

Original article

Social Accountability from the Perspective of Students and Professors Before and During the COVID-19 Pandemic

Mojgan Maleki¹Sareh Shakerian^{2*}

1. M.Sc. Of Community-Based Education of Health Sciences, Department of Community-Based Education of Health Sciences, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Community-Based Education of Health Sciences, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding author:** Sareh Shakerian, Department of Community-Based Education of Health Sciences, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: sareh.shakerian@sbmu.ac.ir

Received: 26 November 2023

Accepted: 30 December 2023

ABSTRACT

Introduction and purpose: Indicators of social accountability in medical education institutions are necessary for the improvement of community health needs. In this regard, the present research aimed to investigate the social accountability at Ilam University of Medical Sciences in the period before and during the COVID-19 pandemic.

Methods: The present survey research was carried out in 2022 on students and professors of medicine and dentistry (n=788). The data were collected by standard questionnaire of Social Accountability of Medical Education. This questionnaire included 0 components and 85 items.

Results: The results showed that the mean scores of the components of medical school standards range (24.9) (P=0.0002), amount of quality improvement in education and research (34.4) (P=0.0003), amount of mandatory mechanism for accreditation (23.2) (P=0.003), and amount of global principles with the characteristics of the context (33.8) (P=0.002) were in an unfavorable situation during the COVID-19 pandemic from the point of view of both professors and students. These values had a statistically significant difference (P<0.05) with those in the the pre-COVID-19 pandemic. The component of evolving roles of doctors and other health professions (82.5) (P=0.098) and responsive and effective management (74.8) (P=0.0001) were in a favorable situation during the COVID-19 pandemic.

Conclusion: Given the diversity of the performance of groups regarding the mentioned areas and criteria and considering that most of the cases related to education received a low score, there is a need to create a foundation for increasing social accountability.

Keywords: Corona era, Medicine, Pre-corona era, Social accountability, Student

► **Citation:** Maleki M, Shakerian S. Social Accountability from the Perspective of Students and Professors Before and During the COVID-19 Pandemic. Journal of Health Research in Community. Spring 2024;10(1):83-94.

مقاله پژوهشی

پاسخ‌گویی اجتماعی از دیدگاه دانشجویان و استادان در دوران قبل از کرونا و دوران کرونا

چکیده

مژگان ملکی^۱
ساره شاکریان^{۲*}

مقدمه و هدف: پاسخ‌گویی اجتماعی به منزله‌ی جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع کردن نیازهای سلامتی جامعه‌ی هدف باشند. این تحقیق به منظور بررسی میزان پاسخ‌گویی اجتماعی از دیدگاه دانشجویان و استادان در دانشگاه علوم پزشکی ایلام در دوران قبل از کرونا و دوران کرونا انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر به شیوه‌ی توصیفی پیمایشی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. مشارکت‌کنندگان این تحقیق دانشجویان و استادان پزشکی و دندان‌پزشکی (۷۸۸ نفر) دانشگاه علوم پزشکی ایلام بودند که با روش سرشماری وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش از پرسش‌نامه‌ی استاندارد آموزش پاسخ‌گو شامل ۱۰ محور و ۸۵ سؤال استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین رتبه‌ای مؤلفه‌های محدوددهی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی (۲۴/۹) ($P=0/0002$)، میزان بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش (۳۴/۴) ($P=0/0003$)، میزان مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی (۲۳/۲) ($P=0/0003$) و میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه (۳۳/۸) ($P=0/0002$) هم از دیدگاه استادان و هم از دیدگاه دانشجویان در دوران کرونا در وضعیت نامطلوبی قرار داشتند که در مقایسه با دوران قبل کرونا، دارای تفاوت آماری معنادار ($P>0/05$) بود. مؤلفه‌ی نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت (۸۲/۵) ($P=0/0008$) و مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر (۷۴/۸) ($P=0/0001$) در دوران کرونا در وضعیت مطلوبی قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه، اکثر موارد مربوط به آموزش پاسخ‌گو نمره‌ی پایینی کسب کردند. نیاز به زمینه‌سازی برای افزایش پاسخ‌گویی اجتماعی و رفع نقاط ضعف در دانشگاه‌های پزشکی و همچنین، نیاز به مقابله با شرایط بحرانی وجود دارد.

کلمات کلیدی: پاسخ‌گویی اجتماعی، دانشجو، پزشکی، قبل کرونا، دوران کرونا

۱. استادیار، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، گروه آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ساره شاکریان، متخصص پزشکی اجتماعی، گروه آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: sareh.shakerian@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹

◀ **استناد:** ملکی، مژگان؛ شاکریان، ساره. پاسخ‌گویی اجتماعی از دیدگاه دانشجویان و استادان در دوران قبل از کرونا و دوران کرونا. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۴۰۳؛ ۱۰(۱): ۸۳-۹۴.

مقدمه

دانشکده‌های پزشکی از دیرباز در سرتاسر دنیا همواره بر تربیت پزشکانی همت گمارده‌اند که در رفع نیازها و آلام آحاد

مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بهار ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ۱، ۸۳-۹۴

جامعه‌ی بشری، از هیچ کوششی دریغ نکرده‌اند [۱]. به‌تازگی، مفهومی تحت عنوان دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع (Socially Accountable Medical School) مطرح شده است [۲]. ماحصل آن در تعریف زیر از سازمان جهانی بهداشت آمده است که در آن، دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع دانشکده‌هایی قلمداد شده‌اند که: «فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی آن دانشکده‌ها به‌سمت پاسخ‌گویی به اولویت‌های سلامت جامعه، منطقه و کشوری که مسئولیت خدمات‌رسانی به آن‌ها را بر عهده دارند، سوق داده می‌شود» و همچنین، اولویت‌های سلامت نیز باید به‌صورت مشترک از طرف دولت‌ها، سازمان‌های مراقبت بهداشتی، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و آحاد جامعه مشخص شوند [۳]. با این تعریف، دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع باید برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی خود را به شیوه‌ای بازنگری کنند که در آن، اولویت‌های سلامت جامعه، منطقه و کشور تحت پوشش در الویت قرار گیرد [۴]. هدف از انجام این بازنگری مسئولیت‌پذیر کردن دانشکده‌های پزشکی در مقابل برون‌دادهای خود، از جمله فارغ‌التحصیلان، نتایج مطالعات پژوهشی و شیوه‌های ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. پذیرفتن چنین مسئولیتی به‌نوبه‌ی خود باعث خواهد شد که در نهایت، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ارائه‌شده توسط دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع، از چهار شاخص مهم و حیاتی بهبود و ارتقای کیفیت، عدالت و برابری، مرتبط بودن با نیازهای جامعه و هزینه-اثربخشی برخوردار شوند [۱، ۵].

آموزش پزشکی به دلیل ارتباط تنگاتنگ با سلامت عمومی از منظر ارتباط، تناسب و پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، همواره مورد بحث کارشناسان قرار گرفته است. هیچ مدل کلی منسجمی برای ارزیابی پاسخ‌گویی اجتماعی دانشکده‌های پزشکی وجود ندارد [۶، ۷]. آموزش پزشکی به طور مکرر توسط متخصصان مورد بحث و بررسی قرار گرفته و به دلیل ارتباط نزدیک با سلامت

عمومی از منظر ارتباط، تناسب و پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه یکی از دغدغه‌های جامعه است [۸]. این چالش‌ها از زمان گزارش فلکسور روندی سخت را پشت سر گذاشته‌اند و رویکردها و راهبردهایی برای بهبود آن پیشنهاد شده است که برخی از آنها آموزش پزشکی جامعه محور، آموزش در جامعه و پاسخ‌گویی اجتماعی است [۹]. تحولات عظیمی که در سه دهه اخیر در رشته تکنولوژی و علوم پایه پزشکی رخ داده است، همزمان با توجه سازمان جهانی بهداشت و دولت‌ها به امر سلامت برای همه و تأکید شدید بر پیشگیری، سبب شده است که به دگرگونی و تغییر در آموزش علوم پزشکی توجه بیشتری معطوف گردد. یکی از اهداف برنامه پنج ساله دوم کشور، توجه به شاخص‌های کیفی و ارتقای کیفیت آموزش در بخش آموزش عالی و در نهایت، تربیت نیروهایی است که از قابلیت‌های اخلاقی، علمی و عملی کافی برخوردار باشند [۸].

با شیوع ویروس کرونا در دنیا، جوامع با محدودیت‌های فراوانی مواجه شدند که یکی از آن‌ها محدودیت در برگزاری اجتماعات، به‌ویژه اجتماعات مربوط به امور آموزشی همچون کلاس درس بود. بعد از گذشت حدود سه سال از آمدن کرونا به کشورمان و جهان، شاهد آن هستیم که برخی حوزه‌های مختلف دستخوش آسیب‌ها و تغییرهای جبران‌ناپذیری شده‌اند که یکی از آن‌ها حوزه‌ی آموزش است؛ چراکه در نخستین گام، آموزش حضوری که سالیان سال شکل غالب آموزش بود، متوقف و به‌جای آن، آموزش مجازی متداول شد.

هرچند در این مدت برقراری آموزش مجازی نوعی دستاورد برای جوامع شناخته می‌شد، بسیاری از کارشناسان و متخصصان برای این نوع آموزش، معایبی قائل هستند که توجه به آن‌ها و تلاش برای رفع آن‌ها از سوی مسئولان، لازم و ضروری است. مسئله‌ی اصلی تحقیق حاضر چگونگی بررسی وضعیت آموزش پاسخ‌گو از دیدگاه دانشجویان و استادان گروه پزشکی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایلام در دوران قبل از کرونا و دوران کرونا

و فهم راهکارهای مناسب در این زمینه بود.

روش کار

پژوهش حاضر به شیوهی پیمایشی توصیفی در دانشگاه علوم پزشکی ایلام پس از اخذ کد اخلاق و رعایت اصول اخلاقی انجام شد. مشارکت کنندگان شامل دانشجویان و استادان پزشکی و دندان پزشکی (۷۸۸ نفر) دانشگاه علوم پزشکی ایلام بودند که تعداد دانشجویان حدود ۶۳۵ نفر و تعداد استادان نیز ۱۵۳ نفر بود. تمام افراد به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش از پرسش‌نامه‌ی استاندارد آموزش پاسخ‌گوی جلیلیان و همکاران (۲۰۱۵) استفاده شده است [۱۱]. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ محور با عنوان‌های زیر بود. محور ۱: پیش‌بینی نیازها و چشم‌انداز سلامت جامعه و مأموریت دانشکده‌ی پزشکی با ۶ گویه. محور ۲: مشارکت سهام‌داران با نظام سلامت با ۶ گویه. محور ۳: نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت با ۱۶ گویه. محور ۴: آموزش مبتنی بر نتیجه در آموزش پاسخ‌گو با ۱۴ گویه. محور ۵: اداره‌ی (حاکمیت) دانشکده‌ی مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر پزشکی با ۱۱ گویه. محور ۶: محدوده‌ی استانداردها با ۱۱ گویه. محور ۷: بهبود کیفیت در آموزش، پژوهش و تحویل خدمات با ۹ گویه. محور ۸: مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی با ۴ گویه. محور ۹: اصول جهانی با ویژگی زمینه با ۲ گویه. محور ۱۰: نقش جامعه با ۶ گویه. روایی پرسش‌نامه مجدد در مطالعه‌ی حاضر با نظر استادان خبره در حوزه تأیید شد. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه، پس از توزیع ۳۰ پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ به دست آمد و تأیید شد.

پژوهشگر بعد از تهیه و ارائه‌ی مجوز کتبی از مسئولان دانشگاه، اقدام به جمع‌آوری کرد. پژوهشگر با مراجعه به محل کارآموزی دانشجویان، ابتدا هدف از انجام پژوهش را توضیح داد و بعد از

جلب رضایت، پرسش‌نامه‌ها را توزیع کرد. برای محاسبه‌ی نمره‌ی ملاک‌ها از نشانگرهای (لیکرت: ضعیف=۱، متوسط=۲، خوب=۳ و عالی=۴) مرتبط با آن ملاک‌ها، ابتدا میانگین گرفته شد و سپس، برای ارائه‌ی بهتر و ملموس‌تر نمره‌ی ملاک‌ها، میانگین در دامنه‌ی صفر تا ۱۰۰ قرار گرفت و این امر در خصوص حوزه‌ها نیز به صورت صفر تا ۲۵ برابر با ضعیف، ۲۵ تا ۵۰ برابر با متوسط، ۵۰ تا ۷۵ برابر با بالای متوسط (خوب) و بیشتر از ۷۵ برابر با عالی تفسیر شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار اکسل و SPSS استفاده شد. فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار، آزمون t زوجی، حد بالا و حد پایین محاسبه شد. از میانگین نمره‌ی کل، هم برای هر سؤال به صورت جداگانه و هم برای هر گویه به عنوان رتبه استفاده شد. برای ارزیابی فرضیات، سطح معنیداری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از لحاظ مشخصات دموگرافیک، تعداد ۳۳۰ نفر (۵۵ درصد) از دانشجویان زن و تعداد ۲۷۰ نفر (۴۵ درصد) نیز مرد بودند. در بین استادان نیز ۹۸ نفر (۶۴ درصد) مرد و ۵۵ نفر (۳۶ درصد) زن بودند. همچنین، به صورت کلی، ۱۸ درصد پاسخ‌دهندگان بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۴۶ درصد پاسخ‌دهندگان بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۱۶ درصد پاسخ‌دهندگان بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۲۰ درصد نیز بالای ۳۶ سال بودند.

جدول ۱ وضعیت مؤلفه‌های آموزش پاسخ‌گو را در دوران قبل کرونا و کرونا در جامعه‌ی پژوهش نشان می‌دهد. در این جدول، آیتم‌هایی که بیشترین و کمترین رتبه در هر مؤلفه را در دوران کرونا و قبل کرونا داشتند، نشان داده شده‌اند.

در بررسی مؤلفه پیش‌بینی نیازها و چشم‌انداز سلامت جامعه و مأموریت دانشکده‌ی پزشکی، یافته‌ها نشان می‌دهد وضعیت در

جدول ۱: وضعیت مؤلفه‌های پاسخ‌گویی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی ایلام از دیدگاه جامعه‌ی پژوهش در دوران قبل کرونا و کرونا

مؤلفه‌ها و آیتم‌ها با بیشترین و کمترین رتبه در هر مؤلفه	متغیر		قبل کرونا		در دوران کرونا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌بینی نیازها و چشم‌انداز سلامت جامعه در آموزش پاسخ‌گو در دوران کرونا	۷۴/۷	۲/۵۳	۶۸/۲	۲/۵۳	۲/۵۳	۲/۵۳
آیا برنامه‌ها و دوره‌های آموزشی متناسب با نیازهای جامعه تدوین و توسعه یافته است؟ (بیشترین رتبه)	۸۴/۲	۲/۳	۷۶/۹	۲/۱	۲/۱	۲/۱
آیا آموزش‌ها به‌صورت مستمر و همه‌جانبه نیازهای اجتماعی را در بر دارد؟ (کمترین رتبه)	۷۰/۹	۳/۴	۵۶/۶	۲/۸	۲/۸	۲/۸
میزان مشارکت سهام‌داران با نظام سلامت در آموزش پاسخ‌گو	۷۹/۹	۲/۳۶	۷۸/۵	۲/۵۱	۲/۵۱	۲/۵۱
آیا استفاده از کمک‌های داوطلبانه‌ی غیردولتی سازمان‌ها به‌طور مناسب وجود دارد؟ (بیشترین رتبه)	۸۴/۴	۲/۱	۸۲/۵	۱/۹	۱/۹	۱/۹
آیا روش‌های مدیریتی در همکاری‌های بین‌بخشی و برون‌بخشی مؤثر بوده است؟ (کمترین رتبه)	۷۳/۷	۲/۸	۷۲/۱	۲/۸	۲/۸	۲/۸
میزان نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت در آموزش پاسخ‌گو	۷۴/۷	۲/۲۵	۸۲/۵	۲/۴۷	۲/۴۷	۲/۴۷
آیا سیستم توسعه‌ی حرفه‌ای مستمر اعضای هیئت‌علمی در آموزش‌ها و پژوهش‌ها وجود دارد؟ (بیشترین رتبه)	۷۴/۸	۲/۶	۸۹/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱
آیا سیستم توسعه‌ی حرفه‌ای مستمر برای فارغ‌التحصیلان وجود دارد؟ (کمترین رتبه)	۷۴/۸	۲/۶	۷۳/۶	۲/۹	۲/۹	۲/۹
میزان آموزش مبتنی بر نتیجه در آموزش پاسخ‌گو	۷۸/۹	۲/۵۷	۷۲/۹	۲/۶۳	۲/۶۳	۲/۶۳
آیا ارزیابی دانشجویان به‌صورت عادلانه انجام می‌شود؟ (بیشترین رتبه)	۸۵/۵	۲/۳	۷۹/۰	۱/۸	۱/۸	۱/۸
در دوران کرونا، آیا بررسی جهت بهبود برنامه‌ها انجام می‌شود؟ (کمترین رتبه)	۷۳/۶	۳	۶۷/۱	۳/۱	۳/۱	۳/۱
میزان مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر در آموزش پاسخ‌گو	۷۰/۳	۲/۶۱	۷۴/۸	۲/۶۷	۲/۶۷	۲/۶۷
آیا استفاده از منابع توزیع‌شده به‌صورت کارآمد است؟ (بیشترین رتبه)	۸۰/۶	۱/۹	۸۰/۶	۲/۲	۲/۲	۲/۲
آیا توزیع عادلانه‌ی بودجه، نیروی انسانی و امکانات آموزشی و پژوهشی و بهداشتی و درمانی مناسب است؟ (کمترین رتبه)	۷۳/۴	۳/۶	۷۳/۴	۳/۱	۳/۱	۳/۱
میزان محدوددهی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی در آموزش پاسخ‌گو	۷۷/۹	۲/۶۱	۲۴/۹	۱/۰۲	۱/۰۲	۱/۰۲
آیا رهبری پاسخ‌گو در آموزش‌ها لحاظ شده است؟ (بیشترین رتبه در دوره‌ی قبل کرونا)	۸۰/۵	۱/۸				
آیا به‌روزرسانی استانداردها انجام می‌شود؟ (کمترین رتبه در دوره‌ی قبل کرونا)	۷۴/۰	۳/۱				
آیا توسعه‌ی استانداردهای جذب و استخدام فارغ‌التحصیلان انجام می‌شود؟ (بیشترین رتبه در دوره‌ی کرونا)			۲۷/۹	۰/۷۷	۰/۷۷	۰/۷۷
آیا نوآوری و مدیریت پویا در استانداردها لحاظ شده است؟			۲۱/۵	۱/۱۸	۱/۱۸	۱/۱۸
میزان بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش در آموزش پاسخ‌گو	۷۸/۴	۳/۰۴	۳۴/۴	۱/۰۶	۱/۰۶	۱/۰۶
آیا بازخورد مناسب و به‌موقع نتایج ارزیابی انجام می‌شود؟ (بیشترین رتبه در دوره‌ی قبل کرونا)	۸۱/۲	۲/۶				
آیا توسعه‌ی پاسخ‌گویی اجتماعی شاخص‌های ارزیابی درونی وجود دارد؟ (کمترین رتبه در دوره‌ی قبل کرونا)	۷۶/۲	۳/۴				
آیا دریافت‌کنندگان خدمات، دانشجویان و سایر ذی‌نفعان در ارزیابی و اعتباربخشی مشارکت دارند؟ (بیشترین رتبه در دوره‌ی کرونا)			۳۵/۲	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۵
آیا دانشکده تلاشی در جهت ایجاد سیستم پاسخ‌گوتر داشته است؟ (کمترین رتبه در دوره‌ی کرونا)			۲۹/۹	۱/۱۵	۱/۱۵	۱/۱۵
میزان مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی در آموزش پاسخ‌گو	۷۴/۷	۳/۰۱	۲۳/۲	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۷
آیا کارشناسان و ذی‌نفعان در اعتباربخشی مسئولیت‌پذیری دارند؟ (بیشترین رتبه)	۷۷/۹	۳	۷۱/۴	۳/۸	۳/۸	۳/۸
آیا اعضای هیئت‌علمی مشارکت فعال در توسعه و تصویب و تجدیدنظر در شاخص‌ها و استانداردهای آموزشی دارند؟ (کمترین رتبه)	۳۴/۴	۰/۷۴	۲۷/۸	۱/۰۵	۱/۰۵	۱/۰۵
میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه در آموزش پاسخ‌گو	۶۹/۶۵	۲/۰۵	۳۳/۸	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۳
آیا بهبود کیفیت از نظر آگاهی و مشارکت جامعه و ذی‌نفعان صورت می‌گیرد؟ (بیشترین رتبه)	۷۲/۶	۱/۸	۳۷/۰	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۸۷
آیا دانشکده از تجارب و همکاری سایر نهادها بهره می‌برد؟ (کمترین رتبه)	۶۶/۷	۲/۳	۳۱/۲	۰/۸۵	۰/۸۵	۰/۸۵
میزان نقش جامعه در آموزش پاسخ‌گو	۷۱/۶۴	۲/۵۵	۳۱/۳	۲/۰۳	۲/۰۳	۲/۰۳
آیا تعداد مطلوبی از ذی‌نفعان برای نظارت و ارزیابی اجتماعی توسعه‌ی پاسخ‌گویی وجود دارد؟ (بیشترین رتبه)	۷۴/۰	۲/۲	۳۲/۶	۱/۵	۱/۵	۱/۵
آیا انجام مطالعات میدانی جامع و دوره‌ای وجود دارد؟ (کمترین رتبه)	۶۹/۳	۲/۸	۳۰/۴	۱/۸	۱/۸	۱/۸

دوران قبل کرونا بهتر از دوران کرونا بوده است. یافته‌ها نشان داد که وضعیت مؤلفه‌ی مشارکت سهام‌داران با نظام سلامت و مؤلفه‌ی نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت در دوران کرونا بهتر از قبل کرونا بود.

در کل، مؤلفه‌ی آموزش مبتنی بر نتیجه در دوره‌ی قبل از کرونا، بهتر از دوران کرونا ارزیابی شد. در بررسی مؤلفه‌ی مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر، وضعیت در هر دو دوره در سطح خوبی ارزیابی شد. در مجموع، وضعیت در دوران کرونا بهتر از دوره‌ی قبل از کرونا بود. در بررسی مؤلفه‌ی محدوده‌ی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی و مؤلفه‌ی بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش، یافته‌ها نشان داد که این مؤلفه‌ها در دوران قبل کرونا وضعیت

بهتری نسبت به دوران کرونا داشتند.

در بررسی مؤلفه‌ی مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی و مؤلفه‌ی میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه، یافته‌ها نشان داد که وضعیت در دوران قبل کرونا بهتر از دوران کرونا بود. همچنین، یافته‌های مطالعه وضعیت مؤلفه‌ی نقش جامعه را در دوران قبل کرونا بهتر از دوران کرونا ارزیابی کرد.

نتایج تی زوجی مقایسه‌ی قبل و دوران کرونا به تفکیک در دانشجویان و استادان در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین تفاضل مقادیر قبل از کرونا و دوران کرونا در مؤلفه‌ی پیش‌بینی نیازها و چشم‌انداز سلامت جامعه در آموزش پاسخ‌گو برای استادان و دانشجویان با سطح

جدول ۲: نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه‌ی آموزش پاسخ‌گو از دیدگاه مشارکت‌کنندگان پژوهش در دوران قبل از کرونا و دوران کرونا

گویه‌ها	گروه	تفاضل میانگین	آماره t	انحراف معیار	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری	فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد میانگین‌ها	
							حد بالا	حد پایین
پیش‌بینی نیازها و چشم‌انداز سلامت جامعه در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۱۲/۴۵	۳/۳۸	۱/۱۲	۱۳۹	۰/۰۰۰۱	۲۴/۳۲	۸/۲۳
	دانشجویان	۱۴/۴۱	۳/۲۳	۱/۱۵	۵۹۹	۰/۰۰۰۲	۲۵/۴۳	۷/۲۱
میزان مشارکت سهام‌داران با نظام سلامت در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۸/۲۱	۲/۰۱	۰/۶۴	۱۳۹	۰/۰۸۷	۲۱/۸۷	۱۲/۴۳
	دانشجویان	۹/۴۳	۱/۹۸	۰/۷۲	۵۹۹	۰/۰۹۸	۱۸/۲۳	۸/۳۴
میزان نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۳/۲۱	۱/۲۴	۰/۵۵	۱۳۹	۰/۰۹۸	۱۰/۲۲	۶/۲۵
	دانشجویان	۴/۳۴	۱/۳۲	۰/۵۴	۵۹۹	۰/۰۸۳	۹/۱۸	۶/۱۱
میزان آموزش مبتنی بر نتیجه در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۴/۲۸	۱/۹۵	۰/۸۵	۱۳۹	۰/۱۱۲	۱۲/۲۸	۸/۹۸
	دانشجویان	۵/۱۲	۱/۹۵	۰/۹۲	۵۹۹	۰/۰۹۹	۱۱/۲۳	۸/۱۲
میزان مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۱۸/۲۲	۵/۱۲	۱/۰۵	۱۳۹	۰/۰۰۰۱	۲۹/۲۷	۱۵/۱۲
	دانشجویان	۲۰/۱۱	۵/۱۶	۱/۱۵	۵۹۹	۰/۰۰۱۵	۳۰/۳۲	۱۶/۴۵
میزان محدوده‌ی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۱۱/۲۸	۳/۰۲۱	۰/۹۸	۱۳۹	۰/۰۰۰۲	۲۱/۴۴	۱۱/۲۵
	دانشجویان	۱۲/۳۴	۳/۱۸	۱/۰۲	۵۹۹	۰/۰۰۰۳	۲۳/۲۳	۱۰/۴۳
میزان بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۳۰/۲۱	۶/۹۸	۱/۲۲	۱۳۹	۰/۰۰۰۱	۳۲/۲۱	۱۸/۲۹
	دانشجویان	۲۶/۳۲	۵/۴۸	۱/۱۸	۵۹۹	۰/۰۰۰۳	۲۹/۶۵	۱۷/۳۲
میزان مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۱۰/۲۳	۲/۸۷۶	۱/۰۸	۱۳۹	۰/۰۰۳	۱۱/۲۳	۶/۳۴
	دانشجویان	۹/۳۸	۲/۷۲	۱/۰۶	۵۹۹	۰/۰۰۳۸	۱۲/۱۸	۷/۵۴
میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۱۴/۲۰	۳/۵۴	۱/۱۶	۱۳۹	۰/۰۰۲	۱۶/۱۱	۱۳/۲۰
	دانشجویان	۹/۱۲	۲/۰۲	۱/۱۹	۵۹۹	۰/۰۹۲	۱۱/۱۵	۸/۲۳
میزان نقش جامعه در آموزش پاسخ‌گو	استادان	۲۱/۲۲	۴/۲۲	۱/۲۱	۱۳۹	۰/۰۰۰۱	۲۷/۱۸	۱۶/۶۷
	دانشجویان	۱۶/۸۷	۲/۱۹	۱/۳۶	۵۹۹	۰/۰۷۵	۲۵/۱۲	۱۵/۲۰

($P < 0/05$) برابر با $0/0001$ و $0/0002$ معنادار است.

یافته‌های تی زوجی مقادیر قبل و دوران کرونا در مؤلفه‌ی میزان مشارکت سهام‌داران با نظام سلامت، مؤلفه‌ی میزان نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت و مؤلفه‌ی میزان آموزش مبتنی بر نتیجه در آموزش پاسخ‌گو برای استادان و دانشجویان در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ ، معنادار نبود.

میانگین تفاضل قبل از کرونا و دوران کرونا در مورد میزان مؤلفه‌ی مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر، مؤلفه‌ی محدوده‌ی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی، مؤلفه‌ی بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش و مؤلفه‌ی مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی در آموزش پاسخ‌گو برای دو گروه استادان و دانشجویان در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ ، معنادار بود.

نتایج نشان داد که میانگین تفاضل قبل از کرونا و دوران کرونا در مورد میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه در آموزش پاسخ‌گو و مؤلفه‌ی نقش جامعه در آموزش پاسخ‌گو در خصوص دو گروه استادان و دانشجویان در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ ، برای گروه استادان معنی‌دار است، ولی برای گروه دانشجویان معنی‌دار ($P < 0/05$) نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه، شناخت و استفاده از شاخص‌های پاسخ‌گویی اجتماعی در ارزشیابی و اعتباربخشی مؤسسات حوزه‌ی آموزش پزشکی به حَرَف سلامت کمک می‌کند تا در جهت ارتقای کیفیت آموزش پزشکی و پاسخ‌گویی بهبودیافته به نیازهای جامعه گام بردارند.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که وضعیت بعضی از مؤلفه‌ها در دوران کرونا بهتر از دوران قبل شده است و این تفاوت در گروه استادان و دانشجویان به درجاتی در بیشتر مؤلفه‌ها از نظر آماری معنادار بوده است.

در بررسی مؤلفه‌ی پیش‌بینی نیازها و چشم‌انداز سلامت

جامعه و مأموریت دانشکده‌ی پزشکی، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که وضعیت در دوران قبل کرونا بهتر از دوران کرونا بوده است. یافته‌های مطالعه در این محور برای استادان و دانشجویان در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنادار است. این نتایج با نتایج رهنورد و همکاران، لین و همکاران، جلیلیان حامد و همکاران و سنگ و والش مطابق است [۱۱-۱۴]. در بررسی این مؤلفه، مشاهده می‌شود که برنامه‌ها و دوره‌های آموزشی متناسب با نیازهای جامعه تدوین و توسعه یافته است. همچنین، در دوران کرونا، در آموزش‌ها، عوامل مؤثر بر سلامت جامعه نیز مدنظر قرار گرفته است. اجرای شیوه‌های آموزشی مجازی و برخط و ارتقای شبیه‌سازها و استفاده از تکنولوژی‌ها در حوزه‌ی آموزش پزشکی از مصداق‌های آن است. استفاده از شیوه‌های آموزشی نوین و سازگاری با آن در دوره‌ی کرونا از طرفی، چالش‌برانگیز نیز بود. ولی در هر صورت، شرایط بحران و ویژگی‌های آن و عدم پیش‌بینی آن نتوانسته بر همه‌ی نیازهای جامعه غلبه کند و مشاهده می‌شود که آموزش‌ها به‌صورت مستمر و همه‌جانبه، نیازهای اجتماعی را برآورده نمی‌کند و در ارزیابی‌ها، این موضوع در سطح ضعیفی قرار دارد.

در بررسی مؤلفه‌ی نقش‌های در حال تحول پزشکان و سایر حرفه‌های سلامت، وضعیت در دوران کرونا بهتر از وضعیت قبل کرونا بود. ولی میانگین تفاضل قبل از کرونا و دوران کرونا در این مؤلفه برای استادان و دانشجویان در سطح خطای بیشتر از ۵ درصد، معنادار نبود. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران، احمدی و همکاران، لین و همکاران و ریزوی و ولچ مطابق است [۸، ۱۵-۱۷]. در بررسی این مؤلفه، مشاهده می‌شود که سیستم توسعه‌ی حرفه‌ای مستمر اعضای هیئت‌علمی در حوزه‌های آموزش و پژوهش در ارزیابی، در وضعیت خوبی قرار داشت. همچنین، وجود برنامه‌های حمایتی برای آشنایی دانشجویان با فرصت‌ها و محیط شغلی آینده نیز در ارزیابی، نسبتاً مطلوب بود. ولی سیستم توسعه‌ی حرفه‌ای مستمر برای فارغ‌التحصیلان در شرایط ضعیفی قرار داشت.

در بررسی مؤلفه‌ی مشارکت ذی‌نفعان با نظام سلامت، این مؤلفه در دوره‌ی قبل از کرونا در سطح ضعیفی قرار داشت. این مؤلفه وضعیت بسیار خوبی در دوران کرونا داشت. استفاده از کمک‌های داوطلبانه‌ی غیردولتی سازمان‌ها به‌طور مناسب در دوران کرونا وجود داشت. مشارکت فعال نمایندگان سازمان‌های غیردولتی در سیاست‌گذاری‌ها و نظارت‌ها و آموزش‌ها در دوران کرونا نیز در شرایط نسبتاً مطلوب قرار داشت. ولی در بررسی این مؤلفه، مشاهده می‌شود که روش‌های مدیریتی در همکاری‌های بین‌بخشی و برون‌بخشی ضعیف عمل کرده است.

در کل، میزان مؤلفه‌ی آموزش مبتنی بر نتیجه در آموزش پاسخ‌گو در دوره‌ی قبل از کرونا، بهتر از دوران کرونا ارزیابی شد. میانگین تفاضل قبل از کرونا و دوران کرونا در مورد میزان آموزش مبتنی بر نتیجه در آموزش پاسخ‌گو برای استادان در سطح خطای بیشتر از ۵ درصد معنادار نبود. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران، لین و همکاران، جلیلیان حامد و همکاران و سنگ و والش مطابق است [۱۱، ۱۳-۱۵]. در بررسی این مؤلفه، مشاهده می‌شود که ارزیابی عادلانه‌ی دانشجویان و نیز بهره‌گیری از برنامه‌های مناسب و تجربه‌های موفق جهانی در برنامه‌های آموزشی در هر دو دوره وجود دارد. همچنین، ارتباط مناسب روش‌ها و ابزار ارزشیابی و بررسی بهبود برنامه‌ها از چالش‌های مطرح‌شده بودند که در ارزیابی‌ها در سطح ضعیفی در هر دو دوره قرار داشتند. در کل، نتایج در دوران کرونا ضعیف‌تر از قبل کرونا بود. نتایج یادگیری متناسب با نیازهای جامعه از جمله مواردی بود که در دوران کرونا در شرایط ضعیفی قرار داشت.

در بررسی مؤلفه‌ی مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر، یافته‌ها نشان داد که شرایط دوران کرونا از نظر هر دو گروه دانشجویان و استادان موجب افزایش میزان مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر در آموزش پاسخ‌گو شده است. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران، لین و همکاران، جلیلیان حامد و همکاران و ریزوی و ولج مطابق است [۸، ۱۱، ۱۳، ۱۵]. در بررسی مؤلفه‌ی مدیریت پاسخ‌گو و مؤثر در

آموزش پاسخ‌گو، استفاده از منابع توزیع‌شده به‌صورت کارآمد در رتبه‌ی بالایی در ارزیابی قرار داشت. موضوع توزیع عادلانه‌ی بودجه، نیروی انسانی و امکانات آموزشی و پژوهشی و بهداشتی و درمانی از چالش‌های مطرح‌شده بود که در هر دو دوره، در ارزیابی، در سطح ضعیفی قرار داشت. این مسئله در دوران کرونا شدت بیشتری داشت.

در بررسی مؤلفه‌ی محدوده‌ی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی، یافته‌ها نشان داد که شرایط دوران کرونا از نظر هر دو گروه دانشجویان و استادان موجب امتیاز ضعیفی در این مؤلفه شده است. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران، احمدی و همکاران و لین و همکاران مطابق است [۱۳، ۱۵، ۱۶]. در بررسی این مؤلفه، مشاهده می‌شود که رهبری پاسخ‌گو و به‌روزرسانی استانداردها دارای امتیاز خوبی در هر دو دوره بودند. نوآوری و مدیریت پویا در استانداردها در دوران کرونا، در سطح ضعیف‌تری نسبت به دوران قبل کرونا قرار داشت. همچنین، وجود سازوکار مناسب برای بررسی و تدوین استانداردهای پاسخ‌گویی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی نیز در دوران کرونا، نامطلوب ارزیابی شد. ولی در ارزیابی‌ها، توسعه‌ی استانداردهای جذب و استخدام فارغ‌التحصیلان در دوران کرونا، در شرایط بهتری قرار داشت.

یافته‌های مطالعه در رابطه با مؤلفه‌ی بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش در مجموع نشان داد که این مؤلفه در دوران قبل کرونا، در سطح خوب و در دوران کرونا، در سطح ضعیفی قرار داشت. شرایط دوران کرونا از نظر هر دو گروه دانشجویان و استادان موجب کاهش میزان کیفیت در آموزش و پژوهش در آموزش پاسخ‌گو شده است. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران، احمدی و همکاران، لین و همکاران و ریزوی و ولج مطابق است [۸، ۱۳، ۱۵، ۱۶]. در بررسی این مؤلفه، مشاهده می‌شود که بازخورد مناسب و به‌موقع نتایج ارزیابی در دوران کرونا نسبت به دوران قبل کرونا وضعیت نامناسب‌تری دارد. همچنین، مشارکت دریافت‌کنندگان خدمات، دانشجویان و سایر ذی‌نفعان در ارزیابی و اعتباربخشی در دوران

کرونا در شرایط خوبی قرار داشت. به نظر می‌رسد که تلاش دانشکده در ایجاد سیستم‌های پاسخ‌گوتر، در وضعیت ضعیفی قرار داشت. استفاده‌ی مستمر از شاخص‌های اقدامات (کمی و کیفی) برای پیشرفت به سمت مسئولیت‌پذیری اجتماعی در دوران کرونا نیز در وضعیت نامطلوب قرار داشت.

یافته‌های مطالعه در رابطه با مؤلفه‌ی مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی نشان داد که تفاضل نمرات قبل از کرونا و دوران کرونا برای دو گروه استادان و دانشجویان متفاوت و معنی‌دار است. از نظر هر دو گروه، این متغیر در دوران کرونا کاهش یافته است. این نتایج با نتایج شیعه، احمدی و همکاران و یمانی و فخاری مطابق است [۱۷-۱۵]. تهیه و تسهیل فرایندهای اعتباربخشی به شیوه‌ی درست از وضعیت خوبی در دوران قبل کرونا برخوردار بود. در دوران کرونا، مشارکت فعال اعضای هیئت‌علمی در توسعه و تصویب و تجدیدنظر در شاخص‌ها و استانداردهای آموزشی در ارزیابی در دوران کرونا نسبت به دوران قبل آن مطلوب‌تر بود.

یافته‌های مطالعه در رابطه با مؤلفه‌ی اصول جهانی با ویژگی زمینه در آموزش پاسخ‌گو نشان داد که میانگین تفاضل قبل از کرونا و دوران کرونا در دو گروه استادان و دانشجویان سطح معناداری‌ای برابر با ۰/۰۰۲ و ۰/۰۹۲ دارد که این رابطه برای گروه استادان معنی‌دار است، ولی برای گروه دانشجویان معنی‌دار نیست. به نظر استادان، شرایط دوران کرونا موجب کاهش میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه در آموزش پاسخ‌گو شده است. ولی از نظر دانشجویان، تفاوتی هرچند غیرمعنی‌دار بین دوران قبل از کرونا و دوران کرونا وجود نداشته است. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران، احمدی و همکاران و یمانی و فخاری مطابق است [۱۵-۱۷]. در بررسی این اصول در دوران کرونا مشاهده می‌شود که انجام بهبود کیفیت با نظر و آگاهی و مشارکت جامعه و ذی‌نفعان، بالاترین میانگین رتبه‌ای را داشت. بهره‌گیری دانشکده از تجارب و همکاری سایر نهادها نیز در ارزیابی مطلوب بود.

نتایج در رابطه با مؤلفه‌ی نقش جامعه در آموزش پاسخ‌گو

نشان داد که از دیدگاه استادان، شرایط دوران کرونا موجب کاهش میزان نقش جامعه در آموزش پاسخ‌گو شده است. از نظر دانشجویان، تفاوتی بین دوران قبل از کرونا و دوران کرونا مشاهده نشده است. این نتایج با نتایج شیعه و همکاران و احمدی و همکاران مطابق است [۱۶، ۱۵]. در بررسی این مؤلفه به نظر می‌رسد که انجام مطالعات میدانی جامع و دوره‌ای در شرایط ضعیفی قرار داشت. استفاده از تعداد مطلوب ذی‌نفعان برای نظارت و ارزیابی اجتماعی توسعه‌ی پاسخ‌گویی در شرایط مطلوب قرار داشت.

در کل، در نقد دوران کرونا می‌توان گفت شاهد گونه‌ای از پیامدهای اقتصادی بودیم که سبب از دست دادن درآمد برای مؤسسات و برنامه‌های آموزشی و در نتیجه، کاهش بودجه برای فعالیت‌های مرتبط، تأثیر بر برابری، تنوع و شمول، تأثیر بر سلامت روان و بهزیستی افراد، تأثیر بر نحوه‌ی اجرای آموزش شامل لغو کلاس‌های حضوری، محدودیت در کارآموزی دانشجویان پزشکی، انتقال به یادگیری از راه دور و آنلاین، استفاده از محیط مجازی برای مهارت‌های بالینی و جلسات آزمایشگاهی، امتحانات آنلاین و موارد دیگر و حضور دانشجویان پزشکی در خط مقدم و چالش اخلاقی آن، اعزام کارآموزان تخصصی مراقبت‌های غیربحرانی به حوزه‌ی مراقبت‌های ویژه و وجود کمبودها در آموزش تخصصی بومی و موارد بسیار دیگر که بر حوزه‌ی آموزش پزشکی و در نتیجه، پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه تأثیر می‌گذارد، شده است.

در کل، در دوران پاندمی کرونا، شاهد حضور متخصصان حرف سلامت در جهان در خط مقدم بودیم. کمبود شدید جهانی متخصصان بهداشت آموزش‌دیده و تجهیزات مناسب برای مدیریت این بیماری همه‌گیر آشکار بود. همچنین، تجربه کردیم که آموزش بالینی فارغ‌التحصیلان این حوزه را به‌خوبی برای شرایط بحرانی سلامت جامعه آماده نکرده است. متخصصان حرف سلامت در مواجهه با آن با عدم اطمینان و اضطراب ناشی از COVID-۱۹ مواجه شده‌اند. به نظر این پاندمی لحظه‌ی تحولی

برای آموزش پزشکی بود که فرصت‌هایی را برای اصلاحات واقعی برای آموزش متخصصان این حوزه ارائه می‌دهد که باید آماده‌ی پاسخ‌گویی به همه‌گیری‌ها و رسیدگی به بی‌عدالتی اجتماعی و نابرابری‌هایی که در زیر سایه‌ی هر پاندمی در جوامع خود را نشان داده است، باشند. همچنین، پاندمی کووید ۱۹ در بسیاری شرایط، نابرابری‌ها و مدل‌های تأمین مالی ناعادلانه و نابرابری در ارائه‌ی خدمات و آموزش را که به‌طور سیستماتیک افراد محروم را از مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی حذف می‌کنند، آشکار نموده است. موضوع مهم این است که درس‌هایی که از پاندمی در این حوزه یاد گرفته شده، چگونه این سازگاری‌ها در رویکردهای مرسوم آموزش پزشکی سبب مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیشتر دانشگاه‌های علوم پزشکی در قبال جمعیت‌هایی تحت پوشش آن‌ها، کمک خواهد کرد [۱۸، ۱۹].

توصیه می‌شود در اجرای مسئولیت‌پذیری اجتماعی در دانشکده‌ی پزشکی و سایر دانشکده‌های مرتبط با سلامت، ابتدا مدل‌های پاسخ‌گویی اجتماعی مورد استفاده در دانشکده‌های پزشکی در سراسر جهان مطالعه شود. سپس، بر اساس شرایط هر دانشکده، از مدل یا ترکیبی از مدل‌ها استفاده شود [۲۰]. به نظر می‌رسد گروه‌های مختلف دارای رویکردهای متفاوت در معیار پاسخ‌گویی هستند و شاید اهمیت این موضوع به‌درستی در سطح دانشکده یا گروه‌های آموزشی تا امروز مطرح نشده است [۱۱]. هنن معتقد است تنها اجرای آموزش در عرصه و گذاشتن دانشجویان در جامعه برای پاسخ‌گویی آموزش پزشکی به نیازهای جامعه کافی نیست، بلکه برای ایفای این نقش یک استراتژی جامع آموزشی که شامل ارائه‌ی خدمات سلامت و نیز انجام تحقیقات باشد لازم است [۲۱]. مشارکت پنهانگانه‌ی سیاست‌گذاران، مجریان امور سلامت، متخصصان حوزه‌ی سلامت، جامعه و مؤسسات آموزشی و دانشگاه‌ها در پاسخ‌گویی اجتماعی امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است [۱۰].

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به تکمیل پرسش‌نامه به

شیوه‌ی خوداظهاری اشاره کرد که سبب بعضی سوگیری‌ها در نتایج می‌شود. سوگیری یادآوری در به‌خاطر آوردن شرایط قبل کرونا و مقایسه‌ی آن با دوران کرونا را می‌توان ذکر کرد که می‌تواند عاملی برای خطاهای اندازه‌گیری باشد. به‌دلیل تعداد سؤالات زیاد ابزار ممکن است بعضی سؤالات با دقت و توجه کمتری تکمیل شده باشند. انجام آنالیز کلی و عدم تفکیک دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی نیز می‌تواند بر نتایج تأثیرگذار باشد؛ چون الزامات دانشکده‌های دندان‌پزشکی و انتظارات آن‌ها ممکن است متفاوت باشد.

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد: با توجه به پوشش همه‌ی مشارکت‌کنندگان از سوگیری و خطاهای عدم پوشش جامع جامعه‌ی پژوهش پیشگیری شد. همچنین، میزان پاسخ‌گویی بالا از نقاط قوت مطالعات پیمایشی است که در این مطالعه ما شاهد (بیشتر از ۹۰ درصد) آن بودیم.

با توجه به گوناگونی عملکرد گروه‌ها در خصوص حوزه‌ها و ملاک‌های ذکرشده، به نظر می‌رسد باید در رویکرد کلی و سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و همچنین، برنامه‌ی راهبردی و عملیاتی دانشگاه و دانشکده‌ی پزشکی در راستای پاسخ‌گویی اجتماعی و متعاقب آن، در گروه‌ها، دقت بیشتری اعمال شود. به‌طور کلی، حس مسئولیت‌پذیری در برخی موارد موجب افزایش پاسخ‌گویی اجتماعی شده است که این نتیجه‌ای مطلوب است، اما با توجه به اینکه بیشتر مؤلفه‌های مربوط به آموزش نمره‌ی پایینی کسب کردند، نیاز به زمینه‌سازی برای افزایش پاسخ‌گویی اجتماعی و رفع نقاط ضعف در دانشگاه‌های پزشکی احساس می‌شود. همچنین، نتایج نشان داد که میزان مشارکت سهام‌داران با نظام سلامت در آموزش پاسخ‌گو، میزان محدودی استانداردهای دانشکده‌ی پزشکی در آموزش پاسخ‌گو، میزان بهبود کیفیت در آموزش و پژوهش در آموزش پاسخ‌گو، میزان مکانیسم اجباری برای اعتباربخشی در آموزش پاسخ‌گو، میزان اصول جهانی با ویژگی زمینه در آموزش پاسخ‌گو و میزان نقش جامعه در آموزش

پاسخگو در وضعیت نامطلوبی هم از دیدگاه استادان و هم از دیدگاه دانشجویان قرار داشتند. همچنین، لازم است در خصوص موارد مشابه و احتمالی بحرانها در آینده تدابیر لازم از قبل اندیشیده شود.

قدردانی

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش جامعه‌نگر در علوم سلامت است که در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.SME.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر برای نویسندگان مقاله وجود ندارد.

References

1. Ahmed MH, Abdalla ME, Taha MH. Why social accountability of medical schools in Sudan can lead to better primary healthcare and excellence in medical education? J Family Med Prim Care 2020; 9(8): 3820-25.
2. Alrebish SA, Taha MH, Ahmed MH, Abdalla ME. Commitment towards a better future for medical education in Saudi Arabia: the efforts of the college of medicine at Qassim University to become socially accountable. Med Educ Online 2020; 25(1): 1710328.
3. Elliott R, Watson J.C, Goldman RN, Greenberg L.S. Research on experiential psychotherapies. In The heart and soul of change: Delivering what works in therapy. American Psychological Association. 2018:119-163.
4. Ghaffari R, Taghizadieh A, Behshid M, Somi MH, Mirzazadeh A, Baradaran HR, et al. Accountability in medical education from theory to practice Tabriz 2018 statement: A step towards the implementation of this social necessity. Med J Islam Repub Iran 2020; 34: 93.
5. Masud N, Alenezi S, Alsayari O, Alghaith D, Alshehri R, Albarrak D, Al-Nasser S. Social accountability in Medical Education: students' perspective. In Frontiers in Education 2022; 7:868245.
6. Abdolmaleki M, Yazdani S, Momeni S, Momtazmanesh N. A social accountable model for medical education system in Iran: a grounded-theory. Journal of Medical Education. 2017;16(2).
7. Murphy E, Rodríguez-Manzanares M. A. The possibilities and limitations of MOOCs: a discussion from a student's perspective. Education in Medicine Journal 2018; 10(1): 34-38.
8. Rizvi S.L, Welch S.S. Developing expert cognitive behaviour therapists: Benefits and challenges of training novice therapists in problem solving and clinical decision making. Cognitive Behaviour Therapy 2019; 48(6): 535-48.
9. Pourabbas A, Amini A, Fallah F. The status of accountable education in the Surgery Department, Tabriz, Iran. Research and Development in Medical Education 2019; 8(1): 31-7.
10. Petzet JR, Witvliet CVO, Glas G, Frush BW. Accountability as a virtue in medicine: from theory to practice. Philos Ethics Humanit Med 2023; 18(1): 1.
11. Amini A, Alizadeh M. Developing social accountability indicators at medical schools. Research and Development in Medical Education 2014 ;4(1): 71-6.
12. Rahnavard F, Jokar A, Taherpour H, Rasouli M. Developing a social accountability framework for public organizations in Iran. Public Organizations Management 2019; 7(2): 115-34 (Persian).
13. Choy JL, Quek CL. Modelling relationships between students' academic achievement and community of inquiry in an online learning environment for a blended course. Australasian Journal of Educational Technology 2016; 32(4).
14. Leinster S. Evaluation and assessment of social accountability in medical schools. Med Teach 2011; 33(8): 673-6.

15. Shieh H, Ghanavati S, Nabeiei P, Amini M. Exploration of social accountability indicators in medical science schools in Iran. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences* 2016;7(1).
16. Ahmadi K, Alvani SM, Memarzadeh GR. Concept of Corporate Social Responsiveness and Necessity of Designing a Mechanism for Measurement in the Public Sector of Iran. *Journal of Development & Evolution Management* 2014; 5(14): 1-7 (Persian).
17. Yamani N, Fakhari M. Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications. *Iranian Journal of Medical Education* 2014; 13(12): 1082-98
18. Murray R, Cristobal F, Shrestha S, Tandinco FD, De Maeseneer JM, Verma S, et al. COVID-19 fosters social accountability in medical education. *Rural Remote Health* 2022; 22(2): 6998.
19. Kaul V, de Moraes AG, Khateeb D, Greenstein Y, Winter G, Chae J, Stewart NH, Qadir N, Dangayach NS. Medical education during the COVID-19 pandemic. *Chest* 2021; 159(5): 1949-60.
20. Mohammadi M, Bagheri M, Jafari P, Bazrafkan L. Motivating medical students for social accountability in medical schools. *J Adv Med Educ Prof* 2020; 8(2): 90-99.
21. Tseng H, Walsh EJ. Blended vs. Traditional course delivery: Comparing students' motivation, learning outcomes, and preferences. *Q Rev Distance Educ* 2016; 17(1): 43-52.