



نشریه علمی دانشجویی کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان
شماره ۴۳_ تابستان ۱۳۹۷

فهرست

مقدمه

- ۱ سخن مدیر مسول
۲ سخن سر دبیر

مطالعات انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

- بررسی وضعیت اشتغال دانش آموختگان بهداشت حرفه ای
۳ دانشکده بهداشت
ارتباط سندروم ساختمان بیمار با پارامترهای محیطی
۵ بررسی میزان استفاده از شبکه های اجتماعی مجازی در دانشجویان
۶

مطالعات و تحقیقات روز دنیا

- نقش پروبیوتیک ها در سلامتی
۷ ارتباط بین دیابت و افسردگی
۱۱ بیماری ای که دراکولا را خلق کرد!
۱۳ کدام نوع مسواک برای افراد سالم مناسب است؟
۱۸

سایر مطالب

- المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی؛ فرصت ها و چالش ها
۲۱ بیوگرافی، معرفی چهره های علمی
۲۲ مصاحبه
۲۴ معرفی کتاب
۲۶ همایش های پیش رو
۲۸

نشریه علمی



نشریه علمی دانشجویی کاشان کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کاشان

صاحب امتیاز: معاونت تحقیقات و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مدیر مسئول: دکتر الهه میانه ساز
سر دبیر: معصومه اصلاحی

همکاران:

فاطمه برزگر
مهرناز خوش جمال فکری
حدیثه ربیعی
بهار صادقی
عاطفه علیزاده
راضیه مختاری

هیئت تحریریه:

دکتر الهه میانه ساز
دکتر حنیف الله بخشی
دکتر فخرالسادات میر حسینی
دکتر حسن رحمانی
دکتر محمد آقا جانی
دکتر مهدی ناظری
دکتر آمنه تقدیسی
معصومه اصلاحی

هیئت اجرایی:

ویراستار: آیدا مهدیان
صفحه آرایی و طراحی جلد: صادق میرزایی
با تشکر صمیمانه از: دکتر غلامعلی حمیدی و
خانم زهره آذرباد

نشانی: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب رواندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
معاونت تحقیقات و فناوری، دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی
تلفکس: ۰۳۱-۵۵۶۲۱۳۱۸ صندوق پستی: ۷۸۱۵۵/۱۱۱
Email: src@kaums.ac.ir

کنکاش در ویرایش و کوتاه کردن مطلب آزاد است.
حقوق چاپ، انتشار، نقل مطالب، طرح ها و عکس ها برای نشریه محفوظ است.
مسئولیت محتوای مطالب با نویسندگان است.
کلید هزینه های نشریه توسط معاونت تحقیقات و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی کاشان تامین می گردد.



به نام خداوند جان و خرد کزین برتر اندیشه بر نگذرد

به خواست پروردگار مهربان و همدلی اعضای محترم هیئت تحریره و دانشجویان گرامی، چهل و سومین شماره نشریه کنکاش نیز به چاپ رسید.

این نسخه همچون شماره قبل، دارای بخش های " برخی مطالعات انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی کاشان"، " مطالعات و تحقیقات روز دنیا"، " معرفی چهره های برتر علمی"، " معرفی کتاب" و " همایش های پیش رو" می باشد.

در شماره بعد، قصد داریم مطالبی در خصوص حیطه های طلایی پژوهش که به تصویب شورای مرکزی کمیته تحقیقات دانشجویی رسیده است (شامل " تروما" و " آموزش و اخلاق پزشکی") به چاپ برسانیم. لازم به ذکر است کمیته تحقیقات دانشجویی حمایت های مادی و معنوی خاصی از افرادی که در این حوزه ها به فعالیت پردازند، به عمل خواهد آورد. لذا از هم اکنون از دانشجویان عزیز در زمینه پژوهش و ارسال مطالب در حوزه های مزبور دعوت به همکاری می نمایم.

بی شک پیشنهادات و انتقادات شما خوانندگان گرامی جهت بالابردن کیفیت نشریه راه گشا می باشد و امیدواریم ما را از نظرات ارزشمند خود بی بهره نگذارید.

در آخر از حمایت های همیشگی معاونت محترم تحقیقات فناوری و مدیر پژوهشی پرتلاش دانشگاه کمال تشکر را دارم.

الهی میانه ساز



به نام خداوند دانایی

با عرض سلام، آرزوی توفیق و سربلندی خدمت تمام خوانندگان محترم

خداوند علیم را شاکریم که توفیق انتشار شماره ای دیگر از نشریه علمی دانشجویی کنکاش را به ما عنایت فرمود. یکی از حسن های غیر قابل انکار نشریات علمی، امکان ارائه یافته ها و نتایج تحقیقات در آن است تا زکات علم خویش، یعنی نشر آن را ادا کرده باشیم. ما برآن هستیم تا با استفاده از پتانسیل های عظیم و ارتباط مستمر با محققین و دانشجویان و دریافت مقالات علمی و نظرات ایشان، امکان فضایی مناسب و با کیفیت را برای انتشار مجله کنکاش فراهم آوریم. بدون شک بدون همراهی شما محققین و دانشجویان فعال این مهم، محقق نخواهد شد. امیدواریم در شماره های بعدی این نشریه شاهد همکاری و همدلی بیشتر شما عزیزان باشیم تا انتشار این نشریه کماکان ادامه داشته باشد.

در پایان سخن از تمامی اعضای محترم هیئت تحریریه و همکاران محترم در حوزه معاونت پژوهشی که ما را در تهیه این شماره مجله یاری نمودند، قدردانی کرده و برای همه آنان از خداوند متعال، سلامتی و توفیق روز افزون در عرصه علم و دانش آرزو می کنم و از کلیه دانشجویان گرامی، خوانندگان و صاحب نظران اندیشمند تقاضا می شود با راهنمایی مشفقانه خویش ما را در ادامه مسیر یاری نمایند.

معصومه اصلاحی

بررسی وضعیت اشتغال دانش‌آموختگان بهداشت حرفه‌ای دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۶

عباس بهرامی، عضو هیات علمی گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پیمان خالقی، کارشناس بهداشت حرفه‌ای و دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت سلامت ایمنی و محیط زیست، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

منیژه قامتی، کارشناس ارشد مدیریت برنامه ریزی آموزشی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خلاصه:

مقدمه و هدف: دانشگاه به عنوان آخرین سطحی است که افراد جهت تحصیل در رشته‌های مختلف به آن وارد می‌شوند و پس از دانش‌آموختگی انتظار می‌رود که در رشته‌های مربوطه به کار مشغول گشته و کشور از مزایای نیروی انسانی آموزش دیده بهره‌مند گردد. نیروی انسانی متخصص یکی از عوامل رشد و توسعه کشورها محسوب می‌شود و در این راستا کشورها سرمایه‌های مادی و معنوی زیادی صرف می‌کنند تا بتوانند نیروی انسانی کارآمد تربیت کنند. همچنین اهمیت مهارت‌ها و توانایی‌هایی که دانش‌آموختگان دریافت می‌کنند، سطح رضایت‌مندی آن‌ها از این مهارت‌ها و توانایی‌ها، عوامل موثر بر یافتن شغل مناسب و مرتبط با رشته، درصد دانش‌آموختگانی که شغل یافته‌اند، چالش‌های عمده سازمان‌ها در استخدام دانش‌آموختگان، اطلاع از وضعیت شغلی دانش‌آموختگان دانشگاه اعم از این که مرتبط با رشته تحصیلی باشد یا نباشد و یا این که به طور کلی افراد دانش‌آموخته بیکاراند و یا به شغلی اشتغال یافته‌اند، می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار مسئولین قرار دهد تا بتوانند نواقص برنامه‌های آموزشی و تربیتی را دریافت کنند و برای برنامه‌ریزی‌های آینده از آن استفاده نمایند. هدف این مطالعه تعیین وضعیت اشتغال دانش‌آموختگان بهداشت حرفه‌ای دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۶ می‌باشد.





مواد و روش ها: این مطالعه توصیف مقطعی بر روی ۱۱۰ دانش آموخته رشته مهندسی بهداشت حرفه ای که به طور تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. با استفاده از پرسش نامه اطلاعات مربوط به دانش آموختگان مزبور جمع آوری گردید و با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۶ داده ها تجزیه و تحلیل آماری گردید.

یافته ها: بر اساس جنس ۳۶/۴ درصد مرد و ۶۳/۶ درصد زن، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۰/۵ سال، ۴۳/۶ درصد مجرد و ۵۶/۴ درصد متاهل، از لحاظ سواد والدین بیش از ۵۰ درصد سطح تحصیلات ابتدایی، از لحاظ شغل مادر اکثریت خانه دار و شغل پدر ۴۵/۴ درصد کارمند، ۲۸/۹ درصد آزاد، ۶/۲ درصد معلم و ۱۶/۵ درصد کارگر بودند. از لحاظ سطح تحصیلات دانشگاهی ۶/۴ درصد کاردانی، ۸۱/۷ درصد کارشناسی، ۱۱ درصد کارشناسی ارشد و ۰/۹ درصد دکترا بودند. ۷۵ درصد آن ها دوره های خاصی را گذرانده بودند. از لحاظ تسلط بر رایانه ۳/۷ درصد کم، ۵۸/۵ درصد متوسط، ۳۶/۱ درصد زیاد و ۷/۳ درصد خیلی زیاد را بیان کرده بودند. ۹۹ درصد افرادی که شاغل بودند در شغل مرتبط با رشته خود مشغول به کار شده بودند. از لحاظ نوع استخدام ۵۸/۳ درصد تمام وقت، ۲۷/۸ درصد پاره وقت، ۰/۹ درصد خویش فرما، ۶/۵ درصد دانشجوی و ۶/۵ درصد بیکار بودند. از لحاظ مدت زمانی که طول کشیده بود تا بعد از دانش آموختگی شغل پیدا کنند ۷۸/۸ درصد کمتر از یکسال، ۱۸/۳ درصد یک تا ۵ سال و ۴/۸ درصد دانشجوی بودند. از لحاظ سابقه کار ۱۸/۴ درصد دارای سابقه کمتر از یکسال، ۲۹/۶ درصد دارای سابقه یک تا پنج سال، ۴۸ درصد سابقه بیش از پنج سال و ۴/۱ درصد دانشجوی بودند. از لحاظ نحوه ی یافتن شغل ۳۹ درصد از طریق دوستان، ۹/۵ درصد از طریق بستگان، ۸/۶ درصد از طریق روزنامه ها، ۷/۶ درصد از طریق اینترنت و ۳۱ درصد از سایر روش ها و ۳/۸ درصد دانشجوی بودند. ۳۷/۷ درصد افراد مورد مطالعه در آزمون شغلی شرکت کرده بودند و ۵۸/۵ درصد بدون شرکت در آزمون شغلی مشغول به کار شده بودند و ۳/۸ درصد دانشجوی بودند. از لحاظ میزان حقوق دریافتی ماهانه ۲۶/۴ درصد کمتر از یک میلیون تومان، ۵۷/۵ درصد یک تا ۲ میلیون تومان، ۱۱/۳ درصد ۲ تا ۳ میلیون تومان، ۰/۹ درصد بیش از ۳ میلیون تومان و ۳/۸ درصد دانشجوی بودند. از لحاظ میزان علاقه به شغل ۷/۵ درصد علاقه کم، ۳۵/۸ درصد علاقه متوسط، ۳۲/۱ درصد علاقه زیاد، ۲۰/۸ درصد علاقه خیلی زیاد داشتند و ۳/۸ درصد دانشجوی بودند.

نتیجه گیری: همانطور که ذکر شد، ترکیب جنسی افراد مورد مطالعه که دو سوم افراد زن بودند. با توجه به این که در محیط های صنعتی فعالیت های سنگینی صورت می گیرد و ایجاب می کند که بیشتر مردان در این محیط ها به کار گرفته شوند، لذا توصیه می گردد که در هنگام انتخاب این رشته به گونه ای عمل شود که حداقل ۵۰ درصد پذیرفته شدگان، مرد باشند. با توجه به این که در حال حاضر کشور نیاز زیادی به تکنسین دارد و با توجه به این که بیش از ۸۰ درصد افراد دارای مدرک کارشناسی بودند پیشنهاد می گردد که دوره های کاردانی مجدداً برقرار گردد.

واژه های کلیدی: برنامه آموزشی، آزمون شغلی، رایانه





ارتباط سندروم ساختمان بیمار با پارامترهای محیطی (مطالعه موردی: بیمارستان شهید بهشتی کاشان)

حکیمه زمانی بادی، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت سلامت ایمنی و محیط زیست، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
 اشرف مظاهری تهرانی، کارشناس ارشد مدیریت سلامت ایمنی و محیط زیست، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مقدمه و هدف: ساختمان‌های جدید با فضای کوچک و میزان تعویض هوای کم باعث ظهور آلاینده های مختلفی در داخل ساختمان‌ها شدند که باعث افزایش شکایت کارکنان و معرفی نشانه‌های جدیدی با عنوان سندروم ساختمان (SBS) بیمار شدند. مطالعات اپیدمیولوژیک متعددی جهت تعیین شیوع (SBS) صورت پذیرفته است، اما توجه کمتری به ارتباط آن با عوامل محیطی داخل ساختمان شده است. در مطالعه حاضر ارتباط میان علائم ساختمان بیمار با عوامل محیطی داخل بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۳۲۳ نفر از کارکنان بیمارستان شهید بهشتی کاشان که به صورت تصادفی انتخاب شدند انجام گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسش نامه سنجش علائم سندروم ساختمان بیمار استفاده شد. همزمان، عوامل محیطی تأثیر گذار شامل صدا، روشنایی و دمای محیط توسط تجهیزات مناسب کالیبره شده اندازه گیری شد. پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS۱۷ و آزمون های آماری T-Test و کای اسکور مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میزان شیوع (SBS) ، ۵۰/۸۱ درصد برآورد شد. بیشترین میزان ناراحتی از شرایط محیط کار مربوط به سروصدای زیاد (۸۸/۳ درصد)، روشنایی کم (۶۰/۷ درصد) و بوهای ناخوشایند (۸۷/۵ درصد) بود. رابطه معناداری بین جنسیت و شرایط محیطی و ابتلا به سندروم ساختمان بیمار به دست آمد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط بین پارامترهای محیطی و شیوع (SBS) انجام اقداماتی در جهت بهبود شرایط محیط کار از جمله ایجاد شرایط تهویه ای مناسب و بهبود بخشیدن به موقعیت های شغلی می توان وضعیت ایده آل برای کارکنان را فراهم آورد و بازده کاری را افزایش و میزان غیبت از کار را کاهش داد.

واژه های کلیدی: سندروم ساختمان بیمار، عوامل محیطی، کارکنان





بررسی میزان استفاده از شبکه های اجتماعی مجازی در دانشجویان دانشگاه های کاشان

بهار صادقی، دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
سهیل عابدین زاده مقدم، دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
فائزه نوروزی، دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
مجتبی صحت، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مقدمه و هدف: شبکه های اجتماعی مجازی که نسلی نو از سامانه های اینترنتی اجتماع محور و بر پایه هنجارهای جوامع هستند در حال گسترش روز افزون در تمامی نقاط جهان می باشند. در ایران نیز از بدو پیدایش این شبکه ها مخاطبان آن در کشور پیوسته رو به فزونی بوده است. هدف این پژوهش بررسی وضعیت استفاده از شبکه های اجتماعی مجازی بین دانشجویان دانشگاه های شهرستان کاشان است.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت مقطعی Cross section study بر روی ۲۵۰ دانشجو که در دانشگاه های شهرستان کاشان مشغول به تحصیل می باشند انجام شد. جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه های کاشان بودند که به صورت تصادفی از دانشگاه های کاشان، علوم پزشکی، آزاد و شهید رجایی انتخاب شدند. پرسش نامه بررسی وضعیت استفاده از شبکه های اجتماعی بعد از تعیین روایی و پایایی به صورت بی نام در اختیار دانشجویان گذاشته شد و بعد از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS۱۷ تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تعریف شد.

یافته ها: از کل ۲۵۰ دانشجوی مورد مطالعه ۵۰/۸ درصد را دختران تشکیل می دادند. فراوانی نسبت دانشجویان متأهل دختر ۱۷/۶ درصد و پسر ۱۰/۷ درصد بود. ۴۶/۸ درصد دانشجویان در مقطع کارشناسی و ۳۸ درصد در مقطع ارشد و ۸/۴ درصد ایشان در مقطع دکترا بودند. ۴۴/۷ درصد دانشجویان مورد مطالعه یک سال یا کمتر سابقه تحصیل در دانشگاه را داشتند. در کل ۹۱/۶ درصد دانشجویان از شبکه های اجتماعی استفاده می کردند. نسبت استفاده در دختران ۹۳/۷ درصد بود که البته اختلاف معنی داری با پسران نداشت. تلگرام با ۹۰/۴ درصد بالاترین و در مرحله بعد اینستاگرام با ۵۶/۵ درصد و واتس اپ با ۳۲ درصد و لاین با ۲۳/۳ درصد در مراتب بعدی بودند. با بالا رفتن هر مقطع تحصیلی شانس استفاده از شبکه های اجتماعی ارتباطی نشان نداد. هر چه تعداد افراد خانواده کمتر بودند شانس استفاده از شبکه های اجتماعی افزایش نشان داد ($P=0/034$). شانس استفاده در دانشجویانی که اولین فرزند بودند ۶/۳ برابر رتبه های تولد ۴ و بالاتر بود. آنان که دوستان نزدیک داشتند، ۱/۶ برابر دانشجویان بدون دوست صمیمی از شبکه های اجتماعی استفاده می کردند. تحصیلات پدر و خصوصا مادر تاثیر معنی داری در استفاده از شبکه های اجتماعی نشان داد.

نتیجه گیری: میزان استفاده از شبکه های اجتماعی در دانشجویان نسبت به مطالعات مشابه قبلی به صورت قابل توجهی افزایش نشان می دهد و بیشترین نسبت استفاده در تلگرام بود. سطح تحصیلات والدین، رتبه تولد و تعداد افراد خانوار و تعداد دوست های صمیمی دانشجویان از عواملی بودند که در این مطالعه ارتباط مستقیم با استفاده از شبکه های اجتماعی نشان دادند. توصیه می شود از یک سو از این بستر برای ارتقای توان علمی استفاده آموزشی شود و از سوی دیگر با مطالعات گسترده مشکلات و عوارض استفاده بیش از حد از شبکه های اجتماعی مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

واژه های کلیدی: شبکه های اجتماعی مجازی، اینستاگرام، تلگرام، دانشجو

نقش پروبیوتیک‌ها در سلامتی

سینا امیرجانی، دانشجوی کارشناسی تغذیه کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خواص ویژه‌ای باشد از جمله: ۱. مقاوم بودن به اسید معده، نمک‌های صفراوی و آنزیم‌های روده ای باشد. ۲. عدم جذب توسط قسمت‌های بالایی لوله گوارش ۳. به آسانی توسط میکروارگانیسم‌های مفید روده تخمیر شود.

از منابع مهم پره بیوتیک‌ها می‌توان شیر مادر، سویا، مواد حاوی اینولین، گندم کامل و انواع جو را نام برد.

■ سینیوتیک

بعد از کشف اهمیت پره بیوتیک‌ها، محققان پی بردند وقتی پروبیوتیک‌ها و پره بیوتیک‌ها با هم ترکیب شوند خواص بیشتری دارند. سینیوتیک‌ها برای از بین بردن موانع بقای پروبیوتیک‌ها در روده بوجود آمدند. از مهمترین نژادهای پروبیوتیک استفاده شده در سینیوتیک‌ها می‌توان به لاکتوباسیلی، بیفیدوباکتريا و باسیلوس کوآگلانس اشاره کرد و فروکتوالیگو ساکارید (FOS)، گزیلوزالیگوساکارید (XOS) و اینولین مهمترین پره بیوتیک‌ها استفاده شده در سینیوتیک‌ها هستند.

از مهمترین فواید پروبیوتیک‌ها می‌توان جلوگیری از اسهال و یبوست اشاره کرد. به علاوه پروبیوتیک‌ها باعث افزایش زیست فراهمی مواد مغذی در روده می‌شوند. پروبیوتیک‌ها همچنین می‌توانند باعث کم تر شدن علائم آرژری، سرطان و ایدز شوند.

■ اسهال

در طی دو دهه‌ی گذشته مطالعات متعددی در ارتباط با تاثیر پروبیوتیک‌ها بر اسهال انجام گرفته و نتایج نشان داده پروبیوتیک‌ها اثرات مثبتی در جلوگیری از انواع اسهال دارند. برای مثال پروبیوتیک‌ها می‌توانند اثرات مثبتی بر اسهال حاد کودکان ناشی از روتاویروس داشته باشند. پروبیوتیک‌هایی که شامل گونه‌های لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس، لاکتوباسیل رامنوسوس، لاکتوباسیلوس دلبروکی و مخمر ساکارومایسس بولاری می‌باشند در کاهش علائم اسهال مرتبط با آنتی بیوتیک‌ها موثر هستند.

((بگذارید داروی شما خوراک شما باشد و خوراک شما داروی شما)) این جمله‌ی تاریخی از بقراط نشان دهنده‌ی اهمیت تغذیه در سلامتی انسان‌ها می‌باشد. اولین بار الی مچنکوف روسی که دارنده‌ی جایزه‌ی نوبل پزشکی بود، به نقش بعضی از باکتری‌های خاص در لوله‌ی گوارش انسان پی برد. مچنکوف پی برد مردم ساکن در بالکان به دلیل استفاده از شیر تخمیر شده اکثرا دارای عمری طولانی می‌باشند. از آن زمان دانشمندان شروع به تحقیق درباره‌ی نقش غذاها در سلامتی و جلوگیری از بیماری‌ها کردند. تحقیقات گسترده در این زمینه باعث نشان گذاری گروهی از غذاها به نام غذاهای عملگرا (Functional Foods) شد. غذاهای عمل گرا به غذاهایی گفته می‌شود که تنها به دلیل زنده ماندن مصرف نمی‌شوند بلکه دارای فاکتورهایی می‌باشند که می‌توانند از بعضی بیماری‌ها جلوگیری کنند و همچنین عملکرد فیزیولوژیک بدن را بهبود بخشند.

■ پروبیوتیک

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، پروبیوتیک‌ها به میکروارگانیسم های زنده‌ای گفته می‌شود که اگر به مقدار مناسب تجویز شوند، سلامتی میزبان را بهبود می‌بخشند. از جمله میکروارگانیسم‌های شناخته شده می‌توان به لاکتوباسیلوس رامنوسوس، لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس، باسیلوس کوآگلانس، لاکتوباسیلوس روتری، بیفیدوباکتريا، بعضی از نژاد های لاکتوباسیل کازئی، گونه‌ی Nissle 1917 اشرشیاکلائی، بعضی از انتروکوک‌ها و مخمر ساکارومایسس بولاردی اشاره کرد. این پروبیوتیک‌ها به ماده‌ی غذایی مخصوصا شیر تخمیر شده به صورت تکی یا ترکیبی اضافه می‌شوند. خواص پروبیوتیک‌ها در افراد مختلف متفاوت است و همچنین ممکن است یک پروبیوتیک خاص وقتی با نوع دیگری ترکیب شود، خواص متفاوتی نسبت به وقتی که به تنهایی مصرف شود نشان دهد.

■ پره بیوتیک

پره بیوتیک‌ها به طور کلی فیبرهای غیر قابل هضمی هستند که سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند. این تاثیر به خاطر تحریک رشد و فعالیت بعضی از گونه‌های میکروارگانیسم‌ها در کولون است. یک پره بیوتیک ایده آل باید دارای

■ عدم تحمل لاکتوز

عدم تحمل لاکتوز به دلیل عدم هضم لاکتوز ایجاد می‌شود. در این حالت فعالیت آنزیم بتاگالاکتوزیداز بسیار کم می‌باشد و در صورت مصرف لاکتوز علائمی مانند اسهال، نفخ و درد شکمی ایجاد می‌شود. دو راه معمول برای درمان عدم تحمل لاکتوز استفاده از کپسول‌های لاکتاز و استفاده از پروبیوتیک‌هایی نظیر لاکتوباسیلوس بولگاریس و استرپتوکوکوس ترموفیلوس است. همچنین مشاهده شده که مصرف شیرهایی که حاوی بیفیدوباکتریوم لانگوم و لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس هستند به طور موثری باعث کاهش نفخ می‌شود.

■ خاصیت ایمونومدولاتوری (تعدیل کننده‌ی سیستم ایمنی)

پروبیوتیک‌ها دارای خواص ایمونومدولاتوری هستند برای مثال مواد ترشح شده از لاکتوباسیلوس روتری باعث کاهش بیان ژن‌های وابسته به فاکتور کاپا (NF-KB) می‌شود که این عامل خود سبب کاهش تکثیر سلولی و افزایش پروتئین کیناز فعال شده با میتوزن (MAPK) می‌شود که خود یکی از عوامل مهم در ایجاد فرایند آپوپتوز است (۱).

■ HIV

بنظر می‌رسد پروبیوتیک‌ها اثرات مثبتی بر علائم بیماری HIV می‌گذارند برای مثال در بیمارانی که پروبیوتیک‌ها را برای مدتی مصرف کردند تعداد CD4 به طور خفیفی افزوده شد.

اسهال در اغلب افراد مبتلا به ایدز به طور متناوب اتفاق می‌افتد و ناشی از انواع پاتوژن‌های فرصت طلب و همچنین داروها مانند آنتی بیوتیک‌ها می‌باشد و همانطور که گفته شد استفاده از پروبیوتیک‌ها و پربیوتیک‌ها در درمان انواع اسهال مفید می‌باشد (۲).

■ بیماری‌های قلبی عروقی و متابولیسم چربی‌ها

اولین بار در سال ۲۰۱۰ طی مطالعه‌ای در افراد قوم ماسای که مقدار زیادی شیر تخمیر شده مصرف می‌کنند، کاهش سطح کلسترول خون گزارش شد. لاکتوباسیلوس بولگاریس، لاکتوباسیلوس روتری و باسیلوس کوآگولانس از جمله نژادهای پروبیوتیک هستند که خاصیت کاهش دهنده‌ی کلسترول دارند. همچنین در مطالعاتی که بر روی انسان‌ها انجام شد مشخص شد که شیر حاوی سروتایپ L1 باکتری لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس سطح کلسترول سرم را پایین می‌آورد.

■ سندروم روده تحریک پذیر (IBS)

سندروم روده تحریک پذیر یکی از رایج‌ترین اختلالات دستگاه گوارش است که شامل یک سری از علائم مزمن و عود کننده مانند درد شکمی، نفخ و تغییر عادات روده‌ای است. فاکتورهایی که باعث ایجاد این بیماری می‌شوند بسیار مختلف هستند.

پروبیوتیک VSL3# باعث کاهش نفخ می‌شود. همچنین در چندین مطالعه لاکتوباسیلوس رامنوسوس باعث کاهش درد شکمی شد. همچنین مصرف بیفیدوباکتریوم بیفیدوم برای ۴ هفته به طور موثری علائم این بیماری را کاهش داد. فیبرهای محلول غیر ویسکوز به عنوان پربیوتیک‌ها می‌توانند در کاهش علائم روده تحریک پذیر مفید باشند. برای مثال صمغ گیاه گوار می‌تواند درد شکمی را تسکین دهد و همینطور در عادات روده‌ای موثر باشد.

■ بیماری التهابی روده (IBD)

بیماری التهابی روده یک بیماری مزمن است که تحت تاثیر چندین عامل ایجاد می‌شود. این بیماری باعث ایجاد التهاب در دستگاه گوارش می‌شود که می‌تواند سبب اسهال خونی شدید و دردهای شکمی شود. IBD هر دو اندام روده‌ی باریک و کولون را تحت تاثیر قرار می‌دهد. کولیت زخمی و بیماری کرون از شایع‌ترین انواع IBD می‌باشد.

عواملی که باعث ایجاد این بیماری می‌شوند گسترده‌اند و شامل عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی، اختلال در کارکرد سیستم ایمنی، بعضی از میکروارگانیسم‌های روده و استرس اکسیداتیو می‌باشد. کولیت زخمی معمولاً پوشش روده بزرگ و رکتوم را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در طولانی مدت یک ریسک فاکتور سرطان به حساب می‌آید. استفاده از پروبیوتیک‌های مختلف مانند ساکارومایسس بولاردی، لاکتوباسیلوس کازئی و بیفیدوباکتریوم بیفیدوم نتایج امیدوار کننده‌ای را در بهبود این بیماری نشان داده است.

بیماری کرون نیز یکی از حالت‌های IBD است که معمولاً روده‌ی باریک را تحت تاثیر قرار می‌دهد ولی می‌تواند در هر جایی از دهان تا انتهای رکتوم ایجاد شود. سالمونلا، کمپیلوباکتر ژرونی، کلستریدیوم دیفیسل و مایکوپلازما به عنوان رایج‌ترین عوامل عفونی همراه با بیماری کرون شناخته شده‌اند. پروبیوتیک‌هایی مانند لاکتوباسیلوس رامنوسوس با حفظ یک پارچگی موکوز روده می‌توانند در پیشگیری از عود این بیماری موثر باشند.

بر فعالیت مغز اثر بگذارند.

مطالعات چند سال اخیر نشان داده مبتلایان به میگرن به طور کلی بیشتر از افراد سالم از بیماری‌های دستگاه گوارش رنج می‌برند و همچنین کسانی که مبتلا به بیماری‌های گوارشی هستند نسبت به افراد سالم بیشتر به میگرن دچار می‌شوند.

ارتباط بین بیماری‌های دستگاه گوارش و میگرن می‌تواند به این دلیل باشد که در بیماری‌های دستگاه گوارش نفوذپذیری روده بیشتر می‌شود و مواد هضم نشده و مواد تولید شده توسط باکتری‌ها می‌توانند وارد جریان خون شوند. اندوتوکسین‌های باکتری‌ها مانند لیپولی ساکاریدها ممکن است بر روی سیستم عصبی سه قلو اثر بگذارند و باعث شروع حمله‌های میگرن مانند شود.

پروبیوتیک‌ها بویژه شاخه‌ی لاکتوباسیل‌ها و بیفیدو باکترها می‌توانند یک پارچگی سد اپیتلیال روده را بهبود بخشند و مشکل نفوذپذیری زیاد شده را بهبود بخشند (۳).

■ افسردگی

اختلال افسردگی یک اختلال روانی پیچیده است که حدود ۲۰ درصد مردم، آن را در مقطعی از زندگی خود تجربه کرده‌اند. در حال حاضر حاضر بیشتر داروهایی که برای درمان افسردگی تجویز می‌شوند بر تغییر فعالیت نوروترانسمیترهای مغزی تمرکز دارند و این داروها می‌توانند عوارض جانبی مانند سردرد، حالت تهوع، بی‌قراری و اختلالات جنسی داشته باشند.

در یک دهه گذشته مطالعات زیادی در زمینه ارتباط دستگاه گوارش و سیستم عصبی مرکزی انجام گرفت و معلوم شد این دو قسمت از طریق سیگنال‌های بیوشیمیایی به طور مستقیم با هم در ارتباط اند و به این شبکه ارتباطی بین دستگاه عصبی و گوارش محور مغزی-روده ای گفته می‌شود.

چندین مطالعه نشان داده است که مصرف پروبیوتیک‌ها باعث کاهش مقدار هورمون های ACTH، کورتیکواسترون، اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود. کم شدن این مواد این فرضیه را بوجود آورد که پروبیوتیک‌ها می‌توانند باعث کم کردن فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال شود که در افراد مبتلا به افسردگی به صورت بیش فعال است. همچنین مصرف پروبیوتیک‌ها باعث افزایش بیان BDNF (فاکتور نورون زایی مشتق شده از مغز) در مغز می‌شود. BDNF یک فاکتور رشد تعیین کننده برای سلامت نورون‌ها و حافظه می‌باشد که به طور غیر طبیعی در افراد مبتلا به افسردگی پایین می‌باشد. سروتونین یک نوروترانسمیتر مهم است که مقدار آن در افسردگی کاهش می‌یابد. مصرف پروبیوتیک‌ها

این خاصیت پروبیوتیک‌ها می‌تواند به دلیل کاهش هیدروکسیل-متیل-گلو تاریل-کوآنزیم A ردوکتاز کبدی یا تبدیل مقدار قابل توجهی کلسترول به اسیدهای صفراوی باشد. به علاوه، دکانژوگاسیون اسیدهای صفراوی ممکن است به وسیله‌ی آنزیم‌های پروبیوتیک انجام گیرد.

■ سرطان

باکتری لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس به عنوان یک عاملی که باعث تاخیر در سرطان کولون می‌شود شناخته شده است و در مطالعات نشان داده شده که مصرف شیر تخمیر شده بوسیله‌ی لاکتوباسیلوس اسیدوفیلوس باعث کاهش ۱۴ تا ۴۱ درصدی تکثیر تومور می‌شود. چندین فرضیه برای کارکرد خاصیت ضد سرطانی پروبیوتیک‌ها وجود دارد: ۱. تغییر فعالیت سیستم ایمنی که مرتبط با پاسخ‌های ایمنی است. ۲. اثر ضد تکثیری بوسیله‌ی تنظیم آپتوز ۳. سرکوب تولید آنزیم‌هایی مانند بتاگلوکوزونیداز، اوره‌آز، هیدرولاز و نیتروردوکتاز از باکتری‌های مضر مانند اشرشیاکلاسی و کلستریدیوم پرفرینجنس.

■ تاثیر بر زیست فراهمی

مواد معدنی مانند کلسیم، منیزیم و آهن از جمله ریز مغذی‌های لازم برای فعالیت مناسب بدن هستند. مطالعات نشان داده‌اند که مقدار جذب کلسیم با مصرف پره بیوتیک‌ها مانند فروکتان افزایش می‌یابد.

به نظر می‌رسد که فیبرها در کولون تخمیر می‌شوند و اسیدهای چرب زنجیره کوتاه تولید می‌کنند که این اسیدها pH روده را کاهش می‌دهند در نتیجه کلسیم‌های جذب نشده و نامحلول به حالت یونی تبدیل می‌شوند. همچنین هر دو عامل کاهش pH و وجود اسیدهای چرب زنجیره کوتاه باعث هیپرتروفی سلول‌های موکوزی می‌شود که این عامل خود باعث افزایش سطح روده و در نتیجه افزایش جذب کلسیم می‌شود (۱).

■ سردردهای میگرنی

میگرن یک اختلال مزمن رایج است. حدود ۱۵ درصد مردم دچار سردردهای میگرنی هستند.

افزایش تعداد میکروب‌های روده از زمان تولد آغاز می‌شود و گوناگونی و فعالیت آن‌ها به دو عامل ژنتیک و محیط بستگی دارد. این میکروارگانیسم‌ها می‌توانند اثرات مثبتی بر بدن داشته باشند برای مثال حفظ بی‌نقصی سد اپیتلیال روده و بهبود جذب مواد مغذی. مطالعات اخیر نشان داده که میکروب‌های روده می‌توانند از طریق محور مغزی-روده‌ای



مقدار پیش ساز سروتونین یعنی تریپتوفان را افزایش می دهد و باعث می شود که مقدار 5-HIAA که متابولیت اصلی سروتونین است کاهش یابد که این عمل مشابه داروی ضد افسردگی سیتالوپرام می باشد. این نتایج نشان می دهد پروبیوتیک ها با اثر بر نوروترانسمیترها تاثیرات مثبتی بر سیستم عصبی مرکزی دارند. همچنین پروبیوتیک ها دارای خواص دیگری مانند خاصیت آنتی اکسیدانی، افزایش تولید گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) و افزایش جذب مواد مغذی هستند که همه ی این ها بر افسردگی اثر دارد. در مطالعه ای مشاهده شد از اضطراب افرادی که لاکتوباسیلوس کازئی مصرف کردند کاسته شد در صورتی که این تغییر در گروه پلاسبو مشاهده نشد (۵،۴).

(1). Pandey k, Naik S, vakil B. Probiotics, prebiotics and synbiotics- a review. J Food Sci Technol (December 2015) 52(12):7577-7587

(2). Carter G, Esmaili A, Shah H, Indyk D, Johnson M, Andreae M, Sacks H. Probiotics in Human Immuno deficiency Virus Infection:A Systematic Review and Evidence Synthesis of Benefits and Risks. Open Forum Infect Dis. 2016 Jul 29;3(4)

(3). Dai Y, Wang H, Wang X, Kaye A, Sun Y. Potential Beneficial Effects of Probiotics on Human Migraine Headache: A Literature Review. Pain Physician 2017; 20:E251-E255

(4).Wallace C, Milev R. The effects of probiotics on depressive symptoms in humans: a systematic review. Wallace and Milev Ann Gen Psychiatry (2017) 16:14.

(5). Dinan T, Quigley E. Probiotics in the treatment of depression:science or science fiction? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2011; 45:1023-1025

به این معنی که افراد با شرایط ذکر شده دارای افسردگی بیشتری هستند (۴).

هدف این بررسی نشان دادن ارتباط بین افسردگی و دیابت بر اساس مرور متون است، چرا که اهمیت تشخیص افسردگی در بیماران دیابتی و راه های ممکن برای درمان هر دو بیماری را مشخص می کند.

■ خطر دیابت در بیماران افسرده

مطالعات متعدد نشان می دهد که بیماران مبتلا به افسردگی خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش می دهند. افسردگی با افزایش قند خون در بیماران دیابتی تیب ۱ و ۲ همراه است (۲). یک مطالعه اخیر در مورد ارتباط بین استفاده از داروهای ضد افسردگی و کنترل گلیکوزم نشان داد که در بزرگسالان مبتلا به دیابت استفاده از چندین گروه از داروهای ضد افسردگی، میزان Hb A1C را به میزان قابل توجهی افزایش داد، که نشان می دهد که درمان ضد افسردگی ممکن است عامل خطر برای کنترل قند خون باشد. مطالعات قبلی نشان داد که درمان کوتاه مدت ضد افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی غیر دیابتی دارای اثر مثبت و بهبود حساسیت به انسولین همراه با بهبود افسردگی است، اما در دراز مدت، اثرات ممکن است مخالف باشد (۱). افرادی که جهت کنترل قند خون از انسولین استفاده می کردند بیشتر از کسانی که غیر وابسته به انسولین بودن از افسردگی رنج می بردند (۳). استفاده از داروهای ضد افسردگی مداوم به طور قابل توجهی با خطر ابتلا به دیابت ارتباط دارد در بررسی اثرات دیابت در بیماران مبتلا به افسردگی، مطالعه ۲۰۱۵ در بیماران مبتلا به افسردگی نشان داد که کم خونی در افراد مبتلا به DM می تواند خطر عوارض افسردگی همچون خودکشی و بستری شدن را افزایش دهد (۱). افرادی که دچار عوارض دراز مدت دیابت هستند در مقایسه با سایر افراد افسرده تر می باشند (۳).

■ ریسک افسردگی در بیماران دیابتی

یک مطالعه اپیدمیولوژیک اخیر با تعداد ۹۰۶۸۶ شرکت کنندگان نشان داد که افسردگی در افراد مبتلا به دیابت شایع تر است، صرف نظر از این که دیابت تشخیص داده شده یا تشخیص داده نشده است (۱). اندرسون و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افسردگی در زنان دیابتی بیشتر از مردان دیابتی است و در تحقیق خود متوجه شدند که افسردگی در افراد دیابتی تنها با جنس مونث در ارتباط است (۳). همان مطالعه نشان داد که

ارتباط بین دیابت و افسردگی

مهسا مشکل گشا، دانشجوی کارشناسی هوشبری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

■ مقدمه

انجمن بین المللی دیابت، «دیابت را یکی از بزرگترین اورژانس های سلامت در قرن بیست و یکم» می داند. افسردگی احساسات، شناخت و رفتارها را مختل می کند. براساس DSM-5 (انجمن روان پزشکی آمریکا راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی)، معیارهای تشخیصی برای یک اختلال افسردگی عمده شامل یک علامت هستند است یا خلق و خوی کاهش یافته یا کاهش علاقه و لذت (Anhedonia) یا هر دو و حداقل چهار مورد از علائم زیر: احساس گناه یا بی ارزش بودن، خستگی یا از دست دادن انرژی، مشکلات تمرکز، افکار خودکشی یا افکار درباره مرگ، کاهش وزن یا افزایش وزن (۵ درصد تغییر وزن)، عقب ماندگی روان شناختی یا فعال شدن (تغییر در فعالیت)، بی خوابی (تغییر در خواب) که حداقل ۲ هفته طول بکشد. افسردگی می تواند خفیف، متوسط، شدید یا بدون ویژگی های روانی باشد (۱). مطالعات بین المللی بدون ارتباط با کشوری خاص افسردگی را در زنان دو برابر شایع تر از مردان نشان می دهد و سن متوسط شروع اختلال افسردگی را حدود ۴۰ سالگی ذکر می کنند. بین بروز علائم روان شناختی و دیابت در مردان و زنان روابط مهمی وجود دارد (۲).

میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و در افراد دیابتی نوع ۲ در مقایسه با جمعیت عمومی در سراسر جهان، می تواند تا سه برابر بیشتر باشد. اضطراب در ۴۰ درصد بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ یا ۲ به نظر می رسد که نسبت به جمعیت معمول بیشتر است. افسردگی ممکن است خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را تا ۶۰ درصد افزایش دهد (۱).

WHO ارتباطات قوی بین افسردگی و دیگر اختلالات و بیماری های غیر مسری را شناسایی کرده است. افسردگی خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد و بیماری هایی مانند دیابت و بیماری قلبی را افزایش می دهد؛ در مقابل هم درست است،



نتیجه گیری

وقوع افسردگی در افرادی که مبتلا به دیابت هستند، دو تا سه برابر بیشتر است، در حالی که اکثریت موارد هنوز تحت تشخیص قرار نگرفته اند. در بیماران دیابتی، افسردگی کمتر مورد بررسی و تشخیص قرار گرفته است در حالی که یکی از جنبه های مهم برای متخصصان بیماری دیابت، آگاهی از این عوارض همیشگی و مشترک بین بیماران است (۱). درمان شناختی و رفتاری به منظور مدیریت سبک زندگی بیماران مبتلا دیابت نوع ۲ در کنترل افسردگی و دیابت آنها موثر است. عوامل روان شناختی در ایجاد سبک زندگی مناسب برای این بیماران و کاهش عوارض روحی روانی آن ها می تواند حایز اهمیت باشد (۵). افسردگی به ویژه افسردگی اساسی در مبتلایان به دیابت بالاست، لذا انجام یک تحقیق تجربی برای تاثیر مشاوره روان پزشکی بر میزان افسردگی بیماران دیابتی و در نتیجه کنترل بهتر آن ها توصیه میگردد (۳).

منابع

Bădescu SV, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu. (1) EL, Zahiu DM, Zăgrean AM, Zăgrean L. The association between Diabetes mellitus and Depression. 2016 Apr-Jun;9(2):120-5

(۲). دکتر صادق علی تازیکی، دکتر حمیدرضا بذرافشان، ناصر بهنام پور، دکتر ماتیاز پاپویز، رابط علایم افسردگی با دیابت. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان؛ ۱۳۸۰؛ ۳(۲): ۵۹-۶۴

(۳). دکتر زهرا سپهر منش [گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان]، دکتر حسین سرمست [پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان]، دکتر سید فخرالدین صدر [گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان]، [شکوه سربلوکی [واحد دیابت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان]. بررسی شیوع و نوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در افراد دیابتی

(۴). <http://www.who.int/mediacentre/news/releases-es/2017/world-health-day/en>

(۵). اسمعیلی احمد، اسدنی سعید، عیسی زاده افشین، امیرسرداری لیلی، عیسی زادگان علی، انصاری بهجت. بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه؛ ۱۳۹۲؛ ۲۴(۱۰): ۸۱۲-۸۲۲

اضطراب تنها در شرکت کنندگان که از دیابت خود آگاه بودند، شایع تر بود. ممکن است یک توضیح وجود داشته باشد که بار روانی ناشی از بیماری نقش مهمی در ایجاد اضطراب و افسردگی داشته باشد. با این حال، این واقعیت وجود داشت که در بیماران مبتلا به دیابت که قبلا تشخیص داده نشده بودند، افسردگی شایع تر بود که می تواند به علت شیوه زندگی نامطلوب مانند بی خوابی فیزیکی، رژیم غذایی نامنظم و یا سبک زندگی استرس زا باشد (۱)، (۵). ماری و تاد در تحقیق خود نشان دادند که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ سبک زندگی ناصحیح دارند و رژیم غذایی مناسب و ورزش در زندگی آن ها کم رنگ است. (۵).

پیامدهای دیابت و افسردگی در عمل بالینی

افسردگی دارای اثر سینرژیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ است، که باعث افزایش خطر ابتلا به عوارض (هر دو بیماری میکرو و ماکرو عروقی)، افزایش بروز هیپرگلیسمی و احتمال مرگ و میر بیشتر می شود. دیابت و افسردگی کیفیت زندگی یک فرد را کاهش می دهند، اما با هم تاثیر منفی بیشتری دارند. با توجه به اثرات منفی بر سلامت، افزایش عوارض، هر دو بیماری باید در یک فرد شناخته شده و به طور همزمان درمان شوند. نتایج نشان دادند بین سن بیماران و افسردگی رابطه معنادار آماری وجود دارد. همچنین بین طول مدت دیابت و افسردگی نیز رابطه آماری معنادار آماری به دست آمد (۲). پرسش نامه های بررسی افسردگی ممکن است افسردگی را بیش از حد موجود در جامعه نشان دهند، اما آنها یک روش ساده و سریع هستند. بنابراین، غربالگری مثبت باید با مصاحبه با یک متخصص تأیید شود. از میان پرسش نامه های کوتاه که برای تشخیص افسردگی استفاده شده اند، می توان به پرسش نامه افسردگی بک (BDI) و مرکز مقیاس افسردگی مطالعات اپیدمیولوژیک (CES-D)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS) و نسخه های مختلف از پرسش نامه سلامت بیمار (PHQ) اشاره کرد. PHQ-9 پر استفاده ترین و معتبرترین آزمون غربالگری برای افسردگی در افراد مبتلا به دیابت با حساسیت و اختصاصیت بالا است. پتراک و همکارانش پیشنهاد می کنند که بیماران با خلق و خوی بهتر ممکن است درمان دیابت خود را بهتر انجام دهند. آنها همچنین یک مدل برای درمان افسردگی و دیابت بر اساس درجه افسردگی پیشنهاد دادند که گام برداشتند (۱).



بیماری ای که

دراکولا

را خلق کرد!!!

فاطمه برزگر، دانشجوی کارشناسی رادیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فرایند پیچیده ای در کبد و سلول های قرمز خون برای ساخت هم وجود دارد. این فرایند مراحل مختلفی دارد و هر مرحله توسط یک آنزیم کنترل می شود. در هر مرحله، موادی ساخته می شوند که به عنوان پیش سازهای هم شناخته شده است؛ آنها موادی به نام پورفیرین ها را شامل می شوند.

در هر نوع از پورفیریا، نبود (یا نبود نسبی) یکی از آنزیم هایی است که کنترل یکی از مراحل ساخت هم را بر عهده دارد. از آنجا که این آنزیم وجود ندارد، تولید بیش از حد پیش سازهای هم از جمله پورفیرین وجود دارد. پورفیرین ها و پیش سازهای دیگر پس از آن ممکن است در بدن انباشته شده و باعث مشکلات مختلف در ارتباط با پورفیریا شوند. هنگامی که پورفیرین ها در پوست انباشته شوند، پوست به نور خورشید بسیار حساس شده و این منجر به علائم پوستی پورفیریا می شود. تجمع سایر پیش سازهای هم در کبد و بقیه نقاط بدن، منجر به علائمی می شود که در حملات حاد پورفیریا رخ می دهد (۱) و (۲).

انواع مختلف پورفیریا

پورفیریا انواع مختلف دارد که به صورت زیر است:

۱. پورفیریا های حاد Acute porphyrias

علائم Ria حاد می تواند متفاوت باشد. شایع ترین علامت، درد شدید در ناحیه شکم است. سیستم عصبی مبتلا نیز معمولا منجر به ایجاد علائمی مانند ضعف عضلانی و بی حسی در بخش هایی از بدن می شود. Ria حاد نیز می تواند باعث مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، شیدایی، افسردگی و توهم شود. علائم به طور کامل تر بعدا توضیح داده خواهند شد. اگر مشکلات سیستم عصبی و روانی با هم وجود داشته باشند، گاهی این دو را با هم قرار داده و مشکلات عصبی-روانی نامیده می شوند.

پورفیریا های حاد عبارتند از:

پورفیریا ی متناوب حاد Acute intermittent porphyria

پورفیریا ی آمینولولولینیک دهیدراتاز Aminolaevulinic acid dehydratase porphyria

همه ما داستان هایی درباره دراکولاها شنیده ایم؛ خون آشامی که از نور خورشید فراری است و عاشق آشامیدن خون تازه است.

اخیرا دانشمندان هنگام تحقیق و جستجو برای یافتن راه های جدید به منظور درمان بیماری های کشنده ای چون سرطان به حقایقی دست یافته اند که پای خون آشام ها را هم به میان می کشد. آن ها می گویند داستان خون آشام ها ممکن است از افرادی واقعی الهام گرفته باشد که به یک بیماری نادرخونی به نام پورفیریا مبتلا بوده اند. در بیماری پورفیریا رنگدانه هایی که پورفیرین نامیده می شوند در پوست، استخوان ها و دندان ها تجمع می یابند. بسیاری از این پورفیرین ها در تاریکی و جایی که نور نباشد بی خطر بوده، ولی در حضور نور خورشید تبدیل به سموم بسیار خطرناک می شوند. در صورت معالجه نشدن، این بیماری می تواند منجر به از میان رفتن بافت پوست و تغییر قیافه به شکل بسیار زشتی شود. لبها و لثه ها خورده شده و دندان ها نمایان می شوند. پوست این افراد لکه لکه مانند جای زخم و تجمع تعداد زیادی رنگدانه با ظاهر رنگ پریده می شود که به کم خونی این افراد مربوط می شود. از آنجا که کم خونی افراد مبتلا می تواند به وسیله تزریق خون جبران شود، بعضی تاریخدانان گمان می کنند در قرون وسطی افراد مبتلا به این بیماری ممکن است به عنوان یک توصیه درمانی تلاش کرده باشند کم خونی خود را از طریق نوشیدن خون درمان کنند (۶).

پورفیریا چیست؟ فرایند ایجاد آن چگونه است؟

پورفیریا گروهی از بیماری های متابولیک است. اختلال متابولیک اصطلاحی است که زمانی استفاده می شود که مشکلی در یکی از فرایندهای شیمیایی داخل بدن وجود دارد. در پورفیریا، فرایند شیمیایی که تحت تاثیر است تولید ماده ای به نام هم می کند.

هم عمدتا در کبد و در سلول های قرمز خون ساخته شده و برای ساختن هموگلوبین در گلبول قرمز خون استفاده می شود که به منظور حمل و نقل اکسیژن در سراسر بدن کاربرد دارد؛ هم به منظور ساخت تعدادی پروتئین در بدن نیز استفاده می شود که برای فعالیت های مهم و متنوعی به کار گرفته می شوند.

(همچنین به عنوان plumboporphyria شناخته شده).

۲. پورفیریاهای مختلط Mixed porphyrias

این نوع از Ria می تواند به علائم هر دو Ria حاد و Ria پوستی منجر شود. بنابراین آن ها می توانند باعث درد شکم شود و بر پوست و سیستم عصبی تاثیر بگذارد، و همچنین ممکن است باعث مشکلات روانی شود. پورفیریا مختلط عبارتند از:

پورفیریای خال خال Variegata porphyria

کوپروپورفیریا ارثی Hereditary coproporphyria

۳. پورفیریاهای پوستی Cutaneous porphyrias

این نوع از پورفیریا به طور عمده بر پوست تاثیر گذاشته و باعث راش های پوستی و سایر مشکلات می شود. پورفیرین های اضافی که ساخته می شود، می تواند در تعامل با نور، پوست را حساس به نور سازد. انواع مختلفی وجود دارد که علائم شان تفاوت اندکی باهم دارد.

پورفیریای پوستی تاردا Porphyrria cutanea tarda

افراد در معرض خطر:

پورفیریای پوستی تاردا به صورت ژنتیکی می تواند در خانواده ها به ارث برسد. با این حال، در بسیاری از افراد ممکن است هیچ سابقه خانوادگی وجود نداشته باشد. در این افراد مستعد، می توان با قرار گرفتن در معرض برخی داروها و یا مواد شیمیایی، از جمله ضد بارداری های خوراکی و الکل، آن را القا کرد. گاهی اوقات نیز در صورتی که فرد، بیماری دیگری از قبیل هیپاتیت C، HIV، هموکروماتوسیس، اریتماتوسوس لوپوس سیستمیک، بیماری کبد الکلی و هیپاتیت مزمن فعال داشته باشد، پورفیریای پوستی تاردا رخ می دهد. باز هم تصور می شود این شرایط به نحوی باعث تحریک این نوع پورفیریا می شود. پورفیریای پوستی تاردا در مردان شایع تر از زنان است.

تشخیص:

همانند پورفیریای حاد، تشخیص از طریق اندازه گیری پورفیرین های اضافی و سایر پیش سازهای مربوطه هم در نمونه ادرار، خون و مدفوع صورت می گیرد.

درمان:

از آنجا که مشکلات پوستی می توانند با نور خورشید تحریک شوند، یکی از درمان های اصلی، جلوگیری از قرار گرفتن در معرض نور آفتاب با پوشش و استفاده از کرم های ضد آفتاب است. اجتناب از الکل و داروهایی از قبیل قرص های پیشگیری از بارداری، نیز ممکن است مفید باشد. دارویی به نام کلروکین Chloroquine نیز ممکن است به درمان این نوع پورفیریا در برخی افراد کمک کند. این دارو باعث می شود پورفیرین های اضافی، بیشتر حل شده به طوری که مقادیر بیشتری از طریق ادرار دفع می شود.

در برخی از افراد مبتلا به پورفیریای پوستی تاردا، تجمع آهن در بدن ممکن است وجود داشته باشد. اگر این حالت باشد، آهن اضافی را می توان از طریق حذف منظم خون با استفاده از روشی به نام فصد دفع کرد. هر پیمان خون (وزن مایع معادل نیم کوارت) که گرفته می شود، حاوی یک چهارم گرم آهن است. بدن پس از آن، مقداری از آهن اضافی ذخیره شده برای ساخت سلول های جدید قرمز خون استفاده می کند.

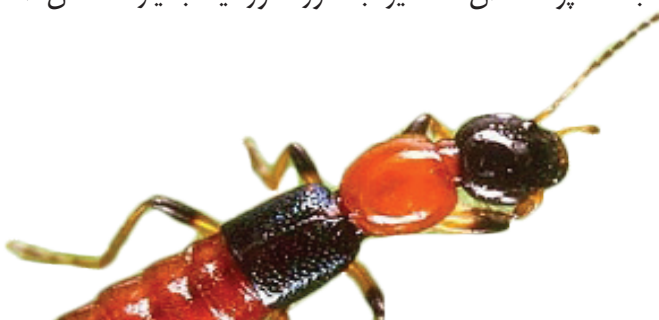


علائم و نشانه های بروز:

علائم این نوع پورفیریا معمولا برای اولین بار در چهل سالگی بارز می شوند. پوست در معرض نور آفتاب دچار قرمزی و تاول می شود. پوست ممکن است بسیار حساس شود و التیام آن طول بکشد؛ و گاه ممکن است پوست خارش داشته باشد و مناطق پررنگ تر و یا بیش از حد پرمو وجود داشته باشد. پوست روی پیشانی، گونه ها، گوش ها و پشت دست ها بیشتر از همه تحت تاثیر قرار می گیرند اما تمام پوستی که در معرض آفتاب است، تحت تاثیر قرار دارد. برخی از افراد مبتلا به پورفیریای پوستی تاردا ممکن است دچار آسیب کلیوی شوند.

پورفیریای اریتروپوئیک مادرزادی Congenital erythropoietic porphyria

علائم این نوع از Ria معمولا ابتدا در دوران کودکی رویت می شود. ممکن است که ادرار کودک در پوشک به رنگ قرمز باشد. پوست آن ها نیز به نور خورشید بسیار حساس است.



۵. انقباضات و ضعف عضلانی

۶. کرختی و گزگز دست و پا

۷. رشد بیش از حد مو

علل بیماری:

یک اختلال ارثی در سوخت و ساز پورفیرین‌ها

عوامل افزایش دهنده خطر:

سابقه خانوادگی پورفیریا

پیشگیری:

این بیماری در حال حاضر قابل پیشگیری نیست. برای کاهش تناوب و شدت حملات اقدامات زیر توصیه می‌شود:

۱. دوری از نور مستقیم خورشید
 ۲. خودداری از مصرف قرص‌های ضد بارداری
 ۳. اجتناب از مصرف هر نوع دارو، شامل داروهای بدون نسخه، مگر با توصیه پزشک
- عواقب مورد انتظار:

این بیماری در حال حاضر غیر قابل علاج محسوب می‌شود ولی بسیاری از بیماران سالها با این اختلال زنده می‌مانند. علائم بیماری با درمان قابل تسکین یا کنترل است. تحقیقات علمی درباره علل و درمان این بیماری ادامه داشته و امید است که درمان‌هایی مؤثرتر و نهایتاً علاج‌بخش عرضه شوند.



عوارض احتمالی:

عوارض بسیاری ممکن است با این اختلال همراه باشند. اکثر این عوارض برگشت‌پذیر هستند ولی برخی از آنها ممکن است دائمی باشند. عوارض این بیماری می‌تواند هم باعث اختلالات فیزیکی و هم روانی گردد.

درمان:

۱. تشخیص بیماری بر اساس اندازه‌گیری آزمایشگاهی پورفیرین‌ها در خون، ادرار و مدفوع صورت می‌گیرد.
۲. روان درمانی یا مشاوره با متخصص مربوطه ممکن است توصیه شود.
۳. مراقبت در منزل معمولاً کافی است، ولی بستری در بیمارستان ممکن است در طی حملات لازم باشد.
۴. از نور مستقیم خورشید اجتناب کنید. اگر مجبور به قرار گرفتن در زیر نور مستقیم خورشید هستید، از کلاه و لباس‌های محافظ

پوست می‌تواند قرمز شود و تاول بزند. تاول‌ها ممکن است ترکیده و زخم‌هایی ایجاد شود که به راحتی می‌توانند آلوده شوند. وقتی زخم‌های پوست التیام یابد، زخم شدن پوست ممکن است پیش‌آید که گاهی شدید است.

کودکان مبتلا به این نوع پورفیریا ممکن است دچار کم‌خونی شده و طحال‌شان بزرگ شود. درمان‌های احتمالی عبارت از دارویی به نام کلروکین، اسپلنکتومی (برداشتن طحال) و گاهی پیوند مغز استخوان است.

Erythropoietic pro-toporphyria

باز هم، علائم معمولاً ابتدا در دوران کودکی معلوم می‌شود اما آن‌ها می‌توانند برای اولین بار در هر سنی رخ دهد. معرض نور خورشید سوزش، خارش و قرمزی پوست اتفاق می‌افتد. در این شکل از پورفیریا، تاول ایجاد نمی‌شود و حداقل زخم پوست وجود دارد. پورفیرین‌ها و پیش‌سازهای دیگر می‌توانند در کبد تجمع کرده و منجر به نارسایی کبد شوند. سنگ‌های صفراوی نیز می‌تواند رخ دهد.

این نوع پورفیریا با اندازه‌گیری سطح پیش‌سازهای هم در سلول‌های قرمز خون تشخیص داده می‌شود. درمان با کاروتن ممکن است مفید واقع شود چرا که تحمل را به نور خورشید افزایش می‌دهد. پیوند کبد و مغز استخوان نیز به عنوان درمان‌های دیگر با موفقیت انجام می‌شود.

Mixed porphyrias

علائم پوستی در حدود نیمی از افراد مبتلا به پورفیریا خال خال و یک سوم از افراد مبتلا به کوپرو پورفیریا توارثی رخ می‌دهد. راش‌های پوستی، مشابه همان در پورفیریا پوستی تاردا است.

گاهی اوقات تنها علامت این پورفیریا مخلوط، راش پوستی است. با این حال، مهم است که نوع دقیق پورفیریا مشخص شود زیرا کسانی که پورفیریا مخلوط دارند، در معرض خطر حملات حاد عصبی نیز هستند (۳) و (۲).

علائم شایع:

۱. درد شکم و قفسه سینه
۲. تغییرات روانی، از جمله افسردگی و مانیا (شیدایی)
۳. تغییرات پوستی، از جمله خارش و تاول
۴. درد پا

ژنتیکی در خانواده ها به ارث برسد. با این حال، در بسیاری از مردم ممکن است هیچ پیشینه ی خانوادگی نباشد. در این موارد می توان با قرار دادن افراد حساس در معرض داروهای خاص یا مواد شیمیایی از جمله قرص های ضد بارداریهای خوراکی و الکل، این حالت را ایجاد کرد.

اکثر انواع پورفیریا توارثی، از طریق آنچه توارث اتوزومی غالب نامیده می شود، بین خانواده ها منتقل می گردد. به طور خلاصه، این بدان معناست که اگر شما پورفیریا داشته باشید، هر کودک شما دارای شانس پنجاه: پنجاه به ارث بردن این ژن معیوب و در نتیجه توسعه این بیماری را دارد(۵).

شیوع پورفیریا

در کل پورفیریایها نادر هستند. تشخیص ممکن است صورت نگیرد زیرا علائم آن ها به راحتی با سایر بیماری ها اشتباه گرفته می شود. پورفیریای پوستی تاردا رایج ترین نوع پورفیریا در سراسر جهان است. از هریست و پنج هزار نفر در انگلستان، حدودا یک نفر تحت تاثیر این بیماری است و تقریبا از هر هفتادوپنج هزار نفر، یکی دچار حملات حاد پورفیریا می شود. آنها ممکن است یکی از انواع پورفیریایهای حاد و یا پورفیریای مخلوط داشته باشند. در کنار یکدیگر، تمام اشکال پورفیری کمتر از دوپست هزار نفر در ایالات متحده را تحت تاثیر قرار می دهند. بر اساس مطالعات اروپایی، شایع ترین پورفیری، (PCT) (Porphyria cutanea tarda) یک در ده هزار است، شایع ترین پورفیری حاد AIP، حدود یک در بیست هزار و شایع ترین پورفیری اریتروپوئیت، پرتوپورفیری اریتروپوشی (EPP) در حدود ۱ در پنجاه هزار برآورد شده است. پورفیری اورتروپوئیت مادرزادی (CEP) بسیار کم است و تخمین شایع آن از ۱ در یک میلیون یا کمتر است. فقط شش مورد کمبود آپوفریا (ADP) وجود دارد. پورفیریا در بین ایرانیان یهودی شیوع بسیار دارد(۵).

استفاده کنید.

داروها:

۱. بدون توصیه پزشک هیچ دارویی مصرف نکنید.

۲. تجویز گلوکز وریدی یا خون ممکن است به جلوگیری یا درمان حملات حاد کمک کند.



۳. داروهای مهارکننده تخمک گذاری ممکن است به کاهش حملات قبل از قاعدگی کمک کند.

۴. داروهای آرامبخش برای کاهش اضطراب ممکن است تجویز شود. در این باره کلروپرومازین ممکن است کمک کننده باشد.

فعالیت:

محدودیتی وجود ندارد مگر محدودیت در قرارگیری در معرض آفتاب

رژیم غذایی:

رژیم غنی از کربوهیدرات

در این شرایط به پزشک خود مراجعه فرمایید:

اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان دارای علائم پورفیری باشید، تیره شدن رنگ ادرار یا سایر علائم نشان دهنده عود حمله بیماری(۴).

ریسک فاکتورهای پورفیریا

اکثر انواع پورفیریا از نوع ارثی است بدان معنا که در خانواده ها از طریق ژن ها منتقل می شود. اگر شما یک ژن معیوب به ارث برده باشید، ممکن است به پورفیریا منجر شود. یک استثنا برای این مورد، پورفیریای پوستی تاردا است. این نوع پورفیریا گاهی ممکن است به طور





- (1). Herve Puy, Laurent Gouya, Jean-Charles Deybach et al. Porphyrias. The lancet; 375 (9718), pp.924-937.
- (2). Y Floderus, PM Shoolingin-Jordan, P Harper et al. Acute intermittent porphyria in Sweden. Molecular, functional and clinical consequences of some new mutations found in the porphobilinogen deaminase gene. Clin Genet; 62 (2002), pp. 288–297
- (3). SD Whatley, NG Mason, JR Woolf, RG Newcombe, GH Elder, MN Badminton et al. Diagnostic strategies for autosomal dominant acute porphyrias: retrospective analysis of 467 unrelated patients referred for mutational analysis of the HMBS, CPOX, or PPOX gene. Clin- Chem; 55 (2009), pp. 1406–1414
- (4). R Kauppinen, P Mustajoki et al. Prognosis of acute porphyria: occurrence of acute attacks, precipitating factors, and associated diseases. Medicine (Baltimore); 71 (1992), pp. 1–13
- (5). Lambrecht RW, Bonkovsky HL. Hemochromatosis and porphyria. Semin Gastrointest Dis.13(2002),pp.19-109
- (6). www.porphriafoundation.com

کدام نوع

مسواک

برای افراد سالم مناسب است؟

محمد صالح هادیان، دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

زدن به طور کلی به سه عامل وابسته است: تکنیک مسواک زدن، تعداد دفعات (مدت مسواک زدن) و شکل و ساختار مسواک. دو فاکتور اول مربوط به رفتارهای مسواک زدن و وابسته به فرد استفاده کننده از مسواک است، در حالی که فاکتور سوم مربوط به پیشرفت تکنولوژی می باشد. اگرچه فاکتورهای اول و دوم بسیار مهم می باشند ولی کنترل آن ها بسیار مشکل است. حال این سوال پیش می آید که نوع مسواک به چه میزان موثر است؟ مطالعات نشان داده است که پوسیدگی و بیماری های پریدونتال بیشتر به کیفیت مسواک زدن بستگی دارد تا به تعداد دفعات مسواک زدن. مطالعات متعددی بهبود برداشت پلاک و بنابراین ارتقای سلامت پریدونتال را همراه با افزایش تعداد دفعات مسواک زدن تا ۲ بار در روز گزارش کرده اند. تمیز کردن روزانه دندان ها به میزان ۳ بار یا بیشتر به نظر نمی رسد که وضعیت پریدونتال را بهبود بخشد. در **workshop** اروپایی در مورد کنترل پلاک توافق شد که یک مسواک ایده آل بایستی دارای خصوصیات ذیل باشد: اندازه دسته مسواک متناسب با سن و مهارت فرد عمل کننده باشد. اندازه سر مسواک متناسب با اندازه دهان فرد عمل کننده باشد. از فیلامنت های نایلونی یا پلی استر با انتهای گرد و یا قطر کمتر از ۰/۰۰۹ اینچ استفاده شده باشد. مسواک از نوع نرم باشد نحوه قرار گیری بریستل ها به گونه ای باشد که توانایی کنترل پلاک در نواحی اینترپروگزیمال

در طی سالیان طولانی پیشرفت در مورد انواع مسواک و انواع بریستل های آن صورت گرفته است.

در گذشته از انواع مسواک های چوبی استفاده میشد. این نوع مسواک در واقع ریشه ی یک نوع گیاه است که پس از بریدن و قطعه قطعه کردن به عنوان مسواک و خلال استفاده می شده است. هم چنین در آن دوران مسواک مویی که از موی حیوانات ساخته میشد رایج بوده است. امروزه استفاده از مسواک یا بریستل های نایلونی بسیار رایج است.

در این مقاله قصد بررسی تفاوت مسواک های موجود در بازار برای افراد سالم و مقدار برداشت پلاک با توجه به مطالعات دانشمندان مختلف را داریم. با توجه به این که امروزه از مسواک های متعدد در بهداشت دهان استفاده می شود و مهم ترین جزء مسواک در برداشت پلاک سر مسواک می باشد که در همه انواع از بریستلهای نایلونی با ساختار مشابه استفاده میشود و سایر قسمت ها با توجه به تمایل بیمار تغییر می کند. روش اصلی جلوگیری از ایجاد پوسیدگی و بیماری های پریدونتال، کنترل مکانیکی پلاک است. شایان توجه است که امروزه مواردی چون تغذیه نیز همچون مسواک در کنترل بیماری های دهان مورد توجه است. در بین روش های مکانیکی، استفاده روزانه از مسواک بهترین روش دست یابی به سلامت دهان و دندان به شمار می رود. یکی از عواملی که در کارایی مسواک زدن موثر است روش مسواک زدن و شکل مسواک می باشد. کنترل پلاک عبارت است از برداشت پلاک دندانی بر اساس یک برنامه منظم و پیشگیری از تجمع مجدد آن بر روی دندان ها و سطوح لثه های مجاور کنترل پلاک یک جزء مهم از درمان های دندان پزشکی بوده و موفقیت دراز مدت درمان های دندان پزشکی و پریدونتال را تضمین می کند. رایج ترین روش های کنترل پلاک روش های مکانیکی و شیمیایی است که مسواک زدن به عنوان یک روش مکانیکی کاربرد بیشتری دارد. کارایی مسواک

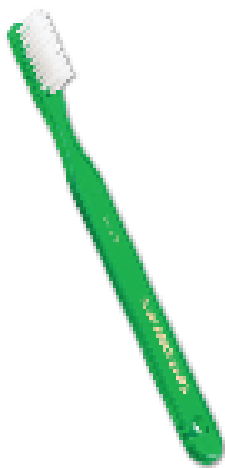
و مارچین لثه را افزایش دهد. در حال حاضر انواع و اقسام مسواک ها در بازار وجود دارد



های Indicator که به مرور زمان کم رنگ می شوند تا زمان فرسوده شدن مسواک، نیاز به تعویض آن را نشان دهند بریستل های Power Tip که به شکل یک Single Tuft در سر مسواک امکان دسترسی آسان را به نقاطی که مشکل دسترسی دارند فراهم می آورند. در محل دسته این مسواک محل شستی مناسب که گیر مفیدی ایجاد می کند تعبیه شده است و این امر به کنترل عالی مسواک بسیار کمک می نماید.



مشخصات مسواک Classic: این مسواک بریستل های نشان گر دارد که کم رنگ شدن آن ها نشان گر زمان تعویض مسواک است بریستل های این مسواک دارای نوک گرد و پرداخت شده است که هنگام مسواک کردن بسیار نرم و ملایم می باشند و همچنین این مسواک جای شستی دارد که کنترل دستی مسواک را تسهیل می کند. این مسواک هر ۳ ماه یک بار باید تعویض شود دو نوع Medium و Soft دارد. موهای مسواک در یک سطح نیستند و به صورت مقعراند.



مسواک Pulsar: بریستل های Flexible با حرکات نبضی و نرم به رنگ زرد دارد که این بریستل ها لاستیکی اند و یک روکش لاستیکی آبی رنگ نیز در انتهای این بریستل های

ولی شواهدی موجود نیست که نشان دهد یکی از آن ها برتر از دیگری است اما تضاد زیادی در نتایج تحقیقات مربوط به تاثیر نوع مسواک بر برداشت پلاک وجود دارد. از جمله این مطالعات می توان به موارد زیر اشاره کرد که هر کدام از یک نوع مسواک جانب داری می کند و یا تفاوتی بین مسواک های مختلف قائل نشده است.

Kakami در مطالعه ای مسواک کراس اکشن را در برداشتن پلاک از مسواک معمولی موثرتر دانست. Robinson در مطالعه ای مسواک برقی را نسبت به مسواک دستی در کاهش خونریزی از لثه، بسیار موثرتر یافته است. Hafajee در تحقیقی تنها نوعی از مسواک برقی که حرکت نوسانی دارد را موثر دانسته است. در بررسی میزان برداشت پلاک در نواحی مارژینال و پروگزیمال نشان داده شد که مسواک Pulsar به صورت معناداری بیش تر از مسواک-Advan tage Plus قادر به برداشتن پلاک می باشد. این در حالی است که Cancro بهترین مسواک را مسواکی دانسته که فرد با آن راحت باشد. البته این نکته قابل توجه است که در این مطالعات از ایندکس های متفاوتی استفاده شده است از جمله این ایندکس ها میتوان به نوع شاخص O'leary و شاخص پلاک Sliness&loe اشاره کرد و همچنین در تمام مطالعات نام برده شده هیچ کدام از مطالعات که کارایی کنترل پلاک چند نوع مسواک را مقایسه نموده اند، به روش خاصی از مسواک زدن تاکید نشده است و یا آن که بر نحوه مسواک زدن فرد نظارت چندانی نبوده است لذا این مورد را می توان به عنوان یک عامل مخدوش گر در نظر گرفت و در ضمن در بعضی موارد، طول مدت محدود مطالعات و موارد بررسی نه چندان زیاد، این مطالعات را با ابهام رو به رو کرده است به طوری که در نتیجه گیری برخی نیاز به بررسی بیشتر مطالعه در زمان طولانی تر اشاره شده است. این تفاوت در نتایج از یک سو می تواند مربوط به تفاوت در شکل و طراحی مسواک استفاده شده باشد و از سوی دیگر می تواند ناشی از تفاوت طراحی این مطالعه با دیگر مطالعات باشد.

انواع مسواک های رایج شامل سه نوع اصلی Cross- Ac- tion، Classic و Pulsar است.

مشخصات مسواک Cross- Action: در این مسواک سه دسته بریستل وجود دارد بریستل هایی که به صورت مورب هستند پلاک را از بین دندان ها و در طول مارژین لثه با حرکت جارویی تمیز می کنند. این مسواک در هنگام حرکت رو به عقب پلاک بیشتری را نسبت به مسواک های مسطح بر می دارد بلندی این بریستل ها به دلیل افزایش تاثیر عملکرد مسواک در حین حرکت در نقاط عمیق می باشد. بریستل -

فرد بستگی به سلیقه و راحتی خود می تواند از هر سه نوع مسواک بهره برد به شرط آنکه نحوه مسواک زدن صحیح باشد. اگرچه تجویز برخی از انواع مسواک برقی در شرایط خاص عملکرد استفاده کننده ی مسواک را بهبود می بخشد اما به طور کلی کارایی هر مسواک در گرو فرد عمل کننده است. البته هر روزه مسواک ها و تکنولوژی های جدیدی معرفی می شوند که کارایی آن ها در قیاس با سایر مسواک ها در ابهام است. امروزه مسواک های یونی و نسل های جدید آب فشان های دندان (Dental Power Jet) معرفی شده که در برداشت پلاک دندان موفقی تر از سایر مسواک ها (مسواک های التراسونیک، پولسار، برقی و معمولی) عمل کرده اند ولی همچنان اهمیت بالینی برای آن ها یافت نشده است.

(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459492>

(2). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571203002112>

زرد رنگ دیده می شود. این برس تیل ها به تمیزی بسیار زیاد نواحی پروگزیمال کمک می کند. حرکت چرخشی و لرزشی این برس تیل ها برای از هم گسیختن پلاک می باشد. این حرکت به ماساژ لثه کمک شایانی می کند و سر این مسواک به گونهای طراحی شده که حساس به فشار است؛ ضمن این که سر دو تکهای، مسواک را با کانتور دندان مطابقت می دهد. باطری مسواک حدود ۳ ماه کار می کند که این زمان هماهنگ با عمر برس تیل های مسواک است.



در بررسی کلینیکی هر سه نوع مسواک نام برده شده کنترل پلاک را به صورت معنی داری ارتقا می بخشند و از طرفی دیگر در این مطالعات تفاوت معناداری در کنترل پلاک دیده نشد. قابل ذکر است که در چند مطالعه ای که در سایت شرکت سازنده آمده به برتری محسوس مسواک Pul-

sar نسبت به مسواک های Cross- Action از لحاظ توانایی برداشت پلاک اشاره شده است، ولی واقعیت آن است که با توجه مطالعه حاضر آنچه در سایت شرکت آمده بدون شک دور از هیاهوهای تبلیغاتی نیست و نتایج این سایت از این جهت چندان قابل اعتماد نیست. در بررسی ۳۵۴ مقاله به صورت مروری این گونه برداشت شده که عموماً شواهدی برای برتری مسواک های برقی و دستی دیده نشده است اگرچه برداشت پلاک توسط مسواک های نوسانی برقی به طور قابل توجهی بالاتر بوده ولی از لحاظ بالینی اهمیت ویژه ای برای این کاهش پلاک نمی توان یافت. در مجموع این گونه استنباط می شود که آنچه در برداشت پلاک و کارایی مسواک زدن تعیین کننده است، نحوه صحیح مسواک زدن و کیفیت مطلوب عملکرد فرد مسواک کننده می باشد و پارامترهایی مانند دستی یا برقی بودن مسواک، خصوصیات ظاهری، طراحی و شکل مسواک در درجه بعدی اهمیت قرار دارند لذا هر



المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی فرصت‌ها و چالش‌ها

علیرضا رضائی، دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

زیادی را به خود اختصاص می‌داد. در گام بعد طراحی برنامه آموزشی پیش روی بود که حقیقتاً کاری بزرگ و با جزئیاتی دقیق بود و انرژی فراوانی برای تحققش مورد نیاز؛ مطالعات اولیه گسترده در زمینه موضوع برنامه و آشنایی با انواع روش‌های طراحی آموزشی، مصاحبه با ذی‌نفعان در بافتار که به منظور تحقق یک برنامه عملی انجام گرفت، برگزاری نشست‌های مختلف درون گروهی و بهره‌گیری از رهنمودهای اساتید در راه طراحی این برنامه بخش کوچکی از این تلاش عظیم به شمار می‌روند.

تایید برنامه ارسالی برای داوران فرصت حضور در مرحله نهایی که به میزبانی دانشگاه شهید بهشتی برگزار می‌گردید را فراهم نمود. به راستی حضور در چنین جمع بزرگی از افراد دانشی مغتنم بود. البته هماهنگ شدن با شرایط ناآشنای آنجا می‌توانست زمان‌بر باشد ولی هدف این موانع را هموار می‌نمود. در این مرحله نیز آزمونی به صورت گروهی به مدت ۴ ساعت برگزار شد که در آن افراد می‌بایست به سوالاتی در مورد چالش‌های طراحی آموزشی پاسخ می‌دادند و نهایتاً ۱۰ گروه منتخب برای ارائه برنامه خود انتخاب شدند لیکن تمام گروه‌ها تا لحظات پایانی اعلام نتایج سخت در تلاش بودند تا خود را برای ارائه آماده کنند.

هر آنچه که در این مسیر از آغاز تا پایان به وقوع پیوست، خوب یا بد، سخت یا آسان، فرصتی بود برای بزرگ شدن، آگاه شدن، آشنا شدن و فرصتی بود برای دوست شدن با انسان‌هایی ارزشمند.

المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی به منزله یک میدان رقابت بزرگ فرصتی برای رویارویی با مسائل جدید در زندگی دانشجویی و تجربه‌ای هیجان‌انگیز از یک هم‌آورد ملی را فراهم می‌آورد. در طی این یک دهه که از برگزاری آن سپری می‌شود، تغییرات زیادی را به خود دیده است اما ماهیت و قواعد کلی آن همواره پا بر جا مانده است.

نهمین دوره این رقابت‌ها از زمستان سال ۹۵ تا شهریور ماه ۹۶ در ۵ حیطه برگزار گردید که عبارتند از: تفکر علمی در علوم پایه، استدلال بالینی، مدیریت نظام سلامت، آموزش پزشکی و فلسفه پزشکی که دو مورد اخیر در این دوره به عنوان حیطه اصلی انتخاب شده بودند. در این دوره المپیاد به صورت آزمایشی برگزار می‌گردید؛ بدین معنی که دانشگاه‌های عضو هر آزمایش می‌بایست مجموعاً ۱۵ دانشجو را در هر حیطه در پایان مرحله انفرادی معرفی نموده و همگی تحت نظر دانشگاه مرکز آزمایش گروه بندی و عمل می‌کردند که اگر چه در ظاهر مناسب به نظر می‌رسید ولی در حقیقت دانشگاه‌های غیر مرکز را محدود می‌کرد.

در حیطه آموزش پزشکی ۴ منبع اصلی به منظور مطالعه و آشنایی با مفاهیم آموزش پزشکی معرفی گردید و بر مبنای آن‌ها آزمون انفرادی در خرداد ماه ۹۶ برگزار گردید. این یک فرصت بزرگ برای دانشجویان بود تا با مفاهیم عمیق آموزشی در زمینه‌های مختلف اعم از روانشناسی پرورشی، طراحی آموزشی، اصول ارزشیابی آشنا شوند؛ در عین حال مطالعه این منابع که از حجم قابل توجهی برخوردار بودند و برای دانشجویان تازگی داشتند در کنار دروس اصلی می‌توانست دشواری‌های خاصی داشته باشد.

پس از گذراندن مرحله انفرادی، افرادی که به مرحله گروهی راه یافته بودند می‌بایست یک برنامه آموزشی طراحی می‌کردند تا از این طریق توانسته باشند دانسته‌های خود را به کار بندند. در این راه نیز توانمندی‌های بسیاری می‌بایست کسب می‌کردند؛ آشنایی با جستجو در منابع علمی، پروپوزال نویسی، تحلیل آزمون و... شرکت در کارگاه‌ها و جلسات مختلف راه رسیدن به این توانمندی‌ها بود که البته زمان

از زندگی در پرورشگاه تا چهره برتر جهانی

بهنام شکیبایی مقدم، ۱۱ مرداد ۱۳۵۱ در اهواز به دنیا آمد. پدرش مؤسس بیمارستان کوروش آبادان بود و می توان گفت پزشکی در خانواده آن ها شغلی موروثی به حساب می آمد. روزهای خوب کودکی چندان دوامی نداشت....



عاطفه علیزاده، دانشجوی رشته دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی

دکتر بهنام شکیبایی

میان دانشجویان هم ورودی اش، تراز اول کرده بود. سال های آخر تحصیل، اتفاق ناگوار فوت پدر، مسئولیت سرپرستی خانواده را هم به دوش او گذاشت. تا آن زمان بهنام از اقامت یک ساله استفاده می کرد و به خاطر همین قضیه علی رغم دارا بودن مدرک درجه یک با رتبه ممتاز اجازه کار نداشت او که به واسطه تز دکترایش به رشته جراحی فک علاقه مند شده بود و حتی وقتی تحصیلش تمام شد ارتباط خوبی با بخش جراحی فک و صورت دانشگاه برلین داشت. بعد از تحمل آن همه سختی در تجربه ی شغل های مختلف در کنار تحصیل نمی توانست از هدفش دست بکشد، شش ماه پیگیری و نامه نگاری بهنام جواب داد و دانشگاه حاضر شد طی تبصره ای به دانشجویان ممتاز اجازه کار موقت البته محدود به شهر را بدهد. بهنام به دنبال ادامه مسیر در رشته جراحی فک بود درحالیکه کار در بیمارستان در دوره چهارساله جراحی مستلزم داشتن اجازه کار دائم بود! چالش جدیدی که با آن مواجه بود. از طرفی باید ۳۵ ساعت در هفته در بیمارستان برلین به عنوان دکتر داوطلب مجانی کار می کرد تا دوران تخصص را طی کند و از سویی برای مخارج زندگی و تحصیل شب ها هم در چند کلینیک مشغول می شد. هفته ای بیش از ۱۰۰ ساعت کار دندانپزشک پرتلاش ایرانی باز هم پذیرفت اما شرایط روز به روز مشکل تر می شد به قدری سخت که به شدت بیمار شد گریزی نبود چندی بعد به این فکر افتاد که با رؤسای بیمارستان های دیگر آلمان مکاتبه کند تا به او اجازه کار دائم بدهند. مدتی به همین منوال گذشت تقریباً تمام بیمارستان ها درخواستش را رد کردند به جز دانشگاه مونستر که برای سال آینده وی را می پذیرفت. در همین اثنا پروفیسوری به نام بکرز از بیمارستان زیگن با او تماس گرفت و از او خواست که برای مصاحبه به آن شهر برود.

هزینه بلیط قطار را قرض کرد و خودش را به آنجا رساند خوشبختانه از بین درخواست کنندگان پذیرفته شد. سر از پا نمی شناخت. بعد از اتمام دوران تخصص در شهر سردسیر و دور افتاده زیگن، یک سالی را در انگلستان گذراند. او در آنجا در مطبی به عنوان جراح فک و ایمپلنت مشغول به کار شد. در آن مطب میکروسکوپ

بهنام شکیبایی مقدم، ۱۱ مرداد ۱۳۵۱ در اهواز به دنیا آمد. پدرش مؤسس بیمارستان کوروش آبادان بود و می توان گفت پزشکی در خانواده آن ها شغلی موروثی به حساب می آمد. روزهای خوب کودکی چندان دوامی نداشت و شروع جنگ تحمیلی خانواده اش را به ناچار، آواره شهرهای مختلف کرد. پدر معتقد بود که این قضیه درس بهنام را تحت الشعاع قرار می دهد و گذراندن دوران تحصیل به این شکل او را با مشکل مواجه خواهد کرد. در نهایت، نگرانی خانواده به فرستادن بهنام پیش دو عمویش که در آلمان زندگی می کردند ختم شد.

روزهای سختی در انتظارش بود؛ از طرفی، طبق قوانین آلمان مجبور بود کلاس زبان آلمانی را رها و هر چه زودتر مدرسه را شروع کند و از سویی، خانواده عمویش در یک خانه کوچک دانشجویی زندگی می کردند و عملاً فضایی برای درس خواندن او نبود به طوری که گاهی بهنام مجبور بود برای درس خواندن، وان حمام را خشک کند و داخلش درس بخواند.

سه سال بعد، از طرف پلیس آلمان، نامه ای به دستش رسید؛ مبنی بر این که چون چهارده سالش تمام شده، باید اقامت بگیرد؛ که یا باید دانشجویی بود یا اینکه پناهنده می شد و از حمایت کامل دولت، برخوردار. اما پدر با پناهندگی مخالف بود. کار به جایی رسید که دو هفته به او فرصت دادند، آلمان را ترک کند. بعد از پیگیری های زیاد، تنها یک راه باقی مانده بود؛ اینکه سرپرستی بهنام را شهرداری برلین قبول کند و او به کمپ بچه های بی سرپرست یا بدسرپرست برود. بهنام راهی پرورشگاه شد. علی رغم شرایط بسیار سخت زندگی در پرورشگاه و هم زمان کار در جاهای مختلف به علت مشکلات اقتصادی، در تمام دوران تحصیل ممتاز بود. بعد از گرفتن دیپلم (در سال ۱۹۹۲) با مشورت خانواده، برای رشته پزشکی دانشگاه برلین درخواست داد اما پذیرفته نشد و در نهایت چون به تحصیل در این دانشگاه اهتمام داشت؛ بعد از مدتی درخواستش برای رشته دندان پزشکی پذیرفته شد. سخت کوشی بهنام، او را در

این مهم را هم به بهترین نحو به انجام رساند و در حال حاضر کلینیک تخصصی دکتر شکیبایی در تهران تنها مرکز درمانی ایشان در دنیا بوده و از دیدگاه تکنیکی و تخصصی از مراکز تراز اول اختصاصی جراحی های میکروسکوپی و کم تهاجمی ایمپلنت و بازسازی استخوان فک در جهان به شمار می آید. در حال حاضر دکتر بهنام شکیبایی مقدم، رییس بخش ایمپلنتولوژی بزرگترین انجمن دندانپزشکی میکروسکوپی جهان (میکرو ویژن) با بیش از ۳۰۰۰۰ دندانپزشک عضو از ۱۳۵ کشور جهان بوده و ریاست دپارتمان ایمپلنت آکادمی معتبر دندانپزشکی میکروسکوپی کارل زایس آلمان را نیز به عهده دارد و تا به امروز در ۱۲ کشور و ۳ قاره جهان بیش از ۱۵۰ سخنرانی و سمینار بین المللی ارائه کرده است و به دلیل نوآوریهای مستمر و دست آوردهای تحقیقاتی برجسته در سالهای اخیر، شکیبایی موفق شده است تا به امروز جوایز متعدد معتبری را به خود اختصاص دهد که در این راستا می توان از جایزه اول تحقیقاتی جراحان لثه آلمان در سال ۱۳۹۰، جایزه اختراعات پزشکی پروفیسور یلدا در سال ۱۳۹۱، جایزه تحقیقات برجسته کارل زایس آلمان در سال ۱۳۹۲، جایزه بهترین سخنران کنگره دندانپزشکی میکروسکوپی آمریکا در سال ۱۳۹۲، جایزه نشان معتبر ای بی سی ال اتحادیه اروپا در سال ۱۳۹۴ و جایزه اول جشنواره ملی موفقیت ایران در سال ۱۳۹۵ نام برد. این دندانپزشک پر افتخار ایرانی، هم اکنون در صدد تاسیس مرکز فوق تخصصی بین المللی درمانی - تحقیقاتی در زمینه جراحی های میکروسکوپی ایمپلنت است. طرحی ارزشمند که اجرای آن گامی بلند در راستای ارتقای سطح علمی دندانپزشکی ایران خواهد شد.

سخن آخر

او در بخشی از مستند زندگی خود (سرزمین نخبگان) به موضوعی اشاره می کند که شنیدن آن از زبان این افتخار ایرانی خالی از لطف نیست: «...مهم این است که اگر کسی به خودش و کارش اعتماد دارد و مطمئن است که برای بیمار در دراز مدت یا میان مدت منفعت دارد؛ منفعتی که قابل لمس هست، کارش را در آن حیطه ادامه دهد و برایش مهم نباشد که انسان های دیگر به او حسادت می کنند یا خیر؛ یک ضرب المثل خوبی در زبان آلمانی هست که من خیلی از مواقع آن را با خودم تکرار می کنم: برای اینکه بقیه به شما حسادت کنند باید شما شب و روز تلاش کنید ولی برای همدردی انسان های دیگر هیچ احتیاجی به تلاش ندارید، همدردی را به شما هدیه می دهند...»



دندانپزشکی قدیمی وجود داشت که متخصص ریشه درمانی با آن کار می کرد. از او اجازه گرفت که در روزهایی که حضور ندارد، فک بیمارانش را با آن ببیند. اندودونتیست با تعجب پذیرفت. در حین جراحی با میکروسکوپ متوجه شد که تا چه حد تهاجمی کار می کند این در حالی بود که در هر کلینیک و مطبی که تا آن روز (با چشم غیر مسلح) کار کرده بود؛ ظرافت و دقت او را تصدیق می کردند. کشف بزرگی بود. جراحی دهان با میکروسکوپ با تهاجم و آسیب کمتری همراه بود اما بزرگنمایی میکروسکوپ کار با ابزار معمولی را مشکل کرده بود. بنابراین مدتی را صرف جست و جوی ابزار مخصوص میکروسرجری ایمپلنت در کاتالوگ شرکت های مختلف کرد. تعجب همکار اندودونتیستش پر بی راه نبود! کسی نمی دانست ابزار میکروسکوپی ایمپلنت چیست. اصلا این شیوه جراحی وجود علمی نداشت. برای این نخبه ایرانی آغاز کار بود گویی قرار بود آن روزهای سخت دکتر را برای چنین روزی آماده کند. تحقیقاتش را آغاز کرد. برای ساخت با چند شرکت صحبت کرد. اما تصور شرکت های ساخت تجهیزات دندانپزشکی از مبدع این ابزار پروفیسوری سن و سال دار بود و نیازی به گفتن نیست که در مواجه با درخواست جوانی ۳۱ ساله که برای اولین بار ایده ساخت ابزار های تکنیکی جدید را مطرح کرده بود؛ چه واکنشی داشتند. در اوج ناامیدی، ناگهان بارقه امیدی درخشد. با معرفی یکی از استادان ایمپلنت، با شرکتی آلمانی به نام زپف آشنا و نمونه های اولیه را طراحی کرد و پس از مدتی به ثبت رساند دو سال تحقیقات و پژوهش های دکتر در مطب شخصی اش در نزدیکی بیله فلد، انجمن های ایمپلنت آلمان را وادار به صدور مجوز های کاربرد ابزار کرد که امروزه با نام شکیبایی در دنیا مورد استفاده قرار می گیرد. چندی بعد مقالات دکتر در باب معرفی تکنیک جدید بازسازی کف سینوس به صورت میکروسکوپی مورد توجه قرار گرفت. به دنبال چاپ اولین مقاله اش موفق به کسب عنوان طرح

برگزیده بخش نوآوری انجمن جراحان لثه آلمان در سال ۲۰۰۷ شد اتفاقی که انرژی مضاعفی برای پیش بردن سایر تحقیقاتش به او می داد به طوری که سه تکنیک دیگر ابداع و منتشر کرد. اما علاقه همیشگی اش برای پیشرفت این علم در سرزمین مادری او را که به واسطه سالها تلاش در اروپا به جایگاه خوبی رسانده بود به بازگشت به ایران واداشت ایجاد یک مرکز تخصصی

با هزینه های فوق العاده بالا بدون هیچ حمایتی که به خاطر وعده های داده شده غیر قابل تصور بود برای او چالش هایی را به دنبال داشت اما روحیه خستگی ناپذیری او باعث شد ... و

مصاحبه با دکتر امیر قادری

دکتر امیر قادری نمونه ای از جوانان می باشد که با تلاش خود توانسته اند علاوه بر تولید علم برای کشور عزیزمان، عنوان پژوهشگر برجسته ی کشوری را کسب نمایند. در ذیل گفتگویی می خوانید که با ایشان انجام شده است....



مصاحبه کننده: میلاد به نژاد

- ✓ ۷ کتاب چاپ شده که ۲ کتاب از آن ها در مقطع دکتری تخصصی اعتیاد به چاپ رسیده است که یکی از آن ها نوروفارماکولوژی می باشد که با همکاری دکتر حمیدرضا بنفشه تالیف کردیم و دیگری ملاحظات دارو درمانی در سالمندان است که با همکاری اساتید دانشکده داروسازی مشهد تالیف و به چاپ رساندیم.
- ✓ ۱۱ طرح تحقیقاتی که به عنوان مجری و همکار فعالیت داشته ام.
- ✓ ۳ سخنرانی در کنگره های بین المللی در مقطع دکترا

۵) به عنوان کسی که در مقطع دکتری به عنوان پژوهشگر برجسته کشوری انتخاب شدید، لطفا کمی راجع به نحوه گزینش و کسب امتیاز برای این افتخار توضیح بدید؟ (نحوه محاسبه امتیازات و سقف مورد نظر و امتیازی که کسب کردید)

امتیاز پژوهشگر برجسته کشوری براساس موارد زیر مورد بررسی قرار می گیرد که دانشجو حداقل بایستی در ۴ ماده زیر حداقل امتیاز را کسب کند:

(انتشار مقاله، پایان نامه، ارائه خلاصه مقالات در کنگره ها و سمینارها، انتشار کتاب، مجری یا همکاری در اجرای طرح های تحقیقاتی، فعالیت در کمیته تحقیقات دانشجویی، نوآوری، اختراع و اکتشاف)

جهت معرفی به عنوان دانشجوی پژوهش گر، حداقل امتیاز لازم کسب شده از موارد ذکر شده در قسمت بالا، در مقطع لیسانس (۵۵) امتیاز (بدون در نظر گرفتن امتیاز حاصل از پایان نامه)، در مقطع دکتری حرفه ای و کارشناسی ارشد (۹۵) امتیاز و در دانشجویان مقاطع بالاتر (۱۱۵) امتیاز می باشد.

۶) از چه طریق با آیین نامه انتخاب پژوهشگر برجسته آشنا شدید؟

ابتدا از طریق دوستم آقای دکتر صادقی که ایشان پیش از بنده به این افتخار نائل شده بودند با این آیین نامه آشنا شدم و سپس با مراجعه به سایت دانشگاه و مطالعه ی آیین نامه از قسمت آیین

در سال های اخیر جهش علمی ایران عزیزمان با سرعت فزاینده آغاز شده است، به گونه ای که تحسین همگان را برانگیخته و ایران را به عنوان الگویی برای کشور های اسلامی در زمینه ی تولید علم و فناوری مطرح کرده است. یقینا این پیشرفت چشمگیر حاصل تلاش های مجاهدت گونه ی اساتید و دانشجویان فرهیخته ی کشورمان بوده که با همت والای خود پای به عرصه ی تحقیق، پژوهش و فناوری نموده اند.

دکتر امیر قادری نمونه ای از این جوانان می باشد که با تلاش خود توانسته اند علاوه بر تولید علم برای کشور عزیزمان، عنوان پژوهشگر برجسته ی کشوری را کسب نمایند. در ذیل گفتگویی می خوانید که با ایشان انجام شده است.

۱) لطفا خودتان را معرفی بفرمایید:

امیر قادری فارغ التحصیل مقطع دکتری تخصصی اعتیاد از دانشگاه علوم پزشکی کاشان هستم.

۲) کمی از سوابق تحصیلاتی خودتان در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکتری شرح دهید؟ (رشته تحصیل و دانشگاه و...)

من فارغ التحصیل مقطع کاردانی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و کارشناسی علوم آزمایشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کارشناسی ارشد سم شناسی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی مشهد هستم و در حال حاضر در دانشکده پزشکی علوم پزشکی کاشان در مقطع دکتری تخصصی اعتیاد مشغول به تحصیل هستم.

۳) علاقه شما به پژوهش از چه زمانی آغاز شد؟

مقطع کارشناسی علوم پزشکی تهران که بودم در مراحل اجرای پایان نامه یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد کمک می کردم و علاقمندی به زمینه پژوهش از آنجا شروع شد.

۴) ما را در جریان فعالیت های پژوهشی خود قرار دهید (مقالات، طرح، کنگره و...):

✓ ۹ مقاله بین المللی چاپ شده در مجلات خارجی و ۲ مقاله در دست داوری.



ارشد و دکترای تخصصی باید با جدیدت بیشتری صورت گیرد به ویژه در مقاطع رزیدنتی و Ph.D.

ولی با این وجود در تمامی مقاطع اگر شخصی علاقه به پژوهش دارد شروع کند ولی فقط پژوهش کافی نیست، باید معدل خوب و عالی هم کنار پژوهش قرار گیرد.

۱۳) شخص خود را در ده سال آینده در چه جایگاهی را تصور کرده اید؟

قرار گرفتن در جایگاه هیئت علمی دانشگاه و شروع کارهای آموزشی و تحقیقاتی و ...

۱۴) یک خاطره از دوران دانشجویی یا فعالیت های پژوهشی که تجربه کرده اید بفرمایید؟

پر استرس ترین خاطره ی من مربوط می شود به بیماری مرتبط با طرح پژوهشی من که بعد از یک ماه برای خون گیری دوباره به درمانگاه مراجعه کرده بود و دچار سیاه شدگی در دستش شده بود که ترس و استرس زیادی رو به بیمار وارد کرده بود. با بستری کردن بیمار در بخش عفونی بیمار بهبودی کامل پیدا کرد اما این ماجرا دو شب بی خوابی رو برای من به همراه داشت و خاطرات شیرین هم که زیاد هست مخصوصا با دوست خوبم جناب آقای دکتر حمیدرضا صادقی که سال ۹۵ پژوهشگر برجسته شدند.

۱۵) آیا تا الان به اهدافی که در نظر داشته اید رسیده اید؟

خداراشکر. مسئولیت ما در زندگی فقط تلاش هست و تمام نتایج را باید به خدا بسپاریم، همیشه دست خدا در زندگی ما آدم ها هست، مهم این است که ما خودمان از عملکردمان راضی باشیم.

۱۶) در پایان آگه صحبت خاصی هست، بفرمایید.

واقعا خداراشکر می کنم که توانستم به عنوان پژوهشگر برجسته باشم و همیشه دست خدارا در زندگی خودم حس کردم و به تمامی دانشجویها توصیه می کنم در زندگی هدف فقط تلاش باشد فقط تلاش و برای هدفی که در ذهنتان هست زحمت بکشید و نتیجه را به خدا بسپارید.

نامه های موجود در صفحه ی استعدادهای درخشان با آیین نامه پژوهشگر برجسته (آیین نامه بند "ک") آشنا شدم.

۷) به طور متوسط چه میزان از وقت خود را صرف فعالیت های پژوهشی می کنید؟

حقیقتا وقت خیلی زیادی را در ارتباط با کارهای پژوهشی صرف می کنم.

۸) آیا در کنار فعالیت های پژوهشی و دانشگاهی زمانی را به تفریح و فعالیت های ورزشی اختصاص می دهید؟

به ورزش کشتی و شنا در دبیرستان علاقه زیادی داشتم و به سالن های ورزشی می رفتم ولی متاسفانه از زمان قبولی در دانشگاه این گونه فعالیت ها را کنار گذاشته ام.

۹) مهم ترین مشکلات پژوهشی در کشور ما از نظر شما چیست؟

نمی توان موضوع پژوهش و معایب آن را در کشور مطرح کرد چرا که هر دانشگاه شرایط و محدودیت های خود را دارد ولی در ارتباط با دانشگاه علوم پزشکی کاشان متاسفانه مشکلات و محدودیت هایی وجود دارد که اظهار نظر افرادی در جایگاه من در ارتباط با آن ها کارساز واقع نمی شود.

۱۰) از نظر خود شما بهترین کار پژوهشی که انجام داده اید چه بوده است و چه اساتیدی شما را در این زمینه همراهی و راهنمایی کرده اند؟

می توانم بهترین کار پژوهشی خود را مربوط به کار پایان نامه ام در ارتباط با ویتامین D در بیماران تحت درمان با متادون معرفی کنم.

واز اساتید محترمی که در این زمینه مرا راهنمایی کرده و به ایشان لطف داشته اند جناب آقای دکتر عاصمی، جناب آقای دکتر بنفشه، جناب آقای دکتر اربابی، جناب آقای دکتر اطلسی و جناب آقای دکتر رسولی و بسیاری از اساتید دیگر را شامل می شوند که کمال تشکر را از همه ی عزیزان دارم.

۱۱) تا به امروز در جایگاهی از زندگی خود دچار ناامیدی و خستگی هم شده اید؟

حقیقتا به دلیل گذراندن دوران تحصیلی خود به صورت پیوسته با خستگی ها و ناامیدی های زیادی روبه رو شده ام.

۱۲) توصیه شما برای دانشجویان که علاقه به انجام کارهای پژوهشی دارند چیست؟

در مقطع کارشناسی مهم این است که خوب مطالعه کنی و اگر آشنایی کلی با شمای کارهای پژوهشی داشته باشی به نظر کافی می رسد و از نظر من فردی که در مقطع کارشناسی ارشد با رتبه ۱ قبول شود بهتر از چندین مقاله و پژوهشگر برتر شدن در مقطع کارشناسی هست، حتی در مقطع دکترای عمومی هم به همین صورت هست یعنی رتبه خوب در مقطع رزیدنتی بهتر است تا انجام کارهای پژوهشی به تنهایی، از دید من پژوهش در مقطع کارشناسی

معرفی کتاب

کتاب دنبال دلت برو

کتاب دنبال دلت برو! نوشته ی اندرو ماتیوس راهنمای شگفت‌انگیز زندگی است. او نظرات و عقاید خود را به ساده‌ترین شکل بیان می‌کند.

به اهدافش متهم می‌کند. هنگامی که مسأله‌ای خاتمه یافته و اثری از آن دیده نمی‌شود، سختی‌ها، مصیبت‌ها و ناکامی‌های خود را به آن نسبت ندهید. در این گونه مواقع لازم است روش و رفتار خود را تغییر دهید

نویسنده: اندرو ماتیوس

مترجم: مژگان قشقایی پور

ناشر: انتشارات افراز

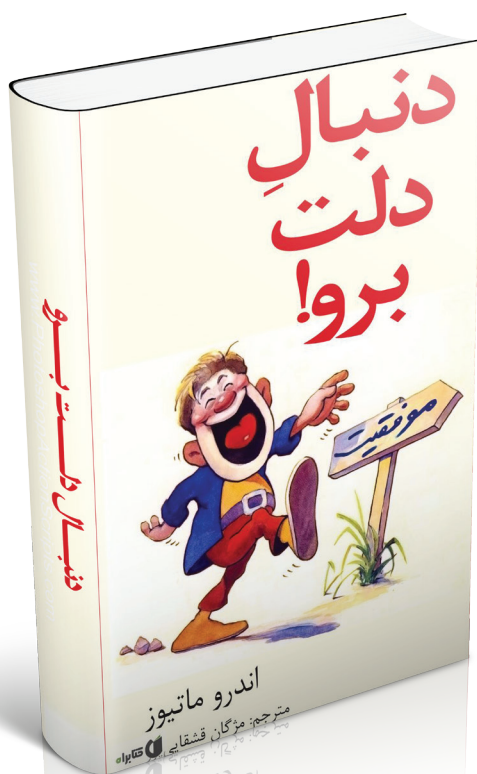
کتاب دنبال دلت برو! نوشته ی اندرو ماتیوس راهنمای شگفت‌انگیز زندگی است. او نظرات و عقاید خود را به ساده‌ترین شکل بیان می‌کند.

کتاب دنبال دلت برو (Follow Your Heart) دارای جنبه‌های روانشناسی است که رازهای موفقیت در خانواده و دیگر جنبه‌های آن را مطرح می‌کند. مطالعه‌ی این کتاب ساده و قابل درک است و همچنین دریافتن شغل و فراهم کردن یک زندگی ایده‌آل به شما یاری می‌رساند.

اندرو ماتیوس (Andrew Matthews) یکی از بهترین نویسندگان دنیا است. اندرو ماتیوس نویسنده پرفروش‌ترین کتاب‌ها در زمینه روانشناسی، کاریکاتوریست و سخنران بین‌المللی است. کتاب‌های او با عناوینی از قبیل: چگونه زندگی بهتر می‌شود، راز شاد زیستن و کامیابی، تک نسخه کامیابی، درخت دوستی بنشان، شادی بیکران در ۳۵ زبان زنده دنیا و با فروش بیش از ۶ میلیون نسخه در ۶۰ کشور منتشر شده است. نوشته‌های اندرو ماتیوس تماما الهام بخش است و با ابزارهای ارزشمند، چگونه شاد بودن را به خوانندگان خود برای یک زندگی موفق‌تر نوید می‌دهد.

در قسمتی از کتاب دنبال دلت برو! می‌خوانیم:

گاهی اوقات با مسأله‌ای در زندگی روبه‌رو می‌شوید که موجب ناکامی شما در رسیدن به هدفتان می‌شود، بنابراین از آن پس با هر مشکلی که مواجه می‌شوید، مسأله قبل را به میان آورده و اعتراض می‌کنید که مسأله X موجب شکست و ناکامی‌ام شد. در حالی که اشکال به کار شما مربوط می‌شود، نه اینکه مسائل را درهم آمیخته و مشکل خود را به شخص یا مورد خاصی نسبت دهید. فردی از همسرش جدا می‌شود و از اینکه در دوران زندگی مشترکی که با همسرش داشت نتوانسته است به هدفش دست یابد ابراز ناراحتی می‌کند و حتی پس از اینکه از همسرش متارکه می‌کند، با هر مشکلی که مواجه می‌شود آن را به همسر سابقش نسبت می‌دهد و او را به دلیل عدم دستیابی



معرفی کتاب

کتاب سرطان امپراتور بیماری ها

این کتاب نوشته شده توسط سیدهارتا موکرژی، در سال ۲۰۱۰ چاپ شده است. این کتاب زندگی نامه سرطان را شرح می دهد که از ۴۶۰۰ سال قبل از میلاد شروع شده و...

سرطان امپراتور بیماری ها:

عین حال دقیق و مستند شرح داده می شود.

این کتاب توسط نشریه تایم در سال ۲۰۱۳ جزو ۱۰۰ کتاب تاثیرگذار ۱۰۰ سال اخیر انتخاب شده است.

این کتاب، ضمن معرفی افراد دخیل در جمع آوری کمک های مردمی، به جامعه مخاطب آموزش می دهد که چگونه برای درمان سرطان پول جمع کنند. خیرین در آمریکا، با جمع آوری پول های کلان توانستند موقعیتی را فراهم کنند تا موضوع سرطان به مجلس سنای آمریکا برسد و پول های دولتی به آن ها تزریق شود. سازمان های بزرگی مانند «NIH» شکل گرفت. نیکسون در کشور آمریکا طرحی را برنامه ریزی کرد تا براساس آن سرطان در کشورش درمان شود.

تلاش شرکت های تولیدکننده سیگار در آمریکا موجب شد تا در برهه های تحقیقات سرطان متوقف شود. نویسنده در قالب یک فصل همه این ماجراها را به زیبایی تشریح کرده تا مخاطب متوجه شود که کشورهای سرمایه دار یا شرکت های بزرگ داروسازی چطور می توانند از منابع مالی استفاده کنند که حتی بر سر راه تحقیقات پزشکی مانع ایجاد کنند؛ فقط برای کسب منافع مالی بیشتر.

سیدهارتا موکرژی نشان می دهد که شرکت های بزرگ تولیدکننده سیگار به مدت ۲۰ سال به هیچ عنوان اجازه پیشرفتی را در پژوهش های درمانی در حوزه سرطان نمی دادند. شکایت همسر مبتلا به سرطان از شرکت های تولیدکننده سیگار موجب شد تا دادگاه فدرال، حکم پرداخت ۴۰۰ میلیون دلار غرامت را صادر کند.

این کتاب توسط گروه مترجمین، امیررضا عارف، مهدی روحانی، هادی توکلی نیا، حسین فریرزی، ساره زیدآبادی، علی امین منصور و نگار شاهرضا، ترجمه شده و با عنوان «سرطان، امپراتور بیماری ها» توسط انتشارات خانه زیست شناسی در اردیبهشت ۱۳۹۴ به چاپ رسیده است.

این کتاب نوشته شده توسط سیدهارتا موکرژی، در سال ۲۰۱۰ چاپ شده است. این کتاب زندگی نامه سرطان را شرح می دهد که از ۴۶۰۰ سال قبل از میلاد شروع شده و به آخرین پیشرفت ها و فهم علم امروزی از سرطان ختم می شود. سیدهارتا موکرژی در زمان نگارش کتاب پزشک و متخصص سرطان در موسسه سرطان دینا فاربر و بیمارستان عمومی ماساچوستس بوده و هم اکنون در دانشگاه کلمبیا تدریس و تحقیق می کند. این کتاب برای مخاطب عام نوشته شده است. با این وجود مقاطع تاریخی و مباحث علمی دقیق و مستند توصیف شده اند. این کتاب در سال ۲۰۱۱ برنده جایزه ی یولیتزر شده است.

موکرژی تاریخ سرطان را از ۴۶۰۰ سال قبل از میلاد در مصر شروع می کند. پزشکان مصری که با مفهوم سلول آشنا نبوده اند، ولی در عوض به مباحث مکانیک سیالات تسلط داشته اند، سرطان را ناشی از عدم تعادل مایعات بدنی می دانستند. طبق این کتاب، سرطان تا ۲۰۰۰ سال در تاریخ حضوری خاموش داشت تا مورخ یونانی، هرودوت از آتوسادختر کوروش و همسر داریوش نام می برد که در سینه خود یک توده درد آور را حس می کند. این توده توسط خدمتکار یونانی آتوسا جراحی شده و بیرون آورده می شود. عملی که ظاهراً حداقل به طور موقت موفقیت آمیز بوده است.

موکرژی در این کتاب تاریخچه روش های موجود در مواجهه با سرطان را به خوبی شرح می دهد. روش هایی که شامل جراحی و مشکلاتش مثل بی هوشی و عفونت، شیمی درمانی، پرتو درمانی و درمان های هدفمند می شوند. در این

کتاب پدیده سرطان، عوامل سرطان
زا، معاینه، درمان، پیشگیری،

پیش آگاهی و بسیاری
مباحث مرتبط با سرطان
و تاریخ سرطان به
زبان ساده و در



همایش های پیش رو...

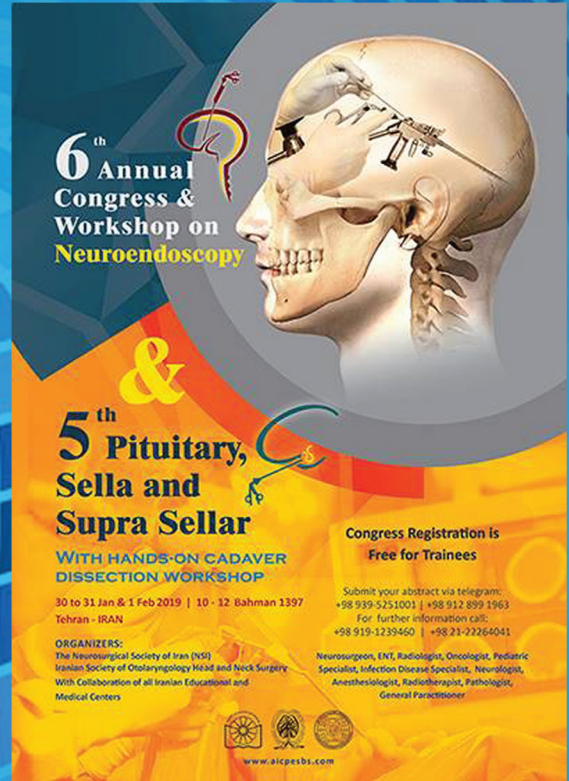


3rd Annual Meeting of Neurosurgical Society of Iran on Spine Surgery
Kish - Iran | 28-30 Azar 1397 | 19-21 Dec. 2018

ORGANIZER:
The Neurosurgical Society of Iran (NSI)
With Collaboration of all Iranian Educational and Medical Centers

Congress Registration is Free for Trainees
For further information call:
+98 919-123 94 60
+98 21-2641 28 56

www.aicnss.com
info@aicnss.com



6th Annual Congress & Workshop on Neuroendoscopy
&
5th Pituitary, Sella and Supra Sellar
WITH HANDS-ON CADAVER DISSECTION WORKSHOP

30 to 31 Jan & 1 Feb 2019 | 10-12 Bahman 1397
Tehran - IRAN

ORGANIZERS:
The Neurological Society of Iran (NSI)
Iranian Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery
With Collaboration of all Iranian Educational and Medical Centers

Congress Registration is Free for Trainees
Submit your abstract via telegram:
+98 939-5251001 | +98 912 899 1963
For further information call:
+98 919-1239460 | +98 21-22264041

Neurosurgeon, ENT, Radiologist, Oncologist, Pediatric Specialist, Infection Disease Specialist, Neurologist, Anesthesiologist, Radiotherapist, Pathologist, General Practitioner

www.aicpsbsi.com



5th Annual Congress & Workshop on Neuroendoscopy
&
4th Pituitary and Skull Base Surgery Congress

پنجمین همایش و کارگاه سالانه نورواندوسکوپی و چهارمین کنگره هیپوفیز و جراحیهای قاعده جمجمه

5th Annual Congress & Workshop on Neuroendoscopy & 4th Pituitary and Skull Base Surgery Congress
14 to 16 Feb 2018 | ۱۴ بهمن ۲۷ - ۲۸

www.aicpsbsi.com



ششمین کنگره اخلاق پزشکی ایران
و پنجمین همایش اخلاق پزشکی ایران

اخلاق و شیوه های نوین درمان نابارور

فارس - دانشگاه علوم پزشکی چهارم ۲۷ و ۲۹ آذرماه ۱۳۹۷

آموزش اخلاق پزشکی هیروزه، امروزه، فردا

موضوعات:
- آموزش اخلاق پزشکی
- بنسنته اخلاقی اخلاق حرفه ای
- اخلاق در ارائه خدمات سلامت
- اخلاقی در پژوهش های پزشکی
- اخلاقی در سیاست گذاری سلامت

با حضور: مدیران گروه های اخلاقی پزشکی و مسئولان بنسنته اخلاقی حرفه ای

www.imccc.ir



دومین همایش بین المللی Disease Registry & Health Outcomes

موضوعات همایش:
- آبنس و مدیریت نظارهای ثبت بیماریها
- سیستم های اطلاعاتی و نگارگری بیماریها
- کنترل کیفیت در ثبت بیماریها
- روش های تحلیل و آناز اطلاعات
- بیوانک و بیورماتیک ثبت بیماریها
- مالکیت داده ها و امنیت اخلاقی در برنامه های ثبت بیماریها
- فرایند اطلاعات و ارم افقی ثبت بیماریها
- کاربرد ثبت در نظار سلامت
- کاربرد ثبت بیماریها در بهبود مراقبت های بیمارار
- ثبت سرطان

مکان ها:
تهران: ۶۶۰۵۲۱۶۶ - ۶۶۰۵۲۱۶۶ (۲۱)
آبسن: ۶۶۰۵۲۱۶۷
وبسایت: www.DHRC.ir
info@dhrc.ir
موضوعات: فرایند نظار، عیاران آزادی، عیاران شهید حبیب الله، کوچه نقاسی، کوچه نسوری، بنسنت گوهر
پای: ۱ واحد ۹

به ما پیوند دهید

کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کاشان
دانشکده پزشکی - طبقه اول



۰۳۱-۵۵۶۲۱۳۱۸
src@kaums.ac.ir

