IRANIAN JOURNAL OF PEDIATRIC DENTISTRY 2019-14(1):77-84

Evaluation of clinical education and examination of preclinical and clinical courses of pediatric dentistry from the viewpoint of the students of Tehran University of Medical Sciences

Original Article

Najafpour E[1]
Seraj B[2]
Ghadimi S[3*]
Mahdilo T[4]

1. Assistant professor Department of Pediatric dentistry, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2. Associate professor Department of Pediatric dentistry, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Associate professor Department of Pediatric dentistry, Faculty of Dentistry,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Dentist

Corresponding Author: sghadimi@tums.ac.ir

Abstract

Background: Clinical training in dentistry requires special attention due to the large volume of practical units and the extent of its extensive clinical skills. The purpose of this study was to evaluate clinical education and examination of preclinical and clinical units of pediatric dentistry from the viewpoint of the students of Tehran University of Medical Sciences.

Materials and methods: In this cross- sectional descriptive-analytic study, 146 students were participated, who had passed the preclinical and clinical units of pediatric dentistry at the department of pediatric dentistry of the Tehran University of Medical Sciences. To collect data, a self-constructed questionnaire was used which its validity and reliability were assessed. To analyze data from questionnaires; for quantitative data descriptive statistics were used. To analyze the data according to different student's opinion on the basis of age, gender and educational level; multiple regression model in SPSS 22 software were used.

Results: Appropriate assessment at the end of the ward had was only 38 percent opposed. Only about 30 percent of students did not satisfy about the physical equipment and materials in the laboratory and ward. For most skills, the students were satisfied and be able to do most skills alone. Most problem of the students was regarding spacemaintainer (fixed and removable). Age and sex are two factors influencing the opinions of students in some of the cases but year of university entrance was most affecting factors on the lack of refusing to perform the skills in pediatric dentistry department.

Conclusion: Students were satisfied with clinical education and examination of preclinical and clinical courses of pediatric dentistry for most skills. About spacemaintainer; Educational packages can be useful for students' skill improvement.

Keywords: Education, evaluation, dentistry, pediatric

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

بررسی نحوه آموزش و ارزشیابی واحد های عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران

تحقیقی

چکیده

زمینه و هدف: آموزش بالینی در دندانپزشکی به علت حجم بالای واحدهای عملی و ابعاد یادگیری مهارتی گسترده آن نیاز به توجه خاصی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نحوه آموزش و ارزشیابی واحد های عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان از دیدگاه دانشجویان بخش در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی توصیفی – تحلیلی ۱۴۶ نفر از دانشجویان دوره عمومی، که واحدهای بالینی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان را در بخش دندانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران گذرانده بودند؛ شرکت داشتند. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت؛ استفاده شد. برای آنالیز توصیفی داده ها، ازآماره های توصیفی و برای آنالیز تحلیلی داده ها برای بررسی تفاوت نظر دانشجویان بر اساس سال تحصیلی، جنس و سن از مدل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزارهای SPSS 22.0 استفاده شد.

یافته ها: در این مطالعه تنها ۳۸ درصد دانشجویان با نحوه ارزیابی مناسب دانشجویان در انتهای بخش مخالف داشت. تنها حدود ۳۰ درصد از دانشجویان میزان تجهیزات فیزیکی و وسایل و مواد مورد نیاز دانشجو در بخش و لابراتوآر را مناسب ندانستند. در مورد اکثر مهارت ها، دانشجویان از بخش کودکان راضی بوده و قادر به انجام بیشتر مهارت ها به تنهایی بودند. بیشترین مشکل دانشجویان در رابطه با مهارت فضانگهدار (ثابت و متحرک) گزارش شد. سن و جنس دو عامل تاثیر گذار بر نظرات دانشجویان در برخی از موارد مورد سوال بود اما سال تحصیلی به دانشگاه بیشترین عامل تاثیرگذار بر میزان عدم امتناع از انجام مهارتهای مورد نیاز دندانپزشکی در بخش کودکان بود.

نتیجه گیری: دانشجویان در مورد نحوه آموزش واحدهای عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان در مورد اکثر مهارت ها، از آموزش بخش کودکان راضی بوده و قادر به انجام بیشتر مهارت ها به تنهایی بودند. در مورد مهارتهایی مانند فضانگهدار، تهیه بسته های آموزشی می تواند باعث بهبود این مهارت ها گردد.

کلمات کلیدی: آموزش، ارزشیابی، دندانپزشکی، کودکان

ابراهیم نجف پور[۱]
بهمن سراج[۲]
سارا قدیمی[۳*]
توحید مهدیلو[۴]

۱. استادیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. دانشیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. دانشیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴. دندانپزشک

نویسنده مسئول: سارا قدیمی

sghadimi@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۱۱
تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۱۳

مقدمه: آموزش بالینی، بخش اساسی و مهم آموزش در علوم پزشکی می باشد که بدون آن تربیت افراد کارآمد و شایسته بسیار مشکل و یا غیر ممکن خواهد شد. آموزش بالینی فرایندی است که در آن دانشجویان با حضور بر بالین بیمار و به صورت تدریجی به کسب مهارت پرداخته و با استفاده از تجربیات استدلال های منطقی کسب شده برای حل مشکلات بیمار آماده می شوند که خود تحت تأثیر عوامل و متغیرهای متعددی قرار دارد (۱). طی سال های اخیر، مسئله آموزش بالینی مورد توجه زیادی بوده و مطالعات متعددی نیز در این زمینه انجام گرفته است تا شاید برخی فاکتورهای مؤثر در یادگیری دانشجویان در محیط بالینی مشخص شود. در این راستا،

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

دیدگاه گروه های مختلف آموزشی شامل دانشجویان، مربیان و کارکنان بیمارستان از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۲). لازم به ذکر است که کیفیت آموزش زمانی قابل بررسی است که دیدگاه مخاطبان نیز ارزیابی گردد و بر پایه آن نارسایی های موجود از میان برود تا بتوان دندانپزشکانی را آموزش داد که در درمان بیماران توانمند باشند (۳). آموزش بالینی در رشته دندانپزشکی به علت حجم زیاد واحد های عملی و ابعاد یادگیری مهارتی گسترده آن نیاز به توجه خاصی دارد. ارتقای کیفیت آموزش بالینی مستلزم بررسی مستمر وضعیت موجود عرصه های آموزش بالینی، شناخت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف است. آموزش بالینی باید به گونه ای باشد که امکان انجام تمرینات بالینی با دقت و وسواس خاص تهیه و تنظیم شده و در محیط واقعی روی بیمار انجام گیرد (٤). همچنین ارزشیابی فرآیند یاددهی و یادگیری به دلیل نقش آن در تربیت نیروی انسانی دارای تبحر و صلاحیت، مورد تاکید است و همواره جزء مهمی از جریان آموزش بوده است (۵). در صورتی که نتایج ارزشیابی مطلوب نباشد به همان اندازه که میتواند نمایانگر فعالیت ناکافی دانشجو باشد ممکن است معلول ارزشیابی نامطلوب باشد. از آنجا که مربیان بالینی دانشجویان بطور ملموسی با مسائل و مشکلات بالینی در تماس هستند ارزیابی عرصه های آموزش و ارزشیابی بالینی از دیدگاه آنان کمک مؤثری بر شناسایی عوامل منفی یا باز دارنده آموزش و ارزشیابی (مشکلات آموزشی) به حساب می آیند (٦و٧). از طرفی اکثر محققین شواهد و دلایل زیادی مبنی بر صحت و اعتبار نظرات دانشجو در مورد اساتید و کیفیت عملکرد آموزشی آنان ارایه داده اند. به همین دلیل یکی از توصیه های مهم کنفرانس پیشرفت های آموزشی در ادینبورگ، مشارکت دادن دانشجویان درهمه سطوح آموزشی است (۸). اکثرمطالعات انجام شده در مورد برنامه های آموزشی دندانپزشکی، توسط سازمان های حرفه ای، فارغ التحصیلان، هیأت علمی، مسئولان آموزشی و دندانپزشکان صورت گرفته است ولی مطالعات محدودی بر دیدگاه دانشجویان دندانپزشکی در این مورد متمرکز شده است (۹). بهره مندی از نظر دانشجویان به عنوان منبع ارزیابی سیستم آموزشی گزینه مناسب تری به نظر می رسد؛ چرا که آنها از نزدیک شرایط موجود در بخش را لمس نموده اند و می توانند در مورد مشکلات موجود، نقطه نظرات و راه حل های خود را اعلام نمایند. ضمنا دسترسی به دانشجویان جهت ثبت نظرات آنها راحت تر است که منجر به افزایش اعتبار و پایایی نتایج میگردد. بنابراین بررسی دیدگاه دانشجویان ،که گروه هدف برنامه های آموزشی هستند، درباره شیوه های آموزش و ارزشیابی بالینی حائز اهمیت است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی نحوه آموزش و ارزشیابی واحد های عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان از دیدگاه دانشجویان بخش در بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۵-۱۳۹٦ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه ی توصیفی-تحلیلی مقطعی در بخش دندانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. گروه هدف عبارت بود از: دانشجویان ورودی سال ۸۹ (سال ششم) که واحدهای بالینی پری کلینیک و کلینیک ۱ و ۲ دندانپزشکی کودکان را گذرانده بودند و دانشجویان ورودی سال ۹۰ (سال پنجم) که واحدهای بالینی پری کلینیک و کلینیک ۱ دندانپزشکی کودکان را گذرانده بودند (در مجوع ۱٦۸ نفر): در این مطالعه، به منظور گرداوری داده ها، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. در ابتدا برای طراحی پرسشنامه، بررسی جامعی از مقالات انجام شد. سپس در یک جلسه بارش افکار با حضور تعدادی از متخصصین دندانپزشکی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

کودکان حیطه های مورد بررسی تعیین و سوالات اولیه طراحی شد. برای بررسی روایی محتوایی، پرسشنامه در اختیار ٤ نفر از اساتید بخش کودکان قرار گرفت و طبق نظر آنان در برخی از حیطه ها سوالات اضافی حذف گردید و در برخی از حیطه ها سوالاتی اضافه شد. همچنین متن تعدادی از سوالات نیز دچار تغییر شد. جهت تایید روایی صوری، پرسشنامه در اختیار دو نفر از متخصصین دندانپزشکی کودکان و یک اپیدمیولوژیست قرار گرفت تا مشکلات آن تعیین و برطرف گردد. برای بررسی پایایی پرسشنامه، از ٥ نفر از دانشجویان ورودی ۸۸ که بخش کودکان را با دانشجویان ورودی ۸۹ گذرانده بودند، به عنوان گروه pilot استفاده شد. گروه pilot دو بار پرسشنامه را با فاصله زمانی یک هفته پر کردند و ضریب تکرار پذیری برای هر سوال محاسبه ۰/۸ گردید که برای تمامی سوالات پرسشنامه این ضریب بالای بود. پرسشنامه مذکور شامل ۳ سوال از مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه، ۲۰ سوال در رابطه با کیفیت و کمیت آموزش عملی واحدهای پری کلینیک و کلینیک و با هدف ارزشیابی این بخش از دیدگاه دانشجویان بود که این سوالات در مقیاس لیکرت از کاملا مخالف تا کاملا موافق، بود. در انتهای پرسشنامه سوالاتی در رابطه با نحوه آموزش و توانایی انجام خدمات پری کلینیک و کلینیک در ۱۲ بخش و در مقیاس لیکرت به ترتیب گفته شده قبلی وجود داشت. در قسمت آخر پرسشنامه نیز از دانشجویان خواسته شد، در صورتی که از انجام هر کدام از مهارتهای آموزش داده شده در بخش امتناع خواهند کرد، دلیل آنرا ذکر نمایند. در ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره IR.TUMS.VCR.REC.1395.1516 دریافت شد. برای انجام مطالعه پس از پایان کلاس نظری دندانپزشکی کودکان، پرسشنامه توسط مجری طرح بین دانشجویان توزیع و به دانشجویان فرصتی جهت تکمیل آن داده شد و پس از آن پرسشنامه ها جمع آوری گردید. از مجموع ۱٦۸ پرسشنامه توزیع شده بین دانشجویان، تعداد ۱٤٦ پرسشنامه تکمیل و به محقق برگردانده شد. تعدادی از دانشجویان از پر کردن پرسشنامه امتناع کردند و برخی پرسشنامه را به محقق برنگرداندند. برای آنالیز داده ها از آماره های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای داده های کمی و از فراوانی و فراوانی نسبی برای داده های کیفی استفاده گردید. برای تحلیل تفاوتها، به تعیین تفاوت نحوه آموزش و ارزشیابی انجام شده در واحد های عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان از دیدگاه دانشجویان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال۱۳۹٥-۱۳۹٦ پرداخته شده است. برای یافته های کیفی از فراوانی و درصد فراوانی نسبی استفاده گردید و یافته های تحلیلی با استفاده از مدل رگرسیون توسط نرم افزار SPSS 22 به دست آمد. برای تحلیل داده های جمع آوری شده از نرم افزارهای SPSS 22.0 و Microsoft Excel 2010 استفاده شد.

یافته ها: به طور کلی ۱٤٦ پرسشنامه از دانشجویان سال پنجم (۷۷نفر) و سال ششم (٦۹ نفر) جمع آوری شد. میانگین سن این دانشجویان ۱/۰±۲۳/۹ سال و ٦٦/۷ درصد از آنها دختر و ۳۳/۳ درصد آنان پسر بودند. یافته ها و نتایج توصیفی مربوط به دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال پنجم و ششم در جداول ۱ تا ۳ قابل مشاهده است. همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده میگردد، دانشجویان با اکثر آیتم های مورد سوال موافق بوده اند. اما آیتم " نحوه ارزیابی دانشجویان در انتها ی دوره، به خوبی مهارتهای بالینی آموخته شده توسط دانشجو را ارزیابی میکرد" بیشترین تعداد مخالف را داشت، همچنین بیشترین مخالفت

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

مربوط به دانشجویان ورودی سال پنجم بود. همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده میگردد، دانشجویان با اکثر آیتم های مورد سوال موافقت بیش از ۵۰ درصد داشته اند. تنها آیتمی که زیر ۵۰ درصد بود فضا نگهدار بود که ۳۹/۱ درصد موافق بودند. درکل، بین آیتم های مورد بررسی موارد زیر به ترتیب بیشترین تعداد مخالف را داشته اند:

۱- نحوه آموزش مهارت فضانگهدار (ثابت و متحرک)

۲- نحوه آموزش مهارت کنترل رفتاری

۳- نحوه آموزش مهارت فلورایدتراپی

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده میگردد، دانشجویان قادر به انجام موارد سوال شده به تنهایی بوده اند. (در اکثر موارد بالای ۸۰ درصد). اما در این بین، آیتم های زیر به ترتیب بیشترین تعداد مخالف را داشته اند:

۱- توانایی انجام فضانگهدار (ثابت و متحرک) در صورت نیاز و به تنهایی

۲- توانایی انجام پالپکتومی در صورت نیاز و به تنهایی

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده میگردد، اکثر دانشجویان از انجام مهارت های مورد سوال پرهیز نکرده اند. اما در این بین دانشجویان از برخی فعالیتها به دلایل مختلفی امتناع نموده اند که این مهارت ها و دلایل عدم انجام آنها به ترتیب از این قرارند:

۱- امتناع از انجام فضانگهدار (ثابت و متحرک) که علت اصلی این امتناع عدم آموزش عملی کافی ذکر گردید

۲- امتناع از انجام پالپکتومی که علت اصلی این امتناع عدم آموزش عملی کافی ذکر گردید

۳- همچنین ۹/۹ درصد از دانشجویان نیز به طور کلی به علت بی علاقگی از مهارت کنترل رفتاری امتناع نمودند.

سپس به بررسی تفاوت نظر دانشجویان براساس متغیرهای سن، جنس و سال ورود به دانشگاه درباره تمامی مهارت ها و آیتم های پرسشنامه پرداخته شد برای این منظور از مدل رگرسیونی استفاده شد. در رابطه با سوال" در ابتدای دوره کلینیک اهداف آموزشی بخش به اطلاع من رسید " با افزایش سن میزان مخالفت دانشجویان افزایش یافت که این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود (P=۰/۰۴۲). در رابطه با " برخورد پرسنل بخش با دانشجویان و میزان همکاری آنان در درمان بیماران مناسب بوده است" با افزایش سن میزان مخالفت دانشجویان با سوال مطرح شده افزایش یافت که این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود (P=۰/۰۲۰) همچنین میزان موافقت دانشجویان در رابطه با " انجام کنترل عفونت در بخش به صورت موثر توسط اساتید مورد نظارت واقع میشد" با افزایش سن میزان موافقت دانشجویان کاهش یافت (P=۰/۰۲۶) و دانشجویان سال ششم نسبت به دانشجویان سال پنجم میزان موافقتشان کمتر بود (P=۰/۰۱۲). همچنین در رابطه با اینکه " کمیت و کیفیت نمایش های درون بخشی (demonstration) در بخش پری کلینیک مناسب بوده است " میزان موافقت دانشجویان دختر نسبت به پسران بیشتر بود (P=۰/۰۰۹). در سایر موارد ذکر شده در پرسشنامه میزان موافقت دانشجویان با سوالات مطرح شده ارتباط معنی داری با سن، جنس دانشجویان و سال ورود به دانشگاه نداشت (P<۰/۰۵). بررسی تفاوت نظر دانشجویان بر اساس متغیرهای سن جنس و سال ورود به دانشگاه در توانایی به تنهایی انجام دادن سه مهارت: فیشور سیلانت؛ PRR (TYPE 1 & 2 & 3) و ترمیم آمالگام (کلاس ۱و۲)، میزان موافقت دانشجویان دختر نسبت به پسران بیشتر بود که این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود (P>۰/۰۵).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77] [Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۱: فروانی مطلق و درصد فراوانی نسبی سطح موافقت دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در رابطه با نحوه آموزش واحدهای عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان از دیدگاه آنها

سوال	وضعیت موافقت فراوانی (درصد)	سال		
		٦	٥	فراوانی کل
در ابتدای دوره پری کلینیک، اهداف آموزشی بخش به اطلاع من رسید.	مخالف	۱۵ (٪۱۹/۵)	۹ (٪۱۳/۰)	۲٦ (٪۱۷/۲)
	بی نظر	٦ (٪۷/۸)	۱۳ (٪۱۸/۸)	۱۹ (٪۱۲/٦)
	موافق	٥٦ (٪۷۲/۷)	٤۷ (٪٦۸/۱)	۱۰٦ (٪۷۰/۲)
در ابتدای دوره کلینیک، اهداف آموزشی بخش به اطلاع من رسید.	مخالف	۱۱ (٪۱٤/۳)	۸ (٪۱۱/٦)	۲۰ (٪۱۳/۲)
	بی نظر	۱۵ (٪۱۹/۵)	۱۰ (٪۱٤/۵)	۲۵ (٪۱٦/٦)
	موافق	۵۱ (٪٦٦/۲)	۵۱ (٪۷۳/۹)	۱۰٦ (٪۷۰/۲)
میزان تجهیزات فیزیکی لابراتوار و بخش مناسب بوده است.	مخالف	۲۱ (٪۲۷/۳)	۲٤ (٪۳٤/۸)	٤٦ (٪۳۰/۵)
	بی نظر	٦ (٪۷/۸)	۸ (٪۱۱/٦)	۱۵ (٪۹/۹)
	موافق	۵۰ (٪٦٤/۹)	۳۷ (٪۵۳/٦)	۹۰ (٪۵۹/٦)
وسایل و مواد مورد نیاز دانشجو در لابراتوار و بخش مناسب بوده است.	مخالف	۲٤ (٪۳۱/۲)	۲۲ (٪۳۱/۹)	٤۷ (٪۳۱/۱)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	۱۰ (٪۱٤/۵)	۱۸ (٪۱۱/۹)
	موافق	٤۵ (٪۵۸/٤)	۳۷ (٪۵۳/٦)	۸٦ (٪۵۷/۰)
برخورد پرسنل بخش با دانشجویان و میزان همکاری آنان در درمان بیماران مناسب بوده است.	مخالف	۱۰ (٪۱۳/۰)	۱۱ (٪۱۵/۹)	۲۱ (٪۱۳/۹)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	۳ (٪٤/۳)	۱۱ (٪۷/۳)
	موافق	۵۹ (٪۷٦/٦)	۵۵ (٪۷۹/۷)	۱۱۹ (٪۷۸/۸)
نحوه زمان بندی بیماران بخش مناسب بوده است.	مخالف	۱٤ (٪۱۸/۲)	۱۰ (٪۱٤/۵)	۲۵ (٪۱٦/٦)
	بی نظر	۱۰ (٪۱۳/۰)	۱۱ (٪۱۵/۹)	۲۱ (٪۱۳/۹)
	موافق	۵۳ (٪٦۸/۸)	٤۸ (٪٦۹/٦)	۱۰۵ (٪٦۹/۵)
تخصیص بیماران به دانشجویان دربخش مناسب بوده است.	مخالف	۲۲ (٪۲۸/٦)	۲۱ (٪۳۰/٤)	٤٤ (٪۲۹/۱)
	بی نظر	۱۱ (٪۱٤/۳)	۵ (٪۷/۲)	۱٦ (٪۱۰/٦)
	موافق	٤٤ (٪۵۷/۱)	٤۳ (٪٦۲/۳)	۹۱ (٪٦۰/۳)
تعداد اساتید حاضر در بخش نسبت به تعداد دانشجویان مناسب بوده است.	مخالف	۱۵ (٪۱۹/۵)	۵ (٪۷/۲)	۲۰ (٪۱۳/۲)
	بی نظر	۷ (٪۹/۱)	۹ (٪۱۳/۰)	۱٦ (٪۱۰/٦)
	موافق	۵۵ (٪۷٤/٤)	۵۵ (٪۷۹/۷)	۱۱۵ (٪۷٦/۲)
اساتید بخش به صورت فعال در بخش حضور داشتند و بطور موثر در بروز مشکل راهنمایی می کردند.	مخالف	۱۲ (٪۱۵/۵)	۷ (٪۷/۲)	۱۹ (٪۱۲/٦)
	بی نظر	۱۰ (٪۱۳/۰)	۲ (٪۱۳/۰)	۱۲ (٪۷/۹)
	موافق	۵۵ (٪۷۱/٤)	٦۰ (٪۷۲/۸)	۱۲۰ (٪۷۹/۵)
نحوه انجام مهارت های عملی به دانشجویان توسط اساتید آموزش داده می شد.	مخالف	۱۰ (۱۳/۰)	۵ (٪۷/۲)	۱۵ (٪۹/۹)
	بی نظر	۱٦ (۲۰/۸)	۹ (٪۱۳/۰)	۲٦ (٪۱۷/۳)
	موافق	۵۱ (٪٦٦/۲)	۵۵ (٪۷۹/۷)	۱۱۰ (٪۷۲/۸)
اساتید بخش برای انجام صحیح کار مورد نظر و یادگیری	مخالف	۱۷ (٪۲۲/۱)	۹ (٪۱۳/۰)	۲۷ (٪۱۷/۹)

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

بیشتر دانشجو ایجاد انگیزه میکردند.	بی نظر	۲۰ (٪۲۶/۰)	۱۳ (٪۱۸/۸)	۳٤ (٪۲۲/٥)
	موافق	٤۰ (٪٥۱/۹)	٤۷ (٪٦۸/۱)	۹۰ (٪٥۹/٦)
اساتید بخش با دانشجویان ارتباط مناسبی داشتند.	مخالف	۹ (٪۱۱/۷)	٦ (٪۸/۷)	۱٦ (٪۱۰/٦)
	بی نظر	۱۰ (٪۱۳/۰)	۷ (٪۱۰/۱)	۱۸ (٪۱۱/۳)
	موافق	٥۸ (٪۷٥/۳)	٥٦ (٪۸۱/۲)	۱۱۷ (٪۷۸/۱)
انجام کنترل عفونت در بخش به صورت موثر توسط اساتید مورد نظارت واقع می شد.	مخالف	۲۱ (٪۲۷/۳)	۱۱ (٪۱٥/۹)	۳۳ (٪۲۱/۹)
	بی نظر	۱۲ (٪۱٥/٦)	۹ (٪۱۳/۰)	۲۱ (٪۱۳/۹)
	موافق	٤٤ (٪٥۷/۱)	٤۹ (٪۷۱/۱)	۹۷ (٪٦٤/۲)
کمیت و کیفیت نمایش های درون بخشی (demonstration) در بخش پری کلینیک مناسب بوده است.	مخالف	۱۹ (٪۲٤/۷)	۱۰ (٪۱٤/٥)	۳۱ (٪۲۰/٥)
	بی نظر	۱۰ (٪۱۳/۰)	۱٦ (٪۲۳/۲)	۲٦ (٪۱۷/۲)
	موافق	٤۸ (٪٦۲/۳)	٤۳ (٪٦۲/۳)	۹٤ (٪٦۲/۳)
برگزاری آزمون ورودی در بخش کلینیک به یادگیری دانشجویان کمک نموده است.	مخالف	۱۸ (٪۲۳/٤)	۱۹ (٪۲۷/٥)	۳۸ (٪۲٥/۲)
	بی نظر	٤ (٪٥/۲)	۳ (٪٤/۳)	۷ (٪٤/٦)
	موافق	٥٥ (٪۷۱/٤)	٤۷ (٪٦۸/۱)	۱۰٦ (٪۷۰/۲)
نحوه ارزیابی دانشجویان در انتها ی دوره، به خوبی مهارتهای بالینی آموخته شده توسط دانشجو را ارزیابی می کرد.	مخالف	۳۸ (٪٤۹/٤)	۲۰ (٪۲۹/۰)	٥۹ (٪۳۹/۱)
	بی نظر	۱۲ (٪۱٥/٦)	۱۹ (٪۲۷/٥)	۳۲ (٪۲۱/۲)
	موافق	۲۷ (٪۳٥/۱)	۳۰ (٪٤۳/٥)	٦۰ (٪۳۹/۷)
وجود سوالات کتبی(به صورت اسلاید یا سوالات کتبی در ایستگاهها) در ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره مفید بوده است	مخالف	۲۳ (٪۲۹/۹)	۲۱ (٪۳۰/٤)	٤٥ (٪۲۹/۸)
	بی نظر	۱۰ (٪۱۳/۰)	۱۰ (٪۱٤/٥)	۲۰ (٪۱۳/۲)
	موافق	٤٤ (٪٥۷/۱)	۳۸ (٪٥٥/۱)	۸٦ (٪٥۷/۰)
زمان اختصاص داده شده برای ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره مناسب بوده است	مخالف	۲۹ (٪۳۷/۷)	۱۳ (٪۱۸/۸)	٤٤ (٪۲۹/۲)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	۱۷ (٪۲٤/٦)	۲٦ (٪۱۷/۲)
	موافق	٤۰ (٪٥۱/۹)	۳۹ (٪٥٦/٥)	۷۱ (٪٥۳/٦)
ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره باعث پیشبرد مهارت و دانش عملی دانشجویان می شد	مخالف	۲۹ (٪۳۷/۷)	۲٥ (٪۳٦/۲)	٥٦ (٪۳۷/۱)
	بی نظر	۱۷ (٪۲۲/۱)	۱۲ (٪۱۷/٤)	۲۹ (٪۱۹/۲)
	موافق	۳۱ (٪٤۰/۳)	۳۲ (٪٤٦/٤)	٦٦ (٪٤۳/۷)
وجود آزمون آسکی در قسمتی از ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره مفید بوده است	مخالف	۲۰ (٪۲٦/۰)	۲۲ (٪۳۱/۹)	٤٤ (٪۲۹/۱)
	بی نظر	۱۱ (٪۱٤/۳)	۱۷ (٪۲٤/٦)	۲۹ (٪۱۹/۲)
	موافق	٤٦ (٪٥۹/۷)	۳۰ (٪٤۳/٥)	۷۸ (٪٥۱/۷)

همچنین میزان موافقت دانشجویان در مورد توانایی به تنهایی انجام دادن خدمات: فیشور سیلانت، ترمیم آمالگام (کلاس ۱و۲)، ترمیم کامپوزیت، فلورایدتراپی، کنترل رفتاری، EXT و انجام بی حسی ارتباط معنی داری با سن و جنسیت دانشجویان ندارد (P<۰/۰٥). اما دانشجویان سال ششم نسبت به دانشجویان سال پنجم درباره توانایی انجام این خدمات به تنهایی نظر مخالف تری داشتند که این ارتباط از نظر آماری معنی دار می باشد (P>۰/۰٥).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

جدول شماره ۲: فروانی مطلق و درصد فراوانی نسبی سطح موافقت دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال پنجم و ششم، در رابطه با نحوه آموزش مهارت های زیر به صورت عملی و مفید، توسط اساتید در بخش پری کلینیک و در رابطه با توانایی انجام فعالیتهای ذکر شده به تنهایی و در صورت لزوم

سوال	وضعیت موافقت	نحوه آموزش مهارت های عملی در بخش پری کلینیک		توانایی انجام فعالیتهای ذکر شده به تنهایی	
		سال		سال	
		ششم	پنجم	ششم	پنجم
فیشور سیلانت	مخالف	۳ (٪۳/۹)	۳ (٪٤/۳)	۰ (٪۰)	۲ (٪۲/۹)
	بی نظر	۳ (٪۳/۹)	۵ (٪۷/۲)	۰ (٪۰)	۳ (٪٤/۳)
	موافق	۷۱ (٪۹۲/۲)	٦۱ (٪۸۸/٤)	۷۷ (٪۱۰۰)	٦٤ (٪۹۲/۸)
(TYPE 1&2&3)PRR	مخالف	۵ (٪٦/۵)	٤ (٪۵/۸)	۰ (٪۰)	۲ (٪۲/۹)
	بی نظر	۲ (٪۲/٦)	۳ (٪٤/۳)	۳ (٪۳/۹)	۱ (٪۱/٤)
	موافق	۷۰ (٪۹۰/۹)	٦۲ (٪۸۹/۹)	۷٤ (٪۹٦/۱)	٦٦ (٪۹۵/۷)
ترمیم آمالگام (کلاس ۱و۲)	مخالف	٦ (٪۷/۸)	۸ (٪۱۱/٦)	۱ (٪۱/۳)	۱ (٪۱/٤)
	بی نظر	۵ (٪٦/۵)	۸ (٪۱۱/٦)	٤ (٪۵/۲)	۵ (٪۷/۲)
	موافق	٦٦ (٪۸۵/۷)	۵۳ (٪۷٦/۸)	۷۲ (٪۹۳/۵)	٦۳ (٪۹۱/۳)
ترمیم کامپوزیت	مخالف	٦ (٪۷/۸)	۵ (٪۷/۲)	۰ (٪۰)	٤ (٪۵/۸)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	۱۰ (٪۱٤/۵)	۲ (٪۲/٦)	۵ (٪۷/۲)
	موافق	٦۳ (٪۸۱/۸)	۵٤ (٪۷۸/۳)	۷٤ (٪۹۷/٤)	٦۰ (٪۸۷/۰)
پالپوتومی	مخالف	۸ (٪۱۰/٤)	۵ (٪۷/۲)	۰ (٪۰)	۳ (٪٤/۳)
	بی نظر	۳ (٪۳/۹)	۷ (٪۱۰/۱)	۲ (٪۲/٦)	۱ (٪۱/٤)
	موافق	٦٦ (٪۸۵/۷)	۵۷ (٪۸۲/٦)	۷٤ (٪۹۷/٤)	٦۵ (٪۹٤/۲)
پالپکتومی	مخالف	۲۰ (٪۲٦/۰)	۱۳ (٪۱۸/۸)	۷ (٪۹/۱)	۲۱ (٪۳۰/٤)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	۱۳ (٪۱۸/۸)	۱۱ (٪۱٤/۳)	۱۱ (٪۱۵/۹)
	موافق	٤۹ (٪٦۳/٦)	٤۳ (٪٦۲/۳)	۵۹ (٪۷٦/٦)	۳۷ (٪۵۳/٦)
SSC	مخالف	۱۵ (٪۱۹/۵)	۵ (٪۷/۲)	۱ (٪۱/۳)	٦ (٪۸/۷)
	بی نظر	۷ (٪۹/۱)	۸ (٪۱۱/٦)	۱۲ (٪۱۵/٦)	۹ (٪۱۳/۰)
	موافق	۵۵ (٪۷٤/٤)	۵٦ (٪۸۱/۲)	٦٤ (٪۸۳/۱)	۵٤ (٪۷۸/۳)
فضانگهدار (ثابت و متحرک)	مخالف	۳۵ (٪٤۵/۵)	۲٤ (٪۳٤/۸)	۲۲ (٪۲۸/٦)	۲۲ (٪۳۱/۹)
	بی نظر	۱٤ (٪۱۸/۲)	۱٤ (٪۲۰/۳)	۲۱ (٪۲۷/۳)	۱۷ (٪۲٤/٦)
	موافق	۲۸ (٪۳٦/٤)	۳۱ (٪٤٤/۹)	۳٤ (٪٤٤/۲)	۳۰ (٪٤۳/۵)
فلورایدتراپی	مخالف	۲۳ (٪۲۹/۹)	۲۳ (٪۳۳/۳)	۱ (٪۱/۳)	۸ (٪۱۱/٦)

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

	بی نظر	۱۳ (٪۱۶/۹)	۱۲ (٪۱۷/٤)	۳ (٪۳/۹)	۸ (٪۱۱/٦)
	موافق	٤۱ (٪۵۳/۲)	۳٤ (٪٤۹/۳)	۷۳ (٪۹٤/۸)	۵۳ (٪۷٦/۸)
کنترل رفتاری	مخالف	۲۸ (٪۳٦/٤)	۲۹ (٪٤۲/۰)	٦ (٪۷/۸)	۱۲ (٪۱۷/٤)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	٦ (٪۸/۷)	۸ (٪۱۰/٤)	۲۳ (٪۳۳/۳)
	موافق	٤۱ (٪۵۳/۲)	۳٤ (٪٤۹/۳)	٦۳ (٪۸۱/۸)	۳٤ (٪٤۹/۳)
EXT	مخالف	۱۸ (٪۲۳/٤)	۲۱ (٪۳۰/٤)	۱ (٪۱/۳)	٤ (٪۵/۸)
	بی نظر	۱۰ (٪۱۳/۰)	۱۱ (٪۱۵/۹)	۳ (٪۳/۹)	۱۱ (٪۱۵/۹)
	موافق	٤۹ (٪٦۳/٦)	۳۷ (٪۵۳/٦)	۷۵ (٪۹۷/٤)	۵٤ (٪۷۸/۳)
انجام بی حسی	مخالف	۱۵ (٪۱۹/۵)	۲۳ (٪۳۳/۳)	۰ (٪۰)	۵ (٪۷/۲)
	بی نظر	۸ (٪۱۰/٤)	۹ (٪۱۳/۰)	۲ (٪۲/٦)	۹ (٪۱۳/۰)
	موافق	۵٤ (٪۷۰/۱)	۳۷ (٪۵۳/٦)	۷۵ (٪۹۷/٤)	۵۵ (٪۷۹/۷)

در مورد سایر مهارت ها میزان موافقت دانشجویان ارتباط معنی داری با سن، جنس دانشجویان و سال ورود به دانشگاه ندارد (P<۰/۰۵). در مورد مهارت های فیشور سیلانت، PRR (TYPE 1 & 2 & 3) و فضانگهدار (ثابت و متحرک) دانشجویان سال ششم بیشتر از دانشجویان سال پنجم به علت بی علاقگی و نقص در آموزش عملی از انجام این مهارت ها امتناع ورزیده اند. (P<۰/۰۵). همچنین دانشجویان پسر نسبت به دختران بیشتر از انجام مهارت فیشور سیلانت امتناع ورزیده اند. (P<۰/۰۵) در مورد پرهیز از انجام سایر مهارت های ذکر شده، ارتباط معنی داری با سن، جنس دانشجویان و سال ورود به دانشگاه وجود نداشت (P>۰/۰۵).

بحث: یافته های این مطالعه که در دانشگاه علوم پزشکی تهران و در رابطه با وضعیت آموزش عملی کلینیک و پری کلینیک بخش دندانپزشکی کودکان و با استفاده از نظر سنجی از ۱٤٦ دانشجوی دندانپزشکی سال پنجم و ششم انجام شد، نشان داد که این دانشجویان اظهار کردند، در اکثر حیطه های مربوط به نحوه آموزش واحدهای عملی پری کلینیک و کلینیک دندانپزشکی کودکان،آموزش مناسبی را دریافت نموده اند. اگر علاقه شرط یادگیری و یادگیری نیز عامل ایجاد کننده ی دیدگاه مناسب دانشجویان در مورد بخش فرض شود، بنابراین، بخش کودکان توانسته در دانشجویان علاقه به یادگیری را ایجاد نماید. امانت و همکاران در مطالعه خود که به ارزیابی دیدگاه و رضایتمندی دانشجویان از آموزش در دانشکده ی دندانپزشکی شیراز پرداختند به این نتیجه رسیدند که بیشترین میزان رضایت کلی دانشجویان از بخش کودکان بوده است و دانشجویان سال پنجم و ششم میزان رضایت یکسانی از این بخش داشتند. همچنین این محققان بیان داشتند که همانندی نظر و میزان رضایتمندی دانشجویان به دلیل تناسب مطالب آموزشی با سطح علمی آنها در هر سال تحصیلی می باشد، که در هر دو سال دانشجویی سبب ایجاد رضایت گردیده است (۱۰). در مطالعه ما بیش از ۷۰ درصد دانشجویان عنوان کردند که در ابتدای دوره آموزشی کلینیک وپری کلینیک اهداف آموزشی بخش به اطلاع آنها رسید. تنها ۱۵ درصد دانشجویان مخالف این بودند که اهداف آموزشی در ابتدای دوره کلینیک و پری کلینیک به آنها رسید.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

جدول شماره ۳: فروانی مطلق و درصد فراوانی نسبی عدم پرهیز، پرهیز و دلایل پرهیز از انجام هر یک از مهارتهای ذکر شده توسط دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال پنجم و ششم

مهارت	ورودی	علت								
		عدم امتناع	بی علاقگی	نقص در آموزش عملی	نقص در آموزش نظری	بی علاقگی و نقص در آموزش عملی	بی علاقگی و نقص در آموزش نظری	نقص در آموزش عملی و نظری	همه موارد	دلایل دیگر
فیشور سیلانت	۸۹	۷۳ (٪۹۴/۸)	٤ (٪۵/۲)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	۹۰	۵٦ (٪۸۱/۲)	۹ (٪۱۳/۰)	۳ (٪٤/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۳٤ (٪۸۸/۷)	۱۳ (٪۸/٦)	۳ (٪۲/۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)
(TYPE1&2&3)PRR	۸۹	۷۳ (٪۹٤/۸)	٤ (٪۵/۲)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	۹۰	۵۷ (٪۸۲/٦)	٦ (٪۸/۷)	٤ (٪۵/۸)	۱ (٪۱/٤)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۳۵ (٪۸۹/٤)	۱۰ (٪٦/٦)	٤ (٪۲/٦)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)
ترمیم آمالگام (کلاس ۱و۲)	۸۹	۷۱ (٪۹۲/۲)	۳ (٪۵/۲)	۱ (٪۱/۳)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)
	۹۰	۵٦ (٪۸۱/۲)	٦ (٪۸/۷)	٦ (٪۸/۷)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)
	کل	۱۳۲ (٪۸۷/٤)	۹ (٪٦/۰)	۷ (٪٤/٦)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)
ترمیم کامپوزیت	۸۹	۷۱ (٪۹۲/۲)	۲ (٪۲/٦)	۲ (٪۲/٦)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)
	۹۰	۵۹ (٪۸۵/۵)	٤ (٪۵/۸)	٤ (٪۵/۸)	۱ (٪۱/٤)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۳۵ (٪۸۹/٤)	٦ (٪٤/۰)	٦ (٪٤/۰)	۲ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)
پالپوتومی	۸۹	۷۳ (٪۹٤/۸)	۱ (٪۱/۳)	۱ (٪۱/۳)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)
	۹۰	٦۲ (٪۸۹/۹)	۳ (٪٤/۳)	۳ (٪٤/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱٤۰ (٪۹۲/۷)	٤ (٪۲/٦)	٤ (٪۲/٦)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)
پالپکتومی	۸۹	۵۸ (٪۷۵/۳)	٦ (٪۷/۸)	۷ (٪۹/۱)	۲ (٪۲/٦)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۲ (٪۲/٦)
	۹۰	۳۹ (٪۵٦/۵)	۹ (٪۱۳/۰)	۱۹ (٪۲۷/۵)	۱ (٪۱/٤)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

	کل	۱۰۱ (٪۶۶/۹)	۱۶ (٪۱۰/۶)	۲۶ (٪۱۷/۲)	۳ (٪۲/۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)	۲ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)
SSC	۸۹	۶۶ (٪۸۵/۷)	۳ (٪۳/۹)	٤ (٪۵/۲)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۲ (٪۲/۶)
	۹۰	۵۹ (٪۸۵/۵)	٤ (٪۵۸/۰)	۵ (٪۷/۲)	۱ (٪۱/٤)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	کل	۱۲۸ (٪۸٤/٤)	۷ (٪٤/۶)	۱۱ (٪۷/۳)	۲ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)
فضانگهدار (ثابت و متحرک)	۸۹	٤۷ (٪۶۱/۰)	۵ (٪۶/۵)	۱۵ (٪۱۹/۵)	۲ (٪۲/۶)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۷ (٪۹/۱)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)
	۹۰	۳۶ (٪۵۲/۲)	۵ (٪۷/۲)	۲٤ (٪۳٤/۸)	۳ (٪٤/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	کل	۸٤ (٪۵۵/۶)	۱۰ (٪۶/۶)	٤۱ (٪۲۷/۲)	۵ (٪۳/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱۰ (٪۶/۶)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)
فلورایدتراپی	۸۹	۷۲ (٪۹۳/۵)	۲ (٪۲/۶)	۲ (٪۲/۶)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	۹۰	۵۵ (٪۷۹/۷)	۶ (٪۸/۷)	۵ (٪۷/۲)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۲/۹)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۳۲ (٪۸۷/٤)	۸ (٪۵/۳)	۷ (٪٤/۶)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)
کنترل رفتاری	۸۹	٦٤ (٪۸۳/۱)	۶ (٪۷/۸)	۵ (٪۶/۵)	۲ (٪۲/۶)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	۹۰	۵۱ (٪۷۳/۹)	۹ (٪۱۳/۰)	۶ (٪۸/۷)	۲ (٪۲/۹)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۱۷ (٪۷۷/۵)	۱۵ (٪۹/۹)	۱۲ (٪۷/۹)	٤ (٪۲/۶)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)
EXT	۸۹	۷۲ (٪۹۳/۵)	۳ (٪۳/۹)	۱ (٪۱/۳)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
	۹۰	۵۶ (٪۸۱/۲)	۶ (٪۸/۷)	٤ (٪۵/۸)	۲ (٪۲/۹)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۳۵ (٪۸۸/۱)	۹ (٪۹/۰)	۵ (٪۳/۳)	۳ (٪۲/۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۷)
انجام بی حسی	۸۹	۷۲ (٪۹۳/۵)	۲ (٪۲/۶)	۲ (٪۲/۶)	۱ (٪۱/۳)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۳)
	۹۰	۵۶ (٪۸۱/۲)	۵ (٪۷/۲)	۷ (٪۱۰/۱)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/٤)
	کل	۱۳۲ (٪۸۷/٤)	۷ (٪٤/۶)	۹ (٪۹/۰)	۱ (٪۰/۷)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۱/۳)

در مطالعه صنعت خانی که به بررسی دیدگاه دانشجویان درباره نحوه آموزش و ارزیابی واحد های بالینی در دانشگاه مشهد پرداخته بود، در زمینه آگاهی دادن از اهداف آموزشی بخش در ابتدای هر دوره، اکثریت دانشجویان این آگاهی دادن را متوسط (مناسب) و فقط در مورد بخش ترمیمی خوب ارزیابی کرده بودند (۱۱). در مطالعه دل آرام برای بررسی وضعیت آموزش بالینی پرستاری و مامایی شهرکرد، یکی از نقاط قوت آموزش بالینی، اهداف و برنامه های مشخص آموزش بالینی مشخص گردید (۱۲). بخش مهمی از کار دندانپزشکی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

استفاده از تجهیزات و وسایل برای درمان بیماران است و کمبود وسایل و تجهیزات یا مستهلک و خراب بودن آنها تاثیر مستقیمی بر آموزش بالینی در بخش ها دارد. در مطالعه صنعت خانی که به بررسی دیدگاه دانشجویان درباره نحوه آموزش و ارزیابی واحدهای بالینی در دانشگاه مشهد پرداخته بود، ۳٤/٥ درصد از دانشجویان تجهیزات فیزیکی بخش کودکان را بد دانستند ولی اکثریت عقیده داشتند که تجهیزات فیزیکی سایر بخش ها مناسب یا حتی زیاد است (۱۱).در مطالعه برهان مجابی که به بررسی وضعیت آموزش بالینی از دیدگاه اساتید و دانشجویان دندانپزشکی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین پرداخته بود ۸۰ درصد از دانشجویان تجهیزات و وسایل مورد نیاز در بخش کودکان را کافی دانستند (۱۳). در مطالعه امانت و همکاران درمورد بخش کودکان تنها ۸/٥ درصد از دانشجویان از امکانات و تجهیزات موجود در بخش رضایت نداشتند (۱۰). در مطالعه قرایی و همکاران در خصوص مشکلات آموزشی از دیدگاه دانشجویان در دانشکده دندانپزشکی مشهد، در زمینه امکانات و تجهیزات بخش، به عدم تناسب تعداد دانشجویان و امکانات آموزشی در فانتوم و بخش اشاره شده است (۱٤). در مطالعه ما بیش از ٥٥ درصد دانشجویان میزان تجهیزات فیزیکی و وسایل و مواد مورد نیاز دانشجو در بخش و لابراتوار را مناسب دانستند. پرستاران بخش ها واسطه ای بین بیماران و دانشجویان هستند که میتوانند در یادگیری هر چه بهتر مهارت ها ،با دانشجویان همکاری کنند (۱٥). نتایج مطالعه حارث آبادی و همکاران که به بررسی منابع تنش و عوامل مرتبط با آن در آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی پرداخته بودند، نشان داد که در حیطه بالین، برخورد پرسنل پرتنش ترین عامل بود (۱٦). در مطالعه امانت و همکاران بیشترین سطح رضایتمندی دانشجویان در حیطه برخورد کارکنان، از بخش های درمان لثه، پروتز متحرک و کودکان گزارش شد (۱۰). در مطالعه ما نیز اکثر دانشجویان برخورد و همکاری پرسنل بخش را مناسب دانستند. البته با افزایش سن دانشجویان اظهار عدم رضایت آنها بیشتر شد. نتایج حاصل از مطالعه ما نشان داد که تنها ۱٦ درصد از دانشجویان نحوه زمان بندی بیماران در بخش را مناسب ندانستند. صنعت خانی نیز در مطالعه خود در دانشگاه دندانپزشکی مشهد به این نتیجه رسید که، اکثریت دانشجویان نحوه زمان بندی و تنظیم وقت بیماران را در اکثر بخش ها خوب ارزیابی نمودند اما در بخش های کودکان و اندو این زمان بندی در حد متوسط ارزیابی شد. گرچه تفاوت بین بخش ها معنی دار نبود (۱۱). بالا بودن مخالفت دانشجویان با نحوه تخصیص بیماران در بخش در مطالعه ما (۲۹/۱ درصد از دانشجویان مخالف بودند) میتواند معلول قابل پیش بینی نبودن رفتار کودک باشد. در مطالعه ما بیش از ۷۰ درصد دانشجویان، تعداد اساتید حاضر در بخش نسبت به تعداد دانشجویان، حضور فعال اساتید در بخش، آموزش نحوه انجام فعالیتهای عملی به دانشجویان و ارتباط مناسب اساتید با دانشجویان را مناسب دانستند و تنها حدود ۱۰ درصد از آنان درباره این موارد مخالف بودند. همچنین ٥۹ درصد از دانشجویان با این مطلب که اساتید بخش برای انجام صحیح کار مورد نظر و یادگیری بیشتر دانشجو ایجاد انگیزه میکردند، موافق بودند. این یافته، تلاش اعضای هیات علمی این بخش در راستای افزایش سطح علمی دانشجویان و همچنین استفاده ی مناسب از نیروی اساتید جوان و علاقه مند در آموزش دانشجویان را نشان میدهد. در حالیکه نتایج مطالعه قرایی و همکاران در خصوص مشکلات آموزشی از دیدگاه دانشجویان در دانشکده دندانپزشکی مشهد، نشان داد که دانشجویان در مورد برخورد نامناسب برخی از

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

اساتید اتفاق نظر داشتند و ابراز کردند که این برخورد ها به خصوص در کلینیک موجب تحمیل استرس به دانشجو می شود (۱٤). در مطالعه برهان مجابی در دانشکده دندانپزشکی قزوین، نشان داده شد که برنامه ریزی از نظر هماهنگی تعداد اساتید و دانشجویان حاضر در بخش، در بسیاری از بخش ها صحیح نیست (۱۳). در مطالعه امانت و همکاران بیشترین سطح رضایتمندی دانشجویان در حیطه برخورد اساتید، از بخشهای درمان لثه، پروتز متحرک و کودکان بود (۱۰). در مطالعه ما حدود ٦۰ درصد از دانشجویان نظارت اساتید بر کنترل عفونت توسط دانشجویان را مناسب دانستند و ۲۱/۹ درصد از آنان مخالف این موضوع بودند. همچنین دانشجویانی که سن بیشتری داشتند این نظارت توسط اساتید را کمتر دانستند. که در این مورد پیشنهاد میگردد اساتید نظارت خود بر انجام کنترل عفونت توسط دانشجویان را بیشتر نمایند. توجه به کنترل عفونت با توجه به جدیت مشکلات ناشی از آن، علاوه بر آنکه نکته ای علمی است، امری اخلاقی نیز محسوب میشود. صنعت خانی در مطالعه خود عنوان کرد که اکثریت دانشجویان، نظارت اساتید بر چگونگی روند کنترل عفونت توسط دانشجو را در بخش های مختلف زیاد دانستند (۱۱). در مطالعه صنعت خانی، به اعتقاد اکثر دانشجویان زمان اختصاص داده شده به demonstration اهداف آموزشی کاربرگ های بالینی، در حد متوسط (خوب) بود. اما در مورد کیفیت demonstration، اکثریت دانشجویان بیان داشتند که برای بخش های پریو، پروتز متحرک، کودکان، رادیو و ارتودنسی، متوسط و برای بخش های جراحی، ترمیمی پروتز ثابت، اندو، رادیو و تشخیص خوب بود (۱۱). در مطالعه ما ٦۲ در صد از دانشجویان کیفیت و کمیت نمایش های درون بخشی را مناسب دانستند. همچنین دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر، کیفیت و کمیت این نمایش ها را مناسب دانستند. که این میتواند به دلیل صراحت بیشتر مردان در بیان اعتراضشان باشد. مطلب نژاد و همکاران در مطالعه خود در خصوص نظرسنجی از دانشجویان دندانپزشکی بابل درباره نحوه ارزیابی دروس دوره علوم بالینی در دانشکده دندانپزشکی بابل وضعیت کلی ارزیابی در دانشکده دندانپزشکی را متوسط ارزیابی کردند که این وضعیت با جنسیت، سال و سهمیه ورودی ارتباطی نداشت. همچنین این محققان عنوان کردند که وضعیت ارزیابی عملی در بخش کودکان امتیازی متوسط را کسب کرد (۱۷). درمطالعه دل آرام در خصوص دیدگاه دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، اکثریت دانشجویان از نحوه ارزشیابی بالینی رضایت نداشتند (۱۲). در مطالعه ما ۵۳ درصد از دانشجویان زمان اختصاص داده شده برای ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره را مناسب دانستند. همچنین ۵۷ درصد از دانشجویان نیز وجود سوالات کتبی (به صورت اسلاید یا سوالات کتبی در ایستگاه ها) در ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره را مفید دانستند. زمان ارزیابی آزمون از مقوله های مورد بحث در برنامه های درسی است که بر اساس اهداف می تواند تنظیم شود. در امتحانات دانشگاهی هدف پی بردن به میزان موفقیت دانشجو در کسب استانداردها و مهارت های لازم در درس مورد نظر است. مطلب نژاد و همکاران در مطالعه خود در دانشکده دندانپزشکی بابل پیشنهاد کردند که با توجه به نظر دانشجویان دندانپزشکی و استانداردهای مرتبط با زمان آزمون، در زمینه تناسب زمان آزمون با تعداد سوالات، خصوصا در بخش های پروتز و رادیولوژی، بررسی و تجدید نظر صورت گیرد (۱۷). در مطالعه صنعت خانی، در مورد سوال ضرورت برگزاری آزمون کتبی جهت سنجش یادگیری در بخشهای بالینی، اکثریت دانشجویان این ضرورت را در کودکان

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

متوسط دانستند (۱۱). در مطالعه ما ۵۱ درصد از دانشجویان، وجود آزمون آسکی در قسمتی از ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره را مفید دانستند. در واقع آزمون کتبی بیشتر به سنجش محفوظات و دانش شرکت کنندگان می پردازد در حالی که حیطه ارزیابی آزمون آسکی، مهارت های عملی و بالینی دانشجویان است (۱۸). همچنین در مطالعه جلیلی و همکاران (۱۳۸٤) که به بررسی میزان رضایت کارآموزان و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در زمینه آسکی پرداخته اند رضایت مندی بالای دانشجویان از اجرای این روش را نتیجه گرفتند (۱۹). شبستری و همکاران در مطالعه خود به مقایسه سنجش مهارت های بالینی و نگرش دانشجویان دندانپزشکی قزوین در دو روش آسکی و سنتی پرداختند و نتیجه گرفتند که روش آسکی از نظر دانشجویان به طور معنی داری بیشتر از روش سنتی تداعی کننده شرایط عملی بوده است و روش عادلانه تر و مناسب تری برای ارزشیابی مهارت های عملی است؛ در حالی که از لحاظ آماری بیشتر از روش سنتی استرس زا بود. به علاوه مدت زمان آزمون سنتی به طرز معنی داری مناسب تر از آزمون آسکی بود. علی رغم اینکه روش های ارزیابی سنتی، با اهداف آموزش بالینی تناسب ندارند و قابلیت سنجش مهارت های بالینی را ندارند اما اکثر دانشکده های دندانپزشکی در حال حاضر هنوز از این روش ها جهت ارزیابی دانشجویان در واحدهای عملی استفاده می کنند. بنابراین با توجه به ویژگی های ارزشیابی به روش آسکی در زمینه سنجش مهارت های بالینی توصیه کردند که این شیوه در تمام گروه های آموزشی دندانپزشکی به کار رود (۲۰). در مطالعه فاریابی و همکاران، که نظرات دانشجویان دانشکده دندانپزشکی کرمان در مورد آسکی را بررسی کردند، در خصوص مقایسه روش نوشتاری نسبت به آسکی ٤۱/٦ درصد دانشجویان روش نوشتاری را بر آسکی ترجیح میدادند و ۲۸ درصد آنها نظر ممتنع داشتند که با نظر کلی دانشجویان مبنی با مخالفت با ادامه ارزیابی به روش آسکی مطابقت دارد. البته در این مطالعه پیشنهاد شده که علیرغم نظر نامساعد دانشجویان در مورد کارآیی روش آسکی بایستی با رفع کاستی های موجود و بهبود این روش با توجه به نتایج مساعد جهانی، در موردپیشبرد آن و جلب نظر دانشجویان همت گمارد و با انجام مطالعات بعدی میزان تأثیر این اقدامات را مورد بررسی قرار داد (۲۱). دستجردی نیز در مطالعه خود که به بررسی نگرش دانشجویان تخصصی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مورد امتحانات آسکی پرداخته است، بیان داشته که دانشجویان دندانپزشکی آشنایی کمتری با روش آسکی در مقایسه با دانشجویان پزشکی دارند. ولی اکثریت دستیاران معتقد بودند که از اهداف و مقاصد روش آسکی اطلاع داشته، آنرا روش مناسبی جهت پیشبرد دانش عملی خود می دانند (۲۲). با توجه به نتایج مطالعه حاضر، بهتر است ارزیابی دانشجویان در انتهای دوره مورد بازبینی قرار گرفته و با شناسایی موانع و مشکلات آن و رفع آنها راندمان آموزش های علمی و عملی در بخش کودکان افزایش یابد. در مطالعه حاضر دانشجویان با آموزش مناسب مهارت ها فیشور سیلانت، ترمیم های محافظه کارانه و آمالگام و روکش های فلزی به صورت عملی، توسط اساتید در بخش پری کلینیک موافق بوده اند. دانشجویان در مورد مهارت های فضانگهدار، کنترل رفتاری، فلوراید تراپی، پالپکتومی، EXT و انجام بی حسی از نحوه آموزش اساتید بخش رضایت کافی نداشته اند، از آنجایی که ارزشیابی همواره جزء مهمی از جریان آموزش بوده و به عنوان ابزاری قابل اعتماد جهت بررسی میزان یادگیری دانشجویان مورد استفاده قرار گرفته است، این موارد باید

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

مورد ارزیابی قرار گیرند تا در صورت امکان به حل مشکلات موجود پرداخته شود. لازم به ذکر است که بیماران مربوط به فضا نگهدار در بخش کوکان کم بوده و همچنین دانشجویان این مهارت را در بخش ارتودنسی نیز آموزش می بینند. همچنین مهارت کنترل رفتاری، یک مهارت تخصصی است که نیازمند تجربه و مهارت بالایی می باشد که با دیدن تعداد محدودی بیمار در بخش کودکان، تمام جنبه های این مهارت قابل یادگیری نیست. پالپکتومی نیز درمان مشکل تری است و همچنین تعداد بیماران نیازمند این درمان نیز کمتر میباشد. انجام این درمان نیازمند مهارت در درمان ریشه نیز میباشد که آموزش این مهارت با بخش اندو همپوشانی دارد. دانشجویان سال پایین تر که بخش اندوی خود را به اتمام نرسانده اند، تجربه بالینی کمتر و متعاقبا توانایی کمتری نیز در انجام این درمان دارند. آموزش مهارت فلورایدتراپی نیز با بخش سلامت دهان همپوشانی دارد و همان طور که در نتایج هم مشاهده میشود بیش از ۸۶ درصد از دانشجویان عنوان کردند که میتوانند این مهارت را به تنهایی انجام دهند. در مطالعه قرایی و همکاران در خصوص مشکلات آموزشی از دیدگاه دانشجویان در دانشکده دندانپزشکی مشهد در حیطه آموزش عملی دانشجویان آموزش در برخی از مواردی که در آینده شغلی با آن مواجه هستند را ناکافی دانستند و نگرانی شدید خود را از سطح ناکافی مهارت خویش پس از فارغ التحصیلی عنوان داشتند. بنابر اظهارات دانشجویان، این موضوع موجب ایجاد نوعی نیاز به ادامه تحصیل در رشته های تخصصی شده است به طوری که قبلا این نیاز در میان دندانپزشکان عمومی کمتر دیده می شد. این امر می تواند ناشی از فشرده شدن نسنجیده برخی از دروس عملی بدون در نظر گرفتن نیازهای واقعی دانشجویان و عدم تناسب تعداد بیماران، دانشجویان و امکانات بخش باشد که در مورد اخیر لزوم بازبینی مجدد سیاست های کلی کشور مبنی بر افزایش تصاعدی جذب دانشجو روشن است (۱۴). یافته های مطالعه حاضر، حاکی از آن است که دانشجویان موافقت کافی در رابطه با توانایی انجام مهارتهای مورد بررسی در مواقع ضروری و به تنهایی دارند. در این بین تنها دو مهارت دارای مخالفت نسبتا بالایی در مقایسه با سایر مهارتها بودند که عبارتند از: توانایی انجام فضانگهدار (ثابت و متحرک) و پالپکتومی بود که در دانشجویان سال پنجم توانایی پایین تری گزارش شد. این مهارتها جزء مهارت هایی بودند که قبلا به عنوان عدم رضایت دانشجویان از آموزش کافی در این زمینه ها به آنها اشاره شد. این موضوع را از این جنبه می توان نگاه کرد چون دانشجویان احساس ضعف بیشتری در این زمینه ها دارند بنابراین به این نتیجه رسیده اند که باید آموزش بیشتری ببینند و همچنین به علت اینکه آموزش دیده شده در این زمینه ها کفایت نداشته، دانشجو به تنهایی قادر به انجام آنها نیست و باید بهتر تربیت گردد. نتایج مطالعه جباری فر و همکاران در دانشکده دندانپزشکی اصفهان در زمینه خودارزیابی توانمندی های بالینی فارغ التحصیلان دانشکده دندانپزشکی در سال ۱۳۹۰ نشان داد که انجام مستقل توانمندی های بالینی دندانپزشکی در فارغ التحصیلان مذکر و مؤنث یکسان بود که این نتیجه با مطالعه ما همخوانی دارد (۲۳). نعمت اللهی و همکاران در مطالعه خود در دانشکده دندانپزشکی مشهد به این نتیجه رسیدند که میزان موفقیت بخش در ایجاد مهارت کنترل رفتار کودک از منظر دانشجویان، نسبتاً ضعیف بوده است که این مسئله در مورد مهارت بالینی دانشجویان در زمینه حفظ فضا نیز صادق است. اما در زمینه مهارت های پیشگیری و درمان پالپ مناسب بوده است، به طوری که ۸۲/۸٪ معتقد بودند

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

که میزان موفقیت بخش در ایجاد مهارت در زمینه پیشگیری و ۵۵/۲٪ در زمینه درمان پالپ در حد کافی بوده است (۲۴). Papp و همکارانش در تحقیقی که در سال ۲۰۱۰ انجام داده اند به این نتیجه رسیده اند که ارتباط مستقیمی بین میزان آموزش دانشجویان و افزایش طول دوره های عملی با اعتماد به نفس دانشجو در انجام کارهای عملی دارد (۲۵). جباری فر و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که توانایی انجام مستقل خدمات دندانپزشکی توسط فارغ التحصیلان در حد متوسط تا خوب بود. در این مطالعه بالاترین مقدار توانمندی فارغ التحصیلان مربوط به حیطه های دندانپزشکی کودکان گزارش شد. از نکات مهم در نتایج این مطالعه این بود که دانشجویان اظهار کرده بودند که توانایی انجام خدمات دندانپزشکی آموزش داده شده را در حد متوسط کسب کرده اند و چنانچه در مطب یا درمانگاه و یا دیگر مکان های ارائه خدمات دندانپزشکی با چنین مواردی مواجه گردند نیاز به تجربه بیشتری دارند تا بتوانند این خدمات را در حد قابل قبول و مورد رضایت بیماران انجام دهند (۲۳). یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن است که در برخی از سوالات و مهارتهای مورد مطالعه رضایت و عدم رضایت دانشجویان و همچنین امتناع و میل به انجام آن فعالیت به سن، جنس و یا سال ورود دانشجو به دانشگاه، که ارتباط نزدیکی با میزان تجربه دانشجویان دارد، بستگی دارد. در توضیح یافته های ذکر شده میتوان گفت سن و جنس دو فاکتور مهم و تاثیر گذار بر تفکر افراد می باشد. در بسیاری از گزینه های مطرح شده دانشجویان پسر مخالفت بیشتری نسبت به دختران داشته اند. در تحقیقات بسیاری آمده که مردان در جامعه برای بیان اعتراضاتشان صراحت بیشتری به خرج میدهند (۱). در مورد خدماتی که دانشجویان به تنهایی قادر به انجام آنها بودند سال ورود به دانشگاه در بسیاری از انها عامل تاثیرگذار بود که واضح است هرچه قدر تجربه عملی و آموزشی افراد بیشتر باشد، اعتماد به نفس و توانایی انجام فعالیت های تخصصی در آنها افزایش می یابد. نعمت اللهی و همکاران نیز در مطالعه خود در دانشکده دندانپزشکی مشهد به این نتیجه رسیدند که در اکثر مهارت ها، میزان موفقیت آموزش مهارت بالینی بخش از دید دانشجویان سال ششم بیشتر از دانشجویان سال پنجم بود، ولی تنها در آموزش مهارت ترمیم با کرون استیلنس استیل، انتخاب بیمار مناسب برای فضانگهدار و طراحی نوع فضانگهدار این اختلاف معنی دار بود. مهارت های ذکر شده به دلیل پیچیده تر بودن بیشتر توسط دانشجویان سال ششم انجام می شود که می تواند توجیه کننده نتیجه به دست آمده باشد. تنها در مبحث کنترل رفتار کودک، میزان موفقیت بخش از منظر دانشجویان سال پنجم بیشتر از سال ششم بود که شاید به این دلیل باشد که دانشجویان سال پنجم بیماران با سن بالاتر و دانشجویان سال ششم کودکان کم سن تر را درمان می کنند و از آنجا که مشکلات کنترل رفتاری در کودکان کم سن شایع تر است، دانشجویان سال ششم بیشتر با این مشکل مواجه هستند (۲۴). در مطالعه ما نیز دانشجویانی که هنوز دوره تحصیلی را تکمیل نکرده اند بی علاقگی بیشتری نسبت به انجام برخی مهارتها دارند، همچنین این دانشجویان میزان آموزش را در رابطه با مواردی که علاقه به انجام آنها ندارند کافی نمیدانند، این موضوع را میتواند به این علت دانست که این افراد هنوز مهارت کافی در انجام کارهای تخصصی حرفه خویش را ندارند و تا پایان دوره تحصیل علاقه و توان کافی را به دست خواهند آورد.

نتیجه گیری: با عنایت به یافته های پژوهش های حاضر در خصوص بررسی نحوه آموزش و ارزشیابی واحدهای

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

بالینی در بخش کودکان، نتیجه حاصل شد که در مورد اکثر مهارت ها، دانشجویان از بخش کودکان راضی بوده و قادر به انجام بیشتر مهارت ها به تنهایی بودند. با این وجود بهتر است مدیران و برنامه ریزان آموزشی با ارزیابی مستمر تدریس مدرسان و ارایه بازخورد به آنان موجب هر چه بهتر شدن وضع موجود هم از نظر آموزش و هم از نظر ارزشیابی شوند. در مورد مهارتهایی مانند فضانگهدار، کنترل رفتاری و پالپکتومی، تهیه بسته های آموزشی در بخش می تواند باعث بهبود آموزش این مهارت ها گردد.

Refrences

1. Fasihi Harandy T, Soltani Arabshahi K. [A survey of input and process of clinical education in Iran University of Medical Sciences]. Payesh (Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research) 2003; 2(2): 127-132. (Persian)

2. Saarikoski M, Leino-Kilpi H, Warne T. Clinical learning environment and supervision: testing a research instrument in an international comparative study. Nurse Educ Today. 2002; 22(4):340-9.

3. Sadeghi, M. Lynch CD. Evaluation of Iranian dental students' opinion on education of posterior composite restorations. Journal of Dentistry-Shiraz University of Medical Sciences 2009; 9(4): 394-400. (Persian)

4. Reilly DE, Oermann MH. Clinical teaching in nursing education. NLN Publ. 1992 ;(15-2471):v-xiv, 1-507.

5. Arabshahi S K S, Kohpaye Zadeh J. University Teachers' Point of View about Educational Environment in Major Clinical Wards in Educational Hospitals of Iran University of Medical Sciences, Based on Modified DREEM Model. Strides Dev Med Educ. 2009; 6(1):29-33. (Persian)

6. Schönwetter DJ1, Law D, Mazurat R, Sileikyte R, Nazarko O. Assessing graduating dental students' competencies: the impact of classroom, clinic and externships learning experiences. Eur J Dent Educ. 2011; 15(3):142-52.

7. Jolly BC, Jones A, Dacre JE, Elzubeir M, Kopelman P, Hitman G. Relationships between students' clinical experiences in introductory clinical courses and their performances on an objective structured clinical examination (OSCE). Acad Med. 1996; 71(8):909-16.

8. Ramezani T, Dortaj Ravari E. Characteristics of Effective Teachers and Pertinent Effective Educational Factors According to the Teachers and Students' Point of View in Schools of Nursing, Kerman University of Medical Sciences. Strides Dev Med Educ. 2010; 6(2):139-148. (Persian)

9. Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W, Cintron L, Isaacs M. Appraisal of the dental school learning environment: the students' view. J Dent Educ. 2005; 69(10):1137-47.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

10. Amanat D, Momeni danaei Sh, Amanat N. Evaluation of the Students' Attitude and Satisfaction of educational situation in Shiraz Dental School. Shiraz Univ Dent J. 2010; 10(4): 356-360. (Persian)

11. Sanatkhani M, Molla Z, Akbari M. Evaluation of the Students' Perception about Clinical Education and Examination in Mashhad School of Dentistry (Iran) in 2009. J Mash Dent Sch 2012; 36(3): 211-22. (Persian)

12. Delaram M. Clinical Education from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students in Shahrekord University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6 (2):129-135. (Persian)

13. Borhan MK. Evaluation of clinical skills in Qazvin Faculty of Dentistry through the students and teachers' points of view. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 6(2): 48-55. (Persian)

14. Gharaei Sh, Kargoza S, Amirchakhmaghi M, Gholami H. Students' Viewpoints of Mashhad Dental School about Educational Problems a Qualitative Study. Educ Strategy Med Sci. 2015; 8 (2):123-130. (Persian)

15. Eslamipour F, shirban F, refaee P. Assessment of dental students' satisfaction of clinical departments in Isfahan dental school. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 10 (5):625-633. (Persian)

16. Haresabadi M, Tabatabaeichehr M, Rezaeian S, Mehrabi Bardar M, Khakshor fariman S. Stress sources and its related factors in clinical training of midwifery students in North Khorasan University of Medical Sciences in 2011. JNKUMS. 2014; 5 (5):969-976. (Persian)

17. Motallebnejad M, Haghanifar S, Jahanian I, Farsiani M. Assessment Students' Opinion about the Evaluation of Educational Programs in Babol Dental School. 3. 2013; 1 (1):18-25. (Persian)

18. Mortaz Hejri S, Jalili M, Labaf A. Setting Standard Threshold Scores for an Objective Structured Clinical Examination using Angoff Method and Assessing the Impact of Reality Chacking and Discussion on Actual Scores. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11 (8) :885-894. (Persian)

19. Jalili Z, Nouhi E, Ahmadpour B. Investigation of medical stagers and interns satisfaction on OSCE as a clinical skill evaluation method in Kerman University of Medical Sciences. Strides Dev Med Educ. 2005; 2 (1):18-24. (Persian)

20. Basir shabestari S, Shirinbak I, Sefidi F, Sarchami R. Comparison of traditional and Objective Structured Clinical Examination (OSCE) exams in terms of clinical skills assessment and attitudes of dental students of Qazvin dental school. jmed. 2014; 9 (3):67-74.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]

21. Faryab J, Sinai N. Kerman dental school students in the clinical evaluation of the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Journal of Kerman Medical Education Development Center 2008; 6(1): 34-9. (Persian)

22. Saboury A, Vahid Dastjerdi E, Mahdian M, Kharazifard M J. Dental residents' perceptions of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as a clinical evaluation method. J Dent Sch. 2010; 28(2):88-94. (Persian)

23. Jabarifar E, Khoroushi M, Shamir H, Hosseinpour K. Graduated Dental Students Self-Assessment of Clinical Competencies at Isfahan in 2011. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11(9):1359-1365. (Persian)

24. Nematollahi H, Razeei L, Khanmohammadi R, Shakib H. Evaluating success of pediatric dentistry department at Mashhad dental school (Iran) in clinical skills education from students' perspectives. Journal of Mashhad Dental School. 2013; 37(3):257–66. (Persian)

25. Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. Nurse Educ Today. 2003; 23(4):262-8.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.77]