



Viewpoints of students and graduates of health in disasters and emergencies toward an accountable education

Abed khanizade¹, Haleh Adibi Larijani¹, Shandiz Moslehi^{2*}, Farin Fatemi³

¹ Department of Health in Disasters and Emergencies, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Health Management and Economics Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:

Shandiz Moslehi

e-mail addresses:

shandizmoslehi@gmail.com

Received: 29/Sep/2023

Modified: 15/Dec/2023

Accepted: 20/Dec/2023

Available online: 13/Dec/2024

Keywords:

Accountable education

Social accountability

Health in disasters and

emergencies

ABSTRACT

Introduction: Since health in disasters and emergencies (HDE) graduates have an important role in meeting the needs of people in disaster-affected areas, it is necessary to design an accountable education. This study aimed to determine the viewpoints of students and graduates of HDE discipline regarding accountable education.

Methods: This study was carried out in 2024 using a qualitative method with Graneheim and Lundman's approach. The participants were 16 graduates and students of HDE from universities of medical sciences, hospitals, and the Red Crescent Society across Iran. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed by content analysis.

Results: Three themes, eight categories, and 52 sub-categories were emerged. The challenges included weakness in organizing graduates and students in real events, weakness in acquiring practical skills, and a lack of consistency between theoretical education and the needs of society. The strengths included the presence of experienced university professors and the presentation of multidimensional education. The suggested solutions included capacity building, providing suitable theoretical content, and accountable education based on society's needs.

Conclusion: Accountable education in the field of HDE to meet the needs of society requires the promotion and fundamental changes in the educational curriculum in this field, academic policies, and inclusion of accountable education in the evaluations of universities.

Copyright: © 2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

What was already known on this topic:

- The accountability of education in medical sciences is prioritized more highly than in other fields.
- Education that addresses societal needs necessitates both knowledge and engagement with the target society.
- Currently, the education system fails to meet societal needs due to a weak relationship between universities and the community.

What this study added to our knowledge:

- The Ministry of Health should develop educational curricula that align with societal needs.
- To enhance students' preparedness, they should be systematically engaged in real disasters.
- University professors should be familiar with the principles of accountable education and related teaching methods

Extended Abstract

Introduction

The transition from hospital-oriented care to integrated and community-oriented care, along with the introduction of effectiveness and resource-saving concepts in clinical decision-making, has expanded the responsibilities of medical science graduates to include providing primary care, preventing diseases, and promoting societal health, in addition to treating patients [1]. Therefore, ensuring that education is accountable to societal needs should be a priority in medical sciences education, particularly in the field of health in disasters and emergencies. To achieve this accountability, education must extend beyond universities and colleges into community education, taking into account the real needs and priorities of society [2, 3]. In light of these considerations, the concept of education in medical sciences has been developed to be accountable. Accountable education is an implementation program centered within society, emphasizing education, research, and service activities based on ethical principles and the priorities of the society it serves. Through this program, students get acquainted with various methods to addressing societal problems and gain knowledge and skills pertinent to their professional future [4, 5]. In Iran, despite advancements in educational facilities and the movement to achieve global scientific authority, there is a perceived weakness in the competence, mastery, and accountability of the graduates, many of whom do not feel adequately prepared to accept responsibility. This confirms the necessity to review and reform educational policies from primary school through to university [6]. In the context of medical sciences, accountable education can provide a perspective to improve health outcomes in the communities served by graduates through responsive activities and

research initiatives [7]. A review of the literature reveals that most studies focused on limited aspects such as educational curricula, faculty awareness, needs assessment, and challenges of universities related to accountable education, failing to comprehensively identify and express all the challenges. Furthermore, suggested solutions to solve these challenges are notably absent. Therefore, this study aims to gather the perspectives of students and graduates in the field of health in disasters and emergencies regarding the accountability of their training.

Methods

Study design: This study employed a qualitative method using semi-structured interviews in 2024.

Participants: Participants were selected through purposeful sampling, comprising students and graduates in the field of health in disasters and emergencies from medical universities, hospitals, and the Red Crescent Society nationwide. Interviews continued until saturation was reached. Therefore, 16 graduates and students from the health in disasters and emergencies were included. On average, three years had elapsed since graduation for the participants, all of whom were currently employed. Eligibility criteria for participation included possessing a degree in the field of health in disasters and emergencies or being currently enrolled in this field without considering the duration of graduation as well as having relevant work experience. The exclusion criterion was the participant's unwillingness to participate in an interview. Further details regarding the characteristics of the participants are presented in Table 1.

Data collection: This study utilized an interview guide. The interview guide was developed by the research team and informed by a review of relevant studies and suggestions from professors

experienced in accountable education and health in disaster. This semi-structured interview guide included a series of questions aimed to find out the participants' views on the accountability of current education in health in disasters and emergencies. Data collection was done during the first six months of 2024 and conducted in person at the location most convenient for the participants. Each interview averaged 45 minutes. Prior to the interviews, informed consent forms were sent to all participants, and their feedback was obtained. A researcher, a student specialized in the field of health in disasters and emergencies, and relevant work experience began the interviews by introducing himself. He explained the purpose of the research, which aimed to explore the participants' views on the

current education provided by medical universities in the field of health in disasters and emergencies to better societal needs, thereby fostering participant engagement. Initial discussions revealed that most participants were familiar with the concept of accountable education and fully understood the study objectives. The interview started with general questions, prompting participants to express their general views on accountable education. The following stages addressed topics related to the level of accountability in the field of health disasters and emergencies, existing challenges, solutions, and other related issues. Conversations during the interviews were recorded using a tape recorder. Note-taking was also employed to supplement the interviews.

Table No. 1: Characteristics of participants in the study

No.	Sex	Work Experiences (Year)	Age	Education Level	Workplace
M1	Male	8	39	PhD student	University of Medical Sciences
M2	Male	28	52	PhD	University of Medical Sciences
M3	Female	13	36	PhD	University of Medical Sciences
M4	Female	26	55	PhD	Red Crescent Society
M5	Female	12	39	PhD student	University of Medical Sciences
M6	Female	18	43	PhD student	Ministry of Health and Medical Education
M7	Female	13	37	PhD student	University of Medical Sciences
M8	Male	29	53	PhD	Red Crescent Society
M9	Male	7	34	PhD	University of Medical Sciences
M10	Female	6	37	PhD	Hospital
M11	Female	9	39	PhD student	Hospital
M12	Female	30	51	PhD	University of Medical Sciences
M13	Female	5	33	PhD student	University of Medical Sciences
M14	Female	24	53	PhD	University of Medical Sciences
M15	Male	26	54	PhD	University of Medical Sciences
M16	Female	3	28	PhD student	Hospital

Data analysis: The audios were transcribed verbatim and read several times. Then, the data were analyzed using the content analysis approach. Six data analysis steps included familiarization with the data (Familiarization with the interview), developing primary codes (Indexing), searching for themes (Searching themes), reviewing possible themes (Developing the themes), naming themes (Naming themes) and preparing a report (Reporting) [8, 9].

Following immersion in the data, semantic units were extracted using the content analysis method, then these units were compressed, and the codes were derived. The codes were then grouped, and the themes emerged. The final themes emerged from extensive re-categorization and revisions. Data analysis was conducted using MaxQDA version 10.

Data validity: The validity and reliability of the data were evaluated using criteria

such as credibility, verifiability, trustworthiness, and transferability based on Lincoln and Guba's criteria [10]. To ensure verifiability, the results were shared with the participants for review. The interview guide was adjusted as necessary, and results were compared with those of other studies to enhance transferability. This study included graduates from various years in different organizations, students

from diverse universities, and participants from both genders. The first three interviews were conducted to refine the interview guide.

Results

The study identified three main themes, eight categories, and 52 sub-categories, detailed in Table 2. The main identified themes were challenges, strengths, and solutions.

Table No. 2: Challenges, strengths, and solutions for accountable education

Themes	categories	Sub-categories
challenges	Weakness in organizing graduates and students in real events	<ul style="list-style-type: none"> • Non-attendance of students and graduates in the events of the country for training in real conditions • The problem of female students and graduates to attend events • Confusion of students and graduates to attend events • Absence of a call system, sending in disasters for students in the university • Lack of database of students and graduates
	Weakness in acquiring practical skills	<ul style="list-style-type: none"> • Inadequate training in acquiring the necessary skills to communicate • Lack of doing operational work and allocating more to theory training • Lack of conducting simulation exercises at the university level • Failure to hold full-scale simulator exercises between responding organizations with the presence of students • Poor connection between the university and the industry to acquire operational skills • Lack of skills of students and graduates in providing services during disasters • Lack of coordination among students in the way of education
	Lack of fit between theoretical education and society's needs	<ul style="list-style-type: none"> • There is a gap between the needs of society and education • Short training course to teach all aspects of this field • Confusion in training due to different aspects of management and treatment of this field • National inconsistency between professors of this field in education • Unfulfilled expectations of students and graduates in improving the level of attitude • Inconsistency between the content, topics, and curriculum with the capabilities needed by the society • Unfulfilled expectations of students and graduates in the field of theoretical knowledge • Lack of communication between students and society • Lack of localized scientific resources
Strengths	The existence of expert professors in theoretical sciences	<ul style="list-style-type: none"> • The presence of professors with a robust academic level • The presence of highly motivated professors • Having professors from different scientific fields
	Multidimensionality of education	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening problem-solving skills by completing assigned assignments • Use of interdisciplinary topics • Discovering weak points through conducting round table exercises • Strengthening students in the use of technology by completing assigned assignments • Enhancing critical thinking through assigned assignments

Table 1. Continue

Themes	categories	Sub-categories
solutions	Capacity building	<ul style="list-style-type: none"> • Holding an empowerment course for professors regarding accountable education • Using professors with disaster-related education • Using graduates of this field in universities • Using teachers with field experience in teaching courses • Attendance of students in health centers, hospitals, schools, and operational organizations to complete the course • Conducting incentive measures to motivate and motivate volunteers • Teaching topics related to individual management in accidents and disasters • Creating different trends for this field in order to specialize people • Creating the ground for the growth and prosperity of students • Conducting research based on community needs • The use of professors in this field in the structure of response to accidents
	Structuring	<ul style="list-style-type: none"> • Determining the job position for graduates of this field • Communication with the industry • Creating a management system for candidates in this field to call and send them to the region • Setting up a Master's Degree in Health in Disasters and Emergencies • Conducting a needs assessment before developing the educational curriculum • Identify ways to sensitize policymakers • Paying attention to seeking support and social participation
	Education based on community needs	<ul style="list-style-type: none"> • Determining the target groups in developing educational programs • Evaluation and prioritization of educational needs based on community needs • Using students to provide services to deprived areas • Emphasis on training in the real field • Paying attention to local wisdom along with the use of global knowledge

Challenges of education in responding to the societal needs in disasters: The findings indicate a lack of necessary platforms for organizing students during real incidents. In contrast, their presence at disaster sites is actually a training opportunity to acquire scientific skills. Many participants emphasized the need for an integrated system to manage information to call, dispatch, and maintain the necessary equipment. One interviewee stated "when disasters happened, we were confused and did not know where to go. If we had participated, for example, we would have learned a lot during the Kermanshah earthquake" (M1). Another participant noted, "many disasters happen in our country, yet we, as doctoral students in this field, feel ineffective. Such situations are very important for gaining experience and skills" (M5). Additional challenges included difficulties in acquiring practical skills. Relying solely on theoretical education and presenting only scientific assumptions has been one of the challenges

for the participants. The infrequent or inadequate execution of practical exercises and a weak connection between university and industry has contributed to students' lack of practical skills. One participant stated, "If organizations with disaster experience organized practical training for us, it would increase our skills" (M2). Another interviewee said, "Those of us educated in this field and entered the workforce are expected to play a role in disasters. We have learned scientific topics; I personally lack the necessary skills since I have not been in any accidents." (M10). Participants pointed to the lack of scientific resources and insufficient communication among students, society, and responding organizations. One participant stated, "In my opinion, during our studies, we should be taken to organizations with clients so we can directly communicate with people and understand their needs and expectations. This could be arranged for internships. Let the work be done" (M2). Another participant stated, "Universities of medical

sciences should engage more with other organizations involved in disaster management, but we could not even visit important organizations for academic purposes" (M3). Another challenge has been the lack of scientific experience among professors in the field. One participant expressed, "Most of our professors cannot fully convey the concepts of disasters because they lack practical experience in the scene of accidents and disasters, and this problem cannot be easily resolved" (M6).

Strengths of training to address Societal needs in disasters: The participants pointed out the presence of professors proficient in theoretical sciences. Comprehensive theoretical coverage in disaster and emergency was another strength. A participant stated, "The professors in our field are usually up-to-date with knowledge; even in the world, they have something to say, and they have numerous and valid scientific articles" (M9). Another strength was the multidimensional nature of the training. In this context, one participant stated, "some universities organize field schools, which are very beneficial. While these are not real conditions, they empower students and better address the actual needs of society, making the training more relevant" (M11).

Solutions for training to address societal needs in disasters: One suggested solution is capacity building, enabling professors and students to participate in disaster response through coordination with relevant organizations during preparedness. One participant stated, "To understand the real needs of society, research must be conducted in various provinces to identify the real local needs and determine how these needs should be answered within each cultural context. We need to understand how disasters should be managed in our society, and training should reflect this. Training should be aligned with the country's disaster response structures" (M12). Another participant said, "Our

presence at real disaster sites should be pre-planned so that there is no need to coordinate when accidents happen" (M15). A key pillar for implementing accountable education is creating a platform, and community-level needs assessments should be carried out before curriculum development. A participant stated, "policymakers should consider societal needs in their educational policies" (M8). Based on the findings, community-based education is a solution to address the needs of society. A participant stated, "As part of their internships, students should work in deprived areas as these regions experience the most damages and problems during disasters" (M14). In general, participants agreed that they cannot fulfill what society expects from them with their current education in universities. This highlights the concept of "unaccountability of education", which significantly impacts both participants' future careers and disaster management.

Discussion

Illing, et al. [11] found that understanding department operations and task prioritization should be taught in real settings. However, there is currently less emphasis on students being present in the real scenes to engage in practical exercises. This is related to the quality of fieldwork and internships. Hunsberger et al. [12] identified issues in practical training, including insufficient meetings, poor quality internships, unclear training goals, lack of proper planning, and excessive emphasis on theoretical content, which lead to ineffective training. Our findings are in accordance with the study of Yi et al. [13], who discuss that universities' accountability for the education given to students entering society and the labor market is often ignored in the discussion about accountable education. Regarding the strengths, the participants acknowledged the availability of professors with a high scientific level and motivation, as well as

with a variety of scientific fields. These align with Bonakdari et al.'s [14] research, which identified interest, commitment to the field, and content mastery as key characteristics of distinguished professors. In a study, Calma and colleagues [15] emphasized the importance of strengthening the field through developing educational curricula. They suggested that future strategies should prioritize the practice of required skills and knowledge and a proper understanding of the work. The current approach to education in the field of health in disasters and emergencies leaves students and graduates of this field fearful of their ability to perform their assigned tasks, indicating the lack of accountability in their education. To ensure accountability to societal needs, education in this field requires fundamental changes in the educational curriculum and policies and its inclusion in the evaluations of universities.

Declarations

Ethical considerations: This study has been approved by the Ethics Committee of Semnan University of Medical Sciences (IR.SEMUMS.REC.1400.325). The information related to the participants was

confidentially and protected, and ethical principles were also observed.

Funding: This research was done without financial support.

Conflicts of interests: The authors declared no conflicts of interest.

Authors' contribution: A.Kh: Study design, Data curation, Data analysis, Writing—original draft, Final approval; H.AL: Study design, Data curation, Data analysis, Writing—original draft, Final approval; Sh.M: Study design, Project administration, Writing—original draft, Final approval. All authors read and approved the final manuscript.

Consent for publication: None.

Data availability: Due to the confidentiality of the participant's information, it is not possible to share the data.

AI deceleration: Artificial intelligence tools were not used in the process of conducting this study. Grammarly was used to edit the English content, and the translation content was reviewed and approved by the authors.

Acknowledgments: The authors are grateful to the participants in the study and the support of Semnan University of Medical Sciences.


References

1. Yazdani S, Hosseini F, Homayooni Zand R. Reform in general medical degree curriculum. Tehran: Beheshti University of Medical Sciences, Education Development Center; 2007. [In Persian]
2. Hutchings M. Accountability, social justice and educational research. In: Mustafa Yunus Eryaman BS, Felice J. Levine, Ingrid Gogolin, editor. Educational research for social justice: evidence and practice from the UK. 1st ed. Cham: Springer; 2021. p. 45-78. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62572-6_3
3. Tatari F, Hosseini SA, Borji A. Investigation the role of faculty members in accountable medical education. Journal of Medicine and Cultivation. 2018;27(1):147-56. [In Persian]
4. Mohammadi M, Bagheri M, Jafari P, Bazrafkan L. Challenges and motivational facilitators of social accountability in medical students of Shiraz University of Medical Sciences: A qualitative study. Shiraz E Med J. 2021;22(3): e97422. <https://doi.org/10.5812/semj.97422>
5. Nekuzad N, Azizi M. Investigation of accountable medical education in Iran. Journal of Educational Studies. 2015;3(5):50-9. Available at: URL: <https://www.magiran.com/p1691888> [In Persian]
6. Zahed Moghaddam H, Labbaf Ghasemi R, Ghouskhane H, Afshari R, Marouzi P. Knowledge of social accountability in medical education among faculty members at medical sciences of Mashhad University. Future of Medical Education Journal. 2013;3(3):20-3. <https://doi.org/10.22038/fmej.2013.1523>
7. Wood B, Fitzgerald M, Kendall C, Cameron E. Integrating socially accountable health professional education and learning health systems to transform community health and health systems. Learn Health Syst. 2021;5(3): e10277. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10277>

8. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
9. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
10. Abbaszadeh M. Validity and reliability in qualitative researches. *Journal of Applied Sociology*. 2012;23(1):19-34. [In Persian] <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20085745.1391.23.1.2.5>
11. Illing JC, Morrow GM, Nee Kergon CRR, Burford BC, Baldauf BK, Davies CL, et al. Perceptions of UK medical graduates' preparedness for practice: a multi-centre qualitative study reflecting the importance of learning on the job. *BMC Med Educ*. 2013;13(34). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-34>
12. Hunsberger M, Baumann A, Lappan J, Carter N, Bowman A, Goddard P. The synergism of expertise in clinical teaching: an integrative model for nursing education. *J Nurs Educ*. 2013;39(6):278-82. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20000901-09>
13. Yi P, Kim HJ. Exploring the relationship between external and internal accountability in education: A cross-country analysis with multi-level structural equation modeling. *Int J Educ Dev*. 2019;65(1):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2018.12.007>
14. Bonakdari N, Mehran G, Mahroozadeh T, Hashemi SA. Characteristics of Iranian competent professor: A qualitative research. *Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2016;7(27):117-38. [In Persian] <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20086369.1395.7.27.7.0>
15. Calma KRB, Halcomb E, Stephens M. The impact of curriculum on nursing students' attitudes, perceptions and preparedness to work in primary health care: an integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2019;39:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.006>

مقاله اصیل

دیدگاه دانشجویان و دانش آموختگان رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها در خصوص آموزش پاسخگو

عابد خانی زاده^۱ , هاله ادیبی لاریجانی^۱، شاندیز مصلحی^{۲*}، فرین فاطمی^۳

^۱گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۳مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه: از آن جا که فارغ‌التحصیلان رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها نقش مهمی در رفع نیازهای مردم در مناطق آسیب‌دیده از بلایا دارند، ضروری است که آموزش در این رشته مبتنی بر نیازهای جامعه صورت گیرد. این مطالعه با هدف دستیابی به دیدگاه‌های دانشجویان و فارغ‌التحصیلان این رشته در مورد میزان پاسخگویی آموزش‌های فراگرفته شده انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد گرانهایم و لاندمن در سال ۱۴۰۲ انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۶ نفر از دانش آموختگان و دانشجویان رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها از دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها و سازمان هلال‌احمر در سراسر کشور ایران بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختارمند جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوا بررسی شد.

یافته‌ها: سه مضمون اصلی، هشت طبقه و ۵۲ زیرطبقه به‌دست آمد. نتایج در بخش چالش‌ها (ضعف در سازمان‌دهی دانش آموختگان و دانشجویان در حوادث واقعی، ضعف در کسب مهارت عملی و نبود تناسب بین آموزش‌های نظری با نیازهای جامعه)، در بخش نقاط قوت (وجود اساتید متبحر در علوم نظری و چندبعدی بودن آموزش) و در بخش راهکارها (ظرفیت‌سازی، بسترسازی و آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه) بودند.

نتیجه‌گیری: آموزش در رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها به گونه‌ای که پاسخگویی نیازهای جامعه باشد، نیاز به ارتقا و تغییرات بنیادین در برنامه و سیاست‌های آموزشی این رشته و گنجاندن آن در ارزشیابی‌های دانشگاه‌ها دارد.

نویسنده مسئول:

شاندیز مصلحی

رایانامه:

shandizmoslehi@
gmail.com

وصول مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۰۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۹/۲۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۰۹/۲۹

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۹/۲۳

واژه‌های کلیدی:

آموزش پاسخگو

پاسخگویی اجتماعی

سلامت در بلایا و فوریت‌ها

آنچه می‌دانیم:

- پاسخگو بودن آموزش در رشته‌های علوم پزشکی نسبت به سایر رشته‌ها اولویت بالاتری دارد.
- آموزش به شیوه‌ای که پاسخگویی نیازهای جامعه باشد، نیازمند شناخت و تعامل با جامعه موردنظر است.
- به دلیل ارتباط ضعیف دانشگاه و جامعه، آموزش‌های جاری پاسخگویی نیازهای جامعه نیست.

آنچه این مطالعه اضافه کرده است:

- وزارت بهداشت باید برنامه‌های آموزشی رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها را مطابق با نیازهای جامعه تدوین کند.
- به‌منظور ارتقای آمادگی دانشجویان، آن‌ها باید به‌صورت سازمان‌دهی شده در بلایای واقعی مشارکت داده شوند.
- اساتید دانشگاه‌ها در رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها باید با مفهوم آموزش پاسخگو و روش‌های نوین آموزشی آشنا شوند.

رشته تحصیلی خود در جامعه را کسب کنند. در این خصوص، تدوین برنامه‌های آموزشی کارشناسی شده و مبتنی بر نیازهای دانشجویان و جامعه مهم است. هنر معتقد است [۶] تنها اجرای برنامه آموزشی در عرصه و قرار دادن دانشجویان در جامعه برای پاسخگویی آموزش در رشته‌های علوم پزشکی به نیازهای جامعه کافی نبوده و برای ایفای این نقش به یک استراتژی جامع آموزشی شامل ارائه خدمات سلامت و انجام تحقیقات نیاز است ولی برنامه‌های متناسب با آموزش پاسخگو در کشور ما با کمبودهای فراوانی روبرو است. به عنوان نمونه، ورعباس و همکاران [۷] که به بررسی مطالعات انجام شده به منظور پیش‌بینی نیازهای جامعه، لحاظ کردن این نیازها و شاخص‌های سلامت جامعه در برنامه‌های آموزشی پرداختند، دریافتند که اکثر گروه‌های آموزشی نمره‌های متوسط و ضعیف کسب می‌کنند. یکی از معضلات کنونی در نظام آموزشی آماده نبودن فارغ‌التحصیلان برای بر عهده گرفتن مسئولیت‌های شغلی است؛ به عبارت دیگر، آموزش دانشگاهی به علل مختلف تسلط کافی برای دانشجویان ایجاد نمی‌کند زیرا آموزش سنتی کارایی لازم را در جامعه امروز ندارد. ایجاد تحول در آموزش امری اجتناب‌ناپذیر است، در غیر این صورت، به رغم صرف وقت و هزینه، مردم ناراضی خواهند بود [۸، ۹]. پریهاتینیگر [۱۰] یکی از دلایل این عدم موفقیت را قطع ارتباط بین دانشگاه و مراکز آموزش سلامت با جامعه تحت خدمت می‌داند. دانشگاه‌ها باید رویکرد تعهد اجتماعی را در آموزش‌های خود به کار ببندند و آموزش‌ها به لحاظ تئوری و مهارتی در جهت رفع نیازهای جامعه باشد. می‌توان گفت آموزش پاسخگو دانشجویان را برای کار و ارائه خدمت آماده می‌کند [۱۱]. به منظور پرورش افراد صاحب‌نظر و متخصص در مراکز آموزشی، عوامل متعددی از قبیل فضای آموزشی، تجارب اساتید، انگیزه و توان دانشجویان، برنامه آموزشی و بسیاری عوامل دیگر مؤثرند و در صورت ضعف در هر کدام از این بخش‌ها، اهداف آموزشی تحقق نخواهند یافت [۱۲]. یکی از ارکان مهم آموزش پاسخگو، آگاهی اساتید از این موضوع است. پژوهش مقدم و همکاران [۱۳] نشان داد که سطح آگاهی اعضاء هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نسبت به موضوع آموزش پاسخگو محدود است و لازم است مداخلاتی مانند اطلاع‌رسانی و تدوین جایگاه، مفاهیم و تأثیر آموزش

ایران یکی از کشورهای مستعد وقوع انواع بلایا در دنیا می‌باشد. تقریباً ۹۰ درصد جمعیت ایران در معرض خطر پیامدهای ناشی از زلزله و ۵۰ درصد مناطق در معرض وقوع سیل قرار دارند؛ بنابراین، توجه به بخش سلامت در بلایا و فوریت‌ها امری بسیار مهم است. رخداد مکرر بلایا باعث کسب تجربه شده و ضرورت رویکرد علمی در مدیریت بلایا را بیش‌ازپیش روشن ساخته است [۱]. بر همین اساس، در سال ۱۳۸۹ دوره دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران تأسیس و راه‌اندازی شد و هم‌اکنون هشت دانشگاه علوم پزشکی کشور در حال تربیت دانشجویان در این رشته در مقطع دکتری در کشور هستند و تاکنون بالغ بر ۲۰۰ نفر فارغ‌التحصیل شده‌اند. تغییر رویکرد نظام سلامت از مراقبت‌های بیمارستان‌محور به مراقبت ادغام‌شده و جامعه‌محور و ورود مفاهیم اثربخشی و صرفه‌جویی در منابع در حیطه تصمیم‌گیری‌های بالینی منجر به تغییر وظایف دانش‌آموختگان علوم پزشکی از درمان صرف بیماران به ارائه مراقبت‌های اولیه، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه شده است [۲]. بنابراین، پاسخگو بودن آموزش به نیازهای جامعه باید از اولویت‌های آموزش در رشته‌های علوم پزشکی از جمله رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها باشد. جهت محقق شدن این پاسخگویی، نیاز است آموزش از درون دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها به سوی محیط‌های آموزش در جامعه و نیازهای واقعی آن رفته و اولویت‌های جامعه را در نظر بگیرد [۳، ۴]. با توجه به این موارد، مفهوم آموزش در رشته‌های علوم پزشکی به شیوه پاسخگو شکل گرفته است. آموزش پاسخگو، برنامه اجرایی آموزشی است که در بطن جامعه شکل می‌گیرد و محوریت فعالیت‌های آموزش، پژوهش و خدمت‌رسانی را بر اساس اصول اخلاقی و اولویت‌های جامعه تحت پوشش خود قرار می‌دهد. در این برنامه، دانشجویان با روش‌های مختلف مواجهه با مشکلات در جامعه آشنا می‌شوند و آگاهی و مهارت لازم برای آینده حرفه‌ای خود را کسب می‌نمایند [۵، ۶]. نیازسنجی برای کشف چالش‌ها و نیازهای جامعه ضروری است تا برنامه‌های آموزشی برای پاسخ به آن‌ها تدوین شوند. در آموزش پاسخگو، انتظار می‌رود که دانشجویان در طول دوره تحصیل، توانمندی‌های لازم برای رفع مشکلات مرتبط با

این رشته بدون در نظر گرفتن مدت زمان فارغ التحصیلی و داشتن تجربه کاری و معیار خروج عدم تمایل به انجام مصاحبه بوده است. براین اساس، ۱۶ نفر از دانش آموختگان و دانشجویان رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها انتخاب شدند که شامل ۱۰ نفر فارغ التحصیل و شش نفر دانشجو بودند. پنج نفر از شرکت کنندگان مذکر و ۱۱ نفر مؤنث بودند و میانگین سنی شرکت کنندگان نیز ۳۶ سال بود. به صورت میانگین ۳ سال از زمان فراغت از تحصیل دانش آموختگان گذشته بود و تمامی آن‌ها مشغول به کار بودند. جزئیات بیشتر مشخصات مشارکت کنندگان در این مطالعه در جدول ۱ بیان شده است.

جمع‌آوری داده‌ها: مصاحبه متداول‌ترین روش گردآوری داده‌ها در مطالعات کیفی و مطالعات مرتبط با سلامت هستند [۱۵]. در این مطالعه، از راهنمای مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد (پیوست). راهنمای مصاحبه توسط تیم پژوهش و بر اساس مرور مطالعات و پیشنهادها اساتید باسابقه و دارای اطلاعات در خصوص آموزش پاسخگو و رشته سلامت در بلایا تدوین شد. در این راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته، فهرستی از سؤالات برای پی بردن به دیدگاه مشارکت کنندگان در خصوص پاسخگو بودن آموزش‌های جاری در رشته سلامت در بلایا مورد استفاده قرار گرفت. راهنماهای مصاحبه، ابزارهایی هستند که زنجیره‌ای را از مصاحبه‌های ساختاریافته تا مصاحبه‌های غیر ساختاریافته طرح می‌کنند. راهنماهای مصاحبه بدون ساختار معمولاً شامل فهرستی از موضوعات بدون ترتیب خاصی است در حالیکه راهنماهای مصاحبه ساختاریافته معمولاً شامل بسیاری از سؤالات دقیق و احتمالاً سؤالات بعدی به ترتیب خاصی است. با این حال، بیشتر راهنماهای مصاحبه، بین بدون ساختار و ساختاریافته قرار می‌گیرند که به آن‌ها سؤالات مصاحبه نیمه ساختاریافته می‌گویند. این سؤالات معمولاً شامل سؤالات دقیق و سؤالات کمک‌کننده، سؤالات باز و فهرستی از موضوعات مرتبط با مطالعه است [۱۶]. جمع‌آوری داده‌ها در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ به صورت حضوری و با هماهنگی با مشارکت کنندگان در محل مورد نظر ایشان صورت گرفت. بر این اساس کتابخانه دانشگاه‌های علوم پزشکی، بخش‌های بیمارستان و قسمت اداری سازمان

پزشکی پاسخگو در سطح دانشگاه مدنظر قرار گیرد. در بحث رشته‌های علوم پزشکی که با سلامتی افراد مرتبط هستند، آموزش پاسخگو می‌تواند از طریق فعالیت‌های پاسخگویی و جهت‌گیری‌های پژوهشی، چشم‌اندازی را برای بهبود پیامدهای سلامتی در جوامع تحت خدمت دانش آموختگان فراهم بیاورد [۱۴]. در ایران با وجود امکانات آموزشی و حرکت به سمت کسب رتبه مرجعیت علمی در دنیا ضعف در صلاحیت، تسلط و پاسخگو بودن دانش آموختگان احساس می‌شود و به نظر می‌رسد که بسیاری از این افراد آمادگی کافی برای قبول مسئولیت در خود نمی‌بینند. این موضوع مؤید نیاز به بررسی و تغییر در سیاست‌های آموزشی از مدرسه تا دانشگاه است [۱۳]. مطالعات انجام شده بیشتر بر ابعاد محدودی مانند برنامه‌های آموزشی، آگاهی اساتید، نیازسنجی و چالش‌های دانشگاه‌ها در خصوص آموزش پاسخگو تمرکز کرده و به طور جامع به شناسایی و بیان تمامی چالش‌ها نپرداخته‌اند و از طرفی راهکاری برای رفع این چالش‌ها بیان نشده است؛ بنابراین، مطالعه حاضر بر آن است تا با کسب دیدگاه دانشجویان و دانش آموختگان رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها به سه سؤال پاسخ دهد: ۱. مهم‌ترین چالش‌های مانع پاسخگو بودن آموزش چه مواردی هستند؟ ۲. نقاط قوت موجود در آموزش کدام‌اند؟ ۳. چه راهکارهایی برای مرتفع ساختن چالش‌های کنونی وجود دارد؟ شناسایی این موارد از دید دانشجویان و دانش آموختگان می‌تواند منجر به بهبود انگیزه آن‌ها شده و گامی مؤثر در جهت محقق شدن آموزش پاسخگو برای توانمندسازی دانشجویان و دانش آموختگان این رشته در رفع نیازهای جامعه باشد.

روش‌ها

نوع مطالعه: این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مشارکت کنندگان: شرکت کنندگان جهت مصاحبه به صورت هدفمند (دانشجویان و دانش آموختگان رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها) از دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها و سازمان هلال احمر در سراسر کشور انتخاب شدند و مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. معیار ورود به این مطالعه دارا بودن مدرک تحصیلی در رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها و یا مشغول به تحصیل بودن در

مطالعه آگاهی پیدا کردند. مصاحبه با سؤالات کلی شروع شد و در مرحله اول از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا به بیان دیدگاه کلی خود در خصوص آموزش پاسخگو بپردازند و در مراحل بعدی مباحث مرتبط با میزان پاسخگویی رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها، چالش‌های موجود، راهکارها و سایر موارد مرتبط پرداخته شد. از ضبط صوت برای ضبط مکالمات حین مصاحبه‌ها استفاده شد. علاوه بر داده‌های مصاحبه، از یادداشت‌برداری نیز طی مصاحبه‌ها استفاده شد. همچنین از سؤالات کمک‌کننده جهت رفع هرگونه ابهام استفاده گردید.

هلال‌احمر مکان‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان برای انجام مصاحبه انتخاب کردند. مدت‌زمان هر مصاحبه به‌طور میانگین ۴۵ دقیقه بود. قبل از انجام مصاحبه برای تمام مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه ارسال و بازخورد آن‌ها دریافت شد. در ابتدای هر مصاحبه، پژوهشگر (دانش‌آموخته رشته سلامت در بلایا و دارای سابقه کاری مرتبط با رشته) با معرفی خود و توضیح هدف پژوهش اقدام به جلب رضایت مشارکت‌کنندگان نمود. تمام مشارکت‌کنندگان به انجام مصاحبه رضایت دادند. طی صحبت‌های اولیه مشخص شد اکثر مشارکت‌کنندگان با مفهوم آموزش پاسخگو آشنایی قبلی داشته و کاملاً به هدف

جدول ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه

ردیف	جنس	سابقه کار (سال)	سن	تحصیلات	محل خدمت
م ۱	مرد	۸	۳۹	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۲	مرد	۲۸	۵۲	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۳	زن	۱۳	۳۶	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۴	زن	۲۶	۵۵	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	جمعیت هلال‌احمر
م ۵	زن	۱۲	۳۹	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۶	زن	۱۸	۴۳	دانشجوی سلامت در بلایا و فوریت‌ها	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
م ۷	زن	۱۳	۳۷	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۸	مرد	۲۹	۵۳	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	جمعیت هلال‌احمر
م ۹	مرد	۷	۳۴	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۱۰	زن	۶	۳۷	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	بیمارستان
م ۱۱	زن	۹	۳۹	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	بیمارستان
م ۱۲	زن	۳۰	۵۱	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۱۳	زن	۵	۳۳	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	دانشگاه علوم پزشکی
م ۱۴	زن	۲۴	۵۳	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
م ۱۵	مرد	۲۶	۵۴	دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	دانشگاه علوم پزشکی
م ۱۶	زن	۳	۲۸	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	بیمارستان

معنایی استخراج شد، سپس فشرده‌سازی این واحدها صورت گرفت و بعد کدها از متن استخراج شدند. کدها در کنار هم دسته‌بندی شدند و مضمون‌ها مشخص گردیدند. از دسته‌بندی مجدد مضمون‌ها با مرور بسیار، مضمون‌های نهایی حاصل شد. در فرایند تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MaxQDA نسخه ۱۰ استفاده شد. قابل‌ذکر است که نتایج توسط دو محقق بررسی و تحلیل شد.

ارزیابی اعتبار داده‌ها: در ارزیابی اعتبار و اطمینان داده‌های این پژوهش، بر اساس معیارهای لینکلن و گوبا [۱۹] از مفاهیمی مانند قابلیت اعتبار، قابلیت تأیید، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال استفاده شد. به‌طور نمونه، در قابلیت اعتبار

تحلیل داده‌ها: پس از انجام مصاحبه، صوت‌ها کلمه‌به‌کلمه به‌صورت متن پیاده‌سازی و چندین بار خوانده شد. سپس با کمک رویکرد تحلیل محتوا (روش تحلیل کیفی از نوع استقرایی) به بررسی متن پیاده‌سازی شده پرداخته شد. برای تحلیل داده‌ها، شش گام شامل آشنایی با داده (Familiarization with the interview)، تولید کدهای اولیه (Indexing)، جستجو برای یافتن مضمون‌ها (Searching themes)، مرور مضمون‌های احتمالی (Developing the themes)، نام‌گذاری مضمون‌ها (Naming themes) و تهیه گزارش (Reporting) صورت گرفت [۱۷، ۱۸]. پس از غوطه‌وری در داده‌ها با کمک روش تحلیل محتوا واحدهای

॥ अथ श्रीगणेशोत्थान ॥

جهت اطمینان بیشتر از روش‌های مختلف تلفیق همچون تلفیق داده‌ها (تلفیق مکانی و تلفیق افراد) استفاده شد. در تأییدپذیری، نتایج در اختیار مشارکت‌کنندگان به‌منظور بازبینی قرار گرفت. در قابلیت اعتماد ابتدا چند مصاحبه اول بررسی شد تا در صورت نیاز راهنمای مصاحبه تغییر یابد و برای انتقال‌پذیری، پژوهشگر یافته‌های خود را با سایر مطالعات مقایسه کرد. همچنین در این مطالعه، از دانش‌آموختگان سال‌های متفاوت و شاغل در سازمان‌های مختلف، دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های مختلف و از هر دو جنس

مضمون	طبقه	زیر طبقه
	ضعف در سازمان‌دهی دانش‌آموختگان و دانشجویان در حوادث واقعی	<ul style="list-style-type: none"> عدم حضور دانشجویان و دانش‌آموختگان در حوادث کشور جهت آموزش در شرایط واقعی مشکل دانشجویان و دانش‌آموختگان زن برای حضور در حوادث سردرگمی دانشجویان و دانش‌آموختگان برای حضور در حوادث نبود سامانه فراخوان، اعزام در بلایا برای دانشجویان در دانشگاه نبود بانک اطلاعاتی از دانشجویان و دانش‌آموختگان
چالش‌ها	ضعف در کسب مهارت عملی	<ul style="list-style-type: none"> آموزش ناکافی در کسب مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط کمبود انجام کار عملیاتی و اختصاص سهم بیشتر به آموزش تئوری کمبود برگزاری تمرین‌های شبیه‌ساز در سطح دانشگاه عدم برگزاری تمرین‌های شبیه‌ساز تمام‌عیار بین سازمان‌های پاسخگو با حضور دانشجویان ارتباط ضعیف دانشگاه با صنعت برای کسب مهارت عملیاتی کمبود مهارت دانشجویان و دانش‌آموختگان در ارائه خدمات در زمان وقوع بلایا عدم هماهنگی در بین دانشجویان در نحوه آموزش
	نبود تناسب بین آموزش‌های نظری با نیازهای جامعه	<ul style="list-style-type: none"> وجود شکاف بین نیازهای جامعه و آموزش کوتاه‌بودن دوره آموزشی برای آموزش همه جوانب این رشته سردرگمی در آموزش‌ها به دلیل وجوه مختلف مدیریتی و درمانی این رشته ناهماهنگی کشوری بین اساتید این رشته در آموزش انتظارات برآورده نشده دانشجویان و دانش‌آموختگان در ارتقای سطح نگرش ناهماهنگی بین محتوا، موضوعات و برنامه درسی با توانمندی‌های موردنیاز جامعه انتظارات برآورده نشده دانشجویان و دانش‌آموختگان در زمینه دانش نظری کمبود ارتباط دانشجو با جامعه کمبود منابع علمی بومی‌سازی شده
	وجود اساتید متبحر در علوم نظری	<ul style="list-style-type: none"> وجود اساتید با سطح علمی قوی وجود اساتید با انگیزه زیاد وجود اساتید با زمینه‌های علمی متنوع
نقاط قوت	چندبعدی بودن آموزش	<ul style="list-style-type: none"> تقویت مهارت در حل مسئله از طریق انجام تکالیف محوله استفاده از مباحث بین‌رشته‌ای کشف نقاط ضعف از طریق برگزاری تمرین دور میزی تقویت دانشجویان در استفاده از فناوری از طریق انجام تکالیف محوله تقویت تفکر انتقادی از طریق انجام تکالیف محوله

فصلنامه مدیریت سلامت. ۱۴۰۲؛ ۲۶ (۴): ۱۲۰-۱۴۰

مضمون	طبقه	زیر طبقه
راهکارها	ظرفیت سازی	<ul style="list-style-type: none"> • برگزاری دوره توانمندسازی برای اساتید در خصوص آموزش پاسخگو • استفاده از اساتید با تحصیلات مرتبط با بلایا • استفاده از دانش آموختگان این رشته در دانشگاه ها • استفاده از مدرسین دارای تجارب میدانی در تدریس دروس • حضور دانشجویان در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، مدارس و سازمان های عملیاتی برای گذراندن دوره • انجام اقدامات تشویقی برای ایجاد انگیزه و روحیه داوطلبمداری • آموزش مباحث مربوط به مدیریت فردی در حوادث و بلایا • ایجاد گرایش های مختلف برای این رشته به منظور تخصصی شدن افراد • ایجاد زمینه برای رشد و شکوفایی دانشجویان • انجام تحقیقات مبتنی بر نیازهای جامعه • استفاده از اساتید این رشته در ساختار پاسخ به سوانح
	بستر سازی	<ul style="list-style-type: none"> • تعیین جایگاه شغلی برای دانش آموختگان این رشته • ارتباط با صنعت • ایجاد سامانه مدیریت داوطلبین این رشته جهت فراخوان و اعزام به منطقه • راه اندازی مقطع کارشناسی ارشد سلامت در بلایا و فوریت ها • انجام نیازسنجی قبل از تدوین برنامه های آموزشی • شناسایی راه های ایجاد حساسیت در سیاست گذاران • توجه به حمایت طلبی و مشارکت جویی اجتماعی
	آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه	<ul style="list-style-type: none"> • تعیین گروه های هدف در تدوین برنامه های آموزشی • ارزیابی و اولویت بندی نیازهای آموزشی مبتنی بر نیازهای جامعه • استفاده از دانشجویان جهت ارائه خدمات به مناطق محروم • تأکید بر آموزش در عرصه واقعی • توجه به خرد بومی در کنار استفاده از دانش جهانی

دکترای این رشته هستیم، اصلاً هیچ استفاده ای از ما نمی شه درحالی که این طور موقعیت ها برای کسب تجربه و مهارت خیلی مهمه" (م ۵). از دیگر چالش های بیان شده مشکلات کسب مهارت عملی بود. برگزاری صرف واحدها به صورت تئوری و تنها ارائه مفروضات علمی از چالش های مشارکت کنندگان بود. عدم برگزاری یا کم برگزاری انواع تمرین ها، ارتباط ضعیف دانشگاه با صنعت از عواملی هستند که در کمبود مهارت دانشجویان در واحد عملی تأثیرگذار بوده اند. یکی از شرکت کنندگان در این خصوص بیان نمود "اگر سازمان هایی که تجربه کار در بلایا را دارند برامون آموزش عملی برگزار می کردن خیلی به افزایش مهارت ما می تونست کمک بکنه" (م ۲). یکی دیگر از مصاحبه شونده گان این گونه عنوان نمود "از ما که دانش آموخته این رشته هستیم و وارد کار میشیم انتظار میره بتونیم در بلایا نقش ایفا کنیم. درسته که مباحث علمی رو آموختیم؛ ولی چون در هیچ حادثه ای نبودیم من خودم بشخصه مهارت لازم رو

چالش های آموزش در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه در بلایا: طبق یافته های این مطالعه، بستر لازم برای سازمان دهی دانشجویان در حوادث واقعی وجود ندارد و این در حالی است که حضور آن ها در صحنه واقعی بلایا، در حقیقت یک دوره آموزشی است که افراد به خوبی مهارت علمی را کسب می نمایند. همچنین، نبود سامانه ای برای مدیریت دانشجویان منجر به عدم استفاده از پتانسیل دانشجویان در حوادث کشور می گردد. بسیاری از مشارکت کنندگان بر نیاز سامانه ای یکپارچه برای مدیریت اطلاعات جهت فراخوان، اعزام و نگهداری تجهیزات لازم تأکید داشتند. یکی از مصاحبه شونده گان در این خصوص عنوان کرد که "در موقع رخ دادن بلایا ما سردرگم بودیم و نمی دونستیم که به کجا باید مراجعه کنیم و اگر شرکت می کردیم؛ مثلاً تو ی زلزله کرمانشاه خیلی چیزها یاد می گرفتیم" (م ۱). شرکت کننده دیگری نیز بیان نمود که "در کشور ما بلایای زیادی اتفاق میفته، بعد ما که دانشجو در مقطع

می‌کنه و کمک می‌کنه نیاز واقعی جامعه بهتر لمس بشه و آموزش‌ها در این راستا باشه" (م ۱۱). شرکت‌کننده بعدی بیان کرد "تمرین‌های مشترک با سازمان‌های دیگه خیلی کم برگزار میشه اما همینم خوبه و ما رو با سازوکار مدیریت بلایا آشنا میکنه" (م ۱۳).

راهکارها برای انجام آموزش در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه در بلایا: از راهکارهای عنوان‌شده ظرفیت‌سازی از طریق ایجاد امکان حضور اساتید و دانشجویان در بلایا از طریق هماهنگی با سازمان‌های مسئول در پاسخگویی در برابر بلایا در زمان آمادگی می‌باشد. همچنین انجام تحقیقات جهت شناسایی نیازهای جوامع مختلف در بلایا و برگزاری آموزش‌ها براین اساس از دیگر راهکارها بوده است. در همین رابطه، یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود "برای این‌که نیازهای واقعی جامعه رو درک کنیم لازم هستش که در استان‌های مختلف تحقیقات به عمل بیاد که نیازهای واقعی چه هست و چه‌طور در هر فرهنگی باید به این نیازها پاسخ داده بشه، بر اساس امکانات موجود در جامعه ما چه‌طور باید بلایا مدیریت بشن و براین اساس ما آموزش بگیریم. در حقیقت آموزش‌ها باید بر اساس ساختارهای پاسخ به بلایا در کشور باشن" (م ۱۲). مشارکت‌کننده دیگری عنوان کرد "حضور ما در صحنه‌های واقعی بلایا باید از قبل برنامه‌ریزی شده باشه تا در زمان وقوع حوادث نیازی به نامه‌نگاری و هماهنگی نباشه" (م ۱۵). یکی از ارکان برای اجرای آموزش پاسخگو بسترسازی بیان شد، بدین معنی که قبل از تدوین برنامه‌های آموزشی اقداماتی مانند نیازسنجی در سطح جامعه صورت گیرد. مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود "سیاست‌گذاران در سیاست‌های آموزشی خود باید نگاه به نیازهای جامعه داشته باشن" (م ۸). بر اساس یافته‌های این مطالعه یکی از راهکارها برای برطرف نمودن نیاز جامعه با کمک آموزش‌های دانشگاهی، آموزش مبتنی بر جامعه دانسته شده است. مشارکت‌کننده‌ای چنین عنوان نمود "یکی از کارهایی که میشه انجام داد اینه که به‌عنوان بخشی از کارورزی، دانشجویها به مناطق محروم برن و اون‌جا کارورزی بگذرونن چون معمولاً بیشترین خسارت‌ها و مشکلات وقتی حادثه‌ای اتفاق میفته در مناطق محروم است" (م ۱۴). مشارکت‌کننده دیگری عنوان کرد "برای اینکه ما هم در تعامل با جامعه باشیم و هم از نظر آموزشی قوی بشیم، میشه برنامه‌های آموزش همگانی رو برگزار کنیم، یعنی آموزش‌هایی

ندارم" (م ۱۰). نامناسب بودن آموزش با نیازهای جامعه هم از چالش‌های شناسایی شده بود و مشارکت‌کنندگان به کمبود منابع علمی، عدم ارتباط کافی در دوران دانشجویی با جامعه و سازمان‌های پاسخگو اشاره نمودند. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود "به نظر من باید در دوران تحصیل ما رو به سازمان‌هایی ببرن که ارباب رجوع دارن تا اونجا به طور مستقیم با مردم در ارتباط باشیم و از نیازها و انتظاراتشون آگاه بشیم. حداقل میشه برای کارورزی‌ها این کار انجام بشه" (م ۲). مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد "دانشگاه‌های علوم پزشکی باید تعامل بیشتری با سایر سازمان‌های درگیر در بحث بلایا داشته باشن، اما ما نتونستیم حتی واسه کارآموزی‌ها بریم سازمان‌های مهم" (م ۳). چالش دیگر کمبود تجارب علمی اساتید در میدان بوده است که به‌رغم وجود اساتید با اطلاعات علمی بالا، کمبود تجارب در سطح میدان احساس شد. نظر یکی از مشارکت‌کنندگان به این شکل بود "بیشتر اساتید ما توانایی انتقال مفاهیم بلایا رو به‌صورت کامل ندارن چون تجربه عملی در صحنه حوادث و بلایا ندارن و این مشکل رو به‌راحتی نمیشه حل کرد" (م ۶).

نقاط قوت آموزش‌ها در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه در بلایا: شرکت‌کنندگان به وجود اساتید متبحر در علوم نظری اشاره نمودند. وجود انگیزه بالا و زمینه علمی گوناگون هم از زیر طبقات این نقطه قوت بود. پوشش تئوری خوب در آموزش رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها نقطه قوت دیگری بود که در این مطالعه شناسایی شد. شرکت‌کننده‌ای در این زمینه این‌گونه بیان نمود "واقعاً اساتیدی هستن که بسیار علمی هستن و در این زمینه صاحب نظران اما متأسفانه تجربه فیلدشون کمه" (م ۴). مشارکت‌کننده بعدی چنین بیان کرد "اساتید رشته ما معمولاً از نظر دانش به‌روز هستن، حتی توی دنیا حرفی واسه گفتن دارن و مقالات علمی متعدد و معتبری دارن" (م ۹). از نقاط قوت دیگر مطرح‌شده چندبعدی بودن آموزش‌ها بوده است. استفاده از روش‌های مختلف آموزش مانند برگزاری تمرین‌های مختلف، برگزاری مدرسه میدانی و استفاده از فناوری‌های مختلف در تکالیف محوله از نقاط قوت آموزش‌ها در این رشته دانسته شده است. در همین راستا، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نمود "بعضی از دانشگاه‌ها مدرسه میدانی برگزار می‌کنن که خیلی خوبه، درسته که در شرایط واقعی نیست؛ ولی باز هم به توانمندسازی دانشجو کمک

راستا، مطالعه ایلینگ و همکاران [۲۰] نیز نشان داد یادگیری‌های مربوط به نحوه عملکرد بخش‌ها و اولویت‌بندی کارها در محل کار، در بهترین حالت باید در فضاهای واقعی آموزش داده شود، درحالی‌که امروزه کمتر به اهمیت حضور دانشجویان در صحنه واقعی، انجام تمرین‌های عملی مرتبط با رشته و کارآموزی‌های در عرصه پرداخته می‌شود. بدین منظور می‌توان از ظرفیت مراکز در اختیار دانشگاه‌ها از جمله بیمارستان‌های دولتی برای کسب تجربه در بحران‌های واقعی استفاده کرد. کمبود برگزاری تمرین‌های شبیه‌ساز و سهم بیشتر آموزش‌های تئوری در مقایسه با آموزش‌های عملی از دیگر چالش‌ها بود. نتایج مطالعه هانس‌برگر و همکاران [۲۱] نیز در آموزش‌های عملی، مواردی مانند تعداد ناکافی برگزاری جلسات، بی‌کیفیت بودن کارآموزی‌ها، واضح نبودن اهداف آموزش‌های عملی، عدم برنامه‌ریزی مناسب و تأکید بیش‌ازاندازه بر مطالب نظری را نشان داد که این موارد منجر به ناکارآمد بودن آموزش‌های عملی می‌شود. بدیهی است دوره‌های آموزش عملی باید به‌نحوی طراحی شوند که دانشجویان را درگیر تجربیات کامل و پویای مبتنی بر واقعیت‌های موجود در حوادث و بلایا کنند. فانگ و همکاران [۲۲] در مطالعه خود به این مسئله اذعان دارند که دانشجویان باید بتوانند یادگیری پیش‌بالینی خود از مفاهیم آموزشی را مشاهده، تمرین و زمینه‌سازی کنند تا به‌طور کامل از چگونگی ارتباط عوامل اجتماعی با تظاهرات بالینی بیماران آگاه شوند و چگونگی درهم‌تنیده شدن تغییرات اجتماعی، حمایت و مدیریت پزشکی را درک کنند. چالش دیگر مربوط به وجود شکاف بین نیازهای جامعه و آموزش و ناهماهنگی بین محتوا، موضوعات و برنامه‌های درسی با توانمندی‌های موردنیاز جامعه بود. به این معنی که درک مناسبی از پاسخگویی در آموزش این دانشجویان جهت ارائه خدمت به جامعه هدف وجود ندارد یا حداقل توجه کمی به آن شده است. این یافته مطابق با مطالعه یی و همکاران [۲۳] است که نشان داد پاسخگو بودن دانشگاه‌ها در برابر آموزش‌های داده‌شده به دانشجویان واردشده به جامعه و بازار کار اصل نادیده گرفته‌شده در بحث آموزش پاسخگو است. نتایج مطالعه بویلن و همکاران [۲۴] در راستای چالش جامعه‌محور نبودن آموزش‌ها نشان داد که ارتقای توانمندی دانشکده‌های علوم پزشکی در پاسخ به نیازها و چالش‌های

مثل آمادگی در برابر بلایا برای عموم مردم برگزار کنیم (م ۷). به‌طور کلی مشارکت‌کنندگان بر این نکته توافق نظر داشتند که انتظار جامعه را نمی‌توانند با آموزش‌های جاری در دانشگاه‌ها برآورده کنند. این نکته دقیقاً همان مفهوم پاسخگو نبودن آموزش است که هم در آینده شغلی مشارکت‌کنندگان و هم در نحوه مدیریت کردن حوادث و بلایا تأثیر به‌سزایی خواهد داشت. مشارکت‌کنندگانی که فارغ‌التحصیل شده و در حیطه کاری مرتبط با رشته خود مشغول به کار بودند از انتظار همکاران و سازمان خود برای انجام کارها به نحو احسن سخن گفتند که همین امر باعث ایجاد استرس در بین آن‌ها می‌شد. آن‌ها احساس می‌کردند که همین استرس و ترس از ناتوان بودن در انجام کارها می‌تواند باعث شود آینده شغلی آن‌ها نیز به خطر بیفتد.



آموزش هزاران نیروی متخصص در ادوار گذشته در کاهش مرگ‌ومیر حوادث مختلف نقش حیاتی داشته است؛ اما به دلیل تغییرات سریع در نظام سلامت و همچنین نیازهای جامعه، بازنگری در شیوه تربیت دانشجویان به‌طوری‌که آمادگی رویارویی با مشکلات قرن جاری را داشته باشند، ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، رویکرد آموزش پاسخگو به‌عنوان بخشی از پاسخگویی اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از دغدغه‌های مدیران ارشد این وزارت است [۷]. بر اساس تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش، سه مضمون اصلی چالش‌ها، نقاط قوت و راهکارها و همچنین هشت طبقه شامل ضعف در سازمان‌دهی دانش‌آموختگان و دانشجویان در حوادث واقعی، ضعف در کسب مهارت عملی، نبود تناسب بین آموزش‌های نظری با نیازهای جامعه، وجود اساتید متبحر در علوم نظری، چندبعدی بودن آموزش، ظرفیت‌سازی، بسترسازی و آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه حاصل شد. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش در خصوص چالش‌ها بیشتر بر عدم وجود امکان آموزش در شرایط واقعی و نبود سازمان‌دهی جهت ایجاد آمادگی عملی برای مقابله با حوادث تأکید داشتند. برنامه درسی رشته سلامت در بلایا در بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌گونه‌ای ساختاریافته که پاسخگویی اجتماعی را در آموزش‌های تئوری و پیش‌بالینی قرار می‌دهد در صورتی‌که باید وزن بیشتری در مفاهیم عملی به این مقوله داده شود. در همین

مرتبط با سلامت، برای شهروندان و جامعه اهمیت بسزایی دارد. در این زمینه باید ارزش‌های اصلی مشتمل بر کیفیت، عدالت، ارتباط و هزینه اثربخشی مدنظر قرار گیرند. اکبری فارمد و همکاران [۲۵] نیز در مطالعه خود به ضرورت تغییرات و تحول بنیادین و همه‌جانبه در برنامه‌های آموزشی و ارتقای آن‌ها به‌منظور برجسته‌کردن نیازهای جامعه و پاسخگویی به این نیازها اشاره کردند. به‌رغم اهمیت سوق دادن آموزش به سمت پاسخگویی به نیازهای جامعه، این موضوع همچنان به‌عنوان یک چالش باقی‌مانده و برای مرتفع کردن آن باید به آموزش‌های جداگانه و خارج از برنامه‌های آموزشی پرداخته شود [۲۲]. در خصوص نقاط قوت، مشارکت‌کنندگان به وجود اساتید دارای سطح علمی و انگیزه بالا و همچنین با تنوع در زمینه‌های علمی اذعان داشتند. این موارد با نتایج حاصل از پژوهش بنگداری و همکاران [۲۶] مطابقت دارد که در آن مواردی چون علاقه و تعهد به رشته و تسلط بر محتوا را از جمله خصوصیت‌های اساتید ممتاز برشمرده‌اند. همچنین میگوئل و همکاران [۲۷] ویژگی‌های شخصیتی و علمی اساتید، مهارت تدریس و مدیریت کلاس درس را از مقوله‌های تدریس اثربخش دانستند. بدیهی است قلب نظام آموزش عالی، اساتید آن می‌باشد و این اساتید نقش مهمی در عملکرد دانشگاه دارند؛ وجود اساتید پیشرو، توانمند و صاحب صلاحیت‌های علمی و اخلاقی مناسب از عوامل بنیادی کارآمدی و کیفیت نظام های آموزش عالی است. اساتید با استفاده از دانسته‌های خود، می‌توانند در توسعه پاسخگویی آموزش در دانشگاه‌ها نقش به‌سزایی داشته باشند [۲۸]. همچنین، استفاده اساتید از فناوری‌های نوین مانند ویدیوکنفرانس‌ها و آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی، خصوصاً در زمان پاندمی کووید ۱۹ در ارائه آموزش‌های مربوطه بسیار سودمند بوده‌اند [۲۹]. با این حال، باید اذعان داشت این کیفیت به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر عواملی است که جامعه یا دولت (نه اساتید یا دانشگاه) بر آن‌ها کنترل دارند، مانند وضعیت فیزیکی ساختمان دانشگاه، اندازه کلاس‌ها، زمان در دسترس اساتید برای کلاس‌ها و موارد مشابه. نقطه قوت بعدی از نظر مشارکت‌کنندگان، کشف نقاط ضعف و تقویت مهارت‌های دانشجویان از طریق برگزاری تمرین‌های دورمیزی و تکالیف محوله بود. دانشجویان، به‌خصوص دانشجویانی که قرار است در سیستم مراقبت‌های سلامت کار کنند، باید در زمینه

آمادگی در برابر بلایا آموزش‌های مناسبی را دریافت کنند. این آمادگی‌ها می‌تواند از طرق مختلفی چون داشتن برنامه‌ریزی آموزشی مناسب، برگزاری دوره‌های مدیریت بلایا، درنظرگرفتن آموزش‌های عملی، برگزاری تمرین‌ها و تمرین‌های دورمیزی منظم و ادغام دوره‌های مدیریت بلایا در برنامه‌های آموزشی حاصل شود [۳۰]. در مطالعه سینه‌ها و همکاران [۳۱]، دانشجویان پزشکی از دانش، نگرش و تمرین کمی در خصوص کاهش و آمادگی در برابر بلایا برخوردار بودند. آن‌ها برگزاری کارگاه‌ها و تمرین‌هایی با موضوعات جذاب را در یادگیری، ایجاد انگیزه، افزایش دانش و آگاهی در زمینه مدیریت بلایا بسیار مؤثر یافتند. درنهایت، مشارکت‌کنندگان راهکارهایی را برای بهبود آموزش پاسخگو برای دانشجویان سلامت در بلایا مطرح کردند. این موضوعات، مواردی چون توانمندسازی اساتید، ایجاد زمینه برای رشد و شکوفایی دانشجویان و انجام تحقیقات مبتنی بر نیاز جامعه است. ویلیامز و همکاران [۳۲] در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که نمی‌توان به‌طورقطع درمورد اثربخشی آموزش‌ها در بهبود دانش و مهارت در واکنش به بلایای واقعی نظر داد. از نظر آن‌ها این مشارکت دانشجویان در موارد واقعی بلایا و حوادث است که باعث ارتقای توانمندی آن‌ها می‌شود. از این رو دانشجویان باید علاوه بر شرکت در تمرین‌های ساختگی، برای حضور در رویدادهای واقعی تشویق شوند و خود آن‌ها نیز باید دائماً در پی به دست آوردن فرصت‌هایی برای بالا بردن مهارت‌های عملی خود باشند [۳۳]. اهمیت این موضوع را می‌توان در مطالعه خوزه و دوفران [۳۴] یافت که بیان می‌کنند "این دانشجویان امروز هستند که فردا در بطن کار قرار می‌گیرند". در مقوله حمایت‌طلبی و مشارکت‌جویی اجتماعی که مشارکت‌کنندگان مطالعه به آن اشاره داشتند، می‌توان چنین گفت که در روند پاسخگوکردن آموزش نباید تنها به تلاش دانشگاه‌ها و تصمیم‌گیران این حوزه اکتفا کرد، به عبارتی رسیدن به این هدف نیازمند مشارکت اقشار دیگر جامعه می‌باشد. برای نمونه، تجارب مددجویان، امدادگران و سایر افراد مرتبط درگیر در بلایا می‌تواند در پاسخگوکردن آموزش دانشجویان سلامت در بلایا بسیار کمک‌کننده باشد. در مطالعه هنریکسن و همکاران [۳۵] به ظرفیت شرکای بیمار که شامل خود بیمار، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های

سلامت و سایر اعضای جامعه، به‌ویژه آن‌هایی که تجربه‌ای از نابرابری‌های سلامت یا چالش‌هایی با عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت دارند، اشاره شده است. توانایی‌های این افراد از جمله دانش بالینی و علمی آن‌ها با تمرکز بر تجربیات و دیدگاه‌های شخصی و اجتماعی - فرهنگی برای شناسایی نیازهای اجتماعی جهت تدوین مناسب برنامه‌های آموزش پزشکی حیاتی هستند. مشارکت‌کنندگان همچنین به مواردی چون بسترسازی برای تقویت رشته سلامت در بلایا، شناساندن آن به جامعه و سیاست‌گذاران و هدایت آموزش در رشته سلامت در بلایا به سمت پاسخگویی به نیازهای جامعه اشاره داشتند. کالما و همکاران [۳۶] نیز در مطالعه‌ای بر اهمیت تقویت رشته از طریق ایجاد و توسعه برنامه‌های آموزشی تأکید داشته‌اند. از نظر آن‌ها استراتژی‌های آینده باید بیشتر بر تمرین مهارت‌های موردنیاز و دانش و درک صحیح از کار تمرکز کنند. از طرفی، این موارد نیز از طریق محتوا و ساختار برنامه آموزشی قابل‌دستیابی بوده و باعث ایجاد انگیزه و اعتمادبه‌نفس در میان دانشجویان خواهد شد. میهان و همکاران [۳۷] در مطالعه خود به نقش مشارکت جامعه در فرایند توسعه برنامه‌های آموزشی تأکید و بیان می‌کنند که با در نظر گرفتن معیارهای مؤثر بر جامعه در برنامه‌های اجتماعی، می‌توان مسئولیت اجتماعی را به پاسخگویی اجتماعی تبدیل کرد. برگزاری تمرین‌های منظم عملی با افزایش توانمندی در دانشجویان می‌تواند کمک مؤثری در تسریع پاسخگویی به‌هنگام در زمان وقوع بلایا داشته باشد. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های برنامه درسی پاسخگو، مشتری‌محور بودن آن‌ها است و منظور از پاسخگویی آموزش پزشکی، پاسخگویی به نیازهای محلی و ملی است که نزد صاحب‌نظران در حوزه رسالت خدمات اجتماعی آموزش عالی قرار دارد. در راستای ارائه آموزش‌های مبتنی بر نیازهای شایع و ضروری جامعه، ایجاد مراکز آموزش پاسخگو می‌تواند حلقه مفقوده بین آموزش پزشکی و نیازهای جامعه باشد. این مراکز به شرطی موفق هستند که سیاست‌گذاران آموزش پزشکی و اعضای هیئت‌علمی به آن باور داشته باشند. همچنین تدوین برنامه درسی پاسخگو و همکاری معاونت‌های بهداشت و درمان دانشگاه نیز از ملزومات اجرایی‌شدن آموزش پاسخگو می‌باشد [۳۸]. با این وجود، موانع مرتبط با پشتیبانی باید مدنظر قرار گیرند. برای نمونه، یک مانع بر سر راه دانشگاه‌های

کشور برای برگزاری تمرین‌های عملی در حیطه بلایا بحث تأمین مالی این موارد است زیرا بر اساس گستردگی و حیطه کاری، این تمرین‌ها نیازمند منابع لجستیکی و مالی است. این مانع در مطالعه کافمن و همکاران [۳۹] نیز مورد اشاره قرار گرفته و راه‌حل آن در اصلاح بودجه مراکز علمی ذکر شده است. شاید بتوان گفت مفهوم آموزش پاسخگو پس از شکل‌گیری در برنامه‌های آموزشی، نیازمند ضمانت‌های اجرایی است. برنامه‌هایی بسیاری وجود دارد که در مرحله تعریف مفاهیم نظری متوقف شده و یا به شیوه ناقص به اجرا درمی‌آیند. پایبند بودن دانشگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی به آموزش پاسخگو می‌تواند از طریق گنجاندن آن در ارزشیابی و اعتباربخشی‌های دانشگاه‌ها و رشته‌های آموزشی جهت اطمینان نسبی از اجراشدن آن مدنظر تصمیم‌گیران این حوزه باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست‌آمده است. در این پژوهش سعی شد تا نمونه‌گیری با حداکثر تنوع صورت گیرد با این وجود نتایج مطالعه نمی‌تواند نماینده دیدگاه تمام دانشجویان و فارغ‌التحصیلان رشته سلامت در بلایا در خصوص آموزش پاسخگو باشد. همچنین نتایج این مطالعه محدود به دانشگاه‌های دولتی بوده و ممکن است شیوه‌های آموزشی رشته مذکور در سایر دانشگاه‌ها مانند دانشگاه‌های نظامی، متفاوت باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که عدم حضور دانشجویان در محیط‌های واقعی مانند بلایایی که در کشور حادث می‌گردند، منجر به عدم کسب مهارت لازم در دانشجویان می‌شود، به‌طوری‌که پس از فراغت از تحصیل توانمندی‌های آن‌ها پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه نیست. از سویی، وجود اساتید باتجربه کار در بلایا و چندبعدی بودن آموزش از نقاط قوت آموزش در این رشته هستند؛ بنابراین با انجام نیازسنجی واحدهای درسی متناسب با شرایط جامعه و همکاری با سازمان‌های دارای مسئولیت در بلایا می‌توان فضای کسب تجربه را برای دانشجویان فراهم نمود. همان‌طور که استفاده از اساتید با تحصیلات مرتبط مورد تأکید مشارکت‌کنندگان بود، برگزاری تمرین مشترک بین دانشگاه و سازمان‌های پاسخگو در بلایا، ایجاد مدرسه میدانی، ایجاد سامانه ثبت‌نام و اعزام برای دانشجویان و دانش‌آموختگان در بلایا به توانمندسازی و پاسخ بهتر به نیازهای جامعه کمک مؤثری خواهد نمود. درنهایت از یافته‌های این مطالعه چنین برمی‌آید که آموزش

در رشته سلامت در بلایا و فوریت‌ها به گونه‌ای که پاسخگوی نیازهای جامعه باشد، نیاز به ارتقا و تغییرات بنیادین در برنامه‌ها و سیاست‌های آموزشی این رشته و گنجاندن آن در ارزشیابی‌های دانشگاه‌ها است.

اعلان‌ها

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان (IR.SEMUMS.REC.1400.325) رسیده است. اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان در این تحقیق به صورت محرمانه و حفاظت‌شده مورد استفاده قرار گرفت و اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شد.

حمایت مالی: این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شد.

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان: عابد خانی زاده: طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش-پیش‌نویس، تأیید نهایی. هاله ادیبی لاریجانی: طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها.

تحلیل داده‌ها، نگارش-پیش‌نویس، تأیید نهایی؛ شاندیز مصلحی: طراحی مطالعه، مدیریت پروژه، نگارش-پیش‌نویس اصلی، تأیید نهایی. همه نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تأیید کردند.

رضایت برای انتشار: مورد ندارد.

دسترسی به داده‌ها: به دلیل حفظ محرمانگی اطلاعات مشارکت‌کنندگان، امکان به اشتراک‌گذاری داده‌ها وجود ندارد.

استفاده از هوش مصنوعی: در فرایند انجام این پژوهش و نگارش مقاله فارسی از ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است. از Grammarly برای ویرایش بخش انگلیسی استفاده شد و محتوای ترجمه مورد بررسی و تأیید نویسندگان قرار گرفت.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از شرکت‌کنندگان در مطالعه و حمایت دانشگاه علوم پزشکی سمنان قدردانی می‌کنند.

References

1. Khankeh H, Masoumi G, Maher A. National hospital disaster risk management program based on accreditation indicators. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2018. [In Persian]
2. Yazdani S, Hosseini F, Homayooni Zand R. Reform in general medical degree curriculum. Tehran: Beheshti University of Medical Sciences, Education Development Center; 2007. [In Persian]
3. Hutchings M. Accountability, social justice and educational research. In: Mustafa Yunus Eryaman BS, Felice J. Levine, Ingrid Gogolin, editor. Educational research for social justice: evidence and practice from the UK. 1st ed. Cham: Springer; 2021, p. 45-78. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62572-6_3
4. Tatari F, Hosseini SA, Borji A. Investigation the role of faculty members in accountable medical education. Journal of Medicine and Cultivation. 2018;27(1):147-56. [In Persian]
5. Mohammadi M, Bagheri M, Jafari P, Bazrafkan L. Challenges and motivational facilitators of social accountability in medical students of Shiraz University of Medical Sciences: A qualitative study. Shiraz E Med J. 2021;22(3): e97422. <https://doi.org/10.5812/semi.97422>
6. Nekuzad N, Azizi M. Investigation of accountable medical education in Iran. Journal of Educational Studies. 2015; 3(5):50-9. [In Persian] Available at: URL: <https://www.magiran.com/p1691888>
7. Pourabbas A, Amini A, Asghari Jafarabadi M. The status of accountable education in clinical education departments of Tabriz University of Medical Sciences. Journal of Research in Medical Education. 2020;12(2):71-82. <https://doi.org/10.29252/rme.12.2.71>
8. Barber C, Van der Vleuten C, Leppink J, Chahine S. Social accountability frameworks and their implications for medical education and program evaluation: a narrative review. J Acad Med. 2020;95(12):1945-54. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003731>
9. Nili M, Nasr A, Sharif M, Merhmohammadi M. Social prerequisites and outcomes of accountable curriculum in higher education case study: Public Universities of Isfahan. Journal of Applied Sociology. 2010;21(2):57-76. [In Persian]
10. Prihatiningsih TS, Kamal Y, Woollard R, Fisher J, Abdalla ME, Boelen C. Social accountability and accreditation: impacting health system performance and population health. Social Innovations Journal. 2020;3. Available at: URL: <https://socialinnovationsjournal.com/index.php/sij/article/view/528>
11. Golpaigani N, Zamani F, Usefi Saeedabasi R. The impact of mentoring on the responsive education in macro-medical universities of region 1 based on the fourth-generation universities approach. Journal of Medicine and Spiritual Cultivation. 2020;29(2):117-27. [In Persian]

12. Bahoo-Toroodi T, Yousefi-Saidabadi R, Saffarian Hamedani S. The role of leading professors and responsive teaching on development of third generation university and presenting a model in Mazandaran University of Medical Sciences. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2020;30(188):116-24. [In Persian]. Available at : URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-14468-en.html>
13. Zahed Moghaddam H, Labbaf Ghasemi R, Ghoushkhane H, Afshari R, Marouzi P. Knowledge of social accountability in medical education among faculty members at medical sciences of Mashhad University. *Future of Medical Education Journal*. 2013;3(3):20-3. <https://doi.org/10.22038/FMEJ.2013.1523>
14. Wood B, Fitzgerald M, Kendall C, Cameron E. Integrating socially accountable health professional education and learning health systems to transform community health and health systems. *Learn Health Syst*. 2021;5(3):e10277. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10277>
15. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):2954-65. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
16. Lindlof TR, Taylor BC. Qualitative communication research methods. In: Putnam FMJLL, editor. *The new handbook of organizational communication*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2017, p. 162-94.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
18. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
19. Abbaszadeh M. Validity and reliability in qualitative researches. *Journal of Applied Sociology*. 2012;23(1):19-34. [In Persian] Available at : <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20085745.1391.23.1.2.5>
20. Illing JC, Morrow GM, Nee Kergon CRR, Burford BC, Baldauf BK, Davies CL, et al. Perceptions of UK medical graduates' preparedness for practice: a multi-centre qualitative study reflecting the importance of learning on the job. *BMC Med Educ*. 2013;13(34). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-34>
21. Hunsberger M, Baumann A, Lappan J, Carter N, Bowman A, Goddard P. The synergism of expertise in clinical teaching: an integrative model for nursing education. *J Nurs Educ*. 2013;39(6):278-82. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20000901-09>
22. Fung OW, Ying Y. Twelve tips to center social accountability in undergraduate medical education. *Med Teach*. 2022;44(11):1214-20. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2021.1948983>
23. Yi P, Kim HJ. Exploring the relationship between external and internal accountability in education: a cross-country analysis with multi-level structural equation modeling. *Int J Educ Dev*. 2019;65(1):1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2018.12.007>
24. Boelen C. Global consensus on the social accountability of medical schools. *Sante Publique*. 2011;23(3):247-50. <https://doi.org/10.3917/spub.113.0247>
25. Akbari-Farmad S, Ahmady S, Hoseini MA. Exploring faculty members perceptions about socially accountable medical education challenges: A qualitative content analysis. *Strides in Development of Medical Education*. 2016;13(1):1-9. [In Persian]
26. Bonakdari N, Mehran G, Mahroozadeh T, Hashemi SA. Characteristics of Iranian competent professor: A qualitative research. *Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2016;7(27):117-38. [In Persian] Available at: URL: <https://dori.net/dor/20.1001.1.20086369.1395.7.27.7.0>
27. Miguel C, Moreira C, Alves M, Campos J, Glassey J, Schaer E, et al. Developing a framework for assessing teaching effectiveness in higher education. *Education for Chemical Engineers*. 2019;29(5):21-8. <https://doi.org/10.1016/j.ece.2019.06.001>
28. ShabaniBahar G, Farahani A, Ghareh M, Siavashi M. Determining the components of professional development among the faculty members of the physical education and sport sciences and assessing its fit. *Sport Management and Development*. 2017;5(2):109-26. [In Persian] Available at: URL: https://jsmd.guilan.ac.ir/article_2137.html?lang=en
29. Jattan A, Penner C. Dismantling the hub and spoke: social accountability and rural medical education. *Med Edu*. 2021;55(4):421-3. <https://doi.org/10.1111/medu.14458>

30. Alrazeeni D. Saudi EMS students' perception of and attitudes toward their preparedness for disaster management. *Journal of Education and Practice*. 2015; 6(35): 110-6. Available at: URL: <https://iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/27893/28610>
31. Sinha A, Pal D, Kasar P, Tiwari R, Sharma A. Knowledge, attitude and practice of disaster preparedness and mitigation among medical students. *Disaster Prev Manag*. 2008;17(4):503-7. <https://doi.org/10.1108/09653560810901746>
32. Williams J, Nocera M, Casteel C. The effectiveness of disaster training for health care workers: A systematic review. *Ann Emerg Med*. 2008;52(3):211-22. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.09.030>
33. Baack S, Alfred D. Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(3):281-7. <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>
34. Jose MM, Dufrene C. Educational competencies and technologies for disaster preparedness in undergraduate nursing education: an integrative review. *Nurse Educ Today*. 2014;34(4):543-51. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.021>
35. Henriksen AH, Ringsted C. Medical students' learning from patient-led teaching: experiential versus biomedical knowledge. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2014;19(1):7-17. <https://doi.org/10.1007/s10459-013-9454-8>
36. Calma KRB, Halcomb E, Stephens M. The impact of curriculum on nursing students' attitudes, perceptions and preparedness to work in primary health care: an integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2019;39:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.006>
37. Mihan A, Muldoon L, Leider H, Tehfe H, Fitzgerald M, Fournier K, et al. Social accountability in undergraduate medical education: a narrative review. *Education for Health*. 2022;35(1):3-8. https://doi.org/10.4103/efh.efh_305_21
38. Emadzadeh A, Moonaghi HK, Bazzaz MM, Karimi S. An investigation on social accountability of general medicine curriculum. *Electron physician*. 2016;8(7):2663-69. <https://doi.org/10.19082%2F2663>
39. Kaufman A, Scott M, Andazola J, Fitzsimmons-Pattison D, Parajón L. Social accountability and graduate medical education. *Fam Med*. 2021;53(7):632-7. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.160888>