

از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور
دارای رتبه علمی و پژوهشی



فصلنامه علمی و پژوهشی

ISSN:1608-2397

Medicine and Spiritual Cultivation

Ministry of Health and Medical Education

طب و تزکیه

• سخن سردبیر

• دوازده نکته کلیدی در مورد اخلاق پزشکی و تعهد حرفه ای
برای متخصصان در رشته های مختلف علوم پزشکی

غلامرضا حسن زاده؛ مهتا مرادی؛ نیما صفری؛ زهره نظم آرا ۱-۱۱

• رهیافت الگوی سلامت معنوی بر مبنای ادراکات
معرفت شناختی

مریم شمسایی؛ سید ضیاء الدین تابعی ۱۲-۲۳

• خصوصی سازی آموزش عالی با رویکرد علوم پزشکی: مروری
نظام مند

حبیبه عباسی؛ جلیل کوهپایه زاده؛ اصغر جهاننیده؛ علی اکبری ساری
۲۴-۳۶

• شناسایی شاخص های آموزش ضمن خدمت مهارت محور
در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

زهرابهره ور؛ فاطمه حمیدی فر؛ یلدا دلگشایی؛ عباس خورشیدی ۳۷-۴۸

• تحلیل کتاب سنجی جریان های علمی پژوهش های مرتبط
با توسعه نظام مراقبت سلامت در پایگاه استنادی PubMed

مریم ملا باقر؛ علیرضا حسن زاده؛ محمد مهدی سپهری؛ عباس حبیب الهی؛
ابوالقاسم سرآبادانی ۴۹-۶۴

دوره ۳۳، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳

سال سی و سوم شماره (پیاپی) ۱۲۶، بهار ۱۴۰۳

شناسنامه فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه

دوره ۳۳ شماره ۱

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

طب و تزکیه

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فصلنامه

دکتر ابوالفضل باقری فرد

دکتر الهه ملکان راد

دکتر سید امیر پاشا طباییان

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر محمودرضا اشرفی، دکتر محمد

اسماعیل اکبری، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر نیلوفر پیکری،

دکتر غلامعلی جاودان، دکتر غلامرضا حسن زاده قیه قشلاقی، دکتر

علیرضا رحیم‌نیا، دکتر فریدون عزیزی، دکتر سید موید علویان،

دکتر جلیل کوهپایه زاده اصفهانی، دکتر محمدعلی محقق، دکتر

کاظم محمد، دکتر محسن نفر، دکتر مرضیه وحید دستجردی

دکتر منظر امیرخانی، دکتر سمانه پنجه علی بیک، آقای مجید

عسکری

دوره ۳۳ شماره اول بهار ۱۴۰۳

الکترونیکی: ۱۶۰۸-۲۳۹۷

چاپی: ۲۲۵۱-۶۲۳۹

Google Scholar, Magiran, ISC, SID, CIVILICA

تهران، شهرک قدس (غرب)، خیابان سیمای ایران، وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی

TebTazkiyeh@behdasht.gov.ir

نام مجله:

صاحب امتیاز:

نوع نشریه:

مدیر مسئول:

سر دبیر:

دبیر اجرایی:

اعضای محترم هیات تحریریه به ترتیب حروف الفبا:

کارشناسان نشریه:

سال انتشار و نوبت چاپ:

شابک:

بانک‌ها و نمایه‌ها:

آدرس:

پست الکترونیک

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
--	سخن سردبیر
۱-۱۱	دوازده نکته کلیدی در مورد اخلاق پزشکی و تعهد حرفه ای برای متخصصان در رشته های مختلف علوم پزشکی غلامرضا حسن زاده؛ مهتا مرادی؛ نیما صفری؛ زهره نظم آرا
۱۲-۲۳	رهیافت الگوی سلامت معنوی بر مبنای ادراکات معرفت شناختی مریم شمسایی؛ سید ضیاء الدین تابعی
۲۴-۳۶	خصوصی سازی آموزش عالی با رویکرد علوم پزشکی: مروری نظام مند حبیبه عباسی؛ جلیل کوهپایه زاده؛ اصغر جهانزاده؛ علی اکبری ساری
۳۷-۴۸	شناسایی شاخص های آموزش ضمن خدمت مهارت محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی زهرا بهره ور؛ فاطمه حمیدی فر؛ یلدا دلگشایی؛ عباس خورشیدی
۴۹-۶۴	تحلیل کتاب سنجی جریان های علمی پژوهش های مرتبط با توسعه نظام مراقبت سلامت در پایگاه استنادی PubMed مریم ملاباقر؛ علیرضا حسن زاده؛ محمدمهدی سپهری؛ عباس حبیب الهی؛ ابوالقاسم سرآبادانی

آگاهی نسلی و بومی سازی آن: ضرورتی نوظهور در آموزش پزشکی معاصر

در جهان در حال تحول آموزش پزشکی، توانمندی درک تفاوت‌های نسلی - که از آن با عنوان «آگاهی نسلی»^۱ نیز یاد می‌شود - به ضرورتی انکارناپذیر برای مدرسان این حوزه تبدیل شده است. ورود نسل‌هایی با ویژگی‌ها و انتظارات متفاوت به عنوان بخش عمده‌ای از جمعیت فراگیران، اقتضا مینماید که شیوه‌های آموزشی متناسب با ویژگی‌ها، اولویت‌ها و سبک‌های یادگیری این نسل‌ها، بازنگری شوند (۱).

نظریه‌پردازی درباره‌ی پدیده‌ی نسل‌ها سابقه‌ای ریشه‌دار در اندیشه‌ی اجتماعی دارد. کارل مانهایم، جامعه‌شناس برجسته‌ی آلمانی، در سال ۱۹۲۸ در مقاله‌ای ماندگار با عنوان «مسئله‌ی نسل‌ها»^۲ این ایده را مطرح ساخت که هر نسل، در پرتو تجربه‌های اجتماعی، فرهنگی و تاریخی مشترک در سال‌های شکل‌گیری شخصیت خود، الگوهای فکری و رفتاری خاص خویش را می‌سازد (۲). در دهه‌های بعد، نیل هاو و ویلیام استراوس با انتشار کتاب اثرگذار خود در سال ۱۹۹۲ با عنوان «نسل‌ها: تاریخ آینده‌ی آمریکا از ۱۵۸۴ تا ۲۰۶۹»، ضمن تبیین این‌که نسل‌ها چگونه در طول تاریخ شکل می‌گیرند و چه تأثیری بر ساختار و مسیر جامعه از قرون گذشته تا دهه‌های پیش‌رو دارند، برای نخستین بار از واژه‌ی «نسل هزاره»^۳ استفاده کردند (۳).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که هر نسل، برآمده از بسترهای اجتماعی و فرهنگی دوران شکل‌گیری خود است و در نتیجه، ویژگی‌هایی متمایز دارد. نسل هزاره یا نسل Y در منابع مختلف، متولدین میان سال‌های ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۶ یا در برخی تقسیم‌بندی‌ها ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۰ معرفی شده‌اند، نسل Z نیز بر اساس منابع گوناگون، متولدین حدود سال‌های ۱۹۹۵ یا ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۰ یا ۲۰۱۲ را دربرمی‌گیرد. بدیهی است که مرزبندی‌های زمانی در مورد، پدیده‌ای جهان‌شمول و مطلق نیست بلکه این تقسیم‌بندی‌ها به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی و رخدادهای تاریخی و اجتماعی هر کشوری باشد (۴). از این‌رو، لازم است در هر کشوری تعریف نسل‌های مختلف متناسب با شرایط فرهنگی، تاریخی و اجتماعی آن سرزمین صورت گیرد.

نسل هزاره و به ویژه نسل Z با فرهنگ دسترسی فوری به اطلاعات رشد یافته‌اند و محیط‌های یادگیری سنتی که بر حافظه‌محوری و سخنرانی استوار است، با نیازهای آنان هم‌خوانی ندارد. آنان محیط‌های تعاملی، فناورانه و انعطاف‌پذیر را می‌پسندند و انتظار دارند یادگیری متناسب با ویژگی‌های فردی ایشان شخصی‌سازی شود. لذا درک این واقعیت، برای مدرسانی که به دنبال طراحی محیط‌های آموزشی مؤثر هستند، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. نادیده‌گرفتن این ویژگی‌ها، شکاف نسلی در کلاس درس را تعمیق خواهد نمود. بنابراین، ضروری است برنامه‌های توانمندسازی اعضای هیئت علمی، با هدف پوشش دو عرصه‌ی اساسی، طراحی و اجرا شود: نخست، «ارتقای آگاهی نسلی» و در پی آن، «توسعه‌ی توانمندی‌های اعضای هیئت علمی در راستای طراحی و اجرای رویکردهای

1 Generational awareness

2 The problem of generations

3 Millennials

جدید آموزشی مبتنی بر فناوری‌های نوین و شیوه‌های آموزشی تعاملی و نوآورانه براساس شناخت نسل‌ها». علاوه بر این، تقویت سازوکارهای دریافت بازخورد از فراگیران، ارتقای برنامه‌های منتورینگ و راه اندازی برنامه‌های reverse mentoring و reciprocal mentoring از جمله اقداماتی است که باید مدنظر قرار گیرد. تنها با چنین نگاهی نوگرا و راهبردی است که می‌توان به پیوندی مؤثر میان نسل‌های متفاوت فراگیران و مدرسان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور دست یافت؛ پیوندی که بی‌تردید، یکی از ارکان اساسی آموزش پزشکی در عصر کنونی است (۶ و ۵).

References

1. Desy JR, Reed DA, Wolanskyj AP. Milestones and Millennials: A Perfect Pairing-Competency-Based Medical Education and the Learning Preferences of Generation Y. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb;92(2):243-250.
2. Mannheim, K. (1952). The problem of generations. In P. Kecskemeti (Ed.), *Essays on the sociology of knowledge* (pp. 276–322). London: Routledge & Kegan Paul. (Original work published 1928)
3. Strauss, W., & Howe, N. (1991). *Generations: The history of America's future, 1584 to 2069*. New York, NY: William Morrow.
4. Akhavan Sarraf, Ahmad Reza. (2019). Generational Groups in Different Countries. 4. 41-52. 10.5281/zenodo.2562175.
5. Simpson AV, Merriman AT, Rae V. Forward thinking with reverse mentoring: Prioritising well-being over professional development. *Med Educ.* 2025 Feb;59(2):246.
6. Clarke AJ, Burgess A, van Diggele C, Mellis C. The role of reverse mentoring in medical education: current insights. *Adv Med Educ Pract.* 2019 Aug 26;10:693-701.



دوازده نکته کلیدی در مورد اخلاق پزشکی و تعهد حرفه‌ای در راستای ارتقای آموزش آناتومی در سالن‌های تشریح

غلامرضا حسن‌زاده^{۱،۲،۳}، مهتا مرادی^۴، نیما صفری^۵، زهره نظم‌آرا^{۶*}

چکیده

هدف: حضور در سالن تشریح، فرصتی استثنایی جهت کسب صلاحیت‌های حرفه‌ای قبل از ورود به دوره بالین است. با رشد درک مسائل عاطفی در کنار آموزش مطالب علمی آناتومی، شاهد تربیت پزشکانی اخلاق مدار خواهیم بود. در این مسیر، گروه‌های آناتومی، نقش مهمی را ایفا می‌کنند. توجه به رشد عاطفی و حرفه‌ای دانشجویان پزشکی، به‌ویژه در زمان حضور در سالن‌های تشریح نیاز به بررسی نکات اخلاقی در این بخش را توجیه می‌کند. تهیه فهرستی از این موارد، بومی سازی و ارتقای نکات در کنار الزام به رعایت آن‌ها می‌تواند در آموزش بهتر این رشته مؤثر باشد.

روش بررسی: با جستجوی واژه‌های آموزش پزشکی، اخلاق در آناتومی، اهدای کالبد، خدمات یادبود، اخلاق حرفه‌ای و نحوه‌ی رفتار در سالن تشریح در پایگاه‌های پاب‌مد، اسکوپوس، EMBASE، کتابخانه کاکرین و گوگل اسکالر، ۲۰۰ مقاله استخراج شد. با بررسی کیفیت مقاله‌ها بر اساس Q و ضریب تأثیر و مطالعه چکیده مقالات، ۵۰ مقاله انتخاب و به‌طور کامل مطالعه شد. پس از استخراج نکات کلیدی، از برخی اساتید مجرب درخواست شد تا نظرات خود را به موارد جمع‌آوری شده اضافه نمایند. نظرات اساتید با ذکر نام استاد، مرتبه و دانشگاه محل خدمتشان در انتهای جمله در متن مقاله آورده شد.

یافته‌ها: نکات اساسی در مورد اجرای بهتر اصول اخلاقی و بهبود کیفیت آموزش در سالن تشریح، در قالب دوازده نکته گردآوری شد.

نتیجه‌گیری: در نظر گرفتن این نکات در سالن‌های تشریح علاوه بر بهبود کیفیت آموزش، در تربیت پزشکان اخلاق مدار در جامعه مؤثر خواهد بود.

کلمات کلیدی: آموزش آناتومی، اخلاق در آناتومی، اهدای کالبد، خدمات یادبود، اخلاق حرفه‌ای و نحوه‌ی رفتار در سالن تشریح

۱. استاد، گروه آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. گروه علوم اعصاب و مطالعات اعتیاد، دانشکده فناوری‌های نوین پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه علوم پایه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران hassanzadeh@tums.ac.ir
۴. دانشجوی دکتری حرفه‌ای، گروه آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران mahta.moradi1380@yahoo.com
۵. دانشجوی دکتری حرفه‌ای، گروه علوم تشریحی و علوم اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران nima.safari1380@gmail.com
۶. نویسنده مسئول، استادیار، گروه آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران zohreh.nazmara@gmail.com

مقدمه

اگرچه فهم ساختار و عملکرد بدن انسان، هدف اصلی علم تشریح است، اما امروزه رشته آناتومی به‌عنوان ابزاری مهم و اثرگذار در آموزش اخلاق و معنویات در حوزه پزشکی نیز محسوب می‌شود (۱). "هنر پزشکی" از جمله پاسخ‌های احساسی پزشک به‌عنوان بخشی از آموزش آناتومی در قرن ۱۹ میلادی در آمریکا بوده‌است. در اوایل قرن بیستم، تأکید بر آموزش آناتومی محض، جایگزین الگوی پیشین شد. بطوریکه در این سال‌ها هرگونه توجه به احساسات دانشجویان از سوی دانشگاه‌ها، غیرقابل پذیرش بود (۲). در اواخر قرن بیستم، بازبینی‌های درون‌گروهی، توجه به رشد عاطفی و حرفه‌ای دانشجویان پزشکی در دوره تشریح، به‌ویژه در زمان حضور در سالن‌های تشریح را دوباره مطرح کرد (۳). تشریح کالبد علاوه بر اهمیت آن در جایگاه ابزاری غیرقابل جایگزین و حذف در شناخت ساختار و عملکرد بدن انسان، به‌عنوان یکی از مباحث مهم در حل مسائل روانی-اجتماعی که سد راه پیشرفت علوم پزشکی هستند مطرح می‌شود (۴) از آن جایی که سالن تشریح یکی از اولین مکان‌های مواجهه دانشجویان علوم پزشکی با ماهیت رشته منتخب خود در حین دوره آموزشی است، در سال‌های اخیر عناوین اخلاقی بسیاری در ارتباط با حوزه فعالیت گروه آناتومی و با محوریت اهدا کالبد مطرح شده‌است (۵). توجه دولتمردان به اخلاق حرفه‌ای و ورود آن در قالب واحد درسی به برنامه‌های آموزشی مصوب، ضرورت توجه به این مقوله را نشان می‌دهد. برای مثال، در سال ۲۰۱۷، شورای پزشکی هند، اخلاق حرفه‌ای را به برنامه آموزشی دوره کارشناسی رشته‌های پیراپزشکی در آن کشور افزود (۶). غفلت دانشکده‌های پزشکی از آماده‌سازی روانی دانشجو جهت حضور در سالن تشریح می‌تواند منجر به تشدید اضطراب و در مواردی بی‌توجهی آن‌ها به رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در محیط سالن تشریح شود (۷، ۸). بنابراین توسعه سالن‌های تشریح

اخلاق محور، اولین سنگر تربیت پزشکان اخلاق‌مدار محسوب می‌شود (۹). داده‌های حاصل از پژوهش‌ها به اهمیت و ضرورت اجرای اخلاق حرفه‌ای در سالن‌های تشریح اشاره می‌کنند (۱۰، ۱۱). در این مقاله مهم‌ترین نکات اخلاق حرفه‌ای قابل اجرا در سالن‌های تشریح دانشگاه‌های علوم پزشکی در قالب ۱۲ نکته جمع‌آوری و گزارش شده‌است.

روش بررسی

در این مطالعه ابتدا واژه‌های کلیدی مرتبط با اخلاق در سالن تشریح انتخاب شد. آموزش پزشکی، آموزش آناتومی، اخلاق در آناتومی، اهدای کالبد، خدمات یادبود، اخلاق حرفه‌ای و نحوه رفتار در سالن تشریح از مهم‌ترین واژه‌های جستجو شده در پایگاه‌های معتبر علمی نظیر پاب‌مد^۱، اسکوپوس^۲، EMBASE، کتابخانه کارکین^۳ و گوگل اسکالر^۴ بودند. نتیجه این جستجو، استخراج ۲۰۰ مقاله بود که با مطالعه چکیده مقالات و بررسی کیفیت مجلات مرتبط بر اساس Q و ضریب تأثیر^۵، در نهایت ۵۰ مقاله انتخاب و به‌طور کامل مطالعه شد. همسویی موارد اخلاقی ذکر شده با قوانین شرعی اسلام یکی از مهم‌ترین معیارهای انتخاب نکات مطرح‌شده در این مقاله می‌باشد. قابلیت اجرایی در دانشکده‌های پزشکی با کمترین امکانات از دیگر موارد مورد تأکید در انتخاب نکات کلیدی استخراج شده بود. پس از استخراج نکات کلیدی، از برخی اساتید مجرب مستقر در گروه‌های آناتومی دانشکده‌های پزشکی شهر تهران درخواست شد تا نظرات خود را به موارد جمع‌آوری شده اضافه نمایند. نظرات استفاده شده اساتید با ذکر نام استاد، مرتبه و دانشگاه محل خدمتشان در انتهای

1 PubMed

2 Scopus

3 Cochrane Library

4 Google scholar

5 Impact Factor

به‌عنوان وراثت نیز اخلاقی نمی‌باشد (۱۵). هم چنین در حین استفاده از کالبد، تیم حاضر در سالن تشریح همواره باید نقش ویژه اهداکنندگان و بزرگ‌منشی مثال‌زدنی آن‌ها در بخشش جسم خود در راه ارتقا علم و آموزش پزشکی را نه تنها به دانشجویان، بلکه به خودشان نیز یادآوری کنند. این توجه در کنار جایگاه کالبد به‌عنوان آموزگار یا نخستین بیمار دانشجوی پزشکی، "احترام به کالبد" را به‌عنوان اصل اساسی در سالن تشریح معرفی می‌کند (۱۶). احترام به فردیت کالبد در داخل و خارج از سالن تشریح می‌تواند با رعایت موارد زیر توسط دانشجو اجرایی شود: الف- دوره تشریح نه "یک آئین عبور" یا "یک تمرین سخت" بلکه یک فرصت برای آموزش همدلی است (۱۷). ب- عکاسی و فیلم‌برداری، لطیفه و رفتار خلاف عرف در سالن تشریح ممنوع است. ج- از آسیب به کالبد و تجهیزات سالن تشریح خودداری شود. د- بخش‌های تهاجمی‌تر تشریح مانند بریدن سر در نهایت احترام به بخش‌های جداشده و در نظر گرفتن شأن انسانی اعضای جداشده انجام شود. ه- کاهش حداکثری بخش‌های غیرقابل استفاده و حفظ آن‌ها جهت دفن با کالبد و- در امتحان عملی به جای استفاده از بخش‌های جدا شده، از تمام کالبد تشریح‌شده استفاده شود. در مواردی که به اجبار بخشی از کالبد جدا شده‌باشد، در جلسه امتحان عملی بهتر است تمام بخش‌های کالبد در کنار هم قرار بگیرند. این رفتار انسانی به دانشجویان یادآوری می‌کند بدنی که آن‌ها در طول دوره در اختیارشان بوده نه "یک شیء" بلکه "بدن یک فرد" است که زمانی زنده بوده و مانند تمام افراد حاضر در جلسه لایق احترام بوده و هست (۸، ۱۳).

۳- رازداری: دانشجو به‌عنوان یک فرد عادی وارد دانشکده پزشکی می‌شود. اما در دوره تحصیل و پس از آن ملزم به رعایت اخلاق حرفه‌ای می‌باشد (۱۸). آموزش اصول اخلاقی از سالن تشریح و در مواجهه با کالبد در جایگاه نخستین بیمار آغاز می‌شود. تأکید بر محرمانگی اطلاعات مربوط به کالبد

جمله در متن مقاله آورده شد. در نهایت موارد استخراج‌شده از مقالات در قالب ۱۲ عنوان جداگانه نگارش شد.

یافته‌ها

دوازده نکته برجسته در رابطه با اخلاق حرفه‌ای در آموزش آناتومی در سالن‌های تشریح به شرح زیر می‌باشد:

۱- مواجهه قبل دوره: جهت کاهش تنش روانی پیش از ورود به سالن تشریح، برنامه‌های مختلفی در دانشگاه‌های معتبر جهانی اجرا می‌شوند. تجربه بازدید دانشجویان جدیدالورود از سالن‌های تشریح در حضور اهداکنندگان و اعضای گروه آناتومی قبل از شروع دوره تشریح در دانشگاه هاروارد، به طور معناداری موجب کاهش اضطراب معمول در حین دوره تشریح شد. در صورت عدم امکان برگزاری چنین برنامه‌هایی در گروه‌های آناتومی مستقر در برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، امکان حضور فردی دانشجویان نیازمند به این مواجهه نیز می‌تواند راهگشا باشد. پخش ویدئو با نام "آناتومی و انسانیت" در کالج پزشکی فلوریدای مرکزی و "او یک جسد نیست" در دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز از جمله تدابیر ارزشمند در راستای آماده‌سازی روحی دانشجویان می‌باشد (۱۲، ۱۳). کاهش اضطراب و علائم بالینی از جمله تپش قلب، مشکلات تنفسی، حالت تهوع، احساس ضعف و سرگیجه در دانشجویان، از نکات مثبت استفاده از این رویکرد در سالن‌های تشریح می‌باشد (۱۴).

۲- حفظ کرامت انسانی: با توجه به اهمیت ترویج فرهنگ اهدای کالبد، مراجع ذی‌صلاح باید تمام تلاش خود را جهت تسهیل فرآیند اهدا و تقبل هزینه‌های مرتبط مانند هزینه تنظیم وصیت‌نامه، انتقال و دفن انجام دهند. البته باید توجه داشت پرداخت هرگونه هزینه به فرد اهداکننده و خانواده وی

1 Pre-course

2 Anatomy and humanity

توسط اعضای هیأت علمی و کارکنان سالن تشریح و حفظ این داده‌ها توسط دانشجویان، از نکات ضروری در زمینه اخلاق است (۱۳). با توجه به افزایش روزافزون اهداکنندگان، دسترسی به پرونده پزشکی و شناخت خانواده آن‌ها، رعایت این بند لازم و ضروری می‌باشد، هرچند در مورد کالبد‌های مجهول‌الهویه نیز، رازداری بخشی از حفظ شئون انسانی محسوب می‌شود.

۴- رعایت اصول ایمنی: فرمالدهید رایج‌ترین ماده شیمیایی جهت تثبیت کالبد محسوب می‌شود. این ماده شیمیایی سمی یکی از عوامل مخاطره‌آمیز سلامت تیم حاضر در سالن‌های تشریح می‌باشد. بوی نامطبوع، خستگی، ریزش اشک، آبریزش بینی همراه با حس سوزن سوزن شدن، عدم تمرکز و سردرد از جمله مضرات حاد فرمالدهید گزارش شده توسط دانشجویان می‌باشند. علاوه بر مضرات حاد فرمالدهید، به دلیل مواجهه طولانی مدت کارکنان و اعضای هیأت علمی با این محلول سمی، بروز بیماری‌های تنفسی و میگرن در این افراد شایع است. تهویه مناسب، تأمین هوای تازه همراه با استفاده از فشار منفی و حفظ دمای ۲۱ درجه سانتی‌گراد در بخش‌های مختلف سالن تشریح، استفاده از تجهیزات ایمنی توسط اشخاص و استفاده از روش‌های فیکساسیون فاقد آلد‌هید در کاهش و حذف اثرات این ماده سمی مؤثر است (۱۹-۲۱). همچنین بهتر است مانیتور شخصی فرمالدهید و استفاده از تجهیزات حفاظت فردی برای کارکنان و اعضای هیأت علمی سالن تشریح اجباری اعلام شود (۲۰). منع افراد از خوردن و آشامیدن در محیط سالن تشریح و هوشیاری افراد در برابر هرگونه تغییری در پیرامونشان (برای مثال افزایش بوی نامطبوع، کسل بودن غیرعادی، سرگیجه و...) از دیگر مواردی است که افراد ملزم به رعایت در محیط سالن تشریح هستند.

۵- پوشش حرفه‌ای: اصول مرتبط با پوشش در برخی موارد، جهانی و در شرایطی بسته به سیاست‌ها و تدابیر گروهی اتخاذ می‌شوند. با توجه به احتمال تماس با مواد عفونی و آسیب‌های

فیزیکی در سالن تشریح، رعایت اصول زیر در سالن تشریح ضروری می‌باشد: پوشیدن شلوار بلند، بستن موی بلند در پشت سر و حتی‌الامکان استفاده از کلاه‌هایی از جنس پنبه، استفاده از روپوش آزمایشگاهی آستین بلند که قسمت عمده میانه بدن را بپوشاند، کفش‌های راحتی تمام‌پوشاننده مانند کفش تنیس یا کفش پرستاری، استفاده از دستکش و شستشوی دست بعد از خارج کردن دستکش. با توجه به بخارات مواد تثبیت‌کننده کالبد در سالن تشریح، توصیه می‌شود در صورت امکان از عینک طبی و لنزهای تماسی در محیط سالن تشریح استفاده نشود (۲۲).

۶- استفاده از فن‌آوری‌های نوین آموزشی همراه با

آموزش سنتی: رویکردهای جدید جهت تشریح کالبد، برمبنای روش‌های بالینی، به حفظ کرامت انسانی کالبد و اخلاق‌مداری در سالن تشریح تأکید ویژه دارد. در دانشگاه هاروارد الگوی تشریحی براساس روش‌های بالینی توسعه یافته است. در این روش برش‌های پوستی کم (مانند برش‌های پیش از جراحی) بوده و به‌نوعی دانشجویان را با تکنیک‌های جراحی به‌جای تکنیک‌های تشریح آناتومیکی آشنا می‌کند. این روش دسترسی علاوه بر کاهش زمان تشریح، منجر به افزایش سرعت و دسترسی به ساختارهای عمقی‌تر با حداقل آسیب به کالبد را ممکن می‌سازد. همچنین نیاز به تشریح لایه‌به‌لایه کالبد را تا حد امکان محدود می‌کند (۸). در ایران با توجه به کمبود کالبد جهت تشریح شاید امکان استفاده از این روش‌ها در تمام دانشگاه‌ها وجود نداشته‌باشد. با این حال در سال‌های اخیر با پیشرفت سریع فن‌آوری و ورود شبیه‌سازها (۲۳)، برنامه‌های قابل اجرا در گوشی‌های همراه، واقعیت مجازی و واقعیت افزوده در دنیای آموزش پزشکی، امکان استفاده از فن‌آوری در سالن تشریح نیز فراهم شده‌است. تشریح‌یار و کالبدنما دو نمونه از فن‌آوری‌های بومی در این زمینه‌اند که در بسیاری از سالن‌های تشریح و در کنار استفاده از کالبد به آموزش آناتومی

با کالبد در دانشگاه تزو - چی ۳ است (۲۸). از برنامه‌های پیشنهادی جهت قدردانی از کالبد اهدایی و مجهول‌الهویه، اعلان عمومی گروه آناتومی در پایان کار با کالبد است. در این برنامه از دانشجویان خواسته می‌شود در صورت تمایل جهت ترمیم کالبد و ادای احترام در سالن تشریح حضور بهم رسانند.

۸- الگوی شاگردپروری: "مشاهده اساتید موفق انگیزه ما را جهت آموزش افزایش می‌دهد." نظر به موقعیت کلاس‌های تشریح در ابتدای دوره آموزش پزشکی، عنوان چنین مطالبی توسط دانشجویان پزشکی دور از انتظار نیست (۱۳). بنابراین اعضای هیأت علمی گروه آناتومی نقش پررنگی در زندگی حرفه‌ای دانشجویان و رفتار آن‌ها در سمت پزشک با بیمارانشان خواهند داشت. رفتار استاد با دانشجو و کالبد بیشترین اثر را در این فرآیند دارد (۱۸، ۲۹). هرچند بهره‌برداری از این جایگاه منحصر بفرق در تربیت پزشک اخلاق‌مدار وظیفه معنوی گروه‌های آناتومی دانشگاه‌های پزشکی است (۸)، با این حال آناتومیست‌های بسیاری به صورت انفرادی، پرچم‌دار این مسیر بوده‌اند. از آناتومیست‌های شاگردپرور در ایران می‌توان از اساتید بنامی همچون دکتر جمال‌الدین مستقیمی، دکتر حسین حکمت، دکتر اسداله اعتضادمظفر، دکتر رضا حجازی، دکتر نرسیان، دکتر سیدحسین کوثریان، دکتر ابوالفضل ابراهیمی، دکتر شاهین‌پرور، دکتر یوسف صادقی، دکتر نظام‌الدین غفاری، دکتر محمدعلی امامی‌میبدی، دکتر سید حسن افتخار واقفی، دکتر هوشنگ رفیق‌دوست، دکتر ابراهیم اسفندیاری، دکتر غلامرضا حسن‌زاده، دکتر منصوره موحدین، دکتر احمد حسینی، دکتر مجتبی رضازاده، دکتر زاهد صفی‌خانی، دکتر جوادزاده و دکتر رستم قربانی نام برد (دکتر سید مرتضی کروجی، استاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران).

۹- نگهداری درست کالبد: تجربه آموزش مجازی در دوران پاندمی کووید-۱۹ نشان داد که استفاده از فن‌آوری و کالبد‌های

کمک می‌کنند.

۷- مراسم یادبود: در دانشگاه اکلاهوما برگزاری مراسم یادبود "مراسم نهار جهت بزرگداشت اهداکننده" از سال ۲۰۰۰ برنامه‌ریزی شده‌است. در این برنامه اعضای خانواده اهداکننده کالبد در مورد زندگی اهداکننده و سبک فکری او با دانشجویانی که در آینده کالبد را تشریح خواهند کرد به گفتگو می‌نشینند (۲۴). دانشگاه اتاگو مراسم یادبودی تحت عنوان "شفاف‌سازی مسیر" برگزار می‌کند (۲۵). دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۵ با دعوت از ۴۸۰ اهداکننده، ضمن قدردانی از این افراد، امکان ارتباط نزدیک با این عزیزان را برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته علوم تشریح و دانشجویان دانشکده پزشکی فراهم ساخت. دانشگاه‌های علوم پزشکی سمنان، کاشان و البرز نیز با الگوبرداری از دانشگاه علوم پزشکی تهران به برگزاری برنامه‌های یادبود اقدام نمودند. همچنین برگزاری مراسم یادبود می‌تواند منجر به تحول نگرش اجتماعی در ارتباط با اهدای کالبد شود. تعامل با خانواده اهداکنندگان حاضر در سالن تشریح، فرصت مناسبی جهت ارتقاء مهارت‌های حرفه‌ای، شفقت نسبت به بیمار و رهبری حرفه‌ای را برای دانشجویان فراهم می‌کند (۲۶).

از سال ۲۰۰۹ در دانشگاه هاروارد دانشجویان یافته‌های غیرمعمول در طی تشریح را در لاگ بوک‌های طراحی شده توسط گروه آناتومی ثبت می‌کنند. و در آخرین روز دوره این داده‌ها با کمک پاتولوژیست مشاور رمزگشایی شده و علت مرگ مشخص می‌شود و در نهایت نتیجه این جلسه با گزارش علت فوت مطابقت داده می‌شود. این برنامه نقش کالبد به‌عنوان اولین بیمار را پررنگ کرده و حس قربابت به کالبد را در دانشجو تقویت می‌نماید (۲۷). دوختن بخش‌های تشریح‌شده، اهدای دل‌نوشته‌ها و حمل تابوت از برنامه‌های مراسم خداحافظی

1 Donor luncheon

2 Clearing the way

مجازی هرگز جایگزین آموزش توسط کالبد نمی‌شود و تنها ابزاری کمک آموزشی محسوب می‌شوند (۳۰). به همین دلیل نگهداری درست کالبد موضوعی شایان توجه است. تفاوت کار با کالبد نسبت به سایر نمونه‌های آزمایشگاهی، نیاز به رعایت موارد اخلاقی و معنوی را در سالن تشریح بسیار پررنگ‌تر می‌کند. رفتار توأم با احترام با کالبد توسط فردی که وظیفه تثبیت جسد را دارد، تسلط کامل به مراحل کار و انجام درست و اصولی تثبیت به منظور قدردانی عملی از کالبد و جلوگیری از فساد آن، از مهم‌ترین موارد این بخش می‌باشد. با توجه به کمبود کالبد و استفاده طولانی مدت آن در سالن تشریح در صورت نیاز، استفاده از حوضچه‌های فرمالدهید جهت نگهداری بهتر از کالبد توصیه می‌شود (دکتر غلامرضا حسن‌زاده، استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران).

۱۰- توان‌افزایی کارکنان سالن تشریح: با رعایت جانب انصاف، رفتار گروه آناتومی به‌ویژه کارشناسان سالن تشریح از مشکلات معمول مطرح‌شده توسط دانشجویان می‌باشد. توسعه استانداردهای اخلاقی از طریق آموزش مداوم کارکنان سالن تشریح با توجه ویژه به توان‌افزایی کارشناسان سالن تشریح میسر خواهد شد. پیشنهاد می‌شود موضوعات ذیل در آموزش مداوم کارکنان سالن تشریح در نظر گرفته‌شود:

الف- شنیدن نظرات دانشجویان: ایجاد محیط امن عاطفی در سالن تشریح، مشاهده آسیب‌های روانی دانشجویان را در مواجهه با سالن تشریح ممکن می‌سازد. دوری یا مرگ افراد

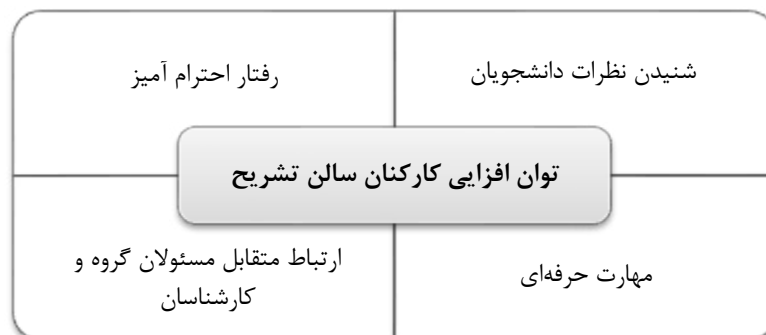
نزدیک به دانشجو این مواجهه را دشوار و در مواردی غیر قابل تحمل می‌کند. بنابراین شناسایی این دانشجویان و معرفی آن‌ها به مراکز مشاوره دانشگاه یکی از مهم‌ترین مهارت‌های مطرح در ارتباط با کارشناسان سالن تشریح می‌باشد.

ب- رفتار: رفتار احترام‌آمیز کارشناسان با همکاران و دانشجویان در کنار برخورد محترمانه با کالبد‌های موجود در سالن تشریح اولین الگوی عینی دانشجویان است (۸).

ج- مهارت حرفه‌ای: ارتقا مهارت‌های آزمایشگاهی، آشنایی با ابزارهای نوین کمک آموزشی، روش‌های تثبیت و نگهداری کالبد و درک نیاز بروزرسانی اطلاعات حرفه‌ای از دیگر الزامات آموزش مداوم کارشناسان سالن تشریح می‌باشد (دکتر غلامرضا حسن‌زاده).

د- ارتباط متقابل مسئولان گروه و کارشناسان: بیان مشکلات سالن تشریح در محیطی امن، علاوه بر ایجاد حس مفیدبودن و افزایش تعهد کاری در کارشناسان، پایش دائمی سالن تشریح و بهبود عملکرد گروه‌های آناتومی را به‌همراه خواهد داشت. تغییر واژه "جسد" به "کالبد"، استفاده از روش‌های تشریح و جمع‌آوری مناسب بخش‌های کوچک جداشده در فرآیند تشریح، جلوگیری از تشریح غیرضروری برای مثال جداسازی بخشی از کالبد به منظور دسترسی آسان، از دستاوردهای برگزاری این جلسات می‌باشد (دکتر غلامرضا حسن‌زاده). جدول ۱.

جدول ۱: مواردی که در توان‌افزایی کارکنان سالن تشریح می‌تواند مؤثر واقع شود:



آبی در رنگ‌آمیزی دیوارها و کف سالن تشریح می‌تواند منجر به افزایش تمرکز و بهبود توان فکری دانشجویان شود. با توجه به تجمع دانشجویان در محل تشریح کالبد و ایجاد سایه، استفاده از نورهای پورتابل با قابلیت تغییر جهت در بخش کالبد به منظور مشاهده بهتر ساختارها توصیه می‌شود. هم‌چنین به کاربرد پنجره یا دریچه‌ای که اجازه ی ورود نور طبیعی را به سالن تشریح بدهد، جهت زنده‌تر کردن محیط و بهبود عملکردهای عملی دانشجویان پیشنهاد می‌شود (۳۱). کمک به حذف آلاینده‌ها و مواد سرطان‌زا در کنار زیباسازی محیط سالن تشریح، کاهش تنش‌های روانی و در نتیجه ارتقا سلامت فیزیکی و بهبود بهره‌وری در محل کار از جمله مهم‌ترین فواید استفاده از گیاهان می‌باشد. گل گندمی ۱ با همکاری خاک و با ایجاد سیستم ویژه‌ای در شرایط کنترل‌شده آزمایشگاهی، می‌تواند درصد بالایی از فرمالدهید موجود در هوا را حذف کند. با توجه به پژوهش فوق، استفاده از این گیاه و سایر گیاهان آپارتمانی در محیط سالن تشریح توصیه می‌شود (۳۰، ۳۱). تعریف حداقل چهار فضای مجزا از الزامات طراحی سالن‌های تشریح استاندارد است: الف- محوطه مربوط به مطالعه و استراحت دانشجویان، ب- مکان قرارگیری مولاژ، محصولات واقعیت مجازی و سایر امکانات مرتبط با فن‌آوری‌های نوین، ج- محیط قرارگیری کالبد و د- فضاهای پشتیبانی نظیر اتاق فیکاسیون و تصفیه آب، سردخانه، انبار، رختکن و دفاتر اداری

بحث و نتیجه‌گیری

در نظر گرفتن عناوین ذکرشده تأثیر زیادی در تربیت پزشکان اخلاق مدار در جامعه خواهد داشت و می‌تواند رویکردهای انسان‌گرایانه را در کادر درمان در آینده تقویت کند (۳۲). هم‌چنین تغییر دیدگاه کارشناسان، اساتید و دانشجویان به کالبد در جایگاه اولین بیمار و سالن تشریح به‌عنوان

۱۱- تدوین و نصب منشور اخلاقی استفاده از کالبد در

سالن تشریح: در سال‌های اخیر طیف وسیعی از نکات اخلاقی در رشته آناتومی مورد توجه قرار گرفته‌اند که اهدای کالبد در مرکز این توجه قرار دارد. برنامه‌های اهدای کالبد بهترین استاندارد اخلاقی جهت مالکیت کالبد توسط دانشگاه محسوب می‌شود. با این‌حال در بسیاری از کشورها به دلایل مختلفی استفاده از کالبد‌های مجهول‌الهویه رایج می‌باشد. "زمانی که سعی کردم بخش‌هایی از کالبد را که تشریح نمی‌شد ببوشانم، سایر دانشجویان در گفتار و عمل به کالبد بی‌احترامی کردند، اساتید نه تنها مداخله‌ای نکردند، بلکه مرا "اُمُل" صدا کردند." این بخشی از گزارش چاپ‌شده یکی از دانشجویان پزشکی در ایالات متحده امریکاست که سناریوی دوره تشریح را یادآور "اتاق‌های گاز نازی" می‌داند. شاید تجربه این دانشجو از موارد نادر و استثنایی در محیط آموزشی سالم باشد، اما گزارشات شفاهی بسیاری از آناتومیست‌ها در زمینه عدم رعایت اصول اخلاقی در سالن‌های تشریح موجود است. به‌جای بی‌اهمیت انگاشتن تجربه این دانشجو، گزارش او می‌تواند محرکی نیرومند جهت تجهیز تشریح به استانداردهای اخلاقی باشد (۸). شاید کم‌ترین کاری که در این زمینه می‌توان انجام داد تدوین منشور اخلاقی استفاده از سالن تشریح، نصب و آموزش آن به دانشجویان و در نظر گرفتن بخشی از نمره عملی به رعایت این منشور باشد.

۱۲- چیدمان در سالن تشریح: چینش در سالن تشریح

علاوه بر کاهش تنش‌های روانی تیم حاضر در سالن تشریح، در بهبود فرآیند یادگیری دانشجویان اثرگذار است. تهویه مناسب، درجه حرارت، رنگ، شدت و نوع نور، رنگ دیوارها و کف، جدا کردن بخش‌های مختلف سالن تشریح توسط پارتیشن‌های مناسب سالن تشریح، استفاده از گیاهان آپارتمانی در بخش‌های مجزا از مهم‌ترین موارد قابل توجه در سالن تشریح می‌باشند. نورهای طیف سرد با شدت مناسب همراه با استفاده از رنگ

دوازده نکته کلیدی در مورد اخلاق پزشکی و تعهد حرفه‌ای ...

اولین مکان مواجهه با بیمار، نه تنها جایگاه این رشته را در نظر دانشجویان منحصربه‌فرد می‌کند، بلکه منجر به جلب نظر دانشجویان به نکات اخلاقی حرفه آینده خود می‌شود جدول ۲.

جدول ۲. دیاگرام دوازده نکته کلیدی در مورد اخلاق پزشکی و تعهد حرفه‌ای در راستای ارتقای آموزش آناتومی در سالن‌های تشریح



- Dyer GS, Thorndike ME. Quidne mortui vivos docent? The evolving purpose of human dissection in medical education. *Acad Med.* 2000;75(10):969-79.
- Warner JH, Rizzolo LJ. Anatomical instruction and training for professionalism from the 19th to the 21st centuries. *Clin Anat.* 2006;19(5):403-14.
- Hafferty FW. Into the valley: death and the socialization of medical students: JSTOR; 1991.
- McMenamin PG, McLachlan J, Wilson A, McBride JM, Pickering J, Evans DJR, et al. Do we really need cadavers anymore to learn anatomy in undergraduate medicine? *Med Teach.* 2018;40(10):1020-9.
- Riederer BM, Bueno-López JL. Anatomy, respect for the body and body donation—a guide for good practice. *Eur J Anat.* 2014;18(4):361-8.
- Karunakaran I, Thirumalaikolundusubramanian P, Nalinakumari SD. A preliminary survey of professionalism teaching practices in anatomy education among Indian Medical Colleges. *Anat Sci Educ.* 2017;10(5):433-43.
- Kaye A, Miranda M, Jones T. The Donor Letter Project: Learning Professionalism and Fostering Empathy in an Anatomy Curriculum. *J Med Humanit.* 2019;40(4):607-12.
- Hildebrandt S. Thoughts on practical core elements of an ethical anatomical education. *Clin Anat.* 2016;29(1):37-45.
- Böckers A. Preparing students emotionally for the human dissection experience. *Teaching Anatomy: Springer;* 2020. p. 237-46.
- Ghosh SK. Paying respect to human cadavers: We owe this to the first teacher in anatomy. *Ann Anat.* 2017;211:129-34.
- Winkelmann A, Güldner FH. Cadavers as teachers: the dissecting room experience in Thailand. *Bmj.* 2004;329(7480):1455-7.
- Dosani F, Neuberger L. Anatomy and humanity: Examining the effects of a short documentary film and first anatomy laboratory experience on medical students. *Anat Sci Educ.* 2016;9(1):28-39.
- Mafinejad MK, Taherhamadi M, Asghari F, Nia KM, Mehrpour SR, Hassanzadeh G, et al. Teaching professionalism in cadaver dissection: medical students' perspective. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2021;14.
- Chia TI, Oyeniran OI, Ajagbe AO, Onigbinde OA, Oraebosi MI. The symptoms and stress experienced by medical students in anatomy dissection halls. *J Taibah Univ Med Sci.* 2020;15(1):8-13.
- Ghosh SK. The practice of ethics in the context of human dissection: Setting standards for future physicians. *Ann Anat.* 2020;232:151577.
- Winkelmann A, Schagen U. Hermann Stieve's clinical-anatomical research on executed women during the "Third Reich". *Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists.* 2009;22(2):163-71.
- Hildebrandt S. Developing empathy and clinical detachment during the dissection course in gross anatomy. *Anat Sci Educ.* 2010;3(4):216; author reply 7.
- Bourguet CC, Whittier WL, Taslitz N. Survey of the educational roles of the faculty of anatomy departments. *Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists.* 1997;10(4):264-71.
- Tirunch C. Acute Adverse Effects of Formaldehyde Treated Cadaver on New Innovative Medical Students and Anatomy Staff Members in the Dissection Hall at Wollo University, Northeast Ethiopia. *Adv Med Educ Pract.* 2021;12:41-7.
- Bhat D, Chittoor H, Murugesh P, Basavanna PN, Doddaiiah S. Estimation of occupational formaldehyde exposure in cadaver dissection laboratory and its implications. *Anat Cell Biol.* 2019;52(4):419-25.
- Jeyakumar A, Dissanayake B, Dissabandara L. Dissection in the Modern Medical Curriculum: An Exploration into Student Perception and Adaptions for the Future. *Anat Sci Educ.* 2020;13(3):366-80.
- Griffiths M, Gillibrand R. Use of key performance indicators in histological dissection. *Journal of clinical pathology.* 2017;70(12):1019-23.
- Bin P, Delbon P, Piras M, Paternošter M, Di Lorenzo P, Conti A. Donation of the body for scientific purposes in Italy: ethical and medico-legal considerations. *Open Medicine.* 2016;11(1):316-20.
- Crow SM, O'Donoghue D, Vannatta JB, Thompson BM. Meeting the family: promoting humanism in gross anatomy. *Teaching and learning in medicine.* 2012;24(1):49-54.
- Martyn H, Barrett A, Broughton J, Trotman P, Nicholson HD. Exploring a medical rite of passage: A clearing of the way ceremony for the dissection room. *Focus on Health*

- Professional Education: A Multi-Professional Journal. 2013;15(1):43-53.
26. Talarico EF, Jr. A change in paradigm: giving back identity to donors in the anatomy laboratory. *Clin Anat.* 2013;26(2):161-72.
 27. Manuscript. VHTCATLAGALMU.
 28. Lin SC, Hsu J, Fan VY. "Silent virtuous teachers": anatomical dissection in Taiwan. *BMJ.* 2009;339:b5001.
 29. Rizzolo LJ. Human dissection: an approach to interweaving the traditional and humanistic goals of medical education. Wiley Online Library; 2002. p. 242-8.
 30. Blackburn E, Melgreen T, Ettinger L. Reduced Formaldehyde Exposure with the Addition of Plants (*Chlorophytum comosum*) in the Human Anatomy Laboratory. *Anat Physiol.* 2023;13:411.
 31. Wessels Q, Vorster W, Jacobson C. Designing gross anatomy laboratory to meet the needs of today's learner. *Teaching Anatomy: A Practical Guide: Springer;* 2014. p. 185-94.
 32. Hildebrandt S. The Role of History and Ethics of Anatomy in Medical Education. *Anat Sci Educ.* 2019;12(4):425-31.



Twelve Tips for Medical Ethics and Professionalism in Order to Promote Anatomy Education in Dissection Room

Ghomareza Hassanzadeh^{1,2,3}, Mahta Moradi⁴, Nima Safari⁵, Zohreh Nazmara^{6*}

Abstract

Background and Objective: Attending the dissecting room provides an opportunity to acquire professional identity before entering the clinical course. With the growing understanding of emotional issues along with the teaching of scientific anatomy, we will witness the training of ethical doctors. In this way, the anatomy groups, play an important role. Attention to the emotional and professional growth of medical students during the course of dissection, justifies the need to examine ethical points. Make a list, localization and promoting these key points along with the requirement to comply with the list in the medical schools can help in better education of anatomy.

Methods and Materials: By searching medical education, ethics in anatomy, body donation, memorial service, professionalism, and dissection room behavior in PubMed, Scopus, EMBASE, Cochrane Library and Google scholar, 200 articles were extracted. By checking the quality of the articles and studying the abstracts of the articles, 50 articles were selected and studied. After extracting the key points, some professors were asked to add their opinions to the collected items. The opinions are mentioned by mentioning their name, rank and university at the end of the sentence.

Results: Twelve tips about the better implementation of ethical principles and improving the quality of education in the dissection hall were collected.

Conclusion: To improve the quality of education, considering these points in the dissection rooms will be effective in training ethical doctors.

Keywords: Anatomical Education, Ethics in Anatomy, Body Donation, Memorial Service, Professionalism, Dissection Room Behavior

-
- 1, Professor, Department of Anatomy, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 2. Department of Neuroscience and Addiction Studies, School of Advanced Technologies in Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 3. Department of Basic Sciences, Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran hassanzadeh@tums.ac.ir
 4. MD Student, Department of Anatomy, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran mahta.moradi1380@yahoo.com
 5. MD Student, Department of Anatomy and neuroscience, School of Medicine, Islamic Azad University Tehran Medical Sciences, Tehran, Iran nima.safari1380@gmail.com
 - 6*. Corresponding author, Assistant professor, Department of Anatomy, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran zohreh.nazmara@gmail.com

رهیافت الگوی سلامت معنوی بر مبنای ادراکات معرفت شناختی

مریم شمسایی^۱، سید ضیاء الدین تابعی^۲

چکیده

هدف: یکی از مباحث قابل تأمل در بعد مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام نسبت میان مبانی معرفت شناختی و سلامت است از این جهت نیازمند ژرف نگری و نظریه پردازی اندیشمندان حوزه دین و سلامت می‌باشد. در این پژوهش هدف بیان رهیافت الگوی سلامت معنوی بر مبنای ادراکات معرفت شناختی می‌باشد.

روش بررسی: در این پژوهش از روش - توصیفی تحلیلی و استنتاجی با بهره بردن از منابع کتابخانه‌ای در توصیف مفاهیم، تحلیل و تبیین مسئله، استفاده شده است.

یافته‌ها: جهت حصول به پاسخی مستوفی در باب معنای سلامت انسان، بایستی از چشم انداز فلسفی کاملی به انسان نظر نمود که عنایت ویژه‌ای به کل ابعاد وجودی وی داشته باشد. از آنجایی که اسلام دین توحیدی بوده افزون بر اذعان داشتن به کاربرد حس، تعقل، شهود و اشراق در حوزه‌های خویش، قرآن و سیره نبوی را به عنوان مأخذ پایدار و بدون خلل در راستای معرفت‌شناسی به بشر اهدا نموده است. و همچنین اسلام می‌تواند کل ابعاد وجودی انسان و تمام ابعاد سلامت را در پارادایم دینی تبیین نموده و اثربخشی وضعیت روحی انسان بر سلامت یا بیماری جسم او را بیان داشته و روش‌های ثمربخشی جهت التیام آلام روحی بیماران عرضه نماید. **نتیجه‌گیری:** با نگاه معرفت شناسانه به بدن در می‌یابیم که جسم مرتبه نازله نفس می‌باشد. کالبد نفس، تن است که در آن کالبد تصرف و بدان تعلق داشته و آثار وجودی روح و عالم نفس در این بدن جسمانی پیاده می‌گردد، لذا از دستاوردهای مبانی شناخت شناسانه، روح و نفس انسان است که صحت بدن تابع آن می‌باشد.

کلمات کلیدی: سلامت معنوی، معرفت‌شناسی، ادراکات

۱. دانشیار گروه معارف اسلامی و مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران shamsaie2008@yahoo.com

۲. استاد ممتاز پاتولوژی و گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران ethics@sums.ac.ir

مقدمه

از مسائل مهم بررسی مبانی سلامت معنوی، بحث و کاوش در حوزه، معرفت‌شناسی، هستی‌شناسی و انسان‌شناسی است که نقش تعیین کننده‌ای در روش، محتوا و جهت‌گیری مسائل مربوط به این حوزه را دارد. یکی از جهات مهم، بررسی سلامت از چشم انداز شناخت‌شناسی می‌باشد. مکتب اسلام با استفاده از اعتقادات، احکام گفتاری و رفتاری و ملکات اخلاقی موجب خلق فلسفه اسلامی گردیده یعنی شناخت بهترین چیزها با برترین دانش‌ها که این امر باعث ایجاد سبک زندگی کارآمد و جامعی برای پیروان خود در جهان شده چرا که جهان‌بینی الهی تأمین کننده سعادت و تعالی انسان‌ها بوده و دربرگیرنده تمام شئون زندگی افراد می‌باشد. سلامت معنوی در چارچوب نگرش فلسفه اسلامی با بهره‌گیری عمیق از مبانی تفکر اسلامی (قرآن و سنت) می‌تواند شالوده‌ای محکم برای تعالی ابعاد وجودی انسان‌ها ایجاد نماید.

سلامت معنوی از انتهای دهه هشتاد میلادی تحت عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت مورد عنایت عرصه علوم پزشکی واقع گردید، لیکن به جهت مغایرت فرهنگی، اجتماعی و معنوی در جوامع متعدد تا این زمان وصف مشترکی از آن عرضه نشده است. از این رو تعاریف متباینی از آن اظهار گردیده که برخی از آنها با تعریفی که بر پایه آموزه‌های دینی در اسلام تحقق یافته، ممکن است متمایز می‌باشد. واژه معنویت^۱ مصداق "امور غیر مادی" فوق طبیعی و مرتبط با روح و روان انسان می‌باشد. (۱) الیسون معنویت را با دو مولفه مرتبط می‌داند: ۱- سلامت (بهزیستی) مذهبی ۲- سلامت (بهزیستی) وجودی. سلامت مذهبی را یک عنصر مذهبی دانسته که نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست و بهزیستی وجودی یک عنصر روانی - اجتماعی است و نشان از درک فرد از کیستی، چیرستی، چرایی و کجایی می‌باشد. اگرچه این دو مولفه منفصل از یکدیگرند اما با

یکدیگر در تعامل می‌باشند (۲).

در نگرش مکاتب مادی سلامت معنوی دربردارنده احساسات ملموسی از جمله امید، آرامش و نشاط است که بر فعالیت‌هایی چون هنر، ورزش و تکنیک‌های تمدد اعصاب تمرکز می‌نماید که سلامت معنوی منحصراً در راستای معالجه امراض استعمال می‌گردد. (۳) بدان سبب که در مکاتب ماتریالیسم انسان تک ساحتی بوده و کلیه عواطف و احساسات و حالات روانی و معنوی وی منقاد کالبد جسمی وی می‌باشد و راه‌های شناخت به وسیله انسان را منحصراً حس و تجربه می‌پندارند. اما در نحله‌های الهی شناخت، جستجو و محوریت الهی، معرفت به غایت آفرینش و هستی و اهتمام در راستای تکامل معنوی و تزکیه و تهذیب نفس را به عنوان مبانی سلامت معنوی معرفی می‌کنند. (۴) بنابراین در مکاتب الهی انسان منحصراً شامل بعد مادی، نمی‌باشد. بلکه علاوه بر جسم دارای روح نیز می‌باشد و راه‌های دستیابی به شناخت منحصر به حس و تجربه نبوده بلکه شامل عقل، شهود باطنی و وحی نیز می‌باشد.

سلامت معنوی از دیدگاه فرهنگ اسلامی اینگونه تعریف می‌گردد: "وضعیتی است هدفمند و معنادار از حیات انسانی که حاصل ایمان و اعتقاد و ارتباط فرد با قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی ابدی پس از مرگ است. سلامت معنوی منجر به ایجاد نشاط، امید، رضایت مندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت شده و ارتباط پویای مبتنی بر مکارم اخلاق، عشق و محبت با خود و دیگران و جهان پیرامون ایجاد می‌کند." (۵)

با عنایت به اینکه ابعاد وجودی انسان شامل دو بعد جسمانی و روحانی می‌باشد و همچنین روح متضمن اصالت و جاودانگی بوده از این رو سلامتی روح از اعلی ترین مراتب سلامت می‌باشد و متعالی ترین میزان سلامتی به دارا بودن قلب سلیم می‌باشد. در قرآن نیز پروردگار به قلب سلیم که یکی از ابعاد سلامت معنوی می‌باشد اشارت فرموده و در سوره شعرا آیات ۸۸ و ۸۹

1. Spirituality

می‌فرماید فرماید: " یَوْمَ لَا يَنْفَعُ مَالٌ وَلَا بَنُونَ إِلَّا مَنْ أَتَى اللَّهَ بِقَلْبٍ سَلِيمٍ. روزی که نه مال سود می‌دهد و نه فرزندان؛ مگر آن کس که با قلبی رسته از شرک به نزد خدا بیاید. " از این رو قلب سلیم به معنای قلبی است که از هر نوع بیماری و لغزش اخلاقی دوری گزیند. در این راستا امام علی(ع) می‌فرماید: «إِذَا أَحَبَّ اللَّهُ عَبْدًا رَزَقَهُ قَلْبًا سَلِيمًا وَ خُلُقًا قَوِيمًا؛ هر گاه خداوند بنده‌ای را به دوستی خود برگزیند به او سلامت قلب و نیکی خُلق عطا می‌کند» (۶)

روش بررسی

در این مقاله از روش - توصیفی تحلیلی و استنتاجی با بهره بردن از منابع کتابخانه‌ای در توصیف مفاهیم، تحلیل و تبیین مسئله استفاده شده است. محقق با نگرش فلسفی و دینی به تدوین مبانی سلامت معنوی پرداخت که ابتدا دانش معرفت‌شناسی را به مثابه علمی جدا مفروض انگاشته و سپس به اخذ گزاره‌های ناظر به سلامت معنوی از درون ادراکات معرفت شناختی می‌پردازد تا مبانی سلامت معنوی را به نگارش در آورد. اخذ مبانی از گزاره‌های علوم مربوط به روش عقلی و استدلالی بوده و به روش استنتاجی به تدوین جایگاه سلامت معنوی از مبانی آن پرداخته شده است.

تحلیل یافته‌ها

ادراکات معرفتی

نفس از رویکرد علمی دارای سه جزء می‌باشد: ۱- نفس نباتی(اوایل جنینی)، ۲- نفس حیوانی(اوایل زندگی) ۳- نفس انسانی که به وسیله استفاده از عقل میسر می‌گردد. یکی از ابعاد بررسی و شناخت نفس، معرفت‌شناسی می‌باشد که از پرسش‌های اساسی در بحث معرفت شناختی این است که چه راه‌ها و ابزارهایی در راستای کسب و بهره‌مندی از شناخت مورد استفاده می‌باشد؟ بدین معنا که طریق و روشی که با آن می‌توان

معرفت‌های معتبر و یقینی را کسب نمود، کدام می‌باشد؟ جهت کسب معرفت‌های متعدد با بکارگیری راه‌ها و ابزار گونه‌گون حاصل می‌گردد. به گونه‌ای که هر شاخه از علم نیازمند روش و اسلوب مختص به خود می‌باشد. از منظر گستره راه‌ها و ابزارهای معرفت، ادراک‌ها و معرفت‌های بشر متنوع اند از جمله: ادراکات حسی، خیال، وهم، عقل، اشراق و شهود باطنی (الهام قلبی). بشر جهت درک حقایق عالم، اطلاعات ابتدا توسط حواس شش‌گانه را دریافت و سپس در مغز درک می‌شود و سپس وارد سیستم حافظه‌ای، می‌گردد. آنگاه ذهن انسان از اطلاعات به دست آمده تجرید انجام می‌دهد. و در نهایت وجود ذهنی فرد از ادراکات او به وجود می‌آید. از این جهت فیلسوفان و متفکرین متاله معتقدند که معرفت ما از جهان هستی شامل: حس، خیال، وهم، عقل، اشراق و شهود باطنی (الهام قلبی) می‌باشد. (۷) در واقع درک حقایق عالم از نوعی تکثر معرفتی بهره می‌برد. در واقع هر یک از قوا در منزلتی سودمند به حال انسان واقع می‌گردد. در ادامه به تبیین ابزارهای ادراکات شناختی می‌پردازیم. مبانی معرفت‌شناسی متفاوت زمینه‌ساز پدیداری نگرش‌های فلسفی مختلف می‌گردد. روش‌های حسی (تجربی)، استدلال عقلی، اشراق و شهود باطنی (الهام قلبی) منجر به دیدگاه‌های فلسفی متفاوت شده است (۷) معرفت برپایه وحی با خلق فلسفه دینی (ادیان توحیدی) بر دانش و پیش فرض‌های ذهنی تئوریسین در تولید علم و حتی نحوه استقرار پدیده‌ها و فرضیه سازی علمی اثر داشته و به علم رنگ فلسفه دینی می‌دهد (۸) در ادامه به تبیین ابزارهای ادراکات شناختی و تاثیر آنها بر سلامتی می‌پردازیم.

ادراکات حسی (معرفت حسی)

از دیدگاه فلاسفه اسلامی، قوه ادراک حسی سطح بالقوه نفس است که به واسطه صورت محسوس معرفت بالفعل می‌شود. ادراک حسی وجه معرفتی‌ای موازی با جهان محسوس است که پایین‌ترین درجه وجود را میان ادراکات دیگر دارد. (۹) بنابراین

۴. مدیریت استرس در جهت پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی،
 ۵. انجام فعالیت فیزیکی مناسب
 ۶. رعایت رژیم غذایی سالم و تاثیر معنویات در حفظ سلامت روان (۱۲)

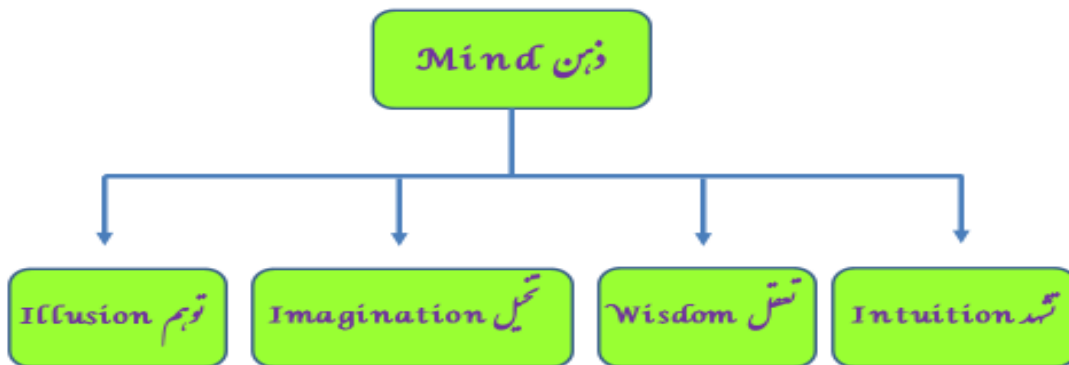
در تعلیم اسلامی نیز تاکید بر این ابعاد بوده و توجه به سلامتی جسمی که نشأت گرفته از حواس ظاهری می‌باشد می‌تواند سلامت معنوی را در پی داشته باشد لذا اکثریت مطالعات نشان داده‌اند که افراد معنوی / مذهبی توجه خاصی به دستورات دینی در رابطه با تغذیه و فعالیت بدنی داشته و همچنین باعث سایکونوروفیزیولوژیک در افراد گردیده یعنی احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام رسان روی سیستم‌ها و ارگان‌های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و... تاثیر تقویت کننده دارد.

مراحل چهارگانه ادراکات ذهنی:

وهم و خیال و عقل و شهود مراحل چهارگانه ادراکات ذهنی می‌باشد که در ادامه به آن می‌پردازیم:

یکی از منابع که در شناخت جهان هستی به کمک آدمیان می‌آید ادراک حسی است که باعث می‌شود جهان خارج را به واسطه حواس پنجگانه خود دریابیم. با توجه به اینکه از طریق حس هم تصور و هم تصدیق حسی بدست می‌آید؛ باید توجه داشت که تصورها ارزش علمی ندارند اما جهت تصدیق‌های حسی نیازمند تصورات حسی برای استدلال هستیم. (۱۰) بنابراین حس منبع و مرتبه شناخت ظاهری و نیز منشأ سلامت جسم می‌باشد و حواس ظاهری از آنگونه شئونی است که به موجب آن نفس با خارج ارتباط یافته که همان حواس پنجگانه می‌باشد. (۱۱) بر همین اساس سازمان جهانی بهداشت نیازهای معنوی را هم از ابعاد ارتقای سلامت و سبک زندگی برشمرده که آن را در شش بعد بیان نموده:

۱. بعد معنوی و اعتقاد به قدرت برتر خداوند در جهت حفظ سلامت روان،
۲. احساس مسئولیت در قبال حفظ و ارتقای سلامتی خود و جامعه،
۳. حفظ روابط بین فردی در جهت ارتقای بعد اجتماعی سلامت،



می‌باشد چرا که در روانپزشکی توهم به معنای درک نادرست و متمایز احساس است که سبب می‌شود ماده و جسم خارجی یا هر چیزی اشتباه و مجعول فهم گردد لذا در روانپزشکی توهم به این

منبع وهم (معرفت وهمی)

در ابتدا باید اذعان داشت که معنای معرفت وهمی یا Illusion در فلسفه با توهم در روانشناسی و روانپزشکی متفاوت

که انسان به دلیل قرار گرفتن در عالم مادی و جزئیات نیازمند آن است که ابتدا امور کلی را در قالب امر جزئی ادراک کند تا معنا و مفهوم امر کلی را بهتر درک کند. مثلاً برای درک مفهوم کلی محبت، درک محبت جزئی از سوی عقل جزئی نگر یا وهم یعنی محبت یک شخص معین است تا معنا و مفهوم محبت به طور کلی از سوی عقل کلی نگر یا مرتبه‌ی عالی عقل دریافت شود. وهم سرکش به قول ملاصدرا منشأ خطای ذهن و راه نفوذ شیطان می‌داند. وهم در این مقام است که در مقابل عقل می‌ایستد و انسان را دچار خطا و گمراهی می‌کند. وهم و عقل همواره با یکدیگر در حال مبارزه اند و چه بسا وهم بر عقل غلبه می‌کند. ضروری انسان به سبب دارا بودن قوه و استعداد رسیدن به واقع می‌تواند از توجه به محسوسات و تخیلات بکاهد و از وهم فاصله گرفته و به سمت عالم عقل برود. معانی جزئی که توسط وهم درک می‌شود بوسیله حواس پنجگانه قابل درک نیست اما باید اذعان داشت که وهم به انداره مدرکات عقلی هم مجرد نمی‌باشد چرا که عقل سلطان قوای روحانی و وهم سلطان قوای جسمانی محسوب می‌گردد. جایگاه و مرتبه قوه وهم بالاتر از حس و پایین تر از عقل و شهود قرار دارد. (۱۸) براساس گفته صدرالمتألهین از آنجایی که هر فعلی مترتب بر نوعی آگاهی می‌باشد، و آگاهی مراتبی دارد، افعال انسانی در نهایت از عقل عملی، و افعال حیوانی از وهم سرچشمه می‌گیرد. (۱۹) زمانی ذهن، از عواملی که از خارج درک می‌کند در درون خود

ش وجودی را می‌سازد بنام وجود ذهنی در مقابل وجود عینی که در خارج قرار گرفته است. این وجود ذهنی با وجود عینی تطابق نداشته باشد که به آن حالت توهمی گفته می‌شود. به گفته ابن سینا اهمیت و نقش این قوه در حیوانات همان نقشی را ایفا می‌کند که عقل در انسان.

در انسان دو گونه جایگاه جهت جمع آوری اطلاعات وجود دارد، یکی حافظه و دیگری مصوره. در حافظه اموری مانند عداوت، محبت، علیت و معلولیت که اموری انتزاعی و معانی

معناست که زمانی که بیماری بر اشخاص مستولی می‌گردد در این زمان ممکن است اصوات را شنیده و یا چیزهایی را مشاهده نمایند که برای دیگران قابل دیدن و شنیدن نباشد که به نقل از ابن سینا "ممرورین" نامیده می‌شوند که برگرفته از قوه توهم و یا تخیل شخص می‌باشد. (۱۳) یعنی، بعضی افراد ممکن است صداهایی خارج از آنچه در اطراف خود هستند را بشنوند و یا حواس آنها چیزهای غریبی را درک می‌کند مانند خارش مغز و یا اشخاص و موجوداتی عجیب و یا حتی انسان که حقیقی و واقعی نیستند. تمام این توهمات می‌تواند از عوامل بیرونی و مصرفی باشد و یا می‌تواند از عوامل داخلی و مغزی باشد که بدون هیچ محرک بیرونی بوجود می‌آید. این اتفاقات عوامل مختلفی مثل بیماری‌های خاص روانی و آسیب‌های مغزی و مصرف داروهای خاصی دارد که این حالات را به وجود می‌آورد. (۱۴) اما در فلسفه اسلامی معرفت وهمی به معنای معرفتی است که در آن شخص مدرک از وجود خارجی (عینی) چیزی را در ذهن خود ساخته که با آن تطابق ندارد. در این عالم معانی جزئی نا محسوس را، که از طریق حواس دریافت نشده را می‌توان ادراک نمود. مانند احساس عداوتی که گوسفند از گرگ دریافت می‌نماید. (۱۵) در تعبیر دیگری از حکیمان مسلمان در تبیین واقعیت وهم این چنین می‌یابیم " آن چیزی که برخلاف عقل دستور و فرمان می‌دهد عقل و نفس انسان نمی‌باشد بلکه ادراکی است که فلاسفه آن را وهم نامیده اند. این ادراک همیشه نیازمند سابقه نمی‌باشد و در برخی مواقع در نخستین برخورد ایجاد می‌گردد. مانند گریختن گوسفند از گرگ اگر چه حتی قبلاً گرگ را ندیده باشد اما عداوت او را ادراک می‌نماید، اما از گاو نمی‌گریزد چرا که این ادراک را از گاو ندارد. (۱۶) این سینا معتقد است که ادراک وهمی دارای عدم قاطعیت است یعنی نمی‌تواند حکم یقینی و صددرصدی بدهد و از حد ظن و گمان فراتر نمی‌رود و شامل تصدیقی است که کمتر از پنجاه درصد می‌باشد (۱۷). به عبارت دیگر، ادراک کلی از مسیر درک جزئی می‌گذرد. یعنی

(۱۳)

در حقیقت باید عالم خیال را واسط میان عالم معقول و عالم محسوس مفروض داشت. خیال به لحاظ مرتبه، پایین تر از عالم عقل اما فراتر از عالم محسوسات قرار می‌گیرد، لیکن گستره عملکرد آن فراتر از عقل و حس می‌باشد؛ چراکه عقل متعلق به عالم مجردات است و ماده را به خود راه نمی‌دهد و حس نیز متعلق به عالم ماده بوده و مجردات از جمله عقل را به خود راه نمی‌دهد، از این جهت عالم خیال می‌تواند بین این دو ارتباط برقرار نموده و عقل و حس را در کنار یکدیگر قرار دهد. برخی فیلسوفان مسلمان در تبیین حقیقت خیال این گونه می‌گویند: خیال خزانه‌ای برای گرد آوری مدرکات قوه حس (مخزن صورته‌ها) و رابط محسوسات و معقولات است. این قوه آنچه را در مخزن خیال گرد می‌آید، تجزیه و ترکیب می‌کند (متصرفه)؛ برای معقولات صورت سازی می‌کند (متخیله)، و در تبدیل صورته‌ها به معقولات، ایفای نقش می‌نماید (متفکره). فقدان خیال در نظام ادراکی انسان، معادل نبودن معرفت است. قوای ادراکی ابزاری است که می‌تواند انسان را به سعادت یا شقاوت رهنمون سازد. مطیع بودن انسان در برابر فطرت و عقل از اهداف الهی، انبیاء و اولیای او بوده است " شاخصه این اطاعت، فرماندهی عقل بر وهم، حس و خصوصاً خیال می‌باشد. " (۲۰) خیال زمانی که از عقل تمکین نماید، حق می‌باشد و زمانی که از هوس تمکین کند، باطل می‌باشد. "از حیث معرفت‌شناسی، خیال اگر تحت مدیریت عقل درآید و تزکیه و تنزیه از امور مادی و توهّمات بیابد، ظرف علوم و معارف معنوی و صیادی برای صید معارف خواهد شد؛ زیرا استعداد اتصال به عالم مثال را پیدا می‌کند و ابزاری کارآمد برای ادراک حقایق می‌گردد. " (۲۱) امام علی می‌فرماید: «هر که در معاصی و لذت‌ها زیاد اندیشه (تخیل) کند، گناهان و لذت‌ها بر او غالب آید». خیال خاستگاه مواجهات ما با هر مسئله‌ای است از این روی، دلیل خاستگاه اراده و رفتار ما نیز می‌باشد. خیال با توانایی بی حد و حصر خود قادر است

جزئی غیرحسی بوده، ذخیره می‌گردد و در مصوره اطلاعاتی که شکل و صورت دارند و از حواس گرفته شده اند، ذخیره می‌گردد. لذا عقل و وهم دو نیرو هستند که می‌توانند در این اطلاعات تصرف کرده و از ترکیب و تفصیل آنها، مطالب جدیدی استنتاج و استنباط کنند. اما براساس اینکه افراد کدام قوه را برای تصرف در آن اطلاعات به کارگیرند متفاوت می‌باشد چرا که ممکن است یکی از وهم استفاده نماید و یکی از عقل. شئونی که بوسیله آن، احساس از درون هویدا می‌گردد، همان وهم و خیال است. احساسی که در پناه عقل نباشد وهم خوانده می‌شود و احساسی که در پناه عقل باشد خیال نامیده می‌شود. (۱۱) خطاپذیری وهم و سعی آن در غلبه بر عقل سبب بسیاری از افعال ناپسند اخلاقی، اختلال در مشاهدات عرفانی و مانع سیر و سلوک انسان شده و باعث ایجاد بیماری‌های روحی و روانی می‌گردد و با تقویت معنویت در انسان و غلبه عقل بر وجود انسان می‌توان ار وسوسه‌های شیطانی در امان مانده و جلوگیری نمود از استیلاي وهم و ایجاد افکار باطل و خیالات فاسد که باعث بیماری‌های جسمی و روانی می‌گردد.

منبع خیال (معرفت خیالی - مثالی)

از دیگر منابع شناخت و معرفت آدمی قوه خیال است. معرفت خیالی یعنی زمانی که بتدریج اطلاعات حسی وارد مغز شده و در آنجا در صورت‌های ذهنی دخل و تصرفاتی اتفاق افتد. به عبارتی دیگر خیال بمعنای محدودتر آن، به قوه خاصی از نفس اطلاق می‌گردد. تولید تکنولوژی و محصولات ایجادي توسط انسان بوسیله این قوه شکل می‌گیرد.

ابن سینا تخیل را تداوم فرایند انتزاع دانسته و بدون تماس واقعی با جهان مادی از طریق اندام‌های حسی غیر ممکن می‌داند در نظر او صور تخیلی مانند صور محسوس، در بخش مشخصی از مغز نقش بسته اند. او معتقد است که خیال گاهی علاوه بر آنچه از حس ظاهر گرفته است اشیای دیگری را که از راه ترکیب و تفصیل نیروی مفکره به دست می‌آیند نیز نگهداری می‌نماید.

در خدمت صلاح و فلاح انسان بوده و یا در خدمت سقوط و شقاوت او قرار گیرد. خیال برای نفس ابزاری است که قادر است سعادت یا شقاوت انسان را منتج گردد. با نگرش به ماهیت ابزاری خیال، اهمیت نفس در کیفیت بهره گیری از خیال، و صحیح یا ناصحیح بودن این به کارگیری را خاطر نشان می‌سازد. به کارگیری صحیح و اشتباه از خیال در همراهی یا بدون بهره گرفتن از عقل، مستتر می‌باشد. "شیطان با استفاده از دستگاه ادراکی (خیال و واهمه) وسوسه میکند و با ایجاد علاقه، انسان را می‌فریبد: "هر چه انسان به نشئه عقل نزدیکتر شود، کثرت، پراکندگی، تفرقه و تشتت در وجود او کمتر و حیاتش به مقام وحدت نزدیکتر میشود. اگر آدمی به دنبال وحدت درونی خود است، باید از مرتبه حس و خیال ترقی کند و به قلمروی عقل، وارد شود و تحت فرماندهی آن، هم عالمانه گزارشهای نظری خود را به خدا مربوط سازد و هم عادلانه و صالحانه، گرایشهای عملی خویش را به مسیر عبودیت حق تعالی باز گرداند" (۲۰) بنابراین قوه خیال چنانچه در خدمت سعادت و بهره گیری صحیح قرار گیرد ابزاری مؤثر جهت سلامت روان و مقابله با استرس و اضطراب می‌باشد.

منبع عقل (معرفت عقلی)

از دیدگاه فلاسفه اسلامی به کارگیری قوه عقل در حصول معرفت، تعقل نامیده می‌شود که قوای حسی و خیالی را فرمان می‌دهد. فعالیتهای ادراکی عقل شامل: مفاهیم کلی، تجزیه و ترکیب مفاهیم، تصدیق بی واسطه عقلی و استدلال می‌باشد. از این جهت که درک مفاهیم کلی و تجزیه و ترکیب مفاهیم، متعلق به حوزه تصورات می‌باشد لذا دارای ارزش معرفتی نمی‌باشند. از منظر عالمان متاله، معرفت عقلی از طریق براهین عقلی با علم و دانش حصولی بدست می‌آید. بسیاری از اصول عقاید که با توجه به وحی و یا به کمک معرفت دینی حاصل گردیده، هیچ گاه برخلاف عقل نبوده است. این مدعا را در قاعده کلی مشهور

می‌توان دریافت: "کلما حکم به العقل حکم به الشرع" یعنی هر آنچه عقل به آن حکم نماید، شرع نیز به آن حکم می‌کند. آیات فراوانی در قرآن وجود دارد که اشاره به وجود عقل، بعنوان یکی از منابع معرفتی در وجود انسان می‌باشد. (بقره/۲۴۲، آل عمران/۱۹۰، انعام/۶۵) خداوند نیروی عقل را در اختیار انسانها قرار داده تا جهت درک واقعیتهای آن استفاده نمایند و گرنه مورد ملامت و سرزنش قرار می‌گیرند.

اسلام همواره به تعقل و خردورزی بها داده است و آن را به عنوان یکی از منابع اصیل معرفت به رسمیت شناخته و برای آن اهمیت فوق العاده‌ای قائل بوده است. قرآن به تفکر و تعقل در تمام امور سفارش می‌نماید. حضرت علی (ع) می‌فرمایند: "أَصْلُ الْعَقْلِ الْفِكْرُ وَ تَمَرَّتُهُ السَّلَامَةُ" سلامتی ثمره عقل است. (۲۲) و همچنین ایشان می‌فرمایند: العقل الشفا: عقل، شفا و درمان است. (۲۱) و در جای دیگر می‌فرمایند: لا مَرَضَ أَعْنَى مِنَ قَلْبِ الْعَقْلِ: هیچ مرضی آزار دهنده‌تر از بیخردی نیست. (۲۲). لذا می‌توان دریافت که افرادی که در مسیر کمال عقل قدم برمی‌دارند در مسیر سلامتی حرکت می‌نمایند. چرا که کمال عقل نشان از سلامتی دارد. از آنجایی که از ملزومات سلامت جسم، سلامت معنوی می‌باشد لیکن سلامت معنوی منوط به سلامت عقل می‌باشد. علامه جوادی می‌فرمایند: شرط سلامت حقیقی، سلامت در عقیده و عمل صالح بر مبنای علم صائب است؛ که عصاره آن عقل است. تعادل عقل نظری و عملی، سلامت حقیقی در پی دارد و شفای امراض نظری و عملی در انسان را در بهره گیری از رهنمودهای قرآن می‌باشد. از این رو شفای تمام امراض روش و حیانی که بهترین روش انسان‌شناسی و رجوع به قرآن و عمل به تعالیم آن می‌باشد. (۲۲)

اشراق و شهود باطنی (الهام قلبی)

یکی از ویژگی‌های قلب و حقیقت قلبی انسان، کشف و شهود است که این حقیقت مرتبط به پروردگار می‌باشد.

يَعْمَلُونَ"سوره انعام آیه ۱۲۷

معنویت: "مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ"سوره نحل آیه ۹۷

آرامش: "الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ"سوره رعد آیه ۲۸

اندیشه: "فَبَشِّرْ عِبَادِ الَّذِينَ يَسْتَمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَّبِعُونَ أَحْسَنَهُ أُولَئِكَ الَّذِينَ هَدَاهُمُ اللَّهُ وَأُولَئِكَ هُمْ أُولُوا الْأَلْبَابِ"سوره زمر، آیات ۱۷ و ۱۸

در مقابل آن از قلب بیمار در قرآن نیز با تعبیر زیر اشاره شده است:

گمراهی: "وَلَا تَطْعَمَنْ أَعْفَلْنَا قَلْبَهُ عَنْ ذِكْرِنَا وَاتَّبَعَ هَوَاهُ وَكَانَ أَمْرُهُ فُرُطًا"سوره کهف آیه ۲۸

نفاق و درویی: "فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ فَزَادَهُمُ اللَّهُ مَرَضًا وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ بِمَا كَانُوا يَكْذِبُونَ"سوره البقره آیه ۱۰

جهل و تعصب: "إِذْ جَعَلَ الَّذِينَ كَفَرُوا فِي قُلُوبِهِمُ الْحَمِيَّةَ حَمِيَّةَ الْجَاهِلِيَّةِ فَأَنْزَلَ اللَّهُ سَكِينَتَهُ عَلَىٰ رَسُولِهِ وَعَلَى الْمُؤْمِنِينَ وَأَلْزَمَهُمْ كَلِمَةَ التَّقْوَىٰ وَكَانُوا أَحَقَّ بِهَا وَأَهْلَهَا وَكَانَ اللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمًا"سوره فتح آیه ۲۶

بی خردی: "أَفَلَا يَتَذَكَّرُونَ الْقُرْآنَ أَمْ عَلَىٰ قُلُوبٍ أَقْفَالُهَا"سوره محمد آیه ۲۴،

انکار: "فَكَذَّبُوهُ فَأَنْجَيْنَاهُ وَالَّذِينَ مَعَهُ فِي الْفُلْكِ وَأَغْرَقْنَا الَّذِينَ كَذَّبُوا بِآيَاتِنَا إِنَّهُمْ كَانُوا قَوْمًا عَمِينَ"سوره اعراف آیه ۶۴

انسداد فکر و اندیشه: "إِنْ يَتَّبِعُونَ إِلَّا الظَّنَّ وَمَا تَهْوَى الْأَنْفُسُ وَلَقَدْ جَاءَهُمْ مِنْ رَبِّهِمُ الْهُدَىٰ."سوره نجم آیه ۲۳

لذا عمل نمودن به دستورات الهی بر اساس قلب سلیم، موجب آرامش درونی، درک حقایق و حفظ تعادل روانی شده و بی توجهی به دستورات الهی موجبات اختلالات روحی و روانی می‌گردد. لذا قلب سلیم قادر به تأمین سلامت معنوی در وجود انسان می‌باشد که ممانعت نموده از بسیاری از امراض روحی و

کشف و شهود در تمام مراتب آن مختص به قلب و حقیقت قلبی انسان بوده و حصول به کشف و شهود در هر مرتبتی از مراتب هستی منحصر با قلب و حقیقت قلبی میسور می‌باشد. قلب در قرآن در بر دارنده روح و نفس انسان می‌باشد (۲۳) که سوای از جسم، سهم اساسی وجود آدمی را تشکیل داده؛ که حاوی شخصیت، باورها، اخلاقیات و سلامت روحی و روانی انسان می‌باشد(۲۴). امام خمینی(ره) در رابطه با جایگاه قلب می‌فرماید: «قلب انسانی لطیفه‌ای است که متوسط است بین نشئه مُلک و ملکوت و عالم دنیا و آخرت. یک وجهه آن به عالم دنیا و مُلک است و بدان وجهه تعمیر این عالم کند و یک وجهه آن به عالم آخرت و ملکوت و غیب است و بدان وجهه تعمیر عالم آخرت و ملکوت نماید. پس قلب به منزله آینه دورویی است که یک روی آن به عالم غیب است و صور غیبیه در آن منعکس شود و یک روی آن به عالم شهادت است و صور مُلکیه دنیاوی در آن منعکس شود و صور دنیاوی از مدارک حسیه ظاهریه و بعضی مدارک باطنه، مثل خیال و وهم، در آن انعکاس پیدا کند و صور اخرویه از باطن عقل و سر قلب در آن انعکاس پیدا کند».(۲۵) در قرآن قلب به معنای فواد می‌باشد اما در برخی آیات نیز به معنای عقل هم بکار برده شده است مانند سوره حج آیه ۴۶ که خداوند می‌فرماید: "أَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَتَكُونَ لَهُمْ قُلُوبٌ يَعْقِلُونَ بِهَا أَوْ آذَانٌ يَسْمَعُونَ بِهَا"در این آیه وسیله تعقل، قلب می‌باشد. علامه طباطبایی در تفسیر سوره ق آیه ۷ بیان نموده اند که «قلب چیزی است که انسان بوسیله آن تعقل می‌کنند و در نتیجه حق و باطل و خیر و شر را از یکدیگر تمییز می‌دهد.» (۲۶) از این رو می‌توان اذعان داشت که قلب مورد نظر در قرآن کریم قلب سلیم می‌باشد که با تاویلی حاوی مفاهیم ذیل می‌باشد:

خشنودی و شادمانی: " قُلْ بِفَضْلِ اللَّهِ وَبِرَحْمَتِهِ فَبِذَلِكَ فَلْيَفْرَحُوا هُوَ خَيْرٌ مِمَّا يَجْمَعُونَ"سوره یونس آیه ۵۸

سلامت: " لَهُمْ دَارُ السَّلَامِ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَهُوَ وَلِيُّهُمْ بِمَا كَانُوا

روانی از جمله اضطراب و استرس، افسردگی، پوچی، ناپهنجاری روانی .

بحث

در این پژوهش نگارنده از بعد معرفت شناختی به بررسی سلامت معنوی پرداخته است. توصیف و تبیین نسبت میان سلامت و معنویت باعث ارائه الگویی مناسب از تعامل و ترابط معنویت و سلامت گشته که در نهایت به اصلاح دنیا و آخرت بشر ختم می‌گردد. جهت حصول به پاسخی مستوفی در باب معنای سلامت انسان، بایستی از چشم انداز فلسفی کاملی به انسان نظر نمود که عنایت ویژه‌ای به کل ابعاد وجودی وی داشته باشد. از آنجایی که اسلام دین توحیدی بوده افزون بر اذعان داشتن به کاربرد حس، تعقل، شهود و اشراق در حوزه‌های خویش، قرآن و سیره نبوی را به عنوان ماخذ پایدار و بدون خلل در راستای معرفت‌شناسی به بشر اهدا نموده است. و همچنین اسلام می‌تواند کل ابعاد وجودی انسان و تمام ابعاد سلامت را در پارادایم دینی تبیین نموده و اثربخشی وضعیت روحی انسان بر سلامت یا بیماری جسم او را بیان داشته و روشهای ثمربخشی جهت التیام آلام روحی بیماران عرضه نماید. از چشم انداز دین اسلام و رویکرد شناخت‌شناسانه و علم الهی، جوهر وجودی انسان روح می‌باشد. بدین مفهوم که وجود انسان به کالبد هیولانی منحصر نشده بلکه انسان حائز ابعاد روحانی و جسمانی بوده که این ابعاد در ارتباط با یکدیگر اثر بخشی و اثر گذاری داشته از این رو جهت مبحث سلامت باید توجه ویژه‌ای به تمام ابعاد وجودی انسان گردد و مولفه‌های آن در تمام ابعاد بایستی تبیین گردد تا سلامت از بعد شایسته ارزیابی گردد از منظر مبانی شناخت‌شناسانه، انسان ادراکاتی دارد که عرصه وجودی آن بالاتر از عالم هیولانی می‌باشد. این ادراکات حاوی ادراک حسی که در بدن و جسم مادی انسان قرار دارد. قوه خیال که محدودیت جسم مادی را ندارد اما شکل و صورت ماده را در خود دارد. و ادراکات عقلانی

که نه جسم مادی و صورت ماده را در خود ندارد. و به کلیات می‌پردازد و فهم می‌کند. برخی آنرا جزئی از عالم روح دانسته اند (به لحاظ ماهیت غیر مادی آن) والبتنه عالم روح یا نفس انسان است. در این نگاه معرفت‌شناسانه بدن مرتبه نازله نفس خوانده می‌شود. و از عالم روح یا نفس انسان تاثیر می‌پذیرد. و کالبد تن نفس است که نفس در آن کالبد تصرف و بدان تعلق داشته و آثار وجودی روح و عالم نفس در این بدن جسمانی پیاده می‌گردد. به تعبیر ژرف بینانه، نفس در بردارنده روح مجردی است که به نفس ناطقه یا روح انسان بسان درختی است که جمیع قوا شاخه‌های اویند و انسان یک هویت واحده است و در حقیقت عامل موثر در انسان همان نفس ناطقه است و همه ادراکات از جمله ادراکات جسمانی، خیال و عقل جملگی وابسته به نفس انسان بوده و هیچ کدام از این ادراکات فی نفس از خود استقلالی نداشته. بدین سبب از دستاوردهای مبانی شناخت‌شناسانه، روح و نفس انسان است که صحت بدن تابع آن می‌باشد. بدین معنا که سلامت جسمانی مستلزم سلامت روح بوده که در حقیقت از این مرحله است که سلامت معنوی نضج می‌یابد.

نتیجه‌گیری

می‌توان در این نوشتار استنتاج نمود که براساس مبانی دین اسلام، سلامت و صحت جسمانی بایستی در ملازمت سلامتی روح باشد که مستلزم موازنه قوای جسمانی، وهم، خیال و عقل و قلب می‌باشد که این موازنه هنگامی به ثبوت می‌رسد که سلامت نفس و سلامت معنوی محقق گردند. بنابراین در این پژوهش تلاش گردید تا به بررسی هر کدام از ادراکات معرفت شناختی و تاثیر آن بر سلامت معنوی پرداخته شود از آنجایی که انسان دارای ابعاد وجودی مختلفی است اما حقیقت انسان، روح متعالی اوست و سلامت حقیقی او نیز مربوط به بُعد معنوی انسان است و سلامت دیگر ابعاد باید به عنوان مقدمه‌ای برای آن لحاظ شود، نه برعکس. معنویت به دلیل فراهم کردن چارچوبی برای توصیف

می‌تواند تاثیر اساسی بر سایر ابعاد سلامتی از جمله سلامت جسمانی و سلامت روحانی و اجتماعی افراد نیز داشته باشد.

تجارب زندگی و ایجاد حس یکپارچگی و اتصالات وجودی، به ارتقاء سلامت روان کمک می‌کند از این رو سلامت معنوی



منابع

1. Brown L. Oxford English Dictionary. Oxford, UK: Clarendon Press; 1993
2. Ellison CW. Spiritual Well-being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology* 1993; 11(4): 330-340.
3. Misbah, M. , Mohammadi, A. Epistemology. Qom: Publications of Imam Khomeini Educational and Research Institute. 2017;9 [Persian]
4. Esfahani, S. M. Spiritual Health and Perspectives. *Journal of Medical Ethics*. 2009; No. 14: 41-49 [Persian]
5. Azizi F. Mental health; What, why and how it was published. Tehran: Hoghughi Publication; 2014: 31 [Persian]
6. Amadi A. Tasnif Gharr al-Hakam wa Darr al-Kalam. Qom: Islamic Media School, Publishing Center, 1987. [Persian]
7. Motahari, M. cognition. Qom: Sadra Publications, 1989;
8. Pirouzmand, A. Explaining the relationship between faith and science (orientation of science). Tehran: Chehar Publishing House, 2016
9. Maithami, S. Mulla Sadra, Tehran: Namek. 2017; 64[Persian]
10. Misbah, M., Mohammadi, A. Epistemology. Qom: Publications of Imam Khomeini Educational and Research Institute. 2017;106 [Persian]
11. Beheshti, Mahmoud, mental and physical health, digital book, <https://www.ghbook.ir/>
12. Alpar ŞE, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice* 2008; 8(6): 382-8
13. Ibn Sina, H. Al-Esharat va Tanbihat, Qom: Nashr al-Balagha, 1996;Vol. 1, 334,472. [Persian]
14. Makhdomi,A. , The difference between illusion and hallucination (teaching solutions). 2023. (<https://drmakhdoumi.com/difference-between-illusion-and-hallucination/>)
15. Malekshahi, H. Translation and description of Ibn Sina's Al-Esharat va Tanbihat, Tehran: Soroush Publishing House. 2006; 185[Persian]
16. Sadr al-Mutalahin Shirazi,M. Al-Hekmat al-Mutala'i fi al-Asfar al-Aqli al-Araba. Beirut: Dar Ahya al-Tarath. 1989;Vol. 8: 34,158 [Persian]
17. Ibn Sina, H. Al-Esharat va Tanbihat, Qom: Nashr al-Balagha, 1996;Vol. 3, 232. [Persian]
18. Tusi, kh. N, Sharh al-Isharat and al-Tanbiha. Qom: Nashr al-Balagha, 1983; vol. 2. 345[Persian]
19. Sadr al-Mutalahin Shirazi. Mabda va Moaad. Tehran: Academic Publishing Center. 1983;278,449 [Persian]
20. Javadi Amoli, A. The true life of man in the Qur'an, Qom: Esra. 2002; 120-121 [Persian]
21. Javadi Amoli, A. Raheeq Makhtoum, Volume 1/1, Qom: Esra Publishing Center. 2006;74 [Persian]
22. Tamimi Amadi, Abdul Wahid bin Muhammad , anthology of Ghorrar al-Hakm and Durr al-Kalam, revised by: Mustafa Daraiti, Qom: Tablighat Office, 1987;52[Persian]
23. Javadi Amoli, A. Tafsir of Man to Man, Esra Publishing House, Qom, 2006;64-65
24. Tabatabai MH. Tafsir-Al-Mizan. Beirut: Daralkotob; 2014;(2) : 223. [Persian]
25. Akhlaghi M. Shariatmadari, M. Anthropology in the thought of Imam Khomeini (PBUH), Imam Khomeini (PBUH) Editing and Publishing Institute, 2007; 210-211[Persian]
26. Tabatabaei, M. H. , Al-Mizan fi Tafsir Qur'an, Qom: Islamic Publication Institute, 1972;)18(, 356[Persian]

The Approach of the Spiritual Health Model Based on Epistemological Perceptions

Maryam Shamsai¹, Seyed Ziaadin Tabei²

Abstract

Background and Objective: One of the topics to be pondered in the aspect of the foundations of spiritual health from the perspective of Islam is the relationship between epistemological foundations and health. For this reason, it requires deep insight and theorizing of thinkers in religion and health. In this research, the aim is to express the approach of the spiritual health model based on epistemological perceptions.

Methods and Materials: In this research, a descriptive, analytical, and inferential method has been used using library resources to describe the concepts, and analyze and explain the problem.

Results: To get a satisfactory answer about the meaning of human health, it is necessary to look at the human being from a complete philosophical perspective, which should pay special attention to all aspects of his existence. Since Islam is a monotheistic religion, in addition to recognizing the use of sense, reasoning, intuition, and illumination in its fields, it has given the Qur'an and the prophetic life a stable and uninterrupted source for epistemology. Also, Islam can explain the whole dimensions of human existence and all dimensions of health in the religious paradigm, express the effectiveness of a person's mental state on the health or illness of his body, and offer fruitful methods for healing the mental pains of patients.

Conclusion: With an epistemological look at the body, we find that the body is the lower order of the soul. The body of the soul is the body to which the body is possessed and belongs, and the existential effects of the soul and the world of the soul are carried out in this physical body, therefore, it is one of the achievements of the cognitive foundations of the human soul and the soul, to which the health of the body is subordinate.

Keywords: Spiritual Health, Epistemology, Perceptions

1. Associate Professor, Islamic Studies Department and Quran, Hadith and Medicine Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran shamsaie2008@yahoo.com

2. Professor, Department of Medical Ethics-Pathology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran ethics@sums.ac.ir

خصوصی سازی آموزش عالی با رویکرد علوم پزشکی: مروری نظام مند

حبیبه عباسی^۱، اصغر جهانزاده^۲، جلیل کوهپایه زاده اصفهانی^۳، علی اکبری ساری^۴

چکیده

هدف: امروزه با توجه به پدیده جهانی شدن و پیشرفت جوامع و فناوری، با تغییرات متعدد در همه ابعاد زندگی روبرو می شویم لذا ناگزیر خصوصی سازی به بخشی از زندگی روزمره تبدیل شده است و این امر در آموزش عالی نیز اجتناب ناپذیر است.

روش بررسی: پژوهش حاضر کاربردی و از نوع کیفی (تحلیلی و توصیفی) می باشد. این مطالعه به روش مرور نظام مند (بررسی سیستماتیک) انجام شد. پایگاه گوگل اسکولار به عنوان پایگاه معتبر، انتخاب، جستجوی مقالات طبق کلیدواژه ها انجام شد. معیارهای انتخاب، شامل زبان مقالات (فارسی و انگلیسی)، دسترسی به متن کامل و نیز بازه زمانی ۱۵ سال اخیر از ۲۰۰۸ الی ۲۰۲۳ بود. تعداد مقالات به دست آمده ۱۱۸ مورد بود که پس از حذف موارد تکراری و نامرتبط، ۳۵ مقاله انتخاب شد که پس از مطالعه دقیق براساس اهداف و سوالات پژوهش تعداد مقالات به ۱۹ عدد رسید. در نهایت تجزیه و تحلیل براساس یافته ها انجام شد.

یافته ها: خصوصی سازی در آموزش عالی موجب افزایش کارایی و کیفیت تحصیلی، پاسخگویی تقاضای زیاد جامعه، کاهش فشار بودجه دولتی می شود. در دسترس همگان قرار می گیرد. دانشجوی محور بوده و توجه بیشتری به چالشها و مشکلات دانشجویان دارد. از طرفی موجب می شود که آموزش به امتیاز تبدیل گردد. موجب دور شدن دانشگاه از ماموریت اصلی یعنی دانشی بودن شده و نفوذ بازار به دلیل تغییر ارزشها در دانشگاهها افزایش می یابد.

نتیجه گیری: روند خصوصی سازی در آموزش عالی کشور نیاز به بازنگری اساسی دارد. ابتدا باید موقعیت موجود را ارزیابی کنیم. آموزش عالی خصوصی برای بقای خود مجبور به ارتقای سطح کیفیت فعالیت و کاهش هزینه است. همچنین نیازمند مطالعه و برنامه ریزی نظام مندی است تا بتواند کمبودها و موانع را برطرف نماید.

کلمات کلیدی: خصوصی سازی، دانشگاه خصوصی، آموزش عالی، آموزش عالی خصوصی، خصوصی سازی علوم پزشکی

۱. دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، کارشناس مسئول برنامه ریزی، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران habbasi2006@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، پزشک عمومی، کارشناس شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران dr.a.jahandideh@gmail.com

۳. استاد گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دبیر شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران jkuhpayeh@yahoo.com

۴. استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران akbarisari@tums.ac.ir

مقدمه

اواخر دهه هفتادمیلادی به دلیل ناکارآمدی مالکیت دولتی، شرکت‌های خصوصی شروع به رشد کردند. با جهانی شدن و رشد فناوری، تقاضا برای آموزش عالی افزایش یافت؛ زیرا به عنوان یک مزیت رقابتی برای افراد در دستیابی به مشاغل و موقعیت‌های بهتر در بازار کار تلقی می‌شود. خصوصی‌سازی شکاف بین تقاضا و عرضه را در پرتقاضاترین رشته‌های تحصیلی پر می‌کند (۱).

خصوصی‌سازی به معنای کاهش نقش دولت در اقتصاد و ترویج روشها و سیاست‌ها باهدف تقویت اقتصاد بازار آزاد اشاره دارد (۲).

طبق نظر ویک^۱ (۲۰۰۳) خصوصی‌سازی آموزش عالی فرآیندی است که در آن دانشگاه‌ها براساس ویژگی‌ها و هنجارهای بخش خصوصی، به شیوه‌ای تجاری و بازارمحور عمل می‌کنند، به مصرف‌کنندگان و مشتریان پاسخ می‌دهند. اتکای بیشتری به بودجه خصوصی دارند (۱).

به زعم مگینسون^۲ و همکاران (۲۰۰۱) اهداف اصلی برنامه‌های خصوصی‌سازی آموزش عالی همان اهداف مارگارت تاچر در دهه ۱۹۸۰ برای پروژه‌های خصوصی‌سازی می‌باشد که عبارتند از: افزایش درآمد؛ بهبود کارایی اقتصادی؛ کاهش نفوذ دولت در اقتصاد؛ ایجاد انگیزه و توزیع گسترده مالکیت؛ ایجاد انگیزه برای رقابت (۲).

علاوه بر تغییرات متعدد جهانی، شش عامل اساسی وجود دارد که باعث گسترش خصوصی‌سازی در آموزش عالی می‌شود: ۱. اهمیت روزافزون اقتصاد دانش‌بنیان، ۲. تغییرات جمعیتی، ۳. تغییر نگرش عمومی نسبت به آموزش، ۴. ظهور فناوری‌های جدید، ۵. تلاش برای تشکیل سازمانهای دانش‌بنیان، ۶. کاهش اعتماد عمومی به بخش دولتی (۲).

خصوصی‌سازی آموزش پزشکی را می‌توان به عنوان

آموزش پزشکی ارائه شده توسط سازمانی که بخشی از بوروکراسی دولتی نیست تعریف کرد. دانشکده‌های خصوصی با ابزارهای مختلف تأمین مالی می‌شوند. آنها می‌توانند مؤسسات مولد سود یا مؤسسات غیرانتفاعی جامعه‌محور باشند (۳).

طبق نظر تیلاک^۳ (۲۰۰۸) گسترش خصوصی‌سازی آموزش عالی به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه اجتناب‌ناپذیر است. دهه‌های اخیر تقاضا برای آموزش عالی در اکثر کشورها افزایش یافته است. بخش دولتی قادر به تأمین منابع مورد نیاز نیست و توسط بخش خصوصی ارائه خواهد شد. همچنین متقاضیان تحصیلات عالی که از آموزش دولتی حذف شده‌اند به مؤسسات آموزش عالی خصوصی دسترسی خواهند داشت (۱). کشور ایران و دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز از این قاعده مستثنی نیستند.

همچنین عوامل متعدد موثر دیگری برای نیل به خصوصی‌سازی آموزش عالی وجود دارد. اولین آنها رونق اقتصاد دانش‌بنیان به دنبال تغییر از جامعه صنعتی مبتنی بر سرمایه فیزیکی به جامعه اطلاعاتی مبتنی بر سرمایه فکری است. عامل دوم تغییر در انتظارات دانشجویان است. دانشجویان طالب کیفیت بیشتر، ساعات آموزشی انعطاف‌پذیر، کارکنانی شاد و خدمات کارآمدتر هستند (۴).

کشورهای در حال توسعه جهت نیل به توسعه در زمان مناسب لازم است به نظام آموزشی خود توجه بیشتری نمایند و بودجه بیشتری به این امر اختصاص دهند. اغلب نظریه‌پردازان معتقدند آموزش گام نخست در برنامه‌ریزی توسعه نیروی انسانی و همچنین یکی از مکانیزمهای اصلی توسعه در حوزه سازمانها، می‌باشد (۵).

توسعه، فرایند چندبعدی است و باید همه‌جانبه باشد: درگیر شدن و تعهد بامشارکت همه سهم‌بران؛ تحلیل موقعیت و تدوین چشم‌انداز، سیاستها و راهبردها؛ تخصیص بودجه،

1. Kwiek

2. Megginson

3. Tilak

مدیریت و اجرا، کنترل و ارزیابی. هسته اصلی این تحولات، برنامه‌ریزی آموزشی و سیستم‌های مدیریت پایدار همراه با درجه معینی از استقلال است. تقویت مکانیزم‌های بازار و استقرار فرایندهای غیرمتمرکز به عنوان نقطه ثقل برنامه‌های توسعه دانش‌بنیان هستند و نکته کلیدی، فهم درست از خط‌مشی‌های کوچک کردن اندازه دولت، خصوصی‌سازی، عدم تمرکز، استقلال و مفاهیم مشابه است (۶).

در همین راستا توجه به تجارب کشورهای درحال توسعه حائز اهمیت می‌باشد تا بتوان برنامه‌ریزی جامع‌تری انجام داد و از آزمون و خطا اجتناب کرد. در دهه ۱۹۶۰ با توجه به توسعه سیاست‌های آموزشی لیبرالی، بخش خصوصی ترکیه اجازه فعالیت در برنامه‌های آموزشی را پیدا کرد. لیکن در همان سالهای آغازین طرح، این مؤسسات با مشکلات مالی و کیفی زیادی روبرو شدند و به تدریج اعتبار علمی و اجتماعی خویش را از دست دادند. در سال ۱۹۷۱ همه این مؤسسات دولتی شدند. در سال ۱۹۸۴ افزایش تقاضا برای آموزش عالی باعث احیای مجدد این مؤسسات و تأسیس اولین دانشگاه خصوصی شد. پس از سال ۱۹۹۹ بخش خصوصی به شدت گسترش یافت به طوری که ۷/۵ درصد از کل دانشجویان توسط بخش خصوصی ترکیه پوشش داده می‌شود (۷).

گسترش دانشگاه‌های مالزی را می‌توان به سه موج متمایز تقسیم کرد. موج اول مبارزه برای اولین دانشگاه مستقل بود. دانشگاه مالایا در سال ۱۹۴۹ در سنگاپور (دوره استعمار بریتانیا) تأسیس شد و در سال ۱۹۵۹ دانشگاه یک بخش مستقل در کوالالامپور راه‌اندازی کرد که در سال ۱۹۶۲ به یک‌نهاد مستقل تبدیل شد. موج دوم در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ رخ داد که نیاز فوری به ایجاد دانشگاه‌های دولتی بیشتر برای ایجاد تعادل فرصت‌های آموزشی میان اقوام مختلف بود. موج سوم در دهه ۱۹۹۰ اتفاق افتاد که شاهد تأسیس دانشگاه‌های خصوصی با هدف تامین تقاضای مازاد و کسب سود در تجاری‌سازی آموزش عالی

بود. تا سال ۲۰۰۴، آموزش عالی در مالزی آنقدر بزرگ شد که وزارت آموزش عالی ایجاد شد. در سال ۲۰۰۷، وزارت آموزش عالی، طرح ملی راهبردی آموزش عالی (NHESP) را راه‌اندازی کرد و هفت محور استراتژیک برای توسعه تعیین کرد که عبارتند از: ۱. گسترش دسترسی و افزایش عدالت، ۲. بهبود کیفیت آموزش و یادگیری، ۳. افزایش تحقیق و نوآوری، ۴. تقویت مؤسسات آموزش عالی، ۵. تشدید بین‌المللی شدن، ۶. فرهنگ سازی یادگیری مادام‌العمر، ۷. تقویت سیستم‌های آموزش عالی (۸).

تعامل بین ایدئولوژی نئولیبرالیسم و سیاست‌های قومی محلی منجر به نئولیبرالیسم بومی در نظام آموزش عالی مالزی شده است. ویژگی‌های ترکیبی در سطح نهادی در حوزه‌های مدیریت، برنامه‌های درسی، آموزش و یادگیری، تحقیق و خدمات عملیاتی شده و در واقع ترکیبی هستند زیرا بسیاری از سیاست‌ها و شیوه‌ها به‌طور مشخص با مدل‌های دانشگاهی غربی متفاوت بوده و بومی‌سازی صورت گرفت که منجر به شکل منحصر به فردی از مدیریت دانشگاه، اسلامی‌سازی برنامه درسی و اخلاق فرهنگی آسیایی دانشگاه در دانشگاه‌های مالزی شد (۹).

حال مهم است بدانیم آموزش عالی علوم پزشکی کشور ما کجا قرار دارد؟ چه برنامه‌ای دارد؟ شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی، بالاترین مرجع تصمیم‌گیری در خصوص تعیین سیاست‌های توسعه کمی و کیفی آموزش عالی علوم پزشکی می‌باشد. لذا سیاست‌ها و تصمیم‌های اتخاذ شده می‌تواند تاثیر زیادی در آینده علمی کشور داشته باشد. بنابراین در این مطالعه تلاش می‌شود تا بانگاهی عمیق‌تر به موضوع خصوصی‌سازی، مسیر روشن‌تری اتخاذ گردد. هدف پژوهش در این مقاله بررسی موضوع خصوصی‌سازی آموزش عالی بالاخص علوم پزشکی با تاکید بر تجربه دانشگاه‌های موفق کشورهای در حال توسعه (که شرایط فرهنگی و اقتصادی تقریباً مشابهی با ما دارند) می‌باشد. لذا تلاش می‌شود به سوال زیر پاسخ داده شود: مزایا و معایب

اختصاصی خصوصی سازی در علوم پزشکی کدام است؟ در مرحله بعد که لازم بود مقالات به درستی شناسایی و انتخاب شوند از روش ماریسا سیلوا^۲ (۲۰۱۵) استفاده شد. اولین گام در اجرای مرور سیستماتیک انتخاب است. سیلوا روش نظام‌مندی را برای مرحله انتخاب ارائه کرده است:

۱. شناسایی و استخراج مقالات از پایگاه‌های علمی و حذف رکوردهای تکراری

۲. غربالگری به معنای مطالعه عنوان، چکیده مقاله‌های مستخرج و انتخاب مقاله‌های مرتبط و حذف مقاله‌های غیر مرتبط

۳. غربالگری مجدد و مطالعه مقدمه، نتیجه‌گیری مقاله‌های غربال شده مرحله قبل و انتخاب مقاله‌های مرتبط و حذف مقاله‌های نامربوط

۴. ارزیابی نهایی مقاله‌های مستخرج از مرحله پیش با مطالعه آنها و در نظر گرفتن اهداف پروژه و سرانجام انتخاب نهایی مقاله‌ها (۱۱).

پایگاه گوگل اسکولار^۳ به عنوان پایگاه معتبر نشریات جهت جستجو و بررسی مقالات انتخاب شد. کلیدواژه‌های اصلی (و همچنین ترکیب‌های مختلف کلیدواژه‌های استخراج شده ضمن اصلاحات در حین جستجو) شامل خصوصی سازی آموزش عالی و خصوصی سازی آموزش عالی علوم پزشکی، خصوصی سازی در مالزی، خصوصی سازی در ترکیه و همچنین مزایا و معایب خصوصی سازی آموزش عالی می‌باشد. همچنین کلیدواژه‌های انگلیسی شامل *education higher of Privatization*, *medical in education higher of privatization in privatization*, *Malaysia in privatization*, *sciences disadvantages and advantages the also and Turkey education higher of privatization of*. می‌باشد. معیارهای ورود مقالات شامل زبان فارسی و زبان انگلیسی مقالات، امکان

خصوصی سازی آموزش عالی (بالاخص علوم پزشکی) کدام است؟

روش بررسی

این پژوهش کیفی و به روش مرور نظام‌مند انجام شده و مطالعات منتشر شده در سالهای ۲۰۰۸ تا ۲۰۲۳ (۱۵ سال اخیر) مورد بررسی قرار می‌گیرد. بررسی سیستماتیک یا نظام‌مند، پژوهشی علمی است که از نشریات پژوهشی اصلی استفاده می‌کند. با این روش می‌توان به صراحت از طریق فرایند نظام‌مند برای به حداقل رساندن اشتباهات تصادفی به سؤالات پژوهشی پاسخ داد. مراحل مختلفی برای روش مرور نظام‌مند وجود دارد. در این مطالعه از روش مرور سیستماتیک اوکولی و شابران^۱ (۲۰۱۰) استفاده شده است. مراحل مختلف چارچوب اوکولی و شابران عبارتند از:

- برنامه‌ریزی: هدف انجام مطالعه سیستماتیک ارائه مطالعه موردی به روز پیرامون پدیده مورد بررسی و استخراج مقوله‌های زیربنایی پیرامون پدیده مورد مطالعه
- انتخاب: شناسایی مقاله‌ها از پایگاه‌های داده معتبر، مطالعه چکیده و عنوان، مطالعه، مقدمه و نتیجه‌گیری، ارزیابی مقاله‌ها، انتخاب مقاله‌های واجد شرایط
- استخراج: استخراج اطلاعات مورد نظر
- اجرا: تحلیل یافته‌ها (۱۰).

ابتدا برنامه ریزی اولیه انجام شد بدین ترتیب هدف گذاری و سؤالات پژوهش مشخص گردید. هدف پژوهش در این مقاله بررسی موضوع خصوصی سازی آموزش عالی بالاخص علوم پزشکی با تاکید بر تجربه دانشگاه‌های موفق و ناموفق کشورهای در حال توسعه (که شرایط فرهنگی و اقتصادی تقریباً مشابهی با ما دارند) می‌باشد. لذا تلاش شد به سؤالات زیر پاسخ داده شود: ۱. مزایا (علل) خصوصی سازی آموزش عالی کدام است؟ ۲. معایب خصوصی سازی آموزش عالی کدام است؟ ۳. مزایا و معایب

2. Silva, M. (2015)

3 Google Scholar

1. Okoli & Schabram

خصوصی‌سازی آموزش عالی با رویکرد علوم پزشکی: مروری نظام‌مند

اهداف و سوالات پژوهش تعداد مقالات به ۱۹ عدد رسید. در مرحله بعد استخراج اطلاعات مورد نظر انجام شده و در نهایت تجزیه و تحلیل براساس یافته‌ها انجام شد.

یافته‌ها

طبق مطالعه و تحلیل انجام شده، یافته‌ها به شرح ذیل در خصوص مزایای خصوصی‌سازی به شرح جدول شماره (۱) و چالش‌های آن رابه شرح جدول (۲) دسته بندی شدند.

دسترسی به متن کامل مقاله، مرتبط با موضوع در بازه زمانی ۱۵ سال اخیر از ۲۰۰۸ الی ۲۰۲۳ هست.

قابل ذکر است در کلیه مراحل انتخاب، مقالات توسط دو ارزیاب بررسی گردید و موارد غیر مرتبط از مرور حذف شدند. در بررسی پایگاه داده، تعداد مقاله های به دست آمده ۱۱۸ مقاله بود. پس از حذف موارد تکراری و نامرتب، براساس ارزیابی عنوان، چکیده و متن کامل، در نتیجه ۳۵ مقاله مرتبط با هدف پژوهش انتخاب گردید. پس از انتخاب مقالات، مطالعه دقیق براساس

جدول ۱. مزایا و علل خصوصی‌سازی

مزایای خصوصی‌سازی	منابع	محقق
افزایش کارایی و کیفیت تحصیلی	۴، ۷، ۱۲، ۲، ۱۳، ۸	هاشمیان و همکاران (۲۰۱۶)؛ قریشی خوراسگانی و همکاران (۲۰۱۶)؛ بیرجی و کوجاباش (۲۰۱۶)؛ لی (۲۰۱۵)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)؛ کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)
افزایش تقاضا (عرضه) برای آموزش عالی و توسعه دسترسی آسان به آموزش	۱۴، ۱۵، ۱، ۲، ۱۳، ۸	جمشیدی (۲۰۱۲)؛ تیلاک (۲۰۰۸)؛ آراسته و جمشیدی (۲۰۱۵)؛ لی (۲۰۱۵)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)؛ کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)
کمک به تامین منابع مالی آموزش عالی در کشور و کاهش فشار بودجه دولتی	۱۲، ۱۵، ۱، ۱۳، ۲	جمشیدی (۲۰۱۲)؛ تیلاک (۲۰۰۸)؛ هاشمیان و همکاران (۲۰۱۶)؛ کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)
دسترسی به آموزش عالی کسانی که از آموزش عالی دولتی حذف شده‌اند.	۸، ۱۵، ۱	جمشیدی (۲۰۱۲)؛ تیلاک (۲۰۰۸)؛ لی (۲۰۱۵)
انعطاف پذیری بیشتر	۳، ۲، ۴	بیرجی و کوجاباش (۲۰۱۶)؛ کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)؛ شهناز (۲۰۱۱)
افزایش دسترسی به خدمات آموزشی و اجتماعی	۳، ۱۳، ۸	لی (۲۰۱۵)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)؛ شهناز (۲۰۱۱)
همسو با اقتصاد دانش بنیان	۸، ۴، ۲	کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)؛ بیرجی و کوجاباش (۲۰۱۶)؛ لی (۲۰۱۵)
دسترسی بهتر به امکانات	۱۳، ۳	شهناز (۲۰۱۱)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)
ایجاد فرصت های شغلی بیشتر و بهتر	۱۳، ۳	شهناز (۲۰۱۱)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)
دانشجو محور تر و توجه به چالشهای دانشجویان	۴	بیرجی و کوجاباش (۲۰۱۶)
همسو با جهانی شدن	۸، ۱۳	ماهپاترا (۲۰۲۳)؛ لی (۲۰۱۵)
بهبود کارایی اقتصادی		
ایجاد انگیزه رقابت		
پاسخگوی تغییرات جمعیت	۲	کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)
تغییر نگرش نسبت به آموزش		
کاهش اعتماد عمومی به بخش دولتی		

محقق	منابع	مزایای خصوصی سازی
شهناز (۲۰۱۱)	۳	افزایش دسترسی به مراقبت های بهداشتی برای همه
		افزایش موسسات (پزشکی)
		حذف بوروکراسی
ماهپاترا (۲۰۲۳)	۱۳	پشتوانه مالی مناسب برای فناوری، زیرساخت ها و امکانات پیشرفته
		پیشرو در روندهای آموزشی مشکل محور و جامعه محور
		ایجاد فرصت تحصیل ارزانتر نسبت به تحصیل در خارج از کشور
بیرجی و کوچاباش (۲۰۱۶)	۴	تدوین یا بازنگری برنامه های آموزشی طبق نیاز جامعه و جهانی شدن
		ساختار مستقل دانشگاه خصوصی

جدول ۲. معایب و چالش های خصوصی سازی

محقق	منابع	چالش های خصوصی سازی
بایرام (۲۰۱۸)؛ بیرجی و کوچاباش (۲۰۱۶)؛ بوزنبرگ (۲۰۱۵)؛ کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)	۱۷، ۴، ۱۶ ۱۳، ۲	تبدیل حق آموزش به امتیاز
		پژوهش و علم تحت الشعاع منافع بازار
اصلان (۲۰۱۴)، بوزنبرگ (۲۰۱۵) و کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)	۲، ۱۷، ۱۸	دور شدن دانشگاه از مأموریت اصلی خود (دانشی بودن) و افول ارزشها
اصلان (۲۰۱۴)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)؛ کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)	۲، ۱۳، ۱۸	مشکلات قانونی و فقدان قوانین حمایت از سرمایه گذاری خصوصی
ربیعی و نظریان (۱۳۹۱)؛ رضاییان (۱۳۹۹)؛ عزیزی و همکاران (۱۴۰۰)	۲۱، ۲۰، ۱۹	وجود مشکلات ساختاری در نظام مدیریت آموزش عالی
رضاییان (۱۳۹۹)، ماهپاترا (۲۰۲۳)	۱۳، ۲۰	صدور بی رویه مجوز تأسیس مؤسسات غیردولتی جدید
شهناز (۲۰۱۱)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)	۱۳، ۳	توزیع ناعادلانه خصوصی سازی در مناطق
کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)؛ ماهپاترا (۲۰۲۳)	۱۳، ۲	کاهش یا حذف کنترل دولت بر خدمات آموزش
بیرجی و کوچاباش (۲۰۱۶)	۴	امنیت شغلی پایین کارکنان دانشگاه های خصوصی
ربیعی و نظریان (۱۳۹۱)	۱۹	تبدیل دانشجو به مشتری و استاد به صنعتگر و فروش دانش
		پایین بودن قدرت مالی مردم برای پرداخت شهریه
		فقدان آزادی علمی در دانشگاهها
رضاییان (۱۳۹۹)	۲۰	تمایل دولت به تسلط در امور فرهنگی و اجتماعی دانشگاهها
شهناز (۲۰۱۱)	۳	ضعف در برخورد قانونی با مؤسسات بی کیفیت
		کمبود فرصت های شغلی برای دانش آموزان
لاهمندی و همکاران (۲۰۲۰)	۲۲	فقدان صلاحیت حرفه ای دانشجویان پزشکی
کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)	۲	ناکارآمدی و بی کیفیت بودن
		عدم ضمانت کاهش هزینه دولت
		تشویق به فساد
کروکوویچ و پوژغا (۲۰۰۸)	۲	کاهش انگیزه کارکنان دولت
		عدم توجه به افراد حاشیه ای و اقلیتها
		تضاد آرمانها برای سود با دولت ها برای رفاه و خدمات عمومی

طبق یافته‌ها می‌توان مزایای خصوصی‌سازی را به شرح ذیل عنوان نمود: خصوصی‌سازی موجب افزایش کارایی و کیفیت تحصیلی دانشجویان می‌شود. همچنین موجب پویایی آموزش عالی و افزایش تقاضا و عرضه در این زمینه می‌شود. فشار مالی و اقتصادی دولت را کاهش می‌دهد. ضمن اینکه آموزش عالی در دسترس همگان قرار گرفته و مردمی‌سازی می‌شود و افرادی که بنا به دلایلی از جمله کنکور و سایر فیلترها از آموزش جا مانده‌اند فرصت تحصیل در دانشگاههای خصوصی را به دست می‌آورند. دانشگاههای خصوصی برخلاف دانشگاههای دولتی دانشجویان محور بوده و به چالشهای دانشجویان توجه دارند. همچنین موجب ایجاد فرصتهای شغلی بیشتر و بهتر می‌شوند. انعطاف پذیری بیشتری نسبت به دانشگاههای دولتی دارند. در راستای اقتصاد دانش بنیان و جهانی شدن و بین المللی شدن هستند. دسترسی به خدمات آموزش و به تبع آن خدمات و امکانات اجتماعی، تسهیل می‌گردد. همچنین در علوم پزشکی موجب افزایش دسترسی به مراقبتهای بهداشتی برای همه و همچنین افزایش موسسات پزشکی و کادربالینی می‌گردد. ساختار مستقلتری دارند و پشتوانه مالی خوبی برای فناوری، زیرساختها و امکانات پیشرفته ایجاد مینمایند.

همچنین مضرات و معایبی برای خصوصی‌سازی دانشگاهها و آموزش عالی وجود دارد که جهت اجتناب از آنها و حل مشکل لازم است به آنها توجه کرده و دنبال راه حل بود. طبق یافته‌ها با خصوصی‌سازی آموزشی عالی، حق مسلم آموزش به یک امتیاز تبدیل می‌گردد و موجب می‌شود افراد با وضع مالی بهتر، بیشتر بتوانند از مزایای آموزش عالی بهره‌مند گردند. همچنین موجب دور شدن دانشگاه از مأموریت اصلی (دانش، پژوهش) می‌گردد و با نفوذ بازار ارزشها و آرمانها در دانشگاهها تغییر مییابد. خصوصی‌سازی میتواند به دنبال اهداف مالی موجب صدور بی رویه مجوزهای تاسیس موسسات غیردولتی جدید گردد. همچنین ماهیت خصوصی‌سازی طوری می‌باشد که ممکن است

بنا به دلایلی اقلیمی و قومی، توزیع ناعادلانه در مناطق ایجاد شود به عبارتی به افراد حاشیه‌ای و اقلیتها توجه کافی نشود. با خصوصی‌سازی و کمرنگ شدن نقش دولت ممکن است نظارت و اعتباربخشی درستی صورت نپذیرد. همچنین در دانشگاههای خصوصی به دنبال اهداف مالی ممکن است برخورد قانونی با موسسات بی کیفیت، به درستی انجام نشده و ضعیف شود. طبق یافته‌ها مشکلات قانونی و ساختاری برای خصوصی‌سازی در ایران وجود دارد که باید رفع شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی خصوصی‌سازی آموزش عالی بالاخص علوم پزشکی با تاکید بر تجربه دانشگاههای موفق کشورهای در حال توسعه (که شرایط فرهنگی اقتصادی تقریباً مشابهی با ما دارند) می‌باشد. در این راستا تلاش شد به سوال پژوهشی زیر پاسخ داده شود: مزایا و معایب خصوصی‌سازی آموزش عالی (بالاخص علوم پزشکی) کدام است؟

مالزی در خصوص استقلال دانشگاهی و بین‌المللی شدن تجربه موفق داشته و توانسته است یکی از سریعترین اقتصادهای رشد یابنده شرق آسیا را پایه‌ریزی نماید (۲۳). مطالعات لی وهمکاران (۲۰۱۷) در خصوص دانشگاههای ترکیبی مالزی (ترکیب مدل‌های غربی و فرهنگ‌های سنتی) حاکی از آن است که ویژگی‌های ترکیبی در سطح نهادی در حوزه‌های مدیریت، برنامه‌های درسی، آموزش و یادگیری، تحقیق و خدمات عملیاتی شده است. بر این اساس سه نوع دانشگاه در مالزی (جریان اصلی، اسلامی و مبتنی بر جامعه چینی)، شکل گرفته است و به‌طور مشخص با مدل‌های دانشگاهی غربی متفاوت بوده و بومی‌سازی شده است (۲۴).

در ترکیه تمامی موسسات آموزش عالی تابع شورای آموزش عالی^۱ (CoHE) هستند. این شورای سازمانی است

1. Council of Higher Education

دانشجویان، تنوع در محتوای آموزشی، تنوع در روش‌های عرضه مطالب، کاهش فشار ناشی از انتظار مردم از دولت و استحکام بیشتر نظام آموزش عالی است (۷).

ارتقای بخش خصوصی و افزایش کیفیت آموزش عالی تنها با توسعه کمی دانشگاه‌های خصوصی محقق نمی‌شود، بلکه برای رسیدن به این هدف، ابزار لازم باید وجود داشته باشد. یکی از سازوکارهای اساسی برای اجرایی شدن این سیاست تقویت نقش نظارتی دولت بر موسسات در چارچوب قانون می‌باشد (۲۶).

علیرغم اینکه خصوصی‌سازی موجب کاهش برخی از مشکلات پیش روی آموزش پزشکی و جایگزین برخی کمبودها در نظام بهداشتی در آسیا بوده است. لیکن استفاده از این ابزار قدرتمند باید با احتیاط انجام شود. اعتباربخشی برای تعلیق یا لغو اعتبار مؤسسات ناسازگار باید اجرا شود. مؤسسات باید هدف‌گرا و نتیجه‌گرا شده، برای محصول نهایی یعنی ارائه خدمات بهداشتی و خروجی‌های تحقیقاتی خود پاسخگو باشند. دولت وسایر سازمان‌ها نباید از کنترل‌های لازم بر خصوصی‌سازی محروم شوند. کیفیت باید بر کمیت اولویت داشته باشد. رشد مؤسسات خصوصی و دولتی با هدف بهبود کلی سلامت کشور باید حرف آخر رادر آموزش پزشکی بزند (۳).

طبق یافته‌ها مهمترین مزایای خصوصی‌سازی به شرح ذیل می‌باشد. خصوصی‌سازی در آموزش عالی موجب افزایش کارایی و کیفیت تحصیلی می‌شود. پاسخگوی تقاضای زیاد جامعه برای آموزش بوده و دسترسی به آموزش تسهیل می‌گردد. در تامین منابع مالی نقش مهمی داشته و فشار بودجه دولتی را کاهش می‌دهد. آموزش عالی در دسترس همگان قرار می‌گیرد. دانشجویان محور بوده و توجه بیشتری به چالش‌ها و مشکلات دانشجویان دارد.

مهمترین معایبی که برای خصوصی‌سازی می‌توان در نظر گرفت به شرح ذیل می‌باشد: خصوصی‌سازی موجب می‌شود که آموزش (به عنوان حق طبیعی و قانونی هر فرد) به امتیاز تبدیل

که تنظیم کلیه شیوه‌های آموزشی، هدایت مؤسسات آموزشی و تنظیم برنامه‌ها در سطح ملی رابه عهده دارد. اگرچه همه دانشگاه‌های ترکیه زیرمجموعه شورای آموزش عالی هستند، اما تفاوت‌های عمده‌ای بین دانشگاه‌های دولتی و خصوصی در مورد انتخاب پرسنل و استخدام، ساختار اداری، منابع مالی و انتخاب مدیریت وجود دارد (۴) و مزایا و معایب مختلفی برای آن در منابع ذکر شده است.

طبق نتایج پژوهش لاهمندی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) دانشگاه‌های خصوصی در هند ناکارآمد هستند. در واقع دانشجویان مدرک تحصیلی را می‌خرند. دانشگاه‌ها کیفیت خود را از دست داده‌اند لذا خصوصی‌سازی دانشگاه باید جزئی باشد تا حالت تعادل به دست آید (۲۲).

در کشور عزیز خودمان ایران بعد از انقلاب اسلامی با افزایش تقاضا، دانشگاه آزاد اسلامی ایجاد و آیین‌نامه مربوطه تصویب شد اما این روند در عمل نتایج مطلوبی نداشت. به نظر می‌رسد خصوصی‌سازی، اصل رعایت عدالت در رابطه میان نظام آموزشی و محیط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را مخدوش کرد. به کیفیت آموزشی توجه نشد و نتایج آن شکاف بین عرضه و تقاضا، عدم کارایی فارغ‌التحصیلان، جدایی محتوای آموزشی با نیازهای فردی، جمعی و افزایش نابرابری‌های تحصیلی است (۲۵).

بر اساس آئین نامه شورای عالی انقلاب فرهنگی، اهداف تأسیس مؤسسات آموزش عالی غیر دولتی ارتقای سطح دانش و فرهنگ جامعه، تأمین نیروی انسانی متخصص، پاسخگویی به عطش جامعه برای کسب علم، بهره‌مندی از همه اساتید، ایجاد زمینه مناسب برای فعالیت همه‌جانبه مردم در امر گسترش و اعتلای دانش و پژوهش کشور می‌باشد^۲. همچنین مهم‌ترین اهدافی که از نظر موافقان، ضرورت خصوصی‌سازی آموزش عالی را توجیه می‌کند افزایش کیفیت، ارضای نیازهای متنوع

1. Lahmandi

۲ مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی ۱۳۶۴/۰۷/۲۳؛ شماره ابلاغ: ۲۳۷۴/دش و تاریخ ابلاغ ۰۸/۰۸/۱۳۶۴

گردد. خصوصی‌سازی موجب دور شدن دانشگاه از ماموریت اصلی یعنی دانشی بودن و نفوذ بازار به دلیل تغییر ارزشها در دانشگاهها افزایش مییابد.

تحقق کیفیت آموزشی از مهمترین اهداف آموزش عالی است؛ لیکن خصوصی‌سازی لزوماً منجر به بهبود کیفیت آموزش نخواهد شد؛ از طرفی امکانات دولت پاسخگوی نیازهای جامعه نیست. پس باید بخشی از آموزش عالی به بخش خصوصی واگذار شود و دولت باید با نظارت بر موسسات خصوصی و هدایت آنها به سوی اجرای سیاستهای کلان آموزشی، کیفیت آموزش را افزایش دهد. در این صورت موسسات غیر دولتی با برنامه‌ریزی، رشد کمی و توسعه کیفی از سویی و دولت با تدوین شاخصهای عملکرد و اعمال نظارت دقیق و صحیح بر ارائه خدمات موسسات از سوی دیگر، زمینه تامین نیازهای جامعه و افزایش کیفیت آموزش عالی را فراهم کنند. به عبارتی لازم است با در نظر گرفتن مزایا و معایب خصوصی‌سازی و با توجه به فرهنگ و بسیر جامعه بهترین استراتژی اتخاذ گردد و از آزمون و خطا اجتناب کرد.

تجربه کشورهای موفق که نقش مهمی در رقابت منطقه‌ای و تمرکز بر توسعه اقتصادی دارند نشان می‌دهد برای رسیدن به نتایج مطلوب، استانداردهای بالا در آموزش، پژوهش و کیفیت آنها و ارتباط با صنعت (کاربردی نمودن نتایج علمی) در دانشگاههای خصوصی ضروری می‌باشد. لیکن با توجه به اینکه جوامع مختلف دارای شرایط مختلف از نظر فرهنگی، ساختاری و امکانات هستند، لذا نمی‌توان نسخه واحدی برای همه تجویز کرد.

از محدودیتهای این مطالعه نبودن منابع و مقالات کافی در مورد خصوصی‌سازی علوم پزشکی است. طبق مطالعه انجام شده صرفاً در یک مقاله صراحتاً به علوم پزشکی اشاره شده است و در سایر مقالات به صورت کلی به مقوله خصوصی‌سازی پرداخته شده است. لذا طبق استدلال استقرایی با توجه به اینکه آموزش عالی علوم پزشکی زیرمجموعه ای از آموزش عالی کل

است آنچه بدیهی است، خصوصی‌سازی آموزش عالی علوم پزشکی همانند تیغ دولبه می‌باشد بنابراین لازم است تصمیم‌گیری در این زمینه با احتیاط و با دقت انجام شود. علیرغم اینکه نمی‌توان انکار کرد که خصوصی‌سازی موجب کاهش برخی از مشکلات پیش‌روی آموزش پزشکی و جایگزین کمبودها در منابع مراقبت های بهداشتی میتواند باشد. با این حال، استفاده از این ابزار قدرتمند باید با احتیاط انجام شود تا به جای ضرر، سود بیشتری به همراه داشته باشد.

در کل می‌توان اظهار کرد روند خصوصی‌سازی در آموزش عالی علوم پزشکی نیاز به مطالعه اساسی دارد. باید ابتدا موقعیت موجود را ارزیابی کنیم، بدانیم کجا ایستاده‌ایم. در حوزه علوم پزشکی تحقیقاتی انجام نشده و یا جامع نبوده است؛ آنچه مسلم است ایران در زمینه خصوصی‌سازی آموزش عالی تجربه موفقی نداشته است؛ لذا رویکرد سیاست‌گذاران باید بیشتر برابعد کیفی متمرکز و آموزش عالی خصوصی ملزم به ارتقای سطح کیفیت فعالیتهایش باشد؛ لذا نیازمند مطالعه و برنامه‌ریزی نظام‌مندی است که بتواند کمبودها و موانع را برطرف نماید. قطعاً خصوصی‌سازی بدون نیازسنجی و بدون تنظیم برنامه استراتژیک و خارج از چارچوب چشم‌اندازهای توسعه پایدار، نه تنها منجر به بهبود سطح رفاه و عدالت اجتماعی نمی‌شود بلکه موجب عوارض جبران‌ناپذیری می‌شود.

اعتباربخشی در تمام مراحل کار و برای همه اجزای سیستم آموزشی ضروری می‌باشد. مؤسسات باید هدف‌گرا و بر نتیجه متمرکز شوند و خود را برای دانشگاههای نسل چهارم و تامین رفاه اجتماعی عمومی آماده سازند. لذا در این خصوص دولت و سایر سازمان‌ها نباید از کنترل‌های لازم بر خصوصی‌سازی محروم شوند. برعکس، این مراجع باید در مهار آموزش های پزشکی غیرمجاز و غیراستاندارد که استانداردهای مقرر را رعایت نمیکنند، کمک کنند. لازم است کیفیت باید بر کمیت اولویت داشته باشد. رشد موسسات خصوصی و دولتی با هدف بهبود کلی

سلامت کشور باید حرف آخر را در آموزش پزشکی بزند.

پیشنهادات و توصیه ها

شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی بعنوان بالاترین مرجع قانونی موظف است ضمن انجام نیازسنجیهای لازم و الگوگیری از کشورهای موفق مانند مالزی و عدم تکرار اشتباهات تجربیات کشورهایی که مضرات زیادی برای خصوصی سازی گزارش نموده اند و همچنین مرتفع نمودن موانع و چالش های موجود، گام بردارد. فرایند گامهای لازم خصوصی سازی دانشگاههای علوم پزشکی به شرح ذیل توصیه می شود. بدیهی است هریک از موارد نیاز به پژوهش عمیق مطالعاتی و میدانی دارد که بتواند در نیل به این هدف کمک شایانی نماید. (پیشنهاداتی برای تحقیق بیشتر می باشند).

۱. مطالعه و تجزیه تحلیل پیشینه موجود و مدل های موفق خصوصی سازی
۲. تعیین وضعیت موجود شامل تجزیه و تحلیل کامل وضعیت فعلی دانشگاههای خصوصی (آزاد، علمی کاربردی، پیام نور)
۳. شناسایی مولفه های موثر دانشگاههای خصوصی
۴. شناسایی و رفع موانع و چالشهای ساختاری، قانونی، فرهنگی
۵. تهیه مدلی طبق شرایط و وضعیت کنونی دانشگاهها و تعیین مراحل
۶. تدوین لوایح، آیین نامه ها برای حمایت از خصوصی سازی
۷. تدوین آیین نامه ها و شیوه نامه های اجرایی

۸. بازنگری و تدوین کوریکولومهای مناسب براساس نیازسنجی همچنین توصیه می شود همواره در تمامی مراحل و کل فرایند، به رسالتهای اصلی به شرح ذیل توجه گردد:

۱. تامین و بهبود بهداشت و سلامت مردم به عنوان اولویت اصلی رشد موسسات خصوصی و دولتی پزشکی
 ۲. ایجاد نظام اعتباربخشی و سیستم نظارتی برای تضمین کیفیت
 ۳. استانداردسازی ساختار شهری با توجه به شرایط همه اقشار مردم (عام المنفعه)
 ۴. بازنگری و اصلاح سیستم جذب هیات علمی و دانشجو
 ۵. انجام خصوصی سازی در بستر آمایش سرزمین و ویژگیهای قومی
 ۶. صدور مجوزهای تاسیس موسسات خصوصی براساس نیازسنجی
 ۷. بازنگری و تدوین برنامه های آموزشی براساس نیاز روز (با توجه به رشد فناوری، هوش مصنوعی و تاکید بر کار آفرینی)
 ۸. توزیع عادلانه خصوصی سازی در مناطق برخوردار، کم برخوردار و محروم
- امید است با اهتمام بیشتر و با مدیریت صحیح (برنامه ریزی، سازماندهی، به کارگماردن، رهبری و نظارت) بتوانیم گامی اساسی در تحول آموزش عالی جهت ایجاد جامعه ای بهتر و توسعه یافته حرکت کنیم.

منابع

1. Jamshidi L, Arašteh H, NavehEbrahim A, Zeinabadi H, Rasmussen PD. Developmental patterns of privatization in higher education: a comparative study. *Higher Education*. 2012 Dec; 64:789-803.
2. Crnković B, Požega Ž. "Causes and Models of Privatization in Higher Education." *Interdisciplinary Management Research* 4(2008):124-134.
3. Shehnaz SI. Privatization of medical education in Asia. *South-East Asian Journal of Medical Education*. 2011; 5(1):18-25.
4. Yirci R, Kocabaş İ. Academicians' Opinions about Privatization in Higher Education? A Comparative Research in State and Foundation Universities. *International Online Journal of Educational Sciences*. 2016; 8(4).
5. Kashani, M; Roštampour, M. Education, the most vital tool in the path of sustainable development; *Journal of Social Sciences*, 2013, No. 67: 81-89(Persian).
6. Qaroun, M. Higher education expansion policies in recent years: capacity development or waste of resources? development management process; period 27; No. 2, 88 consecutive; 2014: 3-28(Persian)
7. GoreishiKhorasgani, MS; YemeniDoziSorkhabi, M; Zakersalehi, GR; Mehran; G. An analysis of the studies conducted in the field of privatization of higher education. *Science and Technology Policy Quarterly*, Year 8, No. 1, (2016). (Persian)
8. Lee MN. Higher education in Malaysia: National strategies and innovative practices. *Mass higher education development in East Asia: Strategy, quality, and challenges*. 2015:105-18.
9. Lee M, Wan CD, Sirat M. Hybrid universities in Malaysia. *Studies in Higher Education*. 2017;42(10):1870-86.
10. Okoli, C., & Schabram, K. (2010). A guide to conducting a systematic literature review of information systems research.
11. Silva, M. (2015). A systematic review of Foresight in Project Management literature. *Procedia Computer Science*, 64, 792-799.
12. Hashemian, FS; Zandian, H; AghaMohammadi, J. Analysis of private sector participation in Iran's education system. *Strategic and Macro Policies* 3, No. 12(2016): 1-26. (Persian).
13. Mahapatra, D. Prospective of Privatization in Higher Education in India. In book: "Privatisation of Higher Education in India" edited by Dr. Prasanta Kumar Barik, Dr. Shisira Bania. Published by: Shree Publishers & Distributors, 22/4735 Prakash Deep Building, New Delhi-110 002. ISBN: 978-93-90674-99-2(2022): 34-42
14. Arašteh, HR; Jamshidi, L. "Factors affecting the quantitative development of privatization of higher education in Iran." *Educational Sciences* 21.2(2015): 83-112(Persian)
15. Tilak, J. (2008). Current trends in private higher education in Asia. In *Proceedings of the international conference of privatization in higher education* (pp. 113-143). January 7-8, The Samuel Neaman Press.
16. Bayram A. The reflection of neoliberal economic policies on education: Privatization of education in Turkey. *European Journal of Educational Research*. 2018;7(2):341-7.
17. Boesenberg E. Survival in the new corporatized academy: Resisting the privatization of higher education. *Workplace: A Journal for Academic Labor*. 2015(25).
18. Aslan G. Neo-liberal Transformation in Turkish Higher Education System: A New Story of a Turning Point: Draft Proposition on the Higher Education Law I. *Journal for Critical Education Policy Studies(JCEPS)*. 2014;12(2).
19. Rabiei, A; Nazarian, Z. Obstacles to the privatization of higher education in Iran and providing solutions to solve them; *Journal of Higher Education*, fourth year, number 2(consecutive 14), spring 2012: 171-191(Persian)
20. Rezaian, M. "Challenges of the private sector of higher education in Iran". *Management and planning in educational systems*. 2020, 349-378.(Persian)
21. Azizi, A; YemeniDoziSorkhabi, M; Khorasani, A; Arašteh, HR. "Designing a model of privatization of higher education in Iran". *New Educational Thoughts*. 2019: 7-33. (Persian).
22. Lahmandi-Ayed R, Lasram H, Laussel D. Is partial privatization of universities a solution for higher education? *Journal of Public Economic Theory*. 2021(6):1174-98.
23. Zakersalehi, G. A comparative study of academic structure and management and leadership: a case study of the boards of trustees, *Iranian Higher Education Quarterly*, 8th year, 3rd issue(2016).(Persian)
24. Lee M, Wan CD, Sirat M. Hybrid universities in Malaysia.

- Studies in Higher Education. 2017;42(10):1870-86.
25. SafiSamaghabadi, M.(Master of Regional Development Planning).(02/13/2018). Privatization of higher education in Iran. Engare website(<https://engare.net/privatization-of-higher-education>);(Persian)
26. Nowruzi, G; Amini, E. Investigating the government's su-

pervisory role on universities and non-governmental-non-profit higher education institutions, the first international conference on rights and sustainable development of civil society, Shiraz, Islamic Azad University, Fars Science and Research Branch, 2015;(Persian)



Privatization of Higher Education with an Approach to Medical Sciences: A Systematic Review

Habibeh Abbasi¹, Asghar Jahandideh^{2*}, Jalil Koupayezadeh Isfahani³, Ali Akbari Sari⁴

Abstract

Background and Objective: Today, according to the phenomenon of globalization and the progress of modern societies and technology, we face numerous changes in all aspects of life, therefore privatization processes have inevitably become a part of normal life. So privatization of higher education is inevitable.

Methods and Materials: In this paper, which is Applied Research; set in the (analytical and descriptive) method. This research was done by systematic review method. The Google Scholar database was selected as a reliable database, and the articles were searched according to keywords. The selection criteria included the language of the articles (Persian and English), access to the full text, and the last 15 years from 2008 to 2023. The number of articles obtained was 118, after removing duplicate and unrelated items, 35 articles were selected. After careful study based on research objectives and questions, the number of articles reached 19. Finally, the analysis was done based on the findings.

Results: Privatization in higher education increases the efficiency and quality of education. It responds to the high demand of the society. It reduces the pressure on the government budget. Higher education is available to all. It is student-oriented and pays more attention to the challenges and problems of students. On the other hand, it makes education become a privilege. It has caused the university to move away from its main mission, which is to be academic, and market influence increases due to the change of values.

Conclusion: The process of privatization higher education needs a fundamental revision. it is essential to know current situation. In order to survive, private higher education has to improve the quality of its activities and reduce costs. Privatization of higher education needs systematic study and planning in order to solve the deficiencies and obstacles.

Keywords: Privatization, Private University, Higher Education, Private Higher Education, Privatization of Medical Sciences

-
1. Ph.D. in educational management, Expert in charge of planning, Deputy of Education, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran habbasi2006@gmail.com
 - 2*. Corresponding Author, MD, Expert of the Council for the Development of Medical Sciences Universities, Deputy of Education, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran dr.a.jahandideh@gmail.com
 3. Professor of the Social Medicine Department of Iran University of Medical Sciences and Secretary of the Council for the Development of Medical Sciences Universities, Deputy of Education, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran jalil@iums.ac.ir
 4. Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran akbarisari@tums.ac.ir

شناسایی شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

زهرا بهره‌ور^۱، فاطمه حمیدی‌فر^{۲*}، یلدا دلگشایی^۳، عباس خورشیدی^۴

چکیده

هدف: در سال‌های اخیر آموزش و توسعه منابع انسانی جهت حفظ استعدادها، افزایش قابلیت منابع انسانی و همگام شدن با تحولات سریع ساختارهای سازمانی مورد توجه می‌باشد. مقاله حاضر با هدف شناسایی شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت‌محور در حوزه معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش کاربردی، آمیخته اکتشافی و داده بنیاد خود ظهور و پیمایشی مقطعی بود. جامعه آماری بخش کیفی شامل خبرگان و بخش کمی ۸۷۶ نفر از کارکنان معاونت آموزشی بودند. نمونه‌گیری بخش کیفی به روش گلوله برفی شامل ۱۱ نفر و بخش کمی ۲۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات بخش کیفی کتابخانه‌ای و میدانی و بخش کمی میدانی بود. ابزار پژوهش در بخش کیفی اسناد و مصاحبه نیمه ساختاریافته و بخش کمی پرسشنامه محقق ساخته بود. اعتبار داده‌های بخش کیفی براساس پنج مقوله استفاده شد. روش تحلیل داده‌های بخش کیفی، کدگذاری نظری با مکس کیودا و بخش کمی با تحلیل عاملی تاییدی با نرم افزار لیزرل بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور شامل بعد نیازها با مؤلفه شناسایی نیازها، هدف گذاری، تعیین ساختار و تعیین محتوا؛ بعد منابع با مؤلفه منابع انسانی، منابع مالی، منابع فیزیکی و منابع فناورانه؛ بعد پیاده‌سازی با مؤلفه روش تدریس و برنامه‌ریزی؛ بعد ارزیابی با مؤلفه خودارزیابی، هنجار محور و ملاک محور است.

نتیجه‌گیری: ابعاد و مؤلفه‌های بدست آمده حاکی است که آموزش مهارت محور بدون توجه به فرایندهای علمی آموزش ضمن خدمت کاری عبث بوده و صرفاً بخشی از سرمایه مالی را از دست داده و همچنین فرصت‌هایی را که کارکنان می‌توانستند اقدامات قابل توجهی را در محیط کار انجام دهند از بین برده‌ایم. آموزش ضمن خدمت در جهان، منجر به تولید استانداردهای علمی شده که سازمان‌ها برای آموزش کارکنان خود بر مبنای آنها عمل می‌کنند.

کلمات کلیدی: شاخص، آموزش، مهارت محور، آموزش ضمن خدمت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت آموزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران zahrabahrevar@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول. استادیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران fatemehhamidifar@gmail.com

۳. استادیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران y.delgoshaei@gmail.com

۴. استاد تمام، گروه مدیریت آموزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران a_khorshidi40@yahoo.com

مقدمه

امروزه علم و مهارت به سرعت در حال تغییر و تحول است؛ بدیهی است در چنین زمانی همه سازمان‌ها باید دائماً در حال آماده‌سازی برای پذیرش تغییر و تحولات باشند (کدخدائی و همکاران، ۱۴۰۱). در چنین شرایطی سازمانی موفق است که، با توجه به دانش روز و فناوری پیشرفته خود را به سوی ترقی و پیشرفت هدایت کند (خشنودی فر و همکاران، ۱۳۹۸). لذا در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای آموزش و توسعه منابع انسانی^۱ مورد توجه واقع شده است، زیرا سازمان‌ها تمایل دارند استعدادهای خود را مدیریت کنند (هنری^۲، ۲۰۲۱).

کارآیی سازمان^۳ منوط به انجام وظایف درست و صحیح این نیروها است. از آنجایی که بخش عمده‌ای از منابع و سرمایه سازمان‌ها را منابع انسانی^۴ تشکیل می‌دهد، لذا تأمین این سرمایه انسانی^۵ مستلزم انجام فعالیت‌های آموزشی مستمر در تمامی سطوح سازمانی است و پرورش انسان‌های زبده و ماهر که از آن به عنوان توسعه منابع انسانی^۶ یاد می‌شود، در این راستا سازمان‌های خدماتی نیز برای دستیابی و حفظ مزیت رقابتی، بر روی نیروی انسانی خود سرمایه‌گذاری می‌کنند و مطالعات نشان می‌دهد که مجموعه دانش و مهارت کارکنان^۷ برای بهبود عملکرد^۸، رقابت پذیری و پیشرفت سازمان مهم هستند. بنابراین، سازمان‌ها از طریق آموزش‌های مناسب و توسعه طرح‌های مهارتی، کیفیت منابع انسانی خود را ارتقا می‌بخشند (موتلوکوا و همکاران^۹، ۲۰۱۸).

در مطالعه دیگری نیز نشان داده شده است که این دوره‌ها دارای چالش‌ها و مشکلاتی در زمینه برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور وجود دارد که شامل موارد؛ تخصیص کم منابع مالی و ضعف اساسی در زیرساخت‌های آموزشی نظیر تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی با توجه به منابع به روز، عدم نیاز سنجی مناسب در زمینه مسائل و مشکلات کاری، غیرکاربردی بودن محتوای دوره‌های آموزش مهارتی در محیط کار، سختی شرایط محیط کار و در نتیجه نبود فرصت لازم برای شرکت در دوره های آموزش مهارتی؛ نبود اساتید مجرب و فقدان آموزش‌ها در محیط واقعی کار، عدم حمایت سازمان از این دوره‌ها و کارآموزان، عدم آموزش کارکنان با توجه به نیاز آنها، به روز نبودن محتوای دوره آموزشی با توجه به نیازها بود. (مهدی زاده و همکاران، ۱۴۰۰).

بر اساس تغییرات زیاد و گسترده و پیچیدگی مأموریت‌های شغلی کارکنان وزارت بهداشت، آنها پیوسته باید دانش و مهارت‌های شغلی خود را بهبود بخشند (هاوری^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). اساسی‌ترین مشکلات در حوزه آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را می‌توان در مواردی نظیر بهره‌وری آموزش، ارتقای عملکرد کارکنان به واسطه آموزش، برنامه‌ریزی دوره‌های آموزشی و تناسب ضعیف محتوای دوره‌ها با نیازهای آموزشی کارکنان دانست (یوسفی و همکاران، ۱۴۰۱).

در محیط کار، مهارت فقط از طریق آموزش رسمی و یا کارآموزی کسب نمی‌شود بلکه با هر نوع کارآموزی ساختارمند، یادگیری غیر رسمی و حتی خود آموزی می‌تواند به آن دست یافت (نراقی^{۱۱}، ۲۰۰۹). در سازمان‌های پیشرفته، نظام‌های آموزشی کارآمد برنامه‌های آموزش شغلی اثر بخش،

1 Training and development of human resources

2 Hendy

3 Organizational Performance

4 Human resources

5 Human capital

6 Human resources development

7 Knowledge and skills of employees

8 Improve performance

9 Motlokoa & all

10 Havery

11 Naraghi

ارزیابی اثر بخشی دوره‌های مجازی آموزش‌های ضمن خدمت کارکنان در بانک تجارت دارند.

یوسفی و همکاران (۱۴۰۱). پژوهشی با هدف «ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره های آموزش ضمن خدمت کارکنان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» انجام دادند. روش تحقیق، توصیفی پیمایشی است. از نظر هدف، در حیطه تحقیق کاربردی و از نظر چگونگی گردآوری داده ها، در گروه «تحقیق آمیخته اکتشافی» قرار می‌گیرد. داده‌های کیفی و کمی از طریق کتابخانه‌ای و میدانی جمع آوری شدند. نتایج شامل پنج بعد پرهیز از بیگانگی شغلی شامل رعایت هنجارها و استانداردهای شغلی، بروزرسانی دانش، مسئولیت پذیری به جای احساس وظیفه شامل احساس خویشتاوندی با کار، ایجاد پیوندهای عاطفی با محیط، حساسیت نشان دادن نسبت به امورات محوله، جلوگیری از انزوای شغلی، دخیل سازی و مشارکت جویی، حساس پیشرفت و خودتوسعه‌ای، معقول بودن محتوای کار، احساس معنی‌داری شامل احساس توانمندی در اجرای خط مشی‌ها، پذیرش کار و تلاش برای ارتقای توانایی‌ها، احساس مهم بودن، عشق به کار شامل عدم تمایل به ترک کار، ارائه خدمات مازاد بر وظیفه، مسئولیت‌های اجتماعی سازمانی سیاست‌های زیست محیطی و پایداری و تاب‌آوری استخراج شد. یافته‌ها نشان داد که در راستای ارائه مدل ارتقای اثربخشی دوره‌های آموزش ضمن خدمت، در مجموع از بین ابعاد و مؤلفه‌های استخراج شده، بعد مسئولیت‌پذیری به جای احساس وظیفه و بعد مؤلفه جلوگیری از انزوای شغلی بیشترین توجه وجود داشت. یوسف زاده و همکاران (۱۴۰۰). پژوهشی با هدف «استخراج ویژگی‌های عناصر اساسی برنامه درسی مهارت‌آموزی دانش‌آموزان» انجام دادند. پژوهش حاضر با توجه به هدف، کاربردی و با توجه به رویکرد کیفی است. در این پژوهش از روش پدیدارشناسی توصیفی استفاده شده

طرح‌ها و راهبردهای به هم پیوسته و منسجمی را تدوین، اجرا و نظارت می‌نمایند که در مجموع، خود کفایی و تداوم شغلی و کارآفرین بودن فرد را تأمین کند.

براساس یافته‌های پژوهش‌ها، کارکنان اکثر سازمان‌ها فاقد توانایی‌ها و صلاحیت‌های مورد نیاز در زمینه شغل خود هستند. مهمترین خلاء مهارت آموزی اکثر سازمان‌ها، عدم هماهنگی آموزش‌ها با نیازهای واقعی کارکنان، کمبود افراد متخصص برای ارائه برخی از آموزش‌های مهارتی، کمبود تسهیلات مالی و اعتباری است، از دیگر آسیب‌ها عدم به روزرسانی امکانات و تجهیزات مورد نیاز آموزش، عدم مواد مصرفی مکفی برای انجام کارهای کارگاهی و همین‌طور عدم حمایت از افراد کارآفرین و نخبه‌مهرتی است. برای حل این مشکل می‌بایست به جای تمرکز صرف بر مفاهیم نظری در کلاس‌های آموزش ضمن خدمت بر مهارت‌های شغلی کارکنان تأکید شود (محمدی و رحمانی، ۲۰۱۹).

دهقاده‌زاده و همکاران (۱۴۰۱). پژوهشی با هدف «ارائه مدل ارزیابی اثر بخشی دوره‌های مجازی آموزش‌های ضمن خدمت کارکنان در بانک تجارت» انجام دادند. تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، تلقینی از نوع روش‌های کیفی و کمی بود. در مرحله اول از روش کیفی تحلیل محتوا (قیاسی) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که معناداری ضرایب و پارامترهای بدست آمده، ابعاد تدریس اثر بخش مدرسان دوره‌های مجازی، کیفیت خدمات آموزشی در آموزش مجازی، نقش فناوری اطلاعات در آموزش‌های مجازی و روش‌های آموزش الکترونیکی نشان داد که تمامی ضرایب بدست آمده معنادار بودند. بعلاوه یافته‌های حاصل از تحلیل ابعاد بیانگر آن می‌باشد که از بین ابعاد مدل، بعد کیفیت آموزش مهارتی در آموزش مجازی با میانگین (۰/۹۱) بیشترین و بعد نقش فناوری اطلاعات در آموزش‌های مجازی با میانگین (۰/۷۵) کمترین تاثیر را در

است. نتایج تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها ۹۳ مضمون پایه را در ۴ مضمون سازمان‌دهنده، شناسایی کرده است که حول مضمون فراگیر برنامه درسی مهارت آموزی برای اشتغال پذیری دانش‌آموزان دوره متوسطه گرد آمده است. یافته‌های پژوهش مؤلفه‌های برنامه مهارت آموزی برای اشتغال‌پذیری را قالب عناصر هدف شناختی، عاطفی و مهارتی، محتوا، راهبردهای یاددهی و یادگیری و ارزشیابی شناسایی کرده است.

چوان چوان و همکاران^۱ (۲۰۲۳). پژوهشی با هدف "نیازسنجی آموزش ضمن خدمت در راستای کسب دانش و مهارت برای ارائه فعالیت‌های خدماتی: مطالعه مقطعی پرسنل مراقبت‌های بهداشتی" انجام دادند. آموزش در زمینه مراقبت‌های بهداشتی به بهبود کیفیت خدمات پرسنل کمک و اطلاع‌رسانی می‌کند. ارائه به موقع خدمات با کیفیت بالا همیشه برای تحقق مراقبت‌های بهداشتی ضروری است. ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته بود که در این راستا توجه به نیازها و انتظارات در حال تغییر پرسنل مراقبت‌های بهداشتی در راستای ارائه آموزش‌ها، ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف نیازسنجی آموزشی پرسنل مراقبت‌های بهداشتی در چین انجام شده است. در این راستا نظرسنجی آنلاین مقطعی از ۸ دسامبر ۲۰۲۰ تا ۱۵ ژانویه ۲۰۲۲ شامل ۹۰۱ شرکت‌کننده در سراسر چین، شامل ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، سیاست‌گذاران، محققان و مربیان و دانشجویان تمام وقت تحصیلات تکمیلی پزشکی و پرستاری که در چین زندگی می‌کردند و واجد شرایط بودند. نتایج نشان داد شرکت‌کنندگان به طور کلی موافق بودند که آموزش‌های ضمن خدمت مرتبط با سلامت مفید بود. استفاده از انواع محتوا و منابع جدید و به روز، موضوعات کاربردی و مهارتی و استفاده از کارگاه‌های آموزشی، از نظر اکثر شرکت‌کنندگان مورد توجه خاص بود. ارائه پشتیبانی

بیشتر و در دسترس بودن محتوای کارگاه‌های آموزشی، ارائه آموزش‌های مبتنی بر مهارت و تعیین حوزه‌های تحقیقاتی بیشتر برای مشارکت‌کنندگان، بیشترین تقاضا را به عنوان حوزه‌های ضروری شناسایی شد.

فرانکوویس مارمیر و همکاران^۲ (۲۰۲۱). پژوهشی با عنوان "ضرورت آموزش‌های ضمن خدمت مهارت محور کارکنان" انجام دادند. افزایش دیجیتالی شدن در فرآیندهای صنعتی شدن شرکت‌ها به عنوان فرصتی برای افزایش رقابت‌پذیری آنها تلقی می‌شود. آموزش ضمن خدمت مهارت محور به طور بالقوه امکان تصمیم‌گیری بهتر برای کارکنان را در تمام سطوح شرکت فراهم می‌کند. لذا مهارت‌های کاربرد نرم‌افزارها، برنامه‌نویسی، تحلیل داده‌ها، شبیه‌سازی، طراحی مجازی، خودکار و الکترونیک از اهمیت خاصی برخوردار است. در این زمینه اگر آموزش‌ها و مهارت‌ها تغییر نکنند، کارکنان آمادگی کاربرد فناوری‌های جدید را ندارند و منجر به خطرات بالا در محیط کار، استفاده نادرست از ابزار و اطلاعات و تصمیم‌گیری ناآگاهانه می‌شود. یک چشم‌انداز جهانی از آموزش مهارت محور نشان می‌دهد که این آموزش‌ها برای پیشرفت کل شبکه صنعتی ضروری است.

لازم به ذکر است که با توجه به نوپا بودن آموزش‌های نوین و مهارت محور در حوزه آموزش ضمن خدمت، مطالعه منتشر شده در این زمینه به ندرت پیدا می‌شود. بنابراین با توجه به مستندات فوق، پژوهشگر در صدد برآمد با انجام پژوهش حاضر به این سؤال به شیوه علمی پاسخ دهد؛ شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کدام است؟

روش بررسی

روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی؛ از نظر نوع داده،

مقبولیت (موثق بودن، روایی درونی، روایی بیرونی، عینیت و پایایی) استفاده شد. روایی داده‌های کمی به شیوه روایی صوری و محتوایی و پایایی آن با آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقادیر این ضریب برای همه متغیرهای پژوهش بالای ۰/۷ به دست آمد، که نشان داد داده‌ها از روایی و پایایی کافی برخوردارند. روش تحلیل داده‌های بخش کیفی، کدگذاری نظری برگرفته از روش داده بنیاد خودپدید با کمک نرم افزار مکس کیودا و تحلیل داده‌های بخش کمی با روش تحلیل عاملی تاییدی به کمک نرم افزار لیزرل بود. در شکل ۱ قالب کدها برای شاخص‌ها، مؤلفه‌ها و ابعاد آموزش ضمن خدمت مهارت محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارائه شده است.

آمیخته اکتشافی؛ از نظر ماهیت و نوع مطالعه به شیوه داده بنیاد خودپدید و پیمایشی مقطعی بود. جامعه آماری بخش کیفی شامل خبرگان و صاحب‌نظران دانشگاهی (اساتید دانشگاه و متخصصان) و در بخش کمی کلیه کارکنان معاونت آموزشی وزارت بهداشت، به تعداد ۸۷۶ نفر بودند. نمونه‌گیری بخش کیفی به روش گلوله برفی و تا حد اشباع نظری با ۱۱ نفر مصاحبه انجام شد و حجم نمونه بخش کمی به روش کوکران ۲۸۰ نفر تعیین شد و به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات بخش کیفی کتابخانه‌ای و میدانی و بخش کمی میدانی بود. ابزار مورد استفاده در بخش کیفی کلیه اسناد و مدارک و مصاحبه نیمه ساختاریافته و بخش کمی پرسشنامه محقق ساخته بود. اعتبار داده‌های بخش کیفی بر اساس پنج مقوله

Code System	43
ارزیابی	0
ملاک محور	5
هنجار محور	3
خودارزیابی	3
بیاباده سازی	0
برنامه ریزی	2
روش تدریس	5
منابع	0
فناورانه	4
فیزیکی	2
مالی	3
انسانی	4
نیازها	0
تعیین محتوا	3
تعیین ساختار	3
هدف گذاری	3
شناسایی نیازها	3

شکل ۱. قالب کدها برای شاخص‌ها، مؤلفه‌ها و ابعاد آموزش ضمن خدمت مهارت محور

ابعاد، مؤلفه‌ها و تعداد شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور کارکنان معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح جدول ۳ ذیل می‌باشد.

یافته‌ها

سؤال پژوهش: ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های الگوی آموزش ضمن خدمت مهارت محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کدام هستند؟

جدول ۱. منتخبی از نتایج جلسات گروه کانونی

نکات کلیدی	کدهای اولیه
یکی از ابعاد فرهنگ سازی است. فرهنگ سازی محیط کار هم برای کارکنان و هم برای مدیران باید توجیه شوند برای چه این آموزش را فرامی گیرند و مدیران نیز درک کنند که برای داشتن نیروی کارآمد نیاز به آموزش هست و این آموزش حاصل نمی شود تا مدیر زمان لازم و هزینه لازم را در قبال این موضوع پرداخت نماید.	فرهنگ‌سازمانی، نیازسنجی، مدیریت زمان، امکانات و منابع
دانش-مهارت. ابتدا تئوری‌ها و آموزش را می‌بایست به طور کامل به صورت دانش آموخت و مسبب مهارت و عمل را با توجه به آن کامل نمود و این ۲ مقوله در کنار هم صورت می پذیرد.	دانش و تحصیلات بالای اساتید، تخصص و تجربه اساتید
آموزش‌های نظری را تبدیل به مهارت کنیم کسب دانش نظری و به روزرسانی آموزش های نظری در محیط مناسب	کاربردی شدن دروس، به روز رسانی آموزش ها، امکانات و محیط مناسب
مهارت‌های نرم-مهارت‌های سخت -مهارت‌های نرم مثل فن بیان- گفتگو- تعامل- تفکر انتقادی- مهارت‌های سخت مثل تزریقات- کار کردن با یک نرم افزار)، سیاست‌ها و افق پیش رو را باید بررسی نمود و بدانیم سازمان به چه مهارت‌هایی احتیاج دارد. سازمان دهی و اجرا.	مهارت‌های نرم مثل (فن بیان- گفتگو- تعامل- تفکر انتقادی)؛ مهارت‌های سخت مثل (تزریقات، کار کردن با یک نرم افزار)، سیاستگذاری مناسب و منطقی، نیازسنجی آموزشی، سازمان دهی، اجرا
همسو کردن مقاصد سازمان با کارکنان هدف- تعیین هدف‌های آموزش- پیش بینی شرایط و امکان اجرا دوره‌ها- روش اجرا دوره‌ها- محتوای آموزشی مورد نیاز دوره‌ها- انتخاب اساتید مجرب و حرفه ای و آشنا به کار	همسو کردن مقاصد سازمان با کارکنان هدف، تعیین هدف‌های آموزشی، پیش بینی شرایط و امکان اجرا دوره‌ها، روش اجرا دوره‌ها، محتوای آموزشی مورد نیاز دوره‌ها، انتخاب اساتید مجرب و حرفه ای و آشنا به کار
در یک راستا قرار دادن مقاصد سازمان با کارکنان هدف- تعیین هدف های آموزش تعیین برنامه بلندمدت	انطباق و هماهنگی مقاصد کارکنان با اهداف سازمان، تعیین هدف های آموزش، برنامه ریزی بلند مدت جهت و قابل اجرا، برنامه‌ریزی کوتاه مدت، روش اجرای دوره‌ها به‌صورت کاربردی، محتوای مناسب آموزشی
متغیرهای اثرگذار بر نتیجه فرایند شامل و نه محدود به موارد زیر قابل بیان هستند. ادراک کارکنان از اهمیت موضوع، تعهد مدیریت، سازمان یافتگی اقدامات آموزش از طراحی تا ارزیابی اثر بخش، کیفیت و نوع اقدامات مرتب بر دریافت نتایج اثر بخش، عوامل انگیزشی بیرونی اعم از مادی و غیر آن، رسانه، در برگیری مشتریان/ ارباب رجوع در آموزش و مطالبه‌گری (کنشگری دو جانبه)، بومی‌سازی مدل توسعه مهارت‌ها	ادراک کارکنان از اهمیت موضوع، تعهد مدیریت، سازمان یافتگی اقدامات آموزش از طراحی تا ارزیابی اثر بخش، کیفیت و نوع اقدامات مرتبط بر دریافت نتایج اثر بخش، عوامل انگیزشی بیرونی اعم از مادی و غیر آن، رسانه
دو بعد کارمند و برنامه را برای این موضوع می‌توان در نظر گرفت. در بعد کارمند شناسایی افراد مخاطب به دقت باید صورت گیرد	ویژگی‌های یادگیرنده شامل: سن، جنس، سنوات خدمت و مدرک تحصیلی و البته وظیفه محوله تشکیل می شود.
در بعد برنامه نیز به مانند تمام برنامه‌ها ضمن تعیین هدف نهایی، می‌بایست اهداف به اجزای کوچک قابل دستیابی در مدت محدود تقسیم شود.	تبدیل جامعه هدف به گروه‌های کوچک و تشخیص نیازهای آن گروه، تعیین هدف نهایی و تبدیل اهداف به هدف‌های جزئی
امتیازات اجباری در حال حاضر و به طور اندک نیازهای کارمندان و ادارات می باشد. اما باید مسیر توسعه مهارتی و حرفه‌ای دیده شود نه به دست آوردن یک مهارت و برای فرد و خود وزارتخانه یک مسیر حرفه‌ای دیده شود. هر فرد یک خط آموزشی برای خود انتخاب نماید.	مسیر توسعه مهارتی و حرفه‌ای و یک خط آموزشی هدفمند
ابتدا باید نیازسنجی استفاده شود و بر اساس آن در هر بخش آموزش مهارت محور برگزار شود.	نیازسنجی هر سازمان
۲ بعد را می‌توان در نظر گرفت در بعد اقتصادی و فرهنگی	اقتصادی-فرهنگی

جدول ۲. کدهای پایه مستخرج از مصاحبه با خبرگان (گروه کانونی)

مضامین پایه
وجود ارزیابی محتوای آموزش‌های ضمن خدمت مهارت محور
وجود آزمون‌های استاندارد
قابل انتشار بودن محتوا و یافته‌ها
برخورداری از اساتید خبره با روشهای مهارت ارتباطی
اجرای پایلوت
اجرائی نهایی
خودآگاهی
وجود ارزیابی منابع اعتباری تخصیص داده شده به آموزش‌ها
وجود مستندات جهت مقایسه سطح نمرات آزمون کلاس‌های مختلف
وجود ارزیابی مستمر تأثیر آموزش‌ها بر میزان عملکرد و مهارت‌های فراگیران بعد از حداقل شش‌ماه گذراندن دوره
سازمان محور
تعیین تفاوت بین شایستگی‌های موجود و مطلوب
وجود تناسب بین اهداف و استراتژی‌های سازمان با نیازهای آموزشی
آموزش فراگیر محور
فراهم بودن امکان واقعیت مجازی و افزوده در آموزش مهارتی
مستقیم/حضور
تعیین فعالیت‌های مهارتی آموزش سازمان همسو با تغییرات
حمایتی بودن فرهنگ سازمان
وجود بسترسازی آموزش‌های گروهی
وجود نرم افزارهای هوشمند
برگزاری اردوهای آموزشی متناسب با مهارت‌های مورد نیاز
وجود قرارداد و تفاهم نامه آموزشی بین وزارتخانه و مراکز آموزشی معتبر
محتوای مبتنی بر کارگروهی
برگزاری کارگاه‌ها و سمینارهای مهارتی
برخورداری از اساتید خبره مجرب به روش‌های نوین تدریس
وجود بودجه تامین تجهیزات سخت افزاری
وجود ارزیابی فضا و امکانات متناسب با آموزش‌های ضمن خدمت مهارت محور
همکار محور
وجود آزمونهای مهارتی
غیر مستقیم/مجازی
فراهم بودن امکان شبیه سازی در آموزش مهارتی
وجود بودجه تامین تجهیزات نرم افزاری
محتوای کارگاهی، عملیاتی و آزمایشگاهی بودن
اساتید خبره با مهارت فناوری
وجود بودجه جهت جذب اساتید خبره مهارتی
وجود فضای فیزیکی
وجود ارزیابی مهارتها و صلاحیتهای مدرسین توسط یک تیم
برخورداری از اساتید خبره با تجارب و سوابق کاری مهارتی
همسویی قوانین و مقررات با روند اجرای برنامه‌های آموزشی مهارت محور
تعیین نیازهای شغلی
همکاری کلیه کارکنان در فرایند نیازسنجی آموزشی
برخورداری از اساتید خبره با مهارت فناوری
تعیین اهداف کلی و رفتارهای دوره آموزشی

جدول ۳. اطلاعات مربوط به پرسشنامه پژوهش

تعداد شاخص	مؤلفه ها	ابعاد
۳	شناسایی نیازها	نیازها
۳	هدف گذاری	
۳	تعیین ساختار	
۳	تعیین محتوا	
۴	انسانی	منابع
۳	مالی	
۲	فیزیکی	
۴	فناورانه	
۵	روش تدریس	پیاده سازی
۲	برنامه ریزی	
۳	خودارزیایی	
۳	هنجار محور	ارزیایی
۵	ملاک محور	

بحث

در ذیل به تفسیر به نتایج این یافته پرداخته شده است؛ در راستای مؤلفه شناسایی نیازها، با یافته پژوهش‌های هورامانی و همکاران (۱۴۰۲)، چوان چوان و همکاران (۲۰۲۳)، فرانکوویس مارمیر و همکاران (۲۰۲۱) مؤلفه هدف گذاری، با نتیجه پژوهش نصری و همکاران (۱۳۹۴)، مؤلفه تعیین ساختار، با نتیجه پژوهش‌های یوسفی و همکاران (۱۴۰۱)، شکیبا راد و اکبری (۱۳۹۸)، مؤلفه تعیین محتوا، با نتیجه پژوهش‌های یوسفی و همکاران (۱۴۰۱)، شکیباراد و اکبری (۱۳۹۸)، مؤلفه منابع انسانی، با نتیجه پژوهش‌های هاشمی پورپتکوئی و همکاران (۱۳۹۹) مؤلفه منابع مالی، با نتیجه یافته‌های چوان چوان و همکاران (۲۰۲۳)، مؤلفه منابع فیزیکی، با نتیجه یافته‌های چوان چوان و همکاران (۲۰۲۳)، مؤلفه منابع فناورانه، با نتیجه پژوهش‌های دهقاده زاده و همکاران (۱۴۰۱)، در راستای بعد پیاده سازی با نتیجه یافته‌های هاشمی پورپتکوئی و همکاران (۱۳۹۹) و حمدی و همکاران (۱۳۹۸)، مؤلفه برنامه‌ریزی، با نتیجه یافته‌های سونگ بی‌ماک و همکاران (۲۰۲۱)، ماه‌طلب و همکاران (۱۴۰۰)، مؤلفه

ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌های الگوی آموزش ضمن خدمت مهارت‌محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کدامند؟ به منظور پاسخ به این سؤال جهت شناسایی ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور در معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بررسی مطالعات کتابخانه‌ای، مبانی نظری و پیشینه پژوهش در مطالعات داخلی و خارجی در حوزه آموزش ضمن خدمت مهارت محور و همچنین مبتنی بر مصاحبه با ۱۱ خبره در گروه کانونی صورت گرفته و سپس متون جلسه با گروه خبرگان پیاده سازی شد. در نهایت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های متون از کدگذاری نظری جهت مقوله‌بندی کدهای حاصل از ادبیات و مصاحبه با خبرگان استفاده شد. در نهایت ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های آموزش ضمن خدمت مهارت محور در حوزه معاونت آموزشی وزارت بهداشت در چهار بعد اصلی (نیازها، منابع، پیاده سازی و ارزیایی)، ۱۳ مؤلفه و ۴۳ شاخص تدوین شد که

ضمن خدمت با توجه به اهمیت آن در دنیا، منجر به تولید استانداردها و الگوهای علمی شده است که سازمان‌ها و شرکت‌ها برای آموزش کارکنان خود بر مبنای آنها عمل می‌کنند. تولید و انتشار این استانداردها دلایل متعددی دارد اول اینکه شرکت‌ها و سازمان‌ها منابع محدودی برای آموزش دارند و باید آموزش‌هایی را برگزار کنند که هم فراگیر و شمولیت بیشتری داشته باشد و هم موضوعات استراتژیک سازمان را پوشش دهد. دوم اینکه کارکنان سازمان قرار است در طول روز به ارائه خدمات بپردازند یا اهداف و ماموریت‌های سازمان را دنبال کنند و اینکه بدون توجه به مشکلات عملکردی و نیازهای آموزشی کارکنان اقدام به برگزاری دوره آموزشی ضمن خدمت صورت گیرد. با انجام وظایف شغلی در تضاد است و می‌تواند موجبات نارضایتی برای ارباب رجوع یا سرپرست مستقیم ایجاد کند. سوم اینکه برگزاری آموزش بایستی در راستای مشکلات و کاری و شرح وظایف کارکنان باشد تا قابلیت سنجش اثربخشی داشته باشد وگرنه سنجش یادگیری و تغییرات رفتاری امکان پذیر نیست.

خودارزیابی، یافته‌ای پیدا نشد. مؤلفه هنجار محور با نتیجه پژوهش‌های برادران و همکاران (۱۳۹۹)، مؤلفه ملاک محور، با نتیجه پژوهش‌های دهقادهزاده و همکاران (۱۴۰۱)، نوری و مقدس (۱۳۹۷) همسو است.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش برای اثربخشی آموزش ضمن خدمت مهارت محور کارکنان معاونت آموزشی وزارت بهداشت، چند بعد مشتمل بر چند مؤلفه و هر مؤلفه مشتمل بر چند شاخص بدست آمده است که روی هم الگوی آموزش ضمن خدمت مهارت محور کارکنان معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل داده‌اند. ابعاد و مؤلفه‌های بدست آمده حکایت از آن دارد که سخن گفتن از آموزش مهارت محور بدون توجه به فرایندهای علمی و تخصصی آموزش ضمن خدمت کاری عبث بوده و صرفاً بخشی از سرمایه مالی خود را از دست داده و همچنین فرصت‌هایی را نیز که کارکنان می‌توانستند اقدامات مثبت و قابل توجهی را در محیط کار خود انجام دهند از بین برده‌ایم. آموزش

منابع

1. Baradaran, Maryam, Akbari, Ahmad, Karimi, Mohammad, Kashfi, Saeed (2019) Model of improving the skills of managers of Naja educational complexes, *Najar Strategic Studies Quarterly*, 5(16): 147-176.
2. Hamdi ,Zahra ,Shirsawar ,Hadi ,Ziyai ,Mohammad Sadeghi ,Hashem Nia ,Shahram (2018) Identifying the components of in-service training and determining their relationship with the improvement of employees 'performance) the case of the country's Forensic Medicine Organization ,(Scientific-Research Quarterly New Approach in Management Education.50-63 :(1)10 ,
3. Khoshnoudi Far ,Mehrnoosh ,Rafiei ,Shahla ,Nasrabadi, Mashallah ,Alavi ,Negin (2018) The effect of two methods of electronic and traditional training on the level of knowledge ,skill and satisfaction of nurses with in-service cardiopulmonary resuscitation training ,*Journal of the University of Medical Sciences*.43-34 :(9 13 ,
4. Dehkadezadeh ,Ahad ;Domshanziari ,Esfandiar ;Moaz-zami ,Mojtabi and Kaousi ,Ismail .(1400) .Presenting a qualitative model to evaluate the effectiveness of virtual in-service training courses on the behavior of employees in Tejarat Bank .*Behavioral Studies in Management*:(24)11 , .19-30
5. Shakiba Rad ,Ali ,Akbari ,Hossein (2018) Pathology of skill-based training in the equipment training boards of the Air Force of the Islamic Republic of Iran ,*Military Science and Technology Quarterly*.86-67 :(50)15 ,
6. Kodkhodaei ,Jafari ,Maryam ;Salehi Fergani ,Shapour .(1401)Effectiveness of in-service training courses on organizational performance with the mediation role of educational programs) Case study :Electricity Distribution Company of Tehran Province (*Management Sciences Research*.278-263 :(10)4 ,
7. Metani ,Mehrdad ;Hassanzadeh ,Ramadan and Matani, Mojtabi .(1388) .Investigating the effect of in-service training in the development of human resources) in Sari Azad University) .(*Researcher (Management Quarterly)*:(1)5 , .159-179
8. Mehdizadeh ,Hossein ;Moradanjadi ,Hodayun ;Shiri, Nematullah ;Roostamnia ,Amin .(1400) .Investigating the effectiveness of skill training in the training of skilled local labor) technicians (of oil ,gas and petrochemicals in Ilam province ,*Scientific Quarterly of Skill Training*86- :(36)9 , .68
9. Nasri ,Sadegh ,Karampour ,Abdul Hossein ,Pirouznia, Mehrdad (2014) Review of quality solutions for in-service training ,*Scientific and Research Journal*.361-347 :(4)10 ,
10. Hashemi Porpetkoi ,Ismail ,Khurshidi ,Abbas ;Mohammadkhani ,Kamran ;Amir Hossein ;Davoudi ,Mohammad; Moderator ,Fattah (2019) .A survey on conducting virtual in-service training courses for educators in Chaharmahal and Bakhtiari province ,*Journal of Psychological Sciences*, .754-775 :(61)19
11. Yusufzadeh ,Mohammad Reza ,Jamshidi ,Hadi ,Faqihi, Alireza (1400) Extracting the characteristics of the basic elements of the curriculum of second year high school students ,*research in curriculum planning*.85-73 :(41)18 ,
12. Yousefi and colleagues" .(1401) Presenting a model for improving the effectiveness of in-service training courses for employees of the central headquarters of the Ministry of Health ,*Treatment and Medical Education "Medical Research Quarterly*.199-215 :(3)31 ,
13. Chun Chaun ,Janita Pak ,Wai Tong Chien ,Xu Liu ,Yan Hu, Yinghui Jin .(2023) .Needs assessment and expectations regarding evidence-based practice knowledge acquisition and training activities :A cross sectional study of health-care personnel .*International Journal of Nursing Sciences* ,9pp.100-106
14. François MARMIER .(2021) ,From the required skills diagnostic to the training of employees Ioana DENIAUD, Ivana RASOVSKA ,Jean-Louis MICHALA .IFAC Paper-*OnLine* .1149-1144,Available online at www.sciencedirect.com
15. Hendy ,N .(2021) .The effectiveness of technology delivered instruction in teaching Human Resource Management ,*The International Journal of Management Education*.100479 ,(2) 19 ,
16. Mohammadi ,A & ,Rahmani ,K .(2019) .Investigating the effect of skill-based and creative task on the learning rate of elementary students ,*Ormazd Research Journal*;47 , .231 -220
17. Motlokoa ,M.E .,Sekantsi ,L.P .,Monyoloc ,R.P.(2018) . The Impact of Training on Employees 'Performance :The Case of Banking Sector in Lesotho .*International Journal of Human Resource Studies*.30 -16 ,(2)8 ,
18. Naraghi ,M ,Shariatmadari ,A .,Naderi ,E & ,Abtahi ,M. .(2009)Investigating the Empowerment of Job Empowerment in the Curriculum of Students with Mental Retardation ,from the Perspective of Staff Experts ,*Curriculum Planning Specialists and Relevant Teachers ,Educational Sciences*135-160 :(5) 2 ,
19. Sog Yee Mok ,Fritz C .Staub .(2021) .Does coaching ,men-

toring ,and supervision matter for pre-service teachers‘
planning skills and clarity of instruction ?A meta-analysis
of) quasi(-experimental studies .journal homepage :www.

elsevier.com/locate/tate .Teaching and Teacher Education
.103484 (2021) 107



Identifying the Indicators of Skill-Oriented in Service Training in the Ministry of Health and Medical Education

Zahra Behravar¹, Fatemeh Hamidifar², Yalda Delgoshai³, Abbas khorshidi⁴

Abstract

Background and Objective: In recent years, training and development of human resources to preserve talents, increase the capability of human resources and keep pace with the rapid evolution of organizational structures is of interest. The present article was conducted by identifying the indicators of skill-oriented in-service training in the Ministry of Health's educational vice-chancellor.

Methods and Materials: The applied research method was a combination of exploratory and self-emerging foundation data and a cross-sectional survey. The statistical population of the qualitative part included experts and the quantitative part included 876 employees of the Vice-Chancellor of Education. Sampling of qualitative part by snowball method including 11 people and quantitative part of 280 people were selected by stratified random sampling. The data collection method was the qualitative part of the library and field and the quantitative part of the field. The research tools in the qualitative part were documents and semi-structured interviews, and the quantitative part was a researcher-made questionnaire. The data validity of the qualitative section was used based on five categories. The method of data analysis for the qualitative part was theoretical coding with MaxQuda and the quantitative part was confirmatory factor analysis with Lisrel software.

Results: The results showed that the indicators of skill-oriented in-service training include the needs dimension with the component of identifying needs, setting goals, determining structure and determining content; resource dimension with human resources, financial resources, physical resources and technological resources; The implementation dimension with the teaching method and planning component; The evaluation dimension with self-evaluation component is norm-oriented and criterion-oriented.

Conclusion: The obtained dimensions and components indicate that skill-based training without regard to the scientific processes of training while serving the work is futile and has simply lost part of the financial capital and also the opportunities that employees could take significant actions in the environment. We have eliminated the work to do. In-service training in the world has led to the production of scientific standards that organizations use to train their employees.

Keywords: Index, Education, Skill-Oriented, In-Service Training, Ministry of Health and Medical Education

1. Ph.D. student, Department of Educational Management, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
zahrabahrevar@yahoo.com
2. Assistant Professor, Department of Educational Management, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
fatemehamidifar@gmail.com
3. Assistant Professor, Department of Educational Management, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
y.delgoshaei@gmail.com
4. Professor Tama, Department of Educational Management, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
a_khorshidi40@yahoo.com

تحلیل کتاب‌سنجی جریان‌های علمی پژوهش‌های مرتبط با توسعه نظام مراقبت سلامت در پایگاه استنادی PubMed

مریم ملاحقرا^۱، علیرضا حسن‌زاده^۲، محمدمهدی سپهری^{۳*}، عباس حبیب‌الهی^۴، ابوالقاسم سرآبادانی^۵

چکیده

هدف: در دنیای فناوری امروزی که به سرعت در حال رشد و تکامل است، ظهور و شیوع بیماری‌ها به یک موضوع مهم تبدیل شده است و پیشگیری و کنترل بیماری‌ها توسط فناوری به چالش اصلی متخصصان و صنایع مراقبت‌های بهداشتی تبدیل شده است. نظام مراقبت سلامت یکی از ابزارهای مهم در هدایت و نظارت بر فرآیندهای درمانی در سراسر جهان است. پژوهشگران بسیاری در سراسر جهان در حوزه‌های مختلف پژوهشی و از دیدگاه‌های مختلف به طراحی نظام مراقبت سلامت پرداختند. هدف این پژوهش بررسی کمی پژوهش‌های انجام شده در حوزه نظام مراقبت سلامت است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است و به روش کتاب‌سنجی و تحلیل محتوا انجام شده است. نمونه این پژوهش با توجه به موضوع و ملاک‌های ذکر شده در روش پژوهش، از پایگاه استنادی PubMed استخراج شده و مربوط به بازه زمانی سال ۲۰۰۰ تا پایان اکتبر ۲۰۲۳ است. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار VOSviewer انجام شده است.

یافته‌ها: نتایج حاصل بر رشد روزافزون پژوهش و نگارش مقاله در حوزه نظام مراقبت سلامت تاکید دارد. بررسی حاصل نشان داد که ۵ کشور ایالات متحده آمریکا، انگلیس، سوئیس، نیوزیلند و آلمان بیشترین پژوهش را در حوزه پژوهش انجام داده‌اند. در این پژوهش اکوسیستم نظام مراقبت سلامت، موسسات، نویسندگان، هم‌رخدادی واژگان و شبکه کلمات کلیدی در حوزه نظام مراقبت سلامت نشان داده شد و مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که درک لزوم راه‌اندازی نظام ملی مراقبتی و نیز افزایش ابزارهای سلامت الکترونیک و توسعه سیستم‌های اطلاعات پزشکی در گذر زمان باعث رشد کمی پژوهش‌ها در موضوع پژوهش شده است.

کلمات کلیدی: نظام مراقبت سلامت، کتاب‌سنجی، سلامت هوشمند، مدیریت سلامت

۱. دانشجوی دکترای مدیریت فناوری اطلاعات - کسب و کار هوشمند، گروه مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استاد گروه مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول، استاد گروه مهندسی سیستم‌های سلامت، دانشکده مهندسی صنایع و سیستم‌ها، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران mehdi.sepehri@modares.ac.ir

۴. استادیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۵. استادیار گروه مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی، تلاش جمعی جامعه برای تضمین، تامین مالی و ارتقای سلامت است. در قرن بیستم، تغییر قابل توجهی به سمت ایده‌آل سلامت و پیشگیری از بیماری و ناتوانی رخ داد. باید در نظر داشت که ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی مستلزم تلاش‌های سازمان یافته عمومی یا خصوصی برای کمک به افراد در بازیابی سلامت و پیشگیری از بیماری و آسیب است (۱).

طبق آمار اعلام شده از سایت بانک جهانی، هزینه‌های جاری سلامت به نسبت تولید ناخالص ملی^۱ با شیب تند رو به افزایش است، به طوری که در سال ۲۰۲۱ این نرخ به میزان ۱۰٫۸۹ رسیده است (۲). در سطح جهانی نیز، نظام‌های بهداشتی با چالش‌های قابل توجهی مانند رشد جمعیت، افزایش بیماری، کمبود نیروی کار ماهر بهداشتی و حکمرانی ضعیف مواجه هستند (۳). این در حالی است که استفاده از سلامت الکترونیک به عنوان یکی از پیشران‌های توسعه سلامت در همه کشورها اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، با چالش‌های فراوانی روبرو است (۴).

کتاب‌سنجی یک روش تحلیل است که در آن به خلاصه کردن تحقیقات گذشته پرداخته می‌شود. تجزیه و تحلیل کتاب‌سنجی، توصیفی از شناسایی زمینه پژوهش ارائه می‌دهد. مجلات چاپ و نشر پیشرو، آمار وابستگی و تأثیرگذارترین نویسندگان، کشورها و انتشارات، تجزیه و تحلیل شبکه، تکامل کلمات کلیدی را در طول زمان، روابط استنادی مشترک و خوشه‌های تحقیقاتی را شناسایی می‌کند. تحلیل محتوا نیز برای شناسایی موضوعات کلیدی در این زمینه با توجه به روابط متقابل بین آن‌ها استفاده می‌شود (۵).

با توجه به اهمیت توجه به حوزه سلامت الکترونیک و توسعه بستر فناوری اطلاعات برای مدیریت فرآیندهای درمانی

در قالب تدوین نظام مراقبت سلامت و بررسی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه، رشد کمی مطلوبی در این حوزه مشاهده شده است. بنابراین نیاز به درکی کلی و نظام‌مند از فعالیت‌های پژوهشی انجام شده وجود دارد. از آنجا که طبق بررسی انجام شده، تاکنون پژوهشی با رویکرد کتاب‌سنجی در این زمینه صورت نگرفته است، گزارش پژوهشی حاضر می‌تواند با ارائه یک دید کلی نسبت به پژوهش‌های انجام شده در بیش از دو دهه، گام مهمی در جهت‌دهی به پژوهش‌های آتی، ایجاد دید کلی در حوزه طراحی و توسعه نظام مراقبت سلامت در سطح جهان و کمک به سیاست‌گذاران و مسئولین کشور و نیز پژوهشگران ایفا کند. در این راستا سوالات پژوهش با هدف بررسی کمی مقالات یافت‌شده مطرح شد و در بخش یافته‌های پژوهش پاسخ داده شد.

شایان ذکر است جهت پاسخ به پرسش‌های پژوهش، بازه زمانی برای یافته‌های حاصل از بررسی مقالات بین‌المللی از سال ۲۰۰۰ تا اکتبر سال ۲۰۲۳ در نظر گرفته شده است.

سیستم‌های نظام مراقبت سلامت به عنوان مراکز سیاست‌گذاری- محور تعریف می‌شوند که مشاهدات و تجزیه و تحلیل منظم و مستمر مسائل بهداشتی مرتبط با یک جمعیت خاص و یک منطقه جغرافیایی را انجام می‌دهند (۶). ایده دیده‌بانی سلامت از دهه ۱۹۷۰ به دلیل تغییرات سریع در بخش سلامت، اهمیت فزاینده بهداشت عمومی و نیاز به اطلاعات قابل اعتماد و به روز برای نظارت و ارزیابی تأثیر برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت مطرح گردید (۷). از آنجا که یک سیستم نظارتی، سنگ‌بنای کاهش اقدامات برای تشخیص زودهنگام روندهای نگران‌کننده است، سازمان‌های بین‌المللی در دهه‌های اخیر از این سیستم‌ها حمایت می‌کنند (۸).

همانطور که سازمان جهانی بهداشت^۲ اعلام کرده است، یک نظام مراقبت سلامت کارآمد باید قادر به انجام برخی

2 World Health Organization (WHO)

1 Gross Domestic Product (GDP)

نقش بسزای آن در حوزه سلامت ملی است.

مشابه سایر صنایع بزرگ، در برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی فرصت‌های بسیار خوبی وجود دارد که فراتر از وظایف تشخیصی است. یکی از این فرصت‌ها، بهبود فرآیند است. بهینه‌سازی فرآیندها می‌تواند با مواردی مانند بهبود کیفیت کلی، کارایی و رضایت بیمار همراه باشد. تحول دیجیتال در حوزه سلامت می‌تواند با کاهش هزینه‌ها و بهبود خدمات، مراقبت‌های بهداشتی را سرعت بخشد. چهار کاربرد کلیدی مراقبت‌های بهداشتی که می‌توانند از روش‌های هوش مصنوعی به عنوان یکی از بازوهای اصلی و کاربردی در توسعه سلامت الکترونیک سود ببرند عبارتند از: پیش‌آگاهی، تشخیص، درمان و گردش کار بالینی. البته باید توجه داشت که داده‌های ناهمگنی در این حوزه وجود دارد که کار پردازش داده را با مشکلاتی روبرو می‌کند. انواع داده‌ها در شکل ۱ نمایش داده شده است (۲۱).

کتاب‌سنجی برای اولین بار توسط Nalimov و Mulchenko در سال ۱۹۷۱ معرفی شد، که آن را به عنوان (کاربرد) روش‌های کمی پژوهش در توسعه علم به عنوان یک فرآیند اطلاعاتی تعریف کردند (۲۲).

پژوهش با روش مرور نظام‌مند به نتیجه‌گیری‌های قابل توجهی دست پیدا خواهد کرد؛ اما احتمال بروز سوگیری در نمونه‌گیری‌ها همواره وجود دارد. در این خصوص روش‌هایی مانند کتاب‌سنجی می‌توانند از احتمال بروز سوگیری در نمونه‌گیری‌ها به شدت بکاهند. روش‌های کتاب‌سنجی که به طور عینی، کمی هستند، از سوگیری انتخاب نمونه در بررسی‌های سیستماتیک جلوگیری می‌کنند (۲۳).

از آنجا که حجم نشریات دانشگاهی با سرعت در حال افزایش است. به این ترتیب، به روز نگه داشتن و دانستن هر حوزه خاص از علم به طور فزاینده‌ای دشوار است (۲۴). در حقیقت با دیجیتالی شدن مجلات علمی، حجم مقالات

وظایف مانند شناسایی و اطلاع‌رسانی رویدادهای بهداشتی، جمع‌آوری و یکپارچه‌سازی موارد مرتبط باشد. داده‌ها، بررسی و تایید موارد یا شیوع، ایجاد و تجزیه و تحلیل گزارش‌های معمول، ارائه بازخورد به ارائه‌دهندگان داده، بازخورد و گزارش داده‌ها به سیاست‌گذاران سلامت در سطح کلان را شامل شود (۹). می‌توان گفت که یک نظام مراقبت سلامت با ارتقای کالا، خدمات و محیط نسبت به افزایش کیفیت اقدام می‌کند و از بروز خطرات ذاتی در حوزه سلامت جلوگیری می‌کند.

حال با توجه به نقش و جایگاه نظام مراقبت سلامت، انواع مختلفی از نظام مراقبت سلامت فراخور شرایط از سال‌های پیش در سرتاسر جهان توسعه یافته‌اند. در این میان می‌توان به نظام‌های مراقبت سلامت غیرفعال^۱ (۱۰)، نظام‌های مراقبت سلامت فعال^۲ (۱۱)، نظام‌های مراقبت سلامت سندرومی^۳ (۱۲)، نظام‌های مراقبت سلامت نگهدارنده^۴ (۱۲)، نظام‌های مراقبت سلامت رویکرد مشترک انسان، حیوان و محیط^۵ (۱۳)، نظام‌های مراقبت سلامت عمومی^۶ (۱۴)، نظام‌های مراقبت سلامت ایده‌آل^۷ (۱۵)، نظام‌های مراقبت سلامت مبتنی بر رویداد^۸ (۱۶)، نظام‌های مراقبت سلامت یکپارچه بیماری^۹ (۱۷)، نظام‌های مراقبت سلامت پیشگیری از آسیب^{۱۰} (۱۸)، نظام مراقبت سلامت جامعه^{۱۱} (۱۹)، نظام مراقبت سلامت بر عوامل خطر رفتاری^{۱۲} (۲۰)، اشاره کرد. تنوع نظام‌های مراقبت سلامت در حوزه‌های مختلف نیز مدعایی بر کاربردی بودن و

1 Passive Surveillanc

2 Active Surveillance Systems

3 Syndromic Surveillance Systems

4 Sentinel Surveillance Systems

5 One Health Surveillance Systems

6 Public Health Surveillance Systems

7 Ideal Surveillance Systems

8 Event-based Surveillance

9 Integrated disease Surveillance Systems

10 Injury Surveillance System

11 Community health surveillance Systems

12 Behavioral risk factor surveillance Systems

تحلیل کتاب‌سنجی جریان‌های علمی پژوهش‌های مرتبط ...

می‌کند و ادبیات مرتبط را از منظر کلان بررسی می‌کند (۲۵).

منتشر شده به طور چشمگیری افزایش یافته، تجزیه و تحلیل کتاب‌سنجی به طور مؤثر، صدها و حتی هزاران سند را مدیریت



شکل ۱. منابع ناهمگن در حوزه سلامت (۲۱)

از نظر روش، توصیفی-تحلیلی بوده و با رویکرد کتاب‌سنجی با ترسیم نمای نسبتاً کامل و جامع از اکوسیستم نظام مراقبت سلامت، دارای نوآوری است.

در فاز اول پژوهشگران، اهداف پژوهش حاضر را در دو بخش اهداف عملکردی و ترسیم نقشه‌های علمی در نظر گرفته‌اند. از طرفی با توجه به نقدهای بسیاری که به کتاب‌سنجی و روش‌های صرفاً کمی آن وارد شد، در پایان هر بخش تحلیل کیفی نیز ارائه شد.

اهداف عملکردی یا توصیفی عبارتند از شناسایی تاثیرگذارترین مولف/موسسه/کشور در حوزه مورد نظر و اهداف تحلیل شبکه استنادی عبارتند از شناسایی موثرترین الگوهای هم‌نویسندگی/هم‌واژگانی/هم‌رخدادی

با توجه به نظر ونگ^۱ و همکاران در سال ۲۰۲۰، رشد پایگاه‌های استنادی در سال‌های اخیر (۲۵) و به تبع آن در نظر گرفتن رشد تعداد مقالات علمی منتشر شده، هر ۹ تا ۱۵ سال دو برابر می‌شود (۲۹). این موضوع پژوهشگران را نیازمند یک راهبرد جستجو در حجم عظیمی از اطلاعات استنادی

مروارهای کتاب‌سنجی به عنوان یکی از محبوب‌ترین روش‌های مروری، تصویری جامع و عینی از ساختار و موضوعات و شکاف‌های پژوهش‌های یک حوزه ارائه می‌کند. این رویکرد بدان جهت ارزشمند است که می‌تواند به طور مؤثر مراحل توسعه یک حوزه مطالعاتی را نشان دهد و به محققان کمک می‌کند تا از طریق مجموعه‌ای از دانش به مسیر خود در آن حوزه ادامه دهد (۲۵).

با توجه به بررسی‌های انجام شده، علیرغم رشد روزافزون پژوهش‌ها در حوزه بهداشت و سلامت، پژوهش‌های معدودی نسبت به انجام کتاب‌سنجی در این حوزه پرداختند، اما هیچ‌کدام به موضوع نظام مراقبت سلامت نپرداختند (۲۶-۲۸).

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی است. با بررسی پیشینه پژوهش‌های داخلی و خارجی در سامانه‌های علمی داخلی و خارجی (PubMed و Scopus)، در زمینه کتاب‌سنجی طراحی و توسعه نظام ملی مراقبت، پژوهشی منطبق با متدولوژی مورد استفاده در پژوهش حاضر، یافت نشد. بنابراین پژوهش حاضر

در حوزه پژوهش مورد نظر در پایگاه استنادی PubMed، برگزیده‌اند. به دلیل استفاده از مستندات قوی، در این پژوهش صرفاً مقالات مورد بررسی قرار گرفتند و از آنجایی که فرآیند داوری کتاب مشخص نیست، کتب مرتبط از این پژوهش خارج شدند. دلیل این پالایش این است که چنین اسنادی مورد داوری قرار گرفته و فراداده‌های کاملی را برای تحلیل کتاب‌سنجی ارائه می‌دهند (۳۱). استراتژی جستجو در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. روبه‌ها و معیارهای جستجو در پایگاه استنادی

آیتم‌ها	توصیف
نام پایگاه استنادی	PubMed
کلیدواژه‌ها	"Surveillance"
حوزه سرچ در کتابخانه	Title
دستور سرچ	(Surveillance[Title])
نوع اسناد	Filters applied: Meta-Analysis, Review, Systematic Review
بازه زمانی جستجو	۲۰۰۰ الی ۲۰۲۳
زبان	انگلیسی

نموده است. هدف از جستجو در این پژوهش، یافتن داده‌های استنادی معتبر پیرامون مسئله تحقیق از پایگاه‌های استنادی برتر و یا موتورهای جستجو است. اگر چه پیرامون پوشش، دقت و رویت‌پذیری مطالعات پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است و این منابع استنادی با هم قیاس شده‌اند (۳۰)، اما پژوهشگران با توجه به موضوع تخصصی پژوهش در حوزه سلامت، منابع و ماخذ استنادی خود را با توجه به دقت و پوشش اطلاعات

تحلیل حذف می‌نماید.

در بیشترین بازه یعنی ۱۹۷۵ الی پایان اکتبر ۲۰۲۳ تعداد مستندات یافت شده ۵/۳۰۲ بوده ولی به منظور انجام بررسی دقیق‌تر، بازه بررسی مستندات از سال ۲۰۰۰ در نظر گرفته شد. با کوتاه کردن بازه، تعداد مقالات به ۴/۷۸۷ رسید. این تعداد نیز پس از حذف مستندات غیر از مقالات، حذف مقالات غیرانگلیسی و با در نظر گرفتن کلیدواژه جستجو به ۳/۹۳۴ عنوان مقاله رسید. چارچوب انتخاب پایگاه استنادی مقالات استخراج شده در شکل ۲ آمده است.

در مرحله آخر، پس از دریافت فایل خروجی از پایگاه استنادی PubMed، ورود اطلاعات در نرم افزار VOSviewer و دریافت نقشه‌های ترسیم شده، انجام شد. خروجی در بخش یافته‌ها ارائه شد.

با توجه به اینکه این پژوهش بر آن است که اهمیت توسعه نظام مراقبت سلامت را نشان دهد، پژوهشگران واژگان جستجو را خیلی محدود نمودند و از آنجا که پژوهش حاضر در پایگاه تخصصی حوزه سلامت (PubMed) انجام شد، نیازی به تنگ‌تر نمودن حلقه جستجو و قرار دادن آن در حوزه سلامت، درمان و بهداشت نبود. در فاز بعدی پژوهشگران با توجه به آشنایی قبلی با قابلیت‌های نرم‌افزار VOSVIEWER، این نرم‌افزار را که توسط دانشگاه لیدن هلند^۱ توسعه یافته و نتایج را در قالب خوشه‌بندی‌ها و شبکه‌هایی بسیار جذاب و باکیفیت تحلیل شبکه به محقق ارائه می‌کند، انتخاب نموده‌اند.

در پژوهش حاضر غربال و پاک‌سازی اطلاعات در پایگاه اطلاعاتی صورت می‌گیرد که محقق با فیلترگذاری بر روی بازه زمانی، نوع سند، زبان و ... بخشی از مطالعات ناخواسته از سبد

1 Leiden University

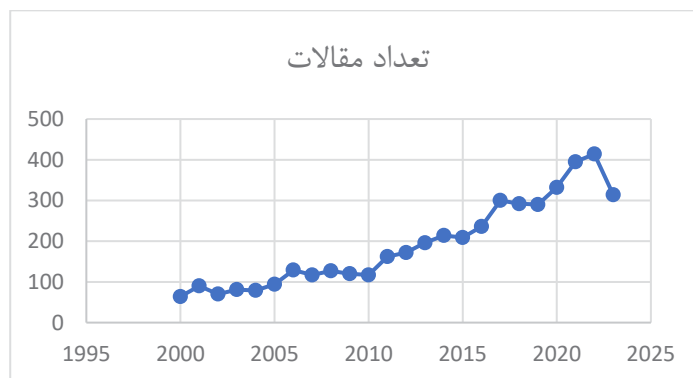


شکل ۲. چارچوب انتخاب مقالات از پایگاه داده استنادی

یافته‌ها

طراحی و توسعه نظام مراقبت سلامت به چه صورت بوده است؟ با توجه به روند طی شده در تولید مقالات علمی در حوزه نظام مراقبت سلامت، به منظور ملموس بودن نحوه رشد/ کاهش تولید این مستندات، نتایج در قالب شکل ۳ نشان داده شده است. نتایج حاکی از رشد پژوهش‌ها در گذر زمان است.

در این بخش سوالات مطرح شده در این پژوهش، مبتنی بر نتایج، احصاء شده و پاسخ داده خواهند شد. سوال اول پژوهش: نرخ رشد، تعداد نویسندگان، تعداد منابع، تعداد کلید واژگان و روند سالانه مقالات استخراج شده در



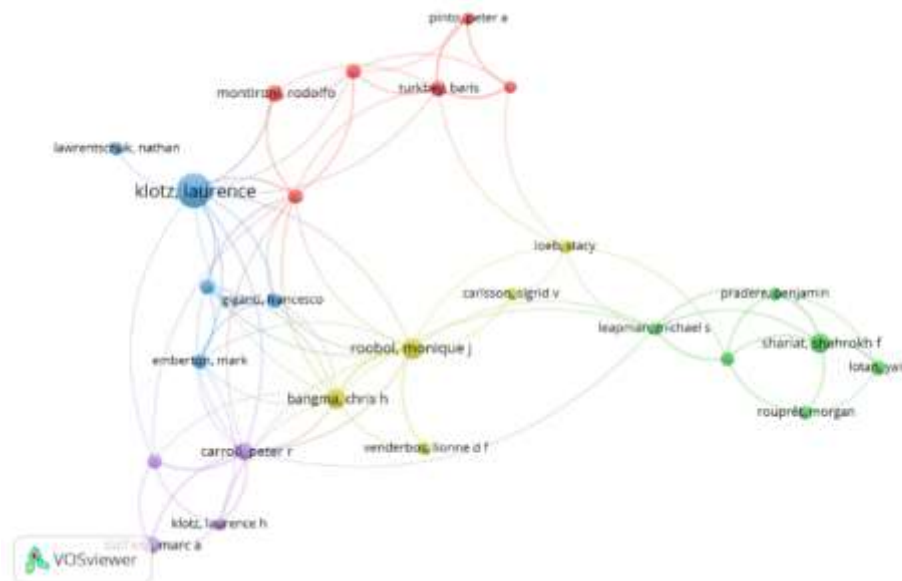
شکل ۳. روند رشد/کاهش مقالات علمی در حوزه نظام ملی مراقبتی

در این میان ایالات متحده آمریکا با بیشترین مقالات چاپ شده در این حوزه در صدر جدول قرار گرفته است و پس از آن انگلیس، سوئیس، نیوزیلند و آلمان به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

سوال دوم پژوهش: تاثیرگذارترین کشورها، پژوهشگران و موسسات پژوهشی در طراحی و توسعه نظام مراقبت سلامت کدامند؟ با توجه به پژوهش انجام شده، ۵ کشور اول به لحاظ انجام پژوهش در حوزه بررسی شده در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. پنج کشور اول دارای بیشترین مقالات در حوزه نظام مراقبت سلامت

ردیف	نام کشور	تعداد مقالات منتشر شده
۱	ایالات متحده آمریکا	۱۴۴۷
۲	انگلیس	۹۸۸
۳	سوئیس	۳۷۷
۴	نیوزیلند	۳۰۴
۵	آلمان	۱۴۲



شکل ۴. شبکه مصور هم‌نویسندگی در حوزه نظام مراقبت سلامت

خارج نمود. برای مثال کلوتر و لورنس^۲ بیشترین تعداد مقالات را به خود اختصاص داده است و در نگارش ۳۷ مقاله، نقش آفرینی داشته است اما قدرت لینک آن ۲۱ بوده و از چرخه نویسندگانی که بیشترین تاثیر را در این حوزه داشتند خارج شده است. به منظور نشان دادن اهمیت تاثیر از قدرت لینک استفاده شده است و نویسندگانی که قدرت لینک آنان بیش از ۱۰۰ بوده است به عنوان نویسندگانی که بیشترین تاثیر را در حوزه توسعه نظام مراقبت سلامت داشتند، شناسایی و در قالب جدول ۳ نمایش داده شده است.

نویسندگان موثرترین مقاله بر اساس قدرت لینک در این

در شکل ۴ شبکه هم‌نویسندگی با موضوع پژوهش ترسیم شده است. مبنای ترسیم این نمودار، نویسندگانی هستند که حداقل در ۵ مقاله با هم مشترک بودند. در خروجی، ۵ خوشه، نمایش داده شده است.

طبق بررسی انجام شده از نتایج خروجی براساس نویسندگان، مستروایکوو و پیرپائولو^۱ با داشتن تعداد ۹ مقاله و داشتن قدرت لینک ۱۳۲ جزو موثرترین نویسندگان در حوزه پژوهش هستند. البته در این حوزه نویسندگانی بودند که تعداد مقالات بیشتری داشتند. در همین راستا تعداد ۱۳ مقاله نیز یافت شد اما قدرت لینک و تاثیر گذاری پایین تر، مقاله را از جدول نویسندگان معتبر

2 Klotz & laurence

1 Mastroiacovo & pierpaolo

توسعه نظام مراقبت سلامت پرداختند.

حوزه (Pierpaolo, Mastroiacovo)، به بررسی عوامل سه‌گانه (زنجیره علت، شناسایی بیماری و درمان) در بهبود طراحی و

جدول ۳. نویسندگان دارای بیشترین تاثیر در حوزه نظام مراقبت ملی

ردیف	نام نویسنده	تعداد مقالات	قدرت لینک
۱	Mastroiacovo, Pierpaolo	۹	۱۳۲
۲	Amar, Emmanuelle	۸	۱۳۱
۳	Clementi, Maurizio	۸	۱۳۱
۴	Leoncini, Emanuele	۸	۱۳۱
۵	Li, Zhu	۸	۱۳۱
۶	Ritvanen, Annukka	۸	۱۳۱
۷	Castilla, Eduardo	۷	۱۱۶
۸	Lowry, Brian	۷	۱۱۶
۹	Scarano, Gioacchino	۷	۱۱۵
۱۰	Mutchinick, Osvaldo	۶	۱۰۳
۱۱	Rissmann, Anke	۷	۱۰۲
۱۲	Szabova, Elena	۶	۱۰۱

از داده‌ها به سرعت نه تنها برای ارزیابی اپیدمیولوژیک بلکه برای ارزیابی و بهبود مراقبت‌های بالینی است (۲۷).

در این بخش به منظور شناسایی موسسات پژوهشی برتر در حوزه مورد پژوهش، پس از بررسی در میان موسساتی که حداقل دارای ۵ مقاله بودند، جدول ۴ حاصل شد. در این بین سه موسسه مربوط به نیوزیلند است و همه این موسسات به جز ردیف ۹ که مربوط به استرالیا است، در کشورهای هلند، سوئد، ایتالیا و انگلیس در اروپا قرار دارند و نشان‌دهنده اهمیت بالای موضوع پژوهش در اتحادیه اروپا است.

به نظر می‌رسد به دلیل پرداختن به موضوع نظام مراقبت سلامت و در نظر گرفتن مولفه‌های بومی، این موسسات هیچ‌گونه کار مشترکی با هم نداشته‌اند و هر موسسه به صورت جداگانه به طراحی و توسعه نظام مراقبت سلامت پرداخته است.

پس از بررسی موسسات پژوهشی، در این بخش وضعیت واژگان کلیدی و هم‌رخدادی آن‌ها بررسی خواهد شد. پس از بررسی هم‌رخدادی کلیه کلمات کلیدی، کلمات کلیدی که در

این نویسندگان همچنین ادغام فرآیندهای بهداشتی را در دستور کار خود قرار دادند. از میان نویسندگان برتر، تعداد زیادی طراحی نظام مراقبت سلامت را برای بیماری‌های بدو تولد مورد توجه قرار دادند. این موضوع خود بر اهمیت توجه به سلامت نوزدان اشاره دارد (Amar ;Pierpaolo & Mastroiacovo & Leoncini ;Maurizio & Clementi ;Emmanuelle & emanuele).

نکته قابل توجه بعدی این است که پژوهش‌های مورد بررسی، در هر نظام مراقبت سلامت صرفاً به مدیریت مراقبت از سلامت در خصوص یک بیماری پرداخته شده است و پس از جمع‌آوری اطلاعات و آمار کمی از علل ایجاد این بیماری، به شناسایی و درمان بیماری با ایجاد زیرساخت لازم با رویکردهای کیفی پرداختند.

یکی از مسائل قابل طرح در طراحی نظام مراقبت سلامت، ساده‌سازی جمع‌آوری داده‌ها و اجتناب از جمع‌آوری داده‌های اضافی است. توجه پژوهشگران در این مرحله، جمع‌آوری سریع

سال‌های اخیر طراحی نظام مراقبت سلامت در حوزه کرونا، با توجه به همه‌گیری این ویروس افزایش یافته است. هر چه رنگ به سمت زرد متمایل‌تر باشد، واژگان مورد استفاده در سال‌های اخیر نشان داده شده است.

۲۰ مقاله، مشترک بودند، در نظر گرفته شد. پس از دریافت خروجی طبق شکل ۵، نتایج در ۹۲ خوشه طبقه‌بندی می‌شوند. البته نرخ هم‌رخدادی در این بررسی ۲۰ در نظر گرفته شد. به نظر می‌رسد هم‌رخدادی واژگان کلیدی از هیچ دسته‌بندی پیروی نمی‌کند. همانطور که از قبل نیز قابل پیش‌بینی بود، در

جدول ۴: موسسات پژوهش دارای بیشترین تاثیر (قدرت لینک) در حوزه نظام مراقبت سلامت

ردیف	سازمان	تعداد مقالات
۱	Princess máxima center for pediatric oncology, utrecht, the netherlands	۸
۲	World health organization, geneva, switzerland	۸
۳	Department of gastroenterology and hepatology, erasmus mc university medical center, rotterdam, the netherlands	۷
۴	Department of urology, erasmus university medical center, rotterdam, the netherlands	۷
۵	Memorial sloan kettering cancer center, new york, new york	۶
۶	Department of radiology, university college london hospital nhs foundation trust, london, uk	۵
۷	Infectious diseases section, department of diagnostics and public health, university of verona, verona, italy	۵
۸	Infectious diseases, department of internal medicine i, tübingen university hospital, tübingen, germany	۵
۹	Karl landsteiner institute of urology and andrology, vienna, austria	۵

سلامت، مورد استفاده قرار گرفته شده است. نتیجه به صورت تفصیلی در قالب جدول ۵ قابل مشاهده است. پرتکرارترین واژه در این پژوهش کلمه Humans است که همانطور که انتظار می‌رود. نظام مراقبت سلامت بیشتر برای انسان نوشته شده است. در بررسی دیگر مصورسازی واژگان کلیدی به صورت شبکه^۱ در قالب شکل ۶ نشان داده شده است. نتایج ارائه شده در جدول ۵، نشان می‌دهد که واژه اصلی مورد پژوهش (Surveillance)، بیشترین تناوب را در مقالات مورد بررسی در هم‌رخدادی داشته است. همچنین توجه ویژه برای انجام اقدامات مراقبتی در حوزه سرطان نیز مورد توجه قرار گرفته است. بحث تشخیص در نظام مراقبت سلامت نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است.

به منظور امکان بررسی واژگان کلیدی با قدرت لینک بالا، دایره فیلتر تنگ‌تر شده و هم‌رخدادی با حداقل ۳۰ تکرار براساس کلمات کلیدی ذکر شده توسط نویسندگان هم مورد بررسی قرار گرفته است. همان‌طور که انتظار می‌رفت بیشترین هم‌رخدادی مربوط به واژه Surveillance است که موضوع اصلی این پژوهش است و سایر واژه‌ها با فاصله خیلی زیاد از واژه اصلی در جدول ۵ در کنار هم قرار گرفته‌اند.

همانطور که انتظار می‌رفت در این نمودار هم توجه به توسعه نظام مراقبت سلامت با موضوع ویروس کووید ۱۹ نیز مورد توجه قرار گرفته و پس از کلمه اصلی به کلمه مهم و مورد توجه در این پژوهش تبدیل شده است. این موضوع نشان می‌دهد که طراحی نظام مراقبت سلامت در پاندومی‌ها، نظارت بر فرآیند مراقبت را امکان‌پذیر می‌کند و در سال‌های اخیر نیز برای ارتقای سطح

1 Network Visualization

جدول ۵. هم‌رخدادی واژگان با حداقل ۳۰ تکرار براساس کلمات کلیدی نویسندگان

ردیف	کلمه کلیدی	ترجمه	تعداد تکرار	قدرت لینک
۱	Surveillance	نظام مراقبتی	۵۷۴	۳۴۸
۲	Active surveillance	نظام مراقبتی فعال	۱۷۰	۱۰۸
۳	Prostate cancer	سرطان پروستات	۹۵	۱۰۲
۴	Covid-۱۹	کووید ۱۹	۹۰	۹۹
۵	Epidemiology	همه‌گیرشناسی	۸۶	۷۴
۶	Screening	غربالگری	۷۴	۸۸
۷	Hepatocellular carcinoma	کارسینوم سلول‌های کبد	۶۶	۵۹
۸	Public health	سلامت عمومی	۵۹	۵۸
۹	Sars-cov-۲	سارس	۵۹	۷۵
۱۰	Colorectal cancer	سرطان روده بزرگ	۵۳	۶۰
۱۱	Systematic review	مرور نظام‌مند	۵۳	۵۰
۱۲	Cancer	سرطان	۴۷	۲۶
۱۳	One Health	رویکرد مشترک انسان، حیوان و محیط	۴۶	۴۵
۱۴	Antimicrobial resistance	مقاومت ضدمیکروبی	۴۴	۴۵
۱۵	Biomarkers	نشانه‌های زیستی	۴۰	۴۹
۱۶	Colonoscopy	کولونوسکوپی	۳۶	۴۴
۱۷	Diagnosis	تشخیص تشخیص	۳۳	۳۸

جدول ۶. اکوسیستم نظام مراقبت سلامت

ردیف	دوره زمانی	تعداد مقالات	مرحله	نقاط عطف
۱	۱۹۹۹-۱۸۴۴	۹۱۲	پیدایش مفهوم اولیه	در طول ۵۵ سال، مفاهیم اولیه شکل گرفت. لزوم طراحی و توسعه نظام مراقبت سلامت مورد تاکید قرار گرفت.
۲	۲۰۰۵-۲۰۰۰	۴۷۸	استقرار	پژوهشگران در این سال‌ها در یک نمودار خطی با شیب خیلی کمی نسبت به انجام پژوهش اقدام نمودند.
۳	۲۰۱۰-۲۰۰۶	۶۱۰	تثبیت	در این سال‌ها موضوع نظام مراقبت سلامت به یک موضوع محبوب تبدیل شد و با یک شیب ملایم، روند نگارش مقالات افزایش یافته است.
۴	۲۰۱۵-۲۰۱۱	۹۵۳	توسعه	از این بازه زمانی می‌توان به عنوان سکوی پژوهش نام برد. تعداد مقالات نسبت به بازه‌های زمانی قبلی، از رشد خوبی برخوردار بوده و به نظر می‌رسد حوزه پژوهش به موضوع جذابی برای پژوهشگران تبدیل شده است.
۵	۲۰۲۰-۲۰۱۶	۱۴۵۰	تکامل	استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی، داده‌کاوی و هوش مصنوعی در استقرار نظام مراقبت سلامت مدنظر قرار گرفت.
۶	۲۰۲۳-۲۰۲۱	۱۱۲۳	یکپارچه‌سازی	در این سه سال بیش از سال‌های دیگر تولیدات علمی افزایش یافته است. در این برهه زمانی تاکید پژوهشگران بر یکپارچه‌سازی/ ادغام فرآیندهای حوزه سلامت در طراحی نظام مراقبت سلامت بود.

از آنجایی که کار اصلی نظام مراقبت سلامت، تشخیص و نظارت بر فرآیندهای درمانی است و در پایش و کنترل پاندومی‌ها نیز بسیار مورد توجه قرار می‌گیرد. واژه Epidemiology به معنای همه‌گیری نیز جزو کلمات اصلی شناسایی شده در حوزه پژوهش است.

در پایان، اکوسیستم نظام ملی مراقبت بررسی خواهد شد، در جدول ۶ دوره‌های زمانی مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. به منظور بررسی کمی نیز، تعداد مقالات منتشر شده در این بازه‌های زمانی نشان داده شده است. در هر مرحله نقاط عطف در اکوسیستم نظام مراقبت سلامت مورد تاکید قرار گرفته است. شایان ذکر است در این بخش به منظور فهم بیشتر مقالات از سال ۱۸۴۴ مورد بررسی قرار گرفته است.

ایده Surveillance از دهه ۱۹۷۰ به دلیل تغییرات سریع، در بخش سلامت، اهمیت فزاینده بهداشت عمومی و نیاز به اطلاعات قابل اعتماد و به روز برای نظارت و ارزیابی تأثیر برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت مطرح گردید (۷) در سال ۱۸۴۴ Somersetshire با نگارش مقاله‌ای تحت عنوان "Each Surveillance Distinct a Requires Profession" بر اهمیت استقرار Surveillance در هر بیماری تاکید کرد (۳۲).

بحث

در دنیای فناوری امروزی که به سرعت در حال رشد و تکامل است، شیوع و ظهور بیماری‌ها به یک موضوع مهم تبدیل شده است. احتیاط، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها توسط فناوری به چالش اصلی متخصصان و صنایع مراقبت‌های بهداشتی تبدیل شده است. نظام مراقبت سلامت، راه‌حلی برای چالش‌های فوق است (۳۳).

نظام مراقبت سلامت به عنوان ابزاری کلیدی در مدیریت و نظارت بر فرآیندهای درمانی در سطح جهانی شناخته می‌شود. با توجه به رشد روزافزون بیماری‌ها و چالش‌های بهداشتی،

ضرورت ایجاد و تقویت این نظام بیش از پیش احساس می‌شود. در این راستا، پژوهش‌های انجام شده در این حوزه می‌توانند به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها کمک کنند (۱۴). اما با وجود پیشرفت‌های حاصل شده، چالش‌هایی نظیر رشد جمعیت، افزایش بیماری‌ها و کمبود نیروی کار ماهر در حوزه بهداشت همچنان وجود دارد. این چالش‌ها نیازمند راهکارهای مؤثری هستند که شامل توسعه فناوری‌های سلامت الکترونیک و بهبود سیستم‌های اطلاعات پزشکی می‌شود (۳۴). در نهایت، لازم است که پژوهشگران و سیاستگذاران به اهمیت ایجاد یک نظام مراقبت سلامت جامع و کارآمد توجه داشته باشند. این نظام باید به گونه‌ای طراحی شود که بتواند به طور مؤثر به نیازهای بهداشتی جامعه پاسخ دهد و از بروز بیماری‌ها جلوگیری کند.

نتایج نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر پژوهشگران سراسر جهان توجه ویژه‌ای به توسعه نظام مراقبت سلامت داشتند این موضوع از حجم پژوهش‌های انجام شده در انواع نظام مراقبت سلامت در سال‌های اخیر منتج می‌شود. هم‌ینطور استفاده از نظام مراقبت سلامت، مختص یک بیماری خاص در نظر گرفته نشده است و تنوع انواع نظام مراقبت سلامت توسعه یافته، نشان‌دهنده قابلیت این نظام در تشخیص، پیشگیری و درمان موفق انواع بیماری‌هاست. در سال‌های اخیر با افزایش حجم استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی، مسیر طراحی و توسعه نظام مراقبت سلامت هموارتر گشته و امکان جمع‌آوری و پردازش داده در حجم کلان را میسر نموده است (۳۵).

نتیجه‌گیری

از آنجا که طبق بررسی‌های انجام شده، پژوهشی با رویکرد کتاب‌سنجی در زمینه توسعه نظام مراقبت سلامت صورت نگرفته است، مقاله حاضر، به تحلیل جریان‌های علمی پژوهش‌های مرتبط با توسعه نظام مراقبت سلامت در پایگاه استنادی

گسترش روزافزون تعداد و شمارگان نشریات علمی و استقبال، استفاده و وابستگی وسیع جامعه علمی به آن‌ها و اهمیت مجلات علمی، لازم است مجلات نیز به عنوان محمل ارائه دهنده‌ی اطلاعات جدید، به صورت ویژه مورد ارزیابی و بررسی دقیق علمی قرار گیرند، اما در این پژوهش مجلات به عنوان یک عامل مجزا مورد بررسی قرار نگرفت و دومین محدودیت پژوهش همین جا مطرح می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش استفاده از یک پایگاه استنادی (PubMed) است. اگر چه این پایگاه به لحاظ تخصصی بودن آن در حوزه بهداشت و سلامت انتخاب شده است. اما برخی از نویسندگان میان- رشته‌ای مقالات خود را در پایگاه‌های استنادی دیگر از جمله Scopus به چاپ می‌رسانند. لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، استفاده از منابع موجود در سایر پایگاه‌های استنادی نیز در دستور کار قرار گیرد و همزمان اطلاعات موجود در چند پایگاه استنادی مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافی ندارند.

PubMed بر مبنای کتاب‌سنجی پرداخته است.

بر اساس بررسی‌های انجام شده در طول زمان، حجم پژوهش‌ها در حوزه پژوهش رو به افزایش بوده و با انباشت پژوهش‌ها مواجه شده است. در نتیجه انباشت این پژوهش‌ها، پژوهشگران به دنبال روش‌هایی بودند که از طریق آن، یک دید کلی و جامع ارائه دهند. در این پژوهش به دو سوال پژوهش پاسخ داده شد و رشد مقالات، نحوه پراکندگی واژگان کلیدی، هم‌رخدادی واژگان، هم‌نویسندگی و توزیع مقالات از سال ۲۰۰۰ لغایت ۲۰۲۳ مورد بررسی قرار گرفت و به صورت تفصیلی توضیح داده شد و پس از پاسخگویی به سوالات اصلی پژوهش، به منظور افزایش غنای پژوهش، نظرات تحلیلی نیز به همراه نمودارهایی از شبکه مصور هم‌نویسندگی، هم‌رخدادی واژگان و شبکه کلمات کلیدی در حوزه نظام مراقبت سلامت ارائه شد.

در پایان نیز اکوسیستم نظام مراقبت سلامت از اولین مقاله قابل دسترسی در سال ۱۸۴۴ مورد بررسی قرار گرفت. اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود. اولین محدودیت آن است که هدف این مرور، بررسی جریان تولید مقالات در حوزه نظام مراقبت سلامت بود و به بررسی یافته‌های اساسی، ابعاد، چالش‌ها، روش‌های پیاده‌سازی اشاره‌ای نشده است. با توجه به

منابع

- Xiong X, Cao X, Luo L. The ecology of medical care in Shanghai. *BMC Health Serv Res.* 2021 Dec 9;21(1):51.
- Worldbank. Current health expenditure of GDP [Internet]. 2023 Apr [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2021&start=2000&type=points&view=chart>
- Deloitte. Global health care outlook are we finally seeing the long-promised transformation? . 2022.
- Scheibner J, Sleigh J, Ienca M, Vayena E. Benefits, challenges, and contributors to success for national eHealth systems implementation: a scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2021 Aug 13;28(9):2039–49.
- Tigre FB, Curado C, Henriques PL. Digital Leadership: A Bibliometric Analysis. *J Leadersh Organ Stud.* 2023 Feb 1;30(1):40–70.
- Gattini CH. Implementing National Health Observatories Operational Approach and Strategic Recommendations National Health Observatory Health Information Systems and other information sources Health action Population health Reported overview and other Observatory products Monitoring systems Specific observatories Other health determinants Surveillance systems National health authority Other key Observatory users Document prepared by. 2009.
- Zaveri A, Lehmann J, Auer S, Hassan MM, Sherif MA, Martin M. Publishing and interlinking the Global Health Observatory dataset. *Semant Web.* 2013;4(3):315–22.
- Organization WH, Food, of the United Nations AO, for Animal Health WO. Antimicrobial resistance: a manual for developing national action plans. version 1. World Health Organization; 2016. 4, 25.
- Karimuribo ED, Mutagahywa E, Sindato C, Mboera L, Mwabukusi M, Kariuki Njenga M, et al. A Smartphone App (AfyaData) for Innovative One Health Disease Surveillance from Community to National Levels in Africa: Intervention in Disease Surveillance. *JMIR Public Health Surveill.* 2017 Dec 18;3(4):e94.
- Aguilar-Vargas F, Solorzano-Scott T, Baldi M, Barquero-Calvo E, Jiménez-Rocha A, Jiménez C, et al. Passive epidemiological surveillance in wildlife in Costa Rica identifies pathogens of zoonotic and conservation importance. *PLoS One.* 2022 Sep 26;17(9):e0262063.
- Jeon MJ, Kim WG, Kim TY, Shong YK, Kim WB. Active Surveillance as an Effective Management Option for Low-Risk Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinology and Metabolism.* 2021 Aug 31;36(4):7:17–24.
- Spector E, Zhang Y, Guo Y, Bost S, Yang X, Prospero M, et al. Syndromic Surveillance Systems for Mass Gatherings: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 13;19(8):4673.
- Basham C, Billings E, El Rifay AS, Badra R, Ali MA, Asy A, et al. Designing and validating a One Health Research Translation Framework through literature-based case studies in Egypt. *One Health.* 2022 Dec;15:100454.
- Rabiei R, Baštani P, Ahmadi H, Dehghan S, Almasi S. Developing public health surveillance dashboards: a scoping review on the design principles. *BMC Public Health.* 2024 Dec 1;24(1).
- Walker PF, Guntur GC, Lalchandani P, Morrison JJ, Kundi R. Transcarotid artery revascularization in blunt carotid injury. *Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques.* 2023 Jun;9(2):101073.
- Oh J, Kim BI, Tak S. informing decision-makers on preparedness and response to public health threats: event-based surveillance and rapid risk assessment of infectious diseases in the republic of korea. *International Journal of Infectious Diseases.* 2023 May;130:S92.
- Flodgren GM, Bezuidenhout JE, Alkanhal N, Brinkwirth S, Lee ACK. Conceptualisation and implementation of integrated disease surveillance globally: a scoping review. *Public Health.* 2024 May;230:105–12.
- Azadi T, Sadoughi F, Khorasani-Zavareh D. Using modified Delphi method to propose and validate the components of a child injury surveillance system for Iran. *Chinese Journal of Traumatology.* 2020 Oct;23(5):274–9.
- Zheng X, Zhang X, Jorge C, Aye D. Model-based community health surveillance via multilevel small

- area estimation using state behavioral risk factor surveillance system (BRFSS): a case study in Connecticut. *Ann Epidemiol.* 2023 Feb;78:74–80.
20. Hsia J, Gilbert M, Zhao G, Town M, Inusah S, Garvin W. Analysis of Interview Breakoff in the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2018 and 2019. *AJPM Focus.* 2023 Jun;2(2):100076.
 21. Qayyum A, Qadir J, Bilal M, Al-Fuqaha A. Secure and Robust Machine Learning for Healthcare: A Survey. Vol. 14, *IEEE Reviews in Biomedical Engineering.* Institute of Electrical and Electronics Engineers Inc.; 2021. 156–80.
 22. Hood WW, Wilson CS. The literature of bibliometrics, scientometrics, and informetrics. *Scientometrics.* 2001;52(2):291–314.
 23. Khan A, Goodell JW, Hassan MK, Paltrinieri A. A bibliometric review of finance bibliometric papers. *Financ Res Lett.* 2022 Jun;47:102520.
 24. Basílio MP, Pereira V, Costa HG, Santos M, Ghosh A. A Systematic Review of the Applications of Multi-Criteria Decision Aid Methods (1977–2022). *Electronics (Basel).* 2022 May 28;11(11):1720.
 25. Wang C, Lim MK, Zhao L, Tseng ML, Chien CF, Lev B. The evolution of Omega-The International Journal of Management Science over the past 40 years: A bibliometric overview. *Omega (Westport).* 2020 Jun;93:102098.
 26. Haseli D, Paknahad S. A Bibliometric Study of Global Trends in Social Medicine Publications on the Web of Science from 2002 to 2021. *payavard* 2023; 17 (2) :111-121, [Persian].
 27. Shenavar N, Atapour H, Shenavar A. A Bibliometric and Altmetrics Analysis of Highly Cited Articles in the Field of Infectious Diseases. *payavard* 2022; 15 (5) :419-431, [Persian].
 28. Abdekhoda H, Ghazi MirSaeed S, Nourzi A. Evaluation of Scientific Production of Iranian Medical domain based on the document indexed from scientific journals in chosen databases, between 2005-2009. *payavard* 2010; 4 (2 and 1) :18-30, [Persian].
 29. Cantú-Ortiz FJ, editor. *Research Analytics.* Boca Raton, FL : Taylor & Francis, 2018.: Auerbach Publications; 2017.
 30. Martín-Martín A, Thelwall M, Orduna-Malea E, Delgado López-Cózar E. Google Scholar, Microsoft Academic, Scopus, Dimensions, Web of Science, and OpenCitations' COCI: a multidisciplinary comparison of coverage via citations. *Scientometrics.* 2021 Jan 21;126(1):871–906.
 31. Mele G, Capaldo G, Secundo G, Corvello V. Revisiting the idea of knowledge-based dynamic capabilities for digital transformation. *Journal of Knowledge Management.* 2023 Jun 8;
 32. Somerseshire A. Each Profession Requires a Distinct Surveillance. *BMJ.* 1844 Feb 17;s1-7(177):396–7.
 33. Paul, M., Maglaras, L., Ferrag, M. A., & Almomani, I. (2023). Digitization of healthcare sector: A study on privacy and security concerns. In *ICT Express.* Korean Institute of Communication Sciences. <https://doi.org/10.1016/j.ict.2023.02.007>
 34. Sujith AVLN, Sajja GS, Mahalakshmi V, Nuhmani S, Prasanalakshmi B. Systematic review of smart health monitoring using deep learning and Artificial intelligence. *Neuroscience Informatics.* 2022 Sep;2(3):100028.
 35. Popov, V. V., Kudryavtseva, E. V., Katiyar, N. K., Shishkin, A., Stepanov, S. I., & Goel, S.. Industry 4.0 and Digitalisation in Healthcare. In *Materials,* 2022 ,15(6). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ma15062140>

Bibliometric Analysis of Scientific Research Streams Related to the Development of Surveillance System in the PubMed

Maryam Mollabagher¹, Alireza Hassanzadeh², Mohammad Mehdi Sepehri^{3*}, abas habibelahi⁴, Abolghasem Sarabadani⁵

Abstract

Background and Objective: In today's technology world, which is rapidly growing and developing, the emergence and infection of diseases becomes an issue by technology becomes the main challenge of health care professionals and industries. The surveillance system is one of the important tools in guiding and monitoring the treatment processes around the world. The purpose of this research is to quantitatively examine the researches conducted in the field of surveillance system.

Methods and Materials: The current research is descriptive-analytical and has been carried out by bibliography and content analysis and the criteria mentioned in the research method. According to the topic, the sample of this research is from the PubMed reference database and related to research related to the period of 2000 to the end of October 2023. Data analysis was also done using VOSviewer software.

Results: The results of the growth of days, research and article writing are emphasized in the field of national care system. Examining the results showed that 5 countries, the United States of America, England, Switzerland, New Zealand and Germany, conducted the most research in the field of investigation. In this research, the ecosystem of the national care system, institutions, authors, the co-occurrence of words and the network of keywords in the field of the surveillance system were shown and investigated.

Conclusion: The findings showed that the understanding of the need to set up a surveillance system, as well as the increase of electronic health tools and the development of medical information systems over time, has caused a quantitative growth of research on the subject of research.

Keywords: Surveillance system, Bibliography, Smart Health, Health Management

1. PhD Student, Department of Information Technology Management, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Prof., Department of Information Technology Management, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
- 3*. Corresponding author. Prof., Department of Health Systems Engineering, Faculty of Industrial and Systems Engineering, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
mehdi.sepehri@modares.ac.ir
4. Assistant Prof., Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
5. Assistant Prof., Department of Information Technology Management, Faculty of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Medicine
and
Spiritual Cultivation

Ministry of Health and Medical Education



• Letter to Editor

• Twelve Tips for Medical Ethics and Professionalism
in Order to Promote Anatomy Education in Dissection
Room

Ghomareza Hassanzadeh; Mahta Moradi; Nima Safari;
Zohreh Nazmara 1-11

• The Approach of the Spiritual Health Model Based
on Epistemological Perceptions

Maryam Shamsai; Seyed Ziaadin Tabei..... 12-23

• Privatization of Higher Education with an Approach
to Medical Sciences: A Systematic Review

Habibeh Abbasi; Asghar Jahandideh; Jalil Koupayezadeh Isfahani;
Ali Akbari Sari 24-36

• Identifying the Indicators of Skill-Oriented in
Service Training in the Ministry of Health and
Medical Education

Zahra Behravar; Fatemeh Hamidifar; Yalda Delgoshai; Abbas
khorshidi..... 37-48

• Bibliometric Analysis of Scientific Research
Streams Related to the Development of Surveillance
System in the PubMed

Maryam Mollabagher; Alireza Hassanzadeh; Mohammad
Mehdi Sepehri; abas habibelahi; Abolghasem Sarabadani ... 49-64

Volume 33, Issue 1, Spring 2024