A Policy Brief

Healthcare Staff's Knowledge and Attitudes toward Persian and Complementary Medicine: A Policy Brief

10.61882/ismj.29.5.352

Maryam Taghavi Shirazi [1,2*], Fatemeh Rezvan Madani [3], Nasim Badiee [4], Somaye Mahroozade [1,2]

[1] Institute for Studies in Medical History, Persian and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[2] Department of Traditional Medicine, School of Traditional Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[3] Student and Cultural Affairs Office, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[4] Department of Health Management, Economic and Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: The World Health Organization (WHO) has consistently advocated for the integration of traditional and complementary medicine into health systems. In Iran, Persian Medicine (PM), with its rich historical background and cultural significance, has been prioritized in national health policies to enhance the quality of health services. Healthcare workers serve as key providers and communicators of health information; however, gaps in their knowledge and attitudes toward PM may hinder the effective integration of PM into routine practice.

Materials and Methods: This study employed a cross-sectional design conducted in 2024 involving 432 healthcare professionals. Validated questionnaires were used to assess participants' knowledge, attitudes, and use of PM and complementary approaches. Data were collected online and analyzed statistically to generate policy-relevant insights.

Results: Overall knowledge regarding PM was low, and attitudes ranged from moderate to weak. A substantial proportion of staff reported limited familiarity with core PM principles. The majority expressed willingness to participate in short-term training courses, indicating a genuine need for structured and formal education.

Conclusion: Gaps in healthcare workers' knowledge and attitudes toward Persian Medicine, along with a considerable reliance on informal information sources, may limit the healthcare workers' capacity to support the effective and safe integration of PM into Iran's health system. Conversely, the high willingness of healthcare workers to receive training provides an important opportunity to strengthen workforce preparedness and facilitate integration.

Policy Recommendation: Prioritizing standardized, targeted, and evidence-based training for healthcare workers, combined with access to official, reliable resources, is essential. Subsequently, defining roles and referral pathways, developing clinical guidelines and establishing monitoring systems can support the safe and sustainable integration of PM into the health system.

Keywords:
Persian Medicine
Knowledge
Attitudes
Health Personnel
Health Policy

***Corresponding author**
Maryam Taghavi Shirazi
Taghavish.m@iums.ac.ir

Ethical code
IR.IUMS.REC .1402.1176

Received: 2026/01/04
Accepted: 2026/09/21

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

Extended Abstract

Introduction: Traditional and complementary medicine encompasses knowledge, skills, and therapeutic practices rooted in diverse cultural and indigenous health systems. Persian Medicine (PM) is one such system, with deep historical and cultural roots in Iran. In this policy brief, "Persian Medicine" refers specifically to the Iranian medical system, whereas "traditional and complementary medicine" is used as the broader concept.

The World Health Organization (WHO) Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034 emphasizes strengthening the evidence base, ensuring safety and quality, and appropriately integrating traditional medicine into health systems to promote safe, effective, and people-centered care. The widespread use of traditional and complementary medicine across diverse populations further underscores the need for informed, appropriately regulated integration into formal healthcare services.

In Iran, PM has established theoretical and practical principles, including health preservation, the use of medicinal plants, and manual therapeutic practices. In recent decades, PM faculties, specialized healthcare centers, educational programs, and national policies have been developed to support its integration into the health system. Nevertheless, healthcare workers have a key role in providing health information, counseling patients, and guiding them toward appropriate services. Insufficient knowledge or inappropriate attitudes may therefore hinder safe and effective integration of PM.

This policy brief examines knowledge, attitudes, and use of PM and complementary medicine among healthcare workers and translated the findings into educational and health policy recommendations to strengthen the safe and evidence-based integration of PM into Iran's health system.

Materials and Methods: This policy brief is derived from a secondary analysis of data from a descriptive-analytical cross-sectional study conducted in 2024 among 432 medical and non-medical healthcare professionals employed in seven healthcare and treatment centers affiliated with Iran University of Medical Sciences.

Participants were recruited voluntarily through electronic questionnaires distributed via the official communication channels of the participating centers. Eligibility criteria included employment at one of the participating centers, membership in a medical or non-medical occupational group, willingness to participate, and completion of the questionnaire. No age or sex restrictions were applied. Electronic informed consent was obtained, and confidentiality of the collected data was guaranteed. The study was approved by the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (IR.IUMS.REC.1402.1176).

Demographic information included age, sex, marital status, educational level, field of study and work experience. Knowledge and attitudes toward PM were assessed using a valid and reliable researcher-developed questionnaire previously designed to assess knowledge, attitudes, and practices related to PM among healthcare personnel. Experience with PM and complementary medicine use during the preceding 12 months was assessed using the Persian, culturally adapted version of the International Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (I-CAM-IR) [13,14]. Knowledge and attitude scores were categorized according to the predefined ranges of the validated questionnaire.

Data were analyzed using SPSS version 25. Means and standard deviations were reported for quantitative variables, while frequencies and percentages for qualitative variables. The Mann–Whitney U and Kruskal–Wallis tests were used for quantitative comparisons, and the chi-square test was used for categorical variables. Statistical significance was set at $p < 0.05$. The policy analysis focused on findings relevant to knowledge, attitudes, PM use, workforce education, and health-system integration.

Results: Overall knowledge of PM among healthcare workers was low. The mean knowledge score for PM therapeutic methods was 7.29±3.64, while the mean knowledge score for the foundations and scope of PM was 5.58±1.25. The mean attitude score toward PM was 20.54±5.38, which, based on the validated questionnaire's scoring criteria, fell within the low range.

Furthermore, 42.1% of healthcare workers reported limited familiarity with lifestyle and health-preservation principles from a PM perspective. The Internet and in-service education were the most important sources of information. These findings indicate that exposure to PM-related information does not necessarily correspond to structured knowledge.

Also, 47.8% of participants reported using PM or complementary medicine during the preceding 12 months. Thyme was the most frequently reported medicinal plant, accounting for 26.85% of reported medicinal plant use. Participants with previous experience of PM or complementary medicine exhibited significantly higher scores on knowledge of therapeutic methods, knowledge of PM foundations, and attitudes toward PM than those without such experience ($p < 0.001$). Nevertheless, personal experience alone does not ensure sufficient knowledge and cannot substitute for systematic, evidence-based education.

Regarding attitudes toward the role of PM, 76.3% of participants considered PM a complementary approach alongside conventional medicine, while 76.8% did not agree with using PM as the primary method of prevention and treatment. Moreover, 94.8% recognized the potential for adverse effects from inappropriate use of PM methods, and 85.8% recommended consulting a PM specialist or an experienced physician.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

Interest in formal education was substantial, with 78.9% of healthcare workers expressing willingness to participate in short-term training courses, while 57.5% were interested in long-term training. Therefore, despite the identified knowledge gap, there was considerable demand for structured education.

Four major policy challenges were identified: limited and heterogeneous knowledge of PM among healthcare workers; inadequate workforce preparedness for PM integration; reliance on informal, dispersed information sources; and a gap between integration policies and the health system's implementation capacity. Potential consequences include limited ability to provide accurate information, respond appropriately to patients' questions, identify cases requiring referral, and implement PM-related services consistently.

Corresponding policy options include the provision of standardized basic and in-service education, role-specific training, official evidence-based educational resources, clearly defined professional roles, formal referral pathways, clinical and executive guidelines, and mechanisms for coordination, monitoring, evaluation, and applied research.

Discussion: The findings indicate that healthcare workers' familiarity and personal use of PM do not necessarily reflect structured, evidence-based knowledge. The observed knowledge and attitude gaps are consistent with previous studies among Iranian healthcare staff, healthcare professionals, and nurses, as well as studies from other health systems.

Nearly half of the participants had used PM or complementary medicine during the preceding year, and prior users exhibited higher knowledge and attitude scores. Previous research has indicated that individual attitudes, accessibility, cost, perceived effectiveness, and experience may influence personal use.

However, because the present study was cross-sectional, the observed association cannot be interpreted as causal. Importantly, personal experience should not be equated with professional competence or sufficient knowledge for safe patient counseling.

The findings have direct implications for integration of PM into formal healthcare system. Legal and policy support alone may not be sufficient if healthcare workers lack the knowledge and preparedness required to provide reliable information and guide patients appropriately. The high proportion of participants who recognized potential adverse effects and recommended consultation with PM specialists indicates an opportunity to develop a safety-oriented approach to workforce education.

The high willingness to participate in short-term training is particularly relevant for policy planning. A primary priority should be the implementation of standardized, phased education tailored to specific professional roles. Such a curriculum should encompass the foundations of PM, principles of health preservation, clinical applications and limitations, available evidence, safety considerations, and referral principles. Short-term courses may provide an appropriate initial intervention, while continuing education and evaluation of learning would be required to sustain competency.

A second priority is the development of an official, evidence-based, and regularly updated reference repository for PM. Because the Internet and in-service education were identified as major sources of information, an authoritative resource could reduce reliance on informal and heterogeneous information. Such a resource should provide information on applications, evidence, limitations, contraindications, adverse effects, interactions, and referral criteria.

Third, healthcare workers' roles and responsibilities regarding PM should be clearly defined, with formal referral pathways to authorized PM providers. Clinical and executive guidelines for PM methods and products, supported by sufficient evidence, could reduce role ambiguity, improve safety, and facilitate interdisciplinary collaboration.

Finally, sustainable integration requires monitoring and evaluation. Coordination among health policy, education, service delivery, and research sectors–together with indicators for quality, safety, and implementation–can help identify gaps between policy and practice. Applied and intervention research should also be supported to evaluate models of integration and educational interventions.

The findings should be interpreted with caution given the cross-sectional design, which precludes causal inference. Data were self-reported and may therefore be affected by recall or reporting bias. Furthermore, participants were recruited from seven centers affiliated with a single university, which may limit the generalizability of the findings to other health-system settings.

Conclusions: This study identified important gaps in healthcare workers' knowledge and attitudes toward Persian Medicine and complementary medicine despite considerable personal use and substantial interest in further education. These gaps may challenge the effective and safe implementation of PM integration policies.

Meanwhile, the high willingness of healthcare workers to participate in training provides an important opportunity for policy intervention. Standardized, targeted, and evidence-based education, together with access to official and reliable information resources, should therefore be prioritized. Subsequently, clearly defined professional roles, formal referral pathways, appropriate clinical and executive guidelines, and monitoring and evaluation mechanisms should be established.

A coordinated approach linking workforce education with health-system policy is essential to support the effective, safe, evidence-based, and sustainable integration of Persian Medicine into Iran's health services..

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

10.61882/ismj.29.5.352

خلاصه سیاستی

بررسی دانش و نگرش کارکنان نظام سلامت نسبت به طب ایرانی و مکمل : یک خلاصه سیاستی

مریم تقوی شیرازی [۱و۲*] ، فاطمه رضوان مدنی [۳]، نسیم بدیعی [۴]، سمیه ماهروزاده [۱و۲]

[۱] مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲] گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۳] معاونت دانشجویی و فرهنگی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۴] گروه مدیریت، اقتصاد و سیاست سلامت، دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه: سازمان جهانی بهداشت، ادغام طب سنتی و مکمل را در نظام‌های سلامت توصیه کرده است. در ایران طب ایرانی با پیشینه تاریخی و جایگاه فرهنگی برجسته، در سیاست‌های ملی برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت مورد توجه قرار گرفته است. کارکنان نظام سلامت به‌عنوان منابع اصلی ارائه خدمات و انتقال اطلاعات به جامعه، نقش کلیدی در تحقق این اهداف دارند؛ بااین‌حال، شکاف در دانش و نگرش آنان می‌تواند مانع ادغام مؤثر طب ایرانی شود.

مواد و روش‌ها: این تحلیل بر اساس مطالعه مقطعی سال ۱۴۰۳ با مشارکت ۴۳۲ نفر از کارکنان بهداشت و درمان و با استفاده از پرسش‌نامه‌های معتبر برای سنجش دانش، نگرش و تجربه استفاده از طب ایرانی و مکمل انجام شد. داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل شد تا نتایج قابل‌استفاده برای سیاست‌گذاری استخراج شود.

یافته‌ها: در این مطالعه مشخص شد که دانش کلی نسبت به طب ایرانی پایین و نگرش در سطح متوسط تا ضعیف است. بخش زیادی از کارکنان با اصول سلامت این دانش طبی آشنایی محدود دارند. اکثریت آن‌ها به شرکت در دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت تمایل نشان دادند که نشان‌دهنده نیاز واقعی به آموزش رسمی و هدفمند است.

نتیجه‌گیری: شکاف در دانش و نگرش کارکنان نظام سلامت نسبت به طب ایرانی و مکمل، همراه با اتکای قابل‌توجه به منابع اطلاعاتی غیررسمی، می‌تواند ظرفیت نیروی انسانی برای ادغام مؤثر و ایمن این حوزه در نظام سلامت ایران را محدود کند. در عین حال، تمایل بالای کارکنان به آموزش، ظرفیت مناسبی برای تقویت آمادگی نیروی انسانی و حمایت از ادغام فراهم می‌کند.

توصیه سیاستی: آموزش‌های استاندارد، هدفمند و مبتنی بر شواهد برای کارکنان، همراه با دسترسی به منابع رسمی و معتبر، به‌عنوان اولویت نخست پیشنهاد می‌شود. در ادامه، تعریف نقش‌ها و مسیرهای ارجاع، تدوین راهنماهای بالینی و استقرار نظام پایش می‌تواند از ادغام ایمن و پایدار طب ایرانی در نظام سلامت حمایت کند.

پیام کلیدی: شکاف دانش و نگرش کارکنان نظام سلامت، ضرورت آموزش استاندارد و تقویت سیاست‌های ادغام ایمن و مبتنی بر شواهد طب ایرانی را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی
طب ایرانی
دانش
نگرش
کارکنان سلامت
سیاست‌گذاری سلامت

***نویسنده مسئول**
مریم تقوی شیرازی
Taghavish.m@iums.ac.ir

کد اخلاق
IR.IUMS.REC.۱۴۰۲ .۱۱۷۶

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۴
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۱

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

مقدمه

طب سنتی و مکمل مجموعه‌ای از دانش‌ها، مهارت‌ها و شیوه‌های درمانی است که ریشه در فرهنگ‌ها و نظام‌های بومی سلامت دارد و در بسیاری از کشورها به‌عنوان بخشی از مراقبت سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱).

در این چارچوب، طب ایرانی[1] یکی از نظام‌های طب سنتی با ریشه‌های تاریخی و فرهنگی در ایران است، در حالی که طب مکمل به مجموعه‌ای از روش‌های سلامت و درمانی اشاره دارد که در کنار پزشکی رایج مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱ و ۲). بنابراین، در این مقاله، «طب ایرانی» به‌عنوان نظام مورد مطالعه و «طب سنتی و مکمل» به‌عنوان مفهوم گسترده‌تر مورد استفاده قرار گرفته است.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در راهبرد جهانی طب سنتی ۲۰۲۵-۲۰۳۴ بر تقویت شواهد و دانش، ارتقای ایمنی و کیفیت، و ادغام مناسب طب سنتی در نظام‌های سلامت با هدف دسترسی همگانی به خدمات ایمن، اثربخش و مردم‌محور تأکید کرده است (۲). این رویکرد با هدف افزایش دسترسی، کاهش هزینه‌ها و تقویت مراقبت‌های سلامت مردم، به‌ویژه در نظام‌های سلامت با منابع محدود، دنبال می‌شود (۳).

شواهد جهانی نشان می‌دهد که استفاده از طب سنتی و مکمل در جمعیت عمومی شیوع بالایی دارد؛ به‌گونه‌ای که مرورهای نظام‌مند، دامنه‌ای بین ۲۴ تا بیش از ۷۰ درصد را گزارش کرده‌اند (۴). این میزان استفاده، ضرورت حضور نظام‌مند و هدایت‌شده طب سنتی در ساختار رسمی سلامت را برجسته می‌کند تا از بروز مخاطرات ناشی از استفاده ناآگاهانه یا غیرایمن جلوگیری شود (۵).

در ایران، طب ایرانی (PM) به‌عنوان یکی از نظام‌های طب سنتی با پیشینه‌ای چندهزارساله و ریشه‌های عمیق فرهنگی، دارای مبانی نظری و عملی مشخصی از جمله نظریه مزاج‌ها و اخلاط، اصول حفظ تندرستی، کاربرد داروهای گیاهی و برخی اعمال یداوی است و در سال‌های اخیر مورد توجه سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گرفته است (۶ و ۷). مطالعات ملی نشان داده‌اند که استفاده از برخی روش‌های طب ایرانی، به‌ویژه گیاهان دارویی، در میان جمعیت عمومی ایران شایع است (۸). در دو دهه اخیر، هم‌راستا با سیاست‌های WHO، تلاش‌هایی برای ادغام طب ایرانی در نظام سلامت کشور از جمله ایجاد دانشکده‌های طب ایرانی، راه‌اندازی مراکز تخصصی درمانی و گنجاندن مباحثی از این دانش در آموزش پزشکی صورت گرفته است (۹ و ۱۰). افزون بر این، اسناد بالادستی مانند سیاست‌های کلی سلامت، سند ملی گیاهان دارویی و قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بر توسعه و پوشش خدمات طب ایرانی در شبکه سلامت تأکید دارند (۱ و ۱۱).

با وجود این حمایت‌های سیاستی، یکی از چالش‌های اصلی در مسیر ادغام مؤثر طب ایرانی، سطح دانش و نگرش کارکنان نظام سلامت است. کارکنان بهداشت و درمان، به‌عنوان نخستین نقطه تماس بیماران با نظام سلامت، نقش کلیدی در انتقال اطلاعات، ارائه مشاوره و هدایت صحیح بیماران دارند (۵ و ۱۲). فقدان دانش کافی یا نگرش نامناسب در این گروه می‌تواند منجر به انتقال اطلاعات نادرست، مقاومت در برابر سیاست‌های ادغام و کاهش اعتماد عمومی شود (۱۰).

این خلاصه سیاستی با تکیه بر نتایج یک مطالعه مقطعی انجام‌شده در میان کارکنان مراکز بهداشتی‌درمانی، به بررسی شکاف‌های دانشی و نگرشی موجود پرداخته و پیامدهای آن را برای نظام سلامت تحلیل می‌کند و در نهایت، توصیه‌های

[1] Persian Medicine, PM

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

سیاستی عملی در دو سطح آموزش کارکنان و سیاست‌گذاری کلان ارائه می‌دهد.

مواد و روش‌ها

این خلاصه سیاستی بر اساس تحلیل ثانویه یافته‌های یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۴۰۳ در میان ۴۳۲ نفر از کارکنان گروه‌های پزشکی و غیرپزشکی شاغل در هفت مرکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت داوطلبانه و از طریق انتشار لینک پرسشنامه‌های الکترونیکی در کانال‌های رسمی ارتباطی مراکز مورد مطالعه جذب شدند. جهت رعایت اخلاق پژوهش، قبل از استخراج و دریافت اطلاعات، این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران IR.IUMS.REC .۱۴۰۲ .۱۱۷۶ تأیید شد. همه شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه الکترونیکی برای شرکت در مطالعه ارائه دادند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که موارد ثبت شده محرمانه باقی خواهد ماند.

معیارهای ورود شامل اشتغال در یکی از مراکز بهداشتی و درمانی مورد مطالعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، تعلق به گروه‌های شغلی پزشکی یا غیرپزشکی، تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه بود. محدودیت سنی یا جنسی برای ورود به مطالعه در نظر گرفته نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح و رشته تحصیلی و سابقه کار نیز گردآوری شد.

برای ارزیابی دانش و نگرش کارکنان نسبت به طب ایرانی از یک پرسشنامه پژوهشگرساخته معتبر و پایا استفاده شد که پیش‌تر برای سنجش دانش، نگرش و عملکرد مرتبط با طب ایرانی در کارکنان حوزه سلامت طراحی و اعتبارسنجی شده بود. همچنین، برای ارزیابی تجربه استفاده از طب ایرانی و مکمل طی ۱۲ ماه گذشته از نسخه ایرانی و تطبیق‌یافته پرسشنامه بین‌المللی طب مکمل و جایگزین (I-CAM-IR) استفاده شد (۱۳ و ۱۴). امتیازهای دانش و نگرش بر اساس روش امتیازدهی و دامنه‌های تعریف‌شده در پرسشنامه معتبر، به سطوح پایین، متوسط و مناسب طبقه‌بندی شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ تحلیل شدند. برای متغیرهای کمی، میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی، فراوانی و درصد گزارش شد. با توجه به غیرنرمال بودن توزیع داده‌ها، برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه از آزمون من‌ویتنی و برای مقایسه بیش از دو گروه از آزمون کروسکال– والیس استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این خلاصه سیاستی با تمرکز بر یافته‌های مرتبط با شکاف دانش و نگرش کارکنان و پیامدهای آن برای سیاست‌گذاری آموزشی و ادغام طب ایرانی در نظام سلامت تدوین شده است.

این خلاصه سیاستی بر اساس تحلیل ثانویه یافته‌های مطالعه مقطعی مذکور تدوین شده و با تمرکز بر یافته‌های مرتبط با دانش، نگرش و استفاده کارکنان از طب ایرانی و پیامدهای آن برای آموزش و سیاست‌گذاری، شواهد موجود را به توصیه‌های سیاستی تبدیل می‌کند.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که دانش کارکنان نظام سلامت نسبت به طب ایرانی در سطح پایینی قرار دارد؛ میانگین نمره دانش روش‌های درمانی ۷/۲۹±۳/۶۴ و میانگین دانش مبانی و حوزه طب ایرانی ۵/۵۸±۱/۲۵ بود. همچنین، میانگین نمره نگرش نسبت به طب ایرانی ۵/۳۸ ± ۲۰/۵۴ بود که بر اساس معیارهای تفسیر پرسشنامه معتبر، در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

محدوده نگرش پایین قرار گرفت. حدود ۴۲/۱ درصد کارکنان آشنایی اندکی با اصول سبک زندگی و حفظ سلامت از دیدگاه طب ایرانی داشتند و اینترنت و آموزش ضمن‌خدمت، مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات آنان بودند.

حدود ۴۷/۸ درصد کارکنان در ۱۲ ماه گذشته از طب ایرانی و مکمل استفاده کرده بودند. اگرچه تجربه استفاده شخصی به‌تنهایی تضمین‌کننده برخورداری از دانش کافی نیست، کارکنانی که سابقه استفاده داشتند، در مقایسه با سایر کارکنان، نمرات بالاتری در دانش روش‌های درمانی، دانش مبانی طب ایرانی و نگرش نسبت به آن کسب کردند (P<۰/۰۰۱). این یافته بر اهمیت تجربه و آشنایی عملی در شکل‌گیری نگرش تأکید دارد، اما هم‌زمان نشان می‌دهد که حتی در میان کاربران نیز نیاز به آموزش نظام‌مند و مبتنی بر شواهد همچنان وجود دارد.

از نظر نگرشی، ۷۶/۳ درصد کارکنان طب ایرانی را به‌عنوان رویکردی مکمل در کنار طب رایج پذیرفتند و ۹۴/۸ درصد بر احتمال بروز عوارض در صورت استفاده نادرست از روش‌های آن تأکید داشتند. همچنین ۸۵/۸ درصد مراجعه به متخصص طب ایرانی یا پزشک مجرب را برای استفاده از این خدمات توصیه کردند. در مقابل، ۷۶/۸ درصد با به‌کارگیری طب ایرانی به‌عنوان روش اصلی پیشگیری و درمان موافق نبودند. از سوی دیگر، ۷۸/۹ درصد کارکنان تمایل به شرکت در دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت و ۵۷/۵ درصد علاقه‌مند به دوره‌های بلندمدت بودند. این یافته‌ها، در کنار شکاف موجود در دانش، نشان‌دهنده آمادگی و تقاضای قابل توجه برای آموزش رسمی، هدفمند و مبتنی بر شواهد و فراهم بودن یک فرصت مناسب برای مداخلات آموزشی در سطح نظام سلامت است. (جدول ۱).

جدول ۱. تصویر کلی وضعیت دانش، نگرش و استفاده کارکنان نظام سلامت از طب ایرانی و پیامدهای سیاستی استخراج‌شده از شواهد پژوهش

حوزه	یافته‌های کلیدی	شواهد عددی	پیام سیاستی
آشنایی با اصول سبک زندگی در طب ایرانی	سطح آشنایی پایین	۴۲/۱ درصد آشنایی اندک	ضرورت آموزش پایه‌ای و مفاهیم حفظ سلامت
دانش کلی طب ایرانی	پایین	نمره متوسط دانش روش‌های درمانی: ۷/۲۹±۳/۶۴	نیاز به آموزش ساختاریافته مبتنی بر شواهد
دانش نظری طب ایرانی	پایین	نمره متوسط دانش نظری: ۵/۵۸±۱/۲۵	تقویت آموزش مفهومی در کنار کاربردی
نگرش نسبت به طب ایرانی	پایین	نمره متوسط نگرش: ۲۰/۵۴±۵/۳۸	بهبود نگرش از طریق آموزش عملی و شواهد محور
استفاده شخصی از طب ایرانی و مکمل	متوسط	۴۷/۸ درصد استفاده در یک سال گذشته	تبدیل تجربه فردی به دانش ایمن
روش‌های پرکاربرد	گیاهان دارویی غالب	آویشن ۲۶/۸۵ درصد	تمرکز آموزش بر گیاهان رایج و ایمنی
تمایل به آموزش	بسیار بالا	۷۸/۹ درصد دوره کوتاه‌مدت	فرصت سیاستی برای مداخلات سریع
درک خطرات استفاده نادرست	بالا	۹۴/۸ درصد آگاهی از عوارض	ضرورت راهنماهای بالینی و نظارت
مراجعه به متخصص طب ایرانی	بالا	۸۵/۸ درصد توصیه به متخصص	تقویت نظام ارجاع و ادغام خدمات

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که با وجود آشنایی و استفاده نسبی کارکنان نظام سلامت از طب ایرانی و مکمل، سطح کلی دانش و نگرش آنان پایین است. این یافته با نتایج مطالعات انجام شده در میان کارکنان سلامت ایران، از جمله مطالعه کارکنان سلامت کاشان و مطالعه سراسری متخصصان سلامت ایران، هم‌خوانی دارد و نشان می‌دهد که آشنایی با این حوزه لزوماً به معنای برخورداری از دانش ساختاریافته و مبتنی بر شواهد نیست (۱۵ و ۱۶). همچنین، مطالعات انجام‌شده

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

در میان پرستاران ایرانی و کارکنان سایر نظام‌های سلامت نیز شکاف‌هایی در دانش و نگرش نسبت به طب سنتی و مکمل را گزارش کرده‌اند (۱۹-۱۷).

در مطالعه حاضر، ۴۷/۸ درصد کارکنان در یک سال گذشته از روش‌های طب ایرانی و مکمل استفاده کرده بودند. با این حال، استفاده شخصی به‌تنهایی نمی‌تواند جایگزین آموزش علمی و نظام‌مند باشد. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که میزان استفاده از طب ایرانی و مکمل در جمعیت‌ها و گروه‌های مختلف متفاوت است و عواملی مانند نگرش فردی، دسترسی، هزینه، باور به اثربخشی و تجربه قبلی می‌توانند بر استفاده از این روش‌ها تأثیر بگذارند (۲۰ و ۲۱). بنابراین، سیاست‌گذاری در این حوزه باید میان «استفاده» و «دانش کافی برای استفاده ایمن و آگاهانه» تمایز قائل شود.

یافته‌های مطالعه حاضر در مجموع نشان می‌دهد که حمایت قانونی و سیاستی از طب ایرانی، بدون سرمایه‌گذاری هم‌زمان بر توانمندسازی نیروی انسانی، به‌تنهایی برای ادغام مؤثر آن در نظام سلامت کافی نیست. شکاف دانش و نگرش کارکنان می‌تواند آمادگی آنان را برای ارائه اطلاعات مناسب، هدایت بیماران و مشارکت در ارائه خدمات مرتبط با طب ایرانی محدود کند. در مقابل، تمایل بالای کارکنان به شرکت در دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت و بلندمدت، یک فرصت مهم برای مداخلات آموزشی هدفمند فراهم می‌کند. از این منظر، آموزش ساختاریافته، استاندارد و مبتنی بر شواهد می‌تواند یکی از اجزای ضروری سیاست‌های ادغام طب ایرانی در نظام سلامت باشد.

چالش‌ها، پیامدها و گزینه‌های سیاستی برای نظام سلامت

بر اساس یافته‌های مطالعه، چهار چالش اصلی در زمینه دانش، آمادگی نیروی انسانی، دسترسی به اطلاعات معتبر و ظرفیت اجرایی نظام سلامت شناسایی شد. پیامدهای هر چالش و گزینه‌های سیاستی قابل طرح برای مواجهه با آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. چالش‌ها، پیامدها و گزینه‌های سیاستی مرتبط با ادغام طب ایرانی در نظام سلامت

ردیف	چالش سیاستی	پیامدهای محتمل	گزینه‌های سیاستی
۱	دانش محدود و ناهمگون کارکنان نظام سلامت نسبت به طب ایرانی	محدود شدن توانایی کارکنان در ارائه اطلاعات دقیق و مبتنی بر شواهد، پاسخ‌گویی به پرسش‌های بیماران و شناسایی موارد نیازمند ارجاع؛ افزایش احتمال دریافت اطلاعات ناقص یا غیرمعتبر	۱-۱. آموزش پایه و ضمن‌خدمت استاندارد برای کارکنان ۱-۲. آموزش تکمیلی متناسب با نقش حرفه‌ای کارکنان در ارتباط مستقیم با بیماران ۱-۳. فراهم‌کردن منابع آموزشی رسمی و مبتنی بر شواهد
۲	آمادگی ناکافی نیروی انسانی برای ادغام طب ایرانی در خدمات سلامت	مشارکت محدود کارکنان در فرایند ادغام، ارجاع نامناسب یا ناکافی بیماران و اجرای غیرهمگون خدمات طب ایرانی در مراکز سلامت	۲-۱. تعریف نقش و مسئولیت گروه‌های مختلف کارکنان در ارتباط با خدمات طب ایرانی ۲-۲. تدوین مسیرهای مشخص ارجاع به ارائه‌دهندگان مجاز ۲-۳. تدوین راهنماهای بالینی و اجرایی برای موارد قابل ارائه و ارجاع
۳	وابستگی به منابع اطلاعاتی غیررسمی و پراکنده	دریافت اطلاعات ناهمگون و احتمال انتقال توصیه‌های غیرمبتنی بر شواهد و کاهش کیفیت مشاوره و ارتباطات سلامت	۳-۱. تولید و انتشار منابع آموزشی رسمی و استاندارد ۳-۲. ایجاد منبع یا سامانه دیجیتال مرجع برای کارکنان ۳-۳. گنجاندن محتوای استاندارد در آموزش‌های ضمن‌خدمت
۴	فاصله میان سیاست‌های ادغام و ظرفیت اجرایی نظام سلامت	اجرای ناهمگون و ناپایدار سیاست‌های ادغام و کاهش اثربخشی اقدامات و سرمایه‌گذاری‌های انجام‌شده در این حوزه	۴-۱. ایجاد سازوکار هماهنگ‌کننده برای اجرای سیاست‌های ادغام ۴-۲. تقویت نظام پایش و ارزیابی کیفیت و ایمنی خدمات ۴-۳. حمایت از پژوهش‌های کاربردی و مطالعات مداخله‌ای برای ارزیابی مدل‌های ادغام

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

توصیه‌های سیاستی

بر اساس یافته‌های مطالعه، پیامدهای شناسایی‌شده و مقایسه گزینه‌های سیاستی از نظر امکان اجرا و ظرفیت اثرگذاری، توصیه‌های سیاستی اولویت‌دار زیر پیشنهاد می‌شوند. اولویت‌بندی توصیه‌ها بر اساس فوریت شکاف موجود، ظرفیت اجرای کوتاه‌مدت و نقش آن‌ها در پشتیبانی از فرایند ادغام طب ایرانی انجام شده است (جدول ۳).

جدول ۳. توصیه‌های سیاستی اولویت‌دار برای تقویت ادغام طب ایرانی در نظام سلامت

اولویت	توصیه سیاستی	اقدامات پیشنهادی	مزیت مورد انتظار	محدودیت/ ملاحظات اجرایی
۱	اجرای آموزش استاندارد و مرحله‌بندی‌شده برای کارکنان نظام سلامت	طراحی آموزش‌های پایه و ضمن‌خدمت متناسب با نقش حرفه‌ای کارکنان؛ پوشش مبانی طب ایرانی، اصول حفظ سلامت، کاربردها و محدودیت‌ها، شواهد علمی، ملاحظات ایمنی و اصول ارجاع؛ آغاز با دوره‌های کوتاه و کاربردی با توجه به تمایل ۷۸/۹ درصد کارکنان به آموزش کوتاه‌مدت	کاهش شکاف دانشی و ارتقای توانایی کارکنان در ارائه اطلاعات و ارجاع ایمن	آموزش کوتاه‌مدت به‌تنهایی کافی نیست و به تداوم آموزش و ارزیابی یادگیری نیاز دارد
۲	ایجاد مرجع رسمی و مبتنی بر شواهد برای اطلاعات طب ایرانی	ایجاد یک مرجع رسمی و به‌روز برای کارکنان؛ ارائه اطلاعات درباره کاربردها، شواهد، محدودیت‌ها، موارد منع مصرف، عوارض، تداخلات و معیارهای ارجاع؛ بازبینی و به‌روزرسانی منظم محتوا	کاهش وابستگی به منابع غیررسمی و فراهم‌کردن دسترسی یکسان به اطلاعات معتبر	تولید، اعتبارسنجی و به‌روزرسانی محتوا نیازمند منابع تخصصی و سازوکار علمی مشخص است
۳	تعریف نقش کارکنان و استقرار مسیرهای رسمی ارجاع در ادغام ایمن طب ایرانی	تعیین نقش و حدود مسئولیت گروه‌های مختلف کارکنان؛ تعریف مسیرهای رسمی ارجاع به ارائه‌دهندگان مجاز؛ تدوین راهنماهای بالینی و اجرایی برای روش‌ها و فرآورده‌های دارای شواهد کافی	کاهش ابهام در نقش کارکنان، تقویت ایمنی و تسهیل همکاری و ارجاع بین‌رشته‌ای	نیازمند راهنماهای معتبر، آموزش کارکنان و سازوکار نظارت است
۴	استقرار نظام پایش و ارزیابی برای اجرای سیاست‌های ادغام	ایجاد سازوکار هماهنگی میان سیاست‌گذاری، آموزش، ارائه خدمات و پژوهش؛ تعیین شاخص‌های پایش کیفیت، ایمنی و اجرای سیاست‌ها؛ حمایت از پژوهش‌های کاربردی و مطالعات مداخله‌ای	کاهش فاصله میان سیاست‌گذاری و اجرا و فراهم‌کردن شواهد برای اصلاح مستمر سیاست‌ها	نیازمند منابع مدیریتی و مالی و هماهنگی بین‌بخشی است

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده وجود شکاف معنادار در دانش و نگرش کارکنان نظام سلامت نسبت به طب سنتی ایرانی است؛ شکافی که می‌تواند تحقق اهداف سیاست‌های سلامت ملی و ادغام علمی و استاندارد طب ایرانی در خدمات سلامت را با چالش جدی مواجه سازد. باتوجه به نقش کلیدی کارکنان سلامت در ارائه خدمات و انتقال اطلاعات به جامعه، تداوم این وضعیت می‌تواند به اجرای ناقص سیاست‌های ادغامی و کاهش اثربخشی آن‌ها منجر شود.

در عین‌حال، علاقه‌مندی بالای کارکنان به آموزش، فرصت ارزشمندی برای مداخله سیاستی فراهم می‌کند. براین‌اساس، طراحی و اجرای آموزش‌های هدفمند، استاندارد و مبتنی بر شواهد برای کارکنان سلامت، در کنار پشتیبانی سیاست‌گذاری کلان و تقویت چارچوب‌های قانونی و آموزشی، ضروری به نظر می‌رسد. تنها با اتخاذ یک رویکرد هماهنگ در دو سطح آموزش نیروی انسانی و سیاست‌گذاری نظام سلامت می‌توان زمینه را برای ادغام مؤثر، ایمن و پایدار طب ایرانی در خدمات سلامت کشور فراهم ساخت.

یافته‌های این پژوهش، خلاصه‌ای سیاستی از داده‌های مطالعه‌ای مقطعی است که با حمایت معاونت

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران با مجوز شماره ۱۴۰۲-۹-۸-۲۷۱۶۷ انجام شده است.

سپاس و قدردانی

نویسندگان این مقاله از رئیس سابق معاونت بهداشت و همچنین رئیس دانشکده طب ایرانی دانشگاه علوم پزشکی ایران و همکاران این دو مجموعه از جمله خانم‌ها ژیلا مرادی، زهرا اسکندری و هدیه محمدی برای همکاری و حمایت در تصویب و اجرای این پروژه تشکر می‌کنند. همچنین از کارکنان بهداشتی که در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و پشتیبانی اعضای گروه پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Mehrolhassani MH, Setayesh M, Yazdi-Feyzabadi V, et al. Identification of drivers and affecting factors in the future of Persian medicine: The cross-impact analysis method. European Journal of Integrative Medicine 2024; 65: 102316. 10.1016/j.eujim.2023.102316

2.World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025–2034. Geneva: World Health Organization; 2025. 22 p. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf37a4ad-4d27-4244-a7ee-001de39841ee/content

3.Burki T. WHO's new vision for traditional medicine. Lancet 2023; 402(10404): 763-764. 10.1016/s0140-6736(23)01841-x

4.Lee EL, Richards N, Harrison J, et al. Prevalence of Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine by the General Population: A Systematic Review of National Studies Published from 2010 to 2019. Drug saf 2022; 45(7): 713-735. 10.1007/s40264-022-01189-w

5.Hoenders R, Ghelman R, Portella C, et al. A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. Front Med (Lausanne) 2024; 11: 1395698. 10.3389/fmed.2024.1395698

6.Ayati MH, Pourabbasi A, Namazi N, et al. The necessity for integrating traditional, complementary, and alternative medicine into medical education curricula in Iran. J Integr Med 2019; 17(4): 296-301. 10.1016/j.joim.2019.04.005

7.Shirazi MT, Kenari HM, Eghbalian F. The Role of Bloodletting and Cupping in Severe Acute Urticaria and Angioedema as Skin Emergencies in Persian Medicine. J Pharmacopuncture 2022; 25(1): 7-14. 10.3831/KPI.2022.25.1.7

8.Moeini R, Mozaffarpur SA, Mojahedi M, et al. The prevalence of complementary and alternative medicine use in the general population of Babol, North of Iran, 2018. BMC Complement Med Ther 2021; 21(1): 113. 10.1186/s12906-021-03281-7

9.Negahban A, Maleki M, Abbassian A. Policies and laws related to the integration of traditional and complementary medicine into the Iranian health system based on the WHO definition: a document analysis. J Educ Health Promot 2019; 8(1): 221. 10.4103/jehp.jehp_321_19

10.Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, et al. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. Prim Health Care Res Dev 2023; 24: e1. 10.1017/s1463423622000354

11.Budget Law of the year 1402 of the country. The Islamic Consultative Assembly 2023. https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1775245

12.World Health Organization. Traditional and complementary medicine in primary health care. World Health Organization; 2018. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.37

13.Rostami Chijan M, Salehi M, Ostovar M, et al. The I-CAM-IR: Persian translation, cross-cultural adaptation and revised version of the I-CAM-Q. Trad Integr Med 2022; 7(4): 432-443. 10.18502/tim.v7i4.11494

14.Dehghani Ashkezari M, Parvizi MM, Vazani Y. Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice toward Persian Medicine among Medical School Staff. Trad Integr Med. 2022;7(4):424-431. 10.18502/tim.v7i4.11493

15.Adib-Hajbaghery M, Hoseinian M. Knowledge, attitude and practice toward complementary and traditional medicine among Kashan health care staff, 2012. Complement Ther Med 2014; 22(1): 126-132. 10.1016/j.ctim.2013.11.009

16.Jafari A, Zanganeh M, Kazemi Z, et al. Iranian healthcare professionals' knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative medicine: a cross-sectional

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]

study. BMC Complement Med Ther 2021; 21(1): 244. 10.1186/s12906-021-03421-z

17.Zeighami M, Soltani-Nejad S. Knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine: a survey of Iranian nurses. J Res Nurs 2020; 25(4): 380-388. 10.1177/1744987120925852

18.Tozun M, Bag HK, Pektas M, et al. Knowledge, attitudes, and opinions of health professionals and students on traditional and complementary medicine practices in Turkey: a systematic review and meta-analysis. Eur J Env Pulic Hlt 2022; 6(2): em0115. 10.21601/ejeph/12186

19.Abuduli M, Isa ZM, Aljunid SM. The Gap Between Knowledge and Perception of Education in Traditional and Complementary Medicine Among Medical Staff in Malaysia. Malay 2015; 15(1). https://www.mjphm.org.my/the-gap-between-knowledge-and-perception-on-education/

20.Nejatian M, Alami A, Tehrani H, et al. Perceptions and personal use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) by Iranian health care providers. Complement Ther Clin Pract 2018; 32: 145-150. 10.1016/j.ctcp.2018.06.002

21.Zohalinezhad ME, Keshavarzi MH, Karimi M, et al. The Effects of Persian Medicine on Knowledge, Attitude, and Practice of Medical Sciences Students. Journal of Health Sciences & Surveillance System 2024; 12(2): 192-201. 10.30476/jhsss.2023.96510.1660

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-10-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.5.352]