بسم الله الرحمن الرحیم

۲۰۰ نکته و ۲۰۰ تست

جامعه نگر

دکتر هدی بهرامیان

فهرست

فصل ۱: تاریخچه و اصول دندانپزشکی اجتماعی ۹
فصل ۲: سلامت و بیماری ۱۵
فصل ٤ : جمعیت شناسی ۳۷
فصل ٥: شاخص‌های سلامت دهان و دندان ٤٤
فصل ٦: شاخص‌های سلامت دهان و دندان در ایران ٦۷
فصل ۷: نیازسنجی سلامت ۷۸
فصل ۸ : غربالگری ۸٦
فصل ۹ : نظام سلامت و بخش دندانپزشکی ۹٥
فصل ۱۰ : دندانپزشکی مبتنی بر شواهد ۱۱٥
فصل ۱۱ : ارزیابی نقادانه ۱۳۹
فصل ۱۲ : ارتقاء سلامت دهان ۱٤۷
فصل ۱۳ : آموزش در ارتقاء سلامت دهان و دندان ۱٦۳
فصل ۱٤ : تغیرات رفتاری در ارتقاء سلامت ۱۷۲
فصل ۱٥ : عوامل محیطی و ژنتیکی موثر بر سلامت ۱۸٥
فصل ۱٦ : مدیریت سلامت و برنامه‌ریزی برای ارتقاء سلامت ۱۹٤

فصل ۱: تاریخچه و اصول دندانپزشکی اجتماعی

۱- از چوب کدام درخت به عنوان مسواک در تمدن‌های باستان استفاده می‌شد؟

الف) افرا ب) کاج ج) اراک د) سرو

۲- تمرکز سیستم آموزشی ایران و جهان بر کدام یک از جنبه های دندانپزشکی است؟

الف) آموزش مراقبت ب) پیشگیری

ج) درمان د) زیبایی

۳- کدام گزینه صحیح نیست؟

الف) در سال ۱۳۷۹ درس دندانپزشکی جامعه نگر به کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی عمومی اضافه شد.

ب) در سال ۱۹۳۷ دندانپزشکی اجتماعی بعنوان رشته ای تخصصی در آمریکا قرار گرفت.

ج) در سال ۱۳۶۱ وزارت بهداری به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تغییر نام داد.

د) در سال ۱۳۸۴ رشته تخصصی دندانپزشکی اجتماعی در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی بطور مشترک با دانشگاه هلسینکی فنلاند راه اندازی شد.

٤- علت مشکل تامین سلامت در جوامع ..... می باشد که مختص کشورهای ..... می باشد.

الف) محدودیت منابع – در حال توسعه

ب) تقاضاهای کم – در حال توسعه

ج) محدودیت منابع – در حال توسعه و توسعه یافته

د) تقاضاهای کم – در حال توسعه و توسعه یافته

۵- تمرکز رشته دندان پزشکی اجتماعی به کدام حیطه نیست؟

الف) آموزش سلامت دهان و دندان

ب) انجام مداخلات پیشگیرانه فردی

ج) پژوهش های کاربردی

د) مدیریت برنامه های سلامت دهان

٦- معادل تشخیص بیماری در کلینیک کدام مرحله از مراحل کار در زمینه سلامت جامعه است؟

الف) ارزیابی نیاز گروه ب) اجرای برنامه

ج) طراحی برنامه د) تحلیل داده ها

پاسخنامه تشریحی فصل اول:

۱- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

(*تنها وسیله‌ای که سابقه‌ای نسبتاً طولانی داشته و در اغلب کشورهای اسلامی طی قرن‌ها استفاده می‌شده چوب درخت اراک است)که با جویدن قسمت انتهایی، رشته‌های این چوب به شکلی شبیه به مسواک‌های امروزی درآمده که برای تمیز کردن دندان‌ها از آن استفاده می‌شود. این سنت هنوز هم در میان مردمان برخی از کشورها رواج دارد.

۲- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

(*در اکثر کشورهای جهان و از جمله ایران، نظام آموزش دندانپزشکی با نگرش درمانی طراحی شده، به همین دلیل دندان‌پزشکان فارغ‌التحصیل، کلیه مطالب علمی، دانش و مهارت‌های علمی خود را حول محور درمان فراگرفته‌اند)، به عبارت دیگر دندان‌پزشک تربیت شده در این نظام آموزشی غالباً آموخته است که چگونه بیماران را درمان کند و راه‌های مختلف درمان را بداند؛ اما باور و اعتقاد درستی به مراقبت‌های جامع دندانپزشکی با رویکرد پیشگیری اولیه در جامعه آموزش داده نشده و به همین ترتیب، بهداشت و سطوح مختلف پیشگیری مورد توجه نبوده است. براساس چنین نگرشی، شاغلین دندانپزشکی به عنوان افرادی با سطح اطلاعات ناکافی در این زمینه، قادر به رفع نیازهای واقعی جامعه نبوده و صرفاً به درمان بیماران مراجعه کننده پرداخته و معمولاً تمرکز خدمات ارائه شده نیز بر شکایت اصلی بیماران است یا درمان براساس تمایل و درخواست بیمار ارائه می‌شود. در این شرایط، افراد نیازمند درمان که فاقد توان مالی و حمایت بیمه‌ای می‌باشند، کمتر به خدمات دندانپزشکی دسترسی داشته. بخصوص افرادی که در نقاط دور افتاده یا محروم زندگی می‌کنند و معمولاً از دسترسی به خدمات بخش خصوصی بی‌بهره‌اند.

۳- پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

رشته سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی جوان‌ترین رشته ایجاد شده در کشور ما در حوزه دندانپزشکی می‌باشد. این رشته در سال ۱۳۸۴ برای اولین بار در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی به صورت یک دوره مشترک با دانشگاه هلسینکی فنلاند ایجاد و پس از اتمام اولین دوره، به تدریج در چهار دانشگاه دیگر نیز راه‌اندازی شد.

در سال ۱۹۳۷ میلادی انجمن دندانپزشکی اجتماعی آمریکا که نقش مؤثری در تأیید و تصویب این رشته و پیشبرد اهداف آن داشت، تأسیس و به دنبال آن در سال ۱۹۴۵ میلادی سلسله تحقیقات بالینی کنترل شده‌ای در رابطه با تأثیر افزودن فلوراید به آب آشامیدنی در ایالت‌های نیویورک و میشیگان آغاز شد.

(*در سال ۱۹۵۰ میلادی، دندانپزشکی اجتماعی به عنوان یکی از نه رشته تخصصی دندانپزشکی از طرف انجمن دندانپزشکی آمریکا مورد تأیید قرار گرفت.) نهایتاً در سال ۲۰۰۰ میلادی برای نخستین بار سرجن جنرال که بالاترین مقام مسئول در نظام سلامت عمومی آمریکا محسوب و معمولاً از طرف شخص رئیس جمهوری انتخاب می‌شود، گزارش خود را مبنی بر ۵۰ سال پس از شروع فعالیت دندانپزشکی اجتماعی ارائه کرد.

در سال ۱۳۶۱ طرح بهداشت کاران دهان و دندان نیز در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که بیش از ۲۰۰۰ نفر از داوطلبان بومی مناطق محروم سراسر کشور را برای ارائه خدمات پیشگیری و سطح یک دندانپزشکی تربیت کرد. در سال ۱۳۷۴ ادغام طرح بهداشت دهان در نظام ارائه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) صورت گرفت.

فصل ۴ : جمعیت شناسی

۱- تعریف دموگرافی مطالعهٔ کدام مورد را شامل نمی‌شود؟

الف) ساختمان جمعیت
ب) حرکت جمعیت در زمان و مکان
ج) حجم جمعیت
د) توزیع جمعیت

۲- کدامیک از موارد زیر فقط ترکیب جمعیت را تغییر می‌دهد؟

الف) مهاجرت
ب) ولادت
ج) مرگ و میر
د) طلاق

۳- کدام‌یک از راه‌های بررسی حرکات جمعیت جهت مطالعه جمعیت است؟

الف) آمارگیری نمونه‌ای
ب) سرشماری
ج) دفاتر ثبت احوال
د) همه موارد

٤- سرشماری نفوس چه نوع اطلاعاتی را انتشار می‌دهد و در ایران هر چند وقت یکبار صورت می‌گیرد؟

الف) جمعیتی ـ ده سال یکبار
ب) جمعیتی ، اجتماعی ـ پنج سال یکبار
ج) جمعیتی ، اجتماعی، اقتصادی ـ ده سال یکبار
د) جمعیتی، اجتماعی ، اقتصادی ـ پنج سال یکبار

٥- کدام گزینه در مورد ترکیب جنسی جمعیت نادرست است؟

الف)کشورهایی که در آن‌ها تعداد زنان بر مردان فزونی دارد جوان و مهاجر پذیر هستند.

ب) کشورهایی که در آن‌ها تعداد مردان بر زنان فزونی دارد، جوان و مهاجرپذیر هستند.

ج) کشورهایی که در آن‌ها تعداد زنان بر مردان فزونی دارد ، پیر و مهاجر فرست هستند.

د) مهاجرت های بین‌المللی نسبت مردان و زنان را هم در کشورهای مهاجرفرست و هم مهاجر پذیر دگرگون می‌کند.

٦- فرمول محاسبه نسبت جنسی چیست و جنگ‌های بزرگ چه تأثیری روی آن می‌گذارد؟

الف) $\frac{\text{Male}}{\text{Female}}\times ۱۰۰$ ، پایین می‌آورد.
ب) $\frac{\text{Male}}{\text{Female}}\times ۱۰۰۰$ ، پایین می‌آورد.
ج) $\frac{\text{Female}}{\text{Male}}\times ۱۰۰$ ، بالا می‌برد.
د) $\frac{\text{Female}}{\text{Male}}\times ۱۰۰۰$ ، بالا می‌برد

۷- هر شخص در روز تولدش در ..... قرار دارد و تمام لحظات بین دو تولد ..... نام دارد.

الف) سن مداوم ، سن درست
ب) سن درست ، سن مداوم
ج) سن درست ، سن نسبی
د) سن نسبی، سن مداوم

پاسخنامه تشریحی فصل ٤:

۱- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

تعریف جمعیت شناسی:

(*واژه دموگرافی (جمعیت شناسی) در ترجمه تحت‌اللفظی از یونانی به معنای «توصیف مردم» است که به مطالعه ساختمان، توزیع و حرکت جمعیت در زمان و مکان می‌پردازد.)

۲- پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

(*توزیع آماری افراد در یک جمعیت برحسب خصوصیاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل ، وضعیت فعالیت، میزان تحصیلات و وضع اشتغال را «ترکیب جمعیت» می‌خوانند. وقایع حیاتی بر حجم و ترکیب جمعیت اثر می‌گذارند، مثلاً ولادت، مرگ و میر و مهاجرت حجم جمعیت را تغییر می‌دهند. وقایع دیگر از قبیل ازدواج و طلاق که سبب تغییر وضع تأهل افراد از حالتی به حالت دیگر می‌شود، صرفاً بر ترکیب جمعیت اثر می‌گذارند.)

۳- پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

(*یکی از راه‌های مطالعه جمعیت بررسی حرکات جمعیت از راه ثبت عوامل تشکیل دهنده آن مانند تولد، مرگ و میر و مهاجرت است. برای این نوع مطالعه دو نوع روش بررسی وجود دارد:
الف) سرشماری و آمارگیری نمونه‌ای که نشان دهنده وضع جمعیت در یک زمان معین است؛
ب) دفاتر ثبت‌احوال که اطلاعاتی درباره حرکات جمعیت فراهم می‌کند.)

٤- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

(*فرآیند جمع‌آوری، مرتب کردن و انتشار اطلاعات جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی جمعیت سرزمینی مشخص، در مقطع زمانی خاص را سرشماری نفوس می‌نامند.) به علت مشکلات متعددی که در امر جمع‌آوری اطلاعات از طریق سرشماری وجود دارد، این روش را نمی‌توان برای دوره‌های کوتاه مدت بکار برد و به همین دلیل است که در اغلب ممالک از جمله(* **ایران هر ده سال یک‌بار سرشماری می‌شود و هدف اساسی از این سرشماری‌ها به دست آوردن اطلاعات پایه‌ای برای آمارگیری نمونه‌ای است که عموماً هر دو یا سه سال یک‌بار صورت می‌گیرد.)**

۵- پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

توزیع و نسبت زنان و مردان ترکیب جنسی جمعیت را تعیین می‌کند. امروزه در اغلب کشورها نسبت زن به مرد چندان قابل توجه نیست و تعداد زنان در برابر ۱۰۰۰ نفر مرد از ۹۳۰ تا ۱۰۰۰ نفر متغیر است.(* **به طور کلی کشورهایی که درآن تعداد زنان بر مردان فزونی دارد، کشورهای پیر و مهاجرفرست هستند و برای جمعیت جوان و مهاجرپذیر، عکس این**

فصل ۸ : غربالگری

۱- کدام گزینه جزو انواع برنامه های غربالگری نیست؟

الف) غربالگری هدف دار
ب) غربالگری فرصت طلبانه
ج) غربالگری تصادفی
د) غربالگری چند مرحله ای

۲- برای پیشنهاد یک برنامه غربالگری کدام معیار واجب نیست؟

الف)مشخص بودن علت و شیوع بیماری
ب)قابل اجرا و قابل پذیرش بودن آزمون غربالگری
ج) بی‌نیاز کردن بیمار از انجام آزمایشها و ابزارهای تشخیص
د) در دسترس بودن خدمات غربالگری و درمان مؤثر، قابل قبول و بی خطر برای همه

۳- حساسیت آزمون تشخیصی عبارت است از ..... و ویژگی آزمون تشخیصی عبارت است از ...

الف)نسبت مثبت های واقعی به کل بیماران ـ نسبت منفی‌های واقعی به کل افراد سالم
ب) نسبت مثبت‌های واقعی به کل افراد سالم ـ نسبت منفی‌های واقعی به کل بیماران
ج) نسبت منفی‌های واقعی به کل افراد سالم ـ نسبت مثبت‌های واقعی به کل بیماران
د) نسبت منفی‌های واقعی به کل بیماران ـ نسبت مثبت‌های واقعی به کل افراد سالم

٤- کدام گزینه صحیح است؟

الف)حساسیت و ویژگی یک آزمون تشخیصی با تغییر شیوع بیماری تغییر می‌یابند.
ب) حسایست و ویژگی پاسخگوی سوالات میدانی و بالینی هستند.
ج) در غربالگری‌ها در گام اول از آزمون‌های ارزان قیمت با حساسیت بسیار بالا و ویژگی بالا استفاده می‌شود.
د) در غربالگری‌ها در گام های بعدی فقط نمونه های مثبت گام اول با روشهای تشخیصی گران قیمت و حساسیت و ویژگی بالا مورد ارزیابی قرار می گیرند.

۵- منشاء عدم تکرارپذیری نتایج یک آزمون تشخیصی چیست؟ راه ارزیابی تکرارپذیری چگونه است؟

الف)تغییرات در نمونه‌ها و افراد مورد بررسی ـ استفاده از آماره کاپا
ب) نقص لوازم یا تغییر در ترکیب ماده بکار رفته در آزمون ـ استفاده از درجه توافق
ج) برداشت‌های متفاوت افراد از نتایج آزمایشها ـ استفاده از ضریب همبستگی درون گروهی
د) همه موارد

پاسخنامه تشریحی فصل ۸

۱- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

(*برنامه های غربالگری به اشکال مختلفی قابل اجراست:

۱. غربالگری عمومی که روی تمام مردم انجام می‌شود؛

۲. غربالگری چند مرحله‌ای که در یک اجرا شامل چند آزمون غربالگری است؛

۳. غربالگری هدف‌دار که مختص به گروه خاصی از افراد جامعه می‌شود که این افراد از نظر عوامل خطر شناخته شده نسبت به دیگران پرخطرتر هستند، مانند گروه‌های شغلی خاص؛

٤. غربالگری فرصت‌طلبانه منحصر به افرادی است که برای دلایل دیگری به ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و دندانپزشکی مراجعه می‌کنند.)

۲- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

غربالگری‌ها اصولاً جنبه تشخیصی ندارند، بلکه لازم است به دنبال آن‌ها پیگیری‌های تشخیصی و درمانی مناسبی انجام شود.

معیارهایی که باید قبل از پیشنهاد یک برنامه غربالگری در نظر داشت شامل:

۱. ویژگی‌های بیماری؛

۲. `ویژگی‌های تست غربالگری؛

۳. امکان پیگیری موارد کشف شده از بابت تشخیص و درمان؛

۴. عدالت است.

*جدول ۱-۸: معیارهای لازم برای برقراری یک برنامه غربالگری

بیماری	بیماری باید به خوبی شناخته شده باشد.
	شیوع بیماری مشخص باشد.
	سیر طبیعی بیماری مشخص و فاصله بین نشانه‌های اولیه تا بیماری آشکار زیاد باشد (بیماری که از نظر طبی مهم و درمان موثر داشته باشد)
آزمون غربالگری	توزیع نتیجه آزمایش در افراد مبتلا و غیرمبتلا مشخص باشد.
	ساده، ارزان و بی‌خطر باشد.
	هزینه ـ اثربخش و مقرون به صرفه باشد.
تشخیص و درمان	امکانات و تسهیلات به قدر کافی وجود داشته یا به راحتی تهیه باشد.
	در مورد مراحل پس از مثبت شدن آزمون غربالگری اتفاق‌نظر وجود داشته و این مراحل هم برای بیمار بدون علامت و هم متولیان غربالگری موردقبول باشد.
عدالت	عدالت در دسترسی به خدمات غربالگری و دسترسی به درمان مؤثر، قابل‌قبول و بی‌خطر.

فصل ۱۳ : آموزش در ارتقاء سلامت دهان و دندان

۱- هدف آموزش سلامت دهان چیست؟

الف) ارتقا و بهبود مراقبت‌های شخصی و ایجاد انگیزه و تشویق به استفاده از روش‌های پیشگیری

ب) آموزش روش‌ها و تکنیک‌هایی که با کسب آن ارتقا دانش و آگاهی افراد تحقق می‌یابد و بدنبال آن تغییر نگرش و سپس تغییر در رفتار

ج) مقابله با بیماری‌های دهان و دندان بعنوان یکی از مشکلات سلامت عمومی

د) همه موارد

۲- کدام گزینه از سطوح موردنظر در طراحی اجزای برنامه آموزش سلامت نیست؟

الف) سطح فردی
ب) سطح گروهی
ج) سطح خانوادگی
د) سطح بین فردی

۳- کدام رویکرد از رویکردهای مطرح در آموزش سلامت دهان جامعه، مهمترین روش برای دستیابی به تغییر در عادات و رفتارهای سلامت و تشخیص نیازهای سلامت است؟

الف) رویکرد نظارتی
ب) رویکرد خدماتی
ج) رویکرد آموزشی
د) همه موارد

٤- کدام گزینه از اصول آموزش سلامت دهان نیست؟

الف) از ناشناخته ها به شناخته‌ها
ب) آموزش جامع
ج) خاک ، بذر و برزگر
د) رهبران

٥- از موانع مداخلات آموزشی در گروه پزشکی چیست؟

الف) کوتاه بودن مدت زمان ملاقات

ب) اثر کم آموزش

ج) هزینه زیاد

د) همه موارد

٦- عناصر کلیدی در فرآیند ارتباط در کدام گزینه نیست؟

الف) پیام سلامت
ب) کانال یا راه ارتباطی
ج) اهداف اصلی و اختصاصی پیام سلامت
د) شواهد علمی در ارتباط

پاسخنامه فصل ۱۳ :

۱- پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

(*بیماری‌های دهان و دندان نیز یکی از مشکلات سلامت عمومی به حساب می‌آیند. یکی از راه‌های مقابله با آن‌ها آموزش سلامت دهان است. ارتقاء و بهبود مراقبت‌های شخصی یکی از اهداف اصلی آموزش سلامت دهان است.

هدف آموزش سلامت دهان، عمدتاً آموزش روش‌ها و تکنیک‌هایی است که با کسب آن ارتقاء دانش و آگاهی افراد تحقق می‌یابد و انتظار دارد به دنبال کسب دانش تغییر در نگرش و به دنبال آن تغییر در رفتار نیز اتفاق بیفتد (مدل KAB)). حال آنکه برای طراحی یک برنامه آموزشی موفق باید علاوه بر سطح دانش افراد به هنجارهای فرهنگی جامعه، ارزش‌ها، عقاید و نگرش‌های افراد و نیز محیط زندگی آن‌ها توجه کرد.

اهداف اصلی آموزش سلامت دهان عبارت‌اند از:

- **اطلاع‌رسانی به افراد؛**
- **ایجاد انگیزه در افراد؛**
- **ارائه راه‌کارهای عملی؛**
- **تشویق به استفاده از روش های پیشگیری؛**
- **گسترش آگاهی برای استفاده صحیح از خدمات سلامت.)**

۲- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

(*برای طراحی اجزای برنامه آموزش سلامت سه سطح را باید مدنظر داشت که عبارت‌اند از:

1. **سطح فردی**
2. **سطح بین فردی**
3. **سطح جامعه)**

رویکرد فردی در آموزش سلامت به فرد به عنوان هدف تغییر توجه دارد و از روش های اصلاح رفتاری برای تغییر دانش، نگرش و عقاید افراد استفاده می‌کند. برای مثال می توان به توصیه های فردی در مورد ارتباط پلاک و بیماری‌های دهان و دندان اشاره کرد. در این روش توانایی و منابع لازم برای شروع و حفظ تغییرات مطلوب بر عهده خود فرد است.

در سطح بین فردی، گروهی از افراد هدف مداخله تغییر رفتار قرار می‌گیرند و گروه‌های کوچک خانوادگی، همسایگان، همسالان یا همکاران در جهت تغییر رفتار تلاش می‌کنند. چنین مداخله آموزشی بر این عقیده استوار است که تعاملات بین فردی ابزار و نیرویی است که باعث ایجاد تغییر رفتار و تقویت در اعضای گروه می‌شود. برای مثال می‌توان به گروه‌های حمایت اجتماعی مختلف نظیر درمان وابستگی به مواد مخدر اشاره کرد که اعضای گروه یکدیگر را حمایت و تقویت می‌کنند. در سطح جامعه به اثرات عوامل