

مقاله علمی (تحقیقی)

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان طرف  
قرارداد با بیمه خدمات درمانی استان گلستان  
در مورد کنترل عفونت ایدز در سال ۱۳۸۱

دکتر مژگان پاک‌نژاد\*

دکتر افشین خورسند\*\*

دکتر مسعود ایبری\*\*\*

چکیده

ایدز یک بیماری مسری است که به علت فقدان درمان مشخص شیوع بالا، استریلیزاسیون وسایل آلوده به آن باید مورد توجه قرار گیرد. دندانپزشک با معاینه تظاهرات دهانی ایدز نقش حساسی در تشخیص و پیشگیری از خطرات بعدی آن دارد. هدف از این مطالعه ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی استان گلستان در رابطه با کنترل و پروفیلاکسی بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد.

۱۰۴ دندانپزشک عمومی استان گلستان به صورت تمام شماری تحت مطالعه قرار گرفتند. یک پرسشنامه یا چک لیست شامل ۳۲ سوال در سه بخش آگاهی، نگرش و عملکرد تهیه و در بین دندانپزشکان توزیع گردید. قسمت اول توسط خود آنها و سایر قسمتها به وسیله پرسشگر از طریق مشاهده مطبها تکمیل می‌شد.

\*- استادیار گروه آموزشی پرئودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشکده علوم پزشکی تهران

\*\* - استادیار گروه آموزشی پرئودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\*\* - دندانپزشک

میزان آگاهی اکثریت افراد، ۵۲٪ خوب، نگرش، ۶۴/۴٪ عالی و عملکرد ۶۶/۳٪ خوب بود. بیشتر دندانپزشکان و وسایل یکبار مصرف به کار می‌بردند (سرشاکشن و لیوان ۱۰۰٪، پیش‌بند، ۷۰/۲٪ و سرسوزن، ۹۹٪)، آنها پوشش‌های محافظت فردی را رعایت می‌کردند. دستکش یکبار مصرف، ۹۲/۳٪، عینک محافظ، ۸۲/۷٪ و روپوش سفید ۹۶/۲٪. اتوکلاو به عنوان تنها وسیله استریلیزاتور در نیمی از مطبها ۵۰٪ و اتوکلاو و فور در ۴۲/۳٪ کلینیک‌ها مشاهده شد. همچنین رایجترین محلول آنتی‌سپتیک میکروتن بود که مقدار آن ۹۲/۳٪ بود.

آگاهی و نگرش دندانپزشکان مورد مطالعه در سطح بالایی است ولی عملکردشان کمی ضعیفتر است و لذا فراهم آوردن تسهیلاتی در مورد خرید تجهیزات و تداوم بازآموزی حائز اهمیت می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: آیدز - پیشگیری - آگاهی - نگرش - عملکرد

### مقدمه

در سال ۱۹۸۱ ظهور ناگهانی و گسترش سریع نوعی بیماری دهشت بار با نام AIDS توجه جهانیان را به خود معطوف گرداند(۱). در مورد شیوع این بیماری در دنیا بنا بر تخمین سازمان بهداشت جهانی تا دسامبر ۲۰۰۲ میلادی شصت و هشت میلیون نفر آلوده به ویروس بوده‌اند، ۴۲ میلیون نفر آلوده زنده و ۲۶ میلیون فوت ناشی از آیدز(۱). برای حفظ عملکرد سیستم ایمنی نسبت سلول‌های T کمک کننده T4 به T مهار کننده (T8) باید دو به یک باشد. در طول دوره نهفتگی بیماری، کاهش تدریجی در نسبت T4/T8 رخ می‌دهد. به طور معمول افراد سالم در هر میلی‌متر مکعب خون خود ۸۰۰-۱۲۰۰ عدد سلول T4 دارند که وقتی این میزان به زیر دویست برسد نسبت T4/T8 عکس شده و در این هنگام می‌توان بیماری را تشخیص داد(۲).

از آغاز ورود ویروس به بدن میزبان تا تغییرات سرمی و تولید آنتی بادی شاید شش ماه طول بکشد (Window's Period)، در خلال این دوره ویروس در مایعات بدن وجود دارد و می‌تواند منتقل شود. پیشرفت بیماری تا مرحله آیدز ۱۵-۱۱ سال ممکن است تاخیر داشته باشد(۳).

بر اساس تحقیقات به عمل آمده اولین راهنما برای تشخیص بیماری می‌تواند دهان باشد. این علائم شامل موارد زیر است: عفونتهای قارچی مثل کاندیدا و هیستوپلاسموز، عفونتهای باکتریایی مثل ANUG و پریودنتیت و ژنژیویت مرتبط با HIV، عفونتهای ویروسی مثل هرپس، لکوپلاکیا پایلوما و بالاخره بیماریهای بدخیم مربوط به HIV مثل لنفوم و سارکوم کاپوزی (۳، ۵، ۶).

معمولاً بیماریهای پریدنتال اعم از ژنویوت یا پریدنتیت در این بیماران یافته شایعی است. درمانهای روزمره مثل جرمگیری و کنترل بهداشت هم نمای بالینی آن را تغییر نمی‌دهد و لذا توصیه می‌شود از دستکاری لثه ممانعت شود (۷). در دهه اخیر مقالات متعددی در رابطه با عفونت HIV و ارتباط آن با دندانپزشکی منتشر شده است (۸). همه این گزارشات نشان می‌دهد که معالجه این بیماران همواره با ترس همراه بوده و به همین علت اغلب دندانپزشکان از درمان آنها اکراه دارند (۹).

Asseri M در سال ۱۹۹۲ نشان داد که HIV با مواد ضد عفونی کننده غیر فعال می‌شود، زیرا ویروس به علت داشتن پوشش لیپیدی نسبت به اثر و حلالهای چربی حساس می‌باشد و به طور کلی گلوپتارآلوئید ۲٪-۱٪، بتادین ۲/۵٪، پر اکسید هیدروژن ۱۰٪ و یا هیپوکلریت ۵/۵٪ - ۱/۸٪ در مدت ۳۰-۲۰ دقیقه می‌تواند آن را غیر فعال کند (۱۰). Cottone در ۱۹۹۱ نیز نشان داد که ویروس در برابر اشعه‌های یونیزه گاما و ماورای بنفش مقاوم است (۱۱).

اما در ایران آمار دقیقی از شیوع بیماری وجود ندارد. تا اوایل مهرماه ۱۳۸۱، ۴۳۳۷ نفر شناسایی شدند ولی بهر حال نباید فراموش کرد که ایدز به ایران راه یافته و قادر است اثرات سوء خود را بر عرصه‌های اجتماعی و حتی اقتصادی کشور اعمال کند. اولین مورد ایدز در ایران در یک کودک شش ساله استفاده کننده از فاکتور ضد انعقاد در سال ۱۳۶۶ مشاهده شد (۱۲). تا به حال در استان گلستان ۲۵ مورد ایدز گزارش شده که عمده آنها معتادان تزریقی بوده‌اند (۱۳).

هدف اصلی از این مطالعه بررسی وضعیت بهداشتی مطب دندانپزشکان عمومی طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی از لحاظ کنترل عفونت ویروس ایدز است. اهداف فرعی شامل ارزیابی استریلیزاسیون وسایل به طور کلی، میزان استفاده از وسایل یکبار مصرف، نحوه استفاده دندانپزشکان از ابزار حفاظت شخصی و بالاخره تعیین میزان سطح دانش و آگاهی دندانپزشکان در مورد ایدز و روشهای کنترل عفونت در آن می‌باشد. هدف کاربردی نیز ارائه نتیجه این مطالعه به مسئولان بهداشتی به منظور برنامه‌ریزی، کنترل و پیشگیری از ابتلا به ایدز است.

### روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی است و اطلاعات از طریق مشاهده مستقیم و پرسشگری گردآوری شده است. در پرسشنامه سولاتی که بتوان به وسیله آنها به آگاهی، نگرش و عملکرد

دندانپزشکان دست یافت طراحی شده است. برای تکمیل پرسشنامه شماره یک هماهنگی قبلی با دندانپزشکان صورت می‌گرفت و پرسشگر در ایام کاری به مطب مراجعه می‌کرد. بدین ترتیب آگاهی و نگرش آنها طی پرسشنامه مذکور توسط خودشان پر می‌شد. ولی جهت ارزیابی عملکرد پرسشنامه یا check list شماره دو تهیه شد که توسط پرسشگر و با مشاهده مستقیم او کامل می‌شد، در اینجا پرسشگر بدون هماهنگی قبلی و با توجه به لیستی که از بیمه در اختیار داشت در ساعات کاری وارد مطب شده و با ارائه معرفی‌نامه‌ای که در اختیار داشت از دندانپزشک برای تکمیل پرسشنامه تقاضای همکاری می‌کرد. شایان ذکر است که منظور از آگاهی میزان دانش نظری و اطلاعات علمی دندانپزشکان در مورد ایدز و کنترل آن است. در رابطه با نگرش هم میزان اعتقاد باطنی و باور آنها و معنای عملکرد نیز ارزیابی ارائه خدمات کلینیکی و اجرای عملی دانسته‌ها و باورهای افراد در مورد ایدز و کنترل آن می‌باشد.

جامعه مورد مطالعه در این بررسی را دندانپزشکان طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی استان گلستان تشکیل می‌داد. به عبارت بهتر حجم نمونه شامل ۱۰۴ دندانپزشک عمومی دارای مطب بود. (گرگان پنجاه نفر - گنبد کاووس ۲۵ نفر، بندر ترکمن هفت نفر، علی آباد هفت نفر، کردکوی چهار نفر، کلاله سه نفر، آزاد شهر دو نفر و گالیکش و بندر گز یک نفر). لیست مربوطه از بیمه خدمات درمانی استان تهیه گردید و مطالعه به صورت تمام شماری از همه استان انجام شد.

شایان ذکر است که به منظور اصلاح اشکالات پرسشنامه و روش انجام بررسی قبل از شروع کار ده عدد پرسشنامه در میان ده دندانپزشک به صورت آزمایشی مورد ارزیابی واقع شد.

### نتایج

از ۱۰۴ دندانپزشک مورد مطالعه ۷۴٪ مرد، و اکثر آنها در طیف سنی ۳۰-۴۰ سال قرار داشتند سابقه فعالیت ۳۵/۶٪ آنها نیز پنج سال و کمتر بود. نتایج در سه بخش آگاهی، نگرش و عملکرد به صورت جداگانه ارائه می‌شود.

### آگاهی

به طور کلی میزان آگاهی دندانپزشکان در کنترل ایدز، ۳/۸٪ متوسط، ۵۲/۹٪ خوب و ۳۴/۳٪ عالی برآورد شد. (جدول ۱)

جدول ۱: میزان آگاهی، تکرش و عملکرد دندانبزشکان مورد مطالعه از کنترل عفونت ایدز

متوسط		خوب		عالی		فراوانی و درصد رتبه‌ها
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	موضوع مورد بررسی
۳/۸٪	۴	۵۲/۹٪	۵۵	۴۳/۳٪	۴۵	آگاهی
۱٪	۱	۳۳/۶٪	۳۶	۶۴/۴٪	۶۷	تکرش
۳۰/۸٪	۳۲	۶۶/۳٪	۶۹	۲/۹٪	۳	عملکرد

در مورد مفهوم ارائه شده از ایدز (بیماری که نشان دهنده نقص در دستگاه ایمنی سلول بوده و هیچ علتی بجز HIV برای آن وجود نداشته باشد)، ۸۶/۵٪ آن را تایید می‌کردند، ۱۱/۵٪ تایید نکردند و ۱/۹٪ از مفهوم آن اطلاعی نداشتند (جدول ۲)

جدول ۲: تکرش دندانبزشکان مورد مطالعه در مورد ارائه خدمات به

بیماران مبتلا به ایدز بر حسب آگاهی آنان از تعریف بیماران مبتلا به ایدز

تکرش در مورد ارائه خدمات		کاملاً		مطمئن نیستم		مخالفم		جمع کل
		موافقم	موافقم	مخالفم	مخالفم			
تکرش در مورد ارائه خدمات		کاملاً موافقم		مطمئن نیستم		مخالفم		جمع کل
بلی	۳۲	۳۷	۱۴	۶	۱	۹۰	۳۲	۸۶/۵٪
خیر	۷	۱	۴	۰	۰	۱۲	۷	۱۱/۵٪
اطلاعی ندارم	۲	۰	۰	۰	۰	۲	۲	۱/۹٪
جمع کل	۴۱	۳۸	۱۸	۶	۱	۱۰۴	۴۱	۳۹/۴٪

تنها ۵۷/۷٪ دندانپزشکان در پاسخ این سوال که ویروس HIV بر روی عملکرد کدام سلول دفاعی اثر می‌گذارد پاسخ صحیح یعنی لنفوسیت Th را علامت زدند. در مورد انتقال ویروس HIV از راه جفت و شیر، ۸۶/۵٪ اطلاع صحیح داشتند، ۱۰/۶٪ معتقد بودند ویروس انتقال نمی‌یابد و ۲/۹٪ نیز اطلاعی نداشتند. همچنین در مورد انتقال ویروس از طریق بزاق ۶۲/۵٪ پاسخ صحیح داده و معتقد بودند منتقل نمی‌شود. ۳۶/۵٪ تصور می‌کردند منتقل می‌شود و ۱٪ نیز اصولاً هیچ گونه اطلاعی نداشتند.

اکثر دندانپزشکان، ۸۹/۴٪ افرادی را که تماسهای جنسی فراوان دارند، شامل می‌شد، ۷۶٪ مبتلایان به هموفیلی، ۹۷/۱٪ معتادین به تزریق مواد مخدر، ۶۶/۳٪ افرادی را که مسافرتهاى متعدد به کشورهای باریسک بالا دارند و ۷۳/۱٪ فرد معتادی که سابقه عفونت کاندیدایی نداشته و جدیداً مبتلا شده و به درمان هم پاسخ نمی‌دهد را مستعد ابتلا به HIV دانستند.

معمولترین آزمون تشخیصی ایدز ELISA و آزمون تایید کننده آن Western blot است که ۶۵/۴٪ دندانپزشکان از این موضوع آگاهی صحیح و ۳۴/۶٪ اطلاعات غلط داشتند.

۶۵/۴٪ افراد احتمال مشاهده برفک، ۴۸/۱٪ لکوپلاکیای مودار، ۲۷/۹٪ اریتروپلاکیا، ۶۵/۴٪ سارکوم کاپوزی، ۴۸/۱٪ ژنژیویت، ۵۲/۹٪ زخمهای آفتی و ۹/۶٪ موکوس Patch را در دهان فرد مبتلا به ایدز می‌دادند.

در پاسخ به این سوال که کدامیک از افراد زیر ممکن است مبتلا به ایدز باشند، ۱۸/۳٪ فرد معتادی را که سابقه عفونت کاندیدایی داشته و عود کرده، ۷۳/۱٪ شخص معتادی را که سابقه عفونت کاندیدایی نداشته و جدیداً پیش آمده و به درمان هم پاسخ نمی‌دهد و ۱٪ فرد معتادی را که سابقه عفونت کاندیدایی نداشته و جدیداً پیش آمده و به درمان هم پاسخ می‌دهد را انتخاب کردند. ۷/۷٪ نیز احتمال نمی‌دادند که هیچ کدام از افراد فوق مبتلا به ایدز باشند.

۸۵/۶٪ مهمترین راه استریلیزاسیون ویروس ایدز را اتوکلاو و ۱۴/۴٪ فور را هم موثر می‌دانستند.

۴۲/۳٪ معتقد بودند ویروس HIV را می‌توان با مواد ضد عفونی کننده غیر فعال کرد. ۵۱٪ عقیده داشتند، نمی‌شود و ۶/۷٪ نیز اطلاعی نداشتند. با این همه ۱۰۰٪ آنها ضد عفونی کردن وسایل آلوده به ایدز را کافی ندانسته و استریل کردن را هم ضروری دانستند.

آگاهی دندانپزشکان بر اساس سنوات مطب‌داری در مورد راه مناسب استریلیزاسیون در افراد

با سابقه پنج سال به پایین عمدتاً ۳۰/۷٪ با انتخاب اتوکلاو بود که این میزان در افراد با سابقه ۲۵ سال به ۳/۸٪ تعلیل یافته بود. (جدول ۳).

جدول ۳: عملکرد و آگاهی دندانپزشکان مورد مطالعه در مورد راههای

استریلیزاسیون و کاربرد دهان شویه بر حسب سنوات مطب داری

موضوع مورد بررسی	سنوات مطب داری						
	۵سال به پایین	۶-۱۰سال	۱۱-۱۵سال	۱۶-۲۰سال	۲۱-۲۵سال	بالای ۲۵سال	جمع کل
عملکرد در تجویز دهان شویه قبل از درمان	بلی	۲ %۱/۹۲	۱ %۰/۹۶	۳ %۲/۸	۲ %۱/۹۲	۲ %۱/۹۲	۱۲ %۱۱/۴۵
	خیر	۳۵ %۳۳/۶	۳۴ %۳۲/۶	۱۵ %۱۴/۴	۳ %۲/۸	۳ %۲/۸	۹۲ %۸۸/۱۴
	جمع کل	۳۷ %۳۵/۵	۳۵ %۳۳/۶	۱۸ %۱۷/۳	۵ %۴/۸	۵ %۴/۸	۱۰۴ %۱۰۰
آگاهی در انتخاب راه مناسب استریلیزاسیون ویروس HIV	اتوکلاو	۳۲ %۳۰/۷	۲۹ %۲۷/۸	۱۷ %۱۶/۳	۲ %۱/۹۲	۵ %۴/۸	۸۹ %۸۵/۵
	حرارت خشک	۵ %۴/۸	۶ %۵/۷	۱ %۰/۹۶	۳ %۲/۸	۰ ۰	۱۵ %۱۴/۴
	بخارشیمیایی	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰
	غیراشباع	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰
	جمع کل	۳۷ %۳۵/۵	۳۵ %۳۳/۶	۱۸ %۱۷/۳	۵ %۴/۸	۵ %۴/۸	۱۰۴ %۱۰۰

نگرش

به طور کلی نگرش دندانپزشکان در این مطالعه ۱٪ متوسط، ۳۳/۶٪ خوب و ۶۴/۴٪ عالی برآورد شد. (جدول ۱) نگرش دندانپزشکان مورد مطالعه در مورد ویزیت بیماران HIV<sup>+</sup> با

اکثریت ۳۹/۴٪ کاملاً موافق ارائه خدمات به این بیماری می‌باشد. ۳۶/۵٪ موافق، ۱۷/۳٪ مطمئن نبوده، ۵/۷٪ مخالف و ۰/۹۶٪ کاملاً مخالف بودند. (جدول ۲)

اکثر افراد به نسبت مساوی، ۲۸/۵٪ کاملاً موافق و یا موافق با امکان انتقال ویروس HIV از طریق زخم سر سوزن به خطر انتقال ویروس هپاتیت B آگاه بودند. ۶/۷٪ مطمئن نبوده، ۱۰/۶٪ مخالف و ۵/۸٪ کاملاً مخالف این نظریه بودند.

۲۲/۱٪ افراد در رابطه با این نظریه که ویروس HIV با تمامی روشهای استریلیزاسیون از بین می‌رود کاملاً موافق، ۲۸/۸٪ موافق، ۲۳/۱٪ مطمئن نبوده، ۱۶/۳٪ مخالف و ۹/۶٪ کاملاً مخالف بودند.

در رابطه با اینکه شستن و تمیز کردن وسایل آلوده به ایدز قبل از استریل کردن آنها لازم نیست، ۴/۸٪ کاملاً موافق، ۶/۷٪ موافق، ۳۲/۷٪ مطمئن نبوده و اکثریت یعنی ۵۵/۸٪ مخالف بودند. ۶۳/۵٪ کاملاً موافق ارجحیت اتوکلاو نسبت به فور، ۲۶/۹٪ موافق، ۶/۷٪ مطمئن نبوده و ۲/۹٪ مخالف بودند.

## عملکرد

در مورد عملکرد ۳۰/۸٪ دندانپزشکان مورد مطالعه متوسط، ۶۶/۳٪ خوب و ۲/۹٪ عالی محاسبه شدند (جدول ۱).

طبق مشاهدات و کاوشهای به عمل آمده توسط پرسشگر تنها ۳/۸٪ دندانپزشکان مورد مطالعه، روپوش سفید به تن نداشتند. در عین حال ۷/۷٪ از دستکش جداگانه برای هر بیمار استفاده نمی‌کردند ولی بقیه ۹۲/۳٪ تعویض می‌کردند. ۴۶/۲٪ از ماسک جداگانه برای هر بیمار و ۱۷/۳٪ از عینک محافظ در حین کار استفاده نمی‌کردند ولی ۸۲/۷٪ عینک محافظ داشتند. برخی از دندانپزشکان یعنی ۲۹/۳٪ پس از هر ویزیت دستهای خود را می‌شستند. در تمامی مطبها، ۱۰۰٪ سر ساکشن و لیوان یک بار مصرف برای هر بیمار استفاده می‌شد. ۶۴/۴٪ از پیش‌بند یکبار مصرف، ۷۰/۲٪ از پوشش سرپوار یکبار مصرف و ۹۹٪ از سر سوزن جداگانه استفاده می‌کردند. این مطالعه نشان داد که ۱۰۰٪ مطبها قبل از ویزیت بیمار بعدی توربین را ضدعفونی می‌کنند. انگل، ۹۸/۱٪ و پوار ۹۵/۲٪ اما دسته چراغ ۵۳/۸٪ و یونیت ۲۵/۶٪ کمتر ضد عفونی می‌شود. اکثریت دندانپزشکان، ۸۸/۵٪ قبل از شروع درمان برای بیماران دهان شویه



تجویز نمی‌کردند. کاربرد دهان‌شویه قبل از درمان بر اساس سنوات مطب‌داری در دندانپزشکان با سابقه پنج سال کمتر ۱/۹۲٪ و در افراد با سابقه ۱۵-۱۱ سال ۲/۸٪ بود (جدول ۳). ۵۰٪ جهت استریلیزاسیون وسایل از اتوکلاو به تنهایی، ۷/۷٪ از وفور و ۴۲/۳٪ از فور و اتوکلاو تماماً استفاده می‌کردند. در مورد دفعات کاربرد اتوکلاو در روز (در صورت موجود بودن در مطب) ۱۲/۵٪ یکبار در روز، ۲۸/۸٪ دوبار در روز و ۸/۷٪ هر چند روز یکبار آن را بکار می‌بردند (جدول ۴).

\* \* \*

جدول ۴: عملکرد و تکرش دندانپزشکان در مورد راهها و تجهیزات استریلیزاسیون و عملکردشان از لحاظ دفع سر سوزن در رابطه با تکرش آنها.

موضوع مورد بررسی	تکرش		مواظفم	مطمئن نیستم	مخالفم	کاملا مخالفم	جمع کل
	کاملا موافقم	کاملا مخالفم					
آگاهی در مورد راههای استریلیزاسیون و بروس HIV	اتوکلاو	۵۸ %۵۵/۷	۲۴ %۲۳	۵ %۴/۸	۲ %۱/۹۲	۰ ۰	۸۹ %۸۵/۶
	حرارت خشک	۸ %۷/۶۹	۴ %۳/۸۴	۲ %۱/۹۲	۱ %۰/۹۶	۰ ۰	۱۵ %۱۴/۴
	بخارشیمیایی غیراشباع	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰
	جمع کل	۶۶ %۶۳/۵	۲۸ %۲۶/۹	۷ %۶/۷	۳ %۲/۸	۰ ۰	۱۰۴ %۱۰۰
عملکرد دندانپزشکان در استفاده از تجهیزات استریلیزاسیون	بلی	۵ %۴/۸	۶ %۵/۷	۱ %۰/۹۶	۰ ۰	۰ ۰	۱۲ %۱۱/۵
	خیر	۳۵ %۳۳/۶	۳۴ %۳۲/۶	۶ %۵/۷	۱۱ %۱۰/۵	۶ %۵/۷	۹۲ %۸۸/۴
	جمع کل	۴۰ %۳۸/۴	۴۰ %۳۸/۴	۷ %۶/۷	۱۱ %۱۰/۵	۶ %۵/۷	۱۰۴ %۱۰۰
	فور	۳۰ %۲۸/۸	۱۶ %۱۵/۳	۴ %۳/۸	۲ %۱/۹۲	۰ ۰	۵۲ %۵۰
عملکرد از لحاظ دفع استریل سر سوزن	اتوکلاو	۸ %۷/۶	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۰ ۰	۸ %۷/۶
	هر دو	۲۸ %۲۶/۹	۱۲ %۱۱/۵	۳ %۲/۸	۱ %۰/۹۶	۰ ۰	۴۴ %۴۲/۳
	جمع کل	۶۶ %۶۳/۵	۲۸ %۲۶/۹	۷ %۶/۷	۳ %۲/۸	۰ ۰	۱۰۴ %۱۰۰

۹۲/۳٪ فرزهای خود را کنار گذاشته و در پایان روز استریل می‌کردند. ۷/۷٪ بلافاصله تمیز و استریل کرده و دوباره بکار می‌بردند. تنها ۳۲/۷٪ دندانپزشکان از صابون مایع در مطب استفاده می‌کردند. ۴۰/۴٪ الکل را به عنوان ضدعفونی کننده بکار می‌بردند، ۱۲/۵٪ بتادین، ۱۷/۳٪ ساولن، ۱۳/۵٪ فرمالین، ۳/۸٪ سایدکس، ۳۵/۶٪ هیپوکلریت سدیم و اکثراً یعنی ۹۲/۳٪ میکروتن را هم بکار می‌بردند. تنها ۱۱/۵٪ سر سوزنهای استفاده شده را قبل از دفع استریل و مابقی یعنی ۸۸/۵٪ بدون استریلیزاسیون دفع می‌کردند.

### بحث

تشخیص افراد مبتلا به بیماریهای واگیردار از افراد سالم در مراکز دندانپزشکی امری بسیار دشوار است لذا هر یک از این بیماران را باید به عنوان یک ناقل بالقوه در نظر داشت. شناخت ماهیت بیماری ایدز، اعم از اتیولوژی، مکانیسم اثر، حالات کلینیکی، آزمونهای تشخیصی و... برای مقابله با آن به دندانپزشک یاری می‌رساند.

در این مطالعه اکثر دندانپزشکان یعنی ۸۶/۵٪ از مفهوم صحیح ایدز، ۵۷/۷٪ از تاثیر ویروس HIV بر روی لنفوسیت Th و ۸۶/۵٪ از امکان انتقال توسط جفت و شیر آگاهی داشتند. از سویی دیگر اکثر همین افرادی که تعریف ایدز را می‌دانستند، نگرش آنها هم موافق با ارائه خدمات دندانپزشکی به بیمار ایدزی بود. در عین حال جای خوشحالی است که حتی دندانپزشکانی که تعریف ایدز را درست نمی‌دانستند نیز دارای نگرش کاملاً موافق جهت ارائه خدمات به این بیماران بودند.

در سال ۲۰۰۱ نیز تحقیق مشابهی در نایروبی کنیا بر روی ۱۰۵ دندانپزشک انجام شد. در آنجا هم آگاهی افراد در مورد ایدز و تاریخچه آن در کشورشان قابل قبول بود، به طوری که نیمی از آنها یعنی ۵۳٪ می‌دانستند که اولین بیماری ایدز در سال ۱۹۸۴ در کنیا گزارش شده است (۱۴). شناخت افراد مستعد به ایدز بسیار مهم است که در این مورد ۸۹/۴٪ تماسهای جنسی مکرر ۹۷/۱٪ معتادین به تزریق مواد مخدر و ۷۶٪ مبتلایان به هموفیلی را تعیین کننده می‌دانستند. در کنیا نیز ۹۸٪ معتقد بودند که مهمترین راه انتقال HIV در کشورشان تماسهای جنسی بخصوص هتروسکسوتل است (۱۴).

معمولترین آزمون تشخیصی ایدز ELISA است که تنها ۱۳٪ موارد مثبت این آزمون حقیقتاً

عفونت HIV را دارند و آزمون تایید کننده‌اش نیز Western blot است (۳). اکثر دندانپزشکان آزمون یعنی ۶۵/۴٪ مهمترین راه استریلیزاسیون وسایل آلوده به ویروس AIDS را اتوکلاو می‌دانستند که ۸۵/۶٪ آن را تایید می‌کردند و تنها ۴۲/۳٪ اعتقاد به غیر فعال شدن ویروس توسط ضدعفونی کننده‌ها داشتند. با این همه تمامی آنها ۱۰۰٪ معتقد بودند که ضدعفونی کردن وسایل آلوده به ایدز کافی نیست و حتما باید استریل شوند. علی‌رغم اینکه بیش از نیمی یعنی ۶۳/۵٪ از جامعه مورد مطالعه نگرش کاملاً موافق به اتوکلاو به عنوان تنها راه استریلیزاسیون مطمئن برای از بین بردن ویروس دارند، از لحاظ عملکرد تنها ۷/۶٪ اتوکلاو را به تنهایی و ۳۴/۶٪ از فور و اتوکلاو توأم استفاده می‌کردند و در ۵۰٪ موارد نیز استریلیزاسیون وسایل چند بار مصرف توسط فور صورت می‌گرفت.

در تحقیقی که در جمهوری ایرلند توسط Kearns در سال ۲۰۰۱ انجام شد، ۹۷٪ اتوکلاو را برای استریلیزاسیون ابزار انتخاب کرده بودند که در مقایسه با کشور ما در سطح بالاتری قرار دارد (۱۵). در این رابطه شاید هزینه نسبتاً بالای اتوکلاو و ضرورت خدمات رسانی پس از فروش آن نسبت به فور که ارزانتر و کاربرد راحت‌تری دارد توجیه کننده علت این اختلاف باشد.

در کنیا هم ۸۵٪ اتوکلاو را جهت استریلیزاسیون وسایل لازم دانستند (۱۴).

در درمانهای ترمیمی، جرمگیری و جراحی برای به حداقل رساندن ویروس‌های انتقالی به ملتحمه چشم، از طریق آئروسول‌ها ترشحات استفاده از عینک محافظ و ماسک ضروری است که در این مطالعه ۱۷/۳٪ از عینک محافظ هنگام کار استفاده نمی‌کردند. در تحقیق Scully در آمریکا نیز ۷۸٪ (۱۶) و در بررسی Bancescu در رومانی نیز ۲/۳ افراد عینک محافظ بکار می‌بردند (۱۷).

۴۶/۲٪ افراد مورد مطالعه ماسک جداگانه برای هر بیمار نمی‌زدند و این در حالی است که در مطالعه Scully در ۱۹۹۲ در آمریکا هم ۳۸٪ (۱۶) و در تحقیق Kearns جمهوری ایرلند نیز ۶۸٪ از ماسک جداگانه استفاده نمی‌کردند (۱۵). در تحقیق انجام شده در رومانی فقط سه مورد ماسک جدا بکار می‌بردند (۱۷). نظر به در دسترس بودن و هزینه پایین ماسک و عینک، علت این نقص را باید در باور فردی و فرهنگ مسئولیت پذیری افراد جستجو کرد.

اکثر دندانپزشکان ایرانی پس از هر ویزیت دستهای خود را می‌شستند (۹۲/۳٪). در مطالعه یاد شده در ایرلند نیز ۴۴٪ قبل از پوشیدن دستکش، خود را به محلول ضدعفونی کننده آغشته

می‌کردند و در تحقیق Scully در آمریکا هم ۳۸٪ قبل از تماس و ۵۰٪ بعد از تماس با بیماران با محلول شستشو دستها را می‌شستند. استفاده از دستکش و تعویض آن در بین بیماران نقش بسزایی در پیشگیری از عفونت دارد که در ایران ۷۷٪ دستکش بکار نمی‌بردند و بقیه ۹۲/۳٪ به طور معمول در طول درمان بیماران از دستکش جدا استفاده می‌کردند. در مطالعه ایرلند هم ۷۴٪ برای تمام بیماران دستکش مجزا می‌پوشیدند و این میزان در مطالعه آمریکا ۹۶٪ بود. در صورتی که در تحقیق رومانی دندانپزشکان کمی بیش از ۵۰٪ موارد حین کار دستکش می‌پوشیدند. بنابراین جمعیت مورد بررسی از این نظر در مرتبه قابل قبولی قرار دارد.

با توجه به اهمیت پوششهای حفاظتی در پیشگیری از عفونتهای متقاطع، تنها ۳/۸٪ از دندانپزشکان ما روپوش سفید به تن نداشتند. اما Bancescu گزارش می‌کند که دندانپزشکان رومانی همیشه حین درمان، گان می‌پوشند. اما اینکه چرا دستکش یکبار مصرف را همیشه بکار نمی‌برند جای سوال دارد. لکن در بررسی حاضر میزان استفاده از روپوش و دستکش با هم همخوانی دارد. بدیهی است دهان شویه‌های آنتی باکتریال اهمیت زیادی در کاهش باکتری‌های دهان دارند و بکارگیری آنها از آلودگی محیط کار توسط آئروسول‌های حاوی باکتری‌های پاتوژن مخصوص هنگام کار با توربین جلوگیری می‌کند (۱۸)، ولی ۸۸/۵٪ دندانپزشکان ماقبل از شروع به درمان آن را به کار می‌بردند. شاید یکی از دلایل این مسئله را در آموزش دوره دانشجویی بتوان جستجو کرد، زیرا معمولاً در آموزش عملی دانشجویان (بخصوص در بخشهای پریو یا جراحی) استفاده از دهان شویه همانند دستکش و یا ماسک الزامی نیست. جالب است بدانیم در بین افرادی که قبل از درمان دهان شویه به کار می‌بردند، آنهایی که ۱۵-۱۱ سال مطب داشتند اکثریت را تشکیل می‌دادند. اما افراد با سابقه زیر پنج سال عمدتاً این امر را جدی نمی‌گرفتند. از طرفی دیگر اکثر افرادی که اتوکلاو را به عنوان بهترین روش استریلیزاسیون ایدز می‌دانستند نیز سابقه پنج سال و یا کمتر را داشتند که با افزایش سنوات مطب‌داری این آگاهی کمتر می‌شد. به این ترتیب شاید بتوان چنین نتیجه‌گیری کرد که این دسته از دندانپزشکان جوان، چون از استریلیزاسیون وسایل خود (که توسط اتوکلاو انجام می‌شود) اطمینان کامل دارند، کاربرد دهان شویه را خیلی جدی نمی‌گیرند. اما از آنجا که استفاده از دهان شویه میزان باکتری‌های دهان را تا ۹۸٪ کاهش می‌دهد، دندانپزشکان برای کنترل بیشتر عفونت باید این راهکار را هم مدنظر داشته و در آموزش عملی دانشگاه نیز تاکید بیشتری روی آن شود. این مطالعه نشان داد که در تمامی

مطبها قبل از ویزیت بیمار بعدی توربین، انگل و سرپوار اکثراً ولی دسته چراغ و یونیت بندرت ضد عفونی می‌گردد. ضد عفونی کردن کاری وقت‌گیر است و با توجه به این که بیشتر این افراد میکروتن به کار می‌برند و حداقل زمان لازم برای ضد عفونی توسط میکروتن نیز ۱۵ می‌باشد پس نتیجه می‌گیریم که روش ضد عفونی کردن آنها کامل و صحیح نیست. در مطالعه رومانی ماده ضد عفونی کننده رایج در میان دندانپزشکان در غالب موارد الکل و هیپوکلریت سدیم بوده است. نگرش دندانپزشکان ما در ارتباط با خطر انتقال ویروس ایدز از طریق زخم سر سوزن، نگرشی کاملاً موافق بود، در صورتی که در مورد رفع استریل سرسوزنها عملکرد بسیار ضعیفی داشتند، بدین معنی که فقط ۱۱/۵٪ ابتدا سر سوزنهای مستعمل را استریل و بعد دفع می‌کردند. در این مورد نیز به نظر می‌رسد آموزشهای مکرر همگانی تا نیل به فرهنگ دفع وسایل نوک تیز به صورت استریل، همانند فرهنگ جداسازی زباله‌ها در منازل ضروری است. در این صورت باید به امید این باشیم که افراد متعهد و خود کنترل شوند.

در مجموع هر چند آگاهی (۵۲/۹٪ خوب، ۴۳/۳٪ عالی) و نگرش (۳۴/۶٪ خوب و ۶۴/۴٪ عالی) دندانپزشکان در سطح بالایی قرار دارد ولی عملکردشان (۳۰/۸٪ متوسط، ۶۶/۳٪ خوب و ۲/۹٪ عالی) متفاوت است. در مطالعه کنیا هم بین این سه مقوله عدم هماهنگی مشاهده می‌شد و لذا اجرای دوره‌های آموزشی مستمر را پیشنهاد کردند.

### پیشنهادات:

- ۱- از آنجا که وجود اتوکلاو در کلینیک‌ها اجباری است، باید بر حضور، سلامت و کار با آن نظارت بیشتری شده و نظر به قیمت بالا و در عین حال ضرورت وجود آن متولیان بهداشتی کشور تسهیلاتی جهت خرید در اختیار دندانپزشکان قرار دهند.
  - ۲- وسایل یکبار مصرف با قیمت پایینتری در اختیار مصرف کننده قرار گیرد.
  - ۳- تمهیداتی صورت گیرد تا تعداد توربین ایرموتور در کلینیک‌ها افزایش یابد.
  - ۴- دوره‌های بازآموزی برای دندانپزشکان با تأیید بر روی کنترل عفونت، افزایش آگاهی راجع به ایدز، کار با اتوکلاو نحوه صحیح ضد عفونی کردن ابزار و بکار بردن وسایل یکبار مصرف برگزار شود.
- هـ- واحد کنترل عفونت نظری و عملی در دروس آموزشی دانشجویان گنجانده شود.

### نتیجه گیری

علی رغم آگاهی و نگرش در حد خوب یا عالی، عملکرد دندانپزشکان استان گلستان عمدتاً در حد متوسط و خوب بوده است و این اختلاف عمدتاً در رابطه با نحوه استریلیزاسیون (فور بجای اتوکلاو) تجلی می‌کند. بنابراین ارائه تسهیلات در این موارد پیشنهاد می‌شود.

\*\*\*

## REFERENCES

- ۱- قرار چورلو، فرانک؛ صالح پور، شهاب. انکار بی‌فایده است، ایدز رویارو شویم. خبرنامه ایدز وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی معاونت سلامت. ۱۳۸۱ ص ۲-۱.
- 2- Gerald H, Friedland MD, Robert S, Klein MD. Transmission of human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine* 1987; 18: 1125-1133.
- 3- Klots M. HIV/AIDS infection. *J Can Dent Assoc* 2000; 66(3): 123-4.
- 4- Sciubba JJ. Recognizing the oral manifestations of AIDS. *Oncology* 1992;6: 64-70, 75.
- 5- Cloeman DC, Bennett DE, Sullivan DJ, Gallagher PJ. Oral Candida in HIV infection and AIDS: new Perspectives/new approaches. *Crit Rev Microbiol* 1993; 19:61-88.
- 6- Flaitz CM, Nichols CM, Hicks MJ. An Overview of the oral manifestations of AIDS-related kaposi Sarcoma. *Compendium* 1995;16:136-8, 140-142.
- 7- Garfunkel AA, Glick M. Common oral findings in two different disease-Leukemia and AIDS: Part 2. *Compendium* 1992; 13:432,434-436.
- 8- Wiltshire AD, Ross MW, Brimlow DL. Empathic communication between dental professionals and persons living with HIV and AIDS. *J Dent Edu* 2002; 66(1):86-93.
- 9- Glick.M.The role of the dentists in the era of AIDS. *Dent Clin North Ame* 1996; 40(2): 343-357.
- 10- Asseri M, Sugree PC, Graser GN, Eisenberg AD. Control of microbial contamination with commercially available cleaning solutions. *J Proshthet Dent* 1992;67:275-383.



- 11-Cottone JA, Terezhalmly GT, Molinary JA. Practical infection control in dentistry. Philadelphia: Lea & Febiger; 1991, 261-264.
- 12-Aminzadeh M, Sane Aet. Prevalance of HIV, HCV and HBV among Iranian dentists XI International of AIDS. Vancouver, Canada: [S.N]; 1996, 475.
۱۳. نشریه آیینہ دانشگاه، ماهنامه خبری روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گلستان، ۱۳۸۱؛ دوره دوم شماره ۱۱: ۲۵-۲۲.
- 14-Gachigo JN, Naidoo-S .HIV/ AIDS the knowledge, attitude and behaviour of dentists in Nairobi, Kenya. SADJ 2001; 56(12): 587-91.
- 15-Kearns Hpo, Burke FJT, Cheung SW. Cross infection control in dental practice in the Republic of Irland. Int Dent J 2001; 51(1): 17-22.
- 16-Scully C, Porter SR, Epstein J. Compliance with infection control Procedures in a dental hospital clinic. Br Dent J 1992; 173(1): 20-3.
- 17-Bancescu AA, Ciufecuc, Skaug N, Palenik CHJ. Infection control practices and compliance to national recommendation among dentists in Romania.Int Dent J 1999;49(5): 260-8.
- 18-Reichart PA. Gelderblom Hr. AIDS and the oral cavity. Int J Oral Maxillofac Surg 1987; 16:129-53.

\*\*\*