

رضایت دانشجویان و استادان دندانپزشکی از دستاوردهای آموزشی فیلد کارورزی دندانپزشکی با استفاده از یونیت‌های سیار در مکان مذهبی

بهاره طحانی^{*}، علیرضا فرزانه خو، جابر یقینی

چکیده

مقدمه: ارتقای سلامت افراد جامعه با استفاده از امکانات مکان‌های مذهبی به عنوان راهکاری جهت حوزه‌های مختلف طب در جهان مطرح شده است. در حوزه دندانپزشکی در ایران کمتر چنین برنامه‌هایی طرح‌ریزی شده است. مطالعه حاضر برآن است تا ضمن معرفی یک روش نوین ارائه خدمات دندانپزشکی با استفاده از یونیت‌های سیار در مکانی مذهبی رضایت دانشجویان و اساتید را از دستاوردهای آموزشی آن بررسی کند.

روش‌ها: دراین مطالعه توصیفی، ابتدا یونیت‌های سیار دندانپزشکی در سال اجتماعات مکان مذهبی (زینبیه اصفهان) جهت ارائه خدمت به مردم محروم منطقه استقرار یافت. کلیه دانشجویان سال آخر دندانپزشکی (۷۵ نفر) به صورت سرشماری انتخاب و در طی دوهفته ضمن معاینه و ارائه طرح درمان جامع با توجه به اولویت بیمار، بخشی از خدمات درمانی مورد نیاز را نیز ارائه دادند. مراجعین اقشار محروم منطقه بودند. بعد از یک نیمسال اجرا، برنامه از طریق سنجش رضایت ۳۰ نفر از دانشجویان شرکت‌کننده و ۵ نفر اساتید همراه (انتخاب به صورت تصادفی) با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته ۱۰ آیتی پس از تأیید پایایی و روایی صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نمره میانگین کل $3/1 \pm 0/5$ بود. ۶۰٪ دانشجویان تأثیر برنامه در افزایش توانمندی‌هایشان را زیاد یا خیلی زیاد در درمان‌های بالینی ترمیمی و پیشگیرانه و برقراری ارتباط مؤثر با بیماران گزارش کردند. کمترین رضایت در افزایش توانمندی آنها برای انجام خدمات درمان ریشه گزارش شد.

نتیجه‌گیری: رضایت دانشجویان از طرح در زمینه افزایش توانمندی‌های ارائه خدمتشان در زمینه برقراری ارتباط با بیماران، خدمات پیشگیرانه و برخی درمان‌های دندانپزشکی بالا بود.

واژه‌های کلیدی: آموزش دندانپزشکی مبتنی بر جامعه، ارتباط پزشکی-مذهب، دانشجویان دندانپزشکی، مذهب، ایران
مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / ۱۳۹۵؛ ۱۶(۵۸): ۵۲۵ تا ۵۳۳

مقدمه

دندانپزشکی مبتنی بر جامعه به خدمات بالینی اطلاق می‌شود که در آن ضمن ارائه خدمت به بیماران در مناطق با دسترسی محدود یا در سطوح پایین اقتصادی اجتماعی، امکان برخورد با تعداد بیش‌تری از بیماران در محیط‌های مشابه با جامعه واقعی را فراهم می‌کند (۱).

یکی از مدل‌های نوین دندانپزشکی مبتنی بر جامعه استفاده از موبایل کلینیک (یونیت‌های پورتابل

* نویسنده مسؤول: دکتر بهاره طحانی (استادیار)، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. Tahani@dnt.mui.ac.ir
دکتر علیرضا فرزانه خو، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. farzanehkhoo@yahoo.com؛ دکتر جابر یقینی (دانشیار)، گروه پریو، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. j_yaghini@dnt.mui.ac.ir
تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۲/۲۲، تاریخ اصلاحیه: ۹۵/۴/۶، تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۳۱

دندانپزشکی) است. ارائه خدمت در کلینیک‌های سیار کم هزینه‌تر است و به عنوان ابزاری جهت افزایش دسترسی به خدمات مطرح شده است (۲). در مقابل، آموزش سنتی دانشکده‌های دندانپزشکی در محیط‌های کلینیکی صورت می‌گیرد که در خود دانشکده و با هدف اولیه آموزش دانشجویان و در درجه دوم ارائه خدمت به بیماران تعبیه شده‌اند، بنابراین دانشجویان در طی ۳ الی ۴ ساعت فعالیت بالینی خود در روز به ندرت با بیش از یک تا دو بیمار برخورد دارند (۳). استفاده از این یونیت‌ها و استقرار آنها در مکان‌هایی که از سوی مردم منطقه شناخته شده است و مورد اعتماد هستند می‌تواند گامی مؤثر در برطرف ساختن موانع دریافت خدمت باشد.

اماکن مذهبی به دلیل قداست خاص همواره مورد توجه مردم از قشرهای مختلف بوده است و مکان‌های ویژه گردهمایی و اجتماع هستند. حضور همیشگی افراد از طبقات مختلف در این اماکن در کنار بهره‌برداری معنوی و روحی، امکان اطلاع‌رسانی در دیگر زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی از جمله آموزش‌های عام‌المنفعه در زمینه‌های مختلف و از جمله "سلامت" را فراهم می‌سازد (۴).

از دیرباز نقش بالقوه اماکن مذهبی در ارتقای سلامت افراد جامعه مطرح بوده است. در کشورهای غربی ارتقای سلامت مبتنی بر کلیساها (Church-based health promotion (CBHP) به عنوان ابزاری با قابلیت اجرا در میان جمعیت بالایی از افراد جامعه و درجهت کاهش نابرابری‌های سلامت مطرح است (۵). تأثیرگذاری رهبران مذهبی بر عقاید مذهبی مردم و ایجاد امید با اتکا به آموزه‌های دینی و نیز هدایت آنها به سوی سبک‌های سالم زندگی در نهایت به بهبود کیفیت زندگی منجر خواهد شد (۶ و ۷). مثال‌های موفق استفاده از اماکنات مکان‌های مذهبی در راستای ارتقای سلامت مردم زیاد است از جمله تجربه موفق ارتقای سلامت قلب در آمریکا از طریق تشویق به انجام فعالیت‌های فیزیکی در کلیساها و توسط مبلغین مذهبی را می‌توان نام برد. در این مطالعه مشارکت اجتماعی، وجود خدمات سلامت با

استفاده از اماکنات کلیسا، مداخلات سلامتی در بستر جامعه و حمایت‌های اجتماعی لازم را از فاکتورهای مهم و مؤثر بر موفقیت این برنامه‌ها دانسته‌اند (۸).

در حوزه دندانپزشکی نیز استفاده از اماکنات مکان‌های مذهبی، هرچند بسیار محدود، جهت ارائه خدمات مبتنی بر جامعه در برخی نقاط دنیا مطرح شده است؛ در انگلستان در دانشگاه‌های لیدز (۹)، شفیلد (۱۰) و کاردیف آموزش‌های مبینی بر جامعه در کلینیک‌های خارج دانشگاه در حال حاضر انجام می‌شود. در کشور اسلامی ایران نیز همواره اماکن مذهبی مورد توجه ویژه افراد جامعه بوده است. اکثریت این مکان‌ها دارای تسهیلاتی جهت فعالیت‌های فرهنگی از قبیل سالن‌هایی برای برگزاری جشن‌ها و اعیاد مذهبی و گردهمایی جهت اطلاع‌رسانی در خصوص مسایل و مشکلات به روز اجتماعی هستند. استفاده‌های فرهنگی و اجتماعی از جمله آموزش "ارتقای سلامت" و آموزش "بهبود سبک زندگی" عامه مردم می‌تواند علاوه بر سودرسانی بیشتر به مردم، جایگاه ارزش اجتماعی این اماکن را علاوه بر ارزشهای معنوی ارتقا ببخشد.

حرم شریفه زینبیه (س) در اصفهان متعلق به حضرت زینب یکی از دختران حضرت امام موسی بن جعفر علیهما السلام است و از نظر اقتصادی اجتماعی، جزء مناطق محروم و پرجمعیت شهر اصفهان محسوب می‌شود که همواره مورد توجه ویژه منطقه بوده است و دارای اماکنات فضای فیزیکی مناسب نیز جهت استقرار یونیت‌های سیار و ارائه خدمات دندانپزشکی و آموزش در این زمینه است.

با توجه به مشکلات از جمله کمبود بیمار در دانشکده، کمبود فرصت برخورد دانشجویان با بیماران از قشرهای مختلف جامعه و نیز دسترسی پایین بیماران با سطح اقتصادی - اجتماعی پایین به خدمات دندانپزشکی استفاده از یونیت‌های سیار جهت آموزش دانشجویان دندانپزشکی در خارج دانشکده و مبتنی بر جامعه مطرح است.

مطالعه‌ی کنونی مربوط به بخش آموزشی، یک پژوهش وسیع در خصوص دندانپزشکی جامعه‌نگر دانشجویان

دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است که با هدف معرفی برنامه ارائه خدمات دندانپزشکی با استفاده از یونیت‌های سیار در زینیه اصفهان است که میزان رضایت دانشجویان و اساتید از دستاوردهای آموزشی این برنامه (هدف آموزشی) را بررسی می‌کند.

روش‌ها

مطالعه به صورت توصیفی مقطعی است. برای دانشجویان سال آخر دندانپزشکی درسی هفت واحدی به نام کارورزی یا درمان جامع ارائه می‌شود و آموزش‌های بالینی شامل طرح درمان و ارائه خدمات جامع به آنها آموزش داده می‌شود و در قسمتی از این برنامه دانشجویان موظف به ارائه خدمات دندانپزشکی به بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده هستند که به عنوان بخشی از این آموزش ارائه خدمت با استفاده از یونیت‌های سیار در منطقه زینیه پیشنهاد شد.

واحد جامعه‌نگر دانشکده دندانپزشکی اصفهان دارای ۱۵ یونیت سیار است که همگی منطبق بر استانداردهای یونیت‌های دندانپزشکی و با قابلیت تنظیم جهت ارائه طیف وسیعی از خدمات دندانپزشکی فراتر از خدمات پیشگیرانه (فلوراید تراپی - جرم‌گیری و شیارپوشی) هستند.

لیست خدمات قابل ارائه به بیماران با استفاده از یونیت‌های سیار، نیروی انسانی لازم جهت برگزاری برنامه شامل اعضای هیأت‌علمی و گروه‌های آموزشی همکار، تکنسین تجهیزات دندانپزشکی، پرستاران دندانپزشکی پیش‌بینی و ابلاغ‌های جلب همکاری صادر گردید. منابع فیزیکی مورد نیاز شامل مواد مصرفی (مواد لازم برای ارائه خدمات ترمیمی، درمان ریشه، جرم‌گیری، دندانپزشکی کودکان، خدمات پیشگیرانه و جراحی) و غیر مصرفی (دستگاه گرافی، دستگاه‌های جرم‌گیری قابل نصب بر یونیت‌های سیار) دندانپزشکی لازم جهت ارائه خدمت به ۴۰-۵۰ نفر بیمار در هر شیفت کاری پیش‌بینی و از طریق معاونت آموزشی و معاونت مالی اداری دانشکده تهیه گردید.

مکان در نظر گرفته شده برای ارائه خدمات سالن اجتماعات حرم زینیه (س) در منطقه زینیه اصفهان بود و اطلاع‌رسانی به عموم مردم از طریق نصب بنر در منطقه، یک هفته پیش از شروع کار صورت گرفت، یونیت‌های سیار در محل مستقر گردید (تصویر ۱).

کلیه دانشجویان ترم آخر دندانپزشکی (۸۰ نفر) به صورت سرشماری انتخاب شدند. معیار ورود مطالعه اخذ واحد کارورزی یا درمان جامع توسط دانشجویان بود. سپس در گروه‌های ۲۰ نفری تقسیم‌بندی شده و از تاریخ ۱۹/۲ لغایت ۲۹/۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ با سرپرستی اعضای هیأت‌علمی از گروه‌های آموزشی مشخص شده از ساعت ۸:۳۰ الی ۱۳ در محل سالن اجتماعات حضور می‌یافتند. هر گروه از دانشجویان موظف بودند در دو شیفت کاری حضور داشته باشند. بیماران (مردم منطقه زینیه) در بدو ورود توسط دانشجویان معاینه کامل دهان و دندان می‌شدند، نیازهای درمانی - پیشگیرانه آنها استخراج و اولویت‌گذاری می‌شد و بر اساس آن طرح درمان جامع برای هر بیمار مشخص و به تأیید اساتید ناظر رسانیده می‌شد. بر اساس اولویت مشخص شده و با هماهنگی بیماران تعدادی از خدمات درمانی - پیشگیرانه بیماران تحت نظارت اساتید و توسط دانشجویان ارائه می‌گردید. استادان همراه برنامه (در مجموع ۱۰ نفر) ناظر و تأییدکننده‌ی طرح درمان‌ها و نیز ناظر بر کیفیت درمان‌های انجام شده و مسئول ارائه بازخورد به دانشجویان به عنوان برنامه آموزشی آنها بودند (تصویر ۲).

رضایت‌سنجی از این برنامه آموزش و میزان رضایت از دستاوردهای آموزشی برنامه، ۵ ماه پس از اجرا (یک نیمسال بعد که دانشجویان فارغ‌التحصیل شده باشند و مشغول به ارائه خدمت به صورت مستقل شده باشند و امکان قضاوت دستاوردهای برنامه را یافته باشند) در دو بخش رضایت‌سنجی از اساتید شرکت‌کننده در طرح و دانشجویان شرکت‌کننده در طرح (پس از فراغت از تحصیل) از طریق پرسشنامه (مشترک برای استاد و

پرسشنامه توزیع شده با درصد پاسخ‌گویی ۶۷٪ و ۵ نفر از اساتید (درصد پاسخ‌گویی ۱۰۰٪) دریافت گردید. با لحاظ "خیلی زیاد" و "زیاد" به عنوان یک گروه و "خیلی کم" و "کم" در یک گروه نتایج ارزیابی دانشجویان در جدول ۱ خلاصه شده است. ۶۰٪ دانشجویان تأثیر برنامه در افزایش توانمندی‌هایشان را زیاد یا خیلی زیاد در درمان‌های بالینی ترمیمی و پیشگیرانه و برقراری ارتباط مؤثر با بیماران گزارش کردند. کم‌ترین رضایت را در افزایش توانمندی آنها برای انجام خدمات درمان ریشه (۵۰٪ تأثیر را کم یا خیلی کم گزارش شد) گزارش کردند. نمره میانگین کل $3/1 \pm 0/5$ و دامنه ۲/۱-۴ بود.



تصویر ۱: چیدمان یونیت‌های سیار در سالن



تصویر ۲: دانشجویان در حال ارائه خدمت در برنامه فیلد کارورزی با استفاده از یونیت‌های سیار

دانشجو) محقق ساخته صورت گرفت. سؤالات پرسشنامه بر اساس اهداف آموزشی پیش‌بینی شده برای طرح فیلد کارورزی و نیز بر اساس مرور متون انجام گرفته در مقالات مشابه دندانپزشکی تهیه و اعتبار آن بر اساس نظرات سه نفر از صاحب نظران دانشکده دندانپزشکی (رییس واحد EDO و دو تن از اساتید گروه جامعه‌نگر) تأیید شد. جهت تأیید اعتبار از ۳ نفر اساتید خواسته شد میزان اعتبار هر سؤال را از نظر مرتبط بودن (Relevance) به اهداف براساس شاخص ازهرکدام از کارشناسان خواسته شد که به هر سؤال براساس میزان هماهنگی با اهداف نمره‌دهی کنند (از هماهنگی زیاد = ۱ تا ۳ = هماهنگی کم یا نامشخص) سؤالات با نمره ۲ یا ۳ حذف شدند. الفای کرونباخ پرسشنامه نهایی (پایایی) در مطالعه پایلوت بر روی ۱۵ دانشجو معادل ۰/۶۹ محاسبه شد. پرسشنامه نهایی شامل ۱۰ سؤال بود.

در بخش دانشجویی پرسشنامه برای ۳۰ نفر از دانشجویان شرکت‌کننده در فیلد که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند ارسال شد. ۵ نفر از اساتید همراه، به نمایندگی از گروه‌های بالینی به صورت تصادفی از میان ۱۰ استاد همراه طرح انتخاب و پرسشنامه مشابهی توسط آنها تکمیل گردید. از شرکت کنندگان خواسته شد تا نظر خود را در خصوص گزاره‌های پرسشنامه بر اساس شاخص لیکرت ۵ تایی از "خیلی زیاد" تا "خیلی کم" نمره‌دهی (۵ برای خیلی زیاد تا ۱ برای خیلی کم) کنند بنابراین دامنه جمع نمره برای هر فرد بین ۱۰-۵۰ است. اطلاعات در SPSS-22 وارد شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد.

نتایج

ارزشیابی در دوبخش ارزیابی رضایت اساتید و دانشجویان شرکت‌کننده یک نیمسال پس از اجرا انجام شد. پاسخ کامل از ۲۰ نفر از دانشجویان (از ۳۰

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایت دانشجویان از آموزش برنامه فیلد کارورزی. دندانپزشکی جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اهداف	خیلی زیاد/ زیاد	متوسط	خیلی کم/ کم
۱- افزایش توانمندی دانشجویان در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران از قشرهای مختلف	۶۰٪ (۱۲)	۳۵٪ (۷)	۵٪ (۱)
۲- افزایش توانمندی دانشجویان در تشخیص جامع مشکلات دهان و دندان بیماران	۵۵٪ (۱۱)	۵٪ (۱)	۴۰٪ (۸)
۳- افزایش توانمندی دانشجویان در طرح‌ریزی مناسب و علمی درمان	۲۵٪ (۵)	۴۰٪ (۸)	۳۵٪ (۷)
۴- افزایش اعتماد به نفس دانشجویان در ارائه خدمات درمانی- پیشگیرانه	۶۰٪ (۱۲)	-	۴۰٪ (۸)
۵- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات ترمیمی	۶۰٪ (۱۲)	-	۴۰٪ (۸)
۶- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات درمان ریشه	۱۵٪ (۳)	۳۵٪ (۷)	۵۰٪ (۱۰)
۷- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات کشیدن دندان	۴۵٪ (۹)	۲۰٪ (۴)	۳۵٪ (۷)
۸- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات دندانپزشکی اطفال	۵۰٪ (۱۰)	۲۰٪ (۴)	۳۰٪ (۶)
۹- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات پیشگیرانه	۳۵٪ (۷)	۴۰٪ (۸)	۲۵٪ (۵)
۱۰- افزایش توانمندی دانشجویان در مدیریت زمان	۵۰٪ (۱۰)	۴۵٪ (۹)	۵٪ (۱)

نتایج ارزیابی اساتید در جدول ۲ خلاصه شده است. ۶۰٪/ همچنین ۷۵٪ اساتید زیاد و خیلی زیاد از این برنامه در اساتید از تأثیر برنامه در افزایش توانمندی دانشجویان در برقراری ارتباط، مدیریت زمان و ارائه خدمات درمانی اطفال و پیشگیرانه زیاد و خیلی زیاد رضایت داشتند. رضایت داشتند. بیش‌ترین نارضایتی در خصوص درمان‌های کشیدن و درمان ریشه ابراز گردید.

جدول ۲: توزیع فراوانی و نسبی رضایت استادان از فیلد کارورزی داندانپزشکی جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اهداف	خیلی زیاد/ زیاد	متوسط	خیلی کم/ کم
۱- افزایش توانمندی دانشجویان در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران از قشرهای مختلف	۶۰٪ (۳)	۲۰٪ (۱)	۲۰٪ (۱)
۲- افزایش توانمندی دانشجویان در تشخیص جامع مشکلات دهان و دندان بیماران	۹۰۵۲٪ (۲)	۶۱۷٪ (۱)	-
۳- افزایش توانمندی دانشجویان در طرح‌ریزی مناسب و علمی درمان	۴۰٪ (۴)	۴۰٪ (۲)	۲۰٪ (۱)
۴- افزایش اعتماد به نفس دانشجویان در ارائه خدمات درمانی- پیشگیرانه	۸۰٪ (۴)	۲۰٪ (۱)	-
۵- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات ترمیمی	۷۵٪ (۳)	۲۵٪ (۱)	-
۶- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات درمان ریشه	۲۵٪ (۱)	۵۰٪ (۲)	۲۵٪ (۱)
۷- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات کشیدن دندان	۵۰٪ (۲)	۲۵٪ (۱)	۲۵٪ (۱)
۸- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات اطفال	۶۰٪ (۳)	۴۰٪ (۲)	-
۹- افزایش توانمندی دانشجویان در ارائه خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه	۶۰٪ (۳)	۴۰٪ (۲)	-
۱۰- افزایش توانمندی دانشجویان در مدیریت زمان	۶۰٪ (۳)	۴۰٪ (۲)	-

بحث

راستای ارائه‌ی خدمات داندانپزشکی به اقشار خاصی از مردم که در این منطقه سکونت داشتند و در کنار اهداف بهداشتی و درمانی و اقتصادی، ابعاد آموزشی این برنامه نیز بررسی شود. در همین راستا سعی شد میزان

برنامه فیلد کارورزی دانشجویان دندانپزشکی در سالن اجتماعات حرم زینبیه(س) در اصفهان، برای اولین بار در کشور انجام شد و در این مطالعه سعی شد که در

رضایت دانشجویان و استادان را از آموزش‌های کسب شده در این مطالعه بررسی شود.

ارتباط دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز مذهبی از جمله کلیساها بیانگر تجربه‌ای موفق در بسیاری از کشورهای جهان بوده است و استفاده از امکانات این مراکز جهت اشاعه راهکارهای سلامت از جمله مشاوره ترک مصرف سیگار، پیشگیری از فشارخون بالا، ابتلا به ایدز و انتخاب غذاهای سالم و افزایش فعالیت‌های فیزیکی به صورت مداخلات رایج و پذیرفته شده است، به خصوص برای اقشاری از جامعه که امکان دسترسی به خدمات نظام‌های سلامت را ندارند، در آمده است (۱۱).

در حوزه دندانپزشکی نیز استفاده از امکانات مکان‌های مذهبی، هرچند بسیار محدود، جهت ارائه خدمات مبتنی بر جامعه در برخی نقاط دنیا مطرح شده است؛ در انگلستان در دانشگاه‌های لیدز (۹)، شفیلد (۱۰) و کاردیف آموزش‌های مبتنی بر جامعه در کلینیک‌های خارج دانشگاه در حال حاضر انجام می‌شود. در مدل دانشگاه کاردیف دانشجویان در دوسال اول دانشگاه به عنوان مشاهده‌گر در این برنامه‌ها شرکت و در سال آخر هفته‌ای یکبار به ارائه خدمت یک بیمارستان وابسته به کلیسا می‌پردازند. در ارزشیابی صورت گرفته روی فارغ‌التحصیلان پنج سال پس از اتمام دوره عمومی خود مشخص شد ۸۱٪ پاسخ‌گوها شرکت در این برنامه را از نظر آموزشی "بسیار کمک‌کننده" در طبابت‌های پس از فارغ‌التحصیلی خود دانستند (۱۲).

در بیشتر مطالعات دیگر آموزش‌های مبتنی بر جامعه بیشتر به صورت برگزاری بخش‌هایی به صورت چرخشی برای دانشجویان دندانپزشکی در کلینیک‌های سطح شهر در مناطق محروم مطرح است؛ در دهه ۱۹۷۰ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه هاروارد و به دنبال آن در دهه ۸۰ در دانشگاه کلورادو و کلمبیا آمریکا پایه‌ریزی شد. در حال حاضر تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی با دوره‌های چرخشی یک‌ماهه در کلینیک‌های مناطق محروم

در ایالت متحده آمریکا به بیش از ۲۲ دانشکده رسیده است (۱۳). دانشگاه میشیگان در حال حاضر دوره‌های ۱۵ روزه برای دانشجویان سال آخر دندانپزشکی پیش‌بینی کرده است (۱۴). دانشکده دندانپزشکی ایلینوز در شیکاگو ۵۰ الی ۱۰۰ روز از دوره ۱۵۰ روزه کارورزی خود را در کلینیک‌های خارج از دانشکده سپری می‌کنند (۱۵).

بررسی این برنامه‌ها، با وجود تفاوت‌های اجرایی، تأثیر مثبت آنها در پوشش نیازهای درمانی بیماران محروم و در کنار آن ارتقای مهارت‌های بالینی دانشجویان دندانپزشکی، ارتقای توانمندی‌های مدیریتی، ارتقای اعتماد به نفس دانشجویان، درآمدزایی برای دانشکده‌های دندانپزشکی را نشان داد (۱۶)؛ دانشجویان به طور معنی داری اجرای این قبیل برنامه‌ها را در افزایش حساسیت نسبت به نیازهای اقشار محروم جامعه، افزایش تجربه برخورد با بیمار، افزایش سرعت کار، ارتقای مهارت‌های خود در به کارگیری هم‌زمان تکنیک‌ها و روش‌های مختلف و ارتقای مدیریت زمان اذعان نموده‌اند (۱۷ و ۱۸)، همچنین ارتقای این مهارت‌ها در دانشجویان از عوامل مهم و سوق دهنده هیأت علمی دانشکده‌ها در حمایت از برنامه‌های آموزش دندانپزشکی مبتنی بر جامعه بوده است. در مطالعه حاضر هم دانشجویان نقش برنامه را در افزایش توانمندی در برقراری ارتباط با بیماران و اعتماد به نفس در تشخیص و درمان مؤثر دانستند.

همچنین در دانشگاه نیوجرسی مقایسه‌ای بین توانمندی‌های بالینی فرا گرفته شده توسط دانشجویان شرکت‌کننده در برنامه‌های "آموزش مبتنی بر جامعه" که از سال ۱۹۹۶ برگزار می‌شده است و آموزش بالینی سنتی دانشکده در قالب بخش‌های دانشکده انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد نمرات آزمون بالینی دانشجویان شرکت‌کننده در برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جامعه ۸۰٪ بالاتر از نمرات دانشجویان دوره سنتی بود (۱۹).

یکی از دستاوردهای مهم این دسته برنامه‌ها نزدیک ساختن آموزش‌های ارائه شده به دانشجویان به نیازهای واقعی بیماران در جامعه و به عبارتی از مصادیق "آموزش پاسخ‌گو" است. در مطالعه انجام شده در دانشگاه میثیگان پرسشنامه‌ای به دندانپزشکان فارغ‌التحصیل ارسال و نگرش آنها و تمایلاتشان در ارائه خدمت به گروه‌های محروم جامعه و تأثیر برنامه‌های مبتنی بر جامعه بر این تمایلات ارزیابی شد (۲۰). در نهایت نتایج نشان داد دندانپزشکان شرکت‌کننده در برنامه‌های مبتنی بر جامعه تمایل بیشتری به ارائه خدمت به بیماران از اقشار کم درآمد و محروم داشتند ($p < 0.001$)

در مطالعه حاضر بیشترین خدمات انجام شده شامل معاینه، ترمیم، کشیدن، جرم‌گیری و در آخر درمان ریشه بود. در مطالعه دیگری توسط هونگ (Huong) و همکاران در برنامه مبتنی بر جامعه دانشجویان سال آخر هم همین نسبت‌ها قابل مشاهده است (۲۱). به نظر می‌رسد دلیل پایین بودن نسبت برخی از خدمات زمان‌بر بودن آنها و عدم اولویت بالای آنها برای بیماران باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد از نظر دانشجویان و اساتید این طرح موجب افزایش رضایت آموزشی دانشجویان و حساس‌سازی آنها به مشکلات اقشار محروم شده است.

منابع

1. Butters JM, Vaught RL. The effect of an extramural program on the perceived clinical competence of dental hygiene students. J Dent Educ. 1997; 63(5): 415-20.
2. Vashishtha V, Kote S, Basavaraj P, Singla A, Pandita V, Malhi RK. Reach the Unreached – A Systematic Review on Mobile Dental Units. J Clin Diagn Res. 2014; 8(8): ZE05-ZE08.
3. Formicola AJ, Bailit HL. Community-based dental education: history, current status, and future. J Dent Educ. 2012; 76(1): 98-106.
4. Moosavi M, Soltani N. [Evaluating the role of religious tourism on urban development]. Journal Management system. 2014; 5(18): 77-94. [Persian]
5. Campbell MK, Hudson MA, Resnicow K, Blakeney N, Paxton A, Baskin M. Church-based health promotion interventions: evidence and lessons learned. Annu Rev Public Health. 2007; 28: 213-34.
6. Ayton D, Carey G, Joss N, Keleher H, Smith B. Exploring the partnership networks of churches and church-affiliated organisations in health promotion. Aust J Prim Health. 2012; 18(2): 148-57.
7. Sanders EC. New insights and interventions: churches uniting to reach the African American community

- with health information. *J Health Care Poor Underserved*. 1997 ; 8(3): 373-5.
8. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nurs*. 2002; 19(6): 401-11.
 9. Craddock HL. Outreach teaching—the Leeds experience: reflections after one year. *Br Dent J*. 2008; 204(6): 319–24.
 10. Smith M, Lennon MA, Brook AH, Robinson PG. A randomized controlled trial of outreach placement's effect on dental students' clinical confidence. *J Dent Educ* 2006; 70(5): 566–70.
 11. Saunders DR, Holt CL, Le D, Slade JL, Muwwakkil B, Savoy A, et al. Recruitment and Participation of African American Men in Church-Based Health Promotion Workshops. *J Community Health*. 2015; 40(6): 1300-10.
 12. Lynch CD, Ash PJ, Chadwick BL, Hannigan A. Evaluation of a U. K. community-based clinical teaching/outreach program by former dental students two and five years after graduation. *J Dent Educ*. 2010; 74(10): 1146-52.
 13. Bailit HL. Organization and management of community-based dental education programs: an overview from the dental pipeline program. *J Dent Educ*. 2010; 74(10 Suppl): S9–S16.
 14. Piskorowski W, Bailit HL, McGowan TL, Krell RE. Dental school and community clinic financial arrangements. *J Dent Educ*. 2011;75(10 Suppl): S42–S47.
 15. Knight GW. Community-based dental education at the University of Illinois at Chicago. *J Dent Educ*. 2011;75(10 Suppl): S14–S20.
 16. Bailit H. Community-based clinical education programs. *J Dent Educ*. 1999; 63(12): 867–989.
 17. Andersen RM, Davidson PL. Evaluating the dental pipeline program: recruiting minorities and promoting community-based dental education. *J Dent Educ*. 2009; 73(2 Suppl): S5–S375.
 18. Strauss RP, Stein MB, Edwards J, Nies KC. The impact of community-based dental education on students. *J Dent Educ*. 2010; 74(10 Suppl): S42–S55.
 19. De Castro JE, Bolger D, Feldman CA. Clinical competence of graduates of community-based and traditional curricula. *J Dent Educ*. 2005; 69(12): 1324-31.
 20. Rohra AK, Piskorowski WA, Inglehart MR. Community-based dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients from underserved populations. *J Dent Educ*. 2014; 78(1): 119-30.
 21. Huong L, McGowan TL, Bailit HL. Community-based dental education and community clinic finances. *J Dent Educ*. 2011; 75(10 Suppl): S48–S53.

Satisfaction of Dental Students and Faculty Members with the Educational Outputs of Community-Based Dental Education Using Mobile Units in Religious Site

Bahareh Tahani¹, Alireza Farzanehkhoo², Jaber Yaghini³

Abstract

Introduction: Promoting public health through the facilities of religious sites has become a popular solution for different fields of medicine around the world. However, these programs have been less developed in Iran's dentistry. The purpose of this study was to introduce a novel method of providing dental care using portable units in a religious site and to evaluate the satisfaction of students and faculty members with the educational outputs of the program.

Methods: In This descriptive study, mobile dental units were first moved to the auditorium of a religious site (Zeinabieh) to provide dental care to the deprived patients of that area. All the senior dental students (N=75) were selected through census method. While examining the patients and providing the comprehensive treatment plan according to patient priority, they provided some necessary dental care during two weeks. After one semester, the program was evaluated through measuring the satisfaction of 30 students and five supervisor professors (selected randomly) by using a researcher-made 10-item questionnaire whose validity and reliability were confirmed. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The total mean score was 3.1 ± 0.5 . Sixty percent of the students believed that the effects of the program were high or very high on increasing their ability in restorative and preventive clinical treatments and efficient communication with patients. The lowest satisfaction level was related to improved skills in root canal treatment.

Conclusion: Students' satisfaction with the program was high in improving ability to provide preventive and dental care services and in communicating with patients.

Keywords: Community-based dental education, medical-religious partnerships, dental students, religion, Iran

Addresses:

¹ (✉) Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Oral Public Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: tahani@dnt.mui.c.ir

² Department of Oral Public Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: farzanehkhoo@yahoo.com

³ Associate Professor, Dental Research Center, Department of Oral periodontics, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: j_yaghini@dnt.mui.ac.ir