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

سعیده دریازاده[1]، نیکو یمانی[2]، جابر یقینی[3]، عطیه فقیهی‌مرقی[4]

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 پریودونتولوژی، گروه پریودنتولوژی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
٤.دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: بازنگری و اصلاحات در برنامه درسی، بویژه در رشته دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی عمومی از دیدگاه اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش تحیل محتوای کیفی و نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و با مشارکت ۲۵ نفر از اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان‌پزشکی، در سال ۱۳۹٦ 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 ٦ 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 دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی کشور، پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی را محقق سازند.

کلیدواژه‌ها: برنامه درسی، دندان‌پزشکی، بازنگری، اصلاح، هیات‌علمی.

نویسنده مسئول:
عطیه فقیهی‌مرقی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

ORCID:
0000-0003-6411-5235

Email:
atiye.faghihy@gmail.com

نوع مقاله: پژوهشی
دریافت مقاله: ۹۸/۲/۲۸ **اصلاح نهایی:** ۹۹/۱۲/۶ **پذیرش مقاله:** ۹۹/۲/۲۸
ارجاع: دریازاده سعیده، یمانی نیکو، یقینی جابر، فقیهی‌مرقی عطیه. راه‌کارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان‌پزشکی عمومی: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی. ۱۴۰۰؛ ۸(۱): ۶۵-۴۹.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55] [Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

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 دندانپزشکی در ایران، پس از انقلاب و در سال ۱۳٦۱ خورشیدی انجام شد. هدف اصلی این اصلاحات، کاهش میزان اعتبارات دندانپزشکی با حذف برخی از دوره‌های درسی غیردندانپزشکی بود. دومین دوره اصلاحات برنامه درسی دندانپزشکی در سال ۱۳٦۷ 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 دوره‌های آموزشی مبتنی بر جامعه، مراقبت های دندانپزشکی 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 می‌نمود؛ ولی همچنان مشکلاتی مانند حجم بالا و نامتناسب دروس، نبود دروس انتخابی، آموزش نامناسب در زمینه‌های فراشناختی (مانند مهارت‌های ارتباطی، منش حرفه‌ای، دندانپزشکی مبتنی بر شواهد و ...)، تأکید ناکافی بر پیشگیری، عدم استفاده از روش‌های آموزشی مدرن و عدم پاسخگویی به نیازهای جامعه و عدم توجه به آموزش مبتنی بر شایستگی، وجود داشت (۲).

چهارمین اصلاحات برنامه درسی دندانپزشکی عمومی کشور در اواخر سال ۱۳۹۰ و با تاکید بر ارائه خدمات دندانپزشکی جامعه محور، تصویب شد و در سال ۱۳۹۱ به کلیه دانشکده‌های دندانپزشکی کشور جهت اجرا ابلاغ گردید که در حال حاضر آخرین بازنگری موجود می‌باشد (۳). بررسی‌هایی بر روی آخرین بازنگری برنامه درسی دندانپزشکی عمومی، انجام شده است. ولی دیدگاه اساتید از نظر تجربه آن‌ها در اجرای برنامه درسی بسیار با اهمیت است و در کمتر مطالعه‌ای به طور عمیق، مورد بررسی قرار گرفته است. در ایران، مطالعه‌ای به بررسی دیدگاه اساتید نسبت به میزان انطباق ارائه خدمات دندانپزشکی ترمیمی جامعه با برنامه درسی ترمیمی پرداخته است و ذکر شده است که ارائه خدمات دندانپزشکی ترمیمی از ضروری‌ترین نیازهای جامعه می‌باشد که لازم است از نظر حجم واحدهای درسی و ارائه دروس نظری، تاکید بیشتری بر آن شود (٤).

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 اخیرا به منظور بررسی دقیق‌تر برنامه درسی دندانپزشکی و انجام بازنگری عمیق‌تر و موثرتر آن، نقد برنامه درسی دندانپزشکی عمومی از دیدگاه ذینفعان برنامه درسی (اساتید، دانشجویان و مسئولان آموزش) انجام شده است (٦).

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

با توجه به تاکید مطالعات مختلف بر ضرورت بازنگری‌های مداوم و دوره‌ای در هر برنامه درسی، بررسی و توجه به دیدگاه ذینفعان برنامه درسی در اجرای این اصلاحات و پیدا نمودن راه‌کاری جامع، بسیار مفید و مورد تاکید است (۸). این مطالعه با هدف تبیین راه‌کارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندانپزشکی از دیدگاه ذینفعان شامل اساتید و مسئوان آموزش دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام شد.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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 هیات‌علمی دانشکده دندانپزشکی 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 دندانپزشکی 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 دندانپزشکی 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 دندانپزشکی به عنوان تسهیل‌گر و هدایت بحث‌های تخصصی دندانپزشکی، به همراه محققین مطالعه و با اطلاع و موافقت مصاحبه‌شوندگان حضور داشت. هر کدام از مصاحبه‌ها به مدت ٤٥ تا ٦٠ 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 دندانپزشکی 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 جزییات 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

تعداد ۲۱٤ 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، ٦ 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، و ۲۱ طبقه فرعی به شرح زیر استخراج شد (جدول ۱).

جدول۱- 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 دندان‌پزشکی بیمارستانی فراهم‌سازی زیرساخت ارائه درس بیماری‌های سیستمیک تناسب تعداد دانشجویان با امکانات فیزیکی و هیات‌علمی احداث مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندان‌پزشکی 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 ناکارامد بودن ارائه درس" مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "نقش مسئول درس خیلی پررنگه. اولا به همه مباحث اشراف داشته باشه و دوما 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 ٦ سال و بالای ٦ سال بهتره که زیر ٦ سال رو اطفالی‌ها تدریس کنن و بالای ٦ 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،

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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 دندان‌پزشکی خارجی، رفرنس رو برحسب نیاز برای دندان‌پزشکی تهیه کردیم." «م١٤»؛ " پایبندی به رفرنس کتاب ملی لازمه. همون طور که در دانشکده‌های دیگه استفاده می‌شه." «م١٥»؛ "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 یه رفرنس جامع رو برای دانشجوها 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 ٩»

در طبقه فرعی "رعایت پیش‌نیازها و اولویت‌بندی دروس "مواردی مانند "نیاز به ارائه دروس 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 دندان‌پزشکی تشخیصی ١ تا ٧ ارائه بشن، یا قبل از درس پوسیدگی تشخیصی باید درس بافت‌شناسی و جنین‌شناسی ارائه بشه." «م ٢٢»؛ "مباحث ٧ 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 دانشجوها هم نظرخواهی بشه و دیدگاهشون برای ارائه راه‌کاری جهت مشکل حجم زیاد مطالب بررسی بشه." «م ٢٥»؛ " تو کوریکولوم جدید باید ١٠ واحد اختصاصی دروس و به علوم پایه ببریم. این ١٠ 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 ٢ الی ٣ تا از این واحد ها مناسب و خوب نیستن و باید حتما با دانشجوها جلسه گذاشته بشه و نظرشونو بپرسیم." «م ١٨»؛ "دروس نظری و عملی تو ٢ ترم متوالی باشه مثلاً ترم ٤ تئوری‌ها تدریس شوند و ترم ٥ عملی‌ها ارائه بشن. اگه بتونیم این پوسیدگی‌شناسی را به صورت ١ و ٢ 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 ١٧»؛ " 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 ٢ که ما در ترم ٨ گذاشتیم اساتید گروه پروتز گفتن این درس برای دانشجوها زوده و اونو به ترم ٩ انتقال بدین. چیدمانی که آموزش با نظر همه گروه‌ها تنظیم کرده است نیاز به بازنگری مجدد توسط اساتید داره."«م ٧»

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.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

نظرات شرکت‌کنندگان در این طبقه فرعی به این صورت بیان شد: "حتی اگر فضای فیزیکی درس پوسیدگی‌شناسی را تامین کنیم این ۱۰۲ ساعت تدریس و نمیشه 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 دروس باشه. در قسمت روش‌های تشخیصی پوسیدگی، هم واحد عملی بگذارند. و به گروه‌های آموزشی مختلف با توجه به گروه‌های سنی، برای تدریس ارائه بشه. مثلا برای اطفال تا ٦ سالگی و گروه‌های دیگر به همین نحو. می‌تونیم 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 ٤ و ٥ به صورت دو واحد نظری ارائه بشه. اگر درس را به صورت دو واحد مجزا علوم پایه‌ای و کلینیکی و یا کارگاهی ارائه کنیم تا حدودی مشکلات روش تدریس و آموزش برطرف می‌شه."؛ «م ۱۳، م ١٦»؛ "نوشتن برنامه چیدمان دروس کار تیمی و گروهی گروه‌های دانشکده را می‌خواهد و کار گروه می‌خواهد که متشکل از افراد متخصص باشند و با دو نفر مسئول آموزش محقق نمی‌شود." «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 دروس و روش‌های تدریس جدیدی که به برنامه درسی اضافه شده است، تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ارائه دروس جدید و بین رشته‌ای، روش‌های تدریس مناسب"، بود.

در طبقه فرعی "ارائه دروس جدید و بین رشته‌ای" مواردی مانند: "استفاده از اساتید علاقه‌مند در تدریس دروس جدید، آموزش اساتید دندانپزشکی در محتوای دروس جدید و نیاز به دوره دیدن اساتید در دروس بین رشته‌ای"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان 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 می‌دادن و از هر دانشکده یک نفر برای گذروندن دوره می‌رفت". «م ۲۳»؛ "برای دروسی که به نوعی تلفیق روانشناسی و علوم پایه‌س استاد نداریم. راه حلی که می‌تواند برای مشکل با این درس پیشنهاد بشه استفاده از دندون‌پزشکانیه که برای این درس دوره دیدن و روانشناسی و بلدن." «م ۱۹»؛ "برای درس مهارت‌های ارتباطی در دندانپزشکی، دیدگاه استاد در دندانپزشکی مطرح است و نه پزشکی. توجه دانشجویان به استاد دندانپزشک بیشتره و این درس برای رشته دندانپزشکی بسیار ضروریه. خودمان برحسب نیاز سرفصل تعیین کردیم چون هیات‌علمی دندانپزشک ارائه می‌دهد. درس به نوعی مواجهه زودرس بالینی برای مهارت‌های ارتباطی در محیط دندانپزشکی است. از گروه روانشناسی اگر هیات‌علمی بیاید چون دید دندانپزشکی ندارند مناسب نیست." «م ۱۷»؛ "دروس جدید یه ناظر می‌خواد که چک کنه آیا استاد دقیقا مباحث کاربردی و تدریس می‌کنه یا نه؟ و آیا رفرنسی که استاد به صورت خودساخته و سرچ اینترنتی فراهم کرده مناسبه یا خیر؟" «م ۲۰»؛ "برای درس تجهیزات دندانپزشکی و ارگونومی یک واحد درسی جدیده که تو کوریکولوم بازنگری شده اضافه شده. کسی که این واحد و تدریس می‌کنه باید در زمینه تجهیزات دندانپزشکی دکترا داشته باشه. یا مثلا برای تجهیزات پزشکی را باید حتما فردی تدریس کنه که مثلا دکترای مهندسی پزشکی داشته باشه." «م ۲»؛ "اعضای هیات‌علمی باید توجیه بشن و در مورد کوریکولوم جدید آموزش‌های لازم را ببینند." «م ۳»؛

در طبقه فرعی "روش‌های تدریس مناسب" مواردی مانند "اموزش اساتید برای ارائه دروس کارگاهی و لزوم ارائه محتوای آموزشی از جز به کل"، مطرح شد.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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. میشه 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 دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی زیاد کاربردی نیست. ادغام امکان‌پذیره ولی اگه درست اجرا بشه. چون رشته دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی چندان عملی و کاربردی نیست. ماهیت دروس دندان‌پزشکی آن چنان نیاز به ارائه دروس به صورت ترکیبی ندارد. بنابراین لزومی ندارد به صورت ترکیبی ارائه بشه "دانشجوی دندان‌پزشکی بعد از فارغ‌التحصیلی دندان‌پزشک می‌شود، ولی دانشجوی پزشکی در دوران اینترنی باید پزشک باشه یعنی در دوران تحصیل." «م ۲٤»؛ "اینتگریشن 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 درودس 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 ٤ و ٥). این درس به صورت ۲ واحد جداگانه ارائه بشه به صورت تئوری و عملی. روش‌های تشخیص پوسیدگی به صورت عملی برگزار بشه." «م ١٦»؛ "اینتگره 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

به عهده بگیرند. تا مشکل تکراری بودن و اورلپ دروس برطرف شود." «م ٤»؛ "طراحی سوال برای ارزشیابی دانشجو 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 دندانپزشکی تشخیصی ٤ و ٥ به صورت ترکیبی ارائه نشه." «م ۲۲»؛ " اکثر بخش‌ها با کوریکولوم قبلی تطبیق داده بشن مثلا برای درس اندو" «از مدرسین دروس»؛ "درس دندانپزشکی 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 ٥ نفره تقسیم کنند تا آن‌ها را به بیمارستان آموزشی بفرستن تا در وقت‌های آزاد در بخش های درمانگاه بیمارستان آموزشی پرونده ها 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 دندانپزشکی 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 دندانپزشکی 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 جراحیم درگیره. یه درس دیگر 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.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

برای ارائه درس بیماری‌های سیستمیک هم به تعامل دانشکده دندان‌پزشکی با پزشکی نیازه." «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 پیاده‌سازی برنامه درسی جدید تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ایجاد و ارتقای دندان‌پزشکی بیمارستانی، فراهم‌سازی زیرساخت ارائه درس بیماری‌های سیستمیک، تناسب تعداد دانشجویان با امکانات فیزیکی و تعداد هیات‌علمی، احداث مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندان‌پزشکی و ایجاد کلینیک محوری شامل همه گروه‌های آموزشی"، بود.

در طبقه فرعی " ایجاد و ارتقای دندان‌پزشکی بیمارستانی" مواردی مانند "نیاز به ایجاد فضا برای ارائه دروس بالینی مشترک با پزشکی در بیمارستان و نیاز به ایجاد سانتر دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی مختلف و چند متخصص داخلی راه‌اندازی بشه و به عنوان بخش دندان‌پزشکی 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 هیات‌علمی و تجهیزات و امکانات داریم. در بیمارستان‌های فوق‌تخصصی آموزشی، چون بیشتر بیماری‌های سیستمیک مشاوره دندان‌پزشکی می‌خوان باید یک سانترال داشته باشیم و با پزشکی ترکیب بشه و به صورت هماهنگ کار کنن و مستقر بشن." «م ١٦»؛ "در حال حاضر دندان‌پزشکی به صورت ایزوله شده از بیمارستان و پزشکی جداست به جای اینکه یک سانتر دندان‌پزشکی در بیمارستان باشه، بیمار سیستمیک به دانشکده دندان‌پزشکی برای گرفتن خدمات دندان‌پزشکی مراجعه می‌کند. باید دندان‌پزشکی بیمارستانی را ارتقاء بدیم." «م ۱۷»؛ " باید درس دندان‌پزشکی بیمارستانی رو طوری ارائه بدیم که گروه‌های مختلف آموزشی مسئولیت اداره آن را برای دروس عملی در بیمارستان به عهده بگیرن." «م ٤ »؛ "یه درخواست به ریاست EDC برای دریافت اتاق مجهز و امکاناتی شامل یک اتاق و یونیت و تجهیزات دندان‌پزشکی در بیمارستان آموزشی تنظیم بشه. یکی از راه‌کارهای ارتقای دندان‌پزشکی بیمارستانی، هماهنگی بیشتر با گروه‌های آموزشی دانشکده پزشکی برای ارائه خدمات دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی"، 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 سیستمیمک خدمات دندان‌پزشکی در نظر گرفته نمی‌شه. مثلا در یک بیمارستان آموزشی حتی گرافی OPG نمی‌گیرن." «م ۱۹»؛ "برای این درس تعامل با دانشکده پزشکی مهم است که فعلا وجود نداره. چون راندهای دانشکده پزشکی کاملاً فوق تخصصیه و وقتی دانشجوی دندان میخواد General یاد بگیره نمی‌تونه کنار این راند قرار بگیره." «م ۱۵»؛ "باید زیرساخت‌های مورد نیاز لیست بشه و به صورت درخواستی به رییس دانشکده دندان‌پزشکی 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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 دندانپزشکی، 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." «م۲»

در طبقه فرعی "احداث مرکز مهارت‌های بالینی در دانشکده دندانپزشکی" مواردی مانند "لزوم ایجاد اسکیل‌لب برای مقاصد آموزشی دانشجویان در دانشکده دندانپزشکی، 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 دندانپزشکی داریم چون اسکیل‌لب دانشگاه برای برگزاری دروس، از دانشجوی دندانپزشکی هزینه دریافت می‌کنه!" «م ۱٤»؛ "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 دندانپزشکی 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 دندانپزشکی و رفع نیازهای اقتصادی دانشکده مد نظر باشه و از مشاوران تجاری برای طراحیش 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 دندانپزشکی برای اجرای راندهای بالینی، نیاز به تهیه امکانات و تجهیزات برای ارائه دروس جدید بالینی و لزوم Main Clinic بودن دندانپزشکی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند " دندانپزشکی 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 ٦، م ١٦، م ٢٤»؛ "در رشته پزشکی تعداد دانشجو زیاده و این تعداد بین ۲۰ عضو هیات‌علمی پخش می‌شن. ولی در دندانپزشکی، برگزاری راند بالینی نیاز به تیمی از گروه‌های آموزشی در کلینیک داره." «م ۱۵»

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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 باشه برای اجرا و راه‌کار اجرایی داشته باشه." «م ۱۳»؛ "نیاز به ناظر اجرای کوریکولوم داریم. البته که گروه‌ها رابط‌هایی و پیشنهاد و معرفی می‌کنن ولی جوان‌ترین و کم‌سابقه‌ترین و که توانایی و صلاحیت لازم در جلسات و ندارن." «م ٤، م ۱»؛ "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 ٦»؛ "اگر نقاط قوت تقویت بشه و نقاط ضعف اصلاح ،کوریکولوم خیلی خوبیه." «م ۱»؛ "گروه شدیدا 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 می شد. 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 مدیریتشه 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: "توجیه 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 م 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 توجیه

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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 انعطاف‌پذیر بودن برای بهینه‌سازی کوریکولوم، لزوم ایجاد تغییر در ارائه بعضی دروس توسط دانشکده و اجرای مقدماتی کوریکولوم جدید در دانشکده‌های نوپا"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "باید کار گروه تشکیل بدیم. در کل این کوریکولوم خوبه اما بدون بسترسازی نمی‌شه اجرا کرد. میشد به صورت کم‌کم شروع کنن و مثلا سالی ۲۰ درصد یا ۳۰ درصد واحدها را تعدیل کنیم." «م ۱»؛ "بر حسب نیاز اجازه ۳۰ درصد تغییر را در کوریکولوم داریم. در کل این کوریکولوم خوبه اما بدون بسترسازی نمی شه اجرا کرد." «م ۱»؛ "الان بعد دو سال که از اجرای کوریکولوم گذشته و گفتن ۳۰ درصد انعطاف‌پذیری، 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 زیرساخت و لازم برای اجرای این تغییرو نداریم. کوریکولوم باید انعطاف‌پذیر بشه که هر دانشکده دندانپزشکی با توجه به بستر و سخت‌افزار و امکانات اجرایی تغییر لازم و بده. مثلا به جای ۲۰ درصد قابلیت تغییر در هر دانشکده اجازه تغییر ۳۰ درصدی مطابق با زیرساخت‌های دانشکده داشته باشیم تا بتونیم بهتر اجرا کنیم. مثلا برای درس علوم تشریح ۱ و ۲، به عنوان یک راه حل خودساخته توسط خود دانشکده، این بود که دوباره این درس و به صورت ۱ واحدی و ۲ واحدی دربیارن و تو ۲ ترم اجرا کنن." «م ۱۲»؛ "بهتر بود این کوریکولوم به صورت پایلوت اجرا می‌شد تا مشکلاتش برطرف و نقاط قوتش تقویت بشه و باید در دانشکده‌های نوپای دندانپزشکی اجرا می‌شد نه دانشگاه‌های 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 بسترسازی برای ایجاد تغییر تاکید دارد. از جمله طبقه‌های فرعی که در این طبقه قرار گرفت شامل "ایجاد بستر مناسب برای اجرای برنامه درسی و آماده‌سازی ذینفعان برای اجرای تغییرات"، بود.

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

شرکت‌کنندگان نظر خود را در این طبقه فرعی این گونه بیان کردند: "در کل این کوریکولوم خوب است اما بدون بسترسازی نمی‌شود اجرا کرد. مشد به صورت کم‌کم شروع کنند و مثلا 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 نرم‌افزاری و سخت‌افزاری فراهم نشده." «م ٤»؛ " طراحی سیستم‌های آموزشی و شاید بشه با این کوریکولوم تغییر داد ولی سال‌ها طول می‌کشه و این به قیمت قربانی شدن چند نسل دانشجویان ما و تحمیل فشار زیاد روی مسئولان آموزش و سرو کله زدن آن‌ها با اساتید می‌شه." «م ۱»

در طبقه فرعی "آماده‌سازی ذینفعان برای اجرای تغییرات" مواردی مانند "نیاز به توجیه‌سازی اساتید قبل از ارائه کوریکولوم جدید، ایجاد تغییر نگرش در اعضای هیات‌علمی نسبت به ادغام و کمک از EDC برای توجیه‌سازی"، مطرح شد.

شرکت‌کنندگان 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 ۱»؛ " خود EDC کار مهمی که می‌تونه بکنه اینه که یه تغییر دیدگاه و نگرش در مجریان ایجاد کنه و

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

گاردها رو برداره و از اساتید شروع کنن چون دانشجوها خیلی درگیر این برنامه نیستن." «م ١٤، م ٤»؛ "به تغییر نگرش اعضای هیات‌علمی نسبت به ادغام دروس و هماهنگی بین گروه‌های آموزشی درگیر در دروس ادغامی نیازه، ولی همه اساتید و گروه‌های آموزشی هم باید بپذیرنش که با توجه به اون تدریس کنن." «م ٤»؛ " اعضای هیات‌علمی باید توجیه بشن و در مورد کوریکولوم جدید آموزش‌های لازم را ببینن." «م ١، م ١٥، م ٢».

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به روش تحلیلی محتوای کیفی مرسوم و با هدف تبیین راه‌کارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندان‌پزشکی عمومی از دیدگاه اساتید و مسئولان آموزش دانشکده دندان‌پزشکی 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 بروزسازی منابع و پایبندی 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 دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی عملی نبوده و ارائه برخی دروس به صورت ساختار سنتی، 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 دندان‌پزشکی بیمارستانی و استقرار سانتر دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی و ایجاد کلینیک محوری و ارائه راندهای آموزشی در دانشکده‌های دندان‌پزشکی با حضور متخصصین دندان‌پزشکی، 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 دندان‌پزشکی و دانشگاه قابل حل نباشد، لازم است این مشکلات به وزارت بهداشت و سیاست‌گذاران آموزش دندان‌پزشکی 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

آماده‌سازی، بجز فراهم‌سازی امکانات و تجهیزات فیزیکی و مالی، نیازمند توجیه‌سازی ذینفعان برنامه درسی، برای تغییر نگرش و آشناسازی آن‌ها با فرآیند تغییر می‌باشد.

با توجه به اهمیت رشته دندانپزشکی و تاکید بر جامعه محور بودن خدمات دندانپزشکی و توانمندسازی دانش‌آموختگان رشته دندانپزشکی، در ایران مطالعات مختلفی به بررسی آخرین بازنگری برنامه درسی دندانپزشکی عمومی پرداخته‌اند.

مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۶ به نقد برنامه درسی دندانپزشکی 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 زیرساخت‌سازی را عامل نارضایتی ذینفعان برنامه درسی می‌داند. همچنین با توجه به ابعاد برنامه درسی، نقاط قوت و ضعف و راه‌کارهای اجرایی برنامه درسی را بیان می‌کند (۵). مطالعه کنونی که تحلیل و بررسی عمیقی بر روی راه‌کارهای پیاده‌سازی مناسب برنامه درسی دندانپزشکی عمومی دارد، تحلیلی بود که به دنبال نقد برنامه درسی دندانپزشکی و به منظور دادن راه‌کارهای اجرایی برای بازنگری دقیق‌تر و اجرای موثرتر برنامه درسی دندانپزشکی انجام شد.

مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۰ به لزوم زمینه‌سازی برای ارائه تغییر و اجرای برنامه درسی بازنگری شده دندانپزشکی و آماده‌سازی اساتید پرداخته است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که مشارکت اساتید در بازنگری برنامه درسی، انگیزه‌ای برای اجرای صحیح و موفقیت‌آمیز 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 دندانپزشکی 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 دندانپزشکی عمومی لازم است توجیه‌سازی ذینفعان در خصوص اجرای اصلاحات و تغییرات جدید صورت گیرد.

از آنجایی که فارغ‌التحصیلان گروهی از ذینفعان برنامه‌های درسی هستند که می‌توانند اطلاعات منحصر به فردی را در مورد اثربخشی برنامه درسی در خصوص آماده‌سازی دانشجویان برای شغل آینده‌شان، ارائه دهند،

هر چند در مرور متون، مطالعه‌ای که به راه‌کارهای اجرای بهینه برنامه درسی بپردازد و تحلیل دیدگاه ذینفعان را به صورت کیفی انجام دهد، یافت نشد، ولی نتایج مطالعات اخیر در خصوص بررسی برنامه درسی دندانپزشکی عمومی در ایران نشان می‌دهد که اگر چه تغییرات اخیر برنامه درسی در کل مفید و ضروری بوده ولی آخرین برنامه درسی نیازمند بازنگری و اصلاحات بیشتری است (۱،٤،٦). 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 چشم‌انداز برنامه درسی، هم‌خوانی دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه، بررسی دیدگاه اساتید یک دانشگاه علوم پزشکی است؛ ولی با توجه به اینکه دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از دانشکده‌های پیشکسوت و مادر دندانپزشکی و دارای اساتید باتجربه در زمینه علاقه‌مندی و مشارکت در بازنگری برنامه درسی می‌باشد، از این رو به نظر می‌رسد دیدگاه این ذینفعان تا حدود زیادی ابعاد مختلف پیاده‌سازی مناسب و بهینه برنامه درسی را پوشش

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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 دندان‌پزشکی 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 مطالعات انجام شده قبلی، توصیه می‌شود که با توجه به چشم‌انداز برنامه درسی در ارائه خدمات دندان‌پزشکی مبتنی بر جامعه، دیدگاه بیماران، به عنوان گیرندگان خدمات دندان‌پزشکی که یکی از ذینفعان اصلی برنامه درسی دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی 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 دندان‌پزشکی 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) بابت تامین هزینه‌های این پژوهش و همچنین مشارکت‌کنندگان 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 منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

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. PMCID: PMC3712582
3. The Ministry of Health and Medical Education. Iranian dental curriculum; 2012. [Citd 2017 Apr 19]. Available From: http://gpde.behdasht.gov.ir [Persian]

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

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

Saeideh Daryazadeh[1], Nikoo Yamani[2], Jaber Yaghini[3], Atieh Faghihi Maraghi[4]

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.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.52547/dsme.8.1.55]

© 2021 The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.