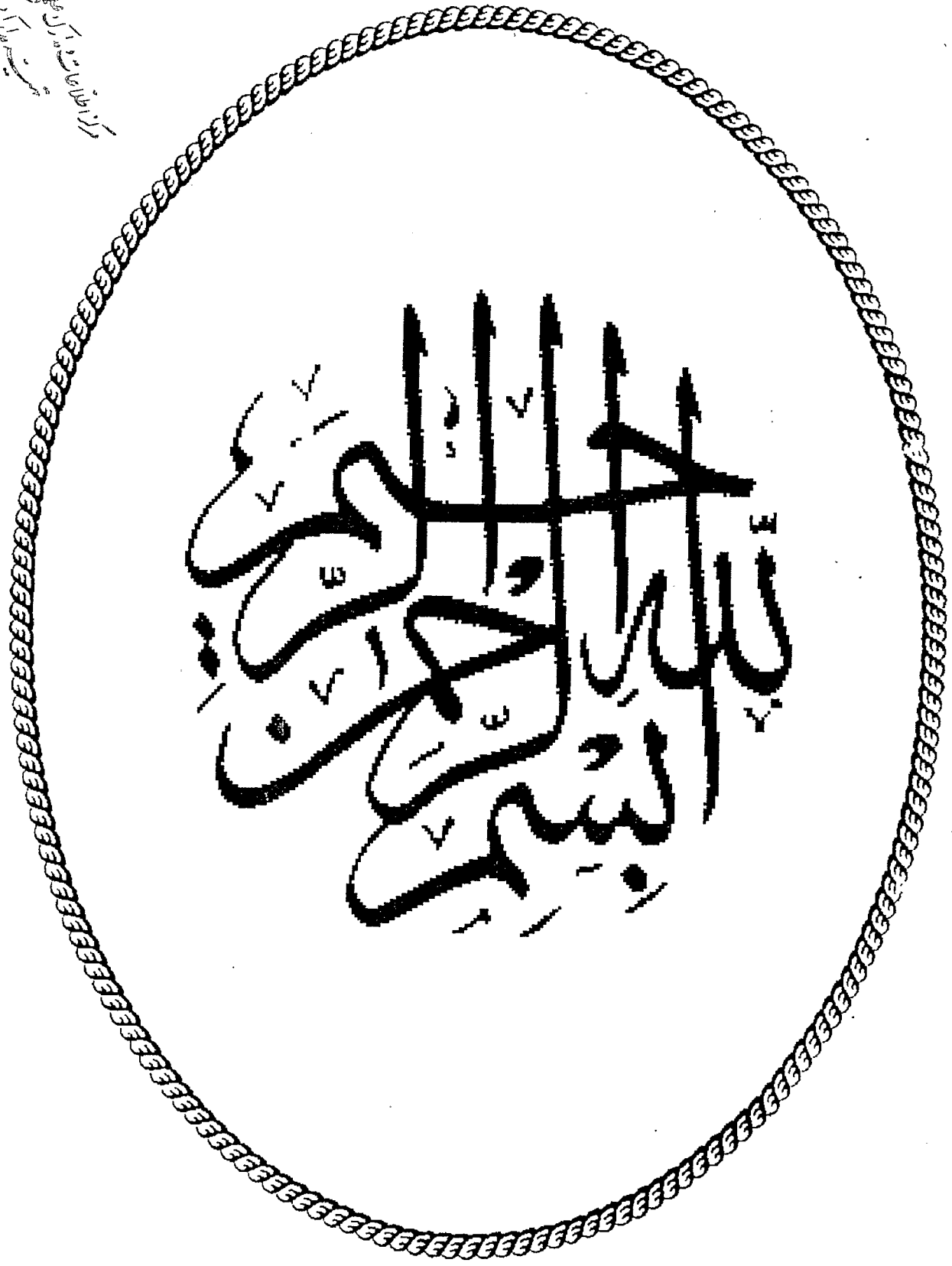


کتابخانه آستان قدس
تبریز



۳۸۱۱۳



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید صدوقی یزد

دانشکده دندانپزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۱ / ۲ / ۱۹

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

موضوع:

بررسی تأثیر طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در

مقایسه میزان آگاهی و عملکرد زنان باردار تحت پوشش و

غیر تحت پوشش این طرح از بهداشت دهان و دندان

استاد راهنما:

آقای دکتر احمد حائریان

نگارش:

حشمت اله ثالثی

زمستان ۸۰

شماره پایان نامه: ۶۸

۴۱۱۵۴

تقدیم به استاد ارجمند

جناب آقای دکتر احمد حائریان که با
تلاش خستگی‌ناپذیر در همه مراحل این
تحقیق از راهنمایی‌های ارزشمندشان دریغ
نفرمودند.

تقدیم به مادرم

گوهر گرانمایه‌ای که هستی ناچیزم را
بها بخشید.

تقدیم به همسرم

همدل و همسفرم کسی که با تحمل
سختیها با حضور پاک و بی ریایش مرا در
تحصیل یاری نمود.

تقدیم به فرزندم:

رضا که وجودش عشق و ثمرهٔ زندگی را در
وجودم معنا کرده است.

باتشکر:

از: کلیه اساتید محترم که همواره در امر
تحصیل مرا یاری و راهنمایی نمودند.

از استاد مشاور محترم آمار آقای مهندس
فلاح زاده

از: کلیه عزیزانی که در تمام مراحل تهیه
و تنظیم این پایان نامه من را یاری نمودند.
از: هیأت محترم داوران که افتخار کسب
فیض و دانش را در حضور یکایکشان
داشته‌ام.

از: کلیه کارکنان دانشکده دندانپزشکی
که در طی دوره تحصیل زحماتی برایشان
داشته‌ام.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
.....	خلاصه فارسی
۱.....	مقدمه
۳.....	فصل اول: کلیات
۴.....	بیان مسئله و اهمیت موضوع
۴.....	الف: نوع ارائه مراقبتهای بهداشتی در جهان
۴.....	ب: نوع ارائه مراقبتها در ایران
۴.....	ج: برآورد سازمان جهانی بهداشت (WHO) براساس نتایج سرشماری نفوس ومسکن ۱۳۵۵
۵.....	د: توزیع نیروی انسانی پزشکی در کشور در آخر دهه پنجاه
۵.....	ح: راهکارهای حل کمبود نیروی انسانی پزشکی در کشور در سالهای قبل از انقلاب
۶.....	مصوبه اجلاس جهانی بهداشت در آلماتا
۷.....	انتخاب شهرستان
۷.....	ادغام برنامه‌ها در سیستم بهداشتی
۸.....	چگونگی آغاز مراقبتهای اولیه بهداشتی
۸.....	اجزاء اولیه PHC
۹.....	مشخصات عمده PHC
۹.....	سطح‌بندی شبکه بهداشت و درمان شهرستان
۹.....	نظام ارجاع
۱۲.....	واحدهای عرضه‌کننده خدمات در روستا
۱۵.....	واحدهای عرضه‌کننده خدمات در شهر
۱۷.....	مرکز بهداشت شهرستان

۱۸	دستاوردهای سیستم شبکه در P.H.C.....
۱۸	شاخص‌های جمعیتی.....
۱۹	شاخص باروری.....
۲۰	ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه.....
۲۲	مشکلات موجود (Statement of the problems).....
۲۳	گروه‌های هدف.....
۲۴	نیروهای درگیر در طرح ادغام.....
۲۵	شرح وظایف بهورزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان.....
۲۶	شرح وظایف رابطین بهداشت در رابطه با بهداشت دهان و دندان در پایگاه‌های بهداشتی.....
۲۷	شرح وظایف دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان در مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری.....
۲۸	اهداف.....
۲۹	راهکار (استراتژی).....
۳۱	هماهنگی برون‌بخشی در بهداشت دهان و دندان.....
۳۵	مروری بر مقالات و مطالعات مشابه.....
۴۳	فصل دوم: مواد و روش کار.....
۴۹	فصل سوم: نتایج.....
۶۱	فصل چهارم: بحث و نتیجه‌گیری.....
۷۱	پیوست.....
	خلاصه انگلیسی
۷۸	منابع.....

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول (۱): میانگین و مقایسه نمره آگاهی زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش.....	۵۱
جدول (۲): توزیع فراوانی و مقایسه آگاهی در زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش.....	۵۱
جدول (۳): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر مسواک زدن.....	۵۲
جدول (۴): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر روش مسواک زدن.....	۵۲
جدول (۵): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر استفاده از نخ دندان.....	۵۳
جدول (۶): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر روش صحیح استفاده از نخ دندان.....	۵۴
جدول (۷): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر شناخت یک مسواک خوب.....	۵۴
جدول (۸): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر مراجعه به دندانپزشکی.....	۵۵
جدول (۹): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش از نظر جرم‌گیری در زمان بارداری.....	۵۶
جدول (۱۰): میانگین سن و تعداد فرزندان و مقایسه آن در زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش.....	۵۶
جدول (۱۱): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش بر حسب میزان سواد.....	۵۸
جدول (۱۲): توزیع فراوانی و مقایسه زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش به تفکیک شغل.....	۵۸
جدول (۱۳): توزیع فراوانی تعداد و درصد زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش بر حسب گروه‌های سنی.....	۵۹
جدول (۱۴): میانگین و مقایسه میزان آگاهی زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال.....	۵۹
جدول (۱۵): میانگین و مقایسه میزان آگاهی زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال.....	۶۰
جدول (۱۶): میانگین و مقایسه میزان آگاهی زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش در گروه سنی ۳۵ سال به بالا.....	۶۰

خلاصه فارسی

طرح ادغام بهداشت دهان و دندان از سال ۱۳۷۴ با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش سطح آگاهی مردم ارائه شده است. در این طرح آموزش بهداشت دهان و دندان در سطح اول شبکه‌های بهداشتی درمانی (خانه‌های بهداشت) توسط بهروزان به جامعه روستائی بخصوص گروههای هدف انجام می‌شود.

در این مطالعه بررسی تأثیر طرح ادغام بهداشت دهان دندان از طریق مقایسه میزان آگاهی و عملکرد زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش است. این مطالعه توصیفی و به صورت case control می‌باشد.

اطلاعات مربوطه بصورت مصاحبه و مشاهده از تعداد ۱۲۰ نفر زن باردار بعنوان تحت پوشش و ۱۲۰ نفر زن باردار بعنوان غیر تحت پوشش بدست آمده است.

نتایج نشان می‌دهد میزان آگاهی از بهداشت دهان و دندان در گروه تحت پوشش بیشتر می‌باشد.

(P.Value=0/0001)

۹۸/۳ درصد از گروه تحت پوشش و ۹۱/۷ درصد از گروه غیر تحت پوشش از مسواک استفاده

می‌کرده‌اند. (P.Value=۰/۰۱۸)

همچنین ۲۶/۷ درصد افراد تحت پوشش و ۲۵/۸ درصد افراد غیر تحت پوشش از نخ دندان

استفاده می‌کرده‌اند. (P.Value=۰/۸۸۳)

۵۵ درصد افراد تحت پوشش و فقط ۱۵/۸ درصد افراد غیر تحت پوشش در طول دوره بارداری به

دندانپزشکی مراجعه نموده‌اند. (P.Value=۰/۰۰۰۱)

۹/۲ درصد افراد تحت پوشش و ۱/۷ درصد افراد غیر تحت پوشش در این دوره جرم‌گیری انجام

داده‌اند. (P.Value=۰/۰۱۰)

در این مطالعه میزان تحصیلات و شغل در میزان آگاهی تأثیر نداشته است. و در هر دو گروه

با بالا رفتن سن میزان آگاهی به مقدار جزئی افزایش یافته است.

مقدمه

بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم

شعار جهانی WHO (World Health Organization) سال ۱۹۹۵

بیماریهای دهان و دندان از شایعترین بیماریهای عفونی انسان است و در کشور ما قریب به اتفاق آحاد جامعه بدرجات مختلف لااقل یکی از دو بیماری مهم دهان و دندان (پوسیدگی دندانی و بیماری لثه) رنج می‌برند. (۱۴)

علی‌رغم تمهیدات گسترده‌ای که پس از انقلاب شکوهمند اسلامی جهت تأمین بهداشت فردی و عمومی در کشور به کار رفته است، توفیقات ارزشمندی در بهبود شاخصهای جهانی بهداشت کسب کرده‌ایم به دلیل نداشتن یک برنامه مدون جهت ارتقاء آگاهی افراد جامعه تغییر عادات در رژیم غذایی و عدم رعایت بهداشت دهان و دندان بی‌توجهی نسبت به اهمیت و سلامت دندانها در کودکان و از همه مهمتر پایین بودن فرهنگ بهداشت دهان و دندان، که نامطلوب بودن ارائه خدمات درمانی را هم می‌توان به آنها اضافه نمود، متأسفانه از نظر شاخصهای بهداشتی دهان و دندان در مقایسه با کشورهای پیشرفته صنعتی و حتی در میان کشورهای منطقه از موقعیت خوبی برخوردار نیستیم.

از این رو بهداشت دهان و دندان باید بعنوان یکی از مهمترین شاخه‌های بهداشت عمومی تلقی گردد و بطور جدی برای گسترش خدمات پیشگیری و مراقبتهای بهداشتی در جامعه برنامه‌ریزیهای مدون و قابل اجرا تهیه گردد. (۱۵)

به همین منظور طرح ادغام از سال ۱۳۷۴ با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان طرح و به

صورت آزمایشی در چند شهر کشور به اجرا درآمد در حال حاضر نیز انتظار می‌رود در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی کشور بهداشت دهان و دندان به عنوان جزئی از خدمات بهداشتی و در قالب سیستم شبکه به جامعه ارائه گردد. (۱۳)

با توجه به بیان گوشه‌ای از موضوع در راستای شناخت و موقعیت این طرح نوپا در این تحقیق میزان موفقیت آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

فصل اول

کلیات

INTRODUCTION

بیان مسئله و اهمیت موضوع

الف: نوع ارائه مراقبتهای بهداشتی در جهان

امروزه در جهان برای ارائه مراقبتهای بهداشتی سه نظام اساسی وجود دارد:

۱- نظام کمکهای عمومی: (*Public Assitance*)

در ۱۰۸ کشور و حدود ۲۹ درصد جمعیت را پوشش می دهد. (بخش دولتی - بیمه درمانی -

بخش خصوصی)

۲- نظام بیمه پزشکی: (*Health insurance*)

در قالب بخشی از خدمات تأمین اجتماعی ارائه می گردد در ۲۳ کشور با جمعیتی حدود ۱۸

درصد از جمعیت جهان (کشورهای صنعتی پیشرفته با اقتصاد سرمایه داری)

۳- نظام طب ملی: (*National Health Serviecs*)

در ۱۴ کشور سوسیالیستی (سابق) و به شکل خاص در انگلستان و سوئد ۳۳ درصد جمعیت

جهان را تحت پوشش قرار می دهد.

ب: نوع ارائه مراقبتهای در ایران

«وضع فعلی کشور ما با نظام کمکهای عمومی منطبق است.»

ج: برآورد سازمان جهانی بهداشت (*WHO*) براساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۵۵

برابر برآوردهای سازمان جهانی بهداشت و نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۵۵ برخی از

شاخصهای بهداشتی و جمعیتی کشور در مقطع زمانی آخر دهه پنجم هجری شمسی.

کشورهای	صنعتی	کمتر توسعه یافته	ایران
میزان			
میزان مولید (در هزار نفر جمعیت)	۱۲-۱۸	۲۱-۴۸	۴۵
مرگ و کودکان زیر یک سال (در هزار تولد)	۰-۸	۶۵-۱۴۵	۱۰۴
امید زندگی (سال)	۷۰-۷۴	۴۹-۶۸	۵۷
رشد طبیعی جمعیت (در هزار)	۰-۱۰	۱۴-۲۱	۳۱
زمان دو برابر شدن جمعیت (سال)	۶۹-۱۱۶	۱۸-۵۰	۲۲

د: توزیع نیروی انسانی پزشکی در کشور در آخر دهه پنجاه

کل	تهران	پنج شهر بزرگ تبریز- اهواز- مشهد- شیراز- اصفهان	بقیه کشور
پزشک متخصص	۵۸۹۰	۶۹٪	۱۸٪
پزشک عمومی	۱۰۳۱۰	۲۳٪	۲۱٪
دندانپزشک	۲۳۶۷	۵۰٪	۱۶٪

ح: راهکارهای حل کمبود نیروی انسانی پزشکی در کشورهای قبل از انقلاب

در سالهای قبل از ۱۳۶۰ این توزیع نارسا تر و ناهنجارتر بود و به این دلیل برای حل این تنگنا از

۱۳۱۹ هـ. ش چندین تجربه به اجرا گذاشته شد:

۱- طرح تربیت بهدار: از ۱۳۱۹ در مشهد و ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد.

۲- طرح سپاه بهداشت: با همکاری وزارت بهداشت و وزارت جنگ اجرا شد از سال ۱۳۴۳ تا