پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی در آموزش پزشکی: موانع و راه‌کارها

نیکو یمانی، محمد فخاری*

چکیده

مقدمه: پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی به منزله جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند. در این مقاله سعی گردیده است که با نگاهی کلی به این مقوله، موانع موجود در راه پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی پزشکی مورد بررسی قرار گیرد و پیشنهادات و راه‌کارهایی را که در متون بر اساس تجارب دیگر کشورها و نظرات صاحب‌نظران برای ارتقای پاسخ‌گویی برنامه درسی مطرح شده است برای آگاهی برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران آموزش پزشکی ارائه نماید.

روش‌ها: برای انجام این مطالعه مقالاتی که از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۳ در پایگاه داده‌های Pubmed, Elsevier, springer, proquest و Google scholar به ثبت رسیده بود،مورد جستجو قرار گرفت. استراتژی جستجو شامل جستجوی کلمات پاسخ‌گویی اجتماعی (Accountability Social)، آموزش پزشکی (Medical education)، آموزش بالینی (Teaching clinical)، برنامه درسی (curriculum) در عنوان یا چکیده یا کلمات کلیدی مقالات مرتبط بود.

نتایج: در مجموع ۳۷ مقاله مرتبط یافت و بررسی شد. به منظور جمع‌بندی نتایج، بعد از تعریف مفهوم پاسخ‌گویی به هشت مانع عمده در ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی اشاره و سپس به مدل‌های ارزشیابی اثربخشی اجتماعی برنامه‌ها پرداخته شده است. در نهایت راه‌کارهای پیشنهاد شده در متون ارائه گردیده است.

نتیجه‌گیری: در راستای توسعه پاسخ‌گویی اجتماعی، موانع ساختاری متعددی در دانشگاه‌ها وجود دارد که لازم است در جهت افزایش پاسخ‌گویی آموزش پزشکی مرتفع گردد. پیشنهادات متعددی در زمینه کمک به مؤسسات برای پاسخ‌گو نمودن برنامه‌های درسی ارائه شده ولی اغلب حاصل تجارب فردی محققین است و کارایی آن‌ها در سیستم‌های آموزشی مختلف نیاز به بررسی و تحقیق بیشتر دارد و جهت‌دهی تحقیقات آموزشی به سمت توسعه پاسخ‌گویی در آموزش پزشکی یک ضرورت است

واژه‌های کلیدی: پاسخ‌گویی اجتماعی، آموزش پزشکی، برنامه درسی، مدل های پاسخ‌گویی اجتماعی ،حرفه‌ای‌گری

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ اسفند۱۳۹۲؛ ۱۳(۱۲): ۱۰۸۲ تا ۱۰۹۸

مقدمه

پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی به منزله جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند(۱). از زمانی که آموزش پزشکی به سمت جامعه محوری و جامعه‌نگری سوق پیدا کرده است، به مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی توجه شایانی معطوف گردیده است. سازمان بهداشت جهانی در تعریف خود از پاسخ‌گویی اجتماعی، مؤسسات آموزشی را ملزم به هدایت کلیه فعالیت‌های خدماتی، آموزشی و تحقیقاتی خود به سمت مرتفع نمودن نگرانی‌ها و اولویت‌های بهداشتی جامعه تحت پوشش خود می‌نماید(۲). در چند دهه اخیر، این مقوله توجه

* **نویسنده مسؤول:** محمد فخاری، دانشجوی دکترای آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
(fakharedc@gmail. com)
دکتر نیکو یمانی (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. ، (amani@edc. mui. ac. ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۶/۱۴، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۱۰/۲۰، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۹

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

زیادی را به خود جلب نموده است تا آنجا که مجله مدیکال تیچر(Medical Teacher) که یکی از مجلات مشهور در زمینه آموزش پزشکی است، در سال ۲۰۱۱ یک شماره از مجله خود را به طور کامل به چاپ مقالات در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی اختصاص داد(۳).

صاحب‌نظران 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(٤). از طرفی برخی پاسخ‌گویی اجتماعی را یکی از چهار رسالت اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌دانند(٥). در تمامی کشورها یکی از معضلات آموزش پزشکی، ناکافی بودن توانمندی فارغ التحصیلان پزشکی است. در مطالعات متعددی که بر روی پزشکان تازه فارغ‌التحصیل در انگلستان انجام گرفته است به کمبود مهارت پزشکان اشاره شده است(٦تا٨) از نشانه‌های نقص در پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه 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، زمینه القای حس ناتوانی در پزشکان برای خدمت‌رسانی به جامعه را فراهم می‌نماید که خود موجب کاهش اعتماد به نفس آن‌ها(۹) و افزایش اضطراب آنان در سال‌های آغازین طبابت می‌شود(۱۰). کشورهای پیشرفته در ۲۵ سال اخیر، در جهت افزایش پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌های درسی، اقدام به تدوین و پیاده‌سازی برنامه‌های درسی شایستگی محور یا مبتنی بر پیامد در جهت اطمینان از توانمندی پزشکان نموده‌اند(۳و٥). در کشور ایران نیز گام‌های متعددی در این زمینه برداشته شده است از جمله تشکیل شبکه بهداشتی درمانی که از سال ۱۳۵۱ آغاز گردید و ادغام عرصه‌های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳٦٤ که گام بزرگی در پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی در کشور محسوب می‌گردد(۱۱و۱۲).

اغلب صاحب‌نظران بر اهمیت پاسخ‌گویی اجتماعی تأکید دارند ولی هنوز یکی از چالش‌های مهم نظام آموزش پزشکی در ایران و دیگر کشورهای جهان، تربیت پزشکان توانمند و پاسخ‌گو به نیازهای جامعه است(۳). در یک مطالعه، از فارغ‌التحصیلان یکی از دانشگاه‌های کشور انگلستان پرسیده شد که به چه میزانی برنامه درسی ارائه شده، آن‌ها را برای خدمت‌رسانی به جامعه آماده کرده است، تنها چهار درصد از آنان با مناسب بودن برنامه درسی برای توانمند نمودن پزشکان موافقت داشتند و نزدیک به ٤۰٪ مخالف و کاملاً مخالف با اثربخشی برنامه درسی بودند(٦). از دید برخی صاحب نظران در کشور ایران هم آموزش پزشکی آن‌گونه که باید، نتوانسته است پاسخ‌گوی نیازهای واقعی جامعه باشد(۱۱).

در مطالعات، مقالات، کنفرانس‌ها و کارگاه‌های آموزشی در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی، راه‌کارها و برنامه‌های جذابی ارائه می‌شود ولی استفاده از این راه‌کارها در عمل بسیار مشکل است و گاهی ناممکن است. به نظر گیبس (Gibbs) راه‌حل قطعی برای چگونگی پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی وجود ندارد(۳)، ولی با توجه به اهمیت این مقوله در این مقاله سعی می‌گردد که موانع موجود در راه پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی پزشکی مورد بررسی قرار گیرد و سپس پیشنهادات و راه‌کارهایی که در متون بر اساس تجارب دیگر کشورها و نظرات صاحب‌نظران برای ارتقای پاسخ‌گویی برنامه درسی مطرح گردیده برای آگاهی برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران آموزش پزشکی ارائه گردد.

روش‌ها

در این مطالعه مقالاتی که از سال ۲۰۰۰ تا ابتدای سال ۲۰۱۳ در پایگاه داده‌های Pubmed, Elsevier, springer, proquest و Google scholar به ثبت رسیده بود مورد جستجو قرار گرفت. استراتژی جستجو شامل جستجوی کلمات پاسخ‌گویی اجتماعی (Social

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

accountability)، آموزش پزشکی، آموزش بالینی (teaching clinical)، برنامه درسی(curriculum) در عنوان یا چکیده یا کلمات کلیدی مقالات بود. سپس مقالاتی که به صورت تمام متن قابل دسترس بود مورد بررسی قرار گرفت و مقالات نا مرتبط کنار گذاشته شد؛ همچنین به صورت دستی منابع کتابخانه‌ای مورد جستجو قرار گرفت.

نتایج

در بررسی پایگاه داده‌ها ۲۵۰ رکورد به دست آمد که با بررسی عنوان مقالات تنها ۵۳ مقاله مرتبط استخراج گردید. با بررسی خلاصه مقالات، ۱۶ مقاله که اشاره‌ای به برنامه درسی پزشکی نداشتند، کنار گذاشته شد. دو گزارش از چشم‌اندازها و برنامه‌های استراتژیک در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی یافت گردید. مطالعه مداخله‌ای به دست نیامد. اغلب مقالات چاپ شده، نظرات و تجارب صاحب‌نظران را منعکس می‌نمود. تعدادی از مقالات به بررسی شاخص‌های مناسب برای سنجش پاسخ‌گویی اجتماعی پرداخته بود. یک مطالعه هم در موردنظرات دانشجویان و پزشکان از برنامه درسی موجود بود. تعدادی از مقالات هم بر معضلات کشورهای افریقایی و مناطق محروم استرالیایی در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی متمرکز شده بود.

در جمع‌بندی نتایج مطالعات، ابتدا به تعریف مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی اشاره شده و سپس موانع موجود در راه پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی پزشکی ارائه گردیده ؛ در این راستا دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد و سؤالات گوناگونی مطرح است که در این مقاله به سه پرسش اصلی در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی پرداخته شده است. در انتها شاخص‌های سنجش پاسخ‌گویی اجتماعی و راه‌کارهای ارائه شده در متون برای ارتقای سطح پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی ارائه شده است.

در بررسی مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی باید اذعان نمود که تا کنون تعریف جامع و کاملی از پزشک پاسخ‌گو ارائه نشده است(۱۳). با این حال در این زمینه سه مفهوم عمده وجود دارد که بعضی از نویسندگان این مفاهیم را به جای یکدیگر استفاده می‌کنند و به تمایز آن‌ها توجه ندارند(۱٤). این سه مفهوم به نوعی بیانگر سه سطح در خصوص میزان توجه به مفهوم پاسخ‌گویی است. آموزش پزشکی پاسخ‌گو باید از پایین‌ترین سطح (مسؤولیت‌پذیری) به سمت بالاترین سطح (پاسخ‌گویی) گذر نماید. در دو مقاله این مفاهیم بدین صورت تعریف و از یکدیگر متمایز نشان داده شده‌اند(۱٤و۱۵):

مسؤولیت‌پذیری Responsibility: التزام برنامه‌ریزان آموزش پزشکی نسبت به تربیت پزشکان توانمند در رفع نیازهای جامعه را مسؤولیت‌پذیری گویند. این سطح بیش‌تر بر آگاهی مسؤولان و برنامه‌ریزان از وظایف مؤسسه در قبال جامعه متمرکز است. این التزام بیشتر جنبه نظری و تئوریکی دارد (۳). برای سنجش این التزام توصیه به بررسی رسالت و چشم‌انداز مؤسسات آموزشی می‌گردد که تا چه حد دانشگاه‌ها به مسؤولیت خود در قبال تربیت پزشکان توانمند برای رفع نیازهای جامعه توجه دارند.

پاسخ‌دهی Responsiveness: در این سطح دانشکده‌ها فعالیت‌های آموزشی، تحقیقی و خدماتی خود را به سمت مرتفع کردن نیازهای سلامتی در اولویت جامعه هدایت می‌کنند. آن‌ها برنامه 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 نمایند. در این سطح به تربیت پزشک پاسخ‌گو پرداخته می‌شود(۱٦). این سطح از پاسخ‌گویی با مفهوم حرفه‌ای‌گری(Professionalism) هم‌پوشانی دارد که در آن پزشک خود را در قبال جامعه، حرفه پزشکی و بیماران متعهد می‌داند(۱۷).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

پاسخ‌گویی Accountability: در این سطح مؤسسات آموزشی اقدام به گردآوری شواهدی می‌نمایند 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 ارائه شواهدی در زمینه اثربخشی برنامه‌های آموزشی، تحقیقی و خدماتی خود بر اساس چهار ارزش اصلی پاسخ‌گویی اجتماعی (کیفیت، برابری، ارتباط و اثربخشی) به مسؤولان و نهادهای مربوطه می‌نمایند.

در جهت درک کلی از این سه مفهوم، جدول ۱ به شش خصوصیت متمایز بین این سه مفهوم اشاره نموده است.

جدول ۱، تمایز مفاهیم مرتبط با پاسخ‌گویی اجتماعی(۱۴و۱۵)

جدول ۱:معیار الزامات اجتماعی از مسؤولیت‌پذیری تا پاسخ‌گویی

	مسؤولیت‌پذیری Responsibility	پاسخ‌دهی Responsiveness	پاسخ‌گویی Accountability
تعیین نیازهای جامعه	تایید ضمنی Implicitly	تایید عینی Explicitly	شواهد به دست آمده Anticipatively
تعیین‌کننده اهداف مؤسسه ای	اساتید دانشکده‌ها Defined by faculty	بر اساس اطلاعات حاصل از برنامه Inspired from data	مسؤولان جامعه Defined with society
برنامه‌های آموزشی	جهت‌گیری اجتماعی Community oriented	مبتنی بر جامعه Community based	مبتنی بر زمینه Contextualized
توانمندی فارغ‌التحصیلان	پزشک خوب	داشتن معیارهای حرفه‌ای‌گری	عامل تغییر در سیستم بهداشتی
تمرکز ارزشیابی	فرایند (Process)	پیامد (Outcome)	اثرات (Impact)
شیوه ارزشیابی	داخلیInternal	خارجیExternal	مشارکتیHealth partners

در ادامه به مشکلات موجود بر سر راه پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی پزشکی می‌پردازیم. برای پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی، در ابتدا باید نیازهای جامعه شناخته شود و تغییرات حال و آینده جامعه تعیین و پیش‌بینی شود. پس از آن به تعیین شایستگی‌های مورد نیاز پزشکان و تدوین برنامه درسی و اهداف آموزشی برای تربیت پزشکان پرداخته شود و در نهایت ارزشیابی اثربخشی برنامه درسی تدوین شده در رسیدن به اهداف برنامه پاسخ‌گوی اجتماعی یک امر ضروری است(۳). تعریف شایستگی و نیم رخ توانمندی پزشکان یکی از مراحل اولیه در ارزشیابی برنامه‌های پاسخ‌گو است. همچنین اهداف و محتوای برنامه درسی باید در جهت دست‌یابی پزشکان به قابلیت‌های مشخص شده تدوین گردد(۱٤). در این راستا دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد و سؤالات گوناگونی مطرح است. اولین سؤال آن است که آموزش پزشکی باید در قبال چه جامعه‌ای پاسخ‌گو باشد. برخی عقیده دارند که باید در آموزش پزشکی جهانی اندیشید و پزشکان باید برای رویارویی با مشکلات سلامتی جهانی آماده شوند(۱۸). آن‌ها عقیده دارند که جهانی شدن یک نظریه نیست بلکه یک واقعیت است و برنامه‌ریزان آموزش پزشکی هم باید به نیازهای جهانی توجه داشته باشند(۱۹). آن‌ها عقیده دارند که پزشکان به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

طور مداوم در درون و بین کشورها به مهاجرت می‌پردازند، پس لازم است برای تعیین توانمندی‌های مورد لزوم آنها، فراتر از مرزهای قراردادی بین کشورها اندیشید. در همین زمینه در کشور چین پروژه تعیین حداقل ضروریات در توانمندی‌های پزشکان توسط مؤسسه بین‌المللی آموزش پزشکی (Institute for International Medical Education) IIME آغاز نموده که محتوای برنامه درسی مناسب برای تربیت پزشکان پاسخ‌گو به نیازهای سلامتی جهانی را تدوین و تعیین کند. نگاه جهانی به آموزش پزشکی موجب شده است که مؤسسات مختلفی اقدام به تدوین شاخص‌هایی برای ارزشیابی برنامه درسی پزشکی و دست‌یابی فارغ‌التحصیلان پزشکی به حداقل توانمندی‌ها در جهت تسهیل جابجایی پزشکان بین کشورها بنمایند. از این مؤسسات می‌توان به فدراسیون جهانی آموزش پزشکی WFME (World Federation for Medical Education) و کمیسیون آموزشی برای پزشکان فارغ‌التحصیل در کشورهای خارج از امریکا ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) و سازمان بهداشت جهانی اشاره نمود(۲۰).

با این حال تعدادی از مقالات بر پاسخ‌گویی آموزش پزشکی در قبال نیازهای کشور و منطقه تحت پوشش خود تأکید دارند(۲۱). آنان عقیده دارند که تربیت پزشکان بر اساس شاخص‌های اعتبار بخشی تعیین شده در کشورهای پیشرفته موجب تسهیل خروج پزشکان از کشورهای فقیر می‌گردد. آن‌ها عقیده دارند که این سازمان‌ها موجبات مهاجرت پزشکان به کشورهای پیشرفته را فراهم می‌نمایند. به گونه‌ای که در قاره افریقا با آن که ۲٤٪ بار بیماری‌های جهان را دارد تنها ۳٪ کارکنان بخش سلامت در این قاره مشغول به کار هستند. روند مهاجرت پزشکان موجب شده است که در همین زمان در حدود ۲۳٪ پزشکان شاغل در امریکا، از کشورهایی به غیر از امریکا فارغ‌التحصیل شده باشند و از این ۲۳٪ پزشکان خارجی، در حدود ٦٤٪ آنان در کشورهای فقیر آموزش دیده و فارغ‌التحصیل شده‌اند(۱۹). آن‌ها عقیده دارند که برنامه درسی باید بتواند پزشکانی تربیت کند که از یک طرف توانمندی لازم برای خدمت در مناطق محروم را دارا باشند و از طرف دیگر نگرش و علاقه مثبتی به استقرار و ارائه خدمت در این مناطق را داشته باشند. در همین راستا اعتقاد بر این است که پزشکان باید در آموزش خود مواجهه زودرسی با مشکلات و چالش‌های جامعه خود پیدا کنند و توانمندی‌های خود را در جهت نیازمندی‌های آن جامعه گسترش دهند. در جهت افزایش احتمال استقرار پزشکان در مناطق محروم و کاهش مهاجرت آنها تعدادی از مقالات اشاره دارند که باید در زمان پذیرش دانشجو برای رشته پزشکی، به متقاضیان مناطق محروم یا افرادی که تمایل به خدمت در این مناطق را دارند، امتیازات و مشوق‌هایی بیش‌تری برای ادامه تحصیل در این رشته داده شود(۲۲تا۲۵). اغلب مطالعاتی که بر پاسخ‌گویی آموزش پزشکی در قبال نیازهای کشور و منطقه تحت پوشش خود تأکید دارند بر مشکلات سلامتی مناطق دور افتاده در کشورهای افریقایی و استرالیا متمرکز شده‌اند(۲٦).

دومین سؤال آن است که پزشکان باید دارای چه توانمندی‌هایی باشند. تعریف و تعیین توانمندی‌های مورد لزوم پزشکان یکی از گام‌های برنامه‌ریزی برای پاسخ‌گویی اجتماعی است(۲۷). باید توجه داشت که تعدادی از توانمندی‌های مورد نیاز پزشکان، عمومی و جهانی محسوب می‌شوند و پزشکان در تمامی نقاط جهان الزاماً باید آن مهارت‌ها را آموخته باشند مثل مهارت در احیای قلبی ریوی. ولی بعضی از قابلیت‌ها مرتبط با شرایط موجود در جوامع است همچون مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های مراقبت بین فرهنگی(۲۸). از طرفی توانمندی‌های مورد نیاز پزشکان ثابت نیست و باید به طور مداوم مطابق با تغییر در نیازهای جامعه تعدیل گردد. در جوامع مختلف انتظارات از یک پزشک توانمند

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

متفاوت است و با گذشت زمان و ایجاد مشکلات جدید یا ورود نوآوری‌های جدید، انتظارات جامعه از توانمندی‌های پزشکان دستخوش تغییر می‌گردد. در نهایت هر کشور بسته به نیازها و شرایط خود تعدادی از قابلیت‌ها را برای پزشکان گزینش می‌کند(۲۹). لازم به ذکر است که جوامع دارای کمبود امکانات، نسبت به جوامع پیشرفته انتظارات متفاوتی از پزشکان دارند، به طوری که در کشورهای در حال توسعه همچون ایران انتظاراتی که از یک پزشک داریم با کشورهای توسعه یافته متفاوت است(۳۰).

از طرفی دیگر در جوامع مختلف تعریف پیامد نهایی و قابل سنجش در آموزش پزشکی در نزد برنامه‌ریزان متفاوت است. برای مثال در کشورهای پیشرفته پیامد اصلی آموزش پزشکی افزایش سطح سلامت جامعه است ولی در کشورهای افریقایی پیامد اصلی آموزش پزشکی کاهش بار بیماری‌ها است(۱۹). پس باید تعریف و تعیین توانمندی‌های مورد لزوم پزشکان به طور مداوم مورد بازبینی قرار گیرد و برنامه‌ریزان به هر دو نوع مهارت عمومی و اختصاصی پزشکان در آموزش آنها توجه نمایند.

سومین سؤال مهم آن است که چه ساختار و برنامه‌هایی برای تربیت پزشکان پاسخگو مناسب است. بعضی از مشکلات در زمینه ارتقای پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی با دیدگاه‌ها و ساختارهای موجود در سازمان‌های متولی آموزش پزشکی ارتباط دارد. این ساختارها گاهی به عنوان موانع توسعه پاسخگویی آموزش پزشکی عمل می‌کنند. در متون به صورت پراکنده به موانع پاسخگویی اشاره گردیده است که برای درک آسان‌تر این عوامل در هشت مقوله کلی به شرح زیر دسته‌بندی شده‌اند:

۱. رسالت دانشگاه‌ها: دانشگاه‌های علوم پزشکی به اهداف ارائه خدمت به جامعه می‌اندیشند و همزمان به اهداف توسعه علمی توجه دارند. بنابراین دست‌اندرکاران باید به سمت برنامه‌ریزی برای رسیدن به هر دو هدف بروند(۳۱). البته توجه همزمان به این دو هدف به منزله پیچیدگی سیستم‌های آموزشی و بهداشتی نیست(۱۵)؛ به بیانی دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی دارای چهار رسالت مهم همچون آموزش، تحقیقات، خدمات بالینی و اجتماعی هستند و باید به گونه‌ای عمل کنند که همزمان به این چهار رسالت دست یابند و نباید به علت توجه به دیگر رسالت‌ها، از توجه به رسالت اجتماعی دانشگاه‌ها غفلت ورزیده شود(۵). با این حال هنوز در ادغام مفهوم پاسخگویی اجتماعی در رسالت، چشم‌اندازها، ارتقا و استخدام هیات علمی شکاف عمیقی وجود دارد(۲۱). برای مثال در یک مطالعه با هدف بررسی رسالت دانشگاه‌ها دیده شده که دانشگاه‌هایی که کمتر به تحقیقات و چاپ مقاله به عنوان معیار ارتقای اساتید خود توجه داشته‌اند؛ بیش‌تر به تربیت پزشکان برای خدمت‌رسانی به جامعه توجه نشان داده‌اند(۳۲). با این وجود دیده می‌شود که بعضی از دانشگاه‌ها بر چاپ مقاله به عنوان معیار ارتقای اساتید، تأکید بیش‌تری دارند(۳۱). چنین نتیجه گرفته می‌شود که برای ارتقای پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی بهتر است در ارتقای اساتید، شاخص‌های مرتبط با پاسخگویی اجتماعی برنامه درسی به همان اندازه شاخص‌های سه رسالت دیگر دانشگاه‌ها اهمیت داده شود.

۲. حفظ استقلال علمی دانشگاه‌ها: برای پاسخگویی اجتماعی برنامه درسی لازم است تحقیقات علوم سلامت به سمت نیازهای جامعه سوق پیدا کند. دانشگاه‌ها باید در خصوص نحوه و میزان تلاش خود در قبال مرتفع نمودن نیازهای سلامت جامعه پاسخگو باشند. مخالفین پاسخگو شدن برنامه درسی ادعا می‌کنند که اهمیت زیاد قائل شدن برای نیازهای جامعه، موجب توجه کمتر به تحقیقات بنیادین در آموزش می‌گردد که در دراز مدت موجب رکود علمی در علوم پزشکی می‌گردد. آن‌ها معتقدند که آزادی علمی دانشکده‌ها در نهایت به نفع جامعه خواهد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

بود(۳۳). در نظرخواهی از متخصصان در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی، به برقراری تعادل بین حفظ استقلال علمی دانشکده با برنامه درسی مبتنی بر نیازهای جامعه به عنوان یک اقدام استراتژیک و مهم نگاه شده است(۳٤).

۳. غلبه پارادایم کمی: در رشته‌های علوم پزشکی پارادایم کمی و اثبات گرایانه غالب است که در آن به علوم تجربی نسبت به علوم انسانی اهمیت بالاتری داده می‌شود. در پارادایم کمی، موضوعی علمی و قابل قبول تلقی می‌گردد که از راه تحقیق و تجربه قابل تایید باشد،به همین علت حجم زیادی از برنامه درسی در رشته‌های پزشکی به علوم تجربی همچون آناتومی، فیزیولوژی، پاتولوژی و مهارت‌های عملی در پزشکی اختصاص داده شده است(۳۵). تفکر اثبات گرایانه، الگویی از تفکر است که بر اساس آن هر چه قابل بررسی با تجربه نباشد نوعی دانش روایتی، حدس و گمان تلقی می‌گردد. از نظر طرفداران پارادایم اثبات گرایانه گفتار، زبان و طرز بیان بیماران نوعی دانش غیر علمی تلقی می‌گردد و به آن اهمیت زیادی داده نمی‌شود(۳۵). این امر نشان‌دهنده این است که حرفه‌ای شدن، پاسخ‌گویی، بشردوستی و همدلی که از شاخص‌های مهم پزشکان پاسخ‌گو است در پارادایم کمی اهمیت چندانی به آنها داده نمی‌شود(۳٦). بنابراین برنامه درسی آموزش پزشکی از نظر بینش‌های انسان‌گرایانه دچار فقر است. دانشکده‌های پزشکی انتظار دارند که پزشکان و دانشجویان در بالین و در جامعه ارزش‌های حرفه‌ای را پاس بدارند. این در حالی است که فراگیران این موضوعات را به صورت سطحی و گذرا هم نیاموخته‌اند. علاوه بر این، به مفهوم طرفداری پزشک از جامعه (Advocacy) و آموزش علوم اجتماعی که رابطه نزدیکی با پاسخ‌گویی دارد، توجه چندانی در برنامه‌های درسی پزشکی نگردیده است(۳۷).

٤. ساختار برنامه درسی: ساختار رشته محور آموزش پزشکی از پاسخ‌گویی اجتماعی حمایت چندانی نمی‌کند. از آنجا که در ساختارهای رشته محور، در سال‌های اول آموزش پزشکی قسمت عمده زمان برنامه درسی به آموزش علوم پایه اختصاص داده می‌شود، این امر مواجهه دیررس دانشجویان با معضلات سلامت جامعه را در پی دارد؛ به طوری که اغلب فراگیران از آموزش ناکافی در خصوص حل مشکلات جامعه خود شاکی هستند. مواجهه دیررس دانشجویان با مشکلات جامعه درساختارهای رشته محور، به همراه افت تدریجی میزان نگرش آرمان‌گرایانه دانشجویان پزشکی به ارتقای جامعه خود در طی دوران تحصیل، کاهش میزان تعامل دانشجویان با مردم و جامعه را شدت می‌بخشد(۳۸). باید توجه داشت که در برنامه‌های درسی رشته محور، حیطه‌های دانش از هم مجزا استو تمایز دقیقی بین رشته‌ها ایجاد شده است و در مجموع به انسان به عنوان یک کل واحد و یکپارچه توجه نمی‌گردد. در نتیجه دانشجویان پزشکی هم رشته‌ها را جدا جدا و مستقل از یکدیگر تلقی می‌کنند، در صورتی که در آموزش پاسخ‌گو بر کل نگری تأکید می‌شود. عدم توجه به برخورداری پزشکان از دیدگاه کل نگرانه موجب می‌شود که هر یک از پزشکان در یک رشته و موضوع تخصص پیدا کنند و قادر نباشند که بیمار را به عنوان یک پدیده کلی در نظر بگیرند. بر همین اساس در طی بررسی و درمان بیماران، پزشکان تنها بر روی جنبه‌هایی از بیمار که به رشته خودشان مرتبط است، تکیه و تأکید می‌کنند(۳۵).

۵. تعاملات بین رشته ای: یکی از عوامل مهم در ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی توجه به همکاری بین حرفه ای، بین رشته‌ای و درون رشته‌ای است. با این حال ساختارهای سنتی آموزش پزشکی به گونه‌ای است که بین رشته‌ها و گروه‌های آموزشی ذهنیت گروهی ایجاد شده است و گروه‌ها خود را از یکدیگر متمایز احساس می‌کنند به گونه‌ای که به جای تأکید بر همکاری و مشارکت، گروه‌ها، رشته‌ها و حرفه‌ها به رقابت با هم واداشته می‌شوند(۳۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

٦. عدم تناسب محتوای برنامه درسی با نیازهای جامعه: پاسخ‌گویی اجتماعی به صورت اتفاقی رخ نمی‌دهد، بلکه باید محتوای آموزشی مربوط به آن در برنامه درسی پزشکی لحاظ گردد. یکی از مشکلات برنامه درسی فعلی محتوای نامناسب آن است که پوشش‌دهنده مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی نیست(۳۳). یکی از تصورات غلط رایج این است که آموزش تئوریک و بالینی قادر به تربیت پزشکانی است که بتوانند در قبال جامعه پاسخ‌گو باشند(۳۹)، این تصور در حالی است که حتی تدوین و ارائه برنامه درسی که بتواند فراگیر را در متن جامعه و در تماس مداوم با مشکلات جامعه قرار دهد به تنهایی نمی‌تواند تضمین‌کننده تربیت پزشکان پاسخ‌گو باشد(۱).

۷. کمبود واحدهای درسی انتخابی: واحدهای درسی انتخابی کمک می‌کند که پزشک به سمت دروسی متمایل گردد که به زمینه اجتماعی و محیط کاری او ارتباط بیش‌تری دارد. با این حال اغلب واحدهای درسی اجباری است و برای دانشجویان در تمامی مناطق کشور به طور یکسان زمان و محتوا به آن اختصاص می‌یابد. کمبود توجه به تدوین واحدهای درسی انتخابی متناسب با نیازهای جامعه و ارائه آن به شیوه مناسب یکی دیگر از مشکلات پیش روی پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی است(٤٠).

۸. همکاری بین دانشگاه و جامعه: بین دانشگاه و جامعه از قدیم جدایی بوده است و هنوز هم دانشکده‌هایی که درمانگاه‌هایی در جامعه تاسیس می‌کنند با این معضل مواجهند؛ چون ذهنیت والدینی بودن و در برج عاج بودن دانشگاهیان مردم را از تعامل با آنان دور نگه‌می‌دارد(۳۱).

در جهت ارزشیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی بر اساس پاسخ‌گویی اجتماعی، صاحب‌نظران ارزش‌ها و شاخص‌های متعددی را بیان نموده‌اند. تعدادی از مقالات میزان توجه برنامه‌های آموزش پزشکی به چهار ارزش پاسخ‌گویی اجتماعی (کیفیت، عدالت، مرتبط بودن و اثربخشی) را معیار مناسبی برای ارزشیابی برنامه‌ها ذکر می‌کنند، این که تا چه حد برنامه آموزشی توانسته است به هدف خود یعنی تربیت پزشکانی با توانمندی مناسب برای خدمت‌رسانی عادلانه و با کیفیت به جامعه تربیت کند تا آنها بتوانند در رابطه با نیازهای در اولویت جامعه به صورت اثربخش اقدامات لازم را انجام دهند(۱۵).

یکی از مدل‌های مورد اشاره در مقالات در خصوص شاخص‌های پاسخ‌گویی، مدل CPU model (Conceptualization/Production/Usability) است که شاخص‌های متعددی برای ارزشیابی پاسخ‌گویی اجتماعی تدوین کرده است. این مدل دارای ۳ قسمت اصلی است. در جدول ۲ این شاخص‌ها نشان داده شده است(١٤).

جدول ۲: شاخص‌های پاسخ‌گویی اجتماعی

حیطه	زیر حیطه	شاخص	تعریف شاخص
ادراک (Conceptualization)	مراجع References	ارزش‌ها	چهار ارزش اصلی (کیفیت- برابری- مرتبط بودن – اثربخشی)
		جمعیت	خصوصیات جامعه و نیازهای اولویت دار آن‌ها
		سیستم سلامت	وسعت سیستم سلامت جامعه و سازگاری و هماهنگی آن با دیگر سازمان‌ها
		کارکنان	نیاز کمی و کیفی به کارکنان
	تعامل Engagements	رسالت	رسالت و اهداف مؤسسه بر اساس مراجع
		جایگاه	وسعت جامعه تحت پوشش
		مشارکت	همکاری دست‌اندرکاران جامعه با سازمان
		پیامدهای مطلوب	تعریف و مشخص کردن نیم رخ کارکنان (شایستگی‌ها)
	حاکمیت Governance	برنامه‌ریزی استراتژیک	هماهنگی مؤسسه با برنامه استراتژیک جامعه
		مدیریت	اعتبار- هماهنگی و ارزشیابی اجرای برنامه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

		منابع	تحرک منابع داخلی و خارجی هماهنگ با قسمت تعامل
محصول Production	عملیات در عرصه Field operations		آموزش – تحقیق و خدمت رسانی هماهنگ با تعامل
	برنامه آموزشی Educational program	اهداف و محتوا	بر اساس شایستگی‌های تعریف شده
		ساختار برنامه درسی	مواجهه زودرس و مداوم با مشکلات جامعه
		فرایند یادگیری	یادگیری حل مشکلات پیچیده جامعه
		مراکز	مراکز پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی جامعه و مرتبط با دیگر سطوح خدمات بهداشتی
	دانشجویان Students	نیازمندی‌ها	اولویت و برابری دانشجویان مناطق محروم
		شغل	جهت گیری و کمک به دستیابی به مشاغل مرتبط با اولویت‌های بهداشتی جامعه
		ارزشیابی	بررسی کسب شایستگی‌ها
	مدرسین Teachers	منبع	استفاده از مدرسان گوناگون از رشته‌های سلامت و علوم اجتماعی
		توانمندی	الگو قرار گرفتن اساتید از نظر دستیابی به توانمندی‌ها
		حمایت	آموزش و تشویق برای افزایش توانمندی‌ها در آموزش اجتماعی
	تحقیق Research	-	مرتبط با مدیریت بهداشتی بر اساس شاخص‌های ارجاع و کاربری
	خدمات Service	-	خدمات بهداشتی بر اساس شاخص‌های کاربری
کاربری Usability	استخدام Employment	فرصت‌های استخدام	حمایت و مشارکت برای ظهور حرفه‌های اولویت دار در سلامت
		پست‌های سازمانی	حفظ و توزیع فارغ‌التحصیلان بر اساس نیاز جامعه
		کیفیت خدمات	حفظ توانمندی کارکنان
		عملکرد	بهبود شرایط کار در سطح اولیه بهداشتی
	اثرات Impact	مشارکت	مشارکت با دست‌اندرکاران برای بهبود مدیریت سیستم
		اثرات بر سلامت	کاهش خطرات و ارتقای سلامت
		ارتقاء	اتصال نتایج کاربری به بدنه تصمیم گیرنده ملی و منطقه ای

برخی کشورها معیارهای دیگری برای ارزشیابی میزان پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌های آموزشی خود تدوین نموده‌اند. برنامه شبکه آموزش برای عدالت در سلامت (THEnet:Training for Health Equity Network) 20 شاخص از شاخص‌های CPU را استفاده نموده است(۱٤). لازم به ذکر است که نیمی از شاخص‌های این برنامه به اندازه‌گیری پیامدهای برنامه‌های اجرا شده در جامعه اختصاص دارد. برنامه شبکه آموزش برای عدالت در سلامت (THEnet) توانسته است شبکهی بین دانشکدهای در جهت هماهنگی و همکاری برای حمایت دانشکده‌های پزشکی کشورهای کوبا، ونزوئلا، کانادا، افریقای جنوبی، استرالیا و فیلیپین در اجرا و ارزشیابی برنامه‌های پاسخ‌گویی اجتماعی به وجود آورد(۱۷).

مدل دیگر در خصوص شاخص‌های پاسخ‌گویی مدل ایدراست. چهار معیار در مدل ایدر(دستیابی، بررسی، ارائه، آموزش و پاسخ‌دهی)؛ (The AIDER model: Assess, Inquire, Deliver, Educate, Respond) در زمینه ایجاد پاسخ‌گویی اجتماعی تدوین گردیده است. به این مفهوم که برنامه آموزشی تا چه حد نیازهای جامعه را شناخته است و بر اساس آن به تربیت پزشکان توانمند برای ارائه خدمت و آموزش جامعه پرداخته است. این مدل در کانادا در دو دانشگاه مورد استفاده قرار گرفته است و در هر دو مطالعه میزان توجه به خدمت‌رسانی به مناطق محروم را مورد پایش قرار داده است(٤۱).

مدل اسپایر (Actualizing Social and Personal Identity Resources) ASPIRe model بر استفاده از شبکه‌های بین فردی در منابع انسانی و ایجاد سرمایه اجتماعی در برنامه‌ها توجه دارد. در سال ۲۰۱۲ به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

سفارش انجمن آموزش پزشکی اروپا (The AMEE: Association for Medical Education in Europe) با همکاری دانشگاه کوئینزلند استرالیا به صورت پایلوت با استفاده از مدل اسپایر دانشگاه‌های متقاضی از نظر میزان توجه به شاخص پاسخ‌گویی اجتماعی مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفتند و به دانشگاه‌هایی که در این زمینه فعالیت چشمگیر داشتند، گواهی تشویقی در این زمینه اهدا گردید. فهرست این دانشگاه‌ها در سایت انجمن بین‌المللی آموزش پزشکی درج گردیده است. این برنامه تا سال ۲۰۱٤ ادامه خواهد یافت(٤۲). لازم به ذکر است که در ایران هم طرح‌های رتبه‌بندی دانشگاه‌ها از قبیل طرح راد (رتبه‌بندی آموزشی دانشگاهها) در شاخص ۱۹ خود ۱۰ معیار برای بررسی میزان توجه دانشگاه‌ها به نیازهای جامعه تعریف نموده است(٤۳).

در تعدادی از مقالات به راه‌کارهایی جهت پاسخ‌گو کردن برنامه درسی اشاره نموده‌اند. عقیده بر این است که در جهت توسعه پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی باید به سمت تدوین راه‌کارهای عملیاتی گرایش پیدا کرد. بر همین اساس استفاده از تجارب دیگر دانشگاه‌ها در رفع موانع پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ ولی باید توجه نمود که بعضی از پیشنهادات ارائه شده در مقالات در سطح نظری است و اثربخشی آنها به صورت عملیاتی مورد بررسی قرار نگرفته‌است. ما در بررسی‌های انجام شده به مطالعه‌ای که اثربخشی برنامه خود را به صورت نظام‌مند گزارش نموده باشد دست نیافتیم. اغلب گزارشات در زمینه موفقیت برنامه‌های پاسخ‌گوی اجتماعی به صورت روایتی (Narrative) است. لازم به ذکر است که اگرچه گزارشات روایتی به دانشگاه‌های دیگر در استفاده از آن برنامه‌ها کمک می‌نماید ولی امکان مقایسه اثربخشی این برنامه‌ها بر اساس شاخص‌های تعیین شده برای بررسی میزان دست‌یابی به اهداف برنامه‌ها مشکل است(۱۷). باید توجه داشت که ارزشیابی اثربخشی برنامه‌های اجرا شده مشکل و زمان بر است و تغییرات مداوم برنامه درسی بر اساس تغییرات مداوم جامعه، بررسی اثربخشی برنامه درسی تدوین شده را بسیار مشکل می‌کند. همچنین نمی‌توان تأثیر اصلاحات برنامه درسی را از عوامل اثر گذار دیگر مجزا نمود و جداگانه تحلیل کرد(۱۹).

در جهت تدوین راه‌کارهای عملیاتی بعضی از مؤسسات با استفاده از نظر سنجی از افراد خبره، اقدام به تدوین راه‌کارها و پیشنهاداتی برای برنامه‌ریزان آموزشی نموده‌اند. برای مثال در سال ۲۰۱۰ اجماع جهانی پاسخ‌گویی اجتماعی مؤسسات آموزش پزشکی (GCSA: Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools) به طریق دلفی ده راه‌کار استراتژیک برای پاسخ‌گویی اجتماعی مؤسسات تعیین نمود. این ده راه‌کار به ترتیب شامل: شناخت زمینه اجتماعی و شناخت چالش‌ها و نیازهای بهداشتی، مشارکت با سیستم سلامت و دیگر دست‌اندرکاران، تعدیل نقش پزشکان و دیگر کارکنان بر اساس تغییرات جامعه، ترویج برنامه درسی پیامد محور، ایجاد حاکمیت پاسخ‌دهنده در دانشگاه‌ها، بازبینی استانداردهای آموزشی، تحقیقاتی و خدمت‌رسانی به جامعه، حمایت از بهبود کیفیت آموزش، تحقیقات و خدمت‌رسانی به جامعه، ایجاد روش‌های اعتبار بخشی اختیاری، تعدیل اصول جهانی با شرایط جامعه خود و تعریف نقش جامعه در توسعه پاسخ‌گویی است(٤٤).

در تحقیقی دیگر، ون(Wen) و همکاران سه راه‌کار عمده برای افزایش پاسخ‌گویی برنامه درسی آموزش پزشکی را پیشنهاد نموده‌اند(۳۸).

۱. تدوین رسالت روشن در خصوص پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه در دانشکده: توجه به پاسخ‌گویی اجتماعی در رسالت دانشکده موجب هدایت تمامی مراحل آموزش به سمت پاسخ‌گویی از زمان ثبت نام فراگیران تا فارغ‌التحصیل شدن آنان می‌گردد(۲۳).

۲. اضافه نمودن آموزش مبتنی بر جامعه در سطوح مختلف برنامه درسی پزشکی: به طوری که فراگیران

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

مدت زمان آموزشی بیش‌تری را در جامعه سپری کنند. تحقیقات نشان داده است افرادی که در سطح جامعه آموزش دیده‌اند به احتمال بیش‌تری به کار در جامعه خواهند پرداخت.

۳. رها نکردن پزشکان بعد از فارغ‌التحصیلی: توصیه می‌گردد که از پزشکان برای آموزش و تربیت دانشجویان در جامعه استفاده شود و آنان الگوی دیگر دانشجویان قرار گیرند(۳۸).

بحث

در راستای توسعه پاسخ‌گویی اجتماعی، در ابتدا باید روی یک تعریف مشترک از پاسخ‌گویی برنامه درسی توافق نمود. شناخت نیازها و روندهای موجود جامعه هدف در این کار یک ضرورت است تا بتوان یک برنامه عملیاتی مناسب طراحی نمود. در انتها باید بر روی تدوین شاخص‌های مناسب برای کمک به ارزشیابی این برنامه‌ها کار کرد. همچنین در طراحی و اجرای این برنامه‌ها باید به موانع موجود هم توجه نمود. یکی از موانع اصلی، ساختار رشته محور برنامه درسی است. در راه‌کارهای ۱۰ گانه ارائه شده توسط اجماع جهانی پاسخ‌گویی اجتماعی مؤسسات آموزش پزشکی(٤٤) به توسعه برنامه درسی پیامد محور اشاره شده است ولیکن باید دانست تغییر و اصلاح برنامه درسی فرایندی پیچیده و زمان بری است(٤٥). همچنین اصلاح برنامه درسی نیازمند بودجه، امکانات، وجود متخصصان برنامه درسی، فرایند جدید در پذیرش دانشجو، و برنامه آموزشی مبتنی بر جامعه است(۱۹). با این حال برای ارتقای پاسخ‌گویی در آموزش پزشکی راه‌کارهای متعددی پیشنهاد شده است که عمدتاً موارد زیر را در بر می‌گیرد:

۱. تدوین مدل و چارچوب نظری مناسب برای پاسخ‌گویی برنامه درسی: آموزش پزشکی نیازمند یک چارچوب نظری برای پزشک پاسخ‌گو است تا بتوان برنامه درسی را بر اساس آن تنظیم نمود و معیارهایی برای ارزشیابی پزشک پاسخ‌گو تدوین کرد. در این راستا تدوین مدلی مناسب برای هدایت پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی که در آن ارتباط اجزای مختلف مشخص باشد ضروری به نظر می‌رسد(٤٦). سه حیطه فعالیت دانشگاه‌ها که شامل آموزش، تحقیق و خدمت‌رسانی است باید در جهت حل مشکلات و معضلات جامعه و مسائل اخلاق پزشکی جهت‌گیری شود. همچنین این چارچوب باید دارای چرخه‌های بازخوردی باشد که نشان‌دهنده رفع مشکلات جامعه از طریق برنامه درسی پاسخ‌گو باشد که در عین حال بتوان برنامه درسی را به وسیله آن اصلاح نمود. تدوین و ایجاد این چرخه‌های بازخوردی برای برنامه درسی یک امر مهم و ضروری است(۱٦). توجه به مقوله پاسخ‌گویی در برنامه درسی آشکار، پنهان، آموزش بین حرفه‌ای و تدوین دوره‌های آموزش مداوم حرفه‌ای ضروری است.

۲. گنجاندن پاسخ‌گویی در برنامه درسی آشکار: برنامه درسی آشکار با تقویت و پاداش دادن پزشکان پاسخ‌گو، موجب ترویج آموزش پزشکان پاسخ‌گو می‌گردد. در نظر گرفتن پاسخ‌گویی به عنوان چشم‌انداز برنامه درسی، بازبینی و اصلاح برنامه درسی را ضروری می‌سازد(٤٧). امید و همکاران در دو مطالعه بر استفاده از تجارب پزشکان عمومی و پزشکان خانواده در تعیین محتوای آموزشی مورد نیاز پزشکان پاسخ‌گو تأکید داشته‌اند(٤٨و٤٩) ولیکن بعضی از صاحب‌نظران عقیده دارند که تغییر برنامه درسی آشکار کمکی به بهبود حرفه پزشکی نمی‌کند. آن‌ها آموزش پزشکی را یک آموزش اخلاقی می‌دانند که در آن پزشکان اصول اخلاق حرفه‌ای را از الگوی نقش و پزشکان با تجربه می‌آموزند و تغییر برنامه درسی آشکار را چندان با اهمیت نمی‌دانند(٤٧) و عقیده دارند که باید بر برنامه درسی پنهان و ترویج الگوی نقش در بین اساتید پزشکی سرمایه گذاری نمود.

۳. آموزش پاسخ‌گویی از طریق برنامه درسی پنهان و الگوی نقش: از آنجا که پاسخ‌گویی اجتماعی هم‌پوشانی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

زیادی با حرفه‌ای‌گری در پزشکی دارد، توجه به آموزش حرفه‌ای‌گری یکی از راه‌کارهای آموزشی محسوب می‌گردد. عقیده بر این است که پزشکان اکثر رفتارهای حرفه‌ای خود را در طول آموزش از طریق برنامه درسی پنهان می‌آموزند(۵۰). در این شیوه از آموزش، اساتید الگوی نقش برای دانشجویان محسوب می‌شوند. آموزش اساتید نقش مهمی در استفاده از این شیوه آموزش در افزایش سطح پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی دارد(۵۱).

٤. تدوین برنامه‌های درسی بین رشته ای: همان‌طور که قبلاً بیان گردید یکی از راه‌کارهای مناسب در افزایش موفقیت برنامه‌های درسی پاسخ‌گو سرمایه‌گذاری برای رفع موانع همکاری‌های بین حرفه ای، بین رشته‌ای و درون رشته‌ای است. برقراری تعامل با دیگر رشته‌هایی که با نیازهای سلامتی جامعه در ارتباط هستند یک روش مناسب برای پاسخ‌گو نمودن برنامه درسی پزشکی است(۵۲). در یک مطالعه در مصر، به اهمیت همکاری و تعامل بین رشته‌های آموزشی کشاورزی و دامپزشکی با پزشکی اشاره شده است(۵۳).

٥. یکی از راه‌کارها در زمینه افزایش پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی، مواجهه مستقیم فراگیر با مشکلات جامعه است. در امریکا از دهه ۱۹٦۰ دانشکده‌های پزشکی درمانگاه‌هایی در جامعه تاسیس نمودند که در آن‌ها پزشکان با دیگر حرفه‌ها به صورت بین حرفه‌ای آموزش داده می‌شدند و همزمان به جامعه هم خدمت‌رسانی می‌نمودند(٥٤). از سال ۱۳٥۱ در کشور ایران برنامه مراقبت‌های اولیه سلامتی(PHC) در همین راستا طراحی و اجرا گردید. همچنین ادغام آموزش پزشکی در خدمات پزشکی در سال ۱۳٦٤ با تلفیق آموزش و خدمت‌رسانی همزمان به جامعه فرصتی بسیار ارزشمند برای توسعه پاسخ‌گویی آموزش پزشکی فراهم نمود(۱۱)؛ البته دیده شده است که تدوین و ارائه برنامه درسی که بتواند فراگیر را در متن جامعه و در تماس مداوم با مشکلات جامعه قرار دهد به تنهایی نمی‌تواند تضمین‌کننده تربیت پزشکان پاسخ‌گو باشد(۱).

٦. هدایت برنامه‌های آموزش مداوم به سمت پاسخ‌گویی اجتماعی: در آموزش پزشکی نباید تنها به برنامه درسی تربیت پزشکان عمومی توجه داشت. آموزش پزشکی در هر سه سطح آموزش عمومی، تخصصی و آموزش مداوم باید به پاسخ‌گویی اجتماعی توجه داشته باشد(۱۸). استانداردهای فدراسیون جهانی آموزش پزشکی(WFME) این سه مقطع را متمایز از یکدیگر مورد بررسی قرار می‌دهند و بر اهمیت هر سه سطح آموزش تأکید دارند (۱۸). از آنجا که در این آموزش‌ها پزشکانی شرکت خواهند کرد که با نیازهای جامعه خود آشنایی دارند، برنامه‌های آموزش مداوم و توسعه حرفه‌ای موقعیت مناسبی است که از طریق آن می‌توان میزان پاسخ‌گویی برنامه درسی را افزایش داد(۲و٤و٥٥).

۷. توسعه هماهنگی و همکاری بین دانشگاهی: این امر می‌تواند موجبات بهره برداری از تجارب سایر دانشگاهها در زمینه برنامه‌ریزی برای آموزش پاسخ‌گو را فراهم سازد. در برخی کشورها هماهنگی و همکاری بین دانشگاه‌های درون کشور یا تعامل با دانشگاه‌های خارج از کشور، موجبات افزایش قدرت آن‌ها در اصلاح و تعدیل دستورالعمل‌ها و قوانین موجود در زمینه اعطای گواهینامه و اعتبار بخشی را فراهم می‌نماید. در برخی موارد ساختارهای اعتبار بخشی و قوانین آن‌ها با قوانین ابلاغی و قوانین اعطای گواهی‌کار به پزشکان هم‌خوانی ندارد(۳۱)، این قوانین شامل شیوه‌های پذیرش دانشجو، دستورالعمل‌های اعطای گواهینامه و شاخص‌های اعتباربخشی است.

۸. اصلاح سیستم پذیرش دانشجو: بهبود روش‌های پذیرش دانشجو در رشته پزشکی از قبیل استفاده از روش‌های غیر شناختی و مصاحبه لازم به نظر می‌رسد. در حال حاضر برای انتخاب فراگیران پزشکی از روش‌های شناختی مثل تست چهارگزینه‌ای استفاده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

می‌شود که قدرت پیش‌بینی کافی ندارد(۲۳). سیستم پذیرش ملاک محور روش مناسبی برای انتخاب فراگیران پزشکی نیست و باید فرد منتخب دارای نگرش مثبت به خدمت‌رسانی به جامعه و حس همدلی با مردم باشد(٥٦). به عنوان مثال در پذیرش دانشجویان برای تحصیل در رشته پزشکی به نمرات و موفقیت‌های دوران تحصیل پیش دانشگاهی توجه می‌شود و از معیارهای عینی همچون مدارک علمی، نمرات امتحانی، میانگین کلی مقطع قبلی و نمره آزمون چهارگزینه‌ای استفاده می‌گردد. در این روش پذیرش به حوزه‌های عاطفی و عملکردی دانشجو همچون نوآوری، بشر دوستی، تعهدات اجتماعی و مهارت‌های مدیریتی فرد توجه نمی‌شود. برای حرفه‌ای شدن و پاسخ‌گویی باید روش انتخاب دانشجویان برای ادامه تحصیل در رشته پزشکی اصلاح گردد(٥٠).

۹. تلفیق پاسخ‌گویی به عنوان یک معیار در فرایند اعتباربخشی دانشکده‌های پزشکی: امروزه مؤسسات اعتبار بخشی با تدوین شاخص‌های ارزشیابی و انجام ارزشیابی‌های خارجی کمک شایانی به پاسخ‌گویی مؤسسات آموزشی می‌نمایند. این مؤسسات می‌توانند با تعریف شاخص‌های مناسب در زمینه پاسخ‌گویی اجتماعی مشوق خوبی برای توجه مؤسسات آموزشی به این مقوله باشند(۳۳). برنامه اعتبار بخشی GCSA به طور واضح در اعتباربخشی مؤسسات آموزشی به پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی توجه کرده است(۳٤). در ایران در نهمین استاندارد اعتباربخشی مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی بر تدوین برنامه‌های مدون برای توسعه آموزش پاسخگو در دانشگاه‌های علوم پزشکی تاکید شده است(٥٧)، ولیکن باید توجه داشت که استانداردهای تدوین شده در کشورهای پیشرفته همچون WFME به نیازهای کشورهای توسعه نیافته توجه ندارد و دست‌یابی مؤسسات آموزشی به این استانداردها دشوار است(۱۹). در اغلب کشورها سیستم اعتباربخشی دانشکده‌های پزشکی ابزاری در دست دولت محسوب می‌شود که با آن مؤسسات آموزشی را کنترل می‌کند ولی دیده شده است که اگر اعتباربخشی در دست خود حرفه باشد به بهبود آن بیش‌تر کمک می‌کند(۳۳). در اعتباربخشی برای پاسخ‌گویی اجتماعی مؤسسات آموزش پزشکی باید بین استانداردهای سخت که موجب کاهش نوآوری و خلاقیت می‌شود با استانداردهای آسان و سطحی که ناتوان از پاسخ‌گو کردن مؤسسه است تعادل ایجاد شود(٤٦). با این حال مخالفان عقیده دارند که اعتباربخشی دانشگاه‌ها کاری منطقی نیست زیرا جنبه‌هایی از برنامه درسی همچون حرفه‌ای‌گری، نوع دوستی و حساسیت فرهنگی به راحتی قابل سنجش نیست و دانشگاه‌ها از این مقوله امتیازی کسب نخواهند نمود(۱۳).

نتیجه‌گیری

پاسخ‌گویی اجتماعی باید در رسالت‌های اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی دیده شود اولین قدم در توسعه پاسخ‌گویی، شناخت نیازهای جامعه است. در اغلب موارد شیوه بررسی نیازهای جامعه، مبتنی بر مدل‌های منطقی بوده است. در این راستا انجام تحقیقات پیمایشی در زمینه شناخت نیازها و اولویت‌های سلامت جامعه ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر تلاش برای رفع موانع موجود در ساختارهای آموزشی یکی دیگر از گام‌های مؤثر در زمینه گسترش پاسخ‌گویی به شمار می‌رود. در کشورهای مختلف از جمله ایران برنامه‌هایی برای تربیت پزشکان پاسخ‌گو به اجرا در آمده است ولی تا کنون اثربخشی این برنامه‌ها به صورت دقیق و عینی مورد سنجش قرار نگرفته است. جهت ارزشیابی میزان پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌های درسی، پیشنهاد می‌شود شاخص‌ها و استانداردهای مناسب ملی تعیین و تعریف گردد. همچنین لازم است روش‌ها و ابزارهای مناسبی برای اندازه‌گیری و سنجش پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی تدوین شود. در مقالات، پیشنهادات متعدد و

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

جذابی در زمینه کمک به مؤسسات برای پاسخ‌گو نمودن برنامه‌های خود دیده می‌شود ولی کارایی و اثربخشی این راه‌کارها در سیستم‌های آموزشی ایران نیاز به بررسی و تحقیق دارد. در هر حال جهت‌دهی تحقیقات آموزشی به سمت توسعه پاسخ‌گویی در آموزش پزشکی یک ضرورت به نظر می‌رسد.

منابع

1. Entezari A, Momtazmanesh N, Khojasteh A, Einollahi B. Toward social accountability of medical education in Iran. Iran J Public Health. 2009; 38(Suppl. 1): 27-28.
2. Fleet LJ, Kirby F, Cutler S, Dunikowski L, Nasmith L, Shaughnessy R. Continuing professional development and social accountability: a review of the literature. J Interprof Care. 2008; 22 (Suppl 1):15-29.
3. Gibbs T. Sexy words but impotent curricula: Can social accountability be the change agent of the future?. Med Teach. 2011; 33(8): 605-7.
4. Goldman J, Reeves S, Lauscher HN, Jarvis-Selinger S, Silver I. Integrating social accountability into continuing education and professional development at medical schools: the case of an institutional collaborative project in Canada. J Interprof Care. 2008; 22 (Suppl 1): 40-50.
5. Aretz HT. Some thoughts about creating healthcare professionals that match what societies need. Med Teach. 2011; 33(8): 608-13.
6. Goodfellow P, Claydon P. Students sitting medical finals—ready to be house officers?. J R Soc Med. 2001; 94(10): 516-20.
7. Burch V, Nash R, Zabow T, Gibbs T, Aubin L, Jacobs B, et al. A structured assessment of newly qualified medical graduates. Med Educ. 2005; 39(7): 723-31.
8. Moercke AM, Eika B. What are the clinical skills levels of newly graduated physicians? Self-assessment study of an intended curriculum identified by a Delphi process. Med Educ. 2002; 36(5): 472-8.
9. Evans DE, Wood DF, Roberts CM. The effect of an extended hospital induction on perceived confidence and assessed clinical skills of newly qualified pre-registration house officers. Med Educ. 2004; 38(9): 998-1001.
10. Liddell MJ, Davidson SK, Taub H, Whitecross LE. Evaluation of procedural skills training in an undergraduate curriculum. Med Educ. 2002; 36(11): 1035-41.
11. Education development Center. North khorasan university of medical sciences. [Tarikhchehe vahede amuzeshe pasokhgoo]. [cited 2014 Jun 1]; Available from: http://nkums. ac. ir/index. aspx?Catid=3832. [persian]
12. Center of Medical Education Studies and Development. Ministry of Health and Medical Education. Deputy ministry of education. [mostanadat amuzeshe pasokhgoo] ; 2014. [cited 2014 Jun 1]; Available from: http://edc. behdasht. gov. ir/index. aspx?siteid=180&pageid=12628. [persian]
13. Reddy AT, Lazreg SA, Phillips Jr 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.
14. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. Educ Health (Abingdon). 2012; 25(3): 180-94.
15. Boelen C, Woollard R. Social accountability: The extra leap to excellence for educational institutions. Med Teach. 2011; 33(8): 614-9.
16. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. Med Educ. 2006 ;40(4):301-13.
17. Leinster S. Evaluation and assessment of social accountability in medical schools. Med Teach. 2011; 33(8): 673-6.
18. Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. Med Teach. 2011; 33(8): 667-72.
19. Gibbs T, McLean M. Creating equal opportunities: The social accountability of medical education. Med Teach. 2011; 33(8): 620-5.
20. Hamilton JD. EDITORIAL International standards of medical education: a global responsibility. Med

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

Teach. 2000; 22(6): 547-8.
21. Mckimm J, McLean M. Developing a global health practitioner: Time to act?. Med Teach. 2011; 33(8): 626-31.
22. McKimm J. Current trends in undergraduate medical education: program and curriculum design. Samoa Medical Journal. 2010; 2(1): 40-8.
23. University of Saskatchewan. College of Medicine Social Accountability Committee Strategic Plan 201114; 2011. [cited 2014 feb 10]. Available from: https://www. medicine. usask. ca/leadership/social-accountability/pdfs%20and%20powerpoint/SAC%20Strategic%20Plan%202011-14%20FINAL_June_2011. pdf
24. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. Med Educ. 2009; 43(9): 887-94.
25. Worley P, Murray R. Social accountability in medical education-An Australian rural and remote perspective. Med Teach. 2011; 33(8): 654-8.
26. Kwizera EN, Iputo JE. Addressing social responsibility in medical education: The African way. Med Teach. 2011; 33(8): 649-53.
27. du Toit R, Palagyi A, Brian G. The development of competency-based education for mid-level eye care professionals: a process to foster an appropriate, widely accepted and socially accountable initiative. Educ Health (Abingdon). 2010; 23(2): 368.
28. Ringsted C, Schroeder TV, Henriksen J, Ramsing B, Lyngdorf P, Jønsson V, et al. Medical students' experience in practical skills is far from stakeholders' expectations. Med Teach. 2001; 23(4): 412-416.
29. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. Med Educ. 2008; 42(3): 248-55.
30. Ahmed R, Naqvi Z, Wolfhagen I. Psychomotor Skills for the Undergraduate Medical Curriculum in a Developing Country—Pakistan. Educ Health (Abingdon). 2005; 18(1): 5-13.
31. Wartman SA, Steinberg MJ. The role of academic health centers in addressing social responsibility. Med Teach. 2011; 33(8): 638-42.
32. Mullan F, Chen C, Petterson S, Kolsky G, Spagnola M. The social mission of medical education: ranking the schools. Ann Intern Med. 2010; 152(12): 804-11.
33. Woollard RF. Social accountability and accreditation in the future of medical education. The Commission on Education of Health Professionals for the 21st Centur; 2010. [cited 2014 feb 20]. Available from: http://www. healthprofessionals21. org/docs/SocialAccountability. pdf
34. Murray RB, Larkins S, Russell H, Ewen S, Prideaux D. Medical schools as agents of change: socially accountable medical education. Med J Aust. 2012; 196(10): 653.
35. Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. Acad Med. 2000; 75(6): 602-11.
36. Murray E, Gruppen L, Catton P, Hays R, Woolliscroft JO. The accountability of clinical education: its definition and assessment. Med Educ. 2000 Oct;34(10):871-9.
37. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: translating the quest for social responsibility into medical education and practice. Acad Med. 2011; 86(9): 1108-13.
38. Wen LS, Greysen SR, Keszthelyi D, Bracero J, De Roos P. Social accountability in health professionals' training. Lancet. 2011; 378(9807): e12-e13.
39. Pálsdóttir B, Neusy AJ. Transforming medical education: lessons learned from THEnet. Training for Health Equity Network. [cited 2014 feb 20]. Available from: http://www. healthprofessionals21. org/docs/TransformingMedEd. pdf
40. Murdoch-Eaton D, Green A. The contribution and challenges of electives in the development of social accountability in medical students. Med Teach. 2011; 33(8): 643-8.
41. 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): e1403-8.
42. An international association for medical education. ASPIRE- to- Excellence Award. AMEE. [cited 2014 feb 20]. Available from: http://www. amee. org/awards-prizes/aspire-award
4. 3. Ahmadi S, Changiz T, Hamzah B, Dehghani MR,Alizadeh M,Mohammadi A, et al. [Modele Pishnahadi Baraye Rotbehbandi Daneshgahayeh Olume Pezeshkiye Keshvar (tarhe RAD)]. Ministry of Health and Medical Education of Iran; 2011. [cited 2014 feb 20]. Available from: http://edc. behdasht.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

gov. ir/uploads/180_312_RankingN_Univ(rad). pdf. [persian]
44. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. Med Educ. 2012; 46(1): 21-7.
45. Ali SK, Baig LA. Problems and issues in implementing innovative curriculum in the developing countries: the Pakistani experience. BMC Medical Education. 2012; 12: 31.
46. Cappo P, Mc murtry R,Parboosingh J, Cruess R, Cruess S, Hawkins D, et al. Social accountability: A vision for Canadian medical schools. Health Canada. Ottawa; 2001. [cited 2014 feb 20]. Available from: http://www. afmc. ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en. pdf
47. Wallenburg I, van Exel J, Stolk E, Scheele F, de Bont A, Meurs P. Between trust and accountability: different perspectives on the modernization of Postgraduate Medical Training in the Netherlands. Acad Med. 2010; 85(6): 1082-90.
48. Omid A, Haghjuy Javanmard S, Eghbali B, Hoseini M. [General Practitioners and Patients' Disease in Isfahan: One Step toward Social Accountability]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11(9): 1376-84. [persian]
49. Omid A, Yammani N, Heidari K, Mousavi T, Mousavi A. [Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System]. Iranian Journal of Medical Education. 2013; 13(6): 470-9. [persian]
50. Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. Med Educ. 2006; 40(7): 607-17.
51. Burdick W, Amaral E, Campos H, Norcini J. A model for linkage between health professions education and health: FAIMER international faculty development initiatives. Med Teach. 2011; 33(8): 632-7.
52. Ho K, Buote D, Jarvis-Selinger S, Lauscher HN, Ferdinands L, Parboosingh J, et al. Achieving social accountability through interprofessional collaboration: The Canadian medical schools experience. J Interprof Care. 2008; 22(Suppl1): 4-14.
53. Talaat W, el-Wazir Y. The El-Tal El-Kebir story: an example of social accountability from Egypt. Med Teach. 2012; 34(5): 354-60.
54. Holmqvist M, Courtney C, Meili R, Dick A. Student-Run Clinics: Opportunities for Interprofessional Education and Increasing Social Accountability. JRIPE. 2012; 2(3): 264-277.
55. Thompson LG, Davis PM. Best medical practices in social accountability and continuing professional development: A survey and literature review. J Interprof Care. 2008; 22(Suppl 1): 30-9.
56. Searle J, McHarg J. Selection for medical school: just pick the right students and the rest is easy!. Med Educ. 2003; 37(5): 458-63.
57. Ministry of Health and Medical Education. Deputy ministry of education. [Standardhaye Etebarbakhshiyeh Marakeze Motaleat va Toseehe Amuzeshe Pezeshki daneshgahha va dashkadehaye oloom pezeshki keshvar]; 2012. [cited 2014 feb 20]. Available from: http://edc. behdasht. gov. ir/uploads/StandardsN_EDC91. pdf. [persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications

Nikoo Yamani[1], Mohammad Fakhari[2]

Abstract

Introduction: *Social accountability of curriculum is considered as the director of all medical education activities towards the training of medical practitioners who could be able to contribute to health needs of a population. This study tried to investigate some barriers to medical education social accountability and summarize the experimental based proposals and recommendations in international literature on social accountability program to aware stakeholders and curriculum planners.*
Methods: *We searched for all papers published from 2000 to 2013 in Pubmed, Elsevier, Springer, and Proquest databases as well as Google scholar search engine. Search strategy included the words of social sccountability, medical education, clinical teaching, and curriculum in the article title abstract or keywords.*
Results: *Thirty seven related articles totally were found and investigared. In order to conclude the results, we defined the concept of social accountability and point eight major obstacles in development of social acoountability, and then we discussed different models for evaluation of programs' social efficacy. Finally the recommended implications are argued.*
Conclusion: *There are several structural obstacles in universities that have to be eliminated in order to develop social accountability in medical education. A number of recommendations have been made in order to help institutions make the programs accountable but they are the results of personal experiences of researchers. These should be investigated and studied more to be examined regarding their effectiveness in educational systems. Directing educational studies into accountabilitry in medical education is a necessity.*

Keywords: Social accountability, medical education, curriculum.

Addresses:
[1] Assistant Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran. Email: yamani@edc. mui. ac. ir
[2] (✉) Ph. D. Candidate, Medical Education Department, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran. Email: fakharedc@gmail. com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]