# تأثیر واحد درسی "سلامت دهان و دخانیات" بر دانش و نگرش دانشجویان در مورد نقش دندانپزشک در کنترل دخانیات

دکتر بهزاد نظری[۱]، دکتر هاجر شکرچی زاده[۲#] دکتر حمیدرضا روح افزا[۳]

۱- دندانپزشک

۲- استادیار، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی ،واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات بازتوانی قلب، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

وصول مقاله: ۹۸/۱/۲۴ اصلاح نهایی: ۹۸/۳/۱ پذیرش مقاله: ۹۸/۳/۱۵

## The Effect of the Course of "Smoking and Oral Health" on Knowledge and Attitude of Students Regarding Dentist's Role in Smoking Cessation Programs

**Behzad nazari[1], Hajar shekarchizadeh[#2], Hamidreza Roohafza[3]**

*1Dentist*

*2 Assistant Professor, Community Oral Health dept, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran*

*3 Assistant Professor, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

***Received: 14 April 2019; Accepted: 6 June 2019***

**Abstract**

**Background & Aim**: The purpose of this study was to investigate the effect of an educational intervention - course of "smoking and oral health"- on knowledge and attitude of dental students about the complications of smoking and the role of the dentist in smoking cessation.

**Material & Methods:** A quasi-experimental study was conducted on 62 dental students from Isfahan University of Medical Sciences as control group, and 63 dental students from Isfahan Azad University as experimental group. Volunteer students filled out a self-administered questionnaire about their knowledge and attitude regarding dentist's role in smoking cessation. During the ongoing semester, educational intervention was conducted. Then, the students filled out the questionnaires again. Paired sample t-test ، Independent sample t-test ،Chi square ،and Fisher exact test served for statistical analysis.

**Results:** Before the intervention, no significant difference existed between two groups regarding their knowledge score (P=0.46). Following the intervention however, knowledge score in intervention group was significantly higher than control group (P<0.001). Students' attitude was not significantly different between two groups before the intervention (P=0.93). Following the intervention, attitude score was significantly higher in intervention group than control group (P<0.001). Following the intervention, the mean scores of attitude increased significantly in both groups (P<0.001). However, the increased score of knowledge and attitude in intervention group was significantly higher than control group (P<0.001).

**Conclusion:** Course of "Smoking and Oral Health" improved students' knowledge and attitudes towards smoking cessation. Although, students' performance was not evaluated, it seems that educational programs may improve their performance as well.

**Keywords**: oral health, smoking, knowledge, attitude, dental students, dental curriculum

***Corresponding Author:** shekarchizadeh@razi.tums.ac.ir

**J Res Dent Sci. 2019; 16 (2) :127-140.**

#، نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر هاجر شکرچی زاده تلفن: ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۵۳ پست الکترونیک: shekarchizadeh@razi.tums.ac.ir

[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]

[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

**خلاصه:**

**سابقه و هدف** : هدف از این مطالعه بررسی تاثیر یک مداخله آموزشی در قالب واحد درسی "سلامت دهان و دخانیات" بر دانش و نگرش دانشجویان دندانپزشکی در زمینه عوارض دخانیات و نقش دندانپزشک در برنامه¬های ترک دخانیات بود.

**مواد و روش ها**: یک مداخله نیمه تجربی روی ۶۲ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در گروه کنترل و ۶۳ دانشجوی دانشگاه آزاد اصفهان در گروه مداخله، صورت گرفت. دانشجویان داوطلب پرسشنامه‌ای در رابطه با دانش و نگرش خود در زمینه عوارض دخانیات و نقش دندانپزشک در برنامه‌های ترک دخانیات تکمیل کردند. سپس مداخله آموزشی در طول یک ترم تحصیلی صورت گرفت و پرسشنامه‌ها مجددا تکمیل شد. آزمون تی زوجی، آزمون تی مستقل، آزمون کای دو و آزمون فیشر برای تجزیه و تحلیل داده-ها استفاده شد.

**یافته ها:** میانگین نمره دانش دانشجویان قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت (**P=۰/۴۶**) اما بعد از مداخله، در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود (**P<۰/۰۰۱**) میانگین نمره نگرش دانشجویان قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت (**P=۰/۹۳**)، اما بعد از مداخله، در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود (**P<۰/۰۰۱**). بعد از مداخله، میانگین نمره نگرش دانشجویان در هر دو گروه افزایش معنی‌داری داشت (**P<۰/۰۰۱**) اما میزان افزایش نمره دانش و نگرش دانشجویان در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود (**P<۰/۰۰۱**)

**نتیجه گیری**: واحد درسی"سلامت دهان و دخانیات" باعث افزایش دانش و نگرش دانشجویان در مورد برنامه‌های ترک دخانیات شد. هرچند عملکرد دانشجویان مورد سنجش قرار نگرفت ولی به نظر می رسد برنامه‌های آموزشی سبب ارتقا عملکرد آنان نیز بشود.

**کلمات کلیدی:** سلامت دهان، دخانیات، دانش، نگرش، دانشجویان دندانپزشکی، کوریکولوم دندانپزشکی

**مقدمه:**

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷، حدود ۱/۳ میلیارد نفر در جهان دخانیات مصرف می کنند. مصرف دخانیات سالانه جان هفت میلیون نفر را می گیرد که شش میلیون مورد آن به دنبال مصرف مستقیم و مابقی بر اثر مصرف غیرمستقیم دود ناشی از دخانیات می باشد.[۱] در سال ۲۰۱۵ نیز در ایران، ۵/۵٪ از جوانان و ۱۰/۹٪ از بالغین دخانیات مصرف می کرده اند.[۲] مصرف دخانیات به طور قابل ملاحظه ای خطر ابتلا به بسیاری از سرطان ها را افزایش می دهد و از علل اصلی ابتلا به بیماری های مزمن تنفسی و بیماری های قلبی می باشد.[۳] محیط دهان از جمله اولین محل هایی است که تحت تاثیر مصرف دخانیات قرار می گیرد. مصرف دخانیات به شکل های مختلف، باعث پوسیدگی های دندانی و سرطان های دهان و ناحیه اوروفارنژیال شده و نقش مهمی در ایجاد بیماری های پریودنتال، بوی بد دهان، اختلال در حس چشایی و تغییر رنگ دندان ها بازی کرده و با ضایعات لکوپلاکیا و ترمیم ضعیف زخم ارتباط دارد.[۳،۴]

شواهد قوی حاکی از کارآمدی برنامه های کنترل دخانیات در بهبود سلامت افراد و کاهش آمار مربوط به مرگ زود هنگام می باشد.[۵] افراد شاغل در سیستم سلامت نقش مهمی در آموزش بیماران در مورد عوارض مصرف دخانیات و کمک به ترک مصرف آن ایفا می کنند.[۶] توصیه افرادی که به نحوی در حوزه ی سلامت نقش دارند، هرچند کوتاه، می تواند میزان ترک دخانیات را در بیماران افزایش دهد. با وجود اینکه اجرای برنامه های آموزشی برای کمک به ترک دخانیات توسط پزشکان بیشتر از سایر حرفه های حوزه سلامت می باشد ولی سایر گروه ها از جمله دندانپزشکان نیز می توانند نقش مهمی در این زمینه ایفا کنند.[۷] با توجه به ماهیت تکرارشونده درمان های دندانپزشکی و زمان طولانی درمان، فرصت مناسبی در اختیار دندانپزشک قرار می گیرد تا از آن برای اطلاع رسانی و کمک به ترک دخانیات در بیماران استفاده کند.[۸] با این حال، عملی ساختن این هدف، مستلزم افزایش دانش و بهبود نگرش آنها در مورد برنامه ترک دخانیات می باشد.[۷] دانشجویان دندانپزشکی نیز اغلب به دلیل عدم آگاهی و اعتماد به نفس کافی، آمادگی



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

لازم برای اجرای برنامه ترک دخانیات در بیماران را ندارند. [۴] برای مثال، بیش از نیمی از دانشجویان دندانپزشکی تهران و شهید بهشتی نداشتن اطلاعات و آمادگی دندانپزشک جهت ترک سیگار را از موانع اصلی اجرای برنامه ترک دخانیات می دانستند.[۹] بیشتر مطالعات موجود به تاثیر مثبت مداخلات آموزشی ترک دخانیات بر بهبود دانش و نگرش دانشجویان دندانپزشکی اشاره داشته اند [۱۲-۹] با این حال، در مطالعه ای دیگر، تغییر قابل ملاحظه ای در نگرش دانشجویان نسبت به برنامه های ترک دخانیات به دنبال مداخله آموزشی گزارش نشده است.[۱۳]

در سال های اخیر دانشکده های دندانپزشکی در کشورهای مختلف، آموزش ترک دخانیات را در کوریکولوم آموزشی خود گنجانده اند. اغلب این آموزش ها بصورت سخنرانی با محتوای عوارض مصرف دخانیات و به خصوص عوارض دهانی آن و نیز راهبردها و راه های درمانی از جمله دارودرمانی می باشد و در برخی موارد کارگاه های آموزشی نیز جهت افزایش مهارت های بالینی دانشجویان در زمینه ترک دخانیات برگزار می شود.[۴] برای مثال، در بررسی اجرای برنامه ترک دخانیات در کوریکولوم آموزشی ۶۸ دانشکده دندانپزشکی در ۲۱ کشور اروپایی، ۶۷٪ دانشکده ها اظهار داشتند که اقدام به پیاده سازی آموزش برنامه ترک دخانیات در کوریکولوم آموزشی خود کرده اند. در ۶۶٪ موارد، به آموزش های تئوری در مورد عوارض دهانی مصرف دخانیات اشاره شده بود و در ۴۰٪ موارد نیز به آموزش های بالینی پرداخته شده بود.[۱۴] به نظر می‌رسد دندانپزشکان ایرانی دوره های آموزشی مناسب برای انجام وظیفه در حیطه کنترل استعمال دخانیات را سپری نکرده اند که مانع پرداختن آنها به این وظیفه حرفه ای می شود.[۸] به همین دلیل، درس سلامت دهان و دخانیات در سرفصل جدید آموزشی به عنوان یک واحد اختیاری پیشنهاد شده است. طبق سرفصل های آموزشی، این درس باید بصورت ۱ واحد کارگاهی طی ۵۱ ساعت آموزش ارائه شود و هدف کلی آن آشنایی دانشجویان با تاثیرات بیولوژیک، سیستمیک و دهانی مصرف دخانیات و توانمندسازی آنها در شناخت، مشاوره و ارجاع افراد سیگاری برای ترک می باشد به نحوی که بتوانند بیماران را شناسایی کرده و با تغییر نگرش بیمار نسبت به مصرف دخانیات، وی را جهت ترک مصرف ترغیب کنند.[۱۵] لذا با توجه به اهمیت موضوع و نیز تناقض موجود بین مطالعات در زمینه تاثیر مداخلات آموزشی [۱۳-۹] ، در این پژوهش به بررسی سطح دانش دانشجویان دندانپزشکی در زمینه عوارض استعمال دخانیات و نگرش آنها در زمینه نقش دندانپزشک در کنترل دخانیات و نیز تاثیر یک مداخله آموزشی در قالب واحد درسی "سلامت دهان و دخانیات" پرداختیم. از طرفی نتایج این پژوهش می تواند کیفیت آموزش های لازم را ارزیابی کرده و در سیاست گذاری های آموزشی موثر باشد.

**مواد و روش ها:**

مطالعه حاضر به روش مداخله نیمه تجربی انجام شد. گروه کنترل شامل ۶۲ دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود که در سال دوم مشغول به تحصیل بودند و واحد درسی سلامت دهان و دخانیات به آنها ارائه نشده بود. گروه مداخله شامل ۶۳ دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان بود. نمونه گیری در گروه مداخله به روش سرشماری انجام شد و شامل دانشجویان سال دومی بود که این واحد درسی را اخذ نموده بودند و حاضر به همکاری در مطالعه بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان و سوالاتی در رابطه با دانش و آگاهی آنها در مورد عوارض سیستمیک و دهانی مصرف دخانیات و نیز نگرش آنها در زمینه نقش دندانپزشک در برنامه های کنترل دخانیات بود. پرسشنامه مذکور توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها در آمریکا (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) و انجمن سلامت جامعه کانادا (CPHA: Canadian Public Health Association) در ارتباط با کنترل مصرف تنباکو طراحی شده و تکرارپذیری آن توسط گروه



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

دندانپزشکی اجتماعی دانشگاه تهران مورد تایید قرار گرفته بود (test-retest reliability: kappa 0.68-0.9). [۱۶]

بخش دانش و آگاهی دارای ۸ سوال بود. به پاسخ های "صحیح" نمره ۱ و به پاسخ های "اشتباه" و "نمی دانم" نمره ۰ تعلق گرفت. برای محاسبه نمره دانش و آگاهی هر فرد از "۱۰۰" ، مجموع نمرات سوالات دانشی بر عدد ۸ تقسیم شد و عدد حاصله در ۱۰۰ ضرب گردید. بخش نگرش دارای ۱۴ سوال بود و به پاسخ هریک از سوالات نمره از ۰ تا ۴ تعلق می گرفت. برای محاسبه نمره کل هر فرد از "۱۰۰"، مجموع نمره سوالات نگرشی بر عدد ۵۶ که حاصلضرب تعداد سوالات نگرش (۱۴ سوال) در ماکزیمم نمره هر سوال (نمره ۴) می باشد، تقسیم شد و عدد حاصله مجددا در ۱۰۰ ضرب گردید.

قبل از مداخله، پرسشنامه توسط گروههای مداخله و کنترل تکمیل شد. سپس مداخله آموزشی در طول یک ترم تحصیلی تحت عنوان درس سلامت دهان و دخانیات بر روی گروه مداخله صورت گرفت. مداخله مورد نظر شامل آموزش هایی به صورت سخنرانی در زمینه تاریخچه مصرف دخانیات، شیوع مصرف و انواع محصولات تنباکو، عوارض سیستمیک و دهانی مصرف دخانیات، سیکل اعتیاد، انواع روشهای درمان و جایگاه متخصصین سلامت بویژه دندانپزشکان در کنترل مصرف بود که مطابق با سرفصلهای تعیین شده در کوریکولوم آموزشی مربوطه می باشد. آموزشهای مذکور توسط یک نفر متخصص سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی و یک نفر پزشک متخصص با سابقه کار در زمینه ترک دخانیات ارایه شد. به علاوه، دانشجویان به صورت گروهی به ارائه مقالات مرتبط با تاثیرات دهانی مواد دخانی و نقش دندانپزشکان در برنامه های ترک، که توسط اساتید انتخاب شده بودند پرداختند.

در انتهای مداخله مجددا پرسشنامه مذکور به دانشجویان دو گروه مداخله و شاهد داده شد و نتایج مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. داده ها وارد نرم افزار آماری SPSS18 شده و توسط آزمون های آماری Paired sample t-test، Independent samples t-test ، Chi square، Fisher exact test، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

نتایج بدست آمده از این تحقیق برگرفته از پایان نامه مقطع دکترای حرفه ای دندانپزشکی است که با شماره ۲۳۸۱۰۲۰۱۹۴۱۰۳۷ در سامانه جامع پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) و با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.076 به ثبت رسیده است. شرکت در مطالعه کاملا داوطلبانه بود و پس از کسب رضایت آگاهانه به دانشجویان اطمینان داده می شد که اطلاعات و کلیه پاسخ های ارایه شده محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت کلی و بدون انتشار نام، گزارش خواهد شد. پرسشنامه ها بدون ذکر نام جمع آوری شد و برای بازیابی صحیح اطلاعات شرکت کنندگان در مرحله پس از مداخله، هرکدام موظف بودند کدی را (۳ رقم آخر تلفن همراه خود) به عنوان کد شناسایی بر روی پرسشنامه ثبت نمایند.



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

**یافته ها:**

در مجموع ۶۳ نفر در گروه مداخله و ۶۲ نفر در گروه کنترل در مطالعه شرکت داشتند. میانگین سنی دانشجویان در گروه مداخله ۲۱/۱ سال و در گروه کنترل ۲۰/۶ سال بود که بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P$=۰/۱۸). در گروه مداخله ۳۳/۳ درصد شرکت کنندگان مذکر و ۶۶/۷ درصد مونث بودند که این نسبت در گروه کنترل به ترتیب ۳۲/۳ و ۶۷/۷ درصد بود و توزیع فراوانی جنس دانشجویان نیز بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ($P$=۰/۹۰). از دانشجویان گروه مداخله هیچکدام و از دانشجویان گروه کنترل تنها ۳ درصد مصرف کننده کنونی "سیگار" بودند که از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($P$=۰/۲۴). سابقه وابستگی اقوام درجه یک دانشجویان به دخانیات در گروه مداخله ۲۲/۲ و در گروه کنترل ۱۲/۹ درصد بود و بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ($P$=۰/۱۷).




**نمودار۱- درصد پاسخ های صحیح به سوالات دانشی درگروهای مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله**

**آگاهی دانشجویان در زمینه عوارض مصرف دخانیات**

بیش از ۸۰٪ دانشجویان از هر دو گروه، از ارتباط مرگهای پیش از تولد با تماس غیرمستقیم با دود دخانیات، افزایش خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد با مصرف سیگار در دوران بارداری، افزایش خطر بیماری های تنفسی در کودکان با والدین سیگاری، تشدید بیماری های لثه و بافت های اطراف دندان به دنبال مصرف دخانیات و نیز ارتباط بوی بد دهان با مصرف دخانیات آگاهی داشتند. در مقابل، درصد پایینی از افراد از هر دوگروه (حدود ۳۶٪)، از افزایش خطر بیماری های قلبی در افراد غیرسیگاری به دنبال تماس غیرمستقیم با دود دخانیات مطلع بودند و درصد بسیار ناچیزی هم از این واقعیت آگاهی داشتند که سیگاری ها در مقایسه با افراد غیر سیگاری التهاب لثه کمتری را نشان می دهند (۳/۲ ٪ در گروه مداخله و ۱/۶٪ در گروه کنترل) (نمودار ۱).

جدول ۱ نشان دهنده میزان آگاهی دانشجویان در زمینه عوارض سیستمیک و دهانی مصرف دخانیات قبل و بعد از مداخله در دو گروه می باشد. میانگین نمره آگاهی دانشجویان قبل از ارائه واحد آموزشی بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P$=۰/۴۶) اما بعد از مداخله، در گروه مداخله به طور



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P<۰/۰۰۱$). میانگین نمره آگاهی دانشجویان هم در گروه مداخله ($P<۰/۰۰۱$) و هم در گروه کنترل ($P=۰/۰۴$) در پایان مطالعه به طور معناداری بیشتر بود.

**نگرش دانشجویان در مورد نقش دندانپزشک در برنامه‌های ترک دخانیات**

نمودار ۲ نشان دهنده درصد پاسخ های صحیح به سوالات نگرشی در گروه های مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله می باشد. میانگین نمره نگرش دانشجویان قبل از ارائه واحد آموزشی بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P=۰/۹۳$)، اما بعد از ارائه واحد آموزشی در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P<۰/۰۰۱$).

میانگین نمره نگرش دانشجویان هم در گروه مداخله و هم در گروه کنترل بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل مداخله بود ($P<۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

**تغییرات سطح آگاهی و نگرش دانشجویان به دنبال مداخله آموزشی**

جدول ۲ میزان تغییرات نمره آگاهی و نمره نگرش دانشجویان را بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در دو گروه نشان می دهد. میزان تغییرات نمره آگاهی دانشجویان پس از مداخله در گروه مداخله (۱۹/۳) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل (۴/۵) بود ($P<۰/۰۰۱$). همچنین میزان تغییرات نمره نگرش دانشجویان پس از مداخله در گروه مداخله (۳۰/۲) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل (۱۶/۱) بود ($P<۰/۰۰۱$).

**جدول ۱- میزان نمره آگاهی و نمره نگرش دانشجویان گروههای مداخله و کنترل قبل و بعد از ارائه واحد آموزشی**

| میانگین نمره آگاهی | گروه مداخله | گروه کنترل | آزمون t مستقل |
|---|---|---|---|
| | انحراف معیار ±میانگین | انحراف معیار ±میانگین | P |
| قبل از ارائه واحد آموزشی | ۶۹/۸±۱۳/۴ | ۶۷/۷±۱۸/۴ | ۰/۴۶ |
| بعد از ارائه واحد آموزشی | ۸۹/۱±۷/۳ | ۷۲/۲±۱۸/۳ | <۰/۰۰۱ |
| آزمون t زوجی p | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ | |
| میانگین نمره نگرش | گروه مداخله | گروه کنترل | آزمون t مستقل |
| | انحراف معیار ±میانگین | انحراف معیار ±میانگین | P |
| قبل از ارائه واحد آموزشی | ۵۳/۹±۱۲/۹ | ۵۴/۱±۱۳/۳ | ۰/۹۳ |
| قبل از ارائه واحد آموزشی | ۸٤/۱±۱۲/۴ | ۷۰/۲±۱۱/۷ | <۰/۰۰۱ |
| آزمون t زوجی p | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | |

**جدول ۲- میزان تغییرات نمره آگاهی و نمره نگرش دانشجویان بعد از مداخله نسبت به قبل از آن**

| | گروه مداخله | گروه کنترل | آزمون t مستقل |
|---|---|---|---|
| | انحراف معیار ±میانگین | انحراف معیار ±میانگین | P |
| تغییر نمره آگاهی | ۱۹/۳±۱۴/۳ | ۴/۵±۱/۷ | <۰/۰۰۱ |
| تغییر نمره نگرش | ۳۰/۲±۲۰/۴ | ۱۶/۱±۸/۲ | <۰/۰۰۱ |



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]




**نمودار(۲) درصد پاسخ های صحیح به سوالات نگرشی در گروهای مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله**



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

**بحث:**

با وجود سیاستگذاری ها و توسعه برنامه های جهانی، منطقه ای و ملی برای کنترل دخانیات به عنوان یک معضل جهانی، شیوع مصرف دخانیات همچنان بالاست. این درحالی است که میزان ترک در برخی نقاط دنیا و آسیا پایین گزارش شده است.[۱۷] باوجود اینکه به طورمعمول، مداخلات لازم در کمک به ترک دخانیات بیماران توسط پزشکان صورت می پذیرد، ولی نقش سایر دست اندرکاران حوزه سلامت، بویژه دندانپزشکان و تیم دندانپزشکی نیز می تواند در اجرای برنامه ترک دخانیات در جامعه کارساز باشد.[۱۸] دندانپزشکان به دلیل ملاقات های متعدد دندانپزشکی با بیماران و امکان تشخیص زودهنگام عوارض اولیه مصرف دخانیات در دهان، می توانند نقش مؤثری را به عنوان فردی کارآزموده در ایجاد یا افزایش انگیزه بیماران برای ترک دخانیات و حتی پیشگیری از مصرف اولیه آن ایفا کرده و خدمات مشاوره ای بهتری را در مقایسه با سایر گروه های حوزه پزشکی در این زمینه ارائه دهند. [۱۹،۲۰]

در مطالعه حاضر، در گروه مداخله هیچکس و در گروه کنترل تنها ۳/۲٪ دانشجویان به مصرف کنونی "سیگار" اذعان داشتند. این درحالی است که در مطالعه ی Keshavarz و همکاران ، ۱۰/۸٪ دانشجویان دندانپزشکی ایران، به مصرف کنونی "سیگار" و ۲۰/۶٪ به مصرف کنونی دخانیات اشاره داشتند. [۷] در مطالعه Warren و همکاران در زمینه مصرف دخانیات در میان دانشجویان پزشکی سراسر جهان، ۵/۶٪ از دانشجویان ایرانی (۱۱/۶٪ از پسران و ۲/۸٪ از دختران) مصرف کنندگان کنونی "سیگار" بودند (۲۱). شیوع مصرف کنونی دخانیات در دانشجویان دندانپزشکی لیتوانی ۲۷/۷٪ [۲۲]، در دانشجویان دندانپزشکی رومانی ۳۷٪ [۲۳] و در دانشجویان دندانپزشکی هند، ۹/۱٪ (۲۴) گزارش شده است. مصرف سیگار در دانشجویان دندانپزشکی مطالعه حاضر چه در گروه مداخله و چه در گروه کنترل به مراتب کمتر از سایر مطالعات گزارش شده است. این امر ممکن است به علت عدم تمایل دانشجویان مورد مطالعه به اذعان وضعیت مصرف سیگار در آنها باشد. در واقع، ماهیت پرسشنامه ای مطالعه امکان پاسخهای بهتر از واقعیت را فراهم می کند. با این حال، برای غلبه بر این محدودیت، پرسشنامه ها بدون ذکر نام جمع آوری شد و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج به صورت گروهی منتشر خواهد شد. در مقابل، با توجه به اینکه آموزش ترک دخانیات توسط دندانپزشکان در کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی موضوعی نسبتا جدید می باشد، مطالعات زیادی در این زمینه وجود نداشته و مطالعه حاضر برای ارزیابی تاثیر واحد درسی مذکور جهت سیاست گذاری های آموزشی در آینده ارزشمند می باشد.

از طرفی، نوع طراحی مطالعه به صورت مداخله نیمه تجربی در کنار داشتن گروه کنترل از دیگر نقاط قوت مطالعه محسوب می شود. لازم به ذکر است که درس سلامت دهان و دخانیات در کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی به صورت یک واحد اختیاری پیشنهاد شده است و دانشجویان سالهای تحصیلی مختلف می توانند این واحد را اخذ کنند. از آنجا که ممکن بود دانشجویان سالهای بالاتر متناسب با واحدهای گذرانده شده اطلاعات بیشتری در این زمینه داشته باشند، لذا برای گروه مداخله، دانشجویان مشغول به تحصیل در سال دوم در نظر گرفته شدند.

**دانش دانشجویان در مورد عوارض مصرف دخانیات**

در مطالعه حاضر، قبل از مداخله آموزشی میزان آگاهی دانشجویان هر دو گروه از اکثر سوالات مربوط به عوارض سیستمیک و دهانی مصرف دخانیات بالا بود. با این حال، درصد پایینی از افراد هر دو گروه (حدود ٪۳۶) از ارتباط بیماری های قلبی با تماس غیرمستقیم با دود دخانیات در افراد غیرسیگاری آگاهی داشتند و درصد بسیار ناچیزی هم از کاهش علایم التهاب لثه به دنبال مصرف دخانیات مطلع بودند (۱/۶ ٪ در گروه کنترل و ۳/۲٪ در گروه مداخله). مشابه مطالعه حاضر،



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

آگاهی دانشجویان دندانپزشکی در لیتوانی [۲۲] و هند [۲۴]، دانشجویان دندانپزشکی و بهداشت دهان در ایتالیا [۲۵،۲۶]، دانشجویان بهداشت دهان در آمریکا [۲۷]، دندانپزشکان Newcastle انگلیس [۲۸] و اعضای انجمن دندانپزشکی انگلیس [۲۹]و نیز دانشجویان و دندانپزشکان یک مرکز آموزشی درمانی در نیجریه در مورد عوارض مصرف دخانیات بالا بود [۳۰]. گرچه اکثر دانشجویان دندانپزشکی Cardiff آمریکا نیز از عوارض مصرف دخانیات آگاهی داشتند ولی تنها ۳/۸٪ آنها از عوارض تماس غیرمستقیم با دود دخانیات مطلع بودند [۳۱]. در مجموع به نظر می رسد مشابه مطالعه حاضر، میزان دانش و آگاهی در رابطه با عوارض مصرف دخانیات در بین دانشجویان دندانپزشکی، دندانپزشکان در مطالعات مختلف نسبتا بالا می باشد.

## نگرش دانشجویان در زمینه اجرای برنامه ترک دخانیات توسط دندانپزشک

در مطالعه حاضر، اغلب دانشجویان دندانپزشکی نگرش مثبتی در مورد نقش دندانپزشک در کمک به اجرای برنامه های ترک دخانیات داشتند. در مطالعه ی Keshavarz و همکاران نیز بیشتر دانشجویان دندانپزشکی ایرانی موافق بودند که در زمینه ترک دخانیات مسئولیت دارند و درصد بالایی (۷۸٪) معتقد بودند که این توصیه‌ها می‌تواند شانس بیماران را برای ترک دخانیات بیشتر کند.[۷] در مطالعه بر روی دانشجویان دندانپزشکی سراسر جهان، اغلب دانشجویان معتقد بودند که نقش مهمی در ترک دخانیات دارند و درصد بالایی از دانشجویان دندانپزشکی ایرانی در مطالعه مذکور کمک به ترک دخانیات بیماران را از وظایف دندانپزشکان می دانستند. [۲۱] از دانشجویان دندانپزشکی California آمریکا نیز ۹۴٪ معتقد بودند در ترک دخانیات بیماران نقش دارند. [۳۲] درصد بالایی از دانشجویان دندانپزشکی Buffalo نیویورک هم معتقد بودند می‌بایست بیماران را به ترک دخانیات توصیه کرد و ۷۴٪ معتقد بودند که این توصیه ها توسط دندانپزشک می تواند در ترک دخانیات بیماران کمک کننده باشد [۳۳]. اکثریت قریب به اتفاق دانشجویان دانشکده های دندانپزشکی در هند نیز توصیه به ترک دخانیات بیماران را از وظایف خود می دانستند [۲۴]. در مقابل، تنها حدود نیمی از دانشجویان دندانپزشکی رومانی معتقد بودند که نقش مهمی در ترک دخانیات بیماران دارند و فقط ۳۵٪ آنها این برنامه ها را موثر می دانستند [۲۳]. به همین ترتیب، درصد بسیار ناچیزی (۳٪) از دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی در نیجریه معتقد بودند کمک به ترک دخانیات از وظایف دندانپزشک است [۳۰]. علت این امر می تواند آموزش های ناکافی در زمینه مداخله برای ترک دخانیات و اجرای آن ها در محیط بالینی باشد.

## تاثیر مداخله آموزشی بر دانش و نگرش دانشجویان دندانپزشکی

میزان آگاهی دانشجویان در زمینه عوارض سیستمیک و دهانی دخانیات و نیز میزان نگرش آنها در مورد نقش دندانپزشک در برنامه‌های کنترل دخانیات بعد از ارائه واحد آموزشی، در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. نتایج مشابهی در بررسی تاثیر واحد درسی سلامت دهان و دخانیات بر نگرش دانشجویان دندانپزشکی Osaka *ژاپن*، قبل و طی سه سال بعد از ارائه بدست آمد به گونه ای که ارائه این واحد آموزشی باعث بهبود نگرش دانشجویان نسبت به توصیه و نیز کمک به بیماران برای ترک دخانیات شده بود.[۱۳] همچنین برگزاری کلاس های آموزشی به طور قابل ملاحظه ای باعث بهبود دانش، نگرش و مهارت دانشجویان دندانپزشکی تهران و شهید بهشتی در اجرای برنامه ترک دخانیات توسط دندانپزشک شده بود.[۹] در بررسی تاثیر مداخلات آموزشی دخانیات در دانشکده های دندانپزشکی هند، قبل از مداخله آموزشی ۶۹/۸٪ دانشجویان معتقد بودند که کمک به ترک دخانیات از وظایف دندانپزشک است. بعد از مداخله آموزشی نوع اول در مورد عوارض مصرف دخانیات، لزوم ترک دخانیات و نقش افراد شاغل در حرفه های بهداشتی-درمانی در کمک به



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

ترک دخانیات، ۷۵/۵٪ افراد و پس از مداخله نوع دوم بصورت استفاده از ویدئوهای آموزشی، نحوه ترک دخانیات، آشنایی با سرطان های مرتبط با دخانیات و مشاهدات بیمارستانی، ۹۰/۶٪ افراد کمک به ترک دخانیات را از وظایف دندانپزشک می دانستند. در نهایت محققین تاثیر این مداخلات آموزشی را در کمک به ترک دخانیات مطلوب ارزیابی کردند [۳۴]. در بررسی تاثیر مداخله آموزشی با محتوای برنامه ترک دخانیات روی دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری در هند به صورت برگذاری کلاس و کارگاه های آموزشی، برنامه آموزشی باعث افزایش میانگین نمرات متوسط و بالا، از ۱۷٪ به ۸۱٪ شد [۱۰]. مداخله انگیزشی بر روی دانشجویان دندانپزشکی Amsterdam هلند، به طور چشمگیری سبب افزایش آگاهی دانشجویان در مورد عوارض مصرف دخانیات بر سلامت لثه و بافت های اطراف آن و بهبود نگرش آنها در مورد اینکه اجرای برنامه ترک دخانیات از وظایف دندانپزشک می باشد، در مقایسه با گروه کنترل شده بود. [۳۵]

در مقابل، به دنبال مداخله آموزشی به صورت سخنرانی در دانشکده دندانپزشکی Louisville آمریکا، تغییر قابل ملاحظه ای در نمره نگرش دانشجویان در زمینه ترک دخانیات مشاهده نشد که علت آن را فقدان روش مداخله ای کارآمد عنوان کرده اند. [۱۱] به نظر می رسد دلیل تفاوت در میزان تاثیر مداخلات آموزشی در مطالعات مختلف، مربوط به تفاوت در محتوا و ساعات آموزشی، کیفیت و نحوه مداخله، میزان مشارکت دانشجویان و نیز ابزارها و امکانات مورد استفاده در آموزش باشد. در مطالعه ای که به بررسی وضعیت اجرای برنامه ترک دخایات در دانشکده های دندانپزشکی و بهداشت دهان در آمریکا پرداخته بود، نیاز به افزایش آگاهی دانشجویان از طریق سخنرانی و افزایش مهارت های بالینی آنها از طریق تمرین های کلینیکی تاکید شده بود. همچنین پیشنهاد شده بود که واحد درسی مربوطه، حاوی مباحثی شامل تاثیرات بیولوژیک مصرف دخانیات، تاریخچه و جنبه های روانی مصرف ، پیشگیری و درمان آن و ارتقا مهارت های بالینی باشد.[۳۶]

در مطالعه حاضر، مداخله آموزشی سبب بهبود دانش و نگرش دانشجویان در مورد عوارض مصرف دخانیات و اجرای برنامه ترک دخانیات توسط دندانپزشک، شده بود. البته تغییراتی در سطح دانش و نگرش دانشجویان گروه کنترل که واحد درسی "سلامت دهان و دخانیات" را اخذ نکرده بودند نیز مشاهده شد که می تواند نشات گرفته از اثر هاتورن باشد. بدین معنی که افراد تحت مطالعه حتی بدون اینکه آموزشی دریافت کنند، با علم به اینکه می دانند بر روی آنها مطالعاتی در حال انجام است جنبه هایی از دانش یا رفتارشان را که مورد مطالعه باشد، اصلاح می کنند.[۳۷] به نظر می رسد دلیل این بهبود وضعیت در گروه کنترل، حساس شدن آنها روی موضوع به دنبال مواجهه با سوالات پرسشنامه در مرحله اول بوده که خود را در نتایج پرسشنامه مرحله دوم نشان داده است. به دنبال آن طی کردن یک ترم آموزشی و آموزش‌های سایر دروس، آموزش‌های اجتماعی و رسانه ای نیز در این تغییرات ممکن است موثر بوده باشد.



[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

**نتیجه گیری:**

ارائه درس "سلامت دهان و دخانیات" باعث افزایش دانش دانشجویان در مورد عوارض مصرف دخانیات و بهبود نگرش آنها در مورد نقش دندانپزشک در برنامه های ترک دخانیات شد. تغییرات میانگین نمره نگرش بیشتر از نمره دانش بود و ارائه این درس تاثیر بیشتری در افزایش نگرش دانشجویان داشت. هرچند عملکرد دانشجویان مورد سنجش قرار نگرفت ولی به نظر می رسد بتوان با آموزش و بهبود سطح دانش و نگرش در جهت ارتقا توانایی های عملی دانشجویان نیز نتایج قابل قبولی به دست آورد. کمبودهای موجود در زمینه توانمندسازی دانشجویان دندانپزشکی در اجرای برنامه های ترک دخانیات نیازمند برنامه ریزی، بهبود سطح آموزش و هماهنگی اجزای مختلف در دانشگاه و حوزه سلامت می باشد.

**تقدیر و تشکر:**

بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند بویژه مرحوم دکتر ابراهیم جباری فر که در ابتدای مطالعه مشاوره پایان نامه را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی می گردد.

[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]

[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

**References:**


1. World Health Organization .WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017.

2.World Health Organization. WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.

3.Dawson GM, Noller JM, Skinner JC. Models of smoking cessation brief interventions in oral health. NSW Public Health Bull 2014; 24(3): 131-4.

4.Shibly O. Effect of tobacco counseling by dental students on patient quitting rate. J Dent Educ 2010; 74(2): 140-8.

5.Nohlert E, Öhrvik J, Tegelberg Å, Tillgren P, Helgason ÁR. Long-term follow-up of a high-and a low-intensity smoking cessation intervention in a dental setting–a randomized trial. BMC Public Health 2013; 13(1): 592.

6.Victoroff KZ, Dankulich-Huryn T, Haque S. Attitudes of incoming dental students toward tobacco cessation promotion in the dental setting. J Dent Educ 2004; 68(5): 563-8.

7.Keshavarz H, Jafari A, Khami MR, Virtanen JI. Health professionals' role in helping patients quit tobacco use: attitudes among Iranian dental students. ISRN Public Health 2013 ; 2013.

8.Pakfetrat A, MosannenMozaffary P. The Dentist and Tobacco Use Control: Updates and Approaches. J Mash Dent Sch 2011; 34(4): 331-44.

9.Ahmadian M, Khami MR, Ahamdi AE, Razeghi S, Yazdani R. Effectiveness of two interactive educational methods to teach tobacco cessation counseling for senior dental students. Eur J Dent 2017; 11(3): 287-292.

10.Gordon JS, Severson HH, Christiansen S. Development and evaluation of an interactive tobacco cessation CD-ROM educational program for dental students. J Dent Educ 2004 ; 68(3):361-9.

11.Singleton JA, Carrico RM, Myers JA, Scott DA, Wilson RW, Worth CT. Tobacco cessation treatment education for dental students using standardized patients. J Dent Educ 2014; 78(6): 895-905.

12.Pati S. Putting tobacco cessation and prevention into undergraduate medical education. Int J Prev Med 2014; 5(1): 69-75.

13.Haresaku S, Hanioka T, Yamamoto M, Ojima M. Impact of a tobacco curriculum on smoking behaviour and attitudes toward smoking in dental students in Japan: a three-year follow-up study. Int Dent J 2010; 60(2): 99-105.

14. Ramseier CA, Aurich P, Bottini C, Warnakulasuriya S, Davis JM. Curriculum survey on tobacco education in European dental schools. Br Dent J 2012; 213(7): E12.

15. Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education. Deputy for Education. Available at: www.http: //hcmep .behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=369&pageid=404 83. October 20, 2016.

16. Hasanpour M. Dental students' viewpoint about the importance of dentist's role in smoking cessation programs and the necessity of its training in the course of general dentistry. [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2011. [Persian]

17. Hays JT, Ebbert JO. Bupropion for the treatment of tobacco dependence. CNS drugs. 2003; 17(2): 71-83.

18. Vanobbergen J, Nuytens P, Van Herk M, De Visschere L. Dental students' attitude towards anti-smoking programmes: a study in Flanders, Belgium. Eur J Dent Educ 2007; 11(3): 177-83.

19. Koerber A, Crawford J, O'Connell K. The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: a pilot study. J Dent Educ 2003; 67(4): 439-47.

20. Watt RG, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Smoking cessation: Action on smoking opportunities for the dental team. Br Dent J 2000; 189(7): 357-60.

21. Warren CW, Sinha DN, Lee J, Lea V, Jones N, Asma S. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. J Dent Educ 2011; 75(3): 385-405.

22. Zaborskis A, Volkyte A, Narbutaite J, Virtanen JI. Smoking and attitudes towards its cessation among native and international dental students in Lithuania. BMC oral health 2017; 17(1): 106.

23. Dumitrescu AL, Ibric S, Ibric-Cioranu V. Opinions of Romanian dental students toward tobacco use interventions in the dental setting. J Cancer Educ 2016; 31(1): 172-80.

24. Murugaboopathy V, Ankola AV, Hebbal M, Sharma R. Indian dental students' attitudes and practices regarding tobacco cessation counseling. J Dent Educ 2013; 77(4): 510-7.

25. Pizzo G, Davis JM, Licata ME, Giuliana G. Assessment of tobacco dependence curricula in Italian dental hygiene schools. J Dent Educ 2013; 77(8): 1072-8.

26. Pizzo G, Licata ME, Piscopo MR, Coniglio MA, Pignato S, Davis JM. Attitudes of Italian dental and dental hygiene students toward tobacco□use cessation. Eur J Dent Educ 2010; 14(1): 17-25.

27. Davis JM, Koerber A. Assessment of tobacco dependence curricula in US dental hygiene programs. J Dent Educ 2010; 74(10): 1066-73.




[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]

28. Stacey F, Heasman PA, Heasman L, Hepburn S, McCracken GI, Preshaw PM. Smoking cessation as a dental intervention-views of the profession. Br Dent J 2006; 201(2): 109-13.
29. Johnson NW, Lowe JC, Warnakulasuriya KA. Tobacco cessation activities of UK dentists in primary care: signs of improvement. Br Dent J 2006; 200(2): 85-9.
30. Uti OG, Sofola OO. Smoking cessation counseling in dentistry: attitudes of Nigerian dentists and dental students. J Dent Educ 2011; 75(3): 406-12.
31. Clareboets S, Sivarajasingam V, Chestnutt IG. Smoking cessation advice: knowledge, attitude and practice among clinical dental students. Br Dent J 2010; 208(4): 173-7.
32. Allen SR, Kritz-Silverstein D. Dental vs. Medical Students' Comfort with Smoking Cessation Counseling: Implications for Dental Education. J Dent Educ 2016; 80(8): 959-65.
33. Anders PL, Davis EL, McCall WD. Dental students' attitudes toward tobacco cessation counseling. J Dent Educ 2014; 78(1): 56-63.
34. Dable RA, Wasnik PB, Pawar BR, Bopardikar SS, Nagmode SN. Assessment of professional competency and need of smoking cessation counseling for dental students. J Educ Eval Health Prof 2014; 11.
35. Schoonheim□Klein M, Gresnigt C, Velden U. Influence of dental education in motivational interviewing on the efficacy of interventions for smoking cessation. Eur J Dent Educ 2013; 17(1):28-33.
36. Ramseier CA, Christen A, McGowan J, McCartan B, Minenna L, Öhrn K, et al. Tobacco use prevention and cessation in dental and dental hygiene undergraduate education. Oral Health Prev Dent 2006; 4(1):49-60.

37. McCarney R, Warner J, Iliffe S, Van Haselen R, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. BMC Med Res Methodol 2007; 7(1): 30.

[ Downloaded from jrds.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.20084676.1398.16.2.7.4 ]
[ DOI: 10.29252/jrds.16.2.127 ]