



ویژه نامه سلامت دهان و دندان

خبرنامه‌ی بیماری‌های غیرواگیر

- مصاحبه با اولین مدیر کل
- کودکان ایران، بدون پوسیدگی دندان
- کارناوال دیابت
- غربالگری در سرطان
- راهبردهای تغییر رفتار در بیماری‌های غیرواگیر

نشریه‌ی داخلی مدیریت بیماری‌های غیرواگیر

معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

با همکاری دانشگاه علوم پزشکی البرز



Oral Health



بهداشت دهان و دندان





خبرنامه‌ی بیماری‌های غیررواگیر



خبرنامه‌ی بیماری‌های غیررواگیر

صاحب امتیاز: واحد بیماری‌های غیررواگیر

رئیس شورای سیاست‌گذاری: دکتر کوروش اعتماد

شورای سیاست‌گذاری: دکتر فخرالسادات امامی، دکتر محمدحسین خوشنویسان، دکتر جلیل کوهپایه‌زاده اصفهانی، دکتر سید محمد علوی‌نیا، دکتر طاهره سموات، دکتر اشرف سموات، دکتر مهدی نجمی، دکتر رشید رمضانی دریاسری، دکتر محبوبه دینی

زیر نظر: دکتر فاطمه رخشانی

سرمدین: عباس پربانی

اعضای تحریریه: دکتر محسن شمس، دکتر صیاد کریمی، خسرو آژنگ، دکتر جبرئیل شعربافی، عین‌الله اسدپور، مهدی میرحیدری، سید مصطفی سجادی، فرخ شریفی مقدم، دکتر فروغ خلیلی نژاد، محمود شجاعی، علی اکبر زربانی، دکتر پدالله حیدری، دکتر حسن فتوحی، مریم عنایت فرد، دکتر جلیل کوهپایه زاده، لیلا حسینی، علی اکبر زارعیان، مریم‌السادات زرین همدانی، دکتر شراره نیک سیر، دکتر محمد علوی‌نیا، دکتر نسرين آژنگ، شهناز حق

مدیر اجرایی: بصیر آقارب پرست

مدیر هنری: شریف آقارب پرست

مشاور اجرا: یونس کلاهدوز

روابط عمومی: ثریا بجانی

مسئول هماهنگی: آریتا عاشوری

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی البرز

لیتوگرافی: چاپ و صحافی: چاپ کامیاب

دبیرخانه و امور اجرایی: کانون تبلیغاتی اندیشه باران

تلفن دبیرخانه: ۰۹۱۲ ۸۱۱۲۶۳۶ - ۸۸۸۸۳۳۳۰ (۰۲۱)

پست الکترونیکی دبیرخانه: Ncd.khabar@yahoo.com

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

ویژه‌نامه سلامت دهان و دندان

سخن سردبیر

از خبرنامه تا بهار!

کم کم بهار از راه می‌رسد، طبیعت رخت نو به بر می‌کند و روزی نو و سالی نو آغاز می‌گردد، آغازی که با تکرار همراه است، تکراری که به ما یادآوری نماید که در پس این تکرارها چه کردیم و چه تغییر و تحولی در خود ایجاد نمودیم. آیا ما نیز رخت نو به بر برنامه‌ها و فعالیت‌هایمان می‌پوشانیم؟ بیایید همه با هم خانه‌تکانی کنیم، زواید و غبار مکررات را از خانه ذهنمان بزداییم، خود را به دانش جدید مزین نماییم، نگرش‌هایی که مانع حرکت ماست، نگرش‌هایی که گاه ته دلمان نیز از آن‌ها راضی نیستیم را اصلاح کنیم، به نو شدن و راه‌های نوآوری بیندیشیم، عملکردهای گذشته خود را نقد کنیم، نقدهای گذشته از دیگران را بازنگری کنیم و همراه با بهار و نوروز، نو شویم.

یک سال در کنار شما بودیم، از همکاری، تشویق‌ها، مطالب ارسالی و انتقادات بهره بردیم. سعی کردیم با ارتقای کمی و کیفی خبرنامه رضایتتان را جلب کنیم، چرا که رضایت شما مهم‌ترین سرمایه ماست. ششمین شماره خبرنامه را با کمک همه شما عزیزان منتشر کردیم و در طی این شش شماره سعی کردیم همه برنامه‌ها را پوشش دهیم. به برخی از اهدافی که برای خود متصور بودیم دست یافتیم، بعضی نیز از ید قدرت و فرصت ما خارج بود و توفیق حاصل نشد اما ناامید نیستیم چون شما را داریم. استقبال شما از خبرنامه ما را همچنان در مسیر مصمم نگه می‌دارد. این شماره را به برنامه‌های سلامت دهان و دندان اختصاص دادیم تا یادمان باشد که دوستان عزیزمان در این واحد قسمتی از زحمات پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیررواگیر را بر دوش می‌کشند. هرچند در دانشگاه‌ها این همکاری مستقل از گروه بیماری‌هاست ولی ما آنان را شریک، همکار و دوست موثری در کنار خود می‌دانیم.

جای دارد ضمن تبریک به مناسبت فرارسیدن سال نو، از همکاری همه رابطین خبرنامه در ادارات ستادی و دانشگاه‌های علوم پزشکی، همکاری‌هایی که برای ما مطلب، مقاله، گزارش، خبر و عکس فرستادند تشکر نمایم و از همکاری بی‌دریغ سرور گرامی سرکار خانم دکتر امامی و همکارانشان دکتر براتی و دکتر البرزی‌نیا و همه دوستانمان در دانشگاه علوم پزشکی البرز که امکان ادامه این نشریه را فراهم آوردند، تقدیر نمایم.

کودکان ایران بدون پوسیدگی دندان

نگاهی گذرا به طرح پیشنهادی برای بسیج اطلاع رسانی آموزشی

■ دکتر محسن شمس، متخصص آموزش بهداشت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

پوسیدگی دندان شایع‌ترین بیماری در جوامع انسانی است که موجب از بین رفتن دندان می‌گردد. بسیاری از مشکلات گوارشی ناشی از بیماری‌های دهان و دندان می‌باشد. بی‌دندانی شیوع قابل توجهی داشته، باعث بروز بیماری‌های سیستمیک شده و حتی بسیاری از بیماری‌های سیستمیک بدن، تظاهرات دهانی دارند. سلامت دهان و دندان تحت تأثیر عوامل متعدد رفتاری و غیررفتاری است که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. هزینه‌های بالای درمان بیماری‌های دهان و دندان به ویژه در مراحل پیشرفته بیماری در مقایسه با سایر خدمات پیشگیری که سبب می‌شود افراد با مراجعه منظم خدمات مربوطه را دریافت و چنانچه نیازی به درمان پوسیدگی‌های دهانی وجود داشته باشد به صورت زود هنگام آن را دریافت نموده تا از کشیدن دندان‌ها جلوگیری شود.
۲. دسترسی ناکافی برخی از جوامع به خدمات سلامت دهان و دندان
۳. کمبود آگاهی و مهارت‌های لازم در مادران برای مراقبت از دندان‌های شیری کودکان خود
۴. شیوع بی‌توجهی به مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و دهان شویه در بسیاری از جوامع و مردم
۵. عدم آگاهی عمومی از فواید مشتقات فلوراید در کنترل بیماری‌های دندان و لثه کودکان و بزرگسالان
۶. توجه ناکافی به ضرورت استفاده از خدمات پیشگیرانه در حوزه سلامت دهان و دندان به ویژه گروه‌های هدف
۷. تمرکز نادرست با رویکرد درمان محور در مردم و دندان پزشکان به علت جذابیت‌های مالی و حرفه‌ای آن

در طی سالیان اخیر اقدامات متعددی برای ارتقای سلامت دهان و دندان در ایران انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. گسترش خدمات پیشگیری و ادغام آن در نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه
 ۲. تربیت بهداشت کاران دهان و دندان و کاردان‌های بهداشت دهان جهت استفاده از آنان در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مدارس برای ارایه خدمات آموزشی، غربالگری و ترمیم دندان‌های پوسیده شده
 ۳. توزیع دهان شویه سدیم فلوراید بین دانش‌آموزان و مهارت آموزی به آنان برای استفاده از این روش
 ۴. ارایه خدمات پیشگیری از پوسیدگی دندان با استفاده از وارنیش فلوراید در مدارس، مهد کودک‌ها و مراکز بهداشتی درمانی
 ۵. غربالگری پوسیدگی‌های دهانی و آموزش بهداشت دهان به گروه‌های کودکان زیر ۱۲ سال، زنان باردار و شیرده و سالمندان
 ۶. طراحی و اجرای برنامه‌های نوین برای ارتقای سلامت دهان و دندان مانند وارنیش فلوراید و فیشور سیلانت
 ۷. ترمیم دندان ۶ در کودکان ۶-۱۲ سال با پوشش بیمه‌های پایه
- علی‌رغم این فعالیت‌ها که بر اساس شواهد علمی طراحی شده و اثربخشی آن‌ها دارای تاییدیه‌های بین‌المللی و به‌خصوص سازمان جهانی بهداشت را داشته است، هنوز شاخص‌های این بخش با حد مطلوب فاصله دارد، به طوری که متوسط تعداد دندان‌های پوسیده در بین کودکان ایرانی از ۵ دندان به ۵/۷ رسیده است. بنابراین به نظر می‌رسد یکی از عوامل موثر در نتیجه بخش نبودن این اقدامات، عدم یا کمبود آگاهی عمومی از وجود این خدمات و ضرورت استفاده از آن‌ها بوده است.

در یک نگاه کلی، راهبردهای اساسی برای اصلاح رفتارهای مرتبط با پوسیدگی دندان را می‌توان در سه گروه زیر دسته‌بندی کرد:

۱. آموزش و اطلاع‌رسانی به گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت دهان و دندان به ویژه کودکان زیر ۱۲ سال، زنان باردار و شیرده و سالمندان و نیز سایر افراد و گروه‌های تأثیرگذار بر آن‌ها مانند والدین به ویژه مادران، مربیان مهدهای کودک، معلمان مدارس ابتدایی، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و ارایه کنندگان خدمات سلامت (مخصوصاً گروه و تیم پزشکی)
۲. فعالیت برای پررنگ کردن منافع رفتارهای پیشگیرانه از پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه یا کاهش موانع موجود بر سر راه استقبال از این خدمات توسط گروه‌های هدف به طوری که انجام این رفتارهای پیشگیرانه برای آنان مقرون به صرفه و منطقی باشد. این راهبرد از نظر علمی با نام بازاریابی اجتماعی (Social Marketing) شناخته شده است.
۳. تأثیر بر تصمیم‌گیرندگان جامعه برای وضع یا اجرای قوانین و سیاست‌های حمایتی و پشتیبان سلامت دهان و دندان که می‌تواند به فراهم سازی منابع مالی، تجهیزات و امکانات مورد نیاز، تامین نیروی انسانی و تدوین سیاست‌ها و قوانین مرتبط با سلامت دهان و دندان منجر شود و به طور غیرمستقیم زمینه را برای استقبال از رفتارهای پیشگیرانه از پوسیدگی دندان مناسب سازد. این راهبرد ارتباطی با نام علمی حمایت طلبی (Advocacy) معرفی شده است.

وقتی که مجموعه‌ای از فعالیت‌های اطلاع‌رسانی، ارتباطی و آموزشی به صورت هماهنگ و با استفاده از کانال‌های ارتباطی متنوع و با هدف انتقال پیام‌های مشخص به جمعیتی معین و در یک دوره زمانی خاص و محدود، طراحی و اجرا شود، به آن بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی (Campaign) گفته می‌شود. بسیج‌های اطلاع‌رسانی آموزشی از جمله مداخلاتی است که اثربخشی آن در بسیاری از مطالعات حوزه سلامت دهان و دندان نشان داده شده است. در مطالعات دیگری نیز اثربخشی بسیج‌های اطلاع‌رسانی آموزشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان نشان داده شده است. بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی عادت هوشمندانه مصرف زایلیتول (Smart Habit Xylitol Campaign) با هدف ترویج جویدن آدامس‌های محتوی زایلیتول پس از غذا، بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی روز دوست داشتن دندان‌ها (Love Teeth Day Campaign)، بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی پیشگیری از بوی بد دهان (Halitosis Prevention Campaign) و بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی دهان خود را ببینید (Watch Your Mouth Campaign) (۲۰)، از جمله نمونه این نوع مداخلات است که با انجام یک جستجوی ساده در بانک‌های اطلاعاتی الکترونیک می‌توان به مستندات آن‌ها دست یافت.

بررسی مستندات برنامه‌های حوزه سلامت دهان و دندان و مقالات علمی منتشر شده نشان می‌دهد که استفاده از این راهبرد برای اصلاح رفتارهای مرتبط با پوسیدگی دندان در کشور ما تجربه نشده است. هدف این طرح، ارایه الگوی کاربردی و عملی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی یک نمونه استاندارد برای بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی برای ارتقای شاخص‌های سلامت دهان و دندان است. چارچوبی که پیش رو دارید، چارچوب برنامه بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی برای ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از پوسیدگی دندان در کودکان زیر ۱۲ سال ایرانی که نام بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی "کودکان ایران بدون پوسیدگی دندان" (Caries-free Iranian Kids) را بر خود دارد، تدوین شده است و امید می‌رود با تلاش دست اندرکاران حوزه سلامت دهان و دندان در سطوح کشوری، استانی و شهرستانی در جهت اجرای درست آن، شاهد اثربخشی موفقیت آمیز این مداخله برای ارتقای سلامت دهان در کشورمان باشیم.

هدف کلی در این برنامه، افزایش و گسترش رفتارهای پیشگیرانه از پوسیدگی دندان با طراحی و اجرای برنامه بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی کودکان ایران بدون پوسیدگی دندان در کشور است و جامعه هدف در این مطالعه را کودکان زیر ۱۲ سال کشور تشکیل می‌دهد. ابتدا برای بررسی وضع موجود رفتارهای پیشگیرانه از پوسیدگی دندان و تعیین محورهای اصلی مداخله و پیام‌های برنامه، پژوهش تکوینی طراحی و

اجرا می‌شود. این پژوهش در دو بخش کمی و کیفی تعریف شده است و در بخش کمی

آن، سطح آگاهی، وضعیت نگرش‌ها و باورها درباره این رفتارها و خود ارزیابی

گروه‌های هدف از انجام این رفتارها سنجیده می‌شود و در قسمت کیفی آن،

با تشکیل جلسات گروهی با افراد منتخب از بین مردم و بحث پیرامون

رفتارهای پیشگیرانه از پوسیدگی دندان، و نیز انجام مصاحبه‌های

ساختارمند با افراد کلیدی مرتبط با موضوع، ابعاد دیگر مداخله

مشخص می‌شود. حاصل این بررسی، ایده اولیه مداخله و نیز مواد و

پیام‌های مربوط به مداخله خواهد بود. پس از تولید پیام‌ها، انجام

پیش‌آزمون و نهایی کردن آن‌ها، در بازه زمانی مشخص مداخله

اجرا می‌شود و دو ماه بعد نتایج حاصل از آن اندازه‌گیری می‌شود.

پس از تعیین روش‌های موفق و یافتن مستندات برای اثربخش

بودن مداخلات رفتاری بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی، می‌توان

نسبت به رفع اشکالات احتمالی مراحل طراحی اقدام و برنامه

اصلاح شده نهایی را جهت اجرای بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی در

حوزه سلامت دهان و دندان در سطح ملی را ارایه نمود.

مراحلی که در عملیاتی کردن برنامه بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی

کودکان ایران بدون پوسیدگی دندان طی می‌شود عبارتند از:

مرحله اول: تحلیل وضع موجود برای طراحی الگوی عملیاتی بسیج "کودکان ایران بدون پوسیدگی دندان"

مرحله دوم: تدوین اهداف برنامه

مرحله سوم: تحلیل مخاطب در برنامه

مرحله چهارم: تهیه و انتخاب محتوای پیام برای برنامه

مرحله پنجم: شناسایی و انتخاب راهکارهای ارتباطی و کانال‌های اطلاع

رسانی در برنامه

مرحله ششم: اجرای برنامه

مرحله هفتم: ارزشیابی برنامه





مصاحبه با اولین مدیرکل

مصاحبه کننده: عباس پیرانی

به نام خدا. شما از پیشگامان و پیشکسوتان سلامت دهان و دندان کشور هستید. لطفا مختصری از تاریخچه تشکیلاتی این واحد توضیحاتی بدهید:

تا سال های ۱۳۶۰ یک دندان پزشکی در حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت سابق مسول سلامت دهان بود و فعالیت بسیار محدودی در حد مشاور داشت. از سال ۱۳۶۱ اینجانب در مجتمع آموزشی وزارت بهداشت سابق که وظیفه فعالیت های آموزشی وزارت بهداشت را به عهده داشت، به عنوان کارشناس و کادر آموزشی مشغول بودم و عمدتاً در رابطه با ابعاد مختلف طرح بهداشت کاران دهان و دندان فعالیت می کردم. پس از گذشت یک سال به عنوان قائم مقام وزیر مدیریت دو طرح عمرانی ملی را عهده دار شده و حدود یک سال قبل از اشتغال اولین دوره این کاردان ها در مراکز بهداشتی درمانی کشور به منظور ساماندهی و تهیه تجهیزات دندان پزشکی مورد نیاز مراکز به حوزه معاونت بهداشتی منتقل شده و متوجه شدم که ساختار تشکیلاتی به هیچ وجه پاسخ گوی حجم فعالیت های لازم در این حیطه نبوده، لذا با مطرح کردن دلایل توجیهی اینجانب، تشکیل دفتر بهداشت دهان و دندان و امور دندان پزشکی تصویب و به چارت معاونت بهداشت اضافه شد. محل این دفتر اولین بار در خیابان ایرانشهر در ساختمان مرکز کنترل بیماری ها بود که با ۵ نفر پرسنل و بودجه اولیه ۲۰۰۰۰ تومان برای یک سال شروع به کار نمود. پس از طی مراحل اداری ابلاغ اولین مدیر کل این اداره به نام اینجانب صادر شد.

موضوع بهداشت کاران دهان و دندان از کجا و توسط چه کسانی مطرح شد؟

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی فقط ۵ دانشکده دندان پزشکی در کشور وجود داشت که تعداد فارغ التحصیلان این دانشکده ها سالانه حدود یک صد نفر بود که متناسب با نیاز کشور نبود. از سوی دیگر اغلب دندان پزشکان در شهرهای بزرگ و مراکز استان ها مستقر بودند به نحوی که ۵۲٪ کشور عمدتاً شهرهای کوچک و مناطق کم برخوردار از هر گونه خدمات دندان پزشکی محروم بودند. لذا این طرح به منظور تامین نیروی لازم توسط دولت به مجلس ارایه شد. مجلس شورای اسلامی هم قانون بهداشت کاران دهان و دندان را در سال ۱۳۶۰ تصویب نمود که به موجب آن انتخاب داوطلبان بومی واجد شرایط مناطق محروم از طریق کنکور سراسری انجام می گرفت.

همچنین با توجه به کمبود ظرفیت دانشکده های دندان پزشکی در آن زمان به موجب همین قانون مقرر شد تا برای آموزش این کاردان ها ۷ مرکز آموزشی ساخته شود. در اجرای این قانون و با مدیریت اجرایی اینجانب و البته با الطاف الهی این مراکز در دوران جنگ تحمیلی به طور کامل ساخته شد و مورد بهره برداری قرار گرفت که بر خود لازم می دانم از تمام افرادی که در این خصوص همکاری داشتند مخصوصاً تیم مهندسان مشاور و اجرایی تشکر و سپاس گذاری نمایم. با تصویب این قانون طی ۷ دوره حدود ۲۰۰۰ نفر بهداشت کاران دهان و دندان برای ارایه خدمت در مناطق محروم تربیت شدند که همگی در محل خدمتی خود مشغول و با کیفیت مطلوب انجام وظیفه نمودند.

دستاوردها و چالش های این طرح چه بود و چرا متوقف شد؟

حدود ۲۰۰۰ از مجموع ۵۰۰۰ مرکز بهداشتی درمانی کشور به تدریج توسط بهداشت کاران دهان و دندان تکمیل و ارایه خدمات دندان پزشکی از سال ۱۳۶۴ آغاز گردید. این خدمات شامل معاینه دهان، آموزش بهداشت، جرم گیری و ترمیم دندان ها، کشیدن دندان های غیر قابل نگهداری و ساختن دندان مصنوعی کامل برای افرادی که کلیه دندان های خود را از دست داده اند و ارجاء موارد خارج از شرح وظیفه بود. از آن جا که دسترسی به این خدمات در گذشته میسر نبود، نیازهای درمانی مردم طی سال های متمادی ارایه خدمات پیشگیری را تحت الشعاع قرار داد. پس دستاورد این طرح ایجاد دسترسی وسیع و گسترده برای مناطق محروم بود که موجبات بهبود شاخص DMFT از ۴/۲ به ۱/۸ در گروه سنی کودکان ۱۲ ساله را حاصل نمود.

از آن جا که این طرح بسیار نو و در نوع خود منحصر به فرد بود، وجود برخی چالش ها غیر منتظره نبوده و اغلب در طول سال های گذشته برطرف گردید ولی برخی دیگر هنوز مرتفع نشده است. از آن جمله کمبود حقوق در دوره کاردانی و سپس در زمانی که دندان پزشک شده بودند. عدم پیش بینی های لازم برای ترمیم حقوق و اجازه اشتغال به کار در ساعات بعد از ظهر در زمان کاردانی، در نظر نگرفتن سختی کار برای این افراد و مواردی از این قبیل را می توان نام برد. همین امر موجب تغییر محل خدمت از روستا به شهر گردید که تهدید هنوز هم مرتفع نشده و طی ۳ سال گذشته هیچ دندان پزشکی در مراکز دولتی جذب نشده است.

بر اساس طرح اولیه قرار بود که سه مرکز از مراکز آموزشی بهداشت کاران برای ارایه دوره تکمیلی آماده شود که متأسفانه با تبدیل این مراکز آموزشی به دانشکده های دندان پزشکی چنین کاری اتفاق نیفتاد و به ناچار این افراد که از نظر سنی فاصله قابل توجهی با سایر دانشجویان دارند، مخلوط شدند که این امر رضایت بخش نبود و اما از آن جا که این افراد طبق قانون مجاز به ادامه تحصیل بوده و می توانستند پس از فراغت از تحصیل در رشته دندان پزشکی در محل مورد نظر اشتغال ورزند، معاونت بهداشتی وقت این روش را متناسب با نیاز سیستم شبکه ندانسته و در سال ۱۳۷۰ خواستار توقف آن گردید. البته در حال حاضر خروج اغلب این افراد از مناطق محروم پس از تکمیل دوره دندان پزشکی و عدم جایگزینی آن ها، ارایه خدمات دندان پزشکی در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور را دچار مشکل نموده است.

شنیده‌ایم که دوباره طرح احیای آن مطرح است، اکنون در چه مرحله ایست و موانع کار چیست ؟

چنانچه قبلاً اشاره شد مراکز آموزشی بهداشت کاران دهان و دندان در مشهد، کرمان، رفسنجان، همدان، تبریز، زاهدان و بابل به تدریج تبدیل به دانشکده‌های دندان پزشکی شدند و پس از آن هم دانشکده‌های بیشتری در کشور ساخته شد که امروزه تعداد آن‌ها به حدود ۵۰ دانشکده رسیده است. تعداد فارغ التحصیلان رشته دندان پزشکی بالغ بر سالانه ۱۰۰۰ نفر در داخل کشور و حدود ۵۰۰ نفر از خارج کشور می‌باشد. ولی طی دو سال گذشته حدود ۱۰۰۰ مرکز بهداشتی درمانی کشور که دارای یونیت و سایر تجهیزات دندان پزشکی است، فاقد نیروی انسانی لازم می‌باشد. این به آن معنی است که حدود ۴۵۰۰ دندان پزشکی که طی ۳ سال گذشته فارغ التحصیل شده‌اند اغلب تمایلی به همکاری در مراکز بهداشتی درمانی ندارند. البته برخی از علل آن قابل پیش‌بینی است. مثلاً حدود ۶۰٪ فارغ التحصیلان را خانم‌ها تشکیل می‌دهند و تعدادی از آقایان هم برای انجام خدمت سربازی می‌روند. در مجموع تعداد افرادی که برای گذراندن طرح مراجعه و مشغول کار می‌شوند سالانه حدود یک صد نفر بیشتر نیست. به همین دلیل موضوع احیای طرح تربیت بهداشت کاران دهان و دندان مطرح شده است. اجرای این برنامه طبق روال گذشته بایستی توسط حوزه معاونت آموزشی با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام گیرد. البته اگر تامین نیروهای لازم از بین دندان پزشکان کماکان میسر نباشد و آن معاونت نسبت به تربیت بهداشت کاران هم تمایل نداشته باشد، حوزه معاونت بهداشتی با امکانات آموزشی موجود خود در مقطع کاردانی می‌تواند نسبت به اجرای این برنامه در صورت تامین اعتبارات لازم راساً اقدام نماید.

مختصری هم در مورد کاردان‌های سلامت دهان توضیح داده و این دو طرح را باهم مقایسه نمایید:

تربیت کاردان‌های بهداشت دهان در ایران از سال ۱۳۴۴ در دانشگاه تهران و در سال ۱۳۴۷ در دانشگاه شهید بهشتی و در سال ۱۳۷۹ در دانشگاه آزاد آغاز شد. براساس الگوهای بین‌المللی هدف از تربیت این کاردان‌ها ارائه خدمات سطح یک برای پیشگیری از بروز بیماری‌های شایع دهان بوده است. وظیفه این افراد محدود به معاینه دهان، ثبت اطلاعات، آموزش بهداشت، جرم‌گیری دندان‌ها، کنترل عفونت و ارجاع افراد برای درمان‌های دندان پزشکی بوده است. وجود این افراد که دوره کاردانی را با حدود ۷۵ واحد درسی به پایان می‌رسانند، مورد نیاز مبرم مراکز آموزشی یعنی دانشکده‌های دندان پزشکی بوده و همچنین مورد نیاز کلینیک‌ها و مطب‌های دندان پزشکی می‌باشند. این نیاز با وجود ۵۰ دانشکده دندان پزشکی و ۳۰۰۰۰ دندان پزشک نیازی بالغ بر وجود حداقل ۳۵۰۰۰ نفر (بدون احتساب سایر بخش‌های دولتی) می‌باشد. حال این‌که تعداد این افراد در حال حاضر کمتر از ۲۰۰ نفر می‌باشد.

اما نکته قابل توجه اینست که طی سه سال گذشته حدود ۲۰۰ نفر از فارغ التحصیلان این رشته که به طور بومی انتخاب شده بودند و ساکن مناطق محروم استان‌هایی مثل کردستان، کرمانشاه، لرستان، ایلام، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویراحمد، خراسان شمالی، زاهدان، یزد، کرمان، بندرعباس و غیره بودند با برنامه قبلی نسبت به گذراندن طرح نیروی انسانی خود در آن استان‌ها اقدام و سپس در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور مشغول به کار شده‌اند. این افراد با استفاده از یونیت سیار حتی خدمات خود را در مدارس مناطق محروم که هیچ‌گاه سابقه قبلی نداشته مراجعه و خدمات پیشگیری ارائه نموده‌اند. آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان، والدین، معلمان مدرسه، ارائه خدمت وارنیش فلوراید به دانش آموزان و ارجاع موارد نیازمند به ترمیم دندان‌ها تحول قابل توجهی را در بین مردم و مسئولین این استان‌ها به وجود آورده است. شعار این کاردان‌ها "سالم نگه داشتن دندان‌های سالم" است و در این خصوص تلاش بی‌وقفه‌ای را آغاز نموده‌اند.

با عنایت به مراتب فوق تفاوت عمده این دوره کاردانی در کوریکولوم آموزشی آن‌هاست. کاردان بهداشت دهان ۷۵ واحد درسی و بهداشت کار دهان و دندان ۱۱۳ واحد درسی را می‌گذرانند. محتوای درسی این دو گروه با هم تفاوت عمده داشته و توانمندی‌های آن‌ها با هم تفاوت کلی دارد. زیرا کاردان‌های بهداشت دهان کار بسیار مهم پیشگیری را انجام می‌دهند ولی بهداشت کاران دهان و دندان قادر به ارائه تعداد محدودی از درمان‌های دندان پزشکی می‌باشند. نکته مهم آن است که این دو گروه به نوعی دو کار کاملاً متفاوت را انجام می‌دهند و هر یک در جای خود مهم و مورد نیاز بخش دولتی و خصوصی دندان پزشکی کشور می‌باشند. وجود هر دوی این کاردان‌ها و استفاده از هر کدام در جای خود بسیار سودمند و موثر است. کما این‌که برخی از کشورها ۳ یا ۴ گروه میانی مکمل برای ارائه خدمات دندان پزشکی را در کشورشان تعریف کرده و از آنها به نحو مطلوب استفاده می‌کنند. تصمیم‌گیری در این‌که الگوی مناسب کشور ما چه ترکیبی باشد نیاز به کار کارشناسی دارد. شاید مدل‌های استفاده شده در پزشکی که علاوه بر پزشک، پرستار و سایر رده‌های میانی با تشکیل تیم پزشکی فعالیت می‌کنند را مورد استناد قرار داده و به نحوی عمل کنیم که هر فرد با تقسیم کار در تیم دندان پزشکی و تمرکز خاص در بخش پیشگیری یا درمان امکان حد اکثر بهره دهی را داشته باشد.

طرح‌ها و برنامه‌های این اداره که اکنون در مرحله اجراست کدامند ؟

طرح ملی وارنیش فلوراید برای کودکان ۶-۱۲ ساله دبستانی که با همکاری وزارت آموزش و پرورش انجام می‌شود. طرح وارنیش فلوراید برای کودکان مهد کودکی که با همکاری سازمان بهزیستی اجرا می‌شود. طرح ترمیم دندان ۶ که با همکاری کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و تعدادی از دندان پزشکان بخش خصوصی با پوشش بیمه‌های پایه اجرا می‌شود. طرح مراقبت از مادران باردار و نیز طرح جدید سلامت دهان و دندان سالمندان. طرح درمان پالپ زنده برای جلوگیری از دندان‌هایی که دچار عفونت پالپی شده و قبلاً کشیده می‌شدند با استفاده از این روش و با حداقل هزینه می‌توان دندان‌های واجد شرایط را نگه داشت و از کشیدن آن‌ها جلوگیری نمود. طرح ارتقای استاندارد ارائه خدمات دندان پزشکی از طریق تامین تجهیزات و مواد دندان پزشکی مورد نیاز دانشگاه‌های علوم پزشکی که عمدتاً با همکاری دانشگاه‌ها اجرا می‌شود. طرح پیمایش کشوری برای تعیین وضعیت سلامت دهان و دندان جامعه برای اولین بار در کلیه گروه‌های سنی و کلیه استان‌های کشور در حال اجرا می‌باشد. وجود این‌گونه اطلاعات برای ارزیابی فعالیت‌های انجام شده و طراحی برنامه‌های جدید ضروری می‌باشد. تا این تاریخ کار در اکثر استان‌ها به پایان رسیده و انشاءالله بقیه هم تا پایان سال انجام خواهد شد. امید است تا چند ماه آینده نیز کار ورود اطلاعات به کامپیوتر و آنالیز داده‌ها نیز انجام گیرد. طرح‌های دیگری هم در دست تهیه بوده و تعدادی از دانشگاه‌ها نیز متناسب با نیازهای



خود طرح‌های مستقلی را به موقع اجرا گذاشته شده‌اند که به‌طور مثال طرح مدرسه عاری از پوسیدگی در گیلان، پارک سلامت در شیراز برای ارائه خدمات پیشگیری به کودکانی که از مدرسه به‌طور جمعی مراجعه می‌کنند را می‌توان به عنوان نمونه نام برد.

آیا بررسی و ارزشیابی در مورد طرح‌های اجراشده وجود دارد و اگر پاسخ آری است نتایج آن را به اختصار توضیح دهید:

ارزشیابی مجموعه طرح‌ها و فعالیت‌های اداره سلامت دهان و دندان در جهت ارتقای سلامت دهان است که در حال حاضر پیمایش کشوری در جریان بوده و انشاءالله در آینده نزدیک نتیجه به اطلاع عموم خواهد رسید.

شنیده‌ایم قرار است کمپینی با موضوع سلامت دهان و دندان در حال طراحی است، جزئیات و زمان اجرای آن را توضیح بفرمایید:

بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده و تجربیات موجود، نشان داده شده است که میزان اطلاعات هر فرد در مراقبت صحیح از خود نقش موثری در ارتقای سلامت جامعه ایفا می‌نماید. لذا اطلاع‌رسانی دقیق به کلیه اقشار جامعه به نحوی که متناسب با گروه سنی و شرایط اختصاصی افرادی که سالم و یا دچار بیماری‌های خاص و سیستمیک می‌باشند با روش‌ها و طرقی که بیشترین اثربخشی را داشته باشد از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. این طرح نیاز به بررسی اولیه و تعیین نیازهای اختصاصی هر گروه و تشخیص دقیق نحوه و میزان اطلاعاتی که متناسب با هر گروه می‌باشد بایستی طراحی و میزان اثربخشی مورد انتظار نیز محاسبه و تعیین گردد. این طرح در حال حاضر توسط متخصصین امر در حال تدوین بوده و انشاءالله در سال آتی به مورد اجرا گذاشته خواهد شد. (جزئیات طرح در قسمت سرمقاله این شماره آمده است)

در پایان اگر نکته‌ای دارید بفرمایید:

جهت استحضار خوانندگان گرامی بایستی به این نکته قابل توجه اشاره نمود که توانمندی علمی و اجرایی تیم این اداره در بالاترین سطح ممکن بوده، به نحوی که برنامه‌ها و فعالیت‌های ما الگوی سیاست‌گذاری دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی EMRO برای اجرا در کل منطقه مدیترانه شرقی قرار گرفته و طی دوازده سال گذشته در اصفهان و در سال جاری در شیراز با حضور نمایندگانی از ۲۲ کشور عضو منطقه مدیترانه شرقی برگزار شد به تصویب رسید که پس از طی مراحل قانونی از طریق دفتر ژنو سازمان جهانی بهداشت رسماً ابلاغ خواهد شد. بنابراین برنامه‌های لازم برای رسیدن به جامعه ایرانی بدون پوسیدگی انجام گرفته و در حال اجراست اما برای تحقق آن نیاز مبرم به نیروی انسانی (کاردان بهداشت دهان) و اعتباراتی است که بتواند خدمات پیشگیری را مثل واکسیناسیون به تمام کودکان گروه هدف (زیر ۱۲ سال) برساند. حمایت واحد بیماری‌های غیرواگیر، دفتر توسعه شبکه و معاونت محترم بهداشتی در درجه اول و حمایت سایر معاونت‌های وزارت بهداشت و نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی می‌تواند در سرعت عمل در گسترش کمی و کیفی برنامه‌ها و تحقق آرزوی "ایران بدون پوسیدگی در سال ۱۴۰۴" نقش موثری داشته باشند. با تشکر از فرصتی که به اداره سلامت دهان و دندان داده شد، در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با تلفن ۶۶۷۰۰۲۷۱ و یا ایمیل khoshmsh@gmail.com تماس بگیرید.

طرح سلامت دهان و دندان

کودکان زیر ۶ سال

تحت پوشش خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت

■ دکتر میاد کریمی - کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی گیلان



شاخص دهان و دندان گروه سنی ۳ و ۶ سال کودکان ایرانی در کشور نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین مشکلات دهان و دندان، ناقص بودن نظام مراقبت سلامت کشور از بدو تولد می‌باشد. این موضوع با توجه به شناخت کم خانواده از دندان‌های شیری و اهمیت آن و کم توجهی به این دوره دندانی که نقش مهمی در رشد فک‌ها در ابعاد عرضی و طولی و همچنین زمینه‌ای مناسب برای جای‌گزینی مرتب دندان‌های دائمی دارند و از طرفی تأثیر سیستم جوته در این دوره بر رشد جسمی و ذهنی کودک باعث می‌گردد که اولاً با وضعیت نامناسب شاخص dmf در سنین زیر ۶ سال (در سن ۳ سالگی ۱/۸ و در سن ۶ سالگی ۴/۸) که متأسفانه جزء D (Decay) حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد را اشغال می‌نماید، با از دست دادن سریع دندان‌های شیری مواجه هستیم، که این موضوع هم بر تغذیه، تکلم و رشد کودک تأثیرگذار بوده و هم موجبات ایجاد ناهنجاری‌های فکی، صورتی و مسائل مربوط به زیبایی چهره و در نهایت مشکلات روانی در کودکان می‌گردد و متأسفانه این روند به سنین بالای ۶ سال نیز منتقل گردیده و در کنار بروز رفتارهای ناهنجار نظیر مکیدن انگشت و پستانک و تداوم آن تا سنین ۶ سالگی و همچنین سندروم شیشه شیر نیز مزید علت بوده که امروزه ما شاهد آن هستیم که شاخص دهان و دندان در این گروه وضعیت بدتری نسبت به سایر گروه‌های سنی دارد. یکی از دلایل مهم هزینه‌هایی که امروزه خانواده‌ها و جامعه جهت درمان‌های ارتودنسی متحمل می‌شوند، ضعف فرهنگ مراقبت دندان‌های شیری و کم توجهی به رعایت بهداشت دهان و دندان در این سنین است. متأسفانه امروزه در جامعه ایرانی مردم دوره مراقبتی مناسب هم برای خود و به‌ویژه کودکان‌شان جهت بررسی‌های دهان و دندان و دریافت خدمات پیشگیری ندارند. در این طرح بر اساس آنچه که در برنامه ادغام از سال ۱۳۷۴ پیش‌بینی گردیده است با کمک واحد بهداشت خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه با منسجم کردن برنامه ترتیبی اتخاذ شود تا مراقبت به طور منظم و مستمر در چارچوب فرم مراقبت کودک صورت پذیرفته و با آموزش مادران بتوانیم از شروع رویش دندان‌های شیری تا زمان جای‌گزینی دندان‌های دائمی باعث حضور دندان‌های شیری تا سنی که به طور فیزیولوژیک مشخص گردیده در داخل دهان کودکان باشیم و با کاهش رفتارهای ناهنجار و آموزش رفتارهای بهداشتی شاهد بهبود وضعیت سلامت دهان و دندان کودکانمان و کاهش هزینه‌های خانواده و جامعه و دولت گردیم.

لذا یکی از مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادی که بتواند در سنین بعدی نتیجه دهد، تمرکز بر آموزش زنان در زمان بارداری و با به عبارتی مراقبت‌های مادر و کودک می‌باشد. با توجه به وجود پرونده خانوار در خانه‌های بهداشت روستایی و پایگاه‌های بهداشت شهری، دسترسی را به کودکان آسان نموده این امر امکان‌پذیر می‌باشد. در این برنامه سن مراقبت کودکان به دو گروه زیر ۳ سال و ۳-۶ سال تقسیم بندی شده است.

مراقبت کودکان زیر ۳ سال با توجه به رویش اولین دندان شیری در سن ۶ ماهگی شامل آموزش مادران جهت مراقبت دندان‌های شیری کودکان و در زمان رویش، توزیع مسواک انگشتی و آموزش نحوه استفاده از آن تا سن تکمیل دندان‌های شیری و از ۲ تا ۳ سالگی نیز آموزش نحوه مسواک زدن دندان‌های کودک به مادران و ثبت مستمر کلیه مراقبت‌های تغذیه‌ای و بهداشتی در پرونده خانوار هر ۴ ماه یکبار.

برای کودکان ۳-۶ ساله آموزش مسواک زدن به کودکان به روش Scrub یا افقی که روش ساده برای یادگیری کودک است و هم چنین فلورایدتراپی دندان‌های کودکان با وارنیش فلوراید و فیشورسیلانت تراپی و ثبت مستمر کلیه مراقبت‌ها و خدمات پیشگیری انجام شده در پرونده خانوار هر ۴ ماه یکبار.

نکته کلیدی در ارائه خدمات پیشگیری در این سنین که می‌تواند از یکی از معضلات موجود در حوزه دندان‌پزشکی کودکان را کاهش دهد، هم ترس کودک از محیط دندان‌پزشکی است. چون خدمات پیشگیری فاقد درد بوده باعث آشنایی کودک با محیط خدمات دندان‌پزشکی و همچنین ایجاد انگیزه برای کودک برای دریافت خدمات می‌گردد.

در نهایت یکی از مهم‌ترین دستاوردهای این برنامه را می‌توان اصلاح سیستم مراقبت دهان و دندان کودکان و نهادینه شدن مراقبت دهان و دندان در خانواده در همه سنین دانست که نکته بسیار کلیدی برای کاهش مشکلات دهان و دندان و بهبود شاخص‌های موجود است که جز این امر کاهش هزینه‌ها و بهبود شاخص‌های دهان و دندان کشور امکان‌پذیر نمی‌باشد.

گزارش سلامت دهان و دندان استان کرمانشاه

■ خسرو آرتنگ - دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر فرخی کارشناس مسئول سلامت دهان و دندان این دانشگاه گفت: پوسیدگی دندان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عفونی است که در بین اقشار جامعه به خصوص دوران کودکی مشاهده می‌گردد. سنین ۱۲ - ۶ سال زمان رویش دندان‌های دائمی بوده و حفظ و مراقبت از دندان‌های دائمی در این زمان از اهمیت خاصی برخوردار است. آموزش بهداشت دهان و دندان در مدارس ابتدایی و ایجاد عادات مطلوب بهداشتی در این دوران بسیار مؤثر بوده و می‌تواند به صورت عملکرد صحیح و پایدار در تمام عمر با دانش آموز همراه باشد. خدمات پیشگیری (آموزش بهداشت، فلوراید تراپی، فیشور سیلانت) باید در زمان رویش دندان‌های دائمی صورت بگیرد.

در ابتدای سال ۹۰ اقدام به خرید یک دستگاه یونیت پرتابل شد و با همکاری آموزش و پرورش در یکی از مدارس پایلوت شهر کرمانشاه مستقر که توسط دندانپزشک و کاردان به دانش آموزان مقطع ابتدایی خدمات پیشگیری شامل (آموزش بهداشت، وارنیش فلوراید، فیشورسیلانت) ارائه نموده‌اند و با توجه به عملکرد در مرحله بعد اقدام به خرید ۶ دستگاه یونیت سیار برای شهرستان‌های استان نمود که ۲ دستگاه یونیت سیار در شهرستان کرمانشاه و در شهرستان‌های پاوه، جوانرود، روانسر و سرپل ذهاب که دارای کاردان بهداشت دهان هستند به هر کدام یک دستگاه یونیت سیار اختصاص یافت.

دکتر فرخی در ادامه یادآور شدند: ابتدای سال ۱۳۹۱ ده دستگاه یونیت سیار خریداری که با هماهنگی آموزش و پرورش در مدارس ابتدایی شهرستان کرمانشاه مستقر و با همکاری دانشکده دندانپزشکی از دانشجویان در شیفت عصر جهت ارائه خدمات فیشورسیلانت و وارنیش فلوراید استفاده گردید و همچنین کلینیک غدیر در آبان‌ماه سال ۱۳۹۱ با ۷ دستگاه یونیت به عنوان کلینیک پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان کودکان در شهر کرمانشاه افتتاح گردید که توسط دندانپزشکان به دانش آموزان مقطع ابتدایی ارائه خدمات پیشگیری می‌دهند.

هم‌اکنون در شهرستان کرمانشاه با ۱۳ تیم سیار و کلینیک غدیر با ۷ دستگاه یونیت ثابت و در شهرستان‌های تابعه با ۴ دستگاه یونیت سیار و در مراکز بهداشتی درمانی که دارای واحد بهداشت دهان و دندان هستند به دانش آموزان خدمات پیشگیری (آموزش بهداشت، فیشورسیلانت، وارنیش فلوراید) ارائه می‌گردد.

گزارش وضعیت برنامه ثبت سرطان در آذربایجان

■ دکتر جبرئیل شهربافی - رییس گروه بیماری‌های غیرواگیر دانشگاه علوم پزشکی تبریز

برنامه کشوری ثبت موارد سرطانی در استان آذربایجان شرقی از سال ۱۳۷۹ با ۲۵۰۹ مورد ثبت شروع شده است، که در حد ثبت گزارشات پاتولوژی شامل نام، نام خانوادگی و تشخیص سرطان بود. از سال ۱۳۸۴ جمع آوری و ثبت موارد سرطانی از مراکز پاتولوژی‌های سطح شهر تبریز و چهار شهرستان استان شامل اهر، مراغه، مرند و میانه به طور رسمی و مستمر در حال انجام می‌باشد. تعداد مراکز پاتولوژی ارائه دهنده آمار در ابتدای شروع برنامه شامل ۲۳ مرکز پاتولوژی بوده که در حال حاضر ۲۹ مرکز پاتولوژی فعال در سطح استان آذربایجان شرقی سالانه آمار موارد سرطانی خود را در اختیار برنامه ثبت سرطان قرار می‌دهند.

مراکز پاتولوژی فعال در برنامه ثبت سرطان استان آذربایجان شرقی

تعداد موارد ثبت شده و تعداد مراکز پاتولوژی فعال	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶	سال ۱۳۸۷	سال ۱۳۸۸	سال ۱۳۸۹	سال ۱۳۹۰
تعداد مراکز	۲۳	۲۹	۲۹	۲۹	۲۹	۲۹
موارد سرطانی	۳۹۹۳	۵۰۲۳	۵۰۱۸	۵۰۰۰	۴۸۰۰	۴۹۰۰
برنامه ثبت	DOS	DOS	DOS	DOS	ICR	ICR

شروع فاز دوم برنامه یعنی ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت، از تیرماه سال ۱۳۹۱ تا حدود زیادی توانسته است کیفیت اطلاعات دموگرافیکی بیماران سرطانی را بهبود بخشیده و با تکمیل آدرس و شماره تلفن بیمار پیگیری بیماران را تسهیل نماید. در برنامه مذکور از منابع غیر پاتولوژی جمع آوری اطلاعات سرطان همچون واحد مدارک پزشکی کلیه بیمارستان‌های استان کمک گرفته می‌شود.

آنچه در گزارشات کشوری ثبت موارد سرطانی دیده می‌شود تفاوت اندک در الگوی فراوانی سرطان‌ها در استان آذربایجان شرقی در مقایسه با الگوی کشوری است. در استان آذربایجان شرقی از سال ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۷ مطابق موارد سرطانی ثبت شده و گزارشات کشوری موجود سرطان معده در مردان و سرطان پستان در زنان مقام اول را دارا بوده و این در حالیست که سرطان پوست برخلاف الگوی کشوری مقام دوم بروز در مردان می‌باشد. اما این تفاوت در گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال ۱۳۸۸ از بین رفته و الگوی وضعیت ثبت سرطان این استان نیز مشابه الگوی کشوری شده است.

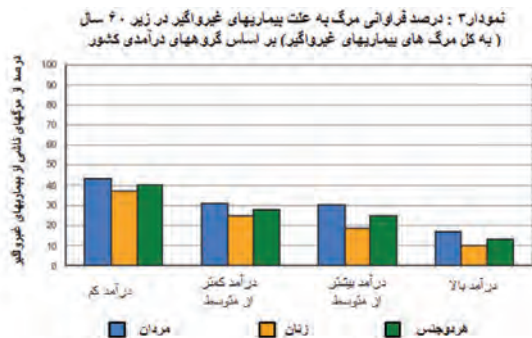
در داده‌های ثبت شده استان آذربایجان شرقی از استان‌های پر شیوع در سرطان‌های مثانه، کولورکتال و مری در جنس مذکر و سرطان‌های مری، تخمدان و تیروئید در جنس مونث می‌باشد. شایع‌ترین سرطان‌ها در کلیه سنین در این استان به ترتیب سرطان‌های غدد آدرنال، غدد پاراتیوئید، پانکراس و سرطان استخوان و مفاصل می‌باشند. در کودکان ۹-۱۰ ساله، شایع‌ترین سرطان‌ها به ترتیب سرطان‌های کلیه، مغز و لنف‌نود (غدد لنفاوی) قرار دارند.

گزارشی از وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در جهان و ایران

■ عین الله اسدیپور - دانشگاه علوم پزشکی مازندران

قسمت دوم

درصد فراوانی مرگ زود هنگام در اثر بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد بالا ۱۳٪، در کشورهایی با درآمد بالاتر از متوسط ۲۵٪، در کشورهای با درآمد کمتر از متوسط ۲۸٪ و در کشورهایی با درآمد کم، این میزان ۴۱٪ (معادل ۳ برابر کشورهایی با درآمد بالا) می‌باشد.



وضعیت موجود و روند زمانی ریسک فاکتورها

ریسک فاکتورهای قابل پیشگیری، زمینه‌ساز اکثر بیماری‌های غیرواگیر می‌باشند. این ریسک فاکتور تقریباً در همه کشورهای مستقل از وضعیت اقتصادی، منجر به مرگ و یا ناتوانی ناشی از بیماری می‌شوند. ریسک فاکتورهای مهم که موجب مرگ و میر می‌شوند به‌طور عمومی شامل: فشارخون (عامل ۱۳٪ از مرگ و میر جهانی)، استعمال دخانیات (عامل ۹٪ از مرگ‌ها)، افزایش قندخون (عامل ۶٪ مرگ‌ها)، عدم فعالیت فیزیکی (عامل ۶٪ از مرگ‌ها)، چاقی و افزایش وزن (عامل ۵٪ از مرگ‌ها) می‌باشد. چهار ریسک فاکتور عمومی قابل تعدیل، موجب چهار بیماری غیرواگیر اصلی می‌شوند. این چهار بیماری موجب ۸۰٪ از مرگ ناشی از NCD می‌شود.

جدول ۱: ریسک فاکتورهای مشترک در ایجاد بیماری‌های غیرواگیر

استعمال دخانیات	رژیم غذایی ناسالم	عدم فعالیت فیزیکی	مصرف بی‌رویه الکل
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●
●			
بیماری‌های مزمن ریوی			

شیوع ریسک فاکتورها با توجه به سطح درآمد کشورها و جنسیت، متفاوت است. ریسک فاکتورهایی که در کشورهای با درآمد بالا شیوع دارند شامل: عدم فعالیت فیزیکی در بین زنان، مصرف چربی زیاد و بالا رفتن کلسترول توتال می‌باشد. ریسک فاکتورهایی که در کشورهای با درآمد متوسط شایع است شامل: استعمال دخانیات در مردان، افزایش وزن و چاقی می‌باشد.

وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در ایران

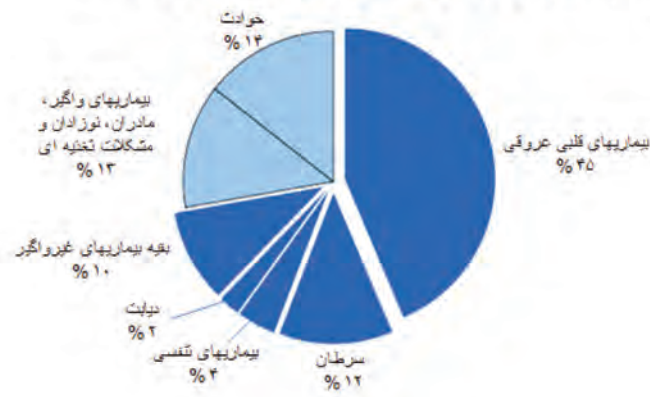
مطابق گزارش WHO در سال ۲۰۱۰ جمعیت ایران در حدود ۷۳۹۷۳۶۳۰ نفر و میزان درآمد آن کمتر از متوسط برآورد شده است. بیماری‌های غیرواگیر علت ۷۲٪ از کل مرگ‌های کشور می‌باشد.

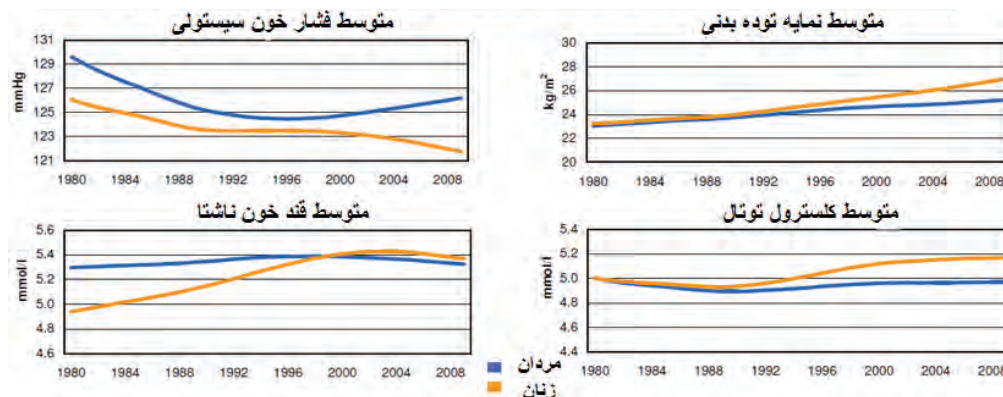
جدول ۲: درصد فراوانی ریسک فاکتورها در ایران (سال ۲۰۰۸)

ریسک فاکتورهای رفتاری در ایران			
درصد شیوع تخمینی در سال ۲۰۰۸	مرد	زن	کل
استعمال دخانیات	۱۹.۴	۱.۱	۱۰.۴
عدم تحرک فیزیکی	۲۵.۲	۴۶.۵	۳۵.۷
ریسک فاکتورهای متابولیک			
درصد شیوع تخمینی در سال ۲۰۰۸	مرد	زن	کل
افزایش قند خون	۳۵.۸	۳۱.۷	۳۳.۷
افزایش فشار خون	۷.۸	۸.۹	۸.۳
اضافه وزن	۴۶	۵۶.۸	۵۱.۴
چاقی	۱۲.۴	۲۶.۵	۱۹.۴
کلسترول بالا	۴۸.۸	۵۴.۷	۵۱.۷

نمودار ۴: درصد فراوانی مرگ‌ها در ایران در تمام سنین در سال ۲۰۰۸

نمودار ۴: درصد فراوانی مرگ‌ها در ایران در تمام سنین در سال ۲۰۰۸





نتیجه‌گیری و پیشنهاد

در حال حاضر بالغ بر سه پنجم مرگ‌ها در جهان به علت بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد و در صورت عدم اقدام لازم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵٪ از کل مرگ‌های جهان خواهد رسید. این درحالی است که مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در ایران، در سال ۲۰۰۸، ۷۲٪ می‌باشد که حدود ۲۴٪ از آن در زیر ۶۰ سال می‌باشد. بالغ بر ۷۰٪ از کل جمعیت ایران دچار اضافه وزن و چاقی می‌باشند. ۳۵٪ از کل جمعیت ایران فعالیت فیزیکی مناسب ندارند که در زنان میزان کم‌ترکی ۴۶٪ می‌باشد تغییر شیوه زندگی می‌تواند موجب پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر شده، میزان ابتلا به آن را کاهش داده و یا به تاخیر اندازد. ۸۰٪ از بیماری‌های قلبی عروقی، ۸۰٪ از دیابت تیپ ۲ و ۳۰٪ از سرطان‌ها می‌تواند با تغییر در ریسک فاکتورهای شایع پیشگیری شود.

با توجه به این‌که اکثر بیماری‌های غیرواگیر در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شوند و مراقبت‌های بیمارستانی برای تعدیل عوارض ناشی از آن، مستلزم صرف هزینه‌های زیادی برای دولت و خانواده‌ها می‌باشد، پیشگیری از این بیماری‌ها، با مداخلاتی در ریسک فاکتورهای رفتاری مانند مصرف غذای سالم، عدم استعمال دخانیات، افزایش فعالیت فیزیکی و عدم مصرف الکل پیشنهاد می‌شود.

بنابراین بهترین گزینه برای مقابله با بیماری‌های غیرواگیر، پیشگیری اولیه با هدف مداخله در ریسک فاکتورهای رفتاری می‌باشد. پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر یک وظیفه همگانی است به طوری که هریک از بخش‌ها، همگام با دولت و وزارت بهداشت و درمان وظایفی را به عهده دارند. وظایف دولت و وزارت بهداشت و درمان:

- قرار دادن بیماری‌های غیرواگیر در دستور کار ملی توسعه، اولویت بخشی آن در برنامه‌های سلامت و اتخاذ سیاست‌های لازم
- تعیین استانداردها و استراتژی‌های ارتقای سلامت و انجام اقدامات لازم
- راه‌اندازی نظام ثبت، گزارش دهی و مراقبت بیماری‌های غیرواگیر و تلاش جهت شناسایی و کنترل اپیدمی‌های بیماری‌های غیرواگیر
- بسیج و هماهنگ نمودن همه بخش‌های درگیر در کنترل و پیشگیری از NCD مانند وزارت بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، وزارت ورزش، وزارت اقتصاد و دارایی و بخش‌های خصوصی
- ایجاد دسترسی مناسب و برابر برای آحاد جامعه جهت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موثر
- ایجاد تسهیلات لازم جهت انجام ورزش همگانی و استفاده عموم مردم از فضاهای ورزشی
- ایجاد ظرفیت پژوهش در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

وظایف صدا و سیما

ایجاد آگاهی عمومی در زمینه اهمیت بیماری‌های غیرواگیر و روش‌های کاهش ریسک فاکتور ابتلا به NCD، به وجود آوردن ظرفیت ایجاد و پذیرش تغییرات رفتاری در جامعه، جلوگیری از تبلیغات مغایر با سلامتی و ایفای نقش حافظ سلامت جامعه.

وظایف بخش خصوصی و صنایع غذایی

تلاش همگام با دولت برای ارتقای شیوه زندگی مردم مثل ایجاد فرمولاسیون جدید برای کاهش استفاده از نمک، اسیدهای چرب اشباع، اسیدهای چرب ترانس و شکر در تولیدات خود.

آمار مرگ و میر در ایران نشان دهنده وضعیت بحرانی کشور در زمینه بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد که نیازمند مداخلات جدی می‌باشد. امید است با تلاشی همگانی و هماهنگ تمامی بخش‌ها، بتوان روند رشد بیماری‌های غیرواگیر را کند نمود.

منابع

1. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Geneva, World Health Organization
3. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, Geneva, World Health Organization
4. Global Health Observatory (GHO), NCD mortality and morbidity, Geneva, World Health Organization
5. Global burden of noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization
6. Noncommunicable diseases-Time for Action Geneva, World Health Organization
7. What can partners do to prevent and control NCDs? A multisectoral approach is key to addressing prevention and control of NCDs as many determinants of NCDs lie outside the health sector. Geneva, World Health Organization
8. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control, Moscow, 28-29 April 2011, distributed by World Health Organization



DMFT

شاخص DMFT در دانش آموزان ۱۲ ساله قمی تعیین شد

مهدی میرحیدری و سید مصطفی سجادی - دانشگاه علوم پزشکی قم
بدین منظور ۴۳۸ دانش آموز را در ۲۴ مدرسه راهنمایی استان مورد معاینه قرار گرفتند. DMFT کل جمعیت دانش آموزان جامعه آماری در استان قم ۲/۴۴ تعیین گردید. این شاخص برای دختران ۱/۹۵ و برای پسران ۲/۴۴ بود. این شاخص در کل مناطق روستایی قم ۲/۷۴ و در مناطق شهری ۲/۱۹ گزارش گردید. نتایج تحلیل شاخص DMFT در دانش آموزان ۱۲ ساله استان و رابطه آن با نوع منبع آب آشامیدنی نشان داد که این ارتباط طبق تحلیل ANOVA معنی دار ($P=0.001$) است. بین تعداد دندان‌های پر شده (Ft) و سطح تحصیلات مادران رابطه معنی دار مستقیم برقرار است. در میان شاخص‌های تشکیل دهنده DMFT، پوسیدگی دندان (Dt) دارای رابطه معنی دار، قوی و مستقیم با دفعات نوشیدن چای در شبانه روز است.

بررسی رابطه بین وضعیت بهداشت دهان و دندان، شاخص (DMFT) و BMI در خوزستان

دکتر فروغ خلیلی نژاد - متخصص ارتودنسی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

داشتن یک زندگی با کفایت تنها با تعامل صحیح اعضای مختلف بدن قابل دستیابی می‌باشد.

با توجه به اهمیت عادات غذایی و نقش احتمالی چاقی در ایجاد پوسیدگی دندان و وجود فاکتورهای مشترک مثل کربوهیدرات‌ها در ایجاد پوسیدگی و چاقی و همچنین دانستن این واقعیت که مشکلات دندانی با تداخل در تغذیه می‌توانند روی رشد و وزن افراد اثرگذار باشند، پژوهشی تحت عنوان "بررسی رابطه بین وضعیت بهداشت دهان و دندان شاخص (DMFT) و شاخص توده بدنی در استان خوزستان بین سال‌های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۱" با همکاری معاونت بهداشتی استان خوزستان در حال انجام است.

در صورت تایید ارتباط این دو شاخص با هم شاید بتوان با برنامه‌ریزی از طریق مراقبت یا پیشگیری در مورد یکی از این دو عامل دیگری را هم تحت کنترل درآورد.

اجرای طرح پیشگیری از پوسیدگی دندان کودکان زیر ۱۲ سال در استان قم

مهدی میرحیدری و سید مصطفی سجادی از دانشگاه علوم پزشکی قم
به منظور فرهنگ سازی و افزایش مراقبت‌های بهداشت دهان و پیشگیری از پوسیدگی دندان کودکان زیر ۱۲ سال، طرح پیشگیری از پوسیدگی دندان به طور جامع و گسترده از ابتدای سال ۱۳۹۱ هم‌زمان با روز دندان پزشکی آغاز گردید و هم‌اکنون ادامه دارد.

در این طرح که پس از هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش استان و معاونت اجتماعی بهزیستی آغاز شد، ابتدا توسط مربیان بهداشت و کارکنان‌های بهداشت دهان در مدارس و مهدکودک‌ها، آموزش بهداشت دهان و دندان به والدین و دانش آموزان داده شده و فرم ارجاع در اختیار والدین قرار می‌گیرد. والدین پس از هماهنگی به یکی از مجهزترین مراکز دندان پزشکی مراجعه نموده و در محیطی مناسب و بهداشتی با تجهیزات کامل، کودکان توسط کارکنان‌های بهداشت دهان مورد معاینه رایگان قرار می‌گیرند و نیازهای درمانی آن‌ها در فرم ارجاع نوشته می‌شود و به اطلاع والدین رسانده می‌شود و سپس در صورت رضایت والدین خدمات فلورایدترابی با وارنیش و فیشور سیلنت با تعرفه مناسب و تخفیف ویژه برای کودکان انجام می‌گردد. ضمناً در هنگام مراجعه بروشورهای آموزشی در اختیار والدین قرار می‌گیرد. وارنیش فلوراید و فیشور سیلنت به طور رایگان از طرف مرکز بهداشت در اختیار بهداشت کاران قرار می‌گیرد.

از نظر علمی ثابت شده فیشور سیلنت روش بسیار موثری جهت جلوگیری از پوسیدگی شیارهای سطح جوته دندان‌های دایمی است و پوسیدگی را ۷ تا ۸ سال به تاخیر می‌اندازد و فلورایدترابی با وارنیش می‌تواند تا ۶۰ درصد از پوسیدگی دندان‌های کودکان جلوگیری نماید.



وارنیش فلوراید در مدارس ابتدایی و مهد کودک‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گناباد

فرخ شریفی مقدم - دانشگاه علوم پزشکی گناباد

در راستای طرح‌های کشوری سلامت دهان و دندان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گناباد (واحد بهداشت دهان و دندان) با تشکیل یک تیم درمانی شامل دندان پزشک و کارشناس با مراجعه به مدارس تحت پوشش برای دانش آموزان مقطع اول و دوم ابتدایی و کودکان پیش دبستانی ۱ و ۲ طرح وارنیش فلوراید را انجام دادند و همچنین با تشکیل جلسات توجیهی جهت مربیان مهد کودک‌ها برای تعداد ۲۰۱۴ کودک توسط مربیان مهد‌ها وارنیش ترابی انجام شد. این طرح قرار است ۶ ماه دیگر تکرار شود.

دندان‌های اهالی سرچشمه زاینده رود هم رنگ برف‌های زرد کوه شد.

فعالیت‌های بهداشت دهان و دندان در چهارمحال و بختیاری (سال ۱۳۹۱)

محمود شجاعی - دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

۱. نصب یونیت‌های دندان پزشکی در پنج مرکز بهداشتی - درمانی در توابع شهرستان شهرکرد، کلینیک مشاوره مرکز بهداشت استان، مرکز بهداشتی درمانی شماره ۳ شهرستان بروجن و مرکز بهداشتی درمانی گهرواز توابع شهرستان کیار
۲. برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت ۲۵۰ نفر از مربیان مدارس، در شهرستان‌های: شهرکرد، کیار، اردل، فارسان و بروجن
۳. برگزاری کلاس‌های آموزشی برای ۲۰۰ مربی مهد کودک، در پنج شهرستان مذکور در بند ۲
۴. انجام بالغ بر ۱۵۰۰ مورد فیشور سیلانت و ۱۳۰۰ مورد فلوراید تراپی در دانش آموزان مقطع ابتدایی به منظور کاهش پوسیدگی دندان در ۷ شهرستان تابعه استان
۵. ارائه خدمات آموزشی، بهداشتی - درمانی دندان پزشکی در مناطق محروم و عشایری همراه با تیم بسیج جامعه پزشکی در فصول تابستان، پائیز و زمستان ۹۱ و در روستاهای محروم و صعب العبور
۶. ارائه خدمات درمانی دندان پزشکی در کلینیک مشاوره مرکز بهداشت استان به بیماران مبتلا به HIV و ایدز و مبتلایان به هیپاتیت C
۷. معاینه و آموزش بهداشت دهان و دندان در زنان باردار به تعداد ۳۶۰۰ نفر در مراکز بهداشتی درمانی شهری و ۷۰۸ مورد در مراکز بهداشتی درمانی روستایی در طول سال جاری در ۷ شهرستان تابعه
۸. انجام ۹۰۰۰ مورد معاینه و آموزش بهداشت دهان و دندان به کلیه گروه‌های هدف و آسیب‌پذیر، زیر ۶ سال، ۶-۱۲ سال، زنان باردار و شیرده و سالمندان در ۷ شهرستان تابعه استان
۹. ارسال و توزیع پمفلت و بروشورهای آموزشی جهت برخی ادارات مرکز استان و شهرستان‌ها
۱۰. آموزش گروه‌های هدف در خصوص مباحث دندان پزشکی توسط کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی طبق برنامه جامع عملیاتی و در طول سال

عملکرد سال ۱۳۹۱ واحد بهداشت دهان و دندان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

علی اکبر زریانی - دانشگاه علوم پزشکی جهرم

- تعداد مرکز دندان پزشکی در شهر ۴ مرکز
 - تعداد مرکز دندان پزشکی در روستا ۱۲ مرکز
 - تعداد مراکز جدید التأسيس در سال ۱۳۹۰ ۴ مرکز روستایی
 - تعداد نیروی دندان پزشک ۱۱ نفر
 - تعداد نیروی بهداشت کار ۱ نفر
 - تعداد نیروی دستیار ۱۱ نفر
- عملکرد آمار سال ۱۳۹۱**
- جمع کل خدمت به زیر ۶ سال ۲۴۴۶
 - جمع کل خدمت ۶ تا ۱۲ سال ۴۴۰۱۷
 - جمع کل خدمت زنان باردار ۱۸۹۵
 - جمع کل خدمت به سایرین ۴۱۱۷۴
۱. اجرای طرح وارنیش فلوراید جهت ۱۰۰۰ دانش آموزان بدو ورود به دبستان (طرح سنجش)
 ۲. اجرای طرح وارنیش فلوراید ۳۰۰۰ کودک مهد کودک‌های شهر و روستا
 ۳. معاینات دهان دندان دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر و روستا
 ۴. اجرای طرح فیشور سیلانت جهت دانش آموزان شهر و روستا

طرح کشوری پیمایش دهان و دندان در استان البرز

دکتر یدالله حیدری - دانشگاه علوم پزشکی البرز

طرح کشوری پیمایش دهان و دندان از تاریخ ۹۱/۱۱/۲۳ در استان البرز در قالب ۱۰ تیم آغاز و در ۹۱/۱۲/۲۳ به اتمام می‌رسد. این طرح جهت تعیین شاخص‌های دهان و دندان در گروه‌های سنی ۷۴-۵ ساله انجام می‌شود.

وارنیش فلوراید کودکان ۶-۳ ساله استان یزد

دکتر حسن فتوحی - کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان دانشگاه

علوم پزشکی یزد

واحد بهداشت دهان و دندان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از سال ۱۳۸۸ هر ساله ضمن ارائه آموزش بهداشت دهان و دندان به کلیه مدیران و مربیان مهدکودک استان اقدام به انجام وارنیش فلوراید جهت گروه‌های مذکور طی دو مرحله به فاصله شش ماه (مرحله اول آبان ماه - مرحله دوم اردیبهشت ماه) نموده است.

تعداد نتایج وارنیش فلوراید سال ۹۱-۹۰

مرحله اول: ۷۱۶۲
مرحله دوم: ۵۶۴۵

در همین راستا هم‌زمان با برنامه سنجش سلامت دانش آموزان بدو ورود به دبستان واحدهای بهداشت دهان و دندان تحت پوشش این معاونت ضمن معاینه دهان و دندان دانش آموزان و ثبت نتایج آن در شناسنامه سلامت، اقدام به انجام وارنیش فلوراید مرحله اول در زمان سنجش (مردادماه) و مرحله دوم در بهمن ماه جهت گروه مذکور در حال انجام می‌باشد.

نتایج مرحله اول سال ۹۲-۹۱: تعداد دانش آموزان معاینه شده: ۱۸۵۸۷ نفر،

تعداد وارنیش انجام یافته ۱۲۷۱۸



نگاهی بر طرح آمایش کشوری عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۵

دکتر جلیل کوهپایه زاده - رئیس اداره مراقبت عوامل خطر غیرواگیر

با توجه به انجام ۶ دوره برنامه مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشور طی سال‌های اخیر، نتایج ارزشمندی از تلاش‌های بی‌دریغ کارکنان معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها و معاونت بهداشتی وزارت متبوع حاصل شده است که می‌تواند مبنایی برای هدفمند نمودن برنامه‌های استراتژیک و عملیات پیشگیری از عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر گردد. از این رو اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر براساس نتایج ۴ دوره برنامه سالیانه مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در سطح استان‌های کشور، با داشتن حجم نمونه‌های در حدود ۴۰۰۰ نفر در هر استان و روش شناسی مشابه در اجرا، اقدام به رتبه‌بندی عوامل خطر مهم رفتاری، فیزیکی و بیوشیمیایی نموده است. این رتبه‌بندی در هر يك از عوامل خطر می‌تواند جایگاه تقریبی هر استان با سایر استان‌ها و متوسط کشوری آن عامل در دو جنس و در شهر و روستا را نشان دهد. همچنین نمودارهای مقایسه‌ای هر يك از عوامل خطر می‌تواند در جهت هدف‌گذاری برنامه‌ها و فعالیت‌های پیشگیرانه معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها منشاء تاثیر ارزشمندی باشد.

لذا به منظور آگاهی از آمایش عوامل خطر شایع و مهم بیماری‌های غیرواگیر در استان‌ها و مقایسه آن‌ها با شاخص‌های کشوری و اهداف قابل دسترس، اطلاعات حاصل از بررسی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۸ در قالب جداول و نمودارها به تفکیک استان‌ها استخراج گردیده و جهت استفاده آن به دانشگاه‌ها اعلام گردید. نمودارهای مقایسه‌ای عوامل خطر در سطح استان‌ها از طریق آدرس ncdsurv.behdasht.gov.ir نیز قابل دستیابی است. امید است ترتیبی اتخاذ گردد که این شاخص‌ها در برنامه ریزی‌های مداخله‌ای پیشگیری از عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر مورد استفاده قرار گیرد. عوامل خطر مورد توجه در نسخه اول آمایش کشوری عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر شامل موارد ذیل است:

۱. مصرف میوه و سبزی ناکافی
۲. مصرف روزانه سیگار
۳. مصرف روزانه قلیان
۴. فعالیت فیزیکی کم
۵. چاقی و اضافه وزن
۶. فشار خون بالا
۷. قند خون بالا
۸. کلسترول خون بالا



راه اندازی واحد سیار دندان پزشکی در استان یزد

دکتر حسن فتوحی - کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان دانشگاه علوم پزشکی یزد

در راستای ارتقای سطح سلامت دهان و دندان جامعه و با تاکید بر گروه‌های هدف، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد اقدام به تجهیز و راه اندازی يك واحد دندان پزشکی سیار در بهمن ماه سال ۱۳۹۱ نموده است. این واحد سیار يك دستگاه مینی‌بوس می‌باشد که به يك دستگاه یونیت و سایر تجهیزات مورد نیاز يك واحد دندان پزشکی جهت دستیابی به اهداف ذیل تجهیز گردیده است:

- استفاده در شرایط بحران
- ارائه خدمات پیشگیری و ترمیمی در مناطق محروم و دور افتاده استان
- ارائه خدمات پیشگیری و ترمیمی به دانش آموزان حاشیه شهر و مناطق محروم در محل مدارس



جشنواره آشپزی: "غذای سالم يك عامل مهم در پیشگیری از سرطان"، در شاهرود

مریم عنایت‌فرد- کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

با توجه به اهمیت تهیه و طبخ غذای سالم، به عنوان يك عامل مهم در پیشگیری از سرطان، واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، اقدام به برگزاری مسابقه آشپزی نمود. در این مسابقه از حدود ۶۰ نوع غذا، با شاخص‌های تغذیه‌ای و آشپزی سالم، آزمون به عمل آمد.

این شاخص‌ها عبارتند از: نحوه تهیه و طبخ، مواد غذایی لازم، صرفه اقتصادی، طعم و مزه، شکل و ظاهر، خلایق و نوآوری، مقدار مواد غذایی و ادویه مصرفی

شرکت کنندگان از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بیمارستان‌ها، دانشگاه علوم پزشکی، رابطان سلامت و تعدادی از عموم مردم بودند. قبل از شروع مسابقه آشپزی، کارشناس مسئول پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در رابطه با شناسایی و کنترل عوامل خطر سرطان سخنرانی کرد. دکتر فاتح، سرطان را به عنوان سومین عامل مرگ و میر در کشور معرفی کرد و گفت: با تغییر کوچکی در سبک زندگی (فعالیت بدنی کافی، تغذیه سالم و عدم استعمال دخانیات) می‌توان از ۱/۳ موارد سرطان پیشگیری کرد.

وی افزود: تاکید به تهیه و طبخ غذای سالم و استفاده از میوه و سبزی به عنوان يك عامل مهم در پیشگیری از سرطان هدف اصلی برپایی این جشنواره به شمار می‌رفت.



روش جدید برای کاهش میزان عود سرطان پستان در زنان

علی اکبر زارعیان - دانشگاه علوم پزشکی جهرم

به گزارش سازمان بهداشت جهانی همه ساله به طور متوسط از هر هشت زن یکی دچار سرطان پستان می شود. البته با فناوری های جدید در این زمینه و با تشخیص هرچه زودتر و درمان موثر این بیماری، این آمار هر ساله کاهش می یابد. از جمله عوامل موثر در ابتلا به سرطان پستان، سابقه قبلی سرطان در فرد، سابقه مشهود سرطان پستان در فامیل، پرئود زودرس، یائسگی دیررس و عدم شیردهی می باشد. بر اساس مطالعات اخیر عوامل دیگری از جمله چاقی و الکل، رژیم غذایی پرچربی و همین طور قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس نیز به نوبه خود احتمال ابتلا به بیماری را افزایش می دهند. در این زمینه همچنین می توان به فرص های استروژن دار که برای کنترل علائم یائسگی تجویز می شود، اشاره نمود، که احتمالاً نقش افزاینده ای در ابتلا به این سرطان دارد. البته هنوز رابطه مستقیمی بین مصرف دراز مدت قرص های ضد بارداری که حاوی استروژن می باشند و سرطان پستان پیدا نشده است. معمول ترین نشانه سرطان پستان ایجاد توده در پستان و یا نواحی اطراف آن، مثلاً ناحیه زیر بغل می باشد.



آزمون غیرحضورى ژنتیک

مریم السادات زرین همدانی - دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در جهت ارتقای علمی و عملی پزشکان و کارشناسان برنامه ژنتیک، در تاریخ ۹۱/۱۱/۳۰ آزمون غیرحضورى ژنتیک جهت پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی و در تاریخ ۹۱/۱۲/۱ جهت کارشناسان و کاردانان شاغل در مراکز بهداشتی سراسر استان فارس به صورت آنلاین برگزار گردید. این آزمون غیرحضورى برای اولین بار با شرکت ۱۲۰۰ نفر در استان اجرا گردید.

برگزاری کارناوال دیابت

لیلا حسینی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

برگزاری کارناوال دیابت به عنوان بخشی از پروژه تلاش برای غلبه بر انگ ابتلا به دیابت نوع یک در اصفهان با هدف شناسایی افراد در معرض خطر دیابت، آموزش و مشاوره جهت پیشگیری از دیابت، آموزش و مشاوره مبتلایان به دیابت، معرفی مراکز سلامت جهت غربالگری دیابت و اصلاح باورهای غلط در مورد دیابت و افراد مبتلا به دیابت با همکاری دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، مرکز بهداشت شماره ۲، مرکز بهداشت استان، شهرداری اصفهان، شرکت های نوینوردیسک، کامور، فریراساطب در تاریخ ۹۱/۸/۲۳ برگزار شد. این کارناوال که متشکل از دانشجویان رشته های پزشکی، پرستاری و مامایی در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری، پرستاران دیابت و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و جمعی از جوانان مبتلا به دیابت بود، با استقرار ۴ دستگاه اتوبوس در ۴ میدان شهر اصفهان (قدس، جمهوری، بزرگمهر و ارتش) به مناسبت گرامی داشت هفته جهانی دیابت برگزار گردید. علاوه بر رسانه های عمومی داخلی چون شبکه تلویزیونی اصفهان، و خبرگزاری فارس، کارناوال دیابت، بازتابی در دو شماره روزنامه IFMSA داشته که به زبان انگلیسی و در سراسر جهان منتشر گردیده است. همچنین گزارشی کوتاه از آن در سومین خبرنامه کمیته دانشجویی سلامت عمومی اصفهان منتشر گردید.



SCOPH collaborations for World Diabetes Day

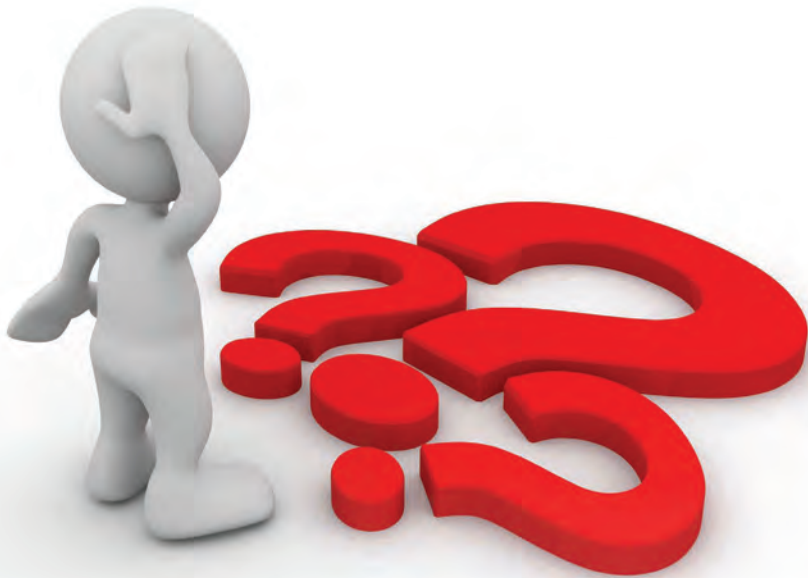
Istahan Local Committee's SCOPH group recently celebrated diabetes awareness through the "Great Gathering on Diabetes" on the 9th of November 2012. The members also coordinated the "Diabetes Screening Carnival" for World Diabetes Day events on the 13th of November 2012.

For more information please contact: scoph@ifmsa-iran.ir



IFMSA
International Federation of Medical Students Associations

IFMSA Diabetes Awareness Carnival: made up of 4 booths which were staffed by our team who screening members for blood glucose, blood pressure and general signs regarding diabetes. The first and second one for measuring weight, height, blood pressure and cholesterol. The third one for checking blood sugar level by glucometer, and the fourth where one place people could spend some minutes to benefit from health advice exclusive and specific for each individual considering his/her own life factors.



آشنایی با راهبردهای تغییر رفتار در مدیریت بیماری‌های غیرواگیر

■ دکتر محسن شمس - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

قسمت پنجم: حمایت طلبی

در این شماره قصد داریم از راهبردی سخن بگوییم که برای تغییر رفتار، روشی غیرمستقیم را طی می‌کند. در این رویکرد، به جای تاثیرگذاری بر مخاطبان هدف، تلاش می‌شود تا دیدگاه و نظرات تصمیم گیرندگان به ویژه قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران و مدیران با مداخله تغییر رفتاری مورد نظر ما همراه و همگام شوند.

جایگاه راهبرد حمایت طلبی (Advocacy): بسیاری از برنامه‌هایی که در حوزه سلامت با هدف تغییر رفتار طراحی می‌شوند، بدون اصلاح دیدگاه تصمیم گیرندگان و ایجاد تغییر در سیاست‌های عمومی جامعه امکان پذیر نیست. مکانیسم‌هایی که برای عملیاتی کردن منشوراتاوا برای ارتقای سلامت پیشنهاد شده، نشان‌گر آن است که در کنار توسعه مهارت‌های فردی و بازنگری در نظام ارائه خدمات سلامت، نیاز جدی به اصلاح سیاست عمومی مرتبط با سلامت، ایجاد محیط‌های حامی سلامت و تقویت اقدامات بخش‌های مختلف جامعه برای مشارکت در برنامه‌های مربوط به سلامت وجود دارد. موفقیت اجرای مکانیسم‌های فوق، نیازمند حمایت همه جانبه افراد، سازمان‌ها و بخش‌های کلیدی جامعه از برنامه‌های سلامت است و در این راستا راهبرد حمایت طلبی راهبردی اساسی به شمار می‌رود.

کسب موفقیت در بسیاری از موضوعات حوزه سلامت نیز نیازمند استفاده از این راهبرد است و با توجه به اهمیت آن و نیز لزوم هماهنگی و همدلی بخش‌های مختلف جامعه برای فعالیت در این عرصه حساس و مستعد سوء تفاهم، بدون حمایت همه جانبه سیاست‌گذاران و تصمیم گیرندگان و نیز بسیج گروه‌های اجتماعی، اهداف مورد نظر و رفع نیازهای جامعه در این بخش، دست یافتنی نخواهد بود. این قسمت شامل خلاصه‌ای از اصول و مفاهیم کلیدی حمایت طلبی و بیان مراحل اجرایی استفاده از این الگو در حوزه سلامت است. امید است که تلاش طراحان و مجریان برنامه‌های سلامت کشور برای جلب توجه و حمایت همه جانبه دست‌اندرکاران برنامه‌ها اعم از رهبران و تصمیم گیرندگان، شرکا، ذی‌نفعان و حتی مخالفین و رقبای برنامه‌ها بتواند با تاثیرگذاری بر سیاست‌های عمومی مرتبط با این حوزه، میزان موفقیت و اثربخشی برنامه‌های نظام سلامت را افزایش دهد. در تمام بخش‌های این متن، حمایت طلبی را به عنوان معادل فارسی برای Advocacy در نظر گرفته شده است.

تعریف حمایت طلبی: تعاریف زیر برای حمایت طلبی به عنوان معادل فارسی Advocacy پیشنهاد شده است:

- مجموعه‌ای از راهبردها، برنامه‌ها و فعالیت‌هایی که اجرا می‌شود تا سیاست‌ها در جهت منافع برنامه مورد نظر اصلاح گردد و تلاش آن برای تغییر در سیاست‌های عمومی مرتبط با سلامت است تا اهداف و منافع مورد نظر برنامه‌ها تامین گردد.
- استفاده از رویکردها، فرایندها، دستورالعمل‌ها، منابع و راهکارهای اختصاصی از سوی گروه یا جمعیتی خاص است که برای ایجاد تغییر اجتماعی یا سازمانی و تاثیرگذاری بر سیاست عمومی یا خصوصی به کار گرفته می‌شود.

حمایت کنندگان سلامت (Health Advocates): توانایی آن را دارند که در موضوعات سلامت، دولت‌ها، سازمان‌ها و افراد جامعه را تحت تاثیر قرار دهند و زمینه را برای رفع مشکلات فراهم سازند. به همین دلیل در حوزه آموزش و ارتقای سلامت، جلب حمایت همه جانبه را یکی از الگوهای تغییر محیطی (Environmental Change Models) به حساب می‌آورند. شناخت اصول و مفاهیم کلیدی این راهبرد و استفاده درست از آن در جهت اهداف نظام سلامت، در کنار اقدامات آموزشی و ارائه خدمات سلامت می‌تواند اثربخشی اقدامات ما را در این زمینه افزایش دهد.

برنامه‌ریزی برای حمایت طلبی: مراحل برنامه‌ریزی برای استفاده درست از راهبرد حمایت طلبی در حوزه سلامت به ترتیب زیر است:

۱. شناسایی و تحلیل مشکل: هر جامعه مشکلات سلامت خاص خود را دارد که براساس منابع اطلاعاتی موجود و فعالیت‌های پژوهشی انجام شده در سطح آن جامعه شناسایی و تحلیل می‌شوند. برخورد با عوامل موثر بر بروز مشکلات سلامت، نیازمند اطلاع دقیق از جامعه هدف است و استفاده از منابع مختلف و روش‌های متنوع تعیین نیازمندی‌های موضوعات حمایت طلبی را فراهم می‌سازد. با توجه به محدودیت منابع و امکانات و نیز اهمیت متفاوت مشکلات به دست آمده، اولویت‌بندی ضروری است و به همین دلیل استفاده از معیارهای تعیین اولویت‌ها متناسب با جامعه هدف و ماهیت مشکلات، نقش مهمی در انتخاب درست مشکلات در اولویت دارند. آن‌چه بعد از تعیین مشکل سلامت و شروع استفاده از راهبرد حمایت طلبی برای برخورد با این مشکل دارد، تعیین راه حل‌های سیاست‌گذاری (Policy Solution) برای آن است که تعیین دستور کار (Agenda) برنامه حمایت طلبی نامیده می‌شود. بررسی سیاست‌های موجود جامعه، وضعیت تهدیدها و فرصت‌ها و شناسایی عوامل غیررفتاری موثر بر مشکلات سلامت شناسایی شده، از جمله راهکارهای مناسب برای کسب اطلاعات برای تعیین دستور کار برنامه حمایت طلبی است.

۲. تدوین اهداف کلی و اختصاصی حمایت طلبی: پس از تعیین مشکلات سلامت نیازمند جلب حمایت همه جانبه و مشخص شدن اولویت برنامه‌ها، اهداف برنامه تعیین می‌شود. هدف کلی موضوع اصلی برنامه حمایت طلبی است که رسیدن به آن نیاز به دوره‌های میان مدت یا طولانی مدت دارد و حاصل بیان دورنما یا دیدگاه مجموعه است، در حالی که اهداف اختصاصی کوتاه مدت‌تر و عمل محوتر هستند. انتخاب اهداف اختصاصی برنامه حمایت طلبی به عوامل مختلفی بستگی دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به وضعیت سیاسی جامعه، احتمال موفقیت برنامه، اطلاعات موجود، منابع لازم برای پشتیبانی از برنامه، ظرفیت سازمانی و دانش و مهارت کارکنان بر روی فرآیند تعیین اهداف برنامه اشاره کرد. با تعیین اهداف اختصاصی مشخص می‌شود قرار است چه سیاستی تغییر کند (Policy Action or Decision)، چه کسی قرار است این تغییر سیاست را انجام دهد (Policy Actor or Decision-maker)، قرار است در چه زمانی (Timeline) تغییر رخ دهد و میزان مورد نظر برای این تغییر چقدر است (Degree of Change).

۳. شناسایی و تحلیل دست‌اندرکاران (Stakeholders): در طراحی برنامه حمایت طلبی از برنامه‌های سلامت، شناسایی دست‌اندرکاران برنامه‌های سلامت اقدامی کلیدی به حساب می‌آید. شناسایی و تحلیل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی که مستقیم یا غیرمستقیم بر برنامه تاثیر می‌گذارند یا از نتایج برنامه تاثیر می‌پذیرند، جهت اصلی برنامه‌های حمایت طلبی در حوزه سلامت را مشخص می‌کند. دست‌اندرکاران هر برنامه شامل چهار دسته زیر هستند:

۱. ذی‌نفعان (Beneficiaries): افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی که مستقیم یا غیرمستقیم از نتایج اقدامات ما سود خواهند برد. تعیین این دسته از افراد یا گروه‌ها و برقراری ارتباط درست و مناسب با آن‌ها می‌تواند رسیدن به اهداف برنامه را تسهیل نماید.

۲. تصمیم‌گیرندگان (Decision-makers): تدوین سیاست‌ها و رد و قبول برنامه‌ها را برعهده دارند و تصمیمات آن‌ها در اجرا یا عدم اجرای برنامه‌ها نقشی کلیدی دارد.

۳. شرکا (Partners): با توجه به اهداف و مشکلات اختصاصی مشترکی که دارند، می‌توانند برای پیگیری آن‌ها با یکدیگر متحد شوند. آنان مسایل مشترک را مورد توجه قرار می‌دهند، برای رفع مشکلات جدید منابع و استعدادها را ترکیب می‌کنند و اهداف بزرگ‌تری را نسبت به یک گروه یا فرد می‌توانند مدیریت کنند.

۴. مخالفین (Adversaries): به شکلی رقبای برنامه‌ها به شمار می‌روند و موفقیت برنامه‌های مورد نظر، با ضرر آنان همراه است. این گروه در مقابل اجرای برنامه‌ها مقاومت کنند. شناسایی دلایل مخالفت آنان و استفاده از فنون مناسب برای مدیریت این دلایل، در مقایسه با نادیده گرفتن و یا مقابله با آن‌ها نتایج مطلوب‌تری دارد.

تحلیل گروه مخاطب با دسته‌بندی مخاطبین (Audience Segmentation) و کوچک کردن آن‌ها آغاز می‌شود که در آن با استفاده از معیارهای مختلف، دست‌اندرکاران برنامه مورد نظر به گروه‌های کوچک‌تر که ویژگی‌های مشابهی دارند و همگون‌تر هستند، تقسیم می‌شوند تا امکان طراحی و اجرای پیام‌های موثر و متناسب با ویژگی‌های هر دسته وجود داشته باشد. توجه به متغیرهای جمعیتی مانند سن، جنس، منطقه سکونت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، وضعیت تاهل و نیز متغیرهای شناختی رفتاری شامل باورها، دیدگاه‌ها، سطح دانش و نگرش آن‌ها نسبت به موضوع و نیز رفتار هر دسته می‌تواند دسته‌بندی دقیق‌تری را موجب شود که موفقیت بیشتری را برای برنامه به دنبال خواهد داشت.

پس از انتخاب و دسته‌بندی مخاطب برنامه حمایت طلبی، شناسایی آن‌ها در دستور کار قرار می‌گیرد. استفاده از عوامل زیر در شناسایی درست این گروه‌ها موثر خواهد بود:

۱. میزان آشنایی گروه دست‌اندرکار با گروه‌ها یا سازمان ما
۲. میزان دانش گروه دست‌اندرکار از موضوع حمایت طلبی
۳. میزان توافق گروه دست‌اندرکار با جایگاه ما در برخورد با موضوع حمایت طلبی
۴. میزان حمایت قبلی و بالقوه گروه دست‌اندرکار از موضوع حمایت طلبی
۵. اندازه گروه دست‌اندرکار و مکان قرارگیری آن‌ها
۶. تاثیرات بالقوه آن‌ها بر موضوع حمایت طلبی
۷. گروه‌های ثانویه‌ای که می‌توانند بر دست‌اندرکار برنامه ما تاثیر بگذارند.

غربالگری در سرطان‌ها

■ دکتر شراره نیک سیر - دانشگاه علوم پزشکی همدان



۲. انجام سالیانه توش رکتال توسط پزشک
- برای افرادی که یکی از بستگان درجه یک آن‌ها (پدر، برادر، پسر) قبل از سن ۶۵ سالگی مبتلا به سرطان پروستات شده است غربالگری از ۴۵ سالگی شروع می‌شود.
- برای افرادی که بیش از یکی از بستگان درجه یک آن‌ها قبل از ۶۵ سالگی مبتلا به سرطان پروستات شده‌اند از ۴۰ سالگی غربالگری شروع می‌شود.

علامه و نشانه‌های سرطان پروستات:

- سرطان پروستات در مراحل زودرس اغلب هیچ علامتی نداشته و مشکلات ادراری در مراحل پیشرفته بیماری ایجاد می‌شود.
- علامه سرطان پروستات در مراحل پیشرفته شامل:**
 - وجود خون در ادرار
 - ضعف و بی‌حسی پاها یا کف پاها
 - درد کمر، لگن، دنده و استخوان‌های دیگر
 - ناتوانی جنسی
 - کاهش کنترل ادرار و مدفوع

غربالگری سرطان گردن رحم

- شروع غربالگری از ۲۰ سالگی یا سه سال بعد از ازدواج (هر کدام زودتر باشد) بوده که با انجام پاپ اسمیر می‌باشد.
- پاپ اسمیر از ۲۰ سالگی یا ۳ سال بعد از آغاز فعالیت جنسی شروع و سالیانه تا ۳۰ سالگی انجام می‌گردد.
- بعد از ۳۰ سالگی زنانی که سه تست طبیعی داشته‌اند می‌توانند هر ۳ سال تست را انجام دهند.
- در صورت وجود عوامل خطر مانند عفونت با ویروس پاپیلوما، شک به وجود سرطان و وجود رفتارهای پرخطر انجام سالیانه پاپ اسمیر توصیه می‌شود.
- زنان مسن‌تر از ۶۵ سال که ۳ پاپ اسمیر طبیعی داشته و در ۱۰ سال گذشته تست غیر طبیعی نداشته‌اند می‌توانند این تست را دیگر انجام ندهند.

علامه و نشانه‌های سرطان گردن رحم:

- خونریزی واژینال غیرطبیعی
- ترشح واژینال غیرطبیعی
- درد هنگام مقاربت

غربالگری، جستجوی سرطان در زمانی است که نشانه‌ای از بیماری وجود ندارد. برخی از انواع سرطان‌ها با تشخیص زودرس در زمانی که هنوز علامت‌دار نشده‌اند قابل درمان هستند. سرطان‌های روده بزرگ، پستان، پروستات و گردن رحم را با انجام غربالگری می‌توان در مراحل اولیه تشخیص داد و درمان نمود.

غربالگری سرطان روده بزرگ

شروع غربالگری از ۵۰ سالگی بوده و شامل موارد ذیل است:

۱. بررسی سالیانه وجود خون مخفی در مدفوع
۲. مشاهده روده بزرگ با دستگاه: سیگموییدوسکوپی هر ۵ سال یا باریم انما هر ۵ سال یا کولونوسکوپی هر ۱۰ سال

علامه و نشانه‌های سرطان روده بزرگ:

- تغییر در عادات روده‌ای مانند اسهال و یبوست
- خونریزی از روده یا وجود خون در مدفوع
- شکم درد
- ضعف و خستگی

غربالگری سرطان پستان

شروع غربالگری از ۲۰ سالگی بوده و شامل موارد ذیل است:

۱. انجام معاینه ماهیانه پستان‌ها و زیر بغل توسط خود فرد: از ۲۰ سالگی شروع و در روزهای ۷ و ۸ دوره عادت ماهیانه انجام می‌گردد.
۲. معاینه بالینی پستان توسط فرد مجرب: بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی هر ۲ تا ۳ سال یک بار و از ۴۰ سالگی به بعد سالیانه انجام می‌گردد.
۳. ماموگرافی: ماموگرافی مفیدترین تکنیک برای پیدا کردن سرطان پستان در مراحل اولیه می‌باشد. ماموگرافی پایه در ۴۰ سالگی انجام و از ۴۹ تا ۵۴ سالگی هر ۱ تا ۲ سال و از ۵۵ سالگی به بعد سالیانه باید انجام شود.

علامه و نشانه‌های سرطان پستان:

- توده بدون درد شایع‌ترین علامت سرطان پستان می‌باشد.
- علامه کمتر شایع شامل: ترشح از نوک پستان، تغییرات پوست پستان، بزرگی غدد لنفاوی زیر بغل و تغییر در اندازه پستان

غربالگری سرطان پروستات

شروع غربالگری از ۵۰ سالگی بوده و شامل موارد ذیل است:

۱. اندازه‌گیری سالیانه آنتی‌ژن اختصاصی پروستات (PSA) در خون

چگونه یک مقاله علمی بنویسیم

دکتر محمد علوی-نیا- رئیس اداره غدد و متابولیک
دکتر نسرین آژنگ- کارشناس اداره غدد و متابولیک

قسمت دوم

چگونه بخش "موارد و روش‌ها" را بنویسیم؟

هدف اصلی از نوشتن بخش "موارد و روش‌ها" (Material and Methods) که گاهی به عنوان Methods از آن نام برده می‌شود، توصیف چگونگی انجام طرح تحقیقاتی و دفاع از آن و ارائه جزئیات کافی در جهت تکرار مطالعه می‌باشد. به یاد داشته باشید "شایع‌ترین علت رد شدن یک مقاله اشکال در بخش روش است. در این بخش به دو مورد زیر پاسخ می‌دهیم: برای پاسخ به سؤال پژوهشی چه موادی را به کار برده‌ایم و از چه روشی استفاده کرده‌ایم؟ بدین جهت این بخش را مواد و روش‌ها (Material and Methods) می‌نامند. بخش روش‌ها باید به صورت منطقی در مورد نحوه طراحی و اجرای مطالعه و نیز چگونگی تجزیه و تحلیل داده‌ها نوشته شود. این کار پس از پایان مطالعه آسان است ولی متأسفانه در این مرحله ممکن است متوجه اشکالاتی به خصوص در طراحی مطالعه شویم که برای برطرف کردن آنها خیلی دیر است، لذا بسیاری از محققین این بخش را قبل از شروع مطالعه و با حداکثر جزئیات ممکن می‌نویسند، در این صورت است که قبل از تکمیل مطالعه متوجه نقطه ضعف‌های مطالعه می‌شویم و می‌توانیم نسبت به رفع آن اقدام کنیم. این بخش در بسیاری از موارد اولین قسمت مقاله است که نوشته می‌شود.

بخش مواد و روش‌ها به چند بخش تقسیم می‌شود که به طور معمول شامل موارد زیر است:

الف. جامعه آماری: بخش مربوط به جامعه آماری یا افراد تحت پژوهش معمولاً با عناوینی مانند Respondents، Participant، Subjects یا Study population آغاز می‌شود. در این قسمت جزئیاتی از قبیل مشخصات جامعه آماری، تعداد کل افراد، تعداد افراد خارج شده از پژوهش و... ارائه می‌گردد. در مطالعاتی که در آنها جمعیت‌های مورد مطالعه به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند باید نحوه تصادفی‌سازی (Randomization) به دقت ذکر شود، چرا که این بخش در بسیاری از آزمون‌های بالینی نقش کلیدی دارد. در مطالعه‌ای که شامل کورسازی (Blinding) می‌شود، ممکن است توضیح در مورد نحوه‌ی کورسازی لازم باشد.

ب. ابزارها و مواد به کار رفته: در ابتدای این بخش عناوینی مثل Measures یا Materials به کار می‌رود، سپس توصیفی از ابزارها و تجهیزات به کار رفته، بیان اعتبار و صحت عملکرد آنها و میزان قابلیت اعتماد ابزارها ارائه می‌گردد.

ج. روند انجام پژوهش: این بخش به عنوان Procedure آغاز می‌شود و جزئیات کامل روش‌ها به منظور تکرار پژوهش برای سایر افراد علاقمند را فراهم می‌کند.

بخش آنالیز آماری: این بخش تحت عنوان Statistical Analysis می‌آید و در آن نویسنده به شرح روش‌های آماری و تست‌هایی می‌پردازد که در مطالعه به کار رفته‌اند. این قسمت نیز باید به دقت و با جزئیات نوشته شود. پس در بخش موارد و روش‌ها چگونگی انجام کار و این‌که برای انجام آن از چه چیزی استفاده کرده‌اید را بیان نمایید.

Bishop (۱۹۶۶) خلاصه‌جالبی از این‌که در بخش روش‌ها چه چیزی باید آورده شود را بیان می‌کند: "بخش مواد و روش‌ها باید جزئیات کافی برای یک متخصص ماهر را فراهم آورد که بتواند آزمایشات را مجدداً تکرار کند. نوشتن دقیق این بخش مهم است زیرا بنیاد شیوه علمی نیازمند آن است که یافته‌های شما قابلیت تکرار مجدداً را داشته باشد و برای این‌که یافته‌ها قابلیت تکرار داشته باشد، بایستی بنیان و اساسی را برای تکرار دقیق آزمایشات توسط دیگران فراهم نمایید."

سوالاتی که همواره وجود دارد این است که زمانی که روش کارتان را تشریح می‌کنید ذکر چه جزئیاتی لازم است؟ اگر روش‌های شما جدید هستند یا از عناصر جدید استفاده می‌کنید، لازم است جزئیات را به صورت قدم به قدم تشریح نمایید. از سوی دیگر اگر شما از روشی استفاده می‌کنید که اصطلاحاً استاندارد است یعنی در یک مجله معتبر تشریح شده است ذکر مراجع آن‌ها کافی است.

به نکات زیر توجه کنید

- در این بخش از فعل زمان گذشته استفاده کنید. بخش روش‌ها مراحل کاری را شرح می‌دهد که در مطالعه حاضر به انجام رسیده است، بنابراین باید به زمان گذشته بیان شود.
- به خاطر داشته باشید بخش روش‌ها با این هدف نوشته می‌شود که افراد با چگونگی کار شما آشنا شوند. از بیان نتایج و معناداری آنها و بحث در مورد آن‌ها اجتناب کنید.
- در این قسمت در بیان کمیت‌ها و واحدهای اندازه‌گیری دقت کنید.



آفت، زخمی ساده و دردناک

آفت زخمی ساده و دردناک است که در نقاط مختلف دهان مثل داخل لب، گونه یا کف دهان ظاهر می‌گردد. این ضایعه به صورت زخمی بزرگ یا چند زخم کوچک دیده می‌شود. فاکتورهای موثر در ایجاد آفت‌های دهانی عودکننده به شرح زیر معرفی شده‌اند: ارث، اختلالات خونی مانند کمبود آهن و ویتامین، نقص سیستم ایمنی بدن، ضربه، استرس اضطراب، حساسیت‌های غذایی مثل حساسیت به شیر، پنیر و ...

در هنگام مواجهه با کودک دارای آفت، اگر درد آفت برای کودک غیر قابل تحمل و آزار دهنده است، او را به دندانپزشک ارجاع دهید.

- از کتاب مجموعه دانش‌تہای سلامت دهان و دندان ویژه مربیان مهد کودک
- گردآوری: شهناز حق