درسنامه سلامت دندان و دندانپزشکی اجتماعی

با مقدمه و نظارت دکتر محمدرضا خامی

تدوین و تلخیص

خانم دکتر فاطمه مقدم

خانم دکتر طلیعه محمود هاشمی

خانم دکتر هدیه پیرانه

خانم دکتر نسرین شریفی فرد

خانم دکتر فاطمه لاهوتی

«پیش به سوی مثبت اندیشی»

بزرگترین منبع شادی و مثبت اندیشی توانایی شکرگزاری در تمام زمان هاست.

دوست عزیز؛ از شما خواهشمندیم جهت حمایت از محصولات علمی و آموزشی، از در اختیار قرار دادن جزوات خود به دیگران جداً خودداری نمائید.

اگر عزیزانی به دلیل مشکلات مالی درخواست کپی از جزوات شما را دارند، ایشان را به واحد حمایت از دانشجویان موسسه راهنمایی نمائید تا علاوه بر جزوات، فیلم های کلاسی که مکمل اصلی جزوه ها می باشند را با شرایط ویژه در اختیار آنها قرار دهیم.

با تشکر از فرهنگ بالای شما

فهرست مطالب

فصل ۱: اصول دندانپزشکی اجتماعی ۱
فصل ۲: تعاریف سلامت و مدل‌های آن ۵
فصل ۳: اپیدمیولوژی دهان و دندان ۱۳
فصل ۴: جمعیت‌شناسی ۱۷
فصل ۵: شاخص‌های ارزیابی سلامت دهان و دندان ۲۱
فصل ۶: اپیدمیولوژی بیماری‌های دهان در ایران ۴۱
فصل ۷: نیازسنجی در سلامت دهان و دندان ۴۷
فصل ۸: غربالگری (**SCREENING**) ۵۱
فصل ۹: نظام سلامت و بخش دندانپزشکی ۵۷
فصل ۱۰: دندانپزشکی مبتنی بر شواهد ۶۷
فصل ۱۱: ارزیابی نقادانه (**CRITICAL APPRAISAL**) ۸۷
فصل ۱۲: ارتقاء سلامت (**HEALTH PROMOTION**) ۹۱
فصل ۱۳: آموزش در ارتقای سلامت دهان و دندان ۱۰۵
فصل ۱۴: تغییرات رفتاری در ارتقاء سلامت ۱۱۱
فصل ۱۵: عوامل محیطی و ژنتیکی موثر بر سلامت دهان ۱۱۹
فصل ۱۶: مدیریت و برنامه‌ریزی سلامت ۱۲۵

فصل ۱: اصول دندانپزشکی اجتماعی

مقدمه

پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان یا تلاش در جهت انجام اقداماتی که منجر به حفظ سلامتی دهان و دندان توده‌های جامعه بشود، به ندرت مورد توجه بوده 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 در آمده که برای تمیز کردن دندان‌ها از آن استفاده می شده است. این سنت هنوز هم درمیان مردمان برخی از کشورها رواج دارد. با یک نگاه به تمام دروس مختلفی که در رشته دندانپزشکی تدریس می‌شود و تقریباً تمام نیازهای درمانی مردم را پوشش می‌دهد، شاید این سؤال مطرح شود که جایگاه و ضرورت درس سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی چیست و علت وجودی آن کدام است؟ با کمی تأمل متوجه می‌شویم که پاسخ به این سؤال چندان مشکل نیست؛ زیرا بررسی و ارزیابی عملکرد حرفه دندانپزشکی نشان می‌دهد که عمده فعالیت‌های انجام شده در دندانپزشکی، با الگوگیری از رشته پزشکی با دید و گرایش صرفاً درمانی بوده که همچنان ادامه دارد و آموزش و رویکرد مناسبی در جهت بهداشت و پیشگیری در جامعه وجود ندارد.

تاریخچه سلامت عمومی دهان و دندان در جهان و ایران

تأمین «سلامت در جوامع» به عنوان یک مشکل جدید نبوده و یک علت آن محدودیت منابع در مقابل تقاضاهای بسیار در سیستم‌های مراقبت سلامت است. همچنین این مشکل مختص کشورهای در حال توسعه با منابع شدیداً محدود نبوده، بلکه ثروتمندترین کشورهای جهان مانند ایالات متحده، آلمان و بریتانیا نیز با چنین مشکلاتی در سطوح مختلف مواجه می‌باشند بدین جهت از اواسط قرن نوزدهم میلادی متفکرین و سیاست‌گذاران امر بهداشت و درمان با همکاری متخصصین علوم اجتماعی در کشورهای صنعتی به فکر ایجاد نظام‌هایی افتادند که در راستای آن بتوان به همه طبقات اجتماع، اعم از فقیر و غنی یا شهری و روستایی خدمات سلامت را ارائه نمود. به همین منوال ابتدا نظام سلامت عمومی و متعاقب آن در اوایل قرن بیستم نظام سلامت عمومی دهان، به عنوان یکی از زیرمجموعه‌های نظام سلامت عمومی، در اروپا و آمریکا تشکیل شد و به تدریج به عنوان راه حل و پاسخ مناسبی برای گسترش خدمات پیشگیری و درمانی همگانی در حیطه دندانپزشکی مورد توجه و تأکید قرار گرفت.

در سال ۱۹۳۷ میلادی انجمن دندانپزشکی اجتماعی آمریکا که نقش مؤثری در تأیید و تصویب این رشته و پیشبرد اهداف آن داشت، تأسیس شد و به دنبال آن در سال ۱۹۴۵ میلادی سلسله تحقیقات بالینی کنترل شده‌ای در رابطه با تأثیر افزودن فلوراید به آب آشامیدنی آغاز شد. 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. این اولین گزارش اختصاصی در مورد وضعیت سلامت دهان در آمریکا است. اولین پیام در زمینه وضعیت سلامت

دهان در این گزارش چنین بود که «سلامت دهان یکی از اجزاء اساسی سلامت و تندرستی عمومی است که باید بیش‌تر از گذشته و در ارتباطی تنگاتنگ با سلامت عمومی مورد توجه و پیگیری قرار گیرد».

تعریف سلامت عمومی دهان و دندان

نخستین بار، انجمن سلامت دهان و دندان امریکا با همکاری شورای آموزشی انجمن دندانپزشکی آمریکا با اصلاح تعریف ارائه شده توسط وینسلو در خصوص سلامت عمومی، سلامت دهان و دندان را این چنین تعریف کرد: «دانش و هنر پیشگیری و کنترل بیماری‌های دهان و دندان با هدف ارتقاء سلامت دهان و کیفیت زندگی از طریق تلاش‌های سازمان یافته اجتماعی».

در بینش دندانپزشکی اجتماعی، هر گروه (دارای وجوه مشترک) از جامعه در حکم یک بیمار تلقی شده و برنامه‌ریزی‌های سلامت دهان بر مبنای نیازهای آن گروه از جامعه تدوین می‌گردد. هم‌چنین این رشته به آموزش سلامت دهان و دندان، پژوهش‌های کاربردی، مدیریت برنامه‌های سلامت دهان و دندان و انجام مداخلات پیشگیری برای کنترل بیماری‌های دهان و دندان با رویکرد اجتماعی توجه دارد.

دندانپزشکی جامعه‌نگر به ارتقاء سلامت جمعیت می‌اندیشد و بنابراین بر انجام کار در سطح جامعه تمرکز دارد. این امر با کار کلینیکی که در سطح فرد انجام می‌شود متفاوت است. با این حال مراحل مختلف کار کلینیکی و کار در زمینه دندانپزشکی جامعه نگر بسیار مشابه یکدیگر است. حتی مراحل بعد از اجرای برنامه هم مشابهت دارد.

جدول ۱-۱: مقایسه مراحل ارائه خدمات انفرادی و اجتماعی

ارائه خدمت انفرادی در کلینیک[1]	ارائه خدمت گروهی در جامعه[2]
معاینه بیمار	ارزیابی نیاز گروه
تشخیص بیماری	تحلیل داده‌ها
تعیین طرح درمان	طراحی برنامه
کسب رضایت آگاهانه برای انجام	کسب تأییدیه کمیته اخلاق برای اجرای برنامه
ارائه ترکیب مناسبی از مراقبت، معالجه و پیشگیری	اجرای برنامه
پرداخت هزینه توسط بیمار	تأمین بودجه کلی توسط دولت (پرداخت سهم بیمار)
ارزیابی خدمات ارائه شده	ارزیابی، نقد و بررسی (برنامه)

اجزا و حیطه کاری رشته

سلامت عمومی دهان و دندان به عنوان رشته‌ای تخصصی، حیطه گسترده‌ای است که بر مبنای یک سلسله علوم مختلف پایه گذاری شده که در کنار یکدیگر باعث غنی شدن ارزش و اعتبار آن می‌شود. بخشی از این علوم شامل، اپیدمیولوژی، ارتقاء سلامت، آمار پزشکی، جامعه شناسی و روانشناسی، اقتصاد سلامت، مدیریت و طراحی خدمات سلامت، عملکرد مبتنی بر شواهد و جمعیت شناسی است.

فصل ۳: اپیدمیولوژی دهان و دندان

تعریف اپیدمیولوژی یا همه‌گیری شناسی

اپیدمیولوژی از سه کلمه اپی ـــــ دمولوژی تشکیل شده است. «اپی» در زبان یونانی به معنی درون و بین، «دمو» به معنی مردم و «لوژی» به معنی مطالعه و شناخت است.

در مجموع امروزه اپیدمیولوژی را می‌توان، دانش توصیف وضعیت و علل تعیین کننده بیماری‌های شایع و هم‌چنین وضعیت‌ها و عوارض مرتبط با سلامت (و نه فقط بیماری‌ها) در جوامع انسانی تعریف کرد. لذا از این علم برای شناخت بیش‌تر، پیشگیری، کنترل و درمان بهتر بیماری‌ها و ارتقاء سلامت جوامع استفاده می‌شود.

اپیدمیولوژی بیماری‌های دهان را می‌توان این چنین تعریف کرد: «مطالعه توزیع و تعیین کننده‌های شرایط، وقایع و بیماری‌های مرتبط با سلامت دهان در جوامع معین و کاربرد این اقدامات برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های دهان و دندان و سروصورت»

اپیدمیولوژی بیماری‌های دهان، بخشی است که وضعیت سلامت و بیماری یک قسمت آناتومیک بدن را به صورت خاص بررسی می‌کند. علم اپیدمیولوژی بر این مبنا شکل گرفته است که بیمارها و شرایط و عوارض آن در انسان بدون دلیل رخ نمی‌دهند. این علم سه جنبه اصلی «فرد، محل، زمان» و روابط فی مابین آن‌ها را بررسی می‌کند.

اپیدمیولوژی را از کجا باید شروع کرد؟

ابتدا باید از طریق طراحی و اجرای پژوهش انجام گیرد. مهم‌ترین اقدام برای یک مطالعه داشتن هدف است، چیزی که در برخی از پژوهش‌ها از دقت کافی نسبت به آن غفلت می‌شود. بدین منظور باید سؤال و فرضیه تحقیق به خوبی تبیین شده و به دنبال آن هدف پژوهش به دقت تعریف شود. آنگاه با استفاده از روش‌های‌مختلف (مانند مشاهده)، موارد یا حالات یا اتفاقات را شناسایی و ارزیابی کرده سپس فرضیه را تشریح و نهایتاً نسبت به‌آزمون فرضیه اقدام کرد. اگر مطالعه از نوع مداخله‌ای باشد، می‌توان براساس دانش قبلی و یافته‌های فعلی استنتاج یا نتیجه‌گیری را طراحی و نوعی مطالعه تجربی را برنامه‌ریزی منطقی کرد، سپس مداخله را انجام داده و نهایتاً آن را ارزیابی کرد. مطالعات‌تجربی این اقدامات را با هدف یافتن ارتباطات بین یک یا چند رخداد که آن را پیامد می‌نامیم، پی می‌گیرند.

عمل اپیدمیولوژی در دندانپزشکی در این ۲ حیطه‌ی کلان انجام می‌شود:

۱) اندازه‌گیری بیماری‌های دهان و دندان در بین گروه‌های درون یک جمعیت برای درک عواملی که بر توزیع آن‌ها تأثیر می‌گذارند.

۲) ارزیابی تأثیر مواد و درمان‌های جدید در کارآزمایی بالینی و برآورد نیازها و ملزومات خدمات دندانپزشکی در جامعه.

شیوع و بروز

شیوع یک بیماری: تعدادی از جمعیت که در زمان انجام مطالعه دچار آن بیماری هستند، تقسیم بر جمعیت در خطر ابتلا به آن بیماری است.

بروز یک بیماری: حاصل تقسیم تعداد افراد جدیدی که به آن بیماری مبتلا شده‌اند، بر تعداد جمعیت در معرض خطر در یک بازه زمانی مشخص است. (بروز بازه‌ی زمانی دارد.)

نکته: در مطالعات دندانپزشکی بروز به معنی میزان افزایش DMFT یا DMFS در طول یک بازه‌ی زمانی است.

ایندکس یا شاخص

وسیله‌ای است که می‌توان با آن یک بیماری یا وضعیت را اندازه‌گیری کرد.

از شاخص‌ها در اپیدمیولوژی دندانپزشکی برای اندازه‌گیری بیماری‌هایی مانند پوسیدگی، ساییدگی دندانی یا بیماری‌های پریودنتال استفاده می‌شود. در استفاده از یک شاخص، توافق بین افرادی که ارزیابی را انجام می‌دهند ضروری است. پس هرگونه تفاوتی بین گروه‌هایی که مورد مطالعه قرار می‌گیرند می‌تواند به علت تفاوت بین معاینه کنندگان باشد. جهت پیشگیری از این قبیل مشکلات در مطالعات، باید از ابزارها، معیارها و شرایط مورد توافق استفاده گردد.

رسیدن به توافق یا همسوسازی در شروع مطالعه صورت می‌گیرد و ممکن است در طول مطالعه نیز در مراحل مختلف انجام گیرد تا اطمینان حاصل شود که هیچ گونه تغییری در معیارهای تشخیصی مورد استفاده به وجود نیامده است.

استانداردهای یک مطالعه در طول مطالعه باید در دو حالت یکسان و ثابت بماند. در کدام دو حالت؟

۱) میزان تغییر پذیری در یک فرد یا همان Intra-examiner variability (درخود فرد محقق در زمان‌های مختلف)

۲) میزان تغییرپذیری بین افراد یا همان Inter-examiner variability (بین همه‌ی محققین به طور همزمان)

مزیت بزرگ شاخص‌ها، علی رغم محدودیت‌هایی که دارند، این است که امکان شناسایی روندها یا Trends را فراهم می‌کنند که در تعیین اینکه در ادامه چه مطالعاتی باید انجام شوند، کمک کننده است.

شاخص یا «معرف» در کل مفهوم یا عددی است که یک پدیده یا حالت را مورد ارزیابی و سنجش قرار داده و وضعیت‌های مختلف آن پدیده یا حالت را از هم تفکیک کرده و هر وضعیت را نشان گذاری کرده، با علائم و مقادیر به خصوص، آن‌ها را از هم متمایز می‌کند.

استاندارد به معنی ویژگی‌های لازم و ضروری در یک کالا یا خدمت یا فرآیند است و حد و حدود قابل قبول از یک شاخص برای محصول یا خدمت یا فرآیند را تعیین می‌کند. حال برای آن که متوجه شویم با اهداف و در مقیاس کوچک با استانداردها چقدر فاصله داریم از معیاراستفاده می‌کنیم. معیارها به ما می‌گویند که در چه فاصله‌ای از هدف‌ها قرار داریم.

هدف‌ها در مطالعه

هدف غایی: بیانیه‌ای عمومی و کلی است که نیت و قصد انجام کارها را بیان و ارزش‌ها و اصول کلی را تبیین می‌کند. (Goal)

مثال: بررسی اثر دهانشویه کلرهگزیدین

هدف کلی: ویرایشی از یک هدف غایی است که بسط داده شده و در آن راه‌ها و روش‌های رسیدن به نقطه مقصد را بیان می‌کند. (Aim)

مثال: اثر دهانشویه دربیماری‌های لثه

هدف اختصاصی: توصیف و تشریح دقیق و خاص از هدف کلی است. (Objective)

Target: مشابه هدف اختصاصی است، با این تفاوت که یک مقدار مشخص و قابل اندازه گیری را که باید در یک زمان و مکان یا موقعیت خاص به آن رسید نیز در بردارد. Target در اغلب پروژه‌های اجرایی با هدف اختصاصی در زمان مشخص به کار می‌رود.

فصل ۷: نیازسنجی در سلامت دهان و دندان

تعریف نیاز

برای درک بهتر مفهوم نیاز می‌توان از تعریف دونابدیان (Donabedian) استفاده کرد:

«نیاز حالتی است که باعث درخواست فرد برای دریافت خدمت از سوی دیگران می‌شود.»

البته احساس نیاز کردن به دریافت خدمت، به تنهایی کافی نبوده و همیشه منجر به استفاده یا دریافت خدمات در راستای برطرف کردن آن احساس نمی‌شود. در برخی موارد هم فرد صرفاً به دلیل احساس نیاز به دنبال دریافت خدمات نمی‌رود بلکه به صورت روتین آن خدمت به فرد یا جامعه ارائه می‌شود به نحوی که کمبود آن را احساس نمی‌کند.

تعریف نیاز در حیطه سلامت

وضعیت یا حالتی از سلامت و بیماری که درمان یا مداخله متخصص سلامت را اجتناب‌ناپذیر می‌کند.

نیاز در بخش سلامت دو قسم است: نیاز به ارتقاء سلامت و نیاز به خدمات سلامت.

الف) نیاز به ارتقاء سلامت: در تمامی افراد جامعه وجود دارد و مختص فرد یا گروه خاصی نیست زیرا هیچ فردی از سلامت ایده‌آل و کامل برخوردار نیست. هم خود فرد و هم سیستم و کل ارکان اجرایی سلامت باید در جهت ارتقاء سلامت با رویکرد چند بخشی تلاش کنند.

نیازهای ارتقاء سلامت، به عنوان فعالیت‌های پیشگیرانه دارد از ایجاد یا انتشار بیماری در جامعه جلوگیری می‌کند.

ب) نیاز به خدمات سلامت: بر خلاف نیاز به ارتقاء سلامت، زمانی ایجاد می‌شود که خدماتی وجود داشته باشد که فرد بتواند در جهت رفع بیماری یا ارتقاء سلامت خویش از آن سود ببرد. بنابراین تمام افراد جامعه نیازمند به حساب نمی‌آیند.

سنجش نیاز افراد توسط سیستم سلامت تنها در بخش نیاز به خدمات سلامت است.

عوامل مؤثر بر ایجاد احساس نیاز

۱) سطح انتظارات افراد از سیستم سلامت

۲) میزان امکانات سیستم سلامت

۳) درک افراد از سلامتی و سود و زیان اعلام نیاز

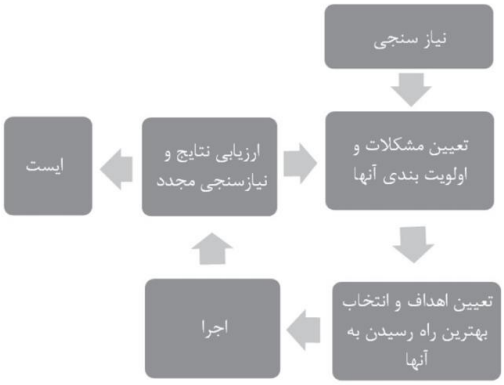
اهمیت نیازسنجی در سیستم سلامت

اولین قدم در فرایند برنامه‌ریزی سلامت و ارائه خدمات به مراجعان، نیازسنجی در سطوح فردی و جمعی است.

در سطح فردی: ثبت سوابق پزشکی و دندانپزشکی بیمار، تشخیص شکایت اصلی بیمار، معاینه بالینی و انجام آزمون‌های پره بالینی

سطح جامعه: اولین قدم برای شناخت خدماتی که می‌توان (یا لازم است) در سطح جامعه اجرا شود. اولین مرحله به منظور ارزیابی نیازهای جامعه، انجام تحقیقات میدانی است. شاید چندین بار نیاز باشد تا مرحله نیازسنجی تکرار شود تا نتایج مطلوب حاصل گردد. بدون نیازسنجی فعالیت‌های حیطه سلامت **غیرقابل الویت بندی و میزان اثربخشی آن‌ها غیرقابل اندازه‌گیری** خواهد بود.

نتیجه‌ی نیازسنجی، شناخت مشکلات و الویت بندی آن‌ها و یافتن راه حل مناسب و در نهایت ارائه خدمات سلامت است. پس از طی شدن یک دوره از مراحل گفته شده، مجدداً نیازسنجی انجام می‌شود تا نتایج اجرای برنامه‌ها مشخص شود. اگر اهداف مورد نظر تأمین شده و مشکلات حل شده باشد برنامه وارد مرحله ایست می‌شود در غیر این صورت نیازسنجی مجدد انجام می‌گیرد تا بازخورد و مشکلات جدید شناسایی شوند.



چرخه برنامه‌ریزی فعالیت‌های اجتماعی سلامت

انواع نیاز به خدمات سلامت

میزان نیاز افراد به خدمات سلامت به طور سنتی با توجه به هنجارها و نُرم‌های جامعه‌ای که فرد درآن زندگی می‌کند تعیین می‌شود بدین‌صورت که وضعیت یک شاخص در افراد سالم مشاهده شده و یا جامعه آماری بزرگی انتخاب می‌شود و میانگین و انحراف معیار یک شاخص در این جامعه آماری تعیین می‌شود.

شاخص مورد مطالعه دامنه‌ای تحت عنوان هنجار (Norm) در نظر گرفته می‌شود و هر فرد نسبت به این معیار مقایسه می‌شود.

برای تاثیرگذاری بیش‌تر و استفاده از روش علمی‌تر بایستی افراد را به صورت تصادفی انتخاب کرده و طبق دامنه‌ی بدست آمده و جایگاه فرد در طیف مورد نظر او به عنوان بیمار یا نیازمند دریافت خدمات سلامت درنظر گرفته می‌شود.

نیازی که بدین‌صورت شناسایی شود نیاز هنجاری است که توسط کارشناسان سلامت و با استفاده از شاخص‌های بالینی ارزیابی می‌شود (Professonally Judged Need)

ایراداتی که به نیاز هنجاری وارد است:

۱) عدم توجه به ابعاد روانی، روحی و رفاه اجتماعی و داشتن رویکرد بیولوژیکی صِرف

۲) عدم توجه به احساسات و ادراک فرد و شرایط محیطی زندگی افراد

۳) عدم داشتن دیدگاهی جامع و کل نگر

۴) ناتوانی در ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان

به دلیل محدودیت‌های بیان شده معیار دیگری برای بررسی نیازها تعریف شده است به گونه‌ای که خود افراد نقش اصلی را دارند که این معیار از طریق روش‌هایی مثل پرسشنامه و مصاحبه انجام می‌شود. (پرسشنامه‌های کیفیت زندگی)