

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۱۳۵۹۵



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکتراي دندانپزشکی

موضوع:

**مقایسه تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان ارائه شده توسط رابطین
بهداشت و دانشجوی دندانپزشکی طرح جامعه نگر بر آگاهی، نگرش و
عملکرد مادران**

استاد راهنما:

دکتر احمد حائریان اردکانی

استاد مشاور:

دکتر سید سعید مظلومی

دکتر سولماز اکبری

۳ / ۳ / ۱۳۸۸

نگارش:

مریم مهمدی کرتلائی

شماره پایان نامه: ۳۲۶

زمستان ۱۳۸۷

۱۱۳۵۹۵

تقدیم به استاد بزرگوار

جناب آقای دکتر احمد حائریان اردکانی

و تقدیم به اساتید بزرگوار

جناب آقای دکتر سعید مظلومی

و سرکار خانم دکتر سولماز اکبری

که از راهنمایی های فردمندانۀ شان در انجام این تحقیق

بهره فراوان برده ام.

تقدیم به کلیه اساتید محترم و کراتقدر دانسگده دندانیزشکی

تقدیم به پدرم

والا ترین واژه روح که انسان بودن و عشق را به من آموخت

تقدیم به مادرم

گرانیهاترین گوهر هستیم، زلال چشمه زندگی

و ترجمان تمام محبت ها

بردستان پر مهرتان خاضعانه بوسه می زنم

تقدیم به خواهرانم

مونا، خورشیدشادی، بخش آسمان زندگیم

نسرین، دلیل لبخندهایم

تقدیم به مادر بزرگ، معنا بخش تمام، مستی ام

افسوس که چه زود رفت....

تقدیم به دوستانم که بودندشان هدیه خدا برای روزهای خوب بود.

تقدیم به مسئولین محترم و پرسنل زحمکش دانشکده
مخصوصا

باشکرا از آقایان:

عسکری- کفیری- پاد- صندوقدار

و باشکرا از خانم ها:

صغری دهمقانی- حکیمیان- عباس نژاد- کارگر- کندمکار- کهدویی- سردار-
زارعی- مالکی- خواهران ایزدی- نمیرانیان- عزیزیان- لبافی- خضری-
تفتی- فرشته دهمقان- ندافی- حق جویان- دیرطاهری- موسوی.

تقدیم به همه بیماران گمنامی که بر بالین آنها طب آموختم

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

صفحه	عنوان
	خلاصه فارسی
	فصل اول : کلیات Introduction
۲	بیان مسئله:
۳	پیامدها و مشکلات ناشی از اختلالات دهان و دندان:
۳	۱- ناراحتی (Discomfort):
۳	ناتوانی (Disability):
۳	بیکاری و فعالیت و عملکرد اجتماعی:
۳	خوردن و تغذیه:
۴	تعامل اجتماعی:
۴	عملکرد روانشناختی و احساسی:
۵	معلولیت:
۵	تاثیر اقتصادی اختلالات دهان و دندان:
۵	راه حل مشکلات سلامت دهان و دندان:
۶	بیانیه ی آلما آتا:
۷	دندانپزشکی جامعه نگر (Dental Public Health):
۸	دندانپزشکی پیشگیری:
۹	ارتقاء و سلامت Health promotion:
۱۰	بیماری های شایع دهان و دندان:
۱۰	I- بیماری پریودنتال:
۱۱	II پوسیدگی:

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۱	عامل تغذیه و ارتباط آن با پوسیدگی:
۱۲	نقش ماهیت کربوهیدرات و دفعات مصرف آن در میزان پوسیدگی:
۱۲	کنترل پلاک:
۱۳	مواد و وسایل کنترل پلاک:
۱۳	مسواک:
۱۴	اهداف اصلی مسواک زدن دندان ها:
۱۶	آموزش کنترل پلاک:
۱۶	فلسفه خدمات بهداشتی:
۱۶	تعریف بهداشت:
۱۷	فلسفه لزوم پیشگیری و آموزش بهداشت در دندانپزشکی:
۱۷	خدمات بهداشتی اولیه (PHC) (Primary Health Care):
۱۸	روش های آموزش بهداشت:
۲۰	آموزش و روش های آموزشی:
۲۱	روش های آموزش رسمی:
۲۴	مروری بر مقالات:
۳۲	اهداف و فرضیات:

فصل دوم - مواد و روش ها

۳۵	روش کار:
----	----------

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل سوم - نتایج (Results)
۳۹	نتایج
	فصل چهارم - بحث و نتیجه گیری (Discussion & Conclusion)
۴۴	بحث
۴۸	پیشنهادات
۴۹	(Abstract)
۵۰	منابع (References)

فهرست جداول

صفحه

عنوان

۳۷	جدول متغیرها:
۴۰	جدول ۳-۱: توزیع فراوانی و میانگین سنجش آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در گروه A و B
۴۰	جدول ۳-۲: مقایسه میانگین نمرات سنجش آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در گروه A و B
۴۱	جدول ۳-۳: مقایسه میانگین، انحراف معیار، بالاترین و پایین ترین امتیاز آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در جامعه مورد بررسی قبل و بعد از آموزش.
۴۲	جدول ۳-۴: مقایسه میانگین نمرات سنجش آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در جامعه مورد بررسی قبل و بعد از آموزش.
۴۲	جدول ۳-۵: مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک بعد از آموزش توسط دو گروه آموزش دهنده (رابطین بهداشت و دانشجوی دندانپزشکی).
۴۲	جدول ۶-۳: تعیین تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در هر دو گروه.

مقدمه:

دندانپزشکی جامعه نگر یکی از راهبردهای اساسی جهت ارتقای سطح سلامت دهان در جامعه محسوب می شود. این رویکرد اساساً بر دندانپزشکی پیشگیری و آموزش بهداشت با جلب مشارکت مردم جامعه تاکید دارد. رابطین بهداشت زنان داوطلبی هستند که به صورت افتخاری و بدون دریافت دستمزدی از سال ۱۳۶۹ به صورت آزمایشی و از سال ۱۳۷۲ به صورت فراگیر با هدف ارتقاء سلامت با مراکز بهداشتی- درمانی همکاری می نمایند.

هدف: هدف از این مطالعه مقایسه تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان ارائه شده توسط رابطین بهداشت و دانشجوی دندانپزشکی طرح جامعه نگر بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران می باشد.

روش کار:

در این مطالعه ابتدا جزوه آموزشی و پرسشنامه طراحی شد. سپس رابطین بهداشت تحت آموزش قرار گرفتند. در مرحله بعد ۸۰ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی اکبری (صفائیه)، درمانگاه شهید دکتر رسول فرشاد با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. این مادران به ۲ گروه ۴۰ نفره (A و B) تقسیم شدند. مادران هر ۲ گروه معاینه شدند و شاخص پلاک آنها محاسبه شده و سپس مادران پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. گروه A توسط دانشجوی دندانپزشکی ترم آخر و گروه B توسط رابطین بهداشت تحت آموزش قرار گرفتند. ۳ ماه بعد نیز مجدداً پرسشنامه ها تکمیل شد و شاخص پلاک مادران مجدداً بررسی شد.

اطلاعات با استفاده از تست های آماری Mann-Whitney و Wilcoxon Signed Ranks آنالیز شدند. ($P < 0.05$). معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج:

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می دهد که بعد از آموزش بهداشت سطح آگاهی، نگرش،

عملکرد و شاخص پلاک در کل نمونه ها به صورت معنی دار افزایش یافت و در گروه A و B نیز بعد از آموزش سطح آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک به صورت معنی دار افزایش یافت. اما اختلاف معنی داری بین تاثیر آموزش توسط دانشجوی دندانپزشکی و رابطین بهداشت دیده نشد.

نتیجه گیری:

نتایج به دست آمده نشان می دهد که تفاوت چندانی در نتایج بعد از آموزش ارائه شده توسط دانشجو و رابطین بهداشت دیده نمی شود و این مسئله می تواند تقویت کننده فرضیه مناسب بودن رابطین بهداشت جهت انجام آموزش های سلامت دهان باشد.

کلمات کلیدی: رابطین بهداشت، آموزش بهداشت دهان و دندان، دانشجوی دندانپزشکی.

فصل اول

کلیات

Introduction

بیان مسئله:

از نظر دولت ها و سیاست گذاران، سلامت دهان و دندان و ارائه خدمات دندانپزشکی در اولویت پایینی می باشند. در کشورهای توسعه یافته خدمات سلامت دهان و دندان به افراد آسیب پذیر ارائه می گردد و این گروه ها (کودکان، سالمندان، افراد معلول و فقیر) می باشند و اعتبار بودجه آن از طریق سیستم های ارائه خدمات سلامت (Health Delivery System) تامین می گردد.

اخیراً در ملل توسعه یافته، سلامت دهان و دندان بالغین به خصوص سالمندان یک نگرانی قابل توجه می باشد، هر چه سیستم اقتصادی جامعه، سرانه تولید، تولید ناخالص ملی، صادرات و واردات، استقلال اقتصادی و درآمد خانواده ها و افراد بهبودی و گسترش یابد، هزینه های دندانپزشکی کمتر نگرانی ایجاد می کند. دو دلیل اصلی کم توجهی و عدم نگرانی در سلامت دهان و دندان عبارتند از:

۱- اختلالات دهان و دندان تهدید کننده حیات (Life treating) نمی باشند. با ساده انگاری این طور استنباط می شود که سلامت دهان و دندان نقش بسیار جزئی در رفاه فردی و اجتماعی مردم دارد. اطلاعات موجود نشان می دهد چنین برداشتی صحیح نمی باشد. اختلالات دهان و دندان دارای پیامدهای اجتماعی و روانشناسی و اقتصادی بوده و تاثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی دارند.

۲- عدم توجه جدی سیاست گذاران به سلامت دهان و دندان و مورد غفلت قرار گرفتن آن که ابعاد این اختلالات و بار اقتصادی آنها به صورت روشن و شفاف بیان نگردیده است.

اغلب رویکرد مواجهه با سلامت دهان و دندان منحصر به محدوده بالینی بوده و توجه کمتری به معلولیت ها و ناتوانی های اجتماعی این بیماری ها می گردد^(۱).

پیامدها و مشکلات ناشی از اختلالات دهان و دندان:

۱- ناراحتی (Discomfort):

درد و ناراحتی معمولترین پیامد اختلالات دهان و دندان بوده که تاثیر قابل توجه بر کیفیت زندگی دارند. پیامدهای رفتاری دردهای دهان و صورت توسط Locker در سال ۱۹۸۷ در کانادا مورد بررسی قرار گرفته است و پیامدهای درد به ترتیب به شرح زیر اعلام شده است: مرخصی از کار، بستری شدن بیش از حد، ماندن در خانه بیش از حد معمول، جدایی از خانواده و دوستان، اختلال در خواب، تغییر رژیم غذایی، که در این بین بیشترین شکایات از تغییر در رژیم غذایی و کمترین شکایت از مرخصی از کار بوده است^(۲).

۲- ناتوانی (Disability):

عمده تحقیقات در این زمینه بر خوردن، کارکردن، پیامدهای احساسی و عاطفی و اختلالات خواب، تعاملات اجتماعی و فعالیت تفریحی تاکید نموده اند. تاکنون تحقیقات سیستماتیک و عمیق و گسترده در این زمینه انجام نگرفته، ولی اطلاعات همراه با میزان شیوع، وقوع علائم و نشانه های بیماری های دهان و دندان بیان می دارد که پیامد اجتماعی اختلالات دهان و دندان قابل توجه می باشند^(۲).

۳- بیکاری و فعالیت و عملکرد اجتماعی:

در مطالعات اپیدمیولوژیک تاثیر بیماری ها بر عملکرد وظایف و مسئولیت های اجتماعی افراد به کمک شاخص های روز های با محدودیت فعالیت و روزهای در بستر ماندن به علت ناتوانی و روزهای معاف شدن یا غیبت از کار و تولید و بی کاری اندازه گیری و سنجش می گردند^(۲).

۴- خوردن و تغذیه:

خوردن یکی از مهمترین فعالیت های حفره دهان می باشد. عمل خوردن اثرات زیادی بر

فعالیت های بیولوژیک و اجتماعی فرد دارد خوردن باعث می شود که افراد از سلامتی مناسب برخوردار گردند. تعداد افراد سالمند در جوامع افزایش یافته و ارتباط بین سلامت دهان و دندان و خوردن و تغذیه از زمینه های تحقیقاتی مورد علاقه پزشکی سالمندی و دندانپزشکان می باشد. اگر چه در افراد سالمند اشکالات تغذیه و خوردن رخ می دهد که قسمت عمده آن ناشی از بی دندانی یا کم دندانی می باشد ولی این ها اختصاص به سن ندارد. عدم توانایی در جویدن مناسب مواد غذایی سبب بلع لقمه های بزرگ، جویده شدن ناقص و به صورت غیر مستقیم سبب ناراحتی ها و عوارض در دستگاه گوارش می گردد^(۲).

۵- تعامل اجتماعی:

یکی دیگر از عملکردهای حفره دهان برقراری ارتباط های کلامی می باشد. با وجود اهمیت آن، تحقیقات کمی درباره میزان مشکلات ارتباطی به علت اختلالات دهان و دندان انجام گردیده است. اما شواهد در دسترس نشان می دهد تعداد کمی از مردم این مشکلات را تجربه کرده اند. طی مطالعه Locker در سال ۱۹۸۷ بر روی افراد ۵۰ ساله و بالاتر نشان داده شد که ۲ درصد افراد نارضایتی از صحبت کردن و اجتناب از لبخند زدن و خندیدن را گزارش کردند و دلایل آن را ظاهر دندان هایشان بیان نموده اند و ۱۴ درصد معتقد بودند که علت شرمندگی و خجالت، ظاهر دندان هایشان می باشد^(۳).

۶- عملکرد روانشناختی و احساسی:

نگرانی، ترس، اضطراب و عدم خاطر جمعی و اطمینان شایعترین پیامدهای اختلالات دهان و دندان می باشند، ترس و اضطراب توسط علائم و نشانه های اختلالات دهان و دندان تحریک شده و سبب دغدغه و نگرانی کوتاه مدت و بلند مدت بالینی می گردند. ترس و اضطراب از موانع اصلی در بافت خدمات دندانپزشکی و مراجعه به دندانپزشکی بوده و

سبب پیچیده تر شدن مراقبت از این بیماری توسط تیم سلامت دهان و دندان می گردد^(۱).

۷- معلولیت:

افراد با بیماری های مزمن، ناتوانی های جسمی و دیگر اختلالات واضح، از دسترسی به بسیاری منابع لذت و رضایت از زندگی در جوامع مدرن محروم می باشند. عدم دسترسی به واسطه ناتوانی ها، عدم پاسخگویی دیگران به افراد بدون استانداردهای معمولی ظاهری و یا عدم کفایت و شایستگی عملکردی می باشد. این مشکلات در افراد با بدشکلی های صورت یا حالت های شدید مال اکلوزن نیز مشاهده گردیده است. در یک مطالعه ۶۶ درصد افراد ۱۳-۹ ساله دلیل مورد تمسخر قرار گرفتن را بعضی خصوصیات ذکر نموده بودند که چهارمین آنها ظاهر دندانی بوده است. یک دهم این گروه بیان کردند که حداقل یک بار در هفته به علت دندان های پیشین برجسته، مال اکلوزن دندانی، شلوغی دندان ها و دیگر ابعاد و خصوصیات دندان ها مورد تمسخر قرار گرفته اند.

ظاهر صورت و دهان قضاوت افراد درباره جذابیت صورت را متاثر ساخته و نقش بسیار مهمی در کسب موقعیت های اجتماعی و اهداف شغلی افراد دارند^(۲).

۸- تاثیر اقتصادی اختلالات دهان و دندان:

یکی از شیوه های ارزیابی اختلالات دهان و دندان بر جامعه، برآورد هزینه های مستقیم و غیر مستقیم خدمات دندانپزشکی می باشد. هزینه های مستقیم به مفهوم مقدار پول هزینه شده شرکت های بیمه، دولت و افراد برای دریافت خدمات پیشگیری سطح اول، دوم و سوم دندانپزشکی می باشد^(۳).

راه حل مشکلات سلامت دهان و دندان:

امروزه به طور واضح معلوم شده است که تقاضاها در سیستم های مراقبت سلامت، همیشه

بیشتر از منابع موجود برای برآوردن این نیازهاست. این مشکل محدود به کشورهای در حال توسعه که در آنها منابع شدیداً محدود است نمی باشد. ثروتمندترین کشورهای جهان مثل ایالات متحده آمریکا، آلمان و انگلستان با مشکلات مشابه مربوط به تقاضاهای در حال زیاد شدن و هزینه مراقبت سلامت در حال افزایش مواجه هستند^(۳). بر اساس گزارش Burt و Ekland در سال ۱۹۹۹ در ایالات متحده آمریکا هزینه برای مراقبت سلامت در ایالات متحده آمریکا از ۳/۶ درصد تولید ناخالص ملی در سال ۱۹۲۹ تا ۱۳/۶ درصد در سال ۱۹۹۵ افزایش داشته است و پیش بینی شده است که این رقم به ۲۰ درصد در طول دهه های آینده برسد^(۴). یک پاسخ به تقاضاهای در حال افزایش در مقابل منابع محدود این است که منابع به سمت برطرف کردن مشکلات خاص هدایت شود^(۳).

بیانیه ی آما آتا

در سال ۱۹۷۸ سازمان بهداشت جهانی کنفرانسی بین المللی را در جمهوری قزاقستان شوروی سابق تشکیل داد تا توسعه آینده مراقبت سلامت در جهان را مرور کند (WHO ۱۹۷۸). کنفرانس بیانیه مهمی را مورد توافق قرار داد که از آن هنگام به عنوان یک دستور کار برای سلامت جامعه مطرح شده است:

۱- تمرکز بر پیشگیری (Focus on prevention): تغییر جهتی در تمرکز و منابع از

تاکید غالب بر درمان، به سمت پیشگیری و آنچه امروز ارتقاء سلامت می نامیم، لازم است.

۲- رویکرد چند بخشی (Multi-sectorial approach): ارتقاء سلامت نیاز به فعالیت

در طیف وسیعی از بخش ها خارج از بخش سلامت دارد. سیاست های آموزشی، کشاورزی، حمل و نقل، اقتصاد، مسکن و رفاه همگی بر سلامت تاثیر گذارند.

۳- فناوری مناسب (Appropriate technology): برای مبارزه با مشکلات سلامت

تاکید باید بر مناسب ترین فناوری و نیروی کار قرار گیرد.

۴- توزیع عادلانه (Equitable distribution): حکومت ها و برنامه ریزان بخش

سلامت باید تلاش کنند عوامل موثر بر سلامت را به طور عادلانه توزیع کنند.

۵- مشارکت جامعه (Community participation): افراد و جوامع باید در همه

تصمیم گیری هایی که سلامت آنها را تحت تاثیر قرار می دهد مشارکت کنند^(۵).

دندانپزشکی جامعه نگر (Dental Public Health):

دندانپزشکی جامعه نگر را می توان به صورت «علم و عمل پیشگیری از بیماری های دهان،

ارتقاء سلامت دهان، بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی از طریق تلاش های سازمان یافته

اجتماعی» تعریف کرد.

«علم» دندانپزشکی جامعه نگر به تشخیص مشکلات سلامت دهان یک جمعیت، تعیین کردن

علل و اثرات این مشکلات و طراحی مداخلات موثر می پردازد. «عمل» دندانپزشکی جامعه نگر

ایجاد و استفاده از فرصت ها به منظور استفاده از راه حل های موثر برای مشکلات سلامت

دهان و همچنین مسائل مربوط به مراقبت سلامت جمعیت می باشد^(۶).

دندانپزشکی جامعه نگر به ارتقاء سلامت جمعیت می اندیشد و بنابراین بر کار در سطح جامعه

تمرکز دارد این امر با کار کلینیکی که در سطح فرد انجام می شود متفاوت است. با این حال

مراحل مختلف کار کلینیکی و کار در زمینه دندانپزشکی جامعه نگر بسیار مشابه یکدیگر است.

رویکرد پیشگیرانه یکی از اصول بیانیه ی آما آتا می باشد. اگر چه پیشگیری بهتر از درمان

است، در عالم واقع پیشگیری از اولویت بسیار کمتری نسبت به درمان بیماری موجود برخوردار

می باشد. با این حال «سلامت جامعه» به دنبال گسترش دادن روش های پیشگیری در هر دو

سطح فرد و جامعه است. پیشگیری موثر نیاز به فهمیدن اثر عوامل کلیدی بر سلامت و

شناسایی فرصت‌ها برای مداخله مناسب دارد^(۳).

دندانپزشکی پیشگیری:

داشتن دندان‌های سالم و عاری از هر نوع پوسیدگی و ضایعه از آرزوهایی است که از مدت‌ها پیش توجه بشر به آن معطوف شده است. پوسیدگی دندان‌ها از قدیمی‌ترین و در عین حال شایع‌ترین ضایعات شناخته شده در انسان است. عدم اطلاع از روش‌های گوناگون پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان این تصور را به وجود آورده بود که با پیشرفت سن به ناچار دندان‌ها از بین می‌روند در حالی که در سال‌های اخیر به علت توجه بیشتر به دندانپزشکی پیشگیری عملاً این طرز فکر مطرود شده و با مراقبت‌های دندانپزشکی و آموزش‌های پیشگیرانه در هر سنی می‌توان از دندان‌های سالم و زیبا برخوردار بود^(۷).

امروزه کلیه متخصصین علوم پزشکی و دندانپزشکی بر این نکته اتفاق نظر دارند که پیشگیری و بهداشت مقدم بر درمان قرار گرفته و همه پذیرفته‌اند که پیشگیری اولیه به خودی خود رکنی اساسی در دندانپزشکی است^(۸).

از طرفی اجرای برنامه‌های پیشگیری به جای درمان، نیاز به هزینه و نیروهای کمتری دارد و می‌توان با امکانات کمتری افراد بیشتری را تحت پوشش قرار داد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مقطع ابتدایی به طور متوسط نیاز به دریافت سالانه ۳ ساعت خدمات دندانپزشکی دارند و چنانچه بخواهیم چنین استانداردی را پذیرفته و به کشور خود تعمیم دهیم بیش از میلیون‌ها ساعت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز خواهد بود. واضح است که تهیه و تدارک نیروی انسانی و مواد و تجهیزات مربوط برای اجرای چنین برنامه‌ای بسیار گزاف خواهد بود. در حالی که ارائه خدمات پیشگیری در جهت جلوگیری از ایجاد بیماری‌های دهان و دندان صرف هزینه بسیار کمتری را در پیش خواهد داشت^(۹).