بررسی میزان آگاهی بهورزان شهرستانهای یزد و تفت از بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۷۹

دکتر امیرمعینی تقوی \- دکتر حسین عقیلی \- دکتر محمدرضا طالبی ارکانی \- دکتر سیهرا دنی فر

چکیده

زمینه و هدف: آموزش به اشت اولین مرحله مراقبت‌های به‌اشتی و مهم‌ترین وظیفه بهورزان به عنوان مستواه ارائه ساده‌ترین فصول به‌اشت در جوامع روس‌سنجی است. هدف از آموزش، کمک به مردم در شناسایی تشخیص‌هندی و بیدار کردن راه حل مشکلات به‌اشت کود است و بهورزان در خانه‌های به‌اشت در این زمینه فعالیت می‌نمایند. این مطالعه با هدف بررسی میزان آگاهی بهورزان شهرستانهای یزد و تفت از بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۷۹ انجام گردید.

روش‌بررسی: نوع مطالعه توصیفی و روش تحقیقی مقاطعی می‌باشد. روش تجربه‌گیری به سروت‌ریاضی و روش آماری اطلاعات‌گیری از جامعه برای اخذ ۱۳۴ بهورز مشابه در خانه‌های به‌اشت دو شهرستان مذکور (۶۲ نفر مرد و ۷۲ نفر زن) به وسیله بررسی‌نامه ای شامل اطلاعات فردی و ۱۶ سوال به منظور تعیین میزان آگاهی در مورد ساختاران دندان، دندانهای شیری، فصول آموزش به‌اشت دهان و دندان و نحوه ارائه خدمات بهداشتی به عضویت بانک اطلاعاتی از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های صورت گرفت.

جمع آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار P.V = 0.002، P.V = 0.0001)

نتیجه‌گیری: در مجموع بیشتر بهورزان سطح آگاهی متوسط و خوب داشتند و می‌توان گفت سری‌بان آموزش‌گه‌های بهورزی استان یزد را به‌کارزی به‌اشت به‌اشت دهان و دندان به خوبی انجام داده‌اند اما در بعضی موارد کمبودی وجود دارد که باید نیست به رفع آن اقدام کرد.
بررسی میزان آگاهی بهبود اسانسی در آزمون‌های م دقمه

در سال ۱۹۷۸ پس از کنفرانس بین‌المللی آلمان مفهوم مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه قرار گرفت. مراقبت‌های بهداشتی اولیه کوششی چه جهت حداکثر خدمات بهداشتی برای مردم است. ایران به عنوان یکی از امضا کنندگان بین‌المللی آلمان خود را جهت ارائه خدمات بهداشتی اولیه می‌پذیرد و سپس شکست خدمات بهداشتی را بیان می‌کند.

(۱)

شکست مجموعه‌ای از واحد‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه ای که مردم منطقه مختلف به سهولت به آن دسترسی دارند و در صورتی که سیستم ارگانی در این عملیات خدماتی به طور مستحکم نیاز به سطح مختلف هدایت می‌شود. در هر شرایطی که در آن جمعیت شهروندی و روستایی است، شکست بهداشتی و درمان کوچک‌ترین واحد مستند نظام بهداشتی و درمان کشور را تشکیل می‌دهد.

خانه بهداشتی یک واحد محبوب در آن ارائه خدمات در نظام شیکی‌های بهداشتی درمانی کشور است و به وسیله آن به مردم رضایت و خدمت نسبت به آن بهبودراتن در این منطقه ارائه می‌گردد. به‌طوری‌که بهداشتی درمانی در نوع مختلف مراقبت‌های بهداشتی اولیه اقامتی می‌کند. یکی از وظایف بهبود زیستی بهداشتی در زمینه مختلف جبهه مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی است که با توجه به ادعای خدمات بهداشتی دهان و دندان در شیکه‌های بهداشتی آزمون بهداشت دهان و دندان نیز از اهمیت وظایف بهبود رایج می‌شود (۲) از آنجا که پرسش بهداشتی از جمله بهبود زیستی برای فعالیت‌های بیماری و ارائه سلسله آزمون‌ها می‌پیوند. لازم است اطلاعات آنان از بهداشت دهان و دندان کافی و نیز عملکرد آنان مطالب توصیه‌ای انجام شده باشد. با داشتن آگاهی و
مجموع یافته‌ها نشان داد ۷۸ نفر (۵٪) از افراد مورد مطالعه سطح آگاهی خوب و چهل و چهار نفر (۳/۶٪) آگاهی متوسط و ۱۶ نفر (۱۱/۱٪) آگاهی ضعیف داشتند. 

۱۰/۷٪ افراد به ستوال اول در سردم اشاره داشتند. در مورد نگاه ستوال طرح شده آگاهی از ارتقابت با دندانهای سه‌بر حس داشتند. در این افراد آگاهی خوب ۸۹ نفر (۲/۳٪) آگاهی متوسط و ۱۸ نفر (۱۲/۵٪) آگاهی ضعیف داشتند. ۴۹ نفر (۲/۶٪) از بهره‌زندگی در باشی به چهار ستوال طرح شده در مورد نگاه ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان آگاهی خوب داشتند. ۵۸ نفر (۴/۱٪) آگاهی متوسط و سی نفر (۲/۳٪) آگاهی ضعیفی برعی شدند.

در مجموع در کل افراد متوسط کل آگاهی ۱۲/۳ نفر (۱/۳٪) بدست آمد که در سطح خوب می‌باشد (جدول ۱).

<table>
<thead>
<tr>
<th>میزان آگاهی</th>
<th>خوب</th>
<th>متوسط</th>
<th>ضعیف</th>
<th>وضعیت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میزان آگاهی بهره‌وران در دندانهای شیری</td>
<td>۶۱/۲</td>
<td>۴۳</td>
<td>۱۵</td>
<td>۱۵/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>میزان آگاهی بهره‌وران از اصول</td>
<td>۷۸/۶</td>
<td>۲۷</td>
<td>۱۸</td>
<td>۶/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>آموزش بهداشت دهان و دندان</td>
<td>۸۹/۱</td>
<td>۵۵</td>
<td>۳۰</td>
<td>۷/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>میزان آگاهی بهره‌وران در رابطه با نحوه ارائه فعالیت‌های بهداشت دهان و دندان</td>
<td>۴۹/۳</td>
<td>۲۴/۳</td>
<td>۱۶</td>
<td>۸/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>میزان آگاهی کلی</td>
<td>۶/۱</td>
<td>۲۲/۵</td>
<td>۱۶</td>
<td>۴/۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

صدام ۱۳۳۲ نفر از بهره‌زندگی در خانه‌های بهداشت در شهرستان‌های یزد و تفت انجام گردیدند. از این تعداد ۲۳ نفر زن و ۴۲ نفر مرد بودند. در مجموع میانگین نمره آگاهی در زنان ۱/۵/۲ (۹/۵) و در مردان ۱۳/۴۵ (۱۵/۵) تعيین گردید. آزمون ۱ اختلاف را می‌تواند سطح بین دندانی مطرح گردید و چهار نفر به در ارائه فعالیت‌های بهداشت دهان و دندان: گروه‌های هدف، محل اموزش چهار دانش آموزان، شناورین و خدمات بهداشت دهان در زنان باید مطرح شد. 

پس از جمع‌آوری بررسی‌های پاسخ‌های بهره‌وران به کلیه سوالات و رابطه طیف‌بندی در یک گردی و برای ترسیم یک شماتیک و قابل مقایسه باستخوانی مختلف نموداری شد. آگاهی افراد بر حسب نمره حاصل طبق تعریف زیر به سه سطح: نمره ۹ گروه آگاهی ضعیف، نمره ۱۰–۱۴ آگاهی متوسط، نمره ۱۵–۲۰ آگاهی خوب تقسیم شد. نهایتاً جمع نبده و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی با استفاده از آزمون آماری t-test و آنالیز واریانس مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

این مطالعه روی ۱۳۳۲ نفر از بهره‌وران شاغل در خانه‌های بهداشت در شهرستان‌های یزد و تفت انجام گردید. از این تعداد ۲۳ نفر زن و ۴۲ نفر مرد بودند.
رای بررسی ارتباط آگاهی افراد با سابقه کار، بهورزان به سه گروه تقسیم شدند: سالهای خدمت زیر بینج سال، 10-5 سال و بالاتر از 10 سال.

- میانگین آگاهی در گروه اول (6/41) فاصله (6/41-4/15) و در گروه دوم (15/64) سال و در گروه سوم (14/56) سال (14/56-9/64) و (9/64-6/14) بسته اتمد.

اختلاف میان دارای سه گروه مشاهده شد. اگر چه که نمره آگاهی کاهش یافته بود (175/68) محل أموزش (شیراز و سامرا شهرستان‌های استان) بود نیز تأخیری در افزایش آگاهی بهورزان نداشت. نمره آگاهی در بهورزان افزایش دیده در 72/37% (72/37-24/16) و گروه دیگر (24/16-14/39) تعیین گردید و آزمون 1 اختلاف میانی دارای را نشان نداد (0/38-0/38).

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی میزان آگاهی بهورزان شهرستان‌های برز و تفت بهداشت دهدان و دندان بوده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان آگاهی در
در مطالعه خاصیت نامتانگی آگاهی خانمها به‌طور معمول از آقایان به‌طور مفهومی‌تر سایری و خارج از خانه به‌دست آمده است. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.

در مطالعه‌های پیشین به‌طور گسترده به‌طور مطلق اندکی بررسی در مورد این خاصیت وجود نداشت. بنابراین در این مورد این نتایج به‌طور کلی به‌طور مفهومی در ساختار و ترکیب اجتماعی نیز می‌تواند به‌طور خاص و مؤثر باشد.
نکات منفی آن:
6 تشوسه بهورزان فعل و آگاه.
7 در اختیار گناشتن امکانات لازم بهورزان جهت ارائه مناسب آموزش بهداشت دهان و دندان.
8 آموزش بهداشت دهان و دندان از رسانه‌های گروهی.
9 با توجه به اینکه اعمال بهورزان در مورد بهداشت دهان و دندان توسط بهداشتکاران مرکز بهداشتی درمانی مرتبه کنترل می‌شود و از انگیزه که مرگ‌باین بهورزان نه بهداشتکاران و نه دندانپزشک، توصیه می‌شود در آموزشها حداکثر بهداشتکاران جهت آموزش مداوم استفاده گردند.
10 در محتوا کتاب‌ها و جزوات بهورزان تجدید نظر شود و مطالبی در مورد علایم و نشانه‌های بیماری دندان و بیماری لته اضافه گردد.

بهورزان استان یزد، رسالت خویش را در رابطه با آموزش بهداشت و دهان و دندان به بهورزان به خوی انجام دادهان، البته به بعضی موارد کمپیدها وجود دارد که برای رفع آن موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

1. برای دهورهای آموزش مداوم چندین بار در طول سال.

2. تجدیدنظر در محتوی دوره‌های آموزش مداوم و افزایش سطح علمی این دوره‌ها از طریق استفاده از اعضای میانه بهداشتکاران دندانپزشکی.
3. همکاری و هماهنگی مسئول بهورزان با دانشگاه‌ها.
4. کنترل و مراقبت منظم اعمال بهورزان در خانه بهداشت.
5. ارزیابی اطلاعات بهورزان در طول سال و رفع نظرخواهی از بهورزان محتوم شهرستانهای یزد و تفت در رابطه با بهداشت دهان و دندان

نفر

نام

اسبیه خدمت

تاریخ پرستشگری / 79/  
محل آموزش: .................  
مرد = 1  
زن = 2

الف) مینا (ب) عاج (د) سمان
2- معمولاً دندانهای شیری در چه محدوده زمانی می‌روند؟
الف) از یک سالگی تا ۲ سالگی  
ب) از یک سالگی تا ۷/۵ سالگی  
ج) از ۷/۵ سالگی تا ۲ سالگی  
د) از ۲ سالگی تا ۷ سالگی  
ه) از ۷ سالگی تا ۲۰ سالگی

1382 مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان / دوره ۱۶، شماره ۴، زمستان
۳- تعداد کل دندانهای شیری در چه محدوده زمانی می‌رویند؟
الف) ۳۸ عدد
ب) ۲۷ عدد
ج) ۱۰ عدد
ه) نمی‌دانم

۴- اگر دندان شیری زودتر از موقعیت خارج شود چه مشکلی ایجاد می‌کند؟
الف) اختلال دارد دندان دائمی جایگزین، دیرتر رویش بیدا کند
ب) اختلال دارد دندان دائمی جایگزین، در محل اصلی خود رویش نیابد
ج) الف و ب)
د) هیچ مشکلی ایجاد نمی‌کند
ه) نمی‌دانم

۵- اگر کودک شش ساله را مشاهده کنید که عادت مکبدن انگشت شست دارد چه اقدامی انجام می‌دهید؟
الف) از مادر کودک می‌خواهیم که با تنبلی مانع این عمل کودک شود
ب) از مادر کودک می‌خواهیم بتواند به عواطف و احساسات کودک را را تشویق به ترک عادات نماید.
ج) بتواند به سن کودک بالا سازه‌ای را به دندانپزشک ار裘ع می‌دهد
د) بتواند به سن کودک بالا سازه‌ای را به روانپزشک ار裘ع می‌دهد
ه) نمی‌دانم

۶- رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان از چه زمانی شروع می‌شود؟
الف) از زمان رویش اولین دندان در دهان کودک
ب) از زمانی که دندانهای کریست بالا و پاپین رویش می‌یابند
ج) از زمانی که ریسف دندانی کودک کامل می‌شود
د) از زمانی که کودک بتواند مسواک را به دست گیرد
ه) نمی‌دانم

۷- مشخصات موهای یک مسواک خوب کدام است؟
الف) جنس موهای آن از الاف طبیعی و نرم باشد
ب) جنس موهای آن از الاف طبیعی و سخت باشد
ج) جنس موهای آن از ناپای شن و نرم باشد
د) جنس موهای آن از ناپای شن و سخت باشد
ه) نمی‌دانم

۸- روش صحیح مسواک زدن کدام است؟
الف) مسواک را به صورت عمود بر سطح دندان گذاشت و بر آن حرکات لرزشی داده و این کار را برای سطوح داخلي و خارجی دندان‌ها انجام می‌دهیم
ب) مسواک را با زاویه ۴۵ درجه روی سطح دندان گذاشته و با نیروی زیاد حرکات را به بالا و پایین انجام می‌دهیم

مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان / دوره ۱۶، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۳
ج) مساواک را با ۲۵ درجه در محل طلاقی لبه و دندان گذاشته و با حرکات لرزشی کودکه تمام سطوح خارجی و داخلی دندانها را مساواک کرد. سپس سطح جونده را با حرکات عقب و جلو مساواک می‌گریم.

د) نمی‌ماند.

۹ - بهتر است جند بر در شیب ور دندانها را مساواک کرد؟

الف) یک بار (د) دو بار (ج) بعد از هر وعده گذا

د) چهار بار (ه) نمی‌ماند.

۱۰ - گروه هدف برای ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان کدام یک از موارد زیر است؟

الف) کودکان زیر شش سال و کودکان ۱۳ سال و زنان ۲۵–۱۵ سال

ب) کودکان زیر شش سال و کودکان ۱۳ سال و زنان باردار

ج) کودکان زیر شش سال و زنان باردار

د) نمی‌ماند.

۱۱ - آموزش کننل بهداشت دهان و دندان برای دانش‌آموزان بهتر است:

الف) در خانه بهداشت به صورت انفرادی (چهره به چهره) صورت گیرد

ب) در خانه بهداشت به صورت دسته جمعی صورت گیرد

ج) در مدارس به صورت گروهی همراه با کمک گرفتن از معلم‌ان جهت پیادوری مطالب

د) نمی‌ماند.

۱۲ - در رابطه با مرافقت از دهان و دندان زنان باردار.

الف) وضعیت دهان و دندان زنان باردار در ماهها ی سوم، پنجم و هفتم حاملگی در پرونده خانواده و در صورت لزوم به مرکز بهداشتی و درمانی ارجاع می‌دهیم.

ب) زنان باردار نهایا یک بار در دوران بارداری توسط دندانپزشک معاونیت شوند

ج) مادران باید یک بار سه پس از زایمان و یک بار دیگر یک سال پس از زایمان معاونیت شده و در پرونده خانواده بگرد و در صورت لزوم به دندانپزشک ارجاع داده شود.

د) تمام موارد فوق (ه) نمی‌ماند.

۱۳ - چگونه می‌توان منوجه یوپی‌الگی دندان شد؟

الف) حساسیت دندان نسبت به سرم، گرمای مواد شیرین با وجود نقاط قهوه‌ای رنگ بر روی دندانها

ب) خونریزی هنگام مساواک

ج) تومر لثه

د) همه موارد فوق (ه) نمی‌ماند.

مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان / دوره ۱۶، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۳
REFERENCES


Faslname م: شجاعی زاده د. کاربرد مدل اعتقاد بهداشت در آموزش بهداشت دهان و دندان در ارائه مدل مناسب. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد 1378 (23): 8-16.