2185–2194.

34. Chapple LS, Summers MJ, Weinel LM, et al. Effects of standard vs energydense formulae on gastric retention, energy delivery, and glycemia in critically ill patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2021; 45:710–719. Smaller fysiological study investigating the effects of energy-dense formula on GI motility using labelled glucose and scintigrafie to assess gastric retention.

35. Sierp EL, Kurmis R, Lange K, et al. Nutrition and gastrointestinal dysmotility in critically ill burn patients: a retrospective observational study. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2021; 45:1052–1060.

36. Eveleens RD, Hulst JM, de Koning BAE, et al. Achieving enteral nutrition during the acute phase in critically ill children: associations with patient characteristics and clinical outcome. Clin Nutr 2021; 40:1911–1919.

37. Bond A, Czapran A, Lal S. Small bowel feeding: do you pay the price for bypassing the stomach? Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2022; 25: 116–121.

38. Carteron L, Samain E, Winiszewski H, et al. Semi-elemental versus polymeric formula for enteral nutrition in brain-injured critically ill patients: a randomized trial. Crit Care 2021; 25:31.

39. Jakob SM, Butikofer L, Berger D, et al. A randomized controlled pilot study to evaluate the effect of an enteral formulation designed to improve gastrointestinal tolerance in the critically ill patient-the SPIRIT trial. Crit Care 2017; 21:140.

40. Weijzen MEG, van Gassel RJJ, Kouw IWK, et al. Ingestion of free amino acids compared with an equivalent amount of intact protein results in more rapid amino acid absorption and greater postprandial plasma amino acid availability without affecting muscle protein synthesis rates in young adults in a doubleblind randomized trial. J Nutr 2022; 152:59–67.

41. McNelly AS, Bear DE, Connolly BA, et al. Effect of intermittent or continuous feed on muscle wasting in critical illness: a phase 2 clinical trial. Chest 2020; 158:183–194.

42. Flower L, Haines RW, McNelly A, et al. Effect of intermittent or continuous feeding and amino acid concentration on urea-to-creatinine ratio in critical illness. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2022; 46:789–797.

The Nutritional Strategy during Gastrointestinal Dysfunction

Dr. Waheedulla Nabizada[1]

[1]Internal Diseases Ward, Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: smch@spingharuniversity.edu.af

Received: 30-Dec-2024 Accepted: 04-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Serious illnesses are those that pose a threat to life or cause significant long-term impairments in bodily functions. These diseases often require specific measures for treatment and care. Examples include heart attacks, cancer, diabetes and gastrointestinal dysfunction. Gastrointestinal dysfunction is common among critically ill patients and is associated with poor outcomes. In particular, nutrient delivery in patients with gastrointestinal dysfunction can be impaired, making it a significant challenge for specialists and doctors in daily clinical practice. The gastrointestinal system is a vital part of the body responsible for digesting and absorbing food. When this system is compromised, digestion does not occur properly, leading to other health issues such as pain, bloating and gastric fatigue. Malabsorption is a condition in which the body cannot absorb essential nutrients like vitamins, minerals and proteins from food. As a result, nutrient deficiencies develop, leading to weakness and other health complications. The objectives of this paper include understanding and fulfilling the nutritional needs during gastrointestinal disorders, analyzing the impact of nutritional strategies in managing various gastrointestinal disorders, developing appropriate nutritional plans, enhancing awareness about food choices that do not impair gastrointestinal function and emphasizing the importance of a proper balance of nutrients to prevent gastrointestinal issues.

Keywords: Hastrointestianl Dysfunction, Intensive Diseases, Malabsorption, Nutrition

مروري مقاله

د روغتیايي خدمتونو د لاسرسي او کارولو پر وړاندې ستونزې او پېشنهادي حل لارې

دوکتور محمد یونس بارگامي[1]، دوکتور فضل یمین[2]، پوهاند دکتور غلام رحیم اواب[3]، پوهاند عزیزالرحمن نیازی[4]

[1,2]د ملگرو ملتونو د کوچنیانو ملاتړ اداره (UNICEF)

[3,4]عامې روغتیا څانگه، طب پوهنځی، افغان نړۍوال اسلامي پوهنتون، کابل، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: dr.bargami@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۲۵ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

افغانستان په نړۍواله کچه یو له جگړو ځپلو هېوادونو دی. په ۲۰۰۳ز کال کې د روغتیايي خدمتونو بنسټیزه کڅوړه (Basic Package of Health Services (BPHS) او د روغتوني خدمتونو اړینه کڅوړه (Essential Package Of Hospital Services) رامنځته کېدل تر دوه نیمو لسیزو جگړو وروسته د نړۍوالو لخوا د هېواد د روغتیايي اړتیاوو پوره کولو یوه بریالۍ ازمايښتي هڅه وه. د دې هڅې موخه دا وه چې لږ تر لږه اړین روغتیايي خدمتونه برابر او د غیر دولتي مؤسسو سره، د قرارداد له لارې، په چټکۍ سره د هېواد هرگوټ ته وغځېږي، اغیز يې لوړ او لاسرسی ورته اسانه شي. ددې وصفي څېړنیزې لیکنې بنسټیزه موخې د روغتیايي حالت ښه والي په هوډ د خدمتونو د لاسرسي پر وړاندې د ستونزو موندل، ژوره شننه، د شته ننگونو لپاره روښانه انځور وړاندې کول او د حل لارو سپارښتنې کول دي. د موضوع اړوند اړین معلومات د ښکېلو اشخاصو د مرکو، موضوع محوره ډلهییزو بحثونو، د ښکېلو خواو د بېلگو کتلو او خپرو شویو څېړنیزو لیکنو د پرلغښتې (سیستماتیک) کتنې په پایله کې ترلاسه او ترتیب شول. د عامه روغتیايي اسانتیاو تر څنگ د خصوصي سکتور اړخ هم د مل لامل په توگه له پامه نهدی غورځول شوی. دودیزې، چاپیریالي، مالي او د خدماتو ستونزې او خنډونه د خدمتونو دریو اړخونو (څرنگوالي ، څومره والي، کارولو) کې د لاسرسي پر وړاندې د خنډونو او د هغوی د شتون ریښو موندلو او د له منځه وړلو لپاره اړینو هڅو وړاندیز کولو په بڼه موندل شوي، چې د پراخه غځېدلي او گوټ گوټ ته رسېدلي روغتیايي سیستم د شته ستونزو هوارولو او اړتیاو د بشپړولو په تکل د راتلونکي لپاره مهم او د خلکو لپاره د غوره روغتیايي خدمتونو لاسرسی اسانوي.

کلیدي کلمې: بنسټیزه مجموعه، حل‌لارې، خنډونه، لاسرسی، ننگونې

پېژندنه

افغانستان لرغونی جیوپولیټیک نوم او نښان، له شخړو او د یرغلګرو د ماتې او کورنیو جګړو ډک تاریخ، خو د سولې او سوکالۍ یوازې لنډ مهالې، د خوب لیدو په بڼه تېرې شوې ارماني شېبې لري. د پنځو لسیزو ناخوالو او جګړه ییزو ویجاړیو د هېواد د روغتیايي سېستم په ګډون ټولې زیربنايي سرچینې دومره شپیلولي او زېښبلي، چې د ۲۱مې پېړۍ د نړۍ د بل هر هېواد په پرتله مو ولس بې‌وزله، رنځور او په ځانګړې توګه د تنکیو ماشومانو او میندو د مړینې په برخه کې تر ټولو ناوړه روغتیايي شاخصونه لرو(۱).

په ۲۰۰۲ز کال کې د نړۍ‌والو روغتیايي ادارو لخوا ترسره شویو سرویګانو له مخې، په ۱۰۰۰ ژوندیو زېږونو کې، د میندو د مړینې کچه ۱٦ او هر څلورم ژوندی زېږېدلی ماشوم له پنځم تلین بشپړولو ترمخه، په ۱۰۰۰ ژوندیو زېږېدلو کې ۲۵۷ مړینو په اټکل له ژونده بې برخې او د مرګ ښکارېدل(۲، ۳)، د روغتیايي مرستو په وخت ترلاسه کولو کچه هم ټیټه وه، ځکه یوازې لس سلنه خلک له روغتیايي مرکزونو څخه له یو ساعته لږ پیاده واټن کې اوسیدل(۴).

له دغو سترو روغتیايي ننګونو د تمبونې په پار، په ۲۰۰۳ز کال کې د روغتیايي خدمتونو بنسټیزه کڅوړه (د بنسټیزو لومړني روغتیايي پاملرنو او د کلیوالو سیمو د بېړنیو روغتیايي ستونزو له منځه وړلو ټولګه) یا (BPHS/Basic Package of Health Services) د افغانانو د اړتیاو سره برابره او داسې جوړه شوه، چې د مور او ماشوم روغتیا، عامه تغذیې او ساري ناروغیو په مهارولو کې مرسته وکړي او ورپسې په ۲۰۰۵ز کال کې د روغتوني خدمتونو بنسټیزه کڅوړه (Essential Package of Hospital Services/EPHS) د وخت د عامې روغتیا وزارت له‌خوا د نړۍ‌والو مرسته کوونکو او نادولتي ادارو په ملاتړ پیل شوه(۵). نړۍ‌وال بانک، اروپايي اتحادیه او د امریکا نړۍ‌واله پراختیايي اداره (United States Agency for International Development(USAID له پیل راهیسې د بسپنه ورکوونکو په سر کې د BPHS او EPHS درې لوی مرسته کوونکي وو(٦)، چې هر یو د هېواد درېیمه برخه ولایتونه تر پوښښ لاندې لرل او په ګډه یې له ۲۰۰۳ تر ۲۰۰۹ز کالونو پورې په روغتیا له ۸۲۰ میلیونو ډالرو څخه زیاته پانګونه وکړه، چې د نورو جنګ ځپلو هېوادونو په روغتیايي سکتور له پانګونې څخه په پرتلیزه توګه ډېره لوړه وه(۷، ۸). د هېواد هر ګوټ ته د BPHS چټکه غځونه د غیر دولتي مؤسسو د قراردادي میکانیزم بریالی نوښت پلی کاوه او د دوی د ګډ کار ورتیا پورې تړلې چې د ۳۴ ولایتونو څخه په ۳۱ ولایتونو کې د نادولتي مؤسسو او د روغتیا وزارت له‌خوا، په درې ولایتونو کې د قرارداد په کارولو، د پیاوړو میکانیزمونو په نوم وړاندې کېده(۹). په پرتلیزه توګه ډېر لګښت د USAID له خوا د ۴۵۱ روغتیايي مرکزونو د بیارغونې او د ۳۱۲ روغتیايي مرکزونو جوړولو لپاره شوی و(۱۰).

BPHS ټولګه چې د وخت د اړتیاوو سره سمه جوړه شوې او د میندو، نویو زېږېدو، تنکیو او غټو ماشومانو روغتیا او عامه تغذیې او ساري ناروغیو لومړیتوبونه یې ځان کې رانغښتل، په ۲۰۰۵ز کال کې نوره هم پراخه شوه او د معلولیت او رواني روغتیا خدمتونه هم پکې ورشامل شول(۱۱). د لومړنیو روغتیایي خدمتونو دغه کڅوړه د ودانۍ څوکې ته له هرې خوا ختونکې پوړې ته ورته پراویز جوړښت لري، چې بنسټیز پوړ یې روغتیایي پوستې(HP)، دویم پوړ روغتیايي فرعي مرکزونه، دریېم پوړ یې بنسټیز روغتیايي مرکز، څلورم پوړ چې هر اړخیز روغتیايي مرکز او د ولسوالۍ روغتون (DH) یې په سر کې دی، چې هر یو د نفوسو یوه ځانګړې لړۍ تر پوښښ لاندې نیسي(۵).

د روغتوني خدمتونو اړینه ټولګه (EPHS) چې د BPHS بشپړونکې ده، د دواړو روغتیايي خدماتي ټولګو ترمنځ تړونکې پل د ولسوالۍ روغتون دی چې د BPHS د لومړي ریفرل روغتون په توګه پېژندل کېږي او د دواړو ټولګو ټول خدمتونه، پرسونل، بودیجه او تجهیزات پکې په پام کې نیول شوي(۱). EPHS د روغتون د هرې کچې (ولسوالۍ، ولایتي، سیمه ییز او تخصصي روغتون) لپاره د ځانګړو خدمتونو یوه کنډه‌یي ټولګه برابروي(۱۲).

BPHS د ۲۰۰۳ز کال له پیله د روغتیايي شاخصونو په ښه کولو او روغتیايي سېستم په پیاوړي کولو کې رغنده ونډه لري(۱، ۷، ۱۳)، خو بیا هم په ټول هېواد کې او د ټولنو ترمنځ روغتیايي خدمتونو ته د لاسرسي پر وړاندې پراخه ستونزې، ناخبرۍ، ناخوښۍ، نا انډولۍ او نابرابرۍ شته. د بېلګې په ډول، ډېری (٪۷۵ څخه زیات) هېوادوال مو لرو پرتو سیمو کې اوسي، روغتیايي خدمتونو ته لږ لاسرسی او د اړینو روغتیايي کارکوونکو ټیټه کچه لري(۱۴). په ښاري سیمو کې په هرو ۱۰۰۰۰ تنو ۳۶ روغتیايي کارکوونکي او په کلیوالي سیمو کې هرو ۱۰۰۰۰ تنو لپاره ۱۶.۷ تنه مسلکي روغتیايي کارکوونکي تېر نظام (جمهوریت) کې اټکل شوي وو(۱۲) . د ملګرو ملتونو مرستندویه ماموریت د راپور له مخې ۲۰۱۵ز کال د تاوتریخوالي تر ټولو بد کال و، چې په سېستماتیک ډول یې د مرګ ژوبلې مستند کول پیل او ښځې او ماشومان یې په ځانګړي ډول د ټولنې سخت اغېزمن شوی اړخ بللی و(۱۵).

اوس هم په افغانستان کې بشري اړتیاوې او بې وزلي ورځ تر بلې مخ په زیاتېدو دي او داسې ویل کېږي چې اوسنی روغتیايي سېستم د څومره والي او څرنګوالي له مخې لهدې ننګونو په بریا د وتلو توان څکه نه لري(۱۶)، چې د نړۍ یو بې وزله یا لږ پرمختللي هېواد په توګه، چې نږدې څلوېښت میلیونه نفوس لري، د بشري پراختیا شاخص (Human HDI(Development Index په‌کې ډېر ټیټ (۰.۴۶۵) دی. زموږ هېواد د ۱۸۷ هېوادونو ترمنځ ۱۷۱ ځای او له نیم څخه ډېر (٪۵۸،۸) خلک یې څواړخیزې بې وزلۍ کې ژوند تېروي. د ٪۸۸،۱ کارکوونکو ورځنۍ عاید له دوه امریکایي ډالرو څخه ټیټ، د نفوسو نیمایي (۱۷ کلنې منځنۍ عمر) د بلوغ تر قانوني بریده ټیټ، نورو ته ورتر غاړې او ٪۴،۸ نفوس یې تنکي (۵ کلونو څخه کم عمره) ماشومان دي(۱۷). د اوږدې تپل شوې جګړې د ویجاړیو سربېره، طبعي

پېښو، وبايي ناروغیو، کرونايي غمیزو او ټولنيزو زيانونو را پرځولی ولس د وروستي سياسي بدلون په درشل کې د نړۍوالو مرستو او ملاتړه هم بې برخې او روغتيايي ستونزې يې د ناورين تر درشله ورسيدې(۱۸). د مور او اوماشوم مړينه يې دا اوس هم نړۍ کې تر ټولو لوړه او ناروغان يې د ګاونډيو د بې‌باکه او ناترسه چلند ښکار دي(۱۹). په‌دې ليکنه کې د روغتيايي اسانتياوو او چوپړونو پر وړاندې د لاسرسي او کارولو ستونزې، په اندېښلونې او ځغلنده کتنې سره، د روغتيايي برياليتوبونو او ناکاميو مهم ټولنيز، کلتوري، لګښتي، د لېرد او لاسرسي اړوند لاملونه راسپړو، د شتون يا لاسرسي، د منلو او وس وړ بيې لرلو (acceptability, affordability and availability) ځانګړتیاوو ته په پام، حل لارې يې لټوو او لوستونکو ته يې د روغتيايي خدمتونو د ګټورتيا او ټوليز روغتيايي پوښښ (Universal Health Coverage (UHC) in Afghanistan) ډاډمنولو په موخه وړاندې کوو.

د څېړنې موخې

۱. عمومي موخه: د روغتيايي خدمتونو د لاسرسي پر وړاندې د ستونزو ژور تحليل او د هغو بنسټيزو ننګونو پېژندل چې په هېواد کې د روغتيايي وضعيت ښه والي پر وړاندې خنډ دي.

۲. ځانګړې موخې: د مقالې اړوند ځانګړې موخې په لاندې ډول دي:

۱. د روغتيايي خدمتونو لاسرسي اړوند د بېلابېلو ريښه‌يي خنډونو موندل: د جغرافيوي خنډونو (لرې پرتو سيمو کې د خدمتونو نه شتون)، اقتصادي ننګونو (د روغتيايي خدمتونو لوړه بيه او بې وسي) او ټولنيزو-کلتوري ستونزو (لکه ښځو لپاره محدوديتونه) رابرسېرول.

۲. د روغتيايي بنسټونو کاري وړتيا او کچې اټکلول: د روغتيايي خدمتونو څه، څومره، څنګه او د مسلکي پرسونل او روغتيايي وسايلو شتون ارزول.

۳. د اړوندو خواوو اړتياوې او اندونه راټولول: د ناروغانو، کارکوونکو او ادارو اندونه، تجربې او اړتياوې سپړل.

۴. د مخکنيو هڅو تحليل: د تر سره شويو خدمتونو د برياليتوب کچه او د نړۍوالو همکارو سازمانونو ونډه ارزول.

۵. د حل لارو وړانديزول: د زيربناو جوړولو او پراختيا لپاره عملي او تل‌پاتې لارې موندل، د روغتيايي بوديجې او نړۍوالې همکارۍ زياتولو سپارښتنې کول او د ټولنيزو ـ کلتوري محدوديتونو کمولو لپاره عامه پوهاوی وړانديزول.

مېتود او کړنلاره

- **د تېرو څېړنيزو ليکنو کتنه:** د BPHS له پيل څخه تر پروسږ کال، (۲۰۲۴-۲۰۲۳ز) پورې په ملي او انګليسي ژبه پرليکه (انلاين) خپرې شوې څېړنې مو د افغانستان او روغتيا اړوند ترکيبي اصطلاحاتو (د افغانستان روغتيايي سېستم، روغتيايي ننګونې، د روغتيايي لاسرسي ستونزې او خنډونه، روغتيايي خدمتونو څرنګوالی او داسې نورو ورته کلمو) د Google scholar, PubMed, Web of Science, the Cochrane database

and Scopus په نړۍوالو څېړنیزو ډیټابیسونو او د ملي او نړۍوالو بنکېلو ادارو(MoPH, World Bank, WHO, UN,ICRC,MSF and USAID) په رسمي پاڼو او چاپ شویو (لومړي جدول کې په لنډیز ښودل شویو) سرچینو کې لټولي، ترلاسه او چاڼیزه کتنه یې شوې.

- د اسانه بېلګې اخیستنې (Convenience Sampling Approach) په توګه د کابل، کنړ، لغمان او ننګرهار اړوند عامه او خصوصي روغتونو د ۱۵بېلابېلو متخصصو کارکوونکو سره مرکې او بحثونه تر سره، د روغتونونو او خصوصي کتنځیو د ناروغانو او ملګرو ګیلې ستونزې مو اوربدلي، د اړوندو روغتونو ګډونوالۍ کتنې (Participatory Observations) او د روغتیایي سوانح او ثبت (میډیکل ریکار) اړوند معلومات تر لاسه او د مقالې د سرټکي «روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي او کارولو پر وړاندې د ستونزو» د پوهېدو لپاره نظري چوکاټ جوړ(جدول-۲)، اړوند څلور اړخیزه (له مرکو، بحثونو، کتنو او لوستنو) راخیستل شوي معلومات په وصفی توګه شنل شوي او په‌دې څېړنیزه لیکنه کې په لنډه توګه لیکل شوي دي.

د سرچینې نوم	اړوند ویب سایټ
د عامې روغتیا وزارت	https://moph.gov.af/en
د روغتیا نړیوال سازمان	http://www.who.int
د افغانستان تحلیلګرانو شبکه	https://www.afghanistan-analysts.org
بې سرحده ډاکتران (MSF)	http://www.msf.org
نړۍوال بانک	http://www.worldbank.org
د سره صلیب نړۍواله کمېټه	https://www.icrc.org/en
یونیسف یا د ملګرو ملتونو د ماشومانو د ملاتړ صندوق	
یو این ډي پي/ د ملګرو ملتونو پرمختیایي پروګرم	http://www.undp.org
یو این ایف پي ای/د ملګرو ملتونو د وګړو د ملاتړ صندوق	http://www.unfpa.org
USAID/د امریکا نړۍواله پراختیایي مرسته	https://www.usaid.gov

لومړی جدول: د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي پر وړاندې د ستونزو او پېشنهادي حل لارو کارول شوې سرچینې

د ستونزو ډلبندي	د ستونزې ډول	اړوند اړخ
مخکې له لاسرسي خنډونه	ناخبري او د معلوماتو تشه	غوښتنه او پوهاوی
	بې باوري	روغتیایي ارزښت اوپاېلې
	اړتیا یې نه ګڼل	روغتیایي لومړیتوبونه ټاکل
د لاسرسي ستونزې او خنډونه	پریکړو اوغوراوي وروسته والی	ځاني، زماني او مالي وړتیا
	مذهبی، کلتوري اوټولنیزبندیزونه	حساسیت ،جواز ، نورم
	دیبې اولګښت لوړوالی	مالي اقتصادي ارزونه
	د اړتیا په ځای او مهال کې شتون	مثمریت اوموثریت
له لاسرسي وروسته کارولو ستونزې	اخلاقی اوسلوکي ملاحظات	مسلکي اخلاق
	نا عادلانه ویش	ټولنیز چلند

دویم جدول: د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي پر وړاندې د ستونزو اندیز چوکاټ

موندنې

په دې وصفي څېړنه کې د نږدې دیرشو څېړنیزو لیکنو د سېستماتیک کتنو، ۲۵ مرکو، پنځو موضوع محوره ډله ییزو بحثونو او ۱۵ عامه او ۱۵ خصوصي روغتیایي مرکزونو ګډونوالو کتنو موندنې تربیا کتنې او کره والي وروسته شاملې شوې.

د ګډونوالو کتنو، ځوابونو اورېدلو، موضوع محوره بحثونو او اړوندو لیکنو له لوسته مو وموندله چې په هېواد کې سیاسي-اداري بدلون او امنیت د هېواد دننه تګ راتګ او ښاري سیمو ته لاسرسی اسانه کړی، له کلونو راهیسې تړلې لارې بیرته پرانیستل شوي، خو له مودو را پاتې ناورین، په بهرنیو مرستو تکیه، بې وزلي او اړینو زیربناو او تخصصي ورټیاو کموالی د روغتیایي سکتور ننګونې همداسې زیانمنونکې ساتلي دي(۲۰) او ترڅو چې د اقتصادي ننګونو پټې ریښې نه وي پرې شوې، د مرستو ناڅاپي بندېدل روغتیایي خدمتونه لا ستونزمن او لاسرسی ورته کموي(۲۱). زموږ د پوښتنپاڼو ٪۸۰ ګډونوالو څخه زیاتو د خوارځواکۍ په کچه، شدت او پراختیا کې زیاتوالی، د ذهني ناروغیو، په ځانګړې توګه د ژورخپګان، اندېښنې، احساسي غبرګونونو، ذهني بوج، تاوتریخوالی، شخړو او ناندریو، مهاجرت او بې‌ځایه کېدلو، ناخوالو او غمونو ډېرېدل، له دندو د ځوابېدو، بې‌وزلۍ او بې کارۍ ارمغان بللی. ساري ناروغۍ، د مور او ماشوم رنځونه او مړینې، ناساري ناروغۍ، په لوړه کچه ټپ او پرهرونه (ترافیکي پېښې، له لوړو ځایونو غورځېدل) یې هغه روغتیایي ستونزې بللي، چې د مخنیوي وړ مړینو زیاتوالي کې ونډه لري.

د بېلګې په توګه یو نقل قول په دې ډول و: "ترافیکي پېښې زیاتې شوي، قانون ته پابندي نشته. بیړه او ګڼه ګوڼه زیاته، هر څوک بې پامه له کلیو څخه په باسیکل، موټرسایکل یا موټر سرک ته راوځي، خو د ترافیکو په اصولو نه پوهېږي ... او کله چې ټکر وشي نو یو ناورین رامنځته شي، د مړو پېژندل، د ژوبلو او ناروغو رغنیزه بېړنۍ درملنه د غمونو تر درشله ورسي (د کابل-جلال اباد دلارې د روغتیایي مرکز یو تن ډاکټر).

څېړونکي وموندله چې د خلکو ترمنځ د روغتیایي پوهې لږوالی، خپلې روغتیا سره بې‌باکي، د ګواښمنو چلندونو او توکو له زیانه ناخبري، د ګواښمنو نښو نښانو نه پېژندل، روغتیایي خدمتونو سره نا اشنایي، د ناروغانو د برخلیک اړوند معلوماتو تشه او رسنیزو روغتیایي معلوماتو ته نه لاسرسی د شته وقایوي، تشخیصي، درملیزو او رغنیزو خدمتونو د کارولو پر وړاندې د پام وړ خنډونه او د نالوسته او بې‌وزلو ټولنو ریښه‌یي ستونزې دي(۲۲، ۲۳).

د خلکو سره د ناستو ولاړو او خبرو اترو پرمهال مو وموندله چې د شته روغتیایي خدمتونو په ګټورتیا او د کارمندانو په تخصصي وړتیا او ژمنتیا بې باوري او له مخکني چلنده یې ورپاتې ادراکي او دودیز منفي یادونه او غبرګونونه د

روغتیایي چوپړونو پروړاندې خنډونه لا ژور کړي، د بیا ځل خدمتونو انګېرل او د پاملرنو لټولو ته زړه ښه کول یې ټکني کړي. د کارکوونکو د نا اشنایی، ناسم چلند، درملیزې تشې او ټیټ کیفیت، د روغتیایي اسانتیاو، زیربناو او وسایلو د مدیریت په اړه ژورې اندېښنې مو په تېرو لیکنو هم موندلې(۲۶-۲۴). د بې پولې ډاکترانو لهخوا په هېواد کې د تازه تر سره شوې سروې ۸۸٪ ځوابوونکو درملنه د ناروغۍ تر سختېدو ځنډول، د وقایوي خدمتونو وړاندې وروسته کول روغتیایي پاملرنو او درملنې ته پروخت رسېدو خنډ بللی و، چې ۵۲٪ یې باوروله چې خپلوان یې روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي د نشتوالی یا ځنډ له امله مړه شوي او په اوسط ډول ۴۵،۴٪ ځوابوونکي، چې تېر کال لږ تر لږه یو ځل دولتي یا شخصي کلینیک ته تللي، د روغتیایي خدمتونو، شوي چلند او سرګردانۍ څخه خوښ نه وو(۲۷).

زموږ د پوښتنپاڼې یو ځوابونکي پهدې تړاو داسې وویل: «د باکیفیته روغتیایي خدمتونو نه وړاندې کول، د متخصصو ډاکترانو او تجربه کارو نرسانو نشت، د روغتیایي مرکزونو لرېوالی او د ډاکترانو تند، بابیزه، ستومانه او ناهیلی کونکی چلند لامل شوی چې ګڼ شمېر ناروغ لرونکي د درملنې لپاره شخصي کتنځایونو ته مخه کړي، یا ورولېږل شي او یا دا چې له هېواده بهر تګ ته مجبور شي». یو ډاکتر داسې وویل: "ځینې وختونه موږ له ناروغانو څخه پوښتنه کوو ولې تر ټولو نږدې د روغتون/کلینیک ته نه ورځئ او دلته راځئ ؟ دوی وایې ښه پاملرنه او درملنه نه کوي. په یوه بستر کې دوه یا درې ناروغان اچوي، خو ښه درملنه نه کوي". د یو تخصصي کادري روغتون د بېړنۍ خونې نوکریوال زموږ د مرکې د ورځې تازه پېښه د بېلګې په ډول داسې ویله: "دوه تنکي ماشومان چې یو درې او بل لس میاشتنی و، همدا نن بیګاه د ډېرې ستونزمنې ساه اخیستو له کبله بېړنۍ خونې ته را ورسول شول، خو بیړنۍ خونه کې د ادرینالین د نه شتون له کبله یې ساه ورکړه او همدې روغتون کې یې، د وینې، تشو او ډکو متیازو د یو څو عادي ورځنیو معایناتو پرته، د نورو اړینو معایناتو له نه شتونه سر ټکول".

بله ناوړه ننګونه په تشخیصېدو، د ځان په اړه ناخوښ خبر اورېدو، له ناروغۍ یې د نورو له خبرېدو، له توپیري چلند، کرکې، سپکېدو، نورو ته د بربنډېدو، راز او نیمګړتیاو په ډاګه کېدو، د بدګومانۍ او بدنامۍ، مالي ستونزو ډېرېدو، د وېرې او شرم له کبله خپله ستونزه او رنځ د ناورین، غمیزو او شخړو تر درشله پټ ساتل او اخته وګړي روغتیایي خدمتونو ته له زړه ښه کولو او ورتګه ډډه کول یادولی شو(۲۸).

د افغانستان په څېر، سړيواکه ټولنو کې د لګښت او پرېکړې واک د نرینه مشرانو ګنېل او پر وړاندې یې د ښځو او ماشومانو یوازې منونکی چلند، زغم او د ماشوم زېږولو او پالنې په توګه د ښځینه برخې، اړمن او زغمونکی رول له روغتیایي چوپړونو د محرومیت یوه کلتوري ستونزه ده او د خلکو درد یې څو برابره کړی دی(۲۹). د بې سرحده ډاکترانو د تازه سروې د ٦٢.٥٪ ځواب ورکوونکو په باور ښځې د نرانو په پرتله له سختو خنډونو سره مخ دی، چې د

روغتیایي مرکزونو د کارکوونکو جنسیتي ترکیب څخه ناخوښي څرګندوي او غواړي چې روغتیایي خدمتونه باید د مذهبي نورمونو او کلتوري دودونو په پام کې نیولو سره برابر شي(۲۷).

د شته روغتیایي اسانتیاو، پاملرنو، وقایوي او درملیزو چارو په اړه نا خبري، د معلوماتو نشتوالی او د روغتیایي ګواښونو بابیزه ګنګل په کلیوالي سیمو کې د روغتیایي مرستو پر وړاندې د پام وړ ستونزې دي، چې ناوزګاری او نورو چارو کې بوختیاو ځو برابره کړي. دا په ځانګړي ډول د هغو ښځو ستره ننګونه ده، چې د کهول او کورنۍ پاللو بار یې په اوږو او د کور په کارونو بوختې وي. د ښځو دا ډول کلتوری خنډونه او دودیز باورونه په ځانګړي ډول د زېږون ترمخه، د زېږون پر مهال او ترې وروسته پاملرنو مخه نیسي، لکه دا باور چې زېږون طبیعي چاره او بهیر دی او بهرنۍ مرستې ته اړتیا نه لري، چې پایله یې بیا د وینې بهېدو او ځنډني زېږون له کبله مور او زېږېدونکي ماشوم د مرګ له ګواښ سره مخ کوي(۳۰، ۳۱).

د تخصصي زده کړو، کاري ژمنتیا او ښې روزنې نشتوالی په هرځای کې روغتیایي خدمتونو ته لاسرسی ننګوي او د اړتیا درک او پوره کول ورسره تړلي دي. د نژاد، ملیت او عمر د اغېزو په اړه شواهد ښیي چې د ځانګړو شرایطو له مخې توپیر کوي او د نورو عواملو څخه اغېزمنېږي، خو جنسیت (معمولاً ښځینه) په ټیټ او منځني عاید لرونکو هېوادنو کې د خونديتوب ډاډمنولو په بڼه تر ټولو عام ټولنيز خنډ او د معیاري خدمتونو څخه بې برخې کېدو لامل دی. ډېری وختونه د ښځو په اړه دودیز کلتوري باورونه او تمې د ښځو ځواکمنتیا اغېزمنوي(۳۲). پهدې تړاو مو د اورېدو او لیدو په ترڅ کې وموندله چې واړه او ښځینه د دود او کلتور له امله روغتیایي مرکزونو ته د خپلې کورنۍ د نرینه غړو پرته اجازه نه لري، چې د درملنې لپاره ډاکټرانو ته لاړ شي.

د مشاهدې، مباحثې او مرکو پربنسټ څرګنده شوه، چې ډېری افغاني کورنۍ د ناروغانو د درملنې لپاره د مالي منابعو له کمښت سره مخ دي او د ناروغۍ د خرابېدو سربېره د روغتون بیې نهشي پرې کولای. روغتیایي خدمتونو ته دا نیمګړی لاسرسی د سره تړلو جنګي، طبعي او موسمي ټکان ورکوونکو پېښو له امله اغېزمن شوی. خپلمنځي شخړو او تربګنیو ژوند ژغورونکو روغتیایي مرستو ته لاسرسی لا زیانمن کړی، بیوزلۍ او بې وسۍ، د خصوصي روغتیایي خدمتونو لوړو لګښتونو، د کورنیو په کچه په روغتیا له وس پورته لګښت روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي لوی خنډونه دي او روغتیایي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی یې ناشونی کړی. د ایم ایس ایف د سروې ٪۹۷،۵ ځوابوونکو ویلي چې ډېرې ځورونکې ننګونې یې په روغتیایي خدمتونو د پیسو لګولو په توګه ازمایلي، ځکه یا یې له ګاونډیو او خپلوانو پور کړي، یا یې له کورني اړین لګښته سپمولي، یا یې د کور لوښي او توکي پلورلي او یا یې کور او ځمکه ګرو یا پلورلې، چې اړین روغتیایي خدمتونه له شخصي روغتونه ترلاسه کړي، ٪۹۵ د بنسټیزو خوړنتوکو رانیولو لګښت نه

درلود او د اړتیا لاس یې نورو ته اوړد کړی، ٪۹۱،۲ د دندې او کار له ګټې کمېدو ګیله‌من وو او ٪۸۷،۵ ځوابوونکو لوړلګښت روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي اصلي خنډ ګڼلی(۲۷). د کنړ ولایت اوسیدونکي د پوهنتون استاد راته داسې وویل: «د عامه پوهاوي نشت او ځینو سیمو کې د ناروغانو لېږد وسیلو نشت او له ستونزو ډکې اوږدې او د سړې هوا، واورو او سیلابونو له کبله ویجاړې لارې روغتیایي خدمتونو ته د خلکو لاس‌رسي پر وړاندې خنډونه دي».

د سرچینو، کارخونو او بنسټیزو اړینو اسانتیاو کمښت، ناسم سمبالښت یا نا انډوله وېش، لکه د روغتیایي مرکزونو د تودوخې اوبو، برېښنا، تشنابونو، تمځایونو، وړکتنځایونو، بېړنیو خونو او په‌کې د ځار، درملنې او ژوند ژغورونکو اړینو توکو کمښت، د حفظ او مراقبت او حفظ الصحې سېستمونو نیمګړتیاوې ددې څېړنې په ترڅ کې راڅرګندې شوې. د بیا بیا یادونو په توګه، په ژمي کې د تودوخې نشتوالی او دوبي کې د ډېرې ګرمۍ او موسمي ناوړه شرایطو له امله د ماشومانو او زیان‌منونکو ناروغانو مړینه لوړه ښودل شوې. د بېړنۍ خونې ناروغان په اړینو اسانتیاو نه لرونکو امبولانسونو کې لېږدول کېږي او یا هم د فعال امبولانس د نشتوالي له امله یې لېږد ځنډېږي. د موضوع محوره ډله ییز بحث یو ګډونوال د روغتیایي مرکزونو د کمزوري مدیریت او د برېښنا د بې باورۍ په اړه وویل چې د اوړي په ګرمه شپه کې د ګرځنده ټلیفون د رڼا په کارولو سره یې جراحي ترسره شوې. چارواکي د رغونې لپاره یا زړه نازړه، یا یې تابیا او وړتیا نلري او یا اړین لګښت ورته نه مومي. د طبي او مل اړینو توکو محدودیتونه، لکه د برېښنا یا اوبو د رسولو تشه، د روغتون دننه د خوندي لېږد اسانتیاو نه‌شتون، ژوند ژغورونکو درملنو وروسته‌والی، بې باوري او په روغتیایي مرکزونو کې د اړوندو اسانتیاو نه‌شتون په ورته ډول له نورو ټیټ عاید لرونکو هېوادونو هم راپور شوی(۳۳).

«بودیجه او امکانات مو روغتیایي مرکزونو ته د پخواني تخمین له مخې د ولایت اصلي اوسیدونکو په حساب ځانګړي او ورکول کېږي، مګر په حقیقت کې څو برابره، د څو ولایتونو نږدې ٦ میلیونه خلک دلته ژوند کوی». (د ننګرهار د عامې روغتیا ریاست اړوند پخوانی کارکوونکی).

«زموږ د ماشومانو روغتون په هر بستر کې درې یا څلور ماشومان پراته وي، ځکه ناروغان زیات خو بسترونه مو ډېر کم دي... زموږ روغتون د ۵۰ بسترونو لپاره جوړ شوی و، خو اوس له ۵۵۰ بسترونو ډېر لري، خو لا هم نه بس کېږي، ځکه چې تقاضا ډېره لوړه ده، هغه څه چې پخوا دهلیز وو اوس د زېږنتون وارډ په توګه کارول کېږي». (د کادري تخصصي روغتون نرس)، خو دبل ورته روغتون متخصص بیا ویل چې د پالیسۍ له مخې بستر کې دویم ناروغ نه منلو له کبله ناچاره ناروغان بېرته ځوابوي.

"هر څه خراب، طبابت سوداګري او ځلند تېرایستونکی شو، ښه ډاکټران، متخصصین، خواخوږي نرسان او درملپوهان مو اواره او وطن یې پرېښود، یو یا دوه نسله شاته لاړو، روغتیایي مراکز مو له پرسونل خالي او د ناروغانو بار پرې دروند شو او ډېر کم یې پوه او تجربه کارو ته لاسرسی مومي. " (د طب متقاعد استاد).

«په عامه او خصوصی روغتیایي مرکزونو کې د اړینو روغتیایي خدمتونو پراخه کمی غټه ستونزه ده، چې ډېری روغتونونو یا خدمات کم او یا یې نامعیاري وړاندې کوي، ځکه د جراحانو، نسایي ولادي او تشخیصیه متخصصو، رادیولوژیستانو، د ماشومانو ډاکترانو، د روغتیایي څارنې د متخصصانو او بې هوشي ورکوونکو له نشت او کمي سره مخ دي. د لابراتوارونو لومړني وسایل، د انځورګرۍ او جراحي ټکنالوژۍ لکه د لاپاراسکوپي وسایل په‌کې نه لیدل کېږي. د میندو لوی روغتیایي مرکز به یوازې یو ساده التراسوند لري. د ګاونډیو ولایتونو روغتونونه تل سي ټي سکن او ایم آر آی ته اړمن ناروغان د دې کمښت له امله پلازمېنې ته استوي. همدارنګه د درملو او کارېدونکو توکو کموالی په عامه روغتونونو کې ډېر څرګند دی چې اکثره وخت اړین درمل نه‌لري. د بې هوشۍ، د وریدي مایعاتو او د پانسمان توکو نه‌لرل ځانګړې ستونزه ده. تدارکاتي ځنډ او ځنډ اساساً د حکومتي مقرراتو له امله لاستونزمن شوي. د درملو واردات بند یا سخت شوي چې اړتیا نه پوره کوي(۳۴).

«کله چې موږ درمل واردوو، هغسې چې پکار ده نه ساتل کېږي، د تودوخې درجه یې وړ او مناسبه نه وي. ځینې درمل د دوو، دریو میاشتو لپاره په ګمرک کې پاتې کېږي، ان د یو کال لپاره پرته له دې چې تودوخه یې کنټرول شي.» (درملتون لرونکی).

«تش لاس یا د پېسو نشتوالی د روغتیایي، امیندوارۍ او زېږون د چوپړونو ترلاسه کولو کې تر ټولو ستر خنډ دی، په ځانګړي ډول چې لګښتونه لوړ، کلینیک لرې او وخت له غرمې وروسته وي. ناروغان باید له خپله جیبه د روغتیایي خدمتونو لګښت ورکړي، چې ډېری کورنۍ د بېړنیو روغتیایي خدمتونو د اړتیا پر مهال له ستونزو، خنډ او ځنډ سره مخ وي، پور ورکوونکي نه مومي، په لوړ سود پور هم اخلي، په شاوخوا کې له خواخوږو ګاونډیو او خپلوانو پیسې راټولوي، چې روغتیایي لګښت پوره کړي. که روغتیایي خدمتونه وړیا وي، بیا نامستقیم لوړ لګښتونه او د روغتیایي مرکز د تړلو له امله، په ځانګړې توګه د شپې له‌خوا یا د اړوندې ستونزې د حل وړ کارکوونکي نه‌شتون د خدمتونو د لاسرسي او کارولو مخه نیسي.»(۳۳).

په بیړه او بابیزه د ناروغ اوربدل، نیمګړې فزیکي کتنې، په لابراتواري پایلو تکیه، معایناتو ډېرول او بیا بیا تر سره کول، درملو پنډ جوړول، د درملنې تطبیق، څار او پاملرنې سختول او ناروغ او کورنۍ ته خواشینوونکی الهام ورکول، پېچلتیا او کړاو یې زیاتول د روغتیایي متخصصینو د ځلند اړوند ستونزې دي، چې زموږ د موضوع محوره ډله ییز

بحث ګډونوالو پرې ټینګار کړی، مرکه کونکو په نښه کړې او د روغتیایي خدمتونو پر وړاندې د لاسرسي او کارولو ستونزې یې بللي؛ په داسې حال کې چې شته ننګونو او غوښتنو ته په پام د روغتیایي کارکوونکو ستړیاوې او د کار دروندوالی په ډېرو وروسته پاتې هېوادونو کې څرګند او د کارکوونکو کمښت ډېر لوی خنډ دی(۴۰-۳۵). بې تجربې او د وړتیا نشتوالی هم په ټولو کې معمول دی، چې د مسلکي پرمختګ فرصتونه راکموي او د تجربه لرونکو متخصصینو له شوونو، سپارښتنو او مرستو بې برخې یا لږ برخمن(۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۱) او د خپلې نیمګړې پوهې، نا ډاډمنو زده‌کړو، ډېرې بوختیا له کبله د پایلو بریا او پړه په لابراتواري پایلو او درملو بشپړولو کې پټوي، چې د عامو او ځانګړو ناروغیو یا ځانګړو تخصصونو سره د تجربې تشه زیاتوي(۴۴-۴۲). د روغتیاپالانو کمزورۍ چلند او د ناروغانو په وینا د دوی درملنه بې باکه، بابیزه او بې ژمنتیا تر سره کېدل په غریبو ټولنو کې د ارایه کوونکو له‌خوا طبي اخلاق تر پښو لاندې کولو، د ناوړه استفادې او غفلت راپورونه هم موجود او پړه یې د محدودو زېربناو او د سرچینو د کمښت له امله پر روغتیاپالانو د کار د دروندوالي او د مناسبې روزنې او ملاتړ په نشتوالي وه(۴۵).

د روغتیایي پرسونل ټیټ پاداش، ورته درنښت نه لرل، د چارواکو له‌خوا نه ستایل کېدل، پرې د کار دروندوالی نه درک کول، ورته لازمې اسانتیاوې نه برابرول، مرستندویه پرسونل کمښت او د ناروغانو ګڼه‌ګوڼه هغه نورې پام راګرځونکې ستونزې دي چې دې وصفي څېړنې د لیدو، اورېدو او لوست پر مهال موندلي دي(۴۵).

مناقشه

دغه مقاله کې روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي پر وړاندې د خنډونو په اړه د څلور اړخیزو (کتنو، لوستنو، بحثونو او مرکو) معلوماتي سرچینو ګډ موندلي شواهد رراټول او شرایطو او کړندود ته په پام د پایلو ډاډمنولو په هوډ د بیا کتنې او هر اړخیزې پلټنې ډاډ ترلاسه شوی. ستونزې او ننګونې مو د جغرافیایي خنډونو، لګښتي بې وسې، ټولنیزو او کلتوري نورمونو، د تجهیزاتو، ټکنالوژۍ او وګړیز ځواک د کمښت او اداري ځنډونو په توګه راسپړلي او ډلبندي کړیدي.

خلک هغه وخت له ننګونو سره مخ کېږي چې روغتیایي مرستو ته اړ شي. خنډونه، ستونزې او لاس نیونکي لاملونه څرګند او ورسره لاس په ګریوان شي. په ځان ازمایل یې د روغتیایي سېستم وړتیا او ټولنیز کلتوري باورونو، ځمکني لاملونو، شتمنۍ او ځواکمنۍ پورې اړه لري.

په نالوستو او کلیوالو ټولنو کې روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي پر وړاندې د روغتیایي پاملرنو د فزیکي نشتوالي په پرتله د پام وړ خنډونه د ناروغ واک، اند، تېر یادونه، انګېرنې او دودیز باورونه وي. د لاسرسي ستونزې په هغه څه

راڅرخي چې ټول خلک اغېزمنوي. په لوستو او ښاري ټولنو کې د ځانګړو څنګلورو ډلو اړوند لاملونه، ستونزې او ننګونې وي، چې شاوخوا درېیمه برخه میشتو نفوسو ته لاسرسی ستونزمن خو له سترو ننګونو سره څکه مخ وي، چې د عامو خلکو په پرتله له روغتیایي پاملرنو بې برخې پاته کېږي.

د ټولو په نښه شویو ننګونو د پام وړ منځتکی د روغتیایي چوپړ د اړتیاوو پوره کوونکی څواک او ظرفیت دی. په لوستو او په ځان بسیا ټولنو کې لومړیتوبونو ټاکل، د اړتیا پر بنسټ ځانګړي کول، عادلانه وېش، د نورو هوساینې لپاره مرسته او ملاتړ د روغتیایي خدمتونو ګټورتیا او اړمنو ناروغانو ته لومړیتوب ډاډمنوي. که ناروغان د روغتیایي اړتیاوو لپاره سمدستي پاملرنو ته په وخت لاسرسی ونه‌لري، ببړنۍ مرستو ته اړ او لومړیتوب ورکولو په مرسته او له امله یې د بېړنۍ پاملرنې لپاره د ظرفیت اړوند لړ خنډونه مخته کېږي. په نالوستو او بې وزلو ټولنو کې د کاري وړتیا ستونزه ډېره ربړونکې او د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي پر وړاندې د ډېرو خنډونو ریښه ده. په لږ پرتو سیمو کې د روغتیایي خدمتونو بشپړ نشتوالی یا نیمګړی او نیمځواکه شتون د روغتیا اړوند خنډونه په ټولو کچو شیندي او د روغتیایي خدمتونو کمښت د نورو پراختیایي سکتورونو لکه پوهنې، کرنې، مالدارۍ، سوداګرۍ او ترانسپورت د کمزوریو له امله پراخېږي.

تش لاس، بې‌کاري او بې‌وزلي د غریبو ټولنو بنسټیزه ستونزه ده، چې روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي مخه نیسي او ناروغان روغتیایي مرکز ته له ورتګه راګرځوي. د خبر ښېګنې، ټولنیز ملاتړ، ګاونډیتوب، خپلولۍ، دوستۍ، مسجدونو، دېرو او حجرو کې د یو بل له حاله خبرېدل او مرسته رسولو دود عامول دغه ستونزه هوارولی شي. هغه کورنۍ چې ټیټ مالي وضعیت لري، له لوړو لګښتونو او اړخیزو لګښتونو سره مخ دی، لکه روغتیایي خدمتونو ته د لاسرسي لپاره د ترانسپورت لګښتونه، چې د لا بې‌وزلۍ لامل کېږي(۴۶). حکومت باید په روغتیا پانګه اچونه وکړي ترڅو روغتیایي خدمتونو ته لګښتي، فزیکي او ترانسپورتي لاسرسي پر وړاندې خنډونه له منځه یوسي. بې‌وزلۍ او بې‌کارۍ د جګړې ځای نیولی، اقتصادی رکود لا د حکومت له بدلون، نړۍ‌والې انزوا او بندیزونو څخه مخکې رامنځته شوی، خو د مرستو کموالی او د هېواد مالي او بانکي سکتور ړنګېدل بې سارې مالي ناامني رامنځ ته کړه.

کلتوري چاپېریال، ټولنیز دودیز خوي او چلند هم روغتیایي پاملرنو ته لاسرسي لپاره مهم دي. د بېلګې په توګه، شرم او پېغور په ګوانښمن او ناورین جوړونکو رنځونو کې روغتیایي پاملرنې ته لاسرسی محدودوی، خو د بدنامۍ او بدګومانۍ لاملونه او ورسره مل اور بلوونکي پوکي په بېلابېلو شرایطو کې توپیر لري. په ځینو ناروغیو لکه ولادي فیستولا، مقاربتي ناروغۍ، سل، لیپروسي، ایډز، پیس، سکیزوفرنیا، ژور خفګان، معیوبیت/معلولیت پېژندل کېده په نالوستو ټولنو کې د بدنامۍ، درنښت بایللو، بې وزلۍ، په ناخوالو او رنځ اخته پاته کېدو سبب کېږي، مګر په عصري

طب کې د پرمختګونو له امله، په پرمختللو ټولنو کې، ډېره لږه ستونزه ده(۴۷). د ناروغیو اړوند بدنامی ته د پای ټکي ایښودلو هڅې د ټولنیزو رسنیو او مذهبي راغونډېدو او نېکو ته بلنې او له ناوړه چلنده راګرځولو په ترڅ کې ډېر ښه بریالیتوبونه لري. د دودیزې درملنې اهمیت چې د طبي پلورالیزم منل شوی اصل دی، هم روغتیايي خدمتونو ته لاسرسی ډاډمنولی شي. ټولنیز او دودیزو خنډونو کې جنسیت، ټولنیزه ونډه او له نرینه او ښځو جلا تمې هم روغتیايي خدمتونو ته د لاسرسي ننګونې او په پایله کې په روغتیا کې نابرابري زیاتوي. د حل‌لارې په توګه د هرې ټولنې په ټولنیز-کلتوري چاپیریال او مذهبي ارزښتونو پوهېدل روغتیايي خدمتونو ته لاسرسي کې مرسته کوي. همدارنګه، د روغتیايي سېستمونو د ظرفیت او کیفیت ښه کول، د روغتیايي کارکوونکو تخصصي روزنه، ورته درناوی لرل، مادي امتیاز او معاشات یې لوړول او د روغتیايي بودیجې ډېرول او پراختیا، پېژندل شوی روغتیايي پوښښ او لاسرسي ډاډمنونکي او د روغتیايي ستراتېژۍ د بریالیتوب لپاره اړین دي(۴۸).

پایله اخیستنه

د بنسټیزو روغتیايي خدمتونو اړتیاوې او د لاسرسي پر وړاندې یې خنډونه باید وپېژنو، په څنګه او ولې یې پوه شو او ترې راغوړېدونکې ناخوالې خپلو ملي ارزښتونو ته درناوي او لومړیتوبونو په رڼا کې ورغوڅې کړو. د روغتیايي خدمتونو ښه والی او د سېستمونو پرمختګ د طبي اخلاقي معیارونو، ملي ارزښتونو او ټولنیزو غوښتنو سره سم ډاډمن کړو.

د روغتیايي بنسټونو شتون او پیاوړتیا، ښه روزل شوی مسلکي بشري ځواک، معیاري طبي توکي او درمل باید اغېزناک، ګټور، خوندي او لاسرسی ورته اسانه شي، د سېستمونو ښه والی، د چارواکو پاملرنه او روغتیايي تمویل یې ملاتړ وکړي او دا چې کلتوري حساسیت پالل او کلتوري توپیرونه له پامه نه غورځول د چارو د اغېز، ګټو، خوندیتوب او د سپارښتنو پلي کولو مهم لامل او د نړۍ‌والې روغتیا د بریا سرټکي دي، نو د طبي چوپړونو برابرول، غځول او پرمختګ یې باید د دیني، ټولنیز-کلتوري چاپیریال په پام کې نیولو سره لا ډاډمن شي.

ناروغان په ځانګړي ډول په بې وزلو ټولنو کې د لاسرسي د خنډونو سره مخ وي، چې موندل او پرې برلاسی د روغتیايي خدمتونو او سېستم او ټولنیز-کلتوري چاپیریال پوهاوي ته اړتیا لري. د له منځه وړلو د هڅو ارزونه داسې کړنلارو ته اړتیا لري چې روغتیايي سېستم او پراخه ذهني ټولنیزې ریښې یې په نظر کې ونیسي، چې ظرفیت، مالی ملاتړ او ټولنیز-کلتوري چاپیریال یې سمون ومومي. چارواکي باید روغتیايي خدمتونو یا بشردوستانه او پرمختیايي مرستو ته د خلکو لاسرسي مخې ته خنډونه او ستونزې هوارې او د روغتیايي خدمتونو ته په وخت او باعزته د لاسرسي اسانتیاوې برابرې کړي.

اخځلیکونه

1. Newbrander, W., Ickx, P., Feroz, F., & Stanekzai, H. (2014). Afghanistan's Basic Package of Health Services: Its development and effects on rebuilding the health system. Global Public Health, 9(Suppl 1), S6–S28. https://doi.org/10.1080/17441692.2014.916735
2. Afghanistan is among worst places on globe for women's health, say UNICEF and CDC. http://www.unicef.org/newsline/02pr59afghanmm.htm.
3. United Nations Development Programme: Human Development Report 2002. 2002, UNDP. http://www.hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2002.
4. Ministry of Public Health: Annual Report 1387. 2008, MOPH. https://moph.gov.af/en/documents/category/annual-report.
5. Najafizada S, Labonté R, Bourgeault I, Murray C, King G, Lopez A, Tomijima N, Krug E, Collier P, Waters H, Garrett B, Burnham G, Sanders D, Lehmann U, Singh P, Sachs J, Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Harris M, Haines A, Beath A, Christia F, Enikolopov R, Seddiq K, Enarson D, Shah K, Haq Z, Khan W, et al. Community health workers of Afghanistan: a qualitative study of a national program. Confl Health. 2014;8:26.
6. Waldman R, Strong L, Wali A: Afghanistan's Health System since 2001: Condition Improved, Prognosis Cautiously Optimistic. 2006, Afghanistan Research and Evaluation Unit. http://www.areu.org.af/EditionDetails.aspx?EditionId=103&ContentId=7&ParentId=7&Lang=en-US.
7. Belay TA. Building on Early Gains in Afghanistan's Health, Nutrition and Population Sector. The World Bank; 2010. https://www.openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2459.
8. Rohini Jonnalagadda Haar, Leonard S. Rubenstein: Health in Post-Conflict and Fragile States. United States Institute of Peace, 2012. http://www.usip.org/publications/health-in-post-conflict-and-fragile-states.
9. Michael M, Pavignani E, Hill PS. Too good to be true? An assessment of health system progress in Afghanistan, 2002–2012. Med Confl Surviv. 2013;29:322–45.
10. Ministry of Public Health, Ministry of Agriculture, Irrigation and Livestock (MAIL): Afghanistan National Development Strategy: Health and Nutrition Sector Strategy 1387–1391 (2007/8-2012/3): Volume II Pillar V, Health and Nutrition | Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). MOPH, 2008.

http://www.moph.gov.af/Content/Media/Documents/Strategy_2007_2008_2012_20138120111623351.pdf.
11. Ministry of Public Health: A Basic Package of Health Services for Afghanistan 2005/1384. MOPH, 2005. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21746en/s21746en.pdf.
12. Ministry of Public Health. A Basic Package of Health Services for Afghanistan 2010/1389. MOPH; 2010. https://www.mindbank.info/item/5613.
13. Loevinsohn B, Sayed GD. Lessons from the health sector in Afghanistan: how progress can be made in challenging circumstances. JAMA. 2008;300:724–6.
14. Carvalho N, Salehi AS, Goldie SJ. National and sub-national analysis of the health benefits and cost-effectiveness of strategies to reduce maternal mortality in Afghanistan. Health Policy Plan. 2013;28:62–74.
15. United Nations Assistance Mission in Afghanistan. 2015 Annual Report. UNAMA; 2016. http://unama.unmissions.org/protection-of-civilians-reports.
16. Dorner F, Langbein L: Between Rhetoric and Reality: Access to Health Care and Its Limitations. Afghanistan Analysts Network; 2014. https://www.afghanistan-analysts.org/access-to-health-care-and-its-limitations/.
17. UNDP, H. D. R. O., & Conceicao, P. (2024). SSRN Electronic Journal. https://doi.org/10.2139/ssrn.4934148
18. World Bank Group. (2018).75 percent of public spending was funded with foreign grants, Afghanistan: Public Expenditure Update Worldbank.org/Curated/En/696491564082281122.https://documents1.worldbank.org
19. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births). Afghanistan Data. (2017). Worldbank.org. https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=AF; World Bank Open Data. (n.d.).https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT?locations=AF
20. AFGHANISTAN DEVELOPMENT UPDATE APRIL 2022 KEY MESSAGES AT A GLANCE AFGHANISTAN RECEIVED VERY HIGH LEVELS OF AID SUPPORT FROM 2001-2020. https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5f01165822f3639224e0d483ba1861fc-0310062022/related/ADU-2022-Key-Messages.pdf
21. Wenner, M. (2021). Vulnerability, food aid and dependency Views from development geography. Hermeneutische Blätter. https://doi.org/10.51686/hbl.2017.1.11

22. Khankhell, R. M. K., Ghotbi, N., & Hemat, S. (2020). <Editors’ Choice> Factors influencing utilization of postnatal care visits in Afghanistan. Nagoya Journal of Medical Science, 82(4), 711–723. https://doi.org/10.18999/nagjms.82.4.711
23. Singh, R., Neogi, S. B., Hazra, A., Irani, L., Ruducha, J., Ahmad, D., Kumar, S., Mann, N., & Mavalankar, D. (2019). Utilization of maternal health services and its determinants: a cross-sectional study among women in rural Uttar Pradesh, India. Journal of Health, Population and Nutrition, 38(1). https://doi.org/10.1186/s41043-019-0173-5
24. Abadi Mesele, H. (2018). Perceived Physical Barriers to Maternal Health Seeking Behavior among Rural Women: The Case of Raya-Alamata District, Southern Tigray, Ethiopia. Nursing and Health Care, 47–52. https://doi.org/10.33805/2573-3877.118
25. Tesfaye, G., Chojenta, C., Smith, R., & Loxton, D. (2019). Delaying factors for maternal health service utilization in eastern Ethiopia: A qualitative exploratory study. Women and Birth. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.006
26. Ochieng, C. A., & Odhiambo, A. S. (2019). Barriers to formal health care seeking during pregnancy, childbirth and postnatal period: a qualitative study in Siaya County in rural Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth, 19(1). https://doi.org/10.1186/s12884-019-2485-2
27. Persistent Barriers to Access Healthcare in Afghanistan: The Ripple Effects of a Protracted Crisis and a Staggering Economic Situation - Afghanistan | ReliefWeb. (2023, February 6). Reliefweb.int. https://reliefweb.int/report/afghanistan/persistent-barriers-access-healthcare-afghanistan-ripple-effects-protracted-crisis-and-staggering-economic-situation
28. Essén, B., Johnsdotter, S., & Binder, P. (2012). O234 NOT TOO FAR TO WALK BUT TOO FAR FOR RECIPROCITY: MATERNAL MORTALITY IN A MIGRATION CONTEXT USING THE “THREE DELAYS” FRAMEWORK. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 119, S343–S343. https://doi.org/10.1016/s0020-7292(12)60664-x
29. Arroyave, F. A. B., & Gutiérrez, P. A. M. (2018). A Systematic Bibliographical Review: Barriers and Facilitators for Access to Legal Abortion in Low and Middle Income Countries. Open Journal of Preventive Medicine, 08(05), 147–168. https://doi.org/10.4236/ojpm.2018.85015
30. Farajimakin, O. (2024). Barriers to Cervical Cancer Screening: A Systematic Review. Cureus, 16(7), e65555. https://doi.org/10.7759/cureus.65555
31. Hadi A, Rahman T, Khuram D, Ahmed J. Raising institutional delivery in war-torn communities: experience of BRAC in Afghanistan. Asia Pac J Fam. 2007;6:1–9

32. Dawkins, B., Renwick, C., Ensor, T., Shinkins, B., Jayne, D., & Meads, D. (2021). What Factors Affect Patients' Ability to Access healthcare? an Overview of Systematic Reviews. Tropical Medicine & International Health, 26(10), 1177–1188. https://doi.org/10.1111/tmi.13651
33. Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Reproductive Health, 11(1). https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71
34. Alessandro Lamberti-Castronuovo, Valente, M., Bocchini, F., Trentin, M., Michela Paschetto, Ghulam Ali Bahdori, Jan Agha Khadem, Mirza Sayed Nadeem, Mohammad Hanif Patmal, Mohammad Tawoos Alizai, Miccio, R., & Luca Ragazzoni. (2024). Exploring barriers to access to care following the 2021 socio-political changes in Afghanistan: a qualitative study. Conflict and Health, 18(1). https://doi.org/10.1186/s13031-024-00595-4
35. Arroyave, F. A. B., & Gutiérrez, P. A. M. (2018). A Systematic Bibliographical Review: Barriers and Facilitators for Access to Legal Abortion in Low and Middle Income Countries. Open Journal of Preventive Medicine, 08(05), 147–168. https://doi.org/10.4236/ojpm.2018.85015
36. Aboobaker, S., & Courtright, P. (2016). Barriers to cataract surgery in Africa: A systematic review. Middle East African Journal of Ophthalmology, 23(1), 145. https://doi.org/10.4103/0974-9233.164615
37. Geleto, A., Chojenta, C., Mussa, A., & Loxton, D. (2018). Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review protocol. Systematic Reviews, 7(1). https://doi.org/10.1186/s13643-018-0720-y
38. Kyei-Nimakoh, M., Carolan-Olah, M., & McCann, T. V. (2017). Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. Systematic Reviews, 6(1). https://doi.org/10.1186/s13643-017-0503-x
39. Kironji, A. G., Hodkinson, P., de Ramirez, S. S., Anest, T., Wallis, L., Razzak, J., Jenson, A., & Hansoti, B. (2018). Identifying barriers for out of hospital emergency care in low and low-middle income countries: a systematic review. BMC Health Services Research, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3091-0
40. Lufumpa, E., Doos, L., & Lindenmeyer, A. (2018). Barriers and facilitators to preventive interventions for the development of obstetric fistulas among women in sub-Saharan Africa: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1787-0
41. Johnson, R. R., Friedman, J. M., Becker, A. M., & Spiegel, D. A. (2017). The Ponseti Method for Clubfoot Treatment in Low and Middle-Income Countries.

Journal of Pediatric Orthopaedics, 37(2), e134–e139. https://doi.org/10.1097/bpo.0000000000000723

42. Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., & Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. Psycho-Oncology, 23(6), 601–612. https://doi.org/10.1002/pon.3474
43. Bots-VantSpijker, P. C., Vanobbergen, J. N. O., Schols, J. M. G. A., Schaub, R. M. H., Bots, C. P., & de Baat, C. (2013). Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42(2), 113–121. https://doi.org/10.1111/cdoe.12068
44. de Vries, S. G., Cremers, A. L., Heuvelings, C. C., Greve, P. F., Visser, B. J., Bélard, S., Janssen, S., Spijker, R., Shaw, B., Hill, R. A., Zumla, A., van der Werf, M. J., Sandgren, A., & Grobusch, M. P. (2017). Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. The Lancet Infectious Diseases, 17(5), e128–e143. https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30531-x
45. Olivera, M. J., Porras Villamil, J. F., Toquica Gahona, C. C., & Rodríguez Hernández, J. M. (2018). Barriers to Diagnosis Access for Chagas Disease in Colombia. Journal of Parasitology Research, 2018, e4940796. https://doi.org/10.1155/2018/4940796
46. Lu, C., Schneider, M. T., Gubbins, P., Leach-Kemon, K., Jamison, D., & Murray, C. J. (2010). Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. The Lancet, 375(9723), 1375–1387. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60233-4
47. Qiao, S., Zhang, Y., Li, X., & Menon, J. A. (2018). Facilitators and barriers for HIV-testing in Zambia: A systematic review of multi-level factors. PLOS ONE, 13(2), e0192327. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192327
48. World Health Organization. (2023, October 5). Universal Health Coverage (UHC). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Challenges and Solutions to Accessing and Utilizing Health Services

Dr. Mohammad Yuus Bargami[1], Dr. Fazal Yamin[2], Professor Dr. Ghulam Rahim Awab[3], Professor Azizurrahman Niazi[4]

[1,2]United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), Nangarhar, Afghanistan

[3,4]Department of Public Health, Faculty of Medicine, Afghanistan International Islamic University, Kabul, Afghanistan

*Corresponding Author: dr.bargami@gmail.com

Received: 14-Jan-2025 Accepted: 08-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Afghanistan is internationally recognized as one of the conflict-affected countries. In 2003, following more than two and a half decades of war, the introduction of the Basic Package of Health Services (BPHS) and the Essential Package of Hospital Services (EPHS) represented a successful pilot initiative by the international community to address the country's critical health needs. The primary objective of this initiative was to ensure the provision of essential health services and to rapidly expand their coverage nationwide through contractual arrangements with non-governmental organizations, thereby enhancing effectiveness and improving accessibility. The principal aim of this descriptive research article is to identify and analyze barriers to access to health services in pursuit of improved population health, to present a clear picture of existing challenges and to propose practical solutions. Relevant data were collected and systematically organized through interviews with key stakeholders, thematic focus group discussions, review of stakeholder case examples and a systematic review of published research literature. In addition to public health facilities, the role of the private sector has also been considered as a contributing factor. Traditional, environmental, financial and service-related challenges and constraints were identified as barriers to access across the three dimensions of health service delivery, availability, adequacy and utilization. The study further explores the underlying causes of these barriers and proposes necessary interventions to address and eliminate them. These findings are of significant importance for the future improvement of Afghanistan's widely expanded health system and for meeting existing needs, ultimately facilitating better access to quality health services for the population.

Keywords: Access, Barriers, Basic Package, Challenges, Solutions

مروري مقاله

په روغتیا او د نس ناستې په پېښو باندې د اقلیمي بدلون اغېزې

دوکتور عمران الله رسولي[۱]، بلال احمد صدیقي[۱]

[۱]ستوماتولوژي څانګه، غاښونو طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: imranullahrasooli@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

اقلیمي بدلون د شلمې پېړۍ یوه جدي ننګونه ده چې په ټوله نړۍ کې یې اغېزې محسوسېږي. د ځمکې د سطحې تودوخې زیاتوالی، د سمندرونو د کچې پورته کېدل او د هوا بې ثباته حالات د اقلیم بدلون مهمې نښې دي. اقلیم بدلون په مؤثر شکل د نس ناستې ناروغۍ پېښې زیاتوي. نس ناستی په ځانګړي ډول پنځه کالو څخه کم عمره کوچنیانو او هغو ناروغانو کې چې معافیتي سیستم یې کمزوری وي، د ناروغتیا او مړینې سبب کېږي. برسېره پر دې، د تودوخې زیاتوالی په غذا او اوبو کې د میکروبونو وده چټکوي او د خوړو اړوند ناروغیو، په ځانګړي ډول نس ناستې، رامنځته کېدو خطر زیاتوي. د اقلیم بدلون نورې مهمې اغېزې لکه بارانونه او سیلابونه د پاکو اوبو ذخیرې او سیستمونه ککړوي او پاکو اوبو ته د وګړو لاسرسی محدودوي او د نس ناستې ناروغۍ د out-break سبب کېږي، چې ددې ټولو اغېزو له کبله د ناروغیو سربېره مړینې هم واقع کېږي. اقلیمي بدلون نه یوازې نس ناسته، بلکې د انسان په وجود کې تنفسي ناروغۍ لکه نفس تنګي، Bronchiectasis او د ویکتور له لارې انتقالېدونکې ناروغۍ لکه ملاریا، Dengue fever او داسې نورو ناروغیو سبب هم کېږي. همدارنګه د اقلیم بدلون د خوراکي توکو د کیفیت خرابېدو سبب کېږي، چې په پایله کې د انتاني ناروغیو، په ځانګړي ډول نس ناستې، پېښې زیاتېږي. د دې ستونزو د حل لپاره د اوبو، روغتیا ساتنې Water, Sanitation and Hygiene (WASH) په خدماتو کې پرمختګ، د عامه پوهاوي لوړول او د زیانمنو ټولنو لپاره ځانګړې ستراتېژۍ اړینې دي، چې د اقلیم بدلون اغېزې کمې او د نس ناستې پېښې راټیټې شي. په دې مقاله کې به د اقلیمي بدلون او د انسان په روغتیا، په ځانګړي ډول نس ناستې د پېښو تر منځ اړیکه وڅېړل شي او د هغو لاملونو په اړه به بحث وشي چې څنګه اقلیم بدلون د نس ناستې ناروغۍ ډېربنت ته زمینه برابروي.

کلیدي کلمې: اقلیم بدلون، پېښې، عوامل، نس ناستی

پېژندنه

اقلیمي بدلون د نړۍ په بېلابېلو برخو کې د انسانانو روغتیا ته جدي ګواښونه رامنځته کړي دي. د تودوخې لوړېدل، د بارانونو په نمونو کې بدلونونه او د شدیدو بادونو یا طوفانونو زیاتوالی په مستقیم او نامستقیم ډول د ناروغیو زیاتېدو لامل شوي دي(۱). ددې ناروغیو له ډلې څخه یوه د نس ناستې ناروغي ده چې په ځانګړې توګه په هغو ټولنو کې زیاته ده چې پاکو اوبو او روغتیایي خدمتونو ته لږ لاسرسی لري(۲). د اقلیم بدلون له امله د اوبو ککړتیا، د خوراکي موادو خرابېدل او د میکروبونو چټکه وده د نس ناستې ناروغۍ خطر زیاتوي(۳).

اقلیمي بدلون یو له هغو مهمو نړۍوالو مسایلو څخه دی، چې نن ورځ بشریت ورسره مخامخ دی. دا پدیده په چاپیریال، اقتصاد او عامه روغتیا باندې پراخه اغېزې لري. د نړۍوال اقلیمي بدلون د پایلو په اړه څېړنې ښیي چې بشري فعالیتونه لکه د فوسیلي سونګ توکو سوځول او د ځنګلونو پرې کول، د شنو خونو ګازونو زیاتوالی چې دا ګازونه د نړۍوالې تودوخې د زیاتوالي او د اقلیم په بدلون کې د پام وړ ونډه لري(۴). د نړۍوالې تودوخې زیاتوالی د اقلیمي بدلون یو له روښانه نښو څخه دی، څېړنې ښیي چې د تودوخې زیاتوالی د ځمکې په سطحه کې په نامساوي توګه رامنځته شوی، چې ځینې سیمې له نړۍوالې تودوخې دوه چنده زیاتې ګرمې شوې دي. دا د تودوخې زیاتوالی، په ځانګړې توګه سختې ګرمې څپې، د ځنګلونو د اورونو او د اوبو د کمښت سبب کېږي(۵). اقلیمي بدلون د بارانونو په بڼه کې هم بدلونونه رامنځته کړي دي، ځینې سیمې له زیات باران سره مخ دي چې د سیلابونو او ځمکې د ښوییدو خطرونه زیاتوي، پهداسې حال کې چې نورې سیمې د وچکالۍ او د اوبو د کمښت سره مخ دي. همدغه بدلونونه د کرنې په تولیداتو کې د کمښت سبب شوي چې په پایله کې یې خوراکي امنیت ته ګواښ پیدا کړی دی(۶). د اقلیمي بدلون له امله د اوبو سرچینې هم تر فشار لاندې دي، طبیعي یخچالونه او د واورې پوښښونه په چټکۍ سره ویلي کېږي چې د اوبو سرچینې، چې ملیونونه خلک پرې تکیه کوي، له خطر سره مخامخ کوي، په ځانګړې توګه د همالیا یخچالونو ویلي کېدل د جنوبي آسیا لپاره د اوبو رسولو پر وړاندې یو جدي ګواښ دی(۷).

اقلیمي بدلون په طبیعي ایکوسېستمونو او بیولوژیکي تنوع باندې هم ژور اغېز لري. د تودوخې زیاتوالی او د موسم بدلونونه د ځینو ژویو د معدومیت او د طبیعي زیستونو ګډوډۍ سبب شوي دي. د کورال ریفونو د رنګ له لاسه ورکول او په قطبي سیمو کې د یخونو اوبه کېدل هغه بېلګې دي چې د اقلیمي بدلون ناوړه اغېزې ښیي(۸). څرنګه چې زمونږ ټولنه وروسته پاتې ده او د روغتیا ساتنې په هکله عامه پوهاوی پهکې کم دی، له کبله یې د ټولنې وګړي له مختلفو ناروغیو سره مخامخ کېږي. یو له دغو ناروغیو څخه نس ناستې ناروغي ده. په دې مقاله کې مو د اقلیمي بدلون اغېزې پر نس ناستې څېړلي او هغه اقلیمي فکتورونه مو په نښه کړي دي، چې د نس ناستې ناروغۍ پېښو

باندی اغېزه کوي. په دې تړاو لازمه وګڼل شوه چې د انسان په روغتیا او نس ناستې په پېښو د اقلیم بدلون اغېزو په اړه د مختلفو معتبرو نړۍوالو مقالو څخه معلومات راټول او په پښتو ملي ژبه ترتیب شي، تر څو روغتیا پالان او د ټولنی وګړو له لورې د عملي کېدو په پایله کې د اقلیمي بدلون له کبله رامنځته کېدونکې روغتیایي ستونزو، په ځانګړي ډول نس ناستې پېښو، مخنیوی وشي. اقلیمي بدلون د بشري روغتیا لپاره د پام وړ ګواښونه رامنځته کوي، چې په بېلابېلو لارو سره د خلکو ژوند او صحت ته زیان رسوي(۱). د تودوخې زیاتوالی، د هوا شدید طوفانونه یا پېښې او چاپیریالي ککړتیا د بشري روغتیا لپاره جدي ستونزې رامنځته کوي. ددې اغېزو پوهه د روغتیایي تدابیرو د ښه کولو او د اقلیمي بدلون پر وړاندې د مبارزې کولو لپاره مهمه ده(۹). د تودوخې زیاتوالی د روغتیا لپاره جدي ستونزې رامنځته کوي د ګرمۍ څپې چې د تودوخې د زیاتوالي له امله رامنځته کېږي، د خلکو په ځانګړې توګه د زړو، کمزورو معافیت لرونکو اشخاصو او ناروغانو لپاره لوی ګواښ دي(۱۰). د ګرمۍ څپې کولی شي د ناروغیو زیاتوالی رامنځته او د مړینې کچه لوړه کړي(۱۰). د ۲۰۰۳ز کال د اروپایي ګرمۍ څپې له کبله، چې د اروپایي هېوادونو په بېلابېلو برخو کې خپره شوې وه، نږدې ۷۰۰۰۰ اضافي مړینې ثبت شوې چې د دې ستونزې شدت په ډاګه کوي(۱۰). د تودوخې زیاتوالی او د ځنګلونو د اورونو له امله د هوا ککړتیا لوړه شوې، چې د تنفسي ناروغیو لکه د Asthma او Bronchitis پېښو زیاتوالی رامنځته کوي. د ۲۰۱۹ز کال د استرالیا په ځنګلي اورونو کې د هوا ککړتیا د تنفسي ناروغیو د زیاتوالي لامل شو، چې دا د روغتیایي ستونزو زیاتوالی روښانه کوي(۱۱). د اقلیمي بدلون له امله سیلابونه، طوفانونه او د زلزلې خطرونه زیات شوي دي. دا پېښې د خلکو ژوند ته مستقیم ګواښونه لري، چې د مرګ ژوبلې او د روغتیایي خدمتونو د بندېدو سبب کېږي(۱۱).

د اقلیمي بدلون له امله د ویکتور له لارې د انتقالېدونکو ناروغیو لکه ملاریا، **dengue fever** او Lyme ناروغۍ د خپرېدو خطر زیات شوی دی. د تودوخې زیاتوالی د ویکتورونو لکه مچانو او نورو حشراتو لپاره مناسب چاپیریال رامنځته کوي، چې د دې ناروغیو د خپرېدو لپاره نوې سیمې پرانیزي. د بېلګې په توګه د تودوخې زیاتوالی د ملاریا د سیمو پراخولو ته لار هواروي، چې د دې ناروغۍ د نویو سیمو لپاره ګواښ رامنځته کوي(۹).

بارانونه او سیلابونه طبیعي پېښې دي چې کولی شي د خلکو په روغتیا جدي اغېزې ولري(۱۲). سیلابونه په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې جدي ستونزې رامنځته کوي چې زیربناوې کمزورې وي او د روغتیا ساتنې سېستمونه محدود وي. دلته د بارانونو او سیلابونو له امله د روغتیا مهمې ستونزې په لاندې ډول بیان شوي دي. د سیلابونو له امله اوبه ککړېږي او د خلکو لپاره د څښلو پاکې اوبه نه پیدا کېږي، ککړې اوبه کولی شي د کولرا او نس ناستې په څېر ناروغیو د خپرېدو سبب شي. د روغتیا نړۍوال سازمان د راپور له مخې سیلابونه د اوبو له لارې د خپرېدونکو ناروغیو،

په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې چې د پاکو اوبو رسونې سېستمونه کمزوري دي، پېښې زیاتوي(۱۳). د بارانونو او سیلابونو له امله اوبه په بېلابېلو سیمو کې ټولېږي او دا حالت د حشراتو لپاره مناسب چاپېریال برابروي، په ځانګړي ډول ماشي او نور حشرات کولی شي د ملاریا، ډینګې تبې او نورو انتاني ناروغیو د خپرېدو سبب شي. د څېړنو له مخې د سیلابونو پرمهال د حشراتو له امله خپرېدونکي ناروغۍ په چټکۍ سره زیاتېږي(۱۴). سیلابونه کولی شي د خلکو ژوند له ګواښ سره مخ کړي او هغوی له خپلو کورونو بې ځایه کړي. د خلکو د ژوند خرابېدو له امله ډېر خلک د رواني فشار، خپګان او اضطراب سره مخ کېږي(۱۵). سیلابونه کولی شي روغتیایي زیربناوې زیانمنې کړي او د روغتیایي خدمتونو رسونه محدوده کړي. کله چې روغتیایي مرکزونه او خدمتونه خراب شي، خلک له روغتیایي خدمتونو څخه بې برخې کېږي. د سیلابونو پر مهال د روغتیا ساتنې او روغتیایي خدمتونو نشتوالی د ناروغیو خپرېدو خطر زیاتوي(۱٦). سیلابونه د کرنیزو ځمکو او محصولاتو زیانمنېدو لامل کېږي، چې په پایله کې د غذایي موادو کمښت رامنځته کېږي. دا حالت د کمزورې تغذیې او په ځانګړي ډول په کوچنیانو کې د روغتیایي ستونزو د زیاتېدو سبب کېږي. څېړنې ښیي چې د سیلابونو له امله د خوراکي موادو کمښت د خلکو په روغتیا ناوړه اغېزې لري(۱۷). په صنعتي سیمو کې سیلابونه کولی شي د زهرجن او کیمیاوي موادو خپرېدو لامل شي. دا زهرجن مواد کولی شي د پوستکي، تنفسي او نورو جدي روغتیایي ستونزو لامل شي. د څېړنو له مخې، د سیلابونو پر مهال زهرجن مواد او کیمیاوي ککړتیا د روغتیا جدي ګواښونه دي(۱۸).

نس ناسته د روغتیا نړۍوال سازمان داسې راپېژني: هر کله چې د ډکو متیازو شمېر په یوه ورځ کې له درې ځلو څخه زیات وي او مایع قوام ولري، نس ناسته بلل کېږي (۱۹، ۲۰). په عمومي ډول سره نس ناستې په درې ډولونو وېشل کیږي، چې له حاد، مزمن او دوامداره دي. که چېرې د نس ناستې یوه حمله له دوه اونیو څخه لږ دوام وکړي، د حاد نس ناستې یا Acute Diarrhea په نامه یادیږي(۲۱). مزمن اسهال (Chronic Diarrhea) هغه دی چې نس ناسته په‌کې له دوه اونیو څخه زیات دوام وکړي او یا ماشوم په تېرو درې میاشتو کې د نس ناستې درې حملې تېرې کړې وي او انتاني سرچینه ونه لري. هغه نس ناستې چې له ۱۴ ورځو زیات خو له ۴ اونیو کم دوام وکړي، دوامداره نس ناسته بلل کېږي(۲۲). په پرمختیایي هېوادونو کې نس ناستې د غیر روغتیایي شرایطو، ککړو اوبو او خرابې روغتیا ساتنې له امله ډېره عامه ده. په دې هېوادونو کې د کوچنیانو د مړینې یو لوی لامل د نس ناستې ناروغي ده(۱۹، ۲۰). د جونز او همکارانو څېړنه ښیي چې په افریقا او جنوبي اسیا کې کوچنیان د نس ناستې له امله ډېر اغېزمنېږي(۲۳). د هوا د بدلون او اقلیمي بدلون اغېزې هم په نس ناستې باندې لوی اغېز لري. د نړۍوالو څېړنو له مخې د هوا د تودوخې لوړېدو سره د اوبو ککړتیا زیاتېږي چې په پایله کې یې د نس ناستې پېښې زیاتېږي. د پټیل او همکارانو څېړنه ښیي

چې د اقلیمي بدلون او د نس ناستې د پېښو ترمنځ مستقیم تړاو شته، په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې چې د اوبو زېرمې محدودې دي او روغتیا ساتنه کمزورې ده. دغه څېړنه په هند کې ترسره شوې وه او د اقلیمي بدلون د اغېزو په اړه یې پراخ معلومات وړاندې کړي. په روغتیایي برخو کې د پرمختګونو سره سره، لاهم په ټوله نړۍ کې نس ناسته یوه جدي روغتیایي ستونزه ده(۲۴). د دې ناروغۍ د مخنیوي لپاره د پاکو اوبو برابرول، روغتیا ساتنې ته ځانګړې پاملرنه او د واکسیناسیون پروګرامونه ډېر مهم دي. د نس ناستې د درملنې لپاره د اوبو او مالګین موادو محلول Oral Rehydration Solution (ORS) او ځینې وختونه د انټي بیوتیکونو کارول اغېزناک دي. د خوراکي موادو په وخت سره کارول او له چټلو موادو څخه ډډه کول هم د نس ناستې د مخنیوي لپاره ډېر مهم دي(۱۳). نس ناستې په ځانګړي ډول په کوچنیانو کې جدي اغېزې لري، ځکه چې د دوی بدنونه لاهم په پراختیا کې دي او د کمزوري معافیتي سېستم له امله یې بدنونه د ناروغیو پر وړاندې کمزوري د.ي په هغو کوچنیانو کې چې د نس ناستې پېښې په‌کې ډېرې وي، د ودې او نمو کچه یې کمه وي او په پایله کې یې د ښوونیز او ټولنیز پرمختګ لپاره خنډ رامنځته کېږي(۲۵). نس ناسته د مړینې او ناروغۍ یو جدي لامل دی، په ځانګړې توګه په هغو سیمو کې چې د اقلیم بدلون اغېزې په‌کې زیاتې دي(۱۲، ۲۶). د اقلیم بدلون سره د نس ناستې ناروغۍ پېښې په بېلابېلو سیمو کې زیاتېږي(۲۶). په ځانګړې توګه په هغو سیمو کې چې د اوبو کیفیت په‌کې خراب دی او د تودوخې زیاتوالی لري(۲۷). د اقلیم بدلون او انسان روغتیا اوسني او راتلونکي د خطر لاملونو اړوند څېړنه ښیي چې په ځینو اقلیمي شرایطو کې لکه د تودوخې زیاتوالی او نامنظم بارانونه د نس ناستې ناروغۍ پېښو کې له لس سلنې څخه تر ۳۰٪ پورې زیاتوالی راوړي(۱، ۲۸، ۲۹).

د تودوخې زیاتوالی د اقلیم بدلون یوه له تر ټولو څرګندو نښو څخه ده(۴، ۳۰). د تودوخې زیاتوالی د نس ناستې پېښې زیاتوي، ځکه چې د تودوخې په زیاتېدو سره بکتریاوې او ویروسونه په چټکۍ سره ډېرېږي او د اوبو او خوراکي موادو کیفیت خرابوي(۳۱، ۳۲). د روغتیایي خدمتونو د ځانګې تازه راپورونه ښیي چې د تودوخې لوړېدل د اوبو او خوړو له لارې د انتقالېدونکو ناروغیو لکه نس ناستې او ټایفایډ د پېښو په زیاتوالي کې مرسته کوي(۲۶). د تودوخې زیاتوالی په نړۍ کې یو له هغو لویو اقلیمي بدلونونو څخه دی، چې په بېلابېلو روغتیایي ستونزو اغېز لري، په دې کې یو له مهمو اغېزو څخه د نس ناستې زیاتوالی دی، په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې چې اقلیمي بدلونونه او د هوا تودوالی په‌کې په چټکۍ سره رامنځته کېږي(۳۰). د اقلیمي بدلونونو له امله د ناروغیو خپرېدل په نړۍ‌واله کچه یوه مهمه روغتیایي ستونزه ده او د نس ناستې د پېښو زیاتوالی ددې بدلونونو یو له جدي پایلو څخه ګڼل کېږي(۳۳). د تودوخې زیاتوالی او د اقلیمي بدلون نور اړوند عوامل لکه د بارانونو زیاتوالی، وچکالي او طوفانونه په مستقیم ډول د اوبو او غذایي موادو کیفیت اغېزمنوي، چې په پایله کې د نس ناستې پېښې زیاتوي. د هوا د تودوخې په لوړېدو

سره په ځینو سیمو کې د اوبو سرچینې ککړېږي او د ناسمې روغتیا ساتنې شرایطو له امله د ناروغیو خپرېدل زیاتېږي(۲۹). دغه شرایط د ویروسي، باکتریایي او پرازیتي انتاناتو خپرېدو ته لاره هواروي، چې په پایله کې د نس ناستې پېښې ډېرېږي(۳۲، ۳۳). د تودوخې په لوړېدو سره، په خاص ډول په هغو سیمو کې چې د اوبو سرچینې په‌کې محدودې دي، د اوبو ککړتیا زیاتېږي(۳). دغه ککړتیا د میکروبي او کیمیاوي موادو په وسیله رامنځته کېږي، چې د اوبو په څښلو سره په انسانانو کې د نس ناستې لامل کېږي(۳۴، ۳۵). په هغو سیمو کې چې د اوبو د پاکونې مناسب سېستمونه نه وي، د تودوخې لوړېدو له امله پکې د اوبو ککړتیا او په پایله کې د نس ناستې پېښې زیاتېږي(۲۹). د هوا د تودوخې زیاتوالی د غذایي موادو د خرابېدو چټکتیا هم زیاتوي چې په پایله کې د غذایي موادو د روغتیا ساتنې ستونزې رامنځته کوي(۳۶). کله چې غذایي مواد په ناڅاپي ډول د تودوخې له امله خراب شي، کولی شي د انتاني میکروبونو لپاره مناسب چاپیریال رامنځته کړي، چې دا حالت په انسانانو کې د نس ناستې سبب کېږي(۳۷). د اقلیمي بدلونونو له امله، په ځانګړي ډول د تودوخې لوړېدو له کبله، د ناروغیو د خپرېدو چانس زیاتېږي، د بېلګې په توګه د ویروسي ناروغیو لکه روتاویروس او نورو باکتریایي انتاناتو پېښې په ګرمو اقلیمي شرایطو کې زیاتېږي(۳۸). په هغو سیمو کې چې د تودوخې درجه پکې لوړه وي، د روغتیایي زېرمو او روغتیا ساتنې کچه هم اغېزمنېږي. دغه اغېز په ځانګړي ډول په پرمختیایي هېوادونو کې محسوس دی، چې د روغتیایي خدمتونو د کیفیت کمښت او د تودوخې په لوړېدو سره پکې د ناروغیو پېښې زیاتېږي او دغه شرایط د نس ناستې د خپرېدو لپاره مناسب شرایط برابروي(۳۹). د تودوخې زیاتوالی د وچکالۍ، طوفانونو او سختو اقلیمي شرایطو زیاتوالي لامل کېږي چې په پایله کې یې خلک د اوبو او غذایي موادو کمښت سره مخ کېږي. د دغو حالتونو پرمهال خلک مجبورېږي چې له ککړو اوبو او غذایي موادو څخه استفاده وکړي او دا حالت په خپل وار د نس ناستې پېښې رامنځته کوي(۳۹). د اقلیمي بدلون او تودوخې زیاتوالی د نس ناستې د پېښو زیاتوالي لامل کېږي(۲۶، ۴۰). د هوا د تودوخې زیاتوالی په ځانګړي ډول په مخ پر ودې هېوادونو کې، د نس ناستې پېښې زیاتوي. د تودوخې هره یوه درجه سانتي ګراد زیاتوالی په نس ناسته کې ۳،۶٪ زیاتوالی راولي. څېړنه ښیي چې د تودوخې د یو سانتي ګراد په زیاتیدو سره، په ځانګړي ډول په وروسته پاتې هېوادونو کې، د نس ناستې ناروغۍ په پېښو کې د پام وړ زیاتوالی رامنځته کېږي. همدارنګه ملایم او نرم اقلیم د نس ناستې ناروغۍ د مرضي عواملو لپاره مناسب چاپیریال برابروي(۳۲). د ۲۰۱۳-۲۰۰۵ز کلونو په منځ کې په چین کې څېړنه ترسره شوې وه، چې د تودوخې زیاتوالي سره د انتاني نس ناستې پېښو د ډېروالي ښودونکې ده(۴۱). دغه څېړنه چې په چین کې ترسره شوه، ښیي چې د تودوخې د یو سانتي ګراد درجې په لوړېدو سره د نس ناستې پېښې ۲،۶ سلنه زیاتېږي(۳۲).

د اقلیم بدلون له امله د بارانونو بې نظمي او سیلابونه زیات شوي دي(۳۰). دا پېښې د اوبو کیفیت خرابوي او د څښاک اوبو ککړتیا رامنځته کوي(۳). د ناپاکو اوبو کارول د نس ناستې ناروغۍ یو لوی لامل دی او پېښې یې زیاتوي(۳، ۳۴، ۴۱). د بارانونو زیاتوالی او سیلابونه کولی شي د اوبو سرچینې ککړې کړي چې دا حالت د نس ناستې د پېښبو زیاتوالي سبب کېږي. په هغو سیمو کې چې سیلابونه د بارانونو له امله رامنځته کېږي، د پاکو اوبو رسونه کمېږي او ککړې اوبه د څښاک، پخلي او نورو فعالیتونو لپاره کارول کېږي(۳۴، ۳۵). د روغتیا نړۍوال سازمان (WHO) په وینا د اوبو ککړتیا د نس ناستې یو له سترو لاملونو څخه دی، په ځانګړې ډول په هغو سیمو کې چې د روغتیا ساتنې سېستمونه پکې کمزوري دي(۱۹). سیلابونه او زیات بارانونه د روغتیا ساتنې شرایطو ته جدي زیان رسوي، په ډېری حالتونو کې سیلابونه د فاضلاب سېستمونه زیانمنوي او د ککړو اوبو او موادو په پراخېدو کې مرسته کوي، د دې حالت په پایله کې خلکو ته د ککړو اوبو له لارې میکروبې انتانات رسېږي چې د نس ناستې د پېښبو زیاتوالي لامل کېږي(۴۲، ۴۳، ۴۴). په هغو سیمو کې چې روغتیا ساتنې بنسټونه کمزوري دي، سیلابونه کولی شي د نس ناستې د پراختیا او زیاتوالي لامل شي. په هغو سیمو کې چې سیلابونه او زیات بارانونه پېښېږي، د اوبو او خوړو ککړتیا پکې یوه عامه ستونزه ده. د اوبو ککړتیا له امله د نس ناستې خطر په هغه وخت کې زیاتېږي، چې خلک له ککړو اوبو څخه په څښاک یا پخلي کې ګټه واخلي(۴۲). له سیلابونو وروسته د نس ناستې پېښې په چټکۍ سره زیاتېږي، څکه چې د اوبو او خوړو ککړتیا له امله انتاني میکروبونه لکه کولیفورم بکتریاوې په اسانۍ سره خپرېږي(۴۵). په هغو سیمو کې چې د روغتیا ساتنې بنسټونه کمزوري دي یا نشته، سیلابونه پکې د نس ناستې د ناروغۍ خطر څو برابره زیاتوي(۴۶). سیلابونه او زیات بارانونه په ځانګړې ډول په کوچنیانو باندې سخت اغېز کوي، څکه چې د دوی معافیتي سېستمونه لاهم وده کوي او په ناروغیو ډېر ژر اخته کېږي. د نس ناستې له امله د کوچنیانو مړینه په هغو سیمو کې ډېره ده، چې د سیلابونو او ککړو اوبو له امله خلک د پاکو اوبو او مناسبو روغتیا ساتنې خدمتونو ته لاسرسی نه‌لري(۴۲، ۴۴). د سیلابونو او زیاتو بارانونو پر وړاندې د نس ناستې مخنیوي لپاره د پاکو اوبو رسونه او د روغتیا ساتنې بنسټونه مهم دي. په هغو سیمو کې چې خلک پاکو اوبو ته لاسرسی لري او روغتیا ساتنې شرایط یې مناسب دي، د نس ناستې پېښې کمېږي؛ ان که سیلابونه او زیات بارانونه هم رامنځته شي(۴۷). د دې لپاره چې د نس ناستې پېښې کمې شي، د روغتیا ساتنې د بنسټونو پیاوړي کول او د خلکو لپاره د پاکو اوبو برابرول د بارانونو او سیلابونو د کموالي سره د نس ناستې ناروغۍ په پېښبو کې د پام وړ کموالی رامنځته کوي(۴۸). هغه سیمې چې د بارانونو او سیلابونو سره مخ دي، د اسهالي ناروغیو زیاتوالی هم په کې لیدل کېږي، چې د اقلیم بدلون پر وړاندې د اوبو مدیریت ښه کولو اړتیا په ګوته کوي(۴۹).

بادونه کولی شي له لرې واټن څخه ګردونه او دوړې ولېږدوي، چې په دې ګردونو کې بنايي بېلابېل میکروبي مواد ګډ وي، کله چې دا ګردونه او دوړې په هوا کې خپرېږي، خلک يې تنفس کوي او دا مواد د انسان وجود ته داخلېږي، په ځانګړي ډول د مکروب لرونکو ګردونو او دوړو تنفس کول کولای شي د نس ناستې او نورو ناروغیو د خپرېدو سبب شي(۵۰). بادونه کولی شي د انتاني مکروبونو او نورو ککړو موادو په لېږد کې مهمه ونډه ولوبوي چې په پایله کې د هوا له لارې د ناروغیو خپرېدو ته زمینه برابروي(۵۱). په هغو سیمو کې چې د روغتیا ساتنې بنسټونه کمزوري دي، د بادونو له امله د نس ناستې پېښې هم پکې زیاتېږي. د بادونو له لارې ککړتیا په ځانګړي ډول هغه وخت زیاتېږي، چې د کثافاتو یا فاضلابو سېستمونه نامناسب وي. په داسې شرایطو کې بادونه کولی شي ککړ مواد د خلکو د څښاک او خوړو ذخیرو ته ولېږدوي، چې دا حالت د نس ناستې د پېښنو زیاتوالي لامل کېږي(۵۲). په ځانګړي ډول موسمي بادونه لکه د مون سون بادونه په جنوب اسیا او نورو سیمو کې د نس ناستې پېښې زیاتوي. په دې موسم کې بادونه د نم او بارانونو سره یوځای کېږي چې دا حالت د میکروبي ککړتیا او د اوبو د ناروغیو خپرېدو لپاره مناسب شرایط برابروي. څېړنې ښيي چې په دې موسمونو کې د نس ناستې پېښې په خاص ډول په هغو سیمو کې زیاتېږي چې د روغتیا ساتنې خدمتونو ته لاسرسی پکې محدود وي(۵۳). بادونه کولی شي د نس ناستې ناروغۍ له یوې سیمې بلې سیمې ته ولېږدوي، په ځانګړي ډول په هغو حالاتو کې چې یوه ناروغي سیمه کې خپره او د بادونو شدت هم زیات وي، د ناروغۍ د لېږد شونتیا هم پکې زیاتېږي(۵۴). د بېلګې په ډول، په هغه وخت کې چې په یوه سیمه کې د کولرا ناروغي خپره شي او بادونه هم ورسره وي، بادونه کولی شي میکروبي ذرې نورو سیمو ته ولېږدوي چې دا حالت د نس ناستې د پراختیا لامل کېږي(۵۴). د بادونو د چټکتیا په زیاتېدو سره د انتاناتو لېږد هم زیاتېږي، چې په پایله کې د نس ناستې د Outbreak خطر د زیاتېدو لامل کېدلی شي، خاصتاً په هغو ساحو کې چې پاکو اوبو ته لاسرسی پکې کم وي(۵۵).

اور لګېدنې د هوا په کیفیت باندې جدي اغېزې لري. په ځانګړي ډول د سوځېدونکو موادو څخه د زیان رسوونکو ګازونو او ذراتو خپرېدل د هوا ککړتیا زیاتوي. دا ککړتیا نه یوازې د تنفسي ناروغیو لامل کېږي، بلکې د انسان د بدن معافیتي سېستم کمزوری کوي، چې په پایله کې بدن د انتاني ناروغیو پر وړاندې مقاومت له لاسه ورکوي؛ په دې توګه خلک د ککړو موادو له امله په نس ناستې اخته کېدلای شي(۵٦). اور لګېدنې کولی شي د اوبو سرچینې ککړې کړي. د اور لګېدنې پر مهال د سوځېدونکو موادو پاتې شوني، ساحه کې موجود انتانات او فاضلاب د بارانونو سره یوځای کېږي او د اوبو زېرمو ته ننوځي. دا حالت کولی شي د اوبو ککړتیا رامنځته کړي چې په پایله کې د نس ناستې پېښې زیاتېږي، په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې چې وګړي يې په مستقیم ډول د طبیعي اوبو له سرچینو

څخه ګټه اخلي(۵۷). په هغو سیمو کې چې اور لګېدنې رامنځته کېږي، د روغتیا ساتنې سېستمونه زیانمنېږي. د بېلګې په توګه د اور لګېدنې له امله د فاضلابو سېستمونه زیانمنېدای شي، چې دا حالت د ناروغیو د خپرېدو لپاره مناسبه زمینه برابروي. کله چې د فاضلابو اوبو او ککړو موادو مخنیوی ترسره نه شي، د نس ناستې ناروغۍ د خپرېدو خطر زیاتېږي(۵۸). د اور لګېدنو پر مهال ډېر خلک اړ کېږي چې له خپلو کورونو بې ځایه شي او د کډوالۍ په کمپونو کې ژوند وکړي، په دې کمپونو کې د روغتیا ساتنې شرایط معمولاً نامناسب وي او د پاکو اوبو رسونه پکې محدوده وي، چې دغه حالت د نس ناستې د خپرېدو سبب کېږي(۵۹، ٦۰).

د وچکالۍ تر ټولو جدي اغېز د پاکو اوبو کمښت دی. په هغه وخت کې چې وچکالي رامنځته کېږي، د اوبو طبیعي سرچینې کمېږي او خلک اړ کېږي له هغو اوبو څخه ګټه واخلي چې ښايي ککړې وي. د ناپاکو اوبو کارول د مکروبي ناروغیو، په ځانګړي ډول کولرا او نورو انتاني ناروغیو، د خپرېدو لامل کېږي. د نړۍوال بانک د راپور له مخې په هغو سیمو کې چې د وچکالۍ پېښې رامنځته کېږي، خلک يې له پاکو اوبو څخه د بې برخې کېدو له امله په ناپاکو اوبو تکیه کوي، چې دا حالت د نس ناستې ناروغۍ د پېښنو زیاتوالي سبب کېږي(٦۱). همدارنګه، وچکالي د روغتیا ساتنې په سېستمونو هم مستقیم اغېز کوي. څېړنې ښیي چې په وچکالۍ ځپلو سیمو کې د روغتیا ساتنې سېستمونه کمزوري کېږي او دا حالت د انتاني ناروغیو لکه نس ناستې د چټک خپرېدو سبب کېږي(۲۰). برسېره پر دې، وچکالي د کرنیزو محصولاتو د کمښت سبب کېږي، چې په پایله کې د خوراکي موادو بیې لوړېږي او خلک له مناسبې تغذیې څخه بېبرخې کېږي. خرابه تغذیه د خلکو معافیتي سېستم کمزوری کوي او هغوی په اسانه د انتاني ناروغیو لکه نس ناستې ښکار کېږي. په ځانګړي ډول کوچنیان، چې د خرابې تغذیې له امله يې معافیتي سېستم کمزوری کېږي، په نس ناستې ناروغۍ ډېر اخته کېږي(۲۵). د وچکالۍ پرمهال د اوبو ککړتیا له بېلابېلو اړخونو څخه راتلای شي، د بېلګې په توګه کله چې د وچکالۍ له امله د اوبو سطحه راټیټه شي، په شته اوبو کې د ککړو موادو کچه زیاتېږي، دا ککړونکي مواد د انساني فعالیتونو لکه کرنې، صنعت یا طبیعي فکتورونو له امله اوبو ته ننوځي او دا ککړتیا کولی شي د نس ناستې ناروغۍ لامل شي، په ځانګړي ډول هغه وخت چې خلک ناپاکې اوبه څښي یا له دغو اوبو څخه په روغتیا ساتنې برخو کې ګټه اخلي(٦۲). وچکالي د خاورې د تخریب لامل کېږي او دا حالت د کرنیزو ځمکو د حاصل ورکولو کچه کموي. کله چې خاوره تخریب شي د خوراکي موادو تولید کمېږي او خلک اړکېږي له نامعیاري خوراکي موادو څخه ګټه واخلي، چې دا حالت د روغتیا د خرابېدو سبب کېږي. د خاورې ککړتیا هم کولی شي د اوبو سرچینې ککړې کړي، چې دا حالت په خپل وار د نس ناستې ناروغۍ د خپرېدو سبب کېږي(٦۳).

د اقلیم بدلون د اوبو او خوراکي موادو کیفیت باندې منفي اغېز کوي. د اوبو کمښت، د ناپاکو اوبو کارول او د خوراکي موادو ناسم ساتل د نس ناستې ناروغۍ رامنځته کولو اصلي لاملونه دي(۳). په هغو سیمو کې چې د اقلیم بدلون اغېزې پکې ډېرې دي، د نس ناستې ناروغۍ پېښې هم پکې زیاتې دي(۲۸). د روغتیایي خدمتونو د څانګې تازه راپورونه ښیي چې د تودوخې لوړېدل د اوبو او خوړو له لارې د لېږدېدونکو ناروغیو لکه نس ناستې، ټایفایډ او نورو انتاني ناروغیو د پېښو په زیاتوالي کې مرسته کوي(۲٦). اقلیمي بدلون د خوراکي موادو په تولید او کیفیت هم اغېزې لري(۳٦). د تودوخې زیاتوالی او د موسمي حالتونو بې نظمۍ د خوراکي موادو ککړتیا زیاتوي، چې دا په خپل وار د کوچنیانو لپاره د ناروغیو د پېښنو زیاتوالي لامل کېږي(٦۴). په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې چې د خوراکي موادو تولید او ذخیره کولو کې ستونزې وي، د نس ناستې ناروغۍ پېښې پکې زیاتېږي(۸). د اقلیمي بدلون له امله رامنځته شوې وچکالي او سیلابونه د کرنې او خوراکي موادو تولید باندې جدي اغېزې لري(۲٦). په هغو سیمو کې چې وچکالي او سیلابونه زیات وي، د خوراکي موادو تولید پکې کمېږي چې دا په خپل ځای د خوړو کموالی او د خوراکي موادو ککړتیا لامل کېږي(٦۵).د تودوخې زیاتوالی او د موسمي حالتونو بې نظمۍ د دې لامل کېږي چې د خوراکي موادو تولید او کیفیت خراب شي، چې دا بیا د کوچنیانو لپاره د ناروغیو د پېښنو زیاتوالي لامل کېږي(۳). کله چې د خوراکي موادو کیفیت خراب شي، دا خوراکي مواد روغتیا ته زیان رسوي او د نس ناستې ناروغۍ د پېښنو لامل کېږي(٦٦). د خوراکي موادو ککړتیا په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې جدي ده، چې د اقلیمي بدلون له امله اغېزمنې شوې وي او د خوراکي موادو تولید او زېرمه کولو امکانات پکې لږ وي(٦۴). په هغو سیمو کې چې روغتیایي خدمتونو ته لاسرسی پکې محدود دی، د اقلیم بدلون له امله رامنځته شوې ناروغۍ لکه نس ناستې اغېزې پکې زیاتې وي(٦۵). د روغتیایي خدمتونو نشتوالی د دې لامل کېږي چې خلک د ناروغیو د مخنیوي لپاره مناسبو امکاناتو ته لاسرسی ونه لري، چې دا حالت روغتیا ته جدي ګواښ پېښوي(۳۳). اقلیمي بدلون په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې اغېزمن دی، چې د روغتیایي خدمتونو لاسرسی پکې محدود وي(۳۲).

پایله اخیستنه

دا مقاله د اقلیم بدلون او د نس ناستې د پېښنو ترمنځ پېچلې او مخ په زیاتیدونکې اړیکه څرګندوي، په ځانګړې توګه په هغو زیانمنونکو ټولنو کې چې پاکو اوبو او روغتیا ساتنې اسانتیاوو ته محدود لاسرسی لري. د نړۍ په کچه د تودوخې زیاتوالی، د بارانونو بدلونونه، سیلابونه او وچکالۍ د اوبو کیفیت، د خوړو خوندیتوب او چاپیریال باندې جدي اغېزې لري، چې په پایله کې یې د نس ناستې ناروغۍ پېښنې زیاتېږي. کوچنیان، په ځانګړې توګه تر پنځو کلونو

کم عمره، او هغه وګړي چې معافیت یې کمزورۍ وي، تر ټولو زیات زیان ویني او د ناروغۍ پېښې په ټیټ عاید لرونکو سیمو کې زیاتې لیدل کېږي. سره له دې چې د اقلیمي بدلون او د نس ناستې ناروغۍ تر منځ اړیکې څرګندې دي، مګر لا هم ځینې مهمې څېړنیزې تشې شته، سیمه ایزې نابرابرۍ او د اقلیمي بدلون اغېزې په کلیوالي او وروسته پاتې سیمو کې په پوره کچه نه دي څېړل شوي. اوږدمهاله څېړنې د اقلیم بدلون او د نس ناستې ناروغیو ترمنځ د دوامداره اغېزو د درک لپاره اړینې دي. سربېره پر دې، د اقلیمي بدلون پر وړاندې د مبارزې لپاره د اوبو فلترېشن یا تصفیه او روغتیا ساتنې پرمختګونه لا هم دقیقې څېړنې ته اړتیا لري. د دې ترڅنګ په لویه کچه د خطر سره مخامخ وګړي، کوچنیان او کمزوري معافیت لرونکي، په پوره اندازه نه دي څېړل شوي.

وړاندیزونه

۱. د اوبو او روغتیا ساتنې په برخو کې دې پانګونه وشي.

۲. د اړوندو ملي او نړۍوالو ادارو له لورې باید عامه پوهاوی زیات شي.

۳. اقلیمي بدلون پر وړاندې مبارزې لپاره دې هراړخیزې او مؤثره ستراتېژۍ جوړې شي.

۴. روغتیايي خدمتونو ښه کولو لپاره دې کار وشي.

۵. د خوړو ښه تولید او مصرف اړوند عمومي، لارښود او عامه پوهاوي برنامې زیاتې او ملاتړ یې وشي.

اخځلیکونه

1. McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: Present and future risks. Vol. 367, Lancet. 2006. p. 859–69.
2. Bunyavanich, Supinda & Landrigan, Christopher & McMichael, Anthony & Epstein, Paul. (2003). The Impact of Climate Change on Child Health. Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association. 3. 44-52. 10.1367/1539- 4409(2003)003<0044:TIOCCO>2.0.CO;2.
3. Hunter PR, MacDonald AM, Carter RC. Water Supply and Health. PLOS Med [Internet]. 2010 Nov 9;7(11):e1000361. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000361
4. IPCC Fifth Assessment Synthesis Report, First Order Draft. In Journal of Chemical Information and Modeling (Vol. 53, Issue 9, pp. 1689–1699).
5. Hughes TP, Kerry JT, Baird AH, Connolly SR, Dietzel A, Eakin CM, et al. Global warming transforms coral reef assemblages. Nature [Internet]. 2018;556(7702):492–6. Available from: https://doi.org/10.1038/s41586-018-0041-2

6. Sultan, B., & Gaetani, M. (2016). Agriculture in West Africa in the Twenty-First Century: Climate Change and Impacts Scenarios and Potential for Adaptation. Frontiers inPlantScience, 1262. https://doi.org/10.3389/fpls.2016.01262
7. Bolch T, Shea JM, Liu S, Azam FM, Gao Y, Gruber S, et al. Status and Change of the Cryosphere in the Extended Hindu Kush Himalaya Region BT - The Hindu Kush Himalaya Assessment: Mountains, Climate Change, Sustainability and People. In: Wester P, Mishra A, Mukherji A, Shrestha AB, editors. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 209–55. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-92288-1_7
8. Prüss-Ustün A, Wolf J, Bartram J, Clasen T, Cumming O, Freeman MC, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. Int J Hyg Environ Health. 2019 Jun;222(5):765–77. liu2012.pdf. (n.d.).
9. Campbell-Lendrum D, Manga L, Bagayoko M, Sommerfeld J. Climate change and vector-borne diseases: what are the implications for public health research and policy? Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2015 Apr 5;370(1665):20130552. doi: 10.1098/rstb.2013.0552. PMID: 25688013; PMCID: PMC4342958.
10. Jean-Marie Robine; Siu Lan K. Cheung; Sophie Le Roy; Herman Van Oyen; Clare Griffiths; Jean-Pierre Michel; François Richard Herrmann. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. Comptes Rendus. Biologies, Volume 331 (2008) no. 2, pp. 171-178. doi : 10.1016/j.crvi.2007.12.001. https://comptes-rendus.academie-sciences.fr/biologies/articles/10.1016/j.crvi.2007.12.001/
11. Reid CE, Brauer M, Johnston FH, Jerrett M, Balmes JR, Elliott CT. Critical Review of Health Impacts of Wildfire Smoke Exposure. Environ Health Perspect. 2016 Sep;124(9):1334-43. doi: 10.1289/ehp.1409277. Epub 2016 Apr 15. PMID: 27082891; PMCID: PMC5010409.
12. Charoenwat, B., Suwannaying, K., Paibool, W., & Laoaroon, N. (2022). Burden and pattern of acute diarrhea in Thai children under 5 years of age : a 5 year descriptive analysis based on Thailand National Health Coverage (NHC) data. BMC Public Health, 1–10. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13598-8
13. World Health Organization (WHO). (2021). Floods and health. Retrieved from https://www.who.int.
14. Hales, S., Edwards, S. J., & Kovats, R. S. (2002). Impacts of climate change on health in Europe. BMJ, 325(7357), 1424-1427.

15. Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. Psychological Medicine, 38(4), 467-480.
16. World Health Organization (WHO). (2019). Health and climate change. Retrieved from https://www.who.int.
17. Gupta, J., Termeer, C., Klostermann, J., Meijerink, S., van den Brink, M., Jong, P., ... & Bergsma, E. (2007). Institutions for climate change: A method to assess the inherent characteristics of institutions to enable the adaptive capacity of society. Global Environmental Change, 17(1), 45-59.
18. Fewtrell, L., & Kay, D. (2008). An attempt to quantify the health impacts of flooding in the UK using an urban case study. Public Health, 122(5), 446-451
19. World Health Organization (WHO). (2023). Diarrheal disease. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
20. World Health Organization (WHO). (2019). Diarrhoeal disease. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease.
21. Kotloff KL, Nataro JP, Blackwelder WC, Nasrin D, Farag TH, Panchalingam S, Wu Y, Sow SO, Sur D, Breiman RF, Faruque AS, Zaidi AK, Saha D, Alonso PL, Tamboura B, Sanogo D, Onwuchekwa U, Manna B, Ramamurthy T, Kanungo S, Ochieng JB, Omore R, Oundo JO, Hossain A, Das SK, Ahmed S, Qureshi S, Quadri F, Adegbola RA, Antonio M, Hossain MJ, Akinsola A, Mandomando I, Nhampossa T, Acácio S, Biswas K, O'Reilly CE, Mintz ED, Berkeley LY, Muhsen K, Sommerfelt H, Robins-Browne RM, Levine MM. Burden and aetiology of diarrhoeal disease in infants and young children in developing countries (the Global Enteric Multicenter Study, GEMS): a prospective, case-control study. Lancet. 2013 Jul 20;382(9888):209-22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60844-2. Epub 2013 May 14. PMID: 23680352.
22. Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017 Feb;15(2):182-193.e3. doi: 10.1016/j.cgh.2016.07.028. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27496381.
23. Jones, K. D. J., Thitiri, J., Ngari, M., & Berkley, J. A. (2019). Childhood malnutrition: toward an understanding of infections, inflammation and antimicrobials. Food and Nutrition Bulletin, 40(3_suppl), S24-S31.
24. Patil, R. R., Deepa, T., & Dahake, H. S. (2020). Climate change, sanitation and the spread of diarrheal diseases: A public health concern. Indian Journal of Public Health, 64(3), 205.

25. Guerrant, R. L., DeBoer, M. D., Moore, S. R., Scharf, R. J., & Lima, A. A. (2013). The impoverished gut—a triple burden of diarrhoea, stunting and chronic disease. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 10(4), 220-229.
26. Parry ML, Canziani O, Palutikof JP, van der Linden P, Hanson CE. Climate Change 2007: Impacts, Adaptation and Vulnerability. In: Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. 2007.
27. Daffe ML, Diop C, Dounebaine B, Diop SS, Peleka JCM, Bah F, et al. Water, sanitation and hygiene access in Senegal and its impact on the occurrence of diarrhea in children under 5 years old. J Water Health [Internet]. 2022 Oct 25;20(11):1654–67. Available from: https://doi.org/10.2166/wh.2022.203
28. Checkley, W., Epstein, L. D., Gilman, R. H., Figueroa, D., Cama, R. I., Patz, J. A., & Black, R. E. (2000). Effects of El Nino and ambient temperature on hospital admissions for diarrhoeal diseases in Peruvian children. In Lancet (Vol. 355, Issue 9202, pp. 442–450). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)82010-3
29. Kolstad EW, Johansson KA. Uncertainties associated with quantifying climate change impacts on human health: a case study for diarrhea. Environ Health Perspect. 2011 Mar;119(3):299–305.
30. Wang, Y., Sibaii, F., Lee, K., J. Gill, M., & L. Hatch, J. (2021). NOTE: This preprint reports new research that has not been certified by peer review and should not be used to guide clinical practice. 1. MedRxiv, 1(165), 1–13.
31. Patz JA, Campbell-Lendrum D, Holloway T, Foley JA. Impact of regional climate change on human health. Nature [Internet]. 2005;438(7066):310–7. Available from: https://doi.org/10.1038/nature04188c040p175.pdf. (n.d.).
32. Carlton EJ, Woster AP, DeWitt P, Goldstein RS, Levy K. A systematic review and meta-analysis of ambient temperature and diarrhoeal diseases. Int J Epidemiol [Internet]. 2016 Feb 1;45(1):117–30. Available from: https://doi.org/10.1093/ije/dyv296
33. Levy K, Woster AP, Goldstein RS, Carlton EJ. Untangling the Impacts of Climate Change on Waterborne Diseases: A Systematic Review of Relationships between Diarrheal Diseases and Temperature, Rainfall, Flooding and Drought. Environ Sci Technol. 2016;50(10):4905–22.
34. Singh, R. B. K., Hales, S., De Wet, N., Raj, R., Hearnden, M., & Weinstein, P. (2001). The influence of climate variation and change on diarrheal disease in the Pacific Islands. In Environmental Health Perspectives (Vol. 109, Issue 2, pp. 155–159). https://doi.org/10.1289/ehp.01109155

35. Dhimal, M., Bhandari, D., Karki, K. B., Shrestha, S. L., Khanal, M., Shrestha, R. R. P., Dahal, S., Bista, B., Ebi, K. L., Cissé, G., Sapkota, A., & Groneberg, D. A. (2022). Effects of Climatic Factors on Diarrheal Diseases among Children below 5 Years of Age at National and Subnational Levels in Nepal: An Ecological Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(10). https://doi.org/10.3390/ijerph19106138
36. Smith P, Bustamante M, Ahammad H, Clark H, Dong H, Elsiddig EA, Haberl H, Harper R, House J, Jafari M, Masera O. Agriculture, forestry and other land use (AFOLU). InClimate change 2014: mitigation of climate change. Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change 2014 (pp. 811-922). Cambridge University Press.
37. Tirado MC, Crahay P, Mahy L, et al. Climate Change and Nutrition: Creating a Climate for Nutrition Security. Food and Nutrition Bulletin. 2013;34(4):533-547. doi:10.1177/156482651303400415
38. Checkley, W., Epstein, L. D., Gilman, R. H., Figueroa, D., Cama, R. I., Patz, J. A., & Black, R. E. (2000). Effects of El Nino and ambient temperature on hospital admissions for diarrhoeal diseases in Peruvian children. In Lancet (Vol. 355, Issue 9202, pp. 442–450). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)82010-3
39. Hosking J, Campbell-Lendrum D. How well does climate change and human health research match the demands of policymakers? A scoping review. Environ Health Perspect. 2012 Aug;120(8):1076-82. doi: 10.1289/ehp.1104093. Epub 2012 Apr 13. PMID: 22504669; PMCID: PMC3440071.
40. Fewtrell, Lorna & Prüss-Ustün, Annette & Bos, Robert & Bartram, Jamie. (2007). Water, Sanitation and Hygiene: Quantifying the Health Impact at National and Local Levels in Countries with Incomplete Water Supply and Sanitation Coverage.
41. Liang M, Ding X, Wu Y, Sun Y. Temperature and risk of infectious diarrhea: a systematic review and meta-analysis. Vol. 28, Environmental Science and Pollution Research. 2021. p. 68144–54.
42. Kemajou DN. Climate variability, water supply, sanitation and diarrhea among children under five in Sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. J Water Health. 2022 Apr;20(4):589-600. doi: 10.2166/wh.2022.199. PMID: 35482376.
43. Ahern, M., Kovats, R. S., Wilkinson, P., Few, R., & Matthies, F. (2005). Global health impacts of floods: epidemiologic evidence. Epidemiologic Reviews, 27(1), 36-46.
44. 2014 - Tropical Medicine and International Health - Burden of disease from inadequate water, sanitation andhygiene in low- and middle-income settings a retrospecti.pdf.

45. Watson, J. T., Gayer, M., & Connolly, M. A. (2007). Epidemics after natural disasters. Emerging Infectious Diseases, 13(1), 1-5.
46. Kovats, R. S., Edwards, S. J., Hajat, S., Armstrong, B. G., Ebi, K. L., & Menne, B. (2003). The effect of temperature on food poisoning: a time-series analysis of salmonellosis in ten European countries. Epidemiology & Infection, 131(1), 1-11.
47. Fewtrell, L., Kaufmann, R. B., Kay, D., Enanoria, W., Haller, L., & Colford, J. M. (2005). Water, sanitation and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet infectious diseases, 5(1), 42-52.
48. Bhavnani D, Goldstick JE, Cevallos W, Trueba G, Eisenberg JNS. Impact of rainfall on diarrheal disease risk associated with unimproved water and sanitation. Vol. 90, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2014. p. 705–11.
49. Semenza, J. C., & Suk, J. E. (2019). Vector-borne diseases and climate change: A global perspective. Environmental Health Perspectives, 127(9), 94001.
50. Griffin, D. W. (2007). Atmospheric movement of microorganisms in clouds of desert dust and implications for human health. Clinical Microbiology Reviews, 20(3), 459-477. 44
51. Prospero, J. M. (2001). Environmental characterization of global sources of atmospheric soil dust identified with the NIMBUS 7 Total Ozone Mapping Spectrometer (TOMS) absorbing aerosol product. Reviews of Geophysics, 39(1), 81-99.
52. Shinn, E. A., Griffin, D. W., & Seba, D. B. (2003). Atmospheric transport of mold spores in clouds of desert dust. Archives of Environmental Health: An International Journal, 58(8), 498-504.33
53. Akhtar, R. (2007). Climate change and health and heat: A South Asian perspective. Global Health Action, 1(1), 28-36.
54. Lipp, E. K., Huq, A., & Colwell, R. R. (2002). Effects of global climate on infectious disease: the cholera model. Clinical Microbiology Reviews, 15(4), 757-770.
55. Kiptum, O. K., Okwiri, M., & Karanja, P. (2020). Climatic factors and their relationship with diarrheal diseases in Kenya. Environmental Research and Public Health, 17(6), 2174.
56. Johnston, F. H., Henderson, S. B., Chen, Y., Randerson, J. T., Marlier, M., DeFries, R. S., ... & Brauer, M. (2012). Estimated global mortality attributable to smoke from landscape fires. Environmental Health Perspectives, 120(5), 695-701.
57. Burke, M., Driscoll, A. W., Heft-Neal, S., Xue, J., Burney, J., & Wara, M. (2021). The changing risk and burden of wildfire in the United States. Proceedings of the National Academy of Sciences, 118(2), e2011048118.

58. Hygiene Hub. (2020). Wildfires and their impact on WASH (Water, Sanitation and Hygiene). Retrieved from https://resources.hygienehub.info/en/articles/4473905-wildfires-and-their-impact-on-wash.
59. L. Perch-Nielsen S, B. Bättig M, Imboden D. Exploring the link between climate change and migration. Clim Change [Internet]. 2008;91(3):375–93. Available from: https://doi.org/10.1007/s10584-008-9416-yKraay, A. N. M., Man, O., Levy, M. C., Levy, K., Ionides, E., & Eisenberg, J. N. S. (2020).
60. McMichael, C. (2009). Climate change-related migration and infectious disease. Virtual Mentor, 11(6), 509-513.
61. World Bank. (2016). High and dry: Climate change, water and the economy. Retrieved from https://www.worldbank.org/en/topic/water/publication/high-and-dry-climate-change-water-and-the-economy
62. Howard, G., Calow, R., Macdonald, A., & Bartram, J. (2010). Climate change and water and sanitation: Likely impacts and emerging trends for action. Annual Review of Environment and Resources, 35, 253-276.
63. UNICEF. (2020). Water, sanitation and hygiene (WASH) in emergencies. Retrieved from https://www.unicef.org/wash.
64. ebi-et-al-2017-detecting-and-attributing-health-burdens-to-climate-change.pdf. (n.d.).
65. Walker, C. L. F., Rudan, I., Liu, L., Nair, H., Theodoratou, E., Bhutta, Z. A., ... & Black, R. E. (2013). Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. The Lancet, 381(9875), 1405-1416.
66. Arnell NW, Gosling SN. The impacts of climate change on river flood risk at the global scale. Clim Change [Internet]. 2016;134(3):387–401. Available from: https://doi.org/10.1007/s10584-014-10

Effects of Climate Change on Health and Diarrheal

Dr. Imranullah Rasooli[1], Dr. Bilal Ahmad Sediqi[2]

[1]Department of Stomatology, Faculty of Medicine in Dentistry, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: dr.bargami@gmail.com

Received: 26-Sep-2024 Accepted: 26-Oct-2024 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Climate change is a serious challenge of the 20th century, with its effects being felt across the globe. Key indicators of climate change include the rise in surface temperatures, sea level increase and unstable weather patterns. Climate change effectively increases the incidence of diarrhea, which is particularly a cause of illness and mortality in children under five years old and in individuals with weakened immune systems. Additionally, rising temperatures accelerate the growth of microbes in food and water, increasing the risk of foodborne diseases, particularly diarrhea. Other significant impacts of climate change, such as increased rainfall and flooding, contaminate water supplies and systems, limiting access to clean water and triggering outbreaks of diarrhea. These effects not only lead to illness but also result in deaths. Moreover, climate change is not only linked to diarrhea but also to respiratory diseases like asthma, bronchiectasis and vector-borne diseases in humans, such as malaria, dengue fever and other similar diseases. It also degrades the quality of food, leading to a higher incidence of infectious diseases, especially diarrhea. To address these challenges, improving Water, Sanitation and Hygiene (WASH) services, raising public awareness and implementing targeted strategies for vulnerable communities are essential to mitigate the impacts of climate change and reduce diarrhea cases. This article will explore the relationship between climate change and human health, with a particular focus on the incidence of diarrhea and will discuss the mechanisms through which climate change facilitates the increase of diarrheal diseases.

Keywords: Climate Change, Diarrhea, Factors, Incidence

د توبرکلوز پېښې او د خطر لاملونه

دوکتور شېر محمد ذکي[۱]

[۱]پاراکلینیک ډیپارټمنټ، عمومي طب پوهنځی، سپین‌غر پوهنتون، ننگرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: shirmohammadzaki@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳ | د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ | د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

نړی رنځ یوه ساري ناروغي ده، چې انسانان او بېلابېل حیوانات وربانديې اخته کېږي. نوموړې ناروغي د مایکوبکټیریم توبرکلوز په‌واسطه منځته راځي، چې ډېره پخوانۍ تاریخچه لري. نری رنځ په ټوله نړۍ کې عامې روغتیا لپاره یو ګواښ دی چې اوس مهال دا ساري ناروغي له ایډز او ایچ آی وي څخه وروسته د مړینې لوی لامل دی. مایکوباکټیریم توبرکلوز په عمومي ډول سږې اغېزمنوي، خو د بدن نورې برخې هم اغېزمنولی شي او د مړینې لویه کچه یې په وروسته پاتې هېوادونو کې ده. همدارنګه د توبرکلوز لامل بېلابېلې ځانګړتیاوې لري. نری رنځ ډېر ډولونه لري چې په انسانانو او بېلابېلو حیواناتو کې د یو کوربه په بڼه ژوند کوي. نری رنځ له ګنو لارو څخه انسانانو ته انتقالېږي. مایکوباکټیریم توبرکلوز د تنفس له لارې سږو ته ننوځي او هلته په مکروفاژ حجراتو کې ځای نیسي. د نړۍ ۱/۳ سلنه نفوس په نري رنځ اخته دي. هرکال یې له اتو څخه تر لسو میلونو پورې نوې پېښې ثبتېږي. په ۲۰۱۱ز کال کې په ټوله نړۍ کې د نري رنځ نږدې ۸.۷ میلیونه نوې پېښې ثبت شوې وې، چې دا په هرو ۱۰۰,۰۰۰ تنو کې ۱۲۵ پېښې جوړوي. په ټوله نړۍ کې په بېلابېلو کلونو کې په بېلابېلو سلنو سره انسانان اخته کوي. نارینه ډېر په دې ناروغۍ اخته کېږي. د نارینه او ښځینه ترمنځ نسبت شاوخوا ۲:۱ دی. خرابې پېښې یې په هغو خلکو کې زیاتې دي چې په معافیتي ناروغیو یا ایچ آی وي اخته وي. همدارنګه شکرې ناروغي، زاړه، نوي زېږېدلي، الکول او سګرټ څکونکي، روغتیایي خدمتونو نشتوالی، امیندواري، خرابه تغذیه، سرطانونه، کډوالي، اشغال، عمر، محیط، نا امني، غربت، هیمو ډیالایس، د معافیت ضد درمل، جنس، روغتیایي کارکوونکي او هغه کسان چې ددرملو پر وړاندې مقاومت لري، د خطري فکتورونو په ډول تشریح شوي. په دې مروري مقاله کې هڅه شوې چې د نري رنځ پېژندنه، د توبرکلوز پېښې او اړوند خطري فکتورنو په اړه هر اړخیز او تازه معلومات راټول، تنظیم او تحلیل شي.

کلیدي کلمې: توبرکلوز، پېښې، د خطر لاملونه

پېژندنه

نرى رنځ يوه ساري ناروغي ده چې انسانان او بېلابېل حيوانات ورباندې اخته کېږي. په انسانانو کې په عمومي ډول تنفسي سېستم ته زيان رسوي، مګر د بدن نورو برخو لکه غدو، هډوکو، لمف، هضمي سېستم، پښتورګو او داسې نورو سېستمونو باندې هم اغېز لري. په همدې اساس، نوموړې ناروغي د انسانانو په ګډون په ډېرو حيواناتو کې د يو کوربه په شکل ژوند کوي، خو په ځانګړي ډول غواګانو، موږکانو او مرغانو کې اوسېږي(۱). نوموړې ناروغي د مايکوبکټريوم توبرکلوز پهواسطه منځته راځي چې د Human Immunodificiency Virus (HIV/AIDS) په ګډون، له څلورو ساري ناروغيو څخه وروسته، د مړينې لوى مهم لامل دى(۲). نرى رنځ په ټوله نړۍ کې د عامې روغتيا لپاره يو ګواښ دى، په ځانګړي ډول په هغو هېوادونو کې خراب انزار لري چې د روغتيايي سېستمونو نشتوالي، د درملو پر وړاندې د وګړو مقاومت، لنډ مهاله درملنه او په کټلوي ډول د معافيت په کموالي اخته وي(۳). نوموړې ناروغي په ۱۷مه پېړۍ کې په لوېديځه اروپا او امريکا کې اوج ته ورسېده، چې د هرو څلورو مړينو څخه يوه د دې ناروغۍ له امله وه. وروسته دغه ناروغي اسيا، افريقا او سويلي امريکا ته هم خپره شوه(۴).

ددې انتان پر وړاندې لومړنى رښتينى ګام په ۱۸۵۴ز کال کې هيرمان برح مر وکړ(۵). نوموړې بکټريا د لرګي په څېر شکل لري، چې نه سپور جوړوي او نه حرکت کوي. يو غټ شحمي مواد لرونکى حجروي دېوال لري. نوموړى انتان د تنفس له لارې د هوا څاڅکو پهواسطه خپرېږي او په مطلق ډول اکسيجن ته اړتيا لري. دا بکټريا په ۳۵-۳۷ درجې سانتي ګراد تودوخه کې ژوندى پاتې کېږي او ځانګړى پتوجنيسېس لري(۶).

نرى رنځ ډېر ډولونه لري چې يو هغه يې Mycobacterium Tuberculosis دى، چې انسانان اخته کوي. Microbacterium Microti يې يو بل ډول دى چې په عمومي ډول په کوچنيو حيواناتو لکه ځنګلي وزو (voles) کې وي(۷)، Mycobacterium avium يې زياتره په مرغانو او انسانانو کې د نري رنځ د پيدا کېدلو سبب کېږي(۸)، د غواګانو ټي بيMicrobacterium Bovine يوه خرابه زونوټيک ناروغي ده چې له حيواناتو څخه انسانانو ته انتقالېږي. په عمومي ډول دوه ډوله توبرکلوز په انسانانو کې مونږ ته ډېر مهم دى، يو ته پلمونري توبرکلوز او بل ته خارجي پلمونري توبرکلوز وايي(۹). نرى رنځ د يو شخص نه بل ته د هوايي ذراتو ، خامو شيدو، ککړو چاپېريالي موادو، ککړو وحشي حيواناتو، له ادرار يا فضله موادو سره مستقيم تماس او همدارنګه په فعال ډول د نري رنځ ناروغ سره د اوږدې مودې اړيکې له لارې انتقالېږي(۱۰).

په ۲۰۱۱ز کال کې په ټوله نړۍ کې د نري رنځ نږدې ۸.۷ ميليونه نوې پېښې ثبت شوې، چې دا په ۱۰۰،۰۰۰ تنو کې ۱۲۵ پېښې جوړوي. د دې پېښو ډېرى يې په هند، چين او همدارنګه ۵۹ سلنه په اسيا او ۲۶ سلنه په افريقا کې

وې(۳، ۴). له ۲۰۱۲ز کال راهیسې، نرۍ رنځ د یو واحد ساري عامل له کبله د مړینې تر ټولو ساري ناروغیو پورته ځای لري(۱۱). په ۲۰۲۲ز کال کې د نړۍ په کچه د نري رنځ نږدې ۸.٦ میلیونه نوې پېښې ثبت شوې چې د پخوانیو کلونو په پرتله پکې د زیاتوالي رامنځته کېدلو علت د COVID-19 وبا وه؛ نوموړې وبا د نري رنځ د کشف او درملنې پروسې ته ځنډ ورساوه(۱۲).

عمومي د خطر لاملونه د شکرې ناروغي، سرطان، الکول او سګرټ څکول، د تنفسي سېستم د خرابوالي او د معافیتي سېستم د کمزوري کولو له کبله، د لویو خطري فکتورونو په ډول مطالعه کېږي(۱۳). اشغال، غربت، خرابه تغذیه، خراب اقتصادي حالت او نا امني د نري رنځ د درملنې پروسه خرابوي، د خطري فکتورونو په ډول څکه مطالعه کېږي. کډوالی، روغتیایي کارکونکي او هغه اشخاص چې په ټولنیزو ځایونو یا بندو او کم تهویه لرونکو سیمو کې ژوند کوي، د نري رنځ د خپرېدو خطر سره مخ دي. امیندواري او هیموډیالایز د مغذي موادو جذب خرابوي. که د نري رنځ په پوره ډول او مناسب وخت درملنه ونه شي، نوموړې ناروغیکولی شي نورو انسانانو ته انتقال شي(۱۴). د Bacillus Calmette-Guerin (BCG) واکسینونو پر وړاندې د ناسمو نظریاتو شتون په ماشومانو کې د نري رنځ پېښې زیاتې کړې دي(۱۵). همدارنګه ایچ آی وي ویروس باندې اخته وګړي د نري رنځ د بیا فعالېدو له کبله، د نورو وګړو په پرتله، پنځلس ځلو څخه زیات د خطر سره مخامخ دي(۵). له دې مروري مقاله لیکنې څخه مو موخې د نري رنځ پېژندنه او د لامل ځانګړتیاوې روښانه کول، د نري رنځ د لېږد د بېلابېلو لارو پېژندل، په انسانانو کې د نري رنځ ډولونه په لنډ ډول تشریح کول. په بېلابېلو کلونو او بېلابېلو جغرافیایي ټولنو کې د نري رنځ د پېښو او نویو معلوماتو څرګندول، د نري رنځ د خپرېدو لپاره د خطر فکتورونو اړوند څېړنې کتل او ورڅخه پایله اخیستل دي.

نرۍ رنځ

په مرطوب چاپیریال کې نوموړی انتان د اوږدې مودې لپاره ژوندی پاتې کېدای شي. نوموړی انتان د مستقیمې لمر رڼا او لوړې درجې تودوخې سره حساس دی او په دې حالاتو کې ژر له منځه ځي(۱٦).

لرغوني پېژندل شوي معلومات روښانه کوي چې انسان لږ تر لږه اته زره کاله وړاندې په نري رنځ اخته کېده. نوموړې ناروغي په بېلابېلو جغرافیوي ټولنو کې په بېلابېلو اندازو شتون درلود، خو د مړینې لوی لامل په توګه نه پېژندل کېده. د اتلسمې پېړۍ په وروستیو او د نولسمې پېړۍ په پیل کې د نري رنځ یوه لویه وبا رامنځته شوه چې په هر څلورو وګړو کې د یو تن د مړینې لامل شوه او علت یې ضعیف کورونه، د کثافاتو زیاتوالی او د حفظ الصحې نشتوالی و(۱۸). نرۍ رنځ په ټوله نړۍ کې عامې روغتیا لپاره یو لوی ګواښ دی، هر کال نږدې لس (۱۰) میلیونه نوې پېښې او ۱،۵ میلیونه مړینه رامنځته کوي. نړۍوالې پېښې یې اوسمهال په هرو ۱۰۰،۰۰۰ تنو کې ۱۲۵ تنه دي او دا

اندازه په بېلابېلو هېوادونو کې توپير لري. په متحده ایالتونو کې د نري رنځ پېښې په هرو ۱۰۰,۰۰۰ وګړو کې ۲۷ تنه ښودل شوي دي او په فیلیپین کې په هرو ۱۰۰,۰۰۰ تنو کې ۵۵۴ تنه پرې اخته دي(۱۹). په نړۍواله کچه، د نري رنځ پېښې په ډېر عمر لرونکو اشخاصو کې درې سلنه زياتې رامنځته کېږي او علت يې د معافيتي سېستم د کمزورۍ له کبله د انتان بیا فعاله کېدل دي(۲۰). په ۲۰۱٦ز کال کې په نایجیریا کې د HIV ناروغانو د شتون له امله د نري رنځ پېښې په هرو ۱۰۰۰۰۰ اشخاصو کې ۱۵۸ تنه وې(۲۱). د روغتیا نړۍوالې ادارې د راپور له مخې ۲۰۱۳ز کال کې ۹ میلیونه وګړي په نري رنځ اخته شوي دي، چې له دې ډلې ۱.۵ میلیونه يې مړه شوي. د ثبت شويو پېښې، څلورمه برخه په افریقا کېږه(۲۲).

د نري رنځ د لامل ځانګړتياوې

مايکوباکټيريوم توبرکلوزيس يوه لرګينه بڼه، اسيد-فاسټ بکتريا ده، چې نه سپور جوړوي او نه حرکت کوي. دا بکتريا يو غټ شحمي مواد لرونکی حجروي دېوال لري چې په خاص ډول له مايکوليک اسيدونو، ګليکوليپيډونو او پيپټايډوګلايکين څخه جوړ دی، د حجرې ځانګړی جوړښت ورته اسيد-فاسټ ځانګړتيا ورکوي، يعنې که يو ځل رنګ شي، بکتريا د اسيد-الکول په واسطه له رنګ څخه پاکېدو ته مقاومت ورکوي(۲۳). شحمي دېوال بکتريا ته د چاپېريالي ستونزو پر وړاندې مقاومت ورکوي. دا بکتريا د هغو انټيبيوټيکونو پر وړاندې مقاومت ښيي چې د نورو بکترياو لپاره ګټور دي. دا بکتريا په ۳۷-۳۵ درجې سانتي ګراد کې ژوند کولای شي، په نمجنو ساحو کې د اوږدې مودې لپاره ژوندی پاتې کېدلې شي، ځانګړې ميتابوليک ځانګړنې لري او کولای شي له معافيتي سېستم څخه ځان خوندي کړي(۲۴).

د وچېدو او سختو شرايطو پر وړاندې مقاومت

مايکوليک اسيدونه د حجرې دېوال کې موجود دي چې بکتريا له وچېدو څخه ساتي او بکتريا ته اجازه ورکوي چې په سختو شرايطو، آن د ماکروفاژونو دننه، کې ژوندي پاتې شي. مايکوباکټيريوم توبرکلوزيس د معافيتي حجرو يعنې ماکروفاژونو دننه ژوند کولو وړتيا لري، چې دا ورته يو خوندي ځای برابروي او د معافيتي سېستم څخه يې پټ ساتي(۲۵).

مايکوباکټيريم توبرکلوزيس او د معافيتي سېستم څخه د تېښتې کړنلارې

مايکوباکټيريم توبرکلوزيس په ځانګړې توګه د معافيتي سېستم څخه د تېښتې لپاره پرمختللې ميکانيزمونه کاروي، چې ددې بکتريا د ژوندي پاتې کېدو او ودې سره مرسته کوي. کله چې بکتريا د تنفس په جريان کې د سږو الويولي ماکروفاژونو ته ورسېږي، دا د فېګوسيتوز له لارې نيول کېږي. عادي حالت کې د فېګوزوم په نوم حجراتي کمپارټمنټ

د لایسوزوم سره یوځای کېږي، فېګولایسوزوم جوړوي ترڅو بکتریا له منځه یوسي، مایکوباکټیریم توبرکلوزیس د کوربه حجرې دننه د فېګوزوم او لایسوزوم یوځای کېدل نفې کوي. د دې میکانیزم له لارې بکتریا د له منځه وړلو پر ځای د ماکروفاژونو دننه ژوند ته دوام ورکوي(۲۵).

د ګرانولوما جوړښت

کله چې مایکوباکټیریم توبرکلوزیس د بدن معافیتي سېستم ته ننوزي، د کوربه بدن هڅه کوي چې د دې بکتریا د کنټرول لپاره ځانګړې معافیتي کړنې ترسره کړي. ګرانولوما د معافیتي حجرو یو تنظیم شوی ګروپ دی چې د انتان نږدې جوړېږي. ددې جوړښت موخه د انتان کنټرول او مخنیوی دی.ګرانولوما له معافیتي حجرو لکه ماکروفاژونه،T حجرې او فایبروبلاستونه څخه جوړه وي(۲٦).

د نري رنځ ډولونه

د نري رنځ د ډولونو په اړه مو د مقالې په «پېژندنه» برخه کې بحث کړی دی، دلته یې یوازې د نومونو په راوړلو سره بسنه کوو.

Mycobacterium Tuberculosis، Microbacterium Microti، Mycobacterium Avium او Microbacterium Bovine. په عمومي ډول دوه ډوله توبرکلوز په انسانانو کې مونږ ته ډېر مهم دی، چې یو ته پلومونري توبرکلوز او بل ته خارجي پلمونري توبرکلوز وایي(۷، ۹).

د سږو توبرکلوز

توبرکلوز په عام ډول په بدن کې سږې اغېزمنوي. هغه خلک چې معافیتي سېستم یې سالم دی، ۷۹ سلنه او هغه وګړي چې په HIV باندې اخته دي، ۹۲ سلنه په نري رنځ باندې اخته کېږي. په سږو کې په ډېره اندازه Subpleural ساحه اخته کوي او د وخت په تېرېدلو سره د پلېورال افیوژن او پلېورایټس هم رامنځته کولای شي. په لومړني حالت کې د نري رنځ ناروغ اعراض او علایم نه لري، خو د وخت په تېرېدلو سره مزمن ټوخی، چې درې اونیو څخه زیات وخت دوام کوي، په بلغمو کې د وینې شتون، د ساه اخیستلو ستونزې، د بدن وزن کمېدل، د شپې خوله کېدل، د اشتها کمښت، تبه چې عموماً د شپې لهخوا موجوده وي، پیداکوي(۲۷). په ځانګړي ډول هغه وګړي چې په فعال ډول د نري رنځ انتان ولري او درملنه ورته تر سره نه شي، په یو کال کې له لسو څخه تر پنځلسو پورې سالم وګړي په نري رنځ اخته کوي(۲۸). همدارنګه د نري رنځ د مخنیوي لپاره د بي سي جي واکسین ورکول ددرملنې بشپړتیا ده او د ناروغانو جلا کول تر ټولو مهم ګامونه دي(۲۹).

له سږو څخه بیرون توبرکلوز

دغه ډول نرۍ رنځ په عام ډول هغو وګړو کې رامنځته کېږي، چې د سږو توبرکلوز لپاره یې درملنه په بشپړ ډول نه وي ترسره کړې. له سږو بیرون توبرکلوز کولی شي د بدن بېلابېلې برخې لکه پښتورګي، هډوکي، مغز، سترګې، غابښونه، د زړه عضلې او داسې نورې برخې هم اخته کړي، چې ځینې یې په لنډ ډول تشریح شوي دي(۳۰).

د لمفاوي غدو توبرکلوز

د لمفاوي غدو توبرکلوز چې دScrofula په نوم هم پېژندل کېږي، د Extrapulmonary TB تر ټولو عامه بڼه ده. دا د Mycobacterium Tuberculosis یا کله ناکله د غیر توبرکلوزي مایکوبکتریا (NTM) له امله منځته راځي. د لمفاوي غدو توبرکلوز د بهرنۍ سږو تي بي ۴۰-۲۰ سلنه جوړوي، نوموړې ناروغي په ټولو عمرونو کې لیدل کېږي، تر ټولو زیات د غاړې لمفاوي غدو (Cervical Lymph Nodes)اخته کوي، خو کولای شي د بدن د نورو برخو لمف نوډونه هم اخته کړي. د نوموړې ساحې لمف نوډونه په لومړیو کې سخت، متحرک او بې درده وي، خو وروسته ښایي حساس او یوځای شي(۳۱).

د هډوکو توبرکلوز

د هډوکو توبرکلوز د Skeletal TB یا Osteoarticular TBپه نوم هم یادېږي. د دغه توبرکلوز تر ټولو عامه بڼه د ملا د تیر توبرکلوز دی چې د Pott's Disease په نوم پېژندل کېږي، له سږو بیرون توبرکلوز د ټولو پېښو نږدې ۱۵-۱۰ سلنه جوړوي، انتان زیاتره وخت د سږو له لارې، وینې یا لمفاوي سیستم پهواسطه، هډوکو ته خپرېږي، چې د ملا د بندونو درد، پړسوب، د بند د حرکت محدودېدل، په اوږدمهاله حالتونو کې د بندونو سختېدل او په ډېره اندازه د ملا کوږوالی(Kyphosis) رامنځته کوي(۳۲).

د غابښونو توبرکلوز

د غابښونو توبرکلوز د خولې نږدې جوړښتونو کې د یوې نادرې ناروغۍ په ډول منځته راځي، چې د خولې درد، پړسوب او په اوریو، ژبه او تالو باندې د ټپونو په بڼه ښکاره کېږي؛ د خولې د خلاصولو او بندولو پرمهال ستونزې هم رامنځته کولای شي او ځیني وخت په ناروغ کې د غابښ له ویستلو وروسته د زخمونو د نه جوړېدلو شکایت هم موجود وي(۳۳).

د دماغو توبرکلوز

د دماغو توبرکلوز درې اصلي ډولونه لري چې لومړی سب اکیوټ یا مزمن مینن‌جېټس (Subacute or Chronic Meningitis) دی؛ دا ډول توبرکلوز د مغز د پردې التهاب دی، چې د تبې، سر درد، حافظې کموالي او د حرکت ستونزو لامل کېږي. دویم ډول یې (Intracranial Tuberculoma) دی، چې ٪۵ په ناروغانو کې پیداکېږي او ۰.۵-۴ سانتي متره قطر لري. دا چې دغه ډول یې د کڅوړې په څېر په دماغو کې جوړېږي، د دماغو په بېلابېلو برخو کې د التهاب او زخم لامل کېږي، چې د سر درد، لید ستونزو او نورو عصبي ستونزو لامل کېږي. درېیم ډول یې Spinal Tuberculous Arachnoiditis دی، چې د ملا درد، د حرکت ستونزې او د بدن د موازنې خرابوالی رامنځته کوي(۳۴).

پلورال توبرکلوز

پلورال توبرکلوز د Extra pulmonary tuberculous یوه برخه ده، چې د M. tuberculous انټیجنونو پر وړاندې د پلورا په برخه کې د فرد د حساسیت له کبله رامنځته کېږي. ٪ ۵-۱۰ پلورل ایفیوژن د نري رنځ په واسطه منځته راځي. د نري رنځ په ناروغانو کې د پلورال توبرکلوز نښې نامعلومې دي او ناروغ کېدای شي تبه، د شپې خوله کېدل، د وزن کمېدل، د سینې درد (پلوریتیک درد) او ساه لنډې (Dyspnea) ولري(۳۵).

بطني توبرکلوز

د کولمو توبرکلوز د بطن د توبرکلوز یوه برخه ده چې د کولمو او اپنډکس (Ileocecal Region) په ساحه کې په ډېر اندازه رامنځته کېږي، خو د هاضمې سېستم نورې برخې هم اخته کولای شي. په لومړي حالت کې انتان د ککړو خوړو یا اوبو له لارې بدن ته داخلېږي، خو د سږو توبرکلوز څخه د وینې او لمفاوې سېستم له لارې هم مربوطه ساحې ته تللی شي. ځانګړې کلنیکې نښې یې د خیټې درد دی، چې اکثره ښي اړخ ته ښکتنۍ برخه کې وي. بطني توبرکلوز د نس ناستې او ځینې وخت د قبضیت لامل کېږي. اختلاطات یې د کولمو بندښت، د کولمو سوري کېدل او د خوراکي موادو په جذب کې ستونزې دي(۳٦). توبرکلوزیک پېرېټونایټس (TB Peritonitis) د مایکوباکټیریم توبرکلوزیس له امله منځته راځي، چې نوموړې بکتریا په پېرېټوان باندې اغېزه کوي. تر ټولو عامې نښې یې د اسایټس ٪۹۳، د ګېډې درد ٪۷۳ او تبه ٪۵۸ دي(۳۷). د مرۍ توبرکلوز انتان د تنفسي یا د معدې له لارې د مرۍ نسجونو ته ننوزي او د مرۍ د التهاب سبب کېږي. د مرۍ توبرکلوز د هضمي سېستم د توبرکلوز ۰.۳ سلنه جوړوي. د عمومي نښو سربېره، په ناروغانو کې د مرۍ درد، د خوړلو ستونزې او د سینې درد موجود وي. د معدې توبرکلوز

خورا نادره ناروغي ده، ځکه چې د معدې تېزاب د بکتریا وژونکې ځانګړتیاوې لري، تر ټولونه زیاته اندازه د معدې په مخکنۍ برخه کې رامنځته کېږي، خو کېدلای شي د معدې پیلور او په فنډوس برخه کې هم رامنځته شي(۳۸).

د نري رنځ پهواسطه د دوډنوم درېیمه برخه ډېره اغېزمنېږي. نری رنځ کولای شي د دوډنوم په دننۍ یا بهرنۍ برخه کې ټپونه رامنځته کړي. د کلینک په اساس ډېر وګړي د کلمو د بندښت او کم وګړي د هاضمي سېستم له اعراضو څخه ګیله لري(٦۴). د مقعد ټي بي تر ټولو عامه نښه له مقعد څخه د وینې بهېدل دي (٪۸۸)، په کمه اندازه (٪۷۵) له عمومي نښو او ٪۳۷ له قبض څخه شکایت لري(۳۹).

د بولي تناسلي لارو توبرکلوز

هغه توبرکلوز دی چې د بدن اطراحیه سېستم لکه ګردې، مثانه او حالب اغېزمنوي، چې په عمومي ډول له سږو څخه د وینې له لارې ګردو ته انتقالېږي او له ګردو څخه مثانې او حالب ته رسېږي. نښې نښانې یې په هرې برخې پورې محدودې دي، چې ځیني یې د ادرار کولو پر مهال درد، په ادرار کې د وینه او همدارنګه د ادرار زیاتوالی لري(۴۰).

پوستکي توبرکلوز

کله چې د نري رنځ پهواسطه پوستکی اخته شي، د پوستکي پر سطحه ټپونه جوړېږي، دغه ټپونه ګلابي یا سور رنګ لري، چې په زیاته اندازه د بدن په ښکاره ساحو لکه لاسونو، پښو او مخ باندې راښکاره کېږي. همدارنګه د ټپونو له مخې د پوستکي توبرکلوز درې اصلي ډولونه لري، السري بنه (ژور ټپونه)، پاپولر بنه (کوچني سخت ټپونه) او پستولر بنه (مایع لرونکي ټپونه)(۴۱).

د زړه توبرکلوز

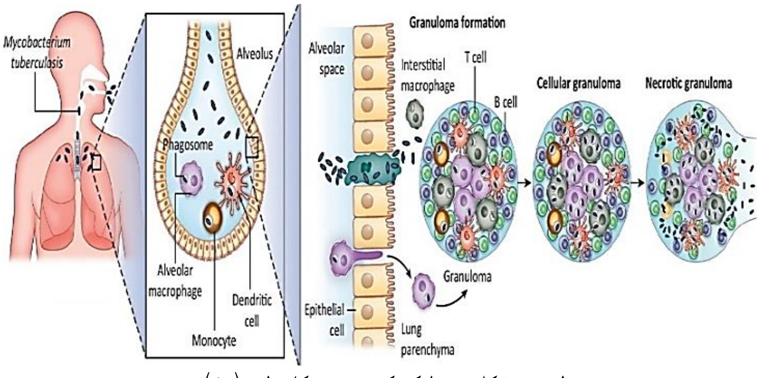
د بهرني پلمونري توبرکلوز یو نادر او خطرناکه ډول دی. دا ناروغي په عام ډول د وینې له لارې زړه ته رسېږي، زیاتره هغه وګړي اخته کوي چې په فعال ډول د سږو په نري رنځ باندې اخته وي، کلینیکي نښې یې د زړه په هغې برخې پورې اړه لري چې په نري رنځ اخته شوي وي. د زړه توبرکلوز د زړه بېلابېلې برخې اغېزمنوي، چې پکې ټولو نه زیات د زړه د پردې التهاب یعنې پریکاردیال توبرکلوز او په لږه اندازه د مایوکارډیال توبرکلوز، همدارنګه د زړه د والونو او د زړه د شریانونو نادره ستونزې شاملې دي(۴۲).

د نري رنځ د لېږد لارې

نری رنځ له بېلابېلو لارو څخه انسانانو ته انتقالېږي. لومړی د هوا له لارې تر ټولو عام لېږد دی. کله چې یو شخص په نري رنځ اخته وي، ددې شخص د ټوخي، پرنجي، خبرې کولو یا خندلو پرمهال د نري رنځ ذرې هوا ته اچول کېږي، نوموړې کوچنۍ ذرې د اوږدې مودې لپاره، په ځانګړي ډول هغو سیمو کې چې د هوا جریان پکې کم وي، په هوا کې ځوړندې پاتې کېږي، کله چې نوموړي کوچنې ذرات د یو سالم شخص پواسطه تنفس شي، په نري رنځ اخته کېږي، چې نوموړی حالت د یو ناروغ په شدت، چاپیریال او د سالم شخص په معافیت پورې اړه لري. په همدې بنسټ، د یو نري رنځ لرونکي ناروغ سره د اوږدې مودې اړیکې (تماس) له لارې سالم شخص ته انتقالېږي، چې پېښې یې په ګڼو کورونو، بندیخانو او روغتونونو کې زیاتې دي. که څه هم د ککړو شیانو لکه رومال او خاورې له لارې لېږد یې لږ عام دی، مګر دا هم د ناروغۍ د لېږد نامستقیمې لارې دي او په ځانګړي ډول کوچنیان له دې لارو څخه زیات اخته کوي(۲۳). ځینې وخت د نوموړي انتان بېلابېل ډولونه انسانانو ته د خامو شیدو یا لبنیاتو او د مرغانو د فاضله موادو سره تماس له لارې لېږدول کېږي(۷، ۹).

پتوجنيزيس

د نري رنځ لېږد هغه وخت پیلېږي چې droplet nuclei د نري رنځ لرونکي شخص لهخوا ازادې فضا ته خوشې شي، دا کوچني ذرات په هوا کې ځینې وختونه د اوږدې مودې لپاره پاتې کېږي، په ځانګړې توګه په هغو ځایونو کې چې د هوا جریان پکې کم وي. کله چې دا ذرې سږو ته ورسېږي، نو زیاتره یې د ماکروفاژونو پهواسطه نیول کېږي. که څه هم زیاتره بکتریاوې د ماکروفاژونو پهواسطه له منځه ځي او ځینې یې د ماکروفاژونو په داخل کې وده کوي او په فعال انتان باندې بدلېږي. هغه وګړي چې د سږو فعال نری رنځ ولري، د ناروغۍ د لېږد تر ټولو لویه سرچینه ده(۲۳)، چې یو څه وضاحت یې په لاندې شکل کې ښودل شوی دی(۴۳).



لومړی شکل: د مایکوبکتریوم توبرکلوز لېږد(۴۳).

د نري رنځ پېښې

په ۱۹۹۳ز کال کې نړۍوالې روغتیايي اداري خبر ورکړ چې نری رنځ د ټولې نړۍ لپاره د یو ستر ګواښ په توګه راڅرګندېدونکې ناروغي ده(۴۴). نری رنځ یوه ساري ناروغي ده چې ۹۵ سلنه مړينې يې په پرمختيايي نړۍ کې رامنځته کېږي. اټکل کېږي چې د نړۍ نږدې يو پر درې سلنه نفوس په خفيف ډول په نري رنځ اخته دي، چې له دې جملې څخه یوازې لویه برخه یې هغه وګړي دي چې د نري رنځ ناروغ سره نږدې تماس لري(۴۵)، خو هغه وګړي چې معافيتي سېستم يې کمزوری وي، د نري رنځ له لوړ خطر سره مخ دي. هغه اشخاص چې نری رنځ لري او په HIV باندې اخته وګړو سره ګډ ژوند کوي، په فعال ډول نری رنځ پنځلس ځلې زيات نورو انسانانو ته لېږدوي(۴٦) او هغه وګړي چې د بلغمو سمير يي مثبت وي او درملنه يې په سم ډول ونه شي، د لسو کلونو په دوران کې يې د مړينې کچه له ٪۵۳ څخه ٪۸٦ ته رسېږي. همدارنګه هغه وګړي چې له HIV پرته د نري رنځ درملنه ترلاسه کوي، د نري رنځ له امله د مړينې شونتيا يې یوازې نږدې ۳ سلنه ده(۴۷). په ۲۰۱۱ز کال کې د نري رنځ ۸.۷ میلیون پېښې اټکل شوې چې حدود يې له ۸.۳ میلیون څخه تر ۹ میلیون پورې و او دا په هرو ۱۰۰،۰۰۰ تنو کې ۱۲۴ پېښې څرګندوي. په ۲۰۱۱ز کال کې د اټکل شويو پېښو زیاتره (٪۵۹) يې په اسيا او (٪۲٦) افریقا کې ثبت شوې وې. د پېښو تر ټولو لوی اټکل شوی شمېر په هند (۲.۰ میلیون څخه تر ۲.۵ میلیون پورې) او چین (۰.۹ میلیون څخه تر ۱.۱ میلیون پورې) کې و. له ۸.۷ میلیون پېښو له ډلې ۰.۴۹ میلیونه ماشومان او ۲.۹ میلیونه يې ښځې وې. له ۸.۷ میلیون پېښو څخه ۱.۱ میلیون (تر ٪۱۴) هغه وګړي وو چې په HIV اخته وګړو سره يې ګډ ژوند کاوه، چې دې وګړو په افريقايي سيمو کې تر ټولو لوړه کچه درلوده. په دې سيمه کې ټولې پېښې په لومړي سر کې ٪۳۹ وې، خو وروسته يې په دوامداره ډول سلنه تر ۷۹ پورې ورسېده. په نړۍ کې د پېښو کچه له ۱۹۹۰ز کال څخه تر ۲۰۰۱ز پورې لوړه شوې وه او بیا يې په راکمېدو پیل وکړ. په اوسني وخت کې د راکمېدو کچه په ختيځ مديترانه سيمه کې له يو سلنې څخه کمه ده، په افریقا کې ٪۳.۱ او په اروپا کې ٪۸.۵ په کال کې ده(۴۸). د نري رنځ د کمولو لپاره د DOTS ستراتېژۍ معرفي کول يو مهم ګام و، چې د بکتريا د تشخيص او درملنې لپاره د معياري لنډ مهاله درملنې پر مستقیمه څارنه باندې ټینګار کوي. کله چې د DOTS ستراتېژي معرفي شوه، د نږدې ۲۲ میلیونه خلکو ژوند د نري رنځ څخه خوندي شو. ددې ستراتېژۍ پر بنسټ، د نري رنځ د ښې درملنې سلنه تر ٪۸۷ پورې رسېدلې. سره له دې چې د Stop TB Partnership د پروګرام جوړولو هدف د نري رنځ د پېښو کموالی دی، په ۲۰۱۲ز کال کې، د نري رنځ په پېښو کې ٪۳۷ کموالی رامنځته شو(۴۹). د روغتیا نړۍوال سازمان (WHO) په وينا، په ۲۰۱۲ز کال کې نږدې ۸.٦ میلیونه وګړو کې د نري رنځ پېښې اټکل شوې، چې له دې ډلې نږدې ۲.۹ میلیونه يې ښځې وې. په همدې کال کې د نري رنځ له امله ۱.۳ میلیونه وګړو خپل ژوند له لاسه ورکړ، چې په دې

کې ۳۲۰،۰۰۰ پېښې HIV سره تړلې وې(۵۰). له ۲۰۱۲ز کال راهیسې نری رنځ، د یو واحد ساري عامل اوسېدلو له کبله، د مړینې تر ټولو ساري ناروغیو په توګه، پورته ځای لري. په ۲۰۱۳ز کال کې د ملګرو ملتونو شمېرو ونښوده چې په نړۍواله کچه د کډوالو شمېر ۲۳۲ میلیونه تنو ته رسېدلی، چې په دې شمېر کې د تېرو دوه لسیزو په پرتله ۵۰ سلنه زیاتوالی رامنځته شوی(۵۱). دې کډوالۍ د نري رنځ پېښې د ټیټ او منځني عاید لرونکو هېوادونو په پرتله په لوړ عاید لرونکو هېوادونو لکه متحده ایالات، کاناډا، استرالیا او د لویدیځې اروپا هېوادونو کې زیاتې کړې. که څه هم کډوال د اصلي هېواد د ټول نفوس استازولي نه کوي، خو بیا هم د نري رنځ پراختیا لپاره دا ګامونه یو له مهمو عواملو څخه ګڼل کېږي(۵۲). په ۲۰۰۸ز کال کې د نري رنځ په ترڅ کې په هرو ۱۰۰،۰۰۰ خلکو کې ۴.۲ سلنه پېښې ثبت شوې وې. دغه کچه بیا په ۲۰۱۴ز کال کې د پام وړ کموالي سره یوازې ۰.۳ پېښو ته راټیټه شوه(۵۳). د GBD (Global Burden of Disease) څېړنو له مخې، په ۲۰۱۵ز کال کې د توبرکلوز پېښې له ۸.۸ میلیونو څخه ۶.۱ میلیونو پورې اټکل شوې وې. دغه راپورونه په نړۍواله کچه د توبرکلوز د ناروغۍ د بیا لوړې کچې اندازه څرګندوي(۵۴). په هند کې د خوارځواکۍ لوړه کچه، په ځانګړې ډول په ځوانانو، کلیوالي سیمو او د ټیټ اقتصادي حالت لرونکو خلکو کې، د توبرکلوز د نیمايي پېښو لامل ګڼل کېږي. تر ټولو شدید اغېز یې په ۱۵-۱۹ کلونو عمر لرونکو خلکو کې لیدل شوی(۵۵). د هند په ۱۹ ایالتونو کې د خوارځواکۍ لپاره د تغذیې د ښهوالي له لارې د توبرکلوز د پراخه مخنیوي هڅې روانې دي. په نړۍواله کچه هند د خوارځواکو خلکو شتون له کبله د توبرکلوز تر ټولو لوړه کچه لري(۵۶).

په ۲۰۱۶ز کال کې په ټوله نړۍ کې ۱۰.۴ میلیونه خلک په نري رنځ اخته شوي او ۱.۷ میلیونه وګړي د دې ناروغۍ له امله مړه شویدي. له دې ډلې، ۴۷۶،۷۷۴ پېښې هغه وګړو کې وې چې په HIV باندې اخته وګړو سره یې شریک ژوند کړی و(۵۷). په ۲۰۱۶ز کال کې ۲۲ هېوادونو په نړۍ کې ۸۰٪ پېښې د نري رنځ راپور کړې. د دې هېوادونو په منځ کې هند، چین، اندونیزیا، فلیپین، پاکستان، نایجیریا، بنګله دېش او سویلي افریقا هغه هېوادونه وو چې د نري رنځ زیاتې پېښې یې لرلې. تر دې مهاله د نري رنځ پېښې په ځینو سیمو، په ځانګړې توګه د افریقا صحرایي سیمې، جنوبي او شرقي اسیا، روسیه اوکراین او ختیځه اروپا کې، لوړې پاتې شوې دي. همدارنګه ټولې هغه سیمې چې د نري رنځ تشخیص، درملنه او روغتیايي خدمتونو ته لاسرسی پکې محدود دی، د نري رنځ پېښې پکې زیاتې رامنځته کېږي(۵۸). توبرکلوز د HIV/AIDS په پرتله د مړینې تر ټولو لوی لامل دی. د روغتیا نړۍوال سازمان (WHO)په ۲۰۱۷ز کال کې د نري رنځ ۶.۳ میلیونه نوې پېښې ثبت کړې(۵۹).

په ۲۰۱۹ز کال کې نړۍ رنځ ۱۰ میلیونه پېښې لرل، چې له دې ډلې څخه ۵.۵ میلیونه نارینه، ۳.۲ میلیونه ښځې او ۱.۲ میلیونه یې ماشومان وو. په نړۍ کې د نري رنځ په اړه یوه نړۍوالـه اندېښنه د نري رنځ پر وړاندې د درملو مقاومت دی، چې په دې سره د نري رنځ پېښې او د مړینې سلنه زیاتېږي. د روغتیا نړۍوال سازمان په سویلي افریقا کې ۴٦٥,۰۰۰ پېښې راپور کړې، چې ٪۷۰ خلک د ایزونیازید پر وړاندې او په لږه اندازه د ریفامپیسین پر وړاندې مقاومت لري. په مجموعي توګه ٪۲۵ خلک په هند کې، ٪۱۲ په چین کې او ٪۸ د روسیې خلک د نري رنځ درملو پر وړاندې مقاومت لري(٦۰). د شلمې پېړۍ په پیل کې په جاپان کې دن ري رنځ په پېښو کې زیاتوالی رامنځته شو، چې لاملونه یې د فابریکو زیاتوالی،ګڼه ګوڼه، د هوا ککړتیا او د کارکوونکو د روغتیا ساتنې په پام کې نه نیول وو. نوموړې ناروغي نارینه ډېر اخته کوي، چې د نارینه او ښځینه ترمنځ نسبت نږدې ۲:۱ دی. له ۱۵ څخه تر ۴۵ کلونو بالغینو کې د کډوالۍ له امله ډېره رامنځته کېږي(٦۱).

۲۰۲۲ز کال کې په نړۍوالـه کچه نږدې ۱۰.٦ میلیونه وګړي په نري رنځ اخته شوي او ۱.٦ میلیونه وګړي له دې ناروغۍ څخه مړه شوي دي، چې له دې څخه ۳۲۰،۰۰۰ هغه وګړي وو چې په HIVاخته وګړو سره یې نږدې اړیکې درلودلې. د بېلابېلو فکتورونو له امله رامنځته شویو ګډوډیو سره سره، د نرى رنځ له منځه وړلو لپاره نړۍوالو روغتیایي هڅو ته دوام ورکول اړین دي، ترڅو د نري رنځ مخنیوی له ۲۰۳۵ نه تر ۲۰۵۰ز کال پورې بشپړ شي(٦۲).

په ۲۰۲۳ز کال کې د نري رنځ پېښې او د مړینې کچه په څو هېوادونو کې ډېره لوړه وه. هند د نري رنځ ۲.٦ میلیونه نوې پېښې راپور کړې، چې د مړینې کچه یې نږدې ۹۰,۰۰۰ تنه وه. په همدې اساس اندونیزیا کې د یو میلیون نویو پېښو له منځه، د مړینې کچه ۹۰,۰۰۰ تنو ته رسېدله. چین په ۲۰۲۳ز کال کې د نري رنځ ۷٦۰,۰۰۰ پېښې راپور کړې، چې د مړینې کچه یې نږدې ۳۰,۰۰۰ وه. فلیپین چې ۱۱۲ میلیونه نفوس لري، د نري رنځ ۴۰۰,۰۰۰ نوې پېښې او نږدې ۳۰,۰۰۰ مړینې راپور کړې. پداسې حال کې چې نایجیریا نږدې ۳۵۰,۰۰۰ نوې پېښې او ۳۵,۰۰۰ مړینې ثبت کړې. جنوبي افریقا، چې د نري رنځ لوړه کچه لري، ۴۵۰,۰۰۰ نوې پېښې او نږدې ۵۰,۰۰۰ مړینې یې راپور کړې وې(٦۲).

خطري فکتورونه

د شکرې ناروغي

شکرې ناروغي د نري رنځ لپاره یوه لوی خطري فکتور ګڼل کېږي، ځکه چې په دې ناروغانو کې د INF-γ او نورو سایټوکینونو د تولید کموالی او د معافیتي سېسټم کمزوري رامنځته کېږي، نو په دې اساس په دې ناروغانو کې نرى رنځ د غیرفعالې مرحلې څخه ډېر زر په فعالې مرحلې باندې بدلېږي(٦۳). داسې شواهد ښودل شوي دي چې د

شکرې ناروغان، د هغو وګړو په پرتله چې دغه ناروغي نه لري، درې برابره زيات په نري رنځ اخته کېږي، همدارنګه د شکرې ناروغانو کې د مړينې خطر د هغو وګړيو په پرتله چې شکر نه لري، ۱.۸۹ سلنه زيات دی(٦٤).

کمزورې تغذيه

تغذيه په عمومي ډول هغه پروسه مطالعه کوي چې له مخې يې ژوندي موجودات د بدن د غړو او انساجو د ودې، تکثر، فعاليت او انرژي توليد لپاره خواړه اخلي او مصرفوي. که چېرې په يوه ټولنه کې د غذايي موادو نرخونه لوړ وي، خلک له ښو غذايي موادو څخه بې برخې کېږي، چې په دې سره معافيتي سېستم کمزوری کېږي. نو ځکه مناسبه تغذيه د معافيتي سېستم د پياوړي کولو لپاره اړينه ده او د نري رنځ په مخنيوي کې بنستيزه ونډه لري(٦٥).

نا امني

نا امني په عمومي ډول د يو هېواد اقتصادي حالت ته زيان رسوي. خلک د خپل ژوند خوندي کولو لپاره د خپلې خوښې ځايونو څخه کډوالېږي، چې په دې سره د پانګونې کچه کمېږي او کارونه د سختو ستونزو سره مخ کېږي. د اقتصادي وضعيت خرابوالی د نري رنځ د ښې درملنې مخه نيسي. په همدې بنسټ، ناامني کولای شي خلک له تعليم او روغتيايي خدمتونو څخه بې برخې کړي، نو ځکه د نري رنځ لپاره د يو لوی خطري فکتور په ډول مطالعه کېږي(٦٦).

کمزوری معافيت

د معافيت د کمزورې کېدو له امله بدن د نري رنځ بکتريا پروړاندې د مقاومت وړتيا له لاسه ورکوي، چې ناروغي په بدن کې ژر خپرېږي او د بيا فعالېدو چانس يې زياتېږي، نوځکه د يو خطري فکتور په ډول مطاله کېږي(٦٧).

عمر

په نري رنځ د اخته کېدو لپاره يو لوی خطري فکټور عمر دی. دBCG واکسينونو پر وړاندې د ناسمو نظرياتو شتون په ماشومانو کې د دې ناروغۍ پېښې زياتې کړې دي، خو لويان تر کم خطر لاندې دي. همدارنګه د عامه پوهاوي برنامو او تعليمي پروګرامونو نشتوالي هم د توبرکلوز پېښې په ماشومانو کې زياتې کړې دي. هغه ټولنه چې په دوراني شکل نری رنځ ونه لري، د کوچنيانو اخته کېدل پکې کم دي، برعکس هغه ټولنه چې په زياته اندازه د نري رنځ پېښې لري، ماشومان پکې تر لوړ خطر لاندې دي. له صفر نه تر پنځه کلنۍ پورې ماشومان د غټانو په پرتله ۳.۵ سلنه تر خطر لاندې دي، د انتان خطر په لومړني کال کې ۴۳ سلنه، له ۱ــ۵ کلنۍ کې ۲۴ سلنه ده او هغه ځوانان چې معافيت يې ټيټ وي او ډېر مهاجرتونه يې کړي وي، له ۱۰ څخه تر ۱۵ سلنه پورې تر خطر لاندې دي. همدارنګه د عمر په زياتوالي سره د هډوکي په مغز او تايموس غده کې د معافيتي حجرو د توليد کموالی منځته راځي، نو ځکه زاړه اشخاص د

معافیتي ننګونو ته د ځوانانو په څېر پیاوړی ځواب نه ورکوي. له همدې کبله، په زړو خلکو کې د نري رنځ بیا فعالېدلو چانس زیات دی او دا وګړي د نري رنځ د لوی خطر سره مخ دي(٦٨).

جنسیت

د جنسیت له مخې د نري رنځ د خطري فکتورونو معلومول یو ډېر ستونزمن کار دی. د شلمې پېړۍ په پیل کې د نري رنځ پېښې په ښځو کې زیاتې وې، خو د لومړۍ نړۍوالې جګړې سره د سګرټو څکل عام شول او په دې سره په نرینه‌و کې دغه پېښې د ښځو په پرتله زیاتې شوې(٦٩).

اشغال

اشغال د نورو فکتورونو په څېر د ژوند په چارو کې بدلون راولي، تولنه د غربت او بېوزلۍ سره مخ کوي او د ښې درملنې مخه یې نیسي؛ ځکه خو د نري رنځ لپاره د یو لوی خطري فکتور په ډول پېژندل کېږي(٧٠).

غربت

په کم عاید لرونکو کورنیو کې د ګڼو وګړو یو ځای ژوند کولو له امله د نري رنځ ناروغۍ د خپرېدو خطر زیاتېږي. همدارنګه، غربت مناسبو خوراکي توکو ته د لاسرسي خنډ کېږي، چې د ضعیفې تغذیې له امله د خلکو معافیت کمزوری کېږي. د معافیت په کمزورۍ کې د بدن توان د نري رنځ د بکتریا پر وړاندې مقاومت کولو لپاره کافي نه وي. په همدې ډول فقیرې کورنۍ او ټولنې اکثره روغتیایي خدمتونو ته له لاسرسي څخه بېبرخې وي. د نري رنځ په لومړیو پړاوونو کې تشخیص او درملنه خورا مهمه ده، خو غربت دا کار ستونزمنوي او له همدې امله د نري رنځ لپاره د یو لوی خطري فکتور په ډول څېړل کېږي(٧١).

امیندواري

د امیندوارۍ په وخت کې د ښځینه‌و د بدن په هر سېستم کې، په لویه کچه، فزیالوژیک بدلونونه رامنځته کېږي او د غذایي موادو د اړتیا زیاتوالی او د معافیت کموالی دوه خورا مهم او لوی فکتورونه دي، چې د نري رنځ لپاره د خطري فکتورونو په توګه پېژندل شوي دي(٧٢، ٧٥).

سګرټ

سګرټ د وژونکو ناروغیو لامل کېږي. سګرټ څکول د سرطانونو لکه د سږو، ستوني، خولې، معدې، پښتورګو او نورو د پراختیا خطر زیاتوي. هغه وګړي چې د ورځې ٢٠ یا زیات سګرټ څکوي، درې برابره زیات د نري رنځ له خطر سره مخ دي. سګرټ څکول د سږو طبیعي دفاعي میکانیزمونه کمزوري کوي او د سږو نسجونو ته مستقیم زیان رسوي، چې د تنفسي ناروغیو په ګډون د نري رنځ د خطر کچه لوړوي(٧٢).

الکول څښل

د الکولو څښل له نري رنځ سره څو اړخيزې اړيکې لري. په عمومي ډول الکول د بدن دفاعي سېستم زيانمنوي، چې د نري رنځ د بکتريا پراختيا او د ناروغۍ د بيا فعالېدو لپاره زمينه برابروي. سربېره پر دې، د الکولو دوامداره استعمال د نري رنځ د درملنې پروسه کمزورې کوي او د بدن د نورو ارګانونو فعاليتونه هم خرابوي، چې د درملو جذب او اغېزمنتوب ته زيان رسوي. د نري رنځ نږدې ۱۰ سلنه پېښې د الکولو له استعمال سره تړاو لري، چې دا د عامې روغتيا لپاره يوه خطرناکه ستونزه ده(۷۳).

محيط

هغه سيمې چې هوا يې يخه وي او د اوږدې مودې لپاره پکې د لمر وړانګې ځمکې ته نه راښکته کېږي، د خلکو په بدن کې د Vitamin D3 په توليد او فعالولو کې ستونزې رامنځته کېږي. ويټامين ډي د بدن د معافيتي سېستم لپاره حياتي ارزښت لري، ځکه چې د نري رنځ د بکتريا پر وړاندې د بدن دفاعي غبرګون پياوړی کوي. د ويټامين ډي کموالی معافيت کمزوری کوي، چې له امله يې بدن نه‌شي کولای د نري رنځ د بکتريا پر وړاندې په اغېزناک ډول دفاع وکړي. له همدې امله په هغو سيمو کې چې خلک د لمر د کمو وړانګو له امله د ويټامين ډي کموالي سره مخ وي، د نري رنځ د خپرېدو خطر سره مخ دي(۷۴).

معافيت ضد درمل

معافيت ضد درملو کارول او همدارنګه Tumor Necrosis Factor (FNF) بلاک کولو درمل په تدريجي ډول د انسانانو معافيت کمزوری کوي او نورو مزمنو ناروغيو ته زمينه برابروي، چې نوموړي حالتونه د نري رنځ پېښې پنځه ۵ سلنه زياتوي، يعنې د معافيت ضد درملو کارول هم د نري رنځ لپاره يو لوی خطري فکتور دی(۷۲).

هيموډيالايزس

هغه وګړي چې هيموډيالايز ورته ترسره شوی وي، په روغتيايي مرکزونو کې د زيات وخت لپاره بسترېږي او د همدې اوږدمهاله بستر له امله يې د نري رنځ د خپرېدو خطر زيات وي(۷۵).

سرطان

سرطان د نري رنځ لپاره يو مهم خطري فکتور دی، ځکه چې د سرطان په ناروغانو کې معافيتي سېستم کمزوری کېږي، په ځانګړې توګه هغه وګړي چې کيموتراپي يا راديوتراپي ترسره کوي. دغه حالت د بدن مقاومت کموي او د نري رنځ د بيا فعالېدو چانس لوړوي. په ځانګړي ډول، د سر او غاړې تومورونه، وژونکې لمفوما، ليمفوسرکوما يا د

سږو سرطان لرونکي ناروغان د نري رنځ له لوړ خطر سره مخ دي. څېړنې ښيي چې په دې ناروغانو کې نږدې ۱۶ سلنه د نري رنځ د پیدا کېدو او پراختیا شونتیا شته(۷۲، ۷۳).

روغتیایي کارکوونکي

د نري رنځ د خپرېدو لپاره روغتیایي کارکوونکي یو له لوړ خطر لرونکو ډلو څخه گڼل کېږي. په منتن چاپېریال کې د نري رنځ ناروغانو سره د نږدې اړیکو له امله، دغه کارکوونکي د نري رنځ د انتقال زیات خطر سره مخ دي.که چېرې په روغتیایي مرکزونو کې د خوندیتوب اړین تدابیر ونه نیول شي، د دې کارکوونکو لپاره د نري رنځ د اخته کېدو خطر لا زیاتېږي. د شخصي خوندیتوب مناسبو تجهیزاتو لکه د ماسکونو، دستکشو او د هوا د فلټر کولو وسایلو نشتوالی د ناروغۍ د خپرېدو چانس لوړوي(۷٦).

د درملو پر وړاندې مقاومت

د نري رنځ لپاره د درملو پر وړاندې مقاومت یو مهم خطري فکتور دی، ځکه چې دا د مایکوبکتریا پر وړاندې د درملو اغېز کموي. دغه حالت په هغه وخت کې رامنځته کېږي، چې نري رنځ لپاره کارېدونکي درمل په سمه توگه ونه کارول شي، یا ناروغان د درملنې دوره (کورس) بشپړ نه کړي چې په دې حالتونو کې مایکوبکتریا د کارېدونکو درملو پر وړاندې مقاومت پیدا کوي(۷۷).

اچ آی وي "Human Immunodificiency Virus "HIV

اچ آی وي د نري رنځ د بیا فعالېدلو خطر له ۱۸څخه تر ۲۰ برابره زیاتوي، ځکه چې په دې ناروغانو کې د معافیتي سېستم کمزورتیا د مایکوبکتریا د کنټرول وړتیا کموي. هغه وگړي چې اچ آی وي لري، د CD4 حجرو کمښت سره مخ دي، ځکه پکې غیرفعال انتان ډېر زر په فعاله انتان بدلېږي(۷۸).

پایله اخیستنه

د نري رنځ ناروغي د نړۍ په کچه یوه جدي روغتیایي ستونزه ده، چې د مایکوباکټریوم توبرکلوزیس (Mycobacterium tuberculosis) له امله منځته راځي. په همدې اساس نری رنځ له معافیتي سېستم څخه د ځان پټولو لویه وړتیا لري. دا ناروغي د هوا له لارې د ټوخي، پرنجي او خبرو کولو له لارې انتقالېږي. همدارنگه، د ککړو شیانو لکه رومال یا نورو وسایلو د تماس او خامو شیدو له لارې هم انتقالېدلای شي. نری رنځ ډېر ډولونه لري چې د انسانانو په گډون په بېلابېلو حیواناتو کې د یو کورېه په ډول ژوند کوي، خو په ځانگړي ډول غواگانو، موږکانو او مرغانو کې اوسېږي. په ۲۰۱۹ز کال کې نري رنځ ۱۰ میلیونه پېښې لرلې، چې له دې ډلې څخه ۵.۵ میلونه نرینه،

۳.۲ میلونه ښځې او ۱.۲ میلونه ماشومان وو. د بېلابېلو درملو پر وړاندې د مقاومت TB-MDR زیاتوالی، اقتصادي ستونزې او د روغتیایي خدمتونو کمزوري کېدل په افغانستان او نورو مخ پر وده هېوادونو کې د دې ناروغۍ د پراختیا لاملونه دي. د مقاومت لرونکي نري رنځ زیاتوالی، په ځانګړې توګه په هغو هېوادونو کې چې HIV/AIDS ناروغان پکې زیات دي، د نري رنځ د اداره کولو پر وړاندې لوی خنډ دی. په نړۍ کې د جګړو کلونو، ټولنیزې-اقتصادي بې ثباتۍ او د روغتیایي خدمتونو د محدودیتونو له کبله، نری رنځ لا هم د عامې روغتیا یوه لویه ستونزه ده. په ښاري سیمو کې د ګڼه ګوڼې زیاتوالی او په کلیوالي سیمو کې د روغتیایي خدمتونو محدودیتونه د دې ناروغۍ د پراخېدو لپاره چاپېریال برابرکړی. دغه ناروغي په ځانګړې توګه د هغو خلکو لپاره خطرناکه ده چې معافیتي سېستم یې کمزوری وي، لکه هغه وګړي چې HIV لري. نری رنځ د نړۍ په پرمختللو او پرمختیایي هېوادونو کې زیات شوی دی، چې د ګڼو ناروغانو د مړینو سبب کېږي. د نري رنځ ۹۵ سلنه مړینې په پرمختیایي هېوادونو کې رامنځته کېږي. په بېلابېلو ټولنو کې پېښې توپیر کوي؛ په ځانګړې توګه په هندوستان، چین او افریقا کې د درملو پر وړاندې مقاومت لرونکی نری رنځ (DR-TB) یوه لویه ستونزه ده. د نړۍوالو روغتیایي ادارو هڅې، لکه د DOTS ستراتېژي، د نري رنځ د پېښو کمولو لپاره غوره شوې چې په دې سره د نري رنځ پېښې کمې شوي دي، خو لا هم ځینې ننګونې لکه د HIV او د درملو پر وړاندې مقاومت شته چې د ناروغۍ د پاینښت لامل شوي دي. د نري رنځ خطر د بېلابېلو لاملونو لکه سګرټ څکلو، الکول او د شکرې ناروغۍ له امله زیات شوی دی. همدارنګه ناامني، کډوالي او د روغتیایي خدمتونو نشتوالی هم د دې ناروغۍ د خپرېدو لاملونه دي. د نري رنځ پر وړاندې د کمزوري معافیت سېستم لرونکي اشخاص د دې ناروغۍ له لوړ خطر سره مخ دي. د نري رنځ خپرېدو د مخنیوي لپاره د نړۍوالې همکارۍ او روغتیایي ستراتېژیو پراختیا ته اړتیا ده، تر څو په ۲۰۳۵ز یا ۲۰۵۰ز کال کې د دې ناروغۍ د ختمولو هدف ترلاسه شي.

وړاندیزونه

ځینې جینیتیکي لاملونه لکه HLA او NRAMP1 د TB حساسیت زیاتولو کې ونډه لري، خو لا هم څرګنده نه ده چې چاپېریالي عواملو لکه سیلیکا سره زیات تماس څرنګه د نري رنځ پېښې زیاتوې؛ په دې اړه لا ډېرو څېړنو ته اړتیا ده.

د ځینو درملو پر وړاندې د تي بي مقاومت یوه لویه روغتیایي ستونزه ده، خو لا هم د ټولو درملو پر وړاندې د تي بي د مقاومت څرنګوالی روښانه نه دی؛ د دې ستونزې د ښه حل په موخه هم څېړنو ته اړتیا ده.

که څه هم ځینې څېړنې ښیي چې نرینه د ژوند طرز، لکه سګرټ څکلو، له کبله د تي بي پر وړاندې زیات حساس دي، خو لا هم په بشپړه توګه نه ده معلومه شوې چې د تي بي په حساسیت کې د جنسیت ونډه څه ډول ده؛ د دې موضوع په اړه هم لا زیاتو څېړنو ته اړتیا ده.

اخځلیکونه

1. Dhama K, Mahendran M, Tiwari R, Dayal Singh S, Kumar D, Singh S, Sawant PM. Tuberculosis in birds: insights into the Mycobacterium avium infections. Veterinary Medicine International. 2011;2011(1):712369.
2. Ogbo FA, Ogeleka P, Okoro A, Olusanya BO, Olusanya J, Ifegwu IK, Awosemo AO, Eastwood J, Page A. Tuberculosis disease burden and attributable risk factors in Nigeria, 1990–2016. Tropical medicine and health. 2018 Dec; 46:1-1. 10-
3 .Raviglione MC, Uplekar MW. WHO's new stop TB strategy. Lancet. 2006;367(9514): 952e955.Available from:
4. Daniel TM, Bates JH, Downes KA. History of tuberculosis. Tuberculosis: pathogenesis, protection and control. 1994 May 16:13-24.
5. Zink AR, Molnár E, Motamedi N, Pálfy G, Marcsik A, Nerlich AG. Molecular history of tuberculosis from ancient mummies and skeletons. International Journal of Osteoarchaeology. 2007 Jul;17(4):380-91
6. Olivier I. A metabolomics approach to characterise and identify various Mycobacterium species. Journal of microbiological methods. 2012 Mar 1;88(3):419-26.
7. Riojas MA, McGough KJ, Rider-Riojas CJ, Rastogi N, Hazbón MH. Phylogenomic analysis of the species of the Mycobacterium tuberculosis complex demonstrates that Mycobacterium africanum, Mycobacterium bovis, Mycobacterium caprae, Mycobacterium microti and Mycobacterium pinnipedii are later heterotypic synonyms of Mycobacterium tuberculosis. International journal of systematic and evolutionary microbiology. 2018 Jan;68(1):324-32
8. Busatto C, Vianna JS, da Silva Junior LV, Ramis IB, da Silva PE. Mycobacterium avium: an overview. Tuberculosis. 2019 Jan 1; 114:127-34.
9. Riojas, Marco A., Katya J. McGough, Cristin J. Rider-Riojas, Nalin Rastogi and Manzour Hernando Hazbón. "Phylogenomic analysis of the species of the

Mycobacterium tuberculosis complex demonstrates that Mycobacterium africanum, Mycobacterium bovis, Mycobacterium caprae, Mycobacterium microti and Mycobacterium pinnipedii are later heterotypic synonyms of Mycobacterium tuberculosis." *International journal of systematic and evolutionary microbiology* 68, no. 1 (2018): 324-332.

10. Martinez L, Shen Y, Mupere E, Kizza A, Hill PC, Whalen CC. Transmission of Mycobacterium tuberculosis in households and the community: a systematic review and meta-analysis. American journal of epidemiology. 2017 Jun

11. Couvin D, David A, Zozio T, Rastogi N. Macro-geographical specificities of the prevailing tuberculosis epidemic as seen through SITVIT2, an updated version of the Mycobacterium tuberculosis genotyping database. Infection, Genetics and Evolution. 2019 Aug 1; 72:31-43.

12. Raviglione MC, Uplekar MW. WHO's new stop TB strategy. Lancet. 2006;367(9514):952e955.

٦٠13. M. Baker, A. Harries, C. Jeon, J. Hart, A. Kapur, K. Lonnroth etal., "The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review," *BMC Medicine*, vol. 9, article 81, 2011) 11(

14. Narasimhan P, Wood J, MacIntyre CR, Mathai D. Risk factors for tuberculosis. Pulmonary medicine. 2013;2013(1):828939.

15. Mangtani P, Abubakar I, Ariti C, Beynon R, Pimpin L, Fine PE, Rodrigues LC, Smith PG, Lipman M, Whiting PF, Sterne JA. Protection by BCG vaccine against tuberculosis: a systematic review of randomized controlled trials. Clinical infectious diseases. 2014 Feb 15;58(4):470-80.

16. Rogers JB. The effect of sunlight and oven heat on experimental tuberculosis. American Review of Tuberculosis. 1922 Apr;6(2):119-26.

17. Daniel TM, Bates JH, Downes KA. History of tuberculosis. Tuberculosis: pathogenesis, protection and control. 1994 May 16:13-24.

18. Daniel TM. The history of tuberculosis. Respiratory medicine. 2006 Nov 1;100(11):1862-70.

19. Hershfield ES. Tuberculosisestillamajor health problem. 2. Zaman K. Tuberculosis: a global health

. WHO. Global Tuberculosis Report 2018. Geneva: World Health Organization; problem. J Health Popul Nutr. 2010;28(2):111e113.

20. Gavazzi G, Herrmann F, Krause KH. Aging and infectious diseases in the developing world. Clin Infect Dis 2004; 39: 83–91

21. D'ArcyHartP,SutherlandI.BCGandvolebacillusBCGvaccinesin the prevention of tuberculosis inadolescenceand early adult life. BMJ 1977; 2: 293–5.

22. Musa BM, Musa B, Muhammed H, Ibrahim N, Musa AG. Incidence of tuberculosis and immunological profile of TB/HIV co-infected patients in Nigeria. Annals of thoracic medicine. 2015 Jul 1;10(3):185-92.

23. Koh WJ, Jeong BH, Kim SY, Jeon K, Park KU, Jhun BW, Lee H, Park HY, Kim DH, Huh HJ, Ki CS. Mycobacterial characteristics and treatment outcomes in Mycobacterium abscessus lung disease. Clinical Infectious Diseases. 2017 Feb 1;64(3):309-16.

24. Brennan, P. J., & Nikaido, H. (1995). The envelope of mycobacteria. *Annual Review of Biochemistry, 64*(1), 29-63.

25. Russell, D. G. (2001). Mycobacterium tuberculosis: Here today and here tomorrow. *Nature Reviews Molecular Cell Biology, 2*(8), 569-577.

26. Flynn, J. L., & Chan, J. (2001). Immunology of tuberculosis. *Annual Review of Immunology, 19*, 93-129.

27. Lyon SM, Rossman MD. Pulmonary tuberculosis. Microbiology spectrum. 2017 Feb 27;5(1):10-128.

28. Leung AN. Pulmonary tuberculosis: the essentials. Radiology. 1999 Feb;210(2):307-22.

29. Kayne GG, Pagel W, O'shaughnessy L. Pulmonary Tuberculosis. Pathology, Diagnosis, Management and Prevention

30. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. American family physician. 2005 Nov 1;72(9):1761-8.

31- apatra PR, Janmeja AK. Tuberculous lymphadenitis. J Assoc Physicians India. 2009 Aug 1;57(6):585-90. Moh

32. Coqueugniot H, Dutailly B, Desbarats P, Boulestin B, Pap I, Szikossy I, Baker O, Montaudon M, Panuel M, Karlinger K, Kovács B. Three-dimensional imaging of past skeletal TB: from lesion to process. Tuberculosis. 2015 Jun 1;95: S73-9.

33. Mignogna MD, Muzio LL, Favia G, Ruoppo E, Sammartino G, Zarrelli C, Bucci E. Oral tuberculosis: a clinical evaluation of 42 cases. Oral diseases. 2000 Jan;6(1):25-30.

34. Leonard JM. Central nervous system tuberculosis. Tuberculosis and nontuberculous mycobacterial infections. 2017 Jun 1:331-41.

35. Udwadia ZF, Sen T. Pleural tuberculosis: an update. Current opinion in pulmonary medicine. 2010 Jul 1;16(4):399-406

36. Khan R, Abid S, Jafri W, et al Diagnostic dilemma of abdominal tuberculosis in non-HIV patients: an ongoing challenge

١٢:٦٣٧١-٥for physicians. World J Gastroenterol 2006

37.Vaid U, C. Kane G. Tuberculous peritonitis. Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections. 2017 Jun 1:433-8.

38. Amarapurkar DN, Patel ND, Amarapurkar AD et al. Primary gastric tuberculosis report of 5 cases. BMC Gastroenterol 2003; 3:6

39. Rathi P, Gambhire P. Abdominal tuberculosis. J Assoc Physicians India. 2016 Feb 1;64(2):38-47.

40. Simon HB, Weinstein AJ, Pasternak MS, Swartz MN, Kunz LJ. Genitourinary tuberculosis: clinical features in a general hospital population. The American journal of medicine. 1977 Sep 1;63(3):410-20.

41. Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. Clinics in dermatology. 2007 Mar 1;25(2):173-80

42. Adefuye MA, Manjunatha N, Ganduri V, Rajasekaran K, Duraiyarasan S, Adefuye BO. Tuberculosis and cardiovascular complications: an overview. Cureus. 2022 Aug;14(8).

43. Hunter RL. Tuberculosis as a three-act play: A new paradigm for the pathogenesis of pulmonary tuberculosis. Tuberculosis. 2016 Mar 1; 97:8-17.

44. Shilova MV, Dye C. The resurgence of tuberculosis in Russia. Trans R Soc Lond B 2001;356(1411):1069–107

45. Vynnycky E, Fine PE. Lifetime risks, incubation period and serial interval of tuberculosis. Am J Epidemiol 2000; 152 (3) 247-263

46. WHO. Global tuberculosis report 2012. Geneva, Switzerland: WHO; 2012

47. Straetemans M, Glaziou P, Bierrenbach AL, Sismanidis C, van der Werf MJ. Assessing tuberculosis case fatality ratio: a meta-analysis. PLoS ONE 2011; 6 (6) e20755

48. Glaziou P, Falzon D, Floyd K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis. InSeminars in respiratory and critical care medicine 2013 Feb (Vol. 34, No. 01, pp. 003-016). Thieme Medical Publishers.

49. Castañeda-Hernández DM, Rodriguez-Morales AJ. Epidemiological burden of tuberculosis in developing countries. Curr. Top. Public Heal. 2013 May 15.

50. World Health Organization (WHO) Global Tuberculosis Report 2013. Geneva: 2013. Available at:

51. Couvin D, David A, Zozio T, Rastogi N. Macro-geographical specificities of the prevailing tuberculosis epidemic as seen through SITVIT2, an updated version of the Mycobacterium tuberculosis genotyping database. Infection, Genetics and Evolution. 2019 Aug 1; 72:31-43.

52. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. International migration report 2013. Geneva: United Nations; 2013.

53. Vaid U, C. Kane G. Tuberculous peritonitis. Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections. 2017 Jun 1:433-8.

54. GBD Tuberculosis Collaborators. The global burden of tuberculosis: results from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Infect Dis. 2017;3099(17):30692–8. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30703-X.

55. Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, et al Tuberculosis control and elimination 2010–50: Cure, care and social development Lancet 2010;375:1814–29

56. Pareek M, Greenaway C, Noori T, Munoz J, Zenner D. The impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in high-income countries: a review. BMC medicine. 2016 Dec; 14:1 0.

57. World Health Organization. Report of the guideline development group meeting on the use of bedaquiline in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis: a review of available evidence (2016), 28-29 June 2016, Geneva, Switzerland.

58. Dye C, Floyd K. 2006. Tuberculosis. In Disease Control Priorities Priorities in Developing Countries (ed. Jamison DT

59. Ogbo FA, Ogeleka P, Okoro A, Olusanya BO, Olusanya J, Ifegwu IK, Awosemo AO, Eastwood J, Page A. Tuberculosis disease burden and attributable risk factors in Nigeria, 1990–2016. Tropical medicine and health. 2018 Dec; 46:1-1.

60. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva Switzerland: World Health Organization; 2020. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

61. Khalid, A., Iqbal, M., & Jan, F. (2020). The epidemiological status of tuberculosis in Afghanistan: A comprehensive analysis. *Health Policy and Planning*, 35(9), 1155-1163.

62. World Health Organization (WHO). (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva: World Health Organization.

63. E. Stalenhoef, B. Alisjahbana, E. J. Nelwan et al., “The roleof interferon-gamma in the increased tuberculosis risk in type2 diabetes mellitus,” *European Journal of Clinical Microbiologyand Infectious Diseases*, vol. 27, no. 2, pp. 97–103, 2008

64. M. Baker, A. Harries, C. Jeon, J. Hart, A. Kapur, K. Lonnroth etal., “The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review,” *BMC Medicine*, vol. 9, article 81, 2011

65. Davies PD. Risk factors for tuberculosis. Monaldi archives for chest disease. 2005 Mar 30;63(1).

66. Murray, C. J. L., et al. (2021). Global burden of infectious diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(5), 577-588. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00127-3

67. Syed Q, Bellis MA, Beeching NJ *et al*. Tuberculin testing in two Liverpool Social Clubs: The effects of tuberculosis outbreak on background positivity. *Thorax* 1996; 51: 624-627

68. Springett VH. A comparative study of tuberculosis mortality rates. *Journal of Hygiene* 1950; 48: 361-95

69. Diwan VK, Thorson A. Sex, gender and tuberculosis. The Lancet. 1999 Mar 20;353(9157):1000-1.

70. Lönnroth, K., Jaramillo, E., Williams, B. G., Dye, C., & Raviglione, M. (2009). Drivers of tuberculosis+ Meredith S. Watson JM. Citron KM. Cockcroft A. Darbyshire JH. Are healthcare workers in England and Wales

71. Bhatti N, Law MR, Morris JK, Halliday R, Moore-Gillon JC. Increased incidence of tuberculosis in England and Wales: a study of the likely causes. *Brit Med J* 1995; 310: 967-969

72. Lin, H. H., et al. (2009). "Tobacco smoke and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis." *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*.

73. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, Giovino GA, West R, Hall W, Griffiths P, Ali R. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. Addiction. 2018 Oct;113(10):1905-26.

74. Chan TY. Vitamin D deficiency and susceptibility to tuberculosis. Calcified tissue international. 2000 Jun; 66:476-8.

75. Keane J, Gershon S, Wise RP *et al*. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor-alpha neutralizing agent. *N Eng J Med* 2001; 345: 1098-

76. Lee S, Lee W, Kang SK. Tuberculosis infection status and risk factors among health workers: an updated systematic review. Annals of Occupational and Environmental Medicine. 2021;33.

77. Sharma SK, Mohan A. Multidrug-resistant tuberculosis. Indian Journal of Medical Research. 2004;120(4):354-76

78. Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källenius G. Tuberculosis and HIV co-infection. PLoS pathogens. 2012 Feb 16;8(2): e1002464

Incidence of Tuberculosis and Its Risk Factors

[1]Dr. Sher Mohammad Zaki
[1]Para-Clinic Department, Faculty of Medicine, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: shirmohammadzaki@gmail.com

Received: 22-Jan-2025 Accepted: 15-Feb-2025 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Tuberculosis (TB) is an infectious disease that affects humans and various animals. This disease is caused by Mycobacterium tuberculosis, which has a long historical background. Tuberculosis is a significant global health threat and is currently the second leading cause of death from infectious diseases, following AIDS and HIV. Mycobacterium tuberculosis primarily affects the lungs but can also impact other parts of the body. The highest mortality rates are observed in developing countries. Additionally, tuberculosis has various characteristics that contribute to its transmission and progression. Tuberculosis has different strains and can live within hosts, including humans and animals. It is transmitted to humans through multiple pathways, with the most common being inhalation. The bacteria enter the lungs via the respiratory system and settle in macrophage cells. Approximately one-third of the world's population is infected with TB. Each year, 8 to 10 million new cases are reported globally. For instance, in 2011, around 8.7 million new cases were recorded worldwide, equating to approximately 125 cases per 100,000 individuals. The prevalence of TB varies over the years and across different regions. Men are more likely to be affected than women, with a male-to-female ratio of about 2:1. Severe cases are more common among individuals with compromised immunity, such as those with HIV, diabetes, malnutrition, cancer, or those undergoing immunosuppressive treatments. Other risk factors include advanced age, infancy, pregnancy, alcohol and tobacco use, lack of healthcare access, migration, poverty, environmental conditions and drug-resistant TB strains. This review article aims to provide a comprehensive and updated analysis of tuberculosis, focusing on its identification, incidence and associated risk factors.

Keywords: Cases, Risk Factors, Tuberculosis

د ماشومانو د خوارځواکۍ په مخنيوي کې د مور د شيدو ونډه

محبت الله عزيزي[۱]، عمران الله رسولي[۲]، بلال احمد صديقي[۳]، هجرت الله غفورزی[۴]

[۱،۲،۳،۴]ستوماتولوژي څانګه، غاښونو طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل ليکوال برېښناليک: muhabatullah.aziz@spingharuniversity.edu.af

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډيز

د مور شيدې يوه ځانګړې غذايي مايع او د ماشومانو د لومړنۍ تغذيې غوره سرچينه ده. دا د وخت سره د ماشوم اړتياوو ته بدلېږي او پروټين، شحمي مواد، هورمونونه، معافيتي برخې او د ودې لپاره اړين عناصر لري. د کولسترم (لومړنۍ شيدې) ترکيب د پروټين او ويټامينونو په شمول د معافيت لوړ ځواکونه لري، چې د ژوند په لومړيو ورځو کې حياتي دي. د مور شيدې د ماشومانو د خوارځواکۍ مخنيوي کې مهمه ونډه لري او د ژوند په لومړيو شپږو مياشتو کې د بشپړې تغذيې ورتيا لري. شيدې ورکول د معافيت لوړولو او د ناروغيو مخنيوي کې مرسته کوي. برعکس د شيدو نه ورکول د ماشوم د کمزوري معافيت، خوارځواکۍ او ساري ناروغيو لکه نس ناستې او سينه بغل د زياتوالي لامل کېږي، چې د ماشوم د مړينې او معيوبيت خطر لوړوي. د شيدو نه ورکول د ماشوم د خوارځواکۍ عمده لامل ګڼل کېږي، په ځانګړې توګه په ټيټ عايد لرونکو هيوادونو کې. شيدې ورکول د مغذي موادو له لاسه ورکولو مخه نيسي او د ودې کمښت، قد ټيټوالی او د وزن ضايع کېدو خطر کموي. څېړنې ښيي چې په بشپړ ډول د شيدو ورکولو نشتوالی د ماشوم د خوارځواکۍ کچه لوړوي. د مور شيدې د معافيت د پياوړتيا لپاره ځانګړي عناصر لري، چې ماشوم له انتاني ناروغيو لکه سينه بغل، نس ناستې او ګاسټروانټرايټس څخه ساتي. سربېره پر دې، د شيدو ورکولو دوام د ناروغيو پر مهال د ماشوم بيا رغونه ګړندۍ کوي. دا مقاله د مور شيدو اهميت روښانه کوي، د خوارځواکۍ او ناروغيو په مخنيوي کې يې اغېز بيانوي او ميندې هڅوي چې خپلو ماشومانو ته يوازې شيدې ورکړي. د شيدو ورکولو د ودې لپاره د کلتوري خنډونو له منځه وړل او د عامه پوهاوي زياتول د مقالې يو مهم هدف دی.

کليدي کلمې: خوارځواکي، ماشومان، مورنۍ تغذيه، مورنۍ شيدې، ناروغيو مخنيوی

پېژندنه

د ځو لسيزو راهيسې څېړنو ښودلې چې يوازې د مور شيدو ورکولو او د اوږدمهاله شيدو ورکولو هڅونه د ماشومانو روغتيا او بقا د ښه والي لپاره په ټوله نړۍ کې يوه له اغېزناکو لارو چارو څخه ده(۳-۱)، خو په نړۍ‌واله کچه د مور شيدو ورکولو کچه لا هم په ټيټه کچه پاتې ده او په اوسني وخت کې يوازې ٪۳۸ ماشومان په ټوله نړۍ کې د ژوند په لومړيو ٦ مياشتو کې يوازې د مور شيدې ترلاسه کوي(۴). په ورته وخت کې، د مور شيدو ورکولو ناسم چلندونه اټکل شوي چې په ټوله نړۍ کې له ۵ کالو څخه کم عمره ماشومانو په منځ کې د ٪۱۱ مړګونو او ٪۱۰ معيوبيت مسؤل دي(۵، ٦). په وروستيو محاسبو کې په مکسيکو او امريکا کې د مور د ناکافي شيدو ورکولو له کبله خورا لوړ لګښتونه څرګند شوي دي(۹-۷). په امريکا کې هر کال د ژوند په لومړيو ٦ مياشتو کې يوازې د مور شيدو ورکولو له لارې له ۹۰۰ څخه زيات د نويو زېږېدلو او ماشومانو مړينې او د ۱۳ ميلياردو ډالرو روغتيايي لګښتونه سپمېدلی شي(۹). د مور شيدو د مختلفو ډولونو د خوارځواکۍ پر وړاندې د مخنيوي اغېزو په اړه پراخې اوږدمهاله څېړنې لا هم کمې دي(۳، ۱۳-۱۰). د عامې روغتيا له نظره دا د معلوماتو تشه ډېره مهمه ده، په ځانګړې توګه د ماشومانو د قد ټيټوالي (٪۲۵)، کم وزن (٪۱۵)، دعضلاتو ويلي کېدل (٪۸) او د اوسپنې کموالي انيميا (٪۴۷) لوړې نړۍ‌والې شيوع په پام کې نيولو سره، چې تر پنځو کالو کم عمره ماشومانو کې شتون لري(۱۴، ۱۵). د ماشومانو پر مړينې باندې مستقيم او نامستقيم اغېزو تر څنګ(۵)، د خوارځواکۍ پايلې د افرادو د ودې، پرمختګ او روغتيا لپاره پراخې دي، چې ډېری وختونه د نسلونو په اوږدو کې دوام لري(٦، ١٦). د مور شيدو د ورکولو منځمهاله او اوږدمهاله اغېزو، د وزن زياتوالي، چاغوالي او اړوندو ناروغيو کې د مخنيوي په اړه څېړنې، په ځانګړي ډول په لوړو او منځنيو عايد لرونکو هېوادونو کې ترسره شوي دي(۲۰-۱۷). په ورته وخت کې، د ماشومانو د چاغوالي کچې، چې اکثراً د قد ټيټوالي سره تړاو لري، په ډېری هېوادونو کې د اپيډيمی تر کچې رسېدلي دي(۲۱، ۲۲). له همدې امله، د ماشومانو د چاغوالي مخنيوی د نن ورځې له جدي ننګونو څخه ګڼل کېږي(۲۵-۲۳). ددې مقالې هدف دا دی چې د ماشومانو د خوارځواکۍ د مختلفو ډولونو په مخنيوي کې د مور شيدو ورکولو شونې ونډې په اړه شته پوهه وڅېړي. په مقاله کې د ساري ناروغيو او خوارځواکۍ ترمنځ د مهمې اړيکې له امله د مور شيدو د ورکولو اغېزه په ساري ناروغيو کې هم تر بحث لاندې نيول کېږي(۲٦).

د مور د شيدو ځانګړتياوې

د انساني شيدو ترکيب ځانګړی دی، چې په فعال او متحرک ډول د هر ماشوم د تغذيې اړتياو ته ځان برابروي او له وخت مخکې (بې مودې يا Premature) زېږېدلي ماشوم او وروسته له زېږونه د عمر پر اساس بدلونونه کوي. د مور شيدو ترکيب د شيدو ورکولو پرمهال، د ماشوم د عمر په زياتېدو سره، بدلېږي، څکه چې په لومړنيو شيدو

(foremilk) کې مایکرو غذايي مواد او اوبه زياتې وي، چې د تندې پوره کولو لپاره کار کوي، په داسې حال کې چې په وروستيو شيدو (hindmilk) کې د شحمو مقدار زيات وي، چې د چټک وده کوونکي ماشوم د انرژۍ اړتياوې پوره کوي. هورمونونه په وروستيو شيدو کې ماشوم ته د مړښت احساس ورکوي(۲۷). د مور شيدې د ماشوم په روغتيا، وده او پرمختګ کې مرسته کوي، البته د هغې د ځانګړي ترکيب له امله چې پکې ماکرو او مايکرو غذايي مواد، هضمي انزايمونه، هورمونونه، د التهاب ضد مواد، د ودې تنظيمونکي او پريبيوتيک(Prebiotics) مواد شامل دي، لکه بيفيدس (Bifudus) فکتورونه، چې د هاضمې لارو د ودې ښه والي ته وده ورکوي او د بيفيډوباکټريا (Bifidobacteria) د ودې هڅونه کوي. د انسان شيدو کې بايواکتيف (Bioactive) مرکبات شامل دي چې يوازې په روښانه شوې برخه کې يې ځانګړي او غير ځانګړي د ميکروب ضد فکتورونه شامل دي، چې د ساري ناروغيو پر وړاندې محافظت کې مرسته کوي(۲۸، ۲۹). د مور شيدو کې ماکرو او مايکرو غذايي مواد د هغو ماشومانو لپاره چې تر ٦ مياشتو عمر لري، د سپارل شويو غذايي اړتياو پوره کولو لپاره تر ټولو غوره او مناسب دي(۳۰). د مور شيدې د ماشوم د فارمولې برعکس، په لومړيو ورځو کې د پروټين کمه کچه لري او د ويي او کيسين ترمنځ تناسب (Whey And Casein Fraction) پکې نږدې ٪۹۰ دی. دا لوړ تناسب په ځانګړي ډول د انټي مايکروبيل فعاليت لپاره ګټور دی. د مور د شيدو د پروټين کيسين برخه د کلسيم، اوسپنې او زنک جذب اسانوي(۳۰). د انساني شيدو کوچني غذايي مواد (Micronutrients) لوړ حياتي جذب (Bioavailability) لري(۳۱). د مور د شيدو تر ٪۸۰ پورې اوسپنه جذبيږي، په داسې حال کې چې د اوسپنې جذب په عمومي ډول له ۱۲ څخه تر ۲۵ سلنه پورې وي او د غير هيم اوسپنې جذب له پنځه سلنې څخه هم کم وي(۳۲). د ژوند په لومړۍ مياشت کې د مور د شيدو ترکيب هره ورځ بدلون مومي، چې له کولسټرم څخه پيليږي، بيا د انتقالي شيدو له لارې په بالغو (Mature) شيدو بدليږي، ترڅو د نوي زيږيدلي ماشوم ځانګړې اړتياوې د غوره ودې، د هاضمي سيستم فعاليت او دفاعي ځواک لپاره پوره کړي(۲۷). له وخته وړاندې زيږيدلو ماشومانو لپاره د مېندو لومړنۍ شيدې په ترکيب کې توپير لري؛ په دې کې پروټين او منرالونه زيات وي او داسې غوړ لري چې په اسانۍ سره هضميږي(۲۹). د مور د شيدو لومړنۍ اوبه چې کولسټرم (ووره) بلل کيږي، په ځانګړي ډول د پروټين او په شحمو کې منحل ويټامينونو لکه ويټامين ای، د ودې فکټورونو او معافيتي برخو څخه بډايه وي، د ناروغيو په مخنيوي کې د دې د مهمې ونډې له امله، کولسټرم ډېرې وخت د ماشوم لپاره لومړنۍ واکسين ګڼل کيږي. د دې بشپړې ګټې ترلاسه کولو لپاره، شيدې ورکول بايد څومره ژر چې ممکن وي پيل شي. وروستيو ميټا تحليلونو (Meta-Analysis) ښودلې چې په ټيټ او منځنۍ عايد لرونکو هيوادونو کې د ژوند په لومړي ساعت کې د شيدو پيل کولای شي د ۵۰ سلنه نويو زيږيدلو ماشومانو د مړينې مخه ونيسي. يوازې د مور شيدې څښونکو نويو زيږيدلو ماشومانو کې د سيپسس، نس ناستې او تنفسي انتاناتو خطر د

هغو ماشومانو په پرتله، چې قسماً د مور شیدې ورکول کېږي، په څرګند ډول ټیټ وي(۳۳، ۳۴). سربېره پر دې، په هند او هایتي کې سروې ګانو وښودل چې د ژوند په لومړي ساعت کې د شیدو پیلول تر پنځو کلونو کم عمره ماشومانو کې د عضلاتو د ویلي کېدو (Stunting) د خطر کمېدو سره تړاو لري(۳۵، ۳٦). د کولستېرم لوړ پروټیني جوړښت له امله یې قوام کریمي ښکاري او رنګ یې ژیړ وي. له بده مرغه له وروستیو شیدو (Mature Milk) سره د دې د همدغه توپیر له امله کولستېرم په پراخه کچه ناولي ګڼل کېږي او له امله یې غورځول کېږي او ډېری وخت په لومړنیو درې ورځو کی د نورو موادو په‌واسطه ځای نیسي (Prelacteal Feeding)(۳۷-۳۹). په ایتوپیا، اندونیزیا او چین کې څېړنو څرګنده کړه چې ډېری نویو زېږېدلو ماشومانو د ژوند په لومړي ساعت کې کولستېرم نه دی ترلاسه کړی، شیدې ورکول تر پنځو ورځو پورې ځنډول شوي، چې په دې موده کې اکثره مخکې له شیدو ورکولو (Prelacteal Feeding)ترسره شوی(۳۷، ۳۸، ۴۰). د چین د سیچوان ولایت په ښاري او کلیوالي سیمو کې څېړنو څرګنده کړه چې د (Cesarean Section) زېږونونو او له دوه ورځو څخه زیات د شیدو ورکولو ځنډ تر منځ یو مهم تړاو شته، چې دا د اندېښنې وړ ده، ځکه چې ٪٦۷ نوي زېږېدلي ماشومان د همدې زېږون له لارې زېږول شوي دي(۳۸، ۴۰). د شیدو ورکولو په پیل کې ځنډ، د کولیستروم غورځول او د مور له شیدو څخه مخکې د نورو خوراکونو ورکول هغه کړنې دي چې د شیدو ورکولو په نیمګړي تطبیق کې برخه اخلي او کولای شي د کم خوراکۍ (Under Nutrition)، معیوبیت او حتی د مړینې د کچې په زیاتوالي کې مرسته وکړي. له همدې امله د تغذیې ښوونکي باید د کلتوري کړنو او کورنیو فکتورونو په اړه پوهه ولري، لکه د نیاګانو ونډه، ترڅو په اغېزناک ډول د شیدو ورکولو هڅونه ښه کړي او والدین دې ته وهڅوي چې د خپل ماشوم لپاره ښه تغذیه غوره کړي(۳۸، ۴۱). دا سپارښتنه د هغو ماشومانو لپاره هم ده چې وزن یې د زېږون پر وخت ۲۵۰۰ ګرامو څخه کم وي، چې د روغتیا نړۍ‌وال سازمان د وړاندیز سره سم باید څومره ژر چې شوني وي، ماشوم شیدو ته پرېښودل شي، د پوستکي-په-پوستکي نژدې اړیکې له لارې ملاتړ ترلاسه کړي او تر ٦ میاشتو پورې یوازې شیدې ورکړل شي(۴۲).

خوارځواکي او انتاني ناروغۍ

په دې اړه ډېر شواهد شته چې د شیدو ورکول په صنعتي هېوادونو، په ځانګړي ډول ټیټ عاید لرونکو هېوادونو کې، د ساري ناروغیو د خطر په کمولو کې مرسته کوي، چې شیدې ورکول کولی شي د کم خوراکۍ (under nutrition) او انتان د ناوړه دوران په ماتولو کې مهمه ونډه ولري(۴۳، ۴۴). د انتاني ناروغیو له امله رامنځته شوی د حادی مرحلې ځواب عموماً د انابولیک او کتابولیک غبرګونونو لامل کېږي، چې له یوې خوا معافیت هڅوي او له بلې خوا، د اشتها له لاسه ورکولو له امله، په غذایي وضعیت ناوړه اغېزه کوي او له همدې امله د خوړو مصرف کموي(۴۵).

په همدې وخت کې لوی او کوچني مغذي مواد د معافيتي غبرګونونو لپاره بيليږي، په‌داسې حال کې چې په عمومي ډول بنسټيز ميټابوليک کچه (Basal Metabolic Rate)، د انرژۍ او تغذيې اړتياوو په ګډون، لوړيږي(۳۲). په ورته ډول د غذايي موادو کموالی د ګيسټروانټريټس (Gastroenteritis) په جريان کې د غذايي موادو د جذب خرابوالی، د تشو بولو له لارې د نايتروجن ضياع او د غذايي موادو له لاسه ورکولو له امله نور هم زياتيږي، چې په ځانګړې توګه د جدي، دوامداره يا تکراري انتاناتو لپاره لوړ خطرونه لري(۴۶، ۴۷).

د ماشوم د ژوندي پاتې کېدو د يوې مهمې ستراتېژۍ په توګه، ډېرې څېړنو ښودلې ده چې د ماشومانو د مړينې د کمولو لپاره شيدې ورکول تر ټولو اغېزناکه وقايوي مداخله ده(۳-۱). که څه هم دا کولای شي د ساري ناروغيو پېښې او شدت کم کړي، مګر د محافظتي اغېزې کچه د شيدو ورکولو په درجې پورې تړلې ده(۴۸). په بشپړه توګه شيدې ترلاسه کوونکو ماشومانو کې د انتاني ناروغيو له کبله د معيوبيت او مړينې خطر تر ټولو ټيټ وي، په غالب ډول شيدې ترلاسه کوونکو ماشومانو کې يو څه زياتيږي، په قسمي ډول شيدې ترلاسه کوونکو ماشومانو کې نوره هم لوړيږي او په هغو ماشومانو کې چې هيڅکله يې شيدې نه دي ترلاسه کړي، تر ټولو لوړ وي(۴۹، ۵۰). د مړينې له نظره هغو ماشومانو ته چې شيدې نه دي ورکړل شوي، د هغو ماشومانو په پرتله چې په بشپړه توګه شيدې ورکول شوي دي، د نس ناستې له ناروغۍ څخه د مړينې شاوخوا ۱۰ برابره او د سينه بغل له ناروغۍ څخه د مړينې ۱۵ برابره زياته شونتيا شته(۵۱). د ژوند په لومړيو شپږو مياشتو کې بشپړې شيدې ورکول او تر دوه کلنۍ پورې دوام ورکول د سينه بغل د پېښو کمولو لپاره خورا مهم دي(۵۰). سينه بغل د ماشومانو د مړينې اصلي لامل دی، چې په ۲۰۱۰ز کال کې يې تر پنځو کلونو کم عمره ۴,۱ ميليونه ماشومان وژلي او د معيوبيت او مړينې زياتره پېښې په پرمختيايي هېوادونو کې د بې وزله او تر ټولو زيانمنونکو ماشومانو کې ليدل شوي دي(۵۲). په ورته ډول، د شيدو ورکول د معافيتي ميکانيزمونو له لارې او ماشوم د ککړو مايعاتو او خوراکونو له اغېزو څخه په خوندي ساتلو سره ماشوم د نس ناستې ناروغۍ له کبله د معيوبيت او مړينې پر وړاندې خوندي کوي(۴۹).

په دې اړه څرګند شواهد شته چې د شيدو نه ورکول يا نيمګړي شيدې ورکول د نس ناستې پېښې او د هغې دوام زياتوي. سربيره پر دې، د لنډو وختونو په موده کې د نس ناستې تکراري پېښې او د معدې او کولمو تکراري ناروغۍ د وزن په زياتوالي کې د پاتې راتلو او د ودې په ناکامۍ کې د پام وړ خطرونه لري، چې په پايله کې ماشوم د ودې د وروسته پاتې والي(Stunting) سره مخ کوي(۴۹، ۵۱). د خوارځواکۍ لوړ خطر په مصنوعي تغذيې پورې تړلی دی، په ځانګړي ډول په ټيټ عايد لرونکو هېوادونو کې، چې د خرابې چاپېريالي حفظ الصحې لرونکي وي، خو په ورته وخت کې دغه حالت په ټوله نړۍ کې ليدل کېږي، په ځانګړې توګه د بېړنيو حالتونو په شرايطو کې(۵۳، ۵۴).

داسې شواهد هم شته چې د ناروغۍ پر مهال او وروسته له ناروغۍ څخه د شيدو دوامداره ورکول د بيا رغونې لپاره ګټور دي. د ناروغۍ پر مهال او تر هغې وروسته د شيدو ورکولو دوام د روغتيا په بيا ترلاسه کولو کې مرسته کوي. د مور شيدې مناسبه انرژي او غذايي مواد، معافيتي ځانګړتياوې، اسانه هضمېدنه او همدارنګه رواني-احساسي اغېزې هغه ګټور عوامل دي چې د انتاني ناروغيو منفي تغذيې پايلې کمولی شي(۵۵). د انتاناتو پر مهال د مور شيدو خوړونکي زياتره ماشومان کولی شي له مور شيدو څخه نږدې نورماله انرژي ترلاسه کړي، په داسې حال کې چې د مور د شيدو بديل څخه د انرژۍ ترلاسه کولو کمښت د ناروغۍ پر مهال نږدې ٪۲۰ کم ښودل شوی دی. د معدې او کولمو التهاب (ګاسټرو انټرايټس) او سينه بغل (نمونيا) سربېره، ګڼې نورې انتاني ناروغۍ هم شته، لکه د غوږ منځنۍ برخې التهاب (اوټايټس ميډيا)، د هيموفيلوس انفلونزا مينينجايټس، د بولي لارې انتانات او د تنفسي سېستم انتانات، چې د شيدو ورکولو سره يې د کمو پېښو يا کم شدت تړاو ښودل شوی دی. سره له دې چې د ځينو د مخنيوي ميکانيزمونو لپاره قانع کوونکي وضاحتونه شته، لا هم د تغذيې معافيت پوهې په برخه کې نورې څېړنې او د انتاناتو او تغذيې تر منځ د اړيکې په اړه مطالعې اړينې دي، ترڅو د شيدو ورکولو معافيتي ونډه په بشپړ ډول وپېژندل شي.

په Cochrane meta-analysis کې موندل شوي چې د پوره مودې ماشومان چې يوازې د مور شيدې خوري، د ژوند د لومړيو شپږو مياشتو په جريان کې د ودې له کمښت څخه نه ځورېږي(۱۳). په دې وروستيو کې، په ټيټ او منځني عايد لرونکو هېوادونو کې، يوازې د مور شيدو ورکولو او د خوارځواکۍ ترمنځ د کم خطر تړاو موندل شوی دی(۱۲)، په‌داسې حال کې چې ډېرو وړو مطالعو ښودلې چې يوازې د مور شيدې خوړونکي ماشومان لږه شونتيا لري، چې د ودې کمښت (۶۲، ۶۳)، په برازيل کې يوې پراخې څېړنې وښودله چې يوازې د مور په شيدو تغذيه کېدونکو ماشومانو قد او وزن، د متحده ايالتونو د روغتيا د احصايې ملي مرکز (۱۹۷۷ز) او د روغتيا نړۍ‌وال سازمان (۲۰۰۶ز)، د معياري کچو سره برابر يا له هغې لوړ دی، په ځانګړي ډول د ژوند د څلورو او شپږو مياشتو ترمنځ د وزن منځنۍ کچه ډېره لوړه وه(۶۴).

په بنګله‌دېش او زامبيا کې د ډيموګرافيک او روغتيا لويو سروې‌ګانو تحليلونه ښيي، چې يوازې د مور شيدې خوړونکي ماشومان د وزن ضايع کېدو (Wasting) له ستونزې سره د مخ کېدو لږه شونتيا لري(۶۵). د ابتدايي ماشوموالي (Early Infancy) په پړاو کې ماشومان د ودې د کمښت (Stunting) په پرتله د ضايع کېدلو پر وړاندې ډېر حساس دي(۶۶). په ماشومانو کې د قد د ودې دوامداره نيمګړتياوې، چې د (Stunting) په توګه پېژندل کېږي،

په ځانګړې توګه د ماشومتوب په وروستيو کلونو کې، ډېرې څرګندې وي. له همدې امله، يوازې د مور شيدو پهواسطه تغذيه کولو له مخې د (Stunting) د مخنيوي په برخه کې د شونو اغېزو ارزول ستونزمن دي. سربېره پر دې، د شيدو ورکولو د بنو د دوامداره ارزونو نشتوالی او د څېړونکو لخوا د دې ارزونو کارونو د مطالعې د پايلو تفسير او پرتله کول ستونزمن کړي دي(٦٧، ٦٨)، چې په دې برخه کی په تېرو ليکنو کې د ناسمو پايلو او عموميتونو لامل ګرځېدلي دي(٣، ٦، ٦٩). د بېلابېلو ګډو متغيرونو له امله د شونو تعصبونو ترڅنګ، دا هم ستونزمنه ده چې د ماشوم د تغذيې په حالت باندې د شيدو ورکولو ځانګړې اغېزه د تکميلي خوړو يا بشپړونکو غذايي موادو (Complementary Foods) له کيفيت او کميت څخه جلا وپېژندل شي(١٣، ٦٩). په ټوله نړۍ کې د ودې د ټکني کېدو او مايکرو مغذي موادو د کمښت زياتې پېښې عموماً د تکميلي تغذيې په دوره کې رامنځته کېږي، چې له شپږو (٦) څخه تر ٢٣ مياشتو پورې ټاکل شوې ده(٥٧). د مور شيدو ورکولو او تکميلي تغذيې ترمنځ د متقابلو اغېزو په اړه مطالعات لږ دي، خو د مور شيدو ورکول د تکميلي خوړو سره يو ځای کول خورا مهم دي، ترڅو ټول هغه مغذي مواد وړاندې کړي، چې لوړ بيولوژيکي ارزښت لري او د خطي ودې لپاره اړين وي(٧٠). دا د خراب غذايي کيفيت لرونکو تکميلي خوړو په شرايطو کې ځانګړی اهميت لري(٢٥، ٧١، ٧٢). له همدې امله، د ماشوم د ژوند په لومړيو دوه کلونو کې د اړتيا پر بنسټ د مور شيدو دوامداره تغذيه د ماشوم د خوارځواکۍ مخنيوي کې مرسته کوي(٧٣). د هغو لويو ماشومانو له ډلې چې د مور شيدې ورکول کېږي، د ودې د ورو پرمختګ راپورونو په اړه د معکوس عليت له امله يو لانجمن بحث شتون لري(٧٩-٧۴). په تېره عايد لرونکو هېوادونو کې، کوچني او ورو وده کوونکو ماشومانو ته معمولاً د اوږدې مودې لپاره د مور شيدو ورکولو امکان زيات وي، چې دا د ناسمې پايلې سبب کېږي(٧٩، ٨٠). په صنعتي هېوادونو کې ښايي د يوې مور باور چې هغه په مناسبه توګه شيدې ورکولی شي، هغه وخت زيانمن شي چې ماشوم يې کوچنی وي، چې دا بيا د وخت نه مخکې د تکميلي تغذيې (Weaning) د پيلېدو سبب کېږي او د شيدو ورکولو مخه نيسي(٧٧). په ماشومانو کې د خوارځواکۍ يو سبب په فارمولا شيدو کې د ډېرو اوبو ګډولو له امله کېدلی شي. په تېره عايد لرونکو هېوادونو کې موندل شوي چې ٢٠٪ ميندې فارمولا شيدې کاروي، نو همدا فارمولا شيدې کاروونکو ميندو کې له ٪۴٠ څخه زياتو يې تر ټاکلې اندازې زياتې اوبه ورسره ګډې کړې دي(٨١، ٨٢). برعکس، د اوبو لږ کارول کولی شي په ناسم ډول سره جوړ شوی فارمول لوړ او سمولاليت له امله د پښتورګو په څېر غړو ته زيان ورسوي. دا ستونزې په ځانګړې توګه هغه وخت ډېرې اړوندې دي، چې پالونکې (ميندې) د محصول ليبلونه نهشي لوستلی يا د لارښوونو بشپړ درک نشي کولی، کوم چې اکثراً په محلي ژبه کې ليکل شوي نه وي(٨٣، ٨۴). د مور شيدو تغذيه ترلاسه کوونکو ماشومانو د اوسپنې حالت په اړه بحثونه شوي، چې ايا يوازې د مور شيدې د ماشومانو لپاره د مناسبې اوسپنې حالت ساتلو لپاره کافي دي؟ پخوانيو څېړنو يوازې د مور

شيدو ورکولو سره د اوسپنې کموالی او کمخوني څرګنده کړې وه او د ۴-۶ مياشتو په عمر کې د تکميلي خوړو له لارې د اوسپنې وراضافه کولو وړانديز يې کړی و(۸۸-۸۵). اوس‌مهال يوازې د مور شيدو ورکونکو ماشومانو لپاره د اوسپنې په اړه هيڅ نړۍ‌والې لارښوونې نه‌شته. عامې حواله شوې څېړنې د ګډو عواملو د کنټرول د نشتوالي له امله د پام وړ ميتودولوژيکي محدوديتونه لري. د نوم ناوخته پرې کول د زېږون پر مهال د اوسپنې ذخيره زياتولی شي. د مور شيدو اوسپنه او لاکټوفرين په کولو کې په مؤثره توګه جذبېږي او د دې له کبله په بدن کې مناسبه اوسپنه ذخيره کېږي، د رحم د دننه ژوند په لومړيو شپږو مياشتو کې ماشوم ته د ميتابوليزم لپاره پوره اندازه اوسپنه رسول کېږي(۸۹-۹۱). له همدې امله، د بشپړې مودې د ماشومانو لپاره چې يوازې د مور شيدې ورکول کېږي، تر شپږو مياشتو پورې د درملنې لپاره اضافي اوسپنې ورکولو ته اړتيا نشته(۹۱-۸۹).

د زيات وزن او چاغوالي مخنيوی

د ماشومانو د چاغوالي په اړه په ځينو څېړنو کې د مور شيدو ورکولو محافظتي اغېز څرګند شوی دی، په ځانګړې توګه په صنعتي نړۍ کې، چې د شيدو ورکولو له لارې د چاغوالي خطر (٪۳۸-۱۵) کمښت ښيي(۱۸، ۱۹، ۹۲، ۹۳). د دې سربېره، د مور شيدو ورکولو د مخنيوي ونډه د ميتابوليک پروګرامينګ په مهمه دوره کې هم مهمه ده(۹۲، ۹۴، ۹۵). د چاغوالي د مخنيوي لپاره د مور شيدو ځانګړتياو سره تړلي ګڼ شمېر بيولوژيکي احتمالي تشريحات شته. د مور شيدې معتدله کالوري لري او د ماشوم د ودې سره سم بدلون کوي، په داسې حال کې چې د ماشومانو فارمولا شيدې تغير نه کوي او د پروټين لوړې کچې لري. په اروپا کې د ماشوم د ژوند په لومړيو کې د پروټين لوړې کچې اغېزې د "لومړني پروټين فرضيه" تر عنوان لاندې مطالعه شوې دي(۹۶). په يوې تعقيبي څېړنه کې چې په شپږ کلنو ماشومانو ترسره شوه، د چاغوالي کچه په هغو ماشومانو کې چې لوړ پروټين لرونکي فارمولا شيدې يې کارولې وې ٪۱۰، په هغو ماشومانو کې چې د ټيټ پروټين لرونکی فارمول يې کارولی و، ٪۴،۴ او په هغو ماشومانو کې چې د مور شيدې يې خوړلې وې ٪۲،۹ وه(۹۷). هغه ماشومان چې د مور شيدې خوري، د انرژۍ ټيټ ميتابوليزم له کبله ښايي د انسولين او د غوړ د زېرمه کولو کموالی تجربه کړي(۹۸). د فارمولا شيدې خوړونکو ماشومانو په پرتله د مور شيدو خوړونکو ماشومانو کې د ودې چټکتيا او د سلنې د کچې لږ پورته تګ ليدل شوی، چې حتی د دوه کلنۍ په عمر کې هم د زيات وزن او چاغوالي خطر کموي(۹۸، ۹۹). نور احتمالي توضيحات د مور شيدو په بيولوژيکي فعالو موادو پورې اړه لري، چې د غوړ حجرو (Adipocyte) په وده اغېزه کوي. سربېره پر دې، د مور شيدې خوړونکي ماشومان د خپلې انرژۍ اړتياوې په خپله تنظيمولو ورتيا لري، چې دا د اشتها تنظيم باندې اغېز کوي(۹۸، ۱۰۰). ددې برعکس د بوتل له لارې تغذيه شوي ماشومان، چې د والدينو په بشپړ کنټرول کې وي،

ډېرې وختونه تر اړتیا زیاته تغذیه کېږي او د مور شیدې خوړونکو ماشومانو په پرتله تر ۳۰٪ پورې زیاتې شیدې مصرفوي(۱۰۰). د ماشومانو د چاغوالي په اړه د نړۍ په کچه د عامې روغتیا د زیاتېدونکې اندېښنې په اړه په ۱۲ هېوادونو کې د وګړو په اړه یو تازه میټا-تحلیل ترسره شوی دی. په دې تحلیل کې څرګنده شوې چې د مور شیدو تغذیه ترلاسه کوونکو ماشومانو کې د ماشومانو د چاغوالي خطر د هغو ماشومانو په پرتله چې هیڅکله یې د مور شیدې نه وې خوړلي، ٪۲۲ کم و. سربېره پر دې، دغه میټا-تحلیل د مور شیدو ورکولو او د ماشومانو د چاغوالي تر منځ د دوز-ځواب اړیکه وښودله. له دربیو میاشتو څخه د لږ وخت لپاره د مور شیدې ورکول د ماشومانو د چاغوالي لږ محافظت چمتو کوي، په داسې حال کې چې د اوو میاشتو یا له دې څخه ډېرې مودې لپاره د مور شیدو ورکول د پام وړ لوړ محافظت سره تړاو درلود(۱۰۳). په ورته وخت کې وراثت او چاپیریالي عوامل، سګرټ څکل، د زېږون وزن او د وزن د زیاتېدو چټکتیا، د ماشومانو د چاغوالي د خطر فکتورونو په توګه، د ماشوم تغذیې طریقو په پرتله ډېر اغېزناک بلل کېږي(۱۰۴).

د مور په شیدو باندې د مور د رژیم او غذایي حالت اغېزې

د مور اړوند عوامل کولی شي په شیدو ورکولو اغېز وکړي. په هغو میندو کې چې له کم غذایي حالت او سخت فزیکي فعالیت سره مخ وي، د مور شیدو د تولید حجم په نسبي توګه ثابت پاتې کېږي؛ دا حالت احتمالاً د پرولاکتین په افراز کې د جبراني زیاتوالي له امله وي(۱۰۷-۱۰۵). د مور شیدو حجم د ماشوم د شیدو خوړلو د تکرار له لارې زیاتوالی مومي، مګر فشار، سګرټ څکل او د تکمیلي فارمول تغذیه د مور شیدو حجم کموي. د میندو عمر، د زېږونو شمېر (پارټي) او د بدن د تودوخې شاخص (BMI) د مور شیدو په حجم هیڅ اغېز نه لري(۱۰۵). د پام وړ خبره دا ده چې د مور شیدو د تولید حجم د مور د باور کمښت څخه په منفي ډول اغېزمنېږي، په ځانګړې توګه کله چې هغه فکر کوي چې یوازې د مور شیدې د ماشوم اړتیاوې په کافي اندازه نه شي پوره کولی(۱۰۸، ۱۰۹)؛ دا ټینګار کوي چې د بریالۍ شیدې ورکولو لپاره د مور ملاتړ څومره مهم دی. د شیدو تولید د ناکافي کېدو په اړه د میندو درک یو مهم دلیل دی چې هغوی مخکې له شیدو ورکولو څخه تکمیلي تغذیه چمتو کوي، چې د ماشوم د شیدو خوړلو کموالي او په پایله کې د شیدو د تولید کمښت لامل کېږي. دا یوه خطرناکه کړۍ ده چې د شیدې ورکولو اړیکې پای ته رسولی شي. د زیات عمر لرونکو میندو، چاغښت او انسولین مقاومت په شتون کې، د شیدو تولید پیل ځنډنی ښودل شوی او د شیدو ورکولو موده لنډه شوې ده(۱۱۰–۱۱۲). په داسې حال کې چې د میندو رژیم او د انساني شیدو د پروټین محتوا ترمنځ هیڅ تړاو نشته، د شحمي اسیدونو کیفیت د میندو له غذایي خوراک سره اړیکه لري او مقدار یې په دننۍ توګه تنظیمېږي(۱۱۳،۱۱۴). په دې وروستیو کې دا هم ښودل شوې چې د چاغو میندو شیدې د

نامشبوع شحمي اسيدونو او د ټرانس غوړو اسيدونو لوړه کچه لري(۱۱۵). د اميندوارۍ او شيدو ورکولو پر مهال غذايي مشوره، مناسب وزن ترلاسه کول او فزيکي فعاليت، په ځانګړې ډول د زيات وزن لرونکو مېرمنو لپاره، د طبي څارنې مهم اړخونه دي(۱۱٦). د مايکرو مغذي موادو په اړه د ميندو تغذيه د شيدو په منځپانګه اغېزه کوي. داسې ښکاري چې په اوبو کې منحل ويټامينونه په شحمو کې د منحل ويټامينونو په پرتله ډېر اغېزمنېږي. د بېلګې په توګه، د شيدو ورکولو پر مهال په لاوس (Laos) د ماشومانو د مړينې لوی علت د تيامين کموالی يا بيري بيري ده. د فرهنګي شرايطو سره سم عامه روغتيايي پوهاوی او ښايي د ويټامينونو تکميلات د تيامين د کمښت مخنيوي لپاره اړين وي(۱۱۷).

د سيلينيم او آيوډين کچه په شيدو کې د ميندو په غذايي خوراک پورې تړلې ده (۱۱۸، ۱۱۹). په مقابل کې کلسيم، اوسپنه، زينک، مګنيزيم او مس داسې ښکاري چې د ميندو له غذايي حالت څخه خپلواکه دي(۱۲۰-۱۲۲). د ژوند په لومړيو پړاوونو کې د ميندو غذايي رژيم ښه کول اړين دي؛ هم تر اميندوارۍ وړاندې، هم وروسته او هم د شيدو ورکولو پر مهال(۱۲۳، ۱۲۴). د خوړو پر بنسټ ستراتېژيو هڅونه، لکه د خوړو غښتلتيا او تکميلات، په ځانګړې توګه د هغو ښځو لپاره چې د خوراکي موادو د نشتون له ستونزې سره مخ دي يا ټيټ BMI لري، مهمه ده(۱۲۵). کله چې په شيدو کې د مغذي موادو کچه کمه وي، چې دا د ډېر لوړ يا ډېر ټيټ BMI لرونکو ښځو په حالت کې شونې ده، د ښځې غذايي حالت بايد هرڅومره ژر ښه شي. د اميندوارۍ او شيدو ورکولو پر مهال ځانګړې غذايي مشورې ورکول ځانګړې اهميت لري(۱۱٦).

د شيدو ورکولو ساتنه، هڅونه او ملاتړ

په دې نظر چې د ماشومانو مړينې د سل سلنه ځانګړې شيدو ورکولو له لارې ۱۳٪ کمېدای شي، مناسبو هڅونکو پروګرامونو ته خورا اهميت ورکول کېږي(۱۲٦). په بېلابېلو هېوادونو کې مېټا-تحليلونو او تصادفي کنټرول شويو تجربو (Randomized Control Trail) ښودلې چې مناسبه مشوره او تعليمي مداخلې، په غوره ډول د دوامداره شخصي اړيکې سره يو ځای، د شيدو ورکولو ژر پيل کې مرسته کوي، د شيدو ورکولو کچه ښه کوي او د شيدو ورکولو موده اوږدوي(۱۲۷). په لومړني روغتيايي پاملرنيز چاپېريال کې، چې د شيدو ورکولو پر وخت پيل ټيټ او موده محدوده وي، جوړښت لرونکي پروګرامونه د غير جوړښت لرونکو پروګرامونو په پرتله ډېرې ګټې لري(۱۲۸). هغه پروګرامونه چې په کې انفرادي مشوره او ډله‌ييزه مشوره يو ځای شوې وې او د همکارو ډلو او تعقيبي ليدنو ملاتړ ورسره مل و، د زياتې اغېزمنتيا ښودنه وکړه(۱۲۹–۱۳۱). په لوړو عايد لرونکو هېوادونو کې روغتيايي تعليم او

د همکارو ډلو ملاتړ د شیدو ورکولو د پیل د ښه کولو په برخه کې اغېزناک وو، په ځانګړې توګه د ټیټ عاید لرونکو کورنیو ترمنځ(۱۳۲).

هغه ښځې چې د شیدو ورکولو ژر پای ته رسېدو لپاره خطر لرونکي عوامل لري، لکه د مور له لوړې سګرټ څکل، ټیټه تعلیمي کچه او د وخت نه مخکې زېږېدلي او/یا د ټیټ وزن ماشومان، باید ژر تر ژره وپېژندل شي، چې ځانګړې مرسته ورته چمتو شي(۱۳۳). دغه مرسته کې باید د مهمو معلوماتي تشو په اړه لارښوونې شاملې کړي، لکه د شیدو ذخیرې مدیریت، د خوراکونو فریکوینسي او موده، د شیدو ورکولو مناسب وضعیتونه او د سینې د څوکو پاملرنه او نور(۱۳۴).

په برازیل کې په تېرو ۲۰ کلونو کې د ځانګړې شیدې ورکولو کچه له ۲.۵ څخه تر ۳۸.٦٪ پورې د پام وړ لوړوالي کلیدي عوامل دا دي: د شیدو بدیلو موادو د بازارموندنې کنټرول لپاره قانون جوړونه، د شیدې بدیلونو د بې‌ځایه ترویج مخنیوی او په مینډو کې د ځانګړې شیدې ورکولو د هڅولو لپاره یوه مهمه ستراتېژي، د اقتصادي حالت ښه والی، چې له امله یې کورنۍ له ډېرو هغو منابعو څخه برخمنې شوي چې د شیدو ورکولو لپاره ښه فرصتونه برابروي، د ښځو زده کړو کې پرمختګ، چې د مینډو په روغتیایي پربکړو، په ځانګړې توګه د شیدو ورکولو په اړه، مثبت اغېز لري. څېړنې ښیي چې د امیندوارۍ پر مهال د شیدو د تغذیې او د شیدو د روغتیایي ګټو په اړه پوهاوی او ښوونه، تر زېږون وروسته تماسونه او د مینډو د ملاتړ ډلې د شیدو ورکولو کچه په اغېزناک ډول لوړه کړې ده(۱۳۲، ۱۳۵).

په برازیل کې د یوه احتمالي زېږون ډله چې تر ۳۰ کلونو وروسته تعقیب شوې وه، د شیدو ورکولو اوږدمهاله ګټې څرګندې کړې، چې د ذهانت زیاتوالی، د زده‌کړو لوړوالی او په بلوغ کې د عاید زیاتوالی یې ګڼلي دي(۱۳٦، ۱۳۷). د دې څېړنو د پایلو عامه پوهاوی کولی شي والدین وهڅوي چې ځانګړو شیدو ورکولو ته لومړیتوب ورکړي او لږ تر لږه تر دوه کلنۍ پورې شیدې ورکول جاري وساتي. په کمبوډیا کې د ځانګړې شیدې ورکولو کچه له ۲۰۰۰ز کال څخه تر ۲۰۱۰ز پورې له ۱۱٪ څخه تر ۷۴٪ پورې لوړه شوه. دې ستر پرمختګ د دغو برخو ملاتړ ترلاسه کړ: نوښتګر رسنیز، د روغتیایي کارکوونکو پراخه روزنه (روغتیایي کارکوونکو ته د شیدو ورکولو په اړه پوهاوی ورکول شوی و)، د مینډو د ملاتړ ډلې (د مینډو لپاره د ملاتړ ډلو جوړول چې د هغوی ستونزې او اندېښنې په وخت حل کړي)؛ دغه اقداماتو د ماشومانو د معیوبیت او مړینې کچه د پام وړ کمه کړې ده(۱۲٦).

د PROMISE-EBF څېړنې په افریقایي سب ساهارا هېوادونو کې د ځانګړې شیدو ورکولو (ایکسکلوزیو بریستفیډینګ) د ودې لپاره د جوړه مشاورینو هڅونې اغېزمنتیا او عملي کېدل وښودل، چې د هغو مینډو شمېر یې له دوه برابره څخه زیات کړ چې ځانګړې شیدې ورکول یې راپور کړي وو(۱۳۱). په دې وروستیو کې، د کوچنیو

څېړنو له لارې، د کلتوري باورونو په اړه نوښتګرې تګلارې چې د امېندوارۍ، شيدو ورکولو او تکميلي خوړو دورو لپاره ځانګړې وې، مؤثريت يې څرګند کړی. ملاتړ او د ځان لوړ باور رامنځته کول اړين دي ترڅو هغه بې بنسټه باورونه لرې کړي، چې ګنې ميندې د خپلو ماشومانو لپاره کافي شيدې نه شي توليدولی(۱۴۰-۱۳۸). سره له دې چې د مداخلې د ډېرو څېړنو څخه د شيدو ورکولو کچې د زياتوالي لپاره د هڅونې پروګرامونو اغېزمنتيا ارزول شوې، مګر د اړوندو ماشومانو تغذيې پايلې ډېرې لږې ارزول شوې دي(۳، ۱۳۰).

په دې اړه کافي شواهد شته چې ملاتړ کوونکی او برابر چاپېريال د برياليي شيدو ورکولو لپاره يو کليدي عنصر دی، خو بيا هم د شيدو ورکولو هڅونه د عامې روغتيا د پوره ملاتړ او اغېزناکو پروګرامونو د پلي کولو له نهشتون سره مخ ده. په نړۍواله کچه تيار پخو شويو خوړو، مايکرو نيوټرينټ سپلېمنټيشن او غني شويو تکميلي خوړو په برخه کې د پانګونې سره په پرتله، د کلتوري حساسيت لرونکو اشخاصو کې د شيدو ورکولو ساتنې، ملاتړ او هڅونې ته ډېر لږه پاملرنه کېږي. د شيدو ورکولو هڅونې په برخه کې د عامې روغتيا د محدودو پانګونو بشپړ برعکس، د ماشوم د فارمول شيدو صنعت په زياتېدونکي ډول ميليونونه ډالر په فارمول شيدو د ترويج لپاره مصرفوي(۱۴۴-۱۴۱). په دې تړاو کاتانبو د يو نمونهيي بدلون اړتيا وړانديز کړې ده. د دې پر ځای چې د ماشوم د طبيعي تغذيې د ګټو د بيا بيا ثابتولو لپاره په څېړنو کې نورې زياتې سرچينې پانګونه وکړي، هغه اشخاص چې د ماشوم تغذيې بديلې لارې وړانديزوي، بايد د علمي اعتبار لرونکو څېړنو له لارې وښيي چې د دوی وړانديز شوې لارې زيانمنې نه دي او يا لږ تر لږه د شيدو ورکولو سره مساوي دي(۱۴۵). د شيدو ورکولو د ساتنې او په اړتياوو کې د شيدو بديلو توکو د مناسبې کارونې، لکه د مور د مړينې پرمهال، د ډاډ لپاره په ۱۹۸۱ز کال کې د شيدو بديلو توکو د بازارموندنې نړۍوال کود تصويب شو. د دې کود او د روغتيا نړۍوال سازمان اړوندو پرېکړو بشپړ پلي کول د فارمول شيدو صنعت د تېرې تبليغاتي کړنې کنټرول لپاره اړين دي. اضافي مقررات او د عامې روغتيا هڅې اړينې دي، چې د هغو خوړو او مشروباتو منفي تبليغات محدود کړي چې په انرژي کې غني او په غذايي موادو کې کمزوري دي او په تکميلي خوړو او وروسته د ماشوم د ودې پړاوونو کې کارول کېږي(۲۵). د شيدو بديلو توکو او پروسس شويو خوړو د بازارموندنې نړۍوالو ستونزو په زياتېدلو سره اړتيا ده چې د ماشوم تغذيې په اړه يو نوی اختياري پروتوکول ډيزاين، تصويب او د ماشومانو د حقوقو نړۍوال کنوانسيون يوه برخه وګرځي(۱۴۳).

د شته قوانينو پلي کول، چې د مور د رخصتۍ او د شيدو ورکولو دوستانه کاري ځايونو ساتنه کوي، اړين دي ترڅو د شيدو ورکونکو ميندو لپاره غوره ملاتړ برابر کړي(۱۴۶). سېستماتيکې څېړنې کولای شي لارې چارې ومومي او کارکوونکې ميندې په کاري ځای کې د شيدو ورکولو دوام ته وهڅوي(۱۴۷، ۱۴۸).

پایله اخیستنه

د مور شیدې د طبیعت یوه بې ساري ډالۍ ده، چې د ماشومانو لپاره د تغذیې، ودې او روغتیا ساتنې په برخو کې ځانګړی اهمیت لري. دا شیدې سره له دې چې د بدن د اړتیا وړ مغذي مواد برابروي، د ماشوم معافیتي سېستم هم پیاوړی کوي او د انتاني ناروغیو په مخنیوي کې مرسته کوي. څېړنې ښیي چې د ماشومانو د ژوند په لومړیو شپږو میاشتو کې یوازې د مور شیدې ورکول د بشپړې تغذیې تر ټولو غوره او خوندي لاره ده. د مور شیدې د غذایي موادو متناسب ترکیب لري چې د ماشوم د عمر اړتیا سره سم بدلون مومي او د ودې لپاره اړین ټول عناصر برابروي. سربېره پر دې، د کولسټرم ځانګړې ګټې د ماشومانو د ژوند د پیل په ورځو کې د معافیت د لوړولو لپاره نههېرېدونکې دي. له همدې امله، هغه ماشومان چې یوازې د مور شیدې ترلاسه کوي، د خوارځواکۍ او د هغې اړوندو پایلو له خطرونو خوندي پاتې کېږي. په تېره او منځنی عاید لرونکو هېوادونو کې چې د ماشومانو د خوارځواکۍ کچه لوړه ده، د مور خالصو شیدو اهمیت نور هم زیات دی. د دې شیدو دوامداره تغذیه سره له دې چې د خوارځواکۍ د مخنیوي لپاره مهمه ده، د ماشومانو د ودې او ذهني پرمختګ بنسټ هم ږدي. په پای کې ویلای شو چې د مور شیدې د ماشوم لپاره یوه بشپړه تغذیه ده، چې د ژوند په اوږدو کې د هغه پر روغتیا او ودې تلپاتې اغېزې پرېباسي. له همدې امله د دې ګټې باید په ټولو ټولنو کې وپېژندل شي او د ماشومانو د روغتیا لپاره یې ارزښت درک شي.

وړاندیزونه

۱. د ماشومانو د خوارځواکۍ د مخنیوي لپاره اړینه ده چې د شیدو ورکولو د مهمو ګټو په اړه عامه پوهاوی زیات شي.
۲. روغتیایي خدمتونو ته دې لاسرسی اسانه شي او د ټولنیزو او کلتوري خنډونو پر وړاندې دې مناسبه مبارزه وشي.
۳. د عامه روغتیا بنسټونه باید د میندو ملاتړ لپاره اوږدمهاله ستراتېژۍ جوړې کړي، چې د ماشومانو د تغذیې په برخه کې د ودې او پرمختګ لپاره مناسبې لارې چارې برابرې شي.
۴. میندو ته تر زېږون وروسته ځانګړې مشوره او ملاتړ برابر شي، چې په اسانۍ سره د مور شیدو ورکولو ته دوام ورکړي.
۵. د مور شیدو د ګټو په اړه دې د لانورو ساینسي څېړنو لپاره پانګونه وشي، چې د شیدو ورکولو اوږدمهاله ګټې او اغېزې په بشپړه توګه مستندې شي.
۶. د شیدو ورکولو د دوام لپاره باید په کورني، کاري او ټولنیز چاپېریال کې داسې شرایط برابر شي چې میندې خپلو ماشومانو ته په ارام زړه شیدې ورکړي.

۷. په ځانګړې توګه په ټیټ عاید لرونکو سیمو کې دې د مصنوعي شیدو د بې‌ځایه کارونې مخنیوی وشي، ځکه چې دا شیدې کولی شي د انتاني ناروغیو خطر زیات کړي.

اخځلیکونه

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS: How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003; 362: 65–71.
2. Lassi ZS, Mallick D, Das JK, Mal L, Salam RA, Bhut ta ZA: Essential interventions for child health. Re prod Health 2014; 11(suppl 1):S4.
3. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, Shekar M: What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Lancet 2008; 371: 417–440.
4. UNICEF: Adopting optimal feeding practices is fundamental to a child's survival, growth and development, but too few children benefit. New York, UNI CEF, 2015.
5. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J: Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371: 243–260.
6. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R: Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet 2013; 382: 427–451.
7. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, Gonzalez de Cosio T: The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. Am J Clin Nutr 2015; 101: 579–586.
8. Ma P, Brewer-Asling M, Magnus JH: A case study on the economic impact of optimal breastfeeding. Ma tern Child Health J 2013; 17: 9–13.
9. Bartick M, Reinhold A: The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics 2012; 125:e1048–e1056.
10. Engebretsen IM, Jackson D, Fadnes LT, Nankabirwa V, Diallo AH, Doherty T, Lombard C, Swanvelder S, Nankunda J, Ramokolo V, Sanders D, Wamani H, Meda N, Tumwine JK, Ekström EC, Van de Perre P, Kankasa C, Sommerfelt H, Tylleskär T: Growth ef fects of exclusive breastfeeding promotion by peer counsellors in sub-Saharan Africa: the cluster-ran domised PROMISE EBF trial. BMC Public Health 2014; 14: 633.

11. Arpadi S, Fawzy A, Aldrovandi GM, Kankasa C, Sinkala M, Mwiya M, Thea DM, Kuhn L: Growth faltering due to breastfeeding cessation in uninfected children born to HIV-infected mothers in Zambia. Am J Clin Nutr 2009; 90: 344–353.
12. Kuchenbecker J, Jordan I, Reinbott A, Herrmann J, Jeremias T, Kennedy G, Muehlhoff E, Mtimuni B, Krawinkel MB: Exclusive breastfeeding and its effect on growth of Malawian infants: results from a cross-sectional study. Paediatr Int Child Health 2015; 35: 14–23.
13. Kramer MS, Kakuma R: Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012; 8:CD003517.
14. UNICEF: The State of the World's Children Report 2015. New York, UNICEF, 2014.
15. Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M: Worldwide prevalence of anemia 1993–2005. WHO global database on Anaemia. Genf, WHO, 2008.
16. Martorell R, Zongrone A: Intergenerational influences on child growth and undernutrition. Paediatr Perinat Epidemiol 2012; 26(suppl 1):302–314.
17. Rossiter MD, Colapinto CK, Khan MK, McIsaac JL, Williams PL, Kirk SF, Veugelers PJ: Breast, formula and combination feeding in relation to childhood obesity in Nova Scotia, Canada. Matern Child Health J 2015; 19: 2048–2056.
18. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R: Breast feeding and childhood obesity – a systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28: 1247–1256.
19. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG: Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. Pediatrics 2005; 115: 1367–1377.
20. Owen CG, Whincup PH, Kaye SJ, Martin RM, Davey Smith G, Cook DG, Bergström E, Black S, Wads worth ME, Fall CH, Freudenheim JL, Nie J, Huxley RR, Kolacek S, Leeson CP, Pearce MS, Raitakari OT, Lisinen I, Viikari JS, Ravelli AC, Rudnicka AR, Stra chan DP, Williams SM: Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. Am J Clin Nutr 2008; 88: 305–314.
21. Sawaya AL, Dallal G, Solymos G, de Sousa MH, Ven tura ML, Roberts SB, Sigulem DM: Obesity and malnutrition in a Shantytown population in the city of Sao Paulo, Brazil. Obes Res 1995; 3(suppl 2):107s–115s.
22. Le Nguyen BK, Le Thi H, Nguyen Do VA, Tran Thuy N, Nguyen Huu C, Thanh Do T, Deurenberg P, Khouw I: Double burden of undernutrition and overnutrition in Vietnam in 2011: results of the SEANUTS study in 0.5–11-year-old children. Br J Nutr 2013; 110(suppl 3):S45–S56.

23. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS: Childhood obesity: causes and consequences. J Family Med Prim Care 2015; 4: 187–192.
24. Daniels SR: The consequences of childhood overweight and obesity. Future Child 2006; 16: 47–67.
25. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, James WP, Wang Y, McPherson K: Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet 2015; 385: 2510–2520.
26. Dewey KG, Mayers DR: Early child growth: how do nutrition and infection interact? Matern Child Nutr 2011; 7(suppl 3):129–142.
27. Riordan JM: The biological specifity of breast milk; in Wambach K, Riordan JM (eds): Breastfeeding and Human Lactation. Burlington, Jones and Bartlett Learning, 2014, pp 117–151.
28. Newton ER: Breastmilk: the gold standard. Clin Ob stet Gynecol 2004; 47: 632–642.
29. Ballard O, Morrow AL: Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am 2013; 60: 49–74.
30. Lubetzky R, Mandel D, Mimouni FB: Vitamin and mineral supplementation of term infants: are they necessary? World Rev Nutr Diet 2013; 108: 79–85.
31. Davidsson L, Kastenmayer P, Yuen M, Lönnerdal B, Hurrell RF: Influence of lactoferrin on iron absorption from human milk in infants. Pediatr Res 1994; 35: 117–124.
32. Bailey RL, West KP Jr, Black RE: The epidemiology of global micronutrient deficiencies. Ann Nutr Metab 2015; 66(suppl 2):22–33.
33. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC: Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breast feeding during the first month of life: effects on neo-natal mortality and morbidity-a systematic review and meta-analysis. Matern Child Health J 2014; 19: 468–479.
34. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC: Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. BMC Public Health 2013; 13(suppl 3):S19.
35. Kumar D, Goel NK, Mittal PC, Misra P: Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. Indian J Pediatr 2006; 73: 417 421.
36. MEASURE DHS: Haiti. DHS 2012. Enquête Mor talité, Morbidité et Utilisation des Services: IHE – Haitian Childhood Institute, 2013.

37. 37 Getahun Z, Scherbaum V, Taffese Y, Teshome B, Biesalski HK: Breastfeeding in Tigray and Gonder, Ethiopia, with special reference to exclusive/almost exclusive breastfeeding beyond six months. Breast feed Rev 2004; 12: 8–16.
38. Inayati DA, Scherbaum V, Purwestri RC, Hormann E, Wirawan NN, Suryantan J, Hartono S, Bloem MA, Pangaribuan RV, Biesalski HK, Hoffmann V, Bel lows AC: Infant feeding practices among mildly wasted children: a retrospective study on Nias Island, Indonesia. Int Breastfeed J 2012; 7: 3.
39. de Sa J, Bouttasing N, Sampson L, Perks C, Osrin D, Prost A: Identifying priorities to improve maternal and child nutrition among the Khmu ethnic group, Laos: a formative study. Matern Child Nutr 2013; 9: 452–466.
40. Gao H, Wang Q, Stütz W, Hormann E, Biesalski HK, Scherbaum V: Birth outcomes and breastfeeding practices in urban and rural areas of Deyang regions, Sichuan Province, China. Int Breastfeed J, in process.
41. Aubel J: The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. Matern Child Nutr 2012; 8: 19–35.
42. WHO: Guidelines on optimal feeding of low birth weight infants in low- and middle-income countries. Geneva, WHO, 2011.
43. AHRQ: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2007.
44. Solomons NW: Malnutrition and infection: an update. Br J Nutr 2007; 98(suppl 1):S5–S10.
45. Beisel WR: Herman Award Lecture, 1995: infection induced malnutrition – from cholera to cytokines. Am J Clin Nutr 1995; 62: 813–819.
46. Schaible UE, Kaufmann SH: Malnutrition and infection: complex mechanisms and global impacts. PLoS Med 2007; 4:e115.
47. Keusch GT: The history of nutrition: malnutrition, infection and immunity. J Nutr 2003; 133: 336S 340S.
48. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E: Protective effect of exclusive breast feeding against infections during infancy: a prospective study. Arch Dis Child 2010; 95: 1004–1008.
49. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Vic tora C, Black RE: Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. BMC Public Health 2011; 11(suppl 3):S15.
50. Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, Black RE: Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia

morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Public Health 2013; 13(suppl 3):S18.

51. Richard SA, Black RE, Gilman RH, Guerrant RL, Kang G, Lanata CF, Mølbak K, Rasmussen ZA, Sack RB, Valentiner-Branth P, Checkley W: Catch-up growth occurs after diarrhea in early childhood. J Nutr 2014; 144: 965–971.
52. Field CJ: The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants. J Nutr 2005; 135: 1–4.
53. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD: Protective effect of breast feeding against infection. BMJ 1990;300: 11–16.
54. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E: Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001; 285: 413–420.
55. Coates MM, Riordan J: Breastfeeding during maternal or infant illness. NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs 1992; 3: 683–694.
56. Brown KH, Stallings RY, de Kanashiro HC, Lopez de Romana G, Black RE: Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. Am J Clin Nutr 1990; 52: 1005–1013.
57. WHO: Infant and Young Child Feeding. Geneva, WHO, 2009.
58. Abrahams SW, Labbok MH: Breastfeeding and otitis media: a review of recent evidence. Curr Allergy Asthma Rep 2011; 11: 508–512.
59. Silfverdal SA, Bodin L, Olcén P: Protective effect of breastfeeding: an ecologic study of Haemophilus in influenza meningitis and breastfeeding in a Swedish population. Int J Epidemiol 1999; 28: 152–156.
60. Mårild S, Hansson S, Jodal U, Odén A, Svedberg K: Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. Acta Paediatr 2004; 93: 164–168.
61. Nishimura T, Suzue J, Kaji H: Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. Pediatr Int 2009; 51: 812–816.
62. Nakamori M, Nguyen XN, Nguyen CK, Cao TH, Nguyen AT, Le BM, Vu TT, Bui TN, Nakano T, Yoshiike N, Kusama K, Yamamoto S: Nutritional status, feeding practice and incidence of infectious diseases among children aged 6 to 18 months in northern mountainous Vietnam. J Med Invest 2010; 57: 45–53.

63. Kamudoni P, Maleta K, Shi Z, Holmboe-Ottesen G: Exclusive breastfeeding duration during the first 6 months of life is positively associated with length for-age among infants 6–12 months old, in Mango chi district, Malawi. Eur J Clin Nutr 2015; 69: 96–101.

64. Marques R, Taddei JA, Konstantyner T, Lopez FA, Marques ACV, de Oliveira CS, Braga JAP: Anthro pometric indices and exclusive breastfeeding in the first six months of life: a comparison with reference standards NCHS, 1977 and WHO, 2006. Int Breastfeed J 2015;10:20.

65. Zongrone A, Winskell K, Menon P: Infant and young child feeding practices and child undernutrition in Bangladesh: insights from nationally representative data. Public Health Nutr 2012; 15: 1697 1704.

66. Golden MH: Proposed recommended nutrient densities for moderately malnourished children. Food Nutr Bull 2009; 30(3 suppl):S267–S342.

67. Labbok MH, Starling A: Definitions of breastfeeding: call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. Breastfeed Med 2012; 7: 397–402.

68. Noel-Weiss J, Taljaard M, Kujawa-Myles S: Breastfeeding and lactation research: exploring a tool to measure infant feeding patterns. Int Breastfeed J 2014; 9: 5.

69. Jones AD, Ickes SB, Smith LE, Mbuya MN, Chasek wa B, Heidkamp RA, Menon P, Zongrone AA, Stoltzfus RJ: World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: a synthesis of recent findings. Matern Child Nutr 2014; 10: 1–17.

70. Greiner T: Speakers’ Corner: a new theory: breast milk displacement may be the major cause of nutritional stunting. SCN News 2004; 28: 63–64.

71. Dewey KG: Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. Washington, PAHO, WHO, 2003.

72. WHO: First meeting of the WHO Scientific and Technical Advisory Group on Inappropriate Promotion of Foods for Infants and Young Children. Geneva, WHO, 2013.

73. Dewey KG, Brown KH: Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. Food Nutr Bull 2003; 24: 5 28.

74. Dewey KG: Growth characteristics of breastfed compared to formula-fed infants. Biol Neonate 1998; 74: 94–105.

75. Haschke F, van't Hof MA: Euro-Growth references for breastfed boys and girls: influence of breastfeeding and solids on growth until 36 months of age. Euro-Growth Study Group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 31(suppl 1):S60–S71.
76. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Vanilovich I, Sevkov skaya Z, Dzikovich I, Michaelsen KF, Dewey K: Feeding effects on growth during infancy. J Pediatr 2004; 145: 600–605.
77. Kramer MS, Moodie EE, Dahhou M, Platt RW: Breastfeeding and infant size: evidence of reverse causality. Am J Epidemiol 2011; 173: 978–983.
78. Adair LS, Guilkey DK: Age-specific determinants of stunting in Filipino children. J Nutr 1997; 127: 314 320.
79. Marquis GS, Habicht JP, Lanata CF, Black RE, Ras mussen KM: Association of breastfeeding and stunt ing in Peruvian toddlers: an example of reverse cau sality. Int J Epidemiol 1997; 26: 349–356.
80. Simondon KB, Simondon F: Mothers prolong breastfeeding of undernourished children in rural Senegal. Int J Epidemiol 1998; 27: 490–494.
81. Potur AH, Kalmaz N: An investigation into feeding errors of 0–4-month-old infants. J Trop Pediatr 1996; 42: 173–175.
82. Meier BM, Labbok M: From the bottle to the grave: realizing a human right to breastfeeding through global health policy. Case West Reserve Law Rev 2010; 60.
83. Scherbaum V: Säuglingsernährung in Nordirak. Ernährungsumschau 2003; 50: 476–480.
84. Ho TF, Yip WC, Tay JS, Wong HB: Variability in osmolality of home-prepared formula milk samples. J Trop Pediatr 1985; 31: 92–94.
85. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dew ey KG: Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake and growth: a randomized intervention study in Honduras. Lancet 1994; 344: 288–293.
86. Torres MA, Braga JA, Taddei JA, Nóbrega FJ: Ane mia in low-income exclusively breastfed infants. J Pediatr (Rio J) 2006; 82: 284–287.
87. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P: Full breastfeeding duration and risk for iron deficiency in US infants. Breastfeed Med 2007; 2: 63–73.
88. Dube K, Schwartz J, Mueller MJ, Kalhoff H, Kersting M: Iron intake and iron status in breastfed infants during the first year of life. Clin Nutr 2010; 29: 773 778.
89. Pisacane A, De Vizia B, Valiante A, Vaccaro F, Russo M, Grillo G, Giustardi A: Iron status in breast-fed infants. J Pediatr 1995; 127: 429–431.

90. Meinzen-Derr JK, Guerrero ML, Altaye M, Ortega Gallegos H, Ruiz-Palacios GM, Morrow AL: Risk of infant anemia is associated with exclusive breastfeeding and maternal anemia in a Mexican cohort. J Nutr 2006; 136: 452–458.
91. Raj S, Faridi M, Rusia U, Singh O: A prospective study of iron status in exclusively breastfed term infants up to 6 months of age. Int Breastfeed J 2008; 3: 3.
92. Koletzko B, Brands B, Chourdakis M, Cramer S, Grote V, Hellmuth C, Kirchberg F, Prell C, Rzehak P, Uhl O, Weber M: The power of programming and the EarlyNutrition project: opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life and beyond. Ann Nutr Metab 2014; 64: 187–196.
93. McCrory C, Layte R: Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. Soc Sci Med 2012; 75: 323–330.
94. Koletzko B, Chourdakis M, Grote V, Hellmuth C, Prell C, Rzehak P, Uhl O, Weber M: Regulation of early human growth: impact on long-term health. Ann Nutr Metab 2014; 65: 101–109.
95. Lucas A: Programming by early nutrition in man; in Bock GR, Whelan J (eds): The Childhood Environment and Adult Disease. Chichester, Wiley, 1991, pp 38–55.
96. Koletzko B, Beyer J, Brands B, Demmelmair H, Grote V, Haile G, Gruszfeld D, Rzehak P, Socha P, Weber M: Early influences of nutrition on postnatal growth. Nestle Nutr Inst Workshop Ser 2013; 71: 11–27.
97. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escriba no J, Langhendries JP, Dain E, Giovannini M, Ver duci E, Gruszfeld D, Socha P, Koletzko B: Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. Am J Clin Nutr 2014; 99: 1041–1051.
98. Oddy W, McHugh MF: The impact of infant feeding on later metabolic health; in Watson RR, Grim ble G, Preedy VR, Zibadii S (eds): Nutrition in In fancy Nutrition and Health. New York, Springer Science & Business Media, 2013, pp 221–237.
99. de Sa J, Bouttasing N, Sampson L, Perks C, Osrin D, Prost A: Identifying priorities to improve maternal and child nutrition among the Khmu ethnic group, Laos: a formative study. Matern Child Nutr 2015; 9: 452–466.
100. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM: Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? Pediatrics 2010; 125:e1386–1393.
101. Beauchamp GK, Mennella JA: Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(suppl 1):S25–S30.

102. Disantis KI, Collins BN, Fisher JO, Davey A: Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle? Int J Behav Nutr Phys Act 2011; 8: 89.
103. Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP: The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. BMC Public Health 2014; 14: 1267.
104. Butte NF: Impact of infant feeding practices on childhood obesity. J Nutr 2009; 139: 412S–416S.
105. Brown KH, Akhtar NA, Robertson AD, Ahmed MG: Lactational capacity of marginally nourished mothers: relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk. Pediatrics 1986; 78: 909–819.
106. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lönnerdal B: Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume: the DARLING study. Pediatrics 1991; 87: 829–837.
107. Villalpando SF, Butte NF, Wong WW, Flores Huerta S, Hernandez-Beltran MJ, Smith EO, Garza C: Lactation performance of rural Mesoamer indians. Eur J Clin Nutr 1992; 46: 337–348.
108. Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R: Breastfeeding duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health 2006; 16: 162 167.
109. Xu F, Qiu L, Binns CW, Liu X: Breastfeeding in China: a review. Int Breastfeed J 2009; 4: 6.
110. Nommsen-Rivers LA, Dolan LM, Huang B: Timing of stage II lactogenesis is predicted by antenatal metabolic health in a cohort of primiparas. Breastfeed Med 2012; 7: 43–49.
111. Matias SL, Dewey KG, Quesenberry CP Jr, Gunder son EP: Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independent as sociated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. Am J Clin Nutr 2014; 99: 115–121.
112. Wojcicki JM: Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. J Womens Health (Larchmt) 2010; 20: 341–347.
113. Kim J, Friel J: Lipids and human milk. Lipid Tech nol 2012; 24: 103–105.
114. Hachey DL, Silber GH, Wong WW, Garza C: Hu man lactation. II: Endogenous fatty acid synthesis by the mammary gland. Pediatr Res 1989; 25: 63–68.
115. Anderson AK, McDougald DM, Steiner-Asiedu M: Dietary trans fatty acid intake and maternal and infant adiposity. Eur J Clin Nutr 2010; 64: 1308–1315.

116. Kruger HS, Butte NF: Nutrition in pregnancy and lactation. World Rev Nutr Diet 2015; 111: 64–70.

117. Barennes H, Sengkhamyong K, Rene JP, Phimma sane M: Beriberi (thiamine deficiency) and high infant mortality in northern Laos. PLoS Negl Trop Dis 2015; 9:e0003581.

118. Gushurst CA, Mueller JA, Green JA, Sedor F: Breast milk iodide: reassessment in the 1980s. Pediatrics 1984; 73: 354–357.

119. Mannan S, Picciano MF: Influence of maternal selenium status on human milk selenium concentration and glutathione peroxidase activity. Am J Clin Nutr 1987; 46: 95–100.

120. Prentice A: Calcium supplementation during breast-feeding. N Engl J Med 1997; 337: 558–559.

121. Dallman PR: Iron deficiency in the weanling: a nutritional problem on the way to resolution. Acta Paediatr Scand Suppl 1986; 323: 59–67.

122. Kraemer K, de Pee S, Badham J: Evidence in multiple micronutrient nutrition: from history to science to effective programs. J Nutr 2012; 142: 138S 142S.

123. PMNCH: A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva, The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.

124. Persson LA, Arifeen S, Ekström EC, Rasmussen KM, Frongillo EA, Yunus M: Effects of prenatal micronutrient and early food supplementation on maternal hemoglobin, birth weight and infant mortality among children in Bangladesh: the MINIMat randomized trial. JAMA 2012; 307: 2050 2059.

125. Chapman DJ, Nommsen-Rivers L: Impact of maternal nutritional status on human milk quality and infant outcomes: an update on key nutrients. Adv Nutr 2012; 3: 351–352.

126. UNICEF, WHO, World Bank: Joint Child Malnutrition Estimates – Levels and Trends. New York, Geneva, Washington, UNICEF, WHO, World Bank, 2012.

127. Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. Fam Pract 2012; 29: 245–254.

128. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D: A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programs to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. Matern Child Nutr 2012; 8: 141–161.

129. Ingram L, MacArthur C, Khan K, Deeks JJ, Jolly K: Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. CMAJ 2010; 182: 1739–1746.
130. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA: Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC Public Health 2013; 13(suppl 3):S20.
131. Tylleskar T, Jackson D, Meda N, Engebretsen IM, Chopra M, Diallo AH, Doherty T, Ekström EC, Fadnes LT, Goga A, Kankasa C, Klungsoyr JI, Lom bard C, Nankabirwa V, Nankunda JK, Van de Perre P, Sanders D, Shanmugam R, Sommerfelt H, Wa mani H, Tumwine JK: Exclusive breastfeeding promotion by peer counsellors in sub-Saharan Africa (PROMISE-EBF): a cluster-randomised trial. Lan cet 2011; 378: 420–427.
132. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ: Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Coch rane Database Syst Rev 2005:CD001688.
133. Quinlivan J, Kua S, Gibson R, McPhee A, Makrides MM: Can we identify women who initiate and then prematurely cease breastfeeding? An Australian multicentre cohort study. Int Breastfeed J 2015; 10: 16.
134. Dietrich Leurer M, Misskey E: ‘Be positive as well as realistic’: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. Int Breastfeed J 2015; 10: 10.
135. Bhandari N, Kabir AK, Salam MA: Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. Matern Child Nutr 2008; 4(suppl 1):5–23.
136. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Goncalves H, Barros FC: Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health 2015; 3:e199–e205.
137. Mortensen EL: Life course consequences of breastfeeding. Lancet Glob Health 2015; 3:e179–e180.
138. SCF: Superfood for Babies. How Overcoming Barriers to Breastfeeding Will Save Children’s Lives. London, Save the Children, 2013.
139. Perez-Escamilla R: Can experience-based household food security scales help improve food security governance? Glob Food Sec 2012; 1: 120–125.
140. Entwistle F, Kendall S, Mead M: Breastfeeding support – the importance of self-efficacy for low-income women. Matern Child Nutr 2010; 6: 228 242.
141. Holla-Bhar R, Iellamo A, Gupta A, Smith JP, Dadhich JP: Investing in breastfeeding – the world breastfeeding costing initiative. Int Breastfeed J 2015; 10: 8.

142. Rouw E, Hormann E, Scherbaum V: The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany. Int Breastfeed J 2015; 9: 22.

143. Kent G: Global infant formula: monitoring and regulating the impacts to protect human health. Int Breastfeed J 2015; 10: 6.

144. Smith JP: Markets, breastfeeding and trade in mothers' milk. Int Breastfeed J 2015; 10: 9.

145. Cattaneo A: The benefits of breastfeeding or the harm of formula feeding? J Paediatr Child Health 2008; 44: 1–2.

146. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso JC, Kyobu tungi C, Mutua MK, Gitau TM, Yatich N: Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. BMC Public Health 2011; 11: 396.

147. Abdulwadud OA, Snow ME: Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10:CD006177.

148. Hirani SA, Karmaliani R: Evidence-based workplace interventions to promote breastfeeding practices among Pakistani working mothers. Women Birth 2013; 26: 10–1

The Role of Breastfeeding in the Prevention of Childhood Malnutrition

Dr. Muhabatullah Azizi[1], Dr. Imran Rasooli[2], Dr. Bilal Ahmad Sediqi[3], Hijratullah Ghafoorzai[4]

[1,2,3,4]Department of Stomatology, Faculty of Medicine in Dentistry, Spinghaar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: safimuhabbatullah@gma-il.com

Received: 26-Dec-2024 Accepted: 22-Jan-2024 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Mother's milk is a unique nutritional fluid and the best source of primary nutrition for infants. It adapts to the child's needs over time and contains proteins, fats, hormones, immune components and essential growth elements. Colostrum (the first milk) is rich in proteins and vitamins and possesses strong immune-boosting properties, which are crucial during the initial days of life. Breast milk plays a vital role in preventing malnutrition and provides complete nutrition during the first six months of life. It enhances immunity and helps in preventing diseases. In contrast, not breastfeeding leads to weakened immunity, malnutrition and increased prevalence of infectious diseases such as diarrhea and pneumonia, raising the risk of child mortality and disability. The absence of breastfeeding is a major cause of malnutrition, especially in low-income countries. Breastfeeding prevents the loss of essential nutrients and reduces the risk of stunted growth, wasting and underweight. Studies show that the lack of exclusive breastfeeding significantly increases malnutrition rates among children. Breast milk contains specific components that strengthen immunity and protect children from infections such as pneumonia, diarrhea and gastroenteritis. Moreover, continued breastfeeding aids in faster recovery during illnesses. This article highlights the significance of breastfeeding, its role in preventing malnutrition and diseases and encourages mothers to exclusively breastfeed their children. Addressing cultural barriers and increasing public awareness are key objectives of this article to promote breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding, Breast Milk, Children, Diseases Prevention, Malnutrition

مروري مقاله

په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب، غاښونو رژېدلو او چینجنېدلو پېښې، عوامل او د مخنیوي لارې چارې

دوکتور فرمان شینواری[۱]، دوکتور عبدالله رحماني[۲]، دوکتور ریاض سلارزی[۳]

[۱،۲،۳] ستوماتولوژي څانګه، غاښونو طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: farmanshenwarai@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۷/۱۷ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

امیندواري د مېرمنو لپاره یو فزیالوژیک پړاو دی. په دغه پړاو کې د ایستروجن او پروجیسترون هورمونونو د لوړې کچې، د خولې خالیګاه ته د معدې تېزابي موادو تکراري راتګ او خوږو خوړو ته د میلان زیاتوالي له امله د امینداورو مېرمنو په خوله کې ځینې بدلونونه رامنځته کېږي. دې بدلونونو سره د خولې منظم او کافي پاکوالي نه‌شتون، په ټیټه کچه د سبزیجاتو او میوه‌جاتو اخیستل او په منظم ډول غاښونو ډاکټر ته د نه تګ له امله د خولې په نسجونو کې ګڼې ناروغۍ رامنځته کېږي. د امیندوارۍ پرمهال د خولې په نسجونو کې تر ټولو عامې پېژندل شوې ناروغۍ د وریو التهاب، غاښونو رژېدل، غاښونو کاریس، خولې بدبویي، د خولې وچوالی او د وریو تومور دي. په منظم او دوامداره ډول د غاښونو برس او تار کارول، بایوکاربونیټ لرونکې سوډا سره د خولې مینځل، هره ورځ پنځه برخې د سبزیجاتو او میوه‌جاتو خوړل او په هرو درېیو میاشتو کې غاښونو ډاکټر ته تلل د یادو ناروغیو په مخنیوي کې مرسته کولای شي. د دې مقالې موخه دا ده چې د امیندوارۍ پر مهال د خولې خالیګاه د عامو ناروغیو (د وریو التهاب، غاښونو رژېدلو او غاښونو کاریس) په اړه هر اړخیز معلومات راټول، تنظیم او تحلیل شي او له مخې یې امیندواره مېرمنې او روغتیایي کارکوونکي د خولې روغتیا ساتلو لپاره ګټور او اغېزناک ګامونه پورته کړي.

کلیدي کلمې: امیندواري، ایروژن، پېښې، د وریو التهاب، کیریس، مخنیوی

پېژندنه

امیندواري د مېرمنو د ژوند هغه پړاو دی چې ګڼ فزیالوژیک او د ورځني ژوند بدلونونه پهکې رامنځته کېږي(۱). دا بدلونونه په لویه پیمانه د هغو څرګندونو (علایمو) لپاره ځواب ویونکي (مسؤل) دي چې د امیندوارۍ په دوران کې د خولې په جوف کې رامنځته کېږي. په دې پړاو کې د خولې جوف دواړه سخت او نرم انساج اغېزمنېدلای شي(۲). دا حقیقت په امیندوارو مېرمنو کې د خولې مناسبې پاملرنې ته اړتیا پیدا کوي. د خولې جوف تر ټولو عام بدلونونه (ستونزې) چې د امیندوارۍ په دوران کې رامنځته کېږي، د وریو التهاب، د غاښونو رژېدل (ایروژن)، د غاښونو چینجن (کاریس) کېدل، د خولې وچوالی، د خولې بدبویي(۲) او د امیندوارۍ سلیم تومور **(Epulis)** دي(۳).

د خولې جوف د عامو ستونزو له ډلې څخه یوه یې د وریو التهاب (Pregnancy Gingivitis) ده، چې په امیندوارر مېرمنو کې یې پېښې له ٪۶۰ څخه تر ٪۷۵رسېږي(۱، ۲، ۴). دویمه ستونزه یې د غاښونو رژېدل (ایروژن) ده، چې د کیمیاوي موادو (معدې تېزابو) پهواسطه غاښونو تخریب ته د غاښونو ایروژن ویل کېږي چې په امیندوارو مېرمنو کې یې پېښې له ٪۷۵ څخه تر ٪۸۰ سلنې دي(۲). دریېمه ستونزه یې د غاښونو چینجنېدل ده؛ د بکتریاو پهواسطه د غاښ د سختو انساجو تخریب ته د غاښونو چینجنېدل (کاریس) ویل کېږي، چې په امیندوارو مېرمنو کې د نورمالو مېرمنو په پرتله ۲،۲ ځلې زیاته رامنځته کېږي(۵).

د خولې روغتیا په باوري او ډاډمن ډول د خولې روغتیا ساتنې بر قراره ساتلو سره تر لاسه کېدای شي. په ښه ډول د خولې روغتیا ساتنې ته پاملرنه سره له دې چې د غاښونو رژېدو، چینجنېدو او پیروډونټل ناروغیو څخه مخنیوی کوي، د فرد عمومي روغتیا ته هم وده ورکوی(۶). د خولې مناسبه روغتیا ساتنه لکه، په منظم او دوامداره ډول د غاښونو برس، د غاښونو تار او د غرغرې کارول یادې ستونزې را کمولی شي(۷). د دې ترڅنګ د امیندوارو مېرمنو خواړه باید ټول هغه اړین غذایي مواد ولري، چې مور لپاره انرژي لرونکې اړتیاوې پوره کوي او د مخ پر ودې ماشوم لپاره جوړښتي موادو چمتو کوي. د امیندوارۍ او شیدو ورکولو په دورانونو کې مور یوازې د انرژۍ ډېروالي ته اړتیا نه لري، بلکې د غذایي موادو او ځینو منرالونو، لکه کلسیم ، فاسفورس، مګنیزیم، اوسپنه، زنک، مس، ایوډین او ویټامینونو، زیاتوالي ته هم اړتیا لري(۸).

څرنګه چې زمونږ ټولنه له وروسته پاتې ټولنو څخه ده، میندې د بچو راوړلو په موده کې ډېر او باربار حمل اخلي، چې دا د نورو ګڼو روغتیایي ستونزو ترڅنګ د خولې جوف له ځینو ستونزو (ناروغیو) سره هم مخ کوي؛ له همدې کبله اړینه وګڼل شوه چې د امیندوارۍ په دوران کې د خولې جوف د عامو رامنځته کېدونکو ناروغیو، لاملونو او د مخنیوي

لارو چارو په اړه له خپرو شویو څېړنو څخه معلومات راټول او په پښتو ملي ژبه ترتیب شي، تر څو روغتیا پالانو او امیندوارو مېرمنو لهخوا يې د عملي کېدو په پایله کې د اړوندو ناروغیو مخنیوی وشي.

امیندواري

امیندواري (حاملګي) د مېرمنو د ژوند هغه پړاو دی چې ګڼ فزیالوژیک او د ورځني ژوند بدلونونه پهکې رامنځته کېږي(۱). د یادو بدلونونو موخه د جنین لپاره د اړینو غذايي موادو پراختیا او رسولو ترڅنګ د امیندوارې مېرمنې غړي د زېږون او شیدو ورکولو لپاره چمتو کول دي. په هر حال، دا بیولوژیکي پدیده (اصطلاح) د مېرمنې په ژوند کې د مور او ماشوم راتلونکې روغتیا لپاره د دریځې په توګه ګڼل کېږي(۹).

امیندواري د یو مهم پړاو په توګه د انسان په ژوند ژوره اغېزه کوي(۱۰). امیداوري په بالقوه توګه **(Potentially)** د ژوند بدلوونکې پدیده ده چې مېرمنو لپاره نوي مسؤلیتونه، خوښي او اندېښنې راپورته کوي(۱۱). د امیندوارۍ پر مهال د مور روغتیا مستقیماً د ماشوم په روغتیا اغېزه کولای شي(۱۲). زړه بدوالی، کانګې، د معدې سوځېدنه (Heart Burn) او قبضیت د امیندوارۍ سره تړلې تر ټولو عامې نښې نښانې دي، چې د هضمي جهاز **(Gastrointestinal Tract)** کې د بدلونونو له امله رامنځته کېږي(۱۳). د امیندوارۍ په دوران کې صحي او متوازن خواړه د جنین د غوره ودې او تکامل او په مور کې د فزیالوژیکي بدلونونو ملاتړ لپاره اړین دي. په دې پړاو کې د روغتیايي غذايي رژیم فعالیتونو په اساسي برخو کې د هغو خوړو کارول یا مصرفول شامل دي، چې د انرژۍ مطلوب مقدار او په خپل ترکیب کې **Macro and Micronutrients** مواد ولري(۱۴، ۱۵).

که څه هم ډېری مېرمنې په دې پوهېږي چې امیندوارۍ کې د صحي خواړو اخیستل مهم دي، خو ښايي دوی د ځانګړو صحي خواړو په اړه د پوره معلوماتو او مهارتونو د نه لرلو له امله ګټورو خواړو ته لاسرسی پیدا نهکړي. د دې ترڅنګ د امیندوارۍ پرمهال د امیندوارو مېرمنو لخوا د صحي خواړو اخیستلو لپاره د زړه بدوالی، کانګې، قبضیت، معدې سوځېدنه، له خوړو څخه نفرت او ستړیا نورې ننګونې دي(۱۶).

امیندوارۍ پر مهال د خولې په جوف کې رامنځته کېدونکې عامې ستونزې

که څه هم امیندواري د مېرمنو لپاره یو فزیالوژیک پړاو دی، خو بیا هم د هورموني بدلونونو په پایله کې د خولې داخلي برخې سخت او نرم نسجونه اغېزمنېدلای شي. د امیندوارۍ په دوران کې د وریو او غاښونو د بېلابېلو ستونزو شتون او تکرار په تېره د وریو التهاب، د غاښونو رژېدل(۱۷)، د غاښونو چینجنېدل(۵)، د خولې بدبويي او د امیندوارۍ سلیم تومور **(Epulis)** څرګندې شوې او عامې پېژندل شوې ستونزې دي(۱۷). په دې مقاله کې د یادو شویو ستونزو له ډلې د وریو التهاب، د غاښونو ایروژن او غاښونو چینجنېدلو په اړه معلومات راټول شوي دي.

په لاندې جدول کې، د ترسره شویو څېړنو لهمخې، د امیندوارۍ پرمهال د وريو التهاب، غاښونو ایرژون او د غاښونو چینجنېدلو اړوند پېښنو سلنه څرګندوي.

ګڼه	مطالعه شوی نفوس	موندنې	د خطر فکتورونه	ماخذونه
۱	نمونه: ٦٨ تنه مېرمنې (۲۴ امیندواره او ۴۴ نا امیندواره)	75% امیندواره او 47.7% نا امیندواره مېرمنې د وريو په التهاب اخته وې	د ایستروجن او پروجیسترون هارومونو لوړوالی	۲۲
۲	نمونه: ۳۸۴ تنه امیندوارې مېرمنې	76.3% امیندوارې مېرمنې د وريو په التهاب اخته وې	scaling, root planning او polishing نه کول	۲۳
۳	نمونه: ۹۲ تنه امیندوارې مېرمنې	60% امیندواره مېرمنې د وريو په التهاب اخته وې	مناسب غذایي رژیم نشتوالی	۲۴
۴	نمونه: ۵۴۱ تنه مېرمنې (۳۰۳ امیندوارې او ۲۳۸ ناامیندوارې)	71.9% امیندواره او 60.5% نا امیندواره مېرمنې د وريو په التهاب اخته وې	په منظم او دومداره ډول د غاښو برس، کریم او تار نه کارول	۵
۵	نمونه: ۱۰۰ تنه امیندوارې مېرمنې	12% امیندواره مېرمنې د غاښونو په ایروژن اخته وې	د معدي محتویاتو بار بار راتګ خولې جوف ته او د backing soda څخه استفاده نه کول	۵۱
٦	**نمونه:** ٦٨ تنه مېرمنې (۲۴ امیندوارې او ۴۴ نا امیندوارې)	70.89% امیندواره او 54.5% نا امیندواره مېرمنې د غاښونو په چینجنېدلو اخته وې	خوږو خوړو ته د تمایل زیاتوالی	۲۲
۷	نمونه: ۵۴۱ تنه مېرمنې (۳۰۳ امیندوارې او ۲۳۸ ناامیندوارې)	63.3% امیندواره او 44.5% ناامیندواره مېرمنې د غاښونو په چینجنېدلو اخته وې	د لاړو buffer ظرفیت کموالی	۵
۸	نمونه: ۱۰۴۷ تنو امیندوارو مېرمنو کې	89.9% امیندواره مېرمنې د غاښونو په چینجنېدلو اخته وې	د فلوراید لرونکو غاښونو کریم څخه ګټه نه اخیستل	٦٦
۹	نمونه: ۱۰۰ تنو امیندوارې مېرمنې	74% امیندواره مېرمنې د غاښونو په چینجنېدلو اخته وې	په منظم او دومداره ډول د غاښونو نرم برس، کریم، تار او د غرغرې نه کول	۵۱

لومړی جدول: د امیندوارۍ پرمهال د وريو التهاب، غاښونو ایروژن او د غاښونو چینجنېدلو اړوند پېښنو سلنه

امیندوارۍ پر مهال د وريو التهاب

د امیندوارۍ پرمهال د ایستروجن او پروجیسترون هورمونونو د کچې زیاتوالي له امله د وريو په داخل کې پېچلي بیلوژیکي غبرګونونه رامنځته کېږي(۱۸)، د دې ترڅنګ موضعي تخریشونکي، په خوږو کې بدلون او د خولې مناسبې روغتیا ساتنې کموالی یا نهشتون د وريو التهاب پرمختګ لپاره مهم لاملونه دي(۱۹، ۲۰). د وريو التهاب د خولې ناروغیو یوه تر ټولو عامه ناروغي او د پیریوډونټل ناروغیو ابتدایي پړاو دی، چې په امیندوارو مېرمنو کې یې د پېښنو

کچه له ٪۶۰ څخه تر ٪۷۵ پورې رسېږي(۱، ۲، ۳). د وریو التهاب په امیندوارو مېرمنو کې د ناامیندوارو مېرمنو په پرتله ۱،۸۱ څخه تر ۲،۲ ځلو پورې زیات تکرارېدونکی حالت دی(۲۱).

د هند Patna ایالت د غاښونو کالج او هسپتال د خولې د داخلي او راډیولوژۍ څانګې غړو هر یوه Manisha Gaurav1, Shameen Anwar2, Monika3, Shweta Kumari4 له لورې په ۶۸ مېرمنو کې (چې ۲۴ یې امیندواره او ۴۴ یې نا امیندواره وې) د وریو التهاب او د غاښونو چینجنېدو پېښې کتل شوې. د ۲۴ امیندواره مېرمنو له ډلې څخه ۱۸ مېرمنې (چې ۷۵ سلنه کېږي) د وریو په التهاب اخته وې. د ۴۴ ناامیندواره مېرمنو له جملې څخه ۲۱ مېرمنې (چې ۴۷،۷ سلنه کېږي) د وریو په التهاب اخته وې. یاده څېړنه په ۲۰۲۳ز کال کې نشر شوې ده (۲۲).

د نیپال Kathmandu ښار Bir هسپتال د پیریوډونټولوژۍ او خولې امپلانټولوژۍ څانګې غړو هر یوه Shrestha R,1 Pradhan S,1 Baral G2 له لورې په ۳۸۴ امیندواره مېرمنو په دوهم ټرایمستر کې د وریو التهاب پېښې څېړل شوې، چې پکې ۷۶،۳ سلنه امیندواره مېرمنې د وریو په التهاب اخته وې. یاده څېړنه په ۲۰۲۲ز کال کې نشر شوې ده(۲۳).

Carlos Alberto Juárez Medel او ملګرو یې په ۹۲ امیندواره مېرمنو کې د وریو التهاب پېښې وڅېړلې. په څېړنه کې د وریو التهاب پېښې ۶۰ سلنه ښودل شوې دي او څېړنه یې په ۲۰۲۲ز کال کې نشر شوې ده(۲۴).

د هند Wardha, Maharashtra ایالت Sharad Pawar د غاښونو کالج او هسپتال د خولې پتالوژۍ او میکروبیولوژۍ ډیپارټمنټ غړي ډاکټر Rajul Ranka او ملګرو یې په ۳۰۳ امیندوارو مېرمنو او ۲۳۸ ناامیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب او غاښونو چینجنېدو پېښې وڅېړلې. د امیندوارو مېرمنو له ډلې څخه یې ۲۱۸ (چې ۹. ۷۱ سلنه کېږي) مېرمنې د وریو په التهاب او نا امیندوارو مېرمنو له ډلې څخه یې ۱۴۴ (چې ۵. ۶۰سلنه کېږي) مېرمنې د وریو په التهاب اخته وې. دا حالت په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب د پېښو کچه د نا امیندوارو مېرمنو په پرتله ۹۴. ۱ ځلې زیاته ښیي. یاده څېړنه په ۲۰۱۸ز کال کې نشر شوې ده(۵).

د وریو التهاب تر ټولو پرله‌پسې نښې نښانې د ایستروجن او پروجیسترون هورمونونو زیاتوالي پورې تړلې دي. د ایستروجن هورمون زیاتوالی د اپیتلیل حجراتو تفریق پذیري او ترشح کېدل (Proliferation and Differentiation) او د اپیتلیم کراټین کېدل (Keratinization) ګډوډوي یا خرابوي، په داسې حال کې چې د پروجیسترون هورمون زیاتوالی په وریو کې د رګونو نفوزیه قابلیت (Permeability) او د وینې کوچني دوران (مایکرو سرکولېشن) د بدلون لامل کېږي(۲۵).

ددې ترڅنګ په امیندوارو مېرمنو کې د ایستروجن او پروجسترون هورمونونو د کچې زیاتوالی په بدن کې د مایع Retention لپاره یوه تر ټولو ستره تنبیه ده، چې په پایله کې یې د وریو پړسوب (Edema) رامنځته کېږي. دغه بدلونونه د ځینو نورو ستونزو لامل هم کېږي، لکه، د وریو حساسیت زیاتوالی، سوروالی، وریو التهاب، وینې بهیدنې ته د وریو تمایل زیاتوالی، پیریوډونټیټس، پایوجینک ګرانولوما، د غاښ حرکت زیاتوالی، د پلاګ (Plaque) جوړېدل او په پراخه کچه د بکتریاو راټولېدل چې د غاښ چینجنېدو لپاره پټوجن تمامېږي(۲۶). د دې ترڅنګ، د خولې پتالوژیکو فلوراو سره د لوړې شوې هورمونې کچې او ټیټ شوي معافیتي غبرګون یوځای والی د وریو التهاب لامل کېږي(۲۵). په دې التهاب کې ورۍ سور یا تیاره ته ورته پړسوب لري او لمس کېدونکي څیز سره په ډېره اسانه او یا خپل‌سري ډول وینې کېږي(۲۷). د وریو التهاب کلینیکي پېژندلو لپاره له وریو څخه د وینې راتګ یوه تر ټولو اسانه نښه ده(۲۸).

د امیندوارۍ په دوران کې د وریو التهاب په عمومي ډول د درېیو او اتو میاشتو تر منځ را څرګندېږي(۲۱). د امیندوارۍ په لومړیو (اول ټرایمسټر) کې د Corpus Luteum په‌واسطه په لوړه کچه ایستروجن او پروجیسترون تولیدېږي(۲۹)، چې دا بیا په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب کچه د پام وړ پورته کوي. یاده کچه د امیندوارۍ په درېیم ټرایمسټر کې اخري کچې ته رسېږي او له زېږون څخه درې میاشتې وروسته راښکته کېږي(۲۵). که چېرې د وریو دغه التهاب بې له درملنې پاتې شي، د پیریوډونټیوم انساجو کې د بېرته را ګرځېدونکي التهاب (Reversible Periodontitis) لامل کېږي. د پیریوډونټیوم په دې التهاب کې د پیریوډونټیل پاکټ جوړېدل، د غاښ شاوخوا هډوکي ضایع کېدل او پیریوډونټیوم نښلېدلو ظرفیت له مینځه تلل شامل دي(۳۰).

په امیندوارو مېرمنو کې د خولې جوف ځانګړې پاملرنه هغه وخت لا ډېره اړینه وي، چې خوږو شیانو خوړلو ته یې د تمایل کچه لوړه شي(۳۱). د امینداورۍ په دوران کې مناسب صحي خواړه د وریو او پیریوډونټل التهاباتو په کمولو کې مثبته ونډه لري(۳۲). په ورځ کې پینځه او یا له دې څخه زیاته برخه سبزیجاتو او میوه‌جاتو خوړل او په ورځ کې له دوو ځلو څخه زیات د غاښونو برس کول د روزمره ژوند هغه عادتونه دي، چې وریو څخه د وینې راتګ ټیټې منځنۍ (Lower Median) سلنې سره اړیکه لري. د غاښونو بایوفیلم زیاتیدونکې کچې سره په ارتباط کې د وریو التهاب لوړ خطر لیدل شوی. په هر حال، د غاښونو چینجنېدل په امیندوارو مېرمنو کې د وریو په التهابي خطر باندې کوم اثر نه‌کوي(۲۱). برسېره پردې چې یو څه ناخوښ حالت دی، مګر هغو مېرمنو چې په ورځ کې یې خپل غاښونه دوه ځلې برس کول د هغو مېرمنو په پرتله چې غاښونه یې له دوو ځلو څخه کم برس کول، د وریو په التهاب کې کوم خاص توپیر نه دی لیدل شوی. دا حالت ښایي د دې له امله و چې یادو مېرمنو د غاښونو برس کولو مناسب تخنیکونه

نه وو زده او یا یې نه وو عملي کړي(۲۱). د غاښونو برس کولو سره یوځای د غاښونو تار په‌واسطه د غاښونو ترمنځ ساحو پاکول د غاښونو بایو فیلم یا د وریو التهاب رامنځته کېدو کچه راښکته کوي، نسبت دې‌ته چې یوازې د غاښونو برس وکارول شي(۳۳، ۳۴).

د پیریوډونټل انساجو روغتیا لپاره ښه کړنه د خولې غوره روغتیا ساتنه ده(۳۵). په هر حال، په عمل کې پوښتنه دا ده چې د خولې غوره روغتیا ساتنې لپاره کومه ستراتېژي وټاکل شي او څه ډول تطبیق شي. په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب، څو اړخیز طبعیت ته په پام سره، مسلکي پروفیلیکس **(Prophylaxis)** هم اړین دی(۳٦).

په مسلکي پروفیلیکس کې د غاښونو **Scaling, Root planning** او **Polishing** شامل دي(۳۷). د وریو روغتیا لپاره په دې لوړ خطر لرونکې دوره کې یوازې د غاښونو برس کول اغېزناک نه دي، بلکې په اوسني وخت کې، د وریو له خط (لین) څخه پورته او ښکته د غاښونو موجوده پلاګ په میخانیکي ډول لرې کول یوه انتخابي درملنه ده(۳۸). د بکتریاو بایوفلم چې د غاښونو پلاګ جوړوي، د وریو التهاب رامنځته کېدو یو مهم لامل دی(۳۹).

که چېرې د غاښونو بایوفلم د خولې د نیمګړې روغتیا ساتنې له امله راڅرګند شي، نو د التهابي وریو په شاوخوا کې به د پلاګ راټولېدنه نسبت غیرالتهابي وریو ته ډېره چټکه وي. کوربه بایوفلم سره د معافیتي **(Immunologically)** غبرګون په پایله کې په وریو کې د التهابي **Infiltrate** تولید په پایله کې وریو التهاب ته لا پرمختګ کوي(۴۰). د وریو التهاب اندازه د پلاګ جوړېدو مقدار او موقعیت په زیاتوالي سره ډېرېږي، د عمومي وریو التهاب سره د پلاګ نسبتاً پیاوړې اړیکه تائید شوې ده(۴۱). په هر حال، په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب په ډېر نادر حالت کې پیروډنټیس(Periodontitis) ته بدلېږي، چې د منضم نسج نښلېدو وړتیا له لاسه ورکولو سره ښودل شوی(۴۲). په واقعیت کې پروجیسترون د وریو په فیبروبلاسټونو باندې فشار راوړونکی عمل کوي(۴۳).

د ژوند روغتیایي یا صحي عادتونه لکه هره ورځ د مېوه‌جاتو او سبزیجاتو خوړل چې د عمومي سلوک برخه ګڼل کېږي، د خولې په روغتیا مثبته اغېزه کوي(۴۴). د غذا اخیستل د وریو وینې بهېدنې قضیو سره اړیکه لري، د مېوه‌جاتو او سبزیجاتو زیات خوړل (په ورځ کې پنځه برخې) په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب پېښې راکموی(۲۱). د خوړو کمزوري عادتونه د خولې او وریو التهاب لپاره د یو مهم خطري لامل په ډول عمل کولای شي(۴۵). تر وړاندیز شویو یا غوره شویو برخو کمو مېوه‌جاتو او سبزیجاتو خوړل د وینې بهېدنې لوړ خطر سره اړیکه لري. برسېره پر دې، د صحي یا روغتیایي خوړو کم اخیستل د وریو نسج محافظت او معافیتي سیستم ملاتړ لپاره د

کمې غذا اخیستلو په معنا دي(۴٦). د اکسیډېټیف (Oxidative) فشار کموالي او د ځینو غذایي برخو له لارې د انټي اوکسیډانټ (Antioxidant) زیاتوالی، د کوربه معافیت غبرګون کې بدلون له امله، د وریو او پیریوډونټل التهاب ته ګټه رسوي(۴۷).

د وریو التهاب ۲۰۱۸ز کال ډلبندي چې کلینیکي تعریفونه او فرضیې تائیدوي، په درېیو پراخو کټګوریو وېشل شوې ده: د پلاګ پهواسطه رامنځته شوی د وریو التهاب (Plaque-Induced Gingivitis)، د سیسټمیک یا موضوعي خطري لاملونو په پایله کې رامنځته شوی د وریو التهاب(Systemic or Local Risk Factors Gingivitis) او د لوړې اندازې تولید شویو ایستروجن او پروجیسترون هورمونو په پایله کې رامنځته شوی د وریو التهاب (High Levels Estrogen and Progesterone Gingivitis)(۴۸).

د غاښونو رژېدل (Dental Erosion)

د غاښونو ایروژن د غاښ د سختو انساجو یو غیرکاریسي شوې (Non-carious lesion) پدیده ده. په دې پدیده کې د غاښ له سختو انساجو څخه د منرالونو جداکېدنې(Demineralization) پروسه، د کیمیاوي موادو (تېزابو) پهواسطه، چې بکتریایي لاملونه پهکې دخیل نه وي، پیلېږي. دا پدیده په عمومي ډول د غاښ مینا (Enamel) برخې پورې محدود وي، خو په ځینو قضیو کې تر عاج (Dentine) پورې هم رسېږي(۴۹، ۵۰). په امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو رژېدلو پېښې له **%**75 څخه تر 80% پورې رسېږي(۲).

د عراق College of Dentistry, University of Babylon, Hilla, ځانګې استادانو هر یو Hassan Faleeh Farhan AL-Sultani له لورې په 100 امیندوارو مېرمنو کې چې عمرونه یې د 20 او 40 کالونو ترمنځ وو، د غاښونو رژېدنې (erosion) پېښې کتل شوې. په یاده څېړنه کې په امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو رژېدلو کچه ۱۲سلنه ښودل شوې. یاده څېړنه په ۲۰۱۳ز کال کې نشر شوې ده(۵۱).

دا پدیده معمولاً غاښ د سختو انساجو په بوکال (Buccal)، لابیال (Labial) او اکلوژل (Occlusal)سطحو کې په موضوعي ډول رامنځته کېږي(۵۲). د غاښونو رژېدل په ښکلا کې د نیمګړتیا رامنځته کېدو لامل کېږي، خو په پرمختللو پېښو کې د عاج لوڅېدو په پایله کې د غاښونو حساس کېدو لامل هم کېږي(۵۳). د غاښونو رژېدل ښایي د خارجي تېزابي لاملونو (تېزابي خوړو) او داخلي تېزابي لاملونو (په مزمن ډول د معدې محتویاتو خولې جوف ته راتلل یا دوامداره کانګې کولو) په پایله کې رامنځته شي(۵۴). Gastroesophageal Reflux Disease د غاښونو رژېدو لپاره یو تر

ټولو عام لامل دی، چې د معدې تېزابي محتویات په‌کې د خولې جوف ته راګرځي(۵۵، ۵٦). همدارنګه د امیندوارۍ په دوران کې، د هورموني بدلونونو او سهارنۍ کانګو (Morning Sickness) له امله، د معدې تېزاب په دوامداره توګه خولې جوف ته راځي او د خولې جوف تېزابیت زیاتوالي په پایله کې د غاښ/غاښونو مینا د رژېدو لامل کېږي(۵۷). سربېره پردې، پروجیسترون د پلازما بایو کاربونېټ کچې د کموالي په پایله کې د pH په راښکته کېدو کې مرسته کوي(۵۷). د لاړو اساسي محافظ کوونکي محتویات چې غاښ د سختو انساجو منرالي کېدو (Mineralization) ته وده ورکوي او د منرالونو جداکېدنې (Demineralization)څخه مخنیوی کوي، هغه د بای کاربونېټ، د میکروب ضد موادو، کلسیم او فاسفیټونو څخه عبارت دي(۵۳). په ابتدايي ډول، د تېزابو دوامداره حملې په تدریجي ډول د غاښ تر ټولو خارجي طبقه یا پوښ (Pellicle) له مینځه وړي؛ Pellicle د تېزابي اغېزو پر وړاندې د غاښ د سختو انساجو ساتنه کوي(۵۵). د غاښ پوښ (Pellicle) له مینځه تلل د هایدروکلوریک اسید ریفلوکسیټ (Hydrochloric Acid Refluxate)، د غاښ مینا سطحې سره مستقیم تماس او د هایډوکسې اپاټیټ کریسټالونو د (Hydroxyapatite Crystals) تجزیې (تحلیل) په پایله کې په 5.5 Ph > کې د مینا Demineralization پیلېږي(۵۳). په ژور ډول د غاښونو رژېدل د عاج ټیبولونو لوڅېدو په پایله کې د غاښ د حساسیت لامل کېږي(۵۵). د غاښونو رژېدونکې پدیده(Erosion Lesion) د سوډیم بایوکاربونېټ لرونکي محلول سره په مؤثره توګه کنټرولېدلی شي، ځکه چې یاد محلول تېزاب خنثی کوي او د غاښ د تخریب مخنیوی کوي(۵۸). له کانګو څخه وروسته په خوله کې د تېزابو خنثی کېدو لپاره خوله باید د سوډیم بایوکاربونېټ محلول سره (یو کاشوغه یخوونکې سوډا (Baking Soda) چې په یو ګیلاس اوبو کې اچول شوې وي) ومینځل شي(۵۹). د خولې جوف روغتیا ساتنې او ملاتړ لپاره د غاښونو Scaling, Polishing او Root Planning د امیندوارۍ په هر پړاو کې انتخاب شوې درملنې دي(۵۸). ګڼې مېرمنې د امیندوارۍ په دوران کې غاښونو ډاکټر ته مراجعه نه کوي(٦۰، ٦١). په امریکا متحده ایالتونو (U.S)کې یوازې ۴۰ سلنه میندې د امیندوارۍ په دوران کې د غاښونو وینځلو لپاره ډاکټر ته مراجعه کوي(٦٢). د نړۍ بېلابېلو برخو څخه ترلاسه شوې پېښې ښیي چې ګڼې مېرمنې د امیندوارۍ په دروان کې غاښونو ډاکټر ته مراجعه نه کوي، دغه کړنه د عامه پوهې نه‌شتون ، وخت کموالی، کمزوری اقتصادي حالت او د روغتیايي کارکوونکو د دوامداره مشورو نه‌شتون له امله ترسره کېږي(٦٣). څېړنیزو راپورونو څرګنده کړې چې د امیندوارۍ په دوران کې د غاښونو او پیریوډنټل ناروغیو نارمل وقایوي، تشخیصي او بیارغونکو درملنو اجراء کول بدې اغېزې نه لري(٦۴).

د غاښونو چینجنېدل (Dental Caries)

د غاښونو چینجنېدل د غاښ/غاښونو جوړښت یو موضوعي تخریب دی چې د بکتریاو په‌واسطه، د غذایي کاربوهایدریت پاتې شونو څخه په ګټې اخیستنې سره، رامنځته کېږي(٦٥). د غاښونو چینجنېدل د نورماله مېرمنو په پرتله امیندوارو مېرمنو کې ۲،۲ برابره زیات رامنځته کېږي(۵).

د هند Patna ایالت د غاښونو کالج او هسپتال د خولې داخلې او راډیولوژي ځانګې غړو هر یوه Manisha Gaurav1, Shameen Anwar2, Monika3, Shweta Kumari4 له لورې په ٦٨ مېرمنو کې (چې ۲۴ یې امیندواره او ۴۴ یې نا امیندواره وې) د وریو التهاب او غاښونو چینجنېدو (کاریس) پېښې څېړل شوې. د ۲۴ امیندوارو مېرمنو له ډلې څخه یې ۱۷ مېرمنې (چې ۸۹. ۷۰ سلنه کېږي) د غاښونو په کاریس اخته وې او له ۴۴ نا امیندوارو مېرمنو څخه یې ۲۴ مېرمنې (چې ۵. ۵۴ سلنه کېږي) د غاښونو په کاریس اخته وې. یاده څېړنه په ۲۰۲۳ز کال کې نشر شوې ده(۲۲).

د هند Wardha, Maharashtra ایالت Sharad Pawar د غاښونو کالج او هسپتال د خولې پتالوژي او میکروبیالوژي ډیپارټمنټ غړي ډاکټر Rajul Ranka او ملګرو یې په ۳۰۳ امیندوارو او ۲۳۸ نا امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب او غاښونو چینجنېدو پېښې وڅېړلې. د امیندوارو مېرمنو له ډلې ۱۹۲ (چې ۳. ٦۳سلنه کېږي) مېرمنې د غاښونو په کاریس او ناامیندواره مېرمنو له ډلې څخه ۱۰٦ (چې ۵. ۴۴ سلنه کېږي) مېرمنې د غاښونو په کاریس اخته وې. دا حالت په امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو کاریس پېښو کچه د نا امیندوارو مېرمنو په پرتله ۲،۲ برابره زیاته ښیي. یاده څېړنه په ۲۰۱۸ز کال کې نشر شوې(۵).

د کولمبیا Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, ځانګې استادانو هر یو Juliana Velosa-Porras1* and Nelcy Rodríguez Malagón2 له لورې په ۱۰۴۷ امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو چینجنېدو پېښې وکتل شوې. په یاده څېړنه کې په امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو کاریس کچه ۹. ۸۹ سلنه ښودل شوې. یاده څېړنه په ۲۰۲۳ز کال کې نشر شوې ده(٦٦).

د عراق College of Dentistry, University of Babylon, Hilla, ځانګې استادانو هر یو Hassan Faleeh Farhan AL-Sultani له لورې په ۱۰۰ امیندوارو مېرمنو کې چې عمرونه یې د ۲۰ او ۴۰ کالونو ترمنځ

وو، د غاښونو چینجنېدو (کاریس) پیښې کنټل شوې. په څېړنه کې په امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو کاریس کچه ۷۴ سلنه ښودل شوې. یاده څېړنه په ۲۰۱۳ز کال کې نشر شوه(۵۱).

Streptococcus mutans بکتریا د غاښونو چینجنېدو (کاریس) په رامنځته کولو کې لومړنی ایتالوژیک لامل دی. همدا راز ګڼو څېړنو د غاښونو چینجنېدو او یادې بکتریا ترمنځ اړیکه څرګنده کړې ده(٦٧). که چېرې د کوربه دفاعي میکانیزمونه د بکتریا په له مینځه وړلو بر لاسي نه‌شي، نو Streptococcus Mutans د غاښونو کاریسي کېدو خطر لا زیاتوي(٦٧). امیندواره مېرمنې د خولې تېزابي محیط، خوږو غذاګانو ته د تمایل زیاتوالي او د خولې روغتیا ته د نه پاملرنې له امله غاښونو کاریس ته زیاتې مساعدېږي. زړه بدوالی د خولې مناسبې روغتیا ساتنې څخه مخنیوی کوي، په امیندوارو مېرمنو کې د تکراري کانګو له امله د خولې جوف محیط تېزابي (اسیدي) کېږي. تېزابي محیط د غاښونو Demineralization لامل کېږي او Demineralized شوي غاښونه د کاریس لپاره مساعد وي. د غاښونو کاریس مخنیوي لپاره د داسې غذا اخیستل اړین دي، چې د مینا منرالي کېدو (Mineralization) لپاره کافي اندازه منرالونه او ویټامینونه ولري. ځینې اړین ویټامینونه او منرالونه چې د غاښ په خوندیتوب کې ونډه لري، ویټامین ډي، کلسیم، فاسفټ، ویټامین بي ٦ او ویټامین K دي. له دې ویټامینونو او منرالونو څخه غني خواړه د تور او شین پاڼه لرونکو سبزیجاتو، پنیر، شیدو، هګۍ او ماهي **(Wild Salmon)** څخه عبارت دي. په عمومي ډول د ورځني ژوند پرمهال د لوړې کچې کاربوهایډریټ لرونکو غذاګانو او مشروباتو کموالی د غاښونو کاریس پرمختګ څخه په مخنیوي کې مهمه ونډه لري. د بېلابېلو څېړنو د پایلو پر بنسټ د غاښونو چینجنېدل او وریو څخه د وینې راتګ حساسیت کچه په هغو خلکو کې ښکته وي، چې د کمې کچې کاربوهایډریټ لرونکو خواړو څخه ګټه اخلي(٦٣).

په امیندوارو مېرمنو کې د غاښونو کاریس مخنیوي لپاره غذا یوه مهمه برخه ده. د خولې په روغتیايي حالت باندې د غذايي عادتونو مستقیمې اغېزې لکه په لوړه کچه د کاربوهایدریت اخیستل د غاښونو چینجن کېدو (کاریس) لپاره یو له سترو خطري لاملونو څخه دي. په غاښونو کې د کاریس رامنځته کوونکو بکتریاو **(Cariogenic Bacteria)** په‌واسطه د کاربوهایدریتونو تجزیه کېدنه د تېزابو د تولید او د خولې Ph راښکته کېدو لامل کېږي، دغه دواړه حالتونه د غاښونو په مینرالایزیشن(Mineralization) باندې منفي اغېزه کوي، د غذا اخیستلو تکرار او ثبات (غذا څو ځلې اخیستل کېږي او څومره خوړه ده) د غاښونو کاریس پرمختګ لپاره یو مهم لامل دی(٦٨).

د امیندوارۍ مور په غذایي عادتونو کې بدلونونه، لکه، په زیاته کچه د کاربوهایدریت اخیستل، د خوړو فریکوینسي، زړه بدوالی او کانګې چې په ځینو مېرمنو کې په لومړیو دریو میاشتو (اول ټرایمیسټر) کې رامنځته کېږي، د خولې په روغتیا ناوړه اغېزه کوي. په دوامداره ټوګه د شیرینۍ خوړل او د مېوو او خوږو جوسونو څښل په پرله‌پسې ډول، د خولې لعابو pH د ښکته کېدو په پایله کې، د غاښونو کاریس رامنځته کېدو، د مینا ایروژن او د غاښونو حساس کېدو لامل کېږي. د خوړو په عادتونو کې بدلونونه اکثره دې باور سره تړاو لري، چې د مور او ماشوم لپاره خواړه اړین یا ضروري دي(٦٨).

په امیندوارو مېرمنو کې د خولې pH کمېدل ښایي د α-amylase انزایم فعالیت کې د لیدل شوي زیاتوالي له امله وي. دغه انزایم کاریس راوړونکو بکتریاو لپاره د سبسټریټ **(substrate)** مقدار د زیاتوالي لامل کېدای شي. همدرانګه په امیندوارو مېرمنو کې Gastro Oesophagel Reflux هم د لعابو pH کموالي لپاره د یو مسؤل په ډول دنده اجرا کوي. د لعابو pH کمېدل د بکتریاو میتابولیزم لپاره د فرعي موادو عرضه کولو سره یو داسې محیط رامنځته کوي، چې د مینا Demineralization ته پرمختګ ورکوي. د سیروم پروجیسترون د کچې زیاتوالی د بای‌کاربونیټ **(Bicarbonates)** کچې کموالي لپاره مسؤل دی، بای‌کاربونیټ یو طبعي لعابي ډال **(Buffer)** دی. سربېره پر دې، د زړه بدوالی او کانګې چې د Gastro Oesophagel Reflux په‌واسطه تعقیبېږي، د غاښ مینا او د معدې تېزابو تر منځ اوږدمهاله اړیکه کې مرسته کوي(٦٨). له کانګو څخه وروسته د تېزابو خنثی کېدو لپاره خوله باید د سوډیم بایوکاربونیټ محلول سره ومینځل شي. ځینې امیندواره مېرمنې په تکراري ډول د غاښونو برس کولو څخه ډډه کوي، ځکه چې غاښونو برس سره د حساسو وریو مخامخ کېدو په پایله کې له وریو څخه وینه بهېدنه او درد رامنځته کېږي. د دې ترڅنګ زړه بدوالی او کانګو ته د میلان پیدا کېدو په پایله کې خوله دوامداره تېزابي پاتې کېږي او په غاښونو منفي اغېزه کوي. برسېره پر دې، ځینو امیندواره مېرمنې د زړه بدوالي له امله په تکراري ډول کم خواړه اخلي، پرته له دې چې د هر ځل خوړو وروسته خپل غاښونه برس کړي، دغه کړنه د بکتریاو یرغل کوونکی فعالیت، د کاربوهایډریټ ټوټه کېدنې او خولې پرلپسې تېزابي پاتې کېدو ته لا پرمختګ ورکوي. همدارنګه د کاریس راوړنکو خواړو (لکه کاربوهایډریت او تېزاب لرونکو) څخه باید مخنیوی وشي(٥٨). بې درملنې پاتې شوي کاریسونه د ابسو او Cellulitis رامنځته کېدو پېښې زیاتوي(٦٩).

امیندوارو مېرمنو ته دا مشوره ورکول کېږي چې بوره (خواږه) لرونکي خواړه محدود کړي، په منظمه توګه فلوراید لرونکي غاښونو کریم سره غاښونو برس کړي او فلوراید لرونکې غرغړې څخه ګټه واخلي، ترڅو د کانګو په پایله کې

رامنځته کېدونکي Demineralization څخه مخنیوي وشي. د غاښونو کاریس مخنیوي لپاره د فلوراید موضوعي کاروني ونډه ښه منل شوې. همدرانګه فلوراید خوشې کوونکي بیارغونکي مواد لکه، ګلاس اینومر د دویمي غاښونو کاریس رامنځته کېدو څخه مخنیوي کولای شي. سربېره پردې، د Methamphetamine په څېر درمل، چې کېدای شي د غاښونو کاریس نور هم زیات کړي، له کارولو څخه یې باید ډډه وشي(٦٩).

پایله

لکه څرنګه چې امیندواري د مېرمنو لپاره یو فزیالوژیک پړاو دی، په دې پړاو کې د امیندوارۍ مېرمنې په بدن کې ځینې بدلونونه لکه د ایستروجن او پروجیسترون هورمونونو د کچې لوړېدل، د معدې تېزابي محتویاتو خولې جوف ته راتلل او خوږو خوړو ته د تمایل زیاتوالی رامنځته کېږي. دی بدلولونو سره یوځای د ښه غذایي رژیم او په منظم او دوامداره ډول د غاښونو کریم او برس نه کارول او د خولې غړغړې نه کول په امیندوارو مېرمنو کې د وریو التهاب، د غاښونو رژېدل (ایروژن) او د غاښونو چینجنېدو لامل کېږي. په ورځ کې دوه ځلې (سهار او ماښام) او یا له دوو ځلو څخه زیات په منظم ډول فلوراید لرونکي غاښونو کریم او غاښونو نرم برس سره د غاښونو مینځل، په دومداره او منظمه توګه د غاښونو تار کارول، د خولې تېزابي محیط خنثی کولو لپاره له بایو کاربونیټ لرونکې سوډا څخه د غړغړې په ډول کار اخیستل، په ورځ کې پنځه برخې د سبزیجاتو او مېوه‌جاتو خوړل، له هغو غذاګانو او مشروباتو څخه ډډه کول چې په لویه کچه کاربوهایډریټ لرونکي او تېزابي وي او په دومداره ډول غاښونو ډاکټر ته مراجعه کول د امیندوارۍ په دوران کې د وریو التهاب، غاښونو رژېدو او د غاښونو چینجنېدو څخه مخنیوي کولای شي.

وړاندیزونه

١. دولتي او شخصي روغتیايي سکتورونه باید په خپلو اړوندو روغتیايي مرکزونو کې د خولې روغتیا ساتنې (Oral Hygiene) برخې فعاله او مسلکي اشخاص ورته و ګوماري.

٢. دولتي او شخصي روغتیايي سکتورونه باید خلکو ته د خولې روغتیا ساتنې په اړه له بېلابېلو لارو (نشراتي چینلونو، زده‌کړیزو مرکزونو، ممبرنو او...) څخه عامه پوهاوی وکړي.

٣. روغتیايي کارکوونکي (غاښونو ډاکټران، نسایي ولادي ډاکټراني او مایکروبیالوژیستان) باید په دې برخه کې څېړنې وکړي او پایلې یې خلکو سره، د ستونزو د حل په موخه، شریکې کړي.

اخځليکونه

1. González-Jaranay, M.; Téllez, L.; Roa-López, A.; Gómez-Moreno, G.; Moreu, G. Periodontal status during pregnancy and postpartum. PLoS ONE 2017, 12, e0178234. [CrossRef] [PubMed]
2. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 5049; doi:10.3390/ijerph16245049 www.mdpi.com/journal/ijerph
3. Bili ´ nska, M.; Sokalski, J. Pregnancy gingivitis and tumor gravidarum. Ginekol. Pol 2016, 87, 310–313. [CrossRef]
4. Wu, M.; Chen, S.W.; Jiang, S.Y. Relationship between Gingival Inflammation and Pregnancy. Mediat. Inflamm. 2015, 2015, 1–11. [CrossRef]
5. Patil S, Ranka R, Chaudhary M, Hande A, Sharma P. Prevalence of dental caries and gingivitis among pregnant and nonpregnant women. J Datta Meghe Inst Med Sci Univ 2018;13:44-7.
6. (Hein & Williams., 2017; Azarpazhooh& Leake., 2006; Kamate et al., 2017)
7. International Journal of Science Academic Research Vol. 05, Issue 08, pp.xxxxx, August, 2024 Available online at http://www.scienceijsar.com
8. Borgis Nowa Stomatol 2018; 23(2): 84-89 https://doi.org/10.25121/NS.2018.23.2.84
9. Parrettini S, Caroli A and Torlone E (2020) Nutrition and Metabolic Adaptations in Physiological and Complicated Pregnancy: Focus on Obesity and Gestational Diabetes. Front. Endocrinol. 11:611929. doi: 10.3389/fendo.2020.611929
10. Mahmoodi H, Asghari-Jafarabadi M, Babazadeh T, Mohammadi Y, Shirzadi S, Sharifi-Saqezi P, et al. Health promoting behaviors in pregnant women admitted to the prenatal care unit of Imam Khomeini hospital of Saqqez. J Educ Community Health. 2015;1(4):58–65.
11. Lou S, Frumer M, Schlutter MM, Petersen OB, Vogel I, Nielsen CP. Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. Health Expect. 2017;20(6):1320–9. https:// doi. org/ 10. 1111/ hex. 12572 www. ncbi. nlm. nih. gov/ pubmed/ 28521 069.
12. Bagherzadeh et al. BMC Pregnancy Childbirth (2021) 21:751 https://doi.org/10.1186/s12884-021-04213-6
13. Zakaria ZZ, Al-Rumaihi S, Al-Absi RS, Farah H, Elamin M, Nader R, Bouabidi S, Suleiman SE, Nasr S and Al-Asmakh M (2022) Physiological Changes and Interactions Between Microbiome and the Host During Pregnancy. Front. Cell. Infect. Microbiol. 12:824925. doi: 10.3389/fcimb.2022.824925

14. O'Connor, D.L.; Blake, J.; Bell, R.; Bowen, A.; Callum, J.; Fenton, S.; Gray-Donald, K.; Rossiter, M.; Adamo, K.; Brett, K.; et al. Canadian consensus on female nutrition: Adolescence, reproduction, menopause and beyond. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2016, 38, 508–554. [CrossRef] [PubMed]

15. The Sensible Guide to a Healthy Pregnancy. Available online: https://www.canada.ca/en/public-health/ services/health-promotion/healthy pregnancy/healthy-pregnancy-guide.html (accessed on 24 July 2018).

16. Nutrients 2018, 10, 1032; doi:10.3390/nu10081032 www.mdpi.com/journal/nutrients

17. Quaresima P, Visconti F, Interlandi F, Puccio L, Caroleo P, Amendola G, et al. Awareness of gestational diabetes mellitus foetal-maternal risks: an Italian cohort study on pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21:692.

18. Massoni, R.S.D.S.; Aranha, A.M.F.; Matos, F.Z.; Guedes, O.A.; Borges, H.; Miotto, M.; Porto, A.N. Correlation of periodontal and microbiological evaluations, with serum levels of estradiol and progesterone, during different trimesters of gestation. Sci. Rep. 2019, 9, 11762. [CrossRef]

19. Maybodi, F.R.; Haerian-Ardakani, A.; Vaziri, F.; Khabbazian, A.; Mohammadi-Asl, S. CPITN changes during pregnancy and maternal demographic factors 'impact on periodontal health. Iran. J. Reprod. Med. 2015, 13, 107–112.

20. Bhuyan, R.; Bhuyan, S.K.; Mohanty, J.N.; Das, S.; Juliana, N.; Juliana, I.F. Periodontitis and Its Inflammatory Changes Linked to Various Systemic Diseases: A Review of Its Underlying Mechanisms. Biomedicines 2022, 10, 2659. [CrossRef]

21. Citation: Gare, J.; Kanoute, A.; Orsini, G.; Gonçalves, L.S.; Ali Alshehri, F.; Bourgeois, D.; Carrouel, F. Prevalence, Severity of Extension and Risk Factors of Gingivitis in a 3-Month Pregnant Population: A Multicenter Cross-Sectional Study. J. Clin. Med. 2023, 12, 3349. https:// doi.org/10.3390/jcm12093349

22. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279 0861.Volume 22, Issue 6 Ser.3 (June. 2023), PP 09-11 www.iosrjournals.org

23. Shrestha R, Pradhan S, Baral G. Prevalence of Gingivitis in Second Trimester of Pregnancy. Kathmandu Univ Med J. 2022;79(3):301-6.

24. Cite as: Gallardo LM, Rodriguez JM, Juarez CA, Hernandez J, Herrera AU. Prevalence of gingivitis and risk factors among pregnant women from Acapulco, Guerrero: a crosssectional study. Rev Cient Odontol (Lima). 2022; 10(1): e094. DOI: 10.21142/2523-2754-1001-2022-094

25. Wu M, Chen S-W, Jiang S-Y. Relationship between gingival inflammation and pregnancy. Mediators Inflamm. 2015;2015:623427.
26. Med Pregl 2015; LXVIII (11-12): 387-393. Novi Sad: novembar-decembar.
27. Schroter U, Ziebolz D, Stepan H, Schmalz G. Oral hygiene and oral health behavior, periodontal complaints and oral health-related quality of life in pregnant women. BMC Oral Health. 2022;22:1–7.
28. Baudet, A.; Veynachter, T.; Rousseau, H.; Anagnostou, F.; Jeanne, S.; Orti, V.; Thilly, N.; Clément, C.; Bisson, C. Perception of Gingival Bleeding by People and Healthcare Professionals: A Multicentre Study in an Adult French Population. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 5982. [CrossRef]
29. Raju, K.; Berens, L. Periodontology and pregnancy: An overview of biomedical and epidemiological evidence. Periodontology 2000 2021, 87, 132–142. [CrossRef] [PubMed]
30. adwan-Oczko et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2023) 23:348 https://doi.org/10.1186/s12884-023-05677-4
31. Da Mota Santana J, Alves de Oliveira Queiroz V, Monteiro Brito S, Barbosa Dos Santos D, Marlucia Oliveira Assis A. FOOD CONSUMPTION PATTERNS DURING PREGNANCY: A LONGITUDINAL STUDY IN A REGION OF THE NORTH EAST OF BRAZIL. Nutr Hosp. 2015;32:130–8.
32. Woelber JP, Bremer K, Vach K, Konig D, Hellwig E, Ratka-Kruger P, et al. An oral health optimized diet can reduce gingival and periodontal inflammation in humans - a randomized controlled pilot study. BMC Oral Health. 2016;17:28.
33. Bourgeois, D.; Saliasi, I.; Llodra, J.C.; Bravo, M.; Viennot, S.; Carrouel, F. Efficacy of interdental calibrated brushes on bleeding reduction in adults: A 3-month randomized controlled clinical trial. Eur. J. Oral Sci. 2016, 124, 566–571. [CrossRef] [PubMed]
34. Bourgeois, D.; Bravo, M.; Llodra, J.-C.; Inquimbert, C.; Viennot, S.; Dussart, C.; Carrouel, F. Calibrated interdental brushing for the prevention of periodontal pathogens infection in young adults—A randomized controlled clinical trial. Sci. Rep. 2019, 9, 15127. [CrossRef] [PubMed]
35. Liu, X.; Xu, J.; Li, S.; Wang, X.; Liu, J.; Li, X. The prevalence of gingivitis and related risk factors in schoolchildren aged 6–12 years old. BMC Oral Health 2022, 22, 623. [CrossRef] [PubMed]
36. Bao, J.; Huang, X.;Wang, L.; He, Y.; Rasubala, L.; Ren, Y.-F. Clinical Practice Guidelines for Oral Health Care during Pregnancy: A Systematic Evaluation and

Summary Recommendations for General Dental Practitioners. Quintessence Int. 2022, 53, 362–373. [CrossRef]
37. Copyright: ©Authors, 2023, College of Medicine, University of Diyala. This is an open access article under the CC BY 4.0 license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) Website: https://djm.uodiyala.edu.iq/index.php/djm
38. Chapple, I.L.C.; Van DerWeijden, F.; Doerfer, C.; Herrera, D.; Shapira, L.; Polak, D.; Madianos, P.; Louropoulou, A.; Machtei, E.; Donos, N.; et al. Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis. J. Clin. Periodontol. 2015, 42 (Suppl. S16), S71–S76. [CrossRef]
39. Jakubovics, N.S.; Goodman, S.D.; Mashburn-Warren, L.; Stafford, G.P.; Cieplik, F. The dental plaque biofilm matrix. Periodontology 2000 2021, 86, 32–56. [CrossRef] [PubMed]
40. Murakami, S.; Mealey, B.L.; Mariotti, A.; Chapple, I.L. Dental plaque-induced gingival conditions. J. Clin. Periodontol. 2018, 45 (Suppl. 20), S17–S27. [CrossRef] [PubMed]
41. Trombelli, L.; Farina, R.; Silva, C.; Tatakis, D.N. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J. Periodontol. 2018, 89 (Suppl. S1), S46–S73. [CrossRef] [PubMed]
42. Katarzy ´nska-Konwa, M.; Obersztyn, I.; Trzcionka, A.; Mocny-Pacho´ nska, K.; Mosler, B.; Tanasiewicz, M. Oral Status in Pregnant Women from Post-Industrial Areas of Upper Silesia in Reference to Occurrence of: Preterm Labors, Low Birth Weight and Type of Labor. Healthcare 2020, 8, 528. [CrossRef]
43. Cabral-Pacheco, G.A.; Garza-Veloz, I.; La Rosa, C.C.-D.; Ramirez-Acuña, J.M.; Perez-Romero, B.A.; Guerrero-Rodriguez, J.F.; Martinez-Avila, N.; Martinez-Fierro, M.L. The Roles of Matrix Metalloproteinases and Their Inhibitors in Human Diseases. Int. J. Mol. Sci. 2020, 21, 9739. [CrossRef]
44. Tenelanda-López, D.; Valdivia-Moral, P.; Castro-Sánchez, M. Eating Habits and Their Relationship to Oral Health. Nutrients 2020, 12, 2619. [CrossRef]
45. Martinon, P.; Fraticelli, L.; Giboreau, A.; Dussart, C.; Bourgeois, D.; Carrouel, F. Nutrition as a Key Modifiable Factor for Periodontitis and Main Chronic Diseases. J. Clin. Med. 2021, 10, 197. [CrossRef] [PubMed]
46. Isola, G.; Alibrandi, A.; Rapisarda, E.; Matarese, G.; Williams, R.C.; Leonardi, R. Association of vitamin D in patients with periodontitis: A cross-sectional study. J. Periodontal Res. 2020, 55, 602–612. [CrossRef] [PubMed]

47. Tóthová, L.; Celec, P. Oxidative Stress and Antioxidants in the Diagnosis and Therapy of Periodontitis. Front. Physiol. 2017, 8, 1055. [CrossRef]
48. Chapple, I.L.C.; Mealey, B.L.; Van Dyke, T.E.; Bartold, P.M.; Dommisch, H.; Eickholz, P.; Geisinger, M.L.; Genco, R.J.; Glogauer, M.; Goldstein, M.; et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017WorldWorkshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J. Clin. Periodontol. 2018, 45 (Suppl. S20), S68–S77. [CrossRef] [PubMed]
49. Schlueter, N.; Amaechi, B.T.; Bartlett, D.; Buzalaf, M.A.R.; Carvalho, T.S.; Ganss, C.; Hara, A.T.; Huysmans, M.D.N.J.M.; Lussi, A.; Moazzez, R.; et al. Terminology of Erosive ToothWear: Consensus Report of aWorkshop Organized by the ORCA and the Cariology Research Group of the IADR. Caries Res. 2020, 54, 2–6. [CrossRef]
50. Warreth, A.; Abuhijleh, E.; Almaghribi, M.A.; Mahwal, G.; Ashawish, A. Tooth surface loss: A review of literature. Saudi Dent. J. 2020, 32, 53–60. [CrossRef]
51. HF AL-Sultani - Med J Babylon, 2013 - iasj.net
52. Durazzo, M.; Lupi, G.; Cicerchia, F.; Ferro, A.; Barutta, F.; Beccuti, G.; Gruden, G.; Pellicano, R. Extra-Esophageal Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease: 2020 Update. J. Clin. Med. 2020, 9, 2559. [CrossRef]
53. Citation: Yanushevich, O.O.; Maev, I.V.; Krikheli, N.I.; Andreev, D.N.; Lyamina, S.V.; Sokolov, F.S.; Bychkova, M.N.; Beliy, P.A.; Zaslavskaya, K.Y. Prevalence and Risk of Dental Erosion in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: A Meta-Analysis. Dent. J. 2022, 10, 126. https://doi.org/10.3390/dj10070126
54. Schlueter, N.; Luka, B. Erosive tooth wear—A review on global prevalence and on its prevalence in risk groups. Br. Dent. J. 2018, 224, 364–370. [CrossRef]
55. Ghisa, M.; Della Coletta, M.; Barbuscio, I.; Marabotto, E.; Barberio, B.; Frazzoni, M.; De Bortoli, N.; Zentilin, P.; Tolone, S.; Ottonello, A.; et al. Updates in the field of non-esophageal gastroesophageal reflux disorder. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2019, 13, 827–838. [CrossRef] [PubMed]
56. Ortiz, A.C.; Fideles, S.O.M.; Pomini, K.T.; Buchaim, R.L. Updates in association of gastroesophageal reflux disease and dental erosion: Systematic review. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2021, 15, 1037–1046. [CrossRef]
57. "Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan." https://www.acog.org/en/clinical/clinicalguidance/ committeeopinion/ articles/2013/08/oral-health-careduring- pregnancy-and-through-the-lifespan (accessed Jul. 02, 2022).

58. 2015 Production and hosting by Elsevier B.V. on behalf of King Saud University. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).
59. Med Pregl 2015; LXVIII (11-12): 387-393. Novi Sad: novembar-decembar.
60. Adeniyi A, Donnelly L, Janssen P, Jevitt C, Kardeh B, von Bergmann H, et al. Pregnant women's perspectives on integrating preventive oral health in prenatal care. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):271.
61. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moyses SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Cad Saude Publica. 2018;34(8): e00130817.
62. US Centers for Diseases Control and Prevention. Selected 2016 Through 2020 Maternal and Child Health (MCH) Indicators. 2021. https:// www. cdc. gov/ prams/ prams- data/ selec ted- mch- indic ators. html.
63. Downloaded from http://karger.com/dmj/article-pdf/4/4/320/3715398/000519294.pdf by guest on 01 August 2024
64. Muralidharan and Merrill BMC Oral Health (2019) 19:237 https://doi.org/10.1186/s12903-019-0921-3\
65. Kadhim HN (2022) Dental Caries among Pregnant Women in Basrah. Int J Oral Dent Health 8:142. doi.org/10.23937/2469-5734/1510142
66. Velosa-Porras and Rodríguez Malagón BMC Oral Health (2023) 23:793 https://doi.org/10.1186/s12903-023-03419-8
67. How to cite this article: Kamate WI, Vibhute N, Baad R, Belgaumi U, Kadashetti V, Bommanavar S. Effect of socioeconomic status on dental caries during pregnancy. J Family Med Prim Care 2019;8:1976-80.
68. (Borgis Nowa Stomatol 2018; 23(2): 84-89 https://doi.org/10.25121/NS.2018.23.2.84)
69. 2015 Production and hosting by Elsevier B.V. on behalf of King Saud University. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Gingivitis, Tooth Erosion and Incidence of Dental Caries in Pregnant Women: Factors and Preventive Measures

Dr. Farmanullah Shinwari[1], Dr. Abdullah Rahmani[2], Dr. Riaz Salarzai[3]

[1,2,3]Department of Stomatology, Faculty of Medicine in Dentisry, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: farmanshenwarai@gmail.com

Received: 08-Oct-2024 Accepted: 26-Oct-2024 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Pregnancy is a physiological phase for women. During this phase, due to the elevated levels of estrogen and progesterone hormones, the frequent reflux of acidic stomach contents into the oral cavity and an increased tendency of pregnant women toward sweet foods, certain physiological changes occur. These changes, combined with irregular and inadequate oral hygiene, low intake of vegetables and fruits and not visiting a dentist regularly, can lead to numerous oral health issues. The most common identified issues include gum inflammation, tooth decay, tooth erosion, bad breath, dry mouth and gingival tumors. Regular and consistent brushing and flossing of teeth, rinsing the mouth with bicarbonate-containing soda, eating five portions of vegetables and fruits daily and visiting a dentist can help prevent these problems in pregnant women. The objective of this article is to gather, organize and analyze comprehensive information about common oral health issues during pregnancy (such as gum inflammation, tooth erosion and decay) so that pregnant women and healthcare providers can take effective steps to ensure oral health.

Keywords: Caries, Erosion, Gingivitis, Incidence, Pregnancy, Prevention

د انسان پر جسمي روغتیا د نشه‌يي توکو اغیزې

دوکتور امان الله اسلمي[1]، شاهنشاه محبوب[2]، نوماند پوهنیار انعام الله میاخېل[3]، پوهنیار جواد میاخېل[4]

[1]کلینیک څانګه، معالجوي طب پوهنځی، روښان پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

[2]کلینیک څانګه، معالجوي طب پوهنځی، روښان پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

[3]ژورنالېزم څانګه، ادبیاتو او بشري علومو پوهنځی، لغمان پوهنتون، لغمان، افغانستان

[4]حقوقو څانګه، حقوقو او سیاسي علومو پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال بریښنالیک: amanullahaslami28@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

د نشه‌يي توکو کارونه اوسني عصر کې په نړۍوال بحران باندې بدله شوېده او د هېوادونو او آن په نړۍواله کچه یې په پراخه انساني روغتیایي ستونزې زېږولې او زېږوي یې، چې اغېزې یې یوازې په رواني، ټولنیز او اقتصادي بدلونو پورې منحصرې نه پاتې کېږي، بلکې د انسان جسمي سلامتیا او روغتیا تر خپلو اغېزو لاندې راولي او ډول ډول ناروغۍ ترې رامنځته کېږي. د انسان جسمي سلامتیا او روغتیا په عموم کې فزیکي او احساساتي ارامتیا ته ویل کېږي، چې د هر انسان د بنه، غوړه او نورمال جسمي کړنو لپاره اړینه ده؛ ددې روغتیا په نشتون سره انسان د کورنۍ او ټولنې په اوږو بار کېږي او د سیالانو له سیالۍ څخه وروسته پاتې کېږي. د انسانانو له لورې د نشه‌يي توکو کارونه اوږده مخینه لري چې د اغېزو په اړه یې د څېړونکو له لورې په بېلابېلو ځایونو کې پر جلا وختونو کې څېړنې ترسره شوي دي. د څېړنو د پایلو له مخې نشه‌يي توکي د انسان پر جسمي روغتیا ژور او پراخه اغېز لري، چې انسان د روغ او سالم جسم له نعمت څخه بې برخې کوي او د ستونزو او کړاوونو سره یې مخ کوي. په پایله کې ویلې شو چې نشه‌يي توکي د انسان جسمي روغتیا او د بدن بېلابېل سېستمونه تر اغېز لاندې راولي او د دماغو او لمبیک سیستم، تنفسي سیستم، د زړه او رګونو سیستم، هضمي سیستم، خوله، ځیګر، پانکراس، پښتورګو، معافیتي سیستم، تناسلي سیستم، جنسي ناتوانایي، امیندوارۍ، د انتاني ساري ناروغیو د خپرېدو، د ترافیکي پېښو، روغتیا ساتنې اړوند بدلونونه، د سترګو، هډوکو، عضلاتو، پوستکي، د بدن وزن بدلونونه او سرطاني ناروغیو او اختلالاتو لامل کېږي. د څېړنې موخه مو د انسان پر جسمي روغتیا د نشه‌يي توکو د اغېزو ترڅنګ د نشه‌يي توکو له امله رامنځته کېدونکو ناروغیو راسپړل او درک کول دي.

کلیدي کلمې: اغېزې، انساني روغتیا، نشه‌يي توکي

پېژندنه

انسان په خپل ژوند کې ځانګړي لومړیتوبونه لري، که شتون ولري سالم ساتل یې اړین دی، که شتون ونه لري لاسته راوړل یې اړینه او جدي غوښتنه ګڼل کېږي. یو له دغو لومړیتوبونو څخه د انسان خپله روغتیا ده، چې باید سالم صحت او روغتیا ولري. انسان لپاره روغتیا د الله(ج) له لورې ستر نعمت ګڼل کېږي. خپله د روغتیا کلمه دوه غټې برخې، رواني او جسمي، په خپل ځان کې رانغاړي چې د دې دواړو سالم‌والي له امله باید انسان د الله تعالی ډېر زیات شکرونه ادا کړي او د ساتنې په موخه یې کوټلي ګامونه واخلي؛ داسې نه چې د الله ج دغه ستر نعمت د نه پاملرنې او خرابو ځیزونو کارونې له امله له لاسه ورکړل شي. د انسان د سالمې رواني او جسمي روغتیا ختمولو لپاره ډېر څه شته چې زموږ په ټولنه کې شتون لري او د شخص د سالمې رواني روغتیا ترڅنګ جسمي روغتیا ته د زهرو په څېر زیان اړوونکې تمامېږي او د یو شخص د وروسته پاتې والي او د ناروغ د جسمي، فزیکي، ټولنیزې او رواني ګډوډیو له امله د کورنۍ او ټولنې په اوږو بار کېږي؛ دغه توکي په اصل کې نشه‌يي توکي دي. که چېرې په یو شخص کې د فزیکي روغتیا ستونزې دوام پیدا کړي، د وخت په تېرېدو سره لاخرابېږي، نو د هر هغه چا لپاره چې روږدی وي، اړینه ده چې ژر تر ژره متخصص ډاکټر ته مراجعه وکړي. د ډېرو نشه‌يي توکو له کارولو او د وخت په تېرېدو سره رامنځته کېدونکو اختلالاتو وار د مخه کشف او له‌منځه وړل روغتیايي ستونزې راکموي(۱).

د نشه‌يي توکو د کارونې مخینه څومره چې زیاتېږي او وخت پرې تېرېږي، په همغومره لوړه کچه ورته د شخص اړتیا پیدا کېږي. ورپسې د څه وخت لپاره شخص د ښه احساس ترلاسه کولو لپاره دې توکو ته اړتیا پیدا کوي. کله چې د نشه‌يي توکو کارول ډېرېږي، نو له نشه‌يي توکو پرته ژوند ګرانېږي. کله چې شخص د نشه‌يي توکو د ودرولو اراده وکړي، نو شخص له فزیکي اړخه د ناروغۍ احساس ته په شدید ډول میلان پیدا کوي. همدې ته (Withdrawal symptoms) ویل کېږي(۲).

نړۍ‌والې څېړې شوې شمېرې ښيي چې د مړینو په هرو اتو (۸) پېښو کې اوه (۷) یې د نشه‌يي توکو سره ارتباط لري. د غلا، شوکمارۍ، انسان تښتونې او نورو ته د مزاحمت پېښې له نشه‌يي توکو او الکولي مشروباتو څخه سرچینه اخلي، د جنسي تیري ۶۵ سلنه پېښې د شرابو له کارونې سرچینه اخلي، همدارنګه د نړۍ ۵۰ سلنه جنايي بندیان هغه اشخاص دي چې نشه‌يي توکي یې کارولي دي. شمېرنې ښيي چې دغه ډول پېښې د شرابو څښلو له امله د نورو نشه‌يي توکو په پرتله پنځه برابره ډېرې دي(۳).

په امریکا متحده ایالتونو کې ۱۵۰ میلیارده ډالر، چې د هر تن په سر ۶۰۰ ډالر کېږي، په کلني ډول د الکولي څښاکو په کارونې مصرفېږي او د نفوس ۹۰٪ وګړو یې یو ځل الکول کارولي دي، چې په دوی کې زیاته (۶۵ سلنه) کارونه

يې د سپن پوستو له‌خوا کېږي. تر زړه او سرطاني ناروغيو وروسته په درېيمه درجه کې د الکولو کارونه ده، چې له امله يې خطرناک او ژوند تهديدونکې ناروغۍ رامنځته کېږي. همدارنګه په اروپايي ټولنه کې د الکولي څښاکو کارول يو عادي او د منلو وړ عادت منل شوی؛ د تعجب خبره داده چې په يادو ځايونو کې د اشخاصو د تعليم کچه چې څومره لوړه وي، همغومره د قاچاقي موادو (نشه‌يي توکو) کارونې سلنه پکې پورته ځي. په دې معنی چې د تحصيلي ډيپلوم درلودونکو له‌خوا ۷۰ سلنه او يوازې د لوړو زده کړو درلودونکو لخوا ۴۰ سلنه الکول کارول کېږي(۴).

خلاصه دا چې د نشه‌يي توکو کارونې له امله په اشتها او وزن کې بدلونونه، د زړه ضربان او د وينې فشار زياتوالی، غير معمولي تنفس يا تنفسي زجرت، د معدې ستونزې، د عضلاتو کمزوري او رعشه، جنسي فعاليت کمزوري کېدل، د پوستکي ستونزې او د غړو تخريب رامنځته کېږي(۸-۵).

ددې مروري ليکنې موخې د نشه‌يي توکو د منفي اغېزو او اړوندو لاملونو په اړه وروستي معلومات راټولول، تحليل او ترتيبول دي، تر څو بنکېل اړخونه يې د کارونې په منفي اغېزو پوه شي او له کارونې څخه يې لاس واخلي، د کورنيو، ټولنو، هېوادونو او په ټوله کې د نړۍ په کچه د ناخوالو د راکمېدو لامل شي.

نشه‌يي توکي

هر هغه کيمياوي توکي (طبي وي يا مصنوعي) چې د يو وګړي فزيکي، جسمي، روغتيايي، ټولنيز او اقتصادي بڼه والی اغېزمن کړي او په کړو وړو کې يې منفي بدلون راولي، د نشه‌يي توکو په نوم يادېږي(۹). نشه‌يي توکي هغه مواد دي چې د انسان په عصبي سيستم مستقيمه اغېزه کوي، د هغوی احساسات، چلندونه او ذهني حالت بدلوي. نشه‌يي توکي د لنډمهالي خوشحالی، ارامی يا انرژۍ د ډېروالي لامل کېږي، چې دغه اغېزې له ۴- ٦ ساعتونو پورې ادامه کوي(۱۰)، خو د نشه‌يي توکو ډېره او دوامداره کارونه روږديتوب او جدي جسمي ستونزې رامنځته کوي. د نشه‌يي توکو عمومي ځانګړتيا دا ده چې بدن په فزيکي او جسمي انحصار اخته کوي، چې په پايله کې يې شخص په تلپاتې توګه دا توکي کاروي، که څه هم پايلې يې منفي وي(۱۱). د نشه‌يي توکو کارونه په ټوله نړۍ کې عامه شوې او په پرمختللو او مخ پر ودو هېوادونو لپاره يې په روغتيايي برخه کې ډېرې سترې ستونزې راولاړې کړې دي. په بېلابېلو هېوادونو کې د رنګارنګ نشه‌يي توکو، لکه:Nicotine, Cannabis, Opiates او الکولو سره سره، د نشه‌يي توکو نور ډولونه کارول کېږي(۴). د نشه‌يي توکو له ډلې څخه چرس چې زموږ په ټولنه کې په عام ډول کارول کېږي، په شخص کې د قضاوت ويجاړي، بې ثباته فکري تمرکز او بې ثباته حافظه رامنځته کوي(۱۲). همدارنګه، د نشه‌يي توکو کارونه په شخص کې ډول ډول ستونزې راپيدا کوي، خو شخص د خپل ځان د ټيت نه راوستلو لپاره

د نشه‌يي توکو په‌واسطه رامنځ ته شوې ستونزې پټوي او ترې منکرېږي، مګر حقیقت دا دی چې دغه توکي په روږدي شخص کې فزيکي او جسمي ستونزې راولاړوي(۹).

د نشه‌يي توکو ډولونه

نشه‌يي توکي د هغوی د اغېزو پر بنسټ په څلورو لويو کټګوريو وېشل کېږي[9]:

۱- **تحريکوونکي (Stimulants)**: تحريکوونکي هغه نشه‌يي توکي دي چې د عصبي سيستم کړنه زياتوي او د فرد انرژي، تمرکز او هوښياري لوړوي، درواغجنه خوښی رامنځته کوي، خوب کموي او د بيدارۍ لامل کېږي(۹). د دې توکو مشهورې بېلګې کوکاين، امفيتامينونه او نيکوتين دي. کوکاين چې له کوکا بوټي څخه اخيستل کېږي، د لنډ وخت لپاره د انرژۍ او خوشحالۍ احساس رامنځته کوي، خو په دوامداره کارونې سره يې جسمي او فزيکي ستونزې رامنځته کېږي، لکه د زړه ناروغۍ او د عصبي سيستم ستونزې(۴).

۲- **سستونکي (Depressants)**: سستونکي هغه توکي دي چې د مرکزي عصبي سيستم فعاليت کموي او ارامي، خوب او د فشار کمښت رامنځته کوي. الکول او بنزوديازيپينونه د دې ډلې مشهورې بېلګې دي. الکول د نړۍ په مختلفو برخو کې د يو قانوني نشه‌يي توکي په توګه کارول کېږي، خو په زيات استعمال سره يې د ځيګر، زړه او مغزو ناروغۍ رامنځته کېږي(۴).

۳- **درد ارامونکي (Narcotics)**: درد ارامونکي (Narcotics) هغه نشه‌يي توکي دي چې درد قراروي، د ټوخي عکسه کموي يا له منځه وړي او د اسهال ضد اغېزه منځته راوړي(۹)، خو په زيات او دوامداره استعمال سره يې روږديتوب او جدي روغتيايي ستونزې رامنځته کېږي. مشهور درد ارامونکي (Narcotics) افين، هيروئين، مورفين، کوډين او اوپوئيدونه (Opioids) (ټرامادول،پنتازوسين، ميتاډون) دي. هيروئين چې په ناقانونه ډول په نړۍ کې کارول کېږي، د خوشحالۍ او ارامۍ لنډمهاله احساس رامنځته کوي، خو د دوامداره کارونې په صورت کې يې روږديتوب، فزيکي او جسمي ستونزې رامنځته کېږي(۴).

۴- **برسام زيږونکي (Hallucinogens)**: هغه نشه‌يي توکي چې په شخص کې غير حقيقي خيالونه او برسامات (خيال پلو) رامنځته کوي، د مرکزي عصبي سيستم فعاليت کله ورو او کله چټکوي، (Hallucinogens) ورته ويل کېږي. مشهور (Hallucinogens) چرس، مرخېړي (Magic Mushroom) او Phencyclidine دي(۹).

د انسان د روغتيا پېژندنه

روغتيا بېلابېل تعريفونه لري چې د وخت په تېرېدو سره د بېلابېلو موخو لپاره کارول کېږي. په عموم کې، روغتيا د انسان فزيکي او احساساتي هوساينې ته ويل کېږي، په ځانګړې توګه هغه هوساينه چې د انسان د بدن په نورمال فعاليت سره تړاو لري. د ناروغۍ، درد (د رواني درد په ګډون) او ټپ نشوالی روغتيا بلل کېږي. روغتيا ته د روغتيايي فعاليتونو زياتولو سره وده ورکول کېږي، لکه منظم فزيکي تمرين او پوره خوب او د غير صحي فعاليتونو يا حالتونو، لکه سګرټ څکل، د وينې لوړ فشار کنترول او ... په کمولو يا مخنيوي سره کولای شو چې روغتيا سالمه وساتو(٦).

د روغتيا نړۍوال سازمان World Health Organization (WHO) روغتيا داسې تعريفوي چې د انسان بشپړ فزيکي، ټولنيز او رواني ښه والي او هوساينې ته روغتيا ويل کېږي(۷).

له پورته څرګندونو څخه څرګندېږي چې د انسان روغتيا جسمي، فزيکي، ټولنيزه او رواني صحت او سلامتيا په خپل ځان کې رانغاړي او د انسان روغتيا په ډېرى مواردو کې د روغ جسم درلودلو په معنا اخيستل کېږي. مګر حقيقت دا دی چې د انسان روغتيا نه يوازې جسمي سلامتيا ده، بلکې د ټولنيز او رواني حالت ښه والی هم په په ځان کې رانغاړي او د دوی مجموعي ښه‌والی د انسان لپاره روغتيا بلل کېږي. روغتيا د يوې سرچينې يا شتمنۍ په توګه ګڼل کېږي، چې موږ سره زموږ د ورځني ژوند رهبري کولو کې مرسته کوي. همدارنګه روغتيا ده چې په ټولنيز او شخصي سرچينو او همدارنګه فزيکي وړتياوو باندې ټينګار کوي. دا لاملونه د روغتيا ټاکونکو په توګه پېژندل کېږي. د روغتيا په اړه د هر شخص تجربې کولی شي په پراخه کچه توپير ولري او د دوی د ژوند په اوږدو کې د بېلابېلو تجربو لامل شي. په دې معنی، کله چې انسان له ننګونو سره مخ کېږي، په دنده کې ستونزې، د اړيکو مشکلات، د يو عزيز له لاسه ورکول او داسې نورو ټولو حالتونو کې ښه روغتيا موږ ته فزيکي او احساساتي انعطاف برابروي، چې موږ اړتيا لرو د ستونزمنو وختونو سره مقابله وکړو، خپل توازن بېرته ترلاسه کړو او په بشپړ ډول بېرته خپل عادي ژوند وکړو. زموږ په ژوند کې ډېر پراخه لاملونه شته چې په روغتيا مو اغېز کوي. په‌دې لاملونو کې عايد او ټولنيز حالت، د ټولنيز ملاتړ شبکې، ښوونه او روزنه، د کار شرايط، ټولنيز چاپيريالونه، فزيکي چاپيريال، د شخص روغتيا، د مقابلې مهارتونه، د ماشوم سالم پرمختګ، بيولوژي او جنيتيکي اغېزې، روغتيايي خدمتونه، جندر او کلتور شامل دی(۸).

د انسان پر جسمي روغتيا د نشه‌يي توکو اغېزې

نشه‌يي توکي د انسان پر فزيکي، جسمي، کاري او ټولنيزو حالتونو منفي اغېزې لري. نشه‌يي توکي د انسان جسم او عصبي سيستم اغېزمنوي. همدارنګه د انسان افکار، احساسات او چلندونه بدلوي. د نشه‌يي توکو لومړنۍ کارونه لنډمهاله خوشحالي، ارامي او د انرژۍ زياتوالی رامنځته کوي، خو زياته کارونه يې د انسان فزيکي او جسمي ځانګړتياوې تر اغېزو لاندې راولي، چې موږ يې دلته د انسان پر جسمي روغتيا د نشه‌يي توکو پر اغېزو بحث کوو(۴).

پر دماغو او لمبيک سيستم د نشه‌يي توکو اغېزې

د نشه‌يي توکو له ډلې د سګرټو څکونکي دوه نيم ځله زيات د دماغي رګونو شکېدو (Cerebro Vascular Accident) ته برابر (مساعد) دي(۱۳). د نشه‌يي توکو له ډلې د نيکوتين، کوکاين، چرس او نورو نشه‌يي توکو کارونه په دماغ کې د "انعام" احساس اغېزمنوي، چې د ليمبيک سيستم برخه ده. د مغز دا برخه په غريزه او روحيه کې ښکېله ده. په حقيقت کې نشه‌يي توکي دا سيستم په نښه کوي او په پايله کې د ډوپامين (يوه کيمياوي ماده ده چې د احساساتو او خوند احساس تنظيموي) لوی مقدار په دماغ کې افرازېږي. د ډوپامين زيات مقدار هغه څه دي، چې بدل احساسات رامنځته کوي. د نشه‌يي توکو د روږدي کېدو يو له اصلي لاملونو څخه د لنډمهالې خوښۍ اغېزو رامنځته کول دي، چې انسان د نشه‌يي توکو بياځلي اخيستلو ته مجبورېږي، که څه هم د لومړي ځل لپاره د نشه يي توکو کارونه د انتخاب له مخې وي، خو تر کارونې وروسته د دماغو کيمياوي کړنې بدلوي، له همدې امله نشه‌يي توکو ته د قوي لېوالتيا اجباري کاورنې لامل کېږي. د وخت په تېرېدو سره دا چلند د نشه‌يي توکو او الکولو په انحصار او روږدي کېدو بدلېږي. الکول کولی شي په مغز باندې لنډمهاله او اوږدمهاله اغېزې ولري او د دماغ د ارتباط لارې ګډې وډې کړي. سربېره پر دې، په مزاج، چلند او نورو ادراکي دندو باندې هم اغېزې اچوي. د الکولو پهواسطه رامنځته شوې خوارځواکي، تشنج (Convulsion) او د ځيګر ناروغۍ دماغو ته د زيان اړولو لامل کېږي. په اميندوارو مېرمنو کې د الکولو مصرف د ماشومانو پر دماغو اغېزه کوي. الکول همداراز په جنين کې الکولي اختلالات رامنځته کوي. د ورکړل شويو راپورونو له مخې د الکولو له امله رامينځته شوې دماغي ستونزې زياتره په مناسبې درملنې سره حل کېدلی شي. د مياشتو او کلونو لپاره له الکولو څخه ډډه کول د فکر کولو وړتيا او حافظې ته وده ورکړي(۱۴). د نشه‌يي توکو له ډلې کوکاين، هيرويين او د امفيتامين بېلابېل ډولونه په مرکزي عصبي سيستم اغېزه کوي او د کاروونکي شعور بدلوي(۱۷)، همدارنګه نشه‌يي توکو له ډلې څخه شراب، کوکائين، چرس او نيکوتينو کارونه شخص کې ستروک (Hemorrhagic and ischemic) رامنځته کوي(۱۳).

پر تنفسي سيستم يې اغېزې

ببلابېل نشه‌يي توکي چې په انشاقي يا د سګرټ په توګه کارول کېږي، تنفسي سيستم کمزوری کوي او سږو ته جدي زيان اړوي. نشه‌يي توکي لکه چرس او کوکاين په مستقيم ډول په سږو اغېزه کوي او د اوږدمهاله برونکايټس، ايمفيسيما او د سږو سرطان په څېر ناروغيو لامل کېږي(۱). هغه څوک چې په منظم ډول سګرټ څکوي، د ورځني ټوخي او بلغم تر څنګ مزمن برانشيټس (Chronic bronchitis) اعراض او نورې ډېرې تنفسي ستونزې ورته پيدا کېږي(۱۵). د نشه‌يي توکو له ډلې د سګرټو کارونه په سږو ډېره بده اغېزه کوي، ځکه د سګرټو لوګې سيده سږو ته داخلېږي(۱۳). همدا د سګرټو لوګی د تنفسي سيستم د انتقالي برخې (Conductive portion) مخاطي پرده (Mucous membrane) تحريکوي او له امله يې د همدې برخو د التهاب او د مخاط (Mucous) د افراز زياتوالي لامل کېږي. ددې ترڅنګ د سګرټو لوګی د وينې سپين حجرات فعالوي او ددوی په‌واسطه د (Elastase) انزايم افرازېږي، چې همدا افراز شوی (Elastase) انزايم د سږو د نسجي زيان لامل کېږي، چې په پايله کې د سږو امفزيما ناروغۍ رامنځته کېږي)۱٦(. د سګرټو لوګی سږو ته د نيغ په نيغه داخلېدنې له امله د سږو انساج تخريبېږي، سږې په افت اخته کوي او په پايله کې ناروغ کې ساه لنډي رامنځته کوي، همدارنګه په سږو کې د سګرټو بدلونونه نه جبرانېږي، بله خطرناکه ناروغي چې د سږو سرطان په نوم يادېږي، رامنځته کوي. هغه څوک چې سګرټ څکوي، د نه څکونکو په پرتله لس برابره زيات د سږو په سرطان اخته کېږي(۱۳). نشه‌يي توکي تنفسي سيستم ته د زيان اړولو له امله د کمزوري تنفس لامل کېږي او سږو ته د هوا داخلېدو مخنيوی کوي. (Opioids) د تنفسي ستونزو او تنفسي خفګان (Respiratory Depression) تر ټولو ستر لامل دی، ځکه چې (Opioids) د تنفس کچه (Respiratory Rate) کموي او د ساه‌لنډۍ (Asthma) اعراض تشديدوي(۵).

د زړه او رګونو پر سيستم يې اغېزې

نشه‌يي توکي د زړه او رګونو سيستم لپاره ګواښ دی. تحريکوونکي نشه‌يي توکي لکه کوکاين هرکله چې کارول کېږي، زړه ته زيان رسوي. ددې موادو اوږدمهاله کارونه د زړه د بې نظمۍ (Arrhythmia)، د وينې لوړ فشار (Hypertension)، د زړه ضربان زياتوالي (Tachycardia) او د زړه حملو (Cardiac attack) لامل کېږي. د نشه يې توکو کارونکي چې نشه‌يي مواد د ستنې په‌واسطه اخلي، پر زيانمن شويو رګونو او انتاناتو اخته کېږي(۱). همدارنګه د سګرټو او تنباکو کارونه د زړه حملې رامنځته کوي. په دې معنی چې سګرټ او تنباکو څکونکي پنځه برابره د عادي وګړو په پرتله زيات د زړه حملو سره مخ کېږي. همدارنګه د شرابو کارونه د زړه د حرکاتو بې نظمي (Arrhythmia)، زړه رګونو تنګوالی (Atherosclerosis) او د زړه مرګونې حملې (Cardiac attacks) رامنځته

کوي. د شرابو تر څنګ هیروئین، چرس او نیکوتین هم ورته اغېزې منځته راوړي(۱۳). ډېری نشه‌یي توکي پر زړه منفي اغېزې کوي او د زړه د غیر معمولو ناروغیو څخه تر د زړه حملو پورې اختلالات رامنځته کوي. د نشه‌یي توکو ستنو کارول د زړه د والونو او د رګونو د باکتریایي انتاناتو لامل کېږي(۱۷). د نشه‌یي توکو له ډلې د الکولو کارونه په یوه دقیقه کې د زړه ۱۰ ټکانونه زیاتوي(۱۸). همدارنګه د زړه عضلې د کتلې غټوالی (Myocardial Hypertrophy) د زړه د بې نظمۍ (Arrhythmia)، د وینې لوړ فشار (Hypertension) او د زړه د نامنظم ضربان (Irregular Tachycardia) لامل کېږي. همدارنګه د شرابو زیاته کارونه د وینې لوړ فشار رامنځته کوي، چې له امله یې د زړه عضلات تخریبېږي، نو د زړه کمزورتیا رامنځته کوي چې د (Cardiomyopathy) په نوم یادېږي. دا کمزورتیا د وخت په تېرېدو سره پرمختګ کوي او د زړه د عدم کفایې (Cardiac Failar) لامل کېږي)۱۹(. همدارنګه د الکولو دوامداره کارونه د شریانونو، په ځانګړي ډول د (Coronary Artery)، د تنګیدو لامل کېږي، چې دغه شریان په اصل کې د زړه مغز بلل کېږي او د تنګېدو له امله یې په شخص کې د زړه سکته (Cardiac Arrest) پیدا کېږي(۱۸). همدارنګه د(Atherosclerosis) له امله (Myocardial Infarction) رامنځته کېدل د سګرتو له کارونې سره اړیکه لري. په دې معنی چې په ساحه کې د وینې د صفحاتو (Platelatis) په لوړه کچه راټولېدنه، د زړه د عضلې د اړتیا وړ اکسیجن کموالی او اکسېجن ته د زړه د عضلې د اړتیا زیاتوالی ددې لامل کېږي، چې د (Atherosclerosis) له امله (Myocardial Infarction) رامنځته شي(۱٦). همدارنګه د نشه‌یي توکو له ډلې څخه د الکولو کارونه د پوستکي رګونه پراخوي، دې سره پوستکي ته ډېره اندازه وینه جریان پیدا کوي او پایله کې شخص د ګرموالي احساس کوي، چې له دې سره بدن داخلي تودوخه په ډېرې چټکۍ سره له لاسه ورکوي(۱۹).

پر هضمي سیستم یې اغېزې

د نشه‌یي توکو کارونه د معدي معایي ستونزې رامنځته کوي؛ په دې معنی چې د خولې، مرۍ، ستونې، معدې، کوچنۍ کولمو، لویو کولمو او مقعد اړوند ستونزې رامنځته کېږي. د نشه‌یي توکو کارونه په هضمي سیستم خورا ژورې اغېزې کوي، خو دغه اغېزې د نشه‌یي توکو په ډول او د اخیستلو په لارې پورې اړه لري. په دې معنی چې د ځینو درملو اوږدمهاله کارونه د مرۍ (Esophagus)، معدې(Stomach) او مقعد(Anus) سرطانونه رامنځته کوي. دغه معلومات په ۲۰۲۲ز کال کې د امریکا په نشه روږدو مرکز له‌خوا خپره شوې مقاله "څنګه مخدره توکي او الکول په هاضمي سیستم اغېزه کوي؟" کې ذکر شوي دي(۵)، همدارنګه د نشه‌یي توکو له ډلې د شرابو کارونه د معدې تېزابو اندازه لوړوي او په پایله کې د معدې د التهاب (Gastritis) لامل کېږي. له بله پلوه، د شرابو کارونه د زړه

بدوالی (Vomiting) رامنځته کوي او د کانګو لامل کېږي، چې د زیاتو کانګو له امله د مرۍ څېرې کېدل رامنځته کېږي او د داخلي وینې بهېدنې لامل کېږي؛ په پایله کې د مړینې چانس زیاتوي)۱۹(. همدارنګه د کولمو زیان ته د معدې او کولمو خرابېدل هم ویل کېږي، چې د ډېرې نشه‌يي توکو له امله رامنځته کېږي. نشه‌يي توکي کولمې کمزورې کوي او د تېزابي ریفلوکس اوږدمهاله درد او د معدې خرابیدو لامل کېږي(۱).

پر خوله یې اغېزې

د نشه‌يي توکو له ډلې څخه د سګرټو او نصوارو دوامداره او په لوړه کچه کارونه په خوله کې د غاښونو رنګ او داغونه، د غاښونو رژېدل، د غاښونو تر منځ د خالیګاوو جوړېدل، د غاښونو دردونه، د غاښونو کمزورې کېدل، د وریو پړسوب، د شونډو او ژبې توروالی، د ذایقې خرابوالی او د خولې بدبویۍ د رامنځته کېدو لامل کېږي. همدارنګه د نصوارو اوږدمهاله کارونه د شونډې او ورۍ زخمي کوي، له امله یې شعریه عروق (Capillary) زخمي کېږي او د وینې بهېدنې لامل کېږي. همدارنګه، نصوار کارونه د خولې د بدبويۍ تر څنګ، د خولې د مخاطي غشا (Mucous Membrane) پر مخ سپین داغونه (White Spote) رامنځته کوي، چې همدا بیا د خولې په سرطان بدلېږي؛ دا هر څه ددې له امله دي چې نصوار له تنباکو څخه جوړېږي او تنباکو په خپل ترکیب کې زهرجن او سرطاني مواد او ذرات لري(۱۹).

پر ځیګر یې اغېزې

ځیګر زموږ د بدن ترټولو مهم غړی دی، ځکه چې ځیګر د نورو دندو ترڅنګ د وینې رګونو څخه زهرجن موادو بې زهره کوي. د ځیګر ناکامي په عمومي ډول د الکولو ناوړه ګټې اخیستنې سره مل وي. په هرحال، د سټرایډونو، اپیوایډونو یا تنفسي درملو اوږد مهاله کارول ځیګر زیانمنوي. د نشه‌يي توکو ډېر کارونه په وینه کې د زهرجنو موادو د زیاتوالي لامل کېږي، چې د ځیګر فعالیت لوړوي. په شدیدو حالتونو کې د اوږدمهاله سوزاک، زخمونو او ان سرطان لامل کېږي او کله چې یو څوک په ورته وخت کې نشه‌يي توکي او ورسره الکول کاروي، خطر یې دوه برابره کېږي(۱). که چېرې د نشه‌يي توکو له ډلې شراب د اوږد مهال لپاره په دوامداره ډول وکارول شي، د ځیګر په طبعي جوړښت کې د بدلون لامل کېږي او په پایله کې ځیګر خپلې دندې نه‌شي ترسره کولی(۱۳). همدارنګه د الکولو زیات څکل اشتها خرابوي او دا ځکه چې اخیستل شوي الکول د انرژۍ لامل کېږي. همدارنګه الکول د منرالونو او ویټامینونو جذب خرابوي، په پایله کې بدن د خپلو حیاتي دندو ترسره کولو لپاره په پوره ډول منرالونه او ویټامینونه نه شي رسولی، له همدې امله ناسم جذب او د الکولو زیات مقدار کارونې له امله د ځیګر عادي فعالیتونه ګډوډېږي، ځیګر په التهاب اخته کېږي، په پایله کې شحمي ځیګر (Fatty Liver) رامنځته کېږي او بالاخره همدا پېښه

Cirrhosis خوا ته ځي، چې دا حالت د ځيګر د انساجو نه راستنېدونکی تخريب او د ځيګر سيروزز د مړينې يو له مهمو لاملونو څخه دی(۱۹).

پر پانکراس يې اغېزې

د نشه‌يي توکو له ډلې څخه د شرابو کارونه په وينه کې د قند (Glucose) کچه لوړوي او د همدې له امله پانکراس اړ کوي چې د ګلوکوز د لوړې کچې کمولو لپاره کافي او ډېر انسولين افراز کړي. همدا انسولين ددې لامل کېږي، چې په وينه کې د ګلوکوز سويه (په انساجو کې د ډېر مصرف له امله) ډېره ښکته کړي، چې له امله يې په وينه کې د ګلوکوز کموالی (Hypoglycemia) رامنځته کوي، په پايله کې په شخص کې سرګنګسيت، سردردي، لړزه، د عضلاتو کنترول خرابوالی، يخې خولې، د زړه ټکان او د شعور مختل کېدل رامنځته کېږي. سربېره پر دې، د شرابو زياته کارونه چې په وينه کې د ګلوکوز لوړه کچه رامنځته کوي، له امله يې پانکراس اړ دی، چې د کمولو لپاره يې بار بار انسولين افراز کړي. دغه معاوضوي ميکانيزم د تل لپاره کار نه شي کولای، په دې معنی چې پانکراس د ډېر وخت لپاره د ډېر ګلوکوز مصرفولو په موخه ډېر انسولين نه شي افرازولی، په پايله کې پانکراس د انسولين د کچې کموالي او عدم کفايې له امله په وينه کې د ګلوکوز لوړه کچه رامنځته کېږي، دې حالت ته (Hyperglycemia) ويل کېږي، چې همدا حالت د شکرې (Diabitus Mellitus) په نوم سره يادېږي(۱۹).

پښتورګو باندې د نشه‌يي توکو اغېزې

که د نشه‌يي توکو کارونه په عادي ډول د اوږدې مودې لپاره دوام وکړي، پښتورګو ته جدي زيان رسوي. ډېری درمل د عضلاتو ماتولو، ډيهايډرېشن او د بدن د تودوخې لامل کېږي. دا ټول لاملونه پښتورګو ته د کوچنيو زيانونو لامل کېږي، چې د وخت په تېرېدو سره ډېرېږي. د پښتورګو بشپړه ناکامي په هغو معتادينو کې ليدل کېږي، چې د اوږدې مودې لپاره هيرويين، کوکاين، شيشه او نور ورته مواد کاروي(۱). همدارنګه د نشه‌يي توکو له ډلې د شرابو کارونه د بدن داخلي تودوخه لوړوي او د پښتورګو دندې مختلوي او دا کار د پښتورګو د دندو د ويجاړتيا لامل کېږي(۱۳).

معافيتي سيستم باندې د نشه‌يي توکو اغېزې

وينه د انسان په وجود کې دوه اساسي دندې لري، د سرو کروياتو پرمټ، انساجو ته د اکسيجن لېږد او له انساجو څخه د کاربن ډای اکسايد لرې کول او د سپينو کروياتو اساسي وظيفه د مکروبونو او انتاناتو پر وړاندې اقدام او مقابله کول دي، چې د انسان جسم له زيان څخه وساتي. د نشه‌يي توکو له ډلې د شرابو کارونه دغه کار درهم برهم کوي او د وينې سرې حجرې د اړتيا وړ اکسيجن نه جذبوي، چې د سرو کروياتو د خرابېدو لامل کېږي او په پايله کې د عضلاتو د ستړيا لامل کېږي. همدارنګه د ډول ډول مکروبونو پر وړاندې د بدن مقاومت راټيټېږي. ددې

حقيقت راڅرګندولو لپاره يو ځاځکی وينه په هغه اندازه اوبو کې چې يو فيصده الکول ولري، اچوو، د وينې سره کرياوت خپل رنګ بدلوي او زيړ رنګ غوره کوي او خپل فعاليت له لاسه ورکوي. همدارنګه د انګلستان يوې طبي ټولنې د اوسپنې کارخانې دوه ګروپه کارکوونکي تر څېړنې لاندې ونيول. اولې ډلې د کار له پيله وړاندې يو اندازه الکول کارول او دويمې ډلې نه کارول، په پايله کې معلومه شوه چې اولې ډلې ډېر ژر ستړيا احساسوله او د توليد کچه يې هم ډېره ټيټه وه(۱۸).

د نشه‌يي توکو له ډلې د شرابو کارونې له امله د وينې سپينو حجرو (White Blood Cells) دنده خرابېږي او له امله يې انسان د انتان پر وړاندې د دفاع وړتيا له لاسه ورکوي. همدارنګه، د نشه‌يي توکو کارونه د انسان معافيتي سيستم کمزورى کوي او په پايله کې شخص په بېلابېلو انتاناتو باندې اخته کېږي(۱۹).

پر تناسلي سيستم يې اغېزې

د نشه‌يي توکو له ډلې د شرابو کارونه د لنډ وخت لپاره شخص ته د ارامۍ احساس وربخښي او په شخص کې جنسي شهوت د لنډ وخت لپاره پاروي، پر ځان باور يې لوړوي او شخص په جنسي شهوت کې د لنډ وخت لپاره ډوبوي، چې له امله يې په فحشا او زنا اخته کېږي(۱۹). همدارنګه د نشه‌يي توکو کارول د نشې لامل کېږي، چې د قضاوت مخه نيسي او د خطرناک جنسي چلند چانس زياتوي(۲۰)، خو شرابو ډېر او دوامداره کارونه معکوسه اغېزه کوي؛ په دې معنی چې په نرينه‌و کې د هغو عضلاتو دنده خرابوي، چې په جنسي کړنه کې بنستيزه ونډه لري، له امله يې شخص په پوره او سم ډول نه‌شي انزاليدلی. همدارنګه په ښځو کې د شرابو زياته کارونه م ياشتنی عادت (Menstral Cycle) خرابوي او د وخت په تېرېدو سره همدا حالت په ښځه کې شنډتوب (Infertility) رامنځته کوي(۱۹). د سګرټو کارونه شخص کې د نارينه جنسي الې (Penis) د پورته کېدو (Erection) اختلال رامنځته کوي(۱۳).

د جنسي ناتوانايۍ رامنځته کولو اغېزې

جنسي ناتوانايي (Sexual Dysfunction) د يو شخص د جنسي غبرګون، جنسي ذوق (Libido) يا اورګازم سره دوامداره او تکراري ستونزې زېږوي،چې نارامي او په اړيکو فشار راوړي، د تناسلي زيان لامل کېږي او په پايله کې د عادي او سالم اولاد درلودلو مخه نيسي. په ۲۰۱۹ز کال کې د نشه‌يي توکو د کارونې له امله په اشخاصو کې د جنسي ناتوانايۍ (Sexual Dysfunction) معلومولو په اړه يوې څېړنې چې د Psychosexual Health ژورنال له لورې خپره شوه، ويل شوي چې د نشه‌يي توکو د کارونې له امله په نرينه‌و کې د ټيسټيسټيرون هورمون او په ښځينه‌و کې ايسټراډيول هورمون توليد کموي، چې له امله يې پر جنسي دندې منفي اغېزه کوي، جنسي ميلان

کموي او بالاخره شنډوالی او د قضيب ودرېدو ناتواني رامنځته کوي. همدارنګه د نشه‌يي توکو اوږدمهاله کارونه د يو شخص په جنسي فعاليت باندې دوامداره اغېزه کوي. د کراس روډز مرکز انتيګوا ايالت کې" Is There Sex After Recovery ؟" تر عنوان لاندې يوې مقالې موندنې ښيي چې د نشه‌يي توکو کارونې له ودرولو وروسته په لومړيو ٦-١٢مياشتو کې له جنسي ستونزو ببرته رغېدل ډېر ستونزمن دي، خو له نېکه مرغه ٥٠ سلنه نرينه، چې په نشه‌يي توکو روږدي وي او کاورنه يي پرېږدي، د جنسي الې د دريدنې ناتوانايي يې له پرېښودو څخه وروسته د يوه کال په موده کې بېرته "عادي" حالت ته راګرځي(٥). همدارنګه د هيروينو ځندنی کارونه په نرينه او ښځينه‌و کې جنسي غوښتنه کموي او د شنډوالي لامل کېږي(١٥). همداراز، د الکولو کارونه د نامردی او شنډوالي لامل کېږي)٢١(. د سګرټو کارونه د منيو د غلظت زياتوالي لامل کېږي. د سپرم حرکتونه پکې محدودېږي او مني نه شي کولای خپل هدف ته په ټاکلي وخت او زمان سره ورسېږي، نو په لاره کې له منځه ځي او په پايله کې شنډتوب (Infertility) رامنځته کېږي(١٣). د يادونې وړ ده د چرسو او ترياکو (Opium) اوږدمهاله کارونه د سپرمونو د تخريب لامل کېږي(١٩).

پر اميندوارۍ يې اغېزې

د اميندوارۍ پرمهال د مور لهخوا د نشه‌يي توکو او درملو کارول د (Withdrawal) لامل کېږي، چې د نوي زېږون مخنيوي سنډروم (Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) په نوم يادېږي. ددې اختلال نښې نښانې په کارول شويو موادو پورې اړه لري، مګر لړزې، جټکې او ټکانونه، د خوب، تغذيې او قبضيت ستونزې راولاړوي. په نشه‌يي توکو اخته کېدلو سربېره، ځينې ماشومان به د سلوک، پاملرنې او فکر کولو پراختيا ستونزې هم ولري. رواني څېړنې په ګوته کوي چې په دماغ او چلند باندې دا اغېزې د ځوانۍ په کلونو (Teen years) پورې غزېږي او د دوامداره پرمختيايي ستونزو لامل کېږي. سربېره پردې، ځيني نشه‌يي توکي د مور شيدو ته لاره پيدا کوي. ساينس پوهان لاهم د مور پر شيدو تغذيه کېدونکي ماشوم باندې د نشه‌يي توکو د کارونې اوږدې مهالو اغېزو معلومولو او رابرسيره کولو په اړه څېړنې کوي(٢٠). همدارنګه هغه ښځې چې نشه کوي، زياتره يې د ماشوم زيان (Abortion) سره مخ کېږي او يا ماشوم د معيوبيت سره زېږوي. اميندوارو مېرمنو له‌لورې د سګرټو کارونه د ماشوم د زيان او ان د مړ ماشوم زېږېدو لامل کېږي. د شرابو کارونه د ماشوم د زيان او يا تر وخت وړاندې زېږون (Premature birth) لامل کېږي او يا کم وزنه ماشوم (Low birth weigth) زېږول کېږي(١٣). د اميندوارۍ پرمهال د مور له‌خوا د شرابو کارونه د مور وينې ته ځي، د مور له وينې څخه جنين ته انتقالېږي او د جنين الکوليک سندروم (Fetal Alcoholic Synderum) لامل کېږي. په دې کې زېږول شوی ماشوم د ډېرو افتونو او غير

نورمال حالتونو سره مخ کېږي، چې ماشوم پکې کم وزنه، کوچنی سر، کوچنۍ سترګې، لنډه پوزه، داغمنې شونډې، کوچنۍ زنه، د بهرنۍ غوږ جوړېدو افت، د زړه افت، افت لرونکي پښې، لاسونه او روحي ستونزو درلودونکی وي. د جنین الکولیک پېښې لومړي ځل لپاره په ۱۹۷۰ز کال د واشنګټن پوهنتون د یو څېړونکي په‌واسطه مطالعه شوې(۱۹). همدارنګه د امیندوارۍ پرمهال د مور لهخوا د سګرټو کارونه د بنفسهي سقطونو (Spotanous Abortions)، د مخکې له وخته زېږونونو (Prematuere Birth) خطر زیاتوي او د جنین د رحم داخل نمو د ځنډ لامل کېږي(۱٦).

د انتاني ساري ناروغیو د خپرولو اغېزې

د HIV ناروغیو په هرو لسو پېښو کې یوه یې د نشه‌یي توکو ستنې حسابېږي. د ستنې له لاره نشه‌یي توکو کارول د هیپټایټېس سي خپرېدو لوی لامل دی. همدارنګه د اندروکارډیټس او سیلولیټیس لامل هم کېږي(۲۰).

د ترافیکي پېښو رامنځته کولو اغېزې

د الکولو کارونه د موټر چلول ناامنه کوي. د موټر چلوونکي له‌خوا د نشه‌یي توکو کارونه مسافرین او نور د سړک خواوشا په خطر کې اچوي. په ۲۰۱٦ز کال کې نږدې ۱۲ ملیونه خلکو چې عمرونه یې ۱٦ یا له دې څخه ډېر کالونه وو ، د نشه‌یي توکو تر اغېز لاندې د موټر چلولو راپور ورکړل شوی دی. په دې نشه‌یي توکو کې چرس هم شامل دي، چې د موټر چلولو په وخت کې کارول شوي. څېړنو پر چلوونکو باندې د چرسو له اغېزو پرده پورته کړې او زیاتوي چې په موټر چلونکي کې د چرسو له کارونې څخه پر سړک د نامنظم تګ زیاتوالی، ضعیف وختي غبرګون او له سړک څخه د پام بدلون منفي اغېزو لامل کېږي(۲۰). همدارنګه کله چې د شرابو د نشې پرمهال یو شخص موټر چلوي، هغه خپل کنټرول له لاسه ورکوي او په ځان نه پوهېږي، چې زیاتره یې د موټر چلولو پر مهال په سیټ کې خنداګانې او ګډاوې کوي او ناڅاپه موټر د غر، دیوال او یا بل څیز سره ټکر کوي، چلونکی او ناست خلک له مرګونو پېښو سره مخ کېږي. د یادونې وړ ده چې د نشه‌یي توکو له ډلې، د چرسو کارونه هم د ورته پېښو رامنځته کېدو لامل کېږي(۱۹).

پر حفظ الصحې د نشه‌یي توکو اغېزې

نشه‌یي توکو باندې روږدی شخص له اوبو ډارېږي، نو دوی ځان نه مینځي او په پایله کې د پوستکي په بېلابېلو ناروغیو باندې اخته کېږي(۱۳).

په سترګو يې اغېزې

په لوړه کچه د سګرټو څکل د سترګو فعاليت کموي، نظر له منځه وړي او شبکوري (Blandness) رامنځته کوي. ځکه چې د سګرټو کارونه د سترګو مکولا (Maculla) تخريبوي او د وړو رګونو د چوېدو (Rapture) لامل کېږي؛ دا د (Retina) مهمه برخه ده چې د ليدنې سيالي رهبري کوي. همدارنګه د سترګې په عدسيه (Lens) کې مورفولوژيک (شکلي) او فزيولوژيک (وظيفوي) بدلونونه رامنځته کوي(۱۹). په دې منعی چې د سګرټو څکل له وخت څخه د مخه د سترګو ګل (Cataract) رامنځته کوي او ان د ړندوالي لامل کېږي(۱۳).

پر هډوکو يې اغېزې

د شرابو کارونې له امله د کلسيم کمښت رامنځته کېږي، دغه کموالی هډوکي کمزوريکوي او هډوکي د (Osteoprosis) ناروغۍ ښکار کېږي، چې له امله يې د هډوکي دننه د جال ته ورته بڼه خپلوي. زياتره دغه پېښې په ښځو کې رامنځته کېږي(۱۹). همدارنګه د نشه‌يي توکو له ډلې د سګرټو کارونه هډوکي نري کوي او جال مانند منظره پکې پيدا کېږي، چې په نتيجه کې هډوکي په اسانۍ سره ماتېږي او بيارغېدنه يې له ستونزو سره مخ کېږي. هغه اشخاص چې سګرټ کاروي، ښايي د مړوند بند (Wrist joint)، د ورانه بند (Hip joint) او د ملا کړۍ (vertebra) يې ماتې شي(۱۳).

پر عضلاتو يې اغېزې

د شرابو کارونه د عضلو الياف تخريبوي او شخص د قدم وهنې او ټوپ‌وهنې وړتيا له لاسه ورکوي. له بله پلوه، د شرابو کارونه د ويټامين بي يو (Vit B1) او تائيمين (Thiamine) جذب خرابوي، چې په پايله کې (Wernicks encephalopathy) رامنځته کېږي، چې د عضلاتو کنټرول پکې خرابېږي(۱۹). همدارنګه د عضلاتو د درد او کم ځواکۍ لامل کېږي، د درد له امله د کورنې غړو څخه د چاپي او کيکاړلو غوښتنه کوي(۱۳). د عضلاتو کمزوري (Muscle Weakness) د عضلاتو د ځواک نشتوالي باندې مشخص کېږي. دا ضعف هغه وخت رامنځته کېږي، چې د بشپړې هڅې سره سره، د عضلاتو عادي انقباض يا حرکت پايله ونه لري. له بله پلوه لړزه (Tremor) يو عصبي حالت دی، چې د بدن په يوه يا ډېرو برخو کې ټکان ورکونکي حرکتونه رامنځته کوي، چې د عصبي اختلالاتو او ستروک ملي انستيټيوټ (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) له‌خوا د لړزې په اړه روغتيايي معلومات خپاره شوي. همدارنګه د (Psychoactive or Recreational) درملو کارونې له امله د هضمي سيستم او دفاعي سيستم کمزورې کوي، په دې معنی چې د هضمي سيستم د هضم قابليت د بېلابېلو منرالونو، په ځانګړي ډول کلسيم، پر وړاندې خرابوي، چې د هډوکو او عضلاتو په وده منفي اغېز کوي او د ناروغيو پر وړاندې د

دفاعي سیستم د دفاع وړتیا باندې منفي اغېز کوي. برسېره پر دې په ۲۰۱۲ز کال کې د نشه‌يي توکو او د حرکاتو احتلالاتو (Substances of Abuse and Movement Disorders) تر منځ ګډ اغېز او د معیوبیت څېړنه ترسره شوه، چې د (Reviews Current Drug Abuse) لخوا نشر شوې او پکې راغلي چې د ډوپامین کمښت د نشه‌يي توکو، په ځانګړي ډول د کوکاینو، اوږدمهاله کارونې له امله رامنځته کېږي، چې په پایله کې شخص کې ارامتیا رامنځته کوي. همدارنګه د نشه‌يي توکو له کارونې څخه رامنځته شوې د عضلاتو کمزوري او لړزه د نشه‌يي توکو تر پرېښودلو وروسته هم دوام کوي او ځینې اغېزې ان دوامداره پاتې کېږي، لکه له نشه‌يي توکو څخه رامنځته شوې دماغي سکته (Stroke) چې د فلج(Paralysis)، کمزورۍ(Weakness) او د ځینو یا د یو یا زیاتو اطرافو (Limbs) د عضلو د دندې د ضیاع لامل کېږي(۵).

پر پوستکي يې اغېزې

د نشه‌يي توکو له ډلې د شرابو زیاته کارونه د بدن بېلابېلو برخو ته د ویټامین ای (Vit A) رسونه خرابوي، په پایله کې پوستکی خرابېږي او په انتاناتو باندې اخته کېدو لامل يې کېږي. همدارنګه د ویټامین ای (Vit A) د کمښت له امله د کولاجن الیافونو د تولید پروسه له ځنډ او ځنډ سره مخ کېږي او تر څنګ يې د پوستکي حجراتو تولید خرابېږي، په پایله کې د پوستکي زاړه او مړه حجرات په نویو حجراتو باندې نه بدلېږي او د پوستکي نیمګړتیاوې رامنځته کېږي(۱۹). د سګرټو کارونه په مخ کې له وخته وړاندې د ګونځو پیدا کېدو لاملل کېږي(۱۳). همدارنګه د نشه‌يي توکو له ډلې د چرسو او تریاکو (Opium) کارونه هم د پوستکي د تخریب لامل کېږي(۱۹).

سرطاني اغېزې

د روغتیا نړۍوال سازمان (WHO) له لورې د نشه‌يي توکو له ډلې الکول په قوي سرطان رامنځته کوونکو توکو کې ګڼل شوي دي. نویو څېړنو دا په ډاګه کړې چې د نورو سرطان رامنځته کوونکو (تنباکو، Acetaldehyde) سره د الکولو ډېره کارونه د هغوی سرطاني اغېزې زیاتوي. همدارنګه که چېرې الکول په زیاته کچه وکارول شي، د (DNA) د تخریب لامل کېږي او ترڅنګ يې د خولې، حنجرې، بلعوم او مرۍ سرطانونه رامنځته کوي، ځکه چې د شرابو کارونه ددغو یادو برخو مخاطي غشا (Mucous Membrane) خرابوي او ساحه د سرطان رامنځته کېدو لپاره برابرېږي. همدارنګه څېړنو په ډاګه کړې چې ۹۰ سلنه د سږو سرطان د سګرټو له امله رامنځته کېږي، ځکه چې سګرټ له تنباکو جوړېږي او تنباکو په خپل ترکیب کې سرطان رامنځته کوونکي ذرې لري. د نصوارو اوږدمهاله کارونه د خولې او وریو تومورونه او سرطانونه رامنځته کوي)۱۹(. همدارنګه د سګرټو په لوګي باندې ککړه هوا تنفس کول (Passive Smocking) له سګرټ نه کارونکو او صفا هوا تنفس کوونکو په پرتله د سږو د سرطان څلور برابره زیات خطر لاندې دي(۱٦).

د بدن پر وزن يې اغېزې

د شرابو زیاته کارونه په شخص کې د Body Mass Index کتله زیاتوي او چاغوالی رامنځته کوي. دا چاغوالی د شخص له لورې د شرابو د کارونې په کچې پورې اړه لري(۱۹).

پایله اخیستنه

نشه‌يي توکي د انسان پر جسمي روغتیا باندې ژور او پراخه اغېزې لري، چې د تنفسي سیستم، د زړه او رګونو سیستم، دماغو او لمبیک سیستم، هضمي سیستم، خوله، ځیګر، پانکراس، پښتورګو، معافیتي سیستم، تناسلي سیستم، د جنسي ناتوانایی، امیندواری، د انتاني ساري ناروغیو د خپرېدو، ترافیکي پېښو، حفظ الصحې بدلونونو، د سترګو، هډوکو، عضلاتو، د وینې سرو کرویاتو ، د پوستکي، د بدن وزن بدلونونو او د سرطاني ناروغیو او اختلالاتو رامنځته کولو لامل کېږي.

وړاندیزونه

۱. روغتیايي سکتورونه او ادارې دې د نشه‌يي توکو د رواني زیانونو په اړه د عامه پوهاوي پروګرامونه ډېر کړي.
۲. ډاکټران دی د کتنځایونو او د مراجعینو په خونو کې د نشه‌يي توکو د بدو اغېزو په اړوند انځوریز پیغامونه ولګوي.
۳. د تعلیمي او تحصیلي بنسټونو او پوهنتونونو له لورې دې، د نشه‌يي توکو هر اړخیزو څېړلو او پایل شریکولو په موخه، په ملي او نړۍوال کچه سمپوزیمونه ترتیب شي.
۴. حکومتي ادارې دې د نشه‌يي توکو د کښت او کارو بار د مخنیوي په برخه کې چټک ګامونه پورته کړي.
۵. ملي او نړۍوال روغتیايي سکتورونه او ادارې دې پر نشه‌يي توکو د روږدو وګړو د درملنې مرکزونه زیات کړي، چې روږدي وګړي ژر تر ژره عادي ژوند ته راوګرځي.

اخځلیکونه

۱. .Modirاثرات طولانی مدت مصرف مواد مخدر روی سلامتی جسم و روان | خانه سپید. خانه سپید . اثرات-طولانی-مدت-مصرف-مواد-مخدر-روی-Available from: https://khanesepid.com/blog/ سلامتي Published. ۱۴۰۰ خرداد ۲۳.
2. Clinic M. Drug addiction (substance use disorder). Mayoclinic. Available from: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112. Published 2022 Oct 4.
۳. حقپال محمد شفیق. پر اروايي ستونزو برى. پيښور: دانش خپرندويه ټولنه; ۱۳۸۵.
۴. نصرت سید امین الله. علوم رفتاری. مزار شریف، جهار راهي الکوزی: انتشارات نبي زاد; ۱۳۹۸.

5. Zayed A. Drug abuse: the physical and mental effects of drug abuse. diamondrehabthailand. Available from: https://diamondrehabthailand.com/physical-and-mental-effects-of-drug-abuse. Published 2024 Apr 25.
6. Wikipedia. Health. Wikipedia the free encyclopedia. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Health. Published 2024 Aug 25.
7. World Health Organization. Health and Well-Being. The Global Health Observatory. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being. Published 2024.
8. Public Health Agency of Canada. What is health? Public Health Agency of Canada. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach/what-is-health.html. Published 2008 Sep 12.

۹. ستانکزی محمد سمین. نشه‌يي توکي او اړونده ناروغی. کابل: ننګرهار طب پوهنځی; ۱۳۹۶.

۱۰. صافی هجرت الله. د کريمنالوژي له نظره د جرم او مجرم څېړنه. پنځم چاپ. جلال آباد: ګودر کتاب خپرنځی- ننګرهار; ۱۳۹۷.

11. Koob GF. Addiction and the Brain Antireward System. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18154498/. Published 2008.

۱۲. تنی جهان شاه. رواني رنځپوهنه. کابل: د خوست طب پوهنځی; ۱۳۹۱.

۱۳. حماس عبدالهادي. په اسلام طبي څېړنې. بورډ بازار: نبو کابل کتاب پلورنځی; ۲۰۰۷.

۱۴. اسنپ د. اغېزې منفی مواد مخدر بر سلامتی. اسنپ دکتر. Available from: https://snapp.doctor/blog/investigating-the-types-of-drugs-in-health-and-their-effect. Published ۱۴۰۲ بهمن ۳۰.

۱۵. غريب يار سيف الله. رواني ناروغې نښې درملنې او نورې لارې چارې. جلال اباد: ګودر خپرندويه ټولنه; ۱۳۹۱.

۱۶. بهسودوال خليل احمد. عمومي پتالوژي. جلال اباد: مومند خپرندويه ټولنه; ۱۳۹۴.

17. American Heart Association. Illegal Drugs and Heart Disease. heart.org. Available from: https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/illegal-drugs-and-heart-disease. Published 2024 Jan 11.

۱۸. ذکي نصيب الله. رواني روغتيا. جلال اباد: زيار خپرندويه ټولنه; ۱۴۰۲.

۱۹. سادات سيد مليار. د نشه‌يي توکو زيانونه. جلال اباد: ختيځ خپرندونه ټولنه; ۱۳۹۷.

20. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains and Behavior: The Science of Addiction, Addiction and Health. National Institute on Drug Abuse. Available from: https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health. Published 2011 Jul 1.

۲۱. ذکي نصيب الله. د نويو ځوانانو ارواپوهنه. جلال اباد: زيار څېرندونه ټولنه; ۱۳۹۶.

Effects of Drugs on Human Physical Health

Dr. Amanullah Aslami[1], Shahanshah Mahboob[2], Junior Teaching Assistant Inamullah Miakhel[3], Teaching Assistant Jawad Miakhel[4]
[1]Clinic Department, Faculty of Therapeutic Medicine, Rokhan University, Nangarhar, Afganistan.
[2] Clinic Department, Faculty of Medical science, Rokhan University, Nangarhar, Afganistan.
[3]Department of Journalism, Faculty of Literature and Humanities, Laghman University, Lagman, Afghanistan.
[4]Department of Law, Faculty of Law and Political Science, Nangarhar University, Nangarhar, Afganistan.

*Corresponding Author: amanullahaslami28@gmail.com

Received: 18-Nov-2024 Accepted: 07-Jan-2024 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Drug abuse has become a global crisis in the modern era and has caused and continues to cause a wide range of human health problems and problems in countries and even internationally, the effects of which are not limited to psychological, social and economic changes, but also affect human physical health and well being and cause various diseases. Human physical health and well-being are generally referred to as physical and emotional well-being, which is important and necessary for every human being to perform well, optimally and normally. Without this health, a person becomes a burden on the shoulders of his family and society and lags behind his competitors. The use of drugs by humans has a long history. Researchers have conducted studies on its effects in different places and at different times. Drugs cause profound and widespread effects on human physical health, depriving humans of the blessings of a healthy and fit body and causing problems and suffering. As a result, it can be said that drugs affect human physical health and various systems of the body, namely the brain and limbic system, respiratory system, cardiovascular system, digestive system, mouth, liver, pancreas, kidneys, immune system, reproductive system, sexual dysfunction, infertility, pregnancy, the spread of infectious diseases, traffic accidents, hygiene changes, changes in the eyes, bones, muscles, skin, body weight changes and cancerous diseases and disorders. The purpose of our research is to explore and understand the effects of drugs on human physical health, as well as the diseases caused by drugs.

Keywords: Drugs, Effects, Human Health

څېړنیزه مقاله

ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو لاملونه او د مخنیوي تدابیر

پوهنیار محمد ابراهیم سکندري[۱]

[۱]حقوقي علومو څانګه، حقوق او سیاسي علومو پوهنځی، روښان پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مسؤل لیکوال برېښنالیک: msekandary58@gmail.com

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰ د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۱۲/۲۳

لنډیز

طبي جرایم د جرمونو هغه بڼه ده چې د ناروغ د معالجې اړوند بهیر کې د طبي کارکوونکو له لورې رامنځته کېږي، چې بېلابېل ډولونه لري او هر ډول لپاره یې بېلابېل مجازات اټکل شوي دي. په ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو د پېښېدو لاملونه بېلابېل دي، چې په څېړنه کې ځای پر ځای شوي دي. د دغې موضوع د څېړلو اهمیت په دې کې دی چې ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو د مخنیوي لارې چارې مشخصوي، چې پر بنسټ به یې د نوموړو جرمونو له پېښېدو څخه مخنیوی وشي. د موضوع اصلي موخه په ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو د پېښېدو د لاملونو مشخصول او د مخنیوي لارې یې موندل دي. د موضوع په څېړلو کې له کمي او کیفي مېتود څخه ګټه اخیستل شوې ده، ځکه چې موضوع عملاً په ټولنه کې شتون لري او په اړه یې د اړوندو مسلکي اشخاصو په مشوره پوښتنپاڼه ترتیب او په ننګرهار ولایت کې له ډاکټرانو، مسلک اړوند اشخاصو، عامو خلکو چې د طبی جرمونو قرباني کېږي، څخه ترلاسه شوې ډېټا تحلیل شوېده او په څېړنه کې په لیکلي او ګرافونو په بڼه ځای پر ځای شوېده. د موضوع څېړلو څخه پایله ترلاسه شوه، چې په ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو د پېښېدو لاملونه د ډاکټرانو بې پروایي، د طبي مقرراتو په اړه د ډاکټرانو نه پوهاوی، د طبي جرمونو نه افشا کېدل، د ډاکټرانو د حرص زیاتوالی، د طبي برخې قوانینو نرموالی، د طبي اخلاقو په پام کې نه نیول، د طبي جرمونو د ثبوت بار د داین (ناروغ) په غاړه دی، د روغتیایي سکتورونو په جوړښتونو کې نیمګړتیاوی او نور دي. د دغو جرایمو د مخنیوي لارې د روغتیایي ادارو او حاکم نظام ترمنځ همغږی او همکاری زیاتوالی تر څو قوانین او مقررات په سمه توګه پلي شي، د عامه پوهاوي پروګرامونو په لاره اچول، د روغتیایي خدمتونو بڼه والی، د حاکم نظام له لورې نظارت ته جدي پاملرنه کول او همدارنګه د حاکم نظام او روغتیایي سکتور له لورې په یو داسې پالیسۍ باندې کار کول ګڼلی شو، چې تطبیق یې اسانه او د طبي جرمونو په مخنیوي کې اغېزناک ثابت شي.

کلیدي کلمې: طبي جرمونه، عوامل، مخنیوي لارې

پېژندنه

جرم او جریمه د جرم له مادې څخه اخیستل شوې ده، چې د غوځولو او پرېکولو په معنی ده(۲)، همدارنګه د بد او مکروه کار او د بد او ناوړه عملونو او فعلونو د ترسره کولو او ورته د اړ کېدو په معنی هم ده(٦). جرم په اسلامي شریعت کې د یو عمل د اجراء یا امتناع څخه عبارت دی، چې په شرعي نص سره حرام شوی وي او جزا ورته ټاکل شوي وي. د جرم له دغه تعریف څخه ځرګندېږي چې د یو عمل امتناع یا د یوه عمل اجراء هغه مهال جرم بلل کېږي، چې جزا پرې کېښودل شوې وي(۴). جرایم په بېلابېلو برخو باندې وېشل شوي دي، چې دلته یې د تفصیل څخه صرف نظر شوی او خپلی اصلی موضوع چی عبارت د طبي جرایمو څخه د بحث لاندې نیول شوې ده؛

طبي جرم په کلي توګه داسې تعریفېږي چې د یو عمل اجراء یا د یو عمل له اجراء څخه ځان ژغورل چې د طبیب له لورې ترسره شي، کوم چې د قانون له اړخه د جرمي عمل په توګه پېژندل شوی وي او مرتکب (طبیب) ته یې مجازات اټکل شوي وي(۳). داسې هم تعریفېږي چې دا هغه ډول جرمي اعمال دي چې یوازې د طبابت په ساحه کې یې رامنځته کېدل شوني وي، لکه طبي غفلت، د جنین سقط او داسې نور چې په دې برخه کې ځانګړي مقررات او اصول وضع کېږي(۱۰).

طبي جرایم ګڼ ډولونه لري، لکه د ډاکټر لهخوا د ناروغ بدن ته زیان رسول(۹)، د ډاکټر له خوا د ناروغ رازونه افشاء کول(۸)، په جعلي اسنادو کتنځی پرانیستل، په جعل او درواغو سره ځان د ډاکټر په توګه مشهورول، تقلبي درمل پلورل او نور(۵).

په ننګرهار ولایت کې طبي جرایم وخت ناوخت پېښېږي، چې ددې جرمونو پېښېدل خپل لاملونه لری او هم یې باید د مخنیوي لپاره مناسبي حللارې روښانه شي، ترڅو ترې روغتیایي سکتور او اړونده ارګانونه د طبي جرمونو د پېښېدو په مخنیوې کې کار واخلي؛ د همدغو چارو بشپړول د څېړنې اصلي موخه ده.

مواد او کړنلاره

ددې څېړنې د ښه ترسراوي لپاره د څېړنې له کیفي او کمي مېتود څخه ګټه اخیستل شوېده، تر څو روښانه شي چې په ننګرهار کې ولې طبي جرایم پېښېږي او ترڅنګ یې د مخنیوي حل لارې هم واضح شي. ددې برخې په ترتیب کې د کتابونو، چاپ شویو او نا چاپ شویو مقالو، انټرنیټي سایټونو او نورو څخه ګټه اخیستل شوېده. همدارنګه یادې موخې ته د رسېدو لپاره له ډاکټرانو، نرسانو، ناروغانو، حقوقي متخصصینو او روغتیایي مسلکیانو څخه د

پوښتنپاڼې له لارې معلومات راټول شویدي، ترڅو د طبي جرمونو پېښې، لاملونه او د مخنیوي شونې لارې په شمېرو او اعدادو کې وڅېړل شي.

د څېړنې ډیزاین

په دې څېړنه کې لومړی طبي جرمونه او د هغې بېلابېل ډولونه څېړل شوي، ورپسې د طبي جرمونو اصلي لاملونه او د هغوی د مخنیوي لارې چارې واضح شوي دي. د ډاکترانو، نرسانو، ناروغانو او حقوقي متخصصینو سره مشوره شوې، تر څو د طبي جرمونو د پېښېدو، لاملونو او د مخنیوي د لارو په هکله د هغوی نظرونه راټول شي. د یادو اشخاصو د مشورې له مخې یوه جامع پوښتنپاڼه ترتیب او اړوندو اشخاصو او ادارو ته وېشل شوې، ترڅو د طبي جرمونو پېښېدل او د هغوی د مخنیوي لارې چارې په شمېر او اعدادو سره وڅېړل شي. نوموړې څېړنه د ګډونوالو محرمیت ته په درناوي ترسره شوې او پایلې به یې د روغتیایي پالیسۍ جوړونې، مسلکي معیارونو ښه کولو او طبي جرمونو د مخنیوي لپاره وکارول شي.

د نمونې اندازه او د نمونه اخیستنې طریقه

د څېړنې د ښه ترسراوي په موخه لومړی د ډاکټرانو، نرسانو ، حقوقي متخصصینو او نورو اړوندو مسلکي کارکوونکو سره د څېړونکي ناسته وشوه، چې د هغوی په مشوره د څېړنې د ښه ترسراوي په موخه یوه پوښتنپاڼه ترتیب شوه، چې په څېړنه کې د ننګرهار ولایت ډاکټر صاحبان، متخصص اشخاص او نور عام وګړي او په ټوله کې د ننګرهار اوسیدونکې شامل دي. نوموړې پوښتنپاڼه په (Google Forum) کې هم تنظیم، لینک یې جوړ او ۳۰۰ تنو ته د لینک او همدارنګه د پوښتنپاڼې هارډ کاپي د ځوابولو په موخه استول شوې، چې له ډلې یې د ۲۰۰ تنو له لورې ځواب شوېده. راټوله شوې ډیټا تحلیل او په څېړنه کې ځای پر ځای شوېده، البته د یادونې وړ ده چې د ګډونوالو محرمیت او ازادۍ اصل ته په درناوي سره د ځینو پوښتنو ځوابونه د ګډونوالو له لورې نه دي ورکړل شوي، چې په همدې موخه هغه برخه کې چې پوښتنې یې د ګډونوالو له لورې نه دي ځواب شوي، د سلنې ترڅنګ مو ورته د ځواب ویوونکو ارقام (معلوم تعداد) هم ذکر کړي دي.

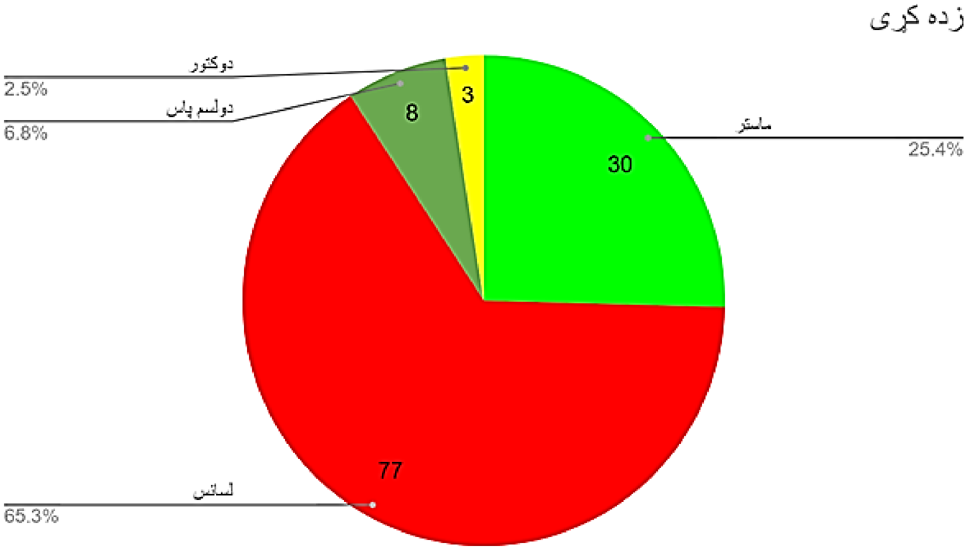
احصائیوي تحلیل

لکه څرنګه چې پورته هم یادونه وشوه، ډیټا د (Google Forum) او پوښتنپاڼو د له لارې راټوله شوه او بیا ټوله ډیټا (Excel Sheet) ته انتقال شوې او هلته تحلیل او په څېړنه کې ځای پر ځای شوېده.

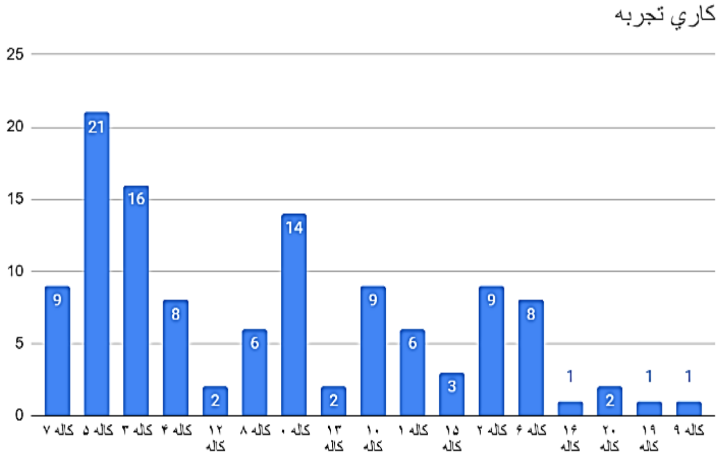
موندنې

په ننگرهار ولایت کې د طبي جرمونو د پېښېدو او مخنیوی لارې د څېړنې ترسراوي لپاره پوښتنپاڼه ترتیب شوې، چې ټولې پکې لس پوښتنې دي او تحلیل او ګرافونه یې په لاندې ډول دي:

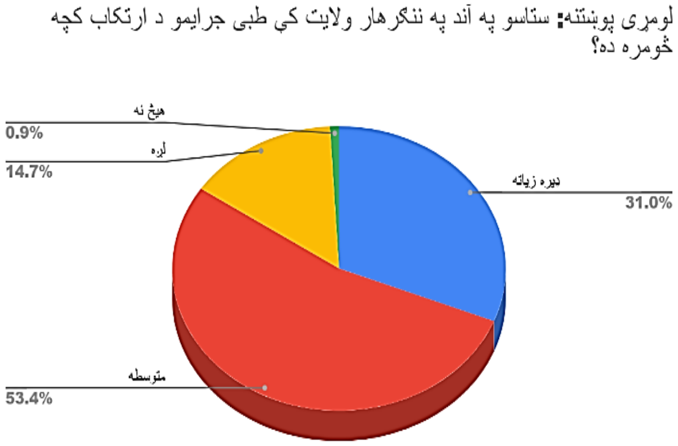
الف: د ګډونوالو د زده کړو اړونده موادو تحلیل : د څېړنې د ګډونوالو له منځه (٪٦.٨) د دولسم تر کچې، (٪٦٥.٣) د لېسانس تر کچې، (٪٢٥.۴) د ماسټرۍ تر کچې او (٪٢.٥) د دوکتورا تر کچې زده‌کړو لرونکي دي. دا په دې معنی چې ټول ګډونوال لوستي دي.



ب: کاري تجربې اړونده موادو تحلیل : کاري تجربه د څېړنې یو له مهمو برخو څخه ده، چې ګډونوال د بېلابېلو کلونو په توپیر سره کاري تجربې لري. د دوی له ډلې څخه ۲ تنه د ۲۰ کلونو، یو تن د ۱۹ کلونو ، یو تن د ١٦ کلونو ، درې تنه د ۱۵ کلونو، دوه تنه د ۱۳ کلونو ، دوه تنه د ۱۲ کلونو ، نهه تنو د ۱۰ کلونو ، یو تن د ۹ کلونو ، شپږ تنه د ۸ کلونو ، نهه تنه د ۷ کلونو، ۲۱ تنه د ۵ کلونو، اته تنه د ۴ کلونو، ١٦ تنه د ۳ کلونو، نهه تنه د ۲ کلونو او شپږ تنه د یو کال کاري تجربې درلودونکي وو.

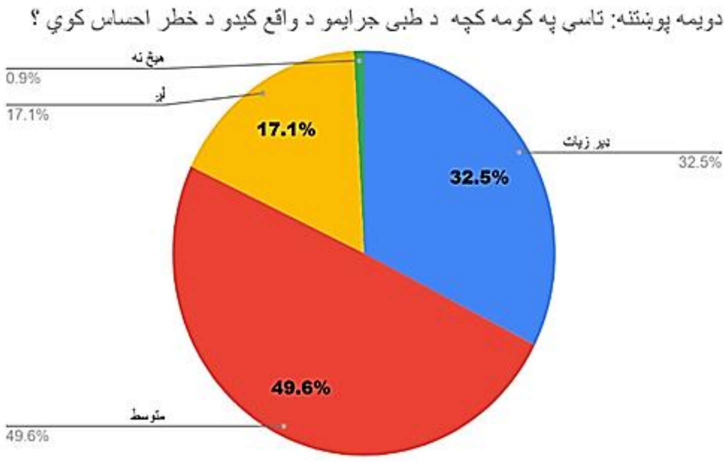


A: د لومړۍ پوښتنې د ځوابونو تحلیل: له ګډونوالو څخه لومړۍ پوښتنه په دې شکل سره شوې وه، ستاسو په اند په ننګرهار ولایت کې طبي جرمونو د ارتکاب کچه څومره ده؟ د ګډونوالو له منځه (٦٣.۴٪) متوسطه کچه، (۳۱٪) ډېره زیاته کچه، (۱۴.۷٪) لږه کچه او (۰.۹٪) هیڅ کچه نښودلې ده.



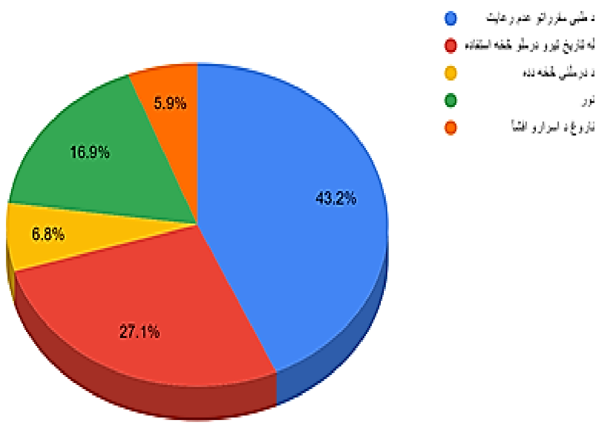
د لومړۍ پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

B: د دویمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې له ګډونوالو څخه دویمه پوښتنه په دې شکل سره شوې وه، «تاسې په کومه کچه د طبي جرمونو د واقع کېدو د خطر احساس کوئ؟»؛ د ګډونوالو له منځه (۳۲.۵٪) ډېره کچه، (۴۹.٦٪) متوسطه کچه، (۱۷.۱٪) لږه کچه او (۰.۹٪) ګډونوالو په هیڅ کچه، په ننګرهار ولایت کې، د طبي جرمونو د پېښېدو خطر احساس کړی دی.



د دویمې پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

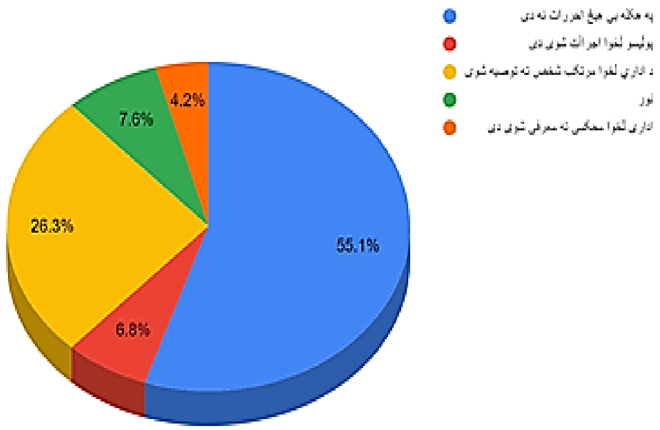
C: د درېیمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د «لاندې جرمونو څخه کوم یو ستاسو په ژوند کې د ډاکټرانو له لورې واقع شوی دی؟» پوښتنې په ځواب کې (۴۳.۲٪) ګډونوالو د طبي مقرراتو عدم رعایت، (۲۷.۱٪) له تاریخ تېرو درملو څخه ګټه اخیستل، (۶.۸٪) له درملنې څخه ډډه، (۵.۹٪) د ناروغ د اسرارو افشا او (۱۶.۹٪) ګډونوالو د نورو جرمونو یادونه کړې ده.



د درېیمې پوښتنې د ځوابونو ګراف

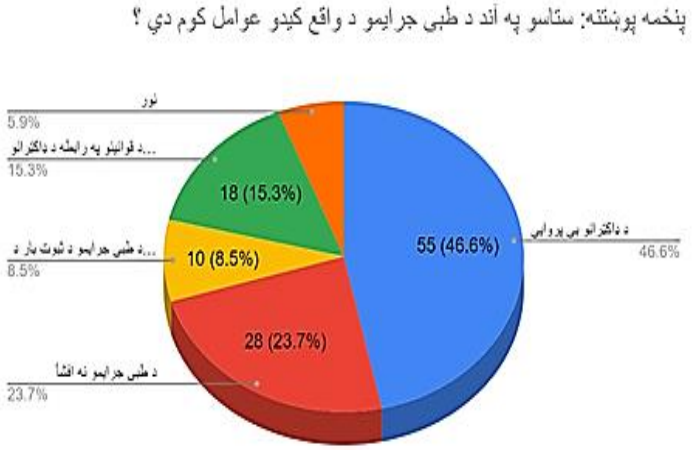
D: د څلورمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې ګډونوالو څلورمه پوښتنه، که چېرې کوم شخص د پورته جرمونو مرتکب شوی وي، نو پر وړاندې یې څه ډول غبرګون ښودل شوی؟، داسې ځواب کړې ده: (۵۵.۱٪) ګډونوالو په زیاته کچه یې په اړه هیڅ اجرآت نه دي شوي، (۲۶.۳٪) د ادارې لهخوا مرتکب شخص ته توصیه شوې،

(٦.٨٪) پولیسو لخوا اجرآت شوي دي، (۴.۲٪) اداري لهٔخوا محکمې ته معرفي شوي دي او (٧.٦٪) ګډونوالو بیا د دې غبرګونونو تر څنګ نور غبرګونونه مشخص کړي دي.



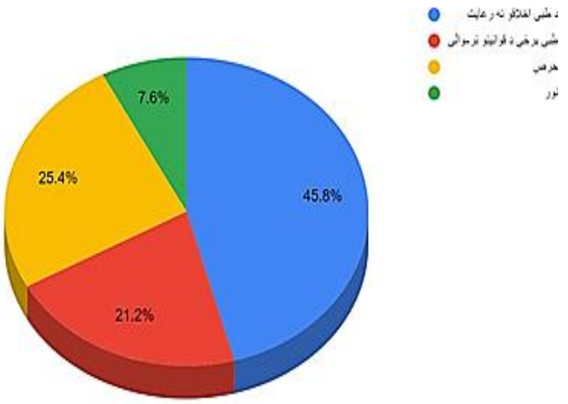
د څلورمې پوښتنې د ځوابونو ګراف

E: د پنځمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې له ګډونوالو څخه پنځمه پوښتنه په دې ډول شوېده: «ستاسو په اند د طبي جرمونو د پېښېدو لاملونه کوم دي؟». د ګډونوالو له منځه (۴٦.٦٪) په زیاته کچه د ډاکترانو بې پروايي ښودلې، (٢٣.٧٪) د طبي جرمونو نه افشا، (١٥.٣٪) د قوانینو په اړه د ډاکترانو نهٔپوهاوی، (٨.٥٪) د طبي جرمونو د ثبوت بار د مریض په غاړه دی او (٥.٩٪) ګډونوالو ددې لاملونو تر څنګ د نورو لاملونو یادونه کړې ده، لکه د مسلکي معیارونو نه پاملرنه، د روغتیایي سیستم په جوړښتونو کې نیمګړتیاوې...



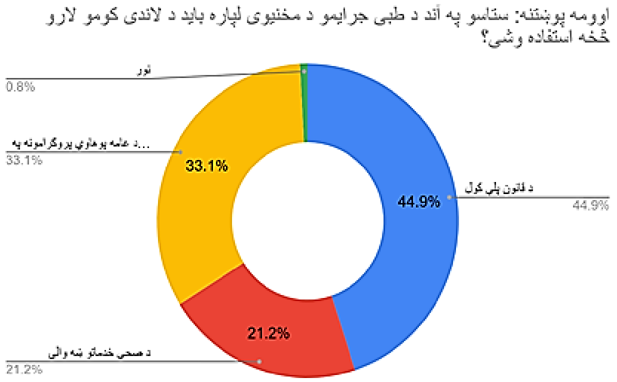
د پنځمې پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

F: د شپړمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې ګډونوالو شپږمه پوښتنه، ستاسو په اند ولې ډاکتران د طبي جرمونو مرتکب کېږي؟، داسې ځواب کړېده: (٪۴۵.۸) په زیاته کچه د طبي اخلاقو نه رعایت په ګوته کړی، (٪۲۱.۲) د طبي برخي د قوانینو نرموالی، (٪۲۵.۴) حرص او (٪۷.٦) د دې جرمونو تر څنګ د نورو جرمونو برخه په ګوته کړې ده.



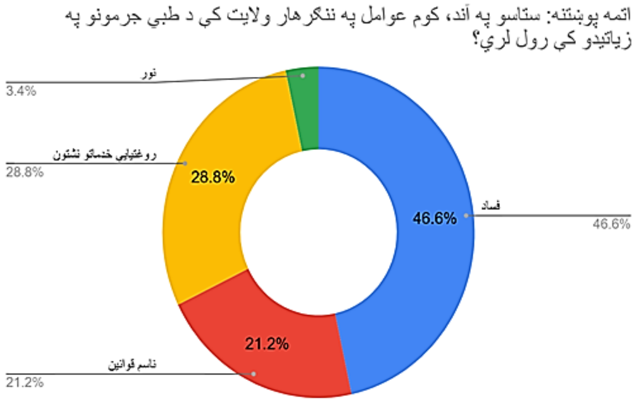
د شپږمې پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

G: د اوومې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې ګډونوالو اوومه پوښتنه، ستاسو په اند د طبي جرمونو د مخنیوي لپاره باید د لاندې کومو لارو څخه استفاده وشي؟، په دې ډول ځواب کړې ده: (٪۴۴.۹) د قانون پلي کول، (٪۲۱.۲) د روغتیایي خدمتونو ښه والی، (٪۳۳.۱) د عامه پوهاوي پروګرامونه عملي کول او (٪۰.۸) ګډونوالو له دې لارو څخه پرته په نورو لارو غور کړی، لکه د طبابت چارو ښه نظارت، د روغتیایي پرسونل د دیني پوهې زیاتوالی...، ترڅو پر بنسټ یې د طبي جرمونو د پېښېدو مخنیوی وشي.



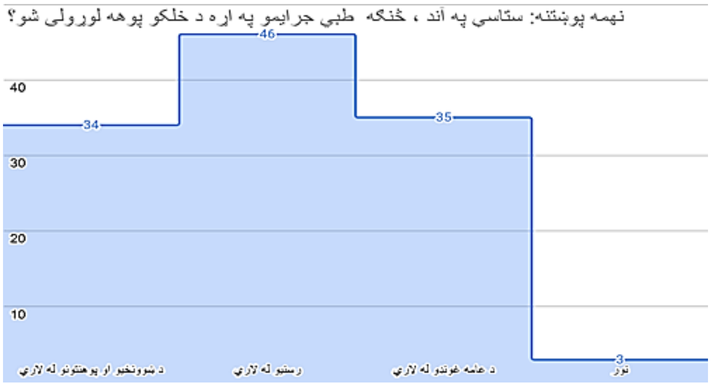
د اوومې پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

H: د اتمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې ګډونوالو څخه اتمه پوښتنه په دې ډول شوې وه: ستاسو په اند، کوم لاملونه په ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو په زیاتېدو کې ونډه لري؟ (٪۴۶.٦) ګډونوالو د فساد شتون، (٪۲۱.۲) د ناسمو قوانینو پلي کول، (٪۲۸.۸) د روغتیایي خدمتونو نه شتون او (٪۳.۴) ګډونوالو لهدې لاملونو څخه پرته نور لاملونه مشخص کړي دي.



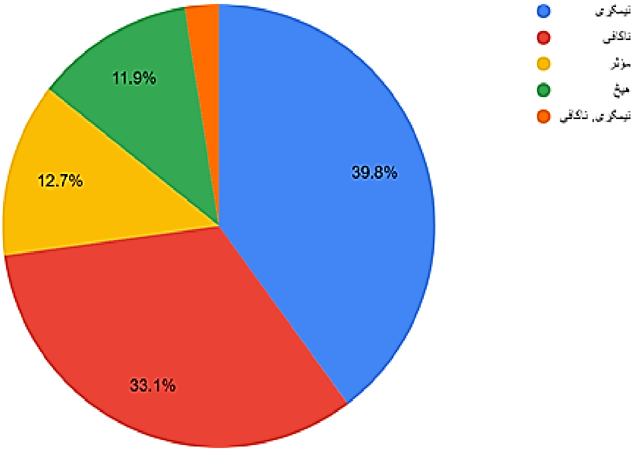
د اتمې پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

I: د نهمې پوښتنې د ځوابونو تحلیل: د څېړنې ګډونوالو نهمه پوښتنه، ستاسې په اند، څنګه د طبي جرمونو په اړه د خلکو پوهه لوړولی شو؟، داسې ځواب کړېده: د ګډونوالو له منځه دغې پوښتنې ته (۱۱۸) تنو ځواب ویلی چې له دې ډلې څخه (۳۴) تنو د ښوونځیو او پوهنتونونو له لارې عامه پوهاوی، (۴٦) تنو د رسنیو له لارې عامه پوهاوی، (۳۵) تنو د عامه غونډو له لارې عامه پوهاوی او درې (۳) تنو ګډونوالو له دې لارو څخه پرته په نورو لارو غور کړی.



د نهمې پوښتنې د ځوابونو د تحلیل ګراف

J: د لسمې پوښتنې د ځوابونو تحليل: د څېړنې له ګډونوالو څخه لسمه پوښتنه په دې ترتيب شوې وه: «تاسو د طبي جرمونو پر وړاندې د حکومت اقدامات څنګه ارزوئ؟» د ګډونوالو له منځه (٪۳۹.۸) په زياته کچه د حکومت اقدامات نيمګړي، (٪۳۳.۱) د حکومت اقدامات ناکافي، (٪۱۲.۷) د حکومت اقدامات مؤثر او (٪۱۱.۹) د حکومت اقدامات د هيڅ په توګه په ګوته کړي دي.



د لسمې پوښتنې د ځوابونو د تحليل ګراف

مناقشه

د طبی جرمونو د پيښېدو په اړه تاجکستان کې يوه څېړنه د Casual Complex of Medical crimes in the Republic of Tajikistan له لورې ترسره شوې ده. په نوموړې څېړنه کې د طبی جرمونو د پيښېدو ستر لامل د روغتيايي کارکوونکو بې پروايي ښودل شوې. څېړونکي چې د روغتيايي کارکوونکو سره له نږدې پاتې شوي وو، له روغتيايي شونتياوو څخه يادونه کړې او وايي چې تاجکستان کې ښايي د طبي جرمونو د پيښېدو لاملونه بېلابېل او زيات وی، چې مهم لاملونه يې د روغتيايي کارکوونکو له لورې بې پروايي، د دوا کمپنيو سره د پټو معاملاتو ترسره کول او د دولت له لورې د طبي جرمونو پر وړاندې د مقاومت نه ښودنه دي(۱۲).

يو بله څېړنه په پاکستان کې د (Crimes in Medical: A Criminological Perspective on Causes, Conditions and Prevention) ترسرليک لاندې ترسره شوې، چې په څېړنه کې د طبي جرمونو د پيښېدو لاملونه د طبي پوهې کموالی، طبي فساد شتون، د طبي لارښوونو کموالی، د ډاکترانو له لورې د طبي فساد شتون او د طبي مهارتونو کموالی ښودل شوي دي(۱۳).

زما د څېړنې پایلې د تاجکستان او پاکستان هېوادونو کې د ترسره شویو څېړنو د پایلو سره یو اندازه توپیرونه لري، چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو:

په دې څېړنه کې د طبي جرمونو، د هغوی د پېښېدو لاملونو او د مخنیوي په اړه مهمې او ژورې پایلې وړاندې شوي دي. موندنې ښیي چې په ټوله کې طبي جرمونه د بېلابېلو فکتورونو له امله رامنځته کېږي، چې پکې د مسلکي معیارونو نه پاملرنه، د روغتیایي خدمتونو کچې ټیټوالی او په جوړښتونو کې یې نیمګړتیاوې شاملې دي. پوښتنپاڼه څرګندوې چې د ډاکټرانو او نرسانو مسلکي مهارتونو ته پاملرنه کمه ده، د قوانینو تطبیق کې ستونزې دي، طبي جرمونو پټ پاتې کېدل او دا چې د دې جرمونو ثبوت د داین(مریض) په غاړه دی او په ځینو مواردو کې د روغتیایي چارواکو له لورې د ناکافي نظارت او څارنې له امله، طبي جرمونو ته لاره هواره شوې ده. همدارنګه د څېړنې په موندنو کې دا هم په ګوته شول، چې د طبي جرمونو د مخنیوي لپاره ځیني مهم ګامونه اخیستل اړین دی؛ لومړی باید د قوانینو په اړه مسلکیانو ته عامه پوهاوی ورکړل شي او په روزنه یې مسلکي کار وشي، دویم دا چې د قانون پلي کېدل حتمي شي، دریېم دا چې روغتیایي خدمتونو پیاوړتیا او ښه کولو په موخه دې اقدامات ترسره شي او څلورم دا چې د حاکم نظام له لورې دې د روغتیایي خدمتونو جدي نظارت ترسره شي، څو د طبي جرمونو مخنیوي کې مرسته وشي.

سربېره پر دې، د څېړونکې په باور د روغتیایي مسلکیانو او ناروغانو ترمنځ د باور جوړول یو بل مهم لامل دی، چې پر بنسټ یې طبي جرمونو ګراف ټیټېدلی شي او همدارنګه د نظارت او حساب ورکونې سیستمونه باید پیاوړی شي، تر څو د هر ډول ناقانونه یا غیر اخلاقي کړنو پر وړاندې چټک او اغېزناک غبرګونونه وښودل شي. بله مهمه دا چې د ناروغانو او د هغوی د کورنیو لپاره د روڼتیا زیاتول او د هغوی پر وړاندې د حساب ورکونې پروسې روښانه کول د طبي جرمونو په مخنیوي کې بنسټیزه ونډه لري.

پایله

په ننګرهار ولایت کې د طبي جرمونو د پېښو او د هغوی د مخنیوي د لارو چارو په اړه د څېړنې پایلې څرګندوي، چې دا ستونزه یوازې د ډاکټرانو د انفرادي تېروتنو پایله نه ده، بلکې د روغتیایي سیستم په بنسټیزو برخو کې د نیمګړتیاوو یو روښانه انعکاس دی.

د ډاکټرانو بې‌پروایي، د طبي اخلاقو په پام کې نه نیول، د قوانینو نه پلي کېدل، فساد او د روغتیایي ادارو د نظارت کمزورتیا هغه لاملونه دي، چې ددې جرمونو د دوام لامل شوي دي. سربېره پردې، د روغتیایي خدمتونو د کیفیت ټیټه کچه او د خلکو د خپلو روغتیایي حقونو په اړه کم پوهاوی د ستونزې په پراختیا کې مهمه ونډه لري. ددې ستونزې د

حل لپاره څېړنه وړاندیز کوي چې د روغتیایي سیستم په جوړښت کې بنسټیز بدلونونه راوستل اړین دي. دا بدلونونه باید په دغو برخو تمرکز ولري: د قوانینو اغېزناک تطبیق، د روغتیایي خدمتونو پر وړاندې د روڼتیا زیاتېدل، د ډاکټرانو او ناروغانو ترمنځ د باور فضا رامنځته کول او د حساب ورکونې او نظارت سیستمونو پیاوړي کول.

سربېره پردې، د عامه پوهاوي پروګرامونه باید د خلکو د روغتیایي حقونو په اړه د هغوی پوهاوی لوړ کړي، ترڅو دوی د روغتیایي خدمتونو د کیفیت په اړه خپله غوښتنه په سمه توګه وکړي. همدارنګه د طبي جرمونو د مخنیوي لپاره یوازې د قوانینو جوړول بس نه دي. د مسلکي معیارونو د لوړولو، د روغتیایي سیستم د سمون او د روغتیایي خدمتونو د نظارت د اغېزمنتیا لپاره باید یو پراخه بدلون رامنځته شي. همدا راز اړینه ده چې د ډاکټرانو د مسلکي روزنې پروسې ته لومړیتوب ورکړل شي او د دوی لپاره داسې کړنلارې جوړې شي، چې د طبي اخلاقو په پام کې نیولو ته وهڅول شي. ددې ټولو کړنو په عملي کېدو سره نه یوازې د طبي جرمونو کچه ټیټېدلی شي، بلکې د روغتیایي خدمتونو په کیفیت کې به هم د پام وړ ښه‌والی راشي، چې په پایله کې به یې د ټولنې د روغتیا په وضعیت ژور مثبت اغېز ولیدل شي.

اخځلیکونه

۱. افغانستان جزا کود. عدلیې وزارت رسمی جریده(۱۲٦۰) ګڼه.کابل .دولتی مطبعه: (۱۳۹٦ ل. ل)

۲. حسن.عمید. فرهنگ عمید. مؤسسه انشارات امیر کبیر ، ایران ، تهران: (۱۳۷۹).

۳. زین الدین امینې. جرایم پزشکې و مسؤلیت پزشکان، ایران،تهران. انتشارات کانون معرف: (۱۴۰۰ ل. ل)

۴. عبدالرحمن ، رحیمې. جزایې مسؤلیت .کابل. مستقبل خپروندویه ټولنه. کابل. (۱۳۹۳ هـ ش)

۵. عبدالقادر بن شیبة . الخطأ الشخصي للطبیب.الاسکندریة. دار الجامعة الجدیدة: (۲۰۱۱ م)

٦. لسان العرب .https://al-maktaba.org/book/34077

۷. محمدلافی. ماجد . المسؤولیة الجزائیة الناشئة عن الخطأ الطبي. دار الثقافة. الطبعة الاولی. الاردن: (۲۰۱۳م).

۸. محمود . عباسی. جرایم پزشکی و صلاحیت محاکم. انتشارات آدینه.ایران: (۱۳۸۲ھ ل)

۹. محمود . محمود. مصطفی. المسؤولیة الجنائیة لألطباء والجراحین. مجلة القانون والاقتصاد. العدد الاول. مطبعة جامعة فؤاد القاهرة: (۱۹۴۸م).

۱۰.محمود القلابی . المسؤولیة الجزائیة للطبیب.الاسکندریة. دار الفکر الجامعي: (۲۰۰۴).

11. Aibek Seidanov, Roman Temirgazin& Erzhan Utebaev(2024).Crimes in Medical: A Criminological Perspective on Causes, Conditions and Prevention, Pakistan Journal of Criminology Vol. 16, No. 03, July—(595-608)

12.Rano A. Abdullayeva, Causal Complex of Medical Crimes in the Republic of Tajikistan, Russian-Tajik (Slavonic) University, Dushanbe, Tajikistan

Factors Contributing to the Occurrence of Medical Crimes in Nangarhar Province and Their Prevention Methods

Mohammad Ibrahim Sikandary[1]
[1]Department of Law, Faculty of Law and Political Sciences, Rokhan University, Nangarhar, Afghanistan

*Corresponding Author: msekandary58@gmail.com

Received: 20-Nov-2024 Accepted: 05-Jan-2024 Published: 14-Mar-2026

Abstract

Medical crimes arise during medical professionals' treatment. There are various types, each with different prescribed penalties. The research highlights the diverse factors contributing to the occurrence of medical crimes in Nangarhar Province.

The importance of studying this topic lies in identifying preventive measures against medical crimes in Nangarhar Province, which can decrease the occurrence of these offenses. The main objective of this study is to identify the causes of medical crimes in Nangarhar Province and find ways to prevent them.

A combination of quantitative and qualitative methods was used in the research, as the subject is practically present in society. A questionnaire was prepared in consultation with relevant professionals and the data collected was analyzed. The findings are presented in written form and graphs.

The study concluded that the factors contributing to the occurrence of medical crimes in Nangarhar Province include doctors' negligence, lack of awareness of medical regulations, non-disclosure of medical crimes, increased greed among doctors, leniency in medical laws, disregard for medical ethics, the burden of proof for medical crimes resting on the patient, deficiencies in the structures of healthcare sectors and others.

Preventive measures for these crimes include: increasing coordination and cooperation between healthcare institutions and the government to ensure proper implementation of laws and regulations, launching public awareness programs, improving healthcare services, serious attention from the government to oversight and developing a policy by the government and healthcare sector that is easy to implement and effective in preventing medical crimes.

Keywords: Factors, Medical Crimes, Prevention Methods

Spinghar Journal of Medical Sciences

Publisher

Spinghar University - Nangarhar

Editor-in-chief

Prof. Dr. Mohammad Taib Nishat

Editorial Manager

Teaching Assisstant Specialist

Dr. Shafiqullah Atish

Head of Journals Department

Telawat Sahil

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 Muhammad Azim Azimi

Associate Professor 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

Contacts

+93 (0)789701100

+93 (0)784230645

- journals@spingharuniversity.edu.af
- info@spingharuniversity.edu.af