

بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به

آموزش پزشکی جامعه‌نگر (کرمانشاه - ۱۳۷۶)

منصور رضایی^{***}؛ دکتر علی الماسی^{***}

چکیده:

در سالهای اخیر، آموزش پزشکی جامعه‌نگر در ایران مورد توجه قرار گرفته است تا همگام با سیاستهای بهداشت جهانی، عرصه جدیدی در آموزش پزشکی ایجاد گردد. هدف این مطالعه تعیین دیدگاههای دانشجویان نسبت به آموزش پزشکی جامعه‌نگر در کرمانشاه و سنجش آگاهی آنان است.

برای دستیابی به هدف مطالعه، تقریباً تمامی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، که در سال ۱۳۷۶ در پایان تحصیلات خود بودند و دوره آموزش پزشکی جامعه‌نگر را در عرصه ناس‌الائمه (کرمانشاه) گذرانده بودند، جامعه مورد پژوهش را تکمیل دادند. پرسشنامه‌ها (شامل ۱۱ سؤال بسته در مورد ارزیابی عرصه، ۳ سؤال تشریحی در مورد سنجش آگاهی دانشجویان و ۳ سؤال باز در مورد نقاط قوت، ضعف و پیشنهادها) برای همه آنان تکمیل شد.

نتایج به دست آمده نشان داد که ارزیابی دانشجویان در مورد آگاهی خود از نظام آموزشی پزشکی جامعه‌نگر و اهداف آن بسیار پایین بوده است. ۳۵٪ دانشجویان، برداشت منطقی خود از مفهوم COME را خوب و ۴۹٪ میزان آگاهی استادان از COME، ۳۹٪ میزان تشریک مساعی استادان در اجرای برنامه و همکاری و استقبال کادر کمکی از آن را متوسط ارزیابی کردند. نمره متوسط کسب شده توسط دانشجویان برای سنجش آگاهی آنان ۳۰/۴ از صد می‌باشد. هرچند که از جنبه نظری، تقریباً همه آنها با اهداف این نظام آموزشی موافق بودند، ولی اکثراً (۷۳/۷ درصد) با نحوه اجرای عملی آن در کرمانشاه مخالفت داشتند. مشکل اصلی اجرای این روش را در وهله اول توجه نبودن و نداشتن انگیزه در استادان و به تبع آنان دانشجویان و کارکنان مربوطه می‌دانستند. سپس به عنوان مشکلات بعدی به مکان نامناسب عرصه، مدیریت ضعیف و عدم برنامه‌ریزی درست اشاره کرده‌اند. مهمترین توصیه دانشجویان این بود که ابتدا استادان و کارکنان این عرصه‌ها با آموزش پزشکی جامعه‌نگر آشنا شوند و خود آن را بپذیرند تا بتوانند الگوی عملی مناسبی برای دانشجویان باشند.

در نهایت پیشنهاد می‌شود با برنامه‌ریزی درست و تعیین مسئولیتها و محدوده وظایف افراد (استادان، دانشجویان، مدیران و کارکنان) راه اجرای صحیح این نظام هموار شود.

کلید واژه‌ها: آموزش پزشکی، جامعه‌نگر، آگاهی، دانشجوی پزشکی، عرصه پزشکی.

^{***} عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و دانشجوی Ph.D دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.

^{**} عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، Ph.D بهداشت محیط.

^{*} عهده‌دار مکاتبات، کرمانشاه، باغ ابریشم، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.

مقدمه :

مطابق با این اصول سازگار کرده‌اند، راه درازی طی شده است(۴).

ایجاد نگرش مثبت در زمینه پزشکی جامعه‌نگر می‌تواند حضور پزشکان آینده را به عنوان رهبر گروه‌های عملیات بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی با موفقیت بیشتر همراه سازد (۵).

از میان اصول متعدد آموزش پزشکی جامعه‌نگر تأکید بر ایجاد واحدهای متناسب آموزشی، تدوین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نیازهای جامعه، تأکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت و هماهنگی آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات و تربیت معلمین دارای جایگاه ویژه‌ای هستند(۳). لیکن باید توجه داشت که این روش در اجرا با مشکلات عدیده‌ای چون عدم توجیه استادان و دانشجویان مواجه است(۶).

در ایران نیز در سال ۱۹۹۷ (۱۳۵۶ شمسی) نظام PHC در ارومیه آزمایش شد و سه بیمارستان و ۲۵ خانه بهداشت در قالب نظام ارجاع به فعالیت پرداختند. در سال ۱۳۶۴، براساس قانون، نظام ارائه خدمات و آموزش پزشکی ادغام شدند و در سال ۱۳۶۵ شورای عالی پزشکی جامعه‌نگر در کشور تشکیل شد و نهایتاً در سال ۱۳۷۶، دبیرخانه شورای عالی پزشکی جامعه‌نگر برای تغییر در نظام آموزش پزشکی ایجاد گردید(۴).

هرچند مراقبت‌های اولیه جامعه‌نگر یک راه مؤثر برای تأکید بر مشکلات بهداشتی جوامع است، اما نه به‌صورت وسیع درک شده و نه زیاد تجربه شده

هدف علم پزشکی، حفظ تندرستی در هنگام سلامت و اعاده آن در هنگام بیماری است(۱). هدف دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز پیگیری این هدف در جهت نیل به تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد، ارائه خدمات بهداشتی درمانی متناسب با نیازهای جامعه و توجه به امکانات و شرایط موجود در جهت ارتقای سلامت است. تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه مستلزم تغییر در شیوه‌های آموزشی موجود می‌باشد. سیاستگذاران آموزش پزشکی معتقدند که نظام آموزشی باید در جهت توسعه یابد که بتواند ضمن بهره‌گیری از تازه‌ترین دستاوردهای علمی جهان، با نیازهای جامعه نیز سازگار باشد(۲). به‌کارگیری نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر (COME^۱) یکی از راه‌های نیل به این هدف است که از آن در برخی از کشورهای جهان استفاده شده است(۳). از سال ۱۹۱۲ که اولین مقاله در مورد نامناسب بودن آموزش پزشکی منتشر شده تا نشست آلماتی در سال ۱۹۷۸ که به سطح بندی خدمات تحت عنوان مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC^۲) پرداخت و تا سال ۱۹۱۸ که در ادینبورگ بزرگان آموزش پزشکی گرد هم آمدند و تا سال ۱۹۹۳ که در انگلستان «فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی» مبادرت به تدوین اصول آموزش پزشکی جامعه‌نگر کرد و تاکنون که بسیاری از دانشگاه‌های دنیا نظام آموزشی خود را

است (۷).

در سالهای اخیر، همگام با سیاستهای بهداشت جهانی این نگرش جدید در ایران نیز در کنار آموزش متداول به بوته آزمایش نهاده شده است. بررسی آگاهی، نگرش، دیدگاهها و توصیه‌های دانشجویانی که عرصه جدید را عملاً آزموده‌اند، می‌تواند در جهت اصلاح روشهای اجرایی این نظام آموزشی نوین مفید و مؤثر واقع شود. شناخت دیدگاههای دانشجویان در مورد نقاط ضعف و قوت اجرای این روش و پیشنهادهای آنان می‌تواند برای مسئولان اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و مدیران آینده مراکز بهداشتی درمانی مفید واقع شود. با توجه به اینکه اطلاعات مدونی در زمینه چگونگی اجرای این روش در کرمانشاه وجود نداشت، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر در کرمانشاه (عرصه مسکن) از دیدگاه دانشجویان و آگاهی آنها انجام شد.

مواد و روشها:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است. آن دسته از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که در سال ۱۳۷۶ در شرف فارغ‌التحصیلی بودند و حضور در عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر را چند بار (در گروههای آموزشی مختلف) تجربه کرده بودند، جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند (حدود ۶۰ نفر). ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل سه قسمت بود: در قسمت اول پرسشنامه در ارتباط با مسائل عرصه پزشکی جامعه‌نگر ۱۱ سؤال مطرح شده بود که در آن

دانشجویان نظر خود را در مورد مسائلی چون میزان آگاهی خود از COME و برداشت منطقی از آن، میزان آگاهی استادان، رغبت آنان، بهره‌وری از زمان، مدیریت عرصه و ... در مقیاس لیکرد (۵ تا ۴ نمره) بیان نمودند. در قسمت دوم ۳ سؤال تشریحی مطرح شده که توسط آنها آگاهی دانشجویان مورد ارزیابی قرار گرفت. در قسمت سوم سه سؤال باز مطرح شد که دانشجویان نقاط قوت و ضعف اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و پیشنهادهای خود را مطرح نمودند. به پاسخهای سؤالات تشریحی که آگاهی دانشجویان را مورد سنجش قرار می‌داد، توسط اعضای هیأت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی به صورت گروهی نمره داده شد؛ یعنی آگاهی دانشجو به وسیله سؤالات تشریحی (هر کدام ۱۰ نمره، مجموعاً ۳۰ نمره) سنجیده شد. پرسشنامه‌ها با حضور دو نفر از همکاران آموزش دیده طرح و توسط دانشجویان تکمیل شدند.

یافته‌ها:

۳۵٪ دانشجویان، برداشت منطقی خود را از مفهوم COME خوب ارزیابی نمودند. ۴۹٪ دانشجویان میزان آگاهی استادان از COME و ۳۹٪ از آنان میزان تشریح مساعی استادان در اجرای برنامه و همکاری و استقبال کادر کمکی از آن را متوسط ارزیابی کردند. همچنین ۳۷٪ از آنان تناسب COME با نیازهای جامعه و ۴۲٪ رغبت و استقبال مردم و مدیریت عرصه را در حد ضعیف بیان نمودند. نهایتاً ۵۱٪ از دانشجویان بهره‌وری مدت حضور در عرصه، ۳۵٪ از آنان تناسب

محل و موقعیت عرصه و ۴۲٪ از آنان ارزیابی کلی از عرصه را در حد خیلی ضعیف گزارش کردند (جدول ۱). با توجه به میانگین نمرات هریک از مطالب ذکر شده (حداکثر ۴ نمره)، دانشجویان بالاترین امتیاز را بترتیب به برداشت منطقی خود از COME ($2/0 \pm 0/96$)، آگاهی خود از COME ($1/9 \pm 0/93$) و میزان آگاهی استادان در این مورد ($1/8 \pm 0/95$) دادند و کمترین امتیاز را بترتیب به بهره‌وری مدت حضور در عرصه ($0/7 \pm 0/94$)، ارزیابی کلی از عرصه ($0/9 \pm 0/02$) و کیفیت مدیریت عرصه ($1/0 \pm 0/83$) دادند.

در مجموع میانگین نمره کل دانشجویان در پاسخگویی به سؤالات از ۳۰ نمره $9/65 \pm 7/1$ به دست آمد. میانگین نمره دانشجویان از طریق پاسخگویی به سؤالات تشریحی برحسب ارزیابی کلی آنان از عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر (سؤال ۱۱ جدول ۱) نیز

محاسبه شد. میزان آگاهی دانشجویانی که ارزیابی کلی خوبی از عرصه نداشتند (بسیار ضعیف)، نسبت به سایر دانشجویان بیشتر بود ($10/75 \pm 7/81$). کمترین میزان آگاهی در گروهی از دانشجویان وجود داشت که عرصه را در حد متوسط یا خوب ارزیابی کرده بودند (جدول ۲). نظرات دانشجویان در مورد نقاط ضعف و قوت عرصه آموزش پزشکی جامعه‌نگر و پیشنهادهای آنان نیز به شرح زیر جمع آوری شد:

۱- مکان: محل عرصه را دور از دسترس، محدود، ناشناخته و نامناسب دانسته و پیشنهاد کرده‌اند به درمانگاهی مشهورتر یا درمانگاه بیمارستانهای بزرگ مثل امام و... منتقل شود.

۲- استادان: مخالفت، عدم توجه، نداشتن انگیزه، حضور نامنظم و اتلاف وقت آنان را ذکر کرده‌اند و پیشنهاد شده که ابتدا کارگاههای توجیهی برای

جدول ۱- توزیع درصد پاسهای دانشجویان به سؤالات قسمت اول پرسشنامه (کرمانشاه سال ۷۶).

متن سؤال	بسیار ضعیف (۰)	ضعیف (۱)	متوسط (۲)	خوب (۳)	عالی (۴)
۱- میزان آگاهی شما از COME	۸/۸	۲۲/۸	۴۳/۹	۲۲/۸	۱/۸
۲- برداشت منطقی شما از COME	۵/۳	۲۸/۱	۲۹/۸	۳۵/۱	۱/۸
۳- بهره‌وری مدت حضور در عرصه	۵۰/۹	۳۳/۳	۱۲/۳	۰	۳/۵
۴- تناسب COME با نیاز جامعه	۲۲/۸	۳۶/۸	۲۶/۳	۸/۸	۵/۳
۵- رغبت و استقبال مراجعین	۲۱/۱	۴۲/۱	۲۹/۸	۷/۰	۰
۶- کیفیت مدیریت عرصه	۳۱/۶	۴۲/۱	۲۲/۸	۳/۵	۰
۷- میزان آگاهی استادان	۸/۸	۲۴/۶	۴۹/۱	۱۲/۳	۵/۳
۸- میزان تشریح مساعی استادان	۱۷/۵	۲۶/۳	۳۸/۶	۱۴/۰	۳/۵
۹- همکاری و استقبال کادر کمکی	۱۰/۵	۳۱/۶	۳۸/۶	۱۴/۰	۳/۵
۱۰- مناسب بودن محل و موقعیت عرصه	۳۵/۱	۳۱/۶	۲۱/۱	۱۰/۵	۱/۸
۱۱- ارزیابی کلی از عرصه کرمانشاه	۲۲/۱	۳۱/۶	۲۱/۱	۵/۳	-

جدول ۲- توزیع میانگین نمره کسب شده توسط دانشجویان بر حسب ارزیابی کلی آنان

از عرصه پزشکی جامعه‌نگر در (کرمانشاه ۷۶).

سؤال	ارزیابی کلیه دانشجویان از عرصه کرمانشاه	بسیارضعیف (۲۴ نفر)	ضعیف (۱۸ نفر)	متوسط (۱۲ نفر)	خوب (۳ نفر)	کل افراد (۵۷ نفر)
۱- تعریف آموزش پزشکی جامعه نگر (۱۰ نمره)	۳/۴۲	۲/۶۷	۲/۶۷	۲/۶۷	۳/۶۷	۳/۰۴
۲- تفاوت آموزش پزشکی جامعه‌نگر و بالینی (۱۰ نمره)	۲/۹۲	۲/۷۱	۲/۷۱	۲/۲۵	۱/۰	۲/۹۱
۳- بیان روش درمان یک بیمار مشکوک به تیفوئید بادونگرش سنتی و COME (۱۰ نمره)	۴/۴۲	۳/۸۱	۳/۸۵	۲/۹۱	۴/۰	۳/۷۰
مجموع (۳۰ نمره)	۱۰/۷۵	۷/۸۱	۷/۴۳	۵/۳۶	۸/۳۷	۹/۶۵

یک برنامه اصولی و مشخص کردن حیطه وظایف گروه‌های مختلف و با نظارت مستمر بر بخش‌های مختلف، هماهنگی با استادان، ارتباط با دانشجویان، جلب همکاری کارکنان و ایجاد تغییرات لازم در سیستم مدیریتی این ضعفها جبران شود.

۵- جامعه: عدم آگاهی جامعه، نداشتن رغبت و عدم استقبال آنان، کمبود بیمار در برخی رشته‌ها و پایین بودن سطح فرهنگی مردم از مشکلات عمده بود که می‌توان با داشتن پوشش تبلیغاتی مناسب و ارائه آموزشهای لازم به جامعه در آنان ایجاد رغبت کرد و با تدوین برنامه زمان‌بندی مناسب فقط از رشته‌هایی که دارای بیمار کافی هستند، مثل اطفال، زنان و داخلی در عرصه استفاده کرد. در ضمن کم کردن حق ویزیت بیماران نیز می‌تواند مفید باشد.

استادان برگزار شود و با آنها هماهنگی لازم به عمل آید و در صورت امکان از استادان معتقد به این نظام آموزشی به صورت ثابت (نه دوره‌ای و اجباری) استفاده شود.

۳- دانشجو: نداشتن آموزش مناسب، عدم آگاهی از اهداف و روشها، به هدر دادن وقت، ایجاد مشکلات مالی و نداشتن جایگاه در عرصه را به عنوان مشکل ذکر کرده و پیشنهاد نموده‌اند در ابتدای دوره جهت آشنایی و ایجاد علاقه کارگاه توجیهی برگزار و جایگاه دانشجو در عرصه مشخص شود و زیر نظر استادان علاقه‌مند به COME آموزش ببینند.

۴- مدیریت و برنامه ریزی: ضعف، ناهماهنگی، عدم وجود ارتباط با سایر بخشها، بی‌برنامگی و نامشخص بودن حیطه وظایف افراد از مشکلات و نقاط ضعف مطرح شده بود و توصیه کرده‌اند که با تدوین

در مطالعه‌ای که در روی ۱۰۵ دانشجوی دانشگاه الجزیره سودان برای اندازه‌گیری پایایی و روایی روشهای COME طراحی شده بود، پایایی این روشها (شامل: خود ارزیابی، چک لیست سوپروایزر، پس خوراند اجتماعی، گزارشی از دانشجویان، سؤالات کوتاه پاسخ (short essay question)، و سؤالات چندگزینه‌ای (multiple choice question) در مقابل روشهای متداول (استاد محوری) با ضریبهای کرونباخ آزمون شد و این پایایی در سطح قابل قبولی (۰/۹۲-۰/۷۷) به دست آمد. روایی این ابزار نیز با استفاده از تحلیل عاملی مولد (Confirmatory Factor Analysis) امتحان شد و روایی بسیار بالایی را نشان داد. نهایتاً روایی و پایایی روشهای COME مورد تأیید قرار گرفت (۸). هرچند روش و اهداف مطالعه مذکور (سودان) با بررسی حاضر متفاوت است، اما در نتایج، نکات مشترک مورد نظر در دو مطالعه نیز تفاوت زیادی دارد که ممکن است مربوط به سابقه بیشتر اجرای این روشها در آن کشور نسبت به ایران یا حداقل کرمانشاه باشد؛ زیرا در این بررسی دانشجویان ارزیابی مثبتی از عرصه آموزشی، بهره‌وری از زمان، مدیریت، آگاهی خود، استادان و... نداشتند و حتی ارزیابی دانشجویان از نظر آگاهی بسیار پایین بود. در یک مقاله مقایسه نظرات دانشجویان و استادان سه دانشکده پزشکی سوئد در مورد روش اصلاحی یادگیری بر مبنای مسأله (Problem Based Learning) و COME آورده شده است. نتیجه نهایی آن بود که این

۶- امکانات: نداشتن بودجه، کمبود امکانات رفاهی، کمبود امکانات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی و...) نبودن سرویس رفت و آمد، ناهماهنگی بین اهداف نظری و عملکرد اجرایی، نداشتن نظم و توجه به ظواهر برنامه بدون توجه به محتوا از نقاط ضعف ذکر شده می‌باشد که برای رفع آنها توصیه کرده‌اند بودجه کافی به این بخش اختصاص یابد و تسهیلات رفاهی، سرویس رفت و آمد و امکانات تشخیصی فراهم و پرونده‌های دقیق برای بیماران تشکیل شود.

۷- سایر مسائل: نبود آموزش مناسب سرپایی و عدم رعایت اصل پیگیری و ارجاع بیمار از دیگر مشکلات نام برده شده است که در این مورد توجه به مفاهیم عالی پزشکی جامعه‌نگر، تشکیل پرونده‌های کامل، هماهنگی با سایر مراکز برای ارجاع بیمار، توجه به امر تحقیقات، یک ماهه شدن دوره (آن هم به صورت پیوسته نه در هر بخش چند روز) و ایجاد سازگاری بیشتر بین حرف و عمل پیشنهاد شده است.

بحث:

نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر با توجه به اهمیت و مفاهیم عالی آن می‌تواند راهگشای حل بسیاری از مسائل آموزشی و بهداشتی کشور بخصوص در زمینه تربیت نیروی انسانی متخصص باشد. نوپا بودن آن در ایران و کمبود افراد صاحب نظر در دانشگاههای کشور باعث شده تا استادان نتوانند بهره‌وری مناسبی از اجرای آن داشته باشند و دانشجویان نیز نتوانند آموزش مناسب و کافی ببینند.

۸ نفری دانشجویی به راهنمایی یک استاد را پیشنهاد می‌کنند (۱۰). روش پیشنهادی در بررسی اسکاتلند با نحوه اجرای برنامه در ایران و کرمانشاه کاملاً متفاوت است. شاید یکی از دلایل عدم موفقیت علمی این برنامه نیز همین تفاوتها باشد. البته توجه به بافت جمعیتی و فرهنگی هر منطقه و میزان توانایی دانشگاههای مختلف نیز می‌تواند کمک کننده باشد.

در مطالعه‌ای دیگر ۲۲ گروه از ۲۶ گروه رزیدنتها قبل و بعد از شرکت در دوره‌های جامعه‌نگر از نظر آگاهی مقایسه شدند که آگاهی آنها خیلی بیشتر شده بود و نگرش آنان نیز به صورت معناداری در جهت موافقت تغییر کرده بود (۷). ان‌شاءالله با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه و سایر بررسیهایی که در کرمانشاه و سایر نقاط ایران در دست انجام است، ما نیز بتوانیم با اجرای بهتر این برنامه‌ها، در دانشجویان هم از نظر آگاهی و هم از نظر نگرش و رفتار تغییرات مهمی ایجاد نمایم.

تشکر و قدردانی:

از همکاری صمیمانه آقایان مهدی خزاعی و مازیار سلیمی در امر جمع‌آوری داده‌ها و از سایر دانشجویان برای تکمیل پرسشنامه و خانم فرنگیس میرزایی تشکر و قدردانی می‌نمایم.

روشها به دانشجویان و استادان کمک می‌کند تا به منظور بهینه‌سازی نقش خود به عنوان عامل مؤثر در آموزش پزشکی، ارتباط بیشتری با جامعه در زمینه سودرسانی به بهداشت مردم داشته باشند (۹). در این بررسی دانشجویان از دیدگاه نظری با نتایج مطالعه سوئد تقریباً هماهنگ بودند، اما از نظر اجرای عملی اشکالات زیادی را برای این نظام آموزشی مطرح کردند؛ لذا وجود برنامه‌ای مدون، منظم و قابل اجرا، برگزاری کارگاههای توجیهی برای کادر مدیریت، کارکنان و استادان قبل از ورود به عرصه‌ها، مشخص شدن حیطه‌های وظایف افراد و بخشهای مختلف، ایجاد هماهنگی و ارتباط لازم بین آنها و توجه به محل عرصه آموزشی از همه ابعاد می‌تواند در جهت بهبود وضعیت موجود مؤثر واقع شود.

در مطالعه‌ای در اسکاتلند، بر اندازه‌گیری نیازهای جامعه و ضرورت آن تأکید شد و پیشنهاد گردید آموزش پزشکی بیشتر جامعه نگر شود تا دانشجویان امروز عاملین مؤثرتری در آینده باشند. اصلاحات اخیر سرفصلها در برخی دانشکده‌های پزشکی، بیشتر شامل روشهای دانشجو محوری است و دانشجویان را به یادگیری از راه کشف عقلانی و تفکرات انتقادی تشویق می‌کند. همچنین آموزش ۳۰ هفته‌ای گروههای

منابع:

۱. شرفکندی، عبدالرحمان (هزار). «قانون در طب از شیخ الرئیس ابوعلی سینا»، انتشارات سروش،

تهران: ۱۳۶۴، ص ۴-۵.

۲. دباغ، علی؛ ادیبی، پیمان «رویکرد نوین دانش آموزش پزشکی» سومین همایش کشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، فروردین ۱۳۷۷.
۳. آصفزاده، سعید. «آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (ترجمه)» ۱۳۷۶، تا ص ۱۴۹.
۴. اکبری، محمداسماعیل. «آموزش پزشکی جامعه‌نگر و اهداف آن» دومین کارگاه آموزش پزشکی جامعه‌نگر، کرمانشاه، ۱۳۷۴.
۵. صادقی حسن آبادی، علی «کلیات بهداشت عمومی» دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۳، ص ۱۹۴-۱۹۵.
6. Prislín, Michael D. ; Karen M. Feighny; Jeffery A. Steams; Jan Hood Lovise Arnold; Stanley Erney and Linda Johnson "What students say about learning and teaching in longitudinal ambulatory primary care clerkships: a multi institutional study." *Academic Medicine*. 1998; 73(6):680-687.
7. Donsky, J. et al. "Teaching community oriented primary care through longitudinal group projects." *Family Medicine*. 1998; 30(6):424-30.
8. Mohieldin, M.; Agzoub, A. et al. "Student assessment in community settings: a comprehensive approach." *Medical Education*. 1998; 32:50-50.
9. Guilber, F.F. "Comparison of the opinion students teachers concerning medical education programmes in switzerland." *Medical Education*. 1998; 65-69.
10. Davison, H. et al. "Community oriented medical education in Glasgow: developing a community diagnosis exercise." *Medical Education*. 1999; 33:55-62.