

بنام خدا



بهشتی
شیدر
شیرازی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی



دانشگاه علوم پزشکی

فرم پیشنهاد طرح درس

۱- عنوان دوره:

اصول علوم اعصاب- سیستم حرکتی

۲- کمیته/ گروه آموزشی/ مرکز آموزشی متولی دوره:

مرکز تحقیقات علوم اعصاب

۳- مسئول دوره:

نام و نام خانوادگی:	دکتر فریبا خداقلی
گروه آموزشی/ مرکز آموزشی	مرکز تحقیقات علوم اعصاب
سوابق مرتبط برای برگزاری دوره	
شماره تماس:	
ایمیل:	

توضیح: مسئولیت کلی اجرای دوره، پاسخگویی و هماهنگی های لازم بر عهده مسئول دوره خواهد بود.

۴- مدرسین دوره:

نام و نام خانوادگی	گروه آموزشی	درصد مشارکت	سوابق مرتبط	امضا
دکتر عباس حق پرست	مرکز تحقیقات علوم اعصاب	۵۰		
دکتر ندا ولیان	مرکز تحقیقات علوم اعصاب	۵۰		

نام و نام خانوادگی	گروه آموزشی	درصد مشارکت	سوابق مرتبط	امضا

توضیح: مبنای امتیاز، درصد مشارکت هر کدام از اساتید در دوره می باشد.

۵- ظرفیت دوره:

حداقل ظرفیت	حداکثر ظرفیت
-------------	--------------

۶- تعداد دفعات قبلی ارائه دوره:

--

۷- گروه هدف

دانشجویان دکترای تخصصی رشته علوم اعصاب
--

۹- زمان ارائه

نیمسال تحصیلی سوم

۱۰- اهداف اصلی آموزشی دوره:

۱-	دانشجو باید سازمان‌بندی و برنامه‌ریزی حرکات و نقش کنترل فیدبک و فیدفوروارد را در تنظیم حرکات شرح دهد.
۲-	واحد حرکتی (موتور یونیت)، واحد عملکردی عضله (سارکومر)، انقباض عضله (سیکل کراس-بریج) و فاکتورهای موثر بر نیروی عضله را توضیح دهد.
۳-	انواع رفلکس‌های نخاعی، رسپتورها و فیبرهای سنسوری دخیل در آن‌ها را شرح دهد.
۴-	شبکه‌های عصبی دخیل در لوکوموشن، سیکل قدم برآشتن (step cycle) و الگوی انقباضی عضلات فلکسور و اکستنسور را در فازهای مختلف قدم برآداشتن بیان کند.
۵-	کنترل حرکات ارادی و عملکرد کورتکس موتور اولیه، کورتکس پاریتال و کورتکس پره‌موتور را شرح دهد.
۶-	انواع حرکات چشم (حرکات ساکادیک هوریزنتال و ورتیکال)، هسته‌ها و مسیرهای عصبی دخیل در کنترل این حرکات را بیان کند.
۷-	سیستم وستیبولار، گیرنده‌ها، هسته‌ها و مسیرهای عصبی آن و نیز نقش آن را در حرکات چشم تشریح کند.
۸-	چگونگی حفظ تعادل و نقش اطلاعات سنسوری و وستیبولار را در کنترل posture توضیح دهد.
۹-	ساختار و عملکرد بخش‌های مختلف مخچه را بیان کرده، و نقش آوران‌های وستیبولوسربلار و اسپینوسربلار را در کنترل حرکات چشم و اندام‌ها توضیح دهد. همچنین نقش مخچه را در یادگیری حرکتی شرح دهد.

۱۰-	عملکرد بخش‌های مختلف بازال گانگلیا و ارتباطات عصبی آن‌ها با تالاموس و کورتکس را تشریح کند و نقش آن‌ها را در بیماری‌های نورودژنراتیو شرح دهد.
۱۱-	مکانیسم‌های ژنتیکی دخیل در بیماری‌های نورودژنراتیو را بیان کند.

توضیح: اهداف آموزشی، مقاصد هستند که فراگیر لازم است در انتهای دوره به آنها دست یابد.

۱۱- برنامه آموزشی:

ملاحظات	تعداد ساعت اختصاص یافته	راهبرد آموزشی
	۸۰ درصد زمان	سخنرانی- پرسش و پاسخ
	۲۰ درصد زمان	ارائه سمینار توسط دانشجویان

توضیح: مثال: سخنرانی/ جلسه پرسش و پاسخ/ ارائه و انجام تکلیف کارگاهی/ برگزاری جلسه با رویکرد گروه‌های کوچک/... هر چقدر راهبردهای آموزشی به سمت محوریت فراگیر باشد مطلوب‌تر است.

۱۲- برنامه تقویمی و زمانی

شماره جلسه	عنوان (سر فصل آموزشی)	نام استاد	محل اجرا (اتاق جلسه، وب، بیمارستان، ...)
۱	اصول علوم اعصاب- سیستم حرکتی	دکتر عباس حق پرست دکتر ندا ولیان	کلاس درس / آنلاین
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			

توضیح: لازم است سرفصل‌ها، اهداف و راهبردهای آموزشی ذکر شده در قسمت‌های قبل را پوشش دهند.

۱۳- رفرانس‌های تئوریک دوره:

۱.	<i>Principles of Neural Science</i> Eric R. Kandel, James H. Schwartz, Thomas M. Jessell, Steven A. Siegelbaum, and A. J. Hudspeth; Fifth Edition, 2013
۲.	<i>Physiology</i> Berne and Levy; Seventh Edition, 2018
۳.	

۱۴- وظایف فراگیر:

۱.	حضور فعال در جلسات درس
----	------------------------

۲. ارائه سمینار	
۳.	
۴.	
۵.	

توضیح: مثال برای تدوین وظایف فراگیر:

- حضور و مشارکت در برنامه های آموزشی
- انجام تکلیف های محوله توسط مسئول دوره

۱۵- نحوه ارزشیابی فراگیران

درصد از نمره کل که متعلق به این روش است	روش ارزشیابی
۱۰	حضور و مشارکت فراگیر در دوره بر اساس نظر مسئول دوره
	ارزیابی کتبی چند گزینه ای
۶۰	ارزیابی کتبی تشریحی
۳۰	ارزیابی شفاهی
	ارزیابی گزارش های فراگیر
	آزمون عملی
	انجام یا همکاری در تحقیق
	...

توضیح: اگر روش یا روشهای دیگری مد نظر باشد، اضافه فرمایید.

۱۶- امضا

مسئول دوره: دکتر فریبا خداقلی

نتیجه بررسی دفتر توسعه آموزش پزشکی

این پروپوزال در جلسه مورخ دفتر توسعه آموزش پزشکی دانشکده پزشکی عمومی طرح گردید. و نتیجه به این شرح اعلام شد.

--

۴- اصلاحات لازم در صورت تایید مشروط

	-۱
	-۲
	-۳
	-۴
	-۵

۵- دلایل عدم موافقت با ارائه این دوره در صورت عدم تایید عبارتند از:

	-۱
	-۲
	-۳

۶- امضا

مسئول دفتر توسعه	امضای مدیر دفتر توسعه دانشکده پزشکی
------------------	-------------------------------------