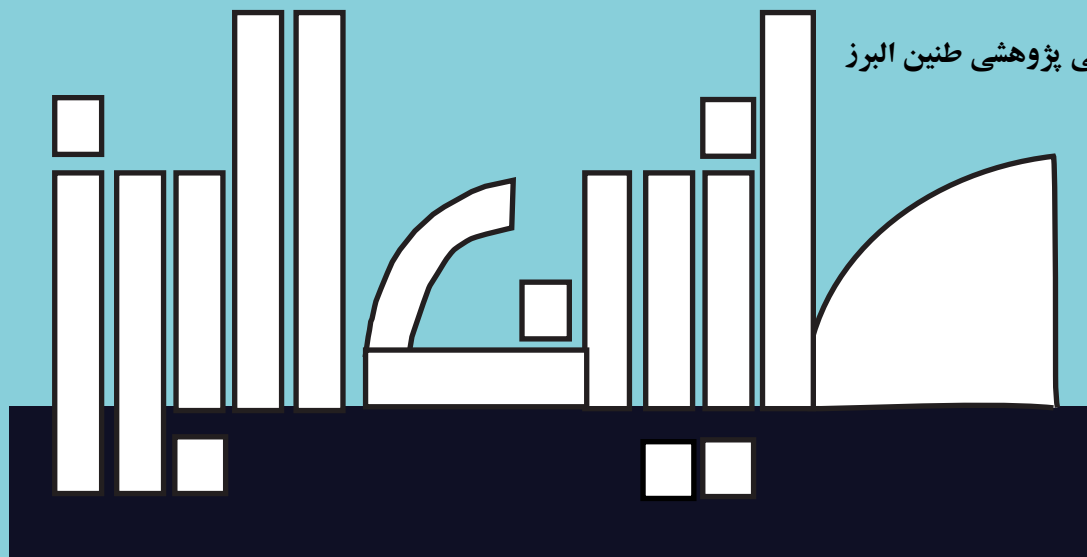




نشریه طنین البرز

صاحب امتیاز: کمیته تحقیقات دانشجویی

مدیر مسئول نشریه: دکتر فاطمه کرمانیان مجرد

سر دبیر نشریه و سرپرست تیم تحریریه: حورا حاجی ملا اسداله

تیم تحریریه: علی ماهروی، امیر محمد ریحانی، سارینا انصاری، سجاد گرامی

مهسا شایان فر، مائده موسوی پور

طراحی جلد، صفحه آرا و گرافیک: فاطمه کشاورزی

نوبت چاپ: ۲۸

نشریه علمی دانشجویی طنین البرز

سال هشتم - شماره ۲۸ زمستان ۹۸

کرج، ۴۵ متری گلشهر، کوچه صفاریان، معاونت تحقیقات و فناوری

کد پستی: ۳۱۹۸۷۶۴۶۵۳

تلفن: ۰۲۶۳۴۳۳۶۰۰۷



فهرست

2	 دگر پیوند زنی	دانشکده پیراپزشکی
5	 سرعت راه رفتن؛ یک معیار سلامتی و پیری	
	بازدید دانشجویان دانشکده دندانپزشکی از پژوهشکده گیاهان دارویی، پژوهشکده	
8	 شیمی و پارک علم و فناوری البرز	دانشکده دندانپزشکی
9	 کنگره های دندانپزشکی فصل زمستان	
10	 (مواد مورد استفاده در درمان ریشه رژنرتیو و تاثیر آن ها بر تغییر رنگ دندان)	
13	 یازدهمین همایش سراسری بهداشت حرفه ای و ایمنی کار	دانشکده بهداشت
19	 تولید محلول ضد عفونی کننده دست در دانشکده داروسازی	دانشکده داروسازی
21	CORONAVIRUS: THE REAL RISKS AND HUMAN BIASES BEHIND THE PANIC	
25	 شش دلیل که چرا سال 2020 سال پرستار نامگذاری شده است	دانشکده پرستاری
28	 گزارش جلسه شورای پژوهشی مورخ 1398/11/14	
29	 Case Report conference	دانشکده
32	 مصاحبه آرمین تاجیک	
35	 مصاحبه پرهام مردی	پزشکی
38	 چگونه داور یک مجله علمی شویم	

دگر پیوند زنی

به عبارت دیگر بهبود می بخشد. به علاوه ما به نوزاد بین گونه ای نوترکیبی دست یافتیم که در آن بافت تمایز پذیر خاصی از D-ESC را مشاهده کردیم.

در مجموع نتایج، توانایی D-ESC ها در یکپارچه کردن و متمایز شدن به سلول های عملکردی در مدل خوک با نسبت نوترکیبی (0.001 – 0.0001) در بافت های نوزادی مختلف را نشان می دهد.

ما باور داریم این تحقیق پیشرفت های آینده ی (پیوند اندام بیگانه) را آسان تر می کند و ما را یک قدم به تولید بافت های خاص با سلول های عملکردی و اندام در مدل حیوانی از طریق مکمل سازی بلاستوسیت های بین گونه ای نزدیک خواهد کرد.

سلول های بنیادی پرتوان انسانی (hPSCs) توانایی خود بازسازی و تولید انواع بسیار متنوعی از سلول ها را دارند و ممکن است قابلیت تولید اندام ها یا ارگان های انسانی در سایر پستانداران را داشته باشند تا در آینده برای دگر پیوند زنی از این اندام ها استفاده شود.

مطالعات قبلی امکان پذیر بودن تولید اندام با بیگانه زایی با استفاده از مکمل سازی PSC با بلاستوسیت نوعی جونده را نشان می دهد.

در مطالعه ی دیگری با استفاده از مکمل سازی PSC های موش و بلاستوسیت جانور دیگری از تیره ی موش پانکراس موش با عملکرد نرمال تولید شد.

در مطالعه ی مشابه دیگری تیموس نوعی موش در نوع دیگری موش به هم پیوست.

بیگانه زایی اندام ها در انسان در مقایسه با موش پیچیده است چرا که PSC های انسان در درجه اول قرار دارند.

PSC های درجه اول انسان که شباهت هایی با سلول های بنیادی اپیپلاست موش دارند، اگر در مرحله ی گاسترولا ی جنینی پیوند زده شوند، می توانند در تکامل موش نرمال شرکت کنند.

مرحله گاسترولا، مرحله ی رویانی اولیه پس از بلاستولا است

با کمک سلول های بنیادی جنینی میمون اهلی شده (cynomolgus) نسل نوزادان بین گونه ای نوترکیب خوک به وجود می آید.

مکمل سازی بلاستوسیت با تزریق سلول های بنیادی پرتوان (PSC) امکان پذیرترین روش برای به وجود آوردن ارگان های نامشابه (اندام هایی که برای دگر پیوند زنی مناسب هستند) شناخته شده است.

هر چند مسائل اخلاقی از مطالعه ی اندام های انسانی غیر مشابه از نظر ژنتیکی در مرحله های پسین تکامل جنینی جلوگیری می کند.

پریمات ها که توان سلول های جنینی برای متمایز شدن (ESC) مشابه با توان سلول های جنینی برای متمایز شدن در انسان دارند مدل خوبی برای مطالعه ی نوترکیبی بین گونه ای و تولید اندام ها هستند.

هر چند اینکه آیا ESC های پریمات ها می تواند در پیوند خارجی استفاده شود نامشخص باقی مانده است.

در این مقاله محققان توان نوترکیبی ESC های میمون (cynomolgus) در خوک را که بهترین میزبان ها از نظر شباهت زیاد به انسان هستند، ارزشیابی می کنند.

محققان محیط کشت مخمری بهینه ای را گزارش می کنند که توانایی آنتی آپوپتوتیک (آپوپتوتیک به معنی قرار گرفتن در معرض مرگ برنامه ریزی شده سلول است) سلول های cmESC را افزایش می دهد و تکامل جنین های نوترکیب را که از تزریق ESC های میمون (cynomolgus) اهلی شده به بلاستوسیت خوک (که متمایز شده اند به سلول هایی به صورت جسمی سه لایه) ساخته شده اند، اصلاح می کند یا

منطقه ی انتخابی hPSC در مرحله ی نخست می تواند پایه ی درون کاشت جنین های نوترکیب بین گونه ای را بعد از پیوند به اپیپلاست قبلی از مرحله ی گاسترولای جنین های موش تولید کند.

مطالعه ی دیگری نشان داد که hPSC های درجه اول در میمون (cynomolgus) می تواند موجودی نوترکیب با استفاده از محیط کشت بهینه تولید کند.

اخیرا در چندین تحقیق گزارش شده است که تولید hPSC ها در مرحله ی naive در کلون کردن تک سلولی و تدوین ژنوم بازده بالاتری نشان داده اند و می توان آنها را به میزبان ملحق کرد اگر به جنین قبل از مرحله لانه گزینی پیوند زده شوند.

در حال حاضر مدل های موش به صورت اولیه به عنوان میزبانهای نوترکیب استفاده می شوند. هر چند این مدل ها برای تحقیق درباره ی پیوند نوترکیب در انسان مناسب نیستند؛ زیرا بین انسان و موش تفاوت هایی از جمله تفاوت های تکاملی و اندازه ی جنین و مدت زمان بارداری وجود دارد.

تحقیق پیشتاز نوترکیبی در مدل های بزرگ جانوری، شرکت کردن موفقیت آمیز پیوند بیگانه ی hPSC ها در بلاستوسیت خوک و بقای hPSC ها در مرحله ی اولیه ی جنینی خوک را تایید می کند.

هر چند مسائل اخلاقی از نوترکیبی

انسان در مراحل پایانی تکامل جنینی جلوگیری می کند و اینکه آیا سلول های انسان می توانند شرکت کنند در اندام های نوترکیب ناشناخته است.

hPSC های پرمات ها که پرتوانی مشابه ای با hPSC ها دارند مدل خوبی برای مطالعه ی نوترکیبی بین گونه ای و تولید اندام هستند.

در این تحقیق از cmESC ها برای مطالعه در مورد امکان نوترکیبی بین گونه ای در مراحل پایانی تکامل جنین خوک استفاده شده است.

با بهینه سازی محیط کشت مخمری که cmESC ها و بلاستوسیت های تزریق شده در آن پرورش داده شده اند، افزایش توانایی ضد آپوپتوتیکی cmESC ها را به گستردگی در تکامل جنین نوترکیب مشاهده شد و نیز اثر گذاری در شرکت کردن موفقیت آمیز cmESC های بیگانه ی پیوند زده شده به بافت چندگانه ی نوزادان خوک مشاهده شد.

این تحقیق پیشرفت ها را در زمینه ی اندام زایی بیگانه (بین گونه ای) به سمت تولید بافت ویژه ی دارای سلول های عملکردی و اندام در مدل های بزرگ جانوری از طریق مکمل سازی بلاستوسیت های بین گونه ای هدایت خواهد کرد.

نتایج

صلاحیت کیمریک (مولکول DNA نوترکیب) cmESC در مراحل پرتوان متفاوت

برای ارزشیابی سیستماتیک صلاحیت

کیمریک cmESC در خوک، cmESC ها را در سه مرحله پرتوان آماده کردیم که به شرح زیر است.

1-primed state

2-intermediate state

3-naive state

سلول ها که در شرایط آزمایشگاهی متمایز شده اند به جسم های جنینی و توده های سلولی مرکب از چند نوع بافت در بدن که محتوی بافت های مشتق شده از هر سه لایه ی جسم جنینی بودند و کاریوتیپ نرمال داشتند؛ در هر سه مرحله فاکتور پرتوانی pou class 5 یا pou 5F1 (homeobox) را بیان کردند.

برای مشخص کردن اینکه آیا cmESC می تواند جای گیری کنند در بخش داخلی تر جسم سلولی خوک (ICM) محققان 10GFP-labeled cm ESCs را در هر سه مرحله ی پرتوان به بلاستوسیت بکرزای خوک تزریق کردند.

بعد از 48 ساعت پرورش در شرایط آزمایشگاهی و بعد از ارزشیابی سهم نوترکیبی cmESC در بلاستوسیت خوک و بقای cmESC در محیط جنینی و توانایی و بازده cmESC برای شرکت در کل بلاستوسیت و توانایی آنها در شرکت در ICM نتیجه به شرح زیر است:

هیچ تفاوت معنی داری در cmESC های باقی مانده بین مراحل مختلف وجود نداشت. هر چند متوسط تعداد cmESCs مختلط شده در هر

ی primed بود این نتایج نشان می دهد در آزمایشگاه cmESCs در مرحله ی intermediate pluripotent بقای بهتری داشته اند و توانایی مختلط شدن ICM در خوک ها با نوع دیگر سلول ها مقایسه شده است. لازم به ذکر است که عدد متوسط cmESCs مختلط شده با ICM در مرحله primed به شرح زیر است: $p < 0.01$ (0.401 ± 1.5)

بلاستوسیت در مرحله های

1-intermediate: 27.2 ± 2.107 $p < 0.05$

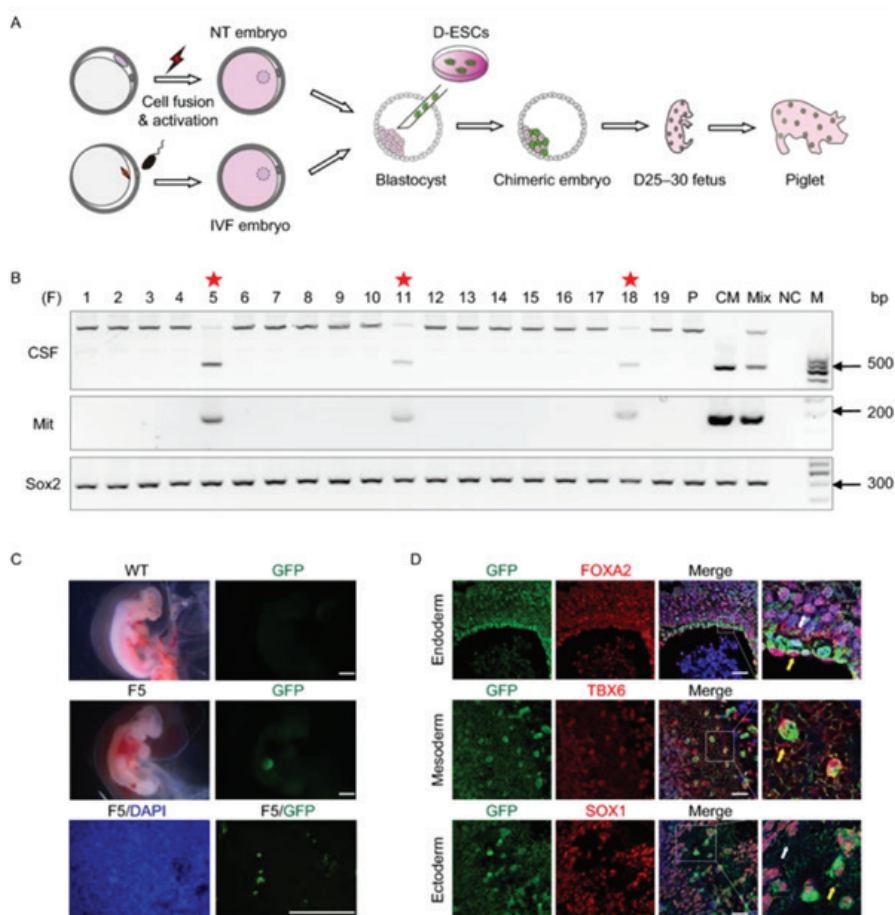
2-naive: 30.10 ± 3.585 $P < 0.05$

مراحل فوق بالاتر از مرحله primed بوده است

3-primed: 16.4 ± 2.504

به علاوه ، عدد متوسط cmESCs مختلط شده با ICM در مرحله intermediate (3.9 ± 0.458) بالاتر از مرحله

تصویر زیر مربوط است به طرح واره ی نسل و تجزیه و تحلیل پسا لانه گزینی جنین خوک که از تزریق D-ESC ها به بلاستوسیت به دست آمده است.



منبع:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13238-019-00676-8/aboutcontent>

مترجم : مهدیه امینی-دانشجوی ترم دوم علوم آزمایشگاهی- دانشگاه علوم پزشکی البرز
راهنما: خانم انیس صفری

سرعت راه رفتن؛ یک معیار سلامتی و پیری

S-40 خود هستند، نشانه پیری زودرس است. اگر چنین باشد، دلالت بر این دارد که سرعت راه رفتن می تواند به عنوان یک معیار در آزمایش های پیشگیری از پیری باشد. فرضیه دوم: کند راه رفتن با ضعف عملکرد سیستم عصبی-شناختی در میانسالی و هم چنین در قبل از کودکی ارتباط دارد. اگر این فرضیه درست باشد، نشان می دهد که سرعت قدم برداشتن جایگاه های ویژه ای در مغز دارد. توسعه آن در کودکی شروع و در میانسالی بازتاب پیدا می کند.

طرح مطالعه و جمعیت:

۱۰۳۷ شرکت کننده در آزمون ها افرادی بودند که بین آوریل ۱۹۷۲ و مارچ ۱۹۷۳ به دنیا آمده بودند؛ کسانی که عضو پژوهش بهداشت و توسعه چند رشته ای Dunedin هستند و در اولین سنجش (در سه سالگی) شرکت کردند. ارزیابی ها از بدو تولد انجام شدند: در سنین سه، پنج، هفت، نه، یازده، سیزده، پانزده، هجده، بیست و یک، بیست و شش، سی و دو، سی و هشت و اخیرا در چهل و پنج سالگی (تکمیل شده در آوریل ۲۰۱۹). شرکت کننده ها برای مصاحبه و آزمودن به واحد تحقیقات فرستاده شدند و پروتکل ها توسط هیئت بررسی اخلاقی دانشگاه های شریک تصویب شدند. لازم به ذکر است شرکت کننده ها با شاخص های کلیدی سلامت مطابقت داده می شوند. (به عنوان مثال شاخص توده بدنی، دخانیات و مراجعه به پزشک عمومی). این تحقیقات مطالعات مشاهده ای اپیدمیولوژی STROBE را دنبال

سرعت راه رفتن یک شاخص شناخته شده برای ریسک زوال عملکردی و مرگ و میر در افراد مسن است. سرعت گام برداشتن اغلب در زمینه پیر شدن به عنوان یک راه سریع، ساده و قابل اطمینان برای ارزیابی ظرفیت های عملکردی بیماران مسن استفاده می شود. در واقع برای آگاهی از عملکرد ظرفیتی بزرگسالان و پیش بینی میزان زوال مربوط به سن آنها کمک می کند. سرعت راه رفتن با سلامت مغز و سیستم نورونی ارتباط دارد.

پیوسته تصدیق می شود که راه رفتن تنها با مکانیسم اسکلتی-عضلانی ارتباط ندارد. بلکه، به سیستم عصبی مرکزی و محیطی، دستگاه بینایی، ظرفیت هوازی، تناسب بین سیستم گردش خون و تنفس و هم چنین تولید انرژی نیز وابسته است.

آهسته راه رفتن نشانه ای از پیر شدن است که با نقص در پاسخ دهی به توان بخشی و بیماری های مرتبط با بالا رفتن سن (مثل مشکلات قلبی-عروقی) ارتباط دارد. تا کنون تحقیقات درباره راه رفتن و ادراک اصولا روی افراد مسن متمرکز شده است و مطالعات کمی دارای معیار های شناختی و ساختاری یکپارچه از سیستم عصبی مرکزی بزرگسالان سالم هستند. هیچ کدام منشا راه رفتن در سیستم عصبی مرکزی کودکی را بررسی نکردند. پر کردن این شکاف اطلاعاتی برای فهمیدن منشا سرعت پیاده روی و پیشگیری از ناتوانی های عملکردی مهم است.

در این باره ما دو فرضیه را ارزیابی کردیم: فرضیه اول: کم بودن سرعت راه رفتن در میانسالی؛ وقتی که هنوز در قوت

پیری سریع توسط دو شاخص ارزیابی می شود:

۱ - سرعت پیر شدن ۲- سن چهره .

سرعت گذر عمر برای هر شرکت کننده با نوزده نشانگر زیستی بررسی می شود: شاخص توده بدنی، نسبت دور کمر به باسن، سطح گلوکز خون، سطح لکتین، فشار خون سرخرگی، سلامت سیستم قلبی-تنفسی (حداکثر اکسیژن مصرفی)، حجم بازدمی فشاری در یک ثانیه (FEV1)، نسبت حجم بازدمی فشاری در یک ثانیه به ظرفیت حیاتی (FVC)، میزان کلسترول، میزان تری گلیسیرید، سطح HDL، نسبت آپولیپو پروتئین B100 به آپولیپو پروتئین A1، سطح لیپو پروتئین a، صافی کراتینین، سطح نیتروژن اوره خون، سطح پروتئین واکنشی C، تعداد WBC، سلامت لثه ها و پوسیدگی دندانها.

سن چهره ای بر اساس رتبه بندی توسط یک پنل مستقل متشکل از 8 level بندی از عکس های استاندارد چهره هر شرکت کننده که در طول بررسی آنها گرفته شده سنجیده می شود.

ساختار مغز و عملکرد سیستم عصبی:

در سن ۴۵ سالگی، شرکت کنندگان یک پروتکل تصویربرداری عصبی را کامل می کنند تا خصوصیات ساختاری مربوط به سن مغز آنها مشخص شود.

ارزیابی عملکرد سیستم عصبی کودکان و SES:

در سن سه سالگی هر کودک در یک آزمون ۴۵ دقیقه ای که شامل بررسی هایی توسط نورولوژیست کودکان انجام می شود، شرکت می کند. تست هایی مثل تست های استاندارد هوش، زبان بیان و مهارت حرکتی که ممتحن به هر کودک مورد آزمون رتبه می دهد.

محدودیت های مطالعه عدم وجود شاخص ها برای اندازه گیری سرعت گام برداشتن قبل از ۴۵ سالگی است که مانع بررسی تغییرات در فرد می شود. به طور مشابه تصویر

می کند.

آزمون تندى پیاده روی:

سرعت راه رفتن بر حسب متر بر ثانیه با گذرگاه الکترونیکی gait rite به طول شش متر و شتاب و کاهش سرعت دو متر بر ثانیه ارزیابی می شود (سیستم های حاوی CIR). این تست تحت سه شرط انجام شد:

۱- سرعت راه رفتن معمولی

۲- راه رفتن با سرعت معمولی و در حال خواندن الفبا با صدای بلند

۳- راه رفتن با حداکثر سرعت (سرعت ماکزیمم ایمن)

گام برداشتن مرکب:

تندی قدم برداشتن با سه شرط آزمون ارتباط داشت:

۱- حد معمول مقابل کار دوجانبه

۲- حد معمول مقابل حد ماکزیمم

۳- کار دوجانبه مقابل حد ماکزیمم

برای افزایش اندازه گیری های قابل اطمینان میانگین سه شرط را محاسبه کردیم تا سرعت راه رفتن مرکب حاصل شود.

عملکرد فیزیکی:

عملکرد فیزیکی در ۴۵ سالگی توسط محدودیت های بدنی گزارش شده بررسی شد که از فرم کوتاه شده RAND3G استفاده کردند. با دادن امتیازهای معکوس سعی کردند محدودیت ها را بازتاب کنند. این مهم هم چنین توسط چند ورزش کوتاه که توانایی انجام فعالیت های روزانه را نشان می دادند سنجیده شده است که شامل قدرت دست ها، تعادل و هماهنگی دستگاه بینایی، آزمون نشست بدون صندلی و آزمون مرحله ای دو دقیقه ای می شوند.

معیارهای پیر شدن سریع:

در پیری است. در واقع کمک می کند تا توضیح دهیم چرا راه رفتن می تواند یک معیار قدرتمند برای ریسک ناتوانی و مرگ و میر در جوانان باشد. می توان گفت این مهم یک شاخص سلامتی می باشد.

برداری از مغز قبل از ۴۵ سالگی انجام نمی شود. اگرچه ما نمی توانیم تغییرات ساختاری مغز را بیازماییم ولی قادر هستیم تغییرات عملکردی عصب شناختی را از کودکی تا بزرگسالی را بررسی کنیم. سرعت راه رفتن خیلی بیشتر از یک معیار افول عملکردی

منابع:

http://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2752818_1

Fritz S, Lusadri M. white paper: walking speed the sixth vital sign_2

peel NM, Kuys SS, Klein K. gait speed as a measure in geriatric assessment in clinical settings. J_3

Gerontol A Biol sci Med Sci

ترجمه از عارفه بیگدلی
دانشجوی ترم دوم علوم آزمایشگاهی
دانشگاه علوم پزشکی البرز

بازدید دانشجویان دانشکده دندانپزشکی از پژوهشکده گیاهان دارویی ، پژوهشکده شیمی و پارک علم و فناوری البرز

-تحقیقاتی را می توان ارتقاء سطح پژوهشی و ایجاد تعامل و آشنایی دانشجویان با پژوهشکده ها و مراکز تحقیقاتی ذکر کرد.

در انتهای این بازدید ضمن ایجاد خرسندی بین دانشجویان و مسئولان پژوهشگاه از اینگونه تعامل ها و بازدیدهای دوجانبه بر ایجاد ارتباط های بیشتر تاکید شد و برای احقاق این امر برنامه های جامعی در نظر گرفته شد و همچنین از دانشجویان فعال دانشکده دندانپزشکی برای تسریع این روند و ایجاد فرصت های جدید تحقیقاتی پژوهشی دعوت به عمل آمد.

در این بازدید علمی-پژوهشی دانشجویان طی بازدید از بخش های مختلف مجموعه از جمله موزه گیاهان دارویی در پژوهشکده گیاهان دارویی، شرکت های دانش بنیان و استارت آپ های مستقر در پارک علم و فناوری و آزمایشگاه های تجزیه و آنالیز مواد در پژوهشکده شیمی ؛ با روند تحقیق و پژوهش در این مراکز، فرصت های تحقیقاتی و علمی بالقوه موجود و همچنین تبدیل این فرصت ها به کسب درآمد و ایجاد اشتغال و جلوگیری از خروج ارز از میهن عزیزمان آشنایی کامل و جامع به دست آوردند .

هدف از این گونه بازدیدهای علمی

به همت تلاش و هماهنگی صورت گرفته توسط جناب آقای مهندس حیدریان در اداره توسعه فناوری سلامت و مرکز رشد معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز، و همچنین به سرپرستی و همت سرکار خانم دکتر کوچک زاده سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده دندانپزشکی البرز در تاریخ ۹۸/۱۱/۲۹ با پیگیری های صورت گرفته، جمعی از دانشجویان دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی البرز طی یک اردوی علمی-تحقیقاتی به بازدید از پژوهشکده گیاهان دارویی ،پژوهشکده شیمی و پارک علم و فناوری البرز پرداختند.



حسام پورمحمد، دانشجوی ترم ۲ دندانپزشکی

کنگره های دندانپزشکی فصل

فصل زمستان، فصل نسبتاً شلوغی از نظر کنگره های دندانپزشکی بود و در این فصل کنگره انجمن های پروستودونتیست ها، رادیولوژی دهان، فک و صورت و جراحان فک و صورت برگزار گردید. نوزدهمین کنگره سالیانه و دومین سمپوزیوم دندانپزشکی دیجیتال انجمن علمی پروستودونتیست های ایران نوزدهمین کنگره پروستودونتیست های ایران به همت انجمن علمی پروستودونتیست های ایران از تاریخ ۱ تا ۴ بهمن ماه در محل برج میلاد برگزار گردید. شعار اصلی کنگره چالش های طرح درمان در پروتز های دندانی بود. ریاست کنگره برعهده ی دکتر کاوه سیدان و دبیر علمی کنگره برعهده دکتر رضا ناهیدی بود. همراه با این کنگره، دومین سمپوزیوم دندانپزشکی دیجیتال نیز برگزار گردید.

دوازدهمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت دوازدهمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران از تاریخ ۲۳ تا ۲۵ بهمن ماه در محل هتل المپیک در راستای معرفی آخرین تکنولوژی ها، تحقیقات و پیشرفت های صورت گرفته در این زمینه برگزار گردید. تم کنگره با هدف هر چه پربارتر کردن برنامه های علمی و توجه به جنبه های کاربردی علوم رادیولوژی، "New Technologies Serve Diagnosis" انتخاب

شده بود. همزمان با اجرای برنامه های علمی، نمایشگاه تجهیزات و لوازم رادیولوژی جهت نمایش آخرین دستاوردها و تکنولوژی های نوین در سیستم تصویربرداری برپا گردید. ریاست این کنگره بر عهده دکتر سینا حقانی فر و دبیر علمی کنگره برعهده دکتر یاسمن خیراندیش بود. اولین سمپوزیوم رادیولوژی دهان و دندان و سلامت مادران باردار هم در تاریخ ۲۵ بهمن ماه برگزار گردید. هجدهمین کنگره بین المللی جراحان دهان، فک و صورت ایران هجدهمین کنگره بین المللی جراحان دهان، فک و صورت ایران به همت انجمن جراحان دهان، فک و صورت ایران از ۲۹ بهمن لغایت ۲ اسفند ماه با شعار "جراحی با کمترین عوارض با رویکرد ویژه به تکنولوژی های نوین" در محل هتل المپیک برگزار گردید. هدف برگزاری این کنگره بروز رساندن اطلاعات، تبادل دیدگاهها و آشنایی با پیشرفتهای علمی این رشته در قالب سخنرانی ها و کارگاه های مختلف بود. اقدام جالب در این کنگره اختصاص بخشی از درآمد حاصل از ثبت نام صرف امور خیریه بود. ریاست کنگره بر عهده دکتر سعید نظامتی و دبیر علمی به عهده دکتر کاظم خیابانی بودند. در کنار این رویداد همچنین دهمین سمپوزیوم ایمپلنت خلیج فارس و هشتمین سمپوزیوم پژوهشی محققین جوان برگزار گردید.

پنجمین همایش آسیب شناسان دهان، فک و صورت ایران پنجمین همایش آسیب شناسان دهان، فک و صورت ایران که زمان برگزاری آن ۷ و ۸ اسفند ماه بود به علت شیوع ویروس کرونا کنسل و به زمان دیگری موکول شد.

نویسنده: سجاد گرامی، دانشجوی ترم ۸ دندانپزشکی

Materials used in regenerative endodontic procedures and their impact on tooth discoloration

(مواد مورد استفاده در درمان ریشه رژنرتیو و تاثیر آن ها بر تغییر رنگ دندان)

دندان هایی دیواره ی عاجی نازک و دهانه اپیکال گشادی دارند، که درمان در این حالت با ریسک شکستگی دندان همراه است. یکی از درمان ها، برای چنین دندان هایی اپکسیفیکاسیون است (مسدود کردن اپکس با مواد مینرالیزه) اما در این درمان، رشد طولی دندان، افزایش قطر دیواره عاجی و تشکیل اپکس ریشه متوقف می شود. اپکسوژنر (بسته شدن اپیکال ریشه) تنها وقتی اتفاق می افتد که پالپ زنده باشد و یا بافت شبه پالپ در کانال ریشه باشد. استفاده از درمان ریشه رژنرتیو باعث اپکسوژنر و بسته شدن اپکس ریشه می شود. این درمان شامل حذف بافت عفونی پالپ، ضدعفونی کانال با مواد ضدعفونی کننده (disinfectant pastes)، سپس تحریک خونریزی در کانال با overinstrument کردن و قرار دادن یک سد، و رای لخته خونی ایجاد شده است.

WMTA (White material trioxide aggregate) به عنوان یک ماده مسدود کننده توسط AAE پیشنهاد شده است هرچند که باید دانست این ماده باعث تغییر رنگ می شود و بنابراین در نواحی مهم از نظر زیبایی، باید مواد زیر استفاده شوند: Bioceramics یا tricalcium silicate cements

در برخی موارد تحریک خونریزی ممکن نیست و AAE قراردعی پلاسمای غنی از پلاکت و یا فیرین غنی از پلاکت و یا ماتریکس فیرینی اتولوگ را به عنوان درمان جایگزین پیشنهاد می کند.

مساله ی تغییر رنگ حاصل از درمان رژنرتیو مساله مهمی است و بیماران از ما، هم درمان موفق و هم زیبایی قابل قبول می خواهند و این تغییر رنگ می تواند کیفیت زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد.

شواهدی از تغییر رنگ دندان ها، بعد از درمان ریشه ی رژنرتیو وجود دارد.

در این مقاله ی مروری هدف، مشخص شدن مواد مورد استفاده در پروسه رژنرتیو که تغییر رنگ دندان را تحریک می کنند، می باشد. نویسندگان این مقاله، در فوریه 2018 در 6 سایت -pubmed- google scholar- cochrane scopus- Lilac web of science- به جستجوی مقالات پرداختند و در مجموع ۳۳۵ مطالعه به دست آمد که از این تعداد، ۱۱ مقاله، برای بررسی انتخاب شدند. نتیجه ی مطالعه این بود که بیشتر مواد استفاده شده در درمان ریشه رژنرتیو پتانسیل تغییر رنگ بافت دندان را دارند. برای کاهش این تغییر رنگ، می توان عاج را با مواد باندینگ عاج، قبل از قرار دادن ماده ضدعفونی کننده و با مواد مسدود کننده مهر و موم (seal) کرد. تعداد کمی مطالعه آزمایشگاهی در این باره انجام شده، پس بنابراین موضوع خوبی برای مطالعه و بررسی بیشتر است.

درمان ریشه رژنرتیو یکی از موضوعات تازه بوده و در مورد پتانسیل رژنراسیون پالپ آسیب دیده ی دندان و ساخت و جایگزینی بافت پالپ-عاج می باشد.

تکنیک های این روش، شامل رگ سازی مجدد کانال ریشه ای، کاشت پالپ، پرینت سه بعدی سلول ها، درمان سلول های بنیادی، ژن درمانی و ... است.

رایج ترین تکنیک در این زمینه رگ زایی دوباره کانال ریشه (root canal revascularization) است که به آن revitalization هم گفته می شود که برای درمان دندان دایمی نابالغ عفونی و nonvital انجام می شود. این درمان، همواره برای دندانپزشکان چالش برانگیز بوده زیرا چنین

این مطالعه مروری، محدودیت زمان انتشار، برای مقالات جستجو شده نداشت.

سه مقاله که در سال های ۲۰۱۲ (روی گاو) و ۲۰۱۳ (روی گاو) و ۲۰۱۵ (روی انسان) منتشر شده بودند، معتقد بودند بیشترین تغییر رنگ مربوط به استفاده از TAP (triple antibiotics paste with minocycline) می باشد. و دو مقاله سال های ۲۰۱۳ (روی انسان) و ۲۰۱۶ (روی گاو) معتقد بودند استفاده از خون بیشترین تغییر رنگ را ایجاد می کند. مقاله ای در سال ۲۰۱۴، روی ۲۰ دندان انسان هم نشان داد که تمامی نمونه ها دچار تغییر رنگ شده اند.

مقاله ای در سال ۲۰۱۶ روی ۱۰۴ دندان انسان انجام شد که نشان داد، خون بیشتر از سالین باعث تغییر رنگ می شود. مقاله دیگری در سال ۲۰۱۶ روی ۵۰ دندان گاو نشان داد، WMTA بیشتر از GIC (Glass ionomer cement) باعث تغییر رنگ می شود. مقاله دیگری در سال ۲۰۱۷ روی ۴۲ دندان انسان نشان داد، همه ی مواد استفاده شده اعم از TAP و خون و MM-MTA باعث تغییر رنگ روی همه نمونه ها شدند.

دو مقاله دیگر، یکی روی ۹۶ دندان گاو نشان داد نمونه های درمان شده بدون DBA (Dentin- bonding agent) تغییر رنگ بیشتری از نمونه های درمان شده با DBA ها داشتند، و دیگری بررسی روی ۸۵ دندان انسان انجام شد و از سه ماده TAP و MP (Minocycline paste) و CH (Calcium hydroxide) استفاده شد که فقط نمونه های دارای CH تغییر رنگ نداشتند.

تمامی ۱۱ مقاله مورد بررسی در این مرور مطالعات آزمایشگاهی بودند (in vitro)

باید بدانیم تغییر رنگ در هریک از مراحل درمان رژنرتیو می تواند رخ دهد.

از ۷ مقاله ای که استفاده از TAP را بررسی کردند، ۴ مقاله TAP را با سایر مواد مقایسه کردند و متوجه شدند TAP بیشترین پتانسیل تغییر رنگ را دارد، که ماینوسایکلین بیشترین توانایی تغییر رنگ را از بین سه انتی بیوتیک دیگر دارد. یک مقاله نشان داد تغییر رنگ ایجاد شده دایمی

خواهد بود حتی اگر ماده شسته شده و به طور کامل خارج شود.

ماینوسایکلین به دلیل ترکیب شدن با یون کلسیم عاج باعث تغییر رنگ بافت دندانی می شود. لازم به ذکر است TAP با ماینوسایکلین تغییر رنگ بیشتری از وقتی که فقط خون استفاده می شد داشت. یکی از مقاله ها اثر NaOCl را بعد از شستشوی TAP برای bleaching دندان بررسی کرده بود که مشخص شد اثر آن کافی نیست و تغییر رنگ کامل برطرف نمی شود.

AAP پیشنهاد می دهد ماینوسایکلین باید یا حذف شود و یا با سایر انتی بیوتیک های TAP شامل amoxicillin و clindamycin و cefaclor جایگزین شود. اگرچه تناقضاتی در مطالعات انجام شده با آموکسی سیلین مشاهده شد و برخی مطالعات cefaclor را نیز همراه با تغییر رنگ گزارش کردند. همچنین مطالعات دیگری استفاده از دو انتی بیوتیک را بدون تغییر رنگ گزارش کردند که بعدا در مطالعات بعدی رد شد. همچنین مطالعات دیگری نشان دادند که کلسیم هیدروکساید تغییر رنگی ایجاد نمی کند. اگرچه کلسیم هیدروکساید دارای بیسموت کربنات، دارای تغییر رنگ است.

منظور از تغییر رنگ ایجاد شده توسط خون، همان لخته خونی تحریکی که در پروسه رژنراسیون نیاز است می باشد. تغییر رنگ، بدلیل هموگلوبین و هماتین و اریتروسیت های خون است که در توپول های عاجی نفوذ می کنند. شدت این تغییر رنگ با نزدیک شدن به سطح خارجی دندان کم می شود. یکی از مقالات نشان داد که همه مواد استفاده شده در تماس با خون پتانسیل تغییر رنگ بیشتری نسبت به برخورد با سالین داشتند. تنها یکی از مقالات پلاسما و پلاکت را بررسی کرده بود که تغییر رنگی را در مقایسه با سالین گزارش نداده بود.

بسیاری از مقالات تغییر رنگ را بدلیل barrier material ها گزارش کردند و مواد ایجاد کننده تغییر رنگ، بیسموت و آهن و آلومینیم و منیزیم اکساید بودند. مکانیسم تغییر رنگ بیسموت اکساید از تغییر اکسیداسیون این ماده به بیسموت

اکساید تأثیری در شدت discoloration ندارد.

این احتمال وجود دارد که ترکیب سمان کلسیم سیلیکاتی در discoloration دندان موثر باشد.

Endosequence Root Repair و RRM و Biodentine و Material fast set paste که حاوی زیرکونیم اکساید هستند در نمونه های جداگانه بررسی شدند و مشاهده شد discoloration ایجاد نمی کنند. اما لازم به ذکر است که در نمونه های همراه saline و خون discoloration در استفاده از proRoot MTA و OrthoMTA و RRM و Biodentine و WMTA ایجاد شد. (OrthoMTA در تماس با سالین نسبت به RRM و Biodentine بعد از ۶ ماه تغییر رنگ خیلی بیشتری ایجاد کرد).

آلودگی به خون تأثیر قوی ای روی رنگ دندان دارد. و جذب اجزای خون از منافذ و تخلخل های ماده مسدود کننده یا barrier ما یک عامل مهم در تغییر رنگ است.

AAE استفاده از یک ماده dentin-bonding را روی عاج ناحیه پالپ چمبر و نیز استفاده از TAP زیر ناحیه CEJ دندان را برای کاهش تغییر رنگ دندان پیشنهاد می کند. در این مورد یک مطالعه تأثیر پوشاندن عاج ناحیه پالپ چمبر با مواد dentin-bonding قبل از قراردهی TAP (با ماینوسایکلین) در کانال و نیز قبل از قراردهی خون و مواد barrier را بر پتانسیل staining بررسی کرد و نتیجه آن این بود که این اقدام باعث کاهش تغییر رنگ می شود اما این مشکل را کاملاً برطرف نمی کند.

کربنات بوده و این واکنش در اثر تماس بیسموت با CO₂ هوا اتفاق می افتد. در واقع در تماس با کلاژن بیسموت اکساید به یک رسوب سیاه رنگ تبدیل می شود. در یکی از مقالات WMTA (دارای بیسموت اکساید که رادیوپاک کننده است) در تماس با NaOCl و نیز EDTA در مقایسه با سالین یا وضعیت خشک تغییر رنگ قابل توجهی نشان داد. Grey MTA هم باعث تغییر رنگ می شود.

یک سری مقالات کاهش بیسموت اکساید و یا جایگزینی آن را با زیرکونیم اکساید پیشنهاد می کنند، چون در یک سری مقالات برای این ماده (زیرکونیم اکساید) پتانسیل تغییر رنگ بالایی گزارش نشده است.

در یک مطالعه دیگر discoloration در نمونه های استفاده شده از PC (Portland cement) دارای بیسموت اکساید دیده شد اما در نمونه های استفاده شده از MM-MTA (micro mega) و Ledermix MTA تغییر رنگی دیده نشد، هرچند که این دو ماده هم حاوی بیسموت اکساید می باشند. نویسندگان این مطالعه علت این پدیده را متذکر نشدند، اما متوجه شدند که غلظت بیسموت اکساید در سمان های کلسیم سیلیکاتی یک اندیکاتور قابل اعتماد برای امکان وقوع discoloration نمی باشد.

مطالعه دیگری پیرامون موضوع بالا وجود دارد که ارتباط بین غلظت بیسموت اکساید و وقوع تغییر رنگ در سمان های کلسیم سیلیکاتی را بررسی می کند و نویسندگان آن متوجه شدند که علیرغم افزایش radiopacity، بیسموت

ترجمه: کیمیا حجازی، دانشجوی ترم ۸ دندانپزشکی

یازدهمین همایش سراسری بهداشت حرفه ای و ایمنی کار

های سبز (هوا، انرژی، آب، خاک و پسماند های صنعتی)
 * شاخص های نوین ارزیابی عملکرد HSE در محیط کار
 * رفتار ایمن و عوامل مؤثر بر آن
 * نقش طب کار در ارتقاء سلامت شغلی و کنترل بیماری های نو پدید

* روش های نوین ارزیابی خطای انسانی
 * توسعه روش های نوین سم شناسی شغلی
 * ارزیابی ریسک و مدلسازی پیامد در بهداشت حرفه ای و ایمنی

* بهداشت و ایمنی کار در صنایع (نفت، گاز و پتروشیمی، شیلات و بنادر، خودروسازی، سیمان، دارو سازی و...)
 * ایمنی در حمل و نقل شهری و جاده ای

* ممیزی و استاندارد ها در بهداشت و ایمنی کار
 در این همایش گروه بهداشت حرفه ای و ایمنی کار دانشکده بهداشت و ایمنی، مشارکت فعال در زمینه ارائه مقاله، حضور در پنل های تخصصی، برپایی غرفه و برگزاری استیج در فن بازار به منظور آرایه توانمندی های فن آورانه و محصولات دانش بنیان دانشکده داشت.

از جمله طرح ها و محصولات فن آورانه و دانش بنیان که در برنامه استیج آرایه شد می توان به:

1. بسته چند منظوره آموزشی
2. تحقیقاتی و ارزیابی ریسک های HSE
3. جاذب امواج ماکروویو برای جذب امواج در فرکانس های خاص با استفاده از نانو ذرات
4. عصاره گیاهی جهت پیشگیری از ایجاد اثرات استرس اکسیداتیو در آلاینده های شغل
5. طراحی و توسعه کفی هوشمند برای کاهش درد و ناراحتی در ناحیه کمر
6. جاذب امواج صوتی با فوم فلزی ویژه برای جذب صدا

یازدهمین همایش سراسری بهداشت حرفه ای و ایمنی کار و اولین فن بازار تخصصی در تاریخ 29 بهمن لغایت 1 اسفند ماه 98 به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همت انجمن علمی بهداشت کار ایران در تالار ابن سینا در شهر تهران برگزار گردید.

از اهداف اصلی این همایش می توان به: آشنایی با آخرین دستاوردهای علمی و جدیدترین متد های پژوهشی، جلب نظر صاحب نظران و سیاستگذاران بخش های مرتبط، توانمند سازی سازی کارشناسان و افراد دست اندر کار، تبادل تجربیات اجرایی و آشنایی با دستاوردهای کاربردی کارشناسان و متخصصان، بررسی چالش های آموزشی و پژوهشی و پیشنهاد راهکار های عملی و ... اشاره کرد.

این همایش حول محور های تخصصی:

مقالات علمی-پژوهشی، مقالات کاربردی (HSE)، پنل تخصصی (HSE)، کارگاه های آموزشی، فن بازار تخصصی تشکیل شد.

محور های همایش:

- * پایش و ارزیابی عوامل زیان آور محیط کار (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی، ارگونومیک و ...)
- * برنامه های مداخله ای و روش های نوین کنترل های فنی-مهندسی و مدیریتی در بهداشت حرفه ای و ارگونومی شغلی
- * مدیریت خدمات بهداشت حرفه ای
- * رویکرد های جدید بهداشت حرفه ای در کشاورزی، صنعت، معدن و خدمات
- * ارزیابی اقتصادی در ایمنی و بهداشت حرفه ای
- * نقش مهندسی بهداشت حرفه ای در توسعه تکنولوژی

آموزشی نوید است و از مهمترین اشکالات آن تک بعدی بودن آن است. روش اکثر اساتید بر این مبنا که فایل مورد نظر را بار گذاری و تکلیفی را نیز مشخص میکنند که در اکثر مواقع دانشجو ابتدا سوال را مشاهده میکند و سپس بدون خواندن کامل پاور به دنبال پاسخ آن می رود.

در یک سامانه مجازی آموزش باید کلاس ها به گونه ای باشد که دانشجو مانند کلاس درس برایش سوال پیش بیاید و فعالیت فکری داشته باشد بنابراین سامانه مجازی باید تولید محتوایی پر چالش داشته باشد که از نظر محتوا دارای تعادل باشد زیرا اگر خیلی اسان باشد افراد کسل میشوند و اگر خیلی سخت باشد دانشجو از درس زده میشود. همچنین

7. سیستم متحرک حذف گاز سولفید هیدروژن از جریان هوا

8. دستگاه ترموشیگر جهت آماده سازی کیت های سرولوژی

9. نرم افزار ریسک انبار
اشاره نمود.

همچنین شایان ذکر است که دکتر یحیی خسروی از دانشگاه علوم پزشکی البرز در کمیته علمی این همایش حضور داشتند.

با تعطیل شدن دانشگاه ها آموزش های مجازی رونق بیشتری یافته است.



ارزیابی دانشجو باید به گونه ای باشد باعث افزایش انگیزه شود نه اینکه دانشجو با کپی کردن مطالب به کارآموزشی خود در سامانه خاتمه دهد.

یکی دیگر از معایب عدم مشارکت جمعی در دوره های آموزش مجازی است. بعضی افراد به تنهایی در دوره های آموزش شرکت میکنند و برخی دیگر علاقه مند به کار گروهی هستند بنابراین بهتر است یک شبکه اجتماعی ساخته بسازید یا انجمنی آنلاین که امکان مباحثه ایجاد کند تا اساتید و دانشجویان بتوانند با هم در تعامل بوده و از

آموزش مجازی عبارت است از شیوه ای برای طرح، تدوین و ارزشیابی آموزش است که از قابلیت ها و امکانات الکترونیکی برای کمک به یادگیری بهره میگیرد.

در شیوه ی مجازی میتوان گفت ارزان قیمت بودن این آموزش سبب گسترش یافتن آن شده است و باعث صرفه جویی در زمان و وقت نیز میشود. اما این آموزش زمانی میتواند مفید واقع شود که بتواند بازخوردهای کافی را به دانشجو بدهد.

یکی از سامانه های آموزشی که ایران به آن متکی سامانه

یکدیگر سوال بپرسند.

یکی از معروف ترین سامانه های آموزش مجازی سامانه Mooc است.

دوره آزاد انبوه برخط یا mooc (به انگلیسی : Massive Open Online Cours)

دوره آنلاینی است که از طریق وب به طور آزاد به شرکت کنندگانی نامحدود ارائه میشود. این دوره ها معمولاً مشابه دوره های دانشگاهی هستند.

اغلب آن ها زمان شروع و پایان مشخصی دارند. در ابتدا توسط جرج زیمنس و استفن داونز در سال ۲۰۰۸ اصطلاح mooc مورد استفاده قرار گرفت و از آن زمان محبوبیت زیادی در ایالات متحده به وجود آورده است، به ویژه هنگامی که سباستین ترن، استاد دانشگاه استنفورد، دوره آموزشی هوشمندانه را به صورت رایگان ارائه داد.

هر دوره موک بین ۱۲ و ۱۸ هفته طول می کشد. افراد، امکان استفاده از استادان بهترین دانشگاه ها را دارند. موک ها رایگان هستند؛ ولی می توانند حالت انتفاعی نیز داشته باشند.

بزرگ ترین شبکه آمریکایی موک کورسرا (<https://www.coursera.org>) میزبان دوره های ۱۰۰ دانشگاه سراسر دنیا

با شیوع کرونا و با پیام ((#کرونا-را-شکست-میدهم)) فعالیت های دانشجویی بیشتر به چشم میخورد از این نمونه فعالیتها میتوان به اعضای تیم جهادی دانشگاه علوم پزشکی البرز اشاره کرد.

تمامی این نیروها داوطلبین جهادی بوده و در دو شیفت صبح و عصر فعالیت کردند.گفتنی است نظارت بهداشتی بر فعالیت این کارگاه بر عهده گروه بهداشت حرفه ای دانشکده بهداشت است و تمامی ماسکهای تولیدی توسط اشعه فرا بنفش استریل شده و در بسته بندی مناسب توزیع شده است.

اعضای تیم جهادی بسته هایی که شامل مواد ضدعفونی کننده بودند توانستند تلاش هایی برای مبارزه با کرونا را به عمل آورند. در این طرح ۴۰۰ عدد بسته شامل دوعدد ژل ضدعفونی کننده، مایع دستشویی، مایع سفیدکننده و پودر لباس شویی بودند در سه منطقه حاشیه شهر محروم کرج توزیع گردید



همچنین راه اندازی یکی از بزرگترین کارگاه های تولید ماسک استان با پتانسیل تولید روزانه ۵۰۰۰ عدد ماسک از دیگر فعالیت های این تیم بوده است

استارت آپ

اولین مرحله ی هر کمپانی بزرگ و موفقی است که در طول مسیر رشد و پیشرفت، تجربه شکست و پیروزی های فراوانی را گذرانده است. یک استارت آپ یک کمپانی نوپاست که توسط یک بنیانگذار یا یک گروه کار خود را آغاز می کند تا یک محصول یا خدمت خاص و جدید را به بازار ارائه دهد.

ایده اولیه گروه استارت آپی می تواند برای اولین بار اجرا شود یا یک ایده قدیمی باشد که اصلاح شده و برای جامعه هدف امکانات بیشتری را به نسبت قبل فراهم می کند و جذابتر است. بر خلاف تصور که منتظر اند که ایده به آنها الهام شود، ایده استارت آپی زمانی بوجود می آید که با مشکل در ارتباط باشید، به آن خوب فکر کنید

و بدنبال راه حل باشید . برای خلاق بودن لازم نیست حتما نفر اولی باشیم که این ایده به ذهنش خطور می کند ، بلکه خلاق بودن یعنی ارتباط برقرار

(یک) اطلاعات جدید جمع کنید : اول از همه باید یاد بگیرید و آموزش ببینید . یعنی درمورد مسئله مورد نظرتون اطلاعات به دست بیارید ،

، به ایده تان شکل بدید و اصلاحش کنید . برای به موفقیت رسیدن هر ایده ای ، باید اجازه بدهید که دیگران آن را مورد انتقاد و بررسی قرار بدهند



کردن بین ایده های مختلف موجود ، به عبارتی یعنی یک رابطه نو بین دو ایده کهنه .

فردی می تواند بهترین ایده استارت آپی را ارائه دهد که تفکر خلاقانه نسبت به مشکل یا مسئله مورد نظر داشته باشد . جیمز وب یانگ در سال 1940 کتابچه ای با عنوان « تکنیکی برای تولید ایده » به چاپ رساند . بر اساس نوشته های یانگ ، ایده های خلاقانه زمانی شکل می گیرند که شما موفق شوید ترکیبات جدیدی از عناصر کهنه بسازید و از آن مهم تر توانایی ایجاد ترکیبات جدید زمانی بوجود می آید که شما بتوانید روابط میان مفاهیم مختلف را ببینید و تشخیص بدهید . در همین رابطه آقای یانگ چهار مرحله اصلی برای تفکر خلاق ارائه داده است:

مطالبی با طیف گسترده ای از مفاهیم . و به این وسیله با نظریات دیگران منطبقش کنید .

بعد از پروراندن ایده اولیه و اصلاح آن باید تیم کاملی را تشکیل داد تا بتوان ایده را به نحو احسن اجرا کرد . هرچه افرادتیم توانا تر باشد سرعت پیشرفت بالاتر است .

نامگذاری یک استارت آپ بسیار شایان توجه است . برخی معتقد اند که نام یک استارت آپ تاثیر زیادی در جذب سرمایه گذار برای یک پروژه استارت آپی دارد . زمانیکه نامی انتخاب می شود و پروژه با این نام در بین مردم شناخته می شود تقریبا تغییر این نام غیر ممکن است . در مرحله اول شاید به نظر برسد که تنها نامی برای گروه دوستانه خود (همکاران) انتخاب کرده باشید اما تاثیر آن بسیار است . هرچه نام انتخابی به موضوع

مطلوبی با طیف گسترده ای از مفاهیم . دو) درمورد مطالبی که یاد گرفتید فکر کنید : یعنی در ذهنتان مدام مرورشان و روی آنها کار کنید . در این مرحله باید از زوایای مختلف به قضایا نگاه کنید ، ایده های مختلف را در کنار هم آزمایش کنید و آنچه که تاکنون یاد گرفتید را بررسی کنید .

سه) از مسئله فاصله بگیرید : این یعنی مشکل را کاملا از ذهنتون بیرون کنید و مشغول یک کار کاملا متفاوت بشید که برایتان جالب باشد و بهتون انرژی بده . رو موضوع قفل نشید ، سراغ موضوع بروید و باز فاصله بگیرید .

چهار) بر اساس بازخوردهای بیرونی

در مراحل پیشرفته تر استارت آپ که مسائل مالی مطرح می شود و نیازمند بودجه است گروه می تواند از سرمایه شخصی خود استفاده کند یا وام بگیرد اما جذب سرمایه گذار ایده بهتری است. زیرا یک استارت آپ در مراحل اولیه خود نه تنها سود آنچنانی به همراه ندارد بلکه ممکن است شکست بخورد و ضرر مالی نیز داشته باشد.

استارت آپ نزدیک تر باشد آشنایی مشتری یا سرمایه گذار با پروژه ساده تر است. بطوریکه یک کلمه می تواند اطلاعات فراوانی را در اختیار شنونده قرار دهد. برای مثال Instagram که در سال 2010 آغاز بکار کرد از دو بخش instant camera و telegram تشکیل شده بیانگر آن است که Instagram پلتفرمی ارتباطی است که امکان اشتراک گذاری تصاویر را به کاربر می دهد.

با ورود کرونا به کشور نیاز مردم به ماسک و وسایل و مواد بهداشتی افزایش یافته است اما آیا واقعا وسایل بهداشت فردی برای همگان لازم است؟؟!



ترین نکته برای مقابله با ویروس شستن مداوم دستهاست چرا که هنوز شواهد کافی برای اینکه این ویروس لزوماً از طریق هوا انتقال می یابد ارایه نشده. افراد نیز میتوانند با توجه به اینکه در محیط کاری خود در تماس با چه وسایل و افراد و چه شرایطی میباشند لیستی تهیه کرده و پوشش مخصوص را داشته باشند و همچنین ماسک و دستکش همراه داشته باشند تا در محیط های پر ازدحام استفاده کنند.

دکتر یحیی خسروی معاون بهداشت حرفه ای سلامت محیط و کار وزارت بهداشت در این باره میگوید: فضایی که اکنون ایجاد شده، تقاضا برای وسایل حفاظت فردی را ایجاد کرده که تا حد زیادی بی مورد است. این گونه وسایل برای گروه های شغلی پر خطر توصیه میشود

یکی از باورهای غلط در مورد ماسک این است که بسیاری افراد ماسک هایی که در یک طرف خود دریچه ی قرمز یا ابی دارند، ماسک فیلتردار می نامند. در صورتی که هوا با عبور از بدنه ماسک وارد میشود و مانند یک شیر یک طرفه است اما هوای بازدمی بدون عبور از بدنه از ماسک خارج شده و اگر فردی بیمار در نزدیکی شما باشد و فاصله استاندارد 1 الی 2 متر را رعایت نکند به راحتی بیماری را به شما منتقل میکند.

مورد دوم دستکش میباشد. دستکش برای افرادی که در تماس مستقیم با بیماران هستند مفید واقع می شود. اما مهم

▪ راه‌های ارتباطی با کمیته تحقیقات دانشکده بهداشت:

@HSRC_ABZUMS : کانال اطلاع رسانی کمیته تحقیقات دانشکده بهداشت

دبیر کمیته تحقیقات : محمد امین نامی

▪ تیم نشریه:

تحریر : مهسا شایان فر

ویراستار : سید احسان پور موسوی

پشتیبان : حسین صفری

ادیت عکس : یگانه رضائی

جمع آوری اخبار و مطالب : بهار سلگی ، مهسا بحری ، یگانه رضائی

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی البرز

دانشکده بهداشت

تولید محلول ضد عفونی کننده دست در دانشکده داروسازی

در این پروسه که از روز 6 اسفند ماه 98 شروع گردید، تعدادی از اساتید دانشکده و کارشناسان آزمایشگاه ها به کمک عده ای از دانشجویان در آزمایشگاه های شیمی دارویی، فارماکونگنوزی و فارماسیوتیکس دانشکده، محصولات ضد عفونی کننده از جمله ژل و محلول از روی فرمول های سازمان بهداشت جهانی (WHO) تولید کردند.



(تصویر از زینب رحیمی)

تولید این مواد در 10 روز انجام شده و تا 24 اسفند 98 ادامه یافت. در این 10 روز حدود 8000 لیتر محلول و ژل ضد عفونی کننده دست تولید گردید که برای مصرف هموطنان به داروخانه تحویل داده شد.

از اوایل اسفند 1398 موارد قطعی ابتلای به ویروس COVID-19 در ایران توسط وزارت بهداشت تایید گردید. شیوع ویروس COVID-19 از خانواده کروناویروس ها از دسامبر 2019 (تایید اولین موارد ابتلا توسط دولت چین) از کشور چین شروع شد و تا کنون توانسته صد ها هزار انسان را در اکثر کشور های جهان و در پنج قاره مبتلا کند. با توجه به جدید بودن این ویروس هم اکنون واکسن یا درمان قطعی برای آن وجود ندارد و تاکید سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر تلاش برای پیشگیری از ابتلای به ویروس COVID-19 می باشد. یکی از موارد بسیار کمک کننده در این امر نیز شستن مداوم دست ها با آب و صابون یا محلول های ضد عفونی کننده بر پایه الکل می باشد.



با توجه به افزایش تقاضای مردم در خصوص محلول های ضد عفونی کننده، تعداد زیادی از دانشکده های داروسازی سراسر کشور از جمله دانشکده داروسازی البرز به همت اساتید و دانشجویان شروع به تولید محلول های ضد عفونی کننده دست در محیط دانشکده داروسازی کردند.



گردآوری و تنظیم: علی ماهروی و علی نخبه زعیم ، ترم ۶ داروسازی

CORONAVIRUS: THE REAL RISKS AND HUMAN BIASES BEHIND THE PANIC

مارک منسون یک بلاگر و نویسنده کتاب های بهبود سبک زندگی متولد آمریکا می باشد. کتاب "هنر ظریف اهمیت ندادن" در سال 2016 در رتبه ششم لیست پرفروشترین کتاب های نیویورک تایمز قرار گرفت. مطلب زیر در تاریخ 10 مارس 2020 در وبسایت شخصی او قرار گرفت که به بررسی شیوع کرونا ویروس از بعد روان شناختی می پردازد. این مطلب صرفاً با هدف بررسی نظرات روان شناختی نویسنده قرار داده شده و اظهارات بهداشتی اثر فاقد اهمیت می باشد!

The 2020 freakout over the coronavirus reveals a few fascinating human biases that tend to make us terrible at handling risk.

I'd like to use coronavirus as a case study to talk about the difference between systemic risk and individual risk, why some people are way more worried about this than others, and what sorts of cognitive biases are influencing us all.

1. THE REAL REASON TO STAY HOME

What we're seeing now is an increase in quarantining—people staying home, working from home, conferences and events (e.g., SXSW) canceled, flights canceled, towns and

neighborhoods put on lockdown.

All of these things seem drastic in the face of what amounts to most people as just a really strong flu going around. As such, it seems the majority of people are blowing this off as yet another case of the media overreacting to nothing.

What's important to understand is that the point of the quarantines isn't to prevent us all from getting sick. The point of the quarantines is to slow the spread of the virus enough to prevent overloading the healthcare system.

Roughly 10–15% of people infected need to go to the hospital. Right now, epidemiologists are saying we can expect anywhere from 40–70% of the world population to be infected in the next year. Let's

say that's an exaggeration and go with a more conservative 30%. In the US, that means roughly 110 million people getting sick. And of those 110 million, over 10–15 million or more need a hospital bed.

Yet, the US only has 924,000 hospital beds... and about two-thirds of those are filled at any given time with, you know, people with cancer and other stuff.

So, while staying home, from an individual risk perspective, seems unnecessary and an overreaction, from a systemic risk perspective, it's the only prudent thing to do.

The more people who go out and about, the faster this thing spreads, and the faster this thing spreads, the more the hospitals

get flooded, and the more the hospitals get flooded, the more people die unnecessarily.

It's that simple.

2. PICK YOUR POISON: HEALTH CRISIS OR ECONOMIC CRISIS?

If you quarantine large swaths of the population, now you've created another predicament for yourself: commerce grinds to a halt.

It's estimated that 30% of small businesses in China are closed right now. Japan closed all of their schools for March, sending nearly a million teachers home without work. Millions of workers are telecommuting rather than going into the office, likely causing productivity to drop. Thousands of flights, cruises, conferences, and events are being canceled around the world.

If you do the prudent thing for the population's health, you introduce a new systemic risk: economic downturn. But if you avoid

an economic downturn by encouraging people to go about their lives as normal, you exacerbate the risk of a public health crisis.

It's interesting to see different cultures taking different approaches to this conundrum. Some countries are clearly more willing to give up economic stability for the sake of public health. Other countries are willing to risk a health crisis for the sake of short-term economic stability.

3. OUR COGNITIVE BIASES IN ACTION

Our minds are inaccurate and we form erroneous beliefs based on irrational feelings.

Coronavirus is interesting because people seem to default to either panic mode or denial. It's either, "The world is ending!" or "What's the big deal?"

The truth is, as usual, somewhere in the middle. Individually, most of us are not at much risk.

Systemically, we are at great risk.

That's because our minds default to view things through how they affect us, not how they affect the country, the community, or the world. We have cognitive weaknesses when it comes to stuff like that—and no, I don't just mean being bad at math. For example:

- We all tend to think linearly, not exponentially – Paul Graham had an excellent tweet about this where he said, "People aren't surprised when I tell them there are 13,000 Covid-19 cases outside China, or when I tell them this number doubles every 3 days. But when I tell them that if growth continues at this rate, we'll have 1.7 million cases in 3 weeks, they're astonished." The economist Tyler Cowen pointed out that the people most alarmed about coronavirus seem to

people accustomed to thinking exponentially—people in tech, finance, and science. People who seem to think this is a bunch of crybabies crying about crybaby things are used to thinking about problems linearly.

- We tend to focus on first-order effects, not second- or third-order effects – If I wreck my car, I’m most likely to be upset about my wrecked car (first-order effect), not how I’m going to pick up my kids from school each day or how higher insurance premiums will affect my monthly budget (second-order effects), even though the second- and third-order effects will have a bigger impact on my life than the damaged car. Much of the analysis I’ve seen on coronavirus stops at the first-order effects. “Stay healthy, wash your hands, you’re going to be fine.” Hell, that was basically my analysis a few weeks ago. But the second and third-order effects of this could potentially be quite large. Just one example: the US healthcare system is utterly broken. Roughly 60% of Americans can’t afford to pay for an unexpected emergency and 10% of Americans don’t have health insurance at all. Medicare (which insures old people) is already on shaky financial ground. 20 million extra people hitting the hospitals over the next year could cause a different type of epidemic: bankruptcies. Another potential second-order effect:

de-globalization. Quarantines and broken supply chains will force countries to adapt by reinvesting resources within their own borders, cutting off trade ties, making them more skeptical of travelers and business relationships and causing all sorts of shifts in the political zeitgeist.

- We tend to focus on one-off solutions, rather refining daily habits – And finally, we are biased towards single, big changes in behavior to accomplish something rather than accumulating many small, regular changes that create bigger benefits. For example, wearing a mask is almost useless. Whereas eating a healthy diet of fruits and vegetables and taking vitamins C and D regularly will boost your immune system immensely. Honestly, the single best thing you can do right now to protect yourself from coronavirus is all the same stuff you should have been doing anyway: eat well, drink less, smoke not at all. And yes, wash your goddamn hands.

I’m sorry if this feels all doom and gloom.

Here are a few useful things to remember:

First, things like this are the norm throughout human history, not the exception. We’ve been spoiled lately in the disease department. We’ll make it through it. We always do.

Second, I know we call them economic “crisis” but really, economic contractions are normal and healthy things for an economy.

It's where we cull the dead weight and sort out which businesses are actually creating value for society and which ones are just leeching off the rest of us. Or as Warren Buffett puts it, "Only when the tide goes out do you discover who's been swimming naked."

And finally, we don't know what we don't know. There could be a miraculous vaccine discovery next month. Warm weather might eradicate much of this thing by summer. It might randomly mutate and become less lethal. The stress of this might force our healthcare systems to become more robust

and cost-effective. The quarantines might change work-life culture across the world.

Emissions might drop. Who knows?

But if you look throughout history, the biggest and most necessary changes typically come in the wake of crisis, much like our most important personal changes often come in the wake of our traumas. There's always growth in pain. And there's always opportunity for creation in destruction.

So stay safe. Stay clean. Stay home as much as you can. And... stay away from grandma for a while.

Mark Manson

متن از وبسایت شخصی نویسنده به آدرس www.markmanson.net برداشته شده است.

گردآورنده: علی ماهروی ، ترم ۶ داروسازی

شش دلیل که چرا سال ۲۰۲۰ سال پرستار نامگذاری



2020 INTERNATIONAL YEAR OF THE NURSE AND THE MIDWIFE

در طی جنگ کریمه (Crimean war)، نایتینگل مسئول پرستاری بریتیش و سربازان متفقین در ترکیه قرار داده شد. زمانی که او در بخش ها بود، بخصوص شیفت شبانه، نام مستعار «بانویی با چراغ» را بدست آورد و به او کمک کرد تا شروع به رسمی کردن آموزش پرستاری کند.

وی در ادامه در سال 1860 اولین مدرسه علمی پرستاری را با نام نایتینگل در بیمارستان سنت توماس واقع در لندن، تاسیس نمود. او همچنین به ایجاد کارگاه هایی برای آموزش پرستاران و ماماها شاغل در بیمارستان ها کمک کرد. نایتینگل، امروزه نیز میراث نوآوری خود را در سرتاسر جهان، به پرستاران ارائه می دهد.

درحالی که روز جهانی پرستاران هر ساله، در تاریخ 12 ماه می، گرامی داشته می شود، جشن های بیشتری برای گرامیداشت پرستاران در سال 2020 در حال اجراست.

۲. این، انتشار اولین گزارش پرستاران ایالتی در جهان است.

در رابطه با سال پرستار، WHO نخستین دوره خود را قبل از هفتادمین مجمع جهانی بهداشت در مارس 2020 منتشر خواهد کرد. توجه کنید که WHO " گزارش نیروی کار پرستاری را در ایالات عضو WHO " توصیف خواهد کرد، ارائه ارزیابی " تناسب برای انجام هدف " نسبت به اهداف GPW13.GPW13.WHO را در بلوک های پنج ساله

در اواخر سال 2019 ، سازمان بهداشت جهانی (WHO) اعلام کرد که 2020، سال پرستاری و مامایی نام گذاری خواهد شد.

WHO تعداد زیادی برنامه و گزارش را پیرامون سال 2020 برای تجلیل از پرستاران و حمایت از این رشته در دستور کار قرار داده است. در این جا به شش دلیل که چرا 2020 بهترین زمان برای سال پرستار است، اشاره می کنیم :

۱. سال 2020، دویستمین سالگرد فلورانس نایتینگل است. فلورانس نایتینگل، 12 می سال 1820 به دنیا آمد و سال 2020 دویستمین سالگرد تولد اوست. او مؤسس پرستاری نوین شد و اولین زنی است که نشان شایستگی را دریافت کرد .



این کمپین حمایت کنند.

۴. پرستاران اکثریت نیروهای مراقبت بهداشتی در سراسر جهان را تشکیل می دهند.

در حالی که پزشکان توجه زیادی را بخصوص در کشورهای غربی به خود جلب می کنند، پرستاران و ماماها بیش از 50٪ نیروی کار بهداشتی را در بسیاری از کشورها تشکیل می دهند. پرستاران مسلح شده به تجهیزات بالینی معمولاً خط مقدم ارائه مراقبت هستند و در برخی موارد ممکن است تنها ارائه دهنده مراقبت های ویژه در کشورهای درحال توسعه باشند. آنها نه تنها در زندگی بیماران، بلکه در کل جامعه نیز تفاوت هایی را ایجاد می کنند. پرستاران به دلیل تعداد زیاد موقعیت هایی که اغلب موارد در آنها کار می کنند، در بهبود نتایج بهداشت عمومی در سراسر جهان نقش اساسی را ایفا می کنند.

۵. پرستاران بخش عظیمی از کمبود کارکنان مراقبت های بهداشتی را تشکیل می دهند.

با توجه به نقش عمده ای که آنها در تامین نیروی کار مراقبت های بهداشتی در سراسر جهان دارند، پرستاران و بخش قابل توجهی از کمبود کارکنان مراقبت بهداشتی را تشکیل می دهند. حدوداً بالای 50٪ از کمبود نیروی کار سازمان بهداشت جهانی تا سال 2030 !

دفتر آمار کار (BLS) تنها در ایالات متحده پیش بینی می کند که اشتغال پرستاران ثبت نام شده از سال 2018 تا 2028



خیلی سریع تر از میانگین اشتغال برای همه مشاغل، چیزی

تشریح می کند. بعضی از اهداف WHO در سال 2023 شامل: کاهش میزان مرگ و میر جهانی مادران به میزان 30٪ و کاهش ابتلا به مالاریا به میزان 50٪ است.

WHO همچنین در گزارش دولتی ماماها جهان در سال 2020 مشارکت خواهد کرد، که تقریباً همزمان با گزارش پرستاران جهان آغاز خواهد شد.

۳. این اوج کارزار کمپین NURSING Now است.

کمپین جهانی سه ساله nursing now در سال 2018 راه اندازی شد و در پایان سال 2020 به پایان می رسد. Nursing now کمپینی است که با همکاری بین سازمان بهداشت جهانی و شورای بین المللی پرستاران ایجاد شده و



به ریاست کیت میدلتون (دوشس کمبریج) برگزار میشود. Nursing now روی پنج حوزه اصلی تمرکز دارد: اطمینان از اینکه پرستاران و ماماها از صدای شناخته شده تری در سیاست گذاری های بهداشتی برخوردار هستند، تشویق سرمایه گذاری بیشتر در خصوص حمایت از نیروی کار پرستاری، استخدام پرستاران بیشتر در سمتهای مدیریتی، انجام تحقیقاتی که به تعیین تاثیر پرستاران کمک می کند و به اشتراک گذاری بهترین شیوه های پرستاری.

پرستاران می توانند با امضای تعهد پشتیبانی از nursing now، به اشتراک گذاری روند کار در رسانه های اجتماعی، میزبانی از رویدادها، به اشتراک گذاشتن تجربیات خود با سایر پرستاران و سازماندهی حمایت از حرفه پرستاری، از

حدود 12٪، رشد می کند.

BLS همچنین پیش بینی کرده است که ایالات متحده از این زمان تا سال 2026 به 200,000 پرستار اضافی در سال نیاز دارد؛ یعنی اضافه کردن بیش از یک میلیون پرستار دیگر. و این فقط کشوری است که از قبل دارای زیرساخت های مراقبت های بهداشتی بوده که نسبت به برخی دیگر کشورها توسعه یافته است.

۶. حمایت از پرستاران ، رشد اقتصادی و برابری جنسیتی را تقویت می کند.



به عنوان بخشی از " Nursing Now " و سایر تلاش های خود برای حمایت از پرستاران ، WHO اغلب از «تاثیر سه گانه» ناشی از آنچه به پرستاران ارائه می شود سخن میگوید : "سلامت بهتر، اقتصادی قوی تر و برابری جنسیتی". در حالی که نتیجه اول آشکارتر است ، نتایج دوم و سوم نیز به همان اندازه مهم هستند . در حالی که مردان می توانند و پرستار می شوند، در سراسر جهان اکثریت قریب به اتفاق پرستاران زن هستند. تبدیل شدن به یک پرستار فرصت هایی را برای خانم ها فراهم می کند و به آنها فرصتی می دهد که آموزش رسمی دریافت کنند، در برنامه های آموزشی ثبت نام کنند، مجوز لازم را اخذ کنند و در نهایت شغل و درآمد همراه آن را کسب کنند. این امر رشد کلی اقتصادی را بهبود می بخشد و همچنین برابری جنسیتی در نیروی کار را افزایش می دهد . پرستاران باید قبل از اینکه اسکراب خود را برای یک شیفت انجام دهند، باید به خودشان افتخار کنند، اما در سال 2020 این اطمینان را دارند که بدانند سال پرستار است و سازمان هایی در سراسر جهان از حرفه ی آن ها حمایت می کند.

منبع:

مجله DailyNurse:THE PULSE OF NURSING

Jan22,2020

نویسنده: Deborah Swanson

سارا ارمند پیشه ترم ۲ پرستاری

ملیکا بزرگ زاده ترم ۳ پرستاری

سید محمد فاضل پورنیری

ترم ۳ فوریت های پزشکی

گزارش جلسه شورای پژوهشی مورخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۴



دانشجویی بررسی و به تصویب رسید.

هریک از مجریان طرح ها به مدت ۵ دقیقه راجع به عنوان پروپوزال و روش انجام آن توضیح دادند و سپس داوران حاضر در جلسه با نظارت دبیر محترم کمیته تحقیقات دانشجویی، سرکار خانم کرمانیان، پیرامون موضوع مربوطه گفتگو نموده و پیشنهادات خود را ذیل رفع برخی اشکالات موجود ارائه کردند.

در پایان تعدادی از طرح ها با قبول اصلاح پرسشنامه و روش کار، مجدداً ارزیابی و پذیرفته شدند.

از دیگر موضوعات مورد بحث کسب رتبه اول برگزیده بیست و پنجمین جشنواره تحقیقات علوم پزشکی رازی در حیطه ارزشیابی دانشگاههای علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، توسط دانشگاه علوم پزشکی البرز بود. همچنین در مورد برخی شرایط انعقاد و پذیرش طرح های تحقیقاتی کمیته تحقیقات دانشجویی گفتگو صورت گرفت.

طی این جلسه ۱۲ طرح دانشجویی دانشجویان رشته های پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و بهداشت، توسط گروه کمیته تحقیقات

جلسه گروه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی البرز در روز شنبه، چهاردهم بهمن ماه ۱۳۹۸، جهت بررسی طرح های دانشجویی با حضور جناب آقای دکتر نوری سپهر، معاون محترم پژوهشی دانشگاه و سرکار خانم دکتر کرمانیان، سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه و دیگر اعضا تشکیل شد.

ضمن این جلسه گفتگو میان اعضای حاضر با موضوع اجرای متورشیپ در دانشکده ها و برنامه ریزی جهت برگزاری کنگره دانشجویی با موضوع پیشگفت صورت گرفت.

مائده موسوی پور، ترم ۴ پرستاری.

در تمامی محور ها) و علوم آزمایشگاهی، تجربیات خود را به نقد و مورد دید دیگران گذاشتند.

در کنگره امسال علاوه بر موضوع کیس های بالینی، بخش جدیدی به نام Clinical Images نیز اضافه گردید.

برای کنگره ی امسال بیش از 500 خلاصه مقاله ارسال گردید که از این ها 60 خلاصه برای سخنرانی و 380 مقاله برای پوستر انتخاب گردید.

وبسایت سومین دوره کنگره کیس بالینی:

<https://www.conferenceyab.ir/27916/conferences/congress-medicine-and-health/third-national-congress-on-clinical-case-reports>

رییس عالی کنگره: دکتر کریم

رییس کنگره: دکتر نوری سپهر

دبیران علمی کنگره: دکتر یزدانی و دکتر کبیر

دبیران اجرایی کنگره: دکتر فدایی و دکتر نظری

تعداد خلاصه مقالات ارسالی: 500 و خرده ای

تعداد سخنرانی ها: 60 عدد

تعداد پوستر: 380 عدد

3rd National Congress on Clinical Case Reports

محور های کنگره

3rd National Congress on Clinical Case Reports
گزارش های موردی بالینی

۴ الی ۵ دی ماه ۱۳۹۸
کرج، ایران

محورهای کنگره
جهت ارائه کیس ریپورت
<http://rcrdu.abzums.ac.ir>

بیماری های عفونی
بیماری های داخلی
طب اورژانس و مسمومیت
بیماری های اورولوژی
علوم آزمایشگاهی
جراحی
بیماری های زنان و مامایی
بیماری های اطفال
بیماری های قلب و جراحی قلب
بیماری های پوست
بیماری های روان پزشکی
بیماری های گوش، حلق و بینی چشم

Sponsored and Indexed by CIVILICA
CCR 2019

مکان برگزاری: البرز، کرج، میدان نبوت، خیابان بوعلی غربی، پردیس دانشکده پزشکی

Case Report conference

سومین دوره ی کنگره گزارشهای موردی بالینی (Case Report) برای دومین سال پیاپی در دانشگاه علوم پزشکی البرز در تاریخ ۴م و ۵م دی ماه در دانشکده پزشکی برگزار گردید. کنگره ی امسال توسط مرکز آموزشی بیمارستان شهید رجایی کرج برگزار شد و در آن رشته های داخلی (شامل تمامی فوق تخصص ها)، قلب (شامل ایترونشن، اکوکاردیوگرافی، جراحی قلب، بیهوشی قلب)، جراحی، نورولوژی و نوروسرجری، اطفال و جراحی اطفال، طب اورژانس، زنان و مامایی، اورولوژی، ارتوپدی، عفونی، پوست، چشم، گوش و حلق و بینی، روان پزشکی، پرستاری

فایل کتابچه کنگره



وبسایت سومین کنگره کیس های بالینی

سومین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی

برگزارکنندگان

- ☺ معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
- ☺ معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
- ☺ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
- ☺ معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
- ☺ مرکز آموزشی درمانی مستقل شهید رجائی
- ☺ واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید رجایی
- ☺ مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

رئیس عالی کنگره: دکتر حسین کریم

رئیس کنگره: دکتر محمد نوری سپهر

دبیران علمی کنگره: دکتر شهرروز یزدانی - دکتر کوروش کبیر

دبیران اجرایی کنگره: دکتر مریم فدائی دشتی - دکتر مرتضی نظری

مسئول برنامه علمی: فاطمه رحیمی - ربابه جعفری - حمید حسینی

مسئول ثبت نام و کتابچه خلاصه مقالات: سیده هانیه دهقان منشادی

محمد مهدی نیک‌سیما

زینب کمی‌پور

اکرم زاکانی

3rd National Congress on Clinical Case Reports

کنگره ملی گزارش های موردی بالینی

December 25-26, 2019
Karaj-Iran

۴ الی ۵ دی ماه ۱۳۹۸

مهلت ارسال مقالات: ۱ تیر - ۱۵ مهر

CCR 2019

Sponsored and Indexed by
CIVILICA
We Respect The Science

دبیرخانه
کرج، حصارک، مرکز آموزشی درمانی شهید
رجایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی
داخلی ۳۶۷ ۰۲۶-۳۲۵۷۰۰۳۰

همراه با امتیاز بازآموزی
<http://rcrdu.abzums.ac.ir>
CCR.abzums@gmail.com

مکان برگزاری: البرز، کرج، میدان نبوت، خیابان بوعلی غربی، پردیس دانشکده پزشکی

رامین رضایی نسب ترم ۵ پزشکی

مصاحبه آرمین تاجیک

به نام خدا

آرمین تاجیک

دانشجو پزشکی ترم ۵ دانشگاه علوم پزشکی البرز

موضوع کیس:

Pupillary muscle approximation برای رفع Systolic anterior motion و Mitral Regurgitation در بیماران Hypertrophic obstructive cardiomyopathy

گرفته متوجه شدند که Intraventricular septum به ضخامت 3 سانتی متر رسیده است. درمان دارویی با شکست مواجه و تصمیم گرفته شد که برای ایشان Ventriculomyectomy صورت بگیرد.

در اتاق عمل به روش Transaortic, Ventriculomyectomy به روش Transesophageal eco-morrow انجام شد و طی cardiography متوجه گرادیان بالا در LVOT شدیم. در مرحله بعد دهلیز چپ را باز کرده و جراحی Anterior mitral leaflet augmentation با استفاده از cardiac patch صورت گرفت. پس از بسته شدن Arthrotomy، مشاهده شد که گرادیان بالای LVOT برطرف گردیده است.

این بیمار بعد از گذشت دو سال دوباره مراجعه کرده و اش mitral regurgitation و Systolic anterior motion severe شده و در rate moderate قرار گرفته است. سپس از روش نوینی برای رفع این اختلال استفاده کردیم. ابتدا transverse aortotomy در 1.5 الی 2 سانتی متر بالای sinotubular junction انجام گرفت و سپس از روش pupillary muscle approximation استفاده گردید به این صورت که قاعده های anterolateral و posteromedial pupillary muscle با بخیه به همدیگر نزدیک شدند و سپس گره ضعیفی زده شد (در صورتی که گره سفت زده شود امکان ایسکمی و از بین رفتن عضله وجود دارد). پس از بستن Transoesophageal toe (intraoperative aortotomy,

۱. لطفا یک توضیح کوتاه درباره کیس ارائه شده و استاد راهنماتون بدهید.

در بیمارانی که HOCM (Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy) دارند، ما شاهد یک هایپرتروفی در قسمت Sub Aortic یا Intraventricular Septum هستیم و این بیماران دارای یک گرادیان بالا در Left Ventricular out protract هستند که در زمان استراحت از 15 الی 30 میلی متر جیوه و در زمان Endurance شدید تا 50 الی 60 میلی متر جیوه می تواند افزایش پیدا کند.

درمان:

ابتدا مداخله غیر تهاجمی که شامل درمان دارویی است صورت می گیرد که شامل Ca channel blocker, Na channel blocker, Na-Ca exchanger channel blocker، ایزوپرامید و وراپامیل می باشد و اگر علائم باقی بماند مجبور به انجام مداخله ی invasive هستیم. انواع مداخله شامل Minimal invasive و open surgery است.

مداخله Minimal invasive شامل Trans-catheter myocardial ablation است که این روش در اغلب بیماران غیرقابل انجام است و زیاد توصیه نمی شود.

Cardiac Myectomy: به روش مورو

بیمار یک آقای 54 ساله، با علائم Angina Pectoris، Dyspnea و گرادیان بالا در LVOT (Left Ventricular Outflow tract) مراجعه کردند و طی بررسی های صورت

echocardiography) نشان داد که سمع و MR کاملاً بهبود پیدا کرده. این عمل برای یک خانم 45 ساله نیز انجام شد و نتیجه حاصل رضایت بخش بود. در follow up هایی که 18 ماه و 24 ماه بعد صورت گرفت هیچ علامتی از برگشت علائم MR و سمع دیده و شنیده نشد.

استاد رهنما: دکتر محمود سرزعیم جراح قلب و عروق و رئیس بخش جراحی بیمارستان شهید رجایی هر دو کیس در بیمارستان شهید رجایی عمل شدند.

۲. انگیزه تان از شرکت در کنگره و ارائه طرحتان چه بود ؟

انگیزه ی من از شرکت در کنگره این بود که من عموماً علاقه دارم جلوتر از مرحله ای که در آن قرار دارم، باشم و کارهایی انجام دهم که خیلی جلوتر از مرحله و سن من است، مانند شرکت در کنگره های جراحی و Solo speaker بودن به عنوان یک دانشجوی. به صورت قطع، زمانی که در محضر تعداد زیادی از اساتید بزرگ و متخصص سخنرانی کنید، باید اطلاعات شما در آن زمینه به اندازه ای باشد که باعث سرافرازی استادان شود. دکتر سرزعیم به من اعتماد کردند و با فرستادن ویس هایی برای من بیمار را شرح دادند، اطلاعات بیمار را از chart شان استخراج و آنالیز کردیم. سپس Literature review انجام دادیم که مشخص شود تکنیکی که ما استفاده کردیم تا به

حال صورت گرفته است یا خیر. بعد از اینکه تمام این داده ها گردآوری شد، شروع به نوشتن چکیده ی کیس ریپورت کردیم. همانگونه که می دانید این نوع نوشته، ساده ترین نوع نوشته است.

۳. در مورد پروسه نوشتن کیس ریپورت و میزان زمانی که آماده سازی آن طول کشید لطفاً توضیح بدهید.

قسمت مقدمه با استفاده از مقاله های پیشین و کتاب هایی که در رابطه با این موضوع نوشته شده اند جمع آوری شده و base و principal کیس ما بدست آمد. در شرح بیمار، خود بیمار و شرایط درمان توضیح داده شد و در conclusion نتایج نوشته شد.

کل پروسه فارغ از جراحی هایی که انجام شد، چون من در جریان نیستم که جراحی ها چه زمانی انجام شده است، ولی خود پروسه زمانی برای هر کیس ریپورتی که ارائه دادیم 2 تا 3 روز بود. در حین نوشتن چکیده کیس ریپورت، من هر هفته، به اتاق عمل قلب در بیمارستان رجایی میرفتم و در آنجا هنگامی که دکتر در حال عمل کردن بودند، اطلاعات را با ایشان مبادله می کردم و از نتایج کار مطلعشان می کردم.

۴. نظرتان راجع به نحوه و کیفیت برگزاری کنگره امسال چیست ؟ انتقاد و پیشنهاد هایتان برای بهبود شرایط کنگره چیست ؟

مشخصاً، کنگره امسال نسبت به

کنگره سال قبل و دو سال قبل با توجه به تعداد abstract های ارسال شده و تعداد شرکت کنندگان در کنگره نشان می دهد که از مقبولیت بیشتری برخوردار بوده است و بهتر برگزار گردیده است، به خصوص با همت دکتر شهروز یزدانی.

یکی از مشکلات کنگره از نظر بنده خروج اساتید و حضار از سالن کنفرانس بود که باعث بهم ریختن تمرکز ارائه دهنده می شود.

۵. توصیه و پیشنهادتان به سایر دانشجویان برای نوشتن کیس ریپورت و به طور کلی پیشرفت در زمینه ی تحقیقات چیست ؟

توصیه من به سایر دانشجویان به خصوص رشته ی پزشکی این است که حتی الامکان در بدو ورود به دانشکده پزشکی با تخصصی که قرار است در آینده بخوانند آشنا بشوند، یعنی علاقه شان را پیدا کنند، از طریق تحقیق، پیگیر علاقه شان باشند، در مراحل زودرس به استاد مربوطه مراجعه کنند و زحمت بکشند تا بتوانند اعتماد استادشان را جلب کنند. یک کار خوبی که چند دوره است در دانشکده پزشکی انجام می شود، مواجهه زودرس بالینی است که در درس آداب پزشکی صورت می گیرد. هرچند این درس بسیار تظاهرگونه است و مواجه ی لازم با بالین صورت نمی گیرد.

همانگونه که جلوتر نیز گفتم، دانشجو باید علاقه ی خود را پیدا کند، زحمت

سطح کنگره به صورت واضحی نسبت به سال قبل بالاتر بود و همچنین مقبولیت بیشتری داشت. تعداد شرکت کنندگان نیز بیشتر از سال قبل بود، ولی چیزی که به نظر من باعث به حداکثر نرسیدن ظرفیت کنگره شده بود، این بود که شب قبل به دلیل آلودگی هوا مراکز آموزشی را تعطیل کرده بودند و دانشجویها احتمال می دادند که این کنگره نیز تعطیل شده است ولی در کل از سال قبل بهتر برگزار شد و امیدوارم این روند بهبود کیفیت در سال های بعد هم برقرار باشد.

۷. فواید نوشتن کیس ریپورت از نظر شما برای دانشجویان چیست؟

یک چیزی که من به آن معتقدم، این است که نوشتن کیس ریپورت مثل راه رفتن در یک صحرای تاریک با چراغ قوه است، یعنی تو فقط می توانی جلوی خودت را ببینی، چون جزء خیلی کوچکی از علم پزشکی و تخصص مورد علاقه ی شماست. همانطور که پیشتر نیز گفتم، وقتی دانشجوی تخصص مورد علاقه ی خودش را به صورت زودرس پیدا و در آن زمینه تلاش می کند، با نوشتن کیس ریپورت در بخش ریویو کردن literature ها و همچنین با کمک استادش، قسمت هایی از تخصص آینده اش برایش روشن تر می شود. پس دانشجوی یک سری پیش درآمدهایی از آن تخصص را یاد می گیرد، قبل از اینکه به آن ها لازم باشد. به دلیل اینکه هیچ اجباری در یادگیری این مسائل نیست، می تواند با کیفیت بیشتری مطالب را یاد بگیرد و گرنه از لحاظ افزایش بار علمی تاثیر چندانی ندارد، چونکه مقاله کیس ریپورت فقط یک مطلب خیلی کوچکی را از علوم بالینی بازتاب می کند. ولی در مشخص کردن مسیر می تواند خیلی کمک کننده باشد.

بکشد و اعتماد استادش را جلب کند تا بتواند کارهای مشترکی با آن استاد انجام دهد. توصیه من به دانشجویان به عنوان کوچکترین فردی که می تواند این توصیه رو بکند، این هست که منتظر نباشند تا کسی به آن ها فرصت بدهد، خودشان تلاش کنند تا با روش های اخلاقی، موقعیت ها را بدست آورند، چون می بینیم که با گذشت دوره ها دانشجویها تبل تر می شوند و دلشان می خواهد که بهشان خدمت بکنند و این اصلا درست نیست، مخصوصا در رشته ی پزشکی!!! چیزی که من می بینم اساتید جراحی به رزیدنت های تازه واردشان می گویند، این است که تو منتظر در پاوون نشین تا بهت جراحی تعارف کنند، تو باید درخواست کنی، باید بجنگی براش. این موضوع در کیس ریپورت که کوچک ترین مرحله است نیز باید صورت بگیرد. به نظر من باید این روحیه ی جنگندگی در دانشجویان پزشکی بالاتر برود.

۶. سطح کنگره امسال را نسبت به سال قبل چگونه توصیف می کنید؟

من در این کنگره، یک کیس جراحی عمومی داشتم که یک great pelvic schwannoma بود و اساتید راهنمای من خانم دکتر پاک متخصص جراحی عمومی و خانم دکتر لیلا حاجی مقصودی متخصص جراحی عمومی بودند. این کیس را از بیمارستان مدنی گزارش دادیم. یک مداخله Extra aortic iliac bypass با دکتر سرزعیم فوق تخصص جراحی قلب و عروق ارائه دادیم و یک مورد سخنرانی که جلوتر گفته شد. (Pupillary muscle approximation برای رفع Systolic anterior motion و Mitral Regurgitation در بیماران Hypertrophic obstructive cardiomyopathy)

رامین رضایی نسب

ترم ۵ پزشکی

مصاحبه پرهام مردی

لطفا خودتان را معرفی کنید

به نام خدا

پرهام مردی هستم دانشجوی پزشکی - ترم 10 دوره استیجری یا کار ورزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

بدهیم.

۱-لطفا یک توضیح کوتاه درباره کیس ارائه شده و استاد راهنماتون بدهید.

من در کنگره دو کیس ارائه دادم. کیس اول (Epstin-Barr virus-associated hemophagocytic lymphohistiocytosis in an adult congenital bladder and urethral agenesis) در رابطه با آژنزی مثانه (عدم وجود مثانه به صورت ژنتیکی) و ایجاد مثانه با کمک روده بیمار، از طریق جراحی و با سرپرستی آقای دکتر دلشاد (رییس بیمارستان مریم و هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران) به صورت oral و توسط خودم ارائه شد. همچنین کیس دوم به عنوان سخنرانی برتر کنگره انتخاب شد.

۲-انگیزه تان از شرکت در کنگره و ارائه طرحتان چه بود ؟

به نظر من، ما به عنوان یک کلینیسین باید با بیماری های نادر (که به طور معمول در کتاب ها نمی خوانیم و شاید حتی در کل دوره ی آموزش پزشکی عمومی با آن ها برخورد نکنیم)، تشخیص و درمان آن ها آشنا باشیم. همچنین بهتر است بدانیم که چه زمانی باید شک کنیم که یک بیمار، بیماری نادری دارد و چطور یک کیس نادر را تشخیص

۳- در مورد پروسه نوشتن کیس ریپورت و میزان زمانی که آماده سازی آن طول کشید لطفا توضیح بدهید.

نوشتن متن کیس HLH برای من حدودا سه الی چهار ساعت زمان برد ولی سخت ترین و زمان بر ترین بخش نوشتن کیس ریپورت، جمع آوری اطلاعات بیماران است زیرا معمولا این بیماران از بیمارستان ترخیص شدند. گرفتن مجوز ورود به بایگانی بیمارستان باهنر و جمع آوری اطلاعات بیماران دو الی سه روز زمان برد ولی با توجه به اینکه سال گذشته هم در کنگره شرکت کرده بودم و در نوشتن کیس ریپورت تجربه و مهارت داشتم، نوشتن متن کیس ریپورت خیلی زمان زیادی نبرد.

نوشتن متن کیس آژنزی مثانه نیز حدودا دو الی سه ساعت زمان برد ولی برخلاف کیس قبلی، من در تمام مراحل که بیمار سپری کرد حضور داشتم و با آقای دکتر به اتاق عمل رفتم و همچنین ساعات زیادی را با آقای دکتر برای بررسی کیس صرف کردیم . از این نظر به نسبت کیس قبلی بیشتر زمان برد.

۴-نظرتان راجع به نحوه و کیفیت برگزاری کنگره امسال

موقعیتی در اختیار دانشجویان ها قرار می دهد که دانشجویان کیس ها را بنویسند و از نظر نگارش علمی پیشرفت کنند.

۶- سطح کنگره امسال را نسبت به سال قبل چگونه توصیف می کنید؟

واقعیت این است که سطح هر کنگره ای را میزان مشارکت در آن و داوری ها تعیین می کند. به نظر من، امسال مشارکت در کنگره بهتر از سال قبل بود و همچنین دانشجویان و اساتید زیادی از دانشگاه های دیگر برای شرکت در کنگره تشریف آورده بودند. به نظر من از این جهت سطح کنگره امسال بالاتر بود ولی متأسفانه امسال نیز همچنان در داوری ها بایاس وجود داشت و باید عزم درستی برای رفع این بایاس صورت بگیرد.

۷- فواید نوشتن کیس ریپورت از نظر شما برای دانشجویان چیست؟

به نظر من فارغ از این که نوشتن کیس ریپورت در سیستم امتیازدهی دانشگاه و ... امتیاز دارد، مهم ترین فایده ای آن برای دانشجویان، تمرین نگارش علمی است که توسط یک اتند و یا استاد سوپروایز شود. و همچنین تجربه ی علمی ای که دانشجویان در طی این فرآیند کسب می کنند. زیرا دانشجویان در هنگام نوشتن کیس ریپورت، به عنوان یک کلینیسین با یک کیس نادر آشنا می شود که بسیار مفید است. به نظر من، فقط حتی صرف حضور در همچنین کنگره ای برای هر کلینیسینی الزامیست، زیرا اگر به طور مثال 200 کیس به صورت oral و پوستر ارائه بشود، فرد 200 بیماری مختلف و جدید را یاد می گیرد و این یادگیری بسیار ارزشمند است و مانند یک کلاس درس برای دانشجوی پزشکی می ماند. ولی خوبی نوشتن کیس ریپورت برای این کنگره نیز این است که دانشجویان کیس را با جزئیاتش یاد می گیرند و نگارش علمیش نیز تقویت می شود.

چيست ؟ انتقاد و پیشنهاد هایتان برای بهبود شرایط کنگره چیست ؟

به نظر من بزرگ ترین ایراد کنگره این است که داوری کیس ها در کنگره مقداری بایاس دارد. زیرا کسانی که داوری می کنند به طور معمول خود تعداد زیادی مقاله و کیس در کنگره ارائه داده اند. و پیشنهاد من این است که مانند فرآیند داوری در سایر مجله ها و کنگره ها، اساتیدی که خودشان در کنگره مقاله نداشته باشند و یا اساتید دانشگاه های دیگر داوری این کنگره را انجام بدهند.

اداره و مدیریت کردن این کنگره توسط مرکز تحقیقات بیمارستان رجایی واقعا به بهترین نحو انجام شد و به نظر من از نظر کیفیت، کنگره مورد بالینی، بهترین کنگره ای است که در دانشگاه علوم پزشکی البرز برگزار می شود. همچنین در 3 سال اخیر ما استقبال خیلی خوبی را توسط اکثر کلینیسین ها از این کنگره شاهد هستیم.

۵- توصیه و پیشنهادتان به سایر دانشجویان برای نوشتن کیس ریپورت و به طور کلی پیشرفت در زمینه ی تحقیقات چیست ؟

من خیلی کوچک تر از آن هستم که بتوانم توصیه ای بکنم، ولی واقعیت این است که نوشتن یک کیس ریپورت و یا مقاله باکیفیت و همچنین پیشرفت در این زمینه، نیاز به مطالعه دارد. برای مطالعه ی بهتر، لازم است مجله هایی که در حوزه مورد علاقه مان چاپ می شوند را دنبال کنیم و مطالب آن ها را بخوانیم. هر چقدر فرد بیشتر و بهتر بخواند، بیشتر و بهتر می تواند بنویسد و نباید از خطا و اشتباه کردن بترسد. زیرا بعضی چیزها آموزش دادنی نیستند و خود فرد باید آن ها را تجربه کند. به طور کلی نوشتن کیس ریپورت تمرین خوبی برای یادگیری نگارش علمی برای دانشجویان می باشد. همچنین اگر اساتید نیز در این زمینه به دانشجویان کمک کنند و اشتباهاتشان را اصلاح کنند، دانشجویان پیشرفت می کنند. از نظر من یکی از مزایای این کنگره این است که

۸- هر چه دل تنگت می خواهد بگو!

خوشبختانه شاهد این هستیم که در این چهار - پنج سال گذشته جریان خیلی خوبی از لحاظ علمی و پژوهشی در دانشگاه ما راه افتاده است. متأسفانه سنگ ها و سد معبرهایی نیز در راه این جریان وجود دارد. بعضی از این سنگ ها، موانع سیستماتیک هستند (برای مثال کوریکولوم آموزش پزشکی اهمیت نسبتاً کمی برای پژوهش دانشجوی پزشکی قائل است و یا دیدگاه و تصویری که اساتید حوزه بالینی نسبت به کار پژوهشی و علمی دارند). و این موانع همیشه باعث ایجاد مشکل در حوزه پژوهش دانشجویی بخصوص برای دانشجویان پزشکی شده است.

به نظر من، بهترین راهکار برای اینکه هم اساتید بتوانند از پتانسیل عظیمی که در دانشگاه وجود دارد بهره ببرند و هم دانشجوی ها بتوانند از راهنمایی اساتید بهره مند بشوند، این است که بسترهایی برای دانشجوی ها و اساتید فراهم شود که بتوانند به بحث علمی بپردازند، درمورد کارهای علمی و پژوهشی صحبت کنند و در جایگاه برابر با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند. امیدوارم اگر قرار است تغییری در سیستم آموزش پزشکی ایجاد شود، تغییری به سمت تفکر علمی، استنباط و دور شدن از صرفاً حفظ کردن اطلاعات فراموش شدنی باشد و همچنین امیدوارم که با یکدیگر بتوانیم سهم مهمی در جریان علمی کشور داشته باشیم.

سارینا انصاری
ترم ۵ پزشکی

مطابق با نظرات داوران بازبینی می کند و برای سردبیر ارسال می کند. در این مرحله سردبیر به بررسی تغییرات اعمال شده می پردازد و تصمیم نهایی را جهت پذیرش، رد یا بازبینی مجدد اعلام می کند.



وقتی درخواست داوری یک مقاله برای شما فرستاده می شود، بهترین کاری که می توانید در این مرحله انجام دهید پاسخ سریع به سردبیر است. برای این کار، ابتدا عنوان، چکیده و فرجه ثبت داوری را بررسی کنید تا ببینید که آیا دانش لازم برای داوری مقاله را دارید و می توانید در زمان مناسب آن را تحویل دهید. این کار 5 تا 10 دقیقه بیشتر زمان نمی گیرد. سپس سریعاً به سردبیر پاسخ دهید که می توانید در داوری مقاله ارسالی مشارکت کنید یا نمی توانید و اگر نمی توانید چند داور جایگزین به سردبیر معرفی کنید. قبل از آنکه داوری مقاله را بپذیرید، این شش سوال را از خود بپرسید:

1. آیا عامل مخدوش کننده ای داوری من را تحت تاثیر قرار می دهد؟
- عامل مخدوش کننده می تواند نویسنده مقاله، موضوع مقاله، جنس، نژاد، موقعیت جغرافیایی یا افیلیشن مرکز

چگونه داور یک مجله علمی شویم

چاپ مقالات پژوهشی یک امر ضروری برای گسترش دانش است. اما چگونه می توان یافته های درست علمی و یافته های غلط و گمراه کننده را از یکدیگر تمایز داد؟ این کار به واسطه Peer review انجام می گیرد. در حقیقت Peer review دروازه کنترل کیفیت است و به سردبیر کمک می کند تا ارزش و اعتبار مقالات ارسال شده به ژورنال را ارزیابی کند.

وقتی با نحوه انجام Peer review آشنا شوید، می فهمید خواسته سردبیرها از مقاله و اجزای آن چیست و این از شما یک نویسنده متبحر می سازد. بعلاوه با خواندن استایل های نوشتاری نویسندگان مختلف، نگارش آکادمیک شما بهتر می شود و با نحوه ارائه ایده های جدید متفاوت از روش هایی که بطور معمول از آنها استفاده می کنید آشنا می شوید. هم چنین هر چه بیشتر به داوری مقالات می پردازید اعتماد به نفس تان افزایش می یابد. در این شماره و شماره آتی سعی داریم قدم به قدم شما را با فرایند Peer review آشنا کنیم.

زمانی که نویسنده مقاله خود را سابمیت می کند، سردبیر آن را ارزیابی می کند و اگر مطابق با اهداف ژورنال باشد آن را می پذیرد. سپس مقاله برای دو یا سه داور فرستاده می شود. در این مرحله Peer review آغاز می شود و داوران مقاله را دقیق خوانده و نظرات تخصصی خود را برای سردبیر می فرستند. سردبیر نظرات را می خواند و در صورت صلاحدید، برای نویسنده ارسال می کند. نویسنده مقاله را

تحقیقات نگارنده، یا حتی متودی که در مقاله استفاده شده است باشد. هم چنین این ریسک وجود دارد که داور سهوا به موضوع پژوهشی یا استایل نگارشی خاصی علاقه بیشتری داشته باشد که داوری مقاله را تحت تاثیر قرار دهد.

2. آیا تعارض منافع وجود دارد؟ داوری مقالاتی که نویسنده آنها دوستان نزدیک، همکاران یا افراد مرکز تحقیقات فعلی تان هستند، صحیح نیست. اگر همکاران قبلی تان که در مرکز تحقیقات دیگری مشغول

به کار هستند یا افرادی که با آنها دیدار داشته اید اما صمیمی نیستید نویسنده باشند می توانید داوری مقاله را عهده دار شوید؛ به شرط آنکه بدانید روابطتان داوری را تحت تاثیر قرار نمی دهد. داوری مقالاتی که موضوع مشابه با طرح های پژوهشی



تان دارند این ریسک را به دنبال دارد که از آنها جهت منافع خودتان بهره ببرید یا بطور غیرمنصفانه ای داوری را انجام دهید که پذیرش آن مقالات با مشکل رو به رو شود. بنابراین هرگونه تعارض منافع بالقوه را به ژورنال اطلاع دهید.

3. آیا در این زمینه تخصص کافی دارم؟

قطعا سردبیر از شما توقع ندارد که در همه زمینه ها تبحر داشته باشید. بنابراین بهتر است رو راست باشید و اگر مثلا در رابطه با متود مقاله یا روش های آماری استفاده شده اطلاعات کافی ندارید به سردبیر اطلاع دهید.

4. آیا می توانم امانت دار باشم؟ جزئیات مقاله ای که داوری می کنید را نباید با دوستان، همکاران یا

انتشارات در میان بگذارید چرا که این امر می تواند منجر به سرقت ادبی، رقابت ناسالم، یا آشکار شدن جزئیات مقاله قبل از انتشار رسمی شود. حتی اگر می خواهید از یک فرد دیگر برای داوری قسمتی از مقاله کمک بخواهید باید از سردبیر اجازه بگیرید و اطمینان دهید که اصل امانت داری رعایت خواهد شد.

برای شروع، ابتدا به گایدلاین

نویسندگان ژورنال موردنظر مراجعه کنید که شما را در سنجش سازگاری مقاله با اهداف و معیارهای ژورنال راهنمایی می کند. وقتی داوری مقاله را پذیرفتید، به سیستم های ثبت داوری مقاله (review-submission system) مانند

سیستم های کاربردی Scholar One, Editorial Manager و OJS system دسترسی پیدا خواهید کرد و می توانید از چک لیست ها و دیگر امکانات آنها استفاده نمایید. نقاط قوت و ضعف مقاله، مسائل اخلاقی، نحوه آنالیز و ارائه اطلاعات را بررسی کنید و سعی کنید در ارتباط با سردبیر، شفاف، دقیق، محتاط و حرفه ای باشید.

در شماره آینده با جزئیات بیشتری به شرح نحوه داوری اجزای سازنده مقاله می پردازیم.

5. آیا می توانم داوری سازنده و منصفانه ای داشته باشم؟

در داوری مقاله علاوه بر اینکه نظر نقادانه و صریح خود را اعلام کنید، باید توجه داشته باشید که سازنده و مودبانه باشد.

6. آیا می توانم در زمان تعیین شده، داوری مقاله را تحویل دهم؟

یکی از علل تاخیر در فرایند داوری مقالات و چاپ آنها، عدم توجه داوران به فرجه تعیین شده است. زمان خود را تنظیم کنید تا به موقع داوری مقاله را به انجام برسانید. اگر به موضوع مقاله علاقه مند هستید و دانش کافی را دارید اما نمی توانید در فرجه تعیین شده تحویل دهید به داور اطلاع دهید چرا که ممکن است سردبیر بتواند فرجه را برای شما افزایش دهد.

منابع جهت مطالعه بیشتر:

سایت آکادمی پابلون (www.publons.com)

سایت انتشارات ویلی (www.wiley.com)

خانم جمعی :

دبیر دانشجویی دفتر یوسرن البرز

