

عملکرد دندانپزشکان عمومی در خصوص خدمات پیشگیری از پوسیدگی دندان

دکتر احمد جعفری^۱، حدیث صفایی^۲، دکتر سیدجلال پورهاشمی^{۳*}

۱- دانشیار، گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

۲- دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- استاد، گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: الگوی کنترل و چگونگی برخورد با پوسیدگی‌های دندان از تمرکز بر روی درمان، بیشتر به سمت برخوردهای پیشگیرانه متمایل شده است. تحقیق حاضر با هدف تعیین عملکرد دندانپزشکان عمومی درباره‌ی خدمات دندانپزشکی پیشگیری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در یک تحقیق مقطعی توصیفی-تحلیلی، یک پرسشنامه‌ی اختصاصی درباره‌ی جنبه‌های مختلف دندانپزشکی پیشگیری طراحی و ۲۹۰ دندانپزشک عمومی شرکت کننده در کنگره‌ی دندانپزشکان عمومی ایران در سال ۱۳۹۳، پرسشنامه‌های خوداظهاری تحقیق را تحویل گرفته و چگونگی عملکرد خویش را درباره‌ی خدمات دندانپزشکی پیشگیری ثبت کردند. داده‌ها به صورت توصیفی، و تحلیلی با استفاده از رگرسیون لینی جمع‌بندی و گزارش گردید.

یافته‌ها: از میان ۲۹۰ دندانپزشک شرکت کننده، ۱۹ نفر آموزش بهداشت را اصلاً ارائه نداده، ۱۳۳ نفر (۴۶/۳٪) کمتر از ۵ دقیقه و ۱۰۱ نفر (۳۵/۲٪) هم ۱۰-۵ دقیقه اقدام به این کار می‌کردند. مسواک (۲۶۵ نفر، ۹۱/۴٪) و نخ دندان (۲۷۱ نفر، ۹۳/۴٪) بیشترین موضوع آموزش ارائه شده توسط دندانپزشکان بوده است. بیش از ۷۲٪ از دندانپزشکان فلورایدتراپی را برای کودکان حتماً و یا گاهی انجام می‌دادند. حدود یک-پنجم دندانپزشکان کودکان را پذیرش نمی‌کردند.

نتیجه‌گیری: براین اساس، عملکرد دندانپزشکان عمومی درباره‌ی خدمات دندانپزشکی پیشگیری مناسب بوده است. اما گویا اینگونه جا افتاده است که آموزش را باید برای کودکان انجام داد و می‌بینیم که دندانپزشکانی که کودکان را برای درمان پذیرش می‌کردند نسبت به ارائه آموزش بهداشت، بیشتر اقدام می‌کردند. لذا موضوع آموزش بهداشت، و تاکید بر ارائه آن، باید در اولویت اول تمامی برنامه‌های آموزش مداوم قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: دندانپزشکان عمومی، دندانپزشکی پیشگیری، عملکرد، آموزش بهداشت، فلورایدتراپی

وصول مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۸

نویسنده مسئول: دکتر سید جلال پورهاشمی pourhash@sina.tums.ac.ir

مقدمه اساس پیشنهاد مدل درمان پزشکی پوسیدگی‌ها، (medical

model of caries care) دندانپزشکان می‌بایست تمرکز خود

را بر نظارت، کنترل، و پیشگیری از پوسیدگی قرار دهند

(۲). برای کارآمد بودن و اثرگذاری بیشتر می‌بایست تلاش

در سال‌های اخیر الگوی کنترل و چگونگی برخورد با

پوسیدگی‌های دندان از تمرکز بر روی درمان، بیشتر به

سمت برخوردهای پیشگیرانه متمایل شده است (۱)، و بر

راه‌های پیشگیرانه موثر می‌باشد (۹). وارنیش‌های فلوراید موجب جذب مقادیر بالای فلوراید به داخل مینا شده و دوز پایین تری نسبت به ژل‌ها و دهانشویه‌ها دارند و سودمندترین و اقتصادی‌ترین روش فلوراید زدن به دندان‌ها هستند. دلایل دیگر ارجحیت وارنیش‌های فلوراید ایمنی، سهولت کاربرد و غلظت بالای فلوراید در سطح مینا است (۱۰). راهنماهای بالینی کاربرد فلوراید برای استفاده وجود دارد (۱۱).

استفاده از فیشورسیلنت نیز از روش‌های رایج و موثر در پیشگیری از پوسیدگی دندان است (۱۲). گلاس یونومرها (GIC) که نشت تدریجی فلوراید موجود در آن را در پی دارد، در دندانپزشکی پیشگیری کاربرد دارد (۱۳).

اهمیت بحث پیشگیری در حدی است که در ایالات متحده تا اواخر دهه ۹۰ میلادی تقریباً تمامی دانشکده‌های دندانپزشکی در کشور بحث‌های تئوری و عملی مرتبط با مدیریت پوسیدگی را در برنامه خود داشتند (۱۴). تمرکز اصلی بر تشخیص میزان خطری است که فرد را تهدید می‌کند، و فرض بر این است که به محض شناسایی این خطرات درمان‌های پیشگیرانه به‌طور خودکار توسط فرد یا کادر بهداشتی اجرا خواهد شد (۱۵). حتی در برخی موارد توصیه‌هایی در جهت روش‌های پیشگیرانه گوناگون قابل استفاده برای افراد در معرض خطر با درجات مختلف توسط مراجع معتبر منتشر گشته، (۱۶). توجه به این امر که بخشی از ناکارآمدی این روش‌های پیشگیرانه مربوط به دانش اندک و نگرش نامناسب افراد می‌باشد امری ضروری است، که می‌تواند موانع بسیاری را از راه رسیدن

کرد تا اقدامات پیشگیرانه، هم توسط عموم مردم، و هم بخش‌های مرتبط با بهداشت و سلامت دهان و دندان رعایت و اجرا شوند (۳).

شایع‌ترین روش برای کنترل پوسیدگی دندان روش‌های مکانیکی کنترل پلاک و برداشتن پلاک هستند. مسواک زدن و کشیدن نخ دندان لوازم اصلی روش‌های مکانیکی هستند (۴). روش‌های مکانیکی پیش درآمدی هستند که استفاده از آن‌ها می‌تواند مکمل روش‌های رایج دیگر باشد (۵). مقاوم سازی دندان با فلوراید یک روش رایج و موثرترین ابزار موجود برای پیشگیری از پوسیدگی بوده، و نشان داده شده است که استفاده درست از فلوراید ایمن و کم‌هزینه (cost-effective) بوده، می‌تواند پیش و پس از رویش دندان اثرات پیشگیرانه موثری داشته باشد (۶). روش‌های مختلف فلورایدتراپی موضعی نیز وجود دارد. دو روش اصلی استفاده موضعی از فلوراید به صورت استفاده در منزل و استفاده حرفه‌ای است. در بخش بکارگیری فلوراید در منزل، خمیردندان‌ها پرکاربردترین روش هستند. فلوراید خمیردندان‌ها اغلب به صورت سدیم فلوراید (NaF)، سدیم مونوفلوروفسفات (sodium monofluorophosphate) (MFP) و یا ترکیبی از این دو دیده می‌شود (۷). استفاده از خمیردندان فلورایددار با مقدار خیلی کم به صورت یک لایه نازک (smear layer) تا سن ۱.۵ تا ۲ سالگی و اندازه یک نخود (pea size) برای تمیز کردن دندان‌ها در کودکان ۳ سال و بالاتر که می‌توانند آب دهان خود را خالی کنند، پیشنهاد می‌گردد (۸). در بخش فلورایدتراپی توسط کادر حرفه‌ای (professional fluoride therapy) استفاده از ژل و وارنیش فلوراید بیشترین کاربرد را دارد و یکی دیگر از

به جامعه‌ای بدون پوسیدگی برداشته، و به بهبود سلامت دهان افراد کمک شایانی کند. البته در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی مبنی بر بررسی میزان دانش، نگرش، و یا عملکرد افراد حرفه‌ای در بخش دندانپزشکی شامل دندانپزشکان تا بهداشتکاران دهان (Dental Hygienists) در زمینه رفتارهای پیشگیرانه صورت گرفته است.

پیشتر پژوهش‌هایی در رابطه با بررسی عملکرد فعالان این حرفه از طریق مصاحبه‌های شخصی، مشاهدات مستقیم (۱۷)، استفاده از رکوردهای شخصی مربوط به وضعیت سلامت دهان بیمار، پرسشنامه‌های خودارزیابی و یا ترکیبی از این روش‌ها صورت گرفته است. در حقیقت فاکتورهای بسیار متفاوتی بر رفتار و عملکرد دندانپزشکان و دیگر افراد فعال در این حوزه تاثیر گذارند. از جمله این فاکتورها می‌توان به باورها و نگرش این افراد، دانش آن‌ها در زمینه رفتار پیشگیرانه، خودارزیابی میزان شاستگی، و آموزش‌های حرفه‌ای اشاره نمود (۱۸-۲۱). چنین پژوهش‌هایی از این رو حائز اهمیت می‌باشند که آگاهی داشتن درباره میزان دانش و نگرش افراد حرفه‌ای حوزه بهداشت و سلامت دهان و دندان می‌تواند به اجرای مداخله‌های موثر در جهت افزایش دانش این افراد و بهبود عملکرد ایشان اثر بسزایی داشته باشد. هدف از اجرای این مطالعه نیز بررسی دانش، نگرش و عملکرد دندانپزشکان در خصوص خدمات پیشگیرانه دندانپزشکی بوده است.

مواد و روش‌ها:

این تحقیق با روش توصیفی مقطعی روی دندانپزشکان عمومی شرکت کننده در کنگره‌ی دندانپزشکان عمومی ایران در ۱۳۹۳ انجام شد. قبل از انجام تحقیق و برای

جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، با مراجعه به منابع و ضمن هماهنگی و مشاوره با اساتید و همچنین استاد راهنمای تحقیق، پرسشنامه‌ای طراحی گردید. سؤالات تهیه شده توسط ۵ نفر از اساتید گروه دندانپزشکی اجتماعی دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و از نظر ضرورت سؤال و ارتباط با موضوع، وضوح، روشنی و سادگی سؤالات ارزیابی شدند. پرسشنامه در سه بخش کلی تقسیم‌بندی شد که بخش اول مربوط به اطلاعات و داده‌های دموگرافیک، بخش دوم مربوط به عملکرد و بخش سوم نیز مربوط به نگرش دندانپزشکان عمومی درباره‌ی خدمات پیشگیری از پوسیدگی دندان بوده است.

سؤالات عملکرد پرسشنامه شامل میزان وقت اختصاصی برای آموزش بهداشت در جلسه‌ی اول، موارد مورد تأکید هنگام آموزش پیشگیری در مطب، انجام فلورایدتراپی برای کودکان در صورت نیاز، نحوه‌ی برخورد با پوسیدگی‌های شیارهای اکلوزال دندان‌های دائمی کودکان با پوسیدگی در مینا، و میزان موفقیت دندانپزشک در انجام فیشورسیلنت در دندان‌های دائمی کودکان، و منابع به کار رفته برای به روز نمودن اطلاعات درباره‌ی خدمات پیشگیرانه بوده است.

همچنین، مقوله‌های نگرشی مطرح شده در تحقیق شامل اثربخشی ارائه‌ی خدمات پیشگیری در مطب، قرار داشتن آموزش بهداشت به عنوان بخشی از وظایف و مسئولیت‌های دندانپزشک، اثربخشی فلورایدتراپی دندان‌های کودکان در پیشگیری از پوسیدگی دندان در کودکان، موفقیت دندانپزشکان در ارائه‌ی خدمات پیشگیری عملکرد، موفقیت دانشکده‌های دندانپزشکی در تربیت دندانپزشکان علاقه‌مند در امر پیشگیری، موفقیت رسانه‌ی

ملی در آگاهی بخشی جامعه در زمینه اقدامات پیشگیرانه، موفقیت سیاست های موجود وزارت بهداشت در امر پیشگیری و نیز موفقیت همایش های دندانپزشکی در تغییر رویکرد دندانپزشکان به امر پیشگیرانه بوده است.

با مراجعه به محل برگزاری کنگره ی دندانپزشکان عمومی در سال ۱۳۹۳ و دندانپزشکان عمومی شرکت کننده و نیز ضمن ارائه ی توضیحات کلی درباره اهداف تحقیق، در صورتی که فرد تمایل خویش را برای تکمیل پرسشنامه اعلام می نمود پرسشنامه در اختیار وی قرار می گرفت. به منظور جلوگیری از هرگونه احتمال در از دست دادن پرسشنامه به دلایلی از قبیل فراموشی فرد یا دلایل دیگر، محقق در همان محل حضور پیدا کرده و بعد از تکمیل شدن پرسشنامه اقدام به تحویل آن می گردید. برخی از دندانپزشکان عمومی علیرغم اینکه پرسشنامه ها را از محققان تحویل گرفته بودند، آنها را ناقص تکمیل کرده و یا تعداد بسیار اندکی از آنان پرسشنامه های تکمیل شده را تحویل محققان ندادند که البته این موضوع در تحقیقات مانند تحقیق حاضر محتمل است.

برای گزارش نتایج تحقیقاز نرم افزار آماری SPSS (statistical package for social sciences) نسخه ی ۲۲/۰ استفاده شد. برای این کار، فراوانی پاسخ های مختلف دندانپزشکان عمومی شرکت کننده در تحقیق درباره ی سؤالات مختلف عملکرد تعیین و گزارش گردید. همچنین، فراوانی و درصد هر یک از پاسخ های خیلی موافقم، موافقم، بدون نظر، مخالفم و خیلی مخالفم دندانپزشکان در پاسخ به سؤالات نگرشی درباره ی دندانپزشکی پیشگیری محاسبه و گزارش شد. از آنالیزهای آماری T-test و رگرسیون لینیبر برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها

تعداد ۲۹۰ نفر از دندانپزشکان شهر تهران در این مطالعه شرکت نمودند از شرکت کنندگانی که جنسیت خود را اعلام کرده بودند، ۱۴۳ نفر (۵۴٪) زن، و ۱۲۱ نفر (۴۶٪) مرد بودند. همچنین ۴۷ نفر در بخش دولتی، ۱۷۴ نفر در بخش خصوصی، و ۶۲ نفر نیز در هر دو بخش دولتی و خصوصی شاغل بودند. جدول نتایج ریزتری را نشان می دهد.

بررسی اختصاص وقت برای انجام آموزش بهداشت ۱۹ نفر (۶.۶٪) هیچ زمانی را به آموزش بهداشت به بیمار در نخستین جلسه اختصاص نمی دادند، و ۱۳۳ نفر (۴۶٪) نیز کمتر از ۵ دقیقه، صرف می کردند. ۱۳۵ نفر بیش از ۵ دقیقه به این امر اختصاص می دادند. در رابطه با موارد آموزش پیشگیرانه، تمامی شرکت کنندگان به پرسش ها پاسخ داده بودند، بیشترین تاکید بر مسواک زدن بود، نخ دندان، و آموزش تغذیه، در رده های بعدی بودند. از سوی دیگر بیش از ۷۲٪ دندانپزشکان برای کودکان به صورت اقدامی ضروری و یا برخی مواقع فلوراید تراپی انجام می دادند. این در حالی بود که ۲۱.۴٪ نیز اعلام کردند که کودکان را پذیرش نمی کنند نتایج این بخش به صورت مشروح در جدول ۲ بیان گشته است.

دیده شد که میزان زنانی که هیچ زمانی را به آموزش بهداشت به بیمار در نخستین جلسه اختصاص نمی دهند، ۳.۶٪ بوده در حالی که ۹.۹٪ دندانپزشکان مرد، هیچ آموزشی را ارائه نمی دادند. همچنین میزان دندانپزشکان خانم که بیش از ۱۰ دقیقه به این امر اختصاص می دادند، بیش از مردان بود. این اختلاف در دو جنس بطور بسیار معناداری در میان زنان بهتر بود ($p=0.006$).

جدول ۱- وضعیت دموگرافیک و محل خدمت دندانپزشکان شرکت کننده در پژوهش در میان کسانی که به گزینه مورد نظر پاسخ داده بودند.

کل شرکت کنندگان ۲۹۰ نفر بود.

| متغیر | زیرگروه | تعداد | درصد |
|------------------|---------|-------|------|
| جنس | مرد | ۱۲۱ | ۴۵/۸ |
| | زن | ۱۴۳ | ۵۴/۲ |
| | کل | ۲۶۴ | ۱۰۰ |
| گروه سنی | ≤۲۹ | ۴۱ | ۱۵/۶ |
| | ۳۰-۳۹ | ۷۳ | ۲۷/۹ |
| | ۴۰-۴۹ | ۸۷ | ۳۳/۲ |
| | ۵۰-۵۹ | ۴۷ | ۱۷/۹ |
| | ۶۰≤ | ۱۴ | ۵/۳ |
| | کل | ۲۶۲ | ۱۰۰ |
| گروه میزان تجربه | ≤۹ | ۶۸ | ۲۸/۰ |
| | ۱۰-۱۹ | ۷۹ | ۳۲/۵ |
| | ۲۰-۲۹ | ۷۴ | ۳۰/۵ |
| | ۳۰≤ | ۲۲ | ۹/۱ |
| | کل | ۲۴۳ | ۱۰۰ |
| محل کار | دولتی | ۴۷ | ۱۶/۶ |
| | خصوصی | ۱۷۴ | ۶۱/۵ |
| | هر دو | ۶۲ | ۲۱/۹ |
| | کل | ۲۸۳ | ۱۰۰ |

جدول ۲- فراوانی پاسخ‌های دندانپزشکان عمومی در آموزش بهداشت و موارد مورد تأکید هنگام آموزش پیشگیری در مطب

| موضوع آموزش | وضعیت | | |
|--|-------------------------|------|------|
| | تعداد (نفر) | درصد | |
| ارائه آموزش بهداشت | آموزش نمی‌دهم | ۱۹ | ۶/۶ |
| | کمتر از ۵ دقیقه | ۱۳۳ | ۴۶/۶ |
| | ۵ تا ۱۰ دقیقه | ۱۰۱ | ۳۵/۲ |
| | بیش از ۱۰ دقیقه | ۳۴ | ۱۱/۸ |
| | کل پاسخ دهندگان | ۲۸۷ | ۱۰۰ |
| موضوعات مورد آموزش (پاسخ دهندگان در هر ردیف ۲۹۰ نفر است) | مسواک | ۲۶۵ | ۹۱/۴ |
| | نخ دندان | ۲۷۱ | ۹۳/۴ |
| | کنترل تغذیه | ۲۱۱ | ۷۲/۸ |
| | معاینه دوره‌ای دندان‌ها | ۲۲۹ | ۷۹ |
| | همه موارد | ۲۰۴ | ۷۰/۳ |
| انجام فلورایدتراپی برای کودکان | حتماً | ۱۰۶ | ۳۷/۲ |
| | گاهی | ۱۰۰ | ۳۵/۱ |
| | انجام نمی‌دهم | ۱۸ | ۶/۳ |
| | کودکان را نمی‌بینم | ۶۱ | ۲۱/۴ |
| | کل پاسخ دهندگان | ۲۸۵ | ۱۰۰ |

در رابطه با موضوعات آموزش پیشگیرانه اختلاف معنی داری بین دو جنس دیده نشد، و هر دو جنس مرد و زن بر اهمیت موضوعات به طور یکسان تاکید داشتند.

در رابطه با انجام فلوراید تراپی برای کودکان در صورت نیاز، مشخص شد که تعداد دندانپزشکان خانم که حتما این خدمت را انجام می‌دادند حدوداً ۲ برابر مردان بود (۴۷.۵٪ در برابر ۲۴.۸٪)، و رابطه بین جنس و انجام حتمی فلوراید تراپی در صورت نیاز بسیار معنی دار بود ($p \leq 0.001$). همچنین خانمها به طور معنی داری بیشتر از آقایان کودکان را پذیرش می‌کردند ($p=0.012$).

همچنین هرچه بر تجربه کاری دندانپزشکان افزوده می‌شد، آنان تاکید بیشتری بر معاینات دوره‌ای داشتند ($p=0.020$). در مقابل میزان بیشتری از افراد جوان‌تر در آغاز کار کودکان را پذیرش می‌کنند ($p=0.007$), و در صورت نیاز فلوراید تراپی را برای کودکان انجام می‌دهند ($p=0.009$). محل خدمت تاثیری بر این موارد نداشت.

در پایان به منظور حذف اثرات مخدوش کنندگی فاکتورها بر روی یکدیگر، تاثیر سن، جنس، تجربه کاری و پذیرش بیمار کودک بر روی ارائه آموزش بهداشت از طریق آزمون رگرسیون لینیئر بررسی شد. نتایج نشان داد که سن و جنس، تاثیر معناداری داشته و با افزایش سن بر میزان آموزش دهندگان افزوده میگردد ($p=0.037$). همچنین دندانپزشکان زن تمایل بیشتری به ارائه آموزش بهداشت داشتند ($p=0.028$).

بحث

پیشگیری از پوسیدگی‌های دندانی از وظایف اولیه دندانپزشکان عمومی محسوب می‌شود. ارزیابی عملکرد و نگرش دندانپزشکان عمومی نسبت به خدمات پیشگیری از پوسیدگی برای مدیریت و سیاست‌گذاری این امر، صورت

می‌گیرد. در این راستا، تحقیق حاضر با هدف بررسی نگرش و عملکرد دندانپزشکان عمومی در خصوص خدمات پیشگیری از پوسیدگی دندانی انجام شد. آموزش استفاده از مسواک در تمام گروه‌های جمعیتی و مخصوصاً کودکان سنین پایین، یکی از جنبه‌های اساسی آموزش بهداشت دهان و دندان به شمار می‌رود. این نقش، شاید به دلیل آگاهی اکثر افراد جامعه نسبت به این وسیله یا نقش مهم و تاریخی آن در ارتقای سطح بهداشت دهان و دندان انسان باشد. استفاده از مسواک برای برداشت پلاک میکروبی از سطح دندان به عنوان یک روش معمول و مؤثر همواره مورد تأکید قرار گرفته است. نتیجه‌ی مستقیم استفاده‌ی درست و منطقی از این وسیله، کاهش آشکار در میزان تجمع پلاک میکروبی در دندان‌ها و در نهایت کاهش میزان بروز پوسیدگی دندانی می‌باشد. با توجه به نقش بااهمیت مسواک و نخ دندان در برقراری و حفظ سطح مطلوب بهداشت، تأکید خاصی روی مهارت‌های مسواک زدن و استفاده از نخ دندان در آموزش‌های بهداشت دهان و دندان انجام می‌شود.

گرچه ۶.۶٪ دندانپزشکان عمومی مورد بررسی هیچ آموزشی در ارتباط با بهداشت دهان و دندان برای بیماران ارائه ندادند، اما با توجه به فراوانی بالای دندانپزشکان عمومی ارائه دهنده‌ی آموزش‌های بهداشت دهان و دندان، به نظر می‌رسد آنان توانسته باشند در راستای پیشگیری از پوسیدگی دندانی در میان بیماران خود نقش مفیدی ایفا نمایند. گرچه باید به بهترین نسبت ارتقاء پیدا کند.

آموزش آکادمیک دندانپزشکان در این راستا، نقش تعیین کننده‌ای را دارد. مطالعه‌ای در قزوین بر روی پیشگیری از کنسرهای دهان نشان داد که دندانپزشکان عمومی اظهار

داشتند نیازمند به آموزش بیشتر در این زمینه می‌باشند (۲۲). در همین زمینه پژوهشی در انگلستان نشان داد که دندانپزشکان عمومی در خصوص معیارهای پیشگیرانه کمبودهایی دارند (۲۳).

مطالعه‌ای در فنلاند و در سال ۲۰۰۴ بر روی افرادی که به تازگی در رشته دندانپزشکی فارغ التحصیل شده بودند در رابطه با پیشگیری از پوسیدگی صورت گرفت. نتایج نشان داد که تقریباً تمامی شرکت کنندگان مسواک زدن (۱۰۰٪)، استفاده از خمیردندان فلوراید دار (۹۹٪)، پاک کردن فضای بین دندان‌ها (۹۸٪)، و استفاده از قند زایل‌تول (۹۷٪) را به بیماران توصیه می‌کردند. این درحالی بود که ۷۷٪ نیز وارنیش فلوراید را توصیه می‌کردند، در حقیقت سه راهکار عمدتاً پیشگیرانه آنان شامل مسواک زدن و استفاده از خمیردندان فلوراید دار، فلوراید کمکی در منزل، و تغذیه سالم به‌ویژه پرهیز از خوردن ساکاروز بود. ۹۱٪ آنان نیز نیاز به یک راهنمای کلینیکی را برای افزایش توانمندی خود ضروری دانستند (۲۴). آمار بالای پاسخ‌های داده شده در این پژوهش می‌تواند به این دلیل باشد که شرکت کنندگان افراد تازه فارغ‌التحصیل شده بوده‌اند. همچنین یکی دیگر از عوامل اثرگذار بر این آمار نیز وجود گایدلاین‌های متفاوت مرتبط در کشورهای اسکاندیناوی می‌باشد (۲۵). مطالعه-ای در سال ۲۰۱۵ در مالزی نشان داد که حدود ۹۰٪ دندانپزشکان عمومی به مادران مشاوره پیشگیرانه می‌دادند (۲۶)، در حالی که این میزان در پژوهش حاضر بیش از ۹۳٪ بود. که مطالعه ما جدیدتر بوده و چنین انتظاری نیز می‌رود.

آموزش بهداشت دهان و دندان به افراد باید بیش از یک

جلسه باشد، زیرا در غیر این صورت، نمی‌توان موجبات ارتقای سلامت دهان و دندان افراد مخصوصاً در سنین پایین را فراهم نمود (۲۷). تردیدی نیست تعیین کارآیی تکرار آموزش بهداشت دهان و دندان نیازمند تحقیقات جداگانه‌ای می‌باشد. آموزش بهداشت دهان و دندان باید با روشی صورت گیرد که یادگیری آن ساده بوده و آثار مخرب کمتری داشته باشد نتایج یک مرور سیستماتیک نشان داد آموزش بهداشت دهان و دندان توسط متخصصان این رشته به صورت chair side در مقایسه با روش‌های دیگر بیشتر مفید بوده است (۲۸).

امروزه اهمیت زیادی به نقش فلورایدتراپی در پیشگیری از پوسیدگی دندانی داده شده است (۲۹). طبق نتایج تحقیق حاضر، ۳۷.۲٪ دندانپزشکان در صورت نیاز کودک به فلورایدتراپی حتماً این کار را انجام داده و ۳۵.۱٪ درصد هم در برخی موارد اقدام به این کار می‌کردند. در تحقیق Togoo و همکاران (۲۰۱۲)، استفاده از فلوراید موضعی در ۴۸٪ موارد توسط دندانپزشکان برای اهداف پیشگیری گزارش گردید (۳۰). با وجود بالا بودن فراوانی دندانپزشکانی که اقدام به فلورایدتراپی در موارد نیاز می‌نمایند، به دلیل اهمیت فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی باید تلاش نمود این موضوع در کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی و نیز در موضوعات مرتبط با برنامه‌های بازآموزی درج شده و دندانپزشکان بیش از پیش به اهمیت آن پی ببرند. در تحقیق Abdul Razak (۱۹۹۴)، دندانپزشکان مالزیایی نگرش مثبتی نسبت به آموزش بیماران و دندانپزشکی پیشگیری شامل استفاده از فلوراید نشان دادند (۲۶)، شاید بتوان از این نگرش مثبت در راستای اجرای برنامه‌های آموزشی بیشتر در زمینه‌ی درمان‌های فلوراید استفاده کرد.

پیشگیرانه به کودکان با سن کمتر از ۲ سال نسبت به سایر تخصص‌ها از خود نشان داده‌اند ($p=0.004$). همچنین دندانپزشکان عمومی نیز همکاری مناسبی در زمینه ارائه خدمات مشاوره‌ای در این زمینه داشته‌اند (۳۴).

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۱ در تگزاس آمریکا صورت گرفت نشان داد که تقریباً تمامی دندانپزشکان عمومی مشکلی در زمینه ارائه خدمات روزمره مانند انجام معاینه و پروفیلاکسی به کودکان محدوده سنی ۵ سال ندارند. اگرچه با کاهش این محدوده سنی، و افزایش دشواری خدمات تمایل ایشان به ارائه خدمات به کودکان نیز کم می‌شد. البته سطح آموزش‌های دریافت شده در دوران تحصیل باعث ایجاد اختلاف معنی‌دار در ارائه خدمات به کودکان می‌گشت (۳۵).

نتیجه‌گیری

براین اساس، عملکرد و نگرش دندانپزشکان عمومی درباره‌ی خدمات دندانپزشکی پیشگیری مناسب بوده است، آموزش بهداشت از اقدامات اصلی یک دندانپزشک می‌باشد، اما دیده شد که بیش از نیمی از دندانپزشکان یا وقتی برای آموزش بهداشت نمی‌گذارند و یا کمترین وقت را اختصاص داده‌اند. این نشان می‌دهد که دندانپزشک بیشتر رویکرد درمانی صرف را دنبال می‌کند. از سوی دیگر گویا اینگونه جا افتاده است که برای کودکان باید آموزش داد و می‌بینیم که دندانپزشکانی که کودکان را برای درمان پذیرش می‌کردند نسبت به ارائه آموزش بهداشت، بیشتر اقدام می‌کردند. لذا موضوع آموزش بهداشت، و تاکید بر ارائه آن، باید در اولویت اول تمامی برنامه‌های آموزش مداوم قرار گیرد.

سؤالاتی که در تحقیق حاضر درباره‌ی عملکرد دندانپزشکان نسبت به مقوله‌ی پیشگیری از پوسیدگی دندانی طراحی شده بودند، شامل اقدامات پایه و اساسی نظیر آموزش بهداشت، انجام فلورایدتراپی، نوع ابزار پیشگیری از پوسیدگی که بیشترین تأکید را به آن اختصاص می‌دادند، و برخی موارد دیگر می‌گردید. این ترند در تحقیقات مشابهی در دندانپزشکان کره و مغولستان نیز مورد توجه قرار گرفته است (۳۱،۹). همچنین، در تحقیق Ghasemi و همکاران (۲۰۰۷) که در میان دندانپزشکان ایرانی شرکت کننده در دو کنگره‌ی سالیانه‌ی دندانپزشکی انجام شده بود، بیشتر تأکید روی سؤالات پایه و اساسی مرتبط با پیشگیری از پوسیدگی دندانی بوده است (۳۲).

امروزه در دانشگاه‌های برتر دنیا تلاش می‌گردد تا به آموزش دندانپزشکی پیشگیرانه و ارزیابی آموزش آن توجه بیشتری گردد. پژوهشی در ایران در سال ۲۰۰۷ نشان داد که دانشجویانی که خود رعایت بهداشت دهان بهتری داشته‌اند، عملکرد مناسب‌تری در زمینه دندانپزشکی پیشگیری نشان می‌دهند. این پژوهشگران بر این باورند که ضروری است تا تاکیدات لازم در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه بر روی خود دانشجویان به عمل آید (۳۳).

یکی دیگر از مسایل مهم در ارائه خدمات پیشگیرانه، میزان اشتیاق دندانپزشکان به مشارکت و ارائه چنین خدماتی است. پژوهش‌های متفاوتی نیز به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. مطالعه‌ای در آمریکا میزان اشتیاق دندانپزشکان طرف قرار داد با بیمه (Medicaid) در ارائه خدمات به کودکان با سن پایین را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد دندانپزشکانی که تخصص مرتبط با کودکان داشتند تمایل بیشتری نیز به ارائه خدمات

References

- 1- Ismail AI, Hasson H, Sohn W. Dental caries in the second millennium. *J Dent Educ* 2001; 65: 953–959.
- 2- National Institute 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: 1162–1168.
- 3- Johng-bai K. What do the public and profession know about dental caries prevention in Korea? *Int Dent J* 1998; 48: 399–404.
- 4- Arch LM. The views and expectations regarding dental care of the parents of children with special needs: needs survey in the country of cheshire, England” *Int.J.Paediatr.Dent.* 1994
- 5- Addy M., Tooth brushing, tooth wear and dentine hypersensitivity- are they associated? *International Dental Journal* (2005); 55: 261-67.
- 6- Dean JA. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. Elsevier Health Sciences; 2015 Aug 10. chap.11
- 7- Holt RD, Murray JJ. Developments in fluoride toothpastes. An overview. *Community Dent Health* 1997;14:4-10.
- 8- The National Board of Health and Welfare. Sociakstyrelsens allmänna råd om användning av fluorider för odontologisk bruk (SOSFS 1991:4). In: Sundberg H, editor. Tandvårdens författningssamling. Handbok för tandvårdspersonal. Stockholm: Doragshuset Gothia; 1994.189-92
- 9- 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
- 10- Lewis DW, Main PA. Ontario dentists' knowledge and beliefs about selected aspects of diagnosis, prevention and restorative dentistry. *J Can Dent Assoc* 1996;62:337-344
- 11- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent.* 2013 Sep-Oct;35(5):E165-8.
- 12- Mejäre I, Lingström P, Petersson LG, Holm AK, Twetman S, Källestål C, Nordenram G, Lagerlöf F, Söder B, Norlund A, Axelsson S. Caries□preventive effect of fissure sealants: a systematic review. *ActaOdontologicaScandinavica.* 2003 Jan 1;61(6):321-30.
- 13- MJÖR IA. Glass ionomer and resin□based fissure sealants: a clinical study. *European Journal of Oral Sciences.* 1990 Aug 1;98(4):345-50.
- 14- Yorty J, Brown B. Caries risk assessment/treatment pro-grams in U.S. dental schools. *J Dent Educ* 1999;63:745–7.
- 15- Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *Journal of Dental Education.* 2001 Oct 1;65(10):960-8.
- 16- Anusavice K. Treatment regimens in restorative and pre-ventive dentistry. 1995;126:727–43.
- 17- Holloway PJ, Ashton MA, Wainwright-Stringer Y, Worthington HV. Preventive technologies in dental practice in the UK. *Int Dent J* 1997; 47: 271–274.
- 18- Holloway PJ, Clarkson JE. Cost: benefit of prevention in practice. *Int Dent J* 1994; 44: 317–322.
- 19- Helminen SE, Vehkalahti M, Murtomaa H. Dentists' perception of their treatment practices versus documented evidence. *Int Dent J* 2002; 52: 71–74.
- 20- 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: 51–56.
- 21- Tseveenjav B, Vehkalahti M, Murtomaa H. Preventive practice of Mongolian dental students. *Eur J Dent Educ* 2002; 6: 74–78.

- 22- Borhan□Mojabi K, Moradi A, Yazdabadi A. Evaluating the degree of knowledge on oral cancer among general practitioners and dentists in Qazvin. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2012 Apr 1;18(2):498-501.
- 23- Yusuf H, Tsakos G, Ntouva A, Murphy M, Porter J, Newton T, Watt RG. Differences by age and sex in general dental practitioners' knowledge, attitudes and behaviours in delivering prevention. *British dental journal*. 2015 Sep 25;219(6):E7-.
- 24- Vehkalahti MM, Widström E. Teaching received in caries prevention and perceived need for Best Practice Guidelines among recent graduates in Finland. *European Journal of Dental Education*. 2004 Feb 1;8(1):7-11.
- 25- Widstrom E, Vehkalahti M, eds. *A Nordic Meeting on the Prevention of Dental Disease*, Helsinki: Stencils of the Ministry of Social Affairs and Health, 2002:5.
- 26- Abdul Razak I, Lind OP. Patient education and preventive care in Malaysian dental practice. *J Clin Pediatr Dent* 1994 Summer;18(4):313-322.
- 27- Konig KG, Berendesen CM, van der Weijden GA. Oral hygiene: effective and safe. *Ned Tijdscher Tandheelkd* 1994;101:167-170.
- 28- Kegeles SS. Some motives for seeking preventive dental care. *J Am Dent Assoc* 1963;67:110-118.
- 29- Togoo RA, Al-Rafee MA, Kandyala R, Luqam M, Al-Bulowey MA. Dentists' opinion and knowledge about preventive dental care in Saudi Arabia: a nationwide cross-sectional study. *J Contemp Dent Pract* 2012;13(3):261-265.
- 30- American Academy of Pediatrics-Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Police Statement. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008;122:1387-1394.
- 31- Nthenya MC. Knowledge, attitude and practices towards preventive dentistry among dentists in Nairobi. A Research Project Submitted in Partial Fulfillment of the Degree of Bachelor of Dental Surgery (BDS) of the University of Nairobi. 2010
- 32- Ghasemi H, Murtoma H, Torabzadeh H, Vehkalahti M. Knowledge of and attitudes towards preventive dental care among Iranian dentists. *Eur J Dent* 2007;1:222-229
- 33- Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Prevention□oriented practice of Iranian senior dental students. *European Journal of Dental Education*. 2007 Feb 1;11(1):48-53.
- 34- Garg S, Rubin T, Jasek J, Weinstein J, Helburn L, Kaye K. How willing are dentists to treat young children?: a survey of dentists affiliated with Medicaid managed care in New York City, 2010. *The Journal of the American Dental Association*. 2013 Apr 30;144(4):416-25.
- 35- Cotton KT1, Seale NS, Kanellis MJ, Damiano PC, Bidaut-Russell M, McWhorter AG, Are general dentists' practice patterns and attitudes about treating Medicaid-enrolled preschool age children related to dental school training? *Pediatr Dent*. 2001 Jan-Feb;23(1):51-5