

به نام خداوند جان و خرد  
فصلنامه انوار امروز - مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شهرکرد  
سال دوم - شماره اول و دوم - بهار و تابستان ۱۳۸۹

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان  
چهارمحال و بختیاری

مدیر مسئول و سردبیر: محمد رحیمی مدیسه

شماره پروانه انتشار: 4342 / 124 مورخ 1 / 10 / 1387

شورای نویسندگان به ترتیب حروف الفبا:

- |                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| ❖ دکتر سلیمان خیری - عضو هیات علمی   | ❖ دکتر محسن اربابی       |
| ❖ مهندس شمسعلی خسروی - عضو هیات علمی | ❖ دکتر غلامرضا پناهنده   |
| ❖ منیژه سرشتی - عضو هیات علمی        | ❖ فاطمه عرفانی           |
| ❖ فرانک صفدری - عضو هیات علمی        | ❖ دکتر هدایت الله شیرزاد |
| ❖ دکتر علی کریمی - عضو هیات علمی     | ❖ مهندس شمسعلی خسروی     |
| ❖ دکتر فروزان گنجی - عضو هیات علمی   | ❖ دکتر محمود مباحثی      |
| ❖ جعفر مقدسی - عضو هیات علمی         | ❖ دکتر معصومه معزی       |
| ❖ دکتر محمود مباحثی - عضو هیات علمی  | ❖ دکتر سید کمال صولتی    |
| ❖ دکتر معصومه معزی - عضو هیات علمی   | ❖ دکتر سعید بهرامنش      |
| ❖ دکتر علی مومنی - عضو هیات علمی     |                          |
| ❖ دکتر جعفر نصیری - عضو هیات علمی    |                          |

مدیر داخلی و اجرائی این شماره: فهیمه تیموری  
ویراستار: محمد رحیمی، فهیمه تیموری  
طراحی و صفحه آرائی: محمد علی ابراهیمی  
کمیته پشتیبانی و اجرائی: بیژن نکوئی، محمود کوهی، فریبا بنی مهدی،  
فریبرز سلیمی، رضا رضائی

ناشر: مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی شهرکرد  
شمارگان: 200 جلد  
نشانی: شهرکرد بلوار آیت الله کاشانی ستاد دانشگاه علوم  
پزشکی - معاونت آموزشی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی  
تلفن 0381 - 3346360 و نمابر 0381 - 3335776

Email:edc.journal@skums.ac.ir

### راهنمای نویسندگان

مجله انوار امروز (مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شهرکرد) با هدف ارتقاء سطح دانش پژوهشگران در حیطه آموزش پزشکی و برقراری ارتباط سازنده بین محققین این حوزه از طریق انتشار دستاوردهای علمی ایشان به چاپ می رسد. انتشار مقاله پژوهشی اصیل، مقاله مروری، مقالات کوتاه و نامه به سردبیر در حوزه عملکرد این مجله می باشد. این مجله، مقالات رسیده در حیطه های زیر را مورد بررسی قرار می

دهد:

- ✓ آموزش علوم پزشکی مبتنی بر نیازهای جامعه
- ✓ شیوه های آموزش مناسب در علوم پزشکی
- ✓ آموزش مداوم در علوم پزشکی
- ✓ ارزشیابی برنامه های آموزشی
- ✓ مطالعات تطبیقی در زمینه آموزش پزشکی
- ✓ روشهای مناسب آزمون و اندازه گیری پیشرفت تحصیلی در علوم پزشکی
- ✓ برنامه ریزی درسی در علوم پزشکی
- ✓ مدیریت در آموزش در علوم پزشکی
- ✓ تکنولوژی آموزش در علوم پزشکی

نویسن-دگان موظفند از مقاله خود پنج نسخه به دفتر مجله و یا یک

نسخه الکترونیک از آن را توسط

[رایانامه به نشانی](#)

[edc.journal@skums.ac.ir](mailto:edc.journal@skums.ac.ir) ارسال نمایند. مقالات ارسالی در هر حال برگشت

داده خواهد شد.

■ مقالات به شیوه نگارش معاهده تهران تهیه شوند.

■ مقالات باید با فاصله سطر 1/2 سانتی متر در یک روی کاغذ A4 و با

حاشیه 2/5 سانتی متر از هر سمت کاغذ و با نرم افزار Word تایپ شده باشد.

■ بخش های اصلی هر مقاله پژوهشی اصیل (Original research article) به این قرار

است:

- عنوان، چکیده (فارسی و انگلیسی)، مقدمه، روش ها، نتایج، بحث،

نتیجه گیری، تقدیر، مراجع و ضامم (شکل، جدول، پرسشنامه خاص). هر بخش

اصلی باید از اول صفحه جدید شروع شود و به ترتیب در پایین صفحه سمت

چپ شماره گذاری گردد.

- صفحه عنوان باید شامل این قسمت ها باشد: عنوان مقاله، نام و نام

خانوادگی نویسندگان، آدرس، تلفن و سمت علمی و اجرایی و رایانامه هر

یک از نویسندگان، مشخص نمودن فردی که پاسخگویی مکاتبات مجله و سایرین

خواهد بود، مرکز یا سازمان تأمین کننده بودجه طرح پژوهشی که این

مقاله از نتایج آن است همراه با شماره طرح مربوطه، عنوان مکرری

(عنوان کوتاهی برای استفاده در سرصفحه های مقاله چاپ شده که حداکثر

40 حرف طول داشته باشد)

- چکیده مقاله الزاماً باید ساختاردار بوده (Structured abstract) و بیش

از 250 کلمه نباشد. چکیده مقاله شامل زیر بخش های: مقدمه (Introduction

( روش‌ها ( Methods ) ، نتایج ( Results ) و نتایج‌گیری ( Conclusion ) ) باشد .  
چکیده باید معرف محتوای اصلی مقاله باشد .

- در بخش روش‌ها باید ابزار جمع‌آوری اطلاعات ذکر شود . در صورتی که مقاله دارای پرسشنامه یا چکلیست است، ضمیمه کردن آن الزامی است .  
در مورد پرسشنامه‌های استاندارد، ذکر مرجع و مشخصات آن کافی است .  
- در بخش روش‌ها باید همه قسمت‌ها ( انتخاب نمونه، نوع مطالعه، روش اجرا، ملاحظات اخلاقی، شیوه تجزیه و تحلیل آماری) به آن حد تفصیلی نوشته شود تا دیگران بتوانند عین پژوهش را دوباره تکرار کنند .  
- نتایج درج شده در جدول‌ها جز در مورد مطالب بسیار مهم، نباید در متن تکرار شود .

- در قسمت بحث لازم است، نتایج به دست آمده با نتایج سایر مطالعات مشابه مورد مقایسه و بحث قرار گیرد .

- منابع باید به ترتیب استفاده در متن شماره‌گذاری شود . نمونه نوشتن مراجع مشابه Index Medicus و به شیوه وانکور ( Vancouver ) باشد .  
شیوه نگارش فهرست منابع مطابق با الگوی زیر باشد :  
مقاله مجله انگلیسی :

Kralweski JE, Hart G, Perlmutter C, Chou SN. Can academic medical center compete in a managed care system? Acad Med 1995; 70(10): 867-72.

کتاب انگلیسی :

Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: an introduction. 7<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn and Baccon Co. 2003.

منابع فارسی

با توجه به سیاست کمیته فنی نشریات علمی- پژوهشی، منابع فارسی به هر دو شیوه فارسی و انگلیسی ارائه می‌شود :

الف: شیوه نگارش منابع فارسی برای تهیه نسخه‌های چاپی و نمایه شده در بانک‌های اطلاعاتی بین‌المللی

الف 1: در صورتی که کتاب یا مقاله به فارسی باشد و ترجمه انگلیسی عنوان و نام مجله وجود داشته باشد، معادل انگلیسی آورده شود .

مانند: ((تجارب و درک دانشجویان پرستاری از مفهوم مربی اثر بخش در آموزش بالینی. نوشته موسی علوی، حیدرعلی عابدی در مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ پاییز و زمستان 1386))

Alavi M, Abedi H. [Nursing students' experiences and perceptions of effective instruction]. Iranian Journal of Medical Education 2008; 7(2): 34-7. Persian

الف 2: منبع اصلی یک کتاب یا مقاله فارسی است و ترجمه معادل انگلیسی ندارد، بنابراین، منبع به صورت آوانویسی ارائه گردد .

مانند: (( نیکیار عبدالرسول. قلب کودک من. اصفهان: نشر کنکاش و انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. 1379. ))

Nykyar A. [Ghalbe koodake man]. Isfahan: Kankash and Isfahn University of Medical Sciences; 2000. Persian

ب: شیوه نگارش منابع فارسی برای تهیه فایل ضمیمه در وبسایت مجله:  
ب 1: مقاله فارسی:

حقانی فریبا، شریعتمداری علی، نادری عزتاله، یوسفی علیرضا،  
روشهای تدریس برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی دانشگاه علوم  
پزشکی اصفهان. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی 1382؛ 3 (10): 15 تا  
21.

ب 2: کتاب فارسی:

ذوالفقاری بهزاد، تمدن علی‌محمد، ثابت بابک، حدادگر آرش، عابدحقیقی  
بهین، موسوی شهریار (مؤلفین). آموزش کار گروهی در علوم پزشکی. چاپ  
اول. اصفهان: مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی. 1381.  
صفحه وب:

World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and  
midwifery services. [cited 2005 Apr 19]. Available from: [http://www.who.int/health-  
services-delivery/nursing/kral.pdf](http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/kral.pdf)

- هر جدول باید در یک صفحه مجزا تایپ شود و به ترتیب استفاده در  
متن شماره‌گذاری گردد. مجله در مورد تعداد جدول‌ها حساس بوده، در کل  
نسبت به حجم مقاله، تعداد جدول‌های مورد پذیرش محدود خواهد بود.  
توضیحات باید به صورت زیرنویس در جدول آورده شود. از شماره‌گذاری  
1، 2، 3 و... در متن جدول برای ارجاع به زیرنویس خودداری گردد و به  
جای آن از علائم \* ، \*\* ، + ، ++ ، † و... استفاده شود.

- اشکال و نمودارها باید به صورت سیاه و سفید و در یک برگ کاغذ  
مجزا رسم شده باشند، ذکر نرم‌افزاری که با آن شکل و نمودار رسم شده،  
الزامی است.

■ مجله، مقالات مروری را که از جامعیت بالایی برخوردار بوده و در  
یکی از حیطه‌های زیر قرار گیرند، می‌پذیرد:

۱. مرور کتاب در زمینه آموزش پزشکی به زبان فارسی یا انگلیسی  
در حجم 750 تا 1000 کلمه.
۲. گزارش گردهمایی آموزش پزشکی در سراسر جهان حداکثر تا دو ماه  
پس از برگزاری همایش و در حجم 1200 تا 1500 کلمه.
۳. مقالات مباحثه‌ای یا نقد و تحلیل منابع در مورد موضوعی خاص یا  
نظریه‌ها و گرایش‌های جدید در علوم پزشکی در حداکثر 3500 کلمه.

۴. بخشهای اصلی مقالات مروری مذکور در بند 1 و 3 شامل موارد زیر میباشد: زمینه و هدف، مقدمه، بحث و نتیجه گیری

■ مجله، نوشته‌هایی در حد 500 کلمه را که در ارتباط با مقالات یا نوشته‌های مجله نوشته شده، چنان که در نقد و بررسی مقاله باشد، همراه با پاسخ نویسنده مقاله می‌پذیرد. مجله در انتخاب و چاپ این نامه‌ها آزاد است. همچنین این نامه‌ها می‌تواند در مورد ابتکارهای مفید در آموزش علوم پزشکی، تجربه‌های ارزنده یا اخبار آموزش پزشکی در ایران یا جهان نوشته شود.

■ مجله، تمامی آگهی‌های علمی را در بخش آگهی‌های علمی خود درج می‌کند.  
■ موارد حقوقی

تعهدات نویسنده مرجع مکاتبه مقاله و سایر نویسندگان :

- 1 - پذیرش مسئولیت محتوای مقاله
- 2 - تفویض حق چاپ به مجله
- 3 - پاسخگویی به هر گونه ادعای حقوقی در مورد حق مولف یا محتوا
- 4 - عدم چاپ قبلی مقاله در مجلات فارسی زبان دیگر و نیز عدم چاپ آن در این مجلات تا اعلام نظر نهایی شورای نویسندگان
- 5 - پاسخگویی به مراجع تامین کننده منابع مالی پژوهش در صورت عدم ذکر ایشان در صفحه عنوان .
- 6 - بیان چگونگی مراعات معیارهای اخلاقی در پژوهش و در صورت عدم رعایت معیارهای اخلاقی و حفظ حقوق شرکت کنندگان در تحقیق ، این مجله از چاپ مقاله معذور خواهد بود .
- 7 - نویسندگان مقاله در مقابل کسانی که از آنها در بخش تقدیر با نام تشکر می کنند مسئولیت پاسخگویی دارند .  
فرایند ارزیابی و تعهدات مجله :
- 1 - کلیه مقالات واصله توسط کارشناسان منتخب شورای نویسندگان مجله مورد بررسی قرار می گیرد .
- 2 - مجله موظف است در کوتاهترین زمان ممکن نتیجه کارشناسی مقاله را به اطلاع نویسنده مورد مکاتبه برساند.
- 3 - پس از انجام اصلاحات پیشنهاد شده مقاله مجددا مورد بررسی کارشناسان قرار می گیرد .
- 4 - به محض تأیید نهایی مقاله نامه پذیرش چاپ برای نویسندگان ارسال می گردد .
- 5 - یک نسخه از مجله همراه سه نسخه از مقاله چاپ شده برای هر یک از نویسندگان ارسال می گردد .
- 6 - مجله در رد یا قبول مقالات آزاد است. و نیز حق ویرایش علمی و ادبی و تخلیص مقالات را برای خود محفوظ می دارد .

7 - مجله مسئولیت در قبال دعاوی بین نویسندگان و نیز نویسندگان با  
مراجع دیگر ندارد .

## نقد روش تدریس سخنرانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

دکتر مصطفی نجفی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

**هدف و زمینه :** کلیات روشها و فنون تدریس یکی از مباحث اساسی و بنیادی تعلیم و تربیت است این مبحث به جنبه های عملی و کاربردی آموزش اشارت دارد و به دانش و مهارتهایی که لازمه شغل استادی است منتهی می شود. قوانین شناخته شده ای در رابطه با یادگیری وجود دارند که به کارگیری آنها در بهبود کیفیت و تسریع یادگیری اثر می گذارد. با استفاده از این قوانین، می توان تجربه های یادگیری را برای فراگیران موثرتر، بادوامتر و لذتبخش تر نمود. چرا که یادگیری هم مانند سایر فعالیتها، کار محسوب می شود و در پاره ای موارد کاری است بسیار دشوار. اما هر کار دشواری اگر با شوق و ذوق و انگیزه همراه باشد، احساس دشواری آن از میان می رود و با علاقه دنبال می شود.

**مقدمه:** روش تدریس عبارت از راه منظم، با قاعده و منطقی برای ارائه درس می باشد. آشنایی با روشها و فنون تدریس و به کارگیری آنها موجب می شود که هدفهای تعلیم و تربیت با سهولت بیشتر و در مدت زمانی کوتاهتر تحقق یابند. از روش سخنرانی بعنوان یکی از قدیمی ترین و شایعترین روشهای سخنرانی نام برده می شود و همانطور که از نام آن بر می آید در این روش از بیان شفاهی برای توضیح و تفهیم مطالب استفاده می شود. در روش سخنرانی استاد کم و بیش بدون وقفه در کلاس صحبت می کند. دانشجویان به سخنان استاد گوش می دهند، یادداشت برداری می کنند و سپس در باره سخنان استاد می اندیشند ولی با او گفتگو نمی کنند. در نهایت امر ممکن است بین استاد و دانشجو چند سوال رد و بدل شود. در این روش استاد ترجیح می دهد که سخنانش قطع نشود و تا پایان ادامه یابد. اینگونه سخنرانیها را می توان به مطالب ارائه شده از طریق رادیو و تلویزیون به طور یکطرفه ایراد می شود، تشبیه کرد. لذا با توجه به وفور استفاده از این روش تدریس، این مقاله با هدف نقد و بررسی مختصری در مورد روش تدریس سخنرانی، موارد استفاده، مزایا و معایب استفاده از آن در دانشگاههای علوم پزشکی کشور به نگارش در آمده است.

### بحث و نتیجه گیری:

الف) : از روش سخنرانی میتوان در موارد زیر استفاده کرد در صورتی که در بسیاری از موارد در دانشگاههای علوم پزشکی کشور ما این موارد در نظر گرفته نمی شود :

✓ در صورتی که تعداد دانشجویان زیاد باشد (در تمامی موارد کلاسی از این روش استفاده می گردد چه در مواردی که

- دانشجویان تا حدود 300 الی 400 نفر می باشند و در موارد کلاسهایی کوچکتر (10 تا 20 نفره)
- ✓ در مواردی که دانش جدیدی پدیدار گشته و در کتاب آموزشی نیامده باشد (بسیاری از مطالب ارائه شده در کلاسهایی درسی ما موارد قدیمی و چاپ شده می باشد)
  - ✓ هنگامی که استفاده از روشهایی دیگر ممکن و یا آسان نباشد
  - ✓ موقعی که فراگیران کم سواد یا قادر به خواندن و نوشتن نباشند که این موضوع در مورد دانشجویان صدق نمیکند.
  - ✓ برای ارتباط دادن یک موضوع تازه به مطالب گذشته (این موضوع بعضا رعایت می گردد).
  - ✓ برای توضیح مطالب پیچیده و مشکل در صورتی که از سخنرانی در دانشگاههای علوم پزشکی ما برای ارائه کلیه مطالب چه سخت و چه آسان استفاده می گردد .
  - ✓ در موارد ارائه تجارب شخصی استاد (از این نکته معمولا اساتید استفاده می کنند).
- ب) : محاسن موجود در روش سخنرانی از قبیل اقتصادی بودن (استاد می تواند به تعداد زیاد شرکت کننده در کلاس پوشش دهد و آن هم در زمانی کوتاه) ، انعطاف پذیری (استاد می تواند در صورت ثابت و مشکل بودن مطالب کتابهای درسی با توضیحات بیشتر و ذکر مثالهای متنوع مطالب را قابل فهم تر نماید) ، موثر در تقویت بیان استاد و تقویت مهارت گوش دادن دانشجویان ، نباید اساتید ما را در استفاده زیاد از این روش وسوسه نماید.
- ج) : در دانشگاههای علوم پزشکی اساتید با وجود اینکه در روش سخنرانی متکلم وحده و فعال می باشند و دانشجو غیر فعال می باشد و باعث خستگی دانشجو می گردد نیز از آن استفاده می کنند و معایب زیر را نیز در نظر نمی گیرند :
- مناسب نبودن برای آموزش مهارتهای عملی
  - در نظر نگرفتن اختلافات فردی دانشجویان از نظر علمی و عملی که این موضوع خود می تواند نقاط ضعف دانشجویان را تا زمان امتحان پنهان نگه دارد
  - مشکل بودن جلب توجه و تمرکز دانشجویان در تمامی طول مدت سخنرانی
  - نقص در ایجاد مهارتهای کلامی دانشجویان
  - عدم مناسب بودن روش سخنرانی برای ایجاد مهارتهای ذهنی در سطوح بالایی یادگیری مانند درک و فهم ، کاربرد ، تجزیه و تحلیل برای دانشجو



- دانشجویان مجبور است مطالب عرضه شده به روش سخنرانی را فقط به زور تکرار حفظ نمایند.
- (د) : اساتید ما اگر سعی نمایند از روش سخنرانی با اصول صحیح و به درستی استفاده نمایند قطعاً از معایب آن کاسته شده و بر محاسن آن افزوده می‌گردد. اصولی مثل :
  - (a) کسب آمادگی هر چه بهتر و بیشتر
  - (b) استفاده از وسایل مناسب کمکی برای سخنرانی
  - (c) در نظر گرفتن تناسب مطالب سخنرانی با پایه تحصیلی و رشته دانشجویان
  - (d) طولانی نبودن
  - (e) استفاده از مثالهای مناسب و مستدل و گاهی بذله گویی
  - (f) تمرین قبل از ارائه
  - (g) آشنا کردن دانشجویان از پیش در مورد رئوس مطالب
  - (h) آشنا کردن دانشجویان در مورد وظایفشان در طول سخنرانی مثل اینکه باید طرح سوال کنند ، یادداشت بردارند و ...
  - (i) مورد ملاحظه قرار دادن محیط سخنرانی از نظر سرما و گرما، نور و ...
  - (j) استفاده از فن آماده سازی برای شروع
  - (k) مورد توجه قرار دادن مهارت صدا و بیان به هنگام سخنرانی
  - (l) توضیح دادن نکات مهم ، مشکل و پیچیده با استفاده از مثال ، ترسیم شکل و نمودار و وسایل کمک آموزشی
  - (m) استفاده از واژه ها و اصطلاحات قابل فهم برای دانشجویان
  - (n) تنظیم سرعت بیان به گونه ای که دانشجویان در صورت تمایل بتوانند سخنان استاد را دنبال کرده و یادداشت بردارند .
  - (o) استفاده از مکثهای مناسب کوتاه و نگاه کردنهای بموقع به تمام دانشجویان
  - (p) اجتناب از سخنرانی بصورت خیلی شمرده و کلمه به کلمه
  - (q) تقسیم بندی سخنان به جمله ، پاراگراف و بخش
  - (r) استفاده از مهارتهای تمرکز بخشی برای جلب کردن حواس دانشجویان
  - (s) تغییر دادن جا در بعضی مواقع
  - (t) اختصاص وقت کافی برای پاسخ دادن به سوالات دانشجویان
  - (u) خاتمه بخشیدن به سخنرانی با یک اختتام خوب ، موثر و مربوط به موضوع
  - (v) تعیین تکلیف برای دانشجویان در صورت لزوم

### پیشنهادات:

- لیست پیشنهادهای عملی اجرایی برای بهبود روش سخنرانی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور:
- 1- برگزاری هر چه بیشتر و بهتر گارگاههای آموزش روش سخنرانی
  - 2- تهیه کتابهای مناسب در زمینه روش سخنرانی
  - 3- تهیه فیلمهای آموزشی مناسب در زمینه روشهای مناسب سخنرانی در علوم پزشکی
  - 4- ایجاد سایت مناسب جهت پرسش و پاسخ و آموزش روشهای سخنرانی
  - 5- فی لمبرداری از کلاس اساتید و نقد و بررسی آن (در وهله اول فقط از اساتید داوطلب استفاده گردد)
  - 6- برقراری اهرمهای مناسب تشویقی در جهت ارتقاء فنون سخنرانی و اجتناب از هر گونه تنبیه و توبیخ
  - 7- تشکیل کمیته های کوچک آموزشی مراجعه کننده به گروهها و اساتید جهت انجام تعاملاتی هر چه بیشتر و بهتر در زمینه ارتقاء فنون و روشهای بکار گرفته شده در امر تدریس .

### ارزشیابی آموزش پزشکی

خلاصه‌ای از سخنرانی استاد ارجمند جناب آقای دکتر فریدون عزیز عضو محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در پانل ارزشیابی نخستین همایش مدیران، اعضای هیئت علمی، EDC و EDO دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور (دی ماه 1388).

فعالیت‌های آموزشی هر کشور را می‌توان سرمایه‌گذاری یک نسل برای نسل دیگر دانست. هدف اصلی این سرمایه‌گذاری توسعه نیروی انسانی است. به عبارت دیگر هدف فعالیت‌های آموزشی رشد آگاهی و توانایی‌های بالقوه انسان است. به علاوه آموزش وسیله‌ای برای شناسایی مسایل سلامتی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و پی بردن به راه‌حلهای مناسب برای آنهاست. از نظر تماس با افراد جامعه، نظام آموزشی بالاترین میزان تماس و ارتباط را دارد. نه تنها تعداد قابل توجهی از افراد کشور به عنوان یاد گیرنده، یاد دهنده و فراهم کننده خدمات پشتیبانی نظام آموزشی به طور مستقیم یا غیرمستقیم به خوبی با فعالیت‌های یاددهی-یادگیری سرو کار دارند بلکه آحاد جامعه جهت پیشگیری و ارتقای سلامت با افرادی که در این نظام فعالیت دارند در تماس هستند. در مورد نظام آموزش پزشکی همیشه سئوالات زیر مطرح است:

1 - تا چه اندازه نظام آموزش پزشکی کشور به نیازهای فرد و جامعه پاسخ می‌دهند؟

2 - تا چه اندازه رشد توانایی‌های فردی و توسعه نظام آموزشی پزشکی در جهت توسعه سلامت، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور است؟

3 - تا چه اندازه عملکرد فعالیت‌های آموزش پزشکی در سطح کلاس درس، دانشکده، بیمارستان و نظام آموزشی از مطلوبیت برخوردار است؟

پاسخ به این سئوالها از ساز و کار ارزشیابی آموزشی است. به کار گرفتن این ساز و کار شرایط لازم را برای شفافیت عملکرد و پاسخگویی نظام آموزش پزشکی فراهم می‌کند.

واژه ارزیابی به معنی "بررسی کردن ارزش"، یک عامل "ارزیابی" تعریف شده است. واژه ارزشیابی در درک عمومی بیشتر با تفهیم کردن جنبه‌های معنوی یک عامل همراه بوده است ولی از نظر تخصصی در علوم تربیتی میان ارزیابی آموزشی و ارزشیابی آموزشی تفاوت وجود ندارد (تفاوت معنایی این دو تعبیر صرفاً متأثر از درک افراد است و بر مبنای دانش تجربی استوار نیست).

ارزشیابی آموزشی به عنوان جوان‌ترین شاخه علمی حوزه متخصص علوم تربیتی از دهه 1960 میلادی (1340 ه.ش) شروع شده و به تدریج کامل شده است. ارزشیابی آموزش پزشکی آیینی‌های فراهم می‌آورد تا سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران فعالیت‌های آموزشی تصویری از چگونگی

فعالیتها به دست آورند و با استفاده از این تصویر از نظام آموزش پزشکی مراقبت بیشتری به عمل آورند تا در راستای پاسخگویی به نیازهای فرد در جامعه کیفیت نظام‌های آموزشی ارتقاء یابد. بدون استفاده از سازوکار ارزشیابی، فعالیت‌های آموزشی صرفاً "رها کردن تیر در تاریکی" خواهد بود. ارزشیابی آموزش کمک می‌کند تا نیازهای آموزشی شناسایی شود، براساس این نیازها، برای فعالیت‌های درسی و آموزشی هدفگذاری شود، برنامه‌های آموزشی مطلوب تدوین شود، و سپس برای تحقق هدفها، سازماندهی لازم به عمل آید و انجام امور هدایت و رهبری شود. لذا نظام ارزشیابی، امکان اثربخشی و کارایی نظام آموزشی را افزایش می‌دهد. نکته مهم: تفاوت گذاردن بین پژوهش و ارزیابی آموزشی است. اگرچه هر دو در زمره جست و جوی نظام یافته‌اند، اما هدف پژوهش آموزش، یافتن دانش تازه درباره عناصر نظام آموزشی و پاسخ به سئوال‌های کلی است، تا بتوان پاسخ به دست آمده درباره عناصر را به موارد مشابه تعمیم داد. به عبارت دیگر هدف پژوهش مشخص کردن یک موقعیت نامعین است. ولی هدف ارزیابی آموزشی، قضاوت، یا "توافق" درباره ارزش (اهمیت، مطلوبیت یا شایستگی) عناصر نظام آموزشی و پاسخ دادن به سئوال‌های خاصی است که با ارزش داور سروکار دارد. به طوری که پاسخ یافته شده برای بهبود فرآیند اجرای فعالیتها جهت نیل به هدف معین آموزشی استفاده شود. از شیوه‌هایی که به کمک آن‌ها می‌توان فعالیت‌های آموزشی را به طور مطلوب تنظیم کرد، رویکرد سیستمی در فعالیت‌های آموزشی است که اجزای اصلی این نظام درونداد (Input) فرایند (Process) و برونداد (Output) هستند و این سه عنصر در تماس با محیط (Environment) می‌باشند. هر سه این اجزا را می‌بایست ارزشیابی نمود و نیز محصول (برونداد واسطه‌ای) که نتایج حاصله از آموزش هر مقطع است و نیز پیامد (Outcome) یعنی اشتغال بیکاری، ادامه تحصیلی و تاثیر دانش‌آموختگان در تقویت ارزش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه نیز قابل ارزشیابی است. ارزیابی آموزشی می‌تواند به سئوالات ذیل پاسخ دهد:

- 1 - مطلوبیت هدف‌های آموزشی چه میزان است؟ در پاسخ به سئوال اول باید نیازسنجی نمود.
- 2 - مطلوبیت طرح و برنامه‌هایی که باید به هدفها تحقق بخشد، چقدر است؟ لازم است که دروندا‌های نظام از جمله یادگیری، معلم و... ارزیابی شود.
- 3 - مطلوبیت ساز و کار اجرایی هر یک از برنامه‌های پیش‌بینی شده چه میزان است؟ ارزیابی فرآیندهای نظام آموزشی انجام شود.

- 4 - مطلوبیت بروندادهای واسطه‌ای (نتایج نیمه نهایی) چه میزان است؟  
ارزیابی واسطه‌ای و نهایی به عمل آید.
- 5 - مطلوبیت عملکرد برنامه‌های مورد اجرا چقدر است؟
- 6 - مطلوبیت پیامدهای برنامه‌های اجرا شده چقدر است؟  
در هر قسمت باید به سئوال‌های زیر پاسخ داده شود.  
چرا ارزیابی می‌کنیم؟ چه چیز را ارزیابی می‌کنیم؟ چگونه ارزیابی می‌کنیم؟ کجا ارزیابی می‌کنیم؟ چه موقع ارزیابی می‌کنیم؟ در چه فواصل زمانی به ارزیابی می‌پردازیم؟ چه کسی ارزیابی را انجام می‌دهد؟  
عمل قضاوت چگونه انجام می‌پذیرد؟  
ضرورت استفاده از ارزیابی در بهبود نظام‌های آموزشی را می‌توان در جملات زیر خلاصه نمود:
- 1 - در نظام‌های آموزشی که ارزیابی به طور مستمر به عمل می‌آید فعالیت‌ها موفقیت‌آمیز است.
- 2 - اگر در نظام آموزشی ارزیابی انجام نشود، نمی‌توانید موفقیت را از شکست متمایز نمایید.
- 3 - اگر موفقیت را تشخیص ندهید، نمی‌توانید به آن پاداش دهید.
- 4 - اگر موفقیت را پاداش ندهید، احتمالاً تاوان شکست را می‌دهید.
- 5 - اگر موفقیت را تشخیص ندهید، نمی‌توانید از آن پند بگیرید و برای تجربه‌های بعدی از آن استفاده کنید.
- 6 - اگر شکست را تمیز ندهید، نمی‌توانید آن را تصحیح کنید.
- 7 - اگر به وسیله ارزیابی، نتایج نظام‌های آموزشی را نمایان کنید، می‌توانید حمایت‌های لازم را به دست آورید.

## پژوهش ضمن عمل در آموزش

### دکتر مرضیه عسکری مقدم کارشناس ارشد آموزش پزشکی

**هدف و زمینه:** پژوهش به عنوان جستجوی نظام مند برای کشف مجهول یا حل مسأله، مراحل دارد. درباره ی مراحل پژوهش ضمن عمل، پژوهشگران طبقه بندی های متفاوتی ارائه داده اند و در بررسی آنها مشخص می شود که این مراحل خطی نیستند بلکه به صورت دوری یا حلزونی می باشند. پژوهش ضمن عمل نوعی تحقیق در میدان های واقعی کار و زندگی است که به منظور آگاهی فردی و پیشرفت در کار انجام می شود. در این پژوهش، تحقیق با کار درمی آمیزد و ضمن حفظ اصول تحقیقاتی، انجام آن ساده و امکان پذیر می گردد. پژوهش ضمن عمل توسط خود افراد درگیر در یک مسأله و برای حل یا کاهش آن انجام می شود که در آن عمل، محور اساسی تحقیق است. پژوهش ضمن عمل به مشارکت اساتید در اینکه چگونه در مورد مسائل آموزشی یاد بگیرند، چگونه ایده هایشان را در مورد برنامه درسی بیان کنند و اینکه چگونه عمل آموزشی خود را توسعه دهند و یا آن را نقد کنند، کمک می کند (1) در این مقاله ابتدا تعاریفی از اقدام پژوهی ارائه می شود، سپس در بحث از اهداف پژوهش ضمن عمل از دیدگاه های مختلف پرداخته می شود و به دنبال آن چرخه پژوهش ضمن عمل را که شامل حلقه های برنامه ریزی، اقدام، مشاهده و بازتاب می باشد، معرفی می گردند.

مسأله را به نحوی حل نمایند. بنابراین پژوهش ضمن عمل فرآیند نظام مندی است که آموزش را از طریق تغییر بهبود می بخشد، چون استاد در این پژوهش به عنوان عامل یا کارگزار Practitioner تغییر مطرح است و پژوهش را خود طراحی و اجرا می کند که در نهایت به بهبود عمل آموزشی منجر می شود.

**بجئ:** پژوهش ضمن عمل یا اقدام پژوهی\* در تعلیم و تربیت شکلی از پژوهش کاربردی است که هدف اصلی آن بهبود عملکرد حرفه ای (تخصصی) فرد انجام دهنده این پژوهش می باشد. اغلب، پروژه های اقدام پژوهی در مجلات علمی اقدام پژوهی که دسترسی آنها برای عموم آزاد است یا وب سایتهای مربوط به شبکه های مختلف اقدام پژوهی گزارش می شود. موضوع ها

**مقدمه:** پژوهش ضمن عمل، رویکردی آموزشی - پژوهشی است که هدف از آموزش و به کارگیری آن، حل چالش ها و مسائلی است که اساتید در حین عمل به ویژه طی فرآیند یاددهی - یادگیری با آن مواجه می شوند. به عبارت دیگر، معلم به شیوه ای علمی و پژوهشی، در فرآیندی نظام مند، ضمن تمرکز بر چالش های پیش رو، با تدوین فرضیه هایی درباره ی آنها، به جمع آوری اطلاعات درباره ی آنها پرداخته و آنها را به آزمون می گذارد و بدین وسیله ضمن دسترسی به راه حل های مناسب، به حل مسائل و مشکلات موجود می پردازد و با بهسازی فرآیند آموزش، به تحقق یادگیری مناسبتر و مطلوبتر دست می یابد. به طور کلی پژوهش ضمن عمل نوعی پژوهش است که افراد درگیر حل یک مسأله می شوند و سعی می کنند که آن

جاری که به طور معمول دافع نوگرایی و تغییر است \*بهبود ارتباط بین استاد عمل گرا و پژوهشگر دانشگاهی و رفع نواقص پژوهش سنتی در دادن دستورالعمل صریح به اساتید \*فراهم آوردن یک روش حل مسئله در کلاس درس که از روش غیرعینی و مشخص کنونی برتر باشد (3) چرخه ی اقدام پژوهی : پژوهش به عنوان جستجوی نظام مند برای کشف مجهول یا حل مسأله مرحله ای دارد. درباره ی مراحل پژوهش ضمن عمل، پژوهشگران طبقه بندی های متفاوتی ارائه داده اند و در بررسی آنها مشخص می شود که این مراحل خطی نیستند بلکه به صورت دوری یا حلزونی می باشند. به همین خاطر آن را چرخه ی پژوهش نامیده اند. با این حال چون این پژوهش نیز منظم و هدفمند می باشد، پس لازم است مراحل را برای آن در نظر گرفت که در زیر به یک نمونه از چرخه ی پژوهش ضمن عمل پرداخته می شود. بازرگان ( 1327 ) چرخه ی پژوهش ضمن عمل را شامل چهار حلقه برنامه ریزی، اقدام، مشاهده و بازتاب ( تحلیل و تعدیل اقدام ) به شرح زیر می داند.

و روش های اقدام پژوهی تقریباً نامحدودند. (2) بیشترین تفاوت اقدام پژوهی با سایر اشکال پژوهش در این است که پژوهش ضمن عمل بر تامل و تعمق به عنوان یک جزء مهم از چرخه پژوهش تاکید دارد. تامل و تعمق فرایندی است که طی آن دست اندرکاران عملی تعلیم و تربیت دنیای پرمسئله و متغیر عمل را به منظور تعمق و تدبر و تبادل نظر درباره معنا، ارزش و تاثیر عملکردشان گام به گام به عقب بر می گردند. بعبارت دیگر، فعالیت هایی را که انجام داده اند بازسازی کرده و در مورد آنها عمیقاً می اندیشند. افراد با استفاده از این تامل و تعمق، تعهد و مسئولیتهای جدیدی بر عهده می گیرند، موضوع های جدیدی برای پژوهش کشف می کنند و شناخت یا بصیرتهای جدیدی در باره نقاط قوت و ضعف عملکرد جایشان به دست می آورند. (3) کوهن و مانیون هدفهای این پژوهش را در پنج دسته زیر قرار داده اند:

\* رفع مشکلاتی که در موقعیتهای خاص تشخیص داده شده اند یا بهبود بخشیدن آنها

\* آموزش ضمن خدمت و تجهیز ساختن اساتید به مهارتها و روشهای جدید، افزودن بر نیروی تحلیل گرانه و افزایش خود آگاهی آنها

\* افزودن رویکردهای اضافی یا تازه آموزش و یادگیری به نظام

پژوهش ضمن عمل می پردازد و پس از تدوین طرح، مقدمات اجرای آن را فراهم می کند.

**گام آماده سازی شرایط برای پژوهش ضمن عمل:** در این مرحله اقدام

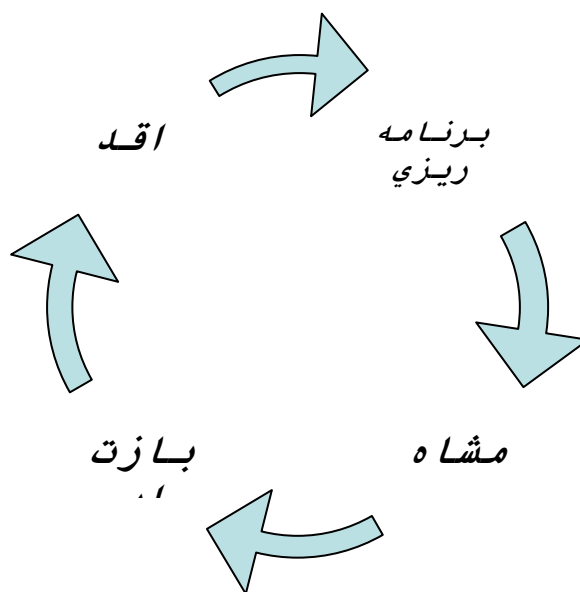
پژوه به درک شرایط موجود پرداخته و ضمن تماس با مدیران و سیاست گزاران شرایط لازم برای اجرای طرح را فراهم می کند. در این گام اقدام پژوه باید کسانی را که در فرآیند اجرای طرح همکاری خواهند کرد را از قبل مشخص کند و ضمن تماس با آنان، مشارکت آنان را جلب کند.

**گام تدوین طرح پژوهش ضمن عمل :** هدف

از اجرای این گام آن است که اقدام پژوه به تشخیص جنبه ی اصلی مورد نظر برای بهبود اقدام بپردازد. هم چنین، وضعیت مطلوب را تعریف کند و نشانگرهای آن را بیان نماید. در این گام به منظور تصویر کردن موقعیت نامعین باید به گردآوری داده ها پرداخت تا با مقایسه ی وضعیت موجود با وضعیت مطلوب بهتر بتوان به بازنگری گزینه های ممکن برای اقدام بهنیه پرداخت.

**مرحله ی به اجرا درآوردن اقدام :**

در این مرحله از پژوهش ضمن عمل، اقدام بهنیه که به وسیله ی اقدام پژوه برگزیده شده است، به اجرا در می آید. این اقدام، با توجه به گام هایی که در مرحله ی قبلی برداشته شده است، بطور بالقوه مؤثر می باشد. بنابر این انتظار می رود که



**مرحله ی برنامه ریزی در پژوهش ضمن عمل :**

اولین مرحله در پژوهش ضمن عمل شامل شناسایی مسأله و برنامه ریزی برای اقدام جهت حل مسأله است.

این مرحله شامل 3 گام به شرح زیر است:

(الف) گام مقدماتی

(ب) گام آماده سازی شرایط

(ج) گام تدوین طرح پژوهش ضمن عمل

**گام مقدماتی :** منظور از گام

مقدماتی در پژوهش ضمن عمل آن است که اقدام پژوه زمینه ی ویژه ای از فعالیت منظور نظر را که مایل به بهبودی آن است، مشخص کند. با توجه به این زمینه ی ویژه، اقدام پژوه

موضوع پژوهش ضمن عمل را انتخاب می کند و سپس پژوهشگر به بررسی اسناد و مدارک مربوط به موضوع



تعمق و تامل، شامل موارد زیر می باشد:

\*می توان از دفترهای کلاسوری استفاده کرد تا بتوانید آنها را جابجا و اضافه کنید یا ترتیب آنها را تغییر دهید.

\*تاریخ وزمان هر یک از عناوینی که در دفتر یادداشت روزانه درج می شوند را ثبت کنید تا بررسی فرایند های تحولی این عناوین را در طول زمان تسهیل کند. هر عنوان را در یک صفحه جدید بنویسید تا بعد بتوان آنها را با جابجا کردن ورق ها دسته بندی کرد.

\*زمان اختصاص یافته به نوشتن دفتر یادداشت روزانه را طوری تنظیم کنید که در حین نوشتن، وقفه یا خللی در آن ایجاد نشود برای انجام دادن این کارمی توانید یک زمان معین را بطور منظم به این کار اختصاص دهید یا هنگامی که دانشجویان در حال انجام دادن کار کلاسی هستند آنرا انجام دهید.

\*برای مرورهای بعدی، از نگارش توصیفی برای ثبت جزئیات مشاهده یا تجربه شده استفاده کنید.

\*برای اظهار نظر، برقراری ارتباط و استنباط معنی، از نگارش تاملی استفاده کنید.

\*هر عنوان را در دو روی یک برگه بنویسید صفحه ای را به نگارش توصیفی و صفحه دیگر را به نگارش تاملی اختصاص دهید.

اجرای آن موجب بهبود وضعیت شده و موقعیت نامعین را بهبود بخشد.

**مرحله ی مشاهده :** در این مرحله از پژوهش ضمن عمل، باید به گردآوری شواهد درباره تأثیر اقدام بهینه پرداخت. برای این منظور می توان داده های کمی یا کیفی را گردآوری کرد. داده های کمی با اندازه گیری متغیرها حاصل می شود، درحالی که داده های کیفی با تبادل نظر با همکاران درباره ی اثرات بهینه گردآوری می شود.

**مرحله ی بازتاب :** در این مرحله از پژوهش ضمن عمل، شواهد تأثیر اقدام بهینه مورد تحلیل قرارمی گیرد. سپس براساس نتایج این تحلیل، گزارش مقدماتی پژوهش ضمن عمل تدوین میشود.

درطرح های پژوهش ضمن عمل که درسطح مدرسه یا منطقه ی آموزش و پرورش انجام می گیرد، می توان از طریق مشارکت دادن ناظران میزان اعتبار نتایج بدست آمده را نیز مورد قضاوت بیرونی قرارداد و سپس گزارش نهایی را تدوین کرد. (4) هابسون پیشنهاد می کند که اساتید پژوهشگر یک دفتر یادداشت روزانه تهیه کنند. دفتر یادداشت روزانه گزارش مکتوب عملکرد است که پژوهشگران را در ارزیابی تجاربشان کمک می کند. پیشنهادهای هابسون درباره تهیه دفتر یادداشت روزانه اقدام پژوهی به عنوان مبنایی برای

دارد از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که پژوهش در آن لازم است. به خاطر پیچیده بودن مسائل مربوط به اندیشه انسان، تحقیق و پژوهش دارای پیچیدگی‌های خاصی است و دقت زیادی را می‌طلبد. بنابراین جهت ارتقاء کیفیت تعلیم و تربیت و اثربخشی آموزشی بایستی مهارت‌ها و توانمندی‌های لازم در معلمان تقویت شود و لازمه‌ی این امر مهم تجهیز نمودن معلمان به بینش علمی و انجام پژوهش می‌باشد تا اینکه معلمان تولید اندیشه نمایند و از آن در جهت بهبود وضع کلاس درس و مدرسه استفاده‌های لازم را به عمل آوردند. آموزش و پرورش پژوهش ویژه‌ی خود را می‌طلبد که محور اساسی آن باید تغییر و تحول در کلاس درس و جریان یاددهی و یادگیری باشد. مسلماً معلمان نقش اساسی در این نوع از پژوهش‌ها ایفا می‌کنند و باید تلاش کرد ضمن بهره‌جستن از همه روش‌های تحقیق، ساز و کارهای پژوهش‌های کلاسی و پژوهش ضمن عمل **Action Research** را تدارک دید.

**\*دفتربه روزانه سیار و کوچتری (Log)** برای کمک به نشان دادن اولویتها، اموری که علاقه شما را جلب می‌کنند و مسائل غالب تهیه کنید.  
**\*نقاط عطف تجربه تدریس خود را** تشریح و درباره رشد و تحول خود در طی زمان تامل و تعمق کنید.  
**\*مواد آموزشی را که خوانده** اید، بررسی و نتایج تحقیق و بررسی‌های خود را در دفتر یادداشت روزانه ذکر کنید.  
**\*با مرور کل دفتر یادداشت خود و جستجوی موضوعات و مضامین،** با پررنگ کردن مطالب مورد نظر و ارائه مطالب پررنگ شده به یک دوست برای خواندن با صدای بلند، گزارشی از مجموعه گزارشهای تدوین شده تهیه کنید.  
**\*در پایان هر جلسه از دانشجویان بخواهید تا تامل خود را درباره یادگیری، سوالات و انتظاراتشان روی یک تکه کاغذ نوشته، به شما تحویل دهند تا از آنها در دفتر گزارش روزانه تان استفاده کنید. (2)**  
**نتیجه‌گیری:** آموزش و پرورش به خاطر اینکه با انسان سروکار

منابع:

۱. قاسمی پویا، 1382، جین مک نیف و همکاران، ترجمه آهنچیان، 1382، فلدمان، 2000
۲. روانشناسی پرورشی نوین، روانشناسی یادگیری و آموزش - دکتر علی اکبر سیف- ویرایش ششم - نشر دوران 1387
۳. روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی- مردیت گال، والتر بورگ، جویس گال- ترجمه دکتر احمد رضا نصر و همکاران- نشر سمت 1386
۴. بازرگان، ع. (1372). اقدام پژوهی و کاربرد آن در تعلیم و تربیت، فصلنامه تعلیم و تربیت. شماره 35 و 36.

## تاریخچه و اهمیت آموزش اخلاق حرفه ای در علوم پزشکی

محمد رحیمی مدیسه\* شیوا دهقان\*\*

\*عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی \*\*کارشناس پرستاری

**هدف و زمینه:** در میان همه شاخه های اخلاق حرفه ای ، اخلاق پزشکی از جایگاه خاصی برخوردار است و این بخاطر جایگاه خاص متعالی است که حرفه پزشکی داراست. گفته اند شرف هر علمی به شرف موضوع آن است و در عالم هستی شریف ترین موضوع " انسان" است چرا که " *لقد خلقنا الانسان فی احسن تقویم*": انسان خوش ساختار ترین پدیده و آفریده خداوند است. انسان موجودی است که خداوند او را ، به تعبیری زیبا و کنایه وار، با دو دست خویش آفریده است: " *قال یا ابلیس ما منعک أن تسجد لما خلقت بیئ*". بنابراین هر علمی که به نحوی از انسان سخن می گوید جایگاه خاصی در میان علوم آکادمیک دارد . علم اخلاق نیز از احوالات ثابت و سنجیات پایدار انسانی می گوید و در واقع طبابت روح آدمی را بر عهده دارد، همان گونه که بیان شد علم پزشکی و طبابت، هر چند بیشتر درمان امراض جسمی انسان را بر عهده دارد، از دوران گذشته با روان و خلقیات انسان پیوندی ناگسستنی داشته است. اخلاق پزشکی از دیر باز یکی از اجزاء علم طب محسوب می شده است و عالمان طب در کنار پرداختن به مسائل پزشکی و توصیه های دارویی، توصیه های اخلاقی نیز داشته اند . با توجه به اهمیت موضوع اخلاق حرفه ای در علوم پزشکی، این مقاله با هدف آشنایی کلی خوانندگان محترم این مجله با مکارم اخلاقی و اخلاق حرفه ای در علوم پزشکی از منابع معتبر علمی جمع آوری شده است . امید است خوانندگان محترم این شماره با بذل توجه خاص به این موضوع بسیار مهم با انجام مطالعات و تحقیقات بیشتر با محوریت اخلاق حرفه ای در شماره های بعدی هیئت تحریریه این مجله را یاری فرمایند.

**مقدمه:** اخلاق جمع خُلُق و خَلَق ریشه را خلق و اخلاق

می باشد، این دو واژه در اصل به یک ریشه باز می گردد، خَلَق به معنی هیئت و شکل و صورتی است که انسان با چشم می بیند و خُلُق به معنی قوا و سجایا و صفات درونی است که با چشم دل دیده می شود. بنابراین می توان اخلاق را مجموعه صفات روحی و باطنی انسان دانست البته گاهی به برخی از اعمال و رفتاری نشأت گرفته از خلقیات درونی انسان نیز اخلاق گفته می شود که اولی اخلاق صفاتی است و دومی اخلاق رفتاری . هنگامی که کاری بطور مستمر از کسی سر می زند دلیل بر این است که یک ریشه درونی و باطنی در اعماق جان و روح او دارد، که آن

ریشه را خلق و اخلاق می نامند. اخلاق در حقیقت ملکاتی است که در نفس انسان حاصل می شود که بر سلوک و رفتار او تأثیر می گذارد، یعنی به اعمال انسان در زندگی جهت می دهد. (2)

در باره علم اخلاق در علوم پزشکی چنین نوشته اند : موضوع علم اخلاق در علوم پزشکی ، بررسی مجموعه آداب و شیوه های رفتاری پسندیده ای که صاحبان مشاغل گروه پزشکی باید رعایت کنند و مجموعه صفات و اعمال نکوهیده ای که لازمست از آنها اجتناب نمایند . به عبارت دیگر آن را امر به معروف و نهی از منکر و آداب معاشرت حرفه ای در

مشکلات و آسیبهای احتمالی بیشتر به بیمار، خانواده او و در نهایت جامعه جلوگیری نمایند (3).  
**تاریخچه علم اخلاق در علوم پزشکی:**  
کتاب "ریک ودا" از کتب مقدس هندوها با قدمت حدود 10 هزار ساله مباحثی را به ضرورت فداکاری و حسن سلوک پزشکان اختصاص داده است. در کتاب مقدس "آیورودا" نیز که موضوع اصلی آن زیست‌شناسی است، مطالبی در ارتباط با وظائف پزشکان وجود دارد. در قانون حمورابی (2250 ق.م) ، مطالبی در باره اخلاق حرفه پزشکی و تعیین دستمزد جراحان و چشم پزشکان و مجازات تخلف آنان آورده شده است همچنین در زمان تمدن آشوریان و بابلیان ادای سوگند توسط پزشکان معمول بوده است (2). بقراط (هیپکرات) فرزند اسقلیبیوس اول در زمینه آموختن علم طبابت عهد و ناموسی وضع کرده بود که می‌بایست متعلم اول با آداب آن متأدب بوده و بعد تحصیل علم طب نماید. از جمله عهد اوست که می‌فرماید: "قسم است به خالق حیات و ممات و بخشنده صحت و آفریننده علاج، و قسم است بر... آن چه می‌گویم به راستی است و در عهد خود استوار و برقرارم، عهد می‌کنم با خدای موت و حیات که معلم خود را پدر خود دانم و حین ضرورت با او با مال خود مواسات کنم، و بیاموزم صناعت طب را

گروه پزشکی ذکر کرده اند. بنابر آنچه که در فصول قبل در ارتباط با اخلاق به طور کلی ذکر کردیم، بجاست علم اخلاق در علوم پزشکی را علم شناخت و تنظیم روابط دست اندر کاران مشاغل گروه پزشکی با بیماران، دانشجویان، همکاران تیم پزشکی و جامعه به شکل و صورتیکه رضای خدا، حقوق انسانها و مصلحت فرد و جامعه را در برگیرد، بدانیم (3). مکارم اخلاقی وجه تمایز انسان از سایر موجودات و موجب شرافت انسان است و ارزش هر انسان بستگی به انصاف و آراستگی او به سجایا و اخلاق حسنه دارد (4). هدف و فلسفه بعثت پیامبران الهی نیز بیشتر در تکامل اخلاقی بشر بوده است و حاکمیت اخلاق کریمه در جوامع انسانی نیز نشانه تعالی و تمدن واقعی آن جامعه تلقی می‌شود. بنابراین لازم است این مکارم و سجایای اخلاقی در تمامی ارکان و شئون زندگی آحاد جامعه نهادینه گردد (5). با توجه به اینکه در شرایط مواجهه با هر گونه بحران، مشکلات جسمی و روانی، تمامی ابعاد زندگی انسان را تحت تاثیر قرار داده و تا حدود زیادی قدرت و توان رفتار معقول و تصمیم‌گیری صحیح را از وی سلب می‌نماید، شایسته است که یکایک اعضای تیم پزشکی، متخلق به مکارم اخلاقی و دارای عملکردی توأم با اخلاق حرفه‌ای بوده تا بتوانند از

امور دینی محسوب می شد، نظارت می کردند و رئیس پزشکان نیز فن طبابت را تحت مراقبت و کنترل داشت و در کمک به بینوایان امر می کرد (6).  
با ظهور اسلام، در سایه تعالیم بی نظیر اسلامی، اخلاق پزشکی از غنای خاصی بهره مند شد. البته پزشکان دوران اسلامی در آغاز کتابهای پزشکی فصلی را به اخلاق پزشکی و ضرورتهای اخلاقی دانشجویان گروه پزشکی اختصاص داده اند. علی بن مجوسی اهوازی در یکی از آثار معروف خود، بابی را به اخلاق پزشکان اختصاص داده است و اعتقادات خود و توصیه های سایر اساتید را به عنوان آیین پزشکی در پندنامه اهوازی گردآوری نموده است. این پندنامه از سوگندنامه بقراط جامع تر است و به نظر می رسد که اهوازی با توجه به تعالیم اسلامی، اصولی را به آن افزوده است (6). ابوعلی سینا در این مورد معتقد است: پزشک باید در درمان بیماران و حسن تدبیر و معالجه آنان چه با غذا و چه با دارو بکوشد. از تجویز داروهای سقط کننده جنین پرهیز نماید و آنها را به احدی معرفی نکند. نسبت به زنان چه بانو و چه کنیز از نظر بد نگاه نکند و به منزل آنان جز برای درمان و معالجه وارد نشود. طبیب باید راز بیماران را محفوظ دارد. تاریخ علوم پزشکی نیز به طور کلی و

بدون اجرت و مزد به هر کسی که با من هم قسم باشد و بر عهد خود عمل نماید و نیز عهد می کنم که در هر امری منظور من منفعت مرضی باشد و دوی مهلک بر کسی ندهم و فرزجه (شیاف) مسقط جنین را در زنان استعمال ننمایم، و نفس خود را پاک و محترم بدارم، و افشای اسرار مریض ننمایم، و در اوقات علاج مرضی، دیده را نادیده انگارم". (6) در تمدن یونان نیز مسئله اخلاق پزشکی از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است و سند بسیار مهم باقیمانده در این باب، سوگندنامه معروف بقراط است. سوگندنامه مذکور در واقع بخش مهمی از سوگندهای گروه پزشکی ملل مختلف را هنوز تشکیل می دهد (3) در کتاب اوستا در باب ویژگیهای پزشکان آمده است که، کتب زیادی مطالعه کرده و در فن خود تجربه کافی داشته باشد. با صبر و حوصله به سخنان بیمار گوش فرا دهد بیمار را با وجدانی بیدار معالجه کند و از خدا بترسد. در آئین زرتشت مهارت در درمان بیماران تنها معیار یک پزشک شایسته نبود، بلکه شخصیت اخلاقی و دارا بودن وجدان در رتبه ای "اولی تر" قرار داشته است. زرتشتیان نسبت به اعمال خلاف چون سقط جنین، بارداری غیر مشروع و خطاهای پزشکی تعصب و حساسیت خاصی داشتند. موبدان زرتشتی بر حسن انجام اخلاق پزشکی، که بخشی از

راهنمایی می کردند. نوشته ها و گفته های ارزشمند پزشکان فاضلی چون بقراط، جالینوس، رازی، ابن سینا و دیگران که دانشمندان برجسته زمان خود بودند، این ادعا و مرتبه علمی و اخلاقی آنان را به روشنی آشکار می سازد. به عقیده آنان، پزشک باید روحی پاک داشته و از اخلاق ناپسند به دور باشد، تا حقایق علم پزشکی در دل او جای گیرد و باور داشتند که طهارت نفس و پاکی روح، فقط با علم اخلاق حاصل می شود. بر همین اساس، نخست، علم اخلاق را به شاگردان خود می آموختند و تا آنها را از نظر اخلاقی نمی آزمودند، آنان را برای آموختن علم پزشکی، به شاگردی نمی پذیرفتند. بدین ترتیب، با سخت گیری در گزینش شاگردان پزشکی، از ورود ناهلان به این حرفه مقدس جلوگیری می کردند تا حیات انسان ها به مخاطره نیفتد (4 و 7).

بدیهی است اگر علم با اخلاق و تهذیب نفس همراه نباشد، ممکن است برای جامعه زیان بار باشد. چنان که دیده شده است، علم بدون اخلاق، گاه از پزشک صاحب مقام و منزلت و تیم پزشکی همکار او، افرادی ستم کار می سازد که با قاچاقچیان اعضای بدن، هم دست می شوند و یا از علم خود برای شکنجه مبارزان سیاسی و اسیران جنگی استفاده می کنند و

در جوامع اسلامی به طور اخص، خاطره الگوهای برجسته و مظاهر اخلاقی را در مشاغل وابسته به علوم پزشکی ثبت کرده است (3). در دائرة المعارف علوم پزشکی که اواخر قرن 19 میلادی و به زبان فرانسه و در یک صد جلد چاپ شده، همچنین سایر کتب مختلف تاریخ طب، نمونه های متعددی از طبیبان و الگوهای اخلاقی را معرفی نموده اند که مطالعه این آثار و سرگذشت این الگوها هنوز سودمند بوده و در برانگیختن فضائل اخلاقی در نزد دانشجویان رشته های علوم پزشکی مؤثر است (1).

**اهمیت علم اخلاق در علوم پزشکی :** علم اخلاق در علوم پزشکی، اهمیت و نقش اساسی دارد. این علم که باید ها و نبایدهای اخلاق گروه و تیم پزشکی را به ایشان یادآوری می کند و شیوه رفتار با بیماران و همکاران را به او می آموزد، از مهم ترین بخش های علم و تعهدات تیم پزشکی به شمار می رود. حقیقت آن است که در گذشته، طبیبان علاوه برداشتن درجات بالای علمی، از مقام و منزلتی روحانی و اخلاقی نیز بهره مند بودند (3).

آنها در حفظ مبانی و ارزش های اخلاقی بسیار می کوشیدند. همچنین آنان هم از جهت علمی و هم از نظر عملی، الگویی شایسته برای مردم به شمار می رفتند و مانند پیشوایان دینی همواره مردم را به نیکی، راستی، پاکی و نجابت،

بازیچه جریان های سیاسی قرار می گیرند (3).

**اخلاق در علوم پزشکی :** اخلاق در علوم پزشکی دانشی میان رشته ای است که موضوع آن مسائل و مباحث اخلاقی در حوزه ی علوم پزشکی با تمام گستردگی آن چه از نظر طیف وسیع مراجعه کنندگان و چه از نظر طیف افراد شاغل به تحصیل و کار در رشته های مختلف این علوم می باشد . خلیات دست اندر کاران مختلف مشاغل پزشکی و بهداشتی و ویژگی های رفتاری آنها را در شرایط مختلف از دو جنبه می توان مورد توجه قرار داد ، یکی از بعد خصوصیات انسانی و محاسن و مکارمی که از انسانهای با فضیلت و شریف انتظار می رود و دیگری ویژگیهایی که به مناسبت رشته تحصیلی و مسئولیت های شغلی و نیاز مستمر جامعه به هر یک از این افراد وجود دارد (8 و9) . برای توجه بیشتر دست اندرکاران مشاغل علوم پزشکی به مسئله ضرورت آراستگی به فضائل اخلاقی دانستن این نکته ضروری است که ، کار زشت در همه حال زشت است ، بخصوص اگر از کسانی سرزند که از آنها فضائل و محاسن اخلاقی و رفتاری انتظار می رود و کار خوب در همه حال خوب است ، بخصوص اگر کسانی بدان مبادرت ورزند که در جامعه نقش انسانهای الگو را دارند (3) . بدین لحاظ از صاحبان مشاغل بهداشتی و درمانی

انتظار می رود به عنوان الگوی اخلاقی به محاسن و مکارم اخلاقی آراسته و از صفات ناپسند و سوء خلق مبری باشند . ضمناً به مناسبت نوع آگاهیها و مهارتها نیز باید آداب ویژه ای را رعایت نمایند که این بخش را تحت عنوان اخلاق حرفه ای در خدمات بهداشتی و درمانی مورد بحث قرار خواهیم داد (4 و10) .

توجه دقیق و رعایت اصول اخلاقی و مکارم آن در تمامی عرصه های علوم پزشکی صادق است و اساساً حرکت طب در پاسخگویی به مددجویان و بیماران بر پایه و محور اخلاق است . کوشش برای نجات جان انسانها ، تسکین آلام دردمندان و اعاده حیات و سلامت به آنان ، خود از ارزشهای اخلاقی است (6 و11) . به نظر می رسد نحوه برخورد پزشکان و یکایک اعضای تیم پزشکی با بیماران ، می بایست سر لوحه خدمات پزشکی قرار گیرد تا از رهگذر این اصول ، به اهداف متعالی طب که همانا نجات جان بیماران ، مدارا و تحمل رفتار ایشان در هنگام نیاز ، حفظ حیات و سلامت آنان و ایجاد امنیت جسمی و روانی افراد جامعه و جلب رضایت مردم که لازمه رضایت خالق است ، محقق گردد (3) .

**اصول اخلاق پزشکی :** در کشورهای غربی ، چهار اصل کلیدی برای راهنمایی در تصمیم گیریهای اخلاقی در حال حاضر مطرح و مورد

در این حالت توجه اوتانازی بر مبنای ترکیبی از دو اصل خودمختاری و سودمند بودن است چون پزشک هم به اختیار و استقلال بیمار احترام گذاشته است و هم بیشترین منفعت را برای بیمارش در نظر گرفته است (1).

**موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی نوین :**

امروزه مباحث پیچیده و عمیق اخلاقی در حوزه اخلاق پزشکی مطرح شده است که توجهات زیادی را به خود جلب نموده است. توسعه دانش بشری، ارتقای فن آوری ها، افزایش توانمندی های تیم پزشکی در تشخیص و معالجه بیماری ها، همچنین افزایش تعداد راه های انتخابی درمانی برای بیمارانی، سوالات روز افزونی را مطرح نموده است که اخلاق پزشکی سنتی، علی رغم ارزش و قدرت خود، نتوانسته است بطور کامل و دقیق پاسخگوی این پرسش ها باشد. این مسائل عمدتاً دستاورد های جدید در حوزه علوم پزشکی و عناوین عمده ترین موضوعاتی هستند که برای عالمان اخلاق و تیم های پزشکی دست اندر کار جوامع دغدغه آفرین بوده است (3 و 1).

از موضوعات بسیار تامل بر انگیز اخلاق پزشکی در این مقطع زمانی، اوتانازی، سقط جنین، ژنتیک و کلونینگ انسان و مراقبت های بهداشتی- درمانی در سطح کلی جامعه است. پیشرفتهای تکنیکی در ژنتیک، شناخت

استفاده می باشد که عبارتند از: 1- اختیار فردی یا اتونومی 2- سودمندی 3- عدم زیانباری 4- عدالت (3 و 1 و 7).

از آنجا که اسلام در هر یک از چهار اصل ذکر شده، نظریات جامع و گاه متفاوتی با فرهنگ غربی دارد، تعیین چارچوبی مشخص برای تصمیم گیریهای اخلاقی در طب برای پزشکان مسلمان و اعضای تیم پزشکی ضرورت ویژه ای می یابد. در راستای توجه به این اصول، سوال این است که آیا می توان به یک تعادل مدبرانه در مسائل اخلاق پزشکی دست یافت؟ پزشک هم باید به اختیار بیمار احترام بگذارد و هم تصمیمی بگیرد که بهترین نتیجه را در بر داشته باشد و در عین حال عدالت را نیز رعایت کند و از توزیع عادلانه امکانات در یک مرکز خدمات درمانی اطمینان حاصل کند (3 و 1). آیا می توان موازین اخلاقی ای وضع کرد که تمام مسائل را در بر گیرد؟ نکته مهم این است که تدوین یک " نظام اخلاق پزشکی" به تنهایی و جدا از هنجارهای عمومی و ارزش های یک جامعه ممکن نیست. چهار اصل اخلاقی پزشکی فوق الذکر آنقدر مبهم اند که نمی توانند در علم طب مثمر ثمر باشند. مثلاً توجیه اوتانازی ( مرگ با رضایت بیمار) در هلند بر اساس درخواست خود بیمار و وضعیت بالینی او به هنگام گرفتن چنین تصمیمی است.



ملزوم بودن این علوم که سوابق مدون و تاریخی آن به حدود 10 هزار سال قبل برمی گردد و توجه ویژه دین اسلام به مکارم اخلاقی که در تمام شئون زندگی انسانها دارای آراء و دیدگاههای ارزشمندی است، شایسته است صاحبان مشاغل و حرف علوم پزشکی و بخصوص در سرزمین ایران با آن پیشینه غنی علمی و اعتقادات دینی مردم و همچنین با توجه به توسعه علم و فن آوری و استفاده از روشهای نوین درمانی، به موضوع اخلاق و اخلاق حرفه ای در تمامی رشته های علوم پزشکی، توجهی ویژه مبذول گردد. از آنجاییکه در دهه های گذشته به علت کمبود نیروی کارشناس و متخصص در کشور، بیشتر به کمیت تربیت نیروی انسانی توجه شده و به درجاتی تربیت اخلاقی دست اندر کاران این مشاغل مورد بی توجهی و غفلت قرار گرفته، شایسته است از هم اکنون و با رویکردی مثبت و با تمام توان، به ترویج مکارم اخلاقی و آموزش اخلاق حرفه ای در بین دست اند کاران این مشاغل پرداخت، تا در راستای این توجه و آموزشها به نیاز همه جانبه بیماران و مددجویان، بخصوص در هنگام بیماری و بحران از طرف تیم درمان پاسخی مناسب و شایسته داده شود و به این طریق از مشکلات و آسیبهای احتمالی بیشتر

کروموزومی به ویژه شناخت بیماری های ژنتیکی و ناهنجاری های آناتومیکی شدید را ممکن ساخته است. (11و12). و از طرف دیگر تشخیص نقایص جنین در دوران حاملگی، تیم درمان را با چالش های جدی اخلاقی مواجه می کند. آیا عمل سقط جنین بر اساس نقایص ژنتیکی اخلاقاً قابل قبول است؟ آیا با دانستن ریسک بالای بیماری های ژنتیکی در حاملگی های بعدی، حاملگی مجدد درست است؟ در زمینه روش های تکنیکی ناباروری نیز تعارضات اخلاقی جدی وجود دارد. که هنوز در این راستا اتفاق نظر وجود ندارد (12).

از جمله مباحث دیگر اخلاق پزشکی می توان به مسائل اخلاقی مربوط به بیماران مرگ مغزی و شاخص های آن، اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی، وظایف و مسئولیت های پزشک و تیم پزشکی در مراحل مختلف درمان بیماران، مباحث حقوقی و اخلاقی در پیوند اعضاء، تخصیص منابع محدود و عدالت در توزیع منابع، رضایت آگاهانه در انجام مداخلات درمانی، مسائل اخلاقی در باروری و ناباروری و شیوه های جدید القای بارداری، شبیه سازی انسان، پژوهش روی حیوانات و... را نام برد (3و8).

بحث و نتیجه گیری: با عنایت به قدمت علم اخلاق و رسوخ آن در تاریخ و پود علم طب و لازم و

به بیمار و خانواده ایشان جلوگیری شود .

**منابع:**

- 1- لاریجانی، باقر و جعفریان، علی؛ پزشکی و ملاحظات اخلاقی، جلد اول، برای فردا، چاپ دوم، 1383
- 2- خوشنویس، محمدعلی و نوغانی، فاطمه. تاریخ تحولات و اخلاق پرستاری، چاپ اول، انتشارات انجمن قلم ایران، تهران، 1378
- 3- اصفهانی، محمد مهدی. اخلاق حرفه ای در خدمات بهداشتی درمانی، چاپ اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، 1372
- 4- سیدی ساروی، حسین. حرف های فیروزه ای، مجموعه چشم اندازه های امام علی (ع) دفتر پنجم، چاپ دوم، انتشارات کانون اندیشه جوان، تهران، 1384
- 5- ذاکری، علی اکبر. اخلاق کارگزاران، مجموعه چشم اندازه های امام علی (ع) دفتر سی ام، چاپ دوم، انتشارات کانون اندیشه جوان، تهران، 1384
- 6- زنوزی تبریزی، عبدالحسین . مطرح الانظار ، چاپ پڑمان ، اول ، تابستان 1388 .
- 7 - حاجی، حسین و همکاران . سیری در مبانی اخلاق در پژوهش و اخلاق پزشکی در سیره نیاکان. مجله طب و تزکیه. شماره 69 و 68، ص 95-82 .
- 8- محمدی، مریم و محمدی شبنم. اخلاق در مامایی. فصل نامه علمی، پژوهشی، اجتماعی نوید نو. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. شماره 4 زمستان. 1387
- 9- حسینی ، میر محمد. تاریخ تحولات و اخلاق در پرستاری. نشر و تبلیغ بشری ، چاپ دوم 1379.
- 10 - اریجانی، باقر و جعفریان، علی؛ پزشکی و ملاحظات اخلاقی، جلد دوم، برای فردا، چاپ دوم 1383.
- 11- قشلاقی، فرزاد؛ تاریخ ، اخلاق، مقررات مامایی و پزشکی قانونی؛ چاپ ارغوان ، اول 1384
- 12- وائق فاطمه. نوغانی، فاطمه. تاریخ، اخلاق و مقررات مامایی. تهران. بشر 1380.

## گزارش دومین المپیاد علمی دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

مرتضی خاشعی و رناخواستی \* - شیوا دهقان \*\*

\* دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - \*\* کارشناس پرستاری

**مقدمه:** پیشرفتهای سریع و روزافزون علوم، خصوصا علوم پزشکی و تغییر و تحولات مستمر در اقدامات پیشگیری تا نوتوانی بیماران، نیاز به بازنگری در اهداف غائی تعلیم و تربیت بخصوص آموزش پزشکی را به شدت مطرح ساخته است. آینده ایران نیازمند افرادی است که بتوانند بصورت خلاقانه و گروهی به حل مسائل کشور بپردازند. رسالت دانشگاههای کشور برای شناسایی، هدایت و پرورش استعدادهاي علمی دانشجویان بر کسی پوشیده نیست. به علاوه، دانشگاههای علوم پزشکی به عنوان متولیان سلامت جامعه، نقش مضاعفی را در توسعه پایدار بر عهده دارند؛ از یک طرف بایستی نیروی انسانی و دانش مورد نیاز در بخش سلامت را تولید کنند و از طرف دیگر، مدیران شایسته ای را برای رهبری نظام سلامت و همسو سازی حرکتها و تصمیم گیری های این نظام با جهت گیری کلی توسعه در کشور عرضه نمایند. متأسفانه دانشگاههای علوم پزشکی برنامه ای برای پرورش مهارت حل مساله و کار تیمی در نظام سلامت ندارند. در واقع روش آموزش سنتی در دانشگاهها در بیشتر مواقع تلفیقی از اطلاعات و مفاهیم را به دانشجویان ارائه می دهد،

اما آنان را در تجزیه و تحلیل، اولویت بندی و سازماندهی دانش نوظهور که لازمه تفکر انتقادی بوده و منجر به یادگیری موثر و با معنی خواهد گشت، به حال خود می گذارد. یکی از روشهای رفع این نقیصه طراحی مسابقه ای کشوری است که مهارت حل مساله بصورت تیمی جزء ارزشهای آن باشد. در مورد تاثیر المپیادهای علمی بر افزایش مهارتهای دانش آموزان شرکت کننده در آنها مطالعات مختلفی انجام شده است. مطالعه ای در هلند در مورد تاثیر المپیاد ریاضی در شکوفایی استعداد ریاضی دانش آموزان، نشان داد که المپیادها در تحصیلات دانشجویان خود موفق بوده اند و مقالات و کتابهایی در زمینه ریاضی چاپ کرده اند. المپیاد همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس آنان شده بود و به انتخاب شغل آینده شان کمک کرده بود. این امر نشان می دهد که شرکت در مسابقات علمی می تواند به رشد فردی و حرفه ای فرد کمک کند. ایده اولیه برگزاری این مسابقه علمی در سال 1379 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مطرح گردید. از حدود سال 1385 اقدامات اولیه برای طراحی آن شروع شد و تاکنون جلسات متعدد هم اندیشی

بنابراین ارزشهای زیر در طراحی و اجرای المپیاد حاکم خواهد بود:

1. توجه به تفکر خلاق و انتقادی
  2. توجه به اهداف نظام سلامت
  3. تشویق کار تیمی
  4. تشویق فعالیتهای بین رشته ای
  5. ایجاد یک محیط شاد رقابتی
  6. قدرشناسی از عالمان و توجه به فرهنگ اسلامی
- شرایط داوطلبان شرکت در المپیاد :  
دانشجویان رشته های پزشکی و داروسازی در مقطع عمومی که آزمون علوم پایه را گذرانده باشند و همچنین دانشجویان دوره کارشناسی از سال سوم به بعد در صورت داشتن معدل بالای 16 می توانند در آزمون ورودی شرکت کنند.

**پیام دکتر محمد هادی ایمانیه ریاست علوم پزشکی شیراز به شرکت کنندگان در دومین المپیاد**

مفهوم دانشگاه و دانشجو در گذر زمان تغییرات بنیادینی را طی نموده است. روزگاری رسالت دانشگاه در آموزش و انتقال دانش پیشین خلاصه می شد. بعدها کارکردهای پژوهش و تولید علم گستره مفهومی دانشگاه را فزونی بخشید. پژوهشگران رشته های علوم پزشکی به لحاظ درهم تنیدگی آن ها با متن جامعه و رسالت ارزشمند تامین، حفظ و ارتقای سلامت و نجات جان انسان ها شاید اولین پیشگامان تجدید نظر در مفهوم دانشگاه به عنوان ارائه دهنده خدمت به جامعه بوده اند. اما

با حضور استادان، کارشناسان و دانشجویان حائز رتبه در المپیادهای دانش آموزی برگزار شده است. با توجه به تفاهم به وجود آمده در میان اکثر دانشگاهها و مس ئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبني بر لزوم تقویت قدرت تفکر و استدلال بین دانشجویان علوم پزشکی، هم اکنون بستر مناسبی برای برگزاری این المپیاد فراهم آمده است.

#### **اهداف برگزاری المپیاد:**

اگرچه برگزاری المپیاد به صورت بالقوه می تواند شکافهای متعددی از نظام آموزش علوم پزشکی را ترمیم نماید، ولی اهداف مشخص زیر برای آن متصور است:

1. تلاش در جهت جنبش نرم افزاری و رسیدن به چشم انداز 20 ساله
2. شناسایی افراد مستعد علمی
3. ترغیب و تشویق افراد مستعد علمی
4. جهت دهی به فعالیتهای علمی فوق برنامه
5. ایجاد روحیه و نشاط علمی
6. تبادل فرهنگی بین دانشگاهی

#### **ارزشهای حاکم بر المپیاد:**

در المپیاد دانشجویی تیمها از رشته های مختلف علوم پزشکی از دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور در جوی صمیمی و هیجان انگیز بصورت خلاقانه به حل مسائلی می پردازند که می تواند به پیشرفت نظام سلامت کشور و یا علوم پزشکی در جهان کمک کند.

پر افتخار میلاد آخرین ذخیره الهی حضرت حجه ابن الحسن العسگری (عج) به اهتزاز در خواهد آمد. با تبریک تقارن این میلاد خجسته با المپیاد دانشجویی این همزمانی را به فال نیک گرفته، مفتخریم تا دومین برگزار کننده این آزمون و میزبان جمعی از بهترین جوانان این مرز و بوم باشیم.

در طی ماههای گذشته با همکاری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به خصوص معاونت محترم آموزشی وزارتخانه و تلاش های مستمر و شبانه روزی همکارانمان در دانشگاه علوم پزشکی شیراز مقدمات اجرای این آزمون پدید آمد امید داریم به کمک خداوند متعال و با تلاش های انجام شده، این آزمون نیز در محیطی با نشاط و دوستانه و در نهایت صحت و سلامت برگزار گردد.

از طرف مجموعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز مقدم همه شما عزیزان دانشجو و نخبگان علمی کشور را گرامی می داریم و برای همه شما آرزوی موفقیت داریم همچنین از تلاش های بی شائبه اساتید گرانقدر در حیطه های علمی و فنی، اساتید داور و طراحان سوال، میهمانان گرامی و اعضای محترم کمیته های علمی، اجرایی و برنامه ریزی دومین المپیاد صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

چگونگی و زمان برگزاری دومین المپیاد

در گذر زمان و تغییر و تحولات پرشتابی که در همه علوم به ویژه علوم پزشکی رخ داده است، انتظارات نوینی را پیش روی دانشگاه های عصر جدید قرار داده است. اکنون نقش دانشگاهها دیگر به تولید و انتقال دانش تخصصی و رفع مشکلات امروز جوامع محدود نمی شود. در عصر دانایی: آنچه نیاز امروز و فردای ماست، داشتن نیروی انسانی توانمندی است که قادر به تفکر، استدلال، نظریه پردازی و نقد مسائل علمی و اجتماعی دنیای پیرامون ما باشد. دغدغه دانشجوی امروز نیز صرفا کسب دانش نظری نیست بلکه دانشجویان امروز و آینده سازان فردای ما باید بتوانند در مواجهه با مسائل پیچیده و دنیای متلاطم امروز، علاوه بر دانش اندوزی، با طرح موضوعات نوین آینده را به چالش بکشانند. برگزاری المپیاد های علمی یکی از گامهایی است که در این باره برداشته شده و می تواند مجالی را فراهم آورد تا دانشجویان بتوانند در فضایی علمی توانمندی های خود را محک بزنند. به حول و قوه الهی اولین سنگ بنای این کار در سال گذشته توسط همکاران عزیزمان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نهاده شد و امسال نیز پرچم دومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز همزمان با جشن های

- دومین المپیاد علمی دانشجویان  
دانشگاه های علوم پزشکی سراسر  
کشور در سه حیطه تفکر علمی  
در علوم پایه با موضوع سلول های  
بنیادی، حیطه مدیریت نظام سلامت  
با موضوع عدالت در نظام سلامت و  
حیطه استدلال بالینی با موضوع طب  
اورژانس در دو بخش انفرادی و  
تیمی، مرداد ماه 1389 در  
دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
برگزار گردید که اسامی  
برگزیدگان و راه یافتگان سه  
حیطه فوق الذکر در قسمت  
انفرادی و گروهی بشرح ذیل می  
باشد:
- اسامی دانشگاههای علوم پزشکی راه  
یافته به آزمون گروهی
- حیطه علوم پایه**
- ارومیه - اصفهان - تهران - زنجان -  
شاهد - شهید بهشتی - شیراز -  
گلستان - مازندران - مشهد
- حیطه مدیریت**
- اصفهان - ایران - تبریز - تهران -  
شاهد - شیراز - شهید بهشتی -  
کرمان - مشهد -
- حیطه بالینی**
- ارتش - اصفهان - اهواز - ایران -  
شاهد - شهید بهشتی - جهرم -  
زاهدان - مشهد
- اسامی نفرات برتر دومین المپیاد علمی  
دانشجویان علوم پزشکی سراسر کشور در  
حیطه علوم پایه به ترتیب رتبه
- علوم پایه**
- رتبه اول: سارا سیابانی  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
رتبه دوم: تینا دیهیم دانشگاه  
علوم پزشکی شهید بهشتی
- رتبه سوم: زانیار قاضی زاده  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
رتبه چهارم: احمد سرداریان  
دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
رتبه پنجم: حسین فرضی دانشگاه  
علوم پزشکی تهران  
رتبه ششم: مرضیه محمدی دانشگاه  
علوم پزشکی مشهد  
رتبه هفتم: راحله السادات میر  
فصیحی دانشگاه علوم پزشکی  
اصفهان  
رتبه هشتم: نسیم مصاحی اسکویی  
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل  
رتبه نهم: علی راعی عزآبادی  
دانشگاه علوم پزشکی یزد  
رتبه دهم: امین ضیایی دانشگاه  
علوم پزشکی اصفهان اسامی نفرات  
برتر دومین المپیاد علمی دانشجویان  
علوم پزشکی کشور به ترتیب رتبه
- حیطه بالینی**
- رتبه اول: محمد علی قدسی راد  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
رتبه دوم: حسین شیدایی دانشگاه  
علوم پزشکی مشهد  
رتبه سوم: آزاده گودرزی دانشگاه  
علوم پزشکی شهید بهشتی  
رتبه چهارم: نیلوفر اباذریان  
دانشگاه علوم پزشکی ایران  
رتبه پنجم: محمود سجادی دانشگاه  
علوم پزشکی اصفهان  
رتبه ششم: امیر حسین داورپناه  
جزمی دانشگاه علوم پزشکی  
اصفهان  
رتبه هفتم: آتنا فرحزادی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران  
رتبه هشتم: مجتبی یوسف زاده  
دانشگاه علوم پزشکی کاشان

رتبه هفتم: جواد شاه محمدی  
دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
رتبه هشتم: مهشید میر دانشگاه  
علوم پزشکی شهید بهشتی  
رتبه نهم: مرتضی سعادت مصطفوی  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
رتبه دهم: سیده نفیسه اسحاق  
حسینی دانشگاه شاهد  
سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی  
سراسر کشور  
در مراسم اختتامیه دومین المپیاد  
علمی دانشجویان علوم پزشکی  
کشور، جهت تصمیم گیری های آتی  
در ارتباط با برگزاری المپیاد  
بعدي، پرچم المپیاد توسط ریاست  
محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
به ریاست محترم دانشگاه علوم  
پزشکی ایران تقدیم گردید.

رتبه نهم: آروین نجفی دانشگاه  
علوم پزشکی شهید بهشتی  
رتبه دهم: الناز قاسمی دانشگاه  
شاهد  
اسامی نفرات برتر دومین المپیاد علمی  
دانشجویان علوم پزشکی سراسر کشور در  
حیطه مدیریت بر اساس رتبه  
**حیطه مدیریت**  
رتبه اول: صدیقه حسینی جلی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران  
رتبه دوم: کمال قلی پور  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
رتبه سوم: ناصر نصیری دانشگاه  
علوم پزشکی تهران  
رتبه چهارم: سید امیر پویا عالم  
زاده دانشگاه علوم پزشکی ایران  
رتبه پنجم: کیانا حسن پور  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
رتبه ششم: صادق غفاریان  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

## استاندارسازی و اعتبار سنجی پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2

\*دکتر عبدالرضا رجایی فرد - \*\*علی احمدی - \*دکتر جعفر حسن زاده

\*اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز \*\*کارشناس ارشد دانشگاه علوم  
پزشکی شهرکرد

مقدمه: دیابت می تواند بر عملکرد فیزیکی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامتی تاثیر گذار باشد. با توجه به افزایش روزافزون بروز و شیوع دیابت نوع 2، و اهمیتی که تاثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد این مطالعه با هدف ساخت پرسشنامه استاندارد اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع 2 انجام گردید.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است. حجم نمونه مورد بررسی به تعداد 254 نفر بوده که به شیوه تصادفی دو مرحله ای انتخاب شدند. برای ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه از اعتبار محتوی، تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون های تی مستقل، کای اسکور و آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه و سطح اطمینان 95% در نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته ها: ضریب همبستگی برای سنجش اعتبار محتوای پرسشنامه، با استفاده از روش هامیلتون، 100% بدست آمد. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/922 (0/935 - 0/907) CI: 95% بدست آمد. در تحلیل عاملی انجام شده مشخص گردید که چهار فاکتور اصلی وجود داشته و بر حیطه های مورد نظر منطبق و متناسب می باشند در مجموع 89/8% واریانس متغیرهای مورد بررسی را توصیف می کنند. نتیجه گیری: پرسشنامه مورد استفاده از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده و توانسته است کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی نوع 2 اندازه گیری و گزارش نماید.

واژه های کلیدی: دیابت نوع 2، اعتبار سنجی، پرسشنامه، کیفیت زندگی

**مقدمه:** از دیابت به عنوان «اپیدمی خاموش» نام برده می شود و به عنوان یک مشکل عمده بهداشت عمومی در ایالات متحده آمریکا و سایر نقاط جهان و حتی کشور ما قلمداد می شود. این بیماری باعث هزینه های مستقیم به میزان 2/5 تا 15% کل بودجه بهداشتی و هزینه های غیر مستقیم تا چند برابر و پدیدآورنده عوارضی چون بیماریهای ایسکمیک قلبی، پرفشاری خون، رتینوپاتی، نوروپاتی و... و مسئول 9% کل مرگها در جهان می باشد (1-3).

دیابت می تواند بر کیفیت زندگی و عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامتی تاثیر گذار باشد (4-7). کیفیت زندگی



به مطالعه عبارتند از (1) حداقل یکسال از زمان تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع 2 آنها گذشته باشد تا به نوعی کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر بیماری دیابت قرار گرفته باشد. (2) نمونه ها در گروه سنی 30 تا 65 سال قرار داشته باشند. (3) در 5 سال گذشته محل زندگی و سکونت آنها در استان چهارمحال و بختیاری بوده باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارتند از (1) در صورت داشتن اختلال روانی شناخته شده (2) بستری بودن فرد مورد بررسی در بیمارستان به دلیل بیماری دیابت و یا هر بیماری دیگر در طول دو هفته قبل از تکمیل پرسشنامه (3) ابتلا به بیماریهای مزمن از جمله انواع سرطان ، آسم .

حجم نمونه مورد نیاز با حدود اطمینان 95% به تعداد 242 نفر برآورد گردید. به منظور افزایش دقت و کاهش خطای تصادفی ، 5% به حجم نمونه اضافه گردید و حجم نمونه مورد بررسی به تعداد 254 نفر بوده است. برای نمونه گیری ابتدا با استفاده از اطلاعات موجود از کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 در سطح استان و به تفکیک شهرستان ، چارچوب نمونه گیری تهیه گردید . سپس نمونه گیری به صورت تصادفی دو مرحله ای انجام شد.

ساخت پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران دیابتی

از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن و زیستن است. توصیف جالب توجه از کیفیت زندگی اینگونه است « تعریف دقیق و مشخص از کیفیت زندگی ممکن نیست اما می توان با فرضیات زیر آن را توصیف کرد: اولاً ماهیت و ساختار آن مستقیماً قابل مشاهده و اندازه گیری نیست. ثانیاً ساختار چند بعدی آن شامل جنبه های فیزیکی ، روانی و اجتماعی سلامت است. ثالثاً متاثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است و با زندگی و با زمان تغییر می کند» (8-12).

با توجه به افزایش روزافزون بروز و شیوع دیابت نوع 2 ، و اهمیتی که تاثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد و اینکه برای اندازه گیری کیفیت اختصامی زندگی بیماران دیابتی نوع دو پرسشنامه استاندارد در ایران ارائه نشده لذا این مطالعه با هدف ساخت پرسشنامه برای بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی ، انجام گردید (12-29).

روش کار : این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که جهت ساخت پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع 2 طرح ریزی شده است. جامعه پژوهش آن افراد مبتلا به دیابت نوع 2 در استان چهارمحال و بختیاری در سال 1387 می باشد. معیارهای ورود

را کسب نماید. جنبه دیگر با در نظر گرفتن سه حیطه کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی اختصاصی و کیفیت کلی زندگی بود که برای بررسی کیفیت زندگی عمومی 16 سوال مطرح گردیده و بیماران از این قسمت میتوانند 16 تا 64 امتیاز کسب نمایند. 30 سوال مربوط به بررسی کیفیت زندگی اختصاصی مربوط به بیماری دیابت نوع 2 است که از این قسمت بیماران می توانند 30 تا 120 امتیاز را کسب نمایند. و کیفیت زندگی کلی که کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی را در بر گرفته و 46 سوال می باشد. اعتبار یا روایی پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و پنج صاحب نظر، و در ابتدا برای 20 بیمار و سپس در 254 فرد مبتلا به دیابت نوع 2، مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار محتوای پرسشنامه (Content Validity) با استفاده از روش هامیلتون سنجیده شد. اساس این روش، نظر فرد مطلع (Expert Opinion) می باشد. در این روش از 5 نفر کارشناس مطلع به صورت جداگانه خواسته شد که به هر یک از سوالات بر اساس شکل و محتوای آنها یکی از 4 درجه «بی ارتباط، کم ارتباط، مرتبط و بسیار مرتبط» را اختصاص دهند. سپس میزان توافق نظرات کارشناسان با توجه به ضریب همبستگی محاسبه گردید. همچنین بمنظور بررسی

نوع 2 طی چند مرحله انجام شد. گام اول جستجو و بدست آوردن پرسشنامه های بکار رفته در بررسی کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی اختصاصی دیابت در جهان و مخصوصاً در ایران بود. در جستجوی انجام شده (اینترنتی، کتابخانه ای، تماس با افراد متخصص و نویسندگان مقالات مرتبط) 15 پرسشنامه بدست آمد. در گام دوم این پرسشنامه ها از نظر جامعیت، کارایی و تطابق فرهنگی مرور و ارزیابی گردیدند. در گام سوم بانک سوالات با استفاده از پرسشنامه های بدست آمده و نظر اساتید متخصص تهیه شد. برای کلیه سوالات از مقیاس لیکرت استفاده گردید و هر بیمار می تواند از این پرسشنامه نمره ای بین 46 تا 184 کسب نماید. افزایش نمرات نشانه افزایش کیفیت زندگی است. پرسشنامه مورد استفاده با در نظر گرفتن دو جنبه طراحی و تدوین گردید. یک جنبه با در نظر گرفتن حیطه های سلامتی و کیفیت زندگی که مشتمل بر چهار حیطه سلامت روان، سلامت فیزیکی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط بوده و به ترتیب هر حیطه دارای 15، 13، 11 و 7 سوال بوده است. و هر نفر می تواند در حیطه روانی 15-60 امتیاز، در حیطه فیزیکی 13-52 امتیاز، در حیطه اجتماعی 11 تا 44 امتیاز و در حیطه محیط 7 تا 28 امتیاز

گرفته و ارتباط آنها با متغیر وابسته سنجیده شد و نهایتاً مدل جداگانه ای برای هر حیطه ارائه شد.

نتایج: روایی محتوی پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و پنج صاحب نظر، تأیید و پرسشنامه واضح و قابل قبول شناخته گردید. ضریب همبستگی برای سنجش اعتبار محتوای پرسشنامه (Content Validity)، با استفاده از روش هامیلتون، 100% بدست آمد. پایایی (Reliability) پرسشنامه مورد استفاده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/922، با حدود اطمینان 95%، نیز (0/935 - 0/907) بدست آمد. روایی گیری روایی ظاهری (Face Validity) و روایی محتوا (Content Validity) با انجام یک مطالعه پایلوت و مطالعه بر روی بیماران، مورد تایید 5 نفر متخصص طراحی و تدوین پرسشنامه های کیفیت زندگی قرار گرفت. در تحلیل عاملی (Factor Analysis) انجام شده مشخص گردید که چهار عامل یا فاکتور اصلی وجود داشته و سوالات مورد مطالعه، حیطه های مورد نظر در کیفیت زندگی را که مشتمل بر حیطه های فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیط می باشند را تعیین و می سنجند. چهار عامل اصلی که از مقادیر متغیرها استخراج شدند و بر

پایایی پرسشنامه از روش سنجش سازگاری درونی (Internal Consistency) پرسشنامه مورد استفاده، که تأثیر بالایی در اعتبار آن دارد از ضریب آلفای کرونباخ (Chronbach's Alpha) استفاده گردید. برای سنجش میزان همبستگی بین سوالات با مقیاس رتبه ای و مشخص نمودن تعداد متغیرهای نهفته (Latent Variable) و همچنین پیدا کردن حیطه های مربوطه و تعیین روایی، در بین سوالات تحلیل عاملی (Factor Analysis) انجام گردید. با ساختن پایگاه داده ها در نرم افزار SPSS<sup>13</sup>، داده ها وارد نرم افزار گردید و سپس تجزیه و تحلیل انجام گردید. از روشهای آمار توصیفی مانند استفاده میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی مانند آزمون t (تی مستقل)، آزمون مجذور کای، آزمون همبستگی پیرسون، آزمون آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه و سطح اطمینان 95% برای تحلیل داده ها استفاده گردید. ابتدا تحلیل تک متغیره انجام و با توجه به اینکه پیش شرط های انجام رگرسیون ارزیابی و تأیید شدند، متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره، ارتباط معنی داری با متغیر وابسته نشان داده و یا P-Value کمتر از 0/2 داشتند، به طور جداگانه برای هر حیطه با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه مجدداً مورد بررسی قرار

، سطح تحصیلات ، سن ، سابقه دیابت در فامیل ، مصرف دخانیات ، نمایه توده بدنی ، و بعد خانوار ارتباط آماری معنی داری با سلامت کلی و کیفیت کلی زندگی نداشتند ( $P > 0/05$ ) . مدت زمان ابتلای بالاتر از ده سال ، عدم کنترل پرفشاری خون ، عوارض میکروواسکولار ، سابقه بستری در بیمارستان به علت دیابت ، عدم رضایتمندی از خدمات بیمه ای ، تاری دید و اختلال خواب مهمترین تعیین کننده هایی بودند که موجب کاهش سلامت کلی و کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع 2 گردیدند ( $P < 0/01$ ) . جدول شماره یک میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران در حیطه های مختلف کیفیت زندگی نشان می دهد. جدول شماره دو ضرایب متغیرهای مرتبط با کیفیت کلی زندگی در مدل رگرسیون خطی چندگانه را نشان می دهد.

حیطه های مورد نظر منطبق و متناسب می باشند در مجموع 8/89 % واریانس متغیرهای مورد بررسی را توصیف می کنند. از 254 نفر بررسی شده 150 نفر (59%) مونث و 104 نفر (41%) مذکر بودند. میانگین سن آنها 8/54 سال و انحراف معیار 6/8 سال و میانگین مدت زمان ابتلا به دیابت در آنها 4/7 سال با انحراف معیار 8/5 بوده است. 6/45% ساکن شهر و مابقی در روستا سکونت داشتند. شغل آنها در 5/53% خانه دار ، 3/21% کشاورز و کارگر ، 6/1% کارمند و مابقی بازنشسته و از کارافتاده و 2% نیز بیکار بودند. روش کنترل بیماری در 76% قرص ، 9/16% ترکیبی از قرص ، رژیم غذایی ، ورزش و انسولین ، و 1/7% دیگر تنها از رژیم غذایی استفاده می کردند. وضع اقتصادی 9/7% خوب ، 6/27% ضعیف و 6/64% ضعیف بود. متغیرهای جنسیت ، وضعیت اقتصادی و درآمد

جدول شماره 1) توزیع نمرات کسب شده کیفیت زندگی و حیطه های آن در افراد مبتلا به دیابت نوع 2 در استان چهارمحال و بختیاری

نمرات کسب شده در بیماران		نمره استاندارد	حیطه
انحراف معیار	میانگین نمرات		
5/87	32/7	52	سلامت فیزیکی
7/07	42/4	60	سلامت روانی
4/76	31/9	44	سلامت اجتماعی
2/77	14/1	28	سلامت محیط
12/96	77/4	120	کیفیت زندگی اختصاصی

6/45	45/4	64	کیفیت زندگی عمومی
18/21	122/8	184	نمره کلی کیفیت زندگی
25/59	42/8	100	نمایه خوب بودن WHO

جدول 2) متغیرهای تعیین کننده کیفیت کلی زندگی بیماران دیابتی نوع 2 در مدل نهایی رگرسیون

P-Value	$\beta$ استاندارد شده	خطای معیار	$\beta$	متغیر
0/001	-0/190	1/29	-4/45	عوارض میکرو و ماکروواسکولار
0/015	-0/136	0/908	-2/218	مدت ابتلا <10 سال
0/005	-0/155	2/7	-7/822	سابقه بستری در بیمارستان
0/001	-0/185	2/53	-8/643	عدم رضایت از بیمه
0/012	0/136	0/673	1/69	سکونت در شهرستان شهرکرد
0/001	0/201	2/03	7/38	نداشتن علامت تاری دید
0/015	-0/139	1/13	-2/784	فشارخون بالا
0/001	0/191	2/01	7/005	نداشتن اختلال خواب
0/0001	-	7/4	126/1	$\alpha$

خارج از کشور از نوع توصیفی و یا از نوع تحلیل تک متغیره بوده و تنها به گزارش نمره مربوطه در هر حیطه یا حیطه کلی کیفیت زندگی پرداختند و اینکه عمدتاً از پرسشنامه های عمومی بررسی کیفیت زندگی مانند - WHO QOL ، SF-20 ، SF-36 ، SF-26 ، BREF ، ADOQOL و پرسشنامه های اختصاصی محقق ساخته ، استفاده نمودند ، مقایسه نتایج مطالعات دیگر با نتایج این مطالعه که از پرسشنامه اختصاصی طراحی شده برای بررسی کیفیت زندگی در

بحث : دیابت یکی از بیماریهای شایع متابولیک است که بر تمامی ابعاد زندگی افراد مبتلا به آن ، تاثیر سوء گذاشته و درمان قطعی ندارد. کیفیت زندگی مهمترین شاخص برای ارزیابی وضعیت مراقبتهای بهداشتی و درمانی در بیماریهای مزمن است. برای دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب در بیماران دیابتیک ، ابتدا باید به بررسی و شناخت کیفیت زندگی آنها پردازیم. از آنجائیکه بیشتر تحلیل های انجام شده در مطالعات مختلف داخلی و

و به تبع آن کیفیت زندگی نیز در بیماران دیابتی آنجا پائین تر است (17) نتایج مطالعه ما با نتایج مطالعات هانینن ، پوور ، مسعودی و همکاران و باقیانی مقدم و همکاران که گزارش نمودند ، سن و جنسیت ، رابطه ای با کیفیت زندگی ندارد مطابقت دارد (19-17 و 28). اما با نتایج مطالعه ای در نوار غزه گزارش نمود جنسیت زن و سن بالای 50 سال تاثیر منفی بر کیفیت زندگی دارند همخوانی ندارد. اما مطالعه ما با این نکته در این مطالعه که گزارش نمود سلامت اجتماعی مهمترین تعیین کننده کیفیت کلی زندگی است همخوانی دارد (9). همچنین مطالعه ما گزارش نمود که وضعیت تاهل در کیفیت کلی زندگی تعیین کننده نیست که با نتایج مطالعات هانینن ، پاپادوپولوس و الجدی همخوانی دارد (19، 9، 8). با مقایسه نتایج کیفیت زندگی بر اساس عوارض در این مطالعه و مطالعات مشابه در یونان ، آمریکا ، فرانسه ، شاهرود ، تهران ، بندرعباس و یزد ، نتایج همخوانی داشته و نشان می دهد که کیفیت زندگی بطور معنی داری در کسانی که دارای عوارض ماکرو واسکولار و میکروواسکولار می باشند پائین تر است (4، 8، 17 - 19، 30، 35، 29). یافته های ما با نتایج مطالعات

بیماری دیابت نوع 2 استفاده گردید ، چندان جالب به نظر نمی رسد. اما سعی می شود ضمن مقایسه نتایج با مطالعات دیگر ، علت احتمالی اختلاف و توجیه آن بیان گردد. در مطالعاتی که به منظور ساخت پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران دیابتی در ایران انجام شده به کلیه حیطه های کیفیت زندگی پرداخته نشده و تنها در یک مطالعه قابل قبول توسط انجمن دیابت ایران از سه حیطه کلی ، اختصاصی و عمومی استفاده شده که در این مطالعه نیز ضمن آوردن این سه حیطه ، به سایر حیطه های کیفیت زندگی نیز پرداخته شده است. در این مطالعه تعداد کمی از متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی ارتباط معنی دار داشتند که با نتایج مطالعات کیفیت زندگی در سایر نقاط همخوانی و مطابقت دارد. متوسط نمره کلی کیفیت زندگی در مطالعه ما بالاتر از مطالعه مشابه ای در یزد می باشد. در مطالعه یزد از پرسشنامه SF-20 استفاده گردید و متوسط نمره 26/56 از 60 امتیاز بود. 36/6% از بیماران یزدی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند که این رقم نیز از مطالعه ما بالاتر می باشد. مهمترین توجیه این یافته نیز است که شیوع عوارض میکروواسکولار در یزد بالا بوده

ایران استاندارد گردیده و می تواند کیفیت زندگی را در ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، محیط، عمومی، اختصاصی و کلی برای افراد ایرانی مبتلا به دیابت نوع 2 اندازه گیری نماید. در این مطالعه نارضایتی از بیمه درمانی، سابقه بستری در بیمارستان بعلت دیابت، ابتلای بیشتر از ده سال به دیابت، عدم کنترل پرفشاری خون، عوارض دیابت و داشتن تاری دید و اختلال خواب مهمترین تعیین کننده های کیفیت زندگی بودند. که لازم است سیاستگذاران و برنامه ریزان به این موارد توجه ویژه ای نمایند.

**سپاسگزاری:** این مطالعه با حمایت مالی و معنوی دانشگاههای علوم پزشکی شیراز و شهرکرد در قالب پروژه تحقیقاتی مشترک انجام گردید. از سرکار خانم دکتر نگین مسعودی علوی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و از آقای محمود شجاعی و سایر همکاران در شبکه های بهداشت و درمان شهرستان های استان چهارمحال و بختیاری بخاطر کمک در تهیه چارچوب نمونه گیری و تکمیل پرسشنامه ها سپاسگزاری می شود.

پاپادوپولوس، توماس و هانینن که گزارش نمودند عوارض دیابت، مدت زمان ابتلا به دیابت، چاقی، پرفشاری خون و هیپرلیپیدمی با کیفیت زندگی ارتباط دارد و همچنین با بیشتر نتایج مطالعات انجام شده در آمریکا و ایالت ویرجینیا همخوانی دارد (19، 8، 18، 26). در این مطالعه افرادی که بیمه نداشتند بطور قابل توجهی نسبت به کسانی که بیمه درمانی داشتند دارای کیفیت زندگی پائین تری بودند. با توجه به مفهوم بیمه و کاربرد آن این نتیجه معقول به نظر می رسد. در جستجوی انجام شده مطالعه ای که در این زمینه انجام شده باشد یافت نگردید. اما با نتایج مطالعه ای در ویرجینیا که گزارش نمود کسانی که از مراقبتهای بهداشتی درمانی ناراضی هستند کیفیت زندگی پائینی دارند همخوانی دارد (18).

**نتیجه گیری:** کیفیت زندگی چند بعدی بوده و عوامل متعددی بر آن اثرگذار است. پرسشنامه طراحی شده در این مطالعه همسو با پرسشنامه های کیفیت زندگی کشورهای آمریکایی، اروپایی و آسیایی و با بهره گیری از توصیه های سازمان جهانی بهداشت، در

## References:

- 1- Ahmann AJ. Guideline And Performance Measures For Diabetes. Am J Manag Care. 2007 Apr;13 Suppl 2:S41-6 ( PMID: 17417932)

- 2- [Michael J. Diabetes Foundation. Clinical Diabetes, American Diabetes Association . 2008 , 26, 77-82](#)
- 3- Reddy SS. Health Outcomes In Type 2 Diabetes. [Int J Clin Pract Suppl](#). 2000 Oct;(113):46-53. (PMID: 11965832)
- 4- [Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H](#). Global Prevalence Of Diabetes: Estimates For The Year 2000 And Projections For 2030. [Diabetes Care](#). 2004 May;27(5):1047-53.( PMID: 15451946)
- 5- Azizi Feridon In: Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology And Control Of Common Disease In Iran. 1st Ed. Tehran. Eshtiagh press 2007: 32-55 (farsi)
- 6- Sarah W, Gojka R, Anderes G, Richard S, HILARY K. Global Prevalence Of Diabetes. *Diabetes Care* 2004 , 27 : 1047-1053
- 7- Delavari A , Mahdavi Hazaveh A , Nowrozi Nejad A . Planning Of Diabetes Control In Iran , . Ministry Of Health & Medical Education Undersecretary For Health Disease Management Center .Tehran , 2004, (farsi)
- 8- Testa M.A , Simonson DG. Assessment Of Quality Of Life Outcomes. *New Eng J.Med*. 1996 , 334(28) : 835-840
- 9- James E Graham , Diane G Stoebner May , Glenn V Ostir . Health Related Quality Of Life In Older Mexican Americans With Diabetes. *Health And Quality Of Life Out Comes* 2007 , 5 (39) : 1-7
- 10- Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Al Snih S, Peek MK, Markides K, Ottenbacher KJ. Health Related Quality Of Life In Older Mexican Americans With Diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Jul 12;5:39.(PMCID: PMC1947953 )
- 11- Booya F, Bandarian F, Larijani B, Pajouhi M, Nooraei M, Lotfi J. Potential Risk Factor Diabetic Neuropathy. *BMC Neurol*. 2005 Dec 10;5:24.(doi:10.1186/1471-2377 and PMCID: PMC1343576)
- 12- Haleh Ghavami , Fazlolah Ahmadi, Hassan Entezami, Robabeh Meamarian . Survey Of Effect With Diabetes Mellitus Type II, In Orumieh In The Years 2003-2004. *Semnan University Medical Of Science* , 2004 , 6(3) : 179-155 ( farsi)
- 13- Darvish Poor Kakhki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004. *IRANIAN JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY & METABOLISM* 2006;29(8): 56-49
- 14- Derosa G, Salvadeo S, Cicero AF. Recommendations For The Treatment Of Hypertension In Patients With DM: Critical Evaluation Based On Clinical Trials. [Curr Clin Pharmacol](#). 2006 Jan;1(1):21-33.( PMID: 18666375)



- 15- M Heidari, F Alhani, A Kazemnejad, F Moezzi. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. IRANIAN JOURNAL OF PEDIATRICS 2007;Suppl.1(17): 87-94
- 16- Alavi NM , Ghofranipour F. Developing A Culturally Valid And Reliable Quality Of Life Questionnaire For Diabetes Mellitus. East Mediterr Health J. 2007 , 13(1) 177-185
- 17- Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi NS, Hassani MR. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus based on its complications referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. SHAHREKORD UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES JOURNAL 2005;2(7): 56-50
- 18- [Hänninen J](#), [Takala J](#), [Keinänen-Kiukaanniemi S](#). Quality Of Life In NIDDM Patients Assessed With The SF-20 Questionnaire . [Diabetes Res Clin Pract.](#) 1998 Oct;42(1):17-27.( PMID: 9884029)
- 19- [Graham JE](#), [Stoebner-May DG](#), [Ostir GV](#), [Al Snih S](#), [Peek MK](#), [Markides K](#), [Ottenbacher KJ](#). Health Related Quality Of Life In Older Mexican Americans With Diabetes: A Cross-Sectional Study.[Health Qual Life Outcomes.](#) 2007 Jul 12;5:39.( PMID: 17663782)
- 20- Thomas E , Radhika D , Brian M, Debra Gilin. , Development And Validation Of The Diabetes Quality Of Life Brief Clinical Inventory. Diabetes Spectrum 2004 , 17 (1) : 41-49
- 21- Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors Of Health-Related Quality Of Life In Type II Diabetic Patients In Greece. BMC Public Health. 2007 Jul 30;7:186.( PMID: 17663782)
- 22- ELJEDI Ashraf , T Rafael. Health Related Quality Of Life In Diabetic Patients And Controls Without Diabetes In Refugee Camps In The Gaza Strip . BMC Public Health 2006 , 6(268) : 1-9
- 23- Yildirim Aysegul , Akinci Fevzi , Gozu Hulya . Translation , Cultural Adaptational , Cross- Validation Of The Turkish Diabetes Quality Of Life Measure. Quality Of Life Research 2007 , 6 (5) : 873-879
- 24- M.H Baghianimoghadam, M- Afkhami- Ardakani, S.S , Mazloomi, M. Saaidizadeh. QUALITY OF LIFE IN DIABETES TYPE II PATIENTS IN YAZD . JOURNAL OF SHAHID SADOUGHI UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES 2006;4(14): 49-54
- 25- F. Pouwer , FJ. Snoek . Patients Evaluation Of The Quality Of Diabetes Care (PEQD) . Qual Saf Health Care. 2002, 11(2): 131-136
- 26- J Hanninen , J Tkala. Quality Of Life In NIDDM Patients Assessed With The SF-20 Questionnaire. Diabetes Res Clin Pract. 1998 , 42 (1) , 17-27

- 27- Marchasson Bourdel , B Dubroca , G Manciet. Prevalence Of Diabetes And Effect On Quality Of Life In Older French Living In The Community. J A M Geriatr Sos. 1997 , 45 (3) ,295 – 301
- 28- Ghanbari Atefeh , Parsa Yekta . Assessment Of Factors Affecting Quality Of Life In Diabetic Patient In Iran. Jur Of Public Health Nursing 2005 , 22 (4) , 311 – 322
- 29- Monjamed Z., Ali asqharpoor M., Mehran A., Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING & MIDWIFERY 2006;1(12): 55-66
- 30- Fayers P.M. , Machin D. , Quality Of Life Assessment , Analysis And Interpretation . New York : John Wiley And Sons , 2000 , 289-306 .
- 31- Tennvall G, Apelqvist J . Health- Related Quality Of Life In Patients With Diabetes Mellitus And Foot Ulcers. J Diabetes Complication . 2000, 14(5):235-241
- 32- Glasziou P, Alexander J , Beller E, Clarke P. Which Health Related Quality Of Life Score? Health & Quality Of Life Outcomes , 2007 , 21(5) : 1-11
- 33- Brown Mm, Brown Gc, Sharma S, Busbee B. Quality Of Life Associated With Visual Loss: A Time Tradeoff Utility Analysis Comparison With Medical Health States. Ophthalmology 2003 , 110 (6) : 1076 -1081
- 34- Senez B, Felicioli P , Moreau A , Legoaziou Mf. Quality Of Life Assessment Of Type 2 Diabetic Patients In General Medicine. Presse Med 2004, 33 (3) : 161-166
- 35- Ensaf SAIED Abdel, Gawad. , Quality Of Life In Saudis With Diabetes , Saudi Journal Of Disability And Rehabilitation , 2002 , 8 (3) : 163-168

چکیده انگلیسی

### **Standardization and Validation Study of Quality of Life Questionnaire for Diabetes Type 2**

\*Rajaefard A ,\*\* Ahmadi A<sup>1</sup> ,\*\*\* Hasanzadeh j<sup>2</sup>

\*Professor of biostatistic , Epidemiology department, school of public health , shiraz university of medical sciences, shiraz

\*\* Ph.D Student of Epidemiology , shiraz university of medical sciences

\*\*\* Associate professor , epidemiology department, school of public health , shiraz university of medical sciences, shiraz

**Corresponding author: Ahmadi A. [alياهوmadi2007@gmail.com](mailto:alياهوmadi2007@gmail.com)**

**Background & objectives :** quality of life can be considered as quality sign of care and trivial cares from disease treatment plan. & its measurement provides useful information for us in diabetes type 2 that is a common and chronic disease.

**Methods :** this research is a cross – sectional study that has measured quality of life in diabetic patients. The number of sample size was 254 person & they were selected two stage randomly. The data were analysed with software stata9 and using independent t test , ANOVA & multiple linear regression.

**Results:** the average of total score of quality of life was 122.8 (sd:1.1)in this study. Favorable , rather favorable and un favorable quality of life was 27.6 , 67.3 and 5.1% respectively.

**Conclusions:** dissatisfaction with treatment insurance , bedridden record in hospital because of diabetes , suffering from diabetes more than 10 years , non controlling of hypertension , diabetes effects , sight dimness & sleep disorder are the most important factors that determine quality of life in diabetic patients.

**Keywords:** type 2 diabetes , quality of life

## بررسی میزان رضایتمندی اساتید و کارمندان از دانشکده بهداشت

### دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - سال تحصیلی 87-88

\*فریده تاجی - \*عصمت حیدرپور - \*\*شمسعلی خسروی- \*\*\*علی احمدی

\*دانشجویان رشته بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی \*\* عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد  
\*\*\* کارشناس ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

زمینه و هدف : رضایتمندی یکی از جنبه های کیفیت زندگی و احساسی است مثبت درونی که در اثر برآورده شدن انتظارات یک فرد به وی دست می دهد و یک عملکرد نسبی در مورد پاسخ به انتظارات است . رضایت مندی از جنبه های مهم تاثیرگذار در زندگی فرد است که موجب افزایش کارآیی و بازده و ایجاد انگیزه فرد می گردد . عدم رضایت اعضاء هیئت علمی و کارکنان در محیط شغلی می تواند تاثیر سوء بر نگرش و عملکرد فرد بگذارد مطالعه حاضر با هدف بررسی رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان دانشکده بهداشت از دانشکده بهداشت و در راستای اجراء مدل تعالی کیفیت آموزشی IEQM به مرحله اجراء در آمده است . روش بررسی : مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی و تحلیلی است جامعه پژوهش آن را کلیه اساتید و کارکنان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تشکیل می دهند که به روش سرشماری انتخاب گردیده اند . رضایتمندی با استفاده از پرسشنامه ای با روایی و پایایی مطلوب ( آلفای کرونباخ 0/853 ) و به تعداد 66 گویه اندازه گیری گردید . داده ها در نرم افزار SPSS13 وارد شده و با استفاده از آمار توصیفی ( محاسبه میانگین و انحراف معیار ) و استفاده از آزمون کای اسکورآنالیز واریانس مان ویتنی کروسکال و الیس ، آزمون t مستقل و سطح معنی داری کمتر از 5% و محاسبه حدود اطمینان 95% تجزیه و تحلیل شد .

یافته ها : رضایتمندی کلی اساتید و کارکنان بین 281 تا 132 نمره یا میانگین و انحراف  $207/63 + 38/84$  از 335 نمره مورد انتظار و در حد 61/97 درصد و نسبتاً مطلوب بود علاوه بر این رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان به ترتیب 15/8 درصد متوسط 73/7 درصد خوب و 10/5 درصد در حد مطلوب ارزیابی گردید . علاوه بر این با اجراء آزمون کروسکال و الیس تفاوت معنی داری در میزان رضایتمندی گروههای مختلف از نظر نوع استخدام و برچسب میزان تحصیلات مشاهده نگردید . (  $P < 0/05$  ) ، اجراء آزمون های مان ویتنی نشان داد تفاوت معنی داری در میزان رضایتمندی اساتید و کارکنان از نظر جنسی وجود ندارد . (  $P < 0/05$  )

نتیجه گیری : اعضاء هیئت علمی و کارکنان از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی رضایت در حدود نسبتاً مطلوب نشان دادند. توجه به رفاه اساتید و کارکنان فرآیندهای ارتقاء نحوه مدیریت سرپرستان، ساعات کار، آینده شغلی، رعایت انصاف و عدم تبعیض ، تشویق و قدردانی مناسب در قبال عملکرد خوب، ارزشیابی عملکرد در فواصل زمانی منظم ، حقوق و مزایا، اعمال مقررات و توزیع تسهیلات، توجه به ابتکارات فردی و ایجاد محیط روانی و محیط فیزیکی مناسب می تواند موجب بهبود شرایط کار و افزایش کارآیی و بازده کارکنان گردد .

مقدمه : بررسی نظام مند داد که رضایت شغلی از جنبه رضایت شغلی در دهه 1930 ها و ابعاد خاص در محیط های شروع شد ، مطالعه متون مختلف و برای گروههای مربوط به رضایت شغلی نشان متفاوت اهمیت گسترده دارد .

اساتید دانشگاه رضایت شغلی آنهاست ، انگیزش و رضایت شغلی اساتید می تواند نقش بسیار اساسی در عملکرد آنها داشته باشد ، عدم توجه به رضایت کارکنان یک سازمان موجب توقف و رکود نسبی و تحلیل و زوال تدریجی آنان خواهد شد . عدم رضایت موجب تشویش ، کم کاری ، غیبت ، استعفا ، ترک خدمت ، بازنشستگی زودرس و ناراحتیهای جسمی و روحی می گردد . امروزه اعضای هیئت علمی دارای شرح وظایف گسترده آموزش و پژوهش ، خدمات درمانی ، فعالیت‌های اجرایی و توسعه فردی هستند و برای ارزیابی رضایت شغلی آنها ضروری است تا به تمام این حیطه ها توجه شود . از طرفی ، متخصصان معتقدند در ارزیابی کیفیت خدمات ، خواسته مشتری یا دریافت کنندگان خدمت ، یکی از گام های اساسی ارتقای کیفیت است ، اغلب بین تلقی مدیریت از ادراک و انتظارات واقعی آنها ، تناسب وجود ندارد بنابراین این شناخت دیدگاه هیئت علمی در مورد عوامل موثر بر رضایت شغلی می تواند در شناخت انتظارات راه گشا باشد مطالعات مختلف در زمینه رضایت شغلی نشان داده اند که متغیرهای زیادی

مطالعات انجام شده در زمینه رضایت شغلی اعضای هیئت علمی نشان داد که گروهی از مطالعات انجام شده بر تاثیر متغیرهای ( شخصیت ) و ( ویژگیهای شخصی ) بر رضایت شغلی دلالت دارند ، گروه دیگر به بررسی شرایط کاری و فعالیت هایی که منجر به نارضایتی می گردند دلالت می کنند ، مطالعه تاثیرات شرایط کاری از نظر اعضای هیئت علمی به جنبه های متفاوتی از محیط دانشگاهی توجه داشته است . بخش اعظمی از این پژوهش ها نشان داد که ارتباط با دانشجویان و همکاران منبع اصلی رضایت اعضای هیئت علمی به شمار می رود . نکته قابل توجه این است که اگر چه اکثر اعضای هیئت علمی در رشته های متفاوتی از میزان حقوق یا عوامل متفاوت دیگر اظهار نارضایتی کردند اما به طور کلی از شغل خود به عنوان عضو هیئت علمی دانشگاه رضایت دارند . چرا که اعضای هیئت علمی بدنه اصلی هر دانشگاه را تشکیل می دهند و بعنوان یکی از ارکان تعلیم و تربیت به شمار می روند تا در آموزش دانشجویان و ارتقای بهداشت و درمان جامعه موثر واقع شوند ، یکی از عوامل موثر در بهره وری

از منابع اصلی تنش در میان مدیران نیز مسایل مرتبط با بودجه و اعضای هیئت علمی بود. (1)

در تحقیقی که بیگز و بیگز درباره اعضای هیئت علمی در رشته کتابداری در آمریکا انجام دادند متغیرهای چون تحقیق، سن همکاران، سابقه نشر، فعالیت در انجمن های حرفه ای و دیدگاه اعضای هیئت علمی نسبت به متون حرفه، مهارت ها، کاربرد رایانه، در رضایت شغلی اعضای هیئت علمی رشته کتابداری مورد توجه قرار گرفت. تربیت نیروی انسانی متخصص از طریق تقویت نظام آموزشی عالی میسر می گردد. دانشگاه جایگاه اصلی تربیت افراد با صلاحیت برای حل مشکلات جامعه است و از جمله ارکان اساسی آن میتوان به اساتید و کارکنان آن اشاره نمود. اگر تلاش های علمی در جامعه گسترش نیابد و دانشگاهها که مهمترین مراکز پژوهشی جامعه هستند، پویایی و فعالیت لازم را نداشته باشند و چنانکه پژوهشگران که اکثریت آنان را اعضای هیئت علمی تشکیل می دهند، دلگرمی و انگیزه ی کافی برای فعالیت و پیشرفت علمی نداشته باشند، استقلال علمی و اقتصادی

با رضایت شغلی ارتباط دارند که مهم ترین آنها عوامل سازمانی، عوامل محیطی، ماهیت کار و عوامل فردی است. رضایت شغلی یکی از عوامل مهم در پیشرفت کار یک سازمان می باشد. بررسی در این زمینه نشان می دهد که از سال 1976 در زمینه رضایت شغلی بیش از 3000 مطالعه انجام شده است بررسی ها همچنین نشان داده اند که با افزایش میزان رضایت شغلی خلاقیت و مولد بودن فرد نیز افزایش می یابد. انگیزه های کاری بیشتر و غیبت از کار کاهش می یابد. مطالعاتی که صرفاً در زمینه رضایت شغلی اعضای هیئت علمی نیز صورت گرفته است نشان می دهد که عوامل متعددی در میزات رضایت شغلی اعضای هیئت علمی نقش دارند. اسگارد و سامرز به بررسی عوامل تاثیرزای مرتبط با شغل در میان اعضای هیئت علمی و مدیران مراکز کتابداری آمریکا پرداختند. نتایج حاصل از این تحقیقات نشان داد که عوامل اصلی تنش در میان اعضای هیئت علمی، مسایل مربوط به شرایط استخدامی و ترفیع و نیازهای پژوهشی می باشند.

تحقیق حاضر به این مهم پرداخته است. (6)  
روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی و تحلیلی است. جامعه پژوهش آن را کلیه اساتید و کارکنان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تشکیل می دهد که به روش سرشماری انتخاب گردیده اند. رضایتمندی با استفاده از پرسشنامه با روایی و پایایی مطلوب (آلفای کرونباخ 0/853) و به تعداد 66 گزینه جمع آوری و اندازه گیری گردد. داده ها در نرم افزار SPSS13 وارد شده و با استفاده از آمار توصیفی (محاسبه میانگین و انحراف معیار) و استفاده از آزمون Chi-square، آنالیز واریانس و آزمون مان ویتنی و کورسکال و الیس و آزمون t مستقل و سطح معنی داری کمتر از 0/05 و محاسبه حدود اطمینان 95% تجزیه و تحلیل گردید. در این مطالعه میزان رضایتمندی کارکنان و اعضای هیئت علمی از دانشکده بهداشت بطور کلی و بر حسب سن، جنس، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، نوع استخدام و سابقه خدمت بررسی و در سطح معنی داری کمتر از 0/05 مورد تحلیل

حاصل نمی شود. از این رو باید سعی شود مبانی انگیزشی و عوامل مختلف و متنوع شناخته شوند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. از سوی دیگر، کارآیی و رضایت شغلی یکی از امور مورد توجه در هر سازمان است. و از آنجا که هر سازمان دارای اهداف خاصی می باشد که برای رسیدن به آن، علاوه بر ابزارهای لازم به نیروی انسانی کارآمد نیز نیاز دارد. اداره موفق هر بخشی به روحیه بالای کارکنان آنان بستگی دارد از این رو، با توجه به اهمیت رضایت شغلی اعضای هیئت علمی و کارکنان در دانشکده بهداشت در پیشبرد اهداف دانشگاهی و ایجاد بهره وری بیشتر، ضروری است عوامل موثر بر این مقوله شناسایی شوند بنابراین با توجه به اینکه در زمینه رضایت شغلی اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشکده بهداشت که در توسعه و اشاعه دانش و تعلیم و تربیت دانشجویان رشته های بهداشتی نقش بارزی دارند و این که در راستای طرح پایلوت کشوری مدیریت کیفیت آموزش در این دانشکده میزان رضایتمندی و عوامل اثر گذار بر آن ناشناخته است

قرار گرفت و رضایتمندی اساتید و کارکنان در حیطه های مختلف رفاهی ، ارزشیابی عملکرد ، اعمال مقررات و توزیع تسهیلات ، توجه به ابتکارات فردی ، ایجاد محیط روانی و فیزیکی مناسب ، رعایت انصاف و عدم تبعیض ، فرآیندهای ارتقاء ، حقوق و مزایا ارتباط با کارکنان و سرپرستی مدیران مورد ارزیابی قرار گرفت . یافته ها : میانگین و انحراف معیار رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان بر حسب جنس به ترتیب در مردان و زنان  $40/27 \pm 214/85$  ،  $33/35 \pm 192$  از 335 نمره مورد انتظار بود. که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (  $P < 0/05$  ) ، که این نتیجه با اجراء آزمون مان ویتنی نیز مورد تائید قرار گرفت . میانگین و انحراف معیار رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان بر حسب رشته شغلی به ترتیب  $32/05 \pm 221$  و  $41 \pm 197/55$  از 335 نمره مورد انتظار بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود . (  $P < 0/05$  بررسی رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان از دانشکده بهداشت بر حسب مدرک تحصیلی ( میزان تحصیلات ( نمره رضایتمندی به ترتیب

کارکنان دیپلمه را بین ( 255 تا 164 ) نمره با میانگین و انحراف استاندارد  $40/99 \pm$  201 ، کارشناسان نمره رضایتمندی بین ( 237 تا 132 ) با میانگین و انحراف استاندارد  $45/95 \pm 189/3$  کارشناسان ارشد ، نمره رضایتمندی بین ( 235 تا 208 ) و با میانگین و انحراف استاندارد  $14/17 \pm 219$  و دکترا نمره رضایتمندی ( 281 تا 170 ) و با میانگین و انحراف استاندارد  $41/16 \pm$  223 از 335 نمره مورد انتظار محاسبه گردید که از نظر آماری معنی دار نبود این نتایج با اجراء آزمون کروسکال والیس نیز مورد تائید قرار گرفت . بررسی رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان بطور کلی بین 201 تا 132 نمره با میانگین و انحراف معیار  $38/84 \pm 207/63$  از 335 نمره مورد انتظار و در حدود  $61/97$  درصد و در حدود نسبتاً مطلوب بود . علاوه بر این رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان  $15/8$  درصد در حد متوسط ،  $73/7$  درصد خوب و  $10/5$  درصد در حد خیلی خوب ارزیابی شد . رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان از نظر سن و سابقه کار با اجراء آزمون



هیئت علمی و کارکنان از دانشکده بهداشت در حدود نسبتاً مطلوب بود و این نتیجه با نتایج تحقیقی در سال 84-85 که با هدف تعیین میزان رضایت شغلی اعضاء هیئت علمی در دانشگاه اصفهان انجام شده مطابقت دارد (1). علاوه بر این توجه به رفاه اساتید و کارکنان فرایندهای ارتقاء ، نحوه مدیریت مسئولان ، ساعات کار ، آینده شغلی ، رعایت انصاف وعدم تبعیض ، تشویق و قدردانی مناسب درقبال عملکرد خوب ، ارزشیابی عملکرد درفواصل زمانی منظم ، حقوق و مزایا ، اعمال مقررات و توزیع تسهیلات ، توجه به ابتکارات فردی و ایجاد محیط روانی و محیط فیزیکی مناسب می تواند موجب بهبود شرایط کار و افزایش کارآئی و بازده کارکنان گردد و این نتیجه با نتایج تحقیقی که با هدف بررسی تاثیر خدمات رفاهی بر رضایتمندی شغلی کارکنان توسط راضیه حسینی و همکاران در بنیاد شهید مرکز بود مطابقت دارد. (2) علاوه بر این یافته های تحقیق نشان داد بین رضایت شغلی و نوع استخدام اختلاف معنی داری وجود نداشت و لیکن گروههای با استخدام رسمی قطعی میزان

ضریب همبستگی پیرسون بررسی و به ترتیب  $P = 0/20$  و  $r = -/31$  ،  $P = 0/93$  و  $r = /02$  بود که رابطه خطی معنی داری میان رضایت و سن افراد و رضایت و سابقه کار مشاهده نگردید . مقایسه رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان به ترتیب میانگین و انحراف استاندارد  $221/50 + 32/05$  و  $197/55 + 41/60$  را نشان داد و رضایتمندی اعضاء هیئت علمی نسبت به کارکنان درحد مطلوب تر و از نظر آماری اختلاف معنی دار مشاهده نگردید . (  $P < 0/05$  ) مقایسه رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان بر حسب نوع استخدام به ترتیب رسمی قطعی ، رسمی آزمایشی ، پیمانی و قراردادی به ترتیب  $42/1$  درصد ،  $5/3$  درصد ،  $15/8$  درصد و  $36/8$  درصد بود که با اجراء آزمون کورسکال والیس تفاوت معنی داری دررضایت مندی گروههای مختلف از نظر استخدامی مشاهده نگردید . (  $P < 0/05$  )  
بحث : نتایج بدست آمده از میزان رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و کارکنان از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد نشان داد که رضایتمندی اعضاء

انصاف و عدم تبعیض ، تشویق و قدردانی مناسب در قبال عملکرد خوب ، ارزشیابی عملکرد (اساتید و مدیران) در فواصل زمانی منظم ، حقوق و مزایا ، اعمال مقررات و توزیع تسهیلات ، توجه به ابتکارات فردی و ایجاد محیط روانی و محیط فیزیکی مناسب می تواند موجب بهبود شرایط کار و افزایش کارآئی و بازده کارکنان گردد .  
پیشنهادات : نتایج حاصل از مطالعات رضایتمندی بدست آمده از اجراء مدل های تعالی کیفیت باید مورد توجه خاص مسئولین قرار گرفته و مطالعات بیشتری در حیطه های دیگری از رضایتمندی کارکنان انجام پذیرد .

رضایتمندی بیشتری را گزارش نموده اند که این نتیجه با نتایج تحقیق (حسین سلیمانی) در دانشگاه تهران در سال 86 مطابقت دارد . (3) علاوه بر این اجراء آزمون ضریب همبستگی پیرسون با هدف بررسی میزان رضایتمندی در ارتباط با سن و سابقه کاری نشان داد رابطه خطی معنی دارد بین رضایتمندی و سابقه کار و سن وجود ندارد که این نتیجه با یافته های تحقیقی (رجایی عبدالمجید) در سال 86 بر روی اساتید دانشگاه آزاد مطابقت دارد . (4) .

نتیجه گیری : توجه به رفاه اساتید و کارکنان ، فرآیندهای ارتقاء ، نحوه مدیریت مسئولین ، ساعات کار ، آینده شغلی ، رعایت

#### فهرست منابع :

- 1 . تیموری مریم ، توتونچی مینا ، صالحی مهرداد ، حسن زاداکبر رضایت شغلی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ، پاییز و زمستان 1386 از ص 222 الی 236
- 2 . حسینی راضیه ، رستگار خالد امیر ، بررسی تاثیر خدمات رفاهی بر رضایت مندی شغلی کارمندی معاونت پژوهشی و تبلیغات بنیاد شهید مرکز <http://www.navideshahed.com/fa/indea.php?page>
- 3 . سلیمانی حسین ، ساعی فرید ، صداقت مجتی ، مشکانی زهرا رضایت شغلی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران ، مجله دانشکده پزشکی دوره 65 ویژه نامه اول سال 86 ص 59 الی 63
- 4 . عبدالمجید ، رجایی علیرضا ، عوامل موثر بر رضایت مندی شغلی استادان دانشگاه آزاد اسلامی به دست آمده در تاریخ 20 اردیبهشت 1386 . قابل دسترس در :

<http://www.sid.ir/fa/viewpaper.asp?ID=67022>

## **The study of faculty members and employees satisfaction about health faculty in SHahrekord University of Medical Sciences during 2008-2009 year .**

Ahmadi .A ، KHosravi.SH ، Heidarpoor .S ، Taji.F

### **Abstract**

**Objective and background:** satisfaction is one of the aspects of life quality and it is a good and the most important objectives that affect and motivate a person life. dissatisfaction ، sence in faculty employes and members in job environment may affecte on there attitudes and functions. This study was acomplished to determine members satisfaction about health faculty among members faculty.

And employed an Iranian Education quality management modles goals.

**Material and methods:** In a descriptive analitical and cross sectional study total faculty members and employes of health were selected through sensuse sampling . data was gathered by questionnaire with validity and reliability (Alpha cronbach 0.853) with 66 options data T.test ، was analyzed by spss13 soft ware using descriptive and analytical statistic deviation ( $p < 0.05$ ) . standard and ، Manwithny ، krosallwallis.test ،

**Results:** the satisfaction degree for health faculty members and employees of health faculty were 132to281 score with  $207.63 \pm 38.84$  of 335 expected score as 61.97percent and satisfaction degree between faculty members and employees was evaluated as follow 15.8 73.7 percent good and 10.5 percent very good ، percent moderate

Satisfaction degree deal with variety of employments sex and degree were evaluated with krosall Wallis and Manwitny test there was no significant difference among groups. ( $p > 0.05$ )

**Conclusion :** faculty members and employees were well satisfaction with health faculty it is necessary to notice faculty members and employees ، considering the attained result salary and ، future of jobs ، management status .time of work ، needs promotion process free time and supporting them may ، physical condition ، facility distribution ، rewards improving their attitude and function .

health faculty SHahrekord ، faculty members and employees ، **Key words:** statisfaction

## بررسی مقایسه ای برخی عوامل مربوط به سبک زندگی در کودکان چاق و غیر چاق

### سن دبستان در شهر اصفهان

نسرین اکبری - معصومه دل آرام - ندا پروین - افسانه کاظمیان - فرانک صفدری

اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری مامائی شهرکرد

**چکیده:** سابقه و هدف: چاقی یکی از مشکلات مهم سلامتی در کشور های توسعه یافته و در حال توسعه می باشد و مطالعات اخیر مشخص کرده اند که شیوع چاقی و اضافه وزن در ایران برابر یا بیشتر از ایالت متحده امریکا و اروپا می باشد. با توجه به تفاوت های نژادی، عادات زندگی و فرهنگ تغذیه در کودکان و نوجوانان در جوامع مختلف در ایران، این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ای برخی عوامل مربوط به سبک زندگی در کودکان چاق و غیر چاق 6-12 ساله در شهر اصفهان انجام گردید.

**مواد و روش ها:** این پژوهش، یک مطالعه مورد-شاهدی و از نوع توصیفی-تحلیلی بود و اطلاعات مورد نیاز در دو گروه و به صورت تک مرحله ای جمع آوری گردید. بدین ترتیب که 150 کودک 6-12 ساله چاق مراجعه کننده به کلینیک چاقی واحد اطفال مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان انتخاب شد و با 150 کودک 6-12 ساله غیر چاق که در سطح شهر اصفهان زندگی می کردند و از نظر سن و جنس و محل زندگی با کودکان چاق مشابه سازی شده بودند، مقایسه گردیدند. داده ها از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف و به روش آسان جمع آوری گردید. روش و ابزار گردآوری داده ها، مصاحبه و پرسشنامه (خود ساخته) بود که توسط یکی از والدین (ترجیحاً مادر) تکمیل گردید. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که 62/7 درصد کودکان چاق دختر بود. و اکثر کودکان چاق (26 درصد) 12 سال داشتند. بعلاوه میانگین زمان استراحت در روز در کودکان چاق ( $x=1/3$ ) به شکل معناداری بیشتر از کودکان غیر چاق ( $x=0/66$ ) بود. همچنین میانگین ساعت فعالیت سنگین در کودکان چاق ( $x=1/27$ ) کمتر از میانگین ساعت فعالیت سنگین در کودکان غیر چاق ( $x=2/6$ ) بوده است که با  $p<0/001$  این اختلاف معنادار می باشد. میانگین زمان کار با کامپیوتر در روز در کودکان چاق ( $x=0/38$ ) به شکل معناداری بیشتر از کودکان غیر چاق ( $x=0/15$ ) بود. کودکان چاق نسبت به کودکان غیر چاق بیشتر از لبنیات پرچرب و روغن نباتی، غلات، تنقلات استفاده می کردند که از نظر آماری اختلاف بین آنها معنا دار بوده است. اما بین میزان تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی خانواده ها، میزان تماشای تلویزیون در روز و میانگین مصرف پروتئین ها در روز در دو گروه اختلاف معنی دار مشاهده نگردید.

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد که بین سبک زندگی کودکان چاق و غیر چاق تفاوت وجود دارد. با توجه به اهمیت مسئله چاقی کودکان لازم است به اقدامات پیشگیری کننده بویژه در سطح اول توجه ویژه نمود و سطح آگاهی دانش آموزان و خانواده های آنها توسط برخی حرف بهداشتی مانند مربیان بهداشت در مدارس برای ایجاد سبک زندگی سالم ارتقاء یابد.

**کلید واژه:** سبک زندگی، چاقی، کودک سن دبستان

مقدمه و اهداف : چاقی کودکان	افزایش سلول چربی و افزایش
دردهای اخیر در جهان و	متقابل در وزن بدن مشخص شده
بویژه در کشورهای توسعه یافته	است طبق بررسی های انجام شده
رو به افزایش می باشد و با	21-24 درصد کودکان و نوجوانان

پسران 6-12 ساله شهر اصفهان در سال 1993، 0/2 درصد و در سال 1999 0/35 درصد بوده است. بروز اضافه وزن در همین گروه از 4 درصد در سال 1993 به 8 درصد در سال 1999 افزایش پیدا کرده است (6).

اهمیت اضافه وزن و چاقی در کودکان از دیدگاه سلامت نگر در این است که علاوه بر آنکه باعث افزایش شیوع چاقی در بزرگسالی می شود باعث افزایش بیماریهایی در دوران مختلف کودکی و

میانسالی و سالمندی می شود از جمله بیماریهایی که ارتباط مستقیم با افزایش وزن دارد فشار خون اولیه، بیماریهای عروق کرونر، دیابت نوع بالغین، استئوپروز، اختلالات

روانشناختی و ناهنجاریهای اجتماعی می باشد. کاهش سن شیوع این بیماریها در یک تا دو دهه گذشته نیز با افزایش شیوع چاقی ارتباط دارد. مطالعات نشان داده است کودکانی که دارای وزن بالا و چاق هستند بیشتر در معرض خطر بیماریهای قلبی و عروقی در بزرگسالی و میانسالی هستند. (7)

بعضی مطالعات نشان داده اند که آترواسکلروزیس که علت عمده ایجاد کننده بیماریهای قلبی و عروقی است به اوایل کودکی بر می گردد و ریسک فاکتورهای آترواسکلروزیس در کودکانی وجود داشته که علاوه بر چاقی

امریکایی اضافه وزن دارند و 15 درصد آنها چاق هستند به عبارت دیگر از هر 5 کودک یک کودک (حدود 20 درصد) اضافه وزن دارد. (1)

در آسیا مسئله چاقی کودکان نیز یک مشکل حاد است. و بعضی از مقایسه ها نشان می دهد که شیوع چاقی در کشورهای آسیایی در گروههایی با وضعیت اجتماعی، اقتصادی بالا شبیه ایالات متحده و دیگر کشورهای پیشرفته است. (2)

مطالعات اخیر در ایران نیز نشان می دهد که بتدریج در جوامع شهری به خصوص در شهرهای صنعتی اضافه وزن و چاقی یکی از مشکلات بهداشتی کشور خصوصا در رده سنی کودکان و نوجوانان می باشد و در کشور اضافه وزن 13/3 تا 24/8 درصد و چاقی 7/7 تا 8 درصد گزارش شده است (3).

نتایج مطالعه ای که توسط جعفری در سال 1385 در تهران انجام شد نشان داد که شیوع چاقی در نوجوانان 14-18 سال تهرانی 6/1 درصد می باشد (4).

عصارنیز در مطالعه خود در اهواز در سال 1384 شیوع چاقی و اضافه وزن را در دانش آموزان 7-14 ساله به ترتیب 2/2 و 6 درصد گزارش کرده است (5).

طبق مطالعه ای که توسط خانم کلیشادی در سال 1373 و 1379 در شهر اصفهان انجام شده است مشخص شد شیوع چاقی در دختران و

مربوط به سبک زندگی کودکان 12-6 ساله چاق و غیر چاق در اصفهان سال انجام شد. مواد و روش ها: این مطالعه مورد-شاهدی و از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد. اطلاعات مورد نیاز در دو گروه و به صورت تک مرحله ای جمع آوری شده است. بدین ترتیب که وزن کودکان 12-6 ساله که به کلینیک چاقی واحد اطفال مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان مراجعه کردند، با وزنه استاندارد و با حداقل لباس اندازه گیری شد و سپس قد در حالت ایستاده اندازه گیری شد. کودکانی که نسبت وزن به قد آنها با لاتر از 120 درصد استاندارد بود به عنوان چاق محسوب شدند. بدین ترتیب تعداد 150 کودک چاق به روش آسان انتخاب شد و پرسشنامه توسط مادر آنها تکمیل گردید. سپس 150 کودک غیر چاق که در سطح شهر اصفهان زندگی می کردند و از نظر سن و جنس و محل زندگی با کودکان چاق مشابه سازی شده بودند، از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و پرسشنامه توسط مادران آنها تکمیل گردید. سپس دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. پرسشنامه خود ساخته و شامل دو قسمت بود که قسمت اول آن برخی مشخصات کودک و والدین مانند سن، جنس، قد و وزن، و قسمت دوم شامل سئوالاتی بود که اهداف عینی

میزان لیپید خون و فشارخون بالا داشته اند (8). در مطالعه ای که توسط واترز در سال 2003 انجام شد مشخص گردید، چاقی و اضافه وزن در دوران کودکی بر کیفیت زندگی آنها اثر می گذارد و کیفیت زندگی آنها را کاهش می دهد. (9). اضافه وزن در دوران کودکی می تواند ناشی از فاکتورهای ژنتیکی و دگرگونی های محیطی و رفتاری و سبک زندگی افراد باشد. الگوی فعالیت و عادات غذایی در کودکی شکل می گیرد و تحت تاثیر عملکرد والدین و محیط خانواده می باشد و عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی در بوجود آمدن عادات صحیح و بهداشتی نقش بسزایی دارد. (10) بدین ترتیب حضور چاقی در کودکان امروز، موکد کیفیت زندگی پایین تر در بزرگسالان فردا و نیاز به صرف هزینه های بالاتر پزشکی در آینده خواهد بود و چاقی در کودکی یکی از اصول طب پیشگیری اطفال در جهت پیشگیری از مشکلات عاطفی، اجتماعی و فیزیکی می باشد. بنابراین بهترین راه برای پیشگیری از چاقی و عوارض آن شناخت عوامل خطر موثر بر چاقی و حذف یا کاهش آنها و همچنین تقویت الگوهای صحیح زندگی می باشد. از آنجایی که این عوامل در جوامع مختلف متفاوت است بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه برخی عوامل

غیرچاق میانگین ساعت استراحت در روز با مقادیر (  $X=0/66$  و  $SD=0/79$  ) می‌باشد که با استفاده از آزمون تی و مقدار (  $P<0/001$  ) بین میانگین ساعات استراحت در روز در گروه چاق و غیرچاق اختلاف معنی‌دار وجود داشت و کودکان چاق تمایل داشتند که در روز بیشتر استراحت کنند. میانگین ساعات فعالیت‌های سنگین در روز در گروه چاق با مقادیر (  $X=1/27$  و  $SD=0/97$  ) و در گروه غیرچاق با مقادیر (  $X=2/6$  و  $SD=1/3$  ) بود و با استفاده از آزمون تی و (  $P<0/001$  ) اختلاف میانگین ساعات فعالیت‌های سنگین بین دو گروه چاق و غیرچاق معنی‌دار می‌باشد و کودکان چاق نسبت به کودکان غیرچاق کمتر به فعالیت‌های سنگین می‌پردازند. (جدول 2)

نتایج بدست آمده همچنین نمایانگر آن است که بین وضعیت اقتصادی خانواده ا در دو گروه کودکان چاق و غیرچاق، دارای اختلاف معنی‌دار نمی‌باشد. برای بررسی میزان تحصیلات پدران و مادران در دو گروه کودکان چاق و غیرچاق، از آزمون کای اسکوئر استفاده گردید که نتایج آماری تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداده است. همچنین بین میانگین دفعات مصرف پروتیین‌ها در روز در دو گروه کودکان چاق و غیرچاق اختلاف معنی‌دار مشاهده نگردید.

را پوشش داده و شامل ابعاد مختلف مرتبط با سبک زندگی کودک مانند: فعالیت فیزیکی ( استراحت ، فعالیت خیلی سبک، سبک و سنگین ) ، سرگرمی کودک ، وضعیت تغذیه ای کودک ، وضعیت اقتصادی خانواده ، سطح تحصیلات والدین می‌باشد .

روایی پرسشنامه ، از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن از طریق **test re test** مورد بررسی و تایید قرار گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها به کمک نرم افزار **SPSS** و روشهای آمار توصیفی و استنباطی (کای اسکوئر، تی تست ) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج : نتایج نشان داد تعداد دختران چاق (  $62/7$  درصد) بیشتر از تعداد پسران چاق (  $37/3$  درصد ) بوده است . همچنین بیشترین فراوانی مربوط به کودکان 12 ساله و کمترین فراوانی مربوط به کودکان 6 ساله بود. با توجه به نتایج بدست آمده هرچه سن کودک بیشتر شده است، تعداد موارد چاقی افزایش یافته است. همچنین طبق نتایج بدست آمده میانگین وزن در گروه چاق (  $SD=12/6$  و  $X=46$  ) بوده است و میانگین وزن در گروه غیرچاق (  $X=28/1$  و  $SD=7/1$  ) می‌باشد. (جدول 1)

نتایج بدست آمده بیانگر آن است که در گروه چاق مدت زمان استراحت در روز با مقادیر (  $X=1/3$  و  $SD=1/33$  ) و در گروه

ساعات تماشای تلویزیون در روز در دو گروه مشاهده نگردید. بحث و نتیجه گیری: در این مطالعه 150 کودک چاق و 150 کودک غیر چاق 6-12 ساله انتخاب شدند و سبک زندگی آنها از طریق مصاحبه با والدینشان و تکمیل پرسشنامه، بررسی شد و مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که اکثریت کودکان چاق دختر و بیشترین فراوانی مربوط به بچه های چاق 12 ساله بود. با توجه به نتایج بدست آمده هر چه سن کودک بیشتر شود تعداد موارد چاقی افزایش یافته است. در مطالعه ای که توسط خانم کلشادی در اصفهان در سال 1979 انجام شد مشخص گردید اضافه وزن از 4 درصد در سال 1973 به 8 درصد در سال 1979 افزایش پیدا کرده است و اضافه وزن بیشتر در دختران سن مدرسه و سن نوجوانی بوده است. (6)

نتایج همچنان نشان داد که میانگین ساعات استراحت و فعالیت خیلی سبک در روز در کودکان چاق بیشتر از کودکان غیر چاق بوده است. و کودکان چاق تمایل بیشتری دارند که استراحت کنند و فعالیت های خیلی سبک داشته باشند. اما فعالیت های متوسط و سنگین در کودکان چاق کمتر از کودکان غیر چاق می باشد. طبق نظر روبرت، فعالیت فیزیکی کم در همه افراد چاق وجود دارد که ممکن است به عنوان علت آن یا

طبق نتایج بدست آمده میانگین دفعات مصرف تنقلات در روز در گروه کودکان چاق با مقادیر ( $X=1/3$  و  $SD=1/33$ ) و در گروه غیرچاق با مقادیر ( $X=0/66$  و  $SD=0/79$ ) می باشد که با استفاده از آزمون تی و مقدار ( $P=<0/001$ ) اختلاف بین میانگین دفعات مصرف تنقلات در روز در دو گروه کودکان چاق و غیرچاق معنی دار می باشد. (جدول 3)

نتایج همچنین نشان داد با استفاده از آزمون کای اسکوئر و مقدار ( $P=0/001$ ) بین مصرف نوع شیر و لبنیات در دو گروه چاق و غیرچاق، از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود دارد و کودکان چاق بیشتر از لبنیات پر چرب استفاده می کردند. (جدول 4) با توجه به نتایج، در گروه کودکان چاق شروع غذای کمکی در قبل از 4 ماهگی 16/6 درصد می باشد و در گروه غیرچاق شروع غذای کمکی قبل از 4 ماهگی 6/6 درصد بوده است که این اختلاف از نظر آماری معنی دار می باشد. یعنی هرچه زمان شروع غذای کمکی قبل از 4 ماهگی باشد احتمال چاق شدن در کودکی بیشتر میشود.

طبق یافته های بدست آمده میانگین ساعات کار با کامپیوتر در روز در دو گروه کودکان چاق و غیر چاق دارای اختلاف معنا دار آماری می باشد. (جدول 5) ولی اختلاف معنی داری بین میانگین



امروزه نقش فعالیت فیزیکی در سلامتی جامعه و اثر آن در پیشگیری و کنترل بسیاری از بیماری ها مطرح می باشد. در مطالعه ای که توسط ضیایی و همکارانش در سال 1382 و 1383 در تهران انجام شد مشخص گردید که متوسط میزان ساعات فعالیت فیزیکی با شدت متوسط و بالا در دانش آموزان ایرانی به ترتیب 4/7 و 0/8 ساعت در شبانه روز بود و میزان فعالیت با تحرک بالا در دوران راهنمایی و دبیرستان نسبت به ابتدایی بیشتر بوده است. همچنین کمبود معنی دار فعالیت فیزیکی با شدت متوسط و بالا در دختران نیز از یافته های دیگر این مطالعه بود که نیاز به برنامه ریزی مناسب دارد. (13)

در رژیم غذایی خانواده ها در دو گروه نیز تفاوت هایی مشاهده گردید بدین صورت که در خانواده کودکان چاق بیشتر از لبنیات پرچرب و روغن نباتی جامد استفاده می شد همچنین کودکان چاق بیشتر از تنقلات استفاده می کردند و تغذیه تکمیلی قبل از 4 ماهگی برای آنها شروع شده بود. یافته های مطالعات گوناگون نتایج متفاوتی را در ارتباط با سبک زندگی و چاقی کودکان نشان داده اند. اوانا در سال 2000 در بررسی کودکان چاق ژاپنی به این نتیجه رسید که بین رژیم غذایی و چاقی کودکان رابطه معناداری وجود

ناشی از آن باشد بعضی تحقیقات نشان می دهد که حتی در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد برای اضافه وزن هستند افزایش ورزش و مصرف غذای متعادل ممکن است از چاقی پیشگیری کند. (11)

در این مطالعه مشخص گردید که کودکان چاق بیشتر از کودکان غیر چاق با کامپیوتر کار می کنند که این اختلاف معنا دار بوده است اما میانگین ساعت تماشای تلویزیون در دو گروه تفاوت معنا دار نداشته است. استوری در مطالعه خود در سال 2003 بین فعالیت فیزیکی و چاقی، همچنین بین میانگین ساعت تماشای تلویزیون و چاقی کودکان رابطه معنادار مشاهده کرد. (12)

همچنین دنیشن در مطالعه ی خود در سال 2002 رابطه معناداری بین چاقی کودکان و تماشای تلویزیون مشاهده کرد. (10)

علی رغم اینکه در مطالعات زیادی تفاوت معنادار بین چاقی و مدت زمان تماشای تلویزیون و کار با بازی های کامپیوتری مشاهده شده است اما در این مطالعه فقط میانگین ساعت کار با کامپیوتر در دو گروه دارای اختلاف معنادار بوده است و ساعت تماشای تلویزیون در روز در دو گروه کودکان با وجود تفاوت ولی معنادار نمی باشد. شاید تعداد کم نمونه ها در این تحقیق باعث این نتیجه شده است.

متمرکزند يك ارتباط معكوس قوي بين شرايط اقتصادي - اجتماعي و شيوع چاقی به خصوص در زنان با شرايط پايين تر وجود دارد كه باعث پيشرفت چاقی مي شود . (18) پژوهشگر علت تفاوت نتایج بدست آمده در این مطالعه را با برخي مطالعات ديگر، در دو عامل اجتماعي بررسي مي کند. اول اينكه علي رغم پيش فرض قرار دادن صحت گفته هاي واحدهاي مورد پژوهش، ممکن است بعضي از افراد به دلایل متعدد درآمد ماهیانه خانواده خود را دقیق بیان نکرده باشند که این مسئله مي تواند نتایج حاصله را تحت الشعاع قرار دهد. دوم اينكه با توجه به مطالب گفته شده، ممکن است در مناطق شهري کشور ما، چاقی هم در خانواده هاي کم درآمد و هم در خانواده هاي با درآمد بالا وجود داشته باشد. مارتورل نیز در این رابطه مي نويسد: شيوع اضافه وزن در بچه ها در وضعيت اجتماعي - اقتصادي بالا، افزايش مي يابد و با افزايش سطح تحصيلات مادران، اضافه وزن در بچه ها مشاهده شده است. (19)

همچنين در مطالعه اي که توسط " موسا " روي کودکان 6-13 ساله کويته انجام شد، مشخص شد که بين سطح اجتماعي والدين با چاقی کودک ارتباط معني داري وجود ندارد . (20)

دارد. در مطالعه او همچنين بين چاقی و مصرف شيريني، آب ميوه و شربت رابطه معناداری وجود داشت. ( 14 )

مطالعه اي که توسط روويل بر روي بچه هاي 4-1 سال در فرانسه انجام شد مشخص گرديد که نوع غذاي مصرفي کودک ( غذاي پر چرب ، شيريني زياد ) از عوامل مهم مرتبط با چاقی کودک بوده است. (15)

در حالي که در مطالعه اي که توسط مافيس (2003) روي کودکان 8-9 ساله انجام شد، نتایج نشان داد که ميزان دريافت کالري با چاقی کودک رابطه اي نداشته است. (16)

در پژوهش اخير نيز همانند ساير مطالعات، کودکان چاق نسبت به کودکان غيرچاق از تنقلات، نان و برنج و چربي بيشتر استفاده کرده اند ولي در مصرف مواد غذايي ديگر تفاوت معني دار بين کودکان چاق و غيرچاق وجود نداشت.

در این مطالعه وضعيت اقتصادي خانواده ها همچنين سطح تحصيلات والدين در دو گروه دارای اختلاف معنا دار آماری نبود. در این رابطه، در تحقيقی که توسط دی اسپي بر روي کودکان 5-3 سال انجام شد نشان داده شد که بين چاقی زمان کودکی و سطح اجتماعي - اقتصادي خاص ارتباط معني دار وجود ندارد. (17)

مطالعات منظم در مورد عوامل محيطي که بر چاقی اثر دارند بيشتر بر روي شرايط اقتصادي - اجتماعي

دلایل مختلفی در بروز چاقی در کودکان مطرح است که علت عمده آن تغییر کیفیت زندگی بدلیل استفاده از فناوری های نوین در زندگی روزمره می باشد فناوری نوین باعث تغییر الگوی تهیه و مصرف مواد غذایی، کاهش فضای زندگی (زندگی آپارتمانی) و کاهش فضای فیزیکی مدارس، رواج بازی های کامپیوتری در بین کودکان، دستیابی آسان و سریع به وسایل حمل و نقل و... شده که مجموعه این تغییرات باعث کاهش فعالیت فیزیکی کودکان شده است با توجه به خصوصیات خلقی و رفتاری سنین کودکی و نوجوانی حذف بسیاری از عوامل موثر بر افزایش وزن در زندگی روزمره بسیار مشکل می باشد مثلا با توجه به جذابیت بازی های کامپیوتری منع کودکان از پرداختن به این بازی ها چندان تاثیری نخواهد داشت لذا تشویق آنان به ورزش و فعالیت فیزیکی مفرح، ضمن آنکه مقاومت در آنها ایجاد نمی کند مورد علاقه آنان

نیز قرار می گیرد و باعث ترویج فرهنگ صحیح زیستن می شود و تاثیر تربیتی بر کودک نیز دارد. این مطالعه نشان داد که سبک زندگی در دو گروه کودکان چاق و غیر چاق متفاوت است. در این راستا آموزش والدین بعنوان اولین خط پیشگیری از چاقی کودکان در ابعاد استفاده از الگوهای صحیح و مناسب زندگی بخصوص رژیم غذایی، تنظیم میزان فعالیت و پر کردن اوقات فراغت کودکان از اساسی ترین موارد پیشنهادی بوده که امکان کنترل و پیشگیری از بروز چاقی کودکان را فراهم می نماید. سپاسگزاری: بدینوسیله تشکر و سپاس خود را از تمام کسانی که ما را در این پژوهش یاری داده اند بخصوص مسئولین محترم مرکز تحقیقات و کنترل چاقی اصفهان و پرسنل آن مرکز، اعلام می داریم.

جدول شماره 1

سن	6 سال		7 سال		8 سال		9 سال		10 سال		11 سال		12 سال		جمع	
	ن	م	ن	م	ن	م	ن	م	ن	م	ن	م	ن	م		
مذکر	2	1/4	6	4	8	5/4	10	6/6	10	6/7	8	5/3	12	8	5	37
مؤنث	5	3/3	10	6/7	12	7/9	14	9/4	15	10	11	7/4	27	18	9	62

100	1 5 0	26	39	/7 12	19	/7 16	25	16	24	/3 13	20	/7 10	16	4/7	7	جمع
-----	-------------	----	----	----------	----	----------	----	----	----	----------	----	----------	----	-----	---	-----

توزیع فراوانی جنس بر اساس سن در کودکان چاق

جدول شماره 2

توزیع فراوانی برحسب میانگین فعالیت فیزیکی کودک در واحدهای مورد پژوهش

P	غیرچاق کودکان		چاق کودکان		میزان فعالیت فیزیکی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	0/79	0/66	1/33	1/3	استراحت
<0/001	1/3	4 / 3	1/6	6/6	خیلی سبک
0/009	1	2/5	1/1	2/2	سبک
<0/001	0/96	3/16	0/92	1/98	متوسط
<0/001	1/3	2/6	0/97	1/27	سنگین

جدول شماره 3

توزیع فراوانی برحسب میانگین دفعات مصرف تنقلات در روز در واحدهای مورد پژوهش

تعداد	انحراف معیار	میانگین	مصرف تنقلات گروه
150	1/33	1/3	چاق
150	0/79	0/66	غیرچاق

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اختلاف میانگین مصرف تنقلات (دفعه در روز) در کودکان چاق و غیرچاق یا استفاده از آزمون تی و  $p < 0/001$  معنی‌دار می‌باشد.

جدول شماره 4

توزیع فراوانی نوع شیر و لبنیات مصرفی در واحدهای مورد پژوهش

کل	غیرچاق	چاق	گروه
----	--------	-----	------

نوع لبنیات	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پاستوریزه معمولی	113	75/3	125	83/3	238	79/3
پاستوریزه پرچرب	11	7/3	5	3/3	16	5/3
محلی معمولی	14	9/3	18	12	32	10/7
محلی پرچرب	12	8/1	2	1/4	14	4/7
جمع	150	100	150	100	300	100

جدول فوق نشان می‌دهد 7/3 درصد از کودکان چاق از شیر و لبنیات پاستوریزه پرچرب استفاده می‌کردند در حالی که 3/3 درصد از کودکان غیرچاق از شیر و لبنیات پرچرب استفاده می‌کردند همچنین 8/1 درصد از گروه چاق از مواد لبنی محلی پرچرب و 1/3 درصد از کودکان غیرچاق از این مواد استفاده می‌کردند که با استفاده از آزمون کای اسکوتر این اختلافات معنی‌داری باشد ( P =0/01 )

#### جدول شماره 5

میانگین ساعات کار با کامپیوتر در روز در واحدهای مورد پژوهش

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
چاق	150	0/38	0/95
غیرچاق	150	0/15	0/56

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد میانگین ساعت کار با کامپیوتر در روز در کودکان چاق ( X=0/38 ) بیشتر از گروه غیرچاق ( X=0/15 ) بوده است و با استفاده از آزمون تی این اختلاف معنی‌دار می‌باشد. ( P=0/001 )

#### منابع:

۱ - الماسی مرضیه، صحرانورد زهرا، ثابتی فهیمه. چاقی در کودکان و نوجوانان و نقش پرستار در پیشگیری و درمان، مجله بیماری‌های کودکان ایران، دوره 16، ویژه نامه 1، آبان 1385: 123.

2) Jana Parizkova, Andrew Hills, childhood obesity prevention and Treatment, 2000, p:5

3) Dorosty AR, Siassi F, Reilly JJ. Obesity in Iranian children. Arch Dis child, 2002; 87: 388-910.

4- جعفری فرهاد ، رضایی پور ناصر، امین زاده ملیحه . فراوانی چاقی در دانش آموزان تهران مجله بیماری های کودکان ایران ، دوره 16، ویژه نامه 1 ، آبان 1385 ص 47 .

5- عصار شیده ، اصغری شهرام . بررسی شیوع چاقی و اضافه وزن در دانش آموزان 7-14 ساله شهر اهواز، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی ، درمانی اهواز، 1384 ، دوره خرداد، شماره 44 ، صفحات 20- 11

6) Kelishadi, Roya, Hashemipour, Mahin, Trend of atherosclerosis Riskfactor in children of Isfahan, Asian cardiovascular a Thoracic Annals, 2001, vol 9, No. 1, p: 38.

7- Gillis LJ, Kennedy LC, Gills AM. Relationship between juvenile obesity dietary energy and fat intake and physical activity. Int J Obesity Relat Me tab Disord. 2002. 26: 458-463

8- Giuglione R, Carneiro EC. Factor associated with obesity in school children. J Pediatr (Rio J). 2004. Jan-Feb. 80(1): 17-22 .

9- Wake M, Hosketh k, Waters E. Televisions computer use and body mass index in Australian primary school children. J Pediatr Child Health . 2003 Mar. 39(2): 130-4.

10- Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing television in bedroom associated with overweight risk among low income preschool children. Pediatrics. 2002 Jun. 109(6): 1028-35.

11) Scott O, Roberts, The Role of physical Activity in the prevention and treatment of childhood obesity, pediatric nursing, January – Feb 2000, vol 26, No 1, pp: 33-41.

12) Storey ML, Forshee RA. Demographic and life style factor associated with body mass index among children and adolescents. Int J Sci Nutr. Nov 2003. 54(6): 491-503.

13- ضیایی وحید و همکاران، میزان فعالیت فیزیکی دانش آموزان ایرانی: مطالعه کاسپین، مجله بیماری های کودکان ایران ، دوره 16، ویژه نامه 1 ، آبان 1385 ص 99.

14- Kawana H. Obesity and life style of Japoons school children with Down Syndrome. Nippon Kosha Ei Sei Zasshi. 2000. Jan. 47(1): 87-94

15- Rouille sausse, F. Increase BMI during the last 20 years of maghrebians immigrants, Rev Epidemol santo pobleigue 1999, Mar, 47 (1) pp: 37-44.

16- Maffeis C, Talamini G. influence of diet, physical Activity and parents obesity on children's adiposity, a Four year longitudinal study, int J obes Relat Metab Disord, 2003, Aug, 22 (8), pp: 758-64

17- De Spie gelaere M, Dramaix M, Hennart P. socioe conomic status and changes body mass from 3 to 5 years, Arch Dis child, 1998 May, 78 (5), pp: 477-8.

18- Albert, Stinkard. Current views on obesity, Feb 1998, The American Journal of Medicine, vol 100, pp: 230-5.

19- martorell R, Khan LK. obesity in latin American women and children, J nutrient 1998 Sep, 128 (9), pp: 1464-73.

20- Moussa MA, Shaltout AA. Factors associated with obesity in kuwaiti children, Eur J Epidemiol 1999, Jan, 15 (1), pp: 41 – 9.

### **The comparison of factors related to life style in obsess and non obsess children in isfahan**

Akbari,N, et al. shahre kord nursing midwifery department.

Tel: 09133836002

Abstract:

#### **Objective and background:**

obesity is the major health problem in developed and developing countries. Resent epidemiological studies have revealed in iran equal to or higher than Europe and united state and society .regarding to difference between people habits and dietary culture in children and adolescence in different society researcher decided to do this research with aim of determination the comparison of factors related to life style in obsess and non obsess children in Isfahan .

#### **Material and methods**

In a descriptive- analytic study in two group( case-control)researcher selected 150 obese children from 6-12 years old children who refer to Esfahan research and control obesity center that matched with case group.the research instrument was a questionnaire and data collected by interview with one of parent.

#### **Results:**

findings revealed that there was relationship between physical activity, parent BMI,using snake ,kind of milk and fat that using family with children obesity.

#### **Conclusion:**

findings revealed that there was relationship between **life style and children** obesity.regarding to children obesity importance, special attention should be paid to primery prevention.

**Key words:** life style, Children,Obesity.



## بررسی مدیریت سلامت در زنان شاغل

فهیمة تیموری

عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

**هدف و زمینه:** این مقاله با هدف مدیریت سلامت در جامعه زنان بویژه زنان شاغل گردآوری گردیده است. در ابتدا پس از بیان مقدمه به ساختارهای سازمانی مدیریت در کشورهای دیگر، در ایران، و همچنین وضعیت مدیریت سلامتی زنان در کشورمان را بررسی و سپس در پایان پیشنهادهای در جهت مدیریت بهتر در راستای توسعه سلامت در کارکنان بویژه زنان شاغل ارائه خواهد شد.

**مقدمه:** سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است. سیستمهای بهداشتی و رفاهی در دنیا به طور روزافزون اهداف خود را از ارائه مراقبتهای بهداشتی به سمت ایجاد جامعه سالم ارتقا می دهند و شاخصهای کلی سلامت مانند بهزیستی، جایگزین شاخصهای محدود و نارسایی مانند میزان مرگ و میر می شود (1). یکی از رسالتهای اساسی مدیریت منابع انسانی نگهداری کارکنان توانمند می باشد. از آنجا که اقدامات نگهداری، مکملی بر سایر اقدامات و فرایندهای مدیریت منابع انسانی است، حتی اگر عملیات کارمندیابی، انتخاب، انتصاب و سایر اقدامات پرسنلی به نحو شایسته انجام شود، بدون توجه کافی به امر نگهداری، نتایج حاصل از اعمال مدیریت چندان چشمگیر نخواهد بود. نظام نگهداری منابع انسانی ابعاد متعددی را شامل می شود که می توان آنها را به دو دسته تقسیم نمود: دسته اول در رابطه با حفظ و تقویت جسم کارکنان است مانند برقراری بهداشت و ایمنی در محیط کار، اجرای برنامه های ورزش و تندرستی و بعضی خدمات

مشابه. دسته دوم شامل مواردی است که تقویت کننده روحیه علاقمندی کارکنان به کار و محیط کار می باشد مانند خدمات بیمه و بازنشستگی و خدمات پرسنلی (2). پژوهشها نشان می دهد که سلامت جامعه زنان به دلایل مختلف آسیب پذیرتر از مردان است و علاوه بر ویژگیهای بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل تعیین گرافرنهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارد. بر طبق مطالعه ای که بوسیله آژانس مدیریت و هماهنگی انجام شد، نسبت زنان شاغل به کل نیروی کار شاغل در سال 2000 برابر 40% بوده است. بر طبق نتایج بررسی بر روی زنان شاغل بوسیله وزارت کار مشخص گردید که تعداد زنانی که به خاطر بچه دار شدن یا نگهداری از بچه کار خود را ترک می کنند در حال کاهش است و این انتظار می رود که زنان بیشتری پس از بچه دار شدند سر کار خود بازگردند. پس از لغو قانون حمایت از زنان بوسیله قانون استاندارد کار، زنان اجازه دارند که اضافه کاری کنند یا تا دیر وقت کار کنند. با این قوانین آسان گیر برای

جموعه وزارت بعنوان یک پایه اصلی عملی در آژانس مربوط عمل می کند. سه آژانس تحت حفاظت اداره غذا و دارو، انستیتو ملی بهداشت و مرکز نظارت و پیشگیری از بیماری به منظور تأمین سلامت زنان نیز نقش دارند. این واحدها در کنار سایر واحدهای وزارت بهداشت نظیر اداره سلامت مادر و کودک و اداره جمعیت در تهیه سیاستها و برنامه های سلامت زنان نقش موثر داشته با واحدهای مشابه در وزارتخانه های دیگر مثل وزارت کار، و دادگستری به منظور تأمین سلامت و رفاه زنان همکاری و ارتباط دارند. ساختار سازمانی این دفاتر در جدول ۱ نشان داده شده است. فعالیت و عملکرد آنها به واسطه پشتیبانی پرسنلی و تکافوی مالی مستمر و اختصاص یافته به آنها می باشد که در تعیین میزان تأیید و پذیرش سیستم بهداشتی و برنامه های درخصوص اهمیت سلامت زنان در سلامت دو کشور نقش کلیدی ایفا کرده است (4). در کانادا نیز اداره سلامت زنان در سال 1993 تأسیس شد و هسته اصلی سلامت زنان در دولت مرکزی است (1).

زنان، زنان می توانند به همان سبکی که مردان کار می کنند، کار کنند. با این حال هنوز هم موانعی بر سر راه زنان شاغل وجود دارد: آن ها نسبت به مردان مسوولیت بیشتری در خانه داری دارند، نظام قبول نگهداری از بچه ها و والدین ساخورده، اکثر زنان شاغل بصورت پاره وقت یا موقت مشغول کار هستند که این بدین معنی است که سیستم بیمه آنان ضعیف و ناکارآمد است. کار کردن با در نظر گرفتن شرایط فوق می تواند تاثیرات زیادی بر سلامتی زنان شاغل داشته باشد (3). موضوع مدیریت سلامت زنان و توسعه آن در زمره اولویتهای سازمان جهانی بهداشت قرار دارد و به عنوان زمینه های اصلی توسعه استراتژیک بهداشت در دهه آینده میلادی مورد توجه قرار گرفته است.

**ساختار سازمانی مدیریت سلامت زنان در کشورهای دیگر**

وزارت بهداشت آمریکا در آژانسهای زیر مجموعه خود بر سلامت زنان تمرکز و تأکید نموده و با تشکیل دفاتر نمایندگی در

**جدول ۱: ساختار سازمانی سلامت زنان در وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا**

دفتر وزیر، معاونت سلامت و پزشکی ارشد ، دفتر سلامت زنان
اداره منابع و خدماتی بهداشتی: مشاور ارشد سلامت زنان
اداره خدمات سلامت سرخپوستان: مدیر سلامت زنان
اداره کودکان و خانواده: رابط سلامت زنان
اداره سالمندی: رابط سلامت زنان
اداره امور مالی مراقبتهای بهداشتی: رابط سلامت زنان
انستیتو ملی بهداشت: دفتر پژوهشهای سلامت زنان
مرکز نظارت و پیشگیری بیماریها: دفتر سلامت زنان
اداره غذا و دارو: دفتر سلامت زنان
اداره سوء مصرف مواد و خدمات سلامت روان: مدیر مسئول خدمات زنان

## ساختار سازمانی مدیریت سلامت زنان در ایران

در ایران از لحاظ سیاستگذاری و برنامه ریزی، توجه به سلامت زنان در چارچوب تعریف سلامت باروری با تکیه اصلی بر نقش باروری زنان و توجه به دیگر ابعاد متأثر از آن می باشد. در سال ۱۳۷۲ با تعیین مشاور وزیر در امور زنان، گامی مهم و مثبت در جهت مدیریت توسعه سلامت زنان برداشته شد و اگرچه این جایگاه رسمی نبود، موجب تقویت توجه به امر سلامت زنان در کل مجموعه وزارت بهداشت گردید (5 و 6). دفتر امور زنان در سطح وزارت بهداشت تحت نظر مشاور وزیر بهداشت می باشد که جایگاه مصوب سازمانی ندارد. برخی از معاونتها و سازمانهای تابعه وزارت بهداشت دارای رابط سلامت زنان هستند و در سطح رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی استانی نیز مشاورانی در امور زنان منصوب هستند که برخی از آنها دارای دفتر و امکانات محدود می باشند همگی این موارد فاقد جایگاه سازمانی رسمی هستند که وضعیت آنها تحت تأثیر تغییر مسئولان قرار می گیرد. مجموعه دفتر سلامت خانواده و جمعیت شامل اداره سلامت مادر و کودک و اداره زنان و سالمندان در اجرای سیاستهای مربوط نقش محوری داشته اند و با توجه به نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور تا حد زیادی موفق عمل کرده اند. لیکن نیازمند جهت دهی،

هماهنگی و تمرکز از لحاظ برنامه و منابع لازم می باشند تا بدین وسیله هم مانع از پراکندگی و اتلاف منابع محدود موجود شده و هم یاری رسان تحقق طرحها و برنامه ها شود (1).

سیاستها و برنامه های پژوهشی نیز از جمله زمینه ها و ابزارهای راهبردی مدیریت سلامت زنان در کشور محسوب میگردند. نهادینه کردن پژوهش در آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت، توسعه تحقیقات علوم پزشکی و ایجاد نظام اطلاعات مدیریتی مناسب و تقویت توسعه نظام اطلاع رسانی از جمله راهبردهای اصلی نظام سلامت در ایران است که به رغم پایین بودن سهم اعتبارات تحقیقاتی گروه پزشکی از مجموع اعتبارات فصل تحقیقات و برنامه تحقیقات دانشگاهی در بودجه عمومی دولت از رشد قابل ملاحظه ای در طی یک دهه اخیر برخوردار بوده است. تعداد طرحهای تحقیقاتی، مراکز تحقیقاتی، مجلات و مقالات علمی پژوهشی، و پایگاههای عرضه اطلاعات در کشور رشد بسیار چشمگیری داشته اند. این بهبود وضعیت عملاً بستر مناسبی برای رشد تحقیقات سلامت زنان فراهم آورده است و پژوهشهای سلامت زنان در سطح دانشگاهها و مؤسسات تحقیقاتی وابسته، توسعه قابل توجهی یافته اند.

**وضعیت سلامت زنان در ایران**  
علیرغم وجود ساختار سازمانی سلامت زنان و توسعه آن، کمبود

نظام سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آن‌ها دنبال شد. در طی قرن اخیر، سلامت زنان در کشورهای توسعه یافته تغییرات زیادی کرده است. به ویژه در طی سه دهه اخیر این تغییرات چشمگیرتر بوده است که انعکاسی از تغییر در زندگی اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زنان می‌باشد. روند تغییرات اخیر در وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان به ویژه در سطوح تحصیلی، اشتغال و حق انتخاب آنها در باروری و حقوق خانواده به پیچیدگی روزافزون زندگی خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت آنها اشاره دارد و برای بخش سلامت و بهداشت با چالش درک و شناخت بیشتر از مفهوم سلامت زنان همراه است. یکی از عوامل مؤثر بر سلامتی زنان اجتناب و یا کاهش از عوامل ایجاد کننده استرس در محیط کار می‌باشد (1). در ذیل ده راه متداول که مدیریت بوسیله آن می‌تواند سطح سلامتی کارکنان بویژه کارکنان زن را در حین کار کاهش دهد، آورده شده است.

1- صحبت آزاد کارکنان به طور آزاد با یکدیگر: در یک سازمان که کارکنان می‌توانند با یکدیگر آزادانه صحبت کنند بهره‌وری و حل مسئله معمولاً بهتر می‌شود.

2- کاهش تعارضات شخصی در کار: برای حداقل کردن تعارض در کار، کارفرمایان سه مرحله را می‌توانند طی کنند: الف) آموزش مدیران و کارکنان برای حل تعارضات بوسیله ارتباطات،

اطلاعات در مورد نیازهای سلامتی زنان در کشور ما، پراکندگی پژوهشها و ضعف ارتباط بین پژوهش، مدیریت و برنامه ریزی و ارائه خدمات، محدودیت منابع و نیروی انسانی متخصص از مشکلات اصلی توسعه سلامت در ایران است. حق زنان در برخورداری از بالاترین سطح دستیابی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیازمند دسترسی آنها به اطلاعات، مراقبتها و خدمات بهداشتی درمانی کیفی و متناسب با دوره های مختلف زندگی و نقشهای متعدد خانوادگی و اجتماعی آنان است. در بسیاری از موارد، وضعیت سلامت زنان نتیجه عملکرد توأم فرآیندهای متعدد مدیریتی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است که به ناتوانی زنان و محرومیت از حق سلامت آنها کمک میکند. همچنین می‌توان از موانع موجود جهت پیشبرد سلامت زنان به نبود مدیریت کارا، استراتژی‌ها و برنامه‌های هماهنگ و همه جانبه‌ای که بتواند مطابق با شرایط کنونی و با تکیه بر تجارب علمی و موفق کشورهای پیشرو در امر سلامت، موجب پیش بینی‌های مناسب آینده و تدارک برنامه‌ها و خدمات مبتنی بر نیازهای بهداشتی زنان و تسهیل در اجرای آن‌ها شود، اشاره نمود (1).

**بحث:** این مطالعه بر مبنای مدیریت سلامت زنان بویژه زنان شاغل و خط مشی‌های حاکم بر

8- تعیین سطوح جاری مزایای کارکنان: وقتی مزایای در نظر گرفته شده برای کارکنان کاهش پیدا کند سطوح استرس آنها افزایش پیدا می‌کند. کارفرمایان باید به دقت فعالیت‌هایی را که موجب ذخیره مزایا برای کارکنان می‌شود بسنجند در غیر این صورت و با کاهش مزایای کارکنان، آنها دارای اتلاف انرژی می‌شوند.

9- کاهش مقدار خطوط قرمز (قوانین محدود کننده) برای کارکنان: کارفرمایان می‌توانند اتلاف انرژی را بوسیله عدم انجام کارهای غیر ضروری و رویه‌های زائد، کاهش دهند.

10- تشویق و پاداش برای دستاوردها و همکاری آنها: بی‌توجهی به دستاوردهای کارکنان می‌تواند روحیه آنها را پایین آورده و کارکنان با استعداد و با تجربه را خشمگین کند (2).

**نتیجه‌گیری:** یکی از مهمترین مسئولیت‌های مدیریت منابع انسانی حفظ کارکنان توانمند به منظور ایجاد و حفظ مزیت رقابتی در سازمان می‌باشد زیرا امروزه یکی از عوامل کلیدی موفقیت سازمان‌ها منابع انسانی توانمند و استفاده بهینه و دانش‌محور از آنها می‌باشد. برای رسیدن به این هدف لازم است کارکنان از سطح رضایتمندی بالایی برخوردار باشند تا برای سازمان ایجاد ارزش نمایند. یکی از عوامل اصلی ایجاد رضایتمندی امنیت شغلی

مذاکره و احترام. ب) رفتار کردن با کارکنان به طور منصفانه. ج) تعریف روشن وظایف شغلی.

3- دادن قدرت کنترل کافی به کارکنان در مورد چگونگی انجام کار آنها: کارکنان وقتی که روی کار خود کنترل داشته و در روش انجام کار توسط آنها انعطاف پذیری وجود داشته باشد بهره‌وری آنها بالاتر خواهد رفت.

4- اطمینان از اینکه بودجه پرسنلی کافی می‌باشد: بارکاری زیادتر بیماری‌ها، ترک خدمت و تصادفات را افزایش داده و بهره‌وری را کاهش می‌دهد.

5- درباره کارکنان به راحتی صحبت کنید: مدیریت باید کارکنان را از اخبار بد به خوبی اخبار خوب آگاه کند. دادن فرصت به کارکنان برای بیان نگرانی‌هایشان نیز مهم است.

6- حمایت از تلاش‌های کارکنان: کارکنان بهتر می‌توانند خود را با بار کاری هماهنگ کنند اگر مدیریت انرژی‌دهنده، فهیم و تشویق‌کننده باشد، گوش کردن به کارکنان و هدایت نظرات آنها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

7- تأمین مرخصی شخصی رقابتی و مزایای کارکنان: کارکنانی که وقت کافی برای استراحت و بازیابی خود بعد از کارهای سنگین را دارند، بیماری‌های مرتبط با استرس کمتری دارند.

زمینه، ساختارها دستورالعملها  
و رویه هایی ارائه شد تا  
بوسیله آنها بتوان زنان شاغل را  
از نظر روحی و روانی برای کار  
آماده کرده و موجبات رضایت  
شغلی آنها را فراهم کرد.

میباشد و یکی از ارکان بوجود  
آورنده امنیت شغلی وجود سلامت  
در محیط کار می باشد . مهمترین  
جنبه سلامت، جنبه روانی آن  
میباشد که در این منظر خود  
کارکنان بویژه زنان شاغل مورد  
توجه قرار میگیرند و در این

### منابع و مأخذ:

- 1- احمدی، ب.، طیبی، ج. و همکاران. " الگوی ساختاری مدیریت توسعه سلامت زنان ایران". فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره 21. ص 37-9.
- 2- وهابی، ج. " امنیت شغلی با رویکرد ایمنی و سلامت و نقش آن در نگهداری کارکنان سازمان". (1385): برای اطلاعات بیشتر رجوع شود به :  
<http://www.harkat.com/news/detail.asp?id=14>
- 3- الماسی، ح. " اختلالات روانی، ماهیچه ای- اسکلتی و تولید مثل ناشی از کار در میان زنان شاغل". برای اطلاعات بیشتر رجوع شود به: <http://ghaenoy.persianblog.ir/post/167>
- 4- Carnes, M. Vandenbosche, G. Agatisa, P. Hirshfeld, A. Dan, A. Shaver, J. "Using Women's Health Research to Develop Women Leaders in Academic health Sciences: The National Centers of Excellence in Women's Health".(2001):*Journal of Health & Gender- Based Medicine*, Vol. 10, No.1, pp 39-47.
- 5- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹). سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران، با همکاری مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد ( یونیسف) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.
- 6- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۹). گزارش سومین ارزشیابی استراتژیهای بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰.

اسامی دانشجویان دارای معدل اول تا سوم دانشکده های دانشگاه  
علوم پزشکی شهرکرد  
در سال تحصیلی 88-89

جمع آوری و تنظیم : فاطمه عرفانی - فریبا بنی مهدی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه به منظور قدردانی  
از دانشجویان دارای معدل اول تا سوم هر کلاس و ترغیب و تشویق  
دانشجویان به رقابت علمی بیشتر طی نامه شماره 5015 / آ / پ مورخ  
7 / 7 / 89 از معاونین محترم آموزشی دانشکده های دانشگاه علوم  
پزشکی درخواست نمود که نفرات اول تا سوم هر کلاس را در سال تحصیلی  
89-1388 به این مرکز معرفی نمایند که تعدادی از دانشکده ها تا چاپ  
این شماره مجله اسامی دانشجویان اول تا سوم خود را معرفی نمودند ،  
ضمن آرزوی توفیق روزافزون جهت دانشجویان ساعی ، انشاء الله با  
ارسال بقیه اسامی ، در شماره عدی اسامی سایر دانشجویان دانشکده  
های دیگر نیز چاپ خواهد شد .

**نفرات اول تا سوم هر دانشکده به تفکیک سال ورود :**

**دانشکده پیرایشکی :**

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته	ورودی	معدل
1	طیبه قنواتی	علوم آزمایشگاهی	88	16/89
2	زهرا عدالتی نیا	علوم آزمایشگاهی	88	16/72
3	پرینا صادقی	علوم آزمایشگاهی	88	16/69
4	فهمیه ثلاثر مقدم	علوم آزمایشگاهی	87	16/84
5	ماریا عباسی	علوم آزمایشگاهی	87	16/82
6	معصومه قاسمی	علوم آزمایشگاهی	87	16/64
7	نیلوفر بنده	علوم آزمایشگاهی	مهر 88	17/61
8	امین صالحی	علوم آزمایشگاهی	مهر 88	17/1
9	محمد رئیسی	علوم آزمایشگاهی	مهر 88	16/91
10	زهرا سورانی	علوم آزمایشگاهی	مهر 87	18/4
11	مینا کریم زاده	علوم آزمایشگاهی	مهر 87	17/78
12	مژگان نوروزی	علوم آزمایشگاهی	مهر 87	17/55
13	کبری عباسی چشمه خیر	هوشبری ناپیوسته	مهر 88	18/33
14	الهیم شریعتی مهر آبادی	هوشبری ناپیوسته	مهر 88	17/81
15	فاطمه موسوی لردجانی	هوشبری ناپیوسته	مهر 88	17/79
16	سپیرا رئیسی	هوشبری پیوسته	87	16/31
17	آزیتا ظاهری عبده وند	هوشبری پیوسته	87	16/3
18	فهمیه موسوی	هوشبری پیوسته	87	16/23
19	فاطمه رئیس سرتشنیزی	هوشبری پیوسته	88	17/14
20	سپیرا الله گانی	هوشبری پیوسته	88	16/59
21	نرگس غلامی بروجنی	هوشبری پیوسته	88	16/5
22	الناز شعبانی	رادیولوژی	88	18/01
23	پرینا نقر سفید دشتی	رادیولوژی	88	17/95
24	راضیه روئین تن	رادیولوژی	88	17/89
25	شعله قائدامینی	رادیولوژی	87	18/45
26	سمانه اسلام پناه	رادیولوژی	87	17/94
27	ابوالفضل مسلمی	رادیولوژی	87	17/7

**دانشکده پرستاری بروجنی :**

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته	ورودی	معدل
1	ریحانه علیخانی	پرستاری	85	18/23
2	بهروز مسلمی	پرستاری	85	18/16
3	اکرم ربیعی فرادنبه	پرستاری	85	17/75
4	زینب طاهری گندمانی	پرستاری	86	16/91
5	سارا کریمی	پرستاری	86	16/66
6	فاطمه مردای اورگانی	پرستاری	86	16/65
7	زهرا طهماسبی دزکی	پرستاری	87	17/95
8	عبوبه افراسیابی	پرستاری	87	17/12
9	زهرا الهی	پرستاری	87	17/115
10	سمیه صفیان بلداجی	پرستاری	88	16/48
11	آزاده رهبریان	پرستاری	88	16/26
12	نسرین پیرایش	پرستاری	88	16/2



17/12	87	فوریت‌های پزشکی	سجاد صفیان بلداجی	13
16/97	87	فوریت‌های پزشکی	سجاد کیان فر	14
16/85	87	فوریت‌های پزشکی	سید احسان الله حسینی	15
17/09	88	فوریت‌های پزشکی	سلیمان یداله‌ی	16
16/16	88	فوریت‌های پزشکی	حمیدرضا قنادیان چالشتی	17
15/56	88	فوریت‌های پزشکی	محمد فرهنگ	18

### دانشکده پرستاری و مامائی شهرکرد :

معدل نیمسال دوم 88-89	معدل نیمسال اول 88-89	ورودی	رشته	نام و نام خانوادگی	ردیف
	18/37	86	مامایی	مریم صادقی	1
	18/26	86	مامایی	شیماء عابدی	2
	18/11	86	مامایی	عاطفه طادی	3
18/41		86	مامایی	زهره کریمیان	4
18/21		86	مامایی	شهناز عرب	5
18/16		86	مامایی	بهاره متقی	6
	18/19	87	مامایی	سارا حسینی	7
	17/44	87	مامایی	مرضیه ماندنی	8
	16/94	87	مامایی	راضیه براتی	9
17/91		87	مامایی	سارا حسینی	10
17/77		87	مامایی	لاله نادری اصل	11
17/19		87	مامایی	مرضیه ماندنی	12
	17/39	87	اتاق عمل	سیمین صادقی	13
	17/16	87	اتاق عمل	پیمان اسدی	14
	17/11	87	اتاق عمل	زهره صفریان	15
17/73		87	اتاق عمل	پیمان اسدی	16
16/76		87	اتاق عمل	تهمینه طهماسبی	17
17/5		87	اتاق عمل	سیمین صادقی	18
	18/32	88	اتاق عمل	الهام تاجی	19
	17/43	88	اتاق عمل	زینب صالحی	20
	17/4	88	اتاق عمل	صغری خسروی	21
16/68		88	اتاق عمل	الهام تاجی	22
16/36		88	اتاق عمل	راضیه نظری	23
16/19		88	اتاق عمل	زینب صالحی	24
	17/55	88	پرستاری	رضوان قمریان	25
	17/35	88	پرستاری	زهره یداله‌ی	26
	17/33	88	پرستاری	فرانک کیهانی	27
18/69		88	پرستاری	رضوان قمریان	28
17/91		88	پرستاری	فرانک کیهانی	29
17/84		88	پرستاری	شیوا زمانی	30
17/84		88	پرستاری	عاطفه بیگی	31
	18/59	85	پرستاری	فروغ اخوت	31
	18/17	85	پرستاری	معصومه برخوردار	32
	18/79	85	پرستاری	حمیده عالی پور	33
18/29		85	پرستاری	فروغ اخوت	34
17/92		85	پرستاری	فرزانه محمدی	35
17/79		85	پرستاری	معصومه برخوردار	36
18/09		88	مامایی	مرضیه رئیسی	37
16/79		88	مامایی	آذر سعیدی	38
16/69		88	مامایی	نجمه کریمی	39
	17/2	86	پرستاری	افسانه قاسم زاده	40
	17/13	86	پرستاری	رضوان یزدانی	41
	17/02	86	پرستاری	فریده یوسفی زاده	42
17/98		86	پرستاری	رضوان یزدانی	43
16/96		86	پرستاری	لیلا رفیعی	44
16/91		86	پرستاری	سمانه صیدالی	45
	18/5	88	مامایی	اکرم فتاحی راد	46
	17/84	88	مامایی	نوشین حمید	47
	17/24	88	مامایی	خاطره رئیسی	48
18/18		88	مامایی	نوشین حمید	49
17/52		88	مامایی	اکرم فتاحی راد	50
17/5		88	مامایی	فاطمه جمشیدی	51
	17/77	87	فوریت‌های پزشکی	مصطفی دانیالی	52
	17/09	87	فوریت‌های پزشکی	قاسم رئیسی	53
	17/05	87	فوریت‌های پزشکی	اسماعیل رحیمی	54
17/82		87	فوریت‌های پزشکی	مصطفی دانیالی	55
16/30		87	فوریت‌های پزشکی	سید سلمان دانیالی	56
16/08		87	فوریت‌های پزشکی	قاسم رئیسی	57
	17/49	86	پرستاری	لیلا معتمدی	59
	17/32	86	پرستاری	لیلا جعفری	60
	17/21	86	پرستاری	ندا خلیلی	61
	17/51	87	پرستاری	فاطمه قاسمی	62

مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شهرکرد  
سال دوم شماره اول و دوم

	17/31	87	پرستاری	فریبا قانی	63
	17/27	87	پرستاری	سپیرا آقا ابراهیمی	64
17/10		87	پرستاری	فاطمه قاسمی	65
16/93		87	پرستاری	فریبا قانی	66
6/40		87	پرستاری	زهره دهقانی	67