

سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

گرد آوری:

دکتر طلعه محمود هاشمی

مدرس رزیدنتی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

دکتر نسرين شریفی فرد

مدرس رزیدنتی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

دکتر فاطمه مقدم

مدرس رزیدنتی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

سرشناسه	:	محمود هاشمی، طلایه، ۱۳۶۴-
عنوان و نام پدیدآور	:	سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی/ گردآوری طلایه محمود هاشمی، نسرين شريفی فرد، فاطمه مقدم.
مشخصات نشر	:	تهران : شایان نمودار ، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	:	۲۶۵ ص.
شابک	:	۹۶۴-۲۳۷-۵۸۱-۳۹۷۸-
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
موضوع	:	بهداشت همگانی دهان و دندان -- راهنمای آموزشی (عالی)
موضوع	:	Dental public health -- Study and teaching (Higher)
موضوع	:	بهداشت همگانی دهان و دندان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)
موضوع	:	Dental public health -- Examinations, questions, etc (Higher).
شناسه افزوده	:	شریفی فرد، نسرين، ۱۳۵۷-
شناسه افزوده	:	مقدم، فاطمه، ۱۳۶۸-
رده بندی کنگره	:	RK۵۲
رده بندی دیویی	:	۶۰۰۷۶/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	:	۸۴۱۱۸۳۷
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فیپا

نام کتاب: سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

گردآوری: دکتر طلایه محمود هاشمی، دکتر نسرين شريفی فرد، دکتر فاطمه مقدم

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: دوم

تاریخ چاپ: زمستان ۱۳۹۹

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۸۱-۳



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: shayannemoodar

مقدمه

کتاب ملی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی از جمله منابع آزمون رزیدنتی است که برای اولین بار توسط اساتید به نام این رشته در ایران به رشته‌ی تحریر درآمده است.

برای تدوین این درسنامه سعی بر آن شد که علاوه بر حفظ اصالت محتوای فصول، با نشانه‌گذاری، خلاصه‌سازی برخی قسمت‌ها و توضیحات تکمیلی در تدریس‌ها به داوطلبین برای مطالعه‌ی این رفرنس کمک شود.

در این مسیر از آنچه آموزه‌های اساتید گرامی‌مان در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران گروه سلامت دهان دندانپزشکی اجتماعی بوده است، بهره جسته‌ایم و لازم می‌دانیم بالاترین سپاس‌ها را نسبت به استاد گرانمایه جناب آقای دکتر خامی تقدیم داریم. چراکه علاوه بر دانش و خبرگی‌شان، با میدان دادن به دانشجویان، درس معرفت و بزرگی را که سرآمد تمام درس‌هاست، به ما آموختند.

از مدیریت مؤسسه آوید جناب آقای مهندس خزعلی بسیار ممنونیم که افتخار همکاری با ایشان، نصیب ما شده است و همچنین از اعضای تیم حرفه‌ای و دقیق مؤسسه‌ی آوید جناب آقای دکتر فضلی، سرکار خانم ترانه‌جو و دیگر عزیزان این مجموعه سپاسگزاریم که در پیشبرد اهداف علمی و فرهنگی حیطه‌ی دندانپزشکی با صبر و بردباری در تلاشند.

باشد که انوار الهی یاری‌گر ایشان باشد.

با احترام

دکتر طلیمه محمود هاشمی

دکتر فاطمه مقدم

دکتر نسرین شریفی‌فرد

راهنمای استفاده از درسنامه

به نام خدا

دوست عزیز

افتخار بزرگی نصیب ما شده تا در مسیر موفقیت در آزمون دستیاری دندان پزشکی در کنار شما باشیم.

مهمترین ملاک موفقیت در آزمون برنامه ریزی دقیق و استفاده از منابع جامع و در عین حال خلاصه است تا امکان دوره چند باره آن را داشته باشید. در این درسنامه تلاش شده است ضمن انتقال دقیق متون رفرنس اصلی و حفظ یکپارچگی مطالب، تاکید بیشتری روی نکاتی که احتمال طرح سوال از آن در آزمون وجود دارد انجام گیرد. لطفا در مطالعه این درسنامه علاوه بر گرفتن راهنمایی از مشاوران موسسه آوید، به نکات و پیشنهاد های ذیل دقت کنید:

۱- در ابتدای هر فصل سطح اهمیت مطالب با توجه به در نظر گرفتن ضریب هر درس برای داوطلبان و سوالات مطرح شده از فصل در ۱۰ سال گذشته به سه سطح A، B و C تقسیم شده است:

A: فصولی که تقریباً هر سال از آن سوال طرح شده است و نسبت حجم و دشواری مطالب فصل به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می شود به شکلیست که خواندن فصل برای همه داوطلبان و با هر انتخاب رشته ای مقرون به صرفه است. اگر وقت کمتری برای دوره این درس دارید پیشنهاد نمی شود این فصول جزء فصول حذفی قرار گیرد.

B: فصولی که تقریباً یک سال در میان از آن ها سوال مطرح می شود. نسبت حجم و دشواری مطالب به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می شود به شکلیست که خواندن آن به همه داوطلبان توصیه می شود ولی در اولویت بعدی نسبت به فصول سطح A قرار دارند. در صورت کمبود وقت، حذف این فصول فقط در صورت اجبار و کمبود شدید وقت و فقط پس از هماهنگی با مشاور انجام می شود.

C: فصولی که ندرتاً در سال های گذشته از آن ها سوال طرح شده است یا نسبت حجم و دشواری مطالب به تعداد سوالی که از آن در آزمون مطرح می شود به شکلیست که خواندن آن برای داوطلبانی که وقت دوره کمتری دارند مقرون به صرفه نیست. این بدین معنی نیست که حذف این فصول برای همه داوطلبان پیشنهاد می شود، ولی اگر درسی برای شما ضریب ۱ یا ۰/۵ داشته و به دلایلی فرصت کمتری برای دوره دارید با راهنمایی مشاور می توانید فصول حذفی را از این فصول انتخاب کنید.

دقت داشته باشید که همه فصول درسنامه مهم بوده و امکان طرح سوال از همه فصول وجود دارد و سطح بندی فوق برای کمک در مواردی انجام شده که برنامه مطالعه داوطلبان عزیز از برنامه موسسه عقب افتاده است.

۲- در هر فصل قسمت هایی وجود دارد که احتمال مطرح شدن سوال از آن ها کم بوده یا میزان دشواری مطلب در سطحی است که صرف وقت برای مطالعه آن ها به دوستانی پیشنهاد می شود که درس برای آن ها ضریب ۲ یا ۳ دارد. این قسمت از متن با علامت (+ II/III) مشخص شده اند.

۳- در هر فصل سوالات تالیفی و سوالات مطرح شده در آزمون های سال های گذشته آورده شده است. دقت کنید که این تست ها صرفا برای کمک به یادگیری بهتر درسنامه طراحی شده اند و داوطلبان باید حتما پس از هماهنگی با مشاور از سایر منابع تست برای آمادگی آزمون نیز استفاده کنند.

۴- پیشنهاد می کنیم از چند منبع یا درسنامه مختلف استفاده نکنید. متعهد هستیم که میزان انطباق سوالات آزمون با مطالب درسنامه اگر نه کامل، نزدیک به کامل است.

۵- فیلم آموزشی که همراه با درسنامه خدمت شما ارسال شده است برای کمک به درک مطالب کتاب و آشنایی با روش مطالعه صحیح درس است و استفاده از آن در دور اول مطالعه پیشنهاد می شود. هر چند مطالب درسنامه کامل بوده و محتوایی از درس برای ایجاد اجبار برای شما عزیزان در تهیه فیلم حذف نشده است.

بدون شک هیچ نگارشی فاقد اشتباه نیست. خواهشمندیم اگر هر مشکلی در متن پیش رو وجود دارد با بزرگواری به ما تذکر دهید تا بتوانیم نقص های احتمالی موجود را برطرف نماییم.

با آرزوی کامیابی

واحد آموزش و مشاوره آوید

فهرست مطالب

فصل ۱: اصول دندان پزشکی اجتماعی

تعریف سلامت عمومی دهان و دندان:	۱۶
سوالات فصل ۱	۲۰

فصل ۲: تعاریف سلامت و مدل های آن

ابعاد سلامت:	۲۱
تعریف بیماری یا DISEASE:	۲۳
تعریف ناخوشی یا ILLNESS:	۲۳
تعریف سلامت ناکافی یا ILL-HEALTH:	۲۳
مدل های سلامت:	۲۴
مدل ویلسون و کلیری	۲۷
مدل طبقه بندی بین المللی نقص، ناتوانی و معلولیت ICIDH	۲۸
مدل مفهومی اندازه گیری سلامت دهان	۲۹
تعریف سلامت دهان:	۳۰
رویکردها در ارتقای سلامت:	۳۰
سوالات فصل ۲	۳۵

فصل ۳: اپیدمیولوژی دهان و دندان

تعریف واژه اپیدمیولوژی یا همه گیری شناسی	۳۷
تعریف اپیدمیولوژی بیماری های دهان:	۳۷
شیوع و بروز	۳۸
ایندکس یا شاخص:	۳۹

تعریف استاندارد:	۴۰
هدف ها در مطالعه:	۴۰
انواع مطالعه	۴۲
شاخص های سلامت عمومی	۴۳
شاخص های سلامت (که معمولا به تفکیک استانها و به صورت دوره ای در کشور اندازه گیری می شود) عبارتند از:	۴۴
سوالات فصل ۳	۴۶

فصل ۴: جمعیت شناسی

نرخ رشد جمعیت: GROWTH RATE	۵۳
افزایش طبیعی جمعیت: NATURAL INCREASE	۵۳
زمان دو برابر شدن جمعیت: POPULATION DOUBLING TIME	۵۳
سوالات فصل ۴	۵۵

فصل ۵: شاخص های ارزیابی سلامت دهان و دندان

شاخص های اندازه گیری سلامت عمومی	۵۷
شاخص های بررسی وضعیت سلامت دندانی	۵۹
شاخص های پوسیدگی دندان:	۶۳
شاخص های وضعیت پریدنتال	۶۷
شاخص های مربوط به بهداشت دهان	۷۰
شاخص های بررسی اکلوژن	۷۳
شاخص های مربوط به بدخیمی ها	۷۶
شاخص های مرتبط با ارزیابی نقایص دندانی و فلوروزیس	۷۸
سلامت دهان مرتبط با شاخص های کیفیت زندگی (ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE INDICES)	۸۲
شاخص های بررسی ترس و اضطراب در دندانپزشکی	۸۳

سوالات فصل ۵ ۸۶

فصل ۶: اپیدمیولوژی بیماری های دهان در ایران

پوسیدگی دندان: ۹۱

طبق نتایج حاصل از پیمایش سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ وضعیت پوسیدگی: ۹۲

بیماری های پریدنتال (لثه) ۹۳

علل سرطان دهان: ۹۶

سوالات فصل ۶ ۹۷

فصل ۷: نیازسنجی در سلامت دهان و دندان

عوامل موثر بر ایجاد احساس نیاز: ۱۰۰

اهمیت نیازسنجی در سیستم سلامت: ۱۰۰

انواع نیاز به خدمات سلامت ۱۰۱

انواع نیازهای دیگر ۱۰۴

(CLINICAL ICEBERG) کوه یخی بالینی ۱۰۴

نیازسنجی ۱۰۵

سوالات فصل ۷ ۱۰۶

فصل ۸: غربالگری

غربالگری: ۱۰۹

انواع برنامه های غربالگری: ۱۰۹

سوال: در صورت دریافت پاسخ مثبت آزمون تشخیصی چقدر احتمال دارد که فرد بیمار باشد و برعکس ۱۱۳

تکرار پذیری روش های تشخیصی یا پایایی یا RELIABILITY ۱۱۴

ارزیابی آزمون های غربالگری ۱۱۴

ارزیابی برنامه های غربالگری ۱۱۵

۱۱۷	مطالعه مورد-شاهدی
۱۱۷	ارزیابی هزینه-فایده برنامه غربالگری
۱۲۰	سوالات فصل ۸

فصل ۹: نظام سلامت و بخش دندانپزشکی

۱۲۳	بخش سلامت (HEALTH SECTOR):
۱۲۳	نظام سلامت (HEALTH SYSTEM):
۱۲۵	نظام مراقبت سلامت (HEALTH CARE SYSTEM):
۱۲۶	نظام مراقبت سلامت دهان (OHCS):
۱۲۸	روش های پرداخت به ارائه کنندگان خدمات دندانپزشکی و پیامدهای انگیزشی بالقوه:
۱۲۹	گردش مالی بخش دندانپزشکی نظام سلامت ایران:
۱۳۰	وظایف اصلی شورای عالی بیمه سلامت:
۱۳۰	هزینه های دندانپزشکی:
۱۳۱	کارکرد تولیت- تعریف و زیر کارکردهای آن:
۱۳۲	تولیت در بخش دندانپزشکی از نظام سلامت ایران: نهادهای تصمیم ساز و شمایی از عملکرد حاکمیتی:
۱۳۳	وضعیت سلامت دهان در ایران:
۱۳۴	آموزش و تربیت نیروی انسانی در حوزه سلامت دهان و تأثیر آن در رویکرد کلی نظام:
۱۳۴	نیروهای حد واسط ارائه کننده مراقبت سلامت دهان:
۱۳۶	ویژگی های کلان الگوهای مختلف ارائه خدمات سلامت دهان در کشورهای اروپایی:
۱۳۹	سوالات فصل ۹

فصل ۱۰: مقدمه و مروری بر رویکرد دندانپزشکی مبتنی بر شواهد

۱۴۲	شرح مراحل EBD:
۱۴۲	1- طراحی سؤال بالینی مناسب در قالب PICO:

۱۴۷	2-انواع مطالعات:
۱۵۱	3-سلسله ارزشی شواهد (HIERARCHY OF EVIDENCE):
۱۵۲	پایین ترین سطح شواهد:
۱۵۳	مطالعات بالینی:
۱۵۵	4-جستجوی شواهد بر اساس سؤال بالینی طرح شده:
۱۵۸	5-کاربرد دندانپزشکی مبتنی بر شواهد در کلینیک (EVIDENCE-BASED DECISION MAKING):
۱۵۹	روش های متداول گزارش داده های آماری و پیامدها:
۱۶۶	گزارش پیامد برای تست های غربالگری و تشخیصی:
۱۶۹	گزارش پیامدها برای پیشرفت بیماری درمان شده:
۱۷۰	اهمیت آماری:
۱۷۰	فاصله اطمینان (CI: CONFIDENCE INTERVAL):
۱۷۳	6-ارزیابی عملکرد مبتنی بر شواهد:
۱۷۵	سوالات فصل ۱۰

فصل ۱۱: ارزیابی نقادانه

۱۷۷	ارزیابی نقادانه
۱۷۷	IMRAD: (INTRODUCTION, METHODS, RESULTS, AND DISCUSSION)
۱۷۸	مقدمه مقاله:
۱۷۸	روش انجام مطالعه:
۱۸۰	یافته ها:
۱۸۰	بحث:
۱۸۱	نتیجه گیری:
۱۸۳	ارزیابی نقادانه مطالعات مختلف:
۱۸۵	سوالات فصل ۱۱

فصل ۱۲: ارتقاء سلامت

۱۸۷.....	مقدمه ای از ارتقاء سلامت:
۱۸۷.....	تعاریف مختلف سلامت:
۱۸۸.....	تعاریف مختلف سلامت دهان:
۱۸۹.....	ارتقاء سلامت از دیدگاه WHO:
۱۸۹.....	ارتقاء سلامت دهان:
۱۹۰.....	منشور اتاوا (OTTAWA CHARTER) :
۱۹۲.....	اجزاء ارتقاء سلامت دهان (ELEMENTS OF HEALTH PROMOTION) :
۱۹۵.....	رویکردهای ارتقاء سلامت (HEALTH PROMOTION APPROACHES):
۱۹۷.....	اهداف جهانی ارتقاء سلامت دهان:
.....	اولویت های سازمان جهانی بهداشت در زمینه ارتقاء سلامت دهان (۵ اولویت) (ORAL HEALTH PRIORITY ACTION)
۱۹۹.....	(AREAS):
۲۰۰.....	برنامه های مهم سازمان جهانی بهداشت برای ارتقاء سلامت دهان:
۲۰۲.....	برنامه های ارتقاء سلامت دهان در ایران:
۲۰۲.....	۱- طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه:
۲۰۳.....	۲- سلامت دهان و دندان کودکان زیر شش سال در مهدکودک ها:
۲۰۳.....	۳- برنامه ارتقاء سلامت دهان کودکان ۱۲ - ۶ سال (دانش آموزان دوره ابتدایی):
۲۰۵.....	سوالات فصل ۱۲

فصل ۱۳: آموزش در ارتقای سلامت دهان و دندان

۲۰۸.....	تعریف آموزش سلامت دهان
۲۰۸.....	اهداف آموزش سلامت دهان
۲۰۸.....	سطوح آموزش سلامت دهان

۲۰۹	رویکردهای مطرح در آموزش سلامت دهان جامعه
۲۱۱	اصول آموزش سلامت دهان
۲۱۳	نتایج عملی آموزش سلامت دهان
۲۱۴	روش های آموزش سلامت دهان و دندان در جامعه
۲۱۵	چگونگی طراحی یک برنامه آموزش سلامت دهان
۲۱۶	موانع و چالش های آموزش سلامت دهان و راه های مقابله با آن ها
۲۱۷	سوالات فصل ۱۳

فصل ۱۴: تغییرات رفتاری در ارتقاء سلامت

۲۱۹	تعاریف
۲۲۰	نظریه ها و مدل های تغییر رفتار
۲۲۳	مدل اعتقاد سلامتی (HEALTH BELIEF MODEL - HBM)
۲۲۵	تئوری رفتار برنامه ریزی شده
۲۲۸	تئوری مراحل تغییر (STAGE OF CHANGE - SOC) یا مدل فرایندی (TRANSTHEORETICAL MODEL-TTM)
۲۲۹	تئوری خودتعیین کنندگی (SELF DETERMINATION THEORY - SDT)
۲۳۰	مدل پرسید-پروسید (PRECEDE-PROCEED)
۲۳۲	مدل PRECEDE-PROCEED تغییر یافته
۲۳۴	سوالات فصل ۱۴

فصل ۱۵: عوامل محیطی و ژنتیکی مؤثر بر سلامت دهان

۲۳۸	تکیه بر دیدگاه مبتنی بر سیستم سلامت
۲۳۹	تکیه بر برنامه های مبتنی بر شیوه زندگی
۲۴۰	ارتباط عوامل اقتصادی-اجتماعی با سایر عوامل مؤثر بر سلامت
۲۴۱	اثر تغییر وضعیت اقتصادی-اجتماعی در یک کشور

۲۴۱.....	وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سلامت دهان و دندان
۲۴۲.....	نابرابری ها در سلامت دهان
۲۴۳	علل نابرابری ها در سلامت دهان افراد طبقات ضعیف
۲۴۴	راهکارهای مقابله با نابرابری ها در سلامت دهان
۲۴۴	عوامل ژنتیکی مؤثر بر سلامت دهان
۲۴۵	ژنتیک و پوسیدگی دندان
۲۴۶.....	ژنتیک بیماری های پریدونتال
۲۴۹.....	سوالات فصل ۱۵

فصل ۱۶: مدیریت و برنامه ریزی سلامت

۲۵۱.....	مدیریت شامل پنج بعد اصلی است:
۲۵۱.....	وظایف اصلی مدیر
۲۵۳	مراحل چرخه مدیریت:
۲۵۵	ویژگی های اهداف یک برنامه عملیاتی
۲۵۶	موانع و محدودیت های برنامه ریزی
۲۵۷	تعیین اولویت ها
۲۶۲.....	مدل های برنامه ریزی
۲۶۳	استفاده از شواهد علمی در مدیریت
۲۶۴.....	سوالات فصل ۱۶

اصول دندانپزشکی اجتماعی

سطح اهمیت: B

تنها راه برقراری ارتباط انسان با دیگران دهان است و دهان دارای نقش های زیر است:

۱. اولین بخش دستگاه گوارش

۲. صحبت کردن و ادای صحیح کلمات

۳. فاکتور مطرح زیبایی

دروس مختلفی که در رشته دندانپزشکی تدریس می شود، تقریباً تمام نیازهای درمانی مردم را پوشش می دهد، پس جایگاه و ضرورت این درس و علت وجودی آن به پیشگیری و حفظ سلامت برمی گردد. بررسی و ارزیابی عملکرد حرفه دندانپزشکی نشان می دهد که عمده فعالیت های انجام شده در دندانپزشکی، با الگوبررسی از رشته پزشکی با دید و گرایش صرفاً درمانی بوده که همچنان ادامه دارد. بنابراین این درس به **پیشگیری** از بیماری های دهان و دندان می پردازد و تلاش هایی در **جهت حفظ سلامتی دهان و دندان توده های جامعه** را مد نظر دارد.

بیماری های دهان و دندان بخصوص پوسیدگی و بیماری های پریودنتال

از دیرباز شایعترین بیماری های مردم جهان است.

در طول تاریخ پیشگیری از بیماری های دهان و دندان بندرت مورد توجه بوده است. تنها وسیله ای که سابقه ای نسبتاً طولانی داشته و در اغلب کشورهای اسلامی طی قرن ها استفاده میشده **چوب درخت اراک** است (که با جویدن آن چوب ظاهر و عملکردی شبیه مسواک میگیرد).

تأمین "سلامت در جوامع" به عنوان یک مشکل جدید نبوده و یک علت آن محدودیت منابع در مقابل تقاضاهای بسیار در سیستم های 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 هستند.

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 می شود، 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 اجزای 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 آمریکا 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 تلاش های سازمان یافته اجتماعی".

در بینش دندانپزشکی اجتماعی، هر گروه دارای وجوه مشترک از جامعه در حکم یک بیمار تلقی شده و برنامه ریزی های سلامت دهان بر مبنای نیازهای آن گروه از جامعه تدوین می گردد. سایر عملکرد های مهم در این رشته عبارتند از:

- آموزش سلامت دهان و دندان
- پژوهش های کاربردی
- مدیریت برنامه های سلامت دهان و دندان
- انجام مداخلات پیشگیری برای کنترل بیماری های دهان و دندان با رویکرد اجتماعی

دندانپزشکی جامعه نگر به ارتقاء سلامت جمعیت می اندیشد 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.

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

ارائه خدمات انفرادی در کلینیک	ارائه خدمات گروهی در جامعه
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)

سوال: کدام خدمت گروهی در جامعه معادل تشخیص در ارائه خدمات کلینیکی می باشد؟

الف) معاینه بیمار ب) اجرای برنامه ج) تحلیل داده‌ها د) ارزیابی

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

سلامت عمومی دهان و دندان به عنوان رشته ای تخصصی، حیطه گسترده ای است که بر مبنای یک سلسله علوم مختلف پایه گذاری شده که در کنار یکدیگر باعث غنی شدن ارزش و اعتبار آن می شود. 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.

اسامی مختلف رشته:

- Dental Public Health
- Public Health Dentistry
- Social Dentistry
- Community Health Dentistry
- Oral Public Health
- Community Dental Health
- Community Dentistry
- Community Oral Health
- Public Dental Health

سه کلمه Public، Social و Community در ظاهر معانی یکسانی دارند و در بسیاری از متون به جای یکدیگر برای القای مفهوم اجتماعی و عمومی بکار می روند. اما اگر به صورت جزئی به هر کدام از این کلمات بپردازیم تفاوت هایی آشکار می توان در این کلمات یافت.

Community

این کلمه را به دو شکل می توان تعریف کرد:

۱. گروه یا جمعیت کوچکی از انسان ها که در یک موقعیت جغرافیایی محدود و مشخص زندگی می کنند. مانند یک مدرسه، یک روستا و یا یک شهر.
۲. تعریف دوم کلمه Community گروهی از یک جامعه شغلی است، مانند جامعه پزشکان، معلم ها و یا جامعه دندانپزشکان.

Public

این کلمه به صورت کلی به عموم مردم در یک جامعه اشاره دارد. برخلاف کلمه Community این لغت به منطقه جغرافیایی خاصی اشاره ندارد.

Social

این واژه به معنای عمومی، رایگان و دولتی است. کلمه Social برای بیان مفهوم دندانپزشکی اجتماعی واژه مناسبی نیست زیرا این مفهوم را به ذهن متبادر می کند که مربوط به بخش دولتی است ولی اینطور نیست چرا که دندانپزشکی اجتماعی به بخش خصوصی هم اطلاق می شود.

کلمات Oral، Dental و Dentistry اگرچه هر کدام از نظر لغوی معنای نسبتاً متفاوتی دارند ولی در عبارات ترکیبی معنا و مفهوم مشابهی را القا می کنند.

سوال: کدام یک از گزینه های زیر تعریف دقیق تری از کلمه public میباشد؟

- الف) این کلمه به صورت کلی به مردم اطلاق میشود که در منطقه ی جغرافیای خاصی ساکن هستند.
- ب) به معنای عمومی و رایگان و دولتی میباشد
- ج) به صورت کلی به عموم مردم در یک جامعه اشاره دارد.
- د) گروه یا جمعیتی خاصی از افراد را می گویند.

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

سوالات فصل ۱

۱- معادل تعیین طرح درمان در کلینیک، کدام مرحله از کار در زمینه ی سلامت جامعه است؟

الف) طراحی برنامه

ب) تشخیص

ج) ارزیابی نیاز جامعه

د) ارزیابی خدمات ارائه شده

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

۲- 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

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

۳- 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

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

تعاریف سلامت و مدل های آن

سطح اهمیت: A

بعد از جنگ جهانی دوم (1946)، سازمان جهانی بهداشت تعریفی مثبت و کلی در مورد سلامت ارائه کرد:

"سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی."

این تعریف اولیه توسط WHO به علت غیرواقع بینانه، غیرعملی و غیرقابل دستیابی بودن آن، مورد انتقاد قرار گرفت. بر اساس این تعریف وجود تقریباً هر نقص یا مشکلی در فرد به معنای "غیرسالم" بودن او بود. با این وجود این تعریف بیان کننده مفهومی ارزشمند بود که همیشه عدم وجود بیماری معادل سلامت نبوده یا به عبارتی دیگر سلامت، ابعاد دیگری غیر از سلامت جسمی را نیز شامل می شود.

تعریف جدیدتری از WHO (۱۹۸۴) به خوبی ماهیت درک معاصر از مفهوم سلامت را خلاصه می کند:

سلامت، حدی است که افراد یا گروه ها قادرند از یک طرف تمایلاتشان را بشناسند و به نیازهایشان پاسخ دهند و از سوی دیگر محیط را تغییر دهند یا با آن تطابق پیدا کنند؛

بنابراین سلامت به عنوان منبعی برای زندگی روزمره و نه هدفی برای زندگی دیده میشود.

سلامت مفهومی مثبت است که بر منابع اجتماعی و فردی و همچنین ظرفیت های فیزیکی تأکید میکند.

سلامت دارای مفهومی پویا (Dynamic) و ذهنی (subjective) بوده که تحت تأثیر مجموعه ای از عوامل است.

ابعاد سلامت:

سلامت امروزه مفهومی کلی نگر تلقی می شود که تمام جنبه های زندگی افراد را دربر گرفته است.

باید توجه داشت که ابعاد سلامت جدای از یکدیگر نیستند. بلکه اجزایی از کل هستند که باهم ارتباط نزدیکی

دارند و بر هم تاثیر میگذارند و در بسیاری موارد باهم همپوشانی دارند. همچنین اهمیت هر یک از این ابعاد احتمالاً

در دوره های مختلف زندگی، متفاوت است.

۱. ابعاد جسمی

تناسب اندام، وزن، شکل بدن، توانایی بهبود یافتن از بیماری جسمی

۲. سلامت احساسی

قابلیت فرد برای تشخیص و بیان مناسب و کافی احساسات. (خوشحالی، خنده، گریه، ترس...) درک موقعیت. واکنش به خطر احتمالی، **پرورش اعتماد بنفس و تصور مثبت درباره خود.**

۳. سلامت اجتماعی

برقراری و حفظ ارتباط سالم با دیگران به طریقی که برای جامعه قابل قبول باشد است. لذا **توانایی دوستیابی و تشخیص دوست مناسب** و در خور شأن، سلامت اجتماعی فرد را نشان می دهد. سلامت اجتماعی همچنین شامل پذیرش استانداردهای اجتماعی و هنجارهای رفتاری مانند **رعایت حقوق دیگران**، منتظر ماندن در صف و **رفتارهای مناسب در مکان های عمومی** مثل پارک و سینما و... است.

سندرم آسپرژر بعد سلامت اجتماعی را تحت تاثیر قرار میدهد!

۴. سلامت معنوی

شامل داشتن اهداف در زندگی و **اعتقاد به یک وجود بالاتر** است که به تصمیم گیری در زندگی کمک می کند. باید توجه داشت سلامت معنوی تنها به داشتن دین نیست، بلکه پایبندی به هر نوع باورها و معیارهای انسانی را شامل می شود. در این بعد از سلامت، فرد باید **اعتقادات مشخصی** داشته باشد، در رفتار و گفتار خود تا حد معقول به این اعتقادات پایبند و **توانایی تغییر تدریجی در باورها و اعتقادات خود در اثر افزایش تجربه و دانش** را نیز داشته باشد.

۵. سلامت عقلانی

توانایی **فکر کردن به صورت منسجم و هدفدار**، **یادگیری و انجام انتخابهای سالم** است. سلامت عقلانی، ظرفیت فکری شخص برای **پرورش مهارتها و دانش** برای ارتقاء زندگی وی در جهت **بهبود توانایی تصمیم گیری** است.

نکته: مفهوم شکل بالا (Dahlgren) بسیار مهم است: که به صورت نمادین عوامل موثر بر سلامت در سطوح مختلف را نشان می دهد. هر چه از مرکز به سمت محیط دایره میرویم تاثیر عوامل بر سلامت مهمتر هستند. پیشرفت های پزشکی تنها ۱۷ درصد در بهبود شاخص امید به زندگی در قرن بیستم موثر بوده است.

نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقا سلامت حداکثر ۲۵ درصد است.

طبق گفته مک کوون بهبود وضع سلامت جوامع بیشتر حاصل بهبود شرایط زندگی و محیطی، دسترسی به آب سالم و کاهش اندازه خانوار بوده است.

به عبارت دیگر، علیرغم اهمیت پیشرفتهای پزشکی، سلامت مردم بیشتر تحت تأثیر شرایط اجتماعی است که در آن زندگی و کار می کنند و از آنها به عنوان عوامل اجتماعی تعیین کننده یاد می شود. این موضوع به خوبی اهمیت عوامل سلامت اجتماعی تعیین کننده سلامت را نشان می دهد.

مدل های سلامت:

مدل ها در واقع نمایانگر راه های مختلف برای فهم مفاهیم پیچیده هستند. سلامت، بیماری، حفظ و نگهداری سلامت، دلایل و عوامل تهدیدکننده سلامت نیز از پدیده های پیچیده ای هستند که مدل های مختلفی برای شناخت چگونگی آن ها مطرح شده است.

مهمترین این مدل ها عبارتند از:

- بیومدیکال
- بیوسایکوسوشیال،
- اکولوژیک،
- سوشیال یا مدل جدید سلامت جامعه
- مدل خدمات اولیه سلامت (PHC).

بنابراین مدل مطلق برای توجیه و تفسیر سلامت و عوامل مرتبط با آن وجود ندارد.

مدل زیست پزشکی (Biomedical) سلامت

خاستگاه فکری مدل بیومدیکال یا زیست پزشکی **مقایسه بدن انسان با ماشین** است.

از خصوصیات این مدل می توان به تمرکز بر بیماری، تمرکز بر تغییرات پاتولوژیک و بیولوژیک که در سطح فردی عمل میکنند، **قائل شدن نقش اصلی برای پزشک** و توجه کمتر به نقش بیمار در حفظ سلامت خود، رویکرد اجزایی و ماشینی به تشخیص و درمان و فقدان نگاه جامع، **رویکرد مداخله ای و مبتنی بر فناوری پیشرفته** به درمان و اعتقاد مداخله ای به اهمیت سانترها و مراکز تخصصی متمرکز اشاره کرد.

مدل بیوسایکوسوشیال (Biopsychosocial)

این مدل علاوه بر ارزیابی عوامل بیولوژیک فردی تعیین کننده سلامت و بیماری به **عوامل اجتماعی و روانشناسی** اجتماعی نیز نظر دارد. به عبارتی نه تنها تغییرات فردی میتواند سبب تغییر در سلامت شود، بلکه **عوامل آموزشی، اقتصادی و محیطی** نیز بر سلامت تأثیر دارند. در این رویکرد معتقدند که **علل بیماری ها متعدد بوده و با حذف یا کاهش یک عامل، سلامت در همه ابعاد تأمین نمی شود.**

مدل اکوسیستم انسان:

بر اساس این مدل، عوامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت و بیماری افراد و جامعه عبارتند از: **بیولوژی انسان، رفتارهای فردی، محیط سایکوسوشیال و محیط فیزیکی (وضعیت خانه، مسکن و محیط زیست).**

مدل جدید سلامت جامعه (Social)

در این رویکرد **علاوه بر عوامل اجتماعی حمایت کننده، بر پیشگیری اولیه و مشارکت جامعه و خدمات اولیه سلامت** نیز توجه جدی دارد. بنابراین تأکید بیشتری بر یک سلسله سیاستگذاری ها به منظور ایجاد محیطی برای ارتقاء سلامت بیشتر صورت می گیرد. این پیشرفت نیاز به این دارد که مجریان بخش سلامت با طیف وسیعی از بخشها و نهادها همکاری داشته باشند. **(همکاری بین بخشی)**

مدل (PHC) Primary health care

یک استراتژی مطلوب برای ارتقاء سلامت، در جوامع صنعتی و جوامع در حال توسعه است.

مواردی که در این رویکرد مورد توجه است عبارت است از: تغییر شیوه زندگی مردم، فعالیت های سیستماتیک پزشکی درمانی، ابعاد اجتماعی و اقتصادی، **عدالت** در توزیع خدمات پزشکی و ایجاد نگرش جامع سلامت مردم.

پنج اصل مهم PHC عبارتند از:

- توزیع **عادلانه** خدمات سلامت،
- مشارکت اجتماعی،
- فناوری مناسب،
- همکاری بین بخشی و
- پیشگیری و ارتقاء سلامت.

سوال ۱: در کدامیک از مدل های سلامت، نقش اصلی در تامین سلامت بر عهده پزشک است و بر تغییرات پاتولوژیک و بیولوژیک در فرد بیمار تمرکز دارد؟

Primary health care (ب)

Biomedical (الف)

Echological (د)

Biopsychosocial (ج)

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

سوال ۲: در مدل جدید سلامت جامعه به کدام مورد توجه جدی نمی شود؟ مدل PHC چند اصل دارد؟

(ب) مشارکت جامعه-۵

الف) پیشگیری اولیه -۴

(د) خدمات جامع سلامت-۵

(ج) عوامل اجتماعی حمایت کننده-۴

پاسخ: گزینه د صحیح است.

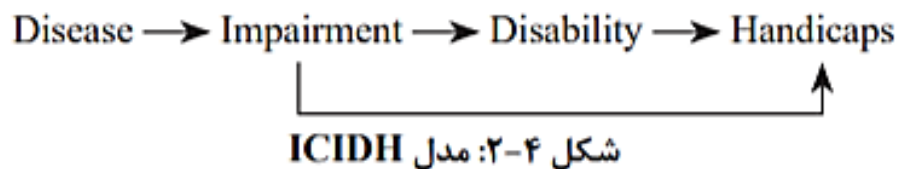
سوال: در مدل مفهومی ویلسون و کلیری، کدام گزینه از سطوح طبقه بندی پیامدها نیست؟

الف) فاکتورهای بیولوژی و فیزیولوژی (ب) نشانه ها و عملکردها

ج) درک سلامت عمومی و کیفیت زندگی (د) تاثیرات سیاسی اقتصادی

پاسخ: گزینه د صحیح است.

مدل طبقه بندی بین المللی نقص، ناتوانی و معلولیت ICIDH



مدل طبقه بندی بین المللی نقص، ناتوانی و معلولیت با ICIDH در سال ۱۹۸۰ ایجاد و توسط علامت اختصاری سازمان بهداشت جهانی به عنوان ابزاری برای طبقه بندی عواقب بیماری ها و مفهومشان برای زندگی افراد معرفی شد.

نقص (Impairment)

از دست دادن یا اختلال عملکرد ساختار روانی، فیزیولوژی یا آناتومیکی است. ارزیابی نقص نیاز به قضاوت عملکرد **فیزیکی** و **روانی** بدن و اجزای تشکیل دهنده آن مطابق با استانداردهای پذیرفته شده دارد.

ناتوانی (Disability)

هر نوع محدودیت یا فقدان توانایی **انجام یک فعالیت** است که برای انسان انجام آن فعالیت عادی تلقی می شود. ناتوانی به عملکرد یا فعالیت و محدودیت هایی اشاره دارد که فرد را تحت تأثیر قرار می دهد.

معلولیت (Handicaps)

اشکالی است که بر اثر نقص یا ناتوانی ایجاد شده و انجام وظیفه ای را که برای یک فرد (بسته به سن، جنس و فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی) عادی تلقی می شود، محدود یا از انجام آن جلوگیری می کند.

معلولیت به فرد به **عنوان موجودی اجتماعی** تمرکز دارد و نشان دهنده **تعامل و انطباق فرد با محیط اطراف وی** است. معلولیت شامل عواقبی است که باعث **نقطه ضعف فرد در مقایسه با همتایانش** می شود.

۲- رویکرد مبتنی بر فرد و رویکرد مبتنی بر جامعه:

در رویکردهای فردی، برای تک تک افراد بر اساس نیازهای فردی برنامه ریزی میشود. در حالی که در رویکرد جامعه نگر نفع کل جامعه در نظر گرفته شده و برنامه به نسبت یکسانی برای کل افراد یک جامعه طراحی می شود.

۳- رویکرد مبتنی بر بخش سلامت و رویکرد چندبخشی:

رویکرد صرفا مبتنی بر بخش سلامت معمولا می تواند سهم کوچکی در کنترل و پیشگیری از بیماری ها داشته باشد. در رویکرد چندبخشی تمامی ارکان جامعه در نظر گرفته شده و از امکانات، توانایی و همکاری هایشان برای بهبود وضع سلامت افراد جامعه کمک گرفته می شود.

۴- رویکرد پایین رودخانه ای (Downstream) در مقابل رویکرد بالا رودخانه ای (Upstream):

بسیاری از برنامه های ارتقاء سلامت رویکردی پایین رودخانه ای دارند؛ یعنی ما صبر می کنیم تا افرادی ناآشنا با شنا داخل رودخانه بیفتند و درخواست کمک کنند. آنگاه بسته به امکانات موجود هر تعداد از آنها را که بتوانیم نجات می دهیم؛ به عبارت دیگر صبر می کنیم تا افراد جامعه بیمار شوند و سپس برای درمان هرچه بهتر آنها تلاش می کنیم؛ اما رویکرد بالای رودخانه ای آن است که ببینیم چرا مردم داخل رودخانه می افتند یا چه کسی آنها را به داخل رودخانه می اندازد و سپس بدانیم که چرا مردم شنا کردن بلد نیستند. پس باید عوامل ریشه ای و اصلی در تضعیف سلامت مردم را کنترل کنیم، عوامل خطر ساز را از جامعه حذف و در مورد خودمراقبتی فرهنگ سازی کنیم.

۵- رویکرد مبتنی بر کل جامعه، گروه هدف، پرخطری:

رویکرد مبتنی بر کل جامعه: هر مداخله ای که قرار است انجام شود برای کل افراد جامعه و بدون در نظر گرفتن شرایط فعلی آنان تجویز می شود. در این حالت تمام افراد جامعه تقریبا به صورت یکسان تحت تأثیر مداخله انجام شده قرار گرفته و به صورت یکسان از آن سود می برند. بدین ترتیب اگر برای عامل خطر مشخص یک بیماری در جامعه مداخله ای انجام شود و توزیع آن عامل خطر در جامعه یک توزیع نرمال باشد، کل نمودار به همان شکلی که هست به سمت محور عمودی حرکت می کند (رجوع به شکل صفحه بعد).

انجام واکسیناسیون یا افزودن فلوراید به آب آشامیدنی مثالی از رویکرد مبتنی بر کل جامعه است.

۶- رویکرد مبتنی بر عملکرد مستقیم و مبتنی بر عملکرد غیرمستقیم:

در برخی موارد برای ارتقای سلامت عملکرد مستقیم (تذکر مستقیم یا آموزش مستقیم) کفایت می کند. در برخی موارد حتی ضروری است؛ اما در بسیاری از موارد برخورد غیرمستقیم تأثیرگذارتر است. یکی از بهترین مثال ها، داستان آموزش غیرمستقیم نحوه صحیح وضو گرفتن امام حسن و امام حسین ع به مرد مسنی است که با روش اشتباه وضو می گرفت.

۷- رویکردهای مبتنی بر متخصصان professional، شیوه زندگی life style، اجتماعی social and community:

رویکرد مبتنی بر متخصصان:

در گذشته بهبودی و ارتقاء سلامت فقط و فقط مختص دکتراها بود! اگر کسی ناخوش یا بیمار بود یا می خواست به نوعی سلامت خود را بهبود ببخشد، باید به پزشک مراجعه و هزینه ای پرداخت می کرد، معاینه می شد و نسخه دریافت می کرد.

رویکرد مبتنی بر شیوه زندگی:

این دیدگاه که مردم خود می توانند با تغییر شیوه زندگی، سلامت خود را ارتقاء بخشند یا از بروز بیماری پیشگیری کنند به نسبت تاریخ پزشکی غرب بسیار جدید است. بحث شیوه زندگی به صورت علمی و رسمی تنها از اوایل قرن ۲۰ میلادی مطرح شد.

رویکرد اجتماعی:

جدیدتر از رویکرد مبتنی بر شیوه زندگی، رویکرد مبتنی بر مسائل اجتماعی است که تنها در یکی دو دهه اخیر مطرح شده، ولی به سرعت طرفداران بیشماری پیدا کرده است. طرفداران رویکرد اجتماعی از اینکه در رویکرد شیوه زندگی مسئولیت بیمار شدن افراد بر گردن خود آنها گذاشته میشود "blaming victim" انتقاد می کنند.

در رویکرد مبتنی بر مسائل اجتماعی، مسئول حفظ سلامت مردم **سازمان های مربوطه** مانند وزارت بهداشت و زیرمجموعه های آن هستند، همانگونه که مسئولین شهر و پلیس مسئول حفظ امنیت شهروندان است. پس این مسئولین باید شرایطی را برای افراد جامعه مهیا کنند تا از بروز بیماری پیشگیری شود، اگر بیمار شدند دسترسی آسان به بهترین درمان داشته باشند و به عنوان جزئی از این دیدگاه، مردم باید بدانند و بتوانند با خود مراقبتی سلامت خود را ارتقا بخشند.

سوالات فصل ۲

۱- هر نوع محدودیت یا فقدان توانایی انجام یک فعالیت که برای انسان انجام آن عادی تلقی می شود تعریف کدام مورد است؟ (دستیاری ۹۸)

الف) نقص ب) معلولیت ج) ناتوانی د) بیماری

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

۲- کدام یک از رویکردهای ارتقای سلامت پس از انجام مداخله، کل نمودار به همان شکلی که هست به سمت محور عمودی حرکت می کند؟ (با فرض نرمال بودن عامل توزیع خطر) (دستیاری ۹۹)

الف) رویکرد مبتنی بر گروه هدف ب) رویکرد مبتنی بر پرخطری
ج) رویکرد مبتنی بر کل جامعه ج) رویکرد مبتنی بر فرد

پاسخ: گزینه ب صحیح است

۳- مقصر دانستن فرد قربانی "از ویژگیهای کدام دیدگاه ارتقای سلامت است؟ (دستیاری ۹۹)

الف) دیدگاه مبتنی بر شیوه زندگی ب) دیدگاه مبتنی بر سیستم سلامت
ج) دیدگاه مبتنی بر ژنتیک د) دیدگاه مبتنی بر اپی ژنتیک

پاسخ: گزینه الف صحیح است

۴. برای کاربرد فیشورسیلنت کدام رویکرد پیشگیری را باید مد نظر قرار داد؟ (دستیاری ۹۶)

الف) رویکرد متمرکز بر کل جمعیت

ب) رویکرد متمرکز بر گروه پرخطر

ج) رویکرد عامل خطر مشترک

د) رویکرد متمرکز بر گروه هدف

پاسخ: گزینه د صحیح است.

۵- کدام جمله صحیح نیست؟

الف) در رویکرد مبتنی بر درمان ممکن است درمان شناخته شده‌ای وجود نداشته باشد.

ب) در رویکرد مبتنی بر درمان ممکن است متخصصین سلامت به دنبال افراد در محل کار مراجعه کنند.

ج) در رویکرد مبتنی بر پیشگیری بسیاری از افراد تمایلی به پرداخت هزینه‌ها را ندارند.

د) در رویکرد مبتنی بر پیشگیری معمولاً راه‌های پیشگیری و عوامل خطر مرتبط با بیماری شناخته شده‌اند.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

اپیدمیولوژی دهان و دندان

سطح اهمیت: B

تعریف واژه اپیدمیولوژی یا همه گیری شناسی

اپیدمیولوژی از سه کلمه اپی- دمو-لوژی تشکیل شده است. "اپی" در زبان یونانی به معنی درون و بین، "دمو" به معنی مردم و "لوژی" به معنی مطالعه و شناخت است.

تعریف امروزی اپیدمیولوژی:

دانش توصیف وضعیت و علل تعیین کننده بیماری های شایع، همچنین وضعیت ها و عوارض مرتبط با سلامت و نه فقط بیماری ها در جوامع انسانی. لذا از این علم برای شناخت بیشتر، پیشگیری، کنترل و درمان بهتر بیماری ها و ارتقاء سلامت جوامع استفاده می شود.

تعریف اپیدمیولوژی بیماری های دهان:

اپیدمیولوژی بیماری های دهان را می توان مطالعه توزیع و تعیین کننده های شرایط، وقایع و بیماری های مرتبط با سلامت دهان در جوامع معین و کاربرد این اقدامات برای پیشگیری و کنترل بیماری های دهان و دندان و سروسورت تعریف کرد. اپیدمیولوژی بیماری های دهان، بخشی است که وضعیت سلامت و بیماری یک قسمت آناتومیک بدن را به صورت خاص بررسی می کند.

علم اپیدمیولوژی بر این مبنا شکل گرفته است که بیماری ها و شرایط و عوارض آن در انسان بدون دلیل رخ نمی دهند. این علم سه جنبه اصلی «فرد، محل، زمان» و روابط فی مابین آن ها را بررسی می کند.

اپیدمیولوژی را از کجا باید شروع و چه مراحل را باید طی کرد و به کجا ختم می شود؟

رسیدن به این مقاصد، باید از طریق طراحی و اجرای پژوهش انجام گیرد.

مهم ترین اقدام برای یک مطالعه داشتن هدف است. 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 روش های مختلف (مانند مشاهده)، موارد یا حالات یا اتفاقات را شناسایی و ارزیابی کرده، سپس فرضیه را تشریح و نهایتاً نسبت به آزمون فرضیه اقدام کرد.

اگر مطالعه از نوع مداخله ای باشد، می توان بر اساس دانش قبلی و یافته های فعلی، استنتاج یا نتیجه گیری را طراحی و نوعی مطالعه تجربی را برنامه ریزی منطقی کرد، سپس مداخله را انجام داده و نهایتاً آن را ارزیابی کرد. مطالعات تجربی این اقدامات (مداخلات) را با هدف یافتن ارتباطات بین یک یا چند رخداد که آن را پیامد مینامیم، پی میگیرند.

اپیدمیولوژی در دندان پزشکی در این ۲ حیطه ی کلان انجام می شود:

۱. اندازه گیری بیماری های دهان و دندان در بین گروه درون یک جمعیت برای درک عواملی که بر توزیع آن ها تأثیر می گذارند.

۲. ارزیابی تأثیر مواد و درمان های جدید در کارآزمایی بالینی و برآورد نیازها و ملزومات خدمات دندان پزشکی در جامعه.

شیوع و بروز

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

بروز: بروز یک بیماری عبارت است از حاصل تقسیم تعداد افراد جدیدی که به آن بیماری مبتلا شده اند، بر تعداد جمعیت در معرض خطر در یک بازه زمانی مشخص. **بروز بازه ی زمانی دارد.**

نکته: واژه بروز در کارآزمایی های مرتبط با پوسیدگی دندان به روش های مختلف به کار رفته است. در این حالت به جای در نظر گرفتن یک شخص به عنوان واحد جدید مبتلا شده به بیماری، یک دندان یا حتی یک سطح دندان، به عنوان واحد در نظر گرفته می شود. از این رو میزان بروز پوسیدگی های دندان، به عنوان مقدار افزایش میزان DMFT یا DMFS در دو مقطع زمانی شناخته می شود. البته این عبارت نزدیکی بیشتری با واژه افزایش دارد. روشن است اگر فاصله زمانی دو تحقیق چند سال باشد، میزان افزایش این شاخص باید بر تعداد سال ها تقسیم شود تا میزان بروز سالیانه آن به دست آید.