

## تدوین استانداردهای ارتقا کیفیت برنامه دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران

مجید اکبری\*، عباس مکارم\*\*،#، فخرالسادات حسینی\*\*\*، اکبر فاضل\*\*\*\*

\* دانشیار دندانپزشکی ترمیمی و زیبایی، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده

آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\* استاد گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی مشهد، مدیر گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

\*\*\* دانشجوی دکتری، دانشکده آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

\*\*\*\* استاد گروه پروتزیهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۱/۱۱/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۷

### Compilation of Quality Improvement Standards of General Dentistry Program in Islamic Republic of Iran

Majid Akbari\*, Abbas Makarem\*\*#, Fakhrossadat Hosseini\*\*\*, Akbar Fazel\*\*\*\*

\* Associate Professor of Operative Dentistry, Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran, School of Medical Education. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*\* Professor, Dept of Pediatric Dentistry, Head of Department of medical Education, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

\*\*\* MD, PhD Candidate, Dept of Medical Education, Education Development Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\*\* Professor, Dept of Prosthodontic, Scholl of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 3 February 2013; Accepted: 16 April 2013

**Introduction:** The importance of quality assurance makes the standard compilation in educational systems as a high priority subject in medical education. The purpose of this study was to study the compilation of quality improvement standards in general dentistry program in Islamic Republic of Iran.

**Materials & Methods:** This descriptive study was performed during the years of 2011 & 2012 in three phases. In the first phase, previous literature and similar standards were included in a comparative study and screened based on national health policies in Health map. Results were evaluated by 16 dental school representatives using modified Delphi methodology and open-closed questionnaires were filled by their faculty members and were reported back to the dental secretariat of ministry of health in the second phase. In the final phase, results were evaluated in the secretariat by a focus group and the final criteria were introduced based on the secretariat politics.

**Results:** Fifty-eight criteria were created in the first phase. Data were collected from 13 faculties in the second phase (response rate=81%). Eighteen criteria had less than 90% agreement of the participants; however, all of the criteria were agreed by more than 70% of the participants. In the final phase, 48 quality improvement standards in seven areas were accepted and introduced in dental secretariat of the ministry of health.

**Conclusion:** The final standard documents could be used as a national covenant of quality improvement based on their high agreement rate and dependence by national politics in the health map.

**Key words:** Standard, quality improvement, general dentistry program, accreditation.

# Corresponding Author: makarema@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2013; 37(2): 95-110.

### چکیده

**مقدمه:** اهمیت تضمین کیفیت در آموزش علوم پزشکی، نیاز به تدوین استانداردهای مناسب را در نظام‌های آموزشی به عنوان مبنایی برای تأیید کیفیت مورد توجه قرار داده است. هدف از این پژوهش، تدوین استانداردهای ارتقا کیفیت دندانپزشکی عمومی جمهوری اسلامی ایران بود.

# مولف مسؤول، نشانی: مشهد. میدان پارک، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان، تلفن: ۱۵-۸۸۲۹۵۰۱-۵۱۱

E-mail: makarema@mums.ac.ir

سلامت، غربال گردید. در مرحله دوم، این فهرست با کمک نمایندگانی از ۱۶ دانشکده کشور به روش ایجاد توافق دلفی تغییر یافته طی دو مرحله، بازبینی شده و با کمک یک پرسشنامه مورد نظرسنجی و توافق سنجی از اعضای هیات علمی و صاحبان این دانشکده‌ها درخصوص تناسب برای شرایط کشور قرار گرفت و نظرات هر دانشکده در قالب یک فرم باز بسته، به دبیرخانه ارجاع گردید. نتایج به دست آمده در مرحله سوم توسط یک گروه متمرکز به شیوه گروه اسمی در دبیرخانه دندانپزشکی بررسی شده و با توجه به سیاست‌های دبیرخانه و نظر دانشکده‌ها، استانداردهای نهایی معرفی گردید.

**یافته‌ها:** ۵۸ استاندارد در مرحله اول نگارش شد. نظرات ۱۳ دانشکده در مرحله دوم دریافت گردید. (میزان بازگشت: ۸۱٪). ۱۸ استاندارد توافق کمتر از ۹۰ درصد دانشکده‌ها را کسب کرده بود و کلیه استانداردها، مورد موافقت بیش از ۷۰ درصد دانشکده‌ها قرار داشت. در مرحله سوم و با در نظر گرفتن نظرات دانشکده‌ها، ۴۸ استاندارد ارتقا کیفیت در ذیل استانداردهای پایه در ۷ حوزه مورد تایید شورای دبیرخانه دندانپزشکی وزارت بهداشت قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** استانداردهای تدوین شده با توجه به مقبولیت مناسب در دانشکده‌ها و تطابق با نقشه جامع علمی سلامت کشور، می‌تواند به عنوان میثاقی برای ارتقا کیفیت دندانپزشکی عمومی کشور به کار رود.

**واژه‌های کلیدی:** استاندارد، ارتقا کیفیت، دوره دندانپزشکی عمومی، اعتبار بخشی. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۲ دوره ۳۷ / شماره ۲: ۹۵-۱۱۰.

## مقدمه

آموزش عالی است که به منظور حصول اطمینان از احراز حداقل استانداردهای قابل پذیرش می‌باشد و از طریق فرآیند بررسی و تعیین میزان کیفیت دانشگاه‌ها با استفاده از مولفه‌ها و شاخص‌های عملکردی انجام می‌شود.<sup>(۴)</sup>

اعتباربخشی می‌تواند در مورد کلیت یک موسسه انجام گیرد (Institutional accreditation)، یا فقط در برگیرنده دوره‌های آموزشی تحت پوشش باشد (Program accreditation).<sup>(۵)</sup> در اغلب کشورها به جز آمریکا، فعالیت‌های اعتباربخشی و تضمین کیفیت نوعاً به وسیله دولت انجام می‌شود.<sup>(۶)</sup>

فرآیند اعتباربخشی در ایالات متحده در شش مرحله توصیف شده است<sup>(۷)</sup> که اولین و مهمترین مرحله، تعیین استانداردها و بازنگری مداوم آنها توسط کمیته‌های تخصصی است.

استانداردها به صورت کلی باید با بحث و اجماع صاحب‌نظران تدوین شوند. استانداردها در قالب حوزه‌ها بیان می‌گردد که حوزه‌ها در واقع اجزای مختلف موثر بر ساختار و فرآیند آموزش، می‌باشند.<sup>(۸)</sup>

در سال ۱۹۹۸، شورای اجرایی فدراسیون بین‌المللی

طی دو دهه گذشته، در سراسر جهان، شاهد گسترش کمیت واحدهای آموزشی پزشکی بوده‌ایم. این افزایش لزوماً با افزایش کیفیت همراه نبوده است. این در حالی است که به دلیل افزایش سطح آگاهی جامعه، سطح انتظارات مردم از جامعه پزشکی رو به افزایش است.<sup>(۱)</sup> در ایران نیز رشد بسیار سریع در تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باعث رشد آموزش دندانپزشکی از تعداد حدود ۱۵ دانشکده در سال ۸۵، به بیش از ۴۰ دانشکده در سال ۹۱ شده است. عمده این دانشکده‌ها توسط دولت اداره می‌شود و همگی از برنامه درسی ملی که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین می‌شود تبعیت می‌کنند.<sup>(۲)</sup>

در برنامه چهارم توسعه کشور و مصوبات شورای برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توجه ویژه‌ای به امر راه‌اندازی و کارآمد نمودن نظام ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات و دوره‌های آموزشی برای تمرکز بر بحث کیفیت مشاهده می‌شود.<sup>(۳)</sup>

اعتباربخشی، فرآیند کنترل کیفیت و اطمینان در

بر طبق توصیه WFME استفاده از استانداردهای بین‌المللی در هر منطقه بهتر است با بومی سازی این استانداردها صورت گیرد و قانداً ترجمه و به کارگیری استانداردهای سایر کشورها موجب مشکلاتی از قبیل عدم امکان به کارگیری و یا عدم جدیت در پیگیری و استفاده در اعتباربخشی خواهد شد.<sup>(۱۳)</sup>

اقدام سازمان یافته برای اعتباربخشی آموزش پزشکی عمومی ایران در ۱۳۸۵ با تدوین استانداردهای ملی تحت عنوان «استانداردهای پایه دوره آموزش پزشکی عمومی» آغاز شد.<sup>(۱۴)</sup> در سال ۱۳۹۰ استانداردهای پایه برای دوره دندانپزشکی عمومی نیز مصوب شده و برای اجرا ابلاغ گردید. ولی با توجه به تفاوت‌های بسیار زیاد موجود در سطح فعالیت و توانمندی‌های دانشکده‌های دندانپزشکی سطح کشور؛ وجود استانداردهای ارتقا کیفیت در کنار استانداردهای پایه برای استفاده دانشکده‌های مختلف در حد امکانات و به عنوان الگویی مناسب برای توسعه و برنامه ریزی برای ارتقا کیفیت برای دستیابی به اهداف سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران و منطبق با نقشه جامع علمی کشور در بخش سلامت؛ ضروری به نظر می‌رسد. از این رو برای تدوین مناسب این استانداردها با نگاه به سطح استانداردهای جهانی و تطبیق مناسب با شرایط و سیاست‌های سلامت کشور و به حداکثر رسانی مشارکت و مقبولیت اجرایی آن؛ پژوهش حاضر با نظارت دبیرخانه دندانپزشکی و تخصصی وزارت طراحی و اجرا گردید.

### مواد و روش‌ها

آماده‌سازی نمونه اولیه: هدف از این مرحله آماده‌سازی استانداردهای ارتقاء کیفیت متناسب با سیاست سلامت کشور با استفاده از استانداردهای بین‌المللی موجود جهت استفاده در نظرسنجی بود.

آموزش پزشکی (WFME)، متن استانداردهای جهانی برای آموزش پزشکی عمومی را به تصویب رساند.<sup>(۹)</sup> این سازمان عنوان کرده است که استانداردها اغلب ماحصل اجماع بین اساتید، سازمان‌های حرفه‌ای و علائق عمومی و حکومتی و دانشجویان است.<sup>(۱۰)</sup> از این دو توصیف چنین برمی‌آید که این استانداردها می‌تواند از نظرات مسئولین حکومتی یا نظرات صرفاً تخصصی کارشناسان تا نظرات مشتریان اصلی این سیستم یعنی دانش آموزان و جامعه را در برگیرد. در هر صورت قابل قبول بودن از سوی استفاده‌کنندگان یکی از ویژگی‌های حساس برای استانداردها می‌باشد که می‌تواند سرنوشت نهایی تحقق آنها را در اجرا تعیین نماید.

استانداردهای اعتباربخشی، امکان صرفه‌جویی در زمان را برای طراحان برنامه‌های آموزشی، توسعه فرصت‌های آموزشی و تحقیقات و نیز تقویت همکاری بین بخشی فراهم می‌سازند. از طرف دیگر، این استانداردها برای سیاست‌گذاران جامعه به عنوان راهنمایی با ارزش در ارزیابی کیفیت می‌باشند.<sup>(۱۱)</sup> گرچه استفاده از استاندارد در آموزش پزشکی محاسن و کاربردهای زیادی دارد؛ یکی از انتقاداتی که در استفاده از استاندارد مطرح می‌گردد؛ محدودسازی دانشکده‌های توانمند و کاهش انگیزه ایشان پس از کسب سطوح استاندارد پایه است. یکی از راه‌هایی که برای جلوگیری از این مشکل پیش‌بینی شده است؛ استفاده از استانداردهای ارتقا کیفیت است. این استانداردها با تعبیر «باید» مطرح نشده و با عبارت «بهتر است» بیان می‌گردد و در اعتباربخشی ضرورت حصول آن قطعی نیست؛ ولی دانشکده باید نشان دهد برای رسیدن به آن برنامه‌ریزی کرده و فعالیت‌هایی برای کسب آن مدنظر دارد. وجود این استانداردها؛ هدف اصلی ارتقا مداوم کیفیت را در کلیه سطوح اجرایی می‌کند.<sup>(۱۲)</sup>

مقتضیات و ارزش‌های پذیرفته شده جامعه اسلامی و نگاه سیاست‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های آتی وجود داشته باشد تا به عنوان استانداردهای ارتقا کیفیت؛ برنامه را همسو با جهت‌گیری‌های چشم انداز سلامت معرفی کند.

این راهبردها و توضیح ارائه شده در نقشه برای آنها به طور کلی شامل موارد زیر است:

۱- اولویت دادن به علم فناوری پاسخگو به نیازهای سلامت جامعه

۲- حضور موثر در عرصه بین‌المللی

۳- تکمیل چرخه نوآوری سلامت

۴- صیانت از منابع، شفافیت و پاسخگویی

۵- تحول نظام آموزش سلامت

۶- تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه

هر یک از استانداردهای انتخاب شده مرتبط با حداقل یکی از راهبردهای ذکر شده بود.

با استفاده از راهبردهای ذکر شده، در این نقشه و استانداردهای جمع‌آوری شده مذکور، اقداماتی که می‌توانست مربوط به حوزه‌های استاندارد تعریف گردد، ذیل هر حوزه افزوده شد. سپس این مطالعه مقایسه‌ای در اختیار مسئولین دبیرخانه دندانپزشکی و تخصصی وزارت قرار گرفت و با بررسی‌های اولیه، براساس راهبردهای ذکر شده مواردی که متناسب با شرایط کشور نبوده و یا مشابهت‌های محتوایی با یکدیگر داشت غربال شد. در خاتمه تعداد ۵۸ استاندارد ارتقاء کیفیت در ذیل ۲۹ استاندارد پایه مصوب دندانپزشکی عمومی کشور، در قالب ۷ حوزه رسالت و اهداف، برنامه آموزشی، هیات علمی، منابع آموزشی و پژوهشی، مدیریت عالی و اجرایی، دانشجو و ارزشیابی به صورت اولیه جهت استفاده در نظرسنجی مرحله دوم آماده گردید.

برای برآوری این هدف مطالعه‌ای کتابخانه‌ای برای تدوین فرم اولیه استانداردهای ارتقاء کیفیت برنامه دندانپزشکی عمومی کشور صورت گرفت. با توجه به این که این استانداردها در ذیل استانداردهای پایه ابلاغ شده، ارائه می‌شود، حوزه‌های مورد بررسی از الگوی این استاندارد تبعیت می‌کرد. برای جستجوی منابع از واژه‌های کلیدی: اعتباربخشی (Accreditation)، استاندارد (Standard)، دندانپزشکی (Dentistry)، آموزش دندانپزشکی (Dental Education)، ارزشیابی (Evaluation) و واژه‌های معادل آن در بانک‌های اطلاعاتی Google scholar، PubMed، Eric، Iranmedex، بدون محدودیت زمانی استفاده شد و اطلاعات مرتبط با استانداردهای WFME و کشورهای آمریکا (ADA)، کانادا (CDA)، استرالیا و نیوزلند (ADC)، مستندات انجمن آموزش پزشکی اروپا (AMEE) و استانداردهای پایه پزشکی و دندانپزشکی ایران مورد بررسی قرار گرفت. سپس با توجه به حوزه‌های استانداردهای پایه دندانپزشکی عمومی کشور، مواردی که در استانداردهای مورد اشاره، بیان شده و در استانداردهای پایه نیامده بود به صورت یک جدول مقایسه‌ای تنظیم گردید که در ذیل هر حوزه، استانداردهای جمع‌آوری شده مورد اشاره به تفکیک منبع آن تنظیم شده بود. عباراتی که در این استانداردها مشابه بود جهت تسهیل بررسی مشخص گردید. در مرحله بعد با توجه به این که استانداردهای ارتقاء کیفیت طراحی شده باید در راستای سیاست‌های کلان نظام سلامت کشور باشد، با استفاده از نقشه جامع علمی سلامت به عنوان یک سند بالادستی، راهبردهای مورد اشاره در آن به عنوان نگاه حاکم بر انتخاب اولیه استانداردهای ارتقا کیفیت مورد استفاده قرار گرفت. این انتخاب به این دلیل انجام شد که در تهیه و پیشنهاد هر استاندارد، معیارهایی منطبق با

کیفیت، نظرات ایشان در خصوص فرم اولیه در قالب بحث در یک گروه متمرکز اخذ گردید. سپس با ارائه برنامه عملیاتی به ایشان، شیوه ارتباط با کمک پست الکترونیک و تلفن همراه تنظیم گردید. سپس با در نظر گرفتن نظرات اولیه نمایندگان دانشکده‌ها، و استفاده از بازخوردهای کسب شده در مرحله اول حضوری دلفی، فرم اولیه نظرسنجی در خصوص استانداردهای ارتقاء کیفیت برنامه دندانپزشکی عمومی کشور بازبینی و برای نمایندگان به صورت الکترونیک ارسال شد. نمایندگان موظف بودند که مطابق برنامه عملیاتی مصوب و الگوریتم کاری ارائه شده به ایشان، با کمک فایل‌های پاورپوینت و مطالب آموزشی و فایل‌های جانبی ارائه شده به ایشان، شورایی از مدیران دانشکده و مدیران گروه و خبرگان و صاحب‌نظران دانشکده تشکیل داده و پس از ارائه توضیحات و توجیه کامل ایشان، در خصوص هر استاندارد پیشنهاد شده از ایشان نظرسنجی کنند. برای انجام نظرسنجی فرمی تهیه شد که ذیل هر استاندارد پیشنهادی، اهمیت استاندارد و میزان وضوح متن، با طیف سه درجه‌ای لیکرت از کاملاً تا به هیچ‌وجه، علامت زده می‌شد. میزان زمان تخمینی از دستیابی دانشکده به این استاندارد نیز برای برنامه‌ریزی‌های آتی دبیرخانه، از یک سال و سه سال تا پنج سال ثبت می‌گردید. در ذیل هر استاندارد محلی برای ارائه پیشنهاد اصلاحی یا افزودن مطلب توضیحی نیز پیش‌بینی شده بود. نمایندگان پس از جمع‌آوری نظرات و جمع‌بندی آنها، در هیات رئیسه دانشکده نتیجه را ارائه کرده و پس از نهایی‌سازی در قالب یک فرم شامل کلیه نظرات ارائه شده و جمع‌بندی به عنوان نظر دانشکده ارسال کردند. این نظرات در قالب مرحله دوم دلفی و نتیجه توافق‌سنجی کشوری جمع‌آوری شده و برای مرحله سوم مطالعه آماده شد.

ایجاد اتفاق نظر و نظرسنجی از دانشکده‌های دندانپزشکی کشور: هدف از این مرحله مداخله دانشکده‌های دندانپزشکی سطح کشور در تدوین سند استانداردهای ارتقاء کیفیت کشور به منظور استفاده حداکثری از نظرات خبرگان و همچنین مشارکت و آشنایی ایشان برای به حداکثر رسانی امکان اجرایی نمودن این استانداردها به عنوان یک میثاق عمومی و عملیاتی بود. برای برآوری این هدف از روش دلفی تغییر یافته برای ایجاد توافق و استفاده از نظرات استفاده گردید و برنامه عملیاتی تنظیم و با مشارکت دبیرخانه دندانپزشکی نهایی گردید. این برنامه در شورای دندانپزشکی در بهمن‌ماه سال ۱۳۹۰ به اطلاع روسای دانشکده‌ها و معاونین آموزشی ایشان رسید و توضیحات اولیه به ایشان ارائه گردید. سپس در اردیبهشت ۱۳۹۱، دبیرخانه دندانپزشکی طی نامه‌ای از کلیه دانشکده‌هایی که در سطح کشور حداقل سه دوره فارغ‌التحصیل داشتند (۱۶ دانشکده) درخواست نمود تا شایسته‌ترین عضو هیات علمی خود را در خصوص استانداردسازی که امکان تخصیص زمان مناسب به این امر داشته باشد معرفی نماید. (متن موارد مورد استفاده در مکاتبات و برنامه‌های اجرا شده در پیوست آمده است). با توجه به گستردگی مکانی اساتید کشور و برای بهره‌وری از حداکثر توافق و ارائه نظرات بیشتر، از شیوه نظرسنجی تل‌استار استفاده گردید. این نمایندگان در جلسه‌ای کارگاهی به مدت یک روز در دبیرخانه به منظور انجام مرحله حضوری دلفی حضور یافتند. در این روز ابتدا اهداف برنامه و مطالب مربوط به فرآیند استانداردسازی و مزایا و کاربرد آن به صورت خلاصه ارائه گردید و سپس با در اختیار گذاشتن استانداردهای مقایسه‌ای تدوین شده در مرحله قبل و اسناد مورد استفاده در تدوین فرم اولیه استانداردهای ارتقاء

دادند. با توجه به سیاست‌های وزارتخانه در حوزه مدیریت ۴ استاندارد و در حوزه منابع آموزشی و پژوهشی یک استاندارد ارتقا کیفیت با نظر دبیرخانه به جمع استانداردها افزوده شد. در خاتمه استانداردهای ارتقاء کیفیت برنامه دندانپزشکی عمومی کشور در ذیل استانداردهای پایه مصوب ارائه گردید.

#### یافته‌ها

در جمع آوری و غربال اولیه استانداردهای ارتقاء کیفیت در مرحله اول ۵۸ استاندارد حاصل شد که با قرار گرفتن در فرم‌های نظرسنجی دانشکده‌ای با کمک ۱۶ نماینده دانشکده‌ها در سطح دانشکده‌های کشور انتشار یافت. ۱۳ دانشکده شامل دانشکده‌های: تهران، مشهد، اصفهان، شیراز، تبریز، بابل، همدان، یزد، آزاد تهران، کرمان، قزوین، گیلان و زاهدان نظرات جمع‌بندی شده خود را در مهلت مقرر ارسال کردند (میزان پاسخگویی ۸۱ درصد) و سه دانشکده باقیمانده به علت عدم امکان جمع‌بندی مناسب نتایج از مطالعه حذف شدند. از مجموع ۵۸ استاندارد ارائه شده تعداد ۱۸ مورد از نظر میزان اهمیت، نظر کمتر از ۹۰ درصد دانشکده‌ها را جلب کرده بودند که در کلیه آنها بالاتر از ۷۰ درصد دانشکده‌ها با اهمیت آن به عنوان استاندارد ارتقاء کیفیت موافق بودند. از این تعداد؛ پس از بحث در شورای سیاست‌گذاری دبیرخانه، ۱۵ استاندارد از نسخه نهایی حذف شد. تعداد استانداردهای باقیمانده و حذف شده در نسخه نهایی در کنار استانداردهای پایه به شرح جدول ۱ بود.

میزان وضوح عبارات استاندارد در ۱۰ مورد از ۴۳ استاندارد باقیمانده از نظر کمتر از ۷۰ درصد دانشکده‌ها مناسب بود که این موارد با کمک پیشنهادهای ارائه شده در مرحله سوم تغییر یافت. با توجه به تفاوت‌های ساختاری و امکانات دانشکده‌ها، زمان دستیابی دانشکده‌ها

نهایی سازی استانداردها و تدوین سند نهایی: هدف از این مرحله جمع‌بندی نظرات دانشکده‌ها و ارائه سند نهایی مبتنی بر سیاست‌های نظام سلامت بر مبنای نظرات به دست آمده از دانشکده‌ها بود. برای برآوری این هدف پس از جمع‌آوری نظرات ارسال شده، یک فایل نهایی از جمع‌بندی نظرات در مورد هر استاندارد تولید شد که شامل توصیف نظرات ارسال شده دانشکده‌ها در خصوص اهمیت هر استاندارد ارتقاء کیفیت، میزان وضوح واژگان به کار رفته و زمان پیش‌بینی شده در دستیابی دانشکده‌ها به هر استاندارد بود. علاوه بر آن توضیحات و پیشنهادات ارائه شده در هر مورد نیز ذیل هر استاندارد جمع‌آوری شد. فایل به دست آمده پس از هماهنگی به عمل آمده برای دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی جهت طرح در کمیسیون راهبردی شامل سیاست‌گزاران و مسئولین کمیته‌های مختلف دبیرخانه ارسال گردید و در یک جلسه یک روزه با تشکیل یک گروه اسمی و ایجاد اتفاق نظر در آن در آذر سال ۹۱ مورد بررسی قرار گرفت. در این جلسه با انجام بحث در قالب یک گروه اسمی ۹ نفره در مورد هر استاندارد ارائه شده براساس نظرات به دست آمده از دانشکده‌ها، مواردی که بیش از ۹۰ درصد دانشکده‌ها در خصوص اهمیت داشتن آن موافق بودند، در متن استاندارد ارتقاء کیفیت نهایی قرار گرفت. در مواردی که بین ۷۰ تا ۹۰ درصد دانشکده‌ها موافق اهمیت آن بودند، براساس توافق نظر اعضاء جلسه، در صورت توافق با سیاست‌های دبیرخانه، در متن نهایی قرار گرفت و مواردی که کمتر از ۷۰ درصد دانشکده‌ها موافق اهمیت مورد ذکر شده بودند، عبارت پیشنهاد شده حذف گردید. در مواردی که کمتر از ۷۰ درصد دانشکده‌ها عبارت پیشنهادی را واضح توصیف کردند، اعضاء با استفاده از پیشنهادات ارائه شده، نگارش متن استاندارد را تغییر

به این استانداردها متفاوت بود. لیست نتایج به دست آمده از نظر دانشکده‌ها در خصوص ۴۳ استاندارد مصوب و میزان زمان تخمینی دستیابی ایشان به این استاندارد در جدول ۲ تا ۸ آمده است. در مقابل هر عبارت استاندارد ارتباط با راهبرد موجود در سند چشم انداز (مذکور در روش اجرا) به صورت شماره راهبرد آمده است.

جدول ۱: تعداد عبارات استاندارد ارتقاء کیفیت حذف شده و باقیمانده در کنار استانداردهای پایه به تفکیک حوزه

حوزه	تعداد استانداردهای پایه	تعداد استانداردهای ارتقا کیفیت حذف شده	تعداد استانداردهای ارتقاء کیفیت باقیمانده در نسخه نهایی
رسالت و اهداف	۲	۴	۴
برنامه آموزشی	۴	۵	۱۰
هیات علمی	۵	۳	۹
منابع آموزشی و پژوهشی	۵	۰	۶
مدیریت عالی	۳	۰	۸
دانشجو	۷	۰	۶
ارزشیابی	۳	۳	۵
جمع	۲۹	۱۵	۴۸

جدول ۲: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه رسالت و اهداف

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
بهرتر است رسالت تدوین شده در راستای آخرین اسناد راهبردی سلامت و آموزش دندانپزشکی کشور، منطقه و جهانی باشد. (شماره ۲ و ۵)	۷(۵۴/۰)	۳(۲۳/۰)	۳(۲۳/۰)
بهرتر است در این سند؛ آموزش‌های از راه دور و دوره‌های آموزش مداوم دندانپزشکان و آموزش عمومی سلامت نیز مورد اشاره قرار گیرد. (شماره ۱ و ۵)	۷(۵۴/۰)	۵(۳۸/۰)	۱(۸/۰)
بهرتر است این بیانیه شامل پاسخگویی اجتماعی دانشکده به نظام سلامت؛ نقش و چگونگی مشارکت در پژوهش؛ نقش و جایگاه دانشکده در جامعه نیز باشد. (انجمن‌های علمی، مشارکت‌های بین بخشی و اجتماعی) (شماره ۱ و ۳)	۶(۴۶/۰)	۷(۵۴/۰)	۰(۰/۰)
بهرتر است، این بیانیه بر اساس دیدگاه و با مشارکت کلیه دست اندر کاران (Stake holders) شامل رئیس و کارکنان و اساتید و دانشجویان و مسئولین مرتبط کشوری و دانش آموختگان باشد. (شماره ۱)	۴(۳۱/۰)	۷(۵۴/۰)	۲(۱۵/۰)

جدول ۳: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه برنامه آموزشی:

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
بهتر است در دانشکده دندانپزشکی کمیته یا نهادی با اختیارات مناسب، مسئول برنامه دکترای عمومی دندانپزشکی باشد که مدیریت علمی و اجرای برنامه دندانپزشکی عمومی و همچنین نظارت بر ارزشیابی را بر عهده داشته و بر دستیابی به اهداف و توانمندی‌های ضروری فارغ التحصلان (دانش و مهارت) نظارت نماید. این کمیته یا نهاد لازم است بدین منظور از اختیارات مناسب برخوردار بوده و ضمن تهیه گزارشات دوره‌ای از عملکرد واحدهای مختلف، بازخوردهای مناسب و به موقع به مراجع ذی ربط ارائه نماید. همچنین بهتر است این کمیته کیفیت آزمون‌های برگزار شده را در ارتباط با پوشش اهداف برنامه درسی مورد نظارت مداوم داشته باشد (شماره ۵ و ۴)	۶(۴۶/۰)	۶(۴۶/۰)	۱(۸/۰)
بهتر است کمیته فوق شواهد استفاده از ارزیابی دانش آموختگان و بررسی توانمندی آنها را در برآوری اهداف تعیین شده در برنامه نشان دهد. (شماره ۱ و ۵)	۱(۸/۰)	۲(۱۵/۰)	۱۰(۷۷/۰)
بهتر است دانشکده دندانپزشکی نشان دهد که در برنامه خود در راستای تعمیق و توسعه استراتژی‌های نوین آموزش دندانپزشکی از جمله دانشجو محوری، انتخابی بودن، یادگیری مبتنی بر مساله، آموزش حرفه ای، و جامعه محوری برنامه روشنی دارد. (شماره ۵)	۲(۱۵/۰)	۱۱(۸۵/۰)	۰(۰/۰)
بهتر است اجرا و ارزشیابی برنامه به گونه ای باشد که دانش آموختگان بتوانند مهارت‌های تفکر نقادانه، حل مسئله و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد را بطور مناسب در ارائه مراقبت جامع از بیماران، پاسخ به سوالات علمی و روش‌های تحقیق بکار گیرند. (شماره ۳ و ۵)	۰(۰/۰)	۳(۲۳/۰)	۱۰(۷۷/۰)
بهتر است اجرای برنامه به گونه ای باشد که دانش آموختگان از توانایی‌های خود ارزیابی، ارتقاء توانمندی‌های حرفه‌ای و ظرفیت‌های مرتبط با یادگیری خود راهبر و آموزش مادام العمر برخوردار باشند. (شماره ۵)	۰(۰/۰)	۳(۲۳/۰)	۱۰(۷۷/۰)
بهتر است برنامه به گونه ای باشد که دانش آموختگان بتوانند با به کار گیری مناسب مهارت‌های ارتباطی، با گروه‌های خاص از نظر سلامتی، اجتماعی و فرهنگی ارتباط برقرار نموده و برخورد با آنها را مدیریت نمایند. (شماره ۱ و ۵)	۱(۸/۰)	۵(۳۸/۰)	۷(۵۴/۰)
دانشکده دندانپزشکی بهتر است تمهیداتی در ارائه برنامه آموزشی اتخاذ نماید که فرصت‌های تجربه یادگیری همراه با ارائه خدمات را در محیط‌های کنترل شده در سطح جامعه؛ برای دانشجویان فراهم نماید. بهتر است این محیط‌ها جهت ایجاد نگرش همگامی سلامت دهان و دندان با سلامت عمومی در دانش آموختگان و در بستر شبکه ارائه خدمات سلامت؛ اعم از دولتی و غیر دولتی باشد. (شماره ۱ و ۵)	۳(۲۳/۰)	۱(۸/۰)	۹(۶۹/۰)
دانشکده بهتر است تمهیداتی اتخاذ نماید تا تعدادبیمار مناسب را برای حضور در برنامه درسی بالینی براساس سرفصل آموزشی برای دانشجویان فراهم نماید. (شماره ۵)	۱۰(۷۷/۰)	۲(۱۵/۰)	۱(۸/۰)
برنامه درسی غیر محوری (Non Core) بهتر است هم راستا و همگام با برنامه درسی محوری (Core) تنظیم گردد. (شماره ۵)	۴(۳۱/۰)	۵(۳۸/۰)	۴(۳۱/۰)
بهتر است در این برنامه درسی نظر کلیه دست اندر کاران در یک فرایند نظام مند اخذ شده و همراه با شواهد مرتبط با کارایی و اثربخشی برنامه از دانش آموختگان در بازبینی مورد استفاده قرار گیرد. (شماره ۱ و ۵)	۳(۲۳/۰)	۰(۰/۰)	۱۰(۷۷/۰)



جدول ۴: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه هیات علمی:

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
دانشکده بهتر است برنامه جذب اعضاء هیات علمی خود را بر اساس نیازهای منطقه ای و سیاست‌های وزارت بهداشت؛ چشم انداز دانشکده و محدودیت‌های امکانات دانشکده میزان نیاز به هر رشته به صورت واضح و مبتنی بر شواهد پیش بینی و اجرا کند(شماره ۱ و ۶)	۱۰(۷۷/۰)	۱(۸/۰)	۲(۱۵/۰)
بهتر است در زمان جذب مسائل مربوط به گویش و قومیت؛ جنسیت و مسائل فرهنگی بنا به ضرورت مد نظر قرار گیرد(شماره ۴)	۹(۶۹/۰)	۱(۸/۰)	۳(۲۳/۰)
بهتر است دانشکده برنامه تمام وقت نمودن اعضا هیات علمی را از راه تامین رفاه معیشتی آنها مورد نظر قرار دهد. (شماره ۴)	۲(۱۵/۰)	۱(۸/۰)	۱۰(۷۷/۰)
بهتر است دانشکده زمینه ای را فراهم کند تا اعضا هیات علمی، گزارش طرح‌های پژوهشی، مقالات، روش‌های تدریس و ارزشیابی و تجربیات بالینی خود را با همکاران به اشتراک بگذارند(شماره ۲و۳و۶)	۲(۱۵/۰)	۱۰(۷۷/۰)	۱(۸/۰)
بهتر است دانشکده برنامه ای جهت پیاده سازی مناسب شیوه‌های جذب؛ ارزیابی و ارتقاء اعضا هیات علمی متناسب با اهداف نظام سلامت کشور و در راستای قوانین موجود داشته و در جهت اجرای آن گام بردارد. بهتر است در این برنامه‌ها توانایی اساتید در ایفا نقش به عنوان الگو (Role Model) مورد نظر قرار بگیرد(شماره ۱ و ۵)	۲(۱۵/۰)	۲(۱۵/۰)	۹(۶۹/۰)
بهتر است دانشکده راهکارهایی برای استفاده از نظرات کلیه اعضا هیات علمی در راهبری دانشکده فراهم کند(شماره ۶ و ۵)	۹(۶۹/۰)	۱(۸/۰)	۳(۲۳/۰)
دانشکده بهتر است نشان دهد که راهکار مناسبی برای ارزشیابی معتبر اساتید برای کفایت آموزش، پژوهش، نوآوری (scholarship) و ارائه خدمات مورد استفاده قرار میدهد. (شماره ۱ و ۳و۴)	۲(۱۵/۰)	۸(۶۲/۰)	۳(۲۳/۰)
بهتر است دانشکده نتایج این ارزشیابی را در ادامه خدمت اساتید در دانشکده مورد نظر قرار دهد. (شماره ۱ و ۴)	۲(۱۵/۰)	۱(۸/۰)	۱۰(۷۷/۰)
بهتر است این ارزشیابی به صورت سالانه به اساتید بازخورد داده شود. (شماره ۴ و ۶)	۵(۳۸/۰)	۴(۳۱/۰)	۴(۳۱/۰)

جدول ۵: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه منابع آموزشی و پژوهشی:

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
بهرتر است دانشکده امکانات و تسهیلات فیزیکی متناسب با شرایط گروه‌های خاص از نظر سلامتی؛ اجتماعی و فرهنگی و همراهان ایشان فراهم کند. (شماره ۱ و ۴)	۳(۲۳/۰)	۸(۶۲/۰)	۲(۱۵/۰)
بهرتر است دانشکده به گونه ای برنامه خدمات پژوهشی و درمانی خود را تنظیم کند که پاسخگوی نیازهای سلامت منطقه تحت پوشش خود در زمینه دهان و دندان باشد. (شماره ۱)	۴(۳۱/۰)	۶(۴۶/۰)	۳(۲۳/۰)
بهرتر است دانشکده برنامه ای در ایجاد تبادل و تعاملات علمی با موسسات مرتبط داشته باشد و با توجه به امکانات خود برای تبادلات نرم افزاری و سخت افزاری در جهت ارتقاء خود برنامه ریزی کند. (شماره ۲ و ۶)	۲(۱۵/۰)	۴(۳۱/۰)	۷(۵۴/۰)
بهرتر است دانشکده جهت جذب کمک‌های مردمی و ارتباط با موسسات غیر دولتی و خیریه برنامه مشخصی داشته باشد. (شماره ۴)	۲(۱۵/۰)	۹(۶۹/۰)	۲(۱۵/۰)
بهرتر است دانشکده برنامه ای جهت بهداشت محیط و حرفه ای و کنترل عفونت و ایمنی کارکنان و بیماران داشته باشد. (شماره ۴)	این استاندارد توسط اساتید و خبرگان دبیرخانه پیشنهاد و افزوده شد		
بهرتر است دانشکده برنامه مشخصی برای ترغیب انجام پژوهش‌های بین بخشی و بین دانشکده ای داشته باشد (شماره ۳ و ۲)	۱۰(۷۷/۰)	۲(۱۵/۰)	۱(۸/۰)

جدول ۶: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه مدیریت عالی و اجرایی:

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
بهرتر است دانشکده مدیرانی با سابقه و تحصیلات مناسب آموزشی پژوهشی و مدیریت و آشنایی کامل با مقررات و با برنامه کامل جهت ارتقاء دانشکده داشته باشد. (شماره ۴ و ۶)	۹(۶۹/۰)	۱(۸/۰)	۳(۲۳/۰)
مدیریت دانشکده بهتر است نشان دهد در مورد برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و مدیریتی پاسخگویی و تعهد دارد. (شماره ۴ و ۶)	۹(۶۹/۰)	۱(۸/۰)	۳(۲۳/۰)
مدیریت دانشکده بهتر است ساز و کاری جهت ارزیابی دوره ای فعالیت‌های خود و بررسی میزان تطابق با رسالت و اهداف دانشکده و ارتقاء آن بر اساس مدل‌های بهبود کیفیت طراحی کند. (شماره ۱ و ۲ و ۴)	۷(۵۴/۰)	۰(۰/۰)	۶(۴۶/۰)
بهرتر است دانشکده برنامه ای جامع برای احصاء ارتقاء و اطلاع رسانی فرایندها و روش‌های انجام کار؛ مدیریت زنجیره تامین و نگهداری مواد و تجهیزات؛ مدیریت خطر و خطا؛ استقرار نظام مراقبت مبتنی بر شواهد و اثربخشی بالینی؛ داشته باشد. (شماره ۲ و ۶ و ۴)	این استاندارد توسط اساتید و خبرگان دبیرخانه پیشنهاد و افزوده شد		
بهرتر است دانشکده برنامه ای جهت رفاه و پایش سلامت و بیمه اساتید، کارکنان و دانشجویان و آموزش ایشان با توجه به مقتضیات محیط کاری و آموزشی در بدو خدمت داشته باشد (شماره ۲ و ۴)	۵(۳۸/۰)	۱(۸/۰)	۷(۵۴/۰)
مدیریت دانشکده بهتر است ارتباط موثری با کلیه ذینفعان در راستای انجام بهتر ماموریت دانشکده داشته باشد. (شماره ۳ و ۱)			
بهرتر است دانشکده با توجه به برنامه و اهداف تعیین شده، نیروی کارشناس و کارمند مناسب به خدمت گرفته و برنامه مناسبی جهت استخدام، و خروج از خدمت ایشان داشته باشد. (شماره ۴)	این استاندارد توسط اساتید و خبرگان دبیرخانه پیشنهاد و افزوده شد		
بهرتر است دانشکده برنامه مدونی جهت رضایت سنجی، تکریم و استفاده از نظرات و پیشنهادات بیماران و کارکنان داشته باشد. (شماره ۴)	این استاندارد توسط اساتید و خبرگان دبیرخانه پیشنهاد و افزوده شد		

جدول ۷: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه دانشجو:

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
دانشکده بهتر است سیاست جذب دانشجوی خود را با توجه به نیازهای جامعه و با نظارت وزارت بهداشت بازبینی کند. (شماره ۱ و ۴)	۶(۴۶/۰)	۱(۸/۰)	۶(۴۶/۰)
بهتر است فعالیت‌ها و برنامه‌های این حوزه مبتنی بر شواهد و بر اساس برنامه ای مدون باشد. (شماره ۴ و ۶)	۴(۳۱/۰)	۴(۳۱/۰)	۵(۳۸/۰)
برنامه مشاوره دانشجویی بهتر است بر اساس نیازهای اجتماعی و شخصی هر دانشجو طراحی شده و منجر به ارتقاء یادگیری گردد. این مشاوره شامل راهنمایی شغلی و مشکلات سلامتی و مالی نیز میگردد. (شماره ۵)	۳(۲۳/۰)	۸(۶۲/۰)	۲(۱۵/۰)
دانشکده بهتر است برنامه مشخصی در قبال میزان حضور دانشجو در عرصه‌های مختلف دانشکده داشته باشد (این عرصه‌ها شامل مدیریت، آموزش و پژوهش و فعالیت‌های فرهنگی و صنفی میگردد) (شماره ۴ و ۶)	۶(۴۶/۰)	۶(۴۶/۰)	۱(۸/۰)
بهتر است دانشکده برنامه ای جهت حمایت مالی دانشجویان نیازمند و استعدادهای درخشان داشته باشد. (شماره ۴)	۴(۳۱/۰)	۴(۳۱/۰)	۵(۳۸/۰)
دانشکده بهتر است برای پرورش دانشجویان نخبه و استعدادهای درخشان و مشارکت ایشان در عرصه‌های مختلف دانشکده برنامه ویژه ای داشته باشد. (شماره ۴ و ۵)	۸(۶۲/۰)	۱(۸/۰)	۴(۳۱/۰)

جدول ۸: نظر دانشکده‌ها در خصوص زمان تخمینی دستیابی به استاندارد ارتقا کیفیت مصوب در حوزه ارزشیابی:

عنوان	یک سال (درصد) تعداد	سه سال (درصد) تعداد	پنج سال (درصد) تعداد
بهتر است طیف گسترده ای از گروه‌های مرتبط با برنامه شامل تصمیم گیران و خبرگان آموزشی و اساتید و دانش آموختگان و دانشجویان در طراحی و اجرای ارزشیابی برنامه مشارکت داشته باشند. (شماره ۱ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶)	۵(۳۸/۰)	۴(۳۱/۰)	۴(۳۱/۰)
دانشکده بهتر است با پیش بینی آزمون‌های تجمعی نهایی از توانمند بودن دانش آموختگان اطمینان یابد. (شماره ۱ و ۴ و ۵)	۶(۴۶/۰)	۳(۲۳/۰)	۴(۳۱/۰)
دانشکده دندانپزشکی بهتر است در جهت پاسخگویی اجتماعی نشان دهد که در برنامه آموزشی عملکرد و رفتار حرفه ای دانشجویان را مورد سنجش قرار می‌دهد. (شماره ۱ و ۴ و ۵)	۶(۴۶/۰)	۳(۲۳/۰)	۴(۳۱/۰)
دانشکده دندانپزشکی بهتر است برنامه ای تدوین نماید که روند پیشرفت یادگیری هر یک از دانشجویان به نحو مناسبی ثبت و ارزیابی و به ذینفعان گزارش گردد (شماره ۱ و ۵)	۶(۴۶/۰)	۴(۳۱/۰)	۳(۲۳/۰)
بهتر است دانشکده دندانپزشکی روش‌های ارزشیابی به روز و کارآمد را در سیستم ارزیابی دانشجویان خود به کار گیرد. (شماره ۱ و ۴ و ۵)	۷(۵۴/۰)	۳(۲۳/۰)	۳(۲۳/۰)

## بحث

استانداردهای تدوین شده نهایی براساس نظر دانشکده‌ها که به تصویب دبیرخانه رسید در ۷ حیطه و مجموعاً ۴۸ استاندارد؛ ذیل ۲۹ استاندارد پایه بود. این استانداردها با نگاه به سند نقشه جامع علمی سلامت و ۶ راهبرد پایه معرفی شده در آن تدوین شد.

استانداردهای WFME براساس ۹ حیطه و ۳۸ معیار یا استاندارد نگارش شده است. این استانداردها در هر دو سطح پایه و ارتقا کیفیت مطرح شده و توصیه‌هایی نیز به پیوست دارد.

استانداردهای تدوین شده کشورهای مختلف هر یک با پوشش کلی استانداردهای بین‌المللی؛ به علت پوشش شرایط آن کشور؛ با تمرکز و نگاه متناسب با شرایط و سیاست سلامت آن کشور تدوین می‌گردد.

نسخه آخر استانداردهای آمریکا ضمن پوشش کلی استانداردهای WFME تمرکز بیشتری بر توانمندی در استانداردهای مربوط به برنامه درسی دارد. همچنین تمرکز بر تفکر نقادانه و آموزش مادام‌العمر نیز از نکات برجسته این استانداردهاست. این استانداردها علاوه بر آن بر توانمندسازی در درمان جامع و بیمار محور نیز تاکید دارد.

این استانداردها دارای ۶ حیطه است که مجموعاً ۶۰ معیار را پوشش داده و در این بین سهم حیطه برنامه درسی با ۲۹ معیار تمرکز بیشتر بر این حیطه را در مقابل پژوهش با دو معیار معرفی شده نشان می‌دهد.<sup>(۱۶)</sup>

در استانداردهای مطرح شده در کانادا با توجه به شباهت ساختاری و نگرشی به انجمن اعتباربخشی دندانپزشکی آمریکا، رویکردها و تمرکز در استانداردها از تمرکز بر دروس و فرایندهای آموزشی به توانمندی و مولفه‌های کسب آن در دانش آموخته تغییر یافته است. لذا

برنامه‌های آموزشی باید بر سه جنبه توانمندسازی دانشی، نگرشی (شامل حرفه‌ای گری) و مهارتی متمرکز باشد.<sup>(۱۷)</sup>

استانداردهای دندانپزشکی عمومی کانادا نیز تمرکز زیادی بر حیطه برنامه درسی دارد. این استانداردها دارای ۷ حیطه است که سهم برنامه درسی ۲۶ معیار از ۷۸ معیار مطرح شده است و در مقابل پژوهش با معرفی تنها یک معیار نشان‌دهنده رویکرد تاکید بیشتر بر استانداردهای حیطه برنامه درسی در دوره دندانپزشکی عمومی این کشور دارد.<sup>(۱۸)</sup>

استانداردهای معرفی شده در انگلستان محدود به چهار حیطه و ۲۹ معیار استاندارد است. این استانداردها با چهار رویکرد کلی حفاظت و صیانت بیمار، ارزیابی کیفیت و بازیابی مداوم، ارزشیابی دانشجو و عدالت است.<sup>(۱۹)</sup>

تعداد استانداردهای مطرح شده توسط انجمن دندانپزشکی استرالیا، ۲۰ عدد است. که شیوه نگارش این استانداردها کمی متفاوت است. و در هر معیار استاندارد، مفاهیم متعددی مطرح می‌گردد. به عنوان مثال در استاندارد مربوط به برنامه درسی، ۷ موضوع و پاراگراف متفاوت مطرح می‌گردد و موارد متعددی را شامل می‌گردد.<sup>(۲۰)</sup>

گرچه سیستم‌های اعتباربخشی بسیاری وجود دارد که برخی از آنها دارای استاندارد و برخی حتی بدون استاندارد هستند؛ برخی به کلیات متمرکز هستند و برخی به کوچک‌ترین جزئیات از قبیل مساحت آزمایشگاه‌ها برحسب مترمربع نیز می‌پردازند؛<sup>(۲۱)</sup> به صورت کلی به نظر می‌رسد در استانداردها؛ بیشتر به فرایند و پروسه توجه شده است.

این امر بدیهی است که با توجه به عدم وجود تفاوت‌های بنیادین در نظریه‌های یادگیری؛ ایجاد نیروهای توانمند در رشته‌های علوم پزشکی تفاوت‌های ماهوی در

و همدلی در اجرای آن، تلاش گردید که در این زمینه از مشارکت حداکثری دانشکده‌ها استفاده گردد. این مورد در بیشتر مطالعات انجام شده در تدوین سند استاندارد مورد توجه قرار گرفته و به شیوه‌های مختلف انجام شده است.<sup>(۲۴-۲۵)</sup>

در مطالعه یوسفی و همکاران که بیشترین میزان مشارکت در نظرخواهی را گزارش نموده است، بیش از ۴۰۰ پرسشنامه نظرخواهی جمع آوری شده است که البته میزان گسترگی جغرافیایی پاسخنامه‌های مسترد شده مورد اشاره قرار نگرفته است.<sup>(۲)</sup> پژوهش‌های دیگر عمدتاً به صورت منطقه‌ای و محدودتر این نظرخواهی را انجام داده‌اند ولی همگی سه مرحله استفاده از متون جهت تدوین استانداردها و نظرخواهی و در پایان، نهایی سازی سند را طی نموده‌اند.<sup>(۲۴-۲۵)</sup> در مطالعه حاضر برای به حداکثرسانی مشارکت، و در عین حال استفاده از نظر خیرگان در مرحله دوم که نظرسنجی از دانشکده‌ها مدنظر بود، با استفاده از شیوه دو مرحله‌ای تل استار و الهام از شیوه آموزشی راهنمایی راهنمایان Tutor of tutors (T of T) به این شیوه عمل شد که نمایندگانی (با توجه به شیوه انتخاب ذکر شده) از دانشکده‌ها مورد آموزش و توجیه قرار گرفتند و این نمایندگان، ضمن توجیه اساتید و صاحب‌نظران دانشکده‌های خود، به صورت اخذ پرسشنامه و بحث گروهی نظر دانشکده خود را جمع‌آوری نمودند. در این شیوه مشارکت بیش از ۸۰ درصدی دانشکده‌ها به دست آمد که با توجه به گستردگی موارد مطرح شده و پاسخ‌های تفصیلی اخذ شده، میزان پاسخگویی قابل قبولی به نظر می‌رسد.

در جلسه نهایی‌سازی استانداردها؛ مطالعات مختلف با دیدگاه‌های مختلفی تصمیم نهایی را اخذ کرده‌اند؛ به نظر می‌رسد با توجه به توصیه‌های WFME در بومی‌سازی

روش نداشته باشد. تنها تاکیده‌های برنامه‌ای برحسب سیاست‌ها و اولویت‌های هر منطقه و کشور می‌تواند در هر زمان تأکیدات این استانداردها را جهت‌دهی کند. لذا به نظر می‌رسد تمرکز بر نقشه‌ها و اسناد راهبردی و تعیین‌کننده در تدوین استانداردها با نگاه به استانداردها و نگاه‌های کلاسیک بین‌المللی برای تدوین یک استاندارد کاربردی در ارتقا کیفیت در هر کشور ضروری است. از این رو سند مورد استفاده در این فرایند؛ نقشه جامع علمی سلامت و راهبردهای این نقشه بود. در همایش سال ۲۰۰۳ WFME، نیز دانشگاه‌های مختلف گزارش خود را از جاری‌سازی استانداردها بیان کردند گزارشات بر مبنای مقایسه استانداردهای جاری مناطق مختلف با استانداردهای WFME بود.<sup>(۱۶)</sup>

این نکته که با توجه به اینکه این استانداردها با عنوان استانداردهای ارتقا کیفیت در ذیل استانداردهای پایه افزوده می‌شود، باید مدنظر دبیرخانه بوده و حصول بیشتر این استانداردها در بیشتر دانشکده‌های کشور را به عنوان یک هدف چشم اندازی و محتاج زمان در نظر گرفته باشد. گرچه وجود این استانداردها همانطور که در مقدمه بیان شده است، به عنوان یک دستورالعمل و میثاق کشوری جهت ارتقا می‌تواند برنامه‌های توسعه‌ای دانشکده‌ها را با حمایت دبیرخانه تسهیل و پیگیری آن را راحت‌تر سازد. این موضوع با وجود تاسیس گسترده دانشکده‌های جدید در سال‌های اخیر به میزان بیش از دو برابر سه سال گذشته، برای دانشکده‌های تازه تاسیس، راه برنامه‌ریزی و همچنین جذب اعتبار و امکانات متناسب برای ارتقا کیفی را تسهیل و هموار می‌سازد.

با هدف اخذ بازخورد از دانشکده‌ها به عنوان بستر اجرایی این استانداردها علاوه بر مشارکت ایشان در تدوین سند برای مقبولیت بیشتر و افزایش میزان همکاری

در ارتقا این سند موثر باشد.

### نتیجه گیری

استانداردهای تدوین شده با توجه به مقبولیت مناسب در دانشکده‌ها و تطابق با نقشه جامع علمی سلامت کشور، می‌تواند به عنوان میثاقی برای ارتقا کیفیت دندانپزشکی عمومی کشور به کار رود. مطابق توصیه‌های مطرح شده جهانی؛ مطالعات آتی و بررسی بازخوردها به دنبال ابلاغ و پیاده‌سازی این استانداردها می‌تواند مستندات مناسبی را برای فرایندهای مشابه در آینده فراهم کند.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری ارزشمند اساتید دانشکده‌های دندانپزشکی کشور و اساتید کمیسیون راهبردی دبیر خانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی، به خصوص همکار گرامی آقای دکتر سروش که با اظهار نظرات و پیشنهادات گرانبگ خود، موجب تدوین مناسب این سند گردیدند، کمال تشکر و سپاسگزاری خود را اظهار می‌داریم.

این مقاله حاصل از پایان‌نامه مصوب دانشکده آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. حمایت مالی این طرح براساس طرح پژوهشی شماره ۹۲۰۵۱۴ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد صورت گرفته است که بدینوسیله از ایشان قدردانی می‌گردد.

استانداردها؛ در نظر گرفتن شرایط سیاست سلامت کشور بسیار اهمیت دارد. به صورت کلی این مرحله بهتر است با نظارت سیاست‌گزاران و مسئولین سلامت صورت گیرد.<sup>(۲)</sup>

در گزارشات مشابه تدوین استانداردها در سند نهایی استانداردهای با توافق ۷۰ درصد<sup>(۲۲)</sup> و ۹۰ درصد<sup>(۲۴)</sup> را جزء استانداردهای اجباری قرار داده‌اند و بقیه استانداردها را در استانداردهای ارتقا کیفیت محسوب نموده‌اند که با توجه به اینکه استانداردهای حاضر در حیطه ارتقا کیفیت مطرح می‌گردد؛ با نظر دبیرخانه معیار توافق ۷۰ درصدی دانشکده‌ها برای قرارگیری در استانداردهای ارتقا کیفیت دانشکده‌های کشور محسوب گردید.

به نظر می‌رسد استفاده و جاری‌سازی استانداردها می‌تواند در اجرا، بازخوردهای مناسبی برای بازبینی‌های بعدی آماده کند. به صورت معمول هر ۲ تا ۴ سال اسناد منتشر شده استاندارد در کشورهای آمریکا و کانادا و استرالیا بازبینی می‌گردد.<sup>(۱۶)</sup>

ارائه پیوستی به عنوان توضیحات و نشانگرهای دستیابی به استاندارد همراه با راه‌های مناسب و توصیه‌های اجرایی متناسب با شرایط کشور، می‌تواند برای دانشکده‌ها، خصوصاً دانشکده‌های تازه تاسیس راهگشا باشد. این پیشنهاد به عنوان مصوبه‌ای در دبیرخانه دندانپزشکی برای استانداردهای پایه و ارتقا کیفیت مطرح گردید که در دستور کار قرار گیرد.

این مطالعه با یک بار بازخورد از نظرات دانشکده‌ها انجام شد که در صورت امکان اجرای دفعات متعدد بازخورد همراه با پیشنهادات، (دلفی کلاسیک) میزان توافق بیشتری ایجاد می‌گردد.

علاوه بر آن امکان دریافت نظرات دانشجویان و مردم و دیگر وابستگان به این برنامه محدود بود که می‌توانست

## منابع

1. The executive council, the World Federation for Medical Education. International standards in medical education: Assessment and accreditation of medical schools' educational programs: A WFME position paper. *Med Educ* 1998; 32(5): 549-58.
2. Yousefy A, Changiz T, Yamani N, Ehsanpour S, Hassan Zahrai R. Developing a holistic accreditation system for medical universities of Iran. *Iranian J Med Educ* 2010; 11(9): 1191-201. (Persian)
3. Hamilton JD. Establishing standards and measurement methods for medical education. *Acad Med* 1995; 70(7): 51-6.
4. Wojtczak A. Glossary of medical education terms: Part 1. *Med Teach* 2002; 24(2), 216-9.
5. Scriven E. Recent developments in accreditation. *Int J Qual Health Care* 1995; 7(4): 427-33.
6. Gelmon SB, O'Neil EH, Kimmey JR. The task force on accreditation of health professions education. Strategies for change and improvement: The report of the taskforce on accreditation of health professions education. San Francisco: Center for the Health Professions. University of California at San Francisco. 1999.
7. Alstete WJ. College accreditation: Managing internal revitalization and public respect. First published by Palgrave Macmillan, 2007. Available at: [www.eric.ed.gov](http://www.eric.ed.gov). Accessed Apr 04. 2012.
8. How are ISO standards developed? Available at: [http://www.iso.org/iso/standards\\_development/processes\\_and\\_procedures/how\\_are\\_standards\\_developed.htm](http://www.iso.org/iso/standards_development/processes_and_procedures/how_are_standards_developed.htm). Accessed Sept 2, 2012.
9. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen: 2003. Available at: <http://www.wfme.org>. Accessed Oct 27, 2012.
10. Catton PA, Tallett SE, Sugar L, Rothman AI. A guide to internal program evaluation for program directors. *Annals R Coll Physicians Surg Can* 1999; 32(8): 441-7.
11. National league for Nursing. Task group: Develop nursing education standards. Available at: <http://www.nln.org/aboutnln/interestform>. Accessed Apr 6, 2012.
12. Dehghani Poudeh M, Shams M, Ashourioun V, Esmaeilee A, Nasri P, Hosseini M. Internal assessment of Isfahan general medicine curriculum based on basic standards of ministry of health and medical education: A Model for evaluation and analysis of results. *Iranian J Med Educ* 2010; 10(5): 552-65. (Persian)
13. Khajehzad M, Yamani douzi sorkhabi M, Zarei mahmood abadi A, Naghizadeh J. Assessing the quality of general medicine curriculum in Baqiyatallah University based on Iranian national and WFME global standards. *Iranian J Med Educ* 2010; 10(1): 417-29. (Persian)
14. Accreditation Standards. Available at: [http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172\\_277\\_New-standard.pdf](http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/172_277_New-standard.pdf). Accessed Apr 04. 2012.
15. Report of Standard Development Project. Available at: [http://gpde.behdasht.gov.ir/uploads/174\\_296\\_Report-mordad-84.pdf](http://gpde.behdasht.gov.ir/uploads/174_296_Report-mordad-84.pdf). Accessed Apr 04. 2012.
16. Karle H. Global standards and accreditation in medical education: A review from the WFME. *Acad Med* 2006; 81(12): 43-8.
17. Accreditation Standards of ADA. Available at: [http://www.ada.org/sections/educationAndCareers/pdfs/current\\_predoc.pdf](http://www.ada.org/sections/educationAndCareers/pdfs/current_predoc.pdf). Accessed Apr 04. 2012.
18. Accreditation Standards of CDA. Available at: [http://www.cda-dc.ca/cdacweb/en/accreditation\\_requirements/DDS\\_and\\_DMD](http://www.cda-dc.ca/cdacweb/en/accreditation_requirements/DDS_and_DMD). Accessed Apr 04. 2012.
19. Accreditation Standards of GDC. Available at: <http://www.gdc-uk.org/Pages/default.aspx>. Accessed Apr 04. 2012.
20. Accreditation Standards of ADC. Available at: <http://www.adc.org.au/asd.pdf>. Accessed Apr 04. 2012.
21. Naseri N, Salehi Sh, Khalifezadeh A, Yousefi A. Developing clinical nursing education standards in Iran based on international standards. *Iranian J Med Educ* 2010; 10(1): 71-80. (Persian)
22. Allahdadian M, Salehi Sh, Hassan Zahraie R, Farahmand H. Proposing appropriate national standards for nursing and midwifery education derived from international standards: A Case study, Master of Science in nursing and midwifery. *Iranian J Med Educ* 2008; 8(1): 15-21. (Persian)

23. Chabavizadeh A, Yousefy A, Changiz T, Shams B. Compilation of standards of pediatric educational clinic in Isfahan University of Medical Sciences. Iranian J Med Educ 2012; 12(8): 564-76. (Persian)
24. Aliyari SH, Maleki H, Pazargadi M, Abbaspour A. Developing and standardization of quality evaluation and accreditation indicators for curricula of baccalaureate degree nursing education in Iran. J Army Univ Med Sci 2012; 10(1): 50-61. (Persian)