Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Explaining the Effective Dimensions and Components for Community-Based Medical Education from the Perspective of Family Physicians of Ilam University of Medical Sciences: A Qualitative Study

Zohrehsadat Mirmoghtadaie [1], Soleiman Ahmady [2], Hojjatollah Abdollahi [3*]

[1] Department of e-Learning, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences(SBMU), Tehran, Iran
[2] Department of Medical Education, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences(SBMU), Tehran, Iran
[3] Network Management and Health Promotion, Health Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: 23 December 2020
Revised: 13 November 2021
Accepted: 01 Feburary 2022
Published Online: 23 May 2022

**** Correspondence to:***
Hojjatollah Abdollahi
Network Management and Health Promotion, Health Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran Email: abdoulahi_hojat@yahoo.com

A B S T R A C T

Introduction: Structural changes following the socialization of medical education in the last decade have not only been effective in transforming the medical and health care professions but also has an impact on issues related to the welfare and health of society. Despite the basic steps that have been taken in presenting such programs during various medical education courses around the world, little research has been conducted on the development and implementation of community-based medical programs in Iran. The present study aimed to explain the dimensions and components affecting the implementation of community-based medical education from the perspective of family physicians of Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Material & Methods: This study was conducted based on the qualitative approach and content analysis method. The data were then collected using semi-structural interviews and an interview guide. The study population consisted of family physicians working at health centers affiliated to Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, in 2019. According to the data saturation, 30 cases were selected using the purposive sampling method. Data were analyzed through qualitative content analysis using the Burningham method and MAXQAD10 software. The validity of the research findings was ensured by members' review methods, researcher immersion, and the multidimensionality of the data with Goba and Lincoln criteria.
(Ethic code: IR.SBMU.SME.REC.1397.035)

Findings: According to the analytical findings of the interviews, 121 initial codes, 41 subcategories, 13 categories, and 5 main themes affecting the implementation of community-based medical education were obtained. The five main themes included "conceptual analysis", "professional credibility", "professional challenges", "realization", and "facing real conflicts".

Discussion & Conclusion: The results showed that what is taught under the name of medical education in practice could not meet the real needs of society and hinders people from reaching an acceptable level of social health. Therefore, considering the dimensions arising from the views of family physicians in future planning can be implemented to compensate for the existing shortcomings.

Keywords: Community-based medicine, Content analysis, Education, Family physician, Qualitative research

➢ **How to cite this paper**

Zohrehsadat M, Soleiman A, Hojjatollah A. Explaining the Effective Dimensions and Components for Community-Based Medical Education from the Perspective of Family Physicians of Ilam University of Medical Sciences: A Qualitative Study. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2022;30(2): 8-17.

© The Author(s)
Publisher: Ilam University of Medical Sciences

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

تبیین ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر از دیدگاه پزشکان خانوادهٔ دانشگاه علوم پزشکی ایلام: یک مطالعهٔ کیفی

زهره سادات میرمقتدایی[۱]، سلیمان احمدی[۲]، حجت‌اله عبدالهی[۳*]

[۱] گروه یادگیری الکترونیکی، دانشکده مجازی ،آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۲] گروه آموزش پزشکی، دانشکده مجازی،آموزش پزشکی و مدیریت،دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۳] مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت حوزه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۳
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

نویسنده مسئول:
حجت اله عبدالهی
مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت حوزه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
Email:
abdoulahi_hojat@yahoo.com

چکیده

مقدمه: در دهۀ گذشته، تغییرات ساختاری به دنبال جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی نه‌تنها در متحول ساختن حرفه‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی مؤثر بوده، بلکه در مسائلی تأثیر داشته است که با رفاه و سلامت جامعه مرتبط است. تحقیقات اندکی دربارۀ تدوین و اجرای برنامه‌های پزشکی جامعه‌نگر در ایران صورت گرفته است. تحقیق حاضر به تبیین ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر از دیدگاه پزشکان خانوادۀ دانشگاه علوم پزشکی ایلام می‌پردازد.

مواد و روش ها: این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا انجام شد. داده‌ها از طریق انجام مصاحبۀ نیمه‌ساختاریافته و راهنمای مصاحبه (interview guide) جمع‌آوری گردید. جامعۀ پژوهش شامل پزشکان خانوادۀ شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۹۸ بود که با توجه به سطح اشباع داده‌ها، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی و روش بیرنینگهام و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA vol.10 بررسی گردید. اعتبار و اعتماد یافته‌های تحقیق با استفاده از روش‌های بررسی اعضا، غوطه‌وری محقق و چندبعدی بودن داده‌ها در معیار گوبا و لینکلن تضمین شد.

یافته‌ها: از تجزیه‌وتحلیل متن مصاحبه‌ها، ۱۲۱ کد اولیه، ۴۱ زیرطبقه، ۱۳ طبقه و ۵ درون‌مایۀ اصلی تأثیرگذار بر اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر «یگانه‌سازی مفهومی»، «اعتبار حرفه‌ای»، «چالش‌های حرفه‌ای»، «عرصۀ نمود» و «مواجهه با تعارضات واقعی» به‌دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، آنچه اکنون تحت عنوان آموزش پزشکی در حال آموزش است، در عمل با پاسخگویی جامعه و رسیدن مردم به سطح قابل‌قبول سلامت اجتماعی فاصلۀ بسیاری دارد. ابعاد برخاسته از نظرات پزشکان خانواده در برنامه‌ریزی‌های آینده می‌تواند بخشی از نقایص موجود فعلی را جبران کند.

واژه‌های کلیدی: آموزش، پزشکی جامعه‌نگر، پزشک خانواده، تحلیل محتوا، پژوهش کیفی

استناد: میرمقتدایی، زهره سادات؛ احمدی، سلیمان؛ عبدالهی، حجت اله. تبیین ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر از دیدگاه پزشکان خانوادۀ دانشگاه علوم پزشکی ایلام: یک مطالعۀ کیفی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، تیر ۱۴۰۱؛۳۰(۲): ۱۷-۸.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

جامعه میدان و عرصهٔ اصلی خدمات سلامت است که با توجه به اهمیت آن، به‌عنوان بهترین محیط آموزشی برای کارکنان نظام سلامت محسوب می‌شود (۱). از سویی، ارتقای سطح سلامت جامعه به‌عنوان عامل مهم توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی است (۲). در ایران، از سال ۱۳۶۴ با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وظیفهٔ آموزش و تربیت نیروی انسانی بخش بهداشت و درمان بر عهده این وزارتخانه نهاده شد تا بتواند نیروهای متخصصی را تربیت کند و پاسخگویی بهتری به نیازهای بهداشتی درمانی جامعه داشته باشد (۳). هدف دانشگاه‌های علوم پزشکی تربیت نیروی انسانی پاسخگو به نیازهای جامعه است و تغییر تمرکز آموزش از بیمار به جامعه در همهٔ کشورهای جهان یک هدف مهم است (۴).

در سال ۱۹۱۱، نیومن و ویرشو پزشکی اجتماعی را مطرح کردند که در آغاز تخصصی اروپایی بود. پزشکی اجتماعی اهمیت عوامل اجتماعی در بروز بیماری‌ها و حفظ سلامت و همچنین عوامل خطساز بیماری‌ها را عنوان کرد (۵). مدتی است که در مجامع پزشکی، تغییر نظام آموزش پزشکی و همسو با آن، ظهور پزشکی جامعه‌نگر مطرح‌شده است. طبق این برنامه، کارآموزان و کارورزان پزشکی به‌اتفاق اساتید مربوطه موظف‌اند که در فیلدهای بهداشتی جامعه وارد شوند و به بررسی بیماری‌ها در آن مجموعه بپردازند (۶)؛ به‌عبارت‌دیگر، در سال‌های اخیر فعالیت‌های فراوانی برای تغییر در دستگاه آموزشی و بهبود آموزش پزشکی و پیراپزشکی صورت گرفته است. یکی از این تغییرات ادغام آموزش علوم پزشکی در وزارت بهداشت و درمان و به‌تبع آن، راه‌اندازی آموزش جامعه‌نگر است (۷). آموزش پزشکی، به‌عنوان بخشی از نظام آموزش عالی، با زندگی انسان‌ها سروکار دارد و یکی از وظایف مهم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تربیت نیروی انسانی موردنیاز جامعه است که قادر باشند نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه را با کیفیت بالا مرتفع سازند؛ بنابراین، توجه به کیفیت و کمیت آموزش پزشکی و بهبود آن به ارتقای سطح کیفیت خدمات در بخش بهداشت و درمان کشور منجر می‌شود (۸). آموزش پزشکی جامعه‌نگر یک شیوهٔ آموزش مناسب تلقی می‌گردد؛ زیرا پزشکانی را تربیت می‌کند که به‌طور مؤثر بتوانند با مسائل مرتبط با سلامتی جامعه در ابعاد اولیه و ثانویه برخورد مناسب داشته باشند (۹)؛ همچنین از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده پایهٔ تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، ارتقای اثربخشی و برقراری برابری در دستگاه‌های مراقبت‌های سلامتی به‌شمار می‌رود. یکی از سیاست‌های بااهمیت سازمان جهانی بهداشت (WHO)، برنامهٔ آموزش دانشجویان پزشکی در محیط‌های واقعی خدمت‌رسانی به مردم، به‌ویژه جوامع روستایی است تا آنان بتوانند به‌درستی به نیازهای جمعیت تحت پوشش پاسخگو باشند (۱۰).

با مروری بر مطالعات گذشته، در دههٔ گذشته تغییرات ساختاری که به دنبال جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی ایجادشده، نه‌تنها در متحول ساختن حرفه‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی مؤثر بوده، بلکه در مسائلی تأثیر داشته است که با رفاه و سلامت جامعه مرتبط است (۱۱)؛ درنتیجه، تمرکز آموزش پزشکی باید از بیمار محور بودن به‌سوی جامعه‌محور بودن همراه با طراحی برنامه‌های آموزشی برای اندازه‌گیری و بهبود سلامت و درک نیازهای بهداشتی جامعه حرکت کند (۱۲). اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر معمولاً به آموزش پزشکی اشاره دارد که خارج از سطوح سوم یا دوم ارائهٔ خدمات است که در بیمارستان پایه‌گذاری شده است؛ بنابراین، جامعه باید به‌گونه‌ای در برنامهٔ آموزشی لحاظ شود که باعث افزایش پاسخگویی نظام سلامت به خواسته‌های به‌حق و مشروع جمعیت و همچنین سهم عادلانهٔ امکانات گردد. هدف از انجام این پژوهش شناخت دیدگاه پزشکان خانواده دربارهٔ اجرایی کردن آموزش پزشکی جامعه‌نگر است که می‌تواند اطلاعات جامع و شفافی را در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار دهد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

مواد و روش ها

این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا انجام شد. تحلیل محتوای کیفی رویکردی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده‌های متنی از طریق فرایندهای طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و درون‌مایه‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته است (۱۳). در رویکرد تحلیل محتوا، طبقات به‌طور مستقیم از داده‌های متنی استخراج می‌شوند و پژوهشگر درک عمیق‌تری از یک پدیده به‌دست خواهد آورد (۱۴). علت استفاده از رویکرد تحلیل محتوا در مطالعهٔ حاضر دستیابی به کشف معانی، اولویت‌ها، نگرش‌ها و درک پزشکان خانواده از آموزش پزشکی جامعه‌نگر با تحلیل پیام‌های زبانی آنان بود (۱۴، ۱۳).

داده‌ها از طریق انجام مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافتهٔ حضوری جمع‌آوری شد. جامعهٔ پژوهش شامل پزشکان خانوادهٔ شاغل در مراکز بهداشتی درمانی سطح استان ایلام بود که با توجه به سطح اشباع داده‌ها، ۳۰ نفر از پزشکان با روش نمونه‌گیری هدفمند و در سال ۱۳۹۸ انتخاب گردیدند. پرسش‌های پژوهش عبارت بودند از: «ابعاد و مؤلفه‌های پزشکی جامعه‌نگر از نظر پزشکان خانواده شامل چه مواردی است؟»؛ «ابعاد و مؤلفه‌های پزشکی جامعه‌نگر چگونه با همدیگر در ارتباط هستند؟»؛ «موارد شتاب‌دهنده و ممانعت‌کنندهٔ همسو با پزشکی جامعه‌نگر چه عواملی هستند؟»

اعتبار یافته‌های پژوهشی با استفاده از روش‌های بررسی از سوی اعضا و عمقی‌نگری محقق و چندوجهی‌نگری داده‌ها تضمین شد. راهنمای مصاحبه (interview guide) ابزار پژوهش بود که به‌منظور اجتناب از انحراف در پاسخ‌ها و برحسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت شدند. تعدادی از پرسش‌ها عبارت بودند از: «تجربهٔ شما از آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه چیست؟»؛ «تعریف عملیاتی شما از آموزش پزشکی در جامعه چیست؟»؛ «به نظر شما شکل‌های آموزش مبتنی بر جامعه، در جایی که هم‌اکنون مشغول به کار هستید، به چه صورت می‌تواند نمود داشته باشد؟»؛ که پرسش‌ها بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان تغییر می‌یافت. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی بیرنینگهام استفاده شد. نرم‌افزار استفاده‌شده MAXQDA vol.10 بود. ابتدا تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آن‌ها و یافتن یک حس کلی آغاز گردید؛ سپس با استفاده از نرم‌افزار کدها استخراج و پس از آن، کدها در زیرطبقات و طبقات و درون‌مایه‌ها دسته‌بندی شد و نحوهٔ ارتباط میان آن‌ها تعیین گشت. برای بررسی اعتبار و پایایی از معیارهای قابلیت اعتبار یا قابل‌قبول بودن، قابلیت انتقال/ انتقال‌پذیری، قابلیت سازگاری و قابلیت تأیید و بی‌طرفی استفاده شد (۱۳). برای رعایت اصول اخلاقی، ضمن تکمیل فرم رضایت‌نامه، در جریان مصاحبه به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌ها صرفاً جنبهٔ پژوهشی دارند و مشخصات مشارکت‌کنندگان و داده‌های اخذشده محرمانه خواهد ماند؛ همچنین به آنان اطمینان داده شد که در همهٔ مراحل پژوهش می‌توانند تقاضای خروج از مطالعه داشته باشند.

یافته ها

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که از تعداد ۳۰ نفر شرکت‌کننده، ۷۰ درصد را مردان و ۳۰ درصد را زن‌ها تشکیل می‌دادند. متوسط سن شرکت‌کنندگان ۲۸/۳ بود. وضعیت استخدامی در انواع مختلف طرحی، رسمی-پیمانی و قراردادی بودند. ۱۰ نفر طرحی پیام‌آور، ۹ نفر به‌صورت رسمی-پیمانی و ۱۱ نفر به‌صورت قراردادی در قالب پزشک خانواده به کار مشغول بودند. نتایج تحقیق در قالب ۵ درون‌مایه، ۱۳ طبقه، ۴۱ زیر طبقه و ۱۲۱ کد طبقه‌بندی گردیدند که در جدول شمارهٔ ۱ و ۲ قابل‌مشاهده است.

درون‌مایهٔ اول، یگانه‌سازی مفهومی: این درون‌مایه شامل چهار طبقهٔ کلی: ۱. بازتعریف مفهومی یا برداشت پزشکان از برنامه، ۲. تعریف عملیاتی، ۳. برنامه‌ریزی آموزشی و ۴. تأمین زیرساخت‌های آموزشی بود که طبقهٔ بازتعریف مفهومی پزشکان از برنامه شامل دو زیرطبقهٔ آموزش متناسب با نیازهای جامعه (با پنج کد) و زیرطبقهٔ

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

جدول شمارهٔ ۱. نتایج درون‌مایه‌های به‌دست‌آمده از طبقات

طبقات	درون‌مایه
بازتعریف مفهومی یا برداشت پزشکان از برنامه استانداردگرایی	یگانه‌سازی مفهومی
برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر	اعتبار حرفه‌ای
رشد و تعالی حرفه‌ای	
عوامل مؤثر	چالش‌های حرفه‌ای
موانع عملکرد	
رفع مجهولات حرفه‌ای پزشکی جامعه‌نگر	عرصهٔ نمود
عرصهٔ نمود	
تعارض با رویکرد و محتوا	مواجهه با تعارضات واقعی
ارتقای امنیت پزشکان و آموزش	

خدمت بر اساس نیازهای جامعه با پنج کد بود؛ همچنین طبقهٔ کلی تعریف عملیاتی از پزشکی جامعه‌نگر دو زیرطبقهٔ آموزش مستقیم در جامعه و فعالیت بالینی در جامعه داشت که هرکدام پنج کد داشتند. از درون‌مایهٔ اول، طبقهٔ کلی برنامه‌ریزی آموزشی نیز شامل پنج زیرطبقهٔ فن تحلیلی، بازطراحی آموزشی، پیاده‌سازی آموزشی، پایش و کنترل آموزشی و استخراج آموزشی بود. چهارمین طبقهٔ کلی از درون‌مایهٔ اول، شامل زیرساخت‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر بود که سه زیرطبقهٔ آموزش نظری و بالینی کلاسیک، آموزش تعاملی با جامعه و آموزش کل‌نگر و گروه‌گرایی داشت و طبقهٔ تأمین زیرساخت‌های آموزشی نیز درمجموع دارای ده کد بود. دراین‌باره مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ چهار می‌گوید: «آموزش پزشکی جامعه‌نگر یعنی با توجه به نیازهای جامعه، دانشجوی پزشکی آموزش لازم را در محیطی مشابه مانند مراکز روستایی یا شهری ببیند تا بتواند در آینده در جامعه بهتر کار کند» (کد ۱، زیرطبقهٔ ۱، طبقهٔ ۱، درون‌مایهٔ اول).

درون‌مایهٔ دوم، اعتبار حرفه‌ای: درون‌مایهٔ دوم تحت عنوان اعتبار حرفه‌ای، متشکل از سه طبقهٔ استانداردگرایی، برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر و رشد و تعالی حرفه‌ای بود که این سه طبقه ده زیرطبقه و سی کد داشتند؛ بدین شرح که طبقهٔ استانداردگرایی شامل چهار زیرطبقهٔ آموزش مبتنی بر سطح اول، کارورزی و خدمات مبتنی بر سطح اول، بومی‌نگری و جامعه‌محوری و شیوع‌شناسی، کیفیت خدمات و اعتبار حرفه‌ای بود. طبقهٔ برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر نیز سه زیر طبقهٔ برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی، مدیریت میانجی‌گر و انطباق با گروه‌های هدف داشت. طبقهٔ رشد حرفه‌ای نیز شامل تمرکززدایی و برنامه‌ریزی متنوع، توانمندسازی بالینی و عملی، اقدامات گروهی و اقدامات فرهنگی بود. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۳ برداشت از پزشکی جامعه‌نگر را این‌گونه بیان می‌کند: «مردم‌محور و جامعه‌نگر باشد؛ آموزش‌ها دانشجومحور باشد و مبتنی بر آموزش‌های شفاف و عینی و ملموس باشد و شرایط مشابه جامعه را در هنگام آموزش به‌درستی الگو قرار دهد.»

جدول شمارهٔ ۲. مثالی از واحد معنا، کد، زیرطبقه و طبقه

واحد معنا	کد	زیرطبقه	طبقه
مردم‌محور و جامعه‌نگر باشد؛ آموزش‌ها دانشجومحور باشد؛ مبتنی بر آموزش‌های شفاف و عینی و ملموس باشد و شرایط مشابه جامعه را در هنگام آموزش به‌درستی الگو قرار دهد.	آموزش مبتنی بر شرایط جامعه	عمل‌گرایی	برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

درون‌مایهٔ سوم، چالش‌های حرفه‌ای: این درون‌مایه شامل دوطبقهٔ عوامل و موانع بود که هرکدام سه زیرطبقه و ده کد داشتند. طبقهٔ کلی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری پزشکی جامعه‌نگر شامل سه زیرطبقهٔ عوامل فرهنگی، عوامل مدیریتی و عوامل فردی-اجتماعی بود. طبقهٔ کلی موانع عملکرد نیز سه زیرطبقهٔ انحصارگرایی نظام آموزشی، تردید حرفه‌ای و دشواری اجرای بالینی برنامه از سوی دانشجویان داشت. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۴ «درمان‌محوری و بیمارمحور بودن و تخصص‌گرایی نظام پزشکی، درمان‌گرایی آموزش مبتنی بر مراکز تخصصی به‌اضافهٔ اینکه اساتید و مربیان جامعه‌محور نیستند» را ازجمله عوامل مؤثر بر اجرای پزشکی جامعه‌نگر می‌داند (کد ۲، زیرطبقهٔ ۱، طبقهٔ ۱، درون‌مایهٔ ۳).

درون‌مایهٔ چهارم، عرصهٔ نمود: این درون‌مایه متشکل از دو طبقهٔ کلی رفع مجهولات حرفه‌ای پزشکی جامعه‌نگر و عرصهٔ نمود بود که طبقهٔ رفع مجهولات حرفه‌ای پزشکی جامعه‌نگر، دو زیرطبقهٔ عملکرد سلامت‌نگر و عملکرد تجربه‌گرا داشت که هرکدام پنج کد و درمجموع ده کد را پوشش می‌دادند. طبقهٔ عرصهٔ نمود پزشکی نیز شامل چهار زیرطبقهٔ شناسایی شایع‌ترین‌ها، مشاورهٔ رایگان و آگاهی‌رسانی، آموزش ضمن خدمت و تطبیق فرهنگی بود. شرکت‌کنندهٔ شماره ۷ «خدمت عملی به مردم دربارهٔ سلامت و بیماری‌ها و درمان و دارو، مشاورهٔ تغذیه و روان‌پزشکی به‌صورت واقعی و عملی» را به‌عنوان نتایج عملکرد اجرای پزشکی جامعه‌نگر مطرح می‌کند. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

«اجرای پزشک خانواده، بیماری‌های غیرواگیر، فشارخون، مراقبت‌ها، همکاری و هماهنگی بین گروه سلامت، خدمات بهداشت محیط، ایمنی، تغذیه، سلامت روان، بیماران خاص، نظام ارجاع، برنامهٔ پزشک خانواده، ویزیت بیماران، درمان و پیگیری بیماران، سلامت روان و تغذیه و آموزش و تمامی برنامه‌های سلامت که در برنامه پزشک خانواده وجود دارد، مبتنی بر جامعه است.»

درون‌مایهٔ پنجم، مواجهه با تعارضات واقعی آموزش‌ها: پنجمین و آخرین درون‌مایه در این پژوهش شامل مواجهه با تعارضات واقعی آموزش‌ها و خدمات فعلی با برنامهٔ پزشکی جامعه‌نگر بود که بر اساس گزارش مصاحبه‌شوندگان، شامل تعارض با رویکرد و محتوا و طبقهٔ ارتقای امنیت پزشکان و آموزش شد. طبقهٔ تعارض با رویکرد و محتوا، دو زیرطبقهٔ درک تفاوت و تشابه در رویکرد و روش و درک تفاوت و تشابه در محتوا و تخصص داشت؛ همچنین مشکل ارتقای امنیت پزشکان و کیفیت درمان نیز شامل دو زیرطبقهٔ ارتقای امنیت آموزش و درمان و زیرطبقهٔ ارتقای کیفیت درمان و مدیریت آن بود. شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۶ می‌گوید:

«اگر یک سری رویکردها و روش‌ها را که امکان آموزشی و عملی کردن آن در محیط و جامعه دارد، انجام دهیم، می‌تواند باعث افزایش خدمت به مناطق محروم در روستاها و جامعه شود.»

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به سیر جدیدی از حرکت به‌سوی نوآوری در رویکردهای اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و اصلاحات جدیدی که در برنامه‌های پزشکی سراسر دنیا به‌کار گرفته می‌شود، تحقیقات متعددی دربارهٔ برنامه‌های اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر صورت گرفته است.

یکی از مواردی که در تحقیق به‌دست آمد، درون‌مایهٔ یگانه‌سازی مفهومی بود که شامل طبقات بازتعریف مفهومی یا برداشت پزشکان از برنامه، تعریف عملیاتی، برنامه‌ریزی آموزشی و تأمین زیرساخت‌های آموزشی بود که طبقهٔ بازتعریف مفهومی پزشکان از برنامه دو زیرطبقهٔ آموزش متناسب با نیازهای جامعه (با پنج کد) و زیرطبقهٔ خدمت بر اساس نیازهای جامعه با پنج کد داشت؛ همچنین طبقهٔ کلی تعریف عملیاتی از پزشکی جامعه‌نگر شامل دو زیرطبقهٔ آموزش مستقیم در جامعه و فعالیت بالینی در جامعه بود که هرکدام پنج کد داشتند. از درون‌مایهٔ اول،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

طبقهٔ کلی برنامه‌ریزی آموزشی نیز شامل پنج زیرطبقهٔ تکنیک تحلیلی، بازطراحی آموزشی، پیاده‌سازی آموزشی، پایش و کنترل آموزشی و استخراج آموزشی بود. زیرساخت‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر چهارمین طبقهٔ کلی از درون‌مایهٔ اول را تشکیل می‌داد که شامل سه زیرطبقهٔ آموزش نظری و بالینی کلاسیک، آموزش تعاملی با جامعه و آموزش کل‌نگر و گروه‌گرایی بود که طبقهٔ تأمین زیرساخت‌های آموزشی نیز درمجموع ده کد داشت. در تحقیقی که رحیمی و همکاران انجام دادند، نتایجی مشابه تحقیق حاضر به‌دست آمد، هرچند شرایط زمانی و مکانی متفاوت بود؛ اما نشان داده شد که دیدگاه پزشکان نسبت به پزشک خانواده ابعاد مختلفی داشته است (۷).

دیگر درون‌مایهٔ به‌دست‌آمده از این تحقیق، اعتبار حرفه‌ای متشکل از سه طبقهٔ استانداردگرایی، برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر و رشد و تعالی حرفه‌ای بود که این سه طبقه ۱۳ زیرطبقه و ۳۱ کد داشتند؛ بدین شرح که طبقهٔ استانداردگرایی شامل چهار زیرطبقهٔ آموزش مبتنی بر سطح اول، کارورزی و خدمات مبتنی بر سطح اول، بومی‌نگری و جامعه‌محوری، شیوع‌شناسی، کیفیت خدمات و اعتبار حرفه‌ای بود. طبقهٔ برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر نیز سه زیرطبقهٔ برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی، مدیریت میانجی‌گر و انطباق با گروه‌های هدف داشت. طبقهٔ رشد حرفه‌ای نیز شامل تمرکززدایی، برنامه‌ریزی متنوع، توانمندسازی بالینی و عملی، اقدامات گروهی و اقدامات فرهنگی بود. این یافته‌ها همانند اعلامیهٔ ادینبورگ، بر اصول ۱۲گانهٔ پزشکی جامعه‌نگر نظیر هماهنگی آموزش پزشکی با خدمات بهداشتی، آموزش بر مبنای نیازهای بهداشتی جامعه، تأکید بر پیشگیری، ارتقای سلامت، یادگیری فعال، آموزش مداوم و ادغام علوم پایه با آموزش بالینی بیش‌ازپیش تأکید می‌کند (۷).

دیگر درون‌مایهٔ به‌دست‌آمده در تحقیق چالش‌های حرفه‌ای پزشکی جامعه نگر، متشکل از دو طبقهٔ عوامل و موانع بود که هرکدام سه زیرطبقه و ده کد داشتند. طبقهٔ کلی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری پزشکی جامعه‌نگر شامل سه زیرطبقهٔ عوامل فرهنگی، عوامل مدیریتی و عوامل فردی-اجتماعی بود. طبقهٔ کلی موانع عملکرد نیز سه زیرطبقهٔ انحصارگرایی نظام آموزشی، تردید حرفه‌ای و دشواری اجرای بالینی برنامهٔ توسط دانشجویان داشت. این یافته همسو با نتایج مطالعات ترابی اردکانی و همکاران (۱۵) است که در پژوهشی با عنوان «درک و آگاهی پزشکان از طرح پزشک خانواده در استان فارس» با روش تحلیل کیفی نتیجه گرفتند که درک، آگاهی و انتظارات پزشکان و مردم شهر شیراز به علت اجرای این طرح از دیدگاه پزشکان، در پنج کد اصلی با عناوین نبود زیرساخت کافی، مشکلات نظام پرداخت، ضعف همکاری درون‌بخشی و ضعف بین‌بخشی و دیدگاه‌های اشتباه دربارهٔ پزشک خانواده شناسایی و طبقه‌بندی شد.

درون‌مایه بعدی به‌دست‌آمده با عنوان «عرصهٔ نمود پزشکی جامعه‌نگر» نیز متشکل از دو طبقهٔ کلی رفع مجهولات حرفه‌ای پزشکی جامعه‌نگر و عرصهٔ نمود بود که طبقهٔ رفع مجهولات حرفه‌ای پزشکی جامعه‌نگر دو زیرطبقهٔ عملکرد سلامت‌نگر و عملکرد تجربه‌گرا داشت که هرکدام پنج کد و درمجموع ده کد را پوشش می‌دادند. طبقهٔ عرصهٔ نمود پزشکی نیز شامل چهار زیرطبقهٔ شناسایی شایع‌ترین‌ها، مشاوره رایگان و آگاهی‌رسانی، آموزش ضمن خدمت و تطبیق فرهنگی بود که همسو با تحقیقات دواتی و همکاران (۱۶) در پژوهشی با عنوان «دیدگاه دانشجویان پزشکی شهر تهران در مورد دورهٔ کارورزی پزشکی اجتماعی» است با این فرض که سیاست‌های جدید آموزش در دانشکدهٔ پزشکی، رویکرد آموزش مبتنی بر جامعه است.

آموزش پزشکی جامعه‌نگر یک شیوهٔ آموزش مناسب تلقی می‌شود؛ زیرا پزشکانی تربیت خواهد کرد که به‌طور مؤثر بتوانند با مسائل مرتبط با سلامتی جامعه در ابعاد اولیه و ثانویه برخورد مناسب داشته باشند (۹).

در تبیین این نتایج می‌توان با استناد به شواهد پیشین چنین استدلال کرد که توجه ویژه به مطلوبیت و استاندارد بودن آموزش‌ها به حدی اهمیت دارد که دانشجویان رشتهٔ

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]

[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

پزشکی از بدو ورود، با جامعه، سلامت و عوامل مؤثر بر آن آشنا شود و سبک و شیوهٔ مدیریت آن‌ها را فرابگیرد. دورهٔ تماس با جامعه با این هدف طراحی‌شده است که دانشجویان با مواجهه با جامعه، اجزای جامعه، مؤلفه‌های مؤثر با سلامت، عوامل مخاطره‌آمیز، ساختارها و نهادهای اجتماعی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر کیفیت زندگی یا مدیریت آن‌ها آشنایی نسبی پیدا کنند و به‌عنوان متولیان سلامت، نقش مؤثرتری داشته باشند.

می‌توان گفت مهم‌ترین اهداف هر نظام سلامت، بهبودی سلامت در جامعه، افزایش پاسخگویی دستگاه سلامت به خواسته‌های جمعیت و سهم عادلانهٔ مالی است؛ همچنین رسالت آموزش پزشکی، سلامت به مفهوم کلان آن است و باید اهداف و محتوی آموزش پزشکی از تمرکز بر فرد به تمرکز بر جامعیت سلامت اعم از فرد، خانواده، جامعه و اجتماع تغییر کند؛ زیرا بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت منحصر به‌سلامت جسمی نیست و ابعاد سلامت شامل سلامت جسمی، روحی، روانی و حتی اجتماعی است؛ بنابراین، در آموزش پزشکی باید نگرشی جامع به همهٔ ابعاد سلامت و به‌ویژه بهداشت روانی در دنیای جدید داشت (۱۷). درمجموع، همسویی میان این یافته‌ها با اصول ۱۲گانهٔ پزشکی جامعه‌نگر اعلامیهٔ ادینبورگ از اعتبار و روایی داده‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر نشان دارد؛ بدین معنا که همان چیزی را سنجیده است که در اصول اعلامیهٔ ادینبورگ نیز دربارهٔ پزشکی جامعه‌نگر مطرح‌شده است.

همچنین این یافته‌ها با نتایج مطالعات ترابی اردکانی و همکاران (۱۵) و رحیمی و همکاران (۷) همسو است که نشان داده‌اند دیدگاه پزشکان نسبت به پزشک خانواده ابعاد مختلف دارد؛ به‌طور مثال، ترابی اردکانی و همکاران (۱۵، ۱۳) در پژوهشی با عنوان «درک و آگاهی پزشکان از طرح پزشک خانواده در شیراز» به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه پزشکان، پنج درون‌مایهٔ اصلی با عناوینِ نبود زیرساخت کافی، مشکلات نظام پرداخت، همکاری درون/ بین‌بخشی ضعیف، دیدگاه‌های اشتباه دربارهٔ پزشک خانواده و هفده طبقهٔ فرعی شناسایی شد. آنان چنین نتیجه‌گیری کردند که مردم درک مناسبی نسبت به برنامهٔ پزشک خانواده ندارند که دستیابی به این آگاهی نیازمند آموزش متناسب با فرهنگ بومی مردم و همچنین ایجاد نظام انگیزشی برای ارتقای عملکرد سیستم ارجاع و همچنین ایجاد بستری برای حل مشکلات معیشتی پزشکان به‌منظور کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزهٔ آنان از الزامات طرح به نظر می‌رسد.

آخرین درون‌مایه در این پژوهش شامل مواجهه با تعارضات واقعی آموزش‌ها و خدمات فعلی با برنامهٔ پزشکی جامعه‌نگر بود که بر طبق گزارش مصاحبه‌شوندگان، شامل تعارض با رویکرد و محتوا و طبقهٔ ارتقای امنیت پزشکان و آموزش شد. طبقهٔ تعارض با رویکرد و محتوا متشکل از دو زیرطبقهٔ درک تفاوت و تشابه در رویکرد و روش و درک تفاوت و تشابه در محتوا و تخصص بود؛ همچنین مشکل ارتقای امنیت پزشکان و کیفیت درمان نیز دو زیرطبقهٔ ارتقای امنیت آموزش و درمان و زیرطبقهٔ ارتقای کیفیت درمان و مدیریت آن داشت که این یافته‌ها همانند نتایج پژوهشی کیفی با عنوان «چالش‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر در ایران» از سوی انتظاری، به بررسی وضعیت آموزش پزشکی جامعه‌نگر در همهٔ دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور توسط مرکز مطالعات و توسعهٔ آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت افرادی که تجربهٔ ارائهٔ خدمات جامعه‌نگر را داشته‌اند و افراد مهم و مؤثری که در مدیریت آموزشی نقش دارند و تجارب متفاوتی داشتند، پرداخته و نتیجه گرفته است که نقاط قوت و ضعف به همراه فرصت‌ها و تهدیدها در آموزش پزشکی جامعه‌نگر در کشور مشخص شد، جایگاه آموزش پزشکی جامعه‌نگر تعیین گردید و علل و عوامل ایجادکنندهٔ آن تجزیه‌وتحلیل شد. نتایج مطالعه با تحلیل

سامانمند (درونداد، فرایند و برونداد) به‌صورت طبقه‌بندی‌هایی شامل رسالت و چشم‌انداز، انگیزه، مدیریت آموزشی و ساختار، ساختار آموزشی (برنامه آموزشی)، پژوهش، ارتباطات، ساختارهای فیزیکی و تجهیزات و نظارت و ارزشیابی مشخص گردید. با استفاده از نتایج این مطالعه، ضرورت تغییرات و تحول بنیادین و همه‌جانبه در اجرای برنامه‌های آموزشی و ارتقای روند آن‌ها کاملاً آشکار گردید، درحالی‌که برخی تحقیقات نشان می‌دهد که دانش‌آموختگان رشتهٔ پزشکی آمادگی خود را از نظر مهارت‌ها و قابلیت‌ها، در حد مطلوبی ارزیابی نمی‌کنند، هرچند دراین‌باره، در میان متصدیان و صاحب‌نظران تربیت پزشکی اختلاف‌نظرهایی وجود دارد و بر اساس شواهد موجود، بسیاری از این صاحب‌نظران نسبت به نحوهٔ آموزش دانشجویان پزشکی احساس رضایت نسبی دارند و برخی دیگر در روند آموزش، مشکلات متفاوتی را مطرح می‌کنند (۱۸)؛ به همین سبب، برنامه‌ریزان آموزشی باید بکوشند تا برای استفادهٔ بهینه از منابع موجود، شرایطی را فراهم سازند که دانشجویان بتوانند دانش و مهارت لازم را برای حرفهٔ آیندهٔ خود کسب کنند. برنامه‌های آموزشی این رشته‌ها باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که علاوه بر رشد و توسعهٔ دانشجویان، زمینه‌ای را برای کسب تبحر و مهارت بالینی آنان فراهم آورند (۱۹).

ازآنجاکه ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه بود، این تحقیق همچون دیگر تحقیقات کیفی عاری از خطا نیست؛ زیرا گاهی ذهنیات، تفکرات و عقاید مصاحبه‌کننده بر موضوع پژوهش و روند جمع‌آوری داده‌ها تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، تا حد ممکن سعی گردید حین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها با داخل پرانتزگذاری تفکرات محقق، تحقیق به‌درستی پیش رود. از سویی، به همهٔ مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد پاسخ‌های آنان نزد پژوهشگر و به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند تا شاید بتوان بدین‌وسیله اندکی از سوگیری‌های احتمالی پاسخ‌دهندگان به‌ویژه دانشجویان و فارغ‌التحصیلان کاسته شود. از دیگر محدودیت‌های تحقیق تعداد افراد در دسترس بود که پیشنهاد می‌گردد برای اطمینان از نتایج، تحقیق به شکل گسترده‌تری در شهرهای مختلف صورت گیرد. در تبیین این نتایج می‌توان چنین استدلال کرد که محتوای آموزش پزشکی جامعه‌نگر دربارهٔ عوامل اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار بر سلامت و بیماری، انواع خدمات سلامت در جامعه، مهارت‌های بالینی سطح اول، همکاری پزشکان و کار گروهی با سایر کادر سلامت است (۲۰).

برآیند نهایی برآمده از نتایج تحقیق نشان داد که آنچه با عنوان آموزش پزشکی آموخته می‌شود، نتوانسته است پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه و رسیدن مردم به سطح قابل‌قبول سلامت اجتماعی باشد. با توجه به نقش پزشک خانواده در دسترسی مردم به خدمات و ارتقای سلامت جامعه و نظر به مشکلات و تعارضات نظام آموزش پزشکی با نیازهای واقعی جامعه، دیدگاه پزشکان خانواده در محیط پژوهش نسبت به پزشکی جامعه‌نگر، بیانگر ابعاد و مؤلفه‌های پنج‌گانهٔ «یگانه‌سازی مفهومی»، «اعتبار حرفه‌ای»، «چالش‌های حرفه‌ای»، «عرصهٔ نمود پزشکی جامعه‌نگر» و «مواجهه با تعارضات واقعی» است که در نظر گرفتن آن‌ها در برنامه‌ریزی‌های اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر می‌تواند باعث ارتقای برنامه آموزشی و طراحی اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری ارائه‌شده شود و نقایص موجود فعلی همسو با آموزش پزشکی را جبران کند.

برای تأیید و یا رد مؤلفه‌های به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های بعدی این شاخص‌ها در دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی آزمایش و یا بررسی شود که آیا این مؤلفه‌ها خاص اساتید حوزهٔ علوم پزشکی دانشگاه ایلام است و یا در دیگر دانشگاه‌ها نیز کاربرد دارد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]

رشتهٔ آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران بوده است. بدین‌وسیله نویسندگان از همهٔ افرادی که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آورند.

کد اخلاق: IR.SBMU.SME.REC.1397.035

References

1. Liaw W, Rankin J, Bazemore A, Ventres W. Teaching population health community oriented primary care revisited. Acad Med 2017;92:419. doi:10.1097/ACM.0000000000001552
2. Nazarishadkam F, Ghorbani A, Sadeghie T. Determining the influential factors of educational programs' quality and its effect on the nurse's professional abilities. Res in Med Edu 2015; 1: 45-53.
3. Entezari A, Jalil M, Mohagheghie M, Momtazmanesh N. Challenges of community based medical education in iran. Teb va Tazkiye 2010;7:52-64. (Persian)
4. Hassanabadi M, Madarshahian F, Khazaei S. Effect of evidence based community visits for risk factors of crimean-Congo fever on students learning. Iran J Med Edu 2013;12:965-74. (Persian)
5. Doobaypersaud A, Adler MD, Bartell TR, Sheneman NE, Martinez MD. Teaching the social determinants of health in undergraduate medical education a scoping review. J Gen Intern Med 2019;34:720-30. doi: 10.1007/s11606-019-04876-0.
6. Kusha A, Kazemi AS. A survey of common children's diseases referred to the community education center for pediatrics, Zanjan, 2005-2006. J Zanjan Med Sci Health 2006; 17. (Persian)
7. Rahimi B, Rasouli D., Azizi F, Makhdoomi Kh. The survey of the community based medical education from physiopathology students point of views of Urmia medical sciences university. Urmia Med J 2013; 24: 90-96. (Persian)
8. Lovell B. What do we know about coaching in medical education? A literature review. Med Edu 2018;52:376-90. doi:org/10.1111/medu.13482.
9. Khadivi R, Khosravi SH. The quality of health education from trainees and interns of shahrekord medical schoo. Iran J of Med Edu 2005; 4:123-28. (Persian)
10. Ageda R, Mulehim AR, Muhaidib NS, Muhaidib NS, Humam A. Knowledge and risk perception among health care workers regarding infection control measures during swine flu epidemic in Al Ahsa Governorate in Eastern Province, KSA. Asian J Med Res 2013;2:10-4.
11. Mitch B, Michael R, Denise A. Final report on current models of primary care
12. children, including sections on context, operation and effects, and related business models.1nd ed. European Commission published 2017; 2212-19.
13. Pakseresht R, Rahebi S. Explaining women's views about cervical cancer A qualitative study. J Nurs Mid 2016; 26, 53-41. (Persian)
14. Denzin NK, Lincoln YS. The sage handbook of qualitative research. 5nd ed. Sage published 2011;169-71.
15. Spannagel C, Glaserzikuda M, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. FQS 2005; 5. doi: org/10.17169/fqs-6.2.469
16. Entezari A, Shahididadras M, Hallaji Z, Mortazavi H, Tusi P. Development of strategic educational program of dermatology in Iran. J Res Shahid Beheshti Med Sci Uni 2006; 32: 327-34. (Persian)
17. Torabiardakani A, Urmia N, Mirzaie S. Understanding the public knowledge and expectations and physicians on the implementation of family doctors plan. case study of Shiraz city. Sci J Med Council Iran 2016; 33: 147-55. (Persian)
18. Khadivi R, Khosravi S. The medical students point of views in Tehran on the course of social medicine internship. Iran J Med Edu 2011; 11: 347-55. (Persian)
19. Mostafavian A. The study of views of medical graduate students in medical education in Mashhad islamic azad university in 13th year. Mashhad Med Sci J 2015; 3: 1-15. (Persian)
20. King JA, Ayoo S. What do we know about evaluator education? A review of peer-reviewed publications(1978-2018). Eval Program Plann 2020;79:101785. doi: 10.1016/j.evalprogplan. 2020.101785.
21. Maher A, Bahadori M, Ravangard R. The integration of health insurance funds as a reform approach in Iran. Shiraz E Med J. 2017;18. doi: 10.17795/semj45600

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1401.30.2.1.2]
[DOI: 10.52547/sjimu.30.2.8]