ORIGINAL ARTICLE

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

Fatemeh Hoseynizadeh dogolsar[1,2],
Hassanreza Zeinabadi[3],
Abdolrahim Nave ebrahim[4],
Hossein Abbasian[5],
Hossein Firuozi[6]

[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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره 220 اردیبهشت سال 1402 (186-173)

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

فاطمه حسین زاده دوگلسر[1و2]
حسن‌رضا زین‌آبادی[3]
عبدالرحیم نوه ابراهیم[4]
حسین عباسیان[5]
حسین فیروزی[6]

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 مرحلهٔ 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 دهندهٔ 104 مفهوم ذیل 29 مقوله اصلی است که به صورت مدل پارادایمی در قالب شش طبقهٔ 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 استفادهٔ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سیاستگذاران، برنامه‌ریزان و کارگزاران مربوطه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: پاسخگویی اجتماعی، آموزش پزشکی، پزشکی عمومی، نظریه داده بنیاد

مقدمه

با مطالعه کتب و مقالات مختلف، مشاهده می‌شود که تقریبا درسه دهه اخیر پاسخگویی اجتماعی به‌طور فزاینده‌ای در رشته‌های مختلفی که به جامعه خدمات ارایه می‌کنند، مورد بحث قرار گرفته است. در نظام آموزش

مولف مسئول: حسن رضا زین‌آبادی- تهران: دانشگاه خوارزمی، دانشکده مدیریت E-mail: hzeinabadi@yahoo.com
1. دانشجوی دکتری مدیریت آموزش عالی، پردیس دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
2. کارشناسی ارشد برنامه ریزی آموزشی، پردیس رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندارن، 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 مازندارن، ساری، ایران
تاریخ دریافت : 1401/10/14 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1401/11/11 تاریخ تصویب : 1402/12/27

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

علوم پزشکی نیز همانند سایر حوزه‌ها، پاسخ‌گویی اجتماعی به‌عنوان 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 به‌صورت 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(4،3). ضمن این‌که، به طور کلی پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات جامعه، جزء جدانشدنی از فلسفه وجودی دانشگاه‌ها به‌عنوان یک نهاد اجتماعی به‌شمار 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 درسطح جامعه (کارآموزی/کارورزی) به‌عنوان بخشی از برنامه درسی آن‌ها ارزشمند است، اما برای اطمینان ازحصول 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 خدمت رسانی به جامعه را فراهم می‌کند که خود موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها و افزایش اضطراب پزشک در سال‌های آغازین طبابت می‌شود(7). به‌علاوه 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 فلکسنر (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 پیش نویس سند ملی تحول آموزش علوم پزشکی کشور درسال 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

اجتماعی دارند، اما متاسفانه 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(10،9). 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(14،13). گروهی از پژوهشگران، در طی یک پیمایش مقطعی در بین دانشجویان پزشکی یکی از دانشگاه های دولتی کشور عربستان نشان دادند که اکثر شرکت‌کنندگان درک مطلوبی ازپاسخگویی 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 می گردد، 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 درخصوص آموزش پاسخ‌گو، خود گویای این مدعاست. بنابراین به نظر می‌رسد حرکت جدی و عملیاتی به سمت رویکرد آموزش پاسخگویی اجتماعی، نیازمند طراحی الگویی 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 مازندارن 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 نظریهٔ داده بنیاد استراوس و کوربین با تاکید 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

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، به‌صورت هدفمند و مبتنی بر معیار و ملاک‌هایی به صورت هدفمند مبتنی بر سه معیار نظیر: شناخت و آگاهی از چیستی 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 به‌صورت فردی و شغلی بود. در این مطالعه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بوده است و به‌منظور گردآوری اطلاعات، با به‌کارگیری 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 به‌موضوع 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 مصاحبه نیمه ساختاریافته به عنوان ابزاری مناسب برای پژوهش، ابتدا به‌منظور 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 به‌منظور 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 به‌منظور 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 مرحلهٔ 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

است. پایایی بین دو کدگذار برای مصاحبه‌های این پژوهش، 77 درصد است. با عنایت به این‌که میزان پایایی بیش‌تر از60 درصد است(17)، بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است. برای محاسبهٔ پایایی باز آزمون، از بین مصاحبه‌های انجام گرفته، 10 مصاحبه انتخاب و هرکدام درفاصلهٔ زمانی 15روزه توسط پژوهشگر کدگذاری شده‌اند. پایایی باز آزمون برای مصاحبه‌های این پژوهش، 86 درصد است. با عنایت به این‌که میزان پایایی بیش‌تر از60 درصد است(17)، بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است. برای ارزیابی اعتبار پژوهش‌های مبتنی بر نظریه‌پردازی داده بنیاد، به‌جای 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 پدیدهٔ 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 یادنوشت‌ها. 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 حوزهٔ 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 زمینهٔ 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.

زمینهٔ مفاهیم: یافته‌های پژوهش حاضر برخاسته از تجارب، وقایع و رویدادهای مربوط به پاسخگویی اجتماعی بوده و مفاهیم پدیدارشده از آن نیز مبتنی بر بستر و زمینه است.

منطق: برای تحقق این معیار در فرایند روایت‌گری تجربهٔ 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 نظریهٔ پدیدارشده 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 مجموعهٔ مشخصه‌های دیگر قرار گرفتند.

بداعت: در خصوص این معیار باید اشاره کرد که یافته‌های پژوهش حاضر، برای ارائهٔ مدل نسبتاً جامعی در حوزهٔ 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 یادنوشت‌ها: از آن‌جا که هر پژوهشگری در فرایند تحلیل یافته‌ها نمی‌تواند تمام مباحث، نظرها، بینش‌ها و گفته‌ها را در ذهن نگه دارد، استفاده از یادنوشت‌ها ضرورت می‌یابد. در این زمینه، پژوهشگر تلاش کرد در بخش‌های مختلف فرایند روایت‌گری تجربهٔ مالکیت روانشناختی و بر حسب لزوم به یادنوشت‌های مستخرج از داده‌ها استناد کند.

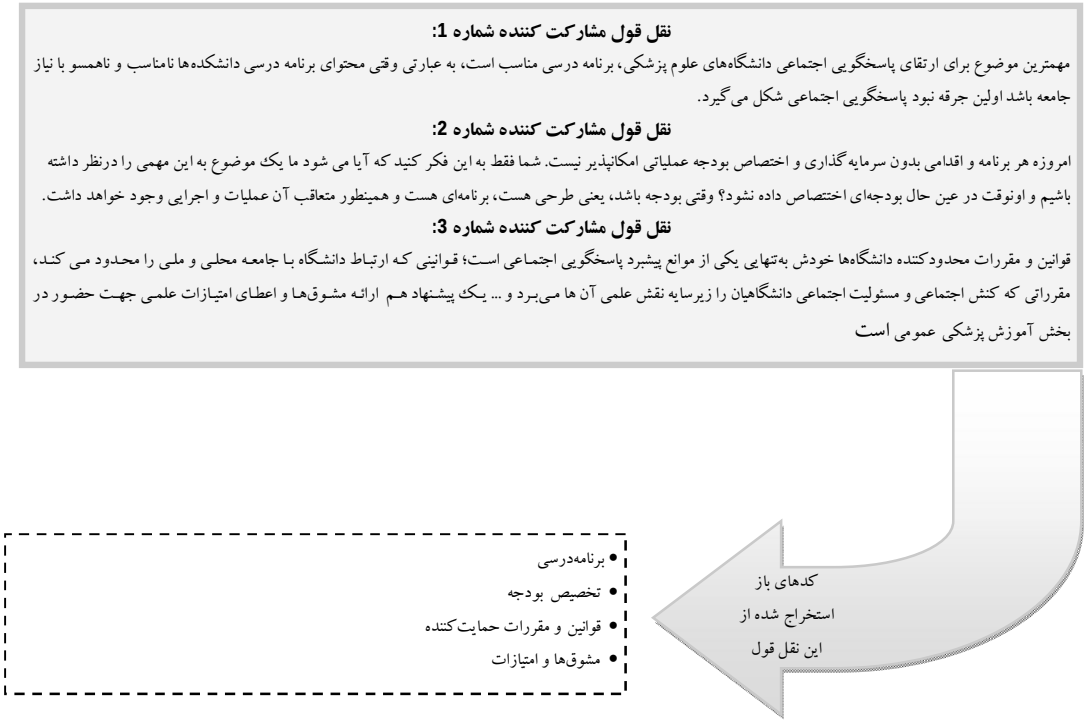
یافته‌ها

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

مشخصات مشارکت‌کنندگان 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 (شباهت 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 جزیی‌تر است، اصطلاحا 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 «راهبردها» را نمایان می‌سازد).



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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 1: مشخصات مشارکت‌کنندگان 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 منسجم از توانمندی‌ها
	قوانین و مقررات تسهیلگر	برنامه‌درسی، تخصیص بودجه، قوانین و مقررات حمایت کننده، مشوق‌ها و امتیازات
	تفکرات	تاکید مطلق بخش اجرایی به برخی جوانب پاسخگویی اجتماعی ،بی اعتمادی و نبود اطمینان کافی بخش اجرایی به پاسخگویی اجتماعی ، توجه ناکافی بخش اجرا به نتایج تحقیقات دانشکده ها، زبان علمی سنگین و غیر کاربردی تحقیقات دانشکده‌ها

در پژوهش حاضر، نتایج تجزیه و تحلیل کیفی نشان دهندهٔ 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، بازاریابی/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 هم جنس 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 به عنوان شرایط مداخله‌گر در نظر گرفته شد که به‌صورت عمومی و با نقش‌های تسهیل‌کنندگی و محدودکنندگی، می‌توانست

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

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.بی اهمیتی موضوع پژوهش قبل از تصمیم گیری در تمامی حوزه های اجرایی
		4.افت جایگاه قشر 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 ملی گرایی و عرق ملی 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 برنامه ها، ماموریت ها و اهداف طرفین
		3. نگاه جزیره ای به خدمات آموزش پزشکی عمومی
		4.نبود فرهنگ پژوهش قبل از تصمیم گیری
	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 مصرف تولیدات علمی در بخش اجرا
		5.عدم بهره‌گیری از الگوهای بومی موفق در کشور در خصوص ارتباط موفق علم و عمل
		6.نبود فضای کاری درآمدزا برای دانشگاهیان آموزش پزشکی عمومی در خارج از دانشگاه و به ویژه بخش اجرایی
	تفکرات	1.تاکید مطلق بخش اجرایی به برخی جوانب پاسخگویی اجتماعی
		2.بی اعتمادی و نبود اطمینان کافی بخش اجرایی به پاسخگویی اجتماعی
		3.توجه ناکافی بخش اجرا به نتایج تحقیقات دانشکده ها
		4.زبان علمی سنگین و غیر کاربردی 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 سلیقه ای برخی مدیران بخش اجرایی
		4.ضعف دانشکده ها 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 اخذ تصمیمات راهبردی
		2.نبود مراکز یا واحدهای تخصصی واسطه برای معرفی و شناخت
		3.نبود انجمن های علمی – صنعتی با عضویت و تعریف اتحادیه
		4.عدم تعریف متولی ارائه خدمات در بخش اجرای آموزش پزشکی عمومی
		5.نمایشی 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 دانشکده ها در جهت نیاز بخش اجرا
		2.کاهش سطح بودجه تحقیقاتی تخصیصی از سوی بخش اجرایی
		3.قوانین و مقررات محدودکننده دانشگاه ها در ارائه مشوق ها 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 (تهدید 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 دفاتر ارتباط با آموزش پزشکی و R&D بخش آموزش پزشکی عمومی
		7.عدم وجود مکانیزم اجرایی دقیق
		8. نبود سازوکار اجرایی مناسب همکاری
		9.فقدان واحد ناظر و پیگیری مستمر از تعهدات طرفین
		10. نامناسب بودن اجرای وظایف شبکه های ارتباطی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

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

کد محوری	مقوله‌ها	مفاهیم
شرایط زمینه‌ای	فرهنگ	✓ ارزش ها، باورها، ذات و انتظارات ✓ برنامه ها و هدف‌ها و نگاه‌ها ✓ اخلاقیات و فساد و انحراف
	بازاریابی/پاسخگویی	✓ تبلیغات و ترویج خدمات و محصولات ✓ مدیریت دانش، نظارت و پیگیری ✓ سازکار اجرایی و ارتباطی موثر و شبکه‌های ارتباطی
	بینش	✓ آشنایی، آگاهی و اطلاعات ✓ تفکر، توجه، اعتماد و زبان علمی ✓ نگرش و تخصص
	محیط	✓ نقش ها، فعالیت ها و اجرای واحد ✓ محتوا، بودجه و مشوق ها و امتیازات خاص و قوانین و مقررات ✓ فضای رقابت، کنترل کیفیت، نظام سیستماتیک و برون سپاری
	قدرت های فراسازمانی	✓ نقش دستگاه ها، مراکز و انجمن های تخصصی و متولی خاص ✓ کارکردگرایی، محدودیت ها و ضعف تبلیغاتی ✓ سیاستگرایی، دید حاکمیتی، تحریم و الگوهای بومی

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

کد محوری	مقوله اصلی	مقوله فرعی	مفهوم
شرایط مداخله‌گر	محیط کلان	عوامل اجتماعی	جذابیت فعالیت های آموزش پزشکی عمومی در بین جامعه کمرنگ بودن نقش پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی سرعت بالای تغییرات تکنولوژی و ابزارهای ارتباطی و رسانه در رابطه با فعالیت های آموزش پزشکی عمومی نامناسب بودن پاسخگویی اجتماعی پژوهش آموزشی در سطح سازمانی
		عوامل اقتصادی	شرایط تحریمی و وضعیت نابسامان اقتصادی جامعه سطح تسهیلات دولتی در کمک به سازمان های خدمات رسان آموزش پزشکی عدم وجود عزم ملی برای خصوصی سازی بخش آموزش پزشکی وجود عزم دانشگاهی برای درآمدزایی از طریق فعالیت های آموزش پزشکی عمومی
		عوامل فرهنگی	ارزش ها و باورهای پایین جامعه بواسطه نگرش قالبی به پاسخگویی اجتماعی فرهنگ پایین موجود در موضوعات پژوهش بواسطه تفکرات غیر منطقی نبود برنامه های فرهنگی و تشویقی در سطوح سازمانی
		عوامل حقوقی و مدیریتی	انحصاری بودن رسانه در سطح کلان عدم کارکرد مطلوب رسانه در حیطه ارتقا فرهنگ و دانش پاسخگویی اجتماعی انحصاری بودن پژوهش های دانشگاهی در سطح تحصیلات تکمیلی دولتی و عمومی بودن سازمان های خدمات رسان پاسخگویی اجتماعی لزوم اجرای قوانین و الزامات کشور در جهت پیشبرد شعار «پژوهش محور تحقیق و توسعه» لزوم ثبات در برنامه های آموزش پزشکی عمومی ورود افراد غیر متخصص در سطوح تصمیم گیرنده سازمان ها قوانین و مقررات محدودکننده دانشگاه ها در ارائه مشوق ها و اعطای امتیازات علمی جهت حضور در بخش آموزش پزشکی عمومی لزوم تدوین قوانین حمایتی از پژوهش های دانشگاهی و کمک کننده به جامعه مخاطب
		عوامل سیاسی	دخالت های سیاسی در برنامه های کلان پزشکی کشور ادغام شدن برنامه های آموزش پزشکی عمومی در سطح پاسخگویی اجتماعی نگاه توام با خصوصی سازی و ایجاد فضای رقابتی در بین سازمان های خدمات رسان آموزش پزشکی بر مبنای نظام سیستماتیک مدیریتی و برون سپاری ناکافی بودن حمایت دولت از سازمان های خصوصی خدمات رسان آموزش پزشکی برای معرفی و محبوب شدن آن ها ناکافی بودن حمایت دولت از برنامه های رسانه ای مرتبط با آموزش پزشکی حضور افراد سیاسی و نظامی در پست های کلیدی سازمان‌های آموزش پزشکی در سال های گذشته

پیامدها

با توجه شرایط درونی و بیرونی بررسی شده و همچنین راهبردهای ارائه شده، پیامدهایی را می‌توان متصور شد. با توجه به جدول شماره 7، بر اساس تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، پیامدهای زیر شناسایی شد.

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.

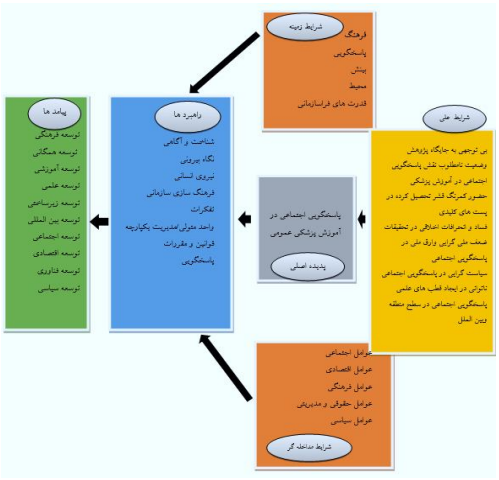
مدل پارادایمی برآمده از داده‌ها

با توجه به کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مدل پارادایمی پاسخگوی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی در نمودار شماره 2 ارائه شده است. لازم به توضیح است که پدیده محوری و یا به بیان دیگر، مسئله

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

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

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



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

اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی بود؛ لذا مطابق با رویکرد اشتراوس و کوربین در طراحی مدل مبتنی بر نظریه داده بنیاد، شرایط به‌وجود آورنده و موثر بر مبادرت و ایجاد پدیده اصلی (پاسخ‌گویی اجتماعی درآموزش 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، به‌علاوه 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.

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی الگوی مطلوب پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی عمومی، با کاربست رویکرد کیفی نظریه داده بنیادصورت 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 دهندهٔ 29 مقولهٔ اصلی و 104 مفهوم بود که به صورت مدل پارادایمی در قالب شش طبقهٔ 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 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. 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 درآموزش پزشکی‌عمومی، 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

توجه به نزدیکی موضوعی در 14 مفهوم کلی قرار گرفتند. در ادامه با بررسی بیش‌تر مفاهیم به‌دست آمده و ترکیب بیش‌تر آن‌ها و یافتن روابط مقدماتی بین مفاهیم در شرایط زمینه‌ای چندین مقوله نهایی فرهنگ، بینش، پاسخگویی، 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 پاسخ‌گویی 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 عموما به بررسی ملاک‌ها/شاخص‌های پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و نیز بررسی وضعیت موجود پرداخته‌اند درحالی که پژوهش حاضر با دیدگاهی کل‌نگر و سیستمی،الگوی پاسخ‌گویی 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 پاسخگو را روشن ساخته‌اند، نکاتی را ذکر نمود. یکی از محققان، در بین ملاک‌های خود، اصول و موازین اخلاقی، شیوه گزینش استاد و دانشجو، آموزش و پژوهش پاسخگو به جامعه را ذکر نمود که به‌نظر می‌رسد با مقوله‌های جایگاه پژوهش، فساد و انحرافات اخلاقی، نیروی انسانی که در پژوهش حاضر به‌عنوان شرایط علی مورد اشاره قرار گرفت، تا حد زیادی مرتبط و منطبق است(9).

هم‌چنین، محققی 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 پاسخگو به جامعه)، تدوین برنامه درسی پاسخ‌گو و همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و اعضای هیئت علمی آشنا به اولویت‌های کشوری و منطقه‌ای را ذکر نموده است که به‌نظر می‌رسد تا حدود زیادی با مقوله‌هایی نظیر شناخت و آگاهی، پاسخگویی اجتماعی در آموزش پزشکی و مدیریت یکپارچه همخوانی داشته باشد(10).

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

به‌طور 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 پاسخگویی 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 پاسخگویی اجتماعی را در برمی‌گیرند. براساس یک اصل، نقطه آغازین فرآیند پاسخگویی اجتماعی بررسی محیط است. در بررسی محیطی، هم محیط خارجی و هم محیط داخلی مورد مطالعه قرار می‌گیرند و اطلاعات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

آن ها در دست تصمیم گیرندگان قرار می گیرد. 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 ارتباط فی مابین، دوطرف تأثیر کمی برمحیط خارجی خود دارند، اما محیط خارجی می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر جرایانات 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 عموما این تأثیرگذاری‌ها نادر هستند. لذا این‌گونه 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 می باشند و برخی دیگر متفاوت حتی شرایط فرهنگی و تاریخی دو کشور می تواند 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 اینکه، پژوهش حاضر صرفا 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 مشارکت‌کنندگان 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 گیردو 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؛ بدین‌وسیله مولفان مقاله، از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه خوارزمی تهران تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Huang F. University governance in China and Japan: Major findings from national surveys. Int J Educ Dev 2018; 1(63): 12-19.
2. Huang F. University governance in China and Japan: Major findings from national surveys. Int J Educ Dev 2018: 1(63): 12-19.
3. Rotberg RI. Good governance means performance and results. Governance 2014; 27(3): 511-518.
4. 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.
5. Fathollahi A, Yamani M, Farasatkhah 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).
6. Chan SJ, Yang CY. Governance styles in Taiwanese universities: Features and effects. Int J Educ Dev 2018; 1(63): 29-35.
7. Afkhami Rohani H, Rahmanseresht H, Marjani

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]