

## بررسی آگاهی دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب‌های شهر تهران درباره بیماری سل در سال ۱۳۸۴

دکتر جمیله بیگم طاهری\*، دکتر زیبا ملکی\*\*، دکتر کامیار علوی\*\*\*، دکتر کاوه علوی\*\*\*\*، دکتر فاطمه سعیدی گلوچه\*\*\*\*\*

### چکیده

سابقه و هدف: بیماری سل نخستین بیماری است که از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ عنوان فوریت دریافت کرده است. دندانپزشکان طی دوران کار خود ممکن است با بیماران مبتلا به سل مواجه شوند. میزان آگاهی آنها از این بیماری می‌تواند در تشخیص و کنترل عفونت متقاطع، همچنین طرح درمان مناسب مؤثر باشد. هدف از این مطالعه سنجش آگاهی دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب‌های خصوصی تهران بزرگ در سال ۱۳۸۴ درباره بیماری سل بود.

مواد و روشها: در این بررسی توصیفی - تحلیلی ۴۲۰ دندانپزشک (۱۹۳ مرد، ۲۲۷ زن، به ترتیب ۴۶٪ و ۵۴٪) با سن ۲۵ تا ۶۵ سال و میانگین سن  $34.3 \pm 7.3$  که به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه حاوی ۱۸ پرسش سه گزینه‌ای بود که در ۳ دسته ۶ سؤالی اطلاعات عمومی (تعریف، تشخیص و پاتولوژی)، داروها و تداخلات دارویی، و درمان دندانپزشکی قرار داشت. هر سؤال یک گزینه «نمی‌دانم» نیز داشت. روایی محتوایی پرسشنامه توسط چند متخصص بیماری دهان و یک پزشک عمومی تأیید شد. در سنجش آگاهی، تعداد پاسخهای درست بدون در نظر گرفتن نمره منفی مد نظر قرار گرفت. از آزمون‌های SPSS-9، *Chi-square* و نمودار *Lawshe's* آنالیز واریانس و ضرایب همبستگی کندانال برحسب شرایط برای آنالیز آماری استفاده شد. یافته‌ها: متوسط تعداد پاسخهای درست به سؤالات عمومی  $1.9 \pm 1.0$  (از حداکثر ۶)، در مورد سؤالات درمان و تداخل دارویی  $1.1 \pm 1.1$  (از حداکثر ۶) و در مورد درمان دندانپزشکی  $2.1 \pm 1.2$  (از حداکثر ۶) بود. نمره کلی (از حداکثر ۱۸) بین ۰ تا ۱۱ با میانگین  $5.7 \pm 2.5$  (فاصله اطمینان ۵/۹-۵/۴) قرار داشت. فارغ‌التحصیلان دانشگاه آزاد و دانشگاه‌های دولتی تهران به ترتیب از آگاهی بیشتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب‌های خصوصی شهر تهران درباره بیماری سل بسیار ضعیف بود.

کلید واژگان: آگاهی، بیماری‌های عفونی، سل، کنترل عفونت، ارزیابی‌های آموزشی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۵/۲۶ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۷/۶ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۴/۷/۹

### مقدمه

مختلف ایجاد نماید. به طور کلی تا حدود یک سوم موارد آلوده به سل با درگیری اعضاء دیگری به جز ریه‌ها یا علاوه بر ریه‌ها همراه هستند(۱). سل ناشی از سوشهای حساس به دارو، اگر بصورت مناسبی درمان شود، تقریباً همیشه درمان‌پذیر است(۱) ولی ظهور و انتشار باسیل سل مقاوم به چند دارو (Multi - Drug Resistan - MDR) خطر تبدیل این بیماری

سل یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌هایی است که انسان را درگیر می‌کند. بیماری سل بر اثر مجموعه میکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد می‌شود و اگر چه بطور عمده ریه‌ها را درگیر می‌کند، قادر است تقریباً هر بافتی از جمله پوست، بافت‌های داخل شکم، مغز، مغز استخوان، حنجره و فضای داخل دهان را آلوده ساخته، ضایعاتی با شکل‌های بالینی

\*نویسنده مسئول: دانشیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. E-mail: JM\_TAHERI2006@yahoo.com

\*\*دانشیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

\*\*\*استادیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.

\*\*\*\*پزشک عمومی.

\*\*\*\*\*دندانپزشک.

۱۹۷۰ جهت مطالعات اجتماعی، با توجه به تعداد دندانپزشکان عمومی شاغل در سطح شهر تهران که آمار آنها از سوی سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ ارائه شده بود (حدود ۵۵۰۰ نفر) تعداد ۳۶۰ نمونه مورد نیاز بود. با توجه به نمونه‌گیری خوشه‌ای این تعداد به ۴۰۰ نفر افزایش یافت و در نهایت ۴۲۰ نفر ارزیابی شدند. همچنین از ابتدا در مجموع ۴۵۰ پرسشنامه توزیع شد که ۳۰ نفر به دلایل مختلف آن را باز نگرداندند و به این ترتیب میزان پاسخ‌گویی ۹۳/۳٪ بود. نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام شد.

با مراجعه به متون موجود (پایان‌نامه‌های قبلی و شبکه جهانی اینترنت) پرسشنامه مناسبی در این مورد یافت نشد. به این ترتیب ابتدا توسط یک دانشجوی دندانپزشکی و ۲ متخصص بیماریهای دهان تعداد ۲۵ سؤال ۴ گزینه‌ای درباره بیماری سل در سطحی که مورد نیاز دندانپزشکان عمومی باشد طراحی شد. این سؤالات توسط یک پزشک عمومی که دارای تجربه در زمینه طراحی سؤالات سنجش آگاهی بود بازبینی و تعداد ۲۰ سؤال ۳ گزینه‌ای به همراه یک گزینه «نمی‌دانم» از این سؤالات تهیه شد. سؤالات به دو متخصص دیگر بیماریهای دهان داده شد تا بر اساس مقیاس لیکرت نظر خود را درباره ارتباط سؤالات با موضوع مطالعه (آگاهی دندانپزشکان عمومی درباره بیماری سل) به صورت یکی از ۵ گزینه «کاملاً مرتبط، نسبتاً مرتبط، بی‌نظر، نسبتاً نامرتب و کاملاً نامرتب» اعلام نمایند. ۲ پرسش در این مرحله حذف شد. ۱۸ پرسش باقیمانده پس از ویرایش نهایی و تأیید دو متخصص بیماریهای دهان که پرسشنامه ابتدایی را طرح کرده بودند تایپ و جهت مطالعه مقدماتی آماده شد. این سؤالات در زمینه‌های زیر بود:

(الف) انتقال بیماری و کنترل عفونت (سؤال اول پرسشنامه حاضر)

(ب) پاتولوژی بیماری سل (سؤال ۲ پرسشنامه حاضر)

(ج) تظاهرات دهانی بیماری سل (سؤال ۳ پرسشنامه حاضر)

(د) تشخیص بیماری سل یا عفونت M.tuberculosis (سؤالات ۴ و ۵ پرسشنامه حاضر)

(ه) غربالگری بیماری سل (سؤال ۶ پرسشنامه حاضر)

به یک بیماری غیرقابل علاج را مطرح کرده است (۲). اگر این بیماری درمان نشود، بالقوه قادر است طی مدت ۵ سال بیشتر از نیمی از بیماران را بکشد (۱).

در مقاله مروری Heir و Ziccardi (۱۹۹۸) عنوان شده است که سل قادر است از بیمار به بیمار، از بیمار به کارگزاران خدمات بهداشتی و از کارگزاران خدمات بهداشتی به بیماران منتقل شود (۳). به این ترتیب این بیماری در کنار ویروس نقص ایمنی انسان (Human Immunodeficiency Virus - HIV) و هپاتیت B و C از مهمترین بیماریهای عفونی سیستمیک در حیطه کار دندانپزشکی به شمار می‌رود.

در مطالعه‌ای که توسط گوگانی و ملکی در سال ۱۳۸۱ انجام شد، آگاهی دانشجویان دندانپزشکی علوم پزشکی شهید بهشتی در سطح ضعیف ارزیابی شد. این پایان‌نامه و بعلاوه مطالعه بر روی دانشجویان از اعتبار خارجی بالایی برخوردار نیست و لازم است این بررسی در سطح وسیع‌تر و بر روی دندانپزشکان انجام گردد (۸).

هدف از این مطالعه سنجش آگاهی دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب‌های خصوصی تهران بزرگ در سال ۱۳۸۴ درباره بیماری سل بود.

## مواد و روشها

این بررسی یک بررسی توصیفی، تحلیلی از نوع مقطعی (cross-sectional) است، به طوری که در بخش سنجش آگاهی یک مطالعه توصیفی و در بخش سنجش عوامل مؤثر بر آگاهی یک مطالعه تحلیلی به‌شمار می‌رود. اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه‌ای جمع‌آوری می‌شود که در ضمیمه نشان داده شده است. دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب خصوصی در محدوده شهر تهران بزرگ در سال ۸۴-۱۳۸۳ جامعه آماری تحقیق حاضر را تشکیل داده بودند.

براساس جدول ارائه شده از سوی Morgan و Krejcie در سال

تکراری برای مقایسه سه نمره یاد شده استفاده شد. ضریب همبستگی کندال (Kendall's tau-b) بر حسب شرایط مورد استفاده قرار گرفت. از آنجا که خطای نوع اول  $\alpha$  برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود،  $P < \alpha$  معنی دار تلقی شد.

### یافته‌ها

از ۴۲۰ دندانپزشک ارزیابی شده ۱۹۳ نفر (۴۶/۰٪) مرد و ۲۲۷ نفر (۵۴/۰٪) زن بودند. میانگین سن ( $\pm$  انحراف معیار) این افراد  $34/3 \pm 7/3$  سال و در محدوده ۲۵ تا ۶۵ سال (میانگین ۳۲ سال) بود. به طور متوسط  $6/4 \pm 6/7$  سال از زمان فارغ التحصیلی این افراد می‌گذشت و میانگین این زمان ۴ سال (محدوده ۱ تا ۳۹ سال) بود.

پاسخهای داده شده به ۶ سؤال عمومی مربوط به سل (سؤالات ۱ تا ۶) در جدول ۱ آورده شده‌اند. تعداد پاسخهای درست بین ۰ تا ۴ بود و میانگین تعداد پاسخهای درست ( $\pm$  انحراف معیار)  $1/0 \pm 1/9$  (فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین  $1/8$  تا  $2/0$ ، میانگین ۲) بود. دشوارترین سؤال این گروه سؤال اول با ضریب دشواری ۸/۶٪ و آسانترین سؤال سؤال چهارم با ضریب دشواری ۷۵/۵٪ بود و تنها دو سؤال ضریب دشواری بالاتر از ۵۰٪ داشتند.

توزیع انواع پاسخها به ۶ سؤال مربوط به درمان و تداخلات دارویی در بیماری سل در جدول ۲ آورده شده است. تمام سؤالات این گروه ضریب دشواری کمتر از ۵۰٪ داشتند. سؤال ۹ دشوارترین سؤال این گروه بود که تنها ۱/۱۸٪ به آن پاسخ درست داده بودند و در مقابل سؤال ۷ با ۴۶/۹٪ پاسخ صحیح آسانترین سؤال این گروه بود. میانگین تعداد پاسخهای درست داده شده به این ۶ سؤال ( $\pm$  انحراف معیار)  $1/1 \pm 1/6$  (فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین:  $1/6 - 1/5$ ) بود که بین ۰ تا ۴ (میانگین ۲) قرار داشت.

(و پیشگیری دارویی، درمان و تداخلات دارویی در بیمار مبتلا یا مشکوک به سل (سؤالات ۷ تا ۱۲ پرسشنامه حاضر)

ز) تدابیر دندانپزشکی و طرح درمان در بیمار مبتلا به سل (سؤالات ۱۳ تا ۱۸ پرسشنامه حاضر)

به این ترتیب ۶ سؤال (شامل بندهای الف تا ه) به عنوان سؤالات جنبه‌های عمومی بیماری سل، ۶ سؤال (بند و) به عنوان سؤالات درمان و تداخلات دارویی در بیمار مبتلا به سل و ۶ سؤال (بند ز) به عنوان سؤالات درمان دندانپزشکی در بیمار مبتلا به سل تعیین شدند.

در مطالعه مقدماتی، پرسشنامه به ۲۵ دانشجوی سال آخر دندانپزشکی داده شد و ضرایب افتراق دهی سؤالات با استفاده از آزمون Chi Square سنجیده شد که در تمام موارد مناسب بود. ضریب  $\alpha$  کرونباخ (به عنوان شاخص ثبات داخلی سؤالات) حدود ۰/۶۴ و ضریب اسپیرمن - براون معادل ۰/۶۵ بدست آمد که با توجه به اینکه سؤالات جنبه‌های مختلفی از بیماری سل را ارزیابی کرده بودند، قابل قبول به نظر می‌رسید.

پرسشنامه حاضر در ۴ برگ شامل یک برگ مخصوص اطلاعات زمینه‌ای و ۳ برگ سؤالات تهیه شد. در هر برگ ۶ سؤال نوشته شده و ۶ سؤال هر برگ مربوط به یکی از مباحث سه‌گانه ذکر شده در بالا بود.

پرسشنامه‌ها با مراجعه مستقیم به دندانپزشک پخش شدند. پرسشنامه‌ها بی‌نام بودند و هر دندانپزشک باید در همان روز پرسشنامه را باز می‌گرداند ولی محدودیت زمانی بیشتر از این در نظر گرفته نشد. برای سؤالات نمره منفی در نظر گرفته نشد.

در پایان مجدداً تعداد ۲۰ پرسشنامه بین دندانپزشکان توزیع شد. ضریب همبستگی نمرات در حدود  $0/656 (P < 0/05)$  بدست آمد که پایایی نسبتاً مناسبی را نشان می‌داد. نتایج به دست آمده از تحقیق پس از کدبندی وارد نرم‌افزار آماری SPSS-9 شدند. افتراق دهی سؤالات با استفاده از آزمون Chi Square و مونوگراف Lawshe's ارزیابی شد و در شرایط مناسب از آنالیز واریانس مقادیر

جدول ۱ - انواع پاسخهای داده شده به ۶ سؤال از جنبه‌های عمومی بیماری سل توسط دندانپزشکان عمومی

سؤال	جواب درست	گزینه الف	گزینه ب	گزینه ج	نمی‌دانم	ضریب دشواری (%)
۱	ب	۶۳ (۱۵/۰)	۲۵۲ (۶۰/۰)	۳۶ (۸/۶)	۶۹ (۱۶/۴)	۶۰/۰
۲	الف	۱۴۵ (۳۴/۵)	۱۰۳ (۲۴/۵)	۵۳ (۱۲/۶)	۱۱۹ (۲۸/۳)	۳۴/۵
۳	الف	۱۷۳ (۴۱/۲)	۶۹ (۱۶/۴)	۱۰۷ (۲۵/۵)	۷۱ (۱۶/۹)	۴۱/۲
۴	ج	۲۸ (۶/۷)	۴۷ (۱۱/۲)	۳۱۷ (۷۵/۵)	۲۸ (۶/۷)	۷۵/۵
۵	ج	۱۳۶ (۳۲/۴)	۱۰۹ (۲۶/۰)	۷۴ (۱۷/۶)	۱۰۱ (۲۴/۰)	۱۷/۶
۶	ب	۳۹ (۹/۳)	۹۵ (۲۲/۶)	۱۱۸ (۲۸/۱)	۱۶۸ (۴۰/۰)	۲۲/۶

جدول ۲ - نحوه پاسخ‌دهی به سوالات اپیدمیولوژی سل (به پیوست ۱ مراجعه شود)

سؤال	جواب درست	گزینه الف	گزینه ب	گزینه ج	نمی‌دانم	ضریب دشواری (%)
۷	الف	۱۹۷ (۴۶/۹)	۸۳ (۱۹/۸)	۶۹ (۱۶/۴)	۷۱ (۱۶/۹)	۴۶/۹
۸	الف	۸۴ (۲۰/۰)	۶۴ (۱۵/۲)	۱۱۰ (۲۶/۲)	۱۶۲ (۳۸/۶)	۲۰/۰
۹	ب	۹۳ (۲۲/۱)	۷۶ (۱۸/۱)	۴۹ (۱/۷)	۲۰۲ (۴۸/۱)	۱۸/۱
۱۰	الف	۱۰۲ (۲۴/۳)	۹۹ (۲۳/۶)	۷۳ (۱۷/۴)	۱۴۶ (۳۴/۸)	۲۴/۳
۱۱	الف	۱۲۲ (۲۹/۰)	۶۰ (۱۴/۳)	۶۱ (۱۴/۵)	۱۷۷ (۴۲/۱)	۲۹/۰
۱۲	ب	۲۱۱ (۵۰/۲)	۷۸ (۱۸/۶)	۲۴ (۵/۷)	۱۰۷ (۲۵/۵)	۱۸/۶

فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین: ۲/۲-۲/۰ بود که با میانه ۲ و دامنه تغییرات ۰ تا ۶ همراه بود. سه نمره محاسبه شده از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند ( $F = ۳۸/۳۹۱$ ;  $P < ۰/۰۰۱$ ). نمره سوالات عمومی و درمان دندانپزشکی بیمار مبتلا به سل با یکدیگر تفاوت

سوالات ۱۳ تا ۱۸ پرسشنامه درباره درمان دندانپزشکی در بیمار مبتلا به سل بود. ضرایب دشواری این سوالات بین ۱۹/۵٪ (سوالات ۱۵ و ۱۷) و ۷۵/۰٪ (سؤال ۱۴) قرار داشت (جدول ۳). ۳ نفر به هر ۶ سؤال پاسخ درست داده بودند. میانگین تعداد سوالات درست پاسخ داده شده ( $\pm$  انحراف معیار)  $۲/۱ \pm ۱/۲$

جدول ۳- انواع پاسخهای داده شده به ۶ سؤال درباره درمان دندانپزشکی در بیمار مبتلا به سل توسط دندانپزشکان عمومی

سؤال	جواب درست	گزینه الف	گزینه ب	گزینه ج	نمی دانم	ضریب دشواری (%)
۱۳	الف	۹۰ (۲۱/۴)	۸۲ (۱۹/۵)	۱۸۸ (۴۴/۸)	۶۰ (۱۴/۳)	۲۱/۴
۱۴	الف	۳۱۵ (۷۵/۰)	۳۷ (۸/۸)	۳۶ (۸/۶)	۳۲ (۷/۶)	۷۵/۰
۱۵	ج	۸۸ (۲۱/۰)	۱۴۸ (۳۵/۲)	۸۲ (۱۹/۵)	۱۰۲ (۲۴/۳)	۱۹/۵
۱۶	ج	۹۲ (۲۱/۹)	۶۲ (۱۴/۸)	۱۳۰ (۳۱/۰)	۱۳۶ (۳۲/۴)	۳۱/۰
۱۷	الف	۸۲ (۱۹/۵)	۱۰۸ (۲۵/۷)	۱۱۳ (۲۶/۹)	۱۱۷ (۲۷/۹)	۱۹/۵
۱۸	ب	۴۹ (۱۱/۷)	۱۸۳ (۴۳/۶)	۳۷ (۸/۸)	۱۵۱ (۳۶/۰)	۴۳/۶

میانگین: ۶/۶-۶/۰) بود. میانه این نمره در مبنای ۱۸ سؤال ۶ (معادل ۷/۷ در مبنای ۲۰) بود. صدک‌های ۲۵ و ۷۵ نمره کل به ترتیب ۴ و ۷/۷۵ محاسبه شد.

تمام سؤالات قادر بودند بین ۱۳۵ نفر پایینی (نمرات ۴ به پایین) و ۱۷۶ نفر بالایی (نمرات ۷ به بالا) افتراق قائل شوند. قابل ذکر است که در صورتی که از رقم پیشنهاد شده ۰/۲۷ برای افتراق دو گروه استفاده می‌شد ممکن بود برخی افراد با نمرات ۴ و ۷ ممکن بود در این گروهها قرار گیرند و عده دیگری با همین نمرات در ۰/۴۶ وسط واقع شوند. چون رقم ۰/۲۷ به نقاط ۴ و ۷ می‌رسید کلیه افرادی که چنین نمراتی گرفته بودند در یک گروه قرار گرفتند. ضرایب  $\alpha$  کرونباخ و اسپیرمن - براون در جدول ۴ نشان داده شده‌اند.

بر اساس نظرهای ارائه شده توسط دندانپزشکان عمومی، بیشترین اطلاعات از شرکت در دوره‌های بازآموزی در مورد بیماری سل بدست آمده بود. سایر راههای اعلام شده در جدول ۵ آورده شده‌اند.

معنی‌داری نشان نمی‌دادند ( $P=0/394$ ) ولی هر دو از سؤالات مربوط به درمان و تداخلات دارویی در بیمار مبتلا به سل بالاتر بودند ( $P < 0/001$  در هر دو مورد). همچنین ضرایب همبستگی کندال نشان می‌داد بین نمرات بخش‌های سه‌گانه پرسشنامه همبستگی مثبت، تقریباً متوسط و معنی‌داری وجود دارد:

الف) بین سؤالات عمومی و درمان / تداخلات دارویی:  $\tau = 0/333$   
tau-b

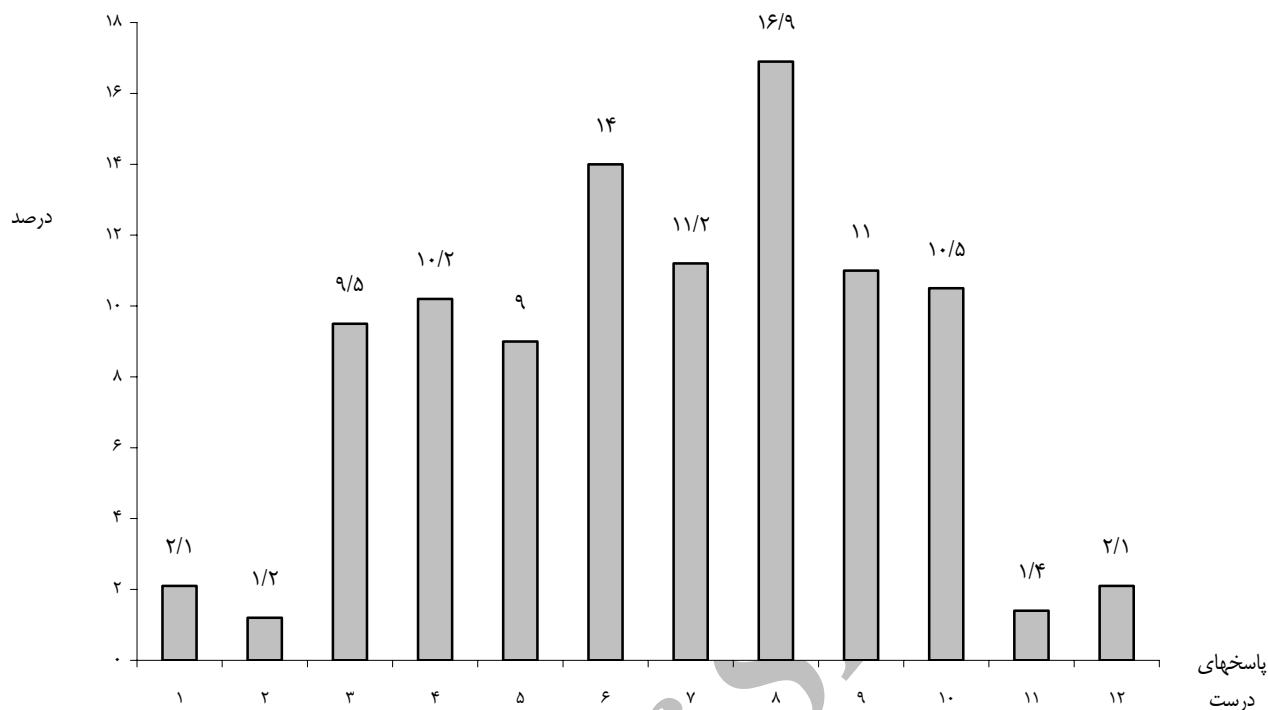
ب) بین سؤالات عمومی و درمان دندانپزشکی:  $\tau = 0/212$

ج) بین سؤالات درمان / تداخلات دارویی و درمان دندانپزشکی:

tau-b = 0/266

در تمام موارد  $P < 0/001$  بود.

همانطور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود نمرات کل (تعداد پاسخهای درست از جمع ۱۸ سؤال) بین ۰ تا ۱۱ (معادل ۱۲/۲ در مبنای ۲۰) بود. میانگین این نمره ( $\pm$  انحراف معیار) در مبنای ۱۸ سؤال  $2/5 \pm 5/7$  (فاصله اطمینان ۰/۹۵ برای میانگین:  $5/9 - 5/4$ ) و در مبنای ۲۰ سؤال  $2/8 \pm 6/3$  (فاصله اطمینان ۰/۹۵ برای



نمودار ۱ - توزیع تعداد پاسخهای درست داده شده به ۱۲ سؤال درباره بیماری سل توسط دندانپزشکان عمومی شهر تهران

### بحث

سل بیماری مسری است که در سیستم دندانپزشکی بالقوه قادر است از بیمار به بیمار، از بیمار به کارکنان بهداشتی و از کارکنان بهداشتی به بیمار سرایت نماید (۳). سل از طریق پارتیکل‌های هوازا (airborne particles) که بدنال سرفه، عطسه یا صحبت کردن بیمار آئوروسلیزه می‌شوند گسترش می‌یابد. این پارتیکل‌ها در جریان هوا به مدت طولانی باقی می‌مانند. اگر چه در اغلب موارد سیستم ایمنی بدن از ابتلاء به سل جلوگیری می‌کند، ۱۰-۵٪ افرادی که چنین پارتیکل‌هایی را به ریه خود برسانند دچار سل فعال می‌شوند (۴،۵). این احتمال با افزایش مقدار/ غلظت پارتیکل‌های عفونی در هوا، تهویه ناکافی یا بازچرخش هوای آلوده افزایش می‌یابد (۱۲). ابزارهای پرسرعت دندانپزشکی آئروسول‌های آب، بزاق و قطرات بالقوه عفونی را طی فرایندهای شستشوی آب/ هوا که برای محافظت پالپ در مقابل افزایش دما (oxerdeatug) به کار می‌روند، در هوا می‌پراکنند (۳). با این حال تنها یک مورد

### جدول ۴ - ثبات درونی سؤالات

زیرگروه سؤالات	ضریب $\alpha$	ضریب پایایی
عمومی	-۰/۰۰۴۹	۰/۲۵۷۹
درمان و تداخلات دارویی	۰/۱۷۲۹	۰/۰۸۴۲
درمان دندانپزشکی	۰/۲۸۴۳	۰/۳۲۲۶
کل سؤالات	۰/۵۰۰۶	۰/۵۳۵۲

جدول ۵ - راههای کسب اطلاعات در مورد بیماری سل که توسط دندانپزشکان عمومی شهر تهران بیان شده بود

راه کسب اطلاعات	فراوانی	درصد
بازآموزی	۱۷۲	۴۱
کتب و نشریات	۷۹	۱۹
جزوه‌های آموزشی	۷۶	۱۸
اینترنت	۵۶	۱۴
رسانه‌های عمومی	۳۷	۸

را داشت. ۱۲/۵٪ این افراد تصور می‌کردند چنین واکنشی پس از ۶ ماه از ورود عامل بیماریزا ایجاد می‌شود. خوشبختانه ۷۶٪ افراد بررسی شده می‌دانستند تست توبرکولین به مفهوم عفونت فعلی یا عفونت بهبودیافته قبلی نیست. با توجه به غیرحساس و غیراختصاصی بودن این آزمون و تغییرات پاسخ آن بدنبال درمان، تلقی اشتباه از این آزمون ممکن است به تشخیص‌های غلط بیانجامد (۱). در حال حاضر به علت افزایش شمار مبتلایان به ایدز و افرادی که به دنبال پیوندهای اعضای یا درمان‌های طبی دچار نقص سیستم ایمنی می‌شوند باید انتظار موارد متعددی از منفی کاذب آزمون پوستی توبرکولین را داشت. آگاهی از این موضوع می‌تواند به بهبود سیستم ارجاع بیماران و افزایش دقت تشخیصی بیانجامد.

متأسفانه تنها ۱۸٪ از دندانپزشکان ارزیابی شده از نحوه تفسیر آزمون PPD آگاهی مناسبی داشتند و ۲۳٪ آنها می‌دانستند که باید هر ساله چنین آزمایشی را انجام دهند.

از آنجا که بروز ضایعات دهانی سل نادر است و عمده تحقیقات میزان درگیری دهان را کمتر از ۲٪ عنوان کرده‌اند (به استثناء Katz که در سال ۱۹۴۱ میزان بروز ضایعات دهانی را ۱۹/۹٪ عنوان کرده بود) (۱۴) تنها یک سؤال این پرسشنامه به تظاهرات دهانی بیماری سل مربوط می‌شد. اگر چه در میان گزینه‌های مطرح شده، زبان شایعترین محل درگیری دهان در سل است (۹)، ارزیابی Fujibayashi و همکاران (۱۹۷۹) ساکت‌های دهانی را محل شایعتری برای سل داخل دهانی مطرح کرده بودند (۱۰). تظاهرات سل داخل دهانی متفاوت است و اگرچه عمدتاً به صورت زخم مزمن دردناک است، ممکن است به صورت ضایعات ندولار، گرانولار یا لکوپلاکیک هم دیده شود (۹، ۱۱، ۱۲). متأسفانه هنوز راه ابتلا دهان به سل مشخص نیست. چنین آلودگی ممکن است هنگام ورود میکروب به بدن، به طور عمده به صورت گسترش از ریه (و گاه حنجره) و حتی هنگام درمان‌های دندانپزشکی مثل کشیدن

اثبات شده از انتقال سل از بیمار به کارکنان خدمات بهداشتی گزارش شده است (۷).

از سوی دیگر فرایندهای تشخیص بیماری سل گاه تا هفته‌ها به طول می‌انجامد. بر اساس پژوهش‌های انجام شده در ایران (۲) بین ۹۶-۹۲ روز تأخیر در تشخیص سل وجود دارد که این میزان حتی به ۴۴۵ روز هم رسیده است (۲). به این ترتیب احتمال قابل توجهی وجود دارد که یک بیمار طی این دوران به مطب دندانپزشکی مراجعه نماید. دندانپزشکان با آگاهی مناسب از سل می‌توانند از ابتلای خود، بیماران و کارکنان مطب/درمانگاه جلوگیری نموده، به تشخیص و درمان هر چه سریعتر بیماران کمک کنند. در مطالعه Naidoo و Mahmmmed (۲۰۰۲) در آفریقای جنوبی تنها ۳۱٪ دندانپزشکان تجربه ارجاع بیمار مشکوک به سل را برای تشخیص و درمان داشتند (۸). اگر چه این آمار در ایران به دست نیامده است اما با توجه به اینکه هر دو کشور از کشورهای در حال توسعه به شمار می‌آیند می‌توان وضعیت نسبتاً مشابهی را در ایران انتظار داشت.

متوسط زمان گذشته فراغت از تحصیلات دانشگاهی در جمعیت مورد مطالعه در تحقیق حاضر ۶/۷ سال بود و ۵۰٪ افراد کمتر از ۴ سال سابقه کار داشتند. این موضوع نشان می‌دهد دندانپزشکان دوره طولانی از کار خود را با خطر مواجهه با بیماری سل خواهند گذراند.

در سنجش آگاهی عمومی دندانپزشکان راجع به بیماری سل مشخص شد که از ۶ سؤال مطرح شده در این قسمت بیشتر از نیمی از افراد به ۲ سؤال یا کمتر پاسخ داده بودند. قابل توجه است که نزدیک به ۴۰٪ افراد نمی‌دانستند که بیمار دارای سل خارج ریوی یا مبتلا به سل ریوی با کشت مایکوباکتریوم منفی در خلط منتقل کننده بیماری نیست. چنین اشتباهی تأخیر در درمان و احتمالاً اضطراب بی‌موردی را به همراه خواهد داشت. تنها حدود یک سوم دندانپزشکان می‌دانستند که باید پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت انتظار ایجاد واکنش ازدیاد حساسیت تأخیری

نصف دندانپزشکان از داروی مورد استفاده در پروفیلاکسی افراد مشکوک به سل (ایزونیازید) اطلاع داشتند. همانند سؤالات جنبه عمومی سل، در این دسته هم فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های آزاد آگاهی بیشتری نسبت به سایرین داشتند و باز هم تفاوتی بین مردان و زنان دیده نمی‌شد.

سرانجام سؤالات آخر پرسشنامه در مورد نحوه برخورد با بیماران مشکوک یا آلوده به سل بود. تنها حدود یک پنجم دندانپزشکان می‌دانستند که نمی‌توان بیمار مبتلا به سل فعال بالینی را به صورت سرپایی درمان کرد (۷،۹،۱۱،۱۲). چنین بیمارانی تنها در شرایط اورژانس با رعایت تمام نکات مهندسی بهداشت نظیر استفاده از ماسک جراحی و تهویه مناسب در یک سیستم درمانی که قابلیت کنترل عفونت را داشته باشد قابل درمانند. ۷۵٪ از دندانپزشکان رابردم را در اغلب درمانهای دندانپزشکی اجباری می‌دانستند، این در حالی است که استفاده از رابردم در مطالعه Naidoo و Mahmmmed (۲۰۰۲) در آفریقای جنوبی تنها ۱۱٪ بود (۸). سایر سؤالات این قسمت نیز با آگاهی کمتر از ۵۰٪ همراه بودند. افزایش سن و تحصیل در دانشگاه آزاد با آگاهی بیشتری همراه بودند.

در میان سؤالات مطرح شده نمره کسب شده از ۶ سؤال مربوط به درمان سل و تداخلات دارویی در آن کمترین نمره را داشت. این موضوع نشان می‌دهد که اگر چه نقص آگاهی در هر سه دسته قابل توجه است توجه بیشتر به درمانهای دارویی ضروری تر است.

اگر چه در تحلیل نهایی، برخی عوامل مؤثر بر آگاهی شناخته شدند ناچیز بودن میزان  $R^2$  تطبیق داده شده ( $\text{adjusted } R^2 = 0/091$ ) نشان می‌دهد هیچکدام از این عوامل ارتباط قدرتمندی با آگاهی ندارند. در این میان قوی‌ترین عامل فارغ‌التحصیل بودن از دانشگاه آزاد ( $0/319 = \text{standardized B}$ ) بود.

دندانها رخ دهد. آگاهی از چنین مواردی، همچنین پرهیز از درمان‌های غیرضروری در بیماران آلوده در کنترل بیماری مؤثر است. همچنین قابل توجه است که رنگ‌آمیزی Acid-fast از بافت‌های درگیر در دهان معمولاً منفی است. این نکات که در پرسشنامه حاضر به آنها اشاره نشده است نکات قابل توجهی هستند که اشاره به آنها در بازآموزی‌ها مفید بوده، می‌تواند در تهیه پرسشنامه‌های موازی و متعادل (هم‌ارز) جهت مداخلات آموزشی به کار آید.

آگاهی دندانپزشکان از این جنبه‌ها با افزایش سن بیشتر می‌شود و البته فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های آزاد آگاهی بیشتری از این موضوعات داشتند. شاید بتوان علت چنین ارتباطی را در کوریکولوم آموزشی دانشگاهها جست و جو کرد که نیاز به تحقیق مجزایی دارد. آگاهی مردان و زنان در این زمینه‌ها تفاوتی با هم نداشت و میزان آگاهی کلی، ناچیز تلقی می‌شد. سؤالات بعدی پرسشنامه به درمان بیماری سل و تداخلات دارویی مربوط می‌شد. در این مورد نیز آگاهی دندانپزشکان بسیار کم بود (میانگین ۱/۶ پاسخ درست به ۶ سؤال). مسکن‌ها از زمره داروهای بسیار شایع در دندانپزشکی هستند و در غالب نسخ دندانپزشکی عمومی در نسخه‌های بیمه خدمات درمانی دیده شده‌اند (۱۳). مصرف استامینوفن به همراه ایزونیازید که خط اول درمان سل و پروفیلاکسی علیه آن است ممکن است به سمیت بالقوه خطرناک کبدی منجر شود و استفاده توأم اسپیرین با آمینوگلیکوزیدها مثل استرپتومایسین و آمیکاسین که در درمان سل به کار می‌روند به افزایش بروز اتوتوکسیسیتی منجر گردد. ریفامپین نیز با تداخل عملی که با آنزیمهای کبدی دارد و سبب افزایش فعالیت p450 کبدی می‌شود قادر است متابولیسم بسیاری از داروهای مورد استفاده در دندانپزشکی مثل دیازپام و کتوکونازول را افزایش و غلظت آنها را در خون کاهش دهد (۹،۱۱،۱۲). آگاهی عمومی در تمام این موارد ناچیز و در بهترین حالت ۲۹٪ بود. همچنین کمتر از



## نتیجه گیری

دانشگاههای دولتی تهران بیشتر از فارغ التحصیلان دانشگاههای دولتی شهرستان یا خارج از کشور بود. همچنین آگاهی در مورد داروها و تداخلات دارویی نسبت به موارد دیگر کمتر بود.

آگاهی دندانپزشکان عمومی شاغل در مطبهای تهران بزرگ در مورد بیماری سل بسیار ضعیف است. در این میان تفاوتی بین مردان و زنان دیده نشد. این آگاهی با افزایش سن اندکی بیشتر شده، در میان فارغ التحصیلان دانشگاه آزاد و

## References

1. Raviglione MC, O' Brien RJ. Tuberculosis. In: Braunwald E, Fauci As, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Janeson JL (eds.): Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th Ed. McGraw Hill 2001;Chap 169:1024-1035.
2. بیماری سل هنوز هم یک اولویت است. گزارش کمیته ملی همیاری کنترل سل. مجله نظام پزشکی ۱۳۸۴؛ ۶۷ و ۶۸: ۹۰ و ۹۱.
3. Heir J, Ziccardi VB: Transmission of infectious disease in the dental setting MT Sinai. J Med 1998; 65: 378-382.
4. American Thoracic Society, CDC. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Am Rev Respir Dis. 1990;142:725-735.
5. National Tuberculosis and Respiratory Disease Association Guidelines for the general hospital in the admission and care of the tuberculosis patient. Am Rev Respir Dis 1969;99:631-633.
6. American Thoracic Society. Control of tuberculosis in the United States. Am Rev Respir Dis 1991;146:1423-1633.
7. Cleveland J, Kent J, Gooch B, et al: Multidrug- resistant tuberculosis in an HIV dental clinic. Proceedings of the Ninth International Conference of AIDS. 1993 June 8; Berlin, Germany. Infect Control Hosp Epidemiol 1993;14: 500-501.
۸. ۸. سیدگوگانی - ص، ملکی - ز، مشرف - م: بررسی میزان آگاهی دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مورد بیماری سل در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۰. پایان نامه دکترای دندانپزشکی: سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۰.
9. Sonis ST, Fazio RC, Fang L (eds.) Principles and practice of Oral Medicine. 2nd Ed. WB Saunders Co. 1995;Chap20:190-197.
10. Fujibayashi T, Takahashi Y, Yoreda T, et al: Tuberculosis of the tongue. A case report with immunologic study. Oral Surg 1979;47:427.
11. Molinari JA, Glick MG. Infectious Diseases. In: Greenberg MS, Glick MG (eds.) Burket's Oral Medicine. Diagnosis and Treatment. 10th Ed. BC Decker Inc. 2005;Chap20:525-562.
12. Little JW, Falace DA: Pulmonary Disease. In: Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL (eds.) Dental Management of the Medically Compromised Patient. 6th Ed. St. Louis: The C.V Mosby Co. 2002;Chap8:125-146.
۱۳. امجدیان - م، ورشوساز - م: بررسی اقلام دارویی تجویز شده توسط دندانپزشکان در نسخ سازمان بیمه تأمین اجتماعی. پایان نامه دکترای دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲.

پیوست (۱)

سن: جنسیت: مذکر  مؤنث

سال فارغ‌التحصیلی: مدت اشتغال به حرفه دندانپزشکی: دانشگاه فارغ‌التحصیلی:

با توجه به اهمیت کنترل عفونت و بیماری‌های واگیردار مایل هستید اطلاعات لازم در این زمینه را از چه طریقی کسب کنید؟

کتاب و نشریات  جزوات آموزشی  دوره‌های بازآموزی

رسانه‌های عمومی  اینترنت  سایر موارد:

در کدام‌یک از زمینه‌های دندانپزشکی مایل به کسب اطلاعات هستید؟

۱. کدامیک از این بیماران منتقل‌کننده بیماری سل هستند؟

الف) بیماری که دارای سل خارج ریوی است

ب) بیماری که اسمیر خلط منفی دارد ولی کشت مایکوباکتریوم خلط او مثبت است

ج) بیمار مبتلا به سل ریوی با کشت مایکوباکتریوم منفی خلط

د) نمی‌دانم

۲. پاسخ مثبت از دیاد حساسیت تأخیری (تست توبرکولین یا PPD) در بیماری سل در چه زمانی ایجاد می‌شود؟

الف) ۷۲-۴۸ ساعت بعد از انجام تست

ب) ۸-۲ هفته بعد از انجام تست

ج) ۶ ماه بعد از انجام تست

د) نمی‌دانم

۳. شایعترین محل درگیری دهان در سل کجا است؟

الف) زبان

ب) کام سخت

ج) مخاط گونه و لب

د) نمی‌دانم

۴. مفهوم تست توبرکولین چیست؟

الف) عفونت قبلی سل که بهبود یافته است

ب) عفونت فعلی سل

ج) آلودگی قبلی با یا بدون عفونت فعال فعلی

د) نمی‌دانم

۵. در یک فرد سالم بدون بیماری زمینه‌ساز یا تماس نزدیک با فرد آلوده به سل حداقل قطر ناحیه Indurated در تست PPD برای آنکه

تست مثبت تلقی شود چقدر است؟

الف) ۵ میلی متر

ب) ۱۰ میلی متر

ج) ۱۵ میلی متر

د) نمی‌دانم

۶. دندانپزشکان باید هر چند وقت یکبار تست پوستی توبرکولین را انجام دهند؟

الف) هر ۶ ماه یکبار

- (ب) هر ۱۲ ماه یکبار  
(ج) هر سه سال یکبار  
(د) نمی دانم
۷. از کدام دارو برای پروفیلاکسی افراد مشکوک به سل استفاده می شود؟  
(الف) ایزونیاژید  
(ب) ریفامپین  
(ج) استرپتوماکسین  
(د) نمی دانم
۸. در صورت مصرف ایزونیاژید و بالا بودن ترانس آمینازهای سرم از مصرف کدام دارو باید اجتناب کرد؟  
(الف) استامینوفن  
(ب) ایبوپروفن  
(ج) آسپیرین  
(د) نمی دانم
۹. کدام دارو با ریفامپین تداخل دارویی ندارد؟  
(الف) دیازپام  
(ب) استامینوفن  
(ج) کتوکنازول  
(د) نمی دانم
۱۰. کدام داروی بکار رفته در درمان سل سبب لکونی و ترومبوسیتوپنی می شود؟  
(الف) ریفامپین  
(ب) ایزونیاژید  
(ج) اتامبوتول  
(د) نمی دانم
۱۱. همراه استرپتوماکسین از کدام دارو نباید استفاده کرد؟  
(الف) آسپیرین  
(ب) دیازپام  
(ج) استامینوفن  
(د) نمی دانم
۱۲. کدامیک از محلول های زیر باسیل سل را از بین نمی برد؟  
(الف) اتانول  
(ب) کلرهگزیدین  
(ج) کلوتارآلدئید  
(د) نمی دانم
۱۳. در مورد درمان دندانپزشکی در بیماران مبتلا به سل فعال بالینی کدام گزینه صحیح است؟  
(الف) نباید به صورت سرپایی انجام شود  
(ب) می توان فقط درمان های اورژانس را در مطب انجام داد  
(ج) پس از ۲ هفته دارو درمانی درمان دندانپزشکی در مطب مجاز است

(د) نمی‌دانم

۱۴. استفاده از رابردم برای بیماران مبتلا به سل فعال ریوی:

(الف) در اغلب درمانهای دندانپزشکی اجباری است

(ب) فقط در درمان ریشه دندان اجباری است

(ج) در همه درمانها اختیاری است

(د) نمی‌دانم

۱۵. کدام عبارت در مورد درمان دندانپزشکی کودکان زیر ۶ سال مبتلا به سل ریوی صحیح است؟

(الف) نباید این کودکان را در مطب درمان کرد

(ب) می‌توان تنها درمانهای اورژانس دندانپزشکی را انجام داد

(ج) می‌توان آنها را با اطمینان در مطب درمان کرد

(د) نمی‌دانم

۱۶. بیماری ۱۰ سال قبل به سل مبتلا شده و تحت دارو درمانی قرار گرفته است. حداقل مدت درمان پذیرفته شده برای آنکه بتوان

اعمال دندانپزشکی وی را در مطب انجام داد چقدر است؟

(الف) ۹ ماه

(ب) ۱۲ ماه

(ج) ۱۸ ماه

(د) نمی‌دانم

۱۷. بیماری که در ۲ سال گذشته به سل مبتلا شده است باید حداقل چه مدت دارو درمانی شده باشد تا بتوان در مطب دندانپزشکی وی

را درمان کرد؟

(الف) ۹ ماه

(ب) ۱۲ ماه

(ج) ۱۸ ماه

(د) نمی‌دانم

۱۸. اگر بیماری بدون وجود علائم بالینی (با توجه به شرایط بیمار و در نظر گرفتن عوامل خطر) PPD مثبت باشد:

(الف) می‌توان هنگام مراجعه آنها را بطور معمول درمان کرد

(ب) می‌توان پس از ۶ تا ۱۲ ماه دارو درمانی پروفیلاکتیک آنها را بطور معمول درمان کرد

(ج) هرگز نباید درمان دندانپزشکی وی در مطب صورت گیرد

(د) نمی‌دانم