

Community intervention to modify beliefs, traditions and practices of oral health in Yahya-Abad village

N. Pishva*

S. Asefzadeh**

*Assistant Professor of Pediatric Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Professor of Health Care Management, Metabolic Disease Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

*Abstract

Background: Following a qualitative study on beliefs, traditions, and practices on children's oral health in one of the countryside of Qazvin, it was shown that the commitment to wrong beliefs and traditions could lead to various problems associated with practice of health recommendations by villagers.

Objective: To design a set of guidelines to modify the beliefs, traditions and practices of oral health in Yahya-Abad village.

Methods: In this community intervention qualitative research, 50-70 persons in two main groups including mothers and teachers of primary schools participated in educational workshops. Tooth brushes, tooth pastes and dental flosses were distributed among the children and their families. During an eight-month period of continuous oral health education, the effect of this practice was evaluated through focus group discussions.

Findings: The educational program used in our study resulted in an increase in level of knowledge and skill about oral health among the study populations. Although the education program was shown to have little effect on beliefs and practices of the study group yet the majority of individuals gave up some unhealthy traditional self-treatments. The distribution of tooth brushes among children made motivation for dental care only for a short time and the teachers failed to properly perform their roles in improving the healthy behaviors of the students.

Conclusion: Although increasing the knowledge of parents and teachers in promoting the degree of oral health is necessary however this alone seems to be inadequate to achieve desirable healthy behaviors.

Keywords: Oral Health Education, Social Dentistry, Community Intervention

Corresponding Address: Faculty of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Shahid Bahonar Blvd., Qazvin, Iran

Email: ne_pishva@yahoo.com

Tel: +98 2177506993

Received: 2009/09/12

Accepted: 2009/11/09

مداخله اجتماعی به منظور ارتقای سلامت دهان با توجه به باورها، سنتها و رفتارهای روستاییان یحیی آباد قزوین

دکتر سعید آصف زاده**

دکتر ندا پیشوا*

* استادیار گروه کودکان دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
** استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس مکاتبه: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده دندان پزشکی، تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۰۶۹۹۳ Email: ne_pishva@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۶/۲۱

* چکیده

زمینه: نتایج یک مطالعه کیفی در مورد باورها، سنتها و رفتارهای مادران و معلمان در رابطه با سلامت دهان کودکان در مناطق روستایی قزوین در سال ۱۳۸۴ نشان داد که پایبندی به آداب و سنن غلط به بروز مشکلات متعدد در رعایت نکات بهداشتی در میان روستاییان منجر می شود. **هدف:** مطالعه به منظور ارزیابی اثر برنامه‌های آموزش سلامت دهان بر نگرش و عملکرد مردم روستای یحیی آباد قزوین انجام شد. **مواد و روش‌ها:** در این پژوهش کیفی مداخله‌ای که در سال ۱۳۸۵ انجام شد تعداد ۵۰ تا ۷۰ نفر در قالب دو گروه مادران و معلمان دانش‌آموزان مدارس ابتدایی روستای یحیی آباد در کارگاه‌های آموزشی شرکت نمودند. مسواک، خمیر و نخ دندان بین کودکان و خانواده‌ها توزیع شد. طی یک دوره ۸ ماهه علاوه بر آموزش مداوم با تکیه بر جنبه‌های مثبت و منفی باورها و عملکرد مردم در زمینه سلامت دهان، تأثیر آموزش در جلسه‌های بحث گروهی ارزیابی شد. **یافته‌ها:** برنامه آموزشی موجب ارتقای سطح دانش و مهارت مادران و معلمان در رابطه با سلامت دهان شد. اگرچه تأثیر آن بر باورها و عملکرد مردم کم بود ولی بیش تر آنها خود درمانی‌های نادرست سنتی را ترک کردند. توزیع مسواک و خمیر و نخ دندان تنها در کوتاه مدت باعث جلب انگیزه کودکان برای مراقبت از دندان‌ها شد. معلمان نقش خود را در زمینه تقویت رفتار مناسب در دانش‌آموزان ایفا نکردند. **نتیجه‌گیری:** اگر چه افزایش آگاهی و دانش والدین و معلمان برای ارتقای سلامت دهان ضروری است، اما به تنهایی برای دستیابی به رفتارهای مطلوب بهداشتی کافی نیست.

کلیدواژه‌ها: آموزش سلامت دهان، دندان پزشکی اجتماعی، ارتقای سلامت دهان

است علاوه بر تکیه بر عادت بهداشت دهان نظیر مسواک زدن و نخ کشیدن، استفاده از ترکیب‌های فلوراید و کاهش مصرف مواد قندی مورد توجه قرار گیرد. ترویج الگوی صحیح تغذیه‌ای و بهداشتی از دوران کودکی باعث ایجاد و تقویت رفتارهای صحیح و ارتقای سلامتی در سطح فردی و اجتماعی می‌شود.

در سیستم مراقبت‌های اولیه سلامت باید به‌روزان، مربیان بهداشت مدارس، پزشکان خانواده، دندان‌پزشکان عمومی و دندان‌پزشکان اجتماعی مشارکت نمایند.^(۱) در برنامه آموزش سلامت دهان به دانش‌آموزان ۷ تا ۸ ساله در انگلستان، دندان‌ها و نقش آنها، پوسیدگی و سایش و نحوه مراقبت از دندان‌ها مورد توجه قرار گرفتند. کودکان

* مقدمه

سلامت دهان و جامعه عبارت است از علم و هنر پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان، ارتقای سلامت دهان و بهبود کیفیت زندگی از طریق تلاش‌های سازماندهی شده جامعه. آموزش سلامت دهان ترکیبی از فرصت‌های یادگیری به منظور تسهیل سازگاری و عادت‌های اختیاری طراحی شده است. این عادت‌ها به بروز رفتارهایی منجر می‌شود که جامعه را به سمت سلامت دهان هدایت می‌کند. آگاهی و شناخت از عوامل ایجاد بیماری‌های دهان و دندان، راهنمایی در پیشگیری از بروز آنهاست. در برنامه آموزش سلامت دهان لازم

* مواد و روش‌ها:

با توجه به یافته‌های مطالعه کیفی سال ۱۳۸۴ قزوین^(۳) و پس از مطالعه روش‌های آموزشی سلامت دهان در دندان پزشکی اجتماعی، طی ۸ ماه نخست سال ۱۳۸۵ یک برنامه آموزشی با توجه به باورها، سنت‌ها و رفتارهای روستاییان یحیی آباد قزوین طراحی و اجرا شد. از آنجایی که این روستا نسبت به روستاهای محمود آباد و حیدریه وضعیت فرهنگی-اجتماعی نامناسب‌تری داشت و با توجه به محدودیت منابع مالی و انسانی، در این مطالعه فقط گروه مادران و معلمان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی این روستا تحت آموزش قرار گرفتند. در مجموع ده جلسه آموزشی توسط دندان‌پزشک متخصص کودکان به طور جداگانه در محل مدرسه و خانه بهداشت برگزار شد و برای هر کدام از گروه‌ها آموزش در ۲ تا ۳ جلسه انجام شد. فاصله جلسه‌های گروهی حدود یک ماه و تعداد افراد شرکت کننده در هر جلسه بین ۱۰ تا ۱۵ نفر متغیر بود. در مرحله اول، آموزش‌های نظری با نشان دادن اسلاید و تصاویر کتاب‌ها، به زبانی ساده و با تکیه بر عوامل ایجاد بیماری‌های دهان و دندان و نحوه پیشگیری از آنها انجام شد. به این ترتیب نقش میکروب‌ها در ایجاد پوسیدگی دندان و بیماری لثه، علایم و درمان آنها به طور مختصر شرح داده شد. علاوه بر این مخاطبین به استفاده از ترکیب‌های مختلف فلوراید، رژیم غذایی مناسب و مراجعه به موقع به دندان‌پزشک جهت ترمیم دندان‌های پوسیده یا برطرف کردن درد و ناراحتی دهان تشویق شدند. در طی مباحث هر جلسه، جنبه‌های نادرست آداب و سنن رایج در روستا به تفکیک مطرح می‌شد و با بیان ضررهای ناشی از کاربرد آنها، روستاییان به انجام رفتارهای بهداشتی صحیح ترغیب می‌شدند. در انتهای هر جلسه، به سئوال‌های مختلف مطرح شده از سوی والدین و معلمان پاسخ داده می‌شد. در این دوره آموزشی با برقراری ارتباط مناسب با مخاطبین، موجب برانگیختن حس کنجکاوی آنها برای ادامه شرکت و حضور فعال در کلاس‌ها شدیم. به ویژه زنان جوان و خانم‌های باردار هر بار سئوال‌های

در رابطه با غذاهای حاوی مواد قندی و تنقلات مفید به بحث پرداختند. علاوه بر آموزش نحوه مسواک زدن، از قرص‌های آشکارساز برای مشاهده مؤثر بودن عمل مسواک در برداشت پلاک میکروبی استفاده شد. برنامه آموزشی در سه جلسه دو ساعته تنظیم شده بود و تدریس به عهده دانشجوی دندان پزشکی و معلم کلاس بود. برای ارزیابی اثربخشی آموزش از روش پرسش و پاسخ در ۲ مرحله قبل و بعد از آموزش استفاده شد.^(۳) بر اساس یافته‌های یک پژوهش کیفی در زمینه باورها، سنت‌ها و رفتارهای روستاییان قزوین در رابطه با سلامت دهان و دندان که گروه دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در قالب یک طرح تحقیقاتی و با نظارت مستقیم معاونت پژوهشی دانشگاه عهده‌دار انجام آن بود، آداب و سنن مضر، مفید و خنثی شناسایی شدند. بر این اساس، عدم توجه به بهداشت دهان و ترمیم پوسیدگی‌های دندانی به خصوص دندان‌های شیری در بین خانواده‌ها فراگیر بود. به کار بستن روش‌های سنتی غلط نظیر استفاده از روغن گریس و چسب برای تسکین درد دندان یا گذاشتن قطعه‌ای گوشت خام یا تخم مرغ پخته شده در حفره‌ی دندان خارج شده جهت التیام زخم گزارش شد. روستای یحیی آباد به دلیل تقید بیش‌تر روستاییان به انجام رفتارهای غیر علمی مورد توجه بیش‌تر قرار گرفت. گفته‌های والدین حاکی از نداشتن مسواک یا استفاده از مسواک مشترک در بین اعضای خانواده بود! آنها به حفظ و نگهداری دندان‌های شیری و دایمی اهمیتی نمی‌دادند و بعد از بروز آبه یا دندان درد تا مدت‌ها با کمک انواع روش‌های سنتی نظیر کاربرد خاکستر گرم، قرار دادن قطعه‌ای تریاک یا قرص استامینوفن یا مصرف خودسرانه انواع آنتی بیوتیک‌ها به تسکین موقتی درد اکتفا می‌کردند و در نهایت برای خارج کردن دندان عفونی به دندان‌پزشک یا اشخاص معتمد محلی مراجعه می‌کردند.^(۳) هدف از مطالعه حاضر ارزیابی اثر برنامه‌های آموزش سلامت دهان بر نگرش و عملکرد مردم روستای یحیی آباد قزوین بود.

۱- گروه مادران: اکثر این افراد بی‌سواد بودند یا در حد ابتدایی و سیکل سواد داشتند. آنها از جانب همسرانشان محدودیت زمانی برای شرکت در جلسه داشتند و اجازه ضبط فیلم و عکس برای ثبت مراحل آموزش به آنها داده نشده بود. اما برخورد مناسب و صمیمانه گروه باعث افزایش علاقه‌مندی و مشارکت مادران شد؛ به طوری که همراه فرزندان خردسال و مادران خود در جلسه شرکت می‌کردند. برخی از آنها جزوه‌های آموزشی موجود در خانه بهداشت را مطالعه کرده و در پاسخ به سئوال‌ها فعال‌تر از بقیه بودند. آنها نسبت به عدم ارائه خدمات درمانی در مرکز بهداشت روستا بسیار شاکی بودند و می‌گفتند با توجه به مشکلات متعدد، امکان مراجعه آنها به شهر برای ترمیم دندان‌های خود و کودکانشان وجود ندارد. به دنبال آموزش‌های ارائه شده در زمینه ضرورت حفظ دندان‌های شیری و دایمی، این گروه عموماً به دنبال درمان‌های ارزان و در دسترس بودند. بعد از یکی، دو جلسه، دیگر صحبتی از درمان‌های سنتی و غلط رایج نمی‌شد و اگر فردی تازه وارد موردی از این قبیل را مطرح می‌کرد با واکنش جمع روبه‌رو می‌شد. با این همه برخی افراد متعصب (به خصوص افراد مسن) همچنان معتقد بودند در بعضی موارد کاربرد روش‌های سنتی بهتر از روش‌های جدید علمی است. برای مثال می‌گفتند: "اگر از یکی، دو ماهگی به بچه غذا بدهیم، خوش خوراک می‌شود. مانند چای شیرین و بیسکویت نرم شده، ماست، پنیر و هرچیز دیگر، کودک باید مزه‌های مختلف را بشناسد."

هنگام یادآوری خطر پوسیدگی دندان که در اثر رژیم غذایی نامناسب ایجاد می‌شود، می‌گفتند "اگر این‌طور بود، پس چرا بچه‌های ما دندان‌های ردیف و سفیدی دارند. این خرابی که می‌گویید کار قطره آهن است."

محو کامل برخی باورهای نادرست در زمینه خدمات دندان‌پزشکی نیاز به زمان طولانی‌تر داشت، مانند "عصب کشی دندان شیری، پول دور ریختن است. این دندان‌ها بعد از چند سال می‌ریزند." مادران اظهار

بیش‌تری را در ارتباط با مشکلات دهان کودکان خود مطرح می‌کردند. در بیش‌تر این جلسه‌ها دندان‌پزشک عمومی یحیی آباد و بهروزان روستا به منظور آشنایی با نحوه برقراری ارتباط با مخاطبین شرکت می‌کردند. در مرحله دوم با برگزاری کارگاه و به کمک دانشجویان دندان‌پزشکی، از ماکت‌های دندان‌های انسانی جهت شناخت و شمارش دندان‌های شیری و دایمی و نحوه استفاده از مسواک و نخ دندان برای گروه‌های هدف استفاده شد. همزمان با شروع آموزش، مسواک، نخ و خمیردندان در اختیار خانواده‌ها و مدارس جهت توزیع بین دانش‌آموزان قرار گرفت. از مادران خواسته شد تا آموزش‌ها را به سایر مادران و افراد خانواده به ویژه کودکان منتقل نمایند. از معلمان نیز درخواست شد تا حداقل هفته‌ای یک مرتبه در مدرسه کودکان را به مسواک زدن دسته‌جمعی تشویق کنند و برای آنها مجدداً نحوه استفاده از مسواک و نخ دندان را نشان دهند. طی جلسه‌های دوم و سوم علاوه بر ادامه آموزش، پیشرفت گروه‌ها با توجه به میزان مشارکت آنها در بحث گروهی و در حین پرسش و پاسخ مشخص می‌شد. از اعضای گروه خواسته می‌شد تا نحوه صحیح مسواک زدن و نخ کشیدن را نشان دهند. از دندان‌پزشک روستا خواسته شده بود تا علاوه بر معاینه همیشگی بر میزان مشارکت بهروز و معلمان در آموزش به مادران و دانش‌آموزان نظارت نماید و پاسخگویی مشکلات احتمالی آنها در زمینه سلامت دهان باشد. بنابراین تأثیر آموزش به روش کیفی و از طریق مشاهده به کمک دندان‌پزشک و دانشجویان، مصاحبه فردی با دندان‌پزشک و بهروز روستا، بحث گروهی با مادران و معلمان به دست آمد. سپس اطلاعات طبقه‌بندی و تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

با در نظر گرفتن منبع اخذ اطلاعات، یافته‌ها در سه گروه طبقه‌بندی شدند:

آموزش بهداشت به روستاییان، ناچیز بود و دلیل آن را مشغله زیاد کاری عنوان می‌کردند.

* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد اگر چه افزایش آگاهی و دانش والدین و معلمان برای ارتقای سلامت دهان ضروری است، اما به تنهایی برای دستیابی به رفتارهای مطلوب بهداشتی کافی نیست.

مطالعه‌های مروری سیستماتیک نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزش سلامت دهان می‌تواند در افزایش آگاهی در کوتاه مدت مؤثر باشد و تا حدی نیز بر روی رفتارهایی نظیر مسواک زدن و تغذیه به روش صحیح، اثر گذارد. (۵-۸) تعدادی از مطالعه‌ها نشان داده‌اند که آموزش در مدارس می‌تواند علاوه بر افزایش سطح آگاهی، بر روی شاخص‌های سلامتی نیز تأثیر بگذارد. (۳)

طیف وسیعی از فعالیت‌ها در دندان‌پزشکی وجود دارد که با عمل به آنها سلامت دهان و دندان حفظ می‌شود. مهم‌ترین نکته این است که در روش‌های مراقبت از سلامت دهان و دندان، فلسفه مراقبت و عادات‌های هوشیارانه و پیشگیری کننده از بیماری‌های دهان و دندان در جامعه گسترش یابد. یکی از نمونه‌های مراقبت از سلامت دهان و دندان، مسواک کردن است. استفاده از خمیر دندان‌های حاوی فلوراید، نخ دندان، کنترل و اصلاح رژیم غذایی، نمونه‌ای از رفتارهای اجتماعی مراقبت از دهان و دندان هستند. همه این‌ها رفتارها و عادات تحت تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی قرار می‌گیرند و در گروه‌های مختلف اجتماعی، متفاوت است. (۱) توجه به این نکته باعث شد تا بخشی از برنامه آموزشی در پژوهش حاضر، صرف توجیه مادران و معلمان برای غلط بودن آداب و سنن حاکم شود تا بدین طریق یکی از موانع اجتماعی دست و پاگیر برای رسیدن به اهداف آموزشی تا حدودی برطرف گردد. تدوین برنامه آموزشی در حیطه‌های مختلف بر اساس اولویت‌های

می‌کردند "کودکان و به خصوص نوجوانان توصیه ما را برای مسواک زدن گوش نمی‌کنند." برخی می‌گفتند "این مسواک و خمیر دندانی که به بچه‌ها دادید خیلی خوشگل بود و دلمان نیامد به آنها بدهیم." از صحبت‌هایشان معلوم می‌شد هنوز خودشان هم در قید مسواک زدن به طور مرتب نبودند.

۲- گروه معلمان: میزان مشارکت مدیران و معلمان خانم در کمک به برپایی جلسه‌های آموزشی بیش‌تر از مردان بود. همچنین همکاری معلمان خانم در آموزش مطالب به دانش‌آموزان بیش‌تر از آقایان بود. متأسفانه در گروه معلمان نیز بی‌توجهی و غفلت نسبت به بهداشت و سلامتی دهان مشاهده شد. برنامه مسواک زدن جمعی، عملاً در هیچ یک از کلاس‌های دخترانه و پسرانه انجام نشده بود که دلیل آن را کمبود وقت ذکر کردند. معلمان روستا می‌گفتند "روستاییان به توصیه‌های بهداشتی ساده مثل حمام رفتن مرتب و شستشوی دست با آب و صابون بعد از دستشویی گوش نمی‌دهند و تلاش ما برای این که مرتب مسواک بزنند بی‌نتیجه است." در مدارس یحیی آباد مربی بهداشت وجود نداشت و معلمان می‌گفتند: "رسیدگی به بهداشت دهان کار مربی بهداشت است".

۳- گروه دندان‌پزشک و به‌رورز: کار دندان‌پزشک روستا به ارایه مختصر توصیه‌های پیشگیری، تجویز دارو در موارد فوریت‌دار، کشیدن دندان‌های پوسیده (حتی در صورت امکان ترمیم) و در نهایت توصیه به بیماران برای مراجعه به مراکز درمانی شهر قزوین محدود شده بود. امکانات انجام ساده‌ترین خدمات دندان‌پزشکی نظیر جرم‌گیری و ترمیم در روستا وجود نداشت و با وجود نارضایتی دندان‌پزشک از شرایط موجود و تمایل او برای کارهای دندان‌پزشکی، عملاً چنین چیزی ممکن نبود. به طور کلی نقش به‌رورزان در ارایه خدمات سلامت دهان و

اما نمی‌توان از نقش تقویت کننده‌های مثبت به عنوان یک اصل ضروری در آموزش سلامت دهان چشم‌پوشی نمود.^(۱)

هدف از آموزش تغذیه در رابطه با سلامت دهان، فراهم کردن راهنمایی برای انتخاب رژیم غذایی متعادل شامل همه مواد مغذی مورد نیاز بدن است که موجب تأمین انرژی، حفظ، رشد و ترمیم بافت‌ها می‌شود و در عین حال باعث صدمه به دندان‌ها و نسوج نگهدارنده آنها نمی‌شود.^(۱۰) این توصیه‌ها در برنامه آموزشی روستاییان مورد توجه قرار گرفت و بر اساس یافته‌های مربوط به عادات غذایی ساکنین روستای یحیی آباد، پیشنهادهای کاربردی جهت اصلاح رژیم غذایی پوسیدگی‌زا به آنها ارائه شد. (مثل عدم استفاده از شیر مادر طی شب یا اضافه نکردن مواد قندی به محتوای شیشه در خردسالان).

در تحقیق حاضر، با توجه به فقر شدید فرهنگی-اجتماعی و پایین بودن سطح بهداشت عمومی در خانواده‌ها، ایجاد یک تحول اساسی در عملکرد بهداشتی آنها وجود نداشت. نتایج مؤید این نکته بود که برنامه‌های آموزشی سلامت دهان (شامل انتقال اطلاعات مربوط به بیماری‌ها و روش‌های پیشگیری) اغلب به اصلاح دانش و اطلاعات و ایجاد مهارت لازم برای پیشگیری منجر می‌شود، اما به ندرت سبب تغییر و اصلاح رفتارهای مربوط به بهداشت دهان می‌گردد.^(۱) به نظر می‌رسد تکرار توصیه‌های بهداشتی در یک مقطع از زمان و تنها از یک منبع برای ایجاد یک باور پایدار در ذهن مردم کفایت نمی‌کند. لازم است از طریق تحریک بیش‌تر عقاید مذهبی، تشویق و ایجاد بستر مناسب برای رعایت بهداشت عمومی و نظارت مستمر از سوی مدارس و خانه بهداشت، امکان بهبود این وضعیت فراهم شود. در ضمن برای جلب همکاری بیش‌تر معلمان لازم است انگیزه‌های مادی و معنوی مناسب در نظر گرفته شود. به هر حال تا زمانی که خانواده به بهداشت دهان اهمیت ندهد و با قاطعیت کودکان را وادار به مسواک زدن نکند

دندان‌پزشکی کودکان و با استفاده از خط مشی سازمان جهانی بهداشت انجام شد.^(۳)

از جمله اهداف اختصاصی مطرح شده در سازمان جهانی بهداشت، طراحی برنامه‌هایی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های دهان و دندان است که قابل دسترس بوده و هزینه اثر بخشی آن به اثبات رسیده باشد. همچنین طراحی برنامه‌هایی که مردم را برای حفظ سلامتی خود تقویت می‌کند. باید توجه داشت که هر کشوری بر اساس شرایط بومی خود و عواملی مانند وجود اطلاعات پایه، صحت آنها، سیستم بهداشتی-درمانی، اولویت‌های محلی، میزان شیوع و شدت بیماری، شرایط اجتماعی و محیطی، بافت سیاسی، اجتماعی و قانونی جامعه، جزئیات برنامه را تنظیم می‌کند.^(۴)

در تحقیق حاضر با تکیه بر اطلاعات به دست آمده پیرامون آداب و سنن رایج در بین روستاییان، برنامه‌های تنظیم شد تا ضمن ارائه نکته‌های لازم و کلیدی در رابطه با اصول پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان، امکان تصحیح سنت‌ها و باورهای غلط روستاییان و تقویت جنبه‌های مطلوب فراهم گردد و در این مسیر به ارتقای سلامت دهان در جامعه کمک شود. ترجیح داده شد آموزش توسط دندان‌پزشک متخصص انجام شود تا از کیفیت، صحت و نحوه ارائه مطالب مطمئن باشیم.^(۹) این کار یکی از نکات مثبت در روش آموزش محسوب می‌شود. چرا که مخاطبین وقتی از زبان یک فرد تحصیل کرده و دانشگاهی مطلبی را می‌شنوند نسبت به زمانی که همین مطلب را از زبان افرادی از بین خودشان می‌شنوند، دقت و تمرکز بیش‌تری به خرج می‌دهند و همین موضوع را می‌توان یکی از علل جلب علاقه و انگیزه در آنها برای شرکت در جلسه‌های بعدی دانست.

امروزه در کشورهای مختلف از اقدام‌های گوناگون برای تشویق بیش‌تر کودکان به مسواک زدن استفاده می‌شود. در مطالعه حاضر، مسواک و خمیر دندان با شکل و طراحی مورد توجه کودکان توزیع شد. هر چند توزیع وسایل بهداشتی اثر دراز مدت در عملکرد بهداشتی آنان نداشت،

موفقیت آمیز تلقی نمود؛ زیرا آموزش‌های ارائه شده لاقلاً توانسته بود ساختار فکری غلط مادران و معلمان را در باور نسبت به سنت‌های نادرست در زمینه سلامت دهان و دندان اصلاح نماید و جلوی بسیاری از مداخله‌های اشتباه روستاییان در امور درمانی را بگیرد. آنها به مرحله‌ای رسیده بودند که متقاضی انجام امور دندان‌پزشکی در محل روستا بودند و انگیزه و رغبت بیشتری برای دریافت خدمات پیدا کرده بودند. بنابراین لازم است عوامل مدیریتی دست به کار شوند و موانع اقتصادی و جغرافیایی را که بر سر راه خدمات دندان‌پزشکی در این محل وجود دارد، برطرف نمایند.

* سپاس‌گزاری:

از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در تأمین هزینه‌های این طرح تحقیقاتی و همکاری خانم دکتر افسون محمدی و تمامی دانشجویانی که در اجرای مراحل این طرح ما را یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

* مراجع:

1. Jabbarifar E, Makarem A. Social dentistry, Introduction of behavioral sciences, oral and dental health Book1, Esfahan :Iran university of medical sciences; 2005. 2-7, 33-41, 80-9, 161-3, 235 [In Persian]
2. Chapman A, Copestake SJ, Duncan K. An oral health education programme based on the National Curriculum. Int J Paediatr Dent 2006 Jun; 16(1): 40-4
3. Pishva N, Asefzade S, Pishva MH, et al. Traditional beliefs and behaviors of mothers and teachers related to oral health of children in rural areas of Qazvin:a qualitative study . Majallah –e-dandanpezheshki (JIDA) 2009 Winter; 20(4): 292–300 [In Persian]

سایر تلاش‌ها برای ایجاد عادت به بهداشت دهان با شکست مواجه می‌شود.

مصاحبه با دندان‌پزشک عمومی روستای یحیی آباد نشان‌گر نابسامانی و مشکلات متعدد موجود در شبکه بهداشتی منطقه بود. فقدان امکانات ابتدایی برای انجام خدمات درمانی باعث شده بود تا تنها کار او به کشیدن دندان‌ها و خدمات پیشگیری نظیر شیار پوش در دندان‌های دائمی محدود شود. پی‌گیری‌های مکرر این دندان‌پزشک برای تهیه وسایل مورد نیاز، موفقیت آمیز نبود. نبود امکانات درمانی با برقراری عدالت اجتماعی و امکان دسترسی یکسان اقشار جامعه به خدمات مورد نیاز، مغایرت دارد.^(۱)

به طور کلی موانع استفاده از خدمات دندان‌پزشکی در شش دسته خلاصه می‌شوند که عبارتند از:

۱- عوامل اجتماعی و دموگرافیک نظیر سن، جنس، نژاد.

۲- عوامل اقتصادی مانند درآمد و هزینه خدمات.

۳- عوامل اجتماعی-فرهنگی مانند ارزش‌ها، باورها، نگرش‌ها، شیوه زندگی، رتبه اجتماعی، گروه‌های فرهنگی و سطح سواد.

۴- عوامل جغرافیایی، منطقه‌ای و مکانی مانند فاصله محل ارائه خدمات، زمان، نقل و انتقال و تسهیلات و تجهیزات مراقبت از سلامت در مناطق مختلف، توزیع جغرافیایی خدمات و محل زندگی مردم.

۵- عوامل اجتماعی-روانشناسی مانند انگیزه، نگرش، رغبت، شناخت و درک یادگیری و سیستم تعلیم و تربیت.

۶- عوامل مدیریتی-اجرایی و سازمان‌دهی مانند سیستم ارائه خدمات، نسبت جمعیت به دندان‌پزشک، نسبت نیاز به عرضه خدمات، نسبت منابع انسانی به تسهیلات و نسبت تجهیزات به میزان نیاز.^(۱)

مشخص است که با استفاده از مداخله آموزشی تنها می‌توان تا حدودی بر روی عوامل سوم و پنجم تأثیر گذاشت. با در نظر گرفتن این مطلب می‌توان نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر را تا حدود زیادی

4. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21 st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J* 2004 Dec; 54(Suppl 1): 329-43
5. Kay EJ , Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996 Aug; 24(4): 231-5
6. Kay E, Locker D. A systematic review of effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health* 1998 Sep; 15(3): 132-44
7. Spord AJ, Andreson A, Treasure ET. Effective oral health promotion: literature review. Technical report. Cardiff: health promotion wales; 1996 Sep;20(3):14-18
8. Brown LF. Research in dental health education and health promotion: a review of literature. *Health Educ Q* 1994 Spring; 21(1): 83-102
9. Wight C, Blinkhorn AS. An assessment of two dental health education programmes for school children in the Lothian region of Scotland. *J Paediatr Dent* 1988 Apr; 4(1): 1-7
10. Chandra S, Chandra SH. Text book of community dentistry. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (p) LTD; 2000. 225