

آگاهی، نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان شهر شیراز در رابطه با بیماری ایدز

دکتر مهرو وجدانی¹، دکتر میترا فرزین^{*}، دکتر رضا درفشی²، دکتر آناهیتا صفری²،
دکتر گلسا مددی³

چکیده

مقدمه: خطر مواجهه با عفونت‌های ویروس ایدز همواره یکی از نگرانی‌های دندان‌پزشکان و پرسنل بهداشتی به حساب می‌آید. هدف از این پژوهش، بررسی میزان آگاهی، نگرش و چگونگی عملکرد دندان‌پزشکان شهر شیراز در مقابل عفونت ایدز بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی - تحلیلی با استفاده از 68 پرسش‌نامه با 45 سؤال، بین دندان‌پزشکان شهر شیراز (عمومی و متخصص) انجام گردید. نتایج توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های ANOVA، t-test و Pearson correlation مورد بررسی قرار گرفت ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: درصد پاسخ‌گویی در این مطالعه 88 درصد (60 پرسش‌نامه) بود. میانگین آگاهی دندان‌پزشکان از مجموع 13 نمره $8/9 \pm 1/9$ و میانگین سطح عملکرد $10/15 \pm 3/2$ بود و تفاوت آماری معنی‌داری میان مردان و زنان دیده نشد ($p \text{ value} = 0/51$). بین سطح آگاهی و سن دندان‌پزشک رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد، به این ترتیب که سطح آگاهی با افزایش سن کاهش ($p \text{ value} = 0/03$) و میزان عملکرد افزایش یافت ($p \text{ value} = 0/001$). 93/3 درصد اعتقاد داشتند که درمان بیماران آلوده به ویروس ایدز جزء وظیفه حرفه‌ای آن‌ها است. 70 درصد دندان‌پزشکان عقیده داشتند که خطر انتقال عفونت با وجود رعایت احتیاط‌های لازم به آن‌ها زیاد می‌باشد. در میان سؤالات مربوط به نگرش، هیچ تفاوت معنی‌داری در سطح آگاهی و عملکرد گروه‌های پاسخ دهنده مشاهده نگردید ($p \text{ value} = 0/29$).

نتیجه‌گیری: بر پایه مطالعه حاضر، آگاهی و عملکرد دندان‌پزشکان در مورد بیماری ایدز ضعیف بود. بنابراین لازم است که آگاهی، نگرش و عملکرد دندان‌پزشکان در مورد بیماری ایدز ارتقاء یابد. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزش دندان‌پزشکان توجه بیشتری به این مسأله صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: ایدز، آگاهی، نگرش، عملکرد، دندان‌پزشکان

* دانشیار، گروه پروتزیهای دندان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (مؤلف مسؤول)

farzinm@sums.ac.ir

1: دانشیار، گروه پروتزیهای دندان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

2: استادیار، گروه پروتزیهای دندان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

3: دندان‌پزشک، شیراز، ایران

این مقاله در تاریخ 90/11/15 به دفتر مجله رسیده. در تاریخ 91/2/26 اصلاح شده و در تاریخ 91/3/23 تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
1391: 8(4): 365 تا 375

مقدمه

پرسنل بهداشتی، در تمام سطوح، به طور روز افزون در خطر مواجهه با بیماران عفونی، خون، ترشحات عفونی و یا وسایل آلوده آن‌ها هستند [1-3]. که از این میان ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV (Human immunodeficiency virus عفونت مهم با قدرت ناتوان‌کنندگی جدی و نهایت‌کشندگی همواره با بار روانی و مادی فراوان تحمیل‌شونده بر فرد و جامعه معرفی می‌شود [4، 5]. آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی بیانگر روند رو به افزایش با یک شتاب سریع در میزان عفونت HIV و بیماری نقص ایمنی اکتسابی در AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) جهان و ایران، می‌باشد [6].

سندرم نقص ایمنی اکتسابی از زمان تشخیص در سال 1981 بیش از 25 میلیون نفر را از بین برده است و یکی از کشنده‌ترین اپیدمی‌ها را در تاریخ ثبت کرده است. HIV هم‌اکنون به تنهایی بزرگ‌ترین ویروس‌کشند عفونی است و ایدز چهارمین علت مرگ در دنیا است [7، 8]. در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی میزان شیوع HIV/AIDS 0/2 درصد تخمین زده می‌شود. به عبارتی از هر 500 نفر یک نفر به این ویروس مبتلا می‌باشد. میزان آلودگی عموم جامعه ایران بالای یک درصد و آلودگی افراد دارای رفتار پر خطر بالای 5 درصد می‌باشد [9]. آمار رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا تاریخ 1389/4/1 مقدار ثبت شده را 21435 مورد نشان داد [10، 11].

به طور کلی دلایل افزایش بیماری ایدز در جهان را می‌توان این‌گونه بر شمرد: 1- وجود راه‌های مختلف برای انتقال بیماری؛ 2- عدم دسترسی به یک روش درمانی مؤثر؛ 3- اطلاعات و دانش کم جوامع مختلف درباره بیماری و جوانب مختلف آن؛ 4- افزایش رفتارهای پرخطر؛ 5- طولانی بودن دوره کمون و دوره بی‌علامت عفونت؛ 6- عدم دسترسی به آزمایش‌هایی که بیماری را سریع تشخیص می‌دهند؛ 7- مترادف بودن عفونت HIV با رفتارهای غیر اخلاقی [6].

در میان پرسنل بهداشتی، دندان‌پزشکان و بیماران آن‌ها همواره در خطر بالای عفونت‌های انتقال‌یابنده از طریق خون (Infections blood borne) به علت تماس زیاد با خون و سایر مایعات بدن هستند [12-14].

در سال 1986 میلادی مرکز پیش‌گیری و کنترل بیماری‌ها CDC (Centers for disease control and prevention) مقررات جدیدی تحت عنوان احتیاط‌های همه‌جانبه (Universal precaution) به منظور کاهش خطر انتقال پاتوژن‌های منتقل‌شده توسط خون در بین دندان‌پزشکان و بیمارانشان ارائه کرد [14]. در سال 2007 نیز Young و همکاران [15] راهکارهایی جهت پرسنل پس از مواجهه با ویروس ارائه دادند. این احتیاط‌های همه‌جانبه باید در مورد تمام مراحل درمان بیماران دندان‌پزشکی با هر تشخیصی که باشند به کار گرفته شوند.

از میان علل متعدد برای افزایش عفونت HIV، عامل اطلاعات و دانش کم جوامع مختلف درباره بیماری و جوانب مختلف آن پژوهشگران را بر آن داشته تا در جهت آگاهی‌رسانی به گروه‌های پرخطر گام بردارند. آگاهی‌رسانی بایستی بر پایه بررسی دانش گروه با خطر مواجهه بالا باشد [16]. با وجود پیشنهاد‌های مراکز پیش‌گیری از ابتلا به این بیماری و ارائه راهکار در صورت مواجهه با این بیماران هنوز سطح آگاهی کارکنان بهداشتی در این زمینه در ایران پایین است [17]. با توجه به عدم انجام این تحقیق در بین دندان‌پزشکان شیراز به آگاهی، نگرش و رفتار دندان‌پزشکان شهر شیراز به عنوان نمونه‌ای از جامعه دندان‌پزشکی ایران در خصوص بیماری ایدز و نحوه کنترل آن پرداخته شد تا از این طریق اطلاعات لازم برای برنامه‌ریزی و جهت‌دهی به برنامه‌های آموزشی و نظارتی در این زمینه مهیا شود و در ضمن موفقیت یا عدم موفقیت مراکز مبارزه با ایدز از جمله کیفیت آموزش و ارتقای سطح آگاهی بهداشتی در این خصوص را منعکس کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، از نوع مقطعی (Cross-sectional) و توصیفی-تحلیلی بوده است که در سطح دندان‌پزشکان شاغل در دو بخش (دولتی و خصوصی) شهرستان شیراز انجام گرفت.

در این خصوص استانداردهای مشخص شده توسط CDC در زمینه کنترل عفونت به عنوان مبنای رفتاری و نیز اطلاعات موجود در خصوص نحوه انتقال و خصوصیات بیماری ایدز به عنوان مبنای الگوهای آگاهی و نگرش نسبت به بیماری ایدز در

بیشتری انجام گیرد.

پس از مراجعه مستقیم به مطب‌ها و مراکز درمانی و توضیح اولیه درباره اهمیت موضوع مورد مطالعه، در صورت اعلام همکاری از سوی دندان‌پزشک مربوطه، پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار داده شد. پس از گذشت مدت زمان درخواستی جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها از سوی آنان، با مراجعه مجدد به مراکز و مطب‌ها پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شدند.

جهت ثبت اطلاعات خام به دست آمده از پرسش‌نامه‌های تکمیل شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از برنامه نرم‌افزاری SPSS استفاده شد. برای تعیین نمره آگاهی و عملکرد از میانگین، انحراف معیار و نمرات حداکثر و حداقل، در هر زیر گروه استفاده گردید. مقایسه زیرگروه‌ها با استفاده از (t-test) و ضریب Correlation pearson و ارتباط آگاهی و عملکرد با سؤالات مربوط به نگرش با کمک آزمون ANOVA انجام پذیرفت. در تمام مراحل تجزیه و تحلیل این مطالعه $p \text{ value} < 0/05$ عنوان ملاک معنی‌دار بودن مد نظر قرار گرفت. در سؤالات مربوط به آگاهی برای پاسخ صحیح نمره یک و سایر پاسخ‌ها نمره صفر منظور شد. در سؤالات عملکرد، برای پاسخ صحیح نمره 1 و برای سایر پاسخ‌ها نمره صفر در نظر گرفته شد. در سؤالات نگرش از مقیاس لیکرت استفاده شد و مقایسه نمره‌ای در نظر گرفته نشد.

یافته‌ها

درصد پاسخگویی در این مطالعه 88 درصد بود (60 پاسخ دریافت شده در مقابل 68 پرسش‌نامه توزیع شده). پاسخ دهنده‌ها شامل 37 نفر مرد (61/7 درصد) و 23 نفر زن (4/3 درصد) بودند. 50 نفر (83/3 درصد) دارای مدرک تحصیلی دندان‌پزشک عمومی و 10 نفر (17/7 درصد) متخصص در رشته‌های گوناگون بودند.

به طور کلی میانگین سطح آگاهی دندان‌پزشکان در خصوص بیماری ایدز 8/9 با انحراف معیار 1/99 بوده که حداقل سطح آگاهی 5 و حداکثر 12 (از مجموع 13) نمره بود.

11/6 درصد دندان‌پزشکان دارای سطح آگاهی 50 درصد یا کمتر نمره کل، 46/7 درصد دارای سطح آگاهی کمتر از 75 درصد نمره کل، 33/4 دارای سطح آگاهی بین 75 تا 90

نظر گرفته شد و از طریق ارتباط این متغیرها با متغیرهای دموگرافیک دندان‌پزشکان شامل متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات (عمومی و متخصص) و مدت فعالیت در این حرفه پرسش‌نامه‌ای تهیه شد.

68 پرسش‌نامه به نسبت جمعیت دندان‌پزشکان عمومی به متخصص در تمام رشته‌های دندان‌پزشکی بین دندان‌پزشکان توزیع شد و پس از گذشت مدت زمان درخواستی جهت تکمیل پرسش‌نامه از سوی آنان، با مراجعه مجدد به مراکز و مطب‌ها پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شدند. پرسش‌نامه حاوی 45 سؤال با پاسخ چند گزینه‌ای در مورد عناوین مورد مطالعه بود، بدین ترتیب که 13 سؤال مربوط به آگاهی پرسش شوندگان در خصوص بیماران مبتلا به ایدز و ملاحظات مربوط به درمان این بیماران بود و 11 سؤال مربوط به نگرش و 21 سؤال مربوط به عملکرد دندان‌پزشکان در ارتباط با رعایت اصول احتیاط‌های همه جانبه و احتیاط‌های استاندارد به منظور پیش‌گیری از انتقال بیماری‌های قابل انتقال بود.

روایی (Validity) و پایایی (Reliability) پرسش‌نامه نیز مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوایی (Content validity) پرسش‌نامه با توجه به انجام پرسش‌نامه مشابه در کشورهای کانادا، ژاپن، نروژ، ایتالیا، مکزیک و هند مورد تأیید قرار گرفته بود [18-26]. همچنین شماری از پرسش‌ها توسط پژوهشگران مرکز تحقیقات اپیدمیولوژیک دانشکده دندان‌پزشکی شیراز تغییر یا طراحی گردید. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از نتایج حاصل شده از مطالعه اولیه و بر روی 10 نمونه تصادفی (Pilot study) از دندان‌پزشکان شهر شیراز و با استفاده از نرم‌افزار SPSS، مقدار 721 درصد محاسبه گردید. پس از استخراج نتایج اولیه، پرسش‌نامه مذکور در اختیار جمعی از دندان‌پزشکان شاغل در دو بخش دولتی و خصوصی شهرستان شیراز گذارده شد به نحوی که بتوان 60 پرسش‌نامه تکمیل شده (با توجه به حجم نمونه پیشنهاد شده توسط کارشناس آمار) را از بین پرسش‌نامه‌های توزیع شده، دریافت کرد. همچنین سعی شد پرسش‌نامه‌ها به نسبت جمعیت دندان‌پزشکان عمومی به متخصص در رشته‌های گوناگون (با توجه به گزارش واحد نظارت بر امور دندان‌پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز) توزیع شود تا بررسی‌های آماری با دقت

درصد نمره کل و تنها 8/3 درصد دارای سطح آگاهی بالای 90 درصد بودند (جدول 1).

همچنین میانگین سطح عملکرد دندان‌پزشکان در خصوص بیماری ایدز 10/15 با انحراف معیار 3/2 و حداقل سطح عملکرد 4 و حداکثر 19 (از مجموع 19) نمره بود (جدول 2).

میانگین سطح آگاهی دندان‌پزشکان بر اساس متغیر جنس در مردان $8/86 \pm 2/07$ و در زنان $9 \pm 1/9$ بود. هرچند میانگین سطح آگاهی در زنان بالاتر از سطح زیر گروه مردان بود اما تفاوت آماری معنی‌داری بین این دو مقدار مشاهده نشد ($p = 0/51$).

با کمک آزمون Pearson correlation ارتباط بین سابقه کار (مدت فعالیت در حرفه دندان‌پزشکی) و آگاهی و نیز ارتباط

بین سابقه کار با سطح عملکرد دندان‌پزشکان بررسی شد. در ارتباط با رابطه سابقه کار با میزان آگاهی دندان‌پزشکان داده آماری معنی‌داری به دست نیامد، اما ارتباط مثبتی بین سابقه کار دندان‌پزشکان با سطح عملکرد آنان مشاهده گردید ($p \text{ value} = 0/006$). به این معنا که دندان‌پزشکان با افزایش سابقه کار و مدت زمان اشتغال به حرفه دندان‌پزشکی سطح عملکرد بهتری در خصوص بیماری ایدز پیدا کردند.

سطح آگاهی دندان‌پزشکان در خصوص بیماری ایدز بر حسب نوع مدرک تحصیلی نیز بررسی شد. میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی در زیرگروه دندان‌پزشکان عمومی $8/82 \pm 1/91$ و در زیرگروه متخصصین $9/4 \pm 2/41$ بود.

جدول 1. فراوانی (درصد) پاسخ به سؤالات مربوط به آگاهی دندان‌پزشکان شیراز در خصوص بیماری ایدز

سؤال	فراوانی (درصد) پاسخ					بر حسب گزینه صحیح		بر حسب نتیجه پاسخ	
	بلی	خیر	مطمئن نیستم	درست	نادرست	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
1 به نظر شما آیا احتمال انتقال عفونت HIV به دنبال استفاده از وسایل حمام مشترک وجود دارد؟	15	75	10	75	25	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
2 به نظر شما آیا تمام نوزادان متولد شده از مادران HIV مثبت، به این ویروس آلوده‌اند؟	33/3	53/3	13/3	53/3	46/7	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
3 به نظر شما آیا احتمال آلودگی به ویروس HIV از طریق نوشیدن مایعات با لیوان استفاده شده توسط فرد مبتلا به HIV وجود دارد؟	13/3	80	6/7	80	20	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
4 آیا خطری از بابت عفونت HIV به دنبال درمان‌های معمول دندان‌پزشکی وجود دارد؟	71/7	20	8/3	71/7	28/3	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
5 آیا می‌توان ویروس HIV را از طریق استفاده از اتوکلاو در دمای 120 درجه سانتی‌گراد به مدت 30 دقیقه از بین برد؟	88/3	5	6/7	88/3	11/7	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
6 آیا مواد ضد عفونی کننده از قبیل ایزوپروپیل الکل، اتانول، محلول هیپوکلریت سدیم، محلول‌های گلو تار آلدئید، فرمالدئید که به صورت رایج برای ضد عفونی کردن وسایل دندان‌پزشکی استفاده می‌شود. برای ضد عفونی کردن وسایل آلوده به HIV نیز مناسب است؟	56/7	36/7	6/7	56/7	43/3	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
7 آیا استفاده از X-ray و اشعه UV برای استریل کردن وسایل آلوده به ایدز مناسب هستند؟	26/7	46/7	26/7	46/7	53/3	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
8 آیا ویروس HIV به مقادیر فراوان و به شکلی که توان انتقال بیماری را داشته باشد، در بزاق و اشک یافت می‌شود؟	40	55	5	55	45	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
9 آیا ویروس HIV، خیلی آسان‌تر از ویروس‌های هپاتیت B، C منتقل می‌شود؟	11/7	83/3	5	83/3	16/7	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
10 به نظر شما آیا شانس عفونت HIV در دندان‌پزشکان بالاتر از دیگر افراد جامعه است؟	66/7	23/3	10	66/7	33/3	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
11 به نظر شما آیا ویروس HIV توانایی رشد و تکثیر در محیط خارج بدن انسان و یا حیوانات را دارد؟	8/3	86/7	5	86/7	13/3	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
12 به نظر شما آیا احتمال آلودگی به ویروس HIV به دنبال ورود اتفاقی سر سوزن آلوده به بدن بیمار HIV مثبت به بدن دندان‌پزشک کم است؟	48/3	46/7	5	46/7	51/7	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست
13 آیا میزان شیوع HIV در گروه‌های سنی خاص بیشتر است؟	75	15	10	75	25	مطمئن نیستم	خیر	درست	نادرست

جدول 2. فراوانی پاسخ به سؤالات عملکرد دندان‌پزشکان شیراز در خصوص بیماری ایدز

فراوانی (درصد) پاسخ		بر حسب گزینه صحیح		بر حسب نتیجه پاسخ	
سؤال	بلی همیشه	خیر	گاهی اوقات	درست	نادرست
1	81/7	5	13/3	81/7	18/3
2	90	1/7	8/3	90	10
3	73/3	6/7	20	73/3	26/7
4	36/7	43/3	20	36/7	63/3
5	51/7	16/7	31/7	51/7	48/4
6	28/3	50	21/7	28/3	71/7
7	40	26/7	33/3	40	60
8	38/3	30	31/7	38/3	61/7
9	83/3	1/7	15	98/3	
10	30	55	15	45	
11	38/3	23/3	38/3	61/7	
12	55	28/3	16/7	45	
13	23/3	50	26/7	76/7	
14	73/3	8/3	18/3	26/7	
15	31/7	33/3	35	68/3	
16	36/7	35	28/3	63/3	
17	95	0	5	5	
18	96/7	1/7	1/7	3/3	
19	65	35	0	35	
20	73/3	8/3	18/3	26/7	
21	31/7	33/3	35	68/3	

□ خیر

□ بلی

تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (سطح آگاهی: $p \text{ value} = 0/1$ و سطح عملکرد: $p \text{ value} = 0/23$).

در زمینه نگرش 93/3 درصد از دندان‌پزشکان اعتقاد داشتند که درمان بیماران آلوده به ویروس HIV جزء وظیفه حرفه‌ای آن‌ها است. 66/7 درصد افراد اعتقاد به ضعیف بودن احتمال انتقال عفونت HIV از دندان‌پزشکان به بیماران خود را دارند و این احتمال ضعیف برای انتقال عفونت HIV از بیماری به بیمار دیگر در 41/7 درصد دندان‌پزشکان گزارش شده است. 76/7 درصد دندان‌پزشکان عقیده داشتند که لازم است دندان‌پزشک از آلودگی به ویروس HIV بیمار خود اطلاع داشته باشد. در میان سؤالات مربوط به نگرش هیچ تفاوت معنی‌داری در سطح آگاهی و عملکرد گروه‌های پاسخ دهنده مشاهده نگردید ($p \text{ value} = 0/29$)، 60 درصد از دندان‌پزشکان روش‌های جدید ضد عفونی / استریلیزاسیون غیر از روش‌های موجود را برای پیش‌گیری از انتقال بیماری ایدز ضروری دانستند (جدول 4، 3).

در هیچ کدام از این زیرگروه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین سطوح آگاهی بر حسب نوع مدرک تحصیلی مشاهده نشد ($p \text{ value} = 0/34$).

میانگین و انحراف معیار و سطح عملکرد در زیرگروه مدرک تحصیلی دندان‌پزشکی عمومی نیز $10/08 \pm 3/29$ و زیرگروه متخصصین $10/5 \pm 2/83$ محاسبه گردید. که البته از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه در ارتباط با سطح عملکرد مشاهده نشد ($p \text{ value} = 0/74$).

همچنین سطوح آگاهی دندان‌پزشکان بر اساس متغیر سن آنان (با استفاده از آزمون Pearson correlation) مورد بررسی قرار گرفت. با افزایش سن میزان آگاهی دندان‌پزشکان کاهش یافت ($p \text{ value} = 0/03$) و با افزایش سن عملکرد آن‌ها نیز افزایش پیدا کرد ($p \text{ value} = 0/001$). بین سطوح آگاهی و عملکرد دندان‌پزشکان شاغل در بخش دولتی به صورت همزمان و گروهی که فقط در بخش خصوصی مشغول به فعالیت بودند

جدول 3. فراوانی (درصد) پاسخ به سؤالات مربوط به سنجش سطح نگرش دندان‌پزشکان شیراز درباره بیماری ایدز

سؤال	فراوانی (درصد) پاسخ	موافق	مخالف	عدم اطمینان در پاسخ
1- به نظر شما آیا دندان‌پزشکان، وظیفه حرفه‌ای در قبال درمان بیماران آلوده به ویروس HIV دارند؟	93/3	5	1/7	
2- به نظر شما آیا باید تمام بیماران را از نظر آلودگی به ویروس HIV، مثبت فرض کرد؟	96/7	3/3	0	
3- به نظر شما آیا ضروری است که یک دندان‌پزشک بداند که بیماری HIV مثبت است؟	76/7	21/7	1/7	
4- به نظر شما آیا بیماران مبتلا به HIV باید فقط در مرکز خاصی تحت درمان قرار گیرند؟	53/3	46/7	0	
5- به نظر شما آیا انجام غربال‌گری بیماری ایدز در ایران برای تمام بیماران ضروری است؟	53/3	40	6/7	
6- به نظر شما ضرورت روش‌های جدید ضد عفونی / استریلیزاسیون، غیر از روش‌های موجود جهت پیش‌گیری از انتقال بیماری ایدز از طریق فرایندهای دندان‌پزشکی وجود دارد؟	60	23/3	16/7	
7- آیا دیدگاه شما در رابطه با درمان بیماران HIV مثبت و HIV منفی یکسان است؟	31/7	65	3/3	

جدول 4. فراوانی (درصد) پاسخ به سؤالات مربوط به نگرش دندان‌پزشکان شیراز در خصوص بیماران ایدز

سؤال	فراوانی (درصد) پاسخ	بسیار زیاد	زیاد	قابل ملاحظه	متوسط	ضعیف	نگرانی ندارم
1 نگرانی شخصی شما در ارتباط با آلوده شدن به ویروس HIV چقدر است؟	15	26/7	18/3	26/7	8/3	5	
2 احتمال انتقال عفونت HIV از دندان‌پزشکان به بیماران چقدر است؟	0	8/3	3/3	15	66/7	6/7	
3 احتمال انتقال عفونت HIV از بیماران به دندان‌پزشکان چقدر است؟	8/3	10	26/7	23/3	30	1/7	
4 احتمال انتقال عفونت HIV از بیمار به بیمار دیگر چقدر است؟	5	15	13/3	20	41/7	5	

بحث

در مناطق مختلف دنیا بر روی اهمیت آگاهی دندان‌پزشکان در رابطه با AIDS مطالعاتی انجام شده است [18-29]. بر طبق تحقیق Kitaura و همکاران [18] در مورد دندان‌پزشکان ژاپنی، میزان نگرانی از احتمال آلودگی به HIV در حین معاینه و درمان بیماران 86/2 درصد و میزان آگاهی در 80/5 درصد بالاتر از حد متوسط بود به طور مشابه در مطالعه‌ای دیگر سطح آگاهی دندان‌پزشکان نروژی خوب ارزیابی شد [19] و 70/7 درصد از دندان‌پزشکان ایتالیایی نیز از سطح آگاهی مطلوبی برخوردار بودند [20]. در کشور کره آگاهی دندان‌پزشکان در زمینه این بیماری خوب گزارش شده است [21].

مطالعه‌ای که در نیویورک بر روی 1305 نفر از دست‌اندرکاران حرفه دندان‌پزشکی انجام پذیرفت، خطر پایین ابتلا به AIDS در این افراد را گزارش کرد [22].

مطالعه انجام شده در سال‌های 1992 و 1999 در مکزیک نشان داد که میزان نگرانی دندان‌پزشکان مکزیک نیز کاهش یافته است به نحوی که در سال 1992 میلادی 8 درصد دندان‌پزشکان ابراز نگرانی از موضوع را نموده‌اند در حالی که در مطالعه سال 1999 میلادی این رقم به 2 درصد کاهش یافته است [23، 24].

در مطالعه حاضر از میان 60 دندان‌پزشک شرکت کننده متأسفانه تنها 8/3 درصد از آنان موفق به کسب حد نصاب 90 درصد یا بیشتر نمره مربوط به سؤالات ارزیابی سطح آگاهی شدند و در حدود 58/3 درصد دندان‌پزشکان شرکت کننده در مطالعه، نمره آگاهی کمتر از 75 درصد را کسب نموده‌اند که این امر مشابه تحقیقی در یونان و کرمان می‌باشد که میزان آگاهی جهت پیش‌گیری از ایدز در دندان‌پزشکان بسیار پایین گزارش شده بود و لزوم سیاست‌گذاری آموزشی در این بخش را نشان می‌دهد [25، 17].

در مطالعه دیگری که در شهر بوشهر انجام شد، میانگین میزان آگاهی افراد 11/32 (از ماکزیمم نمره 20) و میانگین میزان عملکرد 11/4 (از ماکزیمم نمره 22) بود [26]. در مطالعه حاضر این میانگین برای سطح آگاهی 8/9 (از ماکزیمم نمره 13) و برای سطح عملکرد 10/15 (از ماکزیمم نمره 19) به دست آمد. 53/2 درصد از پزشکان بوشهر معتقد بودند که با

رعایت احتیاط‌های لازم در رابطه با کنترل عفونت احتمال انتقال بیماری به آنان ضعیف است؛ این در حالی است که این درصد برای دندان‌پزشکان شیراز 30 درصد بود. مطالعه حاضر نشان داد که همچنان شاهد عدم قبول این موضوع از سوی گروهی از دندان‌پزشکان و اعتقاد آنان به لزوم درمان این گروه از بیماران عفونی در مراکز خاص هستیم.

در مطالعه Maupome و همکاران [23] مشخص شد که تنها 93 درصد آنان همواره از دستکش لاتکس در هنگام معاینه بیماران خود استفاده می‌کردند، همین بررسی در سال 2000 مشخص کرد که 97 درصد دندان‌پزشکان در هنگام معاینه بیماران خود همواره از دستکش لاتکس استفاده می‌کردند [24]. مطالعه انجام شده در دندان‌پزشکان کانادایی و مقایسه نتایج حداثال سال‌های 1994 و 1995 میلادی به ترتیب نشان دهنده استفاده همیشگی از دستکش لاتکس در 91/8 و 93/8 درصد موارد بوده است [27].

مطالعه دیگری بر روی دندان‌پزشکان کنیایی انجام شد و نشان داد که 100 درصد دندان‌پزشکان همواره از دستکش در هنگام معاینه بیماران خود استفاده می‌کردند [28].

در مطالعه حاضر مشاهده گردید که 81/7 درصد از دستکش لاتکس در معاینه بیماران خود استفاده می‌کنند و البته 1/7 درصد هیچ‌گاه و 8/3 درصد گاهی اوقات دستکش خود را هنگام معاینه و درمان هر بیمار تعویض می‌کنند. این نتایج می‌توانند به عدم آموزش مناسب و یا هزینه آن‌ها مربوط باشد.

در مطالعه حاضر ارتباطی معنی‌دار بین سطح آگاهی افراد با سن آنان به دست آمد به نحوی که با افزایش سن سطح آگاهی افراد کاهش یافته و با افزایش سابقه کار نیز سطح عملکرد آنان افزایش داشته است. چنین تصور می‌شود که با افزایش سن و فاصله‌گیری از تحصیلات دانشگاهی میزان آگاهی افراد کاهش یافته است و اطلاعات کسب شده آنان یا ناکافی بوده است یا به فراموشی سپرده شده است. اما همین گروه با افزایش تجربیات خود در حرفه دندان‌پزشکی توانسته‌اند میزان عملکرد بهتری را از خود نشان دهند. شاید همین میزان افزایش در سطح عملکرد ناشی از آموزش‌های کسب شده در زمینه‌های صرفاً تجربی و عملی و نه بر اساس افزایش سطح آگاهی و دانش افراد در این زمینه می‌باشد. این آموزش‌های کسب شده

می‌تواند از تجربیات خود فرد، آموزش‌های دوره‌ای و یا رسانه‌ها به دست آمده باشد.

در مطالعه‌ای که در شهر یزد انجام گردید نیز ارتباط بین سن و میانگین پاسخ‌های صحیح به کل سؤالات عمومی معنی‌دار گزارش گردید، به نحوی که در گروه سنی 25-34 میانگین پاسخ‌های صحیح بالاتر بود و همچنین تفاوت میانگین آگاهی در مورد بیماری ایدز بر حسب سابقه کار معنی‌دار گزارش شد، به نحوی که میانگین پاسخ‌های صحیح به کل سؤالات و سؤالات تخصصی در گروه با سابقه کار 0-4 سال از همه بیشتر بود. علاوه بر آن میانگین آگاهی در مورد بیماری ایدز در جامعه مورد بررسی و نوع اشتغال به خدمت دارای تفاوت آماری بود. پزشکان عضو هیأت علمی دانشگاه میانگین پاسخ‌های صحیح بیشتری نسبت به سایر پزشکان داشتند [29]. هر چند در مطالعه حاضر مقایسه‌ای بین اعضای هیأت علمی و غیره انجام نشد؛ اما تفاوت معنی‌داری هم بین گروه شاغل در بخش دولتی و خصوصی مشاهده نگردید. بنابراین نشان می‌دهد که تقریباً افزایش دانش افراد در دوره‌های تخصصی نقشی در ارتقاء نگرش و عملکرد افراد نداشته است و به نظر می‌رسد در دوره‌های تکمیلی تأکیدی بر مسایل کنترل عفونت و نحوه انتقال بیماری‌ها نمی‌شود. بر خلاف این یافته دندان‌پزشکان عمومی و متخصصین جراحی دهان در ایالت مریلند آمریکا تمایل بیشتری برای درمان بیماران با عفونت HIV در مقایسه با پرودنتیست‌ها داشتند [30]. در مطالعه‌ای در سودان و کالیفرنای آمریکا نشان داده شد که با افزایش سطح اطلاعات و آگاهی، تمایل دندان‌پزشکان به درمان بیماران HIV نیز بیشتر می‌گردد [31، 32]. در سال 2000 مطالعه‌ای بر روی دندان‌پزشکان مکزیکی انجام شد که نشان داد تنها 86 درصد دندان‌پزشکان مکزیکی، اعتقاد به وظیفه حرفه‌ای در قبال درمان بیماران آلوده به HIV داشته‌اند و این میزان در خصوص وظیفه اخلاقی در آنان 89 درصد بود [24]. مطالعه‌ای که در اصفهان بر روی دانشجویان دندان‌پزشکی انجام گرفته نشان دهنده افزایش تمایل آن‌ها به درمان بیماران HIV بود [33]. در مطالعه‌ای که در اسلو بر روی دانشجویان دندان‌پزشکی انجام گرفت، به نقش افزایش اطلاعات جهت تمایل به درمان تأکید شد و علاوه بر این نشان داد که

دندان‌پزشکان تعهد اخلاقی در زمینه درمان بیماران HIV را حس می‌کنند [34].

در مطالعه حاضر 96/7 درصد از دندان‌پزشکان معتقد هستند که تمام بیماران را باید از نظر آلودگی به ویروس HIV مثبت فرض کرد، در حالی که تنها 31/7 درصد دندان‌پزشکان دیدگاه یکسانی در خصوص درمان بیماران HIV مثبت و HIV منفی دارند و 53/3 درصد معتقد به لزوم غربال‌گری بیماری ایدز در ایران برای تمام بیماران می‌باشند. شاید دلیل این نتایج را بتوان به لزوم استفاده از وسایل و مواد ضد عفونی کننده مناسب و مفید ربط داد.

تحقیقی در کانادا که بر روی 463 نفر انجام گرفت نشان داد که 83 درصد افراد در مورد بیماری خود به دندان‌پزشکان اطلاع می‌دهند [35]. این یافته یعنی صداقت در بیان بیماری و همچنین آموزش جهت افزایش تمایل دندان‌پزشکان به درمان این بیماران و ایجاد حس اعتماد متقابل می‌تواند بنای تحقیق‌های آینده باشد، چرا که به نظر می‌آید در صورت بیان این موضوع از طریق بیماران و به کار بردن احتیاط‌های لازم شاید تمایل جهت درمان این بیماران بیشتر شود.

در بررسی علل عدم پذیرش بیماران آلوده به HIV از سوی دندان‌پزشکان مشاهده شد که فاکتورهای اساسی در این زمینه عبارتند از: ترس از ابتلا خود، خانواده و سایر پرسنل، ترس از دست دادن سایر بیماران به علت هراس از انتقال بیماری از بیمار آلوده به سایر بیماران، هزینه‌های زیاد اقدامات توصیه شده جهت پیش‌گیری و کنترل عفونت در صورت درمان بیماران HIV مثبت و از همه مهم‌تر فقدان مسؤولیت اخلاقی در قبال درمان این گروه از بیماران [36].

همه این عوامل به نحوی با پایین بودن سطح آگاهی دندان‌پزشکان از خصوصیات و نحوه انتقال بیماری و راه‌های پیش‌گیری از انتقال آن قابل توجیه می‌باشد اما بحث بیشتر در این زمینه نیازمند مطالعات گسترده دیگری می‌اشد.

عدم همکاری جمعی از دندان‌پزشکان منجر به کاهش تعداد نمونه‌ها شد که می‌توان آن را به عنوان محدودیت تحقیق حاضر به حساب آورد. در تحقیق‌های آینده می‌توان به این موضوع که در صورت معالجه بیمار HIV توسط دندان‌پزشک تمایل سایر بیماران برای مراجعه به آن دندان‌پزشک کم می‌شود یا خیر

پرداخت. همچنین مشابه کشورهای پیشرفته لزوم بررسی دراز مدت و سیاست‌گذاری در این زمینه پیشنهاد می‌شود [37].

ضروری است. تداوم آموزش‌ها همراه با ارتقای کیفیت آنان با به کارگیری روش‌های آموزشی مناسب توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این تحقیق، ارتقای نگرش و دانش دندان‌پزشکان عمومی و متخصص در زمینه بیماری ایدز

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل از پایان‌نامه دانشجویی گلسا مددی به شماره 1094 در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد.

References

1. Wicker S, Cinatl J, Berger A, Doerr HW, Gottschalk R, Rabenau HF. Determination of risk of infection with blood-borne pathogens following a needlestick injury in hospital workers. *Ann Occup Hyg* 2008; 52(7): 615-22.
2. Gurubacharya DL, Mathura KC, Karki DB. Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2003; 1(2): 91-4.
3. Panlilio AL, Cardo DM, Grohskopf LA, Heneine W, Ross CS. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54(RR-9): 1-17.
4. McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK. Occupational injuries and exposures among Canadian dentists: the results of a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20(5): 331-6.
5. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR Recomm Rep* 2001; 50(RR-11): 1-52.
6. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. [Online]. 2008; Available from URL: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2008/9789291737116_eng.pdf
7. Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13(3): 385-407.
8. Carsley J, Robillard P, Roy E. Preventing needle-stick injury. *CMAJ* 1997; 156(11): 1587-90.
9. Norsayani MY, Noor H, I. Study on incidence of needle stick injury and factors associated with this problem among medical students. *J Occup Health* 2003; 45(3): 172-8.
10. Smith DR, Leggat PA. Needlestick and sharps injuries among nursing students. *J Adv Nurs* 2005; 51(5): 449-55.
11. Khorasan R. AIDS in Iran. [online]. 2011; Available from URL: http://www.iranhiv.com/epidemiology_iran.htm.
12. McCarthy GM, Koval JJ, John MA, MacDonald JK. Infection control practices across Canada: do dentists follow the recommendations? *J Can Dent Assoc* 1999; 65(9): 506-11.
13. Angelillo IF, Nardi G, Rizzo CF, Viggiani NM. Dental hygienists and infection control: knowledge, attitudes and behaviour in Italy. *J Hosp Infect* 2001; 47(4): 314-20.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Draft recommended infection control practices for dentistry. [Online]. 2003 [cited 2 July 2003]. Available from URL: <https://www.federalregister.gov/articles/2003/02/07/03-3026/draft-recommended-infection-control-practices-for-dentistry-2003>.
15. Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford G. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD002835.
16. Askarian M, Malekmakan L. The prevalence of needle stick injuries in medical, dental, nursing and midwifery students at the university teaching hospitals of Shiraz, Iran. *Indian J Med Sci* 2006; 60(6): 227-32.
17. Mosharrafian S, Hashemipour M, Afzali Nasab R. Assessment of the dentists' knowledge and practice on post-exposure prophylaxis of HIV. *Shiraz Univ Dent J* 2011; 11(4): 335-42.
18. Kitaura H, Adachi N, Kobayashi K, Yamada T. Knowledge and attitudes of Japanese dental health care workers towards HIV-related disease. *J Dent* 1997; 25(3-4): 279-83.
19. Wisborg T, Brattebo G. Norwegian dentists' knowledge, attitudes, and behavior concerning the HIV. *Scand J Dent Res* 1989; 97(5): 446-50.
20. Angelillo IF, Villari P, D'Errico MM, Grasso GM, Ricciardi G, Pavia M. Dentists and AIDS: a survey of knowledge, attitudes, and behavior in Italy. *J Public Health Dent* 1994; 54(3): 145-52.
21. Park JC, Choi SH, Kim YT, Kim SJ, Kang HJ, Lee JH, et al. Knowledge and attitudes of Korean dentists towards human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome. *J Periodontal Implant Sci* 2011; 41(1): 3-9.

22. Klein RS, Phelan JA, Freeman K, Schable C, Friedland GH, Trieger N, et al. Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. *N Engl J Med* 1988; 318(2): 86-90.
23. Maupome G, Borges-Yanez SA, Diez-De-Bonilla FJ, Irigoyen-Camacho ME. Attitudes toward HIV-infected individuals and infection control practices among a group of dentists in Mexico City--a 1999 update of the 1992 survey. *Am J Infect Control* 2002; 30(1): 8-14.
24. Maupome G, Acosta-Gio E, Borges-Yanez SA, Diez-De-Bonilla FJ. Survey on attitudes toward HIV-infected individuals and infection control practices among dentists in Mexico City. *Am J Infect Control* 2000; 28(1): 4-21.
25. Zhu H, Duan K, Lei Y, He H, Huang A. The intervention research on understanding of the AIDS prevention and occupational safety of the dentist in Kunming and west part of Yunnan. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 2002; 37(5): 395-7.
26. Merzaie K. Knowledge, attitudes and behavior of dentists in Bushehr towards HIV-related disease. [Thesis]. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences. 2007.
27. McCarthy GM, MacDonald JK. Improved compliance with recommended infection control practices in the dental office between 1994 and 1995. *Am J Infect Control* 1998; 26(1): 24-8.
28. Gachigo JN, Naidoo S. HIV/AIDS: the knowledge, attitudes and behaviour of dentists in Nairobi, Kenya. *SADJ* 2001; 56(12): 587-91.
29. Shahivand A, Razavi H. Survey on knowledge toward HIV/AIDS among dental hygienists in Yazd. [Thesis]. Tehran: Shahid Sadoughi University: Dental School. 1998.
30. Grace EG, Cohen LA. Attitudes of Maryland dentists toward AIDS and hepatitis patients. *Am J Dent* 1993; 6(1): 32-4.
31. Nasir EF, Astrom AN, David J, Ali RW. Utilization of dental health care services in context of the HIV epidemic--a cross-sectional study of dental patients in the Sudan. *BMC Oral Health* 2009; 9: 30.
32. Mulligan R, Seirawan H, Galligan J, Lemme S. The effect of an HIV/AIDS educational program on the knowledge, attitudes, and behaviors of dental professionals. *J Dent Educ* 2006; 70(8): 857-68.
33. Sadeghi M, Hakimi H. Iranian dental students' knowledge of and attitudes towards HIV/AIDS patients. *J Dent Educ* 2009; 73(6): 740-5.
34. Borsum KM, Gjermo PE. Relationship between knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among dental school employees and students. *Eur J Dent Educ* 2004; 8(3): 105-10.
35. Charbonneau A, Maheux B, Beland F. Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity to dentists? *AIDS Care* 1999; 11(1): 61-70.
36. McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK. Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: the results of a national survey of dentists in Canada. *Am J Public Health* 1999; 89(4): 541-5.
37. Reynolds PP. A legislative history of federal assistance for health professions training in primary care medicine and dentistry in the United States, 1963-2008. *Acad Med* 2008; 83(11): 1004-14.

Knowledge, attitude and performance of dentists in Shiraz in relation to AIDS

Mahroo Vojdani, Mitra Farzin*, Reza Derafshi, Anahita Safari, Golsa Madadi

Abstract

Introduction: Health care workers and dental practitioners are always concerned about occupational transmission of human immunodeficiency virus (HIV). This study evaluated knowledge, attitudes and performance of dental practitioners in Shiraz, Iran in relation to AIDS.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional survey a 45-item questionnaire was distributed among 68 general and specialist dental practitioners in Shiraz. Data were analyzed by SPSS software using t-test, ANOVA and Pearson's correlation coefficient ($\alpha = 0.05$).

Results: The response rate was 88% ($n = 60$). The mean of dentists' knowledge was 8.9 ± 1.9 out of 13 and the mean of dentists' performance was 10.15 ± 3.2 . The difference between males and females were not significant (p value = 0.51). Knowledge of dentists was significantly associated with age, i.e. there was a decrease in knowledge (p value = 0.03) and an improvement in performance (p value = 0.001) with an increase in age. A total of 93.3% of respondents felt an obligation to treat HIV-positive patients; 70% of dentists believed that the risk of HIV infection was high despite the necessary precautions. In relation to questions about attitude, no significant differences were observed between the respondents (p value = 0.29).

Conclusion: Based on the results of the present study, the dental practitioners evaluated had a low level of knowledge and performance in relation to AIDS. It is necessary to improve knowledge, attitude and infection control behaviors of dental practitioners in relation to AIDS. It is suggested that more emphasis be placed on this subject in dental school curricula.

Key words: AIDS, Attitude, Dentists, Knowledge, Performance

Received: 4 Feb, 2012

Accepted: 12 Jun, 2012

Address: Associate Professor, Department of Prosthodontics, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Email: farzinm@sums.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2012; 8 (4): 365-375.