

Obstacles to Receiving Dental Healthcare Services in Dental Schools from the Viewpoint of Patients: A Qualitative Study

Arman Dayyan¹, Bahareh Tahani^{2*}

¹Dentist, Dental Students' Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

²Dental Research Center, Dental Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 18 April 2024, Accepted: 3 August 2024.

Background: Dental schools are responsible for providing high-quality and inexpensive need-based oral health services. The aim of this study was to investigate the barriers associated with receiving dental healthcare services in Isfahan Dental School from the patients' perspective.

Methods and Materials: This qualitative research which was conducted from January-October 2022, and included patients who referred to the Oral Medicine Department of Isfahan Dental School in 2019, but did not receive any treatment during the follow-up period until 2021. Participants were recruited through a purposive sampling approach. Semi-structured telephone-based interviews were conducted. The interviews were audio-recorded and carefully transcribed and then each transcript was saved and imported in to MAXQDA software. Truth value, consistency, confirmability, and applicability criteria were assessed to affirm the credibility of data. Obtained data were then encoded using a content analysis approach.

Results: A total of 25 patients were interviewed. Five emergent themes and 15 sub-themes were identified: 1) availability (subthemes: not proving care to specific cases and not providing the course in that semester); 2) personal reasons (fear, time restrictions, trust issues); 3) quality (dissatisfaction with the dental treatment and care provider); 4) ability to pay (high tariffs and other financial problems); 5) accessibility (difficulties in scheduling an appointment, long distance, unnecessary bureaucracy, being overly crowded, student-related factors and time-consuming process)

Conclusion: Patients mentioned a wide range of barriers to receiving timely and required dental treatments in this dental school. These factors included personal reasons, those related to the care delivery system such as accessibility and quality, and some related to the provision-setting, i.e. the dental school. These insights can help the dental faculty address the obstacles associated with patient admission and referrals in order to enhance patients' experience of receiving dental care in dental schools and increase their overall satisfaction.

Keywords: Continuity of Patient Care, Dental Schools, Patient Admission, Qualitative Research

*Corresponding Author: Tahani@dnt.mui.ac.ir.

➤ **Please cite this paper as:** Dayyan A, Tahani B. Obstacles to receiving dental healthcare services in dental schools from the viewpoint of patients: a qualitative study. *J Mashhad Dent Sch* 2024, 48(3):754-72.

➤ **DOI:** [10.22038/jmds.2024.24708](https://doi.org/10.22038/jmds.2024.24708)



موانع دریافت خدمات درمانی در دانشکده دندانپزشکی اصفهان از دیدگاه بیماران مراجعه کننده: یک مطالعه کیفی

آرمان دیان^۱، بهاره طحانی^{۲*}

^۱دندانپزشک، کمیته پژوهش های دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲دانشیار مرکز تحقیقات دندانپزشکی، پژوهشکده علوم دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۳/۱/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۱۳

چکیده

مقدمه: بخشی از وظایف دانشکده های دندانپزشکی این است که خدمات بهداشتی-درمانی دهان و دندان با کیفیت بالا و ارزان قیمت را ارائه دهند و همزمان با آن به آماده سازی فارغ التحصیلان شایسته از نظر مهارت و دانش برای پاسخگویی به نیازهای جامعه بپردازند. از این رو هدف مطالعه حاضر، بررسی موانع دریافت خدمات درمانی در دانشکده دندانپزشکی اصفهان از دیدگاه بیماران بود.

مواد و روش ها: طی این پژوهش کیفی که در سال ۱۴۰۲ انجام شد، بیمارانی که به بخش تشخیص بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، ولی در طی دو سال فالوآپ بعد از آن (تا سال ۱۴۰۱) برای دریافت هیچکدام از نیازهای درمانی خود مراجعه نداشتند، به صورت هدفمند برای پوشش مناسب بیماران بر اساس جنس، سن و سطح تحصیلات، انتخاب و با آنها مصاحبه های نیمه ساختاریافته تلفنی انجام شد. برای اطمینان از موفق بودن داده های کیفی از چهار معیار اعتبار، قابلیت اعتماد، تأیید پذیری و قابلیت انتقال استفاده شد. متن مصاحبه افراد شرکت کننده پیاده و وارد نرم افزار MAXQDA شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش آنالیز محتوا انجام شد.

یافته ها: در نهایت با ۲۵ بیمار، مصاحبه به حد اشباع رسیده شد. پنج تم اصلی و ۱۵ زیر تم به عنوان موانع دریافت خدمات درمانی، شناسایی شد. تم های اصلی شامل ظرفیت ارائه خدمت، دلایل شخصی، کیفیت، قابلیت پرداخت و دسترسی بود. ۱۵ زیر تم شامل ارائه ندادن خدمات به کیس های خاص، عدم ارائه درس در ترم، کمبود وقت، ترس و عدم اعتماد به مجموعه، عدم رضایت از خدمت، عدم رضایت از ارائه دهنده، مشکلات نوبت دهی، مشکلات مرتبط با دانشجویان (کارورز)، مسافت زیاد، بروکراسی غیر ضروری (ترتیبات اداری)، ازدحام، صف انتظار طولانی، تعرفه بالا و دیگر مشکلات مالی بود.

نتیجه گیری: در این پژوهش، طیف وسیعی از موانع دریافت به موقع خدمات دندانپزشکی از جمله عوامل فردی، فاکتورهای مرتبط با نظام ارائه خدمت از جمله دسترسی، کیفیت و همچنین عوامل خاص و مرتبط با واحد ارائه خدمت (که در این طرح دانشکده دندانپزشکی بوده است)، از دیدگاه بیماران استخراج گردید. برنامه ریزی موثر دانشکده های دندانپزشکی جهت رفع موانع در پذیرش بیماران و ارتقا سیستم ارجاع می تواند با بالابردن رضایت بیماران، ماندگاری آنها را افزایش دهد.

کلمات کلیدی: مطالعه کیفی، دانشکده های دندانپزشکی، پذیرش بیمار، ادامه درمان

مقدمه

بیماری های دهان و دندان بخشی مهم از مشکلات سلامت جامعه را تشکیل می دهند که دارای شیوع و بروز نسبتاً بالایی می باشند و قادرند با ایجاد درد، ناراحتی و اختلال در عملکرد، تاثیرات مخربی بر شیوهی زندگی افراد بگذارند.^(۱) در بسیاری از کشورها هزینه درمان های دندانپزشکی به عنوان سومین یا چهارمین رتبه کلی هزینه های درمانی می باشد.^(۲) به نظر می رسد دسترسی به خدمات دندانپزشکی به دلیل هزینه های بالای مراقبت و درمان محدود شده است.^(۳)

دانشکده های دندانپزشکی نسبت به درمان بیماران وظیفه دارند که خدمات بهداشتی-درمانی دهان و دندان با کیفیت بالا و قیمت ارزان را ارائه دهند و همزمان با آن به آماده سازی فارغ التحصیلان شایسته از نظر مهارت و دانش برای پاسخگویی به نیازهای جامعه بپردازند. همچنین وظیفه دارند که امکانات کافی و متنوع بهداشتی-درمانی را در یک محیط حرفه ای، کارآمد و ایمن به گروه های متنوعی از بیماران ارائه دهند.^(۴)

تجربه بالینی یکی از مهم ترین جنبه های آموزش دندانپزشکی برای دانشجویان است. این مهم، شامل فرصت هایی برای دانشجویان برای یادگیری در مورد روابط واقعی کارکنان دندانپزشکی هنگام درمان بیمار، تحت یک سیستم مراقبت جامع است. در مراکز آموزشی، کلینیک های دانشکده دندانپزشکی باید به طور مداوم تلاش کنند تا تعادلی بین رفع نیازهای بیمار و رفع نیازهای آموزشی دانشجویان بیابند.^(۵) ترکیب اهداف آموزشی دانشجویان با خدمت به جامعه، یکی از موفق ترین راهبردها برای بهبود آموزشی و پایداری مالی دانشکده های دندانپزشکی است.^(۶) دیربازی است که در دانشکده های دندانپزشکی تغییر رویکرد از دانشجو-محور و صرفاً تکمیل حداقل

توانمندی های مورد انتظار در کوریکولوم به سمت بیمار-محور و ارایه خدمات متناسب با نیازهای درمانی و ترجیحات بیماران صورت گرفته است.^(۷) در عین حال بسیاری از دانشکده های دندانپزشکی با افزایش تعداد دانشجویان و کاهش بیماران مراجعه کننده مواجه هستند.^(۸) این مساله باعث شده دانشکده ها نتوانند تعداد و تنوع کافی بیماران را در اختیار دانشجویان قرار دهند.^(۹)

عدم موفقیت کلینیک های دانشکده دندانپزشکی در جذب و نگهداشت بیماران، منجر به دسترسی کمتر به مراقبت های دندانپزشکی برای بیماران و مانع از توانایی دانشجویان دندانپزشکی برای برآورده کردن شرایط فارغ التحصیلی می شود. از منظر تجاری، حفظ بیماران منطقی است؛ زیرا هزینه حفظ بیماران کمتر از هزینه به دست آوردن بیماران جدید است. از دست دادن بیماران در طول دوره درمان به معنای از دست دادن فرصتی برای یادگیری نتیجه درمان و از دست دادن شرایط بالقوه فارغ التحصیلی دانشجویان دندانپزشکی است.^(۱۰) جذب بیماران در برنامه های آموزش بالینی، به درک بیمار از مراقبت های دندانپزشکی دریافت خواهند کرد و کاهش موانع برای آنها مانند هزینه ها و برنامه های ملاقات بستگی دارد.^(۱۱)

ظرفیت برنامه های مراقبت از بیمار دانشکده دندانپزشکی به صورت عمده متمرکز بر بیماران کم درآمد، آسیب دیده از نظر پزشکی و سایر بیماران محروم از دریافت خدمات درمانی است. دانشکده های دندانپزشکی به طور سنتی جزء مهم شبکه سلامت دندان برای این گروه از بیماران هستند.^(۱۱) هر کس بدون توجه به توانایی پرداخت، حق دسترسی به مراقبت های دندانپزشکی دارد و متخصصان بهداشت مسئولیت برآوردن این نیازها را دارند.^(۱۲) با این حال اگر چه ممکن است مراجعین به دانشکده های دندانپزشکی معاینه شوند، مورد بررسی قرار گیرند و یک برنامه درمانی برای

حداکثری از مراجعین به این مراکز، ارتقا سطح سلامت و ایجاد برابری و عدالت هرچه بیشتر در این حوزه، ضروری است. این پژوهش با هدف بررسی علل عدم دریافت درمان در مراجعین به دانشکده دندان پزشکی اصفهان، سعی داشت تا کیفیت ارائه خدمات و رضایت بیماران را بررسی کند و از این طریق به سیاستگذاری‌های مدیریتی کمک کند تا از دست رفتن بیماران از چرخه آموزشی- درمانی دانشکده‌های دندانپزشکی جلوگیری شود.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع کیفی بود که با کد تحقیقاتی ۳۴۰۲۳۱۱ و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.RES.1402.001 مورد تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار گرفته است و در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

جامعه مورد پژوهش در این مطالعه را بیمارانی تشکیل دادند که در بازه زمانی مهر تا دی ۱۳۹۹ به بخش تشخیص بیماری‌های دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی اصفهان مراجعه کرده و پس از معاینه برایشان طرح درمان داده شده بود، ولی هیچ درمانی در طی دو سال (تا سال ۱۴۰۱) در بخش‌های درمانی دانشکده دریافت نکرده بودند. بیماران بر اساس لیست استخراج شده از مطالعه قبلی در دانشکده^(۱۳) تعیین شد و بیمارانی که در پرونده شان در بخش طرح درمان، نیاز به سه خدمت درمانی دندانپزشکی یا بیشتر قید شده بود و برای دریافت هیچکدام از خدمات قید شده در پرونده، در فالو آپ مراجعه نکرده بودند به عنوان جامعه مطالعه معرفی شدند.

در تحقیقات کیفی تعیین حجم نمونه از قبل امکان‌پذیر نبوده بلکه در خلال مطالعه مشخص می‌گردد. روش نمونه‌گیری در مطالعات کیفی، مبتنی بر هدف بوده

آن‌ها تهیه شود، اما هیچ تضمینی برای انجام این درمان وجود ندارد، زیرا بسیاری از دانشکده‌های دندانپزشکی فقط بودجه‌ای برای آموزش خدمات درمانی بالینی و موسسات پژوهشی دارند و بودجه‌ای برای اجرای خدمات بالینی گسترده یا درمان همه‌ی انواع بیماران ندارند.^(۵)

براساس مطالعه‌ای که در سال ۱۴۰۱ در دانشکده دندانپزشکی اصفهان با هدف پیگیری کمی دریافت خدمت در بیماران مراجعه کننده به بخش تشخیص صورت گرفت، حدود یک سوم بیماران مراجعه کننده این بخش، هیچ یک از نیازهای درمانی شان را دریافت نکرده بودند، حدود یک سوم به برخی از نیازهایشان رسیدگی شد و تنها حدود یک سوم از این بیماران به تمام نیازهای درمانی شان پاسخ داده شد.^(۱۳) در مطالعه ای دیگر در بخش دندانپزشکی کودکان دانشکده اصفهان مشخص شد در هر کودک تقریباً نیم یا یک سوم از نیازهای دندانی پوشش داده شد که به طور معنی داری با نیازهای واقعی او متفاوت بوده است.^(۱۴) در مطالعه ای برای مقایسه نحوه ارائه خدمات مورد نیاز در دانشکده دندانپزشکی و مطبهای خصوصی و اشنگتن، مشخص گردید نیازهای درمانی نوجوانان و میانسالان به طور معناداری در دانشکده دندانپزشکی کمتر از مطبها به طور کامل پوشش داده شده است.^(۱۵)

نظر به نقش محوری دانشکده‌های دندانپزشکی در پاسخگویی به نیازهای درمانی طیف وسیعی از بیمارانی که عموماً از نظر اقتصادی-اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند و توانایی دریافت درمان را در دیگر مراکز درمانی ندارند و همچنین چالش‌هایی که این مراکز به دلیل افزایش تعداد دانشجویان و محدود بودن امکانات و تجهیزات با آن رو به روهستند، اتخاذ اقداماتی در جهت ایجاد تعادل بین نیازهای آموزشی دانشجویان و نیازهای درمانی بیماران، ایجاد بستری برای حفظ و بهره‌وری

معیاری است که لینکن و گابا^(۱۶) (۱۹۸۵) طراحی کردند، این دو محقق برای ایجاد ارزشمندی (موثق بودن) داده‌های کیفی چهار معیار را پیشنهاد کرده اند: اعتبار، قابلیت اعتماد، تأیید پذیری و قابلیت انتقال. این معیارها به ترتیب مترادف روایی درونی، پایایی، عینیت و روایی بیرونی در مطالعات کمی است.

اعتبار به صحت یافته‌ها اشاره دارد و در تحقیقات کیفی به کیفیت تجزیه و تحلیل و تکنیک‌هایی توجه دارد که به اعتبار تفسیرها کمک می‌کند^(۱۷) به این معنی که تفسیر محقق به طور کامل با تجارب و داستان‌های گفته شده توسط شرکت‌کنندگان تناسب دارد.^(۱۸) در این پژوهش هم با کمک روش‌های زیر سعی در افزایش اعتبار یافته‌ها شد:

۱- درگیری طولانی مدت و صرف زمان کافی در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
 ۲- انجام مصاحبه‌های عمیق در جلسات متعدد
 ۳- استفاده از روش بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده و یا اصلاح آن‌ها به این ترتیب که بعد از کدگذاری و آماده شدن تم‌های اصلی و فرعی، آن را به حدود ده درصد از شرکت‌کنندگان بازگردانده تا از صحت کدها و تفاسیر خود اطمینان حاصل گردد و کدهایی که بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح شد.

۴- تم‌های اصلی و زیرمجموعه‌های استخراج شده در اختیار دیگر محقق اصلی طرح (ب.ط) و افراد صاحب‌نظر (یک استاد از بخش تشخیص بیماریهای دهان و یک استاد از بخش جامعه‌نگر) جهت تطبیق و اطمینان از همخوانی طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان، گذاشته شد و از اساتید خواسته شد تا نظر خود را درخصوص صحت و همخوانی تم‌های استخراجی و زیرمجموعه‌ها، بیان دارند.

(purposive) و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به صورت تدریجی تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه می‌یابد. مشارکت‌کنندگان تا حدی درگیر مطالعه می‌شوند که دیگر تم جدیدی از صحبت‌هایشان استخراج نشده و به اصطلاح جمع‌آوری داده‌ها به اشباع رسیده باشد. بنابراین در این مطالعه نیازی به تخمین تعداد نمونه از قبل وجود نداشت. بیماران به صورت هدفمند جهت پوشش تنوع از نظر جنس، سن و سطح تحصیلات انتخاب شدند. مصاحبه‌ها با ۱۰ بیمار آغاز و تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و با استفاده از سؤالات راهنما که بر اساس اهداف مطالعه، توسط محققین این مطالعه طراحی شده بود؛ به صورت مصاحبه‌های فردی و به شکل تلفنی توسط یک فرد (آ.د) انجام شد. پژوهشگر مصاحبه‌ها را با سؤالاتی کلی مانند "تجربه شما از مراجعه به کلینیک دانشکده دندانپزشکی اصفهان چه بوده؟"، "چه دلایلی باعث شد که درمان خود را دریافت نکنید؟"، "رفتار و عملکرد دانشجویان، اساتید و مجموع کارکنان کلینیک را چگونه ارزیابی می‌کنید؟" شروع کرد و سپس سؤالات بعدی براساس پاسخ‌های قبلی هدایت شد. در حین مصاحبه با پرسش سؤالات باز پاسخ، شرکت‌کنندگان به بیان مفصل‌تر موضوع تشویق شدند.

ضبط گفته‌های شرکت‌کنندگان پس از کسب اجازه از مصاحبه‌شونده، از طریق دستگاه ضبط صدا (Voice recorder) انجام شد. پس از اتمام هر مصاحبه، تمام صحبت‌های شرکت‌کنندگان کلمه به کلمه و بدون کم و کاست توسط محقق به صورت متن پیاده شد تا درک کلی از آن به دست آید.

معیار اعتبار و پایایی که در حال حاضر به عنوان استاندارد طلایی برای پژوهشگران کیفی محسوب می‌شود،

تلاش شد که در انتخاب مشارکت کنندگان از بین پرونده های موجود در بخش تشخیص، تنوع سنی، جنسیتی و شغلی تا حد امکان لحاظ شود.

تأیید پذیری درجه توافق بین دو فرد مستقل یا بیشتر در مورد درستی، مربوط بودن یا معانی داده‌هاست، بدین معنی که یافته‌ها باید صدای مشارکت کنندگان را منعکس کند نه سوگیری‌ها؛ انگیزه‌ها و دیدگاه‌های محقق را. (۱۸) در این پژوهش محقق با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید پژوهش کمک می‌کند. علاوه بر این متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اساتید که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنایی داشته و در فرایند تحقیق شرکت نداشته‌اند؛ گذاشته شد و از آنان درخواست شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها را مورد بررسی قرار دهند. سپس اصلاحات خواسته شده از گروه صاحب نظر درباره داده‌های به دست آمده اعمال شد.

در مطالعه حاضر، جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی، از روش آنالیز محتوای کیفی استفاده شد. در این روش، داده‌ها به صورت مستقیم از طریق مصاحبه از شرکت کنندگان در مطالعه کسب می‌شوند و طبقه‌ها از قبل تعیین نمی‌گردند بلکه برگرفته از متن داده‌ها می‌باشند. بنابراین تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر تمام داده‌ها شروع می‌شد تا محقق در داده‌ها غرق شود و یک دید کلی به دست آورد. سپس داده‌ها کلمه به کلمه خوانده می‌شدند تا کلماتی از متن که دربرگیرنده مفاهیم کلیدی است، برجسته گشته و بدین ترتیب کدها و در ادامه طبقات استخراج گردند. سپس برای هر طبقه، زیر طبقه و کد، تعاریفی خلق شد. در این مطالعه از روش تحلیل محتوای Clarke و Braun^(۱۹) استفاده شد که یکی از روش‌های تحلیل داده‌های

۵- ایده‌ها و پیش فرض‌های پژوهشگر به منظور جلوگیری از تأثیر آن بر تحلیل داده‌ها، از قبل مشخص گردید.

۶- انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع منظور از اعتماد، پایداری یا پایایی یافته‌ها در طول زمان و تحت شرایط متفاوت است؛ یعنی چنانچه مطالعه با همان مشارکت کنندگان یا مشارکت کنندگان مشابه در همان شرایط یا شرایط مشابه تکرار شود، همان یافته‌ها حاصل گردد. این واژه معادل پایایی در مطالعات کمی است. (۱۶) در این پژوهش نیز جهت اعتماد پذیر کردن این مطالعه از روش بازبینی توسط اعضا و روش بازبینی توسط همکاران استفاده شد. در روش بازبینی توسط اعضا، پس از انجام مصاحبه و استخراج داده‌ها و کدگذاری، جهت اعتماد پذیر کردن داده‌ها، پژوهشگر مجدداً به شرکت کنندگان مراجعه کرد و صحت مطالب تفسیر شده با مطالب گفته شده توسط آنان را مورد بررسی قرار داد تا به توافق و تأیید شرکت کنندگان برسد و در روش بازبینی توسط همکاران، متن نسخه برداری شده و کدگذاری شده و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به نظر همکاران طرح رسید.

منظور از قابلیت انتقال همان تعمیم پذیری یافته‌هاست، یعنی یافته‌ها بتواند برای سایر محیط‌ها یا گروه‌ها بکار رود و توسط افرادی که در این مطالعه شرکت نداشتند، مورد پذیرش واقع گردد. محقق باید داده‌های توصیفی کافی در گزارش خود ارائه نماید تا خواننده بتواند امکان کاربرد داده‌ها برای سایر محیط‌ها را ارزیابی کند. این واژه معادل اعتبار خارجی در مطالعات کمی است. (۱۹)

در این پژوهش سعی شد که محقق جهت افزایش قابلیت انتقال، با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرایند تحقیق، گام‌های اجرای مطالعه و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه، امکان پیگیری مسیر تحقیق و ارزشیابی قابلیت کاربرد داده‌های مطالعه را برای دیگران فراهم کند. در عین حال

(VERBI GmbH, QSR International Company)
MAXQDA استفاده شد.

۶. تدوین گزارش: این مرحله شامل تحلیل پایانی و نگارش گزارش است که در آن تم های اصلی به صورت خلاصه بیان می شود و نتایج تحلیل با سوالات تحقیق و مبانی نظری آن مرتبط می شود.

پیش از مصاحبه، مصاحبه گر خود را به طور کامل معرفی کرده و اهداف پژوهش را برای شرکت کنندگان شرح داده و در خصوص ضبط صدا و نحوه آنالیز داده ها و اینکه بعد از انجام طرح صداهای ضبط شده معدوم میگردند، شرح داده می شد. در صورت ابراز رضایت شفاهی مصاحبه شوندگان، مصاحبه و ضبط شروع می شد. شماره تماس دانشکده و بخش اجرایی طرح نیز در اختیار شرکت کنندگان قرار داده می شد.

یافته ها

در این مطالعه در نهایت با ۲۵ نفر از افرادی که به بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند، ولی علیرغم معاینه و مشخص شدن نیازهای درمانی شان، در طی فالوآپ دو ساله هیچ درمانی دریافت نکرده بودند، به حد اشباع رسیده شد. هر مصاحبه بین ۱۵-۲۰ دقیقه به طول انجامید. متن مصاحبه ها پیاده شد. هر یک از مصاحبه ها چندین بار با دقت خوانده شد و پس از رسیدن به یک برداشت کلی، فرآیند کدگذاری و تجزیه و تحلیل داده ها آغاز شد. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۱ قابل مشاهده است.

متنی است. این مدل آنالیز محتوا شامل مراحل شش گانه زیر است:

۱. آشنایی با متن: برای اینکه محقق با عمق و گستره محتوایی داده ها آشنا شود لازم است که خود را در آنها تا اندازه ای غوطه ور سازد. غوطه ور شدن در داده ها معمولاً شامل بازخوانی مکرر داده ها و خواندن داده ها به صورت فعال (یعنی جستجوی معانی و الگوها) است.

۲. ایجاد کدهای اولیه: شامل تفکیک متن به بخش های کوچک تر و ایجاد کدهای اولیه از داده ها است. کدها یک ویژگی داده ها را معرفی می نمایند که به نظر تحلیل گر جالب میرسد.

۳. جستجوی کدهای گزینشی: دسته بندی کدهای مختلف در قالب کدهای گزینشی و مرتب کردن همه خلاصه داده های کدگذاری شده. در واقع محقق، تحلیل کدهای خود را شروع کرده و در نظر می گیرد که چگونه کدهای مختلف می توانند برای ایجاد یک تم کلی ترکیب شوند.

۴. تفسیر متن و ایجاد تم های فرعی: محقق مجموعه ای از تم ها را ایجاد کرده و آنها را مورد بازبینی قرار میدهد تا شبکه ای از تم های فراگیر و مرتب شده را ترسیم کند.

۵. تعریف و نام گذاری تم های اصلی: محقق تم های اصلی را که برای تحلیل ارائه کرده، تعریف نموده و مورد بازبینی مجدد قرار می دهد، سپس داده های داخل آنها را تحلیل می کند. به وسیله تعریف و بازبینی کردن، ماهیت آن چیزی که یک تم در مورد آن بحث می کند مشخص شده و تعیین می گردد که هر تم اصلی کدام جنبه از داده ها را در خود دارد.

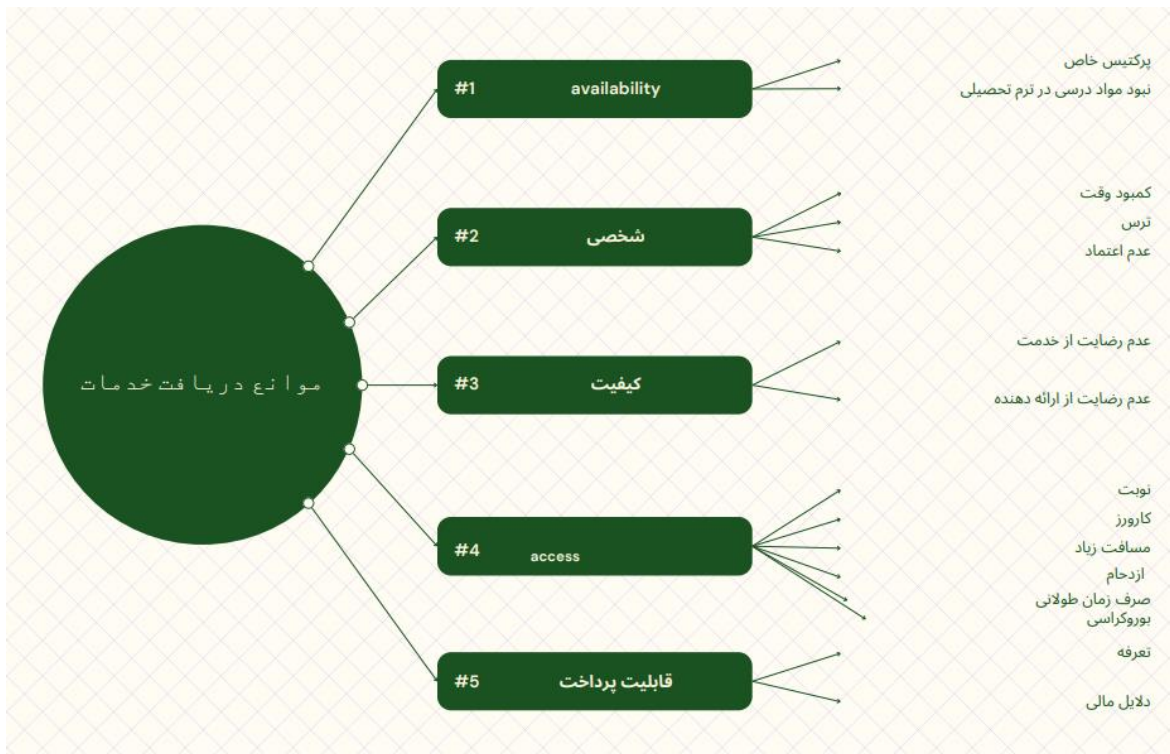
در این پژوهش برای کد گذاری داده ها، تحلیل و دست یافتن به تم های اصلی و فرعی از نرم افزار 2020

جدول ۱: مشخصات افراد شرکت کننده در پژوهش (تعداد=۲۵)

میزان تحصیلات	سن	جنس	مصاحبه شونده
دیپلم	۴۵	زن	P1
لیسانس	۳۴	زن	P2
دیپلم	۲۹	زن	P3
فوق دیپلم	۳۹	زن	P4
سیکل	۵۵	زن	P5
لیسانس	۴۱	مرد	P6
بی سواد	۶۳	زن	P7
سیکل	۵۶	مرد	P8
دیپلم	۳۸	مرد	P9
لیسانس	۴۰	مرد	P10
دیپلم	۲۳	زن	P11
دیپلم	۳۷	زن	P12
فوق دیپلم	۲۵	زن	P13
فوق لیسانس	۴۸	مرد	P14
دیپلم	۴۱	مرد	P15
بی سواد	۴۶	زن	P16
بی سواد	۵۱	مرد	P17
دیپلم	۴۰	مرد	P18
لیسانس	۳۶	مرد	P19
فوق دیپلم	۳۳	زن	P20
سیکل	۳۹	زن	P21
فوق لیسانس	۳۰	مرد	P22
سیکل	۴۴	زن	P23
دیپلم	۴۲	زن	P24
سیکل	۲۷	مرد	P25

یافت. کدهای مذکور در قالب ۷ طبقه اولیه دسته بندی گردید. سپس با بررسی مجدد، طبقات دارای مفهوم مشابه، در هم ادغام و طبقات فرعی ظاهر شدند، به طوریکه در نهایت ۵ طبقه اصلی برای ارائه مفاهیم انتخاب شد. نتایج مطالعه و نمای کلی طبقه بندی کدها، در تصویر ۱ قابل مشاهده است.

نتایجی که در ادامه بیان می شود در اثر سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی به دست آمده است. کدگذاری باز با انجام اولین مصاحبه آغاز و تا مرحله رسیدن به اشباع ادامه یافت. در خلال ۲۵ مصاحبه به عمل آمده، ۱۶۷ کد اولیه شناسایی و ثبت شد. سپس در طی تحلیل و مقایسه مداوم و با ادغام کدهای مشابه به ۸۱ کد تقلیل



تصویر ۱: دلایل و موانع دسترسی بیماران به خدمات درمانی دانشکده دندانپزشکی

نبود مواد درسی در ترم تحصیلی (عدم پوشش خدمت بر اساس کوریکولوم در آن ترم خاص):
در دسترس نبودن تمامی خدمات مورد نیاز بیماران به دلیل کوریکولوم آموزشی دانشجویان و عدم همخوانی با نیازهای بیماران از جمله مواردی بود که مانع از دریافت خدمات درمانی توسط تعداد زیادی از بیماران شد. برای مثال یکی از مصاحبه شوندهگان اذعان داشت که: "والا آره اینا اومدن ما رو معاینه کردند. نوبتم می دادند برا همین کارایی که گفتید، اما دریغ از این که بیان کارمونا راه بندازند. یه بار میومدیم می گفتند امروز دانشجو نداریم، یه بار دیگه می گفتن فعلا فلان کارو انجام نمی دیم."

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش کیفی، دیدگاه بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی اصفهان در رابطه باموانع دریافت خدمات درمانی، در ۵ حیطه اصلی طبقه بندی شد؛ ظرفیت ارائه خدمت (availability)، دلایل شخصی، کیفیت، قابلیت پرداخت، و دسترسی (access).
۱. ظرفیت ارائه خدمت:

ظرفیت ارائه خدمات درمانی در دانشکده دندانپزشکی از دیدگاه مراجعه کنندگان، یکی از پرتکرارترین موارد استخراج شده از مصاحبات بود، که خود شامل دو زیر طبقه نبود مواد درسی در ترم تحصیلی و ارایه ندان خدمات به کیس های خاص طبقه بندی شد.

براساس اظهارات تعدادی از مصاحبه شونده‌گان، ترس و اضطراب یکی از دلایلی بود که مانع از مراجعه مجدد آنها پس از تشخیص مشکلات دهان و دندان شده بود. این اضطراب شامل موارد زیر بود.

الف) ترس از تزریق بیحسی: ترس از تزریق بیحسی به عنوان یکی از عوامل بازدارنده به عنوان دریافت خدمات و عدم پیگیری در مصاحبه‌ها قابل توجه بود. به عنوان مثال یکی از مراجعه کنندگان بیان کرد که: "راستش من همیشه از آمپول و سوزن زدن میترسیدم، دیگه این شد که ترسیدم و به جز معاینه کار دیگه ای تو دانشکده نکردم. بیرون از دانشکده هم دیگه نرفتم دنبالش و فکر کنم الان دیگه دندونم کشیدنی شده." (مصاحبه شونده ۷)

ب) ترس از وسایل دندانپزشکی: شکل و طراحی وسایل دندانپزشکی از جمله مواردی بود که به عنوان عامل ایجاد کننده اضطراب، در کنار سایر عوامل مانع از دریافت خدمات دندانپزشکی توسط بیماران پس از معاینه بود. به طور مثال یکی از بیماران عنوان داشت که: "یه چیز دیگه هم که بود من خیلی از وسایل دندونپزشکی مخصوصا اون وسایلی که برای کشیدن دندونه میترسم. همین صدای قیژ قیژ هم که میاد خیلی خیلی میترسم" (مصاحبه شونده ۲۳)

ج) سابقه ناخوشایند قبلی: تجربه ناخوشایندی که بیماران سابقا حین مراجعه به دندانپزشکی داشته اند از جمله مواردی بود که پس از ذکر سایر عوامل به ویژه عوامل اقتصادی، به عنوان دلیل مراجعه نکردن مجدد پس از معاینه و عدم پیگیری درمان ذکر شد. به طوری که یکی از بیماران اذعان داشت: "یه بارم قبلش رفته بودم یه کلینیکی نزدیک خونم دندون بکشم، بی حس نشده بود کامل و خیلی درد داشتم. بعدشم عفونت کرد و یه ماهی من همینجوری درد داشتم دیگه بعدش خیلی ترسیدم از دندونپزشکی و تا وقتی خیلی دندونم درد نگیره و مجبور نشم نمیرم دندونپزشکی."

(مصاحبه شونده ۲۴) یکی دیگر از بیماران نیز به صورت زیر به این مشکل اشاره کرد: "ما همون دو سال پیش که اومدیم گفتن که جراحی می‌خواد دندون عقلاش و الان جراحی نداریم." (مصاحبه شونده ۱)

تعدادی از بیماران نیز به دلیل اتمام ترم تحصیلی دانشجویان از دریافت خدمات درمانی بازمانده بودند. برای مثال: "اومدیم ولی گفتن ترممون دیگه تموم شده و باید بری بیرون." (مصاحبه شونده ۱۶)

۱-۱. پرکتیس خاص (ارایه ندان خدمات):

برخی از بیماران اذعان داشتند که علیرغم تمایل به دریافت خدمات درمانی در دانشکده، نیاز درمانی شان توسط دانشکده پوشش داده نمی‌شد. برای مثال: "اون روز دانشکده شما گفتن که جراحی‌های من سخته و ممکنه به فکم آسیب برسونه. برای همین اومدم شهرکرد، پیش دکتر فوق تخصص انجام دادم." (مصاحبه شونده ۱۲). در مثالی دیگر یکی از بیماران عنوان کرد که: "برای ایمپلنت هم گفتن تا سه ماه یا چهار ماه اصلا انجام نمیدیم و دیگه به این خاطر نیومدم و بقیه کارامم انجام ندادم." (مصاحبه شونده ۵) همچنین یکی دیگر از مصاحبه شونده‌ها در این راستا مشکل خود را اینگونه بیان کرد: "یه دندون خراب داشتم که درد می‌کرد، گفتن انجامش کار ما نیست و باید برید بیرون واستون انجام بدن و..." (مصاحبه شونده ۱۳).

یکی دیگر از بیماران نیز پاسخی مشابه در طی مصاحبه ارائه داد: "یه دندون داشتم که انگار ترمیم می‌خواست بعد گفتن که انگار نمی‌تونن انجام بدن." (مصاحبه شونده ۳)

۲. دلایل شخصی

طبق نتایج حاصل از مصاحبات، عوامل شخصی موثر بر عدم دریافت خدمات درمانی مراجعه کنندگان شامل موارد زیر بود:

۱-۲. ترس:

از جمله مواردی که در متن مصاحبه‌ها قابل توجه بود، اعتقاد شخصی بعضی از بیماران نسبت به مبتدی بودن دانشجویها و عدم اعتماد به کیفیت درمان ارائه شده توسط آنان بود. برای مثال یکی از مراجعه‌کنندگان معتقد بود که: "شاید به خاطر این که بالاخره دانشجویها مبتدی بودن و من نمی‌خواستم این جوری انجام بشه." (مصاحبه شونده ۱۷)

۳. کیفیت

تعدادی از بیماران با شکایت از کیفیت خدمات ارائه شده، دلایل عدم مراجعه مجدد خود جهت دریافت درمان را شرح دادند.

۳-۱. عدم رضایت از خدمت:

تعدادی از بیماران از نوع خدمت ارائه شده ناراضی بودند که به نظر می‌رسید، توجیه درست و کافی بیماران می‌توانسته رضایت آن‌ها را جلب نماید. برای مثال: "چون من دوست نداشتم که این کار رو با مواد سیاه انجام بدم، صبر کردم تا به جای مناسب برای انجام دادنش با مواد سفید پیدا کنم." (مصاحبه شونده ۱۱). در مثالی دیگر یکی از بیماران خواستار نوعی از درمان بوده که توجیه علمی ندارد، به نظر می‌رسد توضیح این مسئله به نوعی که بیمار به طور کامل متوجه شود و شرایط را درک کند، می‌تواند از نارضایتی‌های مشابه جلوگیری کند. "گفتم می‌خوام بیهوشش کنین و بعد همه ی دندوناش رو درست کنین که گفتن نه سنش گذشته" (مصاحبه شونده ۲۰)

۳-۲. عدم رضایت از ارائه دهنده:

تعدادی از بیماران نیز از افراد ارائه دهنده خدمت راضی نبودند که این نارضایتی شامل نوع برخورد یا خدمتی که دانشجوی ارائه می‌داده است می‌شود. برای مثال: "نه این که اینا دانشجوی بودن، خیلی دهنمو باز و بسته کردن و این فکم

(مصاحبه شونده ۱۱) مصاحبه کننده دیگری عنوان کرد که: "کلا انقدر بلا اومده سرم تو این دندونپزشکیا که دیگه اصلا میترسم پامو بذارم. چندسال پیش دندونامو عصب کشی کردم چندتاشونو و خیلی طول کشید و درد داشت هم جنس دندونام خوب نیست هم ریشه هاشون خیلی بده. کلا دندونپزشکی جایی نیست که آدم با علاقه هر چند ماه بره دیگه منم تا درد و اینا نباشه دنبالشون نمیرم." (مصاحبه شونده ۳)

۲-۲. کمبود وقت:

تعدادی از بیماران نداشتن وقت کافی جهت پیگیری درمان را دلیل اصلی عدم مراجعه مجدد پس از معاینه عنوان کردند. مشغله‌های کاری و تداخل ساعات کاری فرد با ساعات کاری دانشکده، مشغله‌های خانوادگی مانند ازدواج کردن یا نگهداری از والدین از جمله موانع دریافت خدمات درمانی استخراج شده از مصاحبه‌ها بود. برای مثال: "همون معاینه که رفتم. بعدم سریع کارمو راه ننداختم. منم بچه کوچیک داشتم توی خونه مجبور بودم زود برگردم. مثلاً حالا نمیکن طرف از راه دور اومده. بیایم کارشو زود تر راه بندازیم یا مثلاً بچه داره و نمی‌تونه مدت زیادی بیرون از خونه باشه و... اصلاً این چیزا براشون مهم نیست. فک می‌کنن مثلاً همه پشت سر هم فقط میان و میرن." (مصاحبه شونده ۲۰). مثالی دیگر در راستای مشغله کاری و کمبود وقت: "به هر حال من و همسرم جفتمونم کارمندیم و نمی‌تونستیم این جور کارا رو خیلی پیگیرشون بشیم خلاصه." (مصاحبه شونده ۲۳). همچنین والد یکی دیگر از مراجعه‌کنندگان اذعان داشت که: "دیگه دخترم همون موقع شوهر کرد و درگیر ازدواج شد نیومد." (مصاحبه شونده ۷)

۳-۳. عدم اعتماد:

بعد که اوادم و یه پرس و جویی کردم و حتی معاینه‌مم کردن، دیدم اون جوری که فکر می‌کردم و انتظارشو داشتم نبود. برای همین دیگه به کل بی‌خیالش شدم." (مصاحبه شونده ۲۳)

تعدادی از مراجعه کنندگان با نارضایتی از سیستم بیمه، اذعان داشتند که برخلاف تحت پوشش بیمه بودن، تنها هزینه رادیوگرافی‌ها پرداخته می‌شود که بخش ناچیزی از هزینه‌های درمان است. برای مثال: "حقیقتش با اینکه بیمه هم هستم ولی به جز عکسای دندونم بقیه هزینه‌ها رو بهمون برنمیگردونن که عکسا اصلا گرونم نیستن ولی عصب کشی و اینا که گرونن رو بهمون نمیدن." (مصاحبه شونده ۲۵)

۴-۲. مشکلات مالی:

تعداد زیادی از مشارکت کنندگان عدم توانایی در پرداخت هزینه را به عنوان دلیل اصلی عدم مراجعه مجدد عنوان کردند. برای مثال: "چون یه خرده مشکل مالی داشتم، دیگه نتونستم پیام." (مصاحبه شونده ۸)

بعضی از مصاحبه شونده‌گان اعتقاد داشتند که به دلیل هزینه‌های بالای معیشت و تورم موجود در جامعه، اولویت‌های دیگری در زندگی داشتند و درمان مشکلات دهان و دندان‌شان پس از مسائل دیگر مانند غذا، پوشاک، هزینه تحصیل فرزندان و... قرار می‌گرفت. برای مثال: "چون یه سری مشکلات مالی دیگه داشتم نتونستم پولمو خرج دندونام بکنم، همون موقع بچه هام باید میرفتن مدرسه دیگه لباس و کتاب و اینا باید می‌خریدم واسشون." (مصاحبه شونده ۱)

یا "انقدر هزینه‌ها هر لحظه میره بالا که درآمد همسرم کفاف هزینه‌های بیشتر از غذا و اجاره خونه رو نمیده." (مصاحبه شونده ۱۳)

۵. دسترسی:

هم صدا میده." (مصاحبه شونده ۵). یا "والا من راستیاتش بد باهام برخورد کردن." (مصاحبه شونده ۲۰)

۴. قابلیت پرداخت:

یکی از عمده ترین دلایلی که بیمار را از دریافت خدمات درمانی دانشکده دندانپزشکی منصرف می‌کرد، عدم توانایی در پرداخت هزینه‌های درمان بود.

۴-۱. تعرفه بالا:

مشارکت کنندگان عنوان می‌کردند که دلیل بالا بودن هزینه درمان، از اقدام به درمان و دریافت خدمات دندانپزشکی بخش‌های مختلف دانشکده دندانپزشکی امتناع می‌ورزیدند. همچنین تعداد زیادی از مشارکت کنندگان براین باور بودند که به دلیل هزینه‌های سنگین دندانپزشکی در دانشکده دندان پزشکی و سایر مراکز، برای رفع و درمان مشکلات دندانی و دهانی خود اقدام نکرده‌اند و گاهی با مصرف داروهای مسکن و آنتی بیوتیک، سعی در رفع مشکل خود کرده‌اند. برای مثال: "متأسفانه اون قدر این هزینه‌ها بالا رفتن که ما دیگه ناچارا بیخیال کارمون میشیم و تهش اگه دیگه دندونمون درد بگیره، با یه مسکن باید دردشو بخوابونیم و خلاصه که دیگه موجودیشو نداشتم." (مصاحبه شونده ۲۵). یا "والا، دیگه انقد هزینه‌ها بالا رفته که نتونستم جای دیگه ای هم کارامو راه بندازم." (مصاحبه شونده ۲۴)

تعدادی از بیماران همچنین عنوان کردند که تصور میکردند هزینه‌های خدمات دندانپزشکی در دانشکده بسیار کمتر از کلینیک‌های سطح شهر باشد در حالی که پس از مراجعه با اطلاع از هزینه‌ها از دریافت خدمات منصرف شدند. برای مثال: "به من گفته بودن که این جا بدون هزینه کارا رو انجام میدن، ولی بعد که اوادم دیدم که با هزینه است." (مصاحبه شونده ۲۱) یا "راستشو بخواید من شنیده بودم هزینه‌های دانشگاه نسبت به جاهای دیگه مناسب‌تره

سختی دسترسی به لحاظ جغرافیایی بود که گاهی با وجود عواملی از جمله ترافیک شهری، نداشتن وسیله نقلیه شخصی یا سختی دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی همراه بود. برای مثال تعدادی از شرکت کنندگان با استفاده از عبارت " راهم دوره " یا " مسافت طولانیه " مشکل خود را بیان کردند. (مصاحبه شونده های ۹، ۱۲ و ۱۸)

همچنین یکی از بیماران دلیل انصراف خود از پیگیری روند درمان را اینگونه بیان کرد: " باید هر سری از شهرمون میومدم دانشگاه و راهمون دور بود که خیلی دردرس داشت. " (مصاحبه شونده ۲۵). همچنین یکی دیگر از افراد بیان کرد که: " منم از راه دور می اومدم. از نجف آباد. هیچ وسیله ای هم نداشتم. الان برای پسریم می خوام بیام ارتودنسی نمی دونم باید چی کارکنم. یه بچه کوچیک ترم دارم. دیگه به همین خاطر ... " (مصاحبه شونده ۲۰)

۳-۵. ازدحام: از آنجایی که دانشکده دندانپزشکی تعداد بالایی مراجعه کننده دارد، این ازدحام جمعیت در بخش های مختلف دانشکده و به طور ویژه در بخش هایی با لود بالای بیمار از جمله بخش درمان ریشه و بخش ترمیمی، می تواند بیمار را از ادامه درمان منصرف کند. در طی دوران کرونا، این لود بالای بیمار و به تبع امکان بالای انتقال ویروس از جمله دلایل عدم مراجعه مجدد بیماران بعد از معاینه بود. برای مثال: " اتفاقا می خواستیم همین چند روز پیش بیایم دانشکده، ولی چون هم مسیرمون دوره و هم بیمارستان خیلی شلوغه، دیگه منصرف میشیم از اومدن. (مصاحبه شونده ۱). همچنین یکی دیگر از بیماران اظهارات خود را اینگونه بیان کرد: " دیگه اون موقع هم نه این که کرونا بود، ما می ترسیدیم هی تو این شلوغی بیایم و بریم. " (مصاحبه شونده ۲۴)

۴-۵. زمان بر بودن درمان :

قابلیت دسترسی به خدمات ارائه شده توسط دانشکده دندانپزشکی از دیگر موانع موجود برای بیماران جهت دریافت درمان بود. این موانع خود را در ۶ زیر گروه به شرح زیر نشان دادند:

۱-۵. مشکلات نوبت دهی :

از جمله عوامل پرتکرار در متن مصاحبه ها، عدم وجود نظم در پذیرش بیماران و ساماندهی بخش های درمانی بود. ارجاع بی دلیل یا بدون توضیح و توجه بیماران به بخش های مختلف و ندادن پاسخ مناسب، مشخص نکردن نوبت دقیق مراجعه و نوبت انتظار طولانی به دنبال کمبود دانشجو جهت ارائه خدمت از جمله مواردی بود که از مصاحبه ها استخراج شد. به طور مثال: "گفتن نوبت شما برای ارتودنسی مثلا میشه برای حدود ۴ سال دیگه، یه همچین موقع هایی. دیگه ما هم تشکر کردیم و بعدش به صورت آزاد کارمون رو انجام دادیم." (مصاحبه شونده ۱۷)

تعدادی از بیماران نیز با ذکر عبارت " دیر به دیر نوبت میدادن " دلیل عدم مراجعه خود را توضیح دادند. (مصاحبه شونده های ۱۳ و ۱۶)

همچنین یکی دیگر از بیماران شکایت خود را اینگونه مطرح کرد: " حدود ۶ ماه تکلیف ما این بود. حتی مثلا نوبت می دادن برای ۳ ماه بعد. باز می اومدیم و می رفتیم و کارمون رو انجام نمی دادن." (مصاحبه شونده ۱۰) و همینطور مراجعه کننده ی دیگری اذعان داشت که: " انتظار داشتم همون موقع که معاینه ام کردن، بیان یکی، دو تا دندونامو هم پر کنن مثلا ولی روندش خیلی کند بود" (مصاحبه شونده ۲۰)

۲-۵. مسافت زیاد:

از جمله عواملی که تعداد زیادی از مراجعه کنندگان به عنوان عاملی برای منصرف شدن از پیگیری درمان مشکلات دهان و دندان خود عنوان کردند، دور بودن محل زندگی و

دیگه زمانش رو برامون درست مشخص نمی کنن. " (مصاحبه شونده ۱۳) همچنین یکی دیگر از بیماران اینگونه مشکل خود را شرح داد: "اولش به من گفتن که دندان خراب زیاد دارم و باید برم چندتا بخش که کاراش انجام بشه ولی یه دکتر میگفت اول باید بری جرم گیری یکی دیگه میگفت اول برو دندوناتو ترمیم کن به عصب نرسه." (مصاحبه شونده ۲۱)

۶-۵. کارورز:

تعدادی از بیماران عنوان کردند که پس از مراجعه به دانشکده، به دلیل نبود دانشجوی یا پرپودن وقت دانشجویان و تعداد ناکافی دانشجوی، پذیرش نشده اند. برای مثال: "بعد هم که میام یه روز این دکتر نیست، یه روز اون دانشجوی نیست" (مصاحبه شونده ۱۹) یا "یه بار میومدیم می گفتن امروز دانشجوی نداریم" (مصاحبه شونده ۲۴)

بحث

هدف از این مطالعه، واکاوی و تبیین موانع دریافت خدمات درمانی از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به بخش های درمانی دانشکده دندان پزشکی اصفهان بود. در واقع مشخص کردن این موانع از دیدگاه بیماران، برای برنامه ریزی های مناسب جهت اخذ تصمیم های مؤثر و کارا و عملی کردن آن ها ضروری است. این پژوهش بصورت کیفی انجام گردید و با انجام مصاحبات متعدد، به واکاوی و تبیین جامع و دقیق این موانع از دیدگاه مشارکت کنندگان پرداخت.

نتایج استخراج شده از این مطالعه در ۵ طبقه کلی تقسیم بندی شد؛ ظرفیت ارائه خدمت، دلایل شخصی، کیفیت، قابلیت پرداخت و دسترسی. بعضی از مفاهیم استخراج شده از این پژوهش، در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است. از مهم ترین مواردی که اکثر مراجعه کنندگان از آن به عنوان

از جمله عواملی که در مصاحبه ها، به عنوان مانعی برای دریافت درمان توسط بیماران قابل توجه بود، مدت زمان طولانی ای که در دانشکده برای دریافت درمان سپری می شود، بود. این زمان خود را به صورت مدت بالای حضور بیمار تا پذیرش بیمار یا تعداد بالای جلسات مراجعه مورد نیاز در مقایسه با کلینیک های سطح شهر و مطب های شخصی نشان می داد. برای مثال: "اولش رفتم برای عصب کشی و روکش دندونم گفتن که هرکدوم چند جلسه باید برم و بیام. انگار هر بار هم چندساعت معطلی داشت که منم دیگه بیخیالش شدم و رفتم یه جایی همون سال واسم انجام دادن." (مصاحبه شونده ۱۹) یا "از بس که معطلمون میکردند، کار دانشجویها رو میگم. دیگه دیدم به معطلیش نمی ارزه." (مصاحبه شونده ۱۵). همچنین یکی دیگر از افراد بیان کرد که: "خیلی معطلم کردن و مدام از یه بخش به یه بخش دیگه می فرستادنم و به جز معاینه که همینم خیلی طول کشید، عملا کار دیگه ای برام انجام ندادن. دیگه هیچی... منم خب از یه جایی به بعد خسته شدم." (مصاحبه شونده ۲۲)

۵-۵. بوروکراسی غیر ضروری (ترتیبات اداری):

عدم وجود روند ارجاع مشخص در سیستم پذیرش، توجیه نکردن بیمار نسبت به علت ارجاع، سردرگمی بیماران و فرستاده شدن به بخش های درمانی مختلف دانشکده بدون گرفتن نتیجه دلخواه، از علل اصلی نارضایتی بیماران بود که گاهی به همین دلیل یا همراه با دلایل دیگر، بیمار را از ادامه روند درمانی منصرف ساخت. برای مثال:

"مدام آدمو اینطرف اونطرف میفرستادن" (مصاحبه شونده ۱۳). یا در مثالی مشابه: "خیلی اتاقا فرستادنمون" (مصاحبه شونده ۱). یکی دیگر از بیماران نیز پاسخی مشابه در حین مصاحبه ارائه داد: "والا دانشکده که میایم خیلی اذیت می کنن، مدام آدمو این طرف و اون طرف می فرستن.

اجرا شده بود. این درحالی است که مطالعه حاضر صرفاً در دانشکده دندانپزشکی و با جامعه هدف خاص طراحی و اجرا شد. بنابراین قرار گرفتن هزینه بالای درمان به عنوان سومین مانع جهت دریافت خدمات، به دلیل جامعه هدف متفاوت، قابل توجه است. در مطالعه دیگری که در ایران توسط Vali و همکاران^(۲۳) صورت گرفته است نیز قیمت بالای خدمات دندانپزشکی شایع ترین مانع برای دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان گزارش شده است.

با توجه به شرایط اقتصادی حاکم بر جامعه و شرایط معیشتی سخت مردم، قابلیت پرداخت در مطالعات انجام شده در کشور مانعی عمده برای دریافت خدمات دندانپزشکی محسوب می شود. همچنین در مطالعه مرور نظام مندی که توسط Farlina و همکاران^(۲۴) انجام شد، گزارش شد که خانواده های کم درآمد، اقلیت های قومی و افراد ناتوان کمتر از سایر افراد از خدمات دندان پزشکی استفاده می کنند. مطالعه Maharani^(۲۵) در اندونزی نیز نتایج مشابهی داشتند و قابلیت پرداخت را از عمده ترین موانع دریافت خدمات دندانپزشکی دانستند. بر طبق نتایج حاصل از مطالعه ای که در کانادا صورت گرفت، شهروندانی که تحت پوشش بیمه خدمات درمانی دندانپزشکی بودند و از وضعیت مالی مناسبی برخوردار بودند، نسبت به میانگین جامعه از خدمات دندانپزشکی بیشتری استفاده کرده و مراجعات منظم تری به مراکز دندانپزشکی داشتند.^(۲۶)

از موارد دیگری که در مطالعه حاضر به عنوان مانعی برای دریافت خدمات دیده شد، دسترسی بود که به صورت صرف زمان طولانی، ازدحام، مسافت طولانی، کارورز، بوروکراسی و نوبت دهی، توسط بیماران عنوان شدند. صرف زمان طولانی طی هر جلسه درمانی و گاهی نیاز به جلسات مراجعه متعدد از دلایل منصرف شدن بیماران از ادامه درمان بود. همانطور که در مطالعه Masoodi Rad

مانع اصلی دریافت خدمات دندانپزشکی یاد کردند، قابلیت پرداخت بود. بحث تعرفه های سنگین دندان پزشکی، عدم پوشش هزینه ها توسط بیمه، عدم استطاعت مالی افراد، تورم موجود در جامعه و داشتن اولویت های اقتصادی دیگر از جمله موارد یافت شده در طی مصاحبه ها بود. در مطالعه پرسشنامه ای Rezapour و همکاران^(۲۰) در سال ۱۳۹۱، عنوان شد که خدمات دندانپزشکی، بیشترین نیاز برآورده نشده در جامعه است و همچنین مشخص شد که عدم استطاعت مالی و به صرفه نبودن از لحاظ اقتصادی، دو دلیل عمده برای عدم دسترسی به نیازهای سلامت بوده است. به عبارتی خانوارها در مطالعه Rezapour^(۲۰) یا پول کافی برای اقدام نداشتند یا اگر هم از لحاظ مالی توانایی داشتند بر این عقیده استوار بودند که قیمت ارائه خدمات به صرفه نیست و حاضر بودند تا این هزینه را در جای دیگری صرف کنند. Eslamipour و همکاران^(۲۱) در سال ۱۳۹۷، در اصفهان مطالعه توصیفی با هدف بررسی موانع دریافت خدمات دندانپزشکی و میزان رضایت مراجعه کنندگان انجام دادند. بر طبق نتایج حاصل از این پژوهش نیز، ۶۰٪ افراد هزینه بالای این خدمات و ۴۰٪ از افراد عدم پوشش هزینه ها توسط بیمه را به عنوان دو فاکتور مهم در عدم دریافت خدمات دندانپزشکی عنوان کردند. در مطالعه دیگری که توسط Montazeri و همکاران^(۲۲) در سال ۱۳۹۷، با هدف بررسی موانع دسترسی کودکان به خدمات دندانپزشکی از دیدگاه والدینشان انجام شد، شایع ترین مانع، عدم پوشش هزینه ها توسط بیمه گزارش شد. این درحالی است که دومین مانع، اتلاف وقت زیاد و پس از آن هزینه بالای درمان عنوان شده بود. لازم به ذکر است که مطالعه منتظری و همکاران^(۲۲) با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای و از تمام مناطق شهر تهران

حاضر باعث منصرف شدن بیماران از ادامه روند درمانی شان می شد. این مورد همچنین در مطالعه Hashim^(۳۳) که در دانشکده دندانپزشکی امارات اجرایی شده بود نیز، گزارش شده است. در مطالعه مذکور، مسافت زیاد برای دسترسی به دانشکده و ندادن اطلاعات جامع نسبت به گزینه های درمانی، از دلایل نارضایتی بیماران مراجعه کننده به این دانشکده بوده است.

عوامل شخصی از جمله کمبود وقت به دلیل مشغله کاری یا خانوادگی از موانع یافت شده برای عدم مراجعه بیماران در مطالعه حاضر بود. به این مانع در مطالعه Montazeri و همکاران^(۳۲) نیز اشاره شده است. دلایلی از جمله تداخل ساعات کاری والدین و نبود والد جهت مراقبت از سایر فرزندان، در مطالعه مذکور نیز عنوان شده است. در این مطالعه دلایل شخصی دیگری از جمله ترس از انتقال بیماری عفونی و ترس کودک از دندانپزشک نیز از موانع دریافت خدمات دندانپزشکی بوده است.

از دهه ۱۹۸۰، مطالعات متعددی به طور منظم گزارش کرده اند که بیماران با مراجعه منظم به دندانپزشکی، کمتر از بیمارانی که ویزیت های منظم دندانپزشکی دریافت نمی کنند، از بیماری های حاد دهان و دندان رنج می برند و نیاز به درمان اورژانسی در آن ها کمتر است. در مطالعه ای که در نیوزلند انجام شد، گزارش شد که بیمارانی که مراجعه منظم به دندانپزشکی نداشتند، تعداد دندان های از دست رفته بیشتری متعاقب پوسیدگی داشته و در سن ۳۲ سالگی، مراجعین منظم، سلامت دهان بهتری را گزارش دادند و هرچقدر این مراجعه ی منظم، طولانی تر بوده، این اثر خود را قوی تر نشان داده است.^(۳۴)

همچنین ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و مراجعه منظم به دندانپزشک نیز در مطالعات گزارش شده است. این درحالی است که عدم مراجعه به

همکاران^(۳۷)، بیماران کمترین رضایت را از بخش درمان ریشه به دلیل نیاز به مراجعه متعدد داشتند. همچنین در مطالعه Tanbakuchi و همکاران^(۲۸)، علاوه بر تاثیر هزینه ها، صرف زمان طولانی، نوبت دهی و دادن اطلاعات جامع به بیماران از عوامل تاثیرگذار بر رضایت بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهرکرد بوده است.

در بحث کیفیت خدمات، نوع برخورد دانشجوی و پرسنل و سطح کیفیت خدمت درمانی ارائه شده توسط دانشجوی برای بیماران مهم بوده است. تجربه برخورد نامناسب با بعضی از بیماران از دلایل عدم مراجعه مجدد آن ها برای پیگیری روند درمانی شان بود. ارتباط بیمار و دانشجوی در مطالعه Ghapanchi و همکاران^(۲۹) در دانشکده شیراز نیز به عنوان عاملی مستعد برای ایجاد نارضایتی در بیماران عنوان شده است. این در حالی است که در مطالعه Dorriz و همکاران^(۳۰) در دانشکده دندانپزشکی تهران و مطالعه Tanbakuchi و همکاران^(۲۸) در دانشکده دندانپزشکی شهرکرد، بیشترین رضایت بیماران از برخورد دانشجوی و پرسنل بوده است. از آنجایی که لود بیمار و ازدحام دانشکده تهران تقریباً مشابه با دانشکده اصفهان است، لود بالای کاری و سردرگمی پرسنل حین ارائه خدمت توجیه مناسبی به نظر نمی رسد. براساس نتایج مطالعه Karydis و همکاران^(۳۱) در آتن، عواملی از جمله دادن اطلاعات کامل به بیماران درباره پروسه درمانی و راهنمایی آن ها، برخورد و همدلی درمانگر و مسئولیت پذیری وی جزو اولویت های بیماران به شمار می رفتند. عدم اعتماد به کیفیت خدمات ارائه شده توسط دانشجویان، در مطالعه Orenuga و همکاران^(۳۲) در دانشکده دندانپزشکی نیجریه و مطالعه Ghapanchi و همکاران^(۲۹) در دانشکده دندانپزشکی شیراز نیز، از عوامل موثر بر نارضایتی بیماران مراجعه کننده بوده است. مسافت زیاد، از موانع دیگری بود که در مطالعه

رسیدگی به موقع به بیماران ضروری است. همدردی پرسنل و دانشجویان و آگاهی دادن به بیمارانی که مشکلات شخصی از جمله ترس، کمبود وقت یا عدم اعتماد دارند، می تواند راهگشا باشد. نظر به نقش محوری دانشکده های دندانپزشکی در پاسخگویی به نیازهای درمانی طیف وسیعی از بیمارانی که عموماً از نظر اقتصادی-اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند و توانایی دریافت درمان را در دیگر مراکز درمانی ندارند و همچنین چالش هایی که این مراکز به دلیل افزایش تعداد دانشجویان و محدود بودن امکانات و تجهیزات با آن رو به روست، اتخاذ اقداماتی در جهت ایجاد تعادل بین نیازهای آموزشی دانشجویان و نیازهای درمانی بیماران، ایجاد بستری برای حفظ و بهره وری حداکثری از مراجعین به این مراکز، ارتقا سطح سلامت و ایجاد برابری و عدالت هرچه بیشتر در این حوزه، ضروری است.

تشکر و قدردانی

مراتب قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بابت حمایت مالی و اداری از این طرح تحقیقاتی و نیز پرسنل بخش تشخیص بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی اصفهان و بیمارانی که در این طرح شرکت داشته اند، ابراز میداریم.

تضاد منافع:

هیچ تضاد منافی وجود ندارند.

دندانپزشک، عواقبی از جمله اجتناب از خندیدن یا لبخند زدن به دلیل نامناسب بودن دندانها یا لثه ها، اجتناب از صحبت با دیگران به دلیل نامناسب بودن دندانها یا لثه ها یا بوی بد دهان و خجالت کشیدن از ظاهر دندانها یا لثه ها را نیز در پی داشته است.^(۳۵)

نتیجه گیری

در کل، این پژوهش نشان داد طیف وسیعی از عوامل فردی، و نیز عوامل مرتبط با نظام ارایه خدمت از جمله دسترسی، کیفیت و همچنین عوامل خاص و مرتبط با واحد ارایه خدمت که در این طرح دانشکده دندانپزشکی بوده است، باعث انصراف بیماران از دریافت به موقع خدمات دندانپزشکی می شود.

مشکل بیماران در پرداخت هزینه ها، لزوم تصمیم گیری های کلان توسط دولت، پوشش دادن هزینه های درمان دندانپزشکی و حمایت بیماران توسط وزارت بهداشت را به بحث گذاشت. به طور کلی می توان گفت طیف وسیعی از مراجعین به دانشکده دندانپزشکی به دلایل اجتماعی-اقتصادی قادر به دریافت خدمات استاندارد دندانپزشکی در جامعه محل زندگی خود نیستند. برخی از عوامل از جمله مسافت بیماران تا دانشکده، لزوم دسترسی هرچه بیشتر به خدمات حمل و نقل شهری را نشان داد. برنامه ریزی دانشکده های دندانپزشکی جهت آموزش نحوه برخورد پرسنل و دانشجویان با بیماران و حفظ حرمت آن ها از دیگر بایدهای نشان داده شده بود. پذیرش منظم بیماران، توجیه کافی بیماران و سیستم ارجاع مناسب بین بخشی از دیگر عواملی بود که نیاز به برنامه ریزی مسئولین دانشکده دندانپزشکی دارد. از آنجایی که دانشکده های دندانپزشکی از مکان های با لود بالای بیمار محسوب می شود، اتخاذ تصمیم هایی برای کاهش ازدحام در بخش ها و درعین حال

منابع:

1. Kameli S, Mehdipour A, Montazeri Hedeshi R, Nourelahi M. Evaluation of parental knowledge, attitudes and practices in preschool children on importance of primary teeth and some related factors among subjects attending semnan university of medical sciences dental clinic. *Koomesh* 2017; 19(1):191-8.
2. Mossaheb P, Abadi A, Amini M. The relationship between food intake and dental caries in a group of Iranian children in 2009. *Res Dent Sci* 2011;7(4):50-42.
3. Lyon L, Itaya LE, Hoover T, Booth MT, Nadershahi N. Humanism in dental education: a comparison of theory, intention, and stakeholder perceptions at a North American dental school. *J Dent Educ* 2017; 81(8):929-36.
4. Holbrook WP, Brodin P, Balciuniene I, Brukiene V, Bucur MV, Correct et al, Balancing the role of the dental school in teaching, research and patient care; including care for underserved areas. *Euro J Dent Educ* 2008; 12:161-6.
5. Yoshida N, Mataka S. Influence of patient's perception on their acceptance and understanding of dental care within an education system. *J Med Dent Sci* 2002;49(4):143-9
6. Hood JG. Service-learning in dental education: meeting needs and challenges. *J Dent Educ*. 2009; 73(4):454-63.
7. Walji MF, Karimbux NY, Spielman AI. Person-centered care: opportunities and challenges for academic dental institutions and programs. *J Dent Educ* 2017; 81(11):1265-72.
8. Hoseini BL. Midwifery students' satisfaction with logbook as a clinical assessment means in Mashhad University of Medical Sciences, 2010. *Ir J Med Educ* 2012; 11(8):933-41.
9. Zakerjafari H, Hamkar B, Mirfarhadi N. The interval of educational services quality: Distance of current and desirable situation from viewpoints' of dentistry students of Gilan university of medical sciences in 2014. *Res Med Educ* 2015; 7(3):64-70.
10. Makarem SC, Coe JM. Patient retention at dental school clinics: a marketing perspective. *J Dent Educ* 2014; 78(11):1513-20.
11. Bailit HL. The fundamental financial problems of dental education and their impact on education, operations, scholarship, and patient care. *J Dent Educ* 2008; 72 (2):14-7.
12. Blue CM. Cultivating professional responsibility in a dental hygiene curriculum. *J Dent Educ* 2013; 77(8):1042-51.
13. Nadafi, Jahad Akbar. Examining the admission of patients in Isfahan Faculty of dentistry from the department of oral, maxillofacial and oral diseases to receiving services in different departments of isfahan dental faculty in 2020-2021. General Doctoral Dissertation. Isfahan University of Medical Sciences. 2022; 19(11).
14. Tahani B, Hoseini F, Ghafournian M, Rajaei A. Evaluation of mix of patients referring to the pediatric department of isfahan dental school during 2010-2012 in terms of the students' requirements. *J Isfahan Dent Sch* 2017; 13(1): 36-46.
15. Leggott PJ, Robertson PB, del Aguila M, Swift JJ, Porterfield D, Phillips S, Anderson MH. Patterns of oral care in dental school and general dental practice. *J Dent Educ* 2002; 66(4):541-7.
16. Noble H, Smith J. Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-based nursing* 2015; 18(2):34-5.
17. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. Sage; 2018.
18. Polit CTBP, Denise F. *Essentials of nursing research: Philadelphia*, Wolters Kluwer Lippincott; 2014.
19. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9):1277-88.
20. Radzi NAM. Effects of area-based deprivation on dental caries, perceived dental treatment need and oral health related quality of life of UK adults. *Int J Oral Health Dent* 2019; 11(4):197.
21. Eslamipour F, Tahani B, Heydari K, Salehi H. Dental care satisfaction among adult population in Isfahan, Iran and its influencing factors. *J Oral Health Oral Epidemiol* 2017; 6(4):218-25.
22. Montazeri R, Sadeghi F, Heidari A. Parental assessment of access and barriers to access to oral and dental health services in children referring to dentistry centers in Tehran City, 2018,(Iran). *J Qom Univ Med Sci* 2019; 13(7):42-52.
23. Vali L, Zare Z, Jahani Y, Kalavani K. Investigating the access barriers to oral and dental health services for children from the perspective of parents attending the health centers of Kerman. *Dent Res J* 2023; 20(1):49-57.
24. Farlina A, Maharani DA. Barriers of utilisation of dental services among children and adolescent: A systematic review. *Padjadjaran J Dent* 2018; 30(3):150-62.
25. Maharani DA, Rahardjo A. Is the utilization of dental care based on need or socioeconomic status? A study of dental care in Indonesia from 1999-2009. *Int Dent J* 2012; 62(2):90-4.
26. Bhatti T, Rana Z, Grootendorst P. Dental insurance, income and the use of dental care in Canada. *J Can Dent Assoc* 2007; 73:57.

27. Masoodirad H, Tabari R, Arefian M R. An assessment of patient's satisfaction toward endodontics department, Gilan dental school (2003-2004). *J Islamic Dent Assoc Iran* 2005; 17(5):81-8.
28. Tanbakuchi B, Amiri M, Valizadeh S. Level of satisfaction of patients with dental care services provided by dental clinic of Shahrekord University. *Epidemiology and Health System J* 2018; 25; 5(4):123-7.
29. Ghapanchi J, Daghighafkar M, Azadi A, Sedaghati Shayesteh S. Patients' satisfaction of dental care provided in Shiraz Dental School. *J Dent* 2009; 1; 10(1):83-6.
30. Dorriz H, Farid F, Seidi D. Evaluation of patients' satisfaction from dental care services provided by dental school of Tehran University of Medical Sciences in academic year 2006-2007. *J Dent Med* 2011; 1; 24(3).
31. Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(5):409-416.
32. Orenuga OO, Sofola OO, Uti OO. Patient satisfaction: a survey of dental outpatients at the Lagos University Teaching Hospital, Nigeria. *Nig Q J Hosp Med* 2009; 19(1):47-52.
33. Hashim R. Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J* 2005; 11:913-21.
34. Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R, Locker D. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res* 2010; 89:307-11.
35. Fisher MA, Gilbert GH, Shelton BJ. Effectiveness of dental services in facilitating recovery from oral disadvantage. *Qual Life Res* 2005; 14:197-206.

