

# گلبانگ

نشریه صنفی-علمی، سال بیست و چهارم، شماره ۴۹، فروردین ۱۴۰۰



# عاشق سفید پوش

فروغ نصر اصفهانی

در میان دل خستگی‌هایمان؛ میان مسیر های  
رفته و نرفته، اهداف رسیده یا نرسیده؛ از  
کوچه‌ی نگفته‌ها، لای پستوهای گفتنی‌ها،  
بن‌بست شنوده‌ها...  
از عشق بگوئیم...  
بگوئیم از روح، از حیات، از زندگی.  
می‌پرسی زندگی چیست؟  
چه میدانم! زندگی شاید جایست میان  
صخره‌های عشق  
میان هجی کلمات گفته و نگفته.  
بین ECG ها؛ CPR ها ... بین یک خط  
صاف...عاشق آنجاست  
یک ICD ناب... و نگاه نافذ گیرایی که نفس  
پیوند میدهد،  
واژگان تنها وصفی است از مهر صادقانه‌ی او،  
مهری که تمام نمیشود،

در ناکجای خستگی قلبمان، یادی کنیم از  
عاشقان خسته‌ی سپید پوش...  
و به راستی تو،  
عجیب‌ترین عاشق دنیایی!



نشریه

# قلب‌بانگ

شماره ۴۹ - فروردین ۱۴۰۰

# فهرست مطالب

## گلبانگ

نشریه صنفی- علمی  
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

مهدی بدیعی گورتی

### سر دبیر:

امیرسپهر صفاری

### مدیر اجرایی:

الهه صمیمی

### طراح جلد و صفحه آرا:

کیومرث توکلی

### گروه ویراستاری:

امیرسپهر صفاری، شکیبا ماهوش،

محمد رضا مرتهب

### اسامی نویسندگان (به ترتیب

### حروف الفبا):

نرگس اسدی، کیمیا افشار، مهدی  
امامی، محمدحسین آقابابا، سارا  
باقریه، روژین بخشی، مهدی بدیعی  
گورتی، پرنا پناهی، مهسا پورمهدی،  
محمدعلی حقیقت پناه، علی  
خلیلیان پور، زهرا ربیعی، فرشته  
رستگارنسب، الهام رمضان نژاد،  
یاسمن شجاعی، آیناز شفیعی، امیر  
سپهر صفاری، الهه صمیمی،  
امیررضا فرهادیان، علیرضا مزروعی،  
فروغ نصر اصفهانی، دکتر عاطفه  
واعظی، امیرمحمد یآوری

### با تشکر ویژه از:

دکتر سید محمدحسن امامی، دکتر  
مهین هاشمی پور، دکتر امید  
یقینی، دکتر مسعود کثیری، دکتر  
ایمان ادیبی، دکتر فریدون  
حقدوست، سرکار خانم سلطانی،  
معاونت دانشجویی - فرهنگی  
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و  
همه کمیته‌چی‌های عزیز که یار و  
همراه ما بودند

آنچه خواهید خواند

### بخش صنفی

- ۱ دبیرم کجایی دقیقا کجایی
- ۲ هرموقع به کمیته فکر میکنم قلبم لبخند میزنه
- ۳ آموزش در دوران پاندمی
- ۴ پل مجازی
- ۶ واحد پژوهش واحدی برای مدیریت پژوهش یا انجام research
- ۸ دور ولی نزدیک
- ۹ مستند سازی مجازی
- ۹ فرصتی برای خونه تکونی
- ۱۰ پژوهش در خدمت بهبودی زندگی
- ۱۱ من هم با بیماران گریه کردم
- ۱۴ تاریخ شفاهی
- ۱۷ هنر هفتم
- ۲۰ در بیابان گر به شوق کعبه خواهی زد قدم  
سرزنش ها گر کند خار مغیلان غم مخور

### بخش علمی

- ۲۹ دشمن مشترک، چگونه یک پاندمی پایان می یابد
- ۳۳ من تابستان، من زمستان
- ۳۷ GUT-brain axis
- ۴۰ دست از پا درازتر
- ۴۳ فقط خودم
- ۴۷ آلزایمر کابوس دنیای سالمندی
- ۴۹ burnout
- ۵۲ جسمانی سازی



## سخن سردبیر

# آنچه خواهید خواند



امیر سپهر  
صفاری

سردبیر مجله

پس از وقفه دو ساله در چاپ نشریه گلابانگ، قرعه کار به نام گروه ما افتاد تا شماره چهل و نهم را در سالی که این ویروس منفور پنجه در پنجه دنیا به رقابت می‌پردازد، آماده کنیم. اوایل کار، همه به موضوع این شماره فکر می‌کردیم. چندین فکر و ایده چموش در ذهن ما بی‌قراری میکرد تا بتواند بر صفحات سفید نشریه، خود را ماندگار کند. اغلب ایده‌ها حین چمیدن بین سلول‌ها مغزی، پایشان به سنگ سخت و نامیمون "خب که چی" گیر می‌کرد و زودتر از چیزی که قوه تخیل ما تصور می‌کرد از رقابت خارج می‌شد. بعد از چند روز از خود سوال کردیم که چرا همیشه باید به دنبال ایده‌های عجیب باشیم؟ شاید وقت آن رسیده که به همان سنگ منحوس و سخت "خب که چی" بپردازیم. سوالی آزاردهنده ولی بسیار مهم که احتمالاً اغلب اوقات از خود می‌پرسیم. سوالی که نقش کنترل کیفی را در کارخانه مغز ما دارد، سوالی که نقشی کلیدی در بازدهی اعمال ما دارد. پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نیست. فرآیند پژوهش همچون شمشیر دولبه است، هم می‌تواند بسیار جذاب باشد، هم بسیار خسته کننده. حال شرایط وقتی بدتر می‌شود که پژوهشگر به این نتیجه برسد که کاری که انجام می‌دهد سودمند نیست، یا چاپ شدن یا نشدن نتایج آن پژوهش، اثری سودمند بر اطلاعات جامعه علمی ندارد. پس شخص باید قبل از شروع بهترین موضوع را انتخاب کند! اما انتخاب موضوع خوب و کاربردی تضمینی برای انجام کار موفق نیست! اغلب گروه‌های پژوهشی از متخصصین رشته‌های مختلف و یا افراد با درجات علمی متفاوت تشکیل شده‌اند، پس یکی از رموز پژوهش موفق، توانایی ارتباط و تبادل اطلاعات و رسیدن به زبانی واحد و مشترک بین اعضاست. ما در بخش صنفی این مجله به موضوعات فوق خواهیم پرداخت؛ اینکه چگونه یک دغدغه را پیدا کنیم، چگونه در کنار هم کار کنیم و در نهایت سوال "خب که چی" را با نارحتی از خود نپرسیم!!

در ادامه بخش صنفی این شماره، برای اولین بار دست به یک ماجراجویی زدیم که امیدوارم این ماجراجویی در شماره‌های بعدی هم ادامه‌دار باشد. مکانی را به شما معرفی کردیم که کمتر کسی از وجود آن با خبر است. مکانی که همیشه تا چند قدمی آن رفته بودیم اما موفق به بازدید از آن نشده بودیم. در این شماره گزارشی از بازدید این مکان و عکس‌هایی از آن را با شما به اشتراک می‌گذاریم و امید داریم که پس از انتشار این شماره و با مساعدت مسئولین این مکان برای عموم دانشجویان قابل بازدید باشد. بخش صنفی با یک راهنما تمام می‌شود، راهنمایی برای مسیر آینده ما. راهنما این بخش مصاحبه‌ای است با یکی از اساتید دلسوز. مصاحبه‌ای که لحظه لحظه‌اش ارزشمند است و یک تجربه ناب.

و اما بخش علمی...

غوطه‌ور شدن دنیا در پاندمی ویروس کووید-۱۹ دلیلی شد تا بخش علمی را با تاریخچه‌ای از پاندمی‌هایی که جهان در دو قرن اخیر تجربه کرده است، شروع کنیم. در ادامه بخش علمی با مباحث علمی نادر و خواندنی همراه شما خواهیم بود.

و در پایان ذکر این نکته ضروری است که آماده‌سازی یک نشریه نیاز به جلسات مداوم و تبادل نظر بین اعضای گروه دارد، اما در شرایط فعلی و با توجه به عدم حضور دانشجویان در دانشگاه، هماهنگی و کار گروهی‌کردن بسیار سخت است و البته هنر خاص خود را طلب می‌کند. در مرتبه خودستایی و البته با کمال افتخار باید بگویم که ما این هنر را بلد بودیم. شش ماه در کنار هم نوشتیم، یادگرفتیم، تجربه کردیم و از همه مهمتر در کنار هم زندگی کردیم. این شرایط به ما یاد داد که قدر لحظاتی که فکر می‌کنیم عادی هستند را بدانیم. قدر زیستن، شادی کردن و خندیدن کنار هم را بدانیم. به امید تکرار لحظات عادی زندگی...





مهدی بدیعی  
گورتنی

دبیر کمیته  
پژوهش



## دبیرم کجایی دقیقا کجایی؟!

داستان از آنجایی شروع شد که دبیر وقت از من خواستند که مسئولیت واحد پژوهش را قبول بکنم و بعد برنامه اول سال را با ایشان هماهنگ کردم و چندین جلسه شورا داشتیم و در حال برنامه‌ریزی برای فراخوان جذب اعضای جدید بودیم که به صورت مجازی برگزار کنیم و قرار شد هر یک از مسئولین واحدها فیلمی با ارائه خود آماده کنند تا در صفحه اینستاگرام کمیته بارگزاری کنیم و قص علی هذا... اما حدودا از اواسط تیرماه دبیرمان کم پیدا شدند و کار شورا و کمیته، کمی تا قسمتی ابری شد. اما قضیه مهم اینجا بود که کمیته‌چی‌ها گذاشتند خللی در کارها وارد بشود و با جدیت هرچه تمام‌تر سختی‌ها را به جان خریدند و برنامه‌های کمیته را پیش بردند که در ادامه مطلب از آن‌ها نام می‌برم تا دوستان بزرگواریم را بیشتر بشناسید. از اواخر مردادماه طبق نظر شورای سیاست‌گذاری کمیته، مسئولیت دبیر موقت به من واگذار شد که کارها با هماهنگی بهتری انجام بشود و همچنین در همین حین استعفای رسمی دبیر وقت هم رسید و شورای عالی تصمیم گرفت که انتخابات میان‌دوره برگزار شود و تعیین دبیر را برای شش‌ماه آتی سال داشته‌باشیم که در نهایت مسئولیت موقت به رسمی تبدیل شد. بعد از انتخاب شدن من به عنوان دبیر و پیشنهاد شورای عالی، سعی کردم همان تیمی که از اول سال قبول کرده بودند که مسئولیت واحدها را بر عهده داشته‌باشند، منوط به قبول خود ایشان بمانند و فقط چند تغییر انجام شد که معاون انتخاب کردم و مسئول واحد اجرایی مالی و پژوهش جدید انتخاب شد. کار را به لطف و عنایات پروردگار با قدرت شروع کردیم و سعی کردیم سروسامانی به کارها بدهیم. جا دارد از تمام دوستانم در مجموعه کمیته پژوهشی که تا این لحظه با من همکاری کردند و یقین دارم صبوری‌های زیادی در طول مسیر کرده‌اند، تشکر و سپاسگزاری بکنم. از دوستان شورای سیاست‌گذاری کمیته که در حقیقت معاون دبیر و مسئولین واحدها هستند، تشکر جداگانه و ویژه دارم که مسئولین واحدها در صفحات آتی گزارشی خواهند نوشت و با ایشان آشنا خواهید شد. اما تک تک بزرگواریان را جا دارد در اینجا نیز نام ببرم، خانم یاسمن شجاعی، خانم مهسا پورمهدی، خانم زهرا ربیعی، آقای محمدحسین آقابابا، آقای امیررضا فرهادیان و آقای محمد فخرالمباشری. همچنین می‌خواهم از دو نفر، یکی دوست و همکلاسی نازنینم آقای مهران رشیدی که در سمت معاون دبیر و مسئول جلسات شورای سیاست‌گذاری، به من در این راه مشورت و کمک چه از لحاظ فکری و چه عملی دادند و همچنین خانم دکتر عاطفه واعظی سرپرست کمیته که همیشه چراغ راه ما کمیته‌چی‌ها بوده‌اند و زحمات بسیاری به ایشان وقت و بی‌وقت داده‌ایم قدردانی بکنم. در آخر سخن نقل قول استاد گرانقدرم، دکتر محمدحسن امامی که فرمودند کمیته را با این آیه قرآنی بنا نهادیم تمام کنم، باشد که پند بگیریم و عمل کنیم انشاءالله.

قُلْ إِنَّمَا أَعِظُكُمْ بِوَاحِدَةٍ أَنْ تَقُومُوا لِلَّهِ مِثْلِي وَفِرَادَىٰ ثُمَّ تَتَفَكَّرُونَ

بگو من فقط به شما يك اندرز می دهم که دو دو و به تنهایی  
برای خدا به پا خیزید سپس بیندیشید





دکتر عاطفه  
واعظی

سرپرست  
کمیته

# هر موقع به کمیته فکر می‌کنم قلبم لبخند می‌زنه

اولین بار که به عنوان یک دانشجوی ترم یکی توی کارگاه روش تحقیق کمیته شرکت کردم، روی پوشه‌ای که به شرکت‌کنندگان می‌دادن نوشته بود "به جای لعن تاریکی شمعی روشن کنید" این جمله توی ذهنم حک شده از همون روز تا همین امروز و فکر می‌کنم تا همیشه... اینجوریه که وقتی ازم می‌پرسن که کمیته چیه، توی ذهنم مرور میشه که کمیته جاییه که دور هم جمع شدیم که به جای لعن تاریکی شمعی روشن کنیم... اینکه کمیته کجاست رو فکر می‌کنم همه بدونیم که طبقه همکف دانشکده پزشکی و کنار تالار طباطباییه... و اینکه توی کمیته چه اتفاقی میفته رو استناد می‌کنم به اساسنامه کمیته که می‌گه "هدف کلی کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی بسترسازی، آموزش و نهادینه کردن پژوهش در دانشجویان، تلاش در جهت شکوفایی استعدادهای علمی دانشجویان در پژوهش، ایجاد فرهنگ و روحیه تحقیق و فرصتی برابر برای فراگیری فرایند پژوهش برای همه دانشجویان است." اینجا توی کمیته، از اساسنامه و قوانین نوشته شده پیروی می‌کنیم، با تکیه بر رای جمعی دبیر کمیته رو هر سال انتخاب می‌کنیم، برای کارهایی که می‌خوایم بکنیم فکر می‌کنیم و برپایه شواهد و خردجمعی تصمیم می‌گیریم... اینجا تمرین می‌کنیم که با هم کار کنیم و کنار هم یه قدم به جلو برداریم...

پارسال همین حدودا بود که بچه‌ها یه لیست خرید آوردن که امضا کنم برای جشن پایان سال ۱۳۹۸. پارسال این حدودا داشتیم آماده می‌شدیم که بهار ۹۹ رو جشن بگیریم و یک سال کنار هم کار کردن رو پاس بداریم... یه هفته بعدش از امور مالی دانشکده باهام تماس گرفتن که "خانم دکتر حالا که دانشگاه تعطیل شده دیگه جشنی برگزار نمیشه که... و خریدتون رو کنسل کنین" اون روز فکر می‌کردیم حالا اینور سال نشد، اونور سال که میشه... جشن سال ۹۸مون برگزار نشد و همه چی تغییر کرد... شلوغی‌های دانشگاه خلوت شد و میز شورای کمیته خالی... اما خب کووید-۱۹ اگه خیلی چیزا رو ازمون گرفت، اینو بهمون داد که میشه یه جور دیگه برنامه داشت و کار کرد... سال ۹۹ همه برنامه‌های کمیته مجازی شد، جلسات شورا مجازی شد، کارگاه‌ها مجازی شد، دوره‌های مجازی شد، دیبا و تداک مجازی شد و خلاصه سخت بود ولی متوقف نشد... اینجوریه که اگر بخوام دوباره بگم، می‌گم که کمیته جمعی است از دانشجویان که می‌خوان به جای لعن تاریکی، با هم شمعی روشن کنن... یونگ میگه که "یک شمع می‌تونه هزاران شمع رو روشن کنه بدون اینکه از عمر خودش کم بشه" و من هر موقع به کمیته فکر می‌کنم قلبم لبخند می‌زنه...

به وقت اواخر بهمن ماه سال کرونایی



# آموزش در دوران پاندمی



یاسمن  
شجاعی

مسول واحد  
آموزش

به طور کلی، می‌توان هدف نهایی واحد آموزش را به این شکل تعریف کرد:

برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی کلیه فعالیت‌های آموزشی در مجموعه‌ی کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویان دانشکده، به منظور افزایش آگاهی و توانمندسازی اعضا در زمینه‌ی مهارت‌های مورد نیاز یک پژوهشگر.

امسال نیز تیم واحد آموزش با توجه به هدف ذکر شده در بالا، گام‌هایی در همین راستا برداشت: باتوجه به عدم امکان برگزاری برنامه‌های آموزشی به شکل حضوری، به دلیل شرایط پاندمی کرونا، برآن شدیم تا برنامه‌های واحد آموزش را در قالب آموزش مجازی و آنلاین ادامه دهیم. چالش‌های زیادی در ابتدای این کار پیش روی واحد قرار داشت؛ از جمله آن که روند از پیش تعیین شده و برنامه‌ی مدونی برای برگزاری کارگاه به شکل آنلاین و مجازی در این واحد موجود نبود؛ بنابراین تصمیم گرفتیم تا این روند را برنامه‌ریزی و راه‌اندازی کنیم. بدین ترتیب اقدامات زیر در این رابطه در دستور کار قرار گرفت:

- پیگیری تهیه‌ی بستر مناسب برای برگزاری کارگاه‌های آنلاین و فیلم‌های مجازی مورد نیاز کارگاه‌ها.
- پیگیری تهیه‌ی بستر مناسب برای برگزاری آزمون‌های آنلاین مورد نیاز کارگاه‌ها.
- پیگیری صدور سرتیفیکیت مجازی برای شرکت‌کنندگان در کارگاه‌ها.

## برنامه‌ها:

موجب کسب تجربه و به دست آمدن چشم‌انداز بهتری برای ادامه‌ی برنامه‌ریزی‌ها به شکل آنلاین و مجازی شد. پس از آن کارگاه **آموزش آمار و SPSS مقدماتی**، برنامه‌ریزی و برگزار شد این کارگاه نیز با فراهم کردن تمرین و تکلیف مجازی برای شرکت‌کنندگان، جنبه‌های تازه‌ای از کار را برای هر دو گروه شرکت‌کنندگان و برگزارکنندگان به همراه داشت. **آموزش مهارت‌های یک گروه‌یار** نیز از اهداف واحد به شمار می‌آید. در طی دوماه بعدی، اعضای واحد به بررسی در مورد مباحث و چگونگی آموزش گروه‌یار در قالب کلی زیر پرداختند که مطالب حاصل از مقالات مرتبط و برداشت اعضا، در قالب PDF گردآوری گشت. در نهایت نتیجه بر آن شد که امکانات کافی برای برگزاری دوره آموزش گروه‌یار به شکل آنلاین در دسترس نمی‌باشد و مطالب و برنامه‌ی تهیه شده توسط اعضای امسال، برای برگزاری این کارگاه در سال‌های آینده نیز ارائه خواهد شد.

در ابتدا **کارگاه آموزش جست و جو** در منابع با مدیریت مسئول واحد برگزار گردید. برنامه و روند کلی برای برگزاری کارگاه به صورت مجازی با همکاری واحدهای انفورماتیک، ارزشیابی و روابط عمومی شکل گرفت. لازم به ذکر است که از این کارگاه به عنوان اولین کارگاه تماماً مجازی برگزار شده، استقبال زیادی به عمل آمد و نتایج مثبت ارزشیابی‌ها موجب تشویق بیشتر برای ادامه‌ی این روند شد. پس از آن **کارگاه آشنایی با پژوهش** برگزار گردید. در این کارگاه تلاش شد بحث‌های گروهی به شکل آنلاین بین شرکت‌کنندگان و با همکاری گروه‌یاران توانمند شکل گیرد. در ادامه مدرسه‌ی **خط هفتم پژوهش** برگزار گردید. این برنامه که با همکاری معاونت پژوهشی و کمیته شکل گرفت، به عنوان اولین دوره‌ی تماماً آنلاین به همراه کار گروهی، با چالش‌هایی رو به رو گشت. با این وجود این مجموعه .



## تغییر روند آموزشی از قالب کارگاه به وبینار:

پس از تجربه‌ی مدرسه‌ی خط هفتم به عنوان آموزش مقاله نویسی به شکل مجازی و آنلاین، بررسی کیفیت انجام کار گروهی یا فردی، دریافت دست‌نوشته‌های بخش‌های مختلف مقاله و همچنین مشورت با شورا و اعضای واحد، به این نتیجه رسیدیم که برگزاری وبینار برای ادامه‌ی کار مناسب‌تر خواهد بود. در نتیجه برنامه‌ریزی‌های وسیعی برای برگزاری مجموعه دوره‌های وبینار آموزش پروپوزال نویسی و مقاله نویسی کلید خورد.

## مجموعه وبینارهای آموزش پروپوزال نویسی و مقاله نویسی:

این دوره شامل سه هفته آموزش پروپوزال نویسی و پنج هفته آموزش مقاله نویسی بود. در این برنامه سعی کردیم که با دعوت از اساتید با تجربه، سطح علمی قابل قبولی را ارائه دهیم و با ارتباط بیشتر با اساتید خارج از کشور، از علم و تجربیات این اساتید به نحو احسن استفاده کنیم. با توجه به همزمانی برگزاری این مجموعه با کلاس‌های مجازی دانشگاه‌ها و بازه‌های امتحانات دانشجویان، در روند برنامه‌ریزی سعی شد فاصله‌های زمانی مناسبی جهت شرکت با فراغ بال شرکت‌کنندگان فراهم شود و به جای برگزاری کارگروهی، ارزیابی‌هایی به شکل سؤالات تستی و تشریحی در انتهای هفته‌ها مطرح گردد..

## افزایش توانمندی علمی و اجرایی اعضای واحد:

از ابتدای شکل‌گیری روند کارها، بسته به شناخت و علاقه‌ی اولیه، تعدادی از اعضا به عنوان برگزارکنندگان کارگاه‌ها انتخاب شدند. در ادامه با افزایش تجربه، این افراد به عنوان رهبر گروه‌های برگزارکننده قرار گرفتند؛ به عنوان مثال در روند مجموعه وبینارهای پاییز، تمامی اعضای واحد در قالب گروه‌هایی با سرگروهی این افراد به فعالیت و برنامه‌ریزی مشغول شدند. تلاش فراوانی در راستای افزایش توانمندی‌های اجرایی اعضای واحد در حین برگزاری این مجموعه وبینارها به عمل آمد. همچنین اعضا در این وبینارهای پژوهشی شرکت کردند و تلاش بر این بود که از نظر سطح علمی نیز به سطح قابل قبولی دست یابند.

در حال حاضر در حال تدارک ادامه‌ی روند برگزاری پروژه‌ی اسمارت هستیم و سعی می‌کنیم با کمک اعضای واحد، برنامه‌های مفیدی را برای فصل زمستان در نظر بگیریم.



## مجازی

# پل



زهرا

ربیعی

مسئول واحد  
روابط عمومی

واحد روابط عمومی پلیست میان کمیته پژوهش‌ها و دانشجویان. بدون شک پاندمی کرونا همانند یک بلای طبیعی تمام تلاش خود را کرد تا این پل را خراب کند؛ با این حال تیم روابط عمومی تمام تلاش خود را برای حفظ ارتباط دانشجویان با کمیته کرد. برگزارکردن برنامه‌هایی که همگی تا به حال بر اساس دیدار و ارتباط جمعی و ارتباط بین افراد شکل گرفته و اجرا شده بود، به صورت مجازی، در ابتدا محال و غیر ممکن به چشم می‌آمد ولی با تلاش و همفکری اعضای روابط عمومی و سایر اعضای شورا و کمیته و کمیته‌چی‌های قدیمی اجرای آن‌ها ممکن شد. در ادامه با اعضای واحد روابط عمومی آشنا خواهید شد که هرکدام با روش منحصر به فرد خود در برگزاری برنامه‌های روابط عمومی به بهترین شکل عمل کردند. شایان ذکر است که اعضای تیم دیبا و کافه یکسان هستند.

### نقش و فعالیت های عضو

مدیر کافه و دیبا  
سردبیر گلپانگ و عضو گروه کافه و تد  
مدیر تد و عضو گروه گلپانگ  
عضو گروه تد و کافه و گلپانگ  
عضو گروه تولید محتوا  
عضو گروه کافه و تد  
عضو گروه تد و گلپانگ  
عضو گروه تولید محتوا و تد  
عضو گروه تد و کافه  
عضو گروه تد و کافه و گلپانگ  
عضو گروه تد و گلپانگ  
عضو گروه کافه  
عضو گروه کافه  
عضو گروه کافه

### نام عضو

الهه صمیمی  
امیرسپهر صفاری  
پرنای پناهی  
نرگس رحیمی  
فاطمه سادات هاشمی  
نازنین خواجه آزاد  
امیرمحمد یماوری  
محمدحسین میرزاپور  
علیرضا مزروعی  
آیناز شفیعی اف  
فاطم احمدی نیا  
کوثر اسماعیل زاده  
شکریا نجار  
الهه صفاری



### کافه اکسپرسای :

در کافه‌های برگزار شده تمام تلاش خود را کردیم تا فضای صمیمی کافه‌های حضوری حفظ شود و تبدیل به سخنرانی یک‌طرفه نشود. همچنین سعی کردیم موضوعات کافه را موضوعاتی مناسب با حال و هوای هر فصل انتخاب کنیم. تمام محتوای کافه‌های برگزار شده امسال، به صورت فایل الکترونیک در حال تهیه شدن است که انشالله در اختیار شما عزیزان قرار میگیرد. تا بهمن ماه سال ۹۹ دو کافه با دکتر فریدون حق‌دوست و دکتر محمد رضا فاضل برگزار شد.





یکی از چالش برانگیزترین برنامه‌های روابط عمومی، تد تاک بود، به این دلیل که پخش تد تاک‌های قبلی به صورت مجازی برای مخاطبین جذابیت خاصی نداشت، اعضای تیم تد تاک تلاش کردند تا با خلاقیت خود جذابیت این برنامه را حفظ کنند. سعی ما بر این بود که موضوعات انتخابی برای دانشجویان ملموس باشد. در شهریورماه دکتر ابطحی و در آبان با دکتر اسدالله امیدی به این برنامه دعوت شدند. در تد تاک اسفندماه برای مشابه‌سازی با تد تاک‌های اصلی از دکتر احسان امینی، دکتر بهار دهقانی و دکتر علی نجار زاده دعوت کردیم که یک موضوع را از چندین نظر بررسی کنند. همچنین در این تد تاک چند نفر از اعضای کمیته این فرصت را پیدا کردند که ارائه چند دقیقه‌ای در مورد موضوع مورد علاقه شان داشته باشند.

### دیبا (دیدار با اساتید):

طبق روال همیشگی برای دیبا از اساتید باتجربه و فرهیخته مانند دکتر سید حسن امامی که الگوی بسیاری از دانشجویان هستند، دعوت به عمل آورده شد تا تجربیات ایشان چراغ راه دانشجویان در این مسیر پر از دست‌انداز باشد. افراد زیادی توانستند از توصیه‌های مهمان عزیز ما استفاده کنند و این برنامه یکی از پرمخاطب ترین برنامه‌های ما بود.

### توانمندی اعضا :

مهم‌ترین مهارت‌هایی که افراد در واحد روابط عمومی کسب می‌کنند مهارت ارتباط با اساتید و اعضا، برگزاری و مدیریت برنامه‌ها و کار تیمی است. تلاش شده که به افراد علاقمند در این واحد، فرصت تمرین این مهارت‌ها داده شود. هم چنین اعضای علاقمند در برنامه‌های کافه و تد به عنوان مجری انتخاب شدند و در این زمینه تمرین کردند و مهارت کسب کردند. یکی دیگر از مهارت‌هایی که در واحد روابط عمومی کارایی زیادی داشت طراحی پوستر و تهیه فیلم بود که در این واحد به افراد علاقمند برنامه Camtasia برای ساخت و ادیت فیلم آموزش داده شد.

### تبلیغات و اطلاع رسانی:

پرواضح است که تبلیغات و اطلاع رسانی برنامه‌های کمیته به عهده واحد روابط عمومی است. در سال ۹۹ تلاش بر آن بود که برای برنامه‌های جدید پوستر جدید طراحی شود و برای برنامه‌های قبلی با تغییراتی، پوسترهای قبلی جذاب‌تر شوند. همچنین برای برنامه‌هایی مثل کافه و دیبا و همچنین برای معرفی کمیته به دانشجویان کلیپ تهیه و در شبکه‌های مجازی قرار داده شد. در آخر برای ارتباط بهتر با دانشجویان صفحه اینستاگرام کمیته و کانال را در حد توان فعال نگه داشتیم تا اطلاع رسانی برنامه‌ها بهتر انجام شود.

بعد از برگزاری هر برنامه مهمترین سوالی که برای اعضای واحد پیش می‌آمد این بود؛ آیا این برنامه به دانشجویان شرکت کننده کمکی کرد؟ چراغی برای آن‌ها روشن کرد؟ باعث جرقه‌ای در ذهن آن‌ها شد؟ دست یافتن به پاسخ این سوال‌ها ساده نیست ولی ما امیدواریم همانطور که در گذشته جواب اکثریت مثبت بوده، امسال نیز به همین شکل بوده باشد. در پایان از اعضای شورای کمیته و اعضای واحد برای تلاش و صبوری‌شان تشکر می‌کنم که نظر و حضور هرکدام به بهبود کیفیت برنامه‌ها کمک کرد.



# واحد پژوهش واحدی برای مدیریت پژوهش یا انجام Research؟



مهدی بدیعی  
گورتی

مستول سابق  
واحد پژوهش

در اول کار باید این نکته را خدمت شما عارض بشوم که ما در کمیته پژوهشی و به خصوص واحد پژوهش، research در زمینه موضوع خاص علمی انجام نمی‌دهیم؛ بلکه مدیریت پژوهش‌های دانشجویی و بسترسازی برای آن‌ها را عملی می‌کنیم تا بتوانیم دانشجویان را به سمتی هدایت کنیم که در گام اول دید و نگرش پژوهشی و مسئله محور پیدا بکنند و بستری فراهم آوریم که زیر نظر کمیته به پروژه‌های پژوهشی ملحق بشوند و در این مسیر، مجموعه کمیته پژوهشی از برنامه‌های نگرشی واحد روابط عمومی گرفته تا آموزش پژوهش زیر نظر واحد آموزش و ایجاد بستر برای ورود به پروژه‌های پژوهشی و ایجاد ارتباط بین گروه‌های دانشجویی با اساتید توسط واحد پژوهش، کمک کننده است. صد البته که در مدیریت و برنامه‌ریزی برای ایجاد این پروسه باید از مسائل علمی و پژوهشی کمک گرفت و خودمان اول باید پژوهش محور باشیم و به قول مولانا که می‌فرمایند "چونک صد آمد نود هم پیش ماست."

خب می‌رسیم به اینکه این واحد در سالی که گذشت، چه فعالیت‌هایی انجام داد. دو دوره فراخوان جذب و داوری طرح‌های پژوهشی دانشجویی محور توسط تیم برگزاری فراخوان، آقایان محمد فخرالمبشری، نیما شمس و محمد نقی زاده برگزار شد. طرح‌های سابمیت شده توسط داوران کمیته‌چی دانشجویی و در مرحله بعد هیئت علمی‌های متخصص در زمینه موضوع طرح‌ها، داوری شدند و در مرحله آخر توسط شورای پژوهشی کمیته، خانم‌ها دکتر عاطفه واعظی، دکتر سعیده بحرانی، آقایان دکتر امیرحسین پزشکی و صادق برادران مهدوی تصویب یا رد شدند. تعداد یازده طرح دانشجویی در فراخوان ثبت شدند که در نهایت پنج طرح تصویب نهایی شد. بعد از برگزاری دو فراخوان یاد شده و مشکلاتی که در خلال کار پیش آمده بود تیم برگزاری تصمیم به تغییر روند اجرا و نوشتن سازوکار جدید برای بهبود هر چه بهتر این برنامه گرفتند.

برگزاری جلسات پروپوزال‌خوانی مجازی از دیگر فعالیت‌های این واحد بود که این برنامه توسط تیمی متشکل از خانم‌ها فاطمه زارع‌زاده و اسرا ولدی برای بهبود نگرش و عملکرد پژوهشی اعضای درون واحد، برنامه‌ریزی و طی سه جلسه با منتورشیپی کمیته‌چی‌های پژوهشی برگزار شد.

سومین برنامه کمک‌کردن به تشکیل گروه مطالعاتی هوش مصنوعی بود که توسط کمیته‌چی‌های جدید شکل گرفته و در آن در این زمینه مطالعه داشته و خواهند داشت و با اساتید مرتبط با این حوزه مرتبط شده‌اند تا دانشجویان علاقه‌مند با مسائل روز دانش پزشکی، آشنایی پیدا کنند.

امید است تا در سال جدید با تلاش اعضا و برنامه‌ای قدرتمند، شاهد تولدی نو در واحد پژوهش باشیم



# دور ولی نزدیک



مهسا  
پورمهدی  
مسئول واحد  
انفورماتیک

پاندمی کووید-۱۹ ما آدم‌ها را از حضور فیزیکی کنار هم‌دیگر محروم کرد، اما اعضای کمیته دست از پا نکشیدند. کمیته پژوهش‌های سال ۹۹، هنگامی که شرایط معمول روزهای قبل از کووید-۱۹ نبود، تلاش کرد تا مثل همان روزها، فعالیت خودش را حفظ کند.

واحد انفورماتیک کمیته در این سال از ابتدا تلاش کرد تا با وجود سختی‌های دورکاری و فقدان حضور اعضا کنار یک‌دیگر، به بهبود فرآیندها کمک کند. در این راستا نقش اینترنت قابل کتمان نیست؛ عاملی که نه تنها به ما در برگزاری برنامه‌های کمیته کمک کرد، بلکه به ما اجازه داد تا از حضور کمیته‌چی‌های قدیمی در برنامه‌هایمان بهرمنند شویم.

چالشی که این واحد در این سال با آن مواجه بود، انتخاب ابزاری متناسب با نیاز کمیته در کمترین زمان ممکن و چگونگی استفاده کردن از این ابزار بود؛ مثلاً انتخاب پلتفرم مناسب در برگزاری برنامه‌ها، چگونگی اشتراک‌گذاری فیلم‌ها و برگزاری آزمون، ارتقا روند ثبت نام و... پیدا کردن ابزار مناسب همراه با چاشنی اجباری دور زدن حساب‌های پولی دلاری و یا عدم سرویس‌دهی به ایران، نمی‌توان گفت که کار ساده‌ای بود و با محدودیتی مواجه نبودیم، اما ما تلاش کردیم تا متناسب با مولفه‌های مختلف مورد نیاز فعالیت هایمان، بهترین راه را در زمانی متناسب انتخاب کنیم.

در نهایت باید گفت تکنولوژی و ابزارهای مبتنی بر اینترنت، در سال ۹۹ بیش از پیش به یاری کمیته آمدند و در پوشش یک توفیق اجباری به اجرای بهینه برنامه‌ها کمک کردند. این واحد تمام تلاش خود را کرد تا کمیته بتواند فعالانه بقای خود را حفظ کند و بهترین عملکرد را داشته باشد.

# مستند سازی مجازی



محمدحسین  
آقابابا  
مسئول واحد  
ارزشیابی

واحد ارزشیابی مسئول ارزشیابی کلیه فعالیت‌های پژوهشی، آموزشی و اجرایی اعضا کمیته پژوهش می باشد. هدف از این ارزشیابی بهبود و گسترش فعالیت‌های کمیته می‌باشد. این واحد همچنین مسئول بایگانی تمامی مستندات، تعیین اعضای ویژه و برگزاری انتخابات سالانه می‌باشد. در سالی که گذشت واحد ارزشیابی به مانند سالهای گذشته ارزشیابی و طراحی نظرسنجی برای تمامی کارگاه‌های واحد آموزش و طراحی نظرسنجی برای نشست‌های علم و تجربه واحد روابط عمومی را به انجام رساند همچنین در راستای فعالیت‌های مجازی در سال کرونایی، اعضای واحد با تلاش خود سعی در انتقال مستندسازی به فضای مجازی و سازماندهی مستندات داشتند. همه‌گیری اخیر اهمیت مستندسازی مجازی را هر چه بیشتر آشکار کرد و آغازی شد بر مستندسازی آنلاین. در راستای سیاست‌های کمیته جهت توانمندسازی اعضا، افراد در کارگاه آمار و SPSS، آموزش گوگل فرمو همچنین کارگاه آفیس شرکت نمودند.

# فرصتی برای خونه تکونی



امیررضا  
فرهادیان  
-----  
معاونت  
اجرائی- مالی

معاونت اجرایی- مالی وظیفه‌ی تهیه تدارکات لازم و مدیریت امور مالی کمیته و همچنین برگزاری و مدیریت جشن‌های کمیته را برعهده دارد اما با مجازی شدن فعالیت‌های کمیته پژوهشی برخی از وظایف مثل برگزاری و مدیریت کارگاه‌های کمیته از میان رفتند و فرصت انجام کارهایی که چندین بار قصد انجام آن‌ها را داشتیم پیدا شد. با مجازی شدن فعالیت‌ها و خلوت شدن اتاق کمیته و اتاق کارگاه فرصت یک تحول اساسی در این دو محل فراهم شد. از تمیز کردن کتابخانه تا سامان‌دهی سیستم‌های کامپیوتری اتاق کارگاه‌ها. از دیگر اقدامات این معاونت اسکن و ارسال گواهی شرکت در کارگاه‌ها برای شرکت‌کنندگان در این کارگاه‌ها بود.





امیر سپهر  
صفاری

سردبیر مجله

# پژوهش در خدمت بهبودی زندگی

یکی از دغدغه‌ها و اولویت‌های بسیاری از دانشجویان رشته پزشکی در سالیان اخیر پژوهش و شرکت در پروژه‌های تحقیقاتیست. علاقه به تفکر پژوهشی، فرصتی جهت مهاجرت و داشتن رزومه‌ی موفق از عوامل سائق در امر پژوهش است؛ پس مطابق انتظار فعالیت‌های پژوهشی جز پرطرفدارترین فعالیت در بین دانشجویان است. همچنین اساتید نیز در چند سال اخیر، سعی در ارتقا سطح خود در امر پژوهش داشته‌اند. با برآیند اشتیاق دانشجو و افزایش دانش پژوهشی اساتید، رشد چشمگیر تعداد مقالات پژوهشی حاصل می‌شود، اما نکته‌ای بسیار مهم وجود دارد؛ آیا رشد تعداد مقالات پژوهشی به معنای رشد کیفی پژوهش‌ها و در مجموع ارتقا سطح علمی کشور است؟ آیا در پژوهش‌های کلینیکی انجام شده سبب بهبود سطح زندگی مردم می‌شود؟ پاسخ این سوال به دلیل این که معیار مناسبی برای سنجش میزان کاربردی‌بودن پژوهش‌ها وجود ندارد و تا به حال مطالعه‌ای مستند در این زمینه صورت نگرفته، مبهم است البته این به آن معنا نیست که پژوهش‌ها به صورت تصادفی انجام می‌شود بلکه همیشه یک مشکل و مسئله وجود دارد که پژوهش برپایه آن شکل می‌گیرد. ثمربخشی یک پژوهش و داشتن نتیجه مطلوب به چندین عامل بستگی دارد، که فقدان هر یک از آن‌ها بلکه سبب پایین آمدن سطح کیفی پروژه می‌شود. پژوهشگران و مدیران سیاست‌گذار با رعایت این نکات یا اصلاح اشتباهات خود در این موارد، توانایی انجام یک پژوهش سودمند را خواهند داشت. ذکر این نکته نیز ضروریست که پژوهش سودمند و موفق صرفاً پژوهشی نیست که تاثیر مستقیم و قابل مشاهده جامعه داشته باشد بلکه پژوهش‌هایی مثل پژوهش‌های علوم پایه یا برخی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای هستند که به طور مستقیم آثار نتایج آن‌ها بر سطح زندگی جامعه تاثیر ندارد.

اولین موردی که می‌توان به آن اشاره کرد و تا حد زیادی از حیطة اختیارات پژوهشگران خارج است و یاری مدیران را طلب می‌کند بحث مالی پروژه‌های پژوهشی است. نه فقط در پژوهش که در بسیاری از امور زندگی، امکانات و بودجه مالی حرف اول را می‌زند. در پژوهش نیز تا هنگامی که پژوهشگران منابع کافی مالی در اختیار نداشته باشند، مطمئناً روند پروژه آنطور که انتظار می‌رود پیش نخواهد رفت حتی اگر سیر تبدیل سوال پژوهشی به فرضیه به بهترین شکل ممکن طی شده باشد. با نبود منابع مالی امکان تهیه ابزار و امکاناتی که نیاز است میسر نخواهد بود و متأسفانه اکثر پروژه‌های تحقیقاتی در ایران با این مشکل به شکل گسترده مواجه هستند. اگر بخواهیم نگاهی دقیق‌تر و شفاف‌تر به این قضیه داشته باشیم باید به بررسی مخارج تحقیق و توسعه (research and development) بپردازیم برای بررسی این مورد ابتدا باید با مفهوم تولید ناخالص ملی به طور مختصر آشنا بشویم. تولید ناخالص ملی یا GDP عبارت است از ارزش تمام کالا و خدمات تولید شده در اقتصاد ملی. حال به مخارج تحقیق و توسعه بازمی‌گردیم مخارج تحقیق و توسعه در واقع به درصدی از GDP اطلاق می‌شود که صرف انجام پروژه‌های تحقیقاتی در همه‌ی زمینه‌ها انجام می‌شود، اعم از پژوهش‌های پزشکی، مهندسی، علوم انسانی و ... در اکثر کشورهای پیشرفته دنیا این عدد بالای یک درصد می‌باشد، یعنی کشورهای پیشرفته حداقل یک درصد از GDP خود را به پژوهش اختصاص می‌دهند به طور مثال ایالات متحده در سال ۲۰۱۶ حدود ۲.۷ درصد از GDP خود معادل ۵۱۱ میلیارد دلار خود را به پژوهش اختصاص داد یا جمهوری خلق چین در سال ۲۰۱۸ با اختصاص ۲.۱ درصد معادل ۲۷۵ میلیارد دلار در رده‌های نخست این لیست از نظر اختصاص بودجه به پروژه‌های تحقیقاتی قرار دارند. این در حالیست که معاونت تحقیقات و فناوری نهاد ریاست جمهوری در سال ۹۴ آخرین رقم ایران در این بخش را ۰.۳ درصد اعلام کرد. عددی تاسف برانگیز که نشان از اختصاص بودجه‌ی کم به پروژه‌های تحقیقاتی و فرآیند پژوهش در کشور است. حال برای بحث مالی پروژ ه‌های پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بررسی مختصر شیوه‌نامه اجرایی معاونت تحقیقات می‌پردازیم.





در این شیوه‌نامه با توجه به میزان فعالیت‌های اخیر اساتید در زمینه‌ی پژوهش و محاسبه نمره‌ی پژوهشی آن‌ها به اساتید پژوهانه تعلق می‌گیرد، که این حمایت مالی بین پانزده تا صد میلیون تومان و بسته به فعالیت پژوهشی اساتید متغیر خواهد بود. البته باید یادآور شد که فعالیت پژوهشی مدنظر در این شیوه نامه صرفاً چاپ مقالات علمی نیست. در سالیان اخیر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان علاوه بر پژوهانه، گرنت‌هایی با مبالغ قابل توجه جهت انجام پروژه‌های عظیم تحقیقاتی طراحی کرده است که هر یک از این گرنت‌ها به پروژه‌های خاصی تعلق می‌گیرد، به عنوان مثال گرنت مریم میرزاخانی (دویست میلیون تومان) به اعضای هیات علمی که سابقه زیر پنج سال سابقه دارند، تعلق می‌گیرد یا گرنت دکتر حکمی (دویست میلیون تومان) به طرح‌های با محوریت موارد بالینی تعلق می‌گیرد. همچنین پایان‌نامه‌های دانشجویی که سهم زیادی در پژوهش‌های دانشجویی دارد، با بودجه بسیار کم دو میلیون تومان به هر طرح ارائه می‌شود.

پس نتیجه بحث در این قسمت این است که اختصاص بودجه تحقیقاتی مناسب یکی از ضروریات پژوهش سودمند خواهد بود که با توجه به کمبود منابع و بودجه‌ها و همچنین افزایش قیمت‌ها در سالیان اخیر، هشدار جدی در کاهش کیفیت پژوهش‌هاست، البته همیشه وجود منابع مالی، کافی نخواهد بود.

عامل مهم بعدی نگرش افراد حاضر در تیم پژوهشی است. تیم تحقیقاتی حاذق، گروهی خواهد بود که بتواند مشکل اولیه را به بهترین شکل به سوال پژوهشی تبدیل کند و در ادامه با طراحی مطالعه با کیفیت به بررسی سوال پژوهشی بپردازد. پس نیاز است تا اعضای پژوهشی با مواردی چون تفکر نقاد و خلاق آشنا باشند تا بتوانند بهترین طراحی سوال پژوهشی را داشته باشند. این افراد باید در زمینه پژوهش بهترین آموزش‌ها را دیده باشند و به اندازه‌ی کافی توانمند باشند تا بتوانند طراحی مطالعه مناسبی داشته باشند در این زمینه نیز مشکلات فراوانی در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد. متخصصین آموزش پزشکی در دو سال گذشته با افزودن درسی به نام آداب پزشکی، سعی در تقویت مهارت‌های کاربردی در دانشجویان داشته که یکی از این مهارت‌ها، تفکر خلاق است اما ذکر این نکته ضروریست که ایجاد تفکر نقاد در سه یا چهار ساعت یا نیم واحد درسی میسر نیست. آموزش پژوهش در برنامه‌ی آموزشی دانشجویان پزشکی به صورت بسیار مختصر و تحت عنوانی به نام واحد پایان‌نامه قرار گرفته است. نتیجه آموزش ناکافی، احتیاج به نهادها و مراکزی همچون کمیته پژوهش‌های دانشجویی است در حالی که در اکثر دانشگاه‌های معتبر نهادهایی مشابه کمیته پژوهش دانشجویی وجود ندارد. در راستای آگاه‌سازی و توانمندسازی اعضای تیم پژوهشی باید یادآور شد که اعضا با مفاهیمی چون فلسفه علم آشنا باشند تا بدانند در کجای مسیر قرار دارند، برای چه پژوهش می‌کنند به دنبال چه مفهومی هستند و در توهّم تولید علم و مفهوم غلط تولید علم غوطه‌ور نشوند تا بتوانند علم را از شبه علم تشخیص دهند. یکی از مواردی که باید در برنامه‌های بعدی کمیته قرار گیرد، تصحیح نگرش اعضایش هست یعنی همین آشنا کردن اعضا با مسائل نگرشی در پژوهش؛ موضوعی که در سالیان اخیر در کمیته مورد غفلت واقع شده‌است و با توجه به افزایش فعالیت پژوهشی باید نگرش دانشجویان به بهترین شکل تصحیح شود.

یک تیم پژوهشی خوب باید بتواند مشکلات موجود در جامعه را بشناسد، باید بتواند با جامعه در ارتباط باشد تا مشکلات جامعه را درک کند. در تیم‌های پژوهشی علوم پایه که در ارتباط مستقیم با جامعه نیستند، اعضا باید مشکلاتی را پیدا کنند که بتواند در خدمت علوم بالین برای رفع مسائل جامعه باشد. پس ارتباط با جامعه برای شناسایی مشکلات و همچنین توانایی کشف مشکل و مسئله از دیگر هنرهای تیم پژوهشی است که آموزش این ویژگی برعهده اعضای باسابقه است تا اعضای جوان‌تر هم بتوانند به تدریج این هنر را فراگیرند.

با این توضیحات، سوال بسیاری از دانشجویانی که درگیر پروژه‌های پژوهشی هستند، داده می‌شود؛ پاسخ این سوال که چرا اغلب پژوهش‌هایی که ما انجام می‌دهیم با ذهنیت ما متفاوت است، این سوال که چرا اغلب فعالیت‌هایی که انجام می‌شود مطالعاتی توصیفی هستند و مطالعات تحلیلی باکیفیت و اعتبار بالا بسیار کمتر انجام می‌شود. رفع کردن مواردی که ذکر شد همت مدیران و دانشگاهیان را طلب می‌کند تا بتوان سیستم پژوهشی نظام‌مند و ثمربخشی را ایجاد کرد.





## مصاحبه

### من هم با بیماران گریه کردم!

مصاحبه با دکتر سید محمدحسن امامی، استاد بیماری‌های گوارشی و کبد بالغین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



الهه صمیمی

دانشجوی پزشکی  
ورودی بهمن ۹۷



پرنا پناهی

دانشجوی پزشکی  
ورودی مهر ۹۶



روژین بخشی

دانشجوی پزشکی  
دانشگاه آزاد اسلامی

آقای دکتر در ابتدا سپاس‌گزاریم که وقتتان را در اختیار نشریه گلابانگ قرار دادید. لطفا در ابتدا خودتان را معرفی کنید.



بسم الله الرحمن الرحيم، خیلی ممنون از اینکه تشریف آوردید و این افتخار را به من دادید که در خدمت شما و اعضا کمیته باشم. من، اولین مسئول کمیته پژوهش دانشجویی بودم در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ بنابراین کمیته را مثل فرزند خود می‌دانم و اعضای کمیته را هم همینطور و خیلی به آن‌ها علاقه دارم. از همان اول اندیشه‌های بسیار خوبی برای کمیته گذاشته شد و دانشجویان بسیار خوبی وارد آن شدند و نسل اندر نسل این مسیر را ادامه دادند.

لطفا کمی در مورد رشته تخصص و فوق تخصصتان و محل تحصیل خود برای ما بگویید.



من سال ۵۷ دیپلم گرفتم، همان سال رفتم آمریکا و مهندسی خواندم. سال ۶۱ برگشتم به ایران و پزشکی عمومی را در اصفهان شروع کردم و بعد تخصص را در اصفهان و فوق تخصص را در شیراز خواندم. فوق تخصص گوارش و کبد را انتخاب کردم. از سال ۷۵ استخدام دانشگاه علوم پزشکی شدم؛ دو سال سربازی در تبریز بودم و ۶-۷ ماه جبهه بودم.

در مورد سابقه خود در کمیته و اینکه مسئول کمیته پژوهشی بودید نکات دیگری دارید برای ما بگویید؟



در مورد کمیته... سال ۷۱ بود که آقای دکتر قانعی که الان از شخصیت‌های کشوری هستند، معاون پژوهشی دانشگاه بودند؛ یک ابلاغیه آمده بود که کمیته‌هایی برای ترغیب فعالیت‌های دانشجویی راه اندازی کنید، یک برگه بزرگ بود که نوشته بود برای ترغیب دانشجویان به پژوهش و پرورش اندیشه‌های پژوهشی در دانشجویان فعالیت‌هایی صورت گیرد و در ادامه هم چند جمله کلی را به دانشگاه ابلاغ کرده بودند. آقای دکتر قانعی، من را صدا زدند و گفتند ما می‌خواهیم این کار را شما انجام دهید. من نیز پذیرفتم و کمیته‌ی پژوهشی دانشجویی هم قرار بود زیر مجموعه معاونت پژوهشی دانشگاه شکل بگیرد. در این مدت چندین واحد برای کمیته تشکیل شد مثلاً در زمینه basic science و chemical science گروه‌هایی تشکیل دادیم تا هرکس دوست داشت با زمینه مورد علاقه خود فعالیت کند مثلاً هر کس دوست داشت با واحد انگل شناسی ارتباط برقرار کند یا آناتومی، فیزیولوژی و... به دلیل اینکه بنده کمی ذوق‌های هنری داشتم و درس مهندسی خواندم، برای کمیته فقط واحدهای پژوهشی نگذاشتم، یک سری واحدهای هنری-علمی درست کردیم مثل چنین کاری که شما الان دارید انجام می‌دهید، فیلم‌برداری‌های حرفه‌ای در زمینه پزشکی یا انیمیشن‌هایی که هدف آموزشی داشته باشد یا نقاشی‌های آموزشی هنری، حتی واحد موسیقی، آواز، خطاطی و... که بچه‌هایی که علاقمند به کارهای هنری هستند هم در این زمینه‌ها فعالیت کنند چون علم و هنر با هم بسیار عالیست. اندیشه‌ی این کار هم یکی ذوق خودم بود و دیگری هم این بود که در آمریکا وقتی بودم باید اول در رشته‌ای لیسانسش را می‌گرفتیم و بعد وارد رشته پزشکی می‌شدیم و من از اساتیدم پرسیدم چه رشته‌ای بخوانم که شانس قبولی‌ام در پزشکی بیشتر باشد، گفتند هر مقدار رشته از پزشکی دورتر باشد شانس بیشتر خواهد بود.



یعنی برخلاف مقصود ما که مثلا باید زیست‌شناسی توی دبیرستان خیلی خوانده باشی تا بتوانی قبول بشوی، برای من خیلی تعجب‌آور بود که چرا افراد باید لیسانس بگیرند و بعد پزشکی بخوانند. به من گفتند که برای پزشکی فرد باید یک شخصیت شناخته‌شده‌ای پیدا کرده باشد، کسی که از دبیرستان تازه فارغ‌التحصیل می‌شود هنوز شخصیتش شکل نگرفته تا ما بتوانیم ارزیابی از شخصیتش داشته باشیم. دوم اینکه پزشکی رشته‌ایست که همه‌ی عالم هستی را در بر می‌گیرد، فیزیک نیست فقط و ریاضی نیست. پزشکی یعنی فیزیک، ریاضی، شیمی، بیوشیمی، یعنی زیبایی، هنر... همه چیز هست.

## آقای دکتر کمی در مورد فعالیت‌هایتان در پژوهش توضیح دهید؛ پژوهش‌های شما بیشتر در چه زمینه‌هایی بوده است؟



ابتدا که استاد دانشگاه شدم، عمدتاً کار آموزشی می‌کردم و پژوهش‌هایی که در آن دوره کردم، پراکنده بود؛ مثلا در مورد اثر بعضی داروها تحقیق کردم، در مورد نگاه به جامعه‌نگری در پزشکی یک مقاله نوشتم، در مورد یک سری تکنیک‌های آموزشی تحقیق کردم و پراکنده، یعنی هر زمانی فکر می‌کردم که به چیزی نیاز هست در موردش تحقیق و پژوهش می‌کردم. دوست دارم اینجا و در همین زمینه خاطرهای از دوران دانشجویی بگویم. در دوره‌ی اینترنی طرح روستا داشتم، روستای کهرویه؛ یک ماه آنجا ساکن بودم، دیدم در این روستا بیمارها از بیماری‌های انگلی و عفونی از بین می‌روند؛ رفتم داخل خانه‌هاشان، دیدم نود درصد این‌ها سرویس بهداشتی ندارند (سرویس‌هایی که چاه داشته باشد، ندارند) و مواد دفعی جایی جمع می‌شد و با زباله‌های دام‌هاشون قاطی می‌شد و این‌ها را می‌بردند سر زمین کشاورزی پخش می‌کردند و چرخه‌ی انتقال انگل و میکروب ادامه داشت؛ یعنی همانطوری که با مواد دفعی‌گاو و گوسفند‌هاشان برخورد می‌کردند با مواد دفعی خودشان هم برخورد می‌کردند. من آمدم و یک مطالعه طراحی کردم برای بیماری‌های انگلی و وسیله‌ای نبود برای تشخیص، آمدم یک پرسش‌نامه درست کردم از علایم بیماری‌های انگلی و بعد رفتم توی شهرضا و به رییس شبکه گفتم این را نگاه کنید و او را توجیه کردم که این‌ها سرویس بهداشتی ندارند، آلودگی‌اش هم اینگونه تاثیر می‌گذارد، تشخیص هم که نمی‌توانیم بدهیم نه آزمایشگاه داریم نه هیچی و اگر شما به من هفته‌ای دو روز، یک کارشناس آزمایشگاه بدهید همراه با یک میکروسکوپ، این‌ها را من برای شما درمی‌آورم که آیا با یک سری سوال می‌شود بیماری انگلی را تشخیص داد یا خیر. من هم هرروز بعد از نماز مغرب و عشاء در مسجد برایشان سخنرانی می‌کردم که این بیماری‌هایی که گرفتارش شدید از کجا می‌آید.

۹۵٪ - ۹۶٪ نتایج آزمایش مدفوع با علائمی که بیماران داشتند ارتباط داشت و به آن‌ها گفتم با این علائم مثلا کرم‌های فلان هستند و درمانشان این هست یا کرم‌های نواری هستند و درمانشان دارویی دیگر. در واقع یک پکیج به آن‌ها دادم. من اینطور طرح را می‌ریختم و هرجایی که می‌رفتم مشکل را بررسی می‌کردم و یک طرح پژوهشی می‌ریختم و می‌گفتم، خوب چه کار باید بکنیم. تحقیقاتم پراکنده بود ولی اینگونه بود، یعنی بر اساس نیازهای جامعه بود و توی دانشگاه هم اگر می‌دیدم که یک مسئله ای هست که ما نمی‌دانیم بالاخره باید چه کار کنیم، این در موضوع پژوهش‌ام بود ولی بعد که فوق تخصص گوارش شدم بیشتر تمرکز پیدا کرد روی حوزه گوارش که در سال ۸۳ بود که آقا دکتر نعمت‌بخش معاون پژوهشی دانشگاه بودند و به من گفتند که ما می‌خواهیم یک طرحی با سه گرنت اجرا کنیم. سه گرنت در معاونت دانشگاه تعریف کردند و هر سه را به من دادند یک گرنت روی سرطان کولون تعریف کردیم، یکی روی سرطان گاستریک و یکی هم روی سلیاک. که پروژه سلیاک چیزی شده که الان می‌بینیم و ۳۰ میلیون تومان بودجه برایش طراحی کرده بودند، خیلی مهم بود. آن زمان ۱۰ میلیونش را دادند و بقیه‌اش رو دانشگاه نداد و پروژه کولون را هم فکر می‌کنم ۱۰-۱۵ میلیون بود که ۱۰ میلیون تومان دادند و بقیه رو ندادند و پروژه معده را هم ما بعد انصراف دادیم. آن طرح که ما آن زمان دادیم حدوداً دو دهه بعد یک طرح در تهران اجرا شد و گفتند برای معده موثر بوده ولی خوب ما آن سال بودجه‌اش را نتوانستیم بگیریم و نشد. در سلیاک کیت آن را راه‌اندازی کردیم، تست سلیاک را راه‌اندازی کردیم و بعد که مریض‌ها را تشخیص دادیم، بعضی از این‌ها آمده بودند می‌گفتند که ما چطوری زندگی کنیم از این به بعد؟ من خیلی وقت‌ها کنار مریض‌ها گریه کردم مثلا یک مادری آمده بود و بچه‌اش رژیم‌اش را قطع کرده بود، حالش بسیار بد شده بود. بعد به من مراجعه کرده بود، گفتم خب چرا مادر رژیمش قطع کردی؟ گفت: «آقای دکتر من نان سنگک گرفتم از بیرون آوردم، بچه ۴ ساله‌ام التماس می‌کند و می‌گوید مامان تو رو خدار یکمی بخورم؛ خوب من چیکار بکنم، من هم طاقت نیاوردم و به او نان دادم» او گریه می‌کرد و من گریه می‌کردم و من به او گفتم من هر طور شده برای شما درستش می‌کنم.



شروع کردم از خودم سرمایه گذاری کردم در این قضیه و بالاخره ایستادیم تا درست شد. برای همین می خواهم به شما بگویم اولین چیزی که پزشک باید داشته باشد حس انسانیت هست، من نمی توانستم سر سفره خودم نان بخورم و به او بگویم نان نخور، خوب این همون حس انسانیت! و این شد که انجمن سلیاک و در ادامه اولین کارخانه غلات بدون گلوتن را برای بیماران سلیاک راه اندازی کردیم.

**به نظر شما الان در عرصه پژوهش در چه وضعیتی قرار داریم و چقدر الان با گذشته فرق کردیم؟ آیا رسیدیم به نقطه‌ای که پژوهش از آموزش پیشی بگیرد و یا اینکه هر کدام جایگاه خودشان را پیدا کنند؟!**



ببینید در پژوهش نسبت به گذشته خیلی پیشرفت کردیم ولی دنیا هم خیلی پیشرفت کرده و فاصله مان هنوز به نظرم خیلی خیلی زیاد است، دانشگاه‌های ما اصلاً پژوهش محور نیستند، هنوز آموزش محور هستیم البته کمی از آموزش محوری کم شده ولی همچنان خوب نیست. بیشتر ما در درمان توسعه پیدا کردیم ولی در پژوهش خیر. ما در درمان خیلی خوب هستیم یعنی در کشور ما خیلی بی نیاز شدیم از کشورهای دیگر چون اولویتمان همیشه این بوده که مردم از درمان بی‌نیاز بشوند ولی در حوزه علوم پایه خیلی ضعیف هستیم، در حوزه پژوهش‌های بنیادی و کاربردی خیلی ضعیف هستیم.

**آقای دکتر به عنوان سوال پایانی، نظرتان در مورد کمیته پژوهشی و نشریه گلبانگ چیست؟**



مباحثی که مطرح می‌شود مورد علاقه است ولی کمیته کمتر به مباحث فلسفی اهمیت می‌دهد چون ریشه پژوهش از این موضوع نشات گرفته است. پژوهش بدون هدف بیهوده است. از نشریه گلبانگ انتظار می‌رود که نشریه‌ای حرفه‌ای منتشر کند؛ همانطور که از کار اجرایی دانشگاهی باید یک پژوهشگر مدیریتی ایجاد بشود. باید تمرین مدیریت علمی کرد و با دانشکده مدیریت تلفیق شد. کسی که داخل گلبانگ است باید راجب متدهای نشر، تبلیغات، اثرگذاری و اصول نوشتن حرفه‌ای آشنا باشد. باید با دانشمندان مختلف در سطح کشور مصاحبه کنید و کسی که می‌خواهد در این حوزه نشریه چاپ کند باید از قبل کامل مطالعه کرده باشد و تسلط داشته باشد و متد را بداند تا از بتواند بهترین محتوا را ایجاد کند. باید اطلاعات عمومی زیادی داشته باشد و بر علم رسانه مسلط باشد تا بعداً تبدیل به یک ژورنالیست حرفه‌ای شود. پژوهشگری یعنی حرفه ای بودن، یعنی بشود از علم ثروت تولید کرد. خبرنگاری باید شد که در دنیا به عنوان یک انسان حرفه‌ای او را بشناسند. الان که همه چیز به صورت مجازیست، مجله را الکترونیک کنید ولی محتوا داشته باشد، مخاطبان خود را زیاد کنید از دانشگاه‌های مختلف و با افراد سرشناس مصاحبه کنید. هرکس سبک و سلوکی دارد که ممکن است برای همه افراد قابل تکرار نباشد ولی سبک‌های مختلف در کنار هم و راهکارهای مختلف می‌تواند برای هرکس ایده‌هایی را ایجاد کند و بعد برای شخص این‌ها در کنار هم یک سبک تلفیقی جدید درست می‌کند و راه بهتری ترسیم می‌شود. مجله باید عاشق پروری کند و اثر عشق رو در تحول نشان دهد و فداکاری احتیاج دارد تا پیشرفت کند.



mesfahanhealthcarecity



# تاریخ شفاهی (۱)

## تالار اسرار

سال گذشته پر از اتفاقات عجیب و تلخ برای ما بود. سالی که دانشجویها از حضور فیزیکی در دانشگاه محروم شدند؛ بخصوص جدیدالورودها. سالی که ما را از بوی درختان یاس دانشگاه، صدای جریان آب در جویهای اطراف دانشکده، ریزش برگهای زرد پاییزی و از همه مهم‌تر، ما را از بودن در کنار دوستانمان محروم کرد؛ اما یکی از مزیت‌های حضوری بودن کلاس‌ها که در محدوده دید خیلی از دانشجویان قرار ندارد، آشنایی با گذشته است! گذشته و تاریخ هر مکان هویت آنجاست. تاریخ در واقع پناهگاه باورها و ایده‌هاست. همانگونه که بسیاری از افراد در تاریخ و گذشته‌ی کشور خود جستجو می‌کنند، ما نیز باید در تاریخ و گذشته دانشگاه و رشته‌ی خود جستجو کنیم تا با هویت محل تحصیل و همچنین با سیر دیدگاه صاحب نظران رشته‌ی خود آشنا شویم. یکی از مزیت‌های حضور فیزیکی در دانشگاه، مطالعه سرگذشت فرهیختگان دانشگاه بود. آری، زمانی که جشن‌های دانشکده در یکی از تالارهای آن برگزار می‌شد یا زمانی که در کنار شماره کلاس‌ها، نام فرهیختگان قرار می‌گرفت خود بهانه‌ای برای مطالعه سرگذشت دانشگاه و بزرگان آن بود. بطور مثال هنگامی که قرار بود کلاسی در تالار دکتر حکمی یا تالار دکتر موحدیان برگزار شود ناخودآگاه ذهن ما با این اسامی همراه می‌شد و اگر هم کمی ذهن کنجکاوتر داشتیم حفظ اسامی با جستجوی مختصری در اینترنت همراه می‌شد تا زندگی آن فرد را با احتمالاً یکی دو عکس سیاه و سفید همراهش، بررسی کنیم. شاید کلاس‌های آناتومی عملی هم این فرصت را به طور نامحسوس در اختیار ما قرار می‌داد! درست زمانی که برای مشاهده محتویات نه چندان دلچسب اجساد انسان‌هایی که تا چند سال پیش همچون ما قدرت تفکر و جستجو داشتند، به سمت سالن تشریح حرکت می‌کنیم، با تعداد زیادی از تابلوهای نقاشی آناتومی و جنین‌شناسی بر دیوار سفید راهرو قدم به قدم همراه می‌شویم که هر یک دارای تاریخی برای خلق اثر است. این تابلوها نشانه‌ی تلاش دانشجویان و اساتید در دوره‌ایست که احتمالاً تصاویر اطلس‌های مختلف آناتومی و جنین‌شناسی، به راحتی زمان حال در اختیار دانشجویان نبوده و این خود نشان از گذشته‌ی پرتلاش دانشجویان دارد. متأسفانه با مجازی شدن کلاس‌ها، این کنجکاوی‌ها و کسب آگاهی اکتسابی از جستجو در منابع هم در ذهن دانشجو می‌میرد. به همین دلیل اعضای تحریریه گلبانگ تصمیم گرفتند تا با راه‌اندازی پروژه‌ای تحت عنوان "تاریخ شفاهی" از این شماره به طور مختصر به بررسی گذشته دانشکده پزشکی بپردازند. سفری طولانی و هفتاد و پنج ساله که نخستین قدم از این ماجراجویی، معرفی موزه دکتر دبیری خواهد بود.



کمتر کسی شاید از وجود موزه‌ای در کنار تالار حکمی خبر داشته باشد. موزه‌ای که ورودی‌اش دقیقا در کنار ورودی تالار حکمی قرار گرفته؛ اما با دری که همیشه بسته‌است. موزه‌ای که درست در زیر جایگاه شیب دار صندلی‌های تالار حکمی واقع شده. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین دانشکده و مسئول موزه، آقای دکتر یقینی، ۱۳ بهمن‌ماه درهای موزه برای بازدید اعضای تحریریه گلبانگ باز شد تا گزارشی از موزه تهیه کرده و با سایر دانشجویها به اشتراک بگذاریم. این بازدید با راهنمایی دو نفر از اساتید همراه بود. آقای دکتر یقینی که مسئول موزه بودند و آقای دکتر کثیری. نکته‌ی تحسین برانگیز و عجیب برای ما این بود که آقای دکتر کثیری پس از اتمام پزشکی عمومی در دانشکده پزشکی اصفهان، دکترای تاریخ گرفته بودند و عضو هیات علمی دانشگاه اصفهان بودند. موزه برای ما، چون تالار اسرار بود. هیچ اطلاعاتی از آن نداشتیم، حتی نمی‌دانستیم چه اشیایی درون موزه قرار دارد ولی پس از ورود شگفت‌زده شدیم. با راهرویی پوشیده از سنگ سفید مواجه شدیم که دیوارهای دو طرف آن مجموعه‌ای از قفسه‌ها را شامل می‌شد. درون قفسه‌ها عکس‌های سیاه سفید، کتاب‌ها، سربرگ‌ها و اسنادی که اغلب مربوط به دوران قبل از انقلاب می‌شد، خودنمایی می‌کرد. عکس‌هایی از دکتر حکمی در ابتدا قرار داشت. عکس‌هایی از شروع تاسیس دانشگاه و خریداری زمین دانشگاه تا عکس‌هایی از راهپیمایی‌های سالهای دهه سی اما کمی جلوتر چیزی بیش از عکس‌های سیاه و سفید نظر ما را به خود جلب کرد.

پرتراهی از دکتر حکمی. اثر از استاد عیسی بهادری، مینیاتوربست مشهور معاصر. اما ما این تصویر را در تالار حکمی هم دیده‌ایم، ولی با این تفاوت که تابلوی تالار حکمی کپی بود و تابلوی موزه اصل!

هر قفسه مجموعه‌ای از خاطرات بود که هر دو استاد راهنما، خاطرات و نکات مخفی پشت هر عکس را به ما می‌گفتند؛ از دستگیری دکتر حکمی در جریان تظاهرات سال سی و دو، تا نحوه‌ی خریداری و قیمت‌گذاری زمین دانشگاه. پس از راهرو به سالنی می‌رسیدیم که به رسم اکثر موزه‌ها شامل وسایل شخصی فرهیختگان دانشگاه می‌شد که در محفظه‌های فلزی و بعضا چوبی قرار داشت. از عینک، میکروسکوپ و کتاب تا ردایی که مخصوص اساتید بوده. ردایی به رنگ مشکی با نوارهای حاشیه‌ای قرمز و طلایی که دو سمت یقه آن دو عدد بته جقه بسیار زیبا قرار داشتند. همچنین در انتهای سالن دو دستگاه بزرگ خودنمایی می‌کردند. یک دستگاه بیهوشی و یک دستگاه رادیولوژی قدیمی! دستگاه‌هایی که جز اولین‌ها بودند. در کنار دستگاه‌ها، قفسه‌ای محتوی کتاب‌های قدیمی بود؛ کتاب‌های درسی دارالفنون که قدمتی نزدیک به صد سال داشتند!

قفسه‌ای هم حاوی کتاب‌های جدید و مجلاتی بودند که مربوط به موزه بودند؛ از جمله مجله‌ای به سردبیری دکتر کثیری که درمورد نخستین کتاب مصور تشریح مسلمانان در زمان مغول‌ها بود! در قسمتی دیگر با یک آلبوم خاتم‌کاری شده حیرت‌انگیز مواجه شدیم. آلبومی از آقای دکتر سرلتنی، استاد فقید رشته‌ی اطفال؛ که در آن آلبوم، عکس کاروزان و دستیارانی که تحت نظارت ایشان در بخش اطفال تحصیل می‌کردند، قرار داشت. برای ما سوال بود که اکثر اساتید در حال حاضر حتی نام‌خانوادگی یا چهره‌ی تعداد انگشت‌شمار دانشجویهای خود را نمی‌دانند، در حالی که دکتر سرلتنی نام و عکس آن‌ها را برای خود در آلبومی قرار داده بودند.

به هر حال با تمامی این توصیف‌ها موزه سراسر خاطره بود، محلی برای مرور هویت دانشگاه، محیطی برای ایجاد انگیزه. اما افسوس که سالیان گذشته امکان بازدید دانشجویان به سختی فراهم می‌شد. در پایان این بازدید، جناب آقای دکتر یقینی که اخیرا مسئولیت موزه را برعهده گرفتند نوشته‌ای به ما دادند که در آن به طور مختصر تاریخچه‌ی موزه و نحوه‌ی شکل‌گیری آن را برای مخاطبان گلبانگ به رشته تحریر در آوردند، که در ادامه این قسمت آن را مطالعه خواهید کرد. همچنین ایشان وعده‌ی عملی کردن بازدید دانشجویان از موزه را در آینده دادند.

به امید روزی که همه بتوانیم در کنار هم از موزه بازدید کرده و از آن لذت ببریم.



داستان افتتاح موزه دانشکده پزشکی اصفهان طولانی است ولی مدت‌ها بود که بسیاری از فرهیختگان دانشکده پزشکی اصفهان نیاز به ایجاد محلی را جهت حفظ و نگهداری یاد و خاطرات و سوابق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان احساس می‌نمودند؛ تا هم یادآوری خاطرات اساتید قدیمی و برجسته باشد و همچنین مکانی جهت نگهداری آثار ارزشمند این بزرگواران و زنده‌کننده تاریخ و قدمت دانشکده پزشکی اصفهان باشد. با توجه به شرایط جامعه و دانشگاه، اولین حرکت در زمان ریاست آقای دکتر اسفندیاری بر دانشگاه زده شد که با کمک اساتید دیگر مخصوصاً آقای دکتر کثیری استاد تاریخ دانشگاه اصفهان، این مهم به وقوع پیوست. در آن تاریخ ابتدا با خانواده تعدادی از اساتید قدیمی و برجسته دانشگاه همچون آقای دکتر حکمی، آقای دکتر ریاحی و آقای دکتر دبیری تماس گرفته شد و آثار و یادگارهای این عزیزان جمع‌آوری شد. سپس با کمک خانواده آقای دکتر دبیری محل موزه فعلی که جنب تالار دکتر حکمی است به صورت محدود در سال ۱۳۸۶ تجهیز شد و وسایل جمع‌آوری شده به این مکان انتقال یافت. به این ترتیب موزه تاریخ دانشکده پزشکی افتتاح شد. بعدها و در سالهای مقارن با جشن هفتاد سالگی دانشگاه علوم پزشکی در دوره ریاست آقای دکتر صبری این موزه باز سازی و زیباسازی شد و مدارک و مستندات بیشتری به این مجموعه اضافه شد تا به الان این کار ادامه دارد...



**دکتر امید  
یقینی**  
-----  
مسئول موزه



**آیناز  
شفیعاف**

دانشجوی پزشکی  
ورودی بهمن ۹۷



**عیلرضا  
مزروعی**

دانشجوی پزشکی  
ورودی مهر ۹۷



**امیر سپهر  
صفاری**

سردبیر مجله

جهت مشاهده تصاویر بیشتر  
از موزه به لینک زیر مراجعه کنید

[http://isrc.mui.ac.ir/fa/museum\\_of\\_history\\_of\\_medicine](http://isrc.mui.ac.ir/fa/museum_of_history_of_medicine)

# هنر هفت‌پنجم

## معرفی فیلم



امیرمحمد  
یاری

دانشجوی دندان  
پزشکی ورودی ۹۵

### Revolutionary Road

## نمایشی از مسیر پردستانداز زندگی در جاده‌ی انقلابی

پس از سال‌ها دیکاپریو و وینسلت دوباره در نقش یک زوج در کنار یکدیگر ظاهر شدند تا خاطرات شیرین دوستداران تایتانیک را دوباره زنده کنند؛ این بار در درامی که البته آن‌قدرها هم شیرین نیست.

جاده‌ی انقلابی روایت تمام و کمال زندگی خانوادگی ویلر است. ممکن است با خودتان بگویید: مگر می‌شود در ۲ ساعت تمام زندگی یک خانواده را تعریف کرد؟ این دقیقا کاری است که سم مندرز با اقتباسی قوی و متعهدانه از رمان جاده‌ی انقلابی (نوشته‌ی ریچارد یتز) کرده‌است. ویلرها آن‌قدر در روزمرگی گرفتار شده‌اند که با دیدن دقایقی از زندگی‌شان، انگار تمام سال‌هایی را دیده‌ایم که حتی در فیلم نمایش داده نشده‌اند. اما فیلم دقیقا از جایی شروع می‌شود که فرانک (با بازی لئوناردو دیکاپریو) و اپریل (با بازی کیت وینسلت) هر دو متوجه این گرفتاری می‌شوند و از اینجاست که داستان زندگی این زوج وارد مرحله‌ی جدیدی می‌شود. مرحله‌ای که گذر از آن اصلا راحت نیست، مخصوصا اگر در سیاهچاله‌ی زندگی فرورفته‌باشید و آمادگی روبرو شدن با نور خورشید را نداشته‌باشید. نوری که اگرچه برای برخی زندگی‌بخش است اما می‌تواند کورکننده هم باشد. این دقیقا جدالی است که اپریل و فرانک با آن روبرو می‌شوند؛ تلاش برای ایمان داشتن به امیدها و آرزوهایشان در دنیایی که یادت می‌دهد برای گرسنگی نکشیدن باید ایمانت را به روزمرگی بفروشی.

اما از همه‌ی این‌ها که بگذریم یکی از جذاب‌ترین قسمت‌های این فیلم حضور درخشان مایکل شنون در نقش جان گیوینگ است. جان کاراکتری در فیلم است که به تازگی از مرکز روانپزشکی مرخص شده‌است و در دو سکانس از فیلم به دیدن ویلرها می‌آید. فردی که در گذشته دکتری ریاضی داشته‌است و اکنون پس از گذراندن دوره‌های درمان الکتریکی مغزی، حالا دوباره به آغوش جامعه‌ی بازگشته‌است که به او انگ دیوانگی زده‌بودند. با همه‌ی این‌ها بسیاری او را عاقل‌ترین و همچنین جذاب‌ترین شخصیت داستان می‌دانند. مایکل شنون فقط با ۱۰ دقیقه حضور در فیلم نقشی به‌یادماندنی را خلق کرد و برای همین نقش نامزد دریافت جایزه‌ی اسکار بهترین بازیگر نقش مکمل مرد نیز شد.

با همه‌ی این‌ها، جدا از تیم قوی پشت و جلوی صحنه، چیزی که بیشتر از همه دیدن این فیلم را برای ما واجب می‌کند، زندگی در جامعه‌ای است که افراد آن روز به روز بیشتر فشار زندگی را احساس می‌کنند و هر روز بیشتر در باتلاق روزمرگی فرومی‌روند. اگر تایتانیک را روایت زوجی بدانیم که سعی می‌کنند در زندگی اوج بگیرند، جاده‌ی انقلابی روایت زوجی است که سعی می‌کنند از باتلاق روزمرگی خود را بیرون بکشند؛ درست است که با فیلمی تلخ روبرو هستیم، اما این تلخی زندگی است که پیش از این خیلی از ما را درگیر کرده‌است و چه بسا هنوز آن را حس نکرده‌ایم. شاید لازم است از زاویه‌ی دیگری ماجرا را ببینیم تا به عمق فاجعه پی ببریم.

سال تولید: ۲۰۰۸

کارگردان:  
Sam Mendes

بر اساس داستانی  
از Richard Yates

بازیگران:  
Kate Winslet  
Leonardo DiCaprio  
Michael Shannon

برنده‌ی جایزه‌ی گلدن  
گلوب بازیگر نقش  
اول زن در فیلم درام

نامزد دریافت  
جایزه‌ی اسکار



## Christopher Robin

### رویاهای کودکی‌ات را به یاد بیاور

اگر کریستوفر رابین را به خاطر ندارید، احتمالاً می‌توانید او را با عروسک‌های معروف و دوست‌داشتنی‌اش به یاد بیاورید. کریستوفر رابین که همیشه در کارتون‌های وینی پو شخصیت فرعی بود، این بار در فیلمی به نام خودش به نقش اول داستان تبدیل شده‌است. فیلم ابتدا با سکانسی از دوران کودکی کریستوفر رابین شروع می‌شود و با گذری سریع، از دوران مدرسه، نوجوانی، جوانی و ابتدای بزرگسالی به جایی می‌رسد که حالا او ازدواج کرده، یک دختر دارد و سخت مشغول کار است. کریستوفر رابین که در کودکی آرزو داشت وقتی بزرگ شد «هیچ کاری نکند»، حالا مانند خیلی‌های دیگر وارد مسیر روزمرگی شده‌است و آن‌قدر مشغول کارکردن است که خودش هم متوجه این مشکل نیست. در این حین اتفاقاتی در دنیای عروسک‌ها رخ می‌دهد و پو راهی سفری عجیب می‌شود. سفری که او را به کریستوفر رابین می‌رساند.

نکته‌ی فوق‌العاده مهم درباره‌ی این فیلم طیف سنی وسیع مخاطبین آن است، به طوری که از کودکان تا بزرگسالان می‌توانند پای این فیلم بنشینند، لذت ببرند و بیشتر با زندگی آشنا شوند.

سال تولید: ۲۰۱۸

کارگردان:  
Marc Forster

بر اساس داستانی  
از Greg Brooker  
و Mark Steven  
Johnson

بازیگران:  
Ewan McGregor  
Hayley Atwell

نامزد دریافت جایزه‌ی  
اسکار بهترین جلوه  
های ویژه



# Disney Christopher Robin





## The Killing of a sacred deer

### چشم در برابر چشم؛ فیلمی درباره‌ی تقاص!

همین اول کار باید از شما بخواهم که اگر شروع به دیدن این فیلم کردید، به خودتان قول بدهید که یک ساعت اول را کامل ببینید. در مورد دیدن یک ساعت دوم فیلم نیازی به قول گرفتن نیست؛ چرا که پس از دیدن یک ساعت ابتدایی دیگر نمی‌توانید از دیدن باقی اتفاقات فیلم دست بکشید. در چند دقیقه‌ی ابتدایی فیلم شاهد برش‌هایی از زندگی دکتر استیون مورفی (با بازی کالین فارل) هستیم؛ متخصص و جراح قلب و عروق که رابطه‌ی دوستانه‌ی عجیبی با پسری به نام مارتین دارد. برایش کادو می‌خرد، با او بیرون می‌رود و او را به خانه‌اش دعوت می‌کند تا شام را در کنار همسر، دختر و پسرش صرف کند.

همه چیز در عین عادی بودن، به طور غریبی مرموز است. به شدت دلتان می‌خواهد زودتر بفهمید که «پس نکته‌ی ماجرا چیست؟» و این که «پس قرار است چه اتفاقی بیفتد؟». تمام این پرسش‌ها به زودی جواب داده می‌شوند، فقط باید کمی صبر داشته‌باشید. این دقیقاً همان کاری است که باید پس از کشتن گوزن مقدس انجام دهید: صبر کردن.

یکی از چیزهایی که در دفعه‌ی دوم دیدن این فیلم توجه مرا به خود جلب کرد، صحنه‌ی ورود مارتین به خانه‌ی خانواده‌ی مورفی است. پس از این که آن‌ها (همسر استیون، با بازی نیکول کیدمن) در را باز می‌کند، نمای دوربین که تا اینجا از بیرون خانه در ورودی را نشان می‌داد، به نمایی در داخل خانه تغییر می‌کند. در این نما در دقیقه‌ی در لبه‌ی سمت راست تصویر قرار دارد، آن‌ها در مرکز تصویر است و مارتین دیده نمی‌شود. پس از چند ثانیه گفت‌وگو مارتین وارد خانه و همزمان وارد کادر می‌شود. این دقیقاً جایی است که اتفاقات دلهره‌آور بعدی فیلم شروع می‌شوند، بدون این که کسی متوجه شده‌باشد؛ هیچکس به جز مارتین. چند دقیقه قبل‌تر مارتین در مکالمه‌ای با استیون دیالوگی دارد بدین شکل: «آره، می‌دونم». این دانستن، اشاره به چیزهای خیلی زیادی دارد که قرار است به زودی همه را متحیر کند؛ خانواده‌ی مورفی را، شما را و حتی من را که این فیلم را برای بار چندم می‌بینم.

به نظرم می‌توان با دو عبارت این فیلم را توصیف کرد: «منتظر ماندن» و «میوه‌ت شدن». در تمام مدت فیلم شما در حال انتظار کشیدن خواهید بود. انتظار می‌کشید تا اتفاقات مهم‌تری رخ دهد. سپس انتظار می‌کشید تا دلیل این اتفاقات را بفهمید و بعد از آن هم منتظر می‌مانید تا واکنش افراد را به این اتفاقات ببینید. مسئله به همین‌جا ختم نمی‌شود و حتی پس از اتمام فیلم، منتظر هستید تا آن را هضم کنید. و البته این در حالی است که از اتفاقات فیلم بهت‌زده شده‌اید و این بهت‌زدگی را باید تا مدت‌ها با خود به این طرف و آن طرف ببرید. در کل باید بگویم که آمادگی دیدن فیلمی را داشته‌باشید که مغزتان را تکان می‌دهد (به قول خارجی‌ها mind blowing است).

سال تولید: ۲۰۱۷

کارگردان:  
Yorgos  
Lanthimos

بر اساس افسانه‌ی  
یونانی از اورپید

بازیگران:  
Colin Farrel  
Nicole Kidman  
Barry Keoghan

برنده‌ی جایزه‌ی  
بهترین فیلمنامه از  
جشنواره فیلم کن

نامزد دریافت جایزه‌ی  
بهترین فیلم  
جشنواره‌ی فیلم کن



the KILLING of a  
SACRED DEER





## در بیابان گر به شوق کعبه خواهی زد قدم سرزنش ها گر کند خار مغیلان غم مخور

مصاحبه با خانم دکتر مهین هاشمی پور  
فوق تخصص غدد اطفال،  
استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



روز سه شنبه ۲۵ آذرماه، ساعت ۹ صبح:

ما کمی زودتر به اتاق کمیته رفته بودیم تا همه چیز را برای یک مصاحبه خوب آماده کنیم. وسایل ضبط صدا آماده شد، اتاق را کمی تمیز کردیم و وسایل پذیرایی در حین مصاحبه هم آماده شد. صندلی‌ها را با فاصله مناسب جایگذاری کردیم تا فاصله اجتماعی لازم بین ما و خانم دکتر حفظ شود! سه یا چهار دقیقه به ساعت ۹ مانده بود که خانم دکتر آمدند. هنگام ورود خانم دکتر، سبد گلی در دستشان بود. بعد از لحظاتی که ما خودمان را معرفی کردیم، خانم دکتر سبد گل را به ما دادند و گفتند این سبد را برای شما آورده‌ام ما از فرط خوشحالی نمی‌دانستیم چه کنیم پس از تشکر فراوان از ایشان دیگر رفتیم سراغ مصاحبه...

این یکی از بهترین خاطرات ما در چند ماهی بود که برای گلبانگ فعالیت می‌کردیم.

خیلی خوش آمدید خانم دکتر، لطفا خود را معرفی کنید.



من خیلی خوشحالم که با فرزندان و همکاران خود صحبت می‌کنم. من ورودی سال ۵۴ دانشکده پزشکی اصفهان هستم. پزشکی را شش ساله خواندم بعد از اتمام دوره‌ی عمومی یک سال به طرح رفتم و سپس اقدام به خواندن تخصص کردم. در ادامه سال ۷۷ هم به دانشگاه شیراز برای فوق تخصص غدد اطفال رفتم. من شخصیتم به گونه‌ای بود که کار با استرس را دوست داشتم، به همین دلیل علاقه‌ی زیادی به کار در اورژانس داشتم؛ رشته‌ای که الان به طب اورژانس معروف است. اما آن زمان که من برای گرفتن تخصص اقدام کردم، این رشته وجود نداشت. برای همین ابتدا رشته زنان را انتخاب کردم اما پس از یک سال از این رشته انصراف دادم به دلیل اینکه جو حاکم بر این رشته را دوست نداشتم. از طرفی در دوران عمومی تنها بخشی که دوست داشتم اطفال بود و اساتیدی در آن زمان داشتیم که برای من بسیار قابل احترام بودند و الگوی من بودند، همچون آقای دکتر بهشتی و آقای دکتر باجغلی. به همین دلیل من رشته اطفال را انتخاب کردم و سپس در شیراز فوق تخصص غدد این رشته را خواندم.

آیا امکان دارد دانشجویی به دلیل استاد و شخصیت او رشته‌ای را انتخاب کند؟ آیا واقعا تاثیر دارد؟



بله قطعاً؛ علاوه بر علاقه فردی دانشجو، اساتید و رفتار اساتید بخش‌ها و شخصیتشان در انتخاب رشته آینده دانشجویها بسیار موثر است و همانطور که گفتم این دو استاد نیز در انتخاب من بسیار اثرگذار بودند.



## خانم دکتر، رشته اطفال آن شرایط استرس‌زایی را که دوست داشتید برای شما فراهم کرد؟



اوایل بله؛ زیرا من در ابتدای کارم در دانشگاه شیوه‌ی کاری متفاوتی نسبت به الان داشتم از وقتی که استخدام شدم تا چندین سال هفته‌ای سه شب اورژانس بیمارستان امین را ویزیت می‌کردم. دقت کنید سه روز، نه سه شب؛ از ساعت ۶ عصر تا حدود ۱۱ شب اورژانس را ویزیت می‌کردم البته دانشجویان آن زمان خاطراتی از بداخلاقی‌ها و سخت‌گیری‌های من دارند. در کل شب‌هایی که من راند داشتم برای دانشجویان شب‌های خاصی بود همچنین هرماه یک روز جمعه را در ماه به ویزیت اختصاص می‌دادم. این کار به جز وظایف اصلی اتدینگ بود. بیمارانی که شب می‌آمدند قطعا شرایط اورژانسی داشتند، زیرا شب به بیمارستان مراجعه کرده‌اند و این یعنی شرایطش آنقدر حاد بوده که مراجعه کرده‌است. پس از ویزیت با دانشجویها بحث می‌کردیم درمورد بیمار و پس از آن من برمی‌گشتم منزل و تا صبح تلفن را کنار خودم می‌گذاشتم و در اتاقی دیگر می‌خوابیدم تا همسر و فرزندانم بیدار نشوند. از پرستاران می‌خواستم تمامی شرایط بیمار را تا صبح به من گزارش دهند، زیرا استادی که می‌خواهد فردا صبح شرایط بیمار را برای دانشجویها شرح دهد، باید تمامی شرایط بیمار را بداند. آن سالها برای خودم یک نوع آموزش بود. یکی از آرزوهای من این است که هرکسی را استخدام می‌کنند با او شرط کنند که به عنوان استاد باید به مقدار فلان سال راند شبانه داشته باشد؛ زیرا این راندها به تجربه استاد، کارورز و دستیار بسیار کمک خواهد کرد. در کل آن شرایط برای من خیلی هیجانی بود!

## این شرایط چند سال طول کشید؟



هفت سال

## کمتر کسی پیدا می‌شود که این شرایط را تحمل کند...



من حتی ده روز پس از زایمانم به دلایلی که خودم آن‌ها را قبول داشتم، به کار برگشتم و راندهای شبانه را حتی در زمانی که مرخصی زایمان داشتم ادامه دادم.

## آیا خاطره‌ای از اساتید دارید؟



بله؛ اساتید بسیار خوبی داشتیم همانطور که گفتم آقای دکتر بهشتی یکی از این اساتید بودند. ایشان همیشه روزهای پنجشنبه بیمارانی که بیماری مزمن داشتند را معاینه می‌کردند و با ایشان به بررسی کیس‌ها در کتاب‌ها می‌پرداختیم آن زمان مثل حالا این مقدار کتاب در بازار موجود نبود و ما به کتاب‌های کتابخانه بسنده می‌کردیم اما امروزه این امکان وجود دارد تا شما مقالات و کتاب‌ها را در هر حجمی در تلفن همراه خود داشته باشید، امیدوارم از این فرصتی که دارید به نحو احسن استفاده کنید. من در آن پنجشنبه‌ها نکته‌های بسیاری یاد گرفتم. یا مثلا آقای دکتر خانلرپور روزی LP کودکی را برای آزمایش به من دادند. پس از مدتی که ایشان بازگشتن، از ما دانشجویها پرسیدند که چه کسی مایع را برای آزمایش فرستاده است و من هم پاسخ دادم که مایع را به مستخدم دادم که به آزمایشگاه ببرد. ایشان خیلی عصبانی شدند و به من گفتند که خودت باید اینکار را می‌کردی! آن شخص که نمی‌داند ما با چه سختی اینکار را انجام دادیم، پس تو باید خودت اینکار را می‌کردی. این درس بسیار بزرگی برای من بود و یادگرفتم مسئولیت بیمار را خودم باید به عهده بگیرم و خودم باید پیگیر بیمار باشم و منتظر کسی نمانم.



## آیا روزی فکر می‌کردید استاد دانشگاه شوید؟



اصلا فکر نمی‌کردم روزی متخصص شوم و هیات علمی شوم. وقتی دوران عمومی تمام شد، به من گفتند که بمانم ولی من قبول نکردم و اصرار داشتم به طرح بروم و کار کنم وقتی طرح رفتم، متوجه شدم که خیلی از کارها را نمی‌توانم انجام دهم. اما خوبی طرح آن بود که توانستم محاوره و تعامل با بیمار را یاد بگیرم و البته نواقص خودم را هم پیدا کردم. مثلا بیماری که سرماخوردگی داشت و احتیاجی به دارو نداشت را نمی‌دانستم که چگونه باید به او بگویم که دارو نمیخواهی، یا بیماری که اسهال داشت و می‌دانستم دارو نمی‌خواهد، در طول معاینه دائم به این فکر می‌کردم که باید چه به او بگویم که بپذیرد نیازی به دارو ندارد. من در طرح این نحوه صحبت را یاد گرفتم و بعد که به دانشگاه برگشتم، سعی کردم که کلاس‌های مواجهه با بیمار برگزار کنم تا تجربیاتم را با آن‌ها در میان بگذارم.

## خانم دکتر شما با چندین نسل دانشجو همراه بوده‌اید و استاد آن‌ها بودید به نظر شما دانشجویها در طول این سال‌ها چه تفاوتی کرده‌اند؟



از نظر من، دانشجویها خیلی روشن‌تر شده‌اند. در حال حاضر، آن‌ها خیلی از گذشته باهوش‌ترند، زبان انگلیسی بسیار قوی‌تری از دوران تحصیل ما دارند، پژوهش بلد هستند و البته روش‌های آموزش آن‌ها متفاوت است. منابع علمی بسیاری در اختیار شماست، اما به نظرم دانشجویها الان دردمند نیستند با رغبت بیمار نمی‌بینند. یادم هست چندسال پیش دانشجویی داشتم که شرح‌حال بسیار خوبی گرفته بود و من بسیار او را تحسین کردم و خوب علت هم این بود که این نوع شرح‌حال آنقدر کم‌یاب بود که تحسین مرا برانگیخت. دانشجویی که بخواهید با دل مریض ببیند و واقعا یاد بگیرد، کم است. البته مشغله نسل جدید را هم نباید نادیده گرفت؛ مثل اینترنت. در کل نسل جدید مسئولیت بیمار را به اندازه کافی نمی‌پذیرند.

## خانم دکتر شما در عرصه‌ی پژوهش فعال هستید چطور شروع کردید؟ به نظر شما چه موقعی شروع کنیم به پژوهش؟



زمانی که شروع به کار کردیم، اصلا پژوهشی در کار نبود و ما این امکانات را نداشتیم. من از سال ۶۶ شروع به کار در دانشگاه کردم. سال ۶۸ خانم دکتر صرافزادگان بنده را به دفتر خود در بیمارستان چمران دعوت کردند و از من خواستند که در زمینه‌ی پیشگیری بیماری‌های قلبی از دوران کودکی کار کنم. من هم کمی بهت زده بودم که دقیقا باید چه کار کنم! خانم دکتر به ما کمک کردند و برای ما کلاس‌های پژوهشی گذاشتند و بعضی از مواقع دکتر ملک‌افضلی هم در این کلاس‌ها به ما تدریس می‌کردند. برخی اوقات ورکشاپ‌هایی هم برگزار می‌شد. من از وقتی استخدام شدم تازه فهمیدم که باید پژوهش کنم. به نظرم هرکسی باید لاین تحقیقاتی داشته باشد حتی دانشجویها؛ تا از این شاخه به آن شاخه نرود.

## لاین تحقیقاتی را چگونه پیدا کنیم در حالی که تجربه نداریم؟



ببینید، شما باید سعی کنید با اساتید لینک شوید تا آن‌ها در این مسیر به شما کمک کنند. استاد باید دانشجو را چون فرزند خود بداند، دانشجو به تنهایی نمی‌تواند همه ابعاد را ببیند، مثلا دانشجوی سال دو مطلب زیادی نمی‌داند. اگر دانشجو هم کنار استاد کار کند، خیلی سریع پیشرفت می‌کند.

## لاین تحقیقاتی شما الان چیست؟



لاین تحقیقاتی من بحث تیروئید است و جدیداً علاقه‌مند شدم به اینکه آلودگی محیطی چه مقداری بر تیروئید کودکان موثر است. اما در حال حاضر در حال انجام پروژه‌ی ثبت بیماری دیابت هستم. یکی از عیب‌های اصلی ما ثبت نکردن بیماری‌هاست، به نظرم موضوع بسیار مهمی است ۶ یا ۷ سال است می‌خواستم این کار را انجام دهم ولی موفق نشدم و در حال انجام اینکار هستم.

## خانم دکتر، دانشجو چطوری باید بین درس و پژوهش تعادل برقرار کند؟



از نظر من اولویت هر شخصی ابتدا باید درس باشد و بعد پژوهش. مهم‌ترین کاری که دانشجو باید انجام دهد، درس خواندن است. من با درس شوخی ندارم و حتی در گذشته بسیار آدم سختگیر و جدی‌ای بودم. به نظرم دانشجو باید در دو سال اول خوب درس بخواند و علوم پایه را خوب یاد بگیرد. به نظرم دو سال اول در پژوهش خیلی سودی به او نمی‌رسد و در دو سال اول خودش باید با درس خواندن به خودش سود برساند.

## پژوهش چقدر در تفکر نقاد دانشجو موثر است؟



بسیار زیاد؛ به طوری که ما اساتید در حین معاینه بیماران، تفاوت بین دانشجویهایی که تفکر نقاد دارند و آن‌هایی که ندارند را می‌فهمیم. این مسئله حتی در بین اساتید هم مطرح است.

## اگر زمان شما نهادی مثل کمیته وجود داشت شما عضو آن می‌شدید؟



بله قطعاً عضو می‌شدم و حتی با شخصیتی که از خودم می‌شناسم، فکر می‌کنم روزی دبیر کمیته هم می‌شدم!

## فکر می‌کردید عضو کدام واحدها می‌شدید؟



احتمالاً آموزش و روابط عمومی را انتخاب می‌کردم.

## خانم دکتر، به نظر شما پژوهش با کیفیت چیست؟



از نظر من پژوهشی به درد بخور است و مفید خواهد بود که به درد مردم بخورد، که بتواند دردی را دوا کند. الان خیلی‌ها مقاله می‌نویسند که ارتقا پیدا کنند. این پژوهش نیست. پژوهش باید به قصد حل یک مشکل باشد. همچنین باید در طول کار، اخلاق پژوهشی را رعایت کنند تا حق کسی ضایع نشود.



اتفاقا ما هم مقاله‌ای درمورد اینکه چرا برخی پژوهش‌های ما باکیفیت و ثمربخش نیستند، در نشریه قرار دادیم و برایمان جالب شد که شما این را گفتید. به نظر شما ما چگونه می‌توانیم این مواردی را که فرمودید در پژوهش رعایت کنیم؟



اول از همه، پژوهش چکمه فولادی می‌خواهد. انتظار نتیجه گرفتن در زمان کم را نداشته باشید. انتظار نداشته باشید تمامی کارها و شرایط ایده‌آل باشد. پژوهشگر باید روابط عمومی بسیار قوی‌ای داشته باشد و بتواند با جامعه ارتباط برقرار کند

پژوهشگر خوب چه ویژگی‌هایی دارد؟



علاوه بر نکاتی که در بالا ذکر کردم، اگر شخصی با پژوهشش بتواند کارآفرینی هم بکند خدمت بزرگی انجام داده‌است.

بزرگترین مشکل ما در فرآیند پژوهشی حال ایران چیست؟



کمبود نیروی انسانی خوش فکر

خانم دکتر، در سال ۹۸ دانشگاه سه نفر از اساتید به درجه‌ی استاد ممتازی ارتقا یافتند به نظر شما چه ویژگی‌هایی سبب این کار شد؟



به نظرم دانشگاه خیلی به من لطف داشته که من را انتخاب کرد. حتی خودم هم فکر اینکه من ممتاز هستم را ندارم؛ زیرا به نظرم خیلی از اساتید از من جلوتر هستند. اما به نظرم یکی از علت‌هایی که دانشگاه این انتخاب را کرد، طرح غربالگری تیروئید بود که ابتدا در سطح استان انجام شد و سپس کشوری شد.

چگونه راه خودتان را پیدا کردید؟ گزینه‌های زیادی هست چطوری انتخاب کنیم؟



خوب من پزشک شدنم را مدیون دایی‌هایم هستم، آن‌ها پزشک بودند و من هم علاقه‌مند شدم. هرکسی خودش می‌داند که چه کاره است. او خودش بهتر می‌داند چه توانایی‌هایی دارد. البته که مشورت هم خیلی مهم است

نظرتان درمورد پذیرش اشتباه چیست؟ گاهی اوقات هست که انسان متوجه می‌شود که اشتباه کرده‌است؟ چگونه پذیرش این موضوع را داشته باشیم؟



بازگشت به مسیر درست برای یک جوان، کمی سخت است. اما برای یک آدم مسن آسان تر است. تا الان زمان‌هایی بوده که من در کار پزشکی، در روابطم با دیگران و... اشتباه کرده‌ام و خیلی راحت گفته‌ام که اشتباه کردم. اعتراف به اشتباه برای جوانان کمی دشوار است که این به خاطر غرور و به اقتضای سن آن‌هاست. خیلی عالی است اگر دانشجوها یاد بگیرند که اشتباهات خود را با فردی بزرگتر و با تجربه تر از خودشان که آن‌ها را به خاطر اشتباهشان سرزنش نکند، در میان بگذارند و از آن‌ها مشورت بگیرند.

همه اشتباه می-کنند، من هم در مورد سخت گیری‌هایم در گذشته اشتباه کردم و به این نتیجه رسیدم که یک استاد در دو یا سه ماه اول کارش نباید به بخش برود، بلکه باید به کلاس های مختلف تئوری و عملی که توسط EDC برگزار می شود، برود تا یاد بگیرد چطور به کلاس برود و چطور با دانشجو رفتار کند و بعد وارد حیطه ی آموزش شود.

## خاطره‌ای از دوران قبل از دانشگاه دارید؟



بله؛ سال ۵۴ زمانی که من دیپلم را گرفتم و می‌خواستم به کلاس کنکور بروم، درشهرمان، زواره کلاس کنکور که هیچ، معلم هم زیاد نبود...! شنیده بودم یک کلاس خوارزمی در تهران هست که خوب است. فاصله امتحانات دبیرستان تا کنکور هم دو سه هفته بود. از پدرم درخواست کردم که من را به تهران ببرد. یادم می‌آید که آن موقع یک چادر رنگی سرم بود و پدرم دو ساک دستی را که کتاب‌های من در آن بود، در دست داشتند. خردادماه بود و هوا خیلی گرم و من با این‌که دایمی‌ام در شمال تهران دندانپزشک بودند و خاله‌ام و عمه‌ام همگی آنجا بودند، از پدرم درخواست کردم که به خانه‌ی یکی از آشناها برویم که بابت اقامت پول پرداخت کنیم. به خانه‌ای در جنوب تهران رفتیم که آب نداشتند و باید آب می‌آوردند. سه اتاق داشتند که در یک اتاق خود صاحب‌خانه زندگی می‌کرد و در یک اتاق مستاجر بود و در اتاق دیگر یک دار قالی بود، من در این اتاق می‌خوابیدم. صبح به کلاس کنکور می‌رفتم و نگویم که با چه سختی می‌رفتم و می‌آمدم! ظهر که می‌آمدم در آن اتاق درس می‌خواندم. یادم می‌آید وقتی دنبال آدرس این خانه می‌گشتیم، پدرم این شعر را برای من خواندند که:

در یابا که گر به شوق کعبه خولای زد قدم  
سرزنش ماگر کند خار مغیلا، غم مخور

و من هر زمان که در زندگی به سختی بر می‌خورم یاد این شعری که پدرم برایم خواندند، می‌افتم که بمن می‌گفتند: «درست است که کار سختی است اما باید تحمل کنی.» بعد از دو یا سه هفته که کلاس تمام شد پدرم دوباره به دنبال آمدند، به شهرمان برگشتیم و امتحان کنکور را دادم.

## حرف پایانی...



از دیدن شما بسیار خوشحال شدم، انشالله که هر جا هستید موفق باشید. دعا میکنم که روزگاری خوش و عاقبتی خیر داشته باشید.



دشمن مشترک

# چگونه یک پاندمی پایمان می یابد؟



این روزها شاید تنها دغدغه‌ی مشترک تمام ساکنان زمین این باشد که پاندمی covid19 چه زمانی و چگونه به پایان خواهد رسید؟ در این مقاله بر آن شدیم تا پاسخ این سوال را جستجو کنیم و بدانیم که تا چه حد می توان برای این سوال پاسخ مشخصی ارائه کرد؟ با نگاهی به تاریخ متوجه می‌شویم ما نخستین کسانی نیستیم که با پاندمی‌ها دست و پنجه نرم کرده‌اند. طاعون سیاه، آبله و وبا از جمله مرگبارترین پاندمی‌های تاریخ بشر هستند که جان بسیاری از مردم جهان را گرفتند. اما اگر بخواهیم نزدیکترین و مشابه ترین پاندمی‌هایی که جهان پشت سر گذاشته را بررسی کنیم می‌بایست نگاهی به همه‌گیری‌های آنفولانزا در یک قرن اخیر بیندازیم .

یک پاندمی زمانی آغاز می‌شود که انتقال فرد به فرد یک ویروس جدید با توانایی ایجاد عفونت و کشندگی در انسان‌هایی که نسبت به آن ویروس ایمنی ندارند شیوع پیدا می‌کند. در صد سال گذشته چهار پاندمی با ظهور گونه های جدید آنفولانزا ایجاد شده است. بنظر می‌رسد بررسی چگونگی مقابله و پایان یافتن این پاندمی‌ها ما را در برخورد با پاندمی‌های جدید یاری کند. خلاصه ای از این چهار پاندمی را در جدول زیر مشاهده میکنید.

Summary of the key characteristics of influenza pandemics from the past one hundred years.

Pandemic Name	Year	Strain	Suspected Origin of Outbreak	Approximate Number of Deaths
Spanish flu	1918-1920	H1N1	China	40-50 million
Asian flu	1957-1958	H2N2	China	1-2 million
Hong Kong flu	1968-1970	H3N2	China	500,000-2 million
Swine flu	2009-2010	H1N1	Mexico	Up to 575,000

## ۱۹۱۸-۱۹۲۰: آنفولانزای اسپانیایی

سال ۱۹۱۸ با ظهور گونه‌ی جدید آنفولانزا به نام H1N1 که به نام آنفولانزای اسپانیایی معروف شد باعث شروع یک پاندمی شد، که به عنوان "بزرگترین قتل عام در تاریخ پزشکی" نامگذاری شده است. تاریخ و تعداد موج‌های آن در جهان یکسان نبود اما بنظر می‌رسد که این پاندمی بطور کلی سه موج متمایز داشته است (بهار ۱۹۱۸، پاییز ۱۹۱۸، و زمستان ۱۹۱۸-۱۹۱۹). در حالیکه اولین و سومین موج تقریباً ملایم بودند، دومین موج با مرگ تقریباً ۱۰ میلیون نفر موجب یک فاجعه جهانی شد. آخرین بررسی‌ها مرگ ۴۰-۵۰ میلیون نفر را گزارش کرده‌اند که اکثر آنها در ۳ ماهه پاییز ۱۹۱۸ رخ دادند. باور بر این است که این ویروس در آن زمان نصف جمعیت جهان را آلوده کرد تا به پایان رسید.

در سال ۱۹۱۸ هنوز علم پزشکی با واکسن و آنتی بیوتیک برای پیشگیری از آنفولانزا و درمان پنومونی باکتریال ثانویه دهه‌ها فاصله داشت، همچنین کمبود امکانات کادر درمان و تخت‌های بیمارستانی محدود و بستری شدن بیماران در مراکز اجتماعی و مدارس محلی شرایط را سخت‌تر میکرد.





تلاش‌ها برای کنترل شیوع بیماری تنها با تکیه بر مداخلات غیردرمانی (NPIs (1)) شامل قرنطینه، بستن مدارس، ممنوعیت اجتماعات عمومی و کنترل انتقال عفونت از طریق استفاده از ماسک و... پیش می‌رفت. بعید است که NPIs به تنهایی بتواند یک پاندمی را کنترل یا مهار کند. اما اگر این مداخلات زودتر از موعد قطع شوند عفونت به سرعت به الگوی اصلی انتقال خودش بر میگردد و تاثیر نهایی این اقدامات بر شیوع ویروس بدون تغییر باقی می‌ماند. هرچند، اگر به درستی پیاده شود، NPIs توانایی این را دارد که پیک‌های پاندمی را به تاخیر بیندازد و موجب کاهش مرگ و میر و کاهش استرس سیستم درمان شود.

## ۱۹۲۰-۱۹۵۰

در سال‌های بعد، ویروس H1N1 همچنان در گردش بود اما باعث ظهور مجدد بیماری و مرگ با مقیاس مشابه نشد. در این برهه زمانی باید به سه زمینه پیشرفت اشاره کرد: جداسازی و شناسایی ویروس، پیشرفت واکسن و پیشرفت سیاست‌های بهداشت جهانی. هرچند واکسن‌ها در آن زمان به امنیت واکسن‌های امروزی نبود و گاهی علایمی شبیه آنفولانزا ایجاد می‌کرد اما اولین واکسن آنفولانزا به صورت موازی توسط چند پژوهشگر در اوایل سال ۱۹۴۰ ساخته شد. در این میان جهش‌های جدیدی در آنفولانزا رخ داد که این واکسن برای آنها موثر نبود اما خوشبختانه هیچ یک از آنها آنقدر شدید نبودند که به یک پاندمی مبدل شوند. کشف پنی‌سیلین، ساخت دستگاه‌های Ventilator و همچنین شکل‌گیری سازمان‌های جهانی بهداشت از جمله سایر پیشرفت‌های این دوره برای مبارزه با پاندمی‌های آنفولانزا بود.

## Asian Flu: ۱۹۵۸-۱۹۵۷

در فوریه ۱۹۵۷ گونه جدیدی از آنفولانزا در شهر Yunnan چین شناسایی شد که به نسبت یک پاندمی ملایم بود. حداکثر میزان کشندگی آن ۰.۶۷٪ بود که موجب یک تا دو میلیون مرگ در سراسر جهان شد. پیشرفت و توزیع واکسن آهسته بود. با وجود تمرکز زیاد بر کمپین‌های واکسیناسیون و ثمربخشی ۶۰-۵۳٪ واکسن، توزیع محدود (تنها سه میلیون دوز) مانع از آن شد که واکسیناسیون اثر واضحی بر روند همه‌گیری داشته باشد. در زمان شیوع این آنفولانزا NPIs به دلیل تظاهرات ملایم و تعداد مبتلایان زیاد انتخاب مناسبی نبود.

## Hong Kong Flu: ۱۹۶۸-۱۹۷۰

ده سال پس از آنفولانزای آسیایی در نتیجه‌ی یک تغییر آنتی ژنیک، پاندمی جدیدی ظهور کرد. علیرغم انتقال بسیار بالای این گونه، حتی از آنفولانزای آسیایی نیز ملایم‌تر بود. تخمین زده می‌شود که بین پانصد هزار تا دو میلیون مرگ را در سراسر جهان رقم زده باشد. شدت کم و مرگ و میر پایین بدان معناست که NPIs غیر ضروری است. معیارهای کنترل عفونت بر ترکیبی از واکسیناسیون، مراقبت‌های بیمارستانی برای کیس‌های بدحال و آنتی بیوتیک برای درمان پنومونی‌های ثانویه تاکید داشتند. در اکثر کشورها واکسن تا زمانی که پاندمی به پیک رسید در دسترس نبود.

## Swine Flu: ۲۰۰۹-۲۰۱۰

ویروس pH1N1/۰۹ در آوریل ۲۰۰۹ در مکزیک ظهور پیدا کرد. در طی چند هفته در ۳۰ کشور گسترش یافت و در ۱۱ ژانویه ۲۰۰۹، WHO پاندمی جهانی آنفولانزا را اعلام کرد. در ۱۵ سپتامبر سال ۲۰۰۹ سازمان غذا و دارو (FDA) تاییدیه خود را برای ۴ واکسن H1N1 ۲۰۰۹ اعلام کرد، در ۲۱ سپتامبر سال ۲۰۰۹ NIH اعلام کرد که نتایج اولیه کارآزمایی‌های بالینی روی واکسن آنفولانزا H1N1 ۲۰۰۹ در کودکان امید بخش بوده همچنین نتایج کارآزمایی‌های انجام شده روی بالغین که در ماه دسامبر منتشر شد نشان داد که پاسخ ایمنی در بین بالغین نیز عالی بوده است. نتایج مطالعه در خصوص پوشش واکسیناسیون در ایالات متحده از اکتبر تا دسامبر نشان داد که تلاش‌ها برای رساندن واکسن موجود، به گروه‌های هدف بسیار موفق بوده است. در اوایل دوره ی سه ماهه، ۸۵٪ واکسن تولیدی به گروه‌های هدف اولیه تزریق شد.

آنفولانزای خوکی به عنوان اولین پاندمی که به ترکیب واکسیناسیون و استفاده از ضد ویروس‌ها پاسخ داد، شناخته میشود. در زمان باقیمانده تا پایان پاندمی حدود یک سوم تا یک دوم جمعیت واکسینه شدند. اقدامات NPIs به صورت گسترده اعمال شد، که متداولترین آنها، بهداشت دست‌ها و قرنطینه داوطلبانه در صورت بروز علایم بود.

## ۲۰۱۹ - ؟ covid19

اکنون برای تطبیق اطلاعاتی که تاریخ پاندمی‌ها در اختیار ما قرار داده است، با پاندمی که اکنون جهان را به قرنطینه وا-داشته باید نگاهی به شباهت‌ها و تفاوت‌های این دو ویروس و ویژگی‌های اپیدمیولوژیک آنها بیندازیم.

از نظر تظاهرات بالینی، هر دو ویروس موجب درگیری دستگاه تنفسی می‌شوند و از طریق تماس با droplets و fomites انتقال می‌یابند. بنابراین همان اقدامات بهداشت عمومی و NPIs در شیوع هر دو ویروس موثرند. از طرفی فرد مبتلا به covid19 مدت زمان بیشتری می‌تواند ویروس را منتقل کند، همچنین زمان بیشتری طول می‌کشد تا علایم covid19 در مقایسه با آنفولانزا تظاهر پیدا کند اما آنفولانزا سریعتر از covid19 منتقل می‌شود.

## با توجه به مطالبی که تا کنون گفتیم واضح است که برای پایان یافتن یک پاندمی موارد زیر لازم است:

ایمنی جمعی  
واکسیناسیون  
NPIs

داروهای آنتی‌وایرال و آنتی‌بیوتیک

## ایمنی جمعی

ایمنی جمعی یک مفهوم کلیدی برای کنترل همه‌گیری است و زمانی ایجاد می‌شود که یک فرد آلوده در جمعیت به طور میانگین کمتر از یک فرد دیگر را آلوده کند. سوال اساسی این است که برای پاندمی covid19 چگونه و با چه هزینه‌ای می‌توان ایمنی جمعی ایجاد کرد؟ قبل از هر چیز باید بدانیم که برای ایجاد ایمنی جمعی فقط ایمنی در بخشی از جامعه مورد نیاز است. به طور مثال پس از مصونیت ۶۷٪ افراد نسبت به COVID 19 می‌توان در آن جمعیت ایمنی جمعی را متصور شد. درصد ایمنی ایجاد شده در جامعه را می‌توان از طریق تست‌های سرولوژیک که ایمنی همورال را اندازه گیری می‌کنند، تخمین زد. برای مثال بررسی‌های انجام شده در کشورهایمانند اسپانیا و ایتالیا، که در اوایل اپیدمی تحت تاثیر قرار گرفتند، نشان‌دهنده شیوع آنتی‌بادی بین ۱٪ تا ۱۰٪ در سراسر کشور بود، این شیوع در مناطق شهری که به شدت تحت تاثیر قرار گرفته‌اند تا ۱۵٪ هم می‌رسد.

شواهد اندکی مبنی بر توقف گسترش covid19 قبل از ایمن شدن حداقل ۵۰ درصد جمعیت وجود دارد. این اتفاق در صورتی می‌افتد که جمعیت کودکان (طبق گزارش‌هایی که به دست آمده) از سرایت و حساسیت کمتری برخوردار باشند و آنها را از محاسبه ایمنی جمعی حذف کنیم، همچنین افرادی که در تماس با جمعیت زیادی هستند، در همان ابتدای پاندمی دچار مصونیت شده باشند.

در حال حاضر نمی‌دانیم مصونیت به دست آمده از covid19 چه مدت طول می‌کشد و آیا برای رسیدن به ایمنی قوی، چندین بار عفونت مجدد لازم است یا خیر، اما واضح است که برای ویروس covid19 که نسبت مرگ و میر بالایی دارد، رسیدن به ایمنی جمعی از طریق ابتلا به بیماری، تلفات انسانی بسیار زیادی خواهد داشت (به خصوص در گروه‌های خاص). به طور مثال ایجاد ۵۰ درصد ایمنی، در کشور آمریکا منجر به مرگ حدود ۲ میلیون نفر خواهد شد. مشخصاً واکسن ایمن‌ترین راه برای رسیدن به ایمنی جمعی است اما در مرحله قبل از تولید واکسن، فقط مداخلات غیر دارویی مانند فاصله اجتماعی، قرنطینه بیمار، استفاده از ماسک و رعایت بهداشت دست در کنترل ویروس موثر هستند. در انتها با نگاهی مختصر بر روند ساخت و توزیع واکسن covid19 شاید بتوان جایگاه خود را در پایان این پاندمی بهتر مشخص کرد.



## واکسیناسیون

در حال حاضر بیش از ۱۰۰ نمونه واکسن COVID-19 در دست تولید است که تعدادی از آنها در مرحله آزمایش انسانی قرار دارند. WHO همراه با تسریع در تحقیقات واکسن COVID-19 و کمک به افزایش ظرفیت تولید، در حال همکاری نزدیک با کشورها، همکاران منطقه‌ای و سایر شرکا برای توسعه سیاست‌های لازم در جهت برنامه‌ای برای دسترسی به واکسن COVID-19 در همه کشورها می‌باشد. سازمان COVAX به رهبری WHO، CEPI و GAVI توزیع عادلانه واکسن را برای همه کشورهای فراهم می‌کند.

از وظایف سازمان COVAX میتوان به آماده‌سازی میزان دوز واکسن برای حداقل ۲۰ درصد از جمعیت هر کشور و تحویل واکسن‌ها به محض آماده‌شدن اشاره کرد.

معرفی واکسن علاوه بر کاهش تعداد تلفات و کمک به تحت کنترل قراردادن پاندمی، می‌تواند از ماهیانه ۳۷۵ میلیارد دلار ضرر به اقتصاد جهانی جلوگیری کند. COVAX با توجه به چهارچوبی که توسط گروهی از اخلاق‌شناسان، دانشمندان و سایر متخصصان سلامت تعیین شده و کشورهای عضو WHO آن را تایید کرده‌اند، توزیع واکسن را انجام خواهد داد.

با توجه به این چهارچوب، توزیع واکسن‌های COVID-19 در دو مرحله اجرا خواهد شد.

①

در **مرحله اول** واکسن به طور همزمان بین همه کشورهای شرکت‌کننده با توجه به جمعیتشان توزیع خواهد شد تا بتوان از افرادی که بیشتر در معرض خطر ابتلا به عفونت و بیماری قرار دارند محافظت کرد. گروه مشاوره استراتژیک WHO توصیه‌هایی درمورد جمعیت‌های با اولویت بیشتر برای دریافت واکسن آماده کرده است. با توجه به این توصیه‌ها، کارکنان بخش درمان، افراد مسن و همچنین افراد دارای بیماری زمینه‌ای مانند بیماری قلبی و دیابت در اولویت قرار دارند.

②

در **مرحله دوم** هنگامی که دوزهای بیشتری از واکسن تولید شد، واکسن باید به افرادی که کمتر در معرض ابتلا به عفونت و آسیب هستند، برسد. هدف COVAX تولید حداقل دو میلیارد دوز واکسن تا پایان سال ۲۰۲۱ است. اگرچه این مقدار دوز برای همه افراد کافی نیست اما احتمالاً برای پایان‌دادن به مرحله حاد بحران و قرارگرفتن در راه پایان پاندمی کافی است.

WHO

**No one is safe until everyone is safe**



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198166/#:~:text=Within%20the%20past%20one%20hundred,H1N1%20swine%20flu%20>

[https://www.nature.com/articles/s41577-020-00451-5?fbclid=IwARIXjD0Y0vTNAXN5Lw4VureGOzxxGfvXRwx4lPoxUaMysAq\\_4b\\_D511oGUw](https://www.nature.com/articles/s41577-020-00451-5?fbclid=IwARIXjD0Y0vTNAXN5Lw4VureGOzxxGfvXRwx4lPoxUaMysAq_4b_D511oGUw)

<https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>

<https://www.cdc.gov/h1n1flu/cdcresponse.htm>  
[https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccine-access-and-allocation](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccine-access-and-allocation)

# من تابستان، من زمستان



بسیاری از انسان‌ها دوره‌های کوتاهی را با احساس اندوه و نارضایتی تجربه می‌کنند. گاهی این احساسات با آغاز و پایان فصل‌ها همراه می‌شوند. حتی در برخی موارد این تغییرات خلق و خو جدی تر بوده و حالات، تفکرات و فعالیت‌های روزانه افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند. Seasonal affective disorder یا به اختصار SAD نوعی اختلال افسردگی است. امروزه این اختلال به عنوان اختلالی مجزا طبقه بندی نمی‌شود؛ بلکه به عنوان الگوی فصلی از اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder) تشخیص داده می‌شود که علائم آن ۴-۵ ماه در سال باقی می‌ماند.

## تاریخچه:

SAD نخستین بار توسط نورمن روزننهال و همکاران وی در موسسه ملی بهداشت روان ایالات متحده آمریکا توصیف شد. روزننهال در تجربه شخصی خود در پی سفر از آفریقای جنوبی آفتابی به نیویورک ابری در فصل زمستان، کم انرژی و کسل شده بود. او به دنبال این تجربه، در پی کشف ارتباط کاهش طول روز و تغییرات روحی برآمد و در سال ۱۹۸۴ یافته‌های خود را منتشر کرد.

اختلال افسردگی فصلی (SAD)، زنان (چهار برابر مردان) و بالغین جوان را بیشتر درگیر می‌کند. بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال، از بیماری خود آگاهی ندارند در حالی که از آن رنج می‌برند.

علائم این اختلال غالباً در پایان فصل پاییز و ابتدای زمستان بروز کرده و در فصل بهار و یا تابستان کمرنگ می‌شوند. این الگو، اختلال افسردگی فصلی با الگوی زمستانی است. در برخی موارد افراد علائم این اختلال را در فصل‌های بهار و تابستان تجربه می‌کنند که الگوی تابستانی نام می‌گیرد. علائم در هر دو الگو به صورت خفیف شروع شده و با گذشت فصل شدت می‌یابند. براساس مطالعات، افسردگی فصلی با الگوی زمستانی شایع‌تر و درجه افسردگی در آن شدیدتر است.

## علل بروز و عوامل زمینه ساز:

علت دقیق این اختلال همچنان ناشناخته است اما محققان مدعی هستند که این سندروم نوعی اختلال پیچیده با ترکیبی از فاکتورهای موثر است. مطالعات نشان داده‌اند که این عارضه ممکن است به دنبال کاهش فعالیت انتقال دهنده عصبی سروتونین ایجاد شود. سروتونین به تنظیم حالات کمک می‌کند. همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که نور خورشید میزان مولکول‌هایی را که به حفظ سروتونین در سطوح مورد نیاز کمک می‌کنند، تنظیم می‌کند. اما در مبتلایان به SAD این تنظیم به طور صحیح انجام نمی‌شود و منجر به کاهش سطح سروتونین در زمستان می‌شود.

یافته‌های دیگر عنوان می‌کنند که در مبتلایان به SAD میزان زیادی ملاتونین تولید می‌شود. ملاتونین هورمونی مرکزی در حفظ چرخه خواب و بیداری است. ترشح بیش از حد ملاتونین منجر به خواب آلودگی می‌شود. سروتونین و ملاتونین هر دو در حفظ ریتم روزانه بدن نقش دارند. تغییرات این دو در مبتلایان به SAD، ریتم نرمال روزانه را مختل می‌کند. در نتیجه آن‌ها دیگر قادر به تطبیق خود با تغییر طول روز در فصل‌های متفاوت نخواهند بود و این نقص منجر به اختلالات خواب، حالات و رفتار خواهد شد.



همچنین ویتامین D نیز در تسهیل عملکرد سروتونین نقش دارد. پس کمبود این ویتامین ممکن است در تشدید مشکلات این اختلال نقش داشته باشد. با کاهش طول روز در زمستان و کاهش ویتامین D تولید شده توسط بدن، عملکرد سروتونین با اختلال مواجه می‌شود.

مکانیسم‌های بیولوژیک متعددی ممکن است زمینه‌ساز این اختلال باشند که از میان آن‌ها می‌توان به فرضیه شیفت فاز Circadian (ساعت بیولوژیک)، متغیرهای ژنتیکی اثرگذار بر ریتم circadian و حساسیت شبکیه به نور اشاره کرد. همچنین پزشکان حین درمان بیماران مبتلا به این اختلال به حضور برخی مکانیسم‌های روانی زمینه ساز نظیر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی یا اختلال دوقطبی و قرار داشتن در معرض استرس پی برده‌اند.

سایر ریسک فاکتورها نظیر زندگی در عرض‌های جغرافیایی شمالی و جنوبی (به علت کوتاه‌تربودن طول روز در زمستان و طولانی‌تربودن طول روز در تابستان) و داشتن نزدیکانی مبتلا به اختلال افسردگی نیز می‌توانند در بروز این بیماری نقش داشته باشد.

## علائم:

برخی علائم این اختلال در ارتباط با اختلال افسردگی اساسی بوده و اختصاصی این بیماری نیستند نظیر:

- احساس افسردگی در ساعت‌های زیادی از روز
- از دست دادن علاقه به فعالیت‌هایی که پیش از این به آن‌ها علاقه‌مند بودند
- کمبود انرژی و احساس تنبلی و پریشانی
- احساس ناامیدی و کم‌ارزشی
- مشکلات تمرکز
- داشتن افکار خودکشی و مرگ

در کنار این علائم، علائم اختصاصی الگوی زمستانی SAD عبارتند از: خوابیدن بیش از حد، اشتها بیش از حد به ویژه میل شدید به کربوهیدرات، افزایش وزن و کناره‌گیری اجتماعی. همچنین علائم اختصاصی الگوی تابستانی این اختلال عبارتند از: بی‌خوابی، اشتها کم و در نتیجه کاهش وزن، کمبود استراحت، پریشانی، تشویش و رفتارهای خشونت‌آمیز.

اختلال افسردگی فصلی به طور معمول با علائمی مشابه سایر انواع افسردگی حضور می‌یابد. با این حال حضور الگوی فصلی در کنار علائم اختصاصی این اختلال، لازمی تشخیص است.

## درمان:

مطالعات نشان داده‌اند که درمان با نور، دارودرمانی، درمان رفتاری-شناختی (cognitive behavioral therapy) و ویتامین D، به تنهایی و یا به صورت ترکیبی، از درمان‌های در دسترس برای این اختلال هستند. بهترین روش درمانی براساس شرایط بالینی بیمار و عوارض جانبی آن‌ها، توسط پزشک انتخاب می‌شود.

## درمان با نور:

این شیوه از دهه‌ی ۱۹۸۰ به بعد از درمان‌های اصلی این اختلال بوده است. بیماران بایستی از پاییز تا بهار به صورت پیوسته هر روز صبح به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه در مقابل منبعی با نور سفید فلورسنت بدون اشعه فرابنفش قرار گیرند. این درمان معمولاً به خوبی تحمل می‌شود اما ممکن است عوارض جانبی اندکی نظیر سردرد، خستگی چشم، تهوع، پریشانی و تاری دید را ایجاد کند که البته خفیف و گذرا هستند. شواهدی مبنی بر آسیب چشم طی این روش درمانی در افراد سالم موجود نیست. با این حال در افراد حساس و مبتلا به بیماری‌های چشمی، درمان‌های جایگزین و یا نوردرمانی تحت نظر مراقبت‌های پزشکی انجام می‌شوند.

### دارودرمانی:

SAD همچون سایر انواع افسردگی در ارتباط با اختلالات فعالیت سروتونین است به همین خاطر درمان ضدافسردگی تحت عنوان مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین برای درمان SAD کاربرد دارد. این عوامل به طور چشمگیری حالات بیماران را بهبود می‌بخشند (نظیر فلوگزتین، سیتالوپرام، سرتالین، پاروگزتین و اسیتالوپرام).

### درمان رفتاری- شناختی:

CBT نوعی روان درمانی با هدف کمک و آموزش به مردم در جهت سازگاری با شرایط دشوار است. افکار و احساسات منفی پیرامون فصل زمستان و محدودیت‌ها و استرس‌های مرتبط با آن میان بیماران با این اختلال رایج است. در این شیوه درمانی تمرکز بر جایگزین کردن این افکار با افکار مثبت است. واضح نیست که این افکار، عامل این اختلال هستند یا از اثرات آن می‌باشند؛ اما در هر صورت می‌توانند به عنوان نقطه تمرکزی در درمان به کار آیند.

طی مطالعات انجام شده به نظر می‌رسد اثرات این روش مدت زمان بیشتری نسبت به نوردرمانی با شخص باقی می‌مانند؛ در حالی که نوردرمانی اثرات کاهنده خود بر برخی علائم را سریع‌تر اعمال می‌کند.

### ویتامین D:

به علت کمبود ویتامین D در بسیاری از افراد مبتلا به SAD، مکمل‌های غذایی این ویتامین ممکن است در بهبود علائم کمک‌کننده باشند.





## پیشگیری:

به علت الگوی قابل پیش‌بینی بازگشت این اختلال، درمان با نور پیش از موعد و روان‌درمانی می‌توانند از شدت علائم بکاهند اما شواهد بسیار کمی مبنی بر این موضوع وجود دارند. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که داروی ضدافسردگی بوپروپیون با مصرف روزانه از فصل پاییز تا ابتدای بهار می‌تواند از بازگشت اپیزودهای اختلال افسردگی فصلی جلوگیری کند، اما این شیوه نیز ریسک عوارض جانبی بالایی داشته است.

بعلاوه برخی متخصصین تغییراتی در شیوه زندگی نظیر ورزش بیشتر، افزایش نور در محیط خانه، مراقبت و کنترل استرس و سفر به اقلیم‌های گرم‌تر و آفتابی‌تر را پیشنهاد داده‌اند.

## عوارض:

متخصصین عنوان می‌کنند ایده‌ی winter blues (افسردگی زمستانه) موضوعی قابل چشم‌پوشی و گذشتن نیست بلکه می‌تواند نشانه شرایط بالینی واقعی «اختلال افسردگی فصلی» باشد. SAD به علت دوره طولانی و بازگشت آن، بایستی به عنوان یک مشکل روحی جدی در نظر گرفته شود. افراد مبتلا به این اختلال استعداد بیشتری در ابتلا به سایر اختلالات روانی نظیر اختلال کم‌توجهی، بیش‌فعالی، اختلالات تغذیه‌ای، اختلال اضطراب و اختلال وحشت دارند. همچنین این اختلال در صورت درمان نشدن می‌تواند به مشکلاتی از قبیل کناره‌گیری اجتماعی، اعتیاد و افکار یا رفتارهای مرتبط با خودکشی منجر شود. پس علائم و نشانه‌های این بیماری بایستی جدی گرفته شوند.

طبیعیست که روزهایی احساس کمبود انرژی داشته باشید اما اگر مدتی این احساس را در کنار بی‌انگیزگی برای انجام کارهایی که در حالت عادی از آن‌ها لذت می‌بردید، تجربه کردید به پزشک مراجعه کنید. به ویژه اگر با تغییرات الگوی خواب، اشتها، احساس ناامیدی و خیال خودکشی همراه بود. از این احساس سالانه به عنوان موردی کم‌اهمیت که خود از پس آن بر می‌آیید نگذردید، بلکه در جهت حفظ روحیات و انگیزه‌ی خود تلاش کنید.

<https://www.aafp.org/afp/2012/1201/p1037.html>

<https://www.nlm.nih.gov/health/publications/seasonal-affective-disorder/index.shtml>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/seasonal-affective-disorder/symptoms-causes/syc-20364651>

<http://www.histmodbiomed.org/witsem/vol51.html>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673349/>



# Gut-brain axis



بخش علمی

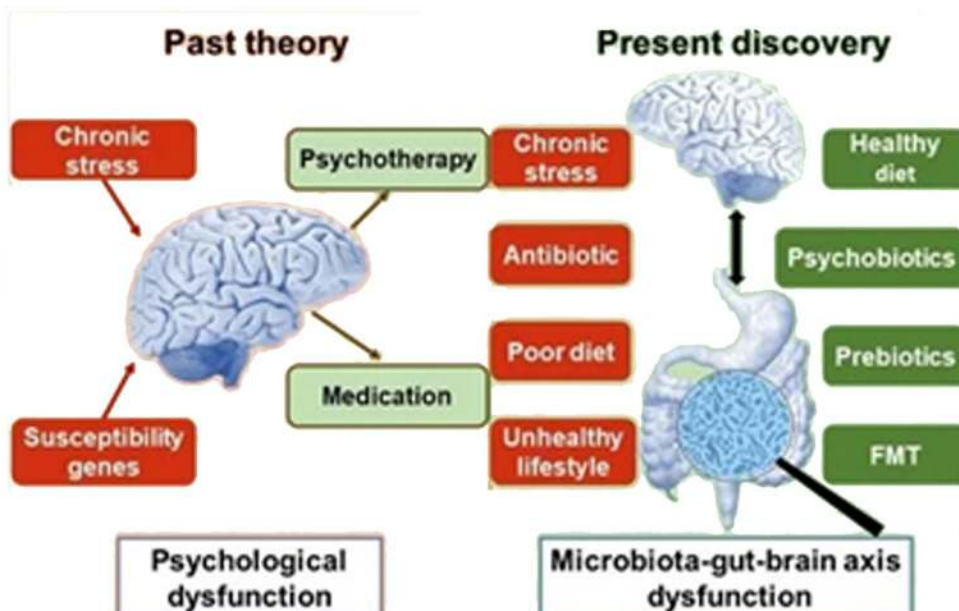
میکروبیوم شامل میکروارگانیسم‌هایی است که در بدن حضور دارند و بطور گسترده‌ای بر سطح پوست و بر سطح مخاطات مورد بررسی قرار گرفته‌اند. میکروبیوم از راه‌های مختلفی با سیستم عصبی ارتباط دارد که زمینه‌ی مطرح شدن Gut-Brain Axis را فراهم می‌سازد. تغییر ترکیب میکروبیوم در بیماری‌های مختلف ایمنولوژیک، متابولیک، سرطان‌ها و بیماری‌های روانی مشاهده شده که در این جا به طور خلاصه به بررسی ارتباط بین میکروبیوم و بیماری‌های سیستم عصبی می‌پردازیم.

## میکروبیوم و منشا آن:

بین سیستم گوارشی (Gut) و مغز ارتباط گسترده‌ای وجود دارد، گات از طریق تولید نوروترنسمیترها، هورمون‌ها و فاکتورهای مرتبط با سیستم ایمنی مانند سایتوکاین‌ها با مغز در ارتباط است. این ارتباط اولین بار توسط Sudo کشف شد، به این صورت که موش‌های germ free در پاسخ به استرس عملکرد ضعیفی داشتند و مطالعات بعدی بر روی این موش‌ها این ارتباط را دقیق‌تر اثبات کرد.

به علت وجود انواع متفاوت باکتری‌ها در روده‌ی انسان و برهم‌کنشی که باکتری‌ها با هم دارند، بررسی اثر خالص یک باکتری در انسان خیلی امکان پذیر نبوده و در بسیاری از اوقات، از موش‌های germ free که در روده‌ی خود هیچ میکروبی ندارند استفاده می‌شود.

درون گات، میکروارگانیسم‌هایی زندگی می‌کنند که به آن‌ها میکروبیوتا و به ژنوم آن‌ها میکروبیوم گفته می‌شود. این میکروب‌ها در هنگام زایمان از باکتری‌هایی که مجرای واژن مادر را کلونیزه کرده اند یا از باکتری‌های کلونیزه شده روی پوست مادر در زایمان‌های سزارین به درون گات وارد میشوند و تا ۳ سالگی کامل می‌شوند. انسان‌ها فقط در ۱۰ درصد از میکروبیوم خود با یکدیگر مشترک هستند، این در حالی است که از نظر ژنوم ۹۹.۹ درصد شباهت وجود دارد. اغلب باکتری‌های تشکیل دهنده میکروبیوم Phomocutes و Bacteroides هستند. تغییر این ترکیب که به آن dysbiosis می‌گوییم، در ارتباط با بیماری‌های مختلفی دیده شده است.



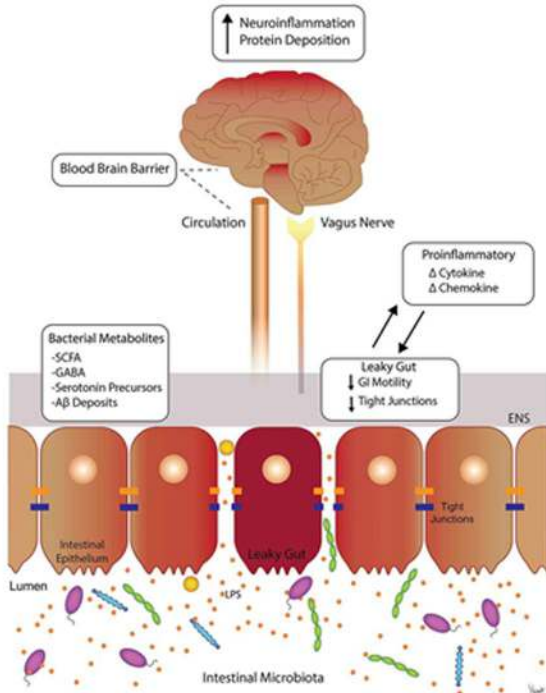




باکتری‌ها از چند طریق عمده اثرات خود را بر سیستم عصبی اعمال می‌کنند:

- تولید هورمون‌ها و مواد شبه هورمونی
- تولید نوروترانسمیترها
- برهم‌کنش با سیستم ایمنی

## میکروبیوم و بیماری‌های سایکولوژیک:



ارتباط بین میکروبیوم و بیماری‌های متابولیکی مثل دیابت، چاقی و کبد چرب شناسایی شده است اما نکته جالب توجه، ارتباط بین میکروبیوم و بیماری‌های روانی مانند افسردگی، اضطراب، اوتیسم و اسکیزوفرنی است.

التهاب مزمن در روده که می‌تواند به leaky gut منجر شود و ارتباط بین سلول‌های اپیتلیال کاهش بیابد، باعث ورود بسیاری از ساتوکاین‌های التهابی به داخل خون می‌شود، مثلاً اینترلوکین ۶ و TNF(Tumor Necrosis Factor) که ارتباط آن‌ها با اختلالات افسردگی و اضطرابی دیده شده است. اثر ساتوکاین‌های پیش التهابی بر روی تغییرات خلقی هم دیده شده است. هم چنین موادی که در مجاورت اپی‌تلیوم گات ترشح میشوند، می‌توانند بر روی پایانه‌های اعصاب پاراسمپاتیک اثر بگذارند، این اعصاب ارتباط مستقیمی با هیپوتالاموس دارند و در نتیجه روی محور هیپوتالاموسی هیپوفیزی آدرنال اثر می‌گذارند که نقش بسیار مهمی در کنترل و پاسخ به استرس دارد. کلونیزه شدن با گونه‌های خاصی از باکتریوئیدس‌ها، به علت تولید مواد ضد افسردگی، در بهبود عملکرد موش‌ها در پاسخ به استرس نقش دارد.

پاراسمپاتیک اثر بگذارند، این اعصاب ارتباط مستقیمی با هیپوتالاموس دارند و در نتیجه روی محور هیپوتالاموسی هیپوفیزی آدرنال اثر می‌گذارند که نقش بسیار مهمی در کنترل و پاسخ به استرس دارد. کلونیزه شدن با گونه‌های خاصی از باکتریوئیدس‌ها، به علت تولید مواد ضد افسردگی، در بهبود عملکرد موش‌ها در پاسخ به استرس نقش دارد.

در مطالعه‌ای که روی موش‌ها انجام شده بود اثر درمان با باکتریوئیدس فراژیلیس در بهبود رفتارهای اوتیسمی نشان داده شد، به این صورت که با ساخت مدل maternal immune activation در موش‌ها ایجاد فنوتیپ اوتیسم کردند و سپس با انجام تست‌های open field exploration, prepulse inhibition, marble-burying, ultrasonic vocalization tests فراژیلیس بهبود فنوتیپ اوتیسمی را نشان دادند. ( در این تست‌ها رفتارهایی از موش را که با رفتارهای مربوط به افراد مبتلا به اوتیسم مشابه بود، مورد سنجش قرار دادند).

تولید اوتوآنتی‌بادی توسط ایمنی هومورال در پاسخ به این آنتی‌ژن‌ها در ارتباط با اختلالات خوردن (eating disorders) نیز دیده شده است. به این صورت که در پاسخ به باکتری heat shock پروتئینی تولید می‌شود که خواص آنورکسیک فاکتور (MSH(α-melanocyte-stimulating hormone را تقلید می‌کند.

## میکروبیوم و بیماری‌های نورولوژیک:

از طرف دیگر ارتباط بین بیماری‌های نورولوژیک خود ایمنی مانند MS(Multiple Sclerosis) با اختلالات میکروبیوم و dysbiosis دیده شده است. اسیدهای چرب کوتاه زنجیری که توسط برخی از باکتری‌ها تولید می‌شود در فعال کردن Tregها در سیستم عصبی مرکزی و جلوگیری از ایجاد خودایمنی نقش دارد. از طرف دیگر در پاسخ به این باکتری‌ها در بدن اوتوآنتی‌بادی ساخته می‌شود که بر سیستم عصبی اثر می‌گذارند و می‌توانند در پاتوژنز بیماری‌های خودایمن نقش داشته باشند.

میکروبیوم روده‌ای با تاثیر بر سلول‌های T آلفا گاما در مننژ، می‌تواند در پاتوژنز بیماری‌های ایسکمیک عروق مغزی اثر بگذارد.

مطالعات نشان داده که در موش‌هایی که مادر آن‌ها دارای باکتری‌هایی در میکروبیوم است که سلول‌های Thelper ۱۷ را تحریک می‌کنند احتمال ابتلا به بیماری‌های نورودژنراتیو زیاد است. حتی تولید آملوئید بتا نیز توسط میکروبیوم انجام می‌گیرد که تنظیم مقدار آملوئید در مغز نقش دارد. هم‌چنین ابتلا به عفونت‌های باکتریایی می‌تواند باعث القای تولید بتا‌آملوئید بشود که هم اثرات ضد باکتریایی و هم پاتولوژیک خواهد داشت.

ارتباط بتاآملوئید با بیماری‌های نورودژنراتیو مثل آلزایمر اثبات شده است. در مطالعه‌ای نشان داده شده است که در مدفوع افراد مبتلا به بیماری پارکینسون مقدار باکتری‌های *Prevotellaceae* نسبت به افراد سالم کاهش یافته و در گروهی از این بیماران که اختلالات شدید حرکتی داشته اند، افزایش مقدار *Enterobacteriaceae* مشاهده شده که به تاثیر این باکتری‌ها بر کنترل فعالیت های حرکتی دلالت دارد.

### خلاصه:

تغییر ترکیب میکروبیوم می‌تواند در اثر نوع رژیم غذایی و مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها رخ بدهد و برخی از ژنوتیپ‌ها و پلیمورفیسم‌ها پتانسیل فرد را برای تغییر ترکیب میکروبیوم بیشتر می‌کند. با توجه به مطالب گفته شده برهمکنش بین میکروبیوم و سیستم عصبی مشهود است اما مطالعات بیشتری برای اثبات اثر دقیق‌تر این برهم‌کنش و رابطه ی علت معلولی بین تغییر میکروبیوم و بیماری‌های مختلف لازم است.

1. Clapp M, Aurora N, Herrera L, Bhatia M, Wilen E, Wakefield S. Gut microbiota's effect on mental health: The gut-brain axis. *Clin Pract.* 2017;7(4):987-.
2. Liang S, Wu X, Hu X, Wang T, Jin F. Recognizing Depression from the Microbiota-Gut-Brain Axis. *International Journal of Molecular Sciences.* 2018;19(6):1592.
3. Gaboriau-Routhiau V, Rakotobe S, Lécuyer E, Mulder I, Lan A, Bridonneau C, et al. The key role of segmented filamentous bacteria in the coordinated maturation of gut helper T cell responses. *Immunity.* 2009;31(4):677-89.
4. Hsiao EY, McBride SW, Hsien S, Sharon G, Hyde ER, McCue T, et al. Microbiota modulate behavioral and physiological abnormalities associated with neurodevelopmental disorders. *Cell.* 2013;155(7):1451-63.
5. Tennoune N, Chan P, Breton J, Legrand R, Chabane YN, Akkermann K, et al. Bacterial ClpB heat-shock protein, an antigen-mimetic of the anorexigenic peptide  $\alpha$ -MSH, at the origin of eating disorders. *Transl Psychiatry.* 2014;4(10):e458.
6. Erny D, Hrabě de Angelis AL, Jaitin D, Wieghofer P, Staszewski O, David E, et al. Host microbiota constantly control maturation and function of microglia in the CNS. *Nat Neurosci.* 2015;18(7):965-77.
7. Matsushita T, Yanaba K, Bouaziz JD, Fujimoto M, Tedder TF. Regulatory B cells inhibit EAE initiation in mice while other B cells promote disease progression. *J Clin Invest.* 2008;118(10):3420-30.
8. Benakis C, Brea D, Caballero S, Faraco G, Moore J, Murphy M, et al. Commensal microbiota affects ischemic stroke outcome by regulating intestinal  $\gamma\delta$ T cells. *Nat Med.* 2016;22(5):516-23.
9. Kumar DK, Choi SH, Washicosky KJ, Eimer WA, Tucker S, Ghofrani J, et al. Amyloid- $\beta$  peptide protects against microbial infection in mouse and worm models of Alzheimer's disease. *Sci Transl Med.* 2016;8(340):340ra72.
10. Scheperjans F, Aho V, Pereira PA, Koskinen K, Paulin L, Pekkonen E, et al. Gut microbiota are related to Parkinson's disease and clinical phenotype. *Mov Disord.* 2015;30(3):350-8.
11. Ambrosini YM, Borchering D, Kanthasamy A, Kim HJ, Willette AA, Jergens A, et al. The Gut-Brain Axis in Neurodegenerative Diseases and Relevance of the Canine Model: A Review. *Frontiers in Aging Neuroscience.* 2019;11(130).
12. Fröhlich EE, Farzi A, Mayerhofer R, Reichmann F, Jačan A, Wagner B, et al. Cognitive impairment by antibiotic-induced gut dysbiosis: Analysis of gut microbiota-brain communication. *Brain Behav Immun.* 2016;56:140-55.



## دست از پا درازتر



مهدی  
امامی

دانشجوی پزشکی  
ورودی مهر ۹۷

کوارکتاسیون آئورت یکی از نقایص مادرزادی قلبی عروقی است که سبب تنگی آئورت می‌شود. این بیماری معمولاً در اوایل تولد شناسایی می‌شود، اما گاهی نیز ممکن است شناسایی آن تا بزرگسالی به تأخیر افتد یا حتی ناشناخته باقی بماند که در این صورت می‌تواند از عوامل مرگ زودرس باشد. در این مقاله به بررسی این بیماری و نحوه درمان و تشخیص آن می‌پردازیم.

### مقدمه:

کوارکتاسیون آئورت، تنگی شریان آئورت است. این تنگی می‌تواند در محل آئورت نزولی، قوس آئورت، آئورت شکمی یا سینه‌ای رخ دهد. محل تنگی اغلب در مجاورت جدا شدن شریان ساب کلوین چپ، در مجاورت محل اتصال لیگامنت شریانی می‌باشد. این بیماری سبب افزایش فشار خون در اندام فوقانی می‌گردد و از سوی دیگر فشار و جریان خون در اندام‌های تحتانی را کاهش می‌دهد. همچنین در دراز مدت زمینه‌ساز آسیب‌های متعدد قلبی عروقی در بدن می‌گردد که از جمله می‌توان به هایپرتروفی قلبی آنوریسم آئورت و عروق مغزی و آسیب به عروق کرونری اشاره کرد.

### اتیولوژی:

اتیولوژی دقیق این بیماری مشخص نیست و گمان براین است که عوامل متعدد ژنتیکی و محیطی می‌توانند در پیدایش آن مؤثر باشند.

### اپیدمیولوژی:

این بیماری ۶ تا ۸ درصد بیماری‌های قلبی مادرزادی را تشکیل می‌دهد که در حدود ۰.۰۶ تا ۰.۰۸ درصد افراد جمعیت را تشکیل می‌دهد. بروز این بیماری در مردان و بانوان مبتلا به سندرم ترنر است. به همین جهت در صورت تشخیص کوارکتاسیون در نوزادان دختر، کاریوتایپ باید مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این بین ابتلای کوارکتاسیون و دولتی بودن درجه آئورت، همبستگی وجود دارد. احتمال بروز بیماری‌های قلبی در اقوام درجه یک و فرزندان افراد مبتلا به کورکتاسیون نیز بالاتر از افراد طبیعی است.

### پاتوفیزیولوژی:

کوارکتاسیون آئورت را تنگ می‌کند، پس می‌تواند فشار خون در اندام فوقانی را افزایش دهد. اما در نتیجه‌ی این تنگی، جریان خون در اندام تحتانی کاهش می‌یابد. در دوران بارداری برون‌ده قلبی و فشار خون در جنین‌های مبتلا به کوارکتاسیون تقریباً عادی است و بنابراین سبب بروز نقص یا عارضه‌ای نمی‌شود. اما در دوره‌ی نوزادی با بسته شدن داکتوس آرتریوزوم و سوراخ بیضی، وجود این تنگی موجب بروز نقص در جریان خروجی از بطن چپ می‌گردد که برای جبران این مشکل، افزایش شدت انقباض، هایپرتروفی قلب و به دنبال آن افزایش فشار خون رخ می‌دهد. همچنین به دنبال این تنگی، مقدار جریان خون به اندام‌های تحتانی کاهش چشمگیری می‌یابد و برای جبران این نقص، شریان‌هایی همچون اینترکوستال اینترنال مامیلاری و اسکپیولار گسترش می‌یابند تا بتوانند ناحیه تنگی را دور بزنند. با این حال موارد ذکر شده تنها در حالت‌های خفیف بیماری می‌توانند مؤثر باشند و در بیماران با تنگی شدید امکان هایپرتروفی و گسترش عروق جانبی وجود ندارد و بیمار به دلیل ناتوانی در تحمل حجم بالای خون دچار عوارض شدید قلبی و در نهایت مرگ می‌شود. در موارد خفیف تر بیماری هم وجود بلند مدت تنگی، سبب افزایش احتمال بیماری‌های بطن چپ، مشکلات میترال و عوارض متعددی می‌گردد.

## تظاهرات بالینی:

تظاهرات کوارکتاسیون با توجه به سن متفاوت است:

**تظاهرات نوزادان:** کوارکتاسیون در اغلب نوزادان بدون علامت است که در این موارد یا شدت تنگی کم است و یا وجود مجرای شریانی باز (PDA) از بروز علائم جلوگیری می‌کند. در این نوزادان، نبض شریان فمورال وجود ندارد و یا ممکن است ضعیف یا با فاصله‌ی زمانی نسبت به نبض اندام فوقانی باشد. همچنین ممکن است این نوزادان دارای علائمی همچون صداهای غیرطبیعی قلبی، مشکلات تغذیه‌ای، تعریق سرد، بزرگی کبد، مشکلات تنفسی یا رنگ‌پریدگی باشند.

کودکان و نوجوانان: در این دسته از بیماران هم فشار خون شریانی در اندام‌های فوقانی بالا است و بیش از اندام‌های تحتانی است، نبض اندام تحتانی یا وجود ندارد یا بسیار ضعیف می‌باشد. همچنین وجود پاهای سرد از دیگر علائم این بیماران است. علائمی مانند درد قفسه سینه، لنگی (Claudication) در هنگام راه رفتن به دلیل کاهش خون‌رسانی نیز دیده می‌شوند. به صورت منطقی می‌توان استدلال کرد که این بیماران دارای اندام تحتانی کوچکتری نسبت به اندام فوقانی هستند که نام مقاله نیز بر گرفته از همین واقعیت می‌باشد.

**بزرگسالان:** این بیماران نیز فشار خون بالای در اندام فوقانی دارند و اختلاف فشار بین اندام تحتانی و فوقانی زیاد است. نبض اندام تحتانی در این افراد ضعیف است. این بیماران فاقد علائم خاصی هستند، اما به دلیل افزایش فشار خون دچار عوارضی همچون نارسایی قلبی، خون دماغ شدن مکرر، آنوریسم عروق مغزی، سردرد و پارگی و آنوریسم آئورت می‌شوند. همچنین به دلیل عدم خون‌رسانی مناسب اندام تحتانی، ضعف ماهیچه‌ای و خستگی نیز ایجاد می‌شود.

## تشخیص:

تشخیص کوارکتاسیون پیش از تولد بسیار سخت و چالش‌برانگیز است. در هنگام تولد تشخیص این بیماری با علائمی همچون فشارخون بالای اندام فوقانی و ضعف نبض اندام تحتانی انجام می‌شود که این تشخیص به وسیله روش‌های تشخیص غیرتهاجمی همچون اکوکاردیوگرافی، تصویربرداری رزونانس (MRI)، سی‌تی‌آنژیوگرافی و آنژیوگرافی انجام می‌شود. اهمیت تشخیص در سنین ابتدایی بسیار بالا است؛ چرا که درمان تنگی تا حد زیادی می‌تواند از عوارض ناشی از افزایش فشار خون در سال‌های آینده جلوگیری کند.

## درمان:

برای درمان کوارکتاسیون راه‌های متفاوتی وجود دارد که با توجه به شدت بیماری، سن بیمار و سیستم بهداشتی جامعه می‌تواند شامل مواردی همچون اعمال تهاجمی مثل جراحی یا اقدامات کم تر تهاجمی مثل کاتتریزاسیون باشد.

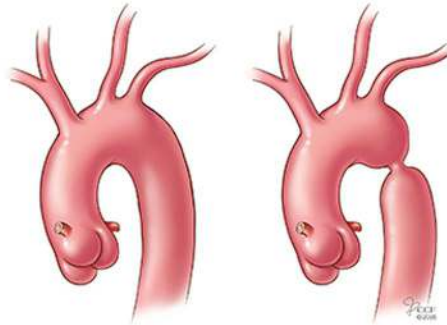
در روش جراحی با دسترسی مستقیم به آئورت از طریق شکاف قفسه سینه، تنگی درمان می‌شود. در این شیوه، محل تنگی بریده و سپس مورد آناستاموز قرار می‌گیرد. در روش دیگری نیز در محل تنگی، بای‌پس بین یک شریان و آئورت نزولی جریان خون را تا حدودی به حالت طبیعی باز می‌گردد. در شیوه‌ی دیگری نیز با اتصال شریان ساب‌کلاوین چپ به محل تنگی، درمان انجام می‌شود.

در سال ۱۹۸۲ برای اولین بار در درمان کوارکتاسیون از روش کاتتریزاسیون استفاده شد. در این روش از بالون برای باز کردن شریان تنگ شده استفاده شد. با مرور زمان و ارتقای روش‌های مداخله باز، فنر (استنت) نیز برای باز نگه داشتن تنگی استفاده شد. با گذشت زمان فرآیند انجام کوارکتوپلاستی به وسیله کاتتریزاسیون توسعه یافت، به گونه‌ای که امروزه در اکثر موارد به‌عنوان گزینه اولیه درمان شناخته می‌شود. برای انجام کاتتریزاسیون معمولاً از شریان فمورال استفاده می‌شود. امروزه جهت درمان کوارکتاسیوناز روش مشتق از بالون و استنت‌گذاری استفاده می‌شود. در نهایت باید اشاره کرد بیماری کوارکتاسیون قابل بهبود است، اما درمان قطعی برای آن وجود ندارد و احتمال تنگی مجدد، بالا بودن فشار خون و عوارض دیگر ناشی از فشار خون بالا و مشکلات قلبی و عروقی برای بیماران وجود دارد.



## پیش آگهی بلند مدت:

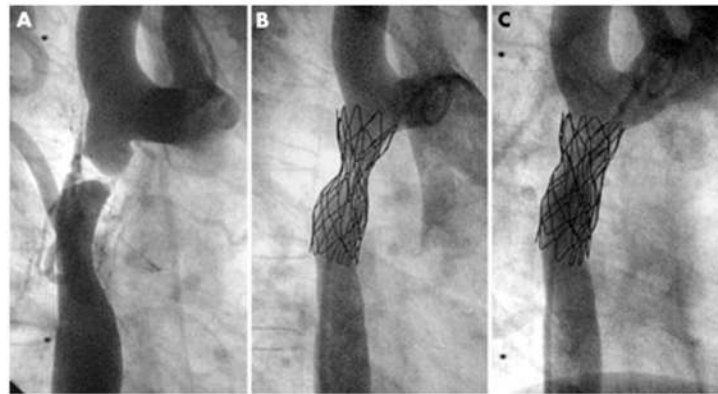
پیش آگهی این بیماران در صورت درمان تا حدودی خوب است و شانس بقای ده ساله برای آنها بیش از ۹۰ درصد می‌باشد و هر چه درمان سریع‌تر باشد، احتمال بقا نیز افزایش می‌یابد. اما پرفشاری خون در این بیماران پس از درمان همچنان دیده می‌شود و عوارضی همچون آنوریسم عروق مغزی، آنوریسم آئورت، فلجی اندام، پارگی دیافراگم و نارسایی قلبی برای این بیماران محتمل است. به همین دلیل می‌بایست به‌صورت منظم مورد بررسی‌های قلبی و عروقی مثل اکوکاردیوگرافی، تست ورزش و تصویربرداری‌های مختلف عروقی قرار گیرند. سبک زندگی این بیماران باید شامل فعالیت‌های منظم ورزشی، کنترل وزن و اجتناب از استعمال سیگار مواد مخدر باشد.



وقوع تنگی در آئورت نزولی

## نتیجه گیری:

کوآرکتاسیون یک بیماری نادر است که با ایجاد تنگی در آئورت، سبب بروز پرفشاری خون می‌گردد که در صورت تشخیص و درمان زودهنگام تا حد زیادی می‌توان از عوارض آن جلوگیری کرد.



استنت‌گذاری در محل تنگی

Malek R, Puckett Y. Catheter Management Of Coarctation. ۲۰۲۰ Jul ۱۵. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; ۲۰۲۰ Jan-. PMID: ۳۲۸۰۹۶۴۷.

Law MA, Tivakaran VS. Coarctation of the Aorta. ۲۰۲۰ Nov ۲۰. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; ۲۰۲۰ Jan-. PMID: ۲۸۶۱۳۶۶۳.

Bacha E, Hijzai Z. Management of coarctation of the aorta, UpToDate. Retrieved December ۹, ۲۰۲۰, from [https://www.uptodate.com/contents/management-of-coarctation-of-the-aorta?search=coarctation%20of%20aorta&source=search\\_result&selectedTitle=۲~۱۳۷&usage\\_type=default&display\\_rank=۲#H۲۷](https://www.uptodate.com/contents/management-of-coarctation-of-the-aorta?search=coarctation%20of%20aorta&source=search_result&selectedTitle=۲~۱۳۷&usage_type=default&display_rank=۲#H۲۷)



علی  
خلیلیان پور  
دانشجوی پزشکی  
ورودی بهمن ۹۸

# فقط خودم !!

شخصیت (Personality) را می‌توان آن الگوهای معین و مشخصی از تفکر، هیجان و رفتار تعریف کرد که سبک شخصی فرد را در تعامل با محیط اجتماعی و مادی‌اش رقم می‌زنند. گاهی این الگوها در یک فرد، به گونه‌ای در می‌آیند که آن را یک اختلال تلقی می‌کنیم. اختلال شخصیتی را نیز می‌توان به این صورت تعریف کرد: یک الگوی پایدار و انعطاف‌ناپذیر از رفتار و تجربه‌ی درونی که به شکل ناسازگار در برخورد با محیط و موقعیت‌ها بروز پیدا می‌کند. بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) ده اختلال شخصیتی در سه گروه طبقه بندی شده‌اند. در این مقاله با اختلال شخصیت خودشیفتگی (Narcissistic Personality Disorder)، که در گروه دوم و در دسته بندی افراد دارای احساسات و هیجانات دمدمی و نمایشی جای گرفته است، آشنا می‌شویم و به تفاوت آن با علاقه‌ی معمول انسان به خود می‌پردازیم.

## واژه شناسی:

واژه نارسسیسم (خودشیفتگی) از ریشه لغت یونانی شده نارسیس (نرگس، از اساطیر یونانی) گرفته شده است. بر اساس این افسانه، نارسیس، مرد جوان زیباچهره‌ای بود که از عشق دختری به نام اکو دوری گزید و به همین سبب محکوم به عشق ورزیدن به چهره نقش بسته خود بر آب چشمه شد. نام گل نرگس نیز برگرفته از این افسانه است. زمانی که نارسیس به عشق خود (چهره نقش بسته اش بر آب) نمی‌رسد، آن قدر بر لب چشمه می‌نشیند تا تبدیل به یک گل می‌شود.

## نارسسیسم و تشخیص آن:

گاهی مرز بین سلامت و اختلال بسیار باریک است. این شخصیت انسانی است که خودخواه (علاقه مند به خود) باشد و در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های متفاوت، بسته به نوع شرایط رفتار کند و مواضع خود و سایر انسان‌ها را در نظر بگیرد. به‌طور مثال دریافتن عزت نفس خود و گرمی داشتن آن یک خصلت مهم برای انسان است. اما چه زمانی می‌توان یک الگوی رفتاری را از خودخواهی معمول انسان متمایز کرد و آن را یک اختلال خودشیفتگی نامید؟ پاسخ این سؤال آسان نیست! تحقیقات بسیار زیادی در این زمینه انجام شده است، که ویژگی‌هایی را برای تشخیص رفتارهای نارسسیستیک به ما ارائه می‌دهد. از ویژگی‌های بالینی این بیماران می‌توان به این نکات اشاره کرد: از خصوصیات برجسته‌ی این افراد، تفکر خودمحوری و خودبزرگ‌بینی افراطی است. آن‌ها بر پایه‌ی ذهنیتی خود انگاشته، خود را فردی مهم، منحصر به فرد و برتر می‌دانند و معتقدند که دیگران باید با آن‌ها به طرز خاصی رفتار کنند. رفتار استثمارگرانه در روابط بین فردی آن‌ها، نکته‌ی کاملاً پیش پا افتاده و رایجی است. این‌ها نمی‌توانند همدلی از خود نشان دهند و تنها برای دستیابی به اهداف خودشان، تظاهر به همدردی می‌کنند (سوءاستفاده از دیگران برای پیشروی اهداف خود) علاوه بر این خصوصیات، بزرگ‌نمایی زیاد درباره‌ی استعدادها، حکمرانی، خیال‌بافی‌هایی درباره‌ی قدرت، موفقیت و زیبایی خود و نیاز شدید به تحسین و توجه را نیز می‌توان در این افراد مشاهده کرد. اختلال شخصیت خودشیفته، اختلالی مزمن و صعب‌العلاج است. این گونه بیماران پیوسته باید متحمل ضربه‌هایی شوند که در نتیجه رفتار خودشان با وقایع زندگی بر خودشیفتگی‌شان وارد می‌شود. آن‌ها نمی‌توانند پیری را تاب آورند؛ چون زیبایی، قدرت، و مزایای جوانی برایشان مهم است و دودستی به آن‌ها چسبیده‌اند. به همین دلیل در برابر بحران‌های میانسالی آسیب‌پذیرتر از دیگران‌اند.

برای تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته از پرسشنامه چند وجهی مینه‌سوتا ۲ (MMPI-۲)، پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI-III)، آزمون رورشاخ و تست اندریافت موضوعی (TAT) نیز استفاده می‌شود.



## شیوع شناسی:

طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نرخ شیوع نارسیسیسم در دامنه ای از ۰ تا ۲/۶ درصد در جمعیت‌های نمونه برآورد شده است. همچنین آمده است که ۵۰ تا ۷۰ درصد مبتلایان به این اختلال مرد هستند؛ بنابراین شیوع آن در میان مردان بیشتر از زنان است. خطر وقوع این اختلال در فرزندان افراد مبتلا ممکن است بیشتر از دیگران باشد، چون آن‌ها احساس غیرواقع‌بینانه‌ی همه‌توانی (قدرت مطلق؛ omnipotence)، خودبزرگ‌بینی، زیبا بودن و باهوش بودن را در ذهن فرزندان خود نیز می‌کارند.

## علت شناسی:

برای دستیابی به علل بروز اختلال خودشیفتگی به تبیین سه نظریه در این زمینه می‌پردازیم.

## نظریه روان‌پویشی:

این نظریه بر دو حد آستانه‌ای در رفتار والدین با کودکان خود تأکید می‌کند. بر اساس این نظریه صفات شخصیتی اختلال شخصیت خودشیفته، در فرزندان والدین سرد و بی‌عاطفه، که به ندرت موفقیت‌های کودک را ستایش می‌کنند یا آن‌ها را بی‌ارزش می‌دانند و ترجیح می‌دهند درباره موفقیت‌های خود صحبت کنند، به وجود می‌آید. در اثر این تجربیات، کودکان به دنبال راه‌حلهایی برای مقابله با احساس بی‌ارزشی و عدم پذیرش خود می‌روند؛ یکی از این راه‌حل‌ها دلداری دادن و متقاعد کردن خود به این است که آن‌ها فردی باارزش و بااستعداد هستند؛ محصول این فرایند فردی است که برای استعدادهای خود بزرگ‌نمایی می‌کند و نیازمند جلب توجه است، اعتماد به نفس پایینی دارد و نسبت به دیگران بی‌عاطفه و بی‌اعتناست؛ آنچه این نگرش را تأیید می‌کند، گذشته افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته است؛ زیرا اکثر آن‌ها قربانی بدرفتاری و غفلت بوده‌اند. برخی روانشناسان بالینی نیز به رفتار آستانه‌ای دیگری اشاره دارند؛ آن‌ها معتقدند که محبت بیش از حد والدین و رفتار بیش از حد مثبت آن‌ها باعث می‌شود که فرزندان بیش از حد به خود مطمئن شوند و پاورهای غیرمعقول و خودبزرگ‌بینانه به وجود آورند. جالب اینجاست که شواهد تصادفی نیز تأیید می‌کنند که اکثر افراد مبتلا به خودشیفتگی اولین فرزند یا تنها فرزند خانواده هستند، زیرا در این حالت، والدین برای رسیدگی به فرزند وقت و توجه بسیار زیادی به کار می‌برند.



NARCISSISTIC  
CONCEPT



## نظریه روانشناسی خود:

هاینس کوهاث خاطرنشان کرد که شخص دچار اختلال شخصیت خودشیفته در ظاهر، خود والابینی چشمگیر و خیالات مربوط به موفقیت نامحدود را نمایش می‌دهد. اما این ویژگی‌ها عزت نفسی بسیار شکننده را پنهان می‌کنند. به عقیده کوهاث، «خود» در اوایل زندگی به شکل یک ساختار دو قطبی، با بزرگی و عظمت نارس در یک قطب و بیش آرمانی‌سازی مشروط دیگران در قطب دیگر، پدید می‌آید. وقتی که پدر و مادر با احترام، صمیمیت و همدلی به کودک پاسخ می‌دهند، حس بهنجار ارزش خویشتن را به فرزند هدیه می‌کنند. شکست در کسب عزت نفس سالم زمانی روی می‌دهد که پدر و مادر با تأیید و پذیرش به نمایش‌های کودک در خصوص قابلیت و شایستگی‌اش واکنش نشان نمی‌دهند؛ یعنی به کودک به‌عنوان ابزاری برای پرورش عزت نفس پدر و مادر بها می‌دهند، نه به خاطر ارزشمندی خود او. این کودکان در پذیرش کمبودها و معایبشان مشکل خواهند داشت. به عقیده کوهاث این نقایص در پایه‌ریزی خود پنداشت سالم، باعث پیدایش اختلال شخصیت خود شیفته می‌شود. اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته، در بزرگسالی می‌کوشند تا از طریق جستجوی پایان‌ناپذیر عشق و تأیید از جانب دیگران به حس خودارزشمندی‌شان کمک کنند؛ اختلال شخصیت خودشیفته نتیجه نقص در ساختار «خود» است؛ یعنی «خود»ی انعکاس نیافته که در جستجوی موضوعی آرمانی است. نقص در ساختار «خود»، از نقصان‌ها و کمبودهای دوران کودکی ناشی می‌شود. در دوران کودکی برای جبران یا پوشش نهادن بر این نقایص، ساختارهای ثانوی ایجاد می‌شوند. این مدل با وجود بانفوذ بودن، پژوهش‌های اندکی را برای آزمودن از سر گذرانده است.

## مدل شناختی- اجتماعی:

کارولین مورف و فردریک رودالت (۲۰۰۱) مدلی برای اختلال شخصیت خودشیفته طرح‌ریزی کردند که بر پایه دو عقیده‌ی بنیادی استوار است: نخست اینکه اشخاص دچار این اختلال، عزت نفس شکننده دارند، که تا حدودی به این علت است که سعی می‌کنند باور استثنایی بودن خود را حفظ کنند و دوم اینکه، اهمیت تعاملات بین شخصی برای آن‌ها به خاطر کمک به عزت نفس است، نه به خاطر دست یافتن به نزدیکی و صمیمیت. به عبارت دیگر آن‌ها در بند هدف حفظ تصویری باشکوه از خودشان هستند و این هدف بر تجارب آن‌ها سایه می‌افکند. کارهای مورف و رودالت از این حیث که آن‌ها مطالعات آزمایشگاهی و پژوهشی طراحی کرده‌اند، کاملاً منحصر به فرد است. مورف و رودالت برای ارزیابی این عقیده که اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته سعی می‌کنند باورهای عظمت را در مورد خودشان حفظ کنند، مطالعات مربوط به سوگیری‌ها، در شیوه‌ی ارزیابی اشخاص دچار اختلال از خودشان در موقعیت‌های مختلف را بررسی می‌کنند. برای مثال، در مطالعات آزمایشگاهی، اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته، جذابیت خود برای دیگران و یا کمک‌های خود به فعالیت‌های گروه را بیش از حد برآورد می‌کنند. («دیگران قطعاً به من حسادت می‌کنند، من مسئول بیشترین سهم از پیشرفت‌مان در اینجا بوده‌ام.») در برخی مطالعات، پژوهشگران به آزمودنی‌ها پس‌خوراند دادند که آن‌ها در کاری موفق بوده‌اند (بدون توجه به عملکرد واقعی‌شان)، سپس از آن‌ها خواستند دلایل موفقیتشان را ارزیابی کنند. در این نوع مطالعات، اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته، موفقیت را به توانایی خود نسبت داده‌اند، نه به شانس یا اتفاق؛ بنابراین مجموعه‌ای از مطالعات حاکی از آن است که اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته، سوگیری‌های شناختی دارند که به حفظ باورهای خودبزرگ‌بینی کمک می‌کنند. مورف و رودالت برای ارزیابی اینکه اشخاص دچار این اختلال عزت نفس شکننده دارند یا نه، مطالعات مربوط به میزان وابستگی عزت نفس آن‌ها به پس‌خوراند بیرونی را بررسی می‌کنند.

برای مثال، وقتی به دروغ گفته می‌شود که آن‌ها در یک آزمون IQ شکست خورده‌اند، بسیار بیشتر از دیگران واکنش‌پذیری نشان می‌دهند؛ همچنین، وقتی که گفته می‌شود در کاری موفق شده‌اند، باز هم واکنش‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند. مورف و رودالت استدلال می‌کنند که این آسیب‌پذیری عزت نفس آن‌ها در برابر پس‌خوراند بیرونی از تلاش آن‌ها برای حفظ تصویری کاذب درباره‌ی خودشان نشأت می‌گیرد. بر طبق این نظریه، وقتی که اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته با دیگران تعامل می‌کنند، هدف اصلی آنان حمایت از عزت نفسشان است. این هدف به چند طریق بر طرز رفتار آن‌ها با دیگران تأثیر می‌گذارد. نخست اینکه آن‌ها تمایل به فخر فروشی فراوان دارند؛ این کار در آغاز تأثیر خوبی بر جای می‌گذارد، اما با گذشت زمان، دیگران فخرفروشی مکرر را منفی تعبیر می‌کنند. دوم اینکه وقتی دیگری که در کاری که با عزت نفس ارتباط دارد، بهتر از آنان عمل می‌کند، وجهه آن شخص را خراب خواهد کرد، حتی اگر او مجبور شود با وجهه‌ی آن‌ها نیز همین کار را انجام دهد.





یعنی، تحسین شدن یا دست یافتن به موفقیت رقابتی، برای آن‌ها مهم‌تر از صمیمی بودن با دیگران است. این چهارچوب، درک علت این موضوع را آسان می‌کند که چرا اشخاص دچار اختلال شخصیت خودشیفته، کارهایی می‌کنند که باعث سردی و بی‌زاری دیگران می‌شود و روابط بلند مدت ندارند؛ علاقه اصلی آن‌ها «بردن» است، نه دستیابی به صمیمیت و حفظ آن.

## درمان:

درمان اختلال شخصیت خودشیفته دشوار است؛ چون اگر قرار باشد پیشرفتی در کار حاصل شود، بیمار باید از خودشیفتگی خود دست بردارد! روان‌پزشکانی مثل اتوکرنبرگ و هاینس کوهاث رویکردهای روانکاوانه را برای اصلاح این بیماران پیشنهاد می‌کنند، اما برای آن‌ها معلوم شود اصلاً چنین تشخیصی معتبر هست یا نه، و اگر معتبر است بهترین درمانش کدام است، هنوز پژوهش‌های بیشتری باید صورت گیرد. برخی بالین گران «گروه درمانی» را برای بیماران خود توصیه می‌کنند تا آن‌ها بتوانند چگونگی مشارکت با دیگران را یاد گرفته و تحت شرایط ایده‌آل، واکنشی توأم با همدلی نسبت به آن‌ها نشان دهند. وقتی برای کمک به این افراد از روان‌درمانی استفاده می‌شود، معمولاً روی خودبزرگ‌بینی، حساسیت بیش از حد به ارزیابی شدن و عدم همدلی‌شان تمرکز می‌شود. در شناخت درمانی تلاش می‌شود تا باورهای غلط یا خیال‌بافی‌های این افراد با تمرکز روی تجربه‌های لذت‌بخش روزمره و واقعاً قابل وصول جایگزین شوند؛ در جهت مواجه شدن با انتقاد دیگران و پذیرش آن نیز از استراتژی‌های مقابله‌ای، مثل ریلکسیشن استفاده می‌شود. یکی دیگر از اهداف روان‌درمانی این است که به این افراد کمک شود تا روی احساسات دیگران تمرکز کنند.

چون این افراد در مقابل دوره‌های افسردگی شدید بسیار آسیب‌پذیر هستند، مخصوصاً در میانسالی، افسردگی آن‌ها نیز مورد روان‌درمانی قرار می‌گیرد. هیچ دارویی به‌طور خاص برای درمان اختلال خودشیفتگی وجود ندارد، اما برای بیماران که یکی از علائم بالینی‌شان، چرخش‌های سریع خلق (mood swings) است، لیتیوم را به کار برده‌اند. از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته نمی‌توانند طرد شدن (نتیجه نهایی رفتارهایشان) را تحمل کنند و مستعد افسردگی هستند، داروهای ضد افسردگی به‌ویژه داروهای سروتونرژیک می‌تواند مفید واقع شود. در واقع درمان کوتاه مدت بر تسکین علائمی مانند اضطراب، افسردگی یا علائم جسمانی مرتبط با آسیب نارسیستی تمرکز دارد و علائم ناشی از نگرش و منش نارسیستی را تخفیف می‌دهد. اما در درمان بلند مدت به بازسازی شخصیت پرداخته می‌شود؛ البته تحقق چنین هدفی مستلزم اهداف جزئی‌تر و روشن‌تر نیز هست که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از تقویت همدلی، کاهش خشم و تحریف‌های شناختی.

اتکینسون و هیلگارد (۱۳۹۲). زمینه روانشناسی.

هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، چکیده روان‌پزشکی بالینی، دو

در گنجی، حمزه. آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-۵. دوم

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20366662>

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/9741.php>

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA-۲۰۱۳)

کرینگ، آن ام (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه حمید شمسی پور.

# آلزایمر

## کابوس دنیای سالمندی



علیرضا  
مزروعی

دانشجوی پزشکی  
ورودی مهر ۹۷

احتمالاً همه با شنیدن کلمه‌ی آلزایمر به یاد فراموش کردن می‌افتیم، اما فراموشی و از دست‌دادن حافظه شاید تنها بخش کوچکی از علائم و پیامدهای این بیماری نورودژنراتیو باشد. در این مقاله‌ی کوتاه قصد داریم که ابتدا کمی شما را با ویژگی‌های این بیماری آشنا کنیم و پس از آن چندین راهکار ثابت شده از نظر علمی برای پیشگیری از این بیماری ارائه کنیم.

این بیماری بعنوان شایع‌ترین عامل زوال عقل در سالمندان شناخته می‌شود و علائم آن عبارت هستند از: فراموشی، اختلال حافظه، عدم توانایی‌های شناختی و در مواردی واکنش‌های غیرعادی و گاه جنون‌آمیز، بروز رفتارهای غیر مرتبط با سن افراد و مواردی از این قبیل.

طبق بررسی‌های صورت گرفته توسط سازمان بهداشت جهانی و همین‌طور کمیته بین‌المللی آلزایمر در سال ۲۰۱۵ جمعیتی بالغ بر ۴۰ و چهار میلیون نفر با این بیماری درگیر بودند که این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به دو برابر افزایش خواهد یافت.

با وجود بررسی‌هایی که همه روزه توسط هزاران دانشمند صورت می‌گیرد و همین‌طور مقاله‌های بی شماری که در رابطه با آلزایمر نوشته شده، همچنان علت اصلی این بیماری یافت نشده و تنها نشانه‌های بروز این بیماری مورد بررسی قرار گرفته است. فرضیه‌ی معروف به فرضیه‌ی بتا آمیلوئید (beta amyloid hypothesis) در رابطه با علت بیماری آلزایمر مطرح شده که در آن پلاک‌هایی از جنس پروتئین  $\beta$  amyloid به نام پلاک‌های آمیلوئید (amyloid plaque) در خارج از نورون‌های CNS و به خصوص بخش کورتکس مغز مشاهده می‌گردد. این تغییرات مربوط به خارج از نورون‌ها می‌باشد، اما تغییراتی نیز در داخل نورون‌ها دیده می‌شود که عبارت است از تجمع پروتئین تاو (tau protein). برای این پروتئین، نقش‌های گوناگونی در سلول‌های بافت‌های پوششی و عصبی تشخیص داده شده است، ولی نقش اصلی آن در سلول‌های عصبی، تثبیت میکروتوبول‌ها و همین‌طور کمک به نقل و انتقالات مواد داخل نورون می‌باشد.

پروتئین تاو در نورون‌های دستگاه عصبی مرکزی به فراوانی و در آستروسیت‌ها و الیگودندروسیت‌ها به میزان کمتری یافت می‌شوند. پروتئین‌های تاوی که کارکرد خود را در تثبیت کردن ریزلوله‌ها از دست داده‌اند، عامل اصلی بیماری‌های مرتبط به زوال عقل مانند آلزایمر و پارکینسون هستند.

در بیماری آلزایمر تاو غیرطبیعی از ریزلوله‌ها جدا شده و باعث از هم پاشیدن ریزلوله‌ها می‌شود hyperphosphorylated در پروتئین‌های تاو باعث خودسامانی و در نهایت ایجاد کلافه‌های عصبی رشته ای می‌شود. به وجود آمدن این کلافه‌ها در داخل نورون، جابجایی و ترابری سلول را از کار می‌اندازد و باعث مرگ سلول می‌شود. این پدیده باعث گسست و قطع ارتباط نورون‌ها در قسمت‌های خاص مغز و نهایتاً از دست دادن حافظه می‌شود.

همان‌طور که در ابتدای متن نیز اشاره شد، هنوز علت این فرآیندها در مغز انسان مشخص نشده است. اما می‌توان با انجام فعالیت‌هایی که به‌طور مختصر به آنها اشاره می‌کنم، این روند را متوقف و گاهی معکوس کرد به شکلی که کمک گرفتن از این عوامل به‌طور میانگین حدود ۷ تا ۵۰ درصد افزایش عملکرد نسبت به قبل را در بیماران مبتلا به آلزایمر نشان داده است.



## ورزش منظم و افزایش کارایی پمپ عضلانی خون:

در تحقیقی که توسط دانشگاه آکسفورد انگلستان صورت گرفت و گروهی از افراد ۵۰ تا ۶۰ سال را به مدت ده سال مورد پیگیری قرار دادند، مشاهده شد که داشتن فعالیت بدنی که ضربان قلب را به بالاتر از ۱۳۰ ضربان در دقیقه ببرد و همین‌طور انجام فعالیت منظم بدنی به مدت ۱۵۰ دقیقه در هفته، می‌تواند در افراد مختلف ریسک ابتلا به بیماری آلزایمر را از ۳۰ درصد تا ۷۰ درصد کاهش دهد. توجیه علمی این پدیده به افزایش خون‌رسانی به کورتکس و همین‌طور فعالیت بخش مخچه مغز و تقویت ارتباطات نورون‌های قشر پیش مرکزی (precentral gyrus) منجر می‌شود.

## حفظ سلامت عروق (vascular health):

با کند کردن فرایند تصلب شریانی (atherosclerosis) می‌توان باعث حفظ خون‌رسانی CNS شد که تأثیر مستقیم در کاهش ریسک مبتلا شدن فرد به آلزایمر دارد.

## کنترل استرس (stress management):

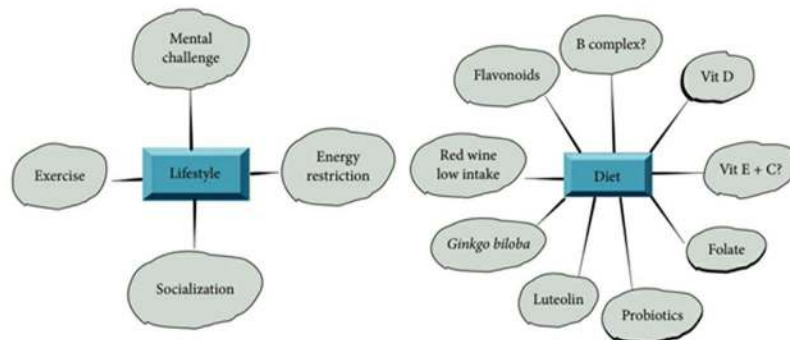
در رابطه با تأثیر استرس بر روی آلزایمر، هنوز شواهد علمی محکمی ارائه نشده است، اما در پاره‌ای از مقالات به این موضوع اشاره شده که تأثیر مثبت استرس بر روی ریسک ابتلای فرد به آلزایمر دیده می‌شود.

## انجام فعالیت‌های مغزی (brain and mental activation):

با انجام فعالیت‌هایی که تحریک الکتریکی نورون‌های مغز را افزایش می‌دهد، می‌توان خارهای دندریتی (dendritic spine) را حفظ کرد. این خارهای دندریتی (dendritic spine) در فرآیند حافظه و همین‌طور شکل‌گیری مسیرهای یادگیری فعالیت‌ها و موارد جدید عمل می‌کند. برای مثال فرد می‌تواند کارهای روزمره خود را با دست مخالف انجام دهد تا فعالیت کورتکس مغز افزایش پیدا کند یا استفاده از بازی‌ها و همین‌طور جداول که نیاز به تفکر و فعالیت‌های مغزی دارد، نقش مؤثری در کنترل آلزایمر ایفا می‌کند.

## رژیم غذایی کتوژنیک (ketogenic diet):

در چندین تحقیق صورت گرفته، مشخص شده است که افرادی که دچار درجات شدید آلزایمر هستند، با مصرف رژیم غذایی که حالت کتوژنیک را در خون آنها افزایش می‌دهد، بهبودی‌هایی مشاهده می‌کنند. پس عدم استفاده از کربوهیدرات‌ها و همین‌طور کاهش مصرف قندهای ساده می‌تواند در پیشگیری از ابتلا به آلزایمر و همین‌طور کاهش ریسک مبتلا شدن به دیابت نوع دو در افراد بالاتر از ۵۰ سال مؤثر باشد.



به کمک رعایت چند عاملی که در بالا به آنها اشاره شد، می‌توان کمک بزرگی به جامعه سالمند کرد و همین‌طور اگر افراد در سنین پایین‌تر به رژیم غذایی خود و همین‌طور فعالیت‌های بدنی اهمیت بیشتری بدهند، این بیماری ناتوان‌کننده و بسیار پرهزینه قابل کنترل می‌گردد.



نرگس  
اسدی

دانشجوی پزشکی  
ورودی بهمن ۹۶

# BURNOUT

این روزها با پیشرفت در حوزه سلامت روان دانشجویان و مطالعات بسیاری که در این زمینه انجام شده، پدیده burnout دلیل نتایج فوق العاده خطرناکی که دارد، به عنوان موضوعی داغ تلقی می‌شود. در این میان دانشجویان پزشکی به عنوان پزشکان آینده و عهده‌داران سلامت جامعه، هدف مطالعه قرار گرفته‌اند.

سابقاً گمان می‌رفت که burnout تنها در پزشکان و زمانی که آموزش‌های تئوری جای خود را به آموزش‌های عملی می‌دهند و هنگامی که شور و شوق پزشکی به فعالیت‌های درمانی روتین مبدل گشت، دیده می‌شود اما امروزه نه تنها این پدیده در پزشکان تازه کار و دانشجویان پزشکی نیز دیده شده است، بلکه بیشتر بودن آمار burnout در نسل جدید نسبت به نسل قدیمی تر، اهمیت توجه به burnout و پیشگیری از آن را دوچندان می‌کند. بطوری که طی تحقیقاتی که در دانشگاه‌های ایالات متحده صورت گرفت، ۴۵ تا ۷۵ درصد از دانشجویان دچار burnout شده بودند. کمترین میزان burnout در دانشجویان سال‌های اول است و مطالعات نشان می‌دهند که با گذشت هر سال تحصیلی، احتمال وقوع burnout بیشتر می‌شود.

## burnout چیست؟!

Burnout در زمینه‌های ورزشی، موسیقی و حرفه ای (professional) معانی متفاوتی دارد که در زمینه‌ی حرفه ای (حوزه اصلی زندگی فرد، مانند وظایف و دروس دانشگاهی و یا برای افراد فارغ التحصیل، محیط شغلی) به معنای تجربه‌ی خستگی مزمن، کاهش انرژی و کم‌رنگ شدن انگیزه‌ها در آن حوزه می‌باشد.

تعریفی که Mesh به ما ارائه می‌دهد عبارت است از: پاسخ فرد به محیط استرس‌زای تحصیلی/شغلی که به صورت احساس خستگی ذهنی و جسمی، آشفتگی و احساس شکست می‌باشد. اما تعریف دقیق‌تر burnout طبق پرسشنامه تخصصی Maslach، شامل سه کاراکتر به شرح زیر می‌باشد:

۱. خستگی عاطفی: به عنوان برجسته‌ترین نشانه ایجاد burnout در فرد تلقی می‌شود و شامل خلأ عاطفی و کم‌رنگ شدن انگیزه‌ها می‌باشد.

۲. تغییر خلق و خو: بدین معنا که فرد با شخصیتی که بدان شناخته شده بوده است تفاوت پیدا کرده و برای مثال با افرادی که با آنها در ارتباط است، رفتاری منفی، بدبینانه و غیرمنطقی دارد. در محیط بیمارستان، این رفتارها نسبت به بیماران صورت گرفته که علاوه بر اینکه به احساسات بیمار اهمیت نداده با بیمار نیز مانند شیء برخورد می‌کند (impersonal behavior).

۳. کاهش موفقیت‌های فردی: به معنای کاهش احساس رقابت طلبی و مفید واقع شدن که در نهایت به کاهش موفقیت‌های تحصیلی/شغلی می‌انجامد.

## دلایل ایجاد:

**حجم کاری زیاد:** پزشکی، فی نفسه رشته‌ایست که حجم کاری زیادی دارد و تلاش زیاد می‌طلبد و مدت طولانی تحصیل در این رشته تا زمان گرفتن تخصص، حداقل ۱۰ سال می‌شود و همچنین سال‌های طرح و شیفت‌های بیمارستانی، بر این سختی می‌افزایند.

**مسئولیت‌های پیچیده و سنگین:** این مورد که بیشتر برای پزشکان سابقه‌دار صدق می‌کند، بدین معناست که پزشک، علاوه بر مراقبت از بیماران، وظایفی مانند نظارت و آموزش نیروی کاری جوان، رهبری و مدیریت گروه‌ها و بخش‌ها و انجام فعالیت‌های تحقیقاتی را نیز برعهده دارد.



**استرس:** مدت طولانی تحصیل و امتحانات زیادی که یک دانشجوی پزشکی می‌گذراند، به خوبی معرف میزان استرسی که بر وی وارد می‌شود، می‌باشد. پزشکان در مسئله مرگ و زندگی دخیل هستند. بودن در شرایط اورژانس و یا از دست دادن بیمار، بار عاطفی سنگینی بر پزشک برجای می‌گذارد و تازه این جدای از مسئولیت سنگینی است که این حرفه بر دوش پزشک قرار می‌دهد.

**فرهنگ و باور اشتباه:** فرهنگی غلط میان دانشجویان پزشکی و بعداً در پزشکان وجود دارد بدین قرار که وظایف پی در پی این رشته و موفقیت در آن‌ها را بر خود و مسائل خانوادگی اولویت می‌دهند. این الگوی رفتاری اشتباه موجب عدم تعادل بین زندگی شخصی، درس و کار شده و به burnout منتهی می‌شود. کمال‌گرایی و احساس مسئولیت بیش از حد این افراد، تعیین مرز بین زندگی و کار را سخت‌تر می‌کند.

**ارتباط با بیماران:** مطالعات نشان داده است که نداشتن رابطه‌ای موثر با بیماران و عدم توانایی و مهارت در رساندن خبر بد به بیمار و یا خانواده وی، با ایجاد burnout در پزشک رابطه‌ای مستقیم دارد و هرچه که این رابطه مناسب‌تر صورت بگیرد، میزان خستگی عاطفی در پزشک نیز کاهش می‌یابد.

**عدم وجود خودباوری (عدم باور به توانایی‌های خود):** چنین افرادی پشتکار زیادی برای رسیدن به موفقیت خرج نمی‌کنند و بیشتر از سایرین احساس اضطراب می‌کنند، که هر دو بعد burnout ( از نظر احساسی و دستاورد های شخصی) را تحت پوشش قرار می‌دهند.

**وجود impostorism در فرد:** impostorism یا IS (impostor syndrome) حالتی روانی می‌باشد که فرد به خود و توانایی‌های خود شک می‌کند و دچار ترس از شناخته شدن به کم‌هوشی می‌شود. علیرغم وجود شواهدی مبتنی بر دستاوردهایی که داشته‌اند، افراد درگیر IS، احساس می‌کنند نسبت به بقیه هوش کمتری دارند و نمی‌توانند از پس رقابت با دیگران بر بیایند. با توجه به لغت impostor که به معنای کلاهبردار و دغل‌باز می‌باشد، این افراد به مرور دچار این تفکر می‌شوند که جایگاه کنونی خود را با دغل‌بازی بدست آورده‌اند و نه با تلاش و هوششان. این حالت که بیشتر در خانم‌ها دیده شده است، به burnout و کاهش عملکرد مفید منتهی می‌شود. طبق مطالعه‌ای که در ایالات متحده انجام شد، درصد قابل توجهی از دانشجویان دچار impostorism بودند که اهمیت رسیدگی به این مشکل را بوضوح نشان می‌دهد.

**عدم علاقه دانشجوی پزشکی به این رشته:** انتخاب این رشته فقط بر اساس آینده شغلی و نه علاقه شخصی که تحمل سختی‌های این رشته را سخت‌تر می‌کند.

## مضرات:

- طی مطالعه‌ای که بر دانشجویان دچار burnout انجام شد، مشخص شد که آن‌ها در گذشته به خودکشی و انصراف از دانشگاه فکر کرده‌بوده‌اند که نشان‌دهنده وجود افسردگی در این دانشجویان می‌باشد.
- کاهش بازدهی مطالعه در دانشجویان و کاهش تشخیص مناسب در پزشکان و در رابطه با بیماران، کاهش رضایت و امنیت بیماران و مراقبت از آنها، افزایش خطاهای پزشکی و در کل، اثرات خطرناک بر سیستم سلامت.
- مصرف الکل و مواد مخدر مختلف در دانشجویان و پزشکان دچار burnout بیشتر دیده شده است.



## پیشگیری و درمان:

- ایجاد فرهنگ جدید: آموزش دانشجویان پزشکی و پزشکان درباره اهمیت مراقبت و آگاهی از خود و تعادل بین درس و کار و زندگی.
- انجام دادن فعالیت ورزشی منظم، استراحت و خواب کافی و داشتن رژیم غذایی سالم.
- بهبود روابط اجتماعی دانشجویان و پزشکان، تشویق به کارگروهی، داشتن رابطه مناسب با بیماران و همکاران و همکلاسی‌ها که همگی منجر به داشتن حمایت اجتماعی (social support) و جلوگیری از burnout می‌شوند.
- کمک پذیر بودن
- کنترل استرس و استفاده از استراتژی‌های کنترل احساسات.

● انتخاب اهداف چالش برانگیز: طی مطالعه‌ای که بر دانشجویان با سطح خودباوری بالا انجام شد، این دانشجویان بیشتر اهداف چالش برانگیز انتخاب کرده و به عنوان افرادی فعال و چندان‌بُعدی شناخته شده بودند، انتخاب این اهداف و تلاش بر مدیریتشان سطح خودباوری شما را افزایش می‌دهد.

مطالعات نشان می‌دهند که از میان همه‌ی راهکارهای پیشنهاد شده برای جلوگیری از burnout، انجام فعالیت فیزیکی و برخورداری از حمایت اجتماعی (social support) از سایرین مؤثرتر هستند.

**همچنین طی مطالعه‌ای که بر دانشجویان پزشکی آلمان صورت گرفت، عادت‌ها و کارهای مفید و مضر که دانشجویان برای دست و پنجه نرم کردن با burnout انجام می‌دهند دسته بندی شد:**

**عادت‌های مضر که نمی‌توانند burnout را بهبود ببخشند:** نوشیدن مشروبات الکلی- پرخوری یا کم خوری- مصرف داروهای ضدافسردگی- گذراندن وقت طولانی در اینترنت- مصرف داروهای آرامبخش- انجام بازی‌های کامپیوتری و یا بازی‌های موجود در گوشی‌های همراه- فکرکردن بیش از حد- سیگار کشیدن- هدردادن پول با خرید وسایل غیرضروری.

**عادت‌های مفید و مؤثر بر بهبود burnout:** درخواست و قبول کردن حمایت از طرف دوستان و خانواده - ورزش کردن- استراحت کردن- کتاب خواندن- آشپزی یا شیرینی‌پزی- ارتباط با خدا یا دعا کردن- شرکت در فعالیت‌های فرهنگی هنری مانند تماشای تئاتر- یادگیری موسیقی- انجام تمرینات ریلکسیشن- دریافت پشتیبانی و حمایت از پدر و مادر- لذت بردن از طبیعت و پیاده‌روی - داشتن رابطه عاشقانه موفق.

در نهایت، پدیده burnout پدیده‌ای شایع میان دانشجویان پزشکی و پزشکان بوده و توجه و مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است. همچنین مسئولین، استادها و سازمان‌ها باید به سیاست‌گذاری بیشتری در این زمینه رو بیاورند. توجه و ارزیابی سلامت روان دانشجویان باید جدی تر و همه‌جانبه‌تر انجام شود. آگاهی بخشی از پدیده burnout باید در اولویت برنامه‌ها قرار بگیرد تا پیشگیری از وقوع آن از همان سال‌های ابتدایی تحصیل انجام شود. بنابراین نتایج زیان بارتر کم‌تر، دانشجویانی شادتر و فعال‌تر و پزشکانی سالم‌تر خواهیم داشت.



## جسمانی سازی



سارا باقریه

دانشجوی پزشکی  
ورودی مهر ۹۷

سوماتیزاسیون یا جسمانی سازی عبارت است از تمایل به تجربه ناراحتی، درد یا پریشانی جسمی در پاسخ به استرس روانی و جستجوی کمک برای آن.

این اختلال یک مشکل بزرگ پزشکی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشد و اغلب با اختلالات افسردگی و اضطراب همراه است و هسته اصلی مجموعه‌ای از اختلالات روان‌تنی به نام اختلالات سوماتوفرم (somatoform) را تشکیل می‌دهد. اشاره به این نکته ضروری است که جلوگیری و مدیریت شکل مزمن آن بسیار پرهزینه و دشوار بوده و بار زیادی را بر اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند.

سوماتیزه شدن که در مرز بین روانپزشکی و پزشکی رخ می‌دهد، یک مسئله گسترده و عمدتاً حل نشده است. بیماران سوماتیزه شده (یعنی کسانی که به طور مکرر از علائم جسمانی و دردهایی شکایت دارند که یا فاقد پایه‌های ارگانیک و فیزیولوژیک قابل اثبات هستند و یا شدیدتر از آنچه هستند که براساس یافته‌های پزشکی انتظار می‌رود داشته باشند) غالباً مشکلات تشخیصی و مدیریتی دارند به این معنا که این افراد ممکن است از اختلالات روانپزشکی رنج بکشند اما به دلیل عدم توانایی سیستم بهداشتی در تشخیص این موضوع و به زعم داشتن مشکل جسمی، تمایل زیاد به استفاده از مراقبت‌های پزشکی داشته و در نتیجه افزایشی قابل توجه در هزینه‌های بهداشتی-درمانی پیش می‌آید در حالی که هیچ نوع بهبودی در شرایط آن‌ها حاصل نمی‌شود. روانپزشکان تا این اواخر توجه نسبتاً کمی به این بیماران داشته‌اند و غالب مطالعات آن‌ها معطوف به بیماران هیستریک (hysterical = افراد مبتلا به هیستری) شده که سابقاً نام گستره‌ای بیماری‌ها با علایم نسبتاً مشابه بوده است. با این حال، در چند سال گذشته، با توجه به گسترش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به این اختلال و اهمیت یافتن مسایل اقتصادی در حیطه درمان تعداد فزاینده‌ای از مطالعات روانپزشکی و کتب مختلف و بررسی‌های آزمایشگاهی مربوط به جنبه‌های مختلف سوماتیزاسیون منتشر شده.

### سیر تحول تعریف سوماتیزاسیون:

اصطلاح "سوماتیزاسیون" توسط استکل در اوایل قرن ۲۰ معرفی شد به این مفهوم که «یک نوروژ عمیق می‌تواند باعث یک اختلال بدنی شود» و بنابراین توسط بسیاری از افراد با اختلال "conversion" یا "تبدیل" اشتباه گرفته شد، که طی آن یک یا چند علامت نورولوژیک مثل نابینایی یا فلجی بدون هیچ توضیح فیزیولوژیکی بروز پیدا می‌کنند. مننیر برای کاهش این ابهام تعریف دیگری ارائه داد و سوماتیزاسیون را «بیان احشایی اضطراب دانست که برای پیشگیری از درک هشیارانه آن و به خطر افتادن سلامت روانی فرد مضطرب صورت می‌گیرد». وی هم چنین به طبقه بندی سوماتیزاسیون پرداخت و آن را حاوی گستره‌ای از اختلالات اعم از فشار خون بالا تا ناتوانی جنسی دانست. این تعاریف نشان می‌دهد که روانکاوها در گذشته از اصطلاح "سوماتیزاسیون" بیشتر برای اشاره به مکانیسم‌های دفاعی ناخودآگاه استفاده کرده‌اند و این اختلال را در اصل یک واکنش غیرعینی مغز به استرس و اضطراب دانسته‌اند. در صورتی که امروزه می‌دانیم این موضوع کاملاً صادق نیست و تعریفی که باید مورد توجه قرار بگیرد توصیفی است، به معنای این که به هیچ وجه نباید با تعاریف و مفاهیم غیرعینی و تحلیلی از قبیل "مکانیسم‌های دفاعی" اشتباه گرفته شود. سوماتیزاسیون همانطور که پیش تر اشاره شد تمایل به تجربه پریشانی و علائم جسمی است که نمی‌توان با یافته‌های پاتولوژیک توضیحشان داد.

به این مفهوم که با یک اختلال کاملاً توصیفی مواجه هستیم که غالباً در مواجهه با استرس‌ها و تعارضات اضطراب‌آور زندگی ایجاد شده یا شدت می‌گیرد. نکته بسیار مهم در این تعریف جدید این است که چنین استنباطی از طرف ناظران خارجی است، زیرا افراد سوماتیک معمولاً ارتباط بین پریشانی و علامت جسمی حاصل از آن را نمی‌شناسند و وجود هر نوع استرس زیربنایی را صریحاً انکار می‌کنند. این بیماران علامت خود را صرفاً حاصل از اختلالات و بیماری‌های جسمی می‌دانند و به همین دلیل شدیداً به دنبال مراقبت‌های بهداشتی برای رفع آن هستند و استفاده از مشاوره‌های روانپزشکی را غالباً نمی‌پذیرند و این حالت انکار در کشورهای که بیماری‌های روانی نوعی تابوست بیشتر دیده می‌شود. در نهایت اشاره به این موضوع ضروری است که :

- سوماتیزاسیون، تمام علائم جسمی را که با یافته‌های پاتولوژیک قابل توضیح نیستند شامل نمی‌شود.
- اگرچه که در اکثر مواقع بهترین راه افتراق "hypochondriasis" یا "خود بیمار انگاری" که در آن فرد تمایلی وسواس‌گونه به یافتن علائم و نشانه‌های بیماری در خود دارد از سوماتیزاسیون، تعیین این است که آیا علائم جسمی به دنبال استرس روانی شدید ایجاد شده‌اند یا خیر، اما وقوع سوماتیزاسیون در یک فرد الزاماً به این معنا نیست که وی تحت فشار عصبی شدید بوده بلکه دلایل ناشناخته دیگری هم وجود دارند که همین امر تشخیص و شناسایی ذات سوماتیزاسیون را دشوارتر هم می‌کند.
- بیمار سوماتیزه همواره به دنبال مداخلات و مراقبت‌های پزشکی نیست و همین امر مدیریت این اختلال را دشوارتر می‌کند.

## مشخصات کلینیکی کلی سوماتیزاسیون :



سوماتیزاسیونی که در این نوشته تعریف شده شامل طیف گسترده‌ای از پدیده‌های بالینی متعدد است که در بیماران مختلف غالباً انواع متفاوت و منحصر به فردی از آن بروز می‌کند. یک بیمار سوماتیزه ممکن است با علامت یا علائم جسمی مربوط به هر قسمت آناتومیک یا عملکرد فیزیولوژیک یک یا چند سیستم بدن مراجعه کرده و از هر بیماری جسمی بخشی را تقلید کند.

هر چند علائم در بیشتر مواقع از فردی به فردی دیگر تغییر می‌کند و حتی در اپیزودهای مختلف تجربه شده توسط یک فرد نیز یکسان نیست اما مطالعاتی که انجام شده نشان می‌دهد که درد، به ویژه در نواحی کمر، شکم، قفسه سینه، سر و لگن و عضلات به مراتب شایع‌ترین علامت از بین علائم گزارش شده است.

همچنین شکایت از خستگی، سرگیجه، تنگی نفس و تپش قلب در رتبه‌های بعدی شیوع قرار می‌گیرند. البته حالات و نشانه‌های دیگری هم در بیماران مختلف دیده شده که شیوع کمتری دارد و بیشتر شبیه به علامت‌های اختلال "تبدیل" مثل نابینایی ناگهانی یا همی‌پلجی (فلج یک نیمه ی بدن) بدون هیچ علت شناخته شده و قابل بررسی است.

در آخرین رتبه شیوع هم برخی علائم روانی، همچون توهم و تلاش برای تغییرات افراطی ظاهر بدن و چهره قرار دارد.





## معیارهای تشخیصی سوماتیزاسیون بر طبق DSM IV:

معیارهای لازم جهت تشخیص سوماتیزاسیون در جدول زیر ذکر شده اما لازم است به چند نکته توجه شود.

همه این علایم لازم نیست همزمان مشاهده شود، اما هرکدام ممکن است در طول این اختلال رخ دهد.

اختلال سوماتیزاسیون فی نفسه مزمن است اما نوسان دارد، به این معنا که درجات متفاوتی در طی زمان به خود می‌گیرد و در بعضی دوره‌ها شدت و وخامت کمتر یا بیشتری نسبت به دیگر دوره‌ها خواهد داشت اما به ندرت به طور کامل از بین می‌رود.

حتی در بیماران با سابقه سوماتیزاسیون‌های مداوم، در هر بار مراجعه مجدد بیمار با شکایت درد، معاینه فیزیکی کامل در مناطق مشخص شده برای تشخیص اختلال جسمی و یا حذف آن به عنوان یکی از احتمالات حیاتی است؛ چرا که معاینه پزشکی شواهد عینی و objective در مقابل شکایات ذهنی و subjective بیمار ارایه می‌دهد.

تشخیص اختلال سوماتیزاسیون کار دشواری است، زیرا مشخص نیست که عوامل روانشناختی و روحی- روانی تا چه حد دریافت و ادراک ذهنی درد در بیماران را تشدید می‌کند.

Table 1 Diagnostic criteria for 300.81 Somatization disorder (from the DSM-IV)

<p>A. A history of many physical complaints beginning before age 30 years that occur over a period of several years and result in treatment being sought or significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p>B. Each of the following criteria must have been met, with individual symptoms occurring at any time during the course of the disturbance:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Four pain symptoms: a history of pain related to at least 4 different sites or functions (for example, head, abdomen, back, joints, extremities, chest, rectum, during menstruation, during sexual intercourse, or during urination).</li> <li>2. Two gastrointestinal symptoms: a history of at least 2 gastrointestinal symptoms other than pain (for example, nausea, bloating, vomiting other than during pregnancy, diarrhea, or intolerance of several different foods).</li> <li>3. One sexual symptom: a history of at least 1 sexual or reproductive symptom other than pain (for example, sexual indifference, erectile or ejaculatory dysfunction, irregular menses, excessive menstrual bleeding, vomiting throughout pregnancy).</li> <li>4. One pseudoneurological symptom: a history of at least 1 symptom or deficit suggesting a neurological condition not limited to pain (conversion symptoms such as impaired coordination or balance, paralysis or localized weakness, difficulty swallowing or lump in throat, aphonia, urinary retention, hallucinations, loss of touch or pain sensation, double vision, blindness, deafness, seizures; dissociative symptoms such as amnesia; or loss of consciousness other than fainting).</li> </ol> <p>C. Either (1) or (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. After appropriate investigation, each of the symptoms in Criterion B cannot be fully explained by a known general medical condition or the direct effects of a substance (for example, a drug of abuse, a medication).</li> <li>2. When there is a related general medical condition, the physical complaints or resulting social or occupational impairment are in excess of what would be expected from the history, physical examination, or laboratory findings.</li> </ol> <p>D. The symptoms are not intentionally produced or feigned (as in factitious disorder or malingering).</p>
--

## فاکتورهای اتیولوژیک:

طیف گسترده‌ای از عوامل اتیولوژیک در ایجاد سوماتیزاسیون و یا وخیم‌شدن آن دخیل هستند و تنوع تظاهرات بالینی آن، ذهن پژوهشگران را به سمت چندعاملی بودن آن سوق می‌دهد. این عوامل به عنوان عوامل مستعد کننده، تسریع کننده و نگهدارنده بیماری طبقه‌بندی می‌شوند. عوامل مستعدکننده بیشتر شامل عوامل ژنتیکی، تجربیات یادگیری زودهنگام، شخصیت و ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و... است.

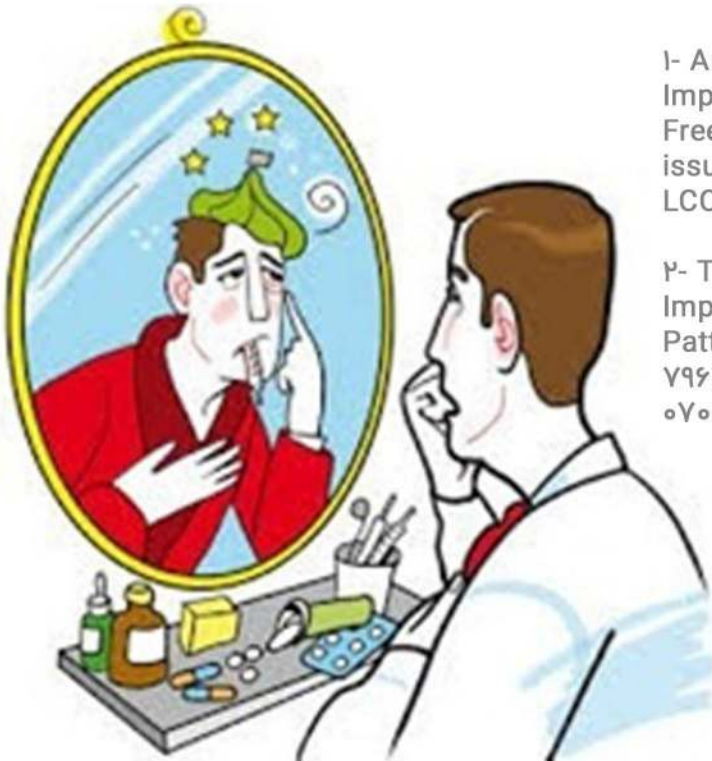
عوامل تسریع‌کننده شامل حوادث و موقعیت‌هایی در زندگی است که به دلیل ادراک ذهنی فرد از آن‌ها، که از دست‌دادن یا تهدید را تداعی می‌کند، استرس‌زا هستند. این عوامل عمدتاً شخص محورند؛ یعنی، غالباً از فردی به فردی دیگر شاهد تفاوت معناداری در آن‌ها هستیم. گرسنگی، بیماری جسمی یا آسیب دیدگی، از بین رفتن روابط عاطفی عمیق و دیدن صحنه مرگ به نظر می‌رسد از شایع‌ترین عوامل تسریع‌کننده باشند.

در نهایت عوامل نگهدارنده بیماری آن دسته از عواملی هستند که در تداوم جسمانی سازی نقش دارند و عمدتاً شامل استعداد ژنتیکی فردی و تعاملی پیچیده بین بیماران و خانواده‌های آن‌ها، پزشکان و سیستم اجتماعی هستند. ویژگی‌های شخصیتی بیماران و تجربیات یادگیری زودهنگام، که قبلاً به آن‌ها اشاره شد، مستعدبودن بیمار برای پیشرفت و پایداری سوماتیزاسیون را تعیین می‌کند.

## جمع بندی:

سوماتیزاسیون یا جسمی سازی، یک مشکل وسیع پزشکی، اجتماعی و اقتصادی در سراسر جهان است که در افراد مختلف بنا به فاکتورهای متفاوت و زیادی بروز می‌کند و عمدتاً در حین یا پس از تجربه فشار روانی و استرس شدید دیده می‌شود. برای جسمانی‌سازی اسامی و تعاریف متعددی در طول تاریخ ارائه شده که به مرور زمان پژوهشگران به تعریفی بهتر، دقیق‌تر و جامع‌تر دست یافته‌اند.

این اختلال چندبعدی و پیچیده است، هم بدن و هم ذهن در ایجاد آن دخالت دارند، عمدتاً هیچگاه به طور کامل از بین نمی‌رود و تجلی حالت بینابینی از سلامت و بیماری است و درد شایع ترین علامتی است که بیماران در مراجعات خود از آن شکایت دارند. همین درد، به لحاظ فردی-اجتماعی باعث می‌شود بیمار، علی‌رغم نداشتن هیچ اختلال جسمی، نه به حدی سالم باشد که بتواند در امور روزانه خود با کارایی بالا و بدون ناراحتی شرکت کند و نه به حدی بیمار است که بتوان تشخیص یا درمان مناسبی برای وی ارائه داد. به لحاظ اقتصادی در اکثر موارد افراد سوماتیزه شده مشاوره‌های روانپزشکی را نمی‌پذیرند و به دنبال درمان جسمانی برای خود می‌گردند که همین امر هزینه زیادی را بر سیستم بهداشتی وارد می‌کند و با نتیجه نگرفتن بیماران از درمان‌ها و مراجعه مجدد آن‌ها، این شرایط بدتر هم می‌شود.



۱- American Journal of Psychiatry  
Impact factor: ۱۳.۳۹۱ (۲۰۱۷)- Editor: Robert Freedman-ISO ۴: Am. J. Psychiatry-First issue date: ۱۸۴۴- Discipline: Psychiatry - LCCN: ۲۲۰۲۴۵۳۷

۲- The Canadian Journal of Psychiatry  
Impact factor: ۳.۶۱۲ (۲۰۱۷)- Editor: Scott Patten- Discipline: Psychiatry- LCCN: ۷۹۶۴۴۳۷۶- OCLC number: ۰۴۶۷۸۴۵۵- ISSN: ۰۷۰۶-۷۴۳۷ (print); ۱۴۹۷-۰۰۱۵ (web)



## راهرو چوبی...

یک اتاق چوبی در یک راهرو چوبی، میان دانشکده تمام سنگی. دیوارهایی که به فکرها اجازه رشد و خلاقیت می‌دهد. قفلی که کلیدش را هرکسی در این خانواده می‌تواند داشته باشد. هر زمان که بخواهند، بیدار است و فعال، و زمان‌های دیگر آرام است و منتظر. اینجا همه یاد می‌گیرند که هر اصلیت و جنسیت و ترم و رشته‌ای که دارند با هم یکی باشند. اینجا ترم بالایی، برای ترم پایینی ارزش قائل است؛ با هم می‌خندند با هم کار انجام می‌دهند. کلاس‌های صبح ساعت هشت، همیشه عذاب‌آور است ولی اینجا حتی تابستان‌ها، بعضی روزها از هفت صبح بچه‌ها به کمیته می‌آیند. دانشکده پزشکی، با قوانین آموزشی سختگیرانه که قطعاً برای آموزش لازم است، کمیته‌ای دارد با محیط پرشور و نشاط دانشجویی که قوه تخیل و تفکر آدم‌ها را فعال می‌کند تا چیزی اضافه کنند به این دنیای سراسر تکراری. اینجا هرکسی مطالب بیشتر بلد هست، کارگاه برگزار می‌کند تا به بقیه یاد دهد، منتی هم برکسی نمی‌گذارد. اینجا کسی وظیفه‌ای ندارد، هم‌هش داوطلبانه است ولی جالب است که کاری روی زمین نمی‌ماند، چون اینجا همه، هم دیگر را دوست دارند و اعضایش پر از روحیه همکاری هستند. الان که چند سال است در کمیته هستم و به آخرهای کار نزدیک می‌شوم، می‌فهمم کمیته شبیه یک رودخانه است که همیشه جریان دارد. بعدی‌ها می‌آیند جای قبلی‌ها و این زنجیره پاره نمی‌شود و چیزی که این زنجیر را محکم نگه داشته یک مدل تفکر نامرئیست، که در ذهن همه‌ی اعضای کمیته وجود داشته است. بیایید همیشه مراقب این جریان زیبا و سرزندگی کمیته‌مان باشیم.

محمدعلی حقیقت‌پناه