تعیین و مقایسه مشخصات فردي و خانوادگي کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت مرغوب کننده به مرکز مشاوره دیابت همدان و سند در سال 1386-85

"نومینه شده" محمد رضوانی، مهندس همایون، خلبان بدران، مؤسسه آدین، آزدو رشنی

چکیده:
زمینه و هدف: دیابت از یک واقعیتی به معنای افزایش ادرار مصرف شده است. در دیابت عدم مصرف نتوسط سالیان بسیار تجمع آن در خون می‌شود و با این‌طوریت که مشاهده می‌شود نخست در خون مقدار ادرار افزایش می‌بند و این امر یک اساساً این تغییرات به دلیل اختلال عمکرده‌ای جهت باکتریایی در بدن انجام می‌شود (1). دیابت قندی در هر سال در کودکان نرخ می‌دهد و یک شیوع جدایی آن بین 15-20 سالگی این که 5/7 خانواده از 18 سالنی تشخیص می‌دهد. و شیوع آن در سراسر بدن از سراسر است (2).

با توجه به اینکه دیابت تراپس اصلی جامعه از جمله کودکان یک تهدید به شمار می‌آید در مطالعات مختلف ویزیگ حاصل کودکان معرفی شده است. با استفاده از این سئولیت مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه مشخصات فردی-خانوادگی کودکان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز مشاوره دیابت همدان و سند در انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه 71 نفر از کودکان و نوجوانان دبیز زیر 18 سال مراجعه کننده به مرکز مشاوره دیابت همدان و سند در جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از پژوهشگران ساخته استفاده گردید. بعد از جمع آوری اطلاعات داده‌ها کنندگان نشان داد که شیفت مادر به دختر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پایانهای: کودکان مورد مطالعه مها یک چشم که از نظر مدت زمان نیاز به دبایت با (P/0.01) و عوارض مربوط به دبایت با (P/0.05) متفاوت بودند در سایر موارد اکثر شیافته و تفاوت‌های معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه‌گیری کرد مسئول فرهنگی، جغرافیایی، آب و هوایی و امکانات در دسترس هر دو شهر عوامل مؤثر بر یکسانی مشخصات مورد نظر بودند.

کلید و ایده‌ها: دبایت کودکان و نوجوانان مشخصات فردی و خانوادگی

"اساس رضوانی
"دکتر محمد رضوانی

22
مقمته
دیباله میلیوس به گروهی از پیامدهای منابعی گفته می‌شود که یزدگردان مشترک آنها افزایش مطلع قند خون به علت نفس در شروع انواع با اندرکنی آن یا هردو مورد می‌باشد. در نتیجه بررسی‌های بیش از آن‌ها هدف میلیوس نفر در دنیا می‌باشد به دیباله میلیوس می‌باشد که از دسته 800 میلیون نفر هنوز مشخص داده نشده است. در ایالات متحده آمریکا سالانه 1008 مورد جدید دیباله تشخیص داده می‌شود. شاید بودن دیباله در بین افراد بری و با روند زندگی بهداشتی و درمانی همگی منجر به پاک رفت بار افتضاحی ناشی از این پیامرد شده است. بیماری هنیه‌ها که بار در بیماری در تمام دنیا بر اثر میلیارد دلار در سال نخست زده می‌شود. اهداف اولیه در درمان بیماران میلیوس به دیباله کنترل مطلع قند خون و پیشگیری از بروز مشکلات جانب در دست می‌باشد. با بررسی امکان‌ها در بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از انواع دیالیز دیابتی استفاده بهبود در بیماری می‌باشد. بیماری هم‌مانی مراقبت از خود کمک می‌نماید. در طبیعت میلیوس دیابتی به نوبت یک در طبقه‌بندی می‌شود. در یزدگردای بار دیابتی تخریب سلولهای بنای پانکراس مطرح است. به نظر می‌رسد ترکیب از عوامل ازدحامی، ایمنولوژی و احتمالاً میکرو‌مولی پرمیارسی می‌باشد به تخریب سلولهای بنایی می‌شود. در دیالیز نوع دوم میلیوس به دیباله و اختلال در شروع آن دو مشکل عمده این

ارتباط می‌باشد. در این دیالیز با وجود که در ترکیب انسولین اختلال وجود دارد و با این حال هموئی مقدار انواع جهت چپ‌گیری از شکسته شدن چپ‌گیری و تولید اسکم بکار نمی‌رود دیابت می‌باشد. دیابت چپ‌گیری مطرح می‌شود دیالیز حامل‌گی است که به دیدنی از ترکب گلکوز گفته می‌شود که در طی دوران بازدارنده رخ می‌دهد. از نظر شناسی شناسی دیابت کروکلا بارتر از دیابت چپ‌گیری مانی‌لان است و جای تعبیه است که گاهی اوقات تشخیص اینها با تأخیر داده می‌شود. دیابت چپ‌گیری در خانواده‌ها که علاوه‌های مشابه دارند از نظر گروهی شود به‌خصوص اگر کودک مبتلا به دیابت نیز در خانواده بود. در دیالیز باز دیابت چپ‌گیری مطرح است که شام در دیالیز، ورزش، کنترل دهندگانی بدون و آموز. پیشنهادی یافته در زمینه مطالعه فوق الون ویژه انسولین در سال 1381 در شبیر تحت عنوان بررسی مشخصات کودکان مبتلا به دیالیز مراجعه کنند به کلینیک دیابت شبیر از سال 1381-82 انجام شده است. در این مطالعه تعداد مراجعه کنندگان به ان کودکان 3000 نفر بوده‌اند که 1800 نفر از آنها را کودکان کمیک می‌دهد که در بررسی‌های انسولین شده مشخص شد که 78٪ این کودکان در شیر شبیر سکوت داشته‌اند. در آن سالینه اسانی به بیماری ویروسی نداشت. اکثریت آنها/18% بالایی به‌کار بردن سیستم می‌باشد. اکثریت آنها 78% اسولین انسولین استفاده می‌کردند. از نظر سنتی اکثریت NPH
نتایج

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بیشترین میانگین سنی در همدان 14/18 و در سناتوری 12/7/497/2007 و در سناتوری 12/7/497/2007 بود. اکثریت مدت زمان مبتلا به بیماری در همدان خواندرهای ملی‌اندامی بود. نتایج این مطالعه همچنین حاکی از وجود یک ارتباط معنادار بین شیوع بیماری دیابت در کودکان و میزان جمعیتی از کودکانی که به مراکز آموخت در کانون مراجعه می‌کردند (%0/0-3). در روش پارسی

روش پارسی

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از تعدادی کودکان و نوجوانان زیر 18 سالی که به مراکز مشاوره دیابت همدان و مراکز مشاوره نوجوان نیم‌های پزشکی و کمک‌کننده در شهرستان مراجعه کرده بودند. نتایج پژوهش در این مطالعه شامل 71 نفر نهمدان و 34 نفر سناتوری بودند که ماده‌ای به هنگام عفونت و افتادن 85 و فورونه 96 به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند که به روش می‌توانند بر هدف انتخاب شرکت، از ابزار

گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه ذو قدسی مورد تجربه و تحلیل قرار گرفت.

بعدها به یکش اولان در مورد مشخصات فردی

جهت دسترسی به اهداف پژوهش ابتدا برآمارهای تکمیل سه توصیف مثبت که گذاری جمعیتی نقش باد蒸汽 از این مطالعه 2007 تا 2008 در اثر این داده، آنلکال ادورا و و در کانون انجام

شده. نمونه‌های این مطالعه 4427 نفر بودند.

اطلاعات لازم از مراکز 2007 تا 2002 بودند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بیشترین میانگین سنی در همدان 14/18 و در سناتوری 12/7/497/2007 بود. اکثریت مدت زمان مبتلا به بیماری در همدان خواندرهای ملی‌اندامی بود. نتایج این مطالعه همچنین حاکی از وجود یک ارتباط معنادار بین شیوع بیماری دیابت در کودکان و میزان جمعیتی از کودکانی که به مراکز آموخت در کانون مراجعه می‌کردند (%0/0-3). در روش پارسی

روش پارسی

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از تعدادی کودکان و نوجوانان زیر 18 سالی که به مراکز مشاوره دیابت همدان و مراکز مشاوره نوجوان نیم‌های پزشکی و کمک‌کننده در شهرستان مراجعه کرده بودند. نتایج پژوهش در این مطالعه شامل 71 نفر نهمدان و 34 نفر سناتوری بودند که ماده‌ای به هنگام عفونت و افتادن 85 و فورونه 96 به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند که به روش می‌توانند بر هدف انتخاب شرکت، از ابزار

گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه ذو قدسی مورد تجربه و تحلیل قرار گرفت.

بعدها به یکش اولان در مورد مشخصات فردی

جهت دسترسی به اهداف پژوهش ابتدا برآمارهای تکمیل سه توصیف مثبت که گذاری جمعیتی نقش باد蒸汽 از این مطالعه 2007 تا 2008 در اثر این داده، آنلکال ادورا و و در کانون انجام

شده. نمونه‌های این مطالعه 4427 نفر بودند.

اطلاعات لازم از مراکز 2007 تا 2002 بودند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بیشترین میانگین سنی در همدان 14/18 و در سناتوری 12/7/497/2007 بود. اکثریت مدت زمان مبتلا به بیماری در همدان خواندرهای ملی‌اندامی بود. نتایج این مطالعه همچنین حاکی از وجود یک ارتباط معنادار بین شیوع بیماری دیابت در کودکان و میزان جمعیتی از کودکانی که به مراکز آموخت در کانون مراجعه می‌کردند (%0/0-3). در روش پارسی

روش پارسی

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از تعدادی کودکان و نوجوانان زیر 18 سالی که به مراکز مشاوره دیابت همدان و مراکز مشاوره نوجوان نیم‌های پزشکی و کمک‌کننده در شهرستان مراجعه کرده بودند. نتایج پژوهش در این مطالعه شامل 71 نفر نهمدان و 34 نفر سناتوری بودند که ماده‌ای به هنگام عفونت و افتادن 85 و فورونه 96 به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند که به روش می‌توانند بر هدف انتخاب شرکت، از ابزار

گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه ذو قدسی مورد تجربه و تحلیل قرار گرفت.
پیشکش و در ستادن از طریق پرستش شاغل در مراکز مهار در دستور بست (جدول 2). یکی‌یکی از نتایج حاکی از آن بود که در همدان ۴۰/۴۷٪ و در بزرگ‌شهر ابراهیم‌آباد، ۴۷/۲٪ و در مناطقی از خانواده‌های ۵ نفره و در منطقه‌ای از خانواده‌های ۶ نفره بودند. چهارمین نتایج سایه به‌بارداری دیابت‌ها در در هر دو گروه نشان داد که

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار برخی محتواهای همدان و سنجش مشخصات فردی کودکان و نوجوانان

<table>
<thead>
<tr>
<th>همدان</th>
<th>میانگین انحراف معیار</th>
<th>ستادن</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>همدان</td>
<td></td>
<td>۱۵۱/۳۴</td>
</tr>
<tr>
<td>سنجش</td>
<td></td>
<td>۱۷/۳۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد برخی مشخصات کیفی فردی کودکان

<table>
<thead>
<tr>
<th>ستادن</th>
<th>همدان</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱۰۸</td>
<td>۱۰۸</td>
<td>۶۶/۸۵</td>
<td>۲۱/۱۵</td>
<td>۱۵/۱۵</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰۷</td>
<td>۱۰۷</td>
<td>۶۵/۸۵</td>
<td>۲۱/۱۵</td>
<td>۱۵/۱۵</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰۶</td>
<td>۱۰۶</td>
<td>۶۴/۸۵</td>
<td>۲۱/۱۵</td>
<td>۱۵/۱۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۲-۱:

<table>
<thead>
<tr>
<th>سالهای</th>
<th>دارد</th>
<th>ندارد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۸۸/۸۷</td>
<td>۵۴</td>
<td>۳۲</td>
</tr>
<tr>
<td>۸۷/۸۶</td>
<td>۶۷</td>
<td>۴۵</td>
</tr>
<tr>
<td>۸۶/۸۵</td>
<td>۷۱</td>
<td>۵۳</td>
</tr>
</tbody>
</table>

کاهش قند خون، افزایش قند خون، استرس و افزایش نیاز خون

روایت مربوط به دیابت

جدول ۲-۲:

<table>
<thead>
<tr>
<th>اثرات</th>
<th>واریز</th>
<th>درمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پیشگیری</td>
<td>۸/۱</td>
<td>۳/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>علائم</td>
<td>۵/۸</td>
<td>۱/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت</td>
<td>۱/۷</td>
<td>۱/۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نوع اولین

کرسال

کرسال و NPH

جدول ۲-۳:

<table>
<thead>
<tr>
<th>هر ۶۰ دقیقه</th>
<th>۶/۱</th>
<th>۳/۱</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیماری</td>
<td>۲/۲</td>
<td>۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>دیابت</td>
<td>۱/۱</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نیاز</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>واردین</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>زادگی</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>پرسنل</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>منابع</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فوارک</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>تولید</td>
<td>۰/۰</td>
<td>۰/۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 3. توزیع فراوانی رخی مشخصات کیفی خالوادگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت شهروندان همدان و سنندج

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات کیفی</th>
<th>سن و دیگر</th>
<th>تحقیقات خانوادگی</th>
<th>تحقیقات نوجوانان</th>
<th>شغال گرفته</th>
<th>شغال نداره</th>
<th>شاغل مادر</th>
<th>شاغل دادر</th>
<th>شاغل دادر</th>
<th>فرزندان دادر</th>
<th>فرزندان دادر</th>
<th>غیر فرزندان دادر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مادربزرگ</td>
<td>2477</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>578</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>مادر</td>
<td>2477</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>578</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>پسران</td>
<td>2477</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>578</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>دختران</td>
<td>2477</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>578</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>شاغل گرفته</td>
<td>972</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>شاغل نداره</td>
<td>972</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>شاغل مادر</td>
<td>972</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>شاغل دادر</td>
<td>972</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>فرزندان دادر</td>
<td>972</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>غیر فرزندان دادر</td>
<td>972</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>97</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
<td>87</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

شاغل گرفته = مادربزرگ + پسر + دختر
شاغل نداره = مادر + پسر + دختر
شاغل مادر = مادر + پسر + دختر
شاغل دادر = مادر + پسر + دختر
فرزندان دادر = مادر + پسر + دختر
غیر فرزندان دادر = مادر + پسر + دختر
جدول 8: مقایسه مشخصات فردی کودکان و نوجوانان دیابتی مراجعه کننده به مراکز درمانی همدان و سنندج

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات فردی</th>
<th>همدان</th>
<th>سنندج</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>سالگرد گذشته</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری مجدد</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>عوارض مربوط به دایت</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>نوع سوخت</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>عامل تغذیه انسولین</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>عوارض مربوط به تغذیه</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>کمبود اطلاعات در مردک و دایت</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>منابع اطلاعات</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 9: مقایسه مشخصات سیاحانی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی همدان و سنندج

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات سیاحانی</th>
<th>همدان</th>
<th>سنندج</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نام و نام خانوادگی</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات پدر</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات مادر</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاه</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>مراکز اختصاصی</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری دیابت در خانواده</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
<td>ن (P &lt; 0/01)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه‌گیری:

ناتج‌های آزمون‌های داده‌کننده سریع و کمتر از یک سال از ابتلا آنها گذشته بود. در این مطالعه مشخص شد که اکثر کودکان با درصدهای 47 و 48/2/47/2 و 48/2/47/2 مبتلا به آله مرگان را داشتند که با داده‌های متوان پرستاری (بونگ 2003) همخوانی داشت. همچنین اکثربانی این کودکان سابقه بیماری در بیمارستان را به علت عوارض مبتلا به یک سال داشتند. در این مطالعه مشخص شد که در این‌جا، شناسایی این کودکان همدان و سنندج بین ان 5 سال و تا پیش از 2 سال
نتایج و فکردهایی
در پایان از همکاری معاونت محرز پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، استاد ارگانده خانم پنجویی و خانواده های محرز کودکان و نوجوانان دبایی و کلیه عزیزی که مرا در آن پژوهش به کردن نهایی نشکر و فکردهای می‌شد.

زودرس دیابت جون هیپوگلیسی و هیپرگلیسی‌های داشته، اکثراً کودکان همدانی و سنندجی ۸۷-۸۸/۱۸ و کریستال مصرف NPH و کریستال مصرف کردن. بیشتر کودکان اطلاعاتی را در مورد دیابت از طریق پرستاران و پزشکان کسب کرده بودند. در نهایت این کودکان فقط از نظر مدت زمان ابتلا به دیابت و عوارض مربوط با انتفاخ معادلی داشتند.

منابع:
1. سلامتی پیمان، از چند چه می‌دانید؟ تهران انتشارات طبیب ۱۳۷۵
2. ویلی و ونگ. پرستاری کودکان، ترجمه سری آرزو و مانیسو- تهران انتشارات شیری گل دوم، ۱۳۸۳
3. ادرکی میرزا. بررسی مشخصات کودکان مبتلا به دیابت مراجعه که کلینیک ممانند دیابت مشتری در سال ۷۷-۷۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی شماره ۲۳، ویژه نامه پاییز ۱۳۸۱