

Designing and Validating an Ideal Model for Social Responsiveness in General Medical Education according to Experts

Fatemeh Hoseynizadeh dogolsar^{1,2},
Hassanreza Zeinabadi³,
Abdolrahim Nave ebrahim⁴,
Hossein Abbasian⁵,
Hossein Firuozi⁶

¹ PhD Student in Higher Education Administration, Campus of Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran

² MSc in Educational Planning, Ramsar Campus of Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Educational Administration, Faculty of Management, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Educational Administration, Faculty of Management, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Educational Administration, Faculty of Management, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Pediatric, Ramsar Campus of Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Sari, Iran

(Received January 4, 2023 ; Accepted March 18, 2023)

Abstract

Background and purpose: Responsive medical education considers the priority of society's health issues in all its operational areas, and its goal is to train doctors who want and can serve their society. Based on this, the aim of this research was to design and validate an ideal model for social responsiveness in general medical education.

Materials and methods: In this study, grounded theory as a qualitative approach was used. The participants included 21 key informants of medical education (managers, supervisors, doctors of academic staff, and educational-therapeutic centers leadership) in Mazandaran province who were selected by snowball purposive sampling. Data were collected using semi-structured interviews. Data analysis was done at three stages of open, axial, and selective coding, and based on that, the qualitative research model was designed. Also, acceptability index was used for accreditation.

Results: The research showed 104 concepts shaped by 29 main categories which define a paradigmatic model of social accountability in general medical education at six inclusive layers (causal conditions, contextual conditions, intervening conditions, central phenomenon, strategies, and consequences) to be deep and rich.

Conclusion: The present study, by applying grounded theory, proposes a holistic-systematic perspective and model on social accountability in education that can be used by the Ministry of Health, Treatment and Medical Education and policy makers and planners.

Keywords: social accountability, medical education, general medicine, grounded theory

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (220): 173-186 (Persian).

Corresponding Author: Hassanreza Zeinabadi - Faculty of Management, Kharazmi University, Tehran, Iran.
(E-mail: hzeinabadi@yahoo.com)

طراحی و اعتباریابی الگوی مطلوب پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی، بر اساس درک صاحب‌نظران

فاطمه حسین زاده دوگلسر^{1,2}
حسن‌رضا زین‌آبادی³
عبدالرحیم نوه ابراهیم⁴
حسین عباسیان⁵
حسین فیروزی⁶

چکیده

سابقه و هدف: آموزش پزشکی پاسخ‌گو، در تمام حیطه‌های عملیاتی خود اولویت مشکلات بهداشتی جامعه را در نظر می‌گیرد و هدف آن تربیت پزشکانی است که می‌خواهند و می‌توانند به جامعه خود خدمت نمایند. بر همین مبنا، هدف مطالعه حاضر طراحی و اعتباریابی الگوی مطلوب پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی بود.

مواد و روش‌ها: به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، از رویکرد کیفی مبتنی بر نظریه داده بنیاد استفاده شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل 21 نفر از مطلعین کلیدی آموزش پزشکی (مدیران، سوپروایزرها، پزشکان هیأت علمی، مسئولین آموزش مراکز آموزشی - درمانی) در استان مازندران بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بوده است و روش نمونه‌گیری، هدفمند از نوع «گلوله برفی» و «نمونه‌گیری مورد مطلوب» بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت و براساس آن، مدل کیفی پژوهش طراحی شد. همچنین برای اعتباربخشی از شاخص مقبولیت استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، نشان دهنده 104 مفهوم ذیل 29 مقوله اصلی است که به صورت مدل پارادایمی در قالب شش طبقه فراگیر شامل (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، پدیده محوری، راهبردها و پیامدها) مدل پارادایمی پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی را به صورت عمیق و غنی توصیف می‌نماید.

استنتاج: پژوهش حاضر با کاربست نظریه داده بنیاد، دیدگاه و الگویی کل‌گرا و نظام‌مند را در خصوص آموزش پاسخگویی اجتماعی پیشنهاد می‌کند که می‌تواند مورد استفاده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و کارگزاران مربوطه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: پاسخگویی اجتماعی، آموزش پزشکی، پزشکی عمومی، نظریه داده بنیاد

مقدمه

در رشته‌های مختلفی که به جامعه خدمات ارائه می‌کنند، مورد بحث قرار گرفته است. در نظام آموزش

با مطالعه کتب و مقالات مختلف، مشاهده می‌شود که تقریباً در دهه اخیر پاسخگویی اجتماعی به‌طور فزاینده‌ای

E-mail: hzeinabadi@yahoo.com

مؤلف مسئول: حسن‌رضا زین‌آبادی - تهران: دانشگاه خوارزمی، دانشکده مدیریت

1. دانشجوی دکتری مدیریت آموزش عالی، پردیس دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
2. کارشناسی ارشد برنامه ریزی آموزشی، پردیس رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
3. دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده مدیریت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
4. استاد، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده مدیریت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
5. استادیار، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده مدیریت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
6. استادیار، گروه اطفال، پردیس رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: 1401/10/14 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1401/11/11 تاریخ تصویب: 1402/12/27

علوم پزشکی نیز همانند سایر حوزه‌ها، پاسخ‌گویی اجتماعی به عنوان یکی از اهداف اصلی در سطح جهان مورد توجه شده است. سازمان بهداشت جهانی پاسخگویی اجتماعی را در حیطه فعالیت‌های مرتبط با سلامت عمومی جامعه به صورت هدایت کلیه فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی به سمت برطرف نمودن نگرانی‌ها و اولویت‌های سلامت در جامعه تحت پوشش تعریف می‌نماید (1).

آموزش علوم پزشکی به سبب نیاز به عرصه‌های متنوع یادگیری در گستره وسیع شکل‌گیری مسایل مرتبط با سلامت و بیماری مردم، نسبت به سایر آموزش‌ها از ویژگی‌های خاصی برخوردار است که به مفهوم وسیع آن در آموزش بالینی متبلور می‌شود (2). آموزش پزشکی به دلیل ارتباط تنگاتنگ با سلامت مردم، همواره از دیدگاه پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، مورد دلواپسی و نگرانی صاحب نظران بوده است (3،4). ضمن این‌که، به طور کلی پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات جامعه، جزء جدانشدنی از فلسفه وجودی دانشگاه‌ها به عنوان یک نهاد اجتماعی به شمار می‌رود (5). لذا دانشکده‌های پزشکی بایستی خدمات بالینی خود را به جامعه گسترش و آموزش‌های جامعه محور را ارتقا دهند. پاسخگویی، مستلزم درگیر شدن جامعه در برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های تحقیقی است. ورود دانشجویان در سطح جامعه (کارآموزی/کارورزی) به عنوان بخشی از برنامه درسی آن‌ها ارزشمند است، اما برای اطمینان از حصول پاسخگویی اجتماعی کافی نیست. در اغلب کشورها یکی از معضلات آموزش پزشکی، ناکافی بودن توانمندی فارغ‌التحصیلان پزشکی است. در مطالعات متعددی که بر روی پزشکان تازه فارغ‌التحصیل در انگلستان انجام گرفته است به کمبود مهارت پزشکان اشاره شده است. از نشانه‌های نقص در پاسخگویی اجتماعی، برنامه درسی، کمبود دانش، نگرش و مهارت پزشکان متناسب با نیازهای جامعه است (6). با این حال دیده شده که عدم توجه به پاسخ‌گویی در تربیت پزشکان، زمینه القای حس ناتوانی در پزشکان برای خدمت‌رسانی به جامعه را فراهم

می‌کند که خود موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها و افزایش اضطراب پزشک در سال‌های آغازین طبابت می‌شود (7). به علاوه بنا بر اعتقاد صاحب‌نظران، پاسخ‌گویی اجتماعی یکی از مهم‌ترین معیارها برای تشخیص برتری در آموزش پزشکی است. پاسخگویی اجتماعی ظرفیت پاسخگویی به نیازهای بهداشتی اولویت‌دار جامعه و چالش‌های نظام سلامت برای برآوردن چنین نیازهایی است (8). شواهد موجود نشان می‌دهند که علی‌رغم سابقه طولانی تربیت پزشک در نقاط مختلف دنیا، تاریخچه آموزش پزشکی به شیوه نوین، تقریباً از 200 سال پیش و به ویژه از آمریکای شمالی آغاز می‌گردد. در یک دیدگاه کلی، این دوره تقریباً 200 ساله را می‌توان به دو دوره 100 ساله تقسیم نمود، که در 100 سال اول آن، آموزش پزشکی از پاسخگویی در برابر نیازهای اجتماع فاصله گرفت. با این وجود پس از طی این 100 سال اول، گزارش آبراهام فلکسندر (Abraham Flexner) که در سال 1910 میلادی منتشر گردید، نقطه عطفی در آموزش پزشکی نوین به ویژه در آمریکای شمالی و سوق دادن مجدد آن به رسالت پاسخگویی در مقابل مسائل اجتماعی مؤثر بر سلامت مردم قلمداد شده است. این گزارش و تغییرات پیامد آن، منشأ مباحثات و تحولات فراوانی در نظام آموزش پزشکی آمریکای شمالی گردید. همزمان با تغییر و تحولات جهانی، نظام آموزش پزشکی در کشور ایران نیز دستخوش تغییرات عمده‌ای شد. از جمله، اضافه کردن دوره‌های یک ماهه کارآموزی و کارورزی بهداشت و سرانجام تدوین پیش‌نویس سند ملی تحول آموزش علوم پزشکی کشور در سال 1390 که یکی از گام‌های اساسی است که می‌تواند نتایج درخشانی را در پاسخ‌گو نمودن نظام آموزش پزشکی در مقابل نیازهای جامعه به همراه داشته باشد (9). با وجود اهمیتی که پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی به ویژه پزشکی عمومی دارد و نیز تأکید جهانی که بر لزوم تغییر رویکرد و اصلاحات مراکز آموزش پزشکی به سمت آموزش پاسخ‌گویی

چرا که از یک سو تحقیقات محدود به شناسایی ملاک‌ها و ارزیابی وضعیت موجود هستند و فاقد ارائه الگوی نظام‌مند و رهنما و بیان‌کننده شرایط و عوامل اثرگذار و راهکارها و پیامدها می‌باشند و از سوی دیگر نیز، تأکید و توصیه تحقیقات فوق مبنی بر مطالعه و بررسی موجود در خصوص آموزش پاسخگو، خود گویای این مدعاست. بنابراین به نظر می‌رسد حرکت جدی و عملیاتی به سمت رویکرد آموزش پاسخگویی اجتماعی، نیازمند طراحی الگوی نظام‌مند است که بتواند به‌عنوان یک چراغ راه و با دیدگاهی سیستمی، با در نظر گرفتن تمامی عوامل، زمینه‌های شرایط تأثیرگذار و تدوین راهکارها و شناخت نتایج و پیامدها، مقدمات پیاده‌سازی این رویکرد را فراهم کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی الگوی مطلوب پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی، مبتنی بر نظریه داده بنیاد صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش کاربردی با رویکرد کیفی مبتنی بر نظریه داده بنیاد، در سال 1401 در دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. ملاحظات اخلاقی در این مطالعه شامل اخذ کد مصوبه کمیته اخلاق از دانشگاه خوارزمی تهران، مورخ 1401/10/20 با کد اخلاق (IR.KHU.REC.1401.065)، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش و محرمانه و بی‌نام بودن اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها بود. راهبرد نظریه داده بنیاد استراوس و کوربین با تأکید بر رویکرد ساختارمندتر، دارای سه مرحله اصلی برای فرآیند کدگذاری و تجزیه و تحلیل داده است که شامل: 1) کدگذاری باز، 2) کدگذاری محوری و 3) کدگذاری انتخابی می‌باشد. کدگذاری باز با شکستن و زیر سوال بردن یک مشاهده، رویداد یا قطعه‌ای از اطلاعات خاص آغاز می‌شود و در طول این فرآیند مفاهیم بسیاری ایجاد می‌شوند که در نهایت حول وجوه

اجتماعی دارند، اما متأسفانه دانش و محتوای غنی در داخل کشور در این زمینه منتشر نشده است. مرور تحقیقات حوزه پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی نیز گویای برخی شواهد و اطلاعات در باب نقصان‌های وضع موجود و نیز شکاف‌های تحقیقاتی در این باب است. بیش‌تر مطالعات موجود ناظر بر تدوین ملاک‌ها و شاخص‌های آموزش پاسخگو بوده‌اند (9، 10). محققین جهت افزایش پاسخ‌گویی آموزش پزشکی، ضرورت توجه به ملاک‌های ساختاری متعدد در دانشگاه‌ها را عنوان نمودند و پیشنهاد بررسی و مطالعه بیش‌تر و جهت‌دهی تحقیقات آموزشی به سمت توسعه پاسخگویی در آموزش پزشکی را ارائه نمودند (11). محققین چهار ملاک (سازمان و عملکرد، فعالیت‌های آموزشی، فعالیت‌های پژوهشی و مشارکت در ارائه خدمات سلامت) را به‌عنوان شاخص‌های پاسخگویی اجتماعی دانشکده‌های علوم پزشکی در ایران عنوان کردند و اجرای مطالعات بیش‌تر در خصوص هر یک از شاخص‌های مذکور را پیشنهاد دادند (12). هم‌چنین برخی مطالعات بر وضعیت موجود چه از لحاظ شناخت فرایند و یا از نظر شناخت سطح، تمرکز نموده‌اند (13، 14). گروهی از پژوهشگران، در طی یک پیمایش مقطعی در بین دانشجویان پزشکی یکی از دانشگاه‌های دولتی کشور عربستان نشان دادند که اکثر شرکت‌کنندگان درک مطلوبی از پاسخگویی اجتماعی در موسسه خود داشتند (15). تحولات جهانی و ملی پیرامون پاسخگویی اجتماعی نظام آموزش پزشکی، منشأ علاقه‌مندی پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه آموزش پزشکی شد تا هر کدام به نحوی به پدیده پاسخگویی اجتماعی در پزشکی و آموزش پاسخگویی اجتماعی در موسسات پزشکی توجه نمایند. با این وجود تاکنون مدلی نظام‌مند و همه‌جانبه در این خصوص ارائه نشده است. مرور شواهد مطالعاتی حاکی از وضعیت نه چندان مطلوب آموزش پاسخگو در دانشگاه‌های علوم پزشکی است. از طرف دیگر با تأمل بر مطالعات موجود، نقصان و شکاف‌های مطالعاتی به وضوح آشکار می‌گردد،

مشترک با هم گروه‌بندی شوند، که سپس بر توسعه یا کشف زیرمجموعه‌های مهم تأثیر می‌گذارد. مرحله بعدی، کدگذاری محوری، زیرمجموعه‌ها را به هم متصل می‌کند و مفاهیم درون آن‌ها را به دسته‌های بزرگ‌تر و متمرکزتر بازسازی می‌کند. از طریق این دسته‌بندی‌های متمرکزتر است که کدگذاری انتخابی آغاز می‌شود و محقق مدل پارادایمی پژوهش را ارائه و روایت می‌کند. مدل پارادایمی تحقیق نشان‌دهنده جریان فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه اتفاق افتاده است. این مدل، از پنج قسمت شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها تشکیل شده است. در مرکز مدل نیز پدیده مرکزی قرار می‌گیرد که فعالیت‌ها حول آن شکل می‌گیرد (16). مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل مطلعین کلیدی آموزش پزشکی در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی استان مازندران (مدیران، سوپروایزرها، پزشکان هیأت علمی، مسئولین آموزش مراکز آموزشی - درمانی) بود. انتخاب از بین افراد فوق‌الذکر، به صورت هدفمند و مبتنی بر معیار و ملاک‌هایی به صورت هدفمند مبتنی بر سه معیار نظیر: شناخت و آگاهی از چستی مسئولیت اجتماعی، شناخت و آگاهی از آموزش پزشکی، برنامه درسی پزشکی عمومی، تجربه و مشغولیت در آموزش پزشکی، تجربه و رویارویی با مسئولیت اجتماعی و پاسخگویی اجتماعی چه بصورت نهادی و سازمانی و یا به صورت فردی و شغلی بود. در این مطالعه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بوده است و به منظور گردآوری اطلاعات، با به کارگیری روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع «گلوله برفی» و «نمونه‌گیری مورد مطلوب» با 21 نفر از مطلعین کلیدی مصاحبه انجام شد. لذا نمونه‌گیری و انجام مصاحبه‌ها، تا اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت. با توجه به موضوع پژوهش از مصاحبه‌شونده‌ها در خصوص ادراک و تعریف موردنظر آنان از آموزش پاسخ‌گو، پاسخگویی اجتماعی و پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی سوال شد، سپس در خصوص عوامل،

رویدادها و جریان‌های اثرگذار بر بروز و خلق پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و یا چرایی مبادرت افراد/دانشگاه به بروز آن سوال شد. هم‌چنین عوامل تسهیل‌گر و محدودکننده در خصوص پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و نیز اقدامات و راهبردهای پیشنهادی جهت بهبود و ارتقای آموزش پاسخگویی اجتماعی مطرح و سوال شد. هم‌چنین، پژوهشگر ضمن طرح سؤالات کلی، از سؤالات جزئی‌تر نیز بنا به شرایط خاص و جهت هدایت نمودن جریان مصاحبه استفاده نمود. فرایند کلی مصاحبه به این شکل بود که پس از تعیین مصاحبه‌نیمه ساختاریافته به عنوان ابزاری مناسب برای پژوهش، ابتدا به منظور هدایت نظام‌یافته مصاحبه‌ها، پروتکل مصاحبه تنظیم گردید. سپس نسبت به هماهنگی و وصول آمادگی مشارکت‌کنندگان اقدام شد و به این منظور، ضمن برقراری ارتباط اولیه با مشارکت‌کننده، زمان و مکان مناسب برای مصاحبه تعیین می‌گردید. در این مرحله جهت جلب مشارکت بیش‌تر و هم‌چنین به منظور بهبود کیفیت مصاحبه، زمان و مکان مصاحبه‌ها با توجه به نظر مشارکت‌کننده تنظیم می‌شد. ضمناً به منظور رعایت مسائل اخلاقی برای ضبط مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان کسب اجازه شد. پیش از شروع هر مصاحبه، نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات و مصاحبه‌های ضبط‌شده اطمینان داده شد. سپس، در شروع هر مصاحبه ضمن برقراری ارتباط اولیه، هدف و مسئله اصلی پژوهش تشریح می‌گردید. دامنه زمانی مصاحبه‌ها متغیر بود و از 20 تا 60 دقیقه در نوسان بود، اگرچه مدت زمان مصاحبه‌های اولیه طولانی‌تر بود ولی مصاحبه‌های بعدی به منظور پر کردن شکاف‌های احتمالی و اطلاعات تکمیلی بسیار سودمند بود. پس از انجام 21 مصاحبه اشباع نظری داده‌ها حاصل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت که در بخش یافته‌ها به تشریح و توضیح آن پرداخته شده است. برای سنجش پایایی مصاحبه‌های انجام شده، از روش پایایی بین دو کدگذار و پایایی باز آزمون استفاده شده

از تجارب، وقایع و رویدادهای مربوط به پاسخگویی اجتماعی بوده و مفاهیم پدیدار شده از آن نیز مبتنی بر بستر و زمینه است.

منطق: برای تحقق این معیار در فرایند روایت‌گری تجربه پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی، تلاش شد تا روایت مدنظر از آهنگ منظم و یکپارچه و توالی مناسبی برخوردار باشد.

عمق: در پژوهش حاضر تلاش شد یافته‌های تحقیق در فرایند روایت نظریه پدیدار شده به‌طور مبسوط، همراه با جزئیات و توجه به مشخصه‌ها و ابعاد ارائه شوند.

انحراف: در این رابطه باید گفت که در داده‌های پژوهش حاضر موارد متعددی وجود دارد که همسو با پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی نبود و در مجموعه مشخصه‌های دیگر قرار گرفتند.

بداعت: در خصوص این معیار باید اشاره کرد که یافته‌های پژوهش حاضر، برای ارائه مدل نسبتاً جامعی در حوزه پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی از نوآوری برخوردار است.

حساسیت: طی فرایند پژوهش حاضر، پژوهشگر تلاش کرد موضوع مطالعه را مهم بداند و با جدیت تمام به اجرای پژوهش جدید اقدام کند.

استناد به یادداشت‌ها: از آن‌جا که هر پژوهشگری در فرایند تحلیل یافته‌ها نمی‌تواند تمام مباحث، نظرها، بینش‌ها و گفته‌ها را در ذهن نگه دارد، استفاده از یادداشت‌ها ضرورت می‌یابد. در این زمینه، پژوهشگر تلاش کرد در بخش‌های مختلف فرایند روایت‌گری تجربه مالکیت روانشناختی و بر حسب لزوم به یادداشت‌های مستخرج از داده‌ها استناد کند.

یافته‌ها

در این بخش، براساس پیاده‌سازی و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های 21 نفر از مطلعین کلیدی آموزش پزشکی، به ارائه یافته‌ها پرداخته می‌شود. در جدول شماره 1

است. پایایی بین دو کدگذار برای مصاحبه‌های این پژوهش، 77 درصد است. با عنایت به این که میزان پایایی بیش‌تر از 60 درصد است (17)، بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است. برای محاسبه پایایی باز آزمون، از بین مصاحبه‌های انجام گرفته، 10 مصاحبه انتخاب و هر کدام در فاصله زمانی 15 روزه توسط پژوهشگر کدگذاری شده‌اند. پایایی باز آزمون برای مصاحبه‌های این پژوهش، 86 درصد است. با عنایت به این که میزان پایایی بیش‌تر از 60 درصد است (17)، بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است. برای ارزیابی اعتبار پژوهش‌های مبتنی بر نظریه‌پردازی داده بنیاد، به جای معیارهای روایی و پایایی، معیار مقبولیت پیشنهاد شده است (18). مقبولیت به این معناست که یافته‌های تحقیق تا چه حد در انعکاس تجارب مشارکت‌کنندگان، محقق و خواننده در خصوص پدیده مورد مطالعه موثق و باورپذیر است. 10 شاخص برای معیار مقبولیت معرفی شده است: (1) تناسب، (2) کاربردی بودن یافته‌ها، (3) مفاهیم، (4) زمینه، (5) منطق، (6) عمق، (7) انحراف، (8) بداعت، (9) حساسیت و (10) استناد به یادداشت‌ها. در پژوهش حاضر جهت لحاظ نمودن هر شاخص، اقدامات و مواردی به شرح زیر صورت گرفت:

شاخص تناسب: به‌منظور مطالعه این معیار یافته‌های پژوهش حاضر پس از ارزیابی و پالایش دو نفر از متخصصان حوزه مدیریت آموزشی به تأیید رسید.

شاخص کاربردی بودن یا مفید بودن یافته‌ها: در این باره باید گفت که یافته‌های تحقیق حاضر در بُعد عملی در زمینه اتخاذ سیاست‌های متمایز و مجزای مدیریت و برنامه‌ریزی در آموزش پزشکی، و راهبردها و سیاست‌های کلان در موسسات آموزش پزشکی برای دستیابی به پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی می‌تواند مفید باشد. مفاهیم: مفاهیمی نظیر نگاه بیرونی، پاسخگویی، واحد متولی و... نمونه‌هایی از مفاهیم جدید پژوهش هستند.

زمینه مفاهیم: یافته‌های پژوهش حاضر برخاسته

مشخصات مشارکت کنندگان پژوهش (مطلعین کلیدی آموزش پزشکی) ارائه گردیده است.

همان‌طور که پیش از این عنوان شد، فرایند تحلیل شامل سه نوع کدگذاری باز، محوری و انتخابی بود. به این صورت که ابتدا مفاهیم درون مصاحبه‌ها براساس ارتباط با موضوعات مشابه (شبهات موضوعی) طبقه‌بندی شدند و مفاهیم اولیه شکل گرفت (تصویر شماره 1)؛ سپس نوبت به کشف مشابهت‌ها و تمایزات بین همین مفاهیم رسید؛ به بیانی دیگر بر این موضوع تمرکز نمودیم که کدامیک از این مفاهیم اولیه با همدیگر قرابت معنایی بیش‌تری دارند. لذا هر چند مفهومی که با همدیگر نزدیک‌تر باشند، در یک دسته قرار داده شد و سعی شد آن مجموعه تفسیر شود. در حین تفسیر این مجموعه نزدیک به هم به تدریج یک مضمون کلی‌تر در ذهن شکل می‌گیرد که به آن مفهوم کلی که در برگیرنده مفاهیم جزئی‌تر است، اصطلاحاً مقوله می‌گویند و این

مرحله کدگذاری محوری پژوهش حاضر را شامل می‌شود (جدول شماره 2). در ادامه، وقتی مقولات شناسایی شدند نوبت به این می‌رسد که ارتباط بین مقولات مشخص شود. در واقع، در مورد ارتباط مقولات سوالاتی در ذهن پژوهشگر مطرح شد: اینکه آیا برخی از این مقولات با برخی دیگر رابطه جزء و کل دارند؟ یا برخی از آن‌ها در طول برخی دیگر قرار دارند؟ آیا می‌شود گفت برخی از آن‌ها حکم بستر و زمینه‌ای را دارند که شرایط را برای شکل‌گیری برخی دیگر فراهم می‌کنند؟ آیا برخی از این مقولات در حکم پیامدها و آثار برخی دیگر یا عوامل پدیده آورنده آن‌ها نیستند؟ پژوهشگر با تأمل بر روابط بین مقولات، روابطی را بین مقولات تشخیص داد و تفسیر نمود. این فرآیند کدگذاری گزینشی پژوهش بود (جدول شماره 2 نحوه ارتباط بین برخی از مقولات شناسایی شده و در نهایت شکل‌گیری کد انتخابی «راهنماها» را نمایان می‌سازد).

نقل قول مشارکت کننده شماره 1:

مهمترین موضوع برای ارتقای پاسخگویی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه درسی مناسب است، به عبارتی وقتی محتوای برنامه درسی دانشکده‌ها نامناسب و ناهمسو با نیاز جامعه باشد اولین جرقه نبود پاسخگویی اجتماعی شکل می‌گیرد.

نقل قول مشارکت کننده شماره 2:

امروزه هر برنامه و اقدامی بدون سرمایه‌گذاری و اختصاص بودجه عملیاتی امکان‌پذیر نیست. شما فقط به این فکر کنید که آیا می‌شود ما یک موضوع به این مهمی را در نظر داشته باشیم و اونوقت در عین حال بودجه‌ای اختصاص داده نشود؟ وقتی بودجه باشد، یعنی طرحی هست، برنامه‌ای هست و همینطور متعاقب آن عملیات و اجرایی وجود خواهد داشت.

نقل قول مشارکت کننده شماره 3:

قوانین و مقررات محدودکننده دانشگاه‌ها خودش به‌تنهایی یکی از موانع پیشبرد پاسخگویی اجتماعی است؛ قوانینی که ارتباط دانشگاه با جامعه محلی و ملی را محدود می‌کند، مقرراتی که کنش اجتماعی و مسئولیت اجتماعی دانشگاهیان را زیرسایه نقش علمی آن‌ها می‌برد و ... یک پیشنهاد هم ارائه مشوق‌ها و اعطای امتیازات علمی جهت حضور در بخش آموزش پزشکی عمومی است

- برنامه‌درسی
- تخصیص بودجه
- قوانین و مقررات حمایت‌کننده
- مشوق‌ها و امتیازات

کدهای باز
استخراج شده از
این نقل قول

تصویر شماره 1: یک نمونه از کدگذاری باز بر اساس نقل قول صاحب‌نظران در مورد پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

جدول شماره 1: مشخصات مشارکت کنندگان پژوهش

ردیف	جنسیت	پست	سابقه خدمت	مدرک تحصیلی	سن
1	مرد	پرستار	13	کارشناسی ارشد	41
2	زن	پرستار	10	کارشناسی ارشد	32
3	زن	رئیس بیمارستان	14	دکتری	46
4	مرد	سوپروایزر	12	کارشناسی ارشد	42
5	مرد	مدیر بیمارستان	13	دکتری	45
6	مرد	هیئت علمی	36	دکتری	65
7	مرد	معاون آموزشی	24	دکتری	52
8	مرد	مدیر گروه آموزشی	21	دکتری	47
9	مرد	مدیر گروه آموزشی	16	دکتری	42
10	مرد	سوپروایزر	14	کارشناسی ارشد	39
11	مرد	مدیر بیمارستان	17	دکتری	48
12	مرد	هیئت علمی	18	دکتری	49
13	مرد	مدیر بیمارستان	15	دکتری	46
14	مرد	سوپروایزر	13	کارشناسی ارشد	39
15	مرد	هیئت علمی	21	دکتری	52
16	زن	پزشک	22	دکتری	56
17	زن	سوپروایزر	16	کارشناسی ارشد	44
18	مرد	معاون آموزشی	16	دکتری	43
19	زن	رئیس بیمارستان	25	دکتری	54
20	زن	هیئت علمی	14	دکتری	46
21	زن	پزشک	14	دکتری	41

جدول شماره 2: چگونگی شکل‌گیری کدگذاری محوری و کد منتخب یا مقوله نهایی در مورد درک صاحب‌نظران از پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

کد انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز
راهبردها	شناخت و آگاهی	آشنایی نامناسب طرفین از فعالیت‌ها، آگاهی پایین بخش اجرایی به طرف مقابل، فقدان بانک اطلاعاتی، منجمد از توانمندی‌ها
قوانین و مقررات تسهیلگر	برنامه‌درسی، تخصیص بودجه، قوانین و مقررات حمایت‌کننده، مشوق‌ها و امتیازات	
تفکرات	تأکید مطلق بخش اجرایی به برخی جواب پاسخگویی اجتماعی بی‌اعتدالی و نبود اطمینان کافی بخش اجرایی به پاسخگویی اجتماعی، توجه ناکافی بخش اجرا به نتایج تحقیقات دانشکده‌ها، زبان علمی سنگین و غیر کاربردی تحقیقات دانشکده‌ها	

در پژوهش حاضر، نتایج تجزیه و تحلیل کیفی نشان دهنده 104 مفهوم (کدباز) ذیل 29 مقوله اصلی شامل (شرایط علی، شناخت و آگاهی، فرهنگ سازمانی، نگاه بیرونی، تفکرات، نیروی انسانی، واحد متولی/مدیریت یکپارچه، قوانین و مقررات، پاسخگویی/مدیریت ارتباط، فرهنگ، بازاربازی/پاسخگویی، بینش، محیط، قدرت‌های فراسازمانی، عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل حقوقی و مدیریتی، عوامل سیاسی، توسعه فرهنگی، توسعه همگانی، توسعه آموزشی، توسعه علمی، توسعه زیرساختی، توسعه بین‌المللی، توسعه اجتماعی، توسعه اقتصادی، توسعه فناوری و توسعه سیاسی) بود که براساس 6 محور مدل کوربین و استراوس (2008) شامل (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر،

پدیده محوری، راهبردها و پیامدها) مدل پارادایمی پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی را به صورت عمیق و غنی توصیف می‌نماید.

شرایط علی

شرایط علی در این مطالعه شامل مفاهیمی بود که از نشانه‌های کدگذاری شده در مورد اهمیت پدیده اصلی مورد بررسی و نیاز و ضرورتی که برای پاسخگویی اجتماعی وجود دارد، به‌دست آمد. در جدول شماره 3، نتایج حاصل از کدگذاری باز در مورد شرایط علی پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی بیان شده است.

مفاهیم به‌دست آمده از کدگذاری نشانه‌ها، شامل 10 مورد بود. در این بخش، محقق به دلیل عدم هم‌جنس بودن نشانه‌ها ترجیح داد که بدون ایجاد مقوله خاص، به ذکر کلیه مفاهیم حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بپردازد.

راهبردها

مطابق با جدول شماره 4، تحلیل مصاحبه‌های صورت گرفته، 46 مفهوم کلی را به‌عنوان کدهای باز شناسایی نمود، مفاهیم شناسایی شده، براساس مشابهت‌ها، ذیل 8 مقوله نهایی به‌عنوان راهبردهای موثر بر پاسخ‌گویی اجتماعی با بخش آموزش پزشکی عمومی شناسایی شد.

شرایط زمینه‌ای

مطابق با جدول شماره 5، مرور و تحلیل مصاحبه‌های انجام شده، 14 مفهوم اولیه را متمایز ساخت. در ادامه با بررسی بیش‌تر مفاهیم به‌دست آمده و ترکیب بیش‌تر آن‌ها و یافتن روابط مقدماتی بین مفاهیم، 5 مقوله نهایی و بنیادی داخلی موثر بر پاسخگویی اجتماعی با بخش آموزش پزشکی عمومی به‌عنوان شرایط زمینه‌ای شناسایی شد.

شرایط مداخله‌گر

در تجزیه و تحلیل داده‌ها، مواردی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر در نظر گرفته شد که به‌صورت عمومی و با نقش‌های تسهیل‌کنندگی و محدودکنندگی، می‌توانست

بر راهبردها و پدیده محوری (پاسخگویی اجتماعی با
بخش آموزش پزشکی عمومی) تأثیر بگذارد. در جدول
شماره 6، اطلاعات حاصل از کدگذاری در مورد
شرایط مداخله گر بیان شده است.

جدول شماره 3: کدگذاری مربوط به شرایط علی پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

کد محوری	مقوله‌ها	مفاهیم
شرایط علی	-	1. عدم توجه به جایگاه پژوهش در بخش های سازمانی مختلف پزشکی کشور 2. نامطلوب بودن وضعیت و جایگاه پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی بواسطه ضعف سازمان‌های مجری 3. بی‌اهمیتی موضوع پژوهش قبل از تصمیم‌گیری در تمامی حوزه های اجرایی 4. افت جایگاه نشر تحصیل کرده دانشگاهی آموزش پزشکی عمومی در سازمان های خدمات رسان و اجرایی 5. فساد و انحراف در تحقیقات آموزش پزشکی عمومی و کم‌رنگ شدن اخلاق در پاسخگویی اجتماعی 6. ضعف ملی‌گرایی و عرق‌ملی در آموزش پزشکی عمومی 7. عدم توجه به ابعاد علمی و انسانی آن 8. سیاست‌گرایی در آموزش پزشکی عمومی سطح بالای کشور 9. عدم توجه به اصل هزینه - فایده در برنامه های بخش های اجرایی 10. عدم برنامه ریزی برای تبدیل شدن به قطب علمی - آموزشی در سطح منطقه و حمایت از دانش ملی

جدول شماره 4: کدگذاری مربوط به راهبردهای پیشبرد پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

کد محوری	مقوله‌ها	مفاهیم
راهبردها	شناخت و آگاهی	1. آشنایی نامناسب طرفین از فعالیت‌ها 2. آگاهی پایین بخش اجرایی به طرف مقابل 3. فقدان بانک اطلاعاتی منسجم از توانمندی‌ها
فرهنگ سازمانی	1. تفاوت انتظارات بخش اجرایی از تحقیقات علمی 2. تفاوت در تعریف برنامه‌ها، مأموریت‌ها و اهداف طرفین 3. نگاه جزیره‌ای به خدمات آموزش پزشکی عمومی 4. نبود فرهنگ پژوهش قبل از تصمیم‌گیری	
نگاه بیرونی	1. ورود و دخالت ساختارهای سیاسی (دیدگاه حاکمیتی) 2. سیاست‌گرایی در برقراری تعامل طرفین 3. فضای اقتصادی (تحریم) حاکم بر کشور 4. عدم نهادینه سازی سیاست مصرف‌تولیدات علمی در بخش اجرا 5. عدم بهره‌گیری از الگوهای بومی موفق در کشور در خصوص ارتباط موفق علم و عمل 6. نبود فضای کاری در آموذایر برای دانشجویان آموزش پزشکی عمومی در خارج از دانشگاه و به ویژه بخش اجرایی	
تفکرات	1. تأکید مطلق بخش اجرایی به برخی جوانب پاسخگویی اجتماعی 2. بی‌اعتدالی و نبود اطمینان کافی بخش اجرایی به پاسخگویی اجتماعی 3. توجه ناکافی بخش اجرا به نتایج تحقیقات دانشکده‌ها 4. زیان علمی سنگین و غیرکاربردی تحقیقات دانشکده‌ها 5. نگرش غلط دانشگاهیان به پاسخگویی اجتماعی 6. انتظارات غلط دانشگاهیان از پاسخگویی اجتماعی 7. فقدان نگاه علمی بخش اجرا به تحقیق 8. نبود تخصص محض در اجرای تحقیقات و ورود افراد محدود به تمام حوزه های علمی	
نیروی انسانی	1. ناکافی بودن نیروی متخصص دانشگاهی در آموزش پزشکی عمومی جهت تسهیل ارتباطات 2. فقدان ثبات مدیریت در بخش اجرایی 3. تصمیمات سلیقه‌ای برخی مدیران بخش اجرایی 4. ضعف دانشکده‌ها در تربیت نیروی مورد نیاز بخش اجرای آموزش پزشکی عمومی 5. عدم توجه به بهسازی نیروی اجرایی در آموزش پزشکی عمومی	
واحد متولی / مدیریت یکپارچه	1. مبهم بودن جایگاه و نقش متولی در اتخاذ تصمیمات راهبردی 2. نبود مراکز یا واحدهای تخصصی واسطه برای معرفی و شناخت 3. نبود انجمن های علمی - صنفی یا عضویت و تعریف اتحادیه 4. عدم تعریف متولی ارائه خدمات در بخش اجرای آموزش پزشکی عمومی 5. نماندنی بودن همایش های علمی برگزار شده 6. اجرای فعالیت های بسیار هم سو و غیر واحد در آموزش پزشکی عمومی 7. عدم تعریف نقش ها و سردرگمی فعالیت های آموزش پزشکی عمومی	
قوانین و مقررات	1. محتوی برنامه درسی نامناسب دانشکده‌ها در جهت نیاز بخش اجرا 2. کاهش سطح بودجه تحقیقاتی تخصصی از سوی بخش اجرایی 3. قوانین و مقررات محدودکننده دانشگاه‌ها در ارائه مشوق‌ها و اعطای امتیازات علمی جهت حضور در بخش آموزش پزشکی عمومی	
پاسخگویی / مدیریت ارتباط	1. عدم کارکرد مطلوب (فرهنگ سازی، افزایش دانش) 2. محدودیت رسانه (تهادید رسانه ای) 3. ضعف در تولید برنامه‌های رسانه ای برای معرفی طرفین 4. جایگاه اجتماعی نامناسب آموزش پزشکی عمومی در پاسخگویی اجتماعی به واسطه تبلیغات ناکافی 5. ضعف نهادهای بالادستی در برقراری رابطه 6. نامناسب بودن ارتباط دفاقر ارتباط با آموزش پزشکی و R&D بخش آموزش پزشکی عمومی 7. عدم وجود مکانیزم اجرایی دقیق 8. نبود ساز و کار اجرایی مناسب همکاری 9. فقدان واحد ناظر و پیگیری مستمر از تعهدات طرفین 10. نامناسب بودن اجرای وظایف شبکه های ارتباطی	

جدول شماره 5: کدگذاری مربوط به شرایط زمینه‌ای پاسفگوی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

مفهوم	مقوله‌ها	کد محوری
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ارزش‌ها، باورها، ذات و انتظارات ✓ برنامه‌ها و هدف‌ها و نگاه‌ها ✓ اخلاقیات و فساد و انحراف 	شرایط زمینه‌ای فرهنگ
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تبلیغات و ترویج خدمات و محصولات ✓ مدیریت دانش، نظارت و پیگیری ✓ سازکار اجرایی و ارتباطی موثر و شبکه‌های ارتباطی 	بازاریابی پاسفگوی
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ آشنایی، آگاهی و اطلاعات ✓ تفکر، توجه، اعتماد و زبان علمی ✓ نگرش و تخصص 	بینش
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ نقش‌ها، فعالیت‌ها و اجرای واحد ✓ محتوا، بودجه و مشوق‌ها و امتیازات خاص و قوانین و مقررات ✓ فضای رقابت، کنترل کیفیت، نظام سیستماتیک و برون‌سپاری 	محیط
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ نقش دستگاه‌ها، مراکز و انجمن‌های تخصصی و متولی خاص ✓ کارکردگرایی، محدودیت‌ها و ضعف تبلیغاتی ✓ سیاستگرایی، دید حاکمیتی، تحریم و الگوهای بومی 	قدرت‌های فراسازمانی

جدول شماره 6: کدگذاری مربوط به شرایط مداخله‌گر پاسفگوی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

مفهوم	مقوله اصلی	مقوله فرعی	کد محوری
<ul style="list-style-type: none"> جذابیت فعالیت‌های آموزش پزشکی عمومی در بین جامعه کم‌رنگ بودن نقش پاسفگوی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی سرعت بالای تغییرات تکنولوژی و ابزارهای ارتباطی و رسته در رابطه با فعالیت‌های آموزش پزشکی عمومی نامناسب بودن پاسفگوی اجتماعی پژوهش آموزشی در سطح سازمانی 	محیط کلان	عوامل اجتماعی	شرایط مداخله‌گر
<ul style="list-style-type: none"> شرایط تحریمی و وضعیت نابسامان اقتصادی جامعه سطح تسهیلات دولتی در کمک به سازمان‌های خدمات رسان آموزش پزشکی عدم وجود عزم ملی برای خصوصی سازی بخش آموزش پزشکی وجود عزم دانشگاهی برای درآمدزایی از طریق فعالیت‌های آموزش پزشکی عمومی 		عوامل اقتصادی	
<ul style="list-style-type: none"> ارزش‌ها و باورهای پایین جامعه بواسطه نگرش قلی به پاسفگوی اجتماعی فرهنگ پایین موجود در موضوعات پژوهش بواسطه تفکرات غیر منطقی نبود برنامه‌های فرهنگی و تشویقی در سطوح سازمانی 		عوامل فرهنگی	
<ul style="list-style-type: none"> انحصاری بودن رسانه در سطح کلان عدم کارکرد مطلوب رسانه در حیطه ارتقا فرهنگ و دانش پاسفگوی اجتماعی انحصاری بودن پژوهش‌های دانشگاهی در سطح تحصیلات تکمیلی دولتی و عمومی بودن سازمان‌های خدمات رسان پاسفگوی اجتماعی لزوم اجرای قوانین و الزامات کشور در جهت پیشبرد شعار پژوهش محور تحقیق و توسعه لزوم ثبات در برنامه‌های آموزش پزشکی عمومی ورود افراد غیر متخصص در سطوح تصمیم گیرنده سازمان‌ها قوانین و مقررات محدودکننده دانشگاه‌ها در ارائه مشوق‌ها و اعطای امتیازات علمی جهت حضور در بخش آموزش پزشکی عمومی لزوم تدوین قوانین حمایتی از پژوهش‌های دانشگاهی و کمک‌کننده به جامعه مخاطب 		عوامل حقوقی و مدیریتی	
<ul style="list-style-type: none"> دخالت‌های سیاسی در برنامه‌های کلان پزشکی کشور ادغام شدن برنامه‌های آموزش پزشکی عمومی در سطح پاسفگوی اجتماعی نگاه توأم با خصوصی سازی و ایجاد فضای رقابتی در بین سازمان‌های خدمات رسان آموزش پزشکی بر مبنای نظام سیستماتیک مدیریتی و برون‌سپاری ناکافی بودن حمایت دولت از سازمان‌های خصوصی خدمات رسان آموزش پزشکی برای معرفی و محبوب شدن آن‌ها ناکافی بودن حمایت دولت از برنامه‌های رسانه‌ای مرتبط با آموزش پزشکی حضور افراد سیاسی و نظامی در پست‌های کلیدی سازمان‌های آموزش پزشکی در سال‌های گذشته 		عوامل سیاسی	

پیامدها

توسعه اقتصادی، توسعه فناوری و توسعه سیاسی می‌باشد

با توجه شرایط درونی و بیرونی بررسی شده و

که تا حدود زیادی منطبق راهبردها نیز هستند.

همچنین راهبردهای ارائه شده، پیامدهایی را می‌توان

مدل پارادایمی برآمده از داده‌ها

متصور شد. با توجه به جدول شماره 7، بر اساس تجزیه

و تحلیل مصاحبه‌ها، پیامدهای زیر شناسایی شد.

با توجه به کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مدل

پیامدهای شناسایی شده حاصل از راهبردها شامل:

پارادایمی پاسفگوی اجتماعی در آموزش پزشکی

توسعه فرهنگی، توسعه همگانی، توسعه آموزشی، توسعه

عمومی در نمودار شماره 2 ارائه شده است. لازم به

علمی، توسعه زیرساختی، توسعه بین‌المللی، توسعه اجتماعی،

توضیح است که پدیده محوری و یا به بیان دیگر، مسئله

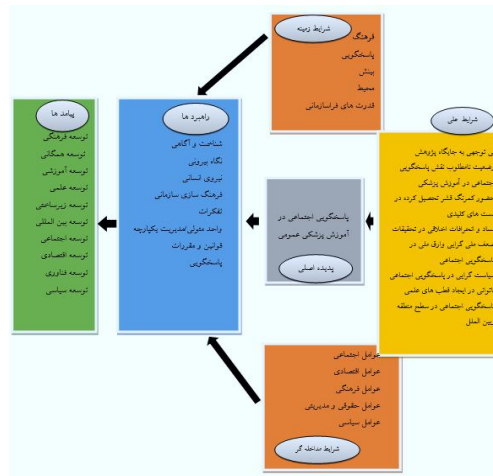
جدول شماره 7: کد گذاری مربوط به پیامدهای پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

کد محوری	مقوله‌ها	مفاهیم
پیامدها	توسعه فرهنگی توسعه همگانی توسعه آموزشی توسعه علمی توسعه زیرساختی توسعه بین المللی توسعه اجتماعی توسعه اقتصادی توسعه فناوری توسعه سیاسی	ترویج فرهنگ پژوهش قبل از تصمیم گیری با هدف خدمت مبتنی بر فناوری و فناوری مبتنی بر علم و دانش گسترش اصل مشارکت و تعامل در دستگاه های اجرایی و آموزشی پزشکی ارتقاء آموزش پزشکی در تمام سطوح پیوند علم و عمل در تمامی حوزه های پزشکی رشد و بالندگی مستقیم و غیر مستقیم علمی پزشکی در زیرساخت های کشور دورنمای بین المللی موفق حاصل از ارتقای تصویر پزشکی کشور ارتقا تصویر و درک بهتر پاسخگویی اجتماعی در اجتماع (جامعه، رسانه، مدارس، محیط و ...) بهبود وضعیت اقتصادی دانشکده ها و بخش آموزش پزشکی عمومی توسعه تکنولوژی و فناوری بومی - ایرانی و آنکا به دانش داخلی تغییر در نگاه حاکمیتی و بهبود فضای رقابت در بخش های دولتی و خصوصی آموزش پزشکی عمومی کشور

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی الگوی مطلوب پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی، با کاربست رویکرد کیفی نظریه داده بنیاد صورت گرفت. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به روش داده بنیاد و از طریق سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج پژوهش نشان دهنده 29 مقوله اصلی و 104 مفهوم بود که به صورت مدل پارادایمی در قالب شش طبقه فراگیر، پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی را به صورت عمیق و غنی توصیف می‌نماید. این مقوله‌ها شامل شرایط علی، شرایط زمینه، شرایط مداخله‌گر، پدیده محوری، راهبردها و پیامدها بود. در مقوله شرایط علی، مفاهیم به دست آمده از کدگذاری نشانه‌ها، شامل 10 مورد بود. در این بخش محقق به دلیل عدم هم‌جنس بودن نشانه‌ها، ترجیح داد که بدون ایجاد مقوله خاص، به ذکر کلیه مفاهیم حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بپردازد. این موارد شامل بی‌توجهی به جایگاه پژوهش، وضعیت نامطلوب نقش پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی، حضور کم‌رنگ قشر تحصیل کرده در پست‌های کلیدی، فساد و انحرافات اخلاقی در تحقیقات، ضعف ملی‌گرایی در آموزش پزشکی عمومی، سیاست‌گرایی در آموزش پزشکی عمومی و ناتوانی در ایجاد قطب‌های علمی پزشکی در سطح منطقه و بین‌الملل بود. مرور و تحلیل مصاحبه‌های انجام شده در شرایط زمینه‌ای 59 نشان را متمایز ساخت که این نشان‌ها با



نمودار شماره 2: مدل پارادایمی پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی

اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی بود؛ لذا مطابق با رویکرد اشتراک‌ساز و کوربین در طراحی مدل مبتنی بر نظریه داده بنیاد، شرایط به وجود آورنده و موثر بر مبادرت و ایجاد پدیده اصلی (پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی) مشخص شدند، از جمله وضعیت نامطلوب پاسخگویی اجتماعی در نهادها و مشاغل پزشکی و درمانی، ضعف در پژوهش، سیاست‌گرایی، ضرورت پاسخ‌گویی اجتماعی در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی و ... سپس راهبردهای ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی بیان شدند، به علاوه شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گری که بر راهبردها تأثیرگذارند نیز بیان شد، در نهایت براساس دیدگاه کل‌گرا، نظام مند و سیستمی فوق‌الذکر است که می‌توان پیامدهای منتج از راهبردها را مشخص نمود.

نیروی انسانی که در پژوهش حاضر به عنوان شرایط علی مورد اشاره قرار گرفت، تا حد زیادی مرتبط و منطبق است (9).

هم چنین، محققان دیگر نیز ملاک‌هایی از قبیل توجه به سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی، (فعالیت‌های بالینی، نقش حمایتی، پژوهش، آموزش پاسفگو به جامعه)، تدوین برنامه درسی پاسفگو و همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و اعضای هیئت علمی آشنا به اولویت‌های کشوری و منطقه‌ای را ذکر نموده است که به نظر می‌رسد تا حدود زیادی با مقوله‌هایی نظیر شناخت و آگاهی، پاسفگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و مدیریت یکپارچه همخوانی داشته باشد (10).

گروهی از محققان نیز طی مطالعه‌ای در رابطه با تبیین شاخص‌های پاسفگویی اجتماعی دانشکده‌های علوم پزشکی در ایران، شاخص‌هایی همچون فعالیت‌های آموزشی، فعالیت‌های پژوهشی و مشارکت در ارائه خدمات سلامت را پیشنهاد نمودند که تا حدودی با مقوله‌های جایگاه پژوهش و نقش پاسفگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و بازاریابی/پاسفگویی همخوانی دارد (12).

به طور کلی، در رویکرد نظریه داده بنیاد با کاربست دیدگاه کل‌گرا و سیستمی در بررسی و پردازش پدیده‌ها، عوامل و شرایط مختلف تأثیرگذار بر یک پدیده مورد بررسی قرار می‌گیرد. در تحقیق حاضر نیز، با عنایت به شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر، عوامل مختلفی که پاسفگویی اجتماعی در آموزش پزشکی را مورد احاطه قرار داده‌اند شناسایی و تحلیل شد. عوامل ساختاری، مدیریتی یا سازمانی از یک سو، عوامل فراسازمانی، فرهنگی و اجتماعی از سوی دیگر و همچنین، تأثیرات فردی و مبتنی بر تعهد حرفه‌ای از سمت دیگر، آموزش پاسفگویی اجتماعی را در برمی‌گیرند. براساس یک اصل، نقطه آغازین فرآیند پاسفگویی اجتماعی بررسی محیط است. در بررسی محیطی، هم محیط خارجی و هم محیط داخلی مورد مطالعه قرار می‌گیرند و اطلاعات

توجه به نزدیکی موضوعی در 14 مفهوم کلی قرار گرفتند. در ادامه با بررسی بیش تر مفاهیم به دست آمده و ترکیب بیش تر آن‌ها و یافتن روابط مقدماتی بین مفاهیم در شرایط زمینه‌ای چندین مقوله نهایی فرهنگ، بینش، پاسفگویی، محیط و قدرت‌های فراسازمانی بودند. در ادامه یافته‌های حاصل از شرایط مداخله‌گر در این تحقیق شامل 5 حیطه کلی بود. این حیطه‌ها شامل عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل حقوقی و مدیریت و عوامل سیاسی بودند که تحت مقوله کلی با نام محیط کلان نام گذاری شدند. راهبردهای شناسایی شده در 8 حیطه ارائه شده‌اند. این حیطه‌ها شامل شناخت و آگاهی طرفین، نگاه بیرونی، نیروی انسانی، فرهنگ‌سازی سازمانی، تفکرات طرفین، واحد متولی/مدیریت یکپارچه، قوانین و مقررات و پاسفگویی می‌باشند. در نهایت پیامدهای شناسایی شده حاصل از راهبردها شامل: توسعه فرهنگی، توسعه همگانی، توسعه آموزشی، توسعه علمی، توسعه زیرساختی، توسعه بین‌المللی، توسعه اجتماعی، توسعه اقتصادی، توسعه فناوری و توسعه سیاسی می‌باشد که تا حدود زیادی منطبق راهبردها نیز هستند. رجوع به پیشینه تحقیقاتی گویای آن است که پژوهش‌های موجود عموماً به بررسی ملاک‌ها/شاخص‌های پاسفگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و نیز بررسی وضعیت موجود پرداخته‌اند در حالی که پژوهش حاضر با دیدگاهی کل‌نگر و سیستمی، الگوی پاسفگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی را موردنظر قرار داده و لذا نمی‌توان به طور صریح و دقیق، ارتباطی بین یافته‌های پژوهش حاضر و سایر تحقیقات متصور بود. اما می‌توان از حیث ارتباط بین یافته‌های مطالعه حاضر و برخی از تحقیقات که ملاک‌های آموزش پاسفگو را روشن ساخته‌اند، نکاتی را ذکر نمود. یکی از محققان، در بین ملاک‌های خود، اصول و موازین اخلاقی، شیوه‌گزینش استاد و دانشجو، آموزش و پژوهش پاسفگو به جامعه را ذکر نمود که به نظر می‌رسد با مقوله‌های جایگاه پژوهش، فساد و انحرافات اخلاقی،

اینکه، پژوهش حاضر صرفاً مبتنی بر روش کیفی نظریه داده بنیاد بود و داده‌ها از طریق مصاحبه با 21 نفر از مطلعین کلیدی استخراج شدند، لذا انجام مطالعات تکمیلی با روش‌هایی با مشارکت کنندگان گسترده‌تر، نظیر گروه‌های کانونی و یا مطالعات ترکیبی می‌تواند دقت و کیفیت نتایج را بهبود بخشد. به‌علاوه، پژوهش حاضر در یک بازه زمانی و مکانی مشخص انجام شده و لذا در تعمیم نتایج آن بایستی دقت و تأمل نمود. هم‌چنین بنا بر یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز تحقیقاتی پاسخ‌گوی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی در دانشگاه‌ها تأسیس شود. کارآموزی دانشجویان پزشکی به‌صورت هدفمند و با توجه به نیازهای جامعه در بخش‌های مختلف صورت گیرد و نظام جامع بهره‌گیری از تولیدات علمی داخلی در بخش اجرا تدوین شود.

سپاسگزاری

این پژوهش، حاصل رساله دکتری مدیریت آموزش عالی در پردیس بین‌الملل دانشگاه خوارزمی تهران می‌باشد؛ بدین وسیله مولفان مقاله، از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه خوارزمی تهران تشکر و قدردانی می‌نمایند.

آن‌ها در دست تصمیم‌گیرندگان قرار می‌گیرد. محیط خارجی سازمان شامل عوامل مؤثری از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، حقوقی و مدیریتی و سیاسی بر سازمان است که در بعضی شرایط از کنترل مستقیم سازمان خارج است. بدیهی است که در فضای ارتباطی فی‌مابین، دوطرف تأثیر کمی بر محیط خارجی خود دارند، اما محیط خارجی می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر جریانات و فعالیت‌های محیط کاری آن‌ها داشته باشد. البته مطالعات تاریخی بسیاری نشانگر تأثیرگذاری شگرف سازمان‌ها بر محیط کلان خود بودند، نظیر تأثیر مایکروسافت و یا اینتل بر محیط اطراف خود و دنیای فناوری اطلاعات اما عموماً این تأثیرگذاری‌ها نادر هستند. لذا این گونه می‌توان گفت که محیط کلان حاوی عوامل استراتژیک بالقوه بسیاری است. با توجه به این‌که نیروهای اجتماعی هر کشور بی‌نظیر است، تعداد این عوامل نیز بی‌شمار می‌باشد. برخی از این عوامل یا نیروها در کشورهای مجاور مشابه می‌باشند و برخی دیگر متفاوت حتی شرایط فرهنگی و تاریخی دو کشور می‌تواند فضای کلی در محیط کلان آن دو را معین کند.

در پایان، لازم به ذکر است که این پژوهش با برخی از محدودیت‌ها نیز همراه بود که می‌تواند تا حدودی نتایج و یافته‌ها را تحت تأثیر قرار داده باشد. از جمله

References

- Huang F. University governance in China and Japan: Major findings from national surveys. *Int J Educ Dev* 2018; 1(63): 12-19.
- Huang F. University governance in China and Japan: Major findings from national surveys. *Int J Educ Dev* 2018; 1(63): 12-19.
- Rotberg RI. Good governance means performance and results. *Governance* 2014; 27(3): 511-518.
- Marginson S. Different roads to a shared goal: Political and cultural variation in world-class universities. In *Building world-class universities*. Netherlands: Brill; 2012. p. 11-33.
- Fathollahi A, Yamani M, Farasatkah M, Ghasi Tabatabaei M. Content Analysis of Higher Education Program's with a Focus on Structural and Functional Changes of Academic Autonomy. *JSTP* 2015; 8(1): 27-47 (Persian).
- Chan SJ, Yang CY. Governance styles in Taiwanese universities: Features and effects. *Int J Educ Dev* 2018; 1(63): 29-35.
- Afkhami Rohani H, Rahmanseresht H, Marjani

- S. University Governance and Evaluation of Websites and Portals. Higher Education Letter 2015; 7(28): 75-96 (Persian).
8. Boelen C. Why should social accountability be a benchmark for excellence in medical education?. *Educación Médica* 2016; 17(3): 101-105.
 9. Rezaeian M. A Review on the Different Dimensions of Socially Accountable Medical Schools. *JRUMS* 2012; 11(2): 159-172 (Persian).
 10. Karimi M. Socially accountable medical education *Journal of Medical Education and Development* 2013; 8(1): 74-76 (Persian).
 11. Yamani N, Fakhari M. Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications. *Iranian Journal of Medical Education* 2014; 13(12): 1082-1098 (Persian).
 12. Shieh H, Ghanavati S, Nabeiei P, Amini M. Exploration of Social Accountability Indicators in Medical Science Schools in Iran. *Interdiscip J Virtual Learn Med Sci* 2016; 7(1): 2-8.
 13. Dehghani M, Azizi F, Haghdoost A, Nakhaee N, Khazaeli P, Ravangard Z. Situation Analysis of Social Accountability Medical Education in University of Medical Sciences and Innovative Point of View of Clinical Faculty Members towards its Promotion Using Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis Model. *SDME* 2014; 10(4): 403-412 (Persian).
 14. Sandhu G, Garcha I, Sleeth J, Yeates K, Walker GR. AIDER: a model for social accountability in medical education and practice. *Med Teach* 2013; 35(8): 1403-1408.
 15. Masud N, Alenezi SE, Alsayari OS, Alghaith DM, Alshehri RA, Albarrak DA, Al-Nasser S. Social accountability in medical education; student's perspective. In *Front Educ* 2022; 7: 316.
 16. Kvale S. *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage; 1996.
 17. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage; 1990.