

فرم ارسال خلاصه فرایند جشنواره آموزشی شهید مطهری

(۱) عنوان فارسی:

طراحی، استقرار و ارزشیابی "برنامه اصلاح شده ناجی" در راستای مدیریت نسخه نویسی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی دزفول

(۲) عنوان انگلیسی:

Development, deployment and evaluation of "Modified NAJI program" towards the social prescribing management in Dezful University of Medical Sciences.

(۳) حیطه نوآوری:

☐ تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

☐ یاددهی و یادگیری

☐ ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیات علمی و برنامه)

☐ مدیریت و رهبری آموزشی

☐ یادگیری الکترونیکی

☐ طراحی و تولید محصولات آموزشی

(۴) محل انجام فرایند:

دانشکده: پزشکی	گروه آموزشی: پزشکی اجتماعی	بیمارستان:
----------------	----------------------------	------------

(۵) مدت انجام فرایند:

تاریخ شروع: بهمن ۱۴۰۰	تاریخ پایان: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰
-----------------------	-------------------------

۶) اطلاعات صاحبان و همکاران فرایند (ردیف قابل افزایش است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	موقعیت دانشگاهی (هیأت علمی/کارشناس/دانشجو)	نوع همکاری (صاحب اصلی ^۲ /صاحب/همکار)	درصد مشارکت	نقش ^۱ (ارایه کننده فرایند در زمان برگزاری جشنواره/ دریافت کننده لوح، تندیس و جایزه نقدی جشنواره/طرف قرارداد برای دریافت گزنت نصر)	امضا
۱	دکتر مریم مظاهری	استادیار	صاحب اصلی فرایند	۵۰	ارایه کننده فرایند در زمان برگزاری جشنواره/ دریافت کننده لوح، تندیس و جایزه نقدی جشنواره/طرف قرارداد برای دریافت گزنت نصر	
۲	دکتر مریم خرمی زاده	استادیار	صاحب اصلی فرایند	۳۰		
۳	دکتر فخرالسادات میرحسینی	دانشیار	همکار طرح	۱۸		
۴	نرجس کاظمی	مربی	همکار طرح	۰/۵		
۵	دکتر محمد امین بهمنش	دانشیار	همکار طرح	۰/۵		
۶	دکتر عزت الله قاسمی	استادیار	همکار طرح	۰/۵		
۷	سیداحمد موسوی	دانشیار	همکار طرح	۰/۵		
				مجموع ۱۰۰٪		

^۱ برحسب تصمیم صاحبان فرایند، نقش های ذکر شده بین صاحبان و همکاران فرایند توزیع می شود. در عین حال همه این نقش ها می تواند بر عهده یک نفر باشد.

^۲ حداکثر دو نفر از صاحبان فرایند می توانند به عنوان صاحب فرایند اصلی معرفی شوند. در صورتی که بیش از این تعداد صاحب اصلی فرایند در فرم گنجانده شوند به ترتیب قرار گرفتن در متن، دو نفر اول به عنوان صاحبان اصلی تعیین می شوند.

۷) هدف کلی:

طراحی، استقرار و ارزشیابی "برنامه اصلاح شده ناجی" در راستای مدیریت نسخه نویسی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی دزفول

اختصارات:

- نسخه‌نویسی اجتماعی: SP
- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت: SDH
- فرد مشکل دار اجتماعی: (case)
- جلب حمایت همه جانبه: advocacy
- برنامه اصلاح شده ناجی: "بانی"
- مراکز جامع خدمات سلامت روستایی: مراکز بهداشتی

۸) اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:

۱- طراحی برنامه اصلاح شده ناجی در راستای رفع مشکلات اجرایی

- انجام نیازسنجی
- طراحی برنامه اصلاح شده بر اساس نیازسنجی
- ۲- استقرار برنامه اصلاح شده ناجی
- ۳- ارزشیابی برنامه اصلاح شده ناجی

۹) بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

دانشجویان پزشکی علاوه بر یادگیری تشخیص و درمان بیماران، بایستی از بستر زندگی آنها هم آگاهی داشته باشند. برای این مهم برنامه ناجی در دانشگاه دزفول در حال اجراست. دانشجویان برای اجرای این برنامه در دوره کارورزی پزشکی، مشکلاتی داشتند:

"هنگام مصاحبه، گاهی case همکاری نمی کند، در منزل، حضور ندارد، نگران نگاههای همسایه است، می گوید حالا برایم

چه کاری انجام می دهید که تا اینجا آمده اید، ضمناً یادمان میرود در مصاحبه چه پرسیم و چه راهکاری بدهیم."

این مشکلات مانع از اجرای درست برنامه آموزشی شده و اگر راهکارهایی برای مدیریت برنامه در جهت تغییر شیوه اجرا، طراحی شود، شاید اجرایی شدن برنامه با موفقیت بیشتری حاصل گردد و این نکته آغاز فرایند حاضر شد"

از مهمترین دغدغه‌های کشور، ارتقای نظام آموزش پزشکی در راستای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه و همسو نمودن برنامه های آموزشی با مشکلات بهداشتی و درمانی است و برای نیل به این هدف، نیازمند دیدگاه جامع به حوزه سلامت توسط برنامه ریزان و سیاستگذاران می باشیم (۱). طبق بررسی ها ۷۵٪ عوامل تهدید یا تقویت کننده سلامت، اجتماعی و ۲۵٪ عوامل پزشکی در سلامت تاثیرگذار هستند؛ یعنی برخی بیماران به دلایل غیر بالینی دچار علائم جسمی بوده و به پزشک مراجعه و خدمات دارویی یا پاراکلینیکی دریافت می کنند که نه تنها منجر به درمان آنها نمی گردد؛ بلکه باعث آسیب و صرف هزینه

های اضافی شده، بار کاری پزشکان را بالا می برد (۲). رویکردی که ریسک فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی و سایکولوژیک را که منجر به بروز بیماری‌های قابل پیشگیری می شوند مورد هدف قرار می‌دهد، نسخه‌نویسی اجتماعی^۳ است (۳). SP اصلاح شیوه و شرایط زندگی ناسالم با استفاده از نهادهای اجتماعی و خیرین بوده و باعث می شود تعداد بیماران کمتر شده و با دریافت مداخلات غیر دارویی، مصرف داروها کاهش و وضعیت آنها بهبود یابد (۴). مرور مطالعات در کشور حاکی از آن است که آموزش پزشکی کنونی، با نارسایی های جدی در فارغ التحصیلان و برو است (۵-۷) مثلاً دوره آموزش بالینی از مقاطع حساس آموزشی است که در طی آن توانمندی های اولیه حرفه ای دانشجویان در عمل، پایه ریزی می گردد، اما در حال حاضر کسب این تجربه عمدتاً محدود به بیمارستانها؛ آن هم در کنار تخت بیمار یا به طور محدود در درمانگاههای فوق تخصصی و تخصصی موجود در بیمارستانها است (۸) و شناخت عواملی که زندگی افراد را تحت تاثیر قرار داده و منجر به بیماری آنها می شود، مهجور مانده است. اگرچه در آخرین بازنگریهای کوریکولوم رشته پزشکی در سرفصل دوره کارورزی پزشکی اجتماعی به آشنایی با SDH و advocacy اشاراتی شده است، اما هنوز آموزش های مربوطه با مشکلاتی نظیر: پذیرش دانشجو از مناطق مختلف با فرهنگهای متنوع و نبود راهبرد آموزشی مشخص، همراه است. لذا اساتید و مدیران حوزه سلامت در هدایت و آموزش دانشجو در این زمینه با چالشهایی روبرو هستند.

علیرغم اینکه د.ع.پ دزفول از سال ۱۳۹۷ تا کنون به منظور آشنایی و تربیت پزشکانی با دیدگاه SDH و جامعه‌نگر و آشنا با شیوه ارجاع و توانمند در شناخت بستر اجتماعی بیماران، برنامه آموزشی نسخه نویسی اجتماعی (ناجی) را اجرا نموده است (شرح برنامه در پیوست ۱)، اما همواره با مشکلات و چالش‌های اجرایی و رهبری آموزشی نظیر اعتراض دانشجویان و اساتید برای مراجعه به منزل و نامناسب بودن شرایط آموزش در فیلد مواجه بوده است. گستردگی ابعاد مدیریت برنامه های آموزشی، شناسایی و اصلاح چالش‌ها، انجام فرایندهای اثرگذار هم‌زمان را پیچیده نموده و جلب حمایت گسترده سازمانی را می‌طلبد. با توجه به نبود برنامه جامع مناسب جهت SP در کشور آن هم در محیطی کاملاً محسوس و عینی که منجر به تقویت اخلاق و تعهد حرفه ای و پاسخگویی اجتماعی گردد، بستر سازی برنامه در جهت اجرایی شدن آسان در تمام کشور برای حل مشکلات ذکر شده ضرورت دارد. لذا مجریان فرایند بر آن شدند با بازاندیشی بر نتایج اجرای چندساله برنامه و پایلوت کشوری آن در راستای رفع موانع اجرایی، مدیریت آموزشی مناسب را هدف قرار داده و بر اساس نیازسنجی، برنامه موجود را اصلاح و با مدیریت چالش‌های اجرایی، آن را استقرار دهند.

۱۰) مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

تجارب و مطالعات مرتبط زیادی در این زمینه وجود ندارد. برنامه SP در انگلستان به عنوان پیش‌تاز از سال ۲۰۰۶ آغاز و پس از آن در برخی دانشگاههای جهان مانند کانادا و آمریکا در حال انجام است. اجرای برنامه برای مردمی است که مشکلات اجتماعی دارند و در دانشگاهها برای دانشجویان پزشکی آموزش داده می شود. لذا با توجه به نوپا بودن این برنامه مطالعات جدید بررسی و مشخص گردید که جهت مدیریت آموزش Sp و رفع چالشها، راهکارهایی پیشنهاد گردیده است که به خلاصه آن در عبارات زیر اشاره و شرح کامل بررسی متون در (پیوست ۲) آمده است:

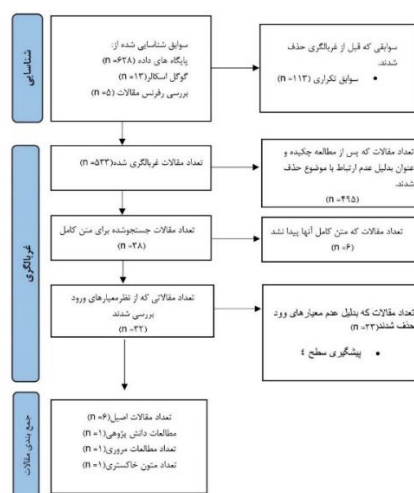
^۳ Social Prescribing

استفاده از آموزش همتایان ضمن افزایش آگاهی، دانش و اعتماد به نفس در دانشجویان فرصت تعامل چند رشته ای را فراهم می آورد (Goodchild-۲۰۲۳) (۹). همچنین بکارگیری تسهیلگر در آموزش SP ضمن امکان بازتاب برنامه و افزایش درک دانشجویان منجر به افزایش دانش اعضای هیات علمی گردیده (Ozone-۲۰۲۳) (۱۰) و نتایج بکارگیری نرم افزار جهت شناسایی نیازهای دانشجویان نظیر: شفقت، روابط بین فردی، آسیب های اجتماعی-اقتصادی، شبکه بیانگر این است که ۴۵ درصد نیازهای آموزشی، در دسترس تجویزکنندگان نسخه اجتماعی نیستند (Wallace-۲۰۲۱) (۱۱). به نظر می رسد با ایجاد یک سرویس SP متشکل از اطلاعات سازمان های محلی، موسسات خیریه در قالب کلینیک و پروتکل برای ارجاع بیمارانی که توسط دانشجویان ویزیت شوند، بتوان فرصت های مناسب SP را شناسایی نمود (Ward-۲۰۲۰) (۱۲). برخی مطالعات با در نظر گرفتن اینکه SDH محرک اصلی سلامت و پیامدهای بهداشتی متفاوت در جوامع بوده و از مهمترین مشکلات آموزش SDH، تعهدات متناقض سیستم های مختلف بهداشتی برای پرداختن به SDH بوده است، نمونه هایی از رویکردهای مناسب جهت ادغام SDH در برنامه های درسی را پیشنهاد داده اند (Siegel-۲۰۱۸) (۱۳).

۱۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرانسی ذکر شود):

در ایران نیز مطالعات زیادی انجام نشده است. به خلاصه ای از آنها اشاره و شرح کامل بررسی متون در (پیوست ۳) می آید: مطالعه ای سیستماتیک با شناسایی عوامل مرتبط با بیمار (بیمار محوری، پیچیدگی بالینی، ادراک، دانش)، و محورهای اصلی SP: (شامل L.Ws, health workers)، موفق به استخراج ۴ عامل ویژگی فردی، روابط بین فردی، موارد سازمانی و زمینه سیاسی شد (۱۴۰۲ ابراهیم اقلی) (۱۴). درباره اولین تجربه آموزشی دانشجویان در ایران، نیز مشخص شد اجرا و ارزشیابی برنامه نسخه نویسی اجتماعی، باعث می شود دانشجویان، ضمن آشنایی با بستر جامعه SDH و SP، آن را ضروری دانسته و کاربردش را مفید و برای کارهای آینده لازم بدانند و با دلسوزی به پیگیری مشکلات افراد، توانمندسازی و بهبود شرایط ناسالم زندگی آنها شوند (مظاهری ۱۴۰۱) (۱۵) (۱۶).

تصویر ۱: نحوه مرور تجربیات و شواهد خارجی و داخلی



۱۲) شرح فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

مقدمه در مورد برنامه موجود (ناجی):

برنامه نسخه نویسی اجتماعی (با اختصار: ناجی) در د.ع.پ دزفول در حال انجام است و در بخش های بیان مسئله و مرور متون نیز شرح داده شد. اما کارورزان پزشکی که با هدف شناخت مسائل واقعی بیماران، SP را باید انجام دهند با چالش هایی روبرو شده بودند: مثلاً چگونگی تعامل دقیق تر با بیماران و کسب اطلاعات لازم و تعاملات محیطی. لذا برای کشف و حل چالش ها در جهت پیشبرد یک برنامه موثر و بخصوص به جهت توسعه کشوری در برنامه پزشکی عمومی باید این فرایند جاری شکل می گرفت بنابراین مراحل زیر که شرح اقدامات این فرایند است ارائه می گردد:

مراحل اجرایی برنامه:

تصویر ۲: فازهای اجرایی فرآیند



فاز ۱: طراحی "بانی"

گام ۱- نیازسنجی

ابتدا شرایط موجود برنامه ناجی که در گروه پزشکی اجتماعی در حال اجرا بود بررسی شد. گزارش اقدامات برنامه، سالانه به دبیرخانه شورای پزشکی عمومی ارسال می گردید و دچار چالشهای اجرایی و مدیریتی بود. نیاز بود جهت تسری به کل کشور، مشکلات مرتفع گردد. بدین منظور تحلیل موقعیت^۴ صورت گرفته و ذینفعان برنامه شناسایی و نظرسنجی شدند. جلساتی در سطوح دانشجویان، بهورزان، پزشکان و پرسنل، اعضای گروه و مسئولین دانشکده تشکیل و با استفاده از روشهای متفاوتی چون پرسش و پاسخ، چک لیست، نظرسنجی شفاهی و بحث گروهی^۵ نظرات جمع آوری گردید. البته از اساتید مجرب و پیشگام ملی و بین المللی هم جهت اظهار نظر استفاده شد. اقدامات جهت رفع مشکلات موجود و اصلاح برنامه شامل موارد زیر بود:

۱. بررسی، نگارش و آنالیز مشکلات اجرایی و نیازهای مرتبط
۲. بررسی متون معتبر علمی و اقدامات صورت گرفته

^۴ Situation analysis

^۵ group discussion

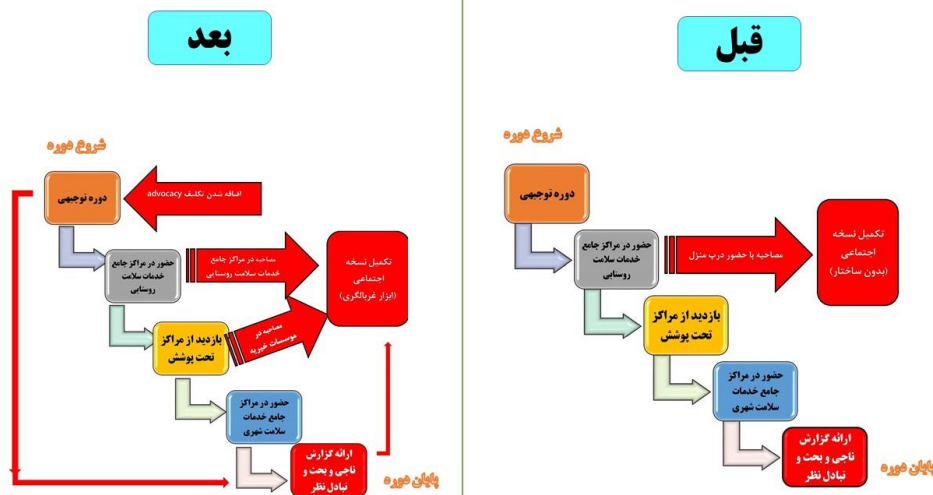
۳. دریافت راهنمایی‌های لازم از اساتید متبحر مرتبط
۴. تبادل نظر با ذیربطان جهت تسهیل برنامه و رفع مشکلات اجرایی
۵. تبادل نظر در جلسات قبل از برگزاری دوره
۶. دسته‌بندی اولویت‌بندی مشکلات و پیشنهاد راه‌حل‌های ممکن
۷. مشخص شدن اهداف، استراتژی‌ها، اقدامات، منابع، مجریان، شیوه ارزشیابی و تایید مسئولین



گام ۲- طراحی "بانی" بر اساس نیازسنجی

با توجه به نتایج گام اول، اصلاحاتی توسط نشست‌های تیم فرایند و تامل بر مشکلات برنامه و نتایج نیازسنجی در برنامه ناجی انجام و در شورای آموزشی دانشگاه تصویب گردید. "بانی"، شامل تغییراتی در شیوه اجرای برنامه شامل: **مطالب دوره توجیهی، ابزار شرح حال‌گیری، مکان مصاحبه دانشجویان و جلسات گزارش دهی^۱** بود. در طراحی ابزار از تمام روشهای طراحی یک ابزار استاندارد (با روایی و پایایی) استفاده شد که شرح کامل هر یک از مراحل آن در **پیوست ۴** آمده است. ضمناً راهنمای اجرایی هم برای آن تهیه شد. (پیوست ۵)

تصویر ۳: مقایسه مراحل اجرای برنامه ناجی قبل و بعد از اصلاح برنامه



^۱ Case presentation

فاز ۲: اجرا و استقرار "بانی"

"بانی"، در جلسه گروه مطرح، تایید و دانشجویان از ترم بهمن ۱۴۰۰ طبق این برنامه، دوره کارورزی را شروع نمودند. **تغییرات دوره ۲ روزه توجیهی:** علاوه بر مطالب قبلی، پیرامون advocacy، آموزش‌های جدیدی اضافه و یک تکلیف گروهی مشخص و از دانشجویان خواسته شد تا قوانین مضر برای سلامت (طبق تعریف WHO) را پیدا نموده و با ذکر منبع، نگارش و راهکارهای advocacy برای اصلاح یا حذف آن را ارائه نمایند.

تغییر ابزار شرح حال گیری: ابزار برنامه ناجی، بدون ساختار و سوال باز بود. (پیوست ۶) و دانشجو به ذهن خود مراجعه و تمامی سوالات لازم در شرح حال گیری اجتماعی را می‌پرسید و در نهایت SP را انجام می‌داد. این مرحله بخش مهمی در این فرایند بود که از روش‌های پژوهش و ابزارسازی هم در آن استفاده شد تا دقت ابزار افزایش یافته و در هنگام استفاده کارورزان اطلاعات دقیق‌تری بدست آید. برای طراحی ابزار جدید از پنل خبرگان و بررسی متون وسیع استفاده شد. تمامی آیتم‌های مرتبط به SDH و ناجی در ابزار قرار گرفت. سپس موارد مشابه حذف و خلاصه و دسته‌بندی شده و موضوعات در بخش‌های جداگانه تفکیک و جلوی هر سوال پاسخ بلی و خیر تعبیه شد.

تغییر مکان مصاحبه دانشجویان

۱- موسسات خیریه

دانشجویان پس از انجام هماهنگی‌های لازم به موسسه مراجعه و با case مصاحبه می‌نمودند. قبل مصاحبه توجیه دانشجویان و case صورت گرفته و رضایت او جلب می‌شد. هنگام مصاحبه، ابزار جدید تکمیل می‌شد. در پایان از case قدردانی و بسته معیشتی اهداء می‌گردید تا اخلاق هم رعایت شود.

۲- مراکز بهداشتی

دانشجویان نیمی از دوره را در مراکز بهداشتی حضور دارند. در شروع دوره، پزشک مرکز، توجیه و از او خواسته شد بدلیل آشنایی با بیماران اجتماعی تحت پوشش و در صورت مساعد بودن شرایط فرد، آنها را برابر مصاحبه معرفی نماید. در اتاقی غیر از اتاق پزشک و یا در حضور پزشک، مصاحبه انجام و ابزار تکمیل می‌گردید. در هر دو مکان اجرا، در صورتی که نیاز به بازدید از منزل بود، با هماهنگی تیم سلامت انجام می‌پذیرفت.

تغییر جلسات گزارش دهی:

در برنامه ناجی موجود، گزارش دانشجویان در انتهای دوره، در یک جلسه با حضور اعضاء گروه بود. در "بانی"، جهت ارتباط بیشتر، همان‌روز، جلسه گزارش، تشکیل و بحث و تبادل نظر صورت گرفت. نسخه‌های نگارش شده با تاکید بر نقش SDH و advocacy درباره مشکلات کیس‌ها آنالیز گردیده و آموزش‌های لازم به کارورزان ارائه می‌گردید. در نهایت نسخه‌های تجویز شده که در اصل شامل راهکارهای توانمندسازی و حمایتی case بود (تجویزهای غیر دارویی)، به مسئولین موسسات یا مراکز بهداشتی پیشنهاد می‌شد.

فاز ۳: ارزشیابی "بانی"

برای بخش‌های مختلف فرایند از شیوه‌های متفاوت ارزشیابی استفاده شد. یادگیری فراگیران، اثربخشی ابزارهای مورد استفاده و همچنین استقرار برنامه تحت ارزشیابی و ارزیابی قرار گرفتند. مثلاً سنجش آغازین، اثربخشی، ارزشیابی تکوینی و تراکمی استفاده شد. طراحی و ارزیابی و **تصحیح ابزار تکمیل شده و مقایسه نمرات، آنالیز چک لیست نظرسنجی، و همچنین ارزشیابی استقرار برنامه و نتایج جانبی** هم صورت گرفت. همانطور که در روش طراحی نیز ذکر شد، ذیربطان مختلف در انجام ارزیابی‌ها نقش داشتند که جزئیات در (پیوست ۷) آورده شده است.

دانشجویان در پایان دوره چک لیست نظرسنجی را تکمیل نمودند. با تصحیح نسخه‌های نگارش شده، مهارت کارورزان ارزشیابی و از ۲۰ نمره داده شد. برای ارزشیابی برنامه، اشتراک‌گذاری مستندات اجرایی کار بصورت درون دانشگاهی، کلان منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی انجام و از بازخوردهای ارسالی استفاده و اصلاحات لازم صورت پذیرفت که نمونه‌های آن در نقد و نتایج آورده شده است. اقدامات انجام‌گرفته بصورت منظم در هر دوره ارزیابی و در برنامه لحاظ شده و به دبیرخانه پزشکی عمومی ارسال گردید به توصیه دبیرخانه، علاوه بر اجرای "بانی"، هم‌زمان برنامه قبلی نیز اجرا و فرم بدون ساختار قبلی برای یک کیس دیگر اجتماعی تکمیل می‌گردید (هر دانشجو با ۲ کیس مصاحبه می‌کرد). بنابراین از تکمیل این فرم‌ها در مواردی برای ارزشیابی نیز استفاده گردید. (پیوست ۸)

۱۳) نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را تشریح کنید:

۹۲ کارورز، از بهمن ۱۴۰۰ تاکنون (۴ نیمسال) در برنامه شرکت داشتند.

جدول ۱- تعداد دانشجویان شرکت‌کننده در "بانی"

نیمسال تحصیلی	تعداد کارورزان پزشکی اجتماعی
دوم ۱۴۰۰-۱۴۰۱	۲۳
اول ۱۴۰۱-۱۴۰۲	۹
دوم ۱۴۰۱-۱۴۰۲	۳۳
اول ۱۴۰۲-۱۴۰۳	۲۷
کل	۹۲

نتایج فاز ۱: طراحی "بانی"

برنامه قبلی مشکلات زیادی داشت (دانشجو به همراه بهورز و استاد مربوطه به منزل case مراجعه می‌نمود). همراهی بهورز با دانشجویان و ترک خانه بهداشت، عدم حق‌الزحمه برای بهورزان، احتمال مشکلات اخلاقی و امنیتی، عدم همکاری (case) به دلایل مختلف، مزاحمت‌های خانواده (case)، خجالت (case) از همسایگان، ایجاد انتظار جهت

حل مشکل، اوضاع نامناسب (case) یا خانواده او درهنگام مصاحبه، عدم موافقت برخی از (case)ها برای مصاحبه، مشکلات ایاب و ذهاب دانشجویان در روستا، مخالفت مدیر گروه جدید با رشته تحصیلی متفاوت و تحریک دانشجویان و اعتراض نسبت به برنامه توسط برخی اساتید و اعتراض آنها علیه برنامه قبلی و عدم اجرا در دانشگاه‌های دیگر، تحریک تیم اعتباربخشی وزارتی علیه برنامه، توجه بیشتر به عوارض جانبی برنامه (ایجاد انتظار cade) و توجه کمتر به تاثیرات آموزش دانشجویان و یادگیری کمتر دانشجویان در زمینه advocacy، و فراموشی مطالب جهت مصاحبه و پیشنهاد راهکارهای SP. از چالش‌های موجود در برنامه قبلی بود.

نقاط قوت برنامه نیز شامل: موافقت رییس دانشکده با برنامه و بازدید منزل، بیان ضرورت توسط مدیر گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های تهران و تبریز و تمایل برخی از دانشجویان در نظرسنجی بود.

خروجی جلسات نیازسنجی، منجر به طراحی "بانی" شد که شامل تغییراتی در شیوه اجرای برنامه قبلی در دوره توجیهی، ابزار شرح حال‌گیری، مکان مصاحبه و جلسات گزارش‌دهی بود که در ذیل نتایج آمده است:

دوره توجیهی: بصورت یک session اضافه، گام‌های advocacy توضیح داده شد. دلیل اضافه شدن این مبحث، نتایج نظرسنجی دانشجویان بود که یادگیری کمتری را اعلام کرده بودند (نسبت به بقیه موضوعات). سپس بحث و تبادل نظر درباره برخی قوانین موجود و بازخورد اتفاق افتاد. تکلیف گروهی دوره شامل شناسایی قوانین مضر سلامت با ذکر منبع در نصف گروه‌ها و شناسایی راهکارهای advocacy اصلاح یا حذف آن قوانین در گروه‌های بعدی بود. در ذیل نمونه هایی از پاسخ دانشجویان آورده شده است:

استاد ما این قانون رو پیدا کردیم که دستیارهای دوره تخصصی رو از فعالیت اضافه بر آموزششون محروم میکنه و این باعث شده که خیلی از رزیدنت‌ها با توجه به حقوق پایتیشون برای امرار معاش دچار مشکل بشن علاوه بر اینها این قانون توی دوره طرح هم پابرجاست و پزشک‌های شبکه بهداشت اجازه تأسیس مطب و استفاده از دانششون رو جهت کسب درآمد توی مراکز خصوصی ندارن کما اینکه وقتشون ازاد هست و ساعات موظفی خودشون رو پر میکنن توی مناطق محروم و خب این زمینه ای برای ایجاد نارضایتی و عدم تمایل پزشکا برای شرکت توی دوره دستبازی متخصص شدن هست

سازی کاهش انگیزه و عدم تمایل افراد جهت تحصیل در این رشته ضایع شدن حق افرادی که در این رشته تحصیل کردن افزایش احتمال فروش دارو های خطرناک بدون نسخه پزشک افزایش احتمال فروش دارو های اشتباهی به بیمارارن عدم تذکر دادن در مورد تداخلات دارویی و یا آگاهی دادن به بیمارن در مورد نحوه مصرف رقابتی شدن عرصه فروش دارو و خروج این حرفه از رسالت اصلی خود احتمال افزایش دخالت شرکت های دارو سازی و تمرکز بیشتر بر روی فروش دارو تا کیفیت تبدیل شدن داروخانه ها به مغازه هایی صرفا جهت فروش

شماره ۲۳۸۵۰
شماره ۱۱ شهریور ۱۴۰۲
سال هشتاد و نه شماره ۲۳۸۵۰
رای شماره ۹۹۱۶۷ هیأت عمومی دیوان عدالت اداری با موضوع: درج محدودیت مقرر در جزء ۸ ماده ۱ آیین‌نامه تأسیس، ارائه خدمات و اداره داروخانه‌ها مصوب ۸/۳/۱۴۰۰ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص لزوم داروساز بودن موسس جهت اعطای پروانه تأسیس داروخانه، از تاریخ تصویب ابطال شد
شماره ۱۷۱۰
شماره ۱۳۰۵
مدیرعامل محترم روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران
یک نسخه از رأی هیأت عمومی دیوان عدالت اداری با شماره دادنامه ۹۹۱۶۷-۱۳۰۵ مورخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۴ با موضوع: خروج محدودیت مقرر در جزء ۸ ماده ۱ آیین‌نامه تأسیس، ارائه خدمات و اداره داروخانه‌ها مصوب ۸/۳/۱۴۰۰ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص لزوم داروساز بودن موسس جهت اعطای پروانه تأسیس داروخانه، از تاریخ تصویب ابطال شد. جهت درج در روزنامه رسمی به پیوست ارسال می‌گردد.
مدیرکل هیأت عمومی و هیأت‌های تخصصی دیوان عدالت اداری - بدایه اسمعیلی‌فرد

ابزار شرح حال‌گیری:

با توجه به مشکلات ابزار قبلی که در قسمت روش اشاره شد (نیاز به مطالعه قبل از مصاحبه، و یادآوری آیتم‌های مربوطه و ناقص بودن نکاتی که باید پرسیده می‌شد)، ابزار جدید طراحی شد. لازم به ذکر است با توجه به اجرای همزمان دو برنامه به توصیه وزارت، برای ابزار قبلی نیز راهنمای کاربردی تهیه گردید (پیوست ۹)

تصویر ۴: ابزار ناجی قبلی

NAJI Screening Tool (*)
(ابزار نسخه‌نویسی اجتماعی برای دانشجویان پزشکی - ناجی ۱)

بخش دوم:

- مشکل یا آسیب مشخص‌شده را بر اساس عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (social determinants of health) بررسی کرده و تحلیل کنید.
- از روش‌های جمع‌آوری داده‌ها استفاده کنید؛ مثلاً با مورد (case) انتخابی خود هم‌پایه کنید و اطلاعات آن را جمع‌آوری کرده و دسته‌بندی کنید.
- یک نسخه اجتماعی پیشنهادی برای درمان آن مورد را در فرم زیر بنویسید. (منظور از نسخه اجتماعی راهکارهای اجتماعی و غیر پزشکی برای حل مشکلات فرد است که از دید شما نیاز است برای آن فرد توصیه شود تا مانع مراجعه بیش از حد به پزشک گردد. توجه داشته باشید که همواره باستانی بر رویکردهای توانمندسازی تأکید کنید؛ مگر در شرایطی که امکان آن وجود نداشته باشد و در آن صورت رویکردهای حمایتی را پیشنهاد دهید).

case	result	SDH	Social prescribing

اگر نظر یا پیشنهادی دارید بنویسید:

تأثیر و رویه نسخه‌نویسی اجتماعی

برنامه نسخه‌نویسی اجتماعی: ماشینکده پزشکی: گروه پزشکی اجتماعی و خانواده

NAJI Screening Tool (*)
(ابزار نسخه‌نویسی اجتماعی برای دانشجویان پزشکی - ناجی ۱)

نام و نام خانوادگی کارورز: تاریخ: محل: تحصیلات مادر: تحصیلات پدر: ساعت شروع: ساعت پایان:

با سلام و احترام،
لطفاً ابتدا راجع به این ابزار را مطالعه نموده و سپس با دقت سؤالات زیر را از فرد دارای مشکل اجتماعی بررسی و پاسخ‌های آن‌ها را ثبت کنید.

بخش اول (شرح حال کلی اجتماعی):

متن کامل صحبت‌های گفته شده یا خلاصه خود را اینجا بنویسید:

برنامه نسخه‌نویسی اجتماعی: ماشینکده پزشکی: گروه پزشکی اجتماعی و خانواده

پیش‌نویس اولیه ابزار جدید جهت تسهیل کار قبلی، مشتمل بر آیتم‌های زیر طراحی شد:

"مشخصات دموگرافیک، SDH، مهارت‌ها و احساسات (case)، SP با رویکرد توانمندسازی و حمایتی"

هر کدام از این آیتم‌ها شامل تعدادی گزینه با فضایی جهت پاسخ بلی یا خیر و قسمتی برای توضیحات بیشتر بود که دانشجو از (case) می‌پرسید.

نقاط قوت ابزار جدید شامل موارد زیر بود:

۱- وجود تمام سؤالات ممکن موجود و عدم نیاز به یادآوری و آموزش دانشجو

۲- وجود تمام مهارت‌های ممکن (case)

۳- وجود تمام آیتم‌های SP

۴- قابلیت اضافه شدن در سامانه سبب (سؤالات در سامانه وجود نداشت).

در این مرحله نیز میتوان به مشکلاتی از قبیل عدم وجود مستندات بومی، زمانبر بودن ترجمه متون خارجی، آگاهی

نداشتن اکثر همکاران از موضوع، عدم پاسخگویی به ایمیل‌های ارسالی و طول کشیدن زمان طراحی اشاره نمود. نتایج

روایی و پایایی ابزار به طور کامل در (پیوست ۱۰). آمده است. سؤالات بخش‌های مختلف ابزار به شکل زیر اصلاح گردیده

و در نهایت ابزار با ۵ بخش و ۹۵ گزینه (تصویر ۵) مورد تایید قرار گرفت (پیوست ۱۱). همانطور که در روش اشاره شد،

برای شفافیت اجرا، راهنمای کاربردی نیز تدوین گردید (پیوست ۵).

گزینه های سوال	تعداد گزینه های حذف شده - امتیاز کمتر از ۲	تعداد گزینه های بازیابی شده - امتیاز بین ۲ و ۳	تعداد گزینه های بدون تغییر - امتیاز بیش از ۳
بخش اول: بررسی SDH	۳	۳	۱۲
بخش دوم: بررسی مهارت‌ها	۷	۷	۴۰
بخش سوم: بررسی احساسات	۱	۱	۸
بخش چهارم: SP (سازوکارهای توانمندسازی)	۴	۲	۱۴
بخش پنجم: SP (سازوکارهای حمایتی)	۰	۰	۸

تصویر ۵: فرم (ابزار) "بانی"

[illegible][illegible][illegible][illegible]



NAJH Screening Tool (*)

(فرار جرم‌خویش احمداغی از استیجایان دوشکی - ۲۰۱۱)



بافتن پرسش برپه احمداغی

جه احمداغی فرود فراری، مسکال احمداغی و جود دارد؟	
۱. دلاش و احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲. فده و زانغینی	آری ☐ خیر ☐
۳. زانسی در دند	آری ☐ خیر ☐
۴. هفتانی	آری ☐ خیر ☐
۵. زودمانی	آری ☐ خیر ☐
۶. کاشانی	آری ☐ خیر ☐
۷. احمداغی در دند	آری ☐ خیر ☐
۸. احمداغی مستند چوبی - زانسی در دند و ا	آری ☐ خیر ☐
... و ...	
بافتن چهارم: نسخه نه‌یوم‌دند (زامان‌کارهای باون‌دندمانی)	
۱. زانسی و زانغانی فر	آری ☐ خیر ☐
۲. زانسی به زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳. زانسی به زانغانی	آری ☐ خیر ☐
۴. زانغانی فراری احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۵. زانغانی فراری احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۶. زانغانی فراری احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۷. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۸. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۹. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۰. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۱. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۲. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۳. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۴. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۵. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۶. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۷. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۸. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۱۹. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۰. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۱. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۲. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۳. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۴. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۵. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۶. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۷. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۸. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۲۹. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۰. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۱. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۲. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۳. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۴. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۵. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۶. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۷. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۸. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۳۹. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۰. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۱. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۲. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۳. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۴. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۵. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۶. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۷. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐
۴۸. زانغانی و زانغانی احمداغی	آری ☐ خیر ☐

[illegible]

مکان مصاحبه دانشجویان: انتخاب محل در جلسات گروه بررسی و مراکز خیریه تعیین گردید. مرکز خیریه آبشار عاطفه‌ها، مرکز نیکوکاری مهر، موسسه نیکوکاری رسول اعظم؛ قرارگاه جهادی جوادالائمه و موسسه خیریه کودکان رادمان از جمله مراکزی بودند که برای آموزش دانشجویان استفاده شد. دانشجویان از حضور در این مراکز اظهار رضایت نمودند. به مرور زمان و با توجه به بازخوردهای ارزشیابی تکوینی و تلاش جهت مدیریت چالش‌ها، برنامه به مراکز بهداشتی انتقال یافت. دلایل انتخاب این استراتژی، در راستای مدیریت برنامه قبلی، شامل موارد زیر بود:

- ۱- نیازی به رفتن تیم به منزل (case) نبود و هنگام مراجعه فرد تکمیل می شد.
- ۲- نیازی به حضور چندین نفر در کنار دانشجو برای تکمیل فرم نبود.
- ۳- همسایگان و افراد خانواده (case) در محل ناظر مصاحبه نبودند.

- ۴- اطلاعات از (case) های بیشتری جمع آوری می شد.
- ۵- نیاز به هماهنگی وجود نداشت (البته در مراکز بهداشتی).



جلسات گزارش دهی: در برنامه قبلی، گزارش دهی بصورت جلسات رسمی در پایان دوره بود. در فاز نیازسنجی ضرورت بازخورد سریع و همزمان با اجرای برنامه توسط ذریبطان مورد تاکید قرار گرفت. بنابراین بلافاصله پس از تکمیل مصاحبه، جلسه ای با حضور دانشجویان و استاد در همان مکان تشکیل و هر دانشجو مصاحبه و دلایل SP خود را تشریح می کرد. در ادامه اساتید و دانشجویان به بحث و تبادل نظر می پرداختند و این امر باعث یادگیری بیشتر دانشجویان درباره سرفصل های کارورزی و رضایت بیشتر گردید.



نتایج فاز ۲: اجرا و استقرار "بانی"

در جلسات گروه و دانشکده، مقرر گردید مسئولین موسسات خیریه در زمینه استقرار برنامه شناسایی و توجیه شوند. مدت زمان ۳ نیمسال "بانی" در این موسسات با در اختیار قرار دادن کلیه امکانات موسسه و با حضور همزمان اساتید، دانشجویان، مسئولین موسسه و case برگزار شد. هماهنگی موسسات برای انتخاب case و برنامه ریزی حضور آنها بسیار رضایتمند بود. در پایان هر دوره جلسات گروهی آنالیز نسخه های نگارش شده با حضور مسئولین موسسات برگزار و پیشنهاداتی برای حل مشکلات مردم داده شد. بازخوردهای دانشجویان در نظرسنجی و مشکلات و چالش های اجرای برنامه در این مکان بررسی و در نیمسال ۴ اجرای برنامه به مراکز بهداشتی انتقال یافت. در جلسات هماهنگی پزشکان مراکز در مورد کلیات اجرای برنامه و تغییر شیوه اجرای برنامه قبلی توجیه شدند. آپشن های موجود در سامانه سیب ویژه پزشک بررسی و مشخص گردید موارد SP در سامانه وجود ندارد. از پزشکان خواسته شد که با دید نیازمندی به این ابزار در سامانه سیب به برنامه توجه نموده و

حداقل سالی یکبار استفاده از آن را برای درک شرایط زندگی جمعیت تحت پوشش خود مدنظر قرار دهند. تصاویر زیر نشان‌دهنده سه شیوه اجرایی برنامه (از ابتدای شروع و بعداصلاح) و اجرای "بانی" در موسسات خیریه و مراکز بهداشتی و نمونه هایی از ابزارهای تکمیل شده دانشجویان می‌باشد.



The bottom section of the collage shows four sheets of data collection forms (checklists) with handwritten entries. The forms are organized into columns and rows, capturing various demographic and clinical data points. The handwriting is in Persian script.

نتایج فاز ۳: ارزشیابی "بانی"

برای ارزشیابی برنامه از شیوه‌ها و ذیربطان مختلف استفاده شد که نتایج به تفکیک در زیر آمده است:

۱- **تصحیح ابزار تکمیل شده:** با هدف ارزشیابی یادگیری دانشجویان درباره سرفصلهای کارورزی، تمامی ابزارهای نگارش شده به دقت بررسی و با توجه به معیارهای شفافیت، توانایی کشف مهارت‌های فرد، تشخیص SDH، جامعیت، اجرایی بودن و نحوه advocacy نمره‌دهی شده و با نمرات برنامه قبلی مقایسه شدند که نتایج نشان‌دهنده افزایش ۱۰۷ درصدی در میانگین معدل بود (جدول ۲):

جدول ۲: نتایج مقایسه میانگین معدل نمرات در برنامه قبلی و "بانی"

برنامه اصلاح شده				برنامه قبلی				
نیمسال ۱	نیمسال ۲	نیمسال ۱	نیمسال ۲	نیمسال ۱	نیمسال ۲	نیمسال ۱	نیمسال ۲	
۱۴۰۲	۱۴۰۱	۱۴۰۱	۱۴۰۰	۱۴۰۰	۱۳۹۹	۱۳۹۹	۱۲۹۸	
۱۸.۹۹	۱۸.۹۵	۱۸.۸۷	۱۸.۸۵	۱۷.۶۷	۱۷.۱۶	۱۶.۹۹	۱۷.۰۲	معدل نمرات
۱۸.۹۱				۱۷.۲۱				جمع کل
۱.۷ نمره								ارتقاء معدل

۲- **آنالیز نظرسنجی‌های دانشجویان برای ارزشیابی محتوای دوره** با اهداف: نتایج نیازسنجی، اثربخشی، چالش‌های مدیریتی، نوع برنامه، محل استقرار و نقاط قوت و ضعف برنامه صورت گرفت که نتایج در جداول ۸-۳ آمده است:

جدول ۳: نتایج چک‌لیست نظرسنجی (نیازسنجی)

کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	ابعاد نیازسنجی برنامه اصلاح شده
۳٪	۰٪	۵٪	۵۸٪	۳۴٪	از نظر من شناخت و بررسی SDH برای پزشکان لازم است.
۳٪	۵٪	۷٪	۴۸٪	۳۷٪	از نظر من شناخت و بررسی SDH می‌تواند به شناسایی مشکل و نوشتن نسخه اجتماعی مناسب کمک نماید.
۱٪	۷٪	۹٪	۵۳٪	۳۰٪	از نظر من شناخت و پیدا نمودن مهارت‌های افراد مشکل دار می‌تواند به مدیریت مشکل و نوشتن نسخه اجتماعی مناسب کمک نماید.
۱٪	۳٪	۱۵٪	۵۳٪	۲۸٪	از نظر من شناخت احساسات بیمار در شناسایی بهتر مشکل و ارجاع یا ترمیم شرایط نامناسب زندگی می‌تواند تاثیر گزار باشد.
۳٪	۱۱٪	۵٪	۴۲٪	۳۹٪	از نظر من پزشک برای تشخیص درست، باید بستر جامعه بیمار و افراد کمک کننده به او را بشناسد.
۷٪	۱۷٪	۱۳٪	۴۶٪	۱۷٪	از نظر من برنامه نسخه‌نویسی اجتماعی برای تشخیص صحیح بیماری‌ها و کاهش بار کاری پزشکان کاربردی می‌باشد.
۵٪	۱۳٪	۱۷٪	۵۴٪	۱۱٪	بنظر من آنچه در این برنامه آموخته‌ام برای آینده شغلیم کارایی دارد.
۱۳٪	۱۵٪	۱۵٪	۴۵٪	۱۲٪	از نظر من وجود این مبحث در دوره کارورزی (بدلیل نداشتن فرصت کافی در فیلد کاری آینده) لازم است.

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در تمامی ابعاد نیازسنجی، بیش از نیمی از دانشجویان نظر موافق خود را اعلام کردند که می‌تواند نشان‌دهنده تشخیص درست نیازهای دانشجویان باشد (نیازهای احساس و بیان شده و هنجاری)

جدول ۴: نتایج چک لیست نظرسنجی (اثربخشی)

ابعاد اثربخشی برنامه اصلاح شده	کاملاً موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملاً مخالف
در این برنامه من با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت آشنا شدم.	۲۷٪	۶۸٪	۰	۰	۵٪
من در این برنامه با نحوه جلب حمایت همه جانبه (advocacy) برای ترمیم شرایط ناسالم زندگی افراد در اثر عوامل اجتماعی آشنا شدم.	۱۲٪	۴۷٪	۱۹٪	۱۹٪	۳٪
من در این برنامه شرح حال گیری اجتماعی را یاد گرفتم.	۲۳٪	۶۴٪	۹٪	۳٪	۱٪
من در این برنامه نگارش صحیح نسخه اجتماعی را یاد گرفتم	۱۷٪	۵۸٪	۱۵٪	۷٪	۳٪
توانستم بر دانسته هایم مدیریت کنم و نیازی به درگیری ذهن نداشتم	۴۷٪	۴۸٪	۰	۳٪	۲٪
مراجعه کننده معطل نمیشد و سریعتر می توانستم مصاحبه کنم	۱۱٪	۶۴٪	۱۵٪	۵٪	۵٪
راهنمای ابزار کمک کرد به آیتم هایی که نمیدانستم اشراف پیدا کنم	۳۳٪	۵۹٪	۸٪	۰	۰
موارد بیشتری را از برنامه اصلاح شده در مدت زمان کمتری می آموختم	۲۰٪	۴۳٪	۲۲٪	۸٪	۷٪
با موسسات خیریه و شرح وظایف آنها آشنا شدم	۵۲٪	۴۸٪	۰	۰	۰
اکنون درک بیشتری از زندگی مردم و مشکلات آنها پیدا کرده ام	۱۸٪	۵۶٪	۱۰٪	۰٪	۶٪

نتایج جدول ۴ نیز نشان می دهد در تمامی ابعاد اثربخشی، بیش از نیمی از دانشجویان "بانی" را اثربخش دانسته اند.

جدول ۵: نتایج چک لیست نظرسنجی (چالش های مدیریتی در صورت اجرای کلان)

ابعاد مدیریتی برنامه اصلاح شده	کاملاً موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملاً مخالف
کم هزینه و هزینه اثربخش	۶۱٪	۲۹٪	۰	۱۰٪	۰
قابل اجرا در کلیه رشته های علوم پزشکی	۱٪	۵۵٪	۰	۳۲٪	۱۳٪
قابل اجرا در دوره های آموزش مداوم	۳۶٪	۶۴٪	۰	۰	۰
رفع چالشها و دسترسی به اهداف پیشگیری سطح ۴	۴٪	۴۳٪	۳۴٪	۱۳٪	۶٪
دسترسی به عدالت اجتماعی در سطح کلان با حمایت اجرایی	۱۵٪	۲۶٪	۵۵٪	۲٪	۲٪
توانمندسازی و اشراف پزشکان به جمعیت تحت پوشش خود	۱۱٪	۸۱٪	۰	۱٪	۷٪
قابلیت قرار گیری در سامانه سبب	۳۷٪	۵۵٪	۰	۷٪	۱٪

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که دانشجویان از بابت عدالت اجتماعی ایجاد شده (۴۱٪) و پیشگیری سطح ۴ (۴۷٪) زیاد مطمئن نبوده و موافق های این چالش کمتر از ۵۰ درصد آراء را به خود اختصاص داده است.

جدول ۶: نتایج چک لیست نظرسنجی (نوع برنامه)

از نظر شما کدام یک از برنامه های	برنامه قبلی	برنامه اصلاح شده
اجرایی برنامه ناجی کاربردی تر بود؟	۳۳٪	۶۸٪

جدول ۶ نشان دهنده تمایل بیش از دوسوم دانشجویان به "بانی" است که ظاهراً برای آنها راحت تر و آموزنده تر بوده است.

جدول ۷: نتایج چک لیست نظرسنجی (محل استقرار)

سوال	درب منزل	موسسات خیریه	خانه بهداشت	مراکز جامع خدمات سلامت
از نظر شما برای اجرا نمودن برنامه اصلاح شده کدام محل مناسب تر است؟؟	۱.۲٪	۳۸.۸٪	۲۳.۱٪	۳۶.۹٪

جدول ۷ نشاندهنده، رتبه اول موسسات خیریه و رتبه دوم مراکز بهداشتی است. لازم به ذکر است که برنامه در مراکز بهداشتی بعد از ۳ نیمسال و بدلیل رفع مشکلات موجود شروع شده و انتظار می رود با گذشت زمان این درصد بالاتر رود.

جدول ۸: نتایج چک لیست نظرسنجی (نقاط قوت و ضعف)

سوال	پاسخهای بدست آمده
نقاط ضعف برنامه چه بود؟	صحبت کردن ب این افراد و پرسیدن جزئیات زندگی آنها موجب ایجاد انتظارودر نهایت موجب ناامیدی آنها میشود، عدم وجود زیر ساخت لازم برای انجام نسخه اجتماعی تجویز شده، عدم مفید بودن و کمک رسانی به فرد، ایجاد امید در افراد و عدم انجام کاری برای آنها به صورت موثر، انجام و اجرای این طرح یا دادن امید واهی یا مدد جو و عدم رسیدگی واقعی با نیازهایش از لحاظ اخلاقی درست نیست، نداشتن توانایی برای حل مشکل و نداشتن توانایی برای قانون گذاری و نبود بودجه، عدم توانایی پیگیری بیماران و اینکه مداخله ای جهت بهبود زندگی بیماران انجام نمی شد و صرفاً شرح حال از بیماران گرفته می شد، برای دانشجویان نیز این امر ناراحت کننده بود، نبود وقت کافی، نبود مکان مناسب، عدم همراهی نماینده ای از نهاد های حمایت کننده دولتی، بیماران نیاز به حمایت اقتصادی بیشتری دارند، عدم امکان اجرایی شدن نسخه نبود امکانات کافی، محیط مناسبی برای گرفتن شرح حال وجود نداشت و بیمار احساس امنیت و آرامش نداشت،
نقاط قوت برنامه چه بود؟	وجود ابزار غربالگری جهت تکمیل و همکاری پرسنل، توجه به تمامی جنبه های انسانی، امکان تجویز نسخه ای مناسب برای هر فرد، وجود بسته های حمایتی، یاد گیری اصول نحوه برخورد با بیمارهای اجتماعی مردم، برقراری ارتباط بیشتر بین بیمار و پزشک، و اینکه پزشک علاوه بر نسخه ای که برای جسم بیمار می نویسد قادر بر این است که بیمار را از نظر معنوی هم حمایت کند، یاد گیری چگونگی تعامل با مردم کم بضاعت، آشنایی با مشکلات اجتماعی، در نظر گرفتن توانمندیها و توجه به تقویت آنها، آشنایی با سایر اقشار جامعه و شرایط زندگی آنها، آشنایی با وضعیت اجتماعی - اعتقادی بیماران، همراهی اساتید در طی برنامه، اعتماد به نفس و امکان ارتباط بیشتری به دانشجو می دهد، آشنایی با موسسه های خیریه، یاد گرفتن ارتباط موثر برقرار کردن با بیماران، توجه مناسب به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و آشنایی با عناصر موثر و آشنایی با نحوه رویکرد به مسائل، توجه به مشکلات مردم، از زبان بیماران شنیدن مشکلاتشان و گفتگو با آنها، آشنایی با شرایط افراد جامعه کمک زیادی به دید پزشک جهت نسخه نویسی می کند و یکی از نقاط قوت همچنین جلساتی آشنایی با افراد ضعیف جامعه میباشد، بسیار مفید و کاربردی، شناخت مشکلات بیماران که بر سلامت آنها تاثیر دارد، یافتن مهارتهای افرادی که ناتوانی و مشکل مالی دارند، در ابزار جدید مورد خاصی از دست نمی رود و از لحاظ آماری امکان بررسی دقیق تری را فراهم میکند. مواجهه زنده با کیس مورد نظر و قرار گرفتن در شرایط واقعی
پیشنهادهای شما چیست؟	می توان تعداد جلسات را افزایش داد تا کاربردی تر شود، اگر حریم خصوصی بیماران بیشتر رعایت شود بهتر خواهد بود، احترام بیشتر به کرامت کیس، به نظر من این برنامه مفید نمی باشد و نباید اجرا شود، حضور مددکار اجتماعی به جای خود فرد مددجو، بهتر است به صورت مصاحبه در قالب کلاس و انتقال تجربیات مددکار اجتماعی باشد، ارتباط بین استاد و مسئولین برای انتقال نظر به ایشان جهت تغییر قانون گذاری، بازدید از مراکز خیریه و مراکزی که جهت تقویت توانمندی ها لحاظ شده است ، کمک کننده میباشد، پیگیری بیماران و امکان مداخله جهت بهبود زندگی ایشان، مدت زمان دوره در صورتی که در حد ۲-۳ روز باشد کافی و مناسب است، بهتر است امکان کمک کردن به افراد مدد جو فراهم شود زیرا افراد با امید به کمک مراجعه میکنند، انجام اقداماتی جهت رفع مشکلات کیس هایی که با آنها مصاحبه میشود، فقط از خانه های بهداشت بازدید کنیم، دانشجویان از نتایج این طرح و کمک های انجام شده به افراد مطلع شوند، جلساتی تحت عنوان انتظارات مراجعین و مدد جویان از پزشکان هنگام مراجعه برگزار شود، رگزاری دوره هایی جهت تقویت رفتار صحیح کار ورزان پزشکی در برخورد با مدد جویان ارائه گردد، از مراکز بهزیستی بازدید بعمل آید، افزایش تعداد جلسات ، دیدار حضوری در محیط زندگی مددجو در صورت امکان، ایجاد بستر مناسب و بیشتر برای مصاحبه برای مصاحبه گیرنده، در دوره کار آموزی نیز نسخه نویسی اجتماعی انجام گردد، ملاقات با کیس های خارج از موسسات خیریه و درب منزل رفتن کیس، مراحل انجام کار خوب است اما کاش به مرحله عمل برسد و باز خوردها را ببینیم، علاوه بر ملاقات با کیس مورد نظر پزشک با تمام افراد دخیل در زندگی از جمله همسر نیز آشنا شود و ملاقات کند و در صورت امکان مشاوره روان شناسی داده شود.

نتایج جدول ۸ نشاندهنده این است که عوارض جانبی و ناخواسته این برنامه که مشتمل بر اندیشیدن به مشکلات case و کمک به او می‌باشد، بسیار موردتوجه دانشجویان بوده، بطوریکه از مساله اصلی که آموزش آنها و درک بستر زندگی افراد جامعه برای تشخیص و درمان درست می‌باشد دور مانده‌اند. دردناک بودن زندگی کیس‌های اجتماعی می‌تواند باعث تاثیر فراوان بر دیدگاه دانشجویان گردیده که نیاز به مداخله لازم دارد.

۳- ارزشیابی استقرار برنامه: با هدف بررسی کلی برنامه از دیدگاه ذینفعان با روشهای گوناگون صورت گرفت:

- ارزشیابی آغازین: برنامه که در فاز اول (نیازسنجی و استفاده از نظرسنجی برنامه قبلی) صورت گرفت و نتایج در بالا اشاره شد..
- ارزشیابی تکوینی: که در طول مدت اجرای برنامه با استفاده از پنل خبرگان دانشگاهی در کلان منطقه ۴ و کشوری، طرح در شورای آموزشی دانشکده و دانشگاه، چک‌لیستهای نظرسنجی، پرسش و پاسخ شفاهی، نقد و نظرسنجی درباره نقاط ضعف و قوت) از دانشجویان و جلسات بحث گروهی و فوکوس گروپ با اعضای گروه، و مسئولین دانشکده و دانشگاه انجام شد.
- ارزشیابی تراکمی: که از طریق ارسال نتایج بدست‌آمده و مکاتبه با دبیرخانه شورای پزشکی عمومی، دبیرخانه برنامه جامع عدالت، تعالی و بهره‌وری، جشنواره انا، پنل خبرگان کلان منطقه ۴ و همایش کشوری کارنامه اجتماعی سلامت صورت گرفت.

تحلیل و دسته‌بندی کلیه موارد ذکرشده منجر به نتایج کلی زیر گردید:

✚ درخواست از معاونت آموزشی برای دعوت از متخصصین مربوطه برای تشکیل جلسه حضوری بررسی استقرار "بانی" که مورد موافقت قرار نگرفت.

✚ درخواست از وزارت برای دعوت از متخصصین مربوطه برای تشکیل جلسه حضوری در وزارت که بدلیل تغییرات مدیریتی موافقت نشد (پیوست ۱۶-۱۲).

✚ تغییر مکان مصاحبه دانشجویان به علت چالشهای اجرایی برنامه و بازخوردهای دریافتی (مشکلات ایاب و ذهاب دانشجویان و اساتید، مشکلات کاری و نگهداری فرزندان کیسها در هنگام مصاحبه و تاخیر حضور case)

✚ ارائه پیشنهادات بدست‌آمده از "بانی" به موسسات خیریه

✚ موانع مقاومت‌های استقرار برنامه شامل: تغییر مدیر گروه و مخالفت با برنامه و تحریک و اعتراض علیه برنامه) نداشتن تخصص پزشکی اجتماعی در گروه، نیاز به خیرین با توجه به انتظار case، شلوغی مراکز بهداشتی.

✚ برای شناسایی و جلب حمایت ذینفعان برای حذف موانع و مقاومت، اقدامات زیر صورت گرفت:

➤ ارسال نتایج به وزارت، داوری و تایید تسری به کل کشور و همکاری مسئولین دانشگاه (پیوست ۱۷)

➤ حل مشکل انتظار case، با کمک خیرین جهت تهیه بسته‌های معیشتی.

➤ پیشنهاد کمک از واحد مشارکتهای مردمی دانشگاه که بدلیل مخالفت مدیر گروه تحقق نیافت

➤ مشکل تکراری شدن کیسهای انتخابی، که با استقرار برنامه در سامانه سیب قابل حل می‌باشد.

- ایجاد انتظار کمک در case بخصوص در مراکز بهداشتی وجود نداشت.
- عدم اظهار نظر صاحب نظران در جلسات و بیناری برگزار شده
- ناراضی بودن برخی از پزشکان مراکز از اختلال در کار بیماران
- نیاز به محیط اختصاصی و عدم وجود در مراکز بهداشتی
- زمانبر بودن هماهنگی با موسسات و اختلال های ناشی از تداخل برنامه ها

۴- ارزشیابی نتایج جانبی بدست آمده: نتایج دیگری که جزء اهداف برنامه نبود، بدست آمد که ذکر این نتایج جهت اقدامات مدیریتی جامعه خالی از لطف نمی باشد:

جدول ۹- نتایج بدست آمده جانبی

نسخه های پیشنهادی نگارش شده توسط کارورزان	کاربرد نسخه ها در توانمندسازی و ترمیم شرایط ناسالم زندگی
بجای ماهی دادن (بسته های معیشتی توزیع شده توسط این موسسات بصورت ماهانه به خانوارهای تحت پوشش) یاد دادن ماهیگیری، معرفی به مراکز و موسسات کارآفرینی و دریافت وام خود اشتغالی، معرفی به مراکز آموزش فنی حرفه ای یا دعوت از مدرسان این مراکز برای تعلیم در موسسات خیریه، پیشنهادات شغل های کوچک خانگی با سرمایه های کوچک دریافتی از موسسات کارآفرینی خیریه	با توجه به پیشنهادات نسخه های اجتماعی تجویز شده توسط دانشجویان در هر دوره این پیشنهادات طی جلساتی در پایان هر دوره به مسئولین موسسات جهت اجرایی شدن منتقل گردید و نهایتاً منجر به اتفاقات بسیار جالبی به شرح زیر گردید: ۱- برای یک خانواده بی بضاعت با تبلیغات دانشجویان مقداری پول جمع آوری گردید که توسط آن یک عدد چرخ خیاطی برای خانواده بدون سرپرست تهیه و دختر خانواده با خیاطی از این طریق امرار معاش برای خانواده را میسر نمود. ۲- یکی از پزشکان مرکز مقداری پول جمع آوری شده را برای خرید سیسمونی یک خانواده که مادر باردار بود و پدر بیکار فراهم کرده بود با توصیه های دانشجویان و اعضاء گروه منجر به خرید یک عدد تنور گازی برای مادر خانواده شد که از طریق پخت نان و توزیع در مارکت های شهر درآمدی برای آنها محقق گردید. ۳- یکی از موسسات خیریه که از اول برنامه با دانشگاه همکاری داشت در اثر توصیه ها و پیشنهادات دریافتی، تعدادی چرخ خیاطی تهیه نموده و مسئولین فنی و حرفه ای را به موسسه دعوت و برای زنان بد سرپرست و بی سرپرست کلاس آموزشی برگزار نمود و از این طریق باعث اشتغال زایی گردید. در اقدامی دیگر این فرد با تهیه ۱۰ عدد چرخ خیاطی و دعوت از مربیان فنی و حرفه ای باعث شد تا با راه اندازی یک کارگاه خیاطی و سری دوزی برای اشتغال زایی در سطح روستا موفق شود. در موردی دیگر با دعوت از زنان سرپرست خانوار در مسجد و تهیه مواد اولیه ترشی خانگی و بازاریابی آن توسط مدیر موسسه موفق به درآمدزایی برای آنها گردید.

۱۴) اقدامات انجام شده برای تعامل با محیط (که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده است) را تشریح کنید:

جدول ۱۰: تعاملات صورت گرفته

ردیف	طرف تعامل	اقدام انجام شده
۱	تعاملات درون دانشگاهی: شامل دانشجویان، پزشکان مراکز بهداشتی، طرح درجسات گروه پزشکی اجتماعی، EDO و EDC، شوراهای آموزشی دانشکده و دانشگاه، شورای پژوهشی، کمیته های برنامه ریزی دانشکده و دانشگاه، کمیته پژوهش در آموزش ژورنال کلاب، برنامه های آموزش مداوم، بارگزاری اطلاعات روی سایت دانشگاه.	ارائه و انتشار اقدامات انجام شده و تعاملات لازم جهت دریافت بازخورد، راهنمایی و تایید برنامه، بحث و تبادل نظر درباره چالشهای موجود و درخواست کمک برای رفع آنها، درخواست حمایت و پشتیبانی مادی و معنوی و اصلاح برنامه مطابق چالشهای پیش آمده و نقطه نظرات دریافتی
۲	تعاملات کلان منطقه ای: شامل EDC دانشگاه جندی شاپور اهواز، دبیرخانه عدالت، تعالی و بهره وری، ارائه ویناری در کل کلان منطقه، برگزاری پنل خبرگان حضوری کلان منطقه ۴ و بحث و تهیه شیوه نامه اجرایی با در نظر گرفتن چالشها، جشنواره اشتراک گذاری تجارب اجتماعی شوتر.	ارائه و انتشار اقدامات انجام شده و تعاملات لازم جهت دریافت بازخورد، راهنمایی و تایید برنامه، بحث و تبادل نظر درباره چالشهای موجود و درخواست کمک برای رفع آنها و اصلاح برنامه مطابق چالشهای پیش آمده و نقطه نظرات دریافتی
۳	تعاملات با خبرگان ملی: شامل متخصصین پزشکی اجتماعی و آموزش پزشکی دانشگاههای بزرگ کشور، مسئولین وزارت بهداشت و درمان و کلان منطقه ۴ آمایشی	ارائه و انتشار اقدامات انجام شده و تعاملات لازم جهت دریافت بازخورد، راهنمایی، بحث و تبادل نظر درباره چالشهای موجود و درخواست کمک برای رفع آنها و اصلاح برنامه مطابق نقطه نظرات دریافتی
۴	تعاملات با خبرگان بین المللی: شامل: نویسندگان مقالات مرتبط، اساتید مطرح در زمینه نسخه نویسی اجتماعی و مجریان برنامه های مشابه	ارائه و انتشار اقدامات انجام شده و تعاملات لازم جهت دریافت بازخورد، راهنمایی درباره چالشهای موجود و اصلاح برنامه مطابق نقطه نظرات دریافتی
۵	تعاملات کشوری (بخش اجرایی): شامل دبیرخانه شورای پزشکی عمومی، دبیرخانه برنامه جامع عدالت، تعالی و بهره وری، دوره پودمانی دانشگاه علوم پزشکی هوشمند.	ارائه و انتشار اقدامات انجام شده و تعاملات لازم جهت دریافت بازخورد، راهنمایی و تایید برنامه، بیان چالشهای موجود و درخواست کمک برای رفع آنها، درخواست حمایت و پشتیبانی مادی و معنوی و اصلاح برنامه مطابق نقطه نظرات دریافتی
۶	انتشار در کنگره ها و مجلات: شامل همایش کشوری کارنامه اجتماعی سلامت، جشنواره اشتراک گذاری تجارب اجتماعی (اتا)، کنگره شیخ الرییس ابوعلی سینا، نامه به سردبیر مجله طب و تزکیه	معرفی و انتشار و دریافت بازخورد
۷	تعامل با موسسات خارج دانشگاهی: شامل موسسات خیریه و داوطلب، اورژانس اجتماعی اداره پهنیستی، سایت دانشگاه	درخواست بازخورد و حمایت و پشتیبانی مادی و معنوی

۱۵) شیوه های نقد فرایند انجام شده و نحوه به کارگیری نتایج آن در ارتقای کیفیت فرایند را تشریح کنید:

شیوه های نقد	نحوه به کارگیری نتایج
تعاملات درون دانشگاهی	ارائه در شوراهای مختلف جهت طرح در جلسات و ارائه به پزشکان شاغل (در آموزش مداوم)
تعاملات کلان منطقه ای	درخواست برگزاری جلسات ویناری و حضوری در کلان منطقه به منظور انتشار، ارزیابی اجرا و چالشهای آن
تعاملات با خبرگان ملی	تماس تلفنی با متخصصین مربوطه دانشگاههای کشور در مورد نحوه برگزاری دوره کارورزی (توجیهی، گزارش و فیلد اجرا) و دریافت برنامه های آنها و مطابقت با برنامه موجود ایمیل به متخصصین مربوطه دانشگاههای کشور به منظور دریافت پرسشنامه های استاندارد مرتبط و روایی صوری و محتوایی ابزار تهیه شده و دریافت نظرات و کامنتهای ارائه شده
تعاملات با خبرگان بین المللی	ارسال ایمیل و درخواست نظرسنجی اقدامات اجرایی
تعاملات کشوری (بخش اجرایی):	نتایج داوران به دقت بررسی و طبق نظرات اعمال گردید به توصیه دبیرخانه با مدیر گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه تهران صحبت و در مورد شیوه اجرا در موسسات نظرخواهی و در برنامه اعمال شد. همچنین با موسس نسخه نویسی اجتماعی در دانشگاه تبریز ارتباطات فراوان برقرار و جهت آیتام های ابزار بحث و تبادل نظر گردیده تغییرات در برنامه اعمال گردید. از معاونت آموزشی درخواست شد تا در جلسه شورای معاونین آموزشی در مورد کار سخنرانی نماید که بازخوردها در برنامه اعمال شد. همچنین به دانشگاه ماموریت داده شد تا کار را در مجله طب و تزکیه ارسال نموده و همچنین به کنگره شیخ الرییس ارسال نماید که صورت گرفت توسط دانشگاه هوشمند مکاتبات صورت گرفته و درخواست برگزاری دوره پودمانی شد که سرفصلهای آن آماده و در حال تهیه محتوا هستیم
انتشار در کنگره ها و مجلات	ارسال مستندات بصورت سالانه به دبیرخانه شورای پزشکی عمومی جهت داوری و رفع چالشهای برنامه و تعیین راه پیش رو ارسال مستندات اقدامات انجام گرفته به دبیرخانه برنامه جامع عدالت، تعالی و بهره وری جهت انتشار درخواست انتشار در دانشگاه هوشمند برای استفاده دانشجویان و اساتید
تعامل با موسسات خارج دانشگاهی	انتشار در همایش و جشتواره و مجله بصورت خلاصه اقدامات درخواست نظرسنجی در مورد کار برای دریافت خدمات

مستندات تعاملات صورت گرفته پیوست می باشد. (پیوست ۳۰-۱۲)

۱۶) سطح نوآوری

□ در سطح گروه آموزشی برای اولین بار صورت گرفته است.

☐ در سطح دانشکده برای اولین بار صورت گرفته است.

☐ در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است.

☐ در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

۱۷) چک لیست خودارزیابی فرایندهای جشنواره شهید مطهری برای بررسی موارد رد سریع

تنها در صورتی که پاسخ به همه سوالات زیر "خیر" باشد، می توانید مرحله بعدی خودارزیابی را انجام دهید:

ردیف	موضوع	پاسخ
۱	فعالیت‌های خارج از حوزه آموزش اعضای هیات علمی یا یکی از رده‌های فراگیران علوم پزشکی ^۷	☐ بلی ☒ خیر
۲	فعالیت‌های مرتبط با آموزش سلامت عمومی ^۸	☐ بلی ☒ خیر
۳	فرایندی که در دوره‌های گذشته به عنوان فرایند دانشگاهی یا کشوری شناسایی و مورد تقدیر قرار گرفته‌اند	☐ بلی ☒ خیر
۴	طرح‌هایی که صرفاً ماهیت نظریه پردازی دارند	☐ بلی ☒ خیر
۵	پژوهش‌های آموزشی که ماهیت تولید علم دارند و نه اصلاح روندهای آموزشی مستقر در دانشگاه‌ها	☐ بلی ☒ خیر
فرایندهایی که از نظر تواتر و مدت اجرا یکی از شرایط زیر را دارند:		
۶-۱	در مورد فرایندهایی که اجرای مستمر دارند، مدت اجرای کمتر از شش ماه داشته باشند.	☐ بلی ☒ خیر
۶-۲	در مورد فرایندهایی که اجرای مکرر دارند حداقل دو بار انجام نشده باشند.	☐ بلی ☒ خیر
۶-۳	در مورد فرایندهایی که ماهیتاً اجرای یک باره دارند ولی تأثیر مستمر دارند مانند برنامه‌های آموزشی یا سندهای سیاست گذاری، مصوب مرجع ذی صلاح نشده باشند.	☐ بلی ☒ خیر

۱۸) چک لیست خودارزیابی فرایندهای جشنواره شهید مطهری برای بررسی معیارهای ارزیابی معیارهای دانش پژوهی

تنها در صورتی که پاسخ به همه سوالات زیر "بلی" باشد، می توانید فرایند خود را برای بررسی در جشنواره شهید مطهری ارسال کنید:

ردیف	موضوع	پاسخ
۱	هدف مشخص و روشن دارد.	☒ بلی ☐ خیر
۲	برای انجام فرایند مرور بر متون انجام شده است.	☒ بلی ☐ خیر
۳	از روش مندی مناسب و منطبق با اهداف استفاده شده است.	☒ بلی ☐ خیر
۴	اهداف مورد نظر به دست آمده اند.	☒ بلی ☐ خیر
۵	فرایند به شکل مناسبی در اختیار دیگران قرار گرفته است.	☒ بلی ☐ خیر
۶	فرایند مورد نقد توسط مجریان قرار گرفته است.	☒ بلی ☐ خیر

^۷ Undergraduate, Postgraduate and CME/CPD

^۸ Public education

۱. Adib Y, Fathi-Azar E, Alizadeh M, Dehghani G, Student. Development and Validation of Instruments for Evaluation of the Clinical Medicine Curriculum in Terms of Social Accountability. *Journal of Medical Education Development*. ۲۰۱۸;۱۱:۱-۱۲.
۲. Mohammad Zakaria Pezeshki, Sina Pezeshki. Educating Quaternary Prevention (P۴) in Iran for decreasing the harms and costs of unnecessary services in clinical medicine and public health. *Payesh (Health Monitor) Journal*. ۲۰۱۳;۱۲(۴):۳۲۹-۳۳.
۳. Dyson B. Evidence to inform the commissioning of social prescribing. The University of York Centre for Reviews and Dissemination; ۲۰۱۴.
۴. Alderwick HAJ, Gottlieb LM, Fichtenberg CM, Adler NE. Social Prescribing in the U.S. and England: Emerging Interventions to Address Patients' Social Needs. *American journal of preventive medicine*. ۲۰۱۸;۵۴(۵):۷۱۵-۸.
۵. Ahmadi S, Javidan F, Dehghan MS. Educational Strategies in Undergraduate Medical Curriculum. *Strides in Development of Medical Education*. ۲۰۱۴;۱۱(۲):۲۰۵-۱۳.
۶. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Moosazadeh M, Pahlavan E. Challenges of General Practice Education in Iran: A Qualitative Study. *Strides in Development of Medical Education*. ۲۰۱۳;۹(۲):۱۱۸-۳۱.
۷. Ghaffari R, amini a, Yazdani S, Alizadeh M, Salek Ranjbarzadeh F, Hassanzadeh Salmasi s. Comparative Study: Curriculum of Undergraduate Medical Education in Iran and in a Selected Number of the World's Renowned Medical Schools. *Iranian Journal of Medical Education*. ۲۰۱۲;۱۱(۷):۸۱۹-۳۱.
۸. Sharifi B, Ghafarian Shirazi H, Momeninejad M, Saniee F, Hashemi N, Jabarnejad A, et al. A survey of the quality and quantity of clinical education from the viewpoint of medical students. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences*. ۲۰۱۲;۱۰(۲):۵۷-۶۴.
۹. Goodchild KA, de longh A. An Evaluation of a Student Allied Health Professions' Social Prescribing Scheme. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. ۲۰۲۳;۲۲(۱):۱۹-۲۲.
۱۰. Ozone S, Haruta J, Takayashiki A, Maeno T, Maeno T. Three-year evaluation of a program teaching social determinants of health in community-based medical education: a general inductive approach for qualitative data analysis. *BMC Medical Education*. ۲۰۲۳;۲۳(۱):۱-۹.
۱۱. Wallace C, Elliott M, Thomas S, Davies-McIntosh E, Beese S, Roberts G, et al. Using consensus methods to develop a Social Prescribing Learning Needs Framework for practitioners in Wales. *Perspectives in Public Health*. ۲۰۲۱;۱۴۱(۳):۱۳۶-۴۸.
۱۲. Ward A, Asif A, Cattermole R, Chima J, Ebbatson T, Mahi I, et al. Social prescribing by students: the design and delivery of a social prescribing scheme by medical students in general practice. *Education for Primary Care*. ۲۰۲۰;۳۱(۵):۳۱۸-۲۲.
۱۳. Siegel J, Coleman DL, James T. Integrating Social Determinants of Health Into Graduate Medical Education: A Call for Action. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. ۲۰۱۸;۹۳(۲):۱۵۹-۶۲.
۱۴. Ebrahimoghli R, Pezeshki M, Farajzadeh P, Arab-Zozani M, Mehrtak M, Alizadeh M. Factors influencing social prescribing initiatives: a systematic review of qualitative evidence. *Perspectives in Public Health*. ۲۰۲۳;۱۷۵۷۹۱۳۹۲۳۱۱۸۴۸۰۹.
۱۵. Mazaheri M, Khorramizadeh M, Rezai-Rad M, Mard-Soltani M. Using social prescribing by Iranian medical students: a step towards community-orientation and social determinants of health by revising the health internship curriculum. *BMC Medical Education*. ۲۰۲۲;۲۲(۱):۶۶۱.
۱۶. Mazaheri M, Khorramizadeh M. The best scholarship studies of the ۱۴th educational festival of Shahid Motahari: Deputy Minister of Education of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education; ۲۰۲۱. ۲۲-۳۰ p.