

گلبانگ

نشریه پژوهشی صنفی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سال بیست و یک - شماره دوم - زمستان ۹۵

انتخاب ژورنال

مصاحبه با آقای دکتر مهدی بقایی
سندرم آنروفی ذهن

“بزاقت” حد فاصل پزشکی و دندان پزشکی
نگارش رزومه

تاریخچه ی اخلاق پزشکی و چالش های آن

فلسفه پزشکی (جستار دوم)

+ گزارش واحد های کمیته پژوهش



هوا آرام
شب خاموش
راه آسمان ها باز
خیالم
چون
کبوترهای وحشی
می کند پرواز





isrc.mui.ac.ir



گلبانگ- نشریه پژوهشی صنفی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان -
 سال بیست و یک - شماره دوم - زمستان ۹۵
 صاحب امتیاز: کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی
 مدیر مسئول: مهرا ن منانی
 سردبیر: مهدیه صفاری
 ویراستاران: مهدیه صفاری و پریا روحی
 طراحی و صفحه آرایی: محمد مهدی صفری

اسامی هیئت تحریریه ی مجله ی گلبانگ (به ترتیب حروف الفبا)

الهه کاردان	صادق برادران مهدوی	مهربد و خشوری
امین لچینانی	فرهاد محمودی	نجمه احمدی
پریا بلوری نژاد	دکتر کیان حشمت	نفیسه تدین
پریا روحی	کیوان مساجدی	هژیر مرادی
ثمین خوبی	کیوان مکتبی	
زهرا سورانی	مریم بهارلویی	
سجاد نوروزی	مریم صریریان	
سید علی امامی	مهدی برزگر	
سید محمد مهدی موسوی	مهدیه صفاری	
شروین بدیهیان	مهرا ن منانی	

با تشکر ویژه از: دکتر قیصری سرپرست محترم کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی

<http://isfgolbang.mihanblog.com>

فهرست مطالب

۴	سخن سر دبیر
۵	سخن دبیر
۷	انتخاب ژورنال
۱۰	فلسفه پزشکی
۱۳	مصاحبه با آقای دکتر مهدی بقایی
۱۷	Case Report
۱۸	رابطه ی پزشک و بیمار
۲۰	گزارش معاونت اجرایی مالی
۲۰	گزارش واحد انفورماتیک
۲۱	اهمیت ثبت مطالعات کارآزمایی بالینی
۲۳	نگارش مقاله به روش consort
۲۶	گزارش معاونت ارزشیابی و مستندسازی + بوتیمار
۲۷	معرفی چند application پزشکی
۲۹	سندرم اتروفی ذهن
۳۰	گزارش واحد آموزش
۳۱	بزاغ حد فاصل پزشکی و دندان پزشکی
۳۲	مادر جانشین
۳۴	چگونه رزومه بنویسیم؟
۳۷	آشنایی با مراحل چاپ کتاب ترجمه شده توسط انتشارات دانشگاه
۳۸	طب ترجمانی
۴۰	گزارش واحد پژوهش
۴۱	تاریخچه ی اخلاق پزشکی و چالش های آن
۴۳	پزشکی مبتنی بر شواهد
۴۴	گزارش واحد روابط عمومی
۴۷	Personalized cancer treatment
۴۸	مقالات چاپ شده کمیته پژوهش های دانشگاه علوم پزشکی

سخن سر دبیر

مهديه صفاری

mahdie90hp@yahoo.com



سلام به خواننده های گلبانگ

پژوهش یا تحقیق یک روند هوشمندانه، هوشیارانه، خلاقانه و سامان مند برای یافت، بازگویی و بازنگری پدیدهها، رخدادها، رفتارها و انگاشته ها است. پژوهش همچنین برای استفاده از پدیده های موجود برای دست یافتن به راهکارهای عملی و فناوریها بهکار میرود. به طور معمول پژوهشگر نتایج پژوهش خود را در مجله زهای علمی ارائه میدهد. پژوهش در دو بعد «یافت پرسش پژوهش» و دیگر «پاسخ دادن به آن» میباشد.

این تعریف راجع به پژوهش در ویکی پدیا ثبت شده است در واقع اولین تعریفی است که با سرچ در موتورهای جستجوگر به اون می رسیم اما اینکه تا چه حد کامله و یا اینکه اگر کامله ما تا چه حد در چارچوبش فعالیت می کنیم جای بحثی طولانی داره

جدای از این تعریف و تعاریفی از این دست به نظر من هیچ چیز در این حیطه جالب تر و شیرین تر از روحیه ی پرسش گری و کنجکاوی حاکم بر اون نیست. انگار که زنده ایم برای هدفی، برای پاسخ سوالی... و تمام آنچه که بچه های خوب کمیته پژوهش های دانشکده پزشکی سعی دارند همین هست. آشنایی و کمک به شما علاقه مندان جهت حضور و فعالیت در این محیط.

امیدوارم از شماره ی قبلی مجله راضی بوده باشید. در این شماره هم تمام سعی مون رو کردیم تا مطالبی مناسب و مفید خدمت تون ارائه

کنیم.

در این شماره مصاحبه ای داریم با یکی از کاربلدهای عرصه ی پژوهش (هرچند که سرشون شلوغ بود و به سختی موفق شدیم باشون مصاحبه کنیم) طبق معمول همیشه گزارش واحدهای گلبانگ شما رو با فضا و فعالیت های جاری در کمیته آشنا خواهند کرد و مطالب علمی جالبی رو هم برای استفاده خوانندگان خوب مون منتشر کردیم.

با تشکر ویژه و صمیمانه از خانم پریا روحی که مسئولیت ویرایش و ویراستاری مطالب رو برعهده گرفتند و همچنین از اعضای خوب هیئت تحریریه جهت تلاش مثبت شون برای نشر این شماره از گلبانگ این جمله رو من در آخرین لحظات تایپ مطلب م دیدم که به نظرم بسیار زیباست.

آدمی اگر خانه زاد ستاره ی صبح هم باشد همیشه آوازه ایش از زندگی اش زیباتر است (محمدرضا رحمانی)

با آرزوی موفقیت هر چه بیشتر برای اهالی پژوهش

مهديه صفاری

زمستان ۱۳۹۵



سخن دبیر

مهران منانی

mehran.mannani@gmail.com



بعضی افراد با مسئولیتشان و... اما در کنار این ها خوبی ها و فرصت هایی هم وجود داشت.

نیروهایی با انگیزه، با انرژی و علاقه مند به کمیته که روی این ویژگی ها شون می شد حساب کرد.

امکان گرفتن بودجه از معاونت پژوهشی دانشگاه که باعث میشد دغدغه تامین هزینه برنامه ها رو نداشته باشیم. البته نه این که هرچی بخوایم پولش دستمون باشه، ولی لااقل دیگه برای پذیرایی کارگاه حرص نمی خوردیم! یا هر برنامه ای که نیاز به هزینه داشت لغو نمیشد!

اقبال عمومی دانشجویان نسبت به کمیته بهتر شده بود که بیشتر به دلیل یه سری از برنامه های واحد روابط عمومی در سال ۹۴ بود. به طوری که در فراخوان همکاری اردیبهشت ماه حدود ۷۰ نفر از دانشجویها برای عضویت در کمیته فرم پر کردند.

سرپرست کمیته دکتر قیصری بودن. خیلی مهمه کسی که توی این جایگاه هست از شرایط افراد زیر مجموعه اش مطلع باشه، و دکتر قیصری در دوران دانشجویی شون خودشون عضو و دبیر کمیته بودند.

در مجموع پس وضعیت کمیته در اول سال نه خوب بود و نه بد، در هیچ یک از این دو دسته نمی گنجید. داشتیم سعی می کردیم عبارت مناسبی پیدا کنیم که این به ذهنم رسید: شرایط حساس کنونی! ((این عبارت به بهترین شکل وضعیت کمیته در اول سال ۹۵ رو توصیف می کنه. شرایطی پر از فرصت و تهدید. در همچنین شرایطی کار رو شروع کردیم، یا بهتر بگم، کار رو ادامه دادیم.

بیشتر کارها در واحدها و معاونت ها تقسیم شده بود که به ترتیب حروف الفبا یه مختصری از مهم ترین کارهای انجام شده رو در ادامه خدمتون میگم.

۱. آموزش: برگزاری ۹ کارگاه آموزشی شامل روش تحقیق مقدماتی (۴ دوره)، طراحی پرسشنامه، مفاهیم پایه در آمار زیستی و SPSS، آشنایی با پژوهش، مقاله نویسی. همچنین ۳ کارگاه مهارت های ارائه علمی، طراحی پوستر، انتخاب ژورنال و آشنایی با فرایند submission در راستای همایش سالانه روز پژوهش با همکاری این واحد برگزار گردید.

همچنین در راستای توانمندسازی مدرسین یک کارگاه تدریس روش جستجوی منابع و علم سنجی برگزار شد.

جهت ویرایش کارگاهها تلاش هایی صورت گرفت که اکثرا به تغییرات جزئی منتج گردید و اعمال تغییرات کلی به دلیل احساس نیاز به نظر متخصصین حوزه آموزش و کافی نبودن شواهد جهت

یکی بود... یکی دیگه هم بود، ولی هیچکدوم نمیتونستن دبیر بشن!

بله...

این اولین تفاوت قصه ی کمیته در سالی که گذشت این بود که با یکی بود و یکی نبود شروع نمیشه. دوتا بودن، و در آن واحد همون دوتا نبودن! یعنی چی خب؟! الان عرض می کنم

اواخر سال ۹۴ بود که یواش یواش همه به فکر خداحافظی فرید نصرافهانی (دبیر سال ۹۴ کمیته) افتادن و متعاقبا به فکر بعد از خداحافظی و اینکه سال دیگه کی دبیر بشه. البته پاسخ مشخص بود؛ طبق اساسنامه انتخابات میذاریم، افرادی که دوست دارن میان ثبت نام میکنن برای کاندیداتوری دبیری، هر کدوم که شرایط لازم رو داشتن معرفی میشن برای انتخابات، رای گیری میشه و تمام!...

اما خب مسئله اصلی این بود که این شرایط لازم رو کسی نداشت! به عبارت بهتر، همه ی اونایی که شرایط لازم رو داشتن یا قبلا دبیر شده بودن و یا فرصت لازم برای دبیر شدن رو دیگه نداشتن و دم فارغ التحصیلی شون بود. (این عده ۷-۸ نفر بودن)

با این حال فراخوان برای ثبت نام جهت کاندیداتوری انتخابات دبیر برگزار شد و ۲ نفر ثبت نام کردن: میثم آبدار و مهران منانی. این شد که ۲ نفر بودن، آماده و محیای دبیر شدن بودن، اما نبودن، واجد شرایط لازم موجود در اساسنامه برای دبیر شدن نبودن. ۱. وقتی کمیته با این شرایط مواجه شد شواری سیاستگذاری کمیته تصمیم گرفت تا این بار شرایط لازم را نادیده بگیره و به هر دو اجازه شرکت در انتخابات رو داد و به این شکل بحران رو مدیریت کرد.

اما این تازه شروع کار بود. بعد از انتخاب من به عنوان دبیر کمیته در سال ۹۵، وضعیت به این شکل بود: از ۶ مسئول واحد اصلی (یا معاون) و دو مسئول واحد فرعی (فراخوان پروپوزال ها و گلبنگ) فقط ۲ نفر جزء انتخابهای بالقوه من برای این مسئولیت ها بودند؛ روابط عمومی و انفورماتیک که ممکن بود قبول هم نکنند، و برای بقیه باید به افراد کاملا جدیدی پیشنهاد همکاری میدادم. این یعنی نسبت به سال گذشته ۷ نفر از ۹ نفر مسئولین اصلی کمیته تغییر کردن، یعنی حدود ۸۰ درصد تغییر

از طرفی برای برخی از مسئولیت ها مجبور بودم شرایط لازم فرد مورد انتخاب برای اون مسئولیت رو ندیده بگیرم. شبیه اتفاقی که در انتخابات رخ داد.

اینها بعضی از مشکلاتی بود که در همون ابتدای کار به چشم میومد. دبیر تازه کار، مسئول واحدها تازه کار، عدم تناسب کامل



تعدادشون از دست منم در میرفت) و همه ی این کارها کلی فکر و برنامه ریزی و جلسه و... هم داشت.

۷. گلبانگ: چیزی که هم اکنون در دست دارید دومین شماره از مجله کمیته می باشد! و نتیجه زحمات زیادی هست که اعضای گلبانگ به سرپرستی خانم صفاری کشیده اند. همینطور جا داره از خانم روحی که برای

شماره دوم خیلی

ویژه کمک کردن هم تشکر کنم.

۸. Research Day: کنگره برگزار کردن که شوخی نیست، حتی داخل دانشگاهی. خانم سبا مغانی این مسئولیت خطیر رو پذیرفت و با حمایت های دکتر یوسفی و خانم تقوایی و کمک اعضای کمیته دانشکده پزشکی و هماهنگی کمیته های بقیه دانشکده ها، توانستیم یک بار دیگه کاری فراتر از دانشکده خودمون انجام بدیم. بلکه از جزیره جزیره بودن خارج بشیم.

۹. IRAP: خودش به تنهایی برای ۱ سال فعالیت کمیته بسه! یعنی میشه به بار این برنامه رو برگزار کرد و تا آخر سال هرکی گفت چکار کردین، بگیم IRAP برگزار کردیم. اصلا شرحش در این مطلب نمیگنجد؛).

وقتی به حجم کار انجام شده نگاه میکنم، اول از همه ذهنم میره سراغ این که آیا کمی نگر شدیم؟! هی میخواستیم زیاد کار کنیم؟! کیفیت رو فدا نکردیم؟! اما وقتی بر میگردم به موقعی که داشتیم برای این کارها فکر و برنامه ریزی میکردیم، میبینم هرکدوم دلیل خودش رو داشت و به صرف اینکه «یه کاری کرده باشیم» برنامه نریختیم. در حقیقت هر برنامه ای خودش برای ارتقا یک کیفیت بود. حواسمون از کیفیت پرت نشده بود.

دومین چیزی که به ذهنم میرسه اینه که واقعا این حجم از کار فراتر از انتظار من بود. و فکر می کنم فراتر از انتظار همه مون هم بود! از اول هم قرار نبود که تنهایی کار کنم، اما یه موقع معادله منطقیه: $1+1 > 2$ یه موقع منطقی نیست $1+1 > 2$ یا $1+1 < 2$. اتفاقی که من امسال توی کمیته دیدم از نوع معادله سوم بود. چیزی که بهش synergy میگوین. هر کدوم با تلاش خودمون تنهایی ۱ بودیم، اما تلاش همه ما با هم دیگه باعث شد خیلی بیشتر از ۱ باشیم. یکی از دلایلهش شاید این بود که وقتی انگیزه و تلاش بقیه رو میدیدم، نمیتونستم خودم کم بذارم برای کارها.

استفاده از روش های جید به بعد موکول گشت.

۲. ارزشیابی و مستند سازی: کل برنامه های امسال کمیته (با تعداد و حجم قابل توجه شون) تحت نظارت کامل معاونت ارزشیابی و مستندسازی قرار داشتند و حقیقتا کاری بس عظیم بود که با همت خانم نجمه احمدی و اعضای معاونت ارزشیابی و مستندسازی به خوبی پیش رفت. نتیجه ی این کار گنجینه ای از اطلاعاتی هست که برای ادامه کارهای کمیته در آینده و بهبود فرایندها و حفظ تجارب، به کار می آید.

۳. اجرایی مالی: برنامه های مختلف کمیته که امسال تعدادشون از دست من هم در میرفت حتی، هرکدوم کارهای اجرایی و پشتیبانی خاص خودش رو می طلبید. جدا از اون نظم مالی، مایحتاج عمومی کمیته و نظم و ترتیب وسایل و فضای کمیته هم از زحماتی بود که بچه های اجرایی مالی می کشیدند و حقیقتا نقش به سزایی در ایجاد «فراخ فکر» (D:) برای انجام سایر فعالیت ها، ایفا کردند.

۴. انفورماتیک: عمده کار این واحد در سال جاری ویرایش سایت کمیته بود که شامل بررسی سایت و کشف ایرادات موجود، پیدا کردن راه حل برای این ایرادات و انتقال این مشکلات و راه حل ها به شرکت سازنده و هماهنگ کردن انتظارات و توانایی های دوطرف بود. این کاری که من توی ۲ خط نوشتم، حقیقتا برای خودش کلی کار بود! همچنان هم ادامه داره البته ولی دیگه وارد فاز اجرا توسط شرکت پشتیبان سایت شده و امیدواریم بزودی به بهره برداری برسد. قطعاً با بهره برداری از فاز جدید سایت فعالیت های کمیته بسیار تسهیل خواهند شد.

همچنین تربیت نیروهای جدید برای واحد انفورماتیک در دستور کار امسال قرار داشت که به دلیل عدم استقبال دانشجویان اجرا نشد

۵. پژوهش: واحد فعال و پرجمعیت پژوهش امسال کارهای متنوعی انجام دادن و ضمن رسیدگی به کارهایی که از قبل مرسوم بود مثل راه اندازی گروه های MSRTP و برگزاری فراخوان پروپوزال ها، کارهای نوینی هم داشتن شامل برگزاری جلسات کتابخوانی به شیوه جدید، برگزاری جلسات پروپوزال خوانی برای خود اعضای واحد جهت افزایش توانایی های پژوهشی اعضا، و زمینه سازی برای راه اندازی گروه های مطالعاتی. نظم و پیشرفت طبق برنامه در این واحد واقعا مثال زدنی بود.

۶- روابط عمومی: برگزاری یه سری نشست ها، انجام تبلیغات و اطلاع رسانی ها، بهبود فرایندهای تبلیغات و اطلاع رسانی! کل کار واحد روابط عمومی رو میشد توی این ۳ تا تقریباً کلمه خلاصه کرد. اما...

خدایی این خلاصه کردن مثل اینه ۹۰ دقیقه بازی فوتبال رو توی یه عدد مثلاً ۳-۲ خلاصه کنی!

واحدی که تازه متحول شده بود و همچنان فرایند تحولش ادامه داشت! ولی در حین همین فرایند چنان منظم و مرتب و البته با تعداد به نسبت زیاد، برنامه برگزار کرد که حتی خودمون هم باورمون نمی شد: ۴ تد تاک، ۴ کافه expersci، ۲ medicinema، ۱ دیبا! به علاوه تبلیغات همه ی برنامه های کمیته (که گفتم

انتخاب ژورنال

صادق برادران مهدوی
Sadegh.b.mahdavi@gmail.com



بشود (**Publication is publication!**) و حال اگر مجله معتبر نیز نبود اشکالی ندارد!

* در حالت دوم زمان بیشتری وجود دارد و محقق می تواند مجلات بهتری برای مقاله ی خود جستجو نماید.

۲- هر محقق با توجه به کاری که انجام داده است و مرور متونی که قبل تر از آن برای طرح خود انجام داده، باید یک برآورد کلی از کیفیت مقاله ای که در دست دارد داشته باشد. مقاله ی اصلی که قبلا مشابه آن به تعداد زیاد انجام شده است و هم اکنون نیز جدول، نمودار، آنالیز و دیسکاشن درست و حسابی ندارد، نمی تواند ایمپکت بالا چاپ شود. خودتان را گول نزنید! بر عکس، ریویو آرتیکلی که طبق اصول علمی آن انجام شده و هم اکنون با نمر علمی عالی نوشته شده است احتمالا باید برای مجلات دارای IF بالا فرستاده شود.

۳- از میان نویسندگان مقاله یک نفر به عنوان نویسنده ی مسئول یا **corresponding author** شناخته می شود و فردی است که برای سابمیت مقاله، فرستادن اصلاحیه ها و نهایتا اعلام موافقت نهایی یرای چاپ مقاله عمل می کند. هر چقدر این فرد برای جامعه ی علمی شناخته شده تر و دارای رزومه ی علمی-پژوهشی بیشتری باشد و مخصوصا اینکه برای همین مجله ی پیش رو قبلا مقالاتی فرستاده باشد، گزینه ی مناسب تری برای ارسال مقاله خواهد بود. بنابراین اگر در تیم نویسندگان شما چنین فردی وجود دارد بگذارید او نویسنده ی مسئول باشد! به این صورت شانس بیشتری جهت چاپ وجود دارد. شاید اگر همان مقاله را شما ارسال می کردید در آن مجله با ایمپکت ۵ چاپ نمی شد!

۴- جهت انتخاب ژورنال و مخصوصا اگر تجربه ی قبلی هم در این زمینه ندارید می توانید از دیگران پرس و جو نمایید. اگر استاد یا مشاور در طرح خود دارید که سابقه ی خوبی دارد می تواند به شما کمک نماید. کم ترین کاری که می توانید بکنید این است که نگاهی به ژورنال های مقالات موجود در صفحه رفرنس مقاله ی خود بیندازید. احتمالا یکی از همین ها ژورنال مورد نظر شما خواهد بود!

۵- گاهی پیش می آید که مشخصا ژورنالی را برای انتشار مقاله خود سراغ نداریم و شاید به تعبیر بهتر به دنبال یک مشاور هستیم تا بر مبنای موضوع کاری ما و مقاله ی تهیه شده، ژورنالی را پیشنهاد کند. و یا مثلا مدت زمان داوری ژورنال برای ما هم مهم است. قصد من در اینجا معرفی یکی از امکانات تاحدودی

انتخاب یک مجله ی مناسب همواره یکی از سوالات پیش روی هر محقق، پس از آماده کردن نسخه ی نهایی مقاله ی خود است. از طرفی محقق دوست دارد هر چه سریع تر حاصل تلاش های خود را چاپ شده ببیند و از طرفی دوست دارد مقاله ی خود را در یک مجله ی معتبر تر چاپ نماید. ولی وجود هزاران مجله ی معتبر فقط در زمینه ی علوم پزشکی که به صورت فعال کار می کنند کار محقق را سخت می کند. مضاف براینکه برخی از ژورنال ها برای دادن پاسخ اولیه به نویسنده ی مسئول هفته ها صبر می کنند و نهایتا ممکن است مقاله را نپذیرند و در این میان وقت محقق است که از بین رفته است!

همان طور که می دانید امروزه بسیاری از مجلات همانند دیگر شرکت های جهان وبسایت اینترنتی دارند که از این طریق نویسندگان با ژورنال آشنا می شوند و می توانند مقالات خود را سابمیت نمایند و یا به نسخه های قبلی مجله دسترسی داشته باشند. معمولا در این صفحات، اهداف مجله، نوع مقالاتی که این ژورنال چاپ می کند، منابعی که این ژورنال در آن ها ایندکس می شود و قسمت راهنمای نویسندگان وجود دارد. شاید مطالعه ی یکی دو مورد وبسایت ژورنال کار چندان سختی نباشد ولی اگر این تعداد ۱۰۰ ژورنال شد مرور همه ی آن ها مشکل خواهد بود. مسلما فرستادن کیس ریپورتی بسیار نادر، جالب و خواندنی برای مجله ای که کیس ریپورت چاپ نمی کند با ریچکشن همراه خواهد بود! پس باید متوجه باشیم چه مقاله ای را برای کدام ژورنال می فرستیم. لذا آشنایی با اصول و ابزار انتخاب ژورنال بسیار کمک کننده خواهد بود و پیشنهاد می شود حتما از اصول زیر برای انتخاب مجله ی مد نظر استفاده نمایید.

۱- به نظر نگارنده، اولین موردی که یک نویسنده باید بداند این است که از چاپ این مقاله چه هدفی را دنبال می کند؟ آیا زمان چاپ برایش مهم است؟ یعنی شرایطش به گونه ای است که باید هر چه سریعتر مقاله را چاپ کند؟ یا اینکه می تواند صبر به خرج دهد و از میان مجلات معتبر تر دارای **Impact Factor** بالاتر، شانس خود را امتحان کند و برای آن مجلات ارسال نماید؟

* در حالت اول برای محقق مهم است که اولین تصمیم مجله جهت چاپ مقاله با چه فاصله ی زمانی به محقق اعلام می شود؟ (**Editorial Time**) و یا این که پس از پذیرش مقاله چقدر طول می کشد تا آن را چاپ نماید؟ (**Publication time**) در این حالت احتمالا برای محقق این مهم است که مقاله چاپ

مغفول مانده Elsevier و یا چند سایت دیگر است که دقیقاً راهکار حل مشکل فوق را ارائه داده اند.

ابزار Elsevier

www.journalfinder.elsevier.com

در این بخش با در اختیار دادن عنوان و خلاصه مقاله خود و یا زمینه پژوهشی، ژورنال های پیشنهادی لیست می شوند. ویژگی دیگر این صفحه، نمایش میزان موفقیت آمیز بودن و یا درصد پذیرش مقاله شما در ژورنال به علاوه مدت زمان داوری و همچنین مدت زمان انتشار است. البته این ابزار فقط در ژورنال های جستجو می کند و باید سایر ناشرین را نیز در نظر بگیرید. در این وبسایت نویسنده ای زمان برایش مهم است به هدف خود می رسد! هم چنین نویسنده می تواند مجلات را بر اساس IF طبقه بندی نماید.

: Scientific journal ranking

www.scimagojr.com

در این سایت در قسمت Journal Ranking وارد شوید. این وبسایت، اطلاعات نسبتاً کاملی از بسیاری از ژورنال ها را در اختیار

شما قرار می دهد. با انتخاب فایل مورد نظر می توانید به ژورنال های مرتبط با آن رشته دسترسی پیدا کنید و آن ها را براساس روش های مختلف رتبه بندی مشاهده کنید. البته این وبسایت اطلاعاتی در مورد ISI بودن ژورنال یا ضریب تاثیر محاسبه شده توسط ISI در اختیار قرار نمی دهد. ولی مجموعه بزرگی از ژورنال ها را پوشش می دهد.

از سایر ابزارهای زیر نیز می توان در معرفی و انتخاب مناسب بهره برد:

: Edanz Journal Selector

<https://www.edanzediting.com/journal-selector>

علاوه بر این ها سایت های Springer و Jane نیز ابزارهای مشابهی را ارائه کرده اند که توضیحات آن ها را به خوانندگان عزیز واگذار می کنم.

۶- و در گام آخر روشهای انتخاب مجله را به صورت خلاصه خدمتان عرض می کنم:

- مشورت کنید! استفاده از نظرات متخصصین مجرب و صاحب مقالات متعدد در بسیاری از اوقات راه گشا است.

- بخش مراجع مقاله خود

را بازبینی کنید! مجلات دارای ارجاع در مقاله شما، یک انتخاب خوب برای ارسال مقاله به آنهاست. مطالعه کنید!

- مجلات حوزه تخصصی و تحقیقاتی خود را بصورت مرتب مطالعه کنید و مقاله خود را به مجله ای که بهتر می شناسید ارسال کنید.

- به عامل تاثیر (IF) مجلات و رتبه بندی و کلاس آنها دقت کنید.

- به میزان مقالات منتشر شده ی ایرانی در مجلات مورد نظر توجه کنید!

- به مخاطب مجله فکر کنید! آیا یک آمار داخلی و ایرانی مورد توجه خوانندگان یک مجله امریکایی قرار می گیرد؟

- مقالات منتشره را در شماره های اخیر مجله بررسی کنید! راهنمای مولفین مجلات مورد نظر را مطالعه کنید. موضوع تحقیق شما در کانون توجه کدام مجله است؟

- تصمیم بگیرید! مجله عمومی یا تخصصی، پایه یا بالینی؛ متد و محتوای مقاله، کیفیت و به روز بودن آن تعیین کننده است.

Journal title	Sort by Match	Impact Factor	Open Access	Editorial Times	Acceptance	Production Times
Computer Aided Geometric Design	Match	0.810	Available	16 weeks	31 %	9 weeks
Computer-Aided Design	Match	1.264	Available	11 weeks	37 %	4 weeks
Graphical Models	Match	0.697	Available	6 weeks	15 %	6 weeks
Computers & Graphics	Match	0.794	Available	6 weeks	28 %	6 weeks
Radiation Measurements	Match	0.861	Available	7 weeks	33 %	3 weeks



- ممکن است به نظر برسد مقالاتی که در کنگره‌های بین‌المللی پذیرفته شده‌اند شانس بالاتری برای چاپ در مجلات معتبر دارند ولی عملاً اینطور نیست؛ چرا که کنگره‌ها اکثر مقالاتی را که به دست آنها می‌رسد حداقل جهت آرایه بصورت پوستر قبول می‌کنند.
- ۷- حال که ژورنال خود را انتخاب کرده اید وقت آن است که مقاله‌ی خود را سابمیت کنید! پس دست به کار شوید. باید در سایت مجله حساب کاربری درست کنید (اگر آدرس سایت را نمی‌دانید کافی است نام ژورنال را در گوگل وارد نمایید). حال راهنمای نویسندگان آن را به طور کامل مطالعه کنید و داکومننت خود را بر

- هوشیار باشید! مجلاتی که به تازگی منتشر شده‌اند هنوز به خوبی شناخته شده نیستند و میزان پذیرش بالاتری دارند. به ویژه آنهایی را انتخاب کنید که از همان ابتدا در نمایه‌های معتبر اندکس می‌شوند.
- به نوبت انتشار مجله توجه کنید! در شرایط مشابه مجله‌ای که ماهیانه منتشر می‌شود به مجله‌ای که سه ماهانه یا شش ماهانه منتشر می‌گردد ارجحیت دارد.
- با مرور بر مجلات حوزه تخصصی خود ۳ یا ۴ مجله مناسب تر را در یک فهرست کوتاه جمع کنید. در این میان مجله‌های عمومی را فراموش نکنید.

اساس آن آماده نمایید. ان شالله که موفق باشید!

در انتها جهت اطلاع شما دوستان عزیز جدول سطح بندی مجلات که جهت امتیاز دهی به فعالیت های محققین توسط وزارت بهداشت آرایه شده است در زیر آورده شده است:

- به مقاله قبلی خود باز گردید! مجله‌ای که مقاله قبلی شما را چاپ کرده است می‌تواند یک انتخاب خوب برای مقاله فعلی باشد.
- در انتخاب مجله واقع بین باشید! در آخر فراموش نکنید: Publication is publication. اگر مجله‌ای که انتخاب کرده اید در SCI یا مدلاین ایندکس می‌شود، هرچند IF پایین داشته باشد، در شروع، انتخاب مناسبی است.

پایگاه اطلاعاتی

ISI Web of Science (ISI), Medline, PubMed, PubMed Central	گروه یک
Scopus, Embase, Chemical Abstracts, Current Contents, Cinahl, Psych Info, BIOSIS	گروه دو
ISC, Index Copernicus, ProQuest, EBSCO, Doaj, ... , Google Scholar	سایر نمایه نامه های بین المللی
IRAN MEDEX, SID, Magiran, Medlib, Iran Doc	پایگاه های اطلاعاتی داخلی

فلسفه پزشکی

سجاد نوروزی

s.norouzi90@gmail.com



دومین جستار و جستار یکم در فلسفه پزشکی (فلسفه پزشکی؛ در جستجوی چیستی)

برخی سوالات در چارچوب بررسی های «تحلیلی» پاسخ داده می شوند و برخی دیگر نیازمند رویکرد پدیدار شناختی یا هرمنوتیکی است و البته سوالاتی نیز وجود دارند که نیازمند پژوهش نظرورزانه کلاسیک است.

این جستار شماره دوم از سری جستار های فلسفه پزشکی است که در مجله گلپانگ به انتشار می رسد. در جستار صفرم که در شماره قبلی گلپانگ به انتشار رسید به دلیل غریب و ناآشنا بودن موضوع فلسفه پزشکی ضروری دیدم که به این پرسش بپردازم که «پرداختن به فلسفه طب اتلاف وقت و زمان است؟» و در نهایت با استدلال به این نتیجه رسیدیم که «این دیدگاه، دیدگاه درستی نیست». همانطور که در شماره قبلی قول دادم در این شماره از گلپانگ به شرح و بیان تاریخچه و چیستی فلسفه پزشکی میپردازم و بحث در مورد موضوعات مختلف در فلسفه پزشکی را به شماره های بعد محول می کنم.

تاریخ تأملات فلسفی در موضوعات پزشکی پیشینه‌ای به اندازه پزشکی و فلسفه دارد. در هر عصری متفکران منتقد، هم در پزشکی و هم در فلسفه درصدد فهم سطوحی از پزشکی و عمل آن بودند که از طریق روش‌شناسی خود پزشکی به دست نمی‌آمد. در این سال‌ها (به‌ویژه در سی سال اخیر) مباحثی مطرح شده بر این مبنا که آیا حوزه‌ای مناسب از پژوهش و تحقیق به نام فلسفه پزشکی (philosophy of medicine) وجود دارد یا می‌تواند وجود داشته باشد، و اگر وجود دارد چه مباحثی را شامل می‌شود، و یا خود حوزه‌ای مجزا است یا شاخه‌ای از فلسفه علم است؟ ارتباط این حوزه با قلمرو تکوین‌یافته اخلاق پزشکی چیست؟ این پرسش‌ها و پرسش‌هایی همانند آن تا سال‌ها محور عمده مباحث مربوط «فلسفه پزشکی» بود و اگر چه تا امروز اجماعی در این زمینه حاصل نشده، متفکران گوناگون هر یک با تعریفی از این رشته، ساختاری را برای آن مشخص کرده‌اند.

پیشینه تأملات فلسفی و پزشکی به عهد یونان بازمی‌گردد. اگر به صورت گذشته‌نگر به این گونه تأملات نگریسته شود، آن‌ها را می‌توان به صورت بخشی از فلسفه پزشکی بازشناخت؛ اگر چه فقط در قرن نوزدهم این اصطلاح رواج یافت. دلبستگی آشکار به ادعاهای پزشکی و نقد نظریه‌های آن از همان آغاز در مجموعه قوانین بقراطی وجود دارد. در برخی از آثار، همانند «ادراکات» اهمیت ارتباط نظریه‌پردازی پزشکی با تجربه واقعی به چالش خوانده شده که بازتاب‌دهنده فلسفه آن دوران است. از زمان قوانین بقراطی تا

اگر چه میان فلسفه و پزشکی از دیرباز تعاملات دوجانبه و نافی وجود داشته است و یونانیان در برقراری این تعامل پیش قدم بوده‌اند، لیکن رشته‌ی تخصصی «فلسفه‌ی پزشکی» در قرن نوزدهم ایجاد شده است. یکی از اولین کتاب‌های دانشگاهی با موضوع فلسفه‌ی طب در مفهوم امروزی آن کتاب «رساله‌ای در باب فلسفه‌ی علم پزشکی» است که الیسا بارلت در سال ۱۸۴۴ میلادی منتشر کرده است. در اواسط تا اواخر قرن بیستم میلادی، بر سر این موضوع که فلسفه‌ی پزشکی رشته‌ای مستقل و جدا از رشته‌ی پزشکی یا رشته‌ی فلسفه است مباحث و مناقشات داغی میان فلاسفه و علمای علم پزشکی جریان داشت. با این حال، در قرن بیست و یکم این اجماع حاصل شده است که فلسفه‌ی پزشکی مستقل از هر دو رشته‌ی پیش‌گفته است و مسائل و پرسش‌های خاص خود را دارد. مجلات حرفه‌ای و کتاب‌ها و نیز جوامع و نشست‌های حرفه‌ای متعدد به بحث پیرامون این مسائل و پرسش‌ها و آرایه‌ی پاسخ به آن‌ها اختصاص یافته است.

فلسفه پزشکی بیش از فلسفیدن درباره پدیده های مختص به پزشکی یعنی فلسفه در پزشکی، در صدد فهمیدن و تعریف کردن شالوده های مفهومی پدیده های پزشکی است.

برنامه کاری فلسفه پزشکی طیف وسیعی را در بر می‌گیرد و به مفاهیم محوری مانند مفاهیم سلامتی، ناخوشی، هنجاری و ناهنجاری، مراقبت رنج و درد می‌پردازد. این مفاهیم در بردارنده چه چیزی هستند؟ چگونه از یکدیگر متمایز می‌شوند؟ ماهیت تشخیص، قضاوت بالینی و کشف چیست؟ آیا ویژگی های هستی شناختی در رابطه بین پزشک و بیمار وجود دارد؟ چگونه این ارتباط محتوای اخلاق پزشکی را شکل می‌دهد؟ ماهیت دانش پزشکی چیست؟ آیا هدف و خواسته پزشکی جرح و تعدیل منطق و معرفت شناسی قضاوت های بالینی است؟ چگونه علیت در پزشکی عمل می‌کند و چگونه علیت بر مفاهیم سلامتی، ناخوشی، بیماری و درمان تاثیر دارد؟ ارزش‌هایی که پزشکی را می‌سازند چه هستند؟ آیا سلامتی ارزش است (و اگر هست) به چه معنا؟ حالت‌های معرفتی و هستی شناختی آگاهی، فعالیت فکری مختل شده و حافظه آنگونه که در «سندرم های روانی ارگانیک می‌بینیم چیست؟ سوالاتی از این دست برنامه کاری فلسفه پزشکی به عنوان یک رشته است.

قرن نوزدهم، پزشکی رایج و غالب، آمیزه‌ای از تلاش‌های نظری و تجربی برای کشف ماهیت واقعی بیماری و درمان مناسب بود. چنین درهم‌آمیزی‌هایی را در آثار جالینوس می‌توان یافت که در آن‌ها بر اهمیت مشاهده و تجربه تأکید می‌کند. این آمیختگی‌ها را می‌توان در تلاش‌های رنه دکارت برای تعیین قوانین بنیادی متافیزیک، فیزیک و پزشکی به‌ویژه در کتاب رساله‌ای در باب انسان نیز مشاهده کرد. سقراط و افلاطون اغلب پزشکی را به مثابه یک عمل فنی با ملاحظات اخلاقی می‌دانستند و افلاطون در جایی تا آن‌جا پیش رفت که پزشکی را که فیلسوف نیز بود، به خداوند تشبیه کرد. جالینوس که در هر دو مقوله پزشکی و فلسفه متبحر بود، این ارتباط را مجدانه در فعالیت شخصی خود به کار می‌برد. افلاطون نیز گسترش پزشکی را به حل مسائل فلسفی مربوط می‌دانست.

اغلب پزشکیانی که بر تأملات نظری و به‌طور عمده غیرتجربی در پزشکی پرداخته‌اند، تأثیر عمده‌ای بر عمل پزشکی داشته‌اند. یکی از کسانی که کوشیده بود نظام‌های پزشکی را بازسازی کند، جان براون بود که توجه فیلسوفان معاصر مانند کانت و هگل را نیز به خود جلب کرده بود.

از دیگر کسانی که به این مهم اقدام ورزیدند، کارل فون لینس و فرانسوا بوسیر دوساوارد بودند. تأملات درباره کیفیت دانش پزشکی در قرن نوزدهم با ظهور رشته بالینی آسیب‌شناختی، روش‌های آماری و تجربه کردن نظام‌مند، گام دیگری برداشت. در این دوره، برخی از دانشمندان پزشکی از دانش پزشکی پیشین استفاده کردند، و ادعاهای جدیدی را در باره کیفیت هیوات (entities) بیماری مطرح کردند. فرانسوا-ژوزف-ویکتور بروسیه معنایی خاص برای اصطلاح «هستی‌شناسی» ارائه و از آن برای شناسایی تأملاتی که بیماری‌ها را هویت‌انتراعی در نظر می‌گرفتند، استفاده کرد. این مباحثه‌های بسیار پیچیده که اشخاصی چون رودولف ویرشو، آسیب‌شناس سلولی، در آن‌ها شرکت می‌کردند، شامل تحلیل‌های عوامل سبب‌شناختی به علل لازم و کافی بود. در این مباحثه‌ها بین ملاحظات فیزیولوژیک و هستی‌شناسی بیماری تمایزاتی به عمل آمد؛ حتی بین تبیین‌های فیزیولوژیک و آناتومیک بیماری و بین ملاحظات نومیالیستی و رئالیستی از هیوات بیماری نیز تمایزاتی حاصل شد. در این مباحثه‌ها، بحث بر سر این بود که آیا «بیماری» چیزی در جهان را معین می‌کند یا اصطلاحی است که به‌طور متعارف یافته‌های معینی را تعریف می‌کند.

تغییرات در پزشکی طی قرن نوزدهم باعث ارزیابی‌های بیشتر دانش و روش پزشکی شد. در ابتدا این امر مخلوطی از فلسفه پزشکی در جایگاه فلسفه نظری تخصص یافته طبیعت و تأملات فلسفی درباره روش علمی در پزشکی بود؛ کتاب فلسفه پزشکی بارتلت نیز از این جمله است. تا میانه قرن بیستم این نوشته‌ها بررسی پیچیده‌ای از مسائل در تحقیق، مشاهده و تجربه پزشکی را شامل می‌شد که ملاحظاتی به لحاظ مسائل استقرایی درباره دانش پزشکی در برداشت. از این مباحث، مقاله‌ها و نوشته‌های فراوانی پدید آمد که خصلت استدلال پزشکی و چارچوب تشخیص‌ها را می‌کاویدند.

مباحث اخلاق پزشکی و انتشار کتاب ساختار انقلاب‌های علمی فیلسوفان علاقه‌مند به پزشکی را بر آن داشت که مبادی پزشکی جدید را به چالش بخوانند. در اواخر دهه ۱۹۶۰ چند فیلسوف جوان و پزشکان علاقه‌مند به مباحث فلسفی گرد هم جمع شدند و یک مجله تخصصی با نام «فلسفه و پزشکی» را منتشر کردند. سردمداران آن‌ها ادموند پلگرینیو (Edmund Pellegrino) و تریسترام انگلهارت (T. Engelhardt) بودند. آن‌ها را می‌توان مؤسسان «فلسفه پزشکی» جدید دانست. این دو در دهه ۱۹۷۰ با انتشار مجله فلسفه پزشکی ساختار منتظمی برای این رشته نوپا تعریف کردند. چند سال بعد مجله‌ای دیگر با نام فرایزشکی (Metamedicine) منتشر شد که بعدها نامش به پزشکی نظری و اخلاق پزشکی تغییر یافت. در نخستین شماره‌های این مجله، پروفیسور صادق‌زاده و دکتر لیندال برخی از موضوعات فلسفه پزشکی را برشمردند و این رشته جدید را تثبیت کردند. نظریه‌های اولیه در حوزه «فلسفه پزشکی» در تبیین این حوزه و ارتباط آن با فلسفه علم و فلسفه زیست‌شناسی بود و بحث‌های بیشماری درباره واژه «فلسفه پزشکی Philosophy of medicine» یا «فلسفه پزشکی Philosophy in medicine»، و «فلسفه و پزشکی Philosophy and medicine» صورت گرفت؛ اما به مرور، اصطلاح «فلسفه پزشکی» جا افتاد و با تشکیل بخش‌های فلسفه و تاریخ پزشکی و فلسفه و اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های بزرگ دنیا به‌ویژه از سال ۱۹۹۱ این رشته تثبیت شد. در ابتدا عمده کار فیلسوفان پزشکی، تحلیل و تبیین مباحث اخلاقی بود؛ اما به تدریج فیلسوفان پزشکی به مفهوم پزشکی و موضوعات آن در قالب‌های معرفت‌شناسی تمایل یافتند و به تحلیل مفاهیم سلامت و بیماری، از منظر «هستی‌شناسی» و معرفت‌شناسی (Epistemology)

پرداختند. فلسفه پزشکی که به صورت رشته‌ای آکادمیک در دهه ۱۹۷۰ شکل گرفت، مدیون تلاش متفکرانی است که در سی سال اخیر در رشد و تثبیت این رشته فلسفی نقش بسزایی داشتند.

در قسمت دوم این جستار قصد دارم در پاسخ به سوال در مورد چیستی فلسفه پزشکی به سه رویکرد عمده در تاریخ فلسفه پزشکی اشاره کنم:

دیدگاه اول دیدگاهی است که اعتقاد به وجود حوزه‌ای مشخص و نظام‌مند بنام فلسفه پزشکی ندارد و آن را در واقع زیرشاخه‌ای از فلسفه علم می‌داند. آرتور کاپلان (A. Caplan) از سردمداران این رویکرد است.

کاپلان معتقد است فلسفه پزشکی معادل با اخلاق پزشکی نیست؛ چون که اخلاق پزشکی، هنجاری (normative) است؛ در حالی که فلسفه پزشکی باید متافیزیکی و معرفت‌شناختی باشد. او همچنین یکی دانستن فلسفه پزشکی با انسان‌شناسی پزشکی یا زیبایی‌شناسی پزشکی را رد می‌کند.

دیدگاه دوم، حوزه گسترده‌ای از موضوعات و مباحث را دربرمی‌گیرد. انگلهارت و ارد و شافنر از موافقان این دیدگاه هستند؛ البته تعریفی که آن‌ها ارائه می‌دهند، حوزه گسترده‌ای از پژوهش را به صورت شاخصی برای فلسفه پزشکی مشخص می‌کنند:

فلسفه پزشکی دربرگیرنده آن مباحثی در معرفت‌شناسی، ارزش‌شناسی، منطق، روش‌شناسی و متافیزیک است که یا به‌وسیله دانش پزشکی ایجاد می‌شوند یا به آن مربوطند. با توجه به این تعریف، آن‌ها بحث‌های مربوط به مدل در پزشکی، مفاهیم سلامت و بیماری، منطق تشخیص و تحقیقات بالینی، هوش مصنوعی، علیت و نظایر آن را موضوعات این رشته می‌دانند.

دیدگاه سوم که دیدگاه ادموند پلگرینو است، فلسفه پزشکی را رویکردی فلسفی و انتقادی به موضوعات پزشکی یعنی محتوا، روش، مفاهیم و مفروضات مربوط و مختص به دانش پزشکی می‌داند. با این تعریف، فلسفه پزشکی، باید به ضرورت متفاوت از روش‌های مرسوم در دانش پزشکی یعنی مشاهده بالینی و دآوری بالینی باشد.

وی اعتقاد دارد که هدف و خواسته فلسفه پزشکی با مقصود و هدف خود پزشکی متفاوت است. موضوع دانش پزشکی، شناخت و درمان بیماری‌ها است؛ اما فلسفه پزشکی، موضوعش خود علم پزشکی است. در واقع درصدد شناخت فلسفی پزشکی است. از دیدگاه پلگرینو فلسفه پزشکی می‌خواهد چیستی علم پزشکی را

نشان دهد؛ یعنی همان کاری که پزشکان «بقراطی» در توضیح ماهیت پزشکی انجام داده بودند.

اگر دیدگاه «پلگرینو» را مدنظر قرار دهیم می‌توان گفت «فلسفه پزشکی» همان ارتباطی را با فلسفه دارد که فلسفه تاریخ، فلسفه هنر، فلسفه قانون، فلسفه ادبیات و ... با آن دارند.

در هر کدام از این فلسفه‌های مضاف، تأملات فلسفی و انتقادی در جست‌وجوی چیزی ورای محتوای این رشته‌ها هستند. فلسفه هر رشته‌ای، جست‌وجویی برای یافتن واقعیت چیزهایی است که به‌وسیله آن رشته مطالعه قرار می‌شود. پلگرینو می‌نویسد: بدون تعریف دقیق علم پزشکی، تعریف روشن و دقیقی از فلسفه پزشکی غیرممکن است.

در سال‌های اخیر، بحث و جدل‌های بسیاری درباره تعریف فلسفه پزشکی درگرفته است. برخی آن را چیزی بیش از فلسفه علم نمی‌دانند که به دانش پزشکی می‌پردازد؛ یعنی همان فلسفه علم است که فقط در زمینه مسائل مربوط به پزشکی بحث می‌کند؛ البته اگر پزشکی را صرفاً علوم پایه پزشکی یعنی کالبدشناسی، بیوشیمی و فیزیولوژی بدانیم، فلسفه پزشکی در واقع فلسفه علم است؛ اما اگر پزشکی را دربرگیرنده فعالیت‌هایی بدانیم که ورای جست‌وجوی صرف در معرفت علمی است، فلسفه پزشکی هویتی مجزا و تفکیک شده از فلسفه علم می‌یابد.

پلگرینو بر این اعتقاد است که هدف و غایت این علوم پایه، جست‌وجوی حقیقت و یافتن واقعیاتی درباره کارایی‌ها و عدم کارایی‌های بدن انسان است؛ اما پزشکی، نه تنها فراتر از یافتن حقیقت علمی صرف است، بلکه جست‌وجویی برای یافتن حقیقت سلامت و درمان انسان‌ها است که به واسطه عمل بالینی مشخص می‌شود. دیدگاه سوم بر این اعتقاد است که علم پزشکی در مواجهه بالینی یا در ایجاد سلامت عمومی تشکل و وجود می‌یابد و این امر زمانی محقق می‌شود که دانش علوم پایه پزشکی را برای هدف خاص یعنی درمان، مهار کردن، بهبودی، یا پیشگیری از بیماری در افراد یا در جوامع انسانی به کار گیرد؛

اگر بخواهیم دقیق‌تر بیان کنم، این دیدگاه تمام موضوعات دو دیدگاه دیگر را شامل می‌شود؛ مطالعه «مفهوم سلامت و بیماری» ، «علیت در پزشکی» ، «رابطه ذهن و جسم و تأثیر آن بر سلامت و بیماری» ، «منطق تشخیص در پزشکی» ، «تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی در پزشکی» ، «رابطه بین پزشک و بیمار» از جمله موضوعاتی است که بیشتر در این دیدگاه مطرح است و در شماره‌های بعدی گلبانگ قصد دارم به شرح و تفصیل این موضوعات بپردازم.

مصاحبه با آقای دکتر مهدی بقایی

مریم صریبان

Sarir.mary@gmail.com



۱- لطفا بیوگرافی خود را بفرمایید.

عبدالمهدی بقایی

متولد ۱۳۵۲ اصفهان / ورودی ۱۳۷۰ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان / ورودی دوره ی تخصص طب داخلی ۱۳۹۲ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مدیر پژوهشی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴

مدیر مجله ی علمی پژوهشی دانشگاه (JRMS) از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴

موسس و مدیر مجله علمی پژوهشی مرکز تحقیقات قلب و عروق (ARYA Atherosclerosis) ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸

پزشک اورژانس مرکز پزشکی دکتر غرضی اصفهان از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۲

معاون پژوهشی مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش پورسینای حکیم ۱۳۹۳ تا کنون

۲- در مورد سابقه ی خودتون در کمیته ی پژوهشی توضیح بدین.

سابقه بنده در کمیته تقریبا با یک سال فاصله به سابقه ی خود کمیته برمیگرده و به عبارتی با هم بزرگ شدیم! در سال ۱۳۷۱ کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بر اساس اهداف و مبانی ذهنی مسوولین وقت دانشگاه و تعدادی از دانشجویان شکل گرفت. جناب آقایان دکتر مصطفی قانع (قائم مقام معاونت پژوهشی وقت) و دکتر سید محمد حسن امامی اتاقی را در حوزه ی معاونت پژوهشی دانشگاه برای فعالیت های منظور شده در نظر گرفتند. ساختار کمیته به صورت واحدهای تحقیقاتی تعریف شده بود. مثلا واحد تحقیقاتی فیزیولوژی، واحد تحقیقاتی داروسازی، واحد تحقیقاتی دیابت و بنده هم به اتفاق تعدادی از هم قطاران وارد واحد تحقیقاتی ایمنولوژی شدیم. مسوولین واحدهای تحقیقاتی از بین دانشجویان علاقه مند و به نوعی دگراندیش در حوزه علم و معتقد به تغییر انتخاب شده بودند ... یادی کنیم از آقایان دکتر ذوالفقاری، دکتر اسماعیلی، دکتر افشین نیا، دکتر حاجی محمودزاده، دکتر رضوی، دکتر پیشگاهی، دکتر مظاهری، دکتر مقاره عابد و تعدادی دیگر از دوستان که مسوولیت اولین گروههای تحقیقاتی را بر عهده داشتند. هر گروه تحقیقاتی با یک یا چند تن از اساتید مرتبط با موضوع خود جلسات داشتند. مثلا ما در گروه ایمنولوژی از استاد مینو ادیب و استاد موبدی خیلی بهره گرفتیم. بیشتر جلسات به صورت مرور مبانی مرتبط با گروه بود و نهایتا

موضوع پژوهش عملیاتی انتخاب می شد و در صورت تصویب اجرا می شد. فضای آن سالها با اکنون خیلی تفاوت داشت. چند جزوه از WHO آماده شده بود برای آموزش روش تحقیق در نظام بهداشتی در کشورهایی مثل ما! ورود مباحث روش تحقیق و مقاله و ... در بافت آن روز دانشگاه واقعا نیازمند یک انقلاب بود. پایان نامه های آن سال ها به صورت جمع آوری مطلب از چند کتاب خلاصه می شد. به نظر من مسوولین وقت دانشگاه با اتخاذ یک استراتژی مناسب از دانشجویان به عنوان صف شکن و پیش قراول ایجاد این تغییر بهره گیری کردند. برگزاری کارگاه های روش تحقیق با هدف وارد کردن گفتمان جدید با واژه های نو در بین مجموعه دانشگاه با قدرت انجام شد. در این جا باید از زحمات جناب استاد بشردوست هم یادی کنیم که حضورشان در تحقق اهداف تعیین شده بسیار موثر بود.

اولین حضور رسمی من در فعالیت های اجرایی کمیته در قالب یک طرح پژوهشی شکل گرفت. سال ۱۳۷۳ طرحی پژوهشی انجام شد با هدف بررسی آمار تجویز نسخ دارویی در شهر اصفهان. طرحی یک روزه به سفارش یکی از سازمان ها با حضور حدود ۱۰۰ نفر دانشجوی در سطح داروخانه های شهر اصفهان. بنده هم شده بود مسوول هماهنگی و نظارت اجرای طرح در یک منطقه از شهر. باید به داروخانه ها سرکشی می کردم و مشکلات اجرایی طرح را رصد و رفع و رجوع می کردم. یکی از به یاد ماندنی ترین طرح هایی بود که فکر کنم در حیات کمیته اجرا شده است. برنامه ریزی و سازمان دهی اجرای این طرح که در زمان خودش واقعا کم نظیر بود به نحو احسن انجام شده بود. تیم های مختلف اجرایی، آماری، علمی و ... با هماهنگی و نظم بسیار از صبح ساعت ۸ تا ساعت ۲۲ کار کردند. مجموعه دانشگاه درگیر اجرای طرح شده بودند. از رییس دانشگاه تا مسوول خدمات دانشگاه و امور تدارکات و نقلیه... آقایان دکتر ادیبی و دکتر ذوالفقاری به عنوان مدیران طرح، زحمت برنامه ریزی و اجرای آن را بر عهده داشتند. به دنبال نقش موثری که در این طرح داشتیم!!! شدم مسوول روابط عمومی کمیته ...

سال ۱۳۷۳ گردهمایی دانشجویان کمیته های کشور در قالب جشنواره ی پژوهشی شیراز با عنوان جشنواره ی جرجانی اجرا شد. حدود ۳۰ نفر از اعضای فعال کمیته در این همایش شرکت کردیم. همانجا تصمیم گرفتیم همایش بعدی در اصفهان برگزار شود. سال ۱۳۷۴ همایش در اصفهان بود. شاید نتوانم برگزاری همایش در آن دوران را با موقعیت کنونی شما مقایسه کنم؛ چه به لحاظ

سختی کار و چه به لحاظ شور و هیجانی که بود. چند تا مثال بزنم شاید به درک شرایط کمک کنه... موبایل نداشتیم... برای برقراری ارتباط بین تیم های اجرایی یه بی سیم مرکزی (از اون بی سیم های جنگی با آنتن ۴ متری روی کول یه نفر) مستقر شده بود در تالار شریعتی. بعد با هماهنگی بسیج و سپاه ۴ تا ۵ تا بی سیم دستی هم داده بودن به مسوولین اجرایی همایش... برای زیراکس مطالب مثلا باید میرفتیم خیابان آمادگاه زیراکس می کردیم می آمدیم... خلاصه مقالاتی که آن زمان توسط بچه ها آماده شد واقعا در زمان خودش نمونه بود. تایپ در سیستم DOS با نرم افزار زرنگار!!! و ... گلبنگ هم که در همین همایش متولد شد. یه ویژه نامه بود که به صورت روزانه در ۴ روز همایش اخبار و حواشی آن را منعکس می کرد. آقای دکتر دباغ که الان هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی هستند مسوولیت این کار را برعهده داشتند. در نوع خودش واقعا تا آن زمان در دانشگاه اصفهان اتفاق نیفتاده بود. اولین کارگاه آشنایی با اینترنت توسط کمیته در همین همایش برگزار شد... تا اون موقع اسمش را هم توی دانشگاه راه نمیدادن!! یه account قرضی از دانشگاه صنعتی گرفتیم و با تلفن وصل شدیم به اینترنت... صفحه ای سیاه با خطوط تایپ سفید و صداهای خش خش و جیغ ... ما این طرف مثلا تایپ میکردیم hello و اون طرف یکی توی استرالیا تایپ میکرد hello... و این واقعا برای همه شگفت آور بود!!!

خلاصه بعد از این همایش دیگه زمینه رشد بیشتر کمیته فراهم شد. بنده هم مسؤل روابط عمومی بودم و سال ۱۳۷۵ بعد از جناب دکتر قاسمی شدم دبیر کمیته ... به همت عزیزان خیلی خیلی خوب و فعال برنامه های جدید طراحی کردیم... آقایان دکتر کبیر، دکتر اویس قرن، دکتر ثابت، دکتر نوع دوست، دکتر شکرچی زاده، دکتر حدادگر، دکتر محسنی و خیلی های دیگه که از زندگی شون گذاشتن و تلاش زیادی کردن تا برنامه های خوب و موثری برای فعالیت کمیته طراحی و اجرا بشه...

سال ۱۳۷۸ پس از فارغ التحصیلی، شدم سرپرست کمیته و تا سال ۱۳۸۰ هم بودم و بعد هم تا امروز گاه به گاه سری می زنم و کم و بیش در جریان فعالیت ها و کارهای دانشجویان هستم....

۳- انگیزه ی شما از شرکت در کارهای پژوهشی چه بوده است؟

به گمان من کار پژوهشی به عنوان یک واژه ی مجزا آن گونه که الان مصطلح است، در حوزه ی دانشگاه نباید استفاده شود. همان انگیزه ای که یک فرد را وارد دانشگاه می کند هم زمان و حتی پیش از آن ورود به رویه ی پژوهشگری را هم لازم می کند. اینکه دانشجو اینگونه برداشت کند که با ورود به فعالیت های پژوهشی کاری اضافه و فوق برنامه انجام داده را قبول ندارم. البته یک توضیح بدهم تا بعد بازخواست نشوم!! اینجا منظورم پژوهشگر researcher نیست. یعنی اینکه کسی حرفه ی پژوهش را برای خود انتخاب کند قطعاً با یک پزشک کلینکال هم ردیف و هم معنا نیست و مستلزم ورود حرفه ای به مقوله ی تحقیق با تمام زیر و بم آن را دارد. منظور من اینجا، همین نوع فعالیت های جاری

است که انجام می شود... که خب حداقلش در قالب پایان نامه نمود دارد... بنده هم هیچگاه علی رغم فرصت های خوبی که برابم فراهم شده بود قصد ورود به حرفه ی پژوهشگری را نداشتیم و زمینه ی بالین بیماران و حضور در این بخش را بنا بر سلیقه ی شخصی ترجیح داده ام.

الان مباحثی که در زمینه روش تحقیق ما در سال ۷۱ در دانشگاه به عنوان یک مفهوم جدید می آموختیم در کلاسهای دبستان آموزش داده می شود البته با زبان خودشان... همین درست است... ما به جرم اینکه وارد رشته ی پزشکی یا علوم مرتبط با سلامتی جامعه شده ایم باید حداقل های لازم برای بهره گیری از یافته های پژوهشی را داشته باشیم و به عنوان همکار یا دستیار در اینگونه فعالیت ها شرکت کنیم تا شرایط و چرخه ی تولید علمی را حتی شده در مقیاس کوچک تجربه کنیم. متأسفانه تا زمانی که نظام آموزشی ما در دانشگاه نتوانسته باشد زمینه آشنایی و تمرین دانشجویان را در حوزه ی پژوهش و مبنای تولید علم فراهم کند لازم است تا رشد و توسعه ی این گونه فعالیت ها در قالب نهادهای خودجوش مثل کمیته تامین گردد. قطعاً نقص سیستم آموزشی است که خروجی اش نتواند مثلاً یک موضوع را در منابع، جستجو و تحلیل کند ... نتواند در یک جمع علمی سخنرانی کند یا مثلاً یک مقاله را نقد کند یا یک کار تیمی را مدیریت کند و ... من آمار ندارم متأسفانه ولی آنچه مشاهده می کنم بعید می دانم بیش از ۳۰ درصد دانش آموختگان حداقل قابلیت هایی را که نام بردم داشته باشند...

بحث تولید علم اصلاً اینجا مطرح نیست بلکه موضوع نگرش علمی و رویکرد علمی با روش علمی برای برخورد با مسایل است که مهجور مانده است. انگیزه من هم برای ورود به این بخش تلاش برای کم کردن نقایصی بوده که احساس می کردم.

۴- توصیه های شما برای تازه واردان به عرصه ی پژوهش چیست؟

بر اساس مطلبی که در پاسخ سوال قبلی گفتیم اولین نکته ای که یادآوری می کنم این هست که تصور نکنید که دارید کار اضافه بر وظایف آموزشی انجام می دهید (البته با مفهومی که عرض کردم). وقتی این احساس را داشته باشیم که داریم کار اضافه انجام میدیم، دو حالت داره: یا زود خسته میشیم و کار را رها میکنیم یا اینکه از اون طرف احساس می کنیم داریم به خودمون و بقیه منت می داریم و دچار غرور می شیم که هر دو ناصواب هست. دوم اینکه تعادل را در امور اجرایی و علمی این حوزه حتماً برای خودتون رعایت کنند. به رحال مطالعه دانش پزشکی اولین قدم و مهم ترین بخش شروع فرایند فهم و تحلیل علم این رشته هست. خواندن و مطالعه ی دروس تعیین شده قطعاً لازم است و باید اولویت باشد. البته نحوه ی مطالعه و تحلیل آن حتماً با بهره گیری از مفاهیم پژوهشی بهتر و آسان تر خواهد بود.

سوم اینکه عجله نکنید... حرص نزنید... میرسید انشالله!!! فرآیند یادگیری و تمرین در حوزه ی علم و تحقیق نیازمند بلوغ و توسعه ی همه جانبه است... ممارست و تلاش آهسته و پیوسته نتایج

بهتری دارد... اگر استثناها را کنار بگذاریم اصلا قرار نیست که در زمان دانشجویی شما پژوهشگر به مفهوم اصلی بشید... اهداف خودتان را بیشتر بر دستیابی به مهارت های این حوزه معطوف کنید ... البته دستیابی مناسب به خیلی از مهارت ها در قالب اجرای پروژه ی تحقیقاتی محقق می شود.

چهارم اینکه سعی کنید مبانی اخلاقی و رفتار حرفه ای را در این حوزه پیگیری کنید و مصرا نه بخواهید که اجرا کنید. در زمان فعلی به نظرم نقش انقلابی دانشجویان باید در این حوزه بیش از پیش نمود داشته باشد.

پنجم اینکه حریم اساتید راهنما و دیگر دانشجویانی که پیش از شما وارد این حوزه شده اند و در آموزش شما نقش داشته اند حتما رعایت کنید و سعی کنید این فرهنگ را دائم تمرین کنید.

ششم اینکه سعی کنید مصاحب و همراه مناسب داشته باشید و روحیه مثبت و رو به جلو را بین خودتان ترویج کنید. متاسفانه روحیه ی تخریب و سیاه نمایی محیط منجر به گوشه نشینی می شود. درگیر شدن بیش از حد در مشکلات احتمالی آینده فرصت لذت و استفاده از شرایط فعلی را از ما سلب می کند. شرایط موجود در جامعه قطعاً ایده آل نیست... ولی با ذکر مصیبت هم مطمئن باشید اتفاق مثبتی برای این بیمار نمی افتد!! یکی از اساتید که بعد از انقلاب از خارج به ایران برگشته بود می گفت من که می آمدم با خودم می گفتم یه جایی آتش گرفته و من باید بروم

آنها خاموش کنم ... ممکنست بسوزم

... البته همیشه بگیم همه باید چنین برداشتی نکنند ... ولی به هر حال شرایط کار سخت است و ما هم برای همین اینجا هستیم... از موانع مایوس نشویم انشاءالله و با متانت و ممارست و طلب مجدانه آن ها را برطرف کنیم. ۵- به نظر شما نقاط قوت و نقاط ضعف کمیته ی پژوهشی چیست ؟

برای پاسخ به این سوال باید اهداف کمیته را ملاک قرار دهیم و اینکه قرار است از چه نقطه ای به چه نقطه ای حرکت کند. در آن صورت می شود نقاط قوت و ضعف را بررسی علمی و تحلیلی کرد. از ابتدای تشکیل کمیته دو نظریه برای عملکرد کمیته مطرح بود و هر کدام هم طرفدارانی داشت. نظریه اول آن بود که کمیته به عنوان یک محیط و اتمسفر مناسب برای تمرین مبانی پژوهشی و رویکرد علمی حل مسائل طراحی شده است و برای رسیدن به

این هدف هر کاری لازم باشد انجام شود مثلاً برای تقویت روحیه همکاری بریم سینما! جامعه هدف این نظریه همه دانشجویها را شامل می شود. نظریه دوم اما معتقد بود که فعالیت ها در کمیته باید کاملاً تخصصی بوده و غالب وقت و هزینه ها معطوف به دانشجویان مستعد و گزینش شده باشد تا منجر به برون داد نیروهای تخصصی و پژوهشگر شود. مثال فعالیت هایی با این هدف گروه های مطالعاتی سالهای ۸۰ تا ۸۵ بود که برون دادش هم تقریباً خوب بود. بر اساس این دو نظر فعالیت ها در کمیته نوسانی است. ولی آنچه من گمان می کنم بیشتر غالب هست، همان نظریه ی اول با مقداری رنگ جدی تر در قالب نظر دوم می باشد که در صورت وجود نیروهای مستعد و ایجاد شرایط لازم، هدایت لازم انجام می شود. برنامه این بود که با هماهنگی مراکز تحقیقاتی تخصصی زمینه ی حضور دانشجویان متقاضی و علاقه مند به فعالیت حرفه ای به این مراکز معرفی شوند. با این توضیح نقاط قوت و ضعف کمیته خیلی مشخص نخواهد شد... و بعضی مواقع هم پوشانی دارد... یعنی نقطه قوت از نظر بنده مثلاً نقطه ی ضعف باشد در نظر دیگری!

پاسخ مناسب به این سوال مستلزم تعیین اهمیت و درجه اعتبار هر کدام از اهداف و برنامه های طراحی شده توسط مسوولین امر (با حتی خود دانشجویان مسؤل در کمیته) برای کمیته و بعد ارزشیابی آن خواهد بود.



من میتوانم وضعیت الان را با ۱۰ سال قبل مقایسه کنم و مواردی که به نظرم بهتر و بدتر شده را ذکر کنم.

تفکیک کمیته‌ها در دانشکده‌ها و حذف کمیته‌ی مرکزی در معاونت پژوهشی دانشگاه هر چند با هدف تخصیص منابع مجزا از هر دانشکده صورت گرفت و به نظرم تصمیم درستی بود ولی مشکلی که ایجاد کرد از بین رفتن تعاملات بین بخشی بود. دانشجویان گروه‌های مختلف دانشگاه شامل پرستاری/ دندانپزشکی/ پزشکی/ داروسازی/ اطلاع‌رسانی/ بهداشت و ... در گروه‌های مشترک می‌توانستند موضوعات پژوهشی نظام سلامت را با دید وسیع‌تر بررسی کنند و فرصت تمرین کار مشترک را داشته باشند. نقص دیگری که این انشعاق ایجاد نمود، عدم فرصت دانشجویان مستعد برای حضور و تمرین در رشته‌های ستادی حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشگاه بود. شاید الان هم بشود با تمهیداتی این نواقص را مرتفع کرد.

آفت دیگری که همیشه در کمین است یکنواختی و روزمرگی در فعالیت هاست. آموزش‌ها و فعالیت‌های پژوهشی به نظرم نیازمند یک تحول است. چه به لحاظ محتوایی و چه به لحاظ اجرا. کمیته باید مثل ابتدای تشکیلش پیشرو باشد...

نقطه‌ی قوت کمیته مثل همیشه نیروی جوان. صادق و پراثری است. که این زمان قطعاً باهوش‌تر هستند و با دسترسی به منابع فرصت طراحی و اجرای برنامه‌ها با اثربخشی بالاتر را دارند.

طی این یکی دو سال نسبت به چند سال قبلش البته به نظرم فعالیت‌های کمیته خیلی منسجم‌تر و جدی‌تر دنبال میشود. نقطه‌ی قوتی که هم اکنون دارید حضور جناب آقای دکتر قیصری در راس مجموعه هست که قطعاً به پیشبرد کارها در جهت اهداف کمک می‌کند.

۶- برای آینده چه برنامه‌هایی را در نظر دارید و استراتژی آتی شما در حوزه‌ی فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی چیست؟ اولین برنامه ام این هست که انشاءالله دوره دستپاری را به اتمام برسانیم. به دلایلی ترجیح داده ام فعالیت آموزشی و پژوهشی را در بخش غیر دولتی پیگیری کنم. خوشبختانه زمینه‌ی این کار با همت و سرمایه‌ی علمی و وقت استاد عزیزم آقای دکتر امامی فراهم شده تا به یاری خدا بتوانیم پیگیر طراحی و عملیاتی کردن چرخه‌ی پژوهش از تولید داده تا بکارگیری آن در فناوری باشیم. برنامه‌هایی داریم که تلاش می‌کنیم تحقق پیدا کند.

۷- در انجام پژوهش‌ها با چه مشکلاتی روبرو شدید؟ یکی از اساتید خارجی که برای کنگره‌ای در اصفهان بود، به من گفت وقتی به پروژه‌ها برای اجرا دست میگیری وقتی میتونی کامل موفق بشی که شبها خوابش را ببینی! یعنی با تمام وجود بهش فکر کنی. در این صورت واقعا مشکلات را میتونیم حل کنیم یا حداقل راه‌های جایگزین را پیدا کنیم. من یک بار دقیقاً این تجربه را داشتم و اون هم اولین طرحی بود که خودم مجری بودم (سال ۷۴). با مشکل تهیه‌ی مواد آزمایش مواجه شده بودم و هر شب خواب میدیدم!!! تا بالاخره حل شد...
قطعاً برای انجام هر کاری مشکلات هست. مشکلات اجرایی/

مشکلات مالی/ زمان و ... برای برخورد با آنها ابتدا باید در زمان تهیه‌ی پروپوزال جوانب کار را حتماً بررسی کامل کرد. در حین اجرا هم خوب البته باید روش‌های حل مشکل را پیدا کرد.

ولی مشکلی که الان به نظرم در نظام پژوهشی ما آزاردهنده هست و اثرات سوئی بر برودادهای و نتایج مطالعات دارد، فرهنگ ضعیف و بعضاً مخرب همکاری بین مراجع حقیقی و حقوقی در طراحی و اجرای طرح‌های پژوهشی منطقه‌ای و ملی برای حل معضلات نظام سلامت است. عزم جدی برای پرهیز از اجرای مطالعات پراکنده و بی‌هدف متاسفانه وجود ندارد و نیاز به تمرکز بر انجام مطالعات هدفدار و مسلسل وار بیش از هر زمان دیگر احساس می‌شود. متاسفانه خلاء اطلاعاتی نیز در زمینه‌ی اپیدمیولوژی بسیاری از بیماری‌ها شدیداً وجود دارد.

نگاه فانتزی و دکوری به مقوله‌ی پژوهش هم همیشه آزاردهنده بوده است. در کنار آن، نگرش تولید فله‌ای مقاله به حقیقت وجودی مقوله‌ی پژوهش در حل مشکلات نظام سلامت، تخریب گر است. عدم تخصیص منابع متناسب با اهمیت موضوعات و مشکلات موجود که منتج از دو نگرش پیش گفت است، متاسفانه جامعه را از دستیابی به نتایج علمی حل‌کننده معضلات نظام سلامت محروم کرده است.

۸- ارزیابی شما از رابطه‌ی بین کارهای پژوهشی و استفاده از آن در بالین در حال حاضر چگونه است؟ بنا بر مواردی که در پاسخ به سوال قبل عرض کردم متاسفانه در حال حاضر نتایج حاصل از مطالعات بومی به ندرت در بالین بیماران به کار گرفته می‌شود. البته پاسخ به این سوال مستلزم انجام مطالعه است. نگرش درمان‌گرا به نتایج حاصل از مطالعات بومی متاسفانه شرایط مناسبی ندارد و این عدم اعتماد مانع بزرگی در به کارگیری نتایج آنها خواهد بود. این مورد، از حوزه‌هایی هست که کمیته می‌تواند برای نمایش شدت مسئله و راه حل‌های برون رفت از آن وارد کار شود.

۹- نظر شما راجع به مجله گلپانگ چیست؟ گلپانگ یک میراث هست از نسل اول کمیته که الان به شما رسیده و انشاءالله سال‌های باقی بماند. حداقل دو دهه از عمر این گاهنامه می‌گذرد. همانطور که گفتیم در سال ۷۴ متولد شد!! و در سیر زمان بالا و پایین داشت... از نسخ دستنویس تا نسخ چهار رنگ ... ولی اساس آن مبتنی بر بیان آموزه‌ها و معضلات نظام پژوهش در جامعه علمی و به طور خاص در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. اینکه دوام داشته قطعاً جای خوشحالی دارد. پیشنهاد می‌کنم به لحاظ محتوایی تغییراتی در جهت بررسی‌های تحلیلی نظام پژوهشی دانشگاه در گلپانگ داده شود. موضوعات و مشکلات پژوهشی دانشگاه را در قالب گزارش‌های تحلیلی و یا انجام مطالعات میدانی توصیف و تحلیل کنید و به عنوان رسانه‌ی این حوزه در اختیار تصمیم‌سازان مجموعه دانشگاه قرار دهید. این کار قطعاً در جهت اصلاح ناهنجاری‌های فرهنگی حوزه‌ی پژوهش موثر خواهد بود.

با تشکر از وقتی که در اختیار ما قرار دادید.

Case Report

ثمین خوبی

saminkhoe@gmail.com



میلی گرم الانزایین روزانه در روزهای بعدی تحت درمان قرار گرفت. مصرف نوشیدنی های کافئین دار نیز قطع گردید. پس از سه روز علائم برطرف شد و بیمار بر اساس معیارهای DSM5 با تشخیص اختلال سایکوتیک substance-induced مرتبط با مواد محرک (نوشیدنی انرژی زا) و حشیش ترخیص گردید. در بیمار حاضر احتمالاً سوء مصرف نوشیدنی انرژی زا نقش اصلی را در پاتوژنز سایکوز ایفا کرده است. هرچند سایر عوامل از جمله ژنتیک، سوء مصرف حشیش و کمبود خواب نیز در تسهیل روند بیماری نقش داشته اند.

قطعاً لازم است تا برای مشخص شدن دقیق مشکلاتی که

نوشیدنی های

انرژی زا می توانند

برای سلامتی

روانی انسان ایجاد

کنند مطالعات

بسیار دیگری

انجام گیرد. لیکن

مصرف کنندگان

این نوشیدنی ها به

ویژه اشخاص آسیب

پذیرتر باید آگاه

شوند که مصرف

این نوشیدنی ها

به ویژه مقادیر زیاد

آن ها در یک زمان

کوتاه یا مصرف

هم زمان آن ها با

حشیش، الکل، یا

سایر مواد می تواند به صورت بالقوه خطر آفرین باشد.

Reference:

1. Hernandez-Huerta D, Martin-Larregola M, Gomez-Arnau J, Correias-Laufer J, Dolengevich-Segal H. Psychopathology Related to Energy Drinks: A Psychosis Case Report. Case reports in psychiatry. 2017;5094608;2017. PubMed PMID: 28116203. Pubmed Central PMCID: 5237741.

سایکوپاتولوژی مرتبط با نوشیدنی های انرژی زا: یک کیس ریپورت سایکوز

نوشیدنی های انرژی زا نوشیدنی هایی غیرالکلی هستند که ماده فعال اصلی آن ها کافئین است. مصرف این نوشیدنی ها امروزه بسیار رایج شده است. تا کنون مقالات کمی در مورد ارتباط بین مصرف نوشیدنی های انرژی زا و سوء مصرف کافئین با اختلالات روانی از جمله اختلال اضطرابی، دوره های مانیا، خودکشی و ... منتشر شده است. کیسی که در مورد آن صحبت می کنیم اولین کیس سایکوز مرتبط با سوء مصرف نوشیدنی انرژی زا در فردی است که پیش از این هیچ اختلال روانی نداشته است.

بیمار مرد ۱۸ ساله

اسپانیایی بدون هیچ

سابقه ای از اختلال

روانی یا طبی بوده

است. او سابقه

مصرف روزانه تنباکو

و حشیش و مصرف

گاه گاه الکل را نیز

ذکر کرده. در سابقه

خانوادگی، عمومی

بیمار یک اختلال

روانی مزمن داشته

است.

بیمار با علائم یک

دوره سایکوز بستری

گردید. علائم وی

شامل هذیان های

persecution،

refernece، اضطراب واضح، شکاک بودن، ترس و agitation

در چند روز گذشته بود. بیمار به دلیل اضطراب ناشی از نزدیک

شدن زمان امتحانات در طول هفت روز گذشته روزانه ۶ قوطی

نوشیدنی انرژی زا مصرف کرده بود. همچنین در طول این مدت

کمتر از ۳ ساعت در شبانه روز خوابیده. بیمار مصرف هرگونه ماده

دیگری را در این مدت انکار کرد. تست ادرار برای کانابینوئید ها

مثبت ولی برای سایر مواد منفی بود. سایر تست ها از جمله سی

تی اسکن مغز و آزمایشات خونی نرمال بودند. بیمار با الانزایین

و هالوپریدول و لوومپرومازین در روز اول بستری و پس از آن با ۱۰

رابطه ی پزشک و بیمار

سید محمد مهدی موسوی

Hsmmm7495@gmail.com/ draidataheri@gmail.com



باشد اما انقدر درگیر نشود که به خودش آسیب برسد یا مریض خودش را بیازد. در عین حال نباید بدون توجه به شرایط بیمار به او توصیه ی بی جا و غیر منطقی کرد. باید به همراه بیمار به دنبال راهکار برای حل مشکلاتش گشت.

پس برقراری ارتباط چشمی، شنونده ی فعال بودن، ابراز همدردی و همدلی با بیمار و عدم توصیه ی بدون توجه به شرایط بیمار از اصول ارتباط پزشک و بیمار است. حتی مواردی گزارش شده که ارتباط خوب پزشک و بیمار سبب شده که دارونماها هم تاثیرات بسیار خوبی در روند درمان بیماران داشته که این به نفع کل نظام سلامت هم می تواند باشد. چون ارتباط خوب پذیرش درمان را بالاتر می برد و ادامه درمان و پیگیری درمان هم بهتر و موثرتر است.

بنظرتان سهم هر کدام از پزشک و بیمار در برقراری ارتباط، چقدر است؟

من فکر می کنم که سهم عمده را پزشک دارد و وظیفه ی اصلی بر عهده ی پزشک است و پزشک محور برقراری ارتباط است و حتی در مورد بعضی بیماران به اصطلاح بدقلق هم پزشک می تواند تاثیر مثبتی در برقراری ارتباط داشته باشد.

سطح سواد و خواستگاه فرهنگی اجتماعی و یا حتی سطح رفاه بیمار هم باید برای پزشک مهم باشد؟ برای مثال اگر یک پزشک عمومی برای بیماری اش به پزشک متخصص مراجعه کند نوع نگاه پزشک باید فرق کند؟

نوع نگاه نه، نوع ارتباط باید فرق بکند، پزشک باید با زبان بیمارش با او ارتباط برقرار کند. برای مثال یک بیمار بی سواد ممکن است قرص کلسیمی اش را هم چون درد استخوانش را کم می کند، مسکن بحساب آورد در حالی که تفکیک این ها برای یک پزشک یا فرد با سواد خیلی ساده باشد.

کمی در مورد تخصص خودتان بپرسم که شاید سخت ترین رشته ی پزشکی در رابطه با ارتباط پزشک و بیمار است. قطعاً در رشته های دیگر که با جسم بیمار سرو کار دارند بیمار نه می تواند و نه لزومی می بیند که دردش را پنهان کند، اما در رشته ی شما گاهی بیمار علائمش را نمی گوید یا از ابتدای مراجعه اکراه دارد و یا بعضی سوالات شما را دخالت در حریم شخصی خود می داند. شما چگونه بر این مشکل فائق می آید؟

طبیعتاً همینگونه است. بیشترین ساعات آموزشی ما در دوران رزیدنتی صرف همین مساله ی ارتباط با بیمار و چگونگی آن شد. ببینید، ما پزشکان اعصاب و روان به دو دلیل سخت تر با

در این مصاحبه قصد داریم با خانم دکتر آیدا طاهری مصاحبه ای در مورد رابطه پزشک و بیمار داشته باشیم.

خانم دکتر آیدا طاهری ورودی سال ۱۳۷۷ دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، ورودی ۱۳۸۶ تخصص روانپزشکی دانشگاه ایران و فارغ التحصیل و بورده تخصصی سال ۱۳۸۹ دانشگاه تهران هستند. بیمارانشان اکثراً از نوع خانواده و زوج ها هستند. در مدتی که در مطبشان منتظر مصاحبه بودم چند خانواده را دیدم که فرزندانشان را برای مشاوره و معاینه و درمان به آنجا آورده بودند. ایشان با سعه ی صدر و با وقت کامل و روی باز مراجعان را می پذیرفتند. از دعای خیر چند نفر از بیمارانشان پیدا بود که ارتباط خوبی با بیمارانشان برقرار می کنند و این مساله به من این امید را داد که پزشک خوبی را برای موضوع مصاحبه ام انتخاب کرده ام. با دیدن عنوان پژوهشی، نشریه ی گلبانگ از اهمیت پژوهش می گویند و این که خودشان هم در دوره ی طب عمومی عضو کمیته ی پژوهشهای دانشگاه شهید بهشتی بوده اند و این که علم طب بر پایه ی پژوهش شکل گرفته است و اگر نبود فعالیت پژوهشی، اکنون ما از میانی طب سنتی استفاده می کردیم.

سلام عرض می کنم خانم دکتر، سوال اولم از شما این است که آیا تعریف علمی از ارتباط بین پزشک و بیمار وجود دارد؟

ستون درمان ارتباط بین پزشک و بیمار است. یکسری معیار وجود دارد که اگر رعایت نشود اثر بخشی درمان کم می شود. اگر پزشک نتواند ارتباط خوبی با بیمار برقرار کند، ممکن است بیمار نسخه ی پزشک را اصلاً استفاده نکند (چون حس می کند که از طرف پزشک درک نشده است) و به دنبال پزشک دیگری که درکش بکند می گردد یا حتی اگر از نسخه استفاده بکند، پس از مدت کوتاهی که اثر مثبتی نداشت دارو را سریعاً کنار بگذارد و پزشک دیگری مراجعه بکند.

هنگامی که پزشک شنونده ی خوبی باشد و اصطلاحاً **active listening** داشته باشد، بیمار حس می کند که درک شده است. حتی اگر شنونده ی خوبی باشی و تشخیص قطعی بیماری را ندهی بهتر از آن است که شنونده ی خوبی نباشی و تشخیص قطعی بدهی. چون بیمار دردمند است و اولین چیزی که می خواهد این است که حس کند درک شده و سپس بدنبال درمان است.

برقرار نکردن ارتباط چشمی قوی، حرف بیمار را قطع کردن و پرسیدن سوالات کلیشه ای سبب خراب کردن حس درک شدن بیمار از سوی پزشک و در کل ارتباط پزشک و بیمار می شود. در کل پزشک باید شنونده ی فعال و یک همدل خوب برای بیمار

بیمارانمان ارتباط برقرار می کنیم. یکی این که چون دسته ای از بیماران سایکوتیک هستند و ارتباطشان با دنیای واقعی مختل است ما باید با شیوه های خاصی با بیمار ارتباط برقرار کنیم و پس از آن به ارزیابی و معاینه و درمان می پردازیم.

بقیه ی بیماران هم شاید به دلیل انگ اجتماعی نخواهند بعضی معضلاتشان را بگویند (مخصوصاً جلوی همراهانشان یا حتی پیش پزشک) که این مساله هم با ایجاد حس اعتماد در طول جلسات مشاوره حل می شود و گاهی بیمار پس از چند جلسه، حرفهایی را می گوید که بقول خودش تا حالا فکر نمی کرده پیش کسی بگوید. (که این اعتماد هم با عدم قضاوت بیمار جلوی خودش و حس کمک و یاری بدست می آید).

وضعیت جامعه ی ما چگونه است؟ مردم خوب مراجعه می کنند؟ مشکلاتشان را می گویند؟

خیلی اوضاع خوب شده حس می کنم در این استان (لرستان) اوضاع بهتر است ولی هنوز هم این ترس از انگ اجتماعی وجود دارد. ولی باید فرهنگسازی شود توسط پزشکان عمومی، مدارس، دانشگاه ها و صدا و سیما و سایر رسانه ها که این درد هم مانند سایر دردها تلقی شود و ترسی از مراجعه به روانپزشک و بیان مشکلات روحی وجود نداشته باشد.

بعنوان سوال آخر؛ اعتماد پزشک و بیمار که سرمایه ی ارزشمندیست را در جامعه ی ما مطلوب ارزیابی می کنید؟ یا توجه به هجمه اخیر به جامعه ی پزشکی شما آینده این ارتباط را چگونه ارزیابی می کنید؟

خیلی پایین آمده است، یکی از دلایلی که بیماران خیلی پزشکشان را عوض می کنند همین مساله ی عدم اعتماد است. برای مثال دیالوگ هایی مثل (پزشک پولشو می خواست بگیره، بی سواد

بود یا فقط به فکر خودش بود) ناشی از همین هجمه اخیر قشر به اصطلاح فرهنگی جامعه است؟ مشکل از کجاست؟ پزشکان، هنرمندان، مردم یا اختلاف طبقاتی میان پزشکان و سایر افراد جامعه؟ همیشه گفت که مشکل اختلاف طبقاتی است، چون در آمریکا هم پزشکان جزء مرفه ترین اقشار جامعه هستند ولی مردم اعتماد می کنند.

به نظر من نظام ارجاع مشکل دارد. این که بیمار خودش می تواند به هر متخصصی که خواست مراجعه کند. بخش کوچکی از مشکل هم از خود پزشکان است.

چون بیماران را باید برای مشکلات غیر مرتبط با رشته ی خودمان به متخصص مربوطه ارجاع دهیم. چون حرف پزشکان چندگانه شود سطح اعتماد پایین می آید.

اگر به جایی برسیم که پزشکان با وجود تلاش فراوان مورد بی احترامی قرار گیرند و انگیزه ی کاریشان که همان درمان بیماران است از بین برود درمان از اولویتهاشان خارج شود، چه اتفاقی می افتد؟

طبیعتاً پزشک هم انسان است و اگر دچار ناامیدی شود، ممکن است پیگیری درمان نکند و مثل کامپیوتر رفتار کند و مهمترین پاداش برای پزشکان رعایت احترامشان است.

و سخن آخر...

پزشکانی که ارتباط خوب با بیمارشان داشته باشند، چون بیمار هم حس می کند که پزشک را درک می کند، حتی اگر قصور پزشکی داشته باشند، دارای کمترین شکایات هستند. خسته نباشید خانم دکتر و ممنون از وقتی که در اختیار ما گذاشتید.



گزارش معاونت اجرایی مالی

هزیر مرادی

Moradi.hazhir@gmail.com



همچنین با همکاری معاونت انفورماتیک برنامه ریزی جهت تکمیل کامپیوتر های کمیته انجام شد. در این مدت نیز دو ضیافت شام به مناسبت پایان کارگاه های روش تحقیق شهرپور و آذر برگزار گردید. در آخر جا دارد تشکر ویژه ای از اعضای محترم واحد اجرایی بابت تمام همکاری ها و همراهی هایشان به عمل آورم.

معاونت اجرایی مالی! اساسا طبق قوانین موظف به تامین تدارکات مورد نیاز کمیته، مدیریت امور مالی و برگزاری و مدیریت مراسم های کمیته است. اما خب این رشته سر دراز دارد... خلاصه ای از فعالیت ها در شش ماه دوم سال: در شش ماه دوم سال، معاونت اجرایی با همکاری اعضای محترم تلاش نمود تا نیاز های کمیته به نحو احسن بر طرف شود. در همین راستا در ابتدای پاییز نیاز سنجی و پیشبینی تدارکات مورد نیاز سایر واحدها با همکاری مسئولین انجام گرفت و بر اساس آن جهت تکمیل و بهبود شرایط اتاق کمیته و اتاق کارگاهها برنامه ریزی شد. پس از آن با هماهنگی سرپرست و دبیر درخواست خرید ۱۸ عدد صندلی برای اتاق کارگاهها ارسال شد.

گزارش واحد انفورماتیک

امین لچینانی

amin137204@yahoo.com



کمیته پژوهش ها نیز ادامه یافت. با انتشار تمامی اخبار به روز و مفید کمیته پژوهش های دانشکده پزشکی در کانال کمیته، خوشبختانه تعداد کاربران سریعا در حال افزایش است. در راستای حیطه بعدی فعالیت واحد انفورماتیک، جهت تجهیز کمیته از نظر ابزارها و وسایل سخت افزاری مورد نیاز اقدام شد و مرحله اول درخواست ها اجرا گردید. همچنین در چندین نوبت سیستم های رایانه ای از نظر صحت کار و وجود نرم افزارهای مورد نیاز بررسی شد و بروزرسانی گردید.

در ادامه ی فعالیت های واحد انفورماتیک در سال جاری به نیمه دوم سال رسیدیم. فعالیت های مربوط به فضای مجازی که بخش عمده ی آن به سایت کمیته پژوهش ها تمرکز داشت ادامه پیدا کرد و بخشی از روند رفع مشکلات سایت و بهبود امکانات تاکنون اجرایی شده است و در حال حاضر سایت کمیته پژوهش ها جهت اعلام اخبار و رویدادهای مربوط به کمیته پژوهش ها، امکان تعریف انواع کارگاه ها با مشخصات کامل و ثبت نام اینترنتی داوطلبان، آپلود فایل های مفید با حجم های بالاتر نسبت به قبل و بسیاری از امکانات دیگر قابل استفاده است. بخش دیگری از این روند در حال اجرا است و ان شاءالله به زودی به مرحله بهره برداری خواهد رسید. در حال حاضر سایت کمیته پژوهش های دانشجویان در شبکه ملی و از سراسر ایران قابل دسترسی می باشد.

فعالیت های فضای مجازی در شبکه اجتماعی تلگرام و در کانال

اهمیت ثبت مطالعات کارآزمایی بالینی

سید علی امامی

ALI.EMAMI91@YAHOO.COM



توسط پژوهشگران به‌طور متوسط ۱۷ درصد بیش از کارآزمایی های بالینی دوسویه کور بوده است. مشکل عمده‌ی دیگر پنهان ماندن نتایج کارآزمایی های بالینی توسط شرکت‌های دارویی است؛ اما چرا شرکت‌های داروسازی از ثبت کارآزمایی بالینی امتناع می‌کنند؟ دلایل مختلفی وجود دارد که می‌شود به‌صورت خلاصه به موارد روبه‌رو اشاره کرد؛ ترس از سرقت مالکیت اثر علمی (plagiarism)، از بین رفتن ارزش تجاری کالای تحقیقاتی پزشکی، بی‌میلی نسبت به انتشار اطلاعات بالارزش و حساس به عموم مردم به‌صورت زود هنگام، گذشتن از سود در اثر در اختیار گذاشتن اطلاعات به رقبا و...

از این رو لازم است سازوکارهایی در نظر گرفته شود که بر کیفیت، شفافیت و ملاحظات اخلاقی در کارآزمایی های بالینی نظارت صورت گیرد. بدین منظور کمیته بین‌المللی سردبیران مجله‌های پزشکی که در سال ۱۹۸۷ تأسیس شده و به اختصار (International Committee of Medical Journal Editors) ICMJ نامیده می‌شود. نخستین بار طی بیانیه‌ی هلسینکی ضرورت ثبت کارآزمایی های بالینی را اعلام کرد. این بیانیه به‌صورت سرمقاله‌ای در سال ۲۰۰۴ در مجله پزشکی نیوانگلند انتشار یافت. مهم‌ترین دلایل ضرورت ثبت کارآزمایی های بالینی عبارت‌اند از:

- ۱: دولت‌ها، مراکز دانشگاهی و مراکز پژوهشی به سبب در دسترس بودن داده‌های قابل جستجوی کارآزمایی های بالینی، قادرند تا در زمینه‌ی حمایت از کارآزمایی های بالینی جدید تصمیم مقتضی اتخاذ کنند و این امر سبب صرفه‌جویی در بودجه‌های محدود پژوهشی (به‌ویژه در کشورهای رو به توسعه) شده و از انجام پژوهش‌های تکراری خودداری می‌گردد.

- ۲: ثبت کارآزمایی های بالینی از سوگیری گزینشی (selection bias) توسط پژوهشگران پیشگیری می‌کند.

- ۳: به سردبیران و داوران همکار (peer reviewers) در ارزشیابی کارآزمایی های بالینی تکمیل شده موجود کمک می‌کند و آن‌ها می‌توانند از مطالعات مشابه انتشار یافته و کوشش های در حال انجام آگاه شوند.

چرا بهتر است کارآزمایی های بالینی درجایی که همه به آن دسترسی دارند، ثبت شود؟

- ۱: شرکت‌کنندگان در کارآزمایی انتظار دارند که همکاری آن‌ها در افزایش دانش پزشکی و بهبود ارائه خدمات سلامت مؤثر باشد. افرادی که به‌صورت داوطلبانه در کارآزمایی های بالینی شرکت

شاید بسیاری از ما از وجود مراکز ثبت کارآزمایی بالینی بی‌خبر بوده و حتی اسم آن را نیز نشنیده باشیم! اما آیا واقعاً ضروری است که مقالات کارآزمایی بالینی خود را در این مراکز به ثبت برسانیم؟ چه موقع و چگونه این کار را انجام دهیم؟

کارآزمایی بالینی یکی از رایج‌ترین پژوهش‌ها در علم پزشکی می‌باشد که بر اساس تعریف ارائه‌شده در سایت بین‌المللی WHO، مطالعه‌ای است که به‌منظور ارزشیابی اثر یک مداخله معین در سلامت افراد به‌صورت آینده‌نگر انجام می‌شود و در آن شرکت‌کنندگان در مطالعه معمولاً در دو یا چند گروه دسته‌بندی می‌شوند. یکی از این گروه‌ها، گروهی است که مداخله در آن انجام می‌شود. مداخلات موردنظر می‌تواند دارویی و یا طیف وسیعی از مداخلات از قبیل استفاده از سلول‌های بنیادی، محصولات بیولوژیک، اعمال جراحی، روش‌های تشخیصی، روش‌های رفتاردرمانی، روش‌های ارائه خدمات، روش‌های پیشگیری و حتی آموزش را شامل شود.

مطالعات کارآزمایی بالینی نقش عمده‌ای در توسعه دانش پزشکی و تحقیقات در حوزه‌ی سلامت عمومی دارد. اصول انجام این مطالعات بر پایه‌ی حداکثر فواید به همراه حداقل ریسک برای بیمار شرکت‌کننده در مطالعه می‌باشد؛ بنابراین حفظ علایق و محرمانگی اطلاعات بیماران در جهت جلوگیری از اجرای غیراخلاقی کارآزمایی های بالینی ضروری به نظر می‌رسد. اگرچه در اجرای مطالعات انسانی گزارش صحیح از یافته‌های کارآزمایی های بالینی مهم‌ترین تعهد اخلاقی است؛ در طول دهه‌ی گذشته، موارد بسیاری از سوء رفتارها توسط آژانس‌های تحقیقاتی پرده‌برداری شده است. این آژانس‌ها دریافته‌اند که در این اجرای غیراخلاقی مطالعات هم محققان و هم حامیان مالی ایشان درگیر بوده‌اند. عدم گرفتن تأییدات لازم از کمیته‌ی اخلاق، ورود بیماران به مطالعه بدون دریافت رضایت از آن‌ها و داده سازی از جمله مواردی است که در هنگام بررسی این مطالعات کارآزمایی بالینی دیده شد. تحقیقات همچنین نشان داد که برخی از حامیان مالی پژوهش‌ها از چاپ مقالات با نتایج منفی و ارائه‌ی آن‌ها به مقامات نظارتی خودداری می‌کردند که این موارد خصوصاً در کشورهای جهان سوم بیشتر دیده می‌شود. همچنین علی‌رغم سودمندی بسیاری از این مطالعات، سوگیری (Bias) احتمالی می‌تواند نتایج حاصله از مطالعات را خدشه‌دار نماید. در کارآزمایی بالینی که دوسویه کور (Double Blind) نبوده‌اند، تأثیرات درمانی تخمین زده‌شده

ثبت در مورد کارآزمایی های جدید بلافاصله پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی و تأیید کمیته اخلاق پزشکی و قبل از وارد کردن اولین بیمار یا شرکت کننده، باید صورت پذیرد. کار آزمایی های که در سال های قبل به تصویب رسیده اند، در هر مرحله ای که هستند می بایست ثبت شوند.

برای دریافت شماره ثبت کار آزمایی بالینی در یک مرکز بین المللی، حداقل اطلاعاتی که باید از یک کارآزمایی بالینی ثبت شوند، کدام اند؟ حداقل داده ها شامل ۲۰ آیتم می باشد که شامل نام، محتوا، نوع مداخله، معیارهای ورود و خروج و... می باشد که در مورد مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران در ۱۲ مرحله به دو زبان فارسی و انگلیسی انجام می شود.

نتیجه:

ثبت کارآزمایی بالینی در جهت شفاف سازی، حفظ اعتبار، بهبود عملکرد مبتنی بر شواهد و در دسترس بودن داده های قابل اعتماد، ضروری می باشد. همچنین خطا (bias) در انتشارات و گزارش های جهت دار را به حداقل رسانده و از انتشار اطلاعات ناصحیح توسط شرکت های داروسازی و حامیان مالی مؤسسات تحقیقاتی جلوگیری به عمل آورده است. در آخر با توجه به ضرورت ثبت کارآزمایی بالینی در جهت انتشار نتایج تحقیقات، ثبت مطالعات کارآزمایی بالینی حداقل در یکی از پایگاه های معتبر را به امری بالقوه غیرقابل اجتناب تبدیل کرده است.

برگرفته از:

۱: www.irct.ir

۲: www.who.int

۳: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ (PMCID):

PMC۳۸۷۷۵۳۴

۴: icmje.org

می کنند باید اطمینان حاصل کنند که نتیجه کارآزمایی به عنوان بخشی از شواهد پزشکی استفاده خواهد شد. ایجاد این بانک اطلاعاتی وسیله ای است برای شفاف سازی، اطمینان بخشی و اطلاع رسانی به آن ها در خصوص این مطالعات.

۲: به دنبال بیانیه کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی در سال ۲۰۰۴ مقرر گردید، کلیه مطالعات کار آزمایی بالینی که ثبت نام بیماران آن ها پس از تاریخ جولای ۲۰۰۵ است به شرطی برای چاپ و انتشار نتایج آن ها پذیرفته خواهند شد که پیش از شروع مطالعه در بانک های اطلاعاتی ثبت کار آزمایی بالینی که توسط سازمان های غیرانتفاعی بر پا و در دسترس عموم است ثبت شده باشند.

۳: ثبت کارآزمایی های بالینی احتمال عدم چاپ و انتشار مطالعاتی که نتایج آن بر وفق مراد شرکت های دارویی نیست یا منافع مالی کسانی را تهدید می کند، کم می کند.

۵: به علاوه ثبت کارآزمایی ها اطمینان به وجود می آورد که نتایج تمام کارآزمایی ها پیگیری می شوند.

عدم ثبت کار آزمایی های بالینی چه عواقبی را در بر دارد؟ از سال ۲۰۰۵، ICMJE، ثبت کارآزمایی را به عنوان شرط لازم برای چاپ آن در نظر گرفته است.

ضمناً معاونت تحقیقات و فن آوری در نظر دارد چاپ مقالات مربوط به مطالعات کارآزمایی بالینی در ایران را منوط به ثبت قبلی آن در یکی از مراکز بین المللی ثبت کارآزمایی های بالینی علی الخصوص مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران نماید.

ثبت کارآزمایی های بالینی در نقاط مختلف از جمله آمریکا، چین، هند، استرالیا و... که موفق به تکمیل کردن شرایط ICMJE مانند اعتبار، کیفیت، در دسترس بودن و... شده اند و در WHO مورد پذیرش می باشند، انجام می شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران نیز به تازگی اقداماتی به منظور برپایی مرکزی برای ثبت کارآزمایی های بالینی در سطح ملی و منطقه ای انجام داده که توسط سازمان بهداشت جهانی مورد تأیید قرار گرفته است www.irct.ir نشانی پایگاه اینترنتی ثبت کارآزمایی بالینی ایران می باشد.

اما ثبت کارآزمایی بالینی باید در چه زمانی صورت گیرد؟ فرآیند



نگارش مقاله به روش consort

سجاد نوروزی

s.norouzi90@gmail.com

قسمت دوم

ناتمام مانده و یا در آنالیز آماری وارد نشده‌اند، بسیار سخت باشد. بر طبق چک لیست کانسورت، نمودار یا دیاگرام جریان فرآیند به شدت توصیه می‌شود که تعداد افراد در هر مرحله را به صورت دیاگرام نشان می‌دهد.

۱۳- (ب) افراد از دست رفته و افرادی که پس از تصادفی سازی از مطالعه خارج شده‌اند:

ممکن است تعدادی "انحراف از پروتکل" در دیاگرام گزارش شود، به عنوان مثال، شرکتکنندگانی که درمان در نظر گرفته شده را دریافت نکرده‌اند و یا شرکتکنندگانی پس از تصادف‌سازی از مطالعه خارج شده‌اند، باید در دیاگرام آورده شوند. ذکر کلمه انحراف از پروتکل کفایت نمیکند و در صورتی که شرکت کنندهای پس از تصادفی سازی از مطالعه خارج شده است، علت آن نیز باید گزارش شود.

۱۴- الف) تاریخ‌های بیانگر زمان بیمارگیری و پیگیری:

دانستن زمان شروع و اتمام مطالعه و همچنین مدت زمان دوره بیمارگیری بسیار مهم است. مدت زمان پیگیری در اکثر اوقات یک دوره زمانی ثابت پس از تصادفی سازی نیست. در بسیاری از کارآزمایی‌های تصادفی که در آنها مدت زمان بررسی بیماران تا اتفاق افتادن یک واقعه است، پیگیری تمام بیماران در یک زمان مشخص تمام میشود. این زمان باید گزارش شود و همچنین کمینه، بیشینه و میانگین مدت زمان پیگیری باید ذکر شوند.

۱۴- (ب) چرا کارآزمایی به پایان رسیده و یا متوقف شده است:

کارآزمایی‌های تصادفی میتوانند هنگامی که به حجم نمونه یا مدت پیگیری هدف خود رسیدند، متوقف شوند و این موضوع اثر مخدوش کننده ای هم در پی نخواهد داشت. همچنین در صورتی که آنالیزهای واسطه‌ای برآوردی بیش از حد انتظار مبنی بر سودمند بودن و یا مضر بودن یک مداخله به دست آورند، کارآزمایی باید متوقف شود. نویسندگان در کارآزمایی باید علت متوقف شدن کارآزمایی و این که چه کسی تصمیم به متوقف کردن کارآزمایی را گرفته است ذکر کنند.

(۱۵) اطلاعات پایه:

اگرچه معیارهای ورود بیانگر ویژگی شرکت کنندگان میباشد، ذکر خصوصیات افراد شرکت کننده در کارآزمایی ضروری میباشد. این اطلاعات به خوانندگان خصوصاً پزشکان این امکان را می‌دهد که در مورد مرتبط بودن نتایج یک کارآزمایی با نتایج یک بیمار خاص قضاوت کنند. کارآزمایی‌های بالینی در پی مقایسه دو گروه

علم پزشکی و پزشکی بالینی وابسته به گزارش صحیح و واضح کارآزمایی‌های بالینی (Clinical Trials) می‌باشد. کارآزمایی‌های بالینی تصادفی (Randomized Clinical Trials) خوب طراحی شده و به درستی انجام شده، قابل اعتمادترین شواهد را برای اثربخشی مداخلات بهداشتی فراهم می‌کنند. اما کارآزمایی‌هایی که از روش اجرای مناسبی برخوردار نیستند، ممکن است نتایج قابل اعتمادی را به همراه نداشته باشند و خصوصاً موجب گزارش اغراق آمیز از اثرات درمانی شوند. این نتایج مخدوش ناشی از طراحی ضعیف یک مطالعه می‌تواند تصمیم‌گیری در تمامی سطوح مراقبتهای بهداشتی از تصمیم‌گیری برای یک بیمار تا سیاستهای بهداشت عمومی کشوری را تحت تأثیر قرار دهد. از سوی دیگر، ارزیابی نقادانه (Critical Appraisal) کیفیت کارآزمایی‌های بالینی تنها زمانی امکانپذیر است که طراحی، اجرا و تجزیه و تحلیل صورت گرفته به طور کامل و با دقت در گزارش شرح داده شوند. برای ارزیابی نقادانه کیفیت مقالات کارآزمایی بالینی تلاش‌ها و توصیه‌های زیادی توسط محققین ارائه شده است که در مهمترین اقدام، پس از انتشار بیانیه کانسورت در سال ۱۹۹۶ چک لیست کانسورت در دستور کار نشریه‌های معتبر قرار گرفت و همچنین چندین گروه ویراستاری از جمله کمیته بین المللی ویراستاران مجلات پزشکی از چک لیست ارائه شده در این بیانیه حمایت کردند. این چک لیست هم اکنون معتبرترین چک لیست برای بررسی مقالات کارآزمایی بالینی است. چک لیست کانسورت حاوی ۶ قسمت کلی است که عبارتند از: عنوان و خلاصه، مقدمه، روش اجرا، نتایج، بحث و سایر اطلاعات.

در این شماره از گلبانگ در ادامه بحث ۳ قسمت اول این چک لیست که در شماره قبلی به آن اشاره کردیم قصد داریم به بررسی ۳ قسمت بعدی (یعنی نتایج، بحث و سایر اطلاعات) و در نهایت به جمع بندی موضوع میپردازیم:

۴. نتایج

۱۳- الف) جریان شرکت کنندگان:

در کارآزمایی‌های تصادفی که افراد از دست رفته در هنگام پیگیری وجود ندارند و هیچ فردی پس از تصادفی سازی از مطالعه خارج نشده است، ذکر همین مطلب در قالب چند جمله کافی میباشد، ولی در مطالعات پیچیده تر ممکن است فهم اینکه چرا برخی شرکت کنندگان پس از اختصاص داده شدن به یک گروه، مداخله مورد نظر آن گروه را دریافت نکرده‌اند و یا پیگیری آنها

از شرکت کنندگان هستند که تنها از نظر مداخله صورت گرفته متفاوت هستند و گروه‌های مطالعه باید از نظر اطلاعات پایه از جمله اطلاعات دموگرافیک و خصوصیات بالینی مقایسه شوند تا خواننده بتواند در مورد مشابهت آنها قضاوت کند. بهتر است اطلاعات پایه به صورت جدول بیان شوند. برای متغیرهای پیوسته از میانگین و انحراف معیار استفاده شود. (۱۶) تعداد افرادی که مورد آنالیز قرار گرفتند:

در هر گروه تعداد شرکت کنندگانی که در هر آنالیز وارد شده اند و اینکه آیا آنالیز براساس گروه‌های تخصیص یافته اصلی بوده است یا خیر، باید ذکر شود. ممکن است برخی شرکت کنندگان مداخله را به طور کامل دریافت نکنند و یا اینکه بدون داشتن معیارهای ورود به اشتباه وارد مطالعه شده باشند. یک راه پیشنهادی برای این موارد، تحت آنالیز قرار دادن این شرکت کنندگان در گروه‌های خود می باشد، بدون در نظر گرفتن اینکه مداخله را دریافت نکرده اند و یا اینکه معیارهای ورود را نداشته اند. در مقابل آنالیز میتواند محدود به شرکت کنندگانی شود که بر طبق پروتکل مطالعه معیارهای ورود، دریافت کامل مداخلات و پیامدها را داشته باشند. باید توجه کرد خارج کردن شرکت کنندگان از آنالیز منجر به نتیجه گیری غلط می شود. علاوه بر ذکر نوع روش به کار رفته، تعداد افرادی که در هر آنالیز بوده اند، باید ذکر شود.

(۱۷- الف) پیامدها و تخمین:

هر یک از پیامدها باید به صورت خلاصه ای از نتایج در هر گروه) به عنوان مثال، گزارش تعداد شرکت کنندگان با یا بدون رویداد، میانگین و انحراف معیار اندازه گیری شده (همراه با تضاد موجود بین گروهها که به عنوان اندازه اثر شناخته میشود، گزارش شوند. برای پیامدهای عددی، اندازه اثر می تواند خطر نسبی، نسبت

شانس و یا تفاوت ریسک باشد و برای داده های پیوسته معمولاً تفاوت در میانگین ها می باشد. برای تمام پیامدها نویسندگان باید یک فاصله اطمینان به منظور نشان دادن دقت برآورد ارائه کنند. فاصله اطمینان ۹۵٪ رایج است اما گهگاهی سطوح دیگر نیز مورد استفاده قرار میگیرند. در کارآزمایی هایی که آنالیز واسطه ای برای آنها انجام میشود، تفسیر باید بر اساس نتایج نهایی در انتهای کارآزمایی صورت پذیرد و نه بر اساس نتایج واسطه ای.

(۱۷- ب) نتایج عددی:

وقتی نتایج اولیه عددی باشد، ارائه ی هر دو مقدار اثر نسبی و اثر مطلق (همراه با فواصل اطمینان) الزامی است. (در واقع نه اثر نسبی و نه اثر مطلق به تنهایی قادر به ارائه یک تصویر کامل از اثر و مفهوم آن نیستند).

(۱۸) آنالیزهای فرعی:

آنالیزهای متعدد از داده های یکسان باعث یافته های مثبت کاذب میشوند. نویسندگان نباید تعداد زیادی آنالیز زیر گروه انجام دهند. در صورتی که آنالیز زیر گروهها انجام شود، نویسندگان باید بیان کنند کدام زیر گروه ها مورد استفاده قرار گرفته اند. هنگام ارزیابی یک زیر گروه، سؤال اصلی این نیست که آیا زیر گروه نتیجه معناداری از نظر آماری داشته است، بلکه سؤال این است که آیا اثرات درمانی زیر گروه به صورت معنادار با بقیه متفاوت بوده است؟

(۱۹) خطرات:

خوانندگان برای تصمیم گیری همان طور که نیاز به داشتن اطلاعات در مورد سودمندی یک مداخله دارند، به همان میزان باید در مورد خطرات آن مداخله بدانند. روش مورد استفاده برای جمع آوری اطلاعات مربوط به عوارض نیز باید توضیح داده شود.



برخی مجلات یک ساختار برای بحث در مورد نتایج مطالعه ارائه کرده اند. برای مثال توصیه می کنند نویسندگان در بحث خود برخی مطالب را ذکر کنند. مثلاً: ۱- خلاصه ای کوتاه از یافته های کلیدی ۲- در نظر گرفتن مکانیسمهای ممکن و توضیحات ۳- مقایسه با یافته های مرتبط در دیگر مطالعات منتشر شده) در صورت امکان با یک مرور سیستماتیک که ترکیبی از نتایج مطالعات مشابه قبلی را در بر دارد (۴- محدودیتهای مطالعه حاضر (و روشهای مورد استفاده برای به حداقل رساندن و جبران کردن محدودیتها ۵- یک بخش کوتاه که خلاصه ای از پیامدهای بالینی و پژوهشی کار را به صورت مناسب ارائه می کند.

۲۱) تعمیم پذیری:

اعتبار خارجی که تعمیم پذیری نیز نامیده میشود، بیانگر این موضوع است که تا چه حد نتایج مطالعه حاضر قابل تعمیم به شرایط دیگر است. اعتبار درونی که در آن میزان دقت در طراحی و اجرای کارآزمایی باعث از بین رفتن احتمال مخدوش کنندگی میشود، یک پیش نیاز برای اعتبار خارجی می باشد. برای ارزیابی اعتبار خارجی مطالعات چک لیستهایی نیز ارائه شده است.

۲۲) تفسیر:

خوانندگان می خواهند بدانند چگونه نتایج کارآزمایی حاضر مرتبط با سایر کارآزماییهای تصادفی می باشد. استفاده از یک مرور سیستمیک در قسمت بحث به بهترین شکل این هدف را تأمین می کند.

۶. سایر اطلاعات

۲۳) ثبت:

شماره ثبت و نام محل ثبت کارآزمایی باید ذکر شوند. در سال ۲۰۰۴ کمیته بین المللی ویراستاران مجلات پزشکی در یک تغییر سیاست، اعلام کرد که کارآزمایی ها تنها در صورتی منتشر خواهند شد که قبل از مرحله بیمارگیری ثبت شده باشند. این کمیته یک راهنما برای ثبت موفق کارآزمایی ها ارائه داده است.

www.icmje.org/faq.pdf

۲۴) دستورالعمل:

چندین گزینه برای اطمینان از در دسترس بودن دستورالعمل مطالعه وجود دارد مانند قرار دادن جزئیات دستورالعمل کارآزمایی و فایل های ضمیمه ای در وب سایت اینترنتی. برخی مجلات حتی دستورالعمل کارآزمایی ها را نیز منتشر می کنند.

۲۵) تأمین مالی:

منابع تأمین مالی و سایر حمایت ها مانند تأمین داروها و نقش تأمین کنندگان مالی باید به طور کامل توسط نویسندگان توضیح داده شوند.

نتیجه گیری

با توجه به استقبال گسترده ی بسیاری از مجلات معتبر از بیانیه کانسورت ضروری است که نویسندگان، داوران و خوانندگان

مجلات داخلی نیز به منظور کاربرد صحیح و درک مشترک از چگونگی گزارش استاندارد کارآزمایی های بالینی، بیش از پیش با مفاد این بیانیه آشنایی کاملی پیدا نمایند. در این نوشتار سعی شد قسمت های مختلف بیانیه کانسورت به صورت جداگانه مورد بحث قرار گیرند. بیانیه کانسورت می تواند در طراحی کارآزمایی ها به محققان کمک کند و م راهنمایی برای داوران در ارزیابی دست نوشته های ارسال شده برای مجلات باشد. ارزیابی به وسیله این چک لیست موجب ارتقاء دقت و شفافیت کارآزمایی های چاپ شده می شود. محتوای چک لیست کانسورت بر روی مواردی که مرتبط به اعتبار داخلی و خارجی کارآزمایی میباشد، تمرکز دارد. علاوه بر این چک لیست، وب سایت کانسورت www.consort-statement.org تعداد زیادی مثال از کارآزمایی های واقعی برای تک تک قسمت های اشاره شده در چک لیست کانسورت ارائه کرده است که استفاده از آن را آسان تر می کند. ارزیابی مداخلات درمانی می تواند گمراه کننده باشد، مگر اینکه محققان یک مقایسه بیطرفانه انجام بدهند. در واقع طراحی و اجرای کارآزمایی ها نیازمند کارشناسان بالینی و اپیدمیولوژیست میباشد و همچنین یک سطح هوشیاری بالا برای مشکلات پیش بینی نشده را می طلبد.

خوانندگان کارآزمایی های بالینی نباید حدس و گمان بزنند و روش اجرا باید به قدری کامل و شفاف باشد که خواننده بتواند نتایج کارآزمایی های بدون مخدوش کننده را از نتایج سؤال برانگیز سایر مطالعات افتراق دهد. بسیاری از بررسی ها بیانگر وجود نقص در گزارشهای بالینی بوده است. برای مثال اطلاعات مربوط به چگونگی اختصاص افراد به گروههای مطالعه تنها در ۲۱٪ از ۵۱۹ کارآزماییهای بالینی که در PubMed نمایه شده اند، ذکر شده است در سال ۲۰۰۲ نیز تنها ۳۴٪ بوده است. همچنین نحوه محاسبه حجم نمونه نیز تنها در ۲۷٪ و ۴۵٪ به ترتیب در سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶ در کارآزمایی های بالینی نمایه شده ذکر شده است. گزارش ها نه تنها در اغلب موارد در PubMed ناقص اند، بلکه گاهی اوقات نادرست هستند. نشان داده شده است، نویسندگان می توانند با استفاده از یک چک لیست شامل مواردی که باید حتماً در گزارش به آنها اشاره شود، تا حد زیادی گزارش کارآزمایی های بالینی را بهبود بخشند و این موضوع لزوم استفاده از چک لیست کانسورت را مشخص می کند. توجه به این نکته ضروری است که برخی از مواردی که باید در گزارش کارآزمایی بالینی ذکر شوند به صراحت در بیانیه کانسورت بیان نشده اند. برای مثال به تأییدیه کمیته اخلاق، گرفتن رضایت نامه آگاهانه از شرکت کنندگان، امنیت داده ها و وجود کمیته نظارت. افزودن این اطلاعات در کارآزمایی های بالینی موجب افزایش اعتبار داخلی و خارجی مطالعه خواهد شد.

گزارش معاونت ارزشیابی و مستندسازی + بوتیمار^۱

نجمه احمدی

n.ahmadi1992@hotmail.com



و اما گزارشی از ارزشیابی و مستندسازی (و شاید کمی گسترش خودمون!) ارزشیابی و مستندسازی کارهای همیشگی خودش رو مثل ارزشیابی کارگاه ها و برنامه ها و مستندسازی اطلاعات برنامه ها را در حال اجرا دارد. در این چند ماه پایان سال بدنال رفع تشنگی اعضای خود یادگیری های گروهی را شروع کردیم. مبحث "آئین نگارش مکاتبات اداری" را برای چگونه نوشتن یک نامه رسمی با هم یادگرفتیم... در برنامه داریم کتاب های "آموزش کارگروهی در علوم پزشکی" و "آزمون های پیشرفت تحصیلی در علوم پزشکی" را باهم مرور کنیم و بنا به درخواست اعضا می خواهیم اصولی از "تفکر نقادانه" را در جلسات شورای کوچک خودمون یاد بگیریم. همچنین برنامه ای مفصل برای ارزیابی رضایت اعضا و مسئولین واحدها از همکاری یکسالشون در کمیته داریم و در کنار این برنامه می خواهیم بنییم کمیته از بیرون چطور به نظر می رسه.

بوتیمار حکایت از تشنگی دارد، تشنگی مفرطی که با وجود اینکه کنار دریا ایستاده است تلاشی در جهت رفع آن نمیکند. بوتیمار از مرحله "آب کم جو، تشنگی آور بدست" مولانا گذشته است، مرحله ای که خوبست بدانیم دقیقا چه می خواهیم و به همان اندازه مهم، که بدانیم چه نمی خواهیم! ... و وقتی خوب تشنه شدیم و خواستن هایمان قوت گرفت، آب از بالا و پست میجوشد. او می داند که اکنون چه می خواهد، او آب می خواهد او تشنه تشنه است، کنار دریا نشسته و به جای آب خوردن، غم می خورد...

او از آدمها گریزان است

- شاید روزهای بوتیماری خودمونو را بیاد بیاریم، روزهایی که همه چی هست، وقت هست، آدمهایی که نیاز به بودنشان داریم هستن، تمام شرایط هست... و ما نگاه به دریای بدون پایان روبرومون میکنیم و قدم از قدم برنمیداریم! بوتیمار یک پرنده واقعی است! قهوه ای رنگ و پر خط و خال! در ادبیات فارسی به خساست و غمگینی مشهور هست و همیشه در تشنگی بسر میبرد.

فرورفته به اندیشه چو بوتیمار می گردم

ندارم غصه دانه اگر چه گرد این خانه^۲

- چنین منظره ای از نگاه ما چطور هست؟
- یک مکث و تفکر هست؟ مسخره هست؟ حماقت یک پرنده هست؟
- یا شاید روال معمول زندگی بعضی ازماست!

۱- برگرفته از ماهنامه ادبی، طنز، پژوهشی بوتیمار- صاحب امتیاز و مدیر مسئول فاطمه علیدادی
۲- مولانا





معرفی چند application پزشکی

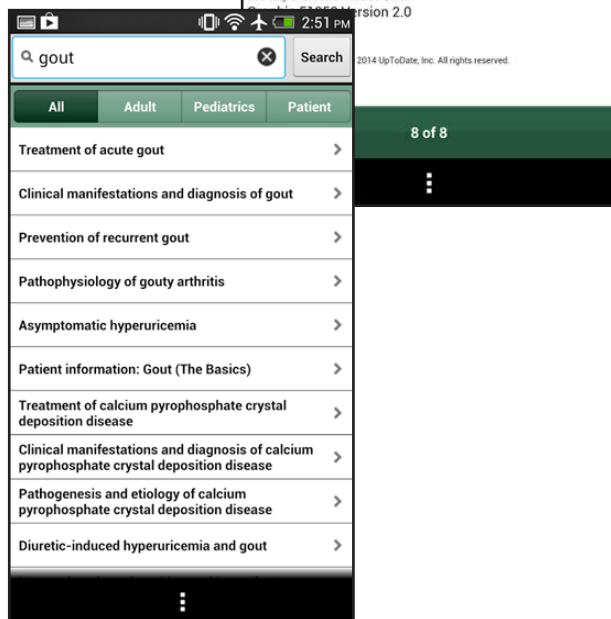
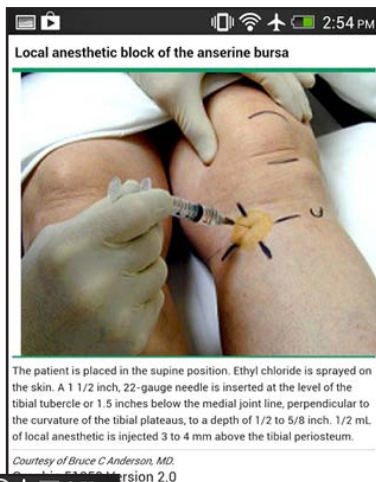
کیوان مکتبی

keyvan@maktabi@gmail.com

به نام خدا

۲. UpToDate: این نرم افزار اطلاعاتی تفصیلی را درباره مراقبت از بیمار و موارد بالینی (علائم بالینی، روش های آزمایشگاهی و تشخیص و درمان بیماری ها) ارائه می دهد که برای پزشکان و بیماران کاربرد دارد. هر ساله بیش از ۸۰ میلیون مورد مربوط به بیماران توسط تیم های تحقیقاتی UpToDate مورد پژوهش و بررسی قرار می گیرد و هر ۴ ماه یکبار اطلاعات ارائه شده در UpToDate روزآمد می شود.

نسخه اصلی آن را که قابلیت به روز رسانی مداوم داشته و معتبر باشد را می توانید از سایت خود نرم افزار یعنی www.uptodate.com یا از استورهای اپل یا اندروید، دانلود و استفاده کنید.



در این بخش تعدادی از نرم افزار های کاربردی پزشکی را معرفی می کنیم. برای اینکه نیازی به جستجو نرم افزار ها نداشته باشید، لینک بعضی از آن ها را نیز قرار داده ایم. در صورتی که مایل به استفاده از آنها هستید می توانید از نسخه ی الکترونیکی مجله که در سایت کمیته قرار خواهد گرفت استفاده کنید.

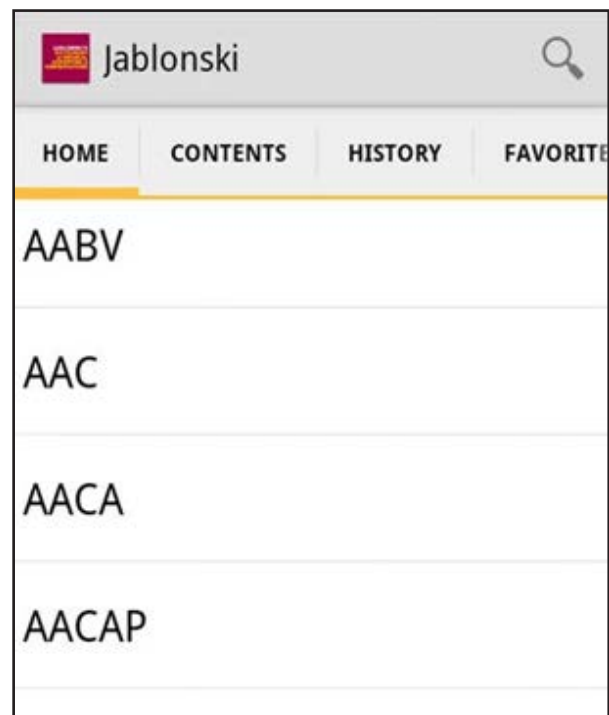
منبع تمامی نرم افزار ها، سایت های mobile9apk.com و iranapps.ir و apktops.ir است.

۱. Jablonski abbreviation dictionary: اگر شما هم بعد از اینکه در متنی کلمه اختصاری به کار برده شده را به یاد نیاورید یا اینکه اصلا آن را تا به حال ندیده اید، این نرم افزار می تواند بسیار کمک کننده باشد؛ زیرا تمام کلماتی که برای یک علامت اختصاری وجود دارد را شامل می شود.

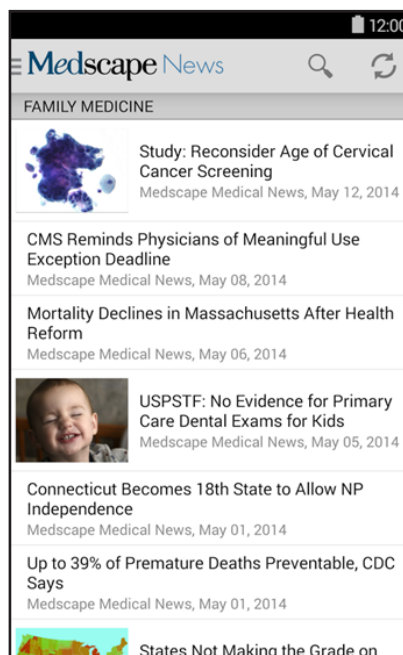
کار با این نرم افزار بسیار ساده است و محیط نرم افزار بسیار کاربر پسند می باشد.

نسخه ۴,۳,۱۳۷ نرم افزار (برای اندروید) از لینک مقابل قابل دریافت است:

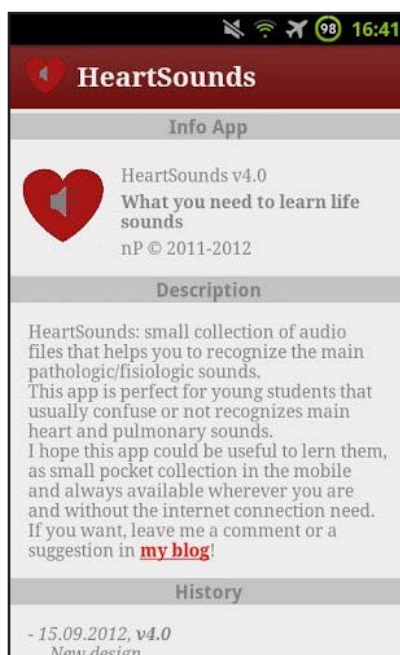
راهنمای استفاده: نرم افزار اصلی را نصب کرده و سپس جهت استفاده به صورت آفلاین دیتای آن را که در حدود ۲ مگابایت حجم دارد با خود برنامه دانلود کنید.



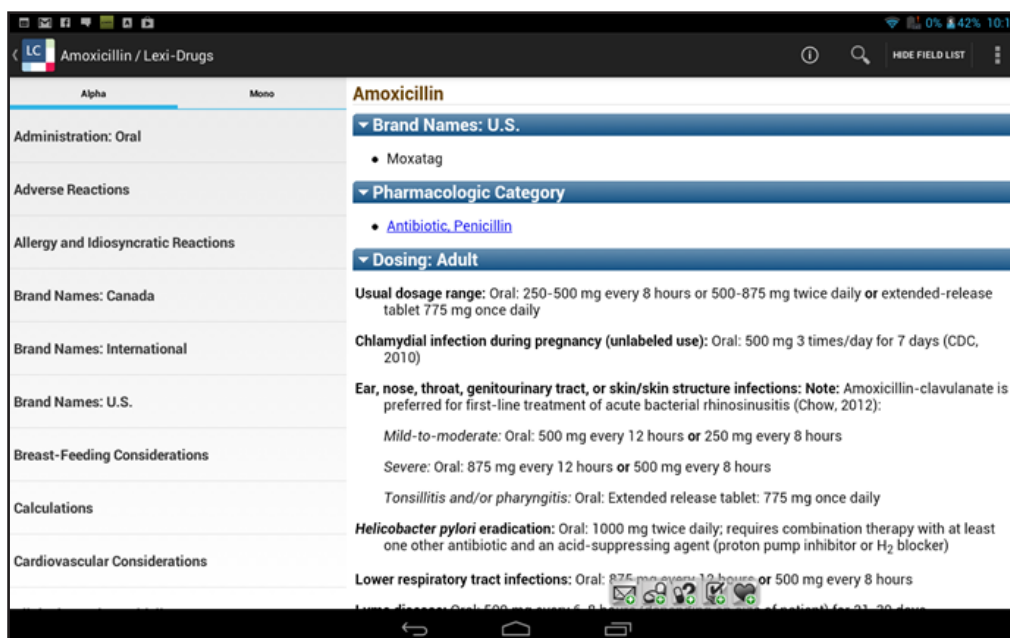
۳. **Medscape**: به جرات می‌توان گفت این نرم افزار یکی از بهترین نرم افزار های دارویی-بیماری می باشد. در این نرم افزار می‌توانید بصورت رایگان از بیش از ۸۰۰۰ دارو و ۴۰۰۰ بیماری که همگی از مقالات معتبر و به روز دنیا جمع آوری شده، استفاده کنید. لازم به ذکر است که این نرم افزار نیاز به حجم قابل توجهی دیتا برای استفاده ی آفلاین دارد.



۴. **Heart-Sounds**: این نرم افزار قابلیت های بسیار جالب و کاربردی از جمله بررسی و تفسیر صداهای قلبی را دارد که می‌تواند برای دانشجویان و پزشکان گرامی بسیار سودمند باشد. قابل ذکر است که این نرم افزار برای مرور اطلاعاتی که ممکن است پس از مدتی از یاد بروند بسیار مفید است، زیرا بخش هایی کاربردی برای مرور اطلاعات مربوط به حیطه قلب و عروق دارد.



۵. **Lexicomp**: بعد از این که نرم افزار هایی مثل **SkyScape** وارد مارکت ها شد و مشکلاتی برای نصب و اجرای آن در ایران بوجود آمد، شرکت **Wolters Kluwer** نرم افزار **Lexicomp** را برای کاربران خود رونمایی کرد. این نرم افزار در واقع یک مرجع برای پزشکان است که از طریق آن بتوانند داروهای به روز دنیا و داروهای در دسترس در هر کشور را بررسی کنند و بر اساس بیماری، داروی مناسب را انتخاب و تجویز کنند.



آز آنجایی که جمع آوری یک مرجع آنلاین و به روز از داروها که سرتاسر جهان در حال تولید هستند کمی دشوار است، این شرکت هزینه ی تقریباً بالایی (حدود \$۲۸۵ برای نسخه کامل) را برای کتاب ها و نرم افزار های خود تعیین کرده؛ ولی برای محققان و پزشکانی که می‌خواهند کار خود را به درستی و با دقت بالا انجام دهند، این هزینه قابل قبول است. برای خرید نرم افزار نسخه ی اصلی و با قابلیت به روز رسانی جهانی می‌توانید به سایت webstore.lexi.com مراجعه نمایید.

سندرم اتروفی ذهن

نجمه احمدی

n.ahmadi1992@hotmail.com



در نمای میکروسکوپی تغییراتی در بافت مغز تا کنون شناخته نشده است.

علائم بالینی

این افراد طیف وسیعی از حالات "انفعال کامل" تا "مخالفت صرف" را در رفتارهای خود بروز میدهند. آنها انگیزه ای جهت "افزایش فعالیت" خود به جای رفتارهای منفعلانه یا "افزایش صعه صدر" خود به جای مخالفت صرف ندارند.

متلایان به این سندرم اغلب حد و حدود دانش خود را نمی دانند و هیچگاه ندانسته های خود را به رو نمی آورند. آنها توانایی دنبال کردن دلایل و شواهد عقلی خود را

از دست میدهند و به مرور زمان شهامت فکریشان کم رنگ میشود.

در تفکر این افراد ناهماهنگی ها و ناسازگاری های زیادی وجود دارد که عموماً هیچ یک از متلایان به این ناسازگاری های ذهنی اعتراف نمیکنند.

در برخورد با مسائل مختلف، به صورت منفعت طلبانه رفتار میکنند و احساسات دیگران

را برای رسیدن به اهدافشان تحت تاثیر قرار میدهند.

آنها گمان میکنند واقعیت ها همیشه ساده اند و میتوانند با یک طور اندازی ساده به واقعیت ها دست پیدا کنند و تمایلی برای ادامه راه تفکر و عبور از پیچیدگی های ذهنی ندارند.

این افراد برای قضاوت دربارهی درستی یک مطلب به استدلال های دیگران توجه نمیکنند و مقدمه و نتیجه یک گفت و گو را متوجه نمیشوند چه برسد بخواهند ارتباط بین نتیجه و مقدمه را بررسی کنند.

در طی صحبت با این بیماران متوجه اقتدار کاذب آنها میتوان شد و

یکی از شایعترین بیماری های تفکر در جامعه، سندروم اتروفی ذهن است؛ به طوری که شیوع آن به بیش از ۹۰ درصد در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه میرسد.

نسبت ابتلا در زنان و مردان در این بیماری یکسان است. با توجه به تحقیقات انجام شده اتیولوژی این بیماری به زمان شکل گرفتن هنجارهای ذهنی در کودکی برمیگردد. در واقع در افرادی که در کودکی خود به ارزیابی عادت نکرده اند، یادگیری بر مبنای ترویج و تقلید داشته اند و پرسیدن را نیاموخته اند، شانس ابتلا به این سندرم بیشتر است.

همچنین عوامل ذهنی چون خرافاتی بودن، خود شیفتگی و تعصب میتواند از عوامل مساعد کننده ابتلا به این سندروم باشد.

تا کنون نقش عوامل ژنتیکی در ابتلا به این سندروم ثابت نشده است.

شیوع این سندرم در جوامع دانشگاهی که افراد محصل آن به جزوه خوانی، سوال های امتحانی سال های قبل و کتابهای

میکروطبقه بندی شده بسنده میکنند،

بیشتر است. این افراد به مرور زمان توانایی ذهنی خود را برای هضم مطالب از دست میدهند و در پروسه یادگیری ذهن آنها تبدیل به ذهن های آماده خور میشوند به طوری که هیچ جرقه ای از خلاقیت در تفکر آنها بچشم نمیخورد.

مورفولوژی

این سندروم در حالت ماکروسکوپی پلی مورفیسم های های زیادی دارد به طوری که خود را در ظاهر یک فرد عادی جامعه در نقش یک عضو خانواده تا یک روشنفکر، یک استاد، یک دانشجو، یک دانش آموز، یک سیاست مدار و حتی یک ریس جمهور نشان میدهد.

بیماری به صورت بدخیمی پیش روی میکند و به دیگر افراد جامعه متاستاز میدهد.

درمان

مبتلایان به این سندرم اغلب برای پذیرش درمان مقاومت نشان می دهند.

شرط اصلی درمان موفقیت آمیز، درک بیمار از وضعیت کنونی و نواقص تفکرش است و باید در ابتدا بپذیرد که ذهن او بیمار است. درمان اصلی و دائمی این بیماری، یادگیری "تفکر سنجش گرایانه" است که در این روش درمانی بیمار باید به "تفکر و مراقبه" بپردازد و در درمان خود استمرار داشته باشد.

با توجه با اینکه این سندرم یک سندروم راجعه است و احتمال عود در آن زیاد است، توصیه میشود مبتلایان درمان را تا آخر عمر ادامه دهد.

این مطلب برداشتی آزاد از کارگاه تفکر نقادانه می باشد.

مشاهده میشود که در استدلالشان به باورهای اکثریت، ابهام، ابهام و استفاده از عبارت "خودت چی؟" چنگ میزنند.

این افراد نمیتوانند مخالفت های خودشان را به صورت روشمند و با صعه صدر بیان کنند.

تشخیص

این سندرم در اغلب موارد تشخیص داده نمیشود زیرا بیمار با علائم آن مشکلی ندارد و میتواند به زندگی خود ادامه دهد و علاوه بر آن چون علائم بالینی آن صرفاً در تفکر و رفتار بیمار بروز پیدا می کند، علائم آن ملموس نیست. از طرفی چون شیوع آن در جامعه زیاد است برای مبتلایان یک حالت عادی تلقی میشود تا یک بیماری!

پیش آگهی

اکثر این بیماران پیش آگهی خوبی دارند و در هر مرحله از پیشرفت بیماری که باشند قابل درمان هستند. در درصد کمی از این افراد،

گزارش واحد آموزش

امیر رضا زندی

amirrezazandi@yahoo.com



درآمدی بر آموزش پاییزی:

مطابق برنامه ی آموزش در ابتدای هر ترم همایشی تحت عنوان آشنایی با پژوهش، جهت درک دانشجویان جدیدالورود از ضرورت پژوهش برای یک دانشجوی پزشکی برگزار می گردد؛ همچنین در این کارگاه دانشجویان با کمیته ی پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی آشنا می شوند. این کارگاه در مهرماه برای دانشجویان ورودی مهر ۹۵ برگزار شد.

در آبان ماه دومین جلسه ی ویرایش کارگاه روش تحقیق برگزار شد که در آن جمعی از پیشکسوتان کمیته پژوهش شرکت داشتند و تغییراتی جهت بهبود سطح کیفیت کارگاه روش تحقیق پیشنهاد شد تا شرکت کنندگان در کارگاه نهایت استفاده ممکن را از کارگاه مزبور ببرند.

در آذر ماه کارگاه روش تحقیق (به دلیل تصویب نشدن تغییرات فوق در شورای سیاست گذاری کمیته کما فی السابق) برگزار شد.

در اواخر آذر ماه، سومین نشست ویرایش کارگاه روش تحقیق برگزار شد و تمامی نظرات مربوط به ویرایش کارگاه روش تحقیق در شورای سیاست گذاری به رای گذاشته شد و پیرامون تغییرات دیگری نیز بحث و تبادل نظر شد.

“ بزاق ” حد فاصل پزشکی و دندان پزشکی

نفیسه تدین
tadanis@yahoo.com



سندرم ها و مشکلات سیستمیک پی برد، حتی می توان نوع داروهای مصرفی را نیز از روی بزاق مشخص نمود.

همانطور که بیان شد با شناسایی بزاق می توان حتی متوجه سوء مصرف دارو هایی چون کوکائین، هروئین، آمفتامین و باربیتورات از روی بزاق شد. از روی میزان جریان بزاق، اسیدیته و بافرینگ بزاق، حضور لاکتوباسل ها، IgG و Igm و اتو آنتی بادی anti-LA و افزایش پروتئین هایی مانند لاکتوفرین و سیستماتین C قابل شناسایی است و می توان به سندرم شوگرن مشکوک شد. بعضی از ملکول های اختصاصی mRNA در بزاق، به وجود سرطان اشاره می نماید. اگر وجود پروتئین و نوکلئیک اسید درون بزاق وجود داشته باشد باید به نکرور سلولی، تجزیه سلول ها و یا تروما شک نمود که می تواند پیش زمینه تشخیص سرطان باشد. مثال:

در SCC دهانی از روی مارکرهای ملکولی میتوان آن را به سه سطح تقسیم نمود: ۱. نتایج حاصل از تغییرات DNA سلولی، ۲. مربوط به mRNA نسخه برداری، ۳. پروتئین های ساخته شده؛ که در هر لایه می توان با تغییرات آن سطح، به وجود سرطان شک نمود.

این روش هنوز جایگزین روش های بیومکانیک و ... نشده است ولی برای کاهش هزینه ها و صرفه جویی در زمان می توان قبل از تشخیص قطعی بیماری، با این تست ریسک وجود بیماری را تعیین نمود و سپس در موارد ضروری بقیه آزمایش ها را تجویز کرد. البته این روش هنوز به صورت فراگیر در کلینیک ها و مطب ها مورد استفاده قرار نمی گیرد و هنوز جای بررسی و تحقیق بسیار دارد.

منبع:

Salivary Markers for Oral Cancer Detection

Anastasios

K. Markopoulos*,¹, Evangelia Z. Michailidou¹
and Georgios Tzimagiorgis²

آیا تا به حال به اهمیت بزاق خود توجه کرده اید؟ آیا می دانید یک مایع حیاتی پس از خون است؟ بزاق می تواند مرز باریکی بین سلامت و بیماری ایجاد نماید. آیا می دانید اصلی ترین نقش را در سلامت دندان ها و سیستم گوارش دارد؟ آیا می دانید این مایع لغزنده حاوی چه موادی است؟ و آیا میدانید می توان با توجه ویژه به بزاق و شناخت اجزا آن با هزینه های کم و در جمعیت های گسترده، به تشخیص بسیاری از بیماری های مهم رسید؟ امروزه پژوهش های بسیاری بر روی بزاق انجام شده است و تلاش بر آن است که مارکرهای بسیاری را از روی بزاق بوسیله کیت های اختصاصی برای تشخیص اکثر بیماری ها پیدا نمود. کیت های دندانپزشکی به شکل های گوناگون در خانه ها و مطب ها موجود هستند. انواع مختلف این کیت ها می توانند ملکول ها یا موارد متعدد خاص مورد نظر را اندازه گیری نمایند. این روش از نظر حساسیت، اختصاصی بودن، هزینه تشخیصی و مقبولیت بیمار با آزمایش های خونی رقابت می کند. از مزایای این روش می توان به دسترسی آسان، روشی غیر تهاجمی، هزینه کم، جواب سریع، قابل استفاده در جمعیت های بزرگ و ارزیابی های گسترده اشاره نمود. بسیاری از بیماری ها از جمله سرطان ها، ایدز، بیماری های تیروئیدی، بیماری های باکتریال، ویروسی و ... را می توان با این روش تشخیص داد. این روش یک روش پایه ای و اولیه قبل از آزمایش های هزینه بر مانند بیوپسی، آزمایشات ملکولی و بیوشیمیایی است. تظاهرات این بیماری ها می تواند روی مایعات بدن مانند خون، مایع میان بافتی، بزاق، اشک، ادرار و ... اثرگذار باشد. خود بزاق می تواند ترکیبی از مایع لنفاوی، ترشحات بینی، ترشحات خونی و خونریزی حین جویدن، دبری های غذایی، باکتری، ویروس، قارچ و سلول های پوشش اپیتلیالی جدا شده از مخاط دهان باشد که با آنالیز این موارد و ثبت تغییرات آن می توان به مشکلات یا بیماری ها پی برد.

کمیت و کیفیت بزاق دارای اهمیت بسیار زیادی است. به طوری که تغییر در مقدار و نوع بزاق می تواند سبب ایجاد پوسیدگی ها، مشکلات گوارشی، علائم خاص بعضی بیماری های سیستمیک مانند شوگرن، تشخیص مصرف داروهای خاص مانند کورتون های سیستمیک باشد. کیفیت بزاق شاید مهمترین ملاک تشخیصی است؛ زیرا که از محتویات آن می توان به خیلی مسایل و بیماری ها پی برد. همچنین، تغییرات هورمونی را می توان از روی بزاق متوجه شد مانند تغییرات هرمون تیروئید و وجود حاملگی. از جمله بیماری های مهم برای تشخیص می توان به ایدز، سرطان ها،

مادر جانشین

الهه کاردان

elahe.kardan@yahoo.com



نگاهی بر ضرورت ها و تعارضات اخلاق زیستی تکنولوژی در موضوع مادر جانشین

(سمینار میان رشته ای رحم جایگزین، تهران)

رحم جایگزین از مهمترین فناوری های نوین پزشکی در زمینه پاسخ به ناباروری است که با خود چالش های عمیق قانونی، اخلاقی، اجتماعی، روانشناسی و ... به همراه آورده است. برگزاری دادگاه های جنجال برانگیز بسیاری در سراسر جهان نیز شاهدی بر این مدعاست. این پدیده به دلیل ارتباط با معانی مهمی چون مادری، خانواده و تولد زمینه های بسیاری برای تغییر، تبدیل و توجیه مفاهیم اخلاقی فراهم آورد. از این رو شناخت و بررسی دقیق چالش های ناشی از آن، که گاه با مسائل ناشی از ناباروری برابری کرده و حتی از آن هم فراتر می رود، ضروری به نظر می رسد.

• تعریف رحم جانشین از نگاه دنیای فناوری

رحم جانشین از فناوری های نوین کمک باروری است که به واسطه آن زن صاحب رحم و یا مادر جایگزین متعهد می شود که به جای مادر نابارور، جنینی را برای مدتی معین، یعنی تا پایان بارداری، در رحم خود حمل کرده و از او مراقبت کند و پس از تولد نوزاد، طبق قرارداد منعقد شده آن را به زوجین نابارور تحویل دهد.

• از نظر دانشمندان این روش محدود به چه خانم هایی می شود؟

فرض بر این است که استفاده از این روش، محدود به زنانی است که قصد مادرشدن دارند، اما به دلایل مختلف از جمله نداشتن مادرزادی رحم، سقط های مکرر، بدخیمی، نارسایی قلبی و ... امکان بارداری طبیعی برای آن ها فراهم نیست.

• اما چه انگیزه هایی توانست بقیه زنان را تشویق به انتخاب شیوه مادر جانشین کند؟

انگیزه هایی همچون انسان دوستی، کمک به دوستان و نزدیکان و یا کسب درآمد و رفع نیاز های مالی برخی از زنان را به انتخاب شیوه مادر جانشین تشویق می کند.

نظرات گروه مخالف:

* کمیته ملی فرزند خواندگی این پدیده را نوعی خرید و فروش بچه می داند.

* برخی تا آنجا پیش می روند که این پدیده را با فاحشگی مقایسه می کنند.

* کلیسای کاتولیک رم، استفاده از این روش را تجاوز به اتحاد زیست شناختی و معنوی زن و شوهر می داند و با هرگونه تلقیح

مصنوعی و خارج از روابط عادی زناشویی مخالف است.
* برخی استفاده از فناوری های تولید مثل را تایید مردانی می دانند که برای زنان ارزش فردی قائل نیستند.

* خاخام تندلر، استاد دانشگاه در رشته اخلاقیات پزشکی یهود، این پدیده را با بردگی مقایسه می کند و معتقد است در گذشته، انسان را به طور کامل می خریدند و اکنون می توان اندام خاصی از او را بخرند.

نظرات گروه موافق:

* وجود یک کودک اهمیت به سزایی در عمیق تر شدن روابط درون خانواده دارد.

* وجود همان کودک برای بسیاری از خانواده ها، به دلیل مساله تداوم و بقای نسل حیاتی است.

جامعه ای که پذیرای این فناوری نوین است چه پیشنهاد ها و راهکارهایی را برای به حداقل رساندن آسیب های احتمالی و هزینه های پیش رو ارائه می دهد؟

محدود کردن انتخاب این روش به عنوان آخرین روش درمانی موجود برای درمان ناباروری.

تاکید بر رشد انگیزه های انسان دوستانه جهت مشارکت در این فرآیند.

لزوم نظارت جدی قانون بر ابعاد مختلف این قرارداد.

جلوگیری از امکان هرگونه سوء استفاده در این قرارداد.

فراهم کردن امکان مشاوره و مددکاری تخصصی و طولانی مدت برای کلیه افراد درگیر علی الخصوص مادر جانشین.

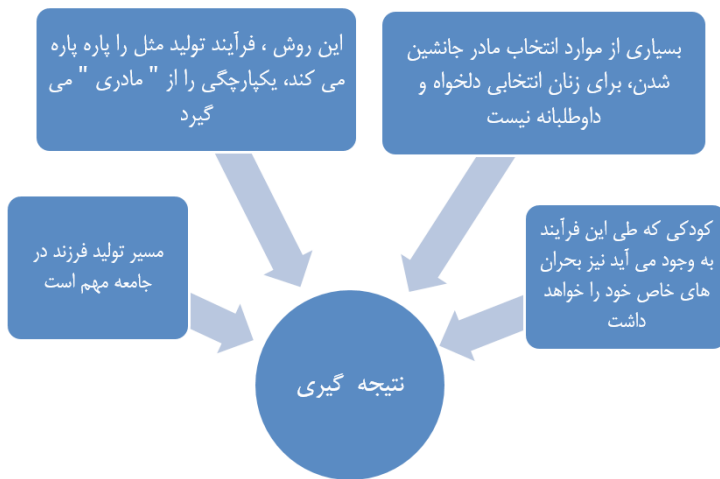
در نهایت همراهی و نظارت بی طرفانه کمیته ای موسوم به کمیته اخلاق برای سامان بخشیدن وضعیت اخلاقی پیچیده ای که در این روش وجود دارد.

تغییر تصویر «مادری» در موضوع مادر جانشین

فمینیست ها معتقدند که مادر بودن قراردادی، سبب ایجاد تقسیم مادران به کودکانسازان، کودک زایان و کودک یاران می شود. به این ترتیب، فرآیند تولیدمثل، تکه تکه و تخصصی می شود و گویی صرفاً یک از شیوه های تولید است و هیچ زنی سازندگی، زاینده گی و پرورندگی در ارتباط با یک کودک را به صورت یکپارچه تجربه نخواهد نکرد. در عوض زنانی که از نظر ژنتیکی، برتر به حساب بیایند، جنین را به صورت آزمایشگاهی تولید می کنند و زنانی که بدنی قوی دارند، جنین های تولید شده در لوله آزمایش

به محصولی می شود که از طریق تکنولوژی و بعضاً با پول زیاد به دست می آید و این می تواند مفهوم والدگری و حتی خانواده را تحریف کند.

در برخی موارد حتی والدین دهنده اسپرم و تخمک هم نیستند. در این موارد بزرگترین چالش روانشناختی موجود در این زمینه، وجود تعارضات درونی یک یا هر دو والد با دریافت های نسبی از مفهوم پدر و مادر بودن است که در صورت جدی بودن می تواند باعث آشفتگی ارتباط کودک و والدین گردد.



پیشنهاد میکنم برای مطالعه بیشتر به منابع این مقاله مراجعه بفرمایید:

- Gugucheva M. Surrogacy in America. Cambridge, MA: Council for Responsible Genetics; 2010. p. 10-12.
- Moeini M. Surrogacy, complications and selection of candidates. Tehran: Semat Publishers; 2013. p. 28-29. [Persian]
- FazliKhalaf Z, Shafieabadi A. Psychological aspects of surrogacy pregnancy in female fetuses' host. Tehran: Semat Publishers; 2013. p. 245-246. [Persian]

تهیه شده توسط: الهه کاردان
elahe.kardan@yahoo.com

را تا زمان زایمان در بدن خود حمل می کنند تا به بلوغ برسند و در نتیجه گویی، تک تک زنان به اجزا یا جنبه هایی از مفهوم کلی زن تقلیل می یابند. اما همان گونه که برخی جامعه شناسان معتقدند، روش رحم جایگزین با مغشوش کردن آنچه در تجربه مادری طبیعی است و آنچه ساخته یا محصول کار انسان است، شکل خاصی از پزشکی شدن تجربه مادری را ارائه می دهند که طی آن دانش، فهم، تجربه و روایت آنان از آنچه به راستی تجربه می کنند یا باید تجربه کنند، به چالش کشیده می شود.

کودک، محرومیت ها و پرسش های بی پاسخ

کودکی که در طی این فرآیند و با کمک این فناوری متولد می شود نیز در معرض آسیب هایی قرار دارد. تنها در مطالعات محدودی، نتایج حاکی از آن است که این روش، تأثیر منفی بر روی احساسات، عواطف و هویت کودک نداشته است که معمولاً در این مطالعات مشکلاتی از این قبیل وجود دارد:

اکثر این کودکان، کمتر از ۱۲ سال پیگیری می شوند کودکانی هستند که اصولاً مسأله نحوه تولد، برایشان فاش نمی شود و این مسأله در تحقیقات نادیده گرفته می شود. در اغلب این مطالعات، گروه هدف کودکانی هستند که آژانس های واسطه آنان را معرفی کرده است و احتمال بسیاری از سوءاستفاده ها و مشکلات قراردادهای آزاد درباره این کودکان وجود ندارد. همانطور که گفته شد کودکی که به این روش متولد می شود، دوران جنینی خود را که از مهمترین دوران پرورش اوست، در پرورشگاهی می گذراند که خلا عمیق دلبستگی مادرانه، به احتمال قوی در آن وجود دارد. از طرف دیگر فناوری های علم پزشکی این امکان را فراهم آورده تا کودکی متولد شود که ویژگی ها و صفاتش را از افرادی گرفته است، فرد دیگری او را زائیده و بعضاً افراد دیگری سرپرستی و تربیت او را به عهده گرفته اند. آیا این علم و بانیان آن، در قبال چنین کودکی که می پرسد: پدر و مادر من کیست و پرسش های هویتی که به دنبال آن به وجود خواهد آمد، مسوولیتی در خود می یابند؟

زوج نابارور و چگونگی استمرار عشق

زوجین نابارور نیز از جمله افرادی هستند که به طور مستقیم با چالش های موجود درگیر می شوند.

این طبیعی و درست است که یک زوج بخواهند با داشتن فرزند مشترک، محبت و عشق خود را به یکدیگر مستحکم سازند و آن را استمرار بخشند. اما تحقق این هدف، مقدمه، اسلوب و تلاش های ویژه خود را می طلبد. همچنین در ادامه فرآیند بارداری، انتظار، مراقبت و درد و رنج دوران بارداری همچون تمرینی است که آنها را برای به عهده گرفتن نقش پدری و مادری آماده می کند. حال به این فکر کنیم که اگر اسپرم و تخمک زن و مردی با سرنگ در محیطی مثل آزمایشگاه تلقیح و سپس به رحم زنی بیگانه تزریق شود و والدین به ناچار، مدتی تقریباً طولانی از آنچه بر جنین می گذرد دورنگه داشته شوند، در این صورت واقعاً تا چه اندازه به تداوم عشق بین آن دو کمکی شده است؟ در واقع بچه به جای این که شبیه یک هدیه و حاصل عشق دو نفر به هم باشد، تبدیل

چگونه رزومه بنویسیم؟

شروین بدیهیان

shervin.badihian@gmail.com



خواند پرس و جو کنید و رزومه ی خود را متناسب با او آماده کنید. سعی کنید از یک رزومه ی عمومی پرهیز کنید. به جای این کار، می توانید انواع مختلفی از رزومه ها را بسته به هدف آماده کنید. سوال سوم: معمولاً اطلاعات شخصی بیش از حد و اطلاعات غیرضروری، به عنوان مطالب بی ربط در رزومه ها شناخته می شوند. برای مثال وضعیت تاهل شما یا دین شما می توانند بسیار بی ربط به نظر برسند یا اینکه از گوش دادن به آهنگ یا بسکتبال بازی کردن لذت می برید تاثیری در حل مشکل کارفرمای شما ندارد. از ارائه ی اطلاعات غیرضروری در رزومه ی خود پرهیز کنید. فراموش نکنید که هیچ گاه مطلب دروغی در رزومه ی خود ننویسید، زیرا در آینده دستتان رو می شود.

چه چیزی در رزومه بنویسیم؟

زمانی که می خواهید نگارش رزومه را شروع کنید به مسئولیت ها و دستاوردهایتان فکر کنید. از لیست کردن کلیه ی فعالیت هایتان پرهیز کنید و تنها آنهایی را مطرح کنید که به موقعیتی که برای آن درخواست داده اید مرتبط هستند. سعی کنید برای شغل یا موقعیتی که برای آن درخواست داده اید چند واژه ی کلیدی بنویسید و از میان فعالیت هایتان آن هایی را انتخاب کنید که با این واژگان کلیدی تطابق دارند.

تفاوت مسئولیت و دستاورد چیست؟

مسئولیت نشان دهنده ی مهارت ها، مدارک تحصیلی و قابلیت های مورد نیاز برای یک شغل یا موقعیت خاص است در حالی که دستاورد بیشتر نشانگر کیفیت عملکردی است و نشان می دهد چگونه شما در میان سایر همکارانتان شاخص شده اید. مسئولیت در واقع نقشی است که بازی کرده اید و دستاورد پیامد عملکرد شما در آن نقش است.

سعی کنید بیشتر در مورد مهارت های سخت (hard skills) خود بنویسید. مهارت های سخت، توانایی های مشخص و قابل تدریس هستند که می توان آن ها را تعریف و اندازه گیری کرد، مانند مهارت تایپ کردن، مهارت کار کردن با یک نرم افزار و ... از طرف دیگر، مهارت های نرم (soft skills) مهارت هایی هستند که کمتر محسوس و قابل اندازه گیری هستند، مانند آداب معاشرت، توانایی وقت گذراندن با دیگران و ...

قالب رزومه:

سعی کنید همه چیز را در یک تا دو صفحه خلاصه کنید. رزومه های طولانی تر لزوماً نشانه ی قوی تر شدن شما نیستند و می توانند شانس شما را برای گرفتن موقعیت مد نظر کاهش دهند. زمانی که تاریخ

اگر می خواهید در یافتن شغل و موقعیت های مناسب موفق باشید لازم است بتوانید توانایی های خود را به خوبی به صاحبان مشاغل یا کارفرمایان ارائه دهید. یکی از این ابزارهای ارائه رزومه ی شماست. یک رزومه ی ضعیف و غیرحرفه ای می تواند علی رغم شایستگی شما شانس گرفتن موقعیتی خاص را از شما بگیرد. بنابراین لازم است زمانی را به یادگیری اصول نگارش رزومه اختصاص دهید. هدف از این بحث آشنایی با اصول آماده سازی یک رزومه ی حرفه ای و توضیح مراحل آن است. لازم به ذکر است که این اصول و مراحل ممکن است از نظر افراد و متابع مختلف و بسته به فیلد کاری اشخاص تفاوت های جزئی داشته باشند. بنابراین سعی کنید اصول کلی را فراگیرید و آن را شخصی سازی کنید.

بحث را با یک تعریف شروع می کنیم:

رزومه (cv، resume یا curriculum vitae) چیست؟ خلاصه ای کوتاه از پیش زمینه ی شخصی شما و تجربیات کاری مرتبطتان است.

حال به سه سوال زیر پاسخ دهید:

۱. فکر می کنید به طور میانگین رزومه شما چند ثانیه توسط کارفرمای احتمالی شما مطالعه می شود؟
 ۲. کارفرمای احتمالی شما به دنبال چه چیزی در رزومه ی شما می گردد؟
 ۳. چه مطالبی به عنوان مطالب بی ربط در رزومه ها شناخته می شوند؟
- و اکنون جواب سوالات:

سوال اول: طبق مطالعات رزومه ی شما به طور میانگین به مدت ۳۰ ثانیه توسط کارفرما مطالعه می شود.

سوال دوم: کارفرما در رزومه ی شما به دنبال این می گردد که متوجه شود "آیا این فرد مهارت های مورد نیاز مرا دارد؟" و "آیا این فرد می تواند مشکلات مرا حل کند؟".

پس لازم است به نحوی اطلاعات را در رزومه ی خود ارائه دهید که جواب این سوالات به راحتی یافت شوند. مهارت های خود را مخفی نکنید. کارفرما را مجبور نکنید به دنبال جواب سوال هایش بگردد، بلکه کاری کنید که جواب ها را در نگاه اول بباید. فراموش نکنید که کسی که رزومه ی شما را می خواند به دنبال رفع یک نیاز و حل یک مشکل است و شما قرار است فردی باشید که این مشکل را حل می کنید.

در مورد محلی که می خواهید رزومه ی خود را به آنجا ارسال کنید تحقیق کنید. اگر می توانید در مورد فردی که رزومه ی شما را خواهد

فعالیت هایتان را وارد می کنید تنها سال را وارد نکنید و ماه را نیز بنویسید. در نگارش رزومه به غلط‌های املائی، نقطه گذاری ها، دستور زبان، انسجام محتوا، و سبک قالب بندی بسیار دقت کنید.

اکنون که با محتوا و قالب یک رزومه آشنا شدید، لازم است ریزه کاری هایی را بیاموزید که به قوی تر شدن و حرفه ای تر شدن رزومه کمک می کنند.

چه کنیم که به رزومه ی ما توجه شود؟

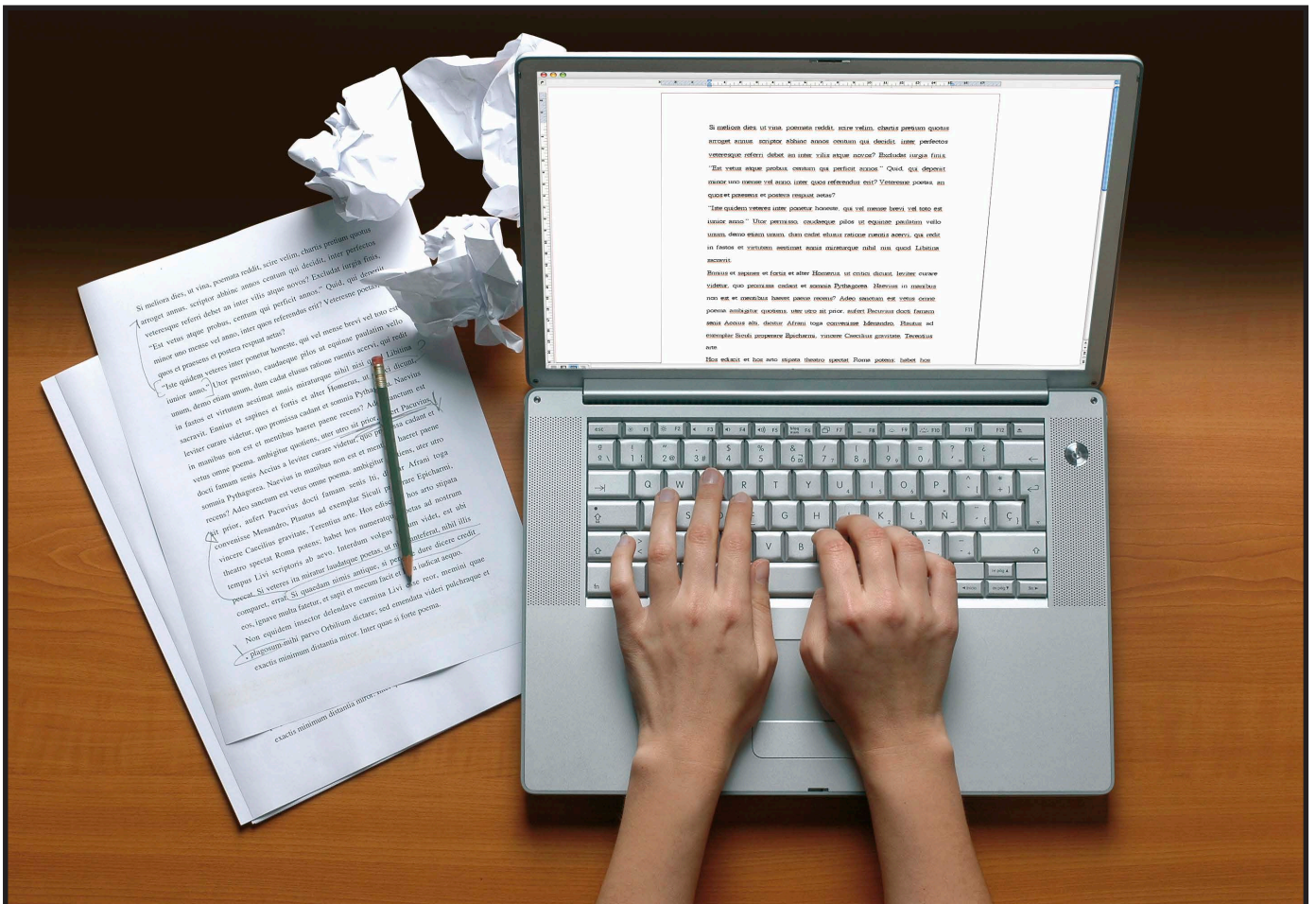
همانگونه که پیشتر نیز گفته شد، رزومه ی شما به طور میانگین حدود ۳۰ ثانیه توسط کارفرما مطالعه می شود. برخی عوامل به ظاهر ساده هستند که می توانند در نگاه اول نظر کارفرما را جلب کنند و باعث شوند با احتیاط بیشتری در مورد شما تصمیم گیری کند. برای مثال رزومه های افرادی که بر روی یک کار متمرکز نمی شوند و دائماً در حال تغییر شغل یا فعالیت های خود در حیطه های مختلف هستند می تواند برانگیزاننده ی شک و تردید در کارفرما باشد، زیرا که شخصی که قرار است شما را در موقعیتی استخدام کند ترجیح می دهد فردی باثبات و متعهد به موقعیتش انتخاب کند. در صورتی که تجارب شغلی مختلفی در رزومه ی شما لحاظ شده است سعی کنید علت این تغییرات متعدد را توضیح دهید. از جمله دیگر عوامل ساده ولی مهم، اشکالات دستور زبان و نگارشی هستند که می توانند تاثیر منفی قابل توجهی روی مخاطب شما بگذارند. حتی فونت انتخابی شما، اندازه ی فونت

ها، تناسب آن ها و راحت خوانده شدن مطالب نگاهشده شده توسط شما می توانند تاثیر بسیار زیادی روی شخصی بگذارند که رزومه ی شما را مطالعه می کند.

از طرف دیگر رزومه هایی که مختص یک شغل یا موقعیت مشخصی آماده می شوند در مقابل رزومه های عمومی تر شانس بالاتری برای پذیرفته شدن دارند. زمانی که کارفرما احساس کند رزومه ی شما مانند یک لباس مختص او دوخته شده است احساس بهتری پیدا می کند و تصمیم بهتری برای شما می گیرد. نکته ی جالب توجه این است که ممکن است فردی فعالیت های زیادی هم نداشته باشد، ولی رزومه ی خود را به گونه ای آماده کند که نشان دهد برای موقعیت یا شغل درخواستی بسیار باانگیزه و مصمم است. این شخص می تواند شانس بیشتری داشته باشد در مقابل کسی با سابقه ی فعالیت های بسیار بیشتر، ولی یک رزومه ی عمومی. فراموش نکنید که کارفرمایان به دنبال نشانه هایی هستند که انگیزه ی شما را دریابند و رزومه ی اختصاصی یکی از این نشانه هاست.

معرفی مرجع (reference) در رزومه:

مرجع یا رفرنس افرادی هستند که شما در رزومه ی خود به آن ها اشاره می کنید و اطلاعات تماس آن ها را در اختیار خواننده ی رزومه ی خود قرار می دهید. در حقیقت، این افراد به نوعی شاهد شما برای اثبات توانمندی ها و اظهارات رزومه ی شما هستند. نظرات مختلفی در مورد ویژگی های این افراد و نحوه ی انتخاب آن ها وجود دارد و



کارفرمایان مختلف دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به رفرنس‌ها دارند. ولی نکاتی در مورد انتخاب این افراد وجود دارد که بین کارفرمایان مختلف مشترک است.

رفرنس کسی است که در فیلد مورد نظر شما کار می‌کند و معمولاً در آن فیلد شناخته شده است. این افراد باید با شما کار کرده باشند یا شناخت مناسبی از شما داشته باشند. ممکن است کارفرمای شما با رفرنسی که معرفی کرده اید تماس بگیرد و از او سوال کند که حاضر است مجدداً شما را استخدام کند یا با شما کار کند یا نه. بنابراین کسی را معرفی کنید که شما را قبول داشته باشد و تاییدتان کند.

اگر در سنین جوانی هستید از شما انتظار نمی‌رود افراد بسیار شاخص و مطرح در یک حیطه را به عنوان رفرنس معرفی کنید چرا که همه می‌دانند در ابتدای راه کسب تجربه هستید. در این موارد معرفی اساتید شناخته شده‌ی دانشگاهی تان به عنوان رفرنس می‌تواند کارساز باشد. می‌توانید رئیس قبلیتان یا همکارانتان را به عنوان رفرنس معرفی کنید، البته در صورتی که مطمئن هستید نظر مساعدی نسبت به شما دارند. دوستانتان را به عنوان رفرنس معرفی نکنید، ممکن است نکته‌ی منفی برای شما لحاظ شود. همچنین اعضای خانواده را به عنوان رفرنس معرفی نکنید. به کارفرما نشان دهید برای انتخاب رفرنس‌ها فکر کرده اید و وقت کافی گذاشته اید.

گاهی اوقات شخصی در یک فیلد بسیار مطرح و شناخته شده است. ولی به دلیل خصوصیات اخلاقی یا سایر مسائل دیگر جلوه‌ی اجتماعی خوبی ندارد. این افراد با وجود شناخته شده بودن رفرنس‌های مناسبی نیستند. بنابراین کسانی را انتخاب کنید که ضمن تجربه‌ی کافی در آن فیلد، خوشایند سایر همکاران در آن فیلد نیز باشند.

استفاده از افعال نشانگر عمل مثبت (positive action verbs):
 افعال نشانگر عمل (action verbs) افعالی هستند که بیانگر یک عمل فیزیکی یا ذهنی هستند که فاعل جمله انجام می‌دهد یا اتفاقی که رخ می‌دهد. استفاده از این افعال در نگارش رزومه توصیه شده است.

دو نکته را همیشه در ذهن داشته باشید: اول اینکه مهمترین ویژگی قابل توجه رزومه‌ی شما سادگی آن باید باشد. دوم اینکه زبان رزومه‌ی شما باید شفاف و کوتاه باشد. نگارش پاراگراف‌ها یا جملات طولانی در رزومه غیرمعمول است. باید با عبارات ساده، کوتاه و شفاف به کارفرما این امکان را دهید که سریعاً نکات مورد نظرش را در رزومه‌ی شما ببیند. می‌توانید با کمک افعال نشانگر عمل مثبت موفقیت‌های خود را به کارفرما نشان دهید. در ادامه بیشتر این مورد را توضیح می‌دهیم. به خاطر داشته باشید افعال نشانگر عمل مثبت، افعالی هستند که کارفرماها در رزومه‌ی شما به دنبال آن‌ها می‌گردند. این افعال را به عنوان اولین فعل در جملاتتان استفاده کنید تا ضمن مشخص کردن مسئولیت‌های خاصتان، دستاوردهایتان را به خوبی توصیف کنید.

زمان افعال را به گونه‌ای مناسب انتخاب کنید که توصیف صحیحی از آن وضعیت باشد. برای موقعیت‌ها یا فعالیت‌های فعلی از افعال حال ساده استفاده کنید و برای فعالیت‌هایی که تمام شده اند ماضی ساده

به کار ببرید. اگر می‌توانید از مقادیر در توصیف کارتان استفاده کنید. آشنایی با کلمات مصطلح در واحد منابع انسانی سازمان‌ها:

بحث دیگری که می‌تواند در موفقیت رزومه‌ی شما موثر باشد استفاده از کلمات مصطلح در واحد منابع انسانی سازمانی است که رزومه‌ی شما را بررسی می‌کند. رزومه‌ی شما معمولاً ابتدا به دست واحد منابع انسانی می‌رسد و آن‌ها در بررسی اولیه رزومه‌ی شما را اولویت بندی می‌کنند و برخی قسمت‌ها را هایلایت می‌کنند. این افراد معمولاً در رزومه به دنبال واژگان مشخصی می‌گردند. در صورت آشنایی با این واژه‌ها می‌توانید آن‌ها را در رزومه قرار دهید تا شانس قبولی رزومه را افزایش دهید. برای این کار فعالیت‌های خود را در قالب “ فعل + کلمه‌ی کلیدی منابع انسانی + فعالیت” بیان کنید. مثال:

Designed an outward bound training camp
 Demonstrated strategic thinking through
 designing outward bound training camp

در این عبارت strategic thinking کلمه‌ی کلیدی منابع انسانی است.

منابع بیشتر جهت مطالعه:

<https://www.theguardian.com/careers/cv-advice-how-paint-picture-/09/jun/employment-history>

<https://www.theguardian.com/law/build-a-cv-that-taps-into-the-mindset-of-interviewers>

<https://www.theguardian.com/careers/cv-templates>

آشنایی با مراحل چاپ کتاب ترجمه شده توسط انتشارات دانشگاه

مهرداد و خوشوری

Mehrbod1@yahoo.com



هست. ممکنه در این مرحله کتاب نیازمند اصلاحاتی باشد که باید توسط مترجمین در اسرع وقت اصلاح و ارسال بشه. اگر در این مرحله کارشناسان اعلام کردند که کتاب قابل چاپ است، شما می تونید یک نفس راحت بکشید چون تقریباً به طور یقین میتونیم بگیریم که این کتاب چاپ خواهد شد.

از الان به بعد فقط یه سری کارهای پیش پا افتاده!!! مونده.

مثل هر کتاب دیگری که توی بازار هست، کتاب شما هم باید صفحه آرایی بشه و جلد طراحی بشه. اگر خودتون جایی را سراغ دارید که هیچ، وگرنه خود دانشگاه چندین مکان را معرفی می کنه تا راحت تر و سریع تر کارتتون انجام بشه.

در همین حین کارهای دریافت مجوز از وزارت ارشاد و دریافت کد شابک هم انجام می گیره، اما می رسیم به بحث اصلی که همان مسائل مادی هست.

طبق قانونی که خود انتشارات دانشگاه داره، برای هر صفحه کتاب ترجمه شده، مبلغ ۲۵۰۰ تومان (البته اگر تغییر نکنه!!!) به مترجمین میده و در قبال اون حق چاپ کتاب را برای خودش بر می داره و شما حق هیچ گونه چاپی بدون اجازه ناشر را نخواهید داشت، وگرنه تحت پیگرد قانونی قرار خواهید گرفت!!!

بعد از قبول این شرایط و پیمودن کلیه مسیرها و وقت گذاشتن های زیاد، لوگوی معتبر!!! دانشگاه بر روی جلد کتاب شما خودنمایی خواهد کرد و می تونید به سایرین فخر بفروشید که دانشگاه کتاب شما را چاپ کرده است.

حال اگر با خواندن این مطلب همچنان مصرانه خواستار این هستید که دانشگاه کتاب شما را چاپ کند، فرصت را از دست ندهید و از همین لحظه شروع کنید.

(درسته که کمی سخته، ولی برای کتاب های علمی نام انتشارات خیلی مهمه و می تونه به افزایش اعتبار کتابتون خیلی کمک کنه.) چند خط آخر: اگر چنانچه با کمبود وقت مواجه بودید و خواستید که ناشر خارج از دانشگاه کتاب شما را چاپ کند، اول از همه یه سری به سایت www.nlai.ir بزیند و ببینید که کتاب قبلاً ترجمه شده است یا خیر، بعد از اون وارد سایت www.nashreiran.ir که تمامی ناشران رسمی در آن فعالیت دارند بشوید و بر طبق نوع کتاب و محل دلخواه خود ناشر خود را انتخاب کنید. هماهنگی های لازم را با وی انجام دهید و بسته به نوع قرارداد امضا شده، کتابتون با سرعت بیشتری به چاپ می رسه، اما این رو بدویند که دیگه خبری از اون لوگوی زیبای دانشگاه نیست.

امیدوارم خواندن این مطلب کمکی هرچند کوچک در جهت آگاهی از مسیر چاپ کتاب ترجمه شده به شما کرده باشد.

باعث افتخار بنده است که اگر باز هم سوآلی بود بتوانم پاسخگو ی شما عزیزان باشم.

شاید برای شما هم اتفاق افتاده باشه که زمانی که درحال مطالعه یکی از کتاب های تألیفی یا ترجمه شده توسط اساتید دانشگاه هستید، به خودتون بگید که چه جوری می شه که دانشگاه کتاب چاپ می کنه و آیا اصلاً چاپ شدن کتاب توسط انتشارات دانشگاه برای مؤلفین و یا مترجمین ارزش و امتیازی هم داره و درواقع صرف می کنه که کلی وقت بذاریم؟ پس حالا ادامه مطلب رو بخونین تا متوجه بشین که می صرفه یا نه؟ اول از همه، اینو بگم که این توضیحات برای کتاب های ترجمه شده می باشد و فعلاً اطلاعاتی در رابطه با کتاب های تألیفی در دسترس نیست!!!

اولین کاری که باید انجام بدین اینه که مطمئن بشین کتاب قبلاً ترجمه نشده باشه، چون ممکنه شما کلی وقت بذارین و کل کتاب رو به بهترین شکل ترجمه کنین، ولی یک گروه دیگه و یک جای دیگه قبلاً اون کتاب رو ترجمه و چاپ کردن و کل زحمت های شما یک شبه بر باد بره. برای جلوگیری از این کار، اول به اتفاق جلد اصلی کتاب تشریف می برید به ساختمان های گسترش (شماره ۴) و از وزارت بهداشت برای ترجمه کتاب خودتون استعلام میکنید. معمولاً ظرف چند هفته جواب استعلام می آید، ولی **dead line** زمانی دو ماه است. اگر جواب استعلام مثبت بود که نورعلی نور می شود و می تونین شروع به ترجمه کنین؛ اما اگر جواب منفی بود دو راه بیشتر ندارین: یا اینکه برید سراغ یک کتاب دیگه و دوباره از اول استعلام کنید، یا اینکه کلاً بی خیال کار ترجمه و چاپ کتاب بشین. وقتی که کار ترجمه شما به پایان رسید و چندین نوبت ویراستاری هم انجام گرفت، شما مجدداً با نسخه چاپ شده ترجمه کتاب روانه همون ساختمان شماره ۴ می شین. اون جا باید یه فرم پر بشه تا مشخص بشه که هر کدام از مترجمین چند درصد همکاری داشتند. (همین جا یک نکته را همیشه در نظر داشته باشین که وجود یکی از اساتید هیئت علمی دانشگاه در مجموعه افراد مترجم کتاب، شانس قبولی کتاب را خیلی بالا می بره.)

بعد از تحویل کتاب شما باید منتظر باشید، چون کتاب اول وارد شورای عمومی گروه می شه که هر دو هفته یک بار در روز چهارشنبه جلسه دارند. (ولی باید دعا کنید که جلسه حتماً تشکیل بشه وگرنه می ره برای دو هفته بعد و این یعنی)

بعد از اینکه کتاب در شورای عمومی قبول شد برای کارشناسی بیشتر، به شورای تخصصی که متشکل از تعدادی افراد متخصص در زمینه موضوع کتاب است منتقل میشه. این مرحله نیازمند به سه نسخه چاپی از کتاب اصلی و یک نسخه چاپی از کتاب ترجمه شده به همراه آخرین نسخه اصلی کتاب هست.

کارشناسان طی جلسه های مختلفی که با هم میذارن، کتاب رو دقیق تر بررسی میکنن و متن اصلی رو با متن ترجمه شده مطابقت می دن. حداکثر مدت زمان لازم برای داوری در این مرحله دو ماه

طب ترجمانی

مریم بهارلویی

maryambaharlooie@yahoo.com



ی مهندسی ژنتیک سلول و بافت که به طور مستقیم و یا به طور غیر مستقیم با استفاده از ترکیباتی که به صورت هدفمند با اثر بر مسیرهای اختصاصی بیماریزایی در بدن بیماران روی بافت ها اثر می گذارند از جمله ی این استراتژی ها هستند. مشکل اصلی در این زمینه، عدم وجود یک روش ارزیابی و استاندارد سازی سریع و درعین حال مطمئن برای اعتبار سنجی این استراتژی ها می باشد؛ بنابراین نیاز به یک حوزه ی پژوهشی جامع جهت این اعتبارسنجی و استاندارد سازی است. اهدافی که طب ترجمانی در علم و صنعت در پیش گرفته است، مکمل یکدیگر می باشند؛ برای مثال، تکمیل پروژه ی ژنوم انسان در سال ۲۰۰۳ بعنوان یک انقلاب علمی عظیم در

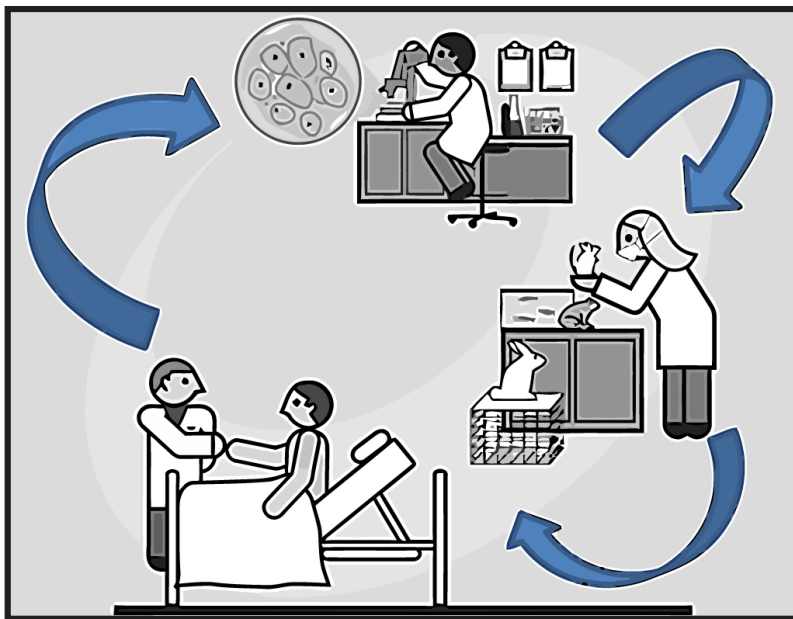
عصر جدید باعث تسریع رشد آزمایشات تشخیصی برپایه ی آنالیز جامع داده های حجیم بیوانفورماتیکی در زمینه ی ژنومیکس، ترانسکریپتومیکس و پروتئومیکس، و همچنین ایجاد قابلیت بررسی اثر هم زمان چندین متغیر در یک بیماری شده است. از حوزه- های رشد یافته در این زمینه می توان به **Nutrigenomics**

اشاره کرد که در آن اثر رژیم های غذایی بر بیان ژن های مورد نظر در یک فرایند سنجیده می شود. همچنین تحقیقات در زمینه ی سرطان که در سال های اخیر به سمت بررسی و هدف گیری متابولیسم تومور و نیازمندی های اختصاصی سلول سرطانی جهت بقا و تکثیر سوق پیدا کرده است. مطالعات نشان می دهد که از این برهم-کنش های متابولیک در ریزمحیط تومور، می توان برای ایمنی-درمانی استفاده کرد. یکی از مهم ترین مراحل در ایجاد و توسعه ی هر روش درمانی، تعیین **dosage** و نیز منشا مناسب آن عامل درمانی است؛ این موضوع، زمانی به چالش تبدیل می شود که درمان مورد نظر، یک عامل زیستی با مکانیسم اثر

طب ترجمانی حوزه ایی از پژوهش است که سعی آن بر ارتقای سلامت و روش های تشخیص و درمان بیماری ها با استفاده از یافته-های نوین زیستی می باشد. ماهیت دوطرفه ی این علم، در استفاده از علوم جدید برای تحقیقات بالینی و از طرف دیگر، پیاده سازی چالش های بالینی در قالب فرضیات علمی آزمایشگاهی، آن را به ابزاری جذاب برای مدیریت و پر کردن شکاف بین "آنچه می دانیم" و "آنچه انجام می دهیم" تبدیل کرده است؛ بنابراین آشنایی با این فرایند و مقدمات ضروری آن، می تواند گامی ارزشمند در جهت تکمیل دانش پژوهشی متخصصان بالینی و همچنین تکمیل اطلاعات پژوهشگران علوم پایه از نیازهای پزشکی و جهت دهی

به ایده-پردازی و طرح فرضیات باشد.

افزایش رو به گسترش امید به زندگی در بسیاری از جمعیت ها باعث افزایش شیوع بیماری های مزمن شده است. درمان آن ها معمولاً پرهزینه، زمان بر و کم بازده است. بنابراین، نیاز به راهکارهایی با بازدهی بالاتر، بیشتر احساس می شود. برای مثال، کارآزمایی های بالینی نیازمند یک نشانگر



زیستی به عنوان نقطه ی پایانی در مطالعات هستند تا اثربخشی یک تیمار را در مسیر مورد نظر به اثبات برسانند. بدون وجود این نشانگرها، کارآزمایی ها بطور غیر بهینه ای طولانی خواهند شد. طب ترجمانی می تواند با انتقال یافته های زیست پزشکی به کاربرد بالینی، چنین نشانگرهایی را برای نقاط پایانی بهینه در هر زمینه ی پژوهشی، تعیین کند.

توسعه ی زیست فناوری مدرن، پژوهشگران را قادر به بهبود اثربخشی و ایمنی استراتژی های تشخیصی، درمانی و مراقبتی کرده است اما از طرفی این راهکار باعث افزایش پیچیدگی روش های درمانی و ارزیابی آن ها نیز شده است. روش هایی بر پایه

۲۰۱۱؛ ۱۲(۴): ۴۶۹-۸۷

Cairns RA, Mak TW. The current state of cancer metabolism. *Nature Reviews Cancer*

۲۰۱۶؛ ۱۶(۱۰): ۶۱۳-۴

Dimitrov

D, Thiele I,

Ferguson LR.

Editorial: The

Human Gutome:

Nutrigenomics

of Host-

Microbiome

Interactions.

Frontiers in

Genetics

۲۰۱۶؛ ۷

Golpanian

S, Schulman

IH, Ebert RF,

Heldman AW, DiFede DL, Yang PC, et al. Concise

review: review and perspective of cell dosage

and routes of administration from preclinical

and clinical studies of stem cell therapy for

heart disease. *Stem cells translational medicine*

۲۰۱۶؛ ۵(۲): ۱۸۶-۹۱

<https://www.eupati.eu/non-clinical-studies/translational-medicine>

پیچیده و ناشناخته باشد. از جمله چنین عواملی، سلول های بنیادی مورد استفاده در سلول درمانی هستند که نقطه ی امید بخشی در گسترش طب بازساختی و احیای بافت های آسیب دیده می

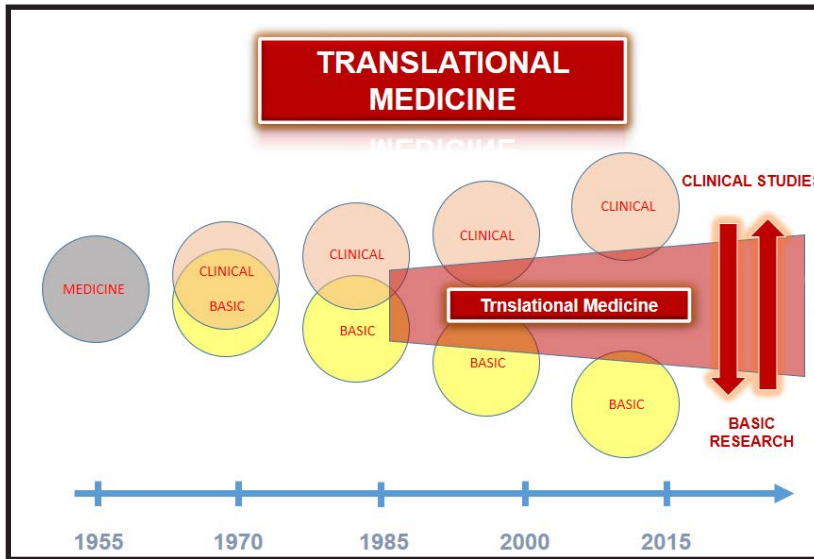
باشند. بنابراین مشخص کردن مکانیسم های دقیق تاثیر هر عامل، یکی از مراحل ضروری قبل از translate کردن علم استفاده از آن عامل به تجویز پزشکی می باشد. از زمینه های جدید دیگر، می توان به حوزه ی Human Microbiom اشاره کرد، که به بررسی اثرات میکروب های فلور طبیعی بر بدن انسان می پردازد. چنین

مطالعاتی مشخص می کنند که چگونه ماهیت مولکولی یک بیماری پیچیده و پاسخ آن به دارو، باید بعنوان یک رویکرد چندعاملی و تحت تاثیر برهم کنش عوامل ژنتیکی و محیطی در نظر گرفته شود. یافته هایی که زمینه ژنتیکی هر بیمار را با استعداد ابتلای وی به بیماری و پاسخ به درمان پیش بینی می کنند، می توانند

منجر به توسعه ی رویکردهای مداخله ایی بهینه ایی جهت درمان اختصاصی هر فرد شوند که به آن، پزشکی شخصی نیز اطلاق می شود. طب ترجمه ایی با انتقال یافته های پژوهشی پایه به مراحل مطالعات بالینی می تواند باعث رشد سریعتر خدمات پزشکی دانش بنیان و همچنین تسریع پاسخ جامعه ی علمی و پژوهشی به نیازهای بالینی شود.

منابع:

Banerjee C. Stem cells therapies in basic science and translational medicine: current status and treatment monitoring strategies. *Current pharmaceutical biotechnology*



گزارش واحد پژوهش

مهدی برزگر

barzegar.mahdiv3@gmail.com



آغاز گردیده بود، اولین موفقیت برای واحد پژوهش در نیمه دوم سال تحصیلی بوده است. به دنبال آن واحد پژوهش به سازماندهی طرح های MSRTP پرداخته و اقدام به تشکیل سه طرح MSRTP نمود. شرکت کنندگان در این سه طرح، به دنبال فراخوان در تابستان همین سال، درخواست خود را برای شرکت در طرح های MSRTP اعلام کردند که با توجه به تعداد محدود طرح های تحقیقاتی، چهارده نفر از داوطلبین، بر طبق اساسنامه کمیته پژوهشی، توانستند وارد طرح ها بشوند.

دومین و سومین فراخوان طرح های تحقیقاتی کمیته پژوهشی در ماه های مهر و بهمن برگزار گردید. همچون فراخوان های گذشته، سه مرحله داوری برای بررسی طرح های تحقیقاتی

واحد پژوهش در نیم سال دوم به دنبال اجرایی کردن برنامه سالیانه خود بوده است. جلسات پروپزال خوانی، جلسات کتابخوانی گروه مطالعاتی، طرح های تربیت پژوهشگر دانشجویان پزشکی (MSRTP)، فراخوان طرح های تحقیقاتی برنامه هایی بوده است که در ابتدای سال توسط واحد پژوهش مشخص گردید. در انتهای نیمه اول سال تحصیلی، جلسات پروپزال خوانی آغاز گردید و به مدت سه ماه به طول انجامید. هدف از این جلسات، آشنایی شرکت کنندگان به دانش پایه درمورد پروپزال و نحوه درست نگارش آن بوده است، که در انتهای جلسات به این امر بزرگ دست یافتیم.

جلسات متعددی برای برگزاری برنامه کتاب خوانی برگزار گردید که در آن به تعیین اهداف جلسات، نحوه برگزاری آن، موضع جلسات و انتخاب کتاب پرداختیم. نتیجه این جلسات، برگزاری نخستین جلسه کتابخوانی در آبان ماه بوده است. این جلسات با حضور سه گروه سه نفره از اعضای کمیته پژوهشی آغاز گردید. با بررسی های صورت گرفته بر روی کتاب و تعیین مطالب مورد نیاز شرکت کنندگان از میان انبوه مطالب، نه جلسه برای سلسله جلسات کتاب خوانی در نظر گرفته شد. در هر یک از این جلسات، هر یک از گروه های شرکت کننده به ارائه مطالب از فصول تعیین شده می پرداخت. به منظور افزایش مشارکت سایر گروه ها، بحث عمومی در زمینه موضوع جلسه صورت می گرفت. طبق جدول برنامه ریزی شده برای

جلسات، این برنامه بیست هفت بهمن ماه به اتمام میرسد. گروه مطالعاتی به عنوان یکی از برنامه های احیا شده در سال جاری کمیته، مورد توجه قرار گرفت. جلسات متعددی در مورد مشخص کردن وظایف کمیته در قبال گروه های مطالعاتی و همچنین وظایف گروه مطالعاتی در قبال کمیته پژوهشی برگزار گردید. تعدادی از دانشجویان علاقه مند اقدام به تشکیل گروه مطالعاتی در درس فیزیولوژی کرده اند و قریب به ده جلسه بین اعضا و استاد مربوطه برگزار گردیده است. برنامه کمیته پژوهشی در زمینه گروه مطالعاتی در آینده نزدیک به طور کامل اعلام خواهد شد.

اتمام یکی دیگر از طرح های MSRTP که سال های پیش



صورت گرفت که هر طرح توسط حداقل یکی از اساتید دانشگاه بررسی شد. در فراخوان دوم و سوم جمعا ۱۶ طرح تحقیقاتی مورد تصویب قرار گرفت.

ویرایش اساسنامه کمیته پژوهشی، به عنوان یکی از برنامه هایی که در جلسات واحد پژوهش مطرح گردید، در دی ماه آغاز گردیده است و همچنان در حال پیگیری می باشد.

در انتهای مطالب خود، دو بیتی زیر را که در وصف اهمیت دانش اندوزی می باشد، تقدیم می کنم.

در مسیر زندگی هرگز نمی افتد به چاه

با چراغ دین و دانش گر بشر بینا شود

تاریخچه ی اخلاق پزشکی و چالش های آن

زهرا سورانی

zsourani@yahoo.com



به طور غیر قانونی مکررا به منظورنگه داری و یا مصارف تحقیقاتی از بدن آن ها خارج می شده است.

این رسوایی منجر به فعالیت انجمن نسوج بدن انسان (Human Tissue Act) در سال ۲۰۰۴ شد که در نتیجه ی آن قوانین مربوط به اختیار فرد نسبت به بافت های کالبد خود در بریتانیای کبیر وضع گردید.

ماجرای دوم: نایجل کاکس (Nigel Cox) واتونازی

اتونازی یا مرگ خوب چالش حل نشده جامعه ی پزشکی است. حقیقتا تصمیم گیری در این راستا و بلند کردن تابلوی رای "موافقم" یا "مخالفم" به مانند تصمیم گیری در رابطه با ارجح بودن صفت "نوع دوستی" یا "قانون مداری" برای یک پزشک کار دشواری است؛ چرا که اندیشیدن به هر یک از وجوه این کار نقش برابری بر تایید و رد این عمل از سوی جامعه ی پزشکان خواهد داشت. نایجل کاکس، مشاور روماتولوژیست انگلیسی، از معدود پزشکان بریتانیایی است که نامش در لیست پزشکان محکوم به قتل بریتانیا به چشم می خورد!

لیلین بویز (Lillian Boyes) در بیمارستان Royal Hampshire شهر وینچستر در سال ۱۹۹۱ به علت ابتلا به بیماری خود ایمنی و دردناک آرتریت روماتوئید بستری و تحت درمان نایجل کاکس قرار می گیرد. در طی سال های بستری وی در این مرکز درمانی که به حدود ۱۳ سال می رسید، بیماری وی ابداء علائم بهبود را نداشته و حتی به گفته ی مقامات بیمارستان "با کوچکترین لمس بدن لیلین، حس جا به جایی استخوان های وی در مفاصل و صدای شکایت او از فرط درد، شخص معاینه کننده را از هر مداخله ی دیگر باز میداشت"

این شرایط رنج آور برای بیمار بیش از همه تحمل ناپذیر گشت؛ تا آن جا که به پزشک معالج خود، کاکس، تصمیم خود بر خاتمه ی زندگی اش را اعلام کرد و از وی خواست چنانچه در راستای التیام رنج های او متعهد است، این وظیفه را بر عهده گیرد.

- اگر هر پزشکی بتواند بدین ترتیب بیمار را از شرایط دردناک رها کند، این امر برای پزشک به مانند دستاویزی برای رهایی از تنفرت شخص خواهد شد؟

- آیا پزشکان صلاحیت قضاوت در این راستا را دارند؟

- آیا هر پزشک فارق التحصیل دانشکده پزشکی، میتواند تضمین کند که در قبال مبلغ دریافتی، دستور به پایان زندگی بیمار نخواهد داد؟

همه ی ما در طی زمان تحصیل یا فعالیت در زمینه ی بهداشت و درمان، مطالب پراکنده ای درباره ی اخلاق حرفه ای در رشته ی پزشکی مطالعه میکنیم یا می شنویم. اما واقعا این داستان از کجا شروع شد؟

یک سری اتفاقات در اواخر قرن ۲۰ و اوایل قرن ۲۱ میلادی آتش این اتفاق را روشن کردند که عمدتا از نگاه های تیزبین جامعه ی بهداشت و درمان پنهان می مانند.

در طی این مقاله نگاهی به تعدادی از این اتفاقات می اندازیم.

ماجرای اول: رسوایی بیمارستان کودکان Alder Hey

بیمارستان کودکان Alder Hey در سال های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۵ در خارج کردن، نگه داری و استفاده غیر قانونی از اعضای کودکان بستری درگیر بود. در این بازه زمانی حدود ۲۰۰۰ ظرف نگهداری از اعضای بدن حدود ۸۵۰ کودک بیمار در این بیمارستان نگهداری می شد.

تا سال ۱۹۹۹ جامعه ی عمومی از این اتفاق بی خبر بود. افشای این موضوع بامرگ سامانتا ریکارد (Samantha Rickard)، نوزاد ۱۱ ماهه که در درمانگاه Bristol تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفته بود، کلید خورد.

در سال ۱۹۹۶ هلن ریکارد (Helen Rickard)، مادر وی، از ادعای افزایش بی سابقه ی مرگ کودکان در نتیجه ی جراحی قلب باز اطلاع پیدا کرد و تقاضای مرور بر اطلاعات پزشکی فرزند خود را تسلیم بیمارستان کرد. در خلال مدارک، اظهارات آسیب شناس مربوطه، که وظیفه تایید مرگ سامانتا را عهده دار بود، دال بر خارج نمودن قلب او بعد از مرگ ثبت شده بود. در پاسخ به علت جویی خانواده ی ریکارد در قبال این ادعا، در سال ۱۹۹۷ بیمارستان قلب سامانتا را به خانواده اش بازگرداند.

اما خانواده ی ریکارد که حدس میزدند این اتفاق سر دراز دارد و منحصر به فرزند آنان نیست، فعالیت های اجتماعی خود را در این زمینه گسترش داده و از خانواده هایی که فرزندان با پرونده ی مشابه داشتند دعوت کردند و گروه های حمایتی تشکیل دادند. در فوریه سال ۱۹۹۹ تلاش های اجتماعی آنان توجه مطبوعات را به خود جلب کرد و در سپتامبر همان سال به طور رسمی آمار دقیقی از فعالیت این بیمارستان منتشر شد.

بیمارستان Alder Hey و همچنین Walton از دهه ها قبل در این زمینه فعالیت کرده و نه تنها قلب کودکان در حین اتوپسی، که تیموس کودکان در زمان جراحی و موارد دیگری از این دست

- آیا در قالب دین و فرهنگ وجه التیام بخشی پزشک برجسته تر است؟ یا تابع چارچوب درمانی و پایبند بودن به برنامه‌ی درمانی مدون؟

- آیا مشاهده‌ی زندگی مالمال از رنج و درد بیمار که با قوی‌ترین مسکن‌ها نیز تخفیف نمی‌یابد، مطابق با قسم طبابت دال بر التیام جسم و روح بیمار است؟

- آیا برای یک بیمار مرگ در عزت و احترام به مراتب بهتر از مرگ در اوج ناتوانی نیست؟

- آیا یک بیمار نمی‌بایست حق انتخاب برای ادامه درمان یا انصراف از آن را داشته باشد؟

نتیجتاً در آگوست سال ۱۹۹۱ کاکس دو سرنگ کلسیم کلرید به منظور توقف فعالیت قلب و در نتیجه مرگ او، به لیلیان تزریق کرد. اطلاعات مربوط به مرگ وی با عنوان "نومونیا" به امضای کاکس رسید.

پرستار مربوطه عدم تطابق بین گزارشات کاکس و اطلاعات آزمایشگاهی لیلیان را گزارش کرده و پس از رسیدگی قانونی، کاکس برای مرگ لیلیان مجرم شناخته شد و ۱۸ ماه حبس تعلیقی به همراه حق تدریس در این زمان، برای او در نظر گرفته شد.

در نوامبر سال ۱۹۹۲ کمیته "انجمن

پزشکان عمومی بریتانیا" تمامی اتهامات را از کاکس برداشته و عملکرد وی را در این زمینه مطابق با وظایف پزشکی اعلام کرد.

از سال ۱۹۹۳ شرایط زندگی کاکس تماماً به حال خود بازگشت.

ماجرای سوم: جودی و مری

جودی و مری با نام‌های اصلی

گریسی و رُزی، دو قلوبی که از ناحیه لگن به یکدیگر متصل بودند، در اکتبر ۲۰۰۰ متولد شدند. وضعیت فیزیکی مری به گونه‌ای بود که تماماً به فیزیولوژی جودی وابسته بود و ارگان‌های اساسی جودی برای هر دوی آن‌ها فعالیت می‌کرد که ادامه این موضوع سلامت هر دو آن‌ها را به خطر می‌انداخت.

پس از پیگیری والدین این دو، پزشکان اعلام داشتند که در صورت ادامه‌ی این وضعیت، زندگی هر دوی آن‌ها در خطر خواهد بود و در صورت اقدام به جراحی و جدا کردن آن‌ها، تنها جودی برای ادامه زندگی شانس خواهد داشت و زنده ماندن مری حتی با معجزه هم میسر نخواهد شد.

بعد از گذشت ۱۰ روز از تولد آن‌ها، قلب جودی علائم خستگی ناشی از تغذیه دو جسم را بروز داد.

خانواده‌ی کاتولیک این دوقلو این تصمیم‌گیری دردناک را به دادگاه واگذار کردند.

- آیا اگر مری می‌توانست از حقوق خود دفاع کند، ترجیحش بر زندگی این چند روزه بود یا حاضر به زندگی سالم خواهرش به جای هر دوی آن‌ها بود؟

- آیا یک پزشک حق تصمیم‌گیری برای مرگ یا زندگی یک بیمار را دارد؟

- آیا وجدان آدمی مرگ ناشی از شرایط غیر عادی تولد آن‌ها را بهتر از دست دادن با پیش‌آگهی ناشی از جراحی، پذیرا نیست؟ سرانجام در پایان سال ۲۰۰۴ عمل جراحی به منظور جدایی استخوان لگن و نخاع این دو انجام شد.

رُزی در جزیره گزو به خاک سپرده شد. جودی به همراه خانواده‌اش با نشاط در این جزیره در حال زندگی هستند.

در نتیجه‌ی اتفاقات یاد شده، جامعه پزشکی خود را در شرایطی دید که قوانینی علاوه بر ضوابط مربوط به روش درمان و دوز داروها و مسائل آکادمیک، و در راستای "اخلاق" حرفه‌ای یک پزشک نیاز است.

"اخلاق حرفه‌ای" در جامعه‌ی درمان، مشابه هر جامعه‌ی دیگر نیازمند تائیداتی است؛ تائیداتی که غایت آن نهادینه شدن فرهنگی در بین مردم جامعه است. به همین سبب حلقه‌های "علم پزشکی"، "قانون" و "دین" می‌بایست به مانند سه برادر برآیند گیری شوند و این برآیند برای ترویج، به عموم عرضه گردد.

به راستی وجوهی که از یک

بیماری بر پزشکی آشکار است، بر قاضی نیست و یک پزشک نیز از نتایج تأخیری این فعالیت بر جامعه آگاه نیست. پس لزوم قرارگیری این سه بازو در کنار هم آشکار است.

در نتیجه قرارگیری این سه حلقه در طی سالیان، "قوانین حرفه‌ی

پزشکی" (Medical Ethics) تدوین گشت و امید است در شرایط حال و نسبت به مسائل چالش برانگیز موجود که به پاره‌ای از آن‌ها اشاره شد، نیز اهمیت هر یک از این سه مورد غفلت قرار نگیرد؛ چرا که تصمیم‌گیری بر این موضوع نه به مانند تصمیم‌گیری در رابطه با یک ماشین ساده به نام "جسم"، که تصمیم‌گیری برای یک جهان پهناور نیم ناشناخته به نام "انسان" که در حال زندگی در جامعه‌ی پرچالش جهانی است، می‌باشد.

منابع:

۱۲۴۰۸۱۲۲/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

/۰۵/feb/۲۰۰۲/https://www.theguardian.com/uk

sarahboseley

http://www.ascopost.com/issues/relevance-of-the-hippocratic-۲۰۱۴-۱۵-october

۲۱st-century.aspx-oath-in-the

hi/health/background_/۱/http://news.bbc.co.uk

stm.۳۳۱۲۵۵/briefings/euthanasia



پزشکی مبتنی بر شواهد

فرهاد محمودی

farhad.mg۱۶@yahoo.com



عمل، این شواهد یا به کار می آیند یا اصلاً کاربردی ندارند. چرا به پزشکی مبتنی بر شواهد نیاز داریم؟

از این رو که پژوهش های معتبر و همچنین بی ارزش بسیار زیادی منتشر شده اند، قابل درک است که پزشکان از بسیاری از این پژوهش بی اطلاع بوده و ابزاری برای ارزیابی آنها در اختیار نداشته باشند. از طرفی اغلب افراد نتایج کارهای پژوهشی خود را به طریقی منتشر می کنند که برای کادر درمانی پرمشغله به آسانی قابل دسترس نیست. در سال ۱۹۷۲، اپیدمیولوژیست بریتانیایی به نام آرچی کاکرین (Archie Cochrane)، نشان داد که اغلب تصمیمات در انجام مراقبتهای پزشکی، بر مرور طبقه بندی شده از تحقیقات موجود بالینی مبتنی نیستند.

کاکرین پیشنهاد نمود که محققین و پزشکان بایستی به شکل بین المللی با همدیگر همکاری نمایند تا بتوانند تمامی کارآزماییهای بالینی موجود را به صورت طبقه بندی شده مرور نمایند.

شواهد زیاد و محدودیت زمان پرداختن به آنها یکی از عواملی است که پزشکان ما با آن درگیر هستند. پزشکان بایستی به نوعی به منابع موجود در تحقیقات پزشکی ارتباط داده شوند که به آنها اجازه دهد به طور مداوم به اطلاعات به روز شده مبتنی بر نتایج نهایی درمان ها و مراقبتهای پیشنهادی دسترسی داشته و در جریان آنها قرار گیرند. البته اکثریت صاحبان حرف پزشکی به خصوص پزشکان عمومی زیر خروارها از این اطلاعات گرفتار شده اند. کارآزمایی بالینی جدید در هر روز منتشر گردیده است.

برای آگاهی از گزارش های منتشر شده، بایستی هر پزشک عمومی تقریباً هر نیم ساعت یک گزارش را مطالعه نمایند، چون علاوه بر RCT های منتشر شده، حدود ۱۸۰۰ مقاله در هر روز در مدلاین اندیکس می شود که این مقالات خود از بین حدود ۵۰۰۰ مقاله ای انتخاب می شوند که همه روزه در مجلات مختلف به چاپ می رسد.

برخی از اجزای ضروری روش پزشکی مبتنی بر شواهد:

- ۱- موارد عدم اطمینان را در مورد اطلاعات بالینی تشخیص دهد.
- ۲- اطلاعات موجود در پژوهش های موجود را برای کاهش موارد عدم اطمینان به کار گیرد.
- ۳- شواهد متقن وضعیت را از هم تمیز دهد.
- ۴- موارد عدم اطمینان از نظر کمی ارزیابی نموده و آنها را با

استفاده از شواهد در تصمیم گیری های روزمره از بدیهیات و ملزومات تصمیم گیری درست به شمار می رود. یک رویکرد کلاسیک و یکسان در این مورد می تواند امکان اشتباه را به حداقل رسانده و اطمینان دهد که در بهترین حالت ممکنه براساس بهترین شواهد موجود که مورد ارزیابی اولیه قرار گرفته اند، به تصمیم درستی دست یافته ایم.

پزشکی مدرن در برابر هجوم اطلاعات بخصوص در عصر ارتباطات و بدون امکان تجزیه و تحلیل تمامی مطالب منتشر شده قرار گرفته است که از طرفی منبع مناسبی برای پزشکان هستند و از طرفی ممکن است موجبات سردرگمی آنها را فراهم آورند. بدین ترتیب لزوم ایجاد روشهای مناسب در جستجو، ارزیابی، تجمیع و مرور داده های موجود و تولید داده های جدید بر اساس دادههای قبلی و چگونگی بکارگیری آنها بیش از پیش ملموس می نماید.

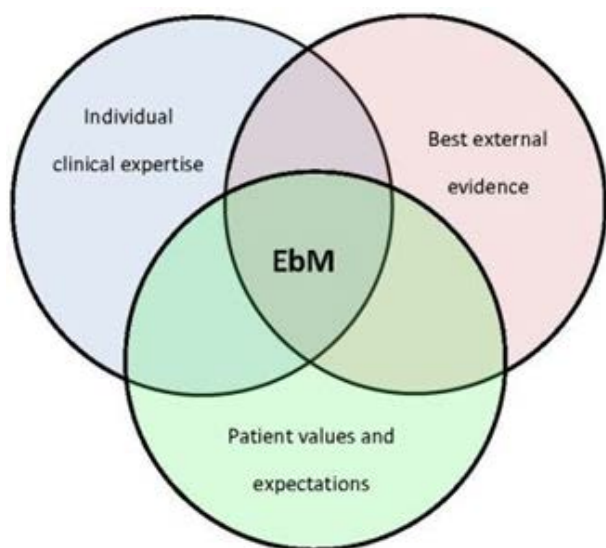
- محمدبن زکریای رازی (۳۰۴-۲۲۴ خورشیدی) شیمیدان، فیلسوف و پزشک ایرانی اولین دانشمندی بود که نظریه تصمیم گیری بر اساس شواهد را در پزشکی مطرح کرد. این امر نشان دهنده درک وی در برخورد علمی با بیماران بر پایه شواهد و دانش مرتبط بود. بعدها نیز حکیم ابن سینا اولین مطالعه کارآزمایی بالینی یعنی تولید شواهد معتبر پزشکی را بنیانگذاری نمود. اولین بار دیوید ساکت (David Sacket) و همکاران وی در دانشگاه مک ماستر واژه پزشکی مبتنی بر شواهد را در دهه ۹۰ ابداع نمودند و تعریف کنونی پزشکی مبتنی بر شواهد را چنین بیان نمودند:

استفاده دقیق، روشن و عاقلانه از بهترین شواهد موجود برای تصمیم گیری در مورد مراقبت از بیماران و با تلفیق بهترین شواهد به دست آمده از تحقیق با مهارتهای کلینیکی و ارزشهای بیمار. (EBM) پزشکی مبتنی بر شواهد:

لفظ پزشکی مبتنی بر شواهد که عمدتاً به جای لفظ قدیمی تر اپیدمیولوژی بالین استفاده می شود هم اکنون تحت عنوان عملکرد مبتنی بر شواهد (Evidence based practice) نامیده می شود.

عملکرد مبتنی بر شواهد علاوه بر اینکه به زمینه های مختلف مراقبت های بهداشتی اشاره دارد، به روشن کردن اهمیت این نکته می پردازد که آیا "شواهد موجودی" که ما در مورد آنها صحبت می کنیم و شواهد تجربی هستند، در

تریاد EBM:



احتمالات موجود مرتبط نماید.

مراحل مختلف عملکرد پزشکی مبتنی بر شواهد

۱- طرح یک سوال قابل پاسخ

۲- یافتن بهترین شواهد در زمینه نتیجه درمان

۳- بررسی منتقدانه شواهد موجود (برای اینکه تفهیم این شواهد

چقدر مفید بوده و چه مفهومی دارند)

۴- بکارگیری شواهد و درهم آمیختن نتایج به دست آمده موجود

با تخصص بالینی و ارزشهای بیمار به عنوان یک مرحله اضافی)

(Meta-step). همواره مهم است که این سوال را از خود بپرسیم

که کار ما چقدر درست است (این به ما کمک می کند که در

دفعات بعدی، پیشرفت بهتری نسبت به قبل داشته باشیم).

منابع:

- درسنامه عملکرد مبتنی بر شواهد

- سخنرانی جناب آقای دکتر یزدانی

گزارش واحد روابط عمومی

پریا بلوری نژاد

Pariapb_sb@yahoo.com



۱. هدف واحد ما در پاییز ۱۳۹۵: برگزاری و بهبود برنامه های تعیین شده ی تداک، کافه اکسپرسای، مدیسینما، اطلاع رسانی، چاپ و توزیع گلبانگ، تنظیم خبرنامه، برنامه ریزی و برگزاری دیبا ۲. اعضای خوب واحد روابط عمومی:

مستول	وظایف
۱. حسین بدیعی	مستول اجرایی کافه اکسپرسای
۲. آرشام میرزایی	مستول اجرایی مدیسینما
۳. سارا حاجی هاشمی	عضو گروه تبلیغات و کافه اکسپرسای
۴. دانش حیدری	مستول گروه تبلیغات
۵. کامیاب کریم پور	عضو گروه تبلیغات و مستول تنظیم خبرنامه
۶. نگار فیروزی	مستول اینستاگرام کمیته و عضو گروه تداک
۷. علی آریا	مستول اجرایی دیبا و عضو گروه تبلیغات
۸. فرزاد پونکی	مستول سامانه پیامکی
۹. نگین سالمی	مستول اجرایی تداک
۱۰. فاطمه حاجتی	عضو گروه تداک
۱۱. شیما مهدی پور	عضو گروه تداک
۱۲. مهدیه صفاری	مستول و سردبیر گلبانگ

سلام، با نزدیک شدن به روزای پایانی سال، دیگه کمتر تو فکر حجم کار یا تعدادشون هستیم، یه حس فلسفی خوبی هست آدم

آخر سال بهش دست میده، از اون حسا دارم D:

کاش میتونستم برم و از کسانی که برنامه های واحد روابط عمومی رو شرکت کرده اند، چند تا سوال بپرسم، ببینم اصن چقدر از هدف هایی که تو ذهن ما بود، تو برنامه ها بش رسیدیم. با اینکه تصمیم گرفته بودم گزارش رو کتابی بنویسم ولی قبل از شروع جدی ش میخوام راست و حسینی بهتون بگم، ما هدف مون گذاشتن صرف یک برنامه نیست (مثل پاراگراف بعدی) بلکه برامون مهم تر اینه که بدونیم:

از اینکه اومدی تداک لذت بردی؟ بعد از شرکت تو کافه اکسپرسای ذهنت قفلک شد؟ روزای بعد از دیبا انگیزه ی بیشتری داشتی؟ از رنگ و لعاب پوستره های کمیته خوشت میاد؟ این روزا بهتر از قبل از خبرای کمیته مطلع میشی؟

*اگر هر موقع فرصت داشتید و ما رو لایق دونستید که نظراتونو باهامون به اشتراک بذارید، کافیه یه ایمیل به isrc_info@med.mui.ac.ir بزنید. راستی این با اون ایمیلی که اخر کار

میگم فرق داره.

۳. گزارش عملکرد

نشست ها: کافه اکسپرسای و دیبا

اواخر آبان ماه: تشکیل گروه اتاق فکر کافه اکسپرسای

برگزاری اولین جلسه ی اتاق فکر در تاریخ ۱۰ آذر

اواخر آذر ماه: راه اندازی سیستم ثبت نام برای برگزاری آخرین کافه

نشست ها

تعداد افراد شرکت کننده	موضوع	مکان	زمان	مهمان جلسه	نام برنامه	
17 نفر (این کافه به صورت ویژه برای اعضای کمیته برگزار شد.)	ترمیم عصبی	کافی شاپ سینما- خیابان چهارباغ عباسی	۷ مهر 1395 (ساعت 7 بعدازظهر)	دکتر پوریا مشیدی	کافه اکسپرسای 1	1
27 نفر	زندگی بهشیارانه	کافی شاپ جازوه خیابان مهر داد	۱۶ مهر 1395 (ساعت 10.5 صبح)	دکتر امرالله ابراهیمی	کافه اکسپرسای 2	2
30 نفر	پزشک و فرهنگ و بازدید از حمام علی قلی آقا	صحبت سرای روزگار- میدان امام حسین و حمام علی قلی آقا	2 دی 1395 (ساعت 2.5 بعدازظهر)	دکتر رویا ملباشی	کافه اکسپرسای 3	3
48 نفر	تجربیات استاد و صحبت های ایشان با دانشجویان	تالار هشت گوش	5 دی 1395 (ساعت 12.5 بعدازظهر)	دکتر عباس ادیب	دیبا	4
22 نفر (این کافه به صورت خصوص برای اعضای کمیته برگزار شد.)	نیمه میکروبی ما	کافی شاپ حورشید- انتهای خیابان مطهری	18 دی 1395 (ساعت 6 بعدازظهر)	دکتر عمار حسن زاده	کافه اکسپرسای 4	5

مدیسنا

تعداد افراد شرکت کننده	مکان	زمان	فیلم	مهمان جلسه
20 نفر	تالار طباطبایی	13 مهر 1395 (ساعت 4 بعدازظهر)	خیلی دور، خیلی نزدیک	آقای دکتر اسفندیاری
46 نفر	تالار طباطبایی	30 آذر 1395 (ساعت 2 بعدازظهر)	ضربه مغزی	آقای دکتر صادقی

تدناک (فيلم تد، ارائه و گفتگو)

تدناک ها						
موضوع فيلم	ارائه دهنده	گروهيار	زمان	مکان	تعداد افراد شرکت کننده	
1	افتتاحیه با حضور سرپرست کمیته آقای دکتر قیصری و تدناک 1	خانم فاطمه حجتی	خانم دکتر نسیم قرائتی	2 آذر 1395 ساعت 12	اتاق کارگاه ها	35 نفر
2	تدناک 2	خانم نگین سالمی	آقای دکتر احسان امینی	23 آذر 1395 ساعت 12	تالار هشت گوش	40 نفر
3	تدناک 3	خانم نگار فیروزی	آقای دکتر مهرا ن عبداللهی فر	ساعت 12	تالار طباطبایی	40 نفر
4	تدناک 4	آقای دکتر مهرا ن عبداللهی فر	آقای دکتر احسان امینی	7 دی ماه 1395 ساعت 12	تالار هشت گوش	30 نفر



بهبود مسیرهای ارتباطی دانشجویان با کمیته

* پانل ها با بک گراند مختص کمیته طراحی و نصب شدند.

* برد جدید تهیه شد و در ایستگاه راه پله ی طبقه اول نصب شد.

* دیگر راه های ارتباطی ایجاد شده با بهبود یافته: اینستاگرام کمیته بهبود شایان یافته و همه ی خبرها و برنامه ها توسط آن اطلاع رسانی میشود. افزایش تعداد فالوورها به ۶۶۵ نفر خبرنامه

تکمیل دیتابیس ایمیل های مخاطب خبرنامه ی کمیته با همکاری اعضای واحد روابط عمومی از سه ورودی در صورت تمایل به عضویت در خبرنامه ی کمیته بک ایمیل با عنوان "عضویت در خبرنامه" به این آدرس ارسال فرمایید. Isrc_info@med.mui.ac.ir. دیدین فرق داشت! این برای عضویت تو خبرنامه س! خاک جان یافته است، تو چرا سنگ شدی؟ تو چرا این همه دلتنگ شدی؟

باز کن پچره ها را

و بهاران را باور کن.

نشریه گلبانگ

* جلسات هماهنگی (تعداد جلسات، تاریخ و تصمیمات اخذ شده در جلسه) با طراح گلبانگ سه جلسه برگزار شد.

* گزارش چاپ (زمان چاپ: ۲۰ آذر ماه ۱۳۹۵، نحوه توزیع: در برنامه های کمیته به ویژه واحد روابط عمومی به علاقمندان تقدیم شد.)

* برنامه ریزی و تنظیم تیم گلبانگ شماره دوم، آغاز به کار تیم گلبانگ در آذر ماه

تبلیغات و اطلاع رسانی

اطلاع رسانی های زیر صورت پذیرفت:

فراخوان پذیرش طرح های پژوهشی، کافه اکسپرسای دکتر مشیدی، مدیسینا - خیلی دور خیلی نزدیک، کافه اکسپرسای دکتر ابراهیمی، کارگاه آشنایی با پژوهش، برنامه های انجمن علوم اعصاب، همایش از ایده تا ثروت (زنبور)، تدناک ۱، کارگاه مقاله نویسی، تدناک ۲، کارگاه طراحی پرسشنامه، مدیسینا - ضربه مغزی با جلسه ی مقدمه ی **head trauma** و نقد و بررسی فیلم توسط آقای دکتر صادقی، فراخوان پذیرش طرح های پژوهشی، کافه اکسپرسای خانم دکتر ملاباشی، دیبا با حضور جناب آقای دکتر ادیب، تدناک ۳، کافه اکسپرسای دکتر عمار حسن زاده با موضوع نیمه ی میکروبی ما، فراخوان گلبانگ شماره ی دوم سال ۲۱، تبریک نیم سال تحصیلی جدید و تدناک ۴

پوستره های جدید کمیته با طراحی جدید و فضای پاییزی و همچنین تنظیم هویت بصری مشترک تحت عنوان "نوار کاغذی کمیته!"

Personalized cancer treatment

کیوان مساجدی

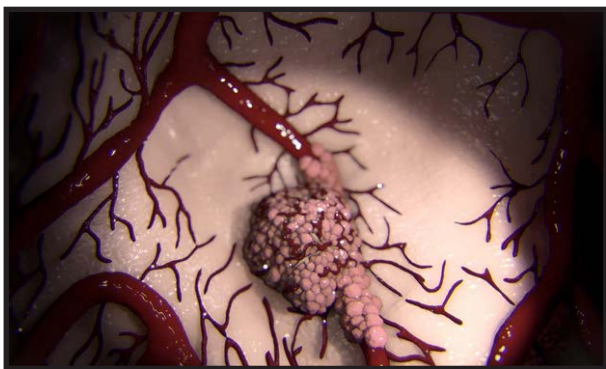
kevmasajedi@gmail.com



بخشی از این مطالعه، که در ژورنال سلول منتشر شده است؛ مویذ نکات بسیاری است که پیش از این نیز در مورد سرطان دانسته شده بود. اما مهم‌ترین جنبه، تعداد زیادی ارتباطات جدید است که بین ژن‌های جهش یافته و داروهای موثر روی آن یافت شده و امیدها را برای طراحی یک درمان قوی، کامل و شخصی‌تر بیشتر کرده است.

برای مثال، این یافته‌ها نشان می‌دهند که Mitomycine C که معمولاً برای تومورهای مثانه استفاده می‌شود، تنها روی یک دسته خاص از این تومورها بیشترین بازدهی را دارد. به همین سبب است که بیماران مبتلا به این نوع سرطان نسبت به یک دیگر پاسخ‌گویی متفاوتی به درمان داشته‌اند.

نباید فراموش کرد که تا زمانی که این نتایج، از آزمایشگاه به کلینیک رسیده و عملاً به درمان بیماران کمک کنند، مراحل زیادی در راه است. کشفیات تازه باید ابتدا روی حیوانات تست



شوند تا به مرور بتوانند به مراحل آزمایشات کلینیکی برسند. تخمین زده می‌شود این روند ۲ الی ۵ سال به طول بیانجامد. همچنین جواب این آزمایشات، به تصمیمات بسیاری درباره توسعه داروهای جدید شکل خواهد داد.

تیم اکنون در حال ساخت یک پایگاه وب است تا داده‌ها را با سایر محققان در سراسر دنیا به اشتراک گذاشته و بدین وسیله با یک اجتماع جهانی روی پیشبرد این تحقیق، به روند پیشرفت آن شتاب بخشند. محققان همچنین می‌توانند از داده‌ها برای تطابق ژنوم سلول‌های سرطانی بیماران، با رده‌های سلولی مورد آزمایش و استفاده از بهترین داروی ممکن، استفاده کنند.

منابع:

<http://www.cell.com/cell/abstract/S0092>

۸۶۷۴ (۱۶) ۳۰۷۴۶-۲

<https://www.theguardian.com/science/new-way-to-test-cancer-drugs-boosts-hopes-for-personalised-treatment>

مطالعه‌ای گسترده و افزایش امیدها به درمان‌های اختصاصی‌تر برای سرطان

اصطلاح درمان شخصی شده به گوشه‌ای آشناست؛ پزشکان مدت‌هاست امیدوارند بتوانند درمان سرطان را با توجه به نوع سرطان و ژن‌های درگیر در آن برای هر بیمار منحصراً بهینه‌سازی کنند. حالا مطالعه‌ای جدید که گسترده‌ترین از نوع خود است؛ ما را از هر زمان دیگری به تحقق این ایده نزدیک‌تر کرده است.

در این پروژه، محققان به سراغ ۲۵۶ داروی قدیمی و جدید سرطان رفتند و اثرات تک‌تک آن‌ها را روی انواع جهش‌های ژنتیکی کلیدی که باعث سرطان‌های مختلف می‌شوند؛ بررسی کرده‌اند. نهایتاً دانشمندان متوجه صدها مورد ارتباطات جدید شده‌اند که نشان می‌دهند داروهای فعلی می‌توانند برای درمان گروه‌های تازه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان هم مورد استفاده قرار گیرند. این یافته‌ها به پزشکان کمک می‌کنند که با توجه به نوع تومور و جهش ژنتیکی خاص آن، دست به انتخاب داروی موثرتری برای درمان بیماران بزنند. این تحقیق به طراحی داروهای اختصاصی جدید هم کمک خواهد کرد. داروهایی که سرطان‌ها را نه صرفاً بر اساس محل وقوع، بلکه بر اساس نوع جهش ژنتیکی آن‌ها هدف خواهند گرفت. همچنین داده‌های حاصله می‌توانند تست‌های ژنتیکی را که پزشکان برای تشخیص زیرگونه سرطان برای بیماران تجویز می‌کنند بهتر و هدفمندتر سازد.

متیو گارنت، رهبر این تحقیق و تیم او، کار خود را با جمع‌آوری اطلاعات درباره جهش‌های ژنتیکی سرطان‌ها آغاز کردند. آن‌ها ۱۱ هزار نمونه بافتی از ۲۹ تومور مختلف جمع کردند و با بررسی جهش‌ها در سلول‌های سرطانی، ۱۰۰۱ رده سلول را که تقریباً شامل تمام جهش‌های کلیدی می‌شدند؛ جدا سازی کردند. در مرحله بعد، سلول‌ها را تحت تأثیر ۲۵۶ داروی ضد سرطان قرار داده و حساسیت سلول‌های سرطانی به دارو‌ها را مورد ارزیابی قرار دادند. طبق گفته تیم تحقیقاتی، تعدد داروهای ضد سرطانی و سرطان‌ها، آزمایش همه دارو‌ها روی همه انواع سرطان‌ها در بیماران را به امری غیر ممکن و همچنین غیر اخلاقی بدل می‌کند. از طرفی جامعه پزشکی نیاز دارد داروهای مختلف را روی سرطان‌های مختلف امتحان کند تا به درمان‌های بهینه‌تری پی‌ببرد. هدف این تحقیق هم همین بوده که میدان چنین آزمایشی را از بدن بیماران، به سلول‌های کشت شده آزمایشگاهی منتقل کند. متیو گارنت می‌گوید: «ما می‌خواستیم بدانیم که کدام بیماران به کدام دارو‌ها پاسخ بهتری نشان می‌دهند. و جهش‌هایی را که سرطان‌ها را نسبت به یک داروی خاص آسیب‌پذیرتر می‌کند، مشخص کنیم.»



Association of dietary patterns during pregnancy and cord blood nitric oxide level with birth weight of newborns

Authors

Saba Naghavi¹ ; Sadegh Baradaran Mahdavi² ; Bita Moradi³ ; Mohammad Hasan Tajadini⁴ ; Roya Kelishadi⁵

¹Islamic Azad University, Najafabad Branch, Shariati Hospital, Isfahan, Iran

²Student Research Committee, School of medicine, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran

³Biostatistics Department, Child Growth and Development Research Center, Research Institute for Primordial Prevention of Non-communicable Disease, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴Biotechnology Department, Applied Physiology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵Pediatrics Department, Child Growth and Development Research Center, Research Institute for Primordial Prevention of Non-communicable Disease, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background: This study aims 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.

Methods: 233 participants were recruited from mothers who referred to four public and private hospitals in Isfahan, Iran, from March 2014 to March 2015. Dietary patterns were assessed using a Persian version of Food Frequency Questionnaire (FFQ). Gestational weight gains were measured. Cord blood nitric oxide (NO) level and neonate's anthropometric characteristics were measured after delivery.

Results: The study participants consisted of 233 mother-neonate pairs. Overall, 4.3% of boys and 11.8% of girls had low birth weight

Methodology and early findings of the fifth survey of childhood and adolescence surveillance and prevention of adult noncommunicable disease: The caspian-v study

Authors

Mohammad Esmail Motlagh¹, Hasan Ziaodini², Mostafa Qorbani³, Majzoubeh Taheri⁴, Tahereh Aminaei⁴, Azam Goodarzi⁵, Asal Ataie-Jafari⁶, Fatemeh Rezaei⁷, Zeinab Ahadi⁸, Gita Shafiee⁸, Ali Shahsavari⁹, Ramin Heshmat⁸, Roya Kelishadi¹⁰

¹ Bureau of Family, Population, Youth and School Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran; Department of Pediatrics, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² Health Psychology Department, Research Center of Education Ministry Studies, Tehran, Iran

³ Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj; Chronic Diseases Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Office of Adolescents and School Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

⁵ Department of Health Education and Promotion, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

⁶ Department of Nutrition, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁷ Department of Social Medicine, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

⁸ Chronic Diseases Research Center, Endocri-

nology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

10 Department of Pediatrics, Child Growth and Development Research Center, Research Institute for Primordial Prevention of Non-communicable Disease, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background: This paper presents the methodology and early findings of the fifth survey of a school-based surveillance program in Iran.

Methods: This nationwide study was conducted in 2015 as the fifth survey of a surveillance program entitled “Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-communicable disease” (CASPIAN-V) study. The protocol was mainly based on the World Health Organization-Global School student Health Survey. We studied 14400 students, aged 7-18 years, and their parents living in 30 provinces in Iran. Fasting blood was obtained from a sub-sample of 4200 randomly selected students.

Results: The participation rate for the whole study and for blood sampling were 99% and 91.5%, respectively. The mean (SD) age of participants was 12.3 (3.2) years, consisting of 49.4% girls and 71.4% urban residents. Overall, 16.1% were underweight (17.4% of boys and 14.8% of girls), and 20.8% had excess weight consisting of 9.4% (8.7% of boys and 10.2% of girls) of overweight and 11.4% (12.5% of boys and 10.3% of girls) of obesity. Abdominal obesity was documented in 21.1% of students (21.6% of boys and 20.5% of girls). Low HDL-C was the most prevalent abnormality of the lipid profile (29.5%) followed by high serum triglycerides (27.7%). Of students, 59.9% consumed whole wheat bread; and 57% reported that they never or rarely added salt to table. The reported daily consumption of fresh fruits, vegetables, and milk was about 60%, 32% and 40%, respectively. 13.7% of participants had at least 30-min daily leisure-time physical activity.

Conclusions: The current findings provide an overview of the current health status and lifestyle habits of children and adolescents. This surveillance program would help planning preventive programs at individual and community levels.

Evaluation of the effect of high-dose folic acid on endothelial dysfunction in pre-eclamptic patients: A randomized clinical trial

Authors

Mohammad Hashemi¹, Kiyan Heshmat-ghahdarijani¹, Elahe Zarean², Forouz Baktash¹, Zahra Sadat Mortazavi³

¹ Department of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Department of Obstetrics-Gynecology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background: Pre-eclampsia as a hypertensive disorder of pregnancy complicates up to 5–10% of pregnancies worldwide. Endothelial dysfunction plays an important role in the pathogenesis of pre-eclampsia. In this study, we aim to evaluate the effect of high-dose folic acid on endothelial dysfunction in pre-eclamptic patients. **Materials and Methods:** In this triple-blinded randomized clinical trial, the enrolled patients were divided randomly into two groups. Folic acid 5.0 mg or placebo was taken daily by oral administration from the initiation of diagnosis until 2 months after delivery by the participants. Every patient’s flow-mediated dilation (FMD) was evaluated at the beginning of the study and 2 months after delivery with the same experienced operator at the same period of time (3–5 p.m.) by high-resolution B-mode ultrasonography. Potential confounding variables were included in the independent samples t-test. t-test or Mann–Whitney U-test was used in the comparison of means between the intervention and placebo groups. To compare FMD in each group, before and after the intervention, paired t-test was used. **Results:**

Mean value of FMD in intervention (9.64 ± 5.57) and control group (9.30 ± 4.25) has no significant difference before the consumption of drugs ($P < 0.05$). FMD in intervention group (13.72 ± 7.89) significantly increases after daily consumption of 5 mg folic acid in comparison with control group (10.02 ± 4.81) after daily consumption of placebo ($P = 0.002$). Conclusion: Increased mean of FMD in intervention group shows that this supplement can improve endothelial function and can be significantly affected by maternal blood pressure during pregnancy and some endothelium-dependent disease such as pre-eclampsia and its associated adverse outcomes.

Synergetic effects of silver and gold nanoparticles in the presence of radiofrequency radiation on human kidney cells

Authors

Jafar Fattahi-asl¹, Mojtaba Karbalaee², Masoud Sanatizadeh³, Payam Amini⁴

¹ Department of Medical Physics, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² Department of Medical Physics and Medical Engineering, Student's Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Department of Computer Engineering and Informatics Technology, Amirkabir University of Technology, Tehran, Iran

⁴ Department of Epidemiology and Reproductive Health, Reproductive Epidemiology Research Center, Royan Institute for Reproductive Biomedicine, ACECR, Tehran, Iran

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the effects of radiofrequency radiation (RF) in synergism with gold (Au) and silver (Ag) nanoparticles (NPs) on the survival fraction of human normal kidney (HNK) and human embryonic kidney (HEK) cells. Materials and Methods: HNK and HEK cells were divided into three groups as control, 1 and 2 h/day-irradiated groups for 8 days. To compare the effects of RF in the presence of Au-NPs and Ag-NPs, the cells were incubated with NPs during the irradiation. In other words,

six other groups were designed for the cell incubated with Au-NPs and Ag-NPs including control, 1 and 2 h/day-irradiated groups for 8 days. Generalized estimating equation model was applied to consider the natural correlation of repeated measurements over the time. Results: The mean survival fractions of HNK + Ag-NPs and HEK + Au-NPs were 0.098 less, 0.184 and 0.055 more than HEK cells, respectively. Along with the time, the mean fraction in HEK + Ag-NPs and HEK + Au-NPs groups in comparison with the HEK increased by the rate of 0.005 and decreased by the rates of 0.01 and 0.005, respectively. The mean survival fractions in HEK + Ag-NPs and HEK + Au-NPs were significantly less than that of HEK cells ($P < 0.05$). Conclusions: RF radiation can affect both HNK and HEK cells when irradiated for 2 h/day for 8 days. The results showed that the Ag-NPs do not increase the synergistic effects of RF compared to the Au-NPs. RF radiation at the presence of Au-NPs can be used as an efficient treatment for melanoma.



یکی بود...یکی دیگه هم بود، ولی هیچکدوم نمیتونستن دبیر بشن!
بله...

این اولین تفاوت قصه ی کمیته در سالی که گذشت این بود که با یکی بود و یکی نبود شروع نمیشه. دوتا بودن، و در آن واحد همون دوتا نبودن! یعنی چی خب؟! الان عرض می کنم
اواخر سال ۹۴ بود که یواش یواش همه به فکر خداحافظی فرید نصراصفهانی (دبیر سال ۹۴ کمیته)
افتادن و متعاقبا به فکر بعد از خداحافظی و اینکه سال دیگه کی دبیر بشه. البته پاسخ مشخص
بود؛طبق اساسنامه انتخابات میذاریم، افرادی که دوست دارن میان ثبت نام میکنن برای
کاندیداتوری دبیری، هر کدوم که شرایط لازم رو داشتن معرفی میشن برای انتخابات، رای گیری
میشه و تمام...!

اما خب مسئله اصلی این بود که این شرایط لازم رو کسی نداشت! به عبارت بهتر، همه ی اونایی
که شرایط لازم رو داشتن یا قبلا دبیر شده بودن و یا فرصت لازم برای دبیر شدن رو دیگه نداشتن
و دم فارغ التحصیلی شون بود. (این عده ۷-۸ نفر بودن)

با این حال فراخوان برای ثبت نام جهت کاندیداتوری انتخابات دبیر برگزار شد و ۲ نفر ثبت نام
کردن: میثم آبدار و مهران منانی. این شد که ۲ نفر بودن، آماده و محیای دبیر شدن بودن، اما
نبودن، واجد شرایط لازم موجود در اساسنامه برای دبیر شدن نبودن.۱. وقتی کمیته با این شرایط
مواجه شد شواری سیاستگذاری کمیته تصمیم گرفت تا این بار شرایط لازم را نادیده بگیره و به
هر دو اجازه شرکت در انتخابات رو داد و به این شکل بحران رو مدیریت کرد.

رشته مدیریت خدمات بهداشتی آمانی
استان اصفهان

