Review

Analysis of the relationship between therapeutic education strategy and educational therapy in health and medical sciences

Neda Esmaeli[1*], Somayeh Rostami Maskopaii[2], Niila Bohloli[3]

1. Assistant Professor and Faculty Member of Islamic Azad University, Qaemshahr Branch, Qaemshahr, Iran.
2. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
3. Veterinary Medicine, Islamic Azad University, Babol Branch, Babol, Iran.
*.Corresponding Author: E-mail: Ne_esmaeli@yahoo.com

(Received 27 December 2021; Accepted 17 June 2022)

Abstract

Education of health and medical sciences in this era needs treatment because therapeutic education alone cannot have an effect on high health goals. The body of education should also be repaired. Therefore, the present study aims to analyze the strategy of medical science education with a therapeutic approach along the treatment of education. The present study is a review study by searching the databases of ISI Web of Knowledge, PubMed, Medline, Scopus and Google Scholar with the keywords of medical science education, therapist education, treatment, prevention, preventive education during the years 1995 until now. Based on the few studies that have been carried out in the field of education and treatment strategies or their interactions, and the targeted search and analysis of the results have shown that the goals of health and medical science education cannot be pushed to the training of successful therapists. Rather, it should be revised and rewritten in order for graduate therapists to modify the body of treatment with an educational approach and apply treatment with the aim of preventive education. Maybe this strategy is time-consuming and expensive, but in the long run, therapists will achieve prevention from the approach of treating patients. In addition, changing health behaviors in the short and long term is a major health investment and will greatly affect health policies. In the pandemic crisis of the world and during the emergence and reappearance of new diseases, it is important to review the community-oriented medical science education program, and this will be realized when the treatment is based on the basic principles of health and treatment and is on the right path to health.

Keywords: Medical Science Education, Therapist Education, Treatment, Prevention, Preventive Education.

ClinExc 2022;12(23-35) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

تحلیل ارتباط میان راهبرد آموزش درمان گرایانه و درمان آموزش گرایانه در علوم بهداشتی و پزشکی

ندا اسماعیلی[۱*]، سمیه رستمی مسکوپایی[۲]، نیلا بهلولی اسکویی[۳]

چکیده

آموزش علوم بهداشتی و پزشکی در عصر حاضر نیازمند درمان می‌باشد زیرا آموزش درمان‌گرایانه نمی‌تواند به‌تنهایی بر اهداف عالی بهداشتی اثرگذار باشد بایستی بدنه آموزش نیز خود ترمیم گردد براین‌اساس مطالعه حاضر با هدف تحلیل راهبرد آموزش علوم پزشکی با رویکرد درمانی در امتداد درمان آموزش می‌باشد.

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری با جستجو در پایگاه داده‌های ISI Web of Knowledge,PubMed, Medline, Scopus و Google Scholar با کلیدواژه‌های؛ آموزش علوم پزشکی، آموزش درمانگر، درمان، پیشگیری، آموزش پیشگیرانه طی سال‌های ۱۹۹۵ تاکنون صورت گرفته است.

به استناد مطالعات اندکی که در زمینه راهبردهای آموزش و درمان و یا متقابل آن صورت گرفته و جستجو هدفمند و تحلیل موضوع نتایج نشان داده است نمی‌توان اهداف آموزش علوم بهداشتی و پزشکی را همچنان به آموزش درمانگران موفق سوق داد بلکه بایستی در اهداف بازبینی و بازنویسی جدی صورت گیرد تا درمانگران که فارغ التحصیل می‌شوند خود با رویکرد آموزشی بدنه درمان را اصلاح و ترمیم نمایند و درمان با هدف آموزش پیشگیرانه را بکار ببرند شاید این استراتژی زمان‌بر و هزینه‌بر باشد اما در طولانی‌مدت درمان گران از رویکرد صرف درمان بیماران به پیشگیری و تغییر رفتار بهداشتی گروه هدف دست می‌یابد. ضمن اینکه تغییر رفتارهای بهداشتی در کوتاه‌مدت و بلندمدت سرمایه کلان بهداشتی است و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی را به‌شدت تحت تأثیر قرار خواهد داد. در بحران همه‌گیر دنیا و در حین بروز بیماری‌های نوپدید و بازپدید بازنگری در برنامه آموزش علوم‌پزشکی جامعه نگر اهمیت وافری دارد و این مهم زمانی محقق خواهد یافت که درمان بر مبنای اصول اساسی بهداشتی و درمانی و در مسیر صحیح سلامت باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش‌علوم‌پزشکی، آموزش‌درمانگر، درمان، پیشگیری، آموزش‌پیشگیرانه.

۱.استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائمشهر، قائمشهر، ایران.
۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مازندران، ساری، ایران.
۳. دامپزشکی دانشگاه ازاد اسلامی واحد بابل، بابل، ایران.
* نویسنده مسئول: قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائمشهر
Email:Ne_esmaeli@yahoo.com
تاریخ دریافت:۱۴۰۰/۱۰/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۲/۶ تاریخ پذیرش:۱۴۰۱/۳/۲۷

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

فرایند درمانی خود یکی از سطوح پیشگیری محسوب می گردد به واقع سطوح پیشگیری شامل ۵ سطح شامل؛ پیشگیری مقدماتی یا نخستین[1](مربوط به جلوگیری از پیدایش و برقراری عوامل خطرزای بیماری)، پیشگیری سطح اول[2](بر پیشگیری از بروز بیماری در اشخاص سالم)، پیشگیری سطح دوم[3](به مرحله قبل از استقرار علائم بالینی و موضوع آن کشف به‌موقع و درمان بیماری‌ها قبل از ایجاد علائم و نشانه‌های واضح بالینی)، پیشگیری سطح سوم[4](مربوط به مراحل پیشرفته بیماری یا ایجاد ناتوانی)، پیشگیری سطح چهارم[5](مربوط به جلوگیری از خطرات مربوط به مداخلات غیرضروری و یا بیش از حد لازم). درمان در پیشگیری سطح سوم جای دارد.

باتوجه به بروز بیماری‌های جدید، تغییر رویکردهای درمانی، تسریع در فرآیند پیشگیری و درمان بیماران، کشف روش‌های جدید درمانی، ایجاد درمان‌های تکمیلی، کشف درمان‌های سنتی، کشف مکمل‌های موثر بر روند بهبودی بیماری، تغییر مقاومت انسانی بر بیماری‌ها، تغیر روند انتشار بیمای و... منجر به ایجاد فصل نوینی در روند پیشگیری و درمان بیماری‌ها رخ داده است، اما در این بین درمان بیماری‌هایی که با محور آموزش روند پیشگیری و درمانی باشد بسیار موثرتر از آموزش بر مبنای صرف درمان می‌باشد. بیماری که برای درمان به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه می‌نمایند(و خانواده و همراهان و دوستان و ... که در ارباط مستقیم و غیرمستقیم با بیمار هستند) در شرایط آموزش پذیری بسیار موثرتری می‌باشند زیرا شرایط حال حاضر بیمار را به خوبی درک‌کرده و تاثیرگذاری و تاثیرپذیری شگرفی در پیشگیری و درمان بیماری دارند. اما اگر مبنای آموزش علوم پزشکی در راستای صرف درمان باشد در طی زمان آسیب‌زدن به سرمایه انسانی و اقتصادی جامع را مسبب خواهد شد. زیرا آموزش علوم پزشکی که دیدگاه فراگیران را به سمت درمان سوق دهد و پایاهای آموزشی را بر مبنای درمان بنا نماید رویکرد پیشگیرانه و آموزش بهداشتی و درمانی مدفون خواهد شد بنابراین حفظ پایه آموزش علوم پزشکی در راستای پیشگیری از بیماری‌ها و ناخوشی‌ها یک هدف مهم تلقی می‌گردد بنابراین علوم پزشکی که مبتنی بر آموزش پیشگیرانه باشد ضرورت آموزش می‌باشد زیرا رویکرد پیشگیرانه پیش‌مقدمه بروز بیماری است و اگر اجرایی گردد اصلا نیاز به درمان نمی‌باشد زیرا بیماری رخ نمی‌دهد که درمان رخ دهد بنابراین؛ هزینه‌بر نمی‌باشد، زمان‌بر نمی‌باشد، قابلیت تعمیم دارد، بر رفتار عملکردی عامه تاثیرگذار است، به صورت فردی و اجتماعی قابلیت اجرایی دارد(یادگیری از نوع همه گیری دارد)، آموزش‌پذیر است، قابلیت آموزش دادن دارد، تاثیرگذار است، تاثیرپذیر است و ... بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی دو مقوله آموزش درمان گرایانه با درمان آموزش گرایانه که هر دو در حوزه علوم پزشکی در حال اجرا است صورت گرفته است تا موضع آموزش علوم پزشکی به طور شفاف مشخص گردد و سرلوحه راه پژوهشگران و آموزش دهندگان قرار گیرد.

بر مبنای تجربیات کشورهای مختلف، بسیاری از صاحب‌نظران اقتصادی بر این باورند که به‌تدریج از نقش و اهمیت سرمایه فیزیکی کاسته‌شده و توجه به سرمایه انسانی افزایش یافته است. بنابراین، اهمیت روزافزون سرمایه انسانی موجب شده است که نقش کمیت و به‌ویژه کیفیت نیروی کار بیشتر مورد توجه و بررسی قرار گیرد. آموزش، تجربه و سلامت ابعاد اصلی سرمایه انسانی به شمار می‌آیند(۱).

آموزش علاوه بر اینکه بر درآمد و دستمزد اثر می‌گذارد موجب تغییر تصمیمات و رفتار مردم در جهتی مثبت می‌شود و این به نوبه‌ی خود احتمال موفقیت برای رسیدن به نیازهای اساسی مانند بهداشت، آب و فاضلاب و دیگر خدمات را افزایش می‌دهد

[1] . Primordial prevention
[2] . Primary prevention
[3] . Secondary prevention
[4] . Tertiary prevention
[5] . Quaternary prevention

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

بنابراین از دیگر فواید اقتصادی آینده‌ی آموزش می‌تواند تاثیر آن بر فعالیت‌ها یا به‌عبارت دیگر هزینه‌های بهداشتی باشد که می‌توان آن را مورد بحث قرار داد(۲). سرمایه انسانی از دو بعد قابل‌بررسی است: نقش سرمایه انسانی در رشد اقتصادی، بعد کلان آن است و بعد خرد آن نقش سرمایه‌های انسانی در جنبه‌های مختلف از جمله جنبه درآمدی است. در حقیقت توابع درآمدی ابزاری ساده و در عین حال انعطاف پذیر برای تحلیل سرمایه‌گذاری در آموزش و بهداشت به‌شمار می‌رود(۳).

گاندر و اکسینگ در مطالعه‌ی خود اثر آموزش را بر روی فعالیت‌های بهداشتی خانوار از جمله: دسترسی آن‌ها به آب سالم، تجهیزات پزشکی و درمانی و کسب بیمه عمر-حادثه بررسی می‌کنند. آن‌ها دریافتند که آموزش و همچنین لگاریتم درآمد خانوار تاثیر مثبت قابل‌توجهی در گرایش مردم در فعالیت‌های پیشگیری سلامت(خرید بیمه‌ی عمر و حادثه و تجهیزات پزشکی و درمانی) دارد و سطوح تحصیلی بالاتر بر فعالیت‌های پیشگیری اثر بیشتری دارد(۲).

علمی و دیگران در مطالعه خود تحت‌عنوان اثر آموزش بر درآمد افراد شهری در ایران با استفاده از روش مدل‌های چند سطحی در سال ۱۳۸۲ ابتدا با ترسیم منحنی‌های سن-درآمد شاغلان مناطق شهری ایران در سال ۱۳۸۲، تاثیر آموزش بر درآمد افراد در مقاطع تحصیلی مختلف را نشان داده اند. سپس با کاربرد روش چندسطحی، ارتباط بین آموزش، تجربه و درآمد را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که آموزش بر درآمد حاصل از شغل شاغلان مناطق شهری کشور دارای اثر مثبت و معنی‌داری است به طوی که هرچه سطح سواد بالاتر باشد، شکاف درآمد افراد با متغیر پایه(افراد بیسواد)، بیشتر می‌شود و همچنین سال‌های تجربه بر سطح درآمد افراد اثر مثبت دارد. جنسیت افراد شاغل نیز متغیر مهمی در بررسی تفاوت‌های درامدی افراد است به‌طوری‌که، درآمد حاصل از شغل مردان به طور متوسط بیشتر از زنان است(۴).

شولتز آموزش را به‌عنوان یکی از عوامل تولید در کنار سایر عوامل قرار داده و آن را به‌عنوان یکی از عوامل مهم رشد اقتصادی محسوب می‌کند. شولتز از آموزش به عنوان نوعی از سرمایه‌گذاری یاد می‌کند و بیان می‌کند که کلید توسعه‌ی اقتصادی خود انسان است، نه منابع مادی. به اعتقاد وی بهبود کیفیت کار ناشی از سرمایه‌گذاری در نیروی انسانی یا آموزش است(۵).

همچنین نتایج نشان داد که تاثیر آموزش بر هزینه‌های بهداشتی خانوار مثبت و معنی‌دار است. این نتیجه با مطالعات تجربی خارجی و داخلی انجام شده در سطح خرد نظیر گاندر و اکسینگ مطابقت دارد(۱). از بین هزینه‌های موثر بر عوامل بهداشتی، درآمد بیشترین تاثیر را داشته است ضمن اینکه مطالعات خارجی و داخلی بسیاری به اثر مثبت درآمد بر مخارج بهداشتی اشاره کرده‌اند: در سطح خرد مطالعاتی نظیر گاندر و اکسینگ و در سطح کلان مطالعاتی نظیر هاپکینز و مک دونالد(۶)، اردیل و یتکینر(۷)، مورتی و اوکوناد(۸)، بهبودی و همکاران(۹) و صادقی و همکاران(۱، ۱۰).

همان‌طور که ضمن این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده نشان داده شد، آموزش بر هزینه‌های بهداشتی خانوارها اثر مثبت دارد و این می‌تواند نویدبخش بهبود وضعیت سلامت افراد باشد. همچنین متغیر درآمد به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرها در توضیح نوسانات مشاهده شده در اندازه‌ی هزینه کرد خانوارها در زمینه بهداشت است. اگر خانواده‌ها برای سلامت خود اهمیت قائل بوده و توانایی پرداخت هزینه‌های بهداشتی درمانی را داشته باشند، سطح سلامت جامعه در بلندمدت بهبود و همچنین بهره‌وری نیروی کار افزایش می‌یابد. بنابراین نقش دولت در نظام آموزش و پروش که این نظام تاثیر مستقیم بر درآمد و بهداشت خانوارها و به‌دنبال آن بالا بردن سطح رفاه افراد، رشد اقتصادی و نهایتا توسعه کشور را در بر دارد بسیار حائز اهمیت می‌باشد. لذا می‌توان پیشنهاد کرد که کیفیت نظام آموزشی بر اساس افزایش آگاهی در زمینه بهداشت و درمان افزایش یابد و منابع در جهت ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

ضروری برای توده‌های مردم به‌خصوص افراد کم درآمد جامعه(مثلا گسترش بیمه خدمات‌درمانی در کشور) و مهم‌تر از همه تامین مالی کردن این قبیل هزینه‌ها، تخصیص داده شود(۱).

سرمایه انسانی از طریق آموزش بهتر، سلامتی بالاتر و یادگیری‌های جدید بهبود خواهد یافت(اوگانداری و آووکوس) اخیرا اقتصاددانان نقش آموزش نیروی کار را بالاتر از سایر عوامل دانسته و کمبود سرمایه‌گذاری در سرمایه‌های انسانی را یکی از علل اصلی ناکامی در دستیابی به رشد اقتصادی به شمار می‌آورند(۱۱) به بیان دیگر تا زمانی که علوم و دانش یک جامعه منجر به ارتقای مهارت‌های نیروی کار و افزایش سرمایه انسانی نشود، رشد اقتصادی در مسیر بلندمدت خود قرار نخواهد گرفت. در این چارچوب آموزش موجب توانمندتر شدن نیروی کار شده و تداوم آن باعث توسعه جامعه می‌شود. مزیت جوانی جمعیت کشور و توجه ویژه دولت و خانواده‌ها به موضوع سرمایه‌گذاری در آموزش نسل جوان کشور می‌تواند منجر به بهبود جایگاه سرمایه انسانی در تحقق رشد اقتصادی بلندمدت و پایدار شود(۱۲). نیروی کار سالم و تندرستی می‌تواند موجبات بهره‌وری بیشتر و با ثبات‌تر بنگاه را در سطح خرد فراهم کند، بنابراین آموزشی که منجر به ارتقای سلامت فکری جامعه شود، منجر به ارتقای بهره‌وری و افزایش تولید در سطح کلان نیز می‌شود(۱۳).

سامر و فالن به بررسی اثر حاکمیت و هزینه‌های آموزش بر مسیر پیشرفت و توسعه انسانی و اقتصادی برای نمونه‌ای از ۱۰۵ کشور با درآمد کم و متوسط از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۲ پرداختند. نتایج آن‌ها نشان می‌دهد که عدم موفقیت هزینه‌های آموزش و پرورش در ایجاد دسترسی عادلانه به آموزش متوسطه به‌دلیل عدم حاکمیت مناسب است. علاوه بر این، حاکمیت مناسب باعث افزایش اثربخشی مخارج آموزش در بهبود ثبت‌نام در دوره متوسطه دختران نسبت به مردان شده است(۱۴).

شعبان‌زاده و همکاران با استفاده از رهیافت به بررسی ارتباط کمی بین فقر، آموزش و تولید ناخالص ایران پرداختند. نتایج آن‌ها نشان‌ها می‌دهد که متغیر آموزش اگرچه با وقفه، ولی در کوتاه‌مدت و بلندمدت اثری منفی و معنی‌دار بر شاخص فقر در ایران دارد. ارتباط میان رشد اقتصادی و فقر نیز در کوتاه‌مدت و بلندمدت ارتباطی معکوس است(۱۵).

باریک رو و همکاران با استفاده از داده‌های تابلویی به بررسی اثر آموزش فنی و حرفه‌ای بر رشد اقتصادی در کشورهای مختلف در حال توسعه پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که متغیرهای نیروی کار، تعداد افراد ثبت‌نام شده در دانشگاه، تعداد افراد ثبت‌نام شده در آموزش‌های فنی و حرفه‌ای، تشکیل سرمایه ناخالص و مخارج دولت تاثیر مثبت و از نظر آماری معنی‌دار بر رشد اقتصادی داشته‌اند؛ همچنین درصد تاثیرگذاری افرادی که دارای مهارت و تخصص حرفه‌ای هستند از افرادی که به‌صورت تئوری آموزش دیده‌اند بر رشد اقتصادی بیشتر است(۱۶). جنتی مشکانی و همکاران با استفاده از الگوی تعادل عمومی قابل‌محاسبه به بررسی تاثیر آموزش سرمایه انسانی و رشد اقتصادی پرداختند. نتایج آن‌ها نشان می‌دهد که رشد هزینه آموزش بر سرمایه انسانی و رشد اقتصادی اثر مثبت دارد(۱۷).

اکبریان و فام کار با استفاده از یک الگوی سیستم معادلات همزمان به بررسی ارتباط بین نابرابری درآمد، مخارج آموزشی و رشد اقتصادی پرداختند. نتایج آن‌ها نشان می دهد که متغیر نابرابری درآمد، با واسطه و بدون واسطه مخارج آموزشی دولت، ارتباط منفی با رشد اقتصادی در ایران دارد. همچنین مخارج آموزشی دولت نیز با نرخ رشد اقتصادی رابطه منفی دارد(۱۸).

در سی‌سال گذشته سرمایه‌گذاری بر روی نیروی انسانی در میان اقتصاددانان مقبولیت روزافزونی یافته است. گواه این موضوع را می‌توان در افزایش ذخیره دانش و سلامت افراد دانست که توسعه سرمایه انسانی، افزایش بهره‌وری و رشد اقتصادی را در پی دارد(۱۹).

سرمایه انسانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر توسعه انسانی دارای دو جنبه اصلی آموزش و بهداشت است. مطالعات بین‌کشوری که در زمینه توسعه انسانی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

صورت گرفته، سرمایه انسانی را در بیشتر موارد به مثابه آموزش در نظر داشته و کمتر به بهداشت توجه کرده است؛ اما در مطالعات اخیر، آثار بهداشت به همراه آموزش بر توسعه انسانی تحلیل و بررسی شده است. بهداشت به صورت مستقیم بر توسعه انسانی موثر است. ارتقای بهداشت باعث می‌شود سرمایه انسانی از طریق انباشت سرمایه بهداشتی افزایش یابد و به‌صورت مستقیم بر توسعه انسانی تاثیر داشته باشد. از سویی دیگر ارتقای بهداشت از طریق افزایش طول عمر و کاهش روزهای کاری که نیروی کار به خاطر بیماری خود یا بستگانش از دست می‌دهد، باعث بهبود توسعه انسانی می‌شود. براین اساس سلامت و آموزش از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر توسعه هستند(۲۰). آموزش عالی برای ترویج رشد اقتصادی و توسعه کشور ابزاری مهم محسوب می‌شود و در ایجاد قابلیت‌های انسانی و رشد اقتصادی از طریق دانش، مهارت‌ها و قدرت خلاق جامعه نقشی حیاتی ایفا می‌کند. آموزش‌عالی نه تنها برای اقتصاد ملی مهم است، بلکه افراد نیز از آن بهره‌مند می‌شوند. طبیعی است فرض کنیم که فرصت‌های اشتغال با توجه به سطح آموزش فردی افزایش می‌یابد و به همین ترتیب، سطح درآمد احتمالا با سطح تحصیلات مرتبط است. در نتیجه هر چه مخارج اختصاص‌یافته به این بخش افزایش یابد متناسب با ان رشد و توسعه ارتقا پیدا می‌کنند(۲۱).

این یک واقعیت مسلم است که آموزش عالی موثرترین وسیله برای افزایش توانایی و بهره‌وری انسان بوده، در دستیابی به نتایج مطلوب رشد و توسعه اقتصادی مفید است. به این ترتیب، در تمام کشورها به آموزش عالی به‌عنوان عامل مهمی برای اهداف اجتماعی_اقتصادی و توسعه هر کشور توجه شده است؛ زیرا توانایی بالا بردن کیفیت زندگی و سرمایه انسانی را دارد(۲۲).

با سخا و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی کارکرد هزینه‌های بهداشتی و آموزشی دولت در بهبود شاخص های توسعه انسانی: مطالعه موردی کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی به بررسی اثرگذاری هزینه‌های دولت بر متغیرهای کمی دو بخش بهداشت و آموزش در کشورهای منتخب عضو سازمان کنفرانس اسلامی برای بازه زمانی ۲۰۰۵-۱۹۹۱ پرداخته و نتیجه‌گیری کرده‌اند که اثرگذاری متغیر هزینه‌های دولت بر متغیرهای مختلف اجتماعی مثبت و معنادار است(۲۳).

علی و همکاران در تحقیقی به بررسی اثر هزینه‌های جاری و مخارج آموزشی بر شاخص توسعه انسانی پرداخته و نشان داده‌اند که اثر هزینه‌های جاری بر شاخص توسعه انسانی منفی و اثر مخارج آموزشی مثبت است(۲۴). پروهیت در پژوهشی ارتباط میان مخارج بهداشتی و آموزشی با شاخص توسعه انسانی را بررسی کرده است. نتایج تحقیق حاکی از آن بوده که مخارج بهداشتی و آموزشی بر شاخص توسعه انسانی اثر مثبت و معناداری دارد(۲۵). فتاح و موجی در پژوهشی به بررسی ارتباط میان مخارج بهداشتی، آموزشی و ساختاری با شاخص توسعه انسانی پرداخته، نتیجه گرفته‌اند که مخارج بهداشتی، آموزشی و ساختاری بر شاخص توسعه انسانی اثر مثبت و معناداری دارد(۲۶). بجورک در پژوهشی ارتباط میان آموزش و شاخص توسعه انسانی را بررسی کرده و نتایج تحقیق او نشان داده است که میان آموزش و شاخص توسعه انسانی ارتباطی مثبت و معنادار وجود دارد(۲۲).

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری نقلی است که از طریق جستجوی کمات کلیدی شامل؛ درمان، آموزش پزشکی، علوم پزشکی، آموزش، پیشگیری، استراتژی بهداشتی در پایگاه داده‌های و کتابخانه ملی دیجیتال علوم پزشکی طی سال‌های صورت گرفته است در ابتدا نویسندگان به تحلیل موضوع پرداخته و هدف مطالعه به دقت بررسی و تحلیل شد سپس براساس کلیدواژه‌ها جستجو سازمان‌یافته صورت گرفت تعداد ۳۶۲ مقاله در مرحله اولیه از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی استخراج شد و براساس محدودیت‌های مطالعه(خصوصا نبود مقالات مقارن با مطالعه) تحلیل محتوایی متن

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مقالات صورت گرفت در غربالگری اولیه ۱۲۳ مقاله به علت عدم برخورداری محتوای مناسب با هدف مطالعه از مطالعه خارج شدند ۳۶ مطالعه که متن کامل در اختیار نبوده است پس از بررسی یک یک مقالات باقیمانده، دسته بندی اولیه محتوایی صورت گرفت در انتها ... مقاله نزدیک به اهداف مطالعه یافت شد که از آن برای هدف مطالعه بهره برده شد.

یافته‌ها

نتیجه جستجو مقالات نشان داد که مقالاتی مرتبط با تئوری جدید موجود نمی‌باشد و بخش‌هایی که ارتباط مستقیمی با اهداف مطالعه یافت شده است استخراج باید گردد این استخراج از متن مقالات و در برخی از موارد از متن کتب مرتبط با علوم بهداشتی و درمانی صورت گرفته است. با توجه به هدف مطالعه دو رویکرد آموزش درمان‌گرایانه و درمان آموزش‌گرایانه مورد بررسی قرار گرفته است آموزش درمان‌گرایان یک آموزش رایج در برخی از کشورها می‌باشد نتیجه آموزش درمان‌گرایانه، فارغ‌التحصیلانی هستند که گاهی تمام‌وقت خود را در حال ویزیت بیماران، پرونده‌نویسی، مستندسازی پزشکی، درمان بیماران می‌باشند اما نتیجه بکارگیری درمان آموزش‌گرایانه؛ ویزیت بیماران به همراه آموزش به بیمار، همراهان، آموزش نحوه مصرف دارو، آموزش توانبخشی و بازتوانی، آموزش رفتار بهداشتی، پرونده‌نویسی به همراه تجویز نسخه‌های بهداشتی، تولید و ارائه بسته آموزش بهداشتی در حوزه اختلال و بیماری، تولید و تجویز بسته الکترونیکی رفتار بهداشتی، فراهمی بستر جهت اشاعه رفتار بهداشتی و اتخاذ تصمیم مشترک در منطقه با بررسی رفتار بومی و نگارش موثرترین نسخه، نسخه‌نویسی الکترونیکی، مستندسازی پزشکی به همراه مستندسازی درمان بیماران به همراه تجویزات بهداشتی و تجویزات غیردارویی می‌باشند. در همین راستا محتوای آموزشی با رویکرد آموزشی بروز، هدف درمان درمان آموزش‌گرایانه می‌باشد. به واقع درمان آموزش‌گرایانه یک میان بر برای احیا آموزش و درمان حال حاضر موسسات علوم بهداشتی و پزشکی می‌باشد، ترمیم اهداف آموزشی در حوزه درمان یکی از موارد ضرور نظام آموزش سلامت می‌باشد، عصر حاضر موقعیت‌های بحران‌زایی بیماری‌های نوپدید و بازپدید در سطوح جهانی را ایجاد نموده است که نیازمند اقدام سریع و بهینه نظام سلامت در کشورهای دنیا می‌باشد گاهی اتخاذ تصمیمات بهداشتی و درمانی یکسان در تمام دنیا رواج می‌یابد و با گستره رفتار بهداشتی جهانی و قوانین بهداشتی و درمانی یکسان و واحد بیماری ریشه‌کن خواهد شد این رویکرد در اهداف درمان آموزش‌گرایانه جای دارد به‌واقع اجرایی‌کردن اهداف مشترک و جهانی اقدامات بهداشتی و درمانی یک مسیر موثر و کارآمد در قرارگیری تمامی افراد دنیا در مسیر جاده سلامت می‌باشد. براین اساس ایجاد، ترمیم و توسعه درمان مبتنی بر دانش یک روند موثر آموزش در علوم پزشکی است. این روش به افزایش استفاده از یافته‌های پژوهشی در کار بالینی منجر می‌گردد(۲۸-۲۷) و روشی برای ارتقای عملکرد پزشکی مبتنی بر شواهد به شمار می‌آید(۳۰-۲۹).

بحث

طبق گزارشات فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی کلی، دو دهه گذشته در سراسر جهان شاهد گسترش بی‌رویه آموزش پزشکی بودیم(۳۱). این در حالی است که به دلیل افزایش سطح آگاهی جامعه سطح انتظارات مردم از پزشکان رو به افزایش است بنابراین می‌توان گفت که وضعیت آموزش پزشکی در کشور ما نیز مشابه آنچه در گزارش فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی آمده است می‌باشد و همین نکته مسئولان آموزشی کشور را بر آن داشته که به افزایش کیفیت آموزش در رشته پزشکی عمومی بپردازند. البته این موضوع در سایر رشته‌های دانشگاهی نیز مورد تاکید قرار گفته است و در سیاست‌گذاری‌های کلان کشوری به‌خوبی تصریح شده است همچنان که در قانون برنامه سوم توسعه اجتماعی فرهنگی اقتصادی کشور نیز

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

افزایش کیفیت دانشگاه‌ها به‌عنوان یک هدف محوری مطرح بوده است(۳۲). ارتقاء کیفیت خود یک عامل برقراری عدالت بهداشتی است عدالت و کیفیت برای بسیاری از کشورها به شدت هائز اهمیت است(۳۳). زیرا در ارتقاء شاخص‌های کلان منطقه‌ای اثرگذار می‌باشد بنابراین توسعه کوریکولوم‌ها با ارائه آموزش‌های لازم و پایه‌گذاری سیستم‌های ارزشیابی آموزشی عادلانه و همچنین کنترل مداوم کیفیت آموزش بایستی مد نظر قرار گیرد. ارائه آموزش های متنوع مانند آموزش از راه دور، روش‌های آموزش بزرگسالان بروزشده، ارتقای کوریکولوم برای آموزش‌های لازم نیروی کار آتی و ... باعث ارتقای عدالت در پیامد می‌شود(۳۹-۳۴) و ارتقاء عدالت آموزشی منجر به بهبود کیفیت آموزشی و ارتقاء رتبه بندی آموزشی و تقویت پایه‌های کیفی‌سازی سطح دانشگاهی خواهد شد. پس بسترسازی در راستای تقویت کیفیت آموزش علوم پزشکی و درمان آسیب‌های سطحی و عمیق آموزشی لازمه دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد. ضمن‌اینکه برای عملیاتی‌کردن و اجرای هر رویکرد بهداشتی و درمانی ابتدا نیاز به نیازسنجی و ارزیابی اولیه است برای درمان بدنه آموزش و بکارگیری آموزش پیشگیرانه‌محور و با استراتژی بهداشتی و درمانی ماندگار نیازمند ارزیابی اولیه هستیم در همین راستا برای بهبود کیفیت آموزش که لازمه ترمیم آموزش است بایستی ارزیابی صورت گیرد. نگاهی به تحولات نظام آموزش عالی کشور(نه صرفا آموزش پزشکی) در دو دهه گذشته حاکی از رشد کمی و عدم توجه کافی به کیفیت دانشگاه‌ها و بهبود و ارتقا آن می‌باشد. بهبود و ارتقای کیفیت، مستلزم استقرار یک ساز و کار مناسب ارزیابی می‌باشد(۴۰)، از طرف دیگر برای ارزیابی و ترمیم بدنه آموزش نیازمند داده‌های درست و صحیح هستیم سیاست‌گذاری درست همواره بر پایه اطلاعات صحیح صورت می‌گیرد. بی‌توجهی به این مهم می‌تواند منشا مخاطراتی در تصمیم‌گیری‌ها گردد(۴۱). بنابراین دسترسی به داده‌های صحیح، به‌موقع می‌تواند پایه‌های صحیح شکل‌گیری بنای آموزش علوم بهداشتی و پزشکی بهینه با استاندارد ملی و بین‌المللی گردد. زیرا داده‌های صحیح، به‌موقع و قابل‌دسترس، نقش اساسی در برنامه‌ریزی توسعه و پشتیبانی خدمات بهداشتی ایفا می‌کند(۴۲). بنابراین دسترسی به داده‌های صحیح و درست و ارزیابی به هنگام و کارآمد داده‌ها اولین اقدام درمان آموزش می‌باشد. ضمن اینکه مدیریت آگاه، دلسوز و متعهد بهداشتی نیز یک ضرورت مسلم است بی‌شک مدیریت نظام سلامت کشور و مراکز بهداشتی درمانی، تابعی از قابلیت توانمندسازی و غنای علمی مهارتی مدیریت این مراکز است(۴۳).

با توجه به اینکه موری و همکاران در سال‌های خیلی قبل(۱۹۹۴) اعلام داشته؛ توافق بین‌المللی بر این است آموزش پزشکی سنتی که انحصارا بر آموزش بیمارستانی تکیه دارد بیشتر از آنچه که مفید باشد عمرکرده است(۴۴)، این خود لزوم آموزش جامعه‌نگر را نشان می‌دهد آموزشی که کادر بهداشتی و درمانی از نزدیک و با اشراف کامل به برنامه چندفرهنگی، اقلیم‌شناسی بهداشتی و پزشکی و به استناد درمان موثر با آموزش پیشگیرانه می‌تواند به هدف بهداشتی دست یابد. دغدغه‌های سال‌های قبل هم‌کنون هم وجود دارد فقط با شدت و وخامت بیشتر بنابراین هر چه زودتر بایستی درمان بدنه آموزش را آغاز کرد. زیرا پزشکی مدرن در برخورد با تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و بیولوژیکی موجود در بین جوامع گوناگون، غالبا ناموفق می‌باشد(۴۵)، این خود بیانگر این است که سرعت تغییرات با اهداف بروزنشده منافات داشته، هر زمان هزاران نفر که بیماری شان قابل‌پیشگیری و درمان است، درد می‌کشند می‌میرند و میلیون‌ها نفر دسترسی سهل و سریع به کوچک‌ترین خدمات بهداشتی ندارند دیگر درمان تعدادی از بیماران به تنهایی کفایت نمی‌کند(۴۶).

به‌وضوح روشن است که رویکرد آموزش دانشجویان با هدف درمان‌گرایانه صرف دیگر کارساز نیست و بایستی تعامل دوطرفه صورت گیرد و درمان بر پایه آموزش پیشگیرانه باشد ضمن اینکه خود آموزش نیز درمان

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

گردد زیرا فاصله زیادی بین آموزش و عملکرد گروه پزشکی وجود دارد که به‌خاطر ناهماهنگی آموزش پزشکی با نیازهای جامعه است(۴۷). هم‌کنون بستر برای آموزش‌پذیری و تغییر رفتار و ایجاد یک رفتار بهداشتی بهینه فراهم است سطح سواد اجتماعی تغییریافته در بحران‌های اپیدمیولوژیکی سال‌های اخیر همانند(آنفلوانزا، کرونا) اقبال به‌بکارگیری رفتار بهداشتی صحیح بیشتر شده است، شرایط اقتصادی به شدت دچار نوسان می‌باشد، سرعت تکنولوژی به‌کمتر از ثانیه‌ها متصل شده است، بیماری‌های نوپدید و بازپدید بروز یافته است پس بایستی از این فرصت عالی بهترین بهره بهداشتی را برد زیرا رویکرد میدانی مردم، مسئولین و کادر بهداشتی درمانی؛ برد، برد، برد است.

برخی از عوامل همانند: مدیریت مدیران ماهر و آگاه به امور، امکانات کافی، برنامه‌ریزی درست، تبادل تجربیات، هماهنگی سازمانی، بودجه کافی، خنثی کردن مقاومت در برابر اجرای برنامه، پیوستگی مدیران(۴۸) همسو شدن نگرش و اولویت‌ها بین معاونت بهداشتی و آموزشی، برنامه ریزی مدون(۴۹)، اولویت‌بندی نیازهای بهداشتی جامعه(۵۰)، برنامه‌ریزی آرمانی در راستای تخصیص منابع در بخش آموزشی و دانشگاهی(۵۱)، دسترسی به داده‌های صحیح و درست جهت برنامه‌ریزی(۵۲)، ضرورت حرکت به‌سمت عدالت و کیفیت آموزشی(۳۳)، هم‌افزایی دانش و تجربه(۵۳)، بکارگیری برنامه درسی مبتنی بر صلاحیت(۵۴)، نقش بسزایی در ترمیم، بازتوانی و درمان کیفیت آموزش دارند.

چرایی انتخاب درمان آموزش‌گرایانه در مقابل پیشگیری آموزش گرایانه؟

با توجه به اینکه جسم جان آموزش علوم پزشکی شکل گرفته و در حال رشد و نمو است نمی‌توان از رویکرد پیشگیرانه به‌تنهایی استفاده کرد گرچه رویکرد پیشگیرانه پایه اساسی شاخص‌های آموزش علوم بهداشتی و درمانی است اما در عصر حاضر رویکرد درمانی با هدف پیشگیرانه الویت داشته، زیرا برنامه‌های بهداشتی نیازمند زمان طولانی‌تری هستند اما درمان در زمان کوتاه‌تر صورت می‌گیرد اگر چشم‌انداز درمان، آموزش با هدف پیشگیرانه باشد هم موثرتر و هم در بازه زمانی کوتاه‌تری رقم خواهد خورد. به‌طور مثال؛ نمی‌توان آموزش حال حاضر در دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم بهداشتی و پزشکی را نادیده انگاشت بلکه می‌توان با روش‌هایی همانند، تدوین کوریکولوم‌های جدید، بکارگیری برنامه‌های درسی چندفرهنگی، بکارگیری مراکز بهداشتی و درمانی مجازی، طراحی الگوی شبیه‌سازها بهداشتی و درمانی، طراحی و ایجاد پایگاه‌های داده‌های آموزشی، بکارگیری آموزش از راه دور و مجازی، استعدادیابی آموزشی منطقه‌ای و ملی و... به نوعی مداخله‌درمانی در آموزش نمود و اعتبارگذاری و در همان راستا کیفیت آموزشی را به‌شدت تحت تاثیر قرار داد زیرا مهم‌ترین و اساسی‌ترین هدف اعتبارگذاری، دستیابی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی به سطوح استانداردهای رسمی ارتقا کیفی است(۵۵). با بروز بیماری‌های نوپدید و بازپدید در عصر حاضر و آینده و احتما اپیدمی‌ها و ترسیم مدیریت بحران بهینه بایستی از کوریکولوم‌های جهانی آموزش بهره برد کوریکولم‌هایی که در تمام دنیا قابلیت اجرایی دارند و در این بین رویکرد پیشگیرانه قابلیت اجرایی در تمام دنیا و برای همه افراد را دارند بنابراین ابزار موثری در مدیریت بحران‌ها خواهد بود زیرا رویکرد درمانی برای محدودی از افراد(کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی) قابلیت اجرایی و قابلیت بکارگیری دارد اما رویکرد پیشگیرانه و راه‌حل‌های بهداشتی کاربردی و مثمرثمر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

در کشورهای دنیا آموزش علوم پزشکی بر پایه درمان رایج می‌باشد آموزش‌های علوم پزشکی در راستای تامین هدف غایی فراگیران که همان توانمندسازی در درمان بیماران و مراجعه‌کنندگان می‌باشد صورت می‌گیرد اما بایستی این هدف به‌هدف پیشگیرانه و

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

کاهش هزینه‌های درمانی صورت گیرد به‌طوری‌که درمان آموزش‌گرایانه در راستای تقویت آموزش و بر محور آموزشی هدفمند می‌شوند به طوری که در این رویکرد توانمندسازی فارغ‌التحصیلان در راستای تقویت هدف‌های پیشگیرانه و آموزشی و تغییر رفتار سلامت محور برای گروه هدف باشد گروه هدفی که صرفا بیمار نخواهند بود. بنابراین تغییر کوریکولوم‌ها خصوصا در حیطه روش‌های یاددهی-یادگیری می‌تواند کمک شایانی به بازدهی در طولانی‌مدت جهت بهره‌وری نظام سلامت بگذارد.

درمان بیماران بدون تغییر رفتار یک عملکرد کوتاه مدت با اثر ضعیف می‌باشد زیرا بیماری بارها و بارها بازخواهد گشت و بیمار دوباره به درمان‌گر مراجعه خواهد کرد این رویکرد در طولانی‌مدت هزینه‌های کلان بهداشتی و درمانی را منجر خواهد شد و این یک زیان کلان بهداشتی است زیرا مدیریت بهینه سلامت را دچار زیان خواهد کرد. نمی‌توان از اثرگذاری رویکرد اصلاح و درمان آموزش آسیب‌دیده بهداشتی و درمانی غافل شد. ایران و دانشگاه‌های علوم بهداشتی و پزشکی نیازمند اعمال اصلاحات در روند آموزشی با رویکرد درمانی هستند بایستی در تصمیم‌گیری‌های سیاست‌های خرد و کلان نظام سلامت شاخص‌های کیفی آموزش موثر بهداشتی را تزریق کرد، نمی‌توان انتظار داشت معیارهای بهداشتی از محیطی‌ترین سطح تا بالاترین سطوح صرفا با درمان بیماران رفع کرد. تجویز دارو، جراحی‌ها، درمان‌های پرخطر و تهاجمی و ... جامعه را به سمت و سوی بی‌اعتمادی بهداشتی می‌رساند و تغییر رفتار سخت و گاهی غیرممکن خواهد بود بنابراین درمان آموزش امروز می‌تواند منجر به ارتقای شاخص‌های بهداشتی گردد و تعامل دوطرفه سلامت جامعه و سلامت آموزش رخ خواهد داد. قبول‌کردن این موضوع توسط مدیران کلان بهداشتی(که آموزش علوم بهداشتی-پزشکی دچار بیماری و تنها راه درمان آن خود آموزش می‌باشد) در رفع نقص کمک شایانی خواهد نمود. چشم‌پوشی از بیماری آموزشی همانند؛ عدم بهره‌گیری از آموزش مدرن، عدم بهره‌گیری از ادغام آموزشی، عدم بکارگیری تجربه کمک‌همتایان، عدم بسترسازی بهینه آموزشی و پژوهشی برای فراگیران و آموزش‌دهندگان، عدم برخورداری از عدالت بهداشتی، عدم آموزش مبتنی بر شواهد با ضمانت اجرایی، عدم آگاه‌سازی موثر بهداشتی آحاد جامعه، عدم آگاه‌سازی بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی، عدم بازنگری کلی آموزش درمان‌گرایانه، عدم بومی‌سازی آموزشی و برنامه‌ریزی فرهنگی در کشور، عدم اعمال تحولات بومی و جهانی در پیشبرد اهداف آموزشی(خصوصا در بحران‌های اپیدمیولوژیکی حاضر)، عدم برآوردسازی نیازهای جزئی و کلی شاخصه‌های آموزشی، عدم بررسی تحولات علوم بهداشتی و پزشکی نمی‌توان از آن کناره‌گیری کرد و نادیده گرفت. بهترین راه‌حل برای حل‌مسئله ارزیابی اولیه براساس داده‌های موجود و صحیح و تصمیم‌گیری در راستای درمان همه‌جانبه آموزشی است. درمان‌هایی همانند بهره‌گیری از منابع و تکنولوژی روز دنیا و بکارگیری مدیران آگاه و پویا آموزشی، برنامه‌ریزی براساس معیارهای منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی خود قدم آغازین درمان موثر می‌باشد.

References

1. Manesh S, Ahmed O, Morteza S, Anwari E, et al. The effect of education on the income and health costs of Iranian households. Quantitative Economic Research Quarterly. 2017;14(1):67-95.
2. Gounder R, Xing Z. Impact of education and health on poverty reduction: Monetary and non-monetary evidence from Fiji. Economic Modelling. 2012;29(3):787-794.
3. Salehi MJ. Calculation of return on human capital in Iran. 2005:139-66.
4. Elmi Z, Patanler S, Karimi S, Kasraei, K. The effect of education on the income of urban people in Iran using the

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

method of multilevel models in 2012. Journal of Economic Research. 2006;41(3).
5. Schultz TW. Investment in human capital. The American economic review. 1961;51(1):1-17.
6. Hopkins S, MacDonald G. The relationship between health expenditure and GDP in Australia: Evidence from a New Approach: School of Economics and Finance, Curtin University of Technology; 2000.
7. Erdil E, Yetkiner IH. A panel data approach for income-health causality. Citeseer; 2004.
8. Murthy VN, Okunade AA. The core determinants of health expenditure in the African context: Some econometric evidence for policy. Health policy. 2009;91(1):57-62.
9. Bhabhi D, Barstan F, Pushari. Investigating the relationship between per capita health expenditure and per capita income in low and middle income countries (causality approach in panel data). Economic modeling scientific-research quarterly. 2011;5(15):81-96.
10. Sadeghi, S.K, Azad MA, JalilPour S. Examining the factors affecting the health costs of the private sector and comparing the intensity of their effects. Social Welfare Quarterly. 2014;14(53):55-75.
11. Ono T, Uchida Y. Capital Income Taxation, Economic Growth, and the Politics of Public Education. 2018.
12. Peace H, Majumard E. Non-linear investigation of the effect of education on Iran's economic growth: soft transition regressions approach. Financial and Economic Policy Quarterly. 2020;8(30):27-45.
13. Short PM, Rinehart JS, Eckley M. The relationship of teacher empowerment and principal leadership orientation. Educational Research Quarterly. 1999;22(4):45.
14. Sommer JM, Fallon KM. The Pathway to Improving Human and Economic Development: Girls' Secondary Education, Governance, and Education Expenditures. Social Forces. 2020;99(1):205-229.
15. Shabanzadeh M, Mohammadi H, Esfanjari Kenari R, Dehbashi V. The Relationship between Poverty, Education and Gross National Production in Iran During 1984-2010. refahj. 2015; 15 (58) :37-61.
16. Barro RJ, Sala-i-Martin X. Economic Growth. MIT Press. Massachusettes: Cambridge. 2004.
17. Meshkani J, SamtiAkhlaq K, Esfahani R, Emadzadeh D. Investigating the impact of education cost on human capital and economic growth using the calculable general equilibrium model. Economic Modeling Research Quarterly. 2011;2(5):103-130.
18. Akbarian, Kar F. Examining the relationship between income inequality, educational expenses and economic growth. Quarterly scientific journal of economic growth and development research. 2011;1(1):185-161.
19. Khanzadi A, Azad, Fatahi, Moradi. Investigating the effects of government health and treatment expenditures on human development in Iran. Economy and modeling. 2016;7(25):129-149.
20. Pour G, Bazrafken, A, Qobashi N. Investigating the relationship between education and health expenditures with the human development index in Iran. Economic Strategy Scientific Research Quarterly. 6(20).
21. Memon GR. Education in Pakistan: The key issues, problems and the new challenges. Journal of Management and Social Sciences. 2007;3(1):47-55.
22. Haneef A. Higher education impact on human development: A case study from Pakistan: Universitetet i Agder; University of Agder. 2017.
23. Baskha M, Sabbagh-Kermani M, Yaori, K. Investigating the function of government health and education expenses in improving human development indicators: a case study of member countries of the Organization of Islamic Conference. health Management. 2011;14(45):11-16.
24. Ali SA, Raza H, Yousuf MU. The role of fiscal policy in human development: the Pakistan's perspective. The Pakistan Development Review. 2012:381-394.
25. Purohit BC. Budgetary expenditure on health and human development in India. International Journal of Population Research. 2012.
26. Fattah S, Muji A. Local government expenditure allocation toward human development index at jeneponto regency, South Sulawesi, Indonesia. IOSR Journal of Humanities and Social Science. 2012;5(6):40-50.
27. Hossini M. Journal club and its effective presentation. The Journal of Qazvin

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

University of Medical Sciences. 2002;6(2):88-92.
28. Shariat Mohrhari R, AslSoleimani H. How to manage Journal Club? Journal of Medical Sciences Studies. 2008;19(3):257-264.
29. Berman D, Braig Z, Simms B, Anderson T, Dougherty K, Marcinkowski K, et al. Efficacy of medical student surgery journal club. Journal of surgical education. 2019;76(1):83-88.
30. Ankola AV, Hebbal M. Journal club: A step towards evidence based practice. Journal of Indian Association of Public Health Dentistry. 2011;9(18):84.
31. Van Niekerk JdV. WFME global standards receive ringing endorsement. Medical Education. 2003;37(7):585-586.
32. Mirzadeh A, Tavakoli S, Yazdani K, Taj M. Accreditation: A Way to Quality Assurance and Improvement. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4 (2) :105-116.
33. Yazdani SH, Dashti Rahmatabadi M, Afshar L, Ahmady S, Derakhshan A. A Study of Necessary Activities for Moving towards Educational Equity in Higher Education. Iranian Journal of Medical Education. 2020;20(27): 228-238.
34. Santiago P, Tremblay K, Basri E, Arnal E. Tertiary education for the knowledge society: OECD Paris; 2008.
35. Nicaise I, Esping-Andersen G, Pont B, Tunstall P. Equity in education-Sweden, OECD Thematic Review on Equity in Education. 2005.
36. Stowell M. Equity, justice and standards: assessment decision making in higher education. Assessment & Evaluation in Higher Education. 2004;29(4):495-510.
37. Shape CoHE, Team SoHET, Ramphele M. Towards a new higher education landscape: Meeting the equity, quality and social development imperatives of South Africa in the 21st Century: Department of Education, Council on Higher Education; 2000.
38. Opheim V. Equity in education thematic review. CNIFU, country analytical report, Norway, 1ñ84. 2004.
39. Camilleri AF, editor Responding to Equity Challenges in Higher Education–Some innovations in a lifelong learning perspective. EDEN Annual Conference; 2012; Porto, Portugal.
40. Farnia M, Mohammadpour Armianian A. Investigating the status of comprehensive quality management in Tabriz University of Medical Sciences and providing suitable solutions for improvement. Scientific journal of education and evaluation (quarterly). 2011;3(12):81-106.
41. Soltanian A, Fayyazi N, Khodakarami F, Maleki M. Verifying Accuracy of Data Registration in Households' Files Living in Rural Areas of Hamadan County in 2011. Avicenna Journal of Clinical Medicine. 2013;20(2):144-150.
42. Sadoughi F, Ghazisaeedi M, Ramzan Ghorbani N, Meraji M, Safdari R. Designing a minimum data set for national cancer registry in Iran. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013;11(8):622-629.
43. Najafi M, Jahanmehr N, Zarei E, Daneshkohan A, Palesh M, Maher A, et al. Updating the Master of Healthcare Management Curriculum based on the Job Expected Competencies in Health System. Iranian Journal of Medical Education. 2020;20:134-144.
44. Murray E, Jinks V, Modell M. Community-based medical education: feasibility and cost. Medical Education. 1995;29(1):66-71.
45. Ogonranty Jo. Cultural and biological and diversity in medical practice. World Health Forum. 1995;16(1):66-69.
46. Khalil AM. The importance of creating a social attitude in medical education (socially oriented medical education). 2001.
47. García-Barbero M. Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. Medical education. 1995;29(1):3-12.
48. Vakil H, Azizi F. Investigating the Medical Training Staff Status of Iran in the Recent Two Decades. Research in Medicine. 1993; 17 (1): 23-26.
49. Kalate Sadati A, Bagheri Lankarani K. Sociology in medicine; Introducing a model in medical education. Journal of Medical Education and Development. 2019; 14(1): 66-69.
50. Rangan S, Uplekar M. Community health awareness among recent medical graduates of Bombay. National Medical Journal of India. 1993;6:60.
51. Abedi, Delgoshai, Tabibi, Eddin S, Arianjad, Mirbhadargholi. Presenting an ideal planning model for allocating

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

resources in the educational and academic sector of the Ministry of Health and Medical Education. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 17(57):7-82.
52. Etemad KH, Heydari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi, S. Challenges of access to data in the Ministry of Health, Treatment and Medical Education from the perspective of policy makers, data producers and consumers: a qualitative study. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;13(3):174-182.
53. Abdekhodaie Z, Keynezhad N, Mohammadi Keyvani M, Zangiabadi A. Journal Club is a Turning Point of Clinical Knowledge and Therapeutic Experience: Presenting a model. Iranian Journal of Medical Education. 2020;20:172-183.
54. Soare E. Perspectives on designing the competence based curriculum. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;180:972-977.
55. Yousefi A, Zahrai Roshank H, Ehsanpour S. Accreditation in higher education and medical education. 2000:1(2):44-49.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]