

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٩٧١



۸۷، ۱۱، ۹۴۷۳

۸۷، ۱۲، ۱۹

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

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

موضوع:

بررسی آگاهی و عملکرد والدین در زمینه بهداشت دهان و دندان

کودکان ۷ ساله شهر یزد در سال ۱۳۸۷.

استاد راهنما:

دکتر سعید تسنیمی

استاد مشاور:

دکتر حسین آقا عقیلی

نگارش:

عباس اندیکخو

اطلاعات کتابخانه‌ای
تیمساز

۱۳۸۷ / ۱۲ / ۵

شماره پایان نامه:

آذر ماه ۱۳۸۷

۱۰۹۰۷۸

سپاس خداوند منان را که هیچگاه از درگاهش ناامیدم نکرد

و لحظه ای تنهایم نگذاشت

و هر لحظه با یادش آرامش گرفتم.

تقدیم به پدر و مادر مهربانم

آن دو مهر که هر چه دارم از حیث خوبی در پرتو گرمی و نور افشانی
خورشید وجودشان بوده است هر چند که مرا توانی در تقدیر و ستایش از مهر
کرانقدر مادری والا مقام و الطاف و عنایات پدری دلسوز نیست ولی با
تقدیرم این قبیل بیان ارادتی دارم بر آستان مبارک و کران قدرشان

تقدیم به استاد ارجمند

جناب آقای دکتر سعید تسنیمی

که با همت و الای خویش من را در انجام این تحقیق یاری نمودند.

تقدیم و تشکر فراوان از راهنمایی های بی شائبه استاد ارجمند

جناب آقای دکتر حسین آقا عقیلی



فهرست مطالب

صفحه

عنوان

چکیده

فصل اول : کلیات Introduction

- ۱-۱ اهمیت و دلایل انتخاب موضوع: ۲
- ۲-۱ بیان مسئله: ۲
- مفهوم سلامتی: ۴
- عوامل تعیین کننده سلامتی: ۵
- ارتقاء سلامتی: ۷
- پیام های رایج در آموزش بهداشت دهان و دندان: ۱۱
- موثر بودن آموزش بهداشت دهان و دندان: ۱۴
- اثرات آموزش بهداشت بر آگاهی و نگرش افراد از دندانپزشکی: ۱۵
- اثر آموزش بهداشت بر کاهش نابرابری وضعیت سلامت طبقات فقیر و غنی: ۱۶
- ارتقاء سلامت دهان و دندان از طریق مدارس: ۱۶
- سایر فعالیت های اجتماعی: ۱۸
- وسایل کمک آموزشی: ۱۹
- کنترل پلاک میکروبی: ۱۹
- مسواک زدن: ۱۹
- ساختمان یک مسواک ایده آل: ۲۰
- روش های مسواک زدن: ۲۳
- روش Bass (تکنیک سالکولار): ۲۳
- روش تغییر یافته استیلمن: ۲۳



فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۴	روش چارتر:
۲۴	روش Scrub (افقی):
۲۵	نخ دندان:
۲۶	۳-۱: مروری بر مقالات:
۳۱	۱-۴ اهداف و فرضیات:
فصل دوم - مواد و روش ها	
۳۵	جامعه مورد بررسی:
۳۵	روش نمونه گیری:
۳۵	تعیین حجم نمونه:
۳۶	خصوصیات افراد مورد مطالعه:
۳۶	متغیرها:
۳۶	روش و ابزار اخذ اطلاعات:
۳۶	مشکلات اجرایی تحقیق:
فصل سوم - نتایج (Results)	
۳۹	نتایج
فصل چهارم - بحث و نتیجه گیری (Discussion & Conclusion)	
۵۴	بحث
۵۹	نتیجه گیری
۶۵	Abstract
۶۷	منابع (References)



فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۲	جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد میزان آگاهی والدین شهر یزد از اهمیت بهداشت دهان و دندان کودکانشان.
۴۲	جدول ۲: فراوانی پاسخ به سئوالات مربوط به آگاهی.
۴۳	جدول ۳: فراوانی مراجعه به دندانپزشک جهت درمان.
۴۳	جدول ۴: توزیع فراوانی علت مراجعه به دندانپزشک.
۴۳	جدول ۵: توزیع فراوانی تعداد دفعات مسواک زدن در طول شبانه روز.
۴۴	جدول ۶: میانگین نمره آگاهی بر حسب سن پدر.
۴۵	جدول ۷: میانگین نمره آگاهی بر حسب سن مادر.
۴۶	جدول ۸: میانگین نمره آگاهی بر حسب تحصیلات پدر.
۴۷	جدول ۹: میانگین نمره آگاهی بر حسب تحصیلات مادر.
۴۸	جدول ۱۰: میانگین نمره آگاهی بر حسب جنس.
۴۸	جدول ۱۱: میانگین نمره آگاهی بر حسب تعداد فرزندان.
۴۸	جدول ۱۲: توزیع فراوانی وضعیت مسواک زدن بر حسب تحصیلات پدر.
۴۹	جدول ۱۳: توزیع فراوانی وضعیت مسواک زدن بر حسب تحصیلات مادر.
۴۹	جدول ۱۴: میانگین و میانه نمره آگاهی بر حسب زدن مسواک در جامعه مورد بررسی.



فهرست جداول

صفحه	عنوان
۵۰	جدول ۱۵: میانگین و میانه نمره آگاهی بر حسب تعداد دفعات مسواک در افرادی که مسواک می زنند.
۵۱	جدول ۱۶: توزیع فراوانی وضعیت استفاده از نخ دندان بر حسب تحصیلات پدر.
۵۱	جدول ۱۷: توزیع فراوانی وضعیت استفاده از نخ دندان بر حسب تحصیلات پدر.
۵۲	جدول ۱۸: توزیع فراوانی پاسخ به سئوالات مربوط به عملکرد.



فهرست نمودار

صفحه	عنوان
۴۴	نمودار ۱: میانگین نمره آگاهی بر حسب سن پدر.
۴۵	نمودار ۲: میانگین نمره آگاهی بر حسب سن مادر.
۴۶	نمودار ۳: میانگین نمره آگاهی بر حسب تحصیلات پدر.
۴۷	نمودار ۴: میانگین نمره آگاهی بر حسب تحصیلات مادر.
۵۰	نمودار ۵: میانگین و میانه نمره آگاهی بر حسب تعداد دفعات مسواک در افرادی که مسواک می زنند.



عنوان: بررسی آگاهی و عملکرد والدین در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۷ ساله

شهر یزد در سال ۱۳۸۷.

مقدمه:

نظر به این که برای پیشگیری از بیماری های دهان و دندان نیاز به برنامه ریزی های دقیق با استفاده از مطالعات اپیدمیولوژیک می باشد و در این راستا والدین نقش موثری در پیشگیری از ایجاد بیماری های دهان و دندان در کودکان ایفاء می کنند و از طرفی رفتارهای بهداشتی والدین در رابطه با کودکانشان رابطه مستقیمی با آگاهی آنها دارد^(۲۹) بر آن شدیم تا میزان آگاهی و عملکرد والدین در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۷ ساله در شهر یزد را مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش ها:

نوع تحقیق توصیفی و روش تحقیق مقطعی است. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای تصادفی و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بوده است.

ابتدا ۱۰ مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی از دو منطقه آموزش و پرورش یزد انتخاب شد، به هر کلاس اول ابتدایی ۳۰ پرسشنامه توزیع گردید، در ابتدا از این ۳۰۰ پرسشنامه ۲۴۰ عدد (۸۰ درصد) پاسخ داده شد و به ۶۰ عدد (۲۰ درصد) پاسخ داده نشد و برای رساندن پرسشنامه ها به میزان لازم دوباره چند مدرسه دیگر به طور تصادفی انتخاب گردید و پرسشنامه ها توزیع شد. از این پرسشنامه های برگشتی تعداد ۲۹۶ عدد آنها که کامل شده بود برای مطالعه در نظر گرفته شد.

در این تحقیق از آزمون های آماری Chi-square و من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شده است.



نتایج:

- طبق نتایج به دست آمده میانگین نمره آگاهی والدین $7/5$ (از نمره ۱۰) محاسبه گردید. بدین ترتیب میانگین نمره آگاهی والدین در محدوده آگاهی خوب قرار دارد.
- وضعیت آگاهی والدین با تحصیلات فرد پاسخ دهنده ارتباط مستقیم معنی داری داشت ولی ارتباط با سن فرد پاسخ دهنده رویت نشد.
- اکثریت والدین ($60/3$ درصد) اظهار داشتند که فرزندان ۷ ساله آنها روزی یک بار مسواک می زنند. تعداد دفعات مسواک زدن کودک با تحصیلات والدین در اکثر موارد ارتباط مستقیم معنی داری نشان داد.
- تنها ($14/1$ درصد) والدین اظهار کردند که فرزندان آنان از نخ دندان استفاده می کنند که با تحصیلات فرد پاسخ دهنده ارتباط مستقیم معنی داری داشت.
- این مطالعه نشان داد اکثر ($77/8$ درصد) کودکان به دندانپزشک مراجعه کرده اند. که $55/9$ درصد پس از بروز مشکل دندانی و $9/4$ درصد برای پیشگیری از مشکلات دهان و بقیه به دلایل مختلف به دندانپزشک مراجعه کرده اند.

نتیجه گیری:

برنامه ریزی جامع برای آموزش بهداشت دهان و دندان در مدارس، مراکز بهداشتی درمانی و همچنین کمک گرفتن از دندانپزشکان و رابطین بهداشت برای آگاهی دادن و رساندن پیام سلامت دهان و دندان به عموم جامعه به خصوص والدین، طراحی و به مرحله اجرا گذاشته شود.

واژه های کلیدی: آگاهی و عملکرد والدین، بهداشت دهان و دندان، یزد.

فصل اول

کلمات

Introduction



۱-۱ اهمیت و دلایل انتخاب موضوع:

بر حسب آمارهای جهانی تغییرات سریع در الگوی بیماری های دهان در چند دهه اخیر مشاهده شده است در اکثر کشورهای صنعتی شیوع پوسیدگی دندان در کودکان به طور چشمگیری کاهش یافته است. این تغییرات رابطه مستقیم با وضعیت بهبود یافته اقتصادی، اجتماعی و تغییر سبک زندگی و درمان های مراقبتی و استفاده از فلوراید و سیستم های ارائه کننده خدمات بهداشتی دارد^(۱). نظر به این که برای پیشگیری از بیماری های دهان و دندان نیاز به برنامه ریزی های دقیق با استفاده از مطالعات اپیدمیولوژیک می باشد و در این راستا والدین نقش موثری در پیشگیری از ایجاد بیماری های دهان و دندان در کودکان ایفا می کنند.

مطالعه بر روی آگاهی، گرایشات و رفتارهای بهداشتی بر روی گروه های متنوع سنی و اجتماعی در کشورهای مختلف جهان به صور مختلف انجام گرفته و اطلاعات و منابع کافی در این زمینه موجود است. که علاوه بر کمک و طراحی پرسشنامه و چهارچوب کار ما، نشانگر اهمیت این موضوع می باشد. مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ما بسیار محدود می باشد و بالاخص در مورد آگاهی ها و عملکردهای والدین در زمینه بهداشت دهان و دندان فرزندانشان اقدامات تحقیقی محدودی صورت گرفته است^(۲).

۱-۲ بیان مسئله:

علیرغم پیشرفت های زیاد در مبارزه با بیماری ها در سطح جهان، بیماری های دندان به خصوص پوسیدگی هنوز هم شایعترین بیماری ها در سطح جهان و از جمله در کشور ما هستند^(۳). با توجه به اثر بارزی که سلامتی دهان بر سلامتی جسمی و روانی افراد دارد و با توجه به این که بیماری های آن قابل کنترل می باشند، اقدامات بسیاری در کشورهای



پیشرفته جهان جهت جلوگیری از این بیماری ها انجام شده از جمله کاربرد وسیع فلوراید به انواع روش ها، ارتقاء بهداشت دهان، تغییر در عادات بهداشتی و مصرف خوراکی های حاوی قند، تغییر در شرایط و سبک زندگی و رفتارها و عملکردهای بهداشتی^(۴) نتیجه این اقدامات یک کاهش کلی در شیوع پوسیدگی دندان در بین کودکان و متعاقباً بزرگسالان جوامع بوده است^(۵). ولی جالب است بدانیم که این کشورها با وجود استفاده از انواع روش های پیشگیری و با توجه به این که در کنترل این بیماری نسبتاً موفق بوده اند ولی باز هم بر مسئله آموزش بهداشت اهمیت ویژه ای قائلند و در حال حاضر مرتباً در حال مطالعه و تجدید نظر در برنامه های آموزش بهداشت خود هستند. گروه هدف این مطالعات را اکثراً کودکان و والدین تشکیل می دهند^(۴).

اقدام و تلاش در جهت بالا بردن سطح آگاهی های مردم در مورد پیشگیری از بیماری های دهان جهت نائل شدن به اهداف برنامه های پیشگیری ضروری است^(۶). وقتی صحبت از آموزش بهداشت به میان می آید، با خود مسائل دیگری از قبیل وضعیت فعلی بهداشت مردم جامعه و آگاهی ها، گرایش ها و رفتارهای بهداشتی آنان را به میان می آورد. قبل از آن که هر گونه برنامه ریزی جهت آموزش بهداشت و بالاتر از آن هر گونه اقدام پیشگیری در سطح اجتماع و چه برای بیماران انجام شود لازم است بدانیم که با چه افرادی سر و کار داریم، چه میزان آگاهی در زمینه این موارد دارند، این آگاهی ها را از چه طریق کسب کرده اند، چه باورهایی در مورد مسائل بهداشتی دارند، سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی آنان به چه منوال است و چه عواملی بر این آگاهی ها، نگرش ها و رفتارها تاثیر می گذارند. برنامه های آموزش بهداشت که گرایشات و رفتارهای موجود در اجتماع را مد نظر قرار ندهند محکوم به شکست اند^(۷).



آگاهی ها و گرایشات مردم می تواند بر رفتارهای بهداشتی آنان تاثیر بگذارد و رفتارهای بهداشتی متعاقباً بر سلامت دهان موثر است^(۸). از آن جایی که در زمان کودکی والدین به خصوص مادران در سلامتی دهان و بهداشت فرزند خود مهمترین نقش را دارند و اقدامات بهداشتی آنان می تواند رفتارهای سالم بهداشتی را برای یک عمر در فرزندانشان، تثبیت کند^(۵)، بر آن شدیم که آگاهی ها و عملکردهای آنان را در زمینه بهداشت دهان و دندان فرزندانشان، عوامل موثر بر این موارد و احیاناً نقاط ضعف والدین در هر کدام از این مسائل را بررسی نمائیم و پی ببریم چه گروه هایی از اجتماع بیشتر نیازمند گرفتن این آموزش ها می باشند. از این جهت تصمیم گرفتیم که به وسیله ارائه پرسشنامه از طریق مدارس به تعدادی از والدین کودکان ۷ ساله در شهر یزد، آگاهی و عملکرد آنها را در زمینه بهداشت دهان و دندان فرزندانشان ارزیابی نمائیم.

مفهوم سلامتی:

سلامتی در علم پزشکی به مفهوم فقدان هر گونه آسیب شناخته شده می باشد. با وجود این سالم بودن یا بیماری بیشتر یک احساس یا حالت نسبی است. Pearson (۱۹۷۲) سلامتی را داشتن درجه لازم از قابلیت جهت انجام موثر تکالیف با ارزش زندگی توصیف کرده است^(۵). بنابراین ارتقاء سلامتی دهان نه تنها می باید پیشگیری از بیماری های حفره دهان (که پوسیدگی دندان و بیماری های پرپودنتال شایع ترین آنها هستند) را شامل شود، بلکه باید کل زندگی فرد را که می تواند بر سلامتی دهان تاثیر بگذارد را نیز در بر گیرد. هدف کلی ارتقاء سلامتی دهان همان هدفی است که از درمان های دندانپزشکی مدنظر داریم: حفظ سری دندان های راحت، فانکشنال، قابل قبول از دید مردم و مفید برای سلامت عمومی بدن.



تعیین میزان راحتی و فانکشن دندان ها بیشتر یک امر شخصی و وابسته به بیمار است و لزوماً به مفهوم داشتن موارد الزامی جهت نرمال بودن از نقطه نظر دندانپزشک نمی باشد. قابل قبول بودن از دید مردم نیز وابسته به عواملی نظیر ظاهر، توانایی کامل در صحبت و صحیح تلفظ کردن و فقدان بوی بد دهان و خونریزی لثه است. این موارد نیز همانند مورد قبلی توسط خود شخص و برخوردهای اجتماعی وی تعیین می شود نه شخص دندانپزشک و سایر افرادی که در این حرفه مشغولند.

آخرین مورد فراهم آوردن سلامت عمومی بدن از طریق یک دهان سالم شامل جنبه های متنوعی از جمله کاهش خطر اندوکاردیت عفونی در اثر باکتری می با منشا دهانی در بیماران مستعد، اطمینان از توانایی مصرف مواد غذایی و از نظر روانی کسب طرز تلقی خوب شخص از خودش می باشد^(۵).

عوامل تعیین کننده سلامتی:

برای آن که بفهمیم چگونه ارتقاء سلامتی دهان سبب پیشگیری از بیماری های دهان می گردد، لازم است اندکی در مورد عواملی که بر سلامتی دهان تاثیر می گذارند صحبت شود.

می دانیم پلاک باکتریال، قند و فلوراید به طور جدا نشدنی با دو بیماری شایع دندانی (پوسیدگی و بیماری پریودنتال) مربوطند. کنترل تجمع پلاک، کاهش بارز قند در رژیم غذایی و استفاده مناسب از فلوراید به درجات زیادی از بروز این بیماری ها پیشگیری به عمل می آورد. ولی باید دانست که ریشه کن کردن پوسیدگی و بیماری های پریودنتال به همین سادگی نیست یعنی آن چنان نیست که در مورد ریشه کنی بیماری های عفونی مانند آبله داشتیم. چرا که در زندگی ما مسائلی هست که ما روی آنها کنترل کامل



نداریم. معمولاً غذاها برای ما خریداری و طبخ می گردد بدون آن که ما هیچ گونه کنترل بر میزان قندی که در آنها استفاده شده یا زمانی که آنها را می خوریم داشته باشیم. در استفاده ما از آب آشامیدنی حاوی فلوراید، مسائل اجتماعی، سیاسی و مخارج این اقدام دخیلند. بنابراین ممکن است تعداد زیادی از مردم از مزایای این اقدام بی بهره باشند. این عوامل همگی در تعیین سلامتی ما نقش دارند^(۵).

Lalonde (۱۹۷۴) چهار عامل به عنوان تعیین کننده سلامتی نام برد که عبارتند از:

۱- **عوامل بیولوژیک:** این تاثیر بیشتر مربوط به ساختار ژنتیکی افراد است، که بر می گردد به استعداد اشخاص مختلف به ابتلا به پاره ای بیماری های مزمن، علیرغم این که همگی در معرض عوامل اتیولوژیک یکسان قرار بگیرند. یک مثال در کار دندانپزشکی استعداد ابتلا به پریودنتیت می باشد. طبق مطالعه LoE و همکارانش (۱۹۸۶) علیرغم این که افراد مورد مطالعه همگی دارای مقادیر بالای پلاک و Gingivitis بودند ولی اختلافات فاحشی از نظر شدت پریودنتیت در آنها به چشم می خورد.

۲- **عوامل محیطی:** شامل عواملی می شود که دور تا دور ما در زندگی روزانه وجود دارند. محیط از جنبه های مختلف در زندگی ما تاثیر دارد از جمله آلودگی هوا، آب و اثر سموم دفع آفات و حشره کش ها بر روی مواد غذایی خام مثل سبزیجات و لبنیات و گوشت. از عوامل محیطی که بر روی پوسیدگی تاثیر دارند می توان به میزان فلوراید آب آشامیدنی اشاره کرد. علاوه بر این ها ما در یک محیط اجتماعی زندگی می کنیم. فقر اجتماعی اقتصادی با بسیاری از بیماری ها ارتباط دارد که از آن جمله می توان بیماری های دندانی را نام برد.



۳- شیوه زندگی: به طور عمومی پذیرفته شده که احتمالاً شیوه زندگی بیشترین تاثیر را بر سلامتی و بیماری دارد. بسیاری از آموزش های بهداشتی دهان و دندان را بر اساس این اعتقاد ریخته می شود. یعنی تغییر در رفتار بهداشتی از جمله رژیم غذایی و تکنیک بهداشت دهان.

۴- خدمات بهداشتی: کیفیت، کمیت و تعدیل در فراهم کردن این خدمات در بین مردم بر زندگی بسیاری از افراد تاثیر به سزا دارد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، مراقبت های مجانی بهداشتی وجود دارد که هزینه آن از طریق مالیات تامین می شود. وظیفه این خدمات، ارتقاء سلامتی جسمی و روانی مردم از طریق پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری هاست. از جمله این خدمات می توان به National Health Service در کشور انگلستان اشاره کرد که البته بیشتر همت خود را صرف درمان بیماری ها از جمله پوسیدگی دندان می کرد. البته امروزه بسیاری معتقدند که باید بیشتر در زمینه ارتقاء خدمات پیشگیری سرمایه گذاری گردد. این خدمات بهداشتی ملی باید طوری فراهم شوند که در دسترس کلیه اقشار اجتماع به خصوص سطوح پایین تر اجتماعی اقتصادی که از نظر وضعیت سلامتی و بهداشت هم در حد ضعیف تری هستند قرار بگیرد^(۵).

ارتقاء سلامتی:

«ارتقاء سلامتی» مفهوم وسیعتر از صرفاً «آموزش بهداشت» دارد. مفهوم اساسی آن، بالا بردن توانایی اشخاص و اجتماعات در کنترل عوامل تعیین کننده سلامتی است این امر شامل جنبه های متنوعی از جمله شیوه زندگی افراد، ساختار جامعه و رهیافتی منظم و چند جانبه بسوی سلامتی است^(۵).



Tannahill (۱۹۸۵) یک مدل مناسب جهت ارتقاء سلامتی پیشنهاد کرده است. وی سه عنصر اصلی را جهت ارتقاء سلامتی ذکر کرده که عبارتند از آموزش بهداشت، پیشگیری و حفاظت از سلامتی. از ارتباط بین این سه عنصر اصلی هفت محدوده به وجود می آیند. هر کدام از این هفت محدوده زیر مجموعه ای از اقدامات ارتقاء سلامتی بوده و بیانگر طیف وسیعی از اقداماتی است که جهت کسب سلامتی به کار برده می شود. مرز بین این محدوده ها کاملاً واضح نیست و این ها تا حدودی با هم ادغام می شوند. توصیف این مدل چهار چوب خوبی جهت تشریح ارتقاء سلامتی و رابطه آن با دندانپزشکی می باشد. چهار محدوده اول اساساً بر پیشگیری از بیماری تاکید می کنند. سه محدوده آخر بیشتر در رابطه با ترقی سلامتی هستند.

۱- خدمات پیشگیری: این خدمات می توانند شامل شناسایی افراد High risk از نظر ابتلا به پوسیدگی باشد. این کار می تواند به صورت برنامه های معاینه در مدارس و یافتن کودکان نیازمند به ارائه خدمات دندانپزشکی باشد. سپس این کودکان را به مراکز دندانپزشکی ارجاء داده و تحت اقدامات پیشگیری از قبیل فیشور سیلانت و فلوراید تراپی موضعی قرار داده تا در نهایت خطر ابتلا به پوسیدگی در این افراد مستعد کاهش یابد. اقدام دیگر تمیز کردن دندان ها توسط دندانپزشک یا پرستار دندانپزشکی جهت کمک کردن ابتلا به بیماری های پریدونتال است. اقدام دیگر که باز از طریق معاینه داخل دهانی صورت می گیرد شناسایی زود هنگام تغییرات منجر به سرطانی شدن در مخاط دهان است چرا که سرطان دهان هر چه سریعتر شناسایی شود پیش آگهی بهتری خواهد داشت.