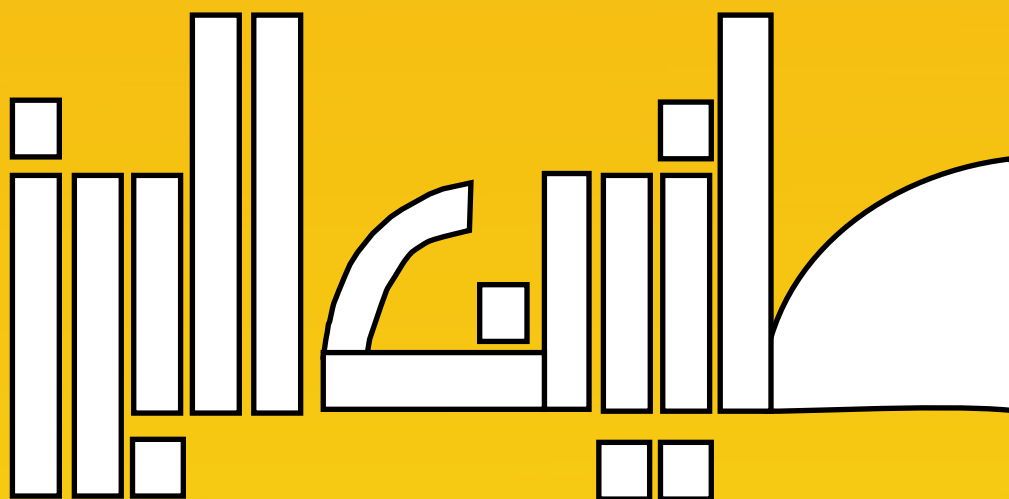




نشریه علمی پژوهشی طنین البرز - سال نهم - شماره ۳۵ - پاییز ۱۴۰۰





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: امیر محمد ریحانی، مهدی ناصر قندی، ایمان رجائی، کیمیا سلطانی ها، المیرا مجیدزاده، بهار سلگی

طراحی جلد، صفحه آرا و گرافیک: فاطمه کشاورزی

نوبت چاپ: ۳۵

نشریه علمی دانشجویی طنین البرز

سال نهم - شماره ۳۵ پاییز ۱۴۰۰

کرج، ۴۵ متری گلشهر، کوچه صفاریان، معاونت تحقیقات و فناوری کدپستی: ۳۱۹۸۷۶۴۶۵۳

تلفن: ۰۲۶۳۴۳۳۶۰۰۷

فهرست

۲	اخبار پژوهش	دانشکده بهداشت
۴	بیاپید برای برخورداری از جوامع سالمتر در جهان پساکرونا به بهداشت محیط اولویت دهیم	
۵	شناخت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و مشکلات و چالشهای پیش روی این بیماران	دانشکده پرستاری
۹	بیماری کرونا در مبتلایان به ایدز	دانشکده پزشکی
۱۳	عوارض سایکولوژیک کووید ۱۹	
۱۹	آیا نوع گروه خونی بر شدت بیماری کرونا موثر است؟	
۲۳	نشانه ها و علائم کمبود منیزیم در بدن	دانشکده پیراپزشکی
۲۶	آشنایی با دز بوستر	دانشکده داروسازی
۲۹	مراسم گرامیداشت هفته پژوهش و فناوری در دانشگاه علوم پزشکی البرز	
۳۲	خمیر دندان	دانشکده دندان پزشکی
۳۵	اتوکلاو های خورشیدی	
۳۶	دوربین داخل دهانی (Intra-Oral Camara)	

اخبار پژوهش



۲۵ آذرماه هفته پژوهش گرامی باد

به گزارش روابط عمومی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت و طبق اعلام معاونت پژوهش و فناوری وزارت علوم، هفته پژوهش و فناوری با شعار "پژوهش و فناوری؛ پشتیبان تولید" در سال جاری در تاریخ ۲۰ تا ۲۶ آذر ماه برگزار شد.

عناوین و برنامه‌های روزهای هفته پژوهش و فناوری سال ۱۴۰۰ به این شرح بود:

شنبه ۲۰ آذر ماه ۱۴۰۰: پژوهش و فناوری مدرسه و دانشگاه - زنگ پژوهش و تقدیر از دانش آموزان برتر یکشنبه ۲۱ آذر ماه پژوهش و فناوری، پشتیبانی از تولید - برنامه دانشگاه‌ها، پژوهشگاه‌ها و پارک‌های علم و فناوری متناسب با عنوان روز

دوشنبه ۲۲ آذر ماه پژوهش و فناوری؛ مانع زدایی از تولید

- برنامه دستگاه‌های اجرایی متناسب با عنوان روز سه شنبه ۲۳ آذرماه: پژوهش و فناوری؛ علوم انسانی و علوم پایه - توسعه علمی و مشارکت در پاسخگویی به نیازهای جامعه

چهارشنبه ۲۴ آذر ماه: پژوهش و فناوری و اثربخشی اجتماعی - افتتاح بیست و دومین نمایشگاه دستاوردهای پژوهش و فناوری و فن‌بازار

پنج شنبه ۲۵ آذر ماه: بزرگداشت پژوهشگران و فناوران - جشنواره تقدیر از پژوهشگران و فناوران برتر

همین‌طور هفته پژوهش و فناوری استانی نیز در تاریخ ۱۳ تا ۱۹ آذر ماه ۱۴۰۰ و بیست و دومین نمایشگاه دستاوردهای پژوهش، فناوری و فن‌بازار (همزمان با نمایشگاه تجهیزات و موارد آزمایشگاهی ساخت ایران) در تاریخ ۲۴ تا ۲۷ آذر ماه ۱۴۰۰ برگزار خواهد شد.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز:

کسب رتبه ۱۳ کشوری دانشگاه علوم پزشکی البرز در سامانه علم سنجی

هیات علمی و دانشجویان گزارش جامعی در خصوص دستاوردهای معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه ارائه کرد.

دکتر حاتم گودینی معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه ضمن تبریک هفته پژوهش به همه پژوهشگران، اعضای



مختلف کوید ۱۹ که از طریق موارد زیر؛

تالیف ۵ جلد کتاب توسط اعضای هیات علمی با لوگوی دانشگاه با عناوین زیر:

* کووید ۹۱؛ مبانی بهداشتی و درمانی و چالش های آموزشی

* رویکردهای چند جانبه بالینی به بیماری ناشی از ویروس کرونا

* مراقبت های درمانی در درمان کوید ۹۱

* جنبه های بالینی، شناسایی و درمان COVID-19

* مدیریت جامع اپیدمی ها و درس های آموخته شده از کووید ۹۱

* برگزاری کارگاهها و وبینارهای تخصصی دانشگاهی و کشوری و همچنین ارائه مقالات در کنگره های داخلی و خارجی

* تصویب ۷۶ طرح تحقیقاتی در زمینه بیماری کووید ۹۱ در سال ۹۹۳۱

* چاپ ۲۸ مقاله در پایگاه داده معتبر بین المللی با افیلیشن دانشگاه

* برگزاری جلسات کمیته اپیدمیولوژی کووید ۹۱ به صورت دو هفته یک بار در معاونت پژوهشی
* تهیه پمفلتها و دستورالعملهای بهداشتی در خصوص بیماری کووید ۹۱ و انتشار در استان

منبع: <https://www.abzums.ac.ir>

بهار سلگی - ترم ۵ مهندسی بهداشت محیط

از جمله دستاورد های مهم معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه در سال گذشته می توان به موارد زیر اشاره کرد :
* پیوستن دکتر مصطفی قربانی و دکتر غلامرضا عزیزی دو نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه به جمع ۱٪ پژوهشگر پراستناد برتر در جهان

* کسب رتبه اول کشوری مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر در دو سال متوالی ۹۸ و ۹۹ در جشنواره رازی و صدور موافقت قطعی توسط شورای گسترش علوم پزشکی کشور

* راه اندازی نرم افزار جامع کتابخانه ها در سال ۹۹

* چاپ ۳ کتاب فارسی و ۲ کتاب انگلیسی در سال ۱۴۰۰

* دستاورد های مدیریت توسعه و ارزیابی تحقیقات

* تصویب و حمایت از ۲۰۹ طرح تحقیقاتی در سال ۹۹

* برگزاری ۲۲ جلسه کمیته اخلاق دانشگاه در سال ۹۹

* کسب ۴ گرنت از موسسه نیماد توسط اعضای هیات علمی در سال ۹۹

* خرید تجهیزات جهت راه اندازی آزمایشگاه جامع تحقیقات

وی در ادامه در خصوص فعالیت های معاونت تحقیقات و فناوری در حیطه بیماری کرونا و ویروس به این موارد اشاره کرد :

۱- کمک به جهت تولید محصولات ضد عفونی کننده و محصولات بهداشتی در دوران همه گیری کرونا که از طریق انعقاد بالغ بر ۶۰ قرارداد دفتر ارتباط با صنعت با شرکتهای مختلف

۲- افزایش آگاهی و دانش عمومی در زمینه جنبه های

بیایید برای برخورداری از جوامع سالمتر در جهان پساکرونا به بهداشت محیط اولویت دهیم



سازی عمومی و جلب همکاریهای بین بخشی و حمایت مسئولین باشد.

روز بهداشت محیط فرصتی است برای بازنگری و مرور عملکردها و تعیین و تصحیح برنامه ها و اهداف بهداشت محیط به منظور ارج نهادن به این رسالت مهم می باشد.

منبع: <https://web.ssu.ac.ir>

بهار سلگی - ترم ۵ مهندسی بهداشت محیط
مدیر تحریر - بهار سلگی

۴ مهرماه ۱۴۰۱ روز جهانی بهداشت محیط با شعار "بیایید برای برخورداری از جوامع سالمتر در جهان پساکرونا به بهداشت محیط اولویت دهیم"

۶۲ سپتامبر مصادف با ۴ مهر ماه هر سال توسط فدراسیون بین المللی بهداشت محیط به عنوان روز جهانی بهداشت محیط نامگذاری شده است. هر ساله شعاری برای این روز در نظر گرفته می شود. امسال شعار روز جهانی بهداشت محیط "بیایید برای برخورداری از جوامع سالمتر در جهان پساکرونا به بهداشت محیط اولویت دهیم" در نظر گرفته شده است.

حفظ تندرستی و رهایی از رنج و بیماری یکی از مهمترین مسائلی است که همواره در طول تاریخ، فکر بشر را بخود مشغول نموده است با پیشرفت علم و دانش و شناختن عوامل بیماریزا و تاثیر آن بر تندرستی، انسان آموخت که باید در محیط پاکیزه و سالم زندگی کند و از آنچه سلامتی او را بخطر می اندازد اجتناب نماید.

در این میان آنچه بیش از همه در برقراری و حفظ این امنیت و آسایش خاطر رخ می نمایاند، فعالیت مجدانه پرسنل زحمتکش بهداشت محیط می باشد که با تلاشی شبانه روزی در ارتقاء امر بهداشت و حفظ سلامت آحاد جامعه می کوشند.

مهندسی بهداشت محیط در کشور به عنوان یک فعالیت منسجم، قدمتی بیش از نیم قرن داشته و منشاء اثرات زیادی در ارتقاء سلامت جامعه بوده است. چهارم مهر ماه روز جهانی بهداشت محیط نقطه عطفی در برنامه های بهداشت محیط محسوب میشود و میتواند تلاشی دیگر برای آماده

شناخت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و مشکلات و چالشهای پیش روی این بیماران

چکیده

زمینه و هدف: نتایج پژوهشهای اخیر نشان میدهد که در هنگام تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی توجه به درک بیماران در مقایسه با ارزیابی کلینیکی از اهمیت بیشتری برخوردار است. هدف مطالعه حاضر شناخت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و مشکلات و چالشهای پیش روی این بیماران است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی است. در این تحقیق ۲۰۲ بیمار مراجعه کننده به بخشهای همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. دادهها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی Ferrans و Powers نسخه دیالیز، گردید و با استفاده از نرمافزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافتهها نشان داد که بیشتر بیماران مورد مطالعه دارای کیفیت زندگی مطلوب هستند. بیماران کمترین میانگین رضایت را برای گویههای «سلامت خودشان، تأمین هزینه های مالی، دستیابی به اهداف شخصی و شادی و خوشحالی خانواده» به ترتیب با میانگین و انحراف معیار $M=3/08$ و $SD=1/47$ ، از گویههای برای و بودند قابل $SD=1/27$ و $M=4/96$ و $SD=1/63$ و $M=4/02$

$SD=1/85$ و $M=3/31$ جمله «احتمال دریافت پیوند کلیه در آینده، همسایگان، ظاهر شخصی و همسرشان» به ترتیب با میانگین و $M=5/84$ و $SD=0/91$ و $SD=2/09$ و $M=5/67$ و $SD=2/15$ و $M=4/32$ و $M=4/22$ معیار انحراف و $SD=0/16$ کمترین اهمیت را در نظر گرفته بودند. کیفیت زندگی با وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در ارتباط بود ($p>0/50$)، (در حالی که بین کیفیت زندگی با سن، جنسیت، وضعیت اشتغال کنونی و طول مدت دیالیز ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد ($p<0/50$))

نتیجه گیری: اکثر بیماران کیفیت زندگی مطلوب داشتند. همچنین ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات با کیفیت زندگی دیده شد. بنابراین، عوامل یاد شده ممکن است در بهبود وضعیت سلامت، خوب زیستن و افزایش طول عمر بیماران تحت همودیالیز مؤثر باشند.

یافته های این مطالعه میتواند در جهت برنامه ریزیهای آموزشی و حمایتی برای بیمار و خانواده مفید واقع شود.

مقدمه

کیفیت زندگی معیار مهمی است که اثربخشی مراقبتهای بهداشتی (۱ و ۲)، (سطح کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

*** استادیار گروه آموزشی داخلی راحی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری ایران

*** مربی گروه آموزشی آمار ریاضی دانشکده مدیریت اطلاعاترسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران سلامتی و حس خوب زیستن را نشان داده و پیشبینی وقوع مرگ و میر و میزان بستری بیمار در بیمارستان را

میسر می‌سازد.

(با توجه به این که کیفیت زندگی ممکن است تحت تأثیر تغییرات کلینیکی ناشی از بیماری و عوارض مربوط به آن ق‌کسب اطلاعات در این زمینه میتواند در شناسایی بیماران در معرض خطر مفید واقع شود

در حال حاضر به دلایل مختلفی شیوع بیماری نارسایی مزمن کلیه افزایش یافته است.

در کشور آمریکا حدود ۴۰۰۰۰۰ نفر در پایان سال ۲۰۰۴ مبتلا به این بیماری بوده‌اند که از این تعداد، بیش از ۳۰۰۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشته‌اند (و میزان شیوع آن با افزایشی در حدود ۵٪ مواجه است). (هزینه‌های درمان این بیماران نیز در سال ۲۰۰۴ به حدود ۱۸ میلیارد دلار رسیده است). (طبق گزارش‌های مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۸۶، حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی بودند که از این تعداد ۱۴۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند.

حدود ۱۵۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در تهران وجود دارد که ۳۷۰۰ نفر از آنان تحت درمان با همودیالیز قرار دارند. طبق گزارش‌های موجود، شیوع این بیماری در ایران نیز در حال افزایش است اگر چه تعداد بیماران به دلیل افزایش طول عمر آنها افزایش یافته است، اما بیماری بر زندگی آنها تأثیر گذاشته و در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی فرد و تغییراتی در کیفیت زندگی آنان میشود.

انجام دیالیز و سایر روش‌های درمانی تاحدودی علایم بیماری را کاهش داده و سبب بهبود شیوه زندگی بیماران شده است، با این حال کیفیت زندگی بیماران تحت تأثیر بیماری و عوارض درمان قرار گرفته و بسیاری از بیماران با ناتوانی مواجه میشوند

Qvist و Sjoden به نقل از Markus بیان نمودند که با گذشت سه ماه از زمان شروع بیماری و به کار بردن روش‌های درمانی، بیماران احساس میکنند که کیفیت زندگی آنها به شدت کاهش یافته است. (این در حالی است که Thomas به نقل از Bremr و همکاران وی بیان نمود که تفاوت کمی از نظر عملکرد شناختی در بیماران تحت همودیالیز با افراد سالم وجود دارد کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز، ممکن است ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. کاهش کیفیت زندگی از به عدد فیزیکی میتواند وضعیت عملکردی فرد را دچار تغییر کند. به طوری که میزان فعالیت روزانه وی دچار اختلال گردیده و توانایی او جهت انجام فعالیت روزمره کاهش می‌یابد. تبعیض‌های شغلی یا از دست دادن شغل به علت انجام مکرر همودیالیز، اشکال در پیدا کردن شغل مناسب و وقفه در تداوم اشتغال؛ وضعیت اقتصادی این بیماران را تحتالشعاع قرار میدهد (از سوی دیگر بروز نارسایی مزمن کلیوی میتواند منجر به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شود و بعد روانی- اجتماعی کیفیت زندگی فرد را متأثر سازد عملکردهای خانوادگی، اجتماعی و روانی بیماران تحت همودیالیز ممکن است تحت تأثیر خستگی، اضطراب و اختلالات عصبی- هورمونی قرار گیرد که در نتیجه آن تغییراتی در ساختار و عملکرد خانواده ایجاد میشود و این تغییرات میتواند بعد خانوادگی زندگی فرد را تحت تأثیر منفی خود قرار داده و منجر به نامطلوب شدن به عدد اجتماعی کیفیت زندگی شود

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی است که در آن متغیر کیفیت زندگی در یک گروه از بیماران مبتلا

sis version دارای ۲ قسمت است. قسمت اول، گویه‌هایی که رضایت بیماران را اندازه‌گیری میکند و قسمت دوم میزان اهمیتی که آنها برای هر یک از گویه‌ها قایل هستند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای در قسمت اول از خیلی راضی تا خیلی ناراضی و در قسمت دوم از خیلی بیاهمیت (۱) تا خیلی مهم (درجه‌بندی میشود و شامل 68 گویه است) هر قسمت دارای 34 سؤال) و گویه‌های هر دو قسمت مشابه با یکدیگر میباشد. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی:

سلامتی و عملکرد

اقتصادی- اجتماعی

روانی- معنوی، و خانوادگی

را مورد سنجش قرار میدهد. پرسشنامه به صورت خود ایفا و مصاحبه قابل کاربرد است و تکمیل آن ۱۰ دقیقه طول میکشد. در نهایت ۲۰۲ بیمار در این پژوهش شرکت کردند. بیشتر بیماران شرکتکننده در این مطالعه زن بودند (۵۲/۵). (محدوده سنی بیماران ۸۶-۲۰ با میانگین ۵۵/۹۱ سال و انحراف معیار ۱۵/۵۴ بود. ۶۵/۳٪ متأهل بوده و ۱/۳۷٪ از بیماران دارای سواد ابتدایی و راهنمایی بودند. ۸۳/۲٪ از آنان ۳-۱۰ فرزند داشتند. ۷۴/۵٪ از بیماران نیز دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند. میانگین طول مدت درمان با همودیالیز در بیماران ۴/۵۵ با انحراف معیار ۵/۵۳ سال بود. حداکثر و حداقل طول مدت درمان با همودیالیز به ترتیب ۶۲ سال و ۲ هفته بود. بیماران مورد مطالعه نیز غیرشاغل (۹/۶٪) بودند

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه کیفیت زندگی اکثر بیماران مطلوب بوده است. این یافته با مطالعه Gibson، همخوانی Al-Arabi و Powers و Ferrans دارد. عواملی مثل مراحل

به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز مورد سنجش قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخشهای همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: ملیت ایرانی، داشتن حداقل ۱۸ سال تمام، داشتن توانایی تکمیل پرسشنامه یا انجام مصاحبه، دفعات انجام دیالیز دو بار یا بیشتر در هفته و تمایل به شرکت در مطالعه. بیماران مبتلا به بیمارهای حاد که لزوم بستری در بیمارستان را ایجاب نمایند و همچنین بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته شده یا ناتوانی عملکردی (عضلانی- استخوانی) از مطالعه حذف شدند.

با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش، مطالعه به صورت سرشماری انجام گرفت و بنابراین تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیطهای پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند. در مجموع ۲۹۶ بیمار در سال ۶۸۳۱ در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران تحت درمان با همودیالیز دایم قرار داشتند که از این تعداد ۲۰۲ نفر واجد شرایط جامعه پژوهش بوده و تمایل داشتند در مطالعه شرکت کنند. محیط پژوهش بخشهای همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. این بخشها در بیمارستانهای هاشمینژاد، هفت تیر، یافت آباد، فیروزآبادی و شریعتی کرج قرار داشتند. ابزار گردآوری دادهها شامل پرسشنامه و فرم مشخصات فردی بود. در فرم مشخصات فردی متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال کنونی در نظر گرفته شد. پرسشنامه اصلی، پرسشنامه کیفیت زندگی Ferrans & Powers و Ferrans & Powers quality of life Index dialy- (که میباشد)

زندگی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرشهای فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیمار میتواند روی درک او تأثیر بگذارد. افرادی که از عوامل تسهیلکننده بیشتری مثل انعطافپذیری و حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند، بسیار سریعتر با بیماریشان سازگار میشوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آنها تأثیر میگذارد. (در این پژوهش مطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه را میتوان به متأهل بودن درصد بالایی از آنان، برخورداری از فرزند به عنوان حامی و سازگاری با شرایط بیماری نسبت داد. کمترین میانگین رضایت در بُعد سلامتی و عملکرد مربوط به گویه «سلامت خودشان» است. محققان معتقدند بیماران تحت همودیالیز و مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی با اختلالات متعددی هستند. برای جلوگیری از احتباس مواد زائد و الکترولیتها، تغییراتی در تغذیه و مایعات مصرفی بیمار ایجاد شده و در نتیجه رژیمهای درمانی پیچیده، محدودیتهایی در فعالیت روزانه بیمار به وجود میآید که به وابستگی بیشتر، تنشهای مالی، مشکلات خانوادگی و تغییر در شیوه زندگی منجر میگردد. (بنابراین طبیعی است که بیماران کمترین رضایت را در مورد این گویه داشته باشند. بیماران کمترین میانگین رضایت در بُعد اقتصادی - اجتماعی را برای «تأمین هزینههای مالی» قایل بودهاند.

موضوع هزینهبر بودن دیالیز و احتمال از دست دادن تدریجی یا ناگهانی شغل با شروع دیالیز، فرد را با مشکلات اقتصادی - اجتماعی روبهرو میسازد و عدم توانایی فرد در تأمین نیازهای درمانی و حتی نیازهای اساسی زندگی تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی وی بر جای میگذارد (مزمّن کلیوی، یافته ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه 02/44 میباشد. (طیف نمره بین 03-0 است). بر این اساس کیفیت زندگی اکثر آنان مطلوب ۰۳-۰۲ (بوده است. جدول شماره ۲ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز را نشان میدهد. در مورد چالشها و مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در رابطه با کیفیت زندگی، یافتهها نشان داد که بیماران مورد مطالعه کمترین میانگین اهمیت در بُعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی را مربوط به گویه «احتمال دریافت پیوند کلیه در آینده» -اقتصادی عذب در)، $SD=2/15$ و $M=4/22$ اجتماعی به گویه «همسایگان» $M=4/23$ و $SD=2/90$ ، (در بعد روانی - معنوی به گویه و) $SD=0/91$ و $M=5/67$ «خود شخصی ظاهر» در نهایت در بعد خانوادگی برای گویه نظر در) $SD=0/61$ و $M=5/84$ «همسرشان» گرفته بودند (محدوده نمره کسب شده بین ۶-۱ قرار میگیرد).

طراح: سينا فرهادی

نویسنده: رامبد معصومی - هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

برای ملاقات با دکتر و گرفتن مشاوره درمانی و ... باید از روش های از راه دور مثل از طریق اینترنت و ... استفاده می کردند. در این روش بیماران نتوانستند بطور کامل بهره ببرند، زیرا دسترسی همگان به اینترنت فراهم نیست و حتی اگر فراهم باشد باز هم نمی تواند جایگزین ملاقات مستقیم با پزشک باشد. در حقیقت طی این دوره نه فقط افراد مبتلا به ایدز که بعضا افراد مبتلا به بیماری های دیگر نیز به حاشیه رانده شدند. موضوعاتی که در این مقاله به بررسی آنها پرداختیم :

(۱) مقایسه بیماری ایدز و کرونا از ابعاد مختلف

(۲) نتیجه بیماری کرونا بر روی بیماران مبتلا به AIDS/HIV

هدف از این بررسی سیستماتیک، شناسایی و مقایسه ی مطالعاتی می باشد که بر افراد آلوده به HIV و بیماری کرونا صورت گرفته است و این که آیا عفونت همزمان منجر به خطر بیشتر و پیامد های نامطلوب می شود یا خیر.

روش انجام کار

در این مقاله به مراجعه و بررسی مطالعات مرتبط با AIDS و کووید-۱۹ در وبسایت های Medscape ، Pubmed و ... پرداختیم. همچنین آماری که سازمان جهانی بهداشت در زمینه کرونا اعلام کرده است را مورد بررسی قرار دادیم. جهت بررسی بیشتر مقالات از MeSH ۱ استفاده کردیم. جدول زیر شامل مواردی است که در هر زمینه جست و جو کرده ایم .

category	Search terms
COVID-19	corona virus" or "nCoV" or "COVID" or "2019-nCoV" or "SARS-CoV"
HIV	HIV" or "human immunodeficiency virus" or "AIDS"

بیماری کرونا در مبتلایان به ایدز

بیماری AIDS یا همان نقص ایمنی اکتسابی، نوعی بیماری است که با ورود ویروس HIV که نوعی رتروویروس است ایجاد میشود. از آنجایی که ۱۰۱ آذرماه ، روز جهانی ایدز است، برآن شدیم تا درباره مقایسه ویروس HIV و کووید ۹۱ و همچنین بیماری کرونا در مبتلایان به ایدز مقاله ای بنویسیم.

مقدمه

ویروس covid-19 همانند دیگر SARS-Cov ها بسیار مسری است. کووید ۹۱ بسیار سریع در جهان پخش شد به همین دلیل قوانینی مثل فاصله گذاری اجتماعی و ... در جهان ایجاد شد. علاوه بر این در بسیاری از کشورها دستور قرنطینه خانگی داده شد. اما افراد دارای HIV در این دوره بسیار آسیب پذیر بوده اند. در این زمان بیماران ایدزی که نتوانستند درمان های ضد رتروویروسی دریافت کنند یا کسانی که بیماری آن ها بسیار پیشرفت کرده، بیماری کرونا و ابتلا به آن برای آن ها خطر بیشتری دارد که این بدلیل ضعف در سیستم ایمنی آن هاست . علاوه براین افراد دارای HIV به طرق دیگری تحت تاثیر بحران کرونا قرار گرفتند، به عنوان مثال قرار ملاقات های پزشکی این افراد اغلب بدلیل عدم اورژانسی بودن لغو شد و بیماران ایدز

شباهت ها و تفاوت های میان کووید-۱۹ و HIV نحوه انتقال ویروس

HIV عضوی از لنتی ویروس ها است. لنتی ویروس ها آهسته حرکت می کنند و همچنین دوره نهفتگی طولانی مدتی دارند. ویروس HIV گروهی از سلول های ایمنی را خالی می کند؛ از جمله ماکروفاژ ها و سلول های CD4+. به طور کلی بیشترین دلیل عفونت در بیماری ایدز به علت HIV-1 است. البته نوع رایج آن در سمت غرب آفریقا HIV-2 است. نحوه انتقال HIV از مایعات بدن فرد آلوده مثل خون، مایع سمینال، مایع واژینال و همچنین شیر مادر رخ می دهد. رایج ترین روش های انتقال HIV، رابطه جنسی، استفاده از سرنگ مشترک و خوردن شیر مادر توسط نوزاد است.

در مقایسه با آن، SARS-CoV-2 که به کرونا ۹۱۰۲ مشهور است، دوره نهفتگی کوتاهی دارد. ویروس کرونا از راه تنفسی منتقل می شود. همچنین ویروس کرونا بر روی سطوح پلاستیکی و آهنی قابلیت دوام دارد در حالی که روی سطوح مقوایی و مسی، دوام کمتری دارد. (۱)

ریسک فاکتورها

در ریسک فاکتورها باید دو مورد "چه کسی" و "چگونه" را در نظر گیریم. به عنوان مثال برای ویروس کرونا، عدم پابندی به فاصله گذاری اجتماعی یا عدم رعایت شست و شوی مناسب دستان و ... مربوط به مورد "چگونه" است. مورد "چه کسی" درباره بیماری کرونا شامل کسانی می شود که یا سن بالایی دارند یا شرایطی از قبیل بیماری های قلبی، تنفسی، سرطان، دیابت و ... دارند. در مورد بیماری ایدز ریسک فاکتور ها در مورد "چگونه" داشتن رابطه جنسی، مصرف مواد با سرنگ مشترک و ... است و در زمینه "چه کسی" به خوبی ثابت شده است که HIV به طور نامتناسبی بر گروه هایی که به حاشیه رانده شده اند، از

جمله اقلیت های نژادی، جنسیتی و همچنین افرادی که در فقر زندگی می کنند، تاثیر می گذارد که با توجه به تفاوت های بهداشتی موجود جای تعجب ندارد. (۱)

تاثیر بر اقتصاد

شکی نیست که کووید-۹۱ تاثیر بر روی اقتصاد دارد. تاثیری که کرونا بر روی اقتصاد جهانی گذاشت بسیار بیشتر از تاثیر ویروس HIV بر روی اقتصاد بود. با این حال این تاثیرگذاری بعد از واکسیناسیون سراسری به تدریج کم رنگ خواهد شد اما تاثیری که ایدز بر اقتصاد گذاشت، ادامه پیدا خواهد کرد زیرا که هنوز درمان موثری برای آن ایجاد نشده است. (۱)

نتیجه بیماری کرونا بر بیماران AIDS/HIV

هنوز کاملاً مشخص نیست که افرادی که با ویروس HIV زندگی میکنند، آیا در خطر بزرگتری نسبت به سایر جمعیت مردم هستند یا نه. در سال ۸۱۰۲ برآورد شد ۹,۷۳ میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلا به ویروس HIV هستند که ۳,۳۲ میلیون نفر از آن ها تحت درمان ضد رتروویروسی هستند که این افراد در صورت رعایت کردن ملاحظات بهداشتی دچار نقص ایمنی نیستند. اما با این حال افراد دارای HIV دارای سیستم ایمنی ضعیف تری نسبت به سایر مردم هستند پس ابتلا به کرونا به مراتب می تواند برای آنها خطرناک تر باشد. حال می خواهیم بررسی کنیم که ویروس کرونا چه تاثیری بر افراد دارای HIV دارد. ما HIV کنترل شده را به این شکل در نظر میگیریم که تعداد سلول های CD4 بیشتر از ۰۰۲ سلول در میکرولیتر باشد. اطلاعات جمع آوری شده به شکل جدول که از گردآوری چندین مقاله بدست آمده ارائه می گردد (۲)

نویسنده و سال انتشار	عنوان مقاله	مکان	جمعیت	نتیجه بررسی جمعیت
Blanco et al 2020	in COVID-19 patients with HIV: clinical case series	اسپانیا بارسلونا	۵ بیمار با HIV و عفونت کرونا ۴ بیمار با HIV غیر قابل تشخیص و تعداد نرمال سلول های CD4 سن همگی زیر ۵۰ سال بود	علائمی که از کووید نشان دادند همانند سایر جمعیت بود (سرفه، تب و تنگی تنفس) همه بیماران درمان های ART ^۲ را دریافت کردند ۴ بیمار هیدروکسی کلروکین، ۳ آزیترومایسین ، ۲ مورد استروئید دریافت کردند ۲ مورد در ICU بستری شدند، ۴ مورد درمان شدند و در پایان مطالعه یکی در ICU باقی ماند. بیمار با CD4 پایین درمان شد ولی دچار عفونت ریه شد که با آنتی بیوتیک درمان شد
Harter et al 2020	in COVID-19 people living with human immunodeficiency virus: a case series of ۳۳ patients	آلمان	۲۳ بیمار HIV که آلوده به ویروس کرونا هستند ۴ بیمار AIDS حدود سنی از ۲۶ تا ۸۲ (به طور میانگین ۴۸)	علام کلی فرق زیادی با سایر جمعیت نداشت ۲۹ نفر (۹۰٪) به طور کامل بهبود یافتند ۱ بیمار دارای تعداد کم سلول CD4 بود. ۴ بیمار دارای ایدز (تعداد کم سلول های CD4) که تست کرونا نشان مثبت بود، یکی از آنها مرد و ۳ نفر بهبود یافتند مرگ و بستری شدن و ... در این افراد بیشتر از جمعیت عموم مردم بود.
Guo et al., 2020	A survey for among COVID-19 HIV/AIDS patients in two districts of Wuhan, China	چین ووهان	۸۷۱۱ بیمار HIV/AIDS ۹ بیمار که به صورت همزمان HIV و کرونا داشتند یکی از بیماران ایدز داشت میانگین سنی بیماران: ۵۷	از میان ۸۷۱۱ بیمار HIV/AIDS ، ۲۱ نفر علائم کرونا داشتند و تست کرونا ۸ نفر از آنها مثبت بود. تشخیص کرونا دو نفر از آنها از طریق اسکن سینه مشخص شد. تمام کسانی که درمان های ضد رتروویروسی را دریافت کرده بودند، همگی دارای تعداد نرمال سلول های CD4 بودند ولی نرخ عفونت در آنها بیشتر بود. در میان این افراد ۶ کیس خفیف بود ، یک مورد بحرانی و ۱ نفر جان باخت. از میان کسانی که بدون علامت بودند، ۹ نفر تماس مستقیم با افرادی که مبتلا به کرونا بودند داشتند.
Haddad et al., ۲۰۲۰	Encephalopathy and seizure activity in a COVID-19 well controlled HIV patients	ایالات متحده آمریکا	۱ بیمار HIV آلوده به ویروس کرونا در این بیمار تعداد سلول های CD4 نرمال بود و با تست ساده خون، HIV قابل تشخیص نبود. بیمار، مردی ۴۱ ساله بود	بیمار علائم معمول کرونا را تجربه کرد و در روز هفتم بیماری در بیمارستان بستری شد. بیمار دارو های سفپیم، آمپیسیلین، وانکومایسین و اسیکلوویر برای مننژیت باکتریایی و هرپس التهاب بافت مغزی، دریافت کرد که این موارد برطرف شد. بیمار در روز هشتم تشنج کرد که نیاز به ایتوبه پیدا کرد و ۴ روز ایتوبه شد. بیمار در نهایت درمان شد.

نتیجه بررسی جمعیت	جمعیت	مکان	عنوان مقاله	نویسنده و سال انتشار
بیماران دارای HIV دارای تعداد بیشتر گلبول های سفید و پروتئین های CRP بودند. این موضوع باعث شد که نتیجه در این بیماران بدتر شود. اما میان بیماران HIV/AIDS و بیماران عادی در مورد بستری شدن در آی سی یو یا ایتوبه شدن، تفاوت خاصی وجود نداشت. همچنین در ۲ گروه تفاوت خاصی در مورد اکسیژن درمانی وجود نداشت. ۴ بیمار نومونیای پیشرفته گرفتند (۳ بیمار HIV مثبت و ۱ بیمار HIV منفی) که همگی مردند.	۱۲ بیمار مبتلا به HIV و کووید-۱۹ ۶ بیمار مبتلا به AIDS که تعداد سلول های CD4 کمتر از ۰۰۲ بود و به کرونا مبتلا شدند این بیماران، با ۲۴ بیماری که HIV/AIDS نداشتند مقایسه شدند.	ایالات متحده آمریکا نیویورک	Outcomes among HIV positive patients hospitalized with COVID-19	Karmen-Tuohy et al., ۲۰۲۰
CT سینه و معاینات بالینی نشان داد که این فرد نومونیا دارد. این فرد ۳ تست منفی کرونا دارد ولی بعدا تست کرونایش مثبت شد. در نهایت این فرد بدون نیاز به ایتوبه شدن یا ICU بهبود یافت.	۱ بیمار که به طور همزمان به کرونا و HIV مبتلا است تعداد سلول های CD4 بیشتر از ۰۰۲ بیمار مردی ۸۳ ساله بود	چین شنژن	Early virus clearance and delayed antibody response in a case with COVID-19 of a history of co-infection with HIV and HCV	Zhao et al., 2020

حال تفاوت زیادی در علائم یا نیاز به ایتوبه و ... ندارند. با این وجود تنها در یکی از موارد مبتلا به HIV تشنج مشاهده شد که البته آن فرد به طور کامل بهبود یافت.

در این مطالعه مشخص شد که بیماران HIV/AIDS بدلیل وضعی که در سیستم ایمنی آنها ممکن است وجود داشته باشد، کرونا می تواند تاثیر بیشتری ایجاد کند ولی با این

References

1. Chenneville T, Gabbidon K, Hanson P, Holyfield C. The Impact of COVID-19 on HIV Treatment and Research: A Call to Action. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 24;17(12):4548. Doi: 10.3390/ijerph17124548. PMID: 32599783; PMCID: PMC7345635.
2. Cooper T, Woodward B, Alom S, Harky A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outcomes in HIV/AIDS Patients. HIV Medicine. 2020;21(9):567-57

عوارض سایکولوژیک کووید ۱۹

مقدمه

در طی پاندمی بیماری کرونا، بسیاری از کشورها درگیر شیوع این بیماری شدند و بر سیاست گذاری کشورها و سیاست گذاری های جهانی اثر گذار بود. تلاش های قابل تحسینی از سوی دولت های کشور های مختلف و مردم برای کاهش انتقال ویروس و بیماری انجام گرفت. حجم گسترده ای از منابع مختلف در سیستم سلامت عمومی و بخش مراقبت های ویژه و بسیاری از ارگان های مردم نهاد و داوطلبانه برای کنترل شرایط اضطراری این بیماری به کار گرفته شد. در هر روی، زمانی که پیک بیماری کاهش یابد، سازمان های سلامت محور با ضربه های روانی مرتبط با پاندمی مواجه خواهند بود که در این شرایط جامعه تشکیل شده است از بیماران، کارمندان سیستم سلامت کشور (پزشکان و پرستاران و ...)، خانواده ها، افراد مسن و حتی تصمیم گیرندگان سیاسی کشور که ضربه روحی و روانی از این پاندمی خورده اند. (۱) برای کودکان و نوجوانان، این پاندمی اولین شرایط استرس زا و بحرانی بزرگی بوده است که در آن شرکت داشته اند؛ این اولین باری بوده است که دولت ها دست به تعطیلی مدارس، پارک ها، مراکز تفریحی و ورزشی به صورت گسترده و در کل یک کشور زده اند. در نتیجه، مردم انزوا اجتماعی اجباری را در طول قرنطینه و فاصله گذاری اجتماعی را بعد از قرنطینه تجربه کرده اند. این شرایط می تواند منجر به ناراحتی های روانی و افسردگی شود. به علاوه اینکه، در طول دوران قرنطینه، زمانی که تعداد بیماران مثبت کرونایی و مرگ و میر ناشی از این بیماری افزایش پیدا می کند، کودکان و نوجوانان باید با ترس از بیمار شدن مقابله کنند و این موضوع را باید به غم از دست دادن عزیزان و نزدیکان اضافه کنید. به علاوه اینکه، آنها فشار ناشی از شرایط بحرانی اقتصادی وارد بر والدین را درک می کنند و

تمامی اینها، ناامیدی و اضطراب را در کودکان و نوجوانان پدید آورده و گسترش می دهد. تحقیقاتی که در رابطه با بحران و بلایای انسانی که در گذشته رخ داده بودند، زمانی که منجر به بروز اختلالات استرس، افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمانی شده بوده اند، انجام شد، نشان دهنده این بود که مداخلات و متد های روان درمانی در کاهش عوارض ناشی از این بحران ها و بلایا در کودکان و نوجوانان ناکارآمد و با اثرات بسیار ناچیز است. (۲)

سلامت روان در دوران پاندمی

در طول شیوع و پیک گذشته، ضربه های روانی ناشی از شیوع گسترده آلودگی، باید به عنوان یک نتیجه و مرجع و منبع در نظر گرفته شود و این ضربه های روانی هم در افرادی که از گذشته مبتلا به اختلالات روانی و هم در افرادی که سابقه ای از بیماری های روان نداشته اند، گزارش شده است. در یک نظر سنجی آنلاین که از کل جمعیت کشور چین در ابتدا پاندمی جمع آوری شد، بخش عمده ای از جمعیت مورد مطالعه یعنی ۵۳٫۸٪ جمعیت مورد مطالعه از ضربه های روانی شدید رنج می بردند و همچنین در ۲۸٫۸٪، اضطراب شدید گزارش شده بود، ۱۶٫۵٪ نشانه های اولیه افسردگی، ۸٫۱٪ درجات مختلفی از استرس گزارش شده بود که این گزارشات و عوارض و نشانه ها بیشتر از سوی دانش آموزان، بانوان و افرادی با سطح سلامت و ایمنی پایین گزارش شده بودند. (۳)

در طی مطالعه ای که در اسپانیا در طول پاندمی انجام شده بود، استرس و اضطراب و افسردگی طبق الگوی معروف داس اندازه گیری شده بود، نشان دهنده این بود که این اختلالات در جوانان با بیماری های قلبی و عروقی بیشترین مقدار در میان افراد دیگر مورد مطالعه از جامعه می باشد. (۴)

در طی مطالعه دیگری که در طول پاندمی در چین بر روی جمعیت سنی ۱۲-۱۸ سال انجام شد بود، نرخ شیوع افسردگی را ۴۷,۳٪ و علائم اضطراب را ۳۷,۴٪ گزارش شده بود. در ضمن ۳۱,۳٪ افراد مورد مطالعه ترکیبی از هر دو اختلال را اعلام کردند که در کل جامعه مورد مطالعه، گزارش مشکل روان در بانوان بیشتر از آقایان بود. در کل، نوجوانان کاهش انگیزه در انجام کارهای روزمره، خستگی، کاهش یا افزایش اشتها، نگرانی های بیش از حد و پرخاشگری را گزارش دادند. (۵)

فاصله گذاری های اجتماعی می تواند منجر به افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمانی و از طرفی دیگر حملات عصبی، اعتیاد، تفکر بی هدف و بی میلی در زندگی و حتی خودکشی را باعث شود و تمامی این آسیب ها در جوانان بیشتر دیده شده است؛ و تمامی اینها قبل از ابتلا فردی به بیماری است و حال فرض کنید این بیماری در فردی مثبت باشد و در این وضعیت ترس از مرگ، طرد شدن از جامعه و نزدیکان القا کننده و باعث شدید شدن تمام اختلالاتی که ذکر شده، می شود. شواهد و مدارک آشکار می کنند که در طول پاندمی کرونا، احساس ترس، استرس و اضطراب، غم و اندوه و بی خوابی در کودکان و جوانانی که در قرنطینه بودند بیشتر از همسالانی بوده است که در قرنطینه نبوده اند و این وضعیت را تجربه نکرده اند. (۶-۷-۸).

پاندمی کرونا تغییرات بزرگی در برنامه روزانه کودکان و نوجوانان ایجاد کرد و استرس ناشی از آن در آینده ممکن است منجر به در هم شکستن روان آنها شود که اثرات منفی زیادی را به جای خواهد گذاشت. (۹)

به صورت طبیعی در روند رشد، هر نوجوانی اختلالات عصبی مختلفی را ممکن است تجربه کند اما در طول این پاندمی، فاصله گذاری های اجتماعی می تواند عدم تعادل در رفتار یا اختلالات عصبی را در افرادی که در گذشته سابقه ای از این بیماری ها داشته اند را بدتر کند یا باعث جلوگیری از بهبود بیماری آنها و بازگشت دوباره بیماری شود. قطع ارتباط با دیگران و همسالان به طور روزانه

و مدت طولانی ناامیدی و کاهش اعتماد به نفس را در افرادی که پس زمینه ای از مشکلات عصبی دارند را تقویت می کند. بسته شدن مدارس اثرات مخرب بسیاری بر دانش آموزان گذاشته و خواهد گذاشت چرا که بسیاری از مهارت های زندگی و فعالیت هایی را که دانش آموزان در مدارس از معلمان و همسالان خود در شرایط مختلف می آموزند، هرگز قابل آموزش در خانه و توسط افراد خانواده نخواهد بود و همه اینها حتی ممکن است قدرت تکلم و صحبت های روزمره به دلیل تخریب اعتماد به نفس را از کودکان بگیرد و از همه مهم تر این است که حتی بعد از اتمام پاندمی و قرنطینه، اثرات طولانی مدت قرار گرفتن در این وضعیت به صورت همیشگی بر سلامت روان جوانان اثرگذار است و نوجوانان نیز از اختلالات ناشی از استرس و یا عدم توانایی بازگشت به جامعه و انجام فعالیت های اجتماعی و ارتباط گرفتن با دیگران رنج ببرند و برای آنها دشوار باشد چرا که عادت به انجام آنها را ندارند. در هر صورت، بسته بودن مدارس و مراکز تفریحی و آموزشی بسیار بعید است که بر وضعیت سلامت روان کودکان و نوجوانان اثرگذار نباشد و ادامه چنین شرایطی درمان این اختلالات و مشکلات را دشوارتر نیز می کند. با این وجود، مداخله روان درمانی فوری، اساسی و بنیادی است و روش های جدیدی باید برای جلوگیری از این مشکلات و پشتیبانی احساسی و روحی از کودکان پیاده سازی شود. (۱۰-۱۱).

در طول این دوره زمانی، سیاست گذاران و قانون گذاران و همچنین رسانه های مختلف در زمینه های مختلف از جمله در شبکه های اجتماعی، تلویزیون و رادیو و در رابطه با تاثیرات فیزیکی و جسمانی و تاثیرات مالی ناشی از پاندمی کرونا را مورد بحث و بررسی قرار داده اند اما از تاثیرات روانی و اختلالات و مشکلات عصبی ناشی از پاندمی غافل شدند، در نتیجه عواقب و خطرات ناشی از آن از دید جامعه پنهان مانده و به احتمال بسیار قوی عواقب ناشی از این بی اهمیت جلو دادن این موضوع اثرات مخربی بر پیکره سلامت روان جامعه خواهد گذاشت. (۱۲)

در هر جامعه و دولتی که در مواجهه با پاندمی کرونا قرار دارند، توصیه می شود زیرا همین کار های کوچک، در آینده و بعد از پایان پاندمی اثرات چشمگیری بر سلامت روان کودکان و نوجوانان خواهد گذاشت. (۵۱)

نابرابری اقتصادی

قرنطینه تفاوت های مالی و فاصله های طبقاتی را در جامعه به طور واضح و روشنی آشکار کرد. افرادی که با خانه های بزرگ و باغ های شخصی، قرنطینه را سپری کرده اند با خانواده های فقیر و کم درآمد مقایسه کنید؛ در این شرایط، درآمد کم خانواده ها و خانواده های شلوغ به دلیل عدم تطابق و اختلاف در منابع مالی و درآمد خانواده با هزینه های آنها، فضای زندگی کوچک، دسترسی های اندک به تکنولوژی و پشتیبانی های ضعیف تحصیلی وضعیت را آسیب پذیر تر نیز می کند. برای مثال، دولت تصمیم می گیرد که برنامه های تحصیلی کودکان و نوجوانان را به صورت آنلاین ادامه دهد اما تدریس غیر حضوری نیازمند دسترسی به اینترنت دارد که در بعضی از خانواده ها ممکن است در دسترس نباشد. با توجه به همین دلایل، بعضی از خانواده ها با وضعیت مالی ضعیف و درآمد کم، وجود پاندمی و ادامه آن شرایط را برای این دسته از خانواده ها بدتر و بحرانی تر می کند و احتمال ابتلا به استرس های عصبی را به صورت جمعی گسترش می دهد و قاعدتا دسترسی به گفتار درمانی های آنلاین و روش های تخصصی درمان اختلالات عصبی برای این گروه از افراد غیر ممکن است. (۶۱-۷۱-۸۱)

کودک آزاری و خشونت علیه کودکان

در طی تحقیقاتی که توسط سایت و مجله معتبر (the Lancet) انجام شده است، کودک آزاری در طول قرنطینه و تعطیلی مدارس افزایش پیدا کرده است. طبق تحقیقاتی که توسط دکتر روستال ((Rosenthal.CM که در مقالات معتبری نیز چاپ شده است و در بخش منابع نیز ذکر شده است، استرس و اضطراب در والدین و پرستاران

مشکلات ناشی از فضای مجازی و اینترنت

شواهد و مدارک نشان می دهد که در طول قرنطینه، استفاده بیش از اندازه و طولانی مدت از اینترنت و فضای مجازی و تمرینات و حرکاتی که به چالش های فضای مجازی معروف هستند منجر به آسیب رساندن به خود یا خودکشی در میان جوانان می شود. (۳۱)

در طرف مقابل، ارتباط فیزیکی یا به اصطلاح ارتباط چهره به چهره برای شکل گیری شخصیت نوجوانان و افزایش قدرت ارتباط گرفتن با دیگران و افزایش توانایی مشارکت در فعالیت های اجتماعی برای آنها لازم و نیاز اساسی است. در طی تحقیقاتی که در کشور انگلستان انجام شد و اطلاعاتی در رابطه با تاثیرات فاصله گذاری های اجتماعی، قرنطینه، تنهایی و عدم ارتباط گرفتن با همسالان در میان کودکان و نوجوانان بدون سابقه اختلالات عصبی جمع آوری شد، نشان دهنده این بود که تنهایی تاثیرات منفی و مخربی بر خلق و خو، رفتار و سلامت روان دارد و همچنین ارتباط مستقیمی بین قرنطینه و تنهایی با احتمال ابتلا به اضطراب اجتماعی حاد (کاهش اعتماد به نفس برای حضور و صحبت کردن در جمع)، افسردگی، آسیب زدن به خود، ایده پردازی و فکر کردن به خودکشی و اختلالات گوارشی و تغذیه ای وجود دارد و هر اندازه که این پاندمی طولانی تر و با فاصله گذاری های بیشتری ادامه پیدا کند، اثرات مخرب تر، شدید تر و غیر قابل درمان تری را بر سلامت روان کودکان و نوجوانان خواهد گذاشت. (۴۱)

با وجود تمامی شرایط بحرانی و منفی، روش هایی برای درمان یا جلوگیری از پیشرفت این بیماری ها وجود دارد. استفاده از گفتار درمانی های آنلاین و دیجیتال و همچنین استفاده از روش های تخصصی و ابزار های دیجیتال تخصصی که برای روان درمانی و گفتار درمانی طراحی شده اند، می تواند بسیاری از عوارض بیماری ها را از پیشرفت آنها جلوگیری کند و حتی در بعضی از موارد و در بیماری های مزمن، با این روش های تخصصی قابل درمان هستند. استفاده از حداقل این روش ها و درمان ها

کودکان در کنار قطع ارتباط به سرویس سلامت روان و فاصله گذاری های اجتماعی می تواند باعث افزایش خطر خشونت علیه کودکان و کودک آزاری در طول دوران قرنطینه شود. در واقع بزرگسالان و جامعه رکود اقتصادی، از دست دادن و اخراج شدن از شغل خود را تجربه می کنند و این شرایط سبک زندگی روزانه آنها را دگرگون می کند و الزام به مراقبت از کودکان خود در طول شبانه روز و هر روز هفته بدون دسترسی به فعالیت ها و مراکز تفریحی خارج از خانه شرایط را سخت تر می کند. همچنین فاصله گذاری اجتماعی ما را از بستگان و عزیزان و روابط عاطفی با نزدیکان خود دور می کند که بر روی هر دو، کودکان و بزرگسالان تاثیر گذار است و باعث به وجود آمدن ناامیدی و عدم قطعیت در رابطه با آینده می شود. به علاوه اینکه، با تعطیلی مدارس و مراکز عمومی، ارتباط کودکان با جامعه و همسالان خود قطع می شود که باعث می شود اگر مورد آزار و اذیت و یا خشونت باشند، نتوانند از دیگران درخواست کمک بکنند. (۹۱-۰۲)

مداخلات

در ابتدا شناسایی افرادی که در معرض فروپاشی روانی و شخصیتی هستند بسیار مهم است و از طریق غربالگری عموم مردم و کل جمعیت و یا با اجرا کردن پژوهش ها و تحقیقاتی در رابطه با این موضوع، می توان این افراد را شناسایی کرد. برای مثال پزشکان عمومی و پزشکان اطفال باید برای شناسایی علائم ابتدایی بیماری های سلامت روان آموزش دیده باشند تا فوراً بیماران به روان شناسان و یا روان پزشکان ارجاع داده شوند و شرایط و وضعیت بیمار مورد ارزیابی قرار بگیرد و در وجود مشکل، در همان ابتدا شناسایی و مراحل درمانی آغاز شود. همچنین سیاست های ملی باید راهنمایی های عمومی برای مداخلات روان درمانی را آگاهانه و سریع تامین کند تا جامعه خود بتواند در برابر اختلالات و مشکلات عصبی آگاهانه تصمیم گیری بکند. تکنولوژی و روان درمانی های مجازی می تواند در کمک به این دسته از بیماران بسیار سودمند باشد. (۱۲)

رفتار درمان شناختی ((CBT که یک روش درمانی نوین و منحصر به فرد است که با توجه به خصوصیات و سبک زندگی بیمار، روش های درمانی مختلفی اجرا می شود که می تواند به صورت تاثیرگذاری میزان استرس، رفتار های ناشی از عدم کنترل بر خود و ناسازگاری را کاهش دهد. (۲۱)

علاوه بر رفتار درمان شناختی، روش های درمانی دیگر نیز از جمله مشاوره گرفتن از افراد متخصص و بازگو کردن مشکلات ناشی از استرس و اضطراب به یک روان درمان و یا فعالیت ها و درمان هایی که منجر به تقویت روحیه می شوند، بسیار تاثیرگذار خواهند بود و منجر به تقویت وضعیت سلامت روان بیمارانی می شود که از عوارض بیماری های ناشی از استرس، علائم افسردگی و یا اختلالات اضطراب رنج می برند. با این وجود، اثرگذاری این روش های درمانی در کودکان و نوجوانان کمتر از بزرگسالان گزارش شده است که نیازمند پژوهش و مطالعات بیشتری در این زمینه برای یافتن علت آن است (۲).

بسیاری از متخصصان علم روان درمانی و روان شناسی، روش های درمانی که ترکیبی از متد مختلف شامل استفاده از امکانات موجود در خانواده، فضای مجازی و مدارس برای تقویت و اثرگذاری بر روحیه و احساسات کودکان و نوجوان را پیشنهاد می کنند و به نوعی این سبک درمانی بسیار مشابه آن چیزی است که این گروه سنی در زندگی روزمره خود و بدون شرایط قرنطینه تجربه می کنند و اینگونه باعث می شود که خود را بیمار نپندارند؛ زیرا در بسیاری از مطالعات دیده شده است که القا این موضوع که کودک و یا نوجوان در افکار خود، خود را بیمار فرض کند، به خصوص در بیماری های روانی که نشانه های قابل درکی برای یک کودک ندارد، بسیار اثرات منفی در آینده و در طول درمان دارد. (۲۲)

از طرفی دیگر، دولت ها بایستی با انتشار اخبار صحیح و شرایط موجود در کشور از طریق رسانه های جمعی از اضطراب و استرس ناشی از اخبار و اطلاعات کذب و

بیماری ها می شود و البته تجربیات با ارزشی برای آینده و دوران بعد از قرنطینه برای آنها به ارمغان خواهد آورد. (۱۴) طی یک نظرسنجی در ایتالیا که صرفاً از نوجوانان گرفته شد، نشان دهنده این بود که در ابتدا دوران قرنطینه، نگرانی های آنها افزایش پیدا کرده است اما به مرور زمان با وضعیت موجود وفق پیدا کرده و سازگار شدن با مدارس آنلاین، تعطیلی مراکز تفریحی و میزان این نگرانی ها به طرز چشمگیری کاهش را نشان می دهد. (۲۳)

در این شرایط چالش برانگیز، سازمان های جهانی که وظیفه مراقبت از جوانان و والدین را دارند، برنامه ریزی های گسترده ای برای به اشتراک گذاشتن منابع قابل دسترس خود در رابطه با آموزش چگونگی رفتار با جوانان کردند تا به والدین در ایجاد روابط مثبت و دوستانه با فرزندان خود کمک کنند و مانع از رفتار های نادرست و منفی شوند. (۱۹)

نتیجه

در پایان، همه گیری بیماری کرونا برای ما شانس پیاده سازی روش های کاهش ضربه های روحی و اختلالات عصبی ناشی از بحران های بشردوستانه و فجایع و شیوع بیماری واگیر دار دیگر را فراهم آورد. اطلاعات جمع آوری شده در طول این دوران، بسیار مفید بوده اند تا استراتژی هایی را برای حفظ و به ثبات رساندن سلامت روان جامعه پی ریزی کنیم و خانواده ها را در مراقبت از فرزندان خود یاری کنیم.

دروغین جلوگیری کنند. از زمانی که، اطلاعات متناقض باعث افزایش اضطراب و استرس شده بودند، روزرسانی جامعه از وضعیت کرونا در کشور (شامل هر کشور و یا دولتی در جهان که با پاندمی کرونا مواجه بوده است). باید انجام شود و این روزرسانی شامل تعداد مبتلایان جدید، میزان مرگ و میر و بهبود یافتگان و معیار هایی از میزان اثر گذاری رعایت مسائل بهداشتی و فاصله گذاری های بهداشتی در کاهش میزان شیوع بیماری می شود؛ و به صورت قابل توجه و دور از ذهن که شاید حتی عجیب به نظر برسد اما در مطالعات انجام شده در جوامعی که افراد جامعه به صورت منظم پروتکل های بهداشتی را رعایت کرده اند، بدون در نظر گرفتن میزان شیوع بیماری در آن جامعه، میزان اضطراب و استرس و تنش های ناشی از بیماری کرونا پایین بوده است و به صورت حداقلی گزارش شده است. (۳-۸)

علاوه بر اینکه شواهد و مدارک نشان دهنده ضربات و اثرات منفی بحران های بشردوستانه و قرنطینه بر کودکان و نوجوان می باشد، همچنان ممکن است از زمانی که این تجربیات به صورت جهانی به اشتراک گذاشته می شوند، آگاهی از قرار گرفتن در شرایط مشابه با دیگران و جوامع مختلف در سراسر جهان با هدفی مشترک در کاهش انتقال بیماری کرونا، خود می تواند کاهش دهنده اختلالات عصبی و بیماری های روان بشود. در این شرایط، حفظ شبکه های اجتماعی، کودکان و نوجوانان را کمک می کند تا خود را جزئی از این جامعه بدانند و القا چنین روحیه ای در این گروه های سنی، آنها را از ابتلا به افسردگی و اضطراب یاری می کند و مانع از ابتلا آنها به این دست از

References

1. United Nations Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2020/05/>
2. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income coun
3. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19)

Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6.

4. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Published 2020 Apr 30.

5. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19.

6. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic.

7. Liu X, Luo WT, Li Y, Li CN, Hong ZS, Chen HL, et al. Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China.

8. Sharma V, Reina Ortiz M, Sharma N. Risk and Protective Factors for Adolescent and Young Adult Mental Health Within the Context of COVID-19

9. Sani G, Janiri D, Di Nicola M, Janiri L, Ferretti S, Chieffo D. Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. *Psychiatry*

10. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19 [published correction appears in *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Apr 17

11. Golberstein E, Wen H, Miller BF. Corona-

virus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatr*. Published online April 14, 2020

12. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic

13. Deslandes SF, Coutinho T. The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence

14. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Jun 3].

15. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health [published online ahead of print, 2020 Jun 12].

16. Witt A, Ordóñez A, Martin A, Vitiello B, Fegert JM. Child and adolescent mental health service provision and research during the Covid-19 pandemic : challenges, opportunities, and a call for submissions. Published 2020 May 11

17. Ramalho R, Adiukwu F, Gashi Bytyçi D, El Hayek S, Gonzalez-Diaz JM, Larnaout A, et al. Telepsychiatry and healthcare access inequities during the COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2020 Jun 16].

18. Hoekstra PJ. Suicidality in children and adolescents : lessons to be learned from the

COVID-19 crisis.

19. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S et al. Parenting in a time of COVID-19 [published correction appears in Lancet. 2020 Apr 11].

20. Rosenthal CM, Thompson LA. Child Abuse Awareness Month During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Pediatr. Published online April 24, 2020.

21. Rajkumar RP. COVID-19 and mental

health: A review of the existing literature [published online ahead of print, 2020 Apr 10].

22. Zhou X. Managing psychological distress in children and adolescents following the COVID-19 epidemic : A cooperative approach [published online ahead of print, 2020 Jun 18].

23. Buzzi C, Tucci M, Ciprandi R, Brambilla I, Caimmi S, Ciprandi G, et al. The psycho-social effects of COVID-19 on Italian adolescents' attitudes and behaviors . Published 2020 May

شایان میرزایی - پزشکی ترم ۲

آیا نوع گروه خونی بر شدت بیماری کرونا موثر است؟

مقدمه

ما در این مقاله درباره کرونا ویروس که به نام SARS-CoV2 شناخته میشود صحبت میکنیم. از ویروس های دیگر این خانواده که باعث ایجاد اپیدمی هایی در طول تاریخ شده اند میتوان به اپیدمی SARS در سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳ و اپیدمی MERS از سال ۲۰۱۲ به بعد اشاره کرد. CoV2 در سال ۲۰۲۰ باعث آغاز یک اپیدمی جهانی شد که علائم آن شامل تب، سرفه ی خشک ، میالژی ، دیس پنه و گاهی درگیری گوارشی اعم از تهوع ، استفراغ و بی اشتها می شود که در نهایت میتواند منجر به distress حاد تنفسی گردد. SARS-CoV2 که اولین بار در ووهان چین مشاهده گردید در مقایسه با انواع دیگر آن کمترین مرگ و میر (۳،۴٪) را دارد اما انتقال آن به علت جهش در گلوکوپروتئین S انسان که به آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین II مرتبط میشود سریع تر است. در این مقاله قصد داریم دو تحقیق که در بیمارستان های امام خمینی تهران و کامکار

عرب نیای قم انجام شده است را بررسی کنیم. ریسک فاکتورهای این بیماری شامل سن بیشتر از ۵۶ ، جنس مذکر ، سابقه بیماری های مزمن از جمله دیابت ، انسداد ریوی، فشارخون بالا و بیماری های قلبی-عروقی می باشد.

روش تشخیص

بیمارهایی که در بیمارستان بررسی شده اند توسط CT سینه یا نتیجه ی مثبت RT-PCR تشخیص داده شده اند. در بیمارهای بستری شده میزان اشباع اکسیژن مویرگی محیطی، مدت بستری و میزان مرگ و میر مورد بررسی قرار گرفت. در تحقیقی که در بیمارستان کامکار عرب نیای قم انجام شده است، که زمان این مطالعه از مارس تا ژوئن ۲۰۲۰ بود، نشان داده شده است که مرگ در افراد دارای گروه خونی O به میزان ۵،۱۱ درصد بیشتر است و از نظر RH تفاوت معناداری دیده نمیشود.

سطح اشباع اکسیژن خون به حد نرمال متعلق به افراد دارای گروه خونی B بود. آزمایشاتی که در چین روی ۳۷۱۲ نفر انجام شد هم این گزاره را تایید میکند.

در ادامه تحقیقی که بر روی بیماران بیمارستان امام خمینی تهران انجام شد را بررسی میکنیم. در این مطالعه مقطعی از ۷۹۳ بیمار که در مارس ۲۰۲۰ در بیمارستان امام خمینی تهران بستری شده بودند و همچنین ۰۰۵ مرود کنترل، استفاده شد.

در این تحقیق ۹۲۳ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که ۹۲۱ بیمار گروه خونی A، ۶۶ بیمار گروه خونی B، ۱۲ بیمار گروه خونی AB و ۳۱۱ بیمار گروه خونی O داشتند. برای بررسی شمارش مرگ و میر از یک رگرسیون لاجستیک استفاده شد. نسبت جنسی شرکت کنندگان آزمایش ۱:۳۰،۱ (زن : مرد) بود. سن بیماران بین ۵۱ تا ۹۹ سال متغیر بود. سطح اشباع اکسیژن در زمان مراجعه بین ۰۴-۹۹ متغیر بود. در این تحقیق بیشترین مدت زمان مورد نیاز برای بازگشت

Table 1

Comparison between patients and controls with regards to ABO/Rh blood group

		Controls (n=500)	Patients (n=397)	OR (95% CI)		P-value
				Crude	Adjusted	
	Age, mean (SD)	48.53 (17.9)	58.81 (15.4)	-	-	
Sex	Male	231 (46.2%)	252 (63.5%)	-	-	
	Female	269 (53.8%)	145 (36.5%)	-	-	
Blood groups, n(%)	Rh negative	55 (11%)	40 (10.1%)	0.91 (0.59-1.39)	0.91 (0.58-1.43)	0.66
	Rh positive	445 (89%)	357 (89.9%)	1 (referent group)	1 (referent group)	
	A	180 (36%)	160 (40.3%)	1.2 (0.92-1.57)	1.16 (0.87-1.55)	0.19
	B	105 (21%)	89 (22.4%)	1.09 (0.79-1.5)	1.01 (0.72-1.42)	0.61
	AB	25 (5%)	37 (9.3%)	1.95 (1.16-3.3)	2.02 (1.17-3.51)	0.01
	O	190 (38%)	111 (28%)	0.63 (0.48-0.84)	0.68 (0.5-0.92)	0.002

عنوان گروه کنترل استفاده شد.

روش تحقیق

از تمام افراد هردو نمونه نازوفارنژیال و اوروفارنژیال تهیه شد که توسط تست RT-PCR مورد بررسی قرار گرفتند برای تست RT-PCR از دو کیت تشخیصی coronavirus Real-Time RT-PCR kit (Daan Gene Co.Ltd) و Novel (Wuhan CoV E-gene kit (TIB Molbiol, Germany) استفاده شد. همچنین تعیین گروه خونی افراد توسط تست tube method forward type and back type grouping techniques استفاده شد. در ادامه از دیتابیس بانک خون بیمارستان امام خمینی که از مراجعه کنندگان در ژوئن ۹۱۰۲ (قبل از شروع اپیدمی کرونا) جمع آوری شده بود به

نتایج

میانگین سنی در افراد گروه مبتلایان ۱۸،۸۵ و میانگین سنی در افراد گروه کنترل ۳۵،۸۴ بود که نشان میداد که افراد مسن در خطر ابتلا بیشتری قرار دارند. همینطور میانگین سنی مبتلایان بستری شده در بخش ICU و بخش عمومی به ترتیب ۴۶،۲۶ و ۷۵ بود که نشان میداد افراد با گروه سنی بالاتر با احتمال بیشتری درگیری های شدید و نیاز به مراقبت های ویژه در بخش ICU دارند. همچنین این مطالعه نشان داد که مردان با احتمال بیشتری

Table 2.

Comparison of disease severity among covid-19 patients with different blood groups

		ICU (n=127)	General wards (n=270)	OR (95% CI)		P-value
				Crude	Adjusted	
Age (year), mean (SD)		62.64 (13.9%)	57 (15.8%)	-	-	<0.001
Sex	Male	86 (67.7%)	41 (32.3%)	-	-	0.23
	Female	166 (61.5%)	104 (38.5%)	-	-	
Blood groups	Rh negative	10 (7.9%)	30 (11.1%)	0.68 (0.32-1.45)	0.7 (0.33-1.49)	0.32
	Rh positive	117 (92.1%)	240 (88.9%)	1 (referent group)	1 (referent group)	
	A	51 (40.2%)	109 (40.4%)	0.99 (0.65-1.52)	0.96 (0.62-1.48)	0.97
	B	28 (22%)	61 (22.6%)	0.97 (0.58-1.61)	0.98 (0.59-1.64)	0.9
	AB	10 (7.9%)	27 (10%)	0.77 (0.36-1.64)	0.8 (0.37-1.72)	0.5

نسبت به زنان دچار آلودگی به ویروس کرونا میشوند. نسبت جنسی مرد-زن در گروه مبتلایان ۱:۴۷,۱ (۲۵۲ مرد و ۵۴۱ زن) و در گروه کنترل ۱:۶۸,۰ (۱۳۲ مرد و ۹۶۲ زن) اندازه گیری شد. با این حال تفاوت محسوسی در شدت ابتلای مردان و زنان به بیماری مشاهده نشد.

درصد مبتلایان دارای گروه خونی A، B، AB و O به ترتیب ۳,۰۴٪، ۴,۲۲٪، ۳,۹٪ و ۸۲٪ و در گروه کنترل این درصدها ۶۳٪، ۱۲٪، ۵٪ و ۸۳٪ اندازه گیری شد. از این اعداد میتوان نتیجه گرفت که گروه خونی O احتمال ابتلا افراد به را SARS-CoV2 کاهش میدهد و عکس این

Table 1. Comparison between patients and controls with regards to ABO/Rh blood group

		Controls (n=500)	Patients (n=397)	OR (95% CI)		P-value
				Crude	Adjusted	
Age, mean (SD)		48.53 (17.9)	58.81 (15.4)	-	-	
Sex	Male	231 (46.2%)	252 (63.5%)	-	-	
	Female	269 (53.8%)	145 (36.5%)	-	-	
Blood groups, n(%)	Rh negative	55 (11%)	40 (10.1%)	0.91 (0.59-1.39)	0.91 (0.58-1.43)	0.66
	Rh positive	445 (89%)	357 (89.9%)	1 (referent group)	1 (referent group)	
	A	180 (36%)	160 (40.3%)	1.2 (0.92-1.57)	1.16 (0.87-1.55)	0.19
	B	105 (21%)	89 (22.4%)	1.09 (0.79-1.5)	1.01 (0.72-1.42)	0.61
	AB	25 (5%)	37 (9.3%)	1.95 (1.16-3.3)	2.02 (1.17-3.51)	0.01
	O	190 (38%)	111 (28%)	0.63 (0.48-0.84)	0.68 (0.5-0.92)	0.002

قضیه در مورد گروه خونی AB صدق میکند. همینطور نشانه ای از تاثیر گروه خونی بر شدت ابتلا به بیماری و ارتباطی بین گروه خونی RH مشاهده نشد. در ادامه بررسی هایی بر روی علت این ارتباط انجام شد. مطالعات گذشته نشان می دادند که ارتباطی بین آلودگی ویروسی و گروه خونی ABO وجود دارد. مطالعات اینگونه پیشنهاد میکنند که بعضی ویروس ها نقش خود را از طریق اتصال به آنتی ژن های گروه خونی ABO ایفا میکنند. ویروس های Norwalk-like و bat caliciviruses از این طریق در بدن گسترش پیدا میکنند. از آنجایی که SARS-CoV سیستم تنفسی و اپی تلیوم موکوسی سیستم گوارشی را مورد حمله قرار می دهد و اتفاقا این سلول ها آنتی ژن

Table 2. Comparison of disease severity among covid-19 patients with different blood groups

		ICU (n=127)	General wards (n=270)	OR (95% CI)		P-value
				Crude	Adjusted	
Age (year), mean (SD)		62.64 (13.9%)	57 (15.8%)	-	-	<0.001
Sex	Male	86 (67.7%)	41 (32.3%)	-	-	0.23
	Female	166 (61.5%)	104 (38.5%)	-	-	
Blood groups	Rh negative	10 (7.9%)	30 (11.1%)	0.68 (0.32-1.45)	0.7 (0.33-1.49)	0.32
	Rh positive	117 (92.1%)	240 (88.9%)	1 (referent group)	1 (referent group)	
	A	51 (40.2%)	109 (40.4%)	0.99 (0.65-1.52)	0.96 (0.62-1.48)	0.97
	B	28 (22%)	61 (22.6%)	0.97 (0.58-1.61)	0.98 (0.59-1.64)	0.9
	AB	10 (7.9%)	27 (10%)	0.77 (0.36-1.64)	0.8 (0.37-1.72)	0.5
	O	38 (29.9%)	73 (27%)	1.15 (0.72-1.84)	1.17 (0.73-1.89)	0.55

۱: درباره ی ارتباط گروه های خونی با شدت و مدت زمان بیماری کرونا نمیتوان نتیجه قطعی گرفت.
۲: درباره مدت زمان رسیدن سطح اکسیژن به میزان عادی، میتوان ادعا کرد در گروه خونی B زمان بیشتری نیاز است تا سطح اکسیژن به میزان نرمال برسد.

های ABO را در سطح خود عرضه میکنند، میتوان نقش آنتی ژن های گروه خونی در گسترش ویروس کرونا را تایید کرد.

نتیجه گیری

در این مقاله ما به دو نتیجه کلی رسیدیم:

References

Maryam Nasiri,1,* Javad Khodadadi,1 Zahra Hajrezaei,2 and Negar Bizhani3 The Probable Association between Blood Groups and Prognosis of COVID-19 Iran J Public Health. 2021 Apr; 50(4): 825–830. doi: 10.18502/ijph.v50i4.6009
Alireza Abdollahi,1,* Maedeh Mahmoudi-Aliabadi,2 Vahid Mehrtash,3 Bita Jafarzadeh,3 and Mohammadreza Salehi4 The Novel Coronavirus SARS-CoV-2 Vulnerability Association with ABO/Rh Blood Types Iran J Pathol. 2020 Summer; 15(3): 156–160. Pub-

lished online 2020 May 23. doi: 10.30699/ijp.2020.125135.2367

C3 and ACE1 polymorphisms are more important confounders in the spread and outcome of COVID-19 in comparison with ABO polymorphism Joris R Delanghe, Marc L De Buyzere, Marijn M Speckaert European Journal of Preventive Cardiology, Volume 27, Issue 12, 1 August 2020, Pages 1331–1332, <https://doi.org/10.1177/2047487320931305>

غزل آبداریان - پزشکی ترم ۶

مصطفی مرناسی - پزشکی ترم ۶

سخن پایانی

چرا به منیزیم نیاز داریم؟

از آنجایی که منیزیم در بسیاری از فرایندهای بدن از جمله موارد زیر نقش دارد، حتما باید روزانه مصرف شود:

تولید انرژی

ساختار استخوان و دندان

عملکرد عضلات

پاسخدهی و عملکرد سیستم عصبی

همانندسازی DNA

سنتز RNA و پروتئین

بنابراین لازم است تا همه افراد روزانه از منابع غذایی منیزیم در رژیم غذایی خود استفاده کنند.

منابع منیزیم

علت های کمبود منیزیم در بدن

علائم کمبود منیزیم چندان شایع نیست زیرا به ندرت پیش می آید که فردی به آن مبتلا شود. اما برخی از عوامل ریسک ابتلا به کمبود magnesium را افزایش می دهند که از آن جمله موارد زیر را می توان نام برد:

رژیم غذایی که حاوی مقادیر کمی منیزیم است

داشتن اختلالات گوارشی مانند بیماری کرون یا بیماری

سلیاک

از دست دادن مقادیر بیش از حد منیزیم از طریق ادرار و عرق به دلیل اختلالات ژنتیکی یا نوشیدن بیش از حد الکل

قرار داشتن در دوران بارداری یا شیردهی

بستری شدن در بیمارستان

داشتن اختلالات پاراتیروئید و هیپرالдостرونیزم

مبتلا بودن به دیابت نوع ۲

مسن بودن

مصرف برخی داروها مانند مهارکننده های پمپ پروتون،

دیورتیک ها (داروهای مدر)، بیس فسفونات ها و آنتی

بیوتیک ها

نشانه ها و علائم کمبود منیزیم در بدن

منیزیم یکی از ضروری ترین مواد معدنی برای بدن به حساب می آید که بعد از کلسیم در حفظ سلامت استخوان ها بیشترین نقش را دارد. گرفتگی عضلات و اختلال در سلامت روان در بسیاری از موارد ناشی از کمبود منیزیم در بدن است. این ماده معدنی در بیش از ۰۰۳ واکنش بیوشیمیایی در بدن دخالت داشته و در جنبه های مختلف سلامتی تاثیرگذار است. در این مطلب شما را با علائم کمبود منیزیم در بدن انسان آشنا می کنیم تا منابع غذایی این عنصر را در رژیم خود افزایش داده و در صورت لزوم از کپسول منیزیم جهت جبران این کمبود کمک بگیرید.

آنچه در این مقاله می خوانیم

چرا به منیزیم نیاز داریم؟

علت های کمبود منیزیم در بدن

علائم کمبود منیزیم چیست؟

گرفتگی و انقباض عضلات

پوکی استخوان و کمبود منیزیم

افسردگی و اختلالات سلامت روان

خستگی و ضعف عضلانی

ارتباط فشار خون بالا و منیزیم

ضربان قلب نامنظم

آسم و کمبود منیزیم

عوارض کمبود طولانی مدت منیزیم

منابع غذایی حاوی منیزیم

جدول مقدار توصیه شده مصرف روزانه منیزیم

کمبود طولانی مدت منیزیم ممکن است اثرات نامطلوبی در تراکم استخوان، عملکرد مغز، عملکرد اعصاب و ماهیچه‌ها و دستگاه گوارش داشته باشد. در کودکان و افراد جوان کمبود منیزیم ممکن است مانع از رشد مناسب استخوان‌ها شود و در افراد مسن نیز خطر پوکی و شکستگی استخوان را افزایش دهد.

علائم کمبود منیزیم چیست ؟

اگر نشانه‌های زیر را حس می‌کنید ممکن است به کمبود منیزیم مبتلا باشید. با این حال بهتر است پیش از هر اقدام ابتدا با پزشک مشورت کنید:

گرفتگی و انقباض عضلات

چنانچه به هنگام فعالیت یا حتی استراحت مدام احساس می‌کنید که عضلات شما دچار گرفتگی می‌شوند، اصلاً بعید نیست که کمبود منیزیم داشته باشید. آیا می‌دانستید کمبود منیزیم اگر خیلی شدید باشد حتی ممکن است به تشنج منجر شود؟ متخصصان معتقدند که این علائم در نتیجه جریان بیشتر کلسیم به سلول‌های عصبی ایجاد شده و در این صورت اعصاب عضلانی بیشتر تحریک می‌شوند. البته توجه داشته باشید که همه انقباضات عضلانی در نتیجه کمبود منیزیم اتفاق نمی‌افتد. به عنوان مثال استرس و مصرف بیش از حد کافئین نیز می‌تواند سبب گرفتگی عضلات شود. در بعضی موارد نیز عوارض جانبی برخی داروها و ابتلا به بیماری‌هایی که اعصاب را تحت تاثیر قرار می‌دهد در انقباضات گاه به گاه ماهیچه‌های بدن موثر هستند.

گرفتگی عضلات

افزایش می‌دهند که عبارتند از:

افزایش سن

بی‌حرکی و عدم انجام تمرینات ورزشی

مصرف ناکافی کلسیم و ویتامین‌های D و K در رژیم

غذایی

کمبود منیزیم نیز به طور مستقیم روی تضعیف استخوان‌ها تاثیرگذار است. مطالعات روی موش‌های آزمایشگاهی نشان می‌دهد که کاهش منیزیم در رژیم غذایی منجر به کاهش توده استخوانی خواهد شد.

بروز اختلال در سلامت روان نیز از دیگر پیامدهای احتمالی کمبود منیزیم در بدن است. در این صورت بی‌حسی عاطفی در فرد دیده می‌شود. کمبود منیزیم اگر شدت یابد حتی ممکن است فرد به کما برود. تحقیقات نشان می‌دهد که سطوح پایین منیزیم با بروز افسردگی و افزایش اضطراب نیز مرتبط است. ممکن است با مصرف مکمل‌های منیزیم بتوان اختلالات عملکرد عصبی را بهبود بخشیده و در کنترل اضطراب و افسردگی نیز موفق عمل کرد.

خستگی و ضعف عضلانی

از دیگر علائم کمبود منیزیم می‌توان به خستگی یا ضعف جسمی و ذهنی اشاره کرد. توجه داشته باشید که همه افراد پس از مدتی فعالیت خسته می‌شوند و این کاملاً طبیعی است. اما در اینجا ما از خستگی صحبت می‌کنیم غیر معمول و بسیار شدید باشد. ضعف عضلانی نیز اگر با خستگی همراه باشد احتمال وجود کمبود منیزیم در بدن بیشتر می‌شود.

ارتباط فشار خون بالا و منیزیم

مطالعات نشان می‌دهد که کمبود منیزیم احتمال افزایش فشار خون را بیشتر می‌کند. همان‌طور که حتماً می‌دانید فشار خون بالا ریسک حملات قلبی در بدن را بالا خواهد

پوکی استخوان و کمبود منیزیم

یکی دیگر از علائم کمبود منیزیم ابتلا به پوکی استخوان است. عوامل متعددی ریسک ابتلا به پوکی استخوان را

دشوار کند. در برخی موارد به افراد مبتلا به آسم شدید اسپری استنشاقی حاوی سولفات منیزیم داده می‌شود تا تنفس بهتری داشته باشند. در زمینه ارتباط بین کمبود منیزیم و بروز آسم نیز به مطالعات بیشتری نیاز است.

عوارض کمبود طولانی مدت منیزیم

اگر سطوح منیزیم در بدن به مدت طولانی پایین بماند و درمانی صورت نگیرد، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن مثل:

- بیماری‌های قلبی
- فشار خون بالا
- دیابت نوع ۲
- پوکی استخوان

بیشتر خواهد شد. چنانچه علائم کمبود منیزیم را حس می‌کنید به منظور عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن حتماً به پزشک مراجعه نمایید. منابع غذایی حاوی منیزیم بهترین راه برای تامین منیزیم بدن استفاده از خوراکی‌های حاوی منیزیم است. غنی‌ترین مواد غذایی حاوی این ماده معدنی شامل موارد زیرند:

اسفناج و لوبیا سفید و کره بادام زمینی و نان گندم کامل و آووکادو و سیب زمینی

برد. شواهد نشان می‌دهد که مصرف قرص منیزیم ممکن است در کاهش فشار خون موثر باشد. البته در این زمینه هنوز به مطالعات بیشتری نیاز است.

ضربان قلب نامنظم

آریتمی قلب یا ضربان نامنظم قلب یکی از مهم‌ترین علائم کمبود منیزیم در بدن محسوب می‌شود. متأسفانه آریتمی قلب در بیشتر مواقع علامت خاصی ندارد و نمی‌توان آن را تشخیص داد. البته برخی از افراد نیز در صورت ابتلا به این عارضه از تپش قلب شکایت می‌کنند. سبکی سر، تنگی نفس، درد قفسه سینه و غش کردن از دیگر علائم آریتمی به شمار می‌آید. آریتمی اگر خیلی شدید باشد منجر به سکته قلبی خواهد شد. دانشمندان بر این باورند که عدم تعادل سطح پتاسیم در داخل و خارج سلول‌های ماهیچه قلب ممکن است عامل این عارضه باشد که البته با سطح پایین منیزیم نیز مرتبط است.

آسم و کمبود منیزیم

در بسیاری از موارد دیده شده که افراد مبتلا به آسم شدید، کمبود منیزیم دارند. محققان معتقدند که کمبود منیزیم ممکن است باعث تجمع کلسیم در ماهیچه‌های پوشاننده راه‌های هوایی ریه شده و با انقباض مجرای هوا تنفس را

منبع مجله سیب سبز پزشکی

مهدی بهمنی ترم ۷ اتاق عمل

خون بالا دارند، از اهمیت بالایی برخوردار است. مسافران بین المللی نیز بسته به مقصدشان (با توجه به شایع بودن برخی بیماریها در کشور مقصد) ممکن است به واکسن های خاصی نیاز داشته باشند.

واکسنهای مورد نیاز کودکان که نیازمند دز بویستر هستند عبارتند از:

هپاتیت A ، هپاتیت B، هموفیلوس آنفلوانزا تیپ B، واکسن سه گانه سرخک - اوریون - سرخچه (MMR)، کزاز- دیفتی - سیاه سرفه (Tdap)، آبله مرغان، آنفلوانزا برای بزرگسالان نیز عبارت اند از:

واکسن کزاز (هر ده سال یک بار)، واکسن MMR، واکسن VARICELA و Shingles، آنفلوانزا

واکسن آنفلوانزا احتمالاً شناخته شده ترین واکسن برای بزرگسالان به خصوص افراد مبتلا به بیماریهای نقص ایمنی است. با توجه به توصیه های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC)، همه افراد بالای شش ماه باید هر سال واکسن آنفلوانزا بزنند، مگر اینکه پزشک اطلاع داده باشد که فرد به دلیل آلرژی یا موارد دیگر نباید این واکسن را دریافت کند.

COVID 3rd Dose vs. COVID Booster

What's the Difference?



WHO People with weakened immune systems



WHO Those over age 65, long term care residents, people ages 18-64 with underlying medical conditions that make them vulnerable to COVID, workers ages 18-64 whose jobs put them at greater risk



WHAT A third dose of the Pfizer or Moderna vaccine identical to the first two doses



WHAT An additional booster shot of the Pfizer vaccine. (Booster shots for Moderna and Johnson & Johnson vaccines are not yet approved)



WHEN Administered as soon as 28 days after the 2nd dose



WHEN At least six months after the second dose of your initial vaccination



WHY The 3rd dose provides added protection for those who are immunocompromised, including people in cancer treatment, those who received organ or stem cell transplants or others who have conditions or treatments that weaken the immune system



WHY To "boost" protection, since studies show that the vaccine's coverage may wane over time



WHERE One of NJ's 1,000+ vaccination sites; visit [covid19.nj.gov/finder](https://www.covid19.nj.gov/finder) or call 1-855-568-0545.



آشنایی با دز بویستر

واکسن ها از ما در برابر ابتلا به عفونتها و بیماریهای ناشی از ویروس ها و باکتری های خطرناک محافظت می کنند. هنگامی که برای یک بیماری خاص واکسن زدید، ممکن است فکر کنید که برای همیشه از آن در امان هستید؛ اما لزوماً اینطور نیست. برای برخی از بیماری ها، برای ایجاد ایمنی قوی به تزریق بیشتر از یک مرتبه نیاز دارید. برخی از ویروس ها با گذشت زمان تغییر می کنند یا جهش می یابند که سبب کاهش اثر واکسن تزریق شده می شوند به همین دلیل برای بیشتر واکسیناسیون ها، برای جلوگیری موثرتر از ابتلا به عفونت به یک تزریق بیشتر نیاز دارید. این دز اضافی واکسن به عنوان تزریق بویستر یا تقویت کننده شناخته می شود.

دز بویستر واکسن های مختلف

ممکن است در دوره های مختلفی از زندگی انواع مختلفی از واکسن تقویت کننده (بویستر) دریافت کنید. همچنین ممکن است بسته به سبک زندگی، مسافرت یا شغل خود (به عنوان مثال، اگر یک کارمند مراقبت های بهداشتی هستید) نیاز به دریافت مجدد برخی از واکسن ها داشته باشید.

کارشناسان توصیه می کنند که هم کودکان و هم بزرگسالان هر ساله باید واکسن آنفلوانزا فصلی را دریافت کنند. دریافت واکسن آنفلوانزا به ویژه برای زنان باردار، افراد مسن و کسانی که بیماری های مزمن مانند دیابت یا فشار

تفاوت دز بوستر و دز سوم کرونا

برای واکسن COVID-19، به نظر می‌رسد که اصطلاح دز تقویت‌کننده (بوستر) و دز سوم به جای یکدیگر استفاده می‌شوند؛ اما این دو واژه از لحاظ معنایی و تقسیم بندی با یکدیگر برابر نیستند.

دز بوستر کرونا برای تمامی افراد بالای ۸۱ سال و حداقل ۶ ماه بعد از دریافت دو دز اولیه تجویز میشود اما دز سوم کرونا برای افراد دارای ضعف سیستم ایمنی و افراد دارای بیماریهای خاص (با توجه به دستور پزشک معالج) و ۸۲ روز بعد از دریافت دز دوم واکسن کووید تجویز میشود.

توصیه های CDC در رابطه با دز بوستر کرونا



طبق توصیه های CDC برای تزریق واکسن دز بوستر COVID19 تمامی افراد ۶۱ سال و بالاتر میتوانند بعد از گذشت حداقل ۶ ماه از دریافت واکسنهای اولیه (دو دز اولیه) اقدام کنند. در حال حاضر، فقط واکسن Pfizer-BioNTech COVID-19 برای نوجوانان ۱۲ و ۱۶ ساله مجاز و توصیه می شود و افراد ۸۱ سال و بزرگتر از آن میتوانند هر یک از واکسن های COVID-19 مجاز در ایالات متحده را دریافت کنند.

توصیه های وزارت بهداشت کشور در خصوص تزریق دز بوستر (تقویتی) و دز سوم کرونا

بر اساس اعلام رئیس اداره بیماری های قابل پیشگیری با واکسن وزارت بهداشت، افرادی که دو دز واکسن سینوفارم یا برکت (واکسن های غیرفعال) دریافت کرده اند و حداقل چهارماه از تزریق دز دوم آنها گذشته باشد، می توانند با مراجعه به مراکز تزریق واکسن (براساس اولویت اعلام شده توسط وزارت بهداشت)، دز بوستر واکسن کرونا را دریافت کنند.

واکسن های قابل دریافت در دز یادآور با توجه به واکسن تجویز شده در نوبت اول و دوم طبق دستورالعمل وزارت بهداشت در جدول ذیل مشخص شده است.

واکسن قابل دریافت در دوز یادآور	واکسن تزریق شده در نوبت اول و دوم
غیر فعال (مشابه واکسن دریافتی در نوبت اول و دوم) یا آسترازنکا یا سوبراناپلاس (پاستوکوک پلاس)	واکسن غیر فعال (سینوفارم ، بهارات یا برکت)
آسترازنکا یا سوبراناپلاس (پاستوکوک پلاس)	پلتفرم آدنوویروس (آسترازنکا یا اسپوتنیک)

ماسک، شستشوی مداوم دست ها و فاصله گذاری فیزیکی هم چنان باید مانند گذشته ادامه یابد.

ذکر این نکته الزامی است که در کنار تزریق واکسن، رعایت کامل اصول بهداشت فردی از جمله استفاده از

Reference

1. Vaccines and immunization: What is vaccination?

<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>

2. Vaccine Booster Shots: What to Know

<https://www.webmd.com/vaccines/vaccine-booster-shots>

3. COVID-19 Vaccine Booster Shots | CDC

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/booster-shot.html>

4. COVID-19 vaccine 3rd dose vs. booster — what's the difference? | Valley Health System

<https://www.valleyhealth.com/trending/covid-19-vaccine-3rd-dose-vs-booster-whats-difference>

۵. جزئیات تزریق دوز سوم واکسن کرونا در ایران

اعلام شد+ بخشنامه وزارت بهداشت - ایمن

<https://www.imna.ir/news>

المیرا مجیدزاده - دانشجوی ورودی ۸۹ داروسازی

عاطفه شهیدی - دانشجوی ورودی ۸۹ داروسازی



مراسم گرامیداشت هفته پژوهش در دانشکده پزشکی

صبح روز چهارشنبه ۲۴ آذر ماه مراسم گرامیداشت روز پژوهش با شعار «پژوهش و فناوری، پشتیبانی تولید» در سالن مدافعان سلامت دانشکده پزشکی برگزار و از پژوهشگران و فناوران برتر دانشگاه تجلیل شد.



مراسم گرامیداشت هفته پژوهش و فناوری در دانشگاه علوم پزشکی البرز

نامگذاری روز پژوهش

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، به منظور گسترش فرهنگ پژوهش در جامعه، روز ۲۵ آذر از سوی «شورای فرهنگ عمومی کشور» به نام روز پژوهش نامگذاری شد. وزارت علوم تحقیقات و فناوری نیز از سال ۱۳۷۹ چهارمین هفته آذر ماه را به نام هفته پژوهش نامگذاری کرد و از سال ۱۳۸۴ این نام به «هفته پژوهش و فناوری» تغییر یافت. اهداف برگزاری هفته پژوهش و فناوری عبارت اند از: شناسایی توانمندی های پژوهش و فناوری مراکز تحقیقاتی شناسایی و معرفی پژوهشگران برتر امکان تجاری سازی یافته های پژوهش و فناوری (فن بازار)

فراهم کردن فضای همکاری بین پژوهشگران برقراری ارتباط مراکز صنعتی و تولیدی با مراکز تحقیقاتی نهادینه کردن پژوهش در سطح جامعه



به گزارش روابط عمومی، مراسم با تلاوت آیاتی چند از کلام الله مجید و سرود جمهوری اسلامی ایران آغاز گردید. در ادامه دکتر گودینی معاون تحقیقات و فناوری، ضمن خیر مقدم به ارائه گزارش عملکرد معاونت تحقیقات و فناوری پرداخت و اقدامات را به شرح زیر برشمرد:



کسب رتبه ۱۳ کشوری دانشگاه در سامانه علم سنجی
پیوستن دکتر مصطفی قربانی و دکتر غلامرضا عزیزی به جمع
۱٪ پژوهشگر پراستناد برتر
کسب رتبه اول کشوری مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر در
دو سال متوالی ۹۸ و ۹۹ در جشنواره رازی
راه اندازی نرم افزار جامع کتابخانه ها در سال ۹۹
چاپ ۳ کتاب فارسی و ۲ کتاب انگلیسی در سال ۱۴۰۰
تصویب و حمایت از ۲۰۹ طرح تحقیقاتی در سال ۹۹
خرید تجهیزات جهت راه اندازی آزمایشگاه جامع تحقیقات
کمک به تولید محصولات ضد عفونی کننده و محصولات بهداشتی
در دوران همه گیری کرونا که از طریق انعقاد بالغ بر ۶۰ قرارداد دفتر
ارتباط با صنعت با شرکتهای مختلف
تألیف ۵ جلد کتاب توسط اعضای هیات علمی با موضوع کرونا
تصویب ۶۷ طرح تحقیقاتی در زمینه بیماری کووید ۱۹ در سال
۱۳۹۹
چاپ ۸۲ مقاله در پایگاه داده معتبر بین المللی با افیلیشن دانشگاه

جوان، نخبه و پژوهش گر دانشگاه اظهار داشت: دانشگاه
البرز به عنوان یک دانشگاه جوان و با تعداد اعضای هیات
علمی کمتر نسبت به دانشگاه های بزرگ و قدیمی در
کشور در حوزه تحقیقات و فناوری و تعداد مقالات جایگاه
مطلوبی دارد ولی این کافی نیست و باید در این عرصه که
ظرفیت و فرصت های زیادی وجود دارد موفقیت های
بیشتری کسب شود.

سرپرست دانشگاه بر پژوهش های کاربردی و اثر آفرین
تاکید کرد و افزود: جامعه دانشگاهی و پژوهش گران باید
تلاش کنند تحقیقات و مقالاتی که انجام می دهند به عنوان
پشتیان و حمایت گر تولید باشد و گره ای از مشکلات
جامعه باز کند.

وی بر کیفیت مقالات منتشر شده تاکید کرد و افزود:
کمیت و کیفیت باید هر دو در کنار هم باشد و با توجه به
صنعتی بودن استان البرز فرصت خوبی است که دانشگاه و
صنعت ارتباط خوبی را در جهت تولید محصول باکیفیت
داشته باشند.



در ادامه دکتر شهرام صیادی ، سرپرست دانشگاه در این
مراسم گفت: دو نفر از اساتید دانشگاه دکتر قربانی و دکتر
عزیزی که بیشترین میزان ارجاع مقالات را دارند باعث
افتخار دانشگاه هستند و آرزو داریم همه ی اساتید و
اعضای هیات علمی دانشگاه در این جایگاه قرار بگیرند و
جز یک درصد دانشمندان جهان باشند.
دکتر صیادی ضمن تاکید بر وجود اعضای هیات علمی



آماج حملات دشمن خواهد بود. دکتر مطهری پور اظهار داشت: تعلیم در کنار تهذیب باید باشد و دانشگاه باید محلی باشد که علاوه بر تعلیم دانشجویان بر تهذیب نفس آنان نیز کار کند. وی ادامه داد: زمانی علم تاثیر گذار و مفید خواهد بود که همراه با اخلاقیات، معنویت و روح متعالی باشد. در پایان مراسم نیز از پژوهشگران برتر تقدیر به عمل آمد.

حجت الاسلام والمسلمین دکتر مطهری پور عضو هیات علمی دانشگاه در این مراسم بر مطالعات میان رشته ای تاکید کرد افزود: با توجه به اینکه اساتید تمرکز خود را بروی تحقیقات حوزه سلامت و پزشکی قرار می دهند اما امروز تحقیقات و مطالعات بین رشته ای نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. وی با اشاره به وحدت حوزه و دانشگاه تصریح کرد: حوزه و دانشگاه هر دو مغز متفکر جامعه هستند و دو مرکزی که

منابع

۱. سایت حمایت و پشتیبانی امور پژوهشی و فناوری (poshtibani.msrt.ir)
۲. سایت دانشگاه علوم پزشکی البرز (abzums.ac.ir)

المیرا مجیدزاده - دانشجوی ورودی ۸۹ داروسازی

خمیر دندان

ناخوشایندی که روی دندان‌ها ایجاد می‌شود، کافی نیست. اگر این حباب‌ها پاک شود، خواهید دید که بافت ظریف لثه زیر آن‌ها نیز ساییده و خون‌آلود شده است.

ذرات ساینده: در اکثر خمیردندان‌ها از سیلیکای آپیوشی شده به عنوان عامل ساینده دندان‌ها استفاده می‌شود، به احتمال زیاد در بسته‌های "غیر قابل خوردن" با این دانه‌های ریز تسبیح‌مانند برخورد کرده‌اید. سیلیکا با توجه به اندازه و شکل ذرات، ماده‌ی سفید کننده اکثر خمیردندان‌ها است. اما خمیردندان سفید کننده نمی‌تواند دندان‌ها را به اندازه عمل جرم‌گیری توسط متخصص سفید و درخشان کند؛ چون فقط سطح دندان‌ها را تمیز کند.

حساسیت‌زدها: با افزودن نیترات پتاسیم یا فلوراید قلع به خمیر دندان حساسیت دندان‌ها به سرما، گرما، شیرینی یا ترکیبی از این محرک‌ها کاهش می‌یابد. البته چنانچه بیمار از دندان درد رنج ببرد، خمیر دندان ضدحساسیت درمانی موقتی است.

کنترل کننده جرم: اگر خمیردندان طعم تند و سوزاننده‌ای دارد، احتمالاً حاوی تتراسدیم پیروفسفات است (ماده‌ای که اجازه نمی‌دهد نمک‌های کلسیم فسفات (جرم) پشت دندان‌های پیشین فک پایین جمع شود). یکی از مشکلات خمیردندان‌های جرم‌گیر این است که ماده فعال برای موثر بودن باید در شوینده (دترجنت) قوی‌تر از حد متعارف حل شود، به همین دلیل استفاده از این نوع خمیردندان برای دندان‌های حساس به pH بالا مناسب نیست.

تری کلوزان: این ماده ضد میکروبی عفونت‌های بین لثه



خمیر دندان جزء جدایی ناپذیری از برنامه رعایت بهداشت دهان و دندان است که به صورت خمیر، ژل یا پودر وجود دارد و کاربرد آن از بین بردن پلاک، یعنی فیلم باکتریایی که روی دندان‌ها و لثه‌ها جمع می‌شود، است. خمیردندان قدرت تمیزکنندگی و شستشوی مکانیکی مسواک را افزایش می‌دهد.



مواد تشکیل دهنده خمیردندان

بیاپید با هم خمیردندان را به اجزاء تشکیل دهنده آن تجزیه کنیم:

فلوراید: فلوراید به تنهایی هیچ تاثیری بر تمیز کردن دندان ندارد، اما به از بین بردن پلاکی که به صورت فیلم باکتریایی هر روز روی دندان‌ها و لثه‌ها جمع می‌شود، کمک می‌کند. ماندن پلاک روی دندان‌ها، بیماری لثه و پوسیدگی دندان را در پی دارد. فلوراید با تقویت مینای دندان از پوسیدگی جلوگیری می‌کند.

کف: سولفات لاریل سدیم یا صابون بافتی انبوه و خامه‌مانند دارد و احساس تمیز شدن را ایجاد می‌کند. با این حال، مواد فعال در سطح کف خمیردندان برای از بین بردن طعم

داده و سپس مقداری از خمیر دندان را روی نواحی حساس مالیده و سپس مسواک می کنیم.

خمیر دندان کولین سالیسیلات (Cholinesal-icilate)

خمیر دندان کولین سالیسیلات حاوی ماده ضد درد و ضد التهاب است که به مخاط دهان می چسبد و در مواردی که با بیماری های التهابی دهان مواجه هستیم علاوه بر مسواک کردن با این خمیر دندان، به وسیله پنبه روزی چندین مرتبه می توان بر زخم های دردناک از جمله زخم های حاصل از رتژیویت استئوماتیت، هرپتیک حاد و زخم های آفتی دهان مالید. از ژل موضعی Bonjela که حاوی کولین سالیسیلات میباشد در کاهش درد ناحیه بیرون آمدن دندان در خردسالان میتوان استفاده کرد.

خمیر دندان اموفرم (Emoform)

این خمیر دندان حاوی ۳،۱ تا ۴،۱ درصد فرمالین بوده که به عنوان ماده حساسیت زدا برای دندان هایی است که به دلیل از بین رفتن مینا یا برهنه شدن سطح ریشه به عوامل تحریکی حساس شده باشند. تصور می شود که فرمالین پروتئین ها را در داخل توبول های عاجی رسوب می دهد و در نتیجه حساسیت را کاهش میدهد.

خمیر دندان استرانسیوم کلراید (Strontium chloride)

خمیر دندان استرانسیوم کلراید ۰۱ درصد در ایران نیز تولید می شود. این خمیردندان طبی است و به منظور کاهش حساسیت دندان ها بخصوص در ناحیه طوق و ریشه های برهنه در اثر تحلیل استخوان و یا جراحی پرئودانتیکس با استفاده از مسواک نرم بطور مرتب استفاده میگردد. اثر این خمیردندان فوراً بروز نمیکند چند هفته پس از مصرف آن اثر تسکین درد و حساسیت در اثر تغییرات پروتئین نمایان میگردد که پس از ایجاد تسکین مصرف آن قطع میگردد. متعاقب مصرف مرتب این خمیردندان چنانچه بعد از سه ماه اثر تسکینی آن ظاهر نگردید، بایست از روش دیگر رفع

و دندان را کاهش می دهد. اضافه کردن تری کلوزان به خمیردندان نیز مانند فلونور هر چند ممکن است عوارضی را به دنبال داشته باشد، اما سودمندی آن بر مضر بودنش غلبه می کند.

انواع خمیردندان (برای انواع دندان)

خمیردندان سنسودین (Sensodyne)

این خمیردندان حاوی ماده ضد حساسیت استرانسیوم کلراید است. در مواردی که دندان به خصوص در ناحیه طوق در اثر جرم گیری و اعمال پرئودانتیکس یا سایش های شیمیایی و یا مکانیکی حساس شده باشد و در اثر تحریکات مکانیکی از جمله مسواک زدن و یا برخورد جریان هوای سرد ناحیه طوق دندان فرد احساس ناراحتی کند از آن استفاده می شود و زمانی که حساسیت برطرف گردید دیگر نباید استفاده نمود.



خمیر دندان ترمودنت (Thermodent)

این خمیر دندان حاوی ماده ضد حساسیت نیترات پتاسیم می باشد که حساسیت اعصاب را از بین میبرد. این خمیردندان در زمانی که بیمار شکایت از حساس بودن نواحی طوق دندان داشته باشد تجویز می شود. برای استفاده، به اندازه خمیر دندان معمولی روی مسواک قرار



حساسیت استفاده کرد.

باید از سن سه سالگی به بعد انجام شود.

خمیر دندان های اسیدی

این خمیر دندان حاوی اسید آرژنین و کربنات کلسیم بوده و علی رغم آنکه حاوی فلوراید نیست به گفته محققان انگلیسی مانع از پوسیدگی دندان میشود ولی برای اثبات نیاز به گذشت زمان پس از مصرف در مناطقی که بکار رفته و تحقیقات بیشتری دارد.



خمیر دندان های حاوی فلوراید

بر اساس تحقیقات این خمیر دندان ها در صورتی که هر یک تیوپ ۶,۴ انس خمیر دندان حاوی ۰,۳۱ میلی گرم فلوراید باشد، ۵۲ تا ۵۳ درصد میزان پوسیدگی را کاهش میدهند. تاریخ تولید این خمیر دندان ها مهم است؛ زیرا مواد فعال با سایر اجزا واکنش نشان می دهند و به تدریج از میزان فلوراید قابل دسترس کم میشود که معمولاً پس از یک سال، دیگر خمیر دندان خاصیت فلوراید خود را از دست میدهد، همچنین مصرف خمیر دندان های حاوی فلوراید باعث مسدود کردن توبول های عاجی و باعث کاهش حساسیت دندان های حساس میشود. طبق نظر Si-mard برای کاهش احتمال بروز فلورورزیس دندانی کودک ناشی از بلع خمیر دندان، مصرف خمیر دندان فلوراید دار

خمیر دندان های حاوی آنزیم

بر پایه این فرضیه که آنزیم ها میتوانند مواد ماتریکس پلاک ها و سنگ آهکی که از قبل تشکیل شده را بشکنند و به عنوان ضد پلاک عمل کنند خمیر دندان هایی از جمله خمیر دندان Zendium توسط کارخانه Oral-B ساخته شده اند که حاوی آمیلوگلیکوزیداز و گلوکزاکسیداز میباشد که در دهان مقداری H_2O_2 ایجاد میکنند و به کمک H_2O_2 ایجاد شده به وسیله باکتری های دهان که بطور طبیعی وجود دارند و به کمک لاکتوپروکسیداز موجود در بزاق باعث تبدیل شدن تیوسیانات موجود در بزاق به هیپو تیوسیانات شده که اثر مهاری بر تشکیل پلاک دارد.



مصطفی بهبهانی - دانشجوی ترم ۵ دندان پزشکی

اتوکلاو های خورشیدی

مناسب از دستگاه های استریل کننده، باعث شده برای حفظ جان میلیون ها نفر همکاری صورت بگیرد. تلاش ها برای ساخت تکنولوژی اتوکلاو های جدید، به ساخت اتوکلاو های خورشیدی منتهی شد. در این

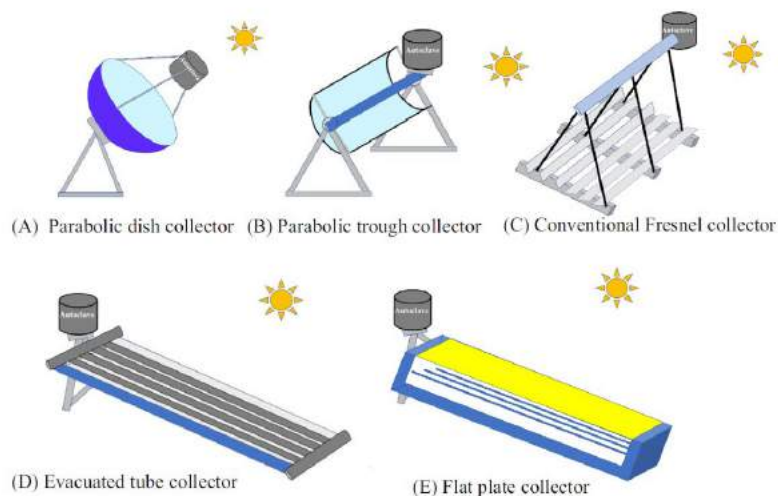


تکنولوژی، انرژی مورد نیاز برای تولید بخار و دما و فشار مورد نظر در اتوکلاو (به طور میانگین، دما ۱۲۱ درجه سانتی گراد در فشار ۰.۱ مگاپاسکال به مدت ۵۱ تا ۰۲ دقیقه) از اشعه خورشیدی به دست می آید. نیرو اشعه خورشیدی، به سادگی می تواند تبدیل به نیرو گرمایی شود. در طی سالهای اخیر، انواع زیادی از این دستگاه ها با این

یکی از اصول بهداشت و درمان، دسترسی همه افراد به خدمات درمانی مناسب است. از مهم ترین عوارض جانبی این خدمات برای بیماران، عفونت های ثانویه ناشی از آن است. تزریقات، تخت ها، جراحی و ... از عوامل عفونت بیمارستانی هستند. همچنین استفاده مجدد از وسایل که دور ریخته نمی شوند، از این عوامل هستند که در دندانپزشکی نیز مصداق دارند.

برای کاهش ریسک این عفونت ها، وسایل توسط دستگاه های مختلف استریل می شوند. استریزاسیون پروسه ای است که در آن تمام ارگانیسم های زنده از جمله پاتوژن و غیر پاتوژن که بر سطح وسایل زندگی می کنند، از بین می روند. یکی از بهترین این روش ها، دستگاه اتوکلاو است که با بخار و فشار، استریل می کند.

اما یکی از مشکلات اساسی اتوکلاو ها در کشور های در حال توسعه، نیاز به دسترسی به الکتریسیته است. بر اساس گزارش سازمان جهانی نیرو، ۱۴۴۱ میلیون نفر در کل دنیا، دسترسی کافی به برق ندارند و بیشتر از ۹۹ درصد این جمعیت، در کشور های در حال توسعه مخصوصاً در مناطق روستایی زندگی می کنند. این مشکل، یعنی عدم دسترسی به برق کافی و در نتیجه آن، عدم توانایی استفاده



روش های انتقال گرما و تکنولوژی مورد استفاده در کلکتور و ... تا به امروز ساخته شده است مانند : کلکتور های دیش های سهموی، کلکتور فرنل ، کلکتور های تیوب تخلیه شده ، کلکتور فلت پلن و ... [1]

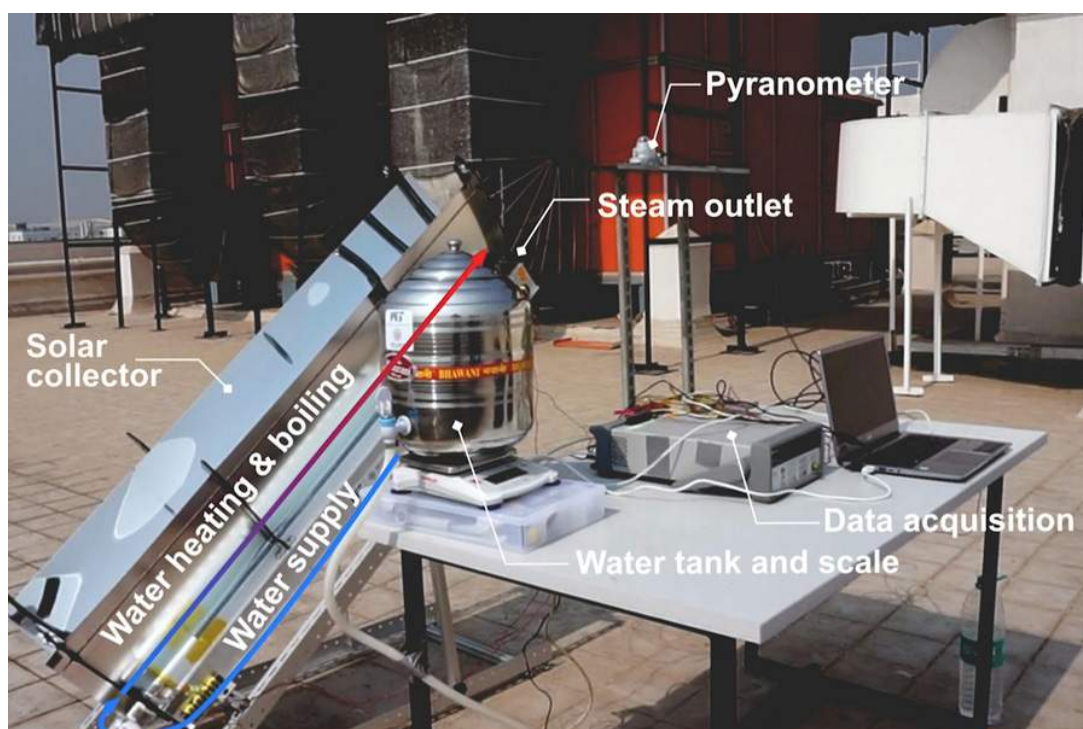
حال با کمک همکاری محققان و تلاش های بسیار طی سالیان، امکان کاهش عفونت های ناشی از وسایل پزشکی و نجات جان میلیون ها انسان در سراسر جهان فراهم آمده است که به الکتریسیته به اندازه کافی دسترسی ندارند.

References

- [1]J.-F. Ituna-Yudonago, «Review of solar-thermal collectors powered autoclave for the sterilization of medical equipment,» p. 17 , 2021.

تکنولوژی ساخته و آزمایش شده است. در این دستگاه ها، اشعه خورشیدی توسط کلکتور جمع آوری شده مستقیم یا توسط رابط حرارتی، به اتوکلاو منتقل می شود. نتایج این آزمایشات بسیار موفقیت آمیز و قابل قبول بوده اند. همچنین بسیاری از این دستگاه ها در کشور های در حال توسعه توسط وسایل و دستگاه های موجود در همان منطقه ساخته شدند و هزینه آنها به نسبت مناسب است. انواع مختلفی اتوکلاو های خورشیدی با توجه به نواح

کیمیا بهنام - دانشجوی ترم ۵ دندانپزشکی



دوربین داخل دهانی (Intra—Oral Camara)

که دوست دارد ببیند؛ حتی با استفاده از آینه دندانپزشکی. چنین شرایطی نه تنها برای بیمار و پزشک ناراحت کننده است ، بلکه دردناک است. با این حال ، ظهور دوربین های

یکی از بزرگترین ناراحتی ها هنگام نشستن روی صندلی دندانپزشکی این است که گاهی اوقات ، هر چقدر هم دهان خود را باز کنید ، دندانپزشک هنوز نمی تواند آنچه را

داخل دهانی می تواند این مشکل را برطرف کند.

Carestream و Dürrdental ، MouthWatch Dental

برخی از شرکت هایی هستند که دوربین های داخل دهانی را در بازار عرضه کرده اند ، فناوری منحصر به فرد لنزهای مایع دوربین ها که همانند چشم انسان عمل می کند .

سیستم های دوربین DÜRR DENTAL

پشتیبانی ارزشمندی در درمان های دندانپزشکی ارائه می دهند و درک بیمار از اقدامات درمانی مورد نیاز را تقویت می کنند. به لطف مکانیسم هوشمند قابل تعویض سر ، دوربین ها پشتیبانی قابل اطمینان را در اختیار شما قرار می دهند - هم در تشخیص و تشخیص زود هنگام پوسیدگی و هم در تجسم پلاک. در عین حال ، توصیه های درمانی شما را.

دوربین داخل دهانی تقریباً به اندازه یک قلم است. در حالی که از دندان های مورد نظر عکس می گیرد ، از ۸ چراغ کوچک برای روشن کردن دندان از هر طرف استفاده می کند. سپس ، روی صفحه ، می توانیم نسخه بزرگ شده از آنچه در دهان شما اتفاق می افتد یا افتد را مشاهده کنیم. است درباره آنها نگران باشیم را به شما نشان دهیم.

ویژگی هایی که دندانپزشکان دنبال آن هستند

دوربین های داخل دهانی عصر جدید با ویژگی های مختلف طراحی و کاربردی عرضه می شوند. برخی از رایج ترین ویژگی ها عبارتند از: فوکوس دوربین



نور LED ، تا ۰.۰۱ برابر بزرگنمایی ، زاویه دید از صفر تا ۰۹ درجه ، اتصالات پروب های پیرونتال ، کلیدهای ضبط تصویر انگشتی و پای تک دندانی همراه با کارت SC نرم افزار ذخیره سازی و تصویربرداری انحصاری .

نکته اصلی این است که الزامات و تحقیقات را از بین گزینه های بیشمار برای انتخاب آنچه برای استفاده فردی مناسب است انتخاب کنید.

یک قدم جلوتر از دوربین های خارج دهانی

دوربین های دیجیتال خارج دهانی حتی قبل از اختراع دوربین داخل دهان وجود داشته و پس از آن نیز همچنان مورد استفاده قرار می گیرد. بنابراین ، چه چیزی دوربین های داخل دهان را بهتر از آنها می کند؟ علاوه بر این که می تواند به داخل دهان برود ، مزیت اصلی دوربین داخل دهانی کیفیت تصویر گرفته شده است. تصویر آن تقریباً بلافاصله در صفحه بزرگ کامپیوتر قابل مشاهده است. وقتی صحبت از یک دوربین خارج دهانی می شود ، لازم است جمع کننده های آن را به صورت دستی تنظیم کرده ، آینه ها را تنظیم کرده و عکس ها را به همراه بارگیری در نرم افزار رایانه قاب بندی کنید .

با وجود یک دوربین داخل دهانی ، همه چیز اتوماتیک است ، در نتیجه در وقت و انرژی زیادی برای بیمار و دندانپزشک صرفه جویی می شود.

نسل جدید دوربین های راهی بازار

اولین نسخه دوربین داخل دهان در دهه ۰۸۹۱ معرفی شد اما اکنون جدیدترین نسل دوربین های داخل دهانی با فوکوس خودکار پیشرفته و حسگرهای بیشتر از قبل در دسترس است. با جدیدترین دوربین های داخل دهان ، دندانپزشکان یا تکنسین دندانپزشکی نیازی به اطلاع از عکاسی ندارند تا بهترین تصاویر را ثبت کنند. این دوربین های عصر جدید دقیقاً می دانند که چه کاری باید انجام شود. از فوکوس خودکار LED ها برای پرتاب مقدار مورد

نیاز تا کلیک روی تصویر با یک لمس ، جدیدترین دوربین داخل دهانی همه کارها را انجام می دهد.

بیمار را در جریان درمان میگذاریم

دوربین های داخل دهانی در ۵۲ سال گذشته وجود داشته اند ، اما با پیشرفت های تکنولوژیکی و افزودن ویژگی های شگفت انگیز ، اکنون به بخشی جدایی ناپذیر از عمل دندانپزشکی در سراسر جهان تبدیل شده اند. بهترین بخش در مورد استفاده از دوربین داخل دهانی این است که به بیمار اجازه می دهد در روند تشخیص شرکت کند. بنابراین ، درک بهتری از مشکل و همچنین درمان پیشنهادی به او می دهد.



مزایایی که شما را به سوی خرید این دوربین ها سوق می دهد

۱. تشخیص زودهنگام مشکلات بهداشت دهان و دندان

یکی از بزرگترین دلایل اضطراب در بیماران دندانپزشکی ترس از درد است. روشهای دندانپزشکی عمدتاً بسیار دردناک هستند پس اگر پوسیدگی دندان یا بیماری دندان زود تشخیص داده شود ، درمانهای توصیه شده کمتر تهاجمی ، گران و زمانبر هستند. یک دوربین داخل دهانی در تشخیص مشکلات مربوط به سلامت دندان در مراحل اولیه ، هنگامی که آنها با چشم غیر مسلح قابل مشاهده نیستند ، کاملاً کار می کند. در دندانپزشکی ، هر بیماری یا پوسیدگی دندان وقتی به پالپ یا ریشه دندان برسد ،

عمده می شود. قبل از اینکه مشکل به سطح پیشرفته برسد ، درمان آن نه تنها آسان تر است ، بلکه اغلب این روش درد کمتری نیز دارد.

۲. بهبود رابطه بیمار و پزشک

دندانپزشکان با توضیح میزان و جدی بودن مشکل دندان و دلیل درمان توصیه شده برای بیماران مشکل داشتند. بیماران نیز چاره ای نداشتند جز آنکه به دندانپزشک اعتماد کورکورانه کنند و درمان را ادامه دهند. هنگامی که درک و پذیرش مشخصی از مشکل وجود ندارد ، رابطه بیمار و پزشک همیشه در آستانه است و اعتماد عمدتاً به دلیل عدم انتخاب است.

با دوربین داخل دهانی ، پزشکان اکنون می توانند تصاویر زنده و بزرگ شده از مناطق دندانپزشکی را به بیمار نشان دهند. این به بیمار در درک واضح مشکل و دلیل درمان توصیه شده کمک می کند. به کاهش اضطراب کمک می کند و بین بیمار و دندانپزشک رابطه ای قابل اعتماد برقرار می کند.



۳. دقت درمان توصیه شده را بهبود می بخشد

یک دوربین داخل دهانی دارای ویژگی های تکنولوژیکی پیشرفته است. دارای یک هد است که از ۰ تا ۰۹ درجه می چرخد و چراغ LED برای دید بهتر ، و دارای قابلیت بزرگنمایی قوی است (با چندین دوربین دارای قابلیت زوم تا ۰.۱ برابر) و موارد دیگر. این ویژگی ها به دندانپزشکان کمک می کند تا مشکلات دندان ها را به درستی تشخیص



مشکلات را در زمان واقعی به بیماران نشان داده و توضیح این به ارائه شفافیت و آموزش بیمار همراه با اطمینان از جدیدترین ابزارهای تکنولوژیکی کمک می کند ، در نتیجه آنها را قادر می سازد تا با خوشحالی به تمرین کننده اعتماد کرده و دیگران را ارجاع دهند.

۶. برای مطالبات بیمه ای بهتر است

بسیاری از بیماران تحت پوشش بیمه خدمات درمانی خود قرار می گیرند ، اما برای استفاده از آن ، شرکت های بیمه به وضوح مشکل و درمان نیاز دارند. تصاویری که از طریق دوربین های داخل دهانی گرفته می شوند ، اثبات بصری را برای حمایت از مطالبات بیمه ای بیماران ارائه می دهند. برای دسترسی به محتوای بروز دندانپزشکی، ما را در شبکه اجتماعی دنبال کنید...



فاطمه فهیمی - دانشجوی ترم ۵ دندانپزشکی

داده و درمان را توصیه کنند.

این دوربین در ردیابی مشکلاتی که به سختی در دهان یافت می شود مانند قرار گرفتن در معرض پالپ و شکستگی های عمودی کمک می کند. تشخیص قبلی که عمدتاً بر اساس میکروسکوپ معمولی بوده است ، اکنون می تواند با اطمینان کامل انجام شود. همچنین ، هنگام تشخیص مشکل ، هم دندانپزشک و هم بیمار می توانند در مورد مشکل صحبت کرده و درک بهتری از درمان آن داشته باشند.

۴. برای اسناد مورد آینده

دوربین داخل دهان در مستندسازی پرونده بیمار برای مراجعه بعدی بسیار موثر است. در مواردی که مشکل پوسیدگی دندان مشخص است ، تصویر مرحله اولیه را می توان ضبط ، چاپ و در دفترچه پرونده بیمار ثبت کرد. از این تصاویر می توان در آینده برای مقایسه نتیجه درمان و موارد دیگر استفاده کرد.



۵. اعتماد برای هزینه

ما در زمان هایی زندگی می کنیم که مصرف کنندگان می خواهند به جزئیات کامل دسترسی داشته باشند و از کنترل مطلق بر تصمیمات مالی خود برخوردار باشند. آنها می خواهند قبل از خرج کردن پول قانع شوند. در چنین سناریویی ، یک دوربین داخل دهانی تعامل بیمار دندانپزشک را به میزان قابل توجهی افزایش می دهد.

با استفاده از دوربین داخل دهان ، دندانپزشکان می توانند

