

Design and Validation of Clinical Education Curriculum Pattern Based on Social Accountability for General Medicine Course: A Mixed Method Study

Dehghani G¹, Adib Y^{2*}, Alizadeh M³, Termeh Zonouzy V¹, Pourabbas A¹

1. Medical Education Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

3. Social Determinants of Health Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Article Info

Article Type:

Research Article

Article History:

Received: 2023/11/18

Accepted: 2024/02/04

Key words:

Curriculum

Clinical Education

Social Accountability

General Medicine Course

Mixed Method Study

* Corresponding author:

Adib Y, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
adib@tabrizu.ac.ir



©2024 Guilan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Introduction: In the social accountability of the curriculum, all medical education activities are aimed at training doctors who are able to meet the health needs of society. In Iran's medical education system, there is a weakness in responding to the needs of society, and the connection between students and society has gradually weakened. The purpose of this study was to design and validate a clinical education curriculum model based on social accountability for general medicine students.

Methods: A sequential exploratory mixed- method approach was used to conduct this study at Tabriz University of Medical Sciences, combining qualitative and quantitative methods. The model was designed using the inductive content analysis method in the qualitative stage and validated through the descriptive- survey method in the quantitative stage. In order to collect data in the qualitative part, the method of studying previous documents, scientific texts and semi- structured interviews with experts and specialists was used, and in the quantitative part, a questionnaire prepared by the researcher was used. The model was developed using the views of 14 professors and 5 general practitioners, selected through purposive and sequential sampling until information saturation was reached. The model was validated by obtaining opinions from 15 experts using a purposeful and criteria- based method. The content validity ratio (CVR) was estimated using the Lawshe's formula.

Results: In the qualitative phase, this study identified the characteristics of an ideal clinical education curriculum for a general medicine course based on a social responsibility approach. The characteristics identified were based on the four elements of Tyler's model. Based on the findings of this part of the research, the extracted codes in 114 subcategories and 13 main categories include goals: knowledge, attitude, and skills; Content: clinical sciences and skills, health sciences, behavioral sciences, social and professional ethics, communication and leadership skills, and content organization; Teaching-learning methods: educational strategies, and teaching-learning methods; Assessment methods: performance assessment in vivo, performance assessment in vitro, and essay assignments. In the quantitative phase, the designed model's components and elements underwent validation through expert agreement and received approval with a content validity ratio of CVR=0.81.

Conclusion: In the proposed pattern, the clinical competencies required by general practitioners were the main focus of designing, explaining and describing curriculum elements. Also, this model is designed in such a way that it can meet the needs of society and medical students. It is suggested that medical school officials and curriculum planners use the proposed model in designing the curriculum of general medicine courses to enable medical students to respond to the needs of society.

How to Cite This Article: Dehghani G, Adib Y, Alizadeh M, Termeh Zonouzy V, Pourabbas A. Design and Validation of Clinical Education Curriculum Pattern Based on Social Accountability for General Medicine Course: A Mixed Method Study. *RME*. 2024; 15 (4): 72- 85.

طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دوره

پزشکی عمومی: یک مطالعه ترکیبی

غلامعلی دهقانی^۱، یوسف ادیب^{۲*}، مهستی علیزاده^۳، وحیده ترمه زنوزی^۱، احمد پورعباس^۱

۱. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقاء ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقاء ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵

کلید واژه‌ها:

برنامه درسی

آموزش بالینی

پاسخ‌گویی اجتماعی

دوره پزشکی عمومی

مطالعه ترکیبی

چکیده

مقدمه: در پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی، تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع کردن نیازهای سلامت جامعه باشند. در نظام آموزش پزشکی ایران در زمینه پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه ضعف وجود دارد و ارتباط دانشجویان با جامعه به تدریج ضعیف‌تر شده است. هدف از این مطالعه طراحی و اعتبارسنجی الگوی مناسب برنامه درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دانشجویان دوره پزشکی عمومی بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر به روش ترکیبی (کیفی و کمی) از نوع اکتشافی متوالی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام پذیرفت. در بخش کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد استقرایی برای طراحی الگو و در بخش کمی از روش توصیفی-پیمایشی برای اعتبارسنجی الگوی پیشنهادی استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها در بخش کیفی از شیوه مطالعه اسناد بالادستی، متون علمی و مصاحبه نیمه ساختار یافته با متخصصان و صاحب نظران، و در بخش کمی از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد. برای طراحی الگو، ۱۴ استاد و ۵ پزشک عمومی به روش نمونه‌گیری هدفمند و متوالی انتخاب و دیدگاه‌های آنان تا رسیدن به مرحله اشباع اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفت. اعتبارسنجی الگوی طراحی شده، با نظرخواهی از ۱۵ نفر از صاحب نظران به روش هدفمند و ملاک محور و برآورد نسبت روایی محتوا (CVR) با استفاده از فرمول لاوشه انجام شد.

یافته‌ها: در بخش کیفی، نتایج منجر به شناسایی ویژگی‌های الگوی مطلوب برنامه درسی آموزش بالینی دوره پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی در عناصر چهارگانه الگوی تایلر شد. براساس یافته‌های این بخش از پژوهش، کدهای استخراج شده در ۱۱۴ زیرطبقه و ۱۳ طبقه اصلی شامل اهداف: دانش، نگرش، و مهارت؛ محتوا: علوم و مهارت‌های بالینی، علوم سلامت، علوم رفتاری، اجتماعی و اخلاق حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و رهبری، و سازمان‌دهی محتوا؛ روش‌های یاددهی-یادگیری: راهبردهای آموزشی، و روش‌های یاددهی-یادگیری؛ روش‌های ارزشیابی: ارزیابی در محیط واقعی، ارزیابی در محیط شبیه‌سازی شده، و ارزیابی کتبی قرار گرفتند. در بخش کمی، مولفه‌ها و عناصر الگوی طراحی شده با بررسی میزان توافق صاحب نظران، اعتبارسنجی و با نسبت روایی محتوایی $CVR=0/81$ مورد تایید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: در الگوی پیشنهادی، شایستگی‌های بالینی مورد نیاز پزشکان عمومی محور اصلی طراحی، تبیین و توصیف عناصر برنامه درسی آموزش بالینی دوره پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی بود. همچنین این الگو به نحوی طراحی شده که بتواند پاسخ‌گوی نیازهای جامعه و دانشجویان پزشکی باشد. بنابراین، به مسئولین و برنامه‌ریزان درسی دانشکده‌های پزشکی پیشنهاد می‌گردد، در راستای توانمندسازی دانشجویان پزشکی برای پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، از الگوی پیشنهادی در طراحی برنامه درسی دوره پزشکی عمومی استفاده نمایند.

*نویسنده مسئول:

یوسف ادیب، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

adib@tabrizu.ac.ir

مقدمه

نظام آموزش عالی، رویکردی است که به دنبال هم‌سویی بین آموزش پزشکی و نیازهای سلامت و مراقبت‌های بهداشتی جامعه است (۲). این هم‌سویی که آموزش پزشکی پاسخ‌گویی اجتماعی نامیده می‌شود، در طول دهه گذشته به اولویت در

فلسفه وجودی دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی، پاسخ‌گویی به انتظارات و نیازهای جامعه است و پاسخ‌گویی جزئی تفکیک‌ناپذیر از ماهیت نظام آموزش عالی است (۱). آموزش پاسخ‌گو به‌عنوان یک جنبش آموزشی جهانی و پارادایمی جدید در

اصلاحات دانشکده‌های پزشکی و استانداردهای اعتباربخشی تبدیل شده است (۳، ۴). تلاش دانشکده‌های پزشکی قرن بیست و یکم در راستای سلامت جهانی و پاسخ‌گویی اجتماعی، وجه تمایز آن‌ها با دانشکده‌های مبتنی بر رویکردهای سنتی است (۵). دانشکده‌های پزشکی که رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی را اتخاذ می‌کنند، هدفشان آموزش پزشکان فعلی و آینده برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی مبتنی برشواهد و زمینه فرهنگی مرتبط با جوامع محلی به شیوه‌ای عادلانه و مقرون به‌صرفه است (۶).

پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی به منزله جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع کردن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند؛ به عبارتی، اصلی‌ترین معیار پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی پزشکی، میزان موفقیت آن در تربیت پزشکان توانمند است (۵، ۱۲-۷). سازمان‌ها، انجمن‌ها و فدراسیون‌های بین‌المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت (WHO)، انجمن دانشکده‌های پزشکی کانادا (AFMC)، اجماع جهانی برای پاسخ‌گویی اجتماعی دانشکده‌های پزشکی (GCSA)، فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME)، استانداردهای مرتبط پاسخ‌گویی اجتماعی در کتابچه راهنمای WHO و اعلامیه تونس برای پاسخ‌گویی اجتماعی، از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۷ ضمن تدوین و انتشار اسناد، ماموریت‌ها، استانداردهای مرتبط و به‌روز شده پاسخ‌گویی اجتماعی و لحاظ کردن آن در شاخص‌های اعتباربخشی برنامه‌های آموزش پزشکی، قدم‌های موثر و قابل توجهی در نهادینه کردن مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی برداشته‌اند (۱۸-۶، ۱۳-۳). همه این تصمیمات و ابتکارات به این موضوع تاکید دارد که دانشکده‌های پزشکی باید نیازها و انتظارات بهداشتی اولویت‌دار جامعه را شناسایی کنند تا از طریق پاسخ‌گویی به این نیازها، منافع کوتاه‌مدت و بلندمدت برای جامعه و هم‌چنین دانشکده پزشکی حاصل گردد (۱۹).

مطالعات صورت گرفته درمورد پاسخ‌گویی اجتماعی در حوزه علوم پزشکی را می‌توان در دسته‌های متعددی هم‌چون پژوهش‌های مرتبط با مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی (۶، ۱۴، ۲۰، ۲۱)، چهارچوب‌های پاسخ‌گویی و مدل‌های عملکردی (۲۲-۲۹)، برنامه‌های مرتبط با پاسخ‌گویی (۳۳-۳۰)، شاخص‌های مربوط به ارزیابی پاسخ‌گویی (۲۸-۳، ۳۴)، مشارکت با ذی‌نفعان اصلی پاسخ‌گویی (۱، ۵، ۳۹)، آموزش پزشکی پاسخ‌گو (۴۳-۸، ۱۰، ۴۰)، پاسخ‌گویی اجتماعی در برنامه درسی و الگوها (۴۸-۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۹، ۴۴) و سایر (۵۱-۴۹) تقسیم‌بندی کرد. دانشکده‌های پزشکی کانادا جزو

اولین دانشکده‌هایی بودند که به‌طور رسمی مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی را با سیستم مراقبت‌های بهداشتی سطح بالا مطابقت دادند. علاوه بر این، کشورهای دیگری مانند سودان، عربستان سعودی و مصر نیز ابتکاراتی را برای دستیابی به آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه و پاسخ‌گویی اجتماعی اتخاذ کرده‌اند (۵۲). در مطالعات مختلفی که بر روی پزشکان تازه فارغ‌التحصیل در انگلستان انجام گرفته به کمبود مهارت پزشکان اشاره شده است. کمبود دانش، نگرش و مهارت پزشکان متناسب با نیازهای جامعه از نشانه‌های نقص در پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی است (۲۸). براساس نتایج مطالعه کریمی و همکاران (۴۹)، از دیدگاه ۵۴/۳ درصد پزشکان خانواده، فاصله بین آموزش‌های تئوری در دوران تحصیل و انتظاراتی که در طرح پزشک خانواده از آن‌ها دارند، زیاد و یا خیلی زیاد است. عبدالملکی و همکاران (۴۰) نیز عنوان کرده‌اند که برنامه درسی ابلاغی به‌طور کامل پاسخ‌گوی نیازهای دانش‌آموختگان پزشکی نیست و لازم است که در محتوا و سرفصل‌های آن تجدید نظر شود.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که در زمینه طراحی الگوی آموزشی مبتنی بر پاسخ‌گویی برای رشته‌های علوم پزشکی پژوهش‌های محدودی صورت گرفته است. الگوی ارائه شده توسط میرجانی اقدم و همکاران (۹) جهت آموزش پاسخ‌گو برای علوم توان بخشی، هم‌چنین الگوی طراحی شده توسط سیدنوری و همکاران (۴۸) برای آموزش مبتنی بر مامایی پاسخ‌گو جزو محدود مطالعات انجام یافته در این زمینه می‌باشند. اشاره به این نکته ضروری است که طراحی برنامه درسی در دو سطح عام و خاص انجام می‌گیرد. در سطح عام، شناسایی عوامل موثر بر طراحی برنامه درسی و در سطح خاص، عناصر اساسی برنامه درسی مورد تاکید قرار می‌گیرد (۵۳). در پژوهش حاضر با مد نظر قرار دادن سطح خاص در طراحی برنامه درسی و باتوجه به کارآمدی و کاربردی بودن الگوی چهار مولفه‌ای تایلر (۵۴)، منظور از الگوی برنامه درسی، مدلی است که مولفه‌ها و عناصر چهارگانه (اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی - یادگیری و روش‌های ارزشیابی) برنامه درسی آموزش بالینی پزشکی را ارائه کرده و به ویژگی‌های هر یک از عناصر مذکور می‌پردازد. یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام آموزش عالی شکاف بین آموخته‌های نظری و عملی دانش‌آموختگان از یک سو و متناسب نبودن آن با نیازها و اولویت‌های جامعه از سوی دیگر است (۵۵). امروزه ضرورت بازنگری جدی در برنامه‌های آموزش پزشکی به سمت پاسخ‌گویی در مقابل نیازهای اجتماع به شکل بسیار گسترده‌ای در سرتاسر دنیا مورد توجه قرار

روش‌ها

مطالعه حاضر از نظر هدف، یک پژوهش توسعه‌ای- کاربردی بود که به شیوه ترکیبی (Mixed Method) از نوع اکتشافی متوالی (Exploratory Sequential) در دانشگاه علوم پزشکی تبریز طراحی و اجرا گردید. این مطالعه شامل دو بخش عمده کیفی و کمی بود؛ در بخش کیفی پژوهش‌گران با استفاده از تحلیل محتوای استقرایی (Inductive Content Analysis) و براساس مدل تایلر (Tyler's Model) الگوی مورد نظر را طراحی و پیشنهاد کردند و در بخش دوم با بهره‌گیری از روش توصیفی- پیمایشی به اعتباریابی الگوی طراحی شده پرداختند.

بخش کیفی

در بخش کیفی پژوهش و در راستای تدوین مولفه‌ها و ویژگی‌های عناصر اصلی برنامه درسی آموزش بالینی پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی، روش تحلیل محتوای کیفی از نوع استقرایی مورد استفاده قرار گرفت. فرآیند گردآوری اطلاعات مورد نیاز این بخش از تحقیق، طی مراحل مختلف انجام پذیرفت:

الف) مطالعه اسنادی: در این مرحله از تحقیق، جامعه آماری شامل متون اسناد بالادستی و پژوهش‌های داخلی و خارجی مرتبط موضوع پژوهش بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری نظری از نوع هدفمند و ملاک محور انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای متعددی از قبیل فیش‌برداری و مطالعات کتابخانه استفاده شد. در این مرحله از گردآوری داده‌ها، منابع معتبر و متنوع از اسناد بالادستی آموزش پزشک عمومی به‌عنوان عناصر بنیادین، راهبردی و تاثیرگذار در تعیین الگوی مطلوب برنامه درسی مورد بررسی قرار گرفتند که مهم‌ترین آن‌ها عبارت بودند از: چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، سیاست‌های کلان نظام سلامت، نقشه جامع علمی کشور، نقشه علمی سلامت کشور، اسناد شورای عالی انقلاب فرهنگی، برنامه پنج‌ساله ششم توسعه کشور، برنامه تحول نظام سلامت، برنامه جامع آموزش عالی سلامت، ماموریت‌های نظام سلامت در حوزه آموزش پزشکی، سیاست‌های توسعه آموزش پزشکی، راهبردهای توسعه آموزش پزشکی، بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش پزشکی، برنامه درسی ملی پزشکی عمومی و استانداردهای آموزش پزشکی عمومی. هم‌چنین براساس نتایج مطالعه ادیب و همکاران (۱۲)، ۸ محور تحت عناوین «ارایه خدمات بالینی»، «مراقبت از بیمار براساس رویکرد کل‌نگری»، «همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری»، «نقش‌آفرینی در نظام سلامت»، «تعهد و اخلاق حرفه‌ای»

گرفته است (۲۳). در ایران، ادغام نظام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در سیستم بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۴ را شاید گامی در راستای پاسخ‌گویی اجتماعی دانست. با این حال، صرفاً ادغام این دو عرصه دلیل بر پاسخ‌گو شدن دانشگاه‌های علوم پزشکی در برابر نیازهای جامعه نیست و نیاز است تا ادغام عملکردی نیز به‌صورت کامل انجام گردد (۴۰).

ساختار رشته محور آموزش پزشکی از پاسخ‌گویی اجتماعی حمایت چندانی نمی‌کند. در برنامه‌های درسی رشته محور به دلیل مجزا بودن حیطه‌های دانش، در مجموع به انسان به‌عنوان یک کل واحد و یکپارچه توجه نمی‌گردد. عدم توجه به دیدگاه جامع‌نگری در تربیت پزشکان موجب می‌شود که آن‌ها در بررسی و درمان بیماران، قادر نباشند افراد را به‌عنوان یک پدیده کلی در نظر بگیرند. در همین راستا، یمانی و فخاری (۴۵) در مطالعه مروری خویش درمورد پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی در آموزش پزشکی، هشت مقوله رسالت دانشگاه‌ها، حفظ استقلال علمی دانشگاه‌ها، غلبه پارادایم کمی، ساختار برنامه درسی، تعاملات بین رشته‌ای، عدم تناسب محتوای برنامه درسی با نیازهای جامعه، کمبود واحدهای درسی انتخابی، همکاری بین دانشگاه و جامعه، به‌عنوان موانع ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی معرفی کرده‌اند.

امروزه بیش از هر زمان دیگری با چالش توانمندی فارغ‌التحصیلان روبرو هستیم که پاسخ‌گوی نیازهای بهداشتی و چالش‌های کنونی جامعه نیستند (۴۷). واضح است که پاسخ‌گویی اجتماعی به‌صورت اتفاقی رخ نمی‌دهد، بلکه باید محتوای آموزشی مربوط به آن در برنامه درسی پزشکی لحاظ گردد (۴۵). در ایران، علی‌رغم این که برنامه‌هایی به‌منظور تربیت پزشکان پاسخ‌گو به نیازهای جامعه به اجرا درآمده است ولی با این وجود، دغدغه‌ها و مشکلات پزشکان برای پاسخ‌گویی اجتماعی کماکان یک چالش جدی بوده و آموزش پزشکی نیازمند یک مدل و چهارچوب نظری برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای تربیت دانشجویان پزشکی است. با توجه به این که تا زمان انجام این پژوهش، الگویی برای برنامه درسی دوره پزشکی عمومی به‌منظور ایجاد پاسخ‌گویی اجتماعی در پزشکان آینده معرفی نشده بود، از این رو با در نظر گرفتن اهمیت و تاثیر برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی بر سلامت افراد جامعه و اجتماع، پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتبارسنجی الگوی مناسب جهت برنامه درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دانشجویان دوره پزشکی عمومی انجام پذیرفت.

«توسعه فردی و یادگیری مادام‌العمر»، «ارتقای تعاملات و روابط بین فردی» و «تصمیم‌گیری در شرایط سخت» به‌عنوان شایستگی‌های بالینی مورد نیاز پزشکان عمومی با تأکید بر رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی مورد استناد قرار گرفتند. علاوه بر عناصر بنیادین و راهبردی، متون و مستندات تخصصی مرتبط نیز به صورت نظام‌مند و عمیق مورد مطالعه کامل قرار گرفت. به منظور استخراج اطلاعات از متن اسناد و پژوهش‌ها و در راستای تحلیل و ترکیب نتایج، از روش تحلیل محتوا به شیوه کدگذاری استفاده شد؛ به این صورت که پس از شناسایی داده‌های حاصل از مطالعه منظم کتابخانه‌ای و بررسی متون تخصصی، کدهای حاصل شده، حول محورهای مشابه و منسجم دسته‌بندی شد و در نهایت پس از چندین بار تحلیل و بازبینی، فرایند یکپارچه سازی و شبکه مضامین صورت گرفت. باتوجه به یافته‌های به دست آمده از مطالعه اسنادی، ویژگی‌های هر یک از عناصر برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی شناسایی و براساس ماتریس مفهومی طبقه‌بندی و کدگذاری شدند. روش تعیین روایی در این مرحله به شکلی بود که برای انتخاب مولفه‌ها و ویژگی‌ها از منابع متعددی از قبیل پیشینه پژوهشی، ادبیات و مبانی نظری استفاده شد و به دنبال آن ویژگی‌های مورد نظر به تأیید متخصصان آموزش پزشکی و برنامه‌ریزی درسی رسید. هم‌چنین تحلیل کیفی توسط دو کدگذار انجام پذیرفت.

ب) مصاحبه نیمه ساختار یافته با صاحب نظران: جامعه آماری این مرحله از پژوهش، اعضای هیئت علمی گروه‌های آموزشی پزشکی اجتماعی و آموزش پزشکی، هم‌چنین پزشکان عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. در این مرحله، انتخاب نمونه‌ها براساس رویکرد مبتنی بر هدف و به روش نمونه‌گیری متوالی انجام گرفت و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. بنابراین در ادامه فرایند جمع‌آوری داده‌های پژوهش، تعداد ۱۴ نفر از اساتید و متخصصین پزشکی اجتماعی، آموزش پزشکی و برنامه‌ریزی درسی، هم‌چنین ۵ نفر از پزشکان عمومی که بلافاصله بعد از فارغ‌التحصیلی حداقل به مدت ۲ سال به‌طور مستمر مشغول طبابت بودند، جهت جمع‌آوری و تولید داده‌های غنی به‌عنوان نمونه‌های آماری در پژوهش شرکت کردند. مکان و زمان مصاحبه با نظر افراد شرکت کننده در مطالعه تعیین و در دفتر کار ایشان انجام گرفت. هر مصاحبه حدود ۶۰-۴۰ دقیقه به‌طول انجامید. متن مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت کنندگان، ضبط و به جای اسامی افراد از کدهای عددی استفاده شد. بلافاصله پس از پایان مصاحبه‌ها، متن مصاحبه‌ها بدون کم و کاست به صورت مکتوب درآمده و

مجدداً با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد. پس از انجام ۱۷ مصاحبه، داده‌ها اشباع شدند و دو مصاحبه بعدی برای حصول اطمینان انجام گرفت. تحلیل داده‌ها براساس رویکرد تحلیل محتوای قراردادی و با بهره‌گیری از روش تحلیل مستمر و چرخشی استروبرت و کارپنتر (Streubert & Carpenter) انجام گرفت. این رویکرد به طور عمده برای تحلیل داده‌های شخصی حاصل از انجام مصاحبه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵۶). برای اعتباریابی کدهای استخراج شده پس از انجام هر مصاحبه و کدگذاری داده‌های حاصل از آن، مضامین استخراج شده در جدولی ذیل عناصر برنامه درسی (اهداف، محتوا، روش‌های تدریس و ارزشیابی) قرار گرفته و به مصاحبه شونده ارسال می‌شد تا داده‌های به دست آمده را مورد بازبینی و تأیید قرار دهند. برای صحت و استحکام داده‌ها چهار معیار: قابلیت اعتبار، تأیید پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد توجه قرار گرفت و برای روایی و پایایی، از روش‌های بازبینی توسط همکاران، مثلث سازی منابع داده‌ها و بررسی توسط اعضاء استفاده شد.

ج) جمع‌یافته‌ها: در راستای تکمیل داده‌های گردآوری شده و تبیین ویژگی‌های عناصر برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی، یافته‌های حاصل از مراحل قبلی (بررسی اسناد، متون و مصاحبه‌ها) با توجه به ماتریس مفهومی کدگذاری با هم تجمیع شده و نسبت به حذف مضامین مشابه و هم‌پوش اقدام شد. هم‌چنین در ادامه پژوهش، از روش تحلیلی-استنتاجی (فرآیند سنتز ذهنی و خلاقانه محقق) جهت طراحی الگوی مطلوب برنامه درسی پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی استفاده شد.

بخش کمی

پس از تدوین الگوی پیشنهادی در بخش کیفی، این مرحله از پژوهش به روش توصیفی-پیمایشی و در قالب نظرسنجی به منظور اعتبارسنجی درونی و اصلاح الگوی ارائه شده انجام شد. جامعه آماری این بخش از پژوهش نیز همانند بخش کیفی، اعضای هیئت علمی گروه‌های آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی، پزشکان عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. بر مبنای نمونه‌گیری هدفمند و ملاک محور (با معیار تخصص و تجربه) تعداد ۱۵ صاحب‌نظر و خبره شامل: ۴ استاد برنامه‌ریزی درسی، ۴ مدرس آموزش پزشکی، ۳ متخصص پزشکی اجتماعی و ۴ پزشک عمومی که دارای اطلاعات و تجربیات ارزشمندی بودند و در مراحل قبلی مطالعه شرکت نداشتند، نظرات خود را در مورد الگوی طراحی شده بیان کردند. بدین منظور پرسش‌نامه ۷ سوالی حاوی مولفه‌ها و

مقدار CVR مورد قبول، ۰/۴۹ یا بیش تر از آن فرض شد (۵۷).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، به منظور تدوین مولفه‌ها و ویژگی‌های عناصر برنامه درسی آموزش بالینی پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی ابتدا اسناد بالادستی، منابع و متون تخصصی مرتبط بررسی و نسبت به کدگذاری آن‌ها جهت تدوین ویژگی‌های عناصر برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی اقدام و سپس همین روال برای داده‌های حاصل از مصاحبه نیمه ساختار یافته با صاحب نظران و متخصصان نیز تکرار گردید. در ادامه کار، پس از تجمیع نتایج حاصل از بررسی اسناد، متون و مصاحبه‌ها و حذف کدهای مشابه و هم‌پوش، در نهایت ویژگی‌های هر یک از عناصر برنامه درسی (کدها، طبقات اصلی و زیرطبقات) شناسایی و تبیین شد (جدول ۱).

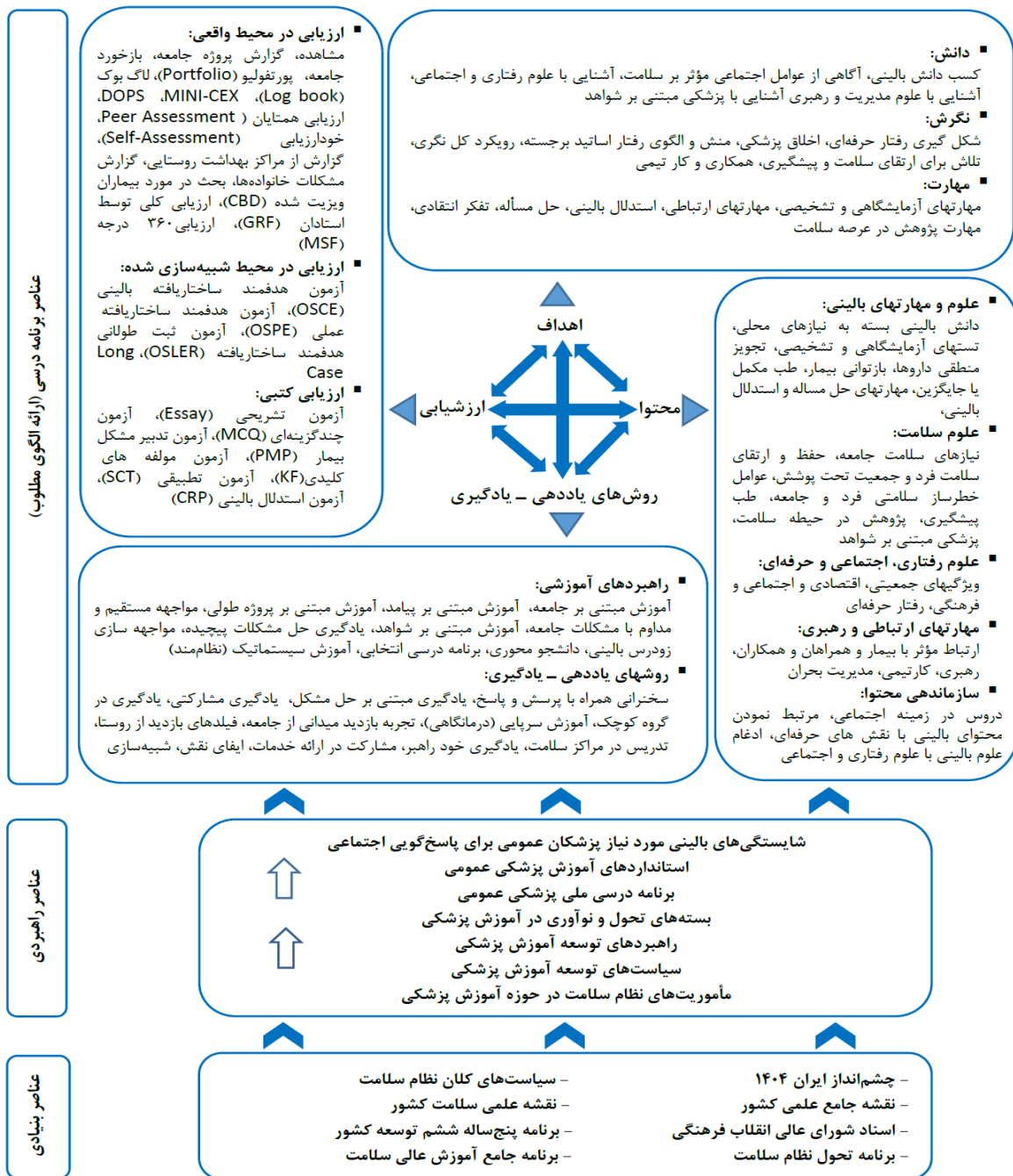
ویژگی‌های عناصر برنامه درسی (اهداف، محتوای آموزشی، روش‌های یاددهی - یادگیری و روش‌های ارزشیابی) طراحی و روایی محتوایی آن توسط متخصصان و خبرگان آموزش پزشکی و برنامه‌ریزی درسی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. پرسش‌نامه به همراه یک متن راهنما، مولفه‌ها و ویژگی‌های عناصر چهارگانه برنامه درسی و الگوی طراحی شده در اختیار متخصصان و خبرگان مشارکت کننده قرار گرفت و نظرات ایشان براساس طیف سه بخشی لیکرت «مناسب»، «نیازمند اصلاح» و «نامناسب» جمع‌آوری گردید. با توجه به روند کار و پس از اعمال نظرات اصلاحی متخصصان و خبرگان، در نهایت اعتبارسنجی الگوی پیشنهادی از طریق برآورد نسبت روایی محتوا (CVR) برای هر سوال و با بهره‌گیری از ضریب لاوشه (Lawshé) مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که در پژوهش حاضر تعداد ۱۵ متخصص در اعتبارسنجی الگوی پیشنهادی مشارکت داشتند، بنابراین براساس توصیه لاوشه

جدول ۱: ویژگی‌های عناصر برنامه درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی (مستخرج از متون و مصاحبه‌ها)

عناصر	کدها	طبقه اصلی	زیرطبقه
اهداف	۲۳۰ زیرطبقه اصلی و ۲۱	دانش	کسب دانش بالینی، توانایی اخذ شرح حال، توانایی معاینه بالینی، توانایی مدیریت و درمان بیمار، آگاهی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، آشنایی با علوم رفتاری و اجتماعی، آشنایی با علوم مدیریت و رهبری
		مهارت	کسب مهارت‌های آزمایشگاهی، کسب مهارت‌های تشخیصی، توسعه مهارت‌های ارتباطی، آشنایی با مهارت استدلال بالینی، آشنایی با مهارت حل مساله، توسعه مهارت تفکر انتقادی، آشنایی با مهارت پژوهش در عرصه سلامت
		نگرش	شکل‌گیری رفتار حرفه‌ای، رعایت اخلاق پزشکی، آشنایی با منش و الگوی رفتار استاتید برجسته، آشنایی با فرهنگ یادگیری مادام‌العمر، آشنایی با رویکرد کل‌نگری، تلاش برای ارتقای سلامت و پیشگیری، نگرش لازم برای همکاری و کار تیمی
محتوا	۲۶۰ ۵ طبقه اصلی و ۲۶ زیرطبقه	علوم و مهارت‌های بالینی	دانش بالینی بسته به نیازهای محلی، گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی، اقدامات عملی، مراقبت از بیمار، انجام تست‌های آزمایشگاهی و تشخیصی، تجویز منطقی داروها، باز توانی بیمار، طب مکمل یا جایگزین، مهارت حل مساله، توسعه تفکر انتقادی، مهارت استدلال بالینی، رویکرد کل‌نگری و جامع، یادگیری مادام‌العمر و خودراهبر
		علوم سلامت	نیازهای سلامت جامعه، تغییرات سیمای سلامت جامعه، تامین حفظ و ارتقای سلامت فرد و جمعیت تحت پوشش، طب پیش‌گیری، عوامل خطر ساز سلامت فرد و جامعه، تعیین وضعیت سلامتی فرد و جمعیت تحت پوشش، اپیدمیولوژی اجتماعی، پژوهش در حیطه سلامت، پزشکی مبتنی بر شواهد
		علوم رفتاری، اجتماعی و اخلاقی حرفه‌ای	ویژگی‌های جمعیتی، زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، سنت‌های محلی، تعهد و رفتار حرفه‌ای، اخلاق پزشکی
روش‌های یاددهی - یادگیری	۲۵۰ زیر طبقه اصلی و ۲۸	مهارت‌های ارتباطی و رهبری	مهارت ارتباط موثر با بیمار و همراهمان و همکاران، سازمان‌دهی و رهبری، تیم‌سازی و کارگروهی، مدیریت بحران
		سازمان‌دهی محتوا	واحدهای درسی انتخابی در زمینه اجتماعی، مرتبط نمودن محتوای بالینی با نقش‌های حرفه‌ای، ادغام علوم بالینی با علوم رفتاری و اجتماعی، ادغام تئوری با عمل
		راهبردهای آموزشی	آموزش جامعه‌نگر، آموزش سرپایی، یادگیری درون جامعه، یادگیری از طریق محیط یادگیری، یادگیری از طریق حل مشکل، آموزش مبتنی بر وظیفه، مواجهه سازی زودرس بالینی، آموزش سیستماتیک، آموزش مبتنی بر نظام مراقبت‌های بهداشتی جامعه، آموزش مبتنی بر پروژه
روش‌های ارزشیابی	۲۶۰ زیر طبقه اصلی و ۱۹	روش‌های یاددهی - یادگیری	سخت‌رنی فعال، مشارکت فعال، ایفای نقش، شبیه سازی، کنفرانس، بحث در گروه کوچک، کارگاه آموزشی، راندهای کاری و آموزشی، آموزش ترکیبی، خودآموزی، ژورنال کلاب، سمینار، بالین بیمار، تجربه میدانی از جامعه، فیلدهای بازدید از روستا، آموزش عملی، تدریس در مراکز سلامت، یادگیری خودراهبر، مشارکت در ارائه خدمات
		ارزیابی در محیط واقعی	گزارش پروژه جامعه، دفترچه یادداشت‌های روزانه عملکرد، آزمون مشاهده مستقیم مهارت‌های عملی، آزمون کوتاه مدت عملکرد بالینی، ارزیابی کارپوشه، ارزیابی ۳۶۰ درجه، ارزیابی توسط همتایان، خودارزیابی، بازخورد جامعه، گزارش از مراکز بهداشت روستایی، بحث در مورد بیماران ویزیت شده، ارزیابی کلی توسط استادان
		ارزیابی در محیط شبیه سازی شده	آزمون هدفمند ساختاریافته بالینی، آزمون هدفمند ساختاریافته عملی، آزمون ثبت طولانی هدفمند ساختاریافته، سنجش توسط موارد بالینی مفصل
ارزیابی کتبی	تدبیر مشکل بیمار، آزمون چند گزینه‌ای، آزمون تشریحی، آزمون مولفه‌های کلیدی، آزمون تطبیقی، آزمون استدلال بالینی		

آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دوره پزشکی عمومی طراحی و ارائه گردید (شکل ۱).

در گام بعدی، با بهره‌گیری از نتایج تحلیلی حاصل از مراحل قبلی و هم‌چنین با استفاده از روش تحلیلی - استنتاجی (فرآیند سنتز ذهنی و خلاقانه محقق)، الگوی برنامه درسی



شکل ۱: الگوی برنامه درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دوره پزشکی عمومی

ضریب CVR برای تمامی مولفه‌ها و عناصر مندرج در الگوی پیشنهادی از حداقل ضریب قابل قبول (۰/۴۹) بالاتر بود و میانگین CVR برای مدل پیشنهادی ۰/۸۱ محاسبه شد (جدول ۲). بنابراین تمام ویژگی‌های استخراج شده عناصر برنامه درسی الگوی طراحی شده از نظر متخصصان و خبرگان، مناسب ارزیابی گردید و می‌توان ادعا کرد که الگوی طراحی شده از اعتبار مناسبی برخوردار است.

پس از طراحی الگو، جهت اعتبارسنجی الگوی پیشنهادی از روش نظرخواهی استفاده شد. در این راستا پرسش‌نامه محقق ساخته حاوی ویژگی‌های الگوی طراحی شده (شامل ۷ سوال) در اختیار ۱۵ نفر از متخصصان و خبرگان این حوزه قرار گرفت و نظرات آن‌ها جمع‌آوری و ضریب CVR برای هر سوال محاسبه گردید. با توجه به تعداد شرکت کنندگان (۱۵ نفر) و براساس توصیه لاوشه، سوالات دارای ضریب CVR بالاتر از ۰/۴۹ پذیرفته شدند. براساس نظر متخصصان و خبرگان،

جدول ۲: نتایج اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش بالینی دوره پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی

CVR	فراوانی (درصد)			عنوان عنصر / پرسش
	نامناسب	نیازمند اصلاح	مناسب	
۰/۸۷	-	۱(۷)	۱۴(۹۳)	اهداف
۰/۷۳	-	۲(۱۳)	۱۳(۸۷)	محتوا
۰/۷۳	-	۲(۱۳)	۱۳(۸۷)	روش‌های یاددهی - یادگیری
۰/۸۷	-	۱(۷)	۱۴(۹۳)	شیوه ارزیابی
۰/۷۳	-	۲(۱۳)	۱۳(۸۷)	عناصر بنیادی، راهبردی و برنامه درسی
۰/۸۷	-	۱(۷)	۱۴(۹۳)	نظم و ترتیب چارچوب الگوی پیشنهادی
۰/۸۷	-	۱(۷)	۱۴(۹۳)	توافق کلی با الگوی پیشنهادی و طرح شماتیک

است. با توجه به ویژگی‌های الگوی پیشنهادی و با بهره‌گیری از ویژگی‌های درج شده در منابع و متون مختلف، تفاوت الگوی برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی با الگوی رایج و کلی آموزش پزشکی فعلی در جدول شماره سه آمده است.

با توجه به این که ارتباط منطقی بین حوزه‌ها و عناصر برنامه درسی نکته مهمی در طراحی الگو است؛ بنابراین در الگوی طراحی شده، تلاش شده است تا این ارتباط به صورت منطقی بین عناصر برنامه درسی مورد نظر به وجود آید. الگوی طراحی شده نسبت به الگوهای متداول از مزیت‌های متعددی برخوردار

جدول ۳: مقایسه الگوی برنامه درسی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی با الگوی رایج و کلی آموزش پزشکی

مولفه	الگوی کلی و رایج	الگوی طراحی شده
منطق	- جامعه‌نگر و مبتنی بر جامعه	- مبتنی بر زمینه
شایستگی	- داشتن معیار حرفه‌ای‌گری	- عامل تغییر در سیستم سلامت
اهداف	- فرایند محور - تربیت پزشک درمان‌گر و فرد نگر - مشتق از فرایندهایی که کم‌تر ساختارمند بوده	- دستاورد محور - تربیت پزشک پاسخ‌گو - فرآیند ادغام‌شده و متوالی نیازسنجی - اولویت‌های سلامت جامعه
محتوا	- تخصص محور - رشته محور - تئوریک مرتبط با جامعه - متمرکز بر مدیریت بیماری - عدم پوشش مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی - استاندارد و بدون انتخابی	- جامع محور - بین رشته‌ای - کاربردی مرتبط با جامعه - متمرکز بر کل‌نگری، پیش‌گیری بیماری و ارتقای سلامت - پوشش مفاهیم پاسخ‌گویی اجتماعی - انتخابی متناسب با نیازهای جامعه
وضعیت ادغام	- افقی و عمودی	- افقی، عمودی و مارپیچی - ادغام حیطه‌های: جامعه، پیش‌گیری، حفظ و ارتقای سلامت در تمام سطوح، تئوری با عمل - ادغام میان رشته‌ای از طریق آرایه دروس انتخابی در زمینه اجتماعی، ارتباط دادن محتوای بالینی با نقش‌های حرفه‌ای، علوم بالینی با علوم رفتاری و اجتماعی
روش‌های یاددهی - یادگیری	- موضوع محور و تا حدودی وظیفه مدار - آموزش عمدتاً در کلاس درس، بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها - سخنرانی - گروه‌های کوچک - آموزش عملی و بیمارستانی - کارآموزی و کارورزی در عرصه - استاد محور و دانشجو محور - مواجهه دیررس دانشجویان با مشکلات سلامت جامعه	- وظیفه مدار و موقعیت مدار (زمینه‌ای) - آموزش به شکل کاملاً ادغام یافته در کلاس، درمانگاه، بیمارستان و مراکز سلامت درون جامعه - یادگیری حل مشکلات پیچیده جامعه - پروژه‌های طولی گروهی - آموزش در درون جامعه - دانشجو محور - مواجهه زودرس و مداوم دانشجویان با مشکلات جامعه
شیوه ارزشیابی	- ارزشیابی پیامدها - سنجش دانش (کتبی) - ارزیابی عملی - تا حدودی در محیط واقعی	- ارزشیابی اثرات - ترکیبی (انواع روش‌ها) - بررسی کسب شایستگی‌ها - ارزیابی در محیط واقعی

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف طراحی و اعتبارسنجی الگوی مناسب برنامه درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دوره پزشکی عمومی انجام پذیرفت. در طراحی الگوی مورد نظر، شایستگی‌های بالینی مورد نیاز پزشکان عمومی، محور و کانون توجه طراحی، تبیین و توصیف عناصر برنامه درسی بود. با توجه به این که الگوی برنامه درسی دوره بالینی پزشکی عمومی باید به نحوی طراحی گردد که بتواند نیازهای جامعه و در نهایت بایسته‌های برنامه درسی رشته مذکور را تامین نماید، بنابراین توجه به عناصر بنیادین و راهبردی در تعیین الگوی مطلوب بسیار با اهمیت است.

یافته‌ها حاکی از آن بود که الگوی پیشنهادی که براساس چهار عنصر مهم و رایج در حوزه برنامه درسی (اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی - یادگیری و شیوه‌های ارزشیابی)، طراحی شده است، مورد تایید خبرگان برنامه‌ریزی درسی، آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی است. با توجه به این که بخشی از اطلاعات مربوط به ویژگی‌های عناصر برنامه درسی در این پژوهش، با بهره‌گیری از بررسی اسناد و مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش استخراج شده‌اند، بنابراین می‌توان اذعان داشت که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صاحب‌نظران حوزه برنامه درسی آموزش پزشکی که در تحقیقات خود به ابعاد از عناصر برنامه درسی دوره پزشکی عمومی اشاره کرده‌اند، هم‌خوانی دارد. با این وجود نوآوری این پژوهش را می‌توان در مشخص کردن ویژگی‌های چهار عنصر اصلی در سطوح و شاخص‌های مورد تاکید در آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی در دوره پزشکی عمومی قلم داد کرد. در این راستا لامعی (۵۸) عقیده دارد که علی‌رغم تحولات زیاد آموزش پزشکی در سطح جهان طی قرن گذشته، آموزش پزشکی کشور ما از موج اول (رویکرد نظام‌مند به آموزش و تاکید بر مدیریت آموزشی) و موج دوم (تغییر در روش و جایگاه آموزشی) اصلاحات به دور مانده است و هرگونه اصلاحات در آن باید با لحاظ کردن تمام جوانب امر اعم از اهداف، محتوا و سازمان‌دهی آن، روش‌ها و جایگاه‌های آموزشی، ارزشیابی دانشجویان و مدیریت آموزش انجام شود.

براساس الگوی پیشنهادی، برای تحقق هدف تربیت پزشکان عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی، علاوه بر اهداف دوره و کسب دانش تخصصی، بایستی آگاهی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، آشنایی با علوم رفتاری و اجتماعی و اخلاق حرفه‌ای و هم‌چنین توسعه مهارت‌های ارتباطی،

یادگیری مادام‌العمر، حل مساله، استدلال بالینی، تفکر انتقادی، پژوهش در عرصه سلامت، مدیریت، رهبری و کار تیمی نیز در دانشجویان دنبال گردد. در توافق با این پژوهش، WFME در راستای ارائه بهترین استانداردهای علمی و اخلاقی در آموزش پزشکی، اهداف یادگیری فارغ‌التحصیلان پزشکی را شامل دانش و فهم علوم پایه، بالینی، رفتاری و اجتماعی، اخلاق پزشکی، حقوق بشر و فقه پزشکی مرتبط با حرفه پزشکی، نگرش و مهارت‌های بالینی و توانایی به عهده گرفتن یادگیری و ارتقای حرفه‌ای مادام‌العمر می‌داند (۱۹).

در الگوی پیشنهادی، محتوا به طور مستقیم به اهداف و آن هم به وسعت قلمرو نیازهای جامعه بستگی دارد. بنابراین، محتوای مدنظر به صورت کاربردی و مرتبط با جامعه است که علاوه بر علوم و مهارت‌های بالینی، موضوعاتی از قبیل علوم سلامت (پیش‌گیری، حفظ و ارتقاء سلامت)، علوم رفتاری، اجتماعی، اخلاق حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و رهبری را نیز شامل می‌شود. این یافته‌ها با استانداردهای محتوای برنامه درسی پزشکی عمومی WFME و کمیته رابط آموزش پزشکی (LCME) هم‌خوانی دارد (۱۹، ۵۹). هم‌چنین در این الگو، شیوه سازمان‌دهی محتوا ناظر بر علایق، نگرش‌ها، توانایی‌ها و نیازهای فراگیران می‌باشد. علاوه بر شیوه‌های رایج سازمان‌دهی محتوا به صورت افقی، عمودی و مارپیچی، از شیوه سازمان‌دهی میان رشته‌ای از قبیل واحدهای درسی انتخابی در زمینه اجتماعی، مرتبط نمودن محتوای بالینی با نقش‌های حرفه‌ای، ادغام علوم بالینی با علوم رفتاری و اجتماعی، ادغام تئوری با عمل نیز استفاده می‌شود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات مختلف در مورد شیوه‌های سازمان‌دهی محتوای برنامه درسی پزشکی هم‌راستا می‌باشد (۶۳-۵۸، ۴۵-۴۰، ۱۲، ۱۹، ۲۸-۷). در توافق با یافته‌های پژوهش، یمانی و فخاری (۴۵) در مطالعه خود کم‌توجهی به تدوین واحدهای درسی انتخابی متناسب با نیازهای جامعه و ارائه آن به شیوه مناسب را یکی از مشکلات پیش‌روی پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی دانسته‌اند. از نظر ایشان واحدهای درسی انتخابی کمک می‌کند که پزشک به سمت دروسی متمایل گردد که به زمینه اجتماعی و محیط کاری او ارتباط بیش‌تری دارد. ویلسون (Wilson) نیز شکاف بین آموخته‌های نظری و شایستگی‌های عملی را یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی آموزش عالی دانسته است (۶۴). شریف و معصومی (۶۵) در مطالعه خویش عنوان کرده‌اند که ترکیب نمودن تئوری و عمل در موقعیت بالینی همراه با نظارت بالینی مناسب می‌تواند دانشجویان را به شایستگی کافی برای مراقبت

محیط واقعی به صورت ادغام یافته، مرتبط و طولی، با استفاده از روش‌های چندگانه و مشروط با بازخوردی متناوب و سازنده، ارزیابی شوند. در توافق با این یافته، صاحب نظران مختلف معتقدند که برای پاسخ به افزایش تقاضای جامعه برای پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری بیش‌تر و در راستای ارتقاء مهارت‌های حرفه‌ای دانشجویان پزشکی، ارزیابی آن‌ها بایستی بیش از گذشته به شیوه‌های واقعی نزدیک‌تر گردد (۱۹، ۴۴، ۶۳، ۶۷، ۶۸).

نتایج مطالعه حاضر برای تصمیم‌گیرندگان حوزه آموزش دانشکده‌های پزشکی جهت برنامه‌ریزی و ایجاد موقعیت‌های یادگیری بالینی مناسب برای ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی دانشجویان پزشکی عمومی در سطح جامعه مفید خواهد بود. بدیهی است با اجرای الگوی طراحی شده و انجام اصلاحات لازم در برنامه درسی دوره‌های بالینی، بستر مناسبی برای تبدیل دانشجویان توانا و علاقه‌مند، به پزشکان پاسخ‌گو در مقابل اجتماع فراهم خواهد شد. از راهکارهای مناسب در افزایش موفقیت برنامه‌های درسی پاسخ‌گو می‌توان به برنامه‌ریزی در جهت مرتبط ساختن محتوای بالینی با نقش‌های حرفه‌ای دانشجویان، ادغام علوم بالینی با علوم رفتاری و اجتماعی، ادغام تئوری با عمل و رفع موانع همکاری‌های بین حرفه‌ای، بین رشته‌ای و درون رشته‌ای اشاره کرد. همچنین با توجه به این که دانشجویان پزشکی بخش عمده‌ای از رفتارهای حرفه‌ای خود را در فرایند آموزش و به ویژه در بخش‌های بالینی و موقعیت‌های یادگیری واقعی و از طریق برنامه درسی پنهان دریافت و توسعه می‌دهند و در این راستا مربیان و مدرسان بالینی به عنوان الگوی نقش برای دانشجویان محسوب می‌شوند، بنابراین آموزش اساتید نقش مهمی در استفاده از این شیوه آموزش در بهبود سطح پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی دارد. در نهایت، یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر می‌تواند در طراحی و توسعه برنامه درسی دوره پزشکی عمومی و هدایت برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی به سمت پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات جامعه موثر واقع گردد. البته ذکر این نکته ضروری است که الگوی پیشنهادی در این پژوهش، یک الگوی نظری است و در صورت به کارگیری آن در نظام آموزش پزشکی، می‌تواند اثرات خود را آشکار سازد. با توجه به این که در فرایند تدوین ویژگی‌های عناصر برنامه درسی و نهایتاً طراحی الگو، بخشی از این مطالعه به صورت کیفی انجام پذیرفت، بنابراین ویژگی‌های یک مطالعه کیفی مثل استنتاج‌ها، تفسیرهای محقق و

از بیماران برساند. رضائیان (۲۳) نیز اظهار می‌دارد، برای این که دانشکده‌های پزشکی بتوانند از عهده پاسخ‌گویی در مقابل نیازهای جامعه تحت پوشش خود برآیند، نه تنها محتوای دروس تدریس شده در این دانشکده‌ها باید براساس اولویت‌های سلامت جامعه شکل گیرد، بلکه دروس مختلف به شکل ادغام یافته و در محیط‌های آموزشی متناسب برای دانشجویان ارایه گردد تا دانشجویان به طور ملموس و از نزدیک با نیازهای جامعه تحت پوشش خود و شیوه‌های رفع آن‌ها آشنا گردند.

در الگوی پیشنهادی، راهبردهای آموزشی و روش‌های یاددهی - یادگیری براساس اجرای فعالیت‌های متنوع در جایگاه‌های آموزشی جامعه و مبتنی بر زمینه، یادگیری حل مشکلات پیچیده جامعه، پروژه‌های طولی گروهی، مساله محوری، مواجهه زودرس و مداوم با مشکلات جامعه و متمرکز بر دانشجو است. این یافته‌ها در تایید الگوی راهبردهای اسپایسز (SPICES) هاردن (Harden) می‌باشد (۶۶). همچنین، آموزش مبتنی بر جامعه یکی از استراتژی‌های توصیه شده سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای اصلاح آموزش پزشکی بوده و بخشی از اجماع جهانی در مورد الزامات پاسخ‌گویی اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی است (۳۴). یافته‌های مطالعه با نتایج مطالعات مختلف در مورد راهبردها و شیوه‌های آموزش پزشکی هم‌راستا می‌باشد (۱۹، ۴۰، ۴۵، ۶۳). رضائیان (۲۳) بر این باور است که دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع باید موقعیت‌های آموزشی گوناگونی را برای دانشجویان خود فراهم آورند که در آن، علاوه بر شناخت و آموزش مشکلات و بیماری‌های بالینی فرد فرد اعضای جامعه، مشکلات و آسیب‌های اجتماعی نیز مورد بحث و بررسی و ریشه‌یابی قرار می‌گیرند؛ دانشجویان باید با خانواده‌ها در ارتباط نزدیک بوده، نسبت به شناسایی مشکلات و شیوه برخورد با آن‌ها اقدام نمایند.

در تبیین یافته‌های این پژوهش باید گفت که ارزشیابی به عنوان آخرین عنصر برنامه درسی، مکمل تمام فعالیت‌های یاددهی و یادگیری به شمار می‌رود. با توجه به این که توانمندی‌های بالینی فراگیران دارای ساختاری کاملاً پیچیده‌ای است، برای ارزیابی معتبر آن‌ها به شیوه‌های چندگانه، ترکیبی و سطح بالا نیاز است. براساس الگوی پیشنهادی، بهتر است حیطه‌های مختلف توانمندی‌های دانشجویان علاوه بر ارزیابی به روش‌های کتبی و محیط شبیه‌سازی شده، با بهره‌گیری از شیوه‌های متنوع ارزیابی در

قردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی صمیمانه خود را از همه کسانی که با همکاری و مشارکت صمیمانه خویش به انجام این مطالعه یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

محدودیت تعمیم‌پذیری در آن جاری بود. هم‌چنین در پژوهش حاضر، طراحی و اعتبارسنجی الگو صرفاً با مشارکت متخصصین، خبرگان و پزشکان عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد، لذا می‌توانست به‌طور وسیع‌تر و در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور انجام پذیرد.

References

1. Tatari F, Hosseini SA, Borji A. [Investigation the Role of Faculty Members in Accountable Medical Education]. *Medicine and Spiritual Cultivation* 2018; 27 (3): 147-56. [Persian]
2. Khan T, Mosgrove F, Wass V. Unknown unknowns: can bringing patients' lived experience of long term conditions into curriculum design help our future doctors offer more holistic, socially accountable care? *Education for Primary Care* 2021; 14: 1-4. [DOI:10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x]
3. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43 (9): 887-94. [DOI:10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x]
4. Boelen C. Global consensus for social accountability of medical schools; *Sante Publique*. 2011; 23 (3): 247- 50. [DOI:10.3917/spub.113.0247]
5. Fitzgerald M, Shoemaker E, Ponka D, Walker M, Kendall C. Global health and social accountability: An essential synergy for the 21st century medical school. *J Glob Health* 2021; 11: 03045. [DOI:10.7189/jogh.11.03045]
6. Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, Gibbs T. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Med Teach* 2016; 38 (11): 1078-91. [DOI:10.1080/0142159X.2016.1219029]
7. Adib Y, Fathiazar E, Alizadeh M, Dehghani G.[Development and validation of instruments for evaluation of the clinical medicine curriculum in terms of social accountability]. *Journal of Medical Education* 2018; 11 (29): 1-15. [Persian] [DOI:10.29252/edcj.11.29.1]
8. Ross BM, Cameron E. Socially Accountable Medical Education: Our Story Might Not Be Yours. *Higher Education Studies* 2021; 11 (1): 114-20. [DOI:10.5539/hes.v11n1p114]
9. Mirjani Aghdam A, Khorshidi A, Barzegar N, Moradi S, Ahmady S. [Accountable education pattern for rehabilitation sciences curriculum]. *Research in Medical Education* 2022; 14 (1): 13-23. [DOI:10.52547/rme.14.1.13]
10. Kaufman A, Scott MA, Andazola J, Fitzsimmons- Pattison D, Parajón L. Social Accountability and Graduate Medical Education. *Fam Med* 2021; 53 (7): 632-7. [DOI:10.22454/FamMed.2021.160888]
11. Roca MTA, Lopez MM, Filgueira L. Social Accountability of Medical Schools Toward Their Students. *Education Journal* 2022; 11 (3): 101- 11. [DOI:10.11648/j.edu.20221103.13]
12. Adib Y, Fathiazar E, Alizadeh M, Dehghani G.[Exploration of the required clinical competencies for training general practitioners to acquire social accountability: a qualitative study]. *Journal of Medical Education* 2018; 10 (28): 4-23. [Persian] [DOI:10.29252/edcj.10.28.3]
13. AFMC. The future of medical education in Canada (FMEC): a collective vision for MD education. Ottawa, Canada: Association of Faculties of Medicine of Canada; 2010.
14. Boelen C, Heck JE, Organization WH. Defining and measuring the social accountability of medical schools. World Health Organization; 1995.
15. TUFH. TUNIS declaration. World Summit on Social Accountability. Network-Towards Unity for Health 2017.
16. WFME. Basic medical education WFME global standards for quality improvement. World Federation for Medical Education; 2015.
17. WHO. Global strategy on human resources for health. Geneva: workforce 2030; 2016.

18. WHO. National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017.
19. Abdalla ME, Dash N, Shorbagi S, Taha MH. Development and validation of inventory tool to evaluate social accountability principles in case scenarios used in problem- based curriculum (Social accountability inventory for PBL). *Med Educ Online* 2021; 26 (1): 1847243. [[DOI:10.1080/10872981.2020.1847243](https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1847243)]
20. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. *Educ Health (Abingdon)* 2012; 25 (3): 180- 94. [[DOI:10.4103/1357-6283.109785](https://doi.org/10.4103/1357-6283.109785)]
21. Preston R, Larkins S, Taylor J, Judd J. Building blocks for social accountability: a conceptual framework to guide medical schools. *BMC Med Educ* 2016; 16 (1): 227. [[DOI:10.1186/s12909-016-0741-y](https://doi.org/10.1186/s12909-016-0741-y)]
22. Meili R, Ganem- Cuenca A, Leung JW, Zaleschuk D. The CARE model of social accountability: promoting cultural change. *Acad Med* 2011; 86 (9): 1114-9. [[DOI:10.1097/ACM.0b013e318226adf6](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318226adf6)]
23. Rezaeian M. [A review on the different dimensions of socially accountable medical schools]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2012; 11 (2): 159-72. [Persian]
24. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandino FD, et al. Measuring social accountability in health professional education: development and international pilot testing of an evaluation framework. *Med Teach* 2013; 35 (1): 32-45. [[DOI:10.3109/0142159X.2012.731106](https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.731106)]
25. Boelen C. Why should social accountability be a benchmark for excellence in medical education? *Educación Médica* 2016; 17 (3): 101- 5. [[DOI:10.1016/j.edumed.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.06.004)]
26. Emadzadeh A, Bazzaz MM, Noras MR, Karimi S. Social Accountability of the Curriculum in Medical Education: A Review on the Available Models. *Future of medical education journal* 2016; 6 (4): 31- 37. [[DOI:10.22038/fmej.2016.8338](https://doi.org/10.22038/fmej.2016.8338)]
27. Rourke J. Social Accountability: A Framework for Medical Schools to Improve the Health of the Populations They Serve. *Acad Med* 2018; 93 (8): 1120-4. [[DOI:10.1097/ACM.0000000000002239](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002239)]
28. Karimi S, Zohoorparvande V. [Need Assessment of General Practitioner's Curriculum Based on Clinical Activities, Advocacy, Research, and Education (CARE) Model]. *Future of Medical Education Journal* 2019; 9 (1). [Persian] [[DOI:10.22038/fmej.2019.36521.1240](https://doi.org/10.22038/fmej.2019.36521.1240)]
29. Barber C, van der Vleuten C, Leppink J, Chahine S. Social Accountability Frameworks and Their Implications for Medical Education and Program Evaluation: A Narrative Review. *Acad Med* 2020; 95 (12): 1945-54. [[DOI:10.1097/ACM.00000000000003731](https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003731)]
30. Health Canada. Social accountability. A vision for Canadian medical schools. Ottawa: Canada: Ministry of Public Works and Government Services; 2001.
31. Meili R, Fuller D, Lydiate J. Teaching social accountability by making the links: qualitative evaluation of student experiences in a service- learning project. *Med Teach* 2011; 33 (8): 659-66. [[DOI:10.3109/0142159X.2010.530308](https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.530308)]
32. McCrea ML, Murdoch- Eaton D. How do undergraduate medical students perceive social accountability? *Med Teach* 2014; 36 (10): 867- 75. [[DOI:10.3109/0142159X.2014.916784](https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.916784)]
33. Hunt D, Klamen D, Harden RM, Ali F. The ASPIRE- to- Excellence Program: A Global Effort to Improve the Quality of Medical Education. *Acad Med* 2018; 93 (8): 1117-9. [[DOI:10.1097/ACM.0000000000002099](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002099)]
34. Abdalla ME. Suggested New Standards to Measure Social Accountability of Medical Schools in the Accreditation Systems. *Journal of Case Studies in Accreditation and Assessment* 2014; 3.
35. Abdalla ME. Social Accountability of Medical Schools: Do Accreditation Standards Help Promote the Concept? *Journal of Case Studies in Accreditation and Assessment* 2014; 3.
36. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Med Educ* 2012; 46 (1): 21-7. [[DOI:10.1111/j.1365-2923.2011.04081.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04081.x)]

37. Jalilian hamed H, Amini A, Alizadeh M. Developing social accountability indicators at medical schools. *Res Dev in Med Educ* 2014; 4 (1): 71-6. [DOI:10.15171/rdme.2015.011]
38. Boelen C, Blouin D, Gibbs T, Woollard R. Accrediting excellence for a medical school's impact on population health. *Educ Health (Abingdon)* 2019; 32 (1): 41-8. [DOI:10.4103/efh.EfH_204_19]
39. Boelen C. Building a socially accountable health professions school: towards unity for health. *Educ Health (Abingdon)* 2004; 17 (2): 223-31. [DOI:10.1080/13576280410001711049]
40. Abdolmaleki M, Yazdani S, Momeni S, Momtazmanesh N. Social Accountable Medical Education: A concept analysis. *J Adv Med Educ Prof* 2017; 5 (3): 108-15.
41. Greer PJ, Brown DR, Brewster LG, Lage OG, Esposito KF, Whisenant EB, et al. Socially Accountable Medical Education: An Innovative Approach at Florida International University Herbert Wertheim College of Medicine. *Acad Med* 2018; 93 (1): 60-5. [DOI:10.1097/ACM.0000000000001811]
42. Abdolmaleki MR, Momeni S. [Social Accountability in Health Research, a Concept Analysis study]. *Journal of Medicine and Spiritual Cultivation* 2022; 31 (1): 65-53. [Persian]
43. Masud N, Alenezi S, Alsayari O, Alghaith D, Alshehri R, Albarrak D, Al- Nasser S, editors. Social accountability in Medical Education: students' perspective. *Frontiers in Education*; 2022; 7: 868245. [DOI:10.3389/educ.2022.868245]
44. Tahernezhad K, Javidan F. [Advanced assessment of medical students clinical performance: challenges methods and approaches]. *Strides in development of medical education* 2008; 5 (1): 58- 70. [Persian]
45. 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]
46. Dash NR, Taha MH, Shorbagi S, Abdalla ME. Evaluation of the integration of social accountability values into medical education using a problem- based learning curriculum. *BMC Med Educ* 2022; 22 (1): 181. [DOI:10.1186/s12909-022-03245-6]
47. Pourabbas A, Amini A, Asghari Jafarabadi M. [The status of accountable education in clinical education departments of Tabriz University of Medical Sciences]. *Research in Medical Education* 2020; 12 (2): 71-82. [Persian] [DOI:10.29252/rme.12.2.71]
48. Seyednoori T, Khorsandi Taskoh A, Jamehbozorg Z, Yadegarzadeh G, Abdollahi H. [Designing and Validating an Educational Model based on Accountable Midwifery]. *Research in Medical Education* 2022; 14 (3): 71-85. [Persian] [DOI:10.52547/rme.14.3.71]
49. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. [Educational needs of family physicians in Yazd province]. *The Journal of Medical Education and Development* 2012; 6 (1): 39-46. [Persian]
50. Yamani N, Omid A, Najimi A, Shahidi S, Aghdak P, Heydary Sharif Abad S, Moazam E. [Common and Important Signs, Symptoms and Diseases that a General Practitioner Should Know: One Step toward Socially Accountable Education]. *Iranian Journal of Medical Education* 2017; 17: 1-14. [Persian]
51. Lee ST, Yang EB. Factors affecting social accountability of medical schools in the Korean context: exploratory factor and multiple regression analyses. *Med Educ Online* 2022; 27 (1): 2054049. [DOI:10.1080/10872981.2022.2054049]
52. Masud N, Alenezi S, Alsayari O, Alghaith D, Alshehri R, Albarrak D, Al- Nasser S. Social accountability in Medical Education: students' perspective. *Frontiers in Education* 2022; 7: 868245. [DOI:10.3389/educ.2022.868245]
53. Mehrmohammadi M. [Curriculum: Views, approaches and perspectives]. Mashhad: Behnashr; 2014. [Persian]
54. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago press; 2013. [DOI:10.7208/chicago/9780226086644.001.0001]

55. Hedayati A, Maleki H, Saadipour E. [Contemplation on Competency- based Curriculum in Medical Education]. Iranian Journal of medical education 2016; 16: 94-103. [Persian]
56. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
57. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology 1975; 28 (4): 563-75. [[DOI:10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x)]
58. Lameei A. [Clinical Education: Beyond Current Approaches. Studies in Medical Sciences] Studies in Medical Sciences 2006; 17 (1): 9-15. [Persian]
59. LCME. Functions and structure of a medical school: standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree. Association of American Medical Colleges: Liaison Committee on Medical Education; 2017.
60. Goodfellow PB, Claydon P. Students sitting medical finals- ready to be house officers? J R Soc Med 2001; 94 (10): 516- 20. [[DOI:10.1177/014107680109401007](https://doi.org/10.1177/014107680109401007)]
61. Burch VC, Nash RC, Zabow T, Gibbs T, Aubin L, Jacobs B, Hift RJ. A structured assessment of newly qualified medical graduates. Med Educ 2005; 39 (7): 723-31. [[DOI:10.1111/j.1365-2929.2005.02192.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02192.x)]
62. Moercke AM, Eika B. What are the clinical skills levels of newly graduated physicians? Self-assessment study of an intended curriculum identified by a Delphi process. Med Educ 2002; 36 (5): 472-8. [[DOI:10.1046/j.1365-2923.2002.01208.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01208.x)]
63. Ahmed YA, Alneel S. Analyzing the Curriculum of the Faculty of Medicine, University of Gezira using Harden's 10 questions framework. J Adv Med Educ Prof 2017; 5 (2): 60-6.
64. Wilson J. Bridging the theory practice gap. Aust Nurs J 2008; 16 (4): 25.
65. Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nurs 2005; 4: 6. [[DOI:10.1186/1472-6955-4-6](https://doi.org/10.1186/1472-6955-4-6)]
66. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ 1984; 18 (4): 284-97. [[DOI:10.1111/j.1365-2923.1984.tb01024.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1984.tb01024.x)]
67. Kuhpayehzadeh J, Hafezi Moghadam P, Danesh H, Imanizadeh Z, Daryazadeh S. [Assessment of clinical performance and factors affecting it in medical interns by mini- CEX test at Hazart- e-Rasool Akram hospital, Tehran, 2011]. Razi Journal of Medical Sciences 2014; 20 (116): 18-26. [Persian]
68. Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach 2003; 25 (6): 569-84. [[DOI:10.1080/0142159032000151907](https://doi.org/10.1080/0142159032000151907)]