



Presenting a Patient-Centred Dental Education Model with an Approach Based on Grounded Theory

Fatemeh Sigrchian Taghizadeh¹, Amir Hossein Mahmoodi*², Majid Akbari³, Fatemeh Hamidifar⁴

¹ Faculty of Educational Sciences and Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Faculty of Educational Sciences and Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ Restorative dentistry department, Faculty of Dentistry, Mashhad University of medical Science, Mashhad, Iran.

⁴ Faculty of Educational Sciences and Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding author: Amir Hossein Mahmo, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran., Email z. dr.mahmoodi1964@gmail.com

Article Info

Keywords: Model, Dental education, Patient-centered, Grounded theory

Abstract

Introduction: One of the goals of dental education is to train capable dentists, so to improve the efficiency of the educational system towards this goal, changes in the educational system are necessary. The aim of this study was to design a patient-centered dental education model.

Methods: In this study, which was performed by qualitative method (Grounded theory approach), semi-structured interviews were conducted with purposeful snowball sampling with the participation of 21 dental education experts. The coding steps were analyzed by Strauss and Corbin. The validity of the research was credible, transferable and verifiable.

Results: The data obtained from the analysis of the interviews were coded in 66 categories into 50 sub-categories, 17 main categories and 8 categories as the central code. The extracted categories were formed under the headings of "Current Situation Analysis", "Student Efficiency", "Evaluation", "Educational Strategies", "Participation Power", "Patient", "Planning and Management" and "Structure Preparation".

Conclusion: In order to train capable graduates, we need to make changes in educational strategies and evaluation methods by preparing the ground and proper planning and using the experiences of experts and external and internal partnerships, and finally find a way of education. Make sure that more efficient graduates are ready to provide appropriate services to the patient.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

ارائه مدل آموزش دندانپزشکی بیمار محور با رویکرد مبتنی بر نظریه داده بنیاد

فاطمه سیگارچیان تقی زاده^۱، امیر حسین محمودی^۲، مجید اکبری^۳، فاطمه حمیدی فر^۴

^۱ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه مدیریت آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ گروه دندانپزشکی ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد؛ مشهد، ایران

^۴ گروه مدیریت آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*نویسنده مسؤل: امیر حسین محمودی، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: dr.mahmoodi1964@gmail.com

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف آموزش دندانپزشکی تربیت دندانپزشکانی توانمند است لذا برای ارتقا بهره وری نظام آموزشی به سمت این هدف، تغییرات نظام آموزشی ضروری است. پژوهش حاضر با هدف راحی مدل آموزش دندان پزشکی بیمار محور انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه که به روش کیفی با رویکرد نظریه داده بنیاد انجام شده، مصاحبه های نیمه ساختار یافته با نمونه گیری هدفمند و از نوع گلوله برفی با مشارکت ۲۱ نفر از خبرگان آموزش دندانپزشکی انجام پذیرفت. مراحل کدگذاری به روش تجزیه و تحلیل به روایت اشتراوس و کوربین بوده است. روایی پژوهش مورد اعتبارپذیری، انتقال پذیری و تایید پذیری قرار گرفت.

یافته‌ها: داده های حاصل از تحلیل مصاحبه ها به صورت کدگذاری به صورت ۵۰ طبقه فرعی، ۱۷ طبقه اصلی و ۸ مقوله به عنوان کد محوری قرار گرفتند. مقوله های استخراج شده تحت عناوین "تحلیل وضعیت موجود"، "کارآمدن نمودن دانشجو"، "ارزشیابی"، "راهبردهای آموزشی"، "قدرت مشارکت"، "خدمت گیرنده(بیمار)"، "برنامه ریزی و مدیریت" و "آماده سازی بستر" شکل گرفت.

نتیجه گیری: برای تربیت فارغ التحصیلانی توانمند، نیاز است با آماده سازی بستر و برنامه ریزی صحیح و بهره گیری از تجارب صاحب نظران و مشارکت های برون بخشی و درون بخشی، در راهبردهای آموزشی و شیوه های ارزشیابی تغییراتی ایجاد کنیم و نهایتا شیوه ای از آموزش را پیدا سازی کنیم که زمینه های کارآمدی هر چه بیشتر فارغ التحصیل برای ارائه خدمات مناسب به بیمار فراهم گردد.

واژگان کلیدی: مدل، آموزش دندانپزشکی، بیمار محور، نظریه داده بنیاد

نیاز به مدیریت اطلاعات و تعهد به آموزش مادام‌العمر، از زمینه‌های تغییر در جهان به حساب می‌آیند که آموزش و برنامه درسی دندانپزشکی در پاسخ به آنها باید واکنش نشان دهد (۱۰). نیاز به آموزش دانشجویان دندانپزشکی در مورد چگونگی توسعه و استفاده از مهارت‌های تفکر انتقادی یکی از موضوعات غالب در آموزش دندانپزشکی برای دهه‌ها بوده است. آموزش مهارت‌های تفکر انتقادی به دانشجویان بر نحوه مراقبت از بیمار تأثیری دارد. همانطور که دانشجویان تشخیص، برنامه ریزی درمانی و مراقبت از بیماران را انجام می‌دهند، کیفیت تفکر

آن‌ها بر قدرت تصمیم‌گیری آنها تأثیر می‌گذارد (۱۱).

به همین جهت است که یک نیاز جهانی برای تغییر در برنامه آموزشی علوم دندانپزشکی عمومی احساس می‌شود. نیاز به این تغییر، در ایران هم وجود دارد. ایده "ادغام" در سیستم آموزش، به طور کلی و به طور خاص در سیستم آموزش دندانپزشکی برای دستیابی به این هدف استفاده می‌شود. ادغام برنامه درسی به معنای اتصال و ترکیب محتوای برنامه درسی برای همبستگی تجارب یادگیری دانشجو است (۱۲).

در همین راستا، از اوایل دهه ۱۹۷۰ تغییر در آموزش دندانپزشکی به سمت مراقبت بیمار محور^۱ را مشاهده می‌کنیم و این مفهوم در سال‌های اخیر به صورت روز افزون، مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). در ادامه این مسیر، موتور محرکه اصلاحات آموزشی در دانشگاه کالیفرنیا سن فرانسیسکو با سازماندهی مجدد انجام و جریان مراقبت بیمار محور با رویکرد مراقبت جامع برای آموزش بالینی، ایجاد شد و مراقبت‌های جامع، همچنان مورد تأکید در این جریان مراقبت بیمار محور است و سالانه آموزش مهارت‌های مدیریت و درمان بیماران را در یک محیط مراقبت جامع، توسعه داده و بهبود می‌بخشند (۱۴). باید خاطر نشان کرد که مدل غالب در بسیاری از موسسات و برنامه‌های آموزشی دندانپزشکی دانشگاهی امروز، به این صورت است که دانشجویان دندانپزشکی، مجموعه‌ای از الزامات مربوط به رشته را تکمیل می‌کنند تا تسلط مستقلی بر مهارت‌های دندانپزشکی نشان دهند (۱۵).

با توجه به مبانی نظری و تجارب پژوهش می‌توان گفت که دندانپزشک کارآمد، نیازمند مهارت‌های لازم برای درمان و هم-چنین توانایی جهت تصمیم‌گیری بالینی است. بنابراین باید آموزش به گونه‌ای طراحی گردد که این آموزش، مبتنی بر مراقبت بالینی بوده و علاوه بر اینکه ارتباط بین دانش علمی و بالینی را در همه فعالیت‌های آموزشی مورد توجه قرار دهد، بر نتایج تمرکز کند. پس نظام آموزش دندانپزشکی، نیاز به تغییر شکل دارد تا نیازهای عمومی را برای دسترسی بیشتر به

بهداشت دهان و دندان به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از سلامت کلی مراقبت فرد محور محسوب می‌شود و فرصتی بی نظیر برای بهبود کیفیت مراقبت و نتایج سلامت کلی برای دندانپزشکی و پزشکان ارائه می‌دهد (۱). بنابراین دندانپزشکی باید به عنوان یک حرفه سلامت در جهت نیازهای سلامت جامعه حرکت کند (۲) و به نظر می‌رسد که دندانپزشکی راهکارهای پیشگیری زیادی را در مراقبت‌های بهداشتی جهان بتواند ارائه کند (۳) البته باید خاطر نشان کرد که امروزه ارائه خدمات دندانپزشکی نسبت به دو دهه ی گذشته نه فقط در تکنیک‌ها و روش بلکه در روش برخورد با بیمار نیز تغییرات بسیاری نموده است (۴). با توجه به پیشرفت مداومی که در زمینه تکنولوژی دندانپزشکی و مراقبت از بیماران به وجود آمده است، امروزه دندانپزشکی را به صورت یک حرفه پیچیده، پر چالش و مطرح قلمداد می‌کنند. دندانپزشک کارآمد نیازمند مهارت‌هایی نظیر حل مسئله و توانایی جهت تصمیم‌گیری بالینی می‌باشد. امروزه اکثر دانشگاه‌های دنیا در پی یافتن روش‌های آموزشی هستند که بتوانند موجب گسترش و ارتقاء ظرفیت‌های تصمیم‌گیری بالینی و یادگیری مداوم و خود محور دانشجویان گردند (۵). از آنجائیکه هدف نهایی آموزش، ایجاد تغییرات مطلوب در دانشجویان به عنوان ذینفعان اصلی یک برنامه درسی است (۶)، بنابراین آموزش موثر برای یادگیری در رشته‌های حرفه‌ای، از قبیل دندانپزشکی بسیار ضروری است (۲). آموزش دندانپزشکی ابزاری برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است که به مهارت آموزش و تأثیر یادگیری اهمیت می‌دهد (۷). آموزش دندانپزشکی در یک دوره کوتاه مدت، فرد را قادر می‌سازد که به مهارت‌های آموزشی، بالینی و ارتباطی با یک شیوه خاص یادگیری دست یابد که ضمن ایجاد مسئولیت در برابر سلامتی بیماران، فضای استرس‌زایی داشته و از طرفی با تغییر الگوی بیماری‌ها و عوامل اجتماعی نیاز به تغییرات فراوانی در آموزش وجود دارد (۸). البته هدف از آموزش دندانپزشکی تنها آموزش بالینی نیست بلکه تربیت دندانپزشکانی است که توانایی‌هایی مثل داشتن دیدگاه کلی‌نگر در مورد بیمار، ارتقاء سلامت دهان بیمار، داشتن روحیه کار تیمی و توجه به وضعیت اجتماعی، اقتصادی و عاطفی بیمار را نیز داشته باشند (۹). این در حالی است که دندانپزشکی باید در متن تغییرات آموزشی روز و همچنین در پاسخگویی به نیازهای جامعه در هزاره سوم تغییر نماید. نیاز به درمان بیماران مسن، تأکید بر مهارت‌های استدلال بالینی و عملکرد مبتنی بر شواهد (دندانپزشکی مبتنی بر شواهد)، تغییر طبیعت ارتباط پزشک و بیمار، هزینه‌های درمانی، ورود مضامین سلامت کارکنان شاغل حرفه‌ای در بخش بهداشت و درمان دهان و دندان (کنترل عفونت و بیماری‌هایی از قبیل ایدز)، تأکید بر اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری اخلاقی و بالاخره

¹ Patient center care (pcc)

نهایی مشکلات احتمالی به حداقل برسد. در مصاحبه‌های اصلی پس از کسب اجازه از مصاحبه‌شونده کلیه مصاحبه توسط دستگاه ضبط صدا، ضبط شده و پیاده‌سازی کلمه به کلمه مصاحبه بر روی کاغذ به منظور کدگذاری انجام پذیرفت. نمونه سوالات مطرح شده عبارت بودند از: درباره وضعیت فعلی نظام آموزشی دکتری دندان پزشکی عمومی کشور چه دیدگاهی دارید؟ آیا نظام آموزش موجود منجر به تربیت دندانپزشکان توانمند برای ارائه خدمت در نظام فعلی سلامت دهان و دندان کشور می‌شود؟ نقاط قوت و ضعف مدل آموزش فعلی چیست؟ البته سوالات صرفاً برای شروع مصاحبه در نظر گرفته شده بود و طی مصاحبه با استفاده از بیانات مصاحبه‌شوندگان سوالاتی تکمیلی مطرح می‌شد تا کلیه تجربیات اساتید اخذ گردد و این سوالات در هر مصاحبه با توجه به شرایط و روند مصاحبه متفاوت بود.

در این پژوهش، مراحل کدگذاری به روش تجزیه و تحلیل به روایت اشتراوس و کوربین انجام شده است. در مرحله کد گذاری باز، پیاده‌سازی کلمه به کلمه متن مصاحبه‌ها بر روی کاغذ انجام شده است. عبارت دیگر، کدگذاری با استفاده از کلمات مصاحبه‌شوندگان و یا مفهوم استدلال شده از متن، انجام شد. به این ترتیب، در مرحله اول عین نقل قول و برداشت‌های درک شده، به عنوان کد خام یا اولیه ثبت شده و سپس موارد مشابه تحت کد اولیه قرار داده شد. بعد از ادغام کدهای اولیه مشابه به آنها یک مفهوم انتزاعی داده شد و بدین طریق مرحله کدگذاری باز انجام گرفت. با استفاده از این روند کدگذاری، سعی شد تا کدها به صورت دسته‌های اولیه و قابل قبول از نظر معنا در آیند تا مضامین اصلی موجود در کدهای هر مصاحبه مشخص شود. در مرحله کدگذاری محوری، طبقات شکل گرفته اولیه مجدداً با احتساب تشابهات درونی و اختلافات بیرونی در هم ادغام شده، طبقات محوری را تشکیل دادند. سپس نام متناسب با آن طبقه بود به آن طبقه اختصاص داده شد. در ادغام طبقات در یکدیگر، ضمن در نظر گرفتن تشابهات میان آنها با مقایسه مداوم میان طبقات، در هر طبقه به زمینه و شرایط پدیده مورد نظر، کنش و واکنش‌های استفاده شده برای کنترل پدیده و پیامدهای حاصله توجه شده و با در نظر گرفتن این موارد، دسته بندی حول آن صورت گرفت و سرانجام کدگذاری انتخابی انجام شد.

برای قابلیت اعتبار یا اعتبارپذیری استفاده از تکنیک‌های تثلیث مانند بررسی منابع تاییدگر علمی و تجارب ملی و بین المللی و ارائه تحلیل داده‌ها و نتایج آن به متخصصان امر انجام پذیرفت. در مورد انتقال‌پذیری از رویه‌های ویژه‌ی کدگذاری و تحلیل نمادها و نشانه‌ها در مرحله تحلیل داده‌ها، استفاده شد. و به منظور تاییدپذیری و تایید دقت مطالعه، مصاحبه‌های ضبط شده توسط اساتید دیگر برای تایید کدهای

مراقبت، تغییرات در محیط تمرین دندانپزشکی و مراقبت از سلامتی و پیشبرد علم به عنوان تحولات جدید در سلامتی دهان ایجاد کند. اگر چه پژوهش‌های مختلفی با محوریت بیمار در بخش درمان انجام شده است ولی در بررسی مطالعات داخلی، مطالعه‌ای که با رویکرد بیمار محور انجام شده باشد، یافت نشد. لذا خلاء تحقیقاتی در زمینه‌ی بررسی رویکرد بیمار محور ارائه خدمات دندانپزشکی در روش آموزشی این رشته تخصصی احساس شد و این پژوهش با هدف ارائه‌ی مدل آموزش دندانپزشکی بیمار محور با رویکرد مبتنی بر نظریه داده بنیاد به منظور فراهم آوردن آموزش مناسب با نیاز جامعه شکل گرفته است.

روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی و با تحلیل روش گراند تئوری، با هدف طراحی مدل آموزش دندانپزشکی بیمار محور انجام شده است. دیدگاه‌ها و نظرات صاحب نظران، خبرگان، برنامه ریزان و سیاست گزاران در امر دندانپزشکی کشور در این پژوهش مد نظر قرار گرفتند. نمونه گیری برای انجام مصاحبه‌ها به صورت هدفمند و از نوع گلوله برفی (زنجیره ای) بوده است. از آنجائیکه پژوهش کیفی با توجه به ماهیت آن اجازه بررسی دقیق و همه جانبه بر روی پدیده مورد مطالعه برای پژوهشگر فراهم می‌کند (۱۶) در این پژوهش نیز پس از بررسی‌های متعدد، مشاوره با اساتید خیره فن و تجمیع نظرات، پژوهش کیفی را برای ارائه مدل آموزش دندانپزشکی بیمار محور مناسب دانسته و از میان روش‌های کیفی، استفاده از رویکرد مبتنی بر نظریه داده بنیاد یا گراند تئوری را پیشنهاد نموده اند، بنابراین این مسیر پژوهش انتخاب شد.

در پژوهش حاضر با ۲۱ نفر از خبرگان و صاحب نظران آموزش دندانپزشکی کل کشور که دارای اطلاعات مناسب و کافی در این زمینه بودند مصاحبه به عمل آمد. بدین منظور از نظرات اساتیدی که در سیاست‌گذاری آموزش دندانپزشکی دخیل بوده‌اند شامل دبیران شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی، منتخبین وزیر در شورای دندانپزشکی و اساتیدی که در بازنگری‌های برنامه‌های آموزشی نقش داشته‌اند بهره گرفته شد. انجام مصاحبه‌ها تا زمان اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها در مکان و زمانی که مشارکت کنندگان تعیین نموده بودند، انجام گرفت. زمان هر مصاحبه، از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه که با توجه به شرایط مشارکت‌کنندگان، این میزان متغیر بود. قبل از شروع مصاحبه، راهنمای اولیه تهیه و قبل از انجام مصاحبه، اهداف و اهمیت پژوهش مبنی بر اینکه تلاش می‌شود، بتوانیم در زمینه‌ی دندانپزشکی، آموزشی مناسب ارائه نماییم و فارغ التحصیلانی توانمند تربیت نماییم، عنوان شد. قبل از انجام مصاحبه‌های اصلی، با دو نفر از صاحب‌نظران پیش مصاحبه انجام پذیرفت تا مشکلات و نقاط ضعف، مشخص و در مصاحبه‌های اصلی و

استخراجی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج طبقه‌بندی داده‌ها مورد تایید اساتید قرار گرفت.

نتایج

ابتدا مرحله دسته بندی اولیه کدها انجام شد و کدهای مشابه کنار هم قرار گرفت. به این ترتیب، کدگذاری به طور همزمان در روند مصاحبه‌ها و مقایسه مداوم داده‌ها صورت گرفت. یعنی در مرحله اولیه کدگذاری، ۱۱۶۳ کد اولیه بدست آمد که پس از حذف موارد تکراری و در مرحله دوم کدگذاری، ۵۶۷ کد نهایی بدست آمد. طبقات به طور مستمر در طی مدت تحلیل، بازنگری، طبقه بندی مجدد و اصلاح شدند. بدین ترتیب بعد از اعمال نظرات، پنجاه کد باز یا طبقه فرعی، هفده مفهوم یا طبقه اصلی

و هشت مقوله کلان به عنوان کد محوری پدیدار شد. در بخش کد گذاری انتخابی، تمام مقوله های عمده بر حسب ویژگی‌ها طبقه بندی شدند که در جدول شماره ۱ ارائه شده است. پس از مشخص شدن مقوله محوری، مقوله های آشکار شده در قالب ابعاد ۶ گانه مدل پارادایمی، با روابطی که بین آنها وجود دارد، بصورت شرایط علی (۳ مقوله)، شرایط زمینه ای (۴ مقوله)، شرایط مداخله گر (۲ مقوله)، راهبر (۴ مقوله) و پیامد (۴ مقوله) جای گرفت. با توجه به اجزای کدگذاری محوری و مفاهیم بدست آمده در این مرحله، الگوی پارادایمی آموزش دندانپزشکی بیمار محور به شرح شکل ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: نتایج کدگذاری شامل کدهای انتخابی، کدهای محوری و کدهای باز

کدهای باز	کدهای محوری		کدهای انتخابی
	مقوله کلان	مقوله ها	
<ul style="list-style-type: none"> - حفظ هویت تخصصی - همخوانی آموزش با دیدگاه اعضا هیئت علمی 	دیدگاه آموزش دهندگان	شرایط علی	
<ul style="list-style-type: none"> - آموزش قوی در بخش تئوری - یادگیری جزیره ای و عدم آموزش هولستیک - ارائه طرح درمان توسط اساتید - تمرکز یادگیری بر اساس نیاز دانشجو - تاثیر تعداد و نحوه پذیرش بر آموزش - تاثیر مسائل اجتماعی و جانبی بر آموزش 	زمینه های آموزشی	تحلیل وضعیت موجود	
<ul style="list-style-type: none"> - ارائه خدمات غیر جامع به علت جدا بودن بخش ها - مشخص نبودن مسئول درمان بیمار 	نحوه ارائه خدمات به بیمار	شرایط زمینه ای	
<ul style="list-style-type: none"> - هم راستا نمودن سیاست ها و رفع موانع قانونی - همراه نمودن مدیریت 	جلب نظر سیاست گزاران، برنامه ریزان	برنامه ریزی و مدیریت	
<ul style="list-style-type: none"> - شکل دهی کمیته های نظارتی و لحاظ نمودن مشوق ها - طراحی بخش ها 	نیازهای ساختاری و نظارتی	آماده سازی بستر	
<ul style="list-style-type: none"> - توانمند سازی (هئیت علمی، کارکنان) - توان جذب 	ساماندهی منابع انسانی	آماده سازی بستر	
<ul style="list-style-type: none"> - جلب سرمایه گذار و ساماندهی تجهیزات و امکانات - طراحی سامانه 	سرمایه گذاری و تخصیص بودجه	آماده سازی بستر	
<ul style="list-style-type: none"> - به کارگیری تجربیات - بهره گیری از مشورت - ایجاد رقابت و رفع مقاومت ها 	جلب مشارکت ذینفعان	قدرت مشارکت	
<ul style="list-style-type: none"> - ارتباطات فرابخشی - ارتباطات بین بخشی 	برقراری ارتباط موثر	قدرت مشارکت	

<ul style="list-style-type: none"> - برنامه های مهارتی - پویایی علمی - توانمندی در درمان جامع بیمار 	<p>کسب توانمندی و صلاحیت</p>	<p>ارزشیابی</p>	<p>استراتژی ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> - طراحی آزمون های صلاحیت بالینی - انجام ارزشیابی ترکیبی - آموزش جهت اخذ آزمون های استاندارد 	<p>نیاز به تغییر روند ارزشیابی</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - تغییر طول دوره - همزمانی ارائه دروس - روش های تدریس مناسب - ارتقاء کیفیت آموزش 	<p>تمرکز بر نیازها و مسائل آموزشی</p>	<p>راهبردهای آموزشی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ادغام گروه های آموزشی - ادغام افقی و عمودی دروس - چیدمان واحدها و استفاده از "نم" 	<p>نیاز به تغییر در روش آموزش</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - جلوگیری از تعارضات تشخیصی - نحوه ارتباط با بیمار - تمرکز بر نیازهای بیمار (نه نیاز دانشجوی برای تکمیل ریکوارمنتها) - دریافت خدمات در Main Clinic و توسط تیم 	<p>نحوه دریافت خدمات</p>	<p>خدمت گیرنده (بیمار)</p>	<p>پیامد</p>
<ul style="list-style-type: none"> - سرعت خدمت دهی - صرفه جویی در هزینه بیمار - جلوگیری از اتلاف وقت بیمار 	<p>رضایتمندی</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - لزوم آشنایی دانشجو با وضعیت بیمار در دید کلی - لزوم آشنایی دانشجو با جامعه - تماس زود هنگام با بیمار 	<p>یادگیری موثر</p>	<p>کار آمد نمودن دانشجو</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - لزوم مسئولیت و پی گیری درمان بیمار - تغییر نگرش - مدیریت زمان - ارائه طرح درمان با توجه به شرایط متفاوت 	<p>مدیریت جامع بیمار توسط دانشجو</p>		



شکل ۱: مدل پارادیمی آموزش دندانپزشکی بیمار محور

این شیوه آموزش، فرصت تصمیم‌گیری مستقل برای دانشجویان فراهم نمی‌شود و دانشجویی که به این شیوه آموزش دیده، پس از فارغ‌التحصیلی، کارآمدی لازم را جهت درمان جامع بیمار، اخذ ننموده است. از طرفی دیگر با وجود اعلام ظرفیت توسط دانشکده‌های دندانپزشکی، ظرفیت پذیرش متناسب و هم‌راستا با توان دانشکده‌ها نیست و هر ساله تعداد بیشتری دانشجویان، خارج از توان دانشکده‌ها، معرفی می‌شوند و اضافه شدن دانشجویان انتقالی و تکمیلی خارج از کشور نیز وضعیت را نامناسب‌تر می‌نماید. در این میان، دانشجویانی که با سهمیه‌های مختلف، پذیرش می‌شوند دارای توان متفاوت در آموزش هستند. این در حالی است که همه آنها از یک نوع آموزش، بهره‌مند می‌گردند. حال، چنانچه بخواهیم آموزش بیمارمحور طراحی نماییم باید این مسئله مورد توجه قرار گیرد و ظرفیت پذیرش اضافی بر دانشکده‌ها تحمیل نگردد.

نحوه ارائه خدمات: دریافت خدمات غیر جامع به بیمار به علت جدا بودن بیش از حد بخش‌ها، موضوعی است که در آموزش فعلی در حال انجام است و از نقاط ضعف این روش آموزشی محسوب می‌گردد. تمرکز یادگیری بر اساس نیاز دانشجویان و همچنین به علت عدم وجود فرد مسوولی که هدایت بیمار را به عهده بگیرد، خدمات مناسب به بیمار ارائه نمی‌گردد.

شرایط زمینه‌ای: به شرایط خاصی که بر آموزش تاثیر می‌گذارد گفته می‌شود. این شرایط، ناظر بر فضای حاکم بر محیط کلان و محیط داخلی است. این شرایط، مجموعه‌ای از مفاهیم و طبقه‌ها یا متغیرهای زمینه‌ای را تشکیل می‌دهد و از ۴ مقوله‌ی اصلی، شامل: جلب نظر سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان، نیازهای ساختاری و نظارتی، ساماندهی منابع انسانی و سرمایه‌گذاری و تخصیص بودجه تشکیل شده است.

جلب نظر سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان: سیاست‌گزاران سلامت جامعه و مدیران آموزشی باید نسبت به عناصر اصلی روش آموزش توجه کامل شوند. چنانچه بتوان با توضیحات کامل و دلایل متقن، نظر برنامه‌ریزان و مدیران بالا دست را جلب نمود، حتی از خود آنان می‌توان به عنوان پشتیبانان حمایت گرفت. البته یکی از مشکلات، که شاید کار را دشوارتر می‌کند این است که، سیاست‌گزاران در سطح کلان، دندانپزشک نیستند و بنابراین از مشکلات

بر اساس رویه‌های کدگذاری هر یک از شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌ای، پدیده‌محوری و راهبردها و پیامدهای مربوطه به تفکیک ارائه می‌شود:

پدیده‌ی محوری: مقوله‌ی محوری یک صورت ذهنی از پدیده‌ای که اساس فرایند است و این مقوله همان برجسب مفهومی یا طرح بوجود آمده در نظر گرفته شده است. بنابراین، آموزش بیمار محور خط اصلی پژوهش را دربرگرفته و بیان می‌کند که چه چیز در جریان است. ابعاد آموزش اثر بخش بیمارمحور شامل مدیریت اجرای روش آموزشی در دانشکده‌های دندانپزشکی با فراهم نمودن شرایط لازم برای آموزش دهندگان، آموزش گیرندگان و خدمت گیرندگان و همچنین زمینه‌های آموزشی می‌باشد که در نهایت با تغییرات در زمینه‌های آموزشی، نحوه ارائه دروس توسط اساتید، کارآمدی دانشجویان و نحوه دریافت خدمات به بیمار تاثیر گذار است.

شرایط علی: این شرایط، موجب ایجاد و توسعه پدیده یا مقوله‌ی محوری می‌شوند و به طور مستقیم به پدیده محوری ارتباط دارند. شرایط علی از ۳ مقوله اصلی شامل: دیدگاه آموزش‌دهندگان، زمینه‌های آموزشی، نحوه ارائه خدمات تشکیل شده است.

دیدگاه آموزش‌دهندگان: دیدگاه و همکاری اساتید و تعامل آنان با مجموعه آموزش بر کسی پوشیده نیست و به عنوان یکی از ضرورت‌های اساسی و اصلی‌ترین پایه‌های آموزش بیمارمحور مطرح می‌گردد. اما به دلیل اینکه هیئت علمی به شیوه‌ای که در حال حاضر آموزش می‌دهند تربیت شده‌اند، بنابراین تمایل به ادامه همین روند آموزشی دارند و ایجاد هر گونه تغییری، نیازمند همراه نمودن و درگیر نمودن آنها در برنامه‌ریزی است. علاوه بر اینکه حفظ هویت تخصصی و ارائه آموزش به صورت جداگانه در گروه‌های آموزشی به عنوان یکی از نکات برجسته، همواره مورد نظر اساتید بوده و خواستار ادامه وضعیت کنونی می‌باشند.

زمینه‌های آموزشی: تحلیل وضعیت موجود حاکی از آن است که در بخش تئوری، آموزش‌ها قوی و مناسب به دانشجویان ارائه می‌شود، ولی آنچه نیاز به آن احساس می‌شود، آمیختگی این آموزش‌های تئوری با آموزش‌های عملی است. یادگیری صرفاً جزیره‌ای در هر یک از بخش‌ها به صورت جداگانه، فرصت آموزش جامع را از دانشجویان سلب می‌نماید. حال اگر به این موضوع، مسئله طرح درمان توسط استاد را هم اضافه نماییم، مشاهده می‌کنیم که به

آموزش دندانپزشکی دید چندان روشنی ندارند و همین امر، لزوم تلاشی مضاعف را می‌طلبد.

نیازهای ساختاری و نظارتی: یکی از مهمترین نیازهای ساختاری، برقراری ارتباط آموزش و درمان در دانشکده‌های دندانپزشکی است. در حال حاضر، آموزش در دانشکده‌های دندانپزشکی فارغ از درمان انجام می‌شود، و برای اینکه این امر تحقق یابد، نیاز است دانشکده‌های دندانپزشکی به حالت آموزشی-درمانی تبدیل شوند. کلینیک‌های مستقر در دانشکده‌های دندانپزشکی، رویکرد مراکز جامع را ندارند که باید آنها را به سمت مراکز جامعی که بطور همزمان، آموزش و درمان را به عنوان اصل تلقی نمایند، سوق دهیم. همچنین سیستم نظارتی به عنوان یک بازوی قوی می‌تواند در اجرای صحیح برنامه، نقش کلیدی ایفا کند. در بیشتر موارد، فقدان نظارت دقیق بر اجرای صحیح برنامه‌ها، حتی بهترین برنامه‌ها را با شکست مواجه می‌کند و در این راستا، تشکیل تیم نظارتی برای اجرای مناسب برنامه آموزشی، ضروری است.

ساماندهی منابع انسانی: ساماندهی منابع انسانی، زمینه لازم برای ظرفیت‌سازی و توزیع مناسب نیروها را بر اساس سیاست‌ها، راهبردها، تکالیف و وظایف عنوان شده به گونه‌ای فراهم می‌نماید که به افزایش کارآمدی و بهره‌وری منجر گردد. شاید، مهمترین مانع در راه اجرای روش جدید آموزشی، نیروی انسانی باشد که به خوبی توجیه نشده است. بنابراین لزوم آماده نمودن نیروی انسانی برای پیاده سازی مناسب برنامه و لزوم جلسات توجیهی کامل، ضروری است.

سرمایه‌گذاری و تخصیص بودجه: برای آموزش بیمارمحور نیز نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه داریم و تخصیص بودجه اولیه در مجموعه وزارت بهداشت برای شروع کار وجود ندارد. متأسفانه سرمایه‌گذار خارج از مجموعه وزارت بهداشت نیز برای اجرایی کردن این روش، وجود ندارد. اگرچه منافع این روش، در نهایت به آحاد جامعه خواهد رسید، ولی معمولاً سرمایه‌گذاران خصوصی در اموری سرمایه‌گذاری می‌نمایند که نتایج آن روشن و ملموس باشد. اگرچه نیاز به بودجه لازم است ولی شاید عدم تخصیص بودجه به عنوان مانع اصلی کار محسوب نگردد.

شرایط مداخله‌گر: شرایط عمومی هستند که مجموعه آنها بر استراتژی و راهبردها، تاثیر داشته و تاثیر می‌گیرند و

از ۲ مقوله اصلی، شامل: جلب مشارکت ذینفعان و برقراری ارتباط موثر، تشکیل شده است.

جلب مشارکت ذینفعان: جلب مشارکت ذینفعان به منظور کسب حمایت بیشتر و بهتر افراد نیز ضروری است. برای اجرای هر برنامه جدید، کلیه ذینفعان باید درگیر شوند. دخیل نمودن و مشارکت‌دادن ذینفعان در تصمیم‌گیری، نکته مهمی است که باید به آن اهمیت ویژه‌ای داد، چون وقتی افراد در تدوین برنامه مشارکت نداشته باشند مسوولیتی در برابر آن احساس نمی‌کنند و پاسخگو هم نیستند. چنانچه بتوان ذینفعان را درگیر نمود، انجام تغییرات نیز، راحت‌تر خواهد بود. ضمن اینکه، بهره‌گیری از تجربیات مشارکت-کنندگان نیز می‌تواند، نقش به‌سزایی داشته باشد.

برقراری ارتباط موثر: مهارت برقراری ارتباط موثر، یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های لازم برای دستیابی به موفقیت می‌باشد. به همین منظور، چنانچه بتوانیم ارتباط موثری با کلیه ذینفعان و برنامه‌ریزان و افراد کلیدی و تصمیم‌ساز، برقرار کنیم، پیش‌برد برنامه حتمی خواهد بود. با برقراری ارتباط موثر می‌توان نگرش اعضا هیئت علمی را نسبت به آموزش و درمان و ارائه طرح درمان تغییر داد، بطوریکه اساتید، دانشجویان را به عنوان مسئولین طرح درمان راهنمایی کرده و خود به عنوان ناظر عمل نمایند.

استراتژی (بکارگیری راهبردها آموزش بیمار محور): بیانگر فعالیت‌ها و تعاملات هدفداری است که از تبعات مقوله شرایط زمینه‌ای و تحت تاثیر شرایط مداخله‌ای است یا به عبارتی کنش‌ها یا بر هم کنش‌های خاصی که از پدیده محوری منتج می‌شود و از چهار مقوله اصلی شامل کسب توانمندی و صلاحیت، نیاز به تغییر روند ارزشیابی، تمرکز بر نیازها و مسائل آموزشی و نیاز به تغییر روش آموزش تشکیل شده است.

کسب توانمندی و صلاحیت: در سیستم آموزشی فعلی، دانشجو صرفاً به عنوان مکانیسم عمل می‌کند و به سبب نوع آموزشی که دریافت می‌کند، دیدگاه تصمیم‌گیری و قضاوت بالینی و کلینیکی پیدا نمی‌کند. بنابراین باید آموزش به گونه‌ای باشد که دانشجویان توانمندی درمان جامع بیمار و همچنین توانمندی بروز کردن اطلاعات، استفاده از منابع (مدیا، اینترنت، دوره‌های آموزشی و...) پس از فارغ-التحصیلی را داشته باشد تا بتواند از این منابع، در جهت ارائه بهتر خدمات بهره‌گیرند. ضمن اینکه برنامه‌های مهارتی را

به گونه‌ای در بطن آموزش‌ها قرار دهیم تا نیاز به گذراندن دوره‌های اضافی پس از فارغ التحصیلی به حداقل برسد.

نیاز به تغییر روند ارزشیابی: جایگاه ویژه ارزشیابی مستمر در ارتقاء کیفیت نظام های آموزشی بر کسی پوشیده نیست. ولی چنانچه ارزشیابی صحیحی انجام نگیرد کیفیت آموزش تامین نمی گردد. بنابراین باید روش ارزشیابی متناسب با روش های آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. تغییر روش ارزشیابی به سمت اخذ آزمون های صلاحیت بالینی این فرصت را برای دانشجو فراهم می کند که با عمق بیشتری به مطالب بپردازند و لازم است برای اساتید زمینه آموزش های لازم جهت اخذ آزمون های استاندارد فراهم آید.

تمرکز بر نیازها و مسائل آموزشی: منظور نمودن استانداردها برای ارائه خدمات درمان جامع و نحوه ارائه خدمات به بیماران از مواردی است که در آموزش بیمارمحور باید به آن توجه شود. همزمانی ارائه دروس نظری و عملی برای درک بهتر و جاگیری مطالب از الزامات می باشد. نباید از نظر دور داشت که اگرچه در روش های سنتی حجم مطالبی که تدریس می شود، بسیار زیاد است ولی معمولاً یادگیری موثر و پایداری انجام نمی شود. چون دانشجویان، مشارکت فعال در سیستم آموزش ندارند، بنابراین انتخاب روش های مناسب تدریس، می تواند این مشکل را تا حدودی برطرف کند.

نیاز به تغییر روش آموزش: برای دینامک کردن نظام های آموزشی، نیاز است که ساختارمند عمل نماییم و برای جاری سازی روح و نگرش درمان جامع به بازبینی برنامه به همراه تغییر در روش های آموزشی نیاز داریم در واقع شکل گیری و تدوین برنامه و روش آموزش باید مبتنی بر توانمندی ها و صلاحیت ها بوده و در این راستا ادغام افقی و عمودی دروس، تغییر چیدمان دروس و استفاده از "تم" و نهایتاً ادغام گروه های آموزشی به عنوان تغییرات اساسی در روش آموزش باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

پیامد: خروجی حاصل از بکارگیری استراتژی ها می باشد و از چهار مقوله اصلی شامل نحوه دریافت خدمات، رضایتمندی، یادگیری موثر و مدیریت جامع بیمار توسط دانشجو تشکیل شده است.

نحوه دریافت خدمات: در آموزش فعلی فقط درمان ها به صورت مقطعی برای بیمار انجام می شود. گاهی

اوقات، اتفاق می افتد که درمان های غیر ضروری که باید در مراحل بعدی درمان قرار گیرند در اولویت قرار می گیرند، چون ظرفیت بخشی که نیاز اصلی بیمار است تکمیل بوده و ارائه درمان اصلی در اولویت قرار نمی گیرد. در دانشکده های دندانپزشکی نیز چون بخش آموزش از درمان جداست در نتیجه، آموزش در اولویت و به تبع آن، درمان در مرحله بعدی قرار می گیرد.

رضایتمندی: رضایتمندی، زمانی حاصل می گردد که بیمار به علت دریافت خدمات، مجبور به مراجعه به بخش های مختلف نباشد و سرعت دریافت خدمات را به خوبی احساس کند. وقتی خدمات در کلینیک جامع ارائه می شود، از اتلاف وقتی بیمار و هزینه ای که به علت درمان های غیر ضروری ممکن است پیش آید، جلوگیری خواهد شد که همه این موارد موجبات رضایتمندی بیمار را فراهم می نماید.

یادگیری موثر: با توجه به اینکه بیشتر دانشجویان، پس از فارغ التحصیلی وارد بازار کار می شوند، بنابراین باید توانایی ها و مهارت های لازم به عنوان یک دندانپزشک مستقل را فرا گرفته باشند تا در مطب جهت ارائه خدمات به بیمار دچار تزلزل و سردرگمی نشوند.

مدیریت جامع بیمار توسط دانشجو: آموزش دانشجو باید به شیوه ای باشد که در طول آموزش، نگاهی جامع نسبت به بیمار پیدا کند تا امکان ارائه خدمات بهتری بوجود آید. چنانچه این روش در آموزش، ملاک باشد از این جهت که خدمات به صورت یک بسته خدماتی ارائه می شود، مناسب تر است و آموزش دانشجویان، تشابه بیشتری با شرایط واقعی خواهد داشت. در چنین شرایطی، دانشجو در مدیریت جامع بیمار که در آموزش بیمارمحور می تواند آن را تجربه کند نتایج درمان های انجام شده را در یک بیمار می تواند ارزیابی نماید. در این روش مشکلاتی که ممکن است بعد از فارغ التحصیلی ایجاد گردد به مراتب کمتر است.

بحث

آموزش دندانپزشکی بیمارمحور، آموزشی را برای دانشجویان ارائه می نماید که نسبت به درمان جامع بیمار توانمندتر گردند، در این پژوهش این مقوله به عنوان مهم ترین مقوله در مدل، به عنوان مقوله ی محوری، معرفی شده است. عوامل موثر و تاثیرگذار بر آموزش بیمارمحور، عبارتند از: عوامل علی، زمینه ای، مداخله گر، راهبردها و پیامدها که به

تشریح و مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مشابه پرداخته‌ایم.

در بخش شرایط علی، داده‌های استخراج شده‌ای که بر پدیده‌ی محوری تاثیر گذاشته، نشان داده که در اولین گام تحلیل آموزش فعلی و لزوم تغییر آن به سمت آموزشی کارآمد ضروری است. دیدگاه آموزش دهندگان، زمینه‌های آموزشی، نحوه ارائه خدمات به بیمار نیاز به مدل دیگری از آموزش را ضروری می‌سازد. در بخش شرایط زمینه‌ای تاثیر گذار بر پدیده محوری می‌توان به جلب نظر سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان و نیازهای ساختاری و نظارتی، ساماندهی منابع انسانی و تخصیص بودجه اشاره نمود. آموزش بیمار-محور، هم‌راستا با فراهم آوردن امکانات و تجهیزات نیازمند برنامه‌ریزی صحیح است. روش آموزشی جدید حتما نیاز به مشوق‌هایی برای دانشکده‌های مجری دارد و علاوه بر آن برای اجرای درست برنامه، نیاز به شکل‌گیری کمیته نظارتی و تقویت تیم توانمندسازی است. مقوله توانمندسازی اعضا هیئت علمی و کارکنان نیز از جمله عوامل تاثیر گذاری است که باید مورد توجه قرار گیرد. از شرایط مداخله‌ای در آموزش دندانپزشکی بیمار محور مشارکت ذینفعان و برقراری ارتباط مؤثر توجه به شرایط مداخله‌ای در پیشبرد راهبردهای آموزشی نقش مهمی دارد. کار تیمی که از لازمه‌های این مدل است، باعث هم‌افزایی و ارتباطات مؤثر می‌گردد. ارتباطات فرا بخشی با شناخت ذینفعان، ارتباطات بین بخشی با همکاری تنگاتنگ دپارتمان‌های مختلف و هم‌چنین لزوم تعامل بخش‌های آموزش و درمان برای ارائه خدمات مناسب و بیمار محور برای اجرای موفق مدل از ضروریات است. استراتژی‌های لازم برای آموزش بیمار محور عبارت است از توجه به نیازهای آموزشی، تغییر در روش آموزش، کسب توانمندی و صلاحیت و تغییر روش‌های ارزشیابی است. با تاکید بر نیازهای آموزشی و تغییراتی که نیاز است در روند آموزش انجام بگیرد قادر به طراحی آموزش اثربخش هستیم. توجه به نیازهای آموزشی و یافتن شیوه‌های مؤثرتر بر یادگیری از مسایل روزمره آموزش پزشکی بوده و با توجه به غلبه شیوه‌های سنتی در آموزش علوم پزشکی استفاده از شیوه‌های مؤثرتر مورد توجه بسیار است. عموماً در شیوه‌های سنتی، اگر چه حجم مطلب بسیاری در اختیار دانشجو قرار می‌گیرد ولی معمولاً یادگیری مؤثر و پایداری به علت عدم مشارکت فعال دانشجو صورت نمی‌پذیرد (۱۷). مهمترین تغییر در روش‌های آموزش، ادغام کردن گروه‌های آموزشی است که آن را به عنوان بزرگترین

مانع برای اجرای روش آموزش بیمارمحور می‌توان مطرح کرد. چون تفکر اعضای هیئت علمی مبنی بر لزوم وجود دیوار بخش‌هاست، مقاومت اساتید نسبت به از بین رفتن بخش‌ها که لازمه ادغام است از معضلاتی است که باید در باره آن چاره‌ای اندیشید. همگام با آماده‌سازی اساتید، ادغام‌های افقی و عمودی دروس که شرایط یادگیری بهتر را فراهم می‌نماید باید انجام و موضوع ادغام با استفاده از "تم" در چیدمان دروس لحاظ گردد. پیامدهایی که از اجرای مدل مورد نظر، بدست می‌آید شامل: مدیریت جامع بیمار توسط دانشجو، یادگیری مؤثر دانشجو

، نحوه دریافت خدمات و رضایتمندی بیمار است و این امر، الزاماتی از جمله تغییر نگرش به سمت سلامت محوری، مدیریت زمان، لزوم مسئولیت‌پذیری درمان بیمار را دربر می‌گیرد. یادگیری مؤثر، آشنایی با جامعه در کارآمد کردن دانشجو می‌تواند مؤثر باشد. به عبارتی، توانایی طرح درمان-های مختلف را دانشجو در صورت کار در **main clinic** و همچنین محیط درمان واقعی یاد می‌گیرد. نتایج این پژوهش با نتایج برخی مطالعات انجام شده که هر کدام به زوایایی از آموزش بیمارمحور پرداخته‌اند هم‌راستا است که در ادامه به آن اشاره می‌گردد. نتایج مطالعه دریازاده و همکاران در خصوص نقد برنامه درسی دندانپزشکی عمومی، فراهم‌سازی بسترهای اجرایی و توجه ذینفعان را عنوان کرده و توانمندسازی را به شیوه‌های مختلف برای اساتید ضروری دانسته است و از نقاط ضعف اجرای آموزش دندانپزشکی به تعامل نامناسب اساتید گروه‌ها باهمدیگر و همچنین فقدان تعامل اساتید دانشکده دندانپزشکی با دانشکده‌های مرتبط دیگر اشاره کرده است. آنها در مطالعه خود لزوم تشکیل **main clinic** را برای آموزش ادغام-یافته، مورد تاکید قرار داده اند (۹). هدن و همکاران در مطالعه خود به تغییرات فعلی در برنامه درسی دندانپزشکی و همچنین چالش‌های مهم برای نوآوری در برنامه درسی اشاره نموده‌اند (۱۸). یقینی و همکاران نیز در مطالعه خود در چالش‌های اجرایی، به نبود برنامه‌ریزی اجرایی اشاره کرده و ضمن اینکه لزوم توانمندسازی هیات علمی و کارکنان را مطرح می‌نماید، به مسئله عادت داشتن به برنامه آموزش در حال اجرا و مقاومت در برابر تغییر، اشاره کرده و ادغام گروه-های آموزشی را برای آموزش ادغام‌یافته، مفید می‌دانند (۶). پارک و هاول نیز عنوان داشته‌اند که نیاز است با دستورالعمل برنامه درسی جدید، دانشجویان، اعضا هیئت علمی و کارکنان را هدایت نمود (۱۹). مدهان نیز ارتباطات را

از آموزش‌های مجزا و تکه‌تکه در هر بخش، تغییر یابد و آموزش در یک کلینیک عمومی انجام شود. تغییر در روش‌های آموزشی با اولویت قرار دادن نیازهای جامعه، جلب مشارکت اعضای هیئت علمی به عنوان بازوی قوی برای اجرای مدل آموزشی جدید، امکان ارائه طرح درمان توسط دانشجو و تماس زود هنگام با بیمار برای درک بهتر فرایند درمان، تغییر در شیوه‌های ارزشیابی دانشجو به منظور عمق بخشیدن به آموخته‌ها، طراحی آزمون‌های صلاحیت‌های بالینی در پایان دوره برای سنجش کارآمدی دانشجو، همه از مواردی هستند که می‌توانند ما را در رسیدن به هدف یاری کنند.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله، از تمامی اعضاء محترم هیئت علمی که به عنوان مشارکت کننده، با این پژوهش همکاری کرده‌اند قدردانی و تشکر می‌نمایند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر اقتباس از رساله دکتری بوده که پس از بررسی در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز با کد ۱۷۱۹۷۱ ثبت گردیده است. در نگارش و اجرای پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت شده و در جلسات مصاحبه، رعایت حقوق مصاحبه شونده‌گان در تمامی مراحل مورد توجه و احترام بوده است.

تضاد منافع: نتایج بدست آمده از این پژوهش، با منافع سازمانی در تعارض نمی‌باشد.

به عنوان بهترین مسیر برای رسیدن به آموزش بیمارمحور، مورد تأکید قرار می‌دهد(۱۳). سنتور نیز در پژوهش خود بیان داشته که دندانپزشک فردا نیازمند مهارت‌های مدیریت بیمار از جمله ارتباطات پیچیده و مهارت‌های بین فردی برای برقراری ارتباط با بیماران و تمام اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی است(۲۰) و فونتانا در پژوهش خود اشاره می‌کند که آموزش دندانپزشکی باید فارغ‌التحصیلان را با مهارت‌های مدیریت، ارتباطات و مهارت‌های رهبری مورد نیاز برای عملکرد در این محیط، تطبیق دهد(۲۱). الگوان نیز در پژوهش خود نیاز به ادغام علوم پایه و بالینی را مطرح می‌نماید(۲۲). بریگز در پژوهش خود برنامه آموزش بر پایه ادغام علوم زیستی، بالینی و رفتاری با استفاده از چارچوب مبتنی بر سیستم سازماندهی در دانشگاه ایلینوی شیکاگو را مطرح می‌کند(۲۳). عقیلی و همکاران در تحقیق خود به بررسی اثر برخورد زودرس با محیط بالینی بر نگرش حرفه‌ای دانشجویان دندانپزشکی پرداخته‌اند. نتایج حاکی از آن است که آثار مثبت مواجهه‌ی زودرس بالینی بر نگرش دانشجویان دندانپزشکی سال اول و دوم به حرفه و آموزش دندانپزشکی وجود دارد(۸). نتایج مطالعه‌ای مرتبط با میزان توانمندی حرفه‌ای و عوامل مرتبط به آن در دانشجویان دندانپزشکی به صورت خوداظهاری نشان داده که بازنگری در شیوه‌های آموزشی مطابق کوریکولوم آموزشی در بخش‌های بالینی را ضروری دانسته‌اند(۵).

نتیجه‌گیری

برای تربیت فارغ‌التحصیلانی توانمند که بتوانند خدمات مناسبی را به جامعه ارائه نمایند باید روش آموزش کنونی

منابع

1. Hyewon Lee NIC, Avery Brow, Sean Boyne, Michael Monopoli, Mark Doherty, Olivia Croom & Lilly Engineer Person-centered care model in dentistry. BMC Oral Health. 2018;18(198).
2. Ladan Zarshenas SMD, Morteza Oshagh, Parissa Salehi. Problem Based Learning: An Experience of a New Educational Method in Dentistry. Iranian Journal of Medical Education. 2010;10(2):8.
3. Valachovic RW. Integrating Oral and Overall Health Care: Building a Foundation for Interprofessional Education and Collaborative Practice Journal of Dental Education. 2019;83(2):3.
4. Little. J. W. MCS, Rhodes. N. L., Fallas. D. Dental measures for systemic patients 2018.
5. Yazdani RaZM, Simin and Mortazavi, Majed and Madankan. Evaluation of Clinical Competency and the Influential Factors in Dentistry Students Using the Self-assessment Method Journal of Mashhad Dental School. 2018;42(4):7.
6. Yaghini J, Faghihi A, Yamani N, Daryazadeh S. Challenges for Implementing General Dentistry Curriculum from Students' Viewpoint. Journal of Mashhad Dental school. 2018;42(4):13.
7. Shiyana Eliyas, Holsgrove G. Education and training in craft skills dentistry. British Dental Journal. 2019;226(10):5.
8. H. Aghili SY, Sh. Taheri Moghadam *, S. H. Mohammadi. Evaluation of the effect of early clinical exposure on professional attitude of dental students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in

2011-2012. The Journal of Medical Education and Development. 2013;8(1):14.

9. Saeideh Daryazadeh AF, Jaber Yaghini, Nikoo Yamani. Criticism of General Dentistry Curriculum in Line with Accountable and Justice-Oriented Education Package. Iranian Journal of Medical Education. 2017;17(5):15.

10. Maryam Safarnavadeh SEK, Nematollah Mousapur The Experience of Integration in the Dental Curriculum of the World's Accredited Universities and How to Apply it in Iran. Future of Medical Education Journal. 2016;1(4):14.

11. Behar-Horenstein LS. Critical Thinking Skills Toolbox for Dental Education, Revised. 2018.

12. Safarnavadeh M, Ebrahimpour Koumleh S, Jafari S. The Examination of the Reasons for the Need to Change and Integrate in the Dental Curriculum in Iran and the World Journal of Dental School. 2018;36(2):15.

13. Balasubramanian Madhan ASR, Haritheertham Gayathri. Attitudes of postgraduate orthodontic students in India towards patient-centered care Journal of Dental Education. 2011;75(1):7.

14. Mark I.Ryder IM. Current challenges for dental education in Japan and the United States, Japanese Dental Science Review. Japanese Dental Science Review. 2011;47(1):7.

15. Muhammad F Walji NYK, Andrew I Spielman. Person-Centered Care: Opportunities and Challenges for Academic Dental Institutions and Programs Journal of Dental Education. 2017;81(11):7.

16. Abbaszadeh M. Reflections on the validity and reliability of qualitative research, Applied

Sociology. Journal of Applied Sociology. 2012;45(1):15.

17. Majid Akbary SK. Team based learning: An innovative teaching method in preclinic course of restorative dentistry and its impact on the students' clinical skills, Mashhad dental school. Journal of Dental Medicine. 2016;29(2):7.

18. N Karl Haden WDH, Denise K Kassebaum, Richard R Ranney, George Weinstein, Eugene L Anderson, Richard W Valachovic. Curriculum change in dental education, 2003-09 Journal of Dental Education. 2010;74(5):18.

19. Sang E Park THH. Implementation of a patient-centered approach to clinical dental education: a five-year reflection Journal of Dental Education. 2015;79(5):6.

20. Centore L. Trends in Behavioral Sciences Education in Dental Schools, 1926 to 2016. Journal of Dental Education. 2017;81(8):7.

21. Fontana. M G-CC, de Peralta .T &Johnsen D.C. Dental Education Required for the Changing Health Care Environment. Journal of Dental Education. 2017;81(8):8.

22. Satheesh Elangovan SRV, Sreedevi Srinivasan, Nadeem Y Karimbux, Paula Weistroffer, Veerasathpurush Allareddy. Integration of Basic-Clinical Sciences, PBL, CBL, and IPE in U.S. Dental Schools' Curricula and a Proposed Integrated Curriculum Model for the Future 2016;80(3):9.

23. Charlotte L Briggs PAP, G William Knight, Lea Alexander, Nancy Norman. Fitting Form to Function: Reorganization of Faculty Roles for a New Dental Curriculum and Its Governance. Journal of Dental Education. 2013;77(1):12.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی