

## بررسی کیفیت تدریس درس "سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی" برای دانشجویان عمومی دانشکده‌های دندانپزشکی ایران

هادی قاسمی\*، عبدالحمید ظفرمند\*\*، محمد رضا نخستین\*\*\*

\* استادیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\* دانشیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\*\* استادیار گروه دندانپزشکی ترمیمی و زیبایی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ ارائه مقاله: ۹۱/۵/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

### An Evaluation of the Quality of Teaching "Community Oral Health" Course for Undergraduates in Dental Schools in Iran

Hadi Ghasemi\*, Abdolhamid Zafarmand\*\*#, MohammadReza Nakhostin\*\*\*

\* Assistant Professor, Dept of Community Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*\* Associate Professor, Dept of Community Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*\*\* Assistant Professor, Dept of Restorative Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 4 August 2012; Accepted: 9 January 2013

**Introduction:** It has been a decade since the course "Community Oral Health" has been revised. The aim of this study was to evaluate how the course of community oral health is being taught in the undergraduate program of dental schools in Iran after a decade of revisions.

**Materials & Methods:** In spring 2010, dental schools have been requested to report how the course of community oral health is being taught in terms of content and format, number of credits and the distribution of the credits along the curriculum, and the discipline of the teachers that teach this course.

**Results:** In total, 12 schools responded. The content of the course, in all the schools, was according to what had been formally authorized by the Ministry of health and the format of presentation was a mix of lecture, workshop, and field work. The most prevalent format of presentation even in some parts of practical credit was lecture; field work was rare. In 92% of the schools, this course consisted of one theoretical and five practical credits. More than half of the schools (58%) reported that the teachers of this course did not have a degree related to the community oral health.

**Conclusion:** There are shortcomings in the mode of teaching the course of community oral health in dental schools in Iran. To improve the quality of teaching for this course, the department of community oral health needs to be strengthened and cooperation with this department must be enhanced inside the dental schools and as well between dental schools and university.

**Key words:** Community oral health, dental education, Iran.

# Corresponding Author: ahzafarmand@sbmu.ac.ir

J Mash Dent Sch 2013; 37(1): 55-64.

#### چکیده

**مقدمه:** از تصویب تغییرات کیفی و کمی در ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در دوره دندانپزشکی عمومی ده سال می‌گذرد. هدف مطالعه حاضر بررسی نحوه ارائه این درس در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران پس از گذشت یک دهه بود.

# مولف مسؤؤل، نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشکده دندانپزشکی، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۲۱۸۱۳

E-mail: ahzafarmand@sbmu.ac.ir

**مواد و روش‌ها:** در بهار سال ۱۳۸۸، از دانشکده‌های دندانپزشکی کشور تقاضا شد نحوه ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در واحدهای نظری و عملی را از جهت محتوا و شکل ارائه درس، نحوه توزیع واحدها در طول دوره، و هیات علمی ارائه دهنده درس ارسال نمایند. یافته‌ها: از ۱۲ دانشکده پاسخ دریافت شد. در تمام دانشکده‌ها محتوای درس مطابق مصوبه وزارتخانه و شکل ارائه، ترکیبی از سخنرانی، کارگاه و کار در فیلد بود. سخنرانی، شکل غالب ارائه درس حتی در برخی قسمت‌های واحد عملی بوده و کار در فیلد ناچیز بود. در ۹۲٪ دانشکده‌ها، این درس به صورت یک واحد نظری و ۵ واحد عملی ارائه می‌شد. هیات علمی ارائه دهنده درس در ۵۸٪ دانشکده‌ها تخصص دندانپزشکی اجتماعی نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران با محدودیت‌ها و کمبودهایی در محتوی و اجرا همراه است که برای برطرف کردن آنها نیاز به تقویت بیشتر گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، همکاری و هماهنگی‌های بیشتر درون دانشکده و همچنین بین دانشکده و دانشگاه می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، آموزش دندانپزشکی، ایران.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۲ دوره ۳۷ / شماره ۱: ۶۴-۵۵.

## مقدمه

مشخص کرده است که چنین رویکردی منجر به تامین و ارتقا سلامت دهان جامعه نمی‌شود.<sup>(۵،۶)</sup> از طرفی، تغییر در روند اپیدمیولوژیک بیماری‌های دهان<sup>(۶)</sup>، ارتباط بین بیماری‌های دهان و بیماری‌های سیستمیک<sup>(۷)</sup>، تغییرات تدریجی جمعیتی و اجتماعی<sup>(۸)</sup> و شواهد دال بر اثربخشی مداخلات پیشگیری در کاهش بار بیماری‌های دهان<sup>(۹)</sup>، منجر به اصلاحات اساسی در آموزش دندانپزشکی گشته است.<sup>(۱۰)</sup>

هدف از اصلاحات در آموزش دندانپزشکی، تربیت دندانپزشکانی است که توانایی ارائه مراقبت‌های سلامت دهان جامع و کامل (Comprehensive care) به بیماران، پایه قوی در پژوهش، مهارت‌های لازم برای مدیریت کار بالینی دندانپزشکی، و مهارت‌های لازم برای ارتباط بین فردی و کار تیمی را داشته باشند. مزایای دیگر این تغییرات، نهادینه کردن مسئولیت‌پذیری اجتماعی و کسب مهارت‌های فرهنگی در دانش‌آموختگان دندانپزشکی، ارائه درکی عمیق‌تر از ارتباط بین علوم پزشکی و دندانپزشکی، انتقال آموزش‌های مبتنی بر نیازهای جامعه و مهارت‌های تفکر علمی نقادانه، ایجاد تفکر آموزش مداوم (Life-long learning) و بالاخره کار بالینی مبتنی بر شواهد در دانشجویان دندانپزشکی است.<sup>(۱۱)</sup>

برنامه آموزشی رشته‌های علوم پزشکی زمانی بالاترین اثربخشی را دارد که محور اساسی آن نیازهای سلامت جامعه باشد. بدین صورت دانشگاه در آزمایش کارآمدی، بهره‌وری و اثربخشی راه‌های مختلف حل مشکلات سلامت جامعه نقش خواهد داشت. با تکیه بر چنین باوری و به منظور افزایش توانایی‌های دانشجویان دندانپزشکی در شناخت مشکلات مرتبط با سلامت دهان جامعه و کسب مهارت برای حل این مشکلات، درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در کوریکولوم دوره دندانپزشکی عمومی وارد شده است.<sup>(۱)</sup>

بنا به تعریف «سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی» (Dental Public Health یا Community Oral Health) عبارت است: از علم و هنر پیشگیری و کنترل بیمارهای دهان، ارتقا سلامت دهان و بهبود کیفیت زندگی از طریق تلاش‌های سازمان یافته جامعه.<sup>(۲)</sup> در این تعریف، تاکید بر سلامت دهان جامعه وجود دارد که باید هدف نهایی تمام شاغلین حرفه دندانپزشکی باشد. متأسفانه هدف آموزش دندانپزشکی از دیرباز، عمدتاً کسب مهارت‌های کلینیکی به منظور درمان مشکلات دهان و دندان بوده است.<sup>(۳،۴)</sup> در حالی که تحقیقات در کشورهای پیشرفته

مباحث مطرح در رشته سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی ویژگی منحصر به فردی داشته و تفاوت قابل ملاحظه‌ای با سایر رشته‌های دندانپزشکی دارد که به طور مرسوم در دانشکده‌ها تدریس می‌شده است. در این رشته تاکید اصلی بر یافتن ریشه‌های بروز بیماری‌های دهان و دندان در سبک زندگی افراد و عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی می‌باشد و برای کنترل و کاهش بار بیماری‌ها، سعی در بهبود نگرش افراد نسبت به مقوله سلامت، اعمال روش‌هایی جهت پیشگیری از بروز بیماری‌ها در سطح فردی و اجتماعی و مداخله در سیاستگذاری‌های مرتبط با سلامت دارد. این رویکرد، تفاوت بارزی با رویکرد مبتنی بر درمان و ارائه مهارت‌های بالینی دارد که به طور سنتی در دانشکده‌های دندانپزشکی برای سالیان متمادی تدریس می‌شده است.<sup>(۲)</sup> از طرفی متخصصین این رشته که به صورت آکادمیک، اصول و مبانی و کاربرد این رشته را کسب کرده‌اند، در سطح دانشکده‌های دندانپزشکی کشور بسیار محدود هستند. با توجه به این مطالب، لزوم بررسی چگونگی تدریس درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در دانشکده‌های کشور احساس شد. بنابراین هدف از مقاله حاضر، بررسی نحوه ارائه این درس در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران پس از گذشت یک دهه از تصویب تغییرات اساسی در ارائه آن بود.

در همین راستا، هدف از درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، ارائه دیدگاهی جامع درباره مقوله سلامت به دانشجویان و تشویق ایشان به تفکر نقادانه در زمینه عوامل تاثیرگذار بر سلامت و نیازهای سلامت (Health needs)، کشف عوامل نابرابری در سلامت (Health inequity)، تقویت رویکرد پیشگیری و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت می‌باشد.<sup>(۲)</sup> لذا به منظور نیل به این هدف، در محتوای درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، مباحثی از علوم و رشته‌های علمی گوناگون همچون اپیدمیولوژی، ارتقاء سلامت، آمار پزشکی، جامعه شناسی، روانشناسی، اقتصاد سلامت، مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات سلامت و جمعیت‌شناسی گنجانده شده است.<sup>(۲)</sup> این مباحث در آموزش دانشجویان دندانپزشکی در بسیاری از دانشکده‌های دندانپزشکی دنیا که سابقه تدریس طولانی رشته سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی را دارند موجود بوده<sup>(۱۸-۱۲)</sup> و در جدیدترین اصلاحات کوریکولوم دندانپزشکی<sup>(۱۹،۱۰)</sup> مورد تاکید قرار گرفته است.

درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی از دهه ۶۰ هجری شمسی در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران در قالب یک واحد درسی نظری به نام «دندانپزشکی مجتمعی» و بنا به نظر بعضی اساتید علاقه‌مند (غالباً از بخش دندانپزشکی کودکان) تدریس می‌شد. از سال ۱۳۷۹ و بر طبق مصوبه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این درس با تغییرات شکلی به میزان ۶ واحد (شامل ۱ واحد نظری و ۵ واحد عملی) در دوره دندانپزشکی عمومی افزایش یافت. سرفصل‌های مصوب این درس برای واحد نظری و عملی به ترتیب در جداول ۱ و ۲ نمایش داده شده است.<sup>(۲۰)</sup>

## جدول ۱: سرفصل‌های درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

## نظری

- ۱- مقدمه، تعریف و بیان اهداف دندانپزشکی اجتماعی
- ۲- تعریف جمعیت - گروه‌های سنی - گروه‌های هدف
- ۳- مقایسه اقتصادی و رجحان پیشگیری بر درمان در دندانپزشکی
- ۴- سطوح خدمات بهداشتی درمانی و جایگاه خدمات دندانپزشکی در آن
- ۵- آشنایی با تاریخچه خدمات بهداشت دهان و دندان و آشنایی با طرح ادغام دندانپزشکی در سیستم شبکه
- ۶- عادات بهداشتی و نگرش مردم به مسئله بهداشت دهان
- ۷- نقش و مسئولیت دندانپزشک به عنوان عضو تیم پزشکی در خدمات درمانی
- ۸- مسئولیت دندانپزشک در رابطه با افراد و خانواده در اجتماع
- ۹- آموزش بهداشت - تعریف، اهداف، فن آوری آموزشی با تکیه بر روش‌های گوناگون (گروهی، چهره به چهره...) نحوه نوشتن برنامه
- ۱۰- نیازسنجی بهداشتی و درمانی دندانپزشکی در گروه‌های هدف
- ۱۱- آموزش نحوه انعکاس نیازها به مقامات مسئول بهداشتی و درمانی آموزش کشور
- ۱۲- برنامه ریزی در جهت پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در گروه‌های هدف
- ۱۳- آشنایی با مسواک، خمیر دندان، دهان شویه و ... موجود در ایران

## جدول ۲: سرفصل‌های درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

## عملی

- ۱- بررسی وضعیت سلامت و بیماری‌های دهان و دندان در یک جامعه مشخص:
- ارائه گزارش توصیفی از وضعیت موجود
- ارائه گزارش شیوع و بروز بیماری‌های دهان و دندان و تعیین تفاوت‌های آن
- ارائه گزارش از عوامل موثر بر روی الگوی بیماری‌های دهان و دندان (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، ...)
- تعیین میزان شاخص‌های اپیدمیولوژیک (DMFT, dmft, CPITN, GI, ...)
- ۲- ارائه الگوی مناسب جهت ارتقا بهداشت دهان و دندان در گروه هدف:
- انتخاب مناسب‌ترین روش جهت تشویق گروه هدف به مشارکت در امر بهداشت دهان
- ارائه روش مناسب جهت تاثیر بر مسئولان ذی نفوذ در امر ارتقا سطح بهداشت دهان
- انتخاب مناسب‌ترین و باصرفه‌ترین روش تجویز فلوراید
- ۳- اجرای برنامه دندانپزشکی پیشگیری و آموزش بهداشت در گروه هدف
- انتخاب و شناسایی گروه هدف
- برنامه ریزی آموزش
- اجرای برنامه آموزش در مدارس، کارخانه‌ها و کارگاه‌ها، مادران باردار و شیرده،
- گروه‌های هدف خاص و ...
- ۴- گزارش از نحوه استریلیزاسیون و کنترل عفونت در مراکز بهداشتی درمانی

## مواد و روش‌ها

محتوا و شکل ارائه این درس را به صورت مکتوب برای دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی ارسال کنند. از مجموع ۱۸ دانشکده دندانپزشکی، از ۱۲ دانشکده، شامل آزاد اسلامی واحد تهران، آزاد

به منظور بررسی نحوه آموزش درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، در بهار سال ۱۳۸۸ از معاونین آموزشی دانشکده‌های دندانپزشکی کشور تقاضا شد که

دندان و تکمیل فرم‌های مخصوص نیازهای سلامت دهان و انجام درمان‌های پیشگیری همچون فلورایدتراپی و فیشورسیلانت تراپی بود.

در یک دانشکده، (دانشکده دندانپزشکی مشهد) کارگاه آموزشی سوء مصرف مواد مخدر، مدیریت بحران (تریاز) و کنترل عفونت عملی برای دانشجویان برگزار می‌شد. همچنین در دو دانشکده دندانپزشکی (مشهد و اصفهان)، کارگاه‌هایی برای آموزش نحوه تهیه طرح تحقیقاتی و مقاله نویسی ارائه می‌گردید.

بر طبق پاسخ‌های رسیده از دانشکده‌ها، بیشتر فعالیت‌های صورت گرفته در واحد عملی پیرامون مورد ۱ از سرفصل‌های مصوب وزارتخانه (بررسی وضعیت سلامت و بیماری‌های دهان و دندان در یک جامعه مشخص) (جدول ۲) بود و فعالیت‌های پیرامون موارد ۲ تا ۴ مشخص شده در جدول ۲ بسیار کم و یا در حد صفر بود.

#### ب) شکل ارائه درس

در کلیه ۱۲ دانشکده، آموزش، چه نظری و چه عملی به صورت ارائه سخنرانی توسط استاد صورت می‌گرفت. مشارکت عملی دانشجویان در کارگاه‌ها و فیلدها بارزتر بود. به عنوان مثال ارائه سمینار توسط دانشجویان در رابطه با موضوعات مرتبط، انجام درمان‌های پیشگیری مثل آموزش بهداشت دهان و دندان، فلوراید و فیشورسیلانت تراپی در دانشکده یا مرکز درمانی، تهیه پمفلت و پوستر آموزشی و انجام عملی کنترل عفونت از مصادیق کار عملی دانشجویان گزارش شده بود.

#### ج) تعداد واحد و نحوه توزیع آنها

طبق اعلام دانشکده‌ها، در ۱۱ دانشکده (۹۲٪)، درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی به صورت یک واحد نظری و پنج واحد عملی ارائه می‌گردید. فقط در

خوراسگان، اصفهان، اهواز، بابل، تبریز، زاهدان، شهید بهشتی، کرمان، مشهد، همدان و یزد پاسخ دریافت شد. پاسخ‌های دریافت شده از دانشکده‌ها به صورت گزارش بود که از داخل این گزارش‌ها مسائل مربوط به ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی شامل محتوای درس، شکل ارائه درس، تعداد واحد و نحوه توزیع واحدها در طول کوریکولوم، و تخصص هیات علمی ارائه‌دهنده درس، استخراج، خلاصه سازی و مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین اجازه گزارش نتایج این تحقیق در قالب یک مقاله علمی از دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی توسط نویسندگان مقاله اخذ شد.

#### یافته‌ها

##### الف) محتوای درس

در واحد نظری، سرفصل‌های ارائه شده در دانشکده‌های مختلف مطابق مصوبه دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی بود که البته بسته به تعداد هیئت علمی آموزش دهنده و تناسب رشته‌ای ایشان با موضوع درس مورد نظر، بعضی مباحث تکمیلی، نیز آموزش داده می‌شد.

در واحد عملی، در کلیه دانشکده‌ها، آموزش شامل دو بخش بود: آموزش‌های نظری و کار در فیلد. آموزش‌های نظری به منظور آماده کردن دانشجویان برای کار در فیلد صورت می‌گرفت و شامل آشنایی با شاخص‌های پوسیدگی، پریودنتال، ارتودنسی، مباحث کنترل عفونت، آشنایی با وسایل کمک آموزشی آشنایی با وسایل بهداشت دهان و دندان در بازار ایران بود. کار در فیلد شامل مراجعه دانشجویان به مراکز اجتماعی از قبیل مهدکودک‌ها، مدارس، مراکز بهداشتی درمانی و مراکز ارائه خدمات به بیماران خاص همچون دیابتی، تالاسمی، روانپزشکی، معلولین و ... جهت آموزش بهداشت دهان و

گروه‌های دیگر مثل اطفال، ارتودنسی، پیرو و تشخیص بیماری‌های دهان برای تدریس درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی استفاده می‌شد. در ۴۲٪ دانشکده‌ها (تهران، شهید بهشتی، اصفهان، مشهد، و کرمان)، هیئت علمی با مدرک دندانپزشکی اجتماعی، این درس را ارائه می‌داد.

دانشکده دندانپزشکی اصفهان، واحد نظری، شامل دو واحد بود. نحوه توزیع واحدها در طول دوره تحصیل در دانشکده‌های مختلف در جدول ۳ نشان داده شده است.

(د) هیئت علمی ارائه دهنده

از آنجاکه گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، نوپا بوده و مدت زمان زیادی از تاسیس آن نمی‌گذرد، در بیش از نیمی از دانشکده‌ها (۵۸٪) از هیئت علمی

جدول ۳: تعداد واحد درس دندانپزشکی اجتماعی و زمان ارائه آن در دانشکده‌های مختلف

ردیف	نام دانشکده	واحد نظری	واحد علمی
۱	آزاد اسلامی	۱ واحد ترم ۶	۲ واحد ترم ۷ و ۳ واحد ترم ۸
۲	اصفهان	۲ واحد، ترم ۷ و ۸	۲ واحد ترم ۸، ۲ واحد ترم ۹ و ۱ واحد ترم ۱۰
۳	اهواز	-	۵ واحد ترم ۱۲
۴	بابل	۱ واحد ترم ۶	۲ واحد ترم ۱۱، ۳ واحد ترم ۱۲
۵، ۶، ۷	تبریز، زاهدان، مشهد	۱ واحد ترم ۷	۱ واحد ترم ۸، ۲ واحد ترم ۹ و ۲ واحد ترم ۱۰
۸	خوراسگان	۱ واحد ترم ۱۰	ترم ۱۱ و ۱۲
۹	شهید بهشتی	۱ واحد ترم ۱۱	۵ واحد ترم ۱۲
۱۰	کرمان	۱ واحد ترم ۶	۲ واحد ترم ۷، ۲ واحد ترم ۸ و ۱ واحد ترم ۹
۱۱	همدان	۱ واحد ترم ۱۰	۳ واحد ترم ۱۱، ۲ واحد ترم ۱۲
۱۲	یزد	۱ واحد ترم ۱۱	ترم‌های ۳، ۵، ۸ هر کدام نیم واحد، ترم ۱۲، ۳/۵ واحد

## بحث

کیفیت و کمیت تدریس درس «سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی» در دانشکده‌های دندانپزشکی کشور از جنبه‌های گوناگون قابل بحث می‌باشد.

در سرفصل ارائه شده برای درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی (جدول ۱ و ۲) به صورت کلی سعی شده است که طیف علوم مرتبط با این درس پوشش داده شود. در عین حال مقایسه این سرفصل‌ها با برنامه آموزشی در دانشکده‌های دندانپزشکی سایر کشورها که سابقه طولانی‌تر در ارائه این درس دارند، لزوم اصلاحاتی در برنامه آموزشی حاضر درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در ایران را می‌رساند. در برنامه حاضر، مبانی علمی درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی همچون اصول اپیدمیولوژی، آمار حیاتی، روش تحقیق و علوم رفتاری کمتر مورد تاکید قرار گرفته است؛ در حالی که این سرفصل‌ها در بسیاری از دانشکده‌های دندانپزشکی دنیا مثل واشنگتن<sup>(۱۳)</sup>، کارولینای شمالی<sup>(۱۵)</sup>، نگزاس آمریکا<sup>(۱۸)</sup>، کپنهاک دانمارک<sup>(۱۷)</sup>، ACTA هلند<sup>(۱۴)</sup>، هلسینکی فنلاند<sup>(۱۶)</sup> و یک دانشکده دندانپزشکی در پرو<sup>(۱۱)</sup> به صورت واضح و مشخص در برنامه آموزشی درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی گنجانده شده است.

همانطور که اشاره شد شکل غالب ارائه درس حتی در برخی از سرفصل‌های درس عملی، سخنرانی بود. این روش آموزش که بیشتر مبتنی بر به خاطر سپردن و یادآوری مطالب درسی می‌باشد، کمتر به یادگیری واقعی و سطوح بالاتر تفکر همچون تحلیل مساله و تفکر خلاق توجه دارد. در عین حال، مشخص شده است که با حجم بالای دانش و اطلاعات در دنیای امروز، روش‌های سنتی آموزش دندانپزشکی دیگر کافی نیست<sup>(۱۹)</sup> و لزوم به کارگیری روش‌های آموزشی دیگری همچون آموزش

مبتنی بر حل مساله<sup>(۲۱)</sup> احساس می‌شود.

در صورتی که قرار باشد دانشجویان دندانپزشکی، مهارت‌های لازم برای تحلیل مشکلات سلامت دهان جامعه و ارائه راهکار برای رفع این مشکلات را در دوره دندانپزشکی عمومی فرا گیرند، باید تمام مراحل تفکر و عملکرد (Practice) دندانپزشکی اجتماعی<sup>(۲)</sup> را در دوران تحصیل تمرین کنند. انجام این مراحل بدون ورود دانشجویان به محیط واقعی زندگی گروه‌های مختلف جامعه و جمع‌آوری اطلاعات از عوامل تاثیرگذار بر سلامت دهان ایشان و انتقال یافته‌ها به مراکز سیاستگذاری سلامت در سطوح محلی، منطقه‌ای و کشوری از طریق ایجاد ارتباط قوی بین دانشکده و بخش‌های سیاستگذار سلامت امکانپذیر نخواهد بود. در حال حاضر به دلیل نبود ارتباط قوی بین دانشکده و سایر نهادهای اجتماعی، ارائه واحد عملی درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی (دست کم در مراحلی که نیاز به ورود به محیط واقعی زندگی گروه‌های جامعه وجود دارد) در اجرا با مشکلات و محدودیت‌های فراوانی همراه است. از جمله این که دانشجویان صرفاً موفق می‌شوند یک سری داده‌ها از برخی گروه‌های جمعیتی (غالباً دانش آموزان) جمع‌آوری کنند ولی در جهت ارائه راهکارهای عملی برای ارتقاء سلامت دهان این گروه‌ها (که اتفاقاً در سرفصل‌های واحد عملی مصوب وزارتخانه مورد تاکید قرار گرفته است) اقدام خاصی صورت نمی‌گیرد. از طرف دیگر، گروه‌های جمعیتی که مورد بازدید و تحقیق دانشجویان قرار می‌گیرند، با نیازهای سلامتی خود بیش از پیش آگاه شده ولی بازخورد مناسبی به لحاظ مداخلات سلامتی مورد نیاز دریافت نمی‌کنند، گلايه مند شده و چه بسا در همکاری با دانشکده برای اجرای بازدید و جمع‌آوری داده‌ها در دفعات بعد تجدیدنظر کنند. به نظر می‌رسد برای اجرای

فعالیت‌های فراوان برای یادگیری اصول و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در جامعه، مراجعه به سازمان‌ها و ارگان‌های مختلف جهت جمع‌آوری داده‌ها و در نهایت تهیه گزارش مستند و علمی از تحلیل داده‌ها می‌باشد) باعث تحمیل فشار کاری زیاد بر ایشان می‌شود که در نهایت با هدف غایی این درس تناقض دارد. اگرچه با توجه به لزوم حضور دانشجویان در خارج دانشکده، اجرای منقسم واحد عملی به علت تداخل با سایر دروس عملی دندانپزشکی دشوار می‌باشد.

هیات علمی ارائه دهنده درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی باید آشنایی کامل با اهداف سرفصل‌های گوناگون و مهارت‌های مورد انتظار برای دانشجویان پس از گذراندن این درس داشته باشند. برخلاف دروس بالینی دندانپزشکی که بر محوریت درمان افراد استوار است، دندانپزشکی اجتماعی بر ارتقاء سلامت جامعه و پیشگیری از بروز بیماری تاکید دارد.<sup>(۲)</sup> این مساله باعث تفاوت‌های ذاتی بین موضوعات مورد بحث در درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی با سایر درس‌های دندانپزشکی که عموماً بالینی هستند، می‌گردد.<sup>(۳)</sup> در نتیجه، ارائه این درس به دانش، نگرش و مهارت‌های خاصی نیاز دارد که فراتر از آموخته‌ها و تجارب بالینی یک استاد بخش بالینی دندانپزشکی است. بنابراین می‌توان انتظار داشت که در ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی توسط اساتید گروه‌های بالینی، صرفاً تاکید بر مباحث بالینی دندانپزشکی و درمان‌های مبتنی بر فرد شده و مهارت‌های لازم برای حل مشکلات سلامت جمعیت به حاشیه رانده شود.

دقیق واحد عملی درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، همکاری تنگاتنگ دانشکده، معاونت سلامت دانشگاه و نهادهای اجتماعی مختلف خارج از دانشگاه، ضروری است تا به بهترین شکل از پتانسیل این واحد درسی برای ارائه خدمات سلامت به گروه‌های جمعیتی نیازمند (که اتفاقاً کم هم نیستند) و در قالب برنامه‌های جاری دانشگاه در حوزه سلامت دهان، استفاده گردد.

زودترین زمان شروع ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در دانشکده‌های آزاد اسلامی تهران، بابل و کرمان، ابتدای سال سوم بود. در هیچ مورد در سال‌های اول و دوم این درس ارائه نمی‌شد و حتی در دانشکده‌های شهید بهشتی و یزد، ارائه این درس در سال آخر انجام می‌شد. این در حالی است که در برخی دانشکده‌های دنیا مثل دانشکده‌های کنتاکی<sup>(۱۲)</sup>، واشنگتن<sup>(۱۳)</sup>، و کارولینای شمالی آمریکا<sup>(۱۵)</sup>، ACTA هلند<sup>(۱۴)</sup>، و UPCHF پرو<sup>(۱)</sup> که سابقه طولانی در تدریس این درس دارند، ارائه مباحث مربوط به درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی از سال اول آغاز می‌شود و دانشجویان تا پایان دوره، هر ساله با برخی مباحث این درس در ارتباط هستند.

از آنجا که یکی از اهداف درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی ایجاد تفکر و نگرش جامعه نگر در دانشجویان است، این طرز تفکر و باور باید در طول دوره تحصیل و به تدریج ایجاد شود. به طوری که دانشجویان تقریباً در هر ترم با مباحث مربوط به درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی سر و کار داشته باشد. مسلماً امکان ایجاد نگرشی در دانشجویان در چند ترم آخر بسیار دور از باور است. از طرفی در ترم آخر، دانشجویان، عموماً درگیر پایان نامه و امور فارغ التحصیلی هستند و بنابراین ارائه ۵ واحد درس عملی به صورت یک جا (که مستلزم



### نتیجه گیری

برنامه‌های خارج از دانشکده و به طور کلی وحدت رویه همه نهادهای سیاستگذار دندانپزشکی در جهت تحکیم و ارتقاء جایگاه این گروه دارد.

### تشکر و قدردانی

از معاونین آموزشی دانشکده‌های دندانپزشکی که اطلاعات خواسته شده را ارسال نمودند و آقای دکتر فاضل دبیر محترم شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی برای همکاری صمیمانه ایشان کمال تشکر را داریم.

ارائه درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران با محدودیت‌ها و کمبودهایی در محتوی و اجرا همراه است که برای برطرف کردن این محدودیت‌ها نیاز به تلاش بیشتر گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی برای شناساندن اهداف و برنامه‌های گروه، همکاری آموزش دانشکده برای برقراری ارتباط بیشتر این گروه با سایر گروه‌های دندانپزشکی، ارتباط موثر دانشکده با دانشگاه برای اجرای کارآمدتر

### منابع

- Bernabé E, Bernal JB, Beltrán-Neira RJ. A model of dental public health teaching at the undergraduate level in Peru. *J Dent Educ* 2006; 70(8): 875-83.
- Daly B, Watt R, Batchelor P, Treasure E. *Essential Dental Public Health*. 1<sup>st</sup> ed. Oxford: Oxford University Press 2002. P. 5-16.
- Waldman HB. Becoming a socially sensitive dentist, a review of some trends. *J Pub Health Dent* 1970; 30(2): 109-22.
- Ismail AI, Hasson H, Sohn W. Dental caries in the second millennium. *J Dent Educ* 2001; 65(10): 953-9.
- Sheiham A. International collaboration and research in the organization of the education of dentists and the public. *Int Dent J* 1977; 27(3): 288-93.
- Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23(6): 331-9.
- Hendricson WD, Cohen PA. Oral health care in the 21st century: Implications for dental and medical education. *Acad Med* 2001; 76(12): 1181-206.
- Graber DR, O'Neil EH, Bellack JP, Musham C, Javed T. Academic deans' perceptions of current and ideal curriculum emphases. *J Dent Educ* 1998; 62(11): 911-8.
- Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004; 38(3): 173-81.
- Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD. Profile and competences for the European dentist. *Eur J Dent Educ* 2005; 9(3): 98-107.
- Khami MR. Preventive dentistry and dental education in Iran. [PhD thesis]. Finland, Institute of Dentistry, University of Helsinki; 2007. Available at: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-3979-9>. Accessed March 4, 2012.
- DMD curriculum. University of Kentucky, College of dentistry. 2010; [4 screens] Available at: <http://www.mc.uky.edu/dentistry/academics/dmdcurr.html>. Accessed March 4, 2012.
- Dental curriculum. University of Washington, School of dentistry. 2012; [4 screens] Available at: <http://dental.washington.edu/course-catalog/curriculum.html>. Accessed March 4, 2012.
- Dental curriculum. Academic center for dentistry Amsterdam (ACTA). 2012; [4 screens] Available at: <http://www.acta.nl/en/index.asp>. Accessed March 4, 2012.
- Doctor of Dental Surgery (DDS). University of North Carolina, School of Dentistry. 2012; [1 screen] Available at: <http://www.dentistry.unc.edu/academic/dds/curriculum1styear.cfm>. Accessed March 4, 2012.
- Oral public health. University of Helsinki, Institute of Dentistry. 2012; [1 screen] Available at: <http://www.helsinki.fi/hammas/eng/oralpublichealth.html>. Accessed March 4, 2012.
- Community Dentistry and Graduate Studies. University of Copenhagen, Department of Odontology. 2012; [1 screen] Available at: [http://odontology.ku.dk/departments/community\\_dentistry/](http://odontology.ku.dk/departments/community_dentistry/). Accessed March 4, 2012.

18. Course Catalog. University of Texas, Baylor college of Dentistry. 2012; [1 screen] Available at: <http://www.tamhsc.edu/education/catalog/volume2.html>. Accessed March 4, 2012.
19. Plasschaert AJ, Lindh C, McLoughlin J, Manogue M, Murtomaa H, Nattestad A, et al. Curriculum structure and the European credit transfer system for European dental schools: Part I. Eur J Dent Educ 2006; 10(3): 123-30.
20. Ministry of Health and Medical Education of Islamic Republic of Iran. High Council of Medical Education Act in 31/2/1379. (Persian)
21. Jafari A, Khami MR, Yazdani R, Mohamadi M. Presenting the course of community dentistry as problem based learning workshop and comparing it to learning through lecture. Iranian Journal of Medical Education, 2010; 9(3): 216-24.