

Designing and Validating an Educational Model based on Accountable Midwifery

Syednoori T^{1*}, Khorsandi Taskoh A², Jamehbozorg Z³, Yadegarzadeh Gh⁴, Abdollahi H²

1. PhD student in Higher Education Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran and Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2. Department of Educational Management and Planning, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3. Department of Educational Technology and Secretary of the research core of design and production of digital media based on Iranian- Islamic culture Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

4. Department of Curriculum Studies, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Article Info

Article Type:

Research Article

Article History:

Received: 2022/05/17

Accepted: 2022/09/23

Key words:

Validation

Educational model

Midwife

Accountability

*Corresponding author:

Syednoori T, PhD student in Higher Education Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran and Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
Taherehseyednoori@gmail.com



©2022 Guilan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Introduction: Midwifery is a discipline mixed with science and skills that has a professional background of socio-cultural and human relations. The current education of medical groups with the philosophy of objectivism has led to the morbid adaptation of midwifery and less use of available and inexpensive services of this profession. Not only lack of timely health services receiving by the weak level of society has irrecoverable consequences in health or life, but also it imposes huge costs on the health system. Therefore, the current research was conducted with the aim of extracting the concepts and dimensions of accountability of midwifery services and designing and validating the educational model based on it.

Methods: This exploratory sequential mixed study was done 2021 to 2022 at Allameh Tabataba'i University, Guilan University of Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences and Islamic Azad University, Rasht branch. In first qualitative stage with grounded theory method, personal exploratory interviewees were conducted by a semi-structured questionnaire and the Key informants that were selected from the faculty members in form of mostly purposeful sampling. Theoretical sampling was continued until the data saturation with 11 informants. The analysis process was completed with triple open, axial and selective coding. In the last part, the validation of the extractive model was done by a descriptive cross-sectional quantitative method, with a researcher-made questionnaire, which was designed based on the findings of the qualitative stage. Sampling of professors was done by non-randomly purposeful and snowball methods and finally the analysis was performed with descriptive statistics.

Results: In the qualitative part, the concept of accountable midwifery were extracted in six components including the basics of accountability, accountability in midwifery ethics framework, accountability within the legal framework, accountability within the framework of professional rules and standards, accountability in the social framework and accountability within the midwifery models. Then, with the main dimensions of the Grounded theory, educational model was designed with nine basic elements of objectives, teacher role, learner role, providing learning opportunities, content creation and access to resources, learning environment, teaching methods, assessment and evaluation and the learning outcomes for six components of accountable midwifery. In the quantitative part, components of accountable midwifery and extracted educational model were confirmed.

Conclusion: Accountable midwifery is a multifaceted phenomenon, and to achieve it, we need necessarily move the policy approaches of maternal health services and midwifery education towards more comprehensiveness and the implementation of a suitable educational model.

How to Cite This Article: Syednoori T, Khorsandi Taskoh A, Jamehbozorg Z, Yadegarzadeh Gh, Abdollahi H. Designing and Validating an Educational Model based on Accountable Midwifery. *RME*.2022; 14(3):71- 85.

طراحی و اعتباریابی الگوی آموزشی مبتنی بر مامایی پاسخ‌گو

طاهره سیدنوری^{۱*}، علی خورسندی طاسکوه^۲، زهرا جامه بزرگ^۲، غلامرضا یادگارزاده^۴، حسین عبداللهی^۲

۱. دانشجوی دکتری مدیریت آموزش عالی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران و گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳. گروه تکنولوژی آموزشی و دبیر هسته پژوهشی طراحی و تولید رسانه‌های دیجیتال مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴. گروه مطالعات برنامه درسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۴

کلید واژه‌ها:

اعتباریابی

مدل آموزشی

ماما

پاسخ‌گویی

* نویسنده مسئول:

دانشجوی دکتری مدیریت آموزش عالی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران و گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

taherehsyednoori@gmail.com

مقدمه

از بدو پیدایش دانشگاه مدرن، دانشگاه‌های نسل اول، عموماً آموزشی و مبتنی بر فعالیت‌های تعلیمی و دانشگاه‌های نسل دوم، عموماً پژوهشی و مبتنی بر فعالیت‌های پژوهشی بودند. دانشگاه‌های نسل سوم، عموماً کارآفرین و مبتنی بر حل مسایل جامعه با رویکرد علمی و نظام‌یافته در تعامل با محیط پیرامونی بوده و از ویژگی‌هایی چون انعطاف‌پذیری در پاسخ‌گویی به

مقدمه: مامایی رشته‌ای ممزوج از علم و مهارت است که دارای عقبه حرفه‌ای پیوسته به زمینه فرهنگی-اجتماعی و روابط انسانی می‌باشد. آموزش رایج گروه‌های پزشکی با فلسفه عینیت‌گرایی، به سازگاری بیمارگونه مامایی و استفاده کم‌تر مردم از خدمات دردسترس و ارزان این حرفه، منجر شده و محروم ماندن اقشار ضعیف‌تر جامعه از خدمات سلامت به هنگام، چه بسا عوارض غیرقابل جبران در سلامت و یا حیات آن‌ها دارد. علاوه بر آن، هزینه‌های گزاف برسیستم سلامت وارد می‌کند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف استخراج مفاهیم و ابعاد پاسخ‌گویی خدمات مامایی و طراحی و اعتباریابی الگوی آموزشی مبتنی بر آن صورت گرفت.

روش‌ها: پژوهش ترکیبی متوالی اکتشافی حاضر در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در دانشگاه‌های علامه طباطبایی، علوم پزشکی گیلان، تهران و آزاد اسلامی واحد رشت انجام شد. در مرحله پیشین کیفی با روش نظریه داده بنیاد، مصاحبه‌ای اکتشافی با سوالات نیمه ساخت‌مند به‌صورت فردی با مطلعان کلیدی انجام گرفت که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی از اعضای هیات علمی انتخاب شده بودند. نمونه‌گیری‌های نظری تا ۱۱ مصاحبه و اشباع داده‌ها ادامه یافت و فرآیند تحلیل با کدگذاری سه گانه باز، محوری و گزینشی تکمیل شد. در بخش پسین کمی با روش مقطعی توصیفی، اعتباریابی الگوی استخراجی با کمک پرسشنامه محقق ساخته‌ای صورت گرفت که براساس یافته‌های مرحله کیفی طراحی شده بود. نمونه‌گیری از اساتید و به‌شکل غیرتصادفی و با روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انجام شد و درنهایت تجزیه و تحلیل با کمک آمارتوصیفی بیان گردید.

یافته‌ها: در بخش کیفی مفهوم مامایی پاسخ‌گو در قالب شش مولفه شامل مبانی پاسخ‌گویی، پاسخ‌گویی در چهارچوب اخلاق مامایی، حقوقی، قوانین و استانداردهای حرفه‌ای، اجتماعی و مدل‌های مامایی استخراج شد و سپس با کمک ابعاد اصلی نظریه داده بنیاد، الگوی مفهومی و فرآیندی آموزشی با عناصر نه‌گانه اهداف، نقش مدرس، نقش یادگیرنده، تدارک فرصت یادگیری، محتواسازی و دسترسی به منابع، محیط و فضای یادگیری، روش‌های تدریس، سنجش و ارزشیابی و نتایج یادگیری برای شش مولفه مامایی پاسخ‌گو طراحی شد. در بخش کمی مولفه‌های مامایی پاسخ‌گو و الگوی آموزشی استخراج شده، مورد تایید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: مامایی پاسخ‌گو پدیده‌ای چندوجهی است که برای دستیابی به آن، تحرک رویکردهای سیاست‌گذاری خدمات سلامت مادران و آموزش مامایی، به‌سمت جامع‌نگری بیش‌تر و اجرای الگوی آموزشی متناسب، ضروری است.

نیازهای اجتماعی و اقتصادی و راهبرد توجه و تمرکز بر فرصت‌های محیطی برخوردار بودند تا افراد را برای جستجوی این فرصت‌ها آماده سازد. دانشگاه‌های نسل چهارم، دانشگاه‌هایی با ماموریت آموزشی، پژوهشی، کارآفرینی و مبتنی بر فناوری نرم هستند. در این نسل از دانشگاه‌ها، آموزش براساس نیاز جامعه و دانشجو انجام می‌شود و حل

چالش‌های جامعه به‌عنوان اساس تحقیق در نظر گرفته می‌شود (۱-۴).

امروزه مواجهه موفق با تغییرات زمینه‌ای در خدمات سلامت و حفظ و ارتقاء کیفیت، کارآیی و عدالت در این حیطه، به پاسخ‌گویی متخصصان وابسته است (۵). واژه پاسخ‌گویی از ماهیت سیال و پویایی برخوردار است و می‌تواند معانی بسیار متفاوتی، بسته به رشته‌های مختلف، داشته باشد (۶) در جامع‌ترین تعاریف یافت شده در متون، پاسخ‌گویی در مامایی از سوی هیات رئیسه پرستاری و مامایی ایرلند، در زمینه حفظ صلاحیت و حفاظت از کیفیت مراقبت از بیمار و استانداردهای شغلی، به‌عنوان توانایی ارائه گزارشی قابل درک از قضاوت‌ها، اقدامات و ماموریت‌های مامایی، تعریف شده (۷) و در بیانیه پاسخ‌گویی حرفه‌ای کنفدراسیون بین‌المللی ماماها، ضمن تعریفی از ماما بیان می‌شود که ماماها مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی در مقابل عملکرد خود را با استفاده از دانش و مهارت‌های روز کسب می‌کنند و درمورد تصمیمات بالینی و اقدامات خود مسئول و پاسخ‌گو هستند (۸، ۹). در تعریف اول، حفظ صلاحیت و حفاظت از کیفیت مراقبت از بیمار و استانداردهای شغلی بیان‌شده و چگونگی دست‌یافتن به آن نامشخص است و در تعریف دوم، با گذر از معنای واژه پاسخ‌گویی، زمینه حرفه‌ای واژه و شیوه کسب آن، تعریف شده است. چه در این تعاریف و چه در بررسی ادبیات پژوهش، به‌طور واضح و جامع و عملکردی، مشخص نیست که ماما باید چگونه، به کسانی و در مقابل چه افرادی پاسخ‌گو باشد.

در مدل رایج جهانی مامایی یا مدل کل‌نگر، ارتباط ماما با مادر ارتباط با جسم تنها نیست و زمینه روانی، اجتماعی و فرهنگی که جسم در آن معنی پیدا می‌کند، به‌همان اندازه حائز اهمیت است تا از کیفیت خدمات مامایی رضایت حاصل گردد. مامایی در ایران با تبعیت از مستندات مسلط مدل زیست‌پزشکی، علی‌رغم ارائه شاخص‌های موفق سلامت، نتوانسته به خوبی پاسخ‌گوی این رضایت باشد. عرصه آموزش هم به مدل‌های جدید مامایی، در حد معرفی بسنده می‌کند؛ چرا که بستر مفهومی، اراده و قدرت اجرایی برای پیاده‌سازی این‌گونه مدل‌ها وجود ندارد و حتی در مراکز بهداشتی که انتظار می‌رود ماماها بتوانند به واسطه ارتباط نزدیک‌تر با خانواده‌ها به اهداف جامعه‌نگر بپردازند، متأسفانه دیدگاه تکنولوژیک رایج با کنترل سامانه‌ای سلامت افراد و استفاده از نیروی انسانی کم‌تر، باز هم به ارتباط ماماها و خانواده‌ها خدشه وارد می‌سازد؛ در نتیجه ماماها با نقش کل‌نگر، جامعه‌نگر و حمایتی خود فاصله

گرفته‌اند. البته لازم به ذکر است که بنابر دلایلی از جمله رشد نیافتن رویکرد اجتماعی در خدمات سلامت کشور، این شکاف در سایر رشته‌های علوم سلامت هم مشهود است و تکرار این چرخه معیوب با آموزش دانشجویان از همین مجرا، منجر به فاصله‌گرفتن از مراقبت مبتنی بر شواهد می‌گردد.

در زمینه طراحی آموزشی دو رویکرد اصلی وجود دارد: سازنده‌گرایی و سیستمی (۹). در مقایسه با رویکرد طراحی آموزشی سنتی، هدف طراحی آموزشی سازنده‌گرا، کمک به یادگیرندگان جهت ایجاد یادگیری و راهبردهای تفکر و تمرکز بر ساخت فعال دانش توسط فرد می‌باشد (۱۰). مزیت رویکرد سازنده‌گرایی این است که یادگیرنده را یک طراح می‌داند و نه صرفاً دریافت‌کننده مواد و فعالیت‌های طراحی شده، به‌طوری که یادگیرنده در طول مراحل طراحی، اهداف یادگیری فردی ایجاد می‌کند (۱۱). اصول محوری سازنده‌گرایی مشتمل بر قراردادن یادگیری در زمینه‌های واقعی و اجتماعی، استفاده از تکالیف اصیل، دادن تملک فرآیند یادگیری به فراگیر، تشویق کار گروهی و تبادل اندیشه بین افراد، استفاده از رویکرد حل مساله، توجه به ساختن دانش توسط یادگیرنده، تاکید بر دانش قبلی و توجه به دیدگاه‌های مختلف از جمله آن‌ها می‌باشد (۱۰). در بررسی مقالات استفاده گسترده‌ای از آموزش فعال و فراگیر محور با کمک رویکرد سازنده‌گرایی و روش‌های آن در آموزش گروه پزشکی مشاهده شد که کارآیی آن نیز مورد تایید قرار گرفته‌است (۱۴-۱۲).

در رویکرد سیستمی آموزش رشته‌های سلامت، فراگیران در شرایط بالینی یادگیری خود را بر روی بیمارانی که به‌طور تصادفی در دسترس هستند، تمرکز می‌کنند، اما در مبانی جدید آموزش پزشکی، چنین رویکردی دیگر به‌تنهایی مناسب نیست. در رویکرد مبتنی بر نتیجه به آموزش، تصمیم‌گیری درباره برنامه درسی و فرآیند توسعه آن، براساس پیامدهای یادگیری و نتایج مشخص تعریف می‌شود. این نشان‌دهنده حرکت از مدل فرآیندی برنامه‌ریزی درسی با دغدغه تجربیات مدرس و تمرکز بر روش‌های آموزش و یادگیری، به‌سوی مدل محصول‌گرا است که در آن نتایج یادگیری فردمحور، مهم‌تر از همه است (۱۵).

به‌طور خلاصه می‌توان ضرورت این پژوهش را در موارد زیر بیان کرد: شکاف بین نظام آموزش رسمی مامایی با آنچه در عرصه عمل مورد نیاز زنان است، محیط آموزشی محدود برای پرورش ماما، لزوم به کارگیری روش‌ها و فناوری‌های نوین در مطابقت با آموزش فردمحور و نتیجه‌گرا و ضرورت پرورش

قابلیت‌های مورد نیاز پاسخ‌گویی مانند تصمیم‌گیری مبتنی برشواهد، حل مساله، مهارت‌های رهبری، ارتباطی، تفکر انتقادی و عملکرد بازتابی در فراگیران مامایی در کنار صلاحیت‌های تعریف شده دانشی و مهارتی. براین اساس، پژوهش حاضر با هدف کاوش برای طراحی و اعتباریابی الگوی آموزشی مبتنی بر مفهوم مامایی پاسخ‌گو، با استفاده از روش آمیخته اکتشافی متوالی به‌منظور استفاده سیاست‌گذاران مرتبط با آموزش مامایی، مسئولین ذیربط در موسسات آموزش و بازآموزی مامایی و اساتید و دانشجویان این رشته انجام شد.

روش‌ها

رویکرد پژوهش حاضر، آمیخته متوالی اکتشافی (Exploratory Sequential Mixed Method) (کیفی- کمی) بود که در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ انجام شد. براساس مدل تدوین طبقه‌بندی کرسول و پلانوکلاک مرحله کیفی آغازین، متغیرهایی را که باید به یک مطالعه کمی بعدی بروند یعنی مقوله بندی‌های مامایی پاسخ‌گو و مقوله بندی‌ها و روابط الگوی آموزشی را تولید نمود (۱۶).

بخش کیفی این پژوهش با روش نظریه داده بنیاد اشتراوس و کوربین (Strauss & Corbin) هدایت شد. پژوهش‌گر براساس مبانی نظری، به استخراج سوالات نیمه ساختارمند درخصوص مولفه‌های مامایی پاسخ‌گو و مولفه‌های الگوی آموزشی مبتنی بر آن پرداخته و سپس مصاحبه‌ی اکتشافی از طریق سوال و جواب به‌صورت فردی با مطلعان کلیدی انجام شد. مصاحبه‌ها به‌همراه ضبط و ثبت و یادداشت‌برداری، عمدتاً به‌صورت حضوری و بنابر شرایط اپیدمی کرونا و تمایل مطلعان کلیدی به‌شکل تلفنی یا برخط هم انجام می‌شد. از آن‌جا که مفهوم مامایی پاسخ‌گو مفهوم جامعی بود که هر نویسنده‌ای بر بخشی از آن کار کرده و در نتیجه از تعریف جامع و عملیاتی برخوردار نبود؛ برای انجام مصاحبه‌ها، مطلعان کلیدی به‌صورت هدفمند از اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علامه طباطبایی، علوم پزشکی گیلان، تهران و آزاد اسلامی واحد رشت انتخاب شدند که طبق بررسی متون در حیطه‌های مرتبط با پاسخ‌گویی در سلامت باروری و جنسی یعنی حیطه‌های اخلاقی، قانونی و حقوقی مامایی تدریس یا پژوهش داشتند. دسته دیگر مطلعان کلیدی، اساتید آموزش و علوم تربیتی از دانشگاه علامه طباطبایی بودند که در زمینه آموزش پزشکی کار کرده بودند. هم‌زمان با مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با درک و تامل مفاهیم صورت گرفت و از نمونه‌گیری نظری استفاده شد تا پرسش‌ها برای جمع‌آوری داده‌های بعدی، روی

مفاهیم گرفته شده از داده‌های قبل و پیدا کردن شکاف‌ها، پایه‌گذاری شود. نمونه‌گیری‌های نظری تا حد اشباع داده‌ها تا مصاحبه یازدهم ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از کدگذاری نظری (Theoretical Coding) انجام گرفت و با استفاده از تکنیک‌های اشتراوس و کوربین تشکیل مفاهیم به عنوان واحد تحلیل مصاحبه‌ها صورت پذیرفت و کدهای مناسب به بخش‌های مختلف آن‌ها اختصاص داده شد. این کدها طی کدگذاری آزاد یا باز در قالب مقوله‌های فرعی و سپس مقوله‌ها دسته‌بندی شدند. با اندیشیدن درمورد ابعاد متفاوت این مقوله‌ها، یافتن پیوندهای میان آن‌ها و قرار دادن مقولات متناسب باهم در یک خوشه، کدگذاری محوری انجام و دسته‌های بزرگ مفهومی طبقه‌بندی شدند و در طی کدگذاری گزینشی طبقات به طبقه مرکزی مرتبط شدند تا نظریه را شکل دهند (۱۶-۱۹). بدین ترتیب با کدگذاری باز و محوری، مفهوم طبقه بندی شده مامایی پاسخ‌گو در قالب مولفه‌ها و زیرمولفه‌ها استخراج شد و با کدگذاری باز، محوری و گزینشی، نظریه داده بنیاد توسعه آموزش مامایی بر مبنای نقش فراگیر حاصل آمد و الگوی آموزشی شکل گرفت.

به‌منظور تایید اعتبار بخش کیفی پژوهش، از سه روش استفاده شد. سه سوسازی داده با گردآوری اطلاعات از منابع مختلف براساس کرسول (Creswell) شامل تجزیه و تحلیل متون و دو نوع مصاحبه، به این ترتیب انجام شد که نخست یک گستره پژوهی (Scoping Review) با توجه به‌معنای لغوی پاسخ‌گویی و گستره حوزه عملکرد و آموزش مامایی انجام شد که در آن پاسخ‌گویی از دید منابع متعدد داده‌ها مانند منابع تخصصی مامایی، مدیریتی، حقوقی، قانونی و آموزش و یادگیری، مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت. در ادامه نخست مصاحبه با مطلعان کلیدی ماما با گرایش‌های متنوع تحصیلی یا پژوهشی در ابعاد مختلف اجتماعی و حقوقی- قانونی و آموزشی انجام شد و در کنار پرسش‌های مربوط به الگوی آموزشی، مولفه‌های پاسخ‌گویی ماما از مصاحبه‌ها استخراج و با مولفه‌های پاسخ‌گویی ماما حاصل از گستره پژوهی ممزوج شد. در ادامه مصاحبه‌ها، این مولفه‌ها در اختیار اساتید آموزش پزشکی و علوم تربیتی قرار گرفت و مصاحبه‌های بعدی انجام شد. به این ترتیب هم‌گرایی میان داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت تا ابعاد مختلف آن‌ها کشف شوند، از تبیین‌های ناقص و سطحی خودداری شود و داده‌های به‌دست‌آمده از منابع مختلف موافق و سازگار باشند و تبیین ساده‌انگارانه نباشد. هم‌چنین اعتبار از طریق ارائه نتیجه‌گیری و یا اطلاعات مغایر

در فرآیند تحقیق مشارکت کردند. در بخش کیفی، قبل از مصاحبه با مطلعان کلیدی، رضایت‌نامه کتبی به‌عنوان بخشی از پروتکل پژوهش به‌طور الکترونیکی ارسال شد که در آن مواردی مانند مراحل کار، اهداف مصاحبه، نحوه و حتی مدت مصاحبه به‌طور کامل معرفی شد. در عین حال در زمان شروع مصاحبه هم مجدداً اجازه شفاهی برای ضبط مصاحبه گرفته شد. برای بخش کمی نخست موافقت افراد جهت شرکت مورد پرسش قرار گرفته و سپس لینک پرسشنامه الکترونیک ارسال می‌شد. این مطالعه با رساله تحت همین عنوان در دانشگاه علامه با رعایت جنبه‌های اخلاقی در فاز اجرایی انجام شد و از نظر اخلاق پژوهش با شماره ۳۹۶۸۳۳۹ از دانشگاه علامه طباطبایی، قابل پیگیری است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، براساس مصاحبه با مطلعان کلیدی که از تحصیلات بهداشت باروری، مامایی، سلامت زنان، سلامت و رفاه اجتماعی، مدیریت آموزشی و پرستاری و هم‌چنین متوسط سابقه کار ۲۰/۴۵ سال، برخوردار بودند؛ نخست مولفه‌های محوری و زیرمولفه‌های مامایی پاسخ‌گو، مطابق با جدول شماره یک و مقولات نظریه داده بنیاد توسعه آموزش مامایی بر مبنای نقش دانش آموخته مطابق شکل شماره یک استخراج شدند و الگوی آموزشی در قالب راهبرد نظریه داده بنیاد، مطابق آن‌ها طراحی گردید. در جدول شماره دو مولفه محوری منتخب تحول در آموزش مامایی برگرفته از بعد راهبردهای نظریه داده بنیاد، بیان شده است. درخصوص ابعاد الگوی آموزشی، هر یک از مطلعان به استخراج تعداد زیادی از مفاهیم کمک کردند. بیان شد که ورودی‌های رشته آمادگی یادگیری در چهار حیطه هیجانی، شناختی، سایکوموتور و سیستمی را داشته باشند. در حال حاضر به دلیل ضعف در آموزش اخلاق فردی، اجتماعی و سازمانی در دانشجویان ورودی مشکل داریم که از مهارت‌های ارتباطی مناسبی هم برخوردار نیستند.

لازم است دانشجو را به تفکر علاقمند کنیم و تغییر آموزش از سطح محفوظات و دانش به‌سطوح بالاتر شناختی و قدرت تجزیه و تحلیل و ترکیب اتفاق بیافتد. بلوغ روانی فراگیر و وابسته نبودن او خیلی مهم است. وجود و تقویت مهارت‌های ارتباط و گفتگو در فراگیر مهم است. آموزش یک‌پارچه باشد و دانشجو در ترم‌های اول دانشگاه رها نشود. دروس پایه با کاربرد مامایی تدریس شوند و نیاز به بازنگری دروس پایه وجود دارد. انگیزه نداشتن دانشجو به‌علت بیکاری دانش

با موضوعات در حین مصاحبه به مطلعان کلیدی و نیز بررسی کل نتایج توسط مطلع کلیدی اول در پایان بخش کیفی مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی قابلیت اطمینان یا همان سازگاری و پایداری، به نقل از کرسول بنا بر توصیه بین (Yin)، مراحل مطالعه مستند و تا آن‌جا که ممکن بود مراحل روش کار ثبت شد تا دیگر پژوهش‌گران بتوانند مراحل را دنبال کنند (۱۶). همچنین علاوه بر بررسی رونوشت‌ها و مقایسه مداوم داده‌ها با کدها، سازگاری کدگذاری با کمک گرفتن از همکار به تایید رسید.

مرحله کمی

بخش کمی این پژوهش، در قالب نظرسنجی به‌منظور اعتباریابی الگوی آموزشی پیشنهادی انجام شد. پرسشنامه محقق ساخته عمدتاً بسته پاسخ با ۴۱ سؤال بسته و یک سؤال باز، براساس مولفه‌های محوری و زیرمولفه‌های استخراج‌شده از بخش کیفی به‌همراه ذکر مقولات اولیه، به‌صورت الکترونیک با کمک نرم‌افزار پرسلاین طراحی شد. بررسی روایی محتوایی پرسشنامه با بازخوانی کامل اساتید راهنما و مشاور و دو نفر از اساتید مامایی صورت پذیرفت و به‌صورت برخط به همراه یک متن راهنما و الگوی آموزشی فرآیندی، با روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی در اختیار ۳۳ نفر از خبرگان شامل اساتید دانشگاه در رشته مامایی، علوم تربیتی و یک استاد پرستاری با مدرک دکتری حقوق قرار گرفت تا با استفاده از مقیاس ۵ قسمتی لیکرت بررسی شود که مولفه‌ها و زیرمولفه‌ها تا چه اندازه نظریه داده بنیاد و الگوی آموزشی مبتنی بر مامایی پاسخ‌گو را تبیین و نمایندگی می‌نماید. هم‌چنین در طی یک سؤال باز از خبرگان درخواست شد که برای شاخص‌هایی که کم‌تر از میانگین امتیازات هر سؤال یعنی ۳ منظور کرده‌اند، پیشنهادات خود را درخصوص اصلاح الگوی آموزشی بیان دارند و ۲۱ نفر به نظرسنجی پاسخ دادند. نرم‌افزار پرسلاین امکان انتقال داده‌های نظرسنجی را به فایل اکسل فراهم ساخت. برای تجزیه و تحلیل آماری نخست به انتخاب‌های خیلی کم تا بسیار زیاد نمرات از ۱ تا ۵ اختصاص داده شد و سپس با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و به‌طور قراردادی، برای تعیین مطلوبیت الگو نمره هر سؤال بالاتر از میانگین نمرات در هر سؤال یعنی ۳ در نظر گرفته شد. با استفاده از کوواریانس میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آمد که پایایی بسیار عالی پرسشنامه را تایید کرد.

در این پژوهش اعضای شرکت‌کننده با اطلاع کامل و داوطلبانه

می‌شود و یا بر عوارض نقص عضو که بر ادامه زندگی، تحصیل و شغل تاثیر دارد، تاکید شود. در خصوص پیامدها و آثار استقرار الگوی آموزشی بیان شد که بر حسب زمینه اجتماعی، سوء استفاده جنسی در کودکان و نوجوانان و بزرگسالان و خشونت و انحرافات، افزایش یافته ولی به علت مردسالاری، اغلب پنهان کاری می‌شود مگر این که عوارض جسمی گذاشته باشد که خانم‌ها بگیرند مخصوصاً آگاه شوند که با توجه به عوارض روانی در خانواده، ایجاد بزه در کودکان را گزارش کنند. با مشاوره مامایی به حقوق خودشان آگاه‌تر می‌شوند. با اطرافیان خود بیش‌تر در این موارد صحبت می‌کنند. به گشت اجتماعی پناه می‌برند یا مانع انتقال خشونت به دخترانشان می‌شوند. به خصوص که ابزارها هم شناسایی و بومی‌سازی شده است.

در بخش کمی پژوهش، میانگین همه شاخصه‌ها بالای میانگین نمرات در هر سوال یعنی ۳ بود و میانگین کل امتیازات لیکرت ۴/۲۹ با انحراف معیار ۰/۷ و بالاترین میانگین (۴/۹۱) مربوط به زمینه آموزش مامایی و همچنین پاسخگویی حرفه‌ای، سپس (۴/۷۱) مربوط به برنامه آموزشی و درسی و پس از آن (۴/۶۶) مربوط به مامایی کل نگر بود. بین افراد صاحب‌نظر در مورد اعتبار مناسب نظریه داده بنیاد با ترکیبی از عوامل زمینه‌ای و مداخله‌گر، موجبات علی، پدیده، راهبردها و پیامدها و همچنین الگوی آموزشی طراحی شده، توافق وجود داشت.

آموختگان و ضعف اساتید را در بخش بالین به علت نگذردن طرح داریم. در آموزش مامایی از الگوهای موفق مانند CIPP استفاده شود زمینه باید نیازسنجی شود از گیرنده خدمات و استاد و دانشجو تا فرآیند مانند مراحل اجرایی. محصول یعنی دانش‌آموختگان را در مقاطع مختلف بررسی کنیم. مدل KERN که برنامه‌ریزی درسی را اصلاح می‌کند، متناسب نیازسنجی کلی و فرهنگ مردم است. در چرخه اجرا و ارزشیابی مطابق تغییرات جامعه برخی مطالب یا دروس برنامه آموزشی حذف شود و مطالب با اهمیت‌تر جایگزین شود چون حجم مطالب آموزشی بیش از حد نرمال است و لازم است برنامه آموزشی مرتب بازنگری شود. امروزه قدرت و نفوذ بیرون از مامایی، آموزش مامایی را تغییر داده ولی فلسفه آموزش مامایی باید با تغییر نیاز جامعه، تغییر کند. الان جامعه‌شناسی و روان‌شناسی افزایش مشکلات سلامت باروری هم اهمیت دارد که بر پیشگیری و خود مراقبتی تاکید شود. آموزش یکپارچه داشته باشیم یعنی دانشجو زمان یادگیری اولین اقدامات حتی یک تزریق، با عواقب حادثه آشنا شود. در هر درس نظری بارداری و زایمان باید بدانند در قبال مادر چه مسئولیت‌هایی دارند. عواقب ارجاع ندادن را بدانند. مسائل قانونی از کلاس و آزمایشگاه شروع شود و در همه بخش بالینی گسترش پیدا کند. بر پیامدهای روانی و آسیب‌های پنهان روح و روان و عوارض اجتماعی مانند مرگ مادر تاکید شود که در این صورت، مهرمادری و تربیت مناسب مختل

جدول ۱. مولفه‌های محوری (مقولات کلی) و زیر مولفه‌های (مقولات) مامایی پاسخ‌گو

زیر مولفه‌ها	مولفه‌های محوری (پاسخ‌گویی)
پاسخ‌گویی شخصی ماما (به وجدان خود) مسئولیت‌پذیری استقلال	مبانی
اخلاق حرفه‌ای پاسخ‌گویی به زن و خانواده	اخلاق مامایی
پاسخ‌گویی در چهارچوب حقوق بشر پاسخ‌گویی مدنی و کیفری	حقوقی
پاسخ‌گویی حرفه‌ای پاسخ‌گویی متقابل با مدیریت سازمان	قوانین و استانداردهای حرفه‌ای
مامایی کل نگر مامایی جامعه نگر	مدل‌های مامایی
پاسخ‌گویی اجتماعی ماما	اجتماعی

رویکرد اصلی پاسخ‌گویی به زن به‌عنوان پرتکرارترین مقوله، وابسته است.

در جمع‌بندی مفهوم مامایی پاسخ‌گو، می‌توان گفت که پاسخ‌گویی ماما به تعادل و توازن ما بین زیرمولفه‌های فوق با



شکل ۱. اجزای فرآیند نظریه داده بنیاد توسعه آموزش مامایی بر مبنای نقش دانش‌آموخته

به‌عنوان یادگیرنده مادام‌العمر و حل‌کننده مسایل، یادگیری میان رشته‌ای، برنامه درسی محصول محور و دوره‌های انتخابی برای دانشجو را در برمی‌گیرد.

توسعه آموزش مامایی بر مبنای نقش دانش‌آموخته به‌عنوان پدیده مرکزی در دل خود به‌طور خلاصه مجموعه‌ای از اجزا شامل حرکت فلسفی به سمت سازنده‌گرایی، فراگیر محوری

جدول ۲. مولفه محوری منتخب از راهبردهای نظریه داده بنیاد - تحول در آموزش مامایی

مقولات کلی	مقولات	مقولات فرعی
<p>رویکرد ترکیبی در آموزش مامایی</p> <p>تحول در آموزش مامایی (راهبرد)</p>	<p>ترم پایین غلبه حمایت مربی به همراه حرفه‌ای شدن، الگوپذیری، اخلاق و اجتماعی شدن</p> <p>ترم‌های میانی (۴-۵-۶) - غلبه شناخت‌گرایی با کار روی بعد فکری، تفکر انتقادی، تفکر منطقی</p> <p>ترم‌های میانی (۴-۵-۶) - غلبه شناخت‌گرایی با کمک نقشه مفهومی، الگوریتم و نمودار جهت تشخیص افتراقی و حل مساله بالینی واقعی</p> <p>ترم‌های میانی (۴-۵-۶) - غلبه شناخت‌گرایی با کمک ارتباط و تعامل با بیمار و همکلاسان، تبدیل علم، آگاهی و دانش به عمل و حیطه‌های بالاتر شناختی</p> <p>ترم بالا (۷-۸) غلبه سازنده‌گرایی با صلاحیت بالینی، مسئولیت بالینی، استقلال، قضاوت بالینی، تعامل گروهی با همکلاسان در حل مساله واقعی و اخلاق در حل مساله</p> <p>دانش آموختگان با رفتارگرایی، شناخت‌گرایی، سازنده‌گرایی، تعامل بین محیط کار و آموزش به منظور ارتقای عملکرد و صلاحیت بالینی</p> <p>تحصیلات تکمیلی سازنده‌گرایی با استقلال عمل، قضاوت بالین، کار تعاملی در گروه‌های کوچک برای بررسی انتقادی باورها و فهم فراگیر توسط خود</p> <p>رویکرد سازنده‌گرایی - پلایش مداوم ایده‌ها و توانمندی‌های عقلی، راهنمایی در خصوص برداشتهای درست یا نادرست فراگیران، فراگیر به‌عنوان یادگیرنده مادام‌العمر</p> <p>رویکرد سازنده‌گرایی - شکل‌گیری دانش، حجم محدود محتوا با عمق قابل ملاحظه، خودراهبری در یادگیری و یادگیری با مسئولیت و خلاقیت خود، یادگیری انفرادی و ساختن دوباره دانش</p> <p>رویکرد سازنده‌گرایی - تقویت توانایی تصمیم‌گیری، کار کلاس برمسایل و نمونه‌های واقعی، کاربرد مکرر مفاهیم در موقعیت‌های استدلال و حل مساله و بیان نتیجه و تامل و بازخورد، مساله محوری با ترکیب یادگیری تجربی و توسعه توانایی‌های عقلی و تمرین تفکر انتقادی و استدلال منطقی در حین حل مساله‌ها و انجام پروژه‌های جامعه محور</p> <p>کارآموزی شناختی - الگوپردازی فرآیندهای تفکر</p> <p>کارآموزی شناختی - انعکاس هم‌زمان نیازهای فردی و اجتماعی و حرفه‌ای</p> <p>کارآموزی شناختی - ارائه مدلی از صلاحیت‌ها به فراگیران و نشان‌دادن شکاف بین توانایی کنونی و مورد انتظار تا اهداف یادگیری را خود تعیین کنند.</p> <p>شرکت فراگیران در برنامه‌ریزی واحد درسی و پروژه‌ها</p>	<p>مقولات فرعی</p>
<p>برنامه آموزشی و درسی</p>	<p>بهبود ساختار سنتی آموزش فراگیر مانند توالی یادگیری، درگیری با لیست‌های طولانی از اهداف و اهداف عینی</p> <p>کاهش حجم زیاد محتوای درسی به‌منظور فهم پیچیده‌تر و یادگیری عمیق</p> <p>خروج از آموزش سنتی یا مجازی با محتوای الکترونیک به سمت تعامل و ارتباط با مردم و نیازسنجی جامعه و سپس ارزشیابی و تنظیم اهداف مانند مدل نظام مند KERN به‌عنوان مثال گسترش سرفصل‌ها در واحد پزشکی قانونی در حوزه شایع خشونت‌های خانگی و سوء استفاده‌های جنسی از زنان و کودکان</p> <p>بازنگری مرتب برنامه آموزشی و برنامه‌ریزی سال تحصیلی آینده براساس تعریف نقش، تحلیل وظایف و انتظارشغلی از ماما در بیمارستان و مرکز بهداشت و مطب</p> <p>حذف و اضافه دروس در مطابقت با اهمیت موضوع در تصمیمات کلیدی ماما، شیوع و یا نادر بودن مشکل و تعمیم‌پذیری موضوع</p> <p>حرکت از استاد محوری به دانشجو محوری</p> <p>رویکردهای تیمی و بین حرفه‌ای به برنامه آموزشی و درسی</p> <p>توجه به ابعاد مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی در بازنگری برنامه درسی با شروع پاسخ‌گویی از کلاس و آشنایی با مسئولیت‌های ماما در هر درس نظری و آزمایشگاه و تاکید برمسایل قانونی در هر بخش بالینی</p> <p>آموزش میان رشته‌های جامعه‌شناسی و روان‌شناسی در برنامه آموزشی دوره کارشناسی</p> <p>گذراندن دروس اخلاق حرفه‌ای، پزشکی قانونی و روان‌شناسی در ترم‌های اول</p> <p>استفاده بهینه از ۲۰ درصد مجاز برنامه درسی غیرمتمرکز</p> <p>ایجاد شیوه‌نامه برای حضور فراگیر در کنار پرسنل برای یادگیری پاسخ‌گویی</p> <p>حضور هیات علمی بالین با رویکرد مامایی در بیمارستان و همکاری متخصصان زنان برای اجرایی کردن رویکرد مامایی در بالین</p> <p>اصلاح محیط آموزش غیراستاندارد و مداخله‌گرانه در آموزش بالینی مامایی</p>	<p>برنامه آموزشی و درسی</p>
<p>برنامه درسی بنیان</p>	<p>جایگاه موثرتر علاقه استاد به مباحث پاسخ‌گویی نسبت به ساختار</p> <p>یادگیری مهارت‌های ارتباط با بیمار و همکار از رفتار مربی</p> <p>مهارت‌های خودتوانمند سازی مانند مهارت‌های ارتباطی، تفکر انتقادی، حل مساله، تصمیم‌گیری، مدیریت زمان و کار گروهی</p> <p>بهبود اعتماد به نفس و حس مسئولیت‌پذیری کارکنان ماما</p> <p>افزایش استخدام نیروی مامایی به‌جای استفاده از ماما‌های جوان و کم‌تجربه طرحی و عقب رانده شدن ماما از وظایف خود در تعاملات بالین و اجبار ماما از سوی موسسه به اقدامات مختلف حاشیه‌ای تاثیرگذار بر دانشجوی</p>	<p>برنامه درسی بنیان</p>
<p>یادگیری ترجیحی خود آگاهی می‌یابد و مسئولیت یادگیری خویش را برعهده می‌گیرد. حرکت به سمت تعامل و ارتباط با مردم و نیازسنجی جامعه و سپس ارزشیابی و تنظیم اهداف آموزشی و تداوم اصلاح اهداف از نقش بنیادی در تحول برنامه آموزشی برخوردار است.</p>	<p>براساس یافته‌های جدول شماره دو تحول در آموزش مامایی با رویکرد ترکیبی، با وجود تاکید برسازنده‌گرایی به این رویکرد محدود نشده و از رویکردهای شناخت‌گرایی و ارتباط‌گرایی هم منتفع شده است. به‌منظور تحول در آموزش مامایی به‌نفع پاسخ‌گویی، فراگیر به‌عنوان یادگیرنده مادام‌العمر و حل‌کننده مسایل، پس از گذراندن ترم‌های پایین کم‌کم از سبک</p>	<p>یادگیری ترجیحی خود آگاهی می‌یابد و مسئولیت یادگیری خویش را برعهده می‌گیرد. حرکت به سمت تعامل و ارتباط با مردم و نیازسنجی جامعه و سپس ارزشیابی و تنظیم اهداف آموزشی و تداوم اصلاح اهداف از نقش بنیادی در تحول برنامه آموزشی برخوردار است.</p>

جدول ۳. مولفه محوری منتخب از راهبردهای نظریه داده بنیاد- الگوی آموزشی مبتنی بر مامایی پاسخگو

مقولات کلی	مقولات	مقولات فرعی
	اهداف الگوی آموزشی	مساله‌یابی و درگیرسازی یادگیرنده با مساله در محیط واقعی، کاوشگری، تحلیل‌گری، ارزشیابی منابع و یافته‌ها، تصمیم‌گیری و انتخاب مناسب، انتقاد وضع موجود، ایده پردازی برای وضع مطلوب
	نقش مدرس در الگوی آموزشی	هدایت‌گری، سکوسازی، حمایت، طراحی محیط برای مواجهه‌سازی یادگیرنده با محیط واقعی، تعریف نقش یادگیری در کلاس و پروژه برای یادگیرندگان، طراحی ارزشیابی و سنجش، سامان‌دهی سیستم پاداش و تشویق، طراحی نحوه درگیرسازی، ارائه بازخورد و تعامل با یادگیرندگان، طراحی محیط پشتیبان، طراحی پروژه‌های فردی و گروهی، طراحی مساله در محیط واقعی، طراحی کمک به ایده پردازی و تفکر طراحی در یادگیرنده
	نقش یادگیرنده در الگوی آموزشی	مشارکت در پروژه‌های فردی و گروهی، مشارکت در بحث گروهی و گفتگو، عضویت در گروه‌های یادگیری، پذیرش مسئولیت در گروه و کلاس، ایده پردازی، ارائه نظرات انتقادی، مشارکت و همیاری با همتایان
	تدارک فرصت یادگیری	ترسیم نقشه مفهومی، جستجوی هدفمند در وب، کار با اپلیکیشن‌ها، حضور در شبکه‌های اجتماعی، کار در گروه‌های کوچک، سخنرانی، تمرین مهارت مشاوره، تمرین مهارت مشاهده، تمرین مهارت مصاحبه، خلاصه‌نویسی، گزارش‌دهی
	محتواسازی و دسترسی به منابع	دانش بیانی (مفاهیم، حقایق، نظریه‌ها) و دانش روش کار، از منابع مختلف مانند: فیلم، کتاب، مصاحبه، مشاهده، تجربه افراد، مقالات، پایان‌نامه‌ها، مشاهده در محیط اصیل و در نهایت دسترسی به سایت‌ها و پایگاه‌های داده معتبر محتواسازی شود
	محیط و فضای یادگیری	محیط خود هدایت‌گر، محیط خود پایش‌گر، محیط سکوسازی‌شده، محیط تفکرمحور، محیط مساله‌محور، محیط مبتنی‌بر بازی وارسازی (Gamification)، محیط مبتنی‌بر شرایط واقعی و اصیل، محیط باز و انعطاف‌پذیر، محیط مبتنی‌بر شبیه‌سازی، محیط مبتنی‌بر همکاری، همیاری و مشارکت
	روش‌های تدریس در الگوی آموزشی	روش‌های درگیرسازی و تعامل، روش‌های سنجش محور، روش‌های گفتگو محور، روش‌های پروژه محور، روش‌های حل مساله، روش‌های مبتنی بر شبیه‌سازی، روش‌های مبتنی بر بازی‌وارسازی، روش‌های مبتنی بر تفکر طراحی و ایده‌پردازی، روش‌های مبتنی بر تفکر انتقادی
	سنجش و ارزشیابی در الگوی آموزشی	سنجش برای یادگیری، سنجش به عنوان یادگیری، سنجش پروژه‌ها، سنجش گزارش‌ها، ارزشیابی براساس مدل آسکی، همتا ارزیاب، سنجش میزان مشارکت، سنجش میزان مهارت مشاهده، مشاوره و مصاحبه، سنجش با نقشه مفهومی، سنجش با جستجوگری و کاوشگری، سنجش کار با اپلیکیشن‌ها و شبکه‌های اجتماعی، سنجش نمونه براساس ایده پردازی و تفکر طراحی
	نتایج یادگیری	خودتنظیمی، خودراهبردی، توانایی حل مساله در محیط واقعی، خودکارآمدی، توانایی کار گروهی، توانایی کار تیمی با سایر گروه‌های پزشکی، خلاقیت، انتقادگری، تصمیم‌گیری، قضاوت بالینی، مداخله عالمانه

اجرای الگوی آموزشی مبتنی بر مامایی پاسخگو (راهبردی)

مقولات الگوی آموزشی فوق از اجزای پایه‌ای تشکیل شده‌اند که باید در طراحی یک چنین الگویی مدنظر قرار گیرد. پیاده‌سازی موفق اجزای این الگو به برنامه‌های سطوح کلان‌وزارتی و سطوح میانی موسسه با فراهم‌سازی محیط مناسب و هم‌چنین سطوح خرد استاد و دانشجو وابسته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، براساس تنوع ذینفعان حرفه مامایی اعم از زنان و خانواده‌ها، کارفرمایان، همکاران، اعضای تیم بین حرفه‌ای و سازمان‌های ملی و جهانی درگیر در سلامت باروری و جنسی، مفاهیم متنوعی برای پاسخ‌گویی استخراج شد که مفهوم پاسخ‌گویی ماما به زن از زیرمؤلفه مامایی کل‌نگر، پرتکرارترین حیطة یافت شده بود. در ادامه برخی از مولفه‌ها و زیرمؤلفه‌های الگوی آموزشی در هر یک حیطة‌های استخراجی مامایی پاسخ‌گو مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

زیرمؤلفه شاخص در مابانی پاسخ‌گویی ماما، مسئولیت‌پذیری است که پیش از عملکرد، به ماما اجازه می‌دهد تا براساس دانش تخصصی و تجربیات خود، اختیار مراقبت‌هایی را که می‌خواهد ارائه دهد، بدست آورد. نهادینه‌شدن استقلال و مسئولیت‌پذیری در دانشجویان در نظریه‌های آموزشی

یادگیری فعال جایگاه شاخصی دارد. فراگیر در یادگیری خودراهبر، سبک‌ها و نیازهای یادگیری خود را شناسایی می‌کند و با پذیرش مسئولیت برای یادگیری و پاسخ‌گویی در قبال آن است که استراتژی‌های یادگیری را پیاده‌سازی می‌کند (۲۰). نظریه یادگیری شناختی- تعاملی، یادگیرنده را به‌عنوان یک شرکت‌کننده فعال در فرآیند یاددهی- یادگیری می‌بیند و دانشجویان در فعالیت‌های شناختی به مشارکت‌کننده مسئولیت‌پذیر و حل‌کننده‌های مساله، تبدیل می‌شوند (۲۱). محققان یادگیری مسئولیت‌پذیری را مفروض بر یادگیری مبتنی‌بر مساله می‌دانند (۲۲). دنت (Dent) نیز براین اعتقاد است که گروه‌های یادگیری مبتنی بر مساله که به خوبی اداره می‌شوند به تیم‌های مسئولیت‌پذیر و خود مدیریتی تبدیل می‌شوند که مجموعه‌های مهارت‌های مشارکتی یادگیرنده را توسعه بخشیده و بنابر موقعیتی که در تیم قرار گرفته‌اند در زمان ارائه، بازخورد فوری دریافت کرده، مسئول توضیح و دفاع از تصمیم خود هستند و براین اساس پاسخ‌گویی آن‌ها تقویت می‌شود. هم‌چنین کلاس معکوس را روشی برای تقویت پاسخ‌گویی فراگیران می‌شناسد. اگر فراگیران تکالیف آماده‌سازی را انجام ندهند، جلسات کلاس درس با شکست مواجه می‌شود. بنابراین، ملاحظه‌ی مهم این

است که چگونه می‌توان دانشجویان را در برابر اساتید، خود و یکدیگر مسئول دانست. ارزشیابی همتایان روش دیگری برای پاسخ‌گو نگه‌داشتن فراگیران است زیرا یادگیری گروهی به آمادگی همه بستگی دارد (۱۵).

در نتایج مطالعه حاضر، پاسخ‌گویی در اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان بعد محوری دوم مامایی پاسخ‌گو تبیین شد که اخلاق حرفه‌ای و پاسخ‌گویی به زن و خانواده، زیرموضوع‌های آن را تشکیل دادند. یافته‌های شاهین‌مهر و حسنی نشان داد که با میانجی‌گری مسئولیت، رابطه‌ی غیرمستقیم و مثبت بین اخلاق با پاسخ‌گویی وجود دارد (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. از دیدگاه مامایی زن محور، شناختن زن به‌منظور شناسایی نیازهای فردی و پاسخ به روند زایمان به‌عنوان یک تجربه طبیعی و فیزیولوژیک، موضوع اصلی اخلاق در رابطه میان مادران و ماماها است (۲۴). به‌طورکلی در نظام تعلیم و تربیت رسمی و عمومی ایران، گرایش به اخلاق و فضیلت وجود دارد. لیکن رویکرد موجود آموزش اخلاق در چهارچوب کتاب‌های درسی، تربیت اخلاقی را به یک جریان ضعیف و کم اثر تبدیل می‌کند و درواقع یک نوع فروکاهش تربیت اخلاقی، به اطلاع‌رسانی اخلاقی است. درحالی‌که در کشورهای دیگر، تربیت اخلاقی ناظر بر اخلاق شهروندی است و بیش‌تر به آماده‌سازی جوانان برای نقش‌ها و مسئولیت خود به‌عنوان شهروندان می‌پردازد (۲۵). از این‌رو، دیده شدن شکل‌گیری هویت حرفه‌ای (professional identity) و اخلاق پزشکی در برنامه درسی و در ضمن کارآموزی‌ها مورد تأکید قرار گرفته است (۲۶). به‌همین ترتیب سایر پژوهش‌گران به آموزش سنتی اصول اخلاقی به دانشجویان انتقاد داشته و استفاده از روش‌های جدید آموزش همچون آموزش فعال، مشارکت فردی، تقابلات گروهی و رویکرد مبتنی‌بر مساله را ضروری می‌دانند (۲۸، ۲۷).

هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر، رحیمی و همکاران عقیده دارند که از محل‌های تربیت اخلاقی، برنامه درسی پنهان است. آموزش رسمی به‌تنهایی نمی‌تواند در تکامل بخشی انسان‌ها و پر نمودن خلاءها و آسیب‌های اخلاقی، کارآمد باشد. اخلاقیات در قالب برنامه درسی پنهان غالباً از طریق تعاملات انسانی شکل می‌گیرند. بی‌تردید اساتید از طریق تقابل فکری و به‌عنوان الگو، عناصر سازنده و پرورش‌دهنده فشر دانشجو هستند و البته وجود کارکنان و دانشجویان دیگر به‌عنوان عوامل سازنده دانشگاه غیرقابل انکار است (۲۹).

در نتایج مطالعه حاضر، مولفه محوری سوم پاسخ‌گویی ماما، در

چهارچوب حقوقی تبیین شد که مشتمل بر دو زیرموضوع پاسخ‌گویی در چهارچوب حقوق بشر و پاسخ‌گویی مدنی و کیفری بود. پاولین (۲۰۱۷) مباحث مربوط به قانون را به همراه اخلاق حرفه‌ای در حرفه‌ای‌گری (professionalism) بیان می‌کند و عقیده دارد که آموزش این مباحث باید در ترم‌های اولیه که هویت حرفه‌ای فرد در حال شکل‌گیری است، گنجانده شود و استفاده از یادگیری مارپیچی که پیچیدگی یادگیری قبلی را افزایش می‌دهد را در ترم‌های بالاتر و ضمن برخورد با مسایل و استدلال بالینی، توصیه می‌کند. هم‌چنین عقیده دارد که مدل‌های یادگیری مبتنی‌بر پیامدها برای کاهش عواقب مدنی و کیفری عملکرد گروه پزشکی کارایی دارد (۳۰). استانداردهای نتایج یادگیری هم‌راه متناسب کردن آموزش با نیازهای فردی یادگیرنده و شاید کاهش مدت زمان آموزش برای یک کارآموز، یکی از چهار هدف برای آموزش پزشکی بود که در بنیاد کارنگی برای گزارش پیشرفت آموزش پزشکی شناخته شد و پیامد آن، تعامل و ادغام واقعی دانش، مهارت‌ها و نگرش‌ها در عمل بالینی است (۳۱).

مولفه چهارم از مامایی پاسخ‌گو براساس نتایج مطالعه حاضر پاسخ‌گویی در چهارچوب قوانین و استانداردهای حرفه‌ای تبیین شد که شامل زیرموضوع‌های پاسخ‌گویی حرفه‌ای و پاسخ‌گویی متقابل با مدیریت سازمان می‌گردد. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، کشاورز بیان می‌دارد که اگرچه تعریف حرفه‌ی مامایی و شرح شغلی آن با تعریف کنفدراسیون بین‌المللی ماماها مطابقت دارد، اما به‌نظر می‌رسد، رویکرد عملی ارائه خدمات و ارائه الگوی خدمات مراقبت مامایی در ایران، نسبت به کشورهای دیگر که در زایمان طبیعی خوب کار می‌کنند متفاوت است. در واقع، اختیار کافی برای اقدام برابر شرح شغلی وجود ندارد تا جایی که حتی دانشجویان این رشته، تبعیض، عدم استقلال و نزول جایگاه حرفه‌ای را تجربه کرده‌اند (۳۲). پارسونز و گریفیث (Parsons & Griffiths) بحث می‌کنند، فرآیندهای اجتماعی شدن حرفه‌ای که در طول آموزش تجربه می‌شود و متعاقباً زندگی کاری یک ماما، چنانچه با هدف کسب اطاعت و انطباق بی‌چون و چرا باشد، توانایی ماماها را برای به چالش کشیدن شیوه‌های سنتی و تصمیم‌گیری براساس شواهد تحقیقاتی موجود و ترجیحات زنان تحت‌مراقبت، کاهش می‌دهد (۳۳). تغییر اولویت‌گذاری از نیازها و رضایت زن به سمت رضایت سلسله مراتب سازمانی، به نقص ادراکات درونی از عملکرد مناسب مامایی، منجر می‌شود و به دانشجوی مامایی دانستن اما عمل نکردن را القاء

داشته باشد (۱۵)، براین اساس، کار ماما در کلینیک یا مراقبت در منزل توسط او، که اولین نقطه تماس با بیمار است بیش‌تر با ارائه خدمات مستقل و بدون ارجاع همراه است و حضور فراگیران در چنین محیط‌های جامعه‌نگری می‌تواند در پرورش پاسخ‌گویی کمک کند.

نتایج مولفه محوری ششم در مطالعه حاضر پاسخ‌گویی در چهارچوب اجتماعی را مطرح می‌کند. بهبود کیفیت خدمات درمانی، به راهبردهای نوآورانه‌ای فراتر از تامین نیروی انسانی ماهر، بهبود تجهیزات و زیرساخت‌ها نیاز دارد که یک راهکار و تجربه موفق جهانی شامل استفاده از پاسخ‌گویی اجتماعی است. پاسخ‌گویی اجتماعی مجموعه‌ای از سازوکارها را شامل می‌شود که هدف آن‌ها این است که کاربران بتوانند صدای نگرانی‌های خود را در مورد خدمات بهداشتی ارائه شده، افزایش دهند و با کمک به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی برای در نظر گرفتن نیازها و انتظارات کاربران در ارائه مراقبت، بهبود پاسخ‌گویی و رفتار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را رقم بزنند (۳۶). پاسخ‌گویی اجتماعی به‌عنوان ابزاری برای تقویت مشارکت جامعه تلقی می‌شود. بنابراین، از ارائه‌دهندگان خدمات عمومی انتظار می‌رود که در جهت پاسخ‌گویی، تمایل به بهبود قدرت گیرندگان خدمات داشته باشند، گشودگی بیش‌تری به خرج دهند تا کاربران بتوانند در مورد عملکردهای ضعیف بحث نمایند و در نهایت کارکنان برای تطبیق شیوه‌های ارائه خدمات به‌طور فعال با کاربران مشارکت کرده و تغییر رفتار داشته باشند (۳۷).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که عمده‌ترین محدودیت‌های پاسخ‌گویی اجتماعی، نگرش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به صدا و موقعیت آن‌ها در سازوکارهای پاسخ‌گویی اجتماعی است. یک قدم مدیریتی برای ارتقای پاسخ‌گویی، بهبود شرایط کار و کاهش حجم کار ارائه دهندگان خدمات سلامت و اجازه دادن به آن‌ها برای شنیدن نگرانی‌های بیماران است، هم‌چنین کارآموزان خدمات سلامت توسط ارائه‌دهندگان خدمات و مربیان خود حساس شوند تا از بیماران، بد استقبال نکنند و بدانند چگونه نیازهای بیماران را مدیریت کنند (۳۶).

پاسخ‌گویی اجتماعی یکی از مولفه‌های اصلی سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی آموزش نیروی انسانی است (۳۸). مطابق بیانیه WHO، مدل پایدار و پاسخ‌گو برای ارائه خدمات بهداشتی که به‌عنوان مسئولیت‌پذیری اجتماعی دانشکده‌های پزشکی برای هدایت فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی به‌سمت رفع اولویت دغدغه‌های بهداشتی جامعه شناخته شده

می‌کند و چنین درکی به سرعت بر ناکارآمدی دانش‌مأمایی در نزد دانشجو صحنه گذاشته و انگیزه یادگیری را در او کاهش می‌دهد (۳۴). براساس نتایج پژوهش حاضر، ارائه خدمات برحسب تعادل و تعامل میان مدل‌های مأمایی و اجتماعی مراقبت سلامت زنان از یک‌سو با مدل طبی رایج و مسلط مراقبت می‌تواند محیط یادگیری مناسبی را در پرورش و پاسخ‌گویی فراگیر ماما، فراهم سازد به‌طوری که فراگیر بتواند مهارت‌های خودتوانمندسازی لازم جهت پاسخ‌گویی مانند تفکر انتقادی، حل مسأله، تصمیم‌گیری، مدیریت زمان، مهارت‌های ارتباطی و کار گروهی و تیمی را در محیط حرفه‌ای بیاموزد.

مولفه محوری پنجم در مطالعه حاضر به‌عنوان پاسخ‌گویی در چهارچوب مدل‌های مأمایی و مشتمل بر مأمایی کل‌نگر و مأمایی جامعه‌نگر تبیین شد. در دیدگاه کل‌نگر از نظر تامپسون (Thompson) هنگامی که ماما در ارتباطی دوسویه از نقاط قوت، محدودیت‌ها، خواسته‌های زن باردار مطلع شده و روش‌های پاسخ‌گویی به او را در می‌یابد، تصمیماتی اتخاذ می‌شود که برای آن مادر اختصاصی است. در دیدگاه مأمایی لازم است با مادر باردار وقت بگذارید تا او را بشناسید و به او و هویت وی به‌عنوان یک فرد احترام بگذارید. به‌طور خاص، ماما می‌آموزد چه چیزی زن را آسیب‌پذیر می‌کند و چه عوامل روانی-اجتماعی در زمان بارداری و زایمان و در سایر موارد، تعیین‌گر سلامت و بیماری است و براین اساس می‌تواند از مادر حمایت کند. براساس دانش ساخته شده از دیدگاه اجتماعی، دوگانگی ذهن و بدن جایی ندارد و بدن صرفاً و سیله‌ای است که از طریق آن ذهن می‌تواند محیط خارجی را تجربه کند اما براساس متون در حال حاضر نقایصی در جامعه‌نگری خدمات سلامت، حتی در سطوح جهانی، در مراکز سطح سوم (بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی) مشاهده می‌شود که به بیان Worley&Couper برای تامین عناصر مراقبت‌های سلامت با فناوری پیشرفته، به‌طور کارآمد و با استانداردهای بالا توسعه یافته‌اند. چنین سیستمی جوامع محلی پاسخ‌گو نیست، زیرا بیماران از بسیاری از جوامع مختلف، اغلب در مکان‌های دور پذیرش می‌شوند (۳۵). در ایران هم اغلب یادگیری دانشجویان مأمایی بر بیمارستان سطح ۲ و ۳ متمرکز است و واحدهای درسی کم‌تری به یادگیری در جوامع محلی اختصاص دارد. دنت توصیه می‌کند که به‌منظور توانمندسازی پاسخ‌گویی تخصصی در فراگیران، تمرکز بر مراقبت‌های محلی هم قبل از تصمیم برای مراجعه بیمار به یک بیمارستان عالی و هم بعد از ترخیص بیمار و با تمرکز بر آموزش جامعه‌نگر وجود

است؛ به مشارکت فعال پنج شریک اصلی نیاز دارد که عبارتند از: سیاست‌گذاران، مدیران بهداشت، کارکنان سلامت، موسسات دانشگاهی و جوامع (۳۹). همسو با پژوهش حاضر، یمانی و فخاری موانع عمده در ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی را به شرح زیر می‌دانند: غفلت از توجه به رسالت اجتماعی دانشگاه‌ها، مواجهه دیررس دانشجویان با معضلات سلامت جامعه، عدم تناسب محتوای درسی با نیازهای جامعه و توجه بیش‌تر برنامه درسی به آموزش تئوریک و بالینی، غلبه پارادایم کمی، ضعف در همکاری بین جامعه و دانشگاه، ساختار رشته محور آموزش پزشکی، ضعف در تعاملات بین رشته‌ای و نهایتاً کمبود واحدهای درسی انتخابی در دروس متمایل به زمینه اجتماعی و محیط کاری (۴۰). از آن‌جا که در ایران تلفیق سیستم آموزش پزشکی و سیستم خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد، همواره باید در نظر داشت که تحولات سیستم آموزشی در تعامل با سیاست‌گذاری خدمات سلامت است. از این رو در پژوهش حاضر، علاوه بر معرفی الگوی آموزشی به ضرورت تحول در مدیریت سلامت مبتنی بر پاسخ‌گویی به سلامت باروری و جنسی به عنوان راهبرد پاسخ‌گویی ماما نیز پرداخته شده است.

هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که براساس ارزیابی متخصصان، الگوی آموزشی مامایی پاسخ‌گو از مطلوبیت برخوردار است و مقوله‌های استخراج شده با ابعاد نظریه داده بنیاد تناسب دارد که روش کار و نتایج مشابه با مطالعات دلروز و زارعی زوارکی هم‌خوانی دارد (۴۱، ۱۰).

با تحلیل و شفاف‌شدن حوزه‌های مختلف پاسخ‌گویی ماما در پژوهش حاضر، مشاهده می‌شود که مفهوم مذکور، در تعادلی بین حیطه‌های مختلف، قابل دست یافتن می‌باشد. ماماها باید بتوانند در چهارچوب قانونی کشور خود براساس نیاز زن و مامایی کل‌نگر پرورش یافته و کار کنند. جاری‌بودن پاسخ‌گویی اخلاقی و حقوقی، در غیاب پاسخ‌گویی اجتماعی و کناره‌گیری ماما از پاسخ‌گویی کل‌نگر، کارایی ماما را تضعیف می‌کند که با تاثیر بر محیط آموزش، عمیقاً بر نقش‌پذیری دانشجویان، تاثیرگذار است. مراحل مادری پیوسته و ادامه‌دار است و معانی و ارزش‌های زندگی هر زن را به‌طور اختصاصی در برمی‌گیرد که نیاز به مراقبت مستمر و مداوم دارد. تداوم مراقبت‌های مامایی به این معنی است که یک زن در مشارکت با مامای خود حین دریافت مراقبت در طول بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان رشد می‌کند. این پایه و اساس فلسفی دوره‌های آموزش مامایی است که به نوبه خود درک مورد نیاز فراگیران

مامایی را برای مراقبت کل‌نگر از زنان ترویج می‌کند. سایر چهارچوب‌ها از جمله قوانین حرفه‌ای و حقوقی بایستی در جهت پاسخ‌گویی ماما به زن بوده و با آن زاویه نداشته باشند به طوری که ماما از ترس مسایل حقوقی و یا با انگیزه رضایت سلسله مراتب بالا دست و مسایل شغلی، مجبور نشود نیازها و سلامت زن را قربانی کند و این مستلزم ایجاد قوانین حمایتی سیستمی و همکاری تیمی میان حرفه‌ای است. مراقبت از زنان، به محیط بالینی ایمن، حمایت‌کننده و ملایم، نیازمند است که با فراهم شدن آن فراگیران مامایی می‌توانند نقش‌های حرفه‌ای خود را به درستی بیاموزند. به‌طور کلی با در نظر داشتن تسهیل‌گرهای پاسخ‌گویی که در قالب مفاهیم مامایی پاسخ‌گو بیان شد و موانع پاسخ‌گویی ماما که به جامعه‌نگری و رفتارهای خلاقانه ماما در مراقبت تیمی لطمه می‌زند، از یک‌سو و شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر، از سوی دیگر می‌توان با راهبردهای پیشنهادی به ویژه الگوی آموزشی نظریه استخراجی پژوهش حاضر، محیطی توانمند ساز برای کمک به پاسخ‌گویی ماما فراهم آورد که نهایتاً موجب بهبود کیفیت خدمات ماما و رضایت عمومی از این خدمات شود. در این پژوهش، تعامل و ادغام واقعی دانش، مهارت‌ها و نگرش‌ها در عناصر الگوی آموزشی طراحی گردید. الگوی آموزشی مامایی پاسخ‌گو، دارای یک ساختار ترکیبی برای هدفمند کردن آموزش مامایی در جهت مولفه‌های پیچیده پاسخ‌گویی است. این الگو از یک رویکرد و مبنای کلی برای طراحی دوره‌های آموزشی بلندمدت مانند دوره آموزشی مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری و دوره‌های کوتاه مدت مانند واحد درسی، کارگاه، ماژول، آموزش مداوم، MOOCs، سمینار، وبینار برخوردار است. نتایج این پژوهش به رفع ابهام مفهومی پاسخ‌گویی در رشته مامایی کمک کرده و طراحی الگوی آموزشی مربوطه، از یک‌سو با پیشنهاداتی در حوزه سیاست‌گذاری سلامت باروری و جنسی و از سوی دیگر با تاثیر بر توسعه برنامه‌ریزی آموزشی و درسی مامایی و تدریس نظری، عملی و بالینی این رشته، می‌تواند در پرورش نسلی پاسخ‌گوتر از ماماها، مفید واقع گردد. پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌هایی در جهت طراحی الگوی آموزشی برای سایر رشته‌های علوم پزشکی براساس زمینه پاسخ‌گویی انجام شود؛ پژوهش‌هایی در جهت تدوین رشته‌های جدید در مقاطع تحصیلات تکمیلی با پایه مامایی در گرایش‌های میان رشته‌ای برحسب نیاز جامعه به‌عنوان مثال در حوزه طراحی سازوکار حمایت‌های اجتماعی فرزند آوری و هم‌چنین حقوق باروری و

پاسخگویی ماما مانند دانش‌آموختگان، دانشجویان یا گیرندگان خدمت در آن دخالت نداشتند.

قدردانی

بدین‌وسیله از اساتید محترم دانشگاه‌های علامه طباطبائی، علوم پزشکی گیلان، تهران، اردبیل، ایلام و آزاد واحد رشت که در مصاحبه‌های کیفی یا تکمیل پرسشنامه اعتباریابی مشارکت نمودند، تشکر و تقدیر می‌گردد.

جنسی، اجرا گردد؛ آزمون‌های آمادگی روانی، فرهنگی و اجتماعی برای ورود به رشته مامایی، طراحی شود و تاثیر الگوی آموزشی استخراج‌شده بر هر یک چهارچوب‌های ۶ گانه پاسخ‌گویی ماما سنجیده شود. در پژوهش حاضر باتوجه به محوریت بخش کیفی، ویژگی‌های یک پژوهش کیفی از قبیل استنتاج‌ها و تفسیرهای محقق و تعمیم‌پذیری محدود آن جاری است. اعتباریابی الگوی آموزشی پیشنهادی با توجه به سنگین بودن مباحث تایید طبقه بندی و ارتباط مفاهیم از طریق نظرسنجی از اساتید انجام شد و سایر ذینفعان آموزش و

References

1. Mahdi R. [Skill training position in the third generation universities]. Journal of Skill Training 2016; 4 (14): 103-117. [Persian]
2. Hakak M, Hozni S, Shahsiyah N. [Third Generation University is an indispensable necessity for health education]. Journal of Medical Education and Development 2018; 13 (2): 161-63. [Persian]
3. Enayati T, AliPour A. [Research Commercialization of Fourth Generation Universities]. Quarterly]. Journal of Interdisciplinary Studies, Strategic Knowledge 2017; 7 (26): 76-53. [Persian]
4. Goudarzvand Chegini M. [The fourth generation university labor; and action approach (case studies: Cambridge, Stanford, and Harvard universities)]. Iranian Journal of Engineering Education 2018; 20 (78): 1-16. [Persian]
5. WHO. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020; FNOPI 2016.
6. Shakeri M. [Designing an effective accountability model in public universities of Tehran (mixed approach)] [Dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2016. [Persian]
7. Nursing and Midwifery Board of Ireland. Considerations in determining scope: responsibility, accountability & autonomy. [Cited 2022 Jul 10]. Available from. <https://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/Scope-of-Practice/Considerations-in-Determining-Scope/Responsibility,-Accountability-Autonomy>
8. International Confederation of Midwives. Philosophy and model of midwifery care. Strengthening Midwifery Globally 2014; 1(1): 1-3.
9. International Confederation of Midwives. International Definition of the Midwife. Strengthening Midwifery Globally; 2011.
10. Delrouz K. [Designing and Validating Instructional Design Model of addiction prevention in the students of first period of secondary school][Dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2016. [Persian]
11. Fardanesh H. [Educational design: basics, approaches and applications]. Tehran: Samt; 2015. [Persian]
12. Vereijken M, Kruidering -Hall M, de Jong P, De Beaufort A, Dekker F. Scientific education early in the curriculum using a constructivist approach on learning. Perspectives on medical education 2013; 2 (4): 209-15. [DOI:10.1007/s40037-013-0072-1]
13. Nalliah S, Idris N. Applying the learning theories to medical education: A commentary. educational psychology 2014; 8 (1): 50-7. [DOI:10.56026/imu.8.1.50]

14. Abedini Baltork M, Nasr Esfahani A, Nili M. [Medical faculty of professional competence based on constructivism views. *Strides in Development of Medical Education*]. 2014; 11 (1): 125-8. [Persian]
15. Dent J, Harden RM, Hunt D. *A practical guide for medical teachers*. 5th ed. Elsevier health sciences; 2017.
16. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications; 2018.
17. Dehghan nayeri N. [Principles of qualitative research, methods and procedures of grounded theory]. Tehran: Andishehraftee; 2013. [Persian]
18. Kiamanesh A, Danayetoos M. [Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches]. 3rd ed. Tehran: Allameh Tabataba'i University publication; 2009. [Persian]
19. Taleb M. [Practical methods of social studies]. 2nd ed. Tehran: Tehran university publication; 2012. [Persian]
20. Ort JA. *Accountability Among Baccalaureate Nursing Students: Definitions, Perceptions, and Engagement Practices of Accountability [Dissertation]*. Albani & Troy: The Sage Colleges; 2017.
21. Wood Jr J, Winston BE. Toward a new understanding of leader accountability: Defining a critical construct. *Journal of Leadership & Organizational Studies* 2005; 11 (3): 84-94 [DOI:10.1177/107179190501100307].
22. Kahn P, O'Rourke K. *Understanding enquiry- based learning*. Handbook of enquiry & problem based learning; 2005
23. Shahinmehr B, Hassani M. [Modeling the relationship between professional ethics and social responsibility with organizational accountability]. *Journal of Ethics in Science and Technology*. 2015; 10 (1): 1-11. [Persian]
24. Thompson F. [The ethical nature of the mother midwife relationship: a feminist perspective] [Dissertation]. Toowoomba: University of Southern Queensland; 2001.
25. Sharifi M, Mirshahjafari A. [A review of the moral education curriculum in several countries of the world and Iran]. *Moral knowledge* 2016; 7 (19): 31-15. [Persian]
26. Sridevi S, Babu AG. *Building professionalism and professional identity through work-integrated learning*. *International journal of basic and applied research* 2019; 9 (6).
27. Larijani B, Motevaseli E. [New methods of medical ethics education]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2005; 4: 39-46. [Persian]
28. Yosefi MR, Ghanbari MR, Mohagheghi MA, Emami Razavi SH. [The Possibility of Including Medical Ethics Courses in the Clinical Training of Medicine Students: Academic Members Viewpoints]. *Strides in Development of Medical Education* 2012; 9 (1): 1-10. [Persian]
29. Rahimi H, Shekari A, Ghoraba M. [The pathology of ethical education (research case: University of Kashan)]. *Akhlagh Religious Extension Quarterly* 2014; 10 (37): 178-207. [Persian]
30. Pawlina W, Lachman N. *Basic sciences and curriculum outcomes. A Practical Guide for Medical Teachers E- Book*. 2017.
31. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency*: John Wiley & Sons; 2010.

32. Keshavarz Z. [Conflicts experienced in clinical education of midwifery students]. Revival of Clinical Midwifery Education; 2015. [Persian]
33. Parsons M, Griffiths R. The effect of professional socialisation on midwives' practice. Women and Birth 2007; 20 (1): 31-4. [DOI:10.1016/j.wombi.2006.09.003]
34. Jefford E, Jomeen J. Midwifery abdication: a finding from an interpretive study. International Journal of Childbirth 2015; 5 (3): 116-25. [DOI:10.1891/2156-5287.5.3.116]
35. Couper I, Worley P. Learning in the community . Any screen Any time Anywhere; 2017.
36. Mafuta EM, Dieleman MA, Essink L, Khomba PN, Zioko FM, Mambu TN, et al. Participatory approach to design social accountability interventions to improve maternal health services: a case study from the Democratic Republic of the Congo. Global health research and policy 2017; 2: 4. [DOI:10.1186/s41256-017-0024-0]
37. Lodenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JE. Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle- income countries: a realist review. Health Policy and Planning 2017; 32 (1): 125-40. [DOI:10.1093/heapol/czw089]
38. Armstrong S, Rispel LC. Social accountability and nursing education in South Africa. Global health action 2015; 8 (1): 27879. [DOI:10.3402/gha.v8.27879]
39. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. World Health Organization; 1995.
40. Yamani N, Fakhari M. [Social accountability of medical education curriculum: Barriers and implications]. Iranian Journal of Medical Education 2014; 13 (12): 1082-98. [Persian] [DOI:10.4103/2277-9531.127572]
41. Zaree Zavaraki E. [Designing and Validating the Blended Learning Model with Emphasis on Digital Technologies for Students with Special Educational Needs]. Psychology of Exceptional Individuals 2019; 9 (34): 51-78. [Persian]