

بررسی اعتماد به نفس پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی در تشخیص پوسیدگی دندان و ارائه مشاوره ارتقاء سلامت دهان به بیماران و عوامل موثر بر آن

سیمین زهرا محبی^۱، سپیده ربیعی^۲، رضا یزدانی^{۱*}، یورما ایلمااری ویرتانن^۳ و^۴

^۱ دانشیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۲ دکتری سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۳ استاد تمام، مرکز تحقیقات سلامت دهان، دانشکده پزشکی، دانشگاه اولو فنلاند

^۴ اولو، فنلاند، مرکز تحقیقات پزشکی، بیمارستان دانشگاه اولو، اولو، فنلاند

تاریخ ارائه مقاله: ۹۷/۲/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۹/۲۸

Investigation of the Self-Confidence of Family Physicians and Primary Care Providers Regarding Dental Caries Diagnosis and Oral Health Counselling and the Associated Factors

Simin Zahra Mohebbi¹, Sepideh Rabiei², Reza Yazdani^{1*}, Iorma I Virtanen^{3,4}

¹ Associate Professor, Community Oral Health Department, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² PhD in Community Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Research Unit of Oral Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Oulu,

⁴ Oulu, Finland, Medical Research Center, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

Received: 8 May 2018; Accepted: 19 December 2018

Introduction: Primary care providers (PCP), including family physicians, and family healthcare providers have more frequent contact with patients, compared to dentists. Therefore, it would be efficient to engage them in oral health promotion programs. The purpose of the present study was to evaluate primary care providers and the physicians' self-confidence in terms of oral health care and the prevention of oral diseases and the associated factors.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, a self-administered questionnaire was sent to all PCPs (n=680) and physicians (n=220) working at seven health centers in Tehran. The questionnaire consisted of items, such as oral health knowledge, background information, and oral health behavior (OHB). Two items sought information about the self-confidence of PCPs and physicians regarding dental caries diagnosis and offering advice on oral health. The data were analyzed using logistic regression.

Results: The mean ages of the physicians and PCPs were 39±8/0 and 37±8/0, respectively. Out of 34, the oral health knowledge scores of the physicians and PCPs were 18.2±4.5 and 17.2±4.5, respectively. 34% of the physicians and 27% of the PCPs showed self-confidence in terms of dental caries diagnosis. With regard to offering advice on oral health, 32% and 34% of the physicians and PCPs provided the patients with oral health counselling, respectively. The higher levels of self-confidence in terms of dental caries diagnosis and oral health counselling with parents obtained in physicians who had the higher scores of oral health knowledge ($P<0.05$). The PCPs working in deprived areas ($P<0.001$) or those with higher OHB scores revealed to be more confident ($P<0.05$).

Conclusion: In spite of the fact that oral health is an essential component of primary care, physicians and PCPs revealed the lower levels of self-confidence in this regard. Therefore, it is essential to provide physicians and PCPs with appropriate OHB and self-confidence training which leads to the improvement of community oral health.

Key words: Physicians, oral health, dental caries, self confidence.

*Corresponding Author: ryazdani@tums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2019; 43(1): 34-45.

چکیده

مقدمه: در مقایسه با دندانپزشکان، تامین کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت، شامل پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده ارتباط بیشتری را با گروه‌های هدف متفاوت دارند. هدف مطالعه حاضر، تعیین اعتماد به نفس پزشکان و کارکنان بهداشتی در رابطه با وضعیت سلامت دهان و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و عوامل مرتبط با آن بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، کلیه پزشکان عمومی ($n=220$) و کارکنان بهداشت خانواده ($n=680$) شاغل در مراکز بهداشتی درمانی هفت شبکه بهداشت شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسشنامه شامل سوالات در زمینه دانش سلامت دهان، اطلاعات زمینه ای و رفتارهای سلامت دهان شخصی و دو سوال در مورد اعتماد به نفس پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده در تشخیص پوسیدگی و دادن مشاوره در زمینه سلامت دهان بود. آنالیز آماری داده‌ها توسط رگرسیون لجیستیک انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن پزشکان 39 ± 8 و کارکنان بهداشت خانواده 37 ± 8 سال بود. میانگین نمره دانش در پزشکان $18/2 \pm 4/5$ و در کارکنان بهداشت خانواده $17/2 \pm 4/5$ از 34 بود. تنها 34 درصد پزشکان و 27 درصد کارکنان بهداشت خانواده، در زمینه تشخیص پوسیدگی دندان اعتماد به نفس داشتند. همچنین در مورد مشاوره درباره‌ی مراقبت‌های دندان، تنها 32 درصد پزشکان و 34 درصد کارکنان بهداشت خانواده، عنوان کردند که اعتماد به نفس کافی دارند. پزشکانی که دانش سلامت دهان بالاتری داشتند، در هر دو زمینه تشخیص پوسیدگی دندان و مشاوره با والدین اعتماد به نفس بیشتری نشان دادند ($P < 0/05$). در کارکنان بهداشت خانواده، کارکنانی که در محل کمتر برخوردار شهر مشغول به کار بودند ($P < 0/01$) و آنهایی که نمره رفتارهای سلامت دهان شخصی آنها بهتر بود ($P < 0/05$)، اعتماد به نفس بالاتری در تشخیص پوسیدگی دندان داشتند.

نتیجه گیری: علیرغم اینکه سلامت دهان جزئی از سلامت عمومی می‌باشد، اعتماد به نفس پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده در این زمینه در مجموع پایین بود و لازم است که از آموزش‌ها و متعاقب آن اعتماد به نفس مناسب در زمینه همکاری در ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه برخوردار گردند.

کلمات کلیدی: پزشکان، سلامت دهان، پوسیدگی دندان، اعتماد به نفس
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۸ دوره ۴۳ / شماره ۱: ۴۵-۳۴.

مقدمه

سلامت دهان جزئی از رفاه و سلامت عمومی است که کیفیت زندگی افراد، اعتماد به نفس و روابط اجتماعی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با وجود این که بیماری‌های دهان قابل پیشگیری هستند، افراد زیادی در سراسر دنیا به این بیماری‌ها مبتلا می‌باشند. این بیماری‌ها دارای دامنه گسترده‌ای هستند و از سرطان‌های دهان، نوما، پوسیدگی دندان، بیماری‌های لثه تا سایش‌های دندانی و فلوروزیس را در بر می‌گیرند.^(۱) از این میان، پوسیدگی دندان شایعترین بیماری مزمنی است که انسان‌ها را در تمام نقاط دنیا مبتلا می‌کند و پنج برابر آسم شیوع دارد.^(۲) شواهد موجود، نشان‌دهنده‌ی افزایش قابل توجه شیوع پوسیدگی در دنیا در سال‌های اخیر می‌باشد.^(۳)

میزان بالای بیماری‌های دهان و دندان می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد، اثرات کوتاه مدت و بلند مدت داشته باشد و عدم درمان این بیماری‌ها می‌تواند منجر به ایجاد درد، باکتری، از دست دادن زمان مدرسه و کار شود. اطلاعات به دست آمده نشان داده است که این زمان از دست رفته تنها در آمریکا تقریباً ۵۲ میلیون ساعت در سال برای کودکان و ۱۶۴ میلیون ساعت برای بزرگسالان می‌باشد.^(۴) سایر عوارض آن شامل کاهش رشد و تکامل، اختلال در گفتار، اثر بر سلامت عمومی فرد و از دست دادن زودهنگام دندان‌ها و اعتماد به نفس است.^(۵-۸) درمان سنتی بیماری‌های دهان و دندان بسیار پر هزینه است، به طوری که آن را به چهارمین درمان پر هزینه در کشورهای صنعتی بدل ساخته است.^(۹) در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، اگر درمانی در دسترس باشد، هزینه درمان

آموزش پزشکان برای افزایش دانش و اعتماد به نفس آنها نسبت به تشخیص وضعیت سلامت و پیشگیری از بیماری‌های دهان می‌تواند باعث افزایش ارجاع بیماران توسط آنها به دندانپزشک شود.^(۱۴) چنین برنامه‌های آموزشی می‌تواند برای سایر مراقبین سلامت غیر دندانپزشک نیز مفید باشد چرا که این افراد ممکن است تنها منبع آموزش و مراقبت برای بیمارانی باشند که به دندانپزشک دسترسی ندارند.^(۱۵)

هدف مطالعه حاضر بررسی اعتماد به نفس پزشکان عمومی و کارکنان بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی تهران در زمینه ارتقای سلامت دهان و دندان و عوامل موثر بر آن بود.

مواد و روش‌ها

گروه هدف این مطالعه، کلیه پزشکان و کارکنان واحد بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهر تهران بودند. جمع‌آوری داده‌های مطالعه به صورت سرشماری در مدت یک ماه انجام شد. پرسشنامه‌ها با همکاری کارکنان آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت شبکه به همراه یک بسته حاوی مسواک و نخ دندان به عنوان هدیه به مراکز فرستاده شد و در اختیار کل افراد شرکت کننده در مطالعه قرار داده شد و بعد از یک هفته پرسشنامه‌ها مجدداً بوسیله همان افراد جمع‌آوری گردید.

این مطالعه با کد اخلاقی شماره ۱۲۹۱۲-۶۹-۰۱-۹۰ به تائید کمیته اخلاقی دانشگاه رسید. تمامی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و اجباری برای شرکت افراد در این مطالعه وجود نداشت.

سؤالات پرسشنامه بر اساس پرسشنامه‌های استاندارد شده قبلی^(۱۶-۱۸) با کمی تغییرات تنظیم گردید. سپس در گروه کارشناسانی شامل پنج تن از اساتید گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی دانشکده مورد ارزیابی قرار

پوسیدگی دندان به تنهایی از کل بودجه مراقبت سلامت یک کودک بیشتر می‌باشد.^(۱)

برنامه‌های سلامتی سازمان بهداشت جهانی^(۱۰)، بر این مساله تاکید دارد که سلامت دهان برای سلامت عمومی لازم و جزئی از آن است و هر تلاشی برای ارتقاء سلامت دهان و دندان صورت می‌گیرد باید کاملاً منطبق بر سایر استراتژی‌های ارتقاء سلامت باشد.

عدم آگاهی از اهمیت سلامت دهان، کمبود دسترسی به مراقبت‌های دندانپزشکی، در دسترس نبودن میزان کافی اعمال پیشگیرانه مثل فلورایداسیون آب، مکمل‌های فلوراید و سیلنت‌های دندانی از فاکتورهای موثر در افت وضعیت سلامت دهان می‌باشند. در مقایسه با دندانپزشکان، تامین‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary health care providers) و سایر افراد حرفه ای سلامت عمومی و ارتباط بیشتری با گروه‌های متفاوت سنی منجمله مادران باردار یا دارای نوزاد و کودکان کم سن دارند. بنابراین لازم است که این گروه تامین‌کننده مراقبت‌های اولیه سلامت از ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری‌های دهان و دندان و ارتباط سلامت دهان با سلامت عمومی آگاه باشند تا بتوانند به موقع در زمینه ارتقای سلامت دهان تصمیمات موثر و مناسب بگیرند.^(۶) این افراد، به طور خاص نیازمند دانش و مهارت بیشتر در زمینه سلامت دهان و دندان کودکان می‌باشند زیرا بیماری دهان و دندان در کودکان شایع است و بی‌عدالتی در طبقات اقتصادی-اجتماعی و نژادهای مختلف و کمبود دسترسی به دندانپزشک برای بسیاری از کودکان وجود دارد.^(۱۱) بنابراین توصیه‌های اخیر بر ادغام حرفه ای پزشکی و دندانپزشکی و شرکت افراد حرفه ای غیر دندانپزشک در ارائه خدمات سلامت دهان جهت رسیدن به هدف ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه تاکید دارد.^(۲۰۱۳و۲)

سلامت دهان شخصی بعنوان یک متغیر زمینه ای در تجزیه و تحلیل آماری بکار گرفته شد و دامنه آن می‌توانست بین ۰ تا ۲۶ باشد. بعد از محاسبه‌ی نمره‌ی کل، برای آنالیز بیشتر؛ متغیر کمی به سه دسته خوب، متوسط و ضعیف (بر اساس ۳۳ درصد) تقسیم شد.

این بخش شامل ۳۴ سوال بود که محتوای سوالات شامل میانگین سنی که اولین دندان شیری و دائمی در دهان کودک رویش می‌کند، اولین دندان دائمی که معمولاً رویش می‌کند و دلیل اضافه کردن فلوراید به خمیر دندان، با پاسخ چهار گزینه‌ای بود که یکی از پاسخ‌ها، درست بود. همچنین نظر شرکت کنندگان در مورد انتقال باکتری از دهان مادر به دهان کودک، سن شروع استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید، شکل اولین علائم پوسیدگی، سن شروع مسواک زدن دندان‌های کودکان، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده پوسیدگی در دندان‌های کودکان، مقایسه پوسیدگی زایی شیر مادر با شیر خشک، ارتباط ناهنجاری‌های فکی با مکیدن پستانک در کودکان زیر ۳ سال و با تنفس دهانی، ارتباط واریش فلوراید با فلوروزیس، نقش تکرر مصرف شکر در ایجاد پوسیدگی، نقش سیلنت‌ها در پیشگیری از پوسیدگی، تأثیر شستن دهان با آب فراوان بعد از مسواک زدن و همچنین مقایسه اثر خمیر دندان حاوی فلوراید با روش مسواک زدن در پیشگیری از پوسیدگی، اثر قند زایلیتول بر کاهش باکتری‌های مسبب پوسیدگی، زمان باقی ماندن اسید در دهان بعد از غذا خوردن، بهترین زمان ارجاع خانم باردار برای انجام اعمال دندانپزشکی، علت اصلی ایجاد بیماری‌های لثه، ارتباط بیماری‌های لثه با بیماری‌های قلبی و عروقی، مشکلات در کنترل دیابت، تولد نوزاد با وزن کم و بیماری‌های ریوی و ارتباط داروهای ضد افسردگی، خواب آور، شل کننده عضلانی، کپسول‌های آنتی بیوتیک، داروهای ضد درد، ضد فشار خون و نیز شیمی درمانی و

گرفت. همچنین یک مطالعه پایلوت قبل از شروع مطالعه در مراکز بهداشتی-درمانی شهر قزوین انجام شد تا قابل انجام بودن مطالعه را آزمایش کند و روایی و پایایی پرسشنامه مورد سنجش قرار گیرد.

اطلاعات زمینه‌ای شامل جنس، سال تولد، آخرین مدرک تحصیلی، وضعیت اقتصادی، منطقه شهری محل کار آنها (برخوردار / کمتر برخوردار)، فعالیت یا عدم فعالیت در بخش خصوصی و رفتارهای سلامت دهان شخصی بود. در انتها از شرکت کنندگان خواسته شد در صورت تمایل شماره تلفن همراه خود را بنویسند. عملکرد پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده در رابطه با سلامت دهان شخصی شامل سؤالاتی راجع به رفتارهای سلامت دهان و دندان شخصی خود افراد بود و دارای پنج سؤال به شرح زیر بود: معمولاً هر چند وقت یک بار مسواک می‌زنید؟ (نامنظم یا هرگز، هفته‌ای یکبار، دو تا سه بار در هفته، روزی یکبار، بیش از یکبار در روز)؛ آیا موقع مسواک زدن از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده می‌کنید؟ (همیشه یا اغلب اوقات، معمولاً، به ندرت، هرگز)؛ معمولاً هر چند وقت یک بار از نخ دندان استفاده می‌کنید؟ (هرگز، گاهی، دو تا سه بار در هفته، روزی یک بار، بیش از یک بار در روز)؛ در روز چند بار از تنقلات شیرین یا نوشیدنی شیرین (گرم یا سرد) ما بین وعده‌های غذا استفاده می‌کنید؟ (سه بار یا بیشتر، حدود دو بار، حدود یک بار، گاهی، نه هر روز، به ندرت)؛ آخرین ویزیت دندانپزشکی شما کی بوده است؟ (طی شش ماه گذشته، شش ماه تا یک سال، یک یا دو سال قبل، دو تا پنج سال قبل، بیش از پنج سال قبل، هرگز، یادم نیست). به گزینه‌های این سؤالات از صفر برای منفی‌ترین پاسخ تا نمرات بالاتر برای گزینه‌های مرتبط با بهداشت بهتر نمره‌دهی شد و برای کل سؤالات یک نمره عملکرد سلامت دهان شخصی محاسبه گردید. عملکرد شخص در رابطه با

شوند و یک بار برای به دست آوردن نمره اعتماد به نفس افراد، به گزینه‌ها نمره ۰ تا ۴ داده شد.

داده‌ها توسط نرم افزار آماری PASW Statistics ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. اطلاعات توصیفی توسط شاخص‌های درصد، میانگین، انحراف معیار و دامنه بیان شدند. برای تحلیل داده‌های کیفی دو حالتی از رگرسیون لجیستیک استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ تعیین گردید.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۲۰ نفر از پزشکان عمومی (میزان پاسخ‌دهی: ۹۲ درصد) و ۶۸۰ نفر از کارکنان بهداشت خانواده (میزان پاسخ‌دهی: ۹۹ درصد) شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران پرسشنامه‌های تکمیل شده را برگرداندند و در این تحقیق شرکت نمودند.

سن پزشکان شرکت کننده در مطالعه بین ۲۴ تا ۵۹ سال با میانگین و انحراف معیار $39/4 \pm 8/0$ و سن کارکنان بهداشت خانواده، بین ۲۲ تا ۵۶ سال با میانگین و انحراف معیار $36/8 \pm 8/0$ سال بود. همانطور که در جدول مربوط به اطلاعات زمینه ای شرکت کنندگان مشاهده می‌شود (جدول ۱)، بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه را در هر دو گروه خانم‌ها تشکیل می‌دادند و در مورد کارکنان بهداشت خانواده، آقایان تنها ۳ درصد (۲۱ نفر) از جمعیت بودند.

تعداد پزشکان در مناطقی از شهر که از نظر اقتصادی ضعیفتر بودند (کمتر برخوردار)، بیشتر بود (۶۶ درصد معادل ۱۴۶ نفر)، در حالی که تعداد کارکنان بهداشت خانواده در هر دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار یکسان بود.

رادیوترایی با افزایش احتمال پوسیدگی و نیز ضایعاتی که در حفره دهان بیش از ۲ هفته باقی می‌مانند، با مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نمیدانم، مخالفم، کاملاً مخالفم) پرسیده شد.

پاسخ این سؤالات در آنالیز به دو گروه صحیح و غلط تقسیم شد. به سؤالاتی که پاسخ صحیح داشتند نمره یک و آنهایی که نادرست بودند، نمره صفر داده شد. در گزینه‌های لیکرت، سؤالاتی که پاسخ مثبت در آنها صحیح بود، به گزینه‌های کاملاً موافقم و موافقم و در سؤالاتی که پاسخ منفی در آنها صحیح بود، به گزینه‌های مخالفم و کاملاً مخالفم عدد ۱ تعلق گرفت و به سایر گزینه‌ها صفر داده شد. سپس از جمع نمرات سؤالات دانشی یک نمره دانش برای هر فرد محاسبه شد که بین ۰ تا ۳۴ قابل محاسبه بود.

بعد از نمره دهی به سؤالات و محاسبه نمره برای هر فرد، در هر سه حیطه، برای قابل قیاس شدن نمره‌ها در حیطه‌های مختلف، میانگین استاندارد (Standard Mean) از ۱۰۰ نمره محاسبه شد.

برای تشخیص اعتماد به نفس در تشخیص پوسیدگی دندان و مشاوره با والدین، پرسشنامه شامل دو سؤال بود: "در مورد تشخیص پوسیدگی دندان به خود، اطمینان کافی دارم" و "در مورد مشاوره و صحبت با والدین درباره مراقبت‌های دندان‌دانی فرزندانشان، دانش کافی دارم". پرسشنامه دارای پاسخ‌های پنج گزینه ای لیکرت (بسیار موافقم، موافقم، نمیدانم، مخالفم، بسیار مخالفم) بود. برای آنالیز، یک بار به پاسخ‌های بسیار زیاد و زیاد نمره یک و به سایر گزینه‌ها صفر داده شد تا افراد به دو دسته کسانی که اعتماد به نفس دارند و کسانی که اعتماد به نفس ندارند تقسیم

جدول ۱: اطلاعات زمینه ای پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۰

P-value	کارکنان بهداشت خانواده	پزشکان		
۰/۷۸۸	۳۶/۸ ± ۸/۰	۳۹/۴ ± ۸/۰	سن (سال)	
۰/۰۰۴	۶۵۹ (۹۷/۰)	۱۵۸ (۷۲/۰)	جنس	زن
	۲۱ (۳/۰)	۶۲ (۲۸/۰)		مرد
۰/۰۰۳	۳۳۹ (۵۰/۰)	۷۴ (۳۴/۰)	محل کار	برخوردار
	۳۴۱ (۵۰/۰)	۱۴۶ (۶۶/۰)		کمتر برخوردار
۰/۲۳۳	۲۰۸ (۳۲/۰)	۵۷ (۲۶/۰)	OHB	ضعیف
	۲۸۹ (۴۴/۰)	۶۵ (۳۰/۰)		متوسط
	۱۵۶ (۲۴/۰)	۹۷ (۴۴/۰)		خوب
	۱۷/۲ ± ۴/۵	۱۸/۲ ± ۴/۵	نمره دانش	

(۱) OHB (Oral Health Behaviour) نمره رفتارهای سلامت دهان: ضعیف = ۱۸-۸، متوسط = ۲۱-۱۹، خوب = ۲۶-۲۲

(۲) داده‌ها بوسیله (درصد) تعداد و انحراف معیار ± میانگین توصیف شده اند.

کار بودند. در حالی که سایر آنها فقط در مراکز بهداشتی-درمانی کار می‌کردند.

در مورد اعتماد به نفس افراد در تشخیص پوسیدگی دندان، تنها ۳۴ درصد پزشکان و ۲۷ درصد کارکنان بهداشت خانواده، به این سؤال پاسخ مثبت دادند و اکثر آنها در این زمینه اعتماد به نفس کافی نداشتند. همچنین در مورد اعتماد به نفس در زمینه داشتن دانش کافی برای مشاوره و صحبت با والدین درباره‌ی مراقبت دندانی فرزندشان، تنها ۳۲ درصد پزشکان (۷۰ نفر) و ۳۴ درصد کارکنان بهداشت خانواده (۲۳۱ نفر)، عنوان کردند که دانش کافی دارند.

رگرسیون لجیستیک بعد از تعدیل کردن برای متغیرهای زمینه ای (جدول ۲) نشان داد که پزشکان مرد اعتماد به نفس بیشتری در تشخیص پوسیدگی دندان داشتند (OR=۲/۴۴).

دامنه نمره‌ی کسب شده رفتارهای سلامت دهان شخصی (OHB) در پزشکان از ۸ تا ۲۶ (۱۹/۹±۲/۷) و در کارکنان بهداشت خانواده از ۱۰ تا ۲۶ (۱۹/۷±۲/۵) متغیر بود. حداکثر نمره رفتارهای سلامت دهان شخصی قابل کسب، ۲۶ بود. بیشترین تعداد پزشکان در گروه OHB خوب (۴۴ درصد) با نمره بین ۲۲ تا ۲۶ قرار داشتند و بیشترین تعداد کارکنان بهداشت خانواده در گروه OHB متوسط (۴۴ درصد) قرار داشتند. نمره دانش پزشکان حداقل ۵ و حداکثر ۲۷ از حداکثر نمره قابل کسب ۳۴ با میانگین و انحراف معیار ۱۸/۲±۴/۵ بود. نمره دانش کارکنان بهداشت خانواده حداقل ۱ و حداکثر ۲۸ از حداکثر نمره قابل کسب ۳۴، با میانگین و انحراف معیار ۱۷/۲±۴/۵ بود.

در کارکنان بهداشت خانواده، ۷ درصد (۴۸ نفر) دارای تحصیلات در حد دیپلم بودند، ۲۷ درصد (۱۸۴ نفر) فوق دیپلم داشتند و ۶۶ درصد (۴۴۸ نفر) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر از لیسانس بودند. ۳۲ درصد (۷۰ نفر) از پزشکان در مطب یا درمانگاه‌های خصوصی هم مشغول به

جدول ۲: عوامل مرتبط با اعتماد به نفس پزشکان شاغل در مرکز بهداشتی-درمانی شهر تهران در تشخیص پوسیدگی دندان و داشتن دانش کافی

برای مشاوره با والدین بر اساس رگرسیون لجیستیک

ضریب رگرسیون (B)	خطای معیار (SE)	P-value	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد حد بالا حد پایین	OR	
اعتماد به نفس در تشخیص پوسیدگی						
۰/۸۹	۰/۴۴	۰/۰۴۵*	۲/۴۴	۵/۸۲	۱/۰۲	
۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۳۱۸	۱/۰۲	۱/۰۷	۰/۹۸	
-۰/۵۷	۰/۴۳	۰/۱۸۸	۰/۵۷	۱/۳۲	۰/۲۴	
۰/۶۰	۰/۳۶	۰/۰۹۶	۱/۸۲	۳/۷۰	۰/۸۹	
۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۵۱	۱/۰۹	۱/۲۴		
۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۰۴۳*	۱/۰۸	۱/۱۷	۰/۹۶	
اعتماد به نفس در داشتن دانش کافی برای مشاوره						
-۰/۴۲	۰/۴۷	۰/۳۶۶	۰/۶۵	۱/۶۴	۰/۲۶	
-۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۱۲۳	۰/۹۶	۱/۰۱	۰/۹۲	
۰/۵۵	۰/۴۲	۰/۲۰۳	۱/۷۳	۳/۹۹	۰/۷۵	
۰/۴۹	۰/۳۷	۰/۱۸۸	۱/۶۳	۳/۳۶	۰/۷۹	
۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۰۵۳	۱/۱۴	۱/۲۹	۰/۹۹	
۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۰۰۲*	۱/۱۴	۱/۲۳	۱/۰۵	

OHB = رفتارهای سلامت دهان (متغیر کمی پیوسته با دامنه ۸ تا ۲۶)

مشغول به کار بودند ($P < 0/001$) و آنهایی که نمره رفتارهای سلامت دهان شخصی آنها بهتر بود ($P < 0/05$)، اعتماد به نفس بالاتری (به ترتیب $OR = 2/09$ و $OR = 1/08$) در تشخیص پوسیدگی دندان داشتند.

کارکنانی که نمره دانش بالاتری داشتند اعتماد به نفس بیشتری ($OR = 1/08$) در مشاوره با والدین نشان دادند ($P < 0/05$). افراد شاغل در منطقه کمتر برخوردار نسبت به منطقه برخوردار در مشاوره با والدین اعتماد به نفس بالاتری داشتند ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P = 0/82$).

پزشکانی که نمره رفتارهای سلامت دهان شخصی بالاتری داشتند، اعتماد به نفس بیشتری برای مشاوره با والدین نشان دادند ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P = 0/053$). پزشکانی که دانش سلامت دهان بالاتری داشتند، در هر دو زمینه تشخیص پوسیدگی دندان ($OR = 1/08$) و مشاوره با والدین اعتماد به نفس بیشتری نشان دادند ($P < 0/05$).

در کارکنان بهداشت خانواده، رگرسیون لجیستیک (جدول ۳) بعد از تعدیل کردن بر اساس متغیرهای زمینه ای نشان داد که کارکنانی که در محل کمتر برخوردار شهر

جدول ۳: عوامل مرتبط با اعتماد به نفس کارکنان بهداشت خانواده (۶۸۰ نفر) شاغل در مرکز بهداشتی-درمانی شهر تهران در تشخیص پوسیدگی

دندان و داشتن دانش کافی برای مشاوره با والدین بر اساس رگرسیون لجیستیک

ضریب رگرسیون (B)	خطای معیار (SE)	P-value	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
(B)	(SE)		(OR)	حد بالا	حد پایین
اعتماد به نفس در تشخیص پوسیدگی					
۰/۱۹-	۰/۶۱	۰/۷۴۶	۰/۸۲۰	۲/۷۳	۰/۲۵
جنس (مرد)					
۰/۰۲-	۰/۰۱	۰/۱۲۴	۰/۹۸	۱/۰۱	۰/۹۶
سن					
۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۶۶۰	۱/۰۵	۱/۳۱	۰/۸۴
نوع فعالیت					
۰/۷۴	۰/۱۹	* <۰/۰۰۱	۲/۰۹	۳/۰۶	۱/۴۳
محل کار (کمتر برخوردار)					
۰/۰۸	۰/۰۴	* ۰/۰۴۵	۱/۰۸	۱/۱۷	۱/۰۰
OHB					
۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۱۱۸	۱/۰۳	۱/۰۸	۰/۹۹
نمره دانش					
اعتماد به نفس در داشتن دانش کافی برای مشاوره					
۰/۳۹-	۰/۶۱	۰/۵۱۹	۰/۶۸	۲/۲۳	۰/۲۰
جنس (مرد)					
۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۹۹۵	۱/۰۰	۱/۰۲	۰/۹۸
سن					
۰/۰۵-	۰/۱۱	۰/۶۵۰	۰/۹۵	۱/۱۸	۰/۷۷
نوع فعالیت					
۰/۳۱	۰/۱۸	۰/۰۸۲	۱/۳۶	۱/۹۴	۰/۹۶
محل کار (کمتر برخوردار)					
۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۳۲۶	۱/۰۴	۱/۱۱	۰/۹۷
OHB					
۰/۰۶	۰/۰۲	* ۰/۰۰۴	۱/۰۶	۱/۱۰	۱/۰۲
نمره دانش					

بحث

می‌گیرند^(۱۹)، باعث مراجعات مکرر افراد در گروه‌های سنی مختلف برای بررسی سلامت عمومی به این مراکز می‌شود. پزشکان و کارکنان شاغل در این مراکز، دارای محل کار ثابت و در دسترس می‌باشند. این افراد، همچنین ملزم به کسب امتیاز در دوره‌های بازآموزی و یا گواهی شرکت در دوره برای تمدید پروانه طبابت خود و یا ارتقاء شغلی هستند.^(۲۰)

بنابراین، با توجه به ارتباط بسیار نزدیک این گروه با خانواده‌ها، سهولت دسترسی به گروه فوق و اطمینان از دسترسی پس از مداخله و همچنین به دلیل حضور این افراد در مراکز پس از انجام معاینات بیماران تا پایان ساعت اداری و داشتن وقت برای تکمیل پرسشنامه‌ها، پزشکان و

در ایران مراکز بهداشتی-درمانی متعددی در شهرها و روستاها وجود دارد. در این مراکز، پزشکان و کارکنان زیادی در بخش‌های مختلف از جمله بهداشت خانواده و مامایی، اکسیناسیون و بهداشت محیط مشغول به کارند. راحتی دسترسی، هزینه پایین و پوشش بیمه‌های مختلف از جمله وجود طرح پزشک خانواده که در آن هر پزشک مسؤول سلامت تعداد مشخصی از افراد در قبال دریافت دستمزد ثابت از دولت می‌باشد و نیز وجود طرح‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت از جمله طرح مانا (مراقبت ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال) که در آن کودکان از بدو تولد برای بررسی سلامت مورد معاینات منظم قرار

بر مراکز دولتی در مراکز خصوصی هم مشغول به فعالیت بودند و اکثر این افراد را مردها تشکیل می‌دادند. علت این امر، همانطور که قبلاً گفته شد، تمایل بیشتر زنان به انجام کار دولتی و تمایل بیشتر مردان به انجام کار در تمام روز و کسب در آمد بیشتر می‌باشد.

میانگین نمره رفتارهای سلامت دهان در پزشکان از کارکنان بهداشت خانواده بالاتر بوده و بیشتر پزشکان در گروه OHB خوب بودند؛ در حالی که بیشتر کارکنان بهداشت خانواده در گروه OHB متوسط قرار داشتند. با توجه به ارتباط رفتارهای سلامت دهان افراد با وضعیت اجتماعی- اقتصادی، این تفاوت می‌تواند به علت وضعیت اقتصادی- اجتماعی بالاتر پزشکان نسبت به گروه دیگر باشد.^(۲۱) در مطالعه انجام شده توسط Baseer و همکارانش^(۲۲) در عربستان نیز رفتارهای سلامت دهان در مراقبین سلامت با تحصیلات بالاتر، از افراد کم‌تحصیلات تر بهتر گزارش شده بود. پایین بودن نمره رفتارهای سلامت دهان می‌تواند نشان‌دهنده اولویت ندادن به بهداشت دهان و در نتیجه عدم تاکید بر آن برای بیماران باشد. قاسمی و همکاران^(۲۳) تحقیقی مشابه بر روی دندانپزشکان انجام دادند و رفتارهای سلامت دهان آنان را پایین تر از حد انتظار اعلام کردند. در این مطالعه حدود نیمی از پزشکان (۵۱ درصد) و کارکنان بهداشت خانواده (۴۹ درصد)، عنوان کردند که بیش از یک بار در روز مسواک می‌زنند. این یافته مشابه نتایج مطالعات دیگر^(۲۵-۲۸) می‌باشد و با یافته مطالعه Baseer و همکارانش^(۲۲) در تناقض است. در مطالعه اخیر عنوان شده که تنها ۴ درصد از مراقبین سلامت در عربستان دو بار در روز مسواک می‌زنند.

در این مطالعه، به طور کلی دانش پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده در زمینه سلامت دهان و دندان پایین نشان داده شد. زیرا پزشکان تنها به ۱۸ سؤال از ۳۴ سؤال دانشی

کارکنان بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی شهر تهران، به عنوان گروه هدف انتخاب شدند. بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه را در هر دو گروه، زن‌ها تشکیل می‌دادند. علت این امر در پزشکان می‌تواند تمایل بیشتر زنان به کار در مراکز دولتی باشد در حالی که مردها تمایل بیشتری به کار در مراکز خصوصی و کسب در آمد بالاتر دارند. به علاوه، از آنجا که کارکنان بهداشت خانواده بیشتر در ارتباط با مادران می‌باشند، تمایل زنان به تحصیل در این رشته و اشتغال به آن بیشتر از مردان است. توزیع سنی شرکت کنندگان در مطالعه در هر دو گروه تقریباً یکسان بود.

تعداد پزشکان در منطقه کمتر برخوردار شهر از منطقه برخوردار بالاتر بود که این امر ممکن است به علت بار مراجعه بیشتر بیماران در مناطق جنوبی شهر به مراکز دولتی نسبت به مناطق شمالی شهر باشد. در مناطق شمالی شهر به دلیل بهتر بودن وضعیت اقتصادی، افراد ترجیح می‌دهند برای درمان، به مراکز خصوصی و تخصصی مراجعه نمایند در حالیکه در مناطق جنوبی که وضعیت اقتصادی مردم ضعیف تر است، بیشتر افراد مراکز دولتی را برای درمان انتخاب می‌نمایند. به همین دلیل در مراکز دولتی مناطق کمتر برخوردار، تعداد پزشکان بیشتری در نظر گرفته شده است.

تعداد کارکنان بهداشت خانواده در هر دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار یکسان بود. این افراد وظیفه معاینات منظم مادران و کودکان و انجام واکسیناسیون آنها را دارند. خانواده‌ها در هر دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار برای انجام منظم واکسیناسیون کودکان خود به این مراکز مراجعه می‌کنند و بنابراین بار مراجعه افراد برای این بخش یکسان بود. به همین دلیل تعداد این افراد نیز در هر دو منطقه مشابه است. تنها ۳۲ درصد از پزشکان، علاوه

برخوردار، وضعیت پوسیدگی‌های دندانی در بیماران حادث‌تر و مشخص‌تر از کسانی است که در منطقه برخوردار زندگی می‌کنند.

داشتن اعتماد به نفس در تشخیص پوسیدگی و در ارجاع مناسب بیماران، بسیار مهم است.^(۳۰) در مجموع این کمبود اعتماد به نفس در تشخیص پوسیدگی دندان و انجام مشاوره باعث می‌شود تا افراد به کاری که اعتقاد دارند باید انجام دهند، عمل نکنند.^(۲۷) بنابراین شانس استفاده از پتانسیل مراقبین اولیه سلامت در پیشگیری و تشخیص مشکلات دهان و دندان از بین می‌رود و اگر با افزایش دانش این افراد، بتوان اعتماد به نفس آنها را در انجام این امور بالا برد، میزان عملکرد آنها در پیشگیری از بیماری‌های دهان افزایش خواهد یافت.

نتیجه‌گیری

دانش پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهر تهران در زمینه سلامت دهان در مجموع، پایین بود، علیرغم نگرش مثبت آنها به انجام اعمال پیشگیری، عملکرد مناسبی در جهت پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان نداشتند. از آنجا که این گروه نسبت به دندانپزشکان، در ارتباط بیشتر و مکرر با بیماران می‌باشند، داشتن اطلاعات در زمینه سلامت دهان و دندان و انتقال آن به افراد می‌تواند برای ارتقاء سلامت دهان جامعه بسیار مفید باشد. لیکن آموزش دوران دانشجویی و سر فصل موجود در برنامه‌های آموزشی پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده، در زمینه سلامت دهان و دندان بسیار محدود بوده و تکافوی نیاز این افراد را نمی‌کند. آموزش کوتاه مدت به شکل آموزش مداوم نیز می‌تواند باعث ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد افراد در زمینه سلامت دهان باشد.

پاسخ صحیح دادند و پاسخ کارکنان بهداشت خانواده تنها به ۱۷ سؤال درست بود. این یافته مشابه یافته‌های مطالعات گذشته مبنی بر پایین بودن دانش گروه‌های حرفه‌ای غیر دندانپزشک در مورد سلامت دهان و دندان بود.^(۲۹ و ۲۱ و ۱۸ و ۱۱) به طور کلی، اعتماد به نفس پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده در تشخیص پوسیدگی دندان و مشاوره با والدین در مورد مراقبت دندانی فرزندانشان پایین بوده و حدود یک سوم آنها اظهار کردند که در این زمینه‌ها اعتماد به نفس کافی دارند. در مطالعه‌ی Lewis و همکارانش^(۲۷) نیز تنها یک سوم شرکت‌کنندگان اظهار کردند که توانایی تشخیص پوسیدگی دندانی را داشتند، در حالی که بیش از ۸۰ درصد آنها به توانایی خود در دادن مشاوره به والدین کودکان، باور داشتند. در مطالعه انجام شده توسط Prakash و همکارانش^(۱۸) حدود نیمی از شرکت‌کنندگان در مورد تشخیص پوسیدگی دندانی، اعتماد به نفس داشتند و در زمینه مشاوره با والدین، بیشتر افراد خود را به اندازه‌ی کافی آگاه می‌دانستند. به طور مشابه در مطالعه Skeie و همکارانش^(۲۸) در نروژ، مراقبین اولیه سلامت به دانش بالای خود برای مشاوره با والدین اعتماد داشتند. در مطالعه Sabbagh و همکارانش^(۲۹) در عربستان اکثر شرکت‌کنندگان احساس می‌کردند اطلاعات کافی برای مشاوره با بیمارانشان در زمینه سلامت دهان را ندارند. این کمبود اعتماد به نفس، همانطور که در این مطالعه نشان داده شده، ناشی از کمبود دانش سلامت دهان در افراد می‌باشد و عمدتاً کسانی که دانش بیشتری داشتند، اعتماد به نفس بالاتری در این زمینه‌ها نشان دادند. در بین کارکنان بهداشت خانواده، کسانی که در منطقه کمتر برخوردار شهر مشغول به کار بودند، بیشتر از همکارانشان در منطقه برخوردار، به تشخیص پوسیدگی توسط خودشان اعتماد داشتند. این مسأله ممکن است به این دلیل باشد که در منطقه کمتر

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام پزشکان و کارکنان بهداشت خانواده مراکز بهداشتی-درمانی شهر تهران کمال تشکر را دارند.

این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران با گرنت طرح تحقیقاتی شماره ۱۲۹۱۲-۶۹-۰۱-۹۰ حمایت شد.

منابع

1. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ 2005; 83(9):711-8.
2. US Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General. Maryland: NIH Publication; 2000.
3. Bagramaian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. Am J Dent 2009; 22(1):3-8.
4. Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. Oral health and quality of life in children. In: Inglehart MR, Bagramian RA, editors. Oral health related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co; 2002. P. 79-88.
5. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. AM J Public Health 1992; 82(12):1663-8.
6. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. J Am Acad Nurse Practit 2009; 21(1): 1-10.
7. Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. JAMA 2003; 239(10):1258-64.
8. Slavkin HC, Baum BJ. Relationship of dental and oral pathology to system illness. JAMA 2000; 284(10):1215-7.
9. World Health Organization. World Health Organization Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
10. Petersen PE. Global policy improvement of oral health in the 21st century-implications to oral health research of world Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37(1):1-8.
11. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present and future. Pediatrics 2004; 113(5):e487-92.
12. American Dental Association. Future of dentistry. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resources Center; 2001.
13. Hale KJ; American Academy of Pediatrics Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. Pediatrics 2003; 111(5 Pt 1):1113-6.
14. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for pediatric and family practice residents. Pediatr Dent 2005; 27(4):284-91.
15. Bolden AJ, Logan HL, Jakobsen JR, Evans TA. Perception of oral health needs by out western Iowa non-dental health care providers. Spec Care Dentist 1994; 14(5):194-7.
16. dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. Pediatrics 2004; 114(5):e642-52
17. Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of Pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. BMC Public Health 2006, 6:176.
18. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, MacIsaac WJ, Limeback H, leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Pediatricians' knowledge, practices and training. Paediatr Child Health 2006; 11(3):151-7.
19. Department of Health, Population and Family. Mana (integrated care paediatric needs). Health of Iran University of Medical Sciences. Available at: URL: http://vch.iums.ac.ir/uploads/moarefi_mana.pdf; 2018.
20. Ministry of Health and Medical. Available at: URL: www.behdasht.gov.ir/index.aspx?sited=1&pageid=158&newsview=9408; 2018.
21. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. J Public Health Dent 2005; 65(1):14-20.
22. Baseer MA, Alenazy MS, Alasqah M, Algabbani M, Mehkari A. Oral health knowledge, attitude and practices among health professionals in King Fahad Medical City, Riyadh. Dent Res J (Isfahan) 2012; 9(4):386-92.
23. Ghasemi H, Murtooma H, Vehkalahti MM, Torabzadeh H. Determinants of oral health behaviour among Iranian dentists. Int Dent J 2007; 57(4):237-42.

24. Sharda AJ, Shetty S. Relationship of periodontal status and dental caries status with oral health knowledge, attitude and behavior among professional students in India. *Int J Oral Sci* 2009; 1(4):196-206.
25. Maatouk F, Maatouk W, Ghedira H, Ben Mimoun S. Effect of 5 years of dental studies on the oral health of Tunisian dental students. *East Mediterr Health J* 2006; 12(5):625-31.
26. Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Khabbaz AK, Dashti A, Honkala EJ. Self-reported oral hygiene habits and oral health problems of Kuwaiti adults. *Med Princ Pract* 2007; 16(1):15-21.
27. Lewis CW, Boulter S, Keels MA, Krol DM, Mouradian WE, O'Connor KG, et al. Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Acad Pediatr* 2009; 9(6):457-61.
28. Skeie MS, Skaret E, Espelid I, Misvær N. Do public health nurses in Norway promote information on oral health? *BMC Oral Health* 2011; 11:23.
29. Sabbagh HJ, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hanno AG, Alamoudi NH. Assessment of pediatricians dental knowledge, attitude and behaviour in Jaddah, Saudi Arabia. *J Clin Pediatr Dent* 2011; 35(4):371-6.
30. Yost J, Li Y. Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2008; 33(1):17-23.