



مقایسه تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان ارائه شده توسط رابطین بهداشت و انترن

دندانپزشکی طرح جامعه نگر بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان خانه دار

نویسندگان: احمد حائریان^۱، مریم مهمدی^۲، سیدسعید مظلومی محمود آباد^۳، سولماز اکبری^۴، داوود زارع^۵

۱. دانشیار گروه پروردانتیکس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. دندانپزشک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳. استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴. استادیار گروه پروردانتیکس، دانشگاه شاهد تهران

۵. نویسنده مسئول: متخصص پروردانتیکس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

شماره تماس: ۰۹۱۳۱۵۸۶۸۹۸ Email: d_zs80@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دندانپزشکی جامعه نگر یکی از راهبردهای اساسی جهت ارتقای سطح سلامت دهان در جامعه محسوب می شود. این رویکرد اساساً بر دندانپزشکی پیشگیری و آموزش بهداشت با جلب مشارکت مردم جامعه تاکید دارد. رابطین بهداشت زنان داوطلبی هستند که از سال ۱۳۶۹ به صورت آزمایشی و از سال ۱۳۷۲ به صورت فراگیر با هدف ارتقاء سلامت با مراکز بهداشتی- درمانی همکاری می نمایند. هدف از این مطالعه مقایسه تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان ارائه شده توسط رابطین بهداشت و انترن دندانپزشکی (انترن سال آخر که تمام واحد های درسی دوره عمومی را گذرانده است) طرح جامعه نگر بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان خانه دار بوده است.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی است. در این مطالعه ابتدا جزوه آموزشی و پرسشنامه طراحی شد. سپس رابطین بهداشت تحت آموزش قرار گرفتند. در مرحله بعد ۸۰ نفر از زنان خانه دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی اکبری (صفائیه)، مرکز بهداشتی درمانی شهید دکتر رسول فرهاد با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. شرکت کنندگان در این مطالعه به ۲ گروه ۴۰ نفره (A و B) (گروه A گروه تحت نظر انترن دندانپزشکی و گروه B گروه تحت نظر رابطین بهداشت) تقسیم شدند. زنان هر ۲ گروه معاینه شدند و شاخص پلاک آنها محاسبه شده و سپس پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. گروه A توسط انترن دندانپزشکی و گروه B توسط رابطین بهداشت تحت آموزش قرار گرفتند. سه ماه بعد نیز مجدداً پرسشنامه ها تکمیل شد و شاخص پلاک زنان خانه دار بررسی شد. داده ها با استفاده از تست های آماری Wilcoxon Signed Ranks و Mann-Whitney آنالیز شد ($P < 0.05$).

یافته ها: نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می دهد که بعد از آموزش بهداشت سطح آگاهی، نگرش و عملکرد در کل نمونه ها و در گروه A و B به صورت معنی داری افزایش یافت. لازم به ذکر است که شاخص پلاک در هر دو گروه کاهش معنی داری نشان داد، اما اختلاف معنی داری بین آموزش توسط انترن دندانپزشکی و رابطین بهداشت دیده نشد.

نتیجه گیری: نتایج به دست آمده نشان می دهد که تفاوت چندانی در نتایج بعد از آموزش ارائه شده توسط انترن دندانپزشکی و رابطین بهداشت دیده نمی شود. این مسئله می تواند تقویت کننده فرضیه مناسب بودن رابطین بهداشت جهت انجام آموزش های سلامت دهان باشد.

واژه های کلیدی: انترن دندانپزشکی، رابطین بهداشت، آموزش بهداشت

این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجویی مصوب دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: سوم

پاییز ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۴۰

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۲



مقدمه

بزاز، بیوفیلیم تغذیه و فلوراید ولی تعیین کننده های دیگر در سطح افراد عمل می کنند مثل رفتار شخص، آگاهی، تمایل، آموزش، شرایط اقتصادی و درآمد (۳). همکاری بیماران در بهداشت دهان روزانه در خانه برای موفقیت ارتقاء سلامت حیاتی است. پلاک کنترل می تواند به دو دسته ی مکانیکال (فیزیکی) یا شیمیایی تقسیم شود که مکانیکال به کمک مسواک و وسایل بین دندانی و شیمیایی از طریق خمیردندان و دهانشویه صورت می گیرد (۴).

علیرغم وجود طرح های مختلف مسواک در بازار، بهترین طرح همان طرحی است که استفاده از آن برای بیمار راحت باشد. برای بیماران با لثه نرمال مسواک با سر کوچک با رشته های کوچک یا بزرگ همراه با آرایش زاویه دار جهت تطابق با دندان پیشنهاد می شود و اگر مسواک برقی است Oscillating & Rotating Head پیشنهاد می شود. بیمار باید ۲ بار در روز به ویژه در شب قبل از خواب مسواک بزند. در جایی کنترل پلاک فیزیکی به تنهایی کافی نیست استفاده از کنترل کننده های شیمیایی پیشنهاد می شود مثل دهانشویه و کاربرد فلوراید (۵). به خوبی تشخیص داده شده است که به انتقال اطلاعات بهداشت دهان و دندان در خلال ملاقات کلینیکی یا به روشهای دیگر به همه بیماران نیاز بدیهی وجود دارد. برای هر بیمار طی ارزیابی و گفتگو باید روش آموزش بهداشت مناسب خود او را در نظر گرفت و آموزش راجع به پیشگیری باید برای همه بیماران در نظر گرفته شود (۴). در مطالعات متعددی بر اهمیت و اثر بخشی آموزش بهداشت دهان و دندان در افزایش آگاهی و کارایی افراد جامعه در پیشبرد سلامت خود و دیگر افراد جامعه تاکید شده است.

باید در ذهن داشت که ارتقاء سلامت دهان باید جزئی از استراتژی های ارتقاء سلامت عمومی شود. بیماری های دهان مثل پوسیدگی و پریودنتیت مانند بیماریهای سیستمیک دارای روند مزمن، ویژگی های مشابه رفتاری و ماهیت چندعاملی هستند. استراتژیهای ارتقاء سلامت دهان برای پیشگیری و کنترل بیماریهای دهان باید بر پایه کنترل ریسک فاکتورها باشد که بعضاً با تعدادی از بیماریهای مزمن دیگر نیز مشترک هستند. این استراتژی ها شامل سیاست های سلامت و تغذیه برای تغییر رژیم غذایی غیر سالم، بهداشت عمومی (شامل بهداشت دهان) و غیره می باشد (۱).

بیماری های دهان به خاطر شیوع و بروز بالایشان در همه ی نقاط جهان به عنوان مسئله اساسی سلامت عمومی معرفی می شوند. با توجه به گزارش سال ۲۰۰۳ world oral Health بیماریهای پریودنتال و پوسیدگی های دندانی ۲ دلیل اصلی ناتوانی های دهانی هستند. تعیین زمان مناسب برای آگاهی دادن به والدین و شاغلین حرف خدمات بهداشت برای مداخله مناسب ضروری است زیرا پس از یک زمان مشخص، پرهزینه شدن این مشکلات برای درمان و پیچیده شدنشان شاید باعث شود تا بسیاری از بیماران به دنبال درمان آن نروند (۲).

پوسیدگی دندانی بعنوان حل شدن شیمیایی جزء معدنی دندان در اثر یکسری وقایع متابولیک که در محل بیوفیلیم پوشاننده این ناحیه دندانی اتفاق می افتد تعریف می شود. این وقایع پروسه ی پوسیدگی نام دارد و منجر به ضایعات پوسیدگی (Caries lesion) می شود که به عنوان علامت بیماری است. بعضی از اجزای مسبب پوسیدگی، در سطح دندان عمل می کنند مثل



آموزش مطالب مربوط به بهداشت دهان و دندان و مقایسه آن با انترن دندانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی است. مراحل کار شامل ۲ بخش آماده سازی مقدمات مطالعه و انجام مطالعه بود. جهت جمع آوری داده ها پرسشنامه ای طراحی شد که شامل ۲۵ سؤال بود (۱۲ سؤال مربوط به آگاهی، ۹ سؤال مربوط به نگرش و ۴ سؤال مربوط به عملکرد) و همچنین جهت ارزیابی دقیق تر عملکرد محاسبه شاخص پلاک به عنوان بخشی از مطالعه در نظر گرفته شد. روایی پرسشنامه بامشاوره با چندتن از اساتید بخش پرودنتولوژی بررسی شد و جهت تعیین پایایی پرسشنامه، پس از تهیه و تنظیم آن بوسیله ی ۲۰ نفر از زنان خانه دار بصورت پایلوت تکمیل گردید و برای تعیین پایایی ثبات درونی پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید.

طراحی جزوه آموزشی: در این مطالعه جهت آموزش به افراد شرکت کننده در مطالعه از جزوه آموزشی و جلسه آموزش حضوری استفاده شد. تعداد ۴ رابط بهداشت فعال (۲ رابط از مرکز بهداشتی درمانی شهید دکتر رسول فرشاد و ۲ رابط از مرکز بهداشتی درمانی اکبری) بامعرفی مسئول رابطین دردومرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند و با نظر مشاور آمار ۸۰ زن خانه دار تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی های فوق الذکر به عنوان نمونه های مورد بررسی در این مطالعه به صورت تصادفی از ۲ منطقه صفائیه و خیابان مسکن و شهرسازی شهر یزد انتخاب گردیدند. این زنان خانه دار به صورت تصادفی به ۲ گروه ۴۰ نفره تقسیم شدند (گروه A گروه تحت نظر انترن دندانپزشکی و

به عنوان مثال Jonsson و همکارانش (۲۰۰۹) نشان دادند آموزش بهداشت دهان که مناسب با نیازها و توانایی های هر فرد طراحی شده سبب بهبود چشمگیری در پارامترهای کلینیکی (GI,PI) بعد از دوره پیگیری ۱۲ ماهه شد (۶).

Cardenas & Ross (۲۰۱۰) نشان دادند آموزش بهداشت دهان به زنان خانه دار باردار راجع به سلامت دهان موجب شد تا آگاهی آنها بصورت معنی داری افزایش پیدا کند و آنها قادر بودند در یک دوره پیگیری ۴ هفته ای بخش اعظم اطلاعات داده شده را بازگو کنند (۷).

Knevel و همکارانش (۲۰۱۰) نشان دادند آموزش بهداشت دهان به زنان روستایی موجب شد تا میزان آگاهی آنها از سلامت دهان به طور معنا داری افزایش پیدا کند و زنان آموزش دیده قادر بودند در برنامه های ارتقا سلامت روستایشان شرکت کنند. بعد از یک دوره ۳ ساله آنها ۲۱۰۰ عضو جدید داشته و حداقل برای ۴۰۰۰ کودک خدمات سلامت دهان ارائه داده بودند (۸).

Alves de Farias و همکارانش (۲۰۰۹) نشان دادند آموزش بهداشت دهان توسط رابطین بهداشت در مدارس در بچه های ۷ تا ۱۵ سال موجب بهبود معنادار پارامترهای کلینیکی (gingival bleeding index, visible plaque index) و افزایش آگاهی در آنها شد (۹).

نظر به اهمیت آموزش بهداشت در پیشگیری و همچنین با توجه به اینکه دندانپزشکان وقت کافی برای این امر ندارند و از طرفی رابطین بهداشت در سایر مسائل مربوط به سلامت عمومی در ارتباط با جامعه هستند. در این مطالعه توانایی آنان در ارائه



آزمون استفاده شده برای مقایسه تاثیر آموزش توسط دانشجوی

دندانپزشکی و رابطین بهداشت: Mann-whitney test

محدودیت ها و مشکلات اجرایی و اخلاقی تحقیق:

- ۱- در کشور ما متأسفانه تحقیقات در زمینه تاثیر فرد آموزش دهنده بر آگاهی، نگرش و عملکرد و شاخص پلاک کم انجام شده و دسترسی به همین تعداد اندک نیز مشکل بود.
- ۲- عدم همکاری مادران در معاینه دوم به علت خوشایند نبودن استفاده از قرص دیسکلوزین به عنوان نشانگر پلاک.

یافته ها

هدف اصلی این مطالعه مقایسه تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان ارائه شده توسط رابطین بهداشت و انترن دندانپزشکی بر آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک زنان خانه دار بود. با ارزیابی که قبل از آموزش و ۳ ماه بعد از آموزش توسط پرسشنامه و اندازه گیری شاخص پلاک انجام گرفت، نمونه های مورد مطالعه در هر گروه توانستند در هر یک از ۴ متغیر آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک نمرات زیر را کسب کنند:

در گروه A (گروه تحت آموزش انترن دندانپزشکی) به طور کلی میانگین نمره آگاهی پس از آموزش افزایش یافت ($p=0/0001$) و در گروه B (گروه تحت آموزش رابطین بهداشت) میانگین نمره آگاهی پس از آموزش افزایش یافت ($p=0/0001$). میانگین نمره نگرش بعد از آموزش در گروه A و گروه B افزایش یافت ($p=0/0001$).

میانگین نمره عملکرد بعد از آموزش در گروه A افزایش یافت ($p=0/009$) همچنین میانگین نمره عملکرد بعد از آموزش در گروه B نیز افزایش یافت ($p=0/0001$). میانگین شاخص پلاک در گروه A کاهش یافت ($p=0/0001$) همچنین

گروه B (گروه تحت نظر رابطین بهداشت). توزیع پرسشنامه و انجام معاینه به منظور ثبت شاخص پلاک بین زنان هر ۲ گروه A و B، معاینات با استفاده از چراغ قوه و سوند و آینه دندانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی یاد شده انجام شد. آموزش زنان خانه دار توسط انترن دندانپزشکی و رابطین بهداشت در هر گروه، همچنین جزوه آموزشی جهت مطالعه بیشتر در اختیار زنان قرار داده شد. پس از گذشت ۳ ماه از ارائه آموزش ها، زنان هر دو گروه مجدداً پرسشنامه ها را تکمیل کرده و معاینه شدند (تمام معاینات توسط انترن دندانپزشکی انجام شد). به علت فاصله بین دو مرحله و احتمال عدم مراجعه مجدد، در مرحله اول در گروه A، ۲۵ و در گروه B، ۲۳ نفر نمونه بیش از تعداد تعیین شده توسط مشاور آمار در مطالعه وارد شد. اطلاعات جمع آوری شده توسط پرسشنامه و معاینه قبل و بعد از آموزش در هر ۲ گروه استخراج شده و بعد از کدگذاری اطلاعات توسط کارشناس آمار تجزیه و تحلیل شدند. پرسشنامه ۲۵ سؤال داشت که ۱۲ سؤال مربوط به آگاهی بود نمره هر سؤال آگاهی ۱ بود و حداکثر نمره آگاهی نیز ۱۲ در نظر گرفته شد. نگرش نیز در قالب ۹ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. که هر سؤال ۵ گزینه خیلی زیاد، زیاد، کم، خیلی کم و نمی دانم داشت و به ترتیب برای هر گزینه امتیازهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ در نظر گرفته شد حداکثر امتیاز نیز ۴۵ در نظر گرفته شد. در قسمت عملکرد ۴ سؤال مطرح شده بود و برای هر سؤال ۳ گزینه بلی، گاهی اوقات و خیر مطرح شد که به ترتیب ۲، ۱ و ۰ نمره برای گزینه ها در نظر گرفته شد. حداکثر امتیاز در این قسمت ۸ امتیاز بود.

آزمون استفاده شده در ۲ گروه برای تجزیه و تحلیل داده ها:

test Wilcoxon signed ranks



در گروه B نیز کاهش یافت ($p=0/011$) (جدول ۱). آزمون آماری Mann-whitney رابطه معنی داری را در سطح آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک بعد از آموزش بین ۲ گروه آموزش دیده توسط رابطين بهداشت (گروه B) و گروه آموزش دیده توسط انترن دندانپزشکی (گروه A) نشان نمی دهد (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات سنجش آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در گروه A و B پس از آموزش بهداشت.

گروه آموزش دیده توسط رابطين بهداشت (گروه B)				گروه آموزش دیده توسط انترن دندانپزشکی (گروه A)													
SD		میانگین		SD		میانگین											
شاخص پلاک	عملکرد	نگرش	آگاهی	شاخص پلاک	عملکرد	نگرش	آگاهی										
قبل از آموزش	۱/۴۳۹	۰/۱۷	۱/۷۳۸	۴/۰۸۱	۱/۴۳۲	۶۷/۸۵	۵/۸۳	۳۹/۲۵	۸/۰	۳/۱۵	۱/۴۷۱	۴/۸۸۶	۱/۴۸۳	۷۵/۶۸	۶/۱۳	۳۷/۳۵	۷/۱۸
۳ ماه بعد از آموزش	۱/۰۱	۰/۱۷	۱/۳۳۹	۳/۲۵۳	۱/۶۶۷	۶/۱۱۰	۶/۵۳	۴/۳۳	۹/۷۰	۲/۴۹	۱/۳۳۶	۳/۶۵۸	۱/۶۱۳	۶۴/۴۵	۶/۶۰	۴/۵۰	۹/۲۵

جدول ۲: تعیین اثر آموزش بر آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک در هر دو گروه مورد آموزش

P.v	گروه آموزش دیده توسط انترن دندانپزشکی (گروه A)		تاثیر آموزش
	گروه آموزش دیده توسط رابطين بهداشت (گروه B)	شاخص پلاک	
۰/۳۰۵	۹/۷۰	۹/۲۵	آگاهی
۰/۳۹۵	۴۱/۳۳	۴۰/۵۰	نگرش
۰/۷۸۱	۶/۵۳	۶/۶۰	عملکرد
۰/۴۴۷	۶/۱۱۰	۶۴/۴۵	شاخص پلاک

بحث و نتیجه گیری

منابع موجود برای برآوردن نیازهاست (۱۰). بر اساس گزارش انجمن جراحان عمومی امریکا خدمات ارابه سلامت دهان برای همه امریکایی ها ناکافی ست. در این گزارش عنوان می شود که خدمات سلامت به صورت نا عادلانه ای در بین طبقات مختلف جامعه از لحاظ قومی و اقتصادی ارابه می شود که بیماری های مزمن دندانی بخش قابل ملاحظه ای از این خدمات را در بر می گیرد (۱۱).

تجربه کشورهای پیشرفته صنعتی که بیشترین سهم از درآمد ناخالص ملی خود را به خدمات سلامت از جمله خدمات سلامت دهان و دندان اختصاص داده اند موید این مطلب است که انجام خدمات درمانی در سطوح مختلف به هیچ وجه نمی تواند جوابگوی نیازهای روبه افزایش درمان های دندانپزشکی باشد. تقاضاها در سیستم های مراقبت سلامت همیشه بیشتر از



در مطالعه حاضر بعد از آموزش در هر دو گروه آموزش گیرنده سطح آگاهی، نگرش، عملکرد افزایش معنی دار و شاخص پلاک کاهش معنی دار نشان داد. اگر چه میزان کاهش در شاخص پلاک از نظر کلینیکی تغییر قابل توجهی نداشت.

نتایج حاصله از مطالعه Peng (۱۹۹۷) در چین تایید کننده نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه peng ۶ سال پس از تبلیغات از طریق رادیو و تلویزیون سطح آگاهی مردم نسبت به بهداشت دهان و دندان زیادتر شده بود (۱۲).

همچنین Rong و همکارانش (۲۰۰۳) تاثیر آموزش بهداشت را بر شاخص DMF در کودکانستان های چین ارزیابی کردند، بعد از ۲ سال که مریبان تحت آموزش بودند شاخص DMF ۳۰/۶ درصد در گروه مورد نسبت به شاهد کاهش یافت (۱۳).

مطالعه Moyses و همکارانش (۲۰۰۳) نشان داد که در مدارس که انجمن بهداشت در آنها فعال بود ترومای دندانی تقریبا به میزان ۹۷٪ کمتر از سایر مدارس بود ($p < 0.0001$). از آن گذشته دانش آموزان مدارس که انجمن بهداشت در آنها فعال بود وضعیت بهداشت دهانی بهتری نسبت به مدارس که انجمن بهداشت آنها فعال نبوده است، داشتند (۱۴).

رضا بیرنگ و همکارانش (۱۳۸۵) تاثیر آموزش را از طریق رسانه های تصویری در ارتقاء سطح بهداشت دهان و دندان دانش آموزان بررسی نمودند. بلافاصله بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش عملکرد بهداشتی دانش آموزان (مسواک زدن صحیح، نخ دندان کشیدن) به نحو معنی داری بهبود یافته بود (۱۵).

Jonsson B و همکارانش (۲۰۰۹) تاثیر آموزش بهداشت دهان مناسب هر فرد روی رفتار بهداشت دهانی افراد دارای

احساس نیاز به این تغییر رویکرد به خوبی در بیانیه آما آتا (۱۹۷۸) متجلی است. بر اساس بیانیه آما آتا اصول مطرح شده برای ارتقاء سلامت جامعه بر محورهای زیر استوار است: تمرکز بر پیشگیری، رویکرد چند بخشی، توزیع عادلانه، فناوری مناسب، مشارکت جامعه. (رجوع به صفحه ۶- بیانیه آما آتا). به نظر می رسد ما نیز در حال رسیدن به همان نقطه ای هستیم که کشورهای اسکاندیناوی در دهه ۷۰ میلادی به آنجا رسیده اند. در این کشورها علیرغم وجود دندانپزشکان مازاد در سال ۱۹۷۰ میلادی میزان بیماری های دهان و دندان همچنان به رشد خود ادامه می داد، تا این که در سال ۱۹۷۵ برنامه های پیشگیرانه و آموزش بهداشت در دستور کار قرار گرفت و این کار باعث کاهش بیماری های دهان و دندان و پوسیدگی های دندانی گردید. ایده اصلی سیستم سلامت پیشگیری از بیماری یا تشخیص زود هنگام آن است. از این طریق مشکل میتواند در سطح اول ارایه خدمات سلامت که آموزش بهداشت نیز جزئی از آن است حل شود و تنها بخش کوچکی از موارد ممکن است نیاز به خدمات سطح دوم داشته باشند. یکی از مزایای بزرگ این رویکرد این است که درمان کمتر تهاجمی و محافظه کارانه در مورد ساختار دندان صورت می گیرد. علاوه بر این مزیت بیولوژیک، به خوبی فهمیده شده است که خدمات سطح دوم به علت تمایل به استفاده بیشتر از تکنولوژی پیشرفته هزینه بیشتری نسبت به خدمات سطح اول دارند (۱).

به خوبی تشخیص داده شده است که به انتقال اطلاعات مربوط به سلامت دهان به بیماران طی جلسات کلینیکی با بیماران نیاز ضروری وجود دارد تا آن هارا در اصلاح و بهبود مهارت های شخصی شان در انجام بهداشت دهان کمک کند (۱۱).



شد (۱۶). نتایج هر ۹ مطالعه فوق الذکر موید نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین آموزش ارائه شده توسط دندانپزشک و رابطین بهداشت مشاهده نشد. معنی دار نشدن تاثیر آموزش توسط ۲ گروه آموزش دهنده فرضیه ی موفقیت استفاده از رابطین بهداشت برای آموزش بهداشت دهان و دندان را در جامعه تقویت می کند.

نتایج به دست آمده در مطالعه ی Petersen (۱۹۹۰) تایید کننده ی نتیجه مطالعه حاضر است. Petersen نشان داد که زنان خانه داری که توسط فرد آگاه مانند دندانپزشک یا یک فرد صلاحیت دار آموزش ندیده اند آگاهی کمی نسبت به عوامل ایجاد پوسیدگی دندان داشتند، این زنان خانه دار منبع اطلاعات خود را تلویزیون معرفی کرده بودند (۱۷). البته در مطالعه Hamilton و همکاران (۱۹۹۱) دانش آموزانی که بعد از دندانپزشکان توسط مربیان بهداشت مدارس آموزش دیده اند نسبت به گروه های دیگر که فقط توسط مربی بهداشت آموزش دیده بودند از میزان آگاهی بیشتری نسبت به بهداشت دهان و دندان برخوردار بودند و اختلاف معنی داری نشان دادند (۱۸).

طی جستجو در منابع داخلی و خارجی مطالعات یافت شده در زمینه مقایسه تاثیر فرد آموزش دهنده بر آگاهی، نگرش، عملکرد و شاخص پلاک آموزش گیرندگان محدود به ۲ مطالعه اخیر الذکر بود.

در مطالعه Hamilton گروه آموزش دیده توسط مربی بهداشت و دندانپزشک سطح آگاهی بالاتری نسبت به گروهی که تنها توسط مربی بهداشت آموزش دیده بود داشتند.

اگر چه در مطالعه ی حاضر رابطین بهداشت با سایر مراقبین سلامت مقایسه نشدند اما چون نتیجه ی عملکرد تقریباً برابری با

بیماری پریدونتال را بررسی کردند. آنها نشان دادند که گروه تست نسبت به کنترل بهبود چشمگیری در پارامترهای کلینیکی (GI,PI) را بعد از دوره پیگیری ۱۲ ماهه نشان دادند (۶).

دکتر لینا و همکاران (۲۰۱۰) تاثیر آموزش بهداشت دهان در بهبود آگاهی زنان خانه دار باردار راجع به سلامت دهان را بررسی کردند. آنها دریافتند آگاهی آنها بصورت معنی داری افزایش پیدا کرد و آنها قادر بودند در یک دوره پیگیری ۴ هفته ای بخش اعظم اطلاعات داده شده را بازگو کنند (۷).

Ron JM Knevel و همکارانش (۲۰۱۰) تاثیر آموزش بهداشت دهان برای زنان روستایی را بررسی کردند. نتایج نشان داد میزان آگاهی آنها از سلامت دهان به طور معنا داری افزایش پیدا کرد و زنان آموزش دیده قادر بودند در برنامه های ارتقا سلامت روستایشان شرکت کنند. بعد از یک دوره ۳ ساله آنها ۲۱۰۰ عضو جدید داشته و حداقل برای ۴۰۰۰ کودک خدمات سلامت دهان ارائه داده بودند (۸). IrlaneAlves de Farias و همکارانش (۲۰۰۹) تاثیر آموزش بهداشت دهان در مدارس در بچه های ۷ تا ۱۵ سال را بررسی کردند. نتایج بهبود معنادار پارامترهای کلینیکی (gingival bleeding index, visible plaque index) و افزایش آگاهی را در گروه تست نسبت به کنترل نشان داد (۹).

Kang و همکارانش (۲۰۰۸) روی تاثیر آموزش مسواک روی بچه هادر سنین قبل از ورود به مدرسه تحقیق کردند. آنها افزایش معنی داری در استفاده از مسواک، زمان مسواک زدن و صحیح مسواک زدن را نشان دادند. همچنین در گروه مورد مطالعه کاهش معناداری در گسترش پلاک و پوسیدگی مشاهده



پوشش رابطین بهداشت از نفوذ و تاثیر کلام مطلوبی در جامعه برخوردارند.

ب: از نقطه نظر اقتصاد سلامت نیز با توجه به هزینه بسیار اندک آموزش رابطین بهداشت، و در نظر گرفتن این مطالعه که همکاری ایشان به صورت افتخاری می باشد، در مقایسه با دندانپزشکان موضوع حائز اهمیت در خود توجهی است.

دانشجوی ترم آخر دندانپزشکی داشتند می توان گفت در شرایطی که دندانپزشکان وقت کافی برای آموزش بهداشت به بیماران را ندارند رابطین نیروهای حد واسط کارا و مناسبی برای انتقال آموزش های سلامت دهان و دندان به جامعه هستند. این امر از ۲ جهت دیگر نیز حائز اهمیت است: الف: با توجه به هم زبانی و مشابهت فرهنگی با جامعه تحت

References

- 1-Maltz M, Jardim J, SeveroAlves L. Health promotion and dental caries. *Braz Oral Res.* 2010;18-25.
- 2-Singha A, Sequierab P, Acharyac S, Bhatc M. Oral Health Status of Two 12-year-old Socially Disadvantaged Groups in South India:A Comparative Study. *Oral Health Prev Dent.* 2011;9(1):3-7.
- 3-Griffin S, Griffin P, Swann J, Zlobin N. New coronal caries in older adults: implications for prevention. *J Dent Res.* 2005;84(8):715-20.
- 4-Wynne L. An update on oral hygiene products and techniques. *Dental Nursing* 2011;7 (5).
- 5-Fox C, Nield H. Evidence summary: whatdo dentists mean by ‘prevention’ when applied tow hat they do in their practices? *Br Dent J*2010; 208(8):359–63.
- 6-Jonsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *J ClinPeriodontol* 2009; 36: 1025–34.
- 7-Dr. Lina M. Cardenas, Dr. Damon D. Ross. Effects of an Oral Health Education Program for Pregnant Women. *Journal of the Tennessee Dental Association.*2010;90-2.
- 8- Knevel RJ, Training rural women to improve access to oral health awareness programmes in remote villages in Nepal. *Int J Dent Hygiene* 2010;8: 286–93.
- 9-FariasI,SouzaG,Ferreira M. A Health Education Program for Brazilian PublicSchoolchildren.The Effects on Dental Health Practice and Oral Health Awareness. *American Association of Public Health Dentistry* 2009;69(4).
- 10-Khami MR,Razeghi S. In translation Principles of Community Dentistry.Daly B. 1sted.Tehran Mehr publication;2007:16-24



- 11-Beck M, Cynthia C. Amyot G and etal. Extending Oral Health Care Services to Underserved Children through a School-Based Collaboration: Part 1 – A Descriptive Overview. *The Journal of Dental Hygiene* Summer 2011;85(3).
- 12-Peng B, Petersen PE, Tai BJ , et al. Changes in oral health knowledge and behavior 1987-1995 among inhabitants of Wuhan City PR China *Int. Dent J* 1997; 47: 142-7.
- 13-Rong WS, Bian JY, Wang JD. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China: *Community Dental Epidemiol* 2003; 31:412-6.
- 14-Moyses ST, Moyses SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting school's policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion Int* 2003; 18: 209-18.
- 15-Birang R, Shakerianc K, Samani F ,et al. Effectiveness of education through visual media in Dental and oral health promotion of students. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2006;9:1-6[Persian].
- 16-Kang BH, Park SN, Sohng Kg, Moon Sj. Effect of a Tooth-brushing Education Program on Oral Health of Preschool Children. *J Korean Acad Nurs* 2008;38 (6): 914-922.
- 17-Petersen PE, Hadi R, AL Zaabi FS. Dental knowledge, attitudes among Kuwaiti mothers and teacher. *J Pedod* 1990;14:158-64.
- 18-Hamilton ME, Coldy WM. Oral health knowledge and habits of senior elementary school students. *J Public Health Det* 1991;51: 209-12.



Comparison of the Effect of Oral Health Education Delivered by a Dental Student and Health Volunteers on the Knowledge, Attitude and Performance of Housewives.

HaerianArdakani A (DDS, Ph.D)¹ Mohmedi M (DDS)² Mazloomi Mahmodabad SS (Ph.D)³ Akbari S (DDS, MS)⁴
Zare D (DDS, MS)⁵

1. Associate Professor, Department of Periodontology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2. Dentist, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Periodontology, Shahed University, Tehran, Iran.
5. Corresponding author: Specialist in Periodontics, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Background: The aim of this study was to compare the effect of a dental student's education and health volunteers' education on the knowledge, attitude, performance of housewives.

Methods: In this study first a questionnaire and a booklet containing oral health instructions were prepared. Then 80 women attending two health centers were chosen for the study.

Health volunteers received oral health instructions. Women were allocated into 2 groups; group A received oral health education from a dental student, while group B was trained by health volunteers.

Both groups completed the questionnaire and the plaque index scores were recorded. After this step all participant were supplied by the oral health instruction booklet. The filling of the questionnaires and recording the plaque index scores were repeated after 3 months.

Using Wilcoxon ranks test and Mann-Whitney test the data were then analyzed.

Results: The results of this study showed a significant increase in knowledge, attitude and performance while the plaque index decreased after 3 month. Comparing the effect of oral health education there was no significant difference between a dental student and health volunteers.

Conclusion: The finding of this study indicated that health volunteers could serve as oral health trainers in the community.

Keywords: Health volunteer, Oral health education, Dental student