مقاله پژوهشی

# صداهایی از کلاس درس: نگاه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی درباره چالش‌های اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده علوم پایه پزشکی

الهه حقیقت‌منش*


## چکیده

**مقدمه:** برنامه درسی دوره پزشکی عمومی در ایران در سال ۱۳۹۶ بازنگری شد. هدف این مطالعه شناخت چالش‌های اجرای برنامه درسی دوره علوم پایه پزشکی عمومی از دیدگاه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی زابل بود.

**روش‌ها:** در این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا، شرکت‌کنندگان شامل دو گروه دانشجویان پزشکی مقطع علوم پایه و اعضای هیأت‌علمی مشارکت‌کننده در این مقطع بودند که با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق ۱۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته (۹ مصاحبه فردی و ۳ مصاحبه گروهی) جمع‌آوری گردید. مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه، ضبط، پیاده‌سازی و با نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شد. سپس در هر گروه جداگانه، کدگذاری به‌صورت باز انجام گرفت و کدهای مشابه تلفیق و در طبقات اصلی و فرعی سازماندهی صورت پذیرفت. معیارهای Lincoln & Guba برای اطمینان از دقت و صحت تحلیل استفاده شد.

**نتایج:** از تحلیل متن مصاحبه‌ها ۳۹۶ کد اولیه (۱۸۶ مورد دانشجویان و ۲۱۰ مورد اعضای هیأت‌علمی) استخراج شد. پس از مقایسه، ادغام و تجمیع مفهومی کدهای مشابه، داده‌ها در قالب ۱۷ زیرطبقه (۱۱ مورد دانشجویان و ۶ مورد اعضای هیأت‌علمی) و ۱۰ طبقه اصلی (۶ طبقه دانشجویان و ۴ طبقه اعضای هیأت‌علمی) سازمان‌دهی شدند. دانشجویان بر تجربه یادگیری، روش تدریس و نظام ارزشیابی و اعضای هیأت‌علمی بر ساختار دوره، منابع انسانی و پویایی برنامه تمرکز داشتند. نقاط قوت شامل اکتساب درک کلی نسبت به پزشکی، درک اهمیت دروس پایه‌ای، مفید بودن کلاس‌های عملی و انگیزه بخش اساتید بود. چالش‌ها شامل حجم بالای محتوا، پراکندگی مباحث، کمبود منابع و ضعف روش‌های تدریس و ارزشیابی بود. ادغام علوم پایه و بالینی، تلاش برای ارتقاء و کاربرد فناوری آموزشی و تقویت تعامل استاد-دانشجو پیشنهاد شد.

**نتیجه‌گیری:** اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده علوم پایه پزشکی با چالش‌های محتوایی، آموزشی و ساختاری مواجه است. این نتایج ضرورت طراحی آموزشی سیستمی متناسب با شرایط اجرایی را برای بهبود اثربخشی برنامه درسی برجسته می‌سازد.


**واژه‌های کلیدی:** دانشکده پزشکی، برنامه درسی، آموزش پزشکی، طراحی آموزشی سیستمی

**مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ شهریور ۱۴۰۵؛ ۲۶ (۱۱): ۹۸ تا ۱۱۰**

## مقدمه

برنامه درسی به‌عنوان هسته نظام آموزش پزشکی، نقش بنیادینی در تربیت دانش‌آموختگانی توانمند و پاسخگو متناسب با نیازهای سلامت جامعه ایفا می‌کند. این برنامه، علاوه‌بر محتوای آموزشی، اهداف تربیتی، راهبردهای تدریس، تجارب یادگیری و شیوه‌های ارزشیابی را نیز دربرمی‌گیرد و زمینه هم‌راستایی آموزش با تحولات علمی و نیازهای نظام سلامت را فراهم می‌سازد(۱تا۴). تحولات نظام سلامت، تغییر الگوی بیماری‌ها، گسترش فناوری‌های نوین و افزایش پیچیدگی خدمات، ضرورت بازنگری

* **نویسنده مسؤول:** دکتر الهه حقیقت‌منش (استادیار)، گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران. el.haghighat@gmail.com

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۴۰۴/۷/۲۴، تاریخ اصلاحیه: ۱۴۰۵/۴/۱۰، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۱



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

مستمر برنامه‌های درسی علوم پزشکی را افزایش داده است(۲و۵و۶). ازاین‌رو، بازنگری برنامه درسی به‌عنوان فرایندی نظام‌مند، زمینه اصلاح و روزآمدسازی برنامه‌ها را بر پایه شواهد و دیدگاه ذی‌نفعان فراهم می‌کند(۴و۵و۷). در سال‌های اخیر، بسیاری از کشورها متناسب با نیازهای جامعه و تحولات علمی، برنامه‌های آموزش پزشکی خود را بازنگری کرده‌اند(۴و۸و۹). در ایران نیز، از دهه ۱۳۵۰ تاکنون چندین مرحله اصلاح برنامه درسی پزشکی عمومی انجام شده(۱۰و۱۱) که آخرین بازنگری این برنامه در سال ۱۳۹۶ توسط شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی تصویب شد.

نسخه جدید برنامه، با تأکید بر آموزش حرفه‌گرایی(Professionalism)، طب مبتنی بر شواهد، طب خانواده، طب سنتی و مکمل و همچنین آزمون‌های مهارتی و عملی به‌عنوان شروط فراغت از تحصیل، تلاش دارد آموزش پزشکی را به نیازهای واقعی جامعه نزدیک‌تر سازد(۱۰). اگرچه برنامه‌های بازنگری‌شده از منظر نظری مطلوب ارزیابی می‌شوند، شواهد تجربی نشان می‌دهد که اجرای آن‌ها با چالش‌های قابل توجهی در سطوح فردی، سازمانی و ساختاری مواجه است(۱۱و۱۲). مشارکت فعال ذی‌نفعان کلیدی، به‌ویژه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی، می‌تواند در شناسایی دقیق نقاط قوت و ضعف برنامه و ارتقای اصلاح مستمر آن نقش حیاتی ایفا کند(۱۲و۱۳).

مطالعات پیشین چالش‌های مرتبط با اجرای برنامه‌های درسی پزشکی را از زوایای مختلف بررسی کرده‌اند(۱۴). رمضان¬زاده و همکاران(۱۵) نشان دادند که دانشجویان مقطع علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، کیفیت برخی مؤلفه‌های برنامه درسی علوم پایه پزشکی، از جمله ارزشیابی، فضای آموزشی و فرایندهای یادگیری را نامطلوب ارزیابی کردند. فرجی ارمکی و باقرپناهی(۱۶) نیز در دانشگاه علوم پزشکی قم، دیدگاه ۱۰۷ دانشجو و ۲۰ هیأت‌علمی را نسبت به برنامه درسی علوم پایه جمع‌آوری کرده و نشان دادند که دانشجویان از برنامه درسی اجرا شده رضایت نسبی دارند.

مصطفویان و همکاران(۱۷) در مطالعه‌ای بر روی ۹۰ دانشجوی سال آخر پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد دریافتند که ۶۶٪ شرکت‌کنندگان، اهداف آموزشی دوره علوم پایه را کاملاً مشخص نمی‌دانستند و رضایت کلی دانشجویان از کیفیت تحصیل پزشکی تنها ۴۶٪ بود. همچنین، امیراسماعیلی و همکاران(۱۸) از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۳ مطلع حوزه آموزش پزشکی، عدم تطابق آموزش با نیازهای واقعی جامعه را به‌عنوان یک چالش کلیدی شناسایی کرده و تأکید نمودند که آموزش پزشکی عمومی باید به سمت کاربردی شدن و توانمندسازی دانشجویان برای مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی هدایت شود. انتظاری و همکاران(۱۹) نیز ضرورت تحول بنیادین و همه‌جانبه در برنامه‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر را برجسته کردند. این مطالعات نشان می‌دهد که هرچند تحقیقات متعددی به ابعاد مختلف برنامه‌های درسی پزشکی پرداخته‌اند، اما هنوز شکاف قابل توجهی در شناخت تجربیات ذی‌نفعان اصلی، به‌ویژه در مقطع علوم پایه و چالش‌های واقعی، اجرای برنامه‌های بازنگری‌شده وجود دارد.

مطالعات پیشین به‌طور عمده بر جنبه‌های نظری بازنگری برنامه درسی تمرکز داشته و چالش‌های اجرایی آن از دیدگاه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی کم‌تر بررسی شده است(۱۴و۲۰). دانشگاه علوم پزشکی زابل، به‌عنوان تنها مرکز آموزش پزشکی در منطقه سیستان، در سال‌های اخیر اجرای برنامه بازنگری‌شده پزشکی عمومی را آغاز کرده، اما تاکنون مطالعه‌ای درباره چالش‌های اجرای آن در مقطع علوم پایه انجام نگردیده است. ازاین‌رو، با توجه به نقش تعیین‌کننده مشارکت ذی‌نفعان در موفقیت اجرای برنامه‌های آموزشی، به‌ویژه دو گروه کلیدی دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی، این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده علوم پایه پزشکی عمومی از دیدگاه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی در دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام گرفت.

## روش‌ها

این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. این



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

روش در مطالعات آموزشی از طریق استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و گروه‌های متمرکز، امکان تحلیل عمیق تجربه‌ها و نگرش‌های ذی‌نفعان را فراهم می‌کند(۲۱تا۲۳) و ابزاری مناسب برای بررسی چالش‌های اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده می‌باشد(۲۲و۲۴).

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل دو گروه بودند. گروه اول، دانشجویان پزشکی مقطع علوم پایه در سال‌های تحصیلی ۱۴۰۱–۱۴۰۰ و ۱۴۰۰–۱۳۹۹ که برنامه درسی بازنگری‌شده (مصوب سال ۱۳۹۶) دانشگاه علوم پزشکی زابل را تجربه کرده بودند و گروه دوم، اعضای هیأت‌علمی شرکت‌کننده در آموزش دوره علوم پایه پزشکی عمومی را در همان سال‌های تحصیلی شامل می‌شدند. انتخاب مشارکت‌کنندگان به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و تا دستیابی به اشباع داده‌ها انجام شد. این مرحله در زمانی احراز شد که تحلیل مصاحبه‌ها دیگر به شناسایی کد یا مضمون جدیدی منجر نمی‌شد و داده‌های جدید تنها در جهت تقویت مفاهیم قبلی عمل می‌کردند. بدین ترتیب، گردآوری داده‌ها در اینجا خاتمه یافت.

ملاک ورود برای دانشجویان، در حال تحصیل بودن و گذراندن حداقل یک ترم از دروس علوم پایه بر اساس برنامه بازنگری‌شده بود. دانشجویان مهمان یا در حال مرخصی از مطالعه خارج می‌شدند. برای اعضای هیأت‌علمی، سابقه حداقل دو سال تدریس در همین دوره در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها دو راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که توسط جمعی از خبرگان تدوین شدند. برای هر دو گروه مشارکت‌کننده (دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی)، یک راهنمای مصاحبه با هشت سؤال اصلی طراحی شد. سؤالات محوری در هر دو راهنما یکسان بودند؛ با این حال، متناسب با ویژگی‌های هر گروه، نحوه پرسیدن آن‌ها متفاوت بود. علاوه‌بر سؤالات اصلی، در جریان مصاحبه و بر اساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، از سؤالات پیگیر(probing question) به‌منظور تعمیق داده‌ها و شفاف‌سازی مفاهیم استفاده گردید. به‌عنوان نمونه، یکی از سؤالات محوری مصاحبه عبارت بود از: «به نظر شما چالش‌های اجرای برنامه درسی پزشکی عمومی در دوره علوم پایه چیست؟» مصاحبه‌ها با دانشجویان به‌صورت گروهی(focus-group interviews) و اعضای هیأت‌علمی به‌صورت فردی انجام شد. در ابتدای هر مصاحبه، هدف پژوهش و ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید.

مصاحبه‌ها با طرح یک سؤال باز آغاز و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. تمامی مصاحبه‌ها با اخذ اجازه قبلی از شرکت‌کنندگان ضبط شد و فایل‌های صوتی پس از هر جلسه به‌صورت کلمه‌به‌کلمه تایپ و بازخوانی شدند. تحلیل داده‌ها بدون ذکر نام شرکت‌کنندگان صورت گرفت.

به‌منظور تحلیل داده‌ها در مرحله بعد و بر اساس الگوی لیندگرن و همکاران(Lindgren & et al)(۲۵)، واحدهای معنایی شناسایی، خلاصه و کدگذاری صورت گرفت. کدهای مشابه در مقوله‌های فرعی و اصلی دسته‌بندی شده و در نهایت مضامین استخراج شدند. برای اطمینان(Trustworthiness) از دقت و صحت تحلیل، معیارهای لینکلن و گوبا(Lincoln & Guba)(۲۶) شامل اعتبارپذیری(Credibility) از طریق مشارکت طولانی‌مدت پژوهشگر با داده‌ها، بازبینی مکرر مصاحبه‌ها و استفاده از بازخورد مشارکت‌کنندگان، پایایی(Dependability) از طریق ثبت دقیق مراحل پژوهش و بررسی فرایند تحلیل توسط پژوهشگران همکار، تأییدپذیری(Confirmability) با مستندسازی تصمیمات تحلیلی و کنترل سوگیری پژوهشگر و انتقال‌پذیری(Transferability) از طریق توصیف دقیق زمینه پژوهش و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان لحاظ گردید.

از آن‌جایی که نقش‌ها و تجربیات دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی در فرایند اجرای برنامه درسی با یکدیگر متفاوت است، داده‌های حاصل از مصاحبه‌های این دو گروه به‌صورت جداگانه تحلیل شدند. این رویکرد با هدف شناسایی دقیق‌تر مضامین ویژه هر گروه اتخاذ گردید.

## نتایج

در این مطالعه، داده‌ها از طریق ۱۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته(۹ مصاحبه فردی با اعضای هیأت‌علمی و ۳ مصاحبه گروهی با دانشجویان پزشکی دوره علوم پایه) گردآوری شد (جدول۱) و با روش تحلیل محتوای



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

کیفی قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**جدول ۱**. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

| ویژگی | | دانشجویان (n=۶۴) | | اعضای هیأت‌علمی (n=۹) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جنسیت | زن | ۳۸ | ٪۵۹/۴ | ۴ | ٪۴۴/۴ |
| | مرد | ۲۶ | ٪۴۰/۶ | ۵ | ٪۵۵/۶ |
| سال تحصیل علوم پایه | سال اول | ۲۱ | ٪۳۲/۸ | | |
| | سال دوم | ۴۳ | ٪۶۷/۲ | | |
| مرتبه علمی | استاد | | | ۱ | ٪۱۱/۱ |
| | دانشیار | | | ۲ | ٪۲۲/۲ |
| | استادیار | | | ۶ | ٪۶۶/۷ |
| سابقه تدریس | کم‌تر از ۱۰ سال | | | ۳ | ٪۳۳/۳ |
| | بیش‌تر از ۱۰ سال | | | ۶ | ٪۶۶/۷ |

در مجموع، از تحلیل متن مصاحبه‌ها ۳۹۶ کد اولیه(Open Code) استخراج شد که شامل ۱۸۶ کد از مصاحبه‌های دانشجویان و ۲۱۰ کد از مصاحبه‌های اعضای هیأت‌علمی بود. در تحلیل مصاحبه دانشجویان، پس از مقایسه، ادغام و تجمیع مفهومی کدهای مشابه، داده‌ها در قالب ۲۳ کد اصلی، ۱۱ زیرطبقه(Sub-categories) و ۶ طبقه اصلی(categories) سازمان‌دهی شد. همچنین داده‌های حاصل از مصاحبه با اعضای هیأت‌علمی پس از تحلیل، در قالب ۱۲ کد اصلی، ۶ زیرطبقه و ۴ طبقه اصلی، دسته‌بندی گردید. جداول ۲و۳ به‌ترتیب، طبقات و زیرطبقات دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی را ارائه می‌کنند.

**جدول ۲**. کدهای اصلی، طبقات و زیر طبقات استخراج شده از مصاحبه با دانشجویان

| کدهای اصلی | زیرطبقه | طبقه اصلی |
|---|---|---|
| پراکندگی و عدم انسجام محتوای آموزشی | انسجام و هماهنگی برنامه آموزشی | چالش‌های ساختاری و اجرایی برنامه درسی |
| هماهنگی نابسنده بین گروه‌های آموزشی | | |
| حجم بالای دروس واحدهای تعریف‌شده | تراکم و زمان‌بندی برنامه آموزشی | |
| زمان‌بندی نامتوازن کلاس‌ها و آزمون‌ها | | |
| کمبود فضاهای آموزشی | زیرساخت‌های فیزیکی و امکانات آموزشی | محدودیت‌های آموزشی و زیرساختی |
| محدودیت امکانات کلاس‌های عملی و آزمایشگاهی | | |
| کمبود منابع و بانک سؤال | منابع و زیرساخت‌های محتوایی و فناورانه | |
| کاستی در زیرساخت‌های آموزش الکترونیک | | |
| ضعف تعامل و یادگیری عمیق در روش‌های آموزش غیرحضوری | محتوای آموزشی و روش‌های تدریس | چالش‌های فرایند یاددهی–یادگیری |
| تمرکز بر آموزش تئوریک | | |
| ارتباط نابسنده بین علوم پایه و بالینی | حمایت از یادگیری دانشجویان | |
| بی‌انگیزگی و کم‌تعامل بودن برخی اساتید | | |
| نیاز به آموزش مهارت‌های مطالعه و آشنایی با فضای دانشگاه | | |
| انجام نشدن ارزشیابی به صورت مداوم | ارزشیابی آموزشی | نظام ارزشیابی و بازخورد آموزشی |
| هماهنگی ناکافی میان محتوای تدریس و آزمون‌ها | | |
| ناکافی بودن بازخورد مؤثر به دانشجویان | بازخورد آموزشی | |

[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

| | | |
|---|---|---|
| ایجاد دید کلی نسبت به علم پزشکی<br>تأکید بر دروس پایه‌ای مؤثر برای مراحل بالینی<br>تجربه مفید در کلاس‌های عملی | نقش علوم پایه در آمادگی برای آموزش بالینی<br>تجارب مؤثر یادگیری در آموزش عملی | جنبه‌های مثبت و فرصت‌های برنامه درسی |
| برگزاری دوره‌های مقدماتی و کارگاه‌های آموزشی<br>تقویت ادغام تدریجی دروس پایه و بالینی<br>تقویت تدریس مبتنی بر فناوری و شواهد<br>افزایش تعامل علمی و عاطفی استاد با دانشجو | راهکارهای ارتقای کیفیت آموزش | پیشنهادها و راهکارهای بهبود برنامه |

این طبقات بیان‌گر ابعاد گوناگون چالش‌ها و فرصت‌های اجرای برنامه هستند؛ از جمله چالش‌های اجرایی و ساختاری، محدودیت‌های منابع انسانی و زیرساختی، نارسایی در روش‌های آموزشی و ارزشیابی و در عین حال فرصت‌های بهبود و توسعه آینده.

تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده با اعضای هیأت‌علمی دوره علوم پایه نشان داد که این گروه، اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده را تلاشی ارزشمند در جهت ارتقای کیفیت آموزش پزشکی می‌دانند، اما معتقدند تحقق کامل اهداف آن مستلزم فراهم‌سازی زیرساخت‌ها، هماهنگی میان گروه‌ها و بازنگری در شیوه‌های تدریس و ارزشیابی است.

جدول ۳ طبقات اصلی، زیرطبقات و کدهای اصلی منتخب از اعضای هیأت‌علمی را ارائه می‌کند که به‌روشنی بازتاب‌دهنده درک آنان از نقاط قوت و چالش‌های اجرایی برنامه بازنگری‌شده در دانشگاه علوم پزشکی زابل می‌باشد.

**جدول ۳.** طبقات و زیرطبقات استخراج شده از دیدگاه اعضای هیأت‌علمی

| کدهای اصلی | زیرطبقه | طبقه اصلی |
|---|---|---|
| هماهنگی نابسنده بین گروه‌های آموزشی<br>نارسایی در برنامه‌ریزی و سازماندهی آموزشی<br>کمبود زمان برای پوشش کامل محتوا | سازماندهی و مدیریت برنامه آموزشی | چالش‌های اجرایی و ساختاری برنامه بازنگری‌شده |
| کمبود نیروی آموزشی متخصص<br>کمبود فضا و تجهیزات آموزشی<br>نیاز به بازنگری در تخصیص منابع | منابع انسانی آموزشی<br>**امکانات و منابع آموزشی** | منابع انسانی و زیرساختی ناکافی |
| کاستی در استفاده از روش‌های تدریس نوین<br>نیاز به همسویی بین محتوای تدریس و ارزیابی<br>نبود بازخورد سازنده برای بهبود تدریس | **روش‌های تدریس**<br>**ارزشیابی و بازخورد آموزشی** | **چالش‌های آموزشی و ارزشیابی** |
| ایجاد انسجام و ادغام بین دروس پایه و بالینی<br>توانمندسازی اعضای هیأت‌علمی در آموزش پزشکی<br>استقرار نظام پایش و ارزشیابی مستمر | **راهبردهای ارتقای کیفیت برنامه آموزشی** | فرصت‌ها و پیشنهادهای بهبود برنامه |

تحلیل تلفیقی داده‌ها به شناسایی مضامین مشترک و متمایز مرتبط با اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده علوم پایه پزشکی منجر شد. دانشجویان بیش‌تر بر تجربه یادگیری، روش تدریس، امکانات و نظام ارزشیابی تأکید داشتند، در حالی که اعضای هیأت‌علمی بر ساختار، منابع انسانی، سیاست‌های آموزشی و پویایی نظام اجرا تمرکز کردند. ادغام این دیدگاه‌ها منجر به شناسایی مجموعه‌ای از مؤلفه‌های کلیدی شد که می‌توان آن‌ها را در دو محور کلی «نقاط قوت برنامه» و «زمینه‌های قابل بهبود» طبقه‌بندی نمود. جدول ۴، تطبیقی از این یافته‌های



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

ادغام‌یافته است که بر اساس محورهای اصلی برنامه درسی، دیدگاه دو گروه مورد مطالعه را در خصوص قوت‌ها و چالش‌های اجرایی برنامه بازنگری‌شده به‌صورت نظام‌مند مقایسه می‌کند.

**جدول ۴.** مقایسه دیدگاه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی درباره نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود در مؤلفه‌های مختلف برنامه درسی بازنگری‌شده

| مولفه | نقاط قوت و پیشنهادات از دیدگاه | | نقاط قابل بهبود از دیدگاه | |
|---|---|---|---|---|
| | دانشجویان | اعضای هیئت علمی | دانشجویان | اعضای هیأت علمی |
| ساختار و سازماندهی برنامه درسی | برنامه جدید موجب آشنایی کلی با علوم پایه و درک بهتر ارتباط آن با پزشکی بالینی شده است. | بازنگری ساختار دوره را گامی در جهت انسجام و ادغام بین‌رشته‌ای می‌دانند. | حجم زیاد محتوا و پراکندگی مباحث باعث دشواری یادگیری می‌شود. | نبود هماهنگی بین گروه‌های آموزشی و ضعف در برنامه‌ریزی کلاس‌ها و ارزشیابی‌ها مشاهده می‌شود. |
| منابع انسانی و زیرساخت‌های آموزشی | برخی اساتید متعهد و توانمند نقش مؤثری در یادگیری دانشجویان دارند. | وجود انگیزه برای ارتقای کیفیت آموزش در میان مدرسان جوان یک فرصت است. | کمبود امکانات فیزیکی، ازدحام کلاس‌ها و کمبود تجهیزات آزمایشگاهی. | کمبود نیروی انسانی متخصص و ناکافی بودن امکانات آموزشی و پژوهشی |
| روش‌های تدریس و یادگیری | کلاس‌های عملی و دروس کاربردی مانند فیزیولوژی و آناتومی بسیار مفید ارزیابی شدند. | ادغام آموزش نظری و بالینی توانسته است به ارتقای یادگیری معنادار کمک کند. | تدریس سنتی، توجه کم به یادگیری فعال و بی‌انگیزگی برخی اساتید | نیاز به آموزش مدرسان در زمینه روش‌های نوین تدریس و طراحی آموزشی مؤثر |
| نظام ارزشیابی و بازخورد آموزشی | آزمون‌های عملی در برخی دروس مفید بود، اما فراگیر نیست. | تأکید بر ارزشیابی مبتنی بر شایستگی و ارزیابی عملکردی دانشجویان | نبود ارزشیابی مستمر و تناسب نداشتن سوالات با اهداف آموزشی. | ضعف در نظام پایش آموزشی و نبود بازخورد مؤثر برای مدرسان |
| ادغام علوم پایه و بالینی | آشنایی با مفاهیم بیماری و کاربرد علوم پایه در بالین برای آنان مفید بوده است. | ادغام بین علوم پایه و بالینی را کلید اصلی موفقیت برنامه بازنگری‌شده می‌دانند. | عدم پیوستگی کافی بین دوره‌های آموزشی و نبود آموزش بالینی زودرس. | نیاز به طراحی ساختارمند برای ادغام تدریجی و هدفمند بین مراحل آموزش |
| پویایی و بهبود مستمر برنامه | دانشجویان پیشنهاد به‌کارگیری فناوری آموزشی، طراحی بانک سؤال و دوره‌های مقدماتی دادند. | بر استقرار نظام پایش مستمر و بازنگری تدریجی مبتنی بر شواهد تأکید دارند. | ضعف در پیگیری بازخوردها و اعمال تغییرات بر اساس نیاز دانشجو | کمبود سازوکار منظم برای ارزیابی و اصلاح دوره‌ها در سطح نهادی |

## بحث

مطالعه حاضر با استفاده از روش کیفی و با هدف بررسی چالش‌های اجرای برنامه درسی بازنگری شده دوره علوم پایه پزشکی عمومی از دیدگاه دو گروه از ذینفعان اصلی، دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام شد.

یافته‌ها نشان داد که هرچند اجرای برنامه بازنگری‌شده گامی مثبت در جهت ارتقای کیفیت آموزش پزشکی و نزدیک شدن به رویکردهای نوین یادگیری مبتنی بر شایستگی می‌باشد، اما در مرحله اجرا با چالش‌هایی در زمینه انسجام ساختاری، هماهنگی آموزشی، منابع انسانی و زیرساختی، و نظام ارزشیابی مواجه است. مرور نظام‌مند مادوو و همکاران(Madhuvu & et al)(۲۷) نشان داد که علی‌رغم پیامدهای مثبت، یکپارچگی افقی بر یادگیری دانشجویان، چالش‌های مرتبط با عمق محتوا، ساختار برنامه و شایستگی مدرسان همچنان پابرجاست. یافته‌های چیمه(Cheema)(۲۸) نیز در دانشگاه پزشکی کینگ ادوارد (King Edward) نشان داد که گرچه اعضای هیأت‌علمی علوم پایه از مزایای برنامه درسی یکپارچه برای یادگیری دانشجویان آگاه بودند و طراحی آن را مثبت



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

ارزیابی کردند، بیش از نیمی از آنها نسبت به اجرای صحیح و فقدان آموزش کافی برای پذیرش روش‌های تدریس نوین ابراز نگرانی کردند.

این همسویی در یافته‌ها می‌تواند بازتاب چند مسأله باشد.

۱-چالش‌های اجرای برنامه‌های درسی بازنگری‌شده در آموزش پزشکی، ماهیتی نظام‌مند داشته و محدود به یک دانشگاه یا زمینه آموزشی خاص نیست.

۲-شکاف میان طراحی مفهومی برنامه درسی و ظرفیت‌های سازمانی موجود برای اجرای مؤثر آن، عامل مشترکی است که تداوم این چالش‌ها را در بافت‌های مختلف توضیح می‌دهد.

۳- تفاوت‌های مشاهده‌شده در شدت و نوع چالش‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت در سطح آمادگی سازمانی، میزان توانمندسازی اعضای هیأت‌علمی، دسترسی به منابع انسانی و زیرساختی و وجود یا فقدان سازوکارهای منسجم پایش و ارزشیابی باشد.

دانشجویان بیش‌تر بر تجربه یادگیری، کیفیت تدریس و امکانات آموزشی تأکید داشتند، در حالی که اعضای هیأت‌علمی بیش‌تر بر ساختار، هماهنگی میان گروه‌ها و تحقق اهداف کلان برنامه متمرکز بودند. این یافته همسو با سایر مطالعاتی است که نشان داده‌اند در حالی که دانشجویان پزشکی و اعضای هیأت‌علمی به مزایای برنامه‌های درسی، یکپارچه اذعان دارند، دیدگاه‌های آنان به‌ویژه از نظر نوع چالش‌هایی که با آن مواجه‌اند، متفاوت می‌باشد(۲۹و۳۰). به‌عنوان نمونه، نتایج مطالعه اخیر لی و همکارانش(Lee & et al)(۲۹) در کره جنوبی است که نشان دادند دانشجویان بیش از همه نگران فشردگی برنامه، بار تحصیلی و استرس آموزشی بودند، در حالی که اعضای هیأت‌علمی بر یکپارچگی ساختاری، تداوم برنامه و تحقق اهداف اصلاحات درسی تأکید داشتند. به‌طور مشابه، کونار و همکاران(Konar & et al)(۳۰) گزارش کردند، در حالی که دانشجویان، آموزش یکپارچه را از منظر یادگیری و کاربرد بالینی مثبت ارزیابی می‌کنند، اعضای هیأت‌علمی بیش‌تر بر دشواری‌های اجرایی، به‌ویژه هماهنگی و محدودیت منابع، تأکید دارند. در تبیین این یافته دو مساله حایز اهمیت است. نخست، تأکید دانشجویان بر تجربه یادگیری، کیفیت تدریس و امکانات آموزشی را می‌توان ناشی از مواجهه مستقیم آنان با پیامدهای اجرایی فرایندهای آموزشی و ارزشیابی دانست. در حالی که اعضای هیأت‌علمی به‌دلیل نقش فعال در طراحی، هماهنگی و پاسخ‌گویی به الزامات سازمانی، بر ساختار و اهداف کلان برنامه، تمرکز دارند.

مسأاله دوم، این تفاوت در دیدگاه، نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌های درسی یکپارچه، مستلزم هم‌راستاسازی انتظارات و تجارب ذی‌نفعان در سطوح مختلف طراحی و اجرا می‌باشد؛ این امر مانع از شکل‌گیری شکاف ادراکی میان ذینفعان مختلف می گردد. یکی از یافته‌های کلیدی این مطالعه، تفاوت در برداشت دو گروه از مفهوم «ادغام دروس» بود. از دید اعضای هیأت‌علمی، ساختار ارگان‌محور برنامه، موجب پیوستگی مفاهیم و درک ارتباط میان علوم مختلف شده است، در حالی که دانشجویان آن را منجر به پراکندگی محتوا و دشواری در دنبال کردن مطالب دانستند. این ناهم‌خوانی ممکن است با عواملی مانند هماهنگی ناکافی میان مدرسان، چالش‌های برنامه‌ریزی محتوا و تفاوت در نحوه اجرای الگوی ادغام مرتبط باشد. یافته‌های مطالعه یقینی و همکاران(۳۱) نیز نشان داد که تشکیل تیم‌های بازنگری مسلط به محتوا، اجرای آزمایشی و پایش مستمر، از عوامل کلیدی موفقیت برنامه‌های بازنگری‌شده است. به‌علاوه مطالعه موریس و همکاران(Morris & et al)(۳۲) در یک دانشکده پزشکی بریتانیا نشان داد که یکپارچگی برنامه درسی بیش‌تر از طریق یادگیری هم‌زمان چند موضوع، بحث گروهی، ارتباط صریح میان اجزای مختلف دوره و تجربه بالینی زودهنگام حاصل می‌شود. با این حال، عوامل تسهیل‌کننده مانند هماهنگی میان اساتید، پشتیبانی مربیان و ارزیابی‌های یکپارچه، نقش کلیدی در موفقیت آن دارند، در حالی که محدودیت‌هایی نظیر تفکیک موضوعات، ضعف در تعاملات دانشجویی و مرزبندی میان بخش‌های دوره می‌تواند مانع یکپارچگی گردد.

به‌نظر می‌رسد تحقق ادغام واقعی در برنامه درسی، بیش از آن‌که به تغییر ساختار رسمی دوره وابسته باشد، به فراهم‌سازی سازوکارهای اجرایی مانند همکاری



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

بین‌رشته‌ای اساتید، ارزشیابی‌های هم‌راستا و تقویت تعاملات آموزشی وابسته است.

هر دو گروه مشارکت‌کننده به غلبه آموزش نظری و ضعف در آموزش عملی اشاره کردند. دانشجویان بیان کردند که تدریس‌ها بیش‌تر به‌صورت سخنرانی‌های تئوریک بوده و فرصت یادگیری تعاملی محدود می‌باشد؛ اعضای هیأت‌علمی نیز بر لزوم افزایش سهم آموزش عملی تأکید داشتند. این یافته با مطالعه امیراسماعیلی و همکاران(۱۸) هم‌راستاست که عدم تطابق آموزش با نیازهای واقعی جامعه را از چالش‌های اصلی آموزش پزشکی عمومی در ایران معرفی کرده‌اند. ناهماهنگی بین اهداف آموزشی، روش تدریس و ارزشیابی منجر به یادگیری سطحی می‌شود. از این رو، به‌کارگیری روش‌های یادگیری فعال، مشارکتی و مبتنی بر مسئله می‌تواند در افزایش عمق یادگیری و انگیزش دانشجویان مؤثر باشد. همچنین ممکن است این مسئله بازتابی از محدودیت‌های زمانی و فشار ناشی از حجم بالای محتوای برنامه درسی باشد. به‌علاوه، هم‌راستایی دیدگاه دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی در این زمینه می‌تواند نشان‌دهنده هماهنگی ناکافی میان اهداف آموزشی، روش‌های تدریس و شیوه‌های ارزشیابی باشد.

کمبود زیرساخت‌های آموزشی و منابع انسانی از چالش‌های مهم مطرح‌شده توسط هر دو گروه بود؛ با این تفاوت که دانشجویان بیش‌تر به محدودیت امکانات آموزشی و اعضای هیأت‌علمی به کمبود منابع و مدرسان اشاره کردند.

چیمه(Cheema)(۲۸) نشان داد که اعضای هیأت‌علمی بر ضرورت برخورداری از حمایت و منابع کافی‌تر برای اجرای مؤثر برنامه‌های درسی یکپارچه تأکید می‌کنند. یافته‌های مطالعه انتظاری و همکاران(۱۹) نیز بر این نکته تأکید داشت که موفقیت برنامه‌های تحول آموزشی در گرو تقویت زیرساخت‌های فیزیکی و انسانی می‌باشد. در چنین شرایطی، بدون پشتیبانی سازمانی مناسب، اجرای برنامه‌های بازنگری‌شده با چالش جدی مواجه خواهد شد. این یافته می‌تواند بازتابی از این مساله باشد که دانشجویان، به‌عنوان دریافت‌کنندگان مستقیم آموزش، بیش‌تر تحت تأثیر کیفیت تجربه یادگیری روزمره، روش‌های تدریس و فشارهای ناشی از نظام ارزشیابی قرار دارند؛ اعضای هیأت‌علمی، به‌واسطه نقش برنامه‌ریزی و مدیریتی خود، نگاه کلان‌تری به ساختار، انسجام و تحقق اهداف برنامه دارند.

از دیگر یافته‌های مهم، ناهماهنگی در نظام ارزشیابی بود. دانشجویان آن را حافظه‌محور و غیرکاربردی توصیف کردند و خواستار به‌کارگیری ارزشیابی‌های متنوع و تکوینی شدند. اعضای هیأت‌علمی نیز بر ضرورت طراحی نظام ارزشیابی هم‌راستا با اهداف برنامه تأکید داشتند. مطالعه لطفی و همکاران(۲۰) نیز نشان داد که ناهماهنگی میان برداشت مدرسان و دانشجویان از نظام ارزشیابی، از عوامل مؤثر بر رضایت و اثربخشی آموزشی است. غلبه سنجش‌های مبتنی بر حافظه را می‌توان بازتابی از سنت دیرپای آزمون‌های دانش‌محور، حجم بالای محتوای آموزشی، فشار زمانی و کمبود منابع انسانی آموزش‌دیده در حوزه طراحی ارزشیابی دانست.

همچنین، یافته‌ها وجود تفاوت در ادراک کلی از کیفیت برنامه را نشان داد. اعضای هیأت‌علمی منطق طراحی برنامه را مثبت ارزیابی کردند، اما دانشجویان به تجربه‌ای همراه با پراکندگی مطالب و حجم بالای محتوای آموزشی اشاره داشتند. این موضوع با یافته‌های مطالعه هاشمی و مستور(۳۳) در دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز هم‌سوست که نشان داد، ادغام ساختاری در قالب نظام دوره‌محور، تنها در صورت سازمان‌دهی مناسب و آمادگی زیرساختی، می‌تواند موجب ارتقای یادگیری شود. اسد و خالق(Asad & Khaliq) نیز در مطالعه‌ای کیفی(۳۴) نشان دادند که با وجود نگرش مثبت اعضای هیأت‌علمی نسبت به آموزش یکپارچه، چالش‌های اجرایی مرتبط با هماهنگی، هم‌راستاسازی برنامه و توانمندسازی اساتید همچنان پابرجاست.

شکاف مشاهده‌شده میان منطق طراحی برنامه و تجربه عملی دانشجویان را می‌توان بازتاب فاصله معنادار میان «برنامه درسی رسمی» و «برنامه درسی اجراشده» دانست که به‌ویژه در مراحل اولیه استقرار اصلاحات درسی، به‌طور شایع گزارش می‌شود. این فاصله اغلب حاصل تعامل پیچیده مجموعه‌ای از عوامل؛ مانند محدودیت‌های



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

سازمانی، کفایت زیرساخت‌های آموزشی، میزان هماهنگی بین مدرسان و سطح آمادگی نهادی برای پذیرش تغییر است. در چنین بستری، عدم هم‌راستاسازی مؤلفه‌های طراحی، اجرا و ارزشیابی می‌تواند به شکل‌گیری برداشت‌های متفاوت ذی‌نفعان از کیفیت برنامه موجب گردد؛ امری که بیش از آن‌که نشان‌دهنده کاستی در برنامه باشد، بیان‌گر دشواری‌های انتقال مؤثر اصلاحات از سطح سیاست‌گذاری به بستر واقعی آموزش می‌باشد. از این منظر، موفقیت اصلاحات برنامه درسی نه تنها به کیفیت طراحی، بلکه به ظرفیت نهادی برای پیاده‌سازی تدریجی، پایش مستمر فرایند اجرا و بهره‌گیری نظام‌مند از بازخورد دانشجویان و اعضای هیأت‌علمی وابسته است.

این مطالعه دارای چندین محدودیت است. تمرکز مطالعه بر دانشگاه علوم پزشکی زابل، به‌عنوان یک دانشگاه تیپ سه، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور محدود کند. با این حال، به‌دلیل شباهت در ساختار آموزشی و چالش‌های اجرایی، یافته‌ها می‌تواند برای دانشگاه‌های مشابه قابل استفاده و الهام‌بخش باشد. افزون بر این، به‌دلیل ماهیت کیفی مطالعه، تحلیل داده‌ها بر تفسیر پژوهشگران استوار بوده است؛ هرچند با بهره‌گیری از بازبینی همتایان، تأیید مشارکت‌کنندگان و سایر روش‌های اطمینان‌بخشی تلاش شد تا اعتبار درونی و صحت داده‌ها تضمین شود. همچنین، محدودیت زمانی در اجرای مصاحبه‌ها و شرایط آموزشی ناشی از دوران کرونا، ممکن است بر عمق برخی داده‌ها تأثیر گذاشته باشد.

## نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، اجرای برنامه درسی بازنگری‌شده در دانشگاه علوم پزشکی زابل، اگرچه گامی ارزشمند در راستای ارتقای کیفیت آموزش، ادغام علوم پایه و بالینی و توسعه یادگیری مبتنی بر شایستگی است، اما تحقق کامل اهداف آن مستلزم فراهم‌سازی الزامات سیستمی و نهادی می‌باشد. موفقیت چنین برنامه‌هایی تنها از مسیر اصلاح محتوای آموزشی حاصل نمی‌گردد؛ بلکه به نگاهی سیستمی، مشارکتی و شواهدمحور نیاز دارد که همه اجزای فرایند آموزشی از طراحی محتوا تا آموزش مدرسان، تجهیز زیرساخت‌ها، ارزشیابی و بازخورد را در قالب یک چرخه پویا به هم پیوند دهد.

## ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی (نصر) تحت شناسه اخلاق IR.NASRME.REC.1400.238 تایید گردیده است.

## حمایت مالی

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی چالش‌های اجرای برنامه درسی پزشکی عمومی از دیدگاه اعضای هیأت‌علمی و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زابل» می‌باشد که با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی (نصر) و با شماره طرح ۹۹۴۹۱۸ انجام شده است.

## مشارکت نویسندگان

نویسنده تمامی مراحل طراحی، اجرای پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله را برعهده داشته است.

## تعارض منافع

نویسنده بدین‌وسیله اعلام می‌دارد که هیچ تعارض منافعی وجود ندارد.

## استفاده از هوش مصنوعی در فرآیند نگارش

در نگارش این مقاله، از ChatGPT و Scopus AI فقط برای جست‌وجوی منابع، ترجمه و ویرایش زبانی استفاده شده و تمامی مراحل ایده‌پردازی، طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها و تدوین نتایج به‌طور کامل توسط نویسنده انجام گردید.پ

## قدردانی

بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی صمیمانه خود را از حمایت‌های ارزشمند این مرکز اعلام می‌دارم. همچنین از کلیه اعضای هیأت‌علمی و دانشجویان محترم دانشگاه علوم پزشکی زابل که با همکاری و پاسخ‌گویی صادقانه



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

خود در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه نقش داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع


1. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The hidden curricula of medical education: a scoping review. Acad Med. 2018; 93(4): 648-56.
2. Jabbarova A. Planning teaching and learning on the base of curriculum design and development. Archiv Nauchnykh Publikatsii JSPI; 2020:1-5. [Cited 2026 Apr 29]. Available from: ttps://scholar.google.com/scholar?cluster=16687872993445860 97https://scholar.google.com/scholar?cluster=16687872993445860 97&hl=en&as_sdt=2005&sciodt=0,5
3. Yamani N, Nasr AR, Sabri MR. [Curriculum renewal in medical education]. Journal of Curriculum Studies. 2010; 4(16): 1-28.[Persian]
4. Quintero GA, Vergel J, Arredondo M, Ariza MC, Gomez P, Pinzon-Barrios AM. Integrated medical curriculum: advantages and disadvantages. J Med Educ Curric Dev. 2016; 3: JMECD.S18920.
5. Bichel-Findlay J, Koch S, Mantas J, Abdul SS, Al-Shorbaji N, Ammenwerth E, et al. Recommendations of the International Medical Informatics Association (IMIA) on education in biomedical and health informatics: second revision. Int J Med Inform. 2023; 170: 104908.
6. Khanpoor H, Amerzadeh M, Alizadeh A, Khosravizadeh O, Rafiei S. Developing a responsive model to societal needs in medical education. BMC Med Educ. 2024; 24(1): 370.
7. Rolfs J, Munsell D, Kilgore JR, Welsh JM, Roscoe MS, Rogers B, et al. Review of post professional doctoral education for the physician assistant/associate: recommendations for entry-level curriculum. Med Res Arch. 2025; 13(8).
8. Stieger P, Schwoerer AP, Buggenhagen H, Braun-Dullaeus RC, Albert C. Undergraduate scientific education and the decline of postgraduate medical researchers in Germany. Front Med (Lausanne). 2025; 12: 1639839.
9. Younger JM, Joshi V, Das S, Tey RV, Haldankar P, Pramanik K, Goud M, et al. A paradigm shift in medical education, transitioning to integrated curriculum: a faculty point of view. J Res Med Dent Sci. 2022; 10(9): 251-7.
10. Bahreini A, Javan S, Araghi F, Shariati K, Ghazanfarpour M. [Challenges and obstacles of clinical medical education in Iran: a literature review]. Medical Education Bulletin. 2025; 6(2): 1115-26.[Persian]
11. Azizi F. The reform of medical education in Iran. Med Educ. 1997; 31(3): 159-62.
12. Gilavand A, Mehralizadeh Y, Hosseinpour M, Torabipour A. A review on pathology of the integration of medical education system with health services at Iran's Ministry of Health and Medical Education. Future of Medical Education Journal. 2018; 8(3): 47-56.
13. Gilavand A, Maraghi E. Assessing the quality of educational services of Iranian universities of medical sciences based on the SERVQUAL evaluation model: a systematic review and meta-analysis. Iran J Med Sci. 2019; 44(4): 273.
14. Sharma M, Murphy R, Doody GA. Do we need a core curriculum for medical students? A scoping review. BMJ Open. 2019; 9: e027369.
15. Ramazanzade K, Ahmadi Darmian M, Farrokhfall K. An Evaluation of the Quality of Curriculum Implementation of Basic Medical Sciences from the View of Students at Birjand University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2024; 24 :90-99
16. Faraji Armaki A, Bagher Panahi S. [Viewpoint of general medicine students and faculty members about basic sciences curriculum]. Iranian Quarterly of Education Strategies. 2011; 4(2):73-76.[Persian]
17. Mostafavian Z, Moein Safa M .[Baresiyeh Didgahhaye Daneshjooyane Sale Akhare Pezeshki Nesbat be Amoozesh Pezeshkiye Daneshgah Azade Eslamiye Mashhad sale 1393]. Nashriyeye Oloom Pezeshkiye Daneshgahe Azade Eslamiye Mashhad. 2015;2.[Persian]
18. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Moosazadeh M, Pahlavan E. Challenges of general practice education in Iran: a qualitative study. Strides in Development of Medical Education .2013; 9(2): 118-131.




[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

19. Entezari A, Jalili Z, Momtazmanesh N, Mohagheghi MA. [Challenges of community oriented medical education in Iran]. Journal of Medicine Spiritual Cultivation. 2010; 77: 52-64.[Persian]
20. Lotfi M, Sagheb MM, Amini M, Lotfi F, Saber M, Bastani P. [360-degree assessment of clinical education satisfaction in Shiraz University of Medical Sciences]. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20(114): 59-68.[Persian]
21. Lichtman M. Qualitative research in education: a user's guide. 4th ed. New York: Routledge; 2023.
22. Eisner EW. The use of qualitative forms of evaluation for improving educational practice. Educational Evaluation and Policy Analysis. 1979; 1(6): 11-19.
23. Hammarberg K, Kirkman M, de Lacey S. Qualitative research methods: when to use them and how to judge them. Hum Reprod. 2016; 31(3): 498-501.
24. Yadav D. Criteria for good qualitative research: a comprehensive review. Asia-Pacific Edu Res. 2022; 31(6): 679-689.
25. Lindgren BM, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. Int J Nurs Stud. 2020; 108: 103632.
26. Lincoln YS, Guba E. Naturalistic inquiry.1st ed. Los Angeles: SAGE Publications; 1985.
27. Madhuvu A, Gao W, Rogers R, O Halloran M, Bennett N, Morphet J. Horizontal integration of bioscience and nursing in first-year nursing curricula: a systematic review. Nurse Educ Today. 2022; 118: 105519.
28. Cheema KM. Faculty perspective about difficulties in implementation of newly introduced integrated curriculum for basic sciences in King Edward Medical University. Pak Armed Forces Med J. 2021; 71(3): 1075-1079.
29. Lee Y, Shin JS, Park WB, Yoon HB. Breaking the mould: stakeholder insights into the shift from 2+4 to a 6-year continuous medical curriculum in South Korea. BMC Med Educ. 2025; 25(1): 1399.
30. Konar S, Sarkar S, Kumar Mondal M, Aggarwal P. A study based on perception of first phase undergraduate medical students and faculty on integrated teaching in anatomy. National Journal of Clinical Anatomy. 2023; 12(4): 186-190.
31. Yaghini J, Faghihi A, Yamani N, Daryazadeh S. [Challenges for implementing general dentistry curriculum from students' viewpoint: a qualitative study]. Journal of Mashhad Dental School. 2019; 42(4): 356-69.
32. Morris TJ, Hart J, Collins S. Understanding integration at a UK medical school: an ethnographic exploration. Ethnography. 2025.
33. Hashemy SI, Mastour H. Towards basic sciences curriculum reform in general medicine at Mashhad University of Medical Sciences. Future of Medical Education Journal. 2021;11(4): 25.
34. Asad M, Khaliq T. Faculty perception regarding integrated curriculum at undergraduate level: a qualitative study. Pak Armed Forces Med J. 2020; 70(1): 217-223.

[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

# Voices From the Classroom: Students' and Faculty Members' Perspectives on the Challenges of Implementing the Revised Basic Medical Sciences Curriculum

**Elahe Haghighat-Manesh**[1]

## Abstract

**Introduction:** *The curriculum provides the foundation for medical education by preparing competent and socially accountable graduates who can respond effectively to evolving community health needs. Rapid changes in healthcare systems, including the shift from treatment centered to health centered care, changing disease patterns, technological advances, increasing complexity in healthcare delivery, rapid expansion of medical knowledge, and rising healthcare costs, have underscored the need for continuous curriculum reform. However, even well-designed curricula may encounter substantial challenges during implementation because of barriers at individual, organizational, and structural levels. Engaging key stakeholders, particularly medical students and faculty members, is therefore important for identifying the strengths and shortcomings of revised curricula and informing their ongoing improvement. In Iran, the undergraduate medical curriculum underwent a major revision in the academic year 2017. This study explored the challenges of implementing the revised curriculum from the perspectives of medical students and faculty members at Zabol University of Medical Sciences.*

**Methods:** *This qualitative study employed a conventional content analysis approach. Participants were purposively recruited from two groups: medical students in the basic sciences phase and faculty members involved in curriculum implementation. Data were collected through 12 semi structured interviews, including nine individual interviews with faculty members and three focus group interviews with medical students, and continued until data saturation was achieved. Separate interview guides, each comprising eight main questions, were developed for the two participant groups. Although the guides addressed comparable topics, the wording of the questions was tailored to the roles and experiences of each group. Probing questions were used when appropriate to explore participants' responses in greater depth and clarify emerging concepts. With participants' informed consent, all interviews were recorded and transcribed verbatim. The transcripts were analyzed using MAXQDA 2024 through an inductive coding process. Initial coding was conducted separately for each participant group. Similar codes were then compared across groups, merged where appropriate, and organized into subcategories and overarching categories. The trustworthiness of the findings was assessed based on Lincoln and Guba's criteria. Credibility was enhanced through prolonged engagement with the data, iterative review of transcripts, and member checking. Dependability was supported by comprehensive documentation of the research process and peer review of the analytical procedures. Confirmability was enhanced by maintaining an audit trail and using reflexive procedures to minimize researcher bias. Transferability was supported through rich descriptions of the research context and participant characteristics.*

**Results:** *Analysis of the interview data yielded 396 initial codes, including 186 from medical students and 210 from faculty members. Through iterative comparison, integration, and abstraction, these codes were refined into 34 subcategories, comprising 22 from students and 12 from faculty members. The subcategories were subsequently consolidated into 10 overarching categories, with six reflecting students' perspectives and four reflecting faculty members' perspectives. Six overarching categories emerged from the medical students'*



[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]

*accounts: structural and operational challenges of the curriculum; educational and infrastructural constraints; challenges in teaching and learning; assessment and feedback; perceived strengths of the revised curriculum; and recommendations for its enhancement. Four categories emerged from the faculty members' accounts: structural and implementation challenges; limitations in human and infrastructural resources; challenges related to teaching and assessment; and opportunities for further curriculum improvement. Medical students recognized both strengths and challenges in the revised curriculum. They valued the development of an integrated understanding of the basic sciences and their relevance to clinical practice, as well as opportunities for practical and applied learning. However, they reported concerns about curriculum overload, fragmented content, inadequate educational facilities, and continued reliance on traditional lectures, with limited opportunities for active learning. They also identified weaknesses in assessment, particularly limited continuous and constructive feedback, inadequate alignment between assessment and learning objectives, insufficient continuity across training phases, and delayed exposure to clinical settings. Students suggested greater integration of educational technologies, development of question banks, and provision of preparatory courses to strengthen curriculum implementation. Faculty members viewed the curriculum revision as a positive step toward greater coherence and interdisciplinary integration but reported several structural and operational challenges. These included weak interdepartmental coordination, limitations in scheduling and assessment planning, shortages of specialized faculty, and inadequate educational and research resources, despite the enthusiasm of younger educators. Faculty members also emphasized the need for professional development in contemporary instructional design and competency-based assessment, as well as stronger systems for monitoring and feedback. They further highlighted the importance of more coherent integration between the basic and clinical sciences and advocated systematic monitoring and evidence informed, incremental curriculum revision.*

**Conclusion**: *Medical students and faculty members identified multiple structural, educational, and operational factors affecting the implementation of the revised medical curriculum. These findings highlight the importance of context responsive curriculum planning, adequate institutional resources, effective coordination, and continuous monitoring to support successful curriculum implementation.*

**Keywords:** Faculty of Medicine, Medical Education Curriculum, Implementation Challenges, Systematic Instructional Design

**Addresses:**

1. (✉) Assistant Professor, Department of Basic Sciences, Faculty of Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran. E-mail: el.haghighat@gmail.com

[ Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-05 ]