

راهکارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی عمومی: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی

سعیده دریازاده^۱، نیکو یمانی^۲، جابر یقینی^۳، عطیه فقیهی مرقی^۴

۱. دکترای تخصصی آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار، دکترای تخصصی برنامه ریزی درسی مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دانشیار، دکترای تخصصی پرودونتولوژی، گروه پرودونتولوژی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

نویسنده مسئول:

عطیه فقیهی مرقی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

ORCID:
0000-0003-6411-5235

Email:
atiye.faghihy@gmail.com

مقدمه: بازنگری و اصلاحات در برنامه درسی، بویژه در رشته دندان پزشکی که بسیار پرهزینه و پیچیده است، امری ضروری است. از آنجایی که انجام بازنگری بدون بررسی نظر ذینفعان برنامه درسی، امری نامطلوب است؛ این مطالعه با هدف تبیین راهکارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی عمومی از دیدگاه اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی و نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و با مشارکت ۲۵ نفر از اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان پزشکی، در سال ۱۳۹۶ انجام شد. گردآوری داده‌ها با مصاحبه‌های فردی و گروهی بود و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۹۳ کد، ۲۱ طبقه فرعی و ۶ طبقه اصلی شامل بهبود ارائه دروس، توانمندسازی اساتید، اجرای صحیح ادغام، فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری، نظارت بر اجرای برنامه درسی، و تغییر نگرش ذینفعان قبل از ابلاغ برنامه درسی، استخراج شد.

نتیجه‌گیری: لازم است سیاست‌گذاران برنامه آموزشی دندان پزشکی عمومی با در نظر گرفتن این راهکارها و ایجاد انعطاف‌پذیری در برنامه درسی با اجازه تغییرات با درصد بیشتر و متناسب با بستر اجرایی توسط دانشکده‌های دندان پزشکی کشور، پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی را محقق سازند.

کلیدواژه‌ها: برنامه درسی، دندان پزشکی، بازنگری، اصلاح، هیات علمی.

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۹/۲/۲۸

اصلاح نهایی: ۹۹/۱۲/۶

دریافت مقاله: ۹۸/۲/۲۸

ارجاع: دریازاده سعیده، یمانی نیکو، یقینی جابر، فقیهی مرقی عطیه. راهکارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی عمومی: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی. ۱۴۰۰؛ ۸(۱): ۴۹-۶۵.

مقدمه

ارزشیابی برنامه های درسی با توجه به انتظارات از برنامه و انطباق دهی آنها با اهداف و چشم انداز تعیین شده توسط سیاستمداران آموزشی انجام می شود (۱).

اولین دوره اصلاحات برنامه درسی دندان پزشکی در ایران، پس از انقلاب و در سال ۱۳۶۱ خورشیدی انجام شد. هدف اصلی این اصلاحات، کاهش میزان اعتبارات دندان پزشکی با حذف برخی از دوره های درسی غیردندان پزشکی بود. دومین دوره اصلاحات برنامه درسی دندان پزشکی در سال ۱۳۶۷ انجام شد، که در آن علاوه بر تغییراتی در تعداد اعتبارات، دو تغییر عمده اعمال شد. اول، دانشجویان موظف به گذراندن آزمون جامع علوم پایه بودند و دوم اینکه، یک برنامه کارورزی در ترم آخر، تعریف شد. بعد از آن تغییرات چشمگیری در اصلاحات سومین دوره و در سال ۱۳۷۸ انجام شد که شامل معرفی دوره های آموزشی مبتنی بر جامعه، مراقبت های دندان پزشکی اولیه و مراقبت جامع، بود. این تغییرات به موازات ادغام در آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی در کشور بود. اگرچه سه اصلاحیه ذکر شده بسیاری از کمبودهای برنامه درسی را جبران می نمود؛ ولی همچنان مشکلاتی مانند حجم بالا و نامتناسب دروس، نبود دروس انتخابی، آموزش نامناسب در زمینه های فراشناختی (مانند مهارت های ارتباطی، منش حرفه ای، دندان پزشکی مبتنی بر شواهد و ...)، تأکید ناکافی بر پیشگیری، عدم استفاده از روش های آموزشی مدرن و عدم پاسخگویی به نیازهای جامعه و عدم توجه به آموزش مبتنی بر شایستگی، وجود داشت (۲).

چهارمین اصلاحات برنامه درسی دندان پزشکی عمومی کشور در اواخر سال ۱۳۹۰ و با تأکید بر ارائه خدمات دندان پزشکی جامعه محور، تصویب شد و در سال ۱۳۹۱ به کلیه دانشکده های دندان پزشکی کشور جهت اجرا ابلاغ گردید که در حال حاضر آخرین بازنگری موجود می باشد (۳). بررسی هایی بر روی آخرین بازنگری برنامه درسی

دندان پزشکی عمومی، انجام شده است. ولی دیدگاه اساتید از نظر تجربه آن ها در اجرای برنامه درسی بسیار با اهمیت است و در کمتر مطالعه ای به طور عمیق، مورد بررسی قرار گرفته است. در ایران، مطالعه ای به بررسی دیدگاه اساتید نسبت به میزان انطباق ارائه خدمات دندان پزشکی ترمیمی جامعه با برنامه درسی ترمیمی پرداخته است و ذکر شده است که ارائه خدمات دندان پزشکی ترمیمی از ضروری ترین نیازهای جامعه می باشد که لازم است از نظر حجم واحدهای درسی و ارائه دروس نظری، تأکید بیشتری بر آن شود (۴).

از آنجایی که هدف از آموزش، رسیدن دانشجویان به اهداف آموزشی ذکر شده در برنامه درسی است، لازم است به نیازسنجی و ارزیابی برنامه درسی به منظور بازنگری آن، پرداخته شود (۵). همچنین اخیراً به منظور بررسی دقیق تر برنامه درسی دندان پزشکی و انجام بازنگری عمیق تر و موثرتر آن، نقد برنامه درسی دندان پزشکی عمومی از دیدگاه ذینفعان برنامه درسی (اساتید، دانشجویان و مسئولان آموزش) انجام شده است (۶).

همچنین چالشهای اجرای این برنامه درسی از دیدگاه دانشجویان که یکی از ذینفعان اصلی برنامه درسی دندان پزشکی عمومی هستند، نیز تحلیل گردیده است (۱). مطالعه دیگری به مقایسه برنامه درسی دندان پزشکی عمومی در ایران با هشت دانشکده برتر دندان پزشکی در جهان پرداخته است (۷).

با توجه به تأکید مطالعات مختلف بر ضرورت بازنگری های مداوم و دوره ای در هر برنامه درسی، بررسی و توجه به دیدگاه ذینفعان برنامه درسی در اجرای این اصلاحات و پیدا نمودن راه کاری جامع، بسیار مفید و مورد تأکید است (۸). این مطالعه با هدف تبیین راه کارهای پیاده سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی از دیدگاه ذینفعان شامل اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش کیفی و تحلیل آن به صورت تحلیل محتوای کیفی مرسوم، در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در سال ۱۳۹۶ انجام شد. مشارکت‌کنندگان این مطالعه شامل ۲۵ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده دندان پزشکی علاقه‌مند و مطلع از تغییرات برنامه درسی بازنگری شده اخیر (مصوب سال ۱۳۹۰) و همچنین مسئولان دروس ادغام یافته و یا اساتید دروس جدید افزوده به برنامه درسی و مسئولان آموزش دانشکده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند (استفاده از مطلعین کلیدی) انجام شد و گردآوری اطلاعات به صورت مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با پرسش‌های باز آغاز گردید و سپس در ادامه به منظور واکاوی بیشتر داده‌ها سوالات بیشتری مطرح شد. مصاحبه‌ها به صورت فردی و گروهی و تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، هماهنگی لازم توسط ریاست مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و مسئول دفتر توسعه آموزش (EDO) دانشکده دندان پزشکی جهت انجام مصاحبه‌ها انجام شد. چهار مصاحبه به صورت انفرادی با ریاست دانشکده، معاون آموزشی سابق دانشکده، معاون آموزشی فعلی دانشکده و مسئول EDO دانشکده و ۵ مصاحبه گروهی نیز با گروه‌های آموزشی درگیر شامل مدیر گروه‌ها و مسئولان و مدرسین دروس (گروه‌های ترمیمی، تشخیص، پاتولوژی، اندودنتیکس، رادیولوژی، جراحی فک و صورت، جامع‌نگر، پروتز) و مسئولان آموزش دانشکده، انجام شد. مصاحبه‌های گروهی در EDO و آموزش دانشکده دندان پزشکی مصاحبه‌های فردی در دفتر ریاست و دفتر توسعه آموزش دانشکده با حضور فرد مشارکت‌کننده و محقق، انجام شد. مصاحبه‌های گروهی برای دروس ادغام یافته و مشترک در گروه‌های آموزشی درگیر به منظور استخراج نظرات همه اساتید درگیر در این دروس بود. مصاحبه‌های پیگیر از افراد با نظرات متفاوت نیز انجام شد.

در شروع مصاحبه‌ها محققین مطالعه ضمن معرفی خود و بیان هدف مطالعه، جهت شرکت در مصاحبه‌ها، فرم رضایت نامه کتبی را به مشارکت‌کنندگان ارائه و برای ضبط صدا، از ایشان اجازه کسب نمودند. در مصاحبه‌های گروهی، مسئول EDO دانشکده دندان پزشکی به عنوان تسهیل‌گر و هدایت بحث‌های تخصصی دندان پزشکی، به همراه محققین مطالعه و با اطلاع و موافقت مصاحبه‌شوندگان حضور داشت. هر کدام از مصاحبه‌ها به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و پس از پایان هر مصاحبه به منظور تحلیل داده‌ها، تایپ و پیاده‌سازی گردید. یک سوال باز در شروع هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان به صورت "به نظر شما راه‌کارهای اجرا و پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی عمومی چیست؟" پرسیده شد و در طول مصاحبه نیز سوالات پیگیر با توجه به بحث‌های صورت گرفته، مطرح گردید. سوالات پیگیر شامل "برای مواردی که در اجرای برنامه درسی چالش بود، چه راه‌کاری پیشنهاد می‌کنید؟؛ ابعاد مختلف بهینه‌سازی اجرای برنامه درسی از نظر شما چیست؟؛ به نظر شما راه‌کارهای بهینه‌سازی اجرای عناصر برنامه درسی چیست؟" و ... بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد. همچنین شاخص‌های دقت، صحت و اعتبار مطالعه با پرسش از همکار به صورت چک کردن کدها و زیرطبقات و طبقه‌های اصلی (چک کردن و توافق دو نفر از محققین مطالعه در کددهی و طبقه‌بندی داده‌ها و در صورت نرسیدن به توافق چک کردن توسط محقق سوم انجام می‌شد)؛ چک کردن اعضا به صورت تایید مصاحبه‌های پیاده شده و کدها توسط مشارکت‌کنندگان، توضیح دقیق و با جزئیات مطالعه کنونی به منظور انتقال‌پذیر بودن مطالعه و استفاده از یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی از گروه آموزش پزشکی، در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۱۴ کد اولیه پس از پیاده‌سازی و تجزیه تحلیل مصاحبه‌ها، استخراج گردید و پس از ترکیب کدهای مشابه و حذف کدهای تکراری در مجموع ۱۹۳ کد به دست آمد. در تحلیل محتوای کیفی، ۶ طبقه اصلی شامل بهبود ارائه دروس، توانمندسازی اساتید، اجرای صحیح ادغام، فرآهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری، نظارت بر اجرای برنامه درسی، و تغییر نگرش ذینفعان قبل از ابلاغ برنامه درسی، و ۲۱ طبقه فرعی به شرح زیر استخراج شد (جدول ۱).

جدول ۱- طبقات اصلی و فرعی بدست آمده از تحلیل محتوا

طبقه اصلی	طبقه فرعی
بهبود ارائه دروس	اشراف مسئول درس‌ها بر محتوای آموزشی ارائه منبع مناسب و به روز رعایت پیش‌نیازها و اولویت‌بندی دروس تناسب حجم دروس با زمان و محتوا
توانمندسازی اساتید	ارائه دروس جدید و بین رشته‌ای روش‌های تدریس مناسب
اجرای صحیح ادغام	توجیه‌سازی و پایش ارائه دروس ادغام یافته هماهنگی گروه‌های آموزشی در تهیه محتوا و ارزشیابی ارائه دروس ادغام یافته به صورت کارورزی جامعه‌نگر شدن ارائه خدمات آموزشی تعامل مناسب میان گروه‌های آموزشی
فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری	ایجاد و ارتقای دندان پزشکی بیمارستانی فراهم‌سازی زیرساخت ارائه درس بیماری‌های سیستمیک تناسب تعداد دانشجویان با امکانات فیزیکی و هیات‌علمی احداث مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندان پزشکی ایجاد کلینیک محوری شامل همه گروه‌های آموزشی
نظارت بر اجرای برنامه درسی	ارائه راه‌کار برای اجرای بهینه برنامه درسی تعامل میان گروه‌های آموزشی و اساتید اجرای آزمایشی و بازنگری دوره‌ای و مداوم برنامه درسی
تغییر نگرش ذینفعان قبل از ابلاغ برنامه درسی	ایجاد بستر مناسب برای اجرای برنامه درسی آماده‌سازی ذینفعان برای اجرای تغییرات

بهبود ارائه دروس:

یکی از طبقات اصلی استخراج شده از تجزیه تحلیل این مطالعه "بهبود ارائه دروس" بود. این طبقه بر مواردی که به بهبود ارائه دروس مربوط می‌شود، تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "اشراف مسئول درس‌ها بر محتوای آموزشی، ارائه منبع مناسب و به روز، رعایت پیش‌نیازها و اولویت‌بندی دروس و تناسب حجم دروس با زمان و محتوا"، بود.

در طبقه فرعی "اشراف مسئول درس‌ها بر محتوای آموزشی" مواردی مانند "تسلط بر مباحث و چک کردن تضادهای آن توسط مسئول درس، طبقه‌بندی پروتکل‌ها براساس گروه آموزشی و تعویض مسئول درس در صورت ناکارآمد بودن ارائه درس" مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "نقش مسئول درس خیلی پررنگه. اولاً به همه مباحث اشراف داشته باشه و دوماً ضد و نقیض بودن و اورلپ مباحث و چک کنه."؛ «م ۳» "لازمه پروتکل‌ها براساس گروه سنی در پوسیدگی‌شناسی طبقه‌بندی بشه، اساساً در مورد پوسیدگی زیر ۶ سال و بالای ۶ سال بهتره که زیر ۶ سال رو اطفالی‌ها تدریس کنن و بالای ۶ سال رو ترمیمی‌ها." «م ۵»؛ "برای تشخیص، ایده‌آل اینه که اختیار دست خود گروه جراحی باشه ولی اگر اهداف آموزشی، اقتضای تلفیقیه، ما مشکلی نداریم." «م ۱۹»؛ "برای پوسیدگی‌شناسی، میشه مسئول درس عوض بشه و با تشکیل شورا یه چیز جامع بگن." «م ۲»
در طبقه فرعی "ارائه منبع مناسب و به روز" مواردی مانند: "نیاز به ترجمه منابع مناسب برای دروس جدید و بین رشته‌ای،

استفاده از رفرنس کتاب ملی، پذیرش و پایبندی اساتید نسبت به تدریس از رفرنس تعیین شده یا درسنامه، نوشتن گایدلاین و درسنامه " مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "برای مهارت‌های ارتباطی، هیات‌علمی علاقه‌مند برای ارائه درس در نظر گرفتیم. خودمون براساس سرفصل‌های مورد نیاز و جستجو در رفرنس‌های مهارت‌های ارتباطی دندان پزشکی خارجی، رفرنس رو برحسب نیاز برای دندان پزشکی تهیه کردیم." «م ۱۴»؛ " پایبندی به رفرنس کتاب ملی لازمه. همون طور که در دانشکده‌های دیگه استفاده می‌شه." «م ۱۵»؛ "باید درسنامه ارائه بشه ولی همه اساتید و گروه آموزشی هم باید اون رو بپذیرند که با توجه به اون تدریس کنن. با نوشتن گایدلاین و درسنامه توسط گروه آموزشی، اورلپ و از قلم اقتادن محتوا نداریم. باید درسنامه‌ای برای درس بیماری‌های سیستمیک یا پوسیدگی‌شناسی تهیه کنیم، برای اینه که چند رفرنس با حجم بالا معرفی نشه! برای هم‌خوانی مباحث بهتره درسنامه‌ای با همکاری و موافقت همه اساتید تهیه بشه که حکم به رفرنس جامع رو برای دانشجویا داشته باشه. برای دروسی که ادغام شده بهتره درسنامه درست بشه و با آپدیت شدن مباحث، ویرایش هم بشه. نوشتن درسنامه سردرگمی و گیجی دانشجو را کم می‌کنه." «م ۹»

در طبقه فرعی "رعایت پیش‌نیازها و اولویت‌بندی دروس" مواردی مانند "نیاز به ارائه درس پیش‌نیاز قبل از درس اصلی، ارایه مباحث تئوری و عملی در ترم‌های متوالی، بازنگری و تغییر در پیش‌نیازهای دروس و تغییر چیدمان ارائه دروس"، مطرح گردید.

نظرات شرکت‌کنندگان در این طبقه فرعی به این صورت بیان شد: "راه حل مشکل درس پروتزهای دندانی پیشرفته اینه که اول دروس پیش‌نیاز تدریس بشه و این درس دیرتر ارائه بشه، یا مثلا پیش‌نیازها قبل از ارائه درس دندان پزشکی تشخیصی ۱ تا ۷ ارائه بشن، یا قبل از درس پوسیدگی

تشخیصی باید درس بافت‌شناسی و جنین‌شناسی ارائه بشه." «م ۲۲»؛ "مباحث ۷ درس تشخیصی را کنار هم بریزیم و توالی و مشکلاتش و مشخص کنیم و راه‌کار بدیم. برای ورودی‌های جدید برنامه رو ریوایز کنیم. باید از دانشجویا هم نظرخواهی بشه و دیدگاهشون برای ارائه راه‌کاری جهت مشکل حجم زیاد مطالب بررسی بشه." «م ۲۵»؛ " تو کوریکولوم جدید باید ۱۰ واحد اختصاصی دروس و به علوم پایه ببریم. این ۱۰ واحد و آموزش با نظر گروه‌ها انتخاب کرده و برای اینکه کجاها ارائه بشن با مشورت گروه‌ها تغییراتی داده. اما هنوز مشکلاتی داره و جایگاه ۲ الی ۳ تا از این واحد‌ها مناسب و خوب نیستن و باید حتما با دانشجویا جلسه گذاشته بشه و نظرشونو بپرسیم." «م ۱۸»؛ "دروس نظری و عملی تو ۲ ترم متوالی باشه مثلاً ترم ۴ تئوری‌ها تدریس شوند و ترم ۵ عملی‌ها ارائه بشن. اگه بتونیم این پوسیدگی‌شناسی را به صورت ۱ و ۲ ارائه کنیم یا دو واحد یک جا، برای ارائه مطالب فرصت داریم. دانشجو فراموشکاره و رابطه‌ای برقرار نمی‌شه بین مباحث. چون بین درس ترمیمی با پوسیدگی‌شناسی فاصله میفته و ما مجبوریم مباحث و تکرار کنیم." «م ۱۷»؛ " پیش‌نیاز دروس دوباره بازنگری باید بشه. مطابق با چیزی که در یک دوره اجرا داشتیم باید چیدمان دروس و تغییر بدیم. یکی از پیش‌بینی‌های ما اینه که درس پروتزهای دندانی پیشرفته ۲ که ما در ترم ۸ گذاشتیم اساتید گروه پروتز گفتن این درس برای دانشجویا زوده و اونو به ترم ۹ انتقال بدین. چیدمانی که آموزش با نظر همه گروه‌ها تنظیم کرده است نیاز به بازنگری مجدد توسط اساتید داره." «م ۷»

در طبقه فرعی "تناسب حجم دروس با زمان و محتوا" مواردی مانند: "نیاز به ارائه دروس پیش‌نیاز قبل از درس اصلی، ارایه مباحث تئوری و عملی در ترم‌های متوالی و بازنگری و تغییر در پیش‌نیازهای دروس و تغییر چیدمان ارائه دروس"، مطرح گردید.

نظرات شرکت کنندگان در این طبقه فرعی به این صورت بیان شد: "حتی اگر فضای فیزیکی درس پوسیدگی شناسی را تامین کنیم این ۱۰۲ ساعت تدریس و همیشه اجرا کرد و واحد درس باید زیاد بشه. وزنش با توجه به اهمیتی که دارد کمه و باید میزان واحدش زیاد شود تعداد واحد براساس اهمیت درس باشه. در قسمت روش های تشخیصی پوسیدگی، هم واحد عملی بگذارند. و به گروه های آموزشی مختلف با توجه به گروه های سنی، برای تدریس ارائه بشه. مثلا برای اطفال تا ۶ سالگی و گروه های دیگر به همین نحو. می تونیم این واحد را به صورت یک واحد درسی خوب و قوی ارائه کنیم. این درس قابلیت این را دارد که در بیش از یک واحد و به صورت دو واحدی ارائه شود. در ترم های ۴ و ۵ به صورت دو واحد نظری ارائه بشه. اگر درس را به صورت دو واحد مجزا علوم پایه ای و کلینیکی و یا کارگاهی ارائه کنیم تا حدودی مشکلات روش تدریس و آموزش برطرف می شه."؛ «م ۱۳، م ۱۶»؛ "نوشتن برنامه چیدمان درس کار تیمی و گروهی گروه های دانشکده را می خواهد و کار گروه می خواهد که متشکل از افراد متخصص باشند و با دو نفر مسئول آموزش محقق نمی شود." «م ۸»

توانمندسازی اساتید:

یکی از طبقات اصلی استخراج شده از تجزیه تحلیل این مطالعه "توانمندسازی اساتید" بود. این طبقه بر توانمند شدن اساتید از نظر درس و روش های تدریس جدیدی که به برنامه درسی اضافه شده است، تاکید دارد. از جمله طبقه های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ارائه درس جدید و بین رشته ای، روش های تدریس مناسب"، بود.

در طبقه فرعی "ارائه درس جدید و بین رشته ای" مواردی مانند: "استفاده از اساتید علاقه مند در تدریس درس جدید، آموزش اساتید دندان پزشکی در محتوای درس جدید و نیاز به دوره دیدن اساتید در درس بین رشته ای"، مطرح شد.

شرکت کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "قبل از اینکه دروس جدید و در کوریکولوم قرار بدن، مثلا ۵ سال قبل، یک دوره فلوشیپ برای آموزش و توانمند شدن اساتید در مورد این درس قرار می داند و از هر دانشکده یک نفر برای گذروندن دوره می رفت." «م ۲۳»؛ "برای دروسی که به نوعی تلفیق روانشناسی و علوم پایه اساتید نداریم. راه حلی که می تواند برای مشکل با این درس پیشنهاد بشه استفاده از دندون پزشکیانیه که برای این درس دوره دیدن و روانشناسی و بلدن." «م ۱۹»؛ "برای درس مهارت های ارتباطی در دندان پزشکی، دیدگاه استاد در دندان پزشکی مطرح است و نه پزشکی. توجه دانشجویان به استاد دندانپزشک بیشتره و این درس برای رشته دندان پزشکی بسیار ضروریه. خودمان برحسب نیاز سرفصل تعیین کردیم چون هیات علمی دندانپزشک ارائه می دهد. درس به نوعی مواجهه زودرس بالینی برای مهارت های ارتباطی در محیط دندان پزشکی است. از گروه روانشناسی اگر هیات علمی بیاید چون دید دندان پزشکی ندارند مناسب نیست." «م ۱۷»؛ "دروس جدید یه ناظر می خواد که چک کنه آیا استاد دقیقا مباحث کاربردی و تدریس می کنه یا نه؟ و آیا رفتاری که استاد به صورت خود ساخته و سرچ اینترنتی فراهم کرده مناسبه یا خیر؟" «م ۲۰»؛ "برای درس تجهیزات دندان پزشکی و ارگونومی یک واحد درسی جدیدی که تو کوریکولوم بازنگری شده اضافه شده. کسی که این واحد و تدریس می کنه باید در زمینه تجهیزات دندان پزشکی دکترا داشته باشه. یا مثلا برای تجهیزات پزشکی را باید حتما فردی تدریس کنه که مثلا دکترای مهندسی پزشکی داشته باشه." «م ۲»؛ "اعضای هیات علمی باید توجه بشن و در مورد کوریکولوم جدید آموزش های لازم را ببینند." «م ۳»؛ "در طبقه فرعی "روش های تدریس مناسب" مواردی مانند "آموزش اساتید برای ارائه درس کارگاهی و لزوم ارائه محتوای آموزشی از جز به کل"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "برای درس سیستمیک ۲ روش تدریس کارگاهی تعریف شده ولی اساتید اصلاً آموزش لازم را ندیده‌اند. همیشه درس و کارگاهی تدریس کرد به شرطی که اساتید آموزش کافی در مورد این روش ببینن." «م ۱۷، م ۲»؛ "اساتید باید محتوا رو از جز به کل ارائه بدن نه اینکه محتوا به صورت کلی ارائه بشه چون در پایان دانشجو هیچی یاد نمی‌گیره." «م ۳»؛

اجرای صحیح ادغام:

یکی از طبقات اصلی استخراج شده از تجزیه تحلیل این مطالعه "اجرای مناسب و صحیح ادغام" بود. این طبقه بر راه‌کارهای اجرای صحیح ادغام تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "توجیه‌سازی و پایش ارائه دروس ادغام یافته، هماهنگی گروه‌های آموزشی در تهیه محتوا و ارزشیابی، ارائه دروس ادغام یافته به صورت کارورزی، جامعه‌نگر شدن ارائه خدمات آموزشی، تعامل مناسب میان گروه‌های آموزشی"، بود.

در طبقه فرعی "توجیه‌سازی و پایش ارائه دروس ادغام یافته" مواردی مانند "مفید بودن ادغام در دندان پزشکی در صورت اجرای صحیح، جلسه توجیهی و هماهنگی اساتید با هم قبل از جلسات تدریس، نیاز به ایجاد ادغام واقعی در گروه‌های آموزشی و ایجاد تلفیق در صورت ناظر و متولی آگاه و مناسب"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "در رشته پزشکی ادغام و ترکیب دروس مفیده، ولی در دندان پزشکی زیاد کاربردی نیست. ادغام امکان‌پذیره ولی آگه درست اجرا بشه. چون رشته دندان پزشکی انقدر وسیع نیست که به صورت ادغام یافته ارائه شود. در پزشکی ارائه دروس به صورت ادغام یافته یا ترکیبی در افزایش یادگیری آن‌ها موثر است ولی برای رشته دندان پزشکی چندان عملی و کاربردی نیست. ماهیت دروس دندان پزشکی آن چنان نیاز به ارائه دروس به صورت ترکیبی ندارد. بنابراین لزومی ندارد به

صورت ترکیبی ارائه بشه" دانشجوی دندان پزشکی بعد از فارغ‌التحصیلی دندان پزشک می‌شود، ولی دانشجوی پزشکی در دوران اینترنی باید پزشک باشه یعنی در دوران تحصیل." «م ۲۴»؛ "ایتنگریشن واقعا امکان‌پذیر است، اگر متولی خوبی داشته باشد و به شرط آنکه خوب برنامه‌ریزی بشه و برای تغییرات مفید برای ارائه دروس ترکیبی و اجرای کوریکولوم جدید تصمیم‌گیری بشه." «معاون آموزشی»؛ "جلسه توجیهی و هماهنگی اساتید با هم قبل از جلسات تدریس حتماً گذاشته شود چون تلفیق واقعی بین گروه‌ها برای تدریس دروس ادغامی در عمل اتفاق نیفتاده." «م ۲۲»؛

در طبقه فرعی "هماهنگی گروه‌های آموزشی در تهیه محتوا و ارزشیابی" مواردی مانند: "نیاز به تعامل گروه‌های آموزشی برای تقسیم مباحث و تنظیم محتوای دروس توسط گروه‌های بیشتر درگیر برای جلوگیری از اورلپ، طراحی سوال برای ارزشیابی دانشجو به صورت دسته‌جمعی و هماهنگ توسط گروه‌های آموزشی، نیاز به همکاری اساتید در ارائه و ارزشیابی دروس مشترک، استخراج سوال در روز تدریس و ارائه به گروه"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند "برای درس پوسیدگی‌شناسی تعامل بیشتر بین گروه‌های ترمیمی و پاتولوژی به صورت تنظیم جلسه‌ای برای تقسیم مباحث تشکیل شود برای سرفصل‌هایی که اورلپ دارند و چند بار تدریس می‌شوند و درس‌هایی که از قلم افتادن." «م ۲»؛ "مباحث علوم پایه‌ای رو به گروه پاتولوژی بدیم و کلینیکی را به گروه جامعه‌نگر و ترمیمی (ترم ۴ و ۵). این درس به صورت ۲ واحد جداگانه ارائه بشه به صورت تئوری و عملی. روش‌های تشخیص پوسیدگی به صورت عملی برگزار بشه." «م ۱۶»؛ "ایتنگره بودن ارائه این درس توسط دو گروه پاتولوژی و ترمیمی خوب است ولی باید هر دو گروه هماهنگ شوند تا مشکلات نبود هماهنگی از بین برود." «م ۱۷»؛ "در دروس ادغامی، گروه‌هایی که بیشتر درگیرند، تنظیم محتوای دروس را

به عهده بگیرند. تا مشکل تکراری بودن و اورلپ دروس برطرف شود. "م ۴"؛ "طراحی سوال برای ارزشیابی دانشجوی به صورت هماهنگ و مشارکتی توسط گروه‌های آموزشی درگیر انجام شود." "م ۲"؛ "یک مصوبه بگذارند که هر کس که تدریس می‌کنه همان روز سوالات خودش و ارائه بده و به گروه تحویل بده. اساتید باید کنار هم بنشینند و با هم سوال طرح کنند." "م ۲۵"؛ "درس رادیولوژی ۳ توسط همان گروه رادیولوژی ارائه شود و مسئولیت ارزشیابی هم به همین گروه واگذار شود و این درس با دندان پزشکی تشخیصی ۴ و ۵ به صورت ترکیبی ارائه نشه." "م ۲۲"؛ "اکثر بخش‌ها با کوریکولوم قبلی تطبیق داده بشن مثلا برای درس اندو" "از مدرسین دروس"؛ "درس دندان پزشکی تشخیصی ضروریه. برنامه‌ریزی هم خوب بوده ولی دیدن جنبه‌های مختلف تشخیصی در دانشجو ضروریه و ایجاب م‌کنه که درس به صورت ادغام یافته ارائه بشه." "م ۲۵"؛

در طبقه فرعی "ارائه دروس ادغام یافته به صورت کارورزی" مواردی مانند: "کار عملی با گروه‌های مختلف آموزشی و ارائه درس‌های ادغام یافته مشابه دروس کارورزی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "ارائه دروس عملی مثل کارورزی ارائه بشه و هر گروه تکلیف خودش و با دانشجو بدونه. درس‌های مشترک و ادغامی رو مثل دروس کارورزی واسه دانشجوها ارائه بدیم." "م ۲۳"؛ "برای واحد عملی ارائه شده پیشنهاد شده که با نظر گروه دانشجویان را به گروه‌های ۵ نفره تقسیم کنند تا آن‌ها را به بیمارستان آموزشی بفرستن تا در وقت‌های آزاد در بخش‌های درمانگاه بیمارستان آموزشی پرونده‌ها را بخونن و آشنا بشن. البته هنوز این مورد محقق نشده چون زمان دانشجویان خیلی فشرده‌س." "م ۲۱"؛

در طبقه فرعی "جامعه‌نگر شدن ارائه خدمات آموزشی" مواردی مانند: "افزایش توانمندی دانش‌آموختگان با آموزش

عملی مطابق نیاز جامعه و آموزش‌های بالینی جامعه‌نگر"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند "با در نظر گرفتن حداقل‌های یادگیری آموزش‌های عملی میس نشه. مثلا یادگیری کاشت ایمپلنت باید در سطح دندان پزشکی عمومی باشه. نه اینکه فارغ‌التحصیل بیرون از دانشگاه کلاس خصوصی بره تا یاد بگیره. باید متناسب با نیاز جامعه آموزش بدیم تا فارغ‌التحصیل بتونه بیرون کار کنه." "م ۱"؛

در طبقه فرعی "تعامل مناسب میان گروه‌های آموزشی" مواردی مانند "کاهش مشکلات اجرایی با تعامل مناسب میان گروه‌های آموزشی و نیاز به ارتباط مناسب گروه‌های آموزشی دندان پزشکی با پزشکی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "تغییر نگرش اعضای هیات‌علمی نسبت به ادغام دروس و هماهنگی میان گروه‌های آموزشی درگیر در دروس ادغامی لازمه." "م ۱"؛ "تعامل خوب گروه‌ها با هم و تعامل بیشتر گروه‌های آموزشی درگیر، و تصمیم‌گیری برای تغییرات مفید برای ارائه دروس ترکیبی و اجرای کوریکولوم جدید، مشکلات و کم می‌کنه." "م ۳"؛ "برای تدریس درس بیماری‌های سیستمیک علاوه بر گروه‌های تشخیصی، پاتولوژی و رادیولوژی گروه جراحی درگیره. یه درس دیگه بنام بیماری‌های سیستمیک عملی ۱ و ۲ هم داریم که لازمه این درس اینه که بیماری سیستمیک و آموزش بدن و کنارش درمانم تدریس کنن. برای اینکار نیاز به مرکزی هست که بشه این نوع تدریس و اعمال کرد. علاوه بر داشتن یک مرکز مجهز برای این نوع آموزش نیاز به مشارکت اساتید دانشکده با اساتید گروه‌های دانشکده پزشکی است که عملا این ارتباط دچار نقصه. برای تدریس این درس نیاز به ارتباط بین بخشی با بیمارستان‌های آموزشیه." "م ۲"؛ "نیاز به هماهنگی با گروه پزشکی اجتماعی برای تدریس مباحث بهداشت عمومی داریم.

برای ارائه درس بیماری‌های سیستمیک هم به تعامل دانشکده دندان پزشکی با پزشکی نیاز. "م ۱۸"؛

فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری:

یکی از طبقات اصلی استخراج شده از تجزیه تحلیل این مطالعه "فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری و امکانات کافی" بود. این طبقه بر ایجاد امکانات و تجهیزات ضروری برای پایاده‌سازی برنامه درسی جدید تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ایجاد و ارتقای دندان پزشکی بیمارستانی، فراهم‌سازی زیرساخت ارائه درس بیماری‌های سیستمیک، تناسب تعداد دانشجویان با امکانات فیزیکی و تعداد هیات علمی، احداث مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندان پزشکی و ایجاد کلینیک محوری شامل همه گروه‌های آموزشی"، بود.

در طبقه فرعی "ایجاد و ارتقای دندان پزشکی بیمارستانی" مواردی مانند "نیاز به ایجاد فضا برای ارائه درس بالینی مشترک با پزشکی در بیمارستان و نیاز به ایجاد سانتر دندان پزشکی در بیمارستان"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "باید در بیمارستان فضای فیزیکی با حداقل ۱۰ تا یونیت و متخصص دندان پزشکی مختلف و چند متخصص داخلی راه‌اندازی بشه و به عنوان بخش دندان پزشکی بیمارستانی در داخل خود دانشکده ارائه بشه. این فضا می‌تواند با یک اتاق با دو تا یونیت باشه و کم‌کم وسعتش بدیم. نیاز به تیم هیات علمی و تجهیزات و امکانات داریم. در بیمارستان‌های فوق تخصصی آموزشی، چون بیشتر بیماری‌های سیستمیک مشاوره دندان پزشکی می‌خوان باید یک سانترال داشته باشیم و با پزشکی ترکیب بشه و به صورت هماهنگ کار کنن و مستقر بشن." "م ۱۶"؛ "در حال حاضر دندان پزشکی به صورت ایزوله شده از بیمارستان و پزشکی جداست به جای اینکه یک سانتر دندان پزشکی در بیمارستان باشه، بیمار سیستمیک به دانشکده دندان پزشکی برای گرفتن خدمات دندان پزشکی مراجعه

می‌کند. باید دندان پزشکی بیمارستانی را ارتقاء بدیم." "م ۱۷"؛ "باید درس دندان پزشکی بیمارستانی رو طوری ارائه بدیم که گروه‌های مختلف آموزشی مسئولیت اداره آن را برای درس عملی در بیمارستان به عهده بگیرن." "م ۴"؛ "یه درخواست به ریاست EDC برای دریافت اتاق مجهز و امکاناتی شامل یک اتاق و یونیت و تجهیزات دندان پزشکی در بیمارستان آموزشی تنظیم بشه. یکی از راه‌کارهای ارتقای دندان پزشکی بیمارستانی، هماهنگی بیشتر با گروه‌های آموزشی دانشکده پزشکی برای ارائه خدمات دندان پزشکی و پزشکی به بیمار است." "م ۲".

در طبقه فرعی "فراهم‌سازی زیرساخت ارائه درس بیماری‌های سیستمیک" مواردی مانند: "ایجاد یک گروه آموزشی جدید در دانشکده برای بیماری‌های سیستمیک، افزودن متخصص داخلی به تیم ارائه درس بیماری‌های سیستمیک، ایجاد بخش بیماری‌های سیستمیک در بیمارستان، نیاز به راند مشترک برای بیماری‌های سیستمیک پزشکی و دندان پزشکی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "برای ارائه درس بیماری‌های سیستمیک نیاز به هماهنگی و همکاری بیشتر با رشته پزشکی بخصوص در بیمارستان هست. برای بیماران با مشکل سیستمیک خدمات دندان پزشکی در نظر گرفته نمی‌شه. مثلاً در یک بیمارستان آموزشی حتی گرافی OPG نمی‌گیرن." "م ۱۹"؛ "برای این درس تعامل با دانشکده پزشکی مهم است که فعلاً وجود نداره. چون راندهای دانشکده پزشکی کاملاً فوق تخصصیه و وقتی دانشجوی دندان می‌خواند General یاد بگیره نمی‌تونه کنار این راند قرار بگیره." "م ۱۵"؛ "باید زیرساخت‌های مورد نیاز لیست بشه و به صورت درخواستی به رییس دانشکده دندان پزشکی برای دریافت امکانات و تجهیزات برای ارائه درس بیماری‌های سیستمیک ارائه بشه." "م ۲"؛ "یک درس دیگه بنام بیماری‌های سیستمیک عملی ۱ و ۲ هم داریم که لازمه این درس اینه که بیماران داری بیماری‌های سیستمیک را آموزش داده و در کنار

آن درمان را هم تدریس کنند. تو این درس چند گروه (جراحی، پاتولوژی و رادیولوژی) درگیرند. لازمه مرکزی برای ارائه خدمت برای چنین بیمارانی داشته باشیم. ولی فعلا فقط یک مرکز که برای اطفال و عقب مانده‌ها موجوده، داریم و باید با سایر گروه‌های پزشکی که با چنین مراکزی ارتباط دارند هماهنگی کنیم. علاوه بر داشتن یک مرکز مجهز برای این نوع آموزش نیاز به مشارکت اساتید دانشکده با اساتید گروه‌های دانشکده پزشکی است که عملا" این ارتباط دچار نقصه. برای تدریس این درس نیاز به ارتباط بین بخشی با بیمارستان هاست." (م ۱)؛

در طبقه فرعی "تناسب تعداد دانشجویان با امکانات فیزیکی و تعداد هیات‌علمی" مواردی مانند "نیاز به یونیت و امکانات برای هر گروه آموزشی نه مشترک همه گروه‌ها و تناسب تعداد هیات‌علمی با تعداد دانشجویان"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند "با پیشرفت و اجرای کامل کوریکولوم حجم واحدهای عملی زیاد می‌شه. امکانات محدود و تقاضا زیاده و مثلا ۲۰ یونیت وجود داره که برای گروه‌ها و کارکردهای مختلف استفاده می‌شه بجای اینکه منحصرا امکاناتی برای یک گروه آموزشی با این تعداد دانشجو داشته باشیم." (م ۳)؛ "دانشجو زیاد و هیات‌علمی کمه. تعداد هیات‌علمی با تعداد دانشجویان متناسب بشه." (م ۳)؛ "برای ارائه بعضی از واحدها، فضا و تجهیزات کافی لازمه. مثلا برای درس کاربرد رایانه در دندان پزشکی، در حال حاضر یک سایت که ظرفیتش ۲۰ نفره و برای کارهای دیگه هم استفاده می‌شه، موجوده که نه فضای لازم و نه تجهیزات مناسبی برای ارائه این واحد درسی داره." (م ۲)؛

در طبقه فرعی "احداث مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندان پزشکی" مواردی مانند "لزوم ایجاد اسکیل‌لب برای مقاصد آموزشی دانشجویان در دانشکده دندان پزشکی، طراحی ساخت اسکیل‌لب با کمک مشاوران آموزشی"، مطرح

شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند "نیاز به ساخت اسکیل‌لب برای دانشکده دندان پزشکی داریم چون اسکیل‌لب دانشگاه برای برگزاری دروس، از دانشجوی دندان پزشکی هزینه دریافت می‌کنه!" (م ۱۴)؛ "یکی از اقداماتی که دانشکده به دنبال عملی کردن آن است ایجاد یک مرکز اسکیل‌لبه تا برای بعضی دروس که به صورت عملی هستن ازش استفاده بشه ولی باید حواسمون باشه که در پس این اقدام این هدف نهفته س که می‌خوان در نهایت از این مرکز، استفاده‌هایی غیر از آموزش دانشجو بکنن.

به عنوان مثال آن را تبدیل به یک نمایشگاه یا غرفه برای به نمایش گذاشتن تجهیزات و سایر موارد مربوط به دندان پزشکی کنن." (م ۲)؛ "امکاناتی که قرار است برای جبران کمبود فضا و مکان در نظر گرفته شود مثل احداث اسکیل‌لب، باید برای آموزش مناسب باشد و از مشاوران آموزشی برای طراحی آن کمک بگیرند نه اینکه برای برگزاری نمایشگاه های دندان پزشکی و رفع نیازهای اقتصادی دانشکده مد نظر باشه و از مشاوران تجاری برای طراحی کمک گرفته بشه." (م ۲)؛

در طبقه فرعی "ایجاد کلینیک محوری شامل همه گروه‌های آموزشی" مواردی مانند "نیاز به تیمی از گروه‌های آموزشی در کلینیک دندان پزشکی برای اجرای راندهای بالینی، نیاز به تهیه امکانات و تجهیزات برای ارائه دروس جدید بالینی و لزوم Main Clinic بودن دندان پزشکی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند "دندان پزشکی باید Main Clinic باشد ولی در حال حاضر این طور نیست و هر گروه کارش را جدا انجام می‌دهد از نظر فیزیکی هم چنین قابلیتی ندارد." (م ۶، م ۱۶، م ۲۴)؛ "در رشته پزشکی تعداد دانشجو زیاده و این تعداد بین ۲۰ عضو هیات‌علمی پخش می‌شن. ولی در دندان پزشکی، برگزاری راند بالینی نیاز به تیمی از گروه‌های آموزشی در کلینیک داره." (م ۱۵)؛

نظارت بر اجرای برنامه درسی:

یکی از طبقات اصلی استخراج شده از تجزیه تحلیل این مطالعه "نظارت بر اجرای برنامه درسی" بود. این طبقه بر لزوم پایش چگونگی اجرای برنامه درسی تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ارائه راه‌کار برای اجرای بهینه برنامه درسی، تعامل میان گروه‌های آموزشی و اساتید، اجرای آزمایشی و بازنگری دوره‌ای و مداوم برنامه درسی" بود.

در طبقه فرعی "ارائه راه‌کار برای اجرای بهینه برنامه درسی" مواردی مانند "استفاده از اساتید با تجربه به عنوان رابط میان گروه‌های آموزشی و نیاز به برطرف‌سازی مشکلات کوریکولوم و تقویت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف برنامه درسی، مطلوب بودن نحوه ارائه بعضی دروس در کوریکولوم قبلی، تفکیک بعضی دروس"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "دروس جدید در کوریکولوم باید انعطاف‌پذیر باشد برای اجرا و راه‌کار اجرایی داشته باشد." «م ۱۳»؛ "نیاز به ناظر اجرای کوریکولوم داریم. البته که گروه‌ها رابط‌هایی و پیشنهاد معرفی می‌کنن ولی جوان‌ترین و کم‌سابقه‌ترین و که توانایی و صلاحیت لازم در جلسات و نداری." «م ۴، ۵، ۸»؛ "این، کوریکولوم خوبیه ولی باید مشکلاتش برطرف بشه و مشکلات به طور عینی به وزارت بهداشت گزارش بشه. روی خود اصل برنامه نمی‌توان تغییر خاصی ایجاد کرد. اگر اونو از کانتکس بیرون بکشیم و اجرا کنیم، خوبه. از نظر اجرایی و تعامل و مشکلات داخلی در سطح دانشکده مشکلات و تا حد ممکن برطرف کنیم." «م ۶»؛ "اگر نقاط قوت تقویت بشه و نقاط ضعف اصلاح، کوریکولوم خیلی خوبیه." «م ۱»؛ "گروه شدیداً به دنبال اینه که به کوریکولوم قبلی برگرده و واحدها مجزا باش نه اینتگره، که هم تفهیمش برای دانشجو و هم تدریسش راحت‌تر باشه." «م ۱۷»؛ "درس فیزیولوژی الان ۵ واحد یک جاست و همه دانشگاه‌های کشور همه ۵ واحد را

یک جا تدریس می‌کنن ولی ما این درس و خورد کردیم. البته در کوریکولوم قبلی هم خورد بوده یعنی دانشکده مجدد به کوریکولوم قبلی برگشته و طبق اون عمل می‌کنه و این کار به خاطر حجم زیاد آن و سنگین بودن آن برای دانشجو و افت تحصیلی دانشجو و مشروط شدن انجام شده." «م ۱۲»؛ "میشه دروس به صورت کوریکولوم قبلی ارائه بشن. در کوریکولوم قدیم با دانشجویان بهتر کار می‌شد. ولی در کوریکولوم جدید سرفصل‌ها زیاد شده و ما فرصت انجام کار عملی و پژوهشی و نداریم. در کوریکولوم قبلی این درس به صورت الف و ب و ۱ و ۲ بوده است. الف و ب در دو ترم تدریس می‌شده. و الان هم همون کار انجام می‌شه. قسمتی از پوسیدگی‌شناسی مدیریت‌شده و قسمتی درمان. باید به طور مجزا بهش پرداخته بشه. قبلاً درس بافت نظری و عملی داشتن. این درس اساساً نظریه و حیطه مهارت عملی داره. توصیه شده یک قسمت درس به صورت کارگاهی و آزمایشگاهی باشه ولی زمان برای آن درس در اختیار نیست باید زمانش زیاد بشه یا حجم واحد." «م ۱۸»

در طبقه فرعی "تعامل میان گروه‌های آموزشی و اساتید" مواردی مانند: "توجه اساتید درد مورد نحوه محاسبه امتیاز تعداد واحد کارگاهی و هماهنگی با آموزش در مورد ارائه محتوا و ارزشیابی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "باید تعامل بیشتری بین آموزش و اساتید و مدیر گروه‌ها ایجاد شود. چون اساتید بعضی قوانین و محدوده اختیارات آموزش را نمیدونن." «م ۷ و ۵»؛ "اگر آموزش بخواد طبق نظر اساتید رفتار کنه تعداد ساعت تدریس از ۱۰۲ ساعت بالا می‌زنه و خیلی زیاد می‌شه، آموزش قادر نیست شماره درس را به نامشون بزنه. در صورتی که طبق قوانین محاسباتی آن واحد عملی هم طبق فرمول مشابه واحد نظری براشون حساب میشه ولی اساتید اینو نمی‌دونند و توجه

نیستن. لازمه که اساتید نسبت به قوانین آموزشی توسط EDC توجیه بشن. "م ۱۳"

در طبقه فرعی "اجرای آزمایشی و بازنگری دوره‌ای و مداوم برنامه درسی" مواردی مانند "تشکیل کار گروه، لزوم انعطاف پذیر بودن برای بهینه سازی کوریکولوم، لزوم ایجاد تغییر در ارائه بعضی دروس توسط دانشکده و اجرای مقدماتی کوریکولوم جدید در دانشکده‌های نوپا"، مطرح شد.

شرکت کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "باید کار گروه تشکیل بدیم. در کل این کوریکولوم خوبه اما بدون بستر سازی نمی شه اجرا کرد. میشد به صورت کم کم شروع کنن و مثلاً سالی ۲۰ درصد یا ۳۰ درصد واحدها را تعدیل کنیم." "م ۱۱"؛ "بر حسب نیاز اجازه ۳۰ درصد تغییر را در کوریکولوم داریم. در کل این کوریکولوم خوبه اما بدون بستر سازی نمی شه اجرا کرد." "م ۱۱"؛ "الان بعد دو سال که از اجرای کوریکولوم گذشته و گفتن ۳۰ درصد انعطاف پذیری، تا ترم ۷ مشکلی نداریم. ولی هر چی جلوتر بریم دروس جدی تری که امکانات بیشتری میخواد نیاز به این ۳۰ درصد تبدیل به ۶۰ درصد میشه! چون زیر ساخت و لازم برای اجرای این تغییر و نداریم. کوریکولوم باید انعطاف پذیر بشه که هر دانشکده دندان پزشکی با توجه به بستر و سخت افزار و امکانات اجرایی تغییر لازم و بده. مثلاً به جای ۲۰ درصد قابلیت تغییر در هر دانشکده اجازه تغییر ۳۰ درصدی مطابق با زیر ساخت های دانشکده داشته باشیم تا بتونیم بهتر اجرا کنیم. مثلاً برای درس علوم تشریح ۱ و ۲، به عنوان یک راه حل خود ساخته توسط خود دانشکده، این بود که دوباره این درس و به صورت ۱ واحدی و ۲ واحدی دربارن و تو ۲ ترم اجرا کنن." "م ۱۲"؛ "بهتر بود این کوریکولوم به صورت پایلوت اجرا می شد تا مشکلاتش برطرف و نقاط قوتش تقویت بشه و باید در دانشکده های نوپای دندان پزشکی اجرا می شد نه دانشگاه های بزرگ مادر." "م ۷، م ۲۱"؛

تغییر نگرش ذینفعان قبل از ابلاغ برنامه درسی:

یکی از طبقات اصلی استخراج شده از تجزیه تحلیل این مطالعه "نیاز به تغییر نگرش ذینفعان قبل از ابلاغ برنامه درسی" بود. این طبقه بر لزوم بستر سازی برای ایجاد تغییر تاکید دارد. از جمله طبقه های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ایجاد بستر مناسب برای اجرای برنامه درسی و آماده سازی ذینفعان برای اجرای تغییرات"، بود.

در طبقه فرعی "ایجاد بستر مناسب برای اجرای برنامه درسی" مواردی مانند "انعطاف پذیری بیشتر کوریکولوم و نیاز به زمان برای پذیرش تغییر"، مطرح شد.

شرکت کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "در کل این کوریکولوم خوب است اما بدون بستر سازی نمی شود اجرا کرد. میشد به صورت کم کم شروع کنند و مثلاً سالی ۲۰ یا ۳۰ درصد واحدها را تعدیل کنیم. ما از نظر اجرایی هنوز در دوران گذر از کوریکولوم قدیمی به کوریکولوم دیگر هستیم. هنوز عادت به کوریکولوم قبلی داریم. پذیرش کوریکولوم جدید سخته و هنوز بستر از نظر نرم افزاری و سخت افزاری فراهم نشده." "م ۴"؛ "طراحی سیستم های آموزشی و شاید بشه با این کوریکولوم تغییر داد ولی سال ها طول می کشه و این به قیمت قربانی شدن چند نسل دانشجویان ما و تحمیل فشار زیاد روی مسئولان آموزش و سرو کله زدن آنها با اساتید می شه." "م ۱"

در طبقه فرعی "آماده سازی ذینفعان برای اجرای تغییرات" مواردی مانند "نیاز به توجیه سازی اساتید قبل از ارائه کوریکولوم جدید، ایجاد تغییر نگرش در اعضای هیات علمی نسبت به ادغام و کمک از EDC برای توجیه سازی"، مطرح شد.

شرکت کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "نیاز به تغییر نگرش قبل از ابلاغ کوریکولوم هست. تغییر سریع از برنامه قبلی به جدید با سرعت زیاد کاری اشتباه بوده است." "م ۱۱"؛ "خود EDC کار مهمی که می تونه بکنه اینه که به تغییر دیدگاه و نگرش در مجریان ایجاد کنه و

گاردها رو برداره و از اساتید شروع کنن چون دانشجوها خیلی درگیر این برنامه نیستن." «م ۱۴، م ۴»؛ "به تغییر نگرش اعضای هیات علمی نسبت به ادغام دروس و هماهنگی بین گروه‌های آموزشی درگیر در دروس ادغامی نیاز، ولی همه اساتید و گروه‌های آموزشی هم باید بپذیرنش که با توجه به اون تدریس کنن." «م ۴»؛ "اعضای هیات علمی باید توجیه بشن و در مورد کوریکولوم جدید آموزش‌های لازم را ببینن." «م ۱، م ۱۵، م ۲».

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به روش تحلیلی محتوای کیفی مرسوم و با هدف تبیین راه‌کارهای پیااده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی عمومی از دیدگاه اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، و به منظور اجرای بهینه برنامه درسی و ارائه پیشنهاد به سیاست‌گذاران آموزشی، انجام شد.

در این طبقه اصلی لزوم تسلط مسئولان دروس بر محتوای آموزشی و جلوگیری از همپوشانی مطالب و همچنین بروزرسانی منابع و پابندی اساتید در استفاده از یک رفرنس جامع مانند درسنامه، از دیدگاه مشارکت‌کنندگان مطالعه مورد تاکید است. به نظر می‌رسد نکته مهم در بهبود ارائه دروس با رعایت پیش‌نیازها و اولویت‌بندی صحیح دروس و تناسب زمانی با حجم واحد درسی در نظر گرفته شده، می‌باشد.

با توجه به درخواست مسئولان دانشکده دندان پزشکی از اساتید و متخصصین آموزش پزشکی برای آشناسازی اساتید با روش‌های نوین تدریس در زمینه‌های مختلف پایه و بالینی، لزوم برگزاری دوره‌های آموزش اساتید برای ارائه دروس به صورت کارگاهی و فشرده تاکید و همچنین ارائه مدرک یا گواهی پایان دوره به عنوان توانمندی اساتید جهت افزایش انگیزه اساتید پیشنهاد می‌شود.

هماهنگی و تعامل گروه‌های آموزشی درگیر در تهیه محتوا

و ارزشیابی دروس ادغام یافته، مورد تاکید است. به نظر می‌رسد از دیدگاه مشارکت‌کنندگان این مطالعه، اجرای ادغام در برخی دروس دندان پزشکی عملی نبوده و ارائه برخی دروس به صورت ساختار سستی، با قابلیت بهتری اجرا خواهد شد. هر چند برخی از ذینفعان، اجرای ادغام در مواردی که قابل اجرا و ضروری است را جایز و لازم بیان نموده‌اند.

ایجاد دندان پزشکی بیمارستانی و استقرار سانتر دندان پزشکی در بیمارستان و در نظر گرفتن پیش‌نیازهای ارائه بیماری‌های سیستمیک و حضور متخصصین رشته‌های مختلف بخصوص متخصص داخلی پیشنهاد شده است. از سوی دیگر تامین امکانات و فضای فیزیکی و نیروی انسانی متناسب با واحدهای درسی و ساخت مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندان پزشکی و ایجاد کلینیک محوری و ارائه راندهای آموزشی در دانشکده‌های دندان پزشکی با حضور متخصصین دندان پزشکی، از دیدگاه مشارکت‌کنندگان ضروری به نظر می‌رسد.

لازم است صاحب‌نظران آموزش پزشکی و در درجه بعدی مسئولان آموزش، اساتید را نسبت به امور آموزشی، آگاه سازند و در جلسات دوره‌ای یک ماهه با اساتید آموزش پزشکی و مسئولان دروس مسائل مربوط به برنامه درسی مطرح شود. همچنین در صورتی که ارائه راه‌کارهای عملی با زیر ساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری دانشکده دندان پزشکی و دانشگاه قابل حل نباشد، لازم است این مشکلات به وزارت بهداشت و سیاست‌گذاران آموزش دندان پزشکی انعکاس داده شود و در صورت بازنگری‌های بعدی برنامه درسی، اجرای آزمایشی آن توصیه می‌شود.

همچنین ضروری است که ظرفیت لازم برای تغییرات تدریجی و متناسب با بستر اجرایی برنامه درسی فراهم گردد؛ که البته با ورود تغییر به هر جامعه‌ای تا پذیرش و عادت به آن زمانی صرف خواهد شد و نیاز به صبوری و انعطاف‌پذیری بیشتری از سوی مجریان تغییر خواهد داشت. از این رو این

آماده سازی، بجز فراهم سازی امکانات و تجهیزات فیزیکی و مالی، نیازمند توجیه سازی ذینفعان برنامه درسی، برای تغییر نگرش و آشناسازی آن ها با فرآیند تغییر می باشد.

با توجه به اهمیت رشته دندان پزشکی و تاکید بر جامعه محور بودن خدمات دندان پزشکی و توانمندسازی دانش آموختگان رشته دندان پزشکی، در ایران مطالعات مختلفی به بررسی آخرین بازنگری برنامه درسی دندان پزشکی عمومی پرداخته اند.

مطالعه ای در سال ۱۳۹۶ به نقد برنامه درسی دندان پزشکی عمومی (بازنگری شده در سال ۱۳۹۰) با تمرکز بر عناصر برنامه درسی و از دیدگاه اساتید و دانشجویان، پرداخته است. این مطالعه به مفید بودن دروس جدید در برنامه درسی تاکید دارد ولی تغییرات ناگهانی و بدون زیرساخت سازی را عامل نارضایتی ذینفعان برنامه درسی می داند. همچنین با توجه به ابعاد برنامه درسی، نقاط قوت و ضعف و راه کارهای اجرایی برنامه درسی را بیان می کند (۵). مطالعه کنونی که تحلیل و بررسی عمیقی بر روی راه کارهای پیاده سازی مناسب برنامه درسی دندان پزشکی عمومی دارد، تحلیلی بود که به دنبال نقد برنامه درسی دندان پزشکی و به منظور دادن راه کارهای اجرایی برای بازنگری دقیق تر و اجرای موثرتر برنامه درسی دندان پزشکی انجام شد.

مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۰ به لزوم زمینه سازی برای ارائه تغییر و اجرای برنامه درسی بازنگری شده دندان پزشکی و آماده سازی اساتید پرداخته است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که مشارکت اساتید در بازنگری برنامه درسی، انگیزه های برای اجرای صحیح و موفقیت آمیز برنامه درسی است. همچنین این مطالعه مشکلات برنامه درسی را از دیدگاه اساتید بررسی کرده است (۱۰). از سوی دیگر، در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، چالش هایی در اجرای آخرین برنامه درسی مصوب دندان پزشکی عمومی از سوی دانشجویان مطرح شد. نتایج این مطالعه نشان داد که لازم است تیم بازنگری به منظور

ویرایش و اصلاح این برنامه درسی، تشکیل شود و نیز به اجرای مقدماتی و سپس پایش آن توسط متخصصین آموزش پزشکی، اشاره گردید (۱). مطالعه کنونی که به دنبال مطالعه ذکر شده توسط محققین همین مطالعه انجام شد به منظور ارائه راه کارهایی از دیدگاه اساتید و مسئولان آموزش انجام شد. این دو مطالعه به لزوم در نظر گرفتن تجارب و دیدگاه ذینفعان برنامه درسی در انجام بازنگری و تغییر تاکید دارند. همچنین برای بازنگری برنامه درسی دندان پزشکی عمومی لازم است توجیه سازی ذینفعان در خصوص اجرای اصلاحات و تغییرات جدید صورت گیرد.

از آنجایی که فارغ التحصیلان گروهی از ذینفعان برنامه های درسی هستند که می توانند اطلاعات منحصر به فردی را در مورد اثربخشی برنامه درسی در خصوص آماده سازی دانشجویان برای شغل آینده شان، ارائه دهند،

هر چند در مرور متون، مطالعه ای که به راه کارهای اجرایی بهینه برنامه درسی پردازد و تحلیل دیدگاه ذینفعان را به صورت کیفی انجام دهد، یافت نشد، ولی نتایج مطالعات اخیر در خصوص بررسی برنامه درسی دندان پزشکی عمومی در ایران نشان می دهد که اگر چه تغییرات اخیر برنامه درسی در کل مفید و ضروری بوده ولی آخرین برنامه درسی نیازمند بازنگری و اصلاحات بیشتری است (۶، ۴، ۱). نتایج این مطالعات از نظر تاکید بر اصلاحات مجدد برنامه درسی و رفع مشکلات آن برای اجرای بهینه و دستیابی به اهداف ذکر شده در چشم انداز برنامه درسی، هم خوانی دارد.

از محدودیت های این مطالعه، بررسی دیدگاه اساتید یک دانشگاه علوم پزشکی است؛ ولی با توجه به اینکه دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از دانشکده های پیشکسوت و مادر دندان پزشکی و دارای اساتید باتجربه در زمینه علاقه مندی و مشارکت در بازنگری برنامه درسی می باشد، از این رو به نظر می رسد دیدگاه این ذینفعان تا حدود زیادی ابعاد مختلف پیاده سازی مناسب و بهینه برنامه درسی را پوشش

بابت تامین هزینه‌های این پژوهش و همچنین مشارکت کنندگان در مطالعه، اعلام می‌نمایند.

تأییدیه اخلاقی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.REC.1395.2.213 می‌باشد.

سهم نویسندگان

سعیده دریازاده (نویسنده اول) مفهوم‌سازی، تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله ۳۰ درصد؛ نیکو یمانی (نویسنده دوم) مفهوم سازی ۱۵ درصد؛ جابر یقینی (نویسنده سوم) مفهوم‌سازی، تحقیق و بررسی ۲۵ درصد؛ عطیه فقیهی مرقی (نویسنده چهارم و مسئول) تحقیق و بررسی ۳۰ درصد.

حمایت مالی

این پروژه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

داده است. همچنین کمبود مطالعات مشابهی در زمینه مقایسه دیدگاه اعضای هیات‌علمی در خصوص راه‌کارهای اجرایی پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی، از دیگر چالش‌های بحث این مطالعه می‌باشد.

با توجه به اجرای برنامه درسی جدید دندان پزشکی در چند سال اخیر و استخراج نقاط قوت و ضعف و راه‌کارهای بهینه اجرای آن با در نظر گرفتن هوشمندانه دیدگاه ذینفعان، لازم است اصلاحات جدیدی در برنامه درسی صورت گیرد. همچنین با توجه به چشم‌انداز برنامه درسی در ارائه خدمات دندان پزشکی مبتنی بر جامعه، دیدگاه بیماران، به عنوان گیرندگان خدمات دندان پزشکی که یکی از ذینفعان اصلی برنامه درسی دندان پزشکی عمومی هستند، بررسی و تحلیل شود و برنامه درسی با نیازسنجی اصولی تدوین شود.

با توجه به اینکه این مطالعه اولین بررسی است که به تحلیل عمیق راه‌کارهای مناسب پیاده‌سازی از دیدگاه ذینفعان می‌پردازد، لازم است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان درسی دندان پزشکی عمومی با در نظر گرفتن این راه‌کارها و ایجاد انعطاف‌پذیری در برنامه درسی با اجازه تغییرات با درصد بیشتر متناسب با بستر اجرایی توسط دانشکده‌های دندان پزشکی کشور، پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی را محقق سازند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی خود را از مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی (نصر)

References

1. Yaghini J, Faghihi A, Yamani N, Daryazadeh S. Challenges for Implementing General Dentistry Curriculum from Students' Viewpoint: A Qualitative Study. Journal of Mashhad Dental School. 2018;42(4):356-69.
2. Fazel A, Jafari A, Khami MR, Seddighpour L, Kharrazifard MJ, Nassibi M, et al. Dental curriculum revision in Iran: Dentists' perspective on achievement of essential competencies through national curriculum. Iran J Public Health. 2013; 42(Supple1):129-33. PMID: PMC3712582
3. The Ministry of Health and Medical Education. Iranian dental curriculum; 2012. [Cited 2017 Apr 19]. Available From: <http://gpde.behdasht.gov.ir> [Persian]

4. Daryazadeh S, Jafari A, Kuhpayehzadeh J, Shajari J, Hashemzadeh M. General dentistry restorative curriculum's adaptation to restorative dentistry service needs. *JMED*. 2013; 6(10):30-7. [Persian]
5. Memarpour M, Bazrafkan L, YasaminShirazi M, Mousavinasab N. Attitude of professors and undergraduate dental students on pediatric dentistry curriculum at Shiraz dental school. *HMJ*. 2013; 16(6):483-90.
6. Daryazadeh S, Faghihi A, Yaghini J, Yamani N. Criticism of general dentistry curriculum in line with accountable and justice-oriented education package. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017; 17:54-69. [Persian]
7. Dabaghi-Tabriz F, Ghaffari R, Hanaee J, Barzegar M, Bilan N, Dehghani AH, Rahbar M, Partovi P. Comparison of General Dentistry Curriculum in Iran with Eight of the World's Top Dental Faculties. *Maedica*. 2019 Jun;14(2):104.
8. Khami M R, Keshavarz H, Razeghi S. Evaluation of last-year dental students' opinions about undergraduate curriculum: Before the revision (2010-11). *JDM*. 2017; 30(1):40-7. [Persian]
9. Spallek H, O'Donnell JA, Yoo YIJ. Preparing faculty members for significant curricular revisions in a school of dental medicine. *J Dent Educ*. 2010; 74(3):275-88. PMID: 20203328

Appropriate implementation strategies for general dentistry curriculum: A qualitative content analysis study

Saeideh Daryazadeh¹, Nikoo Yamani², Jaber Yaghini³, Atieh Faghihi Maraghi⁴

1. PhD in Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Associate Professor, PhD in Curriculum Planning Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor, Periodontologist Department of Periodontology, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. PhD Student in Medical Education, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Introduction: Revision and reform of the curriculum, especially in the field of dentistry which is very costly and complicated, is essential. Since the revision is undesirable without considering the views of stakeholders in the curriculum, this study aimed to investigate the appropriate implementation strategies for general dentistry curriculum from the viewpoints of faculty members and education officials of the faculty of dentistry of Isfahan University of Medical Sciences.

Methods: This study was conducted through qualitative content analysis and sampling method in a goal-oriented manner with the participation of 25 faculty members and education officials the faculty of dentistry in 2017. Data were collected by individual and group interviews and MAXQDA10 software was used for data analysis.

Results: 193 codess, 21 subcategories and 6 main categories including: improving presentation of the courses, faculty development, correcting implementation of integration, provision of software and hardware infrastructure, monitoring implementation of the curriculum, and changing the attitude of the stakeholders before the curriculum is informed was extracted.

Conclusion: It is necessary that the policymakers of the general dentistry curriculum implement the appropriate curriculum by considering these strategies and creating flexibility in the curriculum with permission to change with a higher percentage and in line with the implementation framework by the dental schools of the country.

Keywords: Curriculum, Dentistry, Revision, Reform, Faculty.

Correspondence:

Atieh Faghihi Maraghi. Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

ORCID:
0000-0003-6411-5235

Email:
atiye.faghihy@gmail.com

Original Article

Received: 17 May 2020

Revised: 24 Feb 2021

Accepted: 17 May 2020

Citation: Daryazadeh S, Yamani N, Yaghini J, Faghihi Maraghi A. Appropriate implementation strategies for general dentistry curriculum: A qualitative content analysis study. DSME. 2021; 8(1):49-65.