

بسم الله الرحمن الرحيم

فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی علوم پزشکی

دانشگاه خاتم النبیین (ص)

دانشکده‌های علوم طبی

سال ششم، شماره‌ی ششم، خزان ۱۴۰۰

شناسه

صاحب امتیاز: دانشگاه خاتم النبیین (ص)

مدیرمسئول: دکتر سید یوسف موسوی

سر دبیر: دکتر خان‌علی محمدی

اعضای هیأت تحریر

دکتر سید یوسف موسوی	معاون پژوهش و فن‌آوری دانشگاه خاتم النبیین (ص)
دکتر خان‌علی محمدی	آمر دبیرارتمنت صحت عامه و رئیس کمیته‌ی تحقیق دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)
دکتر محمد لطیف نظری	رئیس دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)
شیرین صفری	آمر دبیرارتمنت اناتومی و فیزیولوژی دانشکده‌ی طب دندان دانشگاه خاتم النبیین (ص)
دکتر محمد حسین صالحی	استاد همکار دانشگاه خاتم النبیین و عضو هیأت علمی دانشگاه طبی کابل
دکتر حسین رحیمی	آمر دبیرارتمنت میکروبیولوژی دانشکده‌ی تکنالوژی طبی دانشگاه خاتم النبیین (ص)
حمیدالله راسخ	استاد همکار دانشگاه خاتم النبیین (ص) و عضو هیأت علمی دانشکده‌ی فارمسی دانشگاه کابل
گلانه نورزهی	رئیس دانشکده‌ی تکنالوژی طبی دانشگاه خاتم النبیین (ص)
خان محمد توسلی	آمریت دبیرارتمنت کیمیا و بیوشیمی دانشکده‌ی تکنالوژی طبی دانشگاه خاتم النبیین (ص)
میثم سجادی	عضو هیأت علمی دانشکده‌ی تکنالوژی طبی دانشگاه خاتم النبیین (ص)

ویراستار ادبی و صفحه‌آرا: محمد امین رسالت

طراح جلد: مجتبی احمدی

آدرس: کابل، سرک دارالامان، دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم النبیین (ص)

تلفن: ۰۷۰۶۷۲۹۱۹۳

وبسایت: www.knu.edu.af

ایمیل: Info@Knu.edu.af

یادداشت: هر گونه استفاده از محتویات این فصلنامه، تنها با ذکر منبع مجاز است.

فهرست مطالب

بررسی اثر عصاره‌ی تلخک افغانستان (Acroptilon Repens) بر رت‌های دیابتی	
دکتر سیدیوسف موسوی	۳
بررسی میزان فراوانی سکنه‌ی هموراژیک مغزی مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸	
محمدلطیف نظری	۱۳
بررسی میزان آگاهی دانشجویان قابلگی انسیتیتوت رازی از عوامل خطرساز سرطان ثدییه در سال ۱۳۹۹	
خان علی محمدی	۱۹
بررسی میزان آگاهی والدین از خروج دندان مولر اول دایمی در کودکان مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی در ربع سوم سال ۱۳۹۷	
منصور محبی	۲۷
بررسی فراوانی سزارین در مراجعین شفاخانه‌ی استقلال ولایت کابل در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹	
نسا محمدی و موسی بشیر	۳۵
بررسی فراوانی اعراض و علایم کووید ۱۹ در بیماران بستری به شفاخانه‌ی محمدعلی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹	
شیرین صفری	۴۵
بررسی میزان ناباوری مردان مراجعه‌کننده به مرکز صبحی فیض در آزمایش Semen Analysis در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۹	
خان محمد توسلی	۵۷
بررسی شیوع فراوانی سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بین سنین ۳۰-۶۰ سال در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ در شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد	
میثم سجادی و موسی بشیر	۷۱
بررسی توزیع فراوانی انواع واژینیت‌ها در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک صحت باروری مجتمع داکتران متخصص سرچشمه‌ی شهر کابل در سال ۱۳۹۸	
فاضله هزاره و نسا محمدی	۷۹

کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن در شهر غزنی

نفیسه سعیدی ۸۷

بررسی فراوانی سیفلیس در مراجعه‌کنندگان به شفاخانه‌ی ولسوالی ورس بامیان در سال ۱۳۹۹

موسی بشیر ۱۹

بررسی میزان آگاهی والدین از خروج دندان مولر اول دایمی در کودکان مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی در
ربیع سوم سال ۱۳۹۷

منصور محبی ۲۷

بررسی شیوع ریسک فکتورهای دیابت شیرین در نزد مریضان دیابتیک مراجعه‌کننده به کلینیک صحتی بنیاد الکوزی در نیمه‌ی اول
سال ۱۳۹۷

محمد لطیف نظری ۱۰۵

شیوع ترومبوآمبولی وریدی در بیماران مبتلا به پنومونی شدید ناشی از ویروس جدید کرونا

خان‌علی محمدی و موسی بشیر ۱۱۷

بررسی تأثیرات مفید چای سبز: مقاله‌ی مروری

نسا محمدی و موسی بشیر ۱۲۳

بررسی فراوانی تست‌های مثبت بروسلوز در شفاخانه‌ی ولسوالی ورس در سال ۱۳۹۹

موسی بشیر ۱۳۵

سخن نخست

اهتمام همزمان به دو محور آموزش و پژوهش در نظام تحصیلی هر کشور امر اجتناب‌ناپذیر است و برای افزایش سرمایه‌های علمی یک کشور پژوهش و تولید علم نقش برآزنده و غیر قابل انکار دارد. از این جهت دانشگاه خاتم‌النبین^(ص) در کنار توجه به عرصه‌ی آموزش، به پژوهش نیز توجه ویژه مبذول داشته است. پژوهش‌هایی که در این مرکز علمی انجام می‌شود، عمدتاً در سه محور متمرکز است: پژوهش‌هایی که در مرکز تحقیقات دانشگاه و روی موش‌های آزمایشگاهی انجام می‌شود، بیش‌تر تاثیر گیاهان داروی کشور را در تداوی امراض مختلف به بررسی گرفته نتایج این پژوهش‌ها به‌صورت مقالات علمی در ژورنال‌های معتبر بین‌المللی همگانی می‌شود. نوع دوم پژوهش‌هایی است که دانشجویان زیر نظر استادان به‌صورت میدانی یا کتابخانه‌ای انجام می‌دهند و در آن‌ها نیز یکی از مسایل مهم تحلیل و بررسی علمی می‌شود و نوع سوم پژوهش‌هایی است که توسط یک استاد یا جمعی از استادان روی حل برخی مسایل حاد روز متمرکز است.

با توجه به شرایط پیش آمده در جهان کنونی به‌خصوص فراگیری امراض ساری همچون کرونا و اهتمام به حل مشکلات ناشی از آن می‌طلبد تا جوامع علمی- پژوهشی تمام توان خویش را در راستای پژوهش‌های علمی و تحقیقاتی متمرکز کنند تا در این برهه‌ی زمانی حساس هرچه بیش‌تر رسالت خویش را ادا کرده باشند.

دانشگاه خاتم‌النبین^(ص) در کنار سایر نهادها و مراکز علمی- آموزشی و تحقیقاتی جهان با درک این امر مهم، به تجهیز و ارتقای مرکز تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه اهتمام قابل توجه نموده است و موفق به انجام و اجرای طرح‌های پژوهشی و تحقیقاتی و در نتیجه انتشار مقالات علمی در ژورنال‌های معتبر بین‌المللی و داخلی نموده است. برای تفکیک و دسته‌بندی نتایج این پژوهش‌ها در راستای نوسازی، توسعه و کمک به ارتقای سطح علمی و دانش عصری، مجلات علمی- پژوهشی را در سه حوزه‌ی، علوم طبی، علوم فنی و مهندسی و علوم انسانی به راه انداخته است.

فصلنامه‌ی حاضر، شماره‌ی ششم از فصلنامه‌ی تخصصی مجموعه‌ی علوم طبی است که حاصل تلاش و پژوهش‌های جمعی از اساتید و سایر پژوهش‌گران دانشگاه‌های کشور در این زمینه است. امید است با نشر این فصلنامه، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص) گامی هرچند کوچک در راستای رشد و ارتقای دانش بشری در حوزه‌ی سلامت برداشته رسالت علمی خویش را ادا کرده باشد.

دکتر خان‌علی محمدی

Effect of Afghan Talkhak (*Acroptilon Repens*) Extract on Diabetic Rats

Banafsha Zainal Bayat^{1,a}, Kawsar Alami^{1,a}, Sayed Yousof Mousavi^{1,b}

^a Medical student, Research and Technology Center, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

^{b*} Corresponding Author: Associate professor, Ph.D. Physiology, Department of physiology, Medical Faculty, Khatam Al-Nabieen University, 1st street of Karte 4, Kabul, Afghanistan, Phone: +93(0)796850084, Email: Mousavi.knurtc@knu.edu.af

Abstract

Introduction: Diabetes is a common metabolic disease, which characterized by chronic hyperglycemia associated with dysfunction in carbohydrate, lipid and protein metabolism, resulting from defects in insulin secretion, insulin action, or both. There are many medications for lowering blood glucose, which play a major role in the control of this disease. However, adverse side effects and toxicity of those, increases the favor of using medicinal plants. The aim of this study is the evaluation of the effect of Afghan talkhak (*Acroptilon Repens*) root aqueous extract on blood glucose level of diabetic rats.

Materials and Methods: Thirty Rats were randomly divided into 5 groups (1 Normal, 1 Diabetic and 3 extract groups). Experimental diabetes was induced by single dose intraperitoneal (i.p.) injection of streptozotocin (55 mg/kg) in diabetic and extracts groups. 72 hour later, the induction of diabetes was approved and extract groups were received *Acroptilon Repens* aqueous extract by i.p. administration for 15 days. The blood glucose level and body weight of all groups were measured on base line, 0, 5, 10 and 15th days. The glucose tolerance test had performed on 15th day.

Results: A part of these results showed that administration of streptozotocin could increase the blood .(glucose level, impaired glucose tolerance and decrease the body weight of rats significantly ($P < 0.0001$

Conclusion: Based on the literature, it is expected that *Acroptilon repens* root extract, because of anti-inflammatory effects of its constituents, has a positive effect on blood glucose level in diabetic rats

Keywords: Afghanistan, *Acroptilon repens*, Blood Glucose level, Diabetic rat

بررسی اثر عصاره‌ی تلخک افغانستان (*Acroptilon Repens*) بر رت‌های دیابتی

بنفشه زینل‌بیات^{a,۱}؛ کوثر علمی^{a,۱}؛ سیدیوسف موسوی^{b,۱}

^a دانشجوی طب معالجوی، دانشکده‌ی طب، مرکز تحقیقات و فن‌آوری، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان
^b نویسنده‌ی مسؤول: استادیار (پوهندوی)، دکترای فیزیولوژی، دپارتمنت فیزیولوژی، دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، سرک دارالامان، کابل، افغانستان، تلفن: ۰۸۴۰۷۹۶۸۵۰۰۹۳(۰)، ایمیل: Mousavi.knurte@knu.edu.af

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت شیرین یک اختلالات متابولیکی شایع است که با هایپرگلیسمی مزمن، به‌همراه اختلال در متابولیسم کاربوهایدریت، شحم و پروتیین، در نتیجه‌ی نقص در ترشح انسولین، عملکرد انسولین و یا هر دو مشخص می‌گردد. داروهایی برای کاهش گلوکوز خون وجود داشته و نقش بزرگی را در کنترل این بیماری ایفا می‌کنند. با این حال، عوارض ناخواسته و سمی بودن این داروها، علاقه‌مندی‌ها را به درمان گیاهی بیش‌تر ساخته است. هدف از این مطالعه بررسی اثر عصاره‌ی آبی ریشه‌ی گیاه تلخک افغانستان (*Acroptilon Repens*) بر میزان قند خون در موش‌های نر صحرایی دیابتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۳۰ سر موش به‌صورت تصادفی به پنج گروه (۱ گروه شاهد سالم، ۱ گروه شاهد دیابتی و ۳ گروه دریافت‌کننده‌ی عصاره) تقسیم شدند. دیابت تجربی با تزریق تک‌دوز استرپتوزوتوسین (۵۵ میلی‌گرم/کیلوگرم) به‌صورت درون‌صفافی در گروه شاهد دیابتی و گروه‌های دریافت‌کننده‌ی عصاره ایجاد گردید. پس از ۷۲ ساعت، ایجاد دیابت تأیید شده و گروه‌های دریافت‌کننده‌ی عصاره، عصاره‌ی آبی ریشه‌ی گیاه تلخک افغانستان را به‌مدت ۱۵ روز به‌صورت درون‌صفافی دریافت نمودند. میزان قند خون ناشتا و وزن بدن تمامی گروه‌ها در روزهای پایه، صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵ و آزمایش تحمل گلوکوز در روز پانزدهم اندازه‌گیری گردید.

یافته‌ها: بخشی از نتایج به‌دست‌آمده نشان دادند که تزریق استرپتوزوتوسین موجب افزایش چشم‌گیر میزان قند خون ناشتا، عدم تحمل گلوکوز و کاهش شدید وزن می‌گردد ($P < 0.0001$).

نتیجه: با توجه به پیشینه‌ی تحقیق، انتظار می‌رود که ریشه‌ی گیاه تلخک به‌دلیل ویژگی‌های ضدالتهابی ترکیبات، اثرات مثبتی در کاهش قند خون داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: تلخک، افغانستان، میزان قند خون، موش صحرایی دیابتی

۱. مقدمه

گیاهان دارویی منبع بسیار بزرگ درمانی را در سراسر تاریخچه بشر تشکیل می‌دهند. این گیاهان در کنار مؤثریت قابل ملاحظه‌ی درمانی برای سایر بیماری‌ها، در درمان دیابت شیرین نیز مؤثر می‌باشند [۱]. یکی از این گیاهان دارویی، گیاه تلخک مربوط به خانواده‌ی کاسنیان است [۲]. گیاهان خانواده‌ی کاسنیان، به دلیل ترکیبات مهم و مفید شان، مؤثریت قابل ملاحظه‌ای در درمان دیابت دارند [۳]. با این حال، با وجود حضور ترکیبات مشابه در بخش‌های مختلف گیاه تلخک و نیز در ریشه‌ی آن [۴]، هیچ مطالعه‌ای در مورد اثر ریشه‌ی گیاه تلخک بر میزان قند خون صورت نگرفته است.

دیابت شیرین یک بیماری متابولیکی شایع بوده که با مشکل جدی صحتی و بروز مرگ و میر مداوم همراه است [۵، ۶]. این بیماری، با غلظت بالای گلوکوز در پلازما در نتیجه‌ی انسولین ناکافی و مقاومت در برابر آن مشخص می‌گردد [۵]. هایپرگلیسمی مزمن با آسیب درازمدت، اختلال عملکردی و یا هم ناتوانی اعضای متفاوت بدن، به خصوص چشم، کلیه، عصب، قلب و عروق خونی همراه خواهد بود [۷، ۸]. ابتلا به عوارض مزمن دیابت، کاهش امید به زندگی و مرگ و میر ناشی از آن بار اقتصادی زیادی را به فرد خانواده و جامعه تحمیل نموده، کیفیت زندگی فرد و خانواده را مورد تأثیر قرار می‌دهد [۹]. مطابق به گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۷ به تعداد ۴۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به بیماری دیابت بوده [۱۰] و مهم‌تر از آن واقعات دیابت به گونه‌ی هشدار دهنده‌ای رو به افزایش است [۷].

بیش‌تر موارد دیابت، در دو گروه وسیع اتیوپتوجنیک جای می‌گیرد. در گروه یک، یا همان دیابت نوع یک، علت عبارت از کم‌بود مطلق ترشح انسولین می‌باشد [۱۱]. این شکل از دیابت، که تنها ۵ تا ۱۰ درصد مبتلایان به این بیماری را تشکیل می‌دهد حاصل تخریب حشرات بتای پانکراس طی یک فرایند خودایمنی می‌باشد [۱۱، ۱۲]. تخمین شده است که در هر سال ۶۵۰۰۰ واقعه جدید در اطفال پایین تر از ۵۱ سال ایجاد می‌گردد. این افزایش چشم‌گیر جهانی دیابت نوع یک اهمیت تعامل بین استعداد ژنتیکی و عوامل محیطی را نشان می‌دهد [۱۳].

دیابت نوع دو که با تاریخچه‌ی واضح فامیلی در ارتباط است [۱۴]، یک شکل عمده‌ای از دیابت شیرین بوده و به صورت عموم بیشتر از ۹۰ درصد بیماران دیابت را دیابت شیرین نوع دو تشکیل می‌دهد. در این بیماری، چندین عامل مهم بیماری‌زا نظیر مقاومت به انسولین در انساج هدف، اختلال در ترشح انسولین از حشرات پانکراس و تولید نامحدود گلوکوز از کبد نقش دارد [۱۵]. همچنین، به دلیل عوامل جنتیکی مربوط به اختلال در ترشح انسولین و مقاومت به آن و عوامل محیطی نظیر چاقی، پر خوری محدود بودن فعالیت بدنی، استرس و نیز سن، ایجاد می‌گردد [۱۴]. بیش‌تر بیماران دچار این شکل از دیابت چاق هستند و چاقی خود تا اندازه‌ی موجب مقاومت به انسولین می‌گردد. این بیماری در خانم‌هایی که از قبل دچار دیابت حاملگی بوده‌اند و کسانی که اکنون دچار فشار خون بالا و اختلال در چربی‌های خون هستند بیش‌تر دیده می‌شود. اغلب با یک زمینه‌ی جنتیکی قوی همراه است که بسیار بیش‌تر از شکل خودایمنی دیابت نوع یک می‌باشد. ولی ژنتیک این شکل از دیابت پیچیده بوده و تاکنون به صورت درست مشخص نشده است [۱۱].

التهاب به‌عنوان کارشیوه‌ی رایج در پتوفیزیولوژی دیابت شناخته شده است [۱۵]. در سال‌های اخیر تعداد زیاد از مطالعات نشان داده‌اند که دیابت نوع دو یک ایمنی طبیعی و بیماری التهابی است و «یک حالت التهاب مزمن با درجه‌ی پایین». باور بر این است، که التهاب و ایمنی با وقوع دیابت نوع دو در ارتباط می‌باشد [۱۶]. التهاب باعث کاهش ترشح انسولین در حشره‌ی بتا و افزایش مقاومت به انسولین می‌شود. سایتوکین‌های موجود در گردش می‌توانند عملکرد حشرات بتا را که به شکل مستقیم منجر به اختلال ترشح و افزایش آپیتوز می‌شوند، تحت تأثیر قرار دهند. این سایتوکین‌ها می‌توانند به‌صورت مستقیم عملکرد حشرات بتا را به وسیله‌ی افزایش در حشرات چربی تحت تأثیر قرار دهند. از این رو، در حال حاضر هدف قراردادن التهاب، ممکن است یک روش جدید درمانی در حال گسترش برای مدیریت دیابت و عوارض آن باشد [۱۷].

داروهایی برای کاهش گلوکوز خون نظیر سلفونایلیوریا و بایگواناید وجود داشته و نقش بزرگی را در کنترل این بیماری ایفا می‌کنند [۸، ۱۸]. با این حال، اثرات جانبی، عوارض ناخواسته و

جرماکرین^۸ و کاریوفیلین اکساید^۹ می‌باشد [۱۲]. از این جمله سیسکوترپین لکتون‌ها موجود در گیاه تلخک از طریق مهار NF-κB از مهار ترشح انسولین جلوگیری می‌نماید [۲۹].

NF-κB پروتئینی است که پاسخ‌های ایمنی را در انسان از طریق کنترل تأثیرکننده‌های دیگر، مانند: سایتوکین‌ها، مالیکول‌های التهابی و مالیکول‌های چسپنده‌ی حجره وساطت می‌کند [۳۰، ۲۲]. داروهای زیادی برای کنترل و مهار التهاب وجود دارند که شامل داروهای ضد التهابی استروئیدی و غیر استروئیدی و داروهای تضعیف‌کننده‌ی ایمنی می‌باشند [۳۱].

با توجه به اثرات مفید ترکیبات ریشه‌ی این گیاه در درمان بیماری دیابت و کاهش میزان قند خون، هیچ مطالعه‌ای در مورد اثر ریشه تلخک بر میزان قند خون صورت نگرفته است. تحقیق حاضر با روش سنجش لابرآتواری میزان گلوکوز در خون، به مطالعه‌ی اثر عصاره‌ی آبی ریشه‌ی تلخک بر میزان قند خون در موش‌های نر صحرایی دیابتی می‌پردازد.

۲. مواد و روش‌ها

مواد مورد نیاز و روش انجام این مطالعه به شرح زیر است:

۲-۱. مواد

مواد و وسایل مورد نیاز برای این مطالعه شامل استرپتوزوتوسین (Sigma-Aldrich, USA)، عصاره‌ی آبی ریشه گیاه تلخک افغانستان، بافر فاسفیت سیترات (DNAbiotech Co) و گلوکومتر (on call pluse) می‌باشند.

۲-۱-۱. حیوانات: در این مطالعه از موش‌های نر صحرایی سفید نژاد اسپراگ با وزن تقریبی ۱۸۰-۲۰۰ گرم استفاده شد. ۳۰ سر موش از میان جمعیت موش‌های سالم موجود در حیوانخانه‌ی مرکز پژوهش و فن‌آوری دانشگاه خاتم‌النبین^(ص) (KNURTC)^{۱۰} انتخاب گردیدند. تمامی موش‌ها در قفسه‌های مخصوص پلاکسیگلاس با ابعاد ۱۵×۴۰×۳۰ سانتیمتر و در محیطی با شرایط کنترل‌شده در دوره‌های تکراری ۱۲ ساعت روشنی و ۱۲

سمی‌بودن این داروها، علاقه‌مندی‌ها را به درمان گیاهی بیش‌تر ساخته است [۱۸]. تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که استفاده‌ی طولانی‌مدت انسولین و سایر داروهای کاهش دهنده‌ی گلوکز صنعتی در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی نقش دارند [۱۹]. به‌علاوه، هیچ‌کدام از داروهای کاهش دهنده‌ی گلوکز به‌طور مؤثر افزایش چربی‌های خون را کنترل نمی‌کنند [۲۰]. همچنین با توجه به شرایط اقتصادی، داروهای متداول ممکن است در کشورهای در حال توسعه قابل دسترس نباشند [۱۹] که این امر باعث ترغیب مردم به استفاده از گیاهان دارویی می‌گردد [۲۱]. ترکیبات طبیعی گزینه‌ی درمانی مناسبی برای درمان دیابت یا تقویت کننده‌ی داروهای صنعتی بوده، همچنین خطر ابتلا به این بیماری را کاهش می‌دهند [۲۲].

گیاه تلخک با نام علمی (*Acroptilon Repens* L.) جزء گیاهان خانواده‌ی کاسنیان می‌باشد [۲۳]. یک گیاه علفی چند ساله بوده و دارای ساقه‌های منشعب می‌باشد [۲۴]. ریشه‌ی این گیاه قهوه‌بی یا سیاه رنگ می‌باشد و جوانه‌هایی تولید می‌کند که قادر به رشد تا عمق ۲/۵ متر در سال اول رشد هستند. در سال دوم گسترش می‌یابد و به‌طور جانبی تا ۱۲ متر مربع رشد می‌نماید و اجازه می‌دهد تا گیاه به‌صورت طولانی‌مدت زنده بماند. همچنین ریشه‌های این گیاه از طریق رقابت استفاده از آب، خاک، مواد مغذی و تراوش مواد شیمیایی فیتوتوکسیک مانع رشد دیگر گیاهان می‌شود [۲۳]. تلخک به‌صورت بومی در مונگولیا، ترکستان غربی، ارمنیای ترکیه، آسیای صغیر [۲۶، ۲۵، ۴] آسیای مرکزی [۲۷]، ایران، افغانستان، عراق [۲۸] یعنی آسیا و اروپا وجود دارد [۲۷].

گیاه تلخک حاوی آمین‌های اروماتیک^۱، استیرول‌ها^۲، سیسکوترپین لکتون‌ها^۳، گوانیلیدها^۴ و نیز حاوی روغن‌های ضروری مانند: بیتا کاریوفیلین^۵، بیتا کوبینین^۶، الفا کوپاین^۷ و

1. Aromatic amines
2. sterols
3. Sesquiterpene lactones
4. quaianolides
5. β-caryophylline
6. β-cubebene
7. α-copaene

8. germacrene D

9. caryophyllene oxide

Khatam Al-Nabieen University Research and Technology Center 10

ساعت تاریکی (چرخه‌ی روشنی ساعت ۷ صبح شروع می‌شود)، با دمای تقریبی 23 ± 2 درجه‌ی سانتیگرید نگهداری شدند. نگهداری حیوانات و رفتار با آن‌ها مطابق با راهنمای اخلاقی ذکرشده در ویرایش هشتم کتاب راهنمای انستیتوت ملی سلامت (NIH)^{۱۱} برای نگهداری و استفاده از حیوانات آزمایشگاهی^{۱۲} و زیر نظر کمیته‌ی اخلاق دانشگاه خاتم‌النبین^(ص) صورت گرفت. تمام حیوانات با احتیاط هندل گردیدند تا اعمال استرس ناخواسته به کم‌ترین حد برسد.

۲-۲. روش‌ها

زیر عنوان روش‌ها به گروه‌های آزمایشی، روش عصاره‌گیری، پروتکل انجام آزمایش و تحلیل آماری پرداخته می‌شود.

۲-۲-۱. گروه‌های آزمایشی: موش‌ها به‌طور تصادفی به پنج گروه که هر گروه شامل شش سر موش بود، تقسیم شدند. گروه اول گروه شاهد سالم یا دریافت‌کننده‌ی نرمال سالین؛ گروه دوم، گروه شاهد دیابتی یا دریافت‌کننده‌ی استرپتوزوتوسین؛ گروه‌های ۳-۵، گروه‌های دریافت‌کننده‌ی تزریق درون‌صفافی استرپتوزوتوسین و عصاره‌ی آبی ریشه گیاه تلخک افغانستان.

۲-۲-۲. روش عصاره‌گیری: ریشه‌ی گیاه تلخک، پس از جمع‌آوری از ولسوالی خواجه عمری ولایت غزنی، در سایه (در محیط آزمایشگاه) خشک شده و به پودر تبدیل شد. ۱۵ گرم پودر خشکیده به ۷۵ میلی‌لیتر آب مقطر اضافه شده و به‌مدت ۲۴ ساعت در ظرف شیشه‌ای تاریک گذاشته شد. بعد از ۲۴ ساعت سه بار از فلتر گذشتانده و عصاره فلتر شده، در دمای اطاق خشک گردید [۳۲].

۲-۲-۳. ایجاد دیابت تجربی: با تزریق استرپتوزوتوسین محلول در مخلوط ۰/۰۱ مولار بافر سیترات به میزان ۵۵ ملی‌گرم بر کیلوگرم وزن بدن، به‌صورت داخل صفافی به موش‌های صحرایی نر، دیابت القا شد [۳۳]. پس از ۷۲ ساعت در حیوانات ناشتا، قند خون اندازه‌گیری گردید. موش‌هایی که سطح گلوکوز سیروم خون آن‌ها بالاتر از ۲۰۰ ملی‌گرم بر دیسی‌لیتر یا بیش‌تر از آن بود، دیابتی محسوب شدند.

National Institutes of Health 11

National Institutes of Health Guide for Care and Use of Laboratory Animals, 8th edition, 2011

۲-۲-۴. پروتکل انجام آزمایش: ابتدا در روز پایه‌ی آزمایش قند خون تمامی گروه‌ها در حالت ناشتا انجام شد و سپس تک‌دوز استرپتوزوتوسین در حلال بافر سیترات به مقدار ۵۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم وزن بدن به‌صورت داخل صفافی در گروه‌های شاهد دیابتی و گروه‌های دریافت‌کننده‌ی عصاره‌ی آبی ریشه‌ی تلخک تزریق گردید. در روز صفر یا ۷۲ ساعت پس از تزریق استرپتوزوتوسین، میزان قند خون ناشتای موش‌ها پس از ۸ ساعت ناشتا بودن با استفاده از خون خارج‌شده از نوک دم و با کمک استرپ‌ها و دستگاه گلوکومتر اندازه‌گیری گروه‌های عصاره به‌مدت ۱۵ روز عصاره‌ی آبی تلخک را دریافت نمودند. آزمایش قند خون در حالت ناشتا (FBS) هر ۵ روز بعد و آزمایش تحمل گلوکوز (GTT) در دقیقه‌های صفر، ۳۰، ۶۰ و ۱۲۰ و در روز ۱۵ بررسی گردید.

۲-۲-۵. تحلیل آماری: تحلیل آماری داده‌های به‌دست‌آمده به وسیله‌ی نرم‌افزار گراف‌پدپریزم^{۱۳} (ورژن ۶/۰۷) انجام شد. میزان قند خون ناشتا به‌وسیله‌ی آزمون آماری Two-Way ANOVA و به‌دنبال آن توسط آزمون مقایسه‌ی چندگانه‌ی دونیت مورد تحلیل قرار گرفت. تفاوت بین وزن بدن گروه‌های مختلف توسط آزمون ناپارامتری Kruskal-Wallis مقایسه گردید. در صورت $P < 0.05$ ، تفاوت میان میانگین گروه‌ها معنادار در نظر گرفته شد. یافته‌ها به‌صورت $\text{mean} \pm \text{SEM}$ نمایش داده شده‌اند.

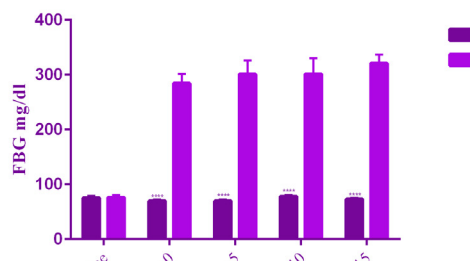
۳. یافته‌ها

در این مطالعه، تأثیر عصاره‌ی آبی ریشه گیاه تلخک افغانستان بر میزان قند خون ناشتا، تحمل گلوکوز و وزن بدن در روزهای پایه، صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵ بررسی گردید. نتایج قرار زیر می‌باشند:

۳-۱. میزان قند خون ناشتا

داده‌های به‌دست‌آمده از گروه‌های شاهد سالم و شاهد دیابتی در روزهای پایه، صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵ مقایسه گردیدند. چنان‌چه در شکل ۲ نشان داده شده، در روز پایه، هیچ تفاوت معناداری از نظر میزان قند خون ناشتا در میان گروه‌های مورد آزمایش دیده نشد. با این حال، میزان قند خون ناشتا در گروه شاهد دیابتی نسبت به

گروه شاهد سالم در روزهای صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵ به طور چشم گیری افزایش یافت ($P<0.0001$).



شکل ۱. بررسی میزان قند خون ناشتا در روزهای پایه، صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵. میزان قند خون ناشتا در گروه شاهد دیابتی به طور چشم گیری در مقایسه با گروه شاهد سالم افزایش یافت. FBG، قند خون ناشتا. **** ($P<0.0001$). در صورت مقایسه با گروه شاهد دیابتی. داده ها به صورت $Mean \pm SEM$ نشان داده شده اند.

جدول ۱. اثر رژیم غذایی طبیعی و استرپتوزوتوسین بر وزن بدن.

Group	Body Weight (g)					Weight gain
	Baseline	Day 0	Day 5	Day 10	Day 15	Day 0
Control	183.17±0.70	184.83±2.14	192.83±2.06	199.33±2.39	207.00±3.37	23.67±3.37
Diabetic	193.17±2.08	169.17±3.64	169.83±2.75	164.83±2.50	160.00±3.30	-33.17±3.30

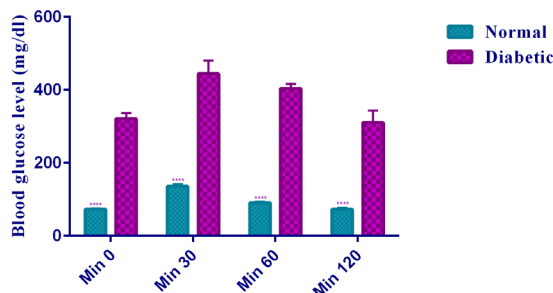
داده ها به صورت $Mean \pm SEM$ نشان داده شده اند. **** ($P<0.0001$) در مقایسه با گروه شاهد دیابتی.

۴. بحث کنترل هایپرگلیسمی مزمن در دیابت سبب جلوگیری یا تأخیر در بروز عوارض ناشی از آن از جمله کاهش وزن، بیماری های قلبی-عروقی و آسیب های چشمی خواهد شد [۱۱، ۴۱، ۴۰]. با توجه به پیشرفت های قابل ملاحظه ای که در زمینه درمان دیابت با استفاده از داروهای خوراکی کاهنده قند خون صورت گرفته، تحقیقات برای دستیابی به داروهای جدید به دلیل محدودیت های داروهای صنعتی موجود، ادامه دارد [۳۴]. در این رابطه یکی از راه های مؤثر می تواند استفاده از گیاهان دارویی باشد [۳۵].

در این مطالعه، تأثیر عصاره ای آبی تلخک افغانستان بر میزان قند خون ناشتا، میزان تحمل گلوکز و وزن بدن در

۲-۳. میزان تحمل گلوکز درون صفاقی

چنانچه در شکل ۲ نشان داده شده، در دقیقه صفر، میزان قند خون پس از دریافت گلوکز درون صفاقی در گروه شاهد دیابتی به طور چشم گیری نسبت به گروه شاهد سالم افزایش یافت ($P<0.0001$). در دقیقه ۳۰، افزایش معنادار میزان قند خون پس از دریافت گلوکز درون صفاقی در گروه شاهد دیابتی در مقایسه با گروه شاهد سالم دیده شد ($P<0.0001$).



موش‌های صحرایی دیابتی شده با استرپتوزوتوسین بررسی گردید. استرپتوزوتوسین ماده‌ی زهری دیابتی‌سازی است که ترشح انسولین را مهار نموده و دیابت وابسته به انسولین را ایجاد می‌کند [۳۶]. این ماده از طریق ایجاد استرس اکسیداتیو موجب نکرز حجرات بتای پانکراس می‌گردد [۳۶، ۳۷]. چنانچه پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که نتایج عمل سمی استرپتوزوتوسین در حجرات بتای پانکراس ناشی از تغییرات ایجاد شده در DNA حجروی است که این امر مهم‌ترین علت تخریب و مرگ این حجرات می‌باشد [۳۷]. پس از تزریق استرپتوزوتوسین به حیوانات، افزایش میزان قند خون و کاهش وزن و اختلال تحمل گلوکز مشاهده می‌گردد [۳۸، ۳۹].

به‌طور مشابه، در این مطالعه نشان داده شد که تزریق درون صفاقی استرپتوزوتوسین با (دوز ۵۵ میلی‌گرم/کیلوگرم) به گروه‌های شاهد دیابتی و گروه‌های دریافت‌کننده‌ی عصاره‌ی آبی تلخک سبب افزایش چشم‌گیر میزان قند خون ناشتا در این گروه‌ها نسبت به گروه شاهد سالم، در روز صفر گردید. این میزان قند خون در گروه شاهد دیابتی در تمامی روزها (صفر، ۵، ۱۰ و ۱۵) به‌صورت افزایش‌یافته باقی ماند.

هم‌چنین، اختلال تحمل گلوکز در روز صفر و در تمامی دقایق (صفر، ۳۰، ۶۰ و ۱۲۰) در گروه شاهد دیابتی و گروه‌های دریافت‌کننده‌ی عصاره در مقایسه با گروه شاهد سالم مشاهده شد. این اختلال در تحمل گلوکز در گروه شاهد دیابتی در روز ۱۵ نیز در تمامی دقایق به‌صورت افزایش‌یافته باقی ماند.

به‌علاوه، کاهش چشم‌گیر وزن بدن گروه شاهد دیابتی نسبت به گروه شاهد سالم نیز دیده شد. این کاهش شدید وزن در گروه شاهد دیابتی در تمامی روزها و تا پایان آزمایش باقی ماند. این نتایج نشان می‌دهند که دیابت تجربی در گروه‌های مورد آزمایش ایجاد گردیده است. داده‌های حاصل از این مطالعه در مقاله‌ای دیگر به‌طور کامل چاپ خواهند شد.

با توجه به این‌که تا کنون هیچ مطالعه‌ای در مورد اثر عصاره‌ی ریشه‌ی گیاه تلخک بر میزان قند خون و سایر پارامترهای مربوط دیابت صورت نگرفته، نمی‌توان نتایج مطالعه‌ی حاضر را با مطالعات قبلی مقایسه نمود.

به‌همین ترتیب، کارشویه‌های مالیکولی اثر عصاره‌ی آبی تلخک بر میزان قند خون مشخص نیست. با این حال، از آنجایی که سیکسکوترپین‌ها، عمده‌ترین ترکیبات گیاهان خانواده‌ی استرسیا [۴۲] و بتا کاربوفیلین [۲۸] و گواپنولیدها [۴] ترکیبات عمده و مهم موجود در ریشه‌ی تلخک را تشکیل می‌دهند [۴۳]، این اثرات مثبت عصاره‌ی گیاه تلخک را بر میزان قند خون، می‌توان به ترکیبات فعالی نظیر سیکسکوترپین‌لکئون‌ها، بتاکاربوفیلین و گواپنولیدها نسبت داد.

سیکسکوترپین‌ها با بیش از ۵۰۰۰ ساختار، بزرگ‌ترین دسته‌ی از متابولیت‌های ثانویه‌ی گیاهان هستند، که مهم‌ترین آن‌ها گواپنولیدها یودسمانولیدها و جرماکرانولیدها می‌باشند. این ترکیبات دارای طیفی وسیعی از خواص بیولوژیکی مانند ضد سرطان و ضد التهاب، ضد مالاریا، حفاظت‌کننده‌ی کبد، ضد قارچ، ترمیم‌کننده‌ی زخم، [۴۲] ضدباکتری [۴۴]، تنظیم‌کننده‌ی رشد گیاهان، ضد باکتری، سایتوتوکسیک، ضد اسپرم و ضد پروتوزوا می‌باشند [۴۲] که از این میان فعالیت ضد التهابی و ضد توموری آن‌ها قابل توجه است [۳۰].

بتا کربوفیلین یکی از سیکسکوترپین‌های موجود در روغن ضروری بسیاری از گیاهان مانند میخک، پونه‌ی کوهی، آویشن مرچ سیاه، دارچین [۴۵] و تلخک [۲۸] بوده و دارای خواص نظیر انتی‌اکسیدانت، ضد التهاب و ضد سرطان می‌باشد [۴۵]. مطالعات گذشته نیز نشان داده‌اند که بتا کربوفیلین موجب کاهش چشم‌گیر میزان قند خون ناشتا و افزایش سطح انسولین در موش‌های دیابتی شده با استرپتوزوتوسین می‌گردد. چنانچه در مطالعه‌ی اثر محافظتی تجویز خوراکی دوز ۲۰۰ میلی‌گرم بتا کربوفیلین به مدت ۴۵ روز بر اجزای گلیکوپروتئین‌های پلازما و بافت‌ها در موش‌های صحرایی سالم و موش‌های دیابتی شده با استرپتوزوتوسین بررسی گردید. این مطالعه نشان داد که دوز ۲۰۰ میلی‌گرم/کیلوگرم بتا کربوفیلین توانست میزان قند خون ناشتا را در مقایسه با گروه شاهد دیابتی به‌طور چشم‌گیری کاهش داده و میزان انسولین را افزایش دهد [۴۵].

گواپنولیدها نیز یکی از سیکسکوترپین‌های موجود در تلخک است [۴]. براساس تحقیقات انجام‌شده، گواپنولیدها دارای اثرات نظیر ضد تومور، ضد شیتوزوما، ضد کرم، ضد میکروب و ضد التهاب می‌باشد [۴۶].

References

1. Rao MU, Sreenivasulu M, Chengaiah B, Reddy KJ, Chetty CM. Herbal medicines for diabetes mellitus: a review. *Int J PharmTech Res.* 2010 Jul;2(3):188392-.
2. Mengüç Ç, Çoksarı G. Seasonal Changes in Soluble Carbohydrates of Russian Knapweed's Rhizomes. *Journal of Research in Weed Science.* 2019 Sep 1;2(3). pp. 180-202-190:(281).
3. Abdullahi MI, Uba A, Yaro A, Maxwell O, Yusuf A, Kabir S, Alhasan A, Umar A, Bello S, Nasir I. Phytochemical Screening, Acute Toxicity study and Evaluation of Antidiabetic properties of the methanolic leaf extract of *Vernonia glaberrima* (Asteraceae). *Journal Pharmacology, Chemical and Biological Sciences.* 2015;3:16977-.
4. Quintana N, Weir TL, Du J, Broeckling CD, Rieder JP, Stermitz FR, Paschke MW, Vivanco JM. Phytotoxic polyacetylenes from roots of Russian knapweed (*Acroptilon repens* (L.) DC.). *Phytochemistry.* 2008 Oct 1;69(14):2572-8
5. Chauhan A, Sharma PK, Srivastava P, Kumar N, Dudhe R. Plants having potential antidiabetic activity: a review. *Der Pharmacia Lettre.* 2010;2(3):36987-.
6. Tiwari BK, Pandey KB, Abidi AB, Rizvi SI. Markers of oxidative stress during diabetes mellitus. *Journal of biomarkers.* 2013;2013
7. Wang Y, Zhong J, Zhang X, Liu Z, Yang Y, Gong Q, Ren B. The role of HMGB1 in the pathogenesis of type 2 diabetes. *Journal of diabetes research.* 2016;2016
8. Rao MU, Sreenivasulu M, Chengaiah B, Reddy KJ, Chetty CM. Herbal medicines for diabetes mellitus: a review. *Int J PharmTech Res.* 2010 Jul;2(3):188392-.
9. Cho N, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, Malanda B. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice.* 2018 Apr 1;138:27181-.
10. Ma Q, Li Y, Wang M, Tang Z, Wang T, Liu C, Wang C, Zhao B. Progress in Metabonomics of Type 2 Diabetes

التهاب یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد و بروز دیابت است که از طریق فرآیند پیچیده‌ای که شامل چندین مسیر پیام‌دهی و کینازها می‌باشد [۴۷]. از آن‌جا که التهاب به‌عنوان کارشیوه‌ی رایج در پتوفیزیولوژی دیابت و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در زمینه دیابت و چاقی شناخته می‌شود، از این رو، در حال حاضر هدف قراردادن التهاب، ممکن است یک روش جدید درمانی برای مدیریت دیابت و عوارض آن باشد [۴۸].

گیاهان غنی از سیسکوترپین‌ها، به‌عنوان منبع مهم ترکیبات برای مطالعات داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی محسوب می‌شوند [۴۹]. طی سال‌های متمادی مطالعات متعددی روی اثرات ضد التهاب سیسکوترپین‌ها صورت گرفته است. در چندین مدل بیوشیمیایی، گروه‌های تحقیقاتی مختلفی ثابت کرده‌اند که سیسکوترپین‌لکون‌ها یا انزیم‌ها یا مدیاتورهای دخیل در فرآیند التهاب را مهار می‌نمایند [۳۰]. از جمله کاریوفیلین یکی دیگر از سیسکوترپین‌های طبیعی است که عملکرد آن سبب کاهش استرس اکسیداتیو و التهاب (که در تخریب حجرات بتای پانکراس توسط استرپتوزوتوسین صورت می‌گیرد) می‌گردد. استفاده از این نوع سیسکوترپین برای کاهش عوارض جانبی (خصوصاً نفروپاتی دیابتیک) ناشی از دیابت پیشنهاد می‌گردد [۵۰].

با توجه به مطالب فوق و اثرات ضد التهابی ترکیبات اصلی گیاه تلخک [۳۰] و نیز نقش مهم التهاب در ایجاد دیابت [۴۸]، چنین پیشنهاد می‌گردد که این گیاه به‌دلیل مهار مسیرهای التهابی نظیر مهار فکتور هسته‌یی کاپا بی، کاهش استرس اکسیداتیو دارای اثر کاهش‌دهندگی قند خون ناشتا باشد.

۵. نتیجه

به‌طور خلاصه، با توجه به خواص بی‌نظیر گیاه تلخک و مطالعات پیشین صورت‌گرفته می‌توان چنین نتیجه گرفت که تزریق داخل صفاقی عصاره‌ی آبی تلخک می‌تواند موجب کاهش قند خون ناشتا و نیز بهبود تحمل گلوکز گردد. تأثیرات مثبت این گیاه را در کاهش قند خون ناشتا می‌توان به ترکیبات فعالی نظیر سیسکوترپین‌لکون‌ها و نیز کارشیوه‌های ضد التهابی و ضد اکسیداتیو نسبت داد.

25. Mengüç Ç, Çoksarı G. Seasonal Changes in Soluble Carbohydrates of Russian Knapweed's Rhizomes. *Journal of Research in Weed Science*. 2019 Sep 1;2(3). pp. 180-202-190;(281).
24. Nadaf M, Nasrabadi M, Halimi M, Yazdani Z, Javanshir A, Ramazani S, Mohaddesi B. Identification of non-polar chemical compounds *Acroptilon repens* growing in Iran by GC-MS. *Middle-East J Sci Res*. 2013;17(5):5902-.
25. Laufenberg SM, Sheley RL, Jacobs JS, Borkowski J. Herbicide effects on density and biomass of Russian knapweed (*Acroptilon repens*) and associated plant species. *Weed Technology*. 2005 Mar;19(1):6272-.
26. 50. Watson AK. THE BIOLOGY OF CANADIAN WEEDS.: 43. *Acroptilon (Centaurea) repens (L.) DC*. *Canadian Journal of Plant Science*. 1980 Jul 1;60(3):993-1004.
27. Gaskin JF, Littlefield JL. Invasive Russian Knapweed (*Acroptilon repens*) Creates Large Patches Almost Entirely by Rhizomic Growth. *Invasive Plant Science and Management*. 2017 Jun;10(2):11924-.
28. 21. Tunalier Z, Candan NT, Demirci B, Baser KH. The essential oil composition of *Acroptilon repens (L.) DC*. of Turkish origin. *Flavour and fragrance journal*. 2006 May;21(3):4624-.
29. Chadwick M, Trewin H, Gawthrop F, Wagstaff C. Sesquiterpenoids lactones: benefits to plants and people. *International journal of molecular sciences*. 2013 Jun;14(6):12780805-.
30. Merfort I. Perspectives on sesquiterpene lactones in inflammation and cancer. *Current drug targets*. 2011 Oct 1;12(11):156073-.
31. Ghasemian M, Owlia S, Owlia MB. Review of anti-inflammatory herbal medicines. *Advances in pharmacological sciences*. 2016;2016.
32. Thusoo S, Gupta S, Sudan R, Kour J, Bhagat S, Hussain R, Bhagat M. Antioxidant activity of essential oil and extracts of *Valeriana jatamansi* roots. *BioMed Research International*. 2014;2014.
11. Care D. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2006.
12. Ozougwu JC, Obimba KC, Belonwu CD, Unakalamba CB. The pathogenesis and pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Journal of physiology and pathophysiology*. 2013 Sep;4(4):4657-.
13. Stankov K, Benc D, Draskovic D. Genetic and epigenetic factors in etiology of diabetes mellitus type 1. *Pediatrics*. 2013 Dec 1;132(6):111222-.
14. Kohei KA. Pathophysiology of type 2 diabetes and its treatment policy. *JMAJ*. 2010 Feb;53(1):416-.
15. Zhang Y, Hu T, Zhou H, Zhang Y, Jin G, Yang Y. Antidiabetic effect of polysaccharides from *Pleurotus ostreatus* in streptozotocin-induced diabetic rats. *International journal of biological macromolecules*. 2016 Feb 1;83:12632-.
16. Shrayyef MZ, Gerich JE. Normal glucose homeostasis. In *Principles of diabetes mellitus 2010* (pp. 19-35). Springer, Boston, MA.
17. 35. Agrawal NK, Kant S. Targeting inflammation in diabetes: Newer therapeutic options. *World journal of diabetes*. 2014 Oct 15;5(5):697.
18. 16. Kane MP, Abu-Baker A, Busch RS. The utility of oral diabetes medications in type 2 diabetes of the young. *Current Diabetes Reviews*. 2005 Jan 1;1(1):8392-.
19. Mirhoseini M, Baradaran A, Rafieian-Kopaei M. Medicinal plants, diabetes mellitus and urgent needs. *Journal of HerbMed Pharmacology*. 2013;2(2).
20. Le Roith D. Current therapeutic algorithms for type 2 diabetes. *Clinical cornerstone*. 2001 Jan 1;4(2):3849-.
21. Mendes MF, David I, Bogle L. Evaluation of the effects and mechanisms of bioactive components present in hypoglycemic plants. *International Journal of Chemical and Biomolecular Science*. 2015;1(3):16778-.
22. Coman C, Rugina OD, Socaciu C. Plants and natural compounds with antidiabetic action. *Notulae Botanicae Horti Agrobotanici Cluj-Napoca*. 2012 May 14;40(1):314-

drug targets. 2006 Mar 1;7(3):24764-.

44. Ivanescu B, Miron A, Corciova A. Sesquiterpene lactones from *Artemisia* genus: biological activities and methods of analysis. *Journal of analytical methods in chemistry*. 2015;2015.

45. Basha RH, Sankaranarayanan C. Protective role of β -caryophyllene, a sesquiterpene lactone on plasma and tissue glycoprotein components in streptozotocin-induced hyperglycemic rats. *Journal of Acute Medicine*. 2015 Mar 1;5(1):914-.

46. Simonsen HT, Weitzel C, Christensen SB. Guaianolide sesquiterpenoids: pharmacology and biosynthesis. In *Natural products 2013* (pp. 30693098-). Springer.

47. Ma X, Chen Z, Wang L, Wang G, Wang Z, Dong X, Wen B, Zhang Z. The pathogenesis of diabetes mellitus by oxidative stress and inflammation: its inhibition by berberine. *Frontiers in Pharmacology*. 2018 Jul 27;9:782.

48. Agrawal NK, Kant S. Targeting inflammation in diabetes: Newer therapeutic options. *World journal of diabetes*. 2014 Oct 15;5(5):697.

49. Patel S, Santani D. Role of NF- κ B in the pathogenesis of diabetes and its associated complications. *Pharmacological Reports*. 2009 Jul;61(4):595603-.

50. Kaneko JJ. Carbohydrate metabolism and its diseases. In *Clinical biochemistry of domestic animals 1997* Jan 1 (pp. 4581-). Academic press.

33. Deeds MC, Anderson JM, Armstrong AS, Gastineau DA, Hiddinga HJ, Jahangir A, Eberhardt NL, Kudva YC. Single dose streptozotocin-induced diabetes: considerations for study design in islet transplantation models. *Laboratory animals*. 2011 Jul;45(3):13140-.

34. Arumugam G, Manjula P, Paari N. A review: Anti diabetic medicinal plants used for diabetes mellitus. *J Acute Dis*. 2013 Jan 1;2(3):196200-.

35. Maurya AK, Tripathi S, Ahmed Z, Sahu RK. Antidiabetic and antihyperlipidemic effect of *Euphorbia hirta* in streptozotocin induced diabetic rats. *Der Pharmacia Lettre*. 2012;4(2):7037-.

36. Lenzen S. The mechanisms of alloxan-and streptozotocin-induced diabetes. *Diabetologia*. 2008; 51(2): 216226-.

37. Szkudelski T. The mechanism of alloxan and streptozotocin action in B cells of the rat pancreas. *Physiol Res*. 2001; 50(6): 537546-.

38. Eleazu CO, Eleazu KC, Chukwuma S, Essien UN. Review of the mechanism of cell death resulting from streptozotocin challenge in experimental animals, its practical use and potential risk to humans. *J Diabetes Metab Disord*. 2013; 12(1): 60.

39. Deeds MC, Anderson JM, Armstrong AS, Gastineau DA, Hiddinga HJ, Jahangir A, et al. Single dose streptozotocin-induced diabetes: considerations for study design in islet transplantation models. *Lab Anim*. 2011; 45(3): 131140-.

40. Henriksen EJ. Exercise training and the antioxidant α -lipoic acid in the treatment of insulin resistance and type 2 diabetes. *Free Radical Biology and Medicine*. 2006 Jan 1;40(1):312-.

41. Baynes HW. Classification, pathophysiology, diagnosis and management of diabetes mellitus. *J diabetes metab*. 2015 May 1;6(5):19-.

42. Sheetal C, Mishra PK. A Review on Pharmacognosy of Bioactive Sesquiterpene Lactones.

43. Jones WP, Chin YW, Kinghorn AD. The role of pharmacognosy in modern medicine and pharmacy. *Current*

Evaluation of the frequency of hemorrhagic stroke Patients referred to Pirzad Hospital in the first half of 2019

Dr. Mohammad Latif Nazari ^{1*}, Muslim Khushiwal ²

1*. Assistant professor, Faculty of Medicine, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

2. student , Medicine, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

Tel: +93793323190, E-mail: nazari.knurtc@knu.edu.af

Abstract

Previous studies: A stroke is a clinical term for a sudden onset of a neurological disorder caused by bleeding or obstructive lesions of the arteries. Stroke is an acute occurrence of localized neurological deficits in the brain that occurs due to localized or extensive bleeding. If the patient survives, it will last for more than 24 hours, in other words if the blood supply to the part of the brain is impaired and stopped. This part of the brain can not function naturally. This condition is called stroke. Stroke is a permanent or temporary weakness in the side that is often accompanied by speech impairment. There are dangerous consequences for the patient so that the stroke can lead to complete paralysis or death of the patient.

Materials and Method: This cross-sectional descriptive study was a retrospective study that was performed on patients referring to Pirzad Hospital in the first half of 1398.

Results: The findings showed that the overall frequency of hemorrhagic stroke in patients referring to Pirzad hospital in 2019 was 23.2%. The overall incidence of hemorrhagic stroke was 54.5% in male sex and 45.4% in female sex. The prevalence of this disease has been reported in 198 cases, 108 in men and 90 in women. The average age of patients was 55, with the highest incidence of over 65 years of age, accounting for 48% of the patients.

Conclusion: As a result, the overall disease was 23.2%. Most people with the disease are sexually related to the sex of the male, and the age of the most commonly occurring age is over 55 years old.

Keywords: stroke ,brain, stroke frequency.

بررسی میزان فراوانی سکته‌ی هموراژیک مغزی مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد درنیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸.ش

زهرا هاشمی^۱، محمدلطیف نظری^۲

۱. دانشجوی دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان

۲. پوهنمل، MD، دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان

ایمیل: nazari.knurtc@knu.edu.af؛ تلفن: ۰۰۹۳۷۹۳۳۲۳۱۹۰

چکیده

مطالعات گذشته: سکته‌ی مغزی اصطلاحی بالینی برای یک بیماری با شروع ناگهانی اختلال نورولوژیک ناشی از خون‌ریزی یا ضایعات انسدادی عروق است. سکته‌ی مغزی وقوع حاد نقص نورولوژیک موضعی در مغز است که در اثر کاهش خون‌رسانی موضعی یا گستره رخ می‌دهد.

در صورتیکه مریض زنده بماند، بیش‌تر از ۲۴ ساعت دوام می‌کند. به بیان دیگر، اگر خون‌رسانی به قسمتی از مغز دچار اختلال شده و متوقف گردد، این قسمت از مغز دیگر نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را داشته باشد. این وضعیت را در اصطلاح سکته‌ی مغزی می‌نامند. سکته به‌صورت ضعف دائمی یا موقتی اطراف در یک سمت که اغلب با اختلال تکلم همراه می‌باشد، عواقب خطرناک و ناگوار برای بیمار داشته طوری که سکته‌ی مغزی باعث فلج کامل یا هم سبب مرگ بیمار شده می‌تواند.

مواد و روش انجام تحقیق: این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی، از نوع گذشته‌نگر بوده که بالای دوسیه‌ی ۸۵۳ بیمار مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸، ش به انجام رسیده است.

نتایج: یافته‌های بررسی انجام شده نشان می‌دهند که فراوانی کلی سکته‌ی هموراژیک مغزی نزد بیماران مراجعه‌کننده به شفاخانه پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ (۲۳/۲ فیصد) بوده است. فراوانی کلی سکته‌ی هموراژیک مغزی از لحاظ جنسیت جنس مرد ۵۴،۵٪ و نزد جنس زن ۴۵،۴٪ بوده است. فراوانی این بیماری نزد ۱۹۸ بیمار مصاب؛ ۱۰۸ واقعه نزد مردان و ۹۰ واقعه نزد زنان حادث شده است. اوسط سن بیماران ۵۵ سال بوده که بیش‌ترین مورد را افراد بالای ۴۶-۶۵ سال تشکیل داده که حدود ۴۸٪ مبتلایان را شامل می‌شود.

نتیجه‌گیری: در نتیجه‌ی فراوانی کلی بیماری حدود ۲۳،۲٪ فیصد بوده بیش‌ترین مبتلایان به این بیماری را از لحاظ جنسیتی جنس مرد تشکیل داده است، از لحاظ سن بیش‌ترین مورد مصابین را افراد بالای ۵۵ سال تشکیل می‌دهد.

کلمات کلیدی: سکته‌ی مغزی، دماغ، فراوانی سکته‌ی مغزی

می‌کند که همین باعث مرگ سلول‌های مغزی و به اصطلاح سکته‌ی مغزی می‌شود (خونریزی داخل مغزی یا اینتراسربرال).

فشار خون بالا و همچنین بالا رفتن افزایش سن به‌طور شایع می‌تواند زمینه‌ساز این نوع خونریزی باشد.

برخی مواقع سکته‌ی هموراژیک داخل مغزی به دلیل بیماری AVM یا ناهنجاری عروق مغز اتفاق می‌افتد. این بیماری یک نوع ناهنجاری در عروق است که طی آن رگ‌های خونی به‌شکل بدفرمی در هم پیچیده می‌شوند. در موارد زیادی این بدشکلی علائمی از خود نشان نمی‌دهد و یک عارضه‌ی نادر به حساب می‌آید و به‌طور معمول با خونریزی و یا هموراژ خود را نشان می‌دهد که البته پس از تشخیص به‌خوبی قابل درمان است (۵).

سکته‌ی ایسکمیک یا انسدادی (Ischemic Stroke) یکی از دو نوع سکته‌ی مغزی شایع است. همچنین به‌عنوان ایسکمی مغزی یا سکته‌ی انسدادی شناخته می‌شود.

این نوع سکته‌ی مغزی ناشی از انسداد در عروقی است که خون را به مغز می‌فرستند. این انسداد، جریان خون و اکسیژن را به مغز کاهش می‌دهد و منجر به آسیب یا مرگ سلول‌های مغزی می‌شود. اگر گردش خون دوباره به‌سرعت برقرار نشود، آسیب مغزی می‌تواند دائمی شود. تقریباً ۸۷ درصد از تمام سکته‌های مغزی، سکته‌ی ایسکمیک است.

علائم خاص سکته‌ی مغزی ایسکمیک بستگی به منطقه‌ای از مغز دارد که آسیب دیده است. علائم عمومی که در اغلب سکته‌های مغزی ایسکمیک رایج هستند عبارتند از: مشکلات بینایی، مانند نابینایی در یک چشم و یا دوبینی، ضعف یا فلج در اندام که بسته به جریان آسیب دیده ممکن است یک یا هر دو طرف درگیر شده باشد، سرگیجه، بی‌حالی و گیجی، از دست رفتن هماهنگی، پایین افتادن یک طرف از صورت، آفازی یا مشکل در تکلم پس از سکته‌ی مغزی.

سکته‌ی مغزی پس از بیماری‌های قلبی و سرطان سومین علت مرگ و شایع‌ترین اختلال ناتوان‌کننده و مرگ می‌باشد (۱). با توجه به شیوع بالای مرگ و میران، بررسی فراوانی عوامل خطرزا و نیز میزان مرگ و میر آن بر حسب اندازه و محل خونریزی امر لازم و ضروری به نظر می‌رسد. سکته‌ی مغزی یک اختلال به‌نسبت شایع در جوامع صنعتی می‌باشد و با توجه به شواهد بالینی و باور عمومی جامعه، بسیاری از افرادی که دچار سکته‌ی مغزی می‌شوند، معمولاً به دنبال فشارهای روحی و مشاجرات لفظی دچار سکته می‌شوند (۲). این بیماری هزینه‌های بسیاری را در تمام دنیا به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین، شناسایی و اصلاح عوامل خطر آن می‌تواند تاثیر نهایی این بیماری را کاهش دهد.

سکته‌ی مغزی به صورت عموم دو نوع است:

۱. سکته‌ی مغزی هموراژیک

۲. سکته‌ی مغزی ایسکمیک

سکته‌ی مغزی هموراژیک

سکته‌ی هموراژیک مغز، سکته‌ی مغزی ناشی از خونریزی مغزی است که با پارگی عروق مغز اتفاق می‌افتد. این نوع سکته‌ی مغزی با این‌که درصد کم‌تری از بیماران سکته‌ی را تشکیل می‌دهد و تقریباً ۱۵ درصد از افراد دچار آن می‌شوند؛ ولی تقریباً سهم ۴۰ درصدی مرگ و میر در اثر سکته‌ی مغزی را به خودش اختصاص داده است (۳).

هموراژ در اثر پارگی عروق مغزی اتفاق می‌افتد. آنوریسم‌های مغزی و پارگی عروقی با دیواره‌ی ضعیف می‌توانند به وجود آورنده‌ی سکته‌ی هموراژیک باشند، سکته‌ی هموراژیک به دو نوع دسته‌بندی می‌شود: دسته‌ی اول خوریزی ساب آراکنوئید و یا زیر عنکبوتیه و دسته‌ی دوم خونریزی اینتراسربرال یا داخل مغزی نامیده می‌شود (۴).

چرا سکته‌ی هموراژیک اتفاق می‌افتد.

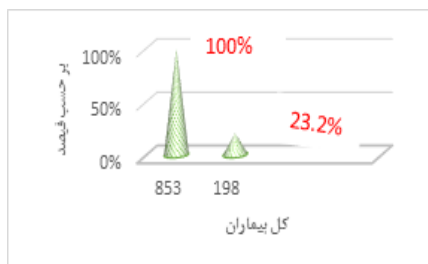
یکی از شایع‌ترین علت‌هایی که باعث ایجاد سکته‌ی هموراژیک مغز می‌شود، رخ دادن خونریزی داخل مغز است. در واقع رگ مغز پاره و خون به داخل مغز نفوذ

۶- نتایج و یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر با بررسی نمودن کتابچه‌ی ثبت (Registration Book) بیماران بستری شده و دوسیه‌های موجود بیماران موصوف در شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ ه.ش دریافت گردید که ۸۵۳ بیمار (۱۰۰ فیصد) طی این مدت در شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد بستری شده‌اند. از این جمله به تعداد ۱۹۸ دوسیه‌ی موجود مربوط به بیماران سکته‌ی مغزی همورژیک بودند. بنابراین، فراوانی سکته‌ی مغزی در نزد بیماران مراجعه کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ ه.ش حدود ۱۹۸ واقعه بوده است که ۲۳,۲٪ را نشان می‌دهد. (جدول و نمودار ۶-۱).

جدول ۶-۱. میزان فراوانی کلی سکته‌ی مغزی در مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد.

کل بیمار	بیماران مصاب	فیصدی
۸۵۳ نفر	۱۹۸ نفر	۲۳,۲٪



نمودار ۶-۱. میزان فراوانی کلی سکته‌ی مغزی در بیماران مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی پیرزاد.

فراوانی کلی Stroke نزد مراجعین به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد نظر به جنس در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ ه.ش انجام شد. به تعداد ۱۰۸ نفر بیمار مذکر (۵۴,۵٪) و ۹۰ نفر بیمار مونث (۴۵,۴٪) بودند (جدول و نمودار ۳-۲).

جدول ۶-۲. بررسی میزان فراوانی سکته‌ی همورژیک مغزی نظر به جنسیت

هنگامی که علائم شروع می‌شود، اقدام به درمان در سریع‌ترین حالت ممکن ضروری است. در غیر اینصورت باعث می‌شود که آسیب مغزی فرد دائمی شود (۶).

۲. روش انجام کار

مطالعه‌ی حاضر یک بررسی مشاهده‌ای-مقطعی است که در آن ۱۹۸ بیمار از زنان و مردان در محدوده‌ی سنی ۱۵-۷۰ سال در محدوده‌ی زمانی نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ بیماران مراجعه کننده در شفاخانه‌ی پیرزاد وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه در ابتدا به همه‌ی بیماران در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ پرسشنامه داده شده و تمام زنان و مردان که در محدوده‌ی سنی ۱۵-۷۰ سال قرار داشتند، بررسی شده در این مطالعه مشخصات فردی مریض مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار کمپیوتر (اکسل) مورد تحلیل آماری قرار گرفت. برای توصیف نتایج از جداول آماری و برای تحلیل روابط بین متغیرها از نمودارها استفاده شده‌اند.

۳. مواد

پرسشنامه، کتاب راجستر، اکسری، وسایل معاینه سیستم تنفسی، کمپیوتر، کاغذ، استاتسکوپ شامل مواد می‌باشند.

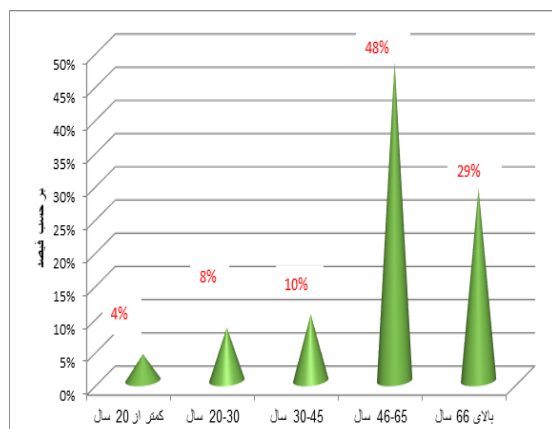
۴. روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع تحقیق توصیفی بوده که این نوع تحقیقات بر اساس نیاز جامعه انجام گرفته نتایج تحقیق گامی در جهت حل این نیازها است. در واقع کاربرد نتایج تحقیق در جامعه مشهود است و روش یا میتد اجرای طرح تحقیق از نوع گذشته‌نگر (Retrospective) و توصیفی (Descriptive)-مقطعی (Sectional Cross) بوده که در روش توصیفی به بررسی کمی و کیفی متغیرهایی که در یک مقطع مشخص در جامعه وجود دارد، پرداخته می‌شود.

۵. جامعه‌ی آماری

مطالعه‌ی حاضر ۱۹۸ بیمار مبتلا به سکته‌ی مغزی مراجعه کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ ه.ش را دربر می‌گیرد.

۴۸٪	۹۶	۴۶ - ۶۵ سال
۲۹٪	۵۸	بالای ۶۶ سال



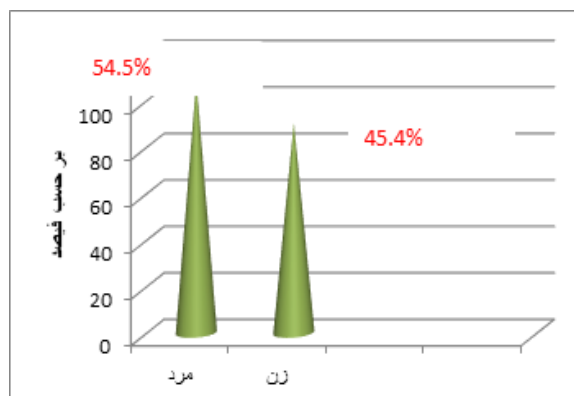
نمودار ۳-۶. میزان فراوانی سکته‌ی هموراژیک مغزی در بیماران مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی پیرزاد برحسب سن

۷. بحث

بررسی و تحقیق که بر روی دوسیه‌ی ۸۵۳ بیماران مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد صورت گرفت، نشان می‌دهد که اکثریت مصابین سکته‌ی هموراژیک ۱۰۸ (۵۴٫۵٪) مصابین به این بیماری را مردان و ۹۰ (۴۵٫۴٪) آنان را زنان تشکیل می‌دهد، سن متوسط مردها ۶۰ ساله و سن متوسط زنان را ۵۵ سال می‌باشد.

تحقیقی که در سال ۲۰۰۶ در هند انجام شده است نشان می‌دهد که شیوع استروگ هموراژیک تا قبل از سال ۲۰۰۶ به اساس سن ۲۵۰-۳۵۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است؛ ولی در این اواخر مطالعات نشان می‌دهد که واقعات سالانه‌ی استروگ هموراژیک ۱۰۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ در افراد شهرنشین و ۲۶۲ نفر در افراد روستایی واقع شده است که نسبت بین سکته‌ی ایسکمی و هموراژیک ۲:۲۱ هست، هایپرشن بزرگ‌ترین خطر برای استروگ محسوب می‌شود که ۱٫۲٪ مجموع مرگ

جنسیت	تعداد	فیصدی
مرد	۱۰۸	۵۴٫۵٪
زن	۹۰	۴۵٫۴٪
کل بیماران بستری شده	۱۹۸	۱۰۰٪



نمودار ۲-۶. بررسی میزان فراوانی سکته هموراژیک مغزی نظر به جنسیت

در این تحقیق جامعه‌ی آماری میان ۱۲ - ۹۵ سال عمر داشتند. اوسط سنی بین بیماران ۴۶-۶۶ سال بوده و اشخاص مصاب به سکته‌ی مغزی، به ترتیب، زیر ۲۰ سال ۸ تن، (۴٪)، ۲۰-۳۰ سال ۱۶ تن (۸٪)، ۳۰-۴۵ سال ۲۰ تن (۱۰٪)، ۴۶-۶۵ سال ۹۶ تن (۴۸٪) و بالای ۶۶ سال ۵۸ تن (۲۹٪) بوده اند (جدول و نمودار ۳-۶).

جدول ۳-۶. میزان فراوانی سکته‌ی هموراژیک مغزی در بیماران مراجعه کننده به شفاخانه‌ی پیرزاد برحسب سن

سن	۸	فیصدی
زیر ۲۰ سال	۱۶	۴٪
۲۰ - ۳۰ سال	۲۰	۸٪
۳۰ - ۴۵ سال	۲۰	۱۰٪

Reference

1. Ferri CP, et al, Prevalence of stroke and relate burden among older people living in Latin America, India, and China, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2011; 82; 107482-.
2. Hussain Z. Osama Shaikh O, Ischemic Stroke: Prevalence Of Modifiable Risk Factors In Male and Female Patients in Pakistan. Pakistan journal of pharmaceutical sciences. 2009; 36:1826-.
3. Fiegin L, Lawes MM, Stroke epidemiology: a review of populationbased studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century, Lancet Neurology, 2003; 2. 43–53.
4. Hamidon B B, Risk Factors and Complications of Acute Ischaemic Stroke Patients' at Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia (HUKM), Med J Malaysia, 2003; 58 .4.
5. Hwa Hu, Sheng Yung HW, Incidence of Stroke in Taiwan, American Heart Association, 1992; 23.9, 1237-.
6. Wang L, Stroke and Stroke Care in China, Major State Basic Research Development Program of China, 2011; 42.3.

۸. نتیجه‌گیری

تحقیق و بررسی حاضر که جهت بررسی میزان فراوانی سکته‌ی هموراژیک مغزی بر روی دوسیه‌های بیماران مراجعه کننده به شفاخانه‌ی معالجوی پیرزاد در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ه.ش صورت گرفت، نشان می‌دهد که فراوانی این بیماری در مدت ذکر شده در فوق حدود ۲۳,۲٪ فیصد بوده است و نیز دریافت گردید که ۵۴,۵ فیصد کل مراجعین بیمار را مردان و ۴۵,۴ فیصد باقی مانده را زنان تشکیل داده است. بیش‌ترین مصابین از لحاظ سنی را افراد بالاتر از ۶۵-۴۶ ساله تشکیل داده که ۴۸ فیصد بیماران در تحقیق ما را شامل می‌شود. فراوانی انواع سکته‌ی مغزی در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد.

Survey of Razi Institute students' ability to know about risk factors for breast cancer in 2020

Dr. Khan Ali Mohammadi¹, Fazela Hazara², jahan tab shnsb³

1. Professor, Ph.D of Public Health, Faculty of Medicine, Khatam al-nabieen university, Kabul, Afghanistan.

Dr.khanali.mohammadi@knu.edu.af¹Tel: 0796338255

2.Assistant professor, Master of midwifery, faculty of midwifery, Khatam al-nabieen university, Kabul, Afghanistan

E-mail: fazele. hezare@ gmail.com, Tell: 0787050684

3 MD student, faculty of medicine, Khatam al-nabieen university, Kabul, Afghanistan

Abstract

Background and purpose: Breast cancer is the most common type of cancer in most countries and is the most important cause of death among women. The aim of this study was to evaluate the risk factors of Razi Institute students in the risk factors of breast cancer in 2016.

Methods: This cross-sectional descriptive study was performed on 215 first to fourth semester midwifery students. The questionnaire included demographic

characteristics such as age, marital status, economic status and the main questions of knowledge awareness on the risk factors of breast cancer, which was completed by the research units themselves. The collected data were entered in SPSS 21, Version software and analyzed by descriptive statistical tests.

Result: The number of participants in the age group over 30 years was the highest frequency, ie 129 people (60%). 72.1% were single, 27.9% and 56.7% of students with the highest number were in average economic status. 112 people (52%) had high level of knowledge and 2 people (0.9%) had low level of knowledge. In our study, the highest knowledge was about mammography after the age of 40 (74.4%) and the least knowledge about the risk of taking birth control pills (30.2%).

Conclusion: Necessary trainings are necessary to inform and inform students more accurately about those who are in charge of education about the risk factors for breast cancer, as well as breast self-examination as an educational curriculum.

Keywords: breast cancer, awareness and risk factors

بررسی میزان آگاهی دانشجویان قابلگی انستیتوت رازی از مورد عوامل خطرساز سرطان ثدیه در سال ۱۳۹۹

خانعلی محمدی^۱، فاضله هزاره^۲ و جهان تاب شنسب^۳

۱. دکترای صحت عامه (Ph.D)، رئیس کمیته‌ی تحقیق دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان
ایمیل: Dr.khanali.mohammadi@knu.edu.af؛ تلفن: ۰۷۹۶۳۳۸۲۵۵
۲. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، رئیس کمیته‌ی تحقیقات دانشکده‌ی قابلگی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان
ایمیل: fazele.hezare@gmail.com؛ تلفن: ۰۷۸۷۰۵۰۶۸۴
۳. دانشجوی دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان

چکیده

سابقه و هدف: سرطان ثدیه شایع‌ترین نوع سرطان در اغلب کشورها بوده مهم‌ترین علت مرگ و میر در بین زنان می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی دانشجویان قابلگی انستیتوت رازی از عوامل خطرساز سرطان ثدیه در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی - توصیفی بر روی ۲۱۵ نفر از دانشجویان قابلگی سمستر اول تا چهارم انجام شد. پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک از جمله سن، حالت مدنی، وضعیت اقتصادی و سوالات اصلی سنجش آگاهی در زمینه‌ی عوامل خطرساز سرطان ثدیه بود که توسط خود واحدهای پژوهشی تکمیل شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم افزار ۲۱ SPSS, Version وارد گردید و توسط آزمون‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

یافته‌ها: تعداد شرکت‌کنندگان در محدوده‌ی سنی بالای ۳۰ سال بیش‌ترین فراوانی یعنی ۱۲۹ نفر (۶۰٪) مشاهده شد. از آن جمله ۷۲/۱٪ مجرد و ۲۷/۹٪ متاهل و ۵۶/۷٪ محصلین با بیش‌ترین تعداد در وضعیت اقتصادی متوسط بودند. ۱۱۲ نفر (۵۲٪) از افراد آگاهی در سطح عالی داشتند و ۲ نفر (۰/۹٪) سطح آگاهی ضعیف داشتند. در مطالعه‌ی ما بیش‌ترین آگاهی در زمینه‌ی انجام ماموگرافی پس از ۴۰ سالگی (۷۴/۴٪) و کم‌ترین آگاهی در زمینه‌ی خطرساز بودن مصرف قرص ضد بارداری (۳۰/۲٪) بوده است.

نتیجه‌گیری: آموزش‌های لازم جهت آگاهی و اطلاع‌رسانی دقیق‌تر به دانشجویان به‌عنوان متولیان امر آموزش در خصوص عوامل خطرساز بیماری سرطان پستان و همچنین خودآزمایی پستان به‌عنوان یک کوریکولوم آموزشی بسیار ضروری است.

واژگان کلیدی: سرطان ثدیه، آگاهی، عوامل خطرساز

سرطان را نوعی از بیماری تعریف کرده‌اند که در آن سلول‌ها به صورت افسارگسیخته تکثیر شده و با حمله به ارگان‌های مجاور باعث اختلال در عملکرد آن‌ها می‌شود (۱). بروز کلی سرطان‌ها در حال افزایش است و پیشگیری از سرطان‌ها باید در اولویت برنامه‌های بهداشتی باشد (۲). سرطان ثدیه به عنوان شایع‌ترین سرطان زنان در سراسر دنیا با حدود ۲۷٪ از کل سرطان‌ها و عمده‌ترین علل مرگ ناشی از سرطان در زنان، شناخته شده است (۳) و عمده‌ترین علل مرگ ناشی از سرطان در زنان در هر دو کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است (۴). سالانه بیش از ۱/۱ میلیون سرطان ثدیه گزارش می‌شود و بیش از چهل و یک هزار مورد بر اثر سرطان ثدیه می‌میرند (۵). سرطان ثدیه پرولیفراسون بدخیم آن دسته از سلول‌های اپیتلیال است که مجاری یا لوپ‌های ثدیه را می‌پوشاند. این سرطان یک بیماری هتروژن در رفتار بالینی است. متغیرهای بالینی و پاتولوژیک مانند اندازه‌ی تومور و درجه‌ی پاتولوژی، نوع بافت‌شناسی، متاستاز غده‌های لنفاوی، تهاجم عروقی و میزان تکثیر سلولی می‌تواند در تعیین پیش‌آگهی و نیاز به درمان کمکی موثر باشد. عوامل بسیاری مثل تاریخچه‌ی خانوادگی، وضعیت قاعدگی و بارداری، ضایعات پرولیفراتیو ثدیه و سابقه‌ی رادیاسیون به عنوان عوامل خطر سرطان ثدیه مطرح شده‌اند (۶، ۷).

روش‌های جدید مثل ماموگرافی و نمونه‌برداری سوزنی میزان تشخیص این بیماری را افزایش داده است؛ اما متأسفانه تغییر قابل ملاحظه‌ای در میزان مرگ و میر این بیماران در طول ۶۰ سال گذشته رخ نداده است. میزان بروز سرطان ثدیه در ایالات متحده‌ی آمریکا ۷ نفر از هر ۸ زن، در انگلستان ۷ نفر از ۷۲ زن، استرالیا ۷ نفر از ۷۳ زن و در کشورهای آسیایی کم‌تر از این مقدار است (۸). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ پیشگیری از سرطان و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را مورد تاکید قرار داده پیش‌بینی کرده است که با کنترل عوامل خطر، حدود ۴۰ درصد از موارد مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها قابل پیشگیری بوده و با درمان و تشخیص به موقع، یک سوم از بار بیماری کاهش می‌یابد (۹).

در بسیاری از سرطان‌ها، بقاء و طول عمر افراد در مراحل اولیه‌ی تشخیص بیش‌تر است. موفقیت در تشخیص اولیه تا حدود زیادی وابسته به آگاه بودن افراد از علائم هشدار دهنده‌ی سرطان‌ها است (۱۰).

زن بودن و افزایش سن، دو عامل مهم و غیر قابل تغییر در بیماری سرطان ثدیه می‌باشد. از این رو کنترل و پیشگیری از سرطان ثدیه یک مشکل جدی و اساسی بهداشتی در حوزه‌ی سلامت زنان مطرح می‌باشد و لازم به ذکر است که بیش از ۸۰٪ سرطان ثدیه در زنانی دیده می‌شود که هیچ عامل خطری ندارند و نیز ممکن است بروز آن به شکل کامل بدون علامت باشد. هنوز علت واقعی این بیماری ناشناخته است و شیوه‌ی مشخصی برای جلوگیری از ابتلا به سرطان ثدیه وجود ندارد. به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) بهترین راه کنترل آن، تشخیص به هنگام (زودرس) بیماری است (۱۱). پیش‌آگهی سرطان ثدیه مرحله‌ای از سیر بیماری است که بیماری در آن تشخیص داده می‌شود. برای بیمارانی که بیماری‌شان در مرحله‌ی موضعی تشخیص داده می‌شود، بقای ۵ ساله در حدود ۸۰٪ می‌باشد در حالیکه برای بیمارانی که بیماری‌شان انتشار پیدا کرده است این میزان به حدود ۵۰٪ تنزل پیدا می‌کند (۱۲). سه روش غربالگری جهت تشخیص این بیماری؛ خودآزمایی ثدیه، معاینه‌ی کلینیکی توسط پزشک و انجام ماموگرافی می‌باشد (۱۳). یکی از بهترین راه‌های تشخیص زودرس این بیماری، غربالگری است. روش‌های مختلف غربالگری شامل خودآزمایی ثدیه، معاینه‌ی کلینیکی توسط پزشک و یا کارکنان بهداشت و ماموگرافی می‌باشند (۱۴).

برنامه‌ی غربالگری سرطان ثدیه که مورد تأیید انجمن پزشکی، کالج رادیولوژی، انجمن سرطان‌شناسی کلینیکی و کالج زنان و مامایی آمریکا می‌باشد، بدین صورت است: ۱. خودآزمایی ثدیه از ۲۵ سالگی به صورت هر ماه یکبار، در آخرین روز قاعدگی؛ ۲. معاینه‌ی بالینی توسط پزشک یا مراقبان بهداشتی آموزش‌دیده بین ۲۰-۴۰ سالگی، هر سه سال یکبار و سپس سال یکبار؛ ۳. ماموگرافی از ۴۰ سالگی هر ۲-۳ سال یکبار و در اکثر موارد سرطان ثدیه در ابتدا توسط خود فرد تشخیص داده می‌شود (۱۵-۱۸).

مطالعات نشان داده است که ۵۰٪ از موارد سرطان ثدیه

مواد و روش

این مطالعه به صورت مقطعی-توصیفی بر روی ۲۱۵ نفر از دانشجویان انستیتوت رازی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که توسط پژوهشگر تهیه شد. نمونه‌های مورد مطالعه دانشجویان رشته‌ی قابلگی سمستر اول الی چهارم بودند. ابتدا با کسب اجازه از دانشکده‌ی طب خاتم‌النبین^(ص) و انستیتوت رازی شهر کابل، به محل مورد مطالعه، مراجعه کرده و افراد جهت شرکت در این مطالعه ضمن داشتن تمایل باید دانشجوی انستیتوت رازی می‌بودند. پرسشنامه توسط واحدهای پژوهشی تکمیل گردید. این پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک از جمله سن، حالت مدنی وضعیت اقتصادی و سوالات اصلی سنجش آگاهی در زمینه‌ی عوامل خطر ساز سرطان ثدییه در انستیتوت رازی بود که توسط خود واحدهای پژوهشی تکمیل شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم افزار SPSS, Version ۲۱ وارد گردید و توسط آزمون‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

پرسشنامه‌ی مورد استفاده در این پژوهش شامل ۳ سوال دموگرافیک در زمینه‌ی سن، وضعیت مدنی، وضعیت اقتصادی و بخش مربوط به آگاهی دانشجویان، ۸ سوال را در بر می‌گرفت که شامل ۴ سوال در مورد آگاهی راجع به عوامل خطر بیماری سرطان ثدییه، ۲ سوال در مورد علایم سرطان ثدییه، ۱ سوال در مورد راه‌های پیشگیری سرطان ثدییه، ۱ سوال در مورد ماموگرافی بود که پاسخ صحیح به هر سوال ۶ امتیاز داشت؛ یعنی هر فرد می‌توانست از ۰ تا ۶ نمره کسب نماید. نمره‌ها به شش دسته طبقه‌بندی شد که از نمره‌ی ۰-۸ به عنوان آگاهی خیلی ضعیف، ۸-۱۶ آگاهی ضعیف، ۱۶-۲۴ آگاهی متوسط، ۲۴-۳۲ آگاهی خوب، ۳۲-۴۰ آگاهی عالی و ۴۰-۴۸ آگاهی خیلی عالی تفسیر گردید. در این مطالعه سعی شده که اطلاعات محصلان حفظ و محرمانه باشد و از نوشتن نام خودداری شود.

نتایج

تعداد شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۱۵ نفر بودند. در محدوده‌ی سنی بالای ۳۰ سال بیش‌ترین فراوانی، یعنی ۱۲۹ نفر (۶۰٪) مشاهده شد. ۷۲/۱٪ مجرد و ۲۷/۹٪ و ۵۶/۷٪ محصلین

توسط خودآزمایی و به ۳۵-۵۰ درصد کمک ماموگرافی تشخیص داده می‌شوند. با این وجود به نظر می‌رسد که در جوامعی که سرطان ثدییه شایع است و خدمات ماموگرافی اغلب گران می‌باشد، روش خودآزمایی ثدییه باید توسعه داده شود (۱۹).

مهرنوش جلوه و همکاران (۱۳۹۶) طی مطالعه‌ای که بر روی ۱۸۵ نفر از زنان غیر بارداری که از میان جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهری شهرستان نیشابور انجام داده است مشاهده نمود. میانگین نمرات واحدهای مورد پژوهش در بعد آگاهی $12/51 \pm 2/20$ ، در بعد نگرش $42/27 \pm 16/17$ و در بعد عملکرد $1/73 \pm 1/67$ محاسبه گردید. نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان دادند که بین میزان آگاهی و عملکرد افراد، رابطه‌ی مثبت و معناداری به لحاظ آماری وجود دارد؛ یعنی $P < 0.001$ (۲۰). طیبه رخشانی و همکارانش در مطالعه‌ای که بر روی ۴۰۰ نفر از زنان ۱۵ سال به بالای مراجعه‌کننده به درمانگاه امام رضا شیراز در سال ۱۳۹۵ انجام دادند، به این نتایج رسیدند که میانگین نمره‌ی آگاهی $4/8 \pm 2/5$ ، نگرش $5/2 \pm 27$ و رفتار $3/7 \pm 18/9$ بود (۲۱).

مطالعات مختلف انجام شده در مورد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد حاکی از آن بوده است که افراد یا آگاهی کافی در این زمینه ندارند و یا این‌که با وجود آگاهی از بیماری و روش‌های غربالگری آن عملکرد مناسبی را از خود نشان نمی‌دهند. از آنجایی که دانشجویان دختر دانشگاه‌های علوم طبی، از جمله گروه‌های آگاه و موثر زنان در زمینه‌ی مسائل صحی و مراقبتی هستند و آگاهی ایشان علاوه بر این‌که بر زندگی شخصی خودشان تاثیرگذار است، می‌تواند به میزان چشمگیری بر زندگی سایر زنان جامعه نیز تاثیرگذار باشد. از طرف دیگر، میزان آگاهی این دانشجویان می‌تواند نشان دهنده‌ی عملکرد سیستم آموزشی در مورد پیشگیری از سرطان ثدییه باشد؛ با در نظر گرفتن اهمیت سرطان ثدییه و نقش روش‌های غربالگری در پیشگیری از آن و با توجه به اهمیت نقش زنان شاغل در حرفه‌های پزشکی و پیراپزشکی، این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی دانشجویان درباره‌ی بررسی میزان آگاهی دانشجویان قابلگی انستیتوت رازی از مورد عوامل خطر ساز سرطان ثدییه در سال ۱۳۹۹ در انستیتوت رازی در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

با بیشترین تعداد در وضعیت اقتصادی متوسط (احتیاجات شان را پوره می‌سازند) بودند (جدول ۱).

میزان آگاهی دانشجویان در جدول ۳ نشان داده شده است. ۱۱۲ نفر (۵۲٪) از افراد آگاهی در سطح عالی داشتند و ۲ نفر (۰/۹٪) سطح آگاهی ضعیف داشتند.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۶۶ / ۳۰/۶٪
	۲۰ - ۲۵	۵ / ۲۴٪
	۲۵ - ۳۰	۱۵ / ۷٪
	بیشتر از ۳۰	۱۲۹ / ۶۰٪
وضعیت مذهبی	مجرد	۱۵۵ / ۷۲/۱٪
	متاهل	۶۰ / ۲۷۹٪
وضعیت تحصیلی	ضعیف	۱۸ / ۸/۳٪
	متوسط	۱۲۲ / ۵۶/۷٪
	خوب	۶۲ / ۲۸/۸٪
	عالی	۱۳ / ۶/۲٪

جدول ۳. میزان آگاهی دانشجویان

وضعیت آگاهی	فراوانی	درصد
خیلی عالی	۸۲	۳۸/۳٪
عالی	۱۱۲	۵۲٪
خوب	۱۶	۷/۴٪
متوسط	۳	۱/۴٪
ضعیف	۲	۰/۹٪
خیلی ضعیف	۰	۰٪

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که وضعیت آگاهی اکثر دانشجویان در مورد سرطان ثدیه در ۵۲٪ واحدها، عالی و در ۱/۴٪ افراد متوسط و ۰/۹٪ ضعیف است.

علائمی نژاد در تحقیق سال ۱۳۸۶ روی ۸۹ نفر از رابطین بهداشت به نتایج مشابهی دست یافت (۲۲). همچنین در مطالعه‌ی نیک‌پوری و همکاران آن در سال ۱۳۹۱، ۲۲۱ نفر (۵۷/۳٪) معتقد

میزان آگاهی دانشجویان در مورد سرطان ثدیه شامل ۸ سوال پرسشنامه، در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. پرسشنامه‌ی سنجش آگاهی در مورد سرطان ثدیه

سوالات	بلی	نخیر	نمی‌دانم
آیا یکی از عوامل ایجادکننده‌ی سرطان تغذیه از مواد غذایی پرچرب می‌باشد؟	۹۸ (۴۵/۵٪)	۱۰۹ (۵۰/۶٪)	۸ (۳/۳٪)
آیا ژنتیک در به وجودآوردن این سرطان رول دارد یاخیر؟	۱۳۸ (۶۴/۱٪)	۱۸ (۸/۴٪)	۵۹ (۲۷/۴٪)
آیا خوردن سبزیجات باعث کاهش سرطان ثدیه می‌شود؟	۱۴۶ (۶۸٪)	۶۲ (۲۸/۸٪)	۷ (۳/۲٪)
آیا درد ثدیه در هنگام عادت ماهانه طبیعی است؟	۱۷۶ (۸۲٪)	۳۳ (۱۵/۳٪)	۶ (۲/۷٪)
آیا سرطان ثدیه باعث تغییر در رنگ ثدیه می‌شود؟	۱۳۸ (۶۴/۱٪)	۵۳ (۲۴/۷٪)	۲۴ (۱۱/۲٪)
آیا ازدواج در سن پایین ریسک ابتلا به سرطان ثدیه را افزایش می‌دهد؟	۱۰۲ (۴۷/۴٪)	۱۰۶ (۴۹/۳٪)	۷ (۳/۳٪)
آیا استفاده از قرص‌های ضد بارداری ریسک ابتلا به سرطان ثدیه را افزایش می‌دهد؟	۶۵ (۳۰/۲٪)	۱۴۲ (۶۶٪)	۸ (۳/۸٪)
انجام ماموگرافی از سن ۴۰ سالگی ضروری است؟	۱۶۰ (۷۴/۴٪)	۲۸ (۱۳/۱٪)	۲۷ (۱۲/۵٪)

در خصوص عوامل خطرساز بیماری سرطان ثدیه و همچنین خودآزمایی ثدیه به عنوان یک کوریکولوم آموزشی بسیار ضروری است. بدین صورت که با توجه به آگاهی دانشجویان مورد مطالعه می بایست تدابیر مناسبی اندیشیده شود.

بودند که سابقه‌ی ابتلا به سرطان ثدیه در خانواده از عوامل خطر ابتلا به این سرطان می باشد. از این میان فقط (۴/۱۹٪) یا ۷۵ نفر از افراد معتقد بودند که قرص های هورمونی ضد بارداری از عوامل خطر سرطان ثدیه می باشد که بانتایج مطالعی ما مشابه است (۲۳).

یدالله رضانی در سال ۱۳۹۳ مطالعه ای روی ۹۴۱ دانشجوی طبی در زمینه ی آگاهی از عوامل خطرساز سرطان ثدیه انجام دادند که مشخص شد دانشجویان دانشکده ی پرستاری و مامایی با میانگین نمره ی ۷,۶۲ بیش ترین آگاهی را نسبت به دانشجویان سایر دانشکده ها داشته اند (۲۴).

در مطالعه ی ما بیش ترین آگاهی در زمینه ی انجام ماموگرافی پس از ۴۰ سالگی (۷۴/۴٪) و کم ترین آگاهی در زمینه ی خطرساز بودن مصرف قرص ضد بارداری (۳۰/۲٪) بوده است. علت این موارد را این طور می توان استنباط کرد که به اقتضای رشته ی مرتبط آگاهی در زمینه ی روش های غربالگری در حد خوبی قرار دارد که این وضعیت خود مؤید این مطلب است، به احتمال به این دلیل که مواد درسی آن ها می باشد.

نتایج مطالعه Carelli و همکارانش در سائوپالو که از جمله کشورهای توسعه یافته است، نشان داد اکثریت زنان (۹۰٪) آگاهی بالایی در مورد خودآزمایی ثدیه و به تناسب بیماری سرطان ثدیه داشتند (۲۵).

شاید این اختلاف آگاهی به این علت باشد که کشور ما یک کشور در حال توسعه است و نیاز به برنامه ریزی های منسجم تر در این زمینه دارد.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که دانشجویان انیستیتوت رازی با وجود این که تاکنون به صورت رسمی آموزشی در مورد سرطان ثدیه ندیده بودند، آگاهی عالی از عوامل خطرساز سرطان ثدیه دارند. بنابراین، آموزش های لازم جهت آگاهی و اطلاع رسانی دقیق تر به دانشجویان به عنوان متولیان امر آموزش

10. Robb K, Stubbings S, Ramirez A, Macleod U, Austoker J, Waller J, et al. Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey of adults. *Nature Precedings*. 2009;1-.

11. Lamyian M, Heidarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, AguilarVafaie M. Women's prospect of breast cancer early detection behavior: a qualitative research. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008;15(3):88102-.

12. Dafei M, Dehghani A, Momeni Z, Kalanfarmanfarma K, Koohgardi M, Jalali M. Study of breast cancer knowledge, attitude, and preventive behaviors among women referring to health-treatment centers in Yazd, Iran, 2015. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017;15(2):4653-.

13. KalanFarmanFarma K, Zareban I, Jalili Z, Shahrakipour M, Lotfi B. The effect of education on condition of knowledge, attitude and preventive behaviors of breast cancer in female teachers at guidance schools in Zahedan. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2013;1(3):6573-.

14. Harris DM, Miller JE, Davis DM. Racial differences in breast cancer screening, knowledge and compliance. *Journal of the national medical Association*. 2003;95(8):693.

15. Christensen B, Kockro E. Care of patient with reproductive disorders. *Adult health nursing New York: Mosby*. 2003.

16. Women NCICScfU. Breast and cervical cancer screening among underserved women. Baseline survey results from six states. *Arch Fam Med*. 1995;4:61724-.

17. Tavakol Z, Bani Hosseini SZ, Mansouri A. Evaluating knowledge, attitude, and performance of Tehran University of Medical Sciences students about breast cancer screening, in 2010. *Navid No*. 2012;16(58).

18. Akhigbe AO, Omuemu VO. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. *BMC cancer*. 2009;9(1):1-9.

19. Haji Mahmoodei M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi

References

1. Smith RAaCE. cancer epidemiology. *Breast Imaging*. DeSantis, Breast. , 2018.

2. Jemal A, Bray, F., Center, M.M., Ferlay, J. W, E. and Forman, D. . *Global Cancer Statistics*. . Cancer American: A Cancer Journal for Clinicians. 2011. ;61(2), pp.6990-.

3. Brunicardi FC DK, Timothy RB, Dunn L, Hunter, G RE. *principles of surgery*. . 8th ed USA: Mc GrawHill; . 2005:P.453501-.

4. Ghaderi I, Kaviani A, Fakhrejehani E, Mehrdad N, Hazar N, Karbakhsh M. Religious, cultural, and social beliefs of Iranian rural women about breast cancer: a qualitative study. *Archives of Breast Cancer*. 2014:2531-.

5. Salehzadeh M, Norouzian P, Abbasalipourkabir R. The use of nanoparticles in diagnosis and treatment of breast cancer: A review. *Pajouhan Scientific Journal*. 2015;13(2):1-12.

6. Danesh A, Amiri M, ZAMANI AR, Tazhibi M, Gangi F. KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE (KAP) RATE OF WOMEN EMPLOYEES OF EDUCATION ORGANIZATION ABOUT BREAST SELF-EXAMINATION, SHAHREKORD, 1998. 2002.

7. Rigi S. Study of Evaluation of the knowledge and attitude of female nurses of Kerman University of Medical Sciences hospitals about breast cancer in 2020: Faculty of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; 2020.

8. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer*. 2006;6(1):1-9.

۹. کیا ش، روحانی، کاملی، استبصاری، سلمانی، مطبوعی، et al. بررسی میزان آگاهی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در باره ی علایم هشدار دهنده ی سرطان ها. *نشریه ی مراقبت سرطان* ۲۰۱۹؛ ۱(۱): ۳۰-۹.

M, Haghighat S, Harirchi I. Breast self-examination: knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *The breast journal*. 2002;8(4):222-5.

۲۰. جلوه، مهرنوش، نجار و علی، رهبری، شهروز، et al. بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در زمینه سرطان ثدی و غربالگری آن؛ گامی در جهت اصلاح نظام سلامت، نوید نو. ۲۰۲۱؛ ۲۳(۷۶): ۵۲-۶۲.

۲۱. رخشانی، طیبه د، اسدی، سادات دز، منش ط. کشفی، et al. بررسی رفتار غربالگری سرطان ثدی در زنان شهر شیراز در سال ۱۳۹۵. *مجله‌ی زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۲۰۱۸؛ ۲۱(۸): ۳۹-۴۶.

22. Nejad FA, Abbasian M, Delvarianzadeh M. بررسی میزان آگاهی، نگرش و مهارت رابطین بهداشتی شهر شاهرود در مورد خودآزمایی ثدی. *مجله‌ی دانش و تندرستی در علوم پایه‌ی پزشکی*. ۲۰۰۷؛ ۲(۲): ۲۳-۷.

۲۳. مهرورز عس. میزان آگاهی و نگرش زنان نسبت به عوامل خطر سرطان ثدی و روش‌های پیشگیری از آن. ۱۳۹۱.

۲۴. یداله ر، سیدغلامعباس م، لیلا گ. زهرا مر. سیدمهدی تف. بررسی میزان آگاهی دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کاشان از عوامل خطر ساز سرطان ثدی در سال ۱۳۹۳.

25. Carelli I, Pompei LM, Mattos CS, Ferreira HG, Pescuma R, Fernandes CE, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in a female population of metropolitan São Paulo. *The Breast*. 2008;17(3):2704-.

A Survey on Parental Awareness of the Eruption of First Molar in Children Attending Central Stomatology Hospital in the Third Quarter of 2019

Tahmina Athai¹ & Mohammad Mansor Mohebe^{2*}

1. Student of Dentistry Faculty, Khatam Al-Nabieen University

2*.Academic Cadre and Dean of Dentistry Faculty, , Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

Email Add: mansoor.mohebi2@gmail.com, Tell phone no:0787710646

Abstract

Introduction: Importance and necessity of research: permanent first molar teeth develop at 6 to 7 years of age and usually slowly and uncomplicated in the second molar. Parents often do not notice their growth. On the other hand, due to crown anatomy, these teeth are highly susceptible to decay, thus requiring careful hygiene and parental care. Informing parents of the presence of this tooth in their baby's mouth can be very effective in maintaining their health. The aim of this study was to evaluate the awareness of parents about the presence of a permanent first molar in their child's mouth and its relationship with the health of this tooth.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study was performed on 100 parents of patients who attended the central surgical Hospital in Kabul, where the parents first had a consent consent that was completely optional and their information was confidential and later on .They completed a questionnaire and then questionnaires were analyzed by the SPSS program

Findings: 1. In this study, including 100 patients, 34% (34 persons) of the parents were aware of the first permanent molar teeth in their child's mouth. Out of 100 parents, 66 knew the age of the first permanent molars. And out of 100 parents, 8 of them referred their children to the dental clinic every six months to have their teeth examined. And out of 100 parents, 73 have taught their children not to use sweets while sleeping. Of the 100 children, 63 were interested in keeping their teeth hygiene, and 77 of them were afraid to see a dentist, and 80 brushed their teeth after each meal.

Conclusion: According to the results of this study, a small percentage of parents were aware of the presence of the first permanent molar teeth in their child's mouth, and most of the parents who knew they could not get their dentist to the dentist due to low levels of economics.

Keywords: parental awareness, Growth, Permanent first Molar, children, stomatology hospital

بررسی میزان آگاهی والدین از خروج دندان مولر اول دائمی در کودکان مراجعه کننده به شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی در ربع سوم سال ۱۳۹۷

تهمینه عطایی^۱ و منصور محبی^{۲*}

۱. فارغ التحصیل دانشکده‌ی طب دندان دانشگاه خاتم النبیین (ص)
۲. پوهنیار، عضو هیأت علمی و رییس دانشکده‌ی طب دندان دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان.
ایمیل: mansoor.mohebi2@gmail.com، تلفن: ۰۷۹۹۷۷۱۰۷۴۷

چکیده

مقدمه: دندان‌های مولر اول دائمی در ۶ الی ۷ سالگی و معمولاً آرام و بدون عارضه در خلف مولر دوم شیری رویش می‌یابند. بدین جهت والدین اغلب متوجه رویش آن‌ها نمی‌شوند. از طرفی این دندان‌ها به علت فرم آناتومی تاج، بسیار مستعد به پوسیدگی هستند؛ لذا نیاز به مراقبت‌های دقیق بهداشتی و نظارت والدین دارند. اطلاع والدین از حضور این دندان در دهان کودک شان می‌تواند در حفظ سلامت آن بسیار موثر باشد. هدف از این تحقیق بررسی میزان آگاهی والدین از حضور مولر اول دائمی در دهان کودک شان و رابطه‌ی آن با سلامت این دندان است.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به صورت مقطعی و توصیفی بر روی ۱۰۰ نفر از والدین می‌رضانی که در شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی در شهر کابل مراجعه نموده بودند، انجام گرفت که ابتدا والدین یک رضایت‌نامه را خانه‌پری کردند که کاملاً اختیاری و معلومات شان محرمانه است و بعد یک پرسشنامه را خانه‌پری کردند و سپس پرسشنامه‌ها توسط پروگرام SPSS آنالیز و بررسی گردیدند.

یافته‌ها: در این مطالعه از جمله‌ی ۱۰۰ نفر ۳۴ نفر (۳۴٪) از والدین از رویش دندان مولر اول دائمی در دهان کودک شان اطلاع داشتند. از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین ۶۶ نفر سن خروج دندان مولر اول دائمی را می‌دانستند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین ۸ نفر آن‌ها طفل شان را هر شش ماه بعد به کلینیک دندان جهت معاینه‌ی دندان‌های شان مراجعه می‌کردند. از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین، ۷۳ نفر آن‌ها به طفل شان آموزش داده‌اند که هنگام خواب از شیرینی باب استفاده نکنند و از جمله‌ی ۱۰۰ طفل ۶۳ نفر آن‌ها به حفظ‌الصحه‌ی جوف دهن خود علاقمند بودند و ۷۷ نفر آن‌ها از مراجعه به داکتر دندان هراس داشتند و ۸۰ نفر آن‌ها بعد از هر وعده‌ی غذایی دندان شان را برس می‌نمایند.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این تحقیق در صد کمی از والدین از حضور دندان مولر اول دائمی در دهان کودک شان آگاهی داشتند و اکثر والدین که آگاهی هم داشتند به علت سطح پایین اقتصاد نمی‌توانستند کودک شان را به موقع نزد داکتران دندان ببرند.

واژه‌های کلیدی: آگاهی والدین، رویش، مولر اول دائمی، کودکان، شفاخانه‌ی ستوماتولوژی

مقدمه: بیان مسئله و ضرورت تحقیق

دندان‌های مولر اول دائمی از اولین دندان‌های دائمی هستند که در حدود سن ۶-۷ سالگی آرام بدون هیچ عارضه‌ای، در خلف مولر دوم شیری رویش میابند. این دندان‌ها نقش مهم در جویدن حفظ ارتفاع عمودی صورت و رویش دندان‌ها در موقعیت صحیح و به دست آوردن اکلوژن مناسب دارند و از دست دادن آن‌ها باعث کاهش ارتفاع عمودی صورت، اختلال در جویدن و به هم خوردن اکلوژن می‌شود. از آنجایی که پس از افتادن دندان‌های شیری، دندان‌های دایمی جایگزین آن‌ها می‌شوند و همانطور که گفته شد دندان‌های مولر اول دائمی از اولین دندان‌های دائمی هستند که در دهان ظاهر می‌شوند و والدین اغلب تصور می‌کنند دندان دائمی فقط وقتی رویش میابد که یک دندان شیری بیفتد؛ لذا این دندان را شیری فرض نموده و انتظار دارند یک دندان جایگزین برای آن وجود داشته باشد. از طرفی، این دندان‌ها بسیار مستعد پوسیدگی هستند و در صورت عدم آگاهی و غفلت والدین خیلی زود پوسیده شده و حتی ممکن است از دست بروند. موقعیت دندان‌های مولر اول دائمی در دهان و زمان رویش آن‌ها به گونه‌ای است که کودک توانایی لازم برای رعایت بهداشت در این ناحیه را ندارند. بنابراین، از آنجایی که به نظر می‌رسد آگاهی والدین از سن رویش این دندان و دائمی بودن آن، در حفظ سلامت آن اهمیت بسزایی داشته باشد، به طوریکه در یک مطالعه که در سال ۱۳۸۴ به صورت مقطعی بر روی ۸۴۴ دانش‌آموز کلاس اول ابتدایی (۳۷۰ دختر و ۴۷۴ پسر) و والدین آن‌ها در کشور ایران صورت گرفت که در آن مطالعه از روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای خوشه‌ای استفاده شده بود نشان داد که ۳۴.۷٪ والدین از رویش مولر اول دایمی در دهان کودک شان مطلع بودند و جز ترمیم در میانگین dmft در این کودکان ۳ برابر سایرین بود (۱). از آنجا که در جامعه‌ی ما درصد نسبتاً زیادی از والدین به دلیل مسایل اقتصادی و فرهنگی تمایل به درمان دندان‌های شیری ندارند، آگاهی آنان از رویش دندان دایمی در حفظ و سلامت آن موثر خواهد بود. بنابراین، به نظر می‌رسد آگاهی والدین از رویش این دندان می‌تواند تاثیر بسزایی در ارتقای سلامت دهان و دندان کودک داشته باشد. از آنجا که تا به حال در این زمینه مطالعه‌ای در کشور ما انجام نشده است، برآن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان آگاهی

والدین از حضور مولر اول دائمی در دهان کودک‌شان و تاثیر آن بر سلامت این دندان در کودکان مراجعه کننده در شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی شهر کابل انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این تحقیق در سال ۱۳۹۸ به صورت مقطعی توصیفی به روی ۱۰۰ نفر از والدین اطفال مراجعه کننده در شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی شهر کابل برای بررسی میزان آگاهی والدین از خروج دندان مولر اول دایمی در دهن کودک شان صورت گرفته است. در این تحقیق پس از هماهنگی با مسوولین شفاخانه و توضیح نحوه‌ی انجام تحقیق و بیان هدف تحقیق مورد نظر، جهت اخذ رضایت والدین برای اشتراک در تحقیق، رضایت‌نامه و پرسشنامه بین ۱۰۰ نفر والدین به صورت تصادفی در بین والدین اطفال مراجعه کننده در شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی توزیع گردیدند و جمع‌آوری داده به روش بررسی پرسشنامه‌ها صورت گرفت. سوالات پرسشنامه بر مبنای مشخصات فردی والدین و رفتارهای بهداشت دهان طراحی شده بودند. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات والدین مانند: اسم، سن، جنس، محل سکونت و وظیفه پرسیده شد.

بخش دوم پرسشنامه شامل سوالات مرتبط به میزان آگاهی والدین از خروج اولین دندان دایمی است که دیتا از آن به دست آمده است.

استاندارد تشخیصی

یافته‌ها

تحقیق حاضر بر روی صد نفر والدین کودکان اشتراک کننده در شفاخانه‌ی ستوماتولوژی مرکزی در شهر کابل صورت گرفت که از جمله‌ی آن‌ها در بررسی میزان آگاهی والدین از اولین دندان دایمی که کدام است؟ دو نفر والدین نام اولین دندان دایمی را می‌دانستند که دندان مولر اول است و ۹۸ نفر والدین نمی‌دانستند.

در پاسخ به پرسش از نام اولین دندان دایمی، تعداد زیاد پاسخ دهندگان آگاهی نداشتند و جواب نخیر دادند. تعداد کمی از آن‌ها آگاهی داشتند و پاسخ بله ارایه کردند. شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۱. میزان آگاهی والدین از نام اولین دندان دایمی

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۲	۲٪
نخیر	۹۸	۹۸٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در پاسخ به پرسش از زمان خروج اولین دندان دایمی، تعداد زیاد پاسخ‌دهندگان آگاهی نداشتند و جواب نخیر دادند و تعداد کمی از آن‌ها آگاهی داشتند و پاسخ بله دادند. شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۲. میزان آگاهی والدین از سن خروج دندان

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۳۴	۳۴٪
نخیر	۶۶	۶۶٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در پاسخ به پرسش از مراجعه به داکتر دندان برای معاینه در هر ۶ ماه، تعداد زیاد پاسخ‌دهندگان مراجعه نداشتند و جواب نخیر دادند و تعداد کمی از آن‌ها پاسخ بله دادند. شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۳. میزان مراجعه والدین به داکتر دندان جهت معاینه

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۸	۸٪
نخیر	۹۲	۹۲٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در پاسخ به پرسش از سن خروج دندان دایمی تعداد زیاد پاسخ‌دهندگان آگاهی نداشتند و جواب نخیر دادند و تعداد کمی از آن‌ها پاسخ بله دادند. شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۴. میزان آگاهی والدین از سن خروج دندان دایمی

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۳۴	۳۴٪
نخیر	۶۶	۶۶٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در پاسخ به پرسش از بردن طفل به داکتر برای سیلانت تراپی تعداد زیاد پاسخ‌دهندگان جواب نخیر دادند و تعداد کمی از آن‌ها پاسخ بله دادند. شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۵. میزان مراجعه والدین به داکتر برای سیلانت تراپی

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۸	۸٪
نخیر	۹۲	۹۲٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در پاسخ به پرسش از آموزش روش‌های برس زدن به‌منظور حفظ‌الصحه‌ی جوف دهن اکثر پاسخ‌دهندگان پاسخ بله دادند و تعداد کم پاسخ نخیر دادند. شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۶. میزان آموزش روش برس زدن دندان‌ها

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۸۴	۸۴٪
نخیر	۱۶	۱۶٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در پاسخ به پرسش از میزان علاقه‌مندی اطفال به نظافت از دندان‌های شان، اکثر پاسخ‌دهندگان پاسخ بله دادند و شمار اندک پاسخ‌نخیر که شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۱۰. میزان علاقه‌مندی اطفال به نظافت دندان

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۶۴	٪۶۴
نخیر	۳۶	٪۳۶
مجموع	۱۰۰	٪۱۰۰

در پاسخ به پرسش از هراس اطفال از مراجعه به داکتر اکثر پاسخ‌ها بله بود و تعداد کم آن‌ها نخیر، شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۱۱. میزان علاقه‌مندی اطفال به نظافت دندان

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۷۷	٪۷۷
نخیر	۲۳	٪۲۳
مجموع	۱۰۰	٪۱۰۰

در پاسخ از پرسش علت ترس اطفال از داکتر دندان، دلایل مختلف به شرح جدول ذیل ارایه شده است.

جدول ۱۲. علت‌های ترس اطفال از مراجعه به داکتر دندان

علت‌ها	تعداد	فیصدی
درد	۲۲	٪۲۲
ترس	۱۸	۱۸/۰
بدرفتاری داکتر	۶	٪۶
پیچکاری	۵۰	٪۵۰
علت‌های دیگر	۴	٪۴
مجموع	۱۰۰	٪۱۰۰

در پاسخ به پرسش از آموزش برس‌زدن پس از هر وعده‌ی غذایی یا خوردن شیرینی اکثر پاسخ‌دهندگان پاسخ بله دادند و تعداد کم پاسخ‌نخیر که شرح بیش‌تر در جدول پایین آمده است.

جدول ۷. میزان آموزش برس‌زدن پس از هر وعده‌ی غذایی

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۸۰	٪۸۰
نخیر	۲۰	٪۲۰
مجموع	۱۰۰	٪۱۰۰

در پاسخ به پرسش از آموزش برس‌زدن دندان‌ها پس از خوردن شیرینی از طرف شب و در وقت خواب، اکثر پاسخ‌دهندگان پاسخ بله دادند و تعداد کم پاسخ‌نخیر را انتخاب کردند. شرح بیش‌تر در جدول پایین.

جدول ۸. میزان آموزش برس‌زدن پس از خوردن شیرینی از طرف شب

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۷۳	٪۷۳
نخیر	۲۷	٪۲۷
مجموع	۱۰۰	٪۱۰۰

در پاسخ سوال از موافقت با نظر داکتر دندان مبنی بر دایمی بودن دندان، اکثر پاسخ‌دهندگان با نظر داکتر موافقت نشان دادند و تعداد کم با نظر داکتر مخالف بودند و پاسخ‌نخیر دادند. شرح بیش‌تر در جدول پایین.

جدول ۹. میزان موافقت والدین با نظر داکتر دندان در مورد دایمی بودن دندان

پاسخ‌ها	تعداد	فیصدی
بله	۹۳	٪۹۳
نخیر	۷	٪۷
مجموع	۱۰۰	٪۱۰۰

بحث

در این بررسی، میزان آگاهی والدین نظر به شغل بیشترین آگاهی را مادرانی داشتند که خانم بودند و سواد نداشتند. نسبت به پدران و پدران شاغل آگاهی کمتر داشتند و پدران تحصیل کرده آگاهی نسبتاً زیاد داشتند که این نتیجه در مقایسه با تحقیق انجام شده در کشور ایران توسط علی رضا (۱) و همچنان تحقیق که در ریاض توسط Kinndy CG, Palm L (۳) صورت گرفته بود مشابه بود.

در این تحقیق در بررسی میزان آگاهی والدین از سن خروج اولین دندان دایمی تعداد کمی والدین آگاهی داشتند و اکثر والدین آگاهی نداشتند که این نتیجه در مقایسه با تحقیق انجام شده در کشور ایران توسط دوکتور طاهره (۲) و همچنان تحقیق که در ریاض توسط Kinndy CG, Palm L (۳) صورت گرفته بود مشابه بود. در این تحقیق در بررسی میزان آگاهی والدین از حفظ الصحه جوف دهن اکثریت والدین از طریقه‌های برس کردن دندان‌ها آگاهی داشتند و به اطفال شان نیز طریقه‌های برس کردن دندان‌ها را آموزش داده بودند. تنها ۱۶ نفر والدین که فیصدی کمی را نشان می‌دهد که والدین از طریقه‌های برس کردن دندان‌ها آگاهی نداشتند و به اطفال شان نیز آموزش نداده بودند که این نتیجه در مقایسه با تحقیق انجام شده در کشور ایران توسط اخلاقی انجام شده بود مشابه نبود (۴).

در این تحقیق در بررسی میزان آگاهی والدین از سیلانت تراپی به خاطر وقایه‌ی دندان اطفال شان از کریس اکثریت والدین برای سیلانت تراپی که روش پیشگیری و وقایوی از کریس است نزد داکتر دندان مراجعه نکرده بودند. تنها ۸ نفر والدین برای سیلانت تراپی دندان اطفال شان نزد داکتر دندان مراجعه کرده بودند؛ یعنی تقریباً ۸٪ اطفال دارای درمان‌های پیشگیری بودند که این نتیجه در مقایسه با تحقیق که توسط Rajab LD انجام شده در کشور اردن مشابه بود (۶) و بایک تحقیق انجام شده دیگر در شهر قم ایران توسط Sofiyani Qadim مشابه نبود (۱۱).

در این تحقیق در بررسی میزان آگاهی والدین از سن خروج دندان‌های دایمی تعداد کمی از والدین آگاهی داشتند که از شش

سالگی به بعد دندان‌های دایمی خروج می‌کند و اکثریت والدین آگاهی نداشتند که از شش سالگی به بعد دندان‌های دایمی خروج می‌کند که این نتیجه در مقایسه با تحقیقی که توسط مجتی الهام انجام شده در کشور ایران مشابه بود (۷) و همچنان با تحقیق انجام شده‌ی دیگر در شهر شیراز ایران توسط عبدالعزیز انجام شده بود مشابه بود (۸).

در این تحقیق در بررسی میزان حفظ الصحه منظم اطفال و آگاهی والدین از شستن دندان‌ها بعد از هر وعده‌ی غذایی اکثریت والدین آگاهی داشتند که بعد از هر وعده‌ی غذایی و یا خوردن و نوشیدن شیرینی باب دندان‌ها برس شود و به اطفال شان نیز آموزش داده بودند و تنها ۲۰ نفر از والدین آگاهی نداشتند و به اطفال شان نیز آگاهی نداده بودند و این فیصدی کمی از میزان آگاهی والدین از برس کردن دندان‌ها بعد از هر وعده‌ی غذایی را نشان داد و فیصدی کمی از اطفال دارای بهداشت غیر منظم دندان بودند که این نتیجه در مقایسه با تحقیق انجام شده در کشور هند توسط pa resh M L, Ruchi A مشابه نبود (۹).

در این تحقیق که در بررسی سطح آگاهی والدین از لحاظ سن و سال والدین بیشترین شان ۳۰ ساله و از ۳۰ ساله بالا بودند و سن و سال پایین کم‌تر بودند و والدین که در سن‌های بالاتری قرار داشتند، نیز آگاهی کم‌تری از سن خروج اولین دندان دایمی داشتند که این نتیجه در مقایسه با تحقیق انجام شده در کشور ایران مشابه نبود (۱۰).

نتیجه‌گیری

بررسی حاضر روی ۱۰۰ نفر والدین اطفال مراجعه کننده در شفاخانه‌ی ستوماتولوژی در ربع سوم سال ۱۳۹۸ انجام شده بود. در این مطالعه از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین فقط ۲ نفر آن‌ها اولین دندان دایمی را می‌دانستند که کدام دندان است و ۹۸ نفر والدین آگاهی از اولین دندان دایمی نداشتند و از جمله ۱۰۰ نفر والدین ۳۴ نفر سن خروج اولین دندان دایمی را می‌دانستند و ۶۶ نفر سن خروج اولین دندان دایمی را نمی‌دانستند. از آنجای که در جامعه‌ی ما در صد نسبتاً زیادی از والدین به دلیل مسایل اقتصادی، فرهنگی تمایل به درمان دندان‌های شیری ندارند. آگاهی آنان از رویش

دندان دائمی در حفظ و سلامت آن موثر خواهد بود.

از کل افراد شامل تحقیق، ۳۳ نفر از آن‌ها را پدران و ۶۷ نفر آن‌ها را مادران تشکیل می‌داد و ۹۸ نفر آن‌ها در کابل و ۲ نفر آن‌ها در ولایات زندگی می‌کردند و بیش‌تر والدین بالای ۳۰ سال قرار داشتند و همچنان ۳۷ نفر والدین شاغل و ۶۳ نفر آن‌ها بیکار بودند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین فقط ۲ نفر آن‌ها اولین دندان دایمی را می‌دانستند که کدام دندان است و ۹۸ نفر آگاهی از اولین دندان دایمی نداشتند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین، ۳۴ نفر آن‌ها سن خروج اولین دندان دایمی را می‌دانستند و ۶۶ نفر سن خروج اولین دندان دایمی را نمی‌دانستند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین فقط ۸ نفر آن‌ها اطفال شان را هر شش ماه یکبار برای معاینه نزد داکتر دندان می‌بردند و ۹۲ نفر والدین اطفال شان را برای معاینه‌ی هر شش ماه یکبار نزد داکتر دندان نمی‌بردند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین ۴۲ نفر آن‌ها می‌دانستند که از شش سالگی به بعد دندان‌های دایمی خروج می‌کند و ۵۸ نفر از والدین نمی‌دانستند که از شش سالگی به بعد دندان‌های دایمی خروج می‌کند. از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین فقط ۸ نفر آن‌ها طفل شان را به خاطر سیلانت‌تراپی که یک تداوی و قیای دندان از کریس است، می‌بردند و ۹۲ نفر والدین طفل شان را به خاطر سیلانت‌تراپی نزد داکتر دندان نمی‌بردند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین ۸۴ نفر والدین به اطفال شان طریقه‌های برس کردن دندان‌ها را یاد داده بودند و ۱۶ نفر والدین به اطفال شان طریقه‌های برس کردن دندان‌ها را یاد نداده بودند و از جمله ۱۰۰ نفر والدین ۸۰ نفر والدین به اطفال آموزش داده بودند که بعد از هر وعده‌ی غذایی و خوردن و نوشیدن شیرینی باب باید دندان‌های شان را برس کنند و ۲۰ والدین به اطفال شان یاد نداده بودند که بعد از هر وعده‌ی غذایی و خوردن و نوشیدن شیرینی باب باید دندان‌های شان را برس کنند. از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین ۷۳ نفر والدین به اطفال شان آموزش داده بودند که هنگام خواب نباید شیرینی باب استفاده کنند و ۲۷ نفر والدین به اطفال شان آموزش نداده بودند که نباید وقت خواب شیرینی باب استفاده کنند. از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین، ۹۳ نفر والدین با نظر داکتر دندان در رابطه با شیری و دایمی بودن دندان‌ها بعد از معاینه موافق بودند و ۷ نفر والدین به نظر خود اصرار می‌کردند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین اطفال ۶۴ نفر آن‌ها به نظافت دندان‌های شان علاقه

داشتند و اطفال ۳۶ نفر از والدین به نظافت دندان‌های شان علاقه نداشتند و والدین شان به نظافت تشویق شان می‌کردند. از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین اطفال، ۷۷ نفر از والدین از مراجعه به داکتر دندان هراس داشتند و اطفال ۲۳ نفر از والدین از مراجعه به داکتر دندان هراس نداشتند و از جمله‌ی ۱۰۰ نفر والدین ۲۲ نفر آن‌ها علت هراس طفل شان را از داکتر دندان درد، ۱۸ نفر آن‌ها ترس، ۶ نفر آن‌ها رفتار بد داکتر دندان، ۵۰ نفر آن‌ها پیچکاری و ۴ نفر آن‌ها علت‌های دیگر را علت ترس طفل شان از مراجعه به داکتر دندان گفتند.

پیشنهادهات

۱. دندان مولر اول دایمی به حیث کلید اکلوزن در اکلوزن دندانی رول دارد و باید تا حد امکان در سلامت این دندان کوشش گردد و داکتران دندان به مریضان آگاهی بدهند؛

۲. در باره‌ی سن خروج اولین دندان دایمی باید سطح آگاهی والدین باید بالا برده شود؛

۳. در باره‌ی وقایه‌ی اولین دندان دایمی که در دهن کودکان شان خروج می‌کند از کریس و پوسیدگی به والدین آگاهی داده شود؛

۴. در باره‌ی وقایه و پیشگیری از امراض پیشرفته‌ی دهن و دندان در کودکان به والدین آگاهی داده شود.

بنابراین، پیشنهاد می‌گردد در زمینه‌ی تحقیقات بیش‌تر در کشورما صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: از حمایت معنوی معاونت علمی-پژوهشی دانشکده‌ی طب دندان دانشگاه خاتم النبیین^(ص) در انجام این طرح تحقیقی قدردانی می‌گردد.

of eruption of first permanent molar and child oral hygiene practices: A correlation study. *Journal of Applied Dental and Medical Science* 2(2):2016.

۱۰. کبری خواجهی ش، ناهید خ، و اشرف پ؛ باور های والدین در خصوص علایم و نشانه های رویش دندان در کودکان. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال بیست و دوم، شماره ۱۷ تیر ۱۳۹۴

11. Sofiyani Qadim M, Kalantar SSA, Mahdipour A, Asayesh H. Evaluation of parent's awareness of eruption of the first permanent molar tooth and caries prevention methods in individuals referring to health centers in Qum City, 2017 (Iran). *Qum Univ Med Sci J* 2018;12(7):5159-.

منابع

Alireza H, Mahdi S, Maryam S, Elnaz A and .1 Mostafa A; Parental knowledge and Awareness of the first permanent Molar. *Intyclin Pediatr Dent*. 2018 sep-oct; 1(5): 154-Doi: 10.5005/jp-journals-10005 .385-382

۲. دوکتور طاهره ز، دوکتور تکتم م؛ بررسی میزان اطلاع والدین از حضور دندان مولر اول دائمی و رابطه آن با سلامت این دندان در کودکان ۷-۸ ساله مشهد ۱۳۸۴، مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد سال ۱۳۸۵، جلد ۳۰، شماره ۳ و ۴.

3. Kinndy CG, Palm L, Widemheim J. Evaluation of information on dental health care at child health centers. Differences in educational level, attitudes, and knowledge among parents of preschool children with different caries

experience . *Acta Odontol Scand* 1991;49(5): 28995-

۴. اخلاقی، زهرا. استاد رهنما: بهجت الملوک عجمی. بررسی وضعیت رویش و dmft دندانهای دایمی کودکان ۶-۷ ساله شهرستان فریمان. مقطع دکترای دندانپزشکی، پایان نامه شماره ۱۵۳۰، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۷۸-۷۹.

5. Rajab LD, Peterson PE, Bakaeen G Hamdan MA. Oral health behavior of school children and parents in Jordan.

Int J Paediatr Dent 2002; 12(3): 16876-

۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: مراحل طرح کشور، سلامت دهان و دندان دانش آموزان، شماره ۱، تهران، ۱۳۷۹.

۷. الهام م؛ بررسی میزان آگاهی والدین از مرحله تکامل دندانهای کودکان ۴-۹ ساله. مجله دندانپزشکی کودکان ایران، پاییز و زمستان

۱۳۹۶: دوره ی ۱۳ شماره ی ۱: ۲۱-۳۲

۸. عبدالعزيز ح، پگاه ب. سامان آ؛ بررسی آگاهی مادران از ترتیب و زمان رویش دندان های شیری و دائمی در کودکان. مجله علمی علوم پزشکی صدرا دوره ۲، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۲، صفحات ۴۳-۵۴.

9. paresh M L , Ruchi A , Deepak P , Subha D, Sonal J ; Assessment of mother's knowledge regarding importance

Prevalence of cesarean section in patients of Esteqlal Hospital in Kabul in the first half of 2020

Nesa Mohammadi^{1*} Mousa Bashir²

1*. Assistant Professor, PhD Candidate of Reproductive Health, Faculty of Midwifery, Khatam Al-nabieen University, Kabul-Afghanistan, Email: nesa.mohmmadi64@gmail.com; Tel: +93706829097

2. Assistant Professor, PhD candidate of Public Health, faculty of medicine. Khatam al-nabieen university. Kabul-Afghanistan

Abstract

Delivery is most common cause of obstetric's emergency and if there is no Extraindication of normal vaginal delivery, normal vaginal delivery is most safe regular than cesarean section. So the cesarean is a major surgery and may have many complications for mother and neonate. Many researchs occurred about cesarean section in different populations. Emphasised that cost effect and complications of cesarean section in population is more than normal vaginal delivery and today increasing in prevalence of cesarean section all of the world had been studied. So the basic goal of delivery is the supply healthy of mother and infant, this research has done to study about prevalence and underlying causes for choosing the delivery methods especially cesarean section to help authorities about awareness current situation.

Material & Methods: This study is cross sectional. In this study all mothers that had cesarean section in estiqal hospital from 2020 in form of census imported in the study. information had recorded in the data collection form that contains age, job, level of excitement of mother, address, family income and cause of cesarean section the criteria for importing was the mothers that come to esteqlal hospital and was inmate kabul provience and the criteria of export of study was unavilable information of patient's.

Results: Study conclusions communicate that most cause of cesarean section are Cephalopelvic disproportion (12.4%), mechnial (12.2%), abnormal presentation (11.6%), multipurpose (9.9%), decrease fetal heart rate (8%), preeclampsia (5.9%), intra uterin growth retardation (6%), macrosomia (4%) Fetal distress (3.5%), premature rupture of fetal memberane (3.1%), other obstetric cause (16%), non obstetric cause (1.2%), and level of excitement, age and family incomes are including effective cause in cesarean section.

Conclusion: Best action to decrease range of necessary medical intervention at labour and delivery that led to increase cesarean section is education to pregnant mothers. So by controlling, evaluating and presenting essential medical caring and absence of major medical problem wish close range of cesarean section in our country to international statistics range.

Keywords: Risk factors, causes of cesarean section, Esteqlal Hospital

بررسی فراوانی سزارین در مراجعین شفاخانه‌ی استقلال ولایت کابل در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹

نسا محمدی^۱ و موسی بشیر^۲

۱. پوهنیار، دانشجوی دکتری (PhD)، هیأت علمی دانشکده‌ی قایلگی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان
ایمیل: nesa.mohmmadi۶۴@gmail.com تلفن: ۰۰۹۳۷۰۶۸۲۹۰۹۷
۲. پوهنیار، دانشجوی دکتری (PhD)، هیأت علمی دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان

چکیده

زمینه و هدف: زایمان شایع‌ترین اورژانس نسایی است و در صورت عدم وجود عوارضی که نیاز به سزارین را مبرم می‌کند، انجام زایمان طبیعی نسبت به سزارین امنیت بیش‌تر دارد. به تاکید سازمان جهانی بهداشت، در صورت وجود اندیکاسیون‌های طبی، عمل سزارین می‌تواند به‌عنوان یک عامل موثر در حفظ جان مادر و حیات نوزاد به حساب آید. از آنجا که هدف اصلی زایمان، تامین سلامت و حیات مادر و جنین است؛ لذا این مطالعه به‌منظور بررسی فراوانی و شناسایی علل سزارین صورت گرفت تا به مسئولین و سیاستگذاران در جهت شناخت وضعیت موجود و برنامه‌ریزی جهت کاهش سزارین کمک کند.

مواد و روش کار: این مطالعه یک بررسی توصیفی از نوع مقطعی می‌باشد. در این مطالعه زنان باردار مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی استقلال که در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ تحت سزارین قرار گرفتند، به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. اطلاعات بیماران در فرم جمع‌آوری داده‌ها که شامل سن، شغل و سطح تحصیلات مادر، محل سکونت و درآمد خانواده و علل سزارین بود ثبت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار بود که جهت سزارین به شفاخانه‌ی استقلال مراجعه کرده و ساکن ولایت کابل بودند و معیار خروج از مطالعه در دسترس نبودن اطلاعات کافی از بیماران بود. تعداد ۲۰۰ دوسیه‌ی بیمار تحت بررسی قرار گرفت و نتایج به دست آمده با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی فراوانی و علل سزارین در زنان باردار مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی استقلال در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. بیش‌تر نتایج پژوهش بیانگر آن است که: عدم تطابق سر با لگن، پرزانتاسیون غیرطبیعی، مکنونیال، دیسترس جنینی هستند. طبق نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر بر اساس نوعیت تشخیص بیش‌ترین مریضان به تعداد ۷۴ نفر (۳۶.۵٪) بارداری با سن حاملگی کامل + مرحله‌ی اول لیبر + سزارین قبلی را تشکیل می‌دادند. همین‌طور به ترتیب ۲۹ نفر (۱۴.۳٪) بریچ + مرحله‌ی اول لیبر ۳۴ نفر (۱۶.۷٪) اولیگوهدیترامنیوس، ۱۷ نفر (۸.۴٪) دیسترس جنینی، ۱۰ نفر (۴.۹٪) عدم تناسب سر با لگن، ۷ نفر (۳.۴٪) پارگی زودرس کیسه‌ی آب، ۱۳ نفر (۶.۴٪) دوقلویی + عدم تناسب سر با لگن و به تعداد ۵ نفر (۲.۵٪) سزارین قبلی + ماکروزومی، اکلمپسی ۶ نفر (۳.۰٪)، میکروسفال ۱ نفر (۰.۵٪)، که کم‌ترین نوع تشخیص را نشان می‌داد، تشکیل می‌داد.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه، سزارین در مقایسه با آمار جهانی از میزان متوسط برخوردار است. این مطالعه به‌منظور کاهش میزان سزارین می‌توان خدماتی در قبل و حین و زایمان انجام داد، از جمله جهت کاهش ترس از زایمان طبیعی به افزایش آگاهی و اطلاعات زنان باردار در خصوص استفاده از تکنیک‌های کنترل و کاهش درد پرداخته شود.

کلمات کلیدی: عوامل خطر، بررسی علل سزارین، شفاخانه‌ی استقلال

مهم‌ترین واقعه در طول دوران باروری را می‌توان فرایند بارداری و زایمان به حساب آورد (۱). انجام سزارین به دنبال اندیکاسیون پزشکی صحیح یک روش مؤثر و حیات‌بخش است. فراهم کردن شرایط عمل سزارین در موارد صحیح و ایمن در کشورهایی که مرگ و میر مادران در آن‌ها زیاد است، اهمیت بالایی داشته و این کار باید در هنگام کاهش سزارین‌های غیرضروری انجام گیرد (۲). مسأله‌ای که امروزه این روش از زایمان را به چالش می‌کشد، انجام بی‌رویه‌ی آن به‌عنوان روش متداول زایمان در دنیا هست. برای نخستین بار در سال ۲۰۰۹ میلادی، فراوانی سزارین در دنیا به ۵۰/۱ درصد رسید که از فراوانی زایمان واژینال پیشی گرفت و سپس این فراوانی به ۵۵/۷ درصد در سال ۲۰۱۲ میلادی رسید (۳). این افزایش در سراسر جهان به علت افزایش دسترسی به امکانات جراحی (در مواقع مورد نیاز) و استفاده از سزارین در مواقعی که از نظر پزشکی لازم نبوده به وجود آمده است (۴). با افزایش ایمنی عمل سزارین فراوانی سزارین در ۶۰ سال اخیر در کشورهای توسعه یافته و نیز در حال توسعه افزایش پیدا کرده است. بر اساس نظر کالج آمریکایی، زنان و زایمان و گزارشی که در سال ۲۰۱۱ منتشر شد، از هر ۳ زن آمریکایی که زایمان می‌کند، یک نفر به روش سزارین فرزند خویش را به دنیا می‌آورد. افزایش سریع در فراوانی زایمان سزارین در دنیا مشکلات جدی سلامت به‌همراه آورده است (۵).

تعیین فراوانی ایده‌آل زایمان سزارین در جمعیت بسیار دشوار است. در واقع اولویت نباید دست‌یابی به یک نرخ خاصی از سزارین باشد؛ اما نرخی که با توجه به اندیکاسیون‌های پزشکی توجیه شده باشد قابل قبول است. بنابراین، الزامی است که میزان سزارین در هر جامعه را با توجه به ویژگی‌های همان جامعه بررسی کرد. بر اساس نظر سازمان جهانی که از سال ۲۰۱۱ معیار مقایسه‌ی فراوانی سزارین در سطح بهداشت ملی و بین‌المللی را طبقه‌بندی رابسون در نظر گرفته است، بیش‌ترین افزایش میزان سزارین مربوط به زیرگروه کم‌خطر است. سرعت این افزایش در کشورهای در حال توسعه بیش‌تر از کشورهای توسعه‌یافته است (۶-۹). در ایران طی دو دهه‌ی اخیر افزایش شدیدی در

فراوانی سزارین مشاهده شده است (۱۰). فراوانی زایمان سزارین از کل زایمان‌ها در سال ۲۰۰۰ میلادی در ایران ۳۵ درصد بوده است که این فراوانی از مقدار گزارش‌شده از کشورهای توسعه‌یافته مثل آمریکا (۳۰/۲) درصد و انگلستان (۲۲) درصد بیش‌تر بوده است (۹). این فراوانی در سال ۲۰۰۵ میلادی به ۴۷ درصد افزایش یافت که در سال‌های آینده این فراوانی به بیش از ۵۰ درصد رسیده است. سهم بیمارستان‌های خصوصی از زایمان سزارین به‌صورت معناداری از بیمارستان‌های دولتی بیش‌تر بود (۱۱). اگرچه عمل سزارین در مواردی مثل لیبر طولانی، دیسترس جنینی، تحت فشار قرار گرفتن جنین به علت نمایش غیرطبیعی برای نجات جان مادر و نوزاد ضروری است، خطر مرگ مادر ناشی از زایمان سزارین ۳ برابر بیش‌تر از زایمان واژینال است. علاوه بر این، زایمان به روش سزارین عوارض و خطرهایی به مراتب بیش‌تر از زایمان طبیعی دارد. همانند هر عمل جراحی دیگر، عمل سزارین با خطرهای کوتاه‌مدت و بلندمدتی همراه است که می‌تواند در سال‌های پس از زایمان، سلامت مادر، کودک و حاملگی‌های آینده را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲،۱۳).

به‌طور کلی تمایل به انجام زایمان طبیعی هم در ارایه‌دهندگان و هم در دریافت‌کنندگان خدمت پایین است. از سبب‌های آن در بین ارایه‌دهندگان خدمت می‌تواند تمایل پایین متخصصان بی‌هوشی در مشارکت در زایمان طبیعی بی‌درد، انگیزه‌های مالی ترس از برخی پیامدهای ناخواسته در روند زایمان طبیعی، سهولت تنظیم وقت برای رسیدگی به بیماران مطب، عدم تخصیص وقت از سوی متخصصان برای قبول مسئولیت زایمان طبیعی، عدم اعتماد متخصصان به ماماها و ضعف در آموزش ارایه‌دهندگان خدمت باشد و در بین دریافت‌کنندگان خدمت می‌توان به نگرش نه چندان مثبت در مورد زایمان طبیعی به علت ترس یا برخورد نامناسب ارایه‌دهندگان خدمت، عدم تجهیز واحدهای زایمانی نداشتن آگاهی و آموزش کافی اشاره کرد (۱۴). با توجه به این که زایمان شایع‌ترین اورژانس نسایی است و در صورت عدم وجود عوارضی که نیاز به سزارین را مبرم می‌کند، انجام زایمان طبیعی نسبت به سزارین امنیت بیش‌تر دارد. به تأکید سازمان جهانی بهداشت، در صورت وجود اندیکاسیون‌های طبی عمل سزارین می‌تواند به‌عنوان یک عامل مؤثر در حفظ جان مادر و

جدول ۱. گروه سنی تحت مطالعه

تعداد و فیصدی (%)	گروه سنی
۳۷.۴) ۹۱	۱۹-۲۳
۴۵.۳) ۹۲	۲۴-۲۸
۱۳.۸) ۲۸	۲۹-۳۳
۳.۵) ۷	بالتر از ۳۴

طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه به تعداد ۱۲۰ نفر (۵۹.۱٪) را مریضان بی سواد تشکیل می داد و به تعقیب آن ۷۳ نفر (۵.۳۶٪) از مریضان را افرادی که دارای مدرک دوازده بودند تشکیل می داد. همچنان به تعداد ۷ نفر (۵.۳٪) را که دارنده ی مدرک لیسانس بودند، تشکیل می داد. توضیحات بیش تر در جدول ۲ داده شده است.

جدول ۲. میزان سطح سواد مریضان مورد مطالعه

سطح سواد	تعداد	فیصدی
بی سواد	۱۲۰	۵۹.۱
دوازده پاس	۷۳	۳۶.۵
لیسانس	۷	۳.۵

نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد که بیش ترین میزان تعداد حاملگی ۲۴،۶ فیصد و کم ترین ۰،۵ فیصد می باشد. توضیحات بیش تر در جدول ۳ آمده است.

حیات نوزاد به حساب آید. از آنجا که هدف اصلی زایمان، تامین سلامت و حیات مادر و جنین است، این مطالعه به منظور بررسی فراوانی و شناسایی علل سزارین صورت گرفت تا به مسئولین و سیاستگذاران در جهت شناخت وضعیت موجود و برنامه ریزی جهت کاهش سزارین کمک کند.

روش انجام کار

این مطالعه، مطالعه ای توصیفی مقطعی می باشد. در این مطالعه، زنان باردار مراجعه کننده به شفاخانه ی استقلال که در نیمه ی اول سال ۱۳۹۹ تحت سزارین قرار گرفتند، به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. برای انجام این تحقیق، بعد از تایید طرح تحقیق توسط شورای علمی دانشکده ی طب دانشگاه خاتم النبیین^(ص) به شفاخانه ی استقلال واقع سرک دارالامان کابل افغانستان مراجعه گردید. در شفاخانه ی مذکور با هماهنگی معاونت شفاخانه و مسئول مربوطه دوسیه ی بیماران سال ۱۳۹۹ در اختیار محقق این پایان نامه قرار داده شد. دوسیه های موجود بررسی و دوسیه های مربوط به مریضان سزارین به تعداد ۲۰۰ دوسیه مجزا شدند. پس از مطالعه ی دقیق دوسیه بیماران، مواد لازم برای تحقیق یادداشت و ثبت گردید. اطلاعات بیماران در فرم جمع آوری داده ها که شامل سن، شغل، سطح تحصیلات مادر، محل سکونت، درآمد خانواده و علل سزارین بود، ثبت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار بود که جهت سزارین به شفاخانه ی استقلال مراجعه کرده و ساکن ولایت کابل بودند و معیار خروج از مطالعه در دسترس نبودن اطلاعات کافی از بیماران بود. تعداد ۲۰۰ دوسیه ی بیمار تحت بررسی قرار گرفت. در این تحقیق از آمار توصیفی توسط نرم افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

نتایج

بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق، کل مریضان به تعداد ۲۰۰ نفر به چهار گروه سنی، ۱۹-۲۳ سال (۳۷.۴٪)، ۲۴-۲۸ سال (۴۵.۳٪)، ۲۹-۳۳ سال (۱۳.۸٪) و بالاتر از ۳۴ سال (۳.۵٪) دسته بندی گردیدند که اکثریت از مریضان را سنین بین ۱۹ الی ۲۸ سال تشکیل می داد. توضیح بیش تر در جدول ۱-۱ داده شده است.

۳۹	۸	۵
۳۹	۸	۶
۱۰	۲	۷
۰.۵	۱	۸

طبق نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داده شد که اکثریت مراجعان دارای مدت دوره‌ی حمل کامل ۳۸ هفته ۱۹۱ نفر (۹۴.۱٪)، و کم‌ترین فیصد ۳۶ هفته ۵ نفر (۲.۵٪) را تشکیل می‌دادند.

جدول ۵. مدت یا دور حمل

مدت یا دوران حمل	تعداد	فیصدی
۳۸ هفته	۱۹۱	۹۴.۱
۴۰ هفته	۴	۲.۰
۳۶ هفته	۵	۲.۵

طبق نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر بر اساس نوعیت تشخیص بیش‌ترین مریضان به تعداد ۷۴ نفر (۳۶.۵٪) سزارین قبلی را تشکیل می‌دادند و کم‌ترین علت میکروسفالی ۱ نفر (۰.۵٪)، تشکیل می‌داد. توضیحات بیش‌تر در جدول ۶-۳ داده شده است.

جدول ۶. نوعیت تشخیص

نوعیت تشخیص	تعداد	فیصدی
سزارین قبلی	۷۴	۳۶.۵
بریچ	۲۹	۱۴.۳
پاره گی زودرس کیسه آب	۷	۴.۳
دیسترس جنینی	۱۷	۸.۴
دوگانگی+ عدم تناسب سر با لگن	۱۳	۶.۴
بزرگ برای سن حاملگی	۳۴	۱۶.۷

جدول ۳. تعداد و فیصدی حمل

Gravity	تعداد	فیصدی
۱	۴۷	۲۳.۲
۱	۶	۳.۰
۲	۴۵	۲۲.۲
۳	۵۰	۲۴.۶
۴	۲۲	۱۰.۸
۵	۹	۴.۴
۶	۷	۳.۴
۷	۹	۴.۴
۸	۲	۱.۰
۹	۲	۱.۰
۱۱	۱	۰.۵

نتایج به دست آمده نشان دادند که اکثریت مریضان که سابقه‌ی زایمان قبلی نداشتند، ۵۳ نفر (۲۶.۱٪) را تشکیل می‌دادند. بیش‌ترین میزان برای زنانی بود که دو ولادت ۵۵ نفر (۲۷.۱٪) و کم‌ترین میزان درصد برای زنانی بود که هشت ولادت به تعداد ۱ نفر (۰.۵٪) را تشکیل می‌دادند. توضیحات بیش‌تر در جدول ۴ داده شده است.

جدول ۴. تعداد ولادتها می‌باشد (سابقه‌ی قبلی زایمان)

Parity	تعداد	فیصدی
۰	۵۳	۲۶.۱
۱	۴۷	۲۳.۲
۲	۵۵	۲۷.۱
۳	۱۴	۶.۹
۴	۱۲	۵.۹

زایمان قبلی وی به روش سزارین انجام شده، جزء حاملگی‌های پرخطر طبقه‌بندی می‌شود، چرا که خطر پارگی رحم آسیب به مادر و نوزاد و طولانی شدن مدت عمل به دلیل چسبندگی‌های داخل شکمی و خونریزی حین و بعد از عمل احتمال عفونت و باز شدن زخم محل عمل و طولانی شدن مدت بستری در شفاخانه، با احتمال بیش‌تری نسبت به فردی که قبلاً عمل جراحی انجام نداده، مطرح است. در بررسی جورابچی و همکاران در تبریز گزارش شده است که در شفاخانه‌های خصوصی درصد سزارین حدود ۲۵ درصد است و از هر ۴ زن یکی سزارین می‌شود (۱۵). این مطالعه با مطالعه‌ای که در شفاخانه‌ی دولتی در افغانستان (شفاخانه‌ی استقلال) بررسی کردیم، با مطالعات مربوطه هم‌خوانی دارد (۱۶). یکی از دلایل افزایش تعداد سزارین در این شفاخانه، آموزشی بودن برای متخصصین می‌باشد و ممکن است متخصصین جهت یادگیری شیوه‌ی انجام سزارین به سرعت این روش زایمانی را انتخاب کرده باشند. در آمریکا از ۴ میلیون زایمانی که سالانه انجام می‌شود، نزدیک به یک میلیون به روش سزارین و ریت سزارین آمریکا پس از پورتوریکو و برزیل در مقام سوم در جهان است که با مطالعات مربوط هم‌خوانی ندارد (۱۷). در کشور سوئد در یک بررسی سعی شد که ریت سزارین کاهش داده شود. در این کشور ریت سزارین در ۱۰۳۷، ۱۵ درصد و در ۱۹۸۳، ۱۲.۳ درصد کاهش یافته است؛ ولی شیوع آپکار دقیقه‌ی اول کم‌تر از ۴ و دقیقه‌ی پنجم کم‌تر از ۷ پری ناتال مورتالیتی در ۱۹۹۰ نصف ۱۹۸۳ بوده است. بنابراین می‌توان شیوع سزارین را بدون افزایش ریسک نوزاد کاهش داد؛ زیرا پری ناتال مورتالیتی علاوه بر شیوع سزارین با عوامل پری ناتال و پست ناتال دیگر نیز ارتباط دارد که البته در کشور ما اکثر ولادت‌هایی که انجام می‌شود، از طریق واژینال صورت می‌گیرد، با مطالعات مربوط هم‌خوانی ندارد (۱۸).

در تحقیقی که در کشورهای جنوب شرق آسیا توسط Festin در سال ۲۰۰۵ انجام گرفت، در مجموع ۲۷ درصد زنان به روش سزارین زایمان نموده شایع‌ترین علت سزارین، سزارین قبلی بوده است که میزان سزارین آن کشورها حدود ۱۸ درصد از میزان سزارین در شفاخانه‌ی استقلال کم بوده اس؛ اما شایع‌ترین علت سزارین که سزارین قبلی بوده، با نتایج مطالعه‌ی ما هم‌خوانی دارد (۱۹). به نظر می‌رسد علل فراوانی بالاتر سزارین در این

عدم تناسب سر با لگن	۱۰	۴۹
اکلامپسی	۶	۳۰
سزارین قبلی+ماکروزومی	۵	۲.۵
میکروسفالی	۱	۰.۵

بحث

سزارین روشی است که نوزاد از طریق یک برشی جراحی ایجاد شده بر روی شکم و رحم مادر متولد می‌گردد. امروزه سزارین یکی از شایع‌ترین عمل‌های جراحی است که برای جلوگیری از خطرات احتمالی تهدیدکننده‌ی سلامت مادر و جنین انجام می‌شود. افزایش روز افزون عمل‌های سزارین، توجه جدی متخصصین را به خود جلب نموده و ضرورت انجام سزارین یکی از مباحث مطرح جامعه‌ی پزشکی است (۵). بسیاری از متخصصین افزایش زایمان واژینال پس از عمل سزارین را بی‌خطر می‌دانند.

سزارین روشی است که نوزاد از طریق یک برش جراحی ایجاد شده بر روی شکم و رحم مادر متولد می‌گردد. امروزه سزارین یکی از شایع‌ترین عمل‌های جراحی است که برای جلوگیری از خطرات احتمالی تهدیدکننده‌ی سلامت مادر و جنین انجام می‌شود. افزایش روزافزون عمل‌های سزارین توجه، جدی متخصصین را به خود جلب نموده و ضرورت انجام سزارین یکی از مباحث مطرح جامعه‌ی پزشکی است (۵). بسیاری از متخصصین افزایش زایمان واژینال پس از عمل سزارین را بی‌خطر می‌دانند. در ۱۵ سال اخیر شواهد زیادی از ایمنی نسبی زایمان در اکثر زنان دارای برش عرضی سزارین پایین به دست آمده است. متأسفانه امروزه اغلب مادران باردار به دلیل ترس از درد زایمان و داشتن اطلاعات نادرست در خصوص آثار جسمی یک زایمان طبیعی بر کانال زایمانی، بدون اطلاع از خطرات عمل سزارین، طالب انجام آن بوده و جهت انجام سزارین به داکتر خود اصرار می‌ورزند که این آمار در مقایسه با آمار پیشرفته‌ی مامایی ایمنی سزارین کم‌تر از زایمان طبیعی بوده این امر به دلیل عوارضی نظیر خونریزی در حد دو برابر زایمان طبیعی، زایمان، افزایش احتمال بروز عفونت رحمی بعد از زایمان، درد بیش‌تر پس از زایمان و عواقب بیهوشی در مادر و جنین بوده علاوه بر این حاملگی در مادر بارداری که

پارتوگراف (نمودار زایمانی) زایمان به هنگام شروع دردها؛

۶. برگزاری دوره‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک برای متخصصین نسایی و قابله‌ها و الزامی کردن گذراندن این دوره‌ها.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های به دست آمده از تحقیق بر روی ۲۰۰ دوسیه بررسی فراوانی سزارین در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ ه.ش به شفاخانه‌ی استقلال مراجعه کرده بودند، نشان می‌دهد که از لحاظ گروه سنی بیش‌ترین آمار ۱۹-۲۸ سال به خود اختصاص داده بودند که از لحاظ سطح تحصیلات بیش‌ترین آمار به تعداد ۱۲۰ نفر (۵۹.۱٪) را مریضان بی‌سواد تشکیل می‌داد و به تعقیب آن ۷۳ نفر (۵.۳۶٪) از مریضان را افرادی که دارای مدرک دوازده بودند تشکیل می‌داد. همچنان به تعداد ۷ نفر (۵.۳٪) را که دارنده‌ی مدرک لیسانس بودند، تشکیل می‌داد. از لحاظ تعداد حمل، بیش‌ترین فیصدی را مریضانی که سه حمل ۵۰ نفر (۲۴.۶٪) کم‌ترین آن یازده حمل ۱ نفر (۰.۵٪) را تشکیل می‌داد. از تعداد ولادت که بیش‌ترین آمار از مریضانی که هیچ ولادت نکرده بودند ۵۳ نفر (۲۶.۱٪) را تشکیل می‌دادند. کم‌ترین آمار هشت ولادت به تعداد ۱ نفر (۰.۵٪) را تشکیل می‌دادند. از لحاظ مدت دوره‌ی حمل کامل ۳۸ هفته ۱۹۱ نفر (۹۴.۱٪)، ۴۰ هفته ۴ نفر (۲.۰٪)، ۳۶ هفته ۵ نفر (۲.۵٪) را تشکیل می‌دادند. از لحاظ نوعیت تشخیص بیش‌ترین مریضان به تعداد ۷۴ نفر (۳۶.۵٪) سزارین قبلی را تشکیل می‌دادند. میکروسفالی ۱ نفر (۰.۵٪)، که کم‌ترین نوع تشخیص را نشان می‌داد تشکیل می‌داد.

از آنجا که سلامت مادر طی دوران بارداری به سلامت پیش از بارداری بستگی دارد، در نظر گرفتن مراقبت‌های پیش از بارداری به‌عنوان مکمل مراقبت‌های دوران بارداری ضروری به نظر می‌رسد. بزرگترین هدف از ارائه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری تأمین سلامت مادر و کودک است. زمانی که این مراقبت‌ها توسط پرسنل صحتی ارائه می‌گردد، بایستی همواره سلامت و رفاه مادر و نوزاد مد نظر آن‌ها باشد و این نکته را همواره مد نظر داشته باشند که آیا این مادر می‌تواند نوزاد خود را به طور طبیعی به دنیا آورد.

با توجه به آمار بالای سزارین در این شفاخانه نسبت به

مطالعه نسبت به آمار بین‌المللی ناشی از عواملی مانند: بستری مادر در فاز نهفته‌ی زایمانی، تحریک طولانی مدت با اکسی توسین، عدم بکارگیری معیار تشخیصی صحیح برای CPD، تشخیص نادرست عدم پیشرفت زایمان به علت مراقبت‌های معمول در طی زایمان عدم کاربرد معیار تشخیصی صحیح برای دیسترس جنینی و به‌طور خلاصه انجام مداخلات طبی غیر ضروری در طی لیبر می‌باشد. نکته‌ی مهم روش تشخیص هر یک از این دلایل است چرا که در بسیاری از پرونده‌ها دلیل ذکر علت طبق معیارهای علمی بیان نشده است (مثلاً عدم ثبت منحنی پیشرفت زایمان) بنابراین، لزوم رعایت دقیق شرایط انتخاب یک علت به‌عنوان دلیل سزارین احساس می‌شود. همچنین انتخاب مواردی مانند عدم پیشرفت زایمان در حالی که بیمار هنوز در فاز فعال زایمان قرار نگرفته، به‌عنوان دلیل سزارین جزو مواردی است که در کتب مرجع به‌عنوان علت نادری برای انجام سزارین ذکر شده است.

در نهایت با توجه به این که هدف نهایی این طرح ارائه‌ی راهکارهای عملی برای کاهش سزارین با توجه به علل انجام آن بوده است، پیشنهاد می‌شود:

۱. از آنجا که سلامت مادر طی دوران بارداری به سلامت پیش از بارداری بستگی دارد، در نظر گرفتن مراقبت‌های پیش از بارداری به‌عنوان مکمل مراقبت‌های دوران بارداری ضروری به نظر می‌رسد؛

۲. ارائه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری سازمان‌دهی شده شامل: معاینه‌ی فیزیکی، آزمایشات بارداری، آموزش تغذیه گزارش خطرات بارداری (مانند: ادم، خونریزی، سردرد، تاری دید و...) و تشکیل کلاس‌ها زایمانی آمادگی شامل: ورزش‌هایی برای شل کردن عضلات، نحوه‌ی تنفس مادر پوزیشن، اصلاح و ... جهت کاهش ترس و اضطراب مادران درمانی در کلیه‌ی مراکز؛

۳. کنترل صدای قلب با دستگاه‌های الکترونیکی و مراقبت‌های پیشرفته؛

۴. اندازگیری صحیح اقطار لگن و تخمین بالینی آن و تفسیر صحیح اطلاعات بدست آمده؛

۵. مراقبت از مادر، جنین و پیشرفت زایمان با استفاده از

Reference

1. Roberts CL, Nippita TA. International caesarean section rates: the rising tide. *The Lancet Global Health*. 2015. 3: e241e.242.
2. Lurie S, Shalev A, Sadan O, Golan A. The changing indications and rates of cesarean section in one academic center over a 16-year period (1997–2012). *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016. 55: 499502--.
3. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de saude publica*, 2017. 51: 105.
4. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, DeneuxTharaux C, Oladapo OT, et al., What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*. 2015. 12: 57.
5. Seetha Panicker CT. Analysis of caesarean delivery rates using the ten group classification system in a tertiary care hospital. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2016. 5: 315357-.
6. Loue, V.A., Gbary, E.A., Koffi, S.V., Koffi, A.K., Traoré, M., Konan, J.Ket al. Analysis of caesarean rate and indications of university hospitals in sub-Saharan African developing countries using Robson classification system: the case of Cocody's hospital center, Abidjan-Cote d'Ivoire. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017; 5: 177377-.
7. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betran AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2018. 125: 3642-.
8. Grylka-Baeschlin S, Hess TH, Erdin R, Prentl E, Pehlke-Milde J. Availability and accessibility of perinatal data for the Robson classification of caesarean sections in

استاندارد بین‌المللی بهترین اقدام جهت کاهش بستری زودتر از موعد و کاهش میزان مداخلات طبی غیر ضروری در طی لیبر و زایمان که منجر به افزایش سزارین می‌شود،

با تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان می‌باشد، تا مادر باردار و همراه وی در این کلاس‌ها با انواع روش‌های زایمان و مزایا و معایب هر کدام و همچنین روش‌های غیردارویی کاهش درد در طی لیبر و زایمان (تکنیک‌های تنفس، ماساژتراپی، ریلکسیشن) آشنا شده و باعث توانمندسازی در وی شود. بنابراین، با کنترل و ارزیابی دقیق و ارائه‌ی مراقبت‌های طبی اساسی و در صورت عدم وجود مشکل عمده‌ی پزشکی، می‌توان امید داشت که میزان سزارین در کشور ما به آمار قابل قبول بین‌المللی نزدیک گردد.

Ed. Harcourt Brace and Company; 1999.

19. Festin MR, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR, Henderson-smart DJ, Crowther CA, et al. Cesarean section in four South East Asian countries: reason for, rates, associated care practices and health outcomes. *BMC*

Pregnancy and Childbirth 2009; 9(17).

Switzerland. *Swiss medical weekly*. 2018. 148(w14578).

9. Shakibazadeh E, Bayat R, Tahernejad A, Sepehri S. Frequency of, and indications for the first time C -section in Zanjan, Iran. *Nursing Practice Today*. 2015. 1: 20712-.

10. Ahmad Nia S, Delavar B, Eini Zinab H, Kazemipour S, Mehryar AH, Naghavi M. Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *2009 East Mediterr Health J*. Nov-Dec;15: 138998-.

11. Maharlouei N, Moalae M, Ajdari S, Zarei M, Lankarani KB. Caesarean delivery in south-western Iran: trends and determinants in a community-based survey. *Medical Principles and Practice*. 2013. 22: 184 88 .

12. Evanki J, Khakbazan Z, Babaei GH, Seyed Noori T. Evaluation of Cesarean Selection by Pregnant Women Referred to Health Centers in Rasht. *Hayat*, 2004. 10: 5060-.

13. Akbarzadeh F, Talaei A, Tavassoli F, Jalaliani S, Talebi M, Modarres Gharavi M, et al. Psychological characteristics of women with vaginal delivery, elective and emergency cesarean section. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2016; 58: 6119-.

14. Document of natural delivery promotion with a focus on empowering pregnant mothers: Ministry of Health and Medical Education. Islamic Republic Of Iran 2017.

15- Jorabchi H. Survey results of birth vaginally in previous cesarean. *National Congress Women's Disease*. Tabriz University of Medical Science. Tabriz, 1994. [Persian]

16. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Williams obstetrics*. 19 th ed Appleton & Lange; 1993.

17- Anderson GM, Lomas J. Explaining variations in cesarian section rates. patients, facilities or policies? *Can Med Assoc J* 1985; 132(3): 2538- 6-

18. James DK, Steer PJ. *High risk pregnancy*. 2nd

Frequency of sign and symptoms of COVID-19 disease in the patients admitted to Mohammad Ali Jinnah Hospital in the first half of 2020

Sayed Mohammad Baqer Haydari¹, Shirin Safari^{2*}

1.MD student, faculty of medicine,Khatam al-nabieen university, Kabul,Afghanistan

2*.Assistant professor, Master of Anatomy, faculty of dentistry, Khatam al-nabieen university, Kabul,Afghanistan

Email:safari.knurtc@knu.edu.af; Tel:+93798052545

Abstract

Background and purpose: In late December 2019, a new coronavirus, called SARS-CoV-2 (SARS-CoV-2), triggered the outbreak of Wuhan (Hanan Seafood Market) pneumonia across China, which is now under threat. It has created great health problem for the world's public, with the new coronavirus-1919 epidemic spreading worldwide, affecting the entire world, including Afghanistan. Common signs of Covid-19 include Fever, cough, Dyspnea. the Mean incubation period to be 5.1 days and that 97.5% of individuals who developed symptoms did so within 11.5 days of infection. Therefore, prevention and control of infection and observance of hygienic principles by the general public is a priority.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional field study with 212 patients of Mohammad Ali Jinnah Hospital in the second half of 1399 and Article Review method, by collecting sources from reference books and articles published in journals with Scientific credit has been collected.

Results: The results of the present study showed 212 patients, of which 117 (55.1%) were men and 95 (44.8%) were women. The Mean Age of Admitted Patienta were 45 years old. Patients with common symptoms of Fever (67,4%), Cough (56,6%),Dyspnea (53,3%) and Fatigue (50,9%) were diagnosed.

Keywords: SARA-CoV-2, Coronavirus, New Coronavirus-19 symptoms, Mohammad Ali Jinnah Hospital, Kabul

بررسی فراوانی اعراض و علائم کووید ۱۹ در بیماران بستری به شفاخانه محمدعلی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹

سید محمد باقر حیدری^۱، شیرین صفری^{۲*}

۱. دانشجوی طب معالجوی، دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان
۲. استادیار (پوهنیار)، فوق لیسانس آناتومی، دانشکده طب دندان دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان
ایمیل: safari.knurtc@knu.edu.af تلفن: ۰۰۹۳۷۹۸۰۵۲۵۴۵

چکیده

سابقه و هدف: در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، ویروس جدیدی به نام کروناویروس نوی-۲۰۱۹ (۲-SARS-CoV)، باعث آغاز شیوع پنومونی از ووهان (بازار غذاهای دریایی هانان) به سراسر کشور چین شد که در حال حاضر تهدیدات بهداشتی بزرگی را برای سلامتی عمومی جهان ایجاد کرده است. بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ ناشی از کرونا ویروس نوین-۲۰۱۹ در سراسر جهان، در حال گسترش است و تا ۲۳ دسامبر ۲۰۲۰ کل جهان، از جمله افغانستان را مبتلا و درگیر کرده است. علائم معمول کووید ۱۹ شامل تب سرفه و تنگی نفس است. علائم ممکن است ۲ روز تا ۲ هفته پس از قرار گرفتن در معرض ویروس ایجاد شود. دوره‌ی تفریح ویروس ۱ تا ۵ روز می‌باشد و ۹۷،۵٪ از افرادی که دچار علائم می‌شوند، در روز ۱۱ الودگی تظاهر می‌کند؛ بنابراین، پیشگیری و کنترل عفونت و رعایت اصول بهداشتی توسط عموم مردم در اولویت می‌باشد.

مواد و روش: این تحقیق به صورت میدانی توصیفی-مقطعی با مراجعه کنندگان شفاخانه‌ی محمد علی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ و روش مرور بر مقالات (Article Review)، با جمع‌آوری منابع از کتاب‌های مرجع و مقالات چاپ شده در مجلات دارای اعتبار علمی جمع‌آوری شده است.

یافته‌ها: نتایج مطالعه‌ی حاضر بر روی ۲۱۲ نفر شامل ۱۱۷ نفر مرد (۵۵،۱٪) و ۹۵ نفر خانم (۴۴،۸٪) در شفاخانه‌ی محمد علی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ بستری بودند که تمام آن‌ها تست COVID-۱۹ شان تایید شده بود، میانگین سن افراد بستری شده ۴۵ سال بود، انجام شده است. افراد بستری بوده دارای علائم شایع تب ۶۷،۴٪، سرفه ۵۶،۶٪، نفس‌تنگی ۵۳،۳٪ و خستگی ۵۰،۹٪ دریافت شد، همچنان از جمله ۲۱۲ نفر زیر ۳۰ سال ۱۴ نفر ۶،۶٪ و ۳۰ تا ۶۰ سال ۸۷ نفر ۴۱٪ و بالاتر از ۶۰ سال ۱۱۱ نفر ۵۲،۳٪ را تشکیل می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: ۲-SARAS-CoV، Coronavirus، علائم کروناویروس جدیدکوید-۱۹، شفاخانه‌ی محمدعلی جناح، کابل

کرونا ویروس‌ها دارای چهار پروتئین ساختاری اصلی بنام‌های (۵-۶).

N. (Nucleocapsid)

E. (Envelope)

S. (Spike)

M. (Membrane)

کرونا ویروس جدید ۲۰۱۹ (Covid-۱۹).

خبر ابتلای چندین نفر به یک ذات‌الریه غیرمعمول در ابتدای سال نو میلادی ۲۰۲۰ به سازمان بهداشت جهانی از سوی چین باعث معرفی نوع جدیدی از کرونا ویروس به‌عنوان عامل ایجاد یک بیماری تنفسی جدید گردید. با گسترش بسیار سریع این بیماری در چین و پس از آن به سایر نقاط دنیا، کرونا ویروس جدید با نام علمی SARS-CoV-۲ و بیماری حاصل از آن به نام (Covid-۱۹) نگرانی و وحشت زیادی را در بین مردم جهان به وجود آورد و سازمان بهداشت جهانی نیز طی اطلاعیه‌ای شیوع این ویروس را عامل وضعیت اضطراری بهداشت عمومی در سرتا سر جهان اعلام نمود (۷).

در ۲۹ دسامبر ۲۰۱۹، پزشکان بیمارستانی واقع در شهر ووهان چین متوجه موارد غیرمعمولی از بیماران مبتلا به ذات‌الریه (پنومونی) شدند. با این حال، اولین مورد از این بیماری در تاریخ ۱۲ دسامبر مشاهده گردید. بررسی‌های بعدی نشان داد که منشأ این بیماری از بازار غذاهای دریایی، طیور و حیوانات زنده واقع در شهر ووهان واقع در استان هوبای در مرکز چین بوده است. پس از آن، شیوع غیرمعمول موارد ذات‌الریه در تاریخ ۳۱ دسامبر به سازمان بهداشت جهانی گزارش شد. در تاریخ یکم ژانویه ۲۰۲۰، بازار مذکور بسته و تحت آلودگی‌زدایی قرار گرفت. بعد از گمانه زنی‌های گسترده در باره‌ی عامل مسبب این بیماری، سرانجام بخش چینی مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (CDC)، گزارش منتشر شده توسط وال استریت ژورنال را تأیید کرد و در تاریخ ۹ ژانویه ۲۰۲۰ عامل این بیماری را یک کرونا ویروس جدید با نام ۲۰۱۹-nCoV اعلام نمود (۸-۹).

ویروس کرونا در دسامبر سال ۲۰۱۹ در ووهان چین پدیدار شد. این بیماری یک نوع سندرم تنفسی حاد (پنومونی) با عامل ویروسی از خانواده‌ی بتا کرونا ویروس‌ها Beta Coronavirus می‌باشد که بسیار مسری بوده و در حال حاضر در سراسر جهان گسترش یافته روزانه تعداد زیادی از افراد را مبتلا می‌کند. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) در ۱۲ جنوری سال ۲۰۲۰، این ویروس را کرونا ویروس نوین ۲۰۱۹ (Novel Coronavirus) معرفی کرد و با ادامه‌ی روند بیماری در ۱۱ فیبروری سال ۲۰۲۰ نام این بیماری را رسماً کووید ۱۹ (Covid-۱۹) نام گذاری کرد (۱). از علائم بدون علامت / خفیف تا بیماری شدید و مرگ و میر متغیر است. علائم معمول کووید ۱۹ شامل تب، سرفه و تنگی نفس است (۲). علائم دیگر مانند ضعف و ناراحتی تنفسی نیز شرح داده شده است (۳).

علائم ممکن است ۲ روز تا ۲ هفته پس از قرار گرفتن در معرض ویروس ایجاد شود (۲). دوره‌ی تفریح ویروس ۱ تا ۵ روز می‌باشد و ۹۷٫۵٪ از افرادی که دچار علائم می‌شوند، در روز ۱۱ آلودگی تظاهر می‌کند (۴).

ویروس کرونا

کرونا ویروس‌ها جزء ویروس‌های RNA دار تک‌رشته‌ای پوشش‌دار و با قطر ۸۰-۱۲۰ نانومتر هستند و به ۴ گروه الف، بتا، دلتا و گاما تقسیم می‌شوند. پیش از شناسایی Covid-۱۹ تنها ۶ نوع کرونا ویروس می‌توانستند انسان را آلوده کنند و Covid-۱۹ به‌عنوان عضو خانواده‌ی بتا کرونا ویروس‌ها و هفتمین آن‌ها است. از بین این ویروس‌ها چهار کرونا ویروس HCoV229E، HCoVNL۶۳، HCoVOC۴۳ و HCoVHKU۱ چندان بیماری‌زا نیستند و فقد بیماری‌های تنفسی خفیف ایجاد می‌کنند؛ ولی دو کرونا ویروس SARS-CoV و MERS-CoV که به ترتیب از گربه و شتر به انسان منتقل شدند و دو همه‌گیری کشنده را رقم زدند. در این میان، هومولوژی و مکانیسم پاتوژنز SARS-CoV به COVID-۱۹ بسیار شبیه است. به علت سازگار شدن (Covid-۱۹) در بدن خفاش که دمای بالاتری از بدن انسان دارد این ویروس نسبت به دما مقاومت بیش‌تری از SARS-CoV

اعراض و علائم کووید ۱۹

شایع‌ترین علائم بالینی عفونت کووید ۱۹ عبارت از: تب، سرفه و خستگی است. اسهال و استفراغ علائمی نادر است که از این نظر، مشابه سایر کروناویروس‌ها با منشا حیوانی است. سندرم دیسترس تنفسی حاد (Acute Respiratory Distress Syndrome) یا به اختصار ARDS، حدوداً ۹ روز پس از شروع عفونت بروز می‌کند. این ویروس علاوه بر ریه به سایر بافت‌ها از جمله قلب کلیه، کبد، چشم و سیستم عصبی آسیب می‌زند (۱۷).

علائم زیر ممکن است کووید ۱۹ را نشان دهد (۱۸):

- تب یا لرز؛
 - سرفه؛
 - تنگی نفس یا مشکل در تنفس؛
 - خستگی؛
 - درد عضله یا بدن؛
 - سردرد؛
 - از بین رفتن حس ذائقه یا بویایی؛
 - گلو درد؛
 - احتقان یا ریزش بینی؛
 - حالت دلبدی یا استفراغ؛
 - اسهال.
- سایر علائم گزارش شده شامل موارد زیر است:
- تولید خلط؛
 - کسالت؛
 - زجرت تنفسی.

گیجی، فراموشی، تضعیف و محو شدن قدرت بویایی و چشایی و دردهای عصبی تا تشنج و سکته مغزی، از جمله علائم عصبی این ویروس‌اند که مربوط به کمبود اکسیژن خون و التهاب مغز است. التهاب مغزی می‌تواند به‌طور غیر مستقیم ناشی از ایجاد طوفان سایتو کاینی (آنسفالیت اتوایمیون) یا به‌طور مستقیم ناشی از شکسته شدن سد خونی-مغزی توسط ویروس (آنسفالیت ویروسی) باشد (۱۹-۲۰).

کووید ۱۹ از طریق ایجاد ترمبوز در شریان‌ها و وریدها عوارض قلبی عروقی نیز ایجاد می‌کند. مکانیسم ایجاد ترمبوز در این بیماری، التهاب، فعال شدن پلاکت‌ها، اختلال در عملکرد

سازمان بهداشت جهانی از این ویروس به‌عنوان ۲۰۱۹-nCoV یاد کرده است که در آن n به معنای جدید و CoV به معنای ویروس تاجی است. به‌طور کلی این ویروس نیز شبیه سندروم حاد تنفسی به نام سارس (SARS) است؛ اما به هیچ‌وجه یکسان نیست.

مطالعات اندکی وجود دارد که نشان می‌دهد خفاش‌ها می‌توانند میزبان انواع زیادی از کروناویروس‌ها باشند که با توجه به منطقه‌ی زیست و نوع خفاش‌ها متفاوت هستند (۱۰).

به نظر می‌رسد که این حیوانات مخزن طبیعی این ویروس باشند. به‌طور کلی کروناویروس‌ها در انسان یک بیماری تنفسی خفیف با علائم شبیه به سرماخوردگی ایجاد می‌کنند؛ ولی توانایی ایجاد بیماری‌های شدید تنفسی و حتی کشنده نیز در آن‌ها به اثبات رسیده است؛ برای مثال می‌توان به ایجاد همه‌گیری سارس (SARS) با سندرم حاد تنفسی شدید در طی سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ اشاره نمود (۱۱-۱۲).

سرایت کووید ۱۹

میزبان طبیعی این ویروس خفاش است و پنگولین‌ها و مارها نقش میزبان واسط را ایفا می‌کنند. اولین انتقال از طریق مصرف میزبان‌های طبیعی و واسط صورت گرفت. تماس مستقیم و قطرات تنفسی، شایع‌ترین راه انتقال این ویروس در جامعه است. دوره‌ی نهفتگی آن به‌طور متوسط ۳ روز (با محدوده‌ی ۰ تا ۲۴ روز) و متوسط زمان شروع اولین علامت تا مرگ ۱۴ روز است (۱۳-۱۴). خوشبختانه تاکنون انتقال داخل رحمی این ویروس از مادر آلوده به جنین گزارش نشده است (۱۵). کووید ۱۹ پوشش‌دار است و پایداری آن نسبت به ویروس‌های فاقد پوشش در دستگاه گوارش کم‌تر است و از این رو، احتمال آلوده شدن آب‌های سطحی و زیرزمینی به آن پایین است. خطر انتقال ویروس از طریق مدفوع یک فرد آلوده نیز کم است (۱۶). دمای بالا، pH کم یا زیاد و نور خورشید تعداد ویروس را کاهش می‌دهد. میزان بقای ویروس در سطوح مختلف بین ۲ ساعت تا ۹ روز متفاوت است. عوامل موثر در بقای ویروس عبارتند از: نوع سطوح، دما و رطوبت نسبی. مواد ضد عفونی‌کننده‌ی رایج مثل اتانول ۷۰ درصد و هیپوکلریت ۱/۰ درصد ویروس را در عرض یک دقیقه از بین می‌برند (۱۶).

می‌کند، در حال آزمایش است و ممکن است گزینه‌ای برای درمان Covid-۱۹ باشد. علاوه بر این، سایر آنالوگ‌های نوکلئوزیدی مثل لوپیناویر/ ریتونوویر lopinavir/ritonavir با نام تجاری Kaletra مهارکننده‌های نور آمینیداز، مهارکننده‌های DNA مثل tenofovir disoproxil و lamivudine و داروهای چون رمدسیویر remdesivir، پپتید EK۱، مهارکننده‌های جدید vinylsulfone protease، teico planin و مهارکننده‌های پروتئاز شبه ۳C (۳CLpro) گزینه‌های داروهای ضد ویروسی برای درمان Covid-۱۹ هستند. اینترفرون آلفای نو ترکیب نیز اثرات خوبی نشان داده است. استفاده از آنتی‌بادی‌های منوکلونال متصل شونده به RBD ویروس یا مسدود کننده رسپتور ACE۲ نیز از دیگر درمان‌های جذاب به شمار می‌روند. همچنین تجویز ایمونوگلوبولین داخل وریدی (IVIG) در تمام سنین می‌تواند از طریق کاهش سایتوکاین‌های التهابی و افزایش مدیاتورهای ضد التهابی موثر باشد. تجویز تیموزین آلفا یک نیز می‌تواند قوای سیستم ایمنی این افراد را برگرداند (۲۷-۲۹).

روش تحقیق

روش یا میتد اجرای طرح تحقیق از نوع میدانی - مقطعی و توصیفی است.

موتورهای جستجوگر

اطلاعات اینترنتی از طریق موتورهای جستجوگر (pub google scholar, SID.ir, Med)

با کلید واژه‌های (Covid-۱۹)، راه‌های تداوی کووید-۱۹ پیشگیری از کووید-۱۹، پاندمی کووید-۱۹، تشخیص کووید-۱۹) گردآوری شده است.

روش جمع‌آوری اطلاعات

این تحقیق بر روی دوسیه‌ی بیماران بستری به شفاخانه‌ی محمدعلی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ انجام شده است. فصل اول که شامل مقدمه، مروری بر مطالعات گذشته و اهمیت موضوع می‌گردد با استفاده از کتاب‌های ویروالژی میکروبیولوژی، سایت‌ها و مقالات تهیه و ترتیب گردید.

برای جمع‌آوری داده‌های مورد ضرورت بعد از تایید

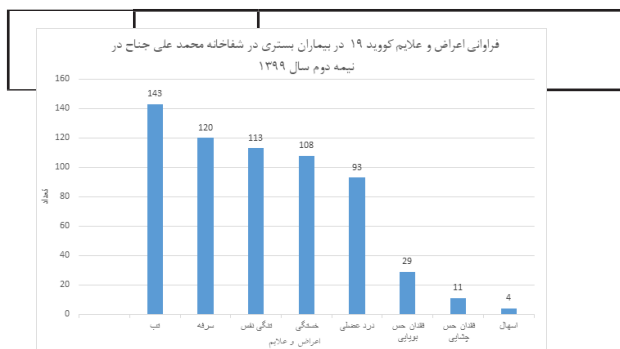
عروق و گرفتگی عروق است. تجویز داروهای ضد ترمبوز در بیماران نیز بر این اساس صورت می‌گیرد (۲۱). برخی از افراد مبتلا به کووید-۱۹، هم‌زمان سایر عفونت‌های ویروسی را نیز تجربه می‌کنند که شایع‌ترین آن‌ها عبارتند از: Rhinovirus، Respiratory Syncytial Virus، Enterovirus و کووید-۱۹ می‌باشد (۲۲).

تشخیص کووید ۱۹

تشخیص بیماری کووید-۱۹ متکی به یافته‌های آزمایشگاهی و رادیولوژیکی است. نمونه‌های مورد استفاده جهت انجام تست آزمایشگاهی شامل نمونه‌های سواب‌نازو فارنژیال، خلط یا (RT-PCR) آسپیره دستگاه تنفسی تحتانی است. تست تاییدی تشخیصی معمولاً از طریق شناسایی ژنوم ریبونوکلوئیک اسید (Ribonucleic Acid) ویروس انجام می‌شود (۲۳-۲۴). سی‌تی اسکن قفسه‌ی سینه در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ معمولاً کدورت شیشه‌ای مات را با یا بدون ناهنجاری‌های تحریک کننده، مطابق با پنومونی ویروسی نشان می‌دهد. ناهنجاری‌های CT، اکثراً دو طرفه است با توزیع محیطی و لوب‌های تحتانی را در گیر می‌کند (۲۴-۲۵). نمونه‌ای از گرافی قفسه‌ی سینه شکل شماره ۱ و سی‌تی اسکن ریه در شکل شماره ۲ آورده شده است. همچنین بیماری کووید-۱۹ را می‌توان با اندازه‌گیری سطوح آنتی‌بادی IgM و IgG به‌طور غیر مستقیم در خون بررسی نمود. آنتی‌بادی IgM و IgG حدوداً دو هفته بعد از ابتلای فرد، به بالاترین سطح خود در خون می‌رسد. کیت‌های آنتی‌بادی IgM و IgG مبتنی بر ELISA بیش از ۹۵ درصد ویژگی را برای تشخیص بیماری کووید ۱۹ دارند (۲۶).

درمان کووید ۱۹

درمان‌های رایج از جمله هیدروکسی کلروکین اکثر علامتی هستند؛ هر چند جدیداً Remdesivir به‌عنوان یک داروی ضد ویروس معرفی شده است. Remdesivir آنالوگ آدنوزین است که می‌تواند RNA پلیمراز ویروس را هدف قرار دهد و سنتز RNA ویروسی را مهار کند. استفاده از Umifenovir با نام تجاری Arbidol نیز که یک مولکول کوچک مشتق از ایندول است و از اتصال ویروس به رسپتورش جلوگیری

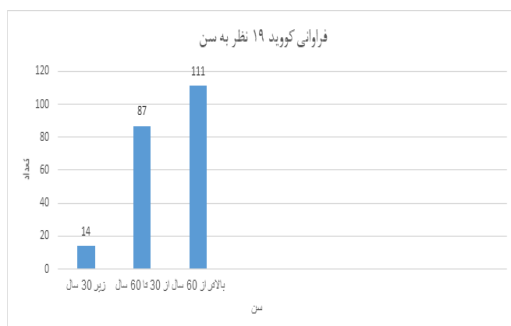


نمودار ۱ میزان فراوانی کووید ۱۹ نظر به اعراض و علائم

در این نمودار میزان فراوانی کووید ۱۹ نظر به اعراض و علائم قرار ذیل می‌باشد. تب ۱۴۳، سرفه ۱۲۰، تنگی نفس ۱۱۳، خستگی ۱۰۸، درد عضلی ۹۳، فقدان حس بویایی ۲۹، فقدان حس چشایی ۱۱ مورد و اسهال ۴ مورد.

جدول ۲. میزان فراوانی کووید-۱۹ نظر به سن

سن	تعداد	فیصدی
زیر ۳۰ سال	۱۴	۶.۶٪
۳۰ تا ۶۰ سال	۸۷	۴۱٪
بالتر از ۶۰ سال	۱۱۱	۵۲.۳٪
مجموع	۲۱۲	۱۰۰٪



طرح تحقیق توسط شورای علمی دانشکده‌ی طبی دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، به شفاخانه‌ی فوق‌الذکر واقع در برچی کابل مراجعه نمودم. در شفاخانه‌ی مذکور با هماهنگی معاونت شفاخانه، مسؤول مربوط دوسیه‌ی بیماران نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ را در اختیار بنده قرار داد.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها از دوسیه‌ی بیماران، داده‌ها در برنامه‌ی اکسل با استفاده از محاسبات ریاضی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند و چون آمار به دست آمده از این تحقیق، آمار مقطعی توصیفی است؛ بنابراین، برای توصیف آمار از جدول و نمودار در فصل سوم مطالعه‌ی حاضر استفاده شده و به تحریر در آمده است.

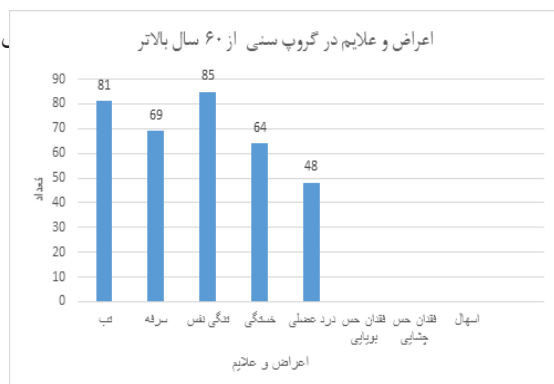
نتایج

در این بررسی که بالای ۲۱۲ بیمار مبتلا به کووید-۱۹ بستری در شفاخانه‌ی محمد علی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ انجام شد از ۲۱۲ بیمار بستری در شفاخانه‌ی مذکور اعراض و علائمی که دریافت گردیده شامل تب، سرفه، تنگی نفس، خستگی، درد عضلی، فقدان حس بویایی، فقدان حس چشایی و اسهال می‌باشد.

جدول ۱. میزان فراوانی کووید-۱۹ نظر به اعراض و علائم

اعراض و علائم	تعداد	فیصدی
تب	۱۴۳	۶۷.۴٪
سرفه	۱۲۰	۵۶.۶٪
تنگی نفس	۱۱۳	۵۳.۳٪
خستگی	۱۰۸	۵۰.۹٪
درد عضلی	۹۳	۴۳.۸٪
فقدان حس بویایی	۲۹	۱۳.۶٪
فقدان حس چشایی	۱۱	۵.۱٪
اسهال	۵	۲.۳٪

س بویایی



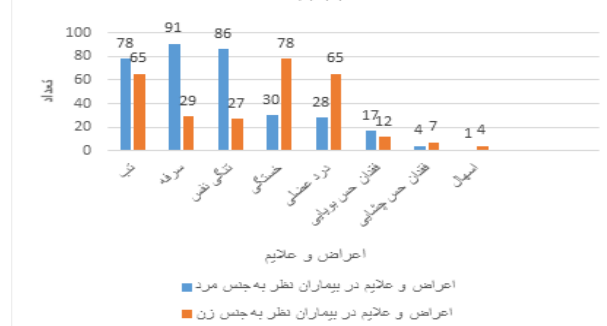
نمودار ۵ میزان فراوانی اعراض و علائم کووید ۱۹ در گروپ سنی بالاتر از ۶۰ سال

در نمودار ۵ میزان فراوانی اعراض و علائم کووید ۱۹ در گروپ سنی ۶۰ سال بالاتر قرار ذیل می‌باشد: تب ۸۱ مورد، سرفه ۶۹ مورد، تنگی نفس ۸۵ مورد، خستگی ۶۴ مورد، درد عضلی ۴۸ مورد. فقدان حس بویایی، فقدان حس چشایی و اسهال هر کدام ۰ مورد.

جدول ۶ میزان فراوانی کووید ۱۹ نظر به جنس

جنس	تعداد	فیصدی
مرد	۱۱۷	۵۵,۱٪
زن	۹۵	۴۴,۸٪
مجموع	۲۱۲	۱۰۰٪

فراوانی اعراض و علائم کووید ۱۹ نظر به جنس در بیماران بستری در شفاخانه محمد علی جناح در نیمه دوم سال ۱۳۹۹

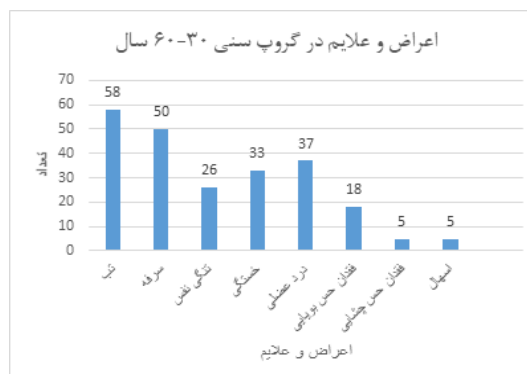


در نمودار ۲ میزان فراوانی کووید-۱۹ نظر به سن قرار ذیل می‌باشد؛ زیر ۳۰ سال ۱۴ نفر، از ۳۰ تا ۶۰ سال ۸۷ نفر، بالاتر از ۶۰ سال ۱۱۱ نفر.



نمودار ۳. میزان فراوانی اعراض و علائم کووید-۱۹ در گروپ سنی زیر ۳۰ سال

در نمودار ۳ میزان فراوانی اعراض و علائم کووید-۱۹ در گروه سنی زیر ۳۰ سال بدین قرار می‌باشد: تب ۴ مورد، سرفه ۱ مورد، نفس تنگی ۲ مورد، خستگی ۱۱ مورد، درد عضلی ۸ مورد فقدان حس بویایی ۶ مورد و فقدان حس چشایی ۶ مورد.



نمودار ۴. میزان فراوانی اعراض و علائم کووید-۱۹ در گروپ سنی ۳۰-۶۰ سال

در نمودار ۴ میزان فراوانی اعراض و علائم کووید ۱۹ نظر به سن ۳۰ تا ۶۰ سال قرار ذیل می‌باشد: تب ۵۸ مورد، سرفه ۵۰ مورد

نمودار ۶. میزان فراوانی اعراض و علائم کووید ۱۹ نظر به جنس

در نمودار ۶ میزان فراوانی اعراض و علائم کووید-۱۹ نظر به جنس قرار ذیل می‌باشد: تب (مرد ۷۸ مورد زن ۶۵ مورد)، سرفه (مرد ۹۱ نفر و زن ۲۹ نفر)، تنگی نفس (مرد ۸۶ مورد و زن ۲۷ مورد)، خستگی (مرد ۳۰ مورد و زن ۷۸ مورد) درد عضلی (مرد ۲۸ مورد و زن ۶۵ مورد) فقدان حس بویایی (مرد ۱۷ مورد و زن ۱۲)، فقدان حس چشایی (مرد ۴ مورد و زن ۷ مورد) اسهال (مرد ۱ و زن ۴ مورد).

بحث

کووید-۱۹ بیماری عفونی جدی و خطرناک است که علائم آن مشابه SARS و به صورت تب، سرفه و خستگی است. این بیماری بیش تر از طریق قطرات تنفسی و تماس نزدیک منتقل می‌شود. این بیماری تهدید بزرگی برای بهداشت و ایمنی جهان محسوب می‌شود و باید به سرعت از شیوع و گسترش آن جلوگیری کرد. شیوع و گسترش این بیماری به تعامل بین ویروس و سیستم ایمنی فرد بستگی دارد. فاکتورهای مربوط به ویروس نیز شامل نوع ویروس، جهش و تعداد ویروس است. سیستم ایمنی فرد نیز تحت تاثیر ژنتیک (مثل ژن HLA)، سن، جنسیت، وضعیت تغذیه‌ای هموستاز بین سیستم ایمنی، عصبی و غدد درون ریز و وضعیت جسمی است. تمام این عوامل در ابتلای فرد، مدت و شدت بیماری و برگشت بیماری نقش دارند. با توجه به انتقال بیماری در بیماران مبتلا به کووید-۱۹، یافته‌های مطالعات مختلف متفاوت هستند.

همچنان در مطالعه‌ای که توسط Rubin GJ و همکارانش ۳۹۷۶ مورد از عفونت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ را گزارش کردند. آن‌ها دریافتند که تب (۹۵.۳٪) و سرفه (۸۷.۳٪) شایع ترین علائم هستند. اسهال (۴.۲٪) و استفراغ (۷٪) نادر بودند. ناهنجاری در تصاویر CT-Scan قفسه‌ی سینه در ۹۶٪ از بیماران آلوده به کروناویروس نوین-۲۰۱۹ مشاهده شد و در ۸۴.۱٪ از آن‌ها لنفوپنی ثبت شد. نتایج مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۰).

در مطالعه‌ی Hui Ds و همکارانش ۱۸۶۵ مورد از عفونت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ را گزارش کردند. آن‌ها دریافتند که تب (۸۹.۳٪) و سرفه (۷۱.۳٪) شایع ترین علائم هستند. اسهال

(۴.۲٪) و استفراغ (۷٪) نادر بودند. ناهنجاری در تصاویر CT-Scan قفسه‌ی سینه در ۹۶٪ از بیماران آلوده به کروناویروس نوین-۲۰۱۹ مشاهده شد و در ۸۴.۱٪ از آن‌ها لنفوپنی ثبت شد و نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۳۰).

همچنان در مطالعه‌ای که توسط Huang و همکارانش انجام شد، آن‌ها دریافتند که ۹۸٪ از بیماران کووید-۱۹ در مطالعه تب داشته‌اند. از این تعداد ۸۷٪ دمای بالاتر از ۳۸ درجه‌ی سانتی‌گراد بود. آن‌ها گزارش دادند که ۷۶٪ از بیماران دچار سرفه، ۴۴٪ از بیماران دچار خستگی و درد عضلانی و ۵۵٪ از بیماران دچار تنگی (دیسپنه) بودند. تعداد کمی از بیماران همچنین expectoration خلط (۲۸٪)، سردرد (۸٪)، خونریزی hemoptysis (۵٪) و اسهال (۳٪) داشتند. تست‌های آزمایشگاهی نشان داد که ۲۵٪ از بیماران آلوده مبتلا به لکوپنی و ۶۳٪ مبتلا لنفوسیتی هستند. سطح آسپاراتات آمینوترانسفراز در ۳۷٪ از بیماران بالا رفته است. التهاب عضله‌ی قلب Myocarditis در ۱۲٪ از بیماران تشخیص داده شد و سطح تروپونین I خیلی حساس (hs-cTnI) در این بیماران به طور قابل توجهی افزایش یافته بود. ناهنجاری‌ها در تصاویر CT قفسه‌ی سینه در ۱۰۰٪ بیماران مشاهده شد. در ۹۸٪ از ریه‌های دو طرف بیماران آلوده، مناطق Grinding glass-like and consolidation areas یافته شد که با مطالعه ما همخوانی دارد (۳۱).

همچنان در مطالعه‌ای که توسط Guan و همکارانش در سال ۲۰۲۰ در چین روی ۱۰۹۹ مورد از عفونت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ را گزارش کردند. آن‌ها دریافتند که تب (۸۷.۹٪) و سرفه (۶۷.۷٪) شایع ترین علائم هستند. اسهال (۳.۷٪) و استفراغ (۵٪) نادر بودند. ناهنجاری در تصاویر CT-Scan قفسه‌ی سینه در ۹۶٪ از بیماران آلوده به کروناویروس نوین-۲۰۱۹ مشاهده شد و در ۸۲.۱٪ از آن‌ها لنفوپنی ثبت شد و نتایج این مطالعه با کمی تفاوت با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۳۲).

در مطالعه‌ای که توسط Li و همکارانش در سال ۲۰۲۰ در آمریکا انجام شد، آن‌ها میانگین سن ۴۲۵ بیمار آلوده به کروناویروس نوین-۲۰۱۹ را ۵۹ سال گزارش داد که از این تعداد ۵۶٪ مرد، متوسط دوره انکوبه ۵.۲ روز و تقریباً نیمی از بیماران بزرگسال ۶۰ سال و بالاتر بودند. در مراحل اولیه، تعداد بیماران

آلوده هر ۷.۴ روز دو برابر شد. نرخ انتقال بیماری از فرد آلوده به کروناویروس نوین-۲۰۱۹ مربوط به بازار غذاهای دریایی به صورت نمایی (لگاریتمی) افزایش یافته است و نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۳).

مطالعه‌ی Wang و همکاران نشان داد که از ۱۰ تا ۲۴ جنوری سال ۲۰۲۰، تعداد مبتلایان به عفونت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ در چین ۳۱.۴ برابر افزایش یافته است. در ۲۳ فبروری سال ۲۰۲۰ تعداد مبتلایان به کووید-۱۹ در چین ۱۸۷۹ برابر ۱۰ جون سال ۲۰۲۰ بود. آن‌ها نرخ مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ را بر اساس تعداد بیمار شان ۲.۸۴٪ تخمین زدند. محققان همچنین دریافتند که نسبت مرگ و میر مرد به زن ۳.۲۵٪ به ۱، میانه‌ی سن مرگ ۷۵ سال، میانه‌ی زمان از اولین علائم تا مرگ ۱۴ روز و میانه‌ی زمان از علائم اولیه تا مرگ در افراد با سن ۷۰ سال و بالاتر (۱۱.۵ روز) کوتاه‌تر از افراد زیر ۷۰ سال (۲۰ روز) است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که این بیماری ممکن است در بزرگسالان سریع‌تر از افراد جوان پیشرفت کند و نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۴).

همچنان در مطالعه‌ی که توسط Wrapp D و همکارانش روی ۴۵۶۵ نفر صورت گرفت، آن‌ها دریافتند که ۹۶٪ از بیماران کووید-۱۹ تب داشته‌اند. از این تعداد ۸۷٪ دما بالاتر از ۳۸ درجه‌ی سانتی گراد بود. آن‌ها گزارش دادند که ۷۶٪ از بیماران دچار سرفه ۴۴٪ از بیماران دچار خستگی و درد عضلانی و ۵۵٪ از بیماران دچار نفس‌تنگی (دیسپنه) بودند ۹۰٪ بیماران ریزش داشتند و مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۵).

Zhang L و همکاران ۳۴۵۶ مورد از عفونت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ را گزارش کردند. آن‌ها دریافتند که تب (۸۷.۳٪) و سرفه (۷۷.۳٪) شایع‌ترین علائم هستند. اسهال (۵.۲٪) و استفراغ (۳٪) نادر بودند. ناهنجاری در تصاویر CT-Scan قفسه‌ی سینه در ۹۵٪ از بیماران آلوده به کروناویروس نوین-۲۰۱۹ مشاهده شد و در ۸۶.۵٪ از آن‌ها لنفوپنی ثبت شد. نتایج مطالعه‌ی Zhang L با کمی تفاوت با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۶).

همچنان مطالعه‌ی که توسط Jaillon S و همکارانش روی ۱۹۸۵ مورد تایید شده از عفونت با کروناویروس جدید-۲۰۱۹

SARS-CoV-۲ بستری در بیمارستان ووهان به انجام رسید مشخص نمود که تب (۹۷ درصد)، سرفه (۹۰ درصد)، ریزش (۸۰ درصد)، تنگی نفس (۶۵ درصد)، درد عضلات و خستگی (۴۴ درصد) به ترتیب شایع‌ترین علائم بالینی این عفونت بودند. این مطالعه نیز با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۷).

همچنان در مطالعه‌ی که توسط Chen Z و همکارانش روی ۳۲۴۸ بیمار تایید شده COVID-۱۹ انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که به ترتیب میانگین سنی بیماران (۴۵-۶۰ سال و ۶۳.۳٪ درصد مرد) بودند. شایع‌ترین علائم در ابتدای بیماری تب (۹۵.۷٪)، سرفه (۸۶.۳٪)، خستگی (۲۹.۴٪)، تنگی نفس (۹.۸٪)، ریزش (۸۹.۷٪) و سر درد (۶.۵٪) بود. مدت زمان نهفتگی ویروس ۱۴ روز و همچنان میزان مرگ و میر ناشی از عفونت Covid-۱۹ در ۱.۸۵٪ بود. این مطالعه نیز با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۳۸).

همچنان مطالعه‌ای که Yu F و همکارانش روی ۹۷۸ بیمار کووید-۱۹ تایید شده نشان داد که آن‌ها نرخ مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ را بر اساس تعداد بیمار شان ۲.۳٪ تخمین زدند. محققان همچنین دریافتند که نسبت مرگ و میر مرد به زن ۳.۲۵٪ به ۱، میانه‌ی سن مرگ ۶۵ سال، میانه‌ی زمان از اولین علائم تا مرگ ۱۴ روز و میانه‌ی زمان از علائم اولیه تا مرگ در افراد با سن ۷۰ سال و بالاتر (۱۱.۵ روز) کوتاه‌تر از افراد زیر ۷۰ سال (۲۰ روز) است. شایع‌ترین علائم در ابتدای بیماری تب (۹۵.۱٪)، سرفه (۸۰.۳٪)، خستگی (۲۱.۱٪)، تنگی نفس (۸.۳٪)، ریزش (۸۰.۷٪) و سر درد (۶.۵٪) بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که این بیماری ممکن است در بزرگسالان سریع‌تر از افراد جوان پیشرفت کند. نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۳۹).

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر بر روی ۲۱۲ نفر انجام شد که از آن جمله ۱۱۷ نفر مرد (۵۵.۱٪) و ۹۵ نفر خانم (۴۴.۸٪) شامل بودند و این مریضان در شفاخانه‌ی محمدعلی جناح در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ بستری بودند که تمام آن‌ها تست Covid-۱۹ شان تایید شده بود و میانگین سن افراد بستری شده ۴۵ سال بود. بر اساس یافته‌های این تحقیق شیوع Covid-۱۹ در میان مردان بیش‌تر از خانم‌ها و

زیادتر افراد بستری شده دارای سنین بالا بودند.

افراد بستری شده دارای علایم شایع تب (۶۷,۴٪)، سرفه (۵۶,۶٪)، نفس تنگی (۵۳,۳٪) و خستگی (۵۰,۹٪) دریافت شد. همچنان از جمله ۲۱۲ نفر زیر ۳۰ سال ۱۴ نفر (۶,۶٪) و ۳۰ تا ۶۰ سال ۸۷ نفر (۴۱٪) و بالاتر از ۶۰ سال ۱۱۱ نفر (۵۲,۳٪) را تشکیل می دهد.

coronavirus HKU1, from patients with pneumonia. *J Virol* 2005; 79:88495-.

12. Balboni A, Battilani M, Prosperi S. The SARS-like coronaviruses: the role of bats and evolutionary relationships with SARS coronavirus. *New Microbiol* 2012; 35(1):116-.

13. Xu X, Chen P, Wang J, Feng J, Zhou H, Li X, et al. Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Sci China Life Sci*. 2020; 63(3):45760-. [DOI:10.1007/s114275-1637-020-] [PMID] [PMCID]

14. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020; 579(7798):2703-. [DOI:10.1038/s415867-2012-20-] [PMID] [PMCID]

15. Lai CC, Liu YH, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Yen MY, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. *J Microbiol Immunol Infect*. 2020; 53(3):40412-. [DOI:10.1016/j.jmii.2020.02.012] [PMID] [PMCID]

16. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: Interim guidance [Internet]. 2020 [Updated 2020 April 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665331846/>

17. Yang Y, Lu Q, Liu M, Wang Y, Zhang A, Jalali N, et al. Epidemiological and clinical features of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *medRxiv*. 2020. [DOI:10.1101/2020.02.10.20021675/]

18. CDC. Symptoms of Coronavirus. CDC. Available at <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>. May 13, 2020; Accessed: June 26, 2020.

19. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Espinosa PS. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): Encephalopathy. *Cureus*. 2020; 12(3):e7352. [DOI:10.7759/cureus.7352] [PMID] [PMCID]

Reference

1. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV). Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf> (accessed on 14 February 2020).

2. CDC. 2019 Novel Coronavirus, Wuhan, China: Symptoms. CDC. Available at <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/symptoms.html>. January 26, 2020; Accessed: January 27, 2020.

3. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. World Health Organization. Available at <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. July 9, 2020; Accessed: July 13, 2020.

4. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020 Mar 10. [Medline].

5. Chan JF, To KK, Tse H, Jin DY, Yuen KY. Interspecies transmission and emergence of novel viruses: Lessons from bats and birds. *Trends Microbiol*. 2013; 21(10):544-55. [DOI:10.1016/j.tim.2013.05.005] [PMID] [PMCID].

6. He J, Tao H, Yan Y, Huang SY, Xiao Y. Molecular mechanism of evolution and human infection with the novel coronavirus (2019-nCoV). *BioRxiv*. 2020. [DOI:10.1101/2020.02.17.952903/].

7. Gorbalenya AE. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus—The species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv*. 2020.

8. National Health Commission's briefing on the pneumonia epidemic situation. Released on 23 Feb 2020.

9. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of medical virology*. 2020.

10. Woo PC, Lau SK, Li KS, et al. Molecular diversity of coronavirus in bats. *Virology*. 2006; 351:1807-.

11. Woo PC, Lau SK, Chu CM, et al. Characterization and complete genome sequence of a novel coronavirus,

31. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 2020; 395(10223):497506-
32. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *medRxiv*. 2020.
33. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2020.
34. Massachusetts General Hospital COVID -19 Treatment Guidance. Version 2.0 47:00 2020/10/AM.
35. Wrapp D, Wang N, Corbett KS, Goldsmith JA, Hsieh CL, Abiona O, Graham BS, McLellan JS. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science*. 2020 Feb 19.
36. Zhang L, Shen F, Chen F, et al, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *medRxiv*. 2020.
37. Jaillon S, Berthenet K, Garlanda C. Sexual Dimorphism In Innate Immunity. *Clin Rev Allergy Immunol* 2019; 56(3): 30821-.
38. Chen Z, He S, Li F, Yin J, Chen X. Mobile field hospitals, an effective way of dealing with COVID-19 in China: sharing our experience. *Biosci Trends*. 2020 Apr 1.
39. Yu F, Du L, Ojcius DM, Pan C, Jiang S. Measures for diagnosing and treating infections by a novel coronavirus responsible for a pneumonia outbreak originating in Wuhan, China. *Microbes and Infection*. 2020.
20. Ye M, Ren Y, Lv T. Encephalitis as a clinical manifestation of COVID-19. *Brain Behav Immun*. 2020; S08897-30465(20)1591-. [DOI:10.1016/j. bbi.2020.04.017] [PMID] [PMCID]
21. Kearney J. Chloroquine as a potential treatment and prevention measure for the 2019 Novel Coronavirus: A review. *Preprints*. 2020; 2020030275. [DOI:10.20944/preprints202003.0275.v1]
22. Nickbakhsh S, Ho A, Marques DFP, McMenamin J, Gunson RN, Murcia PR. Epidemiology of seasonal coronaviruses: Establishing the context for the emergence of coronavirus disease 2019. *J Infect Dis*. 2020; jiaa185. [DOI:10.1093/infdis/jiaa185]
23. Xu K, Cai H, Shen Y, Ni Q, Chen Y, Hu S, et al. Management of corona virus disease-19 (COVID-19): the Zhejiang experience. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2020;49(1).
24. Casanova LM, Jeon S, Rutala WA, Weber DJ, Sobsey MD. Effects of air temperature and relative humidity on coronavirus survival on surfaces. *Appl. Environ. Microbiol*. 2010;76(9):27127-.
25. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection*. 2020.
26. Li G, Fan Y, Lai Y, Han T, Li Z, Zhou P, et al. Coronavirus infections and immune responses. *J Med Virol*. 2020.
27. Li X, Geng M, Peng Y, Meng L, Lu S. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J Pharm Anal*. 2020 March. [DOI:10.1016/j. jpha.2020.03.001] [PMID]
28. Lai CC, Liu YH, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Yen MY, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. *J Microbiol Immunol Infect*. 2020; 53(3):40412-. [DOI:10.1016/j. jmii.2020.02.012] [PMID] [PMCID]
29. Lu H. Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). *Biosci Trends*. 2020; 14(1):69-71. [DOI:10.5582/bst.2020.01020] [PMID]
30. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*. 2020;368.

Evaluation of disbelief in men referring to Feyz Health Center in Semen Analysis test in the second 6 months of 2021

Nargis Mohammadi¹ & Khan Mohammad Tawassoli^{*2}

1. Student of Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

2. Assisstan Propheesor, Academic Cadre Member, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

Abstract

Background and Aim: Infertility in couples is one of the most important life crises that is defined after a year of intimacy without the use of contraception and ultimately no pregnancy. Geographical and demographic differences in different regions lead to various reports in the study of the prevalence of infertility. The aim of this study was to investigate the frequency of causes of infertility only in Feyz Medical Laboratory Center in Kabul

Methods: In this cross-sectional descriptive study, 350 people who met the inclusion criteria in the second half of 1399 were studied. Demographic information and methods of diagnosis and treatment in patients' files were recorded in a questionnaire and the results were analyzed by SPSS software.

Results: In this study, the frequency of primary and secondary infertility in patients was 57.6% and 42.4%, respectively. The mean age of the subjects was 30.4 $\pm$ 5.4 years of infertility (56.0%). Most of the subjects (68%) were self-employed and 65 (18.5%) were addicted. Based on sperm analysis, the main problem of male infertility was related to Oligoasthenozoospermia with (31%) and the lowest case was related to Teratozoospermia (0.8%) and of these, 35 (14%) lacked sperm. Conclusion: Personal characteristics, job factors, age and addiction are directly related to the level of disbelief. The prevalence of Oligoasthenozoospermia and Azoospermia was higher than other disorders.

Keywords: Disbelief, environmental factors, sperm and normal sperm physiology

بررسی میزان ناباوری مردان مراجعه کننده به مرکز صحت فیض در آزمایش Semen Analysis در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۹

خان محمد توسلی^{۱*} و نرگس حسینی^۲

۱. پوهنیار، عضو هیأت علمی دانشکده‌ی تکنالوژی طبی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان

۲. دانشجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان.

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری در زوجین، یکی از مهم ترین بحران های دوران زندگی است که پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روش های پیشگیری و در نهایت عدم بارداری، تعریف می گردد. تفاوت های جغرافیایی و جمعیتی در مناطق مختلف منجر به گزارش های گوناگونی در بررسی شیوع ناباروری می گردد. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی فراوانی علل ناباروری تنها در مرکز لابراتوار طبی فیض در کابل انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه‌ی مقطعی-توصیفی ۳۵۰ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک و روش های تشخیص و درمان موجود در پرونده‌ی بیماران در پرسشنامه ثبت گردید و نتایج با نرم افزار SPSS آنالیز شد.

یافته ها: در این مطالعه فراوانی ناباروری اولیه و ثانویه در بیماران به ترتیب، ۵۷٫۶ درصد و ۴۲٫۴ درصد بود. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۰-۵۴ سال ناباروری در بین این افراد (۵۶٫۰٪) بود. اکثر افراد مورد مطالعه (۶۸٪) دارای شغل آزاد و ۶۵ نفر (۱۸٫۵٪) معنات بودند. بر اساس تجزیه‌ی اسپرم، مشکل عمده‌ی ناباروری مردان مربوط به Oligoasthenozoospermia با (۳۱٪) و کم ترین مورد مربوط به Teratozoospermia (۰٫۸٪) و از این تعداد ۳۵ نفر (۱۴٪) فاقد اسپرم بودند، مشخص گردید.

نتیجه گیری: ویژگی های فردی، عوامل شغلی، سن و اعتیاد با میزان ناباروری رابطه‌ی مستقیم دارد. شیوع اختلالات Oligoasthenozoospermia و Azoospermia در میان افراد مراجعه کننده بیش تر از سایر اختلالات بود.

کلیدواژه ها: ناباروری، عوامل محیطی، اسپرم و فیزیولوژی طبیعی اسپرم

بسیاری از شهرهای کشور، عمده‌ی بیماران دارای مشکل ناباروری پس از مدتی به این مراکز مراجعه می‌کنند. به این ترتیب به نظر می‌رسد این مراکز جامعه‌ی آماری مناسبی برای مطالعه‌ی ناباروری در هر منطقه باشند. با توجه به گزارش‌های متفاوت از علل ناباروری و فراوانی آن‌ها از مراکز مختلف و نیز به دلیل این که تاکنون در لابراتوار طبی فیض مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده است، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثر برخی از عوامل از جمله شغل، استفاده از دخانیات و استرس بر ناباروری مردان مراجعه کننده به لابراتوار طبی فیض واقع در کابل انجام شد.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی در زمینه‌ی علل مختلف ناباروری است که تنها در مرکز لابراتوار طبی فیض «کابل» انجام شده است. در این مطالعه، پرونده‌ی ۴۳۲ بیمار نابارور مراجعه کننده به این مرکز در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفت و تعداد ۳۵۰ فرد که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، جهت بررسی پرونده‌ی شان، انتخاب گردیدند. معیار ورود به مطالعه، کامل بودن اطلاعات پرونده‌ی منطبق با پرسشنامه بود و در این مطالعه از ۴۲۳ مورد مراجعه کننده تعداد ۷۳ فرد به علل مختلف مانند عدم مراجعه‌ی مرتب و نداشتن تشخیص قطعی و نقص پرونده از مطالعه خارج گردید. از بیماران در خصوص مطالعه، رضایت کسب گردید و کلیه‌ی اطلاعات مورد نیاز مستخرج از پرونده‌های محرمانه باقی ماند و بدون ذکر نام افراد، توسط فرد آموزش دیده در پرسش‌نامه‌ها ثبت و با نرم افزار SPSS مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۴۲۳ مورد مراجعه کننده به مرکز لابراتوار طبی فیض «کابل» در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ به تعداد ۷۳ فرد به علل مختلف مانند عدم مراجعه‌ی مرتب و نداشتن تشخیص قطعی و نقص پرونده از مطالعه خارج گردید. بررسی پرونده‌ی ۳۵۰ بیمار مراجعه کننده به این مرکز نشان داد که میانگین سنی 34.5 ± 6.6 سال بوده است. فراوان‌ترین گروه سنی بین ۲۰ تا ۲۹ سال بوده که برابر ۵۶ درصد می‌شود (جدول ۱).

ناباروری با ایجاد اختلال در تولید مثل مشکلی فراگیر در تمامی جوامع بشری می‌باشد که به صورت عدم وقوع بارداری بعد از یکسال نزدیکی منظم و بدون استفاده از روش پیشگیری تعریف می‌گردد (۱). این موضوع، یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای جدی برای افراد مبتلا می‌گردد (۲). عدم باروری از نظر اجتماعی و خانوادگی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد و در جوامع سنتی مانند افغانستان، فرزندآوری پدیده‌ی بسیار مهمی است که در دوام خانواده و پیشگیری از طلاق نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند (۲). بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۷۰ میلیون زوج در سراسر دنیا از این مشکل رنج می‌برد (۳). به طور کلی ناباروری در ۱۰ تا ۱۵ درصد زوجین مشاهده می‌شود (۴). نتایج مطالعات در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که شیوع ناباروری تحت تاثیر عوامل مختلف در حال تغییر است. مراکز تحقیقاتی مختلف فراوانی‌های متنوعی از علل ناباروری را ذکر کرده‌اند. شایع‌ترین علل ناباروری گزارش شده در تحقیقات مختلف عبارتند از فاکتور مردانه، فاکتور زنانه، هر دو عامل زنانه و مردانه و ناباروری با علت نامشخص (۵). برخی علل در بعضی کشورها شایع‌ترند، نظیر عفونت‌ها و بیماری‌های منتقله از راه جنسی در آفریقا. از سوی دیگر بعضی فاکتورهای محیطی نظیر مصرف الکل استرس و استعمال دخانیات (تحقیقات نشان داده که در افراد غیرسیگاری میزان مقاربت دو برابر بیش‌تر از سیگاری‌هاست و سیگار در کیفیت اسپرم از نظر شکل و تحرک اثر دارد) به عنوان عوامل موثر در ناباروری در نظر گرفته می‌شوند (۶).

طبق مطالعات انجام شده در سایر کشورها و مناطق مشخص شده است که عوامل محیطی می‌تواند از جمله عوامل مؤثر بر ناباروری مردان باشد و در هر منطقه این عوامل متفاوت هستند و بررسی اثرات هر یک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اطلاع از فراوانی علل مختلف ناباروری در هر منطقه از اهمیت بهداشتی درمانی برخوردار است و می‌تواند در تصمیم‌گیری مدیران مربوط موثر باشد. از طرف دیگر، به دلیل پیشرفت روش‌های درمان ناباروری و ایجاد شفاخانه‌های تخصصی درمان ناباروری در

جدول ۱. توزیع فراوانی ناباروری بر حسب سن

سن	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰ سال	۵	۱/۴
بین ۲۱ تا ۳۰ سال	۱۹۶	۵۶/۰
بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۷۵	۲۱/۴۲
بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۵۹	۱۶/۸
بالای ۵۰ سال	۱۵	۴/۳۸

بیشترین مدت نازایی در ناباروری اولیه ۵ تا ۱۰ سال با شیوع ۳۴.۷ درصد بود. ۶۹ درصد افراد نابارور اولیه داشتند و مدت ناباروری آن نیز کم‌تر از ۵ سال دیده شد. همچنین در بررسی فراوانی علل ناباروری مشخص گردید علل ناباروری مردان ۷۵.۴ درصد می‌باشد. بیشترین اختلال مربوط به اولیگوآسپرمی با ۳۰.۸ درصد و کم‌ترین مورد مربوط به تراتواسپرمی با ۰.۸ درصد بوده است (جدول ۴).

جدول ۴. توزیع فراوانی بر اساس علل ناباروری

علل ناباروری	تعداد	درصد
Oligoasthenozoospermia	۷۸	۳۰/۸
Oligozoospermia	۴۸	۱۸/۹
Azoospermia	۳۵	۱۳/۸
Prolongliquefaction	۲۴	۹/۴
Asthenozoospermia	۵۷	۲۲/۵
Crptozoospermia	۶	۲/۳
Hyperspermia	۳	۱/۱۸
Teratozoospermia	۲	۰/۸

از بین مردان مراجعه‌کننده به مرکز ۱۲.۸ درصد سگرت، ۱۵.۷ درصد نصور، ۹.۷ درصد قلیان و سگرت و ۱۰.۸ درصد چرسی بوده است (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی بر حسب مصرف دخانیات

نوع ماده مصرفی	تعداد	درصد
سیگار	۴۵	۱۲/۸
نصور	۵۵	۱۵/۷۱
قلیان و سگرت	۳۴	۹/۷
چرس	۳۸	۱۰/۸
تابلیت	۳۵	۱۰

بحث

سبب‌شناسی ناباروری بسته به شرایط مختلف فرهنگی بهداشتی، جغرافیایی و انسانی در نواحی مختلف دنیا، تفاوت‌هایی را نشان می‌دهد. لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا اپیدمیولوژی علل ناباروری را در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز لابراتوار طبی فیض "کابل" را ارزیابی نماییم. در این مطالعه ۳۵۰ نفر مراجعه‌کننده به مرکز لابراتوار طبی فیض «کابل» انجام گردید که نشان داده شد میانگین سنی مردان مراجعه‌کننده 34.5 ± 6.6 و بیشترین میزان آن بین ۲۵ تا ۳۲ سال در بین مراجعین برخوردار بوده است. این نتیجه نسبت به میانگین سنی مردان در مطالعه‌ی محمد کمالی و همکاران در سال ۱۳۸۵، ۱۹-۲۵ سال ذکر گردیده است، بیش‌تر بود (۷) که برای مردان (۲۹ سال) در مطالعه‌ی حمید چوبینه و همکاران در سال ۱۳۹۳، همخوانی دارد (۸). به‌طور کلی سن یک عامل مهم در حاملگی می‌باشد، به طوری که بعد از ۳۰ سالگی

شیوع ناباروری اولیه و ثانویه در بیماران به ترتیب ۵۷.۴ درصد و ۴۲.۶ درصد دیده شد (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی بر حسب ناباروری اولیه و ثانویه

افراد مراجعه‌کننده	ناباروری اولیه	ناباروری ثانویه
۳۳۵	۱۹۲	۱۴۳
فیصدی	۵۷.۴٪	۴۲.۶٪

با توجه به تأثیر جغرافیای منطقه بر بروز و عدم بروز ناباروری پیشنهاد می‌شود. مطالعه‌ی کلی و دقیق‌تری در این خصوص جهت بررسی این عوامل و ارتباط آن‌ها با ناباروری در نقاط مختلف کشور ما و به‌صورت یکپارچه در سطح سراسری به انجام برسد تا نتایج دقیق‌تر به دست آید.

نتیجه‌گیری

بین ویژگی‌های فردی، وضعیت شغلی، مصرف سیگار و سن افراد ارتباط معناداری وجود دارد و شیوع اختلالات استنوتراتواسپرما و استنواسپرما در میان مردان نابارور بیش‌تر از سایر اختلالات مشاهده شد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسؤولان محترم لابراتوار طبی فیض «کابل» که در جمع‌آوری اطلاعات همکاری داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنم.

احتمال به دنیا آوردن یک بچه‌ی سالم به ازای هر سال ۳/۵ درصد کاهش می‌یابد (۹). این موضوع در یک مطالعه‌ی جامع در سال ۲۰۰۵ نیز به اثبات رسید و مشخص گردید که احتمال باروری بعد از ۳۵ سالگی کاهش واضح خواهد داشت (۱۰). در مطالعه‌ی معصومی و همکاران در سال ۲۰۱۵ این محدوده برای مردان ۳۰-۴۰ سال ذکر گردیده است که در مطالعه‌ی حاضر برای مردان همخوانی دارد (۱۱).

مصرف دخانیات در این مطالعه با درصد ۱۹/۱ که نسبت به مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۳ بر روی مردان نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی تهران انجام گردید، کم‌تر می‌باشد. در مطالعه‌ی مذکور ۲۵ درصد مردان دخانیات مصرف می‌نمودند (۱۲). میزان مصرف دخانیات در مطالعه‌ای که در قفقاز انجام گردید، نیز مشابه مطالعه‌ی ما ۱۹/۲ درصد گزارش گردیده است (۱۳). در مطالعه‌ی حاضر، مصرف سیگار بر کیفیت اسپرم تأثیر منفی داشت که با نتایج مطالعه وگنر و همکاران (۲۰۱۰)، قهرمانی و همکاران (۲۰۰۵) و کریم پور و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. مواد مضر موجود در دود سیگار، بر چرخه‌ی هیپوتالاموسی تولید هورمون‌های جنسی تأثیر گذاشته و مانع تولید کافی و با کیفیت اسپرم می‌شوند (۱۴)، (۱۵، ۱۶). در مطالعه‌ی حاضر در بین مردانی که دارای شغل آزاد بودند تعداد افرادی که در کارشان با مواد شیمیایی سر و کار داشتند (مشاغل کارگری) بیش از سایر افراد بود که نشان دهنده تأثیر این عوامل بر ناباروری مردان تحت مطالعه بود. چنین نتیجه‌ای در مطالعه‌ی مروزی بوندی (۱۷) و مطالعه‌ی متدیولا و همکاران (۱۸) نیز مشاهده شد. حساسیت بیضه‌ها نسبت به مواد شیمیایی بر روندهای باروری مردان تأثیر مستقیم دارد (۱۷)؛ اما اینهورن و همکاران چنین رابطه‌ای را تأیید نکردند (۲۹). علت این امر در این مسأله عنوان شده است که مواجهه‌ی محیطی با آلاینده‌های شیمیایی در محیط کار در حد آسیب‌رسان بوده و برای در خطر قرار گرفتن سیستم تولید مثلی مردان دوزهای بالاتری در خون می‌بایستی مشاهده شود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، حجم کم نمونه بود که با توجه به هزینه‌ی انجام آزمایشات، اسپرم برای تمام شرکت‌کنندگان و همچنین بررسی‌های ژنتیکی نمونه‌های اسپرم برای مطالعه‌ی تکمیلی و امکانات محدود آزمایشگاهی، در نظر گرفتن حجم نمونه بیش‌تر برای پژوهشگران مقدور نبود.

M, Roshanaei G. An epidemiologic survey on the causes of infertility in patients referred to infertility center in Fatemeh Hospital in Hamadan. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2015;13(8):5136-.

12. Choobineh H, Sadighi Gilani M, Hassanzadeh G, Saeepour N, Habibi M, Falahi P, et al. Assessment of Socio-Demographic Characteristics of Infertile Men Who Referred to Shariati Hospital, Tehran, Iran. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(47.48):612-.

13. Masoumi SZ, Parsa P, Darvish N, Mokhtari S, Yavangi M, Roshanaei G. An epidemiologic survey on the causes of infertility in patients referred to infertility center in Fatemeh Hospital in Hamadan. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2015;13(8):5136-.

14. Wegner C, Clifford AL, Jilbert PM, Henry MA, Gentry WL. Abnormally high body mass index and tobacco use are associated with poor sperm quality as revealed by reduced sperm binding to hyaluronan-coated slides. *FertilSteril* 2010 Jan;93(1):3324-.

15. Ghahremani F, Ghaem H. [A case-control study of risk factors in male infertility] [Article in Persian]. *J GorganUniv Med Sci* 2005;7(2):425-.

16. Karimpour A, EsmaeilnejadMoghaddam A, Moslemizadeh N, Mousanejad N, Peyvandi S, Jahandar M.[Frequency of different causes of infertility in infertility clinic patients referred to Imam Khomeini Hospital in Sari] [Article in Persian]. *JMazandaranUniv Med Sci* 2001;49(15):5348-.

17. Bonde JP. Male reproductive organs are at risk from environmental hazards. *Asian J Androl* 2010 Mar;12(2):1526-.

18. Mendiola J, Torres-Cantero AM, Moreno-Grau JM, Ten J, Roca M, Moreno-Grau S, et al. Exposure to environmental toxins in males seeking infertility treatment: a case-controlled study. *Reprod Biomed Online* 2008 Jun;16(6):84250-.

19. Inhorn MC, King L, Nriagu JO, Kobeissi L, Hammoud N, Awwad J, et al. Occupational and environmental exposures to heavy metals: risk factors for male infertility in Lebanon? *ReprodToxicol* 2008 Feb;25(2):20312-.

Reference

1. Firouzabadi RD, Janati S, Razi MH. The effect of intrauterine human chorionic gonadotropin injection before embryo transfer on the implantation and pregnancy rate in infertile patients: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2016;14(10):657.
2. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in Iran, a systematic review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(81):17-.
3. Oliva A, Spira A, Multigner L .Contribution of environmental factors to the risk of male infertility. *Human Reproduction*. 2001;16(8):176876-.
4. Peretz J, Gallicchio L, Miller S, Greene T, Zacur H, Flaws JA. Infertility among cosmetologists. *Reproductive Toxicology*. 2009;28(3):35964-.
5. Wilkes S, Chinn DJ, Murdoch A, Rubin G. Epidemiology and management of infertility: a population-based study in UK primary care. *Family practice*. 2009;26(4):26974-.
6. Mascarenhas MN, Cheung H, Mathers CD, Stevens GA. Measuring infertility in populations: constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. *Population health metrics*. 2012;10(1):17.
7. Mohammad K, Fahimeh, Ahmad Reza B, Hossein K, Shahram, Elham A. Epidemiologic study of the causes of infertility in patients referred to Royan Research Institute.
8. Choobineh H, Sadighi Gilani M, Hassanzadeh G, Saeepour N, Habibi M, Falahi P, et al. Assessment of Socio-Demographic Characteristics of Infertile Men Who Referred to Shariati Hospital, Tehran, Iran. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(47.48):612-.
9. Acien P. Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile women. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1997;12(7):13726-.
10. Berek J, Novak S. *Textbook of gynecology* Baltimore: Appleton and Lange; 2005.
11. Masoumi SZ, Parsa P, Darvish N, Mokhtari S, Yavangi

Frequency of demographic characteristics of patients with coronary heart disease and its relationship with the probability of developing the disease in the Afghan hospital in Japan in the first half of 1399

Dr. Khan Ali Mohammadi¹, Mousa Bashir² & Dr. Zulfiqar Omid³

1-Professor and Ph.D.in Public Health and Researcher, Faculty of Medicine, Khatam Al-Nabiin University, Kabul, Afghanistan

Dr.khanali.mohammadi@knu.edu.af .tel: 0796338255

2-Assistant Professor, PhD candidate of Public Health, faculty of medicine. Khatam al-nabieen university. Kabul-Afghanistan

3-Graduate of Therapeutic Medicine, Faculty of Medicine, Khatam Al-Nabiin University

Abstract

Introduction: Coronaviruses are relatively old viruses that are divided into three groups. Groups one and three are mostly animal viruses, and human viruses such as SARS and MERS are in group two. Coronaviruses are in the form of fine spherical particles, and inside the virus is the genome, which is a positive single-stranded RNA, leading to changes in the pathogenicity of the viral unit and its susceptibility to antiviral antibodies. The first step in infecting a host cell is for the virus to attach to the cell.

Methodology: This is a retrospective cross-sectional descriptive study that was collected in Kabul city during the first half of 1399 in the Afghan-Japanese hospital from the study of patients' files.

Results and Findings: Demographic characteristics of COVID-19 in patients with coronavirus including acute respiratory distress syndrome in 287 patients (59%), pneumonia in 50 patients (10.3%), sepsis, and septic shock in 60 patients (12). 3) respiratory failure 40 patients (8.2%), Acute respiratory distress syndrome / Respiratory failure 50 (10.3%) are included. Gender determination in this study, over 487 patients with COVID-19 were 333 patients (69%) and 151 patients (31%). Age determination was divided into 4 age groups, of which 38 patients were between 20 and 40 years old (8%), 213 patients were between 41 and 60 years old (44%), and 212 patients were between 61 and 80 years old (43%). 24 patients were 81 to 100 years old (11%), Daikundi 24 patients (5%) Parwan 58 patients (12%) Badakhshan 26 patients (5%) and Kunduz 14 patients (3%).

Conclusion: According to our research, the best way is to inform the victims is to educate them through the media and directly

Keywords: Demographics, Characteristics, Corona, Afghan Japan

بررسی فراوانی خصوصیات دیموگرافیک بیماران مبتلا به کرونا و ارتباطات آن با احتمال مبتلا شدن به بیماری در شفاخانه‌ی افغان جاپان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹

داکتر خانعلی محمدی^۱، استاد موسی بشیر^۲ و داکتر ذوالفقار امید^۳

۱- پوهندوی، دکترای صحت عامه (Ph.D)، رییس کمیته‌ی تحقیقات دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم النبیین^(ص)، کابل، افغانستان
ایمیل: Dr.khanali.mohammadi@knu.edu.af؛ تلفن: ۰۷۹۶۳۳۸۲۵۵

۲- استاد یار، عضو هیأت علمی دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین^(ص)، کابل، افغانستان

۳- فارغ التحصیل طب معالجوی، دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم النبیین^(ص)

چکیده

مقدمه: کرونا ویروس‌ها، ویروس‌های به نسبت قدیمی هستند که به سه گروه تقسیم می‌شوند. گروه یک و سه بیش‌تر ویروس‌های حیوانی هستند و ویروس‌های انسانی مانند SARS و MERS در گروه دو قرار دارند. ویروس‌های کرونا به شکل ذرات ریز کروی هستند و در داخل ویروس ژنوم آن که یک RNA تک رشته‌ای مثبت می‌باشد و منجر به تغییر در بیماری‌زایی وحدت ویروسی و میزان حساسیت آن در مقابل آنتی‌بادی ضد ویروسی می‌شود. اولین مرحله در آلوده کردن سلول میزبان، چسبیدن ویروس به سلول است.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی Cross Sectional گذشته‌نگر می‌باشد که در شهر کابل در طی نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ در شفاخانه‌ی افغان جاپان از روی مطالعه‌ی دوسیه‌ی بیماران اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردیده است.

نتایج و یافته‌ها: خصوصیات دیموگرافیکی کووید-۱۹ در مریضان مبتلا به کرونا شامل سندرم دیسترس تنفسی حاد ۲۸۷ بیمار (۵۹٪)، سینه‌بغل ۵۰ بیمار (۱۰،۳٪)، سپسیس و شوک سپتیک ۶۰ بیمار (۱۲،۳٪)، نارسایی تنفسی ۴۰ بیمار (۸،۲٪)، سندرم دیسترس تنفسی حاد/نارسایی تنفسی ۵۰ (۱۰،۳٪) شامل می‌شود. تعیین جنسیت در این بررسی که بالای ۴۸۷ بیمار مبتلا به بیماری کوید-۱۹، ۳۳۶ بیمار مرد بودند که (۶۹٪) و ۱۵۱ بیمار زن بودند که (۳۱٪) شامل می‌شود. تعیین سن به ۴ گروه سنی تقسیم گردیدند که ۳۸ بیمار بین ۲۰ الی ۴۰ سال بوده (۸٪) دریافت گردیدند، ۲۱۳ بیمار بین سنین ۴۱-۶۰ سال (۴۴٪)، ۲۱۲ بیمار بین سنین ۶۱-۸۰ سال (۴۳٪)، ۲۴ بیمار بین ۸۱-۱۰۰ سال بوده (۵٪) شامل می‌شود. تعیین محل مبتلایان شامل ولایات چون کابل ۳۱۱ بیمار (۶۴٪) غزنی ۵۴ بیمار (۱۱٪)، دایکندی ۲۴ بیمار (۵٪)، پروان ۵۸ بیمار (۱۲٪)، بدخشان ۲۶ بیمار (۵٪) و کندز ۱۴ بیمار (۳٪) می‌گردد.

نتیجه‌گیری: بر اساس تحقیق ما بهترین راه بر آگاهی‌دهی مصاب شدگان، آموزش توسط رسانه‌ها و به شکل مستقیم است.

کلیدواژگان: دیموگرافیک، خصوصیات، کرونا، افغان جاپان

مقدمه

سه بیش‌تر ویروس‌های حیوانی هستند و ویروس‌های انسانی مانند SARS و MERS در گروه دو قرار دارند. این مطالعه با هدف ارائه‌ی اطلاعات جدید در رابطه با ویروس کرونا انجام شده است. غلام‌رضا فرنوش و همکارانش در سال ۱۳۹۹ تحقیق تحت عنوان کروناویروس نوین ۲۰۱۹ و کووید-۱۹ بر اساس شواهد موجود مطالعه مروری یافته است که در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ کروناویروس جدیدی، با نام کروناویروس نوین-۲۰۱۹ (SARS-CoV-2)، باعث آغاز شیوع پنومونی از ووهان (بازار غذاهای دریایی هانان)، به سراسر کشور چین شد که در حال حاضر تهدیدات بهداشتی بزرگی را برای سلامتی عمومی جهان ایجاد کرده است.

مواد و روش انجام تحقیق

۲-۱. دیزاین تحقیق

شیوه‌ی تحقیق در این اثر از نوع descriptive (توصیفی) و گذشته‌نگر می‌باشد.

۲-۲. نفوس تحقیق

نفوس این تحقیق شامل مریضان بستری شده به شفاخانه افغان‌جاپان قرار گرفته است.

۲-۳. جامعه آماری

۴۸۷ بیمار مبتلا شده به کرونا می‌باشد که به شفاخانه بستری شده‌اند.

۲-۴. معیارات ورود

- مریضانی که مصاب به کرونا باشد؛
- مریضانی مبتلا به کرونا به سبب کار کردن به شفاخانه افغان‌جاپان مصاب شده‌اند؛
- مقالاتی که بعد از سال ۲۰۰۳ میلادی باشد؛
- دوسیه‌هایی که کامل بوده تشخیص قطعی گذشته شده باشد.

ویروس‌ها را نمی‌توان به‌صورت کامل در دسته‌ی موجودات زنده قرار داد. ساختار کلی ویروس‌ها شامل ماده‌ی وراثتی (DNA یا RNA) و یک پوشش به نام کپسید می‌باشد و ویروس دارای سایر محتویات سلولی که برای فعالیت و تکثیر نیاز است نبوده و برای بقای نسل خود نیاز دارد تا وارد یک سلول زنده شده و با استفاده از امکانات و انرژی موجود در آن سلول به ادامه‌ی نسل خود بپردازد. به عبارتی، ویروس‌ها «انگل اجباری درون سلولی» هستند و فعالیت آن‌ها مشروط به حضور درون سلول زنده می‌باشد و معمولاً خارج از سلول زنده و در فضای آزاد یا بر روی سطوح نمی‌توانند مدت زیادی فعالیت خود را حفظ کرده و از بین می‌روند. این سلول میزبان می‌تواند هرگونه فرم حیات، از باکتری‌ها گرفته تا سلول‌های گیاهی و جانوری و انسان باشد.

هر ویروسی میزبان خاص خود را دارد و در نهایت می‌تواند چند گونه‌ای عمدتاً نزدیک به هم را درگیر کند که این امر به دلیل ساختار پوشش ویروس و زائده‌های سطحی آن می‌باشد که سلول‌های خاصی گیرنده‌ی مخصوص آن را دارند؛ برای مثال در ویروس کرونای جدید زائده‌های سطحی این ویروس که عمدتاً از جنس پروتئین هستند می‌تواند به گیرنده‌های موجود در سطح سلول‌های ریوی انسان متصل شده و از این طریق وارد سلول‌های مذکور شود.

مروری به آثار گذشته

احمد توکلی و همکارانش در سال ۱۳۹۸ تحقیقی تحت عنوان کرونا ویروس جدید ۲۰۱۹ بیماری عفونی نوظهور در قرن ۲۱ یافته است که زمینه‌ی خبر ابتلای چندین نفر به یک ذات الریه غیر معمول در ابتدای سال نو میلادی ۲۰۲۰ به سازمان بهداشت جهانی از سوی چین باعث معرفی نوع جدیدی از کرونا ویروس به‌عنوان عامل ایجاد یک بیماری تنفسی جدید گردید.

محمود شمسی شهرآبادی در سال ۱۳۹۹ تحقیق تحت عنوان گزارشی در مورد کرونا ویروس‌ها و مروری بر اطلاعات جدید در تعریف و مشخصات ویروس عامل کووید-۱۹ یافته است که زمینه و هدف چنین بیان می‌شود: کرونا ویروس‌ها، ویروس‌های به‌نسبت قدیمی هستند که به سه گروه تقسیم می‌شوند. گروه یک و

در این بررسی که بالای ۴۸۷ بیمار مبتلا به بیماری کوید-۱۹ مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی امراض ساری افغان‌جاپان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ انجام شد، از بین ۴۸۷ بیماری که مراجعه کرده بودند، ۳۳۶ بیمار مرد بودند که (۶۹٪) جامعه‌ی آماری را به خود اختصاص دادند و ۱۵۱ بیمار زن بودند که (۳۱٪) جامعه‌ی آماری را به خود اختصاص دادند. معلوماتی که در این مورد در قالب جدول و نمودار در ذیل نشان داده شده است، موضوع را روشن‌تر بیان می‌کند.

جدول ۲. تعیین خصوصیات دیموگرافیکی کوید-۱۹ بر اساس جنسیت

جنس	تعداد	فیصدی
مرد	۳۳۶	۶۹
زن	۱۵۱	۳۱
مجموع	۴۸۷	۱۰۰٪

در یافته‌های بررسی انجام شده بر روی مریضان مبتلا به کوید-۱۹ مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی امراض ساری افغان‌جاپان در سال ۱۳۹۹ یافته‌های برآمده از مطالعه‌ی ما این گونه حاصل گردید که مریضان مبتلا به کوید-۱۹ به ۴ گروه سنی تقسیم گردیدند که ۳۸ بیمار بین ۲۰ الی ۴۰ سال بوده (۸٪) دریافت گردیدند، ۲۱۳ بیمار بین سنین ۴۱-۶۰ سال (۴۴٪)، ۲۱۲ بیمار بین سنین ۶۱-۸۰ سال (۴۳٪)، ۲۴ بیمار بین ۸۱-۱۰۰ سال بوده (۵٪) جامعه‌ی آماری ما را به خود اختصاص دادند که معلومات در این مورد در قالب نمودار ذیل بهتر قابل مشاهده است.



نمودار ۳-۳. تعیین خصوصیات دیموگرافیکی کوید-۱۹ بر اساس گروه سنی

در یافته‌های بررسی انجام شده بر روی مریضان مبتلا به کوید-۱۹ مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی امراض ساری افغان‌جاپان در سال ۱۳۹۹ یافته‌های برآمده از مطالعه‌ی ما این گونه حاصل گردید که مریضان مبتلا به کوید-۱۹ نظر به محل مبتلایان شامل ولایات چون کابل ۳۱۱ بیمار (۶۴٪)، غزنی ۵۴ بیمار (۱۱٪)، دایکنده ۲۴ بیمار (۵٪)، پروان ۵۸ بیمار (۱۲٪)، بدخشان ۲۶ بیمار (۵٪) و کندز ۱۴ بیمار (۳٪) می‌گردد.

نظر به تماس داشتن مستقیم پرسونل شفاخانه‌ی افغان‌جاپان به مریضان کوید-۱۹، آن‌ها نیز به این ویروس مبتلا شدند. قرار یافته‌های تحقیق حاضر، ۱۰۰ پرسونل در این شفاخانه مصروف کار بودند که ۲۵ نفر آن‌ها به کرونا مصاب شدند. از این جمله ۷ کارمند (۲۸٪) به سندرم دیسترس تنفسی حاد، ۹ کارمند (۳۶٪) به سینه‌بغل، ۴ کارمند (۱۶٪) به سپسیس و شوک سپتیک، ۳ کارمند (۱۲٪) به نارسایی تنفسی و ۲ کارمند (۸٪) به سندرم دیسترس تنفسی حاد و نارسایی تنفسی مبتلا شدند. خصوصیات دیموگرافیکی مبتلایان پرسونل شفاخانه‌ی افغان‌جاپان به کوید-۱۹ قرار ذیل نمایش داده می‌شود.

جدول ۳-۵. احتمال مبتلا شدن پرسونل شفاخانه به کوید-۱۹

پرسونل	مبتلایان	خصوصیات	بیماران	درصدی
۱۰۰ نفر	۲۵ نفر	سندرم دیسترس تنفسی حاد	۷	۲۸
		سینه بغل	۹	۳۶
		سپسیس و شوک سپتیک	۴	۱۶
		نارسایی تنفسی	۳	۱۲
		سندرم دیسترس تنفسی حاد و نارسایی تنفسی	۲	۸
		مجموع	۲۵	۱۰۰

بحث

در این مطالعه که با هدف بررسی فراوانی خصوصیات بیماران مبتلا به کرونا و ارتباطات آن با احتمال مبتلا شدن به بیماری در

سیستم مدیکل ریکارد جدید و منظم گردد تا اطلاعات لازم برای انجام تحقیق فراهم شود؛

۲. پیشنهاد می‌شود که تحقیقات وسیع‌تر و جامع‌تر در باره‌ی کوید-۱۹ و بخصوص ویروس‌شناسی صورت گیرد تا جلو پیشرفت این ویروس گرفته شود و مبتلایان به بهترین شکل تداوی شوند؛

۳. پیشنهاد می‌گردد که شفاخانه‌ها بخصوص شفاخانه‌ی افغان جاپان سهولت‌های بیش‌تر را در خصوص دسترسی به اطلاعات برای محصلین طب و تحقیقات فراهم سازد؛

۴. پیشنهاد می‌گردد که وزارت صحت عامه روزی را در تقویم به‌عنوان کوید-۱۹ اختصاص دهد و در این روز کنفرانس داخلی بزرگ برای اکتشاف‌های جدید و معرفی داکتران اختصاص یابد.

شفاخانه‌ی افغان جاپان بعد نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ هـ ش انجام شد. با پدیدار گشتن این ویروس در ووهان چین بزرگ‌ترین ویروس طول تاریخ شناخته شد که برای تداوی بیماران، بیش‌ترین قربانی شدن را پرسونل این شفاخانه مواجه است.

بر اساس هدف اصلی تحقیق و مهم‌ترین یافته‌ی تحقیق حاضر خصوصیات دیموگرافیکی کوید-۱۹ در مریضان مبتلا به کرونای مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی افغان جاپان در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ هـ ش شامل سندرم دیسترس تنفسی حاد ۲۸۷ بیمار (۵۹٪)، سینه‌بغل ۵۰ بیمار (۱۰،۳٪)، سپسیس و شوک سپتیک ۶۰ بیمار (۱۲،۳٪)، نارسایی تنفسی ۴۰ بیمار (۸،۲٪)، سندرم دیسترس تنفسی حاد/نارسایی تنفسی ۵۰ (۱۰،۳٪) شامل می‌شود. در تحقیق احمد توکلی و همکارانش که تحت عنوان کرونا ویروس جدید ۲۰۱۹ انجام داده است، مهم‌ترین خصوصیات را کسالت، خستگی درد بدن، تب، سرفه‌ی خشک را به همراه است که به‌شکل خفیف متوسط، شدید و وخیم مریضان را طبقه‌بندی کرده با ویروس سارس مقایسه نموده است. در تحقیق دیگری توسط هوانگ و همکارانش که تحت عنوان بروزرسانی و فهم در مورد کروناویروس ۲۰۱۹ انجام شده است، خصوصیات چون تب (۹۸٪)، سرفه (۷۶٪)، تنگی نفس (۵۵٪)، درد عضله و خستگی (۴۴٪) و در ضمن تحقیقات حاضر با تحقیق ما همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات تحقیق

بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که بیماری کرونا در افغانستان با علایم خاصی که ایجاد کرد، دادن آگاهی و بالا بردن معلومات می‌تواند تاثیر مستقیمی در کاهش این بیماری داشته باشد. کارهای زیادی در پیشگیری از کرونا بایستی انجام شود که به همه‌ی گروه‌ها شامل وزارت صحت، مردم و گروه‌های موثر می‌توان اشاره نمود. بر اساس تحقیق ما، بهترین راه برای آگاهی‌دهی مصاب شدگان، آموزش توسط رسانه‌ها و به شکل مستقیم است.

با استفاده از نتایج این تحقیق، پیشنهادات ذیل را مطرح می‌نمایم:

۱. پیشنهاد می‌شود که شفاخانه‌های افغانستان مجهز به یک

- al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(3).
12. Zhao Y, Zhao Z, Wang Y, Zhou Y, Ma Y, Zuo W. Single-cell RNA expression profiling of ACE2, the putative receptor of Wuhan 2019-nCoV. *BioRxiv*.
- Wrapp D, Wang N, Corbett KS, Goldsmith JA, Hsieh CL, Abiona O, Graham BS, McLellan JS. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science*. 2020 Feb 19.
13. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 2020; 395(10223):497506-.
14. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *medRxiv*. 2020.
15. Lu H. Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). *BioScience Trends*. 2020.
۱. توکلی، احمد و همکاران، کروناویروس جدید ۲۰۱۹، بیماری عفونی نوظهور قرن، ماهنامه طب جنوب، پژوهشکده زیست، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات صحتی درمانی بوشهر، سال بیست و دوم، شماره ۶.
۲. عاصم، محمد رضا، بیاید کرونا را ناکام سازیم، کابل: مجمع اجتماعی و مدنی دادرس، ۱۳۹۹.
۳. فرنوش، غلامرضا، غلامحسین علیشیری و همکاران، شناخت کروناویروس نوین-۲۰۱۹ و کووید-۱۹ بر اساس شواهد موجود- مطالعه مروری، مجله طب نظامی دوره ۲۲، شماره ۱، ۱۳۹۹.
۴. شهرآبادی، محمود شمسی، گزارشی در مورد کرونا ویروس ها و مروری بر اطلاعات جدید در تعریف و مشخصات ویروس عامل کووید-۱۹، نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی سال چهارم، شماره اول، ۱۳۹۹.
5. Carlos WG, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. Novel Wuhan (2019-nCoV) Coronavirus. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020.
6. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection*. 2020.
7. Li G, Fan Y, Lai Y, Han T, Li Z, Zhou P, et al. Coronavirus infections and immune responses. *J Med Virol*. 2020.
8. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol*. 2020.
9. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2020.
10. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 2020; 395(10223):497506-.
11. Wu P, Hao X, Lau EH, Wong JY, Leung KS, Wu JT, et

Evaluation the frequency of Cholelithiasis in patients admitted to the Aliabad Teaching Hospital in second half of year 1398

Maisam Sajjadi, Musa Bashir & Ahmad Wali Alamiar

1. Academic Member of Medical Technology Faculty, Khatam Al-Nabieen University, Kabul Afghanistan
2. Academic Member of Medicine Faculty, Khatam Al-Nabieen University, Kabul Afghanistan
3. Student of Medecine Faculty, Khatam Al-Nabieen University

Abstract

Background & aims: Gall stone disease is common, costly and its complications are sometimes life threatening. The aim of thesis is to determining the frequency of gall bladder stone in general population. In the US, more than 700000 cholecystectomies performed each year. Hospitalizaiton due to gall stone disease and its resulting complications costs more than five billion dollars, each year in USA only.

Methods: This survey is a cross-sectional and descriptive study which is performed on 147 patients admitted in Aliabad Teaching Hospital in the second sixth months of 2019, the data collected from surgery ward files with out consideration of prior diagnosis of cholelithiasis, managements of cholelithiasis, conditions of living, education, but with consideration of age and sex along with performing ultrasonography, and analyzed.

Results: In this cross-sectional study which was performed on 2160 patients, 147 patients (6.9 %) were affected by cholelithiasis. 123 of patients (83.6%) were in the age between 30-60 years old. According to gender, 81 patients (65.9%) were female and 42 patients (34.1%) were male. Most patients were found between age 30-60 years old. The most common underlying cause among all causes are including Hypercholesterolemia (20.3 %) and Choledocolithiasis (2.16%).

Conclusion: findings show that the succceptible gender for the Disease is female (65.9%) and most patients were In the age 30-60 years old. Most prevalent underlying cause is Hypercholesterolemia (20.3 %) and Choledocolithiasis (2.16%).

Keywords: cholelithiasis, Frequency of Cholelithiasis, cholecystectomy

بررسی شیوع فراوانی سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بین سنین ۳۰-۶۰ سال در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ در شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد

میثم سجادی^۱، موسی بشیر^۲، احمد ولی علمیار^۳

۱. عضو هیأت علمی دانشکده‌ی تکنالوژی طبی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)

۲. عضو هیأت علمی دانشکده‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)

۳. دانشجوی رشته‌ی طب معالجوی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)

چکیده

مقدمه: بیماری سنگ کیسه‌ی صفرا یکی از عمده‌ترین مشکلاتی است که لوله هضمی را درگیر می‌کند. اتوپسی‌ها نشان داده‌اند که شیوع سنگ‌های صفراوی از ۱۱ تا ۳۶٪ است. شیوع آن در بین مردم اسکاندیناوی و دیگر کشورهای اروپایی زیاد است و در آفریقا و آسیا شیوع آن کم‌تر دیده شده است (۱). سنگ کیسه‌ی صفرا یک مرض عام و پرهزینه بوده که اختلالات آن بعضی اوقات کشنده می‌باشد. هدف از این تحقیق بررسی فراوانی سنگ کیسه‌ی صفرا در بین مراجعه‌کنندگان به شفاخانه‌ی علی‌آباد شهر کابل است. در ایالات متحده سالانه بیش‌تر از ۷۰۰۰۰۰ کوله سیستکتومی انجام می‌شود. تنها در ایالات متحده‌ی امریکا سالانه بیش‌تر از ۵ میلیارد دالر هزینه‌ی بستر مریضان سنگ کیسه‌ی صفرا در شفاخانه‌ها می‌گردد (۲).

روش کار، مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع مقطعی توصیفی (Cross-Sectional) بوده که از مجموع ۱۴۷ مریض مراجعه‌کننده به بخش جراحی شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۸ ه.ش که توسط دوسیه‌ی بخش مربوط بدون در نظر داشت سابقه‌ی تشخیص سنگ کیسه‌ی صفرا، تداوی دواپی آن، شرایط زندگی، تحصیلات و با در نظر داشت سن و جنس با انجام معاینه‌ی التراسونوگرافی معلومات جمع‌آوری گردیده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: نظر به یافته‌های به دست آمده از تحقیق بر روی ۲۱۶۰ بیمار، ۱۴۷ بیمار (۶.۹٪) مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا دریافت شد. ۱۲۳ بیمار (۸۳.۶٪) در محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال بود. از لحاظ جنسیت از ۱۲۳ بیمار، ۸۱ بیمار (۶۵.۹٪) زن و ۴۲ بیمار (۳۴.۱٪) مرد مشاهده شد. بین ۳۰-۶۰ سال ۱۲۳ بیمار (۸۳.۶٪) دریافت شد و بیش‌ترین بیماران در این محدوده‌ی سنی بود. از نگاه عوامل زمینه‌ای شایع‌ترین عوامل مساعدکننده شامل شده در مطالعه به ترتیب هایپرکلسترولیمیا ۲۵ مورد (۲۰.۳٪) کولیدوکولیتیاژیس ۲۰ مورد (۱۶.۲٪) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که بیش‌ترین شیوع از لحاظ جنسیت جنس زن (۶۵.۹٪) و بیش‌ترین تعداد بیماران در محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال دریافت شد و شایع‌ترین عامل زمینه‌ای به ترتیب هایپرکلسترولیمیا (۲۰.۳٪) و کولیدوکولیتیاژیس (۱۶.۲٪) دریافت شد.

کلمات کلیدی: سنگ کیسه‌ی صفرا، هایپرکلسترولیمیا، کوله‌سیستکتومی.

قهوه‌ای تقسیم می‌شوند. در کشورهای غربی ۸۰٪ سنگ‌ها از نوع کلسترول و ۱۵-۲۰ درصد از نوع پیگمانی سیاه سنگ‌های قهوه‌ای شیوع کمی دارند. هم سنگ قهوه‌ای و هم سیاه در آسیا شایع‌تر است (۵).

در مطالعه‌ای که در کشور هندوستان در بین سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۷ توسط آقایان کامیسو الطاف حسین و همکارانش انجام شده، مشاهده شده است که از جمله ۳۰۰ مریض مصاب سنگ کیسه‌ی صفرا مراجعه کرده به این شفاخانه ۲۵۵ (۸۵٪) آن زنان و ۴۵ نفر (۱۵٪) آن را مردان تشکیل داده است که سنین بین ۱۰-۸۰ سال را در بر گرفته است (۶).

در مطالعه‌ی بررسی سنگ کیسه‌ی صفرا که در کالج سلطنتی کشور انگلستان در سال ۲۰۱۳ توسط ژیا شنگ و همکاران بالای مریضان CAD۲ صورت گرفته است، دیده شده که از مجموع ۱۲۷۰ مریض، ۷۶۶ تن مصاب CAD و ۵۰۴ تن آن سالم بودند. از ۷۶۶ تن مصاب CAD ۱۴۹ نفر (۱۹.۵٪) و از ۵۰۴ تن که مصاب CAD نبودند، ۵۷ نفر (۱۱.۳٪) را مصابین سنگ کیسه‌ی صفرا را تشکیل داده است (۷).

در مطالعه‌ی بررسی سنگ کیسه‌ی صفرا که در دانشگاه لینکوپینگ کشور سویدن توسط بروچ و همکاران در سال ۲۰۰۸ صورت گرفت، از تعداد ۷۳۹ مریض مصاب سنگ کیسه‌ی صفرا که در سنین بین ۳۵-۸۵ سال را در بر می‌گرفت، ۱۷.۲٪ نزد خانم‌ها

شیوع سنگ‌های صفراوی وابسته به فاکتورهای زیادی از جمله سن، جنس و وضعیت نژادی است. شرایط ویژه‌ای فرد را مستعد سنگ‌های صفراوی می‌کند. چاقی، حاملگی، فاکتورهای تغذیه‌ای، بیماری کرون، برداشت ایلئوم ترمینال، جراحی معده اسفروسیتوز ارثی، بیماری سلول داسی شکل و تالاسمی، همگی باعث افزایش تشکیل سنگ‌های صفراوی می‌شوند. شیوع در زنان ۳ برابر بیش‌تر است و در بین خویشاوندان درجه‌اول بیماران با سنگ‌های صفراوی، شیوع دو برابر می‌شود (۳). بیماری ممکن به مرور زمان علامت‌دار شود. علایم به‌نسبت اختصاصی مانند دردهای متناوب در ناحیه‌ی ربع فوقانی خارجی راست شکم (RUQ۱) و یا به شکل غیراختصاصی مانند تهوع و استفراغ بروز کند (۴).

کلسترول یک ماده‌ی غیرمنحل در آب که در موجودیت اسیدهای صفراوی و فسفولیپید به‌صورت منحل در مواد صفراوی وجود دارد. هرگاه مقدار کلسترول در مواد صفراوی افزایش یابد، در نتیجه‌ی صفرا مشبوع شده و باعث تشکیل کریستال‌های کلسترول می‌گردد. این حادثه بالخصوص در خانم‌هایی مشاهده می‌شود که در اثر گرفتن دواي clofibrate مقدار شحم خون کاهش یافته از طریق مجاری صفراوی دفع می‌شود. همچنان در اثر گرفتن ادویه‌ی ضد حاملگی و بالا رفتن سن، غلظت کلسترول در مواد صفراوی بلند رفته بر هم خوردن enterohepatic circulation و یا عملیات bypass باعث تغیر در نمک‌های صفراوی شده و در نتیجه سنگ صفرا تشکیل می‌شود (۳). استروژن و حاملگی از عوامل زمینه‌ساز تشکیل سنگ کیسه‌ی صفرا می‌باشد. همچنان مریضانی که برای مدت طولانی از طریق PRN تغذیه می‌گردند، نسبت عدم ترشح هورمون کولی سیستوکینین (CCK) که از مخاط اثنا عشر ترشح شده زمینه را برای تشکیل سنگ کیسه‌ی صفرا مساعد می‌سازد.

سنگ‌های صفراوی در نتیجه‌ی رسوب مواد جامد از ماده‌ی محلول تشکیل می‌شود. اجزای اصلی موجود در صفرا عبارتند از: بیلی روبین، نمک‌های صفراوی، فسفولیپیدها و کلسترول می‌باشد. سنگ‌های صفراوی توسط مقدار کلسترول آن‌ها طبقه‌بندی می‌شوند که شامل سه گروه سنگ‌های پیگمانی خود به دو نوع سیاه یا

و ۱۲.۴٪ نزد مردها دیده شده است (۸).

مبتلایان به سنگ کیسه‌ی صفرا

بیماران	تعداد	فیصدی
تعداد مبتلایان به سنگ کیسه صفرا	۲۰۱۳	۹۳.۱٪
تعداد بیماران با دیگر پاتولوژی‌ها	۱۴۷	۶.۸٪
تعداد کل مراجعین	۲۱۶۰	۱۰۰٪



بر اساس یافته‌های به دست آمده بر روی ۱۴۷ بیمار مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ ه.ش به شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد مراجعه کرده بودند، نتایج به دست آمده نشان داد که از ۱۴۷ بیمار، ۱۲۳ بیمار (۸۳.۶٪) در محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال بوده است که در جدول و نمودار شماره‌ی ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. مبتلایان به سنگ کیسه‌ی صفرا بر اساس سن

بیماری	تعداد	فیصدی
بیماران مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا در سنین کم‌تر از ۳۰ سال	۲	۱.۳۶٪
بیماران مبتلا به سنگ کیسه‌ی صفرا بین سنین ۳۰-۶۰ سال	۱۲۳	۸۳.۴٪
بیماران مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا در سنین بالاتر از ۶۰ سال	۲۲	۱۴.۹٪
مجموع	۱۴۷	۱۰۰٪

در مطالعه‌ی بررسی فراوانی سنگ کیسه‌ی صفرا که در دیپارتمنت جراحی شفاخانه‌ی سالگرنسکا کشور سویدن در سال ۲۰۰۳ توسط چارلز و همکاران صورت گرفت، نشان داده که از مجموع ۶۳۲۸ مریض مراجعه‌کننده به این شفاخانه، ۲۶.۹٪ زن و ۷.۶٪ آن را مرد تشکیل داده‌اند. در سنین بین ۳۷-۶۰ سال را در بر می‌گرفت (۹).

مواد و روش‌ها

جمعیت مورد مطالعه در بین ۲۱۶۰ بیماری که بنا بر پتالوژی‌های گوناگون به شفاخانه مراجعه نموده بودند، ۱۴۷ بیمار مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا که در محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال بودند و به وارد جراحی عمومی شفاخانه‌ی تدریسی علی‌آباد در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ ه.ش مراجعه کرده بودند، می‌باشد.

این تحقیق مقطعی-توصیفی Descriptive-Cross-Sectional

از نوع گذشته‌نگر بوده که با مطالعه‌ی بالای دوسیه‌ی مریضان مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بین سنین ۳۰-۶۰ سال که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ ه.ش به شفاخانه‌ی علی‌آباد مراجعه کرده بودند انجام شده است. اطلاعات توسط نرم افزار Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. دوسیه‌های با اطلاعات ناقص و آن‌هایی که قبل از سال ۱۳۹۸ بودند، از مطالعه خارج شد. در دوسیه‌ی وارد جراحی مشخصات عمومی بیماران از قبیل: نام، نام پدر، سن، جنس، تاریخ مراجعه به این شفاخانه تهیه گردیده است. فراوانی سنگ‌های کیسه‌ی صفرا نظر به جنسیت و هم گروه سنی نظر به محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال مورد ارزیابی قرار گرفته است.

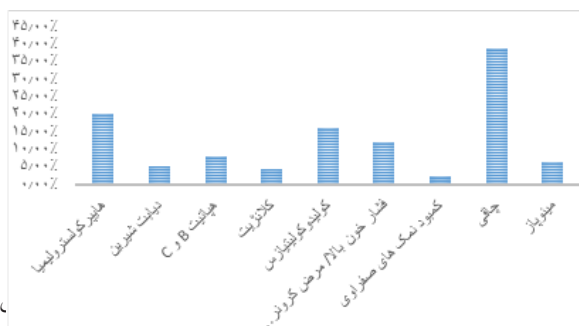
نتایج

بر اساس یافته‌های به دست آمده از تحقیق بر روی ۲۱۶۰ بیماری که طی ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۸ بنا بر پتالوژی‌های متفاوت وارد جراحی شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد مراجعه کرده بودند، ۲۰۱۳ بیمار (۹۳.۱٪) مبتلا به امراض متفاوت بودند و ۱۴۷ بیمار (۶.۹٪) مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا دریافت شد که معلومات مفصل آن در ذیل در قالب جدول و نمودار شماره‌ی ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. تعداد کل مراجعه‌کنندگان به شفاخانه‌ی علی‌آباد و تعداد

جدول ۴. بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفرا بر اساس بیماری زمینه‌ای

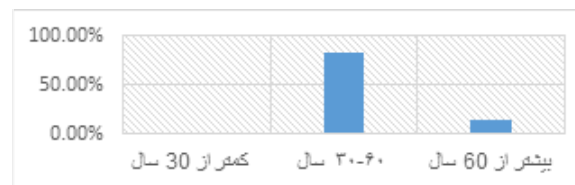
عوامل زمینه‌ای	تعداد	فیصدی
هایپرکولسترولیمیا	۲۵	۲۰.۳٪
دیابت شیرین	۷	۵.۶٪
هیپاتیت B و C	۱۰	۸.۱٪
کلانژیت	۶	۴.۸٪
کولیدوکولیتیزیس	۲۰	۱۶.۲٪
فشار خون بالا/ مرض کرونر قلب	۱۵	۱۲.۱٪
کمبود نمک‌های صفراوی	۳	۲.۴۳٪
چاقی	۴۸	۳۹٪
مینوپاز	۸	۶.۵٪



بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ی انجام شده بر روی ۱۴۷ بیمار مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا، ۸۶ بیمار (۵۸.۵٪) سنگ کلسترولی، ۳۴ بیمار (۲۳.۱۲٪) پگمیتی و ۲۷ بیمار (۱۸.۳۶٪) مبتلا به سنگ‌های مختلط بودند (جدول و نمودار ۵).

جدول ۵. طبقه‌بندی بیماران بر اساس نوع سنگ

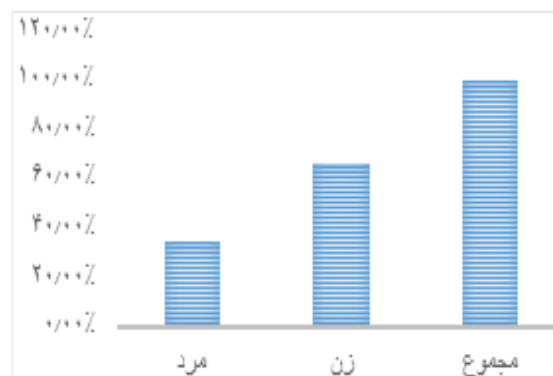
سنگ	تعداد	فیصدی
کلسترولی	۸۶	۵۸.۵٪
پگمیتی	۳۴	۲۳.۱۲٪
مختلط	۲۷	۱۸.۳۶٪
مجموع	۱۴۷	۱۰۰٪



در بررسی انجام شده بالای ۱۴۷ مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا، از لحاظ جنس نیز مریضان مورد مطالعه قرار گرفتند. سنگ‌های کیسه‌ی صفرا، ۱۲۳ بیمار در محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال دریافت شد. ۸۱ بیمار (۶۵.۹٪) زن و ۴۲ بیمار (۳۴.۱٪) مرد دریافت شد که در جدول و نمودار شماره‌ی ۳ نشان داده شده است.

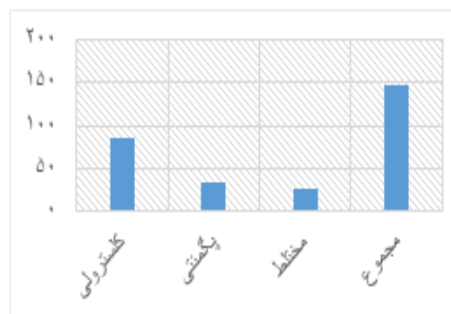
جدول ۳. مبتلایان به سنگ کیسه صفرا بر اساس جنس

جنس	تعداد	فیصدی
مرد	۴۲	۳۴.۱٪
زن	۸۱	۶۵.۹٪
مجموع	۱۲۳	۱۰۰٪



بر اساس عوامل زمینه‌ای، هم بیماران مورد مطالعه قرار گرفتند، طوری که از ۱۴۷ بیمار مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا هایپرکلسترولیمیا ۲۵ مورد (۲۰.۳٪)، دیابت شیرین ۷ مورد (۵.۶٪)، هیپاتیت B و C ۱۰ مورد (۸.۱٪)، کلانژیت ۶ مورد (۴.۸٪)، کولیدوکولیتیزیس ۲۰ مورد (۱۶.۲٪)، فشارخون بالا و مرض کرونر قلب ۱۵ مورد (۱۲.۱٪)، کمبود نمک‌های صفراوی ۳ مورد (۲.۴۳٪)، چاقی ۴۸ مورد (۳۹٪) و مینوپاز ۸ مورد (۶.۵٪) جامعه‌ی آماری را تشکیل می‌دهد. (جدول و نمودار شماره‌ی ۴)

در محدوده‌ی سنی ۳۰-۶۰ سال بوده است. در مطالعه‌ی بررسی فراوانی سنگ کیسه‌ی صفرا در شفاخانه‌ی SIMS کشور هندوستان در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۳ توسط Mohan و همکاران انجام شده است دیده شده که در ۴۵۷۱ بیماری که در بخش جراحی این شفاخانه عملیات شدند، ۶۸ بیمار (۱.۴۸٪) مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بود و ۸۸٪ این بیماران با میانگین سن ۵۶ مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بودند که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۵). در مطالعه‌ی که در کشور هندوستان در بین سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۷ توسط آقایان Khamiso Altaf Hussain و همکاران انجام شده است که از جمله‌ی ۳۰۰ مریض مصاب سنگ کیسه‌ی صفرا مراجعه کرده به این شفاخانه ۲۵۵ (۸۵٪) آن زنان و ۴۵ (۱۵٪) آن را مردان تشکیل داده است؛ ولی در مطالعه‌ی حاضر ۸۱ بیمار (۶۵.۹٪) زن و ۴۲ بیمار (۳۴.۱٪) مرد مشاهده شدند. نتایج در این دو مطالعه نشان می‌دهد که شیوع سنگ‌های صفراوی در زنان بیش‌تر از مردان بوده است؛ ولی فیصدهی بروز آن در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد (۶). بر اساس یافته‌های به دست آمده از مطالعه‌ی انجام شده بر روی ۱۴۷ بیمار مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا، ۸۶ بیمار (۵۸.۵٪) سنگ کلسترولی، ۳۴ بیمار (۲۳.۱۲٪) پگمتی و ۲۷ بیمار (۱۸.۳۶٪) مبتلا به سنگ‌های مختلط بودند. در مطالعه‌ی بررسی تقسیم‌بندی انواع سنگ‌های کیسه‌ی صفرا که در کشور چین توسط Qiao و همکاران در سال ۲۰۱۳ انجام گرفت دیده شد، از مجموع ۸۰۷ مریض مصاب کیسه‌ی صفرا ۲۹۷ نفر آن‌ها را سنگ کلسترولی، ۲۱۷ نفر آن‌ها پگمتی، ۱۲۹ نفر از نوع مخلوط را تشکیل دادند. میانگین سن در خانم‌ها را ۳۰-۵۰ و در مردها ۴۰-۶۰ سال دربرگرفته است (۱۱).



بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های به دست آمده از تحقیق بر روی ۲۱۶۰ بیماری که طی ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۸ بنا بر پاتولوژی‌های متفاوت وارد جراحی شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد مراجعه کرده بودند، ۲۰۱۳ بیمار (۹۳.۱٪) مبتلا به امراض متفاوت بودند و ۱۴۷ بیمار (۶.۹٪) مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا دریافت شد. در مطالعه‌ی بررسی فراوانی سرطانی کیسه‌ی صفرا در مریضان عملیات شده کوله سیستمیکومی در کشور هندوستان در سال ۲۰۰۸ توسط Om Tania و همکاران انجام گردید، دیده شد که از تعداد ۳۲۰۵ مریض مراجعه‌کننده‌ی شفاخانه‌ی ۲۸۹ بیمار (۹٪) مصاب به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بودند که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۱۰). در مطالعه‌ی بررسی فراوانی سنگ کیسه‌ی صفرا در شفاخانه‌ی SIMS کشور هندوستان در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۳ توسط Mohan و همکاران انجام شده است، مشاهده شده که در ۴۵۷۱ بیماری که وارد جراحی این شفاخانه عملیات شدند، ۶۸ بیمار (۱.۴۸٪) مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا بوده است که این تحقیق نیز با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (۵). در مطالعه‌ی بررسی فراوانی سنگ‌های صفراوی در سونوگرافی کیسه‌ی صفرا و مجاری صفراوی بیماران بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم که توسط شهرام آگاه و همکاران در شهر تهران، ایران بین سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۳ انجام گردید، دیده شده است که از مجموع ۱۳۱۲ مریض مراجعه‌کننده ۴۲۰ (۳۲٪) نفر مصابین سنگ کیسه‌ی صفرا را تشکیل داده است که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (۴). بر اساس یافته‌های به دست آمده بر روی ۱۴۷ بیمار مبتلا به سنگ‌های کیسه‌ی صفرا که در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۸ ه.ش به شفاخانه‌ی کادری علی‌آباد مراجعه کرده بودند، نتایج نشان داد که از ۱۴۷ بیمار، ۱۲۳ بیمار (۸۳.۶٪)

9. Torgerson JS, Lindroos AK, Näslund I, Peltonen M. Gallstones, gallbladder disease, and pancreatitis: cross-sectional and 2-year data from the Swedish Obese Subjects (SOS) and SOS reference studies. *The American journal of gastroenterology*. 2003;98(5):103241-.

10. Tania O, Jain M, Khanna S, Sen B. Incidental carcinoma gall bladder during laparoscopic cholecystectomy for symptomatic gall stone disease. *Surgical endoscopy*. 2009;23(9):20416-.

11. Qiao T, Ma RH, Luo XB, Yang LQ, Luo ZL, Zheng PM. The systematic classification of gallbladder stones. *PloS one*. 2013;8(10):e74887.

Reference

1. K. BORCH, NSSON K-AJ, JMZ, I., HALLDESTAM, KULLMAN E. Prevalence of Gallstone Disease in a Swedish Population Sample: Relations to Occupation, Childbirth, Health Status, Life Style, Medications, and Blood Lipids. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. December 1998;33:1219–25.

2. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. *gut and liver*. 2012 6(2):172–87.

3. B FC, Dana KA, RB T. *Schwartz's Principle of Surgery*. USA: McGraw- Hill education. 2014 July 16:Chapter 32.

4. Agah S, Fereshtehnejad SM, Neshat TR. Assessment of the Prevalence of Gallstone in Ultrasonography of Gallbladder and Biliary Duct Among Hospitalized Patients in Rasool-Akram Hospital During 20002004- Iran University of Medical Sciences a. 2005;14(57):712-.

5. S. MSV, M ST, Mehta S, Rajput AS. Gall bladder stones, surgical treatment. *India*. 2013, December 30.

6. Khamiso Altaf Hussain Talpur, Abdul Aziz Laghari, Sikandar Azam yousfani, Malik AM, Aamir Iqbal Memon, Khan SA. anatomical variations and congenital anomalies of extra hepatic biliary system encountered during laparoscopic cholecystectomy. *JPMa*. 2010;60(89).

7. Chen-Ying, Wei-Wei Li, Xu Xian-Xing Chang L. Gallbladder gallstone disease is associated with newly diagnosed CAD. *PLOS ONE* 2013, September 18;8(9):17-.

8. Halldestam I, editor *Gallstone disease : Population based studies on risk factors, symptomatology and complications*2008.

Frequency distribution of different types of vaginitis in patients referred to Sarcheshmeh Complex in Kabul in 2016 - 2017

Fazele Hazare¹, Nesa Mohammadi², Shokrie Majroh³

1. Associate Professor, PhD Student in Reproductive Health, Faculty of Reproductive Health, Faculty of Midwifery, Khatam al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan.

2. Associate Professor, PhD Student in Reproductive Health, Faculty of Reproductive Health, Faculty of Midwifery, Khatam al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan.

3. Bachelor's Degree Student, Faculty of Midwifery, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan.

Abstract

Introduction: Vaginitis is a medical term for inflammation or infection of the vagina. Bacterial vaginosis, candidiasis, and Trichomonas is are responsible for 90% of infectious vaginitis. This study aimed to investigate the frequency distribution of different types of vaginitis in patients referred to Sarcheshmeh's specialist physician complex in Kabul in 2016-2017.

Methods: During two years, 694 women in the age range of 15 to 55 years with symptoms of genitourinary urination referred to the Sarcheshmeh Doctors' Complex in Kabul retrospectively were studied and information about clinical signs was considered.

Results: Clinical findings included itching and burning of the genital area, increased discharge, bad odor, discoloration of the discharge from white to yellow, greenish-yellow vegetables. 18.01% (125 cases) of women had vaginal infections based on complaints of symptoms. The causative agents of vaginitis were Candida (64%) Bacterial (33.6%) and Trichomonas (2.4%), respectively.

Conclusion: Symptoms of vaginitis expressed by patients can be the key to rapid diagnosis and specific treatment of these infections, especially in low-income groups in this community.

بررسی توزیع فراوانی انواع واژینیت‌ها در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک صحت باروری مجتمع داکتران متخصص سرچشمه‌ی شهر کابل در سال ۱۳۹۸

فاضله هزاره^۱، نساء محمدی^۲ و شکریه مجروح^۳

۱. پوهنیار، دانشجوی دکترای بهداشت باروری، هیأت علمی دیپارتمنت صحت باروری، دانشکده‌ی قابلگی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان.
۲. پوهنیار، دانشجوی دکترای بهداشت باروری، هیأت علمی دیپارتمنت صحت باروری، دانشکده‌ی قابلگی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان.
۳. دانشجوی لیسانس قابلگی، دانشکده‌ی قابلگی، دانشگاه خاتم‌النبین^(ص)، کابل، افغانستان.

چکیده

مقدمه: واژینیت یک اصطلاح پزشکی برای التهاب و یا عفونت واژن می‌باشد. واژینوز باکتریایی، کاندیدیازیس و تریکومونازیس مسؤول ۹۰ درصد موارد واژینیت عفونی هستند. این مطالعه با هدف بررسی توزیع فراوانی انواع واژینیت‌ها در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک صحت باروری مجتمع داکتران متخصص سرچشمه‌ی شهر کابل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ صورت گرفت.

روش مطالعه: در طی یک دوره‌ی دو ساله، ۶۹۴ زن در محدوده‌ی سنی ۱۵ تا ۵۵ سال که با علایم ادراری تناسلی به مجتمع داکتران متخصص سرچشمه‌ی شهر کابل مراجعه داشتند. به‌طور گذشته‌نگر مورد مطالعه قرار گرفتند و اطلاعات مربوط به علایم بالینی مد نظر قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های بالینی شامل خارش و سوزش ناحیه‌ی تناسلی، افزایش ترشحات، بوی بد، تغییر رنگ ترشحات از سفید به زرد، سبز یا زرد مایل به سبز بودند. ۱۸,۰۱ درصد (۱۲۵ مورد) زنان بر مبنای شکایت از علایم به عفونت‌های واژینال مبتلا بودند. عوامل ایجادکننده‌ی واژینیت به ترتیب، کاندیدا (۶۴ درصد) باکتریال (۳۳,۶ درصد) و تریکومونا (۲,۴ درصد) بودند.

نتیجه‌گیری: علایم واژینیت‌ها که توسط مبتلایان اظهار می‌شود، می‌تواند کلید تشخیص سریع و درمان اختصاصی این عفونت‌ها به خصوص در گروه‌های کم‌درآمد این جامعه باشد.

کلیمات کلیدی: واژینیت، واژینیت کاندیدیایی، واژینیت باکتریایی، واژینیت تریکومونا

به از دست دادن لاکتوباسیل و افزایش باکتری‌های بی هوازی می‌شود. پیامد این امر افزایش شیوع و تراکم گاردنرلا واژینالیس، گونه‌های موبیلونکوس و مایکوپلاسما هومینیس است. این چنین شرایط محیطی واژن، در برخی از مطالعات فلور متوسط نامیده شده است که با تغییر شرایط، عوارض و بیماری‌هایی به دنبال خواهد داشت (۴). تریکوموناز یکی از بیماری‌های منتقل شونده از راه جنسی است که عامل آن یک انگل فلاژل دار بنام تریکوموناس واژینالیس می‌باشد و سومین علت شایع واژینیت (۱۵ تا ۲۰٪) و جزء بیماری‌های مقاربتی در نظر گرفته می‌شود و همچنین از طریق حوله و یا لباس‌های آلوده و بهداشت ضعیف نیز انتقال می‌یابد (۵).

سازمان بهداشت جهانی شیوع تریکومونازیس را ۱۷۴ میلیون نفر بر آورد کرده است که عامل ۱۰ تا ۲۵ درصد عفونت‌های واژینال است. ترشحات بدبو، التهاب ناحیه‌ی خارجی اطراف واژن و التهاب و خونریزی دهانه‌ی رحم از علایم شایع این بیماری است (۶، ۱).

تشخیص عامل بیماری‌زای واژینیت‌ها، از طریق بررسی شکایات بیماران، معاینه‌ی بالینی و روش‌های آزمایشگاهی امکان‌پذیر است؛ اما بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه انجام این آزمایش‌ها به سهولت امکان‌پذیر نمی‌باشد یا امکان اقتصادی انجام آن مقدور نمی‌باشد. به علاوه، محدودیت در دسترسی به خدمات پزشکی، پایین بودن سطح آگاهی و موانع فرهنگی از علل تاخیر درمان این بیماری محسوب می‌شود (۷). لذا پیشنهاد شده است که به منظور درمان به موقع و جلوگیری از عوارض جدی این بیماری، از معاینه‌ی بالینی و تلفیق آن با شکایات بیماران استفاده می‌گردد (۸-۱۰).

روش کار

این مطالعه یک بررسی گذشته‌نگر بود که در طی یک دوره حدود ۲ سال از ماه حمل ۱۳۹۸ تا ماه حوت ۱۳۹۹ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه دختران و زنان در محدوده‌ی سنی ۱۵ تا ۵۵ سال بودند که با علایم ادراری تناسلی به کلینیک صحت باروری مجتمع داکتران متخصص سرچشمه‌ی شهر کابل مراجعه

واژینیت یکی از بیماری‌های شایع زنان است که در مراکز سلامت همه‌ی کشورهای جهان دارای اهمیت خاصی بوده و مراقبت‌های بهداشتی را می‌طلبد. سالانه حدود ۱۰ میلیون مرکز بهداشتی، شکایت‌های مربوط به ترشحات واژینال رسیدگی می‌کنند. علایم واژینال به شکل معمول مربوط به یکی از بیماری‌های واژینیت باکتریال، ولوواژینال کاندیدیازیس و تریکومونیزیس است. علاوه بر این‌ها کلامیدیاتراکوماتیس و نایسریاگنوره از عوامل دیگر واژینیت هستند (۱).

واژینیت در گذشته به عنوان یک بیماری بی خطر در نظر گرفته می‌شد که در موارد بدون علامت به درمان نیازی نبود؛ اما امروزه شواهد حاکی از آن است که در صورت پیشرفت و شدت بیماری ممکن است به عوارض شدید در زنان منجر شود. هر چند این بیماری به ندرت تهدید کننده‌ی حیات است؛ ولی ابتلا به آن هزینه‌ی بالای درمان و در مواردی ناباروری را در پی دارد. زایمان زودرس ناباروری لوله‌ای، بیماری التهابی لگن، اندومتریتهای بعد از اعمال جراحی، پارگی زودرس پرده‌های جنینی و عفونت محل زخم پس از سزارین در زنان دارای واژینوز شایع است (۲). در سه دهه‌ی گذشته، میزان بروز عفونت‌های تهاجمی قارچی رو به افزایش بوده است. یکی از این عفونت‌های قارچی، عفونت‌های ولوواژینیت کاندیدیایی است که گونه‌های مختلف کاندیدا نقش مهمی در بروز آن دارند. این بیماری دومین بیماری شایع واژن در زنان به شمار می‌آید که تقریباً ۷۵ درصد از خانم‌ها در طول زندگی خود، آن را تجربه نموده در ۵۰ درصد موارد، این عفونت در سن ۲۵ سالگی بروز می‌کند. از آنجایی که بعضی از گونه‌های کاندیدا مقاومت ذاتی نسبت به داروهای ضد قارچی متداول دارند، شناسایی درست و دقیق گونه‌های مختلف کاندیدا بسیار ضروری است (۳).

واژینیت باکتریایی نیز یکی از متداول‌ترین انواع واژینیت در زنان در سنین باروری است. شیوع این نوع واژینیت بسیار متغیر بوده و از ۵ تا ۱۵٪ در جمعیت‌های مختلف گزارش شده است. واژن در حالت طبیعی حاوی ترکیبی از باکتری‌های مختلف است و واژینیت باکتریایی در واقع تغییر فلور طبیعی واژن است که منجر

سفید، خارش، سوزش شامل ۴۵ نفر (۳۶٪) بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. اطلاعات دموگرافیک کلی بیماران مبتلا به واژینیت‌ها

درصد	تعداد	مشخصه‌ی بیمار
سن		
۳۲	۴۰	۱۵ - ۲۵
۸/۴۸	۶۱	۲۶ - ۳۵
۸/۱۶	۲۱	۳۶ - ۴۵
۴/۲	۳	۵۵ - ۴۶
۱۰۰	۱۲۵	مجموع
BMI		
۴	۵	کم‌تر از ۱۸.۵
۶/۶۵	۸۲	۱۸.۵-۲۴.۹
۴/۲۲	۲۸	۲۵-۲۹.۹
۸	۱۰	۳۰-۳۴.۹
۱۰۰	۱۲۵	مجموع
شکایت اصلی		
۴/۶	۸	ترشحات سفید
۶/۵	۷	ترشحات زرد
۰/۸	۱۰	بی‌نظمی قاعدگی ترشحات سفید
۴/۲	۳	ترشحات سبز رنگ
۳۶	۴۵	ترشحات سفید، خارش، سوزش
۱۹/۲	۲۴	ترشحات زرد، خارش، سوزش
۶/۱۳	۱۷	ترشحات سفید، خارش، سوزش، بد بویی
۸۸	۱۱	ترشحات زرد، خارش، سوزش، بدبویی

داشتند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن زنان و دختران بالغ شکایت‌های مرتبط با عفونت تناسلی شامل خارش و سوزش ناحیه‌ی تناسلی، افزایش ترشحات، بوی بد، تغییر رنگ ترشحات از سفید به زرد، سبز یا زرد مایل به سبز و علائم موضعی مانند سوزش و ناراحتی به‌هنگام ادرار کردن و در معاینه‌ی بالینی قرمزی و التهاب ناحیه‌ی ژنیتال با یا بدون ترشح غیر طبیعی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل خونریزی، بیماری‌های پوستی اختصاصی ناحیه‌ی تناسلی و استفاده از داروهای استروئیدی کرم‌های ضد قارچ موضعی و واژینال، دوش واژینال یا بتادین و آنتی‌بیوتیک‌های موضعی یا سیستمیک در طی ۴۸ بود. تهیه‌ی شرح حال دقیق و معاینه‌ی فیزیکی کامل به‌ویژه مرتبط با ناحیه‌ی ژنیتال و پرینه صورت گرفت. همزمان با معاینه‌ی فیزیکی به کمک اسپکولوم سرویکس مشاهده شد و ترشح سفید و تکه‌ای ترشحات آبکی و تکه‌ای، ترشحات فراوان به رنگ خاکستری، سفید تا سبز ترشحات بدبو، ترشحات چسبناک، نوعیت سرویکس و واژن مشاهده شد. تشخیص عوامل باکتریایی با مشاهده‌ی ترشحات بدبو ترشحات چسبناک و یکنواخت و بدون تغییرات مخاطی، تشخیص عوامل کاندیدا با مشاهده‌ی ترشح سفید تکه‌ای و گاهی آبکی و تکه‌ای، اریتم وادم ناحیه‌ی سرویکس و واژن، سوزش خارش، دیس پارونی و تشخیص عوامل تریکوموناز با مشاهده‌ی ترشحات فراوان به رنگ خاکستری، سفید تا سبز، بدبو، سرویکس یا واژن توت‌فرنگی، درد و گاهی خارش در ناحیه‌ی واژن انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از برنامه‌ی SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تحلیل آماری قرار گرفت. به دلیل خوب نبودن وضعیت اقتصادی بیماران نتوانستیم که نمونه‌گیری به‌صورت مرطوب و ارسال به آزمایشگاه انجام دهیم.

یافته‌ها

این تحقیق به مجتمع داکتران سرچشمه از سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ بر روی ۶۹۴ بیمار مراجعه‌کننده انجام شد که از بین این‌ها ۱۲۵ بیمار واژینیت داشتند که این افراد مبتلا به واژینیت‌ها بر حسب سن به چهار گروه سنی ۱۵-۲۵، ۲۶-۳۵، ۳۶-۴۵ و ۴۶-۵۵ تقسیم شدند. بیش‌ترین فراوانی مربوط به سن ۲۶-۳۵ شامل ۶۱ نفر (۴۸٫۸٪) و بیش‌ترین شکایات افراد مراجعه‌کننده، ترشحات

از ۱۲۵ نفر مراجعه کننده ۴۲ نفر (۳۳/۶) واژینیت باکتریایی ۸۰ نفر (۶۴/۰) واژینیت کاندیدیایی و ۳ نفر (۲/۴) واژینیت تریکوموناس قرار داشتند که بیشترین فراوانی مربوط به واژینیت کاندیدیایی بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. تعیین توزیع فراوانی انواع واژینیتها

واژینیتها	تعداد	درصد
واژینیت باکتریایی	۴۲	۶/۳۳
کاندیدیایی	۸۰	۰/۶۴
تریکوموناس	۳	۴/۲

بحث

در مطالعه‌ی حاضر ۶۹۴ نفر مراجعه کننده که ۱۲۵ نفر علایم واژینیت را داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. میزان فراوانی واژینیت باکتریایی ۴۲ نفر (۳۳/۶)، میزان فراوانی واژینیت کاندیدیایی ۸۰ نفر (۶۴/۰) و میزان فراوانی واژینیت تریکوموناس ۳ نفر (۲/۴) بود که بیشترین فراوانی را واژینیت کاندیدیایی شامل می‌شود. این نتیجه در زمینه‌ی بالاتر بودن فراوانی واژینیت کاندیدیایی با مطالعه‌ی ضیایی و همکارانش در سال (۱۳۹۱) و رمضان‌تهرانی و همکارانش (۱۳۹۱) همخوانی دارد؛ علت بروز واژینیت کاندیدا عدم رعایت بهداشت، رژیم غذایی نامناسب، دیابت و سیستم ایمنی ضعیف است (۱۱، ۱۲).

مطالعات مختلف شیوع واژینوز باکتریایی را ۷۵-۸ درصد، کاندیدا را ۲/۲-۳۰ درصد و تریکومونا را ۰-۳۴ درصد گزارش کرده‌اند (۱۳). تفاوت در شیوع واژینیت و انواع آن می‌تواند به دلیل اختلاف در منطقه‌ی جغرافیایی، رفتارهای جنسی فرهنگ و آداب و رسوم ملل مختلف و همچنین اختلاف در نوع مطالعه، جمعیت شرکت کننده در مطالعه و روش تشخیص بیماری باشد (۱۴، ۱۵).

همچنین در مطالعه‌ی فرزانه دانش و همکارانش در سال (۱۳۹۶) تحت عنوان «فراوانی واژینیت ناشی از عوامل باکتریایی کاندیدیایی و تریکوموناسی بر اساس آزمایش پاپ اسمیر در شهر

یزد» انجام یافت به این نتیجه دست یافتند. میزان فراوانی واژینیت باکتریایی ۲۹ درصد (۱۷۲ مورد)، کاندیدا ۴/۲۵ درصد (۲۵ مورد) و تریکوموناس ۰/۳۴ درصد (۲ مورد) بوده است. که بیشترین فراوانی را واژینیت باکتریایی دارد که با مطالعه‌ی ما تقریباً مشابه است. واژینیت راه‌های ابتلای متفاوتی دارد و عواملی غیر از تماس جنسی در انتقال آن نقش دارد. از طرف دیگر، عدم مراجعه‌ی افراد به دلیل نداشتن علایم بالینی جدی در مراحل اولیه‌ی بیماری و عدم تشخیص صحیح بیماری و نداشتن همکاری بیماران در درمان کامل، دلیل اهمیت این بیماری می‌باشد (۱۶).

بروز تریکومونیاژیس به طور قابل توجهی در کشورهای در حال توسعه و در گروه‌های پرخطر در حال افزایش است (۱۷). در مطالعه‌ی حاضر فراوانی تریکومونیاژیس ۲ درصد کل واژینیت‌ها بوده است. در مطالعات مختلف این میزان فراوانی تریکومونیاژیس را در گروه‌های مختلف جمعیت و در شهرهای مختلف متفاوت گزارش شده است که این میزان در مقایسه با مطالعه‌ی رضاییان و همکاران که در زنان مراجعه کننده به کلینیک، ۳/۲ درصد گزارش شد، کم‌تر است (۱۸).

در مطالعه‌ی اخلاقی و همکاران میزان ابتلا به تریکومونیاژیس ۱/۴ درصد و کاندیدیازیس ۱۳/۴ درصد گزارش شده است که در مقایسه با مطالعه‌ی ما کم‌تر بود (۱۹). لذا پیشنهاد می‌شود که بررسی‌های بعدی در کل جامعه روش‌های تشخیصی با حساسیت بالا انجام شود تا با دسترسی به آمار دقیق از میزان شیوع در جمعیت‌های در معرض خطر، جهت تدوین برنامه‌های آموزش رفتارهای صحیح جنسی مورد استفاده قرار بگیرد.

نتیجه گیری

علایم واژینیت‌ها که توسط بیماران اظهار می‌شود، می‌تواند کلید تشخیص سریع و درمان اختصاصی این عفونت‌ها به خصوص در گروه‌های کم درآمد جامعه‌ی افغانستان باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی افراد شرکت کننده در این پژوهش که انجام این مطالعه جز با همکاری و مساعدت آنان انجام

نمی‌پذیرفت، کمال تشکر را دارد. نویسندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از پرسنل محترم کلینیک صحت باروری مجتمع داکتران متخصص سرچشمه‌ی شهر کابل که در اجرای پروژه همکاری صمیمانه‌ای داشته‌اند، ابراز می‌دارند.

8. Landers DV WH, Heine RP, Krohn MA, Hillier SL. . Am J Predictive value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. *Obstet Gynecol.* 2004;190:10-1004.
9. Foxman B MJ, Gillespie B, Sobel JD. Frequency and response to vaginal symptoms among white and African American women: . results of a random digit dialing survey *J Womens Health* 1998; 7: 116774-.
10. Langsford MJ DF, Morrison GM, Dance DA. . . The effect of introduction of a guideline on the management of vaginal discharge and in particular bacterial vaginosis in primary care. *Fam Pract.* 2001;18::25357-.
۱۱. رضوانی تهرانی فهیمه، فرهمند مریم، عابدینی مهراندخت، هاشمی زینب. بررسی واژینیت در زنان ایرانی- همخوانی شکایات بیماران با علایم بالینی. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی.* ۱۳۹۱؛ ۶۲: ۲۲-۸.
۱۲. هزار جریبی ضیایی هاجر، دلمی عبدالحسین، قاسمی مریم، فراوانی واژینیت ناشی از عوامل انگلی و قارچی و باکتریایی بر اساس آزمایش پاپ اسمیر در مرکز آموزشی درمانی بیمارستان های امام خمینی و بوعلی سینا شهرستان ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران.* ۱۳۹۱؛ ۱۹: ۲۲-۲۴.
13. PE. H. Bacterial vaginosis and miscarriage. *Curr Opin Infect Dis.* 2004;17:414-.
14. Oyarzun E GR, Montiel F. Bacterial vaginosis II. Related pathology and therapy. *Rev Chil Obstet Gineco.* 1995; 60:42135-.
15. Sardana S SP, Agarwal SS, Sehgal A, Roy M, Singh V, et al. Epidemiologic analysis of *Trichomonas vaginalis* infection in inflammatory smears. . *Acta Cytol.* 1994; 38: 69397-.
۱۶. دانش فرزانه، فراوانی واژینیت ناشی از عوامل باکتریایی، کاندیدیایی و تریکوموناسی بر اساس آزمایش پاپ اسمیر در شهر یزد در سالهای ۱۳۹۴-۱۳۹۵ *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.* ۱۳۹۶؛ ۴۳: ۲۵-۴۳.
17. Ediisian GH RM, Ghorbani M, Keshavarz H, Mohebbali M,. Medical protozoology. *Tehran university medical*
۱. باغچه سرایی حمید , سلمانی رضا, امینی بهرام. فراوانی عفونت تریکوموناس واژینال در زنان علامت دار ارجاعی به آزمایشگاه ها در شهر زنجان در سال ۱۳۸۹. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery.* 2012;9(1):69-75.
۲. رضایی حسین، فروغی پرور فائزه، مقصود امیر حسین، فلاح محمد. . بررسی شیوع واژینیت کاندیدیایی و باکتریایی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان. *علوم پزشکی پارس* ۱۳۹۶ دوره پانزدهم، شماره دو: ص ۱۷-۲۲.
۳. روان سالار حسین، نمازی حسن , نمازی محمدجواد، معالی محمدجواد، معالی حسین، اکبری حسین. اکبری آرش. بررسی و شناسایی گونه های مختلف کاندیدا در واژینیت کاندیدیایی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان مبینی سبزوار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار.* ۱۳۸۹؛ ۵۴: ۱۷-۶۲.
4. Koumans EHM, MPH*; Sternberg, Maya PhD*; Bruce, Carol BSN, MPH*; McQuillan, Geraldine PhD†; Kendrick, Juliette MD*; Sutton, Madeline MD, MPH*; Markowitz, Lauri E. MD*. The Prevalence of Bacterial Vaginosis in the United States, 2001–2004; Associations With Symptoms, Sexual Behaviors, and Reproductive Health. *Sexually Transmitted Diseases.* 2007;34 - (11 -):p 8649-.
۵. بلبل حقیق ناهید، ابراهیمی حسین، داوریان زاده مهری، حسنی محمد رضا، ارزیابی و مقایسه تشخیص های کلینیکی و پاراکلینیکی واژینیت های کاندیدیایی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان شاهرود، ۸۶-۱۳۸۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد* ۱۳۸۸؛ دوره ۱۱ ۱۷-۲۲.
6. E. N. Berek & Novak's gynecology. . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007
7. Mamdani M AS, Bannerji S, Datta B, Khanna R. Management of reproductive tract infections in women: lessons from the field. In: Pachauri S, ed *Implementing a reproductive health agenda in India:* . 1999; .p.435505-.

science. 2007.

18. Rezaeian M VM, Rezaie S, Mohebalil M, Niromand N, Niyyati M, Farnia S, Z Babaei,. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* using parasitological methods in Tehran. Iranian J Parasitol 2009;4:437-.

19. Akhlaghei L FM, Jahany Abyaneh M, Ormazdy H., Amini M. Prevalence of *Trichomonas* and *Candida albicans* in women admitted to hospitals and health centers in the Rabat karym and a comparative evaluation of two colors, Carbole Fushin and Leffler diluted the rapid detection,. Journal of Iran University of Medical Science. 2005;12:712-.

Quality of infertile women's life and its related factors in Gazni

Nafiseh saeedi^{1*}, Nasibah hoseini²

1*. Scientific staff of complicated pregnancy department, midwifery faculty, khatam Al-Nabieen University, kabul, Afghanistan

2. undergraduate student, midwifery faculty, khatam Al-Nabieen University, Gazny, Afghanistan

Abstract

Introduction: In spite of human progress in medicine, infertility is one of the most unpleasant and affecting aspects of couples life and can affect the quality of life. The purpose of this study was to assess the quality of life of infertile women in (Ghazni) Afghanistan.

Methods: This is a descriptive analytical study. 180 people from the statistical population of infertile women referred to Ghazni clinics in 2018 were enrolled. The instrument used was a questionnaire, which was arranged in two sections; the first part was demographic questions and the second part of the World Health Organization standard of quality of life questionnaire. Data were analyzed using Pearson, Spearman, T test and ANOVA by SPSS software version 23.

Results: The results of the study indicate that the average score of quality of life in infertile women is 68.22 ± 25.35 , which is at the moderate level. In this study, the highest mean of quality of life in terms of physical dimension (3.35 ± 3.35) and social dimension was the lowest (5.59 ± 4.45). Also, there is a significant relationship between quality of life and underlying factors such as age, female education, female occupation, husband's education, spouse's salary, number of years of infertility ($P < 0.001$) and ethnicity variables have only a significant relationship with social dimension ($P = 0.03$).

Conclusion: In this study, the quality of life of women was moderate and it was necessary to increase its efforts to increase it and to do better and more effectively by studying the factors associated with it.

Keywords: quality of life, infertile women, infertility

کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن در شهر غزنی

نفیسه سعیدی^{۱*}، نصیبه حسینی^۲

*۱. نویسنده مسئول: عضو هیات علمی دیپارتمنت حمل اختلاطی، دانشکده قابلگی، دانشگاه خاتم النبیین، کابل، افغانستان.

تلفن: ۰۷۸۲۰۶۱۴۲۴ ایمیل: yahoo.com@afgna۲۰۲۰

۲. دانشجوی لیسانس، دانشکده قابلگی، دانشگاه خاتم النبیین، غزنی، افغانستان

چکیده

مقدمه: علی‌رغم پیشرفت بشر در عرصه‌ی طب هنوز ناباروری یکی از مسائل ناخوشایند و تاثیرگذار بر زندگی زوجها است و کیفیت زندگی را می‌تواند تحت تاثیر خود قرار دهد. هدف این پژوهش بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور در شهر غزنی افغانستان می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تحلیلی توصیفی می‌باشد. ۱۸۰ نفر از جامعه‌ی آماری زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های غزنی در سال ۱۳۹۷ وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود که در دو بخش تنظیم شد؛ بخش اول سوالات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی تست و آنوا توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین امتیاز کیفیت زندگی زنان نابارور 68.22 ± 25.35 می‌باشد که در سطح متوسط قرار می‌گیرد. در این پژوهش بیش‌ترین میانگین مربوط به کیفیت زندگی از نظر بعد جسمی (25.35 ± 3.72) و کم‌ترین آن مربوط به بعد اجتماعی می‌باشد (17.59 ± 4.45). همچنین بین کیفیت زندگی و عوامل زمینه‌ای مانند سن، تحصیلات زن، شغل زن، تحصیلات همسر، معاش همسر، تعداد سال‌های ناباروری، ارتباط معنادار وجود دارد ($P < 0.001$) و متغیر قومیت تنها با بعد اجتماعی ارتباط معنادار دارد ($P = 0.03$).

نتیجه‌گیری: در این پژوهش کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه در سطح متوسط قرار داشت و باید در جهت ارتقای آن تلاش بیش‌تری نموده و با بررسی عوامل مرتبط با آن اقدامات بهتر و موثرتری را انجام داد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، زنان نابارور، ناباروری.

مقدمه

زنان نابارور با مشکلات روانی و اجتماعی مختلف درگیر باشد و تاثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان داشته باشد (۸).

در مطالعات متعدد نشان داده شده است که ناباروری تاثیرات وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس کناره‌گیری و انزوا مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و به معنای زندگی فرد ایجاد می‌کند (۹). آزمایش‌های متعدد پزشکی و بررسی‌های عضوی درمان‌های مختلف دارویی و عوارض جسمی و روانی آن‌ها، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پائین بودن میزان موفقیت روش‌های درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از عوامل تنش‌زای شدید برای زوجین نابارور می‌باشند (۱۰). جانسون و همکاران در سوند کیفیت زندگی ۵۶۳ زوج نابارور را قبل از انجام عمل لقاح خارج رحمی (IVF) مورد مطالعه قرار دادند و نشان دادند که طول مدت ناباروری و شکست در دستیابی به حاملگی در طی عمل IVF می‌تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی این زوجها به‌ویژه زنان داشته باشد (۱۱).

تحقیقات متعددی به بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت زندگی در این زنان به‌طور قابل توجهی پایین بوده است (۱۲، ۱۳). ایزر و همکاران^۱ در سال ۲۰۱۰ در مطالعه‌ی مروری خود به بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور پرداخته‌اند. این مطالعه روی ۲۳۰ تن از زنان نابارور انجام شده است. نتایج این مطالعه کیفیت زندگی زنان نابارور را در سطح پایین یا نامطلوب گزارش نموده است (۱۴).

در مطالعه‌ی مورا و همکاران^۲ در سال ۲۰۱۲ با هدف تاثیر نازایی بر کیفیت زندگی، تعاملات زناشویی و عملکرد جنسی به این نکته اشاره شده است که فرزنددار شدن اغلب یک توقع مهم از ازدواج است و برای اکثر زوجها بچه دار شدن پیامد قابل انتظار ارتباط جنسی است و فشارهای اجتماعی و اطرافیان برای ادامه‌ی نام خانوادگی می‌تواند فشار روانی بر زوج‌های نابارور ایجاد نماید. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی زنان نابارور در این مطالعه در سطح ضعیف می‌باشد (۱۵). در کشورهای همسایه مانند ایران نیز مطالعات زیادی در این زمینه انجام شده‌اند. از جمله نوایی ریگی و همکاران در سال ۱۳۹۰ مطالعه‌ای را با عنوان کیفیت

آرزوی داشتن فرزندمیل جهانی است. ناباروری هم مسأله‌ی فردی و خصوصی و هم یک مسأله‌ی عمومی و اجتماعی است. رشته‌ها و حوزه‌های مختلف مطالعاتی به بررسی مسأله‌ی ناباروری پرداخته‌اند. برای مثال متخصصان بهداشت، همه‌گیرشناسی علوم اجتماعی و رفتاری، حقوق و اخلاق پزشکی با این مسأله درگیر هستند (۱). عوامل مختلف در کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد و ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان‌کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند (۲).

کیفیت زندگی تعادل بین عوامل استرس‌زا، وقایع زندگی عوامل اجتماعی، محیطی و منابع می‌باشد؛ مانند: دانش، احساس آسایش، امنیت، کسب مهارت‌ها، نظام ارزشی و عقیدتی ثابت و سیستم حمایتی. بنابراین، این برنامه‌ها بایستی منجر به افزایش و گسترش منابع و کاهش استرس‌ها شود (۳). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۴).

ناباروری به‌عنوان شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری توصیف شده است (۵). نتایج آماری نشان می‌دهد که مشکل ناباروری روز به روز در حال افزایش است. بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی، ناباروری حدود ۸۰ میلیون زوج را در دنیا تحت تاثیر قرار داده است و تا سال ۲۰۳۰ این تعداد به یک میلیارد و دویست میلیون نفر خواهد رسید (۶، ۷)؛ از این میان ۴۰٪ از موارد ناباروری به‌طور مستقیم به زن، ۴۰٪ به مرد و ۲۰٪ به هر دوی آن‌ها مربوط می‌شود. علاوه بر این، حدود ۱۰-۱۲ درصد زنان، ناباروری ثانویه را تجربه می‌کند که منظور ناباروری بعد از یک سال زایمان، به دلیل بیماری‌های زنان است. این امر موجب می‌شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری رو به رومی‌شوند، در مقایسه با مردان افزایش یابد و همچنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می‌شود (۸).

از گذشته تاکنون در جوامع مختلف بچه‌دار شدن و فرزندپروری به‌طور سنتی یکی از برجسته‌ترین مشخصه‌های نقش جنسیتی زنانه به‌شمار آمده است و از این رو ناباروری به‌طور سنتی مشکل زنانه تلقی گردیده است. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که

^۱ Ezer and et al

^۲ Moura and et al

شده است که شامل ابعاد جسمانی، روحی روانی و اجتماعی می‌باشد و حداقل امتیاز آن ۲۶ و حد اکثر ۱۳۰ می‌باشد. نمره‌های بین ۲۶ تا ۵۲ کیفیت زندگی پایین، نمرات ۵۲ تا ۷۸ کیفیت زندگی متوسط و نمرات بالاتر از ۷۸ کیفیت زندگی بالا محسوب می‌شود. در ابعاد جسمانی، روحی روانی و اجتماعی نیز ۲۵ درصد پایینی نمرات کیفیت نامطلوب، ۵۰ درصد میانه‌ی نمرات کیفیت متوسط و ۲۵ درصد باقیمانده بالایی نمرات کیفیت بالا را نشان می‌دهد.

پرسشنامه‌ی دموگرافیک نیز شامل سؤالاتی مانند سن وضعیت تحصیلات خود و همسر، وضعیت اقتصادی، سوابق بارداری، نوع ناباروری، سابقه‌ی اعتیاد و سیگار بود. جهت اجرای پژوهش اهداف مطالعه برای واحدهای پژوهش بازگو شده و بعد از اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت از آنها پرسشنامه‌ها توزیع و آن‌ها اقدام به پر کردن می‌کردند. در شرایطی که نمونه‌ی مورد مطالعه سواد خواندن و نوشتن نداشت، پژوهش‌گر شخصا اقدام نموده و به صورت مصاحبه سؤالات پرسیده می‌شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی مانند همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی تست و آنوا توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ در سطح معنا داری کم‌تر از ۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان نابارور (29.02 ± 6.52) میانگین و انحراف معیار سن ازدواج‌شان (20.80 ± 5.62) و میانگین و انحراف معیار سال‌های تلاش برای باروری (2.62 ± 3.06) بود. از نظر تحصیلات بیش‌تر مشارکت کنندگان بی‌سواد بودند (56.8% درصد). بیش‌ترشان خانه‌دار بودند (82.5% درصد) و از میان کسانی که شاغل بودند بیش‌تر معاش‌شان کم‌تر از پنج هزار افغانی در ماه بود (6.6% درصد). همسران این زنان هم بیش‌تر از نظر تحصیلات بی‌سواد بودند (40.4% درصد) و بیش‌ترشان شغل آزاد داشتند (56.3% درصد) و اکثرشان معاش کم‌تر از پنج هزار افغانی در ماه داشتند (56.8% درصد). بیش‌تر این زنان با خانواده‌ی همسرشان زندگی می‌کردند (55.2% درصد). از میان این نمونه‌ها بیش‌ت دارای قومیت هزاره بودند (58.5% درصد). سایر مشخصات مربوط به ناباروری در جدول شماره‌ی ۱ آمده است.

زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر شیراز و عوامل مرتبط با آن، انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی زنان نابارور در سطح قابل قبولی نیست و عوامل متعددی بر آن تاثیر گذار هستند که با شناسایی و تعدیل این موارد می‌توان کیفیت زندگی این افراد را در جهت مثبت ارتقا داد (۱۶).

با توجه به این مساله که ناباروری می‌تواند پیامدهای ناگواری را به دنبال داشته باشد و از طرف دیگر، علی‌رغم مطالعات زیادی که در دیگر کشورها انجام شده است؛ اما در افغانستان تا کنون چنین مطالعاتی صورت نگرفته است. لذا مطالعه‌ای با هدف بررسی کیفیت زندگی در زنان نابارور شهر غزنی در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد و بر روی زنان نابارور شهر غزنی انجام گرفته است. تعداد واحدهای پژوهش ۱۸۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود؛ زنانی که هیچ‌گونه ناباروری نداشتند، زنانی که متعلق به شهر غزنی بودند، زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، استرس اخیر مثل مرگ یکی از عزیزان در هفته‌های اخیر برایشان اتفاق نیفتاده بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که دارای دو بخش بود: بخش اول مربوط به اطلاعات فردی و سابقه‌ی طبی و قابلگی بود. بخش دوم پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) بود که روایی و پایایی آن توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) مورد سنجش قرار گرفته است. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است و با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای محاسبه گردید. مقادیر این همبستگی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در همه‌ی حیطه‌ها بالای ۰٫۷ به دست آمد که به‌صورت تفکیک آلفای کرونباخ در حیطه‌ی سلامت جسمی ۰٫۷۷، حیطه‌ی روانی ۰٫۷۷، حیطه‌ی اجتماعی ۰٫۷۵ به دست آمد و این نشان دهنده‌ی پایایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد (۱۷).

این پرسشنامه حاوی ۲۶ گویه بوده و در سه بخش تنظیم

جدول ۱. توزیع فراوانی زنان نابارور بر حسب ویژگی‌های باروری

شاخص‌ها	تعداد	درصد
نوع ناباروری		
ناباروری اولیه	۱۰۹	۵۹.۶
ناباروری ثانویه	۷۱	۳۸.۸
استفاده از داروی ناباروری		
بله	۱۳۵	۷۳.۸
خیر	۴۵	۲۴.۵
علت ناباروری		
علت زنانه	۸۸	۴۸.۱
علت مردانه	۱۹	۱۰.۴
مختلط	۱۸	۹.۸
ناشناخته	۱۲	۶.۶
سایر	۴۳	۲۵.۱
مدت زمان ناباروری		
شش ماه	۴	۲.۲
یکسال	۲۹	۱۵.۸
دو سال	۱۲	۶.۶
بیش‌تر از دوسال	۱۳۲	۷۲.۱
شدت تمایل به طفل دار شدن در زن		
تمایل کم	۶	۳.۳
تمایل متوسط	۸	۴.۴
تمایل زیاد	۱۶۶	۹۰.۷
شدت تمایل به طفل دار شدن در همسر		
تمایل کم	۴	۲.۲
تمایل متوسط	۶	۳.۳
تمایل زیاد	۱۷۰	۹۲.۹
میزان امید به درمان		
دارد	۱۰۲	۷۳.۹
ندارد	۳۶	۲۶.۱

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در جدول شماره ۲ آمده است. بر اساس این نتایج بیش‌تر زنان نابارور کیفیت زندگی در حد متوسط داشته‌اند. به طوری که این نتایج در مورد تمام ابعاد کیفیت زندگی از جمله بعد روحی، جسمی و اجتماعی صدق می‌کرد و اکثرشان در حد متوسط بودند. در نتیجه‌ی این پژوهش بیش‌ترین میانگین مربوط به کیفیت زندگی از نظر بعد جسمی بود و زنان از نظر بعد جسمی نسبت به دیگر ابعاد در وضعیت بهتری قرار دارند البته قابل ذکر است که میانگین این بعد با بعد روحی روانی تفاوت کمی داشت و کم‌ترین آن مربوط به بعد اجتماعی بود که نشان می‌دهد که کیفیت زندگی زنان از نظر بعد اجتماعی آسیب‌پذیرتر می‌باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات و فراوانی کیفیت زندگی و ابعاد آن

شاخص‌ها	فراوانی	درصد	میانگین و انحراف معیار
کیفیت زندگی تمام ابعاد			
نامطلوب	۸	۴.۴	68.22 ± 25.35
متوسط	۱۴۴	۷۸.۷	
مطلوب	۲۸	۱۵.۳	
کیفیت زندگی بعد جسمی			
نامطلوب	۱۱	۶	25.35 ± 3.72
متوسط	۱۲۸	۶۹.۹	
مطلوب	۴۹	۲۲.۴	
کیفیت زندگی بعد روحی			
نامطلوب	۱۳	۷.۱	25.24 ± 5.20
متوسط	۱۱۸	۶۴.۵	
مطلوب	۴۹	۲۶.۸	
کیفیت زندگی بعد اجتماعی			
نامطلوب	۸۵	۴۶.۴	17.59 ± 4.45
متوسط	۷۹	۴۳.۲	
مطلوب	۱۵	۸.۲	

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان نابارور شهر غزنی در سطح متوسط قرار دارد. پی یانگ و همکاران^۳ در سال ۲۰۱۳ در مطالعه‌ای بر روی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری کشور تایوان کیفیت زندگی زنان نازا را مورد بررسی قرار دادند در یافته‌های این مطالعه آمده که نوع ناباروری در بیش‌ترین زنان مورد مطالعه‌ی ناباروری اولیه بوده و همچنان در بیش‌ترین این زنان علت ناباروری مردانه بوده است. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که زنان نابارور کیفیت زندگی خود را در سطح متوسط گزارش کرده بودند که با مطالعه‌ی ما هم راستا بوده است به جز علت ناباروری که در این پژوهش بیش‌ترین علت ناباروری زنانه بوده است (۱۸)؛ اما در مطالعه‌ی ایزر و همکارانش^۴ که در سال ۲۰۱۰ در مطالعه‌ی مروری خود به بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور پرداخته‌اند، بیش‌ترین علت ناباروری را زنانه دانسته‌اند که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. هرچند کیفیت زندگی در این مطالعه در حد پایین و ضعیف گزارش شده بود (۱۴). در مطالعه نوایی و همکاران در سال ۱۳۹۵ که بر روی زنان نابارور شهر شیراز انجام داد، گزارش کرد که کیفیت زندگی زنان نابارور در سطح خنثی یا متوسط می‌باشد و با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۱۶). نورانی و همکارانش نیز در سال ۱۳۹۱ با مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی زنان نابارور در حد متوسط می‌باشد؛ آنها در پژوهش خود از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده کرده بودند که با ابزار مورد استفاده‌ی ما همسان است و از نظر نتیجه نیز با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد (۱۹).

نوایی و همکاران در مطالعه‌ی خود سطح کیفیت زندگی از نظر بعد جسمی را نسبت به دیگر ابعاد بالاتر گزارش کردند که منطبق با مطالعه‌ی ما می‌باشد و بعد جسمی نسبت به دیگر ابعاد میانگین و انحراف معیار بیش‌تری دارد (۱۵). این درحالی است که امان الهی فرد و همکاران در مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور بیان کردند که زنان نابارور از لحاظ بعد جسمانی در سطح پایین‌تری قرار دارند (۲۰).

نتایج آزمون پیرسون نشان داد که سن زن با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری دارد ($P < 0.001$). نتایج آزمون اسپیرمن نیز نشان داد که بین عوامل زمینه‌ای دیگر مانند قومیت، مدت زمان تلاش برای طفل دار شدن، تعداد سال‌های ناباروری، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، شغل زن و معاش همسر، شدت تمایل به طفل دار شدن با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد (جدول ۳).

جدول ۳. ارتباط عوامل زمینه‌ای با ابعاد مختلف کیفیت زندگی

عوامل زمینه ای	بعد جسمی	بعد روحی روانی	بعد اجتماعی	کل
سن	R=-0.376 P<0.001	R=-0.329 P<0.001	R=-0.348 P<0.001	r=-0.43 P<0.001
تحصیلات زن	R=0.312 P<0.001	R=0.327 P<0.001	R=0.267 P<0.001	r=0.366 p<0.001
شغل زن	R=0.204 P<0.001	R=0.208 P=0.005	R=0.269 P<0.001	r=0.310 p<0.001
تحصیلات همسر	R=0.250 P=0.001	R=0.374 P<0.001	R=0.307 P<0.001	R=0.373 P<0.001
معاش همسر	R=0.241 P=0.002	R=0.163 P=0.038	R=0.278 P<0.001	R=0.278 P<0.001
قومیت	R=0.032 P=0.673	R=0.058 P=0.440	R=0.161 P=0.031	R=0.083 P=0.267
تعداد سالهای ناباروری	R=-.124 P=0.101	R=-0.278 P<0.001	R=-0.214 P=0.004	R=-0.279 P<0.001
مدت زمان تلاش برای بارداری	R=0.009 P=0.919	R=-0.135 P=0.114	R=-.174 P=0.041	R=-0.168 P=0.049
شدت تمایل به بچه دار شدن در مرد	R=0.157 P=0.036	R=0.019 P=0.802	R=0.058 P=0.439	R=0.107 P=0.154

۳ Pie-Yang and et al

۴ Ezer and et al

آرتس و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای که بر روی زنان هلندی انجام دادند و ابعاد کیفیت زندگی را در سه بعد جسمی، روحی و اجتماعی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در تمام ابعاد در سطح مناسب قرار دارد و همچنین به این نتیجه رسیدند که بعد اجتماعی نسبت به سایر ابعاد بیش‌ترین میانگین را دارد و در سطح بهتری قرار دارد؛ این در حالی است که در مطالعه‌ی ما کیفیت زندگی در تمام ابعاد در سطح متوسط قرار داشت و بعد اجتماعی نسبت به ابعاد دیگر کم‌ترین میانگین را به دست آورد. این اختلاف در نتیجه، شاید به دلیل تفاوت در فرهنگ‌ها باشد؛ چرا که در افغانستان به لحاظ سستی بودن و طرز تفکر جامعه نسبت به زن و جایگاهش می‌تواند از لحاظ اجتماعی تأثیراتی در کیفیت زندگی داشته باشد (۲۱). در این راستا فردی آذر و همکاران هم بیان کردند که زنان نابارور در ایران تحت فشارهای بسیاری از سمت جامعه هستند (۲۲).

السادات حسینی و همکارانش (۱۳۹۲) در بررسی که روی زنان نابارور انجام داد، به این نتیجه رسیدند که بعد روحی روانی نسبت به ابعاد جسمی کیفیت زندگی و سلامت معنوی کم‌ترین میانگین را به دست آورد در حالیکه در مطالعه‌ی ما بعد روحی و جسمی در یک سطح بسیار نزدیکی باهم یکسان بودند و بیش‌ترین میانگین را به دست آوردند (۲۳). در مطالعه‌ی نوایی ریگی و همکاران (۱۳۹۰) هم که روی زنان نابارور انجام دادند، بعد عاطفی کیفیت زندگی کم‌ترین میزان را نسبت به دیگر ابعاد به دست آورده بود که با مطالعه‌ی ما همخوانی ندارد. این اختلاف در نتایج ممکن است به این دلیل باشد که زنان مورد پژوهش از میزان امید به درمان بالایی برخوردار بودند و این امیدواری می‌تواند بر بعد روحی و روانی تأثیرگذار بوده و میانگین آن را افزایش دهد (۱۶).

در پژوهش حاضر ناباروری زنان بیش‌تر از نوع اولیه بود و بیش‌ترین علت آن مربوط به علت زنانه بود؛ این زنان و همسران‌شان تمایل زیاد به فرزندآوری داشتند و اکثرشان در این زمینه بیش‌تر از دو سال تلاش کرده بودند و بیش‌ترشان امید به درمان زیادی داشتند. در این راستا گلی و همکاران در سال ۱۳۸۷ مطالعه‌ای روی کیفیت زندگی زنان نابارور و ارتباط آن با عوامل مختلف را بررسی کردند و نتایج آن تقریباً با مطالعات ما همخوانی داشت؛ اما علت ناباروری در این مطالعه بیش‌تر مردانه بود. در کل

بین کیفیت زندگی و شغل همسر و شدت تمایل به داشتن فرزند ارتباط آماری معناداری وجود داشت که منطبق با نتایج مطالعات ما بود (۲۴).

در مطالعه‌ی ما کسانی که نابارور بودند کیفیت زندگی‌شان با وجود تحصیلات و داشتن شغل و به‌دست آوردن معاش نسبت به دیگر زنان بهتر بود که نشان می‌دهد این افراد اگر تحصیلات نمی‌داشتند و یا شاغل نمی‌بودند ناباروری می‌توانست تأثیر منفی روی کیفیت زندگی‌شان بگذارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جو فرهنگی حاکم بر شهر غزنی اشاره کرد که بر اساس دیدگاه سنتی، زنان از شرکت در مطالعات تحقیقی و پژوهشی اکراه داشته و به آسانی قادر به همکاری نیستند. از طرف دیگر، شرایط جنگی و ناامنی منطقه نیز می‌تواند دلیلی مضاعف بر عدم انجام تحقیقات کافی در جامعه باشد.

از آنجا که نتایج در مطالعات ما در بعضی موارد با دیگر مطالعات تفاوت داشت و احتمال این می‌رود که دلیل این تفاوت استفاده از ابزارهای متفاوت باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهشی با استفاده از ابزار پرسشنامه‌ی مخصوص کیفیت زندگی زنان نابارور انجام شود. در پژوهش حاضر کیفیت زندگی در سه حیطه جسمی، روحیت و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما به‌منظور ارتقای بهتر سطح کیفیت زندگی در زنان نابارور پیشنهاد می‌شود که در جنبه‌های متنوع‌تر دیگری مثل بعد معنوی، بعد سلامت، بعد اقتصادی و جنسی هم تحقیقات مناسبی انجام شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، حاصل تلاش پژوهشی در زمینه‌ی مونوگراف می‌باشد که در دانشکده‌ی قابلیت‌های دانشگاه خاتم‌النبیین در شهر غزنی انجام شد و از کلیه‌ی کسانی که در این امر پژوهشی ما را یاری رساندند، به ویژه زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر غزنی تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

J, Hogström L, Janson P, et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4–5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2010; 89: 683–691

11. Chachamovich J, Chachamovich E, Fleck M.P, Fernanda P, Cordova, D, Passos E. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction* 2009; 24: 2151-

12. Hassanin MA, Abd-El-Raheem T, Shahin A. Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010; 2: 118121- [Persian]

13. Ezer H, Chachamovich E, Chachamovich J R, Marcelo P. F, Knauth D, Eduardo P. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2010; 31 2: 10110-.

14. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Hum Reprod* 2012;27:496505-

15. Shahindokhte Navabi Rigi, Toktam Kianian, Fatiheh Kermansaravi, Farideh Yaghmaei. Quality of life of infertile women referring to an infertility treatment center in Shiraz, Iran. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2016;15(5):54958-. [persian]

16. Nejat S, Montazeri A, Halakooi A, Kazem M, Majdzade R. Assessment of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): Translation and validation study of Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2007;4(4):112-.

17. Pei-Yang H, Lin MW, Hwang JL, Sheng Lee M, Wu MH. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013; 5(2): 204209-

Reference

1. Fiddler AT, Bernstein J. Infertility: from a personal to a public health problem. *Public Health Rep* 1999 Nov-Dec; 114(6):494511-.

2. Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, GhazalAswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obs*. 2003;80 (2):1838.

3. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and Validity of Persian Version of . *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24 (116):7583- [Persian].

4. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53(1):112-.

5. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. *J Reprod Infertil* 2001;2 (4):339. [Persian].

6. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 20045-. *Journal of Reproduction & Infertility* 2006; 7: 28793-

7. Lal Joshi H, Singh R. Psychological Distress, Coping and Subjective Wellbeing among Infertile Women. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 2009; 35: 329336-

8. Choobforoushade A, Kalantari M, Molavi H. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management Therapy on Quality of Life in Infertile Women; *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*; 2011; 14(1):1421-. [Persian]. Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinshel M. Couple therapy for infertility. New York: Guilford Press; 1999: P: 34.

9. Rajvir D, Ceinwen E, Cumming DC. Psychological Well-being and coping patterns in fertile men. *Fertil Steril*; 2000; 745, 7026-.

10. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis

18. Nourani SH, Joneidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Comparison of Quality of life in Fertile and Infertile Women Referred to the Public Clinics in Mashhad. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(7):2431-.
19. Amanuelahifard A, Nikbakht R, Ali Hoseini M, Ahmadi Fakhr S, Hoseini Z. The comparison of marital satisfaction and quality of life between fertile and infertile women. Biannual Journal of Applied Counseling 2012; 2: 7588- [Persian]
20. Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, et al. Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. Human Reproduction 2011; 26: 11121118-.
21. Fardiazar Z, Amanati L, Azami S. Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. International journal of general medicine 2012; 5: 591 [Persian]
22. Hosseini R, Alijanpour Agamaleki M, Mehrabi T, Ziraki Dana A, Dadkhah A. The Relationship between Existential Dimension of Spiritual Well-being and Quality of Life in Women with Infertility. Journal of Health and Care. 2014;16(3):5360-.
23. Goli m, Firozeh f, Ahmadi s. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. journal of ilam university of medical sciences. 2012;20(3):6370-.

Prevelence of Shiphilis in patients referred to Waras District Hospital in Bayman province in 2021

Ali Reza Taqizada & Musa Bashir

1. Student, Medical Technology Faculty, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

2. Ph.D Student, Academic Cadre Member of Medicine Faculty, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

Abstract

Background: Syphilis is an infectious disease caused by the Spirochete *Treponema pallidum*. It is almost always transmitted by sexual contact with infectious lesions, but it also can be transmitted in utero and via blood transfusion. Syphilis can appear in one of these four steps primary, secondary, latent, and tertiary. The trademark shows that only 12 million newly diagnosed cases of Syphilis worldwide were observed in 1999, with more than 90% of them living in developing countries. VDRL is the commonest test used for screening syphilis. The aim of this study was to investigate the frequency of syphilis in referrals to the varas District Hospital in 2021.

Materials and Method: This study was a field study (descriptive) that was conducted in the Bamyan Varas District Hospital. The study population included potential Males and Females ages (160- years) who were admitted to Varas District Hospital) Being referenced. From the book of patients registered, the data of 2021 year was collected and above 56 referred the study was conducted and data was analyzed by Excel program.

Results: According to the method of syphilis screening, from 56 patients referred to Varas District Hospital, 4 cases (7.15%) had positive syphilis test. The prevalence of syphilis was (1.79%) in women and (5.36%) in men.

Conclusion: The results shows that the prevalence of Syphilis in men is higher than women.

Keywords: Prevalence, Siphilis, hospital, Waras District

بررسی فراوانی سیفلیس در مراجعه‌کنندگان به شفاخانه‌ی ولسوالی ورس ولایت بامیان در سال ۱۳۹۹

علی‌رضا تقی‌زاده^۱، موسی بشیر^۲

۱. لیسانس تکنالوژی طبی، دانشگاه خاتم النبیین
۲. استاد یار(پوهنیا)، کاندید دکترای تخصصی ارتقاء سلامت، عضو هیئت علمی دانشگاه خاتم النبیین.

چکیده

مقدمه: سیفلیس بیماری عفونی است که از طریق جنسی منتقل می‌شود. در بعضی موارد، بیماری از راه تزریق خون یا انتقال مادر به فرزند بروز می‌کند. عامل این بیماری باکتری تروپونما پالیدوم از خانواده‌ی اسپیروکتاسیه است. سیفلیس می‌تواند در یکی از این چهار مرحله‌ی اولیه، ثانویه، نهفته و سوم ظاهر شود. امار گرفته شده نشان می‌دهد که تنها در سال ۱۹۹۹، ۱۲ میلیون مورد جدید الوده به سیفلیس در سراسر جهان مشاهده شد که بیش از ۹۰٪ آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کردند. VDRL یا (Venereal Disease Research Laboratory) شایع‌ترین آزمایشی است که برای غربالگری سیفلیس به کار می‌رود. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی سیفلیس در مراجعه‌کنندگان به شفاخانه‌ی ولسوالی ورس در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش: این مطالعه یک مطالعه‌ی مقطعی-توصیفی است که در سال ۱۳۹۹ در شفاخانه ولسوالی ورس ولایت بامیان انجام یافته است. جمعیت مورد مطالعه شامل مراجعین احتمالی مصاب به بیماری سیفلیس، شامل مرد و زن بوده است. از کتاب راجستر مریضان، داده‌های سال ۱۳۹۹ جمع‌آوری گردید و بالای ۵۶ نفر مراجعه‌کننده مطالعه انجام شد. داده‌ها توسط برنامه Excel تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۶ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به روش انجام تست سرولولژی سیفلیس، از بین ۵۶ مراجعه‌کننده به شفاخانه‌ی ولسوالی ورس، ۴ نفر (۷،۱۵٪) تست سیفلیس شان مثبت بود به تعداد ۱ زن (۱،۷۹٪) و ۳ مرد (۵،۳۶٪) مصاب به سیفلیس بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که شیوع سیفلیس در مردان بیش‌تر از زنان است. بیش‌ترین میزان شیوع در مردان در محدوده‌ی سنی (۱۶-۶۰) سال می‌باشد و در زنان در محدوده‌ی سنی (۱۶-۳۰) سال می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: شیوع، سیفلیس، شفاخانه، ولسوالی ورس.

مقدمه

سیفلیس نوعی بیماری آمیزشی است که از باکتری تروپوما پالیدوم ناشی می‌شود. پس از یک دوره‌ی کمون ۲ تا ۶ هفته‌ای، ضایعات در محل تلقیح میکروب اشکار می‌شود که معمولاً همراه با بزرگ شدن غدد لنفاوی همان موضع می‌باشد. این ضایعات حتی اگر درمان نشوند، معمولاً پس از ۴-۶ هفته خوب می‌شوند. پس از یک دوره کمون مجدد، یک مرحله‌ی باکتریمیک ثانویه ایجاد می‌شود که همراه با ضایعات جلدی مخاطی منتشر و بزرگی منتر غدد لنفاوی (لنف ادنوپاتی) منتشر می‌باشد که پس از بهبودی وارد یک دوره‌ی کمون چند ساله می‌شود و سرانجام در یک سوم بیماران درمان نشده، فاز سوم بیماری که از خصوصیات آن ضایعات جلدی مخاطی، عضلانی و اسکلتی و ضایعات پارانشیمال تخریبی، التهاب ائورت و یا گرفتاری سیستم عصبی مرکزی است اشکار می‌شود (۱).

تقریباً تمام موارد بیماری سیفلیس از طریق تماس جنسی و موارد کمی از بیماری از مادر به جنین و یا از طریق انتقال خون منتقل می‌شود (۲). از نظر تاریخچه، سابقه‌ی بیماری به قرن پانزدهم و با ورود از دنیای جدید (New World) به اروپا بر می‌گردد. گسترش بیماری پس از چند دهه، در شروع قرن ۱۹ در بسیاری مناطق گزارش شد (۳). در اواخر قرن بیستم به علت استفاده از پنیسلین کاهش قابل توجهی در شیوع بیماری مشاهده شد (۴). با این وجود، در شروع دهه‌های ۱۹۹۰، سیفلیس اولیه و ثانویه در سراسر دنیا گزارش شد (۵). اوج همه‌گیری جدید بیماری در ابتدا بین مردان هم‌جنس‌گرا، دوجنسی‌ها و سپس به جمعیت دارای تماس جنسی با دیگران گسترش یافت (۶). شیوع این بیماری در جوامع مختلف و در سال‌های مختلف متفاوت می‌باشد و رایج‌ترین آزمایشی که به‌عنوان قدم اول برای تشخیص این بیماری به کار برده می‌شود، آزمایش (Veneral Disease Research Laboratory) یا VDRL می‌باشد که یک آزمایش استاندارد غیر ترهپونمایی است که به‌عنوان یک روش تشخیصی ساده و ارزان قیمت جهت بیماریابی سیفلیس در افراد مشکوک به بیماری در ابتدا و سپس جهت کنترل درمان به کار می‌رود (۷).

مطالعات انجام شده نشان داده که تنها در یک سوم موارد بیماران با تشخیص هر یک از بیماری‌های مقاربتی برای آزمایش سایر بیماری‌های همراه ارجاع داده می‌شوند. در واقع شناسایی هر یک از بیماری‌های مقاربتی فرصت طلایی برای آموزش افراد جهت ترک رفتارهای پر خطر و زمینه‌ساز بیماری‌های بسیار خطرناک همانند ایدز و همچنین غربالگری سایر بیماری‌های فاقد علائم بالینی منتقل شده‌ی جنسی می‌باشد (۸).

برای تایید آزمایش مثبت VDRL می‌توان از سایر آزمایشات از جمله Fta-ABS (Fluorescent treponemal antibody-absorbed) و یا آزمایش TPHA استفاده نمود (۹). از آنجایی که تروپوما پالیدوم از باکتری‌های غیر قابل کشت می‌باشد، میکروسکوپ زمینه‌ی تاریک در شناسایی عفونت اولیه‌ی حاد بسیار مفید بوده به شناسایی مستقیم اسپیروکت کمک می‌کند؛ اما به دلیل وابستگی شدید به فرد با تجربه در تشخیص، چندان قابل استفاده نخواهد بود (۱۰). آزمایش PCR یا (Polymerase chain Reaction) و آزمایش‌های مولکولی نیز می‌توانند در شناسایی عفونت اولیه مفید باشند؛ اما به علت هزینه‌ی بالا جهت تشخیص در اهداکنندگان مناسب نیستند (۸).

در حال حاضر آزمایش‌های سرولوژیکی به‌عنوان مفیدترین راهکار تشخیصی در نظر گرفته می‌شوند. در این آزمایش‌ها دو نوع انتی بادی، انتی بادی‌های غیر ترهپونمایی که به کاردیولپین‌های خارج شده از سلول‌های صدمه دیده‌ی میزبان می‌چسبند و انتی بادی‌های ترهپونمایی یعنی انتی بادی‌هایی که به شکل مستقیم علیه انتی‌ژن‌های اختصاصی هستند، شناسایی می‌شوند. آزمایش‌های غیر ترهپونمایی شامل RPR (Rapid Plasma-Reagin) و VDRL (Veneral Disease Research Labortory) می‌باشند. این آزمایش‌ها ارزان، ساده و دارای حساسیت ۸۵٪ و ۷۵٪ بوده و زمانی که عفونت فعال است، به میزان ۱۰۰٪ افزایش می‌یابد. طول مدت آزمایش کوتاه و در حدود ۳۰ دقیقه است و به این علت بسیار مناسب بخش‌های اورژانس و بیماران دارای علائم بالینی قوی مشکوک به سیفلیس می‌باشد (۲،۳).

روش کار

جدول ۳. افراد مراجعه کننده ی مرد بر اساس گروه سنی

سن	تعداد مراجعین مردان	فیصدی
۱-۱۵	۱	۳.۳۴
۱۶-۳۰	۹	۳۰
۳۱-۴۵	۱۰	۳۳.۳۳
۴۶-۶۰	۱۰	۳۳.۳۳
مجموع	۳۰	۱۰۰

بحث

با مراجعه به منابع دسترس، هیچ مطالعه ای که نشان دهد میزان شیوع سیفلیس در ولسوالی های دیگر چقدر می باشد، پیدا نشد. در این مطالعه از مجموع ۵۶ نفر مراجعه کننده به شفاخانه ی ولسوالی ورس در ۴ نفر (۷,۱۵٪) تست سیفلیس شان مثبت بود و به تعداد ۱ زن (۱,۷۹٪) و ۳ مرد (۵,۳۶٪) مصاب به سیفلیس بود.

طبق مطالعه ی ادمی قمصری (۱۱) و سید مهدی زرگریان (۱۲) که به ترتیب در جامعه ی زنان و مردان ندامتگاه های تهران بزرگ و در فاصله سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۱ انجام شد، شیوع بیماری در این گروه ها به ترتیب ۸,۶٪ و ۴,۹٪ بود. مطالعه ای را که Frickmann H و همکاران در سال ۲۰۱۳ تحت عنوان بررسی سرولوژیکی HIV و سیفلیس در زنان باردار Madagascar انجام دادند، نشان داد که از ۱۲۳۲ زن باردار، هیچ کدام از بیماران مبتلا به HIV نبودند و ۳۷ نفر (۳٪) تست سرولوژیک سیفلیس شان مثبت بودند (۱۳). مطالعه ای را که Gomes NCRC و همکاران شان در یک مرکز مرجع در کشور برزیل انجام دادند، نشان داد که شیوع سیفلیس در مردان با میزان (۷,۵٪) نسبت به زنان با میزان (۴,۳٪) بیش تر است که این مطالعه با مطالعه ی حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه گروه مردان فیصدی مثبت بالاتری دارند (۱۴). مطالعه ای را که شاهد نذیر و همکاران شان در شفاخانه ی شیخ زاید، شفاخانه ی اتفاق و شفاخانه ی داکتر در لاهور انجام دادند، نشان دادند که شیوع سیفلیس در مردان با میزان (۳,۱٪) نسبت به

در این مطالعه ی مقطعی-توصیفی، پس از هماهنگی با رئیس شفاخانه ی ولسوالی ورس پرونده ی ۵۶ مراجعه کننده در سال ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفته و موارد مثبت مشخص گردید. داده ها با استفاده از برنامه ی Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

از ۵۶ نفر مراجعه کننده به شفاخانه ی ولسوالی ورس در سال ۱۳۹۹ که آزمایش VDRL برای آن ها انجام شده بود، در ۴ نفر (۷,۱۵٪) تست سیفلیس مثبت بود؛ به این معنا که به تعداد ۱ زن (۱,۷۹٪) و ۳ مرد (۵,۳۶٪) مصاب به سیفلیس بودند.

جدول ۱. تعداد و فیصدی افراد مراجعه کننده براساس جنسیت

افراد مورد مطالعه	تعداد	فیصدی
زن	۲۶	۴۶.۴۲
مرد	۳۰	۵۳.۵۸
جمع	۵۶	۱۰۰

جدول ۲. افراد مراجعه کننده ی زن بر اساس گروه سنی

سن	تعداد مراجعین زنان	فیصدی
۱-۱۵	۶	۲۳.۰۷
۱۶-۳۰	۱۰	۳۸.۴۷
۳۱-۴۵	۸	۳۰.۷۷
۴۶-۶۰	۲	۷.۶۹
مجموع	۲۶	۱۰۰

زنان با میزان (۱,۶٪) بیش‌تر است که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۵).

انجام گردد، می‌تواند در تشخیص سیفلیس به نتیجه‌ی خوبتر و بهتری دست پیدا کرد.

امید است با انجام این گونه بررسی‌ها بتوان به مسئولین محترم وزارت صحت عامه‌ی کشور برای برنامه‌ریزی دقیق‌تر کمک نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که شیوع سیفلیس در مردان بیش‌تر از زنان است. بیش‌ترین میزان شیوع در مردان در محدوده‌ی سنی (۱۶-۶۰) سال می‌باشد و در زنان در محدوده‌ی سنی (۱۶-۳۰) سال می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از راهنمایی دکتر موسی بشیر در اجرای این مقاله کمال تشکر را دارم.

مطالعه‌ای را Edna Quintas و همکاران شان در انگولا انجام دادند، نشان داد که شیوع سیفلیس در مردان با میزان (۸۸٪) نسبت به زنان با میزان (۱۲٪) بیش‌تر است و اشخاصی که مصاب به سیفلیس بودند، محدوده‌ی سنی شان بین ۱۸ تا ۶۴ سال بود که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۶).

مطالعه‌ای را که Dennison Kizito و همکاران شان در کلینیک ضد عفونی در اوگاندا انجام دادند، نشان داد که شیوع سیفلیس در مردان با میزان (۶,۲٪) نسبت به زنان با میزان (۴,۰٪) بیش‌تر است که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۷). مطالعه‌ای را که Ellika C. Bartlett و همکاران شان در آمازون بالای چهار جوامع بومی انجام دادند، نشان داد که شیوع سیفلیس در مردان با میزان (۳,۷٪) نسبت به زنان با میزان (۲,۷٪) بیش‌تر است که با مطالعه‌ی حاضر شباهت دارد (۱۸).

مطالعه‌ای را که J.Todd و همکاران شان در منطقه M wanza تانزانیا بالای جمعیت افریقایی روستایی انجام دادند نشان داد که شیوع سیفلیس در زنان با میزان (۶,۶٪) نسبت به مردان با میزان (۲,۰٪) بیش‌تر است که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (۱۹).

مطالعه‌ای را که Laura H. Bachmann و همکاران شان در بیرمنگام انجام دادند، نشان داد که شیوع سیفلیس در زنان با میزان (۸٪) نسبت به مردان با میزان (۶٪) بیش‌تر است که با مطالعه‌ی حاضر شباهت ندارد (۲۰).

با توجه به میزان شیوع بالای این بیماری در ولسوالی ورس توصیه می‌شود:

۱. محققین دیگر با بررسی دوامدار در سایر ولسوالی‌ها و ولایت‌ها این مطالعه را انجام دهند؛

۲. این مطالعه به شکل سرولوژیکی بوده محققین دیگر می‌توانند از سایر روش‌های تشخیص این بیماری به‌صورت درست و با دقت بالا استفاده کنند؛

۳. اگر این مطالعه به روش آزمون‌های اتی بادی‌های تریپونمایی

center prospective trial to asses a new real- time polymerase chain reaction for detection of treponema pallidum herpes simplex- ½ And Haemophilus ducreyi in genital, anal and oropharyngeal ulcers. Clin Microbiol Infect 2014; 20(12) : 1020-7.

۱۱. ادمی قمصری بتول. بررسی میزان عفونت بیماری سیفلیس در جامعه زنان زندانی در ندامتگاههای تهران بزرگ. پایان نامه دکتری به شماره ۱۵۹ دانشکده پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی سال ۷۱-۱۳۷۰.

۱۲. زرگریان سید مهدی. مطالعه سرواییدمیولوژی بیماری سیفلیس و ارزشیابی کمی و کیفی دو تست VDR، FTA-abs در جامعه مردان در ندامتگاههای تهران بزرگ. پایان نامه دکتری پیرا پزشکی مرکز علوم پزشکی ایران ۷۱-۱۳۷۰.

13. Frickmann H ,Schwarz NG ,Girmann M, Hagen RM ,Poppert S ,Crusius S ,Podbieszski A, Serological Surveyb of HIV and Syphilis in Pregnant women in Madagascar .Tropical Medicine and International Health.35-39 ;2013 .

14 .Gomes NCRC ,Meier DAP ,Pieri FM, Alves E ,Albanese SPR ,Lentine EC ,Arcencio RA .Prevalence and factor associated with syphilis in a Reference Center .Rev Soc Bras Med trop. :10 : 27-34 ;(1)50 ;2017Doi1590/0037-8682- .0102-2016

15 .Nazir S ,Pracha HS ,Khan A ,Nazar A, Fayyaz A ,Ahmed S ,Masood F ,Yaqub T ,Rakha A .Prevalence of syphilis in Pakistani blood donors .INTERNATIONAL JOURNAL” Advancements in life Sciences.27-30 ;2013 .“

16 .Quintas E ,Cogle ADC ,Sebastiao A, Pereira ADC ,Sarmiento A ,Dunem JV ,Cordeiro L .Prevalence of syphilis in blood donors in angola from2011 to 2016. Clinical and Medical Reports. 2018; 2(1): 2-4. Doi: 10.15761/CMR.1000119.

17. Kizito D, Woodburn PW, Kesande B, Ameke C, Nabulime J, Muwanga M, Grosskurth H, Elliott AM. Uptake of HIV and syphilis testing

Reference

- 1 .Golden MR ,Marra CM ,Holmes KK .Update on syphilis :resurgence of an old problem .JAMA. 2003 ;290 (11):1510-1514 .
- 2 .U.S.Preventive Services Task Force .Guide to Clinical Preventive Services .Second .Washington ,DC :Office of Disease Prevention and Health promotion.1996 ;
- 3 .peeling RW ,Mabey DC .Syphilis .Nat Med 2004 ;2 : 448-9 .
- 4 .World Health Organization .Treponemal Infections .Geneva ,Switzerland :World Health Organization.1982 ;
- 5 .Centers for Disease Control and Prevention)CDC (Sexually Transmitted Disease Surveillance .2012 Atlanta ,GA :US Department of Health and Human Services ,CDC.2014 ;
- 6 .Koedijk FD ,van Benthem BH ,Vrolings EM, Zuilhofw ,van der sanda Ma .Increasing sexually trasmitted infection rates in young men having sex with men in the Netherlands.2006-2012 , Emerg Themes Epidemiol12 :11 ;2014 .
7. Young H. Guidelines for serological testing for syphilis. Sexually Transmitted Infections 2000; 76(5): 403-5. Level IV
8. Rust G, Minor P, Jordan N, Mayberry R, Satcher D, Do clinicians screen Medicaid patients for syphilis or Hiv when they diagnose other sexually transmitted diseases? Sex Transm Dis. 2003; 30(9): 723-7.
9. WELch j. AAntental screening for syphlis. Still important in preventing disease. (editorial; comment) BMJ. 1998; 317(7173): 1605-6. Level IV
10. Glatz M, jurivic N, Altwegg M, Bruisten S, Komericki P, Lautenschlager S, et al. A multi-

of pregnant women and their male partners in a programme for prevention of mother-to-child HIV transmission in Uganda. *Tropical Medicine and International Health*. may 2008; NO 5: 680-682.

18. Bartlrrt EC, Zavaleta C, Fernandez C, Razuri H, Vilcarromero S, Vermund SH, Gotuzzo E. Expansion of HIV syphilis into Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethic group. *International Journal of Infectious Diseases*. 2008; 12: 89-94.

19. J Todd, K Munguti, H Grosskurth, J Chandalucha, P Mayaud, F Mosha, A Gavyole, D Mabey, R Hayes. Risk factors for active syphilis and TPHA seroconversion in a rural African population. *Sex Transm Infect*. 2001; 77: 37-45.

20. Bachmann LH, MD, MPH, Lewis L, BS, Allen R, Jan R, Schwebke, MD, Laura C, Leviton, PHD, Harvey A, Siegal, PHD, Edward W, Hook, MD. Risk and Prevalence of Treatable Sexually Transmitted Diseases at a Birmingham Substance Abuse Treatment Facility. *American Journal of Public Health*. October 2000; 90: 1615-1618.

Evaluation of Diabetes Mellitus Risk Factors

Prevalence in patients admitted to Alokozy Foundation Clinic in 1397

Dr.Mohammad Latif Nazari^{1*}, Muslim Khushiwal²

1*. Assistant professor, Faculty of Medicine, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan

2. MD, Faculty of Medicine, Khatam Al-Nabieen University, Kabul, Afghanistan Tel: +93793323190, E-mail: nazari.knurte@knu.edu.af

Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus is not a disease rather is a group of metabolic diseases which diagnose with hyperglycemia that resulting defect in secretion of Insulin, function of Insulin or both of them.

Chronic hyperglycemia in Diabetes cause complication and failure of different organs specially Eye, Nerve fibers and cardio vascular system.

Research Method: This sectional-Descriptive Retrospective research was done on 286 patients that suffering from Diabetes Mellitus in Alokozy Foundation Clinic during first half of 1397,

Results: the results are as following. The research showed that from 3479 patients about 286 of them had Diabetes Mellitus and 40 out of 286 patients was men(913%)and 246 out of them was women(186%).

Totally (228%/) of the patients who conferred to Alokozay foundation Clinic during first half of 1397 had Diabetes Mellitus. According to the age, in 2545- years old had (0816%/), in 4578- years old had (983%/).

Conclusion: So the result showed that the most prevalence according to sex is in female and according to age is in 4578- years old patients.

Keyword: Diabetes Mellitus, age, sex.

بررسی شیوع ریسک فکتورهای دیابت شیرین در نزد مریضان دیابتیک مراجعه کننده به کلینیک صحتی بنیاد الکوزی در نیمه اول سال ۱۳۹۷

محمد لطیف نظری^{۱*}، مسلم خوشیوال^۲

۱. * استادیار (پوهنیا)، عضو هیأت علمی دانشکده ی طب معالجی، دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان

۲. MD، دانشکده ی طب معالجی، دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان. تلفن: ۰۰۹۳۷۹۳۳۲۳۱۹۰، ایمیل: nazari.knurtc@knu.edu.af

چکیده

مقدمه: دیابت ملیتوس یک بیماری نیست بلکه به گروهی از بیماری های متابولیک اطلاق شده که با بالا بودن قند خون (هیپرگلیسمی) مشخص می شوند که خود ناشی از هر گونه نقص در ترشح انسولین، عمل انسولین یا هر دو باشد. هیپرگلیسمی مزمن در دیابت همراه است با آسیب، اختلال و از کار افتادن دراز مدت اندام های گوناگون بخصوص چشم، کلیه، اعصاب، قلب و عروق.

روش کار: این تحقیق به صورت مقطعی- توصیفی و گذشته نگر بالای (۲۸۶) مریض مراجعه کننده ی مصاب به دیابت ملیتوس در کلینیک صحتی بنیاد الکوزی طی نیمه اول سال ۱۳۹۷ انجام شد که نتیجه ی آن قرارذیل است.

یافته ها: در این تحقیق دریافتیم که از مجموع مریضان مراجعه کننده (۳۴۷۹ بیمار) حدود ۲۸۶ بیمار مصاب به دیابت ملیتوس بودند و از مجموع ۲۸۶ بیمار ۴۰ بیمار را مردان (۱۳/۹٪) و ۲۴۶ بیمار دیگر را (۸۶/۰۱٪) زنان تشکیل می دادند و در مجموع شیوع دیابت ملیتوس در نزد مریضان مراجعه کننده به کلینیک صحتی بنیاد الکوزی طی نیمه اول سال ۱۳۹۷ به (۲۲/۸٪) می رسید.

نتیجه گیری: از نگاه سن در گروه سنی ۴۵-۲۵ سال (۰۸/۱۶٪) و گروه سنی ۷۸-۴۵ سال (۹/۸۳٪) بیمار را تشکیل می دادند. پس دریافت گردید که بیش ترین شیوع در بین جنس مونث و بیش ترین سن را هم گروه سنی ۷۸-۴۵ تشکیل می دادند.

کلمات کلیدی: دیابت ملیتوس، سن، جنس.

مقدمه

دیابت بیماری شایع و یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بهداشتی هم‌ای کشورها است، به طوری که سازمان جهانی بهداشت، از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش نام می‌برد. در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سراسر جهان وجود دارد و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر افزایش یابد.

دیابت یکی از بلایای قرن اخیر است؛ چرا که به افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، عروق مغزی، عروق محیطی، رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، پای دیابتی، آمپوتاسیون و افسردگی منجر می‌شود.

بیماری دیابت به عنوان یکی از بزرگ‌ترین فوریت‌های سلامت جهانی در قرن ۲۱ شناخته می‌شود. هر ساله به علت تغییر سبک زندگی تعداد افراد بیش‌تری درگیر این بیماری می‌شوند. در حال حاضر تخمین زده می‌شود که در حدود ۴۱۵ میلیون نفر بزرگ‌سال مبتلا به بیماری دیابت می‌باشند. همچنین ۳۱۸ میلیون بزرگ‌سال به بیماری عدم تحمل گلوکز دچار می‌باشند که این مشکل آن‌ها را در آینده در ریسک بالای ابتلا به بیماری دیابت قرار می‌دهد. بیماری دیابت و عوارض مربوط به آن‌ها علت اصلی مرگ و میر در بسیاری از کشورها می‌باشد. بر اساس اعلام IDF در سال ۲۰۱۵، تعداد مرگ افراد بزرگسال به علت بیماری دیابت ۵ میلیون نفر بوده است. دیابت نوع دوم شایع‌ترین نوع دیابت می‌باشد و به موازات تغییرات فرهنگی و اجتماعی رشد پیدا می‌کند. در کشورهای پر درآمد بیش از ۹۱٪ از بزرگسالان دیابتی، مبتلا به دیابت نوع دوم می‌باشند. همچنین طبق گزارش IDF، ۱۹۳ میلیون نفر مبتلا به دیابت تشخیص داده نشده می‌باشند. این افراد بیش‌تر در معرض خطر گسترش عوارض این بیماری می‌باشند. بعلاوه تخمین زده می‌شود که یک نفر از ۱۵ نفر دچار عدم تحمل گلوکز می‌باشد. همچنین یک تولد از هفت تولد تحت تاثیر دیابت حاملگی می‌باشد. هر دوی این عوارض ریسک ابتلا به دیابت نوع دوم را در آینده افزایش می‌دهد. در آخرین ویرایش IDF شیوع دیابت و نیز عدم تحمل گلوکز برای سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۴۰ برآورد شده است. داده‌ها از ۲۲۰ کشور منطقه تهیه و

بر اساس مناطق IDF گروه‌بندی شده‌اند. افریقا، اروپا، خاورمیانه و شمال آمریکا و کارائیب، امریکای مرکزی و شمالی و آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوس آرام. برآورد شده است که تقریباً ۴۱۵ میلیون نفر در سراسر جهان یا به عبارتی ۸/۸٪ از بزرگسالان در سنین ۲۰-۷۹ سال مبتلا به دیابت می‌باشند. لازم به ذکر است که از این مقدار، حدود ۷۵ درصد از آن‌ها در کشورهای با درآمد کم تا متوسط زندگی می‌کنند. اگر این روند تا سال ۲۰۴۰ ادامه یابد، ۶۴۲ میلیون نفر یا یک نفر به ازای ۱۰ نفر از جمعیت جهان مبتلا به دیابت خواهند شد که البته بیش‌ترین افزایش در مناطقی که اقتصاد آن‌ها در حال جهش از سطح درآمدی کم به سطح درآمدی متوسط بوده، صورت می‌گیرد. کویت و عربستان سعودی بالاترین نرخ بروز سالانه‌ی دیابت نوع اول در کودکان به ترتیب با ۱/۳۷ و ۴/۳۱ مورد جدید به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت را در سرتاسر جهان را دارند؛ به عنوان مثال عربستان سعودی با داشتن ۱۰۰۱۶ کودک مبتلا به دیابت نوع اول، بیش‌ترین تعداد (بیش‌تر از یک چهارم) این نوع دیابت را در مقایسه با کل منطقه‌ی خاورمیانه و شمال افریقا (۶۰۷۰۰) مورد دارا می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که قند خون بالا سومین ریسک فاکتور برای مرگ نوزادان نارس بعد از فشار خون بالا و مصرف دخانیات در سراسر جهان می‌باشد.

حدود ۵ میلیون نفر از مبتلایان به دیابت در سنین ۲۰-۷۹ سال طی سال ۲۰۱۵ فوت نموده‌اند. این رقم معادل یک مرگ در هر ۶ ثانیه می‌باشد. برای این گروه سنی در بین انواع علل مرگ و میر در دنیا، مرگ به علت دیابت ۱۴/۵ درصد محاسبه شده است. باید توجه داشت که این مقدار از مجموعه‌ای مرگ‌هایی که به دلیل بیماری‌های عفونی (۵/۱ میلیون نفر از بیماری ایدز ۵/۱ میلیون نفر از بیماری سل و ۰/۶ میلیون از بیماری مالاریا) در سال ۲۰۱۳ بوقوع پیوسته، بیش‌تر می‌باشد. نزدیک به نیمی (۶/۴۶ درصد) از مرگ‌های دیابتی در افراد زیر ۶۰ سال صورت می‌گیرد. بالاترین تعداد مرگ‌های دیابتی افراد در کشورهایی با بالاترین تعداد افراد دیابتی مانند چین، هند، آمریکا و روسیه اتفاق می‌افتد. بر اساس تخمین سال ۲۰۱۵ شاخص شیوع دیابت بزرگسالان در ایران با رقم ۸/۵ درصد تعدیل شده (۱/۱۰) رتبه‌ی دوازدهم را در میان ۲۱ کشور منطقه را به خود اختصاص داده است. این در

مانند سن شروع یا نوع درمان انجام می‌شد. دو گروه وسیع دیابت ملیتوس (DM) با عنوان نوع ۱ و نوع ۲ مشخص شده‌اند.

دیابت ملیتوس نوع ۱A در نتیجه‌ی تخریب آتوایمیون سلول بتا رخ می‌دهد که منجر به کمبود انسولین می‌شود. افراد مبتلا به دیابت ملیتوس نوع ۱B فاقد نشانگرهای ایمونولوژیک دال بر روند تخریب آتوایمیون سلول‌های بتا هستند. با این حال در افراد مزبور با مکانیسم‌های ناشناخته، کمبود انسولین ایجاد می‌شود و استعداد ابتلا به کتوز وجود دارد. تعداد نسبتاً کمی از بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع ۱ در گروه نوع ۱B ایدیوپاتیک قرار دارند؛ بسیاری از این افراد از نژاد آفریقایی - آمریکایی یا آسیایی هستند. دیابت ملیتوس (DM) نوع ۲، گروه نا متجانسی از اختلالاتی است که با درجات متفاوتی از مقاومت به انسولین اختلال ترشح انسولین و افزایش تولید گلوکز مشخص می‌شود. نقایص ژنتیکی و متابولیکی مجزا در عملکرد و یا ترشح انسولین باعث ایجاد فنوتیپ مشترک **هیپرگلیسمی دیابت ملیتوس (DM) نوع ۲ می‌شوند.** قبل از ایجاد دیابت شیرین نوع ۲، دوره‌ای از هو میوستاز غیر طبیعی گلوکز وجود دارد که به‌صورت گلوکز ناشتای دچار اختلال (IFG) ۲ یا تحمل گلوکز دچار اختلال (IGT) ۳ تقسیم‌بندی می‌شود. دو ویژگی طبقه‌بندی اخیر دیابت ملیتوس (DM) با طبقه‌بندی‌های قبلی تفاوت دارد. نخست آن که واژه‌های دیابت شیرین وابسته به انسولین (IDDM) ۴ و دیابت شیرین غیر وابسته به انسولین (NIDDM) ۵ دیگر به کار نمی‌رود. از آنجا که تعداد زیادی از بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس (DM) نوع ۲ سرانجام برای کنترل قند خون خود به انسولین نیاز پیدا می‌کنند، استفاده از واژه‌ی (NIDDM) باعث سردرگمی قابل ملاحظه‌ای شده است. تفاوت دوم آنست که در این سیستم طبقه‌بندی، سن بیمار به‌عنوان معیار مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

اگرچه دیابت ملیتوس (DM) نوع ۱ اکثراً قبل از ۳۰ سالگی ایجاد می‌شود؛ ولی روند تخریب آتوایمیون سلول‌های بتا در هر سنی ممکن است رخ دهد. تخمین زده می‌شود که ۵ تا ۱۰٪ افرادی که پس از ۳۰ سالگی دچار دیابت ملیتوس (DM) می‌شوند مبتلا به نوع ۱A هستند. به همین شکل دیابت ملیتوس (DM) نوع ۲ به‌طور معمول با افزایش سن بروز می‌کند؛ ولی در کودکان و به‌ویژه

حالی است که عربستان با ۱۷/۶، بحرین با ۶/۱۵ و مصر با ۱۴/۹ درصد به ترتیب رتبه‌ی اول تا سوم این شاخص را دارا بوده‌اند. همچنین ایران با داشتن ۱۳ درصد از بزرگسالان مبتلا به دیابت در منطقه پس از مصر و پاکستان رتبه‌ی سوم این شاخص را به خود اختصاص داده است. در مرگ‌های دیابتی بزرگسالان نیز با ۳۷۰۷۵ مورد حدود ۱۰/۸ درصد از مرگ‌های دیابتی منطقه را با به عبارتی رتبه‌ی سوم پس از پاکستان (۸۶۳۶۵ مورد) و مصر (۷۸۱۸۴ مورد) از آن خود نموده است. در شاخص میانگین هزینه‌های مربوط به دیابت برای هر فرد دیابتی در کشور رقم ۶۳۶ دلار (R=۲) و دلار آمریکا) هزینه شده است که این رقم ۳۲ درصد بالاتر از میانگین منطقه را نشان داده و نهمین کشور منطقه در این شاخص محسوب می‌شود. بیماری دیابت علاوه بر تحمیل بار مالی سنگین بر دوش افراد و خانواده‌های آن‌ها، به دلیل هزینه‌ی انسولین و دیگر داروهای مورد نیاز، تاثیر اقتصادی قابل ملاحظه‌ای نیز بر کشورها و سیستم سلامت ملی آن‌ها به دلیل افزایش استفاده از خدمات بهداشتی، از دست دادن بهره‌وری و حمایت‌های طولانی‌مدت مورد نیاز برای غلبه بر عوارض بیماری دیابت از قبیل نارسایی کلیه، نابینایی و مشکلات قلبی، می‌گذارد. در اکثر کشورها بین ۵ تا ۲۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت، صرف بیماری دیابت می‌شود. با اینچنین هزینه‌های بالایی این بیماری یک چالش بزرگ برای سیستم‌های بهداشتی و درمانی و مانعی بر سر توسعه‌ی پایدار اقتصادی می‌باشد. طبق برآورد IDF، جهت درمان دیابت و پیش‌گیری از عوارض آن در سال ۲۰۱۵ در حدود ۶۷۳ میلیارد دلار در آمریکا و ۱۱۹۷ میلیارد دلار آمریکایی در کل جهان صرف هزینه شده است. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۱۴ این ارقام به بیش از ۸۰۲ میلیارد دلار آمریکا و ۱۴۵۲ میلیارد دلار آمریکا برسد. همچنین بر اساس تخمین در سال ۲۰۱۵ به‌طور متوسط برای هر شخص دیابتی در جهان ۱۶۲۲ تا ۲۸۸۶ دلار آمریکا جهت درمان و مدیریت این بیماری هزینه صرف شده است.

طبقه‌بندی دیابت

طبقه‌بندی دیابت ملیتوس (DM) بر مبنای روند پاتوفیزیکی که منجر به هیپرگلیسمی می‌شود، صورت می‌گیرد و این بر خلاف معیارهای قبلی تقسیم‌بندی است که بر اساس مواردی

نو جوانان چاق هم دیده می شود.

دیگر انواع خاص دیابت

دیابت حاملگی به حالتی گفته می شود که عدم تحمل گلوکز در دوران حاملگی ایجاد شود. معمولاً بعد از زایمان به حالت طبیعی باز می گردد. این حالت در ۲ تا ۵٪ کل حاملگی ها اتفاق می افتد؛ اما ممکن است در بعضی جوامع تا ۱۴٪ جمعیت به آن مبتلا شوند GDM. مسؤول تقریباً ۹٪ موارد دیابت در طی حاملگی است. عدم تشخیص و درمان این اختلال؛ ممکن است عواقب سختی برای مادر و جنین داشته باشد. غربالگری برای GDM به طور معمول بین هفته ۲۴ تا ۲۸ حاملگی در تمام زنانی که بالای ۲۵ سال سن دارند یا در زنان جوان تری که شامل یک یا بیش تر موارد موجود انجام می شود زنانی که در معرض خطر بالا هستند (چاق؛ تاریخچه GDM؛ گلیکوزاوریا؛ نسبت فامیلی درجه ی اول با دیابتی ها) باید در معاینه ی اولیه مامای و ویزیت پیش از زایمان آزمایش شود. تست غربالگری مثبت (گلوکز پلاسمای بیش تر یا مساوی 140 mg/dL یا 8 mmol/L ؛ یک ساعت بعد از تجویز 50 گرم گلوکز به بیمار غیرناشتا) نشان دهنده لزوم انجام تست تشخیصی است که به صورت OGTT با تجویز 100 g گلوکز در طی سه ساعت به فرد ناشتا (که ۸ یا بیش تر از ۸ ساعت دریافت کالری نداشته باشد) انجام می شود.

رسیدن به ۲ معیار یا بیش تر از معیارها، معیار تشخیصی برای GDM است، زنان مبتلا به GDM ۶ هفته یا بیش تر بعد از زایمان باید مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرند. حدود ۲۵٪ زنان لاغر و بیش از ۵۰٪ زنان چاق در طی مدت ۲۰ سال به سمت دیابت آشکار (تیپ ۱ یا ۲) IFG یا IGT می روند. حاملگی نسبت به ایجاد دیابت در آینده مثل یک آزمایش تحریکی عمل می کند و به عنوان فاکتور خطر؛ در ایجاد آن نقشی ندارد.

دیابت جوانان با شروع در دوران بلوغ (MODY) یکی از ویژگی های DM است و مشخصات آن عبارتند از: توارث اتوزومی غالب؛ شروع زودرس هیپر گلیسمی و اختلال در ترشح انسولین. موتاسیون های گیرنده ی انسولین گروهی از اختلالات نادرى را ایجاد می کنند که با مقاومت شدید به انسولین مشخص می شود.

دیابت خودایمنی تاخیری در بالغین (یا گاهی به عنوان دیابت خود ایمنی تاخیری یا نوع ۱/۵) شناخته می شود و بسیاری از بیماران نیازمند به انسولین که قبلاً به اشتباه به عنوان T1DM که دچار چاقی شده و مقاومت به انسولین دارند به عنوان دیابت دو بل دو بل یا هیبرید یا تیپ ۳ شناخته می شوند.

اگر هورمون های تنظیم کننده ای که عمل شان مخالف انسولین است (گلوکاگون؛ کاته کلامین ها؛ کورتیزول و هورمون رشد) به مقدار فراوان ترشح شوند، ضد انسولین عمل نموده مقاومت به انسولین را افزایش می دهند. در نتیجه زمینه ساز دیابت می شوند افزایش تولید الدوسترون در نتیجه ی تومور؛ منجر به هیپوکالمی و افزایش تولید سوماتواستاتین شده و ممکن است ترشح انسولین را مختل نماید و باعث دیابت شود. بعد از برداشتن موفقیت آمیز تومور مسؤول؛ هیپرگلیسمی از بین می رود.

مکانیسم ایجاد دیابت ناشی از دارو یا مواد شیمیایی به نوع ماده بستگی دارد که عبارت است از تخریب سلول بتا (به وسیله ی ماده سمی کشنده جوندگان؛ پنتامیدین داخل وریدی یا الفا- اینترفرون همراه با اتوانتی بادی ها)؛ اختلال عمل انسولین (نیکوتینیک اسید و گلوکوکورتیکوئیدها) یا مقاومت محیطی به انسولین و اختلال تبدیل پروانسولین به انسولین (مهارکنندگان پروتاز).

Leprechaunism لپرکونیسم یا سندروم Ravson- (Mendenhall) یا اختلال در انتقال پیام بعد از گیرنده (دیابت های لیپواتروفیک) اختلال عمل انسولین ایجاد می شود.

تشخیص

تشخیص DM از نظر طبی و اقتصادی با اثرات عمیقی در زندگی فرد همراه است. بنابراین، باید قبل از این که فرد مبتلا به این بیماری معرفی شود، این معیارهای تشخیصی قطعی شوند.

معاینه ی فیزیکی

علاوه بر معاینه ی فیزیکی کامل، باید جنبه های مرتبط با DM، از جمله وزن یا BMI، معاینه ی شبکه، فشار خون ارتوستاتیک، معاینه ی پا، نبض های محیطی و نقاط تزریق انسولین مورد توجه خاص قرار گیرند. فشار خون بالای $130/80$ در افراد مبتلا به دیابت، هیپر تانسیون تلقی می شود. در معاینه ی دقیق اندام های

سن: از ۴۵ سالگی خطر ابتلا به دیابت به طور قابل توجهی افزایش میابد. در این دوران از زندگی شما، احتمال مصرف مواد غذایی ناسالم و مضر و کاهش تحرک افزایش میابد و اثر این سبک زندگی به تدریج پدیدار خواهد شد.

جنس: تحقیقات انجام شده چه روی مریضان مراجعه کننده به کلینیک صحتی بنیاد الکوزی و چه در خارج از افغانستان، نشان دهنده آن است که زنان نسبت به مردان نظر به بعضی از عوامل مثل حاملگی بیش تر مصاب به دیابت شیرین می گردند.

جدول ۱. متغیرهای مطالعه

نام متغیر	نوع متغیر	واحد اندازه گیری
سن	کمی پیوسته	سال شمسی
جنس	کیفی اسمی	مرد- زن

یافته ها

با انجام این تحقیق در کلینیک صحتی بنیاد الکوزی بر روی ۲۸۶ بیمار مراجعه کننده ی مصاب به دیابت شیرین (DM) نتایج ذیل حاصل گردید. مجموعه ی مریضان مراجعه کننده ۳۴۷۹ تن بوده که از آن جمله ۲۸۶ مریض مصاب به دیابت شیرین (DM) بودند که شیوع کلی (۸/۲۲٪) را در بین مریضان نشان می داند.

جدول ۲. مریضان مراجعه کننده و مصاب

مریضان مصاب	مجموع مریضان مراجعه کننده
۲۸۶ بیمار	۳۴۷۹ بیمار
۸.۲۲٪	۱۰۰٪

از جمله ی ۲۸۶ مریض مصاب به دیابت شیرین (DM) ۷ بیمار (۲/۴٪) آن مصاب به دیابت شیرین نوع ۱ (DMI) بوده و بقیه ی ۲۷۹ بیمار (۵/۹۷٪) را بیماران دیابت شیرین نوع ۲ (DMII) تشکیل می دهد.

تحتانی باید شواهد نوروپاتی محیطی، کالوس، عفونت های قارچی سطحی، بیماری های ناخن و تغییر شکل پاها (مانند انگشت چکشی یا چنگالی و پای شارکو) را به منظور تشخیص مکان های بالقوه ایجاد زخم های پوستی در نظر داشت.

روش انجام کار

این تحقیق یک تحقیق مقطعی-توصیفی و گذشته نگر بوده که روی ۲۸۶ بیمار مصاب به دیابت شیرین مراجعه کننده به کلینیک صحتی بنیاد الکوزی در نیمه ی اول سال ۱۳۹۷ انجام یافته است.

در ابتدا فرم ها بر اساس متغیرهای مثل میزان شیوع، سن و جنس ترتیب داده شد. بعدا با معاینه ی دقیق و تکمیل معاینات مریضان، فرم های ترتیب یافته به صورت مکمل خانه پری گردید. بعدا بر اساس سوالات اصلی و فرعی معلوماتی به دست آمد که از آن فیصدی مجموعه ی مریضان و فیصدی بر اساس سن و جنس به دست آمد.

همه ی معلومات و اعداد بر اساس روش ساده ی ریاضی با استفاده از فیصد و تناسب به دست آمده است. بر علاوه مطالعات دیگری نیز انجام شده است.

از pubmed، Google scholar، معلومات راجع به تحقیقات گذشته در دیگر ممالک به دست آمد. بر علاوه از کتاب های معتبر تدریسی دنیا مثل اصول داخلی هاریسون، مبانی طب داخلی سیسل، و جنین شناسی پزشکی لانگمن، نیز استفاده شده است.

در فورم های ترتیب یافته دیده شد که FPG همه ی مریضان بلند است و از جمله ی ۱۵۰ مریض دارای ریسک فکتور ۱۱۳ تن آنها صرف دارای ریسک فکتور فشار خون بلند و بقیه ی آنها دارای سایر ریسک فکتورها می باشد.

متغیرها

دیابت: دیابت ملیتوس یک بیماری نیست بلکه به گروهی از بیماری های متابولیک اطلاق شده که با بالا بودن قند خون (هیپر گلیسمی) مشخص می شود که خود ناشی از هر گونه نقص در ترشح انسولین، عمل انسولین یا هر دو باشد.

جدول ۳. فیصدی مصابین بر حسب نوع

تعداد	نوع	فیصدی
۷ بیمار	I	۲/۴٪
۲۷۹ بیمار	II	۹۷/۵٪

جدول ۶. فراوانی مریضان مصاب نظر به جنس

جنس	تعداد	فیصدی
مرد	۴۰	۱۳/۹٪
زن	۲۴۶	۸۶/۰۱٪

بحث

از جمله‌ی ۱۵۰ مریض دارای ریسک فکتور دیابت شیرین ۱۱۳ تن آن‌ها (۳/۷۵٪) تنها دارای رسک فکتور فشار خون بلند (HTN) بوده و بقیه ۳۷ تن آن‌ها (۶/۲۴٪) دارای سایر ریسک فکتورها می‌باشد.

جدول ۴. فراوانی مریضان بر حسب رسک فکتور

۱۵۰ بیمار	مجموع مریضان دارای ریسک فکتور
۱۱۳ بیمار	ریسک فکتور (HTN)
۳۷ بیمار	سایر ریسک فکتورها

از جمله‌ی ۲۸۶ مریض مصاب به دیابت ۲۴۰ تن آن‌ها (۸۳/۹٪) بالای سن ۴۵ سال و بقیه ۴۶ تن آن‌ها (۱۶/۰۸٪) پایین سن ۴۵ سال می‌باشد.

جدول ۵. فراوانی مریضان مصاب نظر به سن

سن	تعداد	فیصدی
بالای ۴۵ سال	۲۴۰	۸۳/۹٪
پایین ۴۵ سال	۴۶	۱۶/۰۸٪

نظر به جنس تعداد مصابین از جمله ۲۸۶ مریض ۴۰ تن (۱۳/۱۹٪) آن‌ها مرد و ۲۴۶ تن (۸۶/۰۱٪) آن‌ها را زن تشکیل می‌دهد.

در این تحقیق ثابت شد که شیوع دیابت شیرین (DM) در نزد مراجعین کلینیک صحتی بنیاد الکوزی ۲۲/۸٪ بود که از آن جمله بیش‌ترین گروه را از لحاظ جنس زنان (۸۶/۰۱٪) تشکیل می‌دادند. فیصدی مردان مصاب به این مریضی به ۱۳/۹٪ می‌رسد و از گروه سنی هم بیش‌ترین مصابین را گروه سنی ۴۵ الی ۷۸ سال تشکیل داده‌اند؛ زیرا با افزایش سن فرد دچار کاهش فعالیت فیزیکی و افزایش وزن می‌شود. فعالیت کم‌تر و افزایش وزن باعث کاهش فعالیت انسولین بدن می‌شود و مقاومت به انسولین ایجاد می‌شود.

در یک تحقیق توصیفی-تحلیلی، پرونده‌ی ۲۸۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ به‌صورت سر شماری در سال ۱۳۹۰ در مراجعه کنندگان به مرکز دیابت شهرستان قصر شیرین مورد بررسی قرار گرفت. برای ابزار جمع‌آوری داده‌ها، چک‌لیستی پژوهشگر ساخته بود که بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌ها طراحی شده است. در این تحقیق شایع‌ترین عوامل خطر ساز بیماری دیابت نوع ۲ شامل: اضافه‌وزن (۷۶/۹٪)، چربی خون بالا (۵۳/۵٪) و سابقه‌ی دیابت در فامیل درجه اول (۴۴/۸٪) شناخته شدند. مهم‌ترین عوارض ناشی از این بیماری شامل نوروپاتی (۶۶/۴٪)، نارسایی قلبی و عروقی (۴۳/۴٪)، و اختلال چشمی (۳۷٪) بودند.

در یک مطالعه‌ی دیگر ۷۸۰ بیمار مبتلا به دیابت قندی که جهت درمان بیماری خود به مرکز کنترل بیماری دیابتی شهر یزد مراجعه می‌کردند، در یک مطالعه توصیفی Correlational study از نظر برخی عوامل خطر زای مهم تحت بررسی قرار گرفتند تا با شناسایی افراد در معرض خطر برای آن‌ها اقدامات پیشگیری کننده‌ی لازم انجام گیرد. در این بررسی ۵۴٪ جمعیت مورد مطالعه چاق، ۳/۵۲٪ کم‌تحرک، ۷/۸۰٪ شهرنشین، ۸/۴۲٪ مبتلا

افزایش از ۷,۷٪ در سال ۱۹۹۹-۲۰۰۰م به ۱۳,۳٪ در سال ۲۰۱۵-۲۰۱۶م دیده می‌شود، اگرچه اندازه‌ی این تغییرات مربوط به سن بالا، نژاد و چاقی می‌شود. افزایش شیوع در بین نژاد-Mexican American در جریان مطالعه به ۱۰/۱٪ و افزایش ۴۰٪ به صورت مشترک مربوط به سن و چاقی در ایالات متحده‌ی امریکا می‌باشد.

این تحقیق با تحقیق که ما انجام داده ایم تقریباً همخوانی دارد زیرا سن بالا (بیشترین مصابین را به خود اختصاص داده) از جمله ریسک فکتور عمده است، اما تفاوت آن با تحقیق که ما انجام داده ایم در نژاد است زیرا در امریکا نژاد Mexican-American یک ریسک فکتور برای دیابت است.

در مطالعه‌ی مقطعی دیگری که از اپریل ۲۰۰۸م الی جون ۲۰۰۹م ادامه یافت، ۲۲۲۷ نفر بالای سن ۲۰ سال از جمعیت شهری شهر چاندگار هندوستان مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه قند ناشتا و قند دو ساعته بعد از خوردن ۷۵ گرم گلوکز توسط گلوکومتر اندازه‌گیری شد که نتایج ذیل به دست آمد. از جمله‌ی ۳۴۹ نفر ۲۱۰ نفر (۹/۴٪) آن شامل دیابت از قبل شناخته شده و ۱۳۹ نفر (۶,۲٪) آن جدیداً تشخیص شد. سن بالا، تاریخچه‌ی مثبت فامیلی دیابت، چاقی و فشار خون بلند از عوامل خطر مرتبط به دیابت شناخته شده‌اند.

تحقیق فوق با تحقیق ما یکسانی دارد و مشابه هم می‌باشند زیرا از لحاظ عوامل خطر تمام عوامل خطر این تحقیق با تحقیق ما مشابه است.

در مطالعه‌ی مقطعی دیگری که در سال ۲۰۰۷م در پاکستان انجام شد، شیوع (DM)، (IGT) و عوامل خطر دیابت شیرین در مناطق شهری و روستایی در تمام چهار ایالت پاکستان ارزیابی گردید و تجزیه و تحلیل آمارها توسط نرم افزار SPSS به دست آمد. مجموع افرادی که مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۵۴۳۳ نفر بود که از آن جمله ۱۸۹۳ تن آن‌ها مرد و ۳۵۴۰ تن آن‌ها زن بودند که شیوع دیابت در نزد شهر نشینان ۶/۰٪ در مردها و ۵,۳٪ در نزد زنها بود. در مقابل آن شیوع دیابت در نزد روستایی‌ها ۹,۶٪ در نزد مردها و ۵,۲٪ در نزد زنها بود؛ اما آمارهای جدید دیابت در مناطق شهری ۱,۵٪ در مردها و ۶,۸٪ در زنها است و در مناطق روستایی شیوع دیابت در نزد مردها ۰,۵٪ و در نزد زنها ۴,۸٪ می‌باشد. شیوع

به هیپرلیپیدمی، ۴۵,۱٪ مبتلا به افزایش فشارخون شریانی، ۲۱,۵٪ سیگاری و حدود ۱۱٪ بیماران بصورت متناوب یا دائمی الکل مصرف می‌کردند و یا قبلاً الکلی بوده‌اند. ۸۵٪ کل بیماران عادت به ورزش نداشتند که میانگین قندخون ناشتای آن‌ها بالاتر از کسانی بود که به انجام ورزش عادت داشتند و این اختلاف نیز معنا دار بود ($p=0,01$). اکثریت زنان تحت مطالعه (۶۵,۳٪) تعداد ۶ بار یا بیشتر حامله شدن را تجربه کرده بودند و میانگین آخرین قندخون ناشتا در آنها با اختلاف معنی داری بیشتر از زنان با حاملگی کمتر بود ($p=0,0004$). سن اکثر بیماران در هر دو جنس ۵۰ تا ۷۰ سال بود و طول مدت بیماری در اکثریت آن‌ها کم‌تر از ۱۰ سال بود که میانگین آخرین قندخون ناشتا با افزایش طول مدت بیماری به‌طور معناداری افزایش می‌یافت ($p=0,0003$). بیماری بدون در نظر گرفتن نوع دیابت در هر نسل در جنس مونث بیش‌تر بوده و میانگین آخرین قند خون ناشتای کل بیماران ۲۱۶ ملی‌گرم در دسی لیتر بود که مقدار کنترل شده‌ای نیست. این میانگین به‌عنوان یک شاخص ارزیابی عملکرد مراکز کنترل دیابت پیشنهاد گردیده است.

در دو تحقیق فوق که در ایران انجام شده بود با تحقیق که ما انجام داده‌ایم تقریباً همخوانی وجود دارد؛ زیرا بیش‌ترین گروه سنی را گروه سنی بالای ۴۵ سال تشکیل داده است و بیش‌ترین فیصدی را از لحاظ جنس هم جنس مونث به خود اختصاص داده است؛ اما در بین ریسک فکتورها، فیصدی بالا را چاقی در ایران تشکیل داده؛ اما در تحقیقی که ما انجام داده‌ایم، فیصدی بالا را فشار خون بالا دارا می‌باشد که این هم بر می‌گردد به عوامل خطر بالای چاقی در ایران مثل تغذیه ناسالم، مصرف بی رویه فست‌فودها، غذاهای سرخ شده، نوشابه‌های گازدار، شیرینی، مصرف کم میوه و سبزی و تحرک بدن نا کافی.

در یک تحقیق دیگری که توسط American journal of preventive Medicine در اکتوبر ۲۰۱۸م به نشر رسید، شیوع دیابت در امریکا از سال ۱۹۹۹-۲۰۰۰م و ۲۰۱۵-۲۰۱۶م مطالعه گردید که از ۴۲۵۵۴ مورد بالای سن ۲۰ سال که در بررسی ملی آزمایش صحت و تغذیه شرکت کرده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند که نتایج ذیل به دست آمد. به‌صورت کلی شیوع دیابت در جمعیت کاهلان ایالت متحده‌ی امریکا به‌طور غیر تعدیل شده

تعیین A1C قرار ذیل است.

$$0/6 \leq \text{Diabet HbA}^{1c}$$

$$0/6 > \text{to } 7/5 \leq \text{Pre Diabet HbA}^{1c}$$

با ارزیابی نمونه‌ی خون ۲۶۶۲۰ مورد دریافت گردید که ۵,۴٪ دیابت نوع ۲، ۱۹,۳٪ پری دیابت، ۶,۱٪ خانم‌ها در مقابل ۷,۴٪ مردها، ۶,۷٪ در روستایی‌ها در مقابل ۵,۰٪ در شهرنشینان و شیوع دیابت در افراد با سنین بلند تا ۷۰ سال بیش‌تر است.

این تحقیق با تحقیق ما از لحاظ بیش‌ترین شیوع دیابت در بین جنس مونث و سن بالا همخوانی دارد؛ اما مقایسه‌ی آن از لحاظ شیوع دیابت در بین شهرنشینان و روستاییان امکان‌پذیر نیست، چون تحقیق ما یک تحقیق محدود به یک نقطه از شهر کابل است.

در یک مطالعه‌ی مقطعی دیگری که در سال ۲۰۱۳م در امارات متحده‌ی عرب صورت گرفت، شیوع دیابت در بین پرسونل فاکولته‌ی ساینس دانشگاه طیبیه‌ی امارات متحده‌ی عرب ارزیابی گردید که از جمله‌ی ۱۳۷ پرسونل ۹۹ تن آن‌ها در این مطالعه شرکت کردند و آمارها بر اساس توضیح پرسشنامه، اندازگیری (RBG)، وزن و قد جمع‌آوری گردید. در نتیجه دریافت گردید که شیوع دیابت در بین پرسونل ۱,۱۴٪ است ۵۷/۱٪ آن‌ها در مناطق شهری زندگی می‌کردند، نصف از آن‌ها بیش‌تر از سه مرتبه در هفته فست‌فود دریافت می‌کردند و ۷۸/۶٪ آن‌ها تاریخچه مثبت فامیلی داشتند.

تفاوت این تحقیق با تحقیق ما در این است که تاریخچه‌ی مثبت فامیلی در این تحقیق از عوامل خطر بزرگ دیابت بوده اما در تحقیق ما فشار خون بالا بیش‌ترین فیصدی را دارا می‌باشد. سکونت در مناطق شهری و طرز تغذیه عواملی است که در تحقیق ما بررسی نشده است. بنا بر این، با تحقیق ما مقایسه نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

همه یافته‌های ما با یافته‌های محققان در ممالک دیگر، تقریباً یکسان است؛ اما در اکثریت کشورها در بین عوامل خطر دیابت

(IGT) در مناطق شهری در نزد مردها ۶/۳٪ و در نزد زن‌ها ۱۴/۲٪ میباشد؛ اما در مناطق روستایی ۶/۹٪ در نزد مردها و ۱۰/۹٪ در نزد زن‌ها است. سن، تاریخچه‌ی مثبت فامیلی و چاقی (بخصوص چاقی مرکزی) از عوامل خطر دانسته شده‌اند.

این تحقیق با تحقیق ما همخوانی دارد؛ زیرا از لحاظ جنس جنس مونث در هر دو تحقیق بیش‌تر مصاب بوده و ریسک فکتورها تقریباً یکسان است؛ اما از لحاظ شهری و روستایی بودن شیوع دیابت باید بگوییم که تحقیق ما یک تحقیق محدود به یک نقطه از شهر کابل بوده و امکان مقایسه‌ی آن با تحقیق که در پاکستان انجام شده وجود ندارد.

در تحقیق دیگری که در اگست ۲۰۱۱م در کوریا صورت گرفت، دریافت گردید که دیابت و اختلالات آن یکی از عوامل بزرگ مرگ و میر در کوریا است. شیوع دیابت در کوریا شش تا هفت برابر از ۵,۱٪ تا ۹,۹٪ در ۴۰ سال پسین افزایش یافته است، (IGT) نیز افزایش ۲۰٪ در ۲۰۰۹م را نشان می‌دهد. مجمع دیابت جهانی ارزیابی کرده که شیوع دیابت در کوریا به ۴,۱۱٪ در ۲۰۳۰م افزایش میابد.

عوامل خطر دیابت در کوریا سن، جنس مرد، چاقی، پری دیابت، دیابت حاملگی، سگرت کشیدن، کاهش فعالیت فیزیکی و کاهش خواب دانسته شده است. اختلالات آن شامل عدم کفایه‌ی کلیه، نیوروپاتی، رتینوپاتی، امراض عروق قلبی- مغزی و آمپوتاسیون است. دیابت تا هنوز پنجمین عامل مرگ در کوریا دانسته می‌شود.

تحقیق فوق با تحقیق ما تقریباً در تمام عوامل خطر و اختلالات همخوانی دارد؛ اما تفاوت مهم آن در این است که جنس مرد در کوریا از عوامل خطر مبتلا شدن به دیابت است و علت آن هم به بلند بودن سطح Ferritin در مردان و زنان پس از منوپوز کوریایی بر می‌گردد که خود Ferritin سبب مقاومت در مقابل انسولین می‌شود.

در مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی-مقطعی دیگری که در سال ۲۰۱۶م در روسیه صورت گرفت، شیوع دیابت در کاهلان بین ۷۹-۲۰ سال بر اساس سن، جنس و منطقه‌ی جغرافیایی توسط

چاقی بیشترین فیصدی را به خود اختصاص داده بود و آن هم بر می‌گردد به تغذیه‌ی ناسالم و سبک زندگی بدون تحرک و در تحقیقی که در کوریا صورت گرفته بود، جنس مرد بیش‌تر مصاب به دیابت بود و علت آن هم سطح بلند Ferritin در مردان کوریایی که موجب بروز مقاومت در مقابل انسولین می‌شود بود در تحقیقی که در چین صورت گرفته بود، شیوع دیابت در مناطق غربی نسبت به مناطق شرقی بیش‌تر بود و دلیل آن هم تفاوت سطح اقتصادی این دو منطقه عنوان شده است.

دلیل این که شیوع دیابت در سنین بالا بیش‌تر است، بر می‌گردد به فعالیت فیزیکی کم‌تر و اضافه‌وزنی‌ای که در این سن خود منجر به کاهش فعالیت انسولین و ایجاد مقاومت به انسولین می‌شود و همچنین زنان بنا بر عوامل خطر ذیل (۱) سابقه‌ی دیابت حاملگی (GDM)؛ (۲) تولد طفل بیش‌تر از ۹ پوند و (۳) سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) بیش‌تر نسبت به مردان مصاب به دیابت هستند.

10. Pelusi B, Gambineri A, Pasquali R. Type 2 diabetes and polycystic ovary syndrome. *Minerva Ginecol* .512004,56(1):41-
11. Razavi S , Zare H , Esfandy H. Diabetes risk factors in referent patients to center of diabetes control in Yazd city. *Tehran Univ Med J* .771999,57(1):72-
12. khatoni A , Abdi A, Hoseini E , Fattah pour T , Feizi H. Assessment of risk factors and complications of type2 diabetes in patients of Ghasreshirin diabetes center in 2011. *nvj*. 2015; 2 (2) :1-14
13. IDF DIABETES ATLAS (SEVENTH EDITION). 2015
14. American Journal of Preventive Medicine. Volume 55 , Issue 4 , October 2018 , Pages 497-.505
15. Diabetes Research and Clinical Practice. Volume 115, May 2016, Pages 90-95
16. Journal of shahid Sadoughi University of Medical Sciences Vol. 19, No. 2, May-Jun 2011, Pages: 266280-
1. Andreoli T, Robert C. Griggs I, Wing E , Andreoli and Carpenter's Cecil Essential Of Medicine , 8th ed , c2010, Timoorzadah Publishig House
- Traslatorts Group, Firs Printing, Tehran, Timoorzadah Publishing House-Tabib Publishing , 1390, (874884-).
2. Harisson's Principle Of Internal Medicine Endocrinology & Metabolism, 16th ed 2005, Alireza Monajjemi MD, Kasper Dennis , اول ۱۳۸۵ , Tehran , مؤسسه فرهنگی-انتشارات ای حیان-شهراب-اباصالح-آینده سازان , (243-193)
3. Hall John E , Guyton & Hall Textbook Of Medical Physiology, 13th ed , 2016 , Dr Abulfazl Arjjomand , Second Volume, First 1394 , Tehran , نشر بشری-نشر جامعه (نگر , ۱۳۹۴ , 1298-1282).
4. Choi BCK , Shi F. Risk factors for diabetes mellitus by age and sex: results of the National Population Health Survey. *Diabetologia* .1221- 2001,44:31
5. Hill Golden S , Wang NY, Klag MA, Meoni LA. Brancati FL. Blood pressure in young adulthood and the risk of type 2 diabetes in middle age. *Diabetes Care* .1110-2003,26(4):15
6. Taskinen MR. Diabetic dyslipidemia. *Atherosclerosis* .512002,3(1):47-
7. Wei JN , Sung FC , Li CY, Chang CH, Lin RS , Lin CC , et al. Low birth weight and high birth weight infants are both at an increased risk to have type 2 diabetes among schoolchildren in Taiwan. *Diabetes Care*:2003,26.3438-
8. Knol MJ , Twisk JWR , Beekman ATF, Heine RJ , Snoek FJ , Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. a meta-analysis. *Diabetologia* .8372006,49(5):45-
9. McMahon M, Gerich J, Rizza R. Effects of glucocorticoids on carbohydrate metabolism. *Diabetes Metabolism Research and Reviews* .30-2009,4(1):17

Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia

Khanali Mohammadi^{1*} Mousa Bashir²

1*. Assistant Professor, PhD of Public Health, faculty of medicine. Khatam al-nabieen university. Kabul-Afghanistan

Email: Dr.khanali.mohammadi@knu.edu.af: +93796338255

2. Assistant Professor, PhD candidate of Public Health, faculty of medicine. Khatam al-nabieen university. Kabul-Afghanistan

Abstract

Background and purpose: Three months ago, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) broke out in Wuhan, China, and spread rapidly around the world. Severe novel coronavirus pneumonia (NCP) patients have abnormal blood coagulation function, but their venous thromboembolism (VTE) prevalence is still rarely mentioned. Objectives: To determine the incidence of VTE in patients with severe NCP.

Materials and Method: In this study, 81 severe NCP patients in the intensive care unit (ICU) of Union Hospital (Wuhan, China) were enrolled. The results of conventional coagulation parameters and lower limb vein ultrasonography of these patients were retrospectively collected and analyzed.

Results: The incidence of VTE in these patients was 25% (20/81), of which 8 patients with VTE events died. The VTE group was different from the non-VTE group in age, lymphocyte counts, activated partial thromboplastin time (APTT), D-dimer, etc. If 1.5 µg/mL was used as the D-dimer cut-off value to predicting VTE, the sensitivity was 85.0%, the specificity was 88.5%, and the negative predictive value (NPV) was 94.7%.

Conclusions: The incidence of VTE in patients with severe NCP is 25% (20/81), which may be related to poor prognosis. The significant increase of D-dimer in severe NCP patients is a good index for identifying high-risk groups of VTE.

Keywords: blood coagulation, coagulation parameter, D-dimer, novel coronavirus pneumonia, venous thromboembolism

شیوع ترومبوآمبولی وریدی در بیماران مبتلا به پنومونی شدید ناشی از ویروس جدید کرونا

خان علی محمدی^{۱*} موسی بشیر^۲

۱. * استادیار (پوهندوی)، دکترای تخصصی صحت عامه، رئیس کمیته تحقیقات، دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان

ایمیل: Dr.khanlali.mohammadi@knu.edu.af تلفن: ۰۰۹۳۷۹۶۳۳۸۲۵۵

۲. استادیار (پوهنیار)، کاندید دکترای تخصصی صحت عامه، دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، کابل، افغانستان.

چکیده

زمینه: سه ماه پیش، سندرم شدید تنفسی ناشی از کرونا ویروس ۲ (سارس - کووید ۲) در ووهان چین شیوع پیدا کرد و به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت. بیماران مبتلا به پنومونی شدید ویروس جدید کرونا عملکرد انعقادی خون غیرطبیعی دارند؛ اما شیوع ترومبوآمبولی وریدی آن‌ها به ندرت ذکر شده است.

اهداف: تعیین بروز ترومبوآمبولی وریدی در بیماران با پنومونی شدید ناشی از ویروس جدید کرونا.

روش‌ها: در این مطالعه، ۸۱ بیمار پنومونی شدید ناشی از ویروس جدید کرونا در بخش مراقبت‌های ویژه (بیمارستان یونیون ووهان، چین) وارد مطالعه شدند.

نتایج پارامترهای متداول انعقادی و سونوگرافی ورید اندام تحتانی این بیماران به صورت گذشته‌نگر جمع‌آوری و تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان بروز ترومبوآمبولی وریدی در این بیماران ۲۵٪ (۲۰/۸۱) بود که از این تعداد ۸ بیمار با حوادث ترومبوآمبولی وریدی فوت کردند. گروه ترومبوآمبولی وریدی از نظر سن، تعداد لنفوسیت‌ها، زمان ترومبوپلاستین جزئی فعال شده، دی دایمر و غیره با گروه غیر ترومبوآمبولی وریدی متفاوت بود. حساسیت ۸۵,۵٪، ویژگی ۸۸,۵٪ و ارزش پیش‌بینی منفی ۹۴/۷ بود.

نتیجه‌گیری: میزان بروز ترومبوآمبولی وریدی در بیماران با پنومونی شدید ناشی از ویروس کرونا ۲۵٪ (۲۰/۸۱) است که ممکن است به پیش آگهی ضعیف مرتبط باشد. افزایش قابل توجه دی دایمر در بیماران پنومونی شدید ناشی از ویروس جدید کرونا شاخص خوبی برای شناسایی گروه‌های پر خطر ترومبوآمبولی وریدی است.

کلمات کلیدی: انعقاد خون، پارامترهای انعقاد خون، دی - دایمر، پنومونی کرونا ویروس جدید، ترومبوآمبولی وریدی

۱. مقدمه

سندرم تنفسی شدید کرونا ویروس ۲ نوع جدیدی از ویروس است که طریق تنفس منتقل می‌شود. در اواسط ماه مارس سال ۲۰۲۰، بیش از ۸۰۰۰۰ نفر بیمار شده و بیش از ۳۰۰۰ نفر را در چین کشته بود و باعث ایجاد یک همه‌گیری جهانی شده است. تعدادی از مطالعات نشان داده است که اختلال در انعقاد در بیماران مبتلا به پنومونی شدید کرونا ویروس به‌وضوح نشان دهنده پیش‌آگهی ضعیف است.

پارامترهای متداول انعقادی بیماران واحد مراقبت‌های ویژه به‌طور قابل توجهی بالاتر از بیمارانی است که در واحد مراقبت‌های ویژه نیستند. با این حال، شیوع ترومبوآمبولی وریدی در بیماران واحد مراقبت‌های ویژه با پنومونی شدید کرونا ویروس مشخص نیست. بنابراین، هدف از این مطالعه بررسی شیوع ترومبوآمبولی وریدی در چنین بیماران و بررسی تفاوت بین بیماران ترومبوآمبولی وریدی و بیمارانی که ترومبوآمبولی وریدی ندارند.

۲. روش‌ها

در مجموع ۸۱ بیمار مبتلا به پنومونی جدید کرونا در بخش ویژه بیمارستان اتحادیه، کالج پزشکی تونگ جی، دانشگاه علم و تکنالوجی هازهونگ از ۳۰ ژانویه تا ۲۲ مارس ۲۰۲۰، شامل شدند. تمام بیماران طبق دستورالعمل‌های سازمان صحت جهانی تشخیص داده شدند. شدت پنومونی جدید کرونا با توجه به پنجمین نسخه‌ی آزمایشی تجدید نظر شده در رهنمودهای تشخیص و درمان پنومونی ویروس جدید کرونا مورد ارزیابی قرار گرفت. بیماران تحت یک سری تحقیقات از جمله تحقیقات بالینی قرار گرفتند. معاینات، آزمایشات لابراتواری، توموگرافی کامپیوتری قفسه‌ی سینه، سونوگرافی داپلر وریدی اندام تحتانی و واکنش زنجیره‌ای پلیمرز ترانس کریپتاز معکوس در زمان واقعی برای سارس - کووید ۲ همه‌ی بیماران پس از تشخیص درمان ضد ویروسی و حمایتی دریافت کردند و هیچ داروی ضد انعقادی پیشگیرانه تجویز نشد. این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق بیمارستان اتحادیه (وو هان، چین) تأیید شد. آزمایش‌های انعقادی متداول، شامل زمان پروترومبین، زمان ترومبوپلاستین جزئی، زمان ترومبین، نسبت نرمال بین‌المللی، فیبرینوژن و دی دایمر با استفاده از آنالایزر انعقاد

اتوماتیک SF۸۲۰۰ Succeder انجام شد (چین) و اطلاعات بالینی و آزمایشگاهی نیز جمع‌آوری شد. داده‌ها به‌صورت میانگین‌ها و انحراف معیار یا تعداد (درصد) در صورت لزوم ارائه می‌شوند. برای تجزیه و تحلیل تفاوت بین دو گروه از آزمون تی یا آزمون منویتی یو استفاده شد تا تفاوت دو گروه را تجزیه تحلیل کند $p > 0.05$ ، از نظر آماری معنا دار تعریف شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (IBM) انجام شد.

ملزومات

• شیوع ترومبوآمبولی وریدی در بیماران مبتلا به پنومونی جدید ناشی از ویروس جدید کرونا هنوز معلوم نیست؛

• پارامترهای متداول انعقادی و نتایج سونوگرافی رگ‌های اندام تحتانی در بیماران با پنومونی شدید جدید کرونا به‌صورت گذشته‌نگر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛

• بروز ترومبوآمبولی وریدی در بخش مراقبت‌های ویژه بیماران با پنومونی شدید کرونا ۲۵٪ (۲۰/۸۱) است که ممکن است به پیش‌آگهی ضعیف مرتبط باشد؛

سطح دی دایمر شاخص خوبی برای پیش‌بینی ترومبوآمبولی وریدی در بیماران با پنومونی شدید کرونا بود؛

• سطح دی دایمر شاخص خوبی برای پیش‌بینی ترومبوآمبولی وریدی در بیماران با پنومونی شدید کرونا بود.

همچنین مشاهده شده است که عفونت با سارس - کووید ۲ منجر به لنفوسیتوپنی می‌شود و بیماران پنومونی شدید جدید کرونا به‌احتمال زیاد با مشکل مواجه می‌شوند. به علاوه، بیان غیر طبیعی mRNA مربوط به سلول تی می‌تواند منجر به ترومبوآمبولی وریدی شود. این بدان معنا است که بیماران مسن با بیماری‌های زمینه‌ای بیش‌تر به نقص سیستم ایمنی مبتلا می‌شوند و به دلیل ضعف ایمنی در معرض خطر بیش‌تر ترومبوآمبولی وریدی هستند. عفونت شدید سارس - کووید ۲ در بیماران پنومونی جدید کرونا می‌تواند منجر به سپسیس شود که همچنین می‌تواند منجر به ترشح سیتوکین‌های التهابی شود.

جدول ۱. مشخصات پایه‌ی بیماران (NCP) (تعداد=۸۱)

مشخصات	تعداد(%) یا میانگین(انحراف معیار)
سن، سال‌ها	۵۹/۹ (۱۴/۱)
رنج	۳۲-۹۱
کم‌تر از ۳۹	۱۱(۱۴٪)
۴۰-۴۹	۱۱(۱۴٪)
۵۰-۵۹	۱۳(۱۶٪)
۶۰-۶۹	۲۸(۳۵٪)
بیش‌تر از ۷۰	۱۸(۲۳٪)
جنس	
مرد	۳۷(۴۶٪)
زن	۴۴(۵۴٪)
بیماری مزمن پزشکی	
فشار خون	۲۰(۲۵٪)
دیابت	۸(۱۰٪)
بیماری کرونر قلب	۱۰(۱۲٪)
سیگرت	۳۵(۴۳٪)
پیامد پزشکی	
بستری در شفاخانه	۹(۱۱٪)
ترخیص	۶۴(۷۹٪)
مرگ	۸(۱۰٪)

اختصار: NCP پنومونی جدید کرونا ویروس SD، انحراف معیار

جدول ۲. مشخصات گروه‌های VTE و non VTE (تعداد = ۸۱)

مشخصات	رنج نرمال	VTE (تعداد= ۲۰)	Non.VTE (تعداد= ۶۱)	مقدار احتمال
سن (سال)	-	۹.۱_+۶۹.۴	۱۴.۳_+۵۷.۱	<۰.۰۰۱
لکوسیت (×۱۰ ^۹ /لیتر)	۹.۵-۳۵	۳.۱_+۷.۸	۲.۶۰_+۶.۶	۰.۱۲۰
لمفوسیت (×۱۰ ^۹ /لیتر)	۳.۲-۱.۱	۰.۴_+۰.۸	۱.۳_+۰.۶	<۰.۰۰۱
پلاکت (×۱۰ ^۹ /لیتر)	۳۵۰-۱۲۵	۱۱۰.۶-۲۴۶.۶	۱۱۱.۷_+۲۴۸.۸	۰.۹۳۸
هموگلوبین (گرم/لیتر)	۱۵۰-۱۱۵	۱۶.۵_+۱۲۳.۲	۱۶.۷_+۱۲۵.۳	۰.۶۳۳
زمان ترومبوپلاستین جزئی فعال	۴۵-۲۷	۶.۴-۳۹.۹	۴.۵-۳۵.۶	۰.۰۰۱
زمان پروترومبین	۱۶-۱۱	۱_+۱۵.۵	۱_+۱۵.۶	۰.۴۶۵
دی دایمر	۰.۵-۰	۳_+۵.۲	۱.۲_+۰.۸	<۰.۰۰۱

اختصار: APTT زمان ترومبوپلاستین جزئی؛ VTE ترومبوآمبولی وریدی

جدول ۳. حساسیت، ویژگی، PPV و NPV سطح قطع متفاوت D-dimer برای پیش‌بینی VTE در بیماران NCP

قطع (میکروگرم/میلی لیتر)	حساسیت (%)	ویژگی (%)	PPV (%)	NPV (%)
۱	۸۵	۷۷	۵۴.۸	۹۴
۱.۵	۸۵	۸۸.۵	۷۰.۸	۹۴.۷
۲	۸۰	۹۰.۲	۷۲.۷	۹۳.۲
۲.۵	۷۰	۹۳.۴	۷۷.۸	۹۰.۵
۳	۷۰	۹۶.۷	۸۷.۵	۹۰.۸
۳.۵	۶۵	۹۶.۷	۸۶.۷	۸۹.۴

اختصارات: NCP پنومونی ناشی از ویروس جدید کرونا؛ NPV ارزش

پیش‌بینی منفی؛ PPV ارزش پیش‌بینی مثبت؛ VTE ترومبوآمبولی وریدی

بزرگ تأیید شود. دوم، برخی از بیماران هنوز در بیمارستان تحت درمان هستند و ممکن است نتیجه‌ی بالینی تغییر کند. با وجود آن، مطالعه‌ی ما موارد بروز ترومبوآمبولی وریدی را در بیماران با پنومونی شدید ناشی از ویروس جدید کرونا توصیف کرد و کاربرد دی دایمر را در پیش‌بینی ترومبوآمبولی ورید نشان داد. امیدواریم که این نتایج به پیشگیری، تشخیص و درمان ترومبوآمبولی وریدی کمک کند.

قدردانی و تشکر

تشکر از همه‌ی بیمارانی که در این مطالعه همکاری کردند

تضاد منافع

بر اساس ابراز نظر نویسندگان، تضاد منافع وجود نداشت.

مانند IL-۶، IL-۸، TNF- α و غیره، مشابه سندرم تنفسی شدید ((SARS و سندرم تنفسی خاورمیانه (MERS) سیتوکین‌های التهابی می‌توانند از بسیاری جهات فعال شدن انعقاد خون را تقویت کنند و سپس وقوع ارزش پیش‌بینی مثبت را تقویت کند. سپس‌س نیز یکی از دلایل عمده‌ی انعقاد داخل عروقی منتشر است و بروز آن در بیمارانی که با پنومونی کرونا ویروس جدید مرده ۷۱،۴٪ بود. این نشان می‌دهد که انعقاد خون غیر طبیعی و ترومبوز با پیش‌آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به پنومونی جدید کرونا در ارتباط است. افزایش سطح دی دایمر نشانه فعال شدن بیش از حد انعقاد و هیپرفیبرینولیز است. بنابراین، از دی دایمر اغلب برای تشخیص ترومبوز فعال با حساسیت بالا اما ویژگی کم استفاده می‌شود؛ ولی اگر ۳،۰ میکروگرم در میلی لیتر به‌عنوان معیار استفاده شده بود، حساسیت، ویژگی، و ارزش پیش‌بینی منفی به ترتیب ۷۶/۹، ۹۴/۹ و ۹۲/۵ درصد بودند. پس از دریافت درمان ضد انعقادی، سطح دی دایمر به‌تدریج کاهش می‌یابد، به این معنا که دی دایمر نه تنها می‌تواند ترومبوز را پیش‌بینی کند بلکه اثر داروهای ضد انعقاد را نیز کنترل کند. در گزارش ما محدودیت‌های مختلفی وجود دارد. اول، این مطالعه یک مطالعه‌ی گذشته‌نگر، تک مرکز و نمونه‌ی کوچک است. نتایج ممکن است مغرضانه باشد و باید توسط یک مطالعه‌ی نمونه‌ی

Immunol. 2004;136:95103-.

11. Mahallawi WH, Khabour OF, Zhang Q, Makhdom HM, Suliman BA. MERS-CoV infection in humans is associated with a pro-inflammatory Th1 and Th17 cytokine profile. *Cytokine*. 2018;104:813-.

13. Levi M, van der Poll T, Buller HR. Bidirectional relation between inflammation and coagulation. *Circulation*. 2004;109:2698- 2704.

14. van der Poll T, Levi M. Crosstalk between inflammation and coagulation: the lessons of sepsis. *Curr Vasc Pharmacol*. 2012;10:632638-.

15. Iba T, Thachil J. Present and future of anticoagulant therapy using antithrombin and thrombomodulin for sepsis-associated disseminated intravascular coagulation: a perspective from Japan. *Int J Hematol*. 2016;103:253-261.

16. Koch V, Biener M, Muller-Hennessen M, et al. Diagnostic performance of D-dimer in predicting venous thromboembolism and acute aortic dissection. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020: 2048872620907322.

Reference

1. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507513-.

2. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497506-.

3. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18:844–847.

4. Han H, Yang L, Liu R, et al. Prominent changes in blood coagulation of patients with SARS-CoV-2 infection. *Clin Chem Lab Med*. 2020; Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1515/cclm-20200188>

5. WHO. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance. 2020. <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117>.

6. The fifth revised trial version of the novel coronavirus pneumonia diagnosis and treatment guidance. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7652m/20200241/c3142b38b84ec4a748e60773cf9d4f.shtml>

7. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2019;2020:e201585.

8. Qin C, Zhou L, Hu Z, et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Clin Infect Dis*. 2020;ciao248.

9. Duan Q, Gong Z, Song H, et al. Symptomatic venous thromboembolism is a disease related to infection and immune dysfunction. *Int J Med Sci*. 2012;9:453461-.

10. Wong CK, Lam CW, Wu AK, et al. Plasma inflammatory cytokines and chemokines in severe acute respiratory syndrome. *Clin Exp*

Beneficial effects of green tea: A literature review

Nesa Mohammadi^{1*} Mousa Bashir²

1*. Assistant Professor, Ph.D Candidate of Reproductive Health, Faculty of Midwifery, Khatam Al-nabieen University. Kabul-Afghanistan Email: nesa.mohmmadi64@gmail.com; Tel: +93706829097

2. Assistant Professor, Ph.D candidate of Public Health, Faculty of Medicine, Khatam Al-nabieen University, Kabul-Afghanistan.

Abstract

The health benefits of green tea for a wide variety of ailments, including different types of cancer, heart disease, and liver disease, were reported. Many of these beneficial effects of green tea are related to its catechin, particularly (-)-epigallocatechin-3-gallate, content. There is evidence from in vitro and animal studies on the underlying mechanisms of green tea catechins and their biological actions. There are also human studies on using green tea catechins to treat metabolic syndrome, such as obesity, type II diabetes, and cardiovascular risk factors. Long-term consumption of tea catechins could be beneficial against high-fat diet-induced obesity and type II diabetes and could reduce the risk of coronary disease. Further research that conforms to international standards should be performed to monitor the pharmacological and clinical effects of green tea and to elucidate its mechanisms of action.

Keywords: Green tea, Catechins, Anticancer, Diabetes, Polyphenols, invivo studies General pharmacology, Toxicolog

بررسی تاثیرات مفید چای سبز: مقاله‌ی مروری

نسا محمدی^{۱*}، موسی بشیر^۲

۱. استادیار(پوهنیار)، کاندید دکترای تخصصی صحت باروری، دانشکده‌ی قابلیت‌های دانشگاه خاتم النبیین(ص)، کابل، افغانستان

ایمیل: ۶۴ nesa.mohmmadi@gmail.com تلفن: ۰۰۹۳۷۰۶۸۲۹۰۹۷

۲. استادیار(پوهنیار)، کاندید دکترای تخصصی صحت عامه، دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین(ص)، کابل، افغانستان.

چکیده

فواید صحتی چای سبز برای انواع مختلف امراض از جمله انواع مختلف سرطان، امراض قلبی و امراض جگر گزارش داده شده است. بسیاری از تاثیرات مفید چای سبز مربوط به catechin به‌خصوص به محتوای gallate-۳-epigallocatechin آن می‌باشد. شواهدی از مطالعات داخل آزمایشگاهی و حیوانی بر روی میکانیزم‌های زیرین catechin و تاثیرات بیولوژیکی آن وجود دارد. همچنان مطالعات انسانی در مورد استفاده از catechin موجود در چای سبز برای تداوی سندروم میتابولیک مانند چاقی، دیابت نوع II و عوامل خطر بیماری قلبی وعایی وجود دارد. مصرف طولانی مدت catechin چای می‌تواند بر چاقی ناشی از رژیم غذایی پر چرب و دیابت نوع II مفید باشد و می‌تواند خطر بیماری‌های کرونری را کاهش دهد. نیاز به تحقیقات بیشتر مطابق با استانداردهای بین‌المللی می‌باشد تا تاثیرات دوايي و کلينيکي چای سبز بررسی شده و میکانیزم اثر آن نیز کشف شود.

کلیدواژه‌ها: چای سبز، ضد سرطان، دیابت، فارمکولوژی عمومی، زهرشناسی

در سال‌های اخیر، فواید صحتی مصرف چای سبز، از جمله در پیشگیری از سرطان و بیماری‌های قلبی-وعایی، تاثیرات ضد التهابی، ضد آرتريت، ضد باکتریا، antiangiogenic، آنتی اکسیدانت، ضد ویروسی، neuroprotective، تاثیر کاهش کلسترول آن و مواد تشکیل دهنده‌ی چای سبز تحت بررسی هستند. با آن هم ممکن است اضافه کردن چای سبز به رژیم غذایی بعضی نگرانی‌های جدی سلامتی دیگر را ایجاد کند. تاثیرات صحتی چای سبز عمدتاً به محتوی polyphenol به خصوص flavanols و flavonols مربوط می‌شود که ۳۰ فیصد وزن برگ خشک تازه را تشکیل می‌دهد. در حال حاضر، بسیاری از تاثیرات مفید چای سبز مربوط به catechin فراوان از نوع epigallocatechin-۳-gallate می‌باشد. عصاره‌ی چای سبز به دلیل موجودیت ترکیبات آنتی اکسیدانت‌های دیگر در عصاره، پایدارتر از epigallocatechin gallate خالص که یکی از ترکیب‌های بزرگ چای سبز است، می‌باشد.

به‌طور کلی دواهای گیاهی مخلوط پیچیده‌ی از مرکبات مختلف هستند که اکثراً به شکل سینرجیستیک یا تقویتی عمل می‌کند تا حداکثر اثر خود را ایجاد کند. با این حال، یک مقدار محدودی از دواهای گیاهی کاملاً شناسایی موجود در آن را در سیستم‌های داخل آزمایشگاهی و بیرونی مورد بررسی قرار داده است.

این جست‌وجو در پایگاه‌های زیر انجام شده است:

- Pubmed (۱۹۸۰-۲۰۰۹؛)
- EMBASE (۱۹۸۰-۲۰۰۹؛)
- Allied and complementary Medicine Database (AMED, ۱۹۸۵-۲۰۰۹)
- China Journals Full Text Database (۱۹۷۵-۲۰۰۹)

در این مقاله تاثیرات صحتی و عوارض جانبی چای سبز و catechin موجود در آن مورد بررسی قرار گرفت. نویسندگان مقالات کامل را مطالعه کردند و پس از بحث و بررسی به توافق

در مقالات موجود در این مطالعه ۱- فواید چای بر صحت انسان و حیوانات؛ ۲- جذب یون‌های فلزی و آنزیم‌های متابولیزم دوا؛ ۳- آنتی اکسید شدن و نهی استرس اکسیداتیو؛ ۴- متابولیزم کاربوهیدریت و دیابت نوع II، و ۵- عوارض جانبی چای تحت پوشش قرار داده شده است. در مجموع ۱۰۵ مقاله به زبان انگلیسی برای این بررسی انتخاب شده است.

چای سبز

چای یکی از محبوب‌ترین نوشیدنی‌هایی است که در سراسر جهان مصرف می‌شود. چای گیاه *Camellia sinensis* بوده و در مناطق مختلف جهان به‌عنوان چای سبز، سیاه و یا چای Oolong به مصرف می‌رسد که در میان آن‌ها مصرف چای سبز، تاثیرات قابل توجهی بر صحت انسان دارد. اولین بار چای سبز در جریان قرن ۱۷ از هند به چین صادر شده است.

برآورد شده است که حدود ۲٫۵ میلیون تن برگ چای هر سال در سراسر جهان تولید می‌شود که ۲۰ فیصد آن را چای سبز تشکیل داده که عمدتاً در آسیا، برخی مناطق شمال آفریقا، ایالات متحده و اروپا مصرف می‌شود. ارتباط بین مصرف چای، به‌ویژه چای سبز و صحت انسان، از سال‌های دور مورد توجه قرار گرفته است. چای سبز و سیاه در هنگام تولید به شکل جداگانه پروسس می‌شوند.

برای تولید چای سبز، برگ‌های تازه برداشت شده بلافاصله بخار داده می‌شود تا از تخمیر جلوگیری شده و محصول خشک و پایدار تولید گردد. این پروسه‌ی بخار باعث از بین بردن آنزیم‌های مسؤول تجزیه رنگدانه‌های رنگی در برگ‌ها شده و باعث می‌شود که چای سبز بعد از خشک شدن نیز رنگ خود را حفظ کند. همچنان در جریان این پروسه‌ها polyphenol های طبیعی همراه با تاثیرات مفید و صحتی شان کاملاً محفوظ می‌ماند.

چای سبز به Oolong و سپس به چای سیاه تبدیل می‌شود و ترکیبات پولی فنول (catechins) در چای سبز به‌منظور تشکیل مرکبات مختلف تیفلاوین، دایمیرازین می‌شود، از این‌رو چای‌های

مقایسه با هم مقدار متفاوت دارند.

مذکور ممکن است فعالیت‌های مختلف بیولوژیکی داشته باشند.

ترکیبات چای سبز

ترکیب کیمیاوی چای سبز پیچیده است: پروتئین‌ها (۱۵-۲۰٪) را تشکیل داده که انزیم‌ها یک بخش مهم هستند. امینواسیدها (۱-۴٪) که شامل theanine یا N-ethylglutamine، glutamic acid، tryptophan، glycine، serine، aspartic acid، tyrosine، valine، lysine و leucine، threonine، arginine می‌باشند.

کاربوهایدریت‌ها (۵-۷٪) که cellulose، pectins، glucose، sucrose و fructose را شامل می‌شوند. منرال‌ها و عناصر کمیاب (۵٪) مانند calcium، magnesium، chromium، manganese، iron، copper، zinc، molybdenum، selenium، sodium، phosphorus، cobalt، strontium، nickel، potassium، fluorine و aluminum را شامل می‌باشد و مقدار کمی از لیپیدها مانند linoleic و a-linolenic acids. استرول‌ها (stigmastrol)، ویتامین‌ها (B، C، E)، گزانتیک‌ها (کافین، تئوفیلین)، رنگدانه‌ها (کلروفیل، کاروتنوئیدها) و ترکیبات ولاتیل (آلدیهایدها، الکل‌ها، ایسترها، لاکتون‌ها، هایدروکاربون‌ها) در ترکیب چای سبز موجود می‌باشند.

با توجه به اهمیت موجودیت مواد معدنی در چای، بسیاری از مطالعات میزان آن‌ها را در برگ چای و محلول چای تعیین کرده‌اند (جدول ۱).

برگ‌های تازه حاوی ۳-۴٪ از آلکالوئیدها به نام methylxanthines، مانند کافئین، تئوبرومین و تئوفیلین می‌باشد.

علاوه بر این، در ترکیب چای فنولیک اسیدها مانند گالیک اسیدها و امینواسید معروف مانند تانن وجود دارند. چای سبز حاوی polyphenol‌ها که شامل flavanol‌ها، flavandiols، flavonoid‌ها و phenolic acid می‌باشند و این ترکیبات ممکن است ۳۰٪ وزن خالص چای را تشکیل دهند. بیش‌ترین polyphenol‌های چای سبز polyphenol‌هایی هستند که معمولاً به عنوان catechin شناخته می‌شوند. محصولات مشتق شده از چای سبز عمدتاً عصاره‌ی چای سبز به شکل مایع یا پودر که محتوای پولی فنول‌ها (۴۵-۹۰٪) و محتوای کافین (۰،۴-۱۰٪) در

flavonoid‌های اصلی چای سبز catechin‌های مختلف هستند که به مقادیر بیش‌تری در چای سبز نسبت به چای سیاه یا Oolong یافت می‌شوند.

جدول ۱ فیصدی ترکیبات چای سبز، چای سیاه و محلول چای سیاه را نشان می‌دهد:

Compound	Green Tea*	Black tea*	Infusion*
Protein	15	15	trace
Amino acids	4	4	3.5
Fiber	26	26	0
Others carbohydrates	7	7	4
Lipids	7	7	trace
Pigments	2	2	trace
Minerals	5	5	4.5
Phenolic compounds*	30	5	4.5
Oxidized phenolic compounds*	0	25	4.5

چهار نوع کاتچین به‌طور عمده در چای سبز یافت می‌شوند: که عبارتند از Epicatechin، Epigallocatechin، Gallate-۳-Epicatechin و ۳-epigallocatechin. روش‌های آماده‌سازی، catechin را از لحاظ کمیت و کیفیت تحت تاثیر قرار می‌دهند. همچنان مقدار catechin‌ها نیز در برگ‌های اصلی چای با توجه به تفاوت‌های موجود در انواع، منشا و شرایط رشد متفاوت است. تهیه‌ی چای سبز تازه نمی‌تواند catechin‌ها را کاملاً از برگ جدا کند بنابراین، غلظت مورد نظر مطلق از قبل تعیین شده در استخراج کامل برگ‌ها متفاوت است. علاوه بر این، catechin‌ها نسبتاً ناپایدار هستند و می‌توانند در طول دوره‌ی آزمایش تجربی تغییرات کمی و کیفی داشته باشند. بنابراین، مقایسه‌ی دوز مصرفی در مطالعات حیوانی امکان‌پذیر نمی‌باشد؛ زیرا اندازه‌ی catechin قبل از تطبیق اکثراً معلوم نیست.

فواید صحتی چای سبز برای انسان و حیوانات

بعضی از مطالعات استفاده شده بر روی حیوانات نشان می‌دهد که catechin‌های چای سبز در مقابل بعضی از امراض استحالوی به شکل محافظ عمل می‌کند.

برخی مطالعات نشان می‌دهد که چای سبز دارای فعالیت ضد انعقادی روی حجرات هپاتوما و فعالیت هیپولیپیدمی در موش

و catechin های تجزیه شده در تجربیات با استفاده از روش اکسیجن فعال بررسی گردید.

catechin های خام باعث تشکیل پراکسیدهای چربی بیشتر از dl-a-tocopherol می شوند.

shim و همکاران بررسی تاثیرات کیموترابی چای سبز را در میان سیگار ها بررسی کرد و دریافت کرد که می تواند سبب افزایش میزان تبادل فرکانس کروماتید خواهری شود.

موثریت چای سبز در تداوی اسهالات و تیفوئید از زمان های قدیم در آسیا شناخته شده است.

catechin چای سبز اثر نهی کننده بالای عفونت هلیکوباکتر پیلوری دارد.

تاثیرات مفید چای سبز در برابر ویروس آنفلانزا، به ویژه در مرحله اولیه آن، و نیز در برابر ویروس هرپس سیمپلکس، دیده شده است.

علاوه بر این، Weber و همکاران. مشاهده کرد که عفونت adenovirus با استفاده از catechin چای سبز در محیط آزمایشگاهی از بین می رود.

در انسان، Hirasawa و Takada فعالیت های ضد فنگسی catechin چای سبز را بر علیه candida albicans و راحتی تداوی ترکیبی با catechin ها همراه با دوزهای پایین از آنتی مایکوتیک مورد مطالعه قرار دادند که ممکن است برای جلوگیری از عوارض جانبی آنتی مایکوتیک ها کمک کند.

مصرف چای سبز نیز با افزایش تراکم مواد معدنی استخوان همراه بوده و به عنوان عامل مستقل از خطر شکستگی های لگن محافظت می کند که این تاثیر به طور مستقل از حالاتی مانند سیگرت کشیدن، تداوی هورمونی، نوشیدن قهوه و اضافه کردن شیر به چای مورد مطالعه قرار گرفت.

park و همکاران تاثیرات مثبت عصاره چای سبز و polyphenol های چای سبز را بر تکرر و فعالیت حجرات استخوانی مشاهده کرد و همچنان تکرر حجرات ستالایت کبد ارتباط نزدیک با پیشرفت فیبروز کبدی در بیماری های مزمن کبدی دارد و

های صحرایی درگیر به هپاتوما است و همچنان از آلودگی به ویروس انفلوانزای مرغی و ابتلا به سرطان پستان نیز جلوگیری می کند. کاتچین چای سبز همچنین می تواند به عنوان عوامل ضد تومورژنیک و به عنوان تقویت کننده ای دفاعی در اختلال عملکرد سیستم دفاعی ناشی از تومورهای پیوند شده یا تداوی های سرطانزا عمل کند. علاوه بر این، چای سبز، عصاره ای آن و ترکیبات جدا شده آن نیز در جلوگیری از استرس اکسیداتیو و مشکلات عصبی مؤثر بوده است.

مصرف چای سبز همچنان در پیشگیری از انواع سرطان ها، از جمله ریه، کولون، مری و دهان، معده، روده ی باریک، کلیه، پانکراس و غده های پستان نیز نقش دارد.

چندین مطالعه اپیدمیولوژیک و آزمایشات کلینیکی نشان داد که چای سبز (و چای سیاه و Oolong به میزان کم) ممکن است خطر ابتلا به بسیاری از بیماری های مزمن را کاهش دهد که این تاثیرات مفید به مقدار زیادی به polyphenol ها، که آنتی اکسیدانت های قوی هستند، نسبت داده شده است.

خاصیت، چای سبز ممکن است فشار خون را کاهش دهد و بنابراین خطر سکته ی مغزی و بیماری قلبی عروقی را کاهش می دهد. برخی از مطالعات حیوانی نشان می دهد که چای سبز می تواند در برابر امراض قلبی عروقی با کاهش سطح گلوکوز خون و وزن بدن محافظت کند. با این حال، تمام این اطلاعات بر اساس جمعیت های حیوانات میان سال است نه جمعیت های سالخورده، که وضعیت تغذیه ای افراد سالخورده به طور چشم گیری تحت تاثیر عوامل بیولوژیکی و اقتصادی-اجتماعی مرتبط با سن قرار می گیرد.

اجزای چای دارای تاثیرات آنتی اکسیدانت، ضد باکتری و ضد انعقادی هستند و می توانند در مقابل عوامل محیطی از انسان محافظت کنند.

sano و همکاران تاثیرات نهی کننده ی برگ چای سبز را در مقابل peroxidation لیپید ناشی از tert-butyl hydroperoxide گزارش داد و اثر آنتی اکسیدانتی مشابه بر روی کلیه ها بعد از مصرف خوراکی پولی فنول چای (3-epigallocatechin gallate) مشاهده شد. پوتانشیل آنتی اکسیداتیو پودر catechin خام

مصرف کنندگان نوشیدنی‌های غیر چای، مصرف کنندگان چای سبز تمایل داشتند. در محیط‌های شهری اقامت کنند، آموزش بیش‌تری داشته باشند و بیش‌تر قهوه، الکل، سویا، سبزیجات و میوه‌جات مصرف کنند؛ اما با وجود مواجهه بودن گروه چای نوش با عوامل فوق با کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان همراه بودند.

Hsu و همکاران اشاره کردند که مکمل‌های غذایی با عصاره‌ی چای سبز بدون کافئین بالای نمونه‌های اکسیجن راکتیو ناشی از همودیالیز، عوامل خطر آترواسکلروز، و سیتوکین‌های ضد التهابی موثر است. در این مطالعه فارماکوکینتیک یک دوز catechin خوراکی بین افراد سالم و مریضان همودیالیز مورد مقایسه قرار گرفت که در آن محققین تاثیرات آنتی اکسیدانتی سه دوز متفاوت (۴۵۵، ۰ و ۹۱۰ میلی‌گرام) از catechin خوراکی را همراه با ویتامین C خوراکی (۵۰۰ میلی‌گرام) در جریان همودیالیز مقایسه کردند. مریضانی که مکمل catechin گرفتند، فعالیت hypochlorous acid پلازما ناشی از همودیالیز در آن‌ها بیش‌تر از مریضانی که پلاسیبو (ویتامین C) گرفتند کاهش پیدا کرد.

در بین تداوی با دوزهای ۴۵۵ و ۹۱۰ میلی‌گرم catechin، در کاهش فعالیت hypochlorous acid پلازما تفاوت چشمگیری مشاهده نشد. Catechin‌ها همچنان سایتوکین‌های شروع کننده‌ی التهاب ناشی از همودیالیز را به شکل چشم‌گیری کاهش داد.

تاثیرات چای بر انزیم‌های متابولیز کننده‌ی دواها

مصرف طولانی مدت چای سبز باعث افزایش فعالیت UDP-glucuronosyl transferase در موش‌های صحرایی پس از جذب شدن می‌شود، catechin‌ها به وسیله‌ی انزیم متابولیزم کننده‌ی دوا در ارگان‌های مختلف به متابولیزم می‌رسند. بنابراین افزایش گلوکوروئیدیشن به وسیله‌ی تطبیق UDP-glucuronosyl transferase به منظور کمک به اثر ضد سرطانی catechin توسط تسهیل متابولیزم مواد سرطان زا به مواد کیمیاوی غیر فعال که به راحتی دفع شود صورت می‌گیرد. تداخل بین

f)quinoline-۴,۵) methylimidazol-۳-amino-۲

(IQ) و متابولیزم catechin چای مورد بررسی قرار گرفت

gallate-۳-epigallocatechin تاثیر قوی بازدارنده بر تکثر این حجرات را دارا می‌باشد.

چای سبز فعالیت سیستم دفاعی بدن را تقویت می‌کند؛ زیرا عضویت را در مقابل اکسیدانت‌ها و رادیکال‌ها محافظت می‌کند. مطالعات اخیر حاکی از آن است که polyphenol‌های چای سبز ممکن است در برابر بیماری‌های پارکینسون و آلزایمر و سایر بیماری‌های neurodegenerative محافظت کند.

بعضی از مطالعات فعالیت neuroprotective پولی فینول‌های چای سبز را مانند جلوگیری از آسیب سلولی توسط نیوروتوکسین در کشت سلول‌ها و نمونه‌های حیوانی نشان می‌دهد. چای سبز برای حشره گزیدگی به دلیل تاثیرات ضد التهابی و توانایی آن برای متوقف کردن خونریزی مفید می‌باشد. برخی مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که ارتباط معکوس بین مصرف چای سبز و خطر تشکیل سنگ کلیه وجود دارد.

در یک سیستم کاتاراکتوجنیز آزمایشگاهی، چای سبز به حیث سیستم ضد عفونی کننده لنز عمل کرد. Skrzydlewska و همکاران اثر مفید چای سبز را در مسمومیت با الکل نشان دادند.

علاوه بر تمام خواص گزارش شده، که بعضی از نویسندگان به تشخیص چای سبز به عنوان غذای عملکردی کمک کرده‌اند، چای سبز نیز در حال حاضر برای تهیه‌ی انواع غذاها، دواها، مواد طب دندان و لوازم آرایشی استفاده می‌شود.

چای تاثیرات ضد سرطانی بر سرطان پستان را نیز در مطالعات تجربی نشان داده است؛ اما تا حال شواهد اپیدمیولوژیکی از محافظت چای در مقابل سرطان پستان وجود ندارد. در یک مطالعه‌ی مورد شاهد که در بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ در جنوب شرقی چین انجام شد، ۱۰۰۹ نفر از مریضان زن ۲۰-۸۷ ساله مصاب به سرطان پستان که از لحاظ هستولوژی تایید شده بودند و ۱۰۰۹ زن صحتمند هم با محدوده‌ی سنی فوق برای کنترل برگزیده شدند. اطلاعات مربوط به مدت زمان، فرکانس، کمیت، آماده‌سازی و نوع مصرف چای و همچنین رژیم غذایی و شیوه‌ی زندگی با استفاده از یک پرسشنامه‌ی معتبر و قابل اعتماد توسط مصاحبه‌های رو در رو جمع‌آوری شد که در مقایسه با

IQ یک سرطان‌زا است که ابتدا در عصاره‌ی گوشت سرخ شده تشخیص داده شد.

مسیر اصلی IQ biotransformationin سیتوکروم P۴۵۰ در مرحله‌ی اول توسط conjugation به یک سولفات و glucuronide تعقیب گردید. چای سبز متابولیزم IQ را در موش‌های صحرایی بهبود می‌بخشد و منجر به تشکیل IQ glucuronide می‌شود که در ادرار دفع می‌شود.

علاوه بر این، حفاظت در مقابل سرطان‌های ناشی از هیدروکارب‌های چند حلقه‌ای اروماتیک با catechin‌های چای سبز ممکن است به دلیل بازدارندگی متابولیزم سیتوکروم P۴۵۰ باشد؛ اما اثر چای سبز بر انزایم‌های سیتوکروم P۴۵۰ بستگی به فرم خاص دارد. مصرف طولانی مدت چای سبز باعث افزایش فعالیت‌های سیتوکروم P۴۵۰ ۱A۱ و ۱A۲ می‌شود؛ اما فعالیت‌های ۲B۱ و ۲E۱ در حد نورمال نمی‌باشد. بنابراین مشکل است که در مورد تاثیر چای سبز در مقابل مواد سرطان‌زای که در مرحله‌ی modulation مسیر متابولیک قرار دارند نتیجه‌گیری کنیم.

تاثیرات چای سبز بر مارکرهای آنتی اکسیدانت و استرس اکسیداتیو چای سبز یک خنثا کننده به شکل آنتی اکسیدانت است. آنتی اکسیدانت‌ها مرکباتی هستند که حجرات را در مقابل تاثیرات تخریبی اکسیجن واکنشی مانند singlet oxygen, superoxide, peroxyl radicals, hydroxyl radicals, peroxy nitrte محافظت می‌کند. عدم تعادل بین آنتی اکسیدانت‌ها و انواع اکسیجن واکنشی باعث استرس اکسیداتیو شده و منجر به آسیب سلولی می‌شود. Catechin ها با کمک ویتامین‌های آنتی اکسیدانت (ویتامین C و E) و انزایم‌ها (یعنی سوپر اکسید دیسموتاز و کاتالاز)، به تمام سیستم دفاعی آنتی اکسیدانتی کمک می‌کنند. مطالعات داخل آزمایشگاهی نشان داد که catechin چای سبز باعث افزایش فعالیت آنتی اکسیدانتی پلازما می‌شود. استفاده از عصاره‌های چای سبز باعث افزایش فعالیت سوپراکسید دیسموتاز در سرم و آزاد شدن کاتالاز در آئورت می‌شود که این انزایم‌ها در حفاظت سلولی در برابر اکسیجن واکنشی دخیل هستند. این عمل با تاثیر مستقیم بر روی ترکیب اکسیجن توسط کاهش غلظت پلازمایی nitric oxide صورت می‌گیرد. این نتایج نشان می‌دهند که catechin می‌تواند

اثر مستقیم (آنتی اکسیدانت) یا غیر مستقیم (افزایش فعالیت یا آزاد سازی) داشته باشند. از آنجایی که catechin می‌تواند به عنوان آنتی اکسیدانت در آزمایشگاه عمل کنند، ممکن است از oxidation آنتی اکسیدانت‌های دیگر مانند ویتامین E جلوگیری کنند. از این رو مصرف catechin‌های چای سبز در وضعیت پلازمای ویتامین E و C در داخل بدن تغییر ایجاد نمی‌کنند. یک مطالعه گزارش می‌کند که catechin باعث افزایش ویتامین E در لیپوپروتئین با تراکم کم می‌شوند و از این طریق لیپوپروتئین با تراکم پائین را در برابر peroxidation محافظت می‌کنند.

Pilipenko و همکاران تحمل چای سبز و تاثیر آن بر آنتی اکسیدانت را مورد ارزیابی قرار دادند و ۲۵ مریض مبتلا به آسیب‌های مختلف سیستم هضمی مورد مطالعه قرار گرفتند که این مریضان را به گروه‌های تداوی شونده و کنترل تقسیم کردند. نتیجه این شد که تحمل چای سبز در گروه تداوی خوب است و شاخصه‌های کیفیت زندگی بهتری را به‌ویژه در درد بدن و عملکرد اجتماعی نشان دادند. همچنان در تجزیه و تحلیل کیمیاوی بین گروه‌ها تفاوت چندانی وجود نداشت که ممکن است بی‌نقص بودن این محصول را نشان دهد. تجزیه و تحلیل نشان داد که گروه تداوی شونده کاهش سطح تمام شاخص‌های آنتی اکسیدانتی را نشان می‌دهد که کاهش قابل توجهی از شاخص peroxidation چربی را از ۴,۶۳ به ۴,۱۴ نشان داد.

تاثیرات چای بر متابولیزم کاربوهایدریت

دیابت نوع II یک اختلالی است که شامل مقاومت متابولیزم گلوکز و لیپید در انساج محیطی به فعالیت بیولوژیکی انسولین و ترشح انسولین ناکافی توسط سلول‌های بتا پانکراس می‌شود. مدل‌های حیوانی دیابت موجودند: مانند موش‌های Zucker، که به‌طور ژنتیکی چاق هستند؛ وقتی تزریق استرپتوزوتوسین یا آلوسکان بر روی آن‌ها صورت بگیرد، سلول‌های پانکراس را از بین می‌برد و تداوی آن‌ها با رژیم‌های غنی از ساکاروز باعث چاقی و مقاومت به انسولین می‌شوند.

در مطالعه‌ای توسط Sabu و همکاران، تطبیق ۵۰۰ mg/kg از polyphenol‌های چای سبز برای موش‌های نورمال باعث افزایش چشمگیر تحمل گلوکز در ۶۰ دقیقه گردید. همچنین polyphenol

موش‌های دیابتی از اثر استرپتوزوتوسین حساسیت بیش‌تری نسبت به تجمع و ترومبوز پلاتلت داشتند و این اختلالات توسط رژیم catechin چای سبز بهبود یافت. آلوکسان رادیکال‌های اکسیجن را در بدن تولید می‌کند که سبب آسیب پانکراس شده و باعث افزایش قند خون می‌شود. گلوکاتایون تحت شرایط *in vivo* به‌عنوان یک آنتی اکسیدانت عمل می‌کند. از این لحاظ کاهش آن در نمونه‌ی دیابت ملیتوس گزارش شده است. مقدار گلوکاتایون افزایش یافته در کبد موش‌های تحت تدای با polyphenol های چای سبز ممکن است یکی از عواملی که باعث بازدارندگی peroxidation لیپدها می‌شود باشد. Superoxide dismutase و catalase دو آنزیم اصلی هستند که باعث از بین بردن رادیکال‌های آزاد زهری در عضویت می‌شود. Vucic و همکاران گزارش دادند که فعالیت Superoxide dismutase در دیابت نوع I پایین است.

مطالعه‌ی اپیدمیولوژیک جزایر مدیترانه (MEDIS) که یک بررسی مقطعی و صحتی و تغذیه‌ای است و هدف آن ارزیابی ارتباط بین عادات مختلف اجتماعی، بیولوژیکی، رژیم غذایی و شیوه‌های دیگر زندگی و همچنین شیوع عوامل خطر بیماری قلبی و عایی مشترک (یعنی فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، دیابت و چاقی) در سالمندان بدون تاریخچه‌ی بیماری‌های فوق بوده و زندگی آن‌ها در جزایر مدیترانه باشد، می‌باشد.

از آنجایی که اطلاعات در رابطه به مصرف چای و ویژگی‌های کلینیکی آن در سالمندان وجود ندارد، در مطالعه MEDIS، محققین به دنبال تعیین این که آیا مصرف چای سبز به‌طور مستقل با سطوح گلوکز خون ناشتا و شیوع دیابت نوع II ارتباط دارد یا خیر هستند. یکی از مطالعات پیشین، شواهدی را ارائه می‌کند که بهبود یافتن متابولیسم گلوکز در موش‌های دیابتی و انسان‌های سالم را با مصرف چای سبز نشان می‌دهد.

تاثیرات چای بر چاقی

تاثیرات چای بر چاقی و دیابت توجه بیش‌تری را به خود جلب کرده است. Catechin های چای به‌ویژه epigallocatechin-3-gallate، به نظر می‌رسد تاثیرات ضد چاقی و ضد دیابتی داشته باشد. نشان داده شده است که عصاره‌ی چای سیاه آفریقایی باعث کاهش میزان گلوکز خون در طی مصرف غذا و کاهش وزن بدن

های چای سبز به‌طور قابل توجهی میزان گلوکز سرم در موش‌های صحرایی دیابتی آلوکسانی را به دوز ۱۰۰ mg/kg کاهش داد. استفاده دوامدار روزانه (۱۵ روز) عصاره در ۵۰ یا ۱۰۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم باعث کاهش ۲۹ و ۴۴ درصد در افزایش سطح گلوکز سرم تولید شده توسط آلوکسان می‌شود.

آنزیم‌های کبدی و کلیوی تولید شده توسط آلوکسان به‌طور قابل ملاحظه‌ای توسط polyphenol های چای سبز کاهش یافت و همچنین سطوح peroxidation لیپید سرم افزایش یافته توسط آلوکسان به‌طور قابل توجهی با تجویز ۱۰۰ mg/kg از polyphenol های چای سبز کاهش پیدا کرد.

کاهش گلیکوژن کبدی ناشی از مصرف آلوکسان پس از درمان با polyphenol های چای سبز افزایش قابل توجهی داشت گروه تحت تدای با polyphenol های چای سبز افزایش پتانسیل آنتی اکسیدانتی را نشان داد، همانطور که در افزایش superoxide dismutase و glutathione دیده می‌شود. با این همه سطح کاتالاز، peroxidation لیپید و سطح گلوکاتایون پراکسیداز تغییر نکرد.

این نتایج نشان می‌دهد که تغییرات در سیستم استفاده از گلوکز و وضعیت oxidation در موش‌های صحرایی که توسط آلوکسان افزایش یافته بود، با استفاده از تجویز polyphenol های چای سبز تغییر یافتند.

Catechin ها همچنین باعث کاهش سطح ترای گلیسیرید پلازما در آزمایش خوراکی تحمل گلوکز در موش صحرایی نورمال گردید. مصرف عصاره‌ی چای سبز این مقادیر را در موش‌های Zucker و موش‌های که با رژیم غذایی غنی از ساکاروز تغذیه می‌شوند، کاهش داد. چندین مطالعات بر روی انسان و حیوانات نشان داد که چای سبز و فلاونوئیدهای آن تاثیرات ضد دیابتی دارند. همچنین نشان داده شد که فلاونوئیدهای چای سبز دارای فعالیت‌های مشابه با انسولین و همچنین فعالیت تقویت کننده انسولین را دارا می‌باشند. تاثیرات ضد چربی چای سیاه توسط Gomes و همکاران گزارش شده است. دریافت ۳-epigallocatechin-gallate برای جلوگیری از جذب گلوکز در روده توسط گیرنده‌ی گلوکز وابسته به سدیم (SGLT¹)، نشان دهنده‌ی افزایش آن در کنترل قند خون بود.

در موش‌های دیابتی TsJcl / (KK-Ay) می‌شود.

اگرچه یک تعداد مطالعات اپیدمیولوژیک و کلینیکی فواید صحتی *gallate-3-epigallocatechin* را بر روی چاقی و دیابت نشان داده است؛ اما برای معلوم نمودن مکانیزم‌های عمل ضرورت به اطلاعات مختلف لابراتواری می‌باشد که با این مکانیزم‌ها ممکن است به مسیرهای مشخصی مانند تنظیم تعادل انرژی، سیستم‌های غدوات اندوکرین، مصرف غذا، متابولیسم لیپید و کاربوهِیدریت و وضعیت بازسازی دسترسی پیدا کرد.

یک مطالعه *double-blinded*، کنترل شده با پلاسبو و تجربی نشان داد که مصرف نوشیدنی حاوی *catechin* چای سبز، کافین و کلسیم باعث افزایش مصرف انرژی ۲۴ ساعته به میزان ۴,۶ درصد می‌شود؛ اما فیصدی مواد ذیل را نمی‌توان به‌طور جداگانه تشخیص داد؛ اما چنین تغییرات برای جلوگیری از افزایش وزن کافی می‌باشد.

گزارش شده است که وزن بدن موش‌ها و همچنان تری گلسیرید پلازما، کلسترول و لیپوپروتئین با تراکم کم آن‌ها با تغذیه توسط برگ‌های چای *Oolong* و سیاه کاهش می‌یابد.

علاوه بر این، بازدارندگی رشد و سرکوب *lipogenesis* در حجرات سرطانی MCF۷ پستان ممکن است از طریق تنظیم کاهشی بیان ژن‌های *fatty acid synthase* در هسته و تحریک انرژی سلولی در میتوکاندریا باشد. هنگامی که برای موش‌ها چای داده شد، *gallate-3-epigallocatechin* چای سبز باعث کاهش چاقی ناشی از تغذیه توسط کاهش جذب انرژی و افزایش *oxidation* چربی گردید.

تحریک دوامدار و افزایشی سمپاتیکی *thermogenesis* توسط تداخل بین پولی فنول‌ها و کافئین می‌تواند در کمک به مدیریت چاقی مفید باشد. اطلاعات اخیر از مطالعات انسانی نشان می‌دهد که مصرف چای سبز و عصاره‌ی چای سبز می‌تواند به کاهش وزن بدن، به‌طور عمده چربی بدن، با افزایش *thermogenesis* و *oxidation* چربی کمک کند. در یک بررسی کلینیکی تصادفی، *double-blinded* و کنترل شده با پلاسبو، ۶ مرد اضافه‌وزن به مدت دو روز ۳۰۰ میلی گرم *epigallocatechin*-

gallate-3 دریافت کردند و تغییرات آن‌ها قبل از اخذ دوا و بعد از اخذ آن مدیریت گردید.

در هنگام استراحت در مصرف انرژی بین *epigallocatechin-gallate-3* و تداوی با پلاسبو به میزان قابل توجهی تفاوت نداشت، اگرچه در مرحله‌ی اول بررسی، مقدار تنفسی با درمان *gallate-3-epigallocatechin* نسبت به پلاسبو خیلی کم‌تر بود.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که *gallate-3-epigallocatechin* تنها توانایی افزایش *oxidation* چربی در مردان دارد و در نتیجه می‌تواند به تأثیرات ضد چاقی چای سبز کمک کند. با این همه مطالعات بیش‌تری با نمونه‌های بیش‌تر و دارای شاخص سن و BMI برای تعیین دوز مطلوب مورد نیاز است.

عوارض جانبی چای سبز

اگر چه چای سبز دارای فواید متعدد بر صحت است، اما تأثیرات چای سبز و ترکیبات آن ممکن است تا مقدار خاصی مفید باشد و با دوزهای بالاتر ممکن است برخی از عوارض نامطلوب را ایجاد کنند. و همچنان تأثیرات *catechin* چای سبز ممکن است در همه افراد مشابه نباشد.

gallate-3-epigallocatechin عصاره چای سبز سمی است و مصرف بیش از حد آن می‌تواند باعث توکسیسیتی در سلول‌های کبد گردد. مطالعه‌ی دیگری نشان داد که مصرف بیش از حد چای سبز باعث آسیب DNA اکسیداتیو در پانکراس و کبد موش صحرایی می‌شود.

yun و همکاران به این نتیجه رسیدند که *epigallocatechin-gallate-3* به‌عنوان یک پروتئین اکسید کننده کم‌تر نسبت به خواص آنتی اکسیدانتی آن در سلول‌های بتای پانکراس در *vivo* عمل می‌کند. بنابراین، مصرف زیاد چای سبز در دیابت نوع I برای کنترل هیپرگلیسمیا ممکن است مضر باشد.

در دوزهای بالا (۵٪ رژیم غذایی برای ۱۳ هفته)، عصاره‌ی چای سبز باعث افزایش اندازه‌ی تیروئید (جاغور) در موش‌های نورمال شد و این تداوی باعث افزایش غلظت پلازمایی هورمون‌های تیروئید گردید. مگر نوشیدن حتما مقدار بسیار زیاد چای سبز بعید

Reference:

1. McKay DL, Blumberg JB: The role of tea in human health: An update. *J Am Coll Nutr* 2002, 21:113-.
2. Kavanagh KT, Hafer LJ, Kim DW, Mann KK, Sherr DH, Rogers AE, Sonenshein GE: Green tea extracts decrease carcinogen-induced mammary tumor burden in rats and rate of breast cancer cell proliferation in culture. *J Cell Biochem* 2001, 82:387398-.
3. Sueoka N, Suganuma M, Sueoka E, Okabe S, Matsuyama S, Imai K, Nakachi K, Fujiki H: A new function of green tea: prevention of lifestyle-related diseases. *Ann N Y Acad Sci* 2001, 928:274280-.
4. Dona M, Dell'Aica I, Calabrese F, Benelli R, Morini M, Albini A, Garbisa S: Neutrophil restraint by green tea: inhibition of inflammation, associated angiogenesis, and pulmonary fibrosis. *J Immunol* 2003, 170:43354341-.
5. Haqqi TM, Anthony DD, Gupta S, Ahmad N, Lee MS, Kumar GK, Mukhtar H: Prevention of collagen-induced arthritis in mice by a polyphenolic fraction from green tea. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999, 96:45244529-.
6. Sudano Roccaro A, Blanco AR, Giuliano F, Rusciano D, Enea V: Epigallocatechin-gallate enhances the activity of tetracycline in staphylococci by inhibiting its efflux from bacterial cells. *Antimicrob Agents Chemother* 2004, 48:19681973-.
7. Sartippour MR, Shao ZM, Heber D, Beatty P, Zhang L, Liu C, Ellis L, Liu W, Go VL, Brooks MN: Green tea inhibits vascular endothelial growth factor (VEGF) induction in human breast cancer cells. *J Nutr* 2002, 132:23072311-.
8. Osada K, Takahashi M, Hoshina S, Nakamura M, Nakamura S, Sugano M: Tea catechins inhibit cholesterol oxidation accompanying oxidation of low density lipoprotein in vitro. *Comp Biochem Physiol Part C Toxicol Pharmacol* 2001, 128:153164-.
9. Weber JM, Ruzindana-Umunyana A, Imbeault L, Sircar S: Inhibition of adenovirus infection and adenain by green

است که این عوارض جانبی را در انسان ایجاد کند. اثرات مضر مصرف بیش از حد چای (سیاه یا سبز) به علت سه عامل اصلی است: (۱) میزان کافین آن؛ (۲) حضور المونیم و (۳) تاثیرات پولی فنول چای بر روی آهن.

مریضان مبتلا به بیماری قلبی یا مشکلات قلبی وعایی باید چای سبز را مصرف نکنند و زنان حامله و شیرده نیز بیش از یک یا دو گیللاس در روز ننوشند؛ زیرا کافین می‌تواند باعث افزایش ضربان قلب شود. همچنان با توجه به اثرات دیورتیک کافئین، مصرف همزمان چای سبز و برخی دواها نیز مهم است. بعضی از مطالعات بوته‌های چای را در به وجود آوردن مقدار زیاد المونیم نشان دادند.

این جنبه برای مریضان مبتلا به نارسایی کلیه مهم است؛ زیرا آلمونیم می‌تواند توسط بدن انباشته شده و در نتیجه‌ی امراض عصبی را ایجاد کند. بنابراین لازم است که در مصرف مواد غذایی که حاوی مقدار زیاد از چای است دقت شود. به همین ترتیب، catechin های چای سبز ممکن است دارای تمایل به آهن باشند، و محلول چای سبز می‌تواند باعث کاهش قابل توجه جذب آهن از رژیم غذایی شود.

نتیجه‌گیری

مطالعات لابراتواری تاثیرات صحی و مفید چای سبز را نشان دادند تا به حال شواهد کلینیکی انسانی هنوز محدود است و در تحقیقات آینده نیاز به تعریف واقعی از فواید صحی و محدودی ایمنی مصرف چای در ارتباط با این فواید می‌باشد و مکانیزم‌های عمل آن‌ها نیز دریافت شود. توسعه‌ی روش‌های خاص و حساس با مدل‌های نمایشی بیش‌تر همراه با توسعه‌ی بیومارکرهای پیش‌بینی کننده خوب، ارتباط بهتر چای سبز را با سیستم‌های endogenous و exogenous دریافت خواهد کرد.

نتیجه‌گیری‌های قطعی در مورد اثر حفاظتی چای سبز باید توسط مطالعات اپیدمیولوژیک و مطالعات مداخله‌ای به‌خوبی طراحی شده صورت بگیرد. توسعه‌ی بیومارکرها برای مصرف چای سبز و همچنین مارکرهای ملکولی برای تاثیرات بیولوژیکی آن، تحقیقات آینده را در این زمینه تسهیل خواهد کرد.

1997.

22. Graham HN: Green tea composition, consumption, and polyphenol chemistry. *Prev Med* 1992, 21:334350-.
23. Vinson JA: Black and green tea and heart disease: a review. *Biofactors* 2000, 13:12724 .132-. Sano M, Tabata M, Suzuki M, Degawa M, Miyase T, Maeda-Yamamoto M: Simultaneous determination of twelve tea catechins by highperformance liquid chromatography with electrochemical detection. *Analyst* 2001, 126:816820-.
25. Khokhar S, Magnusdottir SGM: Total phenol, catechin, and caffeine contents of teas commonly consumed in the United Kingdom. *J Agric Food Chem* 2002, 50:565570-.
26. Fernandez PL, Martin MJ, Gonzalez AG, Pablos F: HPLC determination of catechins and caffeine in tea. Differentiation of green, black and instant teas. *Analyst* 2000, 125:42127 .425-. Chen ZY, Zhu QY, Wong YF, Zhang Z, Chung HY: Stabilizing effect of ascorbic acid on green tea catechins. *J Agr Food Chem* 1998, 46:25122516-.
- tea catechins. *Antiviral Res* 2003, 58:167173-.
10. Weinreb O, Mandel S, Amit T, Youdim MBH: Neurological mechanisms of green tea polyphenols in Alzheimer's and Parkinson's diseases. *J Nutr Biochem* 2004, 15:506516-.
11. Raederstorff DG, Schlachter MF, Elste V, Weber P: Effect of EGCG on lipid absorption and plasma lipid levels in rats. *J Nutr Biochem* 2003, 14:326332-.
12. Naghma K, Hasan M: Tea polyphenols for health promotion. *Life Sciences* 2007, 81:519533-.
13. Moyers SB, Kumar NB: Green tea polyphenols and cancer chemoprevention: multiple mechanisms and endpoints for phase II trials. *Nutr Rev* 2004, 62:204211-.
14. Mandel S, Weinreb O, Amit T, Youdim MB: Cell signaling pathways in the neuroprotective actions of the green tea polyphenol(-)-epigallocatechin3-gallate: implications for neurodegenerative diseases. *J Neurochem* 2004, 88:15551569-.
15. Higdon JV, Frei B: Tea catechins and polyphenols: health effects, metabolism, and antioxidant functions. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2003, 43:89143-.
16. Xiang YZ, Shang HC, Gao XM, Zhang BL: A comparison of the ancient use of ginseng in traditional Chinese medicine with modern pharmacological experiments and clinical trials. *Phytother Res* 2008, 22(7):851858-.
17. Cabrera C, Artacho R, Giménez R: Beneficial effects of green tea: a review. *J Am Coll Nutr* 2006, 25:7999-.
18. Japanese Green Tea Online.com. [<http://www.japanesegreenteaonline.com>].
19. Weisburger JH: Approaches for chronic disease prevention based on current understanding of underlying mechanisms. *Am J Clin Nutr* 2000, 71(6):1710S-1714S.
20. Sato T, Miyata G: The nutraceutical benefit, part I: green tea. *Nutrition* 2000, 16:31521 .317-. Belitz DH, Grosch W: *Qui'mica de los Alimentos* Zaragoza: Acribia

Investigation the frequency of brucellosis positive tests in Waras District Hospital in 2021

Mousa Bashir^{1*} Rahmatullha Afzali²

1*. Assistant Professor, PhD candidate of Public Health, Faculty of Medicine, Khatam Al-Nabieen University, Kabul-Afghanistan
Email: mousa.bashir22@gmail.com; Tel: +93782130909

2. Medical Technology student, Faculty of Medical Technology, Khatam Al-Nabieen University, Kabul-Afghanistan

Abstract

Background and purpose: Brucellosis is an infectious zoonotic disease that continues to be public health and economic concerns in many parts of the world that has a worldwide spread is associated with chronic disabilities in humans. Globally, the highest incidence of human brucellosis has occurred as a result of *Brucella melitensis*. It is the most invasive and pathogenic species among the species of the genus *Brucella*. About 1.5 million cases of human brucellosis are reported annually to the World Health Organization, most of which are specific to the Third World countries. Brucellosis is an endemic disease in Afghanistan. The purpose of this study is Investigation the frequency of brucellosis positive tests in Waras District Hospital in 2021.

Materials and Method: This study is a descriptive cross – sectional study that was conducted among 50 patients who referred to Waras district Hospital. The study population included males and females ages (1260- years. Data were collected from patients' records.

Results: The findings of this study showed that out of 50 patients referred to the Waras district Hospital, 13 cases(26%) had positive brucellosis test, 9 women (18%) and 4 men (8%) were diagnosed with brucellosis. Data were analyzed by Excel program.

Conclusion: The prevalence of brucellosis was higher in women than in men. This percentage is 8% in men and 18% in women. The highest prevalence in the age group of 1630- in women and in men, the highest prevalence is in the age group of 4660-.

Keywords: frequency, brucellosis, Waras Hospital, positive test

بررسی فروانی تست‌های مثبت بروسلوز در شفاخانه‌ی ولسوالی ورس در سال ۱۳۹۹

موسی بشیر^{۱*}، رحمت‌الله افضلی^۲

۱. استادیار(پوهنیار)، کاندیددکترای تخصصی صحت عامه، دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین^(ص)، کابل، افغانستان.

ایمیل: mousa.bashir22@gmail.com، تلفن: ۰۰۹۳۷۸۲۱۳۰۹۰۹

۲. دانشجوی تکنالوژی طبی، دانشکده‌ی تکنالوژی طبی، دانشگاه خاتم النبیین^(ص)، کابل، افغانستان.

چکیده

سابقه و هدف: بروسلوز یک بیماری باکتریایی مشترک بین انسان و دام است که همچنان در بسیاری از مناطق جهان به‌عنوان نگرانی بهداشت عمومی و اقتصادی مطرح است. شیوع بروسلوز در سراسر جهان با ناتوانی‌های مزمن در انسان همراه است. در سطح جهانی اکثر موارد بروسلوز انسانی در نتیجه‌ی بروسلا ملی تنسیس اتفاق افتاده که مهاجم‌ترین و بیماریزاترین گونه در بین گونه‌های جنس بروسلا می‌باشد. سالانه حدود نیم میلیون مورد بروسلوز انسانی در سطح جهان به سازمان صحت جهانی گزارش می‌شود که قسمت اعظم آن خاص کشورهای جهان سوم می‌باشد. بروسلوز یک بیماری بومی در افغانستان محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی میزان تست‌های مثبت بروسلوز در شفاخانه ولسوالی ورس ولایت بامیان انجام شد.

مواد و روش: این مطالعه یک مطالعه مقطعی - توصیفی بوده که در سال ۱۳۹۹ در شفاخانه‌ی ولسوالی ورس ولایت بامیان انجام یافته است. جمعیت مورد مطالعه شامل مراجعین مصاب به بیماری بروسلوز، شامل مرد و زن بوده است. از دوسیه‌های مریضان، داده‌های سال ۱۳۹۹ جمع‌آوری گردید و بالای ۵۰ نفر مراجعه کننده مطالعه انجام شد. داده‌ها توسط برنامه Excel تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: مطالعه‌ی حاضر به روی افراد مراجعه کننده در شفاخانه‌ی ولسوالی ورس در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۹ انجام شده است. مطالعه‌ی حاضر روی ۵۰ نفر مراجعین از ولسوالی ورس صورت گرفته است که از این میان ۱۳ نفر (۲۶٪) تست بروسلوز شان مثبت بود که به تعداد ۹ زن (۱۸٪) و ۴ مرد (۸٪) مبتلا به بروسلوز شناخته شده بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که شیوع بروسلوز در بین زنان بیش‌تر از مردان بوده است. بیش‌ترین میزان شیوع در گروه سنی ۱۶-۳۰ در زنان و در مردان بیش‌ترین شیوع در گروه سنی ۴۶-۶۰ می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: فروانی، بروسلوزیس، ولسوالی ورس، تست مثبت.

بروسلوز یک بیماری عفونی در حیوانات می باشد که از طریق گوشت، شیر و سایر فرآورده های آن به انسان سرایت می کند. این بیماری اولین بار در سال ۱۸۱۴ به وسیله ی Burnet توصیف شده است. بیماری تحت به عنوان چون تب مالت، تب مواج و تب مدیترانه ای نیز نامیده می شود (۱). کشاورزان، قصابان، کارمندان آزمایشگاهی، دامپزشکان و بلاخره آن هایی که از فرآورده های دامی به طریق غیر استریل استفاده می کنند، در معرض این بیماری قرار می گیرند. میکروب بروسلوز گرام منفی می باشد که به وسیله ی جوشاندن از بین می رود (۱). حدود ۲-۵٪ بیماران دچار عوارض نروژئی می شوند (۱). ابتلای عصبی این بیماری بیش تر به صورت مننژیت یا منگوآنسفالیت و به ندرت میلیت تظاهر می کند (۲). بروسلوز یک بیماری عفونی چند عضوی است که می تواند افراد را در همه ی سنین گرفتار کند. به رغم کاهش ابتلا به این بیماری در کشورهای غربی و ایالات متحده، این بیماری هنوز یک مشکل پزشکی در سطح جهانی است. بیش ترین شیوع این بیماری در خاورمیانه، جنوب اروپا و آمریکای جنوبی می باشد. یک بررسی در جنوب عربستان نشان داد که ۱۹.۲ درصد مردم از نظر این بیماری سرم مثبت هستند و ۲.۳ درصد مردم سابقه ی ابتلا به بیماری فعال دارند (۳). بروسلا یک کوکوباسیل گرم منفی هوازی است که در انسان وارد یاخته ها به ویژه یاخته های دستگاه رتیکواندوتلیال می شود. چهار نوع بروسلا در انسان ایجاد بیماری می کنند که شامل انواع ملی تنسیس، ابورتوس، سویس و کانیس می باشد. حادث ترین حالت بیماری با عوارض شدید، بیش تر توسط نوع ملی تنسیس اتفاق می افتد (۴). بیماری در انسان پس از طی دوره ی کمونی که یک هفته تا چند ماه طول می کشد که تا بروز کند. هر چند ممکن است در برخی افراد بیماری به صورت تحتی بالینی تکوین یابد که از راه مطالعات سرم شناسی در گروه های در معرض خطر یا هنگام بررسی اشاعه ی بیماری در جامعه تشخیص داده می شود. تب و لرز، سردرد و ضعف، بیقراری، بی اشتها، در اکثر بیماران بروز می یابد. علائم دیگر شامل کاهش وزن، درد عضلانی، درد مفاصل و درد پشت، تورم عده های لنفاوی (لنفادنوپاتی)، بزرگی طحال و در نسبتی از بیماران دیده می شود. معمولا علائم عمومی طی هفته ها یا ماه ها فروکش می کند؛ اما جراحات و علائم موضعی

ممکن است دوام داشته باشد (۵). اجرام بروسلا می توانند در نقاط مختلفی از بدن جایگزین شوند و عوارض متنوعی در دستگاه های استخوانی مفصلی، قلبی عروقی، گوارشی، تنفسی، ادراری، تناسلی و سیستم عصبی ایجاد نمایند. بروسلا می تواند دستگاه عصبی خودکار مرکزی را تحت تاثیر قرار دهد و تورم مغز و پرده های آن (Meningoencephalitis)، التهاب نخاع (Myelitis)، تورم عصب (Neuritis)، جراحات مغزی - عروقی مانند ترمبوز عروق مغزی (Cerebral venous thrombosis)، میوزیت و ایجاد نماید. در بیمارانی که از بروسلوز رنج می برند، علائم عصبی - روانی مانند سردرد، افسردگی، زوال مغز (Dementia) و سختی گردن (Neck stiffness) قابل مشاهده است. افسردگی، اضطراب، زوال عقل و سرخوشی از جمله عوارض بروسلوز می باشد (۶)؛ چنانچه گزارش های متنوعی مبنی بر وجود افسردگی روحی در نیمی از مبتلایان به بروسلوز وجود دارد و از طرف دیگر اگر بروسلوز در فردی با زمینه ی اختلالات روانی بروز کند، ممکن است سایر نارسایی های عصبی و روانی نیز در او ظاهر شود. علت اختلالات عصبی و روانی به خوبی مشخص نیست؛ ولی طولانی شدن بیماری، ضعف شدید، کاهش وزن، کم خوابی و درد عواملی هستند که می تواند باعث بروز افسردگی در بیمار گردد. همچنین عده ای معتقدند که آندوتوکسین باکتری می تواند سبب افسردگی شود. به هر حال ممکن است افسردگی به حدی جدی باشد که منجر به خودکشی شود. درمان عفونت، افسردگی را بهبود نمی دهد بلکه برای درمان افسردگی، در مواردی استعمال داروهای ضد افسردگی لازم است. از طرف دیگر با توجه به این که معمولا بروسلوز مزمن در کار است و بررسی های سرم شناسی متداول کافی نبوده و تشخیص قطعی داده نمی شود. در این گونه موارد، درمان ضد بروسلوز صورت نمی گیرد یا درمان تجویز شده توسط بیمار ادامه نیافته و درمان کافی صورت نمی گیرد (۷).

نظر به این که زراعت و مالداری در ولایت بامیان بسیار مروج است و همچنان نظر به این که راه انتقال بیماری بروسلوز با مالداری ارتباط مستقیم دارد، این تحقیق را در ولسوالی ورس ولایت انجام شد. نتایج مطالعات در رابطه با شیوع بروسلوز در نقاط مختلف دنیا قرار ذیل است:

منطقه ی روستایی شهر سبزوار ۱۶/۶ درصد (۸)، گروه شهری



نمودار ۱. فراوانی بروسلوز نظر به جنس

جدول ۲. تعداد مبتلایان زن بر اساس گروه سنی

سن	تعداد مبتلایان زن	فیصدی
۱۵-۱	۰	۰٪
۳۰-۱۶	۵	۱۰٪
۴۵-۳۱	۲	۴٪
۶۰-۴۶	۲	۴٪
مجموع	۹	۱۸٪



نمودار ۲. فراوانی بروسلوز در زنان نظر به سن

جدول ۳. تعداد مبتلایان مرد بر اساس گروه سنی

سن	تعداد مبتلایان مرد	فیصدی
۱۵-۱	۰	۰٪
۳۰-۱۶	۰	۰٪
۴۵-۳۱	۱	۲٪
۶۰-۴۶	۳	۶٪
مجموع	۴	۸٪

منطقه‌ی محمدآباد کرمان ۲۲/۹ درصد (۹)، گروه شهری مناطق اطراف شیراز ۵/۲ درصد (۱۰)، گروه پر خطر استان بوشهر ۱۰/۸ درصد (۱۱)، مناطق روستایی کشور ترکیه ۳/۴ درصد (۱۲)، گروه شهری کشور چاد ۳/۸ درصد، گروه شهری کشور مکزیک ۳/۴۲ درصد (۱۳)، گروه شهری منطقه جوسا ۱۱/۹ درصد و گروه پر خطر منطقه‌ی آراج لبنان ۶۱ درصد (۱۴).

مواد و روش تحقیق

این مطالعه به روش مقطعی توصیفی می‌باشد. جمعیت مورد مطالعه شامل مبتلایان مصاب به بیماری بروسلوز، شامل مرد و زن بوده است این مطالعه در شفاخانه‌ی ولسوالی ورس ولایت بامیان با هماهنگی رییس شفاخانه‌ی ولسوالی ورس با بررسی دوسیه‌های مریضان؛ داده‌های سال ۱۳۹۹ جمع‌آوری گردید و بالای ۵۰ نفر مراجعه کننده مطالعه انجام شد و تمامی مریضانی که مراجعه نموده بودند، بین سنین ۱-۶۰ سال بودند و مورد بررسی قرار گرفتند که توجه به داده‌های شفاخانه از داده‌ی خام جدول نمودار ترتیب داده شده است و از روی جدول و نمودارهای ساخته شده و بررسی شیوع میزان بروسلوز بر حسب سن، بررسی شیوع بر حسب جنس مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌های این تحقیق با استفاده از بر نامی Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۰ نفر مورد توصیف مطالعه قرار گرفت، با توجه به روش انجام تست سیرولوژی بروسلوز از بین ۵۰ مراجعه کننده به شفاخانه ولسوالی ورس ۱۳ نفر (۲۶٪) تست بروسلوز شان مثبت بود که به تعداد ۹ زن (۱۸٪) و ۴ مرد (۸٪) مبتلا به بروسلوز شده بود.

جدول ۱. تعداد و فیصدی مبتلایان بر اساس جنسیت

افراد تحت مطالعه	تعداد	فیصدی
زن	۹	۱۸٪
مرد	۴	۸٪
مجموع	۱۳	۲۶٪

بحث

این مطالعه روی ۵۰ نفر مراجعه کننده به شفاخانه‌ی ولسوالی ورس صورت گرفته است که از ۵۰ نفر مراجعه کننده تست ۱۳ نفر آن‌ها (۲۶٪) مثبت بودند که میزان شیوع در زنان ۱۸٪ و در مردان ۸٪ می باشد. نسبت میزان شیوع در زنان بیش تر از مردان می باشد.

این مطالعه با مطالعه‌ی یاشار باقری زاده و همکاران شان که در بیمارستان‌های عالی نسب و سینا شهرستان نبریز انجام دادند و نشان دادند که شیوع در زنان با فیصدی (۵۵.۹٪) و در مردان با فیصدی (۴۴.۱٪) می باشد، همخوانی دارد. در این مطالعه شیوع زنان نسبت مردان بالا است (۱۵).

مطالعه‌ای که سید محمد حسینی و همکاران شان در شهرستان آمل انجام دادند، میزان شیوع در زنان (۸۸.۳۹٪) و مردان (۱۲.۶۰٪) بودند، با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد و شیوع در زنان بیش تر از مردان است (۱۶).

مطالعه‌ای که سعیده شهریاری و همکاران شان در استان کهگیلویه و بویر احمد در ایران انجام دادند، بیان نمود که میزان شیوع در زنان با فیصدی (۵۰.۵٪) و در مردان با فیصدی (۴۹.۵٪) می باشد و میانگین سنی بیماران ۳۹ سال بود با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد و میزان آلودگی در زنان نسبت به مردان بالا است (۱۷).

بهزاد قاسمی، بهارک محمدیان، مرضیه صوفی و مجید پور در مطالعه‌ای که در استان کردستان ایران انجام دادند، آلودگی زنان (۴۸.۵٪) و آلودگی مردان (۵۱.۵٪) گزارش نموده است. شایع ترین گروه سنی ۱۹-۱۵ سال بود. در مطالعه‌ی حاضر از نظر میزان شیوع همخوانی ندارد و فیصدی مبتلایان مردان بیش تر از زنان است (۱۸).

مطالعه‌ای که فایزه نوروزی نژاد و همکاران در استان خراسان رضوی انجام دادند، میزان شیوع در زنان ۴۲.۶ درصد و در مردان ۵۷.۴ درصد گزارش دادند و درصد تجمعی موارد بیماری به ترتیب مربوط به گروه‌های سنی ۲۵-۴۴ (۳۴٪) و ۲۴ تا ۱۶ (۱۹/۲٪) سال بود که از نظر جنسیت با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد و میزان شیوع در مردان بیش تر از زنان می باشد (۱۹).

در مطالعه‌ای که سید محمدحسینی در شهرستان قوچان انجام داد، نشان داده شد که میزان شیوع در زنان با فیصدی ۴۵.۰۳ و در مردان با فیصدی ۵۴.۹۶ درصد می باشد. با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد و میزان شیوع در مردان بیش تر از زنان است (۲۰).

مطالعه‌ای که Soares و همکاران تحت عنوان شیوع بیماری تب مالت در انسان در ترکیه انجام دادند، نشان داد که میزان شیوع در مردان ۵۲/۴٪ و در زنان ۴۷/۶٪ بودند، میزان شیوع در مردان کمی بیش تر از زنان بودند و با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (۲۱). مطالعه‌ای که Ammam Abdelkader و همکاران تحت عنوان شیوع تب مالت در ناحیه‌ی جنوبی سیدی-بل-آبس، الجزایر انجام دادند، بیان نمود که میزان شیوع در مردان ۴۵/۵۹٪ و در زنان ۴۰/۴۵٪ بودند، میزان شیوع در مردان بیش تر از زنان هستند و با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد (۲۲).

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد که شیوع بروسلوز در بین زنان بیش تر از مردان است؛ زیرا خانم‌ها نسبت به مردان بیش تر با دام‌ها در تماس هستند. بیش ترین میزان شیوع در گروه سنی ۱۶-۳۰ در زنان و در مردان بیش ترین شیوع در گروه سنی ۴۶-۶۰ می باشد.

بروسلوزیس در جامعه دامداران، قصابان و کارکنان کشتارگاه ارومیه. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ج ۱۸، شماره ۱، سال ۱۳۸۶، ص ۴۴۱-۴۳۶.

11. خسروانی ع، افشون ا. بررسی سرواپیدمیولوژیک بروسلوز در گروههای در معرض خطر در شهرستان بویراحمد. ارمنان دانش، ۱۳۸۵، ص ۸۹-۹۶.

12. Araj, G. F., Azzam, P. A., 1996. Seroprevalence of brucella antibodies among person in high risk occupation in Lebanon. *Epidemiol Infect* 117: 281- 288.

13. Cetinkaya, F., Nacar, M., Aydin, T., 2006. Prevalence of brucellosis in the rural area of Kayseri, Central Anatolia, Turkey. *Int J Infect Dis* 10: 179181-.

14. Elbeltagy, K. E., 2001. An epidemiological profile of brucellosis in tabuk province. *Eastern Mediterranean Health Journal* 7: 790798-.

15. باقری زاده ی و همکاران. بررسی میزان شیوع بیماری بروسلوز در بیمارستان های عالی نسب و سینا شهرستان تبریز. مجله علوم پزشکی زانکو. دوره ۱۸؛ سال ۱۳۹۶؛ ص ۲۸-۳۵.

16. حسینی س و همکاران. بررسی اپیدمیولوژی بیماری تب مالت در شهرستان آمل. مجله کمیته تحقیقات دانشجویی. دوره ۲۱، شماره ۱ بهار ۱۳۹۵، صفحه ۷-۱.

17. شهریاری س و همکاران. بررسی اپیدمیولوژی و دموگرافیک بیماری بروسلوز در استان کهگیلویه و بویر احمد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۲۰، شماره ۲، سال ۱۳۹۴: ص ۱۵۷-۱۵۲.

18. قاسمی ب، محمدیان ب، صوفی م. بررسی اپیدمیولوژی بیماری بروسلوز انسانی و دامی در استان کردستان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شماره ۲، سال ۱۳۸۲: ص ۲۶.

19. نوروزی نژاد ف و همکاران. شاخصهای اپیدمیولوژیک و روند بروز بیماری بروسلوز انسانی در استان خراسان رضوی، مجله طب نظامی - دوره ۲۱، شماره ۴، در سال ۱۳۹۸: ص ۳۶۲-۳۷۱.

Reference

1. Fauci p, Braunwald E, Issellacher K, et al. Harrison principles of internal medicine. New York : Mc Graw-Hill 1998;8: 5543-.

2. Cruz JM, Santo C, Zarzalejos JM, et al. Redicalar compression by bruellar epidural abscess. *Am Med intema*. 1998Apr, 15(4): 2301-.

3. Sauret J, Villossva N. Human brucellosis. *J Am Board Fam pract* 2000,15:401- 406.

4. Gungor K, Bekir N, Namiduru M. Ocular complicaions associated with brucellosis in an endemic area. *Eur J Ophthalmol* 2002,12:232237-

5. Young, E.J. (2000): Brucella species, In principles and practice of Infectious Diseases. Edited by G.L. Mandell, J E. Benett and R. Dolin. 5th ed. Churchill Livingstone Pennsylvania. USA, Pp. 2386-2393.

6. Young, E. J., Tarry, A., Genta, R. M., Ayden, N. and Gotuzzo, E. (2000): Thrombocytopenic purpura associated with brucellosis: Report of 2 cases and literature review. *J. Clinical Infectious Disease*. 31: 9049-.

7. Yousuf Khan, M., Mah, M.W. and Memish, Z. A. (2001): Brucellosis in pregnant women. *J. Clinical Infectious Diseases*, 32: 11727-.

8. مشایخی خ، شیبانی تزرجی ح. بررسی سرواپیدمیولوژیکی بروسلوز انسانی و دامی، در روستای محمد آباد کرمان. دانشکده دامپزشکی دانشگاه شهید باهنر کرمان. سال ۱۳۸۲، ص ۱۳۳-۱۳۰.

9. زمانی ع، دانشجو خ. بررسی سطح آنتی- بادی ضد بروسلا در کودکان سالم شهر تهران.

مجله بیماریهای کودکان ایران. ج ۱۵، شماره ۳، سال ۱۳۸۴ ص ۲۴۹-۲۵۴.

10. طراوتی م ر، سالاری لک ش. بررسی سرواپیدمیولوژی

20. حسینی س و همکاران شان. بررسی اپیدمیولوژی تب مالت در شهرستان قوچان ایران. مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، شماره ۳۵، سال ۱۳۹۴، ص ۳۹-۳۲.

21. Soares C O P C, Teles J, Santos F A, Silva F O S, Cruz R M, Junior F F. Prevalence of Brucella spp in humans in Turkey, Rev. Ltino-Am. Enfermagem, 2015 Sept;23(5):91926-.

22. Ammam Abdelkader, Belmamoun Karima. Prevalence of Human Brucellosis in the Southern Zone of Sidi-Bel-Abbes, Algeria. Archives of Clinical and Medical Case Reports 2(2018): 5664-.

