



مجله علمی مولانا
ارگان نشرات پوهنتون مولانا

دلو ۱۳۹۶

سال اول

شماره اول

فهرست عناوین

صفحه	موضوع
۱	سر مقاله
۳	جایگاه خرد در اندیشه ناصر خسرو و استاد جان محمد جیحون
۱۱	پیوند معنوی شمس و مولوی استاد خاطره ممتاز لطیف
۲۱	سیاست جنائی و اهمیت آن استاد شیر احمد رحیمی
۴۵	تظاهرات اتولارنگولوژیک ریفلوکس پوهنوال دوکتور عبدالله درمان رحیمزاد و پوهنوال دوکتور زلمی مولوی زاده
۵۹	ارزیابی عوامل سببی مرض پارکینسون در صفحات شمال کشور پوهنوال دوکتور عبدالحکیم حکمتی و پوهنممل دوکتور سید علی شاه اکبری

- ۷۷ نقش انتانات در امراض معدی معائی
 پوهنمل دكتور گل احمد تانیش قاضی زاده و پوهنیار دوكتور محمد عقیل محمودی
- ۹۱ بررسی موجودیت باکتریها در مایع منی مردان با علت ناباروری نا مشخص
 پوهنمل دوكتور سید لعل شاه لنگر، پوهنمل دوكتور فضل احمد باور و پوهنمل دوكتور سید علی شاه اکبری
- ۹۹ اتمسفیر و ویژه گی های بارز آن
 پوهندوی دوكتور محمد ناصر حیدر
- ۱۰۵ ارزیابی وقوع فتق های مغبنی غیر مستقیم
 پوهنیار دوكتور نعمت الله فطنت و پوهنمل دوكتور قیس رهین
- ۱۲۱ بررسی رابطه بین هوش سازمانی و تفکر استراتیژیک در دانشگاه دولتی بلخ
 استاد وحید الله امین
- ۱۴۱ ارزیابی فکتورهای خطر کرانیوساینوستوزس ابتدایی غیر سندرومی
 پوهنمل دوكتور محمد یونس "فخری"
- ۱۴۹ بررسی تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری با چهار رژیم تداوی در مریضان سوء هاضمه
 پوهنوال دوكتور عبدالحکیم حکمتی و پوهنمل دوكتور گل احمد "تانیش"

به نام خداوند دانا و دادگر

درین خاک درین خاک درین مزرعه پاک
بجز مهر بجز عشق دگر تخم نکاریم

سرمقاله

خداوند متعال را نهایت سپاسگذاریم که بر ما توفیق عنایت فرمود تا توانستیم با نشر شماره اول مجله علمی مولانا یک گام موثر دیگر در عرصه پژوهش و تجارب پر بار دانشمندان برداریم. هیأت رهبری و کادرهای علمی پوهنتون مولانا در تلاش اند تا با تجارب خود و تلفیق داشته های دانشمندان فعالیت های علمی - آموزشی خود را عیار نموده وفق دهند که چنین فعالیت ها از زمره مکلفیت کادرهای علمی در تحصیلات عالی محسوب میشود.

انکشاف و ترقی جوامع مرهون پیشرفت علم و دانش، توسعه و تعلیم آن است کادرهای علمی و اکادمیک پوهنتون مولانا با درک مساله احساس مکلفیت دارند تا با استفاده از علوم و فنون متداوله و تجارب سایر دانشمندان و متخصصان در حد ممکن در توسعه علم سهم بگیرند.

تحقیق و پژوهش یکی از مسایل مهم و اساسی در کار علم میباشد که محقق با فرا گرفتن و قبولی آن اصول علاوه بر اعتبار بخشیدن به دستاورد های تحقیقاتی به کاوش های جدید و مفید دست میابد تا زمانیکه سطح علم و دانش و آگاهی افراد ارتقا نیابد و آنها خود به پیشرفت و تعالی کشور خود با استفاده از علوم پیشگام نشوند دولت از وابستگی خارجی رهایی نخواهد یافت.

قابل یادآوری میدانم که تبادل تجارب و مشوره های استادان بلند رتبه و صاحب نظر پوهنتون بلخ تنها راه دست یابی به چاپ و نشر این مجله علمی بود. جا دارد تا به نمایندگی از هیأت رهبری و استادان پوهنتون مولانا از شخصیت های اکادمیک که با حوصله مندی داشته های علمی - تحقیقی

استادان ما را مطالعه اصلاح و تقریظ دادند سپاسگذاری نمایم آن‌عهده از مقاله های استادان ما که از طرف صاحب نظران تقریظ نگرفتند و اجازه نشر داده نشد امید مایوس نشده کارهای پژوهشی شانرا با دقت بیشتر ادامه دهند.

در فرجام جا دارد از تشویق بی شایبه محترم الحاج محمد یحیی "انوری" متصدی و مؤسس پوهنتون مولانا و حمایت مالی محترم محمد خالد "انوری" معاون اداری و مالی پوهنتون مولانا ابراز سپاس نمایم.

امید است این مجموعه مورد استفاده دانشگاهیان و علم پروران واقع شود و آرزو مندیم که استادان صاحب نظر به کرم از خطا درگذرند و از سر محبت و عنایت زحمت تذکر را تقبل نمایند تا در آینده ملحوظ نظر قرار گیرد.

پوهندوی دوکتور محمد ناصر "حیدر"

مدیر مسؤل

جایگاه خرد در اندیشه ناصر خسرو^۱

استاد جان محمد جیحون

چکیده

مفهوم خرد در نزد اندیشمندان و عارفان که بیشتر در ادبیات پارسی جلوه نمایی میکنند؛ یک موضوع قابل بحث و مجادله فکری بوده است. زمینه های این بحث برمیگردد به ورود تصوف در شعر پارسی. زیرا عرفان که با مسأله (اشراق) سر و کار دارد عقل را ابزار مطمئن و قابل اعتماد برای معرفت شناسی نمیدانند. بدین گونه دو نحله فکری متفاوت را میتوان در تاریخ تطور فکری در تاریخ ادبیات ما دریافت که به (مشاییون) و (اشراقیون) تقسیم شده اند. یکی از چهره های برجسته که در صف دفاع از خرد ایستاده و با براهین محکم و قاطع از رسالت عقل دفاع مینماید؛ حکیم اسمعیلی مذهب ناصر خسرو قبادیانی میباشد. هدف از این نوشتار پیرامون جایگاه عقل در اندیشه همین اندیشمند است. گرچه عقل را اندیشمندان بزرگی مانند مولوی، سنایی، عطار و غیره نیز ستوده اند اما نه به معنای که ناصر خسرو تصویری از آن میدهد. زیرا عقل ناصر خسرو هم تعالی مادی را در بر دارد هم کمال معنوی را اما عقل که مولوی و عطار و سنایی و غیره از آن تعبیر میکنند بیشتر جنبه تقلید از مفاهیم دین و مکتب وحی را دارد. در نوشته هذا تلاش بر آن است تا جایگاه عقل در اندیشه حکیم یمگان روشن ساخته شود.

^۱ - تقریظ دهنده: پوهندوی عبدالجبار " شیخ زاده " استاد پوهنچی ادبیات پوهنتون بلخ.

مقدمه

حکیم ناصر خسرو یکی از چهره های مطرح در تاریخ ادبیات ما محسوب میگردد. وی همچون حافظ و مولوی و سنایی بر سکوی اندیشه های مابعد خود تکیه زده و با ژرف نگری علمی و تبحر ادبی توانسته است به عنوان یک متفکر و اندیشمند والا مقام جایگاه خویش را در تاریخ تطور ادبی ما تثبیت نماید. حکیم عصاره علوم را با نگاره های ادبی آمیخته و از شالوده ای از حکمت و دانش پدید آورده و از اشعارش هویداست که او به عنوان یک شاعر تنها به آرایه های ادبی و با بهره گیری از نازک خیالی در صدد تخدیر اذهان نبوده بلکه به عنوان یک متفکر دعوتگر کوشیده است تا با کلام فصیح و بیان رسا مردم را به خردگرایی و روشن بینی دعوت کند. اینجاست که کنکاش و تحقیق در اندیشه متفکرانی همچون حکیم ناصر خسرو در حیات علمی و فرهنگی ما مهم و ارزنده مینماید چهره تابناک این متفکر که زیر غبار تعصبات و گرایشهای مختلف مذهبی تاجایی در غبار سوء تعبیر ها پوشیده شده از چهره حکیم به عنوان اختر رخشنده ادب و حکمت از میان این همه ابرهای تار و تیره همچون آفتابی درخشان نمایان بوده است.

نوشته هذا پیرامون (جایگاه خرد در اندیشه حجت خراسان) میچرخد و بحث هایی نیز در باره زنده گی او و اوضاع سیاسی و اجتماعی خراسان در آن عهد شامل میگردد. فرضیه تحقیق: خرد در اندیشه ناصر خسرو قبادیانی جایگاه خاصی دارد و آن را به عنوان یک ابزار مهم در راستای معرفت شناسی میداند.

روش تحقیق: در این تحقیق از روش کتابخانه ای و با کنکاش در آثار و کتب معتبر بهره گرفته شده است.

سوال اصلی تحقیق: دیدگاه حکیم ناصر خسرو پیرامون خرد چیست؟

هدف تحقیق: معرفی ابعاد فکری و ادبی حکیم پیرامون خرد و روشن نمودن جایگاه آن در اندیشه او.

زایش و نام و نشان حکیم

ابومعین ناصر بن خسرو بن حارث قبادیانی بلخی، معروف به ناصر خسرو از شاعران بزرگ دری زبان، فیلسوف، حکیم و از مبلغان مذهب اسماعیلی بود. وی در سال ۳۹۴ ه ق در قبادیان از توابع بلخ دیده به جهان گشوده و بعد از سپری نمودن عمر طولانی در سال ۴۸۱ ه ق در یمگان بدخشان در گذشته است.

او در آوان جوانی علوم متداوله را که شامل فلسفه، طب، کلام، موسیقی و حساب میشد آموخت و در دربار غزنویان و سلجوقیان جایگاه والای دبیری داشت چنانچه خود در سفرنامه میگوید که « بارگاه ملوک عجم و سلاطین را» دیده و همچنان در دیوان خود به این موضوع اشاره دارد:

همان ناصر من که خالی نبود زمن مجلس میرو صدر و وزیر
نخواندی به نام کس از بس شرف ادبیم لقب بود و فاضل دبیر
به تحریر اشعار من فخر کرد همی کاغذ از دست من برحریب

(قصیده شماره ۱۸۹)

ناصر خسرو قرآن را از بر داشت که این ویژه گی تعداد انگشت شماری از شاعران پارسی گوی مانند حافظ میباشد؛ این تسلط بر مفاهیم قرآنی او باعث گردیده تا جای جای اشعارش از این توانایی خود فخر و مباهات کند.

وی با داشتن ذهن کنجکاو و حقیقت جو؛ برای دانستن حقیقت با بزرگان مذاهب مختلف از جمله فرقه های مختلف مذهبی مسلمانان، زرتشتیان، مسیحیان، یهودیان و مانویان بحث ها و گفتگو های داشت تا اینکه در سن چهل سالگی خوابی دید و این خواب باعث شد تا او سفری به جانب حج نماید. وی در این سفر شهر های مختلف و مردم مختلف را از نزدیک ملاقات کرد. و از شهر ها و فرهنگهای مختلف دیدن نمود از جمله به شهرهای سودان، تونس، قیروان، جزیره العرب، سوریه، شام، طرابلس، حلب و آسیای صغیر سفر کرد و مدت ۳ سال در مصر مرکز خلافت فاطمیان در زمان المستنصر بالله به سر برد و از آنجا سه مرتبه به زیارت خانه کعبه نایل آمد.

ناصر خسرو در مصر به مذهب اسمعیلی گروید و لقب حجت خراسان به او داده شد. وی به وطن خود عزیمت کرد و در بلخ به دعوت مذهب اسمعیلی پرداخت اما مردم از او استقبال نکردند و او مجبور شد ترک وطن کند و مدتی به شهر های مختلف میزیست و بلاخره به دعوت حاکم بدخشان به آنجا رفت و باقی عمر خود را که ۲۰ الی ۲۵ سال میشود در آنجا گذراند و میان مردم جایگاه خاصی پیدا کرد.

«خرد» به عنوان یک جوهر پویا در ضمیر آدمی سخت مورد توجه حکیم بوده است، در آثار که از او به جا مانده به وفرت دیده میشود که او خرد را میستاید و هر گاهی که از انسان فضیلتمند و بزرگ منش و معنوی سخن میراند به صورت حتم خرد را نیز ضمیمه آن میکند. ناصر خسرو خرد را چراغ راه میدانند و معتقد است که انسان بدون چراغ نمیتواند جاده دین ببیند چنانچه میگوید:

دین گرامی شد به دانا و به نادان خوار گشت

پیش نادان دین چو پیش گاو باشد یاسمن

(دیوان؛ قصیده ۱۲۳)

حکیم ناصر خسرو برای پویایی خرد و رسیدن آن به یک جایگاه والا به عنوان ابزاری معرفت شناسی برای آدمی جوهر دیگری را نیز معرفی میکند که کسب آن باعث صیقل عقل میشود و انسان خرد مند باید دیده خرد بگشاید و اندیشه را صیقل دهد که آن جوهر از دیدگاه حکیم همان «دانش» است. دانش نزد حکیم ناصر خسرو جایگاهی خاصی دارد و همیشه میستاید. و دانش را یکی از مهمترین مسله در خداشناسی و دین شناسی عنوان میکند. دانش عقل را روشن میکند و به آن سازنده گی و عظمت میبخشد. در قرآن عظیم از دانش به عنوان (خیر بسیار) یاد شده است. این خیر میتواند آدمی را به مدارج عالی ترقی و سعادت ابدی رهنمون گرداند و باز سازد.

حکیم ما در لابلای اندیشه ها خود را از زنده گی اجتماعی نیز دور نمیداند و سخت به حیات اجتماعی و اصلاح بشر معتقد است. و انسان را به زنده گی خرد مندانه توصیه میکند و هیچ دلیلی را برای اسارت عقل نمیپذیرد. عصری که ناصر خسرو میزیست میتوان گفت کمتر به اصالت عقل ارزش داده میشد و بیشتر نقل گرایي ترویج یافته بود. یکی از عوامل طرد اندیشه های پویای این حکیم نیز همین دلیل بوده است. حکیم دین و خرد را توأم میداند و مخاطب و وحی الهی هم انسان خرد مند را میداند:

از گردش زمانه و از تیغ تیز دهر

دین و خرد بس است سپاه و سپر مرا

گر بر قیاس فضل بگشتی مدار دهر

جز بر سریر ماه نبودی مقرر مرا

(دیوان؛ قصیده شماره ۶)

حکیم ناصر خسرو بلخی یک اندیشمند خرد گراست و جوهر انسان خرد را میداند که انسان با این وسیله میتواند خدای خود را بشناسد و مسیر تقوا بییماید. در میان اندیشمندان به ندرت میتوان کسی را یافت که تا این حد به خرد بشری ارجحیت داده باشد و آن را جایگاه خاصی ببخشد. بسیاری خرد را یک ابزار ناقص و ناکارا برای درک معرفت دانسته اند و همین تفکر سالها باعث عقب رفتن تمدن اسلامی گردید. ولی حکیم ما خلاف این اندیشه قد علم نموده و خرد گرایي را اهمیت میداد.

کشتی خرد است دست در وی زن
 دل زخرد گشت پر ز نور مرا
 تا غرقه نگردي اندرین دنیا
 سرزخرد گشت بی خمار مرا
 کرد چنـین دُر شهوار مرا
 سنگ سیه بودم از قیاس و خرد

(دیوان؛ قصیده شماره ۸۳)

در سرتاسر آثارش چه دیوان اشعارش و یا هم آثار دیگرش مانند وجه دین، زادالمسافرین و غیره اصالت عقل به وضوح به مشاهده میرسد. که مجال بحث از آثار حکیم در حوصله این نوشته نمیگنجد و برای روشن ساختن ابعاد مختلف شخصیتی و فکری حکیم کنکاش های بیشتر اهل نظر و ارباب فضیلت نیاز است زیرا او یکی از مفاخر بزرگ ادب و حکمت به شمار میرود.

برسرمن تاج دین نهاد خـرد
 راه سوی دینت نماید خـرد
 دین هنری کرد و بردبار مـراست
 از پس دین رو که مبارک عـصاست

(دیوان؛ قصیده شماره ۴۵)

ناصر خسرو معتقد است که حتی برای شناخت و درک دین نیز به خرد نیاز است. وانسان زمانی میتواند که به تعالی درونی برسد و دین را بشناسد که خرد خویش را از کدورت ها صیقل دهد. شناخت دین از راه خرد نزد ناصر خسرو یک اصل مهم اندیشه اوست. زیرا او خرد را نه مانند یک ابزار غیر قابل اعتماد برای درک حقایق دین بلکه به عنوان یک جوهر سیال که میتواند در اقلیم های فرا ادراک نیز جاری شود. و برای انسان کافیست تا خردمندانه زیست کند و دنیای مادی و تعالی درون را باید از راه خرد جستجو کند. طوریکه از اشعار بالا بر میآید ناصر خسرو معتقد است که خرد برای او دین را فهم کرده است؛ یعنی او دین را از راه خرد شناخته است و نه از راه (اشراق) مانند بعضی مفکرین که معتقد به شناخت دین از راه (اشراق) هستند مانند مولانا و سنایی و عطار و غیره.

خدای از تو طاعت به دانش پذیرد
 مبر پیش او طاعت جاهلانـه

(دیوان؛ قصیده شماره ۲۰)

خدا را باید از راه عقل و خرد شناخت کسیکه خدا را از روی تقلید میپرستد ره به جای نمیرد بلکه به سوی سیاهی روان است. از دید حکیم فرزانه ما خداوند طاعتی را میپذیرد که از روی خرد باشد نه از روی تقلید و هوا. انسان با چراغ خرد برای رسیدن به خدا ره میپیماید نه اینکه از روی نقل و تقلید دیده ها بسته و به راهی گام نهد که انتهایش نیز برایش روشن نیست.

با جاهل و بی خرد درشتم
 با عاقل نرم و بردبارم

(دیوان؛ قصیده شماره ۷۹)

حکیم ما با بی خردان و جاهلان سر سازگاری ندارد و آنان را سبب سیاهی روزگار عاقلان میدانند. انسان باید با جاهلان نیامیزد زیرا باعث مکدر شدن خرد روشن او میگردد؛ با عاقلان یعنی کسانی که در راه حقیقت شناسی خرد را چراغ راه ساخته اند؛ باید معاشرت نمود. درانسان شناسی ناصر خسرو عالی ترین مقام را انسان خردورز دارد. انسان خرد ورز انسان متعالی و به کمال رسیده است که معاشرت با آنان باعث صیقل روان آدمی میشود.

از جان و تنت ناید الا که همه خیر چون عقل بود درتن و برجان تو سالار

(دیوان؛ قصیده شماره ۷۶)

عملی که آراسته به رهنمود های خرد باشد اوج کمال است. جان و تن انسان از خرد روشنایی میپذیرد و متعالی میشود. حکیم میگوید هم عمل تو سرشته با خوبی ها میگردد و هم درون و روانت جلایش میابد اگر تو با خرد دمساز گردی. و از انسان خردمند هیچگاهی عمل سرنمیزند الی عمل نیک و خیر. در شعر بالا او خلاصه میکند که خیر ظاهر و باطن از خرد است و لاغیر.

تقلید نپذیرفتم و حجت ننهفتم زیرا که نشد حق به تقلید مشهر

(دیوان؛ قصیده شماره ۲۴۲)

تقلید باعث تباهی آدمی میگردد. رسیدن به منزل حقیقت و کمال نیاز به بینش خردورز دارد نه تقلید محض. در نظر او با تقلید حقیقت دست یافتنی نیست بلکه سالک خود باید دیده خرد بگشاید و ره هموار پیش رو گیرد. او میگوید که هیچگاه تقلید را نپسندیده و همیشه در جستجوی حقیقت از راه خرد بوده است. زیرا معتقد است که حقیقت با تقلید دست یافتنی نیست و کسانی که در ره تقلید روان هستند جز اینکه (منزل به ترکستان برند)؛ راهی ندارند.

ناصر خسرو در **خوان اخوان چنین مینویسد:** (هر چه پیغمبر بفرمود و خود بکرد به فضل نیکوست و هر چه از آن مر خلق را بازداشت و خود نکرد سوی عقل زشت است.)

او معتقد است که هر آنچه پیامبر گرامی اسلام آورده و خود برای انجام آن دستور داده؛ مطابق با معیارهای عقل است و هر آن چه که از آن نهی فرموده نزد عقل زشت و ناپسند است. از اینجا بر میآید که نزد او دین بدون روشنایی عقل حاصل شدنی نیست. و باید با عصای عقل ره کمال دین پیمود.

نتیجه گیری

در یک کلام خرد در اندیشه ناصر خسرو جایگاه والایی دارد. او کمال بشری را در گوهر خرد میدانند و معتقد است که بدون خرد انسان به سعادت ابدی نخواهد رسید. این خرد است که انسان را روشن بین میکند و تمیز خوب و زشت را به آن مینماید. زمانیکه انسان از خرد دور شد دیگر نمیتواند آن چشم جهان بین را با خود ندارد و درک خوب و زشت عاجز است. حتی انسان نقل گرا که عقل را در قدم دوم نهاده است؛ هیچگاه به حقیقت دین پی نخواهد برد زیرا او چراغی ندارد و خود نمیداند به کدام منزل خواهد رسید.

خرد نزد ناصر خسرو تنها یک وسیله تمیز نیست بلکه جوهر کمال است. این جوهر انسان را به سوی سعادت ابدی میکشاند.

او فلاح اموردنیوی را نیز بسته به خرد میدانند و از معاشرت با انسان بی خرد برحذر میدارد. انسان بی خرد نزد ناصر خسرو کسانست که خرد را کنار گذاشته و برای رسیدن به کمال ابزار نقل و تقلید را به دست گرفته اند. او میگوید حتی دین خدا نیز از دست بی خردان خوار و ناتوان خواهد شد:

دین به دانا شد گرامی و به نادان خوار گشت
پیش نادان دین چو پیش گاو باشد یاسمن

دین اوج کمال است و راه رسیدن به آن فقط مسیر خردورزی و عقلانی بشر است نه چیز دیگری. پس انسان باید خرد را به کار بندد و از سرچشمه این بحر فیض و کمال سیراب گردد.

منابع

۱. دیوان حکیم ناصر خسرو؛ تصحیح مجتبی مینوی و مهدی محقق؛ انتشارات انستیتوت زبان و ادبیات دری؛ ۱۳۶۶
۲. تاریخ ادبیات ذبیح الله صفا؛ ایران؛ انتشارات فردوس. ۱۳۸۵. ۴۴۳
۳. سفرنامه ناصر خسرو ص ۷۸
۴. زنده گی ناصر خسرو در لابلائی دیوانش، دکتر عبدالغنی برزین مهر، انجمن نشراتی دانش، پیشاور، میزان ۱۳۷۹
۵. خوان اخوان. ص ۱۸

پیوند معنوی شمس و مولوی^۲

استاد خاطره ممتاز لطیف

مقدمه

شمس روح بی قراری بود که در پی یافتن کسی از جنس خویش ترک خانه و کاشانه کرده و دائماً در سفر بود تا جایی که به او لقب شمس پرنده را داده بودند. او خود می گوید: "کسی میخواستم از جنس خود، که او را قبله سازم و روی بدو آورم، که از خود ملول شده بودم." (خط سوم، ص ۱۱۱)

شمس در دهه ی ششم عمر خود مولانای ۳۸ ساله را که همان گمشده ی سالیان درازش است، می یابد و او را به قمار می خواند که هیچ تضمینی برای برنده شدن در آن وجود نداشت. مولانا با تمام خلوص وارد این قمار عاشقانه میشود و گوهر عشق را می برد.

خنک آن قماربازی که بباخت هرچه بودش بنماند هیچش الا هوس قمار دیگر

(دیوان کبیر، غزل ۱۰۸۵)

شمس نیز با دیدن مولانا آن کسی را که میخواست یافته بود و حالا میتوانست هر آنچه در دل داشت و دیگران از فهمش عاجز بودند، با او در میان بگذارد، او که ظاهراً درشت خو، دیر جوش و کم حوصله بود، حرف های زیادی برای گفتن داشت اما گوش و دل های زیادی برای شنیدن و پذیرفتن آنها نمی یافت. به قول خودش: "من گنگ خواب دیده و عالم تمام کر، من عاجزم ز گفتن و خلق از شنیدنش"

و در باره ی وجود مبهم و سر درگم خود در مقالات خویش شمس از خطاطی سخن میگوید که سه گونه خط می نوشته است: "یکی او خواندی لاغیر، یکی هم او خواندی و هم غیر، یکی نه او خواندی نه غیر او، آن خط سوم منم." یعنی شمس در اینجا خودش را خط سوم خوانده است.

^۲ - تقریظ دهنده: پوهاند دوکتور صالح محمد "راسخ" استاد پوهنچي ادبیات پوهنتون بلخ.

پس همان چیزی که تنها معیار شمس برای ارزیابی بود، علم "عشق" است یعنی بزرگترین و گرانبهاترین و شاید بتوان گفت تنها هدیه‌ی که شمس به مولانا در آن قمار عاشقانه بخشید، و زهد و فضل و عبادت هرگز در مقابل عشق برای او رنگ و بویی نداشت، تا جایی که حتی پدرش را مورد انتقاد قرار میداد که از عشق بی‌خبر است.

نیک مردی بود و گرمی داشت. در سخن گفتن آتش از محاسن فرود آمدی. الا عشق نبود. مرد نیکو دگر است و عاشق دیگر. "در مقالات شمس پدر خود را اینگونه توصیف می‌کند که در بالا نقل شد. البته شمس این متاع را به دیگران و حتی بزرگانی از عالم عرفان عرضه کرده بود، ولی به چشم هیچ یک آنگونه که به چشم مولانا آمد، نیامد. این توان و قوه در مولانا بود که دست به قمار می‌بزند که هیچ تضمینی برای بردن نداشت، بلکه ممکن بود دنیا و آخرتش را بر سر آن بگذارد. اما مولانا چنان مست و شیدا شده بود که حاضر بود به خواست شمس به هر خلاف عادت‌ی دست بزند تا به کام خود برسد. پس مولانا بعد از دیدار شمس، تولد دوباره یافته بود، درس و بحث و وعظ را رها کرد و به شعر و ترانه و سماع روی آورد و نکوهشِ نکوهش‌کننده‌گان را به هیچ گرفت.

زاهد بودم ترانه گویم کردی سر حلقه‌ی بزم و باده جویم کردی
سجاده نشین با وقاری بودم بازیچه‌ی کودکان کویم کردی

(رباعیات مولانا، دیوان شمس)

اهداف تحقیق: هدف از نگارش این مقاله توضیح روابط ویژه عرفانی میان مولانا جلال الدین محمد بلخی و شمس تبریزی و تاثیر شمس بالای مولانا و بر عکس تاثیر شکرگرم مولانا به شمس تبریزی است و نیز نشان دادن این مسئله که ملاقات هر دو در زندگی مولانا چه تاثیرهایی داشته است.

روش تحقیق: روش تحقیق در این مقاله کتابخانه‌ای بوده، در مورد مباحث مطروحه از کتاب‌ها و مقالات معتبر استفاده شده است.

شمس الدین محمد تبریزی و مولانا جلال الدین محمد بلخی، دو چهره‌ی نامدار عرفان اسلامی و از مشاهیر سلوک و طریقت به شمار می‌روند. بدون شک میان این دو شخصیت بزرگ، پیوند محکم معنوی برقرار بود، بحدیکه اگر از یکی آنها نام برده میشود، نام آن دیگر به ذهن خطور می‌کند. در باره‌ی این دو شخصیت بزرگ، سخن‌های فراوانی گفته شده و آثار تحقیقی زیادی پدید آمده است، برای شناختن شمس و اثرپذیری مولانا از وی، در قدم نخست میتوان از آثار خود مولانا، خصوصاً غزلیات او استفاده کرد، سپس آثار بعضی از متقدمان از جمله مناقب العارفین شمس

الدین افلاکی، سوانح فریدون بن احمد سپهسالار، جواهر الاسرار حسین خوارزمی، نفحات الانس مولانا عبدالرحمان جامی و نظایر آن می تواند مورد توجه قرار گیرد. در محتوای این منابع، مقایسه ی بحثها و استدلال های آنها، جدا کردن صحیح از سقیم، در عین حال استنباط شخصی و مدلل ساختن آن کار آسان نیست، لیکن ارادت به مقام معنوی شمس و مولانا رهگشای هر پژوهنده میتواند شود. شمس با وجود آنکه در تصوف جایگاه برجسته داشت، از بعضی رشته های دانش نیز مطلع بود. به قول افلاکی (۱، ص ۵۱). و قرار تذکره بدیع الزمان فروزانفر (۲، ص ۴۲). شمس مدتی به صفت مدرس به کار تدریس اشتغال می ورزید، ولی این وظیفه را به طور مستمر به پیش نبرد و طبق نظر ناصرالدین صاحب زمانی (۳، ص ۷۹). از حلقه ی بحث و فحوص بیرون شد.

افلاکی در جای دیگر مناقب العارفين با اتکا به قول خود مولانا مینویسد: "حضرت مولانا میفرمود که مولانا شمس الدین در علم کیمیا نظیر خود نداشت و در علم کواکب، ریاضیات، الهیات، حکمیات. .. و نجوم و منطق او را بی نظیر می خواندند، اما چون با مردان خدا مصاحبت نمود، عالم تجرید، تفرید و توجید را اختیار کرد. (۴، ص ۱۸).

شمس با پیوستن به خدمت بعضی از علمای دینی، اندوخته هایی کسب کرد و نیز با مصاحبت با برخی از مشایخ عرفانی، فیض معنوی برایش دست داد، چنانچه از جمله ی متصوفه میتوان اوحدالدین کرمانی و ابوبکر زنبیل باف را بر سبیل مثال یاد کرد. هر چند خورده گیری هایی بر اوحدالدین، راجع به طریقه ی عشق او داشته است (۵، ص ۱۵۳). از آنچه که در باره ی او نگاشته اند بر می آید که شمس هیچگاه در پی کسب شهرت نبود، به همین سبب همیشه روزگار را به سیر و سفر میگذرانید و چنانکه به "شمس پرنده" معروف شد. او نمذ سیاه میپوشید از شهری به شهر دیگر مسافرت میکرد تا به یافتن بزرگان عرفان توفیق یابد و نیز میکوشید رهروان راستین عرفان را در یابد و وظیفه ی ارشادی خود را در راستای تربیت آنان به انجام رساند و یا خود از محضر آنها کسب فیض نماید. روی همین منظور به دیدار مولانا جلال الدین محمد بلخی رسید و پیوند استوار معنوی میان آنان بر قرار گردید و رابطه ی روحی که میان شان پدیدار شد، هم دنیای تصوف و هم ادبیات عرفانی زبان فارسی دری را رونق خاص بخشید.

به روایت افلاکی، شمس مولانا را بار نخست در دمشق که در آنجا به تحصیل علم می پرداخت، در میان انبوهی از مردم که به گردش مشغول بودند دیده بود و او را مخاطب قرار داده گفته بود: "ای صراف عالم مرا دریاب!" مولانا بدون اینکه شمس را بشناسد، شمس در میان انبوهی مردم نا پدید

شد. شمس مولانا را که مدت ها در دمشق مصروف استفاضه از محضر علما بود، حتماً می‌شناخت و از ظرفیت وی در بهره‌گیری از عرفان اسلامی وقوف داشت، زیرا مولانا در خانواده‌ی تربیت یافته بود که به فراگیری علوم دینی و معارف اسلامی و وارد شدن به دنیای تصوف توجه زیاد داشت، مخصوصاً سلطان العلماء محمد بن حسین الخطیبی پدر مولانا که خود از اعظام علمای دینی و مشایخ تصوف بود، شمس در پی آن بود تا مولانا را به دنیای عرفان اسلامی و پی بردن به راز و سوز و گداز عارفانه رهنمایی کند و خودش نیز از فیض مصاحبت و مجالست با او بهره‌مندی گیرد، زیرا بعد از وفات پدرش، مدرس بزرگترین مدرسه در روم بود و طالب العلمان و شاگردان فراوانی داشت. روانه شدن شمس جهت ملاقات مولانا به روم را افلاکی (۶، صص ۸۴-۸۵) و سپهسالار (۷، صص ۴۳). روایت کرده‌اند. شمس دریافته بود که کسی دیگر از مشایخ عهد مولوی که تعدادشان کم نبود و در روم و سرزمین‌های دیگر بساط ارشاد را گسترده بودند، جرأت و توان آنرا نداشت که در تصوف، بیش از آن حدیکه سید برهان الدین محقق ترمذی، معروف به سید سیردان او را رهنمایی کرده بود، مولانا را مساعدت کند و وی را در هاله‌ی از سوز و گداز عاشقانه و عارفانه قرار دهد. به همین سبب شمس به ملاقات شتافت و همان کار را خود به انجام رسانید.

ملاقات مرید و مراد به وقوع پیوست و میان هر دو پیوند معنوی برقرار گردید. مولانا واقف شد که شمس در تصوف دریای بیکرانه است و مولانا به سخنان شمس گوش فرا میداد و شمس نیز از دانش مولانا بهره‌ی وافی میبرد و وی را به مثابه‌ی اعظم در عرصه علوم احترام فراوان می‌کرد. قرار تذکر فریدلاندر، شمس در برابر زانوی مولانا می‌نشست و دستانش را می‌بوسید، (۸، صص ۴۳). گویی شاگردی در محضر استاد بنشینند. مصاحبت و مجالست با شمس، رابطه‌ی دوستی و همدلی مولانا و وی را پر قوت تر می‌ساخت و هر روز شور و جد بیشتر در او ظاهر میگردید. مولانا میگفت هر وقتیکه شمس با من در سخن میاید، عشق معنوی در قلب من زبانه میزند. (۹، صص ۴۰).

سلطان ولدپسر مولانا احترامی را که پدرش به شمس داشت، در کتاب مثنوی ولدی یا ولد نامه شرح کرده و در جایی از این کتاب ارادت مولانا به شمس را چنین بیان نموده است:

حضرش بود شمس تبریزی	آنکه با او آگر در آمیزی
آنکه از مخفیان نهان بود او	خسرو جمله واصلان بود او
بعد بس انتظار رویش دید	گشت سرها به چو روز پدید
دید آنرا که هیچ نتوان دید	هم شنید آنچه کس زکس نشنید

شد بر او عاشق و برفت از دست
 گشت یکی پیشش بلند و پست
 شیخ استاد گشت نوآموز
 درس خواندی و به خدمتش هر روز
 مُنّه‌تی بود مبتدی شد باز
 مقتدا بود مقتدی شد باز

(۱۰، ص ۴۲)

با ملاقات و مصاحبت شمس، خرمن اندوخته های مولانا را آتش گرفت و دل او شیدا و پر شور گردید و دفتر ضمیر وی چنانچه خودش آرزومند بود، از غبار اغیار شسته شد، به دنیای وجد و حال داخل گردید و به مقام واصلان رسید و به گنج حقیقی که مفتاح آنرا شمس به او داده بود، دسترسی پیدا کرد. (۱۱، صص ۱۹ - ۲۰)

شمس مولانا را در مکتب خاص عرفانی تربیت کرد، مکتبی که خود شمس به آن رغبت فراوان داشت و آنرا "تصوف عشق" میخواند، مولانا گوید:

چون عشق شمس تبریز آهن ربای باشد
 ما بر طریق خدمت مانند آهنیمش

(۱۲، ص ۴۹۳)

به قول مولوی همین عشق به عنوان طیب جمله علت‌های ما، صفا بخش دل و خاموش کننده ی لهیب سوزان خود خواهی است، چنانچه گوید:

هر که را جامه ز عشقی چاک شد
 اوز حرص و جمله عیبی پاک شد
 شاد باش ای عشق خوش سودای ما
 ای طیب جمله علت های ما
 ای دواى نخوت ناموس ما
 ای تو افلاطون و جالینوس ما
 جسم خاک از عشق بر افلاک شد
 کوه در رقص آمد و چالاک شد
 عشق جان طور آمد عاشقا
 طور مست و خر موسی صاعقا

(۱۳، ص ۶)

در حالی که شمس به مولوی تلقین یافتن اسرار عشق را میکرد، میکوشد تا وی از آزمایش های دیگر پیروز به در آید، از جمله مبارزه با نفس اماره، هوی و هوس، خود خواهی و شهرت طلبی، و امثال آن که در واقع سر سخت ترین دشمن عارف در راه رسیدن به هدف غایی وی پنداشته میشود.

مولانا چگونگی پیوند معنوی شمس را در غزل‌های خود بیان کرده است:

بگفتم شمس تبریزی کی گفت
 شمایم من شمایم من شمایم

(۱۴، ص ۵۸۴)

یا:

شمس تبریزی همی روید ز دل کس نباشد آنچه آنچنان آمیخته
(۱۵، ص ۸۸۷).

یا:

ای شمس اگر دیدی تو صورت حال خود از صورت حال خودت و صورت ما دیدی
(۱۶، ص ۱۱۵۸).

همین پیوند مولانا با شمس بود که او فریاد میزد و التماس مینمود که:

بروید ای حریفان بکشید یار ما را به من آورید یکدم صنم گریز پا را
(۱۷، ص ۱۱۰).

این جدایی و دوری نخستین شمس از مولانا بود. بعد از بازگشت مجدد مصاحبت آنها زیاد طول نکشید و برای بار دوم، او از جوار مولانا به هر علتی که بود، ناپدید شد و دیگر باز نگشت. بعد از این جدایی، هر چند صلاح الدین زرکوب و حسام الدین چلبی، انیس مولانا شدند. ولی با آنها هم او در بحر پر تلاطم یاد شمس مستغرق بود. روزها و شبها را به یاد او می گذرانید، از هر گل بوی او را می شمید و از وزش هر بادی آواز او به گوشش می رسید و این آواز حامل عشق معنوی بود. مولانا با استفاضه از معارف اسلامی و توسل به تمثیلها و حکایات، مثنوی را به رشته ی نظم کشید. غزلهایی را به نام شمس انشاد نمود و در خلال آن غزلیات به تصویر رمز تصوف عشق مبادرت ورزید و مراتب سوز گداز عارفانه را بیان داشت. بالاخره در پهلوی سایر مسایل از پیوند معنوی شمس و خودش سخنهایی گفت و به سهم خود در زمینه ی عرفان اسلامی میراث گرانبهایی به جا گذاشت. در عرفان طریقه ی را مرسوم ساخت که به نام "طریقه ی مولویه" شهرت پیدا کرد و این طریقه با راه و رسم عرفانی شمس پیوند میرسانید و پس از مولوی در روم فرزندان و پیروانش این طریقه را ادامه دادند و در بعضی کشور های اسلامی مخلصان مولانا در ترویج این طریقه همت گماشتند.

مناقشه

اگر مولانا شمس را نمی یافت، دانشمندی می شد نظیر صد ها و هزاران عالم دیگر که آمدند و رفتند و خدماتی انجام دادند؛ ولی اتفاق خاصی نمی افتاد. عالمی می شد در حد پدر خود، سلطان العلما و یا یکی از بزرگان علم. چنانچه مولانا در " فیه مافیه " می گوید: " اگر ما در ولایت مان در بلخ بودیم، حد اکثر مدرسی، مصنّفی، مولفی یا خطیبی می شدیم و عمل به ظاهر می کردیم. " پس خود وی داخل لفافه و به شکل رمز و کنایه معترف است که تغییر محیط و آشنایی با شمس، چه تحولی در او ایجاد کرده است.

خداوندگار بلخ از سال ۶۴۲ هـ تا سال ۶۷۲ هـ که سال فنای جسمی آن ابر مرد اندیشه و عرفان است، از داشتن عشق سرا پا جذب، این عشق سوزنده و لی سازنده بر همه حرکات او در همین مدت مستولی بوده، با کلیه مظاهر و شور و حرارت بر خوردار بود. پس چنین پیوند و چنین شور را می توان عشق حقیقت جو نامید، چون وی در آئینه ی وجود معشوق، حقیقت مطلق را مشاهده می کرد و با آن سر خوش بود. نیرو و توان چنین عشقی بود که حضرت مولانا را از جمعیت خاکیان و حلقه ی افلاکیان بیرون برد و به جهان بی رنگی پیوند داد. مولانا ارزش های معنوی چنین پیوند و عشق را چه زیبا تبیین می نماید:

شاد باش ای عشق خوش سودای ما	ای طیب جملہ علت های ما
ای دوی نخوت و ناموس ما	ای تو افلاطون و جالینوس ما

نتیجه گیری

با نگاه به فراز و فرود زندگی مولوی و گره خوردن این پیوند معنوی چنین به نظر می رسد که آنچه اندیشه ی جوای حقیقت او را ناگهان بیدار ساخت و جذبه های عرفانی او را در قالب اشعار شور انگیز و عاشقانه به آیندگان سپرد، آشنایی، برقراری پیوند معنوی و سپس دوری مولانا از عارفی است که امروز ما او را به نام شمس تبریزی می شناسیم. تا حدود چهل سال پیش بسیاری از مولوی شناسان، معتقد بودند که اصلاً چنین فردی وجود ندارد، یعنی وی تنها ساخته و پرداخته ی اندیشه ی مولوی است. شاید اگر ما هم به مقامات شمس دست نمی یافتیم، امروز چنین نظریه ای را صحیح می شمردیم. اینکه شمس تبریزی دارای چه ویژگی هایی بوده است که کسی مانند مولوی را، اینگونه شیفته ی خود نمود، از موضوعاتی است که مورخان تاریخ ادبیات به آن پرداخته اند؛ آنچه امروز برای ما بیش از خصوصیات شمس اهمیت دارد، تحولی است که به سبب هجران شمس از مولوی در وجود مولوی اتفاق می افتد و تمام زندگی این سخنور و سخندان شهیر را دستخوش تغییر می سازد. چون شمس تبریزی از منظر مولوی انسانی است که به رنگ و بوی خدا آغشته است و نفسش رایحه ی ملکوت دارد. در واقع شمس همان انسانی است که مولانا در او نور خدا را می دید

چشم نیکو باز کن در من نگر تا ببینی نور حق اندر بشر

و یا:

شمس تبریزی که نور مطلق است آفتاب است و ز انوار حق است

که فقدان چنین نور آذرخش آسا برای مولوی تحمل نا پذیر بود. غیبت شمس در ادبیات را شاید بتوان نمادی از غیبت آفتاب حقیقت دانست؛ آفتابی که پس از ابر های آخر الزمان بر صحن قلوب برتاب و تب آدمیان متحیر این زمانه می تابد تا مبادا امید و زندگی در فروغ چشمان حیرت زده ی انسان آخر الزمان بمیرد. یا هنگامی که مولانا لحظه ی وصال را تصور می کند و از این اندیشه به وجد می آید، توصیف او از محبوب آنقدر پر ستایش است که ذهن را به شخصیتی فراتر از این کره ی خاک میبرد. مولوی فیض را از کسی می جوید که او را سر چشمه ی فضیلت می داند؛ کسی که مولوی او را ساقی آخر زمان می خواند:

می بده ای ساقی آخر زمان ای ربنوده عقل های مردمان

خاکیان زمین باده بر گردون زنند ای می تو نردبان آسمان

پس جست و جوی انسان کامل و تمسک به او را، می توان در ماجرای شمس و مولانا به وضوح مشاهده کرد. آن قدر که انتظار جست و جو در این ماجرا اهمیت دارد، شخصیت های آن یعنی شمس و مولوی موضوعیت ندارد. هر کس که به رتبه ی مولوی در معرفت دست یابد، باید به جست و جوی انسان کامل بر آید و جستجو کاوشی درونی است؛ سفری از خویشتن به سوی فضایل انسانی؛ فضایی که مبدای آنها همان ساقی آخر الزمان است؛ آن که تمام انبیا وعده ی ظهور او را داده اند و کتاب های آسمانی بشریت به آمدنش بشارت داده اند و چشمان منتظرانش هر سحر گاه به آسمان خیره می ماند تا بلکه طلوع خورشیدی از مغرب را به تماشا بنشینند.

پانوشت ها

- ۱- شمس الدین احمد افلاکی. (۱۳۶۲). مناقب العارفين. به تصحيح تحسین یازيجی. انقره: انشار انجمن تاريخ تارك، فصل ۳، بند ۹ و فصل ۴ بند ۶ و ۱۰۴.
- ۲- بديع الزمان فروزانفر. (۱۳۶۳). کلیات دیوان شمس تبریزی. تهران: چاپ دهم.
- ۳- ناصرالدین صاحب الزمانی. (۱۳۹۶). خط سوم. تهران: چاپ دهم، قسمت دوم.
- ۴- افلاکی. همان اثر. فصل ۴، بند ۱۸.
- ۵- عبدالحسین زرینکوب. (۱۳۵۶). ارزش میراث صوفیه. تهران: انتشارات امیر کبیر، چاپ چهارم.
- ۶- افلاکی. همان اثر.
- ۷- فریدون بن احمد سپهسالار. (۱۳۲۵). سوانح. به تصحيح سعید نفیسی، تهران: انتشارات سعیدیان.
- ۸- فرید لاندرد. (۱۳۶۶). درویشان چرخان. ترجمه: علی شریف، زیر نظر استاد خلیلی. کابل.
- ۹- فرید لاندرد. همان اثر.
- ۱۰- سلطان ولد. ولد نامه. (ب،ت).
- ۱۱- خلیل الله خلیلی. (۱۳۵۲). حواشی و تعلیقات نی نامه ی مولانا یعقوب چرخي. کابل.
- ۱۲- جلال الدین محمد مولوی. کلیات دیوان شمس.
- ۱۳- جلال الدین محمد مولوی. (۱۳۷۳). مثنوی معنوی. از روی نسخه ی نکلسون؛ فرهنگ لغات و اعراب از عزیز الله کاسب، انتشارات گلی، تهران: نشر محمد.
- ۱۴- جلال الدین محمد مولوی. کلیات دیوان شمس.
- ۱۵- همان اثر.
- ۱۶- همان اثر.
- ۱۷- همان اثر.

سیاست جنائی و اهمیت آن^۳

استاد شیر احمد رحیمی

چکیده

سیاست جنایی، معطوف به دست آورده‌های علمی، اجرایی است اهمیت آن در اتخاذ سیاست جنایی قانون‌مدار، جهت تقویت نظام عدالت جزایی و جلوگیری از تخلفات قضایی در نظام قضایی عدالت موجود می‌باشد تا بتواند از اقشار مختلف اجتماعی، آسیب‌پذیر حمایت نماید، در این تحقیق هدف، جلب توجه، نظم قضایی و خارنوالها، به این موضوع با اهمیت می‌باشد که برکل ساختار اجتماعی و نظام قضایی تأثیر دارد و بر حفظ نظم و امنیت و رعایت حقوق شهر وندی اثر گذار است و سیاست جنایی، با استفاده از دستاوردهای نوین بشری در قالب قانون موضوعه، کشف جرایم را، دنبال می‌نماید.

آنچه که در قلمرو سیاست جنایی به آن تاکید می‌شود عبارت است از توجه به عناصر جنایی، جرم، انحراف و پاسخ دولتی به این عناصر، که (جرایم) را بعنوان نقض هنجارهای غالب اجتماعی و رفتاری تعریف می‌نماید. مهمترین موضوع این تحقیق را مفاهیم شناسی، ارکان سیاست جنایی، شیوه تدوین سیاست جنایی، ضرورت تدوین سیاست جنایی و انواع سیات جنایی تشکیل می‌دهد. نگارنده، در راستای بررسی ضرورت سیاست جنایی در ساختار حقوقی براساس روش تحلیل ساختاری در سیاست جنایی درصدد ارائه مطالعات و بررسی دو عنصر نخستین از عناصر سیاست جنایی است که نقض هنجار در آن توسط فرد با شرایط مسئولیت جزایی، ضمانت اجرای جزایی مواجه می‌شود. در نهایت این تحقیق باز خوانی، الف، سیاست جنایی ب، عناصر و ارکان ج، موضوعات مربوطه و راهکارها در مورد سیاست جنایی را به بررسی گرفته است.

واژگان کلیدی: سیاست، سیاست جنایی، نظام اجتماعی، عدالت جزایی جرم، مجرم

^۳ - تقریظ دهنده: پوهندوی محمد همایون رحیمی استاد پوهنچی حقوق پوهنتون بلخ.

مقدمه

مدار هستی بر نظم و عدالت استوار است. اجرای عدالت و اجبار به رعایت قانون امری اجتناب ناپذیر و یک ضرورت است و سیاست جنایی تدوین شده با کمترین کاستی که استرا تیژی بر خود با بزه کار (مجرم) را تعیین نماید نیز یک ضرورت است. بازیگران عرصه برنامه ریزی در مقابل پدیده های مجرمانه و پاسخ به پدیده های جنایی چه در قالب پیش گیری و چه به صورت سرکوب گرایانه، طبیعتاً نیاز به یک برنامه جامع و اشتراک حداکثری عناصر رسمی و غیر رسمی دارد. آنچه که علمای حقوق برای دستیابی به یک پاسخ کارآمد در مقابل این پدیده ها پیشنهاد می کنند، چارچوب «سیاست جنایی» می باشد. سیاست جنایی منسجم و هم آهنگ در مقابل مجموعه ای از پدیده های مجرمانه عادی و سازمان یافته، چه در سطح ملی و چه در سطح فرا ملی است و از اهمیت خاصی برخوردار می باشد. این که سیاست جنایی چیست؟ و عناصر سازنده آن کدام است و چه انواعی دارد؛ محتوای این نوشتار را تشکیل می دهد. امید است که نوشتار حاضر مقدمه ای در شناخت و شکل گیری مباحث حقوق کیفری (جزایی) با رویکرد سیاست جنایی را فراهم نماید.

جایگاه عدالت اجرایی، در حوزه مدیریت قضایی، جهت روند نهادینه نمودن عدالت، یک ضرورت، عقلانی است این حوزه ی از مدیریت پوشش دهنده مدیریت حساس، حوزه های سه گانه، محاکم قضایی، ضابطین قضایی (پولیس قضایی) و خارنوالی می شود که قانون اصول محاکمات جزایی آن را توسعه داده. چندین حوزه دیگر را نیز در زمره حوزه قضایی اضافه نموده؛ در نهایت به محکمه و قضاوت منتهی می شود. به صورت روشن موضوع این مقاله ضرورت بررسی سیاست جنایی، و اهمیت آن است. که جرم انگاری (کریمنولوژی) و دیدگاه انضباطی، اداری در حوزه مدیریت سیاست جنایی را به عنوان هدف تعیین نموده است.

مطالعه موردی در مورد ساختار سیاست جنایی در نظام اجتماعی به خصوص در افغانستان که فساد اداری در سطح ملی و در محاکم کمر نظام سیاسی را خم نموده و آسیب های جبران ناپذیر را بر نظام قضایی وارد آورده، جلب توجه می نماید. نظام قضایی افغانستان در روند رسیدگی پرونده (دوسیه)، روشن می نماید، که چه نکته های قوت و چه نکته های ضعفی دارد زیرا، بخش های مختلف از زندگی فردی و جمعی و حیات یک ملت را حوزه قضایی پوشش می دهد که باید بر معیار سیاست جنایی طراحی شده باشد. درک سیاست های جنایی با وجود تعصب نسبت به نظام حقوقی فراهم نمی گردد. سیاست جنایی اگر به درستی تدوین و اجرایی نگردد، منزلت اجتماعی و موقعیت هارا با چالش جدی مواجه می نماید. و سیاست جنایی را در ضدیت دوامدار با ارزشهای اجتماعی

قرار می دهد. امور ذکر شده نشانگر آن است که انحراف یا کجروی که یکی از عناصر و ارکان سیاست جنایی است زمانی مهار می شود که تداعی کننده کنش اجتماعی نسبت به انحراف باشد. منطق کلان سیاست جنایی تدوین شده انحراف را عامل بحران زایی در بخش های دیگر معرفی می نماید زیرا سیاست جنایی در راستای انحراف زدایی است. تدوین سیاست جنایی که کارآیی داشته باشد یک ضرورت انکار ناپذیر برای همه جوامع به خصوص در جوامع در حال گذار می باشد که روشن کننده علت انتخاب موضوع است..

۱- سابقه تحقیق را می توان به سه دوره تقسیم نمود

الف- از زاویه جهانی: حقوقدانان زیادی در زمینه سیاست جنایی تحقیق نموده اند. عصر روشنگری زمینه های نقد و تحقیق لازم در نظامهای حقوقی را فراهم آورد؛ و در اوپا کار تحقیقی در این زمینه توسط حقوق دانان غربی آغاز شد و درک اهمیت این امر مهم در مراکز علمی زمینه تحقیق را فراهم نمود.

فون لپیست در اواخر سده نوزدهم اعلام نمود، سیاست جنایی مجموعه منظم اصولی که دولت و جامعه به وسیله آنها مبارزه علیه بزه (کریمینالستیک) را سازمان می بخشد در کنار دولت جامعه، نیز مسئول سازماندهی و اعمال سیاست جنایی است (نجفی ابرآبادی، ش ۱۱ و ۱۲، ص ۴۰۷). خانم کریستین لازرژ: «سیاست جنایی را یک تأمل و تفکر معرفت شناسانه درباره پدیده مجرمانه، یک راهبرد (استراتژی) حقوقی و اجتماعی مبتنی برگزینه های سیاسی را پاسخ دهی همراه با واقع بینی به مسایل ناشی از پیش گیری و سرکوبی جزایی (کیفر) پدیده مجرمانه معرفی نمود»؛ (لازرژ، ۱۳۸۲: ۴۲ - ۴۱). ۲- انصاری ۱۳۹۲

ب- افغانستان: جایگاه سیاست جنایی در افغانستان خیلی جوان است و گام های اولیه در حال برداشته شدن است. متأسفانه در افغانستان جز دکتر غلام حیدر علامه و خانم معصومه سادات، کمترین کار تحقیقی لازم در این زمینه انجام نشده است.

ج- کشور های اسلامی: روند مطالعه سیات جنایی در ایران و مصر یکی از کارهای بزرگ است که انجام شده از جمله، می توان به کار تحقیقی محمد العماره، در مصر اشاره کرد که کار تحقیقی شان تحت عنوان التشریح الجنائی مسمی شده و به کار انجام شده " فقه المقارنه از احمد فتحی اشاره کرد. در ایران نجفی ابرند آبادی و همکاران شان و جمال انصاری و همکاران، این کار تحقیقی را به عنوان یک امر کاربردی به انجام رسانده است.

نگارش مطالب در مورد سیاست جنایی، بی نهایت با چالش ها و موانع روبرو بوده که یکی از آن ها عدم موجودیت کتاب مستقل علمی تدوین شده و قابل قبول به عنوان منبع درجه یک در افغانستان می باشد. مشکل دیگر عدم منابع لازم است که اگر هم وجود دارد بسیار نادر بوده اصلا دسته بندی ندارد تا مطالب به درستی قابل فهم باشد و محتوای ترجمه هم با معیارهای علمی چندان سازگاری ندارد. با توجه به شناخت جایگاه ارزشی سیاست جنایی در نظام اجتماعی، حقوقی، کار آمدی و تاثیر گذاری آنرا بر بخشهای دیگر به بررسی گرفته که پرسش های آن عبارتند از:

۱- سیاست جنایی بر چه مولفه های استوار است و چه تاثیر بفرایند عدالت همگانی در نظام اجتماعی دارد؟

۲- ضرورت سیاستگذاری در امور سیاست جنایی که بتواند راهگشا باشد کدام اند؟

۳- برای پیش گیری و مقابله با پدیده های جنایی، سیاست جنایی تدوین شده چه نقشی دارد؟

به نظر می رسد معیارهای سیاست جنایی در قانون اساسی، و قوانین موضوعه، پرنسیب و اصول و ظایف، قصات، پیش بینی شده که با ضعفهای نیز مواجه بوده، تا زمانیکه (منشور سیاست جنایی تدوین شده که زمینه های عملی نمودن آن نیز وجود داشته باشد) مورد بی توجهی قرارگیرد، اجرای عدالت همگانی و جلوگیری از جرایم و تخلفات، نظام اجتماعی با چالشهای مواجه خواهد بود. مطالعه و تحقیق در زمینه سیاست جنایی، ضرورت تدوین سیاست جنایی در یک نظام اجتماعی و قضایی را روشن می نماید که برگرفته از ارزشهای آن جامعه باشد و فرایند تحقق عدالت جزایی را فراهم نماید.

این تحقیق، تبیین موضوع با دسته بندی قابل فهم جهت فهم سیاست جنایی است که توجه محققین در این زمینه را با رویکرد بازنگری قوانین جلب نماید دنبال میکند. این تحقیق هر چند کاستی هایی را دارد، اما می تواند برای مراکز علمی تحقیقی و دانشجویانی که در زمینه حقوق جنایی و سیاست جنایی تحقیق می نمایند کمک نماید. به خصوص که در افغانستان قوانین جنایی جدید با توجه به شرایط زمانی در حال تدوین است.

تحقیق حاضر با رویکرد مساله محور و فهم جایگاه دقیق متغیر، در تحقیق از روش تحقیق کتابخانه ای با دو رویکرد تحلیل و توصیف پیروی نموده، بعد از شناسایی منابع و بهره گیری از ابزارها و فیش برداری مطلب را بنگارش در آورده است. متغیر های این تحقیق را سیاست جنایی، عدالت نظام اجتماعی، بزه و بزهکار تشکیل می دهد.

شاخص‌ها متغیر مستقل: عدم تدوین سیاست گذاری جنایی به معنی دست نیافتن به عدالت جزایی وجود ناپایداری در ارایه یک بر نامه مدون سیاست جنایی قانع کننده، ناپایداری دولت و نظام قضایی در امر مبارزه با جرم و مجرم.

شاخصای متغیر وابسته: نبود نظام کارآمد قضایی در کل ساختار ازدیاد چالشها در امر مبارزه با جرم و مجرم و کنترل نرخ جرم. عدم سیاست گذاری جنایی کارآمد و قابل اجرا نوشته حاضر در قالب يك مقاله، که دو فصل دارد و به نگارش در آمده.

فصل اول مفاهیم شناسی و چارچوب نظری مباحث

تعریف مفاهیم

شناسایی مفاهیم کاربردی در یک تحقیق از اهمیت خاصی برخوردار می باشد. زیرا مفاهیم، نقش کلیدی را در فهم مطالب دارد. از این رو، قبل از همه به تعریف مفاهیم توجه صورت گرفته.

گفتار اول: مفهوم سیاست

واژه سیاست از پیچیده ترین واژه هایی است که در علوم اجتماعی کاربرد زیادی دارد و ریشه یونانی دارد، که بعد به زبان فرانسوی به کار رفته و بعد از آن، در زبان انگلیسی به نام پولیتیک معنی شده، معادل فارسی آن تبیبه کردن، ذکاوت، برنامه، و تدبیر منزل معنی شده است. و به معنی نبرد با قدرت نیز معنی شده است.

اصطلاح سیاست، به معنی اصول اداره کشور، مدیریت بحران و حل منازعه نیز معنی شده، سیاست به طور مختصر و ساده عبارت است از درک، تدبیر و اداره مسایل و امور جامعه، (نقیب زاده، ۱۳۷۹، ص ۲۴) گریستش لازرژ در کتاب در آمدی به سیاست جنایی واژه سیاست را تدبیر، درک معنی، اداره امور جامعه معنی کرده است. (سادات، ۱۳۹۲، ص ۲۸) همچنان سیاست را به تنهایی به معنی اداره کشور، کشورداری، حل منازعه، مدیریت صلح و جنگ معنی نموده و به معنی حکم راندن نیز آمده است. (فرهنگ عمید، ۱۳۶۲، ص ۳۳۶) سیاست عبارت است از اتخاذ راهکارها و روش های مربوط به انجام و اعمال یک تصمیم. فرهنگ لاروس سیاست را به معنای بهبود بخشیدن به وضع مردم با رضایت مردم معنی کرده است. (فرهنگ لاروس، ۱۳۸۷، ص ۱۱۲۹)

مفهوم سیاست جنایی

سیاست جنایی از يك سو با تجزیه و تحلیل يك امر خاص در جامعه، یعنی پدیده مجرمانه و از سوی دیگر، با عملی ساختن يك استراتژی (راهبرد) به منظور پاسخ به وضعیت های مجرم یا کژروی (انحراف)، در ارتباط است» واژه: سیاست جنایی ترکیبی از دو واژه دیگر است که به تنهایی هر کدام

معنی خاصی دارد. هرگاه یکجا استفاده شود، معنی خاص اصطلاحی پیدا می‌کند. به طور کلی مفهوم سیاست جنایی از ابتدا تا اکنون به دو صورت متفاوت، مضیق و موسع معنی شده.

۱- در مفهوم مضیق: سیاست جنایی به معنی جرم انگاری و برخورد کیفری (جزایی) توسط دولت با مجرمین، تعبیر شده که سیاست جنایی را در معنایی سیستم کیفری (جنایی) که مبتنی بر جرم، و مجازات قانونی می‌باشد بکار برده.

۲- در مفهوم موسع: فون لیست سیاست جنایی را «مجموعه منظم اصولی که دولت و جامعه به وسیله آنها مبارزه علیه بزه را سازمان می‌بخشد» تعریف کرده (نجفی ابرآباندی، ش ۱۱ و ۱۲ ص، ۴۰۷). خانم کریستین لازرژ سیاست جنایی را «یک تأمل و تفکر معرفت شناسانه درباره پدیده مجرمانه، یک راهبرد (استراتژی) حقوقی و اجتماعی مبتنی بر گزینه های سیاسی، و پاسخ دهی همراه با واقع بینی به مسایل ناشی از پیش گیری و سرکوبی (کیفر، جزا) پدیده مجرمانه تعریف می نماید»؛ (لازرژ، ۱۳۸۲: ۴۲ - ۴۱). ۲- (انصاری، ۱۳۹۲) می‌توان گفت، سیاست جنایی: پدیده مجرمانه را برای مردم قابل تحمل کرده و از میزان جرم کاسته یا آن را ریشه کن می‌نماید. بنابراین، نبود سیاست جنایی، سبب هرج و مرج در جامعه، معنی می‌دهد. بر پایه تعاریف اریه شده، نتایج به دست آمده از مفهوم موسع سیاست جنایی را به شرح زیر می‌توان برشمرد:

۱- سیاستگذاری نظام های اجتماعی، سیاست گذاری در قبال جرایم است که با روش هایی آنرا اتخاذ می‌کند.

۲- سیاست گذار تلاش دارد تا با اتخاذ سیاست جنایی پاسخی در قبال پدیده جنایی بیابد.

۳- نظام اجتماعی تلاش دارد تا بکارگیری این روش، جرم و انحراف را سامان بخشد و بتواند گراف و آمار جرم را به کنترل در آورد.

۴- سیاست جنایی واکنشی است علیه اعمال خود سرانه و توجه رسمی به جرم که به صورت موضع رسمی علیه جرم اتخاذ می‌شود.

مفهوم جنایی

مفهوم جنایی به معنی افعال می‌باشد که هنجار را شکسته و در تعارض با آن می‌باشد. ترکیب این دو، معنی خاصی را می‌رساند، که تفاوت ماهوی با معنی جدا جدای این دو مفهوم دارد.

مفهوم لغوی جنایی، این کلمه عربی است و ریشه آن را جنی تشکیل می دهد، به معنی گناه کردن آمده است (سادات ۱۳۹۲، ص ۲۱) لاروس مفهوم جنایی را گناه با آنچه که ارتکاب آن عقاب دارد، معنی کرده است. (لاروس، ۱۳۸۸ ص ۷۶۹) در فارسی به معنی گناه معنی شده است. (عمید، ۱۳۶۲، ص ۷۰۴) مفهوم اصطلاحی جرم به معنی حقیقت نسبی است، در شریعت و فقه هر عملی که شرعاً حرام باشد معنی شده است. (العماره، ۱۴۰۵ هجری، ص ۰۴) از نگاه حقوقی می توان گفت که جنایت به آن چه که ارزشها و هنجار حقوقی و قانونی را می شکند اطلاق می شود که برای آن مجازات در نظر گرفته شده.

گفتار دوم: ارکان سیاست جنایی قضایی

سیاست جنایی دارای عناصر و اراکین است. از جمله این ارکان:

جرم و جرم انگاری

انحراف

دولت

جامعه مدنی

پاسخ به جرم و انحراف

پیشگیری از جرم

۱- جرم و جرم انگاری

اولین رکن، نهاد جرم انگاری است (یا جرم یابی) که رکن اساسی، سیاست جنایی را تشکیل می دهد و نشان دهنده نقش مقنن یا قانون گذار، در عرصه سیاست گذاری جنایی می باشد. جرم همان عملی می باشد که قانون برای آن مجازات در نظر گرفته، سیاست جنایی جرم انگاری به معنی فرایند گزینش سنجشی است که مقنن برای عمل یا رفتار وصف مجرمانه قائل می شود (انصاری نجفی، ۱۳۸۲ ص ۷۱) اگر عملی وصف جرمی به خود بگیرد، وارد شدن آن در دایره خط سرخی است که مقنن آن را تعیین نموده و قانون آن را جرم انگاری نموده است. در روند جرم انگاری ارزشها در حوزه های مختلف مورد توجه قرار می گیرد. ارزش و سلسله مراتب آن دسته بندی و تعریف می شود و هر آنچه که در تعارض با ارزشها باشد، صفت جرمی به خود می گیرد. که مقنن معیارهای مختلف و متفاوت را در این بخش طراحی می نماید. باید از این مراحل و فلتر عبور نماید که این معیارها، اخلاق و ارزش های اجتماعی است، زمانی یک عمل صفت جرمی به خود می گیرد و جرم انگاری می

شود که به طور مسلم و قطعی در تعارض جدی با اصول اخلاقی جامعه باشد که راهی جز مداخله جزایی از طریق نظام کنترل رسمی وجود ندارد. (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۷۳)

۲- انحراف

رکن دوم سیاست جنایی انحراف است، انحراف به اعمالی اطلاق می شود که هنجارها و ارزش های اجتماعی، تقنینی و مسلکی را زیر پا کرده است. انحراف رفتاری است که با ارزش های مسلم مطابقت ندارد. (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۷۶) در سیاست جنایی هر عملی که مخالف معیار های ارزشی تدوین شده و سنجدیده شده در قالب قانون باشد، انحراف تلقی میشود. عمل و رفتار، اگر با پرنسیب های تعیین شده و ارزشهای اجتماعی اخلاقی پذیرفته شده در تعارض باشد سخت نکوهش می شود. دلیل آن این است که انحراف بخش های دیگر را تحت الشعاع قرار می دهد و منزلت اجتماعی و موقعیت ها را با چالش جدی مواجه می نماید. جریان سلوکی معمول را در تعارض و در تضاد با ارزشهای اجتماعی قرار می دهد. مورد ذکر شده نشانگر آن است که انحراف با کجروی یکی از عناصر ارکان سیاست جنایی قضایی است که باید مهار شود و تداعی کننده کنش اجتماعی نسبت به انحراف است، منطق کلان سیاست جنایی تدوین شده انحراف را عامل بحران زایی در بخش های دیگر می داند و سیاست جنایی در این زمینه در راستای انحراف زدایی است. (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۷۷)

سیاست جنایی اجرایی

سومین رکن سیاست جنایی، سیاستی اجرایی است که از سوی قوه مجریه به عنوان رکن اجرایی کشور در راستای تطبیق و اجرای سیاست های جنایی اتخاذ شده، در پیش گرفته می شود. بنابراین «سیاست قوه ی مجریه در زمینه ی کنترل جرم که ناظر بر چگونگی اجرای قوانین است سیاست جنایی اجرایی را تشکیل می دهد که نقش پولیس (در معنای گسترده آن شامل همه ظابطان دادگستری) (خارنوال) در آن اهمیت ویژه ای دارد؛ نقشی که در سطح کلان به وظیفه ی پولیس در تامین امنیت داخلی کشور باز می گردد» (نجفی ابرآبادی، انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۶۳) بدین گونه که پولیس به دو صورت نقش فعالی در تحقق این سیاست می تواند ایفا نماید. هم از جهت کشف و دستگیری متهمین که در مقام ضابط قضایی (یا پولیس قضایی) صورت می گیرد و هم از جهت حضور و گشت زنی پولیس در جامعه که باعث پیش گیری از جرم و تحقق نظم در جامعه می گردد. اگر پولیس آن گونه که باید، عمل ننماید ممکن است خود منبع بی نظمی و ناامنی در جامعه گردد. نقش و اهمیت قوه مجریه از این جهت که رکن اجرا کننده سیاست جنایی به شمار می رود از دو جهت حایز

اهمیت می‌باشد. اول این که، قوه مجریه تنها رکن با صلاحیت در راستای تحقق و اجرای سیاست جنایی اتخاذ شده، می‌باشد. ثانیاً: این قوه مجریه است که نقش فعالی در به ظهور رساندن سیاست جنایی در کنار سایر ارکان دارد. تطبیق و اجرا باید در هم‌آهنگی با سایر ارکان صورت گیرد که مجزای قوه مقننه می‌باشد. سیاست جنایی تدوین شده می‌تواند که در فرایند کاری برای قوه اجراییه آینده عمل قانونی در مقابل جرم باشد. (نجفی ابرآبادی، انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۶۴)

۴- نهاد، دولت

چهارمین، عنصر اصلی و سازنده سیاست جنایی دولت است. دولت در عرصه‌های مختلف اجتماعی، استراتژی‌های کلان و برنامه‌های حقوقی نقش دارد، دولت هم در سطح سیاست‌گذاری و هم در اجرای برنامه‌ها و وظیفه حمایت از اجتماع و افراد را به عهده دارد. (انصاری، منانی، ۱۳۹۲، ۸۰)

دولت در درون مرزهای جغرافیایی، دارای اقتدار کامل مبتنی بر قانون است. هر جامعه برای آنکه بتواند در درون مرزهای خود نظم را به وجود آورد به دولت‌سازی می‌پردازد. با تکیه بر ارزش‌ها، آرامش‌هنجاری را به جامعه باز می‌گرداند، دولت "فصل الخطاب" اجرای سیاست جنایی است و این روشن می‌کند که سیاست جنایی مبارزه با پدیده‌ی جنایی و بسترسازی آن را مورد توجه قرار داده است که دولت در آن نقش تعیین‌کننده را دارد. (انصاری، منانی، ۱۳۹۲، ص ۸۲)

۵- جامعه مدنی

۱. عنصر دیگر سیاست جنایی قضایی، جامعه مدنی است، جامعه مدنی به تدریج شکل گرفته، اما در قرن هجدهم تحول عظیم را به خود دید. جان لاک جامعه مدنی را عرصه مستقل و مجزا از دولت می‌داند که دارای اشکال و قواعد خودمی‌باشد. (انصاری، منندی، ۱۳۹۲، ص ۸۳) زیرا جامعه مدنی عرصه حیات اخلاقی اجتماعی را پوشش می‌دهد نهادهای فکری را سامان می‌بخشد و شامل مجموعه‌ای از نهادهای غیر دولتی و سازمان‌های غیر دولتی می‌شود که حد وسط میان جامعه و دولت است و در بخش‌های مختلف نظام اجتماعی و حقوقی تبلور می‌یابد و گستره فعالیت آن در عرصه قانونگذاری و سیاست جنایی قضایی به معنی مشارکت در نظام اجتماعی است. (سروش، عبدالکریم. «جامعه مدنی»، جامعه اخلاقی، مجله تنگنا، شماره ۱۳، تهران: سنبله ۱۳۸۱).

گفتار سوم: شیوه تدوین سیاست جنایی

زندگی اجتماعی و وجود مشکلات، نیازمندی نظم و قانون را ضروری نموده، با وجود قانون نیز، هستند افرادی که نظم و قانون را زیر پا مینمایند و در مقابل آن ایستادگی به خرج می‌دهند. سیاست

جنایی از مجموعه استراتژی‌ها و راهکارها در جلوگیری از نقض حرفه ای خاص کمک می‌گیرد که برگرفته از دانش و نهادهای ارزشی است که دارای تدابیر در حوزه های مختلف است و نام شان را سیاست جنایی می‌گذارد (انصاری ۱۳۹۲، ص ۱۲۰) اکثریت جامعه، برخورد با متخلف یا متخلفان را حق و اختیار خود می‌دانند و از طریق محاکم به کنش های متخلفی، واکنش نشان می‌دهند که حداقل شامل سه مرحله به شرح ذیل می‌شود:

مرحله اول: وضع و تدوین قوانین و مقررات.

مرحله دوم: نقض قوانین و مقررات مذکور.

مرحله سوم: مقابله با هنجار شکنی و نقض قوانین و برخورد با مجرمین.

هرکدام از سه مرحله، در جوامع مختلف می‌تواند متفاوت باشد. به عنوان مثال: شیوه پاسخ‌دهی جامعه به نقض قوانین و هنجار شکنی، ممکن است در یک کشور صرفاً شامل تدابیر جزایی باشد و در کشور دیگر تدابیر غیر جزایی. همچون پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح و درمان مجرمین رانیز در برگیرد. می‌توان گفت که سیاست جنایی عبارت است از مجموعه شیوه‌های است که به منظور جلوگیری از جرایم به کار گرفته می‌شود و در قانون اساسی و یا قانون موضوعه خاص منعکس می‌شود و مبتنی بر ارزشهای یک جامعه شکل می‌گیرد.

سیاست جنایی افغانستان، متأثر از ارزشهای ملی و دینی، برای پیشگیری از جرم بسترسازی شده و شناخت آن نیازمند شناخت مدل سیاست جنایی است که مبتنی بر ارزشهای خاص است. قانون اساسی، قانون جزایی، تشکیل قانون مبارزه با فساداداری، قانون خشونت علیه زن، مقرره قضات، معرف سیاست جنایی می‌باشد اما به صورت دسته بندی خاص که دارای کد گذاری باشد وجود ندارد و موجب پراکنده گی های نیز شده و همین امر برای محاکم و مرکز تحقیقات و کشف، مشکل بوجود آورده است یعنی پراکنده گی و عدم کد گذاری قوانین در این زمینه، منجر به سردرگمی در سیاست جنایی در کشور گردیده، می‌توان گفت افغانستان سیاست جنایی تدوین شده که ممثل سیاست واحد در این زمینه باشد را ندارد. (سادات، ۲۳، ۱۳۹۰)

زندگی و حفظ حرکت منطقی جامعه نیازمند سیاست‌گذاری است که با بخش های مختلف زندگی جمعی سر و کار دارد. سیاست جنایی، در قالب نظام نامه ها و دستورالعمل، به دنبال تدابیر امنیتی اجتماع است (انصاری، ۲۱، ۱۳۹۲)، سیاست جنایی در خصوص برخورد با متخلف و میزان انطباق آن با قانون اهمیت خاصی دارد. از این رو سیاست جنایی، بر سزادهی جرایم متمرکز می‌

باشد که این کار با تکیه بر سیاست گذاری به انجام می رساند. سیاست گذار سیاست جنایی، برای اهداف عملی، به منظور بررسی صحت تئوریهای جرم شناختی، و بهبود روشهای جرم شناسی به تحقیق عالمانه قبل از سیاست گذاری نیاز دارد (منصور، ۱۳۶۹، ۱۲۳)

از طریق اطلاعات و داده ها سیاست گذار در سیاست گذاری جنایی، نقش مهمی را در مبارزه مؤثر علیه جرم و بزهکاری ایفا می نماید و موجبات، اجرایی سیاست جنایی کار آمد را فراهم می سازد.

نتیجه گسترش سیاست جنایی، تنوع و نقش آفرینی در ایجاد یک سیاست جنایی واحد در چارچوب یک قلمرو مشخص ملی می باشد. برای رسیدن به یک سیاست جنایی واحد باید قوه مقننه، قوه مجریه، قوه قضاییه و در نهایت جامعه مدنی، همگام و همسو حرکت نمایند تا به آن هدفی که از تحقق سیاست جنایی مطرح است، نایل گردند. بنابراین برای رسیدن به این مقصود در سطح قلمرو داخلی نیاز به هم آهنگ نمودن سیاست جنایی در لایه های ابتدایی آن یعنی در سطح قوای سه گانه و جامعه مدنی ضروری می باشد. (انصاری ۱۳۹۲ ص ۷۱)

انعطاف پذیری سیاست جنایی

انعطاف پذیری، عنصر اصلی، سیاست جنایی است، یعنی نظام قضایی مسولیت پاسخگویی در قبال جرم و انحراف را دارد. تا تدابیر، جوابگو بارویکرد سرکوب گری قانونی را عملی نماید و یا رویکرد دیگر را که جواب گو باشد اتخاذ نماید که (به بستر سازی ساختاری در ابعاد مختلف آن توجه دارد) (انصاری ۱۳۹۲، ص ۸۸) سیاست جنایی، با شناخت رفتار سروکار دارد، لذا تعامل سیاست جنایی با برخی از مسایلی که واقعیت های اجتماعی است ضرور است تا سیستم سیاست جنایی به درستی در اجرا، مدیریت شود.

این امر در جامعه توسعه نیافته که انسجام اقتصادی، سیاسی، حقوقی و فرهنگی با چالش هایی مواجه است چندان آسان نیست. مثل افغانستان که عاطفه گرایی به جای عقل گرایی و منطقه گرایی به جای ملی اندیشی و تعصبات ضد ملی ویژگی خاصی آن شمرده می شود و این خلدون از آن به عصبیت خونی، نام می برد که بار ارزشی به خود گرفته و دورکیم آن را همبستگی میکائیکی نام می گذارد که جامعه مبتنی بر احساسات در حال حرکت است. (انصاری ۱۳۹۲، ص ۱۱۶) جوامعی از این دست، در اجرای سیاست جنایی در جرایم خاص (جرایم یقه سفید ها) با چالش های متعددی دست و پنجه نرم می نماید، زیرا الگوهای مدیریتی در سطوح مختلف با ناهنجاری های چون عدم تخصص، تعهد و توأم با تعصب قومیتی همراه می باشد و این توسعه سیاست جنایی در قبال جرایم

حرفه ای را با کندی و حتی انحطاط مواجه می نماید و موجب می شود که روند مشارکت و انعطاف پذیری درسیاست جنایی نیز با چالش مواجه شود. (ابرند بادی، ۱۱۷، ۱۳۹۲)

فصل دوم: اهداف سیاست جنایی قضایی

گفتار اول: اهداف سیاست جنایی

هدف اصلی سیاست جنایی، کاهش نرخ جرم، پایین آوردن گراف جرم و مبارزه بامتخلفین هنجار شکن می باشد. (کرستین، ۸۸، ۱۸۲) که به مهم ترین بخشهای آن اشاره می شود..

الف- پیشگیری از جرم

پیشگیری از جرم عنصر اصلی سیاست جنایی است که زمینه ارتکاب جرم را کاهش می دهد تا از تکرار جرم حرفه ای جلوگیری به عمل آورد. توجه جدی قوه مجریه و نظارت سازمان قضایی و مشارکت توده های مردم در این بخش یک ضرورت تلقی می شود. بکاریا، در مورد پیشگیری از جرم می گوید: می خواهید از وقوع جرم پیشگیری نمایید، تلاش نمایید تا قوانین روشن و ساده باشد و قدرت ملت برای دفاع از آن بسیج شود. (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۹۱)

ب- ضوابط سیاست جنایی

سیاست جنایی از جمله سیاست عمومی است که ابزارهای لازم را در اختیار دولت قرار می دهد، تا جلو هنجارشکنی را بگیرد. تمرکز قدرت در حوزه سیاست جنایی، تامین هزینه، مدل سازی سیاست جنایی، به دنبال استمرار ساختار و اجرای سیاست جنایی است. درسیاست گذاری جنایی دولت ها تلاش دارند تا معیارهای عقلانی و جهانی را در امر سیاست جنایی رعایت نمایند. (ابرند بادی، ۹۳، ۱۹۲)

ج- دخالت دولت در اجرای سیاست جنایی

در سیاست جنایی دخالت دولت به خاطر حمایت و دفاع از حرمت افراد وارزش های موجود در جامعه تفسیر می شود که همراه با توجیهات چندگانه است. حضور دولت به صورت تدریجی حاصل نتیجه تعامل و افکار ملت ها است که قدرت مرکزی را منعکس می نماید که وظیفه اجرای سیاست جنایی را به عهده دارد. (انصاری، ۱۳۹۲، ۱۵) آنچه که در محور سیاست جنایی حضور دولت را می تواند برجسته جلوه دهد و حضورشان را ضروری نماید عبارتند از:

الف- لزوم نظاره گری رسمی بر سیاست های عمومی

ب- فراهم نمودن بستر سیاست جنایی

ج- اجرای سیاست های راهبردی جنایی

الف: لزوم نظاره گری رسمی بر سیاست های عمومی

در نظام اجتماعی ضرورتاً اصول و معیارهای عمومی وجود دارد و سیاست جنایی بخشی از آن است که خط و مشی جامعه و نظام رادرتخطی از قضایا قابل مشاهده می نماید. اگر دولتی نباشد، سیاست جنایی در روند اجرای آن با چالش مواجه می شود. صادقی، همان)

ب- فراهم کننده بستر سیاست جنایی

دولت فراهم کننده بستر سیاست جنایی در متن جامعه می باشد. بدون حضور دولت این توان وجود ندارد. نمونه بارز آن جامعه افغانستان در دهه های اخیر می باشد که هر روز خود را با ترور، ناامنی و نابودی پشت سر گذاشت. ضرورتاً دولت نظاره کننده رسمی بر سیاست های جنایی است. در چهار دهه که به معنی واقعی در افغانستان دولتی وجود نداشت، کشور به محل و تیول گرو های مسلح تبدیل شده و هر کدام دارای ساختار مختص به خود بودند و سیاست جنایی شکلی تدوین شده، توسط گرو های مسلح، هر قوم به تمسخر گرفته شد. (صا دق، ۱۳۸۸، ۶۳)

ج- اجرای سیاست های راهبردی جنایی

اجرای سیاست های راهبردی جنایی، نیاز به تعهداتی دارد که باید فراهم شود و مقدمات انرا دولت فراهم می نماید. تعیین ساختار قدرت، وحد و مرز آن به عهده دولتها نهاده شده زیرا ابزار لازم اجرایی رادراختیار دارد. (آنسل، ۱۳۹۱، ۵۶)

گفتار دوم: انواع سیاست جنایی

هدف سیاست جنایی، موثریت و نقش آفرینی در ایجاد یک سیاست جنایی واحد در چارچوب یک قلمرو مشخص ملی است. امری که غالباً با چالش هایی در عمل روبه رو است. به عبارت دیگر برای رسیدن به یک سیاست جنایی واحد در مفهوم موسع آن باید قوه مقننه، قوه مجریه، قوه قضاییه و در نهایت جامعه مدنی، همگام و همسو حرکت نمایند تا به آن هدفی که از تحقق سیاست جنایی در نظر است، نایل گردند. بنابراین برای رسیدن به این مقصود در سطح داخلی نیاز به هم آهنگ نمودن سیاست جنایی، در سطح قوای سه گانه و جامعه مدنی ضروری میباشد. نتیجه آن، هماهنگی و شکل گیری سیاست جنایی مشترک و هم آهنگ در سطح ملی می باشد. که به انواع چند گانه تقسیم می شود.

الف- سیاست جنایی تقنینی**ب- سیاست جنایی قضایی**

ج- سیاست جنایی اجرایی

ذ- سیاست جنایی مشارکتی (نجفی، سیاست جنایی، شف ۲۱ ص ۴۴)

الف) سیاست جنایی تقنینی

سیاست جنایی تقنینی، رانه تنها نخستین لایه سیاست جنایی (انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۵۹) محسوب نمود بلکه آن را باید هسته اصلی سیاست جنایی (لازرژ، ۱۳۸۲، ص ۹۵) و نوع پاسخ در قبال پدیده‌های مجرمانه تصور نمود. با توجه به اصول حاکم بر حقوق کیفری (جزایی، همانند اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها و تبعیت غیر قابل انکار از آن، نوع سیاست جنایی پی‌ریزی شده در قانون به وسیله قوه مقننه تنظیم می‌شود. براین اساس سیاست جنایی تقنینی عبارت است از «چاره اندیشی قانونگذار در مورد جرم و پاسخ به آن که؛ با توجه به وابستگی سیاست جنایی به نظام سیاسی هر کشور حالت‌های مختلفی به خود می‌گیرد. سیاست جنایی تقنینی مقابله با پدیده مجرمانه و دادرسی جرایم است» (نجفی انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۶۰) نوع سیاست جنایی کشورها در قبال پدیده‌ها از لحاظ نوع نگرش و برخورد با پدیده‌های مجرمانه تقسیم بندی می‌شود در واقع سیاست جنایی تجلی‌گاه جرم‌انگاری و تعریف و تعیین انواع پاسخ‌ها به رفتارهای ضد هنجارها است که باید در سطح سیاست جنایی تقنینی یک کشور آنرا جست و جو نمود. (لازرژ کرستین، ۱۳۸۲، ۱۲۴)

در سیاست جنایی تقنینی افغانستان، اغلب شاهد بی‌نظمی‌ها، نابسامانی‌ها، و پراکندگی‌های مفرط می‌باشیم، گاهی بر رفتارهای مجرمانه تکیه شده، زمانی به شخصیت مجرمانه، و گاهی عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و... نقش تعیین کننده داشته است. به طور مثال مواد مخدر در زمان طالبان، نه تنها کشت آن ممنوع نبود بلکه به عنوان یکی از محصولات افغانستان به کشورهای همسایه صادر می‌شد. در حالی که امروزه تمامی مراحل آن جرم‌انگاری شده است. برای گریز از این وضعیت، اولین قدم رعایت فنون، صوری و ماهوی قانونگذاری می‌باشد. سیاست جنایی مطلوب در قانون برای عمل ارتكابی مجرمانه سقف معینی از مجازات پیش‌بینی می‌نماید طوری که به بیش از میزان پیش‌بینی شده در قانون نمی‌توان حکم داد. از جهت معیار انسان‌گرایی، سیاست جنایی تقنینی مبتنی بر اصل «فردی کردن ضمانت اجرای کیفری» می‌باشد. تا از این طریق زمینه‌ساز بازگشت مجدد بزه‌کاران و منحرفان به جامعه فراهم گردد. آنچه مهم است اندیشه، اصلاح مجرم است (نجفی ابرآبادی، انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۶۰).

۲- سیاست جنایی قضایی

سیاست جنایی قضایی نیز به معنای « استنباط و برداشت دستگاه قضایی از سیاست جنایی تقنینی و نحوه ی اعمال قوانین و مقررات مربوط است». (نجفی ابرآبندی، ص ۲۶۱) که البته این استنباطها و برداشتها در تمامی زمینه‌ها و مسایل در محاکم یکسان و برابر نمی باشد. بدین معنا که ممکن است هر یک از محاکم برداشت خاص خود را نسبت به موضوع واحد ارایه نمایند. نهایتاً این تنوع در برداشت منتج به اصل متغییر بودن تفسیر قواعد حقوق جزایی می گردد. به همین دلیل و از همین منظر حقوقدانان کیفری، سیاست‌های جنایی تقنینی در زمان را در برابر نسبی بودن سیاست جنایی قضایی در زمان و مکان قرار داده اند (لارز، ۱۳۸۲، ص ۱۲۱). به نظر "دوندیو دو وابر"، قاضی فرانسوی دادگاه بین المللی نورنبرگ، "سیاست جنایی یک هنر و فن است که موضوع آن کشف روشهایی است که مبارزه مؤثر علیه جرم رامیسر می سازد"، تونیسیم معتقد بود که "سیاست جنایی مجموع ابزارهای سرکوبگرانه و غیرسرکوبگرانه و حتی غیرحقوقی- مانند مذهب، اخلاق و کلاس های اخلاقی - مطابق و مناسب برای مبارزه علیه جرم می باشد". (لارز، ۱۳۸۲، ص ۱۲۱).

سیاست جنایی قضایی در بر گیرنده سیاست جنایی انعکاس یافته در تصمیم‌ها، آراء و متحدالمال می باشد، اما همین تنوع و کثرت تصمیم‌ها و آراء در محاکم، مانع مهمی در راه احراز یک سیاست جنایی قضایی واحد و مشترک در کل نظام حقوقی می باشد. به همین جهت است که سیاست جنایی قضایی نخست شامل رویه قضایی عام یعنی عملکرد و برداشت قضات از قانون- دانسته اند که در صورت بروز اختلاف در آراء و صدور احکام گوناگون، معمولاً، ستره محکمه، کشور اقدام به صدور وحدت رویه در موضوع مورد اختلاف می نماید. و نشانگر عینی شدن تصمیمات قضات و اداره عالی محاکم است که آن را قضات جهت اجرای قانون اعمال می نماید. زیرا سیاست تقنینی همان جریان رسیدگی قضایی است. (انصاری ۱۳۹۲، ص ۶۵). به تعبیر نویسندگان، در بطن سیاست جنایی، عناصر چند گانه وجود دارد که عبارتند از جرم، جرم انگاری، انحراف دولت، و جامعه مدنی است (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۱۲). که در قالب قانون تدوین می گردد، و معرف ساختار نظام، در بخش خاصی از نظام حقوقی است. (انصاری ۱۳۹۲ ص ۱۱)

سیاست جنایی اجرایی

سیاست جنایی، اجرایی نمودن آن در سطح ملی، است بنابراین «سیاست قوه، مجریه در زمینه کنترل جرم که ناظر بر چگونگی اجرای قوانین و رویه ی قضایی موجود است، که سیاست جنایی

اجرایی را تشکیل می‌دهد. نقش پولیس (در معنای گسترده آن شامل همه ظابطان قضایی) در آن اهمیت ویژه‌ای دارد؛ نقشی که در سطح کلان به وظیفه پولیس در تامین امنیت کشور باز می‌گردد» (نجفی ابرآباندی، انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۶۳) پولیس به دو صورت، نقش فعالی در تحقق این سیاست می‌تواند ایفا نماید. هم از جهت کشف و دستگیری متهمین، در مقام ضابط قضایی و هم از جهت حضور پولیس در جامعه که باعث پیش‌گیری از جرم و تحقق نظم در جامعه می‌گردد. ناگفته نماند اگر پولیس آن گونه که قانون تعیین نموده عمل ننماید خود منبع بی‌نظمی و ناامنی در جامعه می‌گردد. که افغانستان در خیلی از بخشها با این معضل دست و پنجه نرم می‌نماید. سیاست جنایی اجرایی بستروزمینه اجرای استراتژیی تقنینی از سوی دولت را در بر می‌گیرد. به تعبیر دیگر سیاست جنایی اجرای، بستر سازی مناسب سیاست جنایی قضایی تقنینی است که «شامل کشف جرایم تعقیب و اجرای احکام می‌شود». (انصاری، ۱۳۹۲، ص ۶۸)

به منظور «ایجاد اجماع حول یک سیاست جنایی» (لازرژ، ۱۳۸۲، ص ۱۳۹) علاوه بر اشتراک ارکان حکومتی، مشارکت رسانه‌ها، انجمن‌ها و شهروندان یا به طور کلی جامعه مدنی ضرورتی اجتناب ناپذیر می‌باشد. جامعه مدنی به عنوان کنشگران عمده سیاست جنایی مطرح می‌باشد و باید طبیعتاً مشارکت فعالی نیز داشته باشند (لازرژ، ۱۳۸۲، ص ۱۳۹). شرکت دادن جامعه مدنی به خصوص مردم در این پروسه صرف نظر از نشان دادن کارایی مردم در این عرصه بدین معنا است که پیش‌گیری و حتماً تامین امنیت به این گروه از جامعه نیز ارتباط می‌گیرد. این همکاری و مشارکت ضامن اعتبار بخشیدن طرح تنظیم شده قوای مقننه و مجریه در زمینه یا همان شرکت دادن مردم در مقابله با پدیده مجرمانه است» (نجفی ابرآباندی، انصاری ۱۳۹۲ ص ۲۶۵). شیوه‌های مشارکت مردم و جامعه مدنی در این راستا نیز به طرق مختلف قابل تصور است. این مشارکت در سطح سیاست جنایی تقنینی با عکس‌العملی که مردم در قبال اعمال و رفتارهای که هنوز تبدیل به قانون نشده است منعکس می‌شود.

گفتار سوم: اوصاف سیاست جنایی

الف- کیفیت و هدف مندی

ب- غیر ایدئولوژیک بودن

ج- ماهیت حقوقی

۱- کیفیت و هدف مندی

یکی از اوصاف سیاست جنایی را کیفیت و هدفمندی آن می‌داند. (نصاری، ۱۳۹۲ ص ۵۵) جامعه، مدینه فاضله نیست و قضات انسان‌های با بال فرشته نیست، اما از لحاظ موقعیت و شخصیت و جایگاه و اهمیت نقش شان در نظام قضایی در موقعیت و موقف افراد عادی قرار ندارد، از این رو به کیفیت سیاست جنایی و هدفمندی آن توجه صورت می‌گیرد. تا جلو جرایم حرفه‌ای قضات گرفته شود. قانون تدوین شده در این زمینه هم باید به کیفیت توجه نماید هم به هدف تعیین شده تا در اجرا با چالش مواجه نشود.

غیر ایدئولوژیک بودن

سیاست جنایی باید در دوری جستن از اندیشه‌های تعصبی و از تفکر ایدئولوژیک و هدفدار خاص دوری نماید و اگر با این وضعیت آلوده باشد توان ارزیابی و سیاست‌گذاری را ندارد. جامعه‌ای که الگوی کلان سیاست جنایی را با ایدئولوژی، آرمانی‌گرایی نژادی، آرمان‌گرایی، زبانی، مذهبی تعقیب نماید، هرگز در مسیر سازندگی جامعه گام برداشته نمی‌تواند. (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۵۵)

گفتار چهارم: ماهیت حقوقی سیاست جنایی

نظام قضایی که بر معیار سیاست جنایی استوار است هدف آن صیانت شهروندان و دارایی‌های آنان است، پس باید در اتخاذ سیاست راهبردی هم به بحران جرایم حرفه‌ای توجه داشته باشد این نشان می‌دهد که سیاست جنایی ذاتاً ماهیت حقوقی دارد. یعنی راه حل حقوقی برای جلوگیری از بروز جرایم (انصاری، ۱۳۹۲ ص ۵۷) سیاست جنایی متأثر از شرایط زمانی و مکانی است. تحولات سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی در روند شکل‌گیری تدوین سیاست جنایی و موضع‌گیری آن تأثیرگذار است. باید سیاست جنایی با ماهیت حقوقی تدوین شود و از هر گونه آلودگی به دور باشد. با تحلیل نوشته‌های صاحب نظران در این باره، می‌توان ویژگی‌های سیاست جنایی کارآمد و مطلوب را به صورت ذیل دسته‌بندی نمود.

عقلانیت، سنجیدگی مبتنی بر اصول و ارزش‌ها

جامعیت و اولویت‌گرایی

اولویت دادن به جرایم

جامعیت، وروش‌های اصلاح‌گرایانه

اولویت دادن به مشارکت اجتماعی

اقتدار دولت، امنیت عمومی و رعایت حقوق. (میری دلماس، ۲۳۴، ۱۳۹۲)

الف. عقلانیت، سنجیدگی مبتنی بر اصول و ارزش ها

عقلانیت و سنجیدگی، برخاسته از مفهوم «سیاست» در واژه سیاست جنایی است؛ زیرا سیاست اساساً درک و تدبیر و چاره اندیشی مسایل جامعه است؛ (انصاری، ابرند آبادی ۱۳۸۲: ۳۷). فوئر باخ، سیاست جنایی را «تدبیر و چاره اندیشی حکومت (دولت) قانون مند» تفسیر می کند؛ (ابرند آبادی: ۴۰) در سیاست جنایی از «استراتژی» مبارزه و رویارویی با جرم سخن گفته می شود. در حقیقت، استراتژی، شناخت اهداف، یافتن راه کارها و سنجش آن ها، یافتن نوعی نظم و انطباق و ارتباط و سازمان دادن آن ها می باشد. به این لحاظ است که «فون لپیست» سیاست جنایی را «مجموعه منظم اصولی که دولت و جامعه به وسیله آن ها باید مبارزه علیه مجرم را سازمان بخشند» تفسیر می کند؛ (ابرند آبادی: ۴۱).

ب. جامعیت و اولویت گرایی

لازمه کارآمدی و مؤثر بودن یک سیاست جنایی، جامعیت و فراگیری آن است. به لحاظ اجزا و ارکان شکل دهنده یک سیاست جنایی، به سه محور جامعیت در موضوع، جامعیت در اتخاذ روش ها و جامعیت در به کارگیری و استفاده از مراجع دخیل در واکنش به پدیده مجرمانه تقسیم می شود. از سوی دیگر، با توجه به ضرورت و کارآمدی سیاست جنایی، نوعی اولویت در روش ها و برنامه ها لحاظ می شود (آنسل، ۱۳۹۲، ۵۸۵۶-۵۸۵۷)

ج- اولویت دادن به جرایم

در سیاست جنایی به یک یا چند جرم و انحراف خاص توجه نمی شود، موضوع سیاست جنایی تمامی جرایم و انحرافات است، به ویژه که امروزه یافته های جرم شناسی از ارتباط جرایم با یکدیگر سخن می گویند. در واقع جرایم مجموعه هایی مرتبط با یکدیگرند. لازمه رویارویی و مقابله ریشه ای با جرایم و پیش گیری از انحرافات به معنای نقض هنجارهای غالبی است. اهمیت مساله و اولویت گذاری به حدی است که امروزه از جرم زدایی و کیفر زدایی در حوزه حقوق و تساهل و تسامح در حوزه سیاست اجتماعی سخن گفته می شود و این، همه در راستای توجه بیش تر و جدی تر به جرایم و انحرافات مهم تر را مطرح می نماید. (آسل، ۵۷، ۱۳۹۲)

د-جامعیت، وروش های اصلاح گرایانه

یک سیاست جنایی، کارآمد از تمامی روش های مؤثر در رویارویی و مبارزه با جرایم و انحرافات کمک می جوید. برای شناخت و سنجش میزان کارآمدی یک سیاست جنایی کار آمد باید به فهرست روش هایی که مورد توصیه سیاست جنایی است مراجعه شود. لزوم جامعیت در روش ها و رویارویی با جرم و انحراف، ناشی از گستردگی و تفاوت عوامل و زمینه های پیدایش جرایم و انحرافات، اعم از عوامل و زمینه های فردی و درونی و اجتماعی و بیرونی، است. آن چه امروزه بیش تر مورد تأکید است، درپیش گرفتن تدابیر و روش های پیش گیرانه و آن هم با جهت گیری اصلاح و درمان است زیرا این روش ها نقش ریشه ای و اساسی در مبارزه با جرم و انحراف را ایفا می کند.

و- اولویت دادن به مشارکت اجتماعی

واکنش، همه جانبه، نسبت به جرم و انحراف، مستلزم به کارگیری همه مراجعی است که با این پدیده سروکار دارند، برخی از زمینه های شکل گیری پدیده مجرمانه به عملکردهای نادرست مراجع باز می گردد، هر یک در تکوین مجرم سهیم اند، باید از امکانات بالقوه و بالفعلی که این مراجع در اختیار دارند، به صورت مؤثری درواکنش به پدیده مجرمانه استفاده کرد. تنها قوه قضائیه مسئول مبارزه با جرایم نیست. قوه مجریه و نهادهای اجرایی و اداری، سازمان ها و مراجع اجتماعی غیر دولتی و یکایک افراد اجتماع، باید در این فرآیند سهیم باشند. آن چه در این میان اهمیت دارد، نقش اساسی مشارکت اجتماعی است که به معنای دخالت دادن و سهیم کردن شهروندان و سازمان ها و گروه های غیر دولتی در این مهم می باشد؛ علاوه بر آن که هزینه های دولتی را پایین می آورد، یک بسیج همه جانبه برای پیش گیری و مبارزه با پدیده مجرمانه نیز شکل می گیرد. (صادقی، ۱۳۸۹، ماناهم، عدالت، شماره دوازدهم،)

ه- اقتدار دولت، امنیت عمومی و رعایت حقوق

جرم عامل و ناقض حقوق فردی است، و امنیت عمومی را مخدوش می سازد و ارزش های اجتماعی را می شکند. در واقع جرم همواره با شکستن اقتدار دولت و به هم زدن نظم و امنیت عمومی ملازمه دارد و وقتی سخن از سیاست جنایی و حقوق جزایی در میان است، از تدابیری بحث می شود که این اقتدار را به دولت و امنیت را به اجتماع بازگرداند. روشهایی که بیش تر خاصیت سرکوب گرایانه دارد گرچه هدف را سریع تر محقق می سازد اما می تواند آسیب پذیر باشد. حقوق و آزادی های فردی را به صورت جدی به مخاطره اندازد. درست است که پذیرفتن حکومت قانون یک

ضرورت برای زندگی اجتماعی است و به معنای دست کشیدن از بخشی از حقوق و آزادی های فردی است، اما این مساله نباید به سلطه و اقتدار بیش از حد کارگزاران حکومت و خودکامگی آنان منجر شود. تدابیر پیش گیرانه باید حافظ حقوق و آزادی های شهروندان باشد. (نجفی ابرند آبادی، سیاست جنایی، عدلت حقوقیش ۱۱ و ۱۲)

ی- هزینه اندک در عین بازدهی

هدف از طراحی، برنامه ریزی و اجرای تدابیر و روشها، گرفتن بازخوردها و اصلاح مجدد آن ها، است که از آن به مدیریت سیاست جنایی تعبیر می شود، و هزینه های زیادی را بر اجتماع تحمیل می کند. دولت ها مجبور اند این هزینه ها را تأمین نمایند؛ و این باعث افزایش قیمت ها، ایجاد فقر و طبقاتی شدن جامعه می شود که خود از جمله عوامل جرم زا است؛ یکی از ایده هایی که در تدوین سیاست جنایی دنبال می شود پایین آوردن هزینه های مقابله با جرم از طریق در پیش گرفتن تدابیری است که بازدهی زیاد داشته باشد. بحث هزینه ها تنها معطوف به منابع مادی و غیر انسانی نیست و منابع انسانی از جمله هزینه ها به حساب می آید، مشارکت اجتماعی امری است که هم هزینه بسیار اندکی برای دولت در پی دارد و هم منافع و ثمرات زیادی را برای جامعه به دنبال دارد. (صادقی. نجفی، همان، ۱۴۷)

نتیجه‌گیری

سیاست جنایی در بخش‌های مختلف، مبین یک اصل می باشد و آن لازمه تدوین سیاست جنایی بر معیار های ارزشی جامعه است که قابل اجرا نیز باشد. جامعه ای که در تدوین سیاست جنایی با چالشها مواجه باشد فاقد توانایی اجرای عدالت همگانی است و در فرایند حرکت خود در نظام قضایی بخصوص توانایی اجرای عدالت را از دست می دهد و نظام با بحران مشروعیت مواجه می شود

سنجیدگی «علمی» بودن سیاست جنایی یک ضرورت است که سیاست جنایی به جرم شناسی بسیار نزدیک می شود و با آن پیوند می خورد و به همین دلیل است که باید از متخصصان و صاحب نظران علوم گوناگون در تدوین سیاست جنایی بهره برد. اما علمی بودن سیاست جنایی به معنای آن نیست که بتوان از هر آموزه و تدبیری که اهداف مورد نظر سیاست جنایی را برآورده سازد بهره جست. در واقع این تدابیر، از (صافی) فلتتر، اصول و ارزش های بنیادین مورد قبول هر جامعه می گذرد که پذیرفته یا رد می شود. در سیاست جنایی دو عنصر از عناصر سیاست جنایی شناخته می شود و عبارتند از:

منطقه کنترل شده رفتاری

منطقه آزادی رفتاری

منطقه کنترل شده رفتاری: منطقه ای است که نقض هنجار در آن توسط فرد حائز شرایط مسئولیت جزایی است و با ضمانت اجرای مواجه می شود، منطقه کنترل شده رفتاری: در اجتماع به سه منطقه (الزام) و (مسئولیت) و (کیفر) دیده شده است. در این روش بررسی، (جرم) به عنوان نقض هنجارهای لازم الاتباع (انحراف) بعنوان نقض هنجارهای اجتماعی وضعیت موجود رفتاری تعریف شده است.

منطقه الزام: مسائل عمده ای است که در بررسی منطقه سیاست جنایی قابل توجه می باشند و عبارتند از:

تجزیه احکام تکلیفی (هنجارهای حقوقی). الزام آور، سیاست جنایی (تقنینی) و دو منطقه رفتاری که با حاکمیت (اصل قانونی بودن) در این سیاست، از یکدیگر متمایز می باشند. منطقه کنترل شده (مستند به قوانین الزام آورد و منطقه آزاد است در منطقه آزاد رفتاری قانون گذار شهروندان را در انتخاب روش زندگی آزاد گذاشته و در منطقه کنترل شده فعل یا ترك پاره ای از افعال را لازم

دانسته و با پیش بینی ضمانت اجرای جزایی آزادیهای فردی را در محدوده الزامات محدود نموده است.

ب منطقه مسئولیت

منطقه کنترل شده رفتاری با طبیعت کیفری، پاسخ به رفتار ناقض هنجار حقوقی شناخته است بنابراین، منطقه الزام یا منطقه کنترل شده رفتاری، بین منطقه مسئولیت و منطقه کنترل شده رفتاری رابطه مثبت وجود دارد. به این معنا که هرچقدر منطقه مسئولتی گسترده تر و شامل افراد بیشتری باشد، منطقه کنترل شده رفتاری گسترده تر است و هر چه منطقه مسئولیت محدودتر باشد منطقه کنترل شده رفتاری محدودتر است.

افغانستان در حال گذار و بازسازی زیربنای عمده کشوری به خصوص در عرصه قضایی می باشد. دستیابی سریع به اهداف، همگام با کمترین هزینه در این راستا، در قدم اول نیاز مبرم به برنامه سازی در سطح کلان در سیاست جنایی دارد. درثانی، اشتراک جامعه مدنی درکنار عناصر دولتی در سطح گسترده، نقطه عطف پیش گیری و مبارزه با پدیده های مجرمانه خواهد بود. النهایه، چنانچه این عناصر رسمی (ارگان های دولتی) و عناصر غیر رسمی (جامعه مدنی) بتوانند در کنار یکدیگر به طور منسجم و هم آهنگ در این راستا حرکت نمایند، مطمئناً نتیجه مورد نظر حاصل خواهد آمد. همین انسجام و هم آهنگی اگر در عرصه های فراملی و جهانی بین کشورهای منطقه و سایر کشورها در مقابل پدیده های مجرمانه سازمان یافته و فراملی که رو به گسترش نیز می باشد... همانند جرایم فراملی و سازمان یافته ای چون: تروریسم، قاچاق انسان، قاچاق مواد مخدر، قاچاق اشیای عتیقه، تطهیر پول و... به درستی اتخاذ گردد، مطمئناً کارآمدتر از سیاست های تک بعدی و یک جانبه خواهد بود. تدوین سیاست جنایی کارآمد از ضروریات یک جامعه است تا بتواند فرایندی سیاست خود را در امر مبارزه با جرم و مجرم تدوین و تثبیت نماید.

منابع

- ۱- احمد نقیب زاده، درآمدی بر جامعه شناسی سیاسی، تهران: نشر سازمان مطالعه و تدوین کتب، سمت، ۱۳۷۹، چاپ نهم،
- ۲- جمال انصاری و هکاران، سیاست جنایی از گفتمان تا برخواست، تهران نشر مجمع علمی فرهنگپنجاب دوم ۱۳۹۲ ص ۱۲۰
- ۳- حسامی حضرت گل تاریخ قضا در افغانستان کابل انتشارات سعید ۱۳۸۸
- ۴- حسینی، سید محمد؛ سیاست جنایی در اسلام و در جمهوری اسلامی ایران، تهران، انتشارات سمت، سال ۱۳۸۳، چاپ اول، ص ۲۳
- ۵- رحمدل، منصور، سیاست جنایی ایران در قبال جرایم مواد مخدر، انتشارات سمت، ۱۳۸۶
- ۶- صادقی، احمد رضا، مقاله: سیاست جنایی مشترک منطقه‌ای عاملی موثر در پیش‌گیری از جرایم و مواد مخدر، ماهنامه عدالت، شماره ۸۶، سال دوازدهم، ۱۳۸۹.
- ۷- فرهنگ لاروس عربی - فارسی، ترجمه: حمید طیبیان. جلد اول، چاپ هجدهم، تهران: نشر امیرکبیر، ۱۳۸۷، ص
- ۸- وزارت عدلیه، قانون جزای افغانستان، جریده رسمس، شماره ۳۴۷ کابل: مطبع دولتی، ۱۳۵۵
- ۹- لارژر، کرسستین، درآمدی به سیاست جنایی، برگردان: دکتر علی حسین نجفی ابرآباندی، انتشارات میزان، ۱۳۸۲
- ۱۰- مارتی، میری دلماس، نظام‌های بزرگ انصاری ۱۳۹۲ ترجمه، نجفی ابرند آبادی، علی حسین، ج ۱، میزان، ۱۳۸۱
- ۱۱- مارتی، میری دلماس؛ نظام‌های بزرگ ۱۳۹۲ ترجمه علی حسین نجفی ابرند آبادی، تهران، نشر میزان، پائیز ۱۳۸۱، چاپ اول، جلد نخست، ص ۲۳ و ۲۴.
- ۱۲- مارک آنسل، دفاع اجتماعی، ترجمه: محمد آشوری و علی حسین نجفی ابرندآبادی. تهران: نشر گنج دانش، ۱۳۹۱، ص ۵۶
- ۱۳- محمد العماره التشریح الجنایی، ج ۱، چاپ چهارم، مصر مکتب التراث قاهره، ۱۴۰۵ هجری،
- ۱۴- مرتضوی، سعید، قاچاق مواد مخدر و روان گردان (سیاست جنایی ایران و فرانسه با اشاره به اسناد بین المللی) انتشارات مجد، ۱۳۸۸
- ۱۵- معصومه سادات، سیاست جنایی افغانستان در قبال زنان بزه دیده تهران نشر میزان ۱۳۹۰

۱۶- نجفی ابرایندی، دکتر علی حسین، مقاله «سیاست جنایی»، مجله تحقیقات حقوقی، انتشارات دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ش ۱۱ و ۱۲.

تظاهرات اتولارنگولوژیک ریفلوکس^۴

پوهنوال دوکتور عبدالله "درمان رحیمزاد"

و پوهنوال دوکتور زلمی "مولوی زاده"

خلاصه

ریفلوکس از شایع ترین امراض سیستم هضمی بوده، که شیوع آن در سالهای اخیر رو به افزایش است. یک در چهارم نفوس را در کشور های پیشرفته مصاب ساخته و در هر دو جنس یعنی خانمها و ذکور تقریباً مساویانه دریافت شده است.

تخمین زده میشود روزانه حدود 10% افراد و حدود 30% در طول هفته در جاتی از ریفلوکس دارند.

اطلاعات جدید ارائه شده زوایای تاریک مرض را روشن نموده و به نظر میرسد، مرض بسیار شایعتر از این باشد، زیرا مشخص شده است، که حدود 25% مریضان مبتلا به ریفلوکس فقط تظاهرات اتولارنگولوژیک دارند و حتی ادعا میشود ریفلوکس شایعترین علت مرض التهابی حنجره است.

بعضی از عوارض از جمله التهاب و آسیب نسج اپیتیل مری و مری بارت در مردان بیشتر دیده شده است. افزایش سن به حیث یک فکتور مهم در پیدایش عوارض مرض مطرح شده است. سفید پوستها نظر به نژاد های دیگر بیشتر مصاب گردیده، اما در تمام نژاد دیده شده است. سترس بحیث یکی از عوامل مهم در تأسس مرض مطرح شده است.

تخمین زده میشود 25% از مریضان صرفاً اعراض عنق و راس دارند. این اعراض شامل یک یا زیاد تر از اعراض ذیل میباشد: بزاق زیاد، خشن بودن صدا، افزایش خلف انف، تغییر صدا، سرفه معند، چسپیدن غذا در گلو، احساس بندش غذا در گلو، گوش دردی، صاف کردن گلو، درد عنق، درد گلو، احساس سوزش در گلو، احساس خفقان و برانکوسپزم و هکذا کارسینوم حنجره و طرق هضمی تنفسی علوی میتواند ضمیمه ریفلوکس مزمن باشد.

^۴ - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور عبدالحکیم "حکمتی" استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

مقدمه

ریفلوکس یک وتیره مهم و قابل توجه بوده، که عدم شناخت و عدم آگاهی از زمینه های مساعد کننده و عوامل تهدید کننده و عواقب بس جدی، خطر زا و غیر قابل کنترل را در پی دارد. در پرکتس های روزانه شاهد یکتعداد واقعات و مریضان هستیم که هزینه بزرگ غرض تداوی و تعقیب عوارض ناگوار از مریضان میگیرد. بناءً لازم است این مسله بصورت دقیق و همه جانبه مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. از اینکه بخش عظیمی از افراد دچار این پرابلم مهم میباشد و ما را وادار میسازد تا در مورد توجه خاص نموده و امکان بدست آید تا در جستجوی راه های مناسب وقایوی و تداوی آن اقدام گردد. هکذا تلفات، عوارض و اختلالات ناشی از این مرض قابل توجه دست اندر کاران است، که ضرورت به دقت و غور بیشتر دارد. از آنجاییکه میدانیم حالت اقتصادی، اجتماعی، عدم آگاهی عامه، بی توجهی نهاد های دولتی و عدم شناخت عوامل تهدید کننده، از طرف افراد جامعه در حد لازم و مناسب نبوده و این فکتور ها در رشد و انکشاف مرض ارزش به سزایی دارد و جامعه را بیشتر از این دچار پرابلم های مشکل تر قرار میدهد.

امروزه افزایش جمعیت و مهاجرت در جمله عوامل ایجاد کننده افزوده است. بدون شک شناخت عوامل تهدید کننده هم در سلامت افراد و هم در قلع و قمع مرض یاری میدهد و هم باعث پیشگیری از گسترش آفت میگردد.

به نظر میرسد که تداوم این وضعیت، بی توجهی در وقایه و تداوی برای جلوگیری از این مرض ما را به چالش های پر هزینه و زمان گیر روبرو خواهد ساخت. بدین وسیله به مراکز علمی و تحقیقی پیشنهاد میدارم تا با در نظر داشت وسعت پیمانۀ مرضی این وتیره کار های بیشتری برای شناخت این پرابلم صورت گیرد.

یافته‌ها

ریفلوکس در جنس اناث بیشتر اتفاق افتاده یعنی 55.7% را تشکیل داده، در حالیکه ذکور 44.3% دیده شده است. سترس بیشترین رول را در تولید ریفلوکس در نزد خانمها بازی کرده است. ریفلوکس در گروه سنی 31-40 را در نزد مردان یعنی 59%، در حالیکه در نزد خانمها نیز در همین گروه سنی بیشترین واقعات را تشکیل داده است (45.8%).

از نظر تولید اعراض بیشترین آن heartburn یا برگشت اسید است، که 43% را تشکیل داده است. صاف کردن گلو به درجه دوم یعنی 41% را به خود اختصاص داده در حالیکه reflux laryngitis و chronic cough با ترتیب 37% و 33% را از نظر تولید اعراض تشکیل داده است. واژه های کلیدی: ریفلوکس و علایم اتولرینگولوژیک در کاهلان و در اطفال

اهداف

ارزیابی تظاهرات اتولارنگولوژیک ریفلوکس و فیزیوپاتولوژی بروز آن
معرفی ریفلوکس بصورت دقیق و اشتباه نگرفتن آن با آفات مشابه
بادر نظر داشت واقعات کثیر این مرض و کلینیک مشابه با ریفلوکس
مقاومت در تداوی و عدم تعقیب در تداوی درست از جانب مصابین
تشخیص به وقت و جلوگیری از عوارض آن
رهنمایی شیوه های تداوی و صحت یابی کامل از آن

معرفی دستورالعمل های مناسب برای مریضان جهت صحت یابی و جلوگیری از برگشت مرض
روش تحقیق

در این پژوهش از روش تحقیق مختلط استفاده شده یعنی از مشاهدات مستقیم و اخذ تاریخچه دقیق از مریضان و اجرای معاینات متمم و هم از منابع کتابخانه یی استفاده صورت گرفته است.

پیشینه

مرض برگشت معده به مری یا ریفلوکس (Gastroesophageal Reflux Disease=GERD) که به صورت سوزش سر دل و ریگورجیتیشن تظاهر میکند، مرض بسیار شایعی است. علایمی مانند گرفتگی صدا، لارنژیت، افزایش خلف انف، تغییر صدا، سرفه مزمن، گلوبس فانژیوس، اوتالژی، درد گلو، درد گردن و بسیاری علائم دیگر ممکن است تظاهرات ریفلوکس باشند. (۵)

مرض گاهی بصورت علایم مریضی های خارج مری یا اتیپیک، مانند درد قفس سینه به مثل مرض قلبی، علایم ریوی مانند استما و سرفه مزمن، علایم مرض حنجره مثل aphonia و hoarseness و یا اختلالات خواب از خود نشان دهد.

هرچند علل زمینه ساز مرض ریفلوکس ناشناخته باقی مانده، اما ساختمان و وظیفه محل اتصال مری به معده در پتوجنیز بروز مرض مهم میباشد. در افرادی که ریفلوکس خفیف و متوسط دارند، سست شدن گذری اسفنکتر تحتانی مری بیشتر از افراد سالم نیست، ولی در مقایسه با این مریضان، افرادی که ریفلوکس شدید دارند، اغلب مبتلا به فتق هیاتال میباشدند. (۴)

شیوع مرض را بر اساس علایم کلینیکی سوزش عقب قفس سینه و ریگورجیتیشن اسید با معیار حد اقل هفته یک بار، حدود ۲۵ درصد در کشورهای غربی تخمین شده است.

این مرض از شایع ترین امراض هضمی بوده که شیوع آن در سالهای اخیر رو به افزایش است. کاهش میزان انتان هلیکوباکترپیلوری در سال های اخیر منجر به افزایش تولید اسید معده شده است و یکی از عللی است که برای تفسیر این روند صعودی محتمل میباشد. انتان هلیکوباکترپیلوری با درگیری همزمان انتروم و جسم معده (که حاوی سلولهای ترشح کننده اسید است)، میتواند سبب کاهش اسید معده شود. علت دیگری که برای افزایش این مرض محتمل است، اپیدمی چاقی در حال حاضر است. انتشار خانوادگی مرض و عوارض ناشی از آن، نقش جنتیک را در این مرض مطرح نموده است. (۱ و ۲) از عوامل بوجود آورنده مرض به این ترتیب یادآوری میشود:

سست شدن اسفنکتر تحتانی مری حین بلع در ۱۰-۵٪ مریضان ریفلوکس به وجود می آید. فشار پایین اسفنکتر تحتانی مری در یکتعداد مریضان ریفلوکس از جمله عوامل بوجود آورنده بوده میتواند و همچنان از اتساع معده، هورمون ها (کولیسیتوستوکینین)، مواد غذایی چرب و کافین، الکهول، سگرت و دوا های ضد التهاب غیر استروئیدی نیز در جمله عوامل بوجود آورنده نام برده میتوانیم.

فتق سوراخ مری از دیافراگم در ۹۴-۵۴٪ مریضان ایزوفازیت ناشی از ریفلوکس میباشد. این فتق باعث اختلال در وظیفه اسفنکتر تحتانی مری و همچنین اختلال در پاک شدن مری از اسید میشود. (۷)

دو عامل مهم در ایجاد تظاهرات اتولارنگولوژیک ریفلوکس عبارت اند از:

تغییرات ریفلوکسی ناشی از تحریک عصب واگوس

تماس مستقیم عصاره معده با اسید، پپسین، صفرا و ترشحات غدوات معدوی با مخاط فوقانی مری، حنجره و تراخیا.

پرخوری، سریع غذا خوردن، نجویدن کامل غذا، خوردن غذا با استرس و اضطراب زیاد، خوردن غذا های تند، چرب و شور، مصرف ادویه زیاد و سیب زمینی سرخ کرده، مصرف انواع سس های چرب و پر نمک بخصوص سس های قرمز، مصرف نان هاییکه خمیر آن بخوبی پخته نمیشود، پوشیدن لباس های تنگ، مصرف غذا های ثقیل که باعث فشار مضاعف به اسفنکتر تحتانی مری میشود، دراز کشیدن بلافاصله پس از صرف غذا، بلند کردن اجسام سنگین یا خم شدن زیاد، زیرا به اسفنکتر فشار وارد می کند، حاملگی به علت فشار رحم به معده میتواند باعث ریفلوکس یا تشدید آن شود. چاقی بیش از حد، قبضیت به دلیل افزایش فشار داخل امعا و معده، سخت و محکم بستن کمربند را نیز از جمله عوامل ایجاد کننده ریفلوکس معده قلمداد کرده اند. (۹)

ورود اسید معده به ناحیه دیستال مری از طریق تحریک عصب واگوسوس یا ریفلوکسهای دیگر منجر به صاف کردن گلو بطور مزمن و سرفه میشود و به دنبال آن علایم و نشانه های مرض لارنکس ظاهر میشود. اختلالات حرکتی مری، میتواند موجب ازوفاژیت گردد. اینکه آیا ازوفاژیت منجر به اختلالات حرکتی مری میشود یا يك اختلال حرکتی زمینه ساز عضلات ملسا، فرد را مستعد به مرض ریفلوکس میکند، مشخص نیست.

کاهش بزاق در وقت خواب علتی برای ایجاد دوره های ریفلوکس شبانه میباشد یعنی زمان پاك شدن اسید از مری را طولانی میسازد و سبب ایجاد التهاب در مری میشود. مصرف سیگار نیز باعث طولانی شدن زمان پاك شدن اسید از مری به علت کاهش بزاق شده و علاوه بر آن نیکوتین سیگار با کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری زمینه ایجاد ریفلوکس را مساعد میسازد. (۸)

تأخیر در تخلیه معده از علل مهم ایجاد مرض به خصوص نزد مریضان دیابتیک توام با نیورپاتی میباشد. در این مریضان تخلیه مواد جامد به کندی انجام میشود.

اسید و پپسین از عوامل مهم، در ایجاد آسیب مخاطی به علت برگشت محتویات معده به مری میباشد. در مطالعات حیوانی نشان داده شده که اسید به تنهایی سبب آسیب خفیفی میشود، در حالیکه ترکیب اسید با مقادیر کم پپسین، سد محافظتی مخاط معده را تخریب مینماید و باعث نفوذ پذیری بیشتر و تغییرات مخاطی میگردد. به نظر میرسد صفرا يك اثر تشدید کننده در آسیب ناشی از ریفلوکس اسید در مری دارد. (۶)

در مطالعات مختلف، اختلالات روانی در افرادی که مبتلا به مرض ریفلوکس اند، به خصوص گروهی از مریضانی که در اندوسکوپی آسیب مخاطی واضح ندارند، بیشتر مشاهده شده است. در مطالعات مختلف افزایش ترشح اسید در هنگام استرس، کند شدن تخلیه معده با استرس های روانی و افزایش حساسیت مری، به عنوان مکانیزم های ذیدخل در بروز مرض مطرح شده اند.

سوزش عقب قفس سینه یکی از علائم اصلی مرض میباشد. این احساس از معده یا قسمت پایین قفس سینه شروع شده و به طرف گردن و بلعوم و گاهی عقب انتشار یافته و پس از مصرف غذا های حجیم تشدید میگردد.

علائم شایع دیگر، خروج گاز داغ یا احساس ورود مایع تلخ و شور به بلعوم است، که معمولاً بدون فشار و بعد از مصرف غذا اتفاق افتاده و در وضعیت خوابیده بدتر میشود. (۱۱)

عسرت بلع در ۳۰ درصد مبتلایان گزارش شده است، معمولاً بعد از دوره طولانی سوزش عقب قفس سینه و عسرت بلع با پیشرفت تدریجی نسبت به جامدات رخ میدهد. کاهش وزن از علائم ناشایع میباشد.

ترشح بیش از حد بزاق، بلع دردناک، آروغ زدن، تهوع و استفراغ از علائم مرض است، ممکن است با شیوع کمتر دیده شوند. بعضی مریضان مسن بدون علائم میباشد.

اکثر مطالعات اخیر نشان داده اند، که درد قفس صدري ناشی از مرض ریفلوکس، شایعترین علت درد قفس صدري غیر قلبی میباشد.

در مریضان مصاب به استما که در دوره بلوغ ظاهر شده و بدون علل الرژیک میباشد و به تداوی های رایج استما پاسخ مناسب نمیدهد، بایستی مرض ریفلوکس در نظر گرفته شود. این مریضان علائم اصلی مرض ریفلوکس را نداشته ولی با تداوی مرض ریفلوکس علائم استما در آنان تخفیف می یابد. (۱۰)

التهاب حنجره ناشی از ریفلوکس شایع میباشد. این مریضان با گرفتگی صدا، احساس موجودیت چیزی در گلو و گلودرد های مکرر مراجعه میکنند.

مرض ریفلوکس سومین علت سرفه مزمن بعد از امراض سینوس و استما میباشد. ۲۰ درصد افرادی که سرفه مزمن دارند مبتلا به ریفلوکس میباشد. (۶)

خونریزی شدید، پارگی مری و تنگی لومن مری در ۷-۲۳٪ از عوارض ازوفازیت ناشی از ریفلوکس میباشد.

تشخیص مرض روی اساسات کلنیکی و بر اساس علایم و پاسخ به تداوی میباشد. اما گاه نیاز به اقدامات تشخیصی، برای تأیید مرض و یا پیگیری عوارض ناشی از مرض وجود دارد. در صورت لزوم معاینات اختصاصی اجرا شود.

معاینه مواد غایطه به منظور دریافت هلیکوباکتر پیلوری تجویز میگردد.

اندوسکوپیی یکی از روش های تشخیص مرض است، در صورتیکه ضرورت شود.

با تایید تشخیص لازم است نقاط ذیل را برای مریض آگاهی داد و شیوه های تداوی را با در نظر داشت عوامل و فکتور های مساعد کننده و تشدید دهنده یاد داد.

انتی اسید ها، اسید معده را خنثی کرده و همچنین فشار اسفنکتر تحتانی مری را افزایش میدهند. لازم است که هر یک تا سه ساعت بعد از غذا و به صورت مکرر جهت تسکین علایم از آن استفاده گردد.

تداوی با نهی کننده های اسید، ساده ترین و قطعی ترین روش برای تشخیص مرض و ارزیابی ارتباط آن با علایم مرض میباشد. تداوی با نهی کننده پروتون پمپ (قوی ترین نهی کننده اسید) معمولاً 6-2 هفته دوام داده میشود.

نهی کننده های پروتون پمپ، ترشح اسید تحریک شده با غذا و اسید شبانه را با درجه بیشتری نسبت به H2 receptor نهی میکنند. مصرف H2 receptor های نوع دو (سایمتیدین، رانیتیدین، فاموتیدین و نیز همانند انتی اسید ها قادر به ترمیم کامل ازوفازیت به خصوص در موارد ازوفازیت شدید نیستند.

دوهاییکه اسفنکتر تحتانی مری را تقویت و کمک می کنند، تا معده با سرعت بیشتری خالی شود، از جمله دومپیریدون و متوکلوپرامید را نام گرفته میتوانیم.

دوهاییکه اسپاسم عضلی را کنترل می کنند، مثلاً؛ دیسیکلومین و هیوسین.

دو های ضد افسردگی مانند، نورتریپتیلین، دسیپرامین، سرتالین با دوز پایین.

در صورت موجودیت باکتری هلیکوباکتیرپیلوری در معده از انتی بیوتیک ها استفاده میگردد.

اصلاح شیوه زندگی و رژیم غذایی مناسب.

مریض وعده های غذایی خود را در حجم کمتر و دفعات بیشتر دریافت نماید.

پرهیز از مصرف غذا های محرک درد، نظیر غذا های ادویه یی و چرب

جویدن آهسته و کامل غذا

اجتناب از دریافت بیش از حد هوا از طریق دهن در حالات، مانند سیگار کشیدن، به سرعت غذا خوردن، نجویدن، نوشیدن از طریق نی، مصرف نوشابه های گازدار.
حفظ وضعیت عمودی پس از صرف غذا یعنی نباید حد اقل تا دو ساعت پس از صرف غذا دراز بکشد یا بخوابد.

بالا گذاشتن بالش در هنگام خواب به خصوص در مواردی که ریفلوکس شبانه وجود دارد.

پرهیز از پوشیدن لباس های تنگ

کاهش وزن در صورتیکه ریفلوکس با چاقی همراه است.

عدم مصرف الکل و سیگار

شناسایی عوامل استرس زای موجود در زندگی روزانه و اقداماتی مانند؛ ورزش، گوش دادن به موسیقی آرامش بخش، دعا و غیره میتواند با استرس های روزانه مبارزه نماید. (۷ و ۹)
یادگیری و تمرین تکنیک های استرخا دهنده مانند ریلکسیشن تنفس، مدیتیشن، یوگا، ریلکس تراپی عضلاتی و غیره بلافاصله بعد از غذا خوردن نباید ورزش نمود، همیشه بعد از غذا خوردن باید به معده و گوارش، فرصتی را برای هضم غذا داد.

بالاخره اختلال حرکتی مری، نقصان مکانیزمهای پاک کننده و پایین بودن احساس سوزش و درد

ناشی از وجود اسید در مری در بروز تظاهرات اتولرنگولوژیک بی تأثیر نیستند. (۵)

تظاهرات اتولرنگولوژیک سرو گردن ناشی از ریفلوکس مری

تظاهرات شایع اتولرنگولوژیک ریفلوکس

تظاهرات غیر شایع ریفلوکس

گرفتگی صدا

سرفه مزمن

صاف کردن گلو

لارنژیت مزمن

گلوپس فارنژیوس

قرحه و گرانولوم حبول صوتی

سینوز حنجره و تراخیا

سرطان حنجره

لارنگواسپازم حمله یی

سوزش ناحیه ایگستریک و رگورجیتیشن

تظاهرات غیر شایع ریفلوکس

احساس جسم خارجی در گلو

درد ناحیه گردن، دهان و گلو

دیسفاژی اوروفارینکس

بوی بد دهان، و مزه بد دهان

تخریبات دندان

اوتالژی

سینوزیت مزمن

کروپ و استرایدر

دیسفونی

در مطالعات مختلف حدود ۸۰-۵۰ درصد مریضانیکه گرفتگی صدای مزمن دارند در مطالعه PH متری ریفلوکس دارند.

مریضانیکه بیش از سه هفته سرفه مزمن دارند، باعث افزایش خلف انف، برانشیت مزمن و استما میگردند، که حدود 20% از این مریضان مصاب به ریفلوکس اند. این مریضان معمولاً سیگار نمی کشند، رادیوگرافی قفسه صدی طبیعی دارند(۴)

میتود تحقیق

این تحقیق بالای ۱۴۹ مریض که از جمله ۸۳ نفر آن اناث و ۶۶ نفر آن ذکور بوده است، به شیوه آیندهنگر اجرا گردیده است. از مریضانیکه در کلینیک مراجعه نموده اند، مشاهده دقیق به عمل آمده و معاینات متمم صورت گرفته است و با در نظر گرفتن تمامی مشخصات مریضی و ثبت اعراض و عوامل ناشی از آن تجزیه و تحلیل گردیده است.

دریافتها

جدول ۱- فیصدی واقعات از نظر جنس

جنس	تعداد	فیصد
ذکور	۶۶	۴۴.۳
اناث	۸۳	۵۵.۷
مجموع	۱۴۹	۱۰۰

جدول ۲ - فیصدی واقعات از نظر تفکیک سن و جنس

جنس	ذکور			اناث					مجموع
	21-30	31-40	41-50	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	
سن در سال	21-30	31-40	41-50	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	مجموع
تعداد	21	39	6	6	38	27	8	4	۸۳
فیصدی	31.8	59	9	100	45.8	32.5	9.6	4.8	۱۰۰

جدول ۳- تعداد و فیصدی تظاهرات اتولارینگولوژیک ریفلوکس

miscellaneous	chronic cough	Dysphagia	reflux laryngitis	stenosis	heartburn or acid regurgitation	throat clearing	Globus	cough	Hoarseness	تظاهرات اتولارینگولوژیک
۱۹	۴۹	۳۴	۵۵	۳	۶۴	۶۲	۳۶	۴۰	۳۷	تعداد
13%	33%	23%	37%	2%	43%	41%	24%	27%	25%	فیصد

با ملاحظه جدول یک مشاهده می‌گردد، که ریفلوکس در جنس اناث بیشتر اتفاق افتاده یعنی 55.7% را تشکیل داده، در حالیکه ذکور 44.3% دیده شده است. با در نظر داشت شرایط اجتماعی و فرهنگی مردم ما فکر میشود، سترس در نزد خانمها بیشتر بوده باشد و سترس به احتمال اغلب بیشترین رول را در تولید ریفلوکس در نزد خانمها بازی میکند. تغذیه ناقص و تعدد یا کثرت ولادت ها میتواند عامل دیگری در تولید مرض در نزد خانمها باشد.

در جدول دوم میبینیم که ریفلوکس در گروه سنی 31-40 را در نزد مردان یعنی 59% را به خود اختصاص داده است، در حالیکه در نزد خانمها نیز در همین گروه سنی بیشترین واقعات را تشکیل داده است (45.8%). بالمقابل کمترین فیصدی واقعات را در گروه سنی 51-60 سالگی (4.8%) نشان میدهد، در حالیکه در نزد مردان در این گروه سنی هیچ واقعه ثبت نشده است و اما در مردان کمترین واقعات درگروه عمری 41-50 سالگی ثبت شده است (9%).

از نظر تولید اعراض بیشترین آن heartburn or acid regurgitation است، که تعداد آن ۶۴ مریض (43%) را تشکیل داده است. صاف کردن به درجه دوم یعنی 41% را به خود اختصاص داده است. chronic cough و reflux laryngitis با ترتیب 37% و 33% را تشکیل داده است.

مناقشه

تقریباً ۷-۸٪ جامعه روزانه در اثر ریفلوکس مکرر معدی و سوزش سر دل را تجربه می‌کنند. اگر علائم ریفلوکس بیش از ۲ بار در هفته رخ دهد، فرد به این بیماری مبتلا شده است. ریفلوکس اسیدی از شایعترین مشکلات سلامت شخص است و میتواند علائم زیادی داشته باشد. زیاد شدن بزاق دهان، بعد از هر غذا میتواند نشانه از ریفلوکس باشد. وقتی غدوات لعابی، وجود عامل تحریک‌کننده یی را در مری احساس می‌کنند، فعالیتشان را افزایش میدهند و آماده میشوند، که هر چه را در مری وجود دارد یا میخواهد به سمت بالا حرکت کند، بشویند و پاک کنند. معمولاً افراد، ترش کردگی و سوزش معده را با حمله قلبی اشتباه می‌گیرند. زیاد اتفاق می‌افتد که افرادی با درد شدید قفسه سینه به شعبه عاجل مراجعه می‌کنند در حالیکه مشکل اصلی آنها ریفلوکس است. عکس ماجرا نیز میتواند درست باشد. افرادی که دچار حمله قلبی شده اند به شعبه عاجل مراجعه نمیکنند، زیرا تصور میکنند دچار ریفلوکس هستند. اگر میان این دو حالت شک دارید، به داکتر مربوطه مراجعه فرمایید.

این مرض به مراتب شایعتر از چیزی است که در گذشته تصور میشد، چرا که تست های تشخیصی جدید به شناخت مریضان کمک کرده است. به عنوان مثال در آمریکا بیشتر از ۶۰ میلیون نفر حد اقل یکبار در ماه سوزش سر دل را تجربه می‌کنند و بر اساس برخی مطالعات، تخمین زده میشود که حدود ۱۹ میلیون نفر در این کشور هر روزه با این مشکل مواجه هستند و ۷ میلیون کودک نیز با این بیماری دست به گریبانند.

نتیجه گیری

بر اساس تحقیقات انجام شده، خطر ایجاد سرطان مری در فردی با سابقه ۲۰ ساله ریفلوکس شدید و تداوی نشده، بیش از ۴۳ برابر یک فرد بدون ریفلوکس می باشد. وقتی اسید معده از معده خارج میشود، فقط گلو را تحریک نمیکند، بلکه میتوانند راه خود را به سمت ریه ها نیز در پیش بگیرد. اگر این اتفاق بیفتد، شما سر از یک سینه بغل شدید در خواهید آورد. اگر به طور مکرر و بدون دلیل مشخصی به سینه بغل مبتلا میشوید، ریفلوکس میتواند یکی از علل آن باشد.

ریفلوکس در کودکان علاوه بر مشکلاتی مانند التهاب مری میتواند با ورود محتویات معده به مری و از آن طریق به شزن و موجب التهاب و عفونت ریه و حتی گاهی توقف تنفس یعنی apnaoe در کودک شود، که گاهی با خطرات حیات برای کودک همراه است.

سترس به احتمال اغلب بیشترین رول را در تولید ریفلوکس بازی میکند. تغذیه ناقص و کثرت ولادت ها میتواند عامل دیگری در تولید مرض باشد.

پیشنهادات

- ۱- معرفی و تبلیغات بیشتر در مورد عوامل و اسباب آن تا با آن بیشتر آگاهی پیدا کنند.
- ۲- از آنجاییکه ورزش یکی از برنامه های خوب برای دور ساختن یکتعداد عوامل مهم شدیداً مؤثر است، باید کار هایی صورت گیرد و برای تشویق و ترغیب ورزش که باعث کاهش یکتعداد زیادی از امراض میگردد.
- ۳- ایجاد مراکز قوی تداوی و وقایه از مریضانیکه دچار پرابلم های روانی هستند و برنامه هایی از طریق میدیا ها برای کم ساختن سترس از جمله پر ارزش ترین ابتکار ها خواهد بود.
- ۴- فرهنگ غذایی مناسب یکی از موارد مهم بوده که با انتظام پروگرام غذایی برای افراد جامعه خدمات شایانی صورت خواهد گرفت.

References

1. Dent J; El-Serag HB; Wallander AM; Johansson S. "Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review" *Gut* 2005
2. Goh KL, Chang CS, Fock KM, et al: Gastroesophageal reflux disease in Asia. *J Gastroenterol Hepatol*, 2000.
3. Johnson DA, Fennerty MB: Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, 2004.
4. Pourshamas A, Rahmani AR, Hatami K. "Gastroesophageal Reflux Disease in Iran". *Govaresh* Vol 10, No 1, Spring 2005 :48-54.
5. *Gallup Survey on Heartburn Across America*. Princeton, NJ: Gallup Organization; 1988.
6. Gilger MA. Pediatric otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Curr Gastroenterol Rep*. 2003
7. Goh KL, Chang CS, Fock KM, et al: Gastroesophageal reflux disease in Asia. *J Gastroenterol Hepatol* 2000.
8. Hom C, Vaezi MF. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013
9. Johnson DA, Fennerty MB: Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2004.
10. Katle EJ, Hatlebakk JG, Steinsvag S. Gastroesophageal reflux and rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2013.
11. Orenstein R, Shalaby TM, Barmada M, Whitcomb DC: Genetics of gastroesophageal reflux disease: A review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002.
12. M Nilsson, R Johnsen, W Ye, K Hveem and Leagergren. "Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro- oesophageal reflux". *Gut* 2004
13. Shaker R: **Introduction: Symposium on gastroesophageal reflux consensus reports**. *Am J Med* 1997

ارزیابی عوامل سببی مرض پارکینسون در صفحات شمال کشور^۱

پوهنوال دوکتور عبدالحکیم حکمتی

وپوهنمل دوکتور سید علی شاه اکبری

چکیده

مقدمه: السراتیف کولیت اختلال التهابی مزمن در کولون با دلایل ناشناخته است، که اغلب با اختلالات تغذیوی مهمی همراه میباشد. از جمله میتوانبه سوء تغذیه پروتئین، انرژی، کمبود ویتامین ها و مواد معدنی اشاره کرد که بر روی علائم مریضی اثرات منفی بجا میگذارد. با در نظر داشت نقاط ارزشمند متذکره لازم دانسته شد تا در این مورد مطالعه صورت گیرد.

هدف این مطالعه سرپایی: ارزیابی رژیم غذایی مریضانی بود که قبلاً توسط معاینه لابراتواری واندوسکوپیک، مریضی السیراتیف کولیتیس آن ها تشخیص داده شده است.

روش بررسی: در این مطالعه، ۴۱ مریض مبتلا به السراتیف کولیت که مریضی آنها در حد خفیف تا متوسط تشخیص داده شده بود، انتخاب نمودیم.

در مورد پرهیز یا محدودیت غذایی و دریافت غذایی مریضان توسط پرسشنامه معلومات جمع آوری گردید.

نتایج: نمونه‌ها شامل ۲۶ مرد و ۱۵ زن بودند. ۶۵/۹ فیصد مریضان دریافت شیر را کاهش یا به طور کامل قطع کرده بودند. محدودیت رژیمی در مورد مصرف میوه‌ها و سبزیجات به ترتیب ۲۴/۴ و ۴۳/۹ فیصد و در مورد حبوبات ۵۸/۵ فیصد بود. اوسط کالوری دریافتی در ۴۱ مریض $2125/14 \pm 60/83$ کیلو کالوری و در هر دو گروپ مقادیر دریافتی فایبر و کلسیم به طور قابل ملاحظه کمتر از مقادیر توصیه شده بود.

نتیجه گیری نهایی: بررسی دریافت غذایی وجود برخی کمبود مواد مانند کمبود کلسیم و آهن را نشان میدهد و دریافت فایبر به دلیل محدود کردن دریافت منابع آن مانند میوه ها، سبزیها و حبوبات پایین بود.

^۱ - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور عبدالله درمان " رحیمزاد " استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

مقدمه

السراتفیف کولیتیس مریضی مزمنی است که با التهاب و زخم مخاط امعای غلیظه همراه است. آسیب و التهاب میتواند در بخش کوچکی از امعای غلیظه یا در کل جدار آن ایجاد شود. این مریضی به طور عمده در جوانان و در خانم ها دیده میشود.^{۱۳}

اولین علامت این مریضی انقباضات دردناک ناحیه شکمی و اسهال خونی است، که درد با اجابت مزاج بهتر میشود. اسهال خونی مزمن از علایم عمومی این مریضی است، که بیشتر در شب خود را نشان میدهد؛ اما در سایر ساعات روز هم بروز میکند. سستی، تب، سرچرخشی دلبدی، بی اشتها، کم خونی و کاهش وزن از علایم دیگر السرافیف کولیتیس هستند.

السرافیف کولیتیس در حالت شدید، مشکلات تغذیه ای ایجاد میکند. کمبودهای تغذیه ای که به دنبال دفع مواد مغذی از طریق مدفوع آنگین حاصل میشود، تحریک پذیری عصبی، اضطراب و افسردگی را به دنبال دارد.^{۳۱}

مواد و متود تحقیق

تحقیق ساحوی است. در این مطالعه سرپایی که یک مطالعه توصیفی - تحلیلی میباشد، با توجه به مطالعه مشابه لیترا تور^(۱۱-۱۲)، ۴۱ مریض مبتلا به السرافیف کولیت مراجعه کننده به کلینیک شخصی میان که قبلاً از طریق بررسی های لابراتواری و آندوسکوپیکی مریضی آنها تأیید شده بود و در هنگام ورود به مطالعه در دوره تسکین مریضی قرار داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. همه مریضان به صورت سرپایی (بدون بستر شدن در شفاخانه) تداوی دوایی را دریافت میکردند و شدت مریضی آنها، از خفیف تا متوسط، توسط متخصص هاضمه با معاینه مجدد هنگام ورود به مطالعه مورد تأیید قرار میگرفت.

معیار های مطالعه

شامل اطلاعات عمومی، سن، جنس، وزن، قد، سن شروع مریضی، دوام مریضی با مصاحبه جمع آوری شدند. دریافت غذایی مریضان، سه بار در طول مدت دو ماه با فاصله زمانی ۳۰ روزه با استفاده از پرسشنامه عادات رژیم غذایی سه روزه (جمعاً ۹ روز) توسط میان بررسی گردید. این پرسشنامه ها پس از پایان مطالعه جهت بررسی از نظر دریافت انرژی، کاربوهایدریت، پروتئین و شحم، فایبر و سایر مواد غذایی با استفاده از کتاب راهنمای مقیاس های خانه گی مواد غذایی مورد ارزیابی قرار گرفت

همچنین در این مطالعه جهت بررسی برخی محدودیت های غذایی اجرا شده در رژیم غذایی این مریضان، غذاها یا گروپ های غذایی که توسط مریضان بعد از تشخیص مریضی، مصرف آنها قطع یا کاهش یافته و این کاهش تا زمان بررسی نیز ادامه داشت، به وسیله پرسشنامه و با مصاحبه جمع آوری شد.

هدف تحقیق

- دریافت رابطه مثلث
- السراتیف کولیتس
- دریافت رژیم غذایی
- سوء تغذیه

این مطالعه سرپایی با ارزیابی دریافت غذایی و برخی محدودیت های غذایی موجود در این مریضان انجام گرفت

مروری به لیتراتور

امراض التهابی امعا (Inflammatory Bowel Disease) گروپی از امراض مزمن مجرای هضمی هستند، که معمولاً به دو شکل کرون و السراتیف کولیت بروز میکنند و با التهاب مزمن در مجرای معدی - معایی مشخص میشوند (۱-۴).

السراتیف کولیت اختلال التهابی مزمن در کولون با دلایل ناشناخته است. این مریضی همراه با دوره های عود و تسکین با علائمی مانند اسهال، مدفوع خونی، کاهش اشتها، درد بطنی، دلبدی، استفراغ و کاهش وزن شناخته میشود (۵، ۶). امراض التهابی امعا اغلب با اختلالات تغذیه ای مهمی همراه هستند، که از آن جمله میتوان به سوء تغذیه (پروتئین کم - انرژی کم، کمبود ویتامین ها و مواد معدنی) اشاره کرد که بر روی علائم مریضی اثرات منفی میگذارد (۷). شیوع سوء تغذیه مرتبط با امراض التهابی امعا حدود ۲۳ فیصد در مریضان سرپایی تا ۸۵ فیصد در مریضانی که به دلیل عود علائم بستری میشوند، دریاف شده است (۸). سوء تغذیه تحت تأثیر عواملی مانند فعالیت مریضی، اندازه محل التهاب میباشد و فاکتور های ارتباطی آن شامل دریافت کم انرژی از غذا، افزایش میتابولیزم در وجود، افزایش ضایعات معایی دفع پروتئین با مواد غایطه و سوء جذب مواد مغذی میباشد (۹). کاهش دریافت مواد غذایی دلیل اصلی سوء تغذیه محسوب میشود (۵). چندین عامل دیگر مانند بی اشتها، دلبدی و استفراغ، درد بطنی، توصیه هایی در رابطه با محدودیت های

رژیمی، ترس از تشدید علائم و اسهال، انسداد امعا و عوارض جانبی ادویه جات می‌توانند در کاهش دریافت غذا مؤثر باشند^(۹،۸). لذا به نظر میرسد ارزیابی این مریضان از لحاظ وضعیت دریافت مواد غذایی و مشخص نمودن زود هنگام اختلالات تغذیه‌یی و سوء تغذیه کمک مهمی در کاهش علائم مریضی و عوارض ناشی از سوء تغذیه و همچنین افزایش تاثیرات جانبی دوائی داشته باشد.

مطالعات نشان داده است که مصرف پروبیوتیک‌ها (میکرو ارگانیسم‌های زنده‌ای هستند که مصرف کافی آنها سبب نمایان شدن اثرات سلامت بخش در بدن میزبان میشود. منبع باکتری‌های پروبیوتیک لبنیات و میوه‌ها هستند) و اسیدهای شحم امگا ۳ باعث کاهش علائم کولیت اولسراتیف میشود. 50 فیصد زنانیکه در دوره نقاهت این مریضی قرار دارند، اگر حامله شوند، دچار شدت مریضی میشوند.

هیچ راه خاصی برای جلوگیری از شدت این مریضی وجود ندارد، اما با ترکیب تداوی‌ها و تغییر شیوه زنده گی میتوان این مریضی را کنترل نمود

علائم خفیف تا متوسط است، از داروهای ضدالتهاب به عنوان اولین دارو برای این مریضی استفاده میشود.

هنگامی که علائم مریضی شدت بگیرند، داروهای استروئیدی مورد استفاده قرار میگیرند. داروهای به نام داروهای تعدیل کننده سیستم معافیت نیز ممکن است همراه با استروئیدها توسط طبیب تجویز گردند. در ایجاد این مریضی غذا رول محوری ندارد، اما رژیم غذایی سالم نقش مهمی در کنترل این مریضی دارد.

مریضان دچار کولیت اولسراتیف باید از مصرف غذا های دارای فایبر زیاد، شحمیات و یا غذا های سرخ شده پرهیز کنند. الکل، قهوه و نوشیدنی های شیرین میتوانند علائم مریضی را بدتر کند. مواقعی که علائم شدید میباشند، بهتر است حجم وعده های غذایی خود را کمتر و تعداد آنها را بیشتر کنید و ۵ تا ۶ وعده غذا مصرف کنید. برخی از مطالعات نشان داده است که اضافه نمودن اسید فولیک ممکن است خطر سرطان امعای غلیظه را در مریضان مبتلا به السراتیف کولیتیس کم کند.

اگر از داروهای استروئیدی استفاده می کنید، ویتامین D و کلسیم که از شکستگی استخوان‌ها جلوگیری میکند. با تداوی ضمیمه نمایید

مطالعات نشان داده است که مصرف پروبیوتیک ها و اسیدهای شحم امگا ۳ باعث کاهش علائم اولسراتیف کولیت میشود. کاهش استرس و داشتن یک فرد حمایت کننده دلسوز، یکی از جنبه های مهم در کنترل علائم این مریضی و سلامت کلی فرد میباشد. بسیاری از مطالعات نشان داده است، که طب سوزنی میتواند علائم این مریضی را تسکین دهد.

السراتف کولیتیس با التهاب و زخم مخاط امعای غلیظه همراه است. آسیب و التهاب میتواند در بخش کوچکی از امعای غلیظه یا در کل جدار آن ایجاد شود. این مریضی به طور عمده در جوانان و در خانم ها دیده میشود.

به گزارش سلامت نیوز به نقل از آوای سلامت، بر اساس آمار مرکز تحقیقات جهانی مریضان دیابت، هاضمه و کلیه، در بیشتر موارد سن شروع مریضی ۱۵ تا ۴۰ سال است؛ اما به صورت کلی کلیه گروپ های سنی از اطفال تا سالمندان امکان ابتلا به این مریضی را دارند.^{۳۱} اولین علامت این مریضی انقباضات دردناک ناحیه شکمی و اسهال خونی است که درد با اجابت مزاج بهتر میشود. اسهال خونی مزمن از علائم عمومی این مریضی است که بیشتر در شب خود را نشان میدهد؛ اما در سایر ساعات روز هم بروز میکند. سستی، تب، سرچرخی، دلبدی، بی اشتها، کم خونی و کاهش وزن از علائم دیگر السراتف کولیتیس هستند.^{۳۱-۲} السراتف کولیتیس در حالت شدید، مشکلات تغذیه ای ایجاد میکند. کمبود تغذیوی که به دنبال دفع مواد مغذی از طریق مدفوع آنگین حاصل میشود، تحریک پذیری عصبی، اضطراب و افسردگی را به دنبال دارد.^{۳۱-۴}

بسیاری از محصولات غذایی بر روی مبتلایان به السراتف کولیتیس تاثیر میگذارد و بخصوص در شعله ور شدن علائم آنها موثر است. اما هنوز هیچ رژیم غذایی قطعی برای بهبود السراتف کولیتیس مطرح نشده است اما مصرف برخی از اقلام غذایی میتواند تا حد زیادی علائم مریضان را کنترل کند و بهبود بخشد.

اسیدهای شحم امگا ۳ موجود در این ماهی منجر به بهبود علائمی از قبیل التهاب در مریضان میشود. علاوه بر ماهی قزل آلا، ماهی تن، چهار مغز، روغن از منابع دیگر اسیدهای شحم امگا ۳ هستند.^{۳۱-۵}

ماست یکی از محصولات پروبیوتیک و دیگر غذاهای تخمیر شده حاوی پروبیوتیک ها برای افزایش باکتری های مفید امعا و در نتیجه بهبود دهنده هضمیت و داشتن سیستم معافیت سالم

هستند. در انتخاب ماست دقت کنید که نوع شیرین نشده آن با محصولات مصنوعی مثل قند را انتخاب کنید چون مصرف این محصولات پروسه التهاب را در بدن وخیم تر میکند.^{۳۱-۹} کدو سرشاز از فایبر بالا و انتی اکسیدانت هایی مانند بتا کاروتن و ویتامین ث است. فایب موجود در کدو موجب حفظ فلورای امعا سالم و انتی اکسیدانت های موجود در آن منجر به پیشگیری از آسیب های ناشی از رادیکال های آزاد میشود. رادیکال های آزاد خود از عوامل کلیدی ایجاد التهاب هستند.^{۳۱}

تخم منبع خوب و سالم پروتئین ها و البته حاوی اسیدهای شحم امگا ۳، ویتامین ب، و سلنیوم است. پروتئین موجود در تخم مرغ حتی در حالت شعله ور شدن علائم نیز به خوبی تحمل میشود. ویتامین ب موجود در آن برای تبدیل غذا به انرژی و سلنیوم نیز خاصیت انتی اکسیدانتی دارد.^{۳۱-۱۱} آووکادو منبع غنی از شحمی های اشباع نشده برای حفظ سلامت قلب است. اگر شما به دلیل السراتیف کولیتیس کاهش وزن را تجربه کرده اید، آووکادو و مصرف آن منجر به تعادل سوخت و ساز بدن خواهد شد. مطالعات نشان داده اند که ۸۵ فیصد از افراد مبتلا به مریضی التهابی امعا دچار سوء تغذیه هستند و آووکادو میتواند به مبارزه با این فرایند کمک کند. چارمغز مصرف چهار مغز سرشار از شحمی های اشباع نشده برای کاهش التهاب است. البته یک مورد احتیاطی وجود دارد و این که مصرف بیش از حد در هنگامی که علائم کولیت شعله ور هستند، توصیه نمیشود چون به خاطر فایبر بالا ممکن است علائم مریضی را وخیم تر کند.^{۱-۱۴} سیب به گفته محققان دانشگاه مینه سوتا، به دلیل وجود ویتامین ها و مواد معدنی مانند پوتاشیم، به مریضان توصیه میشود، اما به خاطر فایبر بالایی که دارد بهتر است به صورت پخته شده مصرف شود تا خام.^{۳۱-۱۱}

بنیاد کرون و کولیت آمریکا اشاره میکند، که مصرف گوشت بدون شحم یعنی پروتئین های سالم در دوام مریضی یا پس از دوره های التهاب مریضی کولیت ضروری است. البته باید از شحم های اشباع شده و گوشت های پرشحم به شدت اجتناب کرد. مرغ بدون پوست، گوشت گاو بدون شحم و گوشت بوقلمون انتخاب های سالمی برای مبتلایان به السراتیف کولیتیس هستند.^{۱-۱۵}

بهرتر است مریضان مبتلا به السراتیف کولیتیس به صورت روزانه مولتی ویتامین مصرف کنند. مریضانی که سولفاسالازین مصرف می کنند باید اسیدفولیک را به صورت مکمل دریافت کنند. از آن جا که اسیدفولیک از ایجاد خبثات های کولون جلوگیری میکند، در کسانی که مزالامین

Mesalamine دریافت می کنند هم می تواند مفید باشد. ویکی پیدیا مصرف برخی غذاها باعث ایجاد یا جلوگیری از علائم کولیت اولسروز نمیشود. اما توجه به برنامه غذایی میتواند باعث کاهش علائم مریض شود و بهبود را تسریع کند. به عنوان نمونه زمانی که مریض فرد، فعال است احتمالاً احساس میکند که برخی غذاهای نرم ناراحتی کمتری نسبت به غذاهای پر ادویه و پرفایبر در او ایجاد میکند. وعده های غذایی بیشتر با حجم کمتر نیز به این مریضان کمک میکند، البته شخص نباید حتماً غذاهای خاصی را بخورد یا از مواد غذایی مشخصی صرف نظر کند. افرادی که معده آن ها توانایی هضم لاکتوز را ندارد، نباید از محصولات لبنیات استفاده کنند و همچنین در موارد اسهال شدید، از مصرف کافئین باید خودداری شود.

بیشتر طبیبان، رژیم غذایی مشخصی را برای وقایع از سوء تغذیه پیشنهاد میکنند. یک رژیم غذایی مناسب باید از تمام گروه های غذایی مانند گوشت، ماهی، مرغ و لبنیات (اگر قابل تحمل باشد)، نان و غلات، میوه ها و سبزیجات حاوی قند و ویتامین ها و روغن های گیاهی و غیر گیاهی که منبع شحمی هستند، تشکیل شود. مکمل غذایی مانند مولتی ویتامین ها نیز در جبران سایر کمبودها موثر است^{۳۱} محققان استفاده از مواد پروبیوتیک را نوعی تداوی طبیعی برای «السراتف کولیتیس» میدانند. این مواد غالباً به شکل قرص یا مایع مکمل و نیز به صورت ماست پروبیوتیک وجود دارند. چنین مواد غذایی در جبران باکتری های مفید معده و امعا که با مصرف اتی بیوتیک ها یا از طریق اسهال از بدن دفع شده اند، بسیار مفیدند.

بسیاری از مریضان که دچار التهابات امعایی هستند، قادر به مصرف مواد غذایی حاوی فایبر بالا نبوده و علائم چنین مریضی در آنها شدت می یابد. از این رو، مبتلایان مجبورند تا مدتی از خوردن و مصرف دانه های خوراکی، غلات، میوه ها و سبزیجات خام که هضم آنها برای سیستم هاضمه یی دشوار است، خودداری کنند. محققان به مریضان مبتلا به «السراتف کولیتیس» توصیه میکنند، پیش از مصرف مواد غذایی نفاخ که باعث ایجاد گاز معده، امعا، گرفتگی و اسهال میشود، بهتر است آنها را بپزند. طبخ مواد نفاخ انواع لوبیاها هضم آنها را آسانتر میکند. بنابراین، پیش از حذف سعی کنید آنها را به صورت پخته مصرف کنید.^{۳۱-۲۲}

یکی از مشکلات مبتلایان به مریضی «السراتف کولیتیس» گرفتگی هایی است که در امعا ایجاد میشود. از این رو بهتر است وعده های غذایی روزانه به دفعات بیشتر و حجم کم تر تقسیم شوند تا این مشکل برطرف شود، البته محققان به مریضان مبتلا به این نوع التهاب معایی توصیه میکنند به

پزشک مراجعه کرده و طبق تشخیص و دستور وی رژیم غذایی مخصوص خود را در پیش گیرند تا علائم مریضی تحت کنترل درآید زیرا ممکن است علائم و همین‌طور تداوی این مریضی از شخصی به شخص دیگر متفاوت باشد. (منبع: وب ام دی)

گاهی اوقات خونریزی‌هایی که به دلیل حاد شدن «السراتف کولیتیس» رخ میدهد، ممکن است باعث کاهش تعداد حجرات سرخ خونی و در نتیجه کم خونی مریض شود. از این رو، طبیبان توصیه میکنند افراد مبتلا به این مریضی آهن خون خود را با مصرف کشمش، زرده تخم مرغ افزایش دهند.

۳۱-۲-۳-۳۱-

یکی از مشکلات مریضان مبتلا به «السراتف کولیتیس» دشواری در هضم غذاهای جامد و سفت است؛ از این رو، طبیبان توصیه میکنند انواع نوشیدنی‌های رقیق که تا حد زیادی میتوانند به رفع یا کاهش مشکل مریضان کمک کنند، بیشتر مصرف شود. همچنین، از آنجا که این مریضی باعث کم آب شدن بدن میشود، مصرف هر چه بیشتر مایعات میتواند بدن را از کم آبی و مشکلات بعدی نجات دهد.^{۳۱}

افرادی که معمولاً با مصرف انواع محصولات لبنیات دچار تشدید علائم امعا میشوند، غالباً تحمل لاکتوز را ندارند. بنابراین، مصرف مواد لبنیات کم لاکتوز مانند پنیرهایی با نسج سفت و نیز ماست‌هایی که حاوی لاکتوز کمتری هستند، میتوانند گزینه‌های مناسب‌تر برای این افراد باشند. از آنجا که مریضی التهابی امعا کاهش تراکم استخوان‌ها را در بر دارد، مصرف کلسیم و ویتامین D نیز توصیه میشود. ^{ویکی پدیا} محققان بر این باورند، رعایت برخی نکات تغذیه‌ی در رژیم غذایی روزانه تأثیر بسزایی بر بهبود نسبی «السراتف کولیتیس» دارد. به طور کلی مواد غذایی هرگز عاملی برای ابتلای به این مریضی محسوب نمیشوند ولی این مریضی تغییر و دشواری در تغذیه و رژیم غذایی مریضان را به دنبال دارد. بنابراین، رعایت رژیم غذایی متعادل میتواند به مریضان کمک کرده و سودمند باشد ^{۳۱}

چندین مطالعه نیز نشان داده است که گیاهان دارویی نیز برای این مریضان مفید میباشند. دانه اسفرزه، و زردچوبه دارای خواص ضدالتهابی میباشند.

با توجه به اینکه تاکنون در صفحات شمال کشور هیچ مطالعه‌ای در رابطه با بررسی وضعیت تغذیه‌ای مریضان مبتلا به السراتف کولیت صورت نگرفته است. بناءً کار تحقیقی خود را درین مورد آغاز کردیم.

بحث و مناقشه

در این مطالعه دریافت غذایی و برخی محدودیت های غذایی اعمال شده در رژیم غذایی ۴۱ مریض مبتلا به السراتیف کولیت که در دوره تسکین مریضی قرار داشتند، به صورت سرپایی بررسی گردید. تحلیل معلومات به دست آمده با وجود آنکه نشان میدهد اوسط اندیکس کتله بدنی در مریضان در هر دو گروه در حد نورمال قرار دارد ولی بررسی دریافت غذایی مریضان، احتمال وجود برخی از اشکال سوء تغذیه در این مریضان را نشان میدهد. بررسی های انجام یافته دریافت درست مواد غذایی در این مریضان را در محدوده مقادیر توصیه شده (۶۵-۴۵٪ از کاربوهایدريت، ۳۵-۲۵٪ از شحم و ۱۰/۳۵٪ از پروتئين) نشان میدهد به غیر از شحمیات در گروه مردان که فیصد کمتری از محدودیت های زیادی توصیه شده، بخش کمتری از کالوری از سایر غذا های اساسی ها تأمین میگردد و به نظر میرسد به دلیل محدودیت دریافت گروه های غذایی حاوی کاربوهایدريت که در عین حال دارای مقادیر بالای فایبر نیز میباشد (مانند میوه ها و سبزیجات و حبوبات) بخش عمده کاربوهایدريت دریافتی از گروه غلات و نشایسته ها است.

در این مطالعه بالا ترین محدودیت غذایی اجرا شده در مریضان پس از تشخیص مریضی که تا زمان مطالعه نیز این محدودیت ها ادامه داشت مربوط به گروه لبنیات و به خصوص شیر، حبوبات و سبزیجات و میوه ها بود. Zvirbliene و همکارانش نشان دادند که مریضان مبتلا به السراتیف کولیت در مقایسه با گروه کنترل سالم شیر، پنیر و سبزیجات در مریضان السراتیف کولیت به طور قابل ملاحظه از گروه کنترل سالم شیر، پنیر و سبزیجات کمتری مصرف میکنند^(۱۳). همچنین مطالعه Valentini و همکاران نیز نشان داد که دریافت شیر، میوه ها و سبزیجات در مریضان السراتیف کولیت به طور قابل ملاحظه از گروه کنترل سالم و مریضان کرون کمتر است^(۱۴). علت حذف محصولات لبنیات، نقش این فرآورده ها در عود یا نکس مریضی عنوان شده است^(۱۵).

دریافت کمتر کلسیم نسبت به مقادیر توصیه شده، از نکات قابل توجه بررسی مایان بود. بررسی های قبلی انجام یافته در مریضان مبتلا به السراتیف کولیت نیز دریافت کمتر کلسیم در این مریضان را گزارش کرده بودند. به طوری که در مطالعه ای بر روی ۱۱۳ مریض مبتلا به السراتیف کولیت و مقایسه آن با افراد سالم نشان داده شد که ۶۸ فیصد افراد مورد بررسی در گروه السراتیف کولیت دریافت پایین کلسیم و آهن را داشتند^(۱۶)

در مطالعه حاضر میان ۵۷/۷ فیصد از مردان و ۸۰ فیصد زنان مورد بررسی بعد از تشخیص ریاضی دریافت شیر خود را قطع یا مصرف آن را بسیار محدود کرده بودند و حتی محدودیت دریافت سایر فرآورده های لبنیات در برخی از مریضان نیز مشاهده شد. با توجه به این که فرآورده های لبنیات بخش عمده کلسیم دریافتی در رژیم غذایی افراد را تأمین میکنند این محدودیت ها میتواند توجیه کننده دریافت پایین کلسیم در هر دو گروه مورد مطالعه باشد. دریافت پایین فرآورده های لبنیات و در نتیجه کلسیم را میتوان از دلایل احتمالی شیوع زیاد امراض مرتبط با استخوان مانند استئوپنی (با ۵۰ فیصد شیوع) و پوکی استخوان (با ۱۵ فیصد شیوع) در مریضان مبتلا به التهاب امعا مانند السراتیف کولیت (% ۲۲-۱۸) در نظر گرفت. همچنین به دلیل وجود مشکلات سوء جذب در این مریضان و مصرف ادویه جاتی کورتیکو استروئید استفاده از مکمل کلسیم همراه با مکمل ویتامین D میتواند اثرات مثبتی در سلامتی استخوانها در افراد مبتلا به امراض التهابی امعا داشته باشد (۲۰،۱۹).

دریافت فایبر غذایی در هر دو گروه مورد بررسی نسبت به مقادیر توصیه شده به طور قابل ملاحظه کمتر بود. احتمال می رود علت پایین بودن فایبر مصرفی در نمونه های مورد مطالعه محدود نمودن منابع عمده فایبر شامل میوه ها، سبزی ها و حبوبات باشد. فایبر غذایی به دلیل توانایی اصلاح فلورای طبیعی امعا و همچنین تولید اسید های شحمی زنجیر کوتاه، به خصوص بوتیرات که دارای اثرات ضد التهابی میباشد، در مریضان مبتلا به السراتیف کولیت بسیار مورد توجه هستند (۲۲-۳۰) لذا ارائه توصیه هایی جهت افزایش مصرف این گروه غذایی در این مریضان جهت کاهش التهاب و عوارض ریاضی بسیار مفید خواهد بود.

برخی مطالعات قبلی انجام یافته بر روی مریضان مبتلا به السراتیف کولیت، دریافت پایین آهن را گزارش کرده بودند (۱۶). در این مطالعه نیز دریافت آهن در زنان پایین تر از مقادیر توصیه شده بود. اما در مورد مردان، دریافت آهن به طور قابل ملاحظه بالاتر از مقادیر توصیه شده بود که احتمال می رود به دلیل دریافت بالای منابع آهن شامل غلات باشد. با توجه به وجود مشکلات سوء جذب در این مریضان و همچنین با توجه به پایین بودن فیصد جذب آهن به نظر میرسد بررسی سطوح خونی آهن و شیوع انیمیا کمبود آهن در این مریضان ضروری باشد.

نتایج

نمونه‌ها شامل ۲۶ مرد و ۱۵ زن با اوسط سنی $۱۱/۹۶ \pm ۳۳/۴۶$ و اوسط اندیکس کتله بدنی $۲۳/۲۵ \pm ۵/۸$ بودند. اوسط سن شروع و طول مدت مریضی به ترتیب $۲۸/۰۹ \pm ۱۱/۹۴$ و $۴/۰۲ \pm ۵/۵۶$ بود (جدول ۱).

بر اساس معلومات به دست آمده، $۶۵/۹$ فیصد مریضان بعد از تشخیص مریضی دریافت شیر را کاهش یا به طور کامل قطع کرده بودند و این محدودیت در بین مردان $۵۷/۷$ فیصد و در زنان ۸۰ فیصد بود. محدودیت دریافت در مورد سایر فرآورده‌های لبنیات شامل ماست $۱۲/۲$ فیصد و پنیر $۹/۸$ فیصد بود. محدودیت رژیمی در مورد مصرف میوه‌ها و سبزیجات به ترتیب $۲۴/۴$ و $۴۳/۹$ فیصد و در مورد حبوبات $۵۸/۵$ فیصد بود. در میان غلات بیشترین کاهش مصرف در مورد ما کارونی با $۱۴/۶$ فیصد بود. کاهش مصرف نوشابه‌های کولا، محصولات حاوی سوسیس و کالباس و ادویه‌ها به ترتیب $۳۷/۵$ ، ۱۰ و $۲۹/۳$ فیصد بود (جدول ۲).

اوسط دریافت غذایی مریضان شرکت‌کننده در این مطالعه که از تحلیل ۲۴ ساعت عادات رژیم غذایی ۹ روزه بدست آمده است، در جدول ۳ نشان داده شده است. اوسط کالوری دریافتی در ۴۱ مریض بررسی شده $۲۱۲۵/۱۴ \pm ۶۰/۸۳$ کیلو کالوری بر آورد شد به قسمی که که اوسط دریافتی در مردان و زنان به ترتیب $۲۲۴۹ \pm ۱۰۲/۴۳$ و $۱۹۱۷/۸۳ \pm ۹۲/۰۶$ کیلو کالوری بود. در مردان حدود $۶۳/۲۳$ فیصد کالوری دریافتی، از کاربوهایدريت‌ها، $۱۳/۹۸$ فیصد از پروتئین‌ها و $۲۲/۸۳$ فیصد از گروپ شحمیات تأمین می‌شد و این مقادیر در گروپ زنان به ترتیب $۶۴/۲۴$ ، $۱۳/۲۰$ و $۲۵/۸۶$ فیصد بود.

جدول ۱: مشخصات عمومی مریضان مبتلا به السراتیف کولیت

کل	مردان	زنان	
Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
$۳۳/۴۶ \pm ۱۱/۹۶$	$۳۵/۶۹ \pm ۱۲/۵۸$	$۲۴/۰۰ \pm ۱۰/۰۳$	سن (سال)
$۶۸/۳۱ \pm ۱۸/۱۳$	$۷۰/۹۶ \pm ۱۹/۶۷$	$۶۳/۷۳ \pm ۱۴/۵۸$	وزن (کیلوگرام)
$۱۷۰/۸۶ \pm ۱۰/۰۵$	$۱۷۶/۱۳ \pm ۷/۴۳$	$۱۶۱/۷۳ \pm ۶/۹۹$	قد (سانتی متر)
$۲۳/۲۵ \pm ۱۵/۱۸$	$۲۲/۷۳ \pm ۵/۷۱$	$۲۴/۱۶ \pm ۴/۱۳$	BMI (کیلوگرام بر متر مربع)
$۵/۵۶ \pm ۴/۰۲$	$۵/۵۳ \pm ۳/۲۸$	$۵/۶۰ \pm ۵/۱۹$	مدت مریضی (سال)
$۲۸/۰۹ \pm ۱۱/۹۴$	$۳۰/۴۶ \pm ۱۱/۸۳$	$۲۴/۰۰ \pm ۱۱/۳۵$	سن شروع مریضی (سال)

جدول ۲: فیصدی گروپ های غذایی محدود شده در مریضان مبتلا به السراتیف کولیت

مواد غذایی	کل تعداد (فیصد)	مردان تعداد (فیصد)	زنان تعداد (فیصد)
شیر	۲۷ (۶۵/۹)	۱۵ (۵۷/۷)	۱۲ (۱۲/۰۰)
ماست	۵ (۱۲/۲)	۲ (۷/۷)	۳ (۲۰/۰۰)
پنیر	۴ (۹/۸)	۱ (۳/۸)	۳ (۲۰/۰۰)
میوه جات	۱۰ (۲۴/۴)	۴ (۱۵/۴)	۶ (۴۰/۰۰)
سبزیجات	۱۸ (۴۳/۹)	۹ (۳۴/۶)	۹ (۶۰/۰۰)
حبوبات	۲۴ (۵۸/۵)	۱۳ (۵۰/۰۰)	۱۱ (۷۳/۳)
غلات (ماکرونی)	۶ (۱۴/۶)	۱ (۳/۸)	۵ (۳۳/۳)
سوسیس و کالباس	۴ (۹/۸)	۳ (۱۱/۵)	۱ (۶/۷)
ناشابه های کولا	۱۵ (۳۶/۶)	۱۰ (۳۸/۵)	۵ (۳۳/۳)
ادویه جات	۱۲ (۲۹/۳)	۶ (۲۳/۱)	۶ (۴۰/۰۰)

جدول ۳: اوسط دریافت رژیمی روزانه مواد مغذی

مواد غذایی	اوسط دریافت روزانه در مردان	اوسط دریافت روزانه در زنان
انرژی (کیلوگرام)	۲۲۴۹±۱۰۲/۴۳	۱۹۱۷/۸۳±۹۲/۰۶
کاربوهایدریت (گرام)	۳۵۸/۰۳±۲۰/۵۵	۲۹۵/۳۹±۱۹/۵۷
پروتئین (گرام)	۷۷/۷۶±۳/۹۱	۶۴/۲۶±۳/۸۵
شحم (گرام)	۵۷/۷۸±۷/۱۸	۵۵/۴۹±۲/۱۰
کالوری از کاربوهایدریت (فیصدی)	۶۳/۲۳	۶۱/۲۴
کالوری از پروتئین (فیصدی)	۱۳/۹۸	۱۳/۲۰
کالوری از شحم (فیصدی)	۲۲/۸۳	۲۵/۸۶
فایبر (گرام)	۷/۹۳±۱/۵	۸/۱۳±۱/۰۳
آهن (میلی گرام)	۱۹/۹۱±۰/۸۱	۱۷/۰۵±۱/۵۸
کلسیم (میلی گرام)	۵۸۲/۵۵±۶۴/۳۲	۵۱۰/۶۰±۹۲/۲۴

جدول ۴: مقایسه اوسط دریافت رژیم روزانه مواد مغذی با DRI (Dietary Reference

Intake)

زنان			مردان			ماده مغذی
P**	DRI	Mean±SD	P**	DRI	Mean±SD	
P<0/01	۱۸	۱۷/۰۵±۱/۵۸	P<0/001	۸	۱۹/۹۱±۰/۸۱	آهن (میلی گرام)
P<0/001	۱۰۰۰	۵۱۰/۶۰±۹۲/۲۴	P<0/001	۱۰۰۰	۵۸۲/۵۵±۶۴/۳۲	کلسیم (میلی گرام)
P<0/001	۲۵	۸/۱۳±۱/۰۳	P<0/001	۳۸	۷/۹۳±۱/۵	فایبر (گرام)

نتایج مطالعه مایان به افق مطالعه لیتراتورهای جهانی نشان میدهد که علیرغم دریافت انرژی کافی و BMI مطلوب در مریضان مورد مطالعه، الگوی غذایی نامناسب، دریافت بالای نان و برنج از یک سو و دریافت کم گوشت، شیر و میوه جات و سبزیجات از سوی دیگر منجر به دریافت پایین مواد مغذی مانند کلسیم و آهن گردیده است. به طور کلی با توجه به دریافت ناکافی مواد مغذی و به خصوص غذا های مکمل در مریضان مبتلا به السراتیف کولیت و همراه بودن این مریضی با مشکلات هضمی مانند سوء هضم و سوء جذب و از سوی دیگر بدلیل احتمال ناکافی بودن دریافت سایر غذا های مکمل علاوه بر آهن و کلسیم مانند زینک، سلنیم و منیزیم در این مریضان، به مشاهده مایان رسید. این مریضی سیستم معافیت بدن را تحت تاثیر قرار داده و با تضعیف آن تغییراتی در نسج امعا ایجاد مینماید، در مواردی نیز مشاهده میشود که فرد با قبضیت های مزمن رو برو خواهد بود. عدم دفع به موقع و راحت، به جدار امعای غلیظه آسیب میرساند و باعث میشود که التهابات و زخم های امعای مریضان بیشتر شود.

پیشنهاد

- ۱ - استعمال غذا های شحمی را در غذا های روزمره خود محدود نمایید. (کمتر از ۸ قاشق روزانه)
- ۲ - حد اقل ۸ گیلاس آب روزانه جهت جلوگیری از دیهیدریشن مصرف نمایید.
- ۳- در فواصل ۳-۴ ساعت (غذا های سبک مصرف نمایید)
- ۴- در غذا های روزمره خود غذا های پری بیوتیک و پرو بیوتیک را اضافه نمایید.
- ۵ - استعمال عصاره میوه جات را فراموش ننمایید.
- ۶- از غذا های گوشتی، و نوشابه های چون کافین، کوکاکولا و الکل پرهیز نمایید.
- ۷- از میوه های خشک بار (انجیر، آلبخارا، توت و عصاره آلبخارا) پرهیز نمایید.
- ۸- برخی مواد غذایی که ممنوع میباشند: شکر سفید، نان سفید، محصولات تهیه شده از آرد سفید گندم

- ۹ - چای پررنگ و قهوه غذا هایی که در ظرف های آلومینیومی پخته میشوند.

پیشنهاد تداوی تغذیه ای

در شرایط حاد، تغذیه از طریق ورید با استفاده از محلول ایزوتونیک تشکیل شده از امینواسید، گلوکوز، شحمی، املاح معدنی و ویتامین ها انجام میشود.

مصرف مکمل های تغذیه در مریضان کولیت امعا ممکن است پزشک با تجویز مکمل های تغذیه ای کمبود های تغذیه یی مریض را جبران نماید.

این مکمل ها اغلب سرشار از: زنک، مس، کروم و سلنیوم هستند، که البته مکمل ها دیگر میتوانند فایبر زیادی را به بدن وارد کنند. افزایش فایبر در رژیم غذایی مانع از قبضیت شده و حرکت راحت کتلوی غذا باقی مانده در امعای غلیظه را در پی خواهد داشت، که البته در ادامه التهابات تحتانی امعا را کاهش میدهد.

پیشنهاد رژیم کم شحمی برای مریضان کولیت امعا

رژیم های کم شحمی کمک کننده هستند، تداوی کولیت با گرفتن یک رژیم اصولی و کم شحم میسر خواهد بود، به طور کلی کاهش دریافت شحمی، تخلیه مواد غذایی را از معده آسان و سریع تر مینماید، مشکلات سوء جذب را در امعا کاهش میدهد و در نتیجه از بروز اسهال جلوگیری

مینماید، خوردن غذاهای شحم و توصیه نمیشود. مریضان مبتلا به کولیت باید از مصرف وعده های غذایی مفصل و زیاد خودداری کنند.

بهترین رژیم غذایی برای این مریضان یک رژیم غذایی با کاهش حجم غذا و افزایش تعداد دفعات غذایی البته با حجم کم میباشد.

با سرعت غذا خوردن و یا خوردن لقمه های بزرگ نیز توصیه نمیشود.

نوشابه های گازدار دشمن اصلی این مریضی هستند از اینرو نوشیدن آن ها ممنوع میباشد.

کشیدن سیگار و جویدن آدامس باعث میشودتا در بدن گاز تشکیل شود و مشکلات بسیاری برای مریضان ایجاد نماید.

برخی از حبوبات که نفاخ هستند باید پیش از مصرف حتما خیس خورده باشند، از این رو مریضانی که پس از مصرف حبوبات و سبزی هایی احساس نفخ میکنند، برای جلوگیری از تولید گاز ۲۴ ساعت قبل از مصرف حبوبات، حتما آن ها را خیس کنند و یا پوست آن ها را جدا کنند. چنانچه میوه ها و سبزیجات خام شما را آزار میدهد، میتوانید آنها را به صورت آب پز یا پخته مصرف کنید.

مصرف آب زردک و آب نارگیل برای بهبود مخاط امعای غلیظه توصیه میشود.

منابع و مأخذ

- 1- Chapman MA. The role of the colonic flora in maintaining a healthy large bowel musaco. *Ann R Coll Surg Engl* 2001; 83: 75-80.
- 2- Campos FG, Waitzberg DL, Teixeira MG, Mucerino DR, Habr-Gamma A, Kiss DR. inflammatory bowel disease: principles of nutritional therapy. *REV. HISP. CLIN. FAC. MED. S. PAULO* 2002; 57 (4): 187-
- 3- acids in the human colon: relationship to inflammatory bowel disease and colon cancer. *Adv Exp Med Biol* 1999; 472: 149-58.
- 4- Ghos M, Y, Rutgreets P. In vivo butyrate metabolism and colonic permeability in extensive ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1998; 11: 548-90
- 5- Goh JO, Morain CA. Review article: nutrition and adult inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 307-20.
- 6- Glassul MA. Nutrition and inflammatory bowel disease: its relation to pathophysiology, outcome and therapy. *Dig Dis* 2003; 21: 220-7
- 7- Gerrling BJ, Badart-Smook A, Stockbrugger RW, Brummer RJ. Comprehensive nutritional status in recently diagnosed patients with inflammatory bowel disease compared with population controls. *Eur J Clin Nutr* 200; 54 (6): 514-21.
- 8- Gassull MA, Cabre E. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2001; 4: 561-9.
- 9- Fletcher PC, Schneider MA. Is There Any Fool I Can Ear? *Clinical nurse specialist* 2008; 20 (5): 241-7.
- 10- Kanauchi O, Serizawa I, Araki Y, Suzuki A, Andoh A, Fujiyama Y, et al. Germinated barley foodstuff, a prebiotic product, ameliorates inflammation of colitis through modulation of the enteric environment. *J Gastroenterol* 2003; 38 (2): 134-41.
- 11- Kucharzik T, Masser C, Lugerling A, Kagnoff M, Mayer L, Targan S, et al. Recent understanding of IBD pathogenesis: implications for future therapies. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12 (11): 1068-83.

- 12- Kanauchi O, Mitsuyama K, Araki Y, Andoh A. Modification of intestinal flora in the treatment of inflammatory bowel disease. *Current pharmaceutical design* 2003;9: 333-346.
- 13- Knigge KL. Inflammatory bowel disease. *Clin Cornerstone* 2002; 4(4): 49-60.
- 14- Jowett SL, Seal CJ, Philips E, Gregory W, Barton JR, Welfare MR. Dietary beliefs of people with ulcerative colitis and their effect on relapse and nutrient intake. *Clin Nutr* 2004; 23: 161-70.
- 15- Kim Y. Short-chain fatty acids in ulcerative colitis. *Nutr Rev* 1998; 56: 17-.
- 16- Inan MS, Rasoulpour RJ, Yin L. The luminal short-chain Fatty acid butyrate modulates NF-k8 activity in a human colonic epithelial cell line. *Gastroenterology* 2000; 118: 724-34.
- 17- Ling SC, Griggiths AM. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2000; 3: 339-44.
- 18- Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB, et al. Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12(1): 47-52.
- 19- Peran L, Camuesco D, Comalada M. *Loctobacillus fermentum*, a probiotic capable to release glutathione, prevents colonic inflammation in the TNBS model of rat colitis. *Int J colorectal dis* 2006; 21: 737-46.
- 20- Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 2002; 347 (6): 417-29.
- 21- O'Sullivan M, O'Morain C. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Best Pract REsear Clinic Gastroenterol* 2006; 20 (3): 561-73.
- 22- Razack R, Seidner DL. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2007; 23: 400-5.
- 23- Siffledeen JS, Fedorak RN, Siminoski K, Jen H, Vaudan E, Abraham N, et al. randomized trial of etidronate plus calcium and vitamin D fortreatment of low

- bone mineral density in Crohn's disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2005; 3: 122-32.
- 24- Simpson EJ, Chapman MA, Dawson J, Berry D, Macdonald IA, Cole A. In vivo measurement of colonic butyrate metabolism in patients with quiescent ulcerative colitis. Gut 2000; 46: 73-7.
- 25- Szkaradkiewicz A, Marciniak R, Chudzicka-Strugala I, Wasilewska A, Drews M, W Majewski P, et al. Proinflammatory cytokines and 11-10 in inflammatory bowel disease and colorectal cancer patients. Arch Immunol Ther Exp 2009; 57: 291-4.
- 26- Rath HC, Caesar I, Roth M, Scholmerich J. Nutritional deficiencies and complications in chronic inflammatory bowel diseases. Med Klin (Munich) 1998; 93 (1): 6-10.
- 27- Tilg H, Moschen AR, Kaser A, Pines A, Dotan I. Gut, inflammation and osteoporosis: basic and clinical concepts. Gut 2008; 57: 684-94.
- 28- Valentini L, Schaper L, Buning C, Hengstermann S, Koernicke T, Tillinger W, et al. Malnutrition and impaired muscle strength in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in remission. Nutrition 2008; 24: 694-702.
- 29- Van Staa TP, Cooper C, Brusse LS, Leufkens H, Javaid MK, Arden NK. Inflammatory bowel disease and the risk of fracture. Gastroenterology 2003; 125 (6): 1591-7.
- 30- Zvirbliene A, Kiudelis G, Zalinkevicius R, Kupcinskas L. Dietary characteristics of patients with inflammatory bowel diseases. Medicina (Kaunas) 2006; 42 (11): 895-9.
- 31- www.wekepedia

نقش انتانات در امراض معدی معائی^۶

پوهنمل دوکتور گل احمد تانیش قاضی زاده

و پوهنیار دوکتور محمد عقیل محمودی

چکیده

امراض معدی معایی از جمله مهم ترین مشکلات های صحتی بخصوص در کشور های رو به انکشاف به ویژه در کشور عزیز ما افغانستان بوده که تعداد زیاد از افراد را مبتلا مینامید. مطالعه حاضر جهت دریافت حل این معضل بالای در لابراتوار شفاخانه ملکی شهر مزار شریف انجام گردیده که در حدود ۲۴۴ واقعه مثبت ثبت که همه آنها با انتان طرق معدی معایی منتن شده بودند که از آن جمله ۵۰٪ را ذکور و ۵۰٪ را اناث تشکیل میدهد. بیشترین مراجعه مریضان را سه ماه اول سال تشکیل میدهد. تحقیقات مشابه نیز در ولایت سرپل انجام یافته که از جمله ۳۵۶ واقعه ثبت شده ۲۹۴ آن واقعه مثبت بوده است. نتایج و دریافت های لابراتوار ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نهایی حاکی از موجودیت شش نوع انتان است که بیشترین آن آمیب و جارديا میباشد. ب همچنان باکتری با فیصدی بلند در مریضان ولایت سرپل دریافت گردیده است. در متذکره شش نوع از انتانات پرازیتی و باکتریایی با فیصدی های ذیل دریافت شده است:

۱- انتامیباهستولیتکا ۲۴٪

۲- جیاردیا لمبیا ۲۱٪

۳- سالمونیلایا ۱۶٪

۴- ایشیرینشیا کولای ۱۵٪

۵- هیلیکو باکتر پیلوری ۱۳٪

۶- شیگیلا ۱۱٪

کلمات کلیدی: امراض معدی معایی، امراض پرازیتی، امراض باکتریایی

^۶ - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور عبدالحکیم " حکمتی " استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

مقدمه

در کشور عزیز ما افغانستان در طی بیشتر از دو دهه جنک همه بنیادهای علمی و فرهنگی آسیب برداشته که وقایه نیز شامل آن میباشد. بنابراین دسترسی به امکانات و نبود سامان و وسایل با شیوع سریع انتانات اکثر مردم ما اعم از زن و مرد، پیر و جوان مصاب به پرازیت های مختلف معدی معائی گردیده، و به عده اس شرایط لازم صحتی فراهم گردیده بود تداوی و صحت یافتند اما تعدادی بالاتر تاثیرات انتانات جان های شیرین شان را از دست دادند.

اکثراً امراض از زمانه های خیلی قدیم موجود بوده و حتی از شروع خلقت انسانها بصورت وسیع وقتاً فوقتاً انتشار و گسترش یافته و منجر به مرگ میلیونها انسان گردیده است. گریز و نجات از امراض انتانی خیلی ها مشکل است. همیشه فکر، سعی و تلاش مردم و دقت پژوهشگران، بویژه صاحب نظران طبابت متوجه این امراض بوده است. خوشبختانه با انکشاف و پیشرفت در بخش های مختلف علوم طبی و پیدایش میتودهای لابراتواری و تحقیقات جدید با کشف انتی بیوتیک ها تحولات مثبت را در تداوی امراض بوجود آورده اند. اما امروز اکثراً امراض انتانی قابل تداوی، برخی از آنها قابل وقایه بوده و همه روزه در ساحه کشفیات در آن زمینه افزوده میشود. ناگفته نباید گذاشت که امراض انتانی و عوامل آن را در سابق نمی شناختند و به نام های مختلف یاد و تداوی های گوناگون را در مورد پیشنهاد می نمودند.

در افغانستان که شرایط و قایوی محدود است بناً تدابیر برای فراهم ساختن آن پلان گذاری گردیده است. دسترسی به امکانات و کسب معلومات درین موضوع اهمیت خاص داشته و مطالعه آن برای دوکتوران و عرضه کننده گان خدمات صحتی ارزشمند میباشد. بنابر این ارزشمندی به تحقیق موضوع اولویت داده شد تا باشد در این راستا حد اقل معلومات ضروری و کمک کننده ار را ارائه نمایم.

پیشینه (Literature)

انتان یا Infection: هر وتیره مرضیکه در نتیجه دخول میکروارگانیزم (عامل مرضی) در عضویت زنده بوجود می آید و سبب تولید اعراض سریری و sub clinical گردد، بنام انتان یاد میشود و قابلیت مصاب ساختن را به شکل حاد و مزمن ویا ناقل بدون عرض را دارا میباشد. عوامل انتانی یا Infectious agents دارای دو منشأ اند (۹).

۱- عوامل انتانی که منشأ نباتی دارند:

فنگس ها

باکتریها

باسیل ها

کوک ها

۲- عوامل انتانی که منشأ حیوانی دارند:

پروتوزوا

میتوزوا

ریکتزها

کلامیدیا ها

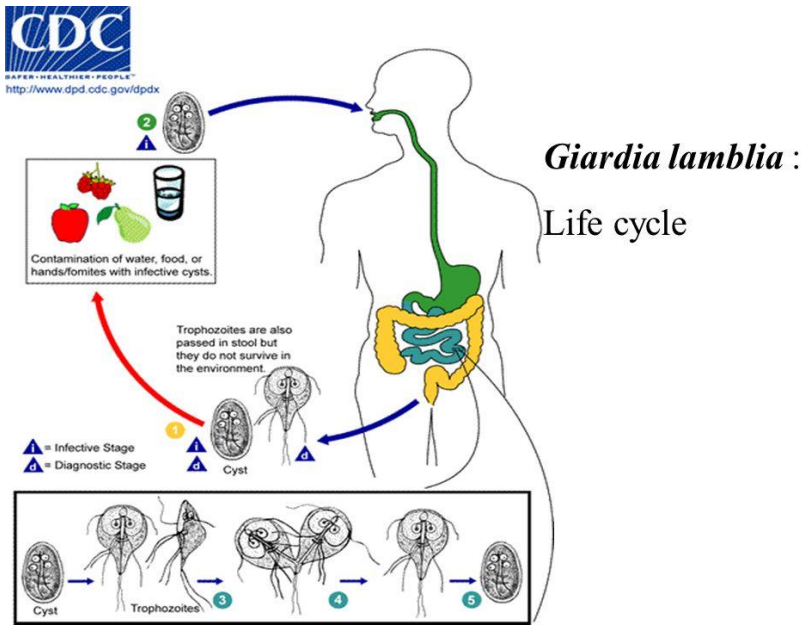
ویروس ها

مایکو پلازما

امراض انتانی یا Infectious diseases: عبارت از تشوشات وظيفوی عضویت است که در نتیجه مجادله بین عامل مرضی و عضویت انسان در شرایط خاص بوجود میآید.

اگر انتانات بالای معده و امعا تاثیر نمایند باعث بوجود آمدن امراض معدی معائی میگردد (۱-۵). عضویت در مقابل انتانات مجادله می نمایند که این مجادله در نواحی مختلف عضویت توسط عامل مرضی و عناصر مختلف عضویت صورت میگيرد. مثلاً در جلد، جوف دهن، گلو، طرق تنفسی، چشم، خون و معده (توسط تیزاب معده و انزایم های معدوی مقابل انتانات مجادله میشود) و در امعا (توسط انزایمهای معائی و فلورای طبیعی مجادله میشود) (۳-۸).

اکثراً انتقال و سرایت انتانات معدی معائی از طریق فمی مقعدی (feco-oral) صورت میگیرد. منبع انتانات را مریضان حاد، مزمن و ناقلین تشکیل میدهد. مریضانیکه سیر خفیف دارند (۴) از نظر اپیدیمیولوژیکی خطرناک اند. زیرا به داکتر مراجعه نمی کنند. فکترهای عمده انتشار مرض عبارت از زندگی های دسته جمعی، حفظ الصحه پائین محیطی، سو استفاده از مواد غذایی که توسط 5F یا finger, flies, fomitus, food & feces قابل انتقال میباشد. شکل (۱) ساختمان اناتومیک معدی معائی و طریق انتقال feco-oral را نشان میدهد. (۵-۲)



اساسات و میتودهای تشخیص انتانات معدی معائی به اساس نتایج ذیل صورت میگیرد.

کلینیک (امراض هر انتان کلینیک مشخص خود را دارد).

اپیدیمیولوژی

لابراتوار (از معاینات اختصاصی و غیر اختصاصی استفاده میشود که معاینات اختصاصی آن

باکتریالوژی و سیرولوژی و معاینات غیر اختصاصی آن لابراتوار عادی خون و مواد غایطی میباشد.

بصورت عموم از معاینات لابراتواری ذیل برای تشخیص کار گرفته میشود:

Rectal biopsy، coproculture، مواد غایطه، Cspecimen و coprocytogram.

تست سیرولوژی که جنبه اختصاصی دارد معمولاً در آبسی تهاجمات یا invasion شده در امراض معائی مثبت است.

تست Enzyme-linked immune-sorbent assay: ELISA شیوه رادیولوژی اولتراسونوگرافی CT-scan (۲).

معاینات اندوسکوپی و rectosigmoidoscopy

در تشخیص سل معائی، زخم های تیوب هاضمه، پستول ها و آبسی های اطراف رکتوم و آثار علائم اختلالات بطنی داکتر را متوصل به توبرکلوز جهاز هضمی مینماید. تست توبرکلین مهم و با ارزش است. از رادیولوژی و رادیوگرافی معده، کولون، روده ها ممکن است بتوان از محل ضایعه پی برد و وجود باسیل سل را در مایع از شستشوی معده یا مدفوع تثبیت نمود. از معاینات فوق الذکر در تشخیص امراض مختلفه انتان معدی معائی که اهمیت بسزای خود را دارد استفاده میشود. (۲-۱۱)

تشخیص تفریقی امراض انتانات معدی معائی با تمام امراض غیر انتانی احشاً داخلی و خارجی بطن شده میتواند که با اعراض سریری مخصوص به عضو و معاینات متممه توسط متخصصین رشته های مربوطه و داکتران با تجربه تشخیص شده میتواند.

مهمترین این امراض عبارت اند از:

Intussusception معائی، آبسی کبدی غیر آمیبی، پولیپ معائی، انسداد امعا، Crohn's ulcerative colitis, disease, اپنڈیسیت حاد و غیره. بصورت عموم به خاطر تداوی مریضان

انتان معدی معائی دو پرنسیپ ذیل باید در نظر گرفته شود:

۱- تداوی پتورژنیک که اساس عمده این تداوی عبارت از:

☞ Detoxification یا نارمل ساختن تشوشات استقلال ویتامین، بلانس اسید-قلوی و

جلوگیری از تأسیس میتابولیک اسیدوز مورد توجه باشد.

☞ پاک ساختن عضویت از عامل سببی

☞ احیای محدود وظایف اعضای که مأوف گردیده و همچنان احیای محدود وظایف سیستم های مختلف و مأوف شده و یا تداوی اختلالات آن و اعاده مایعات و الکترولیت ها.

۲- تداوی اختصاصی یا سببی که اساس عمده تداوی سببی را:

☞ تطبیق انتی بیوتیک (antibiotic therapy)

☞ شیموتراپی

✍ سیروتراپی

✍ و واکسیناسیون تشکیل میدهد

برای انتخاب انتی بیوتیک ها دو فکتور اساسی رول دارد:

۱- مربوط به مایکروارگانیزم که در شروع هویت مایکروارگانیزم شناخته شده نمیتواند. درینصورت انتی بیوتیک نظر به شناخت احتمالی از عامل سببی و حساسیت آن در مقابل انتی بیوتیک مربوطه استوار میباشد. در واقعات غیر عاجل و کمتر شدید منتظر نتیجه لابراتواری و انتی بیوگرام باشیم. (۴-۱۱)

- مربوط به عضویت میزبان که به فکتور های ذیل میباشد. سابقه الرژی، وظایف کلیوی، وظایف کبدی، حاملگی، عوامل ژنتیکی مثلاً فقدان G6PD و موقعیت التهاب است.

- Antibiotic combination: تداوی اختلاط باید نظر به اختلاط مرض عیار گردد.

- Hemolytic uremic syndrome: مطابق معیارات عدم کفایه کلیه یا ARF تداوی گردد.

- Toxic megacolon: تداوی جراحی دارد.

- Hypoglycemia: گلوکوز تطبیق شود.

- hyponatremia

- protein losing enteropathy: پروتین های خارجی تطبیق و اصلاح غشای مخاطی

کولون شود. در وقایه امراض انتانی معدی معائی چیزهای ذیل در نظر گرفته شود.

- bromatology: سروی نمودن مواد غذایی، وقت کافی در تهیه و ذخیره مواد غذایی، ارزیابی

صحت کارگران که در مؤسسات غذایی کار میکنند. (۵-۲)

- جلوگیری از انتانات تقیچی جلدی در نزد اشخاص که با مواد غذایی سروکار دارند.

- تأمین حفظ الصحه حیوانات (در وقت دوشیدن شیر) و تأمین حفظ الصحه قصابان، آشپزان و

فروشنده گان مواد غذایی.

- تداوی امراض انتانی معدی معائی و دیگر امراض انتانی نزد مریضان که ناقل اند.

- شستن دستها با صابون و سایر انتی سپتیک ها خصوصاً قبل و بعد از خوردن غذا و رفع

حاجت.

- موثر ترین راه کنترل بیماری های انگلی یا تمام بیماری های عفونی جلوگیری از وقوع آنها در

مکان های اولیه است.

- توجه دقیق به آنچه که میخورند و میاشامند هنوز از مهمترین پیشگیری ها است.
 - اطلاعات مفصل در مورد بهداشت برای مسافران خارج از کشور.
 - در نگهداری غذا دقت نموده و ضمناً از غذاهاییکه مشکوک اند تا حد لازم جلوگیری نمود و از مصرف غذاهاییکه مشکوک به گندیدگی استند باید صرف نظر نمود.
- جدول های ۱، ۲ و ۳ مهمترین ویروس، باکتریها و پرازیت هاییکه سبب امراض معدی معائی میشوند را نشان میدهد. (۴-۵)

جدول (۱): مهمترین ویروس هائیکه سبب امراض معدی معائی (اسهال) میشوند (۵)

شماره	عامل مرضی	تابلوی کلینیکی	محل شان در انسان
۱	وایرل گاستروانتریت اپیدیمی NORMLSK	اسهال	امعاً
۲	انتروویروس (ویروس کوکساکسی ECHO)	اسهال	امعاً
۳	ادینوویروس	اسهال	امعاً
۴	Retq virus	اسهالات اطفال ۸۰%	امعاً

جدول (۲): مهمترین باکتریهاییکه سبب امراض معدی معائی یا اسهال میشوند (۵)

شماره	عامل مرضی	تابلوی کلینیکی	محل شان در انسان
۱	شیگیلوز	اسهالات	کولون صاعده، مستعرض، نازله، چکم، امعای مستقیم
۲	سلمانیلوز	اسهالات	امعای رقیقه
۳	ویبروها	اسهالات	امعای رقیقه
۴	E.coli	اسهالات	کولون
۵	اریسپوزها	اسهالات	مسارقه یا ثرب، الیوم ترمینل
۶	کولیتریدپوزها	اسهالات	امعا
۷	ستافیلوکوها	اسهالات	کولون
۸	شکل معائی طاعون و سیاه زخم	اسهالات	امعا
۹	هلیکو باکتر پیلوری	اعراض معدوی	معدده
۱۰	کامپیلوباکتر ججیونی	اعراض معدوی	امعا

تسممات غذایی ملوث توسط باکتریهای ذیل بوجود میآید:

۱- ستافیلوکوکها

۲- استرپتوکوکها

۳- انتروکوکها

۴- پروتیوزها

۵- کولستریدیوم

۶- ویبریوها

جدول (۳): مهمترین پرازیت هاییکه سبب امراض معدی معائی در انسانها میگردد (۵-۷)

امراض	پرازیت	روشهای آلِوگی انسان	محل لارواها در انسان	محل کرمهای بالغ در انسان	تابلوی کلینیکی
ناسیلویسیاز	فاسیلویسیس بوسکی	بلع لاروای و کیست	امعای رقیقه	امعای رقیقه	درد بطنی و اسهال
دیفیلوبوتریاز	دیفیلوبوتریوملاتوم	بلع لاروا	اسپارگانوز	امعای رقیقه	اغلب بیعرض
تنیاز	تنیاز ساژنیاتا	بلع لاروا	وجود ندارد	امعای رقیقه	اغلب بیعرض
هامنولیا	هایمنلیس نانا	بلع تخمها	امعای رقیقه	امعای رقیقه	انتریست، اسهال، درد بطنی...
ژیاردیوز	ژیاردیالامبلیا			امعای رقیقه	اسهال
اسکاریاز	اسکاریس لومبریکویدس	بلع تخمها	ریه ها	امعای رقیقه	سرفه، پنومونی
انترویباز	انترویبوسورمیکالاریس	بلع تخمها	امعای رقیقه	امعای رقیقه و غلیظه	خارش مقعد و بیقراری
انکلوستومیاز (توریاز)	انکلوستومادوازه، نکاتورمر یکانوس	نفوذ لاروا در پوست	پوست و ریه	امعای رقیقه	درماتیت، سرفه، اسهال
استرونژیاز و نیدیاز	استرونژیلونیدس	نفوذ لاروا در پوست	پوست، ریه و مخاط دوازه	مخاط دوازه	سرفه، اسهال، درد بطنی
تریکوریا	تریکوریس تریکوریا	بلع تخمها	امعای رقیقه	سکوم تا رکتوم	اسهال کوکوزی
انیزاگیار	گونه های انیزاگیس	بلع لاروا	معد و امعا		درد بطنی، تهوع، اسهال
تریشنوز	تریشنیلا اسپرالیس	بلع لاروا	عضله مخطط	امعای رقیقه	تسب، درد

عضلی					
اسهال	سکم، الیوم ترمینل و امعای بزرگ			بالاتیديوم كولى	بالاتیاز
اسهال	امعای بزرگ			انتامیبا هستولایتیکه	آمیپاز

روش تحقیق

۱- در شفاخانه ملکی ولایت بلخ:

راجستر نتایج لابراتوار شفاخانه ملکی مزارشریف که به تعداد ۳۴۴ واقعه مثبت راجستر و از زمره ۳۴۴ مصاب به انتانات معدی معائی اندکه ۵۰ فیصد اناث و ۵۰ فیصد ذکور را تشکیل میدهد. مراجعه مریضان بیشتر در سه ماه اول سال است که ارقام آن شامل جدول (۴) میباشد. گراف مریضان پرازیت معدی معائی برویت ارقام جدول (۴) ترسیم گردیده است. گراف های (۱) و (۲)

در جدول با تفکیک جنسیت و تعیین فیصدی در شش ماه اول سال ۱۳۹۶ انواع پرازیت های معدی معائی مشخص شده است.

۲- در شفاخانه ولایت سرپل:

با مراجعه به راجستر لابراتواری عین مراحل که در جمع آوری ارقام در شهر مزارشریف انجام یافته است عملی و از جمله ۳۵۶ راجستر به تعداد ۲۹۴ آن پرازیت مثبت تشخیص گردیده است. مصابین به مرض معدی معائی که در سه ماه راجستر شده اند در جدول (۵) شامل گردیده و گراف (۳) به اساس آن ترتیب شده است.

قابل یادآوری است که پروسه ترتیب جمع آوری و ثبت نتایج لابراتواری چگونگی مراحل فعالیت مسؤلین لابراتوار در نظارت کاری قرار داشت.

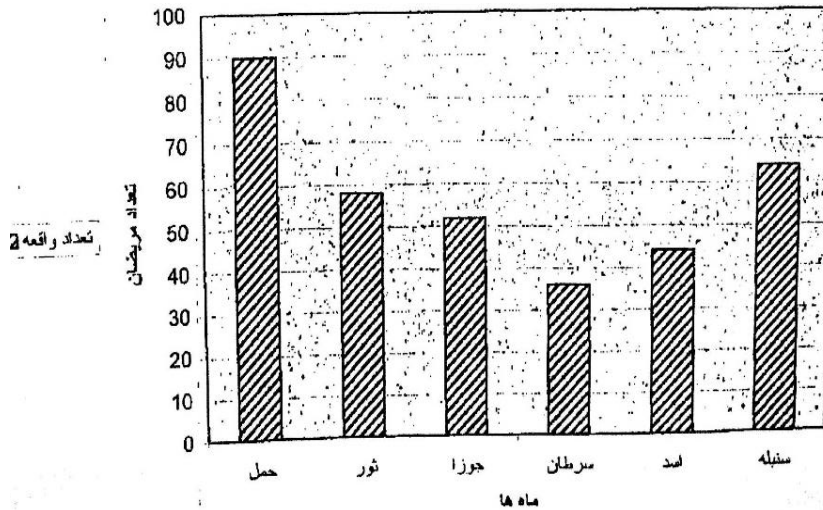
جدول (۴): احصائیه نتایج لابراتواری مریضان راجستر پرازیت های معدی معائی شفاخانه ملکی

مزار شریف ۱۳۹۶

سن	ماه	تعداد مریضان راجستر شده	جنس	نوع پرازیت															
				Amoeba		Guardia		Ascaris		Oxiur		Tenia		Ankylostom		Bacteria		مجموع مریضان	
				تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی
بچہ	حمل	90	ذکور	26	28.89%	16	17.78%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	42	46.67%
				22	24.44%	20	22.22%	2	2.22%	0	0.00%	2	2.22%	0	0.00%	2	2.22%	48	53.33%
	نور	58	ذکور	20	34.48%	6	10.34%	0	0.00%	0	0.00%	4	6.90%	0	0.00%	0	0.00%	30	51.72%
				12	20.69%	10	17.24%	2	3.45%	0	0.00%	4	6.90%	0	0.00%	0	0.00%	28	48.28%
	جوزا	52	ذکور	16	30.77%	6	11.54%	0	0.00%	0	0.00%	6	11.54%	0	0.00%	0	0.00%	28	53.85%
				16	30.77%	6	11.54%	0	0.00%	0	0.00%	2	3.85%	0	0.00%	0	0.00%	24	46.15%
سوطان	36	ذکور	12	33.33%	8	22.22%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	20	55.56%	
			16	44.44%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	16	44.44%	
عورت	امد	44	ذکور	6	13.64%	10	22.73%	4	9.09%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	4.55%	22	50.00%
				10	22.73%	8	18.18%	2	4.55%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	4.55%	22	50.00%
	سنبلہ	64	ذکور	12	18.75%	14	21.88%	2	3.13%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	3.13%	30	46.88%
20				31.25%	10	15.63%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	4	6.25%	34	53.13%	
مجموعہ	344	ذکور	92	26.74%	60	17.44%	6	1.74%	0	0.00%	10	2.91%	0	0.00%	4	1.16%	172	50.00%	
			96	27.91%	54	15.70%	6	1.74%	0	0.00%	8	2.33%	0	0.00%	8	2.33%	172	50.00%	

گراف (۴): مریضان مصاب پرازیت های معدی معائی نظر به نوع پرازیت شفاخانه ملکی مزار

شریف ۱۳۹۶

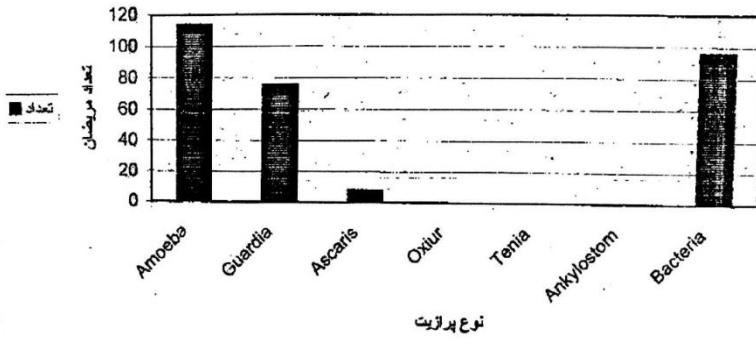


جدول (۵): احصائیه نتایج لابراتواری مریضان راجستر پرازیت های معدی معائی در

شفاخانه ملکی سرپل ۱۳۹۶

مجموع مریضان		نوع پرازیت													
فیصدي	تعداد	Bacteria		Ankylostom		Tenia		Oxiur		Ascandia		Guardia		Amobeia	
		فیصدي	تعداد	فیصدي	تعداد	فیصدي	تعداد	فیصدي	تعداد	فیصدي	تعداد	فیصدي	تعداد	فیصدي	تعداد
۸۲.۵۸	۲۹۴	%۳۲.۶۵	۹۶	%۰.۰۰۰	۰	%۰.۰۰۰	۰	%۰.۰۰۰	۰	%۲.۷۲	۸	%۲۵.۸۵	۷۶	%۳۸.۷۸	۱۱۴

گراف مریضان مصاب پرازیت های معدی معائی در شفاخانه ملکی سرپل ۱۳۹۶



نتایج

شش نوع پرازیت معدی معائی در نتایج لابراتواری تثبیت گردیده است که بیشترین رقم را Amoeba نشان میدهد و بعد از آن Giardia مرتبه بلند را دارد. همین رقم تشخیص به ملاحظه جدول های (۴) و (۵) و گرافهای (۱)، (۲) و (۳) بیان گردیده است. باکتری هم به فیصدی بیشتر مریضان سرپل در راجستر آمده است.

این شش نوع پرازیت معدی معائی در دو شفاخانه شمال کشور تشخیص و شناسائی شده است.

مناقشه یا Discussion

بصورت دقیق انواع پرازیت ها در کشور ما بنا بر عدم تدابیر و قایوی موجود است. اما به نسبت عدم مراجعه مصابین پرازیت به شفاخانه ها و داکتران و هم نداشتن لابراتوار های مجهز با تجهیزات و مواد ستندرد و عدم دسترسی به امکانات و شرایط مناسب صحتی و هم نبود سنتر های معیاری در تمام مراکز صحتی، نتایج بدست آمده معیاری بوده نمیتواند، صرف در همین شرایط و مقطع زمان میتوان نام برد.

پیشنهادات

- ۱- تجهیز سرویس های انتانی در تمام مراکز صحتی مرکز و ولایات افغانستان به استندردهای طبی.
- ۲- تربیه کادرهای تخصصی در امراض انتانی.
- ۳- شمولیت برنامه های تبلیغی غرض وقایه از امراض انتانی موجود در کشور در رسانه های همگانی.
- ۴- کنترل ار تطبیق به موقع واکسینها و طرز جلوگیری از امراض انتانی.
- ۵- شریک ساختن مردم در مدفون کردن کثافات و حفظ الصحه محیطی.
- ۶- قرنطین مبتلایان امراض ساری از سائر افراد جامعه.
- ۷- کنترل ادویه جات طبی و ارتقاء کیفیت دوايي غرض معیاری ساختن طبابت در کشور.

مأخذ

- ۱- استوارت واکر، میکروب شناسی عمومی، ۱۳۹۲، ترجمه: دکتر شهلا منصوری، چاپ اول، تهران، صفحات (۱۰، ۱۸، ۲۰۱).
- ۲- براندوالد ابزلبچر، پیتر ردورف، efa1، ۱۳۸۹، خلاصه اصول داخلی هاریسون، چاپ ۱۱، ترجمه: حبیب وکیلی تهامی، محمد فیخمی شهرکی، تهران صفحات (۱۴۰۱-۱۴۳۰).
- ۳- جاکلیک ویلت، آموس ویلفرد، میکروب شناسی رینسر، ۱۳۹۲، ترجمه: دکتر محمد کریم رحیمی، جلد دوم، چاپ اول، تهران، صفحات (۵، ۶، ۲۰، ۲۱).
- ۴- حسن تاج، بخش باکتری شناسی عمومی، ۲۰۰۸، چاپ دوم، تهران، صفحات (۸۱، ۱۰۷، ۵۴۵، ۶۴۵).
- ۵- گایتون، هال، آدیر، فزیولوژی پزشکی گایتون، ۱۳۹۳، ترجمه: دکتر غلام رضا نژاد، دکتر علی حائزی، چاپ دوم، تهران، صفحات (۱۲۹-۱۳۵).
- ۶- مارکل، جان، کروتوسکی، انگل شناسی پزشکی مارکل، ۱۳۹۰، مترجمین: دکتر علی رضا فتح اللهی، دکتر محمد رضا نظری پویا، ویرایش هشتم، تهران، صفحات (۶۵، ۲۱۳، ۲۷۲، ۳۱۶، ۳۵۰).
- ۷- مورای، کوباپاشی، روزنتال، فانز، بکترشناسی مواری، ۱۳۹۴، ترجمه: رضا انجبر، نور خدا صادقی و دیگران، چاپ اول، تهران صفحات (۳۳۰-۳۳۲).
- ۸- مورای، کوباپاشی، روزنتال، فانز، میکروشناسی عمومی مواری، ۱۳۹۴، ترجمه: رضا انجبر، نور خدا صادقی و دیگران، چاپ اول، تهران صفحات (۱۲-۱۳، ۱۲۵-۱۲۹، ۱۳۴-۱۳۵).
- ۹- مرک منوال، ۲۰۰۹، تفسیر، تشخیص و درمان بیماری ها، ترجمه: بهرام مگری، علی تقی خاتمی، چاپ یازدهم، تهران، صفحات (۱۴۰۱-۱۴۳۰).
- ۱۰- هاریسون: اصول بیماری های داخلی: هاریسون گوارشی، ۱۳۹۴، ترجمه: دکتر سید مهدی حسینی، چاپ دوم، تهران، صفحات (۶۲، ۱۹۲، ۲۱۳، ۲۳۹).

بررسی موجودیت باکتریها در مایع منی مردان با علت ناباروری نا مشخص^۷

پوهنمل دوکتور سید لعل شاه لنگر،

پوهنمل دوکتور فضل احمد باور و

پوهنمل دوکتور سید علی شاه اکبری

خلاصه

یکی از عوامل مهم ایجاد ناباروری در مردان، اتنان سیستم بولی تناسلی است. در بیشتر موارد، این انتانات باعث اختلال در پارامترهای مایع منوی مانند (تعداد، تحرکیت، قابلیت حیات و مورفولوژی) و عملکرد آن، همچنین ایجاد التهاب اپیدیدیم و پروستات می شود. بنا برین، شناسایی عوامل باکتریایی این انتانات و تجویز انتی بیوتیک مناسب می تواند منجر به بهبود پارامترهای مایع منوی و در نتیجه باروری شود. این مطالعه با هدف تعیین موجودیت انتانات باکتریایی در مایع منی افراد نابارور با علت نا مشخص انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، تحلیلی، مایع منی ۶۵ مرد نا بارور با علت نا مشخص، مراجعه کننده به شفاخانه صحت خانواده شهر مزار شریف مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا آنالیز مایع منی طبق دستور العمل سازمان صحتی جهان (WHO) انجام شد، سپس برای بررسی انتانات باکتریایی مایع منی، از دو محیط کشت بلاد آگار و EMB (۱ نوزین متلین بلو) استفاده گردید. برای تشخیص نوع باکتری تست های تکمیلی میکروبی مانند کتلاز، کوآگولاز و اکسیداز انجام و برای تعیین همبستگی پارامترهای اسپرم بین دو گروه با و یا بدون آلوده گی میکروبی، آزمایش ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation) به کار برده شده است.

یافته ها: در این مطالعه که به تعداد ۴۰ نمونه آلوده به باکتری بودند. جمعاً ۷ نوع باکتری در این نمونه ها مشاهده شد که بیشترین شیوع با ۱۶.۹ فیصد مربوط به استافیلوکوکهای طلائی و کمترین شیوع مربوط به پسودوموناس و انتروکوکها با ۱.۵ فیصد بود.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بسیار زیاد انتان مایع منوی در مردان نا بارور، گذاشتن تست های میکروبی برای مردان نا بارور با علت نا شناخته و تلاش برای تداوی انتانات طرق بولی تناسلی پیشنهاد میشود.

واژه های کلیدی: مایع منی، امراض باکتریایی، ناباروری.

^۷ - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور عبدالله درمان "رحیمزاد" استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

مقدمه

قرار مطالعاتی که تا بحال صورت گرفته از هر چهار زوج یک زوج نار بارور است که حدود ۶۰٪ این عقامت ها مربوط به مردان و بقیه مربوط به خانمها با علت های نا شناخته می باشد (۱). یکی از مهم ترین علت های عقامت مردان ، موجودیت انتانات در مایع منی مجاری تناسلی است. بعضی از میکانیزیم های پاتوفیزیولوژیک در مردان نا بارور با انتان مایع منی (باکتریواسپر می) ارتباط دارد. انتان بطور مستقیم موجب کاهش غیر طبیعی تعداد اسپرماتوزوئید مایع منی ، کاهش تحرکیت و تغییرات مورفولوژی در اسپرم می شود و در نتیجه قدرت باروری را کاهش می دهد و همچنین به طور غیر مستقیم می تواند موجب انتانات، آسیب به خصیه ها ، التهاب و در پی آن تحریک سیستم معافیتی بر علیه انتی جن های خودی همراه با لکوسیتو - اسپرم می شود که همه این عوامل می توانند مرد را دچار معضل عقامت کنند (۲). طیف وسیعی از باکتری ها با درجات مختلف ، در ایجاد عقامت مردان نقش دارند (۳-۴).

بیشترین میزان موجودیت انتان مایع منی که باعث عقامت در مردان می شود در آفریقا و کمترین میزان مربوط به کشور های صنعتی بوده است (۵).

انتانات باکتریایی باعث به هم چسپیدن اسپرم (آگلوتینیشن) می شوند ، که این امر می تواند باعث بی تحرکی اسپرم ها گردد. میزان بی تحرکی به تجمع باکتری ها در مایع منی بستگی دارد. یکی از باکتری های که ایجاد آگلوتینیشن می کند باکتری ایشرشیا کولای می باشد (۶-۸). همچنین ایجاد التهاب حاد اپیدیدم در اثر انتان باکتریایی ، در بیشتر موارد باعث مختل شدن پروسه اسپرماتوجینز می شود که در اکثر موارد در تجویز صحیح انتی بیوتیک بهبود یافته و پارامتر های اسپرم به حد نورمال خود می رسند (۹، ۳).

یکی از عواملی که باعث پدیدار شدن انتی بادی ضد اسپرم در مایع منی و سیروم می شود تخریب مانعه خونی - خصیه ها در اثر انتان است که این انتی بادی های ضد اسپرم در اختلال عملکرد اسپرم نقش دارند (۱۰-۱۴).

همچنین انتر و کوکوس ها در مجرای منی نسبت به انتر و باکتریاسه به میزان بیشتری وجود دارند (۱۰). این جنس باکتری ها باعث ایجاد التهاب در مجاری اپیدیدیم و پروستات می شوند. انتر و کوکوس ها که جز کوکسی های گرم مثبت هستند اغلب در مایع منی یافت شده و معمولاً باعث پایین آوردن پارامتر های اسپرم به حالت نورمال می شوند (۱۱-۱۲).

استافیلو کوک ها نیز جزء باکتری هایی هستند که اغلباً در مجرای بولی مردان یافت شده و می توانند باعث آلوده گی مایع منی شوند (۱۲).

بعضی از باکتری ها مانند ایشرشیا کولای به طور مستقیم بر روی باروری مردان تاثیر می گذارند. باکتری ایشرشیا کولای در مردان با ایجاد عواملی مانند بی تحرکی اسپرم، التهاب اپیدیدیم و پروستات، باعث عقامت می شود (۱۳). پسودوموناس نیز می تواند با ایجاد التهاب اپیدیدیم و پروستات باعث اختلال در پارامتر های اسپرم گردد (۱۴). این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع عفونت باکتریایی در مایع منی افراد نا بارور با علت نا مشخص انجام شد

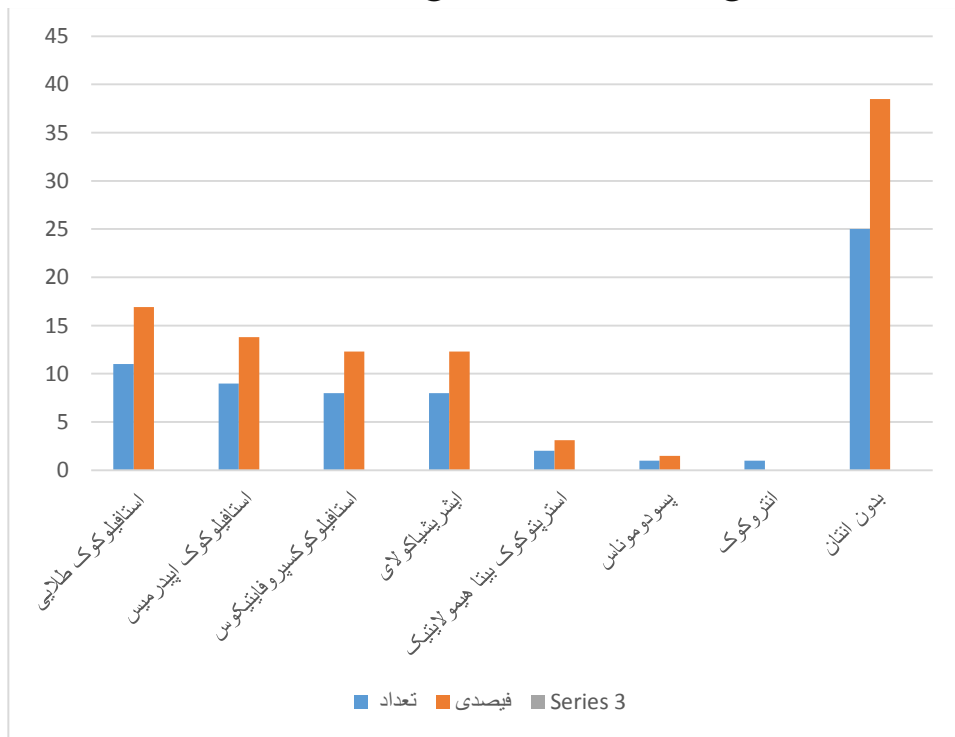
میتود تحقیق

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، به تعداد ۶۵ نمونه از منی مردان نابارور بطور تصادفی از بین سنین ۵۵ الی ۲۴ سال، با علت عقامت نا شناخته، مراجعه کننده به شفاخانه صحت خانواده از برج ثور ۱۳۹۳ الی برج سنبله ۱۳۹۴ انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. بعد از آموزش نمونه گیری صحیح به تکنیشن های مربوطه نمونه ها در ظروف استریل جمع آوری شد. سپس برای مایع شدن به مدت ۳۰ الی ۲۰ دقیقه درون انکوباتور ۳۷ درجه قرار گرفت. آنالیز مایع طبق دستور العمل سازمان صحتی جهان سال ۲۰۱۰ انجام شد برای شمارش تعداد و تحرک از سلااید Makler Chamber و برای ارزیابی قابلیت حیات از رنگ آمیزی انوزین استفاده گردیده و با استفاده از سلاید مستقیم مورفولوژی اسپرم بررسی شد (۱۵). برای بررسی اثانات فنگسی، باکتریایی مقدار ۱۰ میکرولیتر از نمونه مایع منی با لوب استریل به دو محیط کشت (بلاد آگار برای برسی باکتری های گرام مثبت و منفی، EMB (انوزین متلین بلو) برای بررسی باکتری های گرام منفی) انتقال داده شد. سپس به مدت ۲۴ ساعت درون انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد قرار گرفت، بعد از ۲۴ ساعت کشت ها جهت کالونی های فنگسی و باکتریی بررسی شدند. جهت تشخیص هویت کالونی های مشاهده شده، برای کالونی ها رنگ آمیزی گرام انجام شد. در ادامه، پس از مشاهده سلاید رنگ آمیزی شده و بررسی مورفولوژی آن برای کالونی های گرام منفی بر حسب کوکسی و باسیل بودن تست های تشخیصی و برای کوکسی گرام مثبت تست کاتالاز گذاشته شد کالونی های کاتالاز مثبت استافیلو کوک و کاتالاز منفی استرپتو کوک در نظر گرفته شدند. برای تشخیص انواع مختلف باکتریها تست های کوا گولاز صورت گرفت. کوکسی های گرام مثبت با تست کوا گولاز مثبت و تخمیر مانیتول مثبت، استافیلو کوکوس اروئوس کوکسی های گرام مثبت با تست کوا گولاز منفی و تخمیر مانیتول منفی، استافیلو کوکوس اپیدرمس و کوکوکس ساپروفیتیکوس در نظر گرفته شدند. همچنین کالونی هایی که روی Sheep Blood agar هیمولیز بی تا ایجاد کردند. محیط ۶.۵ فیصد نمک رشد کرده بودند اتروکوک در نظر گرفته شدند.

یافته ها

نتایج نشان داد که از جمله ۶۵ نمونه، ۴۰ نمونه آلوده به باکتری بوده اند. همچنین ۷ نوع باکتری در این نمونه ها مشاهده گردید که بیشترین آنها ۱۶.۹ فیصد مربوط به استافیلوکوکهای طلایی و کمترین آنها مربوط به پseudomonas و انتروکوک با ۱.۵ فیصد بود (جدول شماره ۱). در پرورش کشت ۷۰٪ از نمونه های منی، تنها یک نوع باکتری و در ۳۰٪ باقیمانده، بیش از یک نوع باکتری رشد کرد و استافیلوکوکهای اروئوس و اپیدرمیس ۱۳.۴ فیصد ایشرشیاکولای وستافیلوکوکس اپیدرمیس ۸.۷ فیصد، استافیلوکوکس و ایشرشیا کولای ۵.۶ فیصد، ایشرشیاکولای، انتروکوک و استافیلوکوکهای طلایی ۲.۳ فیصد رشد کردند.

جدول شماره (۱) انواع نمونه های باکتریایی در مایع منی مردان نابارور



پیشینه

مطالعاتی که در کشور های مختلف جهان چون جمهوری خلق چین، جمهوری مالدیف، جمهوری ترکیه و جمهوری اسلامی ایران در این خصوص صورت گرفته نشان میدهد که ناباروری مردان در کشور های متذکره نیز یک پرابلم عمده اجتماعی بوده و محققین در کشور های مختلف تلاش نموده اند تا علل وانگیزه های دقیق این مشکل اجتماعی را دریابند

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هفت نوع انتان باکتریایی در ایجاد پروسه انتانی مایع منی مردان مراجعه کننده به شفاخانه صحت خانواده شهر مزار شریف نقش داشته اند که بیشترین شیوع مربوط به نوع استافیلوکوکهای و ایشرشیا کولای بوده است، این باکتری ها از مهم ترین عوامل ایجاد کننده عقامت در مردان به شمار می آیند که این نتایج با یافته های مطالعه Holmes و همکارانش همخوانی داشت. آنها گزارش کردند ایشرشیا کولای یکی از مهم ترین انتانات علامت دار و یا بدون علامت سیستم بولی تناسلی بوده و می تواند پارامتر های اسپرم مانند تحرکیت و متابولیزم را تغییر دهد (۸).

نتایج حاصل از آنالیز مایع منی نمونه های مورد نظر که شامل حجم، تعداد، تحرکیت، مورفولوژی و قابلیت حیات می باشد در جدول شماره ۲ آورده شده است. بین انتانات باکتریایی و حجم نمونه، میزان حرکت پیشرونده، مورفولوژی و میزان قابلیت حیات مشاهده شد. در مطالعه ای مشابه که توسط McGowan انجام شد مشخص گردید مایع منی ۱۵٪ از مردان بارور و ۳۶٪ افراد نابارور دارای عفونت باکتریایی است (۲).

همچنین Kessler و همکاران شان در گزارش خود اعلام کردند چنانچه تعداد ایشرشیا کولای از 10^8 عدد در منی تجاوز کند باعث تخریب پارامتر های اسپرم می شود. البته این آزمایشها در *in vitro* انجام گرفته بود، بنا براین ارتباط دادن آن به *in vivo* نمی تواند توجیه پذیر باشد (۱۲). Merino و همکاران شان نیز مایع منی مردان را که به دلیل عقامت به کلینیک آندرولوژی مراجعه کرده بودند مورد آزمایش میکروبی قرار دادند، نتایج نشان داد در بین باکتری های هوازی، بیشترین باکتری ها استافیلوکوک اپیدرمیس (۶۴٪)، استرپتوکوکوس ویریدانس (۲۸٪)، ایشرشیا کولای (۹٪)، استافیلوکوک اورئوس (۴٪)، استرپتوکوکوس فکالیس (۵٪)، انتروباکتر (۴٪) و استرپتوکوکوس بتا همولایتیک (۴٪) بوده است. این محققین در مقاله خود تاکید داشتند وجود باکتری در منی اثر نا مطلوب مستقیم بر روی کیفیت اسپرم داشته و احتمال سوق بیمار به آرواسپرمی را پیش بینی می کند (۱۰).

بنا براین، یکی از دلایلی که باعث گردید بین پارامتر های اسپرم شامل حجم، حرکت پیشرونده، مورفولوژی و قابلیت حیات با انتانات میکروبی همبستگی وجود نداشته و پارامتر اسپرم های دارای انتان نورمال باشد، فاکتور های نا مشخص باروری بود (۱۱، ۱۲).

همچنین احتمال دارد انتانات باکتریایی در اشخاص به دلیل فکتور های نا مشخص ناباروری بر روی ساختمانهای داخل حجروی و بر روی DNA اسپرم تاثیر گذار باشد (۲۳).

لذا پیشنهاد میگردد در مطالعات بعدی اثر انتانات باکتریایی بر روی DNA اسپرم افراد با علت نا مشخص بررسی گردد. در یک مطالعه دیگر توسط اخلاقی و همکاران شان در انستیتوت رازی در کشور ایران، تعداد ۴۴ نمونه از مایع منی مردان نا بارور مورد آزمایش قرار گرفت. در این بررسی، مایکوپلازما بوویس، ایشریشیا کولای، استافیلوکوکهای کوآگولاز منفی، میکروکوکس و پروتئوس باکتریایی از اسپرم مایع منی نمونه ها جدا شده. نکته جالب توجه در این مطالعه این بود که نوع مایکوپلازما جدا شده بر خلاف گزارشهای کشور های صنعتی که یوروپلازما یورولیتیکوم می باشد نوع بوویس بود (۱۵).

نتایج مطالعه دیگری که توسط داکتر ریحانی و همکاران شان بر روی ۵۸ نمونه مایع منی مردانی که به دلیل مشکل باروری به کلینیک IVF شهر یزد ایران مراجعه کرده بودند نشان داد از این تعداد ۲۵ نمونه دارای کشت مثبت بوده اند که باکتری های ایزوله شده عبارت بودند از: ایشریشیا کولای، استرپتوکوکوس بتا همولیتیک، مایکوپلازما هو مینیس و یوروپلازما یورولیتیکوم (۱۱).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشتر نمونه های مایع منی مردان نا بارور با علت نا مشخص، دارای آلوده گی باکتریایی است. انواع استافیلوکوکها و ایشریشیا کولای بیشترین میزان آلوده گی را داشتند که می تواند عامل عقامت با علت نا شناخته در این افراد باشد. بنابراین، تجویز انتی بیوتیک مناسب و رفع انتان میکروبی و برگشت پارامتر های اسپرم به حالت طبیعی می تواند باعث باروری این مردان گردد.

پیشنهادات

ازینکه مطالعه حاضر یک بخش کوچکی از امور باکتریولوژیک در یک ساحه کشور بوده با توجه به شیوع بالای انتان در مایع منی در مردان نا بارور در کشور موارد ذیل پیشنهاد میگردد:

۱- اجرای معاینات باکتریولوژیک و انجام پروسه کلچر و انتی بیوگرام مایع منی برای مردان نا بارور با علل نا مشخص.

۲- تجویز انتی بیوتیک معین جهت تداوی افراد بعد از انجام پروسه انتی بیوگرام.

References:

1. Ahmad MK, Mahdi AA, Shukla KK, Islam N, Jaiswar SP, Ahmad S. Effect of *Mucuna pruriens* on semen profile and biochemical parameters in seminal plasma of infertile men. *Fertil Steril* 2012 Sep; 90(3):627-35.
2. McGowan M, Burger H, Baker H, Kretser D, Kovacs G. The incidence of non-specific infection in the semen in fertile and sub-fertile males. *Int J Androl* 1981 Dec; 4(6):657-62.
3. Keck C, Gerber-Schäfer C, Clad A, Wilhelm C, Breckwoldt M. Seminal tract infections: Impact on male fertility and treatment options. *Hum Reprod Update* 1998;4(6):891-903.
4. Skakkebaek NE, Giwercman A, De Kretser D. Pathogenesis and management of male infertility. *Lancet* 1994 Jun 11; 343(8911):1473-9.
5. Cates W, Farley TM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: Is Africa different? *Lancet* 1985 Sep 14; 2(8455):596-8.
6. Auroux M, Jacques L, Mathieu D, Auer J. Is the sperm bacterial ratio a determining factor in impairment of sperm motility: An in-vitro study in man with *Escherichia coli*. *Int J Androl* 2009 Aug; 14(4):264-70.
7. Monga M, Roberts JA. Sperm agglutination by Bacteria: Receptor-specific Interactions. *J Androl* 1994; 15(2):151-6.
8. Wølner-Hanssen P, Mårdh P. In vitro tests of the adherence of *Chlamydia trachomatis* to human spermatozoa. *Fertil Steril* 2001 Jul; 42(1):102-7.
9. Weidner W, Garbe C, Weissbach L, Harbrecht J, Kleinschmidt K, Schiefer H, et al. Initial therapy of acute unilateral epididymitis using ofloxacin. II. Andrological findings. *Urologe A* 2004 Sep; 29(5):277-80.
10. Svenstrup HF, Fedder J, Kristoffersen SE, Trolle B, Birkelund S, Christiansen G. *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and tubal factor infertility—a prospective study. *Fertil Steril* 2008 Sep; 90(3):513-20.

11. Rodin DM, Larone D, Goldstein M. Relationship between semen cultures, leukospermia, and semen analysis in men undergoing fertility evaluation. *Fertil Steril* 2009 Jun; 79(Suppl 3):1555-8.
12. Virecoulon F, Wallet F, Fruchart-Flamenbaum A, Rigot JM, Peers MC, Mitchell V, et al. Bacterial flora of the lowmale genital tract in patients consulting for infertility. *Andrologia* 2005 Oct; 37(5):160-5.
13. Hillier SL, Rabe LK, Muller CH, Zarutskie P, Kuzan FB, Stenchever MA. Relationship of bacteriologic characteristics to semen indices in men attending an infertility clinic. *Obstet Gynecol* 2001 May; 75(5):800-4.
14. Lauper U, Schlatter C. Adnexitis und pelvic inflammatory disease. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2005 Jan; 45(1):14-8.
15. Nabi A, Khalili M, Halvaei I, Roodbari F. Prolonged incubation of processed human spermatozoa will increase DNA fragmentation. *Andrologia* 2014 May; 46(4):374-9.

اتمسفیر و ویژه‌گی‌های بارز آن^۱

پوهندوی دوکتور محمد ناصر حیدر

مقدمه

واژه اتمسفیر ترکیبی است که از دو واژه یونانی **Atoms** (بخار) و **Sphaira** (کره) مشتق شده است و به قشر هوای اطلاق میشود که کره زمین را احاطه نموده است. هوا مخلوط از گاز های مختلف است. گرچه جو زمین ظاهراً به دلیل ماهیت گازی شکل خود بی وزن به نظر میرسد، اما در واقع دارای کثافت به مقدار 5.6×10^{15} تن میباشد. اتمسفیر یک سیستم عظیم با عمیله های کیمیاوی گسترده است که نیروی محرکه عملیه های آن را خورشید، ترکیبات پر انرژی منتشر شده از جانب موجودات زنده و فعالیت های صنعتی و کشاورزی انسانی فراهم می آورد.

عملیه های کیمیاوی پیچیده بسیاری در اتمسفیر صورت میگیرد. حرکات فزیکتی توده های هوا که هرکدام از نظر حرارت فشار و مقدار رطوبت متفاوت هستند، اقلیم را بوجود میآورند.

ترکیب فعلی گازهای اتمسفیر که به اندازه کافی خشک باشد تا ۹۹.۹۹ فیصد حجم از گازهای نایتروجن، آکسیجن، آرگون و کاربن دای اکساید تشکیل شده است. و به همین دلیل این گازات را گازهای اصلی مینامند، و به این ترتیب تنها ۰.۰۱ فیصد حجم اتمسفیر را عناصر از قبیل پلتون، هایدروجن، هلیوم، کریپتون، ازون، رادون و غیره تشکیل میدهد و ذرات جامد از قبیل غبار، دوده، انواع نمک ها، گازهای صنعتی و میکرو ارگانیزم ها که در آلوده گی هوا نقش مهم دارند نیز جز ترکیب های فرعی بشمار میآیند. (وحدانی اقبال ۹۴)

^۱ - تقریظ دهنده: پوهاند گل احمد " فیضی " استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

اتمسفر دارای مقداری بخار آب است که در هر لحظه حدود ۱۲۹۰۰ کیلومتر مکعب آب دارد. اگر همه آب موجود در اتمسفر به صورت باران به زمین بریزد پوششی به ضخامت حدود ۲۵ میلی متر در کل سطح زمین تشکیل میشود. بخار آب اتمسفر میتواند تا چهار فیصد هم برسد. (جعفرپور ۱۱)

بعضی از اجزای اتمسفر از نظر جیوکیمیا حایز اهمیت است غلظت کاربن دای اکساید در اتمسفر با افزایش مصرف سوخت های فوسیلی در حال افزایش است که ماده ای خام اصلی حیات گیاهی را فراهم می سازد. ازون که بخش اعظم آن در ازونوسفر قرار دارد، در جذب تشعشع ماورای بنفش نقش حیاتی دارد.

اگر این جذب سطحی وجود نداشت، تشعشع ماورای بنفش در سطح زمین برای بیشتر شکل های حیات کشنده میشد. حضور اتمسفر برای بقای فامایع یا به عبارت هایدروسفر جنبه ای اساسی دارد. تعادل آکسیجن اتمسفر بوسیله بیوسفر و از طریق عملیه فوتوسفر تنظیم میشود.

هدف تحقیق

در حال حاضر مسله گرم شدن زمین و تغییرات اقلیم یک موضوع داغ جهانیان بوده با وجود که یک سلسله مقررات درعرصه بین المللی از کنفرانس های استکهلم تا کنفرانس ریو وضع گردیده اما دیده میشود که از طرف بسیاری از کشورها تطبیق و رعایت آن بعید به نظر میرسد.

نهضت اکولوژی و کنترل آلودگی هوا و آب که در سال های ۱۹۶۰ در پی اعلام خطر دانشمندان به نشر رسید افکار عمومی را نسبت به خطرات که لایه حیاتی ازون را تهدید میکند سخت برانگیخته بود. این نهضت بطور گسترده در سطح بین الملل ریشه دوانید و از همان آغاز دارای مفهوم فلسفی نیرومندی در ارتباط با تغییر نگریش نسبت به جهان بود و ارزش های اجتماعی جدید بوجود (آورد). (اردکانی ۷۲)

هدف ما دراین تحقیق صرف در سطح توضیح و آگاهی دهی مردم ما است که مسله تغییر اقلیم و گرم شدن اتمسفیر آسیب های بیشتر را به کشورهای فقیر چون افغانستان که در آن از سالیان متمادی به اینطرف در پهلوی فقر و ناداری، بی سوادی، جنگ اعلان نشده نیز مشتعل است، داشتن محیط زیست عاری از هوای آلوده بعید به نظر میرسد. ما باید درک داشته باشیم که از بی توجه ای حکومت و عدم آگاهی مردم که قطع جنگلات، مهاجرت های کتله ای مردم دهات به شهر ها از اثر جنگ و تبدیل شدن مناطق زراعتی به بیابان ها استفاده زیاد از روغنیات بی کیفیت و ذغال سنگ و استفاده همه روزه از سلاح های گشنده و غیره پیامد های ناگواری در تغییر اقلیم و حفظ محیط زیست سالم و اتمسفیر عاری از آلودگی داشته و دارد.

روش تحقیق

روش تحقیق کتابخانه ای به هدف به بررسی گرفتن اتمسفیر و پیامد های آلودگی آن میباشد. من یقین دارم علاقمندان بخصوص محصلین عزیز که با محتوای این اثر آشنا میشوند در پهلوی آنکه خود رعایت میکنند وسیله آگاهی دادن به اجتماع نیز باشند.

ویژگی های اتمسفیر

مساله عمده چگونگی گرم شدن اتمسفیر است که نظم شرایط اقلیمی را مختل میکند. تولید گازات گلخانه ای بیش از حد موجب گرم شدن اتمسفیر میشود. بعضاً بخار آب موجود در اتمسفیر همراه با کاربن دای اکساید بمثابة یگانه میکانیسم کنترل حرارت است، طوریکه تشعشعات خورشیدی با طول موج های خاص میتواند از میان مالیکولهای آب و کاربن دای اکساید عبور کرده

به سطح زمین برخورد کرده پس از برخورد انرژی تشعشعی با طول موج طولانی تر بار دیگر پخش شده و بوسیله مالیکولهای آب و کاربن دای اکساید جذب گردیده باعث گرم شدن اتمسفر میگردد. (ملسون ۱۶۴)

تخمین زده شده که اگر کره زمین حدود پنج فیصد به آفتاب نزدیکتر میبود مقدار تشعشع اضافی بحدی می رسید که تمام هایدروسفیر زمین تبخیر گردیده سیاره بوجود میآمد که با سیاره امروزی که در آن زندگی میکنیم تفاوت زیادی میداشت.

ترکیبات سلفر در اتمسفر با کمیت های متغییر وجود دارد و بیشتر به عنوان مواد آلوده کننده اتمسفر محسوب میشوند. هایدروجن سلفیت که محصول گندیده و فاسد شدن مواد است و مقدار کمی نیز همراه با سلفر دای اکساید (SO_2) گوگرد از طریق آتش فشان ها آزاد میشود در آلوده گی هوا رول زیاد دارد. (ترپله روش ۳۶)

یکی از منابع ترکیبات سلفر هوا، سوختن ذغال سنگ است و بیشترین غلظت این گونه ترکیبات را میتوان در مناطق صنعتی یافت نمود. گازهای سلفری اجزای موقت هوا را تشکیل میدهد زیرا انحلال این گاز ها در آب زیاد بوده و بنابراین بوسیله باران شسته میشود. سایر هلوجن ها شامل فلور (F)، بروم (Br) و غیره نیز در اتمسفر تشخیص داده شده اند که فلور احتمالاً به عنوان یک ماده صنعتی آلوده کننده از طریق سوزاندن بنزین و هم چنین تجزیه مواد فلور دار وارد اتمسفر میشود.

در سالهای اخیر تولید کاربن مونو اکساید از اثر احتراق در ماشین موترها بخصوص شهر های بزرگ اتمسفر را آلوده ساخته این اکساید در اتمسفر اکسایده شده و به دی اکساید نایتروجن که سمت بیشتری دارد تبدیل می گردد.

نتیجه گیری

کره زمین بوسیله قشری از اتمسفیر (هوا) که جو زمین نامیده میشود احاطه شده است. وجود این قشر از هوا برای ادامه زندگی موجودات زنده لازم و ضروری است.

اتمسفیر اطراف زمین علاوه بر اینکه به منزله پوشش از سرد و گرم شدن بیش از حد کره زمین جلوگیری میکند موجودات زنده را نیز از اشعه مستقیم سوزان خورشید اشعه ماورای بنفش و اشعه کیهانی محافظت میکند پس بخاطر حفاظت و جلوگیری از آلوده شدن و گرم شدن این قشر حیاتی به این نتیجه میرسیم که موارد ذیل را باید در نظر گرفت.

۱- موثرترین راه حل عبارت است از جلوگیری از تولید و ورود گازهای آلوده کننده و گرم کننده مانند کاربن دای اکساید کلور و فلور کاربن (C.F.C) میتان و نایتروجن دای اکساید.

۲- اتخاذ تدابیر جدی بخاطر جلوگیری از عوامل ایجاد کننده آلودگی اتمسفیر یعنی گازات گلخانه ای که از فعالیت های صنعتی، به آتش کشیدن زباله ها و فضولات و وسایل سوخت خانگی، استفاده از تیل های بی کیفیت در وسایط نقلیه و اخیراً آزمایش های اتمی و نیروگاه های هسته ای بوجود می آیند.

۳- بخاطر جلوگیری از تهدید حیات موجودات زنده که ناشی از ورود آلوده کننده ها به اتمسفیر میباشد و باعث گرم شدن کره زمین تخریب لایه اوزون ریزش باران های اسیدی و تغییرات شدید اقلیمی و بسیاری عوارض دیگر نیز میگردد اقدامات جدی بخرچ داده شود.

۴- خواستم موضوع دلچسپ را با خواننده گان شریک سازم اینکه در جریان تحقیق به مطلب دست یافتم که محققین کشورها به هدف کاستن از تخریب لایه اوزون تحقیقاتی را زیر دست دارند تا از طریق تداخل (ترزیک) مواد کیمیاوی در اتمسفیر این معضله را حل کنند یقیناً که در مورد ترزیک هر ماده کیمیاوی به اتمسفیر پرسش های علمی و فنی بسیار مهمی مطرح است دیده شود که این چه نتیجه خواهد داد.

ماخذ و منابع

- ۱- اردکانی و محمد رضا ۱۳۸۰. ایکولوژی، انتشارات دانشگاه تهران.
- ۲- برایان میلسون. ۱۳۸۶. مترجم داکتر فرید. اصول جیوشیمی. دانشگاه تهران
- ۳- ترپله روش. ۱۳۸۰. هواشناسی عمومی. مرکز نشرات دانشگاه تهران
- ۴- جعفرپور. ابراهیم. ۱۳۵۷. اقلیم شناسی. انتشارات دانشگاه تهران
- ۵- وحدانی اقبال. ۱۳۹۱. هوا و اقلیم شناسی. دانشگاه تهران
6. Vol. 1 (1972) Geochemistry and environment. National academy of sciences Washington.
7. Jakes. p. (1973) Geochemistry of continental growth
8. Wyllie p.j. (1971) the dynamic earth. New York

ارزیابی وقوع فتق‌های مغبنی غیر مستقیم^۱

پوهنیار دوکتور نعمت الله فطنت

و پوهنمل دوکتور قیس رهین

خلاصه

فتق مغبنی غیر مستقیم یکی از معمولترین امراض جراحی در تمام دوره‌های سنی بوده که سبب مشکلات فراوان نزد مریضان گردیده و مانع فعالیت‌های روزمره شده و حتی تشویش مهلکی را خلق می‌نماید. که مراقبت و تداوی این مریضان بدوش جراحان میباشد، وگاهی اوقات در صورت بروز اختلاط فتق، میتواند سبب مرگ و میر مریضان شود. تشخیص و اتخاذ تدابیر به موقع وظیفه درجه اول جراح بوده و بلند بردن سطح آگاهی مردم در جهت طرق وقایه و مراقبت فتق نیز در زمینه کمک کننده میباشد. دریافت و بررسی حالات فوق در این تحقیق از بیمارانی که در سرویس جراحی شفاخانه حوزوی بلخ مراجعه و بستری شده و یا هم تحت عملیات جراحی بخاطر فتق قرار گرفته اند، به دست آمده است. که معلومات به دست آمده با طریقه‌های مشخص احصاییوی تحلیل و تجزیه گردیده است.

مریضانیکه طی سال ۱۳۹۳ در سرویس جراحی مراجعه نموده اند ۳۰۲۸ تن بوده که از آن جمله ۲۲۸ واقعه (۷.۵%) فتق مغبنی غیر مستقیم داشته اند. و بقیه به تشخیص امراض متعدد دیگر جراحی تحت مداوا قرار گرفته اند.

از جمله ۲۲۸ مریض، ۲۱۹ تن (۹۶%) را افراد مذکر و ۹ تن (۴%) را افراد مؤنث احتوا نموده است. که گروپ‌های عمده سنی ۳۶ سال بوده (۲ تا ۸۵ سال) و حدود ۷.۵% مریضان مراجعه کرده و ۸.۵% مریضان عملیاتی را تشکیل میدهد.

بیشترین وقوع مرض بالترتیب در سنین ۲-۱۵ سال، ۵۴ مریض (۲۳.۷%) و سنین ۵۵ تا ۷۱ سال، ۵۴ مریض (۲۳.۷%) را تشکیل میدهد. وقوع مرض نظر به جانب راست و چپ نیز متفاوت بوده که در طرف راست ۱۳۵ مریض (۵۹%)، و در طرف چپ ۷۳ مریض (۳۲%) و ۲۰ مریض

^۱ - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور زلمی " مولوی زاده " استاد پوهنحی طب پوهنتون بلخ.

فتق دو طرفه داشته که (۹%) را تشکیل می‌دهد. وقوع طرف راست نسبت به طرف چپ ۲ مرتبه بیشتر بوده (۳۲:۵۹)، اما در سنین ۲ تا ۱۵ سال وقوع طرف راست نسبت به چپ کمتر ملاحظه شده است (۳۲.۹:۲۲.۲%).

فتق مغبنی غیر مستقیم دوطرفه در سنین ۵۵-۷۱ خیلی معمول بوده (۱۲ مریض یا ۶۰%)، و در سنین ۲-۱۵ سال (۶ مریض یا ۴۰%) وقوع را نشان می‌دهد.

در نتیجه حاصل میشود که متق مغبنی غیر مستقیم بیشتر نزد مردان واقع شده و اختناق نزد اطفال بیشتر بوده و عود مرض نزد کاهلان به ملاحظه میرسد.

مقدمه

فتق یا چوره عبارت از تبارز غیر نارمل جدار بطنی بوده که در آن احشای بطنی از طریق یک مجرای طبیعی و یا هم غیر طبیعی در زیر جلد به شکل یک کتله قابل دید می‌باشد. و یا هم در یکی از کیسه‌های طبیعی بدن سرازیر میشود. یکی ازین نوع تبارزات که مشکلات فراوانی را برای افراد جامعه و مریضان بار آورده است بنام فتق مغبنی یاد میشود. که در آن کیسه از طریق کانال مغبنی به سفن و یا هم در جدار بطن تبارز مینماید. با بزرگتر شدن کیسه در قسمت سفلی بطن (راست)، چپ و یا هم دوطرفه) سبب پندیده گی غیر نارمل شده و گاهی موجب درد شدید شده میتواند. و مریضان با دیدن پندیده گی ناراحت میگرددند. گاهی محتوی کیسه در داخل کیسه گیر مانده سبب بندش روده و حتی اختناق آن میشود. و وضعیت خطرناک و کشنده را در صورت عدم تداوی بار آورده میتواند.

فتق مغبنی به صورت عموم دو نوع است؛ یکی فتق مستقیم که طریق یک ضعیفی در جدار قدامی بطن، در مثلث Hassel bach بوجود می‌آید. و دیگری نوع غیر مستقیم آن است که محتوی فتقیه پریتون را با خود از طریق کانال مغبنی پیش میراند و بالاخره در زیر جلد سفن قابل ملاحظه میگردد. و در صورت عدم تداوی ناحیه سفنی از باعث نزول احشای بطنی بزرگ و بزرگتر میگردد که سبب ناراحتی مریض میشود.

گاهی اوقات عرض ابتدایی یک پندیده گی کوچک بوده که با تفتیش تشخیص به آسانی صورت میگیرد. ممکن یکطرفه و یا هم دو طرفه باشد. تفاوت فتق مغبنی مستقیم و غیر مستقیم قسمی بیان میشود که اگر مریض به استجای ظهري خوابانده شده و فتق با دست ارجاع میگردد. بعداً انگشت کلان بالای فوحه عمیق فتقیه گذاشته شده (Ring occlusion test) واز مریض بخواهید تا سرفه

نماید، اگر فتق غیر مستقیم باشد، پندیده گی در جدار بطن قابل ملاحظه نمیباشد. اما در صورت فتق مستقیم کتله قابل مشاهده میشود.

این تحقیق که بالایی فتق‌های مغبنی منجمله نوع غیر مستقیم آن که یک مرض معمول جراحی را تشکیل میدهد، به صورت Prospective و Retrospective در مورد واقعات فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به سن در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی طی مدت یک سال صورت گرفته است. و کوشش گردیده تا تحقیق درست تر انجام شود. با وجود همه مشکلات در راه تحقیق باز هم سعی شده تا اشتباهات کمتر باشد. این کار کوچک میتواند ممد خوبی جهت تحقیقات متعدد بعدی برای نسل آینده جوان واقع گردد.

طرح مسأله

از آنجاییکه فتق‌ها خصوصاً فتق مغبنی غیر مستقیم یک مرض معمول جراحی است، افراد بیشتری را در دوره‌های سنی مختلف مصاب میسازد. بدین ملحوظ این مسأله منحیث یک مشکل عمده را سد راه کاری جراحان، بویژه جراحان عمومی دوطبئی تشکیل میدهد. که ممکن مشکلات متعدد اجتماعی، اقتصادی، روحی و روانی را نزد افراد جامعه بوجود آورده که این مسأله را پر اهمیت تر و با ارزشتر میسازد. لذا جهت برملاشدن بهتر موضوع فرضیه‌ها و سوالات زیر مطرح میگردد.

فرضیه تحقیق

فرضیه تحقیق قرار زیر است:

- دریافت بیشترین وقوع فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به سن در شفاخانه حوزوی بلخ.
- دریافت بیشترین میزان فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به جنس‌های مذکر و مؤنث.

سوالات تحقیق

سوالات اصلی درین تحقیق:

- میزان وقوع فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به سن در شفاخانه حوزوی بلخ چگونه خواهد بود؟
- میزان وقوع فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به جنس چگونه خواهد بود؟
- تحقیق فعلی با تحقیقات جهانی چه تفاوتی دارد؟
- برعلاوه سوالات متعدد زیر نیز منحیث ممد درین تحقیق مطرح میشود:
- وقوع فتق مغبنی غیر مستقیم در کدام سنین بیشتر خواهد بود؟
- فتق مغبنی غیر مستقیم چه مقدار از فیصدی واقعات جراحی را تشکیل خواهد داد؟

- تناسب وقوع فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به جنس چگونه است؟

اهداف تحقیق

تحقیق موجود روی اهداف زیر متمرکز است:

- آیا موقعیت جغرافیایی در شیوع فتق مغبنی رول خواهد داشت؟
- آیا نتایج بدست آمده با لیتراتور های ملی و بین المللی همخوانی دارد؟
- طرق پیشگیری از فتق مغبنی غیر مستقیم چگونه خواهد بود؟
- کدام عوامل عمده در بروز فتق های مغبنی غیر مستقیم سهیم اند؟

اهمیت تحقیق

هر تحقیقی خالی از مفاد و اهمیت نمیباشد. چنانچه این تحقیق تفاوت های متعددی را با مقایسه به لیتراتور های جهانی آشکار ساخته است که میتواند هدف خوب برای محققان دیگر در سطح کشور و جهان باشد. بناءً این کار تحقیقی اهمیت های زیر را دارا خواهد بود:

- بررسی دقیق و همه جانبه فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به سن در موقع خاص آن کمک مینماید تا به تشخیص بموقع این مرض نایل آییم.
- تشخیص بموقع زمینه را برای طرح و تطبیق پلان تداوی مؤثر مهیا خواهد ساخت.
- پیشبینی اختلالات کشنده مرض نیز بر اهمیت موضوع می افزاید.
- طرح پلانهای وقایوی در مقابل مرض ، میزان وقوع فتق های مغبنی غیر مستقیم را در جامعه کاهش خواهد داد.

پیشینه

تاریخچه فتق های جدار بطن به ۱۵۰۰ قبل از میلاد بر میگردد که در همان مراحل ابتدایی فتق به واسطه استفاده از چره بند و یا هم پانسماں توسط بنداژ تداوی میگردد و اولین تاریخ فتق های مغبنی مربوط به قرن اول بعد از میلاد میشود. بعداً ترمیم اصلی فتق ها توسط عملیه جراحی در اواسط سال های ۷۰۰ بعد از میلاد که از طریق شق جدار بطن نزد مریضی که نیازمند اورشیدیکتومی (Orchidectomy) بود انجام گردید که اساساً ترمیم توسط جراحی با بستن کتله و قطع نمودن کیسه فتقیه ، کورد و فوحه خصیوی صورت میگرفت.

در اواخر قرن هجده هم پیشرفت های قابل توجهی در شناسائی اناتومی ناحیه مغبنی رخ داد. در سال ۱۸۸۱ يك جراح فرانسوی به نام لوکاس چامپیونر Lukase championer توانست با بستن

جرحه ابتدایی در فوحه داخلی به خوبی فتق مغبنی غیر مستقیم را ببندد. ادوارد بسینی Edward bassini (۱۹۲۴-۱۸۴۴) که پدر علم جراحی فتق مغبنی است وی نیز با استفاده از روشهای ضد عفونی کننده و ایجاد انستیزی، عمل جدیدی را ابداع کرد که با آن توانست زمین کانال مغبنی را دو باره بسازد و همراه با آن به خوبی کیسه فتق مغبنی را بست، و بدین ترتیب به طور قابل توجهی باعث کاهش وفیات نزد مریضان شد. وعود مرض تا يك بر پنج حصه نسبت به قبل کاهش پیدا کرد. همچنان لیختن اشتاین استفاده از میش یا جالی را پیشنهاد نمود که فعلاً در امریکا بیشتر از آن استفاده میشود. بر علاوه توسین، در سال ۱۸۹۸ از روش کلینیکی ترمیم درست لیگمنت کاپر که در آن lig.papurt با lig.pectineal و دوخته شده و بوسیله آن دیفیکت هردونوع، فتق فخذی و مغبنی ترمیم میگردد، معرفی نمود. قبلاً مک وی (Macvay) ترمیم lig.cooper را توام با ایجاد يك شق اضافی که بتواند افزایش فشار جرحه را کم نماید مروج ساخته بود. Hendly در سال ۱۹۱۸ برای اولین مرتبه استفاده از تارسلک (Silk) و نیلون را طی چندین سال در تداوی فتق، نیز معرفی نمود. در سال ۱۹۵۸ م، Usher استعمال قطعه از مواد صنعتی را که از Monofilament polymere plastic ساخته شده بود پیشکش عرصه جراحی کرد. بعداً مشهورترین تخنیک عملیات در تداوی فتق‌ها دیدگاه یوشر Usher بود که در سال ۱۹۵۸ مطرح گردید. اما امروز تخنیک لپراسکوپیک به قسم که مصئون و موثر در تداوی فتق‌های مغبنی میباشد معمول و مروج گردیده است.

فتق در اصل از کلمه لاتینی یعنی رپچر (Rupture) استخراج گردیده است و عبارت از خارج شدن یکی از احشای بطنی و یا قسمتی از آن از طریق يك فوحه غیر طبیعی از يك جوف احاطه شده توسط جدار های آن میباشد. و یا به عباره دیگر هر گاه احشای بطنی و یا يك قسمت از احشای بطنی جدار بطن را از طریق يك فوحه طبیعی و یا غیر طبیعی عبور و در تحت جلد ظاهر گردد به نام فتق بطنی یاد میشود.

فکتور های عمده چون ضعیفی ولادی و کسبی عضلات جدار بطن و افزایش فشار داخل بطنی از هر سببی که باشد عوامل تشکیل فتق را میسازند.

وقوعات و شیوع دقیق فتق مغبنی تا هنوز شناخته نشده است. اما % ۷۵ از فتق‌های جدار بطن در ناحیه مغبنی رخ میدهند. و وقوع فتق‌های غیر مستقیم نسبت به فتق‌های مستقیم بیشتر است. و فتق‌های فخذی شیوع کمتری دارد. فتق مغبنی ۲۰ مرتبه نزد مردان نسبت به زنان بیشتر بوده و % ۲۷ مردان و % ۳ زنان را در طول حیات تهدید میکند. در ایالات متحده امریکا سالانه حدود ۷۵۰۰۰۰

مورد ترمیم فتق مغبنی صورت میگیرد، در حالیکه در مورد فتق‌های فخذی ۲۵۰۰۰۰۰ ودر مورد فتق‌های ثروی ۱۴۴۰۰۰ ودر مورد فتق‌های انسیزنال ۹۷۰۰۰ و برای سایر فتق‌های جدار بطن ۷۶۰۰۰ مورد است. هم چنان در ۶۷۵۰۰۰ مریضیکه در ایالات متحده امریکا نزدشان ترمیم فتق صورت گرفته، در حدود ۱۷۶۰۰۰ واقعه آن دو طرفه بوده است. دو سوم ازفتق‌های مغبنی غیر مستقیم بوده و نزدیک به دوسوم از فتق‌های عود کننده مستقیم میباشد. بعضاً مریضان با فتق‌های مغبنی انسدادی و یا هم اختنافی مراجعه میکنند که نیاز به اهتمامات عاجل دارند که میزان مرگ و میر در ترمیم عاجل بیشتر از موارد انتخابی است. فتق‌ها بدون در نظر داشت توضع و موقعیت آن به اشکال فتق قابل ارجاع یا Reducible hernia، فتق غیر قابل ارجاع یا Irreducible hernia و فتق انسدادی یا Obstructed، فتق مختنق یا Strangulated hernia، فتق التهابی یا Inflamed hernia تصنیف گردیده است.

از نظر اناتوموپتالوژی^(۳) یک فتق سه قسمت کیسه فتقیه، محتوی کیسه فتقیه، مسیر فتق تشکیل شده است. کیسه فتقیه یک رتج پری توانی بوده و متشکل از دهانه، عنق، جسم یا غور میباشد. مسیر فتق از طبقات جدار بطن که کیسه فتقیه از آن عبور مینماید تشکیل شده بناءً مسیر فتق یا یک فوچه لیفی بوده (فتق ثروی) و یا اینکه مسیر فتق را عضلات و صفاق‌های جدار بطن تشکیل میدهد. (فتق مغبنی و فخذی). محتوی فتق را احشای که در داخل کیسه فتقیه قرار دارد ساخته و مشتمل بر تمام احشای بطنی به استثنای کبد و پانکراس میباشد. اکثراً ساختمان‌های ذیل محتوی فتق را تشکیل داده و بنام‌های مختلف زیر یاد میشوند:

- ۱- مایع (fluid) - مایع معمولترین محتوی کیسه فتقیه بوده و از آگزودات پری توانی تشکیل شده و یا اینکه یک قسمت یا بقایای حبن می باشد.
- ۲- ثرب کبیر که بنام omentocele یاد میشود.
- ۳- امعا که بنام enterocele یاد شده و اکثراً امعای رقیقه محتوی کیسه فتقیه را تشکیل داده لاکن در بعضی حالات امعای غلیظه و اپندکس نیز بوده میتواند.
- ۴- یک قسمت از محیط امعاء که بنام Richter's hernia یاد میشود.
- ۵- یک قسمت رتج مثانی یا یک قسمت مثانه بر علاوه محتوی دیگر کیسه فتقیه میتواند در فتقهای مستقیم و sliding مغبنی و فتق فخذی موجود باشد.
- ۶- مبیض با ویا بدون نفیرها

7- رتج میکل که بنام litter hernia یاد میشود.

فتق مغبنی غیر مستقیم نوعی از فتق بوده که در آن محتوی فتقیه از طریق فوحه عمیق کانال مغبنی داخل قنات مغبنی شده و در صورت بزرگ بودن فوحه سطحی کانال مغبنی را عبور نموده و داخل سفن میگردد. فتق مغبنی غیر مستقیم نسبت به فتق مستقیم عمومیت بیشتر داشته، وزمانی واقع میشود که Processus vaginalis به شکل قسمی و یا مکمل بسته نشده باشد. معمولاً بعد از تولد Processus vaginalis در اشخاص نورمال به صورت بنفسهی مسدود میگردد. Processus vaginalis يك طبقه پريتوانی بوده که خصیه ها و تخمدان ها را پوشانیده و از طریق کانال مغبنی داخل سفن در مردها و lig. round در خانم ها میگردد. زمانیکه رینگ داخلی بسته میگردد processus vaginalis نیز کاملاً از بین میرود. بناءً هر نوع ناکامی در بسته شدن آن سبب تشکل وانکشاف فتق میگردد.

فتق مغبنی غیر مستقیم بیشتر در طرف راست دیده شده که در يك بر سه حالات این فتق دو طرفه است. در اطفال نیز معمولاً موقعیت فتق در طرف راست میباشد. که علت آن تاخیر در نزول خصیه طرف راست بوده، فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به تمام انواع فتق ها زیاد تر مشاهده شده و قوعات آن در اطفال جوانان و حتی زنان معمول میباشد. در مرد ها فتق غیر مستقیم در دهه اول حیات زیاد معمول بوده که بدون شك با تاخیر نزول خصیه طرف راست همراه میباشد. در حالیکه بعد از دهه دوم حیات کثرت و قوعات فتق مغبنی چپ مانند راست است در مرد های کاهل 65% فتق های مغبنی غیر مستقیم بوده که 55% آن در طرف راست و در 12% دو طرفه میباشد. در فتق غیر مستقیم سپرماتیک کورد در کانال مغبنی قرار داشته و عنق کیسه که عموماً کوچک میباشد در فوحه داخلی موقعیت دارد و در وحشی آن شریان اپی گستریک سفلی قرار میگردد.

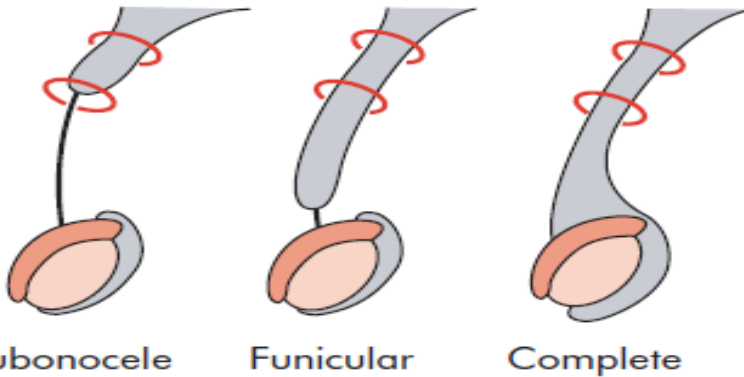
فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به وسعت به سه گروه تقسیم شده است.^(۱)

(۱) ببونوسل Bubonocoele: در این صورت فتق محدود و منحصر به قنات مغبنی میباشد.

(۲) فونیکولر Funicular: وقتیکه فتق حلقه یا رنگ سطحی را عبور نکند.

(۳) فتق تام یا Scrotal و یا Complete: در این حالت Processus vaginalis سراسر باز میباشد.

شکل ۳- انواع فتق مغبنی غیرمستقیم نظریه وسعت



فتق مغبنی غیرمستقیم در هر سن و سال مشاهده شده این مریضان در اثنای انجام وظایف سنگین و تمرینات شدید از درد ناحیه مغبنی و یا دردهای راجعه خصیه شاکی اند. و در ضمن بسیاری از فتقها باعث تولید درد نگردیده و صرف مریض از یک برآمده گی در ناحیه مغبنی شکایت دارد. هرگاه از مریض خواهش شود که سرفه نماید. یک کتله و تورم گذری که نبضان نشان میدهد قابل مشاهده و حس مییابد. هرگاه کیسه فتقیه منحصر و محدود به قنات مغبنی باشد تورم مذکور با مشاهده ناحیه مغبنی از جنب و علوی در حالیکه طیب کمی به خلف شانه مربوطه مریض ایستاده باشد به خوبی مشاهده شده میتواند.

زمانیکه فتق مغبنی غیرمستقیم از نظر جسامت بزرگ گردید در اثنای سرفه زیاد تر واضح و قابل مشاهده شده و با گذشت زمان فتق در زمان ایستادن پایین میآید. در فتق‌های بزرگ مریض احساس سنگینی نموده و کشش مساریقه امعا، ممکن باعث تولید دردهای ناحیه اپی گستریک شود و هرگاه محتوی کیسه فتقیه قابل ارجاع باشد کانال مغبنی متوسع دریافت میگردد. اعراض و علائم سیستمیک در صورتیکه فتق به اختناق معروض نگردیده باشد قابل مشاهده نیست. در اطفال کتله فتقیه در اثنای گریه مشاهده شده که کتله مذکور در اطفال شیرخوار و سال‌های اول حیات Translucent بوده در حالیکه در کاهلان این وصف هرگز موجود نمیباشد. نزد دختران جوان در صورت عدم توسع حوصله ممکن یک تخمدان محتوی کیسه فتقیه را تشکیل دهد.

اسبابی چون سرفه‌های معند و مزمن، سیاه سرفه، برانشیت مزمن، قبضیت؛ سوزش ادرار از سبب ضخامه سلیم پروستات و تضییق احلیل و دیگر علائم که ممکن است مریض قبلاً بخاطر بی ربط

بودن آن یاد آوری نکند ممکن سبب فتق بوده باشد که از مریض در زمان تاریخچه پرسیده شود. این علایم ما را در جهت رسیدن به علت مرض رهنمایی میکند

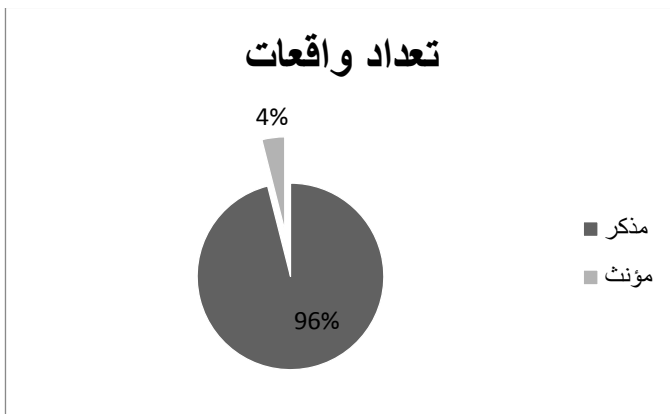
میتودولوژی تحقیق

این تحقیق به شکل Descriptive به انجام رسیده به شکل Case Series بوده و دربرگیرنده تحقیقاتی که قبلاً درین زمینه انجام شده، جمع آوری ارقام از روی دوسیه های مریضانیکه قبلاً مراجعه و تحت تداوی قرارگرفته اند و تحقیق کلینیکی شامل جمع آوری ارقام از دوسیه مریضانیکه جدیداً مراجعه نموده اند میباشد. ارقام حاصله به صورت فیصدی و درجدول ها تنظیم گردیده تا به صورت بهتر توضیح شده بتواند.

دریافت ها و نتایج

درین کار تحقیقاتی که بالای ۳۰۲۸ مریض در سرویس جراحی عمومی شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی تحت تداوی و بسترقرار گرفته اند انجام یافته نتایج زیر به دست آمده است:

از جمله ۳۰۲۰ مریض بستر شده، ۲۲۸ مریض به لوحه فتق مغبنی غیر مستقیم بستر شده که فیصدی وقوعات را ۷.۵% نشان میدهد. که یک فیصدی قابل ملاحظه میباشد و نظر به دریافت ها وقوع مرض نزد مریضانیکه عملیات شده اند ۸.۵% را تشکیل میدهد. از جمله ۲۲۸ مریض، ۲۱۹ واقعه (۹۶%) نزد جنس مذکر و ۹ واقعه (۴%) نزد جنس مؤنث واقع شده است. که طی چارت زیر نشان داده میشود.



همچنان بیشترین سن مصابیت بالترتیب بین سنین ۱۵-۲ سال و ۷۱-۵۸ سال بوده که هرکدام ۲۳.۷% واقعه فتق مغبنی غیر مستقیم را دربر میگیرد. و کمترین سن مصابیت فتق مغبنی غیر مستقیم را سنین بالاتر از ۷۲ سال تشکیل داده (۴.۴%)، به تعقیب آن سنین ۴۴ تا ۵۷ سال (۱۳.۲%)

وسنین ۱۶ تا ۲۹ و ۳۰ تا ۴۳ سال که هر کدام ۱۷.۵٪ را احتوا مینمایند، بخود اختصاص داده است. و طی جدول زیر نشان داده شده است.

کتگوری به سال	تعداد مریضان مصاب به فتق مغبنی غیرمستقیم	فیصدی وقوعات مرض
سال ۲-۱۵	54	23.7%
سال ۱۶-۲۹	40	17.5%
ال ۳۰-۴۳	40	17.5%
سال ۴۴-۵۷	30	13.2%
سال ۵۸-۷۱	54	23.7%
بالاتر از ۷۲ سال	10	4.4%
مجموع	۲۲۸	100%

ضمناً از جدوی فوق بر می آید که اطفال و اشخاص سالمند نسبت به دیگران زیادتر تحت تهدید مرض قرار دارند. که علت عمده را در نوزاد اطفال عدم نزول به موقع خصیه‌ها در طرف راست و امراض دوران طفولیت، و در نوزاد سالمندان بیشتر ضعیفی عضلات جدار بطن توام با امراض مترافقه طرق بولی تناسلی، ظروف تنفسی و غیره میسازد. فتق مغبنی غیرمستقیم بیشتر در طرف راست مشاهده شده (یعنی ۱۳۵ مریض از ۲۲۸ مریض که ۵۹٪ از واقعات)، به تعقیب آن در طرف چپ (۷۳ مریض از ۲۲۸ مریض که ۳۲٪ را تشکیل میدهد) و به درجه سوم نوع دوطرفه (۲۰ مریض از ۲۲۸ مریض بوده که ۹٪ واقعات را میسازد) آن میباید.

مجموع مریضان نظر به سن	فتق مغبنی غیرمستقیم دو طرفه	فتق مغبنی غیرمستقیم چپ	فتق مغبنی غیرمستقیم راست	کنگوری سنی
54	0	24	30	۱۵-۲ سال
40	0	12	28	۱۶-۲۹ سال
40	0	14	26	۳۰-۴۳ سال
30	1	9	20	۴۴-۵۷ سال
54	12	14	28	۵۸-۷۱ سال
10	7	0	3	۷۲ و بالاتر از آن
228	20	73	135	مجموع مریضان
۱۰۰%	۹%	۳۲%	۵۹%	فیصدی مجموع

از مجموع مریضانیکه تحت لوحه فتق مغبنی غیرمستقیم بسترسده ۱۹۸ مریض یا ۸۷٪ عملیات گردیده و ۳۰ مریض که ۱۳٪ واقعات رامیسازد بنا بر دلایل مختلف مانند عدم موافقه مریض و یا امراض مترافقه تهدیدکننده حیات مریض عملیات نشده اند. مریضانیکه عملیات شده اند. در نزد ۱۷۴ مریض که ۸۸٪ واقعات عملیاتی راتشکیل میدهد از میتودهای مختلف *Herniotomy* و *Herniorrhaphy*، و نزد ۲۴ مریض از میتود مختلف *Mesh plasty* کار گرفته شده است. بیشترین اختلاط از نوع *Incarceration* بوده که ۱۵ مریض بوده و ۷٪ واقعات راتشکیل داده و بیشترین سنین که به *Incarceration* مواجه شده اند بین سنین ۱۵-۲ سال که ۶ مریض بوده و ۴۰٪ واقعات *Incarcerate* شده راتشکیل میدهد و این نشاندهنده تهدیدکننده جدی حیات در نزد اطفال از باعث عواقب ناگوار ناشی از اختلاط مرض میباشد. میزان مصابیت مطابق به دریافت تحقیق در بین طبقه ذکور و انانث نشاندهنده آن است. که در نزد ذکور ۲۱۹ مریض ۹۶٪ و نزد انانث ۹ مریض ۴٪ مریضان مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم اند. که بیشترین مصابیت مرض طبقه ذکور را در بر میگردد. همچنان نظر به دریافت این تحقیق مصابیت به فتق مغبنی غیرمستقیم نظر به سایر نوع فتق ها چنین دریافت گردید که ۲۲۸ مریض یا ۷۰٪ مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم و ۹۹ مریض یا ۳۰٪ از مجموع ۳۲۷ مریض مراجعه کننده فتق های مختلف جدار بطن راتشکیل میدهند و این مبین آن است که فتق مغبنی غیرمستقیم بیشترین واقعات فتق های جدار بطن راتشکیل میدهد و این خود نشان دهنده یک چالش بزرگ سدره جراحان بوده و توجه جدی را در زمینه می طلبد. این تحقیق نشان میدهد در مجموع ۲۵۱ مریض به لوحه فتق مغبنی مراجعه نموده اند که ۲۲۸ مریض یا ۹۱٪

مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم و ۲۳٪ مریض یا ۹٪ مصاب فتق مغبنی مستقیم اند. بدین ملحوظ بیشترین واقعات فتق مغبنی رافق مغبنی غیرمستقیم تشکیل میدهد. نظریه دریافت تحقیق ۱۳۲ مریض یا ۵۸٪ خارج از محیط شهری و ۹۶٪ مریض یا ۴۲٪ از مجموع نفوس تحت تحقیق در شهر مزارشریف زندگی میکنند نظریه این دریافت بیشتر مصابین به مرض ساکن خارج از محدوده شهری بوده که بیشتر به کارهای شاقه فیزیکی که یکی از اسباب عمده مرض جهت امرار معیشت مصروف اند و توأم با آن دیگر عوامل مساعدکننده نیز بیشتر آنها را تهدید میکند.

همچنان دریافت شده که میزان عود مرض ۱۰٪ بوده و بیشترین سنین که عود مرض در آن مشاهده گردیده بین سنین ۴۳-۳۰ و ۷۱-۵۸ سال میباشد که در هر کدام از این رده های سنی ۷٪ مریض یا ۳۰.۵٪ از مجموع ۲۳ مریض ای که به لوحه عود دوباره فتق مغبنی غیرمستقیم مراجعه نموده اند را تشکیل میدهد. و نشاندهنده اختلاط عمده بعد از عملیات از باعث استفاده میتودهای ناکار، تجربه ناکافی جراح و عدم همکاری مریض با جراح مربوطه خویش در توصیه های بعد از عملیاتی میباشد. دریافت دیگر این تحقیق نوع فتق مغبنی غیرمستقیم از نظر وسعت بوده که مطابق به آن ۱۱۳ مریض یا ۴۹.۵٪ مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم از نوع Scrotal یا Complete، ۹۸ مریض یا ۴۳٪ از نوع Funicular و ۱۷ مریض یا ۷.۵٪ مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم از نوع Bubonocele آن میباشد. علت عمده بیشتر بودن وقوعات نوع Scrotal نسبت به سایر انواع آن مراجعه دیر هنگام مریضان ناشی از آگاهی ناکافی از مرض و تداوی سنتی مانند بستن چره بند و سایر میتودهای تداوی که متأسفانه هنوز هم در کشور ما جریان دارد میباشد.

مناقشه

نظربه دریافت تحقیق که در شفاخانه Bugando medical centre شهر Mwanza در شمال غرب تانزانیا که بین سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۱۲م بالای ۴۵۲ مریض انجام شده که از آن جمله ۳۲۳ مریض مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم بوده و میانگین سنی مریضان ۳۶ سال بوده ۷.۲% مجموع واقعات جراحی راتشکیل داده که دریافت تحقیق مادرین مورد ۷.۵% بوده که به صورت نسبی با این لیتراتورهم خوانی دارد. نظربه دریافت بعدی Bugando medical centre واقعات عملیاتی که تحت لوحه فتق مغبنی غیرمستقیم عملیات شده اند ۱۰.۷% بوده و دریافت تحقیق در این مورد ۸.۵% بوده و بالیتراتورمتذکره آنقدر تفاوت فاحش ندارد. دریافت تحقیق دیگر که در سال ۱۳۸۸ هجری شمسی که در شفاخانه فاطمه الزهرا و بنت الهدی بوشهر ایران صورت گرفته فتق مغبنی غیرمستقیم طرف راست ۵۴%، طرف چپ ۳۵.۴% و فتق مغبنی غیرمستقیم دوطرفه ۱۰.۶% واقعات راتشکیل داده که در تحقیق انجام شده این ارقام ۵۹% طرف راست، ۳۲% طرف چپ و ۹% فتق مغبنی غیرمستقیم دوطرفه دریافت شده که به صورت نسبی با لیتراتور ذکر شده هم خوانی دارد.

همچنان در مورد فیصدی نوع عملیات‌های اجرا شده نزد مریضان مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم در تحقیق Bugando medical centre نشان‌دهنده آن است که ۸۱% از میتودهای مختلف Herniotomy و Herniorrhaphy استفاده شده و ۱۹% از ترمیم فتق به روش Meshplasty استفاده شده است. و تحقیق اجرا شده نشان‌دهنده ۸۸% استفاده از میتودهای عملیاتی بدون تطبیق مش و ۱۲% Mesh plasty را نشان میدهد که در این مورد نتیجه تحقیق بالیتراتورهم خوانی ندارد. علت آن همانا متفاوت بودن رهنمودها برای اجرای عملیات فتق‌ها، موجودیت امکانات اقتصادی وافر برای انتخاب نوع عملیات Meshplasty در مراکز ذکر شده است.

دریافت دیگر که نشان‌دهنده گیرافتادگی فتق یا Incarceration بوده که در (HCUP) یا Health care cost and Utilization Project در ایالات متحده امریکا در سال ۲۰۰۳م صورت گرفته نشان‌دهنده ۱۰% مریضان نی اند که با Incarcerion مراجعه نموده اند. و در تحقیق ایکه ما انجام دادیم ۷% مریضان مواجه به Incarceration را نشان میدهد. که بالتراتورهم خوانی ندارد. علت آن احتمالاً نداشتن اطلاعات درست از عواقب مرض در نزد مریضان و آقاربشان و نادیده گرفتن احتیاس محتوی فتق و اجرای بعضی مانورهای دستی خودسرانه، باعث تاخیر و عدم مراجعه به موقع در حالات Incarceration میباشد.

در تحقیق ایکه در مورد میزان مصابیت ذکور و اناث در شفاخانه امام خمینی اهواز ایران صورت گرفته است ۹۴.۳٪ از طبقه ذکورو ۵.۷٪ از طبقه اناث مصابین مراجعه کننده تحت لوحه فتق مغبنی غیرمستقیم راتشکیل می‌دهد و دریافت تحقیق ما میزان مصابیت از نظر جنسی ۹۶٪ نزد طبقه ذکور ۴٪ نزد طبقه اناث را نشان می‌دهد که در این مورد به صورت نسبی بالتراتور متذکره همخوانی دارد. تحقیق دیگری در سال ۱۳۸۰-۱۳۷۷ هجری شمسی در شفاخانه امام خمینی اهواز صورت گرفته فتق مغبنی غیرمستقیم ۷۰٪ از مجموع فتق‌های جدار بطن راتشکیل داده و نتیجه تحقیق ما نیز این مصابیت را ۷۰٪ نشان داد و بالتراتور در این مورد همخوانی دارد. در تحقیق Bugando medical centre کشور تانزانیا فتق مغبنی غیرمستقیم را ۷۱.۵٪ و فتق مغبنی مستقیم را ۲۸.۵٪ درج نموده اما نتیجه تحقیق ما ۹۱٪ فتق مغبنی غیرمستقیم و ۹٪ فتق مغبنی مستقیم را نشان می‌دهد که بدین لحاظ نتیجه این مورد بالتراتور جهانی همخوانی ندارد. که ممکن علت آن تفاوت جنیتهکی ساختار اناتومیکی ناحیه باشد که ایجاب یک تحقیق بالخاصه را در این مورد می نماید.

در تحقیق Bugando medical centre نشان می‌دهد اینکه ۷۵.۴٪ مریضان مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم خارج از محدوده شهری بوده و ۲۴.۶٪ از شهر Mwanza به این مرکز مراجعه نموده اند و نتیجه تحقیق ما ۵۸٪ مریضان بیرون از محدوده شهری و ۴۲٪ مریضان مراجعه کننده شهری را نشان می‌دهد که بالتراتور متذکره هم خوانی ندارد. که این از باعث تفاوت فرهنگی و تفاوت پراگندگی نفوس در شهرها و دهات دو کشور ممکن بوده باشد.

در تحقیق در شفاخانه امام خمینی اهواز ایران که در سال ۱۳۷۹-۱۳۷۶ صورت گرفته نشاندهنده ۶.۵٪ عود مریضان مصاب فتق مغبنی غیرمستقیم بوده و نتیجه تحقیق ما این میزان را ۱۰٪ نشان می‌دهد و از این لحاظ نیز این دریافت با لیترا تور جهانی همخوانی ندارد. که علت آن عبارت از استفاده از میتودهای عملیاتی ترمیم ابتدایی و عدم اجرای عملیات های meshplsty به صورت گسترده و بالا بودن میزان وقوع انتان ناحیه بعد از عملیات در کشور ما بوده باشد. قرار تحقیق دیگر Bugando medical centre فتق مغبنی غیرمستقیم نوع Scrotal ۶۶.۸٪، نوع Funicular 17.7٪ و نوع Bubonocele ۱۵.۵٪ واقعات را میسازد و اما نتیجه تحقیق صورت گرفته 49.5٪ Scrotal، نوع Funicular 43٪ و نوع دیگر آن که Bubonocele است ۷.۵٪ واقعات را میسازد. که این نتیجه بالتراتور ذکر شده هم خوانی نسبی دارد.

پیشنهادات

- ایجاد یک سیستم دقیق و منظم مدیکل ریکارد به صورت کمپیوتری در همه شفاخانه‌های مرکز و ولایات
- بلند بردن سطح دانش تحقیقی در پهلوی دانش مسلکی در نزدترینان‌ترین‌ها
- تهیه امکانات مناسب و تدابیر جدی جهت تداوی و عملیات مریضان مصاب و پیروسی کشنده از قبیل HIV، ایدز، هیپاتیت B و هیپاتیت C.
- بلند بردن سطح آگاهی مردم از طریق رسانه‌های همگانی در مورد مرض و عواقب ناگوار ناشی از آن
- ایجاد شعبات تحقیقی در تمام شفاخانه‌های که پروگرام ترینینگ عملاً در آن جریان دارد
- شامل نمودن رسمی موضوع تحقیق و نگارش آن در کوریکولوم درسی
- ایجاد سایت معتبر انترنتی و گنجانیدن تحقیقات اجرا شده در کشور و سایر کشورها که به صورت مأخذ جهت تهیه مونوگراف از آن استفاده به عمل آید.
- فراهم کردن تسهیلات جهت ترمیم فتق‌های مغبنی با استفاده از وسایل مدرن امروزی به ویژه تداوی لپراسکوپیک.

References

1. Azizi . , Mohammad Masum.(1384)., text book of Abdominal Surgery, 2nd edition,Nomany printing press KABUL.,:pages 384-386.
2. Bailey & Love's.(2008). Short Practice of Surgery, 25st edition., pages 968-978.,London.
3. COURTNEY M. TOWNSEND,JR., MD.,(2008). Sabiston Textbook of Surgery,18th edition., ch-44.,Texas ,USA., Printed In India.
4. DOGAR, ABDUL WAHAB.,(2014).,A Comprehensive Approach To Principles Of Systemic Surgery ., 2nd edition., pages 186-193., INDIA.
5. Dr Jean C. Emmanuel.Director of WHO.(2014). Surgical Care at the District Hospital,3rd edition,London.pages 7.10-7.17.
6. Harold Ellis., Sir Roy Calne.,(1993). , Lecture Notes on General Surgery, 8th edition/Blackwell Scientific Publication. , pages 185-189.
7. K. Rajgopal Shenoy., Anithe Nileshwar., (2011)., Atlas of Operative Surgery. , 3rd edition., pages 666-676., india.
8. Lawrence M. Tierney, JR., Stephen J. M C Phee., Maxine A. Papadakis.(1999)., CURRENT MEDICAL Diagnosis & Ttreatment.,38th edition., pages 608-609.,USA.
9. Moyer. ,Rhoads. ,GARROT Allen, M. D.,Harkins.,(1985).,Principle of Primary surgery.,13th edition., pages 957-977.
10. Seymour I. Schwartz, M.D. (2015). Principle of Surgery , 10th edition., pages 1585-1611.,USA.
11. Somen Das.(2012).A manual on Clinical Surgery,9th edition,India:pages 595-606.
12. Sriram Bhat M., Parkash Rao.,(2013)., SRB'S Manual of Surgery., 4th edition., India.
13. Krik ,R.M.(2006).General surgical operations, 4th edition.,pages 1117-1133.
14. Kingsnorth AN, LeBlanc KA.(2003)., Management of abdominal hernias, 3rd edition.,pages 40,47., London.

بررسی رابطه بین هوش سازمانی و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ^۱

استاد وحید الله امین

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین هوش سازمانی و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ انجام پذیرفت. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه روسا، معاونین و اساتید دانشگاه به تعداد ۲۶۰ نفر بوده که بر اساس جدول مورگان، حجم نمونه ۲۳۰ نفر با روش تصادفی ساده به منظور انجام تحقیق انتخاب شده و از طریق پاسخگویی به پرسشنامه هوش سازمانی مدل کارل آلبرخت (۲۰۰۲) و پرسشنامه تفکر استراتژیک مورد بررسی قرار گرفتند. این تحقیق از نوع همبستگی بوده که روایی پرسشنامه‌ها تایید و پایایی پرسشنامه‌ها به کمک آلفای کرونباخ ارزیابی شده است که با توجه به مناسب بودن مقادیر آلفای کرونباخ اعتبار درونی ابزار مورد تائید قرار گرفته است. در ارتباط با جامعه مورد مطالعه یک فرضیه اصلی و ۷ فرضیه فرعی مطرح شد که با استفاده از داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها و آزمون‌های آماری و نرم‌افزار آماری (Spss/pc++ (Ver16.0) مورد بررسی قرار گرفتند.

در فرضیه اصلی تحقیق بین هوش سازمانی و تفکر استراتژیک در دانشگاه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و نتایج حاصل از بررسی فرضیات فرعی نشان می‌دهد که بین متغیرهای مورد مطالعه در تمامی فرضیات فرعی تحقیق یعنی مولفه‌های هوش سازمانی (بر اساس هفت بعد تقسیم بندی مدل البرخت که شامل: چشم انداز استراتژیک، سرنوشت مشترک، میل به تغییر، روحیه، اتحاد و توافق، فشار عملکرد و گسترش دانش) و تفکر استراتژیک مدیران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. و نیز در گروه مورد مطالعه برای عامل روحیه، ضریب همبستگی ۰/۵۳۰ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ به دست آمد که نشان می‌دهد از میان مولفه‌های هوش سازمانی، مولفه روحیه با تفکر استراتژیک دارای رابطه مثبت نیرومندتری می‌باشد. و همچنین هوش سازمانی در حد متوسطی قدرت پیش بینی میزان تفکر

^۱ - تقریظ دهنده: دکتور احسان احدی عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور.

استراتژیک را دارد. واژگان کلیدی: هوش سازمانی، تفکر استراتژیک، چشم انداز استراتژیک، سرنوشت مشترک، میل به تغییر، روحیه، اتحاد و توافق، فشار عملکرد، گسترش دانش.

۱- مقدمه

در جهان نا پایدار کنونی که تحولات و تغییرات محیطی شتاب روز افزون یافته است و پیشرفتهای شگرف علم و فناوری به شدت به آن دامن زده است، مدیریت موثر بر سازمانها جز با درک شایسته شرایط و مقتضیات پیرامونی میسر نمی باشد. یکی از آثار و نتایج توجه و درک صحیح و هوشمندانه از تحولات و تغییرات محیط سازمانها این حقیقت است که مدیریت سازمانهای امروز و فردا، با چالشهایی روبرو خواهد بود که راهکارهای مبتنی بر تجربیات گذشته و آموزه های کهنه پاسخگوی آنها نخواهد بود. اغلب مدیران بر این باورند که سازمانها برای بقا در شرایط محیطی متغیر می بایست به طور مستمر تغییر کنند، بنابر این گرایش مدیران به روشهای اثر بخش و هوشمند در اداره سازمانها امری بدیهی است. (پهلوانیان، ۱۳۹۱: ۵)

هوش سازمانی ۱۱ یکی از مؤلفه هایی است که مدیران عصر حاضر بایستی دارا باشند تا با کسب دانش عمیقی نسبت به همه عوامل محیطی، باعث هوشمندی سازمان شوند و در نتیجه آن، بهتر بتوانند سازمان تحت هدایت خود را در دنیای متلاطم و رقابتی مدیریت کنند. هوش سازمانی با تمرکز بر روی درک دانش و یادگیری، موجب خلق سازمان هوشمند می شود سازمانی که یاد می گیرد دانش را هوشمندانه مدیریت کند. یادگیری سازمانی جزء اساسی هوش سازمانی است. برای اینکه هوش سازمانی افزایش یابد سازمان باید قادر باشد یاد بگیرد و خود را با شرایط جدید انطباق دهد. (وربارد ۱۲، ۱۹۹۸)

تحقق اهداف سازمانی و رقابت موفق در محیط به شدت متغیر تجاری، نیازمند تدوین استراتژی های مناسب و دقیق است. تدوین این استراتژی ها نیز در سازمان به واسطه تفکر استراتژیک حاکم می شود. داشتن تفکر استراتژیک به معنای درک پویایی های محیط و حساسیت نسبت به متغیرهای محیطی و وضعیت و موقعیت رقباست، مدیر خلاق با توجه به امکانات موجود خود همواره بهترین راه حل را برای برون رفت از وضعیت موجود به سمت وضعیت مطلوب پیش می گیرد از این رو سازمان ها باید مدیران متفکر برجسته استراتژیک داشته باشند، یعنی افرادی که شایستگی های راهبری دارند سازمان ها را اداره کنند. (غفاریان و کیانی، ۱۳۸۴: ۴)

¹¹-organizational intelligence

¹²-veryard

توانایی تفکر استراتژیک مهارتی است که به کمک آن می توان از منبع ارزشمند و کلیدی تفکر سازمانی برای مدیریت چالش های محیطی و نیل به اهداف سازمانی به خوبی استفاده کرد. (اینگریند ۱۳، ۲۰۰۵: ۳۳۶)

تفکر استراتژیک که تشخیص به موقع خصوصیات میدان رقابت و دیدن فرصت هایی است که رقبا نسبت به آن غافل هستند، یک مهارت حیاتی مدیریت در هزاره جدید می باشد، مهارتی که لازمه توانمندسازی سازمان برای بقا و رشد در محیط به شدت رقابتی امروز است. بنابر این هوش سازمانی و تفکر استراتژیک را می توان به عنوان دو مهارت اساسی در فرایند مدیریت به شمار آورد.

۲- اهمیت و ضرورت تحقیق

میزان هوش سازمانها مانند انسانها متغیر و متفاوت است، یعنی مجموعه ای از عوامل درونی و بیرونی در بروز و رشد آن تاثیر می گذارد. همانگونه که افراد دارای هوشمندی هستند، سازمانها نیز از این ویژگی برخوردارند. سازمانهایی هوشمندند که بتوانند انواع مختلف اطلاعات و دانش را تبدیل به هوش و حکمت نمایند و با نگاهی به آینده به سرعت خود را تطبیق دهند. از سوی دیگر سازمانهایی که هوشمند نیستند، نمی توانند در دانش دیگران سهیم شده و از آن استفاده نمایند و در نتیجه دچار اشتباهات فاحشی می شوند. (پور رشیدی، ۱۹:۱۳۹۰)

نظریه هوش سازمانی به دنبال آن است که با سنجش وضعیت هوشمندی سازمانها تواناییها و ضعف های آنها را شناسایی و بر اساس نتایج به دست آمده، راهکارهای لازم را برای بهبود هوش سازمانی و در نهایت بهبود عملکرد سازمان ارائه نماید. بنابر این با انجام مطالعاتی از این قبیل می توان وضعیت سازمان خود را از لحاظ میزان هوشمندی یعنی توانایی سازگاری و قابلیت انطباق با محیط، چشم اندازها، یادگیری و به کارگیری دانش، ساختار و عملکرد سازمانی، روحیه، فناوری اطلاعات و ارتباطات و حافظه سازمانی شناسایی و با تمرکز بر تواناییها و برنامه ریزی برای برطرف نمودن ضعفها، کارایی و اثربخشی سازمان را ارتقا بخشید. (البرخت، ۲۰۰۳)

تفکر استراتژیک با ابزارهای خود، مدیران را در هماهنگی با تغییرات محیطی (درونی و بیرونی) یاری میدهد.

بدیهی است خروجی فرایند برنامه ریزی استراتژیک بدون وجود تفکر، برنامه ای بیش نیست در عوض هنگامی که تفکر استراتژیک وجود داشته باشد می توان امیدوار بود که خروجی فرایند برنامه

ریزی استراتژیک نیز استراتژی خلاقانه و اثربخش باشد که این خود اهمیت موضوع تفکر استراتژیک را در سازمان بیان می کند. برخی می اندیشند که تفکر استراتژیک برای افرادی که در رأس قرار دارند و مدیران عالی و اعضای هیئت مدیره است ولی تفکر استراتژیک فراتر از فرایندی است که در این سطح اعمال شود. بهبود کیفیت تفکر در هر سطحی لازم است و باید به آن توجه شود. (آقاپار، ۱۳۸۶: ۱۹۲)

۳- اهداف پژوهش

۳-۱ - اهداف اصلی

شناسایی رابطه میان هوش سازمانی و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.

۳-۱-۱ اهداف فرعی

۱. بررسی رابطه بین چشم انداز استراتژیک و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.
۲. بررسی رابطه بین اعتقاد به سرنوشت مشترک و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.
۳. بررسی رابطه بین میل به تغییر و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.
۴. بررسی رابطه بین روحیه و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.
۵. بررسی رابطه بین اتحاد و توافق و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.
۶. بررسی رابطه بین فشار عملکرد و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.
۷. بررسی رابطه بین کاربرد دانش و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ.

۴ - روش تحقیق

هدف از انتخاب روش تحقیق آن است که محقق مشخص نماید چه شیوه و روشی را اتخاذ می کند تا او را هر چه دقیقتر، آسانتر، سریعتر و ارزان تر در دستیابی به پاسخ هایی برای پرسشهای تحقیق مورد نظر کمک کند. (نادری، ۱۳۸۵: ۱۶۳)

در این پژوهش، پژوهشگر قصد دارد به بررسی رابطه میان هوش سازمانی و تفکر استراتژیک در دانشگاه دولتی بلخ بپردازد. با توجه به هدف پژوهش، تحقیق حاضر از نوع پژوهش کاربردی می باشد. تحقیق کاربردی در جستجوی دستیابی به یک هدف علمی و تاکید آن بر تامین سعادت و رفاه توده مردم و مطلوب بودن فعالیت است. یافته های تحقیق کاربردی به میزان زیادی قائم به زمان و مکان هستند. (دلاور، ۱۳۸۲: ۲۵)

از نظر ماهیت و روش، پژوهش حاضر پژوهشی پیمایشی از نوع همبستگی می باشد. در پژوهشهای پیمایشی، پژوهشگر متغیرها را در صحنه واقعی مورد بررسی قرار می دهد. لذا قالب پژوهشهای پیمایشی برای تحقیقات کاربردی مناسب و هماهنگ است. (خاکی، ۱۳۸۷: ۲۱۲)

در تحقیق همبستگی بر کشف وجود رابطه بین دو گروه از اطلاعات تاکید می شود. این ها اطلاعاتی است که در خصوص یک متغیر و جامعه، یا دو موقعیت گردآوری شده، یا اطلاعاتی که در مورد دو یا چند متغیر در یک جامعه تهیه شده است. در این تحقیقات محقق می خواهد بداند که آیا بین دو گروه اطلاعات رابطه وجود دارد یا نه. (حافظ نیا، ۱۳۷۷: ۶۷)

۵- ابزار گردآوری داده ها

با توجه به ماهیت تحقیق بهترین گزینه برای گردآوری داده در این پژوهش پرسشنامه می باشد که شامل سه بخش است: بخش اول مربوط به شناسه پرسشنامه است که در برگیرنده جنسیت، وضعیت تاهل، سن، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت استخدام و سابقه خدمت می باشد و بخش دوم مربوط به پرسشنامه هوش سازمانی و بخش سوم نیز مربوط به پرسشنامه تفکر استراتژیک است.

۶- پیشینه ی پژوهش های انجام شده در رابطه هوش سازمانی و تفکر استراتژیک

نسبی (۱۳۸۷) تحقیقی را با هدف بررسی رابطه بین هوش سازمانی و خلاقیت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام داد، نتایج پژوهش ارتباط مثبت و معنی دار هوش سازمانی و مولفه هایش با خلاقیت را تایید نمودند، به طوریکه به ازای هر واحد افزایش یا کاهش در هوش سازمانی و مولفه های آن خلاقیت افزایش یا کاهش می یابد.

در سال ۱۹۹۶ ماری آن گلین در مقاله ای ضمن بررسی رابطه هوش فردی و هوش سازمانی، سه مدل تجمع یا انباشتگی، سطح تلاقی و توزیعی یا پراکشی را با مفروضات مختلف ارائه داد و بعد از آن در سال ۱۹۹۷ ویلیام هلال برای تعریف عملکرد شناختی سازمان های هوشمند بررسی هایی را انجام داد که در سال ۲۰۰۰ کتابی با عنوان (ایجاد هوش سازمانی) به چاپ رساند. وی در این کتاب مدلی نیز از هوش سازمانی ارائه داد و با اعتقاد بر این که سیستم های هوشمند باید به راحتی قادر باشند مدیریت دانش را به کار برند و مدیریت دانش به ایجاد هوش سازمانی کمک می کند، بیشتر فصول کتاب خود را به مدیریت دانش اختصاص داد.

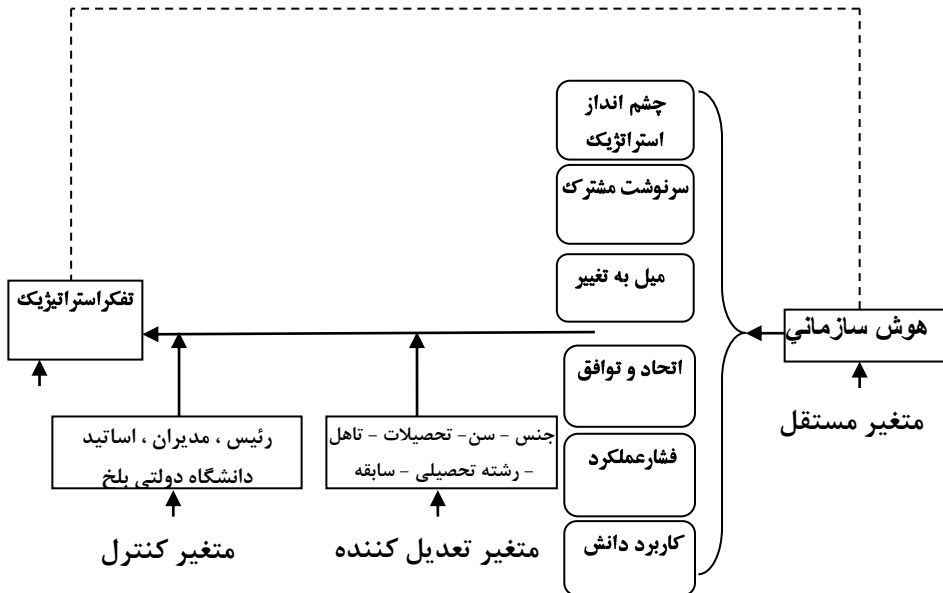
ویلیام هلال در سال ۱۹۹۷ در زمینه هوش سازمانی چارچوبی ارائه کرده است که در آن به طور منسجم زیر ساختها و سیستمهای شناختی هوش سازمانی را نشان داده است.

مینا شهامت نژاد (۱۳۹۰) در تحقیقی به سنجش تفکر استراتژیک در مدیران شهرداری تهران به کمک مدل جین لیدکا می پردازد. این مدل شامل ۵ شاخص اصلی (نگرش سیستمی، عزم استراتژیک، پیشروی بر اساس رویکرد علمی، فرصت طلبی هوشمندانه و تفکر در زمان می باشد فیونا گرتز در دانشگاه دیاکین استرلیا، سال ۲۰۰۲، تحقیقی انجام داده است. در این تحقیق به بررسی رابطه سطح تفکر استراتژیک در بین کارمندان سازمان و هوش هیجانی مدیران سطح بالای شرکت پرداخته شده است پس از انجام تحقیق مشخص شد بین این دو رابطه مستقیمی وجود دارد (فیونا گرتز، ۲۰۰۲)

۷- مدل نظری پژوهش

در این الگو چگونگی ارتباط هوش سازمانی با تفکر استراتژیک مدیران، اساتید نمایش داده شده است. در این الگو هوش سازمانی براساس مدل کارل آلبرخت به هفت مولفه تقسیم شده است که هر کدام از مولفه های هوش سازمانی می تواند در ارتباط مستقیم با تفکر استراتژیک مدیران و اساتید باشد. در این پژوهش هوش سازمانی به عنوان متغیر مستقل شامل چشم انداز استراتژیک، سرنوشت مشترک، میل به تغییر، اتحاد و توافق، روحیه، کاربرد دانش و فشار عملکرد است. و تفکر استراتژیک مدیران و اساتید به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

شکل ۲-۱۱. مدل نظری پژوهش



بخش اول: هوش سازمانی

هوش سازمانی: عبارتست از توانایی که تمام توان فکری سازمان را به حرکت وا دارد و این توان فکری را بر دستیابی به رسالت و ماموریت خود متمرکز می کند.

چشم انداز راهبردی: هر سازمانی نیازمند وجود يك نظریه ، يك اصل سازمان دهنده یا تعریفی از آنچه در جستجو و ارضای آن است ، می باشد.

سرنوشت مشترك: تمام افرادی که در يك سازمان هستند باید بدانند که رسالت آنها چیست. میل به تغییر: تغییر بیانگر چالش ها و موقعیتی برای تجربیات جدید است. اشتیاق به تغییر نیازمند آنست که آنقدر بزرگ باشیم که انواع تغییرات در چشم انداز راهبردی را بتوانیم تطبیق دهیم. اتحاد و توافق: هر گروهی که بیش از يك دوجین از افراد در آن باشند بدون وجود مجموعه ای از قوانین عملکردی با یکدیگر برخورد و تزاخم خواهند داشت.

فشار عملکرد: در يك سازمان هر کس باید خودش دارای گزاره ای برای عملکرد باشد. یعنی احساسی از این داشته باشد که به چه باید برسد و به ماندگاری و روایی هدف های خود آگاه باشد. کاربرد و گسترش دانش: موفقیت یا عدم موفقیت سازمان ها بر مبنای استفاده موثر از دانش ، اطلاعات و معلومات است.

روحیه: عنصر روحیه نشان دهنده تمایل به فعالیت فراتر از معیارهاست. دريك سازمان با روحیه پایین، کارکنان فقط کارهای خود را به درستی انجام می دهند ، درحالیکه در يك سازمان با روحیه بالا، بیشتر از حد انتظار تلاش می کنند و انرژی آنها دایم در حال افزایش است. مدیریت و کارکنان اشتیاق و علاقه زیادی به کار دارند و ازاینکه عضو سازمان هستند احساس غرور می کنند.

اهمیت هوش سازمانی

آلبرخت اظهار می دارد: پس از موجهای اول، دوم و سوم (زراعت، صنعت و اطلاعات) موج چهارم موج هوشیاری و مغز است. (آلبرخت، ۲۰۰۳) موتور محرك تغییرات جهانی ، ظهور قدرت فکری در برابر قدرت منابع مادی خواهد بود دانش در موفقیت سازمان همواره مهم بوده است. دراکر خبر از ایجاد نوع جدیدی از سازمانها را می دهد که در آنها بجای قدرت بازو، قدرت ذهن حاکمیت دارد. بر اساس این نظریه در آینده جوامعی انتظار توسعه و پیشرفت خواهند داشت که سهم بیشتری از دانش را به خود اختصاص دهند نه سهم بیشتری از منابع طبیعی ، بنابر این در سازمانهای امروزی تیم های کاری برای موفقیت حیاتی هستند ، مدیران و کارکنان می توانند روحیه

تیمی و توانمند سازی محیط کاری را با بهبود مشخصه های هوش سازمانی ایجاد کنند بنابراین این تلفیق دانش مدیریتی و هوش سازمانی در مدیریت می تواند در سوق دادن افراد در دستیابی به هدف کارساز و مفید باشد. (صفیر مردانلو، ۱۳۸۴: ۱)

بخش دوم: تفکر استراتژیک

تعاریف تفکر استراتژیک

از دیدگاه مینتز برگ تفکر استراتژیک یک فرایند سنتز ذهنی است که از طریق خلاقیت و شهود نمای یکپارچه ای از کسب و کار را در ذهن ایجاد می کند. (مینتز برگ، ۱۹۹۴)

آبراهام تفکر استراتژیک را شناسایی استراتژی های قابل اطمینان و یا مدل های کسب و کاری می داند که به خلق ارزش برای مشتری منجر می شود. (آبراهام، ۲۰۰۵: ۷)

پورتر تفکر استراتژیک را به چسبی تشبیه می کند که بسیاری از خرده سیستم های سازمان را در کنار هم نگه می دارد. زابریکی، تفکر استراتژیک را چنین توصیف می کند: «پیش درآمدی است برای طراحی آینده سازمان» گری هامل، آن را معماری هنرمندانه استراتژی بر مبنای خلاقیت و فهم کسب و کار توصیف می کند. (غفاریان و علی احمدی، ۱۳۸۲: ۳۵)

عناصر تفکر استراتژیک

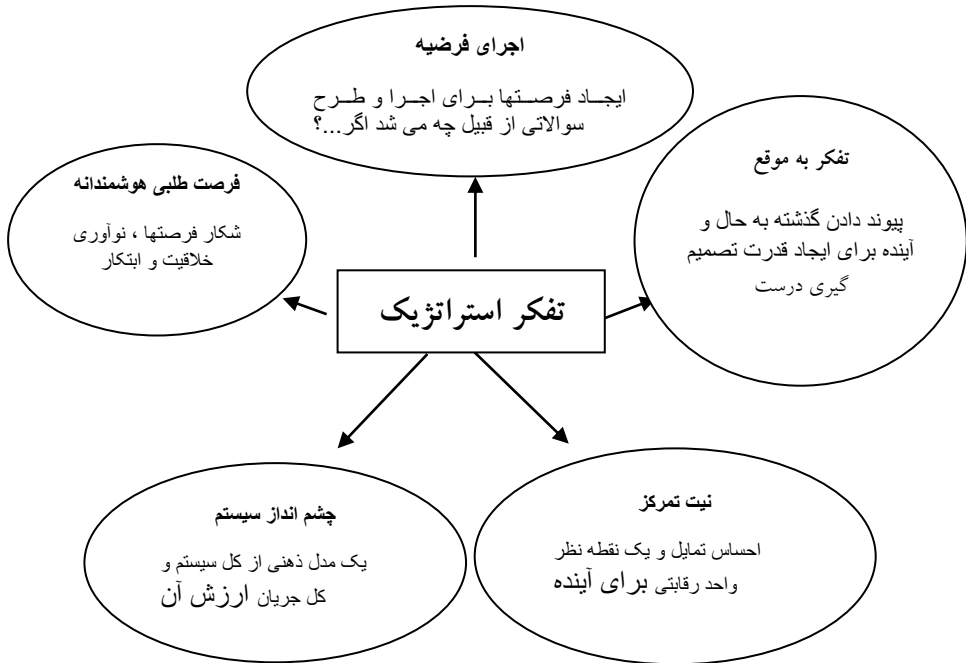
گراتی معتقد است که عناصر تفکر در سمت راست مغز از جمله خلاقیت، جستجوگری و کارآفرینی، اجزاء طراحی استراتژی و یا به عبارتی تفکر استراتژیک هستند. (گرتز، ۲۰۰۲: ۴۵۶)

آکور وانگلیست در تحقیق خود تفکر استراتژیک را با استفاده از عناصری چون آگاهی نسبت به صنعت و رقبا، نقد، خود آگاهی نسبت به مشکلات اصلی شرکت و یادگیری از تجربیات گذشته تعریف می کند. (آکور، انگلیست، ۲۰۰۶: ۶۹)

بن معتقد است درک مفهوم تفکر استراتژیک نیازمند رویکردی دوگانه است که از یک سو ویژگی های فرد دارای قابلیت تفکر استراتژیک را شناسایی کرده و از سوی دیگر فرایندها و بسترهای سازمانی حاکم بر فرد را مورد بررسی قرار دهد. (بن، ۲۰۰۱) او در تحقیقات بعدی خود سطح سومی را نیز با هدف بررسی تعاملات گروهی مؤثر بر تفکر استراتژیک در نظر می گیرد.

محققان مذکور همگی تفکر استراتژیک و عناصر آنرا در سطح فردی مطالعه نموده اند اما گروهی دیگر از محققان در کنار عناصر سطح فردی بستر و محیط سازمان را نیز مورد توجه قرار داده اند. اگر چه گروه اخیر نیز بیشتر بر عناصر سطح فردی تأکید داشته اند.

شکل ۲-۳. عناصر تفکر استراتژیک مینتزبرگ و لاسیکا (علی احمدی، ۱۳۸۵: ۲۴)



روایی

منظور از روایی آن است که وسیله اندازه گیری بتواند خصیصه مورد نظر را اندازه بگیرد نه اینکه خصیصه دیگری را بسنجد. (هومن، ۱۳۸۴: ۲۲۹) روایی یک آزمون بستگی به این دارد که تا چه میزان آنچه را که در پی اندازه گیری آن است اندازه می گیرد. روایی انواع گوناگونی دارد که یکی از آنها روایی محتوایی است. منظور از روایی محتوایی آن است که آزمون در عمل تا چه اندازه صفاتی را که برای اندازه گیری آنها طرح ریزی شده است اندازه می گیرد و یا بطور اخص به آن صفات مربوط می شود. (دلاور، ۱۳۸۲: ۹۰)

چون در این تحقیق، مهمترین ابزار جمع آوری اطلاعات و اندازه گیری متغیرها پرسشنامه است، روایی پرسشنامه از اهمیت خاصی برخوردار است. طرح پرسشنامه درست با عباراتی که ابهام آن به حداقل ممکن برسد شرط اساسی برای روایی پرسشنامه است.

در این پژوهش برای تعیین روایی از روایی محتوا استفاده شده است. پرسشنامه های مورد استفاده استاندارد بوده و در پایان نامه های کارشناسی ارشد مورد استفاده قرار گرفته است، بنابراین از روایی لازم و کافی برخوردارند. همچنین به منظور دستیابی به روایی مطلوب پرسشنامه ها و دقت هر چه بیشتر ابزارهای اندازه گیری از راهنمایی های اساتید محترم، کارشناسان استفاده شده است.

پایایی

پایایی یا اعتبار عبارت است از دقت (ثبات و پایداری) آزمون در اندازه گیری و قابلیت اعتماد یکی از ویژگیهای فنی ابزار اندازه گیری پرسشنامه است چرا که هر زمان اندازه گیری صورت گیرد نتایج پایدار بدست می آید. برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد، شیوه های مختلفی به کار برده می شود که از آن جمله می توان به اجرای دوباره (روش بازآزمایی)، آلفای کرونباخ، روش موازی (همتا)، روش تنصیف (دو نیمه کردن عبارات پرسشنامه و محاسبه همبستگی نفرت دو دسته) روش کودر - ریچاردسون اشاره نمود. (سرمد و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۶۹) یکی از ابزارهای اندازه گیری پایایی که بسیار مورد استفاده قرار می گیرد اندازه گیری پایایی با روش آلفای کرونباخ است که با استفاده از نرم افزار SPSS به راحتی محاسبه می گردد. در این گونه ابزار، پاسخ هر سؤال می تواند مقادیر عددی مختلف را اختیار کند. برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابتدا باید واریانس نمره های هر زیر مجموعه سئوالهای پرسشنامه با زیر آزمون و واریانس کل را بدست آورد سپس با استفاده از فرمول زیر مقدار ضریب آلفا را محاسبه کرد:

$$r_a = \frac{j}{j-1} \left[1 - \frac{\sum si^2}{s^2} \right]$$

که در این فرمول:

fa: ضریب اعتبار

j: تعداد زیر مجموعه سوالات پرسشنامه یا آزمون

Si² = واریانس زیر آزمون

S = واریانس کل آزمون

هر چه درصد بدست آمده به ۱۰۰٪ نزدیک تر باشد بیانگر قابلیت اعتماد پرسشنامه است. قابل ذکر است که ضریب آلفای کمتر از ۶۰٪ معمولاً ضعیف تلقی می شود. دامنه ۷۰٪ قابل قبول

است و بیش از ۸۰٪ خوب تلقی می شود. البته هر چه قدر ضریب اعتماد به عدد ۱ نزدیک تر باشد بهتر است.

پایایی تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS برای پرسشنامه هوش سازمانی ۸۸ درصد و پرسشنامه تفکر استراتژیک ۸۰ درصد برآورد گردیده است. بنابراین پژوهش حاضر از پایایی بالایی برخوردار است.

تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهشی

در پژوهش همبستگی هدف اصلی آن است که مشخص شود آیا رابطه ای بین دو یا چند متغیر کمی وجود دارد؟ اگر این رابطه وجود دارد اندازه و حد آن چقدر است؟

دو متغیری که به هم وابسته نیستند ضریبی نزدیک صفر و دو متغیری که شدیداً به هم وابسته اند ضریبی نزدیک یک دارند، دو متغیر می توانند بطور معکوس به هم وابسته باشند، در چنین حالتی ضریب عددی منفی است. (خاکی، ۱۳۹۰: ۱۸۷)

آزمون فرضیه اصلی

فرضیه اصلی پژوهش عبارتست از: بین هوش سازمانی و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟ با توجه به آنکه متغیرها مورد مطالعه فاصله ای است لذا بایستی فرض های زیر را از طریق آزمون همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار دهیم.

اگر فرض کنیم که:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر هوش سازمانی

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0 : \rho = 0 \\ H_1 : \rho \neq 0 \end{array} \right. \quad \rho : \text{ضریب همبستگی واقعی پیرسون بین دو متغیر در جامعه}$$

آمار مورد بحث

فرض صفر به معنای استقلال دو متغیر و عدم وجود رابطه بین دو متغیر بوده و فرض یک به معنای وجود رابطه معنی دار بین دو متغیر می باشد. قاعده آزمون فرض صفر در مقابل فرض یک به شرح زیر می باشد:

اگر سطح معنی داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ باشد فرض صفر را رد و فرض یک را می پذیریم.

جدول ۴-۱۳ ضریب همبستگی پیرسون بین هوش سازمانی و تفکر استراتژیک مدیران

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	۰/۳۶۰
۲	سطح معنی داری	۰/۰۲۲

عدد اول جدول مقدار ضریب همبستگی پیرسون و عدد دوم سطح معنی داری می باشد. چون مقدار سطح معنی دار معادل ۰/۰۲۲ کمتر از ۰/۰۵ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم بنابراین بین چشم انداز استراتژیک و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد.

با استفاده از ضریب همبستگی می توان گفت که رابطه از نوع مستقیم یا معکوس است که با توجه به ضریب همبستگی مثبت، رابطه مستقیم بین دو متغیر وجود دارد.

آزمون فرضیه اول

از آنجاییکه فرضیه اصلی پژوهش تایید شد و مشخص شد که بین هوش سازمانی و تفکر استراتژیک رابطه معنا دار وجود دارد، حالا می خواهیم انواع مولفه های هوش سازمانی و تفکر استراتژیک را آزمون کنیم:

فرضیه اول: بین چشم انداز استراتژیک و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟
فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر چشم انداز استراتژیک

ρ : ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۱۴ ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر استراتژیک مدیران و چشم انداز استراتژیک

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	۰/۳۳۱
۲	سطح معنی داری	۰/۰۳۷

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای چشم انداز استراتژیک و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل $0/037$ کمتر از $0/05$ است مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم بنابراین بین چشم انداز استراتژیک و تفکر استراتژیک رابطه معنی دار وجود دارد. که با توجه به ضریب همبستگی مثبت، رابطه مستقیم بین دو متغیر وجود دارد.

آزمون فرضیه دوم

فرضیه پژوهشی دوم: بین سرنوشت مشترک و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟

فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر سرنوشت مشترک

ρ : ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۱۵ ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر استراتژیک مدیران و سرنوشت مشترک

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	$0/474$
۲	سطح معنی داری	$0/002$

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای سرنوشت مشترک و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل $0/002$ کمتر از $0/05$ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم. بنابراین بین سرنوشت مشترک و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد که با توجه به ضریب مثبت همبستگی، رابطه از نوع مستقیم می باشد.

آزمون فرضیه سوم

فرضیه پژوهشی سوم: بین میل به تغییر و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟

فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر میل به تغییر

ρ : ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۱۶ ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر استراتژیک مدیران و میل به تغییر

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	۰/۴۸۰
۲	سطح معنی داری	۰/۰۰۲

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای میل به تغییر و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل ۰/۰۰۲ کمتر از ۰/۰۵ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم. بنابراین بین میل به تغییر و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد که با توجه به ضریب مثبت همبستگی، رابطه از نوع مستقیم می باشد.

آزمون فرضیه چهارم

فرضیه پژوهشی چهارم: بین روحیه و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟

فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر روحیه

ρ : ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۱۷ ضریب همبستگی پیرسون بین قدرت تفکر استراتژیک مدیران و روحیه

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	۰/۵۳۰
۲	سطح معنی داری	۰/۰۰۰

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای روحیه و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم. بنابراین بین روحیه و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد که با توجه به ضریب مثبت همبستگی، رابطه از نوع مستقیم می باشد.

آزمون فرضیه پنجم

فرضیه پژوهشی پنجم: بین اتحاد و توافق و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟
فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر اتحاد و توافق

ρ : ضریب همبستگی پرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۱۸ ضریب همبستگی پرسون بین تفکر استراتژیک مدیران و اتحاد و توافق

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	۰/۳۵۴
۲	سطح معنی داری	۰/۰۲۵

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای روحیه و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل ۰/۰۲۵ کمتر از ۰/۰۵ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم. بنابراین بین اتحاد و توافق و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد که با توجه به ضریب مثبت همبستگی، رابطه از نوع مستقیم است.

آزمون فرضیه ششم

فرضیه پژوهشی ششم: بین فشار عملکرد و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟
فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر فشار عملکرد

ρ : ضریب همبستگی پرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۱۹ ضریب همبستگی پرسون بین تفکر استراتژیک مدیران و فشار عملکرد

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	۰/۴۵۵
۲	سطح معنی داری	۰/۰۰۳

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای فشار عملکرد و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل $0/003$ کمتر از $0/05$ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم. بنابراین بین فشار عملکرد و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد. که با توجه به ضریب مثبت همبستگی، رابطه از نوع مستقیم می باشد.

آزمون فرضیه هفتم

فرضیه پژوهشی: بین کاربرد دانش و تفکر استراتژیک مدیران رابطه وجود دارد؟

فرض های آزمون به شرح زیر می باشد:

Y: متغیر تفکر استراتژیک مدیران

X: متغیر کاربرد دانش

ρ : ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر در جامعه آماری مورد بحث.

جدول ۴-۲ ضریب همبستگی پیرسون بین تفکر استراتژیک مدیران و کاربرد دانش

ردیف	آماره های آزمون	مقدار
۱	ضریب همبستگی	$0/352$
۲	سطح معنی داری	$0/026$

جدول بالا ضریب همبستگی و سطح معنی داری را برای کاربرد دانش و تفکر استراتژیک نشان می دهد. چون مقدار سطح معنی دار معادل $0/026$ کمتر از $0/05$ است، مطابق قاعده آزمون همبستگی پیرسون فرض صفر رد و فرض یک را می پذیریم. بنابراین بین کاربرد دانش و تفکر استراتژیک مدیران رابطه معنی دار وجود دارد که با توجه به ضریب مثبت همبستگی، رابطه از نوع مستقیم می باشد.

جدول ۴-۲۱ ضریب همبستگی پیرسون بین هوش سازمانی و مولفه های هوش سازمانی با تفکر

استراتژیک

ردیف	متغیرها	ضریب پیرسون	سطح معنادار
۱	هوش سازمانی	۰/۳۶۰*	۰/۰۲۲
۲	چشم انداز استراتژیک	۰/۳۳۱*	۰/۰۳۷
۳	سرنوشت مشترک	۰/۴۷۴**	۰/۰۰۲
۴	میل به تغییر	۰/۴۸۰**	۰/۰۰۲
۵	روحیه	۰/۵۳۰**	۰/۰۰۰
۶	اتحاد و توافق	۰/۳۵۴*	۰/۰۲۵
۷	فشار عملکرد	۰/۴۵۵**	۰/۰۰۳
۸	کاربردانش	۰/۳۵۲*	۰/۰۲۶

همان طور که جدول نشان می دهد بین هوش سازمانی مدیران و مولفه های آن و تفکر استراتژیک مدیران در جامعه مورد بررسی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

از بین مولفه های هوش سازمانی، ضریب همبستگی روحیه با تفکر استراتژیک مدیران در بالاترین حد و ضریب همبستگی چشم انداز استراتژیک با تفکر استراتژیک مدیران در پایین ترین حد است.

آزمون فرضیه هشتم

سوال پژوهشی: از طریق هوش سازمانی می توان تفکر استراتژیک مدیران را پیش بینی کرد. با توجه به تحلیل واریانس جدول، زیر این فرضیه تأیید می شود.

جدول ۴-۲۲ تحلیل واریانس

نمونه	رگرسیون	مجذور	تعدیل مجذور رگرسیون	خطای استاندارد تخمین زننده	داریین-واتسون
۱	۰.۳۷۸	۰.۱۴۳	۰.۱۲۰	۰.۶۱۲۳۲	۱.۹۹۶

نمونه		مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربع	F آماره	سطح معناداری
۱	رگرسیون	۲/۳۷۴	۱	۲/۳۷۴	۶/۳۳۲	۰/۰۱۶
	باقیمانده	۱۴/۲۴۷	۳۸	۰/۳۷۵		
	کل	۱۶/۶۲۲	۳۹			
نمونه	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد			آماره t	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد	بتا			
	ثابت	۱/۸۱۸	۰/۶۸۸		۲/۶۴۳	۰/۰۱۲
۱	هوش سازمانی	۰/۴۳۳	۰/۱۷۲	۰/۳۷۸	۲/۵۱۶	۰/۰۱۶

جداول فوق تحلیل رگرسیون نمرات تفکر با هوش سازمانی است، در حقیقت نشان دهنده این است که این عوامل چند درصد امکان پیش بینی تفکر را نشان می دهد، با توجه به ضریب آراسکور که برابر ۰/۱۴۳ است، به این معنی است که هوش سازمانی تنها ۱۴ درصد قدرت پیش بینی دارد که در حد متوسط می باشد. در کل مدل فوق در حد متوسطی امکان پیش بینی میزان تفکر از طریق هوش سازمانی را داراست.

نتیجه گیری

با توجه به ادبیات و تحقیقات انجام شده در خصوص هوش سازمانی و تفکر استراتژیک مدیران امروزه با اطمینان کامل می توان ادعا کرد که شناسایی و استفاده از هوش سازمانی می تواند قدرت رقابت پذیری يك سازمان را افزایش دهد و از دیگر سازمانها متمایز نماید. ضرورت بررسی هوش سازمانی در حال حاضر پاسخ به شرایط فعلی و نیاز مدیران است سازمان با بهره گیری از هوش سازمانی، اثربخشی استفاده از ساختارهای اطلاعاتی موجود را در راستای اهداف خویش افزایش داده و اطلاعات از حالت عملیاتی و محدود شده به استفاده در لایه های اجرایی سازمان برای استفاده مدیران توسعه داده می شود. با توجه به اینکه مدیران در سازمانهایی فعالیت می کنند که متأثر از محیط داخلی و خارجی خود می باشند و در مقابل پاسخگویی به مسایل و مشکلات خود مثل انسانها نیازمند قدرت یادگیری هستند بنابراین مسئله هوش سازمانی می تواند در این امر مهم، کمک شایانی به مدیران کرده و آنها را قادر سازد تا با توجه به حافظه سازمانی خود پاسخگوی نیازها و مشکلات و عکس العمل به موقع به تغییرات محیطی باشند بنابراین مدیران برای پیشبرد اهداف سازمانی و دستیابی به آنها نیاز به هوش سازمانی دارند که بتوانند با اتکای به آن عملکرد خود را بهبود بخشند. این راه امکان درک بهتر تقاضاها و نیازمندی های مشتریان (ارباب رجوع) و مدیریت ارتباط با آنان را میسر می سازد. این راه حل این امکان را به سازمان ها می دهد تا بتواند تغییرات مثبت یا منفی را حس کنند و با بکارگیری اطلاعات موجود از مزایای رقابتی و پیشرو بودن بهره برداری نمایند.

پیشنهاد برای تحقیقات آینده

- ۱- پیشنهاد می گردد که در پژوهشهای دیگر نقش هوش سازمانی در فرایندهای مدیریتی همچون مدیریت استراتژیک، برنامه ریزی استراتژیک، مدیریت مشارکتی در دانشگاه ها و سازمانها مورد بررسی قرار گیرد.
- ۲- پیشنهاد می گردد که در پژوهشهای دیگر به بررسی رابطه بین تفکر استراتژیک و خلاقیت، مدیریت زمان و مدیریت تحول در بین مدیران ارشد و همچنین توسعه تفکر استراتژیک در دانشگاه ها و سازمانها پرداخته شود.
- ۳- پیشنهاد می گردد در تحقیقات بعدی از جامعه آماری بزرگتر برای نقش هوش سازمانی در بین مدیران و کارکنان در سطوح مختلف و سازمان های دیگر استفاده شود تا بدین وسیله تعمیم پذیری نتایج حاصل از این پژوهش مورد تاکید قرار گیرد.

فهرست منابع و مأخذ:

- (ارجاع به آخرین یافته ها و منابع مرتبط با موضوع پایان نامه/رساله بر اساس روش ارجاع به منابع در سیستم مأخذ نویسی APA یا Vancouver با توجه به رشته تحصیلی)
- آذر، عادل. مومنی، منصور (۱۳۸۱)، آمار و کاربرد آن در مدیریت، جلد دوم، چاپ پنجم، تهران: سمت. ۶۴
- ابزری، مهدی. اعتباریان، اکبر. ستاری قهفرخی، مهدی (۱۳۸۵)، هوش سازمانی و جلوگیری از کند ذهنی سازمانی، ماهنامه مدیریت دانش سازمانی، شماره ۲۲، مهرماه. ۲۵-۵
- استیسی، رالف (۱۳۸۴)، تفکر استراتژیک و مدیریت تحول: دیدگاه های بین المللی درباره پویایی سازمان (ترجمه مصطفی جعفری و مهزیار کاظمی موحد)، تهران: رسا. ۶۹
- آقازاده، هاشم (۱۳۸۳)، توسعه تفکر استراتژیک: قابلیت اصلی، ماهنامه تدبیر، شماره ۲۱، ۱۴۹-۱۸.
- آرمسترانگ، مایکل (۱۳۸۱)، مدیریت استراتژیک منابع انسانی (ترجمه سید محمد اعرابی و داوود ایزدی)، تهران: دفتر پژوهشهای فرهنگی. ۴۶
- پیاژه، ژان (۱۳۶۸)، روانشناسی هوش، (ترجمه حبیب ا... ربانی)، تهران: مروی.
- پهلوانیان، حسین (۱۳۸۵)، تجربه ای موفق از کاربرد مدیریت راهبردی، چاپ چهارم، یزد: نیکو. ۵
- حافظ نیا، محمدرضا (۱۳۷۷)، مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، چاپ یازدهم، تهران: سمت. ۳۵ و ۶۷
- Abraham, S. (2005), *Stretching Strategic Thinking, Strategy and Leadership Journal*, 33 (5): 7
- Alberkht, Karl (2002), *the power of minds at work: organizational intelligence in action* "American management association
- Albrecht, Karl, (2003), *Organizational Intelligence survey*. Australian Institute of Management
- Glynn, M.A., (1996), *Innovative Genius: A Framework for Relating Individual and Organizational Intelligence to Innovation*, *Academy of Management Review*, 21, 4.
- Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligence: The Theory and Practice*. New York: Basic Books.

ارزیابی فکتورهای خطر کرانیوساینوستوزس ابتدایی غیر سندرومی^{۱۴}

پوهنمل دوکتور محمد یونس "فخری"

چکیده

کرانیوساینوستوزس (craniosynostosis) = عظم قحف، syno = یکجا شدن، ostosis = وابسته به استخوان) حالتی است که در آن یک یا چند ساختمان فایبری در عظام قحف اطفال، قبل از میعاد معین در اثر تحول به نسج استخوانی (ossification) با هم یک جا میشود. فکتورهای خطر متعدد در مورد کرانیوساینوستوزس ابتدایی غیر سندرومی (non-syndromic craniosynostosis) NSCS مطرح شده اند.

مواد و روش: این تحقیق مشاهدوی بالای سی طفل مصاب NSCS که سن شان یک ماه تا ۱۲ سال بوده در انستیتوت مراقبت صحتی هندوستان اجرا گردیده است.

نتایج: تناسب اطفال ذکور بر اناث 1.7:1 بوده، ۲۵ (۸۳.۶٪) تن از نواحی صحرا نشین و متباقی ۵ تن از مناطق بالای هماکال پردیش بودند. سن مادر در زمان حاملگی در ۲۸ واقعه (۹۳.۳٪) کمتر از سی سال بوده و در حالیکه سن پدر ۱۶ طفل (۵۳.۳٪) بالاتر از سی سال دریافت گردید. نتیجه گیری: سن پدر بالاتر از سی سال و جنس مذکر با وقوعات بیشتر کرانیوساینوستوزس غیر سندرومی مترافق میباشد.

^{۱۴} - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور محمد زلمی "مولوی زاده" استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

مقدمه

کرانیوساینوستوزس عبارت از بسته شدن قبل از وقت یک یا چندین sutura بوده که منجر به سوء شکل راس میگردد. (۱) در سال ۱۸۵۱ پتالوجست آلمانی بنام Virchow اصطلاح craniosynostosis را جهت توضیح انواع مختلف تشوشات رشد جمجمه مطرح نمود. در کرانیوساینوستوزس غیر سندرومی یا مجزا (isolated) صرفا بسته شدن قبل از وقت satura دیده شده و هیچ نوع آفات غیر قحفی مانند تشوشات عصبی، تظاهرات عینی، سوء شکل وجهی و عدم تناظریت آن موجود نیست. عامل کرانیوساینوستوزس غیر سندرومی تا حال بدرستی شناخته نشده و این حالت عموما بشکل سپورادیک دریافت میگردد. (۲)

اولین نشریه ها در مورد کرانیوساینوستوزس بعضی اثانات مانند سفلیس را منحنیث عامل سببی قلمداد نمود. (۳) سپس در توضیحات بعدی عوامل میخانیکی را در زمینه موثر دانسته اند. فکتور های محیطی (خصوصا اثرات میخانیکی در حیات داخل رحمی) و فکتور های وابسته به جین ها (میوتیشن جین واحد و جین های متعدد، اِنارملتی های کروموزمی) زمینه را به کرانیوساینوستوزس مساعد می سازد. یک سلسه عوامل مانند بالا بودن سن والدین، دفعات حاملگی، سطح دانش والدین، نژاد، اطفال پسر، اثرات میخانیکی حیات داخل رحمی، نوزادان قبل از میعاد و کم وزن منحنیث فکتور های خطر وقوع کرانیوساینوستوزس ابتدایی مطرح شده اند. (۴) در بعضی تحقیقات ارتباط این حالت با سفید بودن نژاد مادر، استفاده سگرت توسط مادر، سکونت مادر در ارتفاعات بلند، استفاده ادویجات توسط مادر، بعضی شغل مشخص پدر و ادویجات توصیه شده جهت عقامت را منحنیث فکتور های خطر بالقوه مطرح نموده است. (۵)

کرانیوساینوستوزس با دریافت های کلینیکی متنوع عرض اندام نموده که وابسته به تعداد و وسعت suture های که بسته شده، می باشد. عواقب کلینیکی آن از سو، شکل خفیف الی محدودیت شدید رشد قحف مترافق با تاخر دماغی و فلج ازواج قحفی فرق میکند. تشخیص به اساس معاینه فزیک و رادیوگرافی بشمول اکسری ساده و سی تی سکن صورت میگردد. تحقیق هذا جهت مشخص نمودن فکتور های خطر کرانیوساینوستوزس ابتدایی غیر سندرومی اجرا شده است.

مواد و روش

در این تحقیق به تعداد سی طفل یک ماهه الی دوازده ساله که با تشخیص کرانیوساینوستوزس به کلینیک نشو نمو و جنتیک دیپارتمنت اطفال از جولای سال ۲۰۱۲ الی جون سال ۲۰۱۳ مراجعه نموده انتخاب گردید. تاریخچه مفصل بشمول تاریخچه اقتصادی اجتماعی، تاریخچه مادری، تاریخچه تکامل اخذ گردید.

چارت ارزیابی تکامل نزد اطفال مصاب تاخر تکامل خانه پری گردید. ضمناً جهت رد سوء اشکال مترافقه معاینه فزیکى جامع اجرا گردید. انترپومتری با استفاده معیارات قبول شده و وسایل مربوطه اجرا گردید.

قطر اعظمی occipitu frontal با فیته مخصوص فیبرگلاس با دقت یک ملی متر تعیین گردید. وزن با ترازوی دیجیتال با پیمایش حد اقل ۵۰ گرام تثبیت گردید. قد و قامت با دستگاه انفانتومتر و ستادیومتر با حد اقل اندازه گیری یک ملی متر تعیین شد. جهت ارزیابی دریافت های انترپومتریکی، از چارت های سازمان صحی جهان و مرکز کنترل امراض ساری استفاده گردید. شاخص قفوی (cephalic index) نیز در ضمن اندازه گیری های اساسی به اساس فورمول (شاخص قفوی = عرض راس / طول راس ضرب صد) محاسبه گردید. سی تی سکن سپایرل از قاعده قحف الی قله راس (vortex) اجرا گردیده و تصاویر سه بعدی از راس تهیه گردید. SPSS 16 جهت تحلیل احصایوی مورد استفاده قرار گرفت. وسط و انحراف معیاری تمامی دریافت های انترپومتریکی و رادیولوژیکی محاسبه گردید. Chi square test جهت دریافت ارتباط فی مابین پارامتر های کلینیکی و رادیولوژیکی مورد استفاده قرار گرفت. $P \text{ value} < 0.05$ منحصیث دریافت مهم در نظر گرفته شد.

دریافت ها

سن مریضان بین سه الی دوازده ماه بوده و تناسب ذکور بر اناث 1.7:1 دریافت گردید. ۲۵ طفل (۸۳.۶٪) متعلق به مناطق هموار که شامل پنجاب، هاریانا، چاندياگراه بوده در حالی که ۵ طفل (۱۶.۷٪) از ساکنین مناطق تپه هماکال پردیش اند. ده طفل (۳۳.۳٪) از مناطق اطراف و متباقی بیست تن (۶۶.۷٪) از نواحی داخل شهر میباشند. از نظر حالت اقتصادی، ۲۴ تن (۸۰٪) از فامیل های با سطح عاید متوسط بالا، پنج تن (۱۶.۷٪) متوسط پایین و یک طفل (۳.۳٪) از طبقه که عاید بالا دارند، دریافت گردید. در تاریخچه فامیلی، والدین باهم قربات نداشتند. سن مادران اطفال در

زمان حمل در ۲۸ واقعه (۹۳.۳٪) کمتر از سی سال دریافت شد. از جانب دیگر سن شانزده تن (۵۳.۳٪) از پدران اطفال تحت مطالعه بالاتر از سی سال بود. تاریخچه انتان مادری در زمان قبل از ولادت صرف در سه واقعه (۱۰٪) موجود بود. تاریخچه دوایی مادران در جریان حمل محدود به آهن و فولیک اسید بوده و هیچ یک از مادران معتاد به سیگار نبودند. نزد پنج تن از مادران سابقه سقط موجود بود. دو تن از مادران سابقه حاملگی دوگانگی داشتند. جزئیات بیشتر در مورد مشخصات مادر و طفل در جدول (۱) و توضیحات در مورد بسته شدن sutura ها در جدول (۲) تذکر یافته است.

جدول (۱) اوصاف perinatal اطفال

تعداد (فیصدی) مریضان	پارامترها	
26 (86.7%) 4 (13.3%)	با میعاد (term) قبل از میعاد (preterm)	سن حملی (Gestational age)
20 (66.7%) 10 (33.3%) 0	ولادت نورمال مهبل سزارین سکشن Assisted/instrumental	نوع ولادت (Mode of delivery)
20 (66.7%) 8 (26.7%) 2 (6.7%)	وزن نورمال با در نظر داشت سن حملی وزن کم در زمان ولادت وزن بیشتر با در نظر داشت سن حملی	وزن نوزاد (Birth weight)
28 (93.3%) 02 (6.7%)	نارمل کمتر	نمره اپگر (APGAR Score)
02 (6.7%) 01 (3.3%) 01 (3.3%) 0	اسفکسی ولادی اختلاجات یرقان نوزادی تراومای نوزادی	اختلاطات بعد از ولادت Post-natal complications

جدول (۲) مشخصات فینوتایپیک کرانیوساینوستوزس به اساس دریافت های سی تی سکن سه بعدی

پارا مترهای رادیولوژیک	P value	(فیصدی) مجموع	اناث	ذکور
تعداد sutura های که بسته شدند ۱- هیچ کدام ۲- صرفاً یک sutura بسته شده (Monosutural) ۳- چندین sutura ها بسته اند (Polysutural)		2 (6.7%) 16 (53.3%) 12 (40.%)	2(6.7%) 3(10%) 6(20%)	0 (0%) 13(43.3%) 6 (20%)
مجموع	0.037	30 (100%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)
Monosutural 1) Metopic 2) Sagittal 3) Coronal 4) Lambdoid		8 (50%) 6 (37.5%) 2 (12.5%) 0	0 2(12.5%) 1(6.25%) 0	8(50%) 4(25%) 1(6.25%) 0
مجموع Monosutural	0.126	16	03 (19%);	13 (81%)
Polysutural a) Metopic + coronal b) Sagittal + coronal c) Coronal + lambdoid d) Metopic + sagittal +coronal e) Metopic+ sagittal + lambdoid f) Sagittal + coronal +lambdoid g) Metopic + sagittal + coronal + lambdoid		1(8.3%) 1(8.3%) 1(8.3%) 2(16.6%) 2(16.6%) 2(16.6%) 3 (25%)	0 1(8.3%) 0 1(8.3%) 1(8.3%) 2(16.6%) 1(8.3%)	1(8.3%) 0 1(8.3%) 1(8.3%) 1(8.3%) 0 2(16.6%)
مجموع Polysutural	0.126	12	06	06

مناقشه

در مورد کرانیوساینوستوزس تحقیقات زیاد در هندوستان اجرا نشده است. در مطالعات اجرا شده در خارج از هندوستان در مورد فکتورهای خطر کرانیوساینوستوزس نتایج متفاوت در دسترس است. در یک تحقیق افزایش سن مادر مترافق با افزایش خطر وقوع کرانیوساینوستوزس دریافت گردید (۸) اما تحقیقات ارتباط قابل ملاحظه را فی مابین سن مادر و وقوع کرانیوساینوستوزس دریافت نکردند. (۹) بالا بودن سن پدر با بعضی اشکال سندرومی کرانیوساینوستوزس مترافق بوده است. (۱۰) در یک تحقیق ارتباط سن پدر با کرانیوساینوستوزس تثبیت گردید اما در مطالعات دیگر این پدیده دریافت نگردید. (۱۲) در یک تحقیق در هندوستان ارتباط قابل ملاحظه را بین سن پدر و وقوع کرانیوساینوستوزس دریافت نموده (OR 2.17 (95% CI 1.08-4.360) است. (۱۳) توجه این موضوع را میتوان چنین مطرح نمود که با پیشرفت سن پدر، چانس وقوع میوتیشن در سپرم بیشتر شده که زمینه تولد نوزاد مترافق با آفات مثل کرانیوساینوستوزس مساعد میسازد. تحقیقات فعلی این دریافت های را تایید میکند.

در تحقیقات متعدد ارتباط جنس طفل با کرانیوساینوستوزس مطرح شده است. در یک تحقیق scaphocephaly، dolichocephaly و metopic synostosis در جنس ذکور دریافت گردید (۱۴) در حالیکه brachycephaly و plagiocephaly در جنس اناث بیشتر عمومیت داشته است. (۱۰). اما در تمامی تحقیقات این ارتباط مشاهده نگردید. در تحقیق هذا بیشتر در جنس ذکور دریافت گردید.

در تحقیقات دیگر فکتورهای خطر متعدد بشمول parity، prematurity و low birth weight مطرح نموده است. (۵) نزد مادرانی که در ارتفاعات زندگی نموده و همچنان معتاد سگرت اند، خطر وقوع کرانیوساینوستوزس نزد اطفال شان بیشتر است. (۱۶) اما در تحقیق هذا این ارتباط دریافت نگردید.

نتیجه گیری ما از تحقیق هذا عبارت از ارتباط کرانیوساینوستوزس با سن والدین که بالاتر از ۳۰ سال و اطفال پسر میباشد. بناء پیشنهاد میگردد که جهت توضیح هرچه بیشتر این دریافت، تحقیقات بیشتر در زمینه باید اجرا گردد.

References:

۱. Dufresne C, Carson B, Zinreich JC. Complex Craniofacial Problems. New York: Chirchill Livingstone, ۱۹۹۲; .۷۳-۴۳
۲. Slater BJ, Lenton KA, Kwan MD, Gupta DM, Wan DC, Longaker MT. Cranial sutures: A Brief Review. *Plast Reconstr. Surg.* ۲۰۰۸; ۱۷۸-۱۲۱:۱۷۰
۳. Virchow R: Evaluation of Surgical Management for craniosynostosis. *Phys Med Gesamte Wurzburg.* ۱۸۵۱; ۲: .۲۷۱-۲۳۰
۴. Sanchez-Lara PA, Carmichael SL, Graham JM Jr, Lammer EJ, Shaw GM, Ma C, et al. Fetal Constraint as a Potential Risk Factor for Craniosynostosis. *Am J Med Genet A.* ۲۰۱۰; ۱۵۲A: ۳۹۴-۴۰۰
۵. Källén K. Maternal smoking and craniosynostosis. *Teratology* ۱۹۹۹; -۶۰:۱۴۶ .۱۵۰
۶. Haas-Lude K, Wolf M, Will B, Bender B, Krimmel M. Clinical and imaging findings in children with non-syndromic lambdoid synostosis. *Eur J Pediatr.* ۲۰۱۴; ۴۴۰-۱۷۳: ۴۳۵
۷. Umar MBT, Ojo AS, Asala SA, Hambolu JO. Comparison of cephalometric indices between the Hausa and Yoruba ethnic groups of Nigeria. *Resear J Med Sci;* ۲۰۱۱: ۵(۲): .۸۹-۸۳
۸. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformations. ۴th edn. Pp: ۸۰۰-۷۹۹
۹. Carmichael SL, Rasmussen SA, Lammer EJ, Ma C, Shaw GM; National Birth Defects Prevention Study. Craniosynostosis and nutrient intake during pregnancy. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* ۲۰۱۰; ۸۸: ۱۰۳۹-۱۰۳۲
۱۰. Reefhuis J, Honein MA, Shaw GM, Romitti PA. Fertility treatments and craniosynostosis: California, Georgia, and Iowa. *Pediatrics.* ۲۰۰۳; -۱۱۱:۱۱۶۳ .۱۱۶۶
۱۱. Glaser RL, Jiang W, Boyadjiev SA, Tran AK, Zachary AA, Van Maldergem L, et al. Paternal origin of FGFR ۲ mutations in sporadic cases of Crouzon syndrome and Pfeiffer syndrome. *Am J Hum Genet.* ۲۰۰۰; .۷۷۷-۶۶:۷۶۸

- ۱۲ Singh RP, Dhariwal D, Bhujel N, Shaikh Z, Davies P, Nishikawa H, et al. Role of parental risk factors in the etiology of isolated non-syndromic metopic craniosynostosis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. ۲۰۱۰; ۴۸: ۴۳۸-۴۴۲.
- ۱۳ Green RF, Devine O, Crider KS, Olney RS, Archer N, Olshan AF, et al. Association of paternal age and risk for major congenital anomalies from the National Birth Defects Prevention Study. *Ann Epidemiol*. ۲۰۱۰; ۲۰: ۲۴۹-۲۵۱.
- ۱۴ Barik M, Bajpai M, Das RR, Panda SS. Study of environmental and genetic factors in children with craniosynostosis: A case control study. *J Pediatr Neurosci* ۲۰۱۳; ۸: ۸۹-۹۲.
- ۱۵ Selber J, Reid RR, Chike-Obi CJ, Sutton LN, Zackai EH, McDonald-McGinn D, et al. The changing epidemiologic spectrum of single-suture synostoses. *Plast Reconstr Surg*. ۲۰۰۸; ۱۲۲(۲): ۵۲۷-۵۳۳.
- ۱۶ Alderman BW, Zamudio S, Barón AE, Joshua SC, Fernbach SK, Greene C, et al. Increased risk of craniosynostosis with higher antenatal maternal altitude. *Int J Epidemiol*. ۱۹۹۵; ۲۴: ۴۲۰-۴۲۶.

بررسی تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری با چهار رژیم تداوی در مریضان سوء هاضمه^{۱۰}

پوهنوال دوکتور عبدالحکیم حکمتی
وپوهنمل دوکتور گل احمد "تائیش"

چکیده

زمینه و هدف: تلاش های زیادی در جریان است که روش تداوی مناسب با کارایی بالا، عوارض قابل تحمل، نحوه ساده و از نظر اقتصادی توجیه پذیر برای تداوی هلیکوباکترپیلوری شناخته شود؛ ولی موانع زیادی در مسیری نیل به این هدف قرار دارند. هدف از این مطالعه، مقایسه میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری با چهار رژیم تداوی چهار دارویی در مریضان دچار سوء هاضمه بوده است.

روش بررسی: در این کار آزمایی سریری تصادفی شده Open-label مطالعه روی دست گرفته شد ، ۲۷۰ مریض با تست اوره از سریع مثبت به طور تصادفی در چهار گروه تداوی قرار گرفتند. گروه A تداوی دو هفته ای با امپرازول+ اموکسی سیلین+ بیسموت ساب سیترات+ کلاریترومایسین (۷۳ مریض)؛ گروه B تداوی دو هفته ای با امپرازول تتراسایکلین+ بیسموت ساب سیترات+ مترونیدازول (۴۶ مریض)؛ گروه C تداوی دو هفته ای با امپرازول+ اموکسی سیلین+ بیسموت ساب سیترات+ فورازولیدون (۶۴ مریض)؛ و گروه D که هفته اول با امپرازول+ اموکسی سیلین+ بیسموت ساب سیترات+ فورازولیدون تداوی شدند و در هفته دوم سپس به جای فورازولیدون مترونیدازول جایگزین شد (۸۷ مریض). شش هفته بعد از شروع تداوی، درجه تداوی جذری ، میزان کامپلیانس (پذیرش) و عوارض دارویی در هر گروه تعیین شد.

یافته ها: درجه تداوی جذری هلیکوباکترپیلوری در گروه های A, B, C و D به ترتیب ۹۶/۳، ۷۹/۷، ۷۹/۳ و ۵۰/۶ (P=0) . میزان عوارض کلی در گروه های A, B, C و D به

^{۱۰} - تقریظ دهنده: پوهنوال دوکتور عبدالله درمان "رحیمزاد" استاد پوهنچی طب پوهنتون بلخ.

ترتیب ۳۷، ۶۳، ۳۲/۸ و ۲۸/۷ فیصد بود که در گروه B به طور قابل ملاحظه‌ی بیشتر از گروه‌های دیگر می‌باشد ($P=0/001$). میزان کامپلیانس (پذیرش) کامل، خوب و ضعیف در گروه A به ترتیب ۸۳/۶، ۱۱ و ۵/۵ فیصد، در گروه B به ترتیب ۸۷، ۶/۵ و ۶/۵ فیصد، در گروه C به ترتیب ۹۰/۶، ۴/۷ و ۴/۷ فیصد و در گروه D به ترتیب ۸۶/۲، ۱۱/۵ و ۲/۳ فیصد بود ($P=0/68$) میزان درد شکم در گروه B و میزان استفراغ در گروه C به طور قابل ملاحظه‌ی بیشتر از سایر گروه‌ها بود. سایر عوارض بین چهار گروه تفاوت قابل ملاحظه احصایوی نداشت.

نتیجه‌گیری: میزان کامپلیانس (پذیرش) و تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری در چهار رژیم تداوی یکسان بود.

مقدمه

سوء هاضمه سندرم دستگاه هاضمه فوقانی است. علایم آن شامل درد و ناراحتی اپی گاستر، احساس پری، سیری زودرس، دل‌بدی، استفراغ و آروغ زدن است که معمولاً با غذا خوردن تشدید می‌شود^(۱). سوء هاضمه می‌تواند وظیفوی یا ساختاری باشد. اگر چه برای تعیین اینکه آیا سوء هاضمه در فرد فزیولوژیک یا ساختاری است ارزیابی سریری مورد نیاز است، مطالعات اندوسکوپی نشان داده‌اند که اکثر موارد سوء هاضمه فزیولوژیک است^(۲). عوامل متعدد، مانند رژیم غذایی، عوامل اجتماعی و فرهنگی، انتان‌های هاضمه‌ی، مریضی‌های قبلی ارگان (مانند زخم معده و سرطان معده)، و غیره اپیدمیولوژی سوء هاضمه جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۳). شیوع سوء هاضمه وظیفوی حدود ۲۰ تا ۳۰ فیصد بر آورده شده است^(۴). مطالعات اخیر بر احتمال منتج شدن دیس پپسی از افزایش حساسیت احشایی و همین‌طور عدم کفایه عصبی-عضلانی که ناشی از فعالیت کم سیستم عصبی است، متمرکز گردیده‌اند. فرضیه اتیولوژی پارکینسون اچ پایلوری است تا حال به شکل عملی گزارش داده نشده است تحقیقات در زمینه ادامه دارد بعضی از محرک‌ها از جمله انتان با هلیکوباکتر پیلوری نقش اساسی در شروع علایم سوء هاضمه دارند^(۵).

انتان هلیکوباکتر پیلوری در سراسر جهان شایع است و بیش از ۵۰ فیصد جمعیت را در بر می‌گیرد. شیوع آن به طور محسوسی در بین کشورها و نیز گروه‌های جمعیتی هر کشور معینی متفاوت می‌باشد^(۶-۸). در بیشتر کشور‌های رو به انکشاف شیوع آن در بالغین میان سال بیش از ۸۰ فیصد و در کشور‌های انکشاف یافته ۲۰ تا ۵۰ فیصد می‌باشد^(۸). در مناطق مختلف صفحات شمال افغانستان شیوع در بالغین بزرگتر از ۳۵ سال، نزدیک به ۸۵٪ فیصد توسط میان

دریافت گردید. احتمالاً حذف خودبخودی باکتری در دوران طفولیت نسبتاً شایع می باشد، اما انتان هلیکوباکتر پیلوری در بزرگسالان معمولاً مزمن است و بدون تداوی اختصاصی بهبود نمی یابد^(۷). تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری مانع بروز مجدد اکثر مریضی های مربوط به آن می گردد و بهترین شیوه تداوی مریضی زخم پپتیک به شمار می آید^(۹). تجارب سریری در کشور های جهان سوم به خصوص افغانستان در بیشتر کشور های روبه انکشاف نشان داده که میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری با استفاده از رژیم های تداوی یکسان، بسیار کمتر از میزان گزارش شده در کشور های غربی است و میزان نوکس یا (عود انتان) در کوتاه مدت یا طولانی مدت بسیار بیشتر از میزان گزارش شده در کشور های غربی می باشد (۷). تداوی سه دارویی و چهار دارویی در کشور ما مورد توجه است و ۶۳ فیصد رژیم های تجویزی را در بر می گیرد، با وجود این میزان تداوی جذری آن بعضاً مطلوب نبوده و در کشور ما ایده آل محسوب نمیشد. به نظر می رسد در کشور های جهان سوم که امراض انتانی به فیصدی بالا شیوع دارد. بهترین تداوی خط اول برای تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری رژیمی چهار دارویی با محور اساس کلاریترومایسین یا فورازولیدون و به مدت حد اقل دو هفته می باشد^(۹). بایستی توجه داشت که مطالعات انجام گرفته در کشور های دیگر هنوز به ارایه بهترین رژیم نیانجامیده و نیازمند بررسی بیشتر است^(۷ و ۹). همچنین تاکنون در تمام کشور های دنیا مطالعه ای چهار رژیم چهار دارویی یکجا مورد مطالعه قرار گرفته مشکل عمده رژیم چهار دارویی با پایه فورازولیدون، که به طور عمده عدم تحمل فورازولیدون می باشد، به طرز قابل توجهی کاهش می یابد^(۱۰).

روش بررسی متود تحقیق

مطالعه به شکل کار آزمایشی کلینیکی Open-label (تصادفی و صحرایی)، بین سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ در بین حدود ۲۷۰ مریض صورت گرفت. سپس نمونه ها با تشخیص تست اوره از سریع Rapid Urease Test (RUT) و اعراض و علائم سریری تحت بررسی از نظر هلیکوباکتر پیلوری قرار گرفتند. مریضان انتخاب شده، پس از دریافت توضیح لازم به طور تصادفی وارد یکی از ۴ گروه A, B, C, D گردیده و به مدت دو هفته با ۴ داروی مربوط به گروه مربوطه خود تحت تداوی قرار گرفتند. چهار گروه تداوی عبارتند از:

رژیم A به مدت ۱۴ روز شامل امپرازول ۲۰/BID میلی گرام، اموکسی سیلین ۱/BID میلی گرام، بیسموت سب سیترات ۲۴۰/BID میلی گرام، کلاریترومایسین ۵۰۰/BID میلی گرام (۷۳)

مریض)؛ رژیم B به مدت ۱۴ روز شامل امپرازول BID/۲۰ میلی گرام، بیسموت ساب سیترات BIC/۲۴۰ میلی گرام، مترانیدازول QID/۲۵۰ میلی گرام، تتراسایکلین QID/۵۰۰ میلی گرام، (۴۶ مریض)؛ رژیم C به مدت ۱۴ روز شامل امپرازول BID/۲۰ میلی گرام، بیسموت ساب سیترات BID/۲۴۰ میلی گرام، اموکسی سیلین BID/۱ گرام، فورازولیدون BID/۲۰۰ میلی گرام، در هفته دوم: امپرازول BID/۲۰ میلی گرام، بیسموت ساب سیترات BID/۲۴۰ میلی گرام، اموکسی سیلین BID/۱ گرام، مترانیدازول QID/۲۵۰ میلی گرام، اموکسی سیلین BID/۱ گرام، مترانیدازول QID/۲۵۰ میلی گرام (۸۷ مریض).

کریتریای عدم ورود به مطالعه

افراد زیر ۱۸ سال در زمان آندوسکوپی، کسانی که در یک ماه اخیر ترکیبات حاوی بیسموت یا هر گونه انتی بیوتیک دیگر برای هر نوع مریضی دریافت نموده بودند، زنان حامله شیرده، افراد دچار مریضی شدید نظیر نارسایی احتقانی قلب، عدم کفایه کلیوی مرحله آخر، سیروز و سایکوز، مریضان دچار خونریزی فعال هاضمه یی (فوقانی) مصرف قبل از هر گونه رژیم تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری و مریضان دچار فاویسم از مطالعه حذف گردید. هر کدام از چهار رژیم به کار گرفته شده در این مطالعه، به صورت معمول از سوی طبیبان مختلف برای مریضان مختلف تجویز می شود و غیر از اصول کلی مربوط به تجویز دارو ها که در مورد تمامی دارو ها در نظر گرفته می شود، موانع خاصی وجود ندارد و رژیم ها نسبت به همدیگر اختلاف بارز تداوی ثابت شده ندارند. اطلاعات مریضان محرمانه باقی مانده است. پس از دو هفته و بعد از اتمام دوره تداوی، بر اساس میزان داروی مصرفی Compliance آنها مورد سنجش قرار گرفت. در صورت مصرف بیش از ۸۰ فیصد دارو ها کامپلیانس (پذیرش) کامل، در صورت مصرف ۶۰ تا ۸۰ فیصد دارو ها کامپلیانس (پذیرش) خوب، و در صورت مصرف زیر ۶۰ فیصد دارو ها کامپلیانس (پذیرش) ضعیف محسوب گردید^(۵). طبق پرسشنامه قبلاً طراحی شده پس از اتمام دوره تداوی مریضان از نظر بروز عوارض مورد بررسی قرار گرفت.

به سوالاتی که تحقیق جواب ارایه میدارد؟ آیا با تداوی دوایی ریشه این مریضی رامیتوان خشک کرد؟ چه اهتمام پیش نهادی برای وقایه ازین مریضی به جامعه طبی باید داشته باشیم؟
پرابلم ها: اچ پیلوری در کشور های جهان سوم شیوع بیشتری نسبت به کشور پیشرفته دارد برای ریشه کن کردن آن با تداوی دوایی ضرورت اشد احساس میگردد.

محدودیت ها: نداشتن شفاخانه مجهز وعدم همکاری مریض در پروسه تداوی و تحقیق با طبیب محدودیت های تحقیق را تشکیل میدهد.

ارزشمندی تحقیق: تحقیق و ریسرچ در کشور های پیشرفته دنیا معادل پیشرفت ویا همکار صمیمی پیشرفت است. هر تحقیق ارزشمندی خود را به خاطر رفاه بشریت دارد. به آن باید ارج گذاشت

هدف تحقیق: دریافت شیوه موثر تداوی دواپی برای ریشه کن کردن این مریضی مهلک و جلوگیری از عوارض آن

واژگان کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، تداوی جذری، رژیم های تداوی، کامپلیانس (پذیرش یا قبول)، عوارض دارویی

مروری به لیتراتور

آلودگی میکروبی معده با هیلوباکتر پیلوری (اچ پیلوری) علائم و تداوی هلیکوباکتر پیلوری (H. پیلوری) یک نوع باکتری است که مسئول آلودگی گسترده معده محسوب می گردد. این باکتری بیش از ۵۰ فیصد از جمعیت جهان را آلوده نموده است، حتی اگر اکثر افراد آلوده علامتی نداشته باشند. آلودگی هلیکوباکتر پیلوری با التهاب خفیف معده و قسمت اثناعشر (قسمت اول امعای رقیقه که محتویات معده وارد آن می شود) مرتبط است. این باکتری به نحوی تکامل یافته است که می تواند در محیط اسیدی معده زنده بماند، جایی که انزایم های قوی هضمی برای هضم غذا حضور دارند.⁽¹⁻²⁾

هلیکوباکتر پیلوری یا باکتری معده یک باکتری گرام منفی مارپیچی شکل است که از طریق دهان انتقال می یابد، بدین معنی که این باکتری از طریق دهان وارد بدن شما می شود. در بسیاری از افراد، این باکتری می تواند در لایه مخاطی (که داخل معده انسان را پوشش می دهد) لانه گزینی کند که در نهایت می تواند منجر به ایجاد زخم در جدار معده شود. در برخی موارد این امر می تواند باعث ایجاد سرطان معده و یا امراض قلبی گردد. بنابراین توجه زود هنگام به این آلودگی و تداوی به موقع آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.^(۲۰-۴)

علائم آلودگی هلیکوباکتر پیلوری چیست؟

اکثر افرادی که مبتلا به باکتری پیلوری می‌شوند، دچار علائم خاصی نمی‌شوند. کسانی که هنگام آلودگی معده دچار علائم می‌شوند، علائم آن‌ها بیشتر مربوط به التهاب معده (ورم معده) و زخم معده می‌شود که در اثر وجود آلودگی هلیکوباکتر پیلوری رخ می‌دهد. (7-8-9-10)

علائم این حالت عبارت‌اند از: (15-16-19-23)

▪ درد در ناحیه شرفوفیه (درد معده)

▪ از دست دادن اشتها

▪ دلبدی و استفراغ

▪ اگر وضعیت مریض به اندازه کافی شدید باشد، خونریزی داخل دستگاه هضمی.

درد در ناحیه شکم معمولاً به صورت یک احساس سوزش در قسمت فوقانی و وسط شکم، زیر اضلاع حس می‌شود. ممکن است مریض علائمی همچون: نفخ، آروغ زدن و از دست دادن اشتها را نیز تجربه نماید. غالباً علائم بعد از صرف غذا ظاهر می‌شوند و ممکن است مریض چندین نوبت در ساعات اولیه صبح در اثر درد شکم بیدار گردد. (24-25-11-13-20)

چه چیزی باعث مبتلا شدن به آلودگی هلیکوباکتر پیلوری می‌شود؟

درحالی‌که طریقه دقیق انتشار باکتری H. پیلوری شناخته شده نیست، به نظر می‌رسد این باکتری از طریق لعاب و از شخصی به شخص دیگر منتقل می‌شود. بسیار افرادی که دچار این باکتری می‌شوند، اطفال هستند. همچنین احتمال انتقال این باکتری از طریق آلودگی مدفوعی نیز وجود دارد. شاید به همین دلیل بروز این آلودگی در کشورهای فقیرتر و در گروپ‌های اجتماعی که با شرایط پرازدحام زندگی می‌کنند و یا شرایط حفظ‌الصحه نامناسبی دارند و آب تمیز به میزان کافی در اختیار آن‌ها نیست، بیشتر است. حفظ‌الصحه شخصی افرادی که مبادرت به تهیه غذاها می‌کنند نیز بسیار مهم است، چراکه عدم شستن دست‌ها هنگام تهیه مواد غذایی، می‌تواند منبع بالقوه‌ای برای مبتلا شدن به این آلودگی باشد. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، بسیاری از افرادی که آلوده به این انتان می‌شوند، در دوران طفولیت خود مبتلا به این مریضی بوده‌اند. پس از ورود باکتری به جدار معده، از طریق ایجاد یک لایه محافظتی به دور خود، به لایه‌های عمیق‌تر معده متصل می‌گردند، جایی که می‌توانند بدون ایجاد هرگونه علامتی سال‌ها به زندگی خود ادامه دهند. (16-17-18)

برخی امراض دیگر نیز می‌توانند موجب علائمی در ناحیه شکم شوند مانند درد معده، دلبدی و استفراغ. به‌عنوان مثال، وجود مشکل در کیسه صفرا، امراض کبدی، پانکراس و کلیه نیز ممکن است

موجب درد در ناحیه شکم شوند. درد در ناحیه شرفوفیه و دلبدی می‌تواند نشانه‌ای از خناق اتیبیک (نارسایی قلبی) یا مریضی اوعیه اکلیلی باشد. استفراغ همراه با خون یا مدفوع سیاه یا قیری، یا مدفوع خونی یک حادثه عاجل طبی محسوب می‌شود و نباید آن را نادیده گرفت. وجود درد ناگهانی و شدید می‌تواند نشانه‌ای باشد که فرد به مراقبت‌های فوری و یا عاجلی نیازمند است.

و با تست تنفسی، به وجود آلودگی هلیکوباکتر پیلوری پی برد. همچنین، بیوپسی یا نمونه‌برداری از بخش کوچکی از نسج مخاط دستگاه هضمی، از طریق آندوسکوپی می‌تواند حضور هلیکوباکتر پیلوری را برای ما مشخص کند. اگر به اطلاعات بیشتری در خصوص درد شکمی نیاز باشد، ممکن است معاینه فیزیکی نیز صورت پذیرد. علاوه بر تست ارزیابی حضور باکتری H. پیلوری، ممکن است برای موارد دیگری همچون کم‌خونی (کاهش کریوات سرخ خون) و امراض دیگر نیز تست خون انجام شود. برای تشخیص آلودگی ممکن است نمونه ادرار گرفته شود.^(۱۱)

تداوی هلیکوباکتر پیلوری شامل مراحل متعددی است. علاوه بر انتی بیوتیک برای از بین بردن باکتری‌ها، اهداف دیگر تداوی شامل کاهش میزان افراز اسید در معده و حذف عوامل خطر برای تحریک بیشتر معده است.^(۲۶)

تداوی با انتی بیوتیک⁽²¹⁾

یک دوره دوهفته‌ای از ترکیب انتی بیوتیک برای تداوی توصیه می‌شود.

- کلاریترومایسین (Biaxin)
- مترونیدازول (Flagyl)
- تتراسایکلین (Achromycin)
- داروهای ضد اسید معده^(۷-۹-۱۳)

مهارکننده‌های پمپ پروتون و داروهای مسدودکننده (H2) باعث کاهش افراز اسید معده می‌شوند و اغلب برای حداقل دو هفته تجویز می‌شوند.

- مهارکننده‌های پمپ پروتون
- لانزوپرازول (پریواسید)
- امپرازول (Prilosec)
- مسدودکننده
- رانییتیدین (زانتک)

▪ فاموتیدین (پسید)

گاهی اوقات تداوی با بیسموت از طریق داروی پی پتو- بیسمول توصیه می‌شود، به خصوص اگر در دوره اول تداوی، انتی بیوتیک شکست خورده باشند. لطفاً به یاد داشته باشید که این تداوی باعث می‌شود مدفوع سیاه گردد.

رژیم غذایی در خصوص مبتلا شدن به باکتری معده

بحث و مناقشه

در این مطالعه کارایی چهار رژیم تداوی چهارکانه در تداوی جذری اتان با هلیکوباکتر پیلوری مورد مقایسه قرار گرفت. بر این اساس، در گروه A میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۹۶/۳ فیصد، میزان کامپلیانس (پذیرش) کامل ۸۳/۶ فیصد و میزان عوارض کلی ۳۷ فیصد بود. در گروه B میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۸۷ فیصد، میزان کامپلیانس (پذیرش) کامل ۸۷ فیصد و میزان عوارض کلی ۶۳ فیصد بود. در گروه C میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۹۷/۷ فیصد، میزان کامپلیانس (پذیرش) کامل ۹۰/۶ فیصد و میزان عوارض کلی ۳۲/۸ فیصد بود. در گروه D میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۷۹/۳ فیصد، میزان کامپلیانس (پذیرش) کامل ۸۶/۲ فیصد و میزان عوارض کلی ۲۸/۷ فیصد بود. میزان تداوی جذری و کامپلیانس در چهار گروه تفاوت قابل ملاحظه احصایوی نداشت، ولی میزان عوارض کلی و درد شکم در گروه B و میزان استفراغ در گروه C به طور قابل ملاحظه بی بیشتر بود. در مطالعه Lain و همکاران (۱۹۹۸) و Vakil و همکاران (۲۰۰۴) در ایالات متحده میزان تداوی جذری رژیم سه گانه شبیه A (بدون بیسموت ساب سیترات) به ترتیب ۷۵ و ۷۳ فیصد گزارش شده است^(۱۱ و ۱۲). که با مطالعه ما شباهت کامل داشت در یک مطالعه دیگر توسط Lain و همکاران (۲۰۰۳) در ایالات متحده، میزان تداوی جذری رژیم A و B به ترتیب ۸۳ و ۸۸ فیصد گزارش گردید^(۱۳). در مطالعه ای دیگر توسط Lain و همکاران (۲۰۰۱)، میزان تداوی جذری رژیم ۱۰ روزه A ۹۵/۲ فیصدی بود^(۱۴). در بررسی Katelaris و همکاران (۲۰۰۲) در یونان، میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری با رژیم در هفته ای B ۸۲ فیصدی بوده است^(۱۵). در مطالعه Mantzaris و همکاران (۲۰۰۳) در یونان، نتایج رژیم B به مدت ۱۰ روز ارزیابی گردید. میزان تداوی جذری این رژیم تداوی ۷۸ فیصدی بود. در ۷ فیصد موارد عدم کامپلیانس گزارش گردید^(۱۶). در بررسی صورت گرفته توسط بهرهمند و همکاران (۲۰۰۶) در تهران، میزان تداوی جذری رژیم A در حدود

۹۲ فیصد و رژیم حاوی امپرازول، بیسموت ساب سیترات، اموکسی سیلین و مترونیدازول به مدت ۲ هفته ۸۴ فیصد بود^(۱۷). در مطالعه آگاه و همکاران (۲۰۰۹) در ایران میزان تداوی جذری با رژیم حاوی امپرازول، بیسموت ساب سیترات، اموکسی سیلین و مترونیدازول به مدت ۲ هفته ۶۸ فیصد بود^(۱۸). میزان تداوی جذری با همین رژیم در مطالعه دی بوئر و همکاران (۱۹۹۵) در هلند ۹۲ فیصد گزارش شده است^(۱۹). در مطالعه فاخری و همکاران (۲۰۰۱) در ایران میزان تداوی جذری با رژیم C در حدود ۹۰ فیصد بوده است^(۲۰). حسن و همکاران (۲۰۱۰) در یک مطالعه دیگر در ایران کارایی رژیم C یک هفته ای و رژیم D مشابه با مطالعه ما را مقایسه کردند. میزان تداوی جذری در دسته اول ۸۹ و در گروه دوم ۸۶/۶ فیصد گزارش گردید^(۲۱). در جمع بندی نتایج مطالعات مختلف میزان تداوی جذری رژیم A ۷۳ تا ۹۵/۲ فیصد، میزان تداوی جذری رژیم B ۷۸ تا ۸۸ فیصد، میزان تداوی جذری رژیم C ۸۹ تا ۹۰ فیصد، میزان تداوی جذری رژیم D تنها در یک مطالعه و ۸۶/۶ فیصد، میزان تداوی جذری رژیم ۲ هفته ای امپرازول، بیسموت ساب سیترات، اموکسی سیلین و مترونیدازول ۶۸ تا ۹۲ فیصد گزارش گردیده است. در مقایسه با نتایج مطالعات اشاره شده، میزان تداوی جذری در رژیم A بیشتر از محدوده گزارش شده، C کمتر از محدوده اشاره شده و D کمتر از مطالعه صورت گرفته توسط حسن و همکاران (۲۰۱۰) بوده است^(۲۱). در مجموع بر اساس نتایج مطالعه فعلی هر چند بیشترین میزان تداوی جذری در روش A مشاهده شد، ولی از این نظر تفاوت قابل ملاحظه احصایوی بین گروه ها وجود نداشت. بنابر این میزان کمپلیانس و عوارض مرتبط با داروهای مورد استفاده در انتخاب رژیم مناسب دخیل می باشند. در زمینه کمپلیانس نیز بیشترین میزان در رژیم C مشاهده شد، در حالی که باز هم در این زمینه تفاوت قابل ملاحظه یی بین گروه ها وجود نداشت. در بررسی عوارض، میزان کلی در گروه B از همه بیشتر و درد شکم به طور قابل ملاحظه یی در گروه D بیشتر بود. بنابر این یکی از رژیم های A یا C انتخابی خواهند بود. در مطالعه فاخری و همکاران (۲۰۰۱) در این زمینه رژیم C را به عنوان بهترین تداوی با تداوی جذری نزدیک به ۹۰ فیصد موثر گزارش شده است^(۲۰). ولی در عین حال میزان عوارض جانبی در این تداوی (رژیم تداوی سی) به ویژه طی هفته دوم بالا گزارش شده است^(۲۲). از سوی دیگر استفاده از دوز های پایین تر فورازولیدن در قالب رژیم C قراری که در ایران تحقیق شده است چندان موفق نبوده است^(۲۳-۲۵). دقاق زاده و همکاران (۲۰۰۷) در این زمینه نشان دادند که رژیم C دو هفته ای و یک هفته ای از نظر کمپلیانس و میزان

تداوی جذری تفاوتی ندارند، ولی عوارض جانبی در روش دو هفته ای بیشتر است^(۲۳). بر همین اساس ما در مطالعه فعلی رژیم D را نیز بررسی نمودیم که در نهایت نتایج مطلوبی نیز حاصل گردید. این نتیجه، همان گونه که پیشتر اشاره شد، با نتایج مطالعه مایان مطابقت دارد^(۲۶). بایستی متذکر شد که هر چند یکی از عوارض (شکم درد) در گروه C مطالعه فعلی بیشتر از سایر موارد مطالعه بارز تر بود، ولی این امر تاثیری بر کمپلیانس تداوی توسط مایان مشاهده نشد. بر اساس مطالعات موجود توسط مایان، کلاریترومایسین موجود در رژیم A دارویی گران قیمت ارزیابی گردید.^(۲۶ و ۲۷) از سوی دیگر میزان تداوی جذری بر اساس تداوی چهار گانه در امریکا ITT بالاتر از ۸۵ فیصد در این دسته از افراد مطلوب گزارش شده است^(۲۸). بنابر این بر حسب شرایط مرضی کشور و انتخاب شرایط آگاهی پزشکی منطقه می توان در زمینه تداوی تصمیم خاص اتخاذ کرد.

یافته ها و نتایج

از ۲۷۰ مریض با اوسط سنی $۱۲/۵۹ \pm ۳۸/۲۵$ سال ۱۲۹ مریض (۴۸/۸ فیصد) مرد و ۱۴۱ مریض (۵۲/۲ فیصد) زن بودند. ۶۶/۳ فیصد مریضان (۱۷۹ مریض) ساکن شهر و ۳۳/۷ فیصد (۹۱ مریض) روستایی بودند. در بررسی آندوسکوپی مریضان زخم معده در ۱۲ مریض (۴/۴ فیصد) و زخم اثنی عشر در ۹۲ مریض (۳۴/۱ فیصد) مشاهده شد و ۱۶۶ مریض (۶۱/۵ فیصد) در گروه دیس پپسی غیر اولسری قرار گرفتند. به طور شفاف ۱۰۲ مریض (۳۷/۲ فیصد) عارضه دارویی را گزارش کردند که دلبدی (در ۲۳ فیصد)، قبضیت (۱۸/۵ فیصد)، سر چرخشی (۱۱/۵ فیصد)، اسهال (۱۰/۷ فیصد) و سردرد (۱۰/۴ فیصد) به ترتیب شایع ترین عوارض بودند. ۸۶/۷ فیصد مریضان تحمل کامل به تداوی داشتند. تحمل خوب در ۸/۹ فیصد مریضان و تحمل ضعیف در ۴/۴ فیصد مریضان مشاهده گردید. میزان تداوی جذری در کل مریضان ما ۸۲/۶ فیصد بود. درجه تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری در گروه های A, B, C, و D به ترتیب ۹۶/۳، ۸۷، ۷۹/۷ و ۷۹/۳ فیصد بود ($P=0/۵۰۶$) میزان عوارض کلی در گروه های A, B, C, و D به ترتیب ۳۷، ۶۳، ۳۲/۸ و ۲۸/۷ فیصد بود (جدول ۱) که در گروه B به طور قابل ملاحظه یی بیشتر از گروه های دیگر بود ($P<0/۰۰۱$). میزان کامپلیانس (پذیرش) کامل، خوب و ضعیف در گروه A به ترتیب ۸۳/۶، ۱۱ و ۵/۴ فیصد، در گروه B به ترتیب ۸۷، ۶/۵ و ۶/۵ فیصد، در گروه C به ترتیب ۹۰/۶، ۴/۷ و ۴/۷ فیصد و در گروه D به ترتیب ۸۶/۲، ۱۱/۵ و ۲/۳ فیصد بود ($P=0/۶۸$). میزان درد شکم در گروه B و میزان استفراغ در گروه C به طور قابل ملاحظه یی بیشتر از سایر گروه ها بود.

جدول ۲: مقایسه میزان ریسپانس (جواب به تداوی)، عوارض جانبی و کامپلیانس (پذیرش) کامل در چهار گروه تحت تداوی

سایر عوارض بین چهار گروه تفاوت قابل ملاحظه احصایی نداشت. جزئیات مربوط به اطلاعات دموگرافیک (وابسته به امارگیری نفوس)، یافته های آندوسکوپی، کامپلیانس، درجه تداوی جذری با تفکیک گروه های تداوی در جدول یک و عوارض جانبی تداوی در جدول دو خلاصه گردیده است.

انضمام جدول ۱: فیصدی شیوع گروه های بررسی شده در چهارگروه تداوی از نظر جنس و سن

گروه A (n=73)	گروه B (n=46)	گروه C (n=64)	گروه C (n=87)
۳۸/۵ ± ۱۴/۹	۳۶/۴ ± ۱۱/۰	۳۸/۴ ± ۱۱/۷	۳۸/۹ ± ۱۲/۰
اوسط سن			
جنس			
مرد	۱۹ (۴۱/۳%)	۳۰ (۴۶/۹%)	۴۵ (۵۱/۷%)
زن	۲۷ (۵۸/۷%)	۳۴ (۵۳/۱%)	۴۲ (۴۸/۳%)
محل سکونت			
شهری	۳۱ (۶۷/۴%)	۴۲ (۶۵/۶%)	۵۶ (۶۴/۴%)
روستایی	۱۵ (۳۲/۶%)	۲۲ (۳۴/۴%)	۳۱ (۳۵/۶%)
تشخیص آندوسکوپی			
زخم معده	۲ (۴/۳%)	۳ (۴/۷%)	۵ (۵/۷%)
زخم اثنی عشر	۱۷ (۳۷%)	۲۴ (۳۷/۵%)	۲۴ (۲۷/۶%)
کامپلیانس (پذیرش)			
کامل	۴۰ (۸۷%)	۵۸ (۹۰/۶%)	۷۵ (۸۲/۲%)
خوب	۳ (۶/۵%)	۳ (۴/۷%)	۱۰ (۱۱/۵%)
ضعیف	۳ (۶/۵%)	۳ (۴/۷%)	۲ (۳/۲%)

جدول ۲: فیصدی شیوع انواع عوارض جانبی در گروه های بررسی شده

گروه A (n=73)	گروه B (n=46)	گروه C (n=64)	گروه C (n=87)
۱۲ (۱۶/۴%)	۱۵ (۳۲/۶%)	۱۶ (۲۵%)	۱۹ (۲۱/۱۸%)
عارضه			
دلبدی	۰	۱۶ (۲۵%)	۴ (۴/۶%)
استفراغ	۷ (۱۵/۲%)	۷ (۱۰/۹%)	۸ (۹/۲%)
اسهال	۹ (۱۹/۶%)	۱۴ (۲۱/۹%)	۹ (۱۰/۳%)
قبضیت	۱۱ (۱۵/۱%)	۴ (۶/۳%)	۴ (۴/۶%)
تغییر در چشایی	۷ (۹/۶%)	۲ (۳/۱%)	۱ (۱/۱%)
تلخی دهان	۱ (۱/۴%)	۳ (۶/۵%)	۳ (۳/۴%)
سرخی جلد	۵ (۶/۸%)	۶ (۱۳%)	۱۲ (۱۸/۸%)
دلبدی			

نفع	۳ (۴/۱٪)	۲ (۳/۴٪)	۷ (۱۰/۹٪)	۴ (۶/۴٪)
بی اشتهاهی	۰	۴ (۸/۷٪)	۲ (۳/۱٪)	۴ (۶/۴٪)
شکم دردی	۲ (۲/۷٪)	۳ (۶/۵٪)	۰	۰
تب	۲ (۲/۷٪)	۳ (۶/۵٪)	۳ (۴/۷٪)	۱ (۱/۱٪)
خارش	۳ (۴/۱٪)	۵ (۱۰/۹٪)	۳ (۴/۷٪)	۲ (۲/۳٪)
سردرد	۶ (۸/۲٪)	۴ (۸/۵٪)	۱۱ (۱۷/۲٪)	۷ (۸٪)

نتایج نهایی

در گروه A میزان (کامپلیانس (پذیرش)) کامل، خوب و ضعیف به ترتیب ۸۳/۶، ۱۱ و ۵/۴ فیصد، میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۹۶/۳ فیصد و میزان عوارض کلی ۳۷ فیصد بود. در گروه B میزان (کامپلیانس (پذیرش)) کامل، خوب و ضعیف به ترتیب ۸۷، ۶/۵ و ۶/۵ فیصد، میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۸۷ فیصد و میزان عوارض کلی ۶۳ فیصد بود. در گروه C میزان کامپلیانس (پذیرش)) کامل، خوب و ضعیف به ترتیب ۹۰/۶، ۴/۷ و ۴/۷ فیصد، میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۷۹/۷ فیصد و میزان عوارض کلی ۳۲/۸ فیصد بود. در گروه D میزان کامپلیانس (پذیرش)) کامل، خوب و ضعیف به ترتیب ۸۶/۲، ۱۱/۵ و ۲/۳ فیصد، میزان تداوی جذری هلیکوباکتر پیلوری ۷۹/۳ فیصد و میزان عوارض کلی ۲۸/۷ فیصد بود. میزان کامپلیانس و تداوی جذری در چهار گروه تفاوت قابل ملاحظه احصایوی نداشت ولی میزان عوارض کلی و درد شکم در گروه B و میزان استفراغ در گروه C به طور قابل ملاحظه یی بیشتر بود. با توجه به نتایج این مطالعه، از نظر میزان ریسپانس (جواب به تداوی) به تداوی و کامپلیانس، تفاوتی بین چهار گروه وجود نداشت.

پیشنهاد: به خاطر موثریت تداوی جلوگیری از پیشرفت مریضی پیش نهاد ذیل را مینماییم

- ۱- از نمک دوری کنید توصیه می شود بیش از ۲۳۰۰ میلی گرام سدیم در هر روز مصرف نشود.
- ۲- تغییر در سبک زندگی بیاورید. از تشویش پرهیز نمایید
- ۳- از مصرف الکل اجتناب ورزید.
- ۴- داروهایی مانند آسپرین، ایبوپروفن و ناپروکسن را تنها با اجازه پزشک خود مصرف نمایید.
- ۵- سیگار و دخانیات را ترک نمایید.
- ۶- غذا های سبوس دار راجز برنامه غذایی خود نمایید
- ۷- از غذاهای پرشحم (گوشت و پنیر با شحمی بالا) پرهیز نمایید
- ۸- میوه های منابع غنی از انتی اکسیدانت ها را تناول نمایید

مأخذ

- 1- Agah S, Shazad B, Abbaszadeh B. Comparison of azithromycin and metronidazole in a quadruple-therapy regimen for *Helicobacter pylori* eradication in dyspepsia. *Saudi J Gastroenterol*. 2009; 15: 225-28.
- 2- Bahreman S, Nematollahi LR, Fourutan H. Evaluation of triple and quadruple *Helicobacter pylori* eradication therapies in Iranian children: a randomized clinical trial. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2006; 18: 511-514.
- 3- Bercik P, Collins SM. Current concepts of dyspepsia: the role of the nervous system. In: Hunt RH, Tytgat GNJ: Basic mechanisms to clinical cure. Lancaster: Kluwer; 2000: 411
- 4- Boer WA, Driessen WM, Jansz AR, Tytgat GN. Quadruple therapy compared with dual therapy for eradication of *Helicobacter pylori* in ulcer patients: results of a randomized prospective single-centre study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1995; 7: 1189-194
- 5- Daghighzadeh H, Emami MH, Karimi S. One-week versus two-week furazolidone-based quadruple therapy as the first-line treatment for *Helicobacter pylori* infection in Iran. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007; 22: 1399-403.
- 6- Ebrahimi-Darjani N, Mirmomen S, Mansour- Ghanaei F. The efficacy of furazolidone-based quadruple therapy for eradication of *Helicobacter pylori* infection in Iranian patients resistant to metronidazole-based quadruple therapy. *Med Sci Monit*. 2003; 9: I105-108
- 7- Eisig JN, Silva FM, Rodriguez TN, Hashimoto CL, Barbuti RC. A furazolidone-based quadruple therapy for *Helicobacter pylori* retreatment in patients with peptic ulcer disease. *Clinics*. 2005; 60: 485-88.

- 8- Fakheri H, Malekzadeh R, Merat S. Clarithromycin vs. furazolidone in quadruple therapy regimens for the treatment of *Helicobacter pylori* in a population with a high metronidazole resistance rate. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001; 15: 411-16.
- 9- Fakheri H, Merat S, Hosseini V, Malekzadeh R. Low-dose furazolidone in triple and quadruple regimens for *Helicobacter pylori* eradication. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 19: 89-93.
- 10- Ghoshal UC, Singh R, Chang FY, Hou X, Wong BC, Kachintorn U. Epidemiology of uninvestigated and functional dyspepsia in Asia: facts and fiction. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011; 17: 235-44.
- 11- Khatibian M, Ajvadi Y, Nasseri-Moghaddam S. Furazolidone-based, metronidazole-based, or a combination regimen for eradication of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. *Arch Iran Med.* 2007; 10: 161-67
- 12- Katelaris PH, Forbes GM, Talley NJ. A randomized comparison of quadruple and triple therapies for *Helicobacter pylori* eradication: the quadrate study. *Gastroenterology.* 2002; 123: 1763-769.
- 13- Hasan SR, Vahid V, Reza PM, Roham SR. Short-duration furazolidone therapy in combination with amoxicillin, bismuth subcitrate, and omeprazole for eradication of *Helicobacter pylori*. *Saudi J Gastroenterol.* 2010; 16: 14-18.
- 14- Lee KJ, Kindt S, Tack J. Pathophysiology of functional dyspepsia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004; 18: 707-16.
- 15- Laine L, Suchower L, Frantz J. Twice-daily, 10-day triple therapy with omeprazole, amoxicillin, and clarithromycin for *Helicobacter pylori*

- eradication in duodenal ulcer disease: results of three multicenter, double-blind, United States trials. *Am J Gastroenterol.* 1998; 93: 2106- 112
- 16- Laine L, Hunt R, El-Zimaity H. Bismuthbased quadruple therapy using a single capsule of bismuth biskalcitrate, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus omeprazole, amoxicillin, and clarithromycin for eradication of *Helicobacter pylori* duodenal ulcer patients: a prospective, randomized, multicenter, North American trial. *Am J Gastroenterol.* 2003; 98: 562-67
- 17- Laine L, Fennerty MB, Osato M, et al. Esomeprazole-based *Helicobacter pylori* eradication therapy and the effect of antibiotic resistance: results of three US multicenter, double-blind trials. *Am J Gastroenterol.* 2000; 95: 3393-398
- 18- Malekzadeh R, Ansari R, Vahedi H. Furazolidone versus metronidazole in quadruple therapy for eradication of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2000; 14: 299-303.
- 19- Mantzaris GJ, Petraki K, Archavlis E, et al. Omeprazole triple therapy versus omeprazole quadruple therapy for healing duodenal ulcer and eradication of *Helicobacter pylori* infection: a 24- month follow-up study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002; 14: 1237-243.
- 20- Megraud F, Lamouliatte H. Review article: the treatment of refractory *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003; 17: 1333-343.
- 21- Marshall BJ, Armstrong JA, Francis GJ, Nokes NT, Wee SH. Antibacterial action of bismuth in relation to *Campylobacter pyloridis* colonization and gastritis. *Digestion.* 1987; 37: 16-30.

- 22- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130: 1466-79.
- 23- Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Eng J Med*. 2002; 347: 1175-186.
- 24- Saberi-Firoozi M, Nejabat M. Experiences with *Helicobacter pylori* treatment in Iran. *J Med Sci*. 2006; 31: 181-85.
- 25- Roghani HS, Massarrat S, Shirekhoda M, Butorab Z. Effect of different doses of furazolidone with amoxicillin and omeprazole on eradication of *Helicobacter pylori*. *J Gastroenterol Hepatol*. 2003; 18: 778-82.
- 26- Vakil N, Lanza F, Schwartz H. Seven-day therapy for *Helicobacter pylori* in the United States. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 20: 99- 107.
- 27- Wang WH, Wong CY, Lam SK. Pooled analysis of *Helicobacter pylori* eradication regimes in Asia. *J Gastroenterol Hepatol*. 2000; 15: 1007-17.
- 28- Zagari RM, Law GR, Fuccio L, et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. *Gastroenterology*. 2010; 138: 1302-11.

Jan Mohammad Jayhoon*Abstract*

"Wisdom" has been a wise man as a dynamic substance in the man's mind; in the works left behind by him, he is seen as a warper who wanders his wisdom, and whenever he speaks of a virtuous and magnanimous spiritual being. It also adds the definitive form of the wisdom. Nasser Khusraw thinks the wisdom is a light and believes that a man without a light can not walk the road of religion.

The purpose of this article is about the position of reason in the thought of the same thinker. Although intellectuals are praised for such great thinkers as Rumi, Sanai, Attar, etc., it does not mean that Nasser Khosrow gives a picture of it. Because Nasser Khosrow's wisdom embodies materialistic excellence, it is also spiritual perfection, but the intellect that Rumi and Attar, Sanai, and so on interpret more than the implications of the concepts of religion and the school of revelation. In this paper, Haza attempts to clarify the position of reason in the thought of the wise Yemgan.

Khatera "Mumtaz Latif"*Abstract*

The aim of writing this topic is the explanation of special relationships of Gnosticism between Mawlana Jalal uddin Mohammad Balkhi and Shams Tabrizi and the affect of Shams on Mawlana and versus the deep affect of Mawlana to shams Tabrizi, and also showing this point that what was the affect of their meeting on Mawlana's life.

183

Shir Ahmad "Rahimi"*Abstract*

What is more focused in criminal Policy's Subject is attention to elements of Eriminal, Crime, Deviation and state responding to this elements, defines the Crimes as reversal of moral and Social norms.

Information of Social and Judicial System, protection of discipline and Security and observance of public right is the scope which uses from new garnered of new humanity and policy in state law, follows research of crime because the role of executive judyement in judicial management field in order to establish judyement is a This field of Logical necessity management is the basic and recovering triple field judicial courts , judicial retentive and attorney that the law of courts has developed many of other fields have been added to the part of judicial thate ends in to judgment and court brsghty the theme of this topic is study if criminal policy and its importance that criminology from the view point of norms administrative in the field of criminal policy is the scope of the topic and name of this topic.

182

Professor Abdullah Darman Rahimzad and Professor Zalmai Mawlawizada***Abstract***

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is increasingly being recognized as a common factor contributing to many ear, nose and throat complaints. The exact incidence of GERD is unknown, it is estimated that at least 25% of patients with GERD have head and neck symptoms alone, These symptoms may consist of one or more of the following: hoarseness, post-nasal drip, voice change, persistent cough, food sticking in the throat, globus pharyngeous, otalgia, neck pain, sore throat, choking spells and bronchospasm. In small but definite group of patients carcinoma of larynx and upper aero digestive tract may be a consequence of chronic GERD.

Clinical suspicion is the key to the diagnosis because many patients do not have classic reflux symptoms of heartburn or acid regurgitation.

– Prolonged esophageal PH monitoring with PH probes in the distal and proximal esophagus with hypopharyngeal and laryngeal examination are the most helpful diagnostic tests. This article reviews the pathophysiology of symptoms, diagnostic and therapeutic modalities of GERD related ear nose and throat problems.

Professor Abdul Hakim Hekmati and Assistant Professor Said Ali Shah Akbari

Abstract

Parkinson's disease symptoms and signs may vary from person to person. Early signs may be mild and may go unnoticed. Symptoms often begin on one side of your body and usually remain worse on that side, even after symptoms begin to affect both sides

Parkinson's signs and symptoms may include:

- **Tremor.** A tremor, or shaking, usually begins in a limb, often your hand or fingers. You may notice a back-and-forth rubbing of your thumb and forefinger, known as a pill-rolling tremor. One characteristic of Parkinson's disease is a tremor of your hand when it is relaxed (at rest).

- **Slowed movement (bradykinesia).** Over time, Parkinson's disease may reduce your ability to move and slow your movement, making simple tasks difficult and time-consuming. Your steps may become shorter when you walk, or you may find it difficult to get out of a chair. Also, you may drag your feet as you try to walk, making it difficult to move.

- **Rigid muscles.** Muscle stiffness may occur in any part of your body. The stiff muscles can limit your range of motion and cause you pain.

- **Impaired posture and balance.** Your posture may become stooped, or you may have balance problems as a result of Parkinson's disease.

- **Loss of automatic movements.** In Parkinson's disease, you may have a decreased ability to perform unconscious movements, including blinking, smiling or swinging your arms when you walk.

Speech changes.. Writing changes.

***Associate Professor Gul Ahmad Tanesh Qazizada and Assistant Professor
Mohammad Aqil Mahmodi***

Abstract

The GI tract is subject to infection by many pathogens, which are a major cause of economic loss due to illness, suboptimal performance, and death (see Table. Common Pathogens of the Gastrointestinal Tract). These infections spread by direct contact or the fecal-oral route. Many of the pathogens are part of the normal intestinal flora, and disease develops only after a stressful event, eg, salmonellosis in horses after transportation, extended anesthesia, or surgery. The intestinal flora becomes established within a few hours after birth, which emphasizes the importance of the early ingestion of colostrum to provide protection against septicemia and intestinal infection

Effective control of the common infectious diseases of the GI tract depends on practicing good sanitation and hygiene, developing and maintaining nonspecific resistance in the animal, and in certain cases, providing specific immunity by vaccinating the pregnant dam or susceptible animal.

Effective sanitation and hygiene is achieved primarily by providing adequate space for animals and by regular cleaning of pens and efficient removal of manure from the immediate environment. Development and maintenance of nonspecific resistance depends on the genetic selection of animals that have a reasonable degree of inherent resistance and on the provision of adequate nutrition and housing, which minimizes stress and allows the animals to grow and behave normally. The development of infected but clinically healthy animals, which can shed pathogens for weeks or months, is a major problem with some infectious diseases of the GI tract, eg, salmonellosis. Ideally, these carrier animals should be identified by microbiologic means and isolated from the rest of the herd until free of the infection or culled.

Certain diseases (eg, enterotoxigenic colibacillosis in calves and piglets) can be controlled by vaccination of the pregnant dam several weeks before parturition. This method depends on achieving a protective level of antibodies in the colostrum. There are exceptions but, in most cases, systemic immunity provides little protection against the infectious enteritides; effective immunity against GI disease depends on stimulation of local intestinal immunity after the neonatal period. During the neonatal period, protection can be provided through the local action of maternally derived antibodies. For example, secretory IgA progressively increases in sow's milk from the time of farrowing until weaning, which provides the piglet with daily protection during the nursing period

Assistant professor Dr. Said Lal shah Langar Assistant professor Dr.Fazel Ahmad Bawar Assistant Professor Dr.Said Ali Shah Akbari

Abstract

One of the main cause or infertility in men is UTI in many cases these infections became cause of some disorder in semen fluid(count ,Motility , Mortality. etc.) so it became cause of Prostatitis ,Epididymitis..etc.

So the investigation of this infections and prescription of suitable antibiotics is one of the main points for treatment of the infertility of the patients .

Method:

This study is done on 65 sample of semen of infertility men who are respect in *Sehat-e-Khanwada* hospital in Mazar -i- Sharif city.after sampling and some necessary investigations , the samples cultured in Blood agar, Mac Conkey agar and chocolate agar medias and incubated for 24 hours in 37 C after 24 hours growth petridishes test by catalase and coagulase and after test became antibiogram

Findings :

In this study 40 samples of semen were contaminated with bacteria as following :

16,9% staphylococcus aurous

1,5% Enterococcus

Key words:

Seminal Fluid , Bacterial diseases , Infertility

178

P.H.D. Naser "Haydar"

Abstract

The word atmosphere is the combination two Greek words (atoms) which means steam and (sphaira) which means sphere. And it is called to that in crustation of the air which has surrounded the earth sphere. The combination of the present gases of the atmosphere which to be enough dry, they from nitrogen, oxygen, argon and carbon dioxide.

The density of carbon dioxide in atmosphere are increasing by use of the fossil fuels.

The movement of ecology and the control of air and weather pollution niggard of the dangers which threat the (Ozone) layer, and it has made the general thoughts of the people provoke. The point of changing the climate and warming up of the atmosphere has damaged the poor countries like Afghanistan which in that country from long times besides of poverty there are illiteracy, unannounced war, so having normal environment from the polluted air is so far from thoughts.

177

Assistant Professor Dr. Nematullah Fetnat and Assitant Professor Dr. Qais Rahin

Abstract

Indirect inguinal hernia is one of the commonest surgical diseases which referred to health facilities and cause of significant health problem for patient so it gave idea of researching at incidence of indirect inguinal hernia according to the age.

This is Descriptive prospective and Retrospective cross sectional study by secondary data analysis. Target population are the patient which admitted from 19/02/2014 up to 20/02/20145 at Abo Ali Sinai Balkhi Regional Hospital Mazar-i-Sharif Balkh Afghanistan according to medical record and operation theatre registration book from 3028 patients 228 patients had indirect inguinal hernia for analyzing data used Ms. Word, Ms. Excel and Epi info software.

Study showed the incidence of disease 7.5% (96% male and 4% female) the mean of age was 36 years and age range between 2-85 years. Indirect inguinal hernia constituted 7.5% admissions in ward and 8.5% operative surgical cases in this hospital. It occurs mostly at 2-15 years old was 54 persons (23.7%) in age range of (55-71 years) was 54 persons (23.7%). The side of involvement was (135 persons right (59%), 73 persons left (32%) and 20 persons (9%) bilateral). right side is and left side was more common in age range of (2-15 years) in right side 30 persons (22.2%) left side 24 persons (32.9%). Bilateral indirect inguinal hernia was common at age range of (55-71 years) 12 persons (60%) Incarceration occurred at 15 persons (7%) of patients mostly in age range of (2-15 years) 6 persons (40%). Recurrence was at 23 persons (10%) mostly at age (30-43 years and 58-71 years) 7 persons (30.4%) for each categories of age. The type of indirect inguinal hernia was bubonocele type 17 persons (7, 5%), funicular 98 persons (43%) and scrotal type 113 persons (49.5%).

After analyzing data s result of this research express that indirect inguinal hernia mostly occurs in men. Incarceration mostly occurs in children and relapsing case mostly occurs in adult.

Key word: Indirect inguinal hernia, incarceration, Relapse,

Wahidullah "Amin"

Abstract

The present Research has been Conducted Order to Study the Assessment of Relationship Between Organizational Intelligence and Strategic Thinking at Balkh University

In 1396 the Study Group Contains 230 People Selected Randomly from the Total 300 at this Office. They are Examined Through Karl Alberkht model (2002) Questionnaire and a Strategic Thinking and Statistical Tests and the Statistical Software Spss/pc++ (Ver16.0).

This is a Correlation Type Research and in Term of the Studied Group One Main Hypothesis and Data Achieved from the Questionnaires.

The Achieved Results from the Analisis of the Hypotheses Demonstrate that in the Main Hypothesis of the Study, there is a Meaningful and Positive Relation Between organization intelligence and the Managers Strategic Thinnking The Results from the Examination of the Minor Hypotheses Show that there is a Meaningful and Positive Relation Between the Variables Studied in all of the Minor Hypotheses , i.e. organization Intelligence Components (Strategic Vision, Shared Fate, Appetite for Change, Heart (of spirit), Alignment & Congruence (the structure, systems, and rules), Knowledge Deployment, and Preformance Pressure), and the Managers Strategic Thinking Power.

In the Studied Group, for Heart (or spirit) Agent, Significance Level 0.530 and Correlation 0.0000 Produced, which Demonstrates that Self Regulation Component, as Compared with Others, Has a more Meaninful and Positive Relation with Stratgic Thinking. Results shows that OI can anticipate Strategic Thinking in medium degrees.

Keywords: *organization intelligence, the managers Strategic Thinking, Strategic Vision, Shared Fate, Appetite for Change, Heart (or spirite), Alignment & Congruence (the structure, systems, and rules), Knowledge Deployment, and Performance Pressure*

Assistant Prof.essor Dr. Mohammad Yonus Fakhri

Abstract

Craniosynostosis (cranio= cranium+ syn= together+ ostosis= related to bone) is a condition in which one or more of the fibrous sutures in an infant skull prematurely fuses by ossification. Several risk factors for non-syndromic craniosynostosis (NSCS) have been suggested. *Material and Methods:* In this observational study we studied the risk factors associated with NSCS in 30 children aged 1 month to 12 years attending pediatric outpatient department in tertiary health care institute in India. *Results:* Male: Female ratio was 1.7:1. Twenty-five (83.6%) children belonged to the plains while 5 (16.7%) belonged to the hilly regions from Himachal Pradesh. Ten (33.3%) children were from the rural areas and the rest (66.7%) were from the urban area. The mother's age at conception was below 30 years in 28 (93.3%) patients. On the other hand 16 (53.3%) of the fathers were above 30 years of age. *Conclusion:* Paternal age more than 30 years and male gender is associated with non-syndromic craniosynostosis

174

Professor Abdul Hakim Hekmati and Assitant Professor Gul Ahmad Tanesh Qazizada

Abstract

Background and Objective: An optimal regimen for treatment of *Helicobacter pylori* should have high efficacy,

tolerable side effects, easy administration and should be economical. Intensive efforts are being made to identify such

an optimal regimen, but there are many obstacles hindering the achievement of this goal. This study aimed at comparing

the rate of HP eradication by examining quadruple regimens in dyspeptic patients.

Materials and Methods: In this open-label randomized clinical trial, 270 patients with positive Urease test were randomly assigned into four groups to receive one of the following treatment protocols. (group A: omeprazole+ amoxicillin+ bismuth subcitrate+ clarithromycin for 2 weeks (73 patients), group B: omeprazole+ tetracycline+ bismuth subcitrate+ metronidazole for 2 weeks (46 patients), group C: omeprazole+ amoxicillin+ bismuth subcitrate+ furazolidone for 2 weeks (64 patients), group D: omeprazole+ amoxicillin+ bismuth subcitrate+ furazolidone/metronidazole interchangeably each one for one week (87 patients). Six weeks after the treatment, the compliance, eradication and complication rates were evaluated in each group.

Results: *Helicobacter pylori* eradication rates were, 96.3%, 87%, 79.7%, and 79.3 % in groups A, B, C and D respectively ($p=0.506$). The overall complication rate was 37%, 63%, 32.8% and 28.7% in groups A, B, C and D respectively. This rate was significantly higher in group B than other groups ($p=0.01$).

The compliance rate was. complete., good. or. poor.. Accordingly the compliance rate in group A was 83.6%, 11% and 5.5%, in group B, 87%, 6.5% and 6.5%, in group C. 90.6%, 4.7% and 4.7%, and in group D 86.2%, 11.5% and

2.3%, respectively ($p=0.683$). Abdominal pain and vomiting was significantly more frequent in groups B and C compared to the other groups. The other complications were not significantly different in the groups.

Conclusion: The rate of compliance and HP eradication was similar in quadruple regimens; however, due to difference

in the rate of complications, regimens of groups A or D are recommended.

Editorial Board

Associate professor M. Nasyr Haydar P.H.D

Professor GulAhmad Faizy

Associate Professor Abdullah Darman

Associate Professor Sardar Sherany

Associate Professor Lalshah Langar

Associate Professor Amrullah Khogeanewal

Master Khatera Mumtaz

Under the Supervision of the Editorial Board

Editor in Chief Associate Professor M.Nasyr Haydar P.H.D

Technical Editor: Jan Mohammad Jayhoon.

Telephone: 0799254005

Establishment Year: 2018