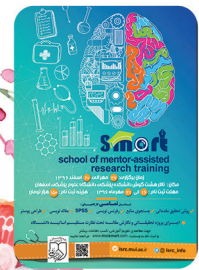


گلستان

نشریه صنفی - علمی سال بیست و دوم - شماره ۴۷ - زمستان ۹۶



سال نویسیار

IRAP

smart



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



فهرست مطالب

گلبانگ

نشریه صنفی - علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

صاحب امتیاز:

کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی

مدیر مسئول: پریا بلوری‌نژاد

سردبیر: سنا بیات

دبیر علمی: نگار جلالی

مدیر اجرایی: علیرضا مرادی

طراح و صفحه آرا: مهدی لطیفی

گروه ویراستاری: علیرضا حاتم‌وند، سارا هاشمی

اسامی هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

نجمه احمدی، هاله اشرفی، مهدی برزگر، پریا

بلوری‌نژاد، سنا بیات، پوریا پارسایی، علی‌رضا

حاتم‌وند، دانش حیدری، محمد ذاکری، نگین

سالمی، سعید سمائی‌نسب، علی صفایی،

کامیاب کریم‌پور، سحر سادات لاله‌زار، نیما

مظفری، مهران منانی، امیررضا منطقی‌نژاد، امید

میرمسیب، علیرضا نجف دولابی

با تشکر از:

دکتر علی دباغ، دکتر یوسف قیصری، دکتر

رویا شرکت، سرکار خانم سلطانی، سرکار خانم

سترگی، معاونت دانشجویی - فرهنگی دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان و همه‌ی کمیته‌چی‌های عزیزی

که یار و همراه ما بودند.

۴	سخن سردبیر
۵	سخن مدیرمسئول
بخش صنفی	
۸	گزارش اولین مدرسه اخلاق در پژوهش
۱۰	بیانیه اخلاق در پژوهش
۱۱	مسابقه نقادی
۱۲	گزارش واحد روابط عمومی
۱۵	گزارش معاونت اجرایی مالی
۱۶	گزارش واحد ارزشیابی
۱۷	گزارش واحد انفورماتیک
۱۸	گزارش واحد آموزش
۱۹	گزارش واحد پژوهش
۲۰	پدر گلبانگ
۲۳	گزارش برنامه اسمارت
۲۶	در حاشیه کمیته

بخش علمی

۲۹	«من» چگونه «من» شد؟
۳۲	پزشکی شخصی شده
۳۵	دغدغه‌ی شیرین نجات
۳۹	دستاورد های هیولای درون
۴۲	پژوهشگر چندبعدی یا تک بعدی؟
۴۳	تازه‌های ام‌اس
۴۶	معرفی کتاب
۴۹	سختی‌های پایان نامه
مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش‌های	
۵۰	دانشجویان دانشکده پزشکی

انجمن پزشکی خدمات بهداشتی درمانی
استان اصفهان



سلام

یه ناتوانی و معلولیت دلنشینه، چون وقتی نمی‌تونی اونطور که باید، از چیزی حرف بزنی یا بنویسی، یعنی «تو چنان در دل من رفته که جان در بدنی!»^۱ اگه از این نوشته سردرنیاوردین، حق دارین. اما اگه یه چیزایی حس کردین، ممکنه شما هم وقتی میاین پیش ما، کمینه اول جای خوبی و بعد حس خوبی براتون بشه. امیدوارم ازش لذت ببرید. پی نوشت: محاوره نوشتم که شاید راحت‌تر بشه حسش کرد....

۲ سعدی



سنا بیات

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۴

ازتون ممنونیم که نشریه‌ی ما رو می‌خوانید. شاید بد نباشه براتون بگم الان کجا هستیم. دقیقا روی یکی از اون نیمکت‌های سنگی جلوی تالار شریعتی نشستم و مجبورم سخن سردبیر بنویسم! بله مجبورم! چون سخنی ندارم. می‌دونید چرا؟ چون یه سری احساسات هستن که نمی‌شه اون‌ها رو در قالب واژه‌ها گنجوند و چیزی که من از کمینه دارم یه حسه، یه حس که همیشه نوشتش. همیشه گفت چیه و چجوریه و چی شد که اینجوری شد. حتی دقیقا نمی‌دونم از کجا شروع شد. شاید از شبی که دوست سطحی سابق و عمیق فعلی گفت می‌خوام درمورد خودت باهات حرف بزنم، نه درمورد گلبانگ! شاید از خونه تکونی کمینه و یه اتفاق خوب خیلی خیلی غیرمنتظره، شایدم از روزی که فهمیدم نمی‌دونم اون‌ی که همیشه می‌خوام چیه. ولی مطمئنم که برای خیلی از کسانی که میان توی کمینه و کمینه‌چی می‌شن، یه اتفاقی میفته که در روزهای پسا-اتفاق، کمینه دیگه یه اسم یا دوتا اتاق چوبی نیست. یه حسه که اون‌ها نمی‌تونن توی قفس واژه‌ها جاش بدن. هرچقدرم که جلوی تالار شریعتی بشینن، آهنگ «شبهه یک رویا» رو گوش کنن و سعی کنن تایپ کنن، فقط می‌تونن بنویسن که گفتنی نیست! و این

۱ گروه دال

نشریه صنفی - علمی گلبانگ - سال بیست و دوم - شماره ۴۷



قصه‌ی حادق شدن

سخن‌مدب مسئول



پریا بلوری نژاد

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱

نمی‌فهمم که خودشون دارن پیر میشن و باید نسل جدید رو راه بدن توی کمیته، این الف.الف.الف^۲ از اون هفت خط هاست. تو روت می‌خنده می‌گه بله حق با توئه ولی الان سه ترمه من تو صف MS RTP ام. خودشون رو راه میدن و MS RTP^۳ شروع می‌کنند و ماها رو علاف کردند.

حرفش تمام شده بود و نزدیک در بودم.

- بیا بریم کافه لمون (آن روزها خیلی تو بورس بود) نه من یه چیزی جا گذاشتم تو کمیته!

- خب باشه ولی اینقد نرو اونجا!

و من دور زدم و رسیدم به کمیته، الف.الف. و سین. ب. و ف. ج. نشسته بودند. الف.الف. که رئیس مافیاست و هفت خط، سین. ب. هم تنها کسی بود که از استفاده‌ی من از کامپیوتر حمایت کرد، روی آن را نداشتم که انتقادی از کمیته را پیش او بازگو کنم. ف. ج. به نظر خیلی مهربان می‌آمد. اوکی هدف انتخاب شد!

تا آنجا رفتیم که در کمیته به چشم من، جریانی تاکنون نامیرا از دوستی، آموختن و حادق شدن وجود دارد. گفتیم اینجا هر کس قصه‌ی حادق شدن خودش را دارد. و قرار شد من قصه‌ی خودم را بگویم. باتوجه به ماهیت قصه‌های خودگویی، از همه‌ی شما خواهشمندم قبل از خواندن هر جمله یک "حمل بر خودستایی نباشد خدایی نکرده" بگذارید. به دلایلی که قبلاً خدمتتان عرض شد در نخستین روزهای بودن در سرزمین پشت در شرقی^۱ کمیته توجه مرا به خودش جلب کرد. کامپیوتر قدیمی و حضور تقریبی هر روز ۱۲-۲ در کمیته باعث شدند بفهمم چه کسانی نقش‌های فعالی دارند. اتفاقن این نقش‌های فعال صبح‌ها مثل ما در دانشکده نبودند و هر روز در ساعت‌هایی که اسمشان جلسه بود یک عالمه قصه از اتفاقات آن روز در بیمارستان و راند داشتند که تعریف کنند. ورودی سال بالاتر از ما از دست کمیته و کمیته چیان شکار بودند، الان بهتر می‌دانم و می‌دانند چرا. با جزئیات خوبی دو سکانس زیر را در خاطر دارم:

عکاس : هژیر مرادی



سکانس شماره دو داخل کمیته و بیرون از آن پشت دیوار چوبی:

آنقدر صبور نبودم که بنشینم خودش از کمیته خارج شود. گفتم: ببخشید دکتر میشه صحبت کنیم؟ - آره آره.

انگار از چشمانم خوانده بود که قرار است بتویم به کمیته، پرسید:

۲ الف الف آن زمان دبیر کمیته بود

۳ Medical Student Research Training Program

سکانس شماره یک: قدم زنان، از درب دانشکده تا نزدیک درب شرقی:

از تکثیری پوریا (قبه) جزوه تهیه کردیم و رفتیم به سمت خانه. شروع کردیم از هر دری سخن گفتن؛ ناگهان دیدم در سخن کمیته باز شده است: «ببین پریا اینا یه مافیای حسابی، یه جای غیرقابل نفوذ،

۱ از مطلب غزل رحیمی در مجله ادبی هنری پزشکان آینده کشور، سال چهارم، ویژه نامه‌ی مهر ۹۵

- اینجا یا بریم بیرون؟

- لطفا بیرون!

و شروع کردم: شما میدونین بقیه راجع بتون چی فکر می‌کنند؟ البته راستم میگن اینجا واقعا مافیاییه.

پنج دقیقه یک ریز گفتم از همه چیز؛ صحبت‌های دوستم، زمزمه‌های دیگری که کم و بیش این طرف و آن طرف شنیده بودم، قسمت‌های منفی برداشت‌های خودم در ۱۲ تا ۲ ها.

گفت: راست میگی. می‌تونی بعضی از جلسات کمیته رو ببای؟

- جلسه‌های خاطره تعریف کردن؟

آن روزها زبانم تند بود. هنوز هم هست البته. دو نقطه دی.

یک هفته تحقیقات میدانی که در دانشکده چه تفکراتی راجع به کمیته هست و آخر آن هفته جلسه شورای سیاستگذاری کمیته با نتیجه مکتوب تحقیقات که بروم کمیته را نقد کنم البته شرطش این بود برای هر نقد حداقل یک راه حل پیشنهادی هم داشته باشم. Mission done!

چند وقت بعد، فریدون حق‌دوست تماس گرفت که جشن پایان سال کمیته^۴ این است و فلان است و اسپانسر می‌خواهیم. یک تیم بازاریابی داریم که مسئول آن شروین بدیهیان است، برو توی تیم‌ش. بعد گفت: یه مسئولیت هم هست برای خودت، تبلیغات جشن. جلسات با تیمت رو هم توی کمیته بذارین. کدام تیم؟ نه بلد بودم نه تیم داشتم.

-یعنی پوستر طراحی کنم؟

نه طراح داریم اونو پیگیری کن!

و پیگیری کن یعنی پنج جلسه همه را با هم جمع و هماهنگ کنم برویم توی اتاق کارگاه‌ها لوگو و پوستر را بیندازیم روی پروژکتور و هی نظر بدهیم تا پوستر آماده شود.

تیم شدیم، با تمام توان تبلیغ کردیم. آماده کردن پانل‌ها با یک الگوی زمستانی و فقط یک جمله روی آن: خبری در راه است... پوستر و بنر رسید، رنگ زمینه‌اش پارچه خریدم و شد شال تیم، سر کلاس‌های پزشکی، دندان، دارو، مدیریت و بهداشت رفتیم. آقای هفت خط، داشت خط‌هایش را کم می‌کرد. می‌آمد و به تمام حرف‌هایمان گوش می‌داد و برای بهبود نظر می‌داد، کم کم شد احسان امینی بی خط. سعیده، دوست داشتنی‌ترین الگویم در سال‌های مدرسه و دانشگاه در شرف دبیر شدن بود و فریدون حق‌دوست می‌گفت: آفرین به ایده‌ها، امیدوارم توی این دانشگاه نکرور نشی! چه قدر دوست داشتنی بودند مافیایی که نمی‌خواست مافیا باشد. بود؟ نمی‌دانم!

۴ چهاردهمین همایش پایان سال کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی

دو روز قبل از جشن و روز جشن تبدیل شده بودیم یک تیم ۱۰-۱۵ نفره از تیم همایش، اعضای شورای سیاستگذاری و اعضای کمیته که همه کار می‌کردیم. میوه شستیم، پک بستیم، استند اسپانسرها را گرفتیم و تنظیم کردیم، تالار را جارو کردیم، بادکنک باد کردیم، برای هفت سین کمک دادیم، مسابقه طراحی کردیم و مجری شدیم.

شب آخر چقدر خندیدیم و چقدر خوردیم! صبح روز جشن زنگ زدم به بچه‌های تیم تبلیغات که ما تلاشمان را کردیم. اگر کسی هم نیامد طوری نیست. تلفن‌ها که تمام شد خودم بغض کردم! اگر کسی نیامد چه؟!

تالار دکتر شریعتی ۴۱۳ صندلی دارد. تا آن روز سه بار شمرده بودم. ۶۵۰ نفر آمدند، روی صندلی و زمین (بنده های خدا! شرمنده شده بودیم). البته شاید اگر ۶۰ نفر هم می‌آمدند طوری نبود، من داشتم "فرآیند حادق شدن" را طی می‌کردم و انگار از نظر کمیته تلاش برای کیفیت بیشتر مهم است، تا نتیجه‌ی صرف. جشن تمام شد و فردا صبح با ۲۸ مورد ایراد مکتوب از جشن و کارهایمان رفتم پیش فریدون حق‌دوست. گفت: راه حل؟



عکاس: هژیر مرادی

بخش صنفی در یک نگاه

« گزارش مدرسه زمستانه
اخلاق در پژوهش
« بیانیه اخلاق در پژوهش
« مسابقه نقادی
« گزارش واحد روابط عمومی
« گزارش معاونت اجرایی مالی
« گزارش واحد ارزشیابی
« گزارش واحد انفورماتیک
« گزارش واحد آموزش
« گزارش واحد پژوهش
« پدر گلبانگ (مصاحبه)
« گزارش برنامه‌ی اسمارت
« در حاشیه‌ی کمیته

بخش صنفی

گزارش اولین مدرسه اخلاق در پژوهش

إنما بعثت لاتمم مکارم الاخلاق (حضرت محمد صلی الله علیه وآله وسلم)

ایجاد همگرایی بین دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی تلاش برای انطباق هر چه بیشتر با ارزش‌های انسانی، اصول اخلاقی و اجرای آنها یکی از مهم‌ترین اقدامات قانون اخلاق حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال جاری، برگزاری اولین مدرسه زمستانی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی برای نمایندگان کمیته‌های تحقیقات دانشگاه‌های سراسر کشور بود که در تاریخ دوم لغایت چهارم اسفند برگزار شد. پیشنهاد برگزاری این مدرسه در آذرماه و در کنگره بین‌المللی "اخلاق در علوم و فناوری" در تهران و توسط آقای دکتر شمسی (دبیر کمیته اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت) به قانون اخلاق اهواز منتقل شد که با استقبال اعضای قانون مواجه شد و پیگیری‌ها برای برگزاری این مدرسه آغاز گردید. پس از آن خانم دکتر اکرم آهنگر پور، سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه به عنوان دبیر کل، آقای دکتر احسان شمسی به عنوان دبیر علمی و اینجانب به عنوان دبیر اجرایی این مدرسه انتخاب شدیم. شاید بتوان مهم‌ترین نکته‌ی این مدرسه را "دانشجویی بودن" آن عنوان کرد چرا که پیش از این، کلیه‌ی نشست‌های مشابه برای

قانون‌های اخلاق حرفه‌ای پزشکی در راستای تاکید معاونت فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت در کنگره بهمن ماه سال ۹۴ دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور تشکیل شدند. قانون اخلاق حرفه‌ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز نیز همگام با سایر دانشگاه‌ها در آبان ماه ۹۵ آغاز به فعالیت نمود. برنامه‌های عمومی قانون شامل برگزاری دوره‌های ژورنال کلاب‌های اخلاق پزشکی، برگزاری کارگاه‌ها، جلسات بررسی کیس‌های اخلاقی، تریبون آزاد، کتابخوانی، برگزاری سمپوزیوم و همایش‌های اخلاق حرفه‌ای، اکران فیلم و... است. هم چنین این قانون فضایی را برای پژوهش در زمینه‌ی اخلاق و بررسی مشکلات نظام سلامت ایجاد کرده‌است و با علاقه‌مندان به پژوهش در این زمینه همکاری می‌کند. قانون اخلاق حرفه‌ای برای بهبود محورهای زیر می‌کوشد:

جلب مشارکت و حمایت همه‌ی دانشگاهیان به ویژه دانشجویان ارتقا حوزه‌های مختلف اخلاق حرفه‌ای نظیر اخلاق تشکیلاتی، اخلاق در پژوهش، اخلاق پزشکی، پرستاری و سایر حیطه‌های علوم پزشکی



پریا بلوری‌نژاد و مشارکت شرکت‌کنندگان بیانیه‌ای جهت ارائه در نشست معاونین پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تهیه و قرائت و گردید. حوزه‌ی اول در این شماره نشریه آمده‌است.

در پایان ضمن تشکر از تمامی شرکت‌کنندگان و مدرسین محترم کارگاه‌ها و کلیه اعضای تیم اجرایی برگزارکننده این مدرسه، به عنوان دبیر این کانون، آمادگی کانون اهواز را برای همکاری با سایر نهادها، کمیته‌ها و کانون‌های کلیه دانشگاه‌های کشور اعلام می‌کنم.



نیما مظفری (نویسنده مهمان)

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۲

(دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز)

اعضای هیئت علمی و کارشناسان کمیته‌های اخلاق برگزار شده بود. بنابراین این نخستین نشستی بود که مخاطبین آن دبیران کمیته‌های تحقیقات دانشجویی بودند. پذیرش شرکت‌کنندگان پس از بررسی رزومه‌های ارسالی از ۷۰ دانشگاه و موسسه صورت گرفت که در نهایت ۳۰ نفر از افراد پس از تایید معاونت پژوهشی دانشگاه برای شرکت در این مدرسه پذیرش گرفتند. تدریس کارگاه‌ها برعهده دکتر شمسی‌گوشتی، دکتر نمازی، دکتر پارساپور و خانم رئوفی بود. کارگاه‌ها در دو بخش صبح (۸-۱۲) و بعد از ظهر (۱۴-۱۸) و در بخش‌های یک ساعت و نیمه برگزار شد که عنوان کارگاه‌ها در ذیل می‌آید:

۱. تاریخچه اخلاق در پژوهش در ایران و جهان و مراحل انجام یک پژوهش استاندارد
 ۲. ملاحظات اخلاقی در پژوهش‌های زیست پزشکی بر شرکت‌کنندگان انسانی
 ۳. رضایت آگاهانه در پژوهش‌های پزشکی و تعارض منافع در پژوهش
 ۴. اخلاق حرفه‌ای دانشجویی/اخلاق نخبگی
 ۵. اخلاق در انتشار آثار پژوهشی
 ۶. استفاده از نرم افزارهای مشابهت یاب.
- همچنین در پایان روز آخر مدرسه، به مسئولیت خانم



بیانیه اعضای کمیته های تحقیقات دانشجویی دانشگاه های علوم پزشکی ایران (حوزه ی نخست) مدرسه زمستانه اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی اهواز اسفند ۱۳۹۶

در نشستی که در اسفند ماه ۱۳۹۶ بین دبیران و نمایندگان کمیته های تحقیقات دانشجویی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در مدرسه زمستانه اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی اهواز به همت اعضای کانون اخلاق حرفه ای اهواز و همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز برگزار شد، مسائل و مشکلات موجود مطرح شد و براساس آموخته های اخلاق در پژوهش و مرور متون این بیانیه صادر شد.
*حاضرین با هم قرائت می کنند:

- خدایا پناه می برم به تو از علمی که سود نمی رساند.
- خدایا مگذار عطش پیروزی و جستجوی افتخار در حرفه و پژوهش مرا از وظیفه بزرگی که باید نسبت به بندگان تو داشته باشم دور سازد.
- خدایا به من آنچه از معرفت، دانش و توانایی که برای خدمت به انسانها و کمک به آبادانی میهنم نیاز دارم عطا فرما.
- خدایا به من نیرو و اراده و فرصت کسب دانش عطا فرما و مرا نسبت به هرکس که به من چیزی آموخته است خاشع گردان.
- خدایا مرا «محقق» و جویای حق قرار ده که جویای حق بودن اوج بندگی توست.

ما اعضای کمیته پژوهش های دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی ایران:

۱. باور داشته باشیم اخلاقی بودن پژوهش هایمان، سبب پیشرفت علمی و ارتقاء سطح سلامت می شود.
۲. همیشه به یاد داشته باشیم که عملکرد هر یک از ما، حرکت کشورمان را به سوی پژوهش های اخلاقی و پیشرفت علم تحت تاثیر قرار می دهد و در صورت عدم تغییر نواقص موجود، در تداوم آن سهیم هستیم.
۳. فرهنگ پژوهش صحیح و اخلاقی را تدوین و اجرا نموده و آن را در دانشگاهمان ترویج دهیم. عملکرد خود در این زمینه را به صورت دوره ای پایش کرده و اشکالات آن را رفع نماییم.
۴. هر زمان خود را در برابر بودجه های تحقیقاتی مسئول بدانیم و از صرف آن در اموری که بازدهی علمی، اقتصادی و اجتماعی برای محقق و جامعه ندارد، خودداری کنیم.
۵. هیچگاه از یاد نبریم که هر یک از ما نخست عضوی از خانواده سلامت، بهداشت و درمان هستیم و اهمیت پژوهش در این بستر را از خاطر نبریم.
۶. تلاش نماییم که هر چه از پژوهش آموخته ایم به دیگران بیاموزیم اما از توانمندی های کسب شده خود، هیچگاه عاملی برای سوء استفاده در نوشتن پروپوزال، مقاله و پایان نامه برای دیگران نباشیم. آموزش به دیگران را برای این که خود بنویسند اخلاقی بدانیم اما نگارش هر یادداشت علمی اعم از پروپوزال، مقاله و پایان نامه به اسم دیگران و برای منفعت دیگران را غیر اخلاقی بدانیم.
۷. فرهنگ بهره بردن از مشاورین اخلاقی و حقوقی را در طرح های تحقیقاتی ترویج دهیم.
۸. اطلاع رسانی دقیق و موثر آیین نامه های اخلاق در پژوهش را در کنار نهاد های دیگر از وظایف کمیته تحقیقات دانشجویی بدانیم. همیشه موازین اخلاق و مصادیق آن را در کارگاه ها آموزش دهیم.
۹. همیشه طرح های پژوهشی خود را براساس روش کاری (Method) که مصوب شده است و برای آن کد (کمیته اخلاق یا کارآزمایی بالینی) گرفته ایم انجام دهیم و عاقدانه از آن انحراف نداشته باشیم. اگر در فضای علمی چنین انحرافی دیدیم، برای اصلاح آن از مسیرهای معقول قدم برمی داریم.
۱۰. خود را در سلامت فرایند تصویب طرح های دانشجویی مسئول دانسته و سعی می نماییم داوران کمیته پژوهش را حمایت کرده و تلاش کنیم از آفات احتمالی این فرایند مثل وجود تعارض منافع (conflict of interest)، پیشنهاد همکاری به پژوهشگران، عدم حفظ مالکیت فکری معنوی طرح ها پس از رد شدن، مصون باشند.
۱۱. کیفیت داوران را نسبت به تمام شرایط در اولویت باشد. عملکرد خود را در این زمینه را به صورت دوره ای پایش کرده و اشکالات آن را رفع کنیم.



مسابقه نقادی

اواخر پاییز ۹۶ در کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی مسابقه نقادی دو مطلب از نشریه ماه پاک درمورد کمیته برگزار شد و شرایط شرکت در این مسابقه به شرح ذیل بود:

۱. مطالعه دقیق و بدون غرض ورزی مطالب ماه پاک
۲. مطالعه بخش های مرتبط کتاب تیز فکری
۳. ارسال نقد در قالب word با عنوان «مسابقه نقادی» تا یک دی ماه

در زمستان مطالب رسیده داوری شد و خلاصه نقد حائز رتبه اول از سرکار خانم نجمه احمدی در ادامه آمده است.

- در قسمت "ابتدا با بررسی و گفت و گو با بعضی از مسئولین این کمیته متوجه شدیم هدف خاصی برای این مجموعه تعریف نشده" و یا در قسمت "دیالوگ بالا واقعی است، آن هم با یکی از اعضای باتجربه کمیته به اصطلاح پژوهش" از مغلظه "نقل ناقص" و "تفسیر نادرست" استفاده شده است، یعنی صرفا مطالبی از مصاحبه شونده آورده شده است که به نفع اهداف نویسنده بوده است یا صحبت های مصاحبه شونده ها با سوگیری تفسیر شده است.
- در قسمت هایی از متن مانند "کمیته با یدک کشیدن نام پژوهشی" یا "برای مجله تان گلبانگ ارزش قائل شوید" یا "شفافیت را در رأس امورتان قرار دهید" یا "این حجم از وقت با ارزش یک دانشجوی پزشکی در جای درست مصرف میشود؟" یا "خیانتی بزرگ است" یا "این مجموعه در بهترین حالت، شفافیتی در کارهای خود ندارد" یا "ساختار و اهداف عالی نامشخصی را در عمل انجام میدهد" از مغلظه "مسموم کردن چاه" و هم از مغلظه "بیان عاطفی" استفاده شده است، به این صورت که بعد از مطرح کردن ادعا صفت مضمومی آورده شده است.
- در قسمت "اما درخصوص ۳ هدف بعدی به نظر

نمیرسد که کمیته پژوهش موفق عمل کرده باشد و "یکی از مشکلات اصلی این مجموعه را مدیریت ناصحیح دانشجویان مسئول کمیته میدانیم" دلیلی مطرح نشده و این صحبت به دلیل "ناتوانی دلیل بر مدعا" نادرست شمرده می شود.

در قسمت "اما با پیگیری مسئول مجله ماه پاک، مسئولین (دانشجو) کمیته پژوهش یا از نبود آمار دقیق سخن می گویند یا از اراده آنها خودداری می کنند" نویسنده علاوه بر "توسل به مرجع کاذب" دچار "توسل به جهل" شده است به این صورت که با ندانستن در مورد سیستم گزارش دهی و مستندات کمیته، می خواهد عدم شفافیت کمیته را اثبات کند.

نویسنده در دو قسمت "پیشاپیش ذکر این نکته لازم است که به عنوان یک منتقد نمی خواهم تلاش ها و زحمات های اعضای کمیته، به خصوص اعضای شورای مرکزی را زیر سوال ببرم، بلکه قصد دارم از آن تلاش ها تمجید و البته از بعضی رفتارها انتقاد نمایم" و "در حال حاضر افراد نسبتا زیادی در حال صرف انرژی در کمیته پژوهش هستند و ما نیز به احترام آنها نقد کمیته را برخلاف دیگر تشکله ها سطحی انجام ندادیم و برای همین خوب و بد را باهم آوردیم نویسنده دچار مغلظه "توریه" شده است یعنی ظاهر مطلب درست است ولی در باطن نادرست است و از جملات نادرستی استفاده شده است که نظر گوینده فقط استنباط شود.

در قسمت «اعضای زیادی با هدف غیر پژوهشی وارد آن سیستم می شوند» اول ادعا اثبات نشده و "ناتوانی دلیل بر مدعا" ناشی از عدم وجود دلیل اتفاق افتاده است و ثانيا اگر این چنین هم باشد با مغلظه "توسل به اکثریت" صحت این ادعا را می توان رد کرد زیرا که نمی توان جهت اثبات این ادعا متکی به تعداد افراد شد و آن را ثابت کرد. در قسمت "هیچ گروهی پیشرفت نمی کند مگر اینکه داده ها، اطلاعات و برنامه هایش را در یک مجله با کیفیت چاپ کند" نویسنده دچار خطای فکری از نوع "کنه و وجه" شده است یعنی چاپ اطلاعات در یک مجله با کیفیت شاید یک وجه از موفقیت و پیشرفت باشد ولی ذات و کنه آن نیست.





دانش حیدری

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۳

گزارش واحد روابط عمومی

پایان سال ۹۶...

خیلی خوب میشد پایان هر چیزی از خودمان پیرسیم که چه چیزهایی جدیدی یاد گرفته ایم!

تد تآک:

بعد از شش ماه تلاش و برنامه ریزی در سال ۹۶ برای بهتر برگزار کردن تد تآک، بالاخره در روند اجرایی این برنامه تغییری ایجاد شد که شامل موارد زیر می باشد:

- حضور یک راهنمای علمی (از اساتید هیئت علمی) در طول برنامه
- افزایش مدت زمان برنامه از یک ساعت به دو ساعت
- برگزاری brain storm قبل از پخش کنفرانس تد
- جمع بندی و پاسخ به سوالهای دانشجویان توسط راهنمای علمی بعد از پخش کنفرانس تد

در شش ماه دوم سال، پنج برنامه تد تآک با حضور اساتید مختلف، با این شیوهی جدید برگزار شد که خوشبختانه حضور تعداد بیشتری از دانشجویان و افزایش رضایت آنها را در پی داشت. قطعاً بهبود کیفیت برگزاری برنامه، مدیون زحمات مسئولین اجرایی آن می باشد و از زحمات آنها بسیار سپاسگزاریم.



فاطمه حجتی

نگین سالمی

تیم تد تآک



کافه اکسپرسای:

- در شش ماه دوم سال، افتخار برگزاری کافه اکسپرسای را با حضور اساتید خوبمان داشتیم:
- دکتر امیرمحمد آرمانیان (متخصص اطفال و فوق تخصص نوزادان) با موضوع «چالشهای آموزش پزشکی در کشور»
 - دکتر سید محمد هاشمی (متخصص قلب و عروق) با موضوع «چرایی جدایی دانشجو از جامعه»
 - دکتر امیرحسین داورپناه (فلوشیپ جراحی لاپاراسکوپی) با موضوع «دانشجویی و آینده»
- آخرین کافه را با حضور یکی دیگر از اساتید خوب علوم پزشکی برگزار خواهیم کرد که در زمان مطالعه ی این مطلب شاید از آن باخبر شده باشید.



شیما مهدی پور

آرام عینی

تیم کافه اکسپرسای

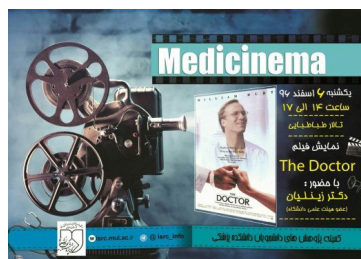


مدیسینما:

از تغییراتی که در این سال ها برای مدیسینما پیگیر آن بودیم و حالا می توان گفت کاملاً پایه گذاری شده است، حضور یک راهنمای علمی متناسب با موضوع فیلم است که تصویر واقعی و بالینی آنچه را که در فیلم اتفاق می افتد، برای شرکت کنندگان بیان می کند.

در نیمه ی دوم سال، سه مدیسینما به شرح زیر برگزار شد:

- هوش مصنوعی
- ذهن زیبا
- The Doctor



علیرضا مرادی

مسئول مدیسینما



فایل های الکترونیکی:

اتفاق خوبی که در شش ماه دوم سال برای برنامه های کافه اکسپرسی و دیبا افتاد، تهیهی فایل های الکترونیکی این برنامه ها بود. تمام گفته های اساتید و دانشجویان در برنامه، به صورت کتبی تایپ می شوند و در یک قالب ژورنالی و با ظاهری زیبا، از طریق شبکه های اجتماعی در اختیار دانشجویان قرار می گیرند.

۱۲ آبان ماه ۱۳۹۶ - کافه فست فود کومه

با توجه به ماهیت کافه اکسپرسی که مبتنی بر پرسش و پاسخ و بحث شرکت کنندگان با میهمان برنامه است، همچنین روش خاص آقای دکتر هاشمی در شرکت دادن مخاطبین، نظرات و سخنان حضار با «این فقه» نوشته شده و سپس دکتر هاشمی در رابطه با آن ها نظرات خود را بیان می دارند و بحث را هدایت می کنند.

شروع بحث توسط جناب آقای دکتر هاشمی

دکتر هاشمی: اجازه بدید، بحث را به سه موضوع تقسیم کنیم. موضوع اول: مثال ها و مصادیق های آن جایی دانشگاه از جامعه. موضوع دوم: مثال ها و مصادیق سوء هم راه حل و درمان آن بحث اول را با طرح مثال های آن جایی های نسل دانشجویان از جامعه و مصادیق های آن آغاز می کنیم.

هیچ مشکلی از جامعه در دانشگاه نمی شود اگر پدر شما مشکلی از شما را حل نکند یعنی پدرتان شما را به رسمیت نمی شناسد و شما هم متغلاً او را به رسمیت نمی شناسید و شماها پشتتان به یکدیگر است. من مثالی زدم که شما پدرتید دانشگاه و جامعه هم پشتتان به هم است و از این شکل مثال ها فراوان است و شما می توانید مثال بزنید.

- در رابطه و در بحث مدیریت کنایه مدیر مشترک که تجربه شان در این زمینه بیشتر است نه کسانی که تعصبات دانشگاهی دارند.

دکتر هاشمی: حرف فشنکی است. این موضوع خودش جای بحث دارد. من مثال می زنم، اگر دوره های مدیریتی دانشگاه را تقسیم کنیم به سه بخش: مثلاً مدیر یک بیمارستان در زمان های مختلف، مثلاً تا سال ۱۳۷۰ مثلاً مدیر های بیمارستان با چهار پوند یا در تارتا رستوران یا از رده های دیگر پیرایشی، بعد دوره ی مدیر شدن پزشک ما آمد و بعد کم کم کسانی مدیر شدند که رشته ی مدیریت خدمات بهداشتی خوانده ولی وقتی آمدند که ده سال از تولد آن ها در دانشگاه گذشته بود.

- در مثال های که نوشته می شود، مشکلات، پنده فرمان ششایی نمی شود یا مشکلات پوابع غیر برسی می شود.

دکتر هاشمی: نکته ی فشنکی با گفتند: باز با دیدیم در اکثر مثال ها ما به مشکلات جامعه و حتی بخشی های بهداشت و درمان پرداخته نمی شود و در پژوهش های جامعه را به رسمیت نمی شناسیم.

دو سه مورد در تاریخ معاصر داریم که دانشگاه بسیار برجسته شده مثلاً ۱۳ آبان روز دانشجو و ۱۶ آذر و مولودی به این شکل که در آن ها

دغدغه اصلی هر دانشجویی تحصیل است. شغل ما این است که درس بخوانیم و مشغله ی یکی از سخت ترین لایف استایل ها را انتخاب کرده ایم «Being Physician» از این مزخرفات داریم! همه از شما انتظار دارند، به شدت مورد تحسین انتظاری که خانواده از شما دارد یا آن چوری که شما در اختیار دارید زمین تا آسمان فوق می کشد. انتظاری که جامعه از شما دارد یا آن چوری که قرار است بشوید خیلی متفاوت است و یک زندگی خیلی سخت پیچیده و فوقانی برای رسیدن به مقصد را می کشد که ما من چون پزشکم با قرار است پزشک بشوم پس لایق بودن ها هستم و به واسطه راضی زبانی که می کشیم، حل دارم که توقع زیادی هم داشته ایم. مسیر هم مسیری سخت و طولانی است. آدم های ششک خود را در این مسیر، زیاد دیده می شوند. آدم هایی که به آن چوری که می خوانند رسیدند، زیاد دیده می شوند. آن آدمهایی هم که همیشه راضی اند که از نظر دست یافتنی اند که با خودتان می گوید: «وای ما مثل اینا هستیم».

برای تحصیل در پزشکی، شما در اسنچ ها و استاندیارد های مختلف هستید. مثلاً نرم چهار هستید و میکروب دارید. آن طوری که آقای دکتر، میکروب شنسی را می خوانند با آن روش که خیم دکتر، مسیبل را مطالعه می کنند، متفاوت است.

فریح حضاً باید باشد، ولی شغل اصلی ما را فراموش نکنیم، ما قرار است دکتر باشیم!

- من توام به چیزی میگویم؟ به تفریح طلا درس های دانشگاه فقط فانی است! امروزه کسی به من وارد نمی که ولی یکی از رفقاءهایی که دارم

اینکه پوری به برنامه های فراج دانشگاه برسم؟ پوری اگر یک پوری ای باشم که فقط به دانشگاه مبارک!

یک بعدی بودن: خوری که همه ما را تهدید می کند، برای تحصیل در پزشکی، مطالعه فقط خواندن ملاک نیست. کدام یک از اینها نیستی می سوزی نادردها همه ما استیجی از این استرس را داریم که میاد از این دکترهایی بشویم که بی سوادانه کدام یک از شما شاگرد لولدا!

- من دکتر محرم

- خاتم در عمل ۱۵ آبان دارد پس باید زحمت کنید و درس خوانند اگر می خواهید تک بعدی باشید و بی تعلله به همه کارهایان برسید، این استرس می سوزی را باید با درس خواندن زیاد از خودتان دور سازید یا کنترلتان کنید. یعنی اگر بگویند که من می خوانم و ورزش کنم، می خوانم فتریح کنید، طبیعت گردی کنید، تشر بگویند، خط بوسیم و غنائی بکشیم، شرطش این است شغل انسان را حفظ کنید باید وقت گذاشت، نباید

۱۲ آبان ماه ۱۳۹۶ - کافه فست فود کومه

با توجه به ماهیت کافه اکسپرسی که مبتنی بر پرسش و پاسخ و بحث شرکت کنندگان با میهمان برنامه است، همچنین روش خاص آقای دکتر هاشمی در شرکت دادن مخاطبین، نظرات و سخنان حضار با «این فقه» نوشته شده و سپس دکتر هاشمی در رابطه با آن ها نظرات خود را بیان می دارند و بحث را هدایت می کنند.

شروع بحث توسط جناب آقای دکتر هاشمی

دکتر هاشمی: اجازه بدید، بحث را به سه موضوع تقسیم کنیم. موضوع اول: مثال ها و مصادیق های آن جایی دانشگاه از جامعه. موضوع دوم: مثال ها و مصادیق سوء هم راه حل و درمان آن بحث اول را با طرح مثال های آن جایی های نسل دانشجویان از جامعه و مصادیق های آن آغاز می کنیم.

هیچ مشکلی از جامعه در دانشگاه نمی شود اگر پدر شما مشکلی از شما را حل نکند یعنی پدرتان شما را به رسمیت نمی شناسد و شما هم متغلاً او را به رسمیت نمی شناسید و شماها پشتتان به یکدیگر است. من مثالی زدم که شما پدرتید دانشگاه و جامعه هم پشتتان به هم است و از این شکل مثال ها فراوان است و شما می توانید مثال بزنید.

- در رابطه و در بحث مدیریت کنایه مدیر مشترک که تجربه شان در این زمینه بیشتر است نه کسانی که تعصبات دانشگاهی دارند.

دکتر هاشمی: حرف فشنکی است. این موضوع خودش جای بحث دارد. من مثال می زنم، اگر دوره های مدیریتی دانشگاه را تقسیم کنیم به سه بخش: مثلاً مدیر یک بیمارستان در زمان های مختلف، مثلاً تا سال ۱۳۷۰ مثلاً مدیر های بیمارستان با چهار پوند یا در تارتا رستوران یا از رده های دیگر پیرایشی، بعد دوره ی مدیر شدن پزشک ما آمد و بعد کم کم کسانی مدیر شدند که رشته ی مدیریت خدمات بهداشتی خوانده ولی وقتی آمدند که ده سال از تولد آن ها در دانشگاه گذشته بود.

- در مثال های که نوشته می شود، مشکلات، پنده فرمان ششایی نمی شود یا مشکلات پوابع غیر برسی می شود.

دکتر هاشمی: نکته ی فشنکی با گفتند: باز با دیدیم در اکثر مثال ها ما به مشکلات جامعه و حتی بخشی های بهداشت و درمان پرداخته نمی شود و در پژوهش های جامعه را به رسمیت نمی شناسیم.

دو سه مورد در تاریخ معاصر داریم که دانشگاه بسیار برجسته شده مثلاً ۱۳ آبان روز دانشجو و ۱۶ آذر و مولودی به این شکل که در آن ها

دغدغه اصلی هر دانشجویی تحصیل است. شغل ما این است که درس بخوانیم و مشغله ی یکی از سخت ترین لایف استایل ها را انتخاب کرده ایم «Being Physician» از این مزخرفات داریم! همه از شما انتظار دارند، به شدت مورد تحسین انتظاری که خانواده از شما دارد یا آن چوری که شما در اختیار دارید زمین تا آسمان فوق می کشد. انتظاری که جامعه از شما دارد یا آن چوری که قرار است بشوید خیلی متفاوت است و یک زندگی خیلی سخت پیچیده و فوقانی برای رسیدن به مقصد را می کشد که ما من چون پزشکم با قرار است پزشک بشوم پس لایق بودن ها هستم و به واسطه راضی زبانی که می کشیم، حل دارم که توقع زیادی هم داشته ایم. مسیر هم مسیری سخت و طولانی است. آدم های ششک خود را در این مسیر، زیاد دیده می شوند. آدم هایی که به آن چوری که می خوانند رسیدند، زیاد دیده می شوند. آن آدمهایی هم که همیشه راضی اند که از نظر دست یافتنی اند که با خودتان می گوید: «وای ما مثل اینا هستیم».

برای تحصیل در پزشکی، شما در اسنچ ها و استاندیارد های مختلف هستید. مثلاً نرم چهار هستید و میکروب دارید. آن طوری که آقای دکتر، میکروب شنسی را می خوانند با آن روش که خیم دکتر، مسیبل را مطالعه می کنند، متفاوت است.

فریح حضاً باید باشد، ولی شغل اصلی ما را فراموش نکنیم، ما قرار است دکتر باشیم!

- من توام به چیزی میگویم؟ به تفریح طلا درس های دانشگاه فقط فانی است! امروزه کسی به من وارد نمی که ولی یکی از رفقاءهایی که دارم

اینکه پوری به برنامه های فراج دانشگاه برسم؟ پوری اگر یک پوری ای باشم که فقط به دانشگاه مبارک!

یک بعدی بودن: خوری که همه ما را تهدید می کند، برای تحصیل در پزشکی، مطالعه فقط خواندن ملاک نیست. کدام یک از اینها نیستی می سوزی نادردها همه ما استیجی از این استرس را داریم که میاد از این دکترهایی بشویم که بی سوادانه کدام یک از شما شاگرد لولدا!

- من دکتر محرم

- خاتم در عمل ۱۵ آبان دارد پس باید زحمت کنید و درس خوانند اگر می خواهید تک بعدی باشید و بی تعلله به همه کارهایان برسید، این استرس می سوزی را باید با درس خواندن زیاد از خودتان دور سازید یا کنترلتان کنید. یعنی اگر بگویند که من می خوانم و ورزش کنم، می خوانم فتریح کنید، طبیعت گردی کنید، تشر بگویند، خط بوسیم و غنائی بکشیم، شرطش این است شغل انسان را حفظ کنید باید وقت گذاشت، نباید

نشریه صنفی - علمی گلبانگ - سال بیست و دوم - شماره ۴۷

تیم فایل های الکترونیک

فرزام پونکی

علیرضا حاتم وند

سارا هاشمی

کیومرث توکلی

دیبا (دیدار با اساتید):

در فصل پاییز، افتخار برگزاری دیبا با حضور یکی از اساتید بنام و باتجربه ی علوم پزشکی را داشتیم. سعی شد جدا از تهیهی فایل الکترونیکی، کلیبی کوتاه از صحبت های استاد مدعو هم تهیه شود. این کلیپ به زودی به همراه فایل الکترونیکی آن در شبکه های اجتماعی قرار می گیرد.

تبلیغات کمیته در این مدت شامل تهیه و چاپ پوستر، برنهای تبلیغاتی، به روزرسانی بوردهای تبلیغاتی، کانال تلگرام، اینستاگرام، سامانه پیامکی و برنامه بود

سایت: www.isrc.mui.ac.ir

کانال تلگرام: @isrc_info

اینستاگرام: isrc.mui.ac.ir

مسئول تبلیغات کامیاب کریمپور

دیدار با اساتید

دکتر محمود اشرفی

استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی اسفهان
متخصص جراحی کودکان
فلوشیپ پیوند اعضا و اورولوژی کودکان از آمریکا
رسمان: سنسب ۵ دی ماه ۱۳۹۶
ساعت: ۱۳ الی ۱۵
مکان: سالارداشت گمشو
موضوع: از کودکی تا جراحی کودکان

www.isrc.mui.ac.ir @isrc_info

تیم دیبا

سنا بیات

علیرضا موسوی فرد

مهشید صباغ

بخش صنفی

۱۴

گزارش معاونت اجرایی مالی

مهران منانی

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱



آنها به مراتب از سال‌های قبل بیشتر بوده‌است. بنابراین تعدادی از مهم‌ترین فعالیت‌های معاونت اجرایی مالی شامل: تهیه تدارکات لازم برای فعالیت‌های کمیته، حراست و حفظ کارکرد وسایل و تجهیزات کمیته و اتاق کارگاه‌ها، همکاری لازم در برگزاری مراسم‌های مختلف کمیته از جمله افطاری و همایش پایان سال به نحو قابل قبولی انجام شده‌است.

اما کارهایی که می‌توان آنها را در دسته‌ی دوم جای داد و قرار بود در سال ۹۶ به آنها پرداخته شود عبارت بودند از:

(۱) تعمیر کفپوش کمیته

(۲) تهیه‌ی دستورالعمل و راهنما جهت استفاده اعضا از کمیته و تجهیزات آن

(۳) خرید یک دستگاه کامپیوتر جدید مورد نیاز کمیته

(۴) تعبیه یک سینک ظرفشویی کوچک در کمیته

از این موارد تنها کامپیوتر انشالله تا آخر سال جاری به کمیته می‌رسد و مابقی یا به دلیل عدم همکاری

مسئولین یا به دلیل کافی نبودن تلاش ما و یا هردو (و البته رابطه‌ی جالب بین این «دو»!) به نتیجه‌ی مشخصی نرسیدند.

به هر حال در مجموع می‌توانم بگویم تلاش تیم پنج نفره معاونت اجرایی مالی، تلاشی بی‌وقفه، ارزشمند، قابل قبول و نه عالی

بوده است که عمده ایراد آن متوجه شخص من، برای کم بودن پیگیری‌هاست و نقطه قوت آن وقت‌گذاری و صرف انرژی اعضای محترم معاونت، آقایان: سید علی حسامزاده، حسین بدیعی، علی آریا و مهدی بدیعی گورتی بوده‌است که از این بابت از آنان متشکرم. همچنین از دبیر محترم کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی، سرکار خانم بلوری‌نژاد، به خاطر اعتماد در سپردن این مسئولیت و بردباری ایشان در انجام این مسئولیت توسط اینجانب، و از سرپرست محترم کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی، آقای دکتر قیصری، بابت زحماتی که متحمل شدند، سپاسگزارم.

معاونت اجرایی مالی وظیفه‌ی تهیه تدارکات لازم و مدیریت امور مالی کمیته و همچنین برگزاری و مدیریت مراسم‌های کمیته را برعهده دارد. البته در شماره پیشین گلبانگ توضیح مفصلی درباره چرایی نام معاونت و حیطه‌ی وظایف آن ارائه دادم که در صورت وجود هر گونه سوال و ابهام، قابل مراجعه است.

حال هدف از این نوشته ارائه گزارشی از آنچه در این سال در معاونت اجرایی مالی رخ داده است به شما گرامیان می‌باشد. اما فکر می‌کنم برای بهتر منتقل شدن این موضوع یک توصیف ساده از کارهایی که در این معاونت با آن روبرو هستیم کمک کننده است: دو دسته مسئولیت در این معاونت وجود دارد:

اول: کارهایی که اگر انجام نشوند کار کمیته لنگ می‌ماند مانند خرید وسایل مصرفی مورد نیاز، هماهنگی بعضی برنامه‌ها، منظم نگه داشتن کمیته و وسایل آن در حدی که همه چیز (از جمله خودمان!) در کمیته گم نشود و... این کارها اگر روی زمین بماند سنگ

روی سنگ بند نمی‌شود و ما هم از آن‌هایی نیستیم که حواسمان به سنگ‌ها نباشد. چه اجرایی مالی قوی کار کند، چه ضعیف، چه خوب و منظم مدیریت کند، چه بد و نامنظم و اصلاً چه باشد چه نباشد! اما دسته‌ی دوم کارها، کارهایی هستند که ضروری و حیاتی نیستند، اما مهم هستند. مثلاً تهیه

راهنما و دستورالعمل برای استفاده از بعضی امکانات کمیته یا تدوین یک سیستم منظم تر برای مدیریت مالی یا اضافه کردن تجهیزات جدید و... این کارها اگر روی زمین بماند اتفاق خاصی نمی‌افتد! حتی اگر حواسمان جمع نباشد، کسی متوجه هم نمی‌شود که چنین کارهایی اصلاً وجود دارند و لازم هستند.

از نظر من یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های مسئول موفق و ناموفق (یا لاقط فقط معمولی) همین است که علاوه بر کارهای دسته‌ی اول، کارهای دسته دوم نیز به سرانجامی برسد. اگر کارهای دسته‌ی اول روی زمین بماند که دیگر فاجعه است!

در معاونت اجرایی مالی سال ۹۶، کاری از دسته اول روی زمین نماند و زمانی اهمیت این موضوع روشن می‌شود که بدانیم حجم فعالیت‌ها و تدارکات مورد نیاز



ASSESSMENT



نجمه احمدی

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱

گزارش واحد ارزشیابی

تهیه گزارش پایان سال کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی از فعالیت‌های در دست اقدام این واحد می‌باشد.



در شش ماهه دوم سال تمرکز بر ارتقاء توانمندی اعضای واحد بود. در طی جلسات، SPSS مقدماتی، کار گروهی و تدهای هفتگی برگزار شد. در طی جلسات آینده مطالب در نظر گرفته شده برای بهبود نگرش اعضا برگزار خواهد شد. همچنین در این راستا و در دو ماه پایانی سال آقای احسان محمدبیگی از اعضای این واحد به عنوان جانشین واحد به تنظیم امور پرداختند.

در رابطه با بررسی ملزومات دانشگاه‌های نسل سه، این موضوع در جلسه ویژه شورای سیاست‌گذاری مطرح شد و برنامه‌ای آن به صورت اقداماتی برای شناخت بهتر موضوع، در صورت امکان اردوهایی برای بازدید از مراکز صنعتی همراه با نوآوری در نظر گرفته شد.

مقدمات برگزاری انتخابات دبیر از بهمن ماه شروع شد و انتخابات در هفته اول اسفند برگزار شد.



گزارش واحد انفورماتیک



امیررضا منطقی نژاد

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱

واحد انفورماتیک کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی در نیمه دوم سال ۹۶ کارهای زیر را به انجام رسانده است.

۱. انجام کارهای مورد نیاز برای تغییر سرور سایت و انتقال به سرور مرکزی دانشگاه: با توجه به کندی سرعت سایت کمیته با هماهنگی صورت گرفته با اداره فناوری اطلاعات دانشگاه یک سرور مجازی به کمیته پژوهش های دانشجویان تحویل داده شد و مقرر است که نسخه جدید سایت کمیته بر روی آن بارگذاری گردد.
۲. آرشیو الکترونیک مجلات گلبانگ: کلیه مجلات گلبانگ، از ابتدا تا کنون در حال اسکن است و آرشیو الکترونیکی گلبانگ به زودی بر روی سایت کمیته قرار خواهد گرفت.
۳. آغاز جمع آوری اطلاعات کمیته‌چی‌ها: به منظور کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با اعضای قدیمی کمیته و تکمیل شبکه ارتباطی-علمی، جمع آوری اطلاعات کمیته‌چی‌ها از طریق سایت muismart.com شروع شده است.
۴. maintenance سیستم‌های اتاق کارگاه‌ها به منظور برگزاری کارگاه‌های کمیته
۵. به روزرسانی سایت کمیته پژوهش‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و برطرف شدن تعدادی از ایرادات سایت



گزارش واحد آموزش

آنچه گذشت...

کارگاه اقدام پژوهی

کارگاه اقدام پژوهی که مدرس آن خانم دکتر آویژگان بودند، به صورت کارگاه دو روزه در روزهای ۱۲ و ۱۹ مهرماه با حضور حدود ۲۰ نفر شرکت کننده در محل اتاق کارگاه‌های کمیته پژوهش‌های دانشکده پزشکی برگزار گردید.

کارگاه جستجوی منابع پاییز

این کارگاه که مدرس آن دکتر میثم آبدار بودند به عنوان مکمل کارگاه روش تحقیق در ۲۴ و ۲۵ مهرماه امسال با حضور حدود ۲۰ نفر شرکت کننده در محل اتاق کارگاه‌های کمیته برگزار شد.

دوره‌ی آموزش پژوهش SMART

اولین کارگاه SMART (School of Mentor-Assisted Research Training) نتیجه‌ی برنامه ویرایش کارگاه‌ها که در ۶ ماهه‌ی ابتدای سال پیگیری می‌شد است. این برنامه از مهرماه امسال آغاز شد و اجرای آن به صورت یک کارگاه حدوداً شش‌ماهه خواهد بود و شرکت‌کنندگان تحت نظارت مستقیم اساتید مجرب به فراگیری مهارت‌های پژوهشی پرداختند. علاوه بر این، بسیاری مطالب این دوره به صورت غیرحضوری و از طریق درسنامه‌ها، فیلم‌های آموزشی و کتابخانه دیجیتال بر روی وبسایت www.muiSMART.com در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. اهداف این دوره و گزارش مفصل آن را می‌توانید در مطلب مدرسه آموزش پژوهش SMART به قلم آقای دکتر امید میرمسیب مطالعه کنید.

فرم ثبت‌نام آنلاین

ثبت‌نام کارگاه‌های پاییز نیز مانند کارگاه‌های تابستان، جهت سهولت روند ثبت‌نام و عدم نیاز به مراجعه حضوری تا حد ممکن به صورت آنلاین بود و پرداخت هزینه آن به صورت الکترونیکی بود.

ویرایش گواهی‌های جدید و نظام‌مند کردن گواهی‌های قبلی

گواهی‌های کمیته از نظر فنی و به روز شدن در حال ویرایش هستند. گواهی‌های قبلی واحد آموزش برای شرکت کنندگان، مدرسین، گروهیاران، مدیران و غیره کلاسه بندی خواهد شد و در نظام جدیدی قابل دسترسی خواهد بود.

جلسات شورای واحد

در این مدت سه جلسه شورای واحد آموزش با اعضای محترم واحد در جهت انتقال تجربیات، اشتراک‌گذاری

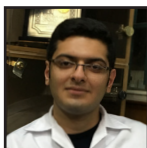
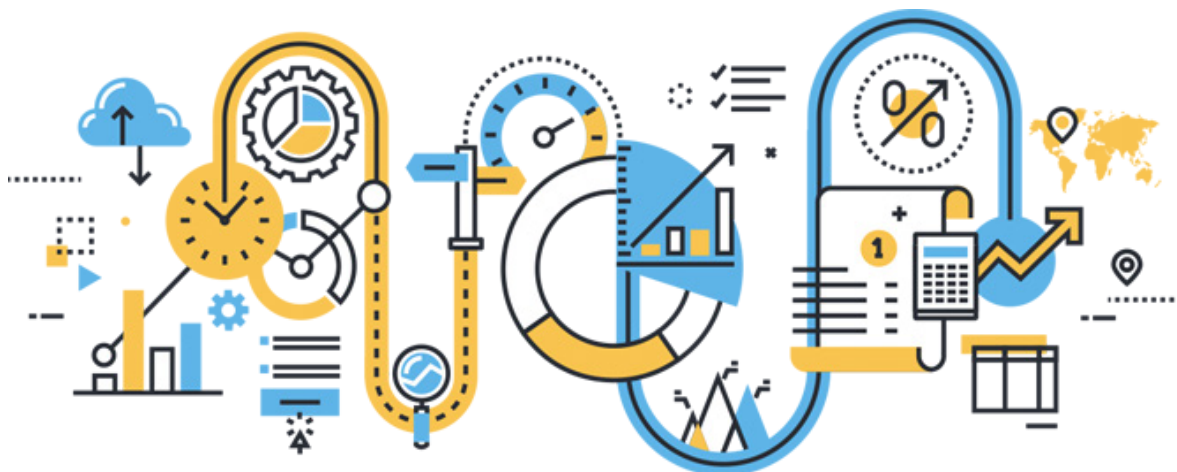


محمد ذاکری

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱

نظرات و بهبود شرایط واحد آموزش برگزار شد. و در انتها ضمن تشکر از کلیه اعضای واحد آموزش که با تلاش بی‌وقفه خود باعث پیشبرد فعالیت‌های این واحد بودند، آرزوی توفیق روزافزون برای کلیه دوستان کمیته‌ای دارم.





مهدی بزرگر

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱

گزارش واحد پژوهش

واحد پژوهش کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی در سال جاری بر اساس اولویت‌های برنامه‌ریزی شده به دنبال بازنگری و اصلاح برنامه‌های اجرا شده در سال گذشته، بوده است. سلسله جلسات کتابخوانی در سال گذشته طی ۹ جلسه در نیم سال دوم برگزار گردید که در آن دانشجویان در سه گروه به مطالعه کتابی در زمینه آموزش مبانی پژوهش پرداختند. بعد از پایان جلسات، ارزشیابی از این برنامه آغاز گردید. تیمی متشکل از مسئول واحد پژوهش، دبیر جلسات کتابخوانی، برخی از اعضای واحد پژوهش و با همکاری مسئول واحد ارزشیابی و گسترش به بررسی نقاط ضعف و قدرت این برنامه پرداختند. در ادامه ارزشیابی اولیه، تیمی از واحد پژوهش به صورت تخصصی به اصلاح مشکلات شناخته‌شده و تقویت نقاط قدرت برنامه پرداختند. هم اکنون برنامه اصلاح شده سلسله جلسات کتاب خوانی در مراحل آخر بازنگری می‌باشد و امیدواریم در سال آینده شاهد برگزاری مجدد این برنامه باشیم.

برنامه دیگری که مورد بازبینی قرار گرفت، جلسات پروپوزال خوانی بوده است. این برنامه طی هفت جلسه در سال گذشته برگزار گردید و شرکت‌کنندگان در آن به ارائه، ارزیابی و داوری پروپوزال پرداختند و با تبادل اطلاعات علمی، نحوه نگارش پروپوزال را آموختند و با شایع‌ترین اشتباهات در نوشتن پروپوزال آشنا شدند. در سال ۹۶ مراحل ارزیابی این برنامه مانند جلسات کتابخوانی طی شده است. هم اکنون ساختار جدید جلسات پروپوزال خوانی برای اجرا آماده می‌باشد.

عدم رعایت موازین اخلاق در پژوهش بی شک یکی از بحث برانگیزترین معضلات پژوهش در دانشگاه‌های کشور می‌باشد. کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی بر اساس رسالت و ارزش‌های خود، بررسی و اقدام برای این مشکل مهم را از برنامه‌های خود دانست. تیمی از اعضای واحد پژوهش و با

حضور مسئول واحد روابط عمومی تشکیل گردید تا اقدامات با روشی که با مخاطب ارتباط خوبی برقرار کند تنظیم شوند. در قدم اول، این گروه به آشنایی با مفاهیم اخلاق پرداخت. در ادامه کار، مقالات مختلف درباره‌ی موارد و علت بی‌اخلاقی در دانشگاه‌های ایران و کشورهای دیگر مورد بررسی قرار گرفت. هم اکنون این تیم در حال به اتمام رساندن این برنامه‌های آماده‌سازی خود می‌باشد. امیدوار هستم، این تیم در سال آینده بتوانند کار خود را به اتمام برسانند و نتایج آن، هر چند کوچک، بتواند موجب جلب توجه مسئولین امر به موضوع مهم بی‌اخلاقی در پژوهش شود و قدمی هر چند کوچک، برای رفع آن باشد.

فراخوان طرح‌های تحقیقاتی کمیته پژوهش‌ها به منظور ایجاد مسیری برای تصویب طرح‌های تحقیقاتی توسط دانشجویان علاقه‌مند به پژوهش برگزار می‌گردد. در هر سال دو فراخوان برای طرح‌های تحقیقاتی توسط کمیته پژوهش‌ها صورت می‌گیرد. فراخوان دوم در مهر ماه و آبان ماه ۹۶ برگزار گردید. برای این فراخوان سی طرح ارسال شد که بعد از دو مرحله داوری، چهارده طرح تحقیقاتی پذیرفته شد. لازم به ذکر است در داوری علمی و ساختاری طرح‌های تحقیقاتی ارسال شده، هیچ یک از داوران از نویسندگان طرح‌های تحقیقاتی آگاهی نداشتند.

در انتها با شعری پر محتوا و زیبا از استاد عرفان، مولانا جلال‌الدین بلخی در مورد علم و پژوهش، سخن خود را تمام می‌کنم.

کاین چوداود است و آن دیگر صداست

وان مقلد کنه آموزی بود

از محقق تا مقلد فرق هست

منع گفتار این سوزی بود



مصاحبه

در گلبانگ



مصاحبه با دکتر علی دباغ، استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، متخصص بیهوشی و فلوشیپ بیهوشی قلب و اولین سردیر گلبانگ

« لطف کنید از دوران دانشجویی‌تان بگویید. آن زمان شرایط کلاس‌ها، دانشکده، دانشگاه، جو حاکم بین دانشجویها چگونه بود و با الان چه تفاوت‌هایی داشت؟

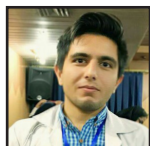
برتری‌ها یا کاستی‌هایش نسبت به الان چه بود؟
با سلام و تشکر از مسئولین محترم گلبانگ و دست‌اندرکاران آن. به نظر شخص من، جو، خیلی جدی‌تر بود. البته این نظر شخصی من است. معمولاً گروهی از دانشجویان بودند که از روی رفرانس اصلی می‌خواندند. هرچند، خواندن جزوه هم حلاوت خود را داشت! اما در کل، درس‌خواندن یکی از بزرگ‌ترین و شاید اصلی‌ترین دغدغه‌ی بسیاری از افراد بود. انشالله الان وضعیت تحصیلی بسیار بهتر و متعالی‌تر باشد.

« چگونه با کمیته آشنا شدید؟ در کمیته چه خبر بود؟

برنامه‌ها و وضعیت کمیته به چه صورت بود؟
کمیته در آن موقع دارای زیرگروه‌های متعددی بود. طرح‌های تحقیقاتی، کارگاه‌ها، فعالیت‌های علمی، برگزاری کنگره‌ها و ... به هرحال، کمیته محیطی بود برای سرمایه‌گذاری علمی بر روی افراد مستعد تا در آینده تبدیل شوند به افرادی که برخی نمونه‌های شاخص آن، از همین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بگیریید تا همه جای دنیا، قابل مثال‌زدن است.

« چرا به فکر مجله‌ای برای کمیته افتادید؟ آیا احساس نیاز وجود داشت؟ به نظرتان هنوز هم به آن نیاز است؟ هدف این نشریه قرار بود چه باشد و تا چه حد به هدف رسیده‌ایم؟

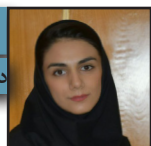
هدف در آن موقع، اطلاع‌رسانی و آشنایی با



سنا بیات

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۴

کامیاب کریم پور



***به هرحال، کمیته محیطی بود برای سرمایه‌گذاری علمی بر روی افراد مستعد تا در آینده تبدیل شوند به افرادی که برخی نمونه‌های شاخص آن، از همین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بگیریید تا همه جای دنیا، قابل مثال‌زدن است.**

اهداف و مفاهیم پیشرفت علمی بود. الان هم فکر می‌کنم، نشریه در همین جهت و البته با کمی بازبینی و بروزشدن، می‌تواند مفید باشد.

« از داستان و علت انتخاب نام گلبانگ برایمان بگویید.

بر اساس بیتی از حضرت حافظ که می‌فرمایند: «بر آستان جانان، گر سر توان نهادن/ گلبانگ سربلندی، بر آسمان توان زد». به نظرم این بیت می‌توانست

چاپ شده‌ام، دو کتاب بین‌المللی به چاپ رسانده‌ام؛ یکی در سال ۲۰۱۴ و دیگری در سال ۲۰۱۷. مورد اول، با عنوان Postoperative Critical Care for Cardiac Surgical Patients th Edition انگلیسی و با بیش از ۴۵۰ صفحه مطلب در زمینه‌ی مراقبت‌های پزشکی از بیماران بزرگسال در دوره‌ی پس از اعمال جراحی قلبی است. این کتاب با مشارکت حدود ۲۰ نفر نویسنده‌ی تراز اول جهانی، از جمله دانشگاه‌های معتبر آمریکا و اروپا انجام شد و نویسنده‌ی اول (Editor in Chief) در این کتاب بنده بودم و مسئولیت تیم نگارش کتاب را بر عهده داشتم و توسط انتشارات Springer که یکی از ناشرین بسیار معتبر کتاب در همه‌ی رشته‌ها از

***بر اساس بیتی از حضرت حافظ که میفرمایند: «بر آستان جانان، گر سر توان نهادن/ گلبانگ سربلندی، بر آسمان توان زد». به نظرم این بیت میتواندست هدف متعالی گلبانگ را همراه با ایهام بسیار ظریف و زیبایی به ذهن متبادر کند.**

جمله پزشکی است، در سطح جهانی به چاپ رسید؛ انشالله چاپ دوم این کتاب به زودی در ماه‌های آینده توسط همان انتشارات منتشر خواهد شد. مورد دوم، با عنوان Congenital Heart Disease in Pediatric and Adult Patients که یک کتاب به زبان انگلیسی و با بیش از ۱۰۰۰ صفحه مطلب بروز دنیا و بسیار مفصل و جامع است و در زمینه‌ی علم بیهوشی در بیمارانی است که تحت اعمال جراحی به دلیل بیماری‌های مادرزادی قلبی قرار گرفته‌اند. این کتاب در سطح جهانی در نوع خود کم‌نظیر است و شاید ۲ مورد مشابه آن به زبان انگلیسی در دنیا وجود دارد و با مشارکت بیش از ۵۰ نفر نویسنده‌ی تراز اول جهانی از دانشگاه‌های بسیار معتبر آمریکا و اروپا انجام شد و مجدداً نویسنده‌ی اول (Editor in Chief) و مسئول تیم نگارش کتاب اینجانب بودم و این کتاب هم مجدداً توسط انتشارات Springer در سطح جهانی به چاپ رسیده‌است. برای تالیف این کتاب، حدود ۳ سال و نیم وقت از اینجانب صرف گشت اما همه این مساعی و مشقات با انتشار کتاب، گویی به طور کامل بحمدالله جبران شد.

« حتما شما در حوزه‌ی تألیف مقالات علمی- پژوهشی، هدایت پایان‌نامه‌ها و رساله‌های تحصیلات تکمیلی نیز سوابق درخشانی دارید. لطفاً برایمان شرح دهید. بیش از ۱۰۰ مقاله‌ی پژوهشی به چاپ رسانده‌ام و بیش

هدف متعالی گلبانگ را همراه با ایهام بسیار ظریف و زیبایی به ذهن متبادر کند. در عین حال که واژه‌ی گلبانگ برای یک نشریه خبری می‌تواند واژه‌ای بسیار زیبا باشد اما برای نهایی‌شدن این نام زیبا برای گلبانگ، به یک غزل مولانا اشاره می‌کنم تا مشکلات مربوط به نهایی‌شدن نام آن، چاپ آن، اخذ مجوز، مشکلات مالی، تهیه مطلب و چه و چه و چه‌ها همگی در این چند بیت خلاصه شود:

چه دانستم که این سودا مرا زین سان کند مجنون
دلم را دوزخی سازد دو چشمم را کند جیحون
چه دانستم که سیلابی مرا ناگاه بریاید
چو کشتی‌ام در اندازد میان قلزم پرخون
زند موجی بر آن کشتی که تخته تخته بشکافد
که هر تخته فروریزد ز گردش‌های گوناگون
نهنگی هم برآرد سر، خورد آن آب دریا را
چنان دریای بی‌پایان شود بی‌آب چون هامون
شکافد نیز آن هامون نهنگ بحرف‌سا را
کشد در قعر ناگاهان به دست قهر چون قارون
چو این تبدیل‌ها آمد نه هامون ماند و نه دریا
چه دانم من دگر چون شد که چون غرق است در بی‌چون
چه دانم‌های بسیار است لیکن من نمی‌دانم
که خوردم از دهان بندی در آن دریا کفی افیون

اما به هرحال خاطرات گلبانگ، بسیار بسیار شیرین و دلپذیر بود.

« در سال‌های اخیر، یکی از سردبیرهای گلبانگ پیشنهاد دادند نام مجله تغییر کند. اگر شما در آن زمان عضو کمیته بودید چه واکنشی نشان می‌دادید؟

اول یک توضیح جامع می‌دادم و از ویژگی‌های نام گلبانگ و ایهامی که همراه با ظرافت در آن وجود دارد می‌گفتم. هم‌چنین، اعلام می‌کردم در همه جای دنیا، یکی از ویژگی‌های یک برند، قدمت آن است به خصوص که الان گلبانگ حدوداً ۲۲ ساله است و می‌تواند به یک نشریه‌ی ملی- علمی با سابقه ۲۲ ساله تبدیل شود (مثل روزنامه‌ی سلامت یا سپید یا حتی ورای آن، مثل مجله‌ی دانشمند)؛ اما در نهایت هم به خرد جمعی مراجعه می‌کردم.

« کتاب‌ها و تألیفات شما، بخشی از سوابق درخشانان به شمار می‌رود. لطفاً به این تألیفات و افتخارات کسب‌شده نیز اشاره‌ای بفرمایید.
من تاکنون علاوه بر همه‌ی کتاب‌ها و مقالات

*** جایگاه پزشکی در کشور ما همیشه نسبت به کل دنیا وضعیت رفیعی داشته است.**



از ۴۰ پایان‌نامه‌ی تخصصی و فوق‌تخصصی را راهنمایی کرده‌ام. هم اکنون هم سردبیر مجله‌ی علمی Journal of Cellular and Molecular Anesthesia هستم.

« وضعیت رشته‌ی پزشکی را در ایران در مقایسه با کشورهای پیشرفته‌ی دنیا چگونه ارزیابی می‌کنید؟ »

جایگاه پزشکی در کشور ما همیشه نسبت به کل دنیا وضعیت رفیعی داشته است. علی‌رغم همه‌ی فراز و نشیب‌ها، هم اکنون هم یکی از کشورهای دارای تراز برتر جهانی در رشته‌ی پزشکی و تخصص‌های آن هستیم.

« برای کسانی که می‌خواهند وارد وادی پزشکی شوند، چه صحبتی دارید؟ »

تلاش، امید و صبر بسیار از پیش‌شرط‌های این رشته است؛ ایثار و نوع‌دوستی نیز آن را بسیار دلنشین‌تر می‌کند.

« اولین واژه‌ای که با خواندن هریک از کلمات یا عبارات زیر به ذهنتان می‌رسد چیست؟ »

- * کمیته پژوهش‌ها: محیط کشت نخبه‌های نظام سلامت
- * پزشکی: عشق و سختی و ایثار
- * دانشجوی پزشکی: جهاد در راه علم
- * علوم پزشکی اصفهان: شهری که نام دانشگاه بر آن نهاده‌اند؛ اصفهانی در مقیاس کوچک‌تر
- * گلبانگ: آستان جانان
- * پژوهش: عشق و عقل و ماجراجویی؛ همه با هم، یک جا
- * دکتر علی دباغ: بنشینم و صبر پیش گیرم / دنباله‌ی کار خویش گیرم
- * کمیته‌چی: جهادگر در راه علم
- * اصفهان: روزگار کودکی در تو جا مانده
- * سردبیر: پدر خانواده در شب عید که باید اجاره خانه بدهد، کفش، لباس، میوه و شیرینی بخرد، عیدی بدهد، در حالی که هنوز حقوق و عیدی‌اش هم به حساب واریز نشده!

« و در پایان؟ »

از فرصتی که برای من پیش آمد، بسیار ممنونم.

گزارش برنامه اسمارت



مدرسه آموزش پژوهشی (SMART School of Mentor-Assisted Research Training)

دیباچه

پزشکی به سرعت در حال پیشرفت است. روش‌های نوین تشخیص و درمان دائماً جایگزین روش‌های قبلی می‌گردند و منجر به ایجاد استانداردهای جدید در ارائه خدمات بالینی می‌شوند. در این دنیای در حال تغییر، تصور یک نظام سلامت، بدون پژوهش‌های هدفمند به سختی ممکن است. از این رو، نیروهای انسانی که برای کار در این سیستم‌ها تربیت می‌شوند باید برای پویایی و تغییرات سریع آن آماده باشند. البته این به آن معنا نیست که همه آن‌ها باید قابلیت تولید علم را داشته باشند، بلکه یعنی عموم آن‌ها باید درک صحیحی از پژوهش و تولید علم داشته باشند.



چند درصد از فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی ما می‌توانند پروژه‌هایی برای ارتقای بهداشت جامعه انجام دهند؟ یا اساساً چند درصد آنها فرایندهایی را که منجر به تولید دانش و در نهایت تغییر در نظام سلامت می‌شوند به خوبی درک می‌کنند؟ این موضوع را می‌توان با آموزش‌های ناقص و ناکارآمد دوران تحصیل مرتبط دانست. برنامه درسی دانشجویان پزشکی، برنامه سنگینی است و پیدا کردن فرصتی برای آموزش پژوهش دشوار است. هر چند دانشجویان پزشکی شش واحد پایان‌نامه می‌گذرانند اما به دلیل این که برنامه آموزشی منسجمی برای آن طراحی نشده است و اجرای آن در دوره پرمشغله اینترنتی واقع شده است، عموماً بیش از آن که به عنوان یک فرصت آموزشی به آن نگاه شود، یک مانع تلقی می‌شود که به هر روی باید آن را پشت سر گذاشت. با این پیش‌فرض که لازم است پزشکان، درک ساده

امید میر مسیب

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۰



اما صحیحی از فرایند پژوهش داشته باشند تا بتوانند از برون‌دادهای پژوهش به درستی در طبابت استفاده کنند، طراحی برنامه SMART به عنوان یک دوره عملی آموزش میانی پژوهش صورت گرفته است. برخلاف بسیاری از برنامه‌های مشابه، در این دوره، دانشجوی گام به گام همراه با آموزش‌هایی که دریافت می‌کند مراحل یک طرح پژوهشی کوچک را تحت نظارت استاد طی می‌کند.

به این ترتیب، در پایان دوره علاوه بر اینکه دانشجوی آموزش‌ها را دریافت کرده، نتیجه کار پژوهشی خود را نیز که به صورت مقاله منتشر شده است، مشاهده خواهد کرد.



اهداف کلی SMART:

- دانشجویان با مفاهیم پایه در روش تحقیق، آمار و نگارش علمی آشنا شود.
- دانشجویان به اهمیت اتکای پزشکی نوین بر شواهد علمی پی‌ببرد.
- مهارت‌های اولیه استفاده از منابع علمی، طراحی مطالعه و تحلیل و نگارش نتایج و ارائه علمی را به دست‌آورد.

گزارش SMART ۲۰۱۷:

نحوه انتخاب دانشجویان:

طی فراخوان انجام شده، ۱۷۸ نفر از دانشجویان

پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و علوم آزمایشگاهی از طریق وب سایت اسمارت که در ادامه معرفی خواهد شد، مراحل اولیه ثبت نام را انجام دادند. سپس در آزمون ورودی که سوالات آن شامل دو بخش دانشی و نگرشی بود، شرکت کردند و ۴۰ نفر انتخاب شدند. پس از انجام مراحل نهایی ثبت نام، دانشجویان مطابق با علایق پژوهشی خود، ۸ عنوان ارائه شده توسط اساتید محترم را به صورت آنلاین اولویت بندی کردند و بر اساس نمره کسب شده در آزمون ورودی در گروه های مختلف قرار گرفتند.

عناوین طرح های پژوهشی، اساتید راهنما و اعضای هر گروه به قرار زیر است:

عنوان طرح	استاد راهنما	اعضای گروه
ارزیابی درون تنی رگ مصنوعی جایگزین کاروتید خرگوش از نظر بازماندن، ایجاد آنوریسم و اندوتلیالیزاسیون سطح داخلی رگ در دوگروه با اسکفولد seed شده و seed نشده	دکتر شقایق حق جو	غزال علوی مهدیه بذرافشان حامد رفیعی لیلا رجبی مehشید امینی
بررسی میزان ارتباط بیلیروبین جلدی نقاط مختلف بدن با بیلیروبین سرمی به عنوان غربالگری (اسکرین) در نوزادان با وزن بسیار کم (VLBW)	دکتر امیرمحمد آرمانیان	یگانه نیل فروش زهرا سیستانی مریم سادات حسینی فاطمه نجفیان
• بررسی اثر مهارکننده گیرنده نوع ۱ آنژیوتانسین ۲ و آنژیوتانسین ۱-۷ در کاهش نفروتوکسیسیته و سندروم زجر تنفسی در رات	دکتر مهدی نعمت بخش	کیمیا بقایی رضا بیرانوند کیمیا رامتین سهیل صادقی زهرا موسوی
بررسی سیر ذاتی و هزینه های بیماری های التهابی روده در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶	دکتر عبدالمهدی بقایی	رضوان فیروزفر آرش طغیانی زهرا راستین مرام یاسمن شجاعی امیررضا رضایی
بررسی رابطه بین هوش هیجانی و هیجان های تحصیلی در دانشجویان رشته پزشکی و دندان پزشکی مقطع علوم پایه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سال ۱۳۹۶	دکتر اظهر امید	زهرا ابویی سیده سارا هاشمی کیومرث توکلی دانش حیدری مهران حدادی
بررسی نسبت میزان بروز سرطان سلول های سنگفرشی زبان در زنان به مردان از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ در بیمارستان های آیت الله کاشانی و الزهرا (س) اصفهان	دکتر حسین قضاوی	اشکان مرتضوی غزال ارباب زاده مینا حقیقت امیرعلی گیلانی مریم نوروزی
مقایسه ی بین عملکرد شناخت اجتماعی در ابتدای سیر بیماری افراد مبتلا به Relapsing – Remitting Multiple Sclerosis و افراد سالم و ارتباط آن با یافته های بالینی و بیومارکرهای التهابی سرم و یافته های تصویربرداری در این بیماران.	دکتر ایمان ادیبی	علی عزیزی مینا بداغی هیوا بداغی زینب زمانی محمد امین مزیدی
مقایسه ی تغییرات کیفیت زندگی در بیماران قرار گرفته تحت عمل Laparoscopic mini و Laparoscopic roux-en Y gastric bypass gastric bypass	دکتر امیرحسین داورپناه	علیرضا اسعدی مهشاد افشارزاده زهرا ربیعی علی زاهد سارا سیدپوسفی

بسته آموزش مجازی ۳: آمار توصیفی و تحلیلی (کتابخانه دیجیتال)- نرم افزار SPSS (فیلم آموزشی) کارگاه حضوری ۴ (نگارش مقاله): اصول نگارش مقاله پژوهشی، اصول اخلاق پژوهش در ارائه نتایج بسته آموزش مجازی ۴: تهیه پوستر علمی-پژوهشی و روش ارائه سخنرانی علمی-پژوهشی (فیلم آموزشی) مدرسین کارگاه‌ها و فیلم های آموزشی: دکتر یوسف قیصری، دکتر مهدی نعمت بخش، دکتر سمر سیداحسین، دکتر عبدالمهدی بقایی، دکتر شروین بدیهیان دکتر نوید منوچهری، دکتر میثم آبدار، امید میرمسیب



و پایان اسفندماه ۱۳۹۶ جشنواره پایانی را از ساعت ۸ الی ۱۸ خواهیم داشت که تیم ها نتایج کار خود را به صورت سمیناری یکروزه ارائه می‌دهند و پروژه‌ها مورد داوری نهایی قرار می‌گیرند.

معرفی وبسایت برنامه و قابلیت‌های آموزشی آن:

به منظور تسهیل اطلاع‌رسانی و استفاده از امکانات آموزشی SMART، وبسایت www.muismart.com طراحی شد. منابع آموزش مجازی از جمله فیلم‌های آموزشی، درسنامه‌ها، کتابخانه دیجیتال و ... روی سایت قرار گرفتند. همچنین، کلیه مراحل ثبت نام، آزمون‌ها، ارسال و داوری پروپوزال‌ها و ... از طریق سایت صورت گرفت.



شرکت‌کنندگان در مراحل که در تقویم آموزشی ذکر شده‌است، مبانی روش تحقیق را فرا گرفتند و با نظارت استاد راهنما، پروپوزال پژوهشی را نوشتند. پس از داوری و تصویب پروپوزال در فراخوان طرح های تحقیقاتی کمیته پژوهش‌های دانشجویان، اجرای طرح، گردآوری و تحلیل داده‌ها با نظارت استاد راهنما آغاز گردید. زمان اجرای پروژه حدود دو ماه بود و در این فاصله کلیه گروه‌ها به طور همزمان، آموزش‌های مبانی آمار توصیفی و تحلیلی را به صورتی که بتوانند مستقلا به تحلیل و بررسی داده‌های خود بپردازند، دریافت کردند. سپس با نظارت استاد و همزمان با آموزش‌های SMART نگارش مقاله را آغاز کردند.



برنامه آموزشی ۲۰۱۲ SMART:

کارگاه حضوری ۱ (مبانی پژوهش): آشنایی با روش علمی- فرایند تولید دانش، از پژوهش تا برون‌دادهای فناوری، انواع متون علمی، اهمیت شواهد علمی در طبابت بالینی- معیارهای انتخاب موضوع، اصول اخلاق پژوهش در انتخاب موضوع

بسته آموزش مجازی ۱: جستجوی منابع علمی و نرم افزار رفرنس نویسی Endnote (فیلم های آموزشی) اصول پایه نگارش علمی (درسنامه) کارگاه حضوری ۲ (طراحی مطالعه و نگارش پروپوزال): انواع مطالعات، متغیر و انواع آن، سوگرایی، حجم نمونه، اصول نگارش پروپوزال، اصول اخلاق پژوهش در طراحی مطالعه

بسته آموزش مجازی ۲: انواع مطالعات، انواع متغیرها و نقش آنها، سوگرایی و حجم نمونه (درسنامه) جلسه حضوری (داوری و بررسی نهایی پروپوزال‌ها) کارگاه حضوری ۳ (آمار زیستی): مبانی آمار توصیفی و تحلیلی، اصول اخلاق پژوهش در تحلیل داده‌ها

کمیته در حاشیه



نگین سالمی

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۳

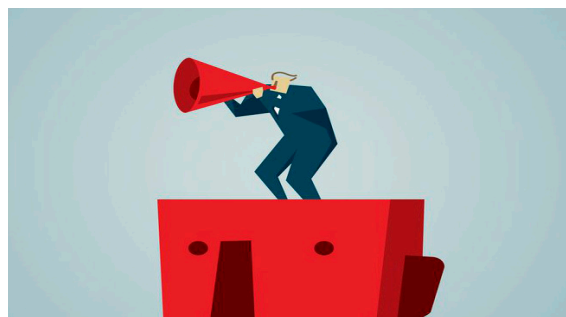
مناسب هر دو واحد/معاونت را داشتند در شورای سیاستگذاری کمیته بحث کردیم. اما موضوع همین‌جا تمام نشد و ما مجدداً به دلیل استقبال بسیار، در اواخر تابستان فراخوان عضویت دادیم! این شد که برای بار دوم از افراد علاقه‌مند دعوت کردیم به ما بپیوندند.



↓ درخت

پس از انصراف آقای دکتر نعمت‌بخش از ادامه‌ی فعالیت به عنوان معاون پژوهشی دانشگاه، ما تصمیم گرفتیم کاری بکنیم. بعد از چندین ساعت فکر، مشورت و صحبت با کمیته‌چی‌های قدیم و جدید تصمیم گرفتیم تا روزی را تعیین کنیم و یک یادگاری به پاس زحمات استاد در تمام این سال‌ها تهیه و به ایشان تقدیم کنیم. نهایتاً قرار شد که درختچه‌ای برای استاد تهیه شود و پس از هماهنگی‌های لازم در فضای دانشکده کاشته شود تا برای همیشه از تلاش‌های استاد به یادگار بماند.

در روز ۲۷ آذر ماه در دیداری صمیمی که در اتاق کارگاه‌ها با استاد داشتیم، برایمان از خاطره‌هایشان گفتند. درختچه ما گنولیا که آن را منگولیا کمیته‌ایا نامیدیم- همان‌جا در مراسمی غافلگیر کننده به استاد تقدیم شد. چند روزی منگولیا مهمان کمیته بود تا اینکه کارشناسان محیط زیست دانشکده به ما خبر دادند که مناسب فضا و آب و هوای دانشگاه نیست! منگولیا رفت و سرو



↓ فراخوان عضویت در کمیته پژوهش
های دانشجویان دانشکده پزشکی

از ابتدای سال پس از انجام آخرین ویرایش‌های برنامه سالیانه ۱۳۹۶ اقدامات برای برگزاری فراخوان عضویت در کمیته به هدایت آقای امیررضا زندی کلید خورد. فرایند ثبت نام و تایید طی شد و اوایل خرداد نشست‌ی در تالار طباطبایی برگزار کردیم. در این نشست، در مورد کمیته، واحدها و معاونت‌ها و فعالیت‌های سال ۹۶ توضیحی دادیم و بروشورهای معرفی کمیته را که آماده کرده بودیم بین دوستان شرکت‌کننده پخش کردیم. همان روز از این دوستان علاقه‌مند دعوت کردیم با



توجه به فرمی که پرکرده بودند برای مصاحبه به معاون یا مسئول واحد مورد نظر مراجعه کنند! سپس برای عضویت در کمیته انتخاب شدند. درمورد افرادی که برای دو یا سه واحد/معاونت درخواست عضویت داشتند و طبق مصاحبه‌شان توانمندی و شایستگی



آمد. در تاریخ ۲۳ دی ماه، با کمک و حضور جناب آقای دکتر امامی، ریاست محترم دانشکده پزشکی، جناب آقای دکتر نعمت بخش، جناب آقای دکتر قیصری، جناب آقای دکتر ذوالفقاری و جمعی دیگر از اساتید عزیز، کارمندان محترم، کمیته‌چی‌های قدیمی و دوست داشتنی و جمعی از ما، ریشه‌های درختچه‌ی سرو در خاک دانشکده پزشکی جای گرفت.

در حاشیه کمیته در حاشیه



مجمع، شورای عالی و انتخابات

پس از رأی‌گیری جناب آقای امین دهقان برای دبیری سال ۹۷ برگزیده شدند. در پایان جلسه نیز گوش جان سپردیم به سخنان آقای دکتر نعمت بخش و آقای دکتر قضاوی.

شایان ذکر است که امسال ۲۲ جلسه‌ی شورای سیاستگذاری برگزار شد.



چند روز مانده به پایان زمان ثبت نام کاندیداتوری دبیری، با حضور اعضای فعال، در کمیته جمع شدیم تا مجمع تشکیل بدهیم و در مورد مسائلی که وجود داشت صحبت کنیم. پیشنهادهای را بررسی کنیم و فکرهای جدیدمان را با همدیگر در میان بگذاریم. جلسه و نظرسنجی شورای عالی برگزار شد و بالاخره روز انتخابات فرا رسید.

پس از پخش قرآن، سرود ملی و خوش آمدگویی به حضار، کاندیدا (آقای امین دهقان) سیاست‌های خود را بیان کرد.

حدود ۴۰ دقیقه پرسش و پاسخ انجام شد و سپس کاندیدا و دبیر فعلی کمیته، در حضور جناب آقای دکتر نعمت بخش، جناب آقای دکتر قیصری، سرپرست محترم کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی، و جناب آقای دکتر قضاوی با هم مصاحبه کردند.

بخش علمی در یک نگاه

« من چگونه من شد؟

« پزشکی شخصی سازی شده

« دغدغه‌ی شیرین نجات

(مصاحبه)

« دستاوردهایی از هیولای درون

« پژوهشگر چندبعدی و تک بعدی

« تازه های MS

« old but gold (معرفی کتاب)

« سختی‌های پایان نامه

« مقالات چاپ شده توسط اعضای

کمیته پژوهش‌های دانشجویان

دانشکده پزشکی

بخش علمی

«من» چگونه «من» شد؟

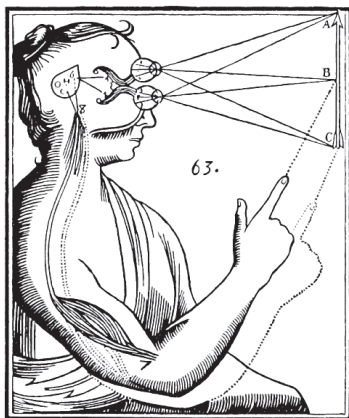


پوریا پارسایی

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۵

چگونه جهان را درک کنیم؛ واقعیات دنیای بیرون، خود را به صورت «شهود»هایی مثل زمان، مکان، صفات و ... بر ما ظاهر می‌سازند و ما تنها تاثیر واقعیات را حس می‌کنیم و همین تاثیر را نیز تنها می‌توانیم از دریچه عقل درک کنیم. ما هیچ‌گاه از ماهیت واقعی چیزها آگاه نخواهیم شد.

از ابتدای تاریخ، اندیشمندان بحث‌های مختلفی در مورد «روح» در مقابل «جسم» داشته‌اند؛ مثلاً رنه دکارت، پدر فلسفه مدرن، دو جهان مختلف را قائل می‌شود: «ذهن» و «ماده». او ذهن را که قدرت تصمیم‌گیری داشت، جدا از بدن تصور می‌کرد. حتی در اقدامی علمی گفت که منشأ «خودآگاهی» در غده صنوبری مغز است و «خودآگاهی» را همان روح می‌پنداشت.



تصویر دوگانگی ذهن و بدن توسط رنه دکارت

پردازش‌های ذهنی و فیزیکی به نظر مرتبط می‌رسند؛ اما چگونه این دو بخش به ظاهر متفاوت، با یکدیگر ارتباط دارند؟

به طور کلی دو رویکرد در قبال مسئله‌ی تاریخی دوگانگی ذهن و بدن وجود دارد: یگانه‌گرایی و دوگانه‌گرایی.

دیدگاه دوگانه‌گرا از دکارت منشأ می‌گیرد اما پاسخ‌های گوناگونی به چگونگی ارتباط ذهن و بدن می‌دهد. اما یگانه‌گراها معتقدند تنها یک واقعیت وجود دارد که خودآگاهی و ماده، هر دو، از آن منشأ می‌گیرند.

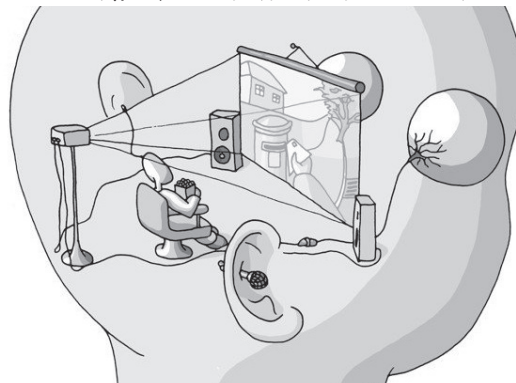
در زمانی، دیدگاه نیوتونی، دیدگاه حاکم در عالم شد. دیدگاهی که می‌خواست همه پدیده‌ها را با قوانین فیزیک توجیه کند. دیدگاهی که کل جهان را مانند ساعت بزرگی می‌پنداشت که فقط با قوانین ثابت طبیعت عمل می‌کند. این دیدگاه تا حدی پیش رفت که لاپلاس گفت: «اگر وضعیت جهان در لحظه‌ای از زمان کاملاً معلوم باشد، می‌توان وضعیت

یکی از پرسش‌های اساسی که ذهن انسان را از اوایل خلقت به خود مشغول کرده، این است که: «من» چیست؟ چرا «من»، پیوسته «من» باقی می‌ماند و سلسله پیوستگی «خودآگاهی» از هم نمی‌پاشد؟ چرا انسان پیوسته احساس می‌کند همواره همان «من» بوده و با وجود تغییر شخصیت هنوز همان «من» ثابت باقی مانده‌است؟

«هوشیاری»، «آگاه‌بودن از چیزهای خارجی و درونی»، «احساس»، «تجربه»، «درک»، «فردیت»، «روح»، همه و همه مواردی هستند که شاید برای فهم «خودآگاهی» به آن‌ها نیازمندیم. شاید بتوان گفت خودآگاهی حس و تجربه لحظه‌ای «بودن» است. البته این حس لحظه‌ای از گذشته و اطلاعات دریافتی گذشته نیز تاثیر می‌پذیرد.

هم‌اکنون که شما در حال خواندن این متن هستید، خودآگاهی (Consciousness) در شما جریان دارد. اطلاعات حسی مختلف توسط گیرنده‌های مخصوص، دریافت می‌شوند و با ایمپالس‌های عصبی به مغز شما می‌رسند و در آن‌جا تحلیل و درک می‌شوند. اطلاعات گذشته شما نیز در تحلیل اطلاعات ورودی، دخیل خواهند بود و شما حسی لحظه‌ای از «بودن» و تجربه‌کردن خواهید داشت.

این خودآگاهی هم کاملاً در لحظه صورت نمی‌گیرد؛ درواقع، اطلاعات حسی تا به مغز برسند، زمانی تأخیر دارند و ما همیشه در دنیای گذشته زندگی می‌کنیم. البته تأخیر زمانی، آنقدر زیاد نیست که برای انسان‌ها مشکل زیستی به وجود آورد و قابل چشم‌پوشی است.



اما چگونگی و چرایی تبدیل این اطلاعات حسی به رنگ یا مزه که بخش‌هایی از خودآگاهی هستند، هنوز ناشناخته و مرموز باقی مانده‌است که دیوید چالمرز آن را «مشکل بزرگ خودآگاهی» می‌خواند.

دوگانگی

کانت، فیلسوف آلمانی و شخصیت اصلی فلسفه مدرن، معتقد بود این ذهن ماست که تعیین می‌کند ما

به نظر می‌رسد مغز انسان تصمیماتی می‌گیرد و سپس از تصمیم خود، آگاه می‌گردد. محققان، تأخیری را در حدود نیم ثانیه یافته‌اند. در سال ۲۰۰۸ با ۶۰ درصد صحت، تا ۱۰ ثانیه تأخیر را در آگاهی از تصمیم گرفته‌شده، ثبت کرده‌اند. این مطالعات باعث شده که محققان، برخی از فرم‌های اراده آزاد را رد کنند. آزمایش لیبت یکی از مهم‌ترین و بحث‌برانگیزترین آزمایش‌ها در رابطه با اراده آزاد است. در این آزمایش ساعتی در جلوی فرد قرار دارد که عقربه‌اش در حال چرخش است و از فرد خواسته می‌شود که در زمانی اتفاقی، انگشتش را تکان دهد و مکان عقربه ساعت را در زمانی که تصمیم ارادی برای تکان دادن انگشتش گرفته، گزارش کند. در همین زمان، فعالیت‌های مغزی توسط EEG ثبت می‌شوند. نتایج این آزمایش نشان می‌دهد که طیف زمانی اتفاقات به صورت زیر است:

بر این اساس، ابتدا پتانسیل آماده‌سازی (RP) تولید می‌گردد و سپس فرد از تصمیم خود، آگاه می‌شود (W) و سپس دستش را تکان می‌دهد (Action). کورن‌هاپر (Kornhuber) و دیکه (Deecke) دو دانشمندی بودند که کشف کردند پتانسیل الکتریکی، زمان زیادی قبل از این که فرد انگشتش را تکان دهد، قابل‌مشاهده است و آن را پتانسیل آماده‌سازی (RP: readiness potential) نامیدند. دیدگاه سنتی به این شکل بود که ابتدا فرد تصمیم می‌گیرد و سپس مغز پتانسیل الکتریکی تولید می‌کند. اما در این آزمایش، دیدگاه سنتی رد شد. البته جنجال‌ها و پرسش‌ها درمورد آزمایش هم‌چنان باقی‌ست و اندیشمندان، تفسیرهای مختلفی از این آزمایش دارند. جالب است بدانید که خود «بنجامین لیبت» که این آزمایش را اجرا کرده، معتقد است این آزمایش، آزادی انسان را رد نمی‌کند. او استدلال می‌کند که در فاصله آگاهی انسان از تصمیمش (W) تا تکان دادن انگشت (Action)، هنوز فرصتی برای «وتو»، «نه گفتن» به تصمیم گرفته‌شده، وجود دارد که می‌توان آن را «آزادی نه گفتن» نامید. مکس ولمنز (Max Velmans) اعتقاد دارد «آزادی نه گفتن» نیز شاید به مکانیسم‌های عصبی همانند «اراده آزاد» نیاز داشته‌باشد. شروع تصمیم‌گیری توسط ناخودآگاه مغز، این سوال را به وجود می‌آورد که آیا نقشی برای اراده آزاد در این

آن را در زمان‌های بعدی نیز به راحتی با قوانین علمی پیش‌بینی کرد.» در آن دوره، فیلسوفان نیز تحت تأثیر این دیدگاه ادعا کردند که خودآگاهی را نیز می‌توان کاملاً توسط قوانین فیزیکی توضیح داد. اما برخی از فیزیک‌دانان نظری، باور دارند که فیزیک کلاسیک نیوتونی ذاتاً از توضیح همه ابعاد خودآگاهی، ناتوان است و «فیزیک کوانتوم» شاید دریچه‌ای تازه را بر ابعاد تاریک خودآگاهی بگشاید.

بعضی فیلسوفان معتقدند که موضوع خودآگاهی ذاتاً غیرقابل‌حل است؛ چون این تجربه را نمی‌توان توصیف و به مؤلفه‌های قابل‌پردازش تبدیل کرد. اما پژوهش‌هایی انجام شده‌است که نشان می‌دهد خودآگاهی از شبکه معنایی خاصی پیروی می‌کند و در نتیجه، قابل بررسی و پردازش است.

این‌که چگونه اطلاعاتی که در نواحی مختلف مغز پردازش می‌شوند، خود را به صورت یک حقیقت واحد (خودآگاهی) بروز می‌دهند، علامت سوال بزرگ دیگری را در ذهن ایجاد می‌کند و دانشمندان را به زحمت انداخته‌است.

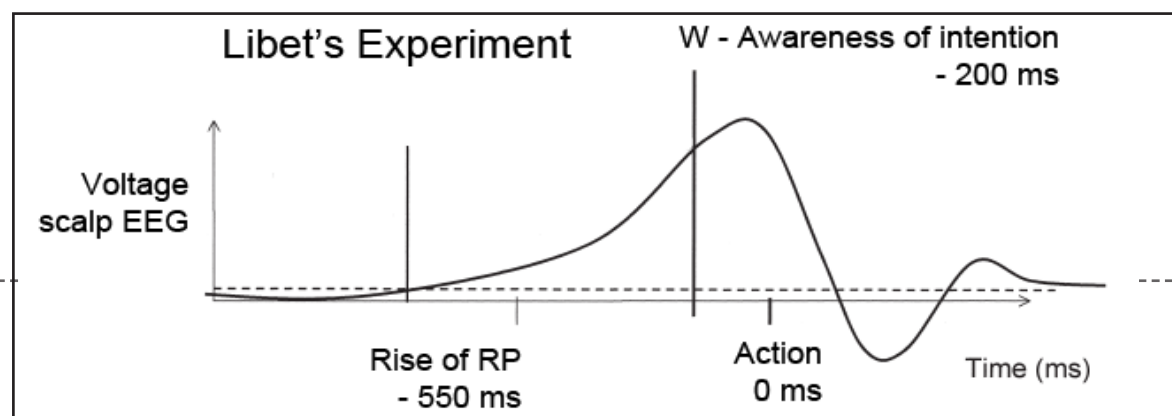
اراده آزاد؟

یکی از مسائلی که با خودآگاهی رابطه نسبتاً نزدیکی دارد، مسئله «اراده آزاد» است. آیا اراده آزاد وجود دارد یا خیر؟ اگر اراده آزاد وجود داشته‌باشد، باید جایی در خودآگاهی دنبال آن گشت چون هرچه تا امروز بر ما گذشته‌است و می‌گذرد و آنچه که ما آن را «من» می‌خوانیم، همه در خودآگاهی خلاصه می‌شود. اساساً وجود اراده آزاد با قانون علیت در تضاد است. زیرا اگر تصمیم‌گیری ما علت داشته‌باشد، یعنی آن علت باعث تصمیم‌گیری ما شده‌است؛ نه «خود» ما! و در این صورت، وجود «اختیار» بی‌معناست.

کانت، قانون علیت را حقیقتی طبیعی نمی‌دانست و آن را ذاتی انسان می‌پنداشت. یعنی باور داشت انسان ذاتاً در پی یافتن علت است و در دنیای طبیعت شاید لزوماً قانون علیت، حاکم نباشد.

کانت به اراده آزاد معتقد بود و برای انسان دو بخش «حسی» و «عقلی» قائل می‌شد. بخش حسی را که ناچار بر انسان وارد می‌شود، تابع علیت و طبیعتاً بدون اختیار می‌دانست. اما بخش عقلی را که می‌تواند حق را از ناحق تفکیک کند و تصمیم بگیرد، دارای اختیار می‌پنداشت.

یکی از دست‌آوردهای مطالعات جدید این است که



تحریک نوری، احساس نوعی تغییر در ناحیه‌ی نابینای میدان دید خود داشتند (مثل حرکت) ولی هیچ‌گونه درک تصویری نداشتند.

Asomatognosia

در این بیماری، فرد، آگاهی خود را نسبت به قسمتی از بدنش از دست می‌دهد و فرد آن عضو را نادیده می‌گیرد (neglect). بیماری دیگری به نام Somatoparaphrenia وجود دارد که با این بیماری متفاوت است. در Somatoparaphrenia، فرد ممکن است توهم داشته باشد که عضوی از بدنش (مثل دست یا پا) متعلق به فرد دیگری است و برای چسبیده بودن آن عضو به بدنش، دلیل‌هایی غیرمنطقی بیاورد.

Anosognosia

در این بیماری فرد به طریقی (معمولاً سکنه مغزی) معلول شده است اما وجود مشکل را رد می‌کند و فکر می‌کند که سالم است. این بیماری بیشتر در افرادی دیده می‌شود که دچار سکنه مغزی شده‌اند و سکنه به لوب آهیانه‌ای در سمت راست نیمکره‌ی مغز، آسیب رسانده است و باعث ایجاد سندرم «غفلت یک سوییچ» می‌گردد. این سندرم باعث نادیده گرفتن یک نیمه از بدن می‌شود. در برخی از موارد، افراد، وجود ناتوانی را در حرکت، رد می‌کنند و وقتی از آن‌ها در مورد دلیل این ناتوانی سوال می‌شود، بیمار ممکن است پاسخ روشن و مستقیمی به سؤال ندهد یا دلیلی بیاورد که اصلاً منطقی نیست. مثلاً مردی در توضیح این که نمی‌تواند پای راست خود را از رخت‌خواب بیرون بگذارد، می‌گفت که شخصی یک پای مرده را همراه او در تخت گذاشته است.

یک نوع قابل توجه از این بیماری، سندرم نادر «آنتون-بابینسکی» است. در این بیماری که فرد کاملاً نابینا است، ادعا می‌کند که می‌تواند به طور طبیعی ببیند. درواقع این بیماران دچار توهم بینایی هستند. آن‌ها ادعا می‌کنند که یک شیء در اتاق وجود دارد یا پنجره‌ای روی دیوار است در حالی که چنین چیزهایی در اتاق وجود ندارد. این بیماران در راه رفتن و فعالیت‌های روزمره دارای مشکل هستند.

منابع

- 1- David Chalmers (1995). "Facing up to the problem of consciousness".
- 2- Steven K. Shevell (2003). "Color appearance".
- 3- Soon, Chun Siong; Brass, Marcel; Heinze, Hans-Jochen; Haynes, John-Dylan (2008). "Unconscious determinants of free decisions in the human brain".
- 4- Kornhuber & Deecke, 1965. Hirnpoten

بین وجود دارد یا خیر؟

لیبت باور دارد که اراده‌ی خودآگاه دو راه دارد : ۱- می‌تواند اجازه دهد تصمیم ناخودآگاه ادامه یابد و فعالیت حرکتی انجام گردد. ۲- تصمیم ناخودآگاه را وتو کند و فعالیت حرکتی مهار گردد.

به باور گیلبرت رایبل (Gilbert Ryle)، خودآگاهی شاید یک دل‌گرمی برای انسان باشد که به او بگوید «وی» در حال تجربه کردن دنیا است. در تحقیقاتی که در سال ۲۰۰۷ انجام شد، با تحریک مغناطیسی مغز (TMS) در ناحیه pre-SMA، توانستند زمان آگاهی از تصمیم گرفته شده (W) را ۲۰۰ میلی‌ثانیه بعد از انجام فعالیت حرکتی (Action) ایجاد کنند. آلفرد مله (Alfred Mele) معتقد است که آگاهی از تصمیم، یک احساس «مبهم» است و او نسبت به آزمایش‌های انجام شده مشکوک است. هم‌چنان بحث‌ها در مورد وجود یا توهم وجود اراده آزاد، داغ است؛ اما به نظر می‌رسد مفهوم سنتی اراده آزاد، رنگ باخته و تعاریف دیگری از اراده آزاد، جایگزین مفهوم سنتی آن شده است.

پزشکی

در پزشکی، خودآگاهی با بررسی رفتارهای کلامی، برانگیختگی، فعالیت‌های مغزی و حرکات هدفمند، ارزیابی می‌شود و کما و مرگ مغزی، پایین‌ترین سطح خودآگاهی و هوشیاری کامل است و پاسخ‌گویی هدفمند به عنوان بالاترین سطوح خودآگاهی به حساب می‌آید. در بعضی از حالات مغزی به نظر می‌رسد که خودآگاهی، غائب است؛ مانند خواب بدون رؤیا، کما و مرگ. رویکرد پزشکی در مقابل خودآگاهی، کاملاً مشخص است و هدف آن، کمک به افرادی است که فعالیت‌های مغزی‌شان آسیب دیده است.

اختلالات و بیماری‌های خودآگاهی کوربینی (Blindsight)

کوربینی توانایی پاسخ دادن شخص به محرک‌های نوری است که به طور خودآگاه، آن‌ها را نمی‌بیند. این بیماران در بخش‌هایی از میدان دید خود، ابراز نابینایی می‌کنند. در واقع آن‌ها از لحاظ کورتکسی، نابینا هستند اما به محرک نوری پاسخ - به صورت ناخودآگاه - می‌دهند. اطلاعات نوری با این‌که به بخش خودآگاه مغز وارد نمی‌شود اما پاسخ حرکتی خود را ایجاد می‌کند. این بیماری نشان می‌دهد که ما بدون آگاهی از اطلاعات حسی، می‌توانیم به صورت سیستماتیک به آن‌ها پاسخ دهیم. این بیماری، این ادعا را که ما بدون خودآگاهی از چیزی، نمی‌توانیم به آن پاسخ دهیم، رد می‌کند.

در مطالعات، از افراد خواسته می‌شود که محرک نوری را در بخش نابینای میدان دید خود شناسایی و مکان آن را مشخص کنند یا حدس بزنند. دو نوع کوربینی در افراد مشاهده شد: ۱- بعضی نسبت به محرک، هیچ احساسی نداشتند و کاملاً ناآگاه بودند. ۲- بعضی با



علیرضا نجف دولابی

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۵

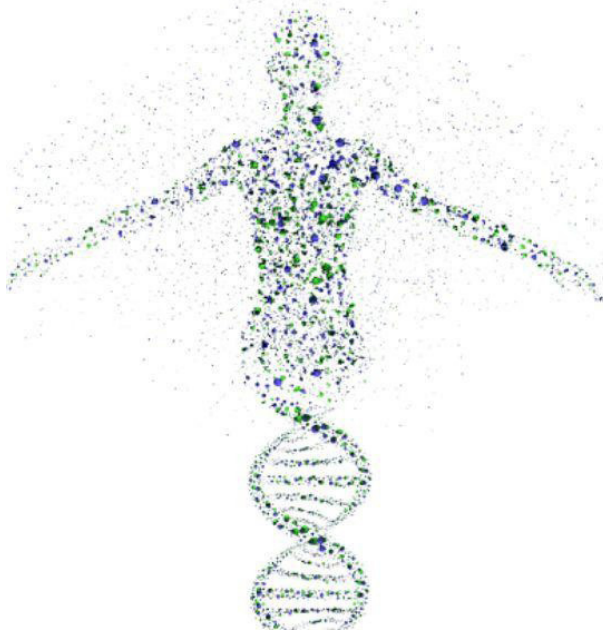
پزشکی شخصی شده

(Personalized medicine)

درصد نهادهای مولکولی جدید در حوزه پزشکی شخصی شده می‌باشند. این در حالی است که در سال ۲۰۰۵ فقط ۵ درصد آن‌ها در این رشته جای می‌گرفتند. این موضوع، نشان از یک روند صعودی بسیار سریع در این رشته دارد.

تغییرکردن از پزشکی کوشش‌وخطا (errors and trial) یا پزشکی‌ای که به اصطلاح می‌گوید "اگر یک روش روی فردی جواب داد، برای همه جواب می‌دهد" (one-size fits all)، به سمت پزشکی‌ای که از اطلاعات مولکولی افراد استفاده می‌کند تا پیامدها و نتایج بهتری داشته باشد در دستور کار پزشکی شخصی شده است و تلاش در این زمینه می‌تواند موفقیت‌های بسیار بهتری را در پی داشته باشد. هم‌چنین پزشکی شخصی شده می‌تواند با استفاده از ژنوم افراد، بیماری‌هایی را که در آینده ممکن است به آن مبتلا شوند، پیش‌بینی کند. در نتیجه، پزشک می‌تواند با راهکارهایی که ارائه می‌دهد از بروز این بیماری جلوگیری کند یا میزان پیشرفت بیماری را کاهش دهد. شناخته‌شده‌ترین مثال در این رابطه، دیابت نوع ۲ یا دیابت بزرگسالی است که زمینه‌ی ارثی هم دارد اما می‌توان با یک سبک زندگی درست از آن جلوگیری کرد.

FDA نوعی guideline ارائه داده‌است که به طور هم‌زمان می‌توان داروی مربوط به یک بیماری و آزمایش تشخیصی مربوط به آن بیماری را تطبیق داد. FDA جدولی از بیومارکرهای ژنتیکی را ارائه داده‌است که یک راهنمای ارزشمند محسوب می‌شود و برای استفاده‌ی بالینی و تجویز داروی مناسب به بیمار کاربرد دارد.



پزشکی شخصی شده یا پزشکی دقیق (precision medicine) به دنبال طراحی برنامه‌ی سلامتی هر فرد به صورت شخصی و ظریف است. به این منظور که وقتی این برنامه اجرا شود، پیشگیری و درمان مورد نظر مخصوص همان شخص خواهد بود. این رشته از تکنولوژی‌هایی استفاده می‌کند که در آن DNA، RNA و پروتئین‌های بیمار بررسی می‌شود و می‌توان به جهش‌های رخ داده در DNA و یا میزان RNA خاصی از فرد پی برد.

پزشکی شخصی شده در واقع یک رشته‌ی نوظهور است که ابزارهای تشخیصی مورد استفاده در آن مارکرهای ویژه‌ی بیولوژیکی مخصوصا ژنتیک است. تست‌های تشخیصی در این رشته، بر اساس محتوای ژنتیکی و دیگر آنالیزهای سلولی-مولکولی است و هم‌چنین اطلاعات پزشکی افراد با ویژگی‌های مختلف بیولوژیکی آن‌ها ترکیب می‌شود. بر این اساس، بهترین روش درمانی برای هر فرد، ارائه می‌گردد. پزشکی شخصی شده به پزشک و بیمار برنامه‌ی پیشگیری و درمان نهایی را ارائه می‌دهد و هدف واقعی آن، فراهم کردن درمان مناسب در دوز مناسب در زمان مناسب به بیمار مناسب است. تحقیقات در آمریکا نشان داده که اکثر مردم تا به حال حتی اسم پزشکی شخصی شده را هم نشنیده‌اند اما وقتی که برای آن‌ها در مورد این رشته توضیحاتی داده شده‌است، واکنش مثبتی را نسبت به آن، ابراز کرده‌اند. هم‌چنین آن‌ها از مزایا و پتانسیل‌های این

رشته و از این که روش درمانی انتخاب شده به احتمال خیلی زیادی روی آن‌ها جواب می‌دهد و می‌تواند عملا از بیماری جلوگیری کند، هیجان‌زده شده‌اند. در ضمن، اکثر مردم معتقدند که باید قدر این تکنولوژی را دانست و شرکت‌های بیمه باید از آن حمایت کنند.

سازمان غذا و داروی آمریکا (U.S Food and Drug Administration یا FDA) اعلام کرد که از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ بیش از ۲۰

pharmacogenomics داریم که رشته‌ای جدید از داروشناسی و ژنتیک است. مطالعاتی که در این رشته انجام می‌گیرد در پی آن است تا مشخص کند که ژن‌ها چه‌طور روی پاسخ افراد به داروها اثر می‌گذارند. بر همین اساس، با مطالعه‌ی ژنوم هر فرد، داروی موردنظر و دوز خاص آن را تعیین می‌کنند. این کار به این دلیل شکل می‌گیرد که داروها با روش مشابهی روی افراد مختلف اثر ندارند و می‌توانند اثرات منفی وسیعی را برای آن‌ها ایجاد کنند. از جمله بیماری‌هایی که در حال حاضر روی آن‌ها کار میشود، می‌توان به بیماری‌های قلبی-عروقی، آسم، آلزایمر، سرطان‌ها، ایدز و افسردگی اشاره کرد.

امروزه برای تجویز داروهای مربوط به ایدز، سرطان کولون، سرطان پستان، داروهای ضد افسردگی و میزان دوز وارفارین برای جواب‌گرفتن روی بیماران به جای کوشش و خطا از تست‌های ژنتیکی استفاده می‌شود. مثالی از کاربرد pharmacogenomics، داروی تاموکسیفن است که برای زنان مبتلا به سرطان پستان +ER تجویز می‌شود اما در ۶۵ درصد مبتلایان، در همان ابتدا مقاومت به این دارو وجود دارد. فردی به نام دیود فلوکارت، پی برد در این افراد، ژن CYP2D6 جهش دارد. این ژن یک سری از آنزیم‌های متابولیزه‌کننده را

شواهدی که در حمایت از مزایای اثبات‌شده‌ی پزشکی شخصی‌شده، ارائه شده‌است، شامل موارد زیر می‌شود:

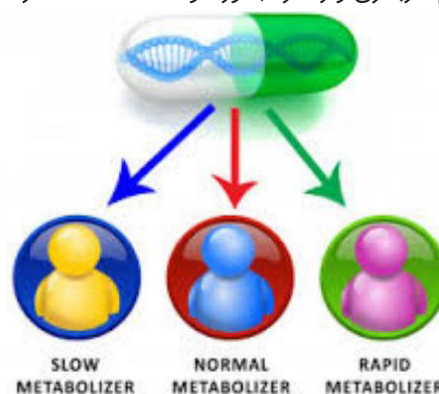
۱. تغییر رویه از انجام درمان در پزشکی به سمت پیشگیری
۲. پیداکردن گروه هدف اصلی و کاهش دادن تجویزهای مبتنی بر کوشش و خطا
۳. کاهش اثرات جانبی و مضر داروها
۴. نشان دادن موارد استفاده‌ی درست از داروها و روش‌های درمانی پزشکی
۵. افزایش نتایج مثبت درمان روی بیماران
۶. کاهش دادن میزان استفاده از روش‌های تشخیصی تهاجمی و پرخطر

پزشکی شخصی‌شده در سال‌های اخیر توانسته‌است با تولید محصولات برای درمان یک سری از بیماری‌ها اقدام کند. از این بیماری‌ها می‌توان به سرطان تخمدان، دیستروفی عضلانی دوشن، هپاتیت مزمن C، افسردگی، سرطان‌های متاستازی اوروتلیوم و ریه، لوسمی لنفوبیدی مزمن و... اشاره کرد. (نام محصولات و ژن‌های آن‌ها در منابع آمده‌است)

در پزشکی شخصی‌شده اصطلاحی به نام



کد می‌کند اما جهش در آن، باعث می‌شود که این آنزیم‌ها قادر به شکستن تاموکسیفن نباشند. در نتیجه، این دارو برای این گونه افراد نامناسب است. با همهی این توضیحات از پزشکی شخصی‌شده، چالش‌هایی در برابر آن وجود دارد؛ از جمله: نظارت، سیاست‌های مالی، اطلاعات خصوصی بیماران، تکنولوژی اطلاعات سلامتی و پذیرش بالینی. حریم شخصی بیماران: coriell personalized medicine collaborative یا به اختصار CPMC در امر محافظت از اطلاعات ژنتیکی و غیرژنتیکی موجود نقش دارد. در این سیستم، تمام اطلاعات بیمار (داده‌های پزشکی، سبک زندگی، تاریخچه‌ی خانوادگی و...) باید جدا از آدرس ایمیل و یا سایر مشخصات فردی بیمار ذخیره شوند. CPMC مشابه سیستم‌های بانکی در محافظت از دسترسی غیرمجاز نقش دارد. فرد شرکت‌کننده در مطالعات پزشکی شخصی‌شده، یک امنیت فوق‌العاده بالا هنگام ورود به حساب (account) خود با استفاده از نام کاربری و رمز عبور خواهد داشت. در CPMC،



برای نمونه‌ی بزاق، فرد به محض ثبت‌نام در مطالعه، یک بارکد اختصاصی خواهد داشت. هیچ‌گونه از مشخصات فردی شرکت‌کننده مثل نام و نام خانوادگی و... برای نام‌گذاری نمونه‌ی بزاق یا اطلاعات ژنتیکی او استفاده نمی‌شود. نمونه‌های بارکددار، جدا از فایلی که اسم شما را به بارکدتان ربط می‌دهد، به صورت محرمانه ذخیره می‌شوند. این فایل، قفل شده‌است و فقط برای کارفرمایان مستقر در CPMC قابل دسترسی می‌باشد. بیمار می‌تواند درخواست کند تا از رضایت‌نامه‌اش صرف نظر شود یا در حقیقت از مطالعات انصراف دهد. در این صورت، حساب کاربری فرد در CPMC بسته می‌شود. همچنین هر قسمت از نمونه‌ی فرد که هنوز آزمایش نشده‌است و اطلاعات به دست آمده از نمونه‌ی او از بین می‌رود. فقط فرد شرکت‌کننده می‌تواند نتایج تست‌های ژنتیکی‌اش را مشاهده کند و داده‌های ژنتیکی و شخصی خود را با دیگران به اشتراک بگذارد. در این صورت، CPMC مسئولیت این کار را فقط به خود فرد می‌سپارد و نمی‌تواند امنیت اطلاعات پخش‌شده را تضمین کند.

اگر فرد به CPMC اجازه‌ی اشتراک داده‌هایش (نتایج تست‌های ژنتیکی، نمونه‌ی DNA و...) را بدهد، یک کد به آن‌ها تعلق می‌گیرد که با شماره‌ی بارکد اصلی خود فرد فرق دارد. بر این اساس، مشخصات فردی با داده‌های ژنتیکی او با دیگر محققان و سازمان‌ها اشتراک‌گذاری نمی‌شود، بلکه همراه اطلاعات، کد مورد نظر است که نمونه‌های مختلف را از هم جدا می‌کند. در نتیجه، دیگران نمی‌دانند که این نمونه و داده‌ها متعلق به چه کسی است.

تکنولوژی اطلاعات سلامتی (health information technology): پزشکی شخصی نیاز به سیستم‌های اطلاعاتی‌ای دارد که بتوانند اطلاعات را ذخیره، تفسیر و پخش کنند و بین داده‌های ژنتیکی، فنوتیپ، داده‌های بالینی و داده‌های مولکولی ارتباط برقرار کنند تا بتوان از آن‌ها برای تصمیم‌گیری در بالین استفاده کرد. از طرفی، حجم اطلاعات مربوط به توالی هر رشته DNA بسیار زیاد است. جمع‌آوری همهی انواع این اطلاعات، چالشی برای پزشکی شخصی‌شده است که دولت‌ها توسط تکنولوژی موبایل و گسترده استفاده از ثبت الکترونیکی سلامتی، به پیشرفت این رشته سرعت بخشیده‌اند.

پذیرش بالینی (clinical adaptation): بررسی‌ها نشان داده‌اند که درصد کمی از مردم در مورد پزشکی شخصی‌شده می‌دانستند و درصد پایی از پزشکان به آن‌ها توصیه می‌کردند به سراغ پزشکی شخصی‌شده بروند. همچنین سازمان‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامتی، برنامه‌ای برای به کارگیری آن ندارند. اخیراً تلاش‌های زیادی برای حل این مشکل صورت گرفته‌است. از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به افزایش آگاهی‌های مردم، تاکید بیشتر روی آینده‌ی مردم، پی بردن به ارزش‌های مولکولی، اطمینان سازمان‌های مرتبط با سلامتی به تکنولوژی‌ها و سرویس‌های پزشکی شخصی اشاره کرد.

مسائل مالی (reimbursement): محدودکردن دسترسی مردم به روش‌های درمانی و تلاش سیاست‌مداران در کاهش قیمت‌های مربوط به برخی از روش‌های درمانی خاص، مانع از ادامه‌ی تحقیقات در پزشکی شخصی‌شده می‌شود. سازمان‌های حمایتی خصوصی، مدل‌های هزینه‌ای ارزش‌محوری را ارائه داده‌اند که باعث تشویق پزشکان به درمان بر اساس اطلاعات ژنتیکی بیماران در پزشکی شخصی‌شده می‌شود.

این توضیحات، قطره‌ای از دریای بی‌کران مربوط به این رشته‌ی نوظهور در پزشکی است که با توجه به پتانسیل‌های بالای آن، آینده‌ی روشنی را پیش روی خود می‌بیند. منابع:

http://cpmc.coriell.org>data_sample_security_1
www.personalizedmedicinecoalition.org_2

دغدغهی شیرین نجات

مصاحبه با دکتر رویا شرکت، فوق تخصص ایمنولوژی و آلرژی، عضو هیئت علمی، رئیس مرکز تحقیقات نقص ایمنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، رئیس هیئت مدیره انجمن خیریه حمایت از بیماران نقص ایمنی حضرت صدیقه طاهره (س)



هاله اشرفی



دانشجوی پزشکی ورودی ۹۵

علیرضا حاتموند

«سلام و تشکر از وقتی که در اختیار ما قرار دادید. برای شروع، مشتاقیم بدانیم چطور شد که تحصیل رشتهی پزشکی را آغاز کردید.

به نام خدا. من در سال ۱۳۵۹ با توجه به علاقه‌ای که به رشته‌ی فیزیک داشتم، در رشته ریاضی دیپلم گرفتم ولی مصادف شدن آن سال‌ها با انقلاب فرهنگی و تعطیلی دانشگاه‌ها، باعث شد بیشتر درمورد رشته‌ی دانشگاهی‌ام فکر کنم. با توجه به نیاز جامعه در آن زمان و همچنین بر اساس علاقه‌مندی‌های قبلی، در سال ۱۳۶۰ دیپلم تجربی را هم اخذ نمودم و در سال ۱۳۶۱ با شرکت در اولین کنکور بعد از انقلاب فرهنگی، وارد دانشکده‌ی پزشکی شدم.

«دوران تحصیل شما در مقطع دکترای عمومی چگونه گذشت؟ شما چطور دانشجویی بودید؟

با توجه به چند سال وقفه بین مقطع دیپلم و دانشگاه، قدر و ارزش آن دوران را درک کرده بودیم. بدیهی است که باید با علاقه‌مندی وارد رشته‌ی پزشکی بشویم. همان‌طور که می‌دانیم در این رشته، سختی‌های بسیاری وجود دارد. بنابراین اگر کسی می‌خواهد دانشجوی پزشکی خوبی باشد، علاوه بر علاقه به این رشته، باید به میزان کافی مطالعه کند و در جهت کسب تجربه، در کلینیک، بیماران زیادی را دیده باشد. تلاش دانشجویان در دوره‌ی ما به قدری زیاد بود که اکثر ما در هر ترم ۲۴ واحد را می‌گذرانیم و این گونه

بود که علوم پایه‌ی ما در ۲ سال به پایان رسید.

«از تخصص «عفونی و گرمسیری» برایمان بگویید؟ چطور شد که به این رشته علاقه‌مند شدید؟

یکی از ویژگی‌های بارز این رشته این است که اگر به بیماران مربوط به آن، به موقع رسیدگی شود، اکثریت آن‌ها درمان می‌شوند. در ضمن، غالباً می‌توان با اقدامات لازم، از بروز بیماری‌های عفونی پیشگیری کرد. من هم با توجه به این موارد و علاقه‌مندی‌های قبلی این رشته را انتخاب نمودم.

«شما برای ادامه تحصیل به خارج از کشور رفتید. از تصمیمتان و گرایشی که انتخاب کردید، برای ما بگویید.

در یک برهه، من برای ادامه تحصیل در انگلستان اقدام کردم و در ابتدا قرار بود که در school of hygiene and tropical medicine of London از بررسی‌های بیشتر، رشته فوق تخصصی ایمنولوژی بالینی و آلرژی را انتخاب نمودم.

در کشور انگلستان، پاتولوژی چندین زیرگروه دارد که یکی از این‌ها clinical immunology and allergy هست و در این رشته به غیر از کار کلینیکال، مسئولیت آزمایشگاه بالینی کلینیکال را هم بر عهده دارند. از این نظر، رشته‌ی بسیار جالبی بود و برای من امکان ارتباط با آزمایشگاه ایمنولوژی و بیمار فراهم بود. در آن‌جا برخی از رشته‌های پاتولوژی، به صورت کلینیک و

آزمایشگاه (با هم) است و بنابراین من MRC Path training از آزمایشگاه شروع کردم. چون باید در ابتدا برای کار کلینیکال GMC registration و امتحانات را انجام می‌دادم. برای من کل دوره‌ی رشته عفونی را به عنوان ۶ ماه قبول کردند و به مدت ۶ ماه تا ۱ سال در آزمایشگاه بودم و بعد از آن توانستم GMC registration داشته باشم و در حقیقت به عنوان clinical assistant رشته‌ی فوق تخصصی ایمونولوژی بالینی و آلرژی، MRC Path training را ادامه بدهم و تکمیل کنم.

« تحصیل در اروپا چطور بود؟ دانشگاه‌های ما با آن‌ها چه تفاوت‌هایی دارند؟ »

یکی از تفاوت‌هایی که بین این‌جا و اروپا وجود دارد این است که آن‌جا در سطح رزیدنتی و تخصصی، باید همه مقالات را بخوانند؛ برای این که در امتحانات، باید آخرین و به‌روزترین اطلاعات و داده‌های مقالات را به همراه جواب‌هایی که در کتاب رفرنس هست، بنویسند و این به‌روزرسانی جواب‌هاست که بیشترین نمره را می‌آورد. بنابراین مقالات و کتاب‌های رفرنس را می‌خوانند و هنگام برخورد با بیمار هم همان‌ها را به کار می‌برند؛ چون به اندازه کافی وسایل و ابزار تشخیصی موجود است.

من در بیمارستان S. James بودم که بزرگترین بیمارستان آموزشی (از لحاظ وسعت) در اروپاست و پیوندها و شیمی‌درمانی‌های جدید که همه به صورت مشاوره با کلینیکال ایمونولوژی-آلرژی است، در آن بیمارستان انجام می‌شد.

ایمونولوژی بالینی و آلرژی شامل قسمت‌های مختلف اتوایمونیتی و روماتولوژی، نقص ایمنی، تومور ایمونولوژی، ایمونولوژی پیوند، آلرژی و ... می‌باشد و آزمایشگاه ایمونولوژی بالینی را نیز در بر می‌گیرد و به غیر از آزمایشگاه و کلینیک ایمونولوژی، درمانگاه‌های مشترکی با دیگر رشته‌ها مانند روماتولوژی، هماتولوژی، انکولوژی، پولمونولوژی و ... دارد.

در آن‌جا grand roundهایی تشکیل می‌شد که هنوز در اینجا قابل اجرا نیست.

Grand roundها جلساتی بودند که برای یک بیمار، هر هفته برگزار می‌شد. در این جلسه تمام کسانی که در management بیمار دخالت داشتند، حضور می‌یافتند و برای بیمار، تصمیم‌گیری می‌کردند. به امید روزی که مشاوره‌های بخش‌های بیمارستان‌های ما نیز به همین شکل عمل کنند.

« بعد از بازگشت به ایران اوضاع چطور پیش رفت؟ »

هدف من از ابتدای حضورم در کشور انگلستان این

بود که بتوانم پس از بازگشت، در راستای تشخیص و درمان بیماران، روش‌های نوینی را راه‌اندازی نمایم. من همیشه در جهت رسیدن به هدف‌ها سعی و کوشش فراوان انجام می‌دهم و هدفم را تا زمان رسیدن به آن دنبال می‌کنم. به طوری که در دوران شش‌ماهه‌ام در آزمایشگاه، بیش از همه کار می‌کردم و در انجام و یادگیری آزمایش‌ها سخت کوشش می‌نمودم تا بتوانم در این‌جا هم مثرثمر واقع شوم. بنابراین وقتی برگشتم، با توجه به مشکلات و مسائل مختلفی که پیش آمد، سعی کردم چیزهایی را که بلد بودم، بیگیری و یکی‌یکی راه‌اندازی کنم.

پس از بازگشت، در بخش بیماری‌های عفونی و گرمسیری مشغول به کار شدم ولی همراه با کارهای بخش، در آزمایشگاه نیز فعالیت داشتم. من با کمک دیگر همکاران آزمایشگاهی، تست‌هایی را که می‌توان در تشخیص و درمان بیماران نقص ایمنی استفاده کرد، راه‌اندازی کردم. نتیجه‌ی این اقدامات، راه‌اندازی یک آزمایشگاه ایمونولوژی در آزمایشگاه بیمارستان الزهرا بود. ما دستگاه‌هایی را که سال‌ها بلااستفاده مانده بودند، مجدداً مورد استفاده قرار دادیم و هم‌چنین قسمت ایمونوفلورسنت، اتوایمیون و ... را نیز احیا کردیم.

در زمینه‌ی پژوهش نیز، اولین تز PCR دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را من و یکی از اساتید محترم دانشگاه ارائه دادیم و به تدریج توانستیم از این کارها در جهت راه‌اندازی تست‌های تشخیص بیماری‌های کمترشناخته شده استفاده کنیم.

بنابراین، آزمایشگاه ایمونولوژی، درمانگاه ایمونولوژی - که البته پیش از ما نیز تا حدی فعالیت داشت - و متعاقب آن، واحد پژوهشی نقص ایمنی در مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، به صورت واحد پژوهشی نقص ایمنی راه‌اندازی شد.

« چه شد که به فکر تاسیس مرکز تحقیقات نقص ایمنی اولیه افتادید؟ »

بیماری‌های نقص ایمنی کلاً به دو دسته تقسیم می‌شوند: بیماری‌های نقص ایمنی اولیه و ثانویه. دسته‌ی ثانویه شامل بیمارانیست که به دلیل بیماری خاص دیگری یا داروها، دچار نقص ایمنی شده‌اند؛ مثل HIV، شیمی درمانی یا پیوند عضو.

دسته‌ی دیگر، بیماران نقص ایمنی اولیه‌اند که آگاهی درمورد آن‌ها حتی در جامعه‌ی پزشکی نیز چندان بالا نیست. این دسته در کشورهایی که ازدواج‌های فامیلی وجود دارد، بیشتر شایع است؛ چیزی حدودی یک در هزار یا نصف تا دوهزار نفر.

سه هدف عمده برای بیماران نقص ایمنی اولیه در سراسر دنیا، آگاه کردن پرسنل پزشکی و غیرپزشکی،

سه ژن کشف گردیده است که مقاله مربوط به دو ژن در مجلات بسیار معتبر دنیا (blood and nature) چاپ شده و مقاله مربوط به ژن سوم هم در حال چاپ است.

« در علم امروز ایمونولوژی، این گونه کشفها چه اهمیتی دارند؟ »

امروزه در بسیاری از مراکز تحقیقاتی دنیا، اعتقاد بر این است که خداوند، سیستم ایمنی ما را طوری طراحی کرده که می‌تواند در مقابل عوامل بیماری‌زا مقاومت کند. حال اگر یک بیماری مانند آنفلوانزا، منجر به مرگ یک نفر بشود، می‌توان استنباط کرد که آن فرد احتمالا یک نقص ژنتیکی دارد؛ مثلا ژن‌هایش

تشخیص به موقع و درمان مناسب است. در سال ۱۳۹۲ واحد پژوهشی به مرکز تحقیقات نقص ایمنی اولیه تبدیل شد. در کنار این فعالیت‌ها، در سال ۱۳۸۷ کارهای تشخیصی را شروع کردیم و یک‌سری بیمارها شناسایی شدند ولی از آنجایی که داروها و فعالیت‌های تشخیصی پرهزینه بودند، انجمن خیریه‌ی حمایت از بیماران نقص ایمنی صدیقه طاهره (س) به کمک برخی از خیرین راه‌اندازی شد. کارهای تشخیصی، بسیار وسیع شده‌اند و هزینه‌های زیادی هم دارند. همچنین تعداد زیادی از این بیماران به داروهایی مثل GCSF، IVIG و اینترفرون گاما نیاز دارند. فعالیت‌های دیگر مانند کارهای ژنتیکی و پیوندهای مغز استخوان نیز بسیار هزینه‌بر هستند. امروزه انجمن در تمامی این موارد از بیماران حمایت می‌کند. انجمن حتی



نی‌توانند اینترفرون آلفا را تهیه کنند. بنابراین، یافتن ژن‌هایی که در بروز این ناهنجاری‌ها موثرند، بسیار سودمند است.

حامی کارهای پژوهشی نیز هست که از نقاط عطف فعالیت‌های آن به شمار می‌آید.

« آیا مرکز تحقیقات نقص ایمنی با مراکز مشابه خارجی هم همکاری دارد؟ »

« دانشجویان زیادی هستند که تمایل دارند وارد عرصه‌ی پژوهش شوند؛ برای آن‌ها چه توصیه‌ای دارید؟ »

در وهله‌ی اول باید مطمئن شوند که به فعالیت‌های پژوهشی علاقه دارند. البته در سال‌های اول، تشخیص این علاقه چندان آسان نیست. یعنی ممکن است دانشجو کار پژوهشی خود را در شاخه‌ای شروع کند و بعد متوجه شود که گرایش انتخابی، آن چیزی نیست که در نظر داشته‌است. به نظر من بهتر است پژوهش از همان ابتدا شروع شود؛ یعنی مثلا لازم نیست صبر کنیم تا علوم پایه تمام شود. این پژوهش‌ها می‌تواند سی‌وی (CV) پژوهشگر را نیز پررنگ کند.

در حال حاضر، مرکز تحقیقات نقص ایمنی اصفهان در کارهای تشخیصی- درمانی بیماران نقص ایمنی، با برخی از مراکز بزرگ دنیا از جمله مراکز بزرگ تشخیصی- درمانی نقص ایمنی در هانوفر، مونیخ، انگلستان، سوئد، هاروارد و UCLA در ارتباط است. ما یک همکاری هم با بیمارستان LMU مونیخ داریم. در واقع، رییس بخش pediatric (اطفال) این بیمارستان، عضو مرکز تحقیقات ماست؛ پروفیسور کریستف کلاین. ایشان خودش کاشف چندین ژن بوده‌است و یکی از شخصیت‌های مهم در برد IUIS به شمار می‌آید. در جریان همکاری‌ها و پروژه‌های ذکرشده، تا به حال

همیشه اولین پژوهش، قرار نیست سطح بالا باشد؛ پژوهش‌های اولیه از سطوح پایین شروع می‌شوند و بعدها پیشرفت می‌کنند. در بعضی کشورها مثل انگلستان، افراد برای اینترن شدن، باید در چندین جا apply کنند و بنابراین برای ورود به دانشگاه‌های برتر به یک سی‌وی قوی نیاز است. یکی از بچه‌ها به من می‌گفت که عمری درس خوانده و متن کتاب‌ها را حفظ کرده‌است. طوری درس خوانده‌بود که به او «تکست‌بوک متحرک» می‌گفتند. مثلاً وقتی از او سوال می‌پرسیدند، می‌گفت جواب این سوال در فلان کتاب و فلان صفحه است. همین آدم می‌خواست اپلای کند- البته برود و برگردد! - اما در سی‌وی چیزی نداشت. پس شما باید به همان نسبت که کتاب می‌خوانید، بالینی هم کار کنید و فعالیت‌های پژوهشی را هم کنار نگذارید.

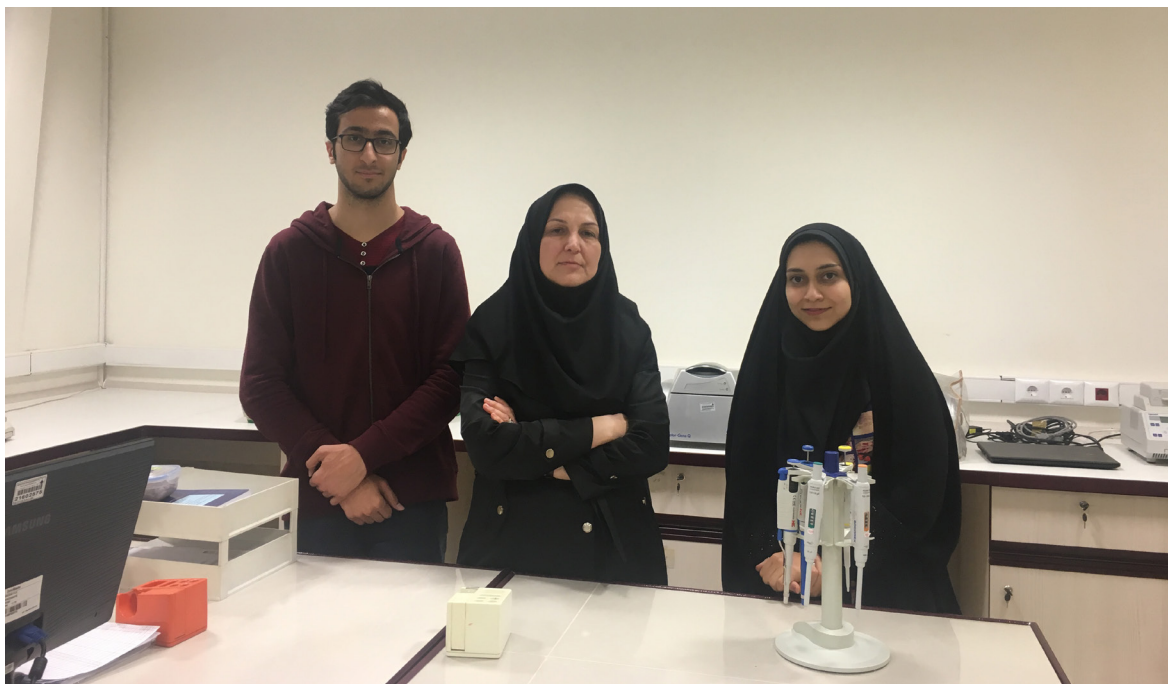
دانشجو وقتی که وارد پژوهش بشود، علاقه‌مند هم می‌شود و آن را جزء افتخارات خود به حساب می‌آورد. بنابراین برای این که پژوهش‌ها را هم خیلی دست کم نگیرند، این قوانین، قوانین خوبی است. مثلاً کسی که قرار است استاد شود، باید سی‌وی پرباری داشته‌باشد. بنابراین آن فرد با پژوهش‌ها عجین می‌شود.

دانشجوها بعد از این که علایق خود را یافتند، باید به سراغ کسانی بروند که فعالیت‌های پژوهشی دارند یا با مراکز تحقیقاتی یا با استاد خاصی در ارتباط باشند. بعضی اوقات، دانشجویی از طرز برخورد یا کارهای پژوهشی و آموزشی استادی خوشش می‌آید و می‌تواند از او کمک بگیرد. از روش‌های مختلفی

می‌توان استفاده کرد؛ مثلاً همین کمیته پژوهش‌های دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه اصفهان. دانشجو می‌تواند به چنین مراکزی مراجعه کند یا از اساتید خبره‌ی پژوهش کمک بگیرد. به هر حال باید از یک جایی آغاز کرد. مسلماً کار راحتی نیست؛ نه در مملکت ما و نه در هیچ جای دیگر دنیا. کار پزشکی شاید در خیلی از جاهای دنیا از کشور ما سخت‌تر است. زیرا کوچکترین تخطی‌ای چه در دوره‌ی دانشجویی، چه اینترنی، چه بعد از فارغ‌التحصیلی و تخصص، می‌تواند کل پزشکی فرد را تحت‌الشعاع قرار دهد. بنابراین مجبوریم وقت زیادی بگذاریم و زحمت زیادی بکشیم. البته باید حواسمان باشد به دنبال مقاله‌سازی صرفاً برای پرکردن سی‌وی نباشیم. مقاله‌سازی کار خوبی نیست. هیچ‌کس نمی‌تواند در طول یک سال، چندین مقاله‌ی خوب منتشر کند. مقاله‌های ما باید با نیازهای جامعه تطابق داشته‌باشد و مشکلی را حل کند.

« و اما صحبت پایانی؟ »

همان‌طور که گفتم امیدوارم همه‌ی کسانی که دانشجوی پزشکی می‌شوند، این رشته را با علاقه شروع کرده‌باشند تا سختی‌های راه برایشان آسان‌تر شود و بتوانند در این راه موفق باشند.





دست آوردهای جدید در مورد «هیولای درون»



سعید سمائی نسب

دانشجوی علوم آزمایشگاهی ورودی ۹۲

نویسنده مهمان از دانشگاه آزاد سبزوار

۱- تخم یک انگل به عنوان افزودنی غذایی انسان

به تازگی دانشمندان آلمانی تاکید کرده‌اند که تخم‌های یک نوع کرم انگلی به نام تریکورپیس سوئیس به عنوان افزودنی خوراکی استفاده می‌شود. این انگل، اختصاصی خوک بوده و به مدت محدودی در انسان زنده می‌ماند. این کار باعث تقویت سیستم ایمنی بدن می‌شود. این محصول که توسط یک شرکت تایلندی به نام [تانوویسا](#) تولید شده‌است در شیشه‌های کوچک دارو به فروش می‌رسد که هرکدام تا ۲۵۰۰ تخم انگل را شامل می‌شود و می‌توان آن‌ها را به انواع غذاها و نوشیدنی‌ها افزود. تایلند اجازه فروش این محصول را در سال ۲۰۱۲ تأیید کرده‌است.

۲- درمان آسم با کمک کرم روده

محققان دانشگاه «ادینبرو» و «گلاسکو» در بریتانیا، طی انجام یک پژوهش جدید دریافتند ماده‌ای که توسط یک انگل روده‌ای آزاد می‌شود می‌تواند از افراد در برابر آسم محافظت کند. کرم‌های لوله‌ای که نوعی انگل روده‌ای هستند، می‌توانند راهی برای درمان آسم باشند. محققان دریافتند که این کرم‌ها یک مولکول پروتئینی را ترشح می‌کنند که در روده هر کسی که باشد، او را از واکنش‌های آلرژیک مصون می‌دارد.

۳- ارتباط بین "توکسوپلازما گوندی" (Toxoplasma Gondii) و بیماری‌های عصبی و سرطان

محققان با انجام یک پژوهش جدید تخمین می‌زنند که "توکسوپلازما گوندی" (Toxoplasma Gondii) در بدن حداقل دو میلیارد نفر در سراسر جهان وجود دارد و شواهد جدید، نشان می‌دهد که می‌تواند خطرناک‌تر از آن چه پیشتر تصور می‌شد باشد. "توکسوپلازما گوندی" یک انگل اجباری درون سلولی است که میزبان عمده آن گربه است و از طریق مدفوع گربه، قابل انتشار می‌باشد اما قدرت آلوده کردن انواع مهره‌داران و پستانداران و پرندگان را نیز دارد و در برخی کشورها در سرم خون تا یک سوم افراد بالغ، آنتی‌بادی این انگل مشاهده می‌شود که این امر نشان‌دهنده شیوع بالا و قدرت آلودگی این انگل است. تقریباً ۱۱٪ افراد بین ۶-۴۹ سال در ایالات متحده آمریکا دارای آنتی‌بادی علیه توکسوپلازما می‌باشند. تحقیقات جدید نشان می‌دهد که این انگل می‌تواند امکان ابتلا به برخی از اختلالات عصبی از جمله صرع، آلزایمر و پارکینسون و همچنین سرطان را تقویت کند. این یافته‌ها، بخشی از یک حوزه تحقیق در حال ظهور است که نشان می‌دهد چگونه T. Gondii، که معمولاً از طریق تماس با مدفوع گربه (و یا خوردن گوشت خام) به انسان منتقل می‌شود، پروتئین‌هایی را تولید می‌کند که مغز میزبان

آلوده شده را تغییر می‌دهند.

در تحقیق جدید، گروهی شامل بیش از ۳۰ محقق از ۱۶ موسسه به بررسی این مسئله پرداختند که چگونه پروتئین‌های ترشحی T. Gondii می‌تواند بر روی ساختار عصبی میزبان انسانی تأثیر بگذارد و موجب تغییرات در مغز و بیماری‌های نورودژنراتیو شود.

۴- شیوع سالک در ایران بالاتر از میانگین دنیا گزارش شده است ثبت سالانه ۲۰ هزار مورد جدید

بنا به گفته عضو هیات علمی جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، شیوع بیماری سالک در کشور ۲۰ تا ۳۰ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است که این تعداد از میانگین دنیا بالاتر است. سالک، نوعی بیماری پوستی است که بر اثر گزش جنس ماده نوعی پشه خاکی به انسان منتقل می‌شود. عامل این بیماری انگلی لیشمانیا نام دارد. بیماری سالک در استان‌های اصفهان، خراسان شمالی، کرمان، خوزستان، فارس، ایلام و کردستان شایع‌تر است، این بیماری در ۱۷ استان کشور گزارش شده است. طبایی با اشاره به این که مردان ایرانی بیشتر از زنان به سالک مبتلا می‌شوند، بیان کرده است که ابتلا به بیماری در بین دانش‌آموزان بیشتر از سایر اقشار جامعه مشاهده می‌شود. طبایی، نیش نوعی پشه خاکی را عامل انتقال این بیماری اعلام کرده و گفته است که انگل این بیماری با گزش پشه به داخل پوست سرایت کرده و ایجاد زخم عفونی می‌کند، گاهی اوقات سایر اعضا از جمله عروق لنفاوی را هم درگیر می‌کند.

۵- مبارزه با مالاریا با پوست خرچنگ

محققان دانشگاه ملی تایوان به روشی دست یافته‌اند که در آن یکی از ترکیبات پوست سخت‌پوستان مانند خرچنگ و نقره برای مبارزه با پشه مالاریا استفاده می‌شود. پوست سخت‌پوستان حاوی ماده‌ای به نام کیتین است. این ماده ارزان‌قیمت، کاربردهای گسترده‌ای - از پانسمان زخم گرفته تا ترانزیستورهای رسانای پروتون- دارد. مطالعات اخیر محققان تایوانی نشان می‌دهد این ماده در ترکیب با نقره، می‌تواند پشه ناقل مالاریا را از بین ببرد. همچنین، این مطالعه نشان می‌دهد ترکیب کیتین و نقره می‌تواند لارو حشره را زمانی که در هنوز در آب قرار دارد، نابود کند.

در ابتدا با استفاده از یک فرآیند ساده، کیتین و مواد معدنی پوست سخت‌پوستان جدا می‌شود. سپس این ترکیب با نیترات نقره مخلوط می‌شود که حاصل نانوذرات نقره‌ای است که پوشیده از کیتین هستند. سپس این ذرات روی لارو پشه افشاند می‌شود. نتایج نشان می‌دهد این روش قادر به نابودی لارو پشه ناقل مالاریاست. مالاریا از طریق نیش پشه آلوده به انگل پلاسمودیم فالسیپاروم به انسان منتقل می‌شود. این انگل وارد جریان خون میزبان می‌شود و سلول‌های قرمز را تخریب می‌کند. همچنین، این انگل سبب مشکلات تنفسی شدید، کاهش قند خون، کم‌خونی شدید و در نهایت بروز کما در بیمار می‌شود که در صورت نبود درمان، کشنده است. کودکان به دلیل ضعف سیستم ایمنی در مقابل این انگل تسلیم می‌شوند و از بین می‌روند. روش جدید محققان تایوانی علاوه بر نابودی لارو پشه ناقل مالاریا، قادر به نابودی باکتری‌های خطرناکی از جمله اسیلوس سوبتیلیس، اشرشیا کلی، کلبسیلا پنومونیه و پروتئوس ولگاریس است. نتایج این مطالعه در نشریه Hydrobiology منتشر شده است.



۶- عفونت توکسوپلازما و ابتلا به بیماری‌های مخرب اعصاب

محققان دانشگاه کالیفرنیا در مطالعه اخیرشان به نتایج تازه‌ای درباره بیماری‌های مخرب اعصاب دست پیدا کردند. براساس گزارشی که در PLOS Pathogens منتشر شده‌است، ابتلا به عفونت از طریق انگل توکسوپلازما گوندی باعث تجمع بیشتر نوعی انتقال‌دهنده عصبی در مغز به نام گلوتامات می‌شود که بیماری‌های مخرب اعصاب را در میان افراد مستعد به این بیماری تحریک می‌کند. توکسوپلازما گوندی، نوعی انگل تک‌سلولی است که می‌تواند باعث بیماری توکسوپلاسموز شود. افرادی که بر اثر عفونت توکسوپلازما گوندی بیمار می‌شوند، ممکن است علائم شبه‌سرماخوردگی مثل تورم غدد لنفاوی یا درد عضلانی را تجربه کنند. در موارد شدید، توکسوپلاسموز می‌تواند به چشم‌ها، مغز و اندام‌های دیگر بدن آسیب برساند. البته این عوارض معمولاً برای کسانی مصداق دارد که سیستم ایمنی ضعیفی دارند. محققان در این مطالعه، ابعاد پنهان و تازه‌ای را درباره این انگل کشف کرده‌اند که نگرانی‌ها را درباره آن افزایش می‌دهد. درواقع، توکسوپلازما گوندی باعث تجمع بیشتر گلوتامات در مغز می‌شود و تولید بیش از حد گلوتامات در مغز می‌تواند به آن آسیب برساند و باعث ابتلا به بیماری‌های مخرب اعصاب از جمله آلزایمر شود.

۷- گسترش مالاریای مقاوم به دارو در جنوب شرق آسیا

محققان نسبت به گسترش «سوپر مالاریا» در جنوب شرق آسیا هشدار داده‌اند. این مالاریا نسبت به دارو مقاوم است. مدیکال ساینس، داروهای ارتیمیسینین و پیپراکویین به عنوان بهترین درمان بیماری‌های انتقال‌یافته از پشه به حساب می‌آیند؛ ولی محققان به تازگی مشاهده کرده‌اند که در برخی نقاط دنیا، بیماری‌های انتقال یافته از پشه نسبت به این داروها مقاوم شده‌اند. مطالعات جدید خبر از مقاومت انگل پلاسمودیم فالسیپاروم نسبت به داروی ارتیمیسینین در منطقه Greater Mekong در جنوب شرق آسیا می‌دهد که تهدیدی بزرگ برای کنترل و ریشه‌کنی مالاریا محسوب می‌شود. مالاریا از طریق نیش پشه آلوده به انگل پلاسمودیم فالسیپاروم به انسان منتقل می‌شود. این انگل وارد جریان خون می‌زبان می‌شود و سلول‌های قرمز را تخریب می‌کند. زمانی که گلبول‌های قرمز تسلیم این انگل می‌شوند، علائم این بیماری که شامل سردرد، لرز، درد عضلانی، خستگی، تهوع، اسهال و استفراغ است، ظاهر می‌شود. نتایج این مطالعه در نشریه The Lancet Infectious Diseases منتشر شده‌است.



دست‌آورد‌های در حال اجرا

- کشف یک سری داروهای جدید بر مبنای ترکیبات گیاهی برای تسکین دردهای حاصل از سالک در انسان
 - عرضه انواع کیت‌های تشخیصی انگل‌های مختلف
 - پروتئین‌های ایمونوژن زیادی شناخته شده‌اند تا کنترل بیماری‌های انگلی بیشتر به سمت کنترل ایمونولوژیکی سوق پیدا کند. چون ترکیبات شیمیایی عوارضی مثل مقاومت دارویی و آلودگی‌های زیست محیطی ایجاد می‌کند. همچنین با استفاده از روش‌های ایمونولوژی، سویه‌های انگلی زیادی مورد شناسایی قرار گرفته‌اند.
 - واکسن لیشمانیا بعد از اختراع توسط دکتر حمید دانشور، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، به صورت انبوه تولید شده‌است. تولید این واکسن مورد تایید و تصویب قرار گرفته و در حال انجام آزمایش‌های بالینی است.
- و شاید شما نیز بتوانید پژوهشی برای استفاده‌های درمانی از این به ظاهر پاتوژن‌ها داشته باشید.



پژوهشگر چندبعدی یا تک بعدی؟

محدودیت بودجه و سایر عوامل مرتبط، ترتیب دادن پروژه‌ی یک پژوهش، کاری بسیار مشکل است. بنابراین بهتر است پژوهشگر روی موضوع مدنظر تمرکز کند تا بتواند پروژه را به بهترین نحو به اجرا برساند و نتایج دقیقی به دست آورد که برای سایرین قابل استناد باشد.

بنابراین نوشتن مقاله‌های متعدد در زمینه‌های مختلف صرفاً جهت ایجاد سی‌وی قابل توجه، بیهوده است. اسم این کار «پژوهش» نیست و به این فرد هم «پژوهشگر» نمی‌گویند.

حال سوال اینجاست: آیا پژوهشگر تک‌بعدی خوب است؟

شاید بتوان گفت که اگر عناوین پژوهشی در ارتباط با یکدیگر باشند، می‌توان تک بعدی نبود. به عنوان مثال، آیا یک روانشناس می‌تواند در زمینه‌ی بیماری‌های قلبی-عروقی پژوهش کند؟ اگر فردی بخواهد در زمینه‌ی بیماری‌های قلبی-عروقی پژوهش کند، کاملاً باید به فیزیولوژی، پاتوفیزیولوژی و ... در مورد قلب و عروق تسلط و اشراف داشته باشد، ولی اگر بتوان یک بیماری با زمینه‌ی روانی را به بیماری قلبی ارتباط داد، قطعاً می‌توان یک پژوهش قابل‌استناد و موفق انجام داد. به این ترتیب، لازم است یک پژوهشگر موفق همیشه هوشمندانه عمل کند. پژوهشگر می‌تواند یک اقیانوس عمیق باشد. به عبارتی در عین حفظ پیوستگی، عمق پژوهش خود را حفظ کند. نه پراکندن مطالب مانند جزایر دورافتاده و نه ایستادن در یک نقطه، هیچ‌کدام صحیح نیست.



سحر سادات لاله زار

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۳

پس از یادگیری نحوه‌ی انجام تحقیق و مقاله‌نویسی، چالش پیش روی شما، انتخاب عنوان است. آیا بهتر است این عنوان بر حسب فیلد مورد علاقه‌تان باشد یا این‌که نه شاید بهتر باشد یک پژوهش را به صورت تمرینی انجام دهید؟ یا شاید الان فیلد مورد علاقه ندارید.

سوال مهم‌تر اینجاست که آیا برای پژوهشگر موفق بودن، می‌توان اقیانوسی بود به عمق ۲ سانتی‌متر؟ یا این‌که بهتر است به یک وسعت کم، عمق بیشتری ببخشیم؟

برای پاسخ به این سوالات در این مطلب، نظرات و باورهای پژوهشگران را با هم مرور خواهیم کرد. بسیاری بر این معتقدند برای این‌که یک پژوهشگر خوب باشیم، باید موضوع پژوهشی را مثل یکی از اعضای خانواده دوست داشته باشیم. به علاوه، لازم است یک پژوهشگر با ابعاد موضوع، آشنایی کامل داشته باشد. تسلط به ادبیات موضوع، مهارت مهمی برای یک کار پژوهشی است. به دست آوردن نتیجه نیز مسئله‌ی مهمی است. نتایج با فکرکردن، تمرکز و آزمایش به دست می‌آید. به قولی، باید با مسئله‌ی خود از خواب بیدار شویم، با آن سر میز صبحانه برویم، در طول روز با آن زندگی کنیم، و با آن به خواب برویم. همه‌جا و همه‌وقت باید به آن فکر کنیم. درواقع نمی‌توان چند ساعت اندک، روی مسئله‌ای فکر کرد، مقاله‌ای نوشت و اسم آن را «پژوهش» گذاشت. اصول علمی پژوهش، پافشاری در حل مسئله، یافتن منابع مناسب، مطالعه‌ی عمیق و بالاخره کار بدون وقفه روی مسئله است. مهم‌ترین نکته اینجاست که هرگز نباید مقاله‌نویسی را با پژوهش اشتباه گرفت؛ چراکه مقاله، محصول کار پژوهش است، نه خود آن و نوشتن تعداد زیادی مقاله و چاپ آن در مجلات مختلف، هنر نیست.

پژوهشگر باید در کار خود مصمم باشد. زیرا گاهی ممکن است با شکست مواجه شود که البته هرگز نباید دلسرد شود و یا موضوع را رها کرده، به سراغ موضوعی دیگر برود. بلکه باید ضمن تسلط بر احساسات منفی در صدد تکرار، تجربه و عبرت از ناکامی گذشته برآید و کار را تا انتها ادامه دهد.

سوال مهمی که ایجاد می‌شود این است که چرا بهتر است که یک پژوهشگر در مورد مسائل مرتبط پژوهش انجام دهد؟ به قولی چرا نباید از این شاخه به آن شاخه پرید؟

قطعاً با توجه به محدودیت زمان، کمبود نیروی کار،

تازه‌های ام‌اس

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام‌اس) یک بیماری مزمن خودایمنی درگیرکننده سیستم عصبی مرکزی است که با تجزیه غلاف میلین، آسیب آکسونی و از بین رفتن نورون‌ها مشخص می‌شود. نتیجه این تخریب، ناتوانی جسمی و شناختی و نقائص نورولوژیک بیماران خواهد بود. اگرچه اتیولوژی ام‌اس هنوز به طور دقیق شناخته نشده‌است، برآیند علل ژنتیکی و علل محیطی هم‌چون تماس با عوامل عفونی مانند ویروس اپشتین بار (EBV^۲)، کمبود ویتامین D و مصرف سیگار از ریسک فاکتورهای شناخته‌شده ام‌اس به شمار می‌روند. این عوامل، منجر به ایجاد آبشار التهابی و نهایتاً از بین رفتن غلاف میلین احاطه‌کننده نورون‌ها می‌گردد. اساس درمان ام‌اس را عوامل کاهنده التهاب و تعدیل‌کننده‌های سیستم ایمنی تشکیل می‌دهند.

در این گفتار، به بررسی نقش اختلال محیط میکروبی روده به عنوان یک فاکتور خطر جدید مطرح‌شده در پاتوژنز ام‌اس می‌پردازیم. در ادامه، توضیح مختصری در مورد کاربرد تزریق سلول‌های بنیادی به عنوان یک روش درمانی نوین جهت درمان ام‌اس خواهیم داشت. تعادل محیط میکروبی روده^۳ و بیماری مولتیپل اسکلروزیس: ارتباط ام‌اس با سیستم گوارش چیست؟

نکات کلیدی

مطالعات پاراکلینیک و کلینیکی نشان می‌دهند که ام‌اس با اختلال محیط میکروبی روده مرتبط است. نقش این ارتباط در بیماری‌زایی ام‌اس هنوز نامشخص است.

تغییرات محیط میکروبی روده‌ها در بیمار ام‌اس ممکن است به دلیل کاهش گونه‌های باکتریایی باشد که منجر به کاهش تولید مولکول‌های تنظیم‌کننده سیستم ایمنی و افزایش تولید مواد نورووتوکسیک می‌شود.

مطالعات اولیه پیشنهاد می‌دهند که تغییرات سیستم ایمنی حاصل از اختلال در روده‌ها می‌تواند باعث ایجاد التهاب در بیماری ام‌اس شود و پاسخ‌های ایمنی را علیه بافت دستگاه عصبی مرکزی پیش برد.

هنوز داروی مشخصی جهت درمان ام‌اس از طریق اصلاح محیط میکروبی روده وجود ندارد. اگرچه چندین مسیر درمانی شامل مکمل‌یاری با ویتامین D، مصرف پروبیوتیک‌ها و اصلاح رژیم غذایی در حال بررسی و

مطالعه است.

- ۱ Multiple Sclerosis (MS)
- ۲ Epstein-Barr virus
- ۳ Gut microbiota



امید میر مسیب

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۰

ترکیب طبیعی محیط میکروبی روده‌ی انسان

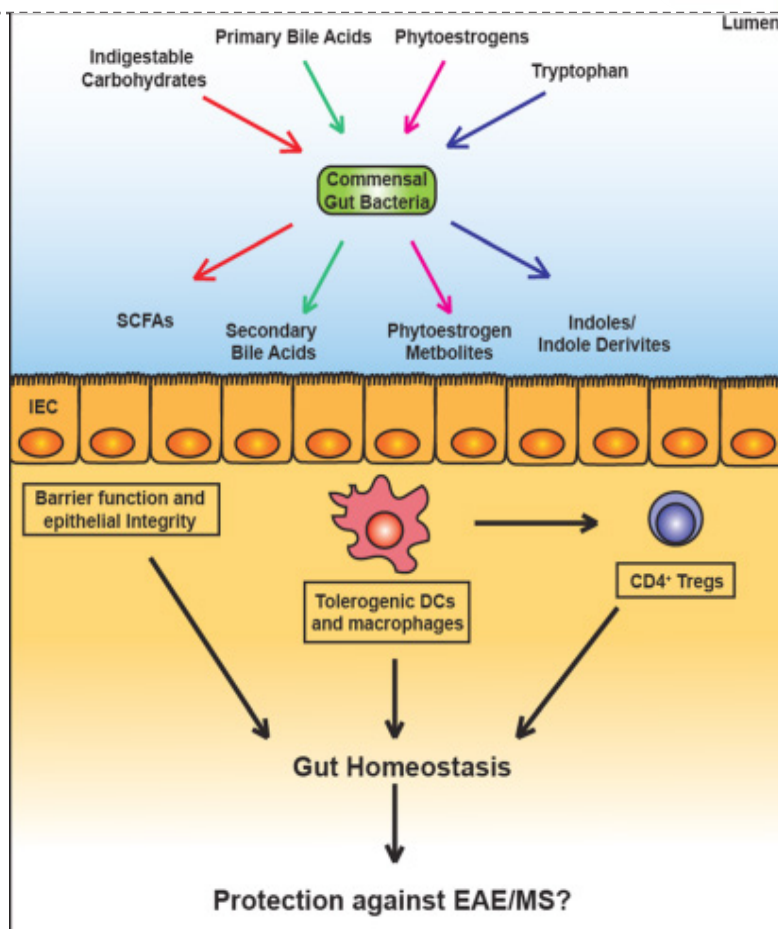
به مجموعه ترکیب و تعداد میکروب‌هایی که در روده زندگی می‌کنند، محیط میکروبی روده گفته می‌شود. روده‌ی یک انسان بالغ، حاوی بیش از ۱۰۰ میلیارد میکروب (بیش از ۷۰ درصد باکتری‌های بدن) است. باکتری‌های ساکن روده، نقش‌های متعددی جهت حفظ سلامت بدن انسان انجام می‌دهند که از جمله آن‌ها تکامل طبیعی پارانشیم و استرومای روده و سیستم ایمنی است. عوامل ایجاد و ثبات ترکیب محیط میکروبی طبیعی روده عبارت‌اند از: نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)، نحوه شیرخوارگی (شیر مادر یا شیر خشک) و رژیم تغذیه‌ای. با حرکت به سمت بزرگسالی، عامل اصلی ایجاد محیط میکروبی روده، رژیم غذایی انسان خواهد بود. رژیم سرشار از میوه‌ها، سبزیجات و فیبرها منجر به افزایش تنوع باکتری‌های روده می‌شود.

به دلیل شباهت‌های کلینیکی و آسیب‌شناسی، مدل موشی Experimental Autoimmune Encephalomyelitis (EAE)، به عنوان مدل حیوانی مناسب برای انجام مطالعات تجربی بر روی بیماری ام‌اس در نظر گرفته می‌شود. جهت القای ام‌اس در موش و ایجاد EAE، حضور باکتری‌های روده الزامی‌ست. روده‌ی موش‌هایی که در شرایط ایزوله قرار می‌گیرند، فاقد باکتری‌های پاتوژن است. این موش‌ها در صورت القای ام‌اس، سیر بیماری به مراتب خفیف‌تری را خواهند داشت. این اثرات کلینیکی با نتایج آزمایشگاهی شامل کاهش سیتوکین‌های پیش‌التهابی مانند اینترفرون گاما و اینترلوکین-۱۷ و افزایش مهارکننده‌های ایمنی شامل سلول‌های T تنظیمی^۴ همراه بوده‌است.

در چند سال اخیر، مطالعات متعددی جهت بررسی محیط میکروبی روده در بیماران مبتلا به ام‌اس انجام شده‌است. این مطالعات، شباهت‌ها و تفاوت‌های بارزی را بین محیط میکروبی روده بیماران ام‌اس و افراد سالم نشان داده‌است.

اغلب مطالعات، تفاوت‌هایی را در ترکیب باکتریایی روده‌ی بیماران ام‌اس و غیر ام‌اس نشان داده‌اند اما این تفاوت‌ها، اغلب معنی‌دار نبوده‌اند.

۴ (Regulatory T cells (Treg



تصویر شماتیک مسیر متابولیک باکتری‌ها که بر روی سیستم ایمنی میزبان تأثیر می‌گذارد.

۳- رژیم غذایی

نوع رژیم غذایی، ریسک فاکتور شناخته‌شده‌ای در بیماری‌های خودایمنی هم‌چون ام‌اس می‌باشد. رژیم غذایی غربی که غنی از نمک، چربی اشباع‌شده، پروتئین، قند و کالری است که با افزایش قابل‌توجه بیماری‌های خودایمنی همراه بوده‌است. این نوع رژیم غذایی منجر به افزایش سلول‌های التهابی روده می‌شود که می‌تواند باعث کاهش محصولات اسیدهای چرب کوتاه‌زنجیر حاصل از گونه‌های باکتریایی مفید روده گردد. از سوی دیگر رژیم‌های غذایی با کالری پایین، سرشار از سبزیجات، میوه‌جات و ماهی با کاهش التهاب همراه بوده و منجر به تجمع و ذخیره باکتری‌های مفید روده می‌شود.

جایگاه سلول‌های بنیادی در درمان ام‌اس

همان‌طور که گفته شد، در حال حاضر استراتژی درمانی ام‌اس شامل داروهای تعدیل‌کننده بیماری شامل اینترفرون بتا^۱ و گلاتیرامر استات^۲ می‌باشد. اگرچه این درمان‌ها بروز عود ام‌اس را به تعویق انداخته و سیر پیش‌رونده بیماری را کند می‌کنند،

- ۱ Interferon beta
۲ Glatiramer acetate

متابولیسم مواد غیرقابل هضم مانند کربوهیدرات‌ها، اسیدهای صفراوی، فیتواستروژن‌ها و ... توسط باکتری‌های مقیم روده منجر به تولید متابولیت‌هایی هم‌چون اسیدهای چرب کوتاه‌زنجیر می‌شود. مطالعات *in vivo* و *in vitro* اثبات کرده‌اند که این متابولیت‌ها، آثار ضدالتهابی بر روی سلول‌های ایمنی مخاطی دارند. **پیشگیری از اختلال محیط میکروبی روده**

۱- مکمل‌یاری با ویتامین D

مصرف ویتامین D توسط بیماران ام‌اس منجر به کاهش تعداد ضایعات مغزی (پلاک ام‌اس)، کاهش شدت ناتوانی بیماران، کاهش تعداد عود و کاهش ریسک پیش‌روی بیماری می‌گردد.

۲- مصرف پروبیوتیک‌ها

پروبیوتیک‌ها ارگانیسم‌های زنده‌ای هستند که تأثیرات سودمندی برای بیماران دچار اختلال سیستم گوارشی دارند. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۶ در کاشان انجام شد، نشان داد مصرف پروبیوتیک در بیماران ام‌اس به مدت ۱۲ هفته، منجر به کاهش شدت ناتوانی بیماران و تأثیر مثبت بر سلامت ذهنی، فاکتورهای التهابی و مقاومت به انسولین شده‌است.

بین، تجویز پروبیوتیک‌ها و بهبود رژیم غذایی نقش مثبتی در کاهش پیشرفت بیماری ام‌اس داشته‌است. تزریق سلول‌های بنیادی می‌تواند روش درمانی موثر و ایمنی برای بیماران ام‌اس باشد. در طی سال‌های اخیر، کاربرد این سلول‌ها جهت درمان ام‌اس مورد توجه ویژه قرار گرفته‌است. بیماران که برای مطالعه تاثیر تزریق این سلول‌ها انتخاب شده‌اند اغلب بیماران مبتلا به ام‌اس پیش‌رونده و مقاوم به درمان‌های تایید شده هستند. بنابراین، بررسی دقیق این روش درمانی، نیازمند مطالعات گسترده‌تر و با حجم نمونه

اما نمی‌تواند مانع تخریب سلول‌های عصبی شوند. اخیراً تزریق سلول‌های بنیادی به عنوان روش درمانی امیدوارکننده‌ای، برای بیماری ام‌اس مورد توجه ویژه قرار گرفته‌است.

به طور کلی سلول‌های بنیادی به دو دسته سلول‌های بنیادی جنینی^۳ و سلول‌های بنیادی بالغین^۴ تقسیم می‌شوند. سلول‌های بنیادی بالغین شامل سلول‌های بنیادی مزانشیمی^۵، سلول‌های بنیادی خون‌ساز^۶ و سلول‌های بنیادی نورونی^۷ هستند که با مکانیسم تعدیل سیستم ایمنی و آثار محافظت‌کننده عصبی، برای



بیشتر خواهد بود.

گردآوردگان

دکتر امید میرمسیب - دکتر نسیم نهضت

منابع

1. Meamar R, Nematollahi S, Dehghani L, Mirmosayyeb O, Shayegannejad V, Basiri K, et al. The role of stem cell therapy in multiple sclerosis: An overview of the current status of the clinical studies. Advanced biomedical research. 2016;5:46.
2. Mowry EM, Glenn JD. The Dynamics of the Gut Microbiome in Multiple Sclerosis in Relation to Disease. Neurologic clinics. 2018;36(1):185-96.
3. Ghasemi N, Razavi S, Nikzad E. Multiple Sclerosis: Pathogenesis, Symptoms, Diagnoses and Cell-Based Therapy. Cell journal. 2017;19(1):1-10.

درمان ام‌اس به کار می‌روند.

سلول‌های بنیادی، پتانسیل تمایز به سایر سلول‌ها را داشته و دارای آثار ضدتکثیر، ضدالتهاب و ضدآپوپتوز هستند. تزریق سلول‌های بنیادی در مدل حیوانی ام‌اس (EAE) با افزایش سلول‌های T تنظیمی، بازسازی میلین و افزایش ترشح فاکتور رشد نورونی همراه بوده‌است. علاوه بر آن، با توجه به این که اغلب مطالعات کارآزمایی بالینی نشان‌دهنده کاهش قابل‌توجه ناتوانی بیماران و کاهش میانگین تعداد حملات بیماران ام‌اس به دنبال دریافت سلول‌های بنیادی هستند، تاثیر مثبت آن‌ها در درمان ام‌اس به اثبات رسیده‌است.

نتیجه‌گیری

ام‌اس همچون اغلب بیماری‌های خودایمن دیگر، حاصل عوامل ژنتیکی و محیطی متعدد است. با گذشت زمان، اهمیت عوامل محیطی از جمله محیط میکروبی روده در بیماری‌زایی ام‌اس افزایش یافته‌است. مطالعات اولیه بر روی ارتباط محیط میکروبی روده با ام‌اس نتایج ضد و نقیضی را در بر داشته‌است. در این

Embryonic stem cells ۳

Adult stem cells ۴

Mesenchymal stem cells ۵

Hematopoietic stem cells ۶

Neural stem cells ۷



پریا بلوری نژاد

دانشجوی پزشکی ورودی ۹۱

معرفی کتاب

old but gold

معرفی دو کتاب خوب اما قدیمی که خواندنش ممکن است به هر یک از ما دیدگاه‌هایی بدهد که خیلی زود برایمان کارآمد شوند.

داستان یک پژوهش، از مطالب کتاب *Philosophy of Natural Science* - سال ۱۹۶۶ - نویسنده: Hempel ترجمه فارسی به نام فلسفه علوم طبیعی - سال ۱۳۸۰ - مترجم: حسین معصومی همدانی - مرکز نشر دانشگاهی:

در سال ۱۸۴۴ در بیمارستان عمومی وین در اتریش اتفاق عجیبی رخ داد که همه را نگران کرده بود. ماجرا از این قرار بود که بسیاری از زنان زائو در بخش اول زایمان بیمارستان، بعد از به دنیا آوردن فرزند خود، بعد از مدت کوتاهی فوت می‌کردند. در همان سال از ۳۱۵۷ زائو در بخش اول، ۲۶۰ نفر فوت کردند. این واقعه تا سال ۱۸۴۸ سیر صعودی داشت، به نحوی که در سال ۱۸۴۶، ۱۱/۴ درصد زائوهای بخش اول فوت کردند. نکته عجیب این ماجرا این بود که در بخش دوم زایمان همان بیمارستان، میزان مرگ و میر زنان زائو بسیار کم بود و به طرز معناداری با بخش اول تفاوت داشت. این واقعه چنان رعب و وحشتی در میان شهروندان ایجاد کرده بود که زنان زائو حاضر نبودند در بخش اول زایمان بیمارستان بستری شوند.

پزشکان بیمارستان به دنبال یافتن علت این ماجرا بودند. در این میان، پزشکی مجارستانی به نام «ایگناز زمل وایز» سعی کرد با ارائه فرضیه‌هایی و سپس آزمون آن‌ها، علت را دریابد. او بعدها در کتابی تلاش خود را برای حل این مشکل شرح داد. داستان پژوهش او فصل بسیار جذابی از تاریخ پزشکی است که چگونگی پژوهش علمی را نشان می‌دهد. یکی از مهم‌ترین

ویژگی‌های پژوهش علمی، ارائه فرضیه و سپس آزمون این فرضیه‌ها است، این همان کاری است که زمل وایز سعی کرد در برخورد با این پدیده انجام دهد.

اولین نکته‌ی بارز در مسئله مرگ و میر زنان زائو، این بود که آن‌ها بعد از به دنیا آوردن فرزند خود، مبتلا به تب زایمان می‌شدند، اما از این بیماری فوت می‌کردند. حال ببینیم روش زمل وایز در حل این مسئله چگونه بود.

۱- اولین فرضیه‌ای که مطرح شد، «تغییرات مرموز کیهانی» در ایجاد تب زایمان بود. زمل وایز با خود اندیشید اگر علت بیماری، تغییرات کیهانی باشد، پس چرا چنین چیزی فقط در بخش اول زایمان رخ می‌دهد. او از خود پرسید: چرا در بخش دوم این اتفاق رخ نمی‌دهد و حتی فقط این مسئله در بیمارستان وین رخ می‌دهد و کل شهر از این واقعه در امان است؟ نکته جالب این بود که او دریافت که برخی از زنان زائو که عازم بیمارستان بودند و در بین راه وضع حمل می‌کردند، مبتلا به این بیماری نمی‌شدند. به عبارت دیگر میزان مرگ و میر زنان زائوی خیابانی کمتر از زنان زائوی بخش اول بیمارستان بود. بدین ترتیب او این فرضیه را کنار گذاشت.



فلسفه علوم طبیعی

کارک همیل

ترجمه حسین معصومی همدانی

bookroom.ir

۲- فرضیه دیگر «شلوغی بیش از حد» در بخش اول بود. زمل وایز برای بررسی این فرضیه، بخش اول را با بخش دوم مقایسه کرد و اتفاقاً مشاهده کرد که بخش دوم شلوغ‌تر از بخش اول بود. در واقع بسیاری از زنان زائو به دلیل این که بخش اول بدنام شده بود، حاضر نبودند در آن‌جا بستری شوند و در بخش دوم بستری می‌شدند. همچنین وضعیت غذایی و مراقبت‌های عمومی در هر دو بخش یکسان بود. این فرضیه نیز کنار گذاشته شد.

۳- در سال ۱۸۴۶ ماجرا آنقدر شدید شد که صدای همه درآمد. بیمارستان مجبور شد برای حل مسئله، هیئتی را تشکیل دهد تا سریعاً علت مسئله مشخص شود. این هیات پس از بررسی موضوع، علت بیماری را معاینه سطحی بیماران توسط دانشجویان پزشکی اعلام کردند. بر این اساس، تعداد دانشجویان را نصف کردند تا معاینات به حداقل برسد. نکته جالب این بود که تعداد مرگ و میر کاهش یافت. به نظر می‌رسید ماجرا تمام شده‌است.

اما چندی بعد بر خلاف انتظار همگان تعداد مرگ و میر در بخش اول بالا رفت و حتی از مقدار قبلی نیز فراتر رفت. همگان آشفته شده بودند. هیچ‌کس نمی‌دانست باید چه کاری انجام دهد. اما زمل وایز سعی کرد پژوهش خود را دنبال کند تا شاید علت مسئله را دریابد. او فرضیه «معاینه بیماران توسط

دانشجویان پزشکی» را رد کرد. دلیل او این بود که اولاً جراحات ناشی از زایمان به مراتب وسیع‌تر از جراحات ناشی از معاینه است؛ به عبارت دیگر جراحات ناشی از معاینه‌ی بیماران نمی‌تواند علت اصلی باشد. ثانیاً در بخش دوم به جای دانشجویان پزشکی، ماماها بیماران را معاینه می‌کردند. شیوه آن‌ها نیز مشابه دانشجویان بود. با این حال در بخش دوم میزان مرگ و میر بسیار کمتر بود.

۴- برخی این فرضیه را مطرح کردند که علت مرگ و میر بیماران ناشی از علل روانی است. آن‌ها می‌گفتند که ساختمان بخش اول به نحوی است که وقتی کشیش برای تبرک زانی می‌آید که در محضر مرگ هستند، باید از میان بخش عبور کند و در جلوی او نیز فردی راه می‌رود و زنگی را به صدا در می‌آورد. این مسئله باعث وحشت زائوهای دیگر می‌شود و احتمال ابتلای آن‌ها را بالا می‌برد. در بخش دوم، کشیش نیاز نبود از میان بخش عبور کند و مستقیماً به اتاق بیماران دسترسی داشت. زمل وایز تصمیم گرفت این فرضیه را به محک آزمون بگذارد. او به کشیش توصیه کرد از مسیر دیگری وارد بخش شود و زنگی هم به صدا درنیاید. اما باز هم میزان مرگ و میر تغییری نکرد. او این فرضیه را نیز کنار گذاشت.

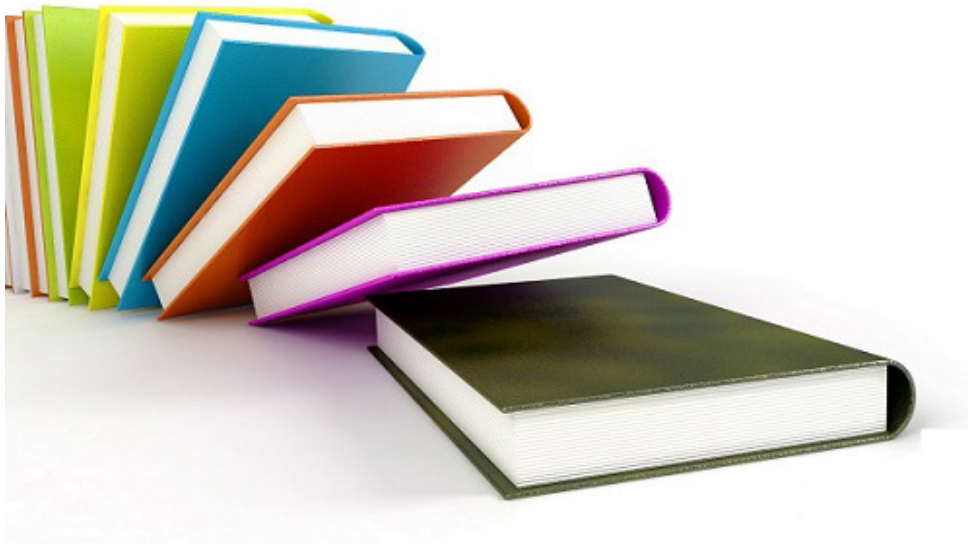
۵- زمل وایز با خود اندیشید شاید مشکل در نحوه زایمان باشد. او مشاهده کرد در بخش اول، زنان زائو را به پشت می‌خوابانند تا بچه خود را به دنیا بیاورند. بعد بررسی کرد و دید که در بخش دوم، زنان زائو در حالی که به پهلو دراز کشیده‌اند، وضع حمل می‌کنند. او سعی کرد فرضیه «نحوه زایمان» را بررسی کند. دستور داد زنان در بخش اول در وضعیت خوابیده به پهلو وضع حمل کنند. اما این بار نیز میزان مرگ تغییری نکرد.

۶- زمل وایز غمگین و ناراحت، دیگر نمی‌دانست باید چه کند. فرضیه‌های گوناگون را ارزیابی کرده‌بود اما هیچ‌کدام در تبیین علت مسئله موفق نبودند. سرانجام در اوایل سال ۱۸۴۷ اتفاقی رخ داد که کلید حل ماجرا بود. یکی از همکاران او به نام «کولچکا» در هنگام کالبدشکافی، دستش را با چاقوی جراحی یکی از دانشجویان برید و در اثر ابتلا به بیماری دردناکی مرد. زمل وایز مشاهده کرد علائم بیماری دوستش مشابه علائم بیماری زائوها بود. در آن زمان، هنوز نقش باکتری‌ها در این نوع بیماری‌ها شناخته نشده‌بود. او فرضیه «ماده مرده» را مطرح کرد. او بیان کرد ماده مرده‌ای که از چاقوی جراحی به جریان خون دوستش رسیده باعث مرگ او شده‌است. با توجه به شباهت بیماری دوستش و زائوها نتیجه گرفت زائوها نیز باید به همان بیماری مبتلا شده‌باشند. او در نهایت

نیست. مطالب این کتاب بر اساس طرح پژوهشی‌ای که در همان سال‌ها اجرا شده، نگاشته شده‌است و فاکتورهای جالبی از هر رشته را آشکار می‌کند. از پشت جلد کتاب:

سال‌های نخستین دانشکده، بهترین زمان مطالعه این کتاب است. درباره آینده خود فکر کنید و اگر به کار بالینی علاقه دارید، در دوران کارآموزی و کارورزی برای کسب تجربه در رشته‌های مختلف آماده شوید. شاید لازم باشد قسمت مربوط به رشته مورد توجه خود را در این کتاب دوباره بخوانید تا مطمئن شوید مناسب آن رشته هستید یا نه. باید بدانید چرا به یک رشته خاص علاقه دارید و یا از رشته دیگری خوشتان نمی‌آید.

هر رشته تخصصی را که می‌خواهید انتخاب کنید ولی آگاهانه! این کتاب سعی دارد با معرفی اجمالی مشخصات رشته‌های تخصصی بالینی پزشکی و ارائه نظرات دستیاران و متخصصان هر رشته، راه را برای انتخابی آگاهانه و صحیح هموار سازد.



نتیجه‌گرفت که دانشجویان پزشکی باید ناقل بیماری باشند. چون آن‌ها مستقیماً از اتاق تشریح برای معاینه زائوها به بخش می‌آمدند، بدون آن که دستان خود را دقیق بشویند. او سعی کرد این فرضیه را ارزیابی کند.

با خود اندیشید اگر فرضیه او درست باشد پس می‌توان ماده مرده را که به دست چسبیده است، از راه شیمیایی از بین برد. او از دانشجویان خواست دستان خود را در آهک کلرزده بشویند. نتیجه، اعجاب‌آور بود. میزان مرگ و میر کاهش یافت و حتی از بخش دوم نیز کمتر شد. فرضیه او توضیح می‌داد که چرا در بخش دوم میزان مرگ و میر کمتر بود. چون در بخش دوم ماماها معاینه می‌کردند و آنها به اتاق تشریح نمی‌رفتند. حتی فرضیه او، میزان پایین مرگ و میر در میان زائوهای خیابانی را نیز توضیح می‌داد. چون این زائوها کمتر معاینه می‌شدند.

کار زمل وایز، نمونه تیپیک یک تحقیق علمی است. البته بعدها ما فهمیدیم که چگونه میکروب‌ها در ایجاد بیماری دخالت دارند و ماده مرده‌ای که زمل وایز مطرح کرده بود، در واقع موجودات زنده ذره‌بینی بودند اما کار او سرآغاز جذابی در پژوهش و تحقیق پزشکی بود.

هرچند فکر می‌کنم خیلی از ما برای جامعه و خودمان بهتر است پزشک عمومی بشویم؛ از آن پزشکان عمومی‌های حاذق! اما اگر مصمم هستید که تخصص بگیرید، خواندن کتاب "راهنمای تخصص‌های بالینی پزشکی" سال ۱۳۸۳- نویسنده‌گان: دکتر آرش حدادگر، دکتر محسن نیکزاد و دکتر فرزانه سامعی - ویرایش: دکتر آیین محمدی - ناشر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت آموزشی و امور دانشگاهی "خالی از لطف

سختی‌های پایان نامه

WHAT PEOPLE THINK THESIS WRITING IS LIKE:



اگر چه بحث و جدل در مورد پایان‌نامه‌نویسی و مشکلات سر راه دانشجویان تمامی ندارد اما این بار قصد داریم با نگرشی مثبت و متفاوت، به نگارش متنی در مورد پایان نامه بپردازیم! گاهی اوقات اتفاق می‌افتد که میان دانشجویان فرهیخته پزشکی، کسی پیدا شود که حقیقتاً به دنبال کاری علمی و گسترش دانش باشد! یعنی درواقع، کسی که نگرشی متفاوت با مسئولین محترم دارد و به فکر افزایش تعداد «paper» دانشگاه نیست؛ بلکه می‌خواهد اثری شایان توجه به جا بگذارد و البته ناگفته نماند که برای خود دانشجو هم امتیازی مثبت محسوب می‌گردد.

لذا به دنبال استادی نامی می‌رود و طرحی درخور انتخاب می‌کند؛ طرحی که در دنیا تا به حال یکی‌دوبار بیشتر اجرا نشده‌است و در صورت نگارش و چاپ در یک مجله معتبر، در تمام دانشگاه صدای چنین افتخاری می‌پیچد. سپس دانشجو به سراغ مشاور آمار می‌رود و محاسبه می‌کند که برای اجرای چنین طرحی فلان

تعداد نمونه باید جمع‌آوری شود. با هرسختی‌ای که هست در خلال کشیک‌ها و روزهای سخت و شب‌بیداری‌ها، به جمع‌آوری نمونه‌ها می‌پردازد. گاهی هم مبلغی را به یک پرستار یا دانشجوی سال پایینی پرداخت می‌کند که برای جمع‌آوری نمونه‌ها به او کمک کنند.

اگر تعداد نمونه به درستی جمع شود که فی‌الحال! اما اگر جمع‌آوری نشده‌باشد، دانشجویی که با تب و تاب فراوان در پی یک مطالعه بار ارزش و معتبر جهانی بود باید به دنبال فارغ التحصیلی بدود. در این وضعیت، اصولاً تعداد نمونه به راحتی در یک عدد ضرب (!) و حتی تعداد بیشتری جمع‌آوری می‌شود و به جایی می‌رسیم که این طرح پژوهشی در دنیا بی‌سابقه می‌گردد. پس از آنالیز داده‌ها و نوشتن مقاله و حالا که زمان زیادی از فرصت برای شروع طرح یا بدتر از آن سربازی گذشته، استاد محترم با طبع بلندی که دارند متقاضی سابمیت مقاله در مجله‌ای بسیار معتبرند که در سایت خودش نوشته rejection rate: ۸۰٪ و پذیرش هم بعد از گذشت زمان زیادی اتفاق می‌افتد. یعنی مجدداً دانشجو مدتی طولانی از زمانش را از دست می‌دهد.

از این‌ها گذشته، حرف اینجاست که موقع سابمیت، استاد محترم یکی‌دو جین اسامی را به من می‌دهند که نام اول، مختص ایشان است و در رزومه کاری، بیشترین امتیاز را دریافت می‌کند. سایر اسامی را که نگاه می‌کنید شامل استاد‌های مربوط و نامربوط به این رشته است. شاید بتوان تا اینجا را تحمل نمود اما وقتی که نام فلان عزیززاده قدرتمند دانشگاه و فلان قوم و خویش استاد را می‌بینید، آن‌جاست که پاسخی برای سختی مسیر نوشتن یک مقاله نمی‌ماند. استاد عزیز این که نام مبارک رییس فلان بخش یا رییس فلان موسسه، زینت‌بخش دست‌نوشته دانشجو باشد، چه فایده‌ای دارد؟

این که رسم شماست نام همکار محترمتان در نوشته دانشجو باشد که انشالله او نیز مشابه عمل کند، چه دردی از جامعه دوا می‌کند؟ اگر در این هدف پژوهش که حل مشکلات جامعه است اتفاق نظر داشته باشیم.

استاد عزیزم! فرزندان عزیز شما در راستای انجام این دست‌نوشته چه تلاشی کرده‌اند که حق مسلمشان می‌دانید نام محترمشان زینده این مقاله باشد؟

در انتها من از شما سوال می‌کنم: آیا با این وضع، اگر حتی سیاست‌های طرب‌انگیز دانشگاه در افزایش تعداد paper را نادیده بگیریم، انگیزه‌ای برای انجام کار علمی می‌ماند؟

برای ما که نماند اگر برای الباقی مانده‌است اگر می‌ماند، بسم الله!

WHAT THESIS WRITING IS REALLY LIKE:



Title, Authors, Journal and number	Abstract
Evaluation of non-motor symptoms and their impact on quality of life in patients with Parkinson's disease, Isfahan, Iran	Background: Parkinson's disease (PD) is diagnosed on the basis of motor symptoms, but non-motor symptoms (NMS) have high prevalence in PD and often antecede motor symptoms for years and cause severe disability. This study was conducted to determine the prevalence of NMS in patients with PD. Methods: This cross-sectional study was performed in Isfahan, Iran, on patients with PD. The prevalence of NMS was evaluated by the NMS questionnaire, the NMS scale, and Parkinson's disease questionnaire-39 (PDQ-39). The Mini-Mental Status Examination (MMSE) was used for assessing cognition.
Mehri Salari, Ahmad Chitsaz, Masoud Etemadifar, MohammadReza Najafi, Omid Mirmosayyeb, Maryam Bemanalizadeh, Fatemeh Panahi, Hosna Mirzajani	Results: A total of 81 patients, including 60 men and 21 women, were recruited for this study. The prevalence of NMS was 100%, and the most commonly reported symptom was fatigue (87.7%); there was a strong correlation between NMS and the quality of life (QOL) of patients with PD ($P < 0.001$). Conclusion: This study showed that NMS are highly prevalent in the PD population and adversely affect QOL in these patients. Early diagnosis and treatment can improve QOL and can help in disability management of patients with PD.
Iran J Neurol. 2017 Jul 6; 16(3): 118–124	

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Development and psychometric properties of a Calcium Intake Questionnaire based on the social cognitive theory (CIQ-SCT) for Iranian women

Mahin Nematollahi
Ahmad Ali Eslami

Health Promot Perspect
2018; 8(1): 54-62

Background:

Osteoporosis is common among women which may be mostly due to the low intake of calcium. This article reports the development, cultural adaptation and psychometric properties of a Calcium Intake Questionnaire based on the social cognitive theory (CIQ-SCT) among Iranian women.

Methods:

In 2016, this cross-sectional study was carried out among 400 younger than 50 years old women in Isfahan, Iran. After literature review, a preliminary 35-item questionnaire was developed. Then, forward-backward translation and cultural adaptation of the tool was conducted. Content Validity Index confirmed by an expert panel and Face Validity was evaluated in a pilot study. Exploratory and confirmatory factor analyses (EFA & CFA) were conducted on the calibration and validation sample, respectively. Reliability was also assessed using internal consistency test.

Results:

After determining content and face validity, 20 items with 5 factors (self-efficacy, outcome expectations, social support and self-regulation) were obtained. Cronbach alpha for the instrument was found to be 0.901. In EFA, we identified a 4-factor model with a total variance of 72.3%. The results related to CFA (CMIN/DF=1.850, CFI=0.946, TLI=0.938, RMSEA=0.069[90% CI: 0.057-0.081]) indicated that the model was fit to the social cognitive theory. Self regulation was detected as the best predictor for calcium intake.

Conclusion:

The CIQ-SCT showed acceptable levels of reliability and validity in explaining the calcium intake based on the constructs of social cognitive theory. Further psychometric testing is recommended in different population to approve the external validity of the instrument.

Omega-3 supplementation effects on polycystic ovary syndrome symptoms and metabolic syndrome	Background: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common female endocrine disorder with unknown etiology and with different complications. The aim of this study was to evaluate the effect of omega-3 supplementation on PCOS symptoms and metabolic syndrome. Materials and Methods: This double-blind clinical trial was performed in 2015 in Alzahra and Shahid Beheshti Hospitals, Isfahan, Iran, on 88 patients with PCOS. Intervention group took omega-3 supplements with dose of 2 g/day for 6 months (two capsules), but control group received two olive oil capsules. Finally, ultrasound and laboratory findings and the recovery rate of menstrual disorders in both groups were compared.
Behnaz Khani, Farahnaz Mardanian, Sajadeh Jafari Fesharaki	Results: After 6 months' intervention, waist circumference (WC) was significantly lower in omega-3 as compared to control (81.18 ± 2.87 vs. 84.22 ± 2.61 cm, respectively, $P < 0.0001$). High-density lipoprotein was increased (47.2 ± 1.37 vs. 41.56 ± 1.34 mg/dl, respectively, $P < 0.0001$) while low-density lipoprotein (107.79 ± 1.68 vs. 117.4 ± 1.57 mg/dl, respectively), triglyceride (116.02 ± 3.13 vs. 125.06 ± 2.91 mg/dl, respectively), and cholesterol (180.34 ± 6.34 vs. 189.56 ± 5.93 mg/dl, respectively) in omega-3 were significantly lower than control ($P < 0.0001$). The interval between periods in omega-3 was significantly shorter than control (29.83 ± 4.68 vs. 47.11 ± 8.72 days, respectively, $P < 0.001$). Conclusion: Omega-3 decrease lipid profiles, WC, and interval between periods while weight, hip circumference, fasting blood sugar, number of ovarian follicle, size of ovary, bleeding volume, menstrual bleeding, and hirsutism score did not change by administration of omega-3.
J Res Med Sci. 2017; 22: 64.	

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study

Farzaneh Habibi,
Mohammad Emadoddin Habibi,
Ali Gharavinia,
Sadeh Baradaran Mahdavi,
Mohammad Javad Akbarpour,
Abdolmehdi Baghaei,
Mohammad Hassan Emami

J Res Med Sci. 2017; 22: 104.

Background:

Inflammatory bowel disease (IBD) has a significant impact on health-related quality of life (HRQOL). This study aims to investigate the variables which can be attributed to HRQOL in IBD patients.

Materials and Methods:

Seventy-one patients filled in IBD questionnaire (IBDQ-32), Pittsburgh sleep quality index questionnaire, and sociodemographic questionnaire. Disease activity was assessed by Crohn's disease activity index (CDAI) and ulcerative colitis activity index (UCAI). The correlations of sleep quality, sociodemographic variables, and disease characteristics with IBDQ were investigated.

Results:

IBDQ-32 mean score was lower in patients who had hospitalization ($P = 0.01$), poor sleep quality ($P < 0.001$), anemia ($P = 0.03$), more severe disease ($P = 0.01$), and those who had not consumed folic acid ($P = 0.01$) relative to their counterparts. A multivariate regression analysis identified the predictors of decreased HRQOL as not consuming folic acid ($P = 0.008$), poor sleep quality ($P = 0.014$), and disease severity ($P = 0.043$).

Conclusion: Impaired HRQOL was significantly associated with poor sleep quality, lack of folic acid consumption, and disease severity in IBD patients. Therefore, evaluation of folic acid level and efficacy of its supplementation in prospective studies is recommended. Treatment of sleep disturbance with pharmacological agents and nonpharmacological methods should be kept in mind as well.

The relationship between fruit and vegetable intake with gastroesophageal reflux disease in Iranian adults

Ammar Hassanzadeh Keshteli,
Pouria Shaabani,
Seyed-Reza Tabibian,
Parvane Saneei,
Ahmad Esmailzadeh, Peyman
Adibi

Background: Findings from studies that investigated the relationship between fruit and vegetable intake with gastroesophageal reflux disease (GERD) were inconsistent. We aimed to assess the relationship between fruit and vegetable consumption and GERD among a large group of Iranian adults.

Materials and Methods: In this cross-sectional study on 3979 adults, a validated food frequency questionnaire was used to assess usual dietary intakes including fruits and vegetables. The presence of heartburn sometimes or more during the past 3 months were considered as having GERD.

Results: The prevalence of GERD among study population was 23.9%. After adjustment for potential confounding factors, those with the highest consumption of fruits had 25% lower risk for GERD, in comparison to those with the lowest intake (odds ratio [OR] = 0.75, 95% confidence interval [CI]: 0.59–0.97). Vegetable intake was not significantly related to the risk of GERD in crude or multivariable-adjusted models. However, participants with the highest intake of fruits and vegetables had 33% lower risk of GERD (OR = 0.67, 95% CI: 0.51–0.88), after adjustment for confounders. Women with the highest fruit and vegetable intake had 36% lower risk for GERD (OR = 0.64, 95% CI: 0.45–0.91). Overweight/obese participants in the last tertile of fruit consumption had 42% lower risk for GERD, in comparison to the first category (OR = 0.58, 95% CI: 0.42–0.83). Furthermore, participants with body mass index higher than 25 kg/m² and higher intake of fruits and vegetables had 53% lower risk for GERD (OR = 0.47, 95% CI: 0.32–0.69).

Conclusion:

We found inverse associations between fruit intake as well as fruit

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

J Res Med Sci. 2017; 22: 125.	and vegetable intake and risk of GERD among Iranian adults.
Lexical Retrieval or Semantic Knowledge? Which One Causes Naming Errors in Patients with Mild and Moderate Alzheimer's Disease?	Background The purpose of the study was to analyze naming errors in patients with Alzheimer's disease in comparison to healthy subjects and determine the underlying cause of naming errors in these patients. Method In this study, we included 35 healthy elderly subjects, 23 patients with mild Alzheimer's disease, and 23 with moderate Alzheimer's disease. Forty-five images were used to determine the type of naming errors, and to identify the underlying cause of errors, matching an image with a written word was used.
Masoome Salehi, Mohsen Reisi, and Leila Ghasisin	Results Patients with Alzheimer's disease had more naming errors compared with the group of healthy elderly, and patients with moderate Alzheimer's disease showed a slower reaction in matching an image with a written word. Conclusion
Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2017 Sep-Dec; 7(3): 419-429	Anomia in the initial phase of Alzheimer's disease is due to problems in lexical retrieval; however, as the disease advances, in addition to lexical retrieval problems, conceptual knowledge causes naming problems.

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Central venous catheterization in patients with liver disease and coagulopathy	Background: Patients with end-stage liver disease frequently acquired complex disorders in hemostasis secondary to liver dysfunction. Objectives: This study aims to determine the incidence of vascular complications associated with central venous catheterization (CVC) in patients with coagulopathy and liver disease. Methods and Subjects: This multicentric, retrospective, cross-sectional study was performed on 993 patients undergoing liver transplantation who required central venous access (CVA) for their clinical management between October 2006 and October 2016. The age, sex, most recent platelet count, prothrombin time, international normalized ratio (INR), activated partial thromboplastin time, site of central venous catheter placement, and bleeding complications were retrieved from their medical records. Results: In these 993 cases, the mean age was 57.46 (standard deviation = 7.46) years, and 635 (63.9%) were male. Selected sites were the internal jugular ($n = 889$; 89.5%), subclavian ($n = 93$; 9.4%), and femoral ($n = 11$; 1.1%) veins. First attempt was successful in 925 cases (93.2%), in which 1 case had major bleeding, and 84 cases had minor bleeding. About 83% of the patients with liver failure take CVC procedure without any complications. None of the vascular complications occurred in 53% of the patients with low platelets and $INR > 1.5$. Conclusion: We demonstrated major vascular complications following CVC in patients with liver disease and coagulopathy has low incidence in this audit. CVA procedures can be done safely in patients with disorders of hemostasis by skilled physicians who frequently perform these procedures.
Behnam Sanei, Shahab Shahabi, Seyed Ali MalekHosseini, Saman Nikeghbalian, Ali Shamsaeifar, Farzad Kakaei, Kourosh Kazemi, Erfan Sheikhbahaei	
Indian Journal of Transplantation 2017, 11 (3): 123-126	
Saline Flush versus Chest x ray in Confirmation of Central Venous Catheter Placement; a Diagnostic Accuracy Study	Introduction: Central venous catheterization (CVC) is a commonly performed procedure in critically ill patients of emergency department. This study was designed to compare the diagnostic accuracy of saline flush with CXR in confirmation of above-the-diaphragm CVC placement. Methods: This prospective cross sectional study was conducted on adult patients in need of CVC placement in emergency department. Placement Confirmation was performed with saline flush method and CXR, then chest computed tomography (CT) was performed as the gold standard. The screening performance characteristics of the two methods were calculated and compared using SPSS 21 and STATA

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Mehrdad Esmailian,
Reza Azizkhani,
Nazila Najafi

11.

Results:

103 cases with the mean age of 57.18 ± 9.3 (35 -80) years were studied (52.4% male). The mean duration of procedure was 2.5 ± 1.24 in saline flush and 32.11 ± 5.52 minutes in CXR method ($P < 0.001$). The area under the ROC curves for saline flush and CXR in confirmation of CVC placement were 0.90 (95%CI: 0.70 – 0.100) and 0.80 (95%CI: 0.55 – 0.100), respectively ($p = 0.317$). The sensitivity, specificity, positive and negative predictive value, and positive and negative likelihood ratio of saline flush were 80%, 100%, 100, 98.9%, Infinity, and 0.01, respectively. These measures were 60%, 100%, 100%, 98%, Infinity, and 0.02 for CXR, respectively.

Conclusion:

It seems that saline flush method could be considered as a safe, rapid, and accurate bedside method for CVC placement confirmation in emergency department.

Emerg (Tehran). 2017; 5(1):
e75.

Photorefractive keratectomy in
the management of postradial
keratotomy hyperopia and
astigmatism

Background:

The aim of this study is to evaluate the results of photorefractive keratectomy (PRK) in the management of postoperative hyperopia and astigmatism in patients with history of radial keratotomy (RK).

Materials and Methods:

This prospective nonrandomized noncomparative interventional case series enrolled consecutive eyes treated with PRK after RK. In cases, in which (1) wavefront (WF) scan was undetectable during primary examinations; and/or, (2) WF data were not transferable to the excimer laser device, patients were treated with the tissue-saving (TS) mode. Patients with detectable/transferable WF were assigned to WF-guided advanced personalized treatment (APT).

Results:

Thirty-two and 47 eyes were managed by APT and TS modes, respectively. Pooled analysis of both APT and TS groups showed

Mohammad
Ghoreishi, Mohammad-Ali
Abtahi, Iman
Seyedzadeh, Hamid
Fesharaki, Mohadeseh
Mohammadnia, Hamidreza
Jahanbani-Ardakani,
and Seyed-Hossein Abtahi

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

J Res Med Sci. 2017; 22: 82.	improvement in uncorrected distant visual acuity and corrected distant visual acuity. The amount of sphere, cylinder, corneal cylinder, spherical equivalent, defocus equivalent, and total aberration showed improvement as well. Conclusion:
	PRK seems to bring favorable outcome and safety profile in the management of post-RK hyperopia and astigmatism. It is crucial for practitioners to warn their patients about the fact that they may still have progressive refractive instability regardless of their choice on the laser method of vision correction.
Factors associated with the no-reflow phenomenon following percutaneous intervention of saphenous vein coronary bypass grafts	BACKGROUND We investigated clinical and procedural factors associated with the no-reflow phenomenon following percutaneous coronary intervention (PCI) of the saphenous-vein grafts (SVG). METHODS A cross-sectional study was done on patients who had undergone PCI of the SVG. Patients' medical documents were reviewed for demographic, clinical, laboratory, and procedural data. Slow/no-reflow was defined based on the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) grade (0 to 2). Univariate and multiple logistic

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Mohammad Hashemi-Jazi, Sayed Mojtaba Hosseini, and Ali Gholamrezaei	regression analyses were performed to investigate factors associated with slow/no-reflow and $P < 0.050$ was considered as significant. RESULTS A total of 205 patients were studied (81% man, mean $\pm$ standard deviation of age was 66.8 ± 9.6 years). Slow/no-reflow was found in 38 (18.5%) patients. High diastolic blood pressure ($P = 0.010$), leukocytosis ($P = 0.017$), diffuse lesions ($P = 0.007$), degenerated SVG ($P < 0.001$), proximal lesions ($P < 0.001$), thrombosis ($P = 0.013$), and lower number of used stents during procedure ($P = 0.032$) were associated with slow/no-reflow in unadjusted analyses. Factors independently associated with slow/no-reflow were pre-procedural high diastolic blood pressure with odds ratio (OR) = 3.858 [95% confidence interval (95% CI), 1.157-12.860], degenerated SVG with OR = 5.901 (95% CI: 1.883-18.492), proximal lesions with OR = 5.070 (95% CI: 1.822-14.113), pre-intervention TIMI grade with OR = 0.618 (95% CI: 0.405-0.942), number of used stents for PCI with OR = 0.074 (95% CI: 0.011-0.481) for > 1 stent, and length of stents used for PCI with OR = 0.100 (95% CI: 0.019-0.529) for > 30 mm stents. CONCLUSION This study on the clinical and procedural factors associated with the slow/no-reflow phenomenon following PCI of the SVG can be used in risk estimation of this serious complication and tailoring preventive strategies to at-risk patients.
ARYA Atheroscler. 2017 Sep; 13(5): 221–229	
Vitamin D Status in Small Vessel and Large Vessel Ischemic Stroke Patients: A Case–control Study	Background: Vitamin D insufficiency is a globally widespread issue. Recent studies have reported a high prevalence of Vitamin D deficiency in Middle-East countries. Studies have shown negative effects of Vitamin D deficiency on endothelium and related diseases such as ischemic brain stroke. Here, we assessed Vitamin D status in patients with different types of ischemic brain stroke and control group. Materials and Methods: Seventy-five patients (49.3% small vessel, 50.7% large vessel) and 75 controls, matched for age (68.01 ± 10.94 vs. 67.64 ± 10.24) and sex

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Navid Manouchehri, Maryam Vakil Asadollahi, Alireza Zandifar, Fereshteh Rasmani, and Mohammad Saadatnia	(42 male and 33 female) were recruited. 25(OH) D levels were measured by Chemiluminescence immunoassay. 25(OH) D status was considered as severely, moderately, or mildly deficient and normal with 25(OH) D levels of less than 5, 5-10, 10-16, and >16 ng/ml, respectively. Results: Mean $\pm$ standard error concentration of 25(OH) D in cases and controls were 17.7 ± 1.5 and 26.9 ± 1.6 ($P = 0.0001$), respectively. Mild, moderate, and severe Vitamin D deficiency were observed in 10.8%, 32.4%, 8.1% vs. 34.3%, 31.5%, 9.5% of small vessel and large vessel group, respectively. 21.7% of the controls were Vitamin D deficient. Vitamin D deficiency was significantly associated with higher risk for ischemic stroke, ($P = 0.000$, OR = 7.17, 95% confidence interval: 3.36–15.29). 25(OH) D levels were significantly higher in control group comparing to small vessel (26.9 ± 1.6 vs. 20.59 ± 2.6 $P < 0.05$) and large vessel (26.9 ± 1.6 vs. 13.4 ± 1.3 $P < 0.001$) stroke patients. Small vessel group had significantly higher levels of Vitamin D than large vessel ($P < 0.05$). Conclusion: Vitamin D deficiency significantly increases the risk of ischemic stroke, favoring the types with the pathogenesis of large vessel strokes.
Adv Biomed Res. 2017; 6: 146	
Erythrocyte Membrane Unsaturated (Mono and Poly) Fatty Acids Profile in Newly Diagnosed Basal Cell Carcinoma Patients	Studies have reported different changes in the fatty acid composition of red blood cell (RBC) total lipids in patients with various types of cancer. It has been indicated that n-3/n-6 ratio plays a key role in the general consequence of skin photocarcinogenesis. However, to our knowledge there was no study examining the unsaturated fatty acid profile in basal cell carcinoma (BCC) patients. So, we explore the fatty acid composition of RBCs in newly diagnosed BCC patients in a hospital-based case-control study. This study has been conducted on new case BCC patients in Razi Hospital, Tehran, Iran. Fatty acid concentration in erythrocyte membranes defined as relative values after extraction, purification and preparation, by gas chromatography. Analysis revealed that heptadecenoic acid ($p = 0.010$) and oleic acid ($p < 0.001$) was significantly higher in BCC patients in comparison with control group. Among polyunsaturated fatty acids (PUFAs), linoleic acid (LA), and arachidonic acid (AA) were significantly higher in BCC patients ($p < 0.001$). It has been indicated that n-3 was significantly lower ($p = 0.040$) and n-6 was significantly higher ($p = 0.002$) in BCC patients. In addition, total PUFA ($p < 0.001$) and n-6 PUFAs/n-3 PUFAs ($p = 0.002$) were significantly higher in BCC patients compared to the control group. Here we indicated that new case BCC patient had significantly higher n-6 PUFA and lower n-3 along with other differences in unsaturated fatty acid in comparison with healthy subjects. Our study provides evidence that lipids are important in BCC development.
Fatemeh Rahrovani, Mohammad Hassan Javanbakht, Ehsan Ghaedi, Hamed Mohammadi, Amir-Hooshang Ehsani, Ali Esrafil, and Mahmoud Djalali	
Clin Nutr Res. 2018 Jan; 7(1): 21–30	

Recurrent Vulvovaginal Candidiasis: Could It Be Related to Cell-Mediated Immunity Defect in Response to *Candida* Antigen?

Zahra Talaei,
Saba Sheikhbahaei,
Vajihe Ostadi,
Mazdak Ganjalikhani Hakemi,
Mohsen Meidani,
Elham Naghshineh,
Majid Yaran,
Alireza Emami Naeini,
Roya Sherkat,

Int J Fertil Steril. 2017 Oct-Dec; 11(3): 134–141.

Background

Recurrent vulvovaginal candidiasis (RVVC) is a common cause of morbidity affecting millions of women worldwide. Patients with RVVC are thought to have an underlying immunologic defect. This study has been established to evaluate cell-mediated immunity defect in response to *candida* antigen in RVVC cases.

Materials and Methods

Our cross-sectional study was performed in 3 groups of RVVC patients (cases), healthy individuals (control I) and known cases of chronic mucocutaneous candidiasis (CMC) (control II). Patients who met the inclusion criteria of RVVC were selected consecutively and were allocated in the case group. Peripheral blood mononuclear cells were isolated and labeled with CFSE and proliferation rate was measured in exposure to candida antigen via flow cytometry.

Results

T lymphocyte proliferation in response to *candida* was significantly lower in RVVC cases (n=24) and CMC patients (n=7) compared to healthy individuals (n=20, $P<0.001$), but no statistically significant difference was seen between cases and control II group ($P>0.05$). Family history of primary immunodeficiency diseases (PID) differed significantly among groups ($P=0.01$), RVVC patients has family history of PID more than control I (29.2 vs. 0%, $P=0.008$) but not statistically different from CMC patients (29.2 vs. 42.9%, $P>0.05$). Prevalence of atopy was greater in RVVC cases compared to healthy individuals (41.3 vs. 15%, $P=0.054$). Lymphoproliferative activity and vaginal symptoms were significantly different among RVVC cases with and without allergy ($P=0.01$, $P=0.02$).

Conclusion

Our findings revealed that T cells do not actively proliferate in response to *Candida* antigen in some RVVC cases. So it is concluded that patients with cell-mediated immunity defect are more susceptible to recurrent fungal infections of vulva and vagina. Nonetheless, some other cases of RVVC showed normal function of T cells. Further evaluations showed that these patients suffer from atopy. It is hypothesized that higher frequency of VVC in patients with history of atopy might be due to allergic response in mucocutaneous membranes rather than a functional impairment in immune system components.

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

The relationship of high-sensitivity C-reactive protein (Hs-CRP) serum level and peritonitis in patients on peritoneal dialysis	Background: C-reactive protein (CRP) is a predictor of cardiovascular diseases in both normal people and patients on hemodialysis. This study aimed to assess the relationship of high-sensitivity C-reactive protein (Hs-CRP) serum level and peritonitis in patients on peritoneal dialysis. Methods: 113 patients on peritoneal dialysis in Isfahan city, Iran, participated in our study in 2015. Serum albumin and Hs-CRP levels were measured in each patient at three times (baseline, and 6 and 12 month after that) and the patients were followed up for 1 year. All the patients were evaluated for peritonitis in every visit. At the end of the study, two groups of patients on peritoneal dialysis with and without peritonitis were compared. Findings: Among 113 patients, 24 were excluded from the study because of death or kidney transplantation and 89 patients were included in final analysis. The mean Hs-CRP levels in patients with peritonitis were 4.83, 5.79, and 7.42 mg/l at baseline, and 6 and 12 month after it, respectively; these levels were 4.47, 3.19, and 2.69 mg/l in patients without peritonitis, respectively. In addition, the mean albumin levels in patient with peritonitis were 3.38, 3.29 and 3.40 mg/l at baseline, and 6 and 12 month after it, respectively; these values were 3.56, 4.05, and 3.51 mg/l in patients without peritonitis, respectively. Conclusion: Results showed that with increase in Hs-CRP level, the risk of peritonitis increased. Besides, the albumin level decreased among patients with peritonitis in comparison with patients without peritonitis; there was no significant correlation between albumin level and peritonitis.
Mortazavi, M. Najafi, M. Najafi, R. Seirafian, S. Karimi, S. Hosseini, S.M.	
Journal of Isfahan Medical School, 35 (419). pp. 119-123.	
The interplay of multiple sclerosis and menstrual cycle: Which one affects the other one?	Background Menstruation is suggested to affect multiple sclerosis (MS) symptoms, while the effect of MS on menstruation is not studied before. Here, we aimed to compare the pattern of menstrual cycle and its symptoms between MS patients and healthy controls. Methods This is a cross-sectional study conducted during 2015–2016 in MS clinic of Kashani hospital, Isfahan, Iran. We included female patients > 14 years with diagnosis of relapsing-remitting MS, and healthy subjects as the control group. We collected data regarding menarche age, menstrual characteristics, history of premenstrual syndrome, the amount of menstrual bleeding, and the possible perimenstrual symptoms from all subjects. Also, MS patients were asked to report changes in menstrual characteristics after MS occurrence. Results The final study population contained 181 MS patients and 202 healthy subjects. The mean age in MS and control group were 36.04 ± 9.86 and 35.16 ± 11.30, respectively (P-value = 0.426). Menarche age in MS patients and control group were not statistically different (13.59 ± 1.87 and 13.29 ± 1.53, respectively; P-value = 0.087). Changing menstrual characteristics was reported in 70 MS patients (38.7%). Irregular menstrual cycle increased from 21% to 40.3% after
Omid Mirmosayyeb Shervin Badihian Akram KahidBasiri Mahdi Barzegar Nafiseh Esmaeil Emad Fayyazi Vahid Shaygannej	

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Multiple Sclerosis and Related Disorders Volume 21, April 2018, Pages 46-50	occurrence of MS (P-value < 0.001) and was reported 24.7% in the control group. MS patients versus controls reported more symptoms before, during, and after their menstrual period (P-values < 0.001). Conclusion We found no difference regarding menstrual characteristics in MS patients before onset of the disease and healthy controls. Irregular menstrual cycle was observed more after the disease occurrence while other menstrual characteristics did not change. Moreover, MS patients reported many more perimenstrual symptoms.
Association of Dietary Patterns during Pregnancy and Cord Blood Nitric Oxide Level with Birth Weight of Newborns Saba Naghavi, Sadegh Baradaran Mahdavi Bita Moradi, Mohammad Hasan Tajadini Roya Kelishadi	<i>Background:</i> Maternal nutrition during pregnancy affects the birth weight of neonates. Some of the undesirable pregnancy outcomes are linked to lower birth weights. This study aimed to assess the relationship between maternal dietary patterns, weight gain during pregnancy and nitric oxide (NO), as an endothelial relaxing factor, and the possible effects on birth weight. <i>Materials and Methods:</i> At first, a pilot study was done, and finally a number of 233 mothers who referred to 4 public and private hospitals in Isfahan, the Central of Iran, during March 2014 to March 2015 via a convenience sampling method, were elected and participant in this study. Dietary patterns were assessed using a Persian version of Food Frequency Questionnaire (FFQ). Gestational weight gain was measured, too. Cord blood nitric oxide (NO) level, and neonate's anthropometric characteristics were measured after delivery. <i>Results:</i> The study participants consisted of 233 mother-neonate pairs. Overall, 4.3% of boys and 11.8% of girls, had low birth weight (< 2.500 gr). Mean gestational weight gain was 12.85 ± 4.37 kg, and there was a statistically significant between three birth-weight categories (Low birth weight, normal birth weight and high birth weight) ($P < 0.05$). Gestational weight gain during pregnancy was associated with consumption of chicken, cereals, sugar, and birth weight of neonates, too ($P < 0.05$). Nitric oxide had an inverse correlation with birth weight; however, this association was not statistically significant ($r = -0.10$, $P > 0.05$).
Volume 5, Issue 3 - Issue Serial Number 39, March 2017, Page 4489-4501	<i>Conclusion:</i> Dietary patterns during pregnancy play as a main role in being low birth-weight neonates, in part by having impacts on gestational weight gain. In our samples among some Iranian mother-neonate pairs, endothelial function does not show a direct association with birth weight through releasing NO.

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

EFFECT OF PREEMPTIVE MIDAZOLAM ON POST-ELECTROCONVULSIVE-THERAPY (ECT) HEADACHE, MYALGIA, AND NAUSEA AND VOMITING	Background: Electroconvulsive therapy (ECT) is a controlled electrical stimulus that affects central nervous system and leads to convulsion. Such as every other medical procedure, electroconvulsive therapy has some side effects like headache, myalgia, and nausea and vomiting. Patient undergoing electroconvulsive therapy receives deferent anesthetic drugs and some drugs like Midazolam, Atropine etc. to reduce side effects. Methods: This study included 40 patients who were candidates for receiving electroconvulsive therapy. By using convenience sampling, patients were divided into 2 groups of 20 people. Midazolam were given to one group while the other received placebo. Two patients in midazolam group were removed because of short period of convulsion (lower than 20 seconds). The collected data were analyzed using independent t and chi-square tests. Findings: 16 men (42.1%) and 22 women (57.9%) were studied. The incidence of headache ($P<0.001$), myalgia ($P=0.014$) and vomiting ($P=0.011$) was significantly higher in witness group. The incidence of coughing and laryngospasm was not significantly different between the two groups ($P>0.050$). Conclusion: Midazolam can reduce convulsion time but in most cases, convulsions last more than 25 seconds, which is in therapeutic range. So, it cannot affect the therapeutic value of electroconvulsive therapy. Preemptive midazolam reduces Post-electroconvulsive-therapy headache, myalgia, and nausea.
Nazemroaya Behzad, Mohammadi Amir Hossein, Najafian Jamshid, Moradi Farsani Darioush	
JOURNAL OF ISFAHAN MEDICAL SCHOOL (I.U.M.S) 1ST WEEK APRIL 2017 , Volume 35 , Number 41 7 ; Page(s) 26To 31.	

**Diagnostic Accuracy of
Neuron Specific Enolase
(NSE) and S100B in
Distinguishing Central from
Peripheral Vertigo**

Babak Masoumi
Razieh Bagheri
Farhad Heydari
Keihan Golshani
Behnaz Ansari
Mohammad Khatami

Objectives

It is crucial to differentiate central from peripheral vertigo, as the former is life-threatening. MRI is presently the standard in diagnosing central vertigo, but it is expensive and not available everywhere. The aim of this study was to compare the diagnostic accuracy of neuron specific enolase (NSE) and S100B in distinguishing central from peripheral vertigo.

Methods

This prospective cross-sectional study was performed on 87 patients with vertigo admitted to Emergency department (ED). The type of vertigo was evaluated by S100B and NSE were measured (within 8 hours), in all patients. All Patients underwent cranial MRI. ROC-curve was used in order to evaluate the diagnostic accuracy of NSE and S100B in distinguishing central from peripheral vertigo. Inclusion criteria consisted of adult patients with the chief complaint of vertigo presenting within 8 hours of symptom onset, having the first episode of vertigo, age ≥ 18 years and a signed consent form to participate in the study. Exclusion criteria consisted of patients with history of head trauma which increased the amount of NSE, age < 18 years, having contraindications for MRI (such as cardiac pacemaker or prosthesis), patients with previously diagnosed vertigo and known cranial structural disease and cranial pathology from recent trauma, patients with obvious neurologic findings (aside from the nystagmus and disequilibrium of vertigo) concurrent with their symptoms. The study flowchart is shown in figure 1. The two tailed p-value < 0.05 were considered significant.

Results

Demographic features in terms of age ($P=0.43$) and sex ($P=0.45$) in both groups were similar (Table 1). Three patients dropped out and finally, 87 patients completed the study. The mean serum levels of S100B in patients with central vertigo was 60.62 ± 10.63 pg/mL and for patients with peripheral vertigo was 28.01 ± 8.16 ($P<0.001$), as well as, NSE was more in patients with central vertigo (11.86 vs 7 ng/ml, $P<0.001$). The sensitivity, specificity, positive and negative

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

The Journal of Emergency Medicine Volume 53, Issue 3, September 2017, Page 440	predictive value, overall accuracy for S100B in cut-off point 42.65 pg/mL in distinguishing central from peripheral vertigo with 0.988 area under the ROC curve were 97.7%, 88.6%, 89.3%, 97.5% and 93.1 %, respectively and for NSE in cut-off point 8.6 ng/ml with 0.96 area under the ROC curve were 93%, 90.9%, 90.9%, 93% and 91.95 %, respectively. Conclusions Our results showed that differential diagnosis of central and peripheral vertigo by S100B and NSE are accurate, with high sensitivity and specificity values. It allows physicians to distinguish central from peripheral vertigo immediately in ED. More critically ill patients may benefit from these advantages of these biomarkers instead of MRI and CT scans. Therefore, equipping these methods in ED should be considered in our country or other countries. Further studies are required to confirm our findings.
Decoy Cell Viruria in Kidney Transplant Patients. Does it correlate with Renal Function?	Objective: BK virus (BKV) infection after kidney transplantation has been a topic of great interest in the recent decade. Prospective screening studies have revealed that BKVN is principally an early complication of renal transplantation occurring within the first post-transplant year in most cases. The aim of the present study was to observe the incidence of decoy cell viruria in renal transplant recipients. Furthermore, correlation of decoy cell viruria with graft function was assessed. Methods: This analytic cross-sectional study was conducted in the Transplant Center of Alzahra Hospital, Isfahan, Iran between Jun 2014 and June 2015. Clinical screening for polyomavirus infection was done by means of urine cytological evaluation for decoy cells. Urine samples were analyzed in three steps including 2-4 months after transplantation, three and six months later. Results: Thirty-three patients (22 male and 11 female) received kidney transplant from living donors. The average of patients' age was 41.9 +/- 12.83 (range: 20-63 years). Peritoneal and hemodialysis were used for 15.6% and 84.4% of recipients. The occurrence of decoy cell viruria at the time of enrollment, 3 and 6 months later was found in 18.2%, 10.7% and zero, respectively. Conclusion: As urine cytology is easy to perform and of low cost, it is a useful tool for the investigation of active polyoma virus infection. Moreover, the findings advocate that the presence of decoy cells along with high creatinine is a better indicator of the virus presence.
Abedi, Akram. Mortazavi, Mojgan Mirmosayyeb, Omid. Taheri, Shahram. Afsharmoghadam, Nooshin Asadi-Samani, Majid. Sajadieh, Shahram. Baradaran, Azar	
WORLD FAMILY MEDICINE, 15 (5). pp. 20-25.	
Thrombotic Thrombocytopenic Purpura in a Child with Diabetic Ketoacidosis	Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) secondary to diabetic ketoacidosis has been rarely reported and is considered as a rare complication. If left untreated, this condition could be life threatening with considerable morbidity and mortality. Herein, we report a 6-year-old girl with reduced consciousness and respiratory distress with a history of polydipsia and polyuria in the 2 weeks before hospitalization. The patient was initially diagnosed as diabetic

مقالات چاپ شده توسط اعضای کمیته پژوهش ها دانشجویان دانشکده پزشکی

Neda Mostofizadeh, Serajaddin Arefnia, Mahin Hashemipour, Elham Hashemi Dehkordi	ketoacidosis based on clinical and laboratory findings and treated accordingly. After treatment and during hospitalization although she had gained relative consciousness, she experienced seizure and reduced consciousness again. Considering laboratory and clinical findings and the patient's underlying conditions (thrombocytopenia, renal failure, and high lactate dehydrogenase), TTP was suspected although ADAMTS13 test could not be done. Treatment with plasmapheresis was initiated, and after 48 h, the patient was conscious, and laboratory indices became normal within a few days. The patient was discharged after full recovery. TTP should be considered as a rare complication of diabetic ketoacidosis in patients with thrombocytopenia, renal failure, and reduced consciousness and should be immediately treated.
Adv Biomed Res 2018, 7:33	ASSESSMENT OF MICROBIAL QUALITY OF SEMI DRY AND CREAM PASTRIES FROM CONFECTIONARIES OF ARAK PROVINCE, IRAN
<i>Ali Jamshidi</i> <i>Marayam Mirlohi,</i> <i>Samira Shokri</i>	Background: Confectionary products especially eclairs are a major part of food manufacturing in Iran. Considering high consumption levels and also the possibility of microbial contamination in this section of food products, the present study aimed to determine the degree of microbial contamination of eclairs supplied to Arak province confectionaries and the association between contamination level and adherence to hygiene principles at production sites. Methods: Sampling was undertaken from 44 different types of eclairs and microbial tests were performed based on Iran National Standards. Data analysis was conducted using Spearman correlation and linear regression tests. Results: This study showed that 43.2% of samples were contaminated with <i>Escherchia coli</i>, 59.1% with <i>Enterobacteriaceae</i>, 13.6% with mold, 20.5% with yeast and 13.6% with <i>Bacillus cereus</i>. Conclusion: High contamination rate of eclairs with bacteria, molds and yeasts needs using different methods to control microbial growth, including promotion of sanitary awareness among labors, regular cleansing and disinfecting of equipments, improvement in sanitation of confectionaries proper food storage methods and quick preparation of confections.
IJNS 2017;2(3):159-163	

اطلاعیه از سوی کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

برای آدرس دهی به کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی (در مقالات و موارد دیگر)
صرفاً از آدرس زیر استفاده کنید:

Student Research Committee

Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan
University of Medical Sciences, Isfahan, Iran



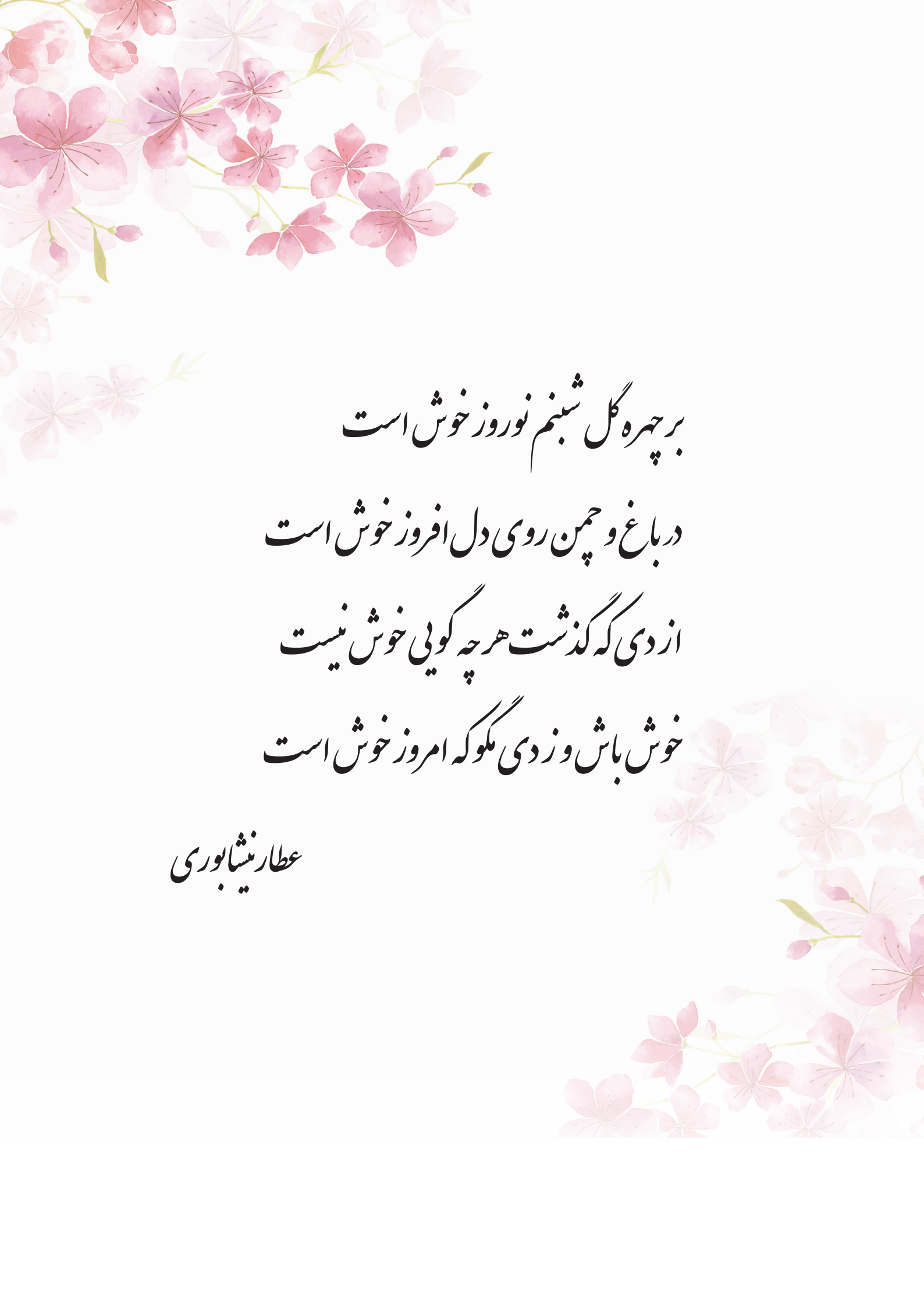
روز کاشت درخت پژوهش‌های اخلاقی (تقدیر نمادین از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر نعمت بخش)

دانشکده پزشکی - زمستان ۹۶



برنامه دیبا (دیدار با اساتید) با حضور جناب آقای دکتر صحت

دانشکده پزشکی - تابستان ۹۶



بر چهره گل شبنم نوروز خوش است
در باغ و چمن روی دل افروز خوش است
از دی که گذشت هر چه کوی خوش نیست
خوش باش و زدی ملوک امروز خوش است

عطار نیشابوری