



## طراحی و اعتبارسنجی ابزاری برای ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی

یوسف ادیب<sup>۱</sup>، اسکندر فتحی آذر<sup>۱</sup>، مهستی علیزاده<sup>۲</sup>، غلامعلی دهقانی<sup>۱\*</sup>

نویسنده‌ی مسوول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت دانشجویی و فرهنگی [dehghanigh@tbzmed.ac.ir](mailto:dehghanigh@tbzmed.ac.ir)

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۹ چاپ: ۱۳۹۷/۰۳/۳۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** دانش‌آموختگان پزشکی باید شایستگی‌های لازم برای پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه را در دوران تحصیل کسب نمایند. این امر مستلزم بررسی برنامه‌ی درسی، بازنگری و بهبود کیفی آن است. این مطالعه باهدف طراحی ابزاری معتبر و پایا جهت ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه‌ی ترکیبی است که طی سه مرحله در سال ۱۳۹۶ و در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. در مرحله اول با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی، ویژگی‌های برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی تبیین گردید. در مرحله دوم، ابعاد و گویه‌های ابزار با استفاده از نتایج بخش کیفی مطالعه و بررسی متون معتبر و مرتبط با موضوع پژوهش تدوین گردید، و در مرحله سوم نیز روایی صوری، روایی محتوا و پایایی ابزار تعیین گردید.

**یافته‌ها:** طی مرحله اول پژوهش، ویژگی‌های برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی تبیین گردید. در مرحله دوم، ابزار اولیه در ۴ حیطه و ۵۵ گویه طراحی شد. در مرحله سوم، اعتبارسنجی ابزار انجام پذیرفت و ابزار (با ۴۰ گویه) روا گردید که نمره تأثیر آیتم گویه‌ها بالاتر از ۱/۵، CVI و CVR در هر گویه به ترتیب بالاتر از ۰/۵۹ و ۰/۷۹ و پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برآورد گردید.

**نتیجه‌گیری:** ابزار ارزشیابی در ۴ حیطه و ۴۰ گویه طراحی شد که از روایی محتوایی، روایی صوری و پایایی خوبی برخوردار است. این ابزار می‌تواند برای ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** طراحی ابزار، اعتبارسنجی، ارزشیابی برنامه‌ی درسی، آموزش پزشکی، آموزش بالینی، پاسخ‌گویی اجتماعی.

این مقاله بدین صورت ارجاع داده شود:

Adib Y, Fathiazar E, Alizadeh M, Dehghani G. Development and Validation of Instruments for Evaluation of the Clinical Medicine Curriculum in Terms of Social Accountability. J Med Educ Dev. 2018; 11 (29): 1-12

۱- گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- معاونت دانشجویی و فرهنگی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

## مقدمه

یکی از رویکردهای فلسفی آموزش عالی، دیدگاه پاسخ‌گویی و تعهد اجتماعی است که تمرکز آن بیشتر بر مسوولیت‌پذیری دانشگاه‌ها در خدمت به جامعه است. در این رویکرد دانشگاه‌ها و دانشکده‌های پزشکی به‌عنوان یک نهاد اجتماعی با دیدگاه پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات جامعه جزء جدا نشدنی از فلسفه‌ی وجودی آموزش عالی هستند (۱). به عبارتی، دانشکده‌های پزشکی باید از نظر اجتماعی پاسخ‌گو باشند و باید درجات خاصی از پاسخ‌گویی در قبال سلامت جامعه را بپذیرند (۲).

از زمانی که آموزش پزشکی به سمت جامعه‌محوری و جامعه‌نگری سوق پیدا کرده است، به مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی توجه شایانی معطوف گردیده است (۳). آموزش پزشکی پاسخ‌گو بیانگر برنامه‌ی درسی است که اساس و پایه آن دریافت و پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت جامعه و آماده کردن دانشجویان برای کار و ارائه خدمات به جامعه است (۴). پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌ی درسی به منزله جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند (۵). در چند دهه‌ی اخیر، این مقوله توجه زیادی را به خود جلب نموده است تا آنجا که مجله بین‌المللی Medical Teacher که یکی از مجلات مشهور در آموزش پزشکی است، در سال ۲۰۱۱ یک شماره از مجله خود را به‌طور کامل به چاپ مقالات در زمینه‌ی پاسخ‌گویی اجتماعی اختصاص داد (۶). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، پاسخ‌گویی اجتماعی الزام دانشکده‌های پزشکی در سوق دادن آموزش‌ها، پژوهش‌ها و فعالیت‌های خدماتی به سمت اولویت‌های بهداشتی جامعه، منطقه یا ملت است (۷).

دانشکده‌های پزشکی برای اینکه به اجتماع پاسخ‌گو باشند، می‌بایست ده استراتژی را به‌کارگیرند، اولین استراتژی «پاسخ

به نیازهای سلامتی جاری و آتی و چالش‌های موجود در جامعه» تعریف شده است (۸)، بنابراین، پیش‌بینی نیاز سلامت جامعه به‌عنوان یک راهکار عملیاتی برای اینکه دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گویی جامعه باشند، مطرح شده است (۹). تربیت پزشکان متخصص و کارآمد، از مهم‌ترین رسالت‌های مهم دانشکده‌های پزشکی است، به‌گونه‌ای که دانشجویان در دوران تحصیل، نه تنها دانش کافی در زمینه‌ی بیماری‌ها و چگونگی تشخیص بیماری را داشته باشند، بلکه در زمینه‌ی مهارت‌های عملی نیز توانایی کافی را کسب نمایند تا بتوانند پس از فراغت از تحصیل بیماران مختلف را به‌درستی اداره نمایند (۱۰، ۱۱)، بنابراین آموزش آنان باید به‌گونه‌ای باشد که هنگام فراغت از تحصیل حاذق باشند، بتوانند نیازهای جامعه را درک کنند، در حل مشکلات فردی و اجتماعی به مردم کمک کنند و توانایی تطابق در پاسخ‌گویی به انتظارات در حال تغییر جامعه و پیشرفت علوم پزشکی را داشته باشند (۱۲، ۱۳).

هدف نهایی تربیت پزشکان، بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه تحت پوشش است (۱۴)، این در حالی است که در سال‌های اخیر نگرانی‌هایی مبنی بر این موضوع وجود دارد که پزشکان، آمادگی مواجهه با انتظارات جامعه را ندارند و گزارش‌ها حاکی از عدم آمادگی پزشکان عمومی در سال‌های ابتدایی کار در حیطه‌هایی چون مهارت‌های بالینی، مهارت‌های ارتباطی، داروشناسی بالینی و اخلاق پزشکی است (۵). تغییراتی که در سال‌های اخیر در نظریه‌های یادگیری رخ داده است، در کنار تغییر نیازهای جامعه‌ای که دانش‌آموختگان پزشکی باید به آن پاسخ‌گو باشند، همگی گویای این نکته است که اتخاذ راهبردهایی برای ارتقای کیفیت در برنامه‌ی آموزش پزشکی عمومی اجتناب‌ناپذیر است (۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که علی‌رغم اجرای طرح پزشک خانواده فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی در دوران آموزش پزشک عمومی با انتظاراتی که از پزشک خانواده وجود دارد، زیاد

از این رو باید تلاش نمود تا کیفیت سیستم‌های آموزش پزشکی افزایش یابد (۲۰). از نظر رضائیان دانشکده‌ی پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع دانشکده‌ای است که در آن ضرورت بازنگری در محتوای آموزشی، پژوهشی و خدمت‌رسانی دانشکده‌های پزشکی با محوریت اولویت‌های مربوط به نیازهای سلامت جامعه تحت پوشش و بر اساس اصول و موازین اخلاقی مورد توجه قرار گرفته باشد (۱۷). شیعه و همکاران در مطالعه‌ی خود شاخص‌های پاسخ‌گویی اجتماعی در دانشکده‌های علوم پزشکی کشور را در ۴ حیطه اصلی (سازمان و عملکرد، فعالیت‌های آموزشی، فعالیت‌های پژوهشی و مشارکت در ارائه‌ی خدمات سلامت) و ۵۸ شاخص تبیین کردند (۲۱). امروزه ضرورت بازنگری جدی در برنامه‌های آموزش پزشکی به سمت پاسخ‌گویی در مقابل نیازهای اجتماع، به شکل بسیار گسترده‌ای در سرتاسر دنیا مورد توجه قرار گرفته است (۱۷). در ایران برنامه‌هایی برای تربیت پزشکان پاسخ‌گو به اجرا در آمده است ولی تاکنون اثربخشی این برنامه‌ها به صورت دقیق و عینی مورد سنجش قرار نگرفته است. جهت ارزشیابی میزان پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌های درسی آموزش پزشکی، لازم است ابزار مناسبی تدوین شود. تلاش‌های انجام‌شده در این زمینه، بیشتر متوجه تبیین شاخص‌ها و ابعاد پاسخ‌گویی اجتماعی دانشکده‌های پزشکی بوده است تا طراحی ابزاری معتبر برای ارزشیابی برنامه‌ی درسی. بنابراین، تحقیق حاضر باهدف طراحی ابزاری مناسب برای ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی و بررسی روایی صوری، محتوایی و پایایی آن انجام گردیده است. مهم‌ترین ارزش طراحی چنین ابزاری، برآورد تصویری روشن از وضعیت موجود برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی عمومی در راستای پاسخ‌گویی اجتماعی است. هم‌چنین پس از تکمیل این ابزار می‌توان آن را به‌عنوان یک پایش مداخلاتی مداوم در اختیار گروه‌ها، اساتید و مسوولین برنامه‌ی درسی قرارداد.

است (۱۶). برای این‌که دانشکده‌های پزشکی بتوانند از عهده پاسخ‌گویی در مقابل نیازهای جامعه تحت پوشش خود برآیند، نه تنها محتوای دروس تدریس شده در این دانشکده‌ها باید بر اساس اولویت‌های سلامت جامعه شکل گیرد، بلکه دروس مختلف به شکل ادغام یافته و در محیط‌های آموزشی متناسب (کلاس درس، مراکز بهداشتی و درمانی، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های آموزشی) برای دانشجویان ارایه گردد تا دانشجویان به‌طور ملموس و از نزدیک با نیازهای جامعه تحت پوشش خود و شیوه‌های مرتفع نمودن این نیازها آشنا گردند (۱۷). استراسر و لانفیر معتقدند که بایستی موقعیت‌های آموزشی گوناگون برای دانشجویان پزشکی فراهم شود که در آن‌ها، نه تنها مشکلات و بیماری‌های بالینی افراد جامعه مورد شناخت و آموزش قرار گیرند، بلکه مشکلات و آسیب‌های اجتماعی نیز مورد بحث و بررسی و ریشه‌یابی قرار گیرد (۱۸). ون و همکاران، تدوین رسالت روشن در خصوص پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه در دانشکده، اضافه نمودن آموزش مبتنی بر جامعه در سطوح مختلف برنامه‌ی درسی پزشکی و رها نکردن پزشکان بعد از فارغ‌التحصیلی را به‌عنوان سه راهکار اصلی برای افزایش پاسخ‌گویی برنامه‌ی درسی آموزش پزشکی پیشنهاد نمودند (۱۹). یمانی و فخاری در مطالعه‌ی مروری خود، موانع پاسخ‌گویی را در هشت مقوله دسته‌بندی نموده‌اند که ساختار برنامه‌ی درسی و مواجهه دیررس دانشجویان با معضلات سلامت جامعه، عدم تناسب محتوای درسی با نیازهای جامعه و توجه بیش‌تر برنامه‌ی درسی به آموزش تئوریک و بالینی، غلبه پارادایم کمی و در نتیجه بی‌توجهی به شاخص‌های مهم پزشکان پاسخ‌گو، ضعف در همکاری بین دانشگاه و جامعه، کمبود واحدهای درسی انتخابی در زمینه‌ی دروس متمایل به زمینه‌ی اجتماعی و محیط کاری از جمله این موانع محسوب می‌گردند (۳). آموزش پزشکی به دلیل مسوولیت دانش‌آموختگان آن در برابر جان انسان‌ها از اهمیت و حساسیت ویژه‌ای برخوردار است و

## روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی ترکیبی از نوع طراحی ابزار بود که در دو بخش کیفی و کمی انجام شد. این مطالعه در سال ۱۳۹۶ با هدف طراحی و اعتبارسنجی ابزاری برای ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و طی مراحل زیر انجام پذیرفت:

مرحله اول: با استفاده شیوه‌ی مطالعه کیفی، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته در قالب رویکرد تحلیل محتوای کیفی تا مرحله اشباع داده‌ها با مشارکت صاحب‌نظران و متخصصان برنامه‌ریزی درسی، آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی انجام گرفت. بنابراین با توجه به هدف پژوهش، تعداد ۱۴ نفر از مدرسین به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و جهت جمع‌آوری و تولید داده‌های غنی وارد مطالعه شدند. گردآوری داده‌ها در جهت تبیین ویژگی‌های عناصر برنامه‌ی درسی پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی و تعیین ابعاد و گویه‌های آن انجام شد.

مرحله‌ی دوم: براساس داده‌های به دست آمده از مرحله اول و با بهره‌گیری از مطالعه‌ی وسیع منابع معتبر علمی در زمینه‌ی موضوع پژوهش، مقالات مرتبط با ابزارسازی و همچنین ابزارها و شاخص‌های ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی پزشکی عمومی براساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی بررسی شد. بدین منظور جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی هم چون Elsevier، Iran Medex، PubMed، Google Scholar، Springer و ERIC با استفاده از کلید واژه‌های پاسخ‌گویی اجتماعی (Social Accountability)، آموزش پزشکی (Medical Education)، آموزش بالینی (Teaching Clinical) و برنامه‌ی درسی (Curriculum) انجام پذیرفت.

پس از تعیین ابعاد و گویه‌های ابزار مورد نظر، اطلاعات گردآوری شده طی جلساتی توسط گروه نویسندگان بررسی شد. برخی گویه‌ها ادغام یا حذف شدند و برخی نیز تغییراتی

یافتند و در نهایت ابزار اولیه بررسی وضعیت برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی در ۵۵ گویه با طیف لیکرت ۵ قسمتی طراحی گردید.

مرحله‌ی سوم: به منظور انجام اعتباریابی ابزار، روایی و پایایی آن تعیین گردید. با استفاده از مطالعه کیفی روش‌شناسی، روایی محتوایی و صوری برآورد شد و در نهایت پایایی ابزار نیز با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. اعتبار، مشخص می‌کند که یک ابزار تا چه اندازه آنچه را که باید اندازه‌گیری نماید، اندازه می‌گیرد. روایی صوری به این معنی است که آیا ابزار دارای ظاهر مناسبی برای اندازه‌گیری سازه مورد نظر می‌باشد؟ (۲۲). برای تعیین اعتبار صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی اعتبار صوری، ۵ نفر از مدرسین آموزش پزشکی ابزار را از نظر تناسب و ارتباط مطلوب گویه‌ها با ابعاد ابزار و وجود واژه‌های منعکس‌کننده مفهوم مورد نظر بررسی کردند (۲۳). در روش کمی اعتبار صوری نیز جهت تعیین اهمیت هر یک از گویه‌ها و حذف گویه‌های کم اهمیت، از روش کمی تاثیر آیتم (Item impact method) استفاده شد. بدین صورت که از ۱۱ نفر از مدرسین خواسته شد تا هر یک از گویه‌های ابزار را بررسی و اهمیت هر یک از گویه‌ها را بر اساس طیف لیکرتی ۵ قسمتی شامل: کاملاً مهم است (امتیاز ۵)، مهم است (امتیاز ۴)، به‌طور متوسط مهم است (امتیاز ۳)، اندکی مهم است (امتیاز ۲) و اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱) مشخص نمایند. سپس نمرات تاثیر هر گویه بر اساس فرمول زیر محاسبه گردید:

$$\text{میزان اهمیت} \times \text{فراوانی (به درصد)} = \text{نمره‌ی تأثیر آیتم}$$

در این فرمول، فراوانی «درصد مشارکت‌کنندگانی که آیتم را بررسی کرده‌اند» و میزان اهمیت نیز «متوسط پاسخ مشارکت‌کنندگان به گزینه‌های مربوط به اهمیت هر آیتم» را نشان می‌دهد. برای پذیرش روایی صوری هر گویه، نمره تاثیر آن بایستی بالاتر از ۱/۵ باشد. روایی محتوا به این مفهوم است

مجدد ابزار مورد نظر به ۱۱ نفر از متخصصین داده شد تا بر اساس سه معیار «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» و بر اساس طیف لیکرتی ۴ قسمتی (به طور مثال ویژگی «مربوط بودن» با طیف لیکرت: مربوط نیست=۱، نسبتا مربوط است=۲، مربوط است=۳ و کاملا مربوط است=۴ طبقه بندی شد) در مورد هر یک از گویه‌های ابزار اظهار نظر نمایند (۲۳). سپس با استفاده از فرمول زیر، شاخص روایی محتوا برای هر گویه محاسبه گردید:

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصینی که به گویه نمره ۳ و ۴ داده اند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$$

در این روش گویه‌های دارای نمره ۰/۷۹ مناسب هستند، بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ نیاز به اصلاح دارند و کمتر از ۰/۷۰ غیر قابل قبول می‌باشند (۲۶).

در انتهای این مرحله، پایایی ابزار مورد بررسی قرار گرفت. پایایی ابزار نشان می‌دهد که استفاده از یک ابزار در اندازه‌گیری‌های مکرر در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج مشابه ارائه می‌دهد (۲۳). ابزار زمانی پایاست که منعکس‌کننده نمرات صحیح و بدون خطا باشد (۲۲). ضریب پایایی بالاتر از ۰/۷۰ رضایت‌بخش است ولی ضرایب در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ بیشتر ترجیح داده می‌شود (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی ابزار از طریق روش همسانی درونی (Internal consistency) با تعیین ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) از طریق مشارکت ۳۰ نفر از فارغ‌التحصیلان پزشکی مشخص گردید.

#### یافته‌ها

در مراحل اول و دوم پژوهش، ابزار اولیه در ۴ حیطه (اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی-یادگیری و ارزشیابی) و ۵۵ گویه با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) طراحی گردید. طی مرحله سوم، اعتبارسنجی ابزار فوق انجام پذیرفت. نمره تاثیر همه گویه از

که یک ابزار تا چه اندازه دربرگیرنده‌ی گویه‌های متناسب برای سازه مورد اندازه‌گیری است و به‌طور مناسبی حیطه سازه را پوشش می‌دهد. روایی محتوا بر اساس قضاوت متخصصین صورت می‌گیرد و جهت قضاوت در مورد روایی محتوایی، استفاده از نظرات ۵ الی ۱۵ نفر از متخصصین توصیه شده است (۲۲). در این مطالعه جهت تعیین روایی محتوای ابزار از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا از ۵ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی نظرخواهی شد و از آنان درخواست گردید پس از مطالعه‌ی دقیق ابزار از نظر این‌که گویه‌ها تا چه اندازه‌ای مفهوم و حیطه‌های آن را پوشش می‌دهند، دیدگاه‌های اصلاحی و پیشنهادهای خود را به صورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند (۲۳). برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو شیوه نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio (CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index (CVI) استفاده گردید. ابتدا برای تعیین نسبت روایی محتوا با توضیح اهداف ابزار و ارائه‌ی تعاریف عملیاتی مربوط به محتوای گویه‌ها برای ۱۱ نفر از متخصصین آموزش پزشکی، از آن‌ها خواسته شد تا هر گویه را بر اساس طیف لیکرت ۳ قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. سپس بر اساس فرمول زیر نسبت روایی محتوا برای هر گویه محاسبه گردید (۲۴):

$$CVR = \frac{n_F - N/2}{N/2}$$

در این فرمول،  $n_F$  تعداد افرادی است که گزینه‌ی «ضروری است» را انتخاب کرده‌اند و  $N$  تعداد کل متخصصین است. بر اساس جدول لاوشه (Lawsh)، گویه‌هایی که نسبت روایی محتوای آن‌ها بیشتر از ۰/۵۹ بود (بر اساس تعداد ۱۱ نفر متخصصی که گویه‌ها را مورد ارزیابی قرار داده‌اند)، مورد قبول واقع شدند (۲۵).

جهت بررسی شاخص روایی محتوا، از روش والتس و باسل (Waltz & Bausell) استفاده شد. بدین منظور، به‌طور

نگردید. نمره‌ی کلی نسبت روایی محتوا در ابزار ۴۰ گویه‌ای  $CVR = 0/80$  محاسبه گردید. همچنین شاخص روایی محتوا برای سه گویه (۱۲، ۲۳ و ۴۴) بین  $0/70$  تا  $0/79$  به دست آمد که پس از اصلاح آن‌ها، شاخص روایی محتوا برای تمامی گویه‌ها بالای  $0/79$  و میزان کلی آن  $CVI = 0/91$  محاسبه گردید. نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای هر آیت‌م ابزار نهایی ۴۰ گویه‌ای، در جدول ۱ نشان داده شده است. جهت تعیین همسانی درونی ابزار ۴۰ گویه‌ای نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن  $0/97$  برآورد گردید (جدول ۲).

۱/۵ بیشتر بود. نسبت روایی محتوا (CVR) در ۱۱ گویه (۶، ۱۳، ۱۶، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۳۲، ۳۵، ۴۲، ۵۲ و ۵۳) پایین‌تر از مقادیر ارایه‌شده در جدول لاوشه برای ۱۱ نفر ( $0/59$ ) بود که به دلیل کسب نمره پایین حذف شدند. در این مرحله با توجه به نظر متخصصین، با توجه به اهداف ابزار و محتوای طراحی‌شده برای گویه‌ها، برخی از گویه‌های ابزار با همدیگر همپوشانی داشتند که با اعمال نظرات و پیشنهادهای آن‌ها، تعداد ۴ گویه (۲، ۱۱، ۱۹ و ۳۴) نیز به دلیل همپوشانی با گویه‌های دیگر حذف گردید. سپس پار دیگر ابزار ۴۰ گویه‌ای جهت تعیین نسبت روایی محتوا در اختیار ۱۱ نفر متخصصین و مدرسین قرار گرفت که در این مرحله، گویه‌ای حذف

جدول ۱: شاخص روایی محتوایی ابزار بر اساس نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بعد از اصلاح و بازنگری ابزار

حیطه	گویه	CVR	CVI
۱-۱۷	۱) طراحی برنامه مراقبتی بیمار با در نظر گرفتن ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی	۰/۹۱	۱
	۲) ارزیابی و تعیین وضعیت سلامت فرد و جمعیت تحت پوشش	۰/۸۲	۱
	۳) شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز سلامتی فرد و جامعه (مانند سیگار، مواد مخدر، و ...)	۰/۹۱	۰/۸۲
	۴) ایفای نقش مؤثر در طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات سلامتی در سطح فرد و جمعیت تحت پوشش	۰/۹۱	۰/۸۲
	۵) مشارکت در فعالیتهای اجتماعی مناسب و انجام کار تیمی با سایر حرفه‌های بهداشتی و درمانی	۰/۸۲	۰/۶۴
	۶) آموزش بیماری‌های شایع، گذار اپیدمیولوژیک بیماری، تغییرات در بار بیماری	۰/۹۱	۰/۸۲
	۷) مهارت برقراری ارتباط خوب و مؤثر با بیمار، همراهان بیمار و همکاران	۰/۸۲	۱
	۸) شناسایی علل بیماری‌ها و عوامل تأثیرگذار بر پیش‌آگهی آن‌ها	۰/۸۲	۰/۶۴
	۹) توانمندی برای ارایه آموزش‌های ضروری سبک زندگی سالم و شیوه مراقبت به فرد و جامعه.	۰/۸۲	۰/۸۲
	۱۰) احساس مسوولیت در قبال سلامت افراد جامعه و تلاش برای ارتقای وضعیت سلامتی آن‌ها.	۰/۸۲	۱
	۱۱) متعهد بودن نسبت به رعایت اصول، موازین و اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه‌ای	۰/۹۱	۰/۸۲
	۱۲) عملکرد منطبق با موازین اسلامی و اخلاق پزشکی، احترام به ارزش‌ها و فرهنگ بیماران	۰/۹۱	۰/۸۲
	۱۳) درک علوم رفتاری و اجتماعی با توجه به نیاز و سنت‌های محلی.	۰/۸۲	۰/۸۲
	۱۴) اولویت‌های سلامت و مسائل بهداشتی و درمانی کشور، منطقه و جهان.	۰/۹۱	۰/۸۲
	۱۵) مدیریت سیستم‌های بهداشتی و درمانی (همکاری گروهی، رعایت الزامات و اولویت‌ها)	۱	۰/۸۲
	۱۶) وظایف پزشک عمومی در سطوح مختلف ارجاع	۱	۰/۶۴
	۱۷) توسعه مهارت‌های تفکر انتقادی و حل مسئله برای مواجهه با مسائل و مشکلات بالینی.	۰/۸۲	۰/۸۲
۱۸) مجموعه وظایف یک پزشک برای طبابت مستقل در محیط واقعی.	۱	۰/۶۴	

ادامه‌ی جدول ۱: شاخص روایی محتوایی ابزار بر اساس نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بعد از اصلاح و بازنگری ابزار

۱	۱	۱۹) شناسایی و بهبود وضعیت سلامت گروه‌های محروم و در معرض خطر جامعه.	روش‌های یاددهی - یادگیری
۰/۹۱	۰/۸۲	۲۰) مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی درمانی و بازتوانی بیماری‌ها.	
۱	۱	۲۱) آموزش مهارت‌های عملی رایج در مراکز بهداشتی درمانی درون جامعه	
۰/۹۱	۰/۸۲	۲۲) ادغام محتوای بالینی با حیطه‌های جامعه، پیشگیری و ارتقا سلامت.	
۱	۰/۸۲	۲۳) آموزش تصمیم‌گیری بالینی و استدلال بالینی.	
۰/۹۱	۰/۸۲	۲۴) امکان مشارکت فعال از طریق پرسش و پاسخ و بحث گروهی برای دانشجویان در تدریس علوم بالینی	
۰/۸۲	۰/۸۲	۲۵) استفاده از آموزش مبتنی بر جامعه و آموزش پزشکی سرپایی در آموزش دوره بالینی	
۰/۹۱	۰/۸۲	۲۶) استفاده از روش بحث در گروه‌های کوچک (سمینار، بحث آزاد، و غیره) در آموزش دوره بالینی	
۰/۸۲	۰/۸۲	۲۷) روش‌های تدریس و یادگیری با رویکرد چند رشته‌ای جهت شناخت و حل مشکلات مهم بهداشتی	
۰/۸۲	۰/۶۴	۲۸) استفاده از روش‌های تدریس شبیه‌سازی و نمایش بالینی در ابعاد مختلف	
۰/۹۱	۰/۸۲	۲۹) تأکید ویژه بر آموزش و یادگیری مبتنی بر طرح مسئله	
۰/۹۱	۰/۸۲	۳۰) آموزش مهارت ارتباط با بیمار، و تعاملات بین فردی به شیوه «ایفای نقش» و «مشاهده مصاحبه»	
۰/۹۱	۰/۸۲	۳۱) برنامه آموزشی مدون شامل راند آموزشی، CPC (Clinical Pathology Conference) و کنفرانس‌ها	
۰/۹۱	۰/۸۲	۳۲) امکان یادگیری موارد لازم برای ارائه خدمت در سطوح مراقبت (پیشگیری، درمان و بازتوانی)	
۰/۹۱	۰/۸۲	۳۳) تأکید بر ارزشیابی جامع دانشجویان در هر سه سطح مراقبتی (سطوح پیشگیری، درمان و بازتوانی)	
۰/۸۲	۰/۶۴	۳۴) روش ارزشیابی ۳۶۰ درجه‌ای (بازخورد از استاد، هم‌تایان و بیمار یا خانواده)	
۱	۰/۸۲	۳۵) طراحی آزمون‌های نظری در راستای بیماری‌های شایع ایران، اطلاعات اپیدمیولوژیک آن‌ها و رویکردهای	ارزشیابی
۱	۱	۳۶) تأکید آزمون‌های عملی بر کسب مهارت‌های لازم برای مراقبت از بیماران در مراکز بهداشتی و درمانی	
۰/۹۱	۱	۳۷) ارزشیابی مبتنی بر عملکرد دانشجویان در محیط کار واقعی	
۰/۹۱	۰/۸۲	۳۸) تأکید بر یادگیری مهارت‌های تفکر، حل مسئله، تصمیم‌گیری بالینی و استدلال بالینی در ارزشیابی	
۰/۹۱	۰/۶۴	۳۹) وجود مکانیسم پایش و ارزشیابی عملکرد دانشجو در زمینه مدیریت سیستم‌های بهداشتی و درمانی	
۰/۸۲	۰/۶۴	۴۰) اختصاص بخشی از نمره ارزشیابی به مشارکت در کار تیمی، پژوهش و پروژه‌های طولی	

جدول ۲: نتیجه پایایی ابزار تدوین شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ

مقدار آلفای کرونباخ	تعداد سوال	ابعاد ابزار
۰/۹۴	۱۱	اهداف
۰/۹۳	۱۲	محتوا
۰/۹۲	۹	روش‌های یاددهی - یادگیری
۰/۹۱	۸	ارزشیابی
۰/۹۷	۴۰	کل ابزار

## بحث

در راستای پاسخ‌گویی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام پذیرفته و تعداد ۳۸ آیتم مورد تایید قرار گرفته بود، مطابقت دارد (۲۸).

در بعد محتوا گویه‌های مرتبط با موازین اسلامی و اخلاقی، درک علوم رفتاری، مدیریت سیستم‌های بهداشتی، وظایف پزشک در سطوح ارجاع، توسعه مهارت‌های تفکر انتقادی و حل مساله، طبابت در محیط واقعی، بهبود وضعیت سلامت گروه‌های محروم، مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی درمانی و بازتوانی، ادغام محتوای بالینی با حیطه‌های جامعه، پیشگیری و ارتقای سلامت، و آموزش تصمیم‌گیری بالینی و استدلال بالینی قرار گرفته‌اند. نتایج تحقیق دانشگاه داندی اسکاتلند که باهدف تجزیه و تحلیل برنامه‌ی درسی پزشکی دانشکده‌ی پزشکی انجام پذیرفته حاکی از آن است که محتوای برنامه‌ی درسی پزشکی باید موارد مرتبط با چهار حیطه‌ی بالینی (دانش و مهارت‌های بالینی و توسعه تفکر انتقادی)، بهداشتی (مسائل فردی، اجتماعی، فرهنگی، پیشگیری و ارتقاء سلامت و پژوهش)، یادگیری مادام‌العمر (جهت مقابله با شرایط اورژانسی و تبدیل به پزشکان خود راهبر)، و رهبری (قابلیت‌های مدیریت و رهبری، کار تیمی، مهارت‌های ارتباطی و حل مساله) را شامل بشود (۲۹)، آیت‌های لیست شده در این چهار حیطه با آیت‌های تأیید شده در تحقیق حاضر به نوعی همسویی دارد.

در بعد روش‌های یاددهی و یادگیری، روش‌های آموزش مبتنی بر جامعه، آموزش سرپایی، ایفای نقش و مشاهده مصاحبه قرار دارند. حیطه‌ی ارزشیابی نیز بر لزوم ارزشیابی جامع دانشجویان در هر سه سطح مراقبتی (سطوح پیشگیری، درمان و بازتوانی)، مشارکت در کار گروهی و پروژه‌های طولی، مهارت‌های تفکر، حل مساله، تصمیم‌گیری بالینی و استدلال بالینی تاکید دارد. شیوه‌های یاددهی - یادگیری و ارزشیابی مندرج در آیت‌های این دو حیطه، با شیوه‌های معرفی شده در نتایج مطالعات مختلف مرتبط با پاسخ‌گویی

این پژوهش به دلیل طراحی و اعتبار سنجی «ابزاری برای ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی» یک نوآوری در ایران محسوب می‌شود. بر اساس بررسی متون صورت گرفته در مطالعات داخل و خارج از کشور به نظر می‌رسد تاکنون ابزاری مشابه باهدف پژوهش حاضر طراحی نشده است و مطالعات قبلی، به‌صورت محدود و صرفاً در خصوص مفاهیم و شاخص‌های کلی پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌ی درسی دوره‌ی پزشکی انجام پذیرفته است (۲۸-۳۲)، بنابراین نمی‌توان این ابزار را با سایر ابزارها مقایسه کرد. طی پژوهش حاضر ابزاری معتبر و پایا برای بررسی وضعیت موجود برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی عمومی با جزییات لازم و جملات کامل طراحی گردید. بدین منظور طی یک پژوهش روش‌شناسی، ابزاری شامل ۴ حیطه و ۴۰ گویه طراحی گردید. برای ابزار طراحی‌شده، یک طیف لیکرت ۵ قسمتی (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) در نظر گرفته شد. این امر جهت عینی‌تر شدن چگونگی نمره دهی و اختصاص نمرات به روش دقیق‌تر انجام گرفت (۳۳).

ابزار طراحی‌شده دربرگیرنده‌ی حیطه‌های اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی - یادگیری و ارزشیابی بود که جنبه‌های مهمی از اجزاء برنامه‌ی درسی می‌باشند. در حیطه اهداف مواردی هم چون طراحی برنامه‌ی مراقبتی با توجه به همه ابعاد جسمی، روانی و معنوی بیمار، شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز سلامتی فرد و جامعه، مشارکت در کار تیمی، آموزش بیماری‌های شایع، مهارت برقراری ارتباط خوب، شناسایی علل بیماری‌ها، توانمندی در آموزش سبک زندگی سالم و شیوه‌ی مراقبت، احساس مسوولیت در قبال سلامت افراد جامعه و رعایت اصول و موازین اخلاق پزشکی و حرفه‌ای قرار گرفته‌اند. این آیت‌ها با نتایج مطالعه‌ی عمادزاده و همکاران که با عنوان بررسی برنامه‌ی درسی پزشکی عمومی



نیز ضریب آلفا در همه گروه‌ها بالاتر از ۰/۹۰ بود (۳۶). مهم‌ترین محدودیت این تحقیق تعمیم‌پذیری یافته‌های آن است. با توجه به این‌که مراحل طراحی و اعتبارسنجی این ابزار با مشارکت اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز صورت گرفته است، بنابراین قابلیت تعمیم آن در کل کشور را کاهش می‌دهد. در این راستا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به این مقوله مهم توجه شود و جهت ارزشیابی برنامه‌ی درسی دوره‌ی پزشکی عمومی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی در سایر دانشگاه‌ها، بازنگری‌های لازم اعمال گردد.

### نتیجه‌گیری

ابزار طراحی‌شده، جهت ارزشیابی وضعیت برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی عمومی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی در ۴ حیطه و ۴۰ گویه تهیه گردید. نتایج مطالعه نشان داد که کلیه امتیازات و نمره‌های محاسبه شده در اعتبار و پایایی ابزار، مناسب بوده و ابزار طراحی‌شده دارای ویژگی‌های اعتبارسنجی مطلوبی است. بنابراین این ابزار جهت سنجش وضعیت برنامه‌ی درسی (اجراشده) دوره‌ی بالینی پزشکی از نظر پاسخ‌گویی اجتماعی از استحکام و اعتبار لازم برخوردار است.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده مسوول تحت عنوان «طراحی و اعتبارسنجی الگوی مناسب برنامه‌ی درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دوره‌ی پزشکی عمومی» (دارای کد ۱۲۷۸۷۹۲) به راهنمایی نویسنده-ی اول در دانشگاه تبریز است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی اساتید گران‌قدری که در مراحل طراحی، تعیین روایی و پایایی ابزار این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه قدردانی نمایند.

اجتماعی برنامه‌ی درسی دوره‌ی پزشکی عمومی، مطابقت دارد (۲۹-۳۲).

جهت تعیین اعتبار ابزار از روایی صوری و روایی محتوا استفاده گردید. در بررسی روایی صوری کیفی، نظر متخصصین به‌طور کامل اعمال شد. در روایی صوری کمی، نمره تاثیر آیتم در همه موارد از ۱/۵ بالاتر بود که مناسب تشخیص داده می‌شود. برای تعیین روایی محتوا، ابتدا به روش کیفی، قضاوت متخصصین مدنظر قرار گرفت و سپس در راستای بررسی روایی محتوا به روش کمی، نسبت روایی محتوا (CVR) برای هر یک از گویه‌ها، بالای ۰/۵۹ و برای کل ابزار، ۰/۸۰ محاسبه شد که مناسب محسوب می‌گردد. شاخص روایی محتوا (CVI) نیز برای هر گویه بالاتر از ۰/۷۹ و متوسط آن برای کل ابزار ۰/۹۱ بود که نمره‌ی مناسبی تلقی می‌گردد. پولیت و بک توصیه می‌کنند که متوسط شاخص روایی محتوای ۰/۹۰ را به‌عنوان استاندارد در نظر بگیرید (۳۴). بازارگادی و همکاران در مطالعه‌ای که در دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران تحت عنوان طراحی ابزاری جهت ارزشیابی عملکرد عمومی دانشجویان پرستاری انجام دادند، متوسط شاخص روایی محتوای ۰/۹۴ را به دست آوردند (۳۵). عبدی شهشهانی و همکاران نیز در پژوهشی تحت عنوان طراحی و اعتباریابی ابزاری برای ارزشیابی دوره‌ی دکتری تخصصی بهداشت باروری ایران براساس الگوی سیپ که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد، متوسط شاخص روایی محتوای ۰/۹۰ را محاسبه کردند (۳۶). در بررسی پایایی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برآورد گردید که اعتبار بالای این ابزار را تایید می‌نماید. بازارگادی و همکاران نیز برای سنجش پایایی ابزار خود از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند که ۰/۹۹ به دست آمد (۳۵)، هم‌چنین در مطالعه‌ی عبدی شهشهانی و همکاران

## References

- 1- Moezzi M, Shirani M, Majidi F, Saberzade M. Designing and implementing a community-centered and responsive educational program: A report from the Center for Research and Development of Medical Education of Shahrekord University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ.* 2017;17(1):120-4. [Persian]
- 2- Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools: WHO; [Cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/59441>.
- 3- Yamani N, Fakhari M. Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications. *Iran J Med Educ.* 2014;13(12):1082-98. [Persian]
- 4- Nekuzad N, Nezami asl A, Azizi M. Investigation of Accountable Medical Education in Iran. *Journal of Educational Studies (NAMA).* 2014;5(1):50-9. [Persian]
- 5- Yamani N, Omid A, Najimi A, Shahidi S, Aghdak P, Heydary Sharif Abad S. Common and Important Signs, Symptoms and Diseases that a General Practitioner Should Know: One Step toward Socially Accountable Education. *Iran J Med Educ.* 2017;17(1):1-14. [Persian]
- 6- Gibbs T. Sexy words but impotent curricula: Can social accountability be the change agent of the future? *Med Teach.* 2011;33(8):605-7.
- 7- Sanagoo A, Mansourian F, Jouybari L. Responsive Education: Reducing women's concerns at the first examination by gynecologist and midwife. *Strides Dev Med Educ.* 2016;13(2):205-6. [Persian]
- 8- Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools [Cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://healthsocialaccountability.org>.
- 9- Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Med Educ.* 2012;46(1):21-7.
- 10- Frankelyn-Miller AD, Falvy EC, McCrory PR. Patient based not problem based learning: An oslerian approach to clinical skills, looking back to move forward. *J postgrad Med.* 2009;55(3):198-203.
- 11- Ilic D. Assessing competency in Evidence Based Practice: strengths and limitations of current tools in practice. *BMC Med Edu.* 2009;9(1):53-7.
- 12- Murray E, Gruppen L, Catton P, Hays R, Woolliscroft JO. The accountability of clinical education: its definition and assessment. *Med Educ.* 2000;34(10):871-9.
- 13- Ghazanfari Z, Forozy M, Khosravi F. The Opinions of Graduated Students of Medicine on the Amount of Compatibility Existing between the Programs of Clinical Education and their Occupation Needs in Kerman. *JBUMS.* 2010;12(5). [Persian]
- 14- Gonnella JS, Hojat M. Medical education, social accountability and patient outcomes. *Med Educ.* 2012;46(1):3-4.
- 15- Ahmadi S, Javidan F, Dehghan MS. Educational Strategies in Undergraduate Medical Curriculum. *Strides Dev Med Educ.*

- 2014;11(2):205-2013. [Persian]
- 16- Karimi M. Socially accountable medical education. *jmed*. 2013;8(1):74-6. [Persian]
- 17- Rezaeian M. A Review on the Different Dimensions of Socially Accountable Medical Schools. *JRUMS*. 2012;11(2):159-72. [Persian]
- 18- Strasser R, Lanphear J. The Northern Ontario School of Medicine: responding to the needs of the people and communities of Northern Ontario. *Educ Health*. 2008;21(3):212.
- 19- Wen LS, Greysen SR, Keszthelyi D, Bracero J, De Roos P. Social accountability in health professionals' training. *Lancet*. 2011;378(9807):12-3.
- 20- Noohi E, Montazeri H, Shokohi M. A Review of the Academic Engagement of Medical Students in Kerman University of Medical Sciences, Iran, 2011-2012. *Strides Dev Med Educ*. 2015;12(1):1-9. [Persian]
- 21- Shieh H, Ghanavati S, Nabeiei P, Amini M. Exploration of social accountability indicators in medical science schools in Iran. *IJVLMS*. 2016;7(1):61-72.
- 22- Polit DF, Tatano Beck CH. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 7th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 23- LoBiondo-Wood G, Hober J. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. St. Louis: Mosby-Elsevier; 2006.
- 24- Nadighara AA, Abedi G, Abedi E, Rostami F. Designing and Validating a Scale to Measure the Sense of Security in Hospitalized Patients *JRUMS*. 2016;26(139):178-89. [Persian]
- 25- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975;28(4):563-75.
- 26- Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67.
- 27- Sabeti F, Elhampour H, Shayestehfard M, Sedaghat S. Development and Validation of an Instrument for Clinical Evaluation of Nursing Teachers (Student Form) in Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. *Strides Dev Med Educ*. 2014;11(1):55-64. [Persian]
- 28- Emadzadeh A, Karimi Moonaghi H, Mousavi Bazzaz SM, Karimi S. An investigation on social accountability of general medicine curriculum. *Electronic Physician*. 2016;8(7):2663-9.
- 29- Ahmed YA, Alneel S. Analyzing the curriculum of the faculty of medicine, University of Gezira using Harden's 10 questions framework. *J Adv Med Educ Prof*. 2017;5(2):60-6.
- 30- Emadzadeh A, Mousavi Bazzaz SM, Noras MR, Karimi S. Social Accountability of the Curriculum in Medical Education: A Review on the Available Models. *FMEJ*. 2016;6(4):31-7.
- 31- Abdalla ME. Suggested new standards to measure social accountability of medical schools in the accreditation systems. *JCSAA*. 2014;3(1):1-25.
- 32- Reddy AT, Lazreg SA, Phillips RL, Bazemore AW, Lucan SC. Toward defining and measuring

social accountability in graduate medical education: a stakeholder study. *J Grad Med Educ.* 2013;5(3):439-45.

33- Jahani Shoorab N, Golmakani N, Mazluom SR, Mirzakhani K, Azhari S, Navaiyan A. Construct validity and reliability of evaluation tools for midwifery students at the final examination in Mashhad School of Nursing and Midwifery. *Iran J Med Educ.* 2011;11(5):485-95. [Persian]

34- Polit DF, Beck CH. The content validity index: are you sure you know what's being

reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97.

35- Pazargadi M, Ashktorab T, Alavimajd H, Khosravi S. Developing an Assessment Tool for Nursing Students' General Clinical Performance. *Iran J Med Educ.* 2013;12(11):877-87. [Persian]

36- Abdi Shahshahani M, Ehsanpour S, Yamani N, Kohan S, Dehghani Z. The Development and Validation of an Instrument to Evaluate Reproductive Health PhD Program in Iran Based on CIPP Evaluation Model. *Iran J Med Educ.* 2014;14(3):252-65. [Persian]

Archive of SID