



بررسی نگرش و عملکرد دندان پزشکان شهرستان اصفهان نسبت به رعایت موازین بهداشتی به منظور جلوگیری از انتقال عفونت در محیط کار دندان پزشکی

خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی در محیط کار دندان پزشکی مستقیماً به درجه‌ی تماس با مایعات بدن هم‌چون خون، بزاق دهان و وسایل کار بستگی دارد. میکروارگانیسم‌های مختلفی چون ویروس ایدز، هپاتیت B و یا عوامل قارچی، قابلیت انتقال در دندان پزشکی دارند. فدراسیون بین‌المللی دندان پزشکی اظهار می‌دارد که تمام بیماران دندان پزشکی، اگر چه به ظاهر سالم باشند، عفونت‌زا محسوب می‌شوند. لذا رعایت اصول بهداشتی و پیش‌گیری در تمام مراحل الزامی است.

تعیین نگرش و عملکرد دندان پزشکان در زمینه‌ی رعایت موازین بهداشتی به منظور جلوگیری از انتقال عفونت در محیط کار دندان پزشکی هدف این مطالعه می‌باشد.

این مطالعه که به صورت توصیفی-مقطعی (cross-sectional) بود، با توجه به سؤال‌های استاندارد شده در زمینه‌ی مورد پژوهش انجام گردید. اطلاعات از طریق پرسش‌نامه و در خصوص نگرش و عملکرد دندان پزشکان، با مراجعه به مطب‌ها در سال ۱۳۸۵ جمع‌آوری گردید. نمونه‌ی مورد پژوهش ۱۴۰ نفر از بین تمامی دندان پزشکان شهرستان اصفهان بودند که به طور تصادفی انتخاب شدند.

میانگین نمرات مربوط به نگرش دندان پزشکان ۵/۳۶ به دست آمد. میانگین نمرات مربوط به عملکرد دندان پزشکان مورد پژوهش ۸/۰۳ بود. بین نگرش و سابقه‌ی خدمت ($r=0/17$ و $P=0/092$) رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد. بین عملکرد و سابقه‌ی خدمت ($r=-0/15$ و $P=0/12$) نیز رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. بین نگرش و عملکرد دندان پزشکان مورد پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری ($r=-0/16$ و $P=0/1$) دیده نشد.

دندان پزشکان مورد پژوهش از نظر رعایت اصول بهداشتی و ایمنی نسبت به راه‌های جلوگیری از انتقال عفونت از نگرش بالا و عملکرد خوب و قابل قبولی برخوردار بودند. نتایج حاصله با مطالعات مشابهی که در کشورهای پیشرفته انجام گرفته هماهنگی داشت. تداوم آموزش دندان پزشکان و آگاه کردن بیماران دندان پزشکی جهت جلوگیری از انتقال عفونت در محیط دندان پزشکی، مفید خواهد بود.

Attitude, Performance, Infection transmission

امیر تابشیان
فوق لیسانس آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی گروه بهداشت، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد

مهدی مدنی
فوق لیسانس مدیریت خدمات بهداشتی، عضو هیئت علمی گروه بهداشت، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد

نگارنده پاسخگو: امیر تابشیان
آدرس: اصفهان، میدان جمهوری اسلامی، کوی مولوی، پلاک ۷
تلفن: ۰۳۱۱-۶۲۲۰۰۱۱
نمابر: ۰۳۱۱-۲۲۹۱۱۱۸
پست الکترونیک:
amirtabeshian@yahoo.com

مواد و روش‌ها

نتایج

نتیجه‌گیری

واژه‌های کلیدی

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۸/۲

تاریخ تایید: ۱۳۸۸/۱۰/۱۴

مقدمه

دندان‌پزشکان تاریخچه‌ی پزشکی بیمار خود را از نظر ابتلای به بیماری‌های عفونی می‌گیرند (۷).

هر روزه حدود ۱۴ هزار مورد جدید عفونت ناشی از ویروس ایدز در سطح جهان اتفاق می‌افتد که ۹۵ درصد آن متعلق به کشورهای کم توسعه یافته است. در ایران تا ابتدای سال ۱۳۸۵ حدود ۱۳۰۴۰ نفر مورد مبتلا به HIV/AIDS شناسایی شده‌اند که از این تعداد ۱۲۳۰۴ مورد آن آلوده به ویروس ایدز بوده‌اند (۸).

تعداد افراد آلوده به ویروس ایدز، بسیار بیشتر از تعداد موارد مبتلایان به ایدز در دنیا می‌باشد. بررسی‌های وسیع انتشار جهانی ویروس هپاتیت B را نشان داده است. در سراسر جهان تا به حال بیش از ۲۰۰۰ میلیون نفر برخورد قبلی با این ویروس داشته‌اند که درصد ناقلین از ۰/۱ درصد در کشورهای غربی تا ۲۰ درصد در جنوب شرقی آسیا متغیر است. با توجه به تحقیقات انجام شده در ایران تقریباً ۳ درصد جمعیت ایران را ناقلین ویروس هپاتیت B تشکیل می‌دهند. قدرت آلوده کنندگی ویروس هپاتیت B صد مرتبه بیشتر از ویروس ایدز است (۹).

ثابت شده که امکان انتقال ویروس هپاتیت B از بیمار آلوده به دندان‌پزشک ۱۷ مرتبه بیشتر از مواردی است که یک دندان‌پزشک آلوده و ناقل بتواند عامل بیماری را به بیمار خود در مطب انتقال دهد (۱۰).

مطالعات مکمل نشان می‌دهند که احتمال هپاتیت B در دندان‌پزشکان عمومی ۳ برابر بیشتر از مردم عادی است (۱۱، ۲). هم‌چنین دندان‌پزشکی که روزانه به طور متوسط ۲۰ بیمار را ویزیت می‌کند، در طی هفته حداقل با یک ناقل فعال HBV مواجه می‌شود (۱۲). کارکنان دندان‌پزشکی ۱۰ برابر افراد معمولی جامعه در معرض ناقل شدن ویروس هپاتیت B قرار دارند (۳). کاندیدیاز (برفک دهان) شایع‌ترین عفونت دهانی است در عین حال بیش از ۵۰ درصد افراد سالم بالغ، ناقل کاندیدا هستند (۱۳). به علاوه بسیاری از بیماری‌های عفونی در مرحله‌ی پنهانی هم قابل انتقال می‌باشند (۱۴). فدراسیون بین‌المللی دندان‌پزشکی (FDI) به عنوان یک اصل

محیط کار دندان‌پزشکی به خاطر وجود اشکال مختلف میکروبی و به خاطر نوع کاری که یک دندان‌پزشک انجام می‌دهد، از محیط‌های بسیار آلوده محسوب می‌شود. این وضعیت بیشتر به خاطر ماهیت کاری، استفاده از وسایل دندان‌پزشکی و تماس دست دندان‌پزشک با محیط دهان بیمار ایجاد می‌شود. دهان بیمار دارای فلور میکروبی فراوانی است که امکان پخش آن در هوا نیز وجود دارد (۱).

فرورفتن سر سوزن‌ها و وسایل نوک تیز به زیر جلد کارکنان دندان‌پزشکی از یک طرف و وجود خراش‌ها و بریدگی‌های پوست کارکنان از طرف دیگر، سبب انتقال آلودگی به کارکنان می‌گردد. مخاط چشم، بینی و دهان کارکنان دندان‌پزشکی، ممکن است در معرض ترشحات خونی و بزاق دهان بیماران قرار گیرد، تماس با ذرات پاشیده شده در هوا، تماس دندان‌پزشک با سطوح آلوده اطراف و... همه از مکانیسم‌های انتقال هستند (۲، ۳).

فلسفه‌ی کنترل عفونت، مسئولیتی اخلاقی در محافظت از کارکنان دندان‌پزشکی و بیماران می‌باشد (۴). خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی در محیط کار دندان‌پزشکی مستقیماً به میزان تماس با خون و دیگر مایعات بدن مثل بزاق، مایعات لثه‌ای و هم‌چنین وسایل کار بستگی دارد. میکروارگانیسم‌های مختلف نظیر انواع باکتری‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌ها قابلیت انتقال در دندان‌پزشکی را دارند، لذا توانایی انتقال از بیماران به کارکنان، کارکنان به بیماران و بیماران به بیماران وجود دارد (۲، ۳).

تحقیقاتی که توسط Henderson و همکاران در سال ۱۹۸۷ انجام شد نشان داد که تاریخچه‌ی بیماران اغلب اطلاعات کافی را برای ارزیابی بیمار ندارد (۵). Boozer و همکارانش نشان دادند اگر شخصی بیماری نهفته ناشناخته‌ای داشته باشد بسیار تهدید کننده‌تر از فردی است که بیماری کلینیکی شناخته شده‌ای دارد، بنا بر این سیستمی موثر و معتبر برای پیش‌گیری از انتقال آلودگی نیاز است (۶). مطالعه‌ی انجام شده بر روی نمونه‌ای از دندان‌پزشکان آمستردام نشان داد که تنها ۳۵ درصد

روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی- مقطعی^۴ بوده و با توجه به سئوال‌های استاندارد شده در زمینه‌ی مورد پژوهش (۱)، اطلاعات مربوط به نگرش دندان‌پزشکان از طریق پرسش‌نامه (جدول ۱) و اطلاعات مربوط به عملکرد دندان‌پزشکان از طریق چک لیست (جدول ۲) و با مراجعه به مطب‌ها در سال ۱۳۸۵ جمع‌آوری شدند. جامعه‌ی مورد پژوهش، تمامی دندان‌پزشکان شهرستان اصفهان و نمونه‌ی مورد پژوهش به تعداد ۱۴۰ نفر از این جامعه به طور تصادفی انتخاب شده‌اند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS استفاده گردیده است.

اظهار می‌دارد: تمام بیماران دندان‌پزشکی (اگر چه به ظاهر سالم باشند) عفونت‌زا^۱ محسوب می‌شوند بنا بر این کلیه‌ی اصول بهداشتی و روش‌های حفاظت و ایمنی جهت جلوگیری از انتقال عفونت متقاطع^۲ باید در تمام مراحل رعایت شوند. این جلوگیری را اصطلاحاً پیش بینی‌های همه جانبه^۳ می‌نامند (۴) و از این طریق است که انتقال بیماری‌هایی (cross-infection) نظیر ایدز، هپاتیت B و C، کاندیدیاز (برفک دهان)، ویروس‌های تبخال، استرپتوکوک و... در محیط کار دندان‌پزشکی قابل کنترل می‌گردند (۳،۲).

^۱Infectious
^۲Cross-Infection
^۳Universal Precautions

^۴Cross-Sectional

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ سنجش نگرش نمونه مورد پژوهش نسبت به رعایت اصول بهداشتی و ایمنی به منظور جلوگیری از انتقال عفونت

سئوالات	موافق		بی نظر		مخالف	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱- آیا شرکت در کلاس‌های آموزشی را برای بیماران خود موثر می‌دانید؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
۲- آیا مایلید وسایل و نواحی خطر را بشناسید؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
۳- آیا تمایل دارید در جلسات آموزشی در فواصل منظم شرکت کنید؟	۱۰۰	۷۱/۴۳	۴۰	۲۸/۵۷	۰	۰
۴- آیا مایل به شرکت در جلسات بازآموزی هستید؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
۵- آیا تمایل دارید روش‌های منظمی را در جهت رعایت موازین بهداشتی به طور دائم اجرا کنید؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
۶- آیا با صرف ۳۰ دقیقه وقت در طول هفته، برای آموزش منشی، دستیار خود موافقت می‌کنید؟	۹۱	۶۵	۴۹	۳۵	۰	۰

جدول ۲: توزیع فراوانی چگونگی عملکرد نمونه‌ی مورد پژوهش نسبت به رعایت اصول بهداشتی و ایمنی به منظور جلوگیری از انتقال عفونت

چک لیست	بلی		خیر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱- دستکش استفاده می‌کند؟	۹۱	۶۵	۴۹	۳۵
۲- عینک محافظ استفاده می‌کند؟	۴۹	۳۵	۹۱	۶۵
۳- ماسک استفاده می‌کند؟	۱۳۳	۹۵	۷	۵
۴- دفع صحیح زباله را به کار می‌بندد؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰
۵- از روپوش مناسب استفاده می‌کند؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰
۶- از لوازم یک بار مصرف استفاده می‌کند؟	۱۲۳	۸۷/۸۶	۱۷	۱۲/۱۴
۷- وسایل دستی را استریل می‌کند؟	۱۰۹	۷۷/۸۶	۳۱	۲۲/۱۴
۸- سطوح را ضد عفونی می‌کند؟	۱۱۶	۸۲/۸۶	۲۴	۱۷/۱۴
۹- روش برخورد با بیمار مناسب است؟	۱۲۳	۸۷/۸۶	۱۷	۱۲/۱۴
۱۰- به بیمار آموزش می‌دهد؟	۹۸	۷۰	۴۲	۳۰
۱۱- بر علیه بیماری هپاتیت B واکسینه شده است؟	۱۴۰	۱۰۰	۰	۰

نتایج

جدول (۱) چگونگی توزیع فراوانی (خام و درصد) سئوال‌های مربوط به نگرش را نشان می‌دهد. نگرش دندان‌پزشکان با طرح سئوالاتی در خصوص شرکت در جلسه‌های بازآموزی، شناختن وسایل و نواحی خطر، رعایت روش‌های منظم بهداشتی، آموزش منشی و دستیار و آموزش بیماران ارزیابی گردید. میانگین نمرات مربوط به نگرش دندان‌پزشکان ۵/۳۶ به دست آمد. اکثریت افراد مورد پژوهش، موافق آموزش بیماران خود نیز بودند.

جدول (۲) چگونگی توزیع فراوانی (خام و درصد) چک لیست مربوط به عملکرد را نشان می‌دهد. عملکرد دندان‌پزشکان نیز با بررسی استفاده از ماسک، عینک محافظ و روپوش مناسب، استفاده از دستکش و وسایل یک‌بار مصرف، دفع صحیح زباله، چگونگی برخورد با بیماران و این که بر علیه بیماری هپاتیت B واکنش داده‌اند ارزیابی گردید.

دندان‌پزشکان جامعه مورد پژوهش از نظر استفاده از ماسک و روپوش مناسب، بالاترین عملکرد و از نظر استفاده از عینک محافظ پایین‌ترین عملکرد را داشتند.

میانگین نمرات مربوط به عملکرد دندان‌پزشکان مورد پژوهش ۸/۰۳ بود. بین نگرش و سابقه‌ی خدمت $P=0/092$ و $r=0/17$ رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد. بین عملکرد و سابقه‌ی خدمت $P=0/12$ و $r=-0/15$ نیز رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان مورد پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری ($P=0/1$ و $r=-0/16$) وجود ندارد.

بحث

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود در بین سئوال‌های نگرش کمترین درصد موافق مربوط به سئوال شش می‌باشد (آیا با صرف ۳۰ دقیقه وقت در طول هفته، برای آموزش منشی، دستیار خود موافقت می‌کنید؟). در این رابطه می‌توان گفت که احتمالاً برای اکثر دندان‌پزشکان مورد پژوهش، استفاده از زمان برای رسیدگی به بیماران و پذیرش تعداد

بیشتری بیمار در روز، اهمیت بیشتری نسبت به آموزش دادن دستیاران و منشی در رعایت موازین بهداشتی داشته است. در بین سئوال‌های چک لیست عملکرد، سئوال ۲ از پایین‌ترین عملکرد مثبت برخوردار بود (آیا مایلید و وسایل و نواحی خطر را بشناسید؟) چرا که ۳۵ درصد افراد مورد پژوهش از عینک محافظ در حین کار استفاده می‌کردند که با نتایج مطالعه‌ی مشابهی که در مینه‌ی سوتا انجام گرفت هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ی مینه سوتا نشان داده شد که تنها ۵۰ درصد از دندان‌پزشکان نسبت به استفاده از عینک محافظ یا (shield) عملکرد مثبتی دارند (۱۵).

به نظر پژوهشگر، منطقی‌ترین دلیل این بوده است که اکثر افراد دندان‌پزشک دارای عینک طبی بوده و الزام به استفاده از عینک محافظ را در حین کار نداشتند. دارا بودن عینک طبی از یک طرف و عادت نداشتن به استفاده از عینک محافظ از طرف دیگر و هم‌چنین مشکل بودن استفاده‌ی هم‌زمان از عینک طبی و محافظ می‌تواند دلایل قابل قبولی برای عدم استفاده از عینک محافظ در حین انجام کار دندان‌پزشکی باشد (۱۵).

در ادامه‌ی تحلیل این سئوال، لازم به ذکر است که وسعت رفتار، تحت تاثیر چهار متغیر غیر وابسته قرار می‌گیرد: ۱- استمرار آموزش ۲- ویژگی‌های شخص فراگیر ۳- تغییر در رفتار مورد نظر ۴- سیستم اجتماعی که شخص در آن کار می‌کند (۱۶).

مطالعه‌ی دیگری که بر روی عده‌ای از دندان‌پزشکان آمستردام در مورد کنترل عفونت انجام شد، نشان داد که این گروه به استفاده از پوشش‌های محافظتی، ماسک و دستکش توجه خوبی داشتند اما به استریل کردن وسایل کمتر اهمیت می‌دادند (۷).

نتایج این مطالعه در مورد استفاده از پوشش‌های حفاظتی (عینک یا shield) با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی نداشت ولی در موارد دیگر تقریباً هم‌خوانی داشت (۷). زیرا در پژوهش حاضر ۷۷/۸۶ درصد دندان‌پزشکان، استریل کردن و ۶۵ درصد آن‌ها استفاده از دستکش را به خوبی رعایت می‌کردند.

زمینه از آگاهی بالا ولی نگرش و عملکرد پایینی برخوردار باشد (۱۶).

درباره‌ی پاسخ سئوال‌های نگرش، باید به این مطلب استناد کرد که گرایش آزمودنی‌ها به پاسخ‌های جامعه پسند نباید الزاما تقلب عمومی محسوب شود. شواهدی ارائه شده است حاکی از آن که درجه‌ی نیرومندی گرایش به پاسخ‌های جامعه پسند با نیازهای اختصاصی نظیر درک و حساسیت محیط کاری و نیازهای عمومی هم‌چون حمایت از خود، پرهیز از روبرو شدن با انتقاد دیگران، هم‌نوایی اجتماعی و جلب تحسین اجتماعی پیوند داشته است. از سوی دیگر فردی که در خودسنجی، ماده‌های منفی را انتخاب کند، شاید سعی می‌کند توجه و همدردی دیگران و یا کمک آنان را در حل مشکلات خود جلب نماید (۱۶).

پژوهش حاضر نشان داد که سابقه‌ی کار افراد، تاثیری در نگرش و عملکرد آن‌ها ندارد. مطالعه‌ای که در تگزاس با هدف بررسی رابطه‌ی نگرش با سابقه‌ی کاری انجام گرفت نیز همین نتیجه را به دنبال داشت. در این مطالعه‌ی خارجی شاغلین دندان پزشکی و دانشجویان دندان پزشکی نسبت به بیماران ایدز و اقدامات لازم برای کنترل عفونت، گرایش تقریباً یکسانی داشتند و جالب آن که در مطالعه‌ی خارجی مذکور، آموزش هم‌تاثیری بر تغییر گرایش آن‌ها در طول زمان نداشت (۱۹).

در پژوهش حاضر با دقت در جواب‌های موافق در پاسخ به سئوال‌های نگرش (جدول ۱) و درصد عملکرد صحیح (جدول ۲) در انجام موارد مختلف و با لحاظ میانگین نمرات نگرش و عملکرد، می‌توان گفت که نگرش و عملکرد نمونه‌ی دندان پزشکان پژوهش حاضر نسبت به راه‌های جلوگیری از انتقال عفونت در دندان پزشکی در سطح بسیار خوبی قرار دارد. در پژوهش حاضر ۶۵ درصد از دندان پزشکان از دستکش استفاده می‌کنند. در یک تحقیق تلفنی در سال ۱۹۸۹ در مرلند در مورد نگرش و تصور بیماران نسبت به اعمال کنترل عفونت نشان داد که ۸۷ درصد دندان پزشکان دستکش به دست می‌کردند، ۶۹/۸ پوشیدن دستکش را ترجیح می‌دادند و ۹۲/۶ درصد نگرانی شدیدی نسبت به بیماران ایدزی داشتند.

مطالعه‌ی نمونه‌ای از دندان پزشکان کالیفرنیا نشان داد که تنها ۵۷/۹ درصد از آن‌ها دستکش خود را پس از هر بیمار عوض می‌کنند و فقط ۷۰/۴ درصد از ماسک حفاظتی استفاده می‌کنند (۱۷). در این مطالعه ۲۴ درصد دندان پزشکان از نظر اقدامات کنترل عفونت در سطح مطلوبی نبودند، در حالی که دندان پزشکان پژوهش حاضر تقریباً تمامی موارد کنترل عفونت را انجام می‌دهند (جدول ۲).

در مورد ارزیابی سایر موارد چک لیست، دندان پزشکان مورد پژوهش از میانگین قابل قبولی در عملکرد برخوردار بودند. همان‌طور که در جداول (۱) دو پژوهش حاضر می‌بینیم دندان پزشکان مورد پژوهش از درصد و میانگین قابل قبولی در نگرش و عملکرد برخوردار بودند.

مطالعه‌ی دیگری نشان داد که دندان پزشکان نسبت به راه‌های جلوگیری از انتقال بیماری ایدز در محیط کارشان از نگرش و عملکرد قابل قبولی برخوردارند که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. بررسی بلند مدت بر روی نمونه‌ای از دندان پزشکان آمریکای شمالی نیز نشان داد که نگرش و عملکرد آنان نسبت به رعایت موازین کنترل عفونت در طی پنج سال از ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۷ بهبود یافته است (۱۸)، که این تحقیق نیز با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. به نظر پژوهشگر، اغلب دندان پزشکان نسبت به انتقال عفونت و بیماری‌های عفونی نظیر ایدز، به مسئولیت خود واقف هستند و به علاوه به خاطر ترس از انتقال بیماری‌های خطرناک (مثل ایدز و هپاتیت B) به خود و سایر بیماران مراجعه کننده به مطب، اصول و موازین بهداشتی را رعایت می‌کنند. در پژوهش حاضر رابطه‌ای بین نگرش و عملکرد افراد دیده نشد.

در این جا می‌توان گفت که اصولاً در مطالعات^۱ KAP، آگاهی، نگرش و عملکرد به موازات هم و در یک راستا نیستند و می‌توان یکی را بدون دیگری داشت. به این معنی که در یک زمینه ممکن است نگرش قابل قبول باشد ولی عملکرد از سطح پایینی برخوردار باشد و یا این که جامعه‌ای در یک

^۱Knowledge- Attitude- Performance (KAP)

آموزشی را برای بیماران خود موثر دانسته و ۱۰۰ درصد آن‌ها نیز موافق شرکت در کلاس‌های بازآموزی هستند.

مطالعه‌ی دیگری که بر روی ۱۲۰۰ دندان‌پزشک تگزاسی درباره‌ی دانش و نگرش آنان در ارتباط با بیماری ایدز صورت گرفت نشان داد که بین جمعیت شهر محل اشتغال و شدت اعمال کنترل عفونت در محیط کار دندان‌پزشکی ارتباط وجود دارد. به علاوه دندان‌پزشکانی که سابقه‌ی کاری ۱۰ ساله و بالاتر داشتند، بیشتر کنترل عفونت را اعمال می‌کردند (۲۲). این مورد با نتیجه پژوهش حاضر هم‌خوانی نداشت، چرا که در پژوهش حاضر سابقه‌ی خدمت با عملکرد رابطه‌ی معنی‌داری ندارد ($P \leq 0/05$). در این مطالعه رابطه‌ی بین دانش دندان‌پزشکان و به کارگیری روش‌های کنترل عفونت دیده نشد، در پژوهش حاضر نیز رابطه‌ی معنی‌داری بین نگرش و عملکرد نمونه‌ی مورد پژوهش دیده نشد. این مطالعه نشان داد که تنوع روش آموزشی در برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی برای دندان‌پزشکان جهت افزایش آگاهی و تغییر نگرش آنان نسبت به کنترل بیماری‌های عفونی در محیط کارشان لازم است.

یک دوره‌ی آموزشی توانست سطح آگاهی، نگرش و عملکرد ۱۰۶ دندان‌پزشک آمریکایی را در ارتباط با روش‌های کنترل عفونت HIV به نحو معنی‌دار و قابل توجهی ارتقا دهد (۲۳).

بررسی انجام گرفته توسط دانشگاه پنسیلوانیای آمریکا بر روی نمونه ۳۰۰ نفری از دندان‌پزشکان این ایالت نشان داد که هر چند نمونه‌ی مذکور از نظر آگاهی، نگرش و عملکرد اقدامات انجام گرفته در زمینه‌ی کنترل عفونت، در سطح قابل قبولی بودند، نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان در پژوهش حاضر نیز نسبت به کنترل عفونت در سطح بسیار بالایی می‌باشد، اما تمامی دندان‌پزشکان بایستی در رابطه با جلوگیری از انتقال عفونت متقاطع تحت برنامه‌های بازآموزی مداوم قرار گیرند (۲۳). پژوهش حاضر نشان داد که دندان‌پزشکان از نظر نگرش و عملکرد کنترل عفونت در سطح بالایی قرار دارند که با نتایج پژوهشی که در آمریکا انجام گرفته هم‌خوانی دارد.

۲۹ درصد روزنامه و ۲۷/۳ درصد تلویزیون را منبع اطلاعاتی خود در این خصوص می‌دانستند ولی ۸۰/۹ درصد دندان‌پزشکان ترجیح می‌دهند که پمفلت‌هایی در این خصوص در مطب دندان‌پزشکان در اختیار مردم قرار گیرد. این تحقیق نشان داد که جامعه (مردم)، پذیرای استفاده از موازین بهداشتی و اصول حفاظتی توسط دندان‌پزشکان نسبت به کنترل عفونت هستند. در این مطالعه پذیرش جامعه در رابطه با آمادگی و تمایل مردم برای به کارگیری اقدامات بهداشتی توسط دندان‌پزشکان و آموزش آن‌ها توسط دندان‌پزشک خود را دارند (۲۰)، که با نتایج پژوهش حاضر در این مورد که ۱۰۰ درصد از دندان‌پزشکان شرکت در کلاس‌های آموزشی را برای بیماران خود موثر دانستند (جدول ۱) مکمل هم بوده و همدیگر را تایید می‌کنند.

بررسی انجام گرفته بر روی ۴۶۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های دندان‌پزشکی سه دانشگاه Tanta، Alexandria، و Elmansoura درباره‌ی دانش و گرایش بیماران دندان‌پزشکی نسبت به کنترل عفونت در محیط کار دندان‌پزشکی نشان داد که ۹۰ درصد از این بیماران اعتقاد داشتند دندان‌پزشک باید دستکش بپوشد. ۷۳ درصد انتظار داشتند از ماسک استفاده کند، ۳۷ درصد اظهار داشتند که دندان‌پزشک باید روپوش مخصوص به تن کند. اکثریت بیماران اظهار داشتند که استفاده از دستکش و ماسک نوعی محافظت برای بیماران در مقابل انتقال عفونت است. ۵۰ درصد از بیماران بر این باور بودند که در صورت مبتلا بودن به بیماری عفونی می‌توانند آن را به دیگران منتقل کنند. قریب به اتفاق این بیماران اظهار داشتند که هر چه آموزش‌ها بیشتر باشد، به کارگیری روش‌های حفاظتی توسط دندان‌پزشکان نیز بیشتر است (۲۱).

بدون در نظر گرفتن نوع پژوهش شوندگان، نتایج این مطالعه به موازات نتایج پژوهش حاضر بوده و در حالت کلی همدیگر را تایید می‌کنند، درصد جواب به سؤال‌های یک، سه و چهار پژوهش حاضر از جدول (۱) موید این مطلب می‌باشد که در پژوهش حاضر ۱۰۰ درصد از دندان‌پزشکان، کلاس‌های

نتیجه‌گیری

با نگاه به بعضی از مطالعات انجام شده در ایران و بالاخص بررسی تک تک جواب‌های داده شده در این پژوهش و در نظر گرفتن این که آموزش‌های اصولی و برنامه‌ریزی شده در طول زمان به صورت برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی، در تثبیت نگرش‌ها و عملکردهای مثبت و تغییر نگرش‌ها و عملکردهای منفی تاثیر به سزا و قابل ملاحظه‌ای هم در ارایه کنندگان و هم در مصرف کنندگان خدمات بهداشتی دارد، پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی به طور

مداوم و متناوب جهت دندان‌پزشکان در زمینه‌ی جلوگیری از انتقال عفونت ارایه گردد. به علاوه جهت اعتلای سطح آگاهی مردم پیشنهاد می‌گردد که از طریق وسایل ارتباط جمعی مخصوصا رادیو، تلویزیون و روزنامه‌های عمومی اطلاع‌رسانی کافی انجام شود.

تشکر و قدردانی

از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و تمامی دندان‌پزشکانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌نماییم.

کاربرد بالینی	یافته‌ی نوین
دندان‌پزشکان مورد پژوهش از نظر رعایت اصول بهداشتی و ایمنی نسبت به راه‌های جلوگیری از انتقال عفونت از نگرش بالا و عملکرد خوب و قابل قبولی برخوردار بودند	بین نگرش و سابقه‌ی خدمت دندان‌پزشکان مورد پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد. بین عملکرد و سابقه‌ی خدمت نیز رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. بین نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان مورد پژوهش رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد.

References

1. Parsaiy E, Jazayery F. Infection control at dentistry. First edition, Tehran; tavony company of Iranian dentists publication: 1993.p.43-490.
2. Feizy GH, protection of dentist against of infection Diseases; thesis of Doctora, Esfahan university of Medical science, 1992.p.111-17.
3. Hatamy H, Razavy M, Ardebily, Majlesy F, Seyed Nozady M. comprehensive book of public health, first Edition, Tehran; Arjomand publication: 2006. P. 669-81.
4. Jazayery F, FDI strategy; International federation of dentistry, journal of Dentists 2004; 8: 188-92.
5. Henderson C, Molinari J. Evaluation of the barrier system, an infection control system for the dental laboratory, the journal of Prosthetic Dentistry 1987; 52(4): 517-21.
6. Stevenson A RI, Higgins TJ. infection control in general dental practice, Australian dental journal 1989; 14(5): 106-13.
7. Hamman K GM, Barbara B. AIDS and Infection control Amsterdam dentists surveyed, Journal Public Health Dental 1989; 49(4): 201-5.

8. Hatamy H, Razavy M, Ardebily H, Majlesy F, seyed Nozady M, comprehensive book of public health; second Edition, Tehran; Arjmand publication, 2006. P. 1230-72.
9. Alaviyan SM, Hepatitis B of virus; Noor Danesh publication; first Edition, Tehran; Arjmand publication, 2002.p.111-21.
10. Aminzade M, study of Hepatitis B of virus in Iranian Dentists; journal of Iranian dentists 2002; 8: 233-40.
11. Molinari JA, Menon V. Contra versies in Infection control. Dental clinics of North American 1990; 34(1): 55-67.
12. Cottone JA. Recent Developments in hepatitis new virus, vaccine, and dosage recommendations, Journal of American dental Association 1990; 120: 501-7.
13. Mahinrad SH, mouth Candidiaz; journal of dentists 2004; 8: 134-7.
14. Nasery QU. Dictionary of epidemiology, First edition, Tehran; Tehran university publication, 1988.p.340-1.
15. Hasteriter Rj, Roech D, Heckert D. Infection control practices and beliefs of dental hygienists and dental assistants, journal dental hygiene 1990; 64(8): 376-81.
16. Shafiey PH, Azargashb A, Health education, First Edition, Tehran; Tehran university publication:, 1991.p. 230-4.
17. Berbert B, Kiner M. planning, implementation and evaluation of Aids education programs for dentists, journal of dental education 1991; 55 (2):445-58.
18. Sampson. E, Dhura. VB. Infection control in North American dental schools, Journal Dental education 1989; 53(9): 532-7.
19. Rankin. KV, Jones DI. Attitudes of dental practitioners and dental students towards Aids patient and infection control, American journal dental, Feb 1993, 6(1): 22-6.
20. Cohen LA, Grace. EG, word. MA. Patients, Perceptions related to the USA of Infection control procedures, Clin prevention Dental 1991; 13(3): 30-3.
21. Adel A, Mousa M, Moghice M. Knowledge and attitudes of dental patients towards cross-infection control measures in dental practice", Eastern Mediterranean Health Journal 1997; 3 (2),: 263-73.
22. Dove SB, Cottone JA. Knowledge and attitudes of Texas dentists concerning AIDS, Am Journal Dent 1990; 3(1): 5-8.
23. Synder GA, Pencylvania dental hygienists Knowledge, attitudes and infection control practices in relation to AIDS, Journal dental Hygiene 1993, 67(4): 188-96.