

## بررسی آگاهی، نگرش و کارکرد گروهی از پزشکان عمومی و متخصصین کودکان در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در کودکان

فائزه اسلامی پور<sup>\*</sup>، رضا بیرنگ<sup>\*\*</sup>، ناصر رحیمی<sup>\*\*\*</sup>، محمدرضا بکرانی<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> ارتودنسیست و مدیر گروه دندانپزشکی جامعه نگر دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، عضو مرکز تحقیقات ارتودنسی دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
<sup>\*\*</sup> دانشیار گروه پرودنتولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان  
<sup>\*\*\*</sup> دندانپزشک

### چکیده

**بیان مساله:** پزشکان به علت دیدارهای منظم کودکان در سال‌های نخستین می‌توانند جایگاه ویژه‌ای در راهنمایی خانواده‌ها برای پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان کودکان داشته باشند.

**هدف:** هدف از این بررسی، تعیین و مقایسه میزان آگاهی، گونه‌ی نگرش و کارکرد پزشکان عمومی و متخصص کودکان در پیوند با پیشگیری از بیماری‌های دهانی در کودکان بود.

**مواد و روش:** این بررسی توصیفی-تحلیلی، بر روی ۲۹۶ پزشک عمومی و متخصص کودکان انجام گرفت. اطلاعات پیرامون دموگرافی و سطح آگاهی از عوامل خطرزا (Risk factor) و نگرش و کارکرد افراد در مورد پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان توسط یک پرسشنامه‌ی پنج بخشی به گونه‌ی خود اجرا گردآوری گردید. اطلاعات گردآوری شده توسط آزمون‌های آماری مجذور کای (Chi-square) و تی (T-test) واکاوی شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی آگاهی از عوامل خطرزای بیماری‌های دهان و دندان در پزشکان و متخصصین کودکان  $62 \pm 14$ ، نمره‌ی نگرش  $94 \pm 8$  و نمره‌ی کارکرد  $38 \pm 17$  به دست آمد. تفاوت معناداری میان نمره‌های پزشکان عمومی و متخصصین کودکان وجود نداشت. پزشکان با آگاهی بیشتر و همچنین با ساعت‌های کاری و حجم بیمار بیشتر از نگرش بالاتری برخوردار بودند. پزشکانی که در مراکز دولتی فعالیت می‌کردند کارکرد بهتری در زمینه‌ی پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان داشتند.

**نتیجه‌گیری:** بر پایه‌ی این بررسی، برنامه‌ی کنونی آموزش سلامت دهان و دندان در دوره‌ی آموزش پزشکی عمومی و تخصصی کمتر از حد مورد نیاز است. همچنین آگاهی و دانش خوب و کارکرد ضعیف پزشکان نشان دهنده‌ی این واقعیت است، که سطح بالای آگاهی و نگرش مثبت به کارکرد بهتر در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان نمی‌انجامد. بنابراین، آموزش‌های عملی در این زمینه و تمرین ارجاع بیماران به دندانپزشک در طول دوران تحصیل می‌تواند کارکرد ایشان را بهبود بخشد.

**واژگان کلیدی:** آگاهی، بیماری‌های دهان و دندان، پزشک، پزشکی کودکان، پیشگیری

## Archive of SID

## درآمد

از زمانی که پوسیدگی به عنوان شایع‌ترین بیماری عفونی در کودکان مطرح گردیده، ضرورت پیشگیری به عنوان راهبرد اساسی در سلامت عمومی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شده است. پوسیدگی‌های زود هنگام دوران کودکی (ECC) عموماً گونه‌ی بدخیم پوسیدگی هستند، که بی‌درنگ پس از رویش دندان بر روی سطوح صاف و صیقلی به وجود آمده و به سرعت پیشرفت کرده و اثرات دراز مدت بر وضعیت رویش دندان‌های دائمی کودکان خواهند گذاشت<sup>(۳-۱)</sup>. پوسیدگی‌ها در دندان‌های شیری می‌تواند بر رشد کودکان اثر گذاشته و نتایجی همچون دردهای شدید، عفونت‌های خطرناک و به گونه‌ی کلی کاهش کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. انجمن متخصصین کودکان آمریکا (AAP) بر این نکته تأکید دارد، که مراقبت‌های تخصصی در جهت شناخت عامل‌های خطرزا در سلامت دهان و دندان در همه‌ی کودکان باید در سن شش ماهگی آغاز گردد<sup>(۴ و ۵)</sup>.

کلونی‌های باکتریایی استرپتوکوک و لاکتوباسیل‌ها که ایجاد کننده پوسیدگی هستند در کودکان سه ماهه دیده شده و تا شش ماهگی در ۵۰ درصد کودکان بی دندان دیده می‌شود و این رقم تا ۲۴ ماهگی به ۸۴ درصد می‌رسد<sup>(۶-۸)</sup>. از سوی دیگر انتقال مستقیم استرپتوکوک میوتانس (S mutans) از مادر به کودک به اثبات رسیده است<sup>(۹-۱۳)</sup>. در واقع ژنوتیپ‌های میوتانس در نوزادان با آنچه در مادرانشان وجود دارد در ۷۱ درصد موارد یکسان گزارش گردیده است<sup>(۴ و ۱۵)</sup>. اهمیت این اطلاعات در دو نکته بوده، یکی این‌که در خانواده‌هایی که میزان بالای پوسیدگی دارند معمولاً این مشکل از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌گردد و کودکان دارای مادران با پوسیدگی بالا در خطر پوسیدگی بیشتر قرار دارند. دیگر این‌که بهبود فلور میکروبی در دهان مادر در زمانی که امکان انتقال به کودک وجود دارد می‌تواند اثر به‌سزایی در میزان پوسیدگی دندان کودک بر جای گذارد<sup>(۱۵)</sup>.

به دلیل این‌که پزشکان عمومی، پرستاران و پزشکان متخصص کودکان بیشتر از دندانپزشکان با مادران جدید، نوزادان و کودکان در ارتباط هستند، ضروری است که آنها به آسیب‌شناسی پوسیدگی و عوامل خطرزای مرتبط با پوسیدگی‌های زود هنگام کودکی آگاهی یافته تا بتوانند به موقع نسبت به تشخیص مشکلات دهانی کودکان و ارجاع آنها به متخصصین دندانپزشکی اقدام نمایند<sup>(۲، ۴، ۱۶ و ۱۷)</sup>. همچنین، پزشکان جایگاه ویژه و مناسبی را برای

راهنمایی پدر و مادران در پیشگیری از بیماری‌های دهان کودکان در مراجعه‌های منظم و پیوسته در سال‌های نخستین زندگی کودک دارا هستند. بنابراین، شناخت بیماری دهان و دندان پیش از یک سالگی امکان شناخت بیماران با خطر بالا را موجب شده و مراجعه‌ی به هنگام و کارکردهای پیشگیری مناسب برای کودک را فراهم می‌نماید<sup>(۹)</sup>.

لویس (Lewis) و همکاران، پژوهشی در زمینه‌ی نقش متخصصین کودکان در سلامت دهان و دندان کودکان انجام داده و مطرح نمودند، که بر خلاف اهمیت موضوع، توانمندی و قابلیت پزشکان و متخصصین کودکان در این زمینه کمتر از میزان کفایت است<sup>(۱۸)</sup>. این یافته‌ها در پژوهش آلبرت (Albert) و همکاران، که پژوهشی پیرامون آگاهی نگرش و کارکرد پزشکان در مورد اثرات فلوراید و تجویز آن انجام گرفته بود مورد تأیید قرار گرفت<sup>(۱۹)</sup>. همچنین کرول (Krol) و همکاران، پژوهشی را در دوره‌ی آموزشی پزشکان برای ارزیابی آموزش‌های سلامت دهان و دندان انجام دادند و دریافتند که حداقل دانش دندانپزشکی مورد نیاز پزشکان جهت تشخیص مشکلات سلامت دهان و دندان می‌بایست در طی روند آموزش پزشکی آموزش داده شود و این موضوع به صورت کامل و برنامه‌ریزی شده در برنامه‌های آموزشی بسیاری از دانشکده‌های پزشکی وجود ندارد<sup>(۲۰)</sup>. این مطلب با وجود افزایش میزان شیوع و شدت پوسیدگی‌های دندانی بوده، که بر پایه‌ی بررسی‌ها پنج برابر بیشتر از آسم در میان افراد ۵ تا ۱۷ ساله است<sup>(۲۱)</sup>.

در پژوهشی که بادر (Bader) و همکاران، پیرامون نقش پزشکان در پیشگیری از بیماری‌های دندانی در کودکان در سنین پیش از دبستان انجام دادند به این نتیجه رسیدند، که با توجه به این‌که پوسیدگی دندانی یک بیماری قابل پیشگیری است، این پیشگیری می‌تواند و بهتر است از مطب پزشکان و یا متخصصین کودکان آغاز گردد. زیرا مراجعه‌ی کودکان به پزشکان در سنین پایین به مراتب بیشتر از مراجعه‌ی ایشان به دندانپزشکان است<sup>(۲۲)</sup>. بر پایه‌ی دانسته‌های ما منابع ناچیزی در حوزه‌ی دانش و فعالیت‌های پزشکان پیرامون برنامه‌های پیشگیرانه‌ی سلامت دهان و دندان به چاپ رسیده است. اهمیت چنین بررسی‌هایی به روشنی آشکار است چرا که دیدگاه پزشکان و متخصصین پزشکی، می‌تواند در اجرا و موفقیت یک برنامه‌ی پیشگیری از بیماری‌های دهان، بازدارنده یا پیش برنده باشد<sup>(۱۷)</sup>. بنابراین، در این پژوهش،

## Archive of SID

۴- بخش چهارم پرسش‌ها پیرامون کارکرد افراد در رابطه با اعمال پیشگیرانه همچون زمان و شیوه‌ی ارجاع کودکان به دندانپزشک، تجویز مکمل‌های فلوراید، مشاوره و راهنمایی پدر و مادران برای جلوگیری یا مهار بیماری‌های دهان و دندان کودکان با پاسخ‌های بلی یا خیر و یا چهار درجه در مقیاس لیکرت از هرگز تا همیشه بررسی گردید.

۵- بخش پنجم پرسش در رابطه با این‌که اطلاعات در این زمینه از کجا به دست آمده و آیا نیاز به اطلاعات بیشتر احساس می‌شود یا خیر مورد پرسش قرار می‌گرفت.

پرسشنامه‌ها به صورت بی نام و بر پایه‌ی تمایل متقاضی با مراجعه به مطب و درمانگاه‌هایی که در آن شاغل بودند به افراد تحویل داده می‌شد، که به صورت خود ایفا (Self administered) توسط آنها تکمیل و سپس گردآوری می‌گردید. کسانی که تمایل به پرکردن پرسشنامه نداشتند و یا پرسشنامه را کامل پر نکرده بودند از بررسی کنار گذاشته شدند.

جمع نمره‌ی پرسش‌ها در سه بخش ۲، ۳ و ۴ هر یک از ۱۰۰ ارزیابی گردید. همچنین در هر بخش نمره‌ها، در چهار سطح ضعیف کمتر از ۲۵ و متوسط ۲۵ تا ۵۰ و خوب ۵۰ تا ۷۵ و عالی ۷۵ تا ۱۰۰ رده‌بندی گردید.

در واکاوی آماری از آزمون‌های مستقل تی (Independent t-test) و آنوا (ANOVA) برای مقایسه‌ی میانگین‌ها و برای بررسی روابط متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای در نرم افزار SPSS ۱۱/۵ استفاده گردید. سطح معنادار آماری در این بررسی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این بررسی مقطعی و توصیفی-تحلیلی، از شمار ۳۵۰ پزشک عمومی و ۵۰ پزشک متخصص کودکان شرکت کننده ۲۶۳ نفر پزشک عمومی و ۳۳ متخصص کودکان شرکت نمودند و بقیه به علت نقص در تکمیل و یا تمایل نداشتن به پاسخ گویی پرسشنامه از بررسی کنار گذاشته شدند.

میزان پاسخ دهی (Response rate) در کل ۷۴ درصد بود. از این شمار ۱۷۰ نفر مرد (۵۹ درصد) و ۱۲۶ نفر زن (۴۱ درصد) گزارش شد. میانگین سنی در کل گروه ۳۷/۳ سال بود. میانگین مدت زمان پس از دانش آموختگی ۶/۶ سال بوده و ۶۵ درصد از نمونه‌ها در مراکز دولتی فعالیت داشته و ۱۹ درصد، تنها در مطب و

به بررسی میزان آگاهی، نگرش و کارکرد پزشکان عمومی و متخصصین کودکان در ارتباط با سلامت دهان و دندان کودکان و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و چگونگی اثر عوامل زمینه‌ای در آن پرداخته شده تا بتوان بر پایه‌ی این اطلاعات گامی در جهت شفاف تر نمودن ضرورت آموزش پزشکان در خصوص سلامت دهان و دندان کودکان، که اثر به سزایی در پیشگیری به هنگام از بیماری‌های شایع دهان و دندان دارد، برداشت.

### مواد و روش

در این پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی پزشکان عمومی و متخصصین کودکان شاغل در مراکز دولتی و مطب‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ شرکت کردند. شمار نمونه‌ی مورد نیاز ۲۲۵ پزشک عمومی و ۱۵ نفر متخصص کودکان بود، که با احتساب ریزش و پاسخ ندادن احتمالی ۳۵۰ نفر پزشک عمومی و ۵۰ نفر متخصص کودکان به صورت تصادفی از روی سیاهه‌ی ارایه شده توسط سازمان نظام پزشکی اصفهان انتخاب گردیدند. گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه انجام گرفت. این پرسشنامه با الگویی از یک ارزیابی ملی که در ایتالیا به منظور بررسی آگاهی و نگرش و کارکرد متخصصین کودکان در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان انجام شده بود<sup>(۱۷)</sup>، به صورت آغازین طراحی گردید. سپس، با مشاوره‌ی متخصصین کودکان پزشکی و دندانپزشکی و نیز، کارشناسان طراحی پرسشنامه تغییراتی در آن داده شد و از لحاظ روایی اصلاح و هماهنگ گردید و سرانجام در بررسی راهنمای انجام شده پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ مورد تایید قرار گرفت. این پرسشنامه بر پایه‌ی پنج بخش زیر بود:

۱- بخش نخست اطلاعات دموگرافیک و خصوصیات کاری افراد همچون سن، جنس، مدت زمان دانش آموختگی، جای خدمت، ساعت‌های کاری در هفته، شمار بیمار در روز را در بر می‌گرفت.

۲- بخش دوم، جهت سنجش آگاهی از نقش شماری از عوامل خطرزای اصلی در سه بیماری شایع پوسیدگی، ژنژیویت و مالاکلوژن که پاسخ‌ها به صورت بلی یا خیر روشن می‌گردید.

۳- بخش سوم، نظرات نگرشی پیرامون پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در سه درجه به مقیاس لیکرت (مخالف = ۱ و نظری ندارم = ۲ و موافق = ۳) ارزیابی شد.

## Archive of SID

بهتری نسبت به کسانی که تنها در مطب کار می‌کردند برخوردار بودند. همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد، که مدت زمان فراغت از تحصیل پیوند آماری معناداری با آگاهی و نگرش و کارکرد افراد ندارد.

**جدول ۲:** بررسی ارتباط میان عوامل زمینه‌ای با آگاهی، نگرش و کارکرد پزشکان و متخصصین کودکان

	آگاهی		نگرش		کارکرد	
	r	p. value	r	p. value	r	p. value
سن	-.۰۰۵	۰/۱۶۵	۰/۴۷	۰/۰۴۳	۰/۱۷	۰/۰۸
مدت زمان فراغت از تحصیل	۰/۲۴	۰/۰۶۳	۰/۰۶	۰/۱۱۲	۰/۱۱۲	۰/۰۹۶
ساعت‌های کاری در هفته	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۰۱۵	۰/۱۱۴	۰/۱۴	۰/۰۸۶
شمار بیمار در روز	۰/۶۱	۰/۰۳۳	۰/۰۱۹	۰/۱۵	۰/۲۸	۰/۰۶۹

r: Pearson correlation

در مورد منبع کسب اطلاعات، به میزان ۳۰ درصد از افراد منبع کسب اطلاعات خود را همکاران دندانپزشک و تنها ۱۶ درصد از این افراد منبع کسب اطلاعات را دانشگاه بیان نموده بودند. ۱۶ درصد از کل افراد مدعی بودند، که هیچ منبع کسب اطلاعاتی نداشته‌اند و بقیه نیز به گونه‌ی پراکنده از مجله‌ها و دوره‌های تکمیلی متفرقه کسب اطلاعات کرده بودند.

در نهایت در پاسخ به پرسشی که در مورد تمایل و احساس نیاز به کسب اطلاعات بیشتر بود، ۹۸ درصد پزشکان عمومی و ۸۶ درصد متخصصین کودکان متمایل به کسب اطلاعات بیشتر در زمینه‌ی پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان داشتند و در مقایسه‌ی دو گروه با هم به علت اینکه اختلاف شمار افراد در دو گروه زیاد بود به جای آزمون مجذور کای از آزمون دقیق فیشر (Fisher's Exact Test) استفاده شد. تفاوت میان دو گروه معنادار بوده و نشان داد، که پزشکان عمومی نسبت به متخصصین کودکان تمایل بیشتری نسبت به کسب اطلاعات در این زمینه داشتند ( $p = ۰/۰۰۵$ ).

## بحث

در بررسی آگاهی، نگرش و کارکرد پزشکان عمومی و متخصصین کودکان شهر اصفهان در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان دریافت شد، که در درجه‌ی نخست دو گروه از لحاظ سطح آگاهی و نگرش و کارکرد همانند یکدیگر

۱۶ درصد، در هر دو مکان فعالیت می‌نمودند. فراوانی ساعت‌های کاری در بیشتر از ۵۰ درصد افراد بیشتر از بالای ۴۰ ساعت در هفته بوده و میانگین شمار بیماران دیدار شده از افراد مورد بررسی ۲۵ نفر در هر روز بود.

جدول ۱ میانگین نمره‌ی آگاهی، نگرش و کارکرد در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در پزشکان عمومی و متخصصین کودکان و مقایسه‌ی این دو با هم را نشان می‌دهد. بر پایه‌ی آزمون تی مستقل در هیچ یک از موارد مورد بررسی میان دو گروه تفاوت معنادار دیده نشد. سطح آگاهی دو گروه در حد خوب، نگرش در حد عالی و کارکرد در حد متوسط بود. بر پایه‌ی آزمون مجذور کای میان آگاهی و کارکرد و همچنین نگرش و کارکرد رابطه‌ی معنادار وجود نداشت اما میان آگاهی و نگرش رابطه‌ی مستقیم و معنادار بود ( $p = ۰/۰۱$ ).

**جدول ۱:** میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش و کارکرد پزشکان عمومی و متخصصین کودکان و مقایسه‌ی نمره‌ها در دو گروه مورد بررسی

متغیر	گروه	متخصصین کودکان (n=۳۳)	پزشکان عمومی (n=۲۶۳)	جمع ۲۹۶	p. value
آگاهی از ژنویوت	۵۶±۱۹/۷	۵۶/۹±۲۱/۹	۵۷±۲۱/۶	۰/۹۶	
آگاهی از ناهنجاری‌های دندانی	۵۵/۵±۲۴/۶	۵۷/۴±۲۲/۱	۵۷/۲±۲۲/۴	۰/۶۴	
آگاهی از بیماری‌های دهان و دندان	۶۰±۱۵/۷	۶۲±۱۳/۸	۶۱/۸±۱۴	۰/۴۴	
نگرش	۹۵±۶/۵	۹۳/۷±۸/۲	۹۳/۹±۸	۰/۴۰	
کارکرد	۴۰/۹±۱۷/۷	۳۸/۲±۱۷/۴	۳۸/۵±۱۷/۴	۰/۳۹	

جدول ۲ ارتباط میان عوامل زمینه‌ای با آگاهی نگرش و کارکرد پزشکان و متخصصین کودکان بر پایه‌ی آزمون همبستگی پیرسون را نشان می‌دهد. در این جدول، ۲ نشان دهنده‌ی همبستگی بوده که مقادیر منفی آن رابطه‌ی معکوس و مقادیر مثبت آن رابطه‌ی مستقیم را نشان می‌دهد. در موارد بررسی شده تنها میان کارکرد و سن پزشکان رابطه‌ی معکوس وجود داشت، که آن هم از نظر آماری معنادار نبود.

بر پایه‌ی واکاوی واریانس میان میزان آگاهی و نگرش افراد با جای کار ایشان پیوند معنادار وجود نداشت، اما با کارکرد این پیوند معنادار بود ( $p = ۰/۰۰۶$ ) و افرادی که در مراکز دولتی و یا هم در مطب و هم در مراکز دولتی کار می‌کردند از کارکرد

## Archive of SID

خویش در دانشکده‌ی پزشکی با توجه به حجم آموزش‌های سلامت دهان و دندان انجام گرفت، ۵۴ درصد پاسخ دهندگان دریافت نکردن اطلاعات پیرامون پیشگیری و بهداشت دهان و دندان را در طی دوران تحصیل گزارش نمودند و بقیه نیز دریافت تنها دو ساعت یا کمتر را مطرح می‌نمودند.<sup>(۲۴)</sup>

لوپس نیز، در پژوهش همانندی با تمرکز بر متخصصین کودکان به این نتیجه رسید، که ۳۷/۵ درصد افراد هیچ آموزشی در این زمینه نداشته‌اند. میانگین آموزش دیگر افراد نیز ۴/۲ ساعت در همه‌ی طول تحصیل ایشان بوده است.<sup>(۲۹)</sup> در بررسی کنونی نیز، در پاسخ به پرسشی که در مورد منبع کسب اطلاعات پرسیده شده بود این نتیجه به دست آمد، که بیشتر از ۰/۸۵ افراد اطلاعات خود را از همکاران دندانپزشک خود یا مجله‌ها و منابع متفرقه گرفته‌اند و تنها حدود ۱۵ درصد جمعیت مورد بررسی ادعا می‌کردند، که اطلاعات را از آموزش‌های دانشگاهی دریافت کرده‌اند، که این امر با بررسی‌های پیشین هم سویی داشته و ناکافی بودن آموزش‌ها در دوره‌ی تحصیل افراد در این زمینه را تایید می‌کند.

در این پژوهش، با بررسی میانگین نمره‌های آگاهی نگرش و کارکرد دو گروه در زمینه‌ی پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان این نتیجه به دست آمد، که هر دو گروه از لحاظ آگاهی از عوامل خطرزای بیماری‌های دهان و دندان به ویژه پوسیدگی، اطلاعات پذیرفتنی و خوبی داشتند. همچنین، از لحاظ نگرش به پیشگیری نیز در حد عالی بودند اما از لحاظ کارکرد در زمینه‌ی پیشگیری و ارجاع به دندانپزشک به یک نسبت در اندازه‌ی پایینی قرار داشتند (جدول ۱)، که این مساله نشان دهنده‌ی این واقعیت است، که آگاهی و نگرش گرچه یک پیش زمینه‌ی مهم جهت موثرترین مداخله‌ها در پزشکی است، اما در ایجاد رفتارها و کارکردهای مثبت کافی نیست. کروز (Cruz) و همکاران نیز، در پژوهشی که پیرامون غربالگری و ارجاع کودکان به دندانپزشک توسط پزشکان انجام دادند گزارش نمودند، که پزشکان با وجود آگاهی و نگرش خوب نسبت به پیشگیری بیماری‌های دهان و دندان در کارکرد و ارجاع ضعیف کار می‌کنند.<sup>(۲۷)</sup> که این موضوع نیز با نتایج بررسی کنونی همسویی کامل دارد.

به نظر می‌رسد ضعف کارکرد در پزشکان به دو عامل بر می‌گردد. عامل نخست، احساس اعتماد ناکافی به توانایی‌ها و مهارت‌های خود در زمینه‌ی غربالگری بیماری‌های دهان و دندان است. چرا که آموزش‌های دانشگاهی و کاربردی لازم در دوران

هستند و تفاوت معناداری میان آنها وجود ندارد و در درجه‌ی دوم همه‌ی افراد مورد بررسی از سطح آگاهی و نگرش خوبی برخوردار هستند ولی از لحاظ کارکرد در سطح پایین‌تری از حد مطلوب قرار دارند.

یکسان بودن سطح آگاهی، نگرش و کارکرد در هر دو گروه پزشکان عمومی و متخصصین کودکان نشان دهنده‌ی این مساله است، که آموزش‌های هر دو گروه تقریباً یکسان بوده و در دوره‌ی دستیاری کودکان نیز تغییری در آن به وجود نیامده است. این موضوع توسط بررسی برنامه‌ی درسی دستیاری پزشکی کودکان در حال تدریس در کشور نیز تایید می‌گردد که البته این مساله ویژه‌ی کشور ما نیست و طی پژوهشی که بر روی برنامه‌ی آموزش دستیاری کودکان در آمریکا که توسط کمیته‌ی RRC (Residency Review Committee) انجام گردید نشان داده شد که هیچ گونه اشاره‌ی آشکاری بر بهداشت دهان و دندان و پیشگیری در دندانپزشکی در این برنامه وجود ندارد. بنابراین، انگیزه‌ی ناچیزی در برنامه‌های دستیاری در این باره نسبت به دیگر موضوعات وجود دارد.<sup>(۲۳)</sup> همچنین بررسی‌های سانچز (Sanchez)<sup>(۲۴)</sup>، لوپس (Lewis)<sup>(۲۹)</sup> و نیز پژوهش گسترده‌ای که توسط انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا<sup>(۲۵)</sup> که بر روی فعالیت متخصصین کودکان انجام شده بود نشان می‌داد، که سطح آموزش‌های سلامت دهان و دندان در طی دستیاری کمتر از اندازه‌ی مورد نیاز است. نتایج همه‌ی این بررسی‌ها تایید کننده‌ی نتایج به دست آمده توسط بررسی کنونی است.

در مورد آموزش سلامت دهان و دندان در دوره‌ی پزشکی عمومی نیز بر پایه‌ی بررسی برنامه‌ی آموزشی پزشکی کشور هیچ مبحث روشنی در این زمینه یافت نگردید. در واحدهای دوره‌ی بهداشت عمومی و یا دوره‌هایی همچون آن به صورت اشاره‌ای گذرا این مطالب مطرح می‌گردد، که با اطمینان می‌توان گفت به علت حجم کم و ناکافی آن و نبود آموزش آن توسط متخصصین دندانپزشکی، کارآمد و ارزشمند نخواهد بود. بررسی انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا (AAMC'S) نشان داد که هیچ کلاس و هیچ واحد درسی در پیوند با سلامت دهان نمی‌باشد.<sup>(۲۶)</sup> روش دیگری که در تعیین میزان دسترسی دانشجویان پزشکی به موضوعات پیرامون سلامت دهان و دندان وجود دارد، ارزیابی مستقیم دانشجویان است. در پژوهشی که توسط سانچز با تمرکز بر مشارکت پزشکان پیرامون یادآوری تجربیات دوران تحصیل

## Archive of SID

از سوی دیگر در بررسی کنونی، حجم کاری با کارکرد پزشکان رابطه‌ی معنادار نداشت در حالی که در بررسی‌های همانندی که در این زمینه انجام شده، نشان داده شده است که پزشکان با بیماران بیشتر از کارکرد ضعیف‌تری در مداخله‌های پیشگیری و ارجاع بیماران به دندانپزشک برخوردار بودند و علت آن را مشغله‌ی زیاد و کمبود وقت بیان کرده بودند (۲۷ و ۲۹). این مطلب با یافته‌های بررسی کنونی هم سویی نداشت. از آنجایی که کارکرد پزشکان در بررسی کنونی چه با حجم کاری کم چه با حجم و ساعت‌های کاری زیاد تفاوتی نداشت و در سطح متوسط و ضعیف بود می‌توان نتیجه گرفت که علت این کارکرد نامطلوب در میان پزشکان ما حجم کاری و مشغله نیست و بررسی‌های بیشتری در زمینه‌ی ریشه‌یابی آن باید انجام گیرد.

در بررسی کنونی افراد با سن بالاتر از آگاهی کمتری پیرامون پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان برخوردار بودند (جدول ۲) که این امری طبیعی است، زیرا با گسترش عصر اطلاعات و پیشرفت علم، افرادی که به تازگی دانش آموخته می‌شوند از اطلاعات نوین و بیشتری برخوردار هستند و از سویی به لحاظ سنی نیز از حوصله‌ی بیشتری جهت کسب اطلاعات از منابع گوناگون برخوردار هستند. این نتیجه با نتایج به دست آمده در بررسی ملی که در ایتالیا انجام شده هم سویی دارد (۱۷). یکی دیگر از یافته‌های این بررسی این بود، که با افزایش اطلاعات و آگاهی در زمینه‌ی سلامت دهان و دندان، نگرش پزشکان نیز در این زمینه افزایش می‌یافت ولی همچنان رابطه‌ی میان آگاهی با کارکرد و یا نگرش با کارکرد وجود نداشت و این تایید کننده‌ی این واقعیت است که افزایش آگاهی گرچه در ایجاد باورهایی در همان راستا سودمند است، اما تعهد لازم را جهت عمل به رفتارها ایجاد نمی‌نماید و این نکته توسط بررسی‌های مروری کای (Kay) (۳۰)، اسپورد (Spord) (۳۱) تایید گردیده است. در پژوهشی که توسط مک کونیف (Mc Cunniff) انجام شد به این نتیجه رسیدند، که در میان کودکانی که مشکلات دهانی و دندانی داشتند کسانی که توسط پزشک خود ارجاع شده بودند دو برابر گروهی که از سوی پزشک ارجاع نشده بودند به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، که ارجاع پزشک و راهنمایی وی در مراجعه‌ی این کودکان بسیار موثر بوده است (۳۲).

در مورد تمایل کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان ۹۸ درصد پزشکان عمومی و

تحصیل خود ندیده و بررسی‌های گوناگون که در آغاز بحث نیز به آن‌ها اشاره شد این واقعیت را پشتیبانی می‌نماید (۱۷-۱۸، ۲۴ و ۲۷). در پژوهشی که توسط پیرس (Pierce) و همکاران در کارولینای شمالی انجام شد، یک آموزش دو ساعته در مورد سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک به پزشکان داده شد. در بررسی‌های به عمل آمده به دست آمد که پزشکان در تشخیص پوسیدگی‌ها و ارجاع بیماران برای درمان گر چه نسبت به دندانپزشکان توانایی کمتری داشتند ولی با این حال ۷۰ درصد کودکان با مشکل دهان و دندان به درستی توسط این پزشکان تشخیص و به موقع ارجاع شده بودند (۳۸). بنابراین بررسی بالا نشان می‌دهد، که یک آموزش مناسب گرچه کوتاه مدت، می‌تواند هم درستی تشخیص پزشکان را بالا ببرد و هم اعتماد کافی نسبت به دانش و کارکرد را در این زمینه در پزشکان تقویت نماید. عامل دوم در ضعف کارکرد پزشکان، به مشکلات ارجاع و عدم دسترسی ناکافی به دندانپزشکان و عدم ارتباط نزدیک میان پزشکان و دندانپزشکان بر می‌گردد. در این بررسی نشان داده شد، پزشکانی که در مراکز دولتی و یا هم در مطب و هم در مراکز دولتی کار می‌کنند از کارکرد بهتری برخوردار هستند (جدول ۲) که این به نظر می‌آید به دلیل همکاری و هم رای‌ی نزدیک در مراکز دولتی با دندانپزشکان و همچنین ارجاع آسان‌تر به این گروه است. این مطلب توسط بررسی‌های دیگری که در زمینه‌ی ارجاع و درستی ارجاع و مداخله‌های بهداشتی دندانی توسط پزشکان انجام گرفته، مورد تایید است (۱۹ و ۲۷). نکته‌ی دیگری که در بررسی کنونی تایید کننده‌ی این مطلب بوده این است که منبع کسب اطلاعات تقریباً یک سوم پزشکان پیرامون سلامت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان از همکاران دندانپزشک است.

در این پژوهش، ساعت‌های کاری در هفته و همچنین شمار بیمار در روز که نشان دهنده‌ی حجم کاری و مشغله‌ی پزشکان است، در تقویت نگرش آنان اثر مثبتی داشته و افراد با مشغله و در نتیجه تجربه‌ی بالاتر تمایل بیشتری در کمک به پیشگیری و اهمیت آن در بیماران خود نشان داده بودند (جدول ۲). این موضوع توسط بررسی گیوسپ (Giuseppe) و همکاران، در ایتالیا نیز تایید می‌گردد. در این بررسی که بر روی متخصصین کودکان انجام شده است، نشان داده شده که در پزشکان با ساعت‌ها و حجم کاری بالا نگرش بهتری نسبت به پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان وجود دارد (۱۷).

## Archive of SID

بیشتری توسط صاحب نظران و متولیان سلامت است تا این مهم به صورت هدفمند و بهترین نتیجه به انجام برسد.

### نتیجه گیری

بر پایه ی این بررسی، پزشکان عمومی و متخصص کودکان با وجود این که از ارتباط بیشتر و نزدیکتری از آغاز تولد تا سنین بالا با اقشار گوناگون جامعه و به ویژه افراد آسیب پذیر در زمینه سلامت دهان و دندان برخوردار هستند، کارکرد ضعیفی پیرامون مهارت های لازم جهت غربالگری بیماری های دهان و دندان و ارجاع مناسب و به هنگام افراد، جهت مداخله های پیشگیری دارند. این در حالی است، که این افراد از لحاظ دانش و نگرش پیرامون پیشگیری از بیماری های دهان و دندان در سطح پذیرفتنی قرار دارند. بنابراین، افزودن آموزش های نظری به تنهایی کافی نبوده و در این زمینه باید آموزش های کاربردی و همچنین ارتباط نزدیک با دندانپزشکان در دوران تحصیل به صورت کار گروهی وجود داشته باشد تا کارکرد ایشان را در راستای پیشگیری و ارجاع بهبود بخشد.

### سپاسگزاری

به این وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات دکتر ترای نژاد به دلیل پشتیبانی های مالی انجام شده در این پژوهش قدردانی می گردد.

۸۶ درصد متخصصین کودکان تمایل به کسب اطلاعات بیشتر داشتند. گرچه تمایل هر دو گروه بسیار بالا بود، اما در مقایسه پزشکان عمومی تمایل بیشتری داشتند. این مطلب را می توان به مشغله ی بیشتر متخصصین که نشان دهنده ی شمار کم و تخصصی تر بودن کار آنهاست نسبت داد. البته هیچ یک از این دلایل نباید در فعالیت های پیشگیرانه ی این متخصصین اثری بگذارد زیرا همان گونه که در بالا اشاره شد این افراد نقشی کلیدی در غربالگری کودکان با مشکلات دندانی داشته و با راهنمایی پدر و مادران جهت تغذیه، بهداشت دهان و دندان کودکان و ارجاع به هنگام کودکان گامی موثر در سلامت جامعه بر می دارند. بنابراین یک بازنگری کلی در برنامه های آموزشی پزشکی می تواند بسیار مفید باشد همان گونه که در یک مجموعه از دانشکده های ایالات متحده انجام گرفته است و می تواند به عنوان الگویی مورد استفاده قرار گیرد<sup>(۱۸)</sup>.

از مشکلات و محدودیت های این بررسی تمایل ناکافی پزشکان و متخصصین کودکان در پر کردن پرسشنامه ها بود، که به علت کمبود وقت و یا بی اهمیت دانستن موضوع تمایلی به شرکت در بررسی نداشتند، که این خود نشان دهنده ی خلاء موجود است. بنابراین، انجام نیازسنجی های کامل تری در زمینه ی آگاهی، نگرش و کارکرد هر یک به گونه ی جداگانه می تواند تصویر روشن تری از وضع موجود ارائه نماید. همچنین به نظر می رسد، تعیین محدوده ی اطلاعات لازم و ضروری در زمینه ی سلامت دهان و دندان برای پزشکان، نیازمند بررسی و پژوهش

*Archive of SID***References**

1. Mc Donald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescence. 8th ed., St. Louis: Mosby; 2004. p. 205-206.
2. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47: 1043-1066.
3. Heller KE, Eklund SA, Pittman J, Ismail AA. Associations between dental treatment in the primary and permanent dentitions using insurance claims data. *Pediatr Dent* 2000; 22: 469-474.
4. Hale KJ; American Academy of Pediatrics Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003; 111: 1113-1116.
5. The American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on infant oral health care AAPD reference manual 2004–2005. [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_InfantOralHealthCare.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_InfantOralHealthCare.pdf)
6. Berkowitz RJ, Jordan HV, White G. The early establishment of *Streptococcus mutans* in the mouths of infants. *Arch Oral Biol* 1975; 20: 171-174.
7. Wan AK, Seow WK, Walsh LJ, Bird P, Tudehope DL, Purdie DM. Association of *Streptococcus mutans* infection and oral developmental nodules in pre-dentate infants. *J Dent Res* 2001; 80: 1945-1948.
8. Wan AK, Seow WK, Purdie DM, Bird PS, Walsh LJ, Tudehope DI. A longitudinal study of *Streptococcus mutans* colonization in infants after tooth eruption. *J Dent Res* 2003; 82: 504-508.
9. The American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on infant oral health care AAPD reference manual 1984-2004.
10. Davey AL, Rogers AH. Multiple types of the bacterium *Streptococcus mutans* in the human mouth and their intra-family transmission. *Arch Oral Biol* 1984; 29: 453-460.
11. Berkowitz RJ, Jones P. Mouth-to-mouth transmission of the bacterium *Streptococcus mutans* between mother and child. *Arch Oral Biol* 1985; 30: 377-379.
12. Brown JP, Junner C, Liew V. A study of *Streptococcus mutans* levels in both infants with bottle caries and their mothers. *Aust Dent J* 1985; 30: 96-98.
13. Köhler B, Andréen I, Jonsson B. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and lactobacilli in their children. *Arch Oral Biol* 1984; 29: 879-883.
14. Li Y, Caufield PW. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. *J Dent Res* 1995; 74: 681-685.
15. Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11: 117-122.
16. Harrison R. Oral health promotion for high-risk children: case studies from British Columbia. *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 292-296.
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. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics* 2000; 106: 84-86.



*Archive of SID*

19. Albert D, Kunzel C, McCord M, Hametz P. Knowledge, opinions, and practices on fluoride among pediatricians in Northern Manhattan, The Bronx, and South Queens. *J Dent Res* 2002; 81: 385-394.
20. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics* 2004; 113: 487-492.
21. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
22. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services. *Am J Prev Med* 2004; 26: 315-325.
23. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Program Requirements for Residency Education in Internal Medicine. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2009. Accessed at [www.acgme.org/acwebsite/prc\\_140/140\\_prIndex.asp](http://www.acgme.org/acwebsite/prc_140/140_prIndex.asp) on 25 November 2009.
24. Sánchez OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr Dent* 1997; 19: 377-383.
25. Wender EH, Bijur PE, Boyce WT. Pediatric residency training: ten years after the Task Force report. *Pediatrics* 1992; 90: 876-880.
26. Association of American Medical College Curriculum Directory. Available at: [Services.aamc.org/curridir/about.cfm](http://Services.aamc.org/curridir/about.cfm). Accessed June 1, 2003.
27. dela Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics* 2004; 114: 642-652.
28. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF Jr. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics* 2002; 109: 82-82.
29. Lewis CW, Cantrell DC, Domoto PK. Oral health in the pediatric practice setting: a survey of Washington State pediatricians. *J Public Health Dent* 2004; 64: 111-114.
30. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 231-235.
31. Sprod AJ, Anderson R, Treasure E. Effective oral health promotion: A literature review. Cardiff, University of wales: Health promotion wales; 1996. 1102
32. McCunniff MD, Damiano PC, Kanellis MJ, Levy SM. The impact of WIC dental screenings and referrals on utilization of dental services among low-income children. *Pediatr Dent* 1998; 20: 181-187.