

دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهار دانشجویان سال آخر دندانپزشکی ایران در خصوص دندانپزشکی پیشگیری

زهرا درستکار^۱، محمدرضا خامی^۲، سمانه رازقی^۳

۱. دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. عضو مرکز تحقیقات پیشگیری پوسیدگی دندان، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. عضو مرکز تحقیقات پیشگیری پوسیدگی دندان، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش مهم پیشگیری در دندانپزشکی امروز و نقش مؤثر نگرش و عملکرد دندانپزشکان در این زمینه، این مطالعه با هدف ارزیابی سطح دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهار دانشجویان دندانپزشکی ایران نسبت به دندانپزشکی پیشگیری در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است.

روش بررسی: از بین دانشکده های دندانپزشکی دولتی کشور، ۶ دانشکده دندانپزشکی با استفاده از نمونهگیری چند مرحلهای، انتخاب شدند. از کلیه دانشجویان سال آخر این دانشکدهها (۲۵۲ نفر) خواسته شد بصورت داوطلبانه پرسشنامه ای بدون نام و استاندارد حاوی سؤالاتی در رابطه با اطلاعات زمینه‌ای، رفتارهای شخصی بهداشت دهان، دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهار در مورد دندانپزشکی پیشگیری را پر کنند.

یافته ها: در مجموع ۲۰۷ نفر پرسشنامه را تکمیل کردند (۸۲/۱٪) که ۱۱۸ نفر (۵۷٪) آنان زن بودند. دانشجویان دختر نسبت به پسران به طور معناداری استفاده بیشتر از نخ دندان ($p=0/02$) و تعداد دفعات کمتری از مصرف میانوعدههای حاوی مواد قندی را گزارش کردند ($p=0/03$). دانشجویانی که مادرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند، استفاده بیشتر از نخ دندان ($p=0/03$)، تعداد دفعات بیشتر مسواک زدن در روز ($p=0/03$) و پایبندی بیشتر به بهداشت دهان فردی مطلوب (EBOSC) ($p=0/03$) را گزارش کردند و نیز بالاترین عملکرد پیشگیری را داشتند ($p=0/009$). همچنین کسب نمره در بالاترین چارک امتیاز عملکرد پیشگیری ارتباط معنی داری با سطح نگرش ($p=0/005$) و سطح توانمندی خوداظهار پیشگیری ($p=0/05$) داشت.

نتیجه گیری: با وجود بعضی تغییرات مطلوب، هنوز دندانپزشکی پیشگیری جایگاه واقعی خود را در بین دانشجویان دندانپزشکی پیدا نکرده است. برنامه‌ریزی آموزشی مناسب به منظور بهبود وضعیت موجود در دانشجویان دندانپزشکی ضروری است.

کلید واژه ها: دانش، نگرش، عملکرد حرفه ای، دانشجویان دندانپزشکی، دندانپزشکی پیشگیری

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۰۵

نویسنده مسئول: دکتر سمانه رازقی s-razeghi@tums.ac.ir

مقدمه

اغلب بیماری‌ها و مشکلات دهان و دندان همچون
حیات نیستند؛ با این حال دلایلی مانند شیوع بالا،
پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریدونتال تهدید کننده
عوارض و پیامدهای بیماری‌های دهان و دندان و هزینه-

کشورهای توسعه یافته میباشد (۸) و اگر قرار باشد تمام افراد جامعه از خدمات نسبی قابل قبولی در زمینه مراقبت دهان و دندان برخوردار شوند، جامعه میبایست مخارج بسیار سنگینی را متحمل شود. از آنجایی که اجرای رویکرد درمانی و ترمیمی برای مبارزه با پوسیدگی دندان در سطح جمعیت در تعداد زیادی از کشورها مقرون به صرفه نیست (۷)، سازمان جهانی بهداشت (WHO) در اهداف سلامت دهان برای سال ۲۰۲۰ تأکید بیشتری بر روی پیشگیری و توسعه سیستمهای بهداشت دهان مقرون به صرفه و قابل دسترس برای پیشگیری و کنترل بیماری های کرانیوفاسیال داشتهاست و اکنون دندانپزشکی پیشگیری در اولویت سازمان جهانی بهداشت برای ارتقاء سلامت است (۹ و ۱۰).

اگر چه نیاز به تمرکز بر پیشگیری در آموزش دندانپزشکی به طور گستردهای مورد توجه بوده است (۱ و ۱۱)، همچنان در برنامه های درسی آموزش دندانپزشکی در بسیاری از کشورها جنبه های درمانی در اولویت است (۱۲). باتوجه به اینکه در سالهای اخیر الگوی کنترل بیماری های دهان و دندان از رویکرد درمان محور به پیشگیری محور تغییر یافته، بنابراین دندانپزشکان به جای تمرکز بر مداخله، باید بر نظارت، کنترل و پیشگیری بیماری های دهان تمرکز کنند. همچنین موفقیت برنامه های ارتقاء سلامت نیاز به وجود

ها و بار مالی این مشکلات بر جامعه سبب شده است که مشکلات و بیماری های دهان و دندان به عنوان بخشی از مشکلات بزرگ سلامت عمومی در همه جای دنیا در نظر گرفته شوند (۱-۴). طبق آمار وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۱ حدود ۸۷ درصد از کودکان ۶ ساله ایرانی دچار پوسیدگی دندانی بوده اند (۵). این شیوع بالا برای بیماریهای پریدونتال نیز صدق میکند. بانک اطلاعات بهداشت دهان جهان نشان می دهد که علائم بیماریهای پریدونتال شیوع بالایی در میان بزرگسالان در همه مناطق دارد و علائم التهاب لثه میتواند در اغلب کودکان و نوجوانان جهان دیده شود (۶). طبق آمار وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۱، ۹/۷ درصد از کودکان ۵-۶ ساله و ۲۶/۹ درصد از کودکان ۱۲ ساله ایران عارضه خونریزی از لثه را نشان داده اند. همچنین در این بررسی ۲۵/۶ درصد بالغین ۳۵-۴۴ ساله و ۳۴/۶ درصد افراد ۶۵-۷۴ ساله کشور دارای پاکت دندانی بین ۴-۵ میلی متر میباشند (۵).

بیماریهای دهان و دندان علاوه بر پیامدهایی مانند درد، ناراحتی، اختلال عملکرد و فشارهای روانی-اجتماعی، بهطور قابل توجهی بر کیفیت زندگی افراد در تمامی سنین تاثیرگذار اند (۳ و ۷ و ۸). علاوه بر این، شواهد بیانگر وجود ارتباط قوی بین بیماری دهان و بیماریهای مزمن غیر واگیر دار شایع هستند (۳). از سویی دیگر بیماریهای دهان و دندان چهارمین درمان گران قیمت در

نیروی کار دندانپزشکی آگاه و مثبت گرا در این زمینه دارد (۱۳). به علت تأثیر زیاد یک چنین نیروی کاری روی سلامت جامعه، سازمان جهانی بهداشت بر ارتقاء مسئولیت اجتماعی و مهارت‌های اخلاقی درمانگران به عنوان یک هدف برای سال ۲۰۲۰ تأکید دارد (۱۰). به علاوه رابطه بین نگرش، دانش و عملکرد در میان متخصصین قویتر از عوام مردم است که این نکته از آموزش یک نیروی کار پیشگیری‌گرا حمایت میکند (۱۳-۱۵).

در برنامه‌ریزی برای افزایش توانمندی‌های دندانپزشکان در جهت پیشگیری گام اول ارزیابی وضعیت موجود است. از طرف دیگر برای بررسی نتایج حاصل از پیشگیری همواره نیاز به تحقیقات آماری وجود داشته‌است. تحقیقات آماری هم می‌تواند علم بهداشت را در پیشگیری از بیماری‌ها یاری و راهنمایی نماید و هم می‌تواند از نقاط ضعف و قوت موجود ما را مطلع سازد تا برای رفع نقاط ضعف تدبیر نماییم. با توجه به نقش مهم پیشگیری در دندانپزشکی امروز و نقش مؤثر دانش، نگرش و عملکرد دندانپزشکان در این زمینه، با هدف برنامه‌ریزی جهت آموزش‌های مدون برای دانشجویان در جهت افزایش آگاهی و عملکرد آنان در رابطه با دندانپزشکی پیشگیری بر آن شدیم تا سطح دانش، نگرش و عملکرد حال حاضر دانشجویان سال آخر دندانپزشکی ایران نسبت به دندانپزشکی پیشگیری را بررسی کنیم.

روش بررسی

نمونه گیری

این مطالعه توصیفی-مقطعی در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۳-۹۴ صورت گرفت. تاییدیه اخلاقی مطالعه با مجوز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره IR.TUMS.REC.1394.1026 صورت گرفت. جمعیت هدف در این طرح کلیه دانشجویان سال آخر دانشکده‌های دندانپزشکی در ایران بود. برای نمونه گیری از یک روش چند مرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که ابتدا تمام دانشکده‌های دندانپزشکی دولتی ایران بر اساس سابقه به دو گروه تقسیم شدند: از بین کل دانشکده های دندانپزشکی کشور ۶ دانشکده به عنوان دانشکده سابقه‌دار و بقیه به عنوان دانشکده‌های جدید به حساب آمدند. سپس از بین دانشکده‌های سابقه‌دار، دانشکده های تهران و شهید بهشتی به علت سهولت دسترسی و مشهود به صورت تصادفی انتخاب شدند. از بین دانشکده‌های جدید سه دانشکده (قزوین، همدان و کرمان) به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. این شش دانشکده به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. برای انجام طرح در هر دانشکده از بین اعضای هیئت علمی یک نفر به عنوان همکار طرح انتخاب شد. با این همکاران به صورت تلفنی یا حضوری تماس بر قرار گردید و ضمن جلب رضایت آنان، توضیحات کافی در مورد اهداف طرح و روش اجرای آن داده شد.

چک- آپ دندانپزشکی و آخرین زمان چک-آپ بود. با توجه به چندگزینه‌های بودن سؤالات مربوط به رعایت بهداشت شخصی دهان، برای دو حالتی کردن آنها از این معیارها استفاده شد: حداقل دو بار در روز مسواک زدن، استفاده دائم از خمیردندان حاوی فلوراید (کسانی که حداقل دو بار در روز از مسواک همراه با خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده می‌کردند، پایبند به EBOSC (Evidence-Based Oral Self Care) در نظر گرفته شدند)، حداقل یکبار در روز استفاده از نخ دندان، مصرف کمتر از یکبار در روز میان وعده شیرین. در مورد مراجعه به دندانپزشک از تلفیق دو سؤال موجود در پرسشنامه در این زمینه، تغییری به نام «استفاده از خدمات دندانپزشکی با رویکرد پیشگیری» با معیارانجام معاینه دوره‌ای در طول یک سال گذشته توسط یک دندانپزشک یا یک همکلاسی تعریف گردید.

سطح دانش دندانپزشکی پیشگیری با ۹ عبارت صحیح در مورد دندانپزشکی پیشگیری همراه با یک مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» مورد سؤال قرار گرفت. بر اساس میزان موافقت با عبارات پرسشنامه، امتیازی از ۱ تا ۵ برای هر سؤال (با مجموع امتیازات حداقل ۹ و حداکثر ۴۵) برای هر فرد محاسبه شد. فاصله بین حداقل و حداکثر این امتیاز طیف به چهار قسمت مساوی تقسیم شد و کسانی که امتیاز

با هماهنگی با همکاران طرح در دانشکده‌های منتخب، بعد از یک جلسه درسی ضمن ارائه توضیحاتی در زمینه اهداف، چگونگی انجام مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، پرسشنامه‌های بدون نام به دانشجویان تحویل داده شد تا در صورت تمایل آن را تکمیل کرده و برگردانند. شرکت دانشجویان در مطالعه بصورت داوطلبانه بود.

پرسشنامه

پرسشنامه ای که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه ای استاندارد بود که از مطالعات قبلی اخذ گردید و روایی و پایایی پرسشنامه تایید شده بود (۱۳ و ۱۴). پرسشنامه در ۶ قسمت تهیه شده بود که شامل اطلاعات زمینه‌ای، میزان رعایت بهداشت شخصی دهان، دانش، نگرش و عملکرد دندانپزشکی پیشگیری و میزان توانمندی خوداظهار در انجام درمانهای پیشگیری بود.

اطلاعات زمینه ای شامل جنس و سطح تحصیلات والدین با پاسخ های چند گزینه ای بود. پس از جمع آوری داده-ها معیار دو حالتی کردن متغیرهای میزان تحصیلات پدر و مادر، داشتن تحصیلات دانشگاهی در نظر گرفته شد.

میزان رعایت شخصی بهداشت دهان شامل ۶ سوال در رابطه با تعداد دفعات مسواک زدن، میزان استفاده از خمیردندان حاوی فلوراید، میزان استفاده از نخ دندان، تعداد دفعات مصرف میانوعده‌های شیرین، نحوه انجام

آنان در بالاترین چارک قرار گرفت به عنوان گروه دارای دانش بالا در نظر گرفته شدند.

برای سنجش نگرش دانشجو در مورد دندانپزشکی پیشگیری یک مقیاس افتراق معنایی هفت گزینه‌ای و دارای ۵ آیتم شامل سودآور برای دندانپزشک-هزینه‌بر برای دندانپزشک، مفید برای جامعه-بیفایده برای جامعه، شهرت‌آور-غیر شهرت‌آور، اساسی-غیر اساسی، آسان-مشکل ارائه شد. برای هر یک از بندهای مقیاس افتراق معنایی ارائه شده در پرسشنامه برحسب انتخاب فرد امتیازی از یک تا هفت تعلق گرفت که بالاترین امتیاز برای نگرش مثبتتر بود. جمع امتیازات برای هر فرد (با حداقل ۵ و حداکثر ممکن ۳۵) محاسبه شد و به روش توضیح داده شده برای دانش پیشگیری، افراد کسب کننده امتیاز در بالاترین چارک مشخص شدند.

در قسمت مربوط به عملکرد پیشگیری میزان موافقت با انتخابهای درمانی برای دو عدد کیس: ۱- ریسک پایین پوسیدگی ۲- ریسک بالای پوسیدگی، هر یک شامل ۸ آیتم ارائه شد. هر آیتم دارای پاسخی در قالب مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» بود. به پاسخ انتخاب شده توسط هر شرکت کننده امتیازی از یک تا پنج اختصاص داده شد. با محاسبه جمع این امتیازات برای هر فرد (با حداقل ممکن ۱۶ و حداکثر ممکن ۸۰) به روش ذکر شده در قبل، افراد دارای امتیاز در بالاترین چارک مشخص شدند.

میزان توانمندی خوداظهاری در ارائه خدمات پیشگیری از پوسیدگی در پنج سؤال جداگانه شامل: دادن آموزش بهداشت دهان به بیماران، انجام مشاوره تغذیه‌ای برای پیشگیری از پوسیدگی دندان، انجام فلورایدتراپی برای بیماران، انجام فیشور سیلنت تراپی برای کودکان و انجام مراقبتهای پیشگیرانه برای بیماران دارای ریسک بالای پوسیدگی مورد سؤال قرار گرفت. گزینه‌ها عبارت بود از: زیاد، به میزان کافی، کم، هیچ و تاکنون این کار را انجام ندادهام. کسانی که در هر پنج سؤال یکی از گزینه‌های یک یا دو را انتخاب کرده بودند به عنوان توانمند در ارائه خدمات پیشگیری از پوسیدگی در نظر گرفته شدند.

تحلیل داده‌ها

داده‌های پرسشنامه‌ها وارد نرم افزار SPSS شد و برای تحلیل آماری از آزمون کایو و مدل‌های رگرسیون لجستیک استفاده گردید. سطح معنی داری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از بین ۲۵۲ نفر شرکت کننده در مجموع ۲۰۷ نفر پرسشنامه را تکمیل کردند (میزان پاسخدهی برابر با ۸۲/۱ درصد) که ۱۱۸ نفر (۵۷٪) آنان زن بودند. تحصیلات دانشگاهی پدر و مادر به ترتیب در ۷۰/۹٪ و ۵۹/۷٪ از دانشجویان گزارش شد.

در زمینه رعایت شخصی بهداشت دهان یافته‌ها نشان داد که بطورکلی دانشجویان بیش از یکبار در روز مسواک می‌زدند. ۷۲/۲٪ شرکت کنندگان به صورت دائم از

دختر نسبت به پسران بهطور معناداری بیشتر از نخ دندان استفاده میکردند ($p=0/024$) و تعداد دفعات کمتری میان وعده های قندی مصرف میکردند ($p=0/03$). همچنین نتایج نشان داد دانشجویانی که مادرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند بیشتر از نخ دندان استفاده میکردند ($p=0/03$) و به و به EBOSC بیشتر پایبند بودند ($p=0/03$) و تعداد دفعات بیشتری در روز مسواک میزدند ($p=0/03$).

خمیردندان حاوی فلوراید استفاده میکردند. $54/9\%$ حداقل یکبار در روز نخ دندان میکشیدند. $32/7\%$ کمتر از یکبار در روز میان وعده شیرین میخوردند. در مجموع $48/2\%$ از دانشجویان به صورت پیشگیرانه از خدمات دندانپزشکی استفاده میکردند. درکل $28/4\%$ از دانشجویان به EBOSC پایبند بودند (جدول ۱). بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه ای با آیتم های مربوط به رعایت شخصی بهداشت دهان نشان داد که دانشجویان

جدول ۱: نتایج مدل رگرسیون لجستیک برای بررسی ارتباط وضعیت رفتارهای شخصی بهداشت دهان با متغیرهای مورد بررسی در

بین دانشجویان دندانپزشکی سال آخر ($n=207$)

p-value	تحصیلات مادر (%)		p-value	تحصیلات پدر (%)		p-value	جنس (%)		همه (%)	رفتارهای بهداشت دهان
	غیردانشگاهی	دانشگاهی		غیردانشگاهی	دانشگاهی		زن (%)	مرد (%)		
0/032	44/6	60	0/181	45/2	54/7	0/091	58/9	42/4	51/9	حداقل دوبار در روز مسواک زدن
0/930	71/8	72/4	0/572	75/9	70/7	0/984	72/3	72/1	72/2	استفاده دائم از خمیردندان حاوی فلوراید
0/031	42/3	60/9	0/154	49	57/4	0/024	62/6	43/1	54/9	استفاده از نخ دندان حداقل روزی یکبار
0/663	29/5	31/1	0/467	36/9	31	0/030	26/9	42/1	32/7	مصرف کمتر از یک بار در روز میان وعده های قندی
0/943	47/3	48/1	0/359	52/4	46/5	0/165	8/48	48/1	48/2	استفاده پیشگیرانه از خدمات دندانپزشکی
0/026	31/1	44/9	0/770	40/2	37/7	0/250	43/1	31/1	38/4	EBOSC

مواد قندی نسبت به کل مقدار مواد قندی خورده شده در ایجاد پوسیدگی دندان است ($96/6\%$). کمترین فراوانی پاسخ های صحیح به سوالات دانش نیز مربوط به اهمیت بیشتر استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید نسبت به روش مسواک زدن در پیشگیری از پوسیدگی دندان بوده است ($30/0\%$).

جدول ۲ فراوانی پاسخ های صحیح دانشجویان به سوالات مربوط به حیطة دانش در زمینه دندانپزشکی پیشگیری را نشان می دهد. نمودار ۱ نیز وضعیت نگرش دانشجویان سال آخر دندانپزشکی کشور را نسبت به دندانپزشکی پیشگیری نشان می دهد. چنان که ملاحظه می شود بیشترین پاسخ های صحیح دانشجویان به سوالات دانش، در زمینه تأثیر بیشتر تعداد دفعات خوردن

جدول ۲- فراوانی پاسخ های صحیح دانشجویان سال آخر دندانپزشکی به سوالات دانش در زمینه دندانپزشکی پیشگیری (n=۲۰۷)

درصد (%)	تعداد	سوالات حیطه دانش
۸۸/۹	۱۸۴	اضافه کردن فلوراید به آب آشامیدنی، راه موثر، مطمئن و کارآمدی برای پیشگیری از پوسیدگیهای دندان است.
۹۶/۶	۲۰۰	اثر تعداد دفعات خوردن مواد قندی در ایجاد پوسیدگی دندان بیش از اثر کل مقدار مواد قندی خورده شده است.
۹۳/۷	۱۹۴	فیثورسیلانت تراپی، عامل موثری در پیشگیری از پوسیدگی پیت و فیثور در دندانهای مولر دائمی تازه رویش یافته است.
۷۶/۳	۱۵۸	احتمال از دست رفتن دندانی که تحت درمان ترمیمی قرار گرفته (تراش خورده و ترمیم شده است)، بیش از دندان سالم است.
۵۸/۰	۱۲۰	استفاده از مقدار کمتری آب برای شستشوی باقیمانده خمیردندان بعد از مسواک زدن، موجب افزایش اثر فلوراید بر دندان میشود.
۵۶/۵	۱۱۷	معاینه شیارهای یک دندان تازه رویش یافته با نوک تیز سوند، موجب آسیب دیدن منشورهای مینایی و استعداد بیشتر دندان به پوسیدگی میشود.
۳۲/۴	۶۷	پوسیدگی نقطهای سفید یا قهوهای که بر سطح مرطوب دندان قابل مشاهده است، تمام عرض مینا را طی کرده است.
۳۰/۰	۶۲	اهمیت استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی دندان، بیشتر از روش مسواک زدن است.
۶۲/۸	۱۳۹	بیماریهای مربوط به دهان و دندان میتوانند به بیماریهای سیستمیک منجر شوند.

پیشترین توانمندی خوداظهار را در رابطه با انجام

فیثورسیلانتتراپی برای کودکان (۹۴/۲٪) و کمترین توانمندی خوداظهار را در رابطه با ارائه مشاوره تغذیه برای پیشگیری از پوسیدگی دندان (۷۳/۹٪) گزارش کرده اند.

بر اساس پاسخهای دانشجویان، درصد دانشجویانی که در بالاترین چارکهای امتیازی دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهار پیشگیری امتیاز کسب کرده بودند

به ترتیب ۲۵/۱، ۲۸، ۲۸/۳، ۴۷/۳ درصد بود. بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه ای با آیتم های مربوط به عملکرد پیشگیری نشان داد که دانشجویانی که پدرشانیا مادرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند (به ترتیب $p=۰/۰۱$ و $p=۰/۰۴$) به طور معنیداری امتیاز بالاتری در

جدول ۳ فراوانی پاسخ های مثبت دانشجویان بر اساس نظرات ایشان در مورد مفهوم کلی دندانپزشکی پیشگیری در حیطه نگرش را نشان می دهد. از نظر دانشجویان مثبت ترین دیدگاه مربوط به آیتم مفید بودن دندانپزشکی پیشگیری برای جامعه (۸۶/۵٪) و منفی ترین دیدگاه مربوط به سودآور بودن دندانپزشکی پیشگیری برای دندانپزشک (۳۸/۲٪) بوده است.

جدول ۴ فراوانی پاسخ های مثبت دانشجویان سال آخر دندانپزشکی به سوالات توانمندی خوداظهار در زمینه دندانپزشکی پیشگیری را بر اساس انتخاب گزینه های زیاد و به میزان کافی نشان می دهد. دانشجویان

زمینه عملکرد پیشگیری کسب کرده بودند. در خصوص بالاترین عملکرد پیشگیری را داشتند. ارتباط تحصیلات دانش، نگرش و توانمندی خوداظهاری هیچ ارتباط معنیداری با عوامل زمینهای دیده نشد. در بررسی عوامل مختلف موثر بر عملکرد پیشگیری، مدل رگرسیون لجستیک نشان داد سطح تحصیلات پدر و مادر، سطح نگرش و سطح توانمندی خوداظهاری پیشگیری با عملکرد پیشگیری ارتباط معنی دار دارد. دانشجویانی که تحصیلات مادرشان دانشگاهی بود

بالاترین عملکرد پیشگیری را داشتند. ارتباط تحصیلات بالاتر پدر با کسب امتیاز در بالاترین چارک امتیاز پیشگیری نزدیک به معنی داری بود. همچنین کسب نمره در بالاترین چارک امتیاز عملکرد پیشگیری ارتباط معنی داری با سطح نگرشو سطح توانمندی خوداظهاری و مادر، سطح نگرش و سطح توانمندی خوداظهاری پیشگیری با عملکرد پیشگیری ارتباط معنی دار دارد. دانشجویانی که تحصیلات مادرشان دانشگاهی بود

جدول ۳- فراوانی پاسخ های مثبت (انتخاب گزینه های ۵، ۶ و ۷) دانشجویان بر اساس نظرات ایشان در مورد مفهوم کلی

دندانپزشکی پیشگیری در حیطه نگرش (n=۲۰۷)

سوال	تعداد	درصد (%)
سودآور برای دندانپزشک	۷۹	۳۸/۲
مفید برای جامعه	۱۷۹	۸۶/۵
شهرت آور	۸۳	۴۰/۸
اساسی	۱۵۸	۷۶/۳
آسان	۱۲۱	۵۸/۵

جدول ۴- فراوانی پاسخ های مثبت (انتخاب گزینه های زیاد و به میزان کافی) دانشجویان سال آخر دندانپزشکی به سوالات

توانمندی خوداظهاری در زمینه دندانپزشکی پیشگیری (n=۲۰۷)

سوال	تعداد	درصد (%)
دادن آموزش بهداشت دهان به بیماران	۱۹۴	۹۳/۷
ارائه مشاوره تغذیه برای پیشگیری از پوسیدگی دندان	۱۵۳	۷۳/۹
انجام فلورایدتراپی برای بیمار	۱۷۸	۸۶/۰
انجام فیشورسیلانتتراپی برای کودکان	۱۹۵	۹۴/۲
انجام مراقبتهای پیشگیرانه برای بیماران دارای ریسک بالای پوسیدگی	۱۶۳	۷۸/۷

جدول ۵- نتایج مدل رگرسیون لجستیک برای بررسی ارتباط کسب امتیاز در بالا ترین چارک امتیاز عملکرد پیشگیری با

متغیرهای مورد بررسی در بین دانشجویان دندانپزشکی سال آخر (n=۲۰۷)

سطح اطمینان ۹۵٪		Odds Ratios	p-value	Error.Std	متغیرهای وابسته
حدپایین	حدبالا				
۲/۱۱۹	۰/۴۷۸	۱/۰۰۶	۰/۹۸۵	۰/۳۳۴	جنس مرد زن
۴/۴۶۵	۰/۹۶۸	۲/۰۷۹	۰/۰۵۹	۰/۳۴۳	میزان تحصیلات پدر غیردانشگاهی دانشگاهی
۳/۹۷۱	۱/۲۸۲	۲/۲۵۷	۰/۰۰۹	۰/۲۵۴	میزان تحصیلات مادر غیردانشگاهی دانشگاهی
۱/۸۷۸	۰/۴۳۵	۰/۹۰۴	۰/۷۶۵	۰/۳۲۸	سطح دانش پیشگیری امتیاز در چارک‌های ۲ و ۳. امتیاز در بالاترین چارک.
۵/۶۲۱	۱/۵۰۹	۲/۹۱۳	۰/۰۰۵	۰/۲۹۵	سطح نگرش پیشگیری امتیاز در چارک‌های ۲ و ۳. امتیاز در بالاترین چارک.
۵/۴۵۲	۰/۹۹۳	۲/۳۲۷	۰/۰۵۲	۰/۳۸۲	سطح توانمندی خوداظهاری پیشگیری امتیاز در چارک‌های ۲ و ۳. امتیاز در بالاترین چارک.
۱/۹۴۱	۰/۵۵۸	۱/۰۴۱	۰/۸۸۹	۰/۲۸۰	<i>EBOSC</i> غیر پایبند پایبند

بحث

بهداشت شخصی دهان دانشجویان و نیز عملکرد پیشگیری آنان تحت تأثیر ویژگیهای زمینهای (جنس و تحصیلات والدین) میباشد و نیز نشان داد که عملکرد پیشگیری ارتباط معنیداری با سطح نگرش و میزان توانمندی خوداظهاری دانشجویان در زمینه پیشگیری دارد.

در این مطالعه میزان رعایت شخصی بهداشت دهان، دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهاری دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در زمینه دندانپزشکی پیشگیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رفتارهای

در این پژوهش ۵۱/۹٪ دانشجویان بیش از یکبار در روز مسواک زدن را گزارش کردند که این عدد از آنچه مطالعات قبلی در ایران و مغولستان از دندانپزشکان (۱۴ و ۱۸) و دانشجویان دندانپزشکی (۱۱ و ۱۹) گزارش شده است، کمتر است. با توجه به نقش ثابت شده دو بار در روز مسواک زدن با خمیردندان حاوی فلوراید (۲۰-۲۳) در پیشگیری از پوسیدگی و این که عمده کاهش در پیشگیری از پوسیدگی در کشورهای توسعه یافته را به استفاده از خمیردندان حاوی فلوراید نسبت میدهند (۲۴)، به نظر میرسد در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران باید تأکید بیشتری روی معیارهای جدید رعایت بهداشت دهان صورت پذیرد.

طبق یافته‌های ما در این پژوهش دانشجویان دختر به‌طور معناداری بیشتر از پسران از نخ دندان استفاده میکردند و تعداد دفعات کمتری میان وعده‌های قندی مصرف میکردند که این یافته با نتایج مطالعاتی که بین دانشجویان و دندانپزشکان و افراد عادی جامعه (۱۹ و ۲۵ و ۲۶) صورت گرفته مطابقت دارد، ولی با نتایج مطالعاتی که در بین دانشجویان (۱۱) و دندانپزشکان (۱۴) در مغولستان مبنی بر عدم تفاوت جنسیتی در رعایت رفتارهای بهداشت دهان انجام شده متفاوت است. این مساله می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی بین دو کشور باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد دانشجویانی که مادرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند بیشتر از نخ

نمونه‌گیری ما برای فراهم کردن نمونه‌های که بیانگر دانشجویان در همه دانشکده‌های دندانپزشکی ایران باشد طراحی شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۶ دانشکده دندانپزشکی دولتی انتخاب شدند. از آنجا که در مقابل کل دانشکده‌های دندانپزشکی دولتی در ایران تنها سه دانشکده دندانپزشکی خصوصی یا نیمه خصوصی (دو دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد واحد تهران و خوراسگان اصفهان و دانشکده دندانپزشکی شاهد) وجود دارد و با توجه به این که در یکی از این سه دانشکده (شاهد) مطالعه پایلوت انجام گرفته است، به نظر میرسد نمونه گویای جامعه دانشجویان سال آخر دندانپزشکی باشد؛ به خصوص این که دانشکده‌های دندانپزشکی آزاد و دولتی از بعضی اساتید مشترک بهره میبرند.

در این مطالعه با به کار بردن تمهیداتی سعی شد تا نماینده بودن نمونه به حداکثر برسد؛ از جمله اینکه از وجود یک همکار در هر دانشکده به منظور پیگیری تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانشجویان استفاده شد. میزان پاسخدهی نسبتاً بالا نشان از موفقیت نسبی این تمهیدات دارد. با این وجود باید توجه داشت که مطالعه با استفاده از پرسشنامه انجام گرفته است که محدودیتهای خود از جمله سوگیری اجتماعی را داراست (۱۶ و ۱۷). همچنین از آنجا که هیچ آزمایش بیوشیمیایی برای تأیید صحت پاسخ دانشجویان صورت نگرفته است، نتایج باید با احتیاط تفسیر شوند.

(۱۸). اگر بپذیریم پیشگیری در ذهن دانشجویان باید به اندازه درمان مهم باشد آنگاه متوجه میشویم ضعفهایی در این زمینه در آموزش دندانپزشکی وجود دارد؛ چرا که انتظار داریم این موارد در دانشکدههای دندانپزشکی آموزش داده شود (۲۷)، همانطور که مطالعه‌های در سال ۲۰۱۴ در آمریکا نشان داد که دانشجویان نیاز به آموزش بیشتر در زمینه پیشگیری دارند و نشان داد ارائه دوره آموزشی در این زمینه میتواند نقص در آگاهی از پیشگیری را اصلاح کند (۲۸). همچنین در مطالعه‌محبی و همکاران در ایران نتایج نشان داد آگاهی دانشجویان در زمینه دندانپزشکی پیشگیری با گذراندن واحد درسی جامعه‌نگر نظری به‌طور معنی داری افزایش یافت (۲۹). ارزیابی دانش پیشگیری از دانشجویان اردنی نیز نشان داد که دوره‌های آموزشی در زمینه پیشگیری دندانپزشکی، آگاهی و نگرش دانشجویان دندانپزشکی نسبت به بهداشت دهان را ارتقاء داده است (۳۰). مطالعه‌های دیگر نشان داد با برنامه‌ریزی مناسب، آموزش بعد از فارغ التحصیلی میتواند آگاهی دندانپزشکان را افزایش دهد (۳۱)؛ که این نیاز به برنامه‌های آموزشی نظیر برنامه‌های آموزش مداوم در زمینه دندانپزشکی پیشگیری بعد از فارغ‌التحصیلی را نشان میدهد.

یافته‌های این مطالعه در مورد نگرش دانشجویان با یافته‌های قبلی در مورد نگرش دندانپزشکان انگلیسی (۳۲) و اساتید دانشکده‌های دندانپزشکی ایران (۱۹) مطابقت دارد. این مسئله ممکن است بازتاب مشکلاتی

دندان استفاده میکردند و به EBOSC بیشتر پایبند بودند و تعداد دفعات بیشتری در روز مسواک میزدند. نتایج مطالعات قبلی انجام شده در بین دانشجویان دندانپزشکی ایران ارتباط تحصیلات بالاتر پدر را با میزان بیشتر مسواک زدن گزارش کرده‌اند (۱۹). انتظار می‌رود که آموزشهای حرفهای که دندانپزشکان در حین دوره تحصیل میبینند اثرات عوامل زمینهای و اجتماعی را از بین ببرد (۱۴ و ۲۶).

بر اساس پاسخهای دانشجویان، درصد دانشجویانی که در بالاترین چارکهای امتیازی دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهاری پیشگیری امتیاز کسب کرده بودند به ترتیب ۲۵/۱، ۲۸، ۲۸/۳، ۴۷/۳ درصد بود. حدود یک چهارم دانشجویان در بالاترین چارک دانش، نگرش و عملکرد پیشگیری قرار داشتند و کمتر از نیمی از آنان نمره بالاترین چارک توانمندی خوداظهاری پیشگیری را کسب کرده بودند. در مطالعه Ghasemi و همکاران در سال ۲۰۰۷، ۲۲٪ از دندانپزشکان امتیاز دانش پیشگیری بالا را کسب کردند (۲۵) که تقریباً مشابه نتایج به دست آمده در این مطالعه میباشد. علاوه بر آن در مطالعاتی مشابه در اصفهان (۱۰)، کره (۲۶) و مغولستان (۱۴) آگاهی کمی در مورد تأثیر فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی گزارش شده است. همچنین در مطالعه Khami و همکاران در سال ۲۰۰۷، اساتید دانشکده‌های دندانپزشکی ایران تأثیر خمیر دندان حاوی فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی دندان را کم در نظر گرفتند

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد اگر چه میزان رعایت بهداشت شخصی دهان در نزد دانشجویان، احتمالاً از افراد عادی جامعه بالاتر است، در حد مورد انتظار برای افرادی که وظیفه آموزش عمومی در این زمینه را بر عهده دارند نمیباشد. به خصوص اینکه با توجه به ماهیت پرسشنامه‌های مطالعه حاضر، نتایج به دست آمده احتمالاً یک تخمین خوشبینانه از وضعیت موجود است. لذا آموزش های بیشتر در این زمینه در جهت ارتقاء وضعیت موجود می تواند راهگشا باشد. همچنین دانش، نگرش، عملکرد و توانمندی خوداظهار دانشجویان در زمینه دندانپزشکی پیشگیری چندان بالا نیست. به نظر میرسد در برنامه آموزشی دانشکده‌های دندانپزشکی توجه کافی به مسأله دندانپزشکی پیشگیری نشده است.

تقدیر و تشکر

این مطالعه منتج از پایان نامه دانشجویی سرکار خانم زهرا درستکار مصوب دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۶۱۳۰ میباشد. نویسندگان مقاله مراتب قدردانی و تشکر خود را از جناب آقای دکتر احمدرضا شمشیری بابت زحمات ایشان در مشاوره آماری به عمل می آورند. همچنین از تمامی دانشجویانی که در این طرح مشارکت داشته اند، سپاسگزاری می شود.

باشد که در راه اعمال خدمات پیشگیری توسط دندانپزشکان برای بیماران در جامعه وجود دارد و در مطالعات قبلی به بعضی از آنها اشاره شده است؛ از جمله عدم تمایل بیماران برای پرداخت پول، عدم توجه تأمین کنندگان مالی خدمات (مثل شرکتهای بیمه) به بحث پیشگیری و عدم وجود وقت کافی به خاطر حجم زیاد کارهای درمانی (۳۲-۳۴). در حالی که در این مطالعه هیچ تفاوت معنی داری بین دو جنس در دانش، نگرش و عملکرد پیشگیری مشاهده نشد، در مطالعه Khami در سال ۲۰۰۷ اساتید دندانپزشکی زن نگرش مثبتتری نسبت به پیشگیری گزارش کردند (۱۹). همچنین در مطالعه Ghasemi در سال ۲۰۰۷ در میان دندانپزشکان، خانمها نگرش مثبت تری نسبت به پیشگیری داشتند (۲۶).

آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد کسب نمره در بالاترین چارک امتیاز عملکرد پیشگیری ارتباط معنی داری با سطح توانمندی خوداظهار پیشگیری دارد. از این نظر نتایج ما با مطالعه Tsevenjav در سال ۲۰۰۲ در میان دانشجویان دندانپزشکی مغولستان همخوانی دارد (۱۱). همچنین در مطالعه ما بین عملکرد پیشگیری دانشجویان با جنسیت به عنوان یک فاکتور زمینه ای ارتباط معنی داری مشاهده نشد؛ مشابه این یافته در مطالعه Arheiam در لیبی در سال ۲۰۱۵ روی گروهی از دندانپزشکان به دست آمد (۳۵).

References

1. National Institutes of Health. Diagnosis and management of dental caries throughout life. National Institutes of Health Consensus Development Conference statement, March 26-28, 2001. *J Dent Educ* 2001;65(10):1162-8.
2. Anderson, M. Risk assessment and epidemiology of dental caries: review of the literature. *Pediatr Dent* 2002; 24(5):377-85.
3. Petersen, PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(Suppl 1):3-23.
4. Pakshir HR. Oral health in Iran. *Int Dent J* 2004; 54(Suppl 1):367-372.
5. Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Oral health profile in Iran in 1391. Oral Health Bureau, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Iran. 2012. Available at: URL: <https://www.IranOralHealth.ir/1395/07/13/1391>. October 4, 2016.
6. Pakshir, HR. Dental education and dentistry system in Iran. *Med PrincPract* 2003; 12(Suppl 1):56-60.
7. Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *Int Dent J* 2002;52(1):1-9.
8. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005;83(9):711-8.
9. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003;53(5):285-8.
10. Nilchian F, KazemiSh, Abbasi M, Ghoreishian F, Kowkabi M. Evaluation of Isfahan's Dental Students' Awareness about Preventive Dentistry. *J Dent (Shiraz)* 2014;15(1):1-5.
11. Tseveenjav B, Vehkalahti M, Murtomaa H. Preventive practice of Mongolian dental students. *Eur J Dent Educ* 2002;6(2):74-8.
12. Plasschaert AJ, Lindh C, McLoughlin J, et al. Curriculum structure and the European Credit Transfer System for European dental schools: part I. *Eur J Dent Educ* 2006;10(3):123-130.
13. Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Prevention-oriented practice of Iranian senior dental students. *Eur J Dent Educ* 2007;11(1):48-53.
14. Tseveenjav B, Vehkalahti M, Murtomaa H. Oral health and its determinants among Mongolian dentists. *ActaOdontolScand* 2004;62(1):1-6.
15. Frank E, Hedgecock J, Elon LK. Personal health promotion at US medical schools: a quantitative study and qualitative description of deans' and students' perceptions. *BMC Med Educ* 2004;4(1):29.
16. Heloö LA. Comparison of dental health data obtained from questionnaires, interviews and clinical examination. *Scand J Dent Res* 1972;80(6):495-9.
17. Sjöström O, Holst D. Validity of a questionnaire survey: response patterns in different subgroups and the effect of social desirability. *ActaOdontolScand* 2002;60(3):136-40.

18. Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Oral health behaviour of Iranian dental school educators. *Oral Health Prev Dent* 2006;4(4):265-71.
19. Khami MR1, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students. *Eur J Dent Educ* 2007;11(1):42-7.
20. Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2003;61(6):347-55.
21. Bratthall D, Hansel-Petersson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci* 1996;104(4):416-22.
22. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004;38(3):173-81.
23. Ostberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol Scand* 1999;57(4):231-6.
24. Tada A, Hanada N. Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults. *Public Health* 2004;118(2):104-9.
25. Ghasemi H, Murtomaa H, Torabzadeh H, Vehkalahti MM. Knowledge of and Attitudes towards Preventive Dental Care among Iranian Dentists *Eur J Dent*. 2007;1(4):222-229.
26. Moon H, Paik D, Horowitz AM, Kim J. National survey of Korean dentists' knowledge and opinions: dental caries etiology and prevention. *J Public Health Dent* 1998;58(1):51-56.
27. Holloway PJ, Clarkson JE. Cost: benefit of prevention in practice. *Int Dent J* 1994;44(4):317-322.
28. Metz MJ, Miller CJ, Lin WS, Abdel-Azim T, Zandinejad A, Crim GA. Dental student perception and assessment of their clinical knowledge in educating patients about preventive dentistry. *Eur J Dent Educ* 2015;19(2):81-6.
29. Mohebbi SZ, Esfandiyar M. The effect of the theoretical course of community oral health on the oral health prevention knowledge, attitude and self-reported practice in dental school students at Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Dental Medicine (Tehran University of Medical Sciences)* 2011;24(2):245-251.
30. Barriehi-Nusair K, Alomari Q, Said K. Dental health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. *Community Dent Health* 2006;23(3):147-151.
31. McGlone P, Watt R, Sheiham A. Evidence-based dentistry: an overview of the challenges in changing professional practice. *Br Dent J* 2001;190(12):636-639.
32. Tomlinson P, Treasure E. Provision of prevention to adults in NHS dental practices and attitudes to prevention. *Br Dent J* 2006;200(7):393-397.
33. Pine CM, Adair PM, Burnside G, et al. Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. *Community Dent Health* 2004;21(1 Suppl):112-120.
34. Tseveenjav B, Vehkalahti MM, Murtomaa H. Barriers to the provision of oral health education among Mongolian dentists. *Oral Health Prev Dent* 2005;3(3):183-188.
35. Arheiam, A, Bernabe E. Attitudes and practices regarding preventive dentistry among Libyan dentists. *Community Dent Health* 2015;32(3):174-9.