

بررسی نیازهای برنامه‌ی آموزشی پزشکان عمومی برای پاسخگویی اجتماعی بر اساس مدل معادلات ساختاری

شهلا کریمی^۱، وجیهه ظهورپرونده^{۱*}

چاپ: ۱۳۹۷/۱۲/۲۸

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۱

دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی به معنای خواستن و توانایی تطابق با نیازهای بیماران و سیستم مراقبت از بیمار به صورت ملی و جهانی است. سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی، به نحوی که پزشکانی متناسب و آماده رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می‌نماید. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی نیازهای آموزشی پزشکان عمومی برای پاسخگویی اجتماعی می‌باشد.

روش بررسی: روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه‌ی گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری شامل صاحب نظران دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اساتید دانشکده‌ی پزشکی، و پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی درمانی بودند. با توجه به اهداف تحقیق از روش نمونه‌گیری، غیر تصادفی مبتنی بر هدف بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. روایی پرسشنامه با استفاده از روایی محتوایی و تحلیل عاملی تایید و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و Amos تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین مولفه‌ی بالینی و مولفه‌ی پژوهش رابطه وجود دارد. بین مولفه‌ی بالینی و مولفه‌ی وجود دارد. بین مولفه‌ی حمایتی و مولفه‌ی آموزشی رابطه وجود دارد. بین مولفه‌ی حمایتی و مولفه‌ی بالینی رابطه وجود دارد ولی بین مولفه‌ی آموزش و مولفه‌ی پژوهش و همچنین بین مولفه‌ی حمایتی و مولفه‌ی پژوهش رابطه معناداری یافت نشد. در نهایت این که بین پاسخگویی اجتماعی و حوزه‌های آموزشی، بالینی و پژوهشی رابطه معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج تحقیق بیانگر اهمیت پرداختن به پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی پزشکان عمومی بر اساس مدل CARE به عنوان یک ابزار راهنما برای اجرای برنامه پاسخ‌گویی است.

واژگان کلیدی: برنامه‌ی آموزشی، پزشکان عمومی، پاسخگویی اجتماعی.

این مقاله بدین صورت ارجاع داده شود:

Zohoorparvande V, karimi S. Evaluation of Requirements of Social Accountability in the Curriculum of General Practitioners Based on Structural Equation Models. *J Med Educ Dev*. 2019; 11 (32): 54-67

۱- گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

*نویسنده‌ی مسؤل: گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. zohoorparvande.v@pnurazavi.ac.ir

مقدمه

طرفی برخی پاسخگویی اجتماعی را یکی از چهار رسالت اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌دانند. در تمامی کشورها یکی از معضلات آموزش پزشکی، ناکافی بودن توانمندی فارغ التحصیلان پزشکی است. در مطالعات متعددی که بر روی پزشکان تازه فارغ التحصیل در انگلستان انجام گرفته است به کمبود مهارت پزشکان اشاره شده است. از نشانه‌های نقص در پاسخگویی اجتماعی برنامه‌ی درسی، کمبود دانش، نگرش و مهارت پزشکان متناسب با نیازهای جامعه است؛ با این حال دیده شده که عدم توجه به پاسخگویی اجتماعی در تربیت پزشکان، زمینه‌ی القای حس ناتوانی در پزشکان برای خدمت رسانی به جامعه را فراهم می‌کند که خود موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها و افزایش اضطراب آنان در سال‌های آغازین طبابت می‌شود (۷).

از سوی دیگر تحولات جدید در آموزش پزشکی به طور اجتناب ناپذیری به سمت جلو حرکت می‌کند و دانشکده‌های پزشکی را به بررسی مجدد برنامه‌های درسی خود برای اطمینان از کیفیت فارغ‌التحصیلان و مطابقت آن‌ها با استانداردهای تعریف شده، تشویق می‌کند. مسئولیت‌پذیری اجتماعی یک حقیقت مهم از یک برنامه‌ی آموزشی معتبر جهانی است و اعتبار جهانی در حال حاضر یکی از اهداف مهم برای بسیاری از دانشکده‌های پزشکی است (۸).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسئولیت تأمین و حفظ سلامت جامعه را برعهده دارد. تربیت نیروی انسانی لازم برای این امر در دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد. پزشکان گروهی از این نیروی انسانی هستند که در مقاطع پزشکی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در دانشکده‌های پزشکی آموزش می‌بینند. هدف نهایی تربیت پزشکان بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه تحت پوشش است؛ بنابراین آموزش آنان باید به گونه‌ای باشد که هنگام فراغت از تحصیل حاذق باشند، بتوانند نیازهای جامعه را درک

استراتژی پاسخگویی اجتماعی تلاش می‌کند عملکرد سازمانی را به وسیله حمایت از مشارکت شهروندان و مسئولیت‌پذیری سیاست‌گذاران در بخش‌های دولتی و خصوصی بهبود بخشد. در عمل مفهوم پاسخگویی اجتماعی شامل دامنه‌ی وسیعی از نوآوری و خلاقیت می‌باشد (۱). سابقه‌ی پاسخگویی اجتماعی در مقابل مسائل اجتماعی که بر سلامت انسان‌ها تاثیر دارد را از نظر طول مدت می‌توان از زمان بقراط دانست (۲). این سابقه‌ی طولانی به هیچ وجه باعث تعجب نخواهد بود چون پاسخگویی اجتماعی در برابر مسائل اجتماعی موثر بر سلامت انسان‌ها، در بطن حرفه‌ی پزشکی جای دارد و در همه مکاتب و از جمله مکتب ایرانی-اسلامی نیز مورد توجه و تاکید قرار گرفته است (۳). دانشکده‌های پزشکی همیشه از زمان تاسیس در سرتاسر دنیا، همواره تلاش کرده‌اند پزشکانی تربیت کنند که بتوانند نیازهای مردم را برطرف ساخته و از درد و رنج آنان بکاهند. فارغ‌التحصیلان این دانشکده‌ها همواره از هیچ کوششی در برطرف کردن آلام جامعه بشری دریغ نکرده‌اند و باعث اثرات درخشانی در سلامتی مردم شده‌اند، ولی با توجه به گذر اپیدمیولوژی بیماری‌ها و وجود طبقات اجتماعی فقیر و غنی، در درون یک کشور و نیز بین کشورهای مختلف و همچنین با افزایش تخصصی‌تر شدن و گران‌تر شدن خدمات پزشکی در سرتاسر دنیا مورد توجه قرار گرفته تا این برنامه‌ها بتوانند متناسب با این تغییرات وفق یابند (۴). بر اثر این بازنگری‌ها در جوامع پیشرفته و نیز در جوامع در حال توسعه که در دست بررسی و اجرا می‌باشند، مفهوم نوینی تحت عنوان دانشکده‌های پزشکی پاسخگو در مقابل اجتماع مطرح گردیده است (۵-۶).

صاحب نظران، پاسخگویی اجتماعی را یک پارادایم جدید آموزش پزشکی و نوعی تغییر فرهنگی می‌دانند که لازم است برای بررسی و درک هر چه عمیق‌تر این مفهوم تلاش گردد. از

مؤسسات آموزشی می‌کنند. این مؤسسات می‌توانند با تعریف شاخص‌های مناسب در زمینه پاسخگویی اجتماعی مشوق خوبی برای توجه مؤسسات آموزشی به این مقوله باشند.

برنامه‌ی اعتبار بخشی به طور واضح در اعتبار بخشی مؤسسات آموزشی به پاسخگویی اجتماعی برنامه‌ی درسی توجه کرده است. در ایران نهمین استاندارد اعتبار بخشی مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی بر تدوین برنامه‌های مدون برای توسعه آموزش پاسخگو در دانشگاه‌های علوم پزشکی تاکید شده است (۱۰-۱۱) اگر چه اصول کلی پاسخگویی اجتماعی بیش از یک دهه است که ایجاد شده است ولی دستیابی آن در دانشکده‌های پزشکی به کندی صورت می‌گیرد (۱۲).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی پاسخگویی اجتماعی عبارت است از: "هدایت آموزش، پژوهش و خدمات در جهت برآوردن نیازهای سلامت و اولویت‌های بهداشتی جامعه، منطقه یا ملتی که تعهد خدمت به آن را دارند." (۱۱) پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی درسی به منزله جهت دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکیانی است که قادر به مرتفع ساختن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند. (۱۴) در بررسی مفهوم پاسخگویی اجتماعی باید اذعان داشت که تا کنون تعریف جامع و کاملی از پزشک پاسخگو ارائه نشده است (۱۵). با این حال در این زمینه سه مفهوم عمده مسوولیت پذیری، پاسخ دهی و پاسخ‌گویی وجود دارد که به نوعی بیان‌گر سطوح توجه به مفهوم پاسخگویی است و توسط برخی محققان به جای یکدیگر استفاده می‌شود. مسوولیت پذیری بیانگر التزام برنامه‌ریزان آموزش پزشکی نسبت به تربیت پزشکان توانمند در رفع نیازهای جامعه است. این سطح بیش‌تر بر آگاهی مسوولان و برنامه‌ریزان از وظایف مؤسسه در قبال جامعه متمرکز است. این التزام بیشتر جنبه نظری دارد برای سنجش این التزام توصیه به بررسی رسالت و چشم‌انداز مؤسسات آموزشی می‌گردد که تا چه حد دانشگاه‌ها به مسوولیت خود در قبال تربیت پزشکان توانمند برای رفع نیازهای جامعه توجه

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. پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی به معنای خواستن و توانایی تطابق با نیازهای بیماران و سیستم مراقبت از بیمار به صورت ملی و جهانی است. سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی را به نحوی که پزشکی متناسب و آماده رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می‌نماید.

اهمیت و حساسیت فرایند نیازسنجی هنگامی فزونی می‌یابد که به بودجه‌های محدود اختصاص داده شده به فرایند آموزش پزشکی و بهداشت در اکثر ممالک توجه داشته باشیم. چه آنکه در چنین حالتی مسئله اولویت‌ها و ضرورت‌ها مطرح می‌شود و سیاست‌گزاران و برنامه ریزان آموزشی ناگزیرند از میان خواسته‌های گوناگون و نامحدود دست به انتخاب بزنند. زیرا امکانات موجود تکافوی تمامی خواسته‌ها را نمی‌کند. در این شرایط نیز متخصصان تعلیم و تربیت و کارشناسان آموزشی باید به معیارهایی دست یابند تا بر اساس آن‌ها بتوانند مسائل ضروری را تشخیص داده و برای رفع آن‌ها اقدام کنند (۱۳).

در ایران نیز مدتی است که اصلاح برنامه‌های آموزش پزشکی در دستور کار قرار گرفته و اقداماتی نیز صورت گرفته است؛ البته اقدامات انجام شده بیشتر از آنکه جنبه‌ی کاربردی داشته باشد، مناسب برگزاری امتحانات مقطعی مانند آزمون پیش کارورزی و پذیرش دستیاران بوده است (۹). تعیین میزان مطابقت سرفصل‌های تدریس شده با نوع بیماری‌ها و مشکلات بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی، می‌تواند در تصمیم‌گیری برای بازنگری و اعمال تغییر در محتوای برنامه‌ی درسی پزشکی عمومی بر مبنای پاسخگویی به نیاز جامعه کمک کننده باشد.

امروزه مؤسسات اعتبار بخشی با تدوین شاخص‌های ارزشیابی و انجام ارزشیابی‌های خارجی کمک شایانی به پاسخگویی

دارند. در سطح پاسخ دهیدانشکده‌ها فعالیت‌های آموزشی، تحقیقی و خدماتی خود را به سمت مرتفع کردن نیازهای جامعه هدایت می‌کنند. آن‌ها برنامه‌ی درسی و شیوه‌های آموزش بالینی خود را به گونه‌ای طراحی می‌کنند که دانشجویان به صورت زودرس و مداوم با چالش‌های سلامت در جامعه روبرو شوند و بتوانند توانمندی لازم برای رفع مشکلات سلامتی را کسب کنند. در این سطح به تربیت پزشک پاسخگو پرداخته می‌شود و در سطح پاسخگویی مؤسسات آموزشی اقدام به گردآوری شواهدی می‌کنند که توانمندی فارغ‌التحصیلان را در رفع نیازهای سلامتی جامعه نشان دهد. دانشکده‌ها در همکاری با سازمان‌های دخیل در پایش سلامت جامعه، سازمان‌های اعطای گواهینامه کار و مؤسسات اعتبار بخشی اقدام به ارائه‌ی شواهدی در زمینه‌ی اثربخشی برنامه‌های آموزشی، تحقیقی و خدماتی خود بر اساس چهار ارزش اصلی پاسخگویی اجتماعی (کیفیت، برابری، ارتباط و اثربخشی) به مسئولان و نهادهای مربوطه می‌کنند.

آموزش پزشکی پاسخگو باید از پایین‌ترین سطح (مسئولیت‌پذیری) به سمت بالاترین سطح (پاسخگویی) گذر کند. به این معنی است که دانشکده‌ها فعالیت‌های آموزشی، تحقیقی و خدماتی خود را به سمت مرتفع کردن نیازهای سلامتی در اولویت جامعه هدایت می‌کنند. آن‌ها برنامه‌ی درسی و شیوه‌های آموزش بالینی خود را به گونه‌ای طراحی می‌کنند که دانشجویان به صورت زودرس و مداوم با چالش‌های سلامت در جامعه روبرو شوند و بتوانند توانمندی لازم برای رفع مشکلات سلامتی را کسب کنند. این سطح از پاسخگویی با مفهوم حرفه‌ای‌گری هم پوشانی دارد که در آن پزشک خود را در قبال جامعه، حرفه پزشکی و بیماران متعهد می‌داند. (۱۱). همانطور که مفهوم پاسخگویی اجتماعی به طور گسترده استفاده می‌شود، عبارت پاسخگویی اجتماعی یک روایت چند گانه برای عدالت اجتماعی و یک اتفاق اجتناب ناپذیر و غیرقابل پرسش خوب است در حالی که در زمان مشابه به طور فزاینده‌ای در معنی

روش بررسی

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر جمع آوری اطلاعات و داده‌ها، یک تحقیق همبستگی بود. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه‌ی فارغ‌التحصیلان رشته‌ی پزشکی که حداقل یک‌سال از فارغ‌التحصیلی آن‌ها گذشته بود و همچنین کارشناسان آموزشی (کارشناس آموزش گروه، معاون آموزشی گروه‌ها و کارشناسان EDC (مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی) بود (۱۴۰ نفر). گردآوری داده‌های مورد نیاز درباره افراد جامعه مورد مطالعه از طریق شمارش کامل صورت گرفت. زیرا خطای استاندارد برنامه مدل معادلات ساختاری بر پایه مفروضه نمونه‌های بزرگ محاسبه می‌شود، زمانی که توزیع

داده‌ها نرمال نبوده یا کجی داشته باشد گروه‌های نمونه با حجم بزرگ تر مورد نیاز است. علاوه بر این موارد، نمونه‌های کوچک‌تر می‌تواند موجب عدم حصول همگرایی، به دست آمدن جواب‌های نامناسب و یا دقت پایین برآورد پارامترها و به ویژه خطاهای استاندارد شود. این تحقیق دارای چند مرحله بوده و برای گردآوری داده‌ها و تدوین پرسشنامه محقق ساخته از روش‌های کیفی و کمی گردآوری داده استفاده شده است.

در مرحله‌ی اول به منظور شناخت دقیق پاسخگویی اجتماعی و اجزا و مولفه‌های تشکیل دهنده‌ی آن به مطالعه‌ی کامل مبانی نظری و پیشینه پژوهش‌های مرتبط با آن پرداخته شد تا از طریق تبیین و جمع بندی نظرات صاحب نظران و محققان این حوزه اجزا و مولفه‌های تشکیل دهنده‌ی پاسخگویی اجتماعی شناسایی گردند. هم چنین به منظور تکمیل مطالعات در این زمینه و شناسایی دقیق‌تر مولفه‌ها و شاخص‌های اندازه‌گیری پاسخگویی اجتماعی از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید. برای این منظور محققان و اندیشمندی که بر روی موضوع پاسخگویی اجتماعی کار می‌کردند شناسایی و تا حد امکان نظر آن‌ها از طریق یک مصاحبه نیمه ساختار یافته درباره‌ی پاسخگویی اجتماعی کسب گردید. استدلال محقق برای انتخاب این روش و مصاحبه با این افراد این است که این گروه که متشکل از افراد مطلع از پاسخگویی اجتماعی هستند و می‌توانند به محقق در درک مطلب و شناخت دقیق اجزا و مولفه‌های پاسخگویی اجتماعی کمک کنند. دلیل نیمه ساختار بودن مصاحبه این بود که محور گفتگوها از قبل مشخص و بر مبنای مولفه‌های اصلی تحقیق برگرفته از ادبیات تحقیق بود. در راستای نیل به این هدف، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفدار- قضاوتی از جامعه آماری صاحب نظران و محققان آشنا با موضوع پاسخگویی اجتماعی نمونه‌ای ۷ نفره انتخاب گردید. این تعداد بدین علت انتخاب شدند که تعداد آرمانی مصاحبه شونده‌ها بین ۱۲-۶ نفر می‌باشد. این تعداد افراد موجب می‌شود که شرکت کنندگان ترغیب شوند تا با عرضه

نظر خود به کیفیت بحث گروهی افزوده و آن را غنی‌تر کنند. زیرا اگر گروه کمتر از ۶ نفر باشد بحث در بین فقط یک یا دو نفر متمرکز می‌شود و طیف نظرهای ممکن نسبت به موضوع نمایان نمی‌شود. از طرف دیگر پویایی لازم در بحث پدید نخواهد آمد. در این مرحله از گروه مصاحبه شوندگان خواسته شد تا در پیش‌نویس پرسشنامه میزان تناسب شاخص‌ها و مولفه‌های استخراج شده از مطالعه ادبیات تحقیق را مشخص نمایند. اهدافی که در این مرحله دنبال شد عبارت بودند از:

- اصلاح انشایی گویه‌ها؛
 - اصلاح شاخص‌ها به گونه‌ای که مناسب با واژگان مورد استفاده در مراکز درمانی باشد؛
 - اضافه کردن عوامل مهمی که در ادبیات موضوع شناسایی نشده است؛
 - حذف شاخص‌هایی که با سایر شاخص‌ها مشابه بودند یا در مراکز درمانی معنادار نبودند.
- در این مرحله پرسشنامه بر اساس ۴ مولفه فعالیت‌های بالینی، برنامه‌های حمایتی، پژوهش و آموزش و پرورش و ۳۸ شاخص و با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی زیاد تا خیلی کم) و هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ است تدوین گردید. پس از اطمینان از روایی محتوایی پرسشنامه در مرحله‌ی دوم برای تکمیل داده‌های گردآوری شده در این بخش، از تحلیل عاملی استفاده شد. در تحلیل عاملی یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی برای دستیابی به عامل‌های معتبر حجم نمونه و معرف بودن آن است، برای تعیین حجم نمونه از نظر لوهلین و مونت کارلو استفاده شد که معتقدند برای تحلیل عاملی محقق باید روی گردآوری دست کم ۱۰۰ مورد نمونه برنامه ریزی کند.
- متغیرهای موجود در مدل تحلیلی شامل ۳۸ مورد بود که ۴ مولفه را مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌داد. پیش از اجرای تحلیل عاملی لازم بود دو موضوع در نظر گرفته شود:
- (۱) کفایت نمونه برداری

تبيين مدل عاملی وجود ندارد. در پژوهش حاضر مقدار مشخصی آماری آزمون کرویت - بارتلت (سطح معناداری با سطح معناداری خی ۲ قضاوت می‌شود) در سطح ۹۹ صدم معناداری را نشان می‌دهد. بنابراین علاوه بر کفایت نمونه برداری، اجرای تحلیل عاملی قابل توجیه خواهد بود. برای این منظور به صورت جداگانه برای هر کدام از مولفه‌های موجود در ابزار پژوهش تحلیل عاملی تاییدی صورت گرفت. هر کدام از مولفه‌ها و مشخصه‌های آماری مرتبط با آن‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

۲) اطمینان نسبت به این که ماتریس همبستگی زیربنایی در جامعه برابر با صفر نیست. اندازه KMO منعکس کننده کفایت نمونه برداری و بیانگر آن است که همبستگی بین زوج متغیرها را می‌توان از سایر متغیرها تبيين کرد. اندازه KMO در این پرسشنامه ۰/۸۰ است که نشان‌گر کفایت نمونه برداری پژوهش است. به منظور بررسی این مطلب که ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. برای آن که یک مدل تحلیل عاملی مفید باشد لازم است متغیرها با یکدیگر همبستگی داشته باشند در غیر این صورت دلایلی برای

جدول ۱: مشخص‌های آماری و شاخص‌های آماری تحلیل عاملی تاییدی مولفه‌های ابزار تحقیق

مولفه	RMR	GFI	CFI	RMSEA
فعالیت‌های بالینی	۰/۰۷	۰/۹۰	۰/۸۶	۰/۶
برنامه‌های حمایتی	۰/۰۶	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۶
پژوهش	۰/۰۵	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۷
آموزش و پرورش	۰/۰۲	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۰۴

نزدیک‌تر باشد نشان دهنده‌ی برازش بهتر مدل است. در این زمینه نیز مولفه‌های مدل نشان دهنده‌ی برازش مطلوب مدل است. و در نهایت شاخص برازش تطبیقی (CFI) است که بین صفر و یک در نوسان است و هر چه مقدار آن بزرگ‌تر باشد نشان دهنده‌ی برازش بهتر مدل است. در سازه‌های مورد بررسی مقدار این آماره نشان دهنده‌ی برازش مطلوب مدل مورد بررسی است. با توجه به نتایج تحلیل عاملی تاییدی، پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار بود. میزان ضریب اعتماد پرسشنامه نیز با روش آلفای کرانباخ محاسبه شد که به ترتیب، (۰/۸۲) برای فعالیت‌های بالینی، (۰/۷۸) برای برنامه‌های حمایتی، (۰/۷۷) برای پژوهش و (۰/۸۰) برای آموزش و پرورش به دست آمد. این اعداد نشان دهنده‌ی این است که پرسشنامه از قابلیت اعتماد و به عبارت دیگر از پایداری لازم

اگرچه در خروجی لیزرل آماره‌های متعددی می‌آید ولی غالباً آماره‌های RMSEA و CFI مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرند. زیرا کمتر تحت تاثیر حجم نمونه قرار دارند. مقدار ریشه‌ی میانگین توان دوم خطای تقریب (RMSEA) بین صفر و یک در نوسان است و هر چه قدر به صفر نزدیک‌تر باشد برازش مدل بهتر است. همان طور که در جدول (۱) مشاهده می‌گردد مقدار این آماره در باره‌ی مولفه‌های مدل تحقیق قابل قبول است. آماره دیگر ریشه توان دوم باقیمانده‌های استاندارد شده (RMR) است. زمانی که این آماره در حدود ۰/۰۵ باشد بیان‌گر قابل قبول بودن برازش مدل است. مقدار این آماره در باره مولفه‌های مدل تحقیق نشان می‌دهد که برازش مدل قابل قبول است. آماره دیگر شاخص برازندگی (GFI) است که مقدار آن بین صفر تا یک در نوسان است و هر چه به صفر

عمومی تشکیل می‌دهند و از گروه زنان نیز ۱۳ درصد را اساتید و ۱۳ درصد را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند. اطلاعات مربوط به سن پاسخ دهندگان نیز نشان می‌دهد که میانگین سنی صاحب نظران ۵۰/۵ سال، اساتید ۴۴/۴ سال و پزشکان عمومی ۴۴/۱ سال می‌باشد.

ب) تحلیل یافته‌ها

در این بخش به تجزیه و تحلیل داده‌ها که در این پژوهش مدل یابی معادلات ساختاری است پرداخته می‌شود و فرضیه‌های پژوهش آزمون می‌شوند. با استفاده از نتایج آنالیز ساختاری در معادلات ساختاری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. نتایج آزمون فرضیات با توجه به آماره t و ضریب مسیر و سطح معنی داری در جدول زیر آمده است.

برخوردار است. بعد از اعتبار سنجی، پرسش نامه در روزهای مختلف با مراجعات حضوری محقق بین نمونه تحقیق توزیع شد. به منظور جلب مشارکت افراد توضیحاتی در رابطه با هدف تکمیل پرسش نامه و ذکر اصول اخلاقی در پرسش نامه از جمله محرمانه بودن اطلاعات و این که پرسش نامه‌ها بدون نام بوده به آن‌ها داده شد.

یافته‌ها

الف) توصیف یافته‌ها

*توصیف یافته‌های جمعیت شناختی

توزیع فراوانی جامعه آماری مورد مطالعه بر اساس جنسیت و سن نشان می‌دهد که از گروه مردان ۳۶ درصد را افراد صاحب نظر، ۲۲ درصد را اساتید و ۱۶ درصد را پزشکان

جدول ۲: جدول ضرایب مسیر و سطح معنی داری

سطح معنی داری	مقادیر t	ضریب مسیر	مسیر
۰/۰۰	۳/۸۷	۰/۹۳	حوزه آموزش و پرورش \square پاسخ گویی اجتماعی
۰/۰۲	۵/۲۱	۰/۷۵	حوزه‌ی بالینی \square پاسخ گویی اجتماعی
۰/۰۳	۳/۷۶	۰/۴۴	حوزه‌ی پژوهش \square پاسخ گویی اجتماعی
۰/۵۹	۱/۰۱	۰/۱۲	حوزه‌ی حمایتی \square پاسخ گویی اجتماعی

دارد؟ خیر این رابطه معنی دار نبوده و نیاز آموزشی در حوزه‌ی حمایتی از مدل مسیر حذف شد.

۳- آیا بین نیازهای آموزشی در حوزه‌ی پژوهش (Research) برای پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود دارد؟ با توجه به سطح معنی داری ۰,۰۱ (که کمتر از ۵ درصد است) این رابطه معنی دار بوده و ضریب مسیر ۰/۴۴ است.

۱- آیا بین نیازهای آموزشی در حوزه‌ی فعالیت‌های بالینی (Clinical Activity) برای پاسخ‌گویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود دارد؟ با توجه به سطح معنی داری صفر (که کمتر از ۵ درصد است) این رابطه معنی دار بوده و ضریب مسیر ۰/۰۷ است.

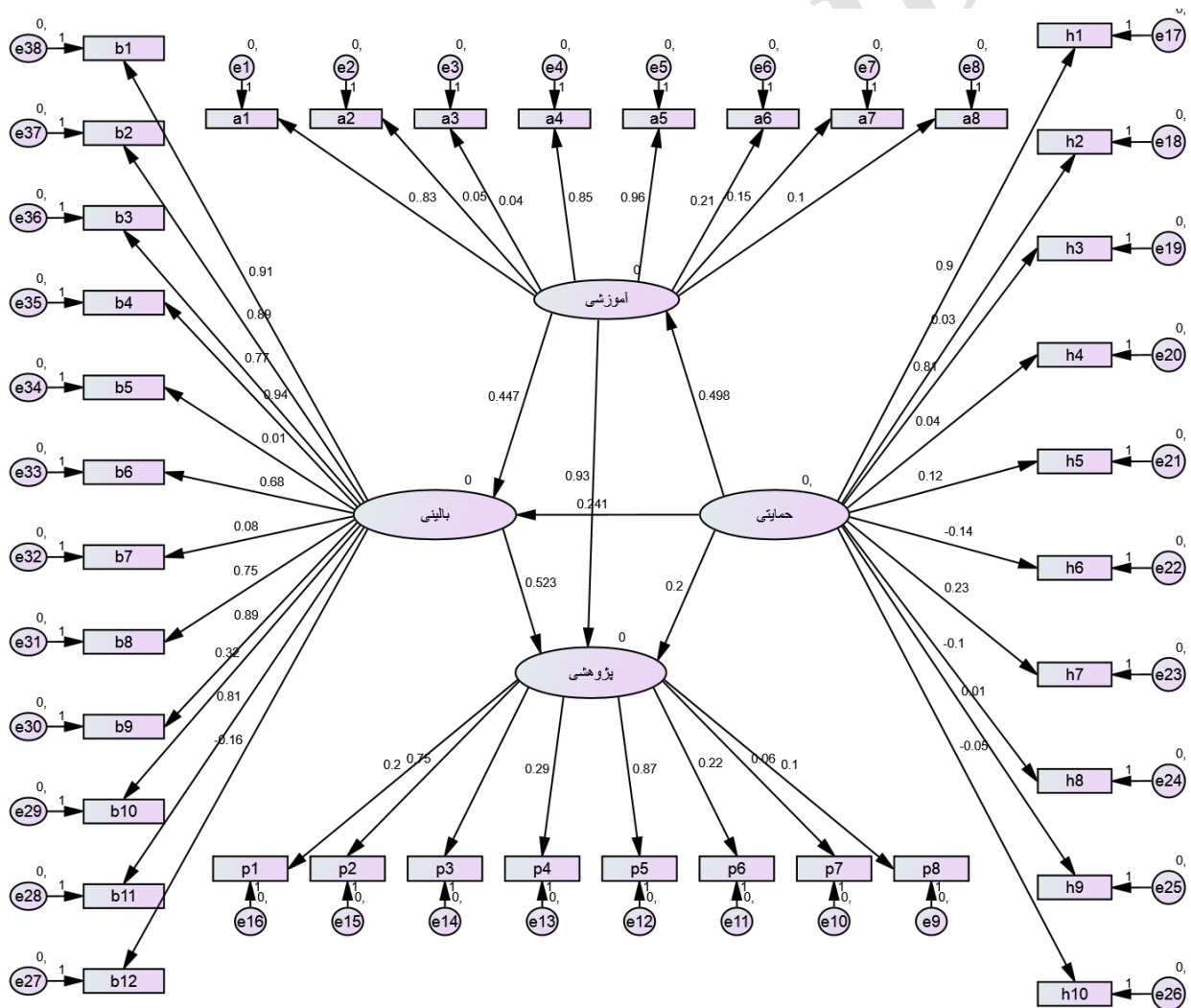
۲- آیا بین نیازهای آموزشی در حوزه‌ی برنامه‌های حمایتی (Advocacy) برای پاسخ‌گویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود

بررسی مدل ساختاری پرداخته می‌شود. در تحلیل مسیر، روابط بین متغیرها در یک جهت جریان می‌یابند و به‌عنوان مسیرهای متمایز در نظر گرفته می‌شوند. مفاهیم تحلیل مسیر در بهترین صورت از طریق ویژگی عمده آن، یعنی نمودار مسیر که پیوندهای علی احتمالی بین متغیرها را آشکار می‌سازد، تبیین می‌شوند. شکل‌های ۲ و ۳ مدل معادلات ساختاری و نمودار مسیر مدل تحقیق را نشان می‌دهند.

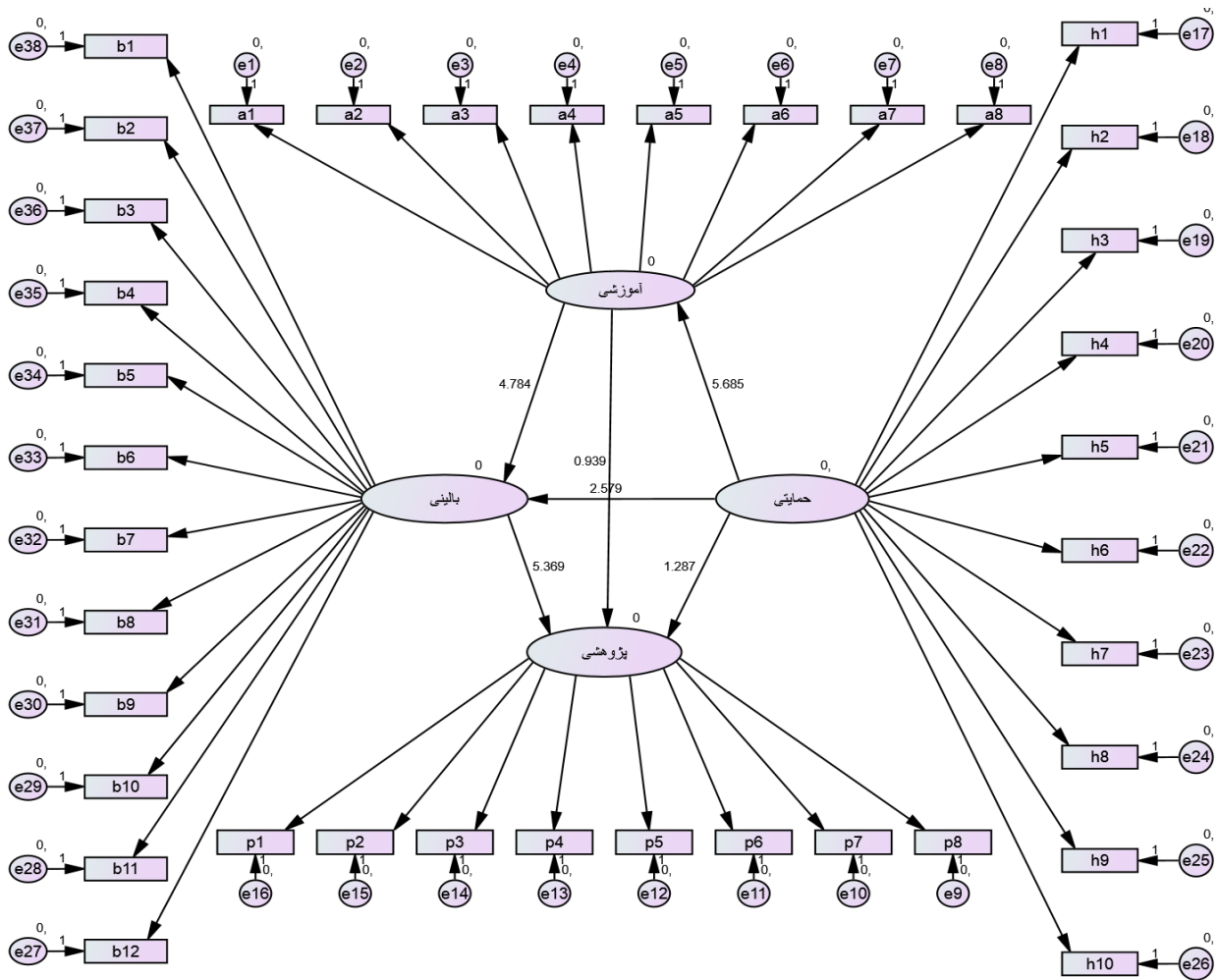
۴- آیا بین نیازهای آموزشی درحوزه فعالیت‌های آموزشی و پرورشی (Education and Training) برای پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره پزشکی عمومی دانشکده پزشکی رابطه وجود دارد؟ با توجه به سطح معنی داری صفر (که کمتر از ۵ درصد است) این رابطه معنی دار بوده و ضریب مسیر ۰/۹۳ است.

بررسی مدل ساختاری

پس از تحلیل و بررسی مدل اندازه‌گیری، در این قسمت به



شکل ۱: مدل مفهومی برازش شده در حالت تخمین استاندارد



شکل ۲: مدل مفهومی برازش شده در حالت معناداری پارامترها

متغیرهای مستقل و وابسته آورده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود شاخص‌ها مثبت و بزرگ‌تر از صفر می‌باشد.

شاخص برازندگی مدل

در جدول ۳ مقادیر هر یک از شاخص‌های برازش مربوط به

جدول ۳: شاخص‌های اشتراک (CV Com) و حشو (CV Red)

متغیر	CV Red	CV Com
پژوهش	۰/۲۱۹	۰/۲۲۵
آموزش	۰/۲۶	۰/۲۶۳
بالینی	۰/۲۶۰	۰/۲۴۸
حمایتی	۰/۰۱۴	۰/۲۸۲

آماره آزمون تی - استیودنت استفاده شد.

در این جدول ۴ به بررسی رابطه مولفه‌های تحقیق و آزمون هر یک از آن‌ها پرداخته شده است. برای تأیید یا رد آن‌ها از

جدول ۴: ضریب رگرسیونی و معناداری رابطه مولفه آموزش و مولفه پژوهش

نتیجه	T	ضریب رگرسیونی	مسیر مستقیم	فرضیه
رد	۰/۹۳	۰/۹۳	آموزش <input type="checkbox"/> پژوهش	۱
رد	۱/۲۸	۰/۲۰	حمایت <input type="checkbox"/> پژوهش	۲
تایید	۵/۳۶	۰/۵۲	بالینی <input type="checkbox"/> پژوهش	۳
تایید	۴/۷۸	۰/۴۴	آموزشی <input type="checkbox"/> بالینی	۴
تایید	۵/۶۸	۰/۴۹	حمایتی <input type="checkbox"/> آموزشی	۵
تایید	۲/۵۷	۰/۲۴	حمایتی <input type="checkbox"/> بالینی	۶

بحث

اجتماعی این موضوع را می‌طلبد که هر چه پزشکان در دوره‌ی دانشجویی در مهارت‌های عملی حضور فعال، نه صرفاً گذراندن واحد کارآموزی یا کارورزی باشد، در حرفه‌ای شدن پزشک بعد از فارغ‌التحصیلی مؤثرتر خواهد بود. اما باید بدانیم مهارت بالینی شرط لازم است نه شرط کافی.

سوال ۲- حوزه پژوهش: آیا بین نیازهای آموزشی درحوزه‌ی پژوهش برای پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود دارد؟ با توجه به سطح معنی داری ۰,۰۱ (که کمتر از ۵ درصد است) این رابطه معنی دار بوده و ضریب مسیر ۰/۴۴ است. متأسفانه پژوهش مشابهی جهت مقایسه یافته حاصله با نتایج آن وجود نداشت، اما یافته مذکور از جهاتی مشابه با برخی مطالعات این حوزه از جمله عمادزاده و همکاران (۲۱)، غفاری و همکاران (۲۲)، اردستانی و همکاران (۲۳)، آویژگان و همکاران (۲۴)، اسکوچیلاک (۲۵) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که آموزش عالی در وزارت بهداشت باید قبل از

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین نیازهای برنامه‌ی آموزشی دوره-ی پزشکی عمومی برای پاسخگویی اجتماعی بر اساس مدل CARE در دانشکده‌ی پزشکی مشهد انجام شد. تا بتواند زمینه ارتقاء این مهم را افزایش دهد.

سوال ۱-حوزه‌ی بالینی: آیا بین نیازهای آموزشی در حوزه‌ی فعالیت‌های بالینی برای پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود دارد؟ با توجه به سطح معنی داری صفر (که کمتر از ۵ درصد است) این رابطه معنی دار بوده و ضریب مسیر ۰/۷۵ است. بر اساس یافته‌ها شواهد اندکی در داخل و خارج از کشور در خصوص این دو متغیر وجود دارد ولی می‌توان گفت این نتیجه با پژوهش‌های یمانی و همکاران (۱۷)، امید و همکاران (۱۸)، محمدی مهر و همکاران (۱۹)، شیرینی و همکاران (۲۰) هماهنگ است. در تبیین این یافته گفت که ارتباط مهارت در حوزه‌ی بالینی یا مهارت‌های عملی با پاسخ‌گویی

اساس اطلاعات پزشکی چندین سال قبل خود انجام می‌دهند. و هیچ ارگانی برای نظارت بر کار این پزشکان با سابقه ولی به دور از علم روز وجود ندارد. یک پزشک باید بداند تا هنگامی که به طبابت مشغول است باید از حوزه‌ی آموزش و علم به روز دنیای پزشکی بهره‌مند باشد تا بتواند پاسخ‌گوی اجتماع باشد.

سوال ۴- حوزه‌ی حمایتی: آیا بین نیازهای آموزشی در حوزه‌ی برنامه‌های حمایتی برای پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود دارد؟ این رابطه معنی دار نبوده و نیاز آموزشی در حوزه‌ی حمایتی از مدل مسیر حذف شد. این سوال تأیید نشد و علت آن را می‌توان در عدم تمایل پزشکان به شرکت در گروه‌ها و چالش‌های اجتماعی و خدمت در مناطق محروم و یا شرکت در گروه‌های NGO تصور کرد. که این مسئله از عدم تعهد پزشکان به سوگند بقراط (سوگندی که طی مراسمی در روز فارغ التحصیلی همه پزشکان متعهد می‌شوند) نشأت می‌گیرد. توضیح صادقانه اینکه اکثر پزشکان فارغ التحصیل تمایل دارند بعد از فارغ التحصیلی در مناطق خوش آب و هوا و مرفه شهر دارای مطب شوند و کار خود را شروع کنند به طوری که اگر گروهی از پزشکان به صورت گروه‌های خودجوش عازم خدمت در مناطق محروم و یا محیط‌های دچار بحران‌های خاص در سطح کشور شوند. این مطلب چنان خاص جلوه می‌کند که به صورت یک خبر رسانه‌ای مطرح می‌شود. در صورتی که این روحیه و اراده در جهت حل معضلات سلامت جامعه باید در تک تک پزشکان وجود داشته باشد. تصور می‌شود، در صورت پایبندی به سوگند بقراط، بروز این مشکل کم رنگ خواهد شد (۳۰). که چاره کار در این مورد با آموزش قوی تر و کاربردی تر و هدفمند در حوزه اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، باید از شکل یک معضل خارج شود. و روزی برسد که دانشگاه‌های علوم پزشکی فقط و فقط به سوگند نمادین بقراط اکتفا نکنند و شاهد عزیمت گروه‌های

فارغ التحصیل شدن عملاً شیوه‌ی کاوشگری با نگاه تخصصی به علم پزشکی را به یک پزشک آموزش دهد. فرهنگ کاوشگری در نظام سلامت جایگاه ویژه‌ای دارد. اصطلاح عامیانه «یک نسخه را نمی‌توان برای همه بیماران پیچید» به توجه و ضرورت روحیه کاوشگری پزشک تأکید دارد. با توجه به رشد سریع تکنولوژی و پیدایش بیماری‌های جدید و خاص جامعه در حال پیشرفت، از سوی دیگر ایجاد مقاومت در مجهز شدن باکتری‌ها و میکروب‌ها بر اساس اصل معروف داروینسم (آنچه سازگارتر است باقی می‌ماند)، پزشکی می‌تواند پاسخگویی جامعه خود باشد که روحیه‌ی کشف و حل مساله را قبلاً آموخته باشد. فقط لفظ کاوشگری آکادمیک در دوره‌ی دانشجویی کافی نیست، بلکه ترویج روحیه‌ی کاوشگری و حل چالش‌ها و بحران‌های جدید باید از قبل به یک پزشک آموزش داده شود.

سوال ۳- حوزه‌ی آموزش: آیا بین نیازهای آموزشی در حوزه فعالیت‌های آموزشی و پرورشی برای پاسخگویی اجتماعی در برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی دانشکده‌ی پزشکی رابطه وجود دارد؟ با توجه به سطح معنی داری صفر (که کمتر از ۵ درصد است) این رابطه معنی دار بوده و ضریب مسیر ۰/۹۳ است. این نتیجه از جهاتی با پژوهش‌های کرمی و همکاران (۲۶)، حجت (۲۷)، رایان میلی و همکاران (۲۸) و ولارد و بولن (۲۹) مشابه است. دانشگاه علوم پزشکی وظیفه القا کردن این اصل مهم در عرصه آموزش به فارغ التحصیلان خود دارد، که با فارغ التحصیل شدن یک پزشک نباید از محیط‌های آموزشی فاصله گرفته و خود را بی‌نیاز از علم به روز در حیطه پزشکی بداند، علمی که در آن لحظه به لحظه بیماری‌های جدید کشف و نیز به تبع آن شیوه‌های نوین درمان و نیز سبک‌های جدید جراحی مطرح است. به طور مثال، پزشکانی که استخدام مراکز خاص با کار ثابت می‌شوند بعد از مدتی به دلیل ثبات شرایط کاری و حقوقی و امنیت شغلی، خود را بی‌نیاز از آموزش‌های به روز دنیای پزشکی می‌دانند. بارها و بارها پزشکانی در جامعه ما دیده شده‌اند که درمان بیماران خود را بر

تحت پوشش است؛ بنابراین آموزش آنان باید به گونه‌ای 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. پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی به معنای خواستن و توانایی تطابق با نیازهای بیماران و سیستم مراقبت از بیمار به صورت ملی و جهانی است. با توجه به نتایج تحقیق و سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی را به نحوی که پزشکانی متناسب و آماده رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می‌نماید. تعیین میزان مطابقت سرفصل‌های تدریس شده با نوع بیماری‌ها و مشکلات بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی، می‌تواند در تصمیم‌گیری برای بازنگری و اعمال تغییر در محتوای برنامه‌ی درسی پزشکی عمومی بر مبنای پاسخگویی به نیاز جامعه کمک کننده باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد نویسنده اول تحت عنوان "بررسی نیازهای برنامه‌ی آموزشی پزشکان عمومی برای پاسخگویی اجتماعی در دانشکده پزشکی مشهد" به راهنمایی نویسنده مسوول در دانشگاه پیام نور است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی اساتید گران قدری که در مراحل طراحی، تعیین روایی و پایایی ابزار این پژوهش همکاری نمودند صمیمانه قدردانی نمایند.

References

- 1-A. J. Social Accountability: What Does the Evidence Really Say? *World Development*. 2015;72:346-61.
- 2-Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Medical*

خودجوش برای پاسخ‌گویی بهتر جامعه خود باشیم. و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان آموزشی بدانند کشتی سوراخ شده هیچ‌گاه ضامن و پاسخ‌گوی سلامت یک جامعه نخواهد بود. با توجه به نتایج قابل‌تامل پژوهش، ایجاد تحول در برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی با هدف ارتقاء سلامت جامعه، توجه ویژه گروه‌های مدیریت آموزشی دانشگاه‌ها به حوزه‌ی برنامه‌ریزی و آموزش در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، استفاده از شیوه‌های تدریس سقراطی یا بحث، کاوشگری و حل مسئله و تمرکز بیشتر بر بیماری‌های شایع در هر اقلیم با توجه به محل خدمت هر پزشک پیشنهاد می‌گردد. در رابطه با محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم وجود نگرش مدیریت آموزشی در کادر آموزش دانشجویان علوم پزشکی که باعث عدم نگاه یکسان به مسایل و مشکلات آموزشی می‌شود و به کارگیری پزشکان در کادر آموزشی و عدم آموزش تخصصی با نگاه مدیریت آموزشی برای تنظیم برنامه‌ی درسی دانشکده پزشکی اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسؤولیت تأمین و حفظ سلامت جامعه را برعهده دارد. تربیت نیروی انسانی لازم برای این امر در دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد. پزشکان گروهی از این نیروی انسانی هستند که در مقاطع پزشکی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در دانشکده‌های پزشکی آموزش می‌بینند. هدف نهایی تربیت پزشکان بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه

education. 2006;40(4):301-13.

- 3-Iranian Ministry of Health.National document in medical sciences education improvement.[Cited 23 Dec 2014]2011c[Home page on the internet].Available from: www.behdasht.gov.ir.

- 4-.Rezaeian M, Pocock L. Social accountability-a

- challenge for global medical schools. *Middle East J Fam Med*. 2011;7(10):16.
- 5-Canada H. Social accountability: A vision for Canadian medical schools. Health Canada Ottawa; 2001.
- 6-Qadeer I. The real crisis in medical education. *Indian Journal of Medical Ethics*. 2006;3(3):95-6.
- 7-Yamani N, Fakhari M. Social accountability in medical education curriculum: barriers and strategies. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014;13(12).
- 8-Gibbs T, McLean M. Creating equal opportunities: the social accountability of medical education. *Medical teacher*. 2011;33(8):620-5.
- 9-Omid A, Haghjoy S, Eghbali B, Hosseini M. general practitioners and patients disease in Isfahan: one step toward social accountability. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;11(9).
- 10-Woollard R. Social accountability and accreditation in the future of medical education. *Commission paper* 2010.
- 11-Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. 1995.
- 12-Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Medical education*. 2012 Jan;46(1):21-7.
- 13-SHams M, Soleiman Ekhtiari Y, Pariani A. Basic skills for behavior modification in health. 2014:13-25. persian.
- 14-Entezari A, Momtazmanesh N, Khojasteh A, Einollahi B. Toward social accountability of medical education in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2009;38(Suppl. 1):27-8.
- 15-Reddy AT, Lazreg SA, Phillips Jr RL, Bazemore AW, Lucan SC. Toward defining and measuring social accountability in graduate medical education: a stakeholder study. *Journal of graduate medical education*. 2013;5(3):439-45.
- 16- S.A. R, K. B, R.H. E. Accounting for Social Accountability: Developing Critiques of Social Accountability within Medical Education. *Education for Health*. 2015;27(2):152-7.
- 17- Yamani N, Fakhari M. Social accountability in medical education curriculum: barriers and strategies. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014;13(12).
- 18- Omid A, Haghjoy S, Eghbali B, Hosseini M. general practitioners and patients disease in Isfahan: one step toward social accountability. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;11(9).
- 19- Mohammadimehr M, Malaki H, Abbaspour A, Khoshdel A. Investigation Necessary Competencies for Life Long Learning in Medical Students. *IJME*, 2012;11(8):960-975.
- 20- Shiri M, Asgari H, Talebi M, karamalian H, Rohani M. Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains. *IJME*;2011,10(5):726-734.
- 21- Emadzadeh A, Moonaghi HK, Bazzaz MM, Karimi S. An investigation on social accountability of general medicine curriculum. *Electronic physician*. 2016 Jul; 8(7):2663.
- 22- Ghaffari R, Yazdani S, Alizadeh M, Salek Ranjbarzadeh F. Comparative Study: Curriculum of Undergraduate Medical Education in Iran and in a Selected Number of the World's Renowned Medical Schools. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012 Feb 15;11(7):819-31.
- 23- Samimi1 M, Aminoroaia M, Maji Barekatian M. Educational need assessment in psychiatry residences of Shahid Beheshti University of Medical Sciences on suicide: a qualitative study. *MUI*.2013;10(4):241-249.
- 24- Avizhgan M, Omid A, Dehghani M, Esmaeili A, Asilian A. Determining Minimum Skill Achievements in Advanced Clinical Clerkship(Externship) in School of Medicine Using Logbooks. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;10(5):543-551.

- 25- Skochelak E. A Decade of Reports Calling for Change in Medical Education: What Do They Say?. *Academic Medicen*. 2010;85(9).
- 26- Karami M, Ahanchian M, Rezazadeh M. Check the appropriate training needs assessment of the effectiveness of corporate managers with specialized needs assessment approach. 2013.
- 27- Hojat H. Need Assessment of Nursing Personnel of Jahrom University of Medical Sciences Using Delphi Technique in 2008. *IJME*, 201; 10(4): 464-473.
- 29- Meili R, Ganem-Cuenca A, Leung JW-s, Zaleschuk D. The CARE model of social accountability: Promoting cultural change. *Academic Medicine*. 2011;86(9):1114-9.
- 29- Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Medical education*. 2012 Jan;46(1):21-7.
- 30- Asghari F, Samadi A, Rashidian A. Medical ethics course for undergraduate medical students: a needs assessment study. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2013;6.

Archive of SID