

الله  
البر الرحيم  
بسم

تأییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع



تأییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

آقای محسن شمس‌رشته رشته آموزش بهداشت رساله دکتری خود را با عنوان « بررسی تأثیر برنامه آموزشی تئوری محور بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از پوسیدگی دندان در مادران باردار شهر اراک » در تاریخ ۱۳۹۲/۱/۲۷ ارائه کردند. بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می‌کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر علیرضا حیدرنیا	استاد راهنما
	دکتر شمس الدین نیکنامی	استاد مشاور
	دکتر محمد رفیعی	استاد مشاور
	دکتر می نور لمیعیان	استاد ناظر
	دکتر علی رمضانخانی	استاد ناظر
	دکتر محتشم غفاری	استاد ناظر
	دکتر فضل اله غفرانی پور	استاد ناظر و نماینده تحصیلات تکمیلی

## آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی

### دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عنوان پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می‌باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می‌باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب محسن شمس‌دانشجوی رشته آموزش بهداشت ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۸ مقطع دکتری دانشکده علوم پزشکی متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین‌نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا

تاریخ

۹۲/۲/۳

### آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

" کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته آموزش بهداشت است که در سال ۱۳۹۲ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر علیرضا حیدرنیا، مشاوره دکتر شمس الدین نیکنمایی و دکتر محمد رفیعی از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب محسن شمس دانشجوی رشته آموزش بهداشت مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضا

۹۲، ۲، ۳



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی

رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته آموزش بهداشت

عنوان

بررسی تاثیر برنامه آموزشی تئوری محور بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از  
پوسیدگی دندان در مادران باردار شهر اراک

نگارش

محسن شمسی

استاد راهنما

دکتر علیرضا حیدرنیا

اساتید مشاور

دکتر شمس الدین نیکنامی

دکتر محمد رفیعی

۱۳۹۲

## تقدیم به

اساتید گرانقدر گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه تربیت مدرس تهران

## تشکر و قدردانی

بر خود واجب دانسته که مراتب سپاس و ادب خود را نسبت به اساتید شایسته و همه بزرگوارانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نموده اند ابراز دارم و از خداوند مهربان آرزوی سلامت و سعادت دارم:

جناب آقای دکتر علیرضا حیدرنیا و جناب آقای دکتر نیکنامی، اساتید محترم راهنما و مشاور، انباشتی از حکمت، صداقت در کلام و اندیشه که حاصل هدایت او در حدود این پژوهش نیست. معلم اخلاق و دانش است و بر من حق بسیار است.

جناب آقای دکتر محمد رفیعی، استاد محترم مشاور آماری که در تمامی مراحل و بیش از حد انتظار، توان علمی خود را برای بهبود کیفی و کمی پژوهش حاضر بکار گرفتند.

استاد محترم ناظر داخلی جناب آقای دکتر غفرانی پور که با دقت نظر خود به کیفیت و کمیت پژوهش حاضر افزود.

استاد محترم ناظر داخلی سرکار خانم دکتر لمیعیان که به افزایش سطح کیفی و کمی پژوهش حاضر کمک نمود.

سایر اساتید، دوستان و عزیزانی که به هر شکلی در بهبود کیفی و کمی پژوهش حاضر موثر بودند: سرکار خانم دکتر امین شکروی، سرکار خانم دکتر طوافیان و سرکار خانم دکتر محبوبه خورسندی، آقای دکتر رمضانخانی، دکتر شریفی راد و آقای دکتر منتظری

و همکاران بزرگوار در بخش پژوهش دانشکده، بویژه جناب آقای موسویان و سرکار خانم دباغی

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** بهداشت دهان و دندان یکی از مهم ترین شاخه های بهداشت عمومی به شمار می رود و این نیاز در گروه پرمخاطره مادران باردار بیشتر احساس می گردد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر اتخاذ رفتار مراقبتهای بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک صورت پذیرفته است.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه نیمه تجربی تعداد ۱۳۰ نفر از مادران باردار شهر اراک شرکت داشتند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد مادران باردار در خصوص مراقبتهای بهداشت دهان و دندان بوده که در قبل از مداخله آموزشی اطلاعات تکمیل و سپس گروه مورد ۷ جلسه برنامه آموزشی دریافت نموده است. ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی هر دو گروه شاهد و مورد پرسشنامه مربوطه را مجدداً تکمیل و در نهایت داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** بین میانگین نمره مربوط به متغیرهای اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مورد و شاهد در خصوص انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ). از بین متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی خودکارآمدی و موانع درک شده بیشترین، عامل پیش بینی کننده رفتار بهداشتی دهان و دندان در مادران باردار بوده است. قبل از مداخله میانگین نمره عملکرد در گروه مورد  $45 \pm 9/2$  بود که بعد از انجام مداخله آموزشی و سه ماه پیگیری به  $77 \pm 9/7$  افزایش یافت که نسبت به قبل از آموزش این اختلاف معنی دار بود ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** تدوین برنامه ی آموزش بهداشت دهان و دندان برای مادران باردار با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بسیار سودمند و اثربخش است. ضمن این که در اجرای این برنامه ها کنترل، پایش و پیگیری آموزشی توصیه می شود.

**کلمات کلیدی:** مدل اعتقاد بهداشتی، مراقبتهای بهداشت دهان، مادران باردار



## فهرست مطالب

### شماره صفحه

۱	..... <b>فصل اول: مقدمه و معرفی پژوهش</b>
۲	..... ۱-۱. مقدمه
۵	..... ۲-۱. پیشگیری از پوسیدگی دندان
۷	..... ۳-۱. بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری
۹	..... ۴-۱. نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار
۱۱	..... ۵-۱. مدل اعتقاد بهداشتی
۱۱	..... ۱-۵-۱. بنیان گذاران مدل
۱۲	..... ۲-۵-۱. اجزاء اصلی مدل اعتقاد بهداشتی
۱۳	..... ۳-۵-۱. هدف از مدل
۱۳	..... ۶-۱. توصیف مختصر مدل
۱۴	..... ۱-۶-۱. ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی
۱۹	..... <b>فصل دوم: مروری بر مطالعات گذشته</b>
۲۰	..... ۱-۲. مطالعات انجام شده در داخل کشور
۲۷	..... ۲-۲. مطالعات انجام شده در خارج از کشور
۳۶	..... <b>فصل سوم: مواد و روش‌ها</b>
۳۷	..... ۱-۳. اهداف پژوهش
۳۷	..... ۱-۱-۳. هدف کلی
۳۷	..... ۲-۱-۳. اهداف ویژه
۳۸	..... ۳-۱-۳. اهداف کاربردی نتایج تحقیق
۳۸	..... ۴-۱-۳. سوالات پژوهش
۳۸	..... ۲-۳. فرضیه‌ها
۳۹	..... ۳-۳. تعریف نظری و عملی واژه‌ها
۳۹	..... ۱-۳-۳. اجزای مدل اعتقاد بهداشتی
۳۹	..... ۲-۳-۳. حساسیت درک شده
۴۰	..... ۳-۳-۳. شدت درک شده
۴۰	..... ۴-۳-۳. منافع درک شده
۴۰	..... ۵-۳-۳. موانع درک شده
۴۰	..... ۶-۳-۳. راهنماهای عمل

۴۱	..... خود کارآمدی. ۷-۳-۳
۴۱	..... آگاهی. ۸-۳-۳
۴۱	..... شاخص DMFT. ۹-۳-۳
۴۲	..... روش پژوهش. ۴-۳-۳
۴۲	..... نوع مطالعه. ۱-۴-۳
۴۲	..... متغیرهای پژوهش. ۲-۴-۳
۴۲	..... متغیر مستقل. ۳-۴-۳
۴۲	..... متغیر وابسته. ۴-۴-۳
۴۳	..... جامعه پژوهش. ۵-۴-۳
۴۳	..... روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن. ۶-۴-۳
۴۴	..... روش و ابزارهای گردآوری داده‌ها. ۷-۴-۳
۴۴	..... مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات. ۱-۷-۴-۳
۴۵	..... پرسشنامه های پژوهش. ۲-۷-۴-۳
۴۶	..... روایی و پایایی پرسشنامه ها. ۸-۴-۳
۴۶	..... روایی محتوا و روایی صوری. ۱-۸-۴-۳
۵۱	..... تعیین روایی صوری با محاسبه شاخص امتیاز تأثیر آیتم. ۲-۸-۴-۳
۵۲	..... محاسبه نسبت روایی محتوا. ۳-۸-۴-۳
۵۳	..... محاسبه شاخص روایی محتوا. ۴-۸-۴-۳
۵۴	..... تحلیل عاملی. ۵-۸-۴-۳
۵۹	..... تعیین پایایی ابزار گردآوری داده ها. ۶-۸-۴-۳
۶۰	..... تحلیل عاملی تائیدی. ۷-۸-۴-۳
۶۳	..... تعیین قدرت پیشگویی کنندگی سازه ها. ۵-۳-۳
۶۳	..... هدف کلی. ۱-۵-۳
۶۳	..... اهداف ویژه. ۲-۵-۳
۶۴	..... سوالات پژوهش. ۳-۵-۳
۶۴	..... فرضیات پژوهشی. ۴-۵-۳
۶۴	..... تعیین قدرت پیشگویی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی. ۶-۳-۳
۶۴	..... تعیین قدرت پیشگویی سازه ها با استفاده از مدل رگرسیونی. ۱-۶-۳
۶۸	..... تعیین قدرت پیشگویی کنندگی سازه ها با استفاده از لیزرل. ۲-۶-۳
۷۱	..... مرحله دوم، انجام مطالعه تجربی. ۷-۳-۳
۷۲	..... حجم نمونه پژوهش و روش نمونه گیری در مطالعه تجربی. ۱-۷-۳
۷۵	..... فلوچارت روش تحقیق. ۱-۱-۷-۳
۷۶	..... مراحل انجام پژوهش مداخله ای. ۲-۱-۷-۳

۷۹	..... ۳-۷-۱-۳. شرح تفصیلی برنامه های آموزشی برنامه مداخله.....
۸۷	..... ۳-۸. روشهای آموزشی مورد استفاده در مداخله آموزشی.....
۸۷	..... ۳-۸-۱. سخنرانی و پرسش و پاسخ.....
۸۷	..... ۳-۸-۲. بارش افکار.....
۸۸	..... ۳-۸-۳. بحث گروهی.....
۹۰	..... ۳-۸-۴. ایفای نقش.....
۹۰	..... ۳-۹. ارزشیابی برنامه آموزشی.....
۹۰	..... ۳-۱۰. الگوی آموزشی.....
۹۲	..... ۳-۱۱. نکات مورد نظر در چهار چوب طراحی آموزشی.....
۹۲	..... ۳-۱۲. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۹۳	..... ۳-۱۳. ملاحظات اخلاقی.....
۹۳	..... ۳-۱۴. محدودیت‌ها و مشکلات انجام پژوهش.....
۹۵	..... <b>فصل چهارم : نتایج و یافته ها</b> .....
۹۶	..... ۴-۱. نتایج پژوهش.....
۹۶	..... ۴-۲. نتایج مطالعه مقطعی.....
۱۰۴	..... ۴-۳. نتایج مطالعه مداخله ای.....
۱۱۰	..... <b>فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری</b> .....
۱۱۱	..... ۵-۱. بحث.....
۱۳۲	..... ۵-۲. نتیجه‌گیری.....
۱۳۴	..... ۵-۳. پیشنهادها.....
۱۳۵	..... فهرست منابع.....
۱۵۲	..... ضمایم.....
۱۵۳	..... الف. پرسشنامه.....
۱۶۰	..... چکیده انگلیسی.....

## فهرست جداول

### صفحه

۵۵	.....	جدول ۳-۱: آزمون (KMO) و بارلت (Bartlett) جهت بررسی کفایت حجم نمونه در تحلیل عامل اکتشافی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در مورد بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک.....
۵۶	.....	جدول ۳-۲: اشتراک اولیه (Initial) و اشتراک استخراجی (Extraction) تحلیل عامل اکتشافی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در مورد بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک.....
۵۸	.....	جدول ۳-۳: ماتریس چرخیده شده اجزاء در تحلیل عامل اکتشافی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در مورد رفتارهای بهداشت دهان و دندان در مادران باردار (اراک - ۱۳۹۰).....
۶۰	.....	جدول ۳-۴: پایایی مربوط به مقیاسهای نگرشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ.....
۶۲	.....	جدول ۳-۵: مقایسه شاخص های برازندگی مدل های اندازه گیری عوامل نهفته مدل فرضی.....
۶۵	.....	جدول ۳-۶: آنالیز رگرسیون عوامل مرتبط با رفتار مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۹۰.....
۶۶	.....	جدول ۳-۷: آنالیز رگرسیون چندگانه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتار مراقبتهای بهداشت دهان و دندان مادران باردار بر اساس روش گام به گام (Stepwise).....
۶۷	.....	جدول ۳-۸: آنالیز رگرسیون چندگانه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگویی رفتار مراقبتهای بهداشت دهان و دندان مادران باردار.....
۹۹	.....	جدول ۴-۱: مشخصات دموگرافیک و برخی از عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک.....
۱۰۰	.....	جدول ۴-۲: شاخص پوسیدگی دندان و ابعاد آن بر اساس توزیع فراوانی برخی از مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک.....
۱۰۱	.....	جدول ۴-۳: میانگین و انحراف معیار امتیازات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۹۰.....
۱۰۳	.....	جدول ۴-۴: ماتریکس ضریب همبستگی متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۹۰.....
۱۰۶	.....	جدول ۴-۵: مشخصات دموگرافیک و برخی از عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک.....

- جدول ۴-۶. مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص اتخاذ رفتارهای مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک در قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مورد و شاهد ..... ۱۰۷
- جدول شماره ۴-۷. توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی و داخلی در خصوص اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان بر اساس نظرات مادران باردار شهر اراک قبل از مداخله آموزشی ..... ۱۰۸
- جدول شماره ۴-۸. توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی و داخلی در خصوص اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان بر اساس نظرات مادران باردار شهر اراک بعد از مداخله آموزشی ..... ۱۰۹

## فهرست نمودارها

### صفحه

۶۹	نمودار ۱-۳ - مدل برازش شده پیشگویی کننده رفتار مراقبتهای بهداشت دهان و دندان مادران باردار بر اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی.....
۷۰	نمودار ۲-۳. مدل برازش شده پیشگویی کننده رفتار مراقبتهای بهداشت دهان و دندان.....

## فهرست شکل‌ها

### صفحه

۱۷	شکل ۱-۱. نمایی از مدل اعتقاد بهداشتی.....
۷۵	شکل ۱-۷. فلوجارت روش تحقیق.....
۹۲	شکل ۲-۳. الگوی آموزشی ایندیانا و اجزای آن.....

# فصل اول

مقدمه و معرفی پژوهش



## ۱-۱. مقدمه

سلامت دهان فراتر از داشتن دندان های سالم است. سلامت دهان جزء جدایی ناپذیر سلامت عمومی است به طوری که دهان آینه ای از سلامت یا بیماری می باشد [۱،۲]. هیچ تعریف جهانی پذیرفته شده ای از سلامت دهان وجود ندارد. انجمن دندانپزشکی آمریکا<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۱ تعریفی از سلامت دهان ارائه نمود که با استقبال مواجه گردید. این انجمن در تعریف خود از سلامت دهان، بیان می کند که سلامت دهان حالتی از ساختار و بافت دهان است که در جهت رفاه جسمی ، روانی و اجتماعی ،همچنین لذت بردن از زندگی فرد گام بر می دارد و بوسیله آن افراد قادر به صحبت کردن، غذا خوردن و اجتماعی شدن می شوند [ ۳].

علیرغم بهبود نسبی وضعیت سلامت دهان در جهان، مشکلات ناشی از آن هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه به قوت خود باقی است [۴]. بیماری های دهان و دندان تاثیر منفی بر عزت نفس و توانایی خوردن افراد دارد. بعلاوه این بیماری ها منجر به ایجاد درد و اضطراب می گردند که برآیند نهایی آن عملکرد نامطلوب اجتماعی و کیفیت زندگی پایین و نامطلوب می باشد [۵،۶]. از دست دادن دندان، توانایی افراد را برای خوردن مواد غذایی مغذی ، لذت بردن از خوردن غذا و عملکرد های اجتماعی کاهش می دهد [۷،۸]. بعلاوه، بیماری های دهان و دندان می توانند فعالیت های فرد را در محل کار و یا در منزل دچار محدودیت کنند که سالانه موجب از دست رفتن میلیونها ساعت در سراسر جهان می گردد.

---

<sup>1</sup> American Dental Association

هزینه عامل کلیدی در وضعیت سلامت دهان و دندان است. فقدان پوشش بیمه در دندانپزشکی برای ۱۰۸ میلیون نفر در آمریکا علت عمده نابرابری در سلامت دهان می باشد. بطوریکه میزان مشکلات ناشی از بیماری های دهان و دندان در میان افراد فقیر با پوشش بیمه ای ناکافی ۱/۴ برابر بیشتر از افرادی است که فقیر نیستند [۹]. در ایران، در سال ۱۳۷۴ و در راستای ادغام فعالیت های بهداشتی درمانی در سیستم شبکه، طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در خدمات بهداشتی اولیه با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه سلامت دهان و دندان مطرح و به صورت آزمایشی در چند شهر کشور به اجرا درآمد. از آنجایی که امکان پوشش دادن به کلیه گروه های سنی وجود نداشت، گروه هایی از افراد که احتمال ابتلاء به بیماری های دهان و دندان در آنان بالاتر و نیز امکان دسترسی به آنان طبق برنامه های موجود بیشتر بود به عنوان گروه هدف تعیین شدند. این گروه ها شامل، زنان باردار و شیرده، کودکان از بدو تولد تا ۶ سالگی و کودکان ۱۲-۶ ساله می باشند. با این حال، افراد بزرگسال جامعه هنوز تحت پوشش بیمه دندان پزشکی قرار ندارند و این مشکل می تواند عدم برابری در سلامت دهان و دندان را به همراه داشته باشد [۱۰]. در مطالعه ای که توسط فریبرز و همکاران در سال ۲۰۱۰ صورت پذیرفت، تاثیر پوشش بیمه دندانپزشکی بر وضعیت سلامت دهان و دندان در نمونه ای از بزرگسالان شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که پوشش بیمه دندانپزشکی با نیاز برای استفاده از خدمات درمانی دندانپزشکی بطور مثبت در ارتباط بود. همچنین افرادی که فاقد پوشش بیمه دندانپزشکی بودند به میزان بیشتری از مشکلات مربوط به دهان و دندان نسبت به افراد تحت پوشش بیمه دندانپزشکی رنج می بردند [۱۱].

بیماری های دهان و دندان مانند پوسیدگی دندان و بیماری های پریدونتال ( عفونت لثه ها و انساج محافظ دندانها) بسیار شایع هستند بطوریکه از جمله شایعترین بیماری های جهان به شمار می روند [۴]. پوسیدگی دندان، بیماری عفونی دندان ها می باشد که موجب تخریب بافت های آهکی دندان می شود [۸]. بیش از ۹۹٪ افراد جامعه انسانی به پوسیدگی دندان مبتلا می شوند و تنها معدود افرادی را می توان یافت که در طول عمر خود دچار پوسیدگی نشده باشند. پوسیدگی های دندان همچنین

باعث کاهش کیفیت زندگی، کاهش رشد، ناتوانی، کمبود آهن، افزایش درد، ناراحتی و عفونت های حاد و مزمن می گردد [۱۲-۱۷].

با بروز تغییر و تحول شهرنشینی پوسیدگی دندان رو به افزایش نهاده است. تعداد زیادی از مادران باردار در کشورهای در حال توسعه دسترسی محدودی به خدمات و مراقبت های سلامت دهان و دندان دارند و از پوسیدگی های دندان رنج می برند [۱۸]. این مشکل تنها برای مادران باردار نیست بلکه سایر گروههای سنی از جمله کودکان نیز به شدت آسیب پذیر می باشند، به طوری که حدود ۹۰-۶۰٪ از کودکان سنین مدرسه دچار پوسیدگی دندان هستند [۱۹]. بر اساس گزارش اداره سلامت دهان سازمان جهانی سلامت، میانگین شاخص DMFT<sup>۱</sup> (شاخصی که نشان دهنده میزان ابتلاء به پوسیدگی است) برای کودکان ۱۲ ساله در میان ۱۸۸ کشور جهان در سال ۲۰۰۴ برابر ۱/۶۱ می باشد [۲۰]. در حالی که میانگین شاخص DMFT برای منطقه آمریکا ۲/۷۶، منطقه اروپا ۲/۵۷، منطقه آفریقا ۱/۳ و برای منطقه غرب اقیانوس آرام ۱/۴۸ می باشد [۲۰]. در منطقه مدیترانه شرقی که ایران در آن واقع است میانگین شاخص DMFT برای افراد بزرگسال برابر ۱/۵۸ می باشد. وجود میزان پوسیدگی دندان در مناطق آمریکا و اروپا بطور عمده به علت مصرف بالای شکر و عدم استفاده از شوینده ها و خمیردندان های حاوی فلوراید می باشد [۲۱]. علی رغم وجود چندین بررسی اپیدمیولوژیک در سطح محلی و ملی، اطلاعات سیستماتیک که منجر به ارزیابی طولانی مدت سلامت دهان در گروه های مختلف سنی و جنسی گردد، وجود ندارد [۲۲]. بر اساس آخرین گزارش اداره سلامت دهان وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۳، میانگین شاخص پوسیدگی دندان در ۱۲ ساله های ایرانی ۱/۹۶ می باشد [۲۱]. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ در شهر قزوین بر روی ۷۸۰ دانش آموز دبیرستانی انجام شد [۲۳]، مشخص گردید که درصد شیوع پوسیدگی دندان ۷۵٪ و میانگین DMFT برابر با ۲/۷۱ بود که میانگین DMFT در این گروه بسیار بالاتر از استاندارد جهانی است که بوسیله سازمان بهداشت جهانی تعیین گردیده است [۲۴].

---

<sup>1</sup> Decayed, Missing, Filling Teeth

علاوه بر پوسیدگی دندان، اطلاعات دقیقی در مورد نسبت بزرگسالان ایرانی که دچار بیماری های پریدونتال هستند، موجود نیست. اما با استناد به تنها مطالعه ای که در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در ایران در دو گروه سنی ۱۹-۱۵ و ۴۴-۳۵ سال در سطح ملی انجام شد، با استفاده از شاخص وضعیت لثه جامعه<sup>۱</sup> (CPI) مشخص گردید که تنها ۸٪ از میانسالان ایرانی دارای لثه سالم بودند و میانگین CPI در کل کشور ۱/۰۴ بود [۲۵]. به بیان دیگر، بطور متوسط هر فرد میانسال ایرانی دارای خونریزی از لثه می باشد. در مطالعه ای که در استان قزوین جهت بررسی وضعیت سلامت و بیماری لثه در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال انجام شد، مشخص گردید که میانگین CPI برابر با ۱/۲۱ بود و استان قزوین از نظر رتبه استانی در شاخص CPI در رتبه هفدهم قرار گرفت [۲۶].

این آمار نشان دهنده نیاز شدید به برنامه ریزی جهت حفظ دندانهای سالم و پر کرده و حفظ دندانهایی است که دچار پوسیدگی شده اند؛ زیرا پوسیدگی پر نشده شرایط را برای کشیدن دندان در سنین بزرگسالی فراهم می کند [۳].

## ۲-۱. پیشگیری از پوسیدگی دندان

تکنیک های موثر برای پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری های پریدونتال شامل روش های خود مراقبتی سلامت دهان<sup>۲</sup> (استفاده از نخ دندان و مسواک زدن) و فلوراید درمانی می باشد [۲۷]. اگر چه این روش ها تحت شرایط آزمایشگاهی موثر هستند (کارآزمایی بالینی کاملاً کنترل شده)، اما اثربخشی آنها در شرایط کاربرد روزانه می تواند بهبود یابد [۲۸-۲۹]. شواهد نشان می دهد که استفاده منظم از مسواک، پلاک های دندانی را به میزان بسیار زیادی کاهش می دهد [۳۰-۳۱]. استفاده از نخ دندان و مسواک زدن (به عنوان رفتار خودمراقبتی سلامت دهان) به عنوان مهمترین فاکتورها در پیشگیری از بیماری پریدونتال می باشند [۳۲-۳۳]. در پژوهشی مشخص گردید که مسواک زدن با شیوه نوسانی (مسواک زدن با زاویه ۴۵ درجه، با حرکت نوسانی کوتاه مسواک) میتواند موثرتر از سایر روشهای مسواک زدن در کاهش پلاک دندانی باشد [۳۴]. با اینحال میزان استفاده از مسواک و نخ

<sup>۱</sup> Community Periodontal Index

<sup>۲</sup> Oral Self Care Behavior