

# گلبانگ

سال بیست و دوم - شماره نخست

نشریه علمی-پژوهشی (صنفی)

پاییز ۱۳۹۶

## X مقاله دکتر

مشکلات راه پایان نامه نویسی  
برنامه شتاب دهنده پژوهش اصفهان  
مسابقه داستان های کوچک اخلاق در پژوهش





الْحَمْدُ

گلبانگ - نشریه علمی-پژوهشی (صنفي) - پاییز ۱۳۹۶

## دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

صاحب امتیاز: کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی

مدیر مسئول: پریا بلوری نژاد

سردبیر: سنا بیات

طراح و صفحه آرا: حسین صفری

مدیر اجرایی: علیرضا مرادی

گروه ویراستاری (به ترتیب حروف الفبا):

پریا بلوری نژاد - سنا بیات - علیرضا حاتم وند - دانش حیدری - نگار فیروزی

اسامی هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

نجمه احمدی، مهدی برزگر، پریا بلوری نژاد، سنا بیات، دانش حیدری، سبا

خدادادی، امین دهقان، امیرحسین زیوداری، زهره صالحی، دکتر مهدیه صفاری،

حجت اله علایی، حسین غلامی، نگار فیروزی، دکتر یوسف قیصری، مهدیه کاظمی

پور، سحر سادات لاله زار، هژیر مرادی، مهران مناسی، امیررضا منطقی نژاد،

سید محمدمهدی موسوی، امید میر مسیب، سحر واسع زاده

با تشکر از:

دکتر بهزاد ذوالفقاری، دکتر یوسف قیصری، دکتر امیرحسین پزشکی، دکتر احسان

امینی، دکتر مهدیه صفاری، سرکار خانم سلطانی، عرفان مشکاتی، امیرمسعود

بلوری نژاد، پارسا بلوری نژاد و همه ی کمیته چی های عزیزی که یار و همراه

ما بودند.

## فهرست

سخن سردبیر .....	۴	برنامه شتاب دهنده پژوهش اصفهان .....	۲۶
سخن دبیر .....	۵	گزارش همایش سلول های بنیادی .....	۲۸
مقدمه .....	۷	معرفی کارگاه روش تحقیق .....	۳۰
اندر باب مقالات پولی .....	۸	معرفی کارگاه مدلاین .....	۳۱
مشکلات راه پایان نامه نویسی .....	۱۰	مسابقه داستان های کوچک .....	۳۴
مصاحبه دکتر ذوالفقاری .....	۱۲	مهاجرت به سرزمین مادری .....	۳۷
مقاله دکتر X .....	۱۴	راهکار های موفقیت علمی و شغلی در پزشکی .....	۴۳
مقاله نویسی پولی .....	۱۶	فرار مغزها .....	۴۵
گزارش واحد روابط عمومی .....	۱۸	مریم میرزاخانی .....	۴۶
گزارش معاونت اجرایی - مالی .....	۲۰	پزشکی از راه دور و سلامت الکترونیک .....	۴۸
گزارش واحد پژوهش .....	۲۱	حیوانات راهی برای نجات انسان .....	۵۱
گزارش واحد آموزش .....	۲۲	دردهای دندان با منشأ غیر دندان .....	۵۳
گزارش واحد انفورماتیک .....	۲۳	تدابیر دندانپزشکی .....	۵۵
گزارش واحد ارزشیابی .....	۲۴	غارنشینی و بهداشت دهان و دندان .....	۵۶
کافه اکسپرسای دکتر پزشکی .....	۲۵	مقالات چاپ شده .....	۵۸

isrc.mui.ac.ir



# گلبانگ

# سخن سر دبير

## که طرح آسان نمود اول ولی افتاد مشکل‌ها!

« هر دانشجوی پزشکی برای پایان‌نامه‌ی خود موظف به انجام یک طرح پژوهشی است که پروپوزال آن باید تا قبل از آزمون پیش‌کارورزی به تصویب برسد. » اعتراف می‌کنم با وجود این که بدون احتساب گذر سریع زمان، با رویداد مورد نظر در اطلاعیه‌ی وحشت‌زای فوق‌الذکر خیلی فاصله دارم، با خواندنش مضطرب شده و به فکر فرو رفتم. چرا؟ چون نه تنها دقیقا نمی‌دانم پروپوزال چیست، بلکه کلا پژوهش کردن بلد نیستم!

و حالا این سؤال پیش می‌آید که مقصر چه کسی یا چه چیزی است؟ منکر کم‌کاری و تنبلی خودمان اگر نشویم، سیستم آموزشی چندان بی‌تقصیر نیست! طی دوازده سالی که قبل از ورود به دانشگاه درس خواندیم هیچ‌گاه حرفی از پژوهش به طور جدی مطرح نبود. نهایت پژوهش ما این بود که گاهی آموزگاران سوالاتی مطرح می‌کردند و هرکس پاسخش را پیدا می‌کرد، نمره‌ی تشویقی می‌گرفت! یعنی یک پژوهش اختیاری که تشویقش نمره بود. معمولا هم برای یافتن جواب، اول سراغ پدر و مادرها و اطرافیان می‌رفتیم (عادت کردن به راه‌های ساده و دم‌دستی) یا این که یک نفر جواب را پیدا می‌کرد و بقیه جواب را از او می‌گرفتیم و کلی هم مهندس بازی در می‌آوردیم و سعی می‌کردیم جمله بندی را عوض کنیم که معلممان شک نکند! (استفاده از دست‌رنج دیگران، پاداشی که برحق نیست و زیر پا گذاشتن اخلاق)

برای سؤال پرسیدن، بحث کردن، فراگیری موضوعات از طریق آزمون و خطا یا کارگروهی و مشورت هم وقت نبود. خودمان هم اگر سؤالی داشتیم، نه برای فکر کردن روی سؤال وقت می‌گذاشتیم نه زحمت خواندن کتاب را به خودمان می‌دادیم. بالاخره آموزگار، همکلاسی زنگ و یا خانواده جوابش را می‌دانستند! یا کلا طوری رفتار می‌شد که بیخیال سؤال پرسیدن می‌شدیم! سپس وارد دانشگاه شدیم. با همان عادت‌هایی که در طول دوازده سال جزئی از شخصیتمان شده بودند. در این جا ناگهان همه چیز اصولی شد! پژوهش دیگر اختیاری نیست، یک اجبار است برای فارغ‌التحصیلی به حجم شش واحد! نمره‌ی اضافه هم ندارد، بلکه به کم و کیف خود پژوهش نمره تعلق می‌گیرد. نمره‌ای که می‌تواند تشویق یا تنبیه باشد! دانشجوی خودش باید برود، بگردد، بحث کند، آزمون و خطا کند، کتاب و مقاله‌ی معتبر و غیر معتبر را از هم تشخیص بدهد و معتبرهایش را بخواند، سراغ سایت‌های درست و حسابی برود و آخرش هم معلوم نیست به آنچه که باید، برسد یا نه. چگونه می‌شود از شخصی که دوازده سال روحیه‌ی پرسشگر، پژوهشگر و منتقدش سرکوب شده توقع داشت که خودش همه‌ی این‌ها را بلد باشد؟ و آخر قصه، دانشگاه به جایی بدل می‌شود که خروجی‌اش تراکت‌های «مقاله‌نویسی پولی» است که جلوی درب ورودی توزیع می‌شود. البته یک خروجی فرعی (!) هم هست، برای آن‌هایی که اخلاق‌مدارند و یا قادر به تأمین هزینه‌های لازم نیستند. آخر می‌دانید، همه‌ی اطلاعیه‌ها وحشت‌زنا نیستند و همیشه کورسوی امید می‌باشند...

«قابل توجه دانشجویان گرامی

کارگاه روش تحقیق .....»



سنا بیات

# سخن دیر

تو مرا جان و جهانی چه کنم جان و جهان را؟ تو مرا کنج روانی چه کنم سود و زیان را؟  
مولانا

درود و عرض ادب و احترام.

روزهای تابستانی که ساعت شش صبح شروع می‌شوند معمولاً خنکای بهارانه‌ای دارند. آن تازگی و خنکی را با تک تک رسته‌های پوست صورتان حس کنید و به خط بعد مراجعه کنید.

کمیته پژوهش‌های دانشجویان، تأسیس شده در سال‌هایی که اکثر اعضای کنونی‌اش چشم به جهان نگشوده بودند، سابقه‌ی درخشانی از پروژه‌ها و برنامه‌های خلاقانه داشته تا با کمک دانشگاه، سطح انرژی، دانش، انگیزه و مهارت‌های دانشجویان را بهبود بخشد. برگزاری برنامه‌ها با روش‌های نوین، به کمر همی که فعالان کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی بستند، جایگزین روش‌های کلاسیک شد.

اما کمیته فقط با برنامه‌هایش تعریف نمی‌شود. جریانی تا کنون نامیرا(۱) از دوستی، آموختن و مهم‌ترین ویژگی هر کمیته‌چی، حادق شدن، در فضای کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی وجود دارد. دوستی با ترم بالاتری‌ها، ترم خیلی بالاتری‌ها، هم‌ترمی‌هایی که تصور نمی‌کردیم بیشتر از سلام‌علیک صحبتی باهم داشته باشیم(حالا دوست جان در جان شده‌ایم یا دوستی که دو سه سال اخیر ۵۰٪ اوقات درسی و غیردرسی را باهم می‌گذرانیم). و ترم پایین‌ترهای پراترزی، خلاق و فعال، محصول بودن در کمیته برای خیلی از ماست. آموختن و آموختن و آموختن، از تجربه‌ی کار کردن، مسئولیت داشتن، عضو تیم بودن، شنیدن نظرات، هم‌صحبتی با راهنماها و آن چند ساعت‌های قبل از امتحان اعضای کمیته که در کمیته به مرور درس و میل قهوه می‌گذرد، هر کدام نوعی از آموختن است، با efficacy هشتاد، نود درصد. حادق شدن یا اورینته شدن، جمله‌ایست که با احتمال زیاد، در یک مواجهه‌ی روتین با کمیته شنیده می‌شود. حتی پژوهشگران علوم روانشناختی پی برده‌اند که میزان و کیفیت حادق بودن اثر لگاریتمی بر میزان اعتماد به نفس در کمیته‌چیان دارد. اما این حادق بودن چیست؟

فرد نسبت به کاری که می‌خواهد انجام بدهد یقین علمی و قلبی دارد؟ تا ببینیم در عمل چطور خواهد بود؟ یعنی از اجزای KAP\*، دانش و نگرش لازم را دارد؟ البته دانش و نگرش صرف ابعاد آن کار نیست، به شناخت فرد از کمیته و آشنایی با جوش هم خیلی بستگی دارد. البته سابقه‌ی مسئولیت پذیری فرد، گاهی قبل از حادق بودنش اولویت پیدا می‌کند. از فراگیر بودن مفهوم حادق بودن در کمیته برایتان بگویم که عزیزانی هستند در کمیته که به قدری اورینته کردند که اورینته بودن افراد را با یک نگاه و از چشمان فرد می‌خوانند یا با همان نگاه تخمین می‌زنند در چند دقیقه اورینته می‌شود. اعضای کمیته‌ای که الان استاد دانشگاه یا طبیبان حادقی هستند با درصد فراوانی نسبی استفاده از کلمه‌ی اورینته، به راحتی از غیرکمیته‌چی‌ها قابل افتراق هستند. حادق بودن چطور به دست می‌آید؟ این جا، هر کسی قصه‌ی حادق شدن خودش را دارد. یک مند شخصی سازی شده! من قصه‌ی خیلی‌ها را دیدم و شنیدم اما قصه‌ی هرکسی را از زبان خودش شنیدن خوش تر است. پس با کسب اجازه از خوانندگان من کمی از قصه‌ی خودم را عرض می‌کنم(عرض می‌نویسم!). امید است که به دل ذهنتان خوش بیاید. دل ذهن را هنوز پژوهشگران علوم روانشناختی نمی‌دانند کجاست، اما واقفید که مشخص نبودن جای چیزی رد کننده‌ی وجود آن نیست. ترم یک بارقه‌هایی از کمیته در زندگی من درخشید که به دست آقای ن.م در ریشه خاموش گشت. به این صورت که من و دوستان در محل کمیته حاضر شدیم، یک اتاق چوبی کاملاً معمولی و تنها فرد حاضر، آقای دکتر ن.م بود. سؤال ما این بود که کمیته چیست و چه کار می‌کند؟ آقای ن.م به محض این که متوجه شدند ترم یک هستیم، گفتند «اینجا وقت تلف کنیه!». رطب خورده منع رطب کی کند؟! مواجهه‌ی بعدی من با کمیته، کارگاه روش تحقیق شهریور ۹۲ بود. کلاس‌های ترم دوم هنوز شروع نشده بودند. این «کلاس نبودن» و «کارگاهی بودن»، کارگروهی داشتن، تلاش کردن جهت نقد پروپوزال‌های گروه‌های دیگر و نهایت امر، گزارش کارگروهی پیش چشم تمام حضار و شست‌وشوی تفصیلی توسط استاد بحث عمومی «مرا به سمت دقیق شدن در امور گروه دانشجویی برگزارکننده سوق داد. سررشته‌ی امور به کمیته می‌رسید.

کلاس‌های ترم دو، شروع شدند و ۲-۱۲‌های من در کمیته می‌گذشت. دوستان قدیمی المپیاد زیستی، پسردایی، گروهیار و مدیر کارگاه، چهره‌های آشنای من در آن جا بودند و البته آقای ن.م! یکی دو بار سعی کردم بفهمم فرایند عضو شدن چطور است که جواب سراسری ندادند. چون خیلی ارتباط نمی‌گرفتند، من هم سعی کردم ابراز کنم آنها را نمی‌بینم. یک کامپیوتر که دلچسب بقیه نبود انتخاب کردم و با اعتماد به نفسی که هنوز نمی‌دانم از کجا آمده بود، به حاضرین اطلاع دادم من می‌خواهم از این کامپیوتر استفاده کنم. حاضرین گفتند مشکلی نیست و بیج پیچی سر دادند که: عضو؟ چرا از کامپیوترهای سالن مجلات استفاده نمی‌کنه؟ حالا عضو شدن من در کمیته دغدغه‌ی آن‌ها شده بود و من هم یک کامپیوتر در دانشکده برای خودم داشتم و دیگر لازم نبود هر روز آیدم همراه بیاورم.

اگر علاقمند هستید ادامه‌ی قصه را در شماره‌ی بعدی گلبانگ بخوانید.

\* KAP= knowledge, attitude, practice



پریا بلوری نژاد

گلپانگ

بخش  
صنفی

نشریه علمی - پژوهشی (صنفی)  
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



# مقدمه

## با سلام خدمت همه‌ی خوانندگان عزیز گلبانگ؛

در این قسمت توضیحاتی درمورد پرونده‌ی این شماره از نشریه خدمت شما ارائه می‌شود. یک راست برویم سر اصل مطلب. در پرونده موضوع «مقاله‌نویسی پولی» را پیگیری کرده‌ایم.

برنامه‌ی ما برای این بخش این بود که ابتدا توضیحی در مورد موضوع ارائه شود و سپس با افراد مخالف و موافق این قضیه، کسانی که مقاله‌ی پولی می‌نویسند و همچنین کسانی که قبلاً این کار را انجام می‌داده‌اند اما اکنون دیگر انجام نمی‌دهند مصاحبه شود. دو تن از اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، زحمت سرمقاله و مصاحبه به عنوان مخالف را کشیدند که از این اساتید گرام کمال تشکر را داریم. برای مصاحبه با موافقین سراغ کسانی رفتیم که مقاله‌ی پولی می‌نویسند. این گروه ابتدا حاضر به مصاحبه یا نوشتن مقاله نشدند ولی با پیگیری‌هایی که انجام شد (پیشنهاد مصاحبه‌ی غیرحضوری، اطمینان دادن از عدم ذکر نام و ... ) و پس از بدقولی‌های فراوان، با ما همکاری کردند و یک مصاحبه صورت گرفت و یک مقاله هم ارائه شد. اما متأسفانه پس از مدتی اعلام کردند که تمایلی ندارند مطالبشان در مجله چاپ شود و ممکن است برایشان مشکلاتی پیش بیاید. خلاصه این که حذف این بخش به علت کم‌کاری اعضای تحریریه نبوده و صرفاً بنا به درخواست و عدم تمایل این اشخاص بوده است. اما کسانی که زمانی این کار را انجام می‌دادند و اکنون دیگر انجام نمی‌دهند لطف بیشتری به ما داشتند و موفق شدیم یک مصاحبه و یک مقاله برای شما خوانندگان محترم تهیه کنیم. امیدواریم که این بخش و سایر بخش‌های مجله برای شما خوانندگان عزیز مفید و جذاب باشد.

## سنا بیات





# اندر باب مقالات پولی

دکتر یوسف قیصری

که فلان دانشجو این کاره است یا فلان گروه آموزشی یا هیأت علمی چنین و چنان است. هر از چندگاهی هم خبر به بیرون از مرزها درز می‌کند و فریاد «وا اسلاما» بلند می‌شود که آبروی مملکت رفت و چند روز بعد آس همان آس و کاسه همان کاسه...!

طنز تلخ داستان این است که برخی از این بزرگواران این کاره منت هم بر سر دانشگاه دارند که ما داریم آمار تولیدات علمی را زیاد می‌کنیم و اگر بخواهید اذیت کنید از این به بعد آدرس دانشگاه را در مقالاتمان نمی‌نویسیم! به راستی چه شده که به این روز افتاده ایم؟

پژوهش با هدف درک جهان هستی یا به تعبیر دینی پرده برداشتن از رموز کائنات و شناخت آیات الهی انجام می‌شود. این دانش در نهایت می‌تواند به فناوری برای رفاه بیشتر جامعه منجر شود. مقاله‌ی پژوهشی صرفاً گزارشی از این فرایند است و نسبت به تلاش‌های پژوهشگر برای انجام پژوهش راستین ماهیت عرضی دارد. آشکار است که بدون ایجاد یک دانش حقیقی و دقیق انتشار یک گزارش بی‌بنیان هیچ سود واقعی نمی‌تواند ایجاد کند. با این حال، درک واژگون ما از موضوع و سیاست‌گذاری نادرست علمی در کشور منجر به ارزش گذاشتن به کمیت مقالات و نه کیفیت آن‌ها شده است و در نتیجه انتشار مقاله، خود به یک هدف اصلی تبدیل شده، هر چند متکی بر یک پژوهش حقیقی و صادقانه نباشد. به عبارتی «نتیجه» را می‌خواهیم، بدون اینکه حاضر باشیم «فرایند» را

سال‌های پیش هر وقت از پیاده رو خیابان انقلاب تهران می‌گذشتم و انبوه تبلیغات آشکار شرکت‌های پایان‌نامه و مقاله نویسی را می‌دیدم، خیلی تعجب می‌کردم که چطور ممکن است یک نفر در روز روشن، کنار نرده‌های بزرگترین دانشگاه ایران بایستد و تراکت چاپ مقاله ISI پخش کند و نه تنها کسی با او برخورد نکند، بلکه حتی کسی تعجب هم نکند. می‌گفتم چقدر خوب که در اصفهان از این خبرها نیست. یکی دو سال بعد در پیاده رو کنار دانشگاه تربیت مدرس هم همین صحنه‌ها شکل گرفت. یک نفر بود که اصرار داشت کف پیاده رو تبلیغات چاپ مقاله را بنویسد. ظاهراً خیلی هم پشتکار داشت چون هر چه دانشگاه نوشته‌ها را پاک می‌کرد باز فردا با خط بهتر و پررنگ تری آن‌ها را می‌نوشت.

الان خدا را شکر در این مورد از تهرانی‌ها عقب نیستیم و همین چند وقت پیش یکی از دفاتر تکثیر داخل دانشگاه یک رویکرد الگوریتمی ارائه کرده بود که حتی آدمی که سواد خواندن و نوشتن هم ندارد بتواند طی دو سه ماه دکترا بگیرد! با توسعه‌ی فناوری اطلاعات البته نیاز به پخش تراکت و پیاده‌رو نویسی در حاشیه‌ی هزارجریب برطرف شده‌است.

هر چند آمار دقیقی از تعداد مراکزی که به صورت نظام مند و حرفه‌ای برای دانشجویان و اعضای هیأت علمی پروپوزال، پایان‌نامه و مقاله می‌نویسند در دسترس نیست اما «یک مقام آگاه که می‌خواست نامش فاش نشود» برآوردی بالای ۳۰۰۰ مؤسسه در کشور داشت. در اطراف خودمان هم مکرراً می‌شنویم



طی کنیم. نان را می خواهیم، اما بدون زحمت کار.

این انتظار نابجا در تمام سطوح جامعه‌ی علمی از صدر تا ذیل کمابیش رسوخ کرده است و هر کس برای اینکه در این نظام نابهنجار برای خود یا مجموعه‌ی تحت مدیریت، منفعتی فراهم کند و نشان دهد در جایگاه رفیعی ایستاده است، دست به هر عمل غیر اخلاقی می زند یا گاهی به زیرکی سر خود را در برف فرو می کند! این همه ناشی از این است که علیرغم شعارهایی که سر می دهیم اعتقاد واقعی نداریم که پژوهش می تواند برای جامعه سرمایه و رفاه ایجاد کند. به دلیل دسترسی به پول آسان و البته سیاه نفت هیچ وقت واقعاً نخواستیم ایم و نیاز نداشته ایم که با بردباری و ریاضت چرخه‌ی دانش و ثروت را در جامعه شکل دهیم. مسلم است که در چنین جامعه ای پژوهش زینت المجالسی بیش نیست که باید به وسیله‌ی آن به کشورهای دیگر فخر فروخت و نشان داد ما چقدر پیشرفته ایم، دانشگاه نشان دهد که نسبت به دانشگاه های دیگر رتبه‌ی بهتری دارد، هیأت علمی با آن ارتقاء یابد و دانشجو پذیرش دانشگاه خارجی بگیرد و فارغ‌التحصیل شود. بدیهی است که سرمایه گذاری پژوهشی در چنین شرایطی فقط تا جایی توجیه دارد که همین دستاوردهای کاذب بتواند ایجاد شود و بس. چنین نگرشی نسبت به پژوهش و فناوری در جامعه ای که با دروغ مشکل جدی ندارد، خاک حاصلخیزی می سازد که در آن هر علف هرزی می تواند رشد کند.

چند روز پیش با یکی از این مؤسسات کذایی تماس گرفتم و خود را دانشجوی دکتری معرفی کردم که باید یک ماه دیگر دفاع کند و بخش زیادی از پروژه را انجام نداده است. به من گفتند هزینه‌ی ساخت داده‌ی تقلبی و نوشتن پایان نامه و مقاله‌ی ISI جمعاً حدود ۶ میلیون تومان است و البته اگر سه ماه وقت بدهم تخفیف ویژه می دهند!! متأسفانه دانشجویانی که با توسل به این مسیرهای دروغین مدرک می گیرند، سپس خود را شایسته‌ی استفاده از موهبت های این مدرک جعلی می دانند کم نیستند، یا حتی در ساده ترین شکل، دانشجویی که یک پروژه‌ی خوب انجام می دهد اما نوشتن مقاله را به فرد یا مؤسسه‌ی دیگری واگذار می کند، نه تنها به بخشی از اهداف آموزشی تعریف شده نرسیده است بلکه برخلاف "قوانین جهانی نویسندگی" عمل کرده است. بر اساس این قانون تنها کسی می تواند نویسنده‌ی مقاله قلمداد

شود که در مراحل مختلف طراحی / اجرای پروژه و نگارش مقاله مشارکت فعال داشته باشد. به همین ترتیب این که گاهی می شنویم فردی فقط به دلیل نوشتن نتایج آماده‌ی یک پروژه در شمار نویسندگان آورده شده است، خلاف این دستورالعمل اخلاقی است. شناخته شدن فردی که فقط در اجرای طرح سهم داشته، به عنوان نویسنده‌ی مقاله نیز به همچنین. منطق این قانون اخلاقی این است که نباید به افراد اعتبار کاذب داد، چون در بلند مدت باعث ایجاد مفسده، متضرر شدن کل جامعه و به هم خوردن نظام ارزش گذاری علمی می شود.

حال شما روح حاکم بر این میثاق جهانی را مقایسه کنید با موارد متعددی که شنیده ایم، دانشجویی با داده های ساختگی مقاله ای نوشته و بعد حق نویسندگی آن را به دانشجویان دیگر همان دانشگاه یا حتی دانشگاه های دیگر فروخته است! در پشت پرده‌ی این سناریوهای مایوس کننده عموماً می توانید ردپای استاد سهل انگاری را پیدا کنید که برای آموزش دانشجویش وقت صرف نمی کند و نظارت کافی بر سیر پژوهشی او ندارد و کمی آن سوتر، ردپای کمیته‌ی اخلاقی که از سر محافظه کاری خود را به خواب زده است و حتی سیاست گذاری که انتظارات خود را از برون داد مجموعه‌ی تحت مدیریتش، متناسب با زیرساخت ها و اعتبارات پژوهشی در دسترس تنظیم نمی کند و من و شمایی که همه‌ی این ها را می شنویم و می بینیم و با سکوت خود کمک می کنیم که به تدریج ناهنجار به هنجار تبدیل شود.

اکنون هر بار که از پیاده رو خیابان انقلاب می گذرم و تبلیغات انجام پایان نامه و چاپ مقاله را می بینم تعجب نمی کنم، چون می دانم این ها میوه های شجره‌ی خبیثه ای هستند که ساقه و ریشه اش را باید در آن سوی نرده دنبال کرد.  
فَلَمَّا نَسُوا مَا ذُكِّرُوا بِهِ أَنْجَبْنَا الَّذِينَ يَنْهَوْنَ عَنِ السُّوءِ وَأَخَذْنَا الَّذِينَ ظَلَمُوا بِعِقَابٍ رِيبِيسٍ بِمَا كَانُوا يَفْسُقُونَ (اعراف-۱۶۵)  
پس هنگامی که آنچه را بدان تذکر داده شده بودند از یاد بردند، کسانی را که از بد باز می داشتند نجات دادیم و کسانی را که ستم کردند به سزای آنکه نافرمانی می کردند به عذابی شدید گرفتار کردیم.

دکتر یوسف قیصری، شهریور ۱۳۹۶





# مشکلات ما در راه پایان نامه نویسی



دکتر مهدیه صفاری

قبول موضوع مورد نظر برای جلوگیری از مشکلات آینده، راجع به موضوع پیشنهاد شده فکر کرده و با تحقیق و بررسی این که آیا این موضوع برای من مناسب است؟ آیا قبلاً روی این موضوع کار شده؟ جامعه‌ی آماری این طرح تحقیقاتی با توجه به گفته‌های استاد راهنمای من موجود است؟ و خلاصه این که آیا این طرح انجام شدنی است؟ تصمیم بگیرد.

شاید بتوان گفت مهم‌ترین بخش کار، همین مقوله‌ی به ظاهر ساده‌ی انتخاب عنوان است. متأسفانه تعداد زیادی از دانشجویان با موضوعاتی رو به رو می‌شوند که در سایت‌های معتبر دنیا مقالات زیادی از آن چاپ شده است اما با این توجیه مواجه می‌شوند که این طرح در شهر ما انجام نشده! جدای از این که آیا لازم است چنین تحقیقی حتماً بر جامعه‌ی آماری شهر ما انجام پذیرد؟

مسأله‌ی بعدی که احتمالاً همه‌ی ما با آن مواجه شده‌ایم تصور ما از استاد راهنما است. قبل از ورود به عرصه‌ی طرح‌های تحقیقاتی شاید تصور می‌کنیم قرار است استاد راهنما در این مسیر کمک شایانی به ما کند که البته طبق دستورالعمل‌ها نیز چنین باید باشد! دریغ از این که عده‌ی زیادی از اساتید فرصت کافی برای دانشجو ندارند. جلسات مربوط به پایان نامه به وقت‌های کوتاهی در راهرویی بیمارستان یا دفتر یا مطب استاد محترم و

## سلام به خواننده‌های گلبانگ

از دغدغه‌های تحصیلی همه‌ی ما دانشجویان پزشکی نوشتن و ارائه‌ی پایان‌نامه است. موضوعی که گرچه در ابتدا ساده به نظر می‌رسد اما برای عده‌ی زیادی از دانشجویان تبدیل به مشکل بزرگی در طول دوران تحصیل می‌شود. اولین راهی که به ذهن همه‌ی ما خطور می‌کند شرکت در کارگاه‌های روش تحقیق و مقاله‌نویسی است و این آغاز راه است. آغاز راهی که از ترم‌های پایین شروع شده و کماکان تا خود فارغ‌التحصیلی ادامه خواهد داشت. یکی از اولین مشکلاتی که دانشجویان بعد از شرکت در کارگاه‌های روش تحقیق با آن مواجه می‌شوند انتخاب استاد راهنمای مناسب و موضوع مناسب است و شاید مهم‌ترین مشکل پیش رو همین باشد. عده‌ی زیادی از ما بر حسب تجربه‌ی دانشجویان بالاتر عمل می‌کنیم، جدای از این که این تجربه‌های قبلی تا چه حد موفق بوده‌اند. برحسب اتفاق و شانس و البته برای برخی از دانشجویان برحسب علاقه به موضوع و فیلد کاری خاصی، به دفتر گروه‌های بالینی و بعضاً علوم پایه مراجعه می‌کنیم و به دنبال موضوع مناسب برای پایان‌نامه هستیم. با انتخاب استاد مورد نظر به ایشان مراجعه کرده و در بیشتر مواقع موضوع پایان‌نامه در همان جلسه‌ی اول صحبت با استادمان انتخاب می‌شود. در حالی که بهتر است دانشجو قبل از

صرفاً به ذکر نکات کوچکی ختم می‌شود و انتظار می‌رود دانشجو با دریافت موضوع پایان نامه، در جلسه‌ی بعدی با پروپوزال نوشته شده مراجعه کند.

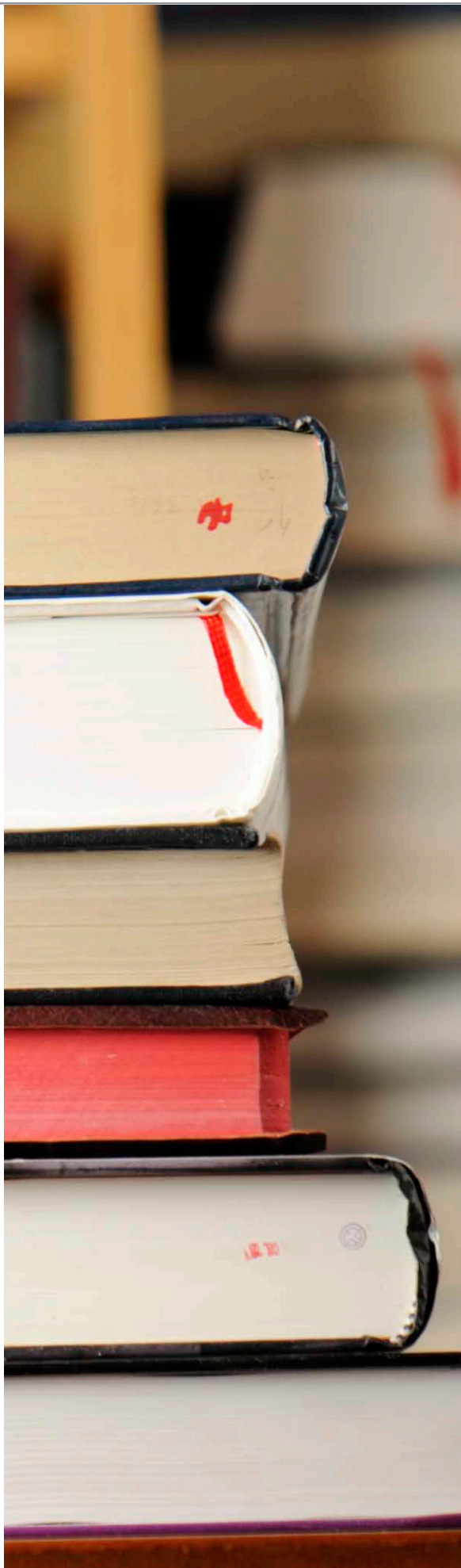
بعد از صرف چندین ماه برای ثبت پروپوزال، تقویم آموزشی خبر از نزدیک شدن امتحان پیش‌کاروری می‌دهد. متأسفانه عده‌ای از دانشجویان بدون اطلاع از این که برای شرکت در این آزمون به ارائه‌ی پروپوزال نیازمند هستند، وقت مناسب برای انتخاب موضوع مناسب و دلخواه خود را از دست می‌دهند و با نزدیک شدن زمان امتحان، ناچار به مراجعه به اساتیدی می‌شوند که به قول دوستان ترم بالایی پروپوزال آماده دارند. شاید به نظر عده‌ای این اتفاق خوشایند برسد اما بیایید به اصل ماجرا فکر کنیم. به این که هدف از نوشتن پایان‌نامه برای دانشجو چیست؟ ارائه‌ی یک مطلب از قبل آماده شده؟؟؟

بخش بعد از تصویب پروپوزال، جمع‌آوری نمونه‌های آماری و در واقع اجرای طرح تحقیقاتی است. مشکلی که در این قسمت با آن مواجه می‌شویم کمبود وقت کافی برای جمع‌آوری دیتاهاست. مسلماً وقتی دانشجو وظیفه دارد تمام وقت کاری هفته‌ی خود را صرف شرکت در راندهای آموزشی و بیمارستانی کند، زمان مفیدی برای جمع‌آوری دیتا نخواهد داشت.

مشکل بعدی عدم وجود دیتای لازم است و این قضیه اهمیت انتخاب موضوع را می‌رساند. متأسفانه اساتید ما بدون اطلاع قبلی از این که آیا پرونده‌های کاملی از بیماران مورد نظر وجود دارد یا خیر (البته در مورد موضوعاتی که مربوط به پرونده خوانی بیمارستان می‌شود) دانشجو را ترغیب به انجام طرح می‌کنند و دانشجو در زمان جمع‌آوری اطلاعات به مشکل پرونده‌های ناقص بایگانی‌ها برمی‌خورد یا در مورد طرح‌هایی که نیازمند مشارکت بیماران است با مشکل عدم شرکت افراد مورد نظر مواجه می‌شود. در این جا هم عده‌ای از دانشجویان به دلیل مشکلات کمبود وقت، امر جمع‌آوری داده‌ها را به فرد دیگری می‌سپارند و هنگام آنالیز داده‌ها با خطاهای زیادی ناشی از عدم دقت لازم در جمع‌آوری داده‌ها مواجه می‌شوند.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز آن‌ها، موضوع مقاله‌نویسی در صدر جدول مشکلات قرار می‌گیرد. طرحی که به سرانجام رساندن آن تا اواخر دوران اینترنتی به طول انجامیده و دانشجویی که نگران فارغ‌التحصیلی است و تکرار چندباره‌ی این ماجرا که مقاله‌ی طرح در ازای دریافت هزینه توسط فرد دیگری نوشته می‌شود... و اغلب خاطره‌ی بد دانشجویان از ارائه‌ی پایان‌نامه‌ی خود، از وقت لازمی که استاد راهنما برای آن‌ها صرف نکرده است، از طول کشیدن چند ساله‌ی طرحشان و از این که نتوانسته‌اند آن طور که باید به ارائه‌ی مطلب بپردازند را شاهد هستیم.

و سوالی که باید از مسئولین مربوطه پرسید: هدف از پایان‌نامه‌نویسی چیست؟ نقش دانشجو چه باید باشد؟ اساتید ما برای رفع این مشکل چگونه می‌توانند راهگشا باشند؟



# مصاحبه با جناب آقای دکتر بهزاد ذوالفقاری؛

استاد تمام فارماکوگنوزی  
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
و مخالف جدی مقاله‌نویسی پولی



سید محمد مهدی موسوی | عکاس: مهدیه کاظمی پور



**\* لطفا در مورد چیستی و فلسفه‌ی پیدایش این پدیده توضیح دهید. بهتر است بگوییم چه عواملی باعث شده که این مسأله به وجود بیاید؟ در جاهای دیگر دنیا هم این گونه هست یا خیر؟**

به این شکل گسترده که شفاف و حاد است و تبدیل به بازار خیلی بزرگی هم شده‌باشد، بعید می‌دانم در جاهایی دیگر هم این اتفاق افتاده باشد. دلیل این رویداد هم بازار عرضه و تقاضا است. سیستم آموزشی تصمیم گرفته که تعداد مقالات بالا برود و بهترین راه را هم در انجام پژوهش توسط دانشجویان دیده است.

دانشجویان هم به فکر درس خواندن برای قبولی در دستیاری و بورده و یا تأمین معاش به صورت زودرس و... هستند و البته پژوهش را بلد نیستند و پژوهش در قبولی و ارتقاء تحصیلی هم اهمیتی ندارد. از طرفی اعضای هیأت علمی هم می‌خواهند سریع‌تر به دانشیاری و استادی ارتقاء مرتبه پیداکنند که حداقل سود آن اشتغال راحت‌تر در مطب خصوصی است. البته فرصت کافی هم برای پژوهش ندارند و رقابت اصلی در بازار درمان اتفاق می‌افتد. این تقاضا است.

از طرفی تعدادی دانشجو یا دانش‌آموخته‌ی بی‌کار هم هستند که این کار را بلدند و میخواهند درآمد داشته باشند. اصول اخلاقی هم به آنها آموزش داده نشده و این کار را انجام می‌دهند و این گونه به بخش عرضه‌ی بازار وارد می‌شوند.

**\* جناب دکتر؛ شما در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به عنوان یکی از مخالفان جدی**

سلام و عرض ادب و تشکر بابت وقتی که در اختیار من گذاشتید.

مصاحبه‌ی ما در مورد مقاله‌نویسی پولی هست. اتفاقی که در کشور ما می‌افتد و به یک موضوع مهم تبدیل شده است. لطفاً ابتدا کلیاتی از این موضوع را به ما بگویید تا آن دسته از مخاطبان نشریه که اطلاعات کافی ندارند، با این موضوع آشنا بشوند.

این امر به اشکال مختلفی وجود دارد. از خیابان انقلاب جلوی دانشگاه تهران که افراد زیادی انواع مقاله ISI و Pubmed و پروژه و پایان‌نامه به دست گرفته اند و علناً در حال خرید و فروش مطالب هستند وجود دارد تا به عنوان مثال در دانشگاه خودمان که گاهی کار گیر می‌کند و از طرف بعضی اساتید به دانشجویان خاص ارجاع داده می‌شود که کار را انجام بدهند و این که گاهی بعضی از دانشجویان از دوستانی که این کار را بلد هستند استمداد می‌طلبند و ...!

هر کدام هم انواع خاصی دارند و از صفر تا صد کار ارجاع داده می‌شود و تحویل گرفته می‌شود. حتی داده‌سازی هم گاهی انجام می‌شود. البته کیفیت کار هم متغیر است.

به این شکل، پژوهش که باید امری مبتنی بر انگیزه‌های شخصی و اخلاق باشد، چون با اجبار روبرو شده‌است، تبدیل به نوعی تجارت شده که در آن پول حرف اول و آخر را می‌زند.

## مقاله‌نویسی پولی مطرح هستید و انتقادات صریح و البته تنیدی به این موضوع داشته‌اید. اگر ممکن است لطف کنید و در مورد دلیل مخالفتتان بگویید. چه اثری بر جامعه علمی دارد؟ هزینه‌ی این عمل چیست؟

اولاً خلاف قواعد اخلاقی پذیرفته شده‌ی حق نویسندگی یا authorship در کل دنیا است، ولی به نظر من بدترین اتفاقی که می‌افتد این است که افرادی پیدا می‌شوند که جایگاه‌هایی را دارند که مال خودشان نیست چه از نظر علمی و شغلی و چه موقعیت اجتماعی. ما افرادی را داریم که تعداد زیادی مقاله دارند که حتی بعضی از آن‌ها را نخوانده‌اند. اتفاق بعدی این است که این افراد جایگاه‌هایی را اشغال می‌کنند و تصمیم‌گیرنده می‌شوند و متأسفانه تبدیل به راهنما و مشاور و حتی الگو می‌شوند و مورد تحسین جامعه قرار می‌گیرند. بدترین اتفاق ممکن آن است که دانشجویان برای کسب موفقیت راه چنین افرادی را انتخاب کنند و این چرخه‌ی معیوب تبدیل به بیماری فراگیر در جامعه علمی - خصوصاً پزشکی - بشود.

مسأله‌ی بعدی این است که تعداد زیادی مقاله با پایه‌ی سست در کشور تولید می‌شود که در دنیا به عنوان نوعی منبع علمی قابل اتکاء شناخته نمی‌شوند؛ در نتیجه اعتبار جامعه‌ی علمی کشور بخاطر وجود تعدادی مقاله‌ی نامعتبر از بین می‌رود و ضرر این موضوع متوجه همه‌ی جامعه‌ی علمی می‌شود.

## \* لطفاً در مورد جنبه‌های آموزشی این مسأله بیشتر توضیح بدهید. در واقع آن بخشی که مربوط به پایان‌نامه‌ی دانشجویان است و دانشجویان باید به صورت اجباری یک کار تحقیقاتی را در زمانی که خیلی مشغله دارند (دوره‌ی سخت اینترنی) انجام بدهند.

به نظر من پزشک، اینترن و حتی دانشجوی پزشکی باید با پژوهش و تحقیق آشنا باشد. چون این فرد در جایگاه قضاوت بالینی قرار می‌گیرد باید سره را از ناسره تشخیص دهد، باید با نگاه evidence base medicine رشد کند. باید یک critical thinker باشد. این‌ها جز با خواندن مطالب و پژوهش و تشخیص منابع علمی درست بدست نمی‌آید. برای کسب مهارت این تشخیص داشتن دانش پژوهشی ضروری است.

وقتی تصمیم گرفته شده‌است که دانشجو پژوهش انجام دهد، احتمالاً به این نکته توجه شده است. همانند بحث کشیک که دانشجویان به آن اعتراض می‌کنند اما برای آینده‌ی کاری خودشان بهتر است. اما وقتی کشیک که بر اساس اصول علمی باید حداکثر ده شب در ماه باشد، به پانزده تا بیست شب می‌رسد، دانشجو نمی‌تواند و از جایی که برای قبولی در دستیاری کشیک رفتن مهم نیست و صرفاً پاسخی به سوالات تستی مهم است دانشجویان ترجیح می‌دهند از راه‌های میانبر استفاده کنند.

## \* لطفاً راه حل جایگزینتان را پیشنهاد بدهید.

راه حل جدید این است که فضا را برای «یادگیری» باز کنیم، قبح کار مقاله‌نویسی پولی را به آن‌ها نشان

دهیم و جلوی افرادی که به صورت نیمه رسمی این کار را می‌کنند بگیریم. دانشجویها را برای انجام پژوهش توانمند کنیم و با اقداماتی مثل IRAP کاری کنیم که هر کس خودش به پژوهش علاقه‌مند شود و انجام این کار را بلد باشد.

مهم‌ترین راه حل این است که برای انجام پژوهش خوب، هزینه‌ی خوب بکنیم، چه مالی و چه زمانی؛ یعنی زمان مناسب در کوریکولوم تخصیص داده شود و حمایت‌های مالی از طرح‌های پژوهشی گسترده و کامل صورت بگیرد. بحث آخر این که راه ارتقای شغلی را برای افرادی که در بخش‌های دیگر مثل درمان یا تدریس به خوبی تلاش می‌کنند باز کنیم و تنها راه پیشرفت کاری، انجام پژوهش نباشد.

## \* خیلی ممنون و کلام آخر؟

ما باید از پژوهش لذت ببریم، از آموختن لذت ببریم، فقط پول لذت نمی‌آورد.



# مقاله‌ی دکتر X

« دو چیز مرا به شگفت وامی دارد؛ آسمان پرستاره‌ی بالای سر ما و موازین اخلاقی درون ما »

امانوئل کانت

این ضرر به روش‌های گوناگون به نویسندگان مطالعه باز خواهد گشت. برای نمونه سنتز و یا تغییر عمدی نتایج مطالعه نه تنها منجر به نتایج کاذب می‌گردد؛ بلکه نیروی کار و بودجه‌ی پژوهش را نیز هدر می‌دهد. به این ترتیب که زمان مفیدی که دانشجو صرف انجام مراحل مختلف پژوهش کرده است و هزینه‌ای که دانشگاه برای آن پژوهش پرداخت نموده عملاً صرف تولید مقاله‌ای با داده‌های غیر واقعی شده که نه تنها منجر به پیشرفتی نمی‌گردد بلکه باعث به وجود آمدن عواقب متعددی خواهد شد. این کار به طور روتین و بدون وجود نظارت‌های لازم به راحتی انجام می‌گردد!

در صورتی که به همین منوال و تنها در جهت علامت درمانی این بیماری پیش برویم نه تنها باعث بهبود نخواهیم شد بلکه همین فرصت باقی مانده برای اصلاح را نیز از دست خواهیم داد.

از اهداف جدی و اصلی مسئولین در چند سال اخیر مبارزه با پدیده‌ی «مقاله نویسی پولی» بوده است. بدون توجه به این که علت به وجود آمدن این پدیده چیست و تنها با استفاده از تنبیه‌های مختلف سعی داریم جلوی این مسأله را بگیریم. گذشته از این سؤال که آیا در همین امر، موفقیت چشم‌گیری کسب کرده‌ایم یا نه؟ بیایید فرض کنیم دیگر کسی در دانشگاه‌ها در ازای دریافت پول مقاله ننویسد! بیرون دانشگاه را چه کنیم؟ باز هم فرض کنیم به زور تنبیه و مجازات کلا کسی در کشور ما در ازای دریافت پول مقاله ننویسد؛ در این حالت رویایی (!) آیا پژوهش ما در مسیر درست انجام خواهد شد؟ آیا دانشجویان و اساتیدی که در نوشتن مقاله و پروپوزال و اجرای طرح مشکلات مختلفی داشتند، مشکلاتشان برطرف خواهد شد؟ اصلاً آیا حاضریم هزینه‌ی براندازی این رسم غلط «مقاله‌نویسی پولی» را بپردازیم؟ آیا حاضریم با اساتید و دانشجویان مجرم (!) برخورد کنیم؟ آیا میزان تقصیر دانشجویان و اساتید برابر است؟

«گر حکم شود که مست گیرند/ در شهر هر آن که هست گیرند» حال فرض کنیم سیاست‌های ما در جهت دیگری پیش برود. اگر اساتید و دانشجوهای ما از نظر مهارت، زمان و دیگر فاکتورهای لازم برای انجام پژوهش در رفاه بیشتری باشند، آن وقت به کجا خواهیم رسید؟ اگر کسی توان و زمان انجام پژوهش را داشته باشد، آیا حاضر است مقاله‌اش را بدهد کس دیگری برایش بنویسد؟ آیا کسی حاضر است داده‌های مطالعه‌اش را سنتز کند؟

اگر کمی از بالاتر به موضوع نگاه کنیم متوجه خواهیم شد که ما در زمینه‌ی تفکیک مسأله‌ی درمان از آموزش با مشکلات جدی مواجه هستیم. اگر انترن‌ها و رزیدنت‌ها را از بردگی نظام درمان رها کنیم چه کسی این حجم عظیم بیمار را مدیریت کند؟ اگر این کار را نکنیم چه طور ممکن است این افراد وقتی حتی فرصت رسیدگی به زندگی شخصیشان را ندارند، بتوانند به درستی آموزش ببینند؟ کسی که آموزشش با خطر جدی مواجه است چگونه می‌تواند پژوهش انجام دهد؟

یکی از مهم‌ترین چالش‌های بشر همواره درک درست مفاهیم موجود در زندگی بوده است. درک درست مفاهیم منجر به درک درست عیار در هر زمینه‌ای خواهد شد و در این زمان هست که می‌توان تا حدی مرز میان درست و غلط را تشخیص داد!

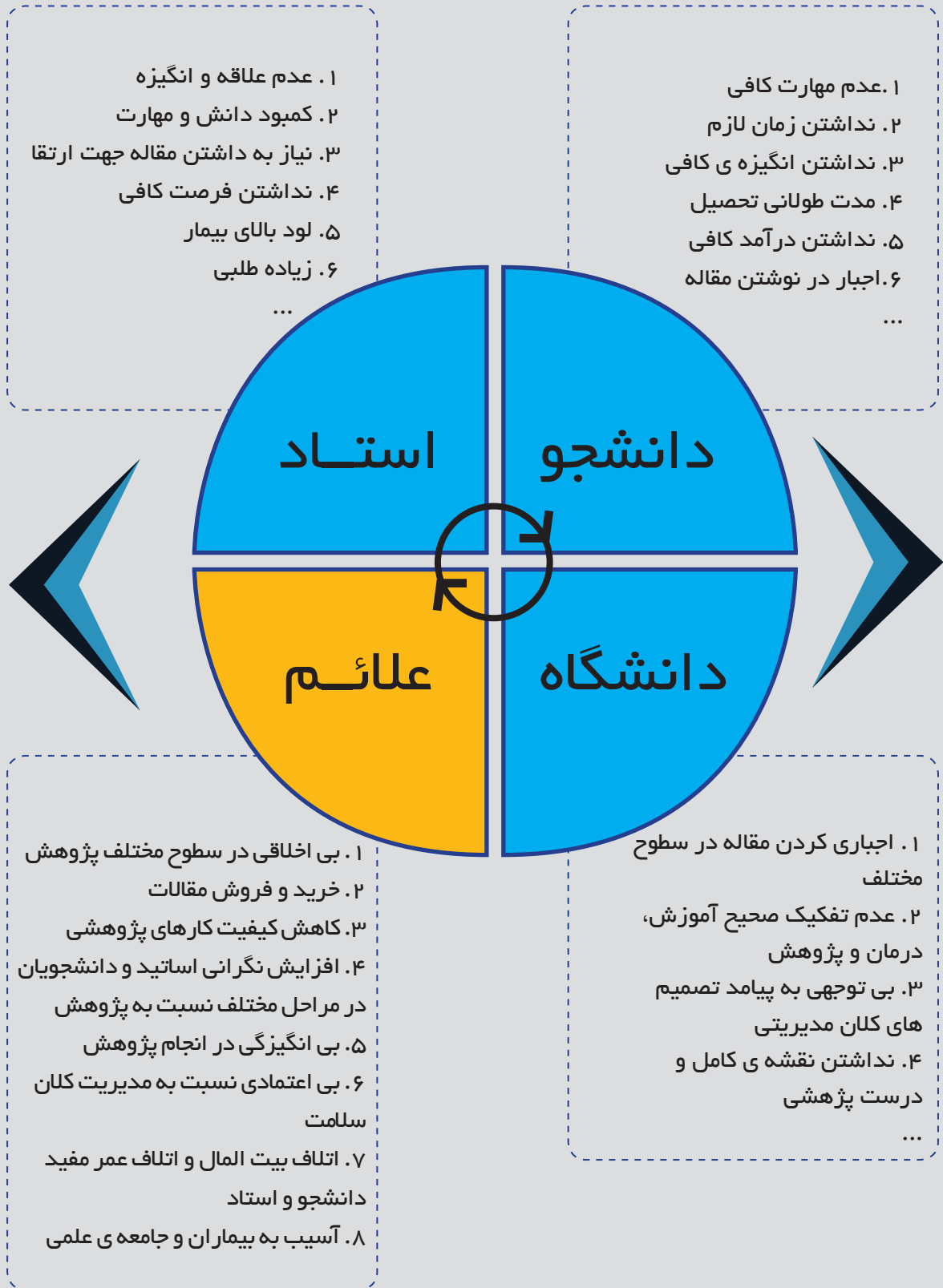
پژوهش ابزار است شامل روش‌های گوناگون جهت توسعه و تولید علم. در واقع هدف، تولید علم است و پژوهش یکی از ابزارها. ملزومات مختلفی جهت استفاده‌ی صحیح از پژوهش وجود دارد که تا همگی آن‌ها به درستی در کنار یکدیگر قرار نگیرند فرایند پژوهش به درستی انجام نخواهد شد. تجهیزات لازم، تأمین مالی، افراد آموزش دیده، نقشه‌ی پژوهشی، نیروی کار، رهبری و راهنمایی درست و همه بر محور اخلاق!

عدم رعایت اخلاق در علم در نسل جوان ما سابقه‌ی زیادی دارد. زمانی که در دوره‌ی دبستان، حاضر بودیم در ازای دریافت پاداش تکالیف یکدیگر را انجام دهیم و یا زمانی که به اسم معرفت سر جلسه‌ی امتحان به یکدیگر تقلب می‌دادیم، در واقع به آرامی مسیر ذهنی و ارزشی‌مان به سمتی هدایت می‌شد که اکنون و در جایگاه یک پژوهشگر بتوانیم به راحتی و در پس زمینه‌ی جامعه‌ای بی‌اخلاق، اخلاقیات را زیر پا بگذاریم. اخلاق در پژوهش جنبه‌های گوناگونی دارد؛ از رعایت حق شرکت‌کنندگان در مطالعه تا رعایت حق نویسندگان و نهایتاً رعایت حقوق خوانندگان مقاله. عدم رعایت اخلاق در هر یک از مراحل پژوهش باعث زیر پا نهادن حقوق مجموعه‌ای از افراد جامعه خواهد شد.

در کشور ما و در زیرمجموعه‌ی وزارت بهداشت، پژوهش در بیشتر موارد نه به عنوان ابزار تولید علم که به عنوان ابزاری جهت ارتقای رتبه‌ی علمی، فارغ‌التحصیلی، عضویت در نهادهای خبگی و تولید ثروت استفاده می‌شود. همین امر به خودی خود پژوهش را از مسیر اصلی منحرف کرده و باعث به وجود آمدن مشکلات عدیده‌ای می‌گردد. متأسفانه این مشکلات به دلیل سال‌ها بی‌توجهی تبدیل به بیماری صعب‌العلاجی شده که هر روز علائم جدیدی را بروز می‌دهد. طحوراه‌ای که در پایان مقاله کشیده شده است نشان‌دهنده‌ی علل و علائم این مسأله می‌باشد.

قسمت خوب ماجرا این است که در چند سال اخیر توجه ویژه‌ی مسئولین به امر پژوهش باعث روشن‌تر شدن این مسأله شده است و در حال حاضر می‌توانیم بگوییم که ما به مرحله‌ای از آگاهی (Insight) در مورد مشکلات موجود در پژوهش رسیده‌ایم. اما باز هم بدون توجه به علل اصلی ایجاد این مسأله با تمام قدرت به علامت درمانی مشغولیم.

اگر فرض کنیم در مراحل مختلف یک پژوهش علمی، اخلاقیات رعایت نشود، در وهله‌ی اول نتایج مطالعه قابل اعتماد نخواهد بود و در صورتی که از این مقاله و مقاله‌های مشابهش در روندهای مختلف درمانی استفاده شود، بیماران دچار ضررهای جدی خواهند شد. در مرحله‌ی بعدی خوانندگان مطالعه به اشتباه خواهند افتاد و در نهایت



# مصاحبه با تارک دوستداشتنی

## مقاله نویسی پولی

### ۵. نقش و نظر اساتید در مورد این فعالیت چه بود؟

خیلی اوقات اساتید خودشان به دانشجویها پیشنهاد می‌دادند که مقاله را سفارش بدهند و هزینه‌ی آن را بپردازند.

### ۶. آیا موردی پیش آمد که استادی با این روش مخالف باشد و متوجه بشود مقاله‌ی دانشجوی به این شیوه نوشته شده است؟ اگر موردی بوده آیا استاد پیگیری کرد یا خیر؟

نه من موردی خاطر نیست. البته من زیاد کار نکردم. شاید پنج شش مورد بیشتر نبود. همان‌ها هم طوری نبود که من کل طرح را انجام بدهم و پول بگیرم. معمولاً نقش کوچکی در طرح داشتم که بعد از آن به من پیشنهاد دادند و گفتند شما که مقاله نوشتن بلدی بیا کار را انجام بده و هزینه بگیر. تماس مستقیم از طرف اساتید برای سفارش مقاله هم زیاد اتفاق می‌افتاد. البته آن زمان غیرقانونی و غیراخلاقی بودن این کار به این شفافیت محرز نشده بود. الآن هم نظرات مختلفی وجود دارد. ولی ما سعی می‌کردیم تا جایی که امکان دارد این کار را انجام ندهیم؛ یعنی به متقاضی‌ها پیشنهاد می‌دادیم که به جای این که برایشان مقاله بنویسیم، مقاله‌نویسی را به آن‌ها آموزش بدهیم.

### ۷. علت مراجعه‌ی متقاضیان چه بود؟

کمبود وقت یا عدم برخورداری از دانش لازم برای نگارش مقاله و دلایل خیلی زیاد دیگری که بحث مفصلی را می‌طلبد. دانشجوی مجبور است پژوهش کند اما نه مهارت لازم را دارد نه فرصت کافی را. حتی برخی از اساتید هم نسبت به اجباری بودن پژوهش معترضند و از طرفی برای ارتقا و افزایش حقوق به این قضیه نیازمند هستند.

سلام و عرض تشکر بابت این که وقتتان را در اختیار ما می‌گذارید. این سوالات به منظور اطلاع از نظرات جنابعالی طراحی شده و امیدواریم پاسخ‌های شما تأثیر بسیار مناسبی در ایجاد فرهنگ اهتمام به پژوهش داشته باشد.

### ۱. در ابتدا بفرمایید که روال کار از سفارش تا اجرا به چه صورت هست؟

بعضی افرادی که قبل از ما کار می‌کردند روال را پیش‌بینی کرده بودند. مثلاً نصف پول مقاله اول کار دریافت شود و نصف آن بعد از اتمام کار. ما هم با همان روند فعالیت می‌کردیم.

### ۲. رشته و مقاطع تحصیلی مراجعین عمدتاً چه بود؟

بچه‌های پزشکی از همه‌ی مقاطع و اکثراً رزیدنت‌ها و اینترن‌ها.

### ۳. موضوعات درخواستی چه بودند؟

هر موضوعی در حیطه‌ی علوم پزشکی.

### ۴. شیوه‌ی معرفی شما به متقاضیان چگونه بود؟ به سبب شناخت قبلی و معرفی از طرف افراد شما را می‌شناختند یا روش تبلیغاتی خاصی به کار می‌بردید؟

در مجموعه‌ای که من بودم هر سال یک نفر پروژه پخش کن بود. البته پروژه پخش‌کن‌های دیگری نیز در دانشگاه بودند که دانشجوی نیستند.







### ۸\_ نظر به این که مقالات در آینده حرفه‌ای دانشجو تأثیر دارند، متقاضیان در این خصوص چه نظری داشتند؟

اگر نظر من را می‌خواهید، مقالات در آینده حرفه‌ای دانشجو تأثیری ندارند و در طبابتشان هیچ‌وقت پژوهش به دردشان نمی‌خورد. برای متقاضیان هم این مسأله که مقاله‌ی آن‌ها را فرد دیگری نوشته‌ است اهمیت ندارد؛ چون زمان رشته طولانی است و می‌خواهند سریع فارغ‌التحصیل بشوند و وقتی برای نوشتن مقاله و پژوهش ندارند.

### ۹\_ آیا موردی پیش آمده که این کار از طرف نهاد یا فردی مورد انتقاد قرار بگیرد و آن‌ها نویسندگان را از نوشتن نهی کنند؟

خیر. در مدت کوتاهی که ما کار می‌کردیم هیچ‌وقت این اتفاق نیفتاد.

### ۱۰\_ از نظر شما این که یک دانشجو پژوهشگر باشد چقدر اهمیت دارد؟ برای دانشجو از نظر علمی کدام یک بهتر است، این که پژوهشگری را یاد بگیرد یا این که نیازهایش را با سفارش مقاله برطرف کند؟

این که دانشجو باید پژوهشگر باشد یا نه سؤال است که باید افرادی با صلاحیت بیشتر از من پاسخ بدهند، ولی اگر نظر من را می‌خواهید، نیازی نیست. چون پژوهش روندی است که آموزش و انجام آن به مدت زمان زیادی احتیاج دارد و اگر که می‌خواهند دانشجوی پژوهشگر تربیت کنند باید تدابیر، زیرساخت‌ها و آموزش‌هایی تدارک دیده شود تا دانشجو بتواند پژوهشگر شود. اما قطعاً روش مقاله‌نویسی پولی کار کاملاً غلطی است.

### ۱۱\_ علت موفقیت و ادامه پیدا کردن این روند چیست؟

هر جا که پول باشد موفقیت هم هست؛ یعنی وقتی درآمدزایی یک کار خوب باشد، آن کار موفق می‌شود. ولی از طرف دیگر دانشگاه دانشجو را مجبور کرده برای فارغ‌التحصیلی حتماً مقاله بنویسد و این قضیه به تشدید رخداد مقاله‌نویسی پولی کمک می‌کند.

### ۱۲\_ به نظر جنابعالی دستگاه‌های نظارتی و امتیازدهی چگونه می‌توانند مقاله‌ی نگارش شده توسط خود دانشجو و مقاله‌ی نگارش شده توسط نویسندگی دیگر را افتراق بدهند؟

اصلاً کار ساده‌ای نیست. به این خاطر که دانشجو خیلی راحت می‌تواند ادعا کند که مقاله را نوشته و نمی‌شود ثابت کرد که کار او نیست. ولی می‌شود نشست و فکر کرد و برای تشخیص این مسئله مکانیسم‌هایی در نظر گرفت.

### ۱۳\_ به نظر شما اگر اصلاحاتی در روند مقاله‌نویسی برای دیگران انجام بشود و ایرادات اخلاقی آن برطرف بشود، امکان دارد که به عنوان یک شغل رسمی معرفی شود؟

بله. الان در خارج از کشور هم این قضیه به نوعی شغل محسوب می‌شود. نویسنده در پژوهش‌ها مستقیماً کمک و مشاوره می‌دهد و حضور کاملاً پیش‌بینی شده و تعریف شده‌ای دارد که قانون authorship هم در آن رعایت می‌شود.

### ۱۴\_ اگر توضیحی باقی مانده که به آن اشاره نشده‌ است و تمایل دارید ارائه شود بفرمایید.

این قضیه به صورت ریشه‌ای خیلی بحث مفصلی دارد. وقتی که استاد پژوهش بلد نیست غیر ممکن است دانشجو بتواند پژوهش یاد بگیرد و وقتی یک دانشجو پژوهش بلد نباشد، این انتظار خیلی زیاد و امر غیرممکنی است که برای فارغ‌التحصیلی بتواند یک مقاله‌ی معتبر چاپ بکند. این مسائل خیلی به اصلاح ریشه‌ای و بنیادی نیاز دارند.

امیدوارم هر چه زودتر اصلاحات ریشه‌ای انجام شود. هر چند مبارزه با مقاله‌نویسی پولی کار بسیار درستی است و این قضیه باید ریشه کن شود؛ اما مقاله‌نویسی پولی، یک شاخه‌ای از درخت فساد در پژوهش است و این درخت باید از ریشه نابود شود. قطع شاخه‌های آن تأثیر چندانی ندارد. چون اگر درخت زنده بماند شاخه‌های جدیدی رشد می‌کنند و روش‌های دیگری پیش می‌آید، تا جایی که کنترل آن واقعاً سخت می‌شود.

سبا خدادادی - مهدیه کاظمی پور



دانش حیدری



با توجه به برنامه ریزی‌هایی که طی چند سال اخیر برای بهتر و منظم تر برگزار شدن برنامه‌های واحد روابط عمومی صورت گرفت، امسال تصمیم بر تکمیل این فرایندها و پیشبرد بهتر برگزاری آنها گرفته شد. این چشم انداز تا پایان سال ۹۶ ادامه دارد، اما شرحی از آنچه که در شش ماه اول سال رخ داد را خدمتتان عرض می‌کنم.

**دیبا(دیدار با اساتید):** نظر به نبود فرصت‌ها و بسترهای مناسب جهت تبادل نظر بین دانشجویان و اساتید برجسته‌ای که افتخارات بزرگی کسب کرده اند و در جهت بهبود نگرش دانشجویان، واحد روابط عمومی سیاست را بر مبنای ایجاد این بستر مناسب و صمیمی‌تر کردن ملاقات با اساتید بنام قرارداد، تا با تشکیل نشست‌هایی، زمینه را برای آشنایی با سیر تفکر علمی و مسیر زندگی بزرگان دانش کشور به وجود آورد. نکته‌ی مهم در برگزاری این برنامه، جلوگیری از محدود کردن آن به مباحث صرفاً علمی و پرداختن به بحث در مورد دستاوردهایی است که شاید در کتاب‌ها امکان آموختن آن‌ها نباشد. همچنین پرسش و پاسخ دانشجویان با این اساتید برجسته از قسمت‌های مهم برنامه است. در این راستا در شش ماه اول سال ۹۶ افتخار داشتیم که در خدمت دکتر حسین قریب و دکتر سیاوش صحت باشیم. اما با این حال باید حافظ محتوای این برنامه بود، به همین خاطر فایل الکترونیکی (تایپی-ژورنالی) برای این برنامه تهیه شد تا کسانی که امکان حضور در جلسه را نداشتند، بتوانند بحث‌های صورت گرفته را در این فایل مطالعه کنند.

تیم دیبا				
علیرضا موسوی فرد	علی نصراللهی زاده	فرزام پونکی	سنا بیات	مهشید صباغ



**تدتاک:** ایده‌هایی که ارزش گسترش دارند. اهمیت این برنامه در تبلور ایده‌های خلاقانه و متفاوت دانشجو است، تا با بیان و تبادل آن‌ها با سایر دانشجویان، از روشن بودن بخش‌های به ظاهر تاریک مغز خود آگاه شوند. اما شیوه‌ای که برای شکوفا کردن ایده‌ها در این برنامه به کار برده می‌شود، پخش کنفرانس تد می‌باشد که ایده‌ای نو، بیانی شیوا و ارائه‌ای توانمند را به دانشجو نشان می‌دهد. با این حال برای شش ماه دوم سال شیوه‌ای تدارک دیده شده است که دانشجو بتواند بدون قضاوت قبلی در مورد ایده‌های خودش صحبت کند. شرکت در تدتاک‌های آینده را از دست ندهید!

تیم تدتاک	
فاطمه حجتی	نگین سالمی

**کافه اکسپرسای:** کافه‌ای علم و تجربه با اساتید. نظر به رواج یافتن بیش از پیش مقاله‌نویسی پولی در دانشگاه‌ها و فضای پژوهشی کشور، کافه‌ای با محتوای مقاله‌نویسی پولی با حضور آقای دکتر بهزاد ذوالفقاری، آقای دکتر یوسف قیصری و آقای دکتر امیرحسین پزشکی برگزار کردیم. در این کافه این موضوع از جوانب مختلف تحلیل و بررسی شد. (گزارش این کافه در صفحات بعدی مجله ارائه شده است)

نتیجه‌ی این بحث‌ها، منجر به پیگیری‌هایی از طرف مسئولین دانشگاه به منظور ایجاد محدودیت در اجرای این کار شد. امیدواریم نتایج مطلوبی از این پیگیری‌ها حاصل شود. کافه اکسپرسای بعدی ما با حضور یک زوج پزشک موفق (دکتر محمد متین فر و دکتر فاطمه مصطفوی) برگزار شد که با استقبال پرشوری نیز مواجه شد. شایان ذکر است که سعی ما بر تهیه‌ی فایل الکترونیکی (تایپی-ژورنالی) کافه می‌باشد که در برنامه‌های آتی تهیه می‌شود.

تیم کافه اکسپرسای	
نگار فیروزی	شیمیا مهدی پور



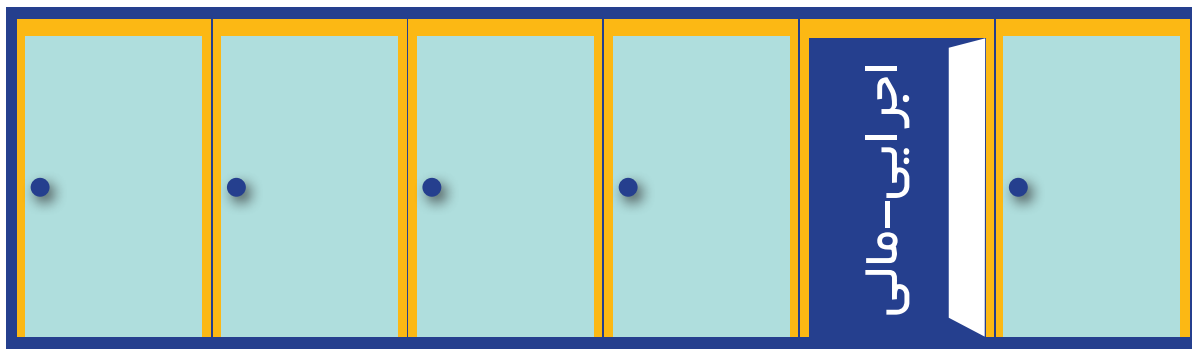
**مدیسینما:** در انتخاب فیلم‌های شش ماه دوم سال و با همکاری تعدادی از اساتید خوب کمیته، سعی بر رعایت استانداردهای علمی-آموزشی و ایجاد تغییراتی در شیوه‌ی برگزاری این برنامه شده است. پس شش ماه دوم سال را مهمان برنامه‌ی مدیسینما باشید.

تیم مدیسینما	
آرشام میرزایی	شیمیا مهدی پور

**تبلیغات:** روش‌های اطلاع‌رسانی کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی شامل پوستر و بنرهای تبلیغاتی، بوردهای تبلیغاتی، کانال تلگرام، اینستاگرام، سامانه‌ی پیامکی و خبرنامه می‌باشد.

تیم خبرنامه		
کامیاب کریم پور	فرزام پونکی	علیرضا مرادی





مهران منانی

سپس با توجه به تخمینی که از حجم کار و مسئولیت های مورد نیاز صورت گرفته بود و با توجه به اعلام علاقه مندی داوطلبین در فراخوان عضوگیری، تعداد ۴ نفر از دانشجویان به عنوان عضو این معاونت مشغول به فعالیت شدند. عمده فعالیت هایی که در ۶ ماه اول سال ۹۶ انجام شده است به شرح زیر می باشد:

#### حیطه ی تهیه ی ملزومات مورد نیاز کمیته و فعالیت های آن:

- تدوین و تنظیم فرایند مشخص و منظم جهت تهیه ی اقلام مورد نیاز واحدها و برنامه ها: درخواست ها جهت تهیه ی اقلام به صورت الکترونیک از مسئولین برنامه ها گرفته می شود و پس از بررسی و تایید، نسبت به تنظیم درخواست خرید و ارائه ی آن به مسئولین مربوطه در دانشکده اقدام می شود. همچنین مستندسازی دقیق درخواستها و هزینه های انجام شده در این روش در نظر گرفته شده است. از دیگر مزایای این فرایند، تلاش در جهت انطباق حداکثری با قوانین و سیستم اداری دانشکده است.
- تهیه ی اقلام مورد نیاز جهت برنامه های مختلف برگزار شده در نیمه ی اول سال ۹۶
- رایزنی و تعامل با مسئولین دانشکده ی پزشکی به منظور تسهیل و تسریع فرایند خرید و تهیه ی اقلام

#### حیطه ی حفظ و بهبود امکانات و فضای فیزیکی کمیته:

- منظم نمودن استفاده از اتاق کارگاهها و تعیین مسئول هماهنگی جهت استفاده از اتاق کارگاهها
  - تهیه ی کپسول آتش نشانی (انشالله هیچ وقت لازم نشود)
  - نگهداری و پیگیری تعمیرات مورد نیاز تجهیزات موجود در کمیته
  - تدوین دستورالعمل و راهنما جهت استفاده ی صحیح و بهینه ی اعضا از تجهیزات موجود در کمیته (در دست اقدام)
- انجام این فعالیت ها بدون کمک و فعالیت شایسته ی اعضای دلسوز و مسئولیت پذیر معاونت اجرایی مالی ممکن نبود و پس از این هم نیست. بنابراین فرصت را غنیمت شمرده و از آقایان سید علی حسام زاده، حسین بدیعی، علی آریا و مهدی بدیعی گورتی سپاس گزاری می کنم. امیدوارم با همراهی این دوستان در ادامه بتوانیم فعالیت مورد رضایتی داشته باشیم.

واحد آموزش، واحد ارزشیابی، واحد انفورماتیک، واحد پژوهش، واحد روابط عمومی... و اما معاونت اجرایی مالی! وقتی سایر بخشها واحد هستند، چرا این یکی را معاونت نامیده اند؟! صرفاً محض تنوع؟! خیر، کاملاً برعکس. عبارت سه کلمه ای «معاونت اجرایی مالی» اسمی بسیار بامسمی است. برای روشن تر شدن موضوع نگاهی به متون حقوقی بیندازیم، جایی که حساسیت بالای کار باعث افزایش دقت می شود و نتیجه تعریفی دقیق از هر عنوان و کلمه و ... است: «تعریف معاونت در جرم: معاون جرم کسی است که به قصد ارتکاب جرم، بی آن که مستقیماً در انجام عملیات اجرایی جرم مداخله ای کند، به طرق مختلف همچون تحریک، تشویق، تطمیع، تهدید و ... فرد یا افراد دیگری را در ارتکاب جرم معینی مساعدت و یاری کند. به عبارت دیگر، معاون جرم به کسی اطلاق می شود که در عملیات مادی تشکیل دهنده ی جرم معینی دخالت نمی کند، بلکه با کمک و یاری رسانیدن به مباشر یا مباشرین جرم، ارتکاب فعل مجرمانه ی معینی را مهیا یا تسهیل می کند.

مانند این که کسی با علم و اطلاع از قصد مجرمانه ی دیگری با اتومبیل خود وی را شب هنگام به محل سرقت برده و در داخل اتومبیل منتظر بماند تا سارق اموال مسروقه را به داخل اتومبیل منتقل کند و سپس آن اموال را با خودرو به محل دیگری ببرد.»<sup>۱</sup> تکلیف کلمه ی اول مشخص شد: معاونت، همکاری و زمینه سازی برای انجام کاری است، بدون دخالت مستقیم. حالا کافی است به جای جرم، ترکیب «اجرایی مالی» را قرار دهیم. به سادگی مشخص است که در کمیته هر جا قرار است کاری اجرا شود یا هزینه ای صورت پذیرد یا اموالی تهیه یا مصرف شوند، معاونت اجرایی مالی وظیفه ی خود را جهت تسهیل این امور انجام می دهد.

پس اصولاً هر برنامه ای که در کمیته «اجرا» می شود یا به نحوی با «اموال» کمیته در ارتباط است، ربطی هم به معاونت اجرایی مالی پیدا می کند! شاید این مجمل ترین توصیف برای گستره و تنوع کارهای معاونت اجرایی مالی کمیته است. این موضوع باعث می شود تا فعالیت در این معاونت بدون توقف ادامه یابد. در راستای تحقق اهداف این معاونت، پس از بررسی نیازهای موجود و با بهره گیری از تجربیات سال های گذشته، دو حیطه فعالیت تعریف گردید:

- ۱- تهیه ی ملزومات مورد نیاز کمیته و فعالیت های آن
- ۲- حفظ و بهبود امکانات و فضای فیزیکی کمیته

۱: برگرفته از ماده ۴۳ قانون مجازات اسلامی به نقل از <http://www.yjc.ir>

## واحد پژوهش



مهدی بزرگر

جلسات کتابخوانی که اولین دوره‌ی آن طی ۹ جلسه در سال ۱۳۹۵ برگزار شد، مجدداً مورد ارزشیابی قرار گرفت و با توجه به نتایج ارزشیابی‌ها، تغییراتی در روش برگزاری جلسات کتابخوانی صورت پذیرفت تا سری دوم این برنامه از مهرماه ۱۳۹۶ آغاز شود. طرح دیگری که سال پیش اولین دوره‌ی آن برگزار گردید، **جلسات پروپوزال خوانی** بود. با توجه به ارزشیابی‌ها و اهداف طراحی شده، با برگزاری جلساتی با واحد ارزشیابی و مستندسازی، تغییراتی در نحوه‌ی اجرای آن صورت گرفت تا در نیمه‌ی دوم سال، دوره‌ی دوم جلسات پروپوزال خوانی اجرایی گردد.

طرح جدیدی که امسال واحد پژوهش تصمیم به طراحی و اجرای آن گرفت، **اطلاع رسانی قوانین و مفاهیم اخلاق در پژوهش** بود که هدف آن تشریح اخلاق در پژوهش برای دانشجویان، در جهت افزایش آگاهی آن‌ها از قوانین پژوهشی و رعایت آن در اجرای طرح‌های پژوهشی می‌باشد.

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

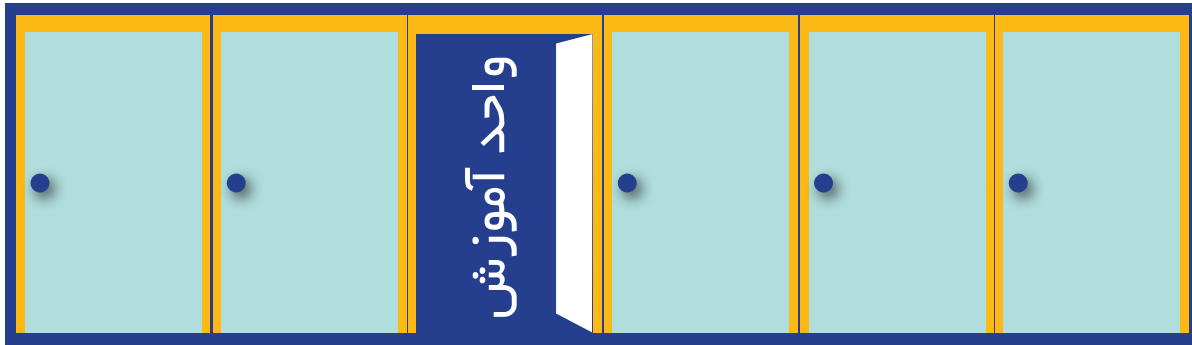
از محقق تا مقلد فرق هاست  
کاین چو داوود است و آن دیگر صداست  
منبع گفتار این سوزی بود  
وان مقلد کهنه آموزی بود

واحد پژوهش در نیمه‌ی اول سال، ابتدا با نگارش برنامه‌ی عملیاتی سال ۱۳۹۶، تعیین اولویت‌های موجود و برنامه‌های جدید واحد، شروع به عضوگیری در فراخوان عضویت کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی نمود. رویکرد واحد پژوهش بر اساس افزایش توانمندی اعضای کمیته و دانشجویان علاقه‌مند در زمینه‌ی پژوهش تبیین شد و بر همین مبنا فعالیت واحد پژوهش در چهار زمینه برنامه‌ریزی گردید. همچنین مسئولیت برگزاری فراخوان‌های پژوهشی کمیته پژوهش‌های دانشجویان نیز بر عهده‌ی واحد پژوهش می‌باشد. در ادامه به شرحی از فعالیت‌های انجام‌شده می‌پردازیم.

**فراخوان طرح‌های تحقیقاتی کمیته پژوهش‌ها** به منظور ایجاد مسیری برای تصویب طرح‌های تحقیقاتی توسط دانشجویان علاقه‌مند به پژوهش برگزار می‌گردد. در هر سال دو فراخوان برای طرح‌های تحقیقاتی توسط کمیته پژوهش‌ها صورت می‌گیرد که فراخوان اول در اردیبهشت و خرداد ماه برگزار گردید. برای این فراخوان بیست طرح ارسال شده بود که پس از سه مرحله داوری، هفت طرح تحقیقاتی پذیرفته شد.

از فعالیت‌های نوینی که امسال برای اولین بار در واحد پژوهش طراحی گردید می‌توان به **جلسات مقاله خوانی** اشاره کرد. در این جلسات دانشجویان مقالات را از نظر نگارشی و تکنیکی بررسی می‌کنند، نکات قوت و مثبت مقالات را مشخص کرده و به فراگیری آنان می‌پردازند. این عمل موجب افزایش اطلاعات پژوهشی دانشجویان در حیطه‌ی نگارش مقالات و کسب تجارب جدید در طراحی پژوهش‌ها می‌گردد.





## هزیر مرادی

### مستند سازی:

پس از تحویل مسئولیت و شروع کار تیم جدید، برای ایجاد فضای ابری گوگل جهت دسترسی آسان و آپلود داده‌های پیشین و آینده‌ی واحد اقدام شد و به مرور مستندات و اطلاعات از افراد و مسئولین قبلی در این فضا گردآوری شد. همچنین مستندات کارگاه‌ها، اطلاعات ثبت نام و ارزشیابی‌ها نیز از اول سال در این فضا بارگذاری شده‌است. به منظور همکاری هر چه بیشتر اعضای کمیته و دانشجویان دانشکده در برگزاری کارگاه‌ها تحت عنوانین مدیر، مدرس، گروهیار، کمک گروهیار و ... یک فرم آنلاین طراحی شد و در کانال اطلاع رسانی کمیته قرار داده شد تا اعضا جهت اعلام آمادگی برای همکاری دسترسی آسان‌تری داشته باشند. (برای اعلام همکاری می‌توانید به لینک <http://b2n.ir/46496> مراجعه کنید.) و در آخر بابت همکاری بی شائبه‌ی دوستانم در واحد کمال تشکر را دارم. با آرزوی توفیق روزافزون برای کمیته و کمیته‌چی‌ها!

ایمیل	نام مسئول	مسئولیت
Mzakeri1375@gmail.com	محمد ذاکری	جانشین مسئول واحد
Anahitaakb312@gmail.com	آناهیتا اکبری	مسئول ارتباطات
Maryamjamadii@gmail.com	مریم جمدی	مسئولین کارگاه روش تحقیق
31rashidimehran@gmail.com	مهران رشیدی	
nh95630@gmail.com	نیلوفر هاشمی	مسئول کارگاه مقاله‌نویسی
Fnajafian1375@gmail.com	فاطمه نجفیان	مسئول کارگاه مدلاین
-	آرمین ضیایی	مسئول سایر کارگاه‌ها
Sabaramezani60@gmail.com	سبا رضانی	مسئول مستندسازی
marjan.kiani73@gmail.com	مرجان کیانی	مسئول جلسات

## واحد انفورماتیک



امیررضا منطقی نژاد



### واحد انفورماتیک کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی در نیمه ی اول سال ۹۶ کارهای زیر را به انجام رسانده است:

- ۱- پیگیری راه اندازی دوباره ی سایت کمیته و تکمیل آن: بعد از انتقال سرورهای دانشگاه و تجمیع آن ها سایت کمیته غیرفعال شده بود که با پیگیری های انجام شده سایت مجدداً آنلاین شد و تمامی اخبار و اطلاعات کمیته در سایت قرار گرفت.
- ۲- باگ گیری از سایت فعلی به منظور ارتقا سایت: هدف سایت فعلی راه اندازی یک سامانه ی جامع می باشد که تمامی کارهای مرتبط به کمیته نظیر ثبت نام کارگاه ها، ثبت مقالات، ثبت نام در طرح های پژوهشی کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی و... از این طریق انجام شود. این هدف به زودی و با همت اعضای واحد انفورماتیک محقق خواهد شد.
- ۳- راه اندازی سیستم کارتابل واحد دانشکده پزشکی به منظور نامه نگاری راحت تر و سریع تر.
- ۴- maintenance سیستم های اتاق کارگاه ها به منظور برگزاری کارگاه های کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی
- ۵- طراحی بروشور معرفی کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی به منظور آشنایی هرچه بیشتر دانشجویان با این مجموعه
- ۶- انجام کارهای ابتدایی مورد نیاز به منظور جمع آوری عکس ها و فیلم های مرتبط با کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده پزشکی از ابتدا تا کنون
- ۷- انجام کارهای ابتدایی مورد نیاز به منظور ایجاد آرشیو الکترونیکی مجله ی گلبانگ از ابتدا تا کنون
- ۸- انجام کارهای ابتدایی مورد نیاز به منظور جمع آوری اطلاعات کمیته چی ها
- ۹- انجام اقدامات لازم به منظور ساخت خبرنامه توسط واحد روابط عمومی و ارسال آن در شهریور ماه ۹۶



# مستندسازی و گسترش

نجمه احمدی

و با چه سرعتی باید ادامه بدهیم تا بتوانیم به وعده‌ها و برنامه‌هایمان عمل کنیم.

## ارزشیابی و مستندسازی برنامه‌ها:

ارزشیابی و مستندسازی برای هر کارگاه و هر برنامه انجام شده است؛ مانند تدوین ارزشیابی برنامه تداک، ارزشیابی گروهی‌ها برای کارگاه روش تحقیق، ارزشیابی کتابخوانی و پروپوزال خوانی و... که انجام شد. در قسمت مستندسازی، «دستورالعمل‌های اجرایی» را تهیه کرده ایم و در حال تکمیل آن‌ها هستیم. برای هر برنامه‌ای که در کمیته اجرا می‌شود، متناسب با تجربه‌ی مسئولین قبلی برنامه‌ها، دستورالعمل‌هایی تدوین شد که مسئولین بعدی برای اجرای آن برنامه‌ها بدانند قدم به قدم باید چه کار کنند و در صورت نبود هر یک از مسئولین قبلی، راهنمای مناسبی برای اجرای کار در اختیار داشته باشند.

## گسترش:

در برنامه‌ی امسال، برنامه‌ی «گسترش» به برنامه‌های معمول این واحد اضافه شده‌است که شامل دو قسمت است: یکی گسترش مهارت‌های خود اعضای واحد ارزشیابی (در واقع گسترش خودمان) و یکی گسترش فعالیت‌های کمیته. در برنامه‌ی «گسترش خودمان»، در جلسه‌ی واحد ارزشیابی، موضوعات اخلاق پژوهشی، اولویت‌های پژوهشی و تنظیم‌نامه‌ی اداری را با اعضا مرور کردیم. در جلسه واحد اهمیت این موضوع بیان شد که بایستی هر یک از اعضا اولاً اهداف از عضویت و ثانیاً برنامه‌ی رسیدن به اهداف را مشخص کند و بداند که در این یک سال باید برای رسیدن به این اهداف چه اقداماتی انجام دهد. در ادامه‌ی برنامه‌ی گسترش توانمندی‌های اعضا، برنامه‌ی «هر ماه یک کتاب» را داریم؛ به این صورت که هر ماه فایل یک کتاب مرتبط با مهارت‌های مدیریتی را باهم می‌خوانیم و آموخته‌هایمان را در جلسات آخر ماه باهم مرور می‌کنیم.

در قسمت «گسترش فعالیت‌های کمیته» با بررسی بسته‌های تحول آموزش پزشکی، بسته‌ی «حرکت به سوی دانشگاه‌های نسل سوم» (دانشگاه‌های کارآفرین بر پایه‌ی آموزش و پژوهش) را به این روش بررسی کردیم:

بعد از مشورت با صاحب‌نظران این حوزه، منابع معرفی شده بررسی شد. منابع را خواندیم و قرار است در شش ماهه‌ی دوم متناسب با آموخته‌هایمان از این منابع، برنامه‌ریزی‌هایی را در راستای تحقق این تحولات در سطح کمیته انجام بدهیم.

موضوع دیگری که در فعالیت‌های آموزشی کمیته اهمیت دارد Gamification است، که این مورد نیز به همان روش در دست بررسی است تا بتوانیم برنامه‌ها و آموزش‌های عملی برای آن تدوین کنیم. در نهایت از همکاری اعضای محترم واحد، خانم‌ها مهسا اسماعیلی فلاح، سحر و اسامی زاده، سبنا نوروزی و آقایان احسان محمدیگی، امید ضیایی و علی سینا اقبال‌نیا کمال تشکر را دارم. ناگفته نماند که واحد ارزشیابی همواره از نظرات و پیشنهادهای شما، به خصوص در فرم‌های ارزشیابی استقبال می‌کند.

## میدان فرصت‌ها یا تلف کردن وقت؟

وقتی در دانشگاه راه می‌رویم، پوسته‌های مختلفی از کانون‌ها، انجمن‌ها و سایر فعالیت‌های دانشجویی می‌بینیم و هر از چند گاهی هم ممکن است تبلیغات این فعالیت‌ها را در شبکه‌های اجتماعی ببینیم. از خودمان می‌پرسیم این فعالیت‌ها چه هستند؟ جواب این سوال اصولاً در متن تبلیغات مشخص است!

ولی یک سری سوال‌ها را خودمان باید جواب بدهیم. این که چرا باید یک نفر در این فعالیت‌ها شرکت کند و آن یک نفر هم ممکن هست «من» باشم؟ یا این که چرا باید در کنار مشغله‌های درسی فراوان در چنین فعالیت‌هایی شرکت کنم؟ آیا انجام این فعالیت‌ها هدر دادن وقت نیست؟

جواب این سوال‌ها را در «هدفمان» از شرکت در این فعالیت‌ها پیدا خواهیم کرد. اگر هدفی از شرکت در این فعالیت‌ها داشته باشیم و در ابتدای کار این اهداف مشخص باشند، این فعالیت‌ها میدانی از فرصت‌ها خواهند بود. بسیار مهم است که اگر مسئولیتی را می‌پذیریم، هدفمان را از پذیرش این مسئولیت مشخص کنیم. منظور از هدف این نیست که حتماً منفعتی برایمان داشته باشد. شاید هدف از انجام یک فعالیت صرفاً لذت بردن از آن کار باشد، ولی مهم این است که هدف مشخص است. وقتی که اهداف مشخص باشند، اگر در مسیر، سختی و مشکلاتی وجود داشته باشد، آن‌ها را بهتر مدیریت می‌کنیم و در نهایت وقتی به راهی که رفته ایم نگاه می‌کنیم، می‌بینیم در این راه حداقل به اهدافمان رسیده ایم و حداقلش هم چیزهایی است که یاد گرفته‌ایم و هیچوقت فکرش را نمی‌کردیم تجربه کنیم!

در فعالیت‌های دانشجویی می‌شود نمونه‌ی کوچکی از آنچه که در آینده در انتظارمان است را تجربه کنیم و برای آینده آمادگی بیشتری داشته باشیم. مشکلات و چالش‌ها، نحوه‌ی برخورد ما با آن مشکلات و حتی نحوه‌ی برخورد ما با موفقیت‌هایی که به دست می‌آوریم، می‌تواند آمادگی بهتری برای برخورد با مشکلات و موفقیت‌های بزرگ‌تر ایجاد کند. از طرفی زندگی ما آدم‌ها اجتماعی است. توجه به اهمیت وجود یک «شبکه‌ی ارتباطی» با ارزش از آدم‌های باتجربه و کاردار و یا حتی دیدن تجربه‌های نه چندان موفق دیگران، می‌تواند افق نگاه ما را گسترش دهد. با این مقدمه توصیه می‌کنم از این به بعد به تبلیغات فعالیت‌های دانشجویی با دید متفاوت نگاه کنیم تا بتوانیم میدان فرصت‌ها را با عمیق‌تر نگاه کردن به آن‌ها پیدا کنیم.

و اما گزارش فعالیت‌های واحد ارزشیابی، مستندسازی و گسترش (که گسترش امسال اضافه شد). فعالیت‌های شش ماهه اخیر از این قرار بود:

## برنامه ریزی:

اولین و مهم‌ترین کاری که به نظر من در این شش ماهه انجام شد، تکمیل یک جدول عملیاتی از برنامه‌های واحدها بود (که این کار با همکاری مسئولین واحدها صورت گرفت). با کمک این جدول می‌شود در یک نگاه ارزشیابی از عملکرد هر واحد داشته باشیم تا ببینیم نسبت به برنامه‌ای که داشته ایم، الان کجا هستیم، چقدر راه پیش رو داریم



# کافه اکسپرسای آقای دکتر امیرحسین پزشکی با موضوع مقاله نویسی پولی



سید محمد مهدی موسوی

دینا (دیدار با اساتید)، تداک و کافه اکسپرسای از سری برنامه‌های فرهنگی-آموزشی کمیته پژوهش‌های دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان هستند. در این بین کافه اکسپرسای، به دلیل بحث و گفت‌وگو محور بودن و ایفا کردن نقش فعال، و نیز به دلیل برگزاری در کافی‌شاپ‌های مختلف شهر از جذابیت خاصی برخوردار است. تا کنون چند بار برنامه‌ی کافه اکسپرسای برگزار شده و هر بار با استقبال خوبی مواجه شده است.

این بار برنامه در کافه‌ای در خیابان کاخ غربی و در روز ۲۵ خرداد ماه برگزار شد. ساعت شروع برنامه ۱۸ بود اما بحث عملاً از ساعت ۱۹ شروع شد. به دلیل برگزاری این برنامه در ماه مبارک رمضان، بچه‌ها افطارشان را هم همان جا میل کردند. بحث با حضور آقای دکتر امیرحسین پزشکی، از کمیته‌چی‌های قدیمی، و اساتید محترم دانشگاه؛ جناب آقای دکتر ذوالفقاری و جناب آقای دکتر قیصری و با مطرح کردن موضوع توسط آقای دکتر دانش حیدری به صورت رسمی آغاز شد.

همان طور که از اسامی ذکر شده پیداست همه چیز رنگ و بوی پژوهش و تحقیق داشت.

موضوع بحث در نکوهش یکی از آفت‌های پژوهش بود که متأسفانه کشور ما را هم درگیر خود کرده است. «مقاله نویسی پولی» موضوعی است که تقریباً همه حداقل با عنوان آن آشنایی دارند و در این جلسه حدود سه ساعت در مورد آن بحث و بررسی انجام شد.

از جمله موارد مورد بحث، بررسی علل موضوع بود که نگاه عمده‌ی آن به بحث بازار عرضه و تقاضا بود. از تقاضا به این معنی که دانشجویان فرصت کافی برای انجام تحقیق و پژوهش را ندارند، آموزش کافی برای انجام پژوهش را ندیده‌اند (باید در دوره‌هایی این کار را انجام دهند)، بعضی اساتید فقط به دلیل ارتقای رتبه از دانشجویان یا افراد دیگر به منظور انجام یک پژوهش بهره می‌برند و البته موضوعات دیگر یاد شد. عرضه نیز به دلایلی مانند علاقه به درآمد از سوی گروهی از دانشجویان که عملاً از کسب درآمد هم بی‌بهره‌اند انجام می‌شود. در این بین نقش عواملی مانند وجود واسطه‌های انجام این کار به صورت نیمه رسمی و حتی رسمی، عدم پایش دقیق قوانین authorship توسط کمیته‌ی اخلاق

## جمع بندی:

۱-مقاله نویسان پولی توسط برخی اساتید به دانشجویان معرفی می‌شوند.

۲-با توجه به فشرده‌گی دوران تحصیلی، دانشجویان فرصت انجام پژوهش خوب را ندارند.

۳-اغلب دانشجویان آموزش لازم برای انجام پژوهش را ندیده‌اند.

۴-اساتید پژوهشگر حقیقی به درستی به دانشجویان معرفی نمی‌شوند.

۵-در بسیاری مقالات کنونی دانشگاه ghost author وجود دارد.

۶-قوانین authorship به خوبی توسط دانشگاه‌ها پایش نمی‌شوند.

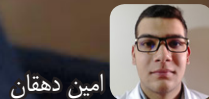
۷-دانشجویانی که با روند پژوهش آشنایی دارند و می‌خواهند از این مسأله دوری کنند توسط دانشجویان سال بالاتر، رزیدنت‌ها و در محیط آموزشی مورد کم لطفی قرار می‌گیرند.

۸-وقتی روند دانشگاه به این سمت باشد، دانشجویانی که با انگیزه‌ی پول یا داشتن اسم در مقاله، مقاله نویسی می‌کنند، در طول زمان توانمندتر از دانشجویان دیگر می‌شوند و بعید نیست همین افراد هیأت علمی‌های آینده‌ی دانشگاه‌های کشور باشند.





# برنامه‌ی شتاب دهنده‌ی پژوهش اصفهان



امین دهقان



مهران متالی

به انجام پروژه‌ی تحقیقاتی می‌کنند و در حین اجرا آموزش‌های مورد نیاز را می‌بینند. در حقیقت تلاش بر این بود که با قرار گرفتن دانشجویان شرکت کننده در جریان یک مطالعه پژوهشی شبیه سازی شده، تمامی مراحل یک مطالعه توسط آنان انجام شود و یادگیری لازم در حین اجرای این مراحل (در عرصه) صورت پذیرد. یکی از دلایلی که به جذابیت این برنامه برای شرکت کنندگان افزود نتایج مشهود آن بود. گروه‌ها پس از دو هفته فعالیت فشرده نتایج پروژه خود را به صورت مقاله ارائه کردند.

شرکت کنندگان این برنامه پس از طراحی مطالعه و دفاع از پروپوزال، بصورت میدانی یا الکترونیکی اقدام به جمع آوری داده نمودند و به تجزیه و تحلیل آماری آن پرداختند. سپس با نگارش پیش‌نویس مقاله‌ی حاصل از کار خود و ارائه‌ی آن به صورت شفاهی و پوستر و دفاع از آن به کار خود خاتمه دادند.

کار گروهی یکی از ارکان اصلی برای موفقیت پروژه‌های پژوهشی است که همانند مهارت‌های دیگر نیازمند تمرین و ممارست می‌باشد

## ! IRAP

برنامه‌ی شتاب دهنده‌ی پژوهش اصفهان یا به اختصار IRAP، امسال وارد دو سالگی خودش شد. برنامه‌ای که هدفش آموزش پژوهش، از پیداکردن عنوان گرفته تا نگارش مقاله و ارائه‌ی اون. در ادامه‌ی این متن می‌خواهیم در حد توان شما رو با این برنامه و اتفاقاتی که در طی برگزاریش افتاد آشنا کنیم.

۲۰۱۷ IRAP امسال از ۱۴ تا ۲۸ مرداد، توسط کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده پزشکی برگزار شد که البته تهیه‌ی مقدمات اون از چندین هفته قبل از شروعش کلید خورده بود. IRAP دو بخش آموزش مجازی و حضوری داشت. یکی از خصوصیات جدید این برنامه ارائه‌ی مباحث مدلاین و آندنوت بصورت ویدئوهای آموزشی و مطالب مقدماتی روش تحقیق بصورت کتابچه‌ی خلاصه به شرکت کنندگان بود که ۵ روز قبل از شروع آموزش حضوری در اختیار ایشان قرار گرفت تا با آمادگی بهتری در دوره حضور یابند.

Learning by Doing یا آموزش در عرصه، یکی از ویژگی‌های مطرح این برنامه‌ی آموزشی بود که شرکت کنندگان در قالب گروه‌ها شروع

و مطالعات گروهی در نظر گرفته شده در این برنامه آغازی مناسب برای شروع یادگیری مهارت کارگروهی است.

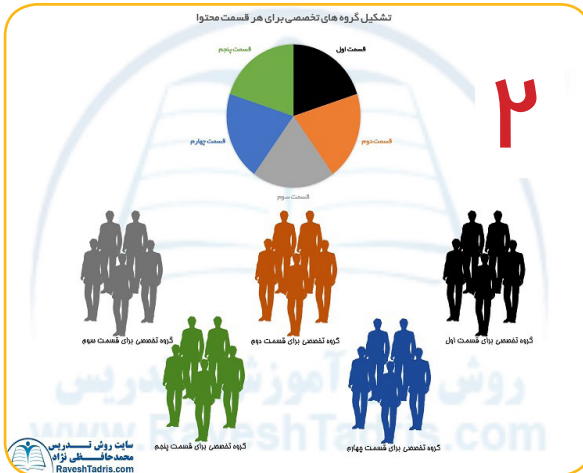
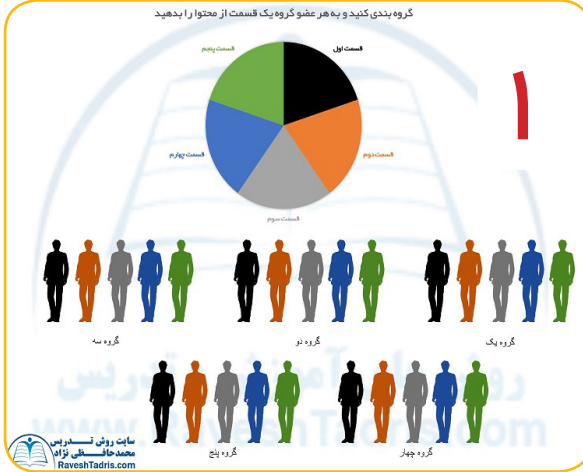
وجود گروهیاریهای با تجربه در زمینه‌ی پژوهش که از میان فارغ‌التحصیلان دوره‌ی پزشکی عمومی انتخاب شده‌بودند علاوه بر نقش آموزشی، امکان مناسبی برای انتقال تجربیات گروهیاریها به شرکت کنندگان جهت قدم گذاشتن در مسیر پژوهش فراهم آورد. استفاده از روش‌های نوین در جهت بهبود نتایج آموزش از دیگر ویژگی‌های IRAP بود. برای مثال یکی از این روش‌ها که در مطالعه‌ی گروهی انجام گرفت تکنیک TMTD (Team Member Teaching Design) بود. این تکنیک به این صورت است که با انتخاب یک نفر از هر گروه، گروه‌های جدیدی را تشکیل می‌دهند. سپس اعضای هر گروه تازه تشکیل شده وقت خود را به یادگیری گروهی مبحث مشخصی که از قبل تعیین شده است اختصاص می‌دهند (مباحث هر گروه تازه تشکیل شده با گروه دیگر متفاوت است). پس از آن افراد به گروه‌های قبلی خود برگشته و مطالب فراگرفته را به اعضای دیگر گروه آموزش می‌دهند (برای توضیح بهتر شکل‌ها کمک کننده هستند).

یکی از مواردی که مورد توجه شرکت کنندگان قرار گرفت بخش بازی‌های IRAP بود. در راستای تعمیق مفاهیم پژوهشی آموزش داده شده در دوره از طریق بازی کاری (gamification) و در کنار آن ایجاد نشاط علمی و کمک به بروز خلاقیت‌های افراد، بازی‌هایی برای شرکت کنندگان طراحی شد. در طراحی این بازی‌ها از تجارب موفق ۲۰۱۶ IRAP استفاده گردید. فضای شورانگیز بازی‌ها بدون شک یکی از به‌یادماندنی‌ترین خاطره‌های شرکت کنندگان IRAP بوده است.

یکی از اهدافی که به طور ویژه به آن پرداخته شد مبحث اخلاق در پژوهش بود که برای فهم بهتر و ارتباط بیشتر مخاطب (دانشجویان شرکت کننده) با این موضوع و درک نزدیکی و کاربردی بودن آن، سناریوهایی با مشاوره‌ی اساتید صاحب نظر این مبحث نگاشته شد و توسط گروه‌های شرکت کننده بصورت یک نمایش کوچک (role-play) به اجرا در آمد. سپس پیرامون رخدادهای نمایش گفت‌وگویی در حضور استاد مربوطه صورت می‌پذیرفت و مباحث اخلاقی موجود بررسی می‌گردید.

در پایان

سعی کردیم تا در حداقل جملات شما رو در جریان ۲۰۱۷ IRAP بذاریم و باهاش آشنا تون کنیم. امیدواریم تونسته باشیم. اما این رو بدونین که IRAP دنیاییه برای خودش که از بیرون خیلی نمیشه کامل فهمیدش! دنیایی که حتی واحد پولش هم برای خودشه و فرق داره! (عکسشم موجوده)





امید میر مسیب

## گزارش کنگره‌ی بین‌المللی علوم و فناوری‌های سلول‌های بنیادی و پزشکی بازساختی

پس از این که به تهران رسیدیم متقاضیان اسکان، در خوابگاه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مستقر شدند. معرفی کنگره در سایت مربوطه به شکل زیر بود:

دومین کنگره‌ی بین‌المللی سلول‌های بنیادی و پزشکی بازساختی محل اجتماع متخصصین، دانشجویان و علاقه‌مندان به حوزه‌ی علوم سلول‌های بنیادی، مهندسی بافت، مهندسی ژنتیک، سلول‌درمانی و سایر علوم مرتبط خواهد بود. محورهای کنگره شامل پیوند سلول‌های بنیادی خون‌ساز، سلول ایمنی درمانی (ایمپون‌سل‌تراپی)، قانون، مقررات و اخلاق در سلول درمانی، مهندسی بافت، بانک سلولی، ژن‌درمانی و تجاری‌سازی می‌باشد و سخنرانی‌های علمی محققین برجسته‌ی خارجی و داخلی در این حوزه نیز در حال برنامه‌ریزی است.

از آن جایی که علوم مرتبط با سلول‌های بنیادی به عنوان یکی از موضوعات بین‌رشته‌ای مطرح است، متخصصین رشته‌های مختلف از علوم زیستی-پزشکی گرفته تا مهندسی و حتی علوم اجتماعی می‌توانند به طور مؤثری در توسعه‌ی آن دخیل باشند. به عنوان مثال متخصصین زیستی-پزشکی بحث سلول‌های بنیادی را از منظرهای زیستی و سلولی و کاربرد آن‌ها در درمان بیماری‌های مختلف خصوصاً بیماری‌های صعب‌العلاج مورد کاوش قرار می‌دهند. مهندسی، به ویژه متخصصانی که در زمینه‌ی موضوعاتی همچون مواد و رشته‌های مرتبط فعالیت می‌کنند، حیطة‌ی پزشکی بازساختی را به لحاظ تولید داربست‌های مورد استفاده در تولید بافت و اندام ارتقا می‌دهند. متخصصین علوم اجتماعی نیز نگرانی‌های خود را در زمینه‌ی استفاده از انواع سلول‌های بنیادی در درمان

فروردین ۹۶ بود که با خانم پریا بلوری نژاد، دبیر محترم کمیته پژوهش‌ها، صحبت کوتاهی در ارتباط با شرکت گروهی در کنگره‌های پژوهشی داشتیم و این مسئولیت را عهده‌دار شدم. همراه با تیم شورای سیاست‌گذاری به بررسی کنگره‌های بهار و تابستان ۹۶ پرداختیم و کنگره‌ها را از نظر زمان و مکان برگزاری، محتوای علمی-آموزشی و شرایط رفت و آمد و اسکان بررسی کردیم. در نهایت «دومین کنگره‌ی بین‌المللی سلول‌های بنیادی و پزشکی بازساختی» (تصویر- ۱) که ۲۲ تا ۲۴ تیر ماه ۹۶ در سالن اجلاس سران برگزار می‌شود، به توافق همگی رسید.

برنامه‌ریزی‌های لازم در فرصتی که وجود داشت انجام شد و پیام‌تلفاتی به منظور معرفی برنامه و ثبت نام متقاضیان تهیه و در گروه‌های مجازی دانشجویان توزیع گردید.

در نهایت ۳۵ نفر از دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اعلام آمادگی کردند و جهت ثبت نام رایگان دانشجویان و نیز اسکان رایگان، نامه‌نگاری‌های لازم با دبیرخانه‌ی کنگره انجام شد. ۲۶ نفر از دانشجویان قصد حرکت از اصفهان داشتند که به این منظور هماهنگی‌های لازم جهت رزرو اتوبوس صورت گرفت و همگی ۲۱ تیر ماه ساعت ۱۶:۳۰ از پایانه‌ی صفه‌ی اصفهان به قصد پایانه‌ی بیهقی تهران حرکت کردیم. در مسیر حرکت شرایط آشنایی بیشتر دانشجویان با یکدیگر فراهم شد و اهداف و برنامه‌ی کلی سفر علمی که برای اولین بار اجرا شده‌بود، بیان گردید. برنامه‌ی علمی کنگره در روزهای آتی و توضیحات کلی در ارتباط با قسمت‌های مختلف کنگره‌ی پژوهشی برای دانشجویان توضیح داده شد.

Assistant Professor Sunnybrook Health Science Centre/Research Institute. Canada

پس از اتمام قسمت اول کنگره، جناب آقای دکتر قیصری را ملاقات کردیم و با ایشان عکس یادگاری گرفتیم. (تصویر- ۲) آقای دکتر قیصری دانشجویان را تشویق کردند و این حرکت علمی- پژوهشی- دانشجویی را تحسین نمودند. بخش ارائه‌ی پوسترها متقارن با زمان coffee break بود. توضیحات کلی در ارتباط با محتوای پوستر علمی خدمت دانشجویان ارائه شد و به صورت دسته جمعی از چند پوستر که توسط نویسنده‌ی مسؤل ارائه می‌شد بازدید کردیم و دوستان به پرسش و پاسخ پرداختند.

پس از اتمام روز اول کنگره ساعت ۱۸:۳۰ بعد از ظهر، دانشجویانی که تمایل داشتند از پل طبیعت و درکه دیدن کردند و مجدداً به محل اسکان بازگشتند. روز دوم کنگره همانند روز اول با شرکت در سخنرانی‌ها و ارائه‌ی پوستر و بازدید از غرفه‌های شرکت‌های دارویی سپری شد. از مواردی که بسیار مورد توجه دانشجویان قرار گرفت، برنامه‌ی جامع کنگره بود، چرا که ارتباط و کاربرد سلول‌های بنیادی و پزشکی بازساختی را با تقریباً تمام شاخه‌های پزشکی از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، مغز و اعصاب، انکولوژی و نفرولوژی تحت پوشش قرار می‌داد. دانشجویان بر حسب علاقه‌ی پژوهشی خود در سخنرانی‌های مرتبط شرکت می‌کردند و در زمان‌های استراحت به بحث و تبادل نظر می‌پرداختند.

شنبه ۲۴ تیرماه پس از پخش کلیپ و سخنرانی دبیر علمی و اجرایی کنگره و اهداء جوایز به دانشجویان و اساتید برتر، کنگره به اتمام رسید. بلیط برگشت برای دوستانی که قصد برگشت به اصفهان داشتند تهیه شد و بازگشتیم.

بنا به درخواست دانشجویان یک هفته پس از کنگره، نشست علمی برگزار شد و تعدادی از دوستان در ارتباط با عناوین و سخنرانی‌هایی که از آن‌ها استفاده‌ی بیشتری برده بودند به جست‌وجوی علمی و ارائه‌ی مطالب آماده شده پرداختند.

برگزاری برنامه‌های این چنینی، علاوه بر ارتقاء اطلاعات دانشجویان در زمینه‌ی مباحث مطرح شده در کنگره، بر توانایی ایجاد ارتباط ایشان با اساتید حاضر در کنگره می‌انجامد و فرصتی مناسب جهت فعالیت‌های علمی و پژوهشی فراهم می‌آورد.

بیماری‌ها و جایگزین کردن بافت‌های صدمه‌دیده مورد بحث قرار می‌دهند.

لازم به ذکر است در انتخاب سخنرانان و موضوعات سخنرانی، سعی شده‌است یافته‌های علمی مرز دانش و کاربردی انتخاب گردند. بدین وسیله از تمامی علاقه‌مندان برای شرکت در این رویداد بی‌ظنیر دعوت می‌شود.

برنامه‌ی کنگره روزهای پنجشنبه و جمعه ساعت ۱۸:۳۰ - ۸:۳۰ و روز شنبه ساعت ۱۴ - ۸:۳۰ را شامل می‌شود. بطور کلی محورهای مورد بررسی شامل موارد زیر بود:

- Gene therapy and gene transfer
- Muscle, bone and cartilage regeneration
- Regenerative medicine in neurodegenerative diseases and ophthalmology
- Aging and genetic techniques
- Hematopoietic stem cell transplantation
- Immune cell therapy and bioinformatics
- Regenerative medicine in nephrology, urology and reproductive system
- Cell based therapies and cancer
- Regenerative medicine in cardiopulmonary system

ساعت ۷ صبح پنجشنبه همگی در محل ثبت نام کنگره حاضر شدیم و مراحل ثبت نام را گذراندیم و بسته‌ی هدیه‌ی کنگره را دریافت کردیم. مطابق با برنامه کنگره، ساعت ۸:۳۰ صبح در سالن اصلی حاضر شدیم و از سخنرانی اول با عنوان «ژن درمانی بتاگلوبینوپاتی‌ها» استفاده کردیم. کنگره بسیار منظم و پر جمعیت بود. برخی از سخنرانان دعوت شده کنگره شامل اساتید زیر بودند:

Dr. Michael Antoniou  
Head, Gene Expression and Therapy Group, King's College  
London, Faculty of Life Sciences and Medicine, UK

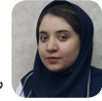
Dr. Anthony D. Ho  
Chair and Professor Department of Medicine (Hematology,  
Oncology and Rheumatology) University of Heidelberg, Germany

Dr. João Mano  
Full professor, Aveiro • Department of Chemistry and CICECO  
- Aveiro Institute of Materials, Aveiro, Portugal

Dr. Saeed Amiri-nik



# معرفی کارگاه روش تحقیق



سحر سادات لاله زار

• مسئله‌ی بعدی در مورد فرضیه و سؤالات پژوهشی است. چه نوع مطالعاتی نیاز به مقدمه دارند؟ چه نوع مطالعاتی نیاز به سؤال پژوهشی دارند؟

• بخش دیگر دسته بندی متغیرهایی است که در مطالعه‌ی خود آن‌ها را مقایسه می‌کنید و باید بتوانید طبق دسته بندی مناسب جدول طراحی کنید.

• از طرفی باید بدانید روی چه تعداد از افراد می‌خواهید مطالعه انجام دهید. معیار ورود شما برای انتخاب این افراد چیست و این نمونه‌ها چه ویژگی‌های خاصی برای ورود به مطالعه باید داشته باشند؟ چگونه باید حجم این نمونه را محاسبه کرد؟

• موضوع بسیار مهمی که در تمامی بخش‌های پروپوزال باید رعایت شود bias یا خطا حین پژوهش است. شما باید بتوانید تمام خطاهایی را که ممکن است طی مطالعه پیش بیاید پیش‌بینی کنید و برای پیشگیری از این خطاها تکنیک‌هایی را به کار ببرید.

• یک موضوع بسیار مهم رعایت نکات اخلاقی است که به آن اخلاق در پژوهش می‌گوییم. تمام نکات اخلاقی در مورد انجام طرح باید در پروپوزال ذکر شود.

• شاید این سؤال برای شما جالب باشد که هزینه‌ی طرح تحقیقاتی را چه کسی پرداخت می‌کند؟ در پروپوزال بخشی به نام جدول هزینه‌ها داریم که تک تک هزینه‌هایی که طی انجام طرح متقبل شدیم به صورت کاملاً منطقی ولی زیرکانه باید ذکر شود. تمام مطالبی که در این متن مطرح شد بخش کوچکی از اهمیت نگارش یک پروپوزال موفق است. تمامی نکات و تکنیک‌های نوشتن یک پروپوزال توسط افراد بسیار موفق و حرفه‌ای در این زمینه در کارگاه روش تحقیق به شما آموزش داده می‌شود. قبل از شرکت در این کارگاه از شما خواسته می‌شود که کتاب اصول پایه‌ی روش تحقیق در علوم پزشکی را مطالعه کنید و بعد از آن آزمونی طبق همین منبع گرفته می‌شود و شرکت‌کنندگان نهایی کارگاه مشخص خواهند شد.

اگر می‌خواهید پژوهش‌گر شوید یا این که حداقل یک پروپوزال برای پایان‌نامه داشته باشید، حتماً از تجربیات افراد موفق در پژوهش استفاده کنید. این کارگاه به صورت تئوری و عملی، در قالب کارگروهی، طی چهار روز به شما این امکان را می‌دهد که بتوانید نکات نوشتن پروپوزال را یاد بگیرید.

در نهایت تشکر ویژه‌ای می‌کنم از خانم دکتر مهدیه صفاری، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سردبیر بیست و یکمین نسخه‌ی مجله‌ی گلبنگ، که در تهیه‌ی این مطلب کمک بسیار زیادی به من کردند. اگر تمایل دارید با سایر کارگاه‌های کمیته آشنا شوید، به گزارش خانم دکتر صفاری در نسخه‌ی قبلی گلبنگ مراجعه فرمایید.

در این بخش از گلبنگ می‌خواهم شما را با کارگاه روش تحقیق آشنا کنم. از آن جایی که چه اهل پژوهش باشید چه نباشید، بالاخره برای فارغ‌التحصیلی نیاز به نوشتن یک پایان‌نامه دارید که پروپوزال آن باید قبل از امتحان پره اینترنی تصویب شود، بنابراین باید شیوه‌ی نگارش صحیح یک پروپوزال را یاد بگیرید. کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شما این امکان را می‌دهد که در مدت زمان کوتاهی بتوانید با مبانی اولیه‌ی پژوهش آشنا شوید و همچنین تا حدی بتوانید یک پروپوزال بی‌نقص بنویسید.

اگر حداقل اطلاعاتی در مورد پروپوزال داشته باشید حتماً این را می‌دانید که پروپوزال یک مقدمه‌ای بر طرح پژوهشی است؛ به این معنی که اگر این پروپوزال به دست هر کسی برسد بتواند طرح آن را اجرا کند.

پروپوزال شامل بخش‌های مختلفی است که در هر بخش متدهای نگارشی خاصی وجود دارد و در جزء به جزء آن باید به این متدها دقت شود. این متدها و نکات ریز دقیقاً بخش‌های مهم برای داوران هستند که حتماً باید در نوشتن به آن دقت شود. در نتیجه باید کلیه‌ی تکنیک‌های خاص با دقت همه‌جانبه رعایت شود. بهتر است یک مروری بر بخش‌های مختلف پروپوزال داشته باشیم تا به اهمیت کار پی ببرید.

• اولین بخش عنوان طرح است. عنوان طرح براساس سه معیار قابلیت اجرا، اجتناب از دوباره کاری و متناسب بودن با زمان نوشته می‌شود. باید بتوانید زمان و مکان طرح و متغیرها را به تفکیک (مستقل و وابسته) با تکنیک‌های خاص در عنوان بگنجانید.

• بخش مهم دیگری که در پروپوزال اهمیت دارد Key Word یا کلیدواژه است. Key Word به این معنی است که اگر این کلیدواژه را search کنید حتماً باید موتور جستجوگر، مقاله‌ی شما را بیابد. بنابراین باید بدانید چطور کلیدواژه‌ها را از متن مقاله استخراج کنید.

• یکی دیگر از مراحل نوشتن پروپوزال مرور متون و جمع‌آوری اطلاعات است که از طریق Database‌های معتبر در سایت‌های مختلف جمع‌آوری می‌شود که البته برای این بخش کمیته پژوهش‌های دانشجویان، کارگاه Medline را تدارک دیده است. در این کارگاه به طور دقیق‌تر با روش درست مرور متون و استراتژی‌های Search آشنا می‌شوید.

• قسمت دیگر اهداف و فرضیات است. اهداف پژوهش مستقیماً از موضوع پژوهش مشتق می‌شود و ذکر آن حدود کار و مراحل رسیدن به هدف را روشن می‌کند. شما با تنظیم اهدافتان می‌توانید بفهمید که به چه اطلاعاتی نیاز دارید و از چه راه‌هایی می‌توانید این اطلاعات را دسته‌بندی کنید. باید یاد بگیرید که اهدافتان را نیز دسته‌بندی کنید.

# معرفی و خلاصه کارگاه Medline



سحر سادات لاله زار

دوستان عزیز و همکاران آینده، سلام

در این بخش از مجله ی گلبانگ می خواهیم خیلی مختصر در مورد کارگاه Medline صحبت کنیم و هدف کارگاه و فواید شرکت در آن را برای شما توضیح بدهیم.

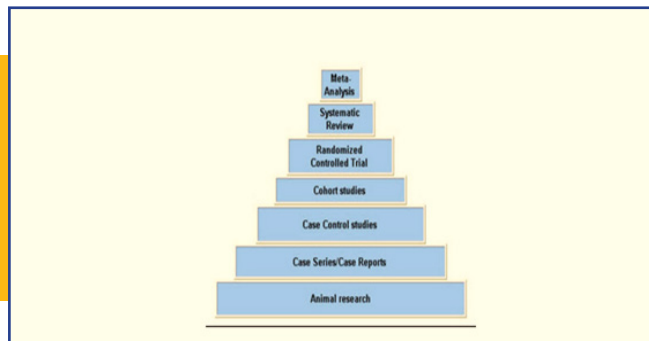
خوب است بدانید پروپوزال پایان نامه ی دانشجویان پزشکی باید قبل از امتحان پیش کارورزی تصویب شود. به علاوه بسیاری از شما به خصوص دوستانی که ترم های پایین تر هستند تمایل دارند در یک حیطه ی خاص پژوهش کنند ولی نمی دانند این کار را باید از کجا شروع کنند. در این کارگاه متدها و روش های حرفه ای استفاده از سایت ها و Database ها به شما آموزش داده می شود.

زمانی که می خواهید یک کار پژوهشی را شروع کنید ابتدا لازم است بدانید که در گذشته چه کارهایی در مورد موضوع مدنظر شما انجام شده است. بسیاری از افراد این تصور را دارند که در کار پژوهشی همه چیز را باید از بسم الله شروع کرد و همه چیز باید از اول اختراع و کشف بشود؛ در صورتی که این یک کار بسیار اشتباه است. به قول اسحاق نیوتون ما باید روی شانه های غول بایستیم و بتوانیم آینده را پیش بینی کنیم. پس در قدم اول تک تک کارهای تحقیقاتی، مهم این است که بدانیم چطور باید از کارهای گذشتگان استفاده کنیم. پس در نوشتن یک پروپوزال، مقدمه حتما باید طبق اقدامات گذشتگان باشد. توجه به اقدامات قبلی نه تنها مانع انجام کار تکراری می شود بلکه طی انجام طرح این امکان را به ما می دهد تا خطاها را پیدا کنیم. هدف از برگزاری این کارگاه این است که بتوانیم در Data base ها به راحتی و البته به درستی search انجام دهیم.

برای شروع چند نکته به عنوان base اصلی کار قرار می گیرد که به ما کمک می کند search دقیق تر و مرتبط با موضوع انجام دهیم.

نکته ی اول این که، اطلاعات باید از آسان به سخت جلو برود؛ یعنی آسان ترین صورت Search کردن. ابتدا در google یا ویکی پدیای ساده search کنیم که در ادامه در این مورد بیشتر توضیح می دهیم.

نکته ی دوم این که، search را باید براساس هرم طبقه بندی مطالعات و براساس اولویت بندی آن ها انجام دهیم. برای استفاده از این هرم باید از قاعده ی آن شروع کنیم؛ یعنی از Case-Series شروع می کنیم و به سمت systematic review می رویم و بعد از آن Systematic review ها تبدیل به گاید لاین می شود. قبلا اشاره کردم که در search باید از کل به جزء برویم بنابراین ابتدا از مطالعه ی گاید لاین ها شروع می کنیم.

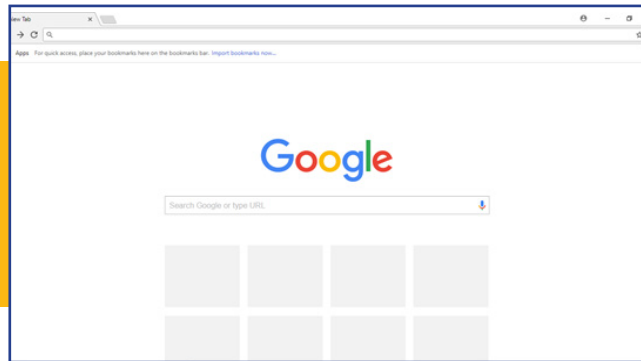


جهت دسترسی به Data base های معتبر می توانید به سایت کتابخانه ی دانشگاه به آدرس lib.mui.ac.ir مراجعه کنید و از طریق منابع دیجیتال دانشگاه به پایگاه داده ها دسترسی پیدا کنید.

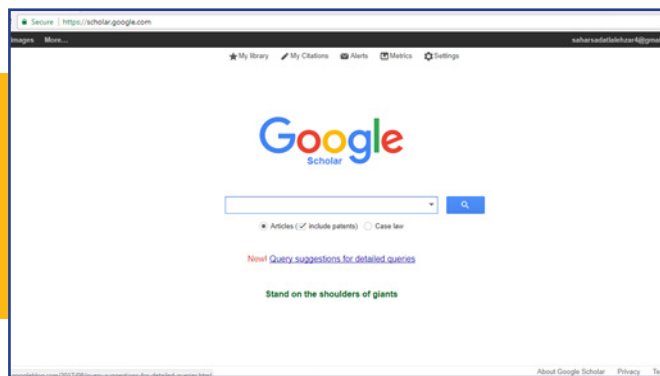


باید دقت کنید که هر search ی که انجام می دهید شما را ۱۰۰٪ به هدف مورد نظران نمی رساند، چون search استراتژی‌هایی دارد که در این کارگاه شما به طور کامل با آن‌ها آشنا می‌شوید. تلاش بر این است که در ۲ روز کارگاه ۳ ساعته چندین سایت معتبر به شما معرفی شود و استراتژی search در هر کدام به طور جداگانه آموزش داده شود.

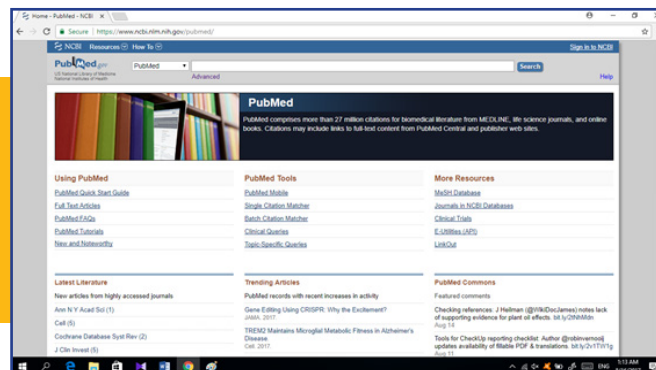
- در شروع search در مورد یک موضوع خاص، مهم است که بدانیم اولین جست‌وجوی ما الزاماً نباید از سایت‌های معتبر پزشکی باشد. در واقع بهتر این است که از کل به جزء برویم تا در انبوهی از مقالات سر در گم نشویم. همان‌طور که ذکر شد search اولیه را باید از Google یا ویکی‌پدیای معمولی شروع کنیم.



- بعد از آن می‌توانیم به سراغ Google Scholar برویم. این سایت وابسته به موتور جست‌وجوگر Google است و وقتی در آن search می‌کنیم تمام مقالاتی که در مورد تک‌تک کلمات عنوان search شده وجود دارد را پیدا می‌کند. این سایت قابلیت دسترسی به Full text مقالات و گاهی PDF را برای ما فراهم می‌کند.
- شعار جالب Google Scholar همان‌طور که در ابتدای این متن هم به آن اشاره شد Stand on shoulder of the giant است که ضرب‌المثل معروف نیوتون است.



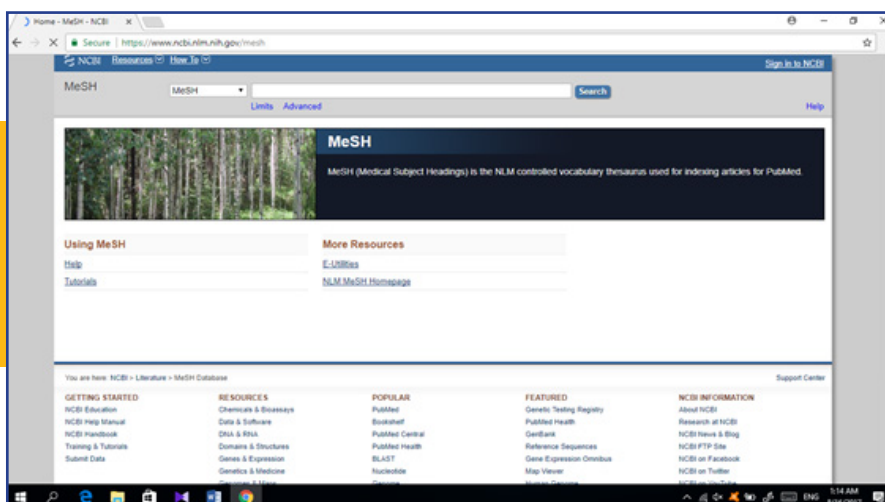
- یکی دیگر از سایت‌های معتبری که معرفی می‌شود سایت PubMed است. این سایت امکان دسترسی به full text مقالات را فراهم می‌کند. یکی از استراتژی‌های استفاده از این سایت استفاده از محدودکننده‌هاست که ما را به تعداد معقولی از مقالات مرتبط می‌رساند. در این کارگاه یاد می‌گیریم که چگونه حواشی را کنار بگذاریم و یک Advanced search کارآمد انجام دهیم.



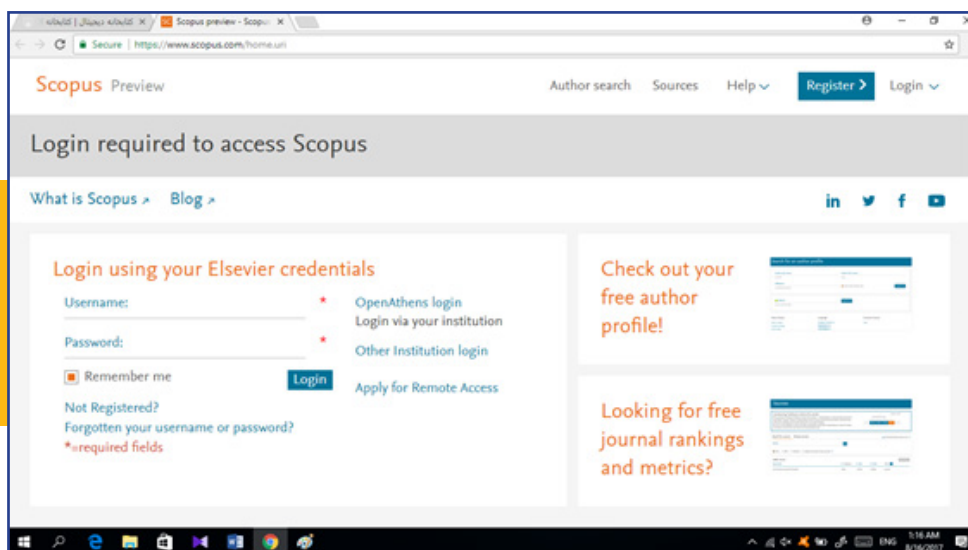
- بهتر است ذهن کنج‌کاو شما را با ۲ سؤال به چالش بکشانم: فرض کنید می‌خواهید مطالعه‌ای را در مورد سرطان انجام دهید از بین کلمات Malignancy, Neoplasms, و Cancer کدام را انتخاب می‌کنید؟ یا این که می‌خواهید در مورد سکتته قلبی مطالعه کنید. از بین کلمات Myocardial infarction, Myocardial heart attack, کدام را انتخاب می‌کنید؟ برای پاسخ به این سؤالات شما را با قابلیت دیگری از سایت PubMed آشنا می‌کنم. این قابلیت با نام Medical Subject



help یا MESH در این سایت قابل استفاده است. MESH در حقیقت زبان مورد قبول PubMed است.



عکسی که در شکل می بینید عکس یک جنگل پر از درخت با شاخه‌های زیاد است که در ابتدای سایت MESH وجود دارد. در واقع مفهوم این عکس این است که MESH این قابلیت را به ما می‌دهد تا بدانیم search ما مربوط به کدام یک از شاخه‌های طب است و چه زیر شاخه‌هایی دارد. یکی دیگر از قابلیت‌های سایت PubMed بخشی به اسم PubMed on line training و نیز بخشی به اسم Tutorial است که امکان آموزش جامع و کامل PubMed را برای شما فراهم می‌سازد. اگر بخواهید مقاله‌ی مورد نظرتان را با استفاده از اسم نویسنده‌ی آن search کنید می‌توانید به بخش Author در سایت PubMed مراجعه کنید که البته استفاده از این بخش هم استراتژی‌های خاص خودش را دارد. • سایت معتبر دیگری که به شما آموزش داده می‌شود سایت Scopus است. اگر برایتان جالب است که بدانید دانشمندان را با چه مقیاسی رده بندی می‌کنند می‌توانید به بخش H.index در سایت Scopes مراجعه کنید. قابلیت search در این سایت مشابه PubMed و البته با استراتژی متفاوت است.



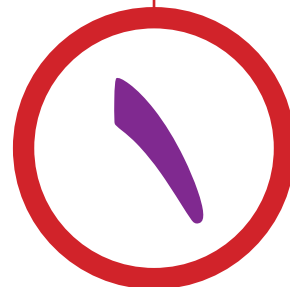
هر دو سایت PubMed و Scopus این قابلیت را دارند که شما بتوانید نوع مقالات مورد نظرتان را مشخص کنید که این خود نوعی limitation یا محدودکننده است. • در آخر هم EBM یا Evidence Base Medicine به شما معرفی می‌شود. EBM یا پزشکی مبتنی بر شواهد به شما یاد می‌دهد که چطور از Database‌های معتبر برای حل مسائل پزشکی استفاده کنید. این متن، شرح مختصری از کارگاه Medline و مطالب کاربردی رسمی بود که می‌توانید با شرکت در این کارگاه یاد بگیرید. در آخر هم یک تشکر ویژه دارم از آقای دکتر میثم آبدار، فارغ التحصیل رشته‌ی پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و استاد کارگاه Medline، که در تهیه‌ی این مطلب کمک بسیار زیادی به من کردند.

# مسابقه‌ی داستان‌های کوچک اخلاق در پژوهش

گردآورندگان:  
پریا بلوری نژاد و  
مهران منانی

## روش:

در ادامه چهار داستان کوچک آمده است که در هر یک از آن‌ها مواردی از منشور حقوق بیمار، کدهای ۳۱ گانه‌ی اخلاق در پژوهش و قوانین نویسندگی، رعایت نشده‌اند. شما می‌توانید با ارسال این موارد به ایمیلی با عنوان «مسابقه‌ی اول اخلاق در پژوهش گلبانگ» تا تاریخ ۳۰ دی ماه ۱۳۹۶ به آدرس [isrc\\_info@med.mui.ac.ir](mailto:isrc_info@med.mui.ac.ir) در این مسابقه شرکت کنید. ذکر نام و نام خانوادگی، شماره‌ی تماس، رشته و ورودی الزامیست. متون ارسالی مورد داوری قرار گرفته و برای هر داستان یک برنده انتخاب خواهد شد. شرکت کنندگان می‌توانند برای هر داستان، پاسخ جداگانه‌ای ارسال کنند. معیار ورود: تمام افراد علاقه مند که حوصله‌ی خواندن و تحلیل جریان داستان را دارند، می‌توانند در این مسابقه شرکت کنند. معیار خروج: افرادی که به سبب حضور در IRAP ۱۷ از موارد اطلاع دارند، اخلاقاً در این مسابقه شرکت نکنند.



۳۴

دکتر تومار (!) استاد بالینی دانشکده پزشکی است که به لزوم استاندارد سازی ویزیت و مستندسازی پرونده‌ها اهتمام ویژه‌ای دارد. تقریباً تمام بیمارانی که به درمانگاه ایشان در بیمارستان آموزشی مراجعه می‌کنند، دارای پرونده‌ای مشخص می‌باشند و اطلاعات مناسبی جهت تصمیم‌گیری بالینی درمورد آنان در پرونده موجود است. این مستندسازی به حدی قوی است که برای هر بیمار با سابقه مراجعه قبلی به درمانگاه، میتوان با مطالعه پرونده به سوابق کامل بیمار دست یافت و براساس آن تصمیم بالینی گرفت و بعضاً برای آموزش بعضی کیس‌های کمتر شایع به دانشجویان بخش خود در درمانگاه، با استفاده از پرونده بیمار آموزش صورت می‌گیرد. یکی از دانشجویان رشته پزشکی که علاقه مندی و توانمندی برای انجام کارهای پژوهشی را دارد، پس از آشنایی با استاد تومار و دقت ایشان در درمان و برخورد با بیماران، به منظور مشورت به ایشان مراجعه کرده و به مطرح نمودن مسائل دانشجویی خود در رابطه با درس خواندن و چگونه یک پزشک خوب شدن پرداخت. در ضمن صحبت و هنگام مواجهه با صحبت‌های استاد مبنی بر لزوم درس خواندن زیاد و در عین حال درگیر شدن در کارهای بالینی و حضور موثر در بالین بیمار حتی در ساعات بعدازظهر و...؛ دانشجو به علاقه خود به پژوهش و توانمندی خود در این زمینه اشاره می‌کند و اظهار می‌دارد که با روش پیشنهادی استاد برای مطالعه‌ی درس عملاً غیرممکن است که بتوان به پژوهش پرداخت و رزومه‌ای شایسته فراهم نمود. استاد پاسخ می‌دهند: علاقه شما بسیار ستودنی است، و می‌توانید به آن بپردازید و اشاره می‌کنند که وقت گیر ترین قسمت مطالعات پژوهشی قسمت جمع آوری اطلاعات است که شما می‌توانید از اطلاعات جمع آوری شده استفاده کنید. برای مثال همین اطلاعاتی که در پرونده بیماران درمانگاه موجود است و برای صرفه جویی بیشتر در زمان و با توجه به اینکه نیاز به هزینه خاصی نیست، می‌توان از نوشتن پروپوزال چشم پوشی نمود و پس از انجام طرح و آنالیز داده‌ها، مقاله را ارائه داد. دانشجو با لیخندی از رضایت و شادمانی از استاد اطلاعات تعدادی از پرونده‌ها را می‌گیرد و مقرر می‌گردد تا در فرصتی دیگر راجع به عنوان صحبت کنند. در ملاقات بعدی با عنوان پیشنهادی استاد تومار، کار تحقیقاتی شروع می‌شود و ۳ نفر از دانشجویان اطلاعات لازم را از پرونده‌های درمانگاه بیمارستان آموزشی دانشکده پزشکی استخراج می‌نمایند.



ساییدگی مفصل یا استئوآرتروز از بیماری‌های بسیار شایع در سنین بالاست. درمان آن عموماً بر پیشگیری از پیشرفت بیماری و تسکین درد، استوار است. در موارد خاص، ممکن است نیاز به ترمیم مفصل و برداشتن قطعات کنده شده از طریق جراحی آرتروسکوپی باشد. یک متخصص ارتوپدی بر اساس نتایج چند مقاله‌ی پژوهشی که در شماره‌های اخیر Journal of Arthroplasty (از مجلات معتبر ارتوپدی) منتشر شده‌اند، تصمیم گرفته‌است برای بیماران نیازمند به آرتروسکوپی به صورت همزمان سلول‌های بنیادی مزانشیمی مشتق از بافت چربی خود بیمار را تزریق کند تا ترمیم مفصل بیشتر شود. یک خانم ۶۵ ساله مبتلا به استئوآرتروز پیشرفته به همراه همسر ۷۰ ساله‌اش اخیراً به وی مراجعه کرده‌اند. پزشک فرایند کار را برای آن‌ها تشریح کرده‌است و رضایت آن‌ها برای انجام این عمل و پرداخت هزینه‌های آن جلب شد. مقداری از بافت چربی بیمار برداشته شد و به یکی از آزمایشگاه‌های پژوهشی در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی ارسال شد تا از آن سلول بنیادی مزانشیمی استخراج شود و با انجام تست‌های خاص، هویت این سلول‌ها تأیید شود، سپس بیمار برای آرتروسکوپی، ترمیم مفصل و تزریق همزمان سلول بنیادی فراخوانده شد. سه ماه بعد از عمل، بیمار احساس درد کمتری دارد و در مجموع از این‌که توسط این پزشک تحت درمان قرار گرفته راضی است.



یک دانشجوی پزشکی برای پایان‌نامه خود، طرحی را با یکی از اساتید شروع نموده است. او چهار ماه قبل از دوره اینترنتی، پروپوزال طرح را مصوب و جمع‌آوری داده را آغاز کرده است.

اکنون، با گذشت بیش از ۲ سال از شروع طرح، به دلیل اینکه تعداد بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشته باشند، کمتر از حد انتظار بوده و هنوز حجم نمونه در نظر گرفته شده جمع‌آوری نشده است، همچنان فاز جمع‌آوری داده ادامه دارد. دانشجو نیز قصد دارد در آزمون دستیاری شرکت کند و انتظار داشته است که طرح تاکنون به پایان رسیده باشد. او به استاد مراجعه می‌کند تا برای اتمام طرح چاره‌ای بیندیشد. وی اشاره می‌کند که برای شرکت در آزمون دستیاری برنامه ریزی کرده و حتی برای درس خواندن، اقدام به فروختن کنشیک‌های خود نموده است. بنابراین در فرصت محدود باقی مانده، از طرفی مجبور است که مقاله حاصل از طرح را نوشته و چاپ نماید تا بتواند از پایان‌نامه خود دفاع کند و فارغ‌التحصیل شود و از طرفی حجم زیادی از درس‌ها باقی مانده است و او جهت آمادگی برای آزمون بایستی به مطالعه دروس بپردازد. در نتیجه، زمانی برای ادامه مراحل طرح ندارد و شدیداً مستأصل شده است.

استاد با اشاره به زحمت زیادی که برای طرح کنشیده شده، کمتر از حد انتظار بودن تعداد بیماران را علت این مسئله می‌داند و پیشنهاد می‌دهد که به همین دیتای جمع‌آوری شده اکتفا کند و وارد فاز آنالیز و نگارش مقاله شوند. دانشجو مجدداً به نبود فرصتی دیگر برای درگیر شدن در ادامه طرح و نگارش مقاله اشاره می‌کند. استاد فردی را به دانشجو معرفی می‌کند و می‌گوید: «ایشان می‌تواند در این زمینه به شما کمک کنند؛ ضمناً سلام بنده را هم به ایشان برسانید».

در مراجعه به فرد مورد نظر، وی اظهار می‌کند که دانشجو دیگر نگران نباشد. چرا که او قادر است با در اختیار گرفتن داده‌ها، تمام مراحل ادامه‌ی طرح را تا انتها انجام دهد و مشکل دانشجو را حل کند و البته مبلغ ۱۵ میلیون ریال نیز به عنوان حق الزحمه طی سه قسط دریافت می‌کند. اما هنگامی که داده‌ها به او تحویل داده می‌شود، بیان می‌کند که این تعداد حجم نمونه کافی نیست و نمی‌توان مقاله‌ی مناسبی با استفاده از این داده‌ها نوشت. خصوصاً که دانشجو مایل است مقاله در مجله‌ی معتبری چاپ شود.

دانشجو این گفت‌وگو را به استاد منتقل می‌کند. استاد هم که مشغله فراوانی دارد، در پاسخ می‌گوید: «با همین دیتای موجود هم وضعیت مطالعه و نتیجه‌ی آن مشخص به نظر می‌رسد و مطالعات مشابه هم موید این موضوع‌اند». و در ادامه می‌دهد: «بگو خودت به کار بکن دیگه حال... فلانی هم سلام رسوند».

در مراجعه‌ی بعدی دانشجو به فرد مورد نظر، راه‌حل وی برای کمبود تعداد نمونه‌ها این است که

هریک از نمونه های گرفته شده را ۳ نمونه در نظر بگیریم؛ یا به عبارتی، تعداد نمونه را در عدد ۳ ضرب و برای نمونه های جدید، اعداد نمونه های واقعی را استفاده کنیم. با این اقدام، ضمن افزایش تعداد نمونه ها، از داده های واقعی استفاده می شود و دانشجو نیز به هدف خود (چاپ مقاله در مجلات معتبر) نزدیکتر است. این ایده، مورد پذیرش استاد، دانشجو و فرد مورد نظر قرار می گیرد.



دو تن از دانشجویان، در حال کار بر روی مقاله ی خود هستند و در مراحل پایانی اعمال ویرایش های فرموده ی استاد قرار دارند. دوست و همکلاسی عزیزشان که هنگام تدوین پروپوزال، تلاش و دقتش باعث بهبود عنوان و دقیق تر شدن هدف مطالعه شد و مشتاق آغاز فرایند جمع آوری داده بود، پس از تصویب طرح و هنگام آغاز فاز جمع آوری اطلاعات، به دلیل فوت پدرش و مشغله های شخصی نتوانست در ادامه ی طرح شرکت کند.

پس از اجرا و جمع آوری سه مرتبه ی فشار خون سیستولیک از دو بیست بیمار به دلیل روبه روشن شدن با امتحانات پایان ترم، بررسی داده ها معطل وارد نمودن و میانگین گرفتن را شد. اما استاد راهنما مشکل را حل کرد و کار وارد کردن داده ها به نرم افزار با کمک پسر خود در منزل انجام داد تا پروژه معطل نماند.

در مرحله ی تحلیل داده ها، مشاور آمار، آقای آماریان، با دریافت هزینه قبل از آنالیز، توانست با دقت نظر، تلاش و نوآوری باعث بالارفتن اعتبار کار شود و نتیجه ای فراتر از آنچه انتظار می رفت به دست بیاید.

و چه خون دل ها که دو دانشجو خوردند تا در تعطیلات عید و با مشقت مقاله را نوشتند و ... . بعد از تعطیلات عید، بالآخره دست نوشته ی مقاله ی طرح آماده می شود و پس از اعمال نظرات استاد، دو دانشجو نزد استاد می روند تا برای ادامه ی کار راهنمایی بگیرند. هنگام ملاقات با استاد: استاد بارضایت از عملکرد دانشجویان و دست نوشته ی آماده شده می گوید از نظر من دیگر نیاز به اقدام خاصی نیست. از آن جایی که یادگیری فرایند ثبت مقاله نیز اهمیت زیادی دارد، خود شما باید نسبت به submit اقدام نمایید. اما قبل از آن باید مجله ی مناسب را یافته و با من چک کنید.

یکی از دانشجویان می پرسد: « آیا اسم دوست بازمندمان را هم می توانیم به عنوان نویسنده معرفی نماییم؟ »

استاد: چه دلیلی دارد؟!

دانشجو: بنده خدا پیگیر بود و اگر آن مشکل برایش پیش نمی آمد قطعاً بیش از ما درگیر می شد. بالآخره اسم ایشان هم در پروپوزال آمده و ... .

استاد: این که دلیل نمی شود که چون اسم ایشان در پروپوزال هست در مقاله هم باشد! ایشان به عنوان یک دانشجو درگیری کافی در طرح را نداشته اند: انشاء الله در کارهای دیگر. اما حالا که یادم انداختید، برای اسامی نویسندگان، آقای آماریان را یادتان نرود، زحمت زیادی برای آنالیز کشیدند.

دانشجو: آهان! بله. واقعا کارشان خیلی خوب بود.

استاد: ضمناً اسم پسر من را هم همینطور.

دانشجو: استاد اسم پسر تان؟

استاد: بله. بنده خدا چه چشمی پای کامپیوتر گذاشت و داده ها را وارد کرد. خیلی کارمان را جلو انداخت. تازه نظراتی را که من جهت ویرایش برایتان فرستادم نیز ایشان تایپ کردند. البته اسمش را بگذارید بعد از خودتان، مشکلی نیست. هنگام ثبت مقاله برای اسامی نویسنده، مسئول را من معرفی کنید و آقای دکتر پودمانی را به عنوان نویسنده ی اول معرفی کنید. املا ی انگلیسی اسم ایشان را از سایر کارهایی که با من انجام داده اند می توانید ببینید.

دانشجو: ببخشید استاد، ما افتخار آشنایی با ایشان را نداشته ایم!

استاد: آقای دکتر در دانشگاه مشغول هستند و با بنده همکاری تنگاتنگی دارند. همین کار شما یک قسمت کوچک از کار بزرگ من و ایشان است. در طراحی همین مطالعات همکاری داشته ایم. دانشجو: بله... چشم.

استاد: دیگر برای اسم های خودتان، با هم به توافق برسید. موفق باشید. خدانگهدار.

سپاس از آقای دکتر مهدی نعمت بخش، آقای دکتر بهزاد ذوالفقاری و آقای دکتر یوسف قیصری که ما را جهت آماده نمودن این مجموعه یاری کردند.

# مهاجرت به سرزمین مادری



امیرحسین زیبوداری



مصاحبه با دکتر بهنام شکیبایی، دندان پزشک پرافتخار ایرانی و دانشمند برجسته ی رشته ی «دندان پزشکی میکروسکوپی» در جهان

۳۷



را به داستانی الهام بخش تبدیل می کند. ما در این گفت و گوی گرم و صمیمی که در بیست و سوم مرداد ماه امسال در مطب دکتر شکیبایی واقع در منطقه ی فرمانیه ی تهران انجام شد، علاوه بر مروری کوتاه بر مسیر زندگی ایشان، نگاهی به فعالیت ها و کوشش های فراوانشان در سرزمین مادری بعد از برگشت از آلمان داشته ایم که بی شک می تواند الگوی فکری مناسبی برای دانشجویان در حال رشد و تعالی در جای جای این مرز و بوم باشد.

دکتر بهنام شکیبایی را باید یکی از بزرگ ترین مفاخر علمی امروز کشورمان دانست که در سنین جوانی به موفقیت های چشم گیر و جهانی دست پیدا کرده است. هم اکنون در تمام مجامع معتبر علمی «دندان پزشکی میکروسکوپی» ایشان به عنوان یکی از متخصصین بنام و خلاق شناخته می شود و ابداعاتشان در این عرصه، منشأ الهام سایر متخصصین در سراسر جهان است. مسیر پرفراز و نشیبی که ایشان تا دست یابی به این موفقیت ها طی کرده اند، داستان زندگیشان



### نگاهی به افتخارات بین‌المللی دکتر بهنام شکیبایی تاکنون:

– بنیان‌گذار شیوه‌های جدید «جراحی‌های میکروسکوپی و کم‌تهاجمی بازسازی استخوان فک و ایمپلنت» در جهان  
– مبدع و ناشر چهار شیوه‌ی جدید جراحی میکروسکوپی و کم‌تهاجمی ایمپلنت در سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۴ میلادی  
– تنها محقق رشته‌ی ایمپلنتولوژی در دنیا که تکنیک جراحی میکروسکوپی او در مطب شخصی‌اش به صورت زنده و سه بعدی از طریق ماهواره همزمان برای همکارانشان در سه قاره‌ی جهان پخش شده‌است.

– اولین دندان‌پزشک آسیایی در دنیا که موفق به ابداع ابزارآلات جراحی‌های میکروسکوپی بازسازی استخوان فک و ایمپلنت شده‌است که با نام او در آلمان تولید می‌شود.

– تنها محقق از خاورمیانه که موفق به دریافت «جایزه‌ی کنگره‌ی دندان‌پزشکی میکروسکوپی آمریکا» شده‌است.

– دو مرتبه دریافت «جایزه‌ی اول علمی جراحان لثه آلمان»  
– تکنیک‌های جراحی میکروسکوپی ایشان در زمینه ایمپلنت در دانشگاه‌های معتبر اروپایی و آمریکایی تدریس می‌شود.

– تنها استاد آسیایی در موسسه‌ی تعلیماتی دندان‌پزشکی میکروسکوپی «کارل زایس آکادمی» در سوئیس.

– نماینده‌ی علمی قاره‌ی آسیا در مجمع‌های جهانی «دندان‌پزشکی میکروسکوپی» و «دندان‌پزشکی کم‌تهاجمی»

– استاد تحقیقاتی دانشگاه پنسیلوانیای آمریکا

– رئیس بخش ایمپلنتولوژی میکروسکوپی آکادمی دندان‌پزشکی سن‌دیگو آمریکا

• **ضمن سپاس و قدردانی بابت استقبال گرمی که از اینجانب داشتید و این که وقت خودتان را در اختیار نشریه‌ی گلبانگ (نشریه‌ی کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) قرار دادید، با اجازه‌ی شما به سراغ سوالات برویم.**

**آقای دکتر لطفا خلاصه‌ای از زندگی خودتان، از بدو تولد تا زمان مهاجرت به آلمان را برای مخاطبین ما تعریف کنید.**

من بهنام شکیبایی هستم. در ۱۱ مرداد سال ۱۳۵۱ در اهواز در خانواده‌ای با سابقه موروثی پزشکی متولد شدم و هم پدر و هم پدربزرگم پزشک بودند. در زمان تولدم، پدرم رزیدنت رشته‌ی تخصص جراحی زنان و زایمان در دانشگاه جندی شاپور بود و چند سال بعد بیمارستان خصوصی کوروش در آبادان را تأسیس کرد که تنها بیمارستان خصوصی آبادان در آن زمان محسوب می‌شد. به همین دلیل ما در آبادان زندگی مرفهی داشتیم ولی با آغاز جنگ ایران و عراق ما در عرض چند روز همه چیز خودمان را در آبادان

اعم از خانه و بیمارستان کوروش از دست دادیم. ما هم مشابه خیلی از هم‌وطنان دیگر جنگ‌زده شدیم به طوری که تحصیلات ابتدایی من در چند شهر و روستای مختلف سپری شد و در بیشتر اوقات با توجه به این که پدرم به عنوان پزشک جنگ خدمت می‌کرد و مادرم هم همراه ایشان بود، دور از خانواده بودم.

بالأخره در ۱۲ سالگی پدر و مادرم تصمیم گرفتند من را به خارج از کشور بفرستند چون معتقد بودند با ادامه‌ی همین وضع و تحصیل در مدارس مختلف به مشکل برمی‌خورم. با توجه به اینکه دو عموی من در آلمان زندگی می‌کردند که یکی رزیدنت تخصص گوش و حلق و بینی و دیگری دانشجوی دکتری شیمی بود، آلمان به عنوان گزینه‌ی اول برای خانواده‌ام مطرح بود. سرانجام، من همراه با پدر و مادرم در تابستان سال ۱۹۸۶ میلادی با ویزای خانوادگی به آلمان و شهر برلین رفتم.

• **پس در واقع اگر خانواده‌ی شما از تمکن مالی برخوردار نبودند و جنگ ایران و عراق اتفاق نمی‌افتاد، آیا باز هم ممکن بود شما را برای ادامه تحصیل به خارج از کشور بفرستند؟**

احتمالاً خیر. ببینید پدر من انسان عجیبی بود، عشق و علاقه‌ی فراوانی به ایران و خصوصاً استان خوزستان داشت به طوری که ایشان حتی حاضر نشد در زمان جنگ و بدترین شرایط، خوزستان را رها کند. از طرفی پدر و مادر من هم اصلاً اهل مهاجرت نبودند، به گونه‌ای که تنها مدتی کوتاه با من در آلمان ماندند و سپس من را به خانواده‌ی عمویم سپردند. بدون شک جنگ، سرنوشت خیلی‌ها را چه در ایران و چه در عراق تغییر داد و من هم یکی از آن افراد بودم ولی الان می‌توانم بگویم خیلی خوشحالم که خانواده‌ام در آن زمان چنین تصمیمی گرفتند.

• **با مهاجرت به آلمان و ادامه تحصیل در کنار خانواده‌ی عمویان، شرایط تا چه حد برای شما نسبت به ایران بهبود پیدا کرد؟**

عموی من همراه همسر و دو فرزند کوچکش در یک خانه‌ی کوچک دانشجویی زندگی می‌کردند و با اضافه شدن من به آن خانه، مشکلات به لحاظ فضای زندگی سخت‌تر شد. شرایط در آن دوران به واقع برای من سخت بود، چرا که زبان آلمانی بلد نبودم و از طرف دیگر خانه‌ی عمویم از فرط کوچک بودن جایی برای درس خواندن نداشت و گاهی مجبور می‌شدم وان حمام را خشک کنم و داخل آن درس بخوانم. به طور کلی مهاجرت از ایران به آلمان دو سال مرا عقب انداخت ولی این تازه شروع شرایط سخت پیش روی من بود.

آن موقع قانون آلمان اجازه می‌داد که یک جوان زیر ۱۴ سال بتواند



همیشه رتبه‌های ممتاز می‌گرفتم و تشویق می‌شدم.

**• بعد از پایان تحصیلات در مدرسه و فارغ‌التحصیلی، شما به سراغ رشته‌ی دندان‌پزشکی رفتید. آیا هدف اول شما هم همین بود؟**

من وقتی دیپلم آلمانی‌ام را در سال ۱۹۹۲ گرفتم، نمره‌ی بسیار خوبی داشتم و بعد از مشورت با پدر و عمویم که هر دو پزشک بودند، درخواست تحصیل در رشته‌ی پزشکی کردم. خواسته‌ی من تحصیل در دانشگاه برلین بود که رد شد و دانشگاه برمن بود که به من پذیرش داد. یک مرتبه‌ی دیگر به فاصله‌ی زمانی یک سال با درخواست من برای تحصیل در رشته‌ی پزشکی دانشگاه برلین موافقت نشد و سرانجام با پدر و عمویم صحبت کردم و گفتم که می‌خواهم به رشته‌ی دندان‌پزشکی بروم. چون تحصیل در آن یک سال کوتاه‌تر از رشته‌ی پزشکی است و این‌گونه یک سال تاخیر من جبران می‌شود. با موافقت آن‌ها درخواست تحصیل در آن رشته را دادم و در رشته‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه برلین قبول شدم. هم‌زمان با تحصیل باز هم به شدت کار می‌کردم تا خرج تحصیل و زندگی خودم را تأمین کنم.

**• شما بعد از فارغ‌التحصیلی در رشته‌ی دندان‌پزشکی، علیرغم شرایط سخت زندگی به سراغ دوره‌های تخصص و فوق تخصص رفتید. چه انگیزه‌ای پشت این تصمیم ارزشمند شما بود؟**

زمانی که من در کوران امتحانات نهایی ترم آخر دانشگاه بودم، اتفاق تلخ و ناگواری برای من رخ داد. پدر من فوت شدند و از آن جایی که من نتوانسته بودم در دوره‌ی امتحانات کار کنم حتی پول این را نداشتم که بلیط بخرم و برای مراسم پدرم به ایران بروم و این درد بزرگیست که هنوز مرا آزار می‌دهد. همچنین من باید بعد از این اتفاق سرپرستی مادرم را نیز به عهده می‌گرفتم چون ایشان خانه‌دار بودند.

این خواسته‌ی پدرم بود که هیچ‌گاه به مدرک دندان‌پزشکی قانع نشوم و دست به اکتشاف و تحقیق در رشته‌ی خودم بزنم. این از

بدون ویزا در آلمان زندگی کند، در نتیجه بعد از پایان چهارده سالگی از طرف پلیس آلمان برای من نامه‌ای آمد مبنی بر این که چهارده سال من تمام شده و باید اجازه‌ی اقامت بگیرم. برای اجازه‌ی اقامت در آلمان در آن زمان یا باید دانشجوی محسوب می‌شدم که دانشجوی نبودم و یا باید پناهنده‌ی آلمان می‌شدم که پدرم با پناهندگی من به شدت مخالف بود. به همین خاطر پدرم با دشواری‌های زیاد به آلمان آمد و ابتدا از کنسول‌گری ایران در برلین برایم پاسپورت گرفت اما باز هم پلیس آلمان حاضر به صدور ویزا برای من نشد. تنها یک شرط گذاشت: این که سرپرستی من را شهرداری برلین قبول کند و به کمپ بچه‌های بی سرپرست یا بدسرپرست بروم.

**• مسلماً حالا دیگر شرایط زندگی حتی نسبت به زندگی در خانه عمویتان برای شما سخت‌تر هم شده بود! در رابطه با شرایط دشوار کمپ و تاثیر آن بر ادامه‌ی روند زندگیتان بیش‌تر برای ما توضیح دهید.**

چهار سال از زندگی من یعنی شانزده تا بیست سالگی در کمپ گذشت که معادل با پایان دوره‌ی تحصیل در مدرسه برای من بود. از روی اجبار، سرپرستی من به شهرداری برلین سپرده شد و راهی خوابگاهی شدم که هرچند بر خلاف خانه‌ی عمویم هیچ ارتباط عاطفی در آنجا برای من وجود نداشت و زندگی در آن به خاطر فضای خشک و پادگان مانندش بسیار سخت و طاقت فرسا بود ولی در عین حال برای من آموزنده نیز بود.

در کنار تمام این مشکلات، من از روز اول زندگی‌م در آلمان با مشکلات بزرگ اقتصادی دست و پنجه نرم می‌کردم و به همین خاطر، مجبور شدم از ۱۶ سالگی شروع به کار کنم و در این مدت کارهای مختلفی از جمله بسته‌بندی وسایل برقی شرکت زیمنس، گارسونی در رستوران، فروشنده‌ی پوشاک در مغازه‌ها و نگه‌داری اشخاص پیر در خانه‌ی سالمندان را تجربه کردم. ولی با وجود تجربه‌ی تمام این ناملایمات، آن چهار سال سختی که در کمپ بودم تمرکز خود را روی درس گذاشتم و این‌گونه شد که در مدرسه

انگیزه‌های مهم پشت موفقیت‌های بعدیم بود و من اکنون یکی از اصلی‌ترین رازهای موفقیت خودم را همین استمرار در کنجکاوای می‌دانم.

• بعد از اتمام دوره‌ی دندان پزشکی، شما موفق به دریافت مدارک تخصصی جراحی دهان، فک و صورت، ماستر شیپ ایمپلنتولوژی، ماسترشیپ پیرونتولوژی و مدرک فوق تخصصی جراحی‌های میکروسکوپی دهان از انجمن‌ها و دانشگاه‌های معتبر اروپا شدید. از مسیری که برای کسب این موفقیت‌ها طی کردید و مشکلاتی که از سر راه برداشتید برای ما بگویید.

در ترم هفتم دندان پزشکی تز دکترایم را در رشته‌ی جراحی فک آغاز کردم و بسیار به این حوزه از دندان پزشکی علاقه‌مند شدم. بعد از اتمام امتحانات نهایی، من همچنان پاسپورت آلمانی نداشتم و فقط از اجازه‌ی اقامت یک ساله در آلمان برخوردار بودم و با این وضع به من اجازه نمی‌دادند به عنوان پزشک در آلمان فعالیت کنم. همه‌ی هم‌کلاسی‌هایم مدرکشان را گرفتند و چند هفته بعد سر کار رفتند و من تازه بی‌کار شدم؛ یعنی با مدرک درجه یک و رتبه‌ی ممتاز به من اجازه‌ی کار نمی‌دادند. شش ماه طول کشید تا اجازه‌ی کار موقت به من دادند، آن هم با این تبصره که دانشجویی ممتاز محسوب می‌شدم و البته، اجازه‌ی کار من هم محدود به شهر برلین بود.

دوره‌ی جراحی فک در آلمان چهار سال است و من می‌خواستم هر طور که شده جراحی فک بخوانم ولی از آن‌جا که اجازه‌ی کار دائم از شخص می‌خواهند که من نداشتم و یا پاسپورت آلمانی که باز هم من نداشتم، از بخش جراحی فک دانشگاه برلین به من گفتند که نمی‌توانیم برای تو کاری کنیم. تنها چاره این است که بیایی در بخش ما و به عنوان دکتر داوطلب مجانی کار کنی. زمان کار هم ۳۵ ساعت در هفته بود و این زمان روی تخصص من حساب می‌شد. به ناچار برای تأمین مخارج و هزینه‌های خودم مجبور شدم در کنار ۳۵ ساعت کار مجانی در دانشگاه در هر هفته، شب‌ها هم به کلینیک دیگری بروم و بابت کاری که می‌کردم، حقوق بخور و نمیری دریافت کنم. تا یک سال به همین وضعیت ادامه دادم و همزمان با کار بیشتر از ۱۰۰ ساعت در هفته، تز دکترایم را نیز می‌نوشتیم.

به یک سال رسید که من بیمار شدم و در کنار مشکلات جسمانی مثل تپش قلب و بی‌حس شدن بدن، مشکلات روانی و فازهای متعدد افسردگی را نیز تجربه کردم. پزشکان به من گفتند که اگر این طور از خودت کار بکشی، به زودی سخته می‌کنی و خودت را از بین می‌بری. کاملاً در بن بست بودم که با وجود این همه فشارهای روحی-روانی سنگین، راه‌گریزی از آن نمی‌دیدم. تا این که به فکر رسید از برلین بروم و در نتیجه با خیلی از دانشگاه‌های آلمان مکاتبه کردم که بتوانند با هماهنگی پلیس آن شهر، اجازه کار دائم به من بدهند. شرایط همین طور برای من سخت پیش می‌رفت تا این که سه هفته‌ی بعد از دانشگاه مونستر نامه‌ای به دستم رسید که گفته بود برای سال آینده می‌توانیم شما را جذب کنیم. در همین اثناء از بیمارستان زیگن از طرف پروفیسوری به نام بکرز به من تلفن شد و از من خواسته شد همین هفته برای مصاحبه به آن‌جا بروم. چون پولی نداشتم هزینه‌ی بلیط قطار را از دوستم قرض گرفتم و خودم را هر طور که شده به آنجا رساندم. پروفیسور بکرز یک دوست ایرانی داشت و به همین خاطر دید مثبتی هم به ایرانی‌ها داشت. از من مصاحبه گرفت و من هم کل ماجراهایم را برایش توضیح دادم. همدلانه گوش می‌داد اما تضمینی نبود که مرا در میان بقیه‌ی درخواست‌کنندگان بپذیرد. مدتی بعد اطلاع دادند که در آن بیمارستان برای کار پذیرفته شده‌ام؛ سر از پا نمی‌شناختم.

• تأثیر فازهای افسردگی را در ادامه‌ی کارتان چطور ارزیابی می‌کنید؟ با توجه به اینکه خیلی از دانشجویان پزشکی هم این فازها را تجربه می‌کنند، تأثیر آن‌ها را بیشتر مثبت تلقی می‌کنید یا منفی؟

مسئله مثبت. نکته‌ی مهم این است که شما در این زمان‌ها به صورت موقت دست از تلاش و کوشش برمی‌دارید و همین باعث می‌شود که به خودتان استراحت داده باشید. من معمولاً این اوقات به هدف گذشته نگاه و آن را ارزیابی می‌کنم. نتیجه‌گیری‌های من اتفاقاً خیلی از اوقات هم مثبت نیست و باعث می‌شوند که من از اتفاقات گذشته افسرده شوم، ولی تلاش می‌کنم همیشه از آن‌ها درس بگیرم. به همین خاطر فازهای افسردگی من کوتاه مدت هستند و خیلی زود می‌توانم از آن‌ها خارج شوم. در این اوقات از خودم می‌پرسم: حالا که از این راه نتوانستم چطور می‌توانم از یک مسیر دیگر این راه را ادامه بدهم؟ همیشه در زندگی به فکر راه‌های جایگزین هستم.

• شما به عنوان یکی از نام‌آوران «دندان پزشکی میکروسکوپی» در جهان شناخته می‌شوید. جراحی‌های میکروسکوپی در زمینه‌ی ایمپلنت یک شیوه‌ی نوین از جراحی‌های داخل دهان محسوب می‌شود که شما مبدع آن هستید. لطفاً بیشتر در این زمینه و مقایسه‌ی آن با شیوه‌های قدیم جراحی توضیح دهید.

بعد از اتمام دوران تخصص در زیگن، تصمیم گرفتم مدتی از آلمان بروم و زبان انگلیسی‌ام را تقویت کنم. به انگلستان رفتم و یک سال در آن‌جا بودم و در کلینیکی مشغول به کار شدم که در آنجا مسئولیت جراحی فک و ایمپلنت به عهده‌ی من بود. در آن کلینیک یک میکروسکوپ دندان پزشکی قدیمی وجود





دارند ولی جسارت عملی کردن آن‌ها را ندارند و وقتی علت را جویا می‌شوم می‌گویند که در کتاب مرجع این‌طور نوشته نشده است و اگر من بر این اساس مقاله‌ای بنویسم ممکن است مورد استقبال واقع نشود. ولی من همیشه در زندگی به اصطلاح خیلی کله‌شق بوده‌ام و اتفاقاً زمانی که به من می‌گفتند این کار غیر طبیعی است یا کسی تا حالا آن را انجام نداده‌است، شوق و تمایل من برای انجام آن بیشتر می‌شد.

**• چرا شما با وجود این همه موفقیت دوباره تصمیم به مهاجرت گرفتید ولی این بار به سرزمین مادری؟ آیا از مهاجرت دوباره به ایران مایوس نیستید؟**

من قبل از تصمیم به مهاجرت به ایران از طرف یک شرکت سویسی برای سخنرانی در دانشگاه شهید بهشتی دعوت شده بودم و در بیمارستان آتیه هم یک سمپوزیوم سه روزه با حضور من برگزار شد که در آنجا تمام ایده‌های خودم را در زمینه‌ی جراحی‌های میکروسکوپی و کم‌تهاجمی ارائه دادم.

همچنین در سال ۲۰۰۹ هم از طرف دولت ایران به «کنفرانس جذب دانش و سرمایه» مخصوص ۱۰۰ دانشمند ایرانی دعوت شدم که در هامبورگ آلمان برگزار می‌شد. در آن جا معاون رئیس جمهور با من از احداث «بزرگ‌ترین مرکز تحقیقاتی دندان پزشکی میکروسکوپی دنیا در تهران» به ریاست بنده صحبت کرد. من هم یک سال بعد علیرغم داشتن پیشنهادهایی از آمریکا، سوئیس، کانادا و ... به ایران آمدم ولی متأسفانه شرایط برای من فراهم نشد. در ابتدا بسیار مایوس شدم. شاید هم اگر می‌دانستم قرار است وارد چه هزارتویی شوم هرگز به ایران باز نمی‌گشتم ولی در عین حال شور و شوق زیادی داشتم که این کار را در ایران و با همت شخصی خودم شروع کنم. در نتیجه از هر گونه سازمان دولتی و امتیاز بانکی صرف نظر کردم و با وجود تمام مشکلات تا به امروز ادامه دادم. همچنین یکی از علت‌های اصلی که باعث شد من در همان ابتدا به کشور آلمان پناهنده نشوم همین عرقی بود که به میهنم داشتم.

داشت که متخصص ریشه‌درمانی با آن کار می‌کرد. از متخصص ریشه درمانی اجازه گرفتم در روزهایی که او نیست، فک بیمار را با استفاده از آن میکروسکوپ ببینم. با تعجب پذیرفت. وقتی زیر میکروسکوپ جراحی کردم متوجه شدم چقدر زمخت و پرتهاجمی روی فک بیمار کار می‌کنم. از این کشف وحشت کردم و به این نتیجه رسیدم که در زیر میکروسکوپ می‌توانم خیلی ظریف‌تر و کم‌تهاجمی‌تر کار کنم.

در سال ۲۰۰۳ کسی از میکروسکوپ برای جراحی ایمپلنت استفاده نمی‌کرد و نه تنها این شیوه‌ی جدید جراحی وجود نداشت بلکه ابزار جراحی‌ای هم برای آن تعریف نشده بود. با چند شرکت ساخت تجهیزات دندان پزشکی آلمانی این ایده را مطرح کردم ولی آن‌ها چندان من را تحویل نگرفتند، زیرا انتظار نداشتند جوانی ۳۱ ساله این ادعا را مطرح کرده‌باشد و بخواهد سازنده‌ی این ابزار باشد. در نهایت امر با شرکت ZEPF آلمان آشنا شدم و وقتی این ایده را با آن‌ها مطرح کردم، معاون این شرکت معروف به من گفت که طرحت خوب است و آن لحظه انگار دنیا را به من داده بودند. آن‌ها بعد از مدتی اعلام کردند که مدل اولیه را با هزینه‌ی خودشان خواهند ساخت. بعد از دو سال توانستیم مجوزهای لازم برای ۱۲ ابزار طراحی شده توسط من را بگیریم و بتوانیم با این ابزارها روی فک بیمار جراحی انجام دهیم. نتایج آن بعد از سه سال در قالب مقاله‌ی «تکنیک جدید بازسازی کف سینوس به صورت میکروسکوپی» منتشر شد و من به دنبال آن، مدتی بعد در سال ۲۰۰۷ موفق شدم که برای اولین بار جایزه‌ی اول علمی جراحان لثه‌ی آلمان را برنده شوم.

**• نقش خلاقیت و تفکر خارج از اصول شناخته‌شده را در موفقیت چگونه ارزیابی می‌کنید؟**

موضوع، تنها خلاقیت نیست بلکه جسارت و قدرت اراده‌ای که بتواند آن را عملی کند نیز مهم است. من در زمینه‌ی کاری خودم با جوانانی برخورد می‌کنم که می‌بینم ایده‌های خلاقانه‌ای در ذهن





ماه بعد در لبنان هستیم که در هر دو مورد با توجه به اینکه اولین مرتبه است که یک ایرانی به عنوان سخنران اصلی در این دو کنفرانس حضور دارد، افتخار بزرگی برای کشورمان ثبت خواهد شد. همچنین ما سال آینده درصدد برگزاری اولین کنفرانس تخصصی دندان پزشکی میکروسکوپی قاره‌ی آسیا در تهران هستیم که این اتفاق بزرگی است و قطعاً در دنیا خیلی صدا خواهد کرد، چرا که همایشی با این رویکرد جدید در هیچ جای دنیا حتی آمریکا هنوز برگزار نشده‌است. ولی از همه مهم‌تر، احداث مرکز تحقیقات دندان پزشکی میکروسکوپی در ایران است که برنامه‌ی اصلی زندگی من و علت اصلی حضورم در ایران است.

• شما در هفته‌های اخیر با خبرگزاری مهر در رابطه با «توریسم سلامت VIP» و اهمیت آن مصاحبه‌ای داشتید. به راستی چه آینده‌ای برای این نحوه از خدمات‌دهی درمانی در ایران پیش بینی می‌کنید؟ همان طور که قبلاً گفتم حتماً نباید گردشگران ایران را به خاطر ارزان بودن خدمات درمانی انتخاب کنند، بلکه باید زمینه‌ی جذب بیمارانی که می‌خواهند خدمات VIP دریافت کنند را نیز فراهم کنیم. در واقع یکی از علت‌هایی که ما قصد داریم آن مرکز تحقیقات دندان پزشکی میکروسکوپی را احداث کنیم، همین است که بتوانیم با استفاده از بخش درمانی آن، بهترین خدمات دندان پزشکی میکروسکوپی و کم‌تهاجمی جهان را در اختیار افراد برجسته‌ی سیاسی و اقتصادی کشور خودمان و سایر کشورها قرار دهیم.

از دیدگاه من هنوز به توریسم سلامت VIP آن‌طور که باید اهمیت داده نشده است ولی من برای این طرح ارزش و جایگاه ویژه‌ای قائل هستم چرا که فرصت بسیار بزرگی برای ایجاد اعتبار بین‌المللی و جذب سرمایه به کشورمان فراهم می‌کند.

• حرف آخر؟

برای میهنم، ایران، و همه‌ی جوانان ایرانی آرزوی سربلندی دارم.

وگرنه در صورت پناهندگی بخش بزرگی از مشکلات مثل هزینه تحصیل از سر راه من برداشته می‌شد.

• با توجه به اینکه کشورهای پیشرفته‌ای مثل آمریکا و آلمان همواره نقش بسیار مهمی در شکوفایی استعدادهای دانشمندان ایرانی همچون مریم میرزاخانی، شما و ... داشته‌اند و دارند، آیا می‌توان شما را هم یک دندان‌پزشک ایرانی - آلمانی به حساب آورد؟ نظر خود شما در این باره چیست؟

سؤال خیلی خوبیست! تا به حال در هیچ مصاحبه‌ای این سؤال را از من نپرسیده بودند. خیلی جالب است! من را سورپرایز کردید با پرسیدن این سؤال. من خودم را بیشتر یک ایرانی می‌بینم تا یک آلمانی. اتفاقاً وقتی این موضوع را در مصاحبه‌هایم در آلمان مطرح می‌کنم، آلمانی‌ها خیلی از من دلخور می‌شوند ولی در عین حال، من آلمان را هم دوست دارم چرا که به این کشور مدیونم. چون نقش بسیار مهمی در مسیر موفقیت من داشته و بخش عمده‌ای از ویژگی‌های مثبت شخصیتی من منشأ گرفته از فرهنگ سخت‌کوشانه‌ی مردم آلمان است. ولی با تمام این‌ها، من از دیدگاه قلبی وطن خودم را ایران می‌دانم.

• ما در چند وقت گذشته خبرهای خیلی خوبی از شما شنیدیم. ابتدا ریاست بخش «ایمپلنتولوژی میکروسکوپی» آکادمی معروف دندان پزشکی EXTRACTION در سن‌دیگو آمریکا به شما واگذار شد و سپس دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه پنسیلوانیای آمریکا که از مراکز تراز اول «دندان پزشکی میکروسکوپی و کم‌تهاجمی» در دنیا محسوب می‌شود رسماً برای همکاری تحقیقاتی و تدریس از شما دعوت به عمل آورد. از این به بعد منتظر شنیدن چه خبرهای خوبی از شما باشیم؟

خب این یک سوال استراتژیکی محسوب می‌شود (دکتر می‌خندد). من ماه آینده به عنوان سخنران اصلی در بزرگ‌ترین کنفرانس سالیانه‌ی دندان پزشکی در ترکیه حضور خواهم داشت و

# راهکارهای موفقیت علمی و شغلی در پزشکی



عکاس: مهديه کاظمی پور

## مصاحبه با «دکتر محمود عمرانی فرد» از پزشکان حاذق و با سابقه و استاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



سید محمد مهدی موسوی

۴۳

شدم. دوره‌ی ما حدود شش سال و نیم طول کشید. به دلیل کمبود پزشک شدیدی که در آن دوره احساس می‌شد، دوره‌ی علوم پایه‌ی ما را از ۱۲۰ واحد به ۸۸ واحد تقلیل دادند تا دوره‌ی عمومی کوتاه‌تر شود. اما حجم دروس همان حجم سابق بود و به همین دلیل دوره‌های پیش از ما به این شیوه‌ی جدید تن نداده بودند. اما ما دیگر مجبور شدیم که بپذیریم.

### قبولی در تخصص و رشته و دانشگاهتان بگوئید.

با توجه به این که خودم از قبل به بخش‌های جراحی علاقه‌مند بودم و در دوران استیجری و اینترنی حتی علاوه بر ساعات موظفم در اورژانس می‌ماندم (حتی روزهای پنجشنبه و جمعه) بعداً هم به جراحی گرایش پیدا کردم و رزیدنت جراحی عمومی شدم. در دوران آموزشی رزیدنتی عضو تیم اضطراری جبهه بودم و نهایتاً در سال ۶۸ با رتبه‌ی ۲ بورد کشوری فارغ‌التحصیل شدم.

پس از آن با درخواست مدیریت دانشگاه به دانشکده‌ی کاشان رفتم و پس از دو سال از فعالیت من در سمت معاونت آموزشی، دانشکده برای آموزش رزیدنت approve شد. سپس در سال ۶۹ برای دوره‌ی فوق تخصص جراحی پلاستیک وارد دانشگاه ایران (که بهترین دانشگاه و یکی از سه دانشگاه صاحب علم در رشته‌ی جراحی پلاستیک بود) شدم و در آنجا فارغ‌التحصیل شدم. بعد از آن به دلیل علاقه‌ی زیادی که به جراحی جمجمه، فک و صورت داشتم و با توجه به یک فرصت مطالعاتی که برایم پیش آمد به استرالیا رفتم و دوره‌ی فلوشیپ جراحی‌های صورت و جمجمه را در آنجا گذراندم.

چه زمانی وارد عرصه‌های مدیریتی شدید و چه سوابقی در این حوزه

هفت سال عمومی، دو سال طرح، چهار سال تخصص، امتحان بورد، دوباره طرح و فوق تخصص، فلوشیپ و هیأت علمی و استادی دانشگاه و ...! این راهیست که پیش پای دانشجویان پزشکی قرار دارد و هر کدام بسته به انگیزه و البته در حد توانشان به یک یا چند مورد از این اهداف و آرزوها دست می‌یابند. راهی بین هفت تا بیست سال تحصیل علم و تجربه‌ی خطیرترین کار، یعنی درمان انسان‌ها. عده‌ای با جمع و تفریق سنوات سابق الذکر افسرده می‌شوند و از درس و زندگیشان لذت نمی‌برند و عده‌ای دیگر با لذت از مسیر و با امید فراوان مراتب موفقیت را پشت سر می‌گذارند. به هر صورت برای همه‌ی دانشجویان پزشکی آشنایی با اساتید موفق و پزشکان حاذق، هم سبب افزایش انگیزه می‌شود و هم راهنمای مناسبی برای الگو گرفتن می‌باشد. به همین سبب، تصمیم گرفتیم با دکتر محمود عمرانی فرد، استاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و از پزشکان محبوب و موفق، مصاحبه‌ای در باب مسیر زندگی و تحصیلشان داشته باشیم. ابتدا قرار بود مصاحبه در مطب ایشان انجام گیرد اما به دلایلی در منزلشان من را به حضور پذیرفتند.

سلام عرض می‌کنم و بابت وقتی که به من دادید بسیار سپاس‌گزارم. ابتدا خواهش‌مقدم در صورت تمایل از پیشینه‌ی خانوادگی‌تان و سال‌های تحصیل طب بگوئید.

سلام و خسته نباشید و آرزوی موفقیت برای شما، خوانندگان و اعضای نشریه‌تان.

بنده دوران ابتدایی تا دبیرستان را در شهرستان‌های اردستان و نطنز گذراندم. در سال ۵۴ در دانشکده‌ی پزشکی اصفهان پذیرفته شدم. دوره طب عمومی را در اصفهان گذراندم و در سال ۶۰ فارغ‌التحصیل

## داشتید؟

ابتدای فعالیت‌های من به دوران جهاد سازندگی بازمی‌گردد که به عنوان رابط میان اینترن‌ها و رزیدنت‌ها، و در بسیج نیروهای علوم پزشکی برای خدمت به روستاها فعالیت می‌کردم. قسمت دیگری از حضور من در بخش‌های مدیریتی مربوط به حضورم در دانشگاه کاشان می‌شود که در مورد آن صحبت شد.

پس از دوره‌ی فلوشیپ که به ایران بازگشتم با توجه به نیازی که بود، مسؤلیت بیمارستان امام موسی کاظم(ع) را بر عهده گرفتم و پس از دوره‌ی مدیریتی بنده (که نسبتاً طولانی هم بود) آن بیمارستان از بیمارستانی با استانداردهای پایین به بیمارستانی دارای بخش فوق تخصصی جراحی پلاستیک و ترمیم تبدیل شد که می‌توان گفت در ایران بهترین بود. سالی سه رزیدنت فوق تخصصی جراحی پلاستیک تربیت می‌شود که پیش از آن چنین نبود. البته بخش جراحی پلاستیک و ترمیم نیز از اقدامات دوره‌ی مدیریتی بنده بود.

## به دانشجویان ورود به حوزه‌های مدیریتی در وزارت بهداشت را پیشنهاد می‌کنید؟

بله مشکلی ندارد و برای افرادی که علاقه دارند بسیار خوب هم هست. اما دانشجویان پزشکی همواره باید در نظر داشته باشند که مهم‌ترین چیز در زندگیشان، علم پزشکی است و هیچ چیزی نباید درس خواندن و طلب علم را در آنان تحت‌الشعاع قرار دهد. خود من همیشه پزشکی برایم در اولویت بوده‌است. همیشه با لذت و عشق درس‌هایم را مطالعه می‌کردم و همیشه به فکر بهتر شدن در کارم هستم.

## جناب دکتر شما سال‌هاست که عضو هیأت علمی دانشگاه هستید.

از این بخش علمی-پژوهشی و آموزشی فعالیت‌های خودتان هم برایمان بیشتر بگویید.

بله من از سال ۷۲ عضو هیأت علمی هستم و در بخش‌های مختلف، هم در فیزیوپات و هم در دوره‌ی اینترنی و رزیدنتی دانشجویان زیادی دارم.

در بُعد پژوهشی هم هیچ‌گاه نبوده که من مقاله‌ای در دست نوشتن نداشته باشم یا کار جدیدی را انجام ندهم. مقالات بسیاری از من در مجلات معتبر بین‌المللی مثل مجله‌ی «Plastic surgery» چاپ شده و حدود ۳۰ مقاله و یک کتاب تا کنون نوشته‌ام که گاهی اخبار مجلات معتبر مبنی بر رفرنس دادن به مقالات من در مورد پیوند ابرو یا چیزهای دیگر به اطلاع رسیده‌است. پزشکی بر پایه‌ی پژوهش استوار است و پژوهش ستون علم پزشکی است.

به نظر شما برای موفقیت و تداوم موفقیت در رشته‌ی پزشکی چه کار باید کرد؟ اگر بخواهید به شکل خلاصه توصیه‌هایی به دانشجویان برای موفقیت در رشته‌ی پزشکی داشته باشید بیشتر بر چه نکاتی تأکید می‌کنید؟

درس بخوانند و از درس خواندنشان لذت ببرند. به فکر پایان راه طولانی خود نباشند، بلکه بیشتر به فکر لذت بردن از راهشان باشند.

به نظر شما دانشجویان فعلی چه تفاوتی با دانشجویان گذشته (زمان تحصیل خودتان) دارند؟ از نظر انگیزه‌های تحصیل و البته سطح مطالعه.

دانشجویان امروزی اکثراً خیلی قوی هستند و البته باهوش، اما متأسفانه ساعات مطالعه‌ی بعضی پایین است و این آفت پیشرفت آن‌هاست. امکانات آموزشی و مطالعاتی بسیار خوبی هم در اختیار

دارند و باید از این امکانات برای دستیابی بهتر به اطلاعات مقالات دست اول جهانی استفاده کنند تا ارتقا یابند. حتی دانشجویان بین‌المللی هم بخش کمی از هزینه‌های تحصیلشان را پرداخت می‌کنند که از نظر من کلاً آموزش در این‌جا رایگان است و البته به نسبت خیلی از کشورهای پیشرفته‌ی دنیا هم وضعیت خوب و مطلوبی داریم (مانند دسترسی آسان به استاد یا اساتید بسیار قوی).

آینده‌ی رشته‌ی پزشکی در ایران را به چه شکل ارزیابی می‌کنید؟ آیا از نظر کیفی رو به رشد هست یا از نظر کمی؟ بازار کار ممکن است اشباع بشود؟ بالاخره بازار کار از دغدغه‌های دانشجویان است.

آینده‌ی رو به جلو و رو به بهبودی را پیش‌بینی می‌کنم. از نظر آموزشی که کیفیت مطلوبی را داریم (مخصوصاً در بیمارستان‌ها).

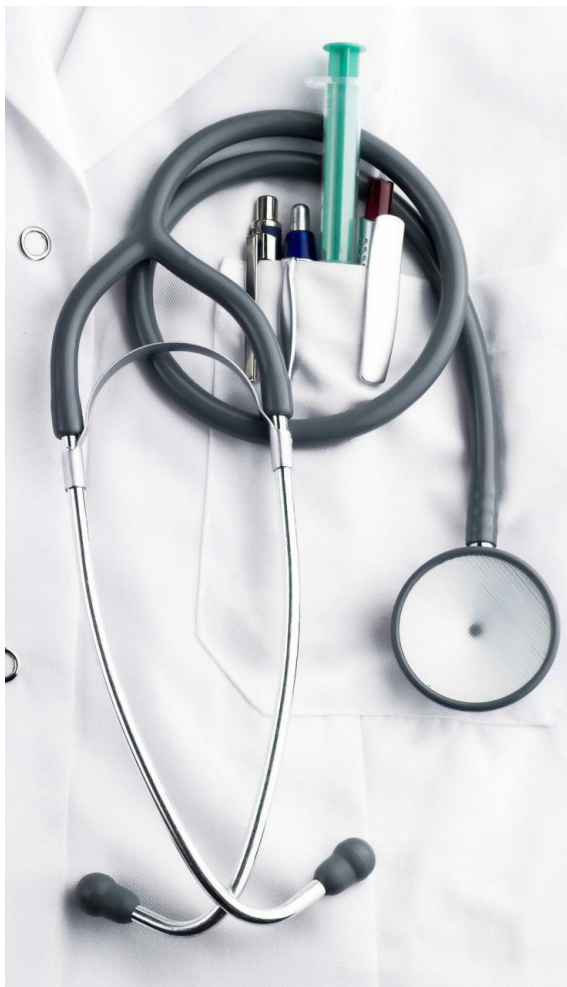
از نظر بازار کار هم با توجه به افزایش جمعیت و توسعه‌ی اقتصادی کشور، بازار کار هیچ‌گاه اشباع نخواهد شد. دانشجویان با خیال راحت درسشان را بخوانند و به رشته‌شان عشق بورزند چون هم سعادت دنیوی دارد و هم اخروی.

## نظر شما در مورد طرح تحول سلامت چیست؟

طرح تحول سلامت طرح خوبی است که باید ایرادات آن اصلاح شود. مثلاً به مسئله‌ی حقوق مادی و معنوی پزشکان بیشتر توجه شود یا در بحث‌های آموزشی مانور بیشتری داده شود تا پیشرفت‌های سریع‌تر و قوی‌تری در علم پزشکی داشته باشیم.

## و حرف آخر؟

برای شما و همه‌ی دانشجویان عزیز آرزوی سربلندی و موفقیت دارم.





## فرار مغزها

بی‌کاری است و وعده‌های سامانه‌ی کار و ایجاد سالانه‌ی نیم‌میلیون شغل کماکان خاطرخواه دارند، چه چیزی بهتر از کاری که در آن، هم خود مقاله‌نویس سرکار باشد هم دانشجویی که این درخواست را داده و هم استادی که آن پایان‌نامه را تأیید می‌کند. خدایی سر کار نیستند؟ کم کم دویست‌هزار فرصت شغلی حی و حاضر!

صرفه‌جویی در وقت؛ خداوکیلی وقتی قرار است دانشجو فقط مدرکش را بگیرد که بتواند به واسطه‌ی آن اعتماد به نفس برای چهار تا خواستگاری رفتن و تز دادن در مورد تمام مسائل کهکشانی‌ها را داشته باشد چرا باید کلی وقت و انرژی‌اش گرفته شود؟ پایان‌نامه و مدرکش را بدهید برود سر کار(!) و زندگی‌اش. والا به خدا!

کمک به پیشرفت علم؛ مگر در دنیای امروزی علم چیزی جز تعداد مقالات و ارجاعات به آن است؟ بلکه قطعاً جز این است! اما اشکالی ندارد. در این‌جا، جز این نیست. پس حالا که توانایی اول شدن در آن را داریم چرا باید خود را از آن دریغ کنیم دستی دستی؟!

هیس! حرفش را نزن! از من نشنیده بگیرید اما می‌گویند در کشور جزایر کومور، رؤسای جمهور از بین کسانی انتخاب می‌شوند که پایان‌نامه‌شان کپی باشد! خدا را چه دیدید؟ شاید روزی هم در ایران از این انتخاب‌ها شود! تفکر، تدبیر و تعقل برای کشف سایر مزایا با خود شما و مسئولین! فتأمل!

حسین غلامی

برخلاف انتظار من و شما، مشکل ما فرار مغزها نیست، ماندن فندق مغزها هم نیست! مشکل ما حتی کهنگی و عدم کاربرد علم در زندگی، گسترش مدرک‌گرایی و قشری‌نگری علمی، بومی‌سازی آن و کلی کلمات، عبارات و اصطلاحات دهان پُرکن دیگر هم نیست. در واقع اگر بخواهیم منصفانه، متعهدانه، دقیق و صریح مشکل حوزه‌ی علم و دانش را در شش کلمه و سه حرف ربط و دو نقش‌نمای اضافه خلاصه کنیم، نتیجه‌اش می‌شود این: عدم توجه و بهای کافی به پایان‌نامه‌نویسی و پایان‌نامه‌نویسان!

بله! تعجب نکنید! مشکل اصلی ما عدم توجه و بهای کافی به پایان‌نامه‌نویسی و پایان‌نامه‌نویسان است. اساساً این مشکل چنان در لایه‌های زیرین سایر مشکلات به طرز هنرمندانه‌ای مخفی و مستتر است و شالوده‌ی آن‌ها را تشکیل می‌دهد که حل آن به شکل شگفت‌انگیزی سایر مشکلات را حل خواهد کرد! چگونه؟ در ادامه بخوانید:

اصلاً من با اصل مطلب مشکل دارم، چرا باید مقاله، پایان‌نامه و رساله‌نویسی ممنوع باشد؟ جرم تلقی شود و با کسانی که در ازای پول چنین کار خوب، نیک و زیبایی را انجام می‌دهند برخورد کرد؟ احتمالاً هیچ‌کدام از مسئولین و قانون‌گذاران این حوزه تاکنون به عمق طلب پی نبرده‌اند و گرنه، نه تنها با چنین افرادی برخورد نمی‌کردند بلکه سر تا پایشان را طلا و پول می‌کردند. اصلاً شاید هم تندیس آن‌ها را در میدان نقش جهان اصفهان نصب می‌کردند و از آن به بعد میدان نقش جهان می‌شد: میدان پایان‌نامه! اما چرا؟ تنها به چند مورد آن اشاره می‌کنم:

اشتغال‌زایی: در روزگاری که یکی از مشکلات اصلی کشور

یادم هست وقتی بچه بودم، خبر اسفناک سقوط اتوبوسی به دره همه را متأثر کرده بود. اتوبوسی که حامل دانشجویان المپیاد ریاضی از اهواز به تهران بود. در آن حادثه، شش نخبه‌ی ریاضی جان باختند و مریم میرزاخانی از میان آنها زنده ماند. همه از حکمت و رسالت بودنش سخن می‌گفتند. من بچه بودم و به رسالت خودم می‌اندیشیدم. در کمای عمیق زندگی بودم، از ریاضیات و هندسه بریده، به سمت علوم تجربی و غمناکی سرطان و بدخیمی‌ها رفتم. امروز مریم مست در اعداد، رسالت بودنش را به پایان رسانده است. لابد سلول‌های نافرمان تنش زندگی نسیه‌ی بعد آن سقوط را از او گرفته و حساب پاک کردند. چه به موقع خواند نغمه اش را و چه زیبا خواند.

شاید همه‌ی ما هر لحظه که هستیم، می‌توانیم بمیریم و نمی‌میریم، فرصتی به ما داده می‌شود ولی ما نمی‌فهمیم. چرا که به خماری بودن گرفتاریم و فکر می‌کنیم بودن در این جهان یک چیز همیشگی است و ما سرسختانه هستیم، درحالی که تمام زندگی فرصت به انجام و اتمام رساندن رسالت ماست. تا روزی که بدخیمی یک سلول یا یک ایست نا به هنگام قلب، بودن را از ما بگیرد! به راستی چرا هستیم؟ رسالت بودنمان چیست؟ این همه پیچیدگی حواس و افکار برای چیست؟ این همه دیدن‌ها و شنیدن‌ها؟ جهان به چه حضوری از ما و ما به چه باوری در جهان محتاجیم؟

نگار فیروزی

# مریم میرزاخانی



گلبانگ

بخش  
علمی

نشریه علمی، پژوهشی (صنفی)  
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



## پزشکی از راه دور و سلامت الکترونیک



حجت‌اله علایی

از این ابزارها نیازمند مجموعه‌ی متفاوت و پرهزینه‌ای از زیرساخت‌های ارتباطی خواهیم بود ولی باید توجه داشت که با زیرساخت‌های کنونی هم می‌توان سطوح پائین‌تری از تله‌مدیسین را در جامعه ارائه کرد. اگرچه برای بهره‌گیری از مراحل نوین و پیشرفته‌ی تله‌مدیسین، نیازمند زیرساخت‌های ارتباطی قوی‌تری هستیم، ولیکن با وجود این مشکلات هم باید همگام با فناوری پیشرفته‌ی روز جهان در حرکت باشیم. این مقاله به معرفی این پدیده می‌پردازد تا توجه جامعه‌ی پزشکی را به تله‌مدیسین جلب نماید.

### خدمات پزشکی از راه دور

- پزشک می‌تواند درباره‌ی یک بیمار با متخصص دیگر بدون حضور بیمار مشاوره از راه دور داشته‌باشد.
- تداوم آموزش پزشکی برای پزشکان و متخصصین که شامل سمینارها، کارگروهی، تداوم آموزش هفتگی پزشکان و بحث گروهی متخصصین است.
- درمان از راه دور که شامل برنامه‌های درمان عمومی برای تمامی افراد جامعه می‌باشد.
- آموزش از راه دور: دوره‌های آموزشی پزشکی که برای دانشجویان، پزشکان و متخصصین در سطوح عالی طراحی و اجرا می‌شود.
- ارسال مدارک پزشکی بیمار که شامل اطلاعات و داده‌های حیاتی بیمار می‌باشد.
- سنجش و اندازه‌گیری از راه دور؛ با بهره‌گیری از این پدیده می‌توان کنش‌های فیزیولوژیک بیماران را از راه دور

تله‌مدیسین یا پزشکی از راه دور برای اولین بار در سال ۱۹۲۰ وارد واژه‌نامه‌ی پزشکی شد. سازمان ناسا اولین مرکزی بود که برای ارائه‌ی مشاوره‌های پزشکی به فضانوردان و درمان آنان از راه دور با استفاده از ماهواره اقدام به برقراری ارتباط بین فضانوردان و پزشکان حاضر در سطح کره زمین کرد و به این طریق، این فناوری وارد عرصه‌ی پزشکی گردید. مفهوم کلی این واژه، استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات در پزشکی است. با این هدف که بتوان خدمات پزشکی از راه دور را بدون نیاز به ارتباط معمول (رویارویی پزشک با بیمار) ارائه نمود. تله‌مدیسین می‌تواند به سادگی گفت‌وگوی تلفنی دو پزشک با یکدیگر در مورد یک بیمار یا به پیچیدگی استفاده از تکنولوژی ماهواره‌ای برای موارد دیگر باشد. یک نوع از این فناوری ارسال تصاویر دیجیتال (عکس‌های رادیولوژی، سی تی اسکن، ام‌آر‌آی و اسلایدهای آسیب شناسی و یا بیماری‌های پوستی) به منظور کاهش هزینه‌های انتقال و نیز جلوگیری از اتلاف وقت پزشک و بیمار می‌باشد. استفاده از ویدئو کنفرانس برای مشاوره‌ی چهره به چهره نوع دیگری از این فناوری است که وسایل متعدد قابل اتصال به کامپیوتر، پزشک را در انجام این امر یاری می‌دهند. تله‌مدیسین از ابزارهای چند رسانه‌ای بسیاری بهره می‌گیرد و با به‌کارگیری تعداد زیادی از فناوری‌های روز دنیا مانند تصویر زنده، صدای زنده، داده و تصاویر پزشکی، سیستم‌های ارتباطی، متن‌ها، عکس‌ها و پارامترهای حیاتی نوعی استقلال زمانی و مکانی در زمینه‌ی خدمات پزشکی به وجود می‌آورد. بنابراین جهت استفاده



مطالعه کرد.

در این بخش برخی از پیاده‌سازی‌های موفق پزشکی از راه دور که در سال‌های اخیر در کشورهای توسعه‌یافته به کار گرفته شده‌اند معرفی می‌گردد:

در دهه‌ی اخیر، مراقبت از افراد میانسال که مبتلا به اختلال شناختی هستند به چالشی عظیم تبدیل شده که پزشکی از راه دور به کمک آن آمده‌است. در حال حاضر یک سیستم هوشمند به نام TSH برای کمک به این بیماران معرفی شده که از بروز موقعیت‌هایی که جان بیماران (خصوصاً بیماران مبتلا به آلزایمر) را به خطر می‌اندازد جلوگیری می‌کند. این سیستم شامل مجموعه‌ای از سخت‌افزار و نرم‌افزار است که اطلاعات مرتبط با بیمار را نگهداری و پردازش می‌کند. این سیستم توسط افرادی مانند پرستار، بستگان یا پزشک خانواده نظارت می‌شود تا در مواقعی که سیستم احتمال بروز خطر را اعلام می‌کند، به بیمار کمک کند.

در یک پیاده‌سازی در سال ۲۰۱۲، محققان از کنفرانس‌های ویدئویی در انجام مشاوره‌ی ژنتیک استفاده کردند. در این مطالعه، بیماران مشاوره‌ی ژنتیکی خود را در یک کلینیک یا مرکز توسعه انجام داده و در آن جا از طریق کنفرانس ویدئویی با یک مشاور ژنتیک ارتباط برقرار می‌کردند. بررسی این روش نشان‌دهنده‌ی سطح بالایی از رضایت بیماران بود و اغلب بیماران پس از استفاده از این روش تمایل پیدا کردند که به جای مشاوره‌ی حضوری، از روش ژنتیک از راه دور استفاده کنند. علاوه بر این، نتایج نشان دادند که ژنتیک از راه دور ابزار مفیدی برای مشاوره‌های معمولی و ارزیابی بیماری کودکان با شرایط ژنتیکی مشکوک نیز می‌باشد. در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۱۲ انجام شد یک سیستم خانگی پزشکی از راه دور برای اندازه‌گیری فشار خون پیاده‌سازی گردید. به کمک این سیستم میزان فشار خون بیمار از طریق اینترنت به مرکز فرستاده می‌شود و داده‌های دریافت شده در مرکز با استفاده از یک نرم‌افزار، ذخیره و سپس پردازش می‌شوند. پزشکان مرتبط نیز با استفاده از یک نام کاربری و رمز عبور به اطلاعات بیمار

بر روی اینترنت دسترسی پیدا می‌کنند و با مشاهده‌ی نتایج اندازه‌گیری‌شده در طول زمان، سلامت بیمار را کنترل می‌کنند. این سیستم در هر زمانی قابل دسترسی است. در پژوهشی که در سال ۲۰۱۳ بر روی کاربرد پزشکی از راه دور در درمان وزوز گوش انجام شد، محققان به این نتیجه رسیدند که استفاده از یک سیستم شنوایی‌سنجی آنلاین می‌تواند در مراحل مختلف فرآیند درمان مبتلایان به بیماری وزوز گوش موثر باشد؛ از جمله در مشاهدات اولیه، ارزیابی اولیه و تشخیص و بهینه‌سازی ابزارهای درمانی. از کاربردهای این سیستم می‌توان به اعمال نظارت طولانی مدت بر روی بیماران و پشتیبانی آنان اشاره کرد. سیستم شنوایی‌سنجی آنلاین می‌تواند به صورت شخصی مدیریت شود و باعث صرفه‌جویی در وقت و هزینه در مراقبت‌های پزشکی گردد. با این حال، باید گفت که در حال حاضر انجام تحلیل در سیستم شنوایی‌سنجی آنلاین به یک متخصص شنوایی نیاز دارد؛ زیرا اگرچه می‌توان بسیاری از معاینات کلینیکی را از راه دور انجام داد، اما لازم است تشخیص نهایی توسط فرد متخصص انجام شود.

در سال ۲۰۱۳ ابزار دیگری به نام M-Health معرفی شد که انتظار می‌رفت فراهم کننده‌ی کیفیت بالاتری در سلامت افراد باشد. این ابزار مبتنی بر فناوری تلفن همراه است و شامل برنامه‌ای است که توانایی تشخیص پزشکی دارد. این برنامه اطلاعات فرد را دریافت می‌کند و نتایج آزمایش‌های پزشکی را به صورت آنلاین به کاربر نمایش می‌دهد. این عمل، علاوه بر تسهیل کار پزشکان و مراکز پزشکی، نقش مهمی در زندگی کاربران دارد؛ زیرا آنان می‌توانند در هر زمان و مکانی وضعیت سلامت خود را بررسی نمایند. یکی از اهداف مهم این سیستم‌ها، فراهم کردن توجه شخصی و ایجاد انگیزه در کاربران است؛ به این منظور که به سلامت خود بیشتر اهمیت دهند.

بعد از زمین لرزه‌ی آوریل ۲۰۱۳ در لوئشان چین، تیم‌های متخصص امداد پزشکی یک سیستم پزشکی از راه دور قابل حمل بی‌سیم را در بیمارستانی که در منطقه‌ی زمین لرزه واقع شده بود و تعداد زیادی مجروح به آن مراجعه کرده بود، ایجاد کردند. این سیستم به بیمارستان‌های دیگر، تیم‌های





شواهد نشان‌دهنده‌ی کارایی و اثربخشی پزشکی از راه دور در مطالعات مربوط به رادیولوژی از راه دور (به خصوص برنامه‌های کاربردی مغز و اعصاب)، پزشکی از راه دور در سلامت روان، انتقال تصاویر اکوکاردیوگرافی، درماتولوژی از راه دور و مراقبت بیماری‌های مزمن از راه دور است. ۳۶ درصد پیاده‌سازی‌ها نیز بیان‌گر این موضوع بودند که اثر بخشی پزشکی از راه دور در برخی بیماری‌ها محدود است. به عنوان مثال، تأثیر درمانی مانیوتورینگ قلب از راه دور در جلوگیری از ایست قلبی تا آن زمان محرز نشده بود. برخی از پیاده‌سازی‌ها نیز نشان می‌دادند که پزشکی از راه دور در مراقبت از بیماری آسم تأثیر چندان مثبتی نداشته است. همچنین، ۹۱ درصد تمامی این پیاده‌سازی‌ها نیز اذعان می‌کردند که پزشکی از راه دور به دلیل کاهش استفاده‌ی بیماران از بیمارستان موجب کاهش هزینه‌ها شده و رضایت‌مندی و کیفیت زندگی بیماران را افزایش داده است. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که تله‌مدیسین در درمان بسیاری از بیماری‌ها، در مقایسه با درمان‌های شخصی دارای اثربخشی معادل و یا بیشتر بوده است و در موارد محدودی نیز اثر بخشی آن هنوز به صورت کامل محرز نشده است. از مزایای دیگر این تکنولوژی امکان دسترسی شبانه‌روزی است.

متخصص امداد و آمبولانس‌های امداد متصل بود تا امکان مشاوره‌ی پزشکی از راه دور را برای مراقبت‌های ویژه، درمان اورژانسی، ارتوپدی، جراحی مغز، جراحی کبد و سیستم صفرا و سرویس‌های درمانی از راه دور دیگر فراهم آورد. متخصصین تشخیص و درمان مجروحان را انجام می‌دادند و با متخصصین دیگر نیز در تماس بودند. با استفاده از این سیستم بسیاری از بیماران از راه دور درمان شدند.

دیگر پژوهشگران نیز معتقدند پزشکی از راه دور در توان بخشی بیماران با بیماری‌های عروق مغزی و نقص نورولوژیک نیز مناسب بوده و تکنولوژی‌هایی را معرفی کرده‌اند که امکان کنترل فعال کننده‌های Recombinant tissue plasminogen activator را برای بیماران واجد شرایط افزایش داده است. (، ،)

Ekeland و همکاران در پژوهشی، تمامی پیاده‌سازی‌های پزشکی از راه دور که تا سال ۲۰۱۰ انجام گرفته بودند مورد ارزیابی قرار داده و میزان اثربخشی آن را اندازه‌گیری کردند. (۴) نتایج این بررسی نشان‌دهنده‌ی موارد زیر بود:

۶۴ درصد پیاده‌سازی‌ها حاکی از این بود که پزشکی از راه دور در بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های مزمن به خوبی قابل پیاده‌سازی بوده و اثرات مثبتی دارد. این اثرات به صورت افزایش تأثیر درمان، افزایش کارایی ارائه‌ی سرویس‌های سلامت و افزایش قابلیت استفاده از سرویس هستند. همچنین،

1. Ramalingam, Krishnamurthy. "Chief Telemedicine Technical Services in Amrita Institute of Medical sciences & Research Center". 2002.
2. Latfi F, Lefebvre B, Descheneaux C, editors. Ontology-based management of the telehealth smart home, dedicated to elderly in loss of cognitive autonomy. Proceedings of the 2007 Workshop on OWL Experiences and Directions; 2007.
3. Hilgart JS, Hayward JA, Coles B, Iredale R. Telegenetics: a systematic review of telemedicine in genetics services. *Genetics in Medicine*. 2012;14(9):765-76.
4. Nam N, Tam N, Loc L, Van Toi V, editors. Design a System of Home Health Care Telemedicine for Blood Pressure Measurement. 4th International Conference on Biomedical Engineering in Vietnam; 2013: Springer.
5. Guitton MJ. Telemedicine in Tinnitus: Feasibility, Advantages, Limitations, and Perspectives. *ISRN Otolaryngology*. 2013;2013:1-7.
6. Alepis E, Lambrinidis C. M-health: supporting automated diagnosis and electronic health records. SpringerPlus. 2013;2(1):103-8.
7. Li T, Chai J. Implementation of telemedicine services in the earthquake disaster relief: the best medical experts provided direct medical service to the affected people. *Zhonghua*. 2013;25(5):262-4.
8. Morales-Vidal S, Ruland S. Telemedicine in Stroke Care and Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2013;20(2):101-7.
9. Johansson T, Wild C. Telerehabilitation in stroke care - a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2011;17(1):1-6.
10. Johansson T, Wild C. Telemedicine in acute stroke management: systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2010;26(2):149-55.
11. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*. 2010;79(11):736-71.
12. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. Systematic review of evidence for the benefits of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2002;8.



# حیوانات راهی برای نجات انسان



سحر واسعزاده

دیدهای یک فرد روسی، پیوند بافتی از قلب گاو برای بازسازی کبد یک زن بریتانیایی و بازسازی سیاهرگ تحتانی یک فرد مبتلا به سرطان توسط غشاء خارجی قلب گاو اشاره کرد. تا کنون تلاش‌های بسیاری در راستای پیوند عضو اصلی از حیوان به انسان صورت گرفته که اکثراً در نهایت با شکست مواجه شده‌اند. برای مثال در سال ۱۹۶۰ میلادی کلیه‌ی تعدادی شامپانزه و بایون به بیماران پیوند زده شد که در بین آنها فقط یک نفر تا ۹ ماه پس از عمل زنده ماند. همچنین به دنبال تلاش‌هایی که برای پیوند کبد از پریمات‌ها به انسان صورت گرفت، تنها یک نفر توانست تا ۷۰ روز پس از پیوند دوام بیاورد. در سال ۱۹۸۴ قلب یک بامبون به یک نوزاد مبتلا به نارسایی شدید قلب، پیوند زده شد که آن هم فقط ۲۰ روز به طول عمر نوزاد اضافه کرد. علت اصلی این عدم موفقیت‌ها، رد عضو پیوند زده شده توسط سیستم ایمنی بدن شناخته شد.

با وجود این ناامیدی‌ها، خوک‌ها دریچه‌ی جدیدی به علم xenotransplantation باز کردند. این موجودات که مسلمان‌ها احساس خوبی به آن‌ها ندارند و از نظر اسلام نجس هستند، می‌توانند فرشته‌ی نجات انسان‌ها واقع شوند. دانشمندان در ابتدا فکر می‌کردند پریمات‌ها به علت شباهت‌های زیاد به گونه‌ی انسان بهترین گزینه برای استفاده از اعضای آن‌ها جهت پیوند می‌باشند، ولی بعدها کشف کردند که در بین حیوانات از نظر ساختمان و عملکرد، اعضای خوک

هرروزه انسان‌هایی به علت نقص عضو وارد لیست انتظار برای پیوند عضو می‌شوند و با گذر هر دهه به طور چشم‌گیری بر منتظران این لیست افزوده می‌شود. به طوری که از سال ۱۹۹۱ تا سال ۲۰۰۱ افزایش ۲۴۳ درصدی بر تعداد بیماران نیازمند به پیوند عضو مشاهده شده و این در حالی است که تعداد افراد اهداکننده‌ی عضو ۸۳ درصد افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۳، تعداد افراد لیست انتظار برای پیوند، ۸۷۱۴۶ نفر بوده و در مقابل فقط ۱۴۱۵۴ نفر اهداکننده وجود داشته است. این موضوع نشان‌دهنده‌ی یک معضل بزرگ برای بیماران می‌باشد.

در آمریکا روزانه به طور میانگین ۲۲ نفر در انتظار پیوند عضو جان می‌دهند. این نیاز شدید به پیوند عضو و کمبود منابع انسانی برای تأمین آن، دانشمندان را واداشت تا به جست‌وجوی راه حل مناسبی بپردازند.

در این میان، حیوانات که از دیرباز به عنوان راهی برای نجات انسان‌ها مورد توجه بوده‌اند منجر به شکل‌گیری شاخه‌ی جدیدی از علم به نام xenotransplantation شدند. xenotransplantation واژه‌ای یونانی است که به انتقال ارگان، بافت و یا سلول از گونه‌ای به گونه‌ی دیگر (مثل حیوان به انسان) اطلاق می‌شود. اولین اقدامی که در این زمینه صورت گرفت، تلاش برای انتقال خون از حیوان به انسان بود. از فعالیت‌های موفقیت‌آمیز در این زمینه می‌توان به مواردی مانند استفاده از جرمه‌ی سگ برای درمان جرمه‌ی آسیب



بیشترین شباهت را به اعضای انسان دارند و اولین xenograft موفقیتی که روی انسان پاسخ داد پیوند جزیره‌ی سلولی پانکراس از یک خوک به انسان، جهت درمان دیابت وابسته به انسولین بود.

علاوه بر این شباهت دلایل دیگری مثل قابلیت تکثیر بالا در مدت زمان کم در یک محیط فاقد پاتوژن، هزینه‌ی تکثیر و نگهداری کمتر و مسائل اخلاقی کمتری که کشتار آن‌ها نسبت به سایر حیوانات ایجاد می‌کند، خوک‌ها را برای این کار ممتاز می‌کند.

علوم بیوتکنولوژی و اصلاح ژن شانس موفقیت xenotransplantation خوک‌ها را تا حد بسیار زیاد و قابل قبولی بالا برده‌اند. دانشمندان با روش اصلاح ژن، ژنوم خوک را به گونه‌ای دست‌کاری کرده‌اند که سبب بیان یک سری از ژن‌های انسانی و تولید مولکول‌های مربوط به سلول‌های انسانی در سطح سلول‌های خوکی شده و از بیان یک سری از ژن‌های خوک که به عنوان عامل رد بافت پیوندی توسط سیستم ایمنی بدن شناخته شده بودند، جلوگیری به عمل آید. این اصلاح ژن‌ها به همراه داروهای سرکوب کننده‌ی سیستم ایمنی بدن انسان، شانس موفقیت xenotransplantation را بالا برده است.

در این زمینه، علم پیشرفت‌های چشم‌گیرتری نیز داشته است و آن هم تولید اعضای پیوندی انسان در بدن حیوانات تراریخته می‌باشد. به تازگی پژوهشکده‌ی رویان خبرهای نویدبخشی در این زمینه داده است و به دنبال عملی کردن این طرح می‌باشد. در این روش با استفاده از سلول‌های بنیادی خود بیمار، عضو مورد نظر را در بدن حیوان تراریخته تولید می‌کنند. عضو ساخته شده منشأ انسانی داشته و با بدن فرد مورد نظر کاملاً تطابق دارد. امتیاز برتر این روش نسبت به روش‌های قبلی این است که احتمال رد عضو پیوندی بسیار پایین است. پیوند عضو از حیوان به انسان با احتمال بالایی با انتقال انواع میکروارگانیسم‌ها مثل ویروس‌ها، باکتری‌ها، قارچ‌ها

و انگل‌ها همراه می‌باشد که این موضوع می‌تواند سبب zoonotic disease (بیماری‌های منتقله از حیوان به انسان) شود. ورود این میکروارگانیسم‌های حیوانی به انسان‌ها می‌تواند شکل جدیدی از بیماری‌ها را در جمعیت‌های انسانی گسترش دهد و اپیدمی‌هایی ایجاد کند. در نتیجه سلامت کامل حیوان اهداکننده اهمیت بسیاری دارد.

در حال حاضر انواع میکروارگانیسم‌های منتقله طی xenotransplantation به خوبی شناخته نشده‌اند. علم و تکنولوژی در جهت شناخت این میکروارگانیسم‌ها در بدن حیوانات اهداکننده و درمان آن توسط آنتی ویروس‌ها، ضد قارچ‌ها و آنتی بیوتیک‌ها در حال پیشرفت روزافزون است.

امید است در آینده‌ای نه چندان دور، xenotransplantation به عنوان یک راه مطمئن و بی‌خطر برای درمان بیماران دارای نقص عضو استفاده شود و انسان‌های بسیاری را از درد و رنج نجات دهد و فرصت زندگی دوباره را به آن‌ها ببخشد.

منابع:

1. enner J. Xenotransplantation - A special case of One Health. One Health. 22-3:17;2017.

2. Ekser B, David K.C. Cooper, A. Joseph Tector. 5. The need for xenotransplantation as a source of organs and cells for clinical transplantation. International Journal of Surgery. November 23 ;,2015, Part B:204-199.

3. <http://www1.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100769769739>.

۴. ضیغمی م، زرندی نپ، امینی زاده ن. ملاحظات اخلاقی مربوط به پیوند عضو از حیوان به انسان. Medical ethics journal. ۲۱. Aug. ۲۰۱۷:۶۵-۸۰.



# دردهای دندانی با منشأ غیر دندانی



زهره صالحی

متوقف می‌شوند. عصب تری‌ژمینال حس صورت و دندان‌ها را تأمین می‌کند. گاه این عصب دچار اختلال شده و دردهایی کوتاه و شدید را در ناحیه‌ی دندان‌ها ایجاد می‌کند که در ابتدای امر غیرقابل تشخیص بوده و با گذشت زمان از طریق ارزیابی‌های عصبی و تهیه‌ی تصاویر می‌توان آن را تشخیص داد، سپس با جراحی‌های کوچک و آموزش بیمار را درمان کرد. دردهای میگرنی بزرگ‌ترین مقلد برای دردهای دندانی هستند. مشخصه‌ی بارز میگرن سردرد است. این دردها اغلب یک طرفه بوده

درد دندان بعد از درد زایمان یکی از سخت‌ترین دردهایی است که هرکس در زندگی آن را تجربه می‌کند. این درد گاه به حدی شدید می‌شود که انسان را وادار می‌کند هر راه حلی را امتحان کند تا کمی از شدت آن کاسته شود. اما خوب است بدانید همه‌ی دردهایی که در ناحیه‌ی دندان‌ها حس می‌شود منشأ دندانی ندارند. شاید عبارت «دردهای دندانی با منشأ غیر دندانی» دارای نوعی پارادوکس در محتوای خود باشد، چرا که ما با دندان دردی مواجهیم که در اصل درد دندان نیست!

این دردهای نسبتاً شایع گاه دندان‌پزشکان را سردرگم می‌کنند. تشخیص درست منشأ درد و درمان آن برای بیمار بسیار مهم است و از طرفی در مواردی اعلام این که درد ماهیتی دندانی ندارد از اعتماد بیمار به دندان‌پزشک می‌کاهد. برای جلب اعتماد بیمار و قرارگیری او در مسیر صحیح درمان، راه حل درست پرداختن به شکایت اصلی بیمار - که اکثراً دندان درد است - می‌باشد. برای این کار، دندان‌پزشک باید با تست‌ها و معاینات در یافتن عامل دندانی سعی کند و در صورت عدم موفقیت آنگاه به منشأهای غیردندانی بپردازد.

دقت کنید مشکلی که بیمار دارد می‌تواند متفاوت با مشکلی باشد که دندان‌پزشک تشخیص می‌دهد. به هر حال در کشور ما، پوسیدگی دندانی یک بیماری شایع است و در دهان بیشتر ایرانی‌ها، دندان‌هایی که بتوان منشأ درد را به آن‌ها نسبت داد وجود دارند! مهم این است که تشخیص درست صورت بگیرد؛ یعنی عامل دردی که بیمار از آن شکایت دارد همان عاملی باشد که دندان‌پزشک برای بیمار تشخیص داده‌است و برای آن طرح درمان در نظر گرفته‌است. دردهای با منشأ غیردندانی می‌توانند در مناطقی از جمله لثه و استخوان‌های فک نیز حس شوند. این دردها می‌توانند به صورت مداوم یا دوره‌ای و به صورت نبض‌دار، تیز و... باشند و هم‌چنین ماه‌ها به طول بیانجامند. نکته‌ی بسیار مهم در این مواقع احتیاط دندان‌پزشک در انجام خدمات غیرقابل بازگشتی مانند عصب‌کشی و کشیدن دندان است. برای شناسایی منبع درد باید فاکتورهای مختلفی در نظر گرفته شود. این فاکتورها می‌توانند وابسته به دندان و یا وابسته به محل‌های دیگری باشند.

نوعی از این دردها دردهایی هستند که هنگام جویدن حس شده و با لمس عضلات چونده تشدید می‌شوند. این دردها لوکالیزه بوده و با درمان عضله





همیشه توجه به این نکته ضروری است که تمارض، متفاوت با درد نوروپاتییک است. در درد با منشأ نوروپاتییک یا سایکولوژیک، واقعا درد وجود دارد که منشأ اولی در سیستم عصبی محیطی یا مرکزی و منشأ دومی در سیستم عصبی مرکزی است. ولی در تمارض، فرد با بازسازی علائم درد به طور خودآگاه و عمدی نفعی می‌برد؛ بنابراین در تمامی موارد ذکرشده غیر از تمارض، وجود خود درد قطعی است و درمانگر همیشه باید با حسن نیت در جهت یافتن منشأ درد تمامی تلاش خود را به کار ببرد. هنگامی که دندان‌پزشک با انجام معاینات دقیق و جامع اختلالی در ساختار دندان‌ها مشاهده نکرد، باید به علایم دیگر نظیر درگیری چندین دندان، جابه‌جایی درد در مناطق گوناگون، سوزشی بودن درد و... توجه نماید و در صورتی که با بی‌حس کردن دندان و یا انجام اقدامات معقولانه درد تسکین نیافت به منابع دیگر درد بپردازد. هم‌چنین در صورت مشکوک شدن به اختلالی خاص بیمار را به پزشک مربوطه ارجاع دهد.

منابع:

- 1- toothache with multi factorial etiology: y.h.m chen, c.c tseng, w.y chao, w.m.harn, s.f.chung / october1997/dental traumatology
- 2- Toothaches of non-dental origin/American academy of orofacial pain

وگاه فک‌ها را هم درگیر می‌کنند. تشخیص افتراقی دردهای میگرن از دردهای دندانی با گرفتن تاریخچه، معاینه و مهارت بالای درمان‌گر امکان‌پذیر است.

یکی دیگر از دردهای پیچیده و دشوار دردهایی با منشأ ایسکمی هستند. این دردها که ارجاعی بوده و با فعالیت بدنی تشدید می‌شوند، در ناحیه‌ی گوش و فک پایین حس می‌شوند. تشخیص صحیح این نوع درد به علت حیاتی بودن آن بسیار با اهمیت است.

اختلال در سینوس‌های ماگزینا و پارانازال نیز می‌تواند به دندان‌های بالایی سرایت کرده و دردهایی را در چند دندان سبب شوند. این دردها می‌توانند با احساس فشار در زیر چشم، سرفه و عطسه همراه باشند. در این موارد، داشتن تاریخچه‌ای از عفونت تنفسی، انجام تست دق و MRI کمک کننده است. بعضی از تومورها و آنوریسم‌ها هم می‌توانند باعث درد در ناحیه‌ی دندان‌ها شوند که این درد اصولا با علایم سیستمیک همراه است. گاهی تومورها در مناطقی نزدیک به دندان‌ها واقع شده‌اند که منجر به جابه‌جایی و حتی از دست دادن دندان می‌شود.

اختلالات سایکولوژیک نیز می‌توانند مقلد دردهای دندانی باشند. استرس، اضطراب و ... می‌توانند در تجربه‌ی درد مشارکت کنند اما رابطه‌ی علی بین این اختلالات و دردهای دندانی به اثبات نرسیده است.



سحر سادات لاله زار

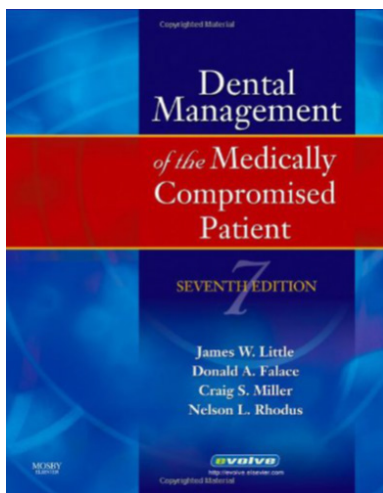
## تدابیر دندان پزشکی

هر نوع پروسه‌ی دندان پزشکی به جز بی‌حسی موضعی، جایگذاری پروتز و وسایل ارتودنسی و تهیه‌ی عکس رادیوگرافی، به علت ریسک بالای ابتلا به اندوکاردیت عفونی، باید پیش از مداخله‌ی دندان پزشکی، آنتی بیوتیک به صورت پروفیلاکسی دریافت کنند. از طرف دیگر وجود انواع بیماری‌های سیستمیک در بسیاری از افراد مسن، اهمیت دقت در پروسه‌های دندان پزشکی را چندین برابر می‌کند. در این گروه سنی، داروهای متعدد و فراوانی مصرف می‌شود؛ لذا حتماً باید به تداخلات دارویی، چه در استفاده از بی‌حسی‌ها و چه در تجویز دارو بعد از پروسه‌ی دندان پزشکی توجه شود.

طبق مطالب مختصری که ذکر شد، لازم است همکاران دندان پزشک، اطلاعات پایه‌ای را در زمینه‌ی بیماری‌های سیستمیک و تداخلات دارویی بدانند تا بتوانند پروسه‌های دندان پزشکی را با حداقل عوارض پیش ببرند.

در پایان از خانم دکتر سپیده صمدی، دانشجوی ترم هفت دندان پزشکی، تشکر می‌کنم که در تهیه‌ی این مطلب به من کمک کردند.

**برگرفته از کتاب فالاس ۲۰۱۳ (تدابیر دندان پزشکی برای بیماران سیستمیک)**



سلام. در این متن می‌خواهم در مورد تدابیر دندان پزشکی در مواجهه با بیماران مبتلا به بیماری‌های سیستمیک صحبت کنم. آیا در مورد تمام بیماران، بدون توجه به بیماری زمینه‌ای و نیز بدون در نظر گرفتن سنشان می‌شود یکسان برخورد کرد؟ آیا طرح درمان یکسانی برای بیماران با مشکلات دندان پزشکی مطرح است؟ پاسخ این سؤالات بسیار واضح است. البته که نمی‌توان در مواجهه با یک بیمار جوان فاقد بیماری و یک بیمار مسن با گنجینه‌ای از بیماری‌های سیستمیک، یکسان عمل کرد.

یک دندان پزشک در approach با بیمارانش حتماً باید راجع به تاریخچه‌ی پزشکی بیمار، تست‌های آزمایشگاهی و داروهای که بیمار از قبل مصرف کرده است را مورد ارزیابی قرار دهد. یک روش برای بررسی خطرهای احتمالی، سیستم طبقه‌بندی انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا است. بر طبق این تقسیم‌بندی، فرد نرمال در کلاس یک و بیماران با بیماری‌های سیستمیک خفیف تا بیماران با بیماری‌های سیستمیک شدید همراه با خطر پایدار برای حیات در کلاس‌های دو تا چهار قرار می‌گیرند.

بنابراین قبل از پروسه‌های دندان پزشکی، لازم است دندان پزشک به ارزیابی اولیه در مورد پایداری شرایط پزشکی بیمار، ناتوانی بیمار برای پاسخ به نیاز جسمانی و احساسی، شرایط روحی بیمار و تهاجمی یا غیرتهاجمی بودن پروسه‌ی درمان توجه کند. پروسه‌های تهاجمی و طولانی مدت مانند جراحی که ممکن است با خونریزی همراه باشند، ریسک خطر بالاتری نسبت به پروسه‌های غیر تهاجمی دارند.

حال این سؤال مطرح است که اگر منافع حاصل از پروسه‌های دندان پزشکی را در یک کفه‌ی ترازو و عوارض و ریسک خطر احتمالی را در کفه‌ی دیگر قرار دهیم، کدام یک سنگین‌ترند؟ خوشبختانه تا به امروز منافع حاصل از درمان بسیار بیشتر از عوارض آن بوده است؛ ولی با این حال در بسیاری از موارد که احتمال خطر به اندازه‌ی کافی بالاست، درمان دندان پزشکی هیچ ارجحیتی ندارد. اما زمانی که سود درمان بیش از عوارض آن است، حتماً باید تغییراتی در طرح درمان صورت بگیرد؛ به عنوان مثال در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، استفاده‌ی بیش از حد از دوکارپول حاوی اپی نفرین جهت بی‌حسی، ریسک زیادی دارد.

مثال دیگر در مورد بیماری‌هایی است که پروتز دریچه‌ی قلب دارند و باید تحت پروسه‌های دندان پزشکی قرار بگیرند. این افراد، در



زهره صالحی

## غارنشینی و بهداشت دهان و دندان

یک خمیردندان آنتی باکتریال بهره می‌جستند. حال سؤالی که پیش می‌آید این است که منشأ پوسیدگی‌های دندانی در نوادگان این افراد چیست؟ یک فرد غارنشین رژیم غذایی متعادلی داشت؛ بدین صورت که او پروتئین‌ها و فیبرها را به مقدار زیاد، چربی‌ها را به مقدار متوسط و کربوهیدرات‌ها و سدیم را به مقدار بسیار اندکی استفاده می‌کرد.

آلن کریپر مدیر مرکز DNA باستانی استرالیا می‌گوید: «انسان‌های شکارچی دندان‌های خیلی خوبی داشته‌اند اما به محض آن که به کشاورزی روی آوردند تغییر بزرگی در دندان‌هایشان به وجود آمد؛ بیماری لثه بین آن‌ها شیوع یافت و دچار پوسیدگی دندانی شدند.» در واقع با تغییر در شیوه‌ی زندگی پدران و مادران ما، قندها به رژیم غذایی آن‌ها راه یافت و بدین ترتیب زمینه برای فعالیت باکتری‌های پوسیدگی‌زا فراهم شد.

با کشت بیشتر چغندر قند و گیاهان دارای کربوهیدرات و فرآوری کردن آن‌ها، انسان هر روز بیشتر و بیشتر با بیماری‌های دهان و دندان دست به گریبان شد. بیماری‌هایی که تا امروز علیرغم تلاش‌ها و پژوهش‌های بسیار، همچنان شیوع قابل توجهی در کشورهای درحال توسعه دارند. به نظر می‌رسد تنها راه مقابله با این بیماری‌ها، مانند همه‌ی بیماری‌های دیگر پیش‌گیری است؛ یعنی حذف کربوهیدرات‌های فرآوری شده و بازگشت به رژیم غذایی نیاکان خود!

شاید تصور کنید با پیشرفت علم و دسترسی آسان‌تر به خدمات درمانی و بهداشتی، سلامت دهان و دندان افراد نسبت به گذشته به مراتب بهبود یافته است یا با ساخت مسواک و خمیردندان‌های جدید، انسان امروز از سلامت بالاتری نسبت به اجدادش بهره‌مند است، اما نتایج حاصل از پژوهش‌ها چیز دیگری می‌گوید!

اگر کمی به عقب بازگردیم، به حدود ۳۲ هزار سال قبل، درمی‌یابیم نیاکان ما بسیار به سلامت دهان و دندان خود اهمیت می‌دادند. آن‌ها به شعار «پزشک خود باشیم» عمل کرده و به خوبی به حقیقت‌هایی در زمینه‌ی پوسیدگی پی برده بودند. به گفته‌ی پروفسور کارل هاردی، از محققان دانشگاه بارسلونای اسپانیا، انسان‌های اولیه می‌دانستند که جرم، یک چیز زائد بر روی دندان‌هایشان است و با روش‌های مختلفی سعی بر رفع این ماده‌ی زائد از دهان خود داشتند.

مطالعات بر روی خراش‌های دندان‌های غارنشینان نشان می‌دهد که یک غارنشین، بسیار قبل‌تر از ما به فواید استفاده از نخ دندان پی برده است و همواره برای پاک کردن موادغذایی از خلال دندان استفاده می‌کرده. با پیدایش خمیردندان‌ها، تلاش‌های زیادی برای بهبود کیفیت آن‌ها صورت گرفته است و برای تأثیرگذاری بهتر، مواد مختلفی به آن‌ها افزوده شد. یکی از انواع خمیردندان‌های توصیه شده، خمیردندان‌های آنتی باکتریال است که حتی در این مورد هم دوستان غارنشین ما، موادی با این ویژگی را برای نظافت دندان خود به کار می‌برده‌اند! در این خصوص، دانشمندان نشانه‌هایی دال بر استفاده از چوب درخت کاج را بر روی دندان‌ها یافتند. این تحقیق نشان داد که پیشینیان ما از رزین کاج به عنوان

Crop manuring and intensive land management by Europe's first farmers: amy bogaard/july2013.



## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتکت
1	Screening of congenital hypothyroidism in preterm, low birth weight and very low birth weight neonates: A systematic review.	Hashemipour M, Hovsepian S, Ansari A, Keikha M, Khalighinejad P, Niknam N.	Pediatr Neonatol	۲۰۱۷ Jul ۲۲	Evidence from different screening programs indicated that the rate of congenital hypothyroidism (CH) was higher in pre-term and low-birth-weight (LBW) newborns than normal ones. Incomplete development of hypothalamic-pituitary axis in this group of neonates results in the delayed rise of TSH and missing cases with CH. Hence, there is a great need for a practicable systematic screening method for proper diagnosis of CH in this group of neonates. In this review, we systematically reviewed papers with the following key words ([Congenital Hypothyroidism AND Screening AND Thyroxine AND Thyroid Stimulating Hormone AND Low Birth Weight AND Premature]) in international electronic databases including PubMed, Scopus, and Google Scholar. After quality assessment of selected documents, data of finally included papers were extracted. In this review, ۱۴۵۲ papers (PubMed: ۶۱۷; Scopus: ۷۱۴; Google scholar: ۱۲۱) were identified through electronic database search. One hundred and ninety four articles were assessed for eligibility, from which ۳۶ qualified articles were selected for final evaluation. From the reviewed articles, ۷۱۱,۱۱, ۷۳۸,۹ and ۷۸,۳ recommended rescreening in this group of neonates, lowering the screening cutoff of TSH and using cutoffs according to the gestational age, respectively. Some of them (۷۱۳,۹) recommended using both TSH and T <sub>4</sub> for screening of preterm infants. After reviewing available data, we recommend repeating the screening test in pre-term, LBW and very-low- birth-weight (VLBW) infants at age of two, six and ten weeks by measuring TSH and FT <sub>4</sub> levels simultaneously and considering TSH = ۱۰ mU/L as the cutoff level for positive and suspicious cases.
ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتکت
2	Omega <sup>3</sup> -supplementation effects on polycystic ovary syndrome symptoms and metabolic syndrome.	Khani B, Mardanian F, Fesharaki SJ.	J Res Med Sci	۲۰۱۷ May ۳۰	<p><b>BACKGROUND:</b> Polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common female endocrine disorder with unknown etiology and with different complications. The aim of this study was to evaluate the effect of omega<sup>3</sup>- supplementation on PCOS symptoms and metabolic syndrome.</p> <p><b>MATERIALS AND METHODS:</b> This double-blind clinical trial was performed in ۲۰۱۵ in Alzahra and Shahid Beheshti Hospitals, Isfahan, Iran, on ۸۸ patients with PCOS. Intervention group took omega<sup>3</sup>- supplements with dose of ۲ g/day for ۶ months (two capsules), but control group received two olive oil capsules. Finally, ultrasound and laboratory findings and the recovery rate of menstrual disorders in both groups were compared.</p> <p><b>RESULTS:</b> After ۶ months' intervention, waist circumference (WC) was significantly lower in omega<sup>3</sup>- as compared to control (۲,۸۷ ± ۸۱,۱۸ vs. ۲,۶۱ ± ۸۴,۲۲ cm, respectively; P &lt; ۰,۰۰۱). High-density lipoprotein was increased (۱,۳۷ ± ۴۷,۲ vs. ۱,۳۴ ± ۴۱,۵۶ mg/dl, respectively, P &lt; ۰,۰۰۱) while low-density lipoprotein (۱,۶۸ ± ۱۰۷,۷۹ vs. ۱,۵۷ ± ۱۱۷,۴ mg/dl, respectively), triglyceride (۲,۱۳ ± ۱۱۶,۰۲ vs. ۲,۹۱ ± ۱۲۵,۰۶ mg/dl, respectively), and cholesterol (۶,۳۴ ± ۱۸۰,۳۴ vs. ۵,۹۲ ± ۱۸۹,۵۶ mg/dl, respectively) in omega<sup>3</sup>- were significantly lower than control (P &lt; ۰,۰۰۱). The interval between periods in omega<sup>3</sup>- was significantly shorter than control (۴,۶۸ ± ۲۹,۸۳ vs. ۸,۷۲ ± ۴۷,۱۱ days, respectively, P &lt; ۰,۰۰۱).</p> <p><b>CONCLUSION:</b> Omega<sup>3</sup>- decrease lipid profiles, WC, and interval between periods while weight, hip circumference, fasting blood sugar, number of ovarian follicle, size of ovary, bleeding volume, menstrual bleeding, and hirsutism score did not change by administration of omega<sup>3</sup>-.</p>

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنده	اسم ژورنال	تاریخ چاپ	ابسترتکت
3	Association of Childhood Obesity and the Immune System: A Systematic Review of Reviews.	Kelishadi R۱, Roufarshbaf M۲, Soheili S۲, Payghambarzadeh F۳, Masjedi M۳.	Child Obes	۲۰۱۷ Aug	The growing prevalence of childhood obesity has become a serious health problem over the past decades. As the immune system is greatly affected by excess weight, in this review of reviews, we discuss the findings of review articles about the relationship between childhood/maternal obesity and children's immune system. We searched English-language articles in PubMed, Scopus, ISI Thomson Reuters, and Google Scholar databases. All relevant reviews, either systematic or narrative, were retrieved. Then their quality was assessed by using the Assessment of Multiple Systematic Reviews and International Narrative Systematic Assessment tools, respectively. In the final step, ۲۶ reviews were included. Our review suggests that childhood obesity is associated with extensive changes in the serum levels of inflammatory and anti-inflammatory cytokines and proteins, as well as the number of immune cells and their behavior. Therefore, it might cause or exacerbate diseases such as asthma, allergy, atopic dermatitis (AD), and obstructive sleep apnea syndrome. Moreover, childhood obesity may reduce the immune system responsiveness to vaccines and microorganisms. Furthermore, studies suggest that maternal obesity increases the risk of asthma in offspring. Future studies are needed to determine different associations of childhood obesity with allergy, atopic dermatitis, and autoimmune diseases.
4	Anti-ma۲ receptor encephalitis mimicking Huntington chorea.	Etemadifar M, Salari M, Badiie H, Mirmosayyeb O.	J Res Med Sci.	۲۰۱۷ Mar ۱۵	Anti-ma۲ receptor encephalitis is an immune-mediated disorder of brain presenting with movement disorders such as chorea, dyskinesia, loss of consciousness, language dysfunction, seizures, psychosis, and autonomic instability. This disorder includes a wide range of neuropsychiatric manifestations which overlap with presentations of many other neurological diseases. For instance, choreiform movements and psychiatric symptoms in anti-ma۲ receptor encephalitis could be similar to Huntington disease, and hence the possibility of misdiagnosis should be considered before treatment.
5	Multiple sclerosis among Afghan immigrants in Isfahan, Iran.	Etemadifar M, Sadeghpour N, Nekouie K, Jahansouz M, Salari M۴, Fereidan-Esfahani M۵.	Mult Scler Relat Disord	۲۰۱۷ Apr	<p><b>BACKGROUND:</b> Multiple sclerosis is a central nervous system demyelinating disease with unknown etiology. However, it is believed to be a multifactorial disease resulting from an interaction of genetic and environmental factors. Immigrant studies have been performed to provide a better view of the pattern of this interaction. We aimed to report the prevalence of MS Afghan immigrants of Isfahan, a population who share the same environment as Isfahan residents but with different genetic backgrounds.</p> <p><b>PATIENTS AND METHODS:</b> Medical documents of ۴۵۳۶ patients registered by Isfahan Multiple Sclerosis Society (IMSS), the only MS registry in the province of Isfahan, were reviewed for Afghan patients and the demographic and clinical characteristics. The information on the current population of Afghans residing in the province was gathered through Bureau for Aliens and Foreign Immigrants Affairs (BAFIA).</p> <p><b>RESULTS:</b> Six Afghan cases were identified among ۴۵۳۶ patients registered by IMSS. Current population of Afghans in the province was ۱۲۳,۵۷۸ people (۶۵,۰۴۱ male and ۵۸,۵۳۷ female). One of the cases was male and the other five were females with a female/male ratio of ۵:۱. Sex-adjusted prevalence for males and females was ۱,۵۳ and ۸,۵۴ per ۱۰۰,۰۰۰, respectively. The overall crude prevalence for Afghan population of Isfahan is ۴,۸۵ per ۱۰۰,۰۰۰.</p> <p><b>CONCLUSION:</b> This study shows a lower prevalence of MS among Afghan residents of Isfahan compared to the overall prevalence of the province. Our result could be implying a stronger bond between genetic factors and developing MS, rather than the environmental factors.</p>

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
6	Looking beyond the cosmetic tattoo lesion near the eyebrow: Screening the lungs.	Naeini FF, Pourazizi M, Abtahi-Naeini B, Saffaei A, Bagheri F.	J Postgrad Med	۲۰۱۷ Apr-Jun	Cosmetic tattooing has become a risk factor for several adverse reactions related to inks, procedures, and associated clinical conditions. Development of a sarcoid reaction to the inserted tattoo pigment in the skin is not common. We report a ۴۵ year-old patient with history of dyspnea and mild cough since two years who had subsequently developed reddish, scaly lesions in her ۱۰ year old tattoo done near her right eyebrow. Skin biopsy of the tattoo lesion revealed cutaneous sarcoidosis which led to further investigations and a diagnosis of pulmonary sarcoidosis. The present case highlights the fact that cutaneous sarcoidosis can develop in a long-standing tattoo. Also such a patient should be screened for systemic sarcoidosis disease.
7	Comparison of the efficacy of azathioprine and rituximab in neuromyelitis optica spectrum disorder: a randomized clinical trial.	Nikoo Z, Badihian S, Shaygannejad V, Asgari N, Ashtari F,	J Neurol	۲۰۱۷ Aug ۲۲	Neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) often follows a relapsing course. As disability in NMOSD is attack-related, effective treatments are needed. We aimed to compare the efficacy of azathioprine (AZA) and rituximab (RIT) as maintenance therapy in NMOSD patients. An open, randomized clinical trial was conducted during September ۲۰۱۵ to December ۲۰۱۶, in Isfahan, Iran. Initially, ۱۰۰ NMOSD patients were approached, ۸۱ entered the study, and ۷۸ cases completed the trial. All patients had a relapsing-remitting course with expanded disability extended scale (EDSS) $\leq 7$ (median ۲.۷۵, range = ۷-۰). Patients were randomized into two groups, which did not differ according to age, gender distribution, and disease duration. In the AZA group, ۳۵ patients [۲۰ aquaporin-4 (AQP4)-IgG positive] were started on ۵۰ mg/day oral AZA and increased to ۲-۲ mg/kg/day (with oral prednisolone as adjunctive therapy). In the RIT group, ۳۳ patients (۱۳ aquaporin-4-IgG positive) received ۱ g intravenous rituximab and repeated ۲ weeks later and then every ۶ months. Annualized relapse rate (ARR) was measured as the primary outcome and EDSS as the secondary outcome after ۱۲ months of intervention. The mean ARR [standard deviation (SD)] in the AZA group decreased from ۰.۳۸ (۱) to ۰.۵۵ (۰.۵۱) (P value < ۰.۰۰۱) and in the RIT group decreased from ۰.۶۸ (۱.۳۰) to ۰.۴۲ (۰.۲۱) (P value < ۰.۰۰۱). ARR after intervention minus ARR before intervention [mean (SD)] was ۰.۷۲ (۱.۰۹) in RIT group and ۰.۵۹ (۰.۴۹) in AZA group (P value < ۰.۰۰۱). EDSS after intervention minus EDSS before intervention [mean (SD)] was ۰.۹۸ (۱.۱۴) in RIT group and ۰.۵۴ (۰.۴۴) in AZA group (P value < ۰.۰۰۱). Nineteen patients (۲۵.۴%) in AZA group and ۲۶ patients (۳۳.۳%) in RIT group became relapse-free after intervention (P value = ۰.۰۳۳). AZA and RIT can both effectively decrease ARR and EDSS in NMOSD patients. RIT was significantly more effective than AZA treatment
8	Prophylactic Therapy of Cyclic Vomiting Syndrome in Children: Comparison of Amitriptyline and Cyproheptadine: A Randomized Clinical Trial.	Badihian N, Saneian H, Badihian S, Yaghini O.	Am J astroenterol.	۲۰۱۷ Jul ۱۸	OBJECTIVES: Cyclic vomiting syndrome (CVS) is a common functional gastrointestinal disorder characterized by recurrent episodes of nausea and vomiting. There is no definite treatment for the condition, although some medications are recommended. We aimed to compare the efficacy of amitriptyline and cyproheptadine in prophylactic therapy of CVS. METHODS: This is a single-blinded randomized clinical trial conducted during ۲۰۱۶-۲۰۱۵ in Isfahan, Iran. Sixty-four children who were ۱۵-۳ years old, with a diagnosis of CVS (based on Rome III criteria), were included in the study and were randomly divided into two groups of amitriptyline and cyproheptadine. They were followed for ۶ months, looking for frequency and duration of attacks as the primary outcome. RESULTS: The mean monthly frequency of attacks in the last ۲ months of the study in the amitriptyline and cyproheptadine group were ۰.۵۵±۰.۳۸ and ۰.۷۱±۰.۵۹, respectively (P-value=۰.۱۹۷), after intervention. The mean duration of attacks between amitriptyline and cyproheptadine group were ۲.۸۶±۱.۴۱ and ۲.۳۲±۱.۸۱ h, respectively (P-value=۰.۲۱۲). In the amitriptyline group ۳۵.۷% of patients reported ۱۰۰% remission, whereas in the cyproheptadine group ۳۰% reported full remission (P-value=۰.۲۰۶). CONCLUSIONS: There was no superiority of one of the medications over the other. We did not find any age-related effect on the efficacy of these medications as well

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسندگان	اسم جرنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
9	Attitudes Toward Cancer and Cancer Patients in an Urban Iranian Population.	Badihian S, Choi EK, Kim IR, Parnia A, Manouchehri N, Badihian N, Tanha JM, Guallar E, Cho J,	Oncologist.	۲۰۱۷ Aug	<p><b>BACKGROUND:</b> Because of the significant incidence and mortality of cancer in Iran, a Comprehensive National Cancer Control Program for the prevention and early detection of cancer was launched in ۲۰۰۷. However, cancer awareness and screening rates in Iran did not improve. This study aimed to evaluate public attitudes toward cancer and cancer patients in Iran.</p> <p><b>MATERIALS AND METHODS:</b> We conducted a cross-sectional survey among ۹۵۳ non-institutionalized individuals in Isfahan, Iran, from November ۲۰۱۴ to February ۲۰۱۵. We collected data on attitudes toward cancer in three domains (impossibility of recovery, cancer stereotypes, and discrimination), as well as questions on willingness to disclose a cancer diagnosis.</p> <p><b>RESULTS:</b> Among all participants, ٪۳۳,۹ agreed that it is very difficult to regain one's health after a cancer diagnosis, ٪۱۷,۴ felt uncomfortable with a cancer patient, and ٪۲۶,۹ said that they would avoid marrying people whose family members had cancer. While ٪۸۸,۹ of study participants said that cancer patients deserve to be protected in society, ٪۵۳,۳ and ٪۴۸,۴ of participants agreed that they would not disclose a cancer diagnosis to neighbors and coworkers, respectively.</p> <p><b>CONCLUSION:</b> Negative attitudes with respect to impossibility of recovery and discrimination toward cancer and cancer patients were common among urban Iranians. Most people would not disclose a cancer diagnosis to others in spite of advancements in cancer diagnosis and treatment, reflecting unfavorable attitudes toward cancer and cancer patients in society. Successful implementation of cancer awareness and prevention programs in Iran may require social changes based on adequate information on cancer and cancer patients.</p> <p><b>IMPLICATIONS FOR PRACTICE:</b> Public attitudes toward cancer and cancer patients are an important factor affecting cancer control programs as well as quality of life and recovery of cancer patients. The issue has not been studied in Iran and the surrounding countries in the Middle East. This is the first report presented on the subject. These findings can be used by health policy makers, health managers, and clinicians for better practice.</p>
ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسندگان	اسم جرنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
10	An Undiagnosed Case of Hypothalamic Hamartoma with a Rare Presentation.	Badihian S, Bahrani S, Tabrizi N, Moein H, Zare M, Barekatin M, Basiratnia R, Rahimian E, Mehvari Habibabadi A, Moein P, Mehvari Habibabadi J.	Case Rep Med.	۲۰۱۷	<p><b>Background.</b> Hypothalamic hamartomas (HHs) are rare tumor-like malformations that may present with complex partial seizures refractory to anticonvulsants in adulthood. The condition may be misdiagnosed because of rarity. <b>Case Presentation.</b> We report a ۲۰-year-old man with complaint of seizures presented by falling, tonic spasm of limbs, oral automatism, vocalization, and hypermotor activities. His seizures started at the age of one month and presented as eye deviation and upper limbs myoclonic jerk, followed by frequent seizures with variable frequency. The patient had delayed developmental milestones and was mentally retarded. He was hospitalized and underwent video-EEG monitoring and neuroimaging, and the diagnosis of HH was made. The patient became candidate for surgery after that. <b>Conclusion.</b> In this case, the underlying etiology of seizures was diagnosed after ۲۵ years. HH is a rare condition and neurologists may encounter very small number of these cases during their practice. Therefore, they should consider it in patients who present with suspected signs and symptoms.</p>

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
11	Etiology and outcome in patients with upper gastrointestinal bleeding: Study on ۴۷۴۷ patients in the central region of Iran.	Minakari M, Badihian S, Jalalpour P, Sebghatollahi V.	J stroenterol Hepatol	۲۰۱۷ Apr	<p><b>BACKGROUND AND AIM:</b> Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a threatening condition leading to urgent hospitalization. This study aims to investigate etiology and outcome in UGIB patients in Iran.</p> <p><b>METHODS:</b> Medical records of GIB patients admitted to Alzahra referral hospital (in Isfahan) during ۲۰۱۵-۲۰۱۰ were retrospectively reviewed for demographic data, comorbidities, history of smoking and taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), presenting symptoms, endoscopic findings, therapeutic endoscopy, blood products' infusion, surgical intervention, rebleeding, and mortality.</p> <p><b>RESULTS:</b> A total of ۴۷۴۷ patients were enrolled in the study (٪۶۹,۲ men, mean age=۲۱,۹۸±۵۵,۴۶years). Hematemesis was the most frequent presenting symptom (٪۶۳,۵). Peptic ulcer (duodenal ulcer in most cases) was seen as the main reason for UGIB (٪۴۲,۴). Rebleeding (present in ٪۱۶,۵ of patients) was found to be more frequent in patients with older age, presenting sign of hematochezia and hypotension, history of taking NSAIDs and smoking, presence of comorbidities, history of bleeding because of UGI tract neoplasm and esophageal varices, history of needing blood products' infusion, and history of therapeutic endoscopy or surgical intervention (<math>P &lt; .,۰۰۵</math>). We found that mortality (٪۵,۵ in total) was also higher in the same group of patients that were seen to have a higher tendency for rebleeding (<math>P &lt; .,۰۰۵</math>).</p> <p><b>CONCLUSION:</b> Peptic ulcers are the most common cause of UGIB. Comorbidities, hemodynamic instability, high-risk endoscopic stigmata, history of smoking and taking NSAIDs, gastric and esophageal malignancies, may be important predisposing factors for rebleeding and mortality in patients with UGIB.</p>
ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
12	Antacids, sucralfate and bismuth salts for functional dyspepsia	Meisam Abdar Esfahani, Najme Ahmadi, Mojtaba Keikha, Peyman Adibi, Neel Sharma, Paul Moayyedi	The Cochrane Library	۸ June ۲۰۱۷	<p>۱. This is a protocol for a Cochrane Review (Intervention). The objectives are as follows: Effectiveness of antacids, sucralfate and bismuth salts in reducing overall functional dyspepsia symptoms in dyspeptic people. Quality of life</p> <p>۲. Individual dyspepsia symptom change</p> <p>۳. Adverse events and complications</p>
ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
13	Investigating the Relationship between Self-efficacy and Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Chemical Therapy	Reza Moradi, Mostafa Assar Roudi, Mohammad Mehdi Kiani, Seyed Abdelhossein Mousavi Rigi, Mahan Mohammadi, Mohammad Keshvari, Milad Hosseini	Bali medical journal	۲۰۱۷	<p><b>Background:</b> Regarding to the importance of self-efficacy and its impact on health-related behaviors, chronic disease management and quality of life, and limited studies in this field, present study tried to investigate the relationship between self-efficacy and quality of life in breast cancer patients undergoing chemotherapy in the Seyed-o-shohda hospital (Isfahan/ Iran). <b>Methods:</b> This descriptive- correlational study was done in Isfahan Seyed-o-shohada hospital in ۲۰۱۴. Statistical population included all women who had received chemical therapy because of their breast cancer (<math>N=۱۰۰</math>). (۱۲۰ participants were selected through Cochran formula and systematic sampling. Data gathering instruments included Sherer's standard questionnaire of self-efficacy and W.H.O questionnaire of quality of life (WHOQOL-BREF). The data were analyzed with use of the descriptive statistics and Kolmogorov-Smirnov test, one-way ANOVA and Pearson Correlation in SPSS ۱۸. <b>Results:</b> The average and Standard Deviation of both self-efficacy (<math>۵۵,۷۸ \pm ۱۱,۰۰</math>) and quality of life (<math>۷۵,۹۱ \pm ۱۵,۲۸</math>) were estimated on the average level. There was a direct meaningful relation between self-efficacy and quality of life efficiency. The results also showed that there is meaningful relation between self-efficacy and quality of life's dimensions including physical health, mental health, social relations and satisfaction with the environment. <b>Conclusion:</b> Based on the significant positive relation found between self-efficacy and quality of life it's recommended to hold some training courses for these patients, have a physiologist in chemotherapy department, and prepare more palliative care to raise the breast cancer patients' self-efficacy which finally leads to a better quality of life.</p>

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسنندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
14	Removal of Different NOM Fractions from Spent Filter Backwash Water by Polyaluminum Ferric Chloride and Ferric Chloride	Mokhtar Mahdavi, Mohammad Mehdi Amin, Yaghoub Hajizadeh, Hossein Farrokhzadeh, Afshin Ebrahimi	Arabian Journal for Science and Engineering	April ۲۰۱۷, Volume ۴۲	Increasing world population, water shortage and high-quality standards for drinking water lead to conduct numerous efforts in water treatment plants to reuse spent filter backwash water and improve the productivity of plants. The aims of this study were to investigate the fractional composition of the spent filter backwash water from Isfahan's water treatment plant in Iran and to determine the coagulation performance of polyaluminum ferric chloride (PAFCI) and ferric chloride (FeCl <sub>3</sub> ) regarding different fractions of natural organic matter (NOM). Conventional jar test apparatus was used for the coagulation procedure, and the NOM was fractionated into hydrophobic, transphilic and hydrophilic fractions. Isolation was done with DAXA- (supelite) and XAD <sub>4</sub> - (amberlite) resins. The results showed that optimum amount of FeCl <sub>3</sub> was ۳۰ mg/L. At this level, turbidity, UV <sub>254</sub> and DOC removal reached to ۴۴±۱.۶, ۶۶.۶±۰.۲ and ۲±۰.۳%, respectively. Also at the optimum dose of PAFCI (۱۳ mg/L) turbidity, UV <sub>254</sub> and DOC removal reached to ۹۹.۶۳±۰.۰۱, ۱۰۰±۰.۱ and ۲±۰.۰%, respectively. Thus, the performance of PAFCI for organic matter removal was better than FeCl <sub>3</sub> . Hydrophobic fraction was more easily removed by both of the coagulants compared to the hydrophilic and transphilic fractions. However, FeCl <sub>3</sub> was more efficient than PAFCI for the removal of hydrophobic fraction and vice versa was occurred for the removal of transphilic fraction.
15	Saline Flush versus Chest x ray in Confirmation of Central Venous Catheter Placement; a Diagnostic Accuracy Study	Mehrdad Esmailian, Reza Azizkhani, Nazila Najafi	An academic emergency medical journal	۲۰۱۷	Introduction: Central venous catheterization (CVC) is a commonly performed procedure in critically ill patients of emergency department. This study was designed to compare the diagnostic accuracy of saline flush with CXR in confirmation of above-the-diaphragm CVC placement. Methods: This prospective cross sectional study was conducted on adult patients in need of CVC placement in emergency department. Placement Confirmation was performed with saline flush method and CXR, then chest computed tomography (CT) was performed as the gold standard. The screening performance characteristics of the two methods were calculated and compared using SPSS ۲۱ and STATA ۱۱. Results: ۱۰۳ cases with the mean age of ۸۰-۳۵) ۹,۳±۵۷,۱۸) years were studied (%۵۲,۴ male). The mean duration of procedure was ۱,۲۴±۲,۵ in saline flush and ۵,۵۲±۳۲,۱۱ minutes in CXR method (P<۰,۰۰۱). The area under the ROC curves for saline flush and CXR in confirmation of CVC placement were (%۹۵) ۰,۹۰-CI: ۰,۱۰۰ - ۰,۷۰) and (%۹۵) ۰,۸۰-CI: ۰,۱۰۰ - ۰,۵۵), respectively (p = ۰,۳۱۷). The sensitivity, specificity, positive and negative predictive value, and positive and negative likelihood ratio of saline flush were %۱۰۰, %۸۰-%۹۸,۹, ۱۰۰, Infinity, and ۰,۰۱, respectively. These measures were %۱۰۰-%۹۸, %۱۰۰-%۹۸, %۱۰۰-%۹۸, Infinity, and ۰,۰۲ for CXR, respectively. Conclusion: It seems that saline flush method could be considered as a safe, rapid, and accurate bedside method for CVC placement confirmation in emergency department.
16	Metabolism and kinetic study of bioH <sub>2</sub> production by anaerobic sludge under different acid pretreatments	Mohammad mehdi amin, bijan bina, ensiyeh taheri, mohammad reza zare, mohammad ghasemian, steven w. van ginkel, ali fatehizadeh	Process biochemistry	۲۷ June ۲۰۱۷	This study presents results pertaining to bioH <sub>2</sub> production carried out in batch experiments under different inorganic acid pretreatments of sludge. The sludge was collected from an anaerobic digester and was subjected to different acid (H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> , H <sub>3</sub> PO <sub>4</sub> , HNO <sub>3</sub> , and HCl) pretreatments at pH ۲ for ۲۴ h. The results showed that electron equivalent balance closure was within ۱۲- to ۱۸+ for all experiments; the portion of electrons as bioH <sub>2</sub> fluctuated from %۱۶ to %۲۵. H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> pretreatments significantly increased H <sub>2</sub> yields to ۲,۳ mol H <sub>2</sub> /mol glucose followed by HNO <sub>3</sub> , HCl, and H <sub>3</sub> PO <sub>4</sub> pretreatments which averaged ۰,۵ ± ۲,۵. Enthalpy (ΔH°) and Gibbs free energies (ΔG°) fluctuated from ۱۲۰,۵ to ۱۹۲,۷ (kJ/mol) and from ۲,۲- to ۵,۹- (kJ/mol). The modified Gompertz was assessed and determined that the maximum bioH <sub>2</sub> production potential, ۱۵۵۱ mL and maximum rate of bioH <sub>2</sub> production, ۲۰۳ mL/h occurred using the H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> pretreatment.

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتکت
17	Estimation of burden of ischemic heart diseases in Isfahan, Iran, ۲۰۱۴: using incompleteness and misclassification adjustment models	Mehran Shams-Beyranvand Farshad Farzadfar, Shohreh Naderimagham, Maryam Tirani, and Mohammad Reza Maracy	J Diabetes Metab Disord.	۲۰۱۷	<p><b>Background</b> Over the past decade, cardiovascular diseases (CVDs) have been the leading cause of death in the world. Ischemic heart diseases (IHDs) are the main form of CVDs and are the most important single cause of death around the world. This study aimed to estimate the burden of IHDs in the city of Isfahan by calculating disability-adjusted life years (DALYs).</p> <p><b>Methods</b> This population-based study was conducted on the population living in the city of Isfahan in ۲۰۱۴. Years of life lost due to premature mortality (YLLs) were calculated by multiplying the number of deaths due to IHDs (that was collected from death registration system (DRS) and was adjusted for incompleteness and misclassification) with life expectancy (that was extracted from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors study (GBD) ۲۰۱۲). Years lived with disability (YLDs) were calculated by multiplying the prevalent cases of IHDs in each age-sex group (that was calculated using the stepwise approach to non-communicable disease risk factor surveillance (STEPS)) with total disability weight of IHDs (that was calculated using the GBD ۲۰۱۲). DALYs were calculated as the sum of YLDs and YLLs.</p> <p><b>Results</b> In ۲۰۱۴, the number of DALYs due to IHDs was ۴۲۵۱۷,۷۱ years which was formed of ۳۱۸۹۱,۷۹ years of YLLs and ۱۱۶۲۵,۹۲ years of YLDs. The rate of DALYs due to IHDs was ۲۹۵ ۴۴۱۲,۳۳ uncertainty interval (UI): ۵۱۶۲,۷۲-۳۶۳۶,۷۰ person-years per ۱۰۰,۰۰۰ persons in males and ۲۹۵ ۳۴۷۶,۶۶ UI: ۴۰۱۰,۵۱-۲۹۴۸,۹۵ person-years per ۱۰۰,۰۰۰ persons in females. The highest rates of YLLs, YLDs, and DALYs due to IHDs in both sexes were occurred in ۸۰ years and older.</p> <p><b>Conclusions</b> The highest proportion of the burden of IHDs in the city of Isfahan was attributed to YLLs in the elderly people. Since the majority of the population of Isfahan is &lt;۶۰ years old and IHDs are long-lasting, the health authorities are recommended to design and implement educational and cultural programs to inform people about the risk factors and the methods to prevent these diseases. These programs can be used as a strategy to reduce the incidence of IHDs from an early age.</p> <p><b>Keywords:</b> Burden of disease, Ischemic heart diseases (IHDs), Disability-adjusted life years (DALYs), Years lived with disability (YLDs), Years of life lost due to premature mortality (YLLs)</p>
18	Neuromyelitis optica spectrum disease characteristics in Isfahan, Iran: A cross-sectional study	Fereshte Ashtari Ali Safaei, Vahid Shaygannejad, Mohammad Amin Najafi, and Sahar Vesal	J Res Med Sci	۲۰۱۷	<p><b>Background:</b> Neuromyelitis optica spectrum disease (NMOSD) is a severe autoimmune demyelinating disorder of the central nervous system that throughout epidemiological data, it has not been completely determined. The aim of this study was to assess characteristics of NMOSD patients in Isfahan as one of the most prevalent cities for multiple sclerosis in Iran.</p> <p><b>Materials and Methods:</b> Forty-five patients diagnosed as neuromyelitis optica (NMO) disease through ۵ years enrolled in this study. Demographics and characteristics of disease such as Expanded Disability Status Scale (EDSS) score, disease duration, clinical symptoms, laboratory data, and magnetic resonance imaging findings (including T1, T2, and flair protocols) were recorded. NMO-immunoglobulin G serology assay was done in all of the patients by ELISA test.</p> <p><b>Results:</b> Female to male ratio was ۵,۴:۱. The mean age of disease onset was ۱۱,۲ ± ۲,۹۸ years. NMO antibody was positive in ۲۴,۴ of patients. The presenting symptoms were optic neuritis (۵۵,۵), transverse myelitis (۴۰), and brainstem symptoms (۴۴,۵). The interval between the first and second attack was ۳,۳۷ ± ۱,۹,۲۸ months (range: ۱ month to ۱۷ years). The mean EDSS score of the patients was ± ۲,۲۵. Frequency of long-extending cervical plaque was higher among men than women (۴۸,۵۷ vs. ۲۵,۷۹).</p> <p><b>Conclusion:</b> Based on this study, the mean age of NMOSD onset among Isfahan population was considerably lower than other studies, and there was higher frequency of long-extending cervical lesion among male patients which needs more consideration in further studies.</p>
19	Neuromyelitis optica spectrum disease characteristics in Isfahan, Iran: A cross-sectional study	Fereshte Ashtari Ali Safaei, Vahid Shaygannejad, Mohammad Amin Najafi, and Sahar Vesal	J Res Med Sci	۲۰۱۷	<p><b>Background</b> In peritoneal dialysis, technique failure is an important metric to be considered. This study was performed in order to identify the relationship between trajectories of serum albumin levels and peritoneal dialysis technique failure on end-stage renal disease patients according to diabetic status. Furthermore, this study was performed to reveal predictors of serum albumin and technique failure simultaneously.</p> <p><b>Methods</b> This retrospective cohort study included ۱۸۹ ۲۰۰ non-diabetic and ۱۱۱ diabetic end-stage renal disease patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis treated in Al-Zahra Hospital, Isfahan, Iran, from May ۲۰۰۵ to March ۲۰۱۵. Bayesian joint modeling was carried out in order to determine the relationship between trajectories of serum albumin levels and peritoneal dialysis technique failure in the patients according to diabetic status. Death from all causes was considered as a competing risk.</p> <p><b>Results</b> Using joint modeling approach, a relationship between trajectories of serum albumin with hazard of transfer to hemodialysis was estimated as ۲۹۵ ۰,۷۲- confidence interval [CI], ۰,۹۷۱- to ۰,۴۷۲-) for diabetic and ۲۹۵ ۰,۷۸۴- CI, ۰,۹۶۳- to ۰,۵۸۷-) for non-diabetic patients. From our findings it was showed that predictors of low serum albumin over time were time on peritoneal dialysis for diabetic patients and increase in age and time on peritoneal dialysis, history of previous hemodialysis, and lower body mass index in non-diabetic patients.</p> <p><b>Conclusion</b> The results of current study showed that controlling serum albumin over time in non-diabetic and diabetic patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis treatment can decrease risk of adverse outcomes during the peritoneal dialysis period.</p>

## مقالات چاپ شده توسط کمیته پژوهش های دانشجویان

ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
20	Novel Effects of Traditional Wooden Toothbrush on Bowel Motility Symptoms in Spinal Cord Injury Patients; Findings from a Pilot Quasi-experimental Study	Ebrahim Esfandiari, Awat Feizi, Zahra Heidari Seyed Reza Tabibian, Pooria Shaabani, Bijan Iraj, Payman Adibi, and Amrollah Ebrahimi Varzaneh	Int J Prev Med	۲۰۱۷	<p><b>Background:</b> The aim of this study was to investigate the therapeutic effect of traditional wooden toothbrush usage on most severe constipation, which usually occurs in spinal cord injury (SCI) patients.</p> <p><b>Methods:</b> In a quasi-experimental study, ۱۱ SCI patients were selected who had injuries in different spinal levels (cervical, thoracic, and lumbar), and severe constipation from one defecation in a few days to ۳ weeks. They were recommended to use traditional wooden toothbrush for ۵ min twice a day, after breakfast and dinner, over a ۱ weeks period. Two proper standard scales, called neurogenic bowel dysfunction (NBD), and "Constipation Assessment Scale (CAS)," were used for evaluating the changes in patients' gastrointestinal (GI) habits during the period of using the wooden toothbrush. Through these scales (NBD and CAS), the therapeutic effects of traditional wooden toothbrush usage on the severity of constipation before and after intervention were measured.</p> <p><b>Results:</b> The mean of NBD and CAS scores were reduced significantly, from <math>۰.۷۸ \pm ۸.۹۵</math> and <math>۰.۲۸ \pm ۳.۳۴</math>; respectively, to <math>۰.۵۷ \pm ۳.۰۳</math> and <math>۰.۲۵ \pm ۱.۷۴</math>, after ۱ weeks using traditional wooden toothbrush (<math>P &lt; ۰.۰۰۰۱</math>). There was a significant difference in terms of NBD scores in patients with different levels of injury (<math>P &lt; ۰.۰۱</math>), particularly in patients with thoracic injury, before (<math>۰.۸۸ \pm ۱۰.۵۲</math>) and after (<math>۳.۱۳ \pm ۰.۷۸</math>) treatment, respectively (<math>P &lt; ۰.۰۰۰۱</math>). Eventually, all symptoms of bowel problems improved significantly after the intervention (<math>P &lt; ۰.۰۵</math>).</p> <p><b>Conclusions:</b> The use of traditional wooden toothbrush lead to the improvement of bowel and defecation problems in SCI patients. Yet more studies, particularly randomized control clinical trials are needed to investigate the effect of using wooden toothbrush on other GI reflexes. In addition, if some clinical trials are devised to study the effects of wooden toothbrush on both conscious and unconscious patients in ICU, best results are expected to be found on keeping their mouth and teeth hygiene, as well as, getting rid of their constipations.</p>
ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
21	Noting a black ring at bending: A postcataract surgery symptom!	Seyed-Hossein Abtahi, Mohammad-Ali Abtahi, Seyed Ali Akbar Mortazavi, Hamidreza Jahanbani-Ardakani, and Mehdi Mazloumi	J Res Med Sci	۲۰۱۷	<p>A ۵۹-year-old female presented to us complaining of noting a dark ring with her left eye (OS) when bending her head forward. She had undergone uncomplicated cataract surgery of the OS ۲ days before. In the surgery description report, phacoemulsification cataract surgery of a mature crystalline lens was mentioned with successful implantation of posterior chamber (PC) intraocular lens without vitreous loss (VL).</p>
ردیف	عنوان مقاله	اسم نویسندگان	اسم جورنال	تاریخ چاپ	ابسترتک
22	Toxoplasmosis seroprevalence in Iranian women and risk factors of the disease: a systematic review and meta-analysis	Azadeh Mizani, Abbas Alipour, Mehdi Sharif, Shahabeddin Sarvi Afsaneh Amouei, Azar Shokri, Mohammad-Taghi Rahimi, Seyed Abdollah Hosseini, and Ahmad Daryani	Trop Med Health.	۲۰۱۷	<p><b>Background</b> Toxoplasmosis is caused by an intracellular obligatory parasite, Toxoplasma gondii, and it has global distribution. The purposes of this systematic review and meta-analysis were to evaluate the seroprevalence of toxoplasmosis in Iranian pregnant women, and girls and women of childbearing age, and identify potentially preventable risk factors.</p> <p><b>Methods</b> Between November ۲۰۱۴ and February ۲۰۱۷, nine electronic databases that reported data on the T. gondii seroprevalence in Iranian women were searched. Our search resulted in ۸۳ reports published from ۱۹۹۴ to ۲۰۱۷.</p> <p><b>Results</b> The results showed that the pooled estimation for the prevalence of T. gondii using a random-effect model was ٪۹۵ (۴۲ confidence interval (CI)=٪۴۸-۳۸) in pregnant women and ٪۹۵ (۳۳ CI=٪۴۳-۲۳) in girls and the childbearing age groups. There was a significant association between the T. gondii seroprevalence with age and the gestational age of conception in pregnant women and those who had contact with cats in both groups.</p> <p><b>Conclusions</b> This is the first comprehensive systematic review of T. gondii infection seroprevalence in Iranian women, which showed a high prevalence of Toxoplasma infection. Around ٪۵۷ of pregnant women and ٪۱۷ of girls and the childbearing age groups were seronegative and thus were susceptible to infection and should be monitored.</p>

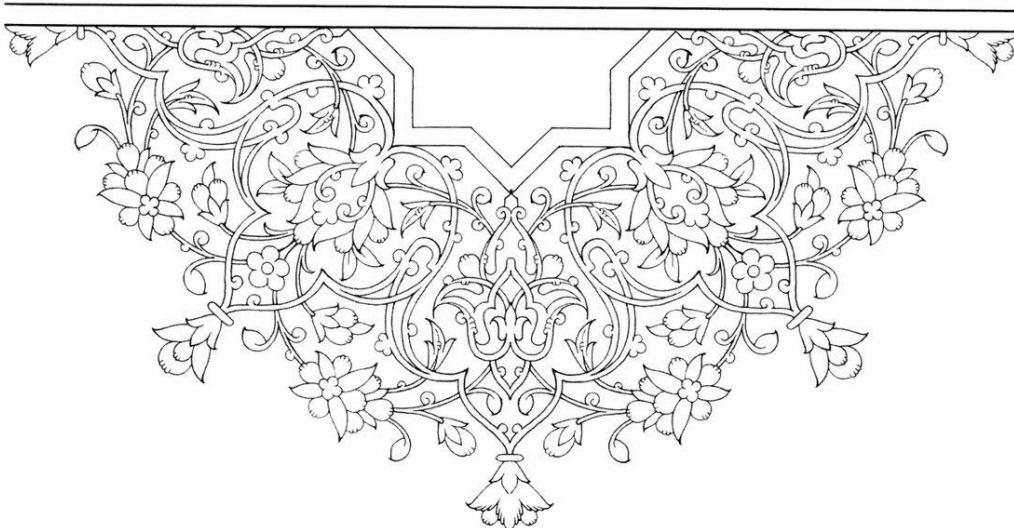




مراسم افطاری - رمضان ۹۶ - بنیاد نخبگان



برنامه شتاب دهنده ی پژوهش اصفهان (IRAP2017)  
تابستان ۹۶ - دانشکده پزشکی



زندگی میگوید امانا...

باز میزند

باز میزند

باز میزند!

مهدی اخوان ثالث

