

ارزیابی همکاری دندانپزشکان در برانگیختن بیماران به ترک دخانیات

دکتر نازنین بشر دوست (DMD, DDS)^۱ - * دکتر مریم ربیعی (DMD, DDS)^۲ - دکتر سهیلا لسان (DDS)^۳

* نویسنده مسئول: گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: rabiei@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۱۸ تاریخ ارسال: ۹۵/۱۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۶

چکیده

مقدمه: دندانپزشکان به سبب کارداری در پیشه پزشکی می‌توانند بر روند ترک دخانیات بیماران دندانپزشکی تأثیرگذار باشند.

هدف: تعیین میزان مشارکت در ترغیب به ترک بیماران مصرف‌کننده دخانیات برپایه پروتکل 5A توسط دندانپزشکان.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی از پرسشنامه 5A در برگرفته ۵ پرسش در بردارنده، سوال (Ask)، اندرز (Advise)، ارزیابی (Assess)، همکاری (Assist)، و پی‌گیری (Arrange) در مورد ترک سیگار بیماران دندانپزشکی استفاده شد. میزان مشارکت دندانپزشکان با همکاری انجمن دندانپزشکی در انجام هر کدام از این اقدام‌ها در مسیر ترک دخانیات سنجیده شد. داده‌های دموگرافیک دندانپزشکان ثبت و میزان مشارکت به صورت گزارش توصیفی فراوانی ارائه شد.

نتایج: میزان مشارکت در مطالعه ۹۵٪ بود و روی هم رفته ۱۵۲ نفر شامل ۸۵ مرد و ۶۷ زن باگستره سنی ۲۷-۵۲ ساله در مطالعه شرکت کردند. همه این افراد (۱۰۰٪) میانجی‌گری دندانپزشکان در ترک بیماران را الزامی می‌دانستند. ۱۴۴ نفر (۹۴٪) نصیحت به بیماران را پذیرفته بودند. ۸ نفر با ارزیابی بیماران پیش از کار همداستان بودند در حالی که بیشتر آنان آشکارا به روش‌های گوناگون در ترک همکاری داشتند. به همان سان هیچ یک از دندانپزشکان پی‌گیری نتیجه ترک دخانیات بیماران خود نمی‌شدند. نتیجه‌گیری: گرچه دندانپزشکان پیش‌زمینه آموزشی برای ارائه مشاوره ترک دخانیات نداشتند ولی خود را ملزم به این امر خطیر می‌دانستند و از دیدگاه فراگیر، دید دندانپزشکان، در راستای زدودن این خوی مرگبار در بیماران خود است.

کلید واژه‌ها: ترک سیگار، دندانپزشکان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۲، صفحات: ۵۴-۶۱

مقدمه

نوجوانی آغاز می‌شود. ۸۰٪ سیگاری‌ها پیش از ۱۸ سالگی این عادت را آغاز کرده‌اند و در ایران این میزان نزدیک ۶۰٪ است. شیوع در رشت ۲۴/۱۳٪ است (۳ و ۴)

در ایران تاریخچه سیگار کشیدن به دوره شاه عباس صفوی می‌رسد. نخستین کارخانه سیگار در سال ۱۳۱۶ هجری شمسی با گنجایش تولید ۶۰۰ میلیون نخ سیگار در سال راه‌اندازی شد (۲)

ایران کشوری است با جمعیت نزدیک ۷۸۴۷۰۲۲۲ نفر و درآمد عمومی متوسط که برنامه ویژه کنترل و واحدهای تکنیکی ناظر بر آن از سوی دولت وجود دارد. برپایه اطلاعات WHO قانون موظف کرده که روی بسته‌های سیگار هشدارهای سلامتی با خط، اندازه و رنگ مشخص در قالب زبان رسمی آن ارائه شود. برنامه‌های دولتی علیه مصرف دخانیات در رسانه‌ها مانند تلویزیون، رادیو و غیره نشان داده

مصرف دخانیات عادت است فراگیر که در تمام جمعیت‌های جهان دیده می‌شود و یکی از عوامل خطر ساز برجسته در بروز بیماری‌های کشنده است و می‌تواند به مرگ بیانجامد. به همان سان در صورت ترک مصرف بتواند پیشگیری شود (۱).

برپایه گزارش سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization [WHO]) سالانه ۲ میلیون نفر در کشورهای گسترش یافته و ۱ میلیون نفر در کشورهای روبه پیشرفت بر اثر مصرف سیگار می‌میرند. پیش‌بینی شده که این میزان به ۱۰ میلیون مرگ در سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۳۰ برسد که ۷ میلیون نفر در کشورهای در حال توسعه و ۳ میلیون در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۲). بنابراین گزارش، هر ۱۰ ثانیه یک نفر بر اثر مصرف سیگار خواهد مرد و این میزان طی ۳۰ تا ۴۰ سال آینده به ۱ مرگ در هر ۳ ثانیه خواهد رسید (۳). به صورت همگانی عادت مصرف سیگار در

۱. گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. دندانپزشک دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

ویزیت (Ask)، ب) پیشنهاد به افراد مصرف کننده دخانیات به ترک (Advise)، پ) ارزیابی تمایل افراد مصرف کننده دخانیات به ترک (Assess)، ت) کمک به ترک دخانیات با رایزنی و دارودرمانی (Assist) و ث) مدیریت پی گیری برای پیشگیری از مصرف دوباره (Arrange) (۲۶).

مطالعات متعدد بسندگی مدل 5A را در گروه های مختلف از دید اثربخشی و عملی بودن ترک دخانیات و ترغیب بیماران نشان می دهد (۲۹-۲۷).

دندانپزشکان در ترک دخانیات بیماران نقش مهمی دارند. بنابراین کارکرد دندانپزشکان در ارائه مشاوره و خدمات درمانی ترک دخانیات باید ارزیابی شود و در صورت نیاز میزان دانش و مهارت آنها بهبود یابد. این امر می تواند در کاهش شیوع مصرف دخانیات و پیامدهای آن کمک کننده باشد. هدف این مطالعه ارزیابی همکاری دندانپزشکان در ترغیب بیماران به ترک دخانیات برپایه پروتکل 5A و بررسی نقش برخی عوامل دموگرافی بر میزان همکاری آنها است.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی (cross-sectional) با همکاری دندانپزشکان عمومی و متخصص شهر رشت در سال ۱۳۹۴ انجام شد. پس از پذیرش کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و بدست آوردن پروانه کمیته اخلاقی (IR.GUMS.1394.411)، اسامی دندانپزشکان با همکاری انجمن دندانپزشکی ایران شعبه رشت تهیه و پرسشنامه ها توسط نماینده آن انجمن به دندانپزشکان داده شد. پس از فرامود هدف و روش مطالعه، در صورت گرایش دندانپزشک به شرکت در طرح، از ایشان درخواست شد تا چک لیست تهیه شده برپایه الگوی پروتکل 5A را تکمیل نمایند. (۳۰)

۱-سؤال (ask): پرسش از تمامی بیماران در مورد مصرف دخانیات؛

۲-نصیحت (Advise): ترغیب افراد مصرف کننده به ترک دخانیات (بطور روشن، استوار و برازنده همان فرد)؛

۳-ارزیابی (Assess): پرسش از فرد مصرف کننده دخانیات درباره کشش او به ترک؛

می شود. بدبختانه مطالعات کمی درباره کارایی راهبرد قطع تدخین در ایران وجود دارد (۵).

به طور کلی در سال های اخیر در جمعیت سراسر دنیا شیوع مصرف دخانیات سیر کاهش یافته است (۶) و در ایران در سال ۱۹۹۰، شیوع مصرف دخانیات در تمام رده های سنی بدون تغییر چشمگیر گزارش شد (۷).

مصرف دخانیات خطر بروز بدخیمی های دهان (۸ و ۹)، بیماری پریودنتال (۱۰ و ۱۱) و پوسیدگی دندان (۱۲ و ۱۳) را افزایش می دهد. در دنیا ۲۵٪ بروز سرطان های دهان به مصرف دخانیات نسبت داده می شود. در بیماران مصرف کننده دخانیات شانس موفقیت درمان ایمپلنت های دندانی کاهش می یابد (۱۴). نشان داده شده که بین میزان مصرف دخانیات و مقدار گردآمدن کالکولوس ساب-ژنژیوال ارتباط مستقیم وجود دارد (۱۵).

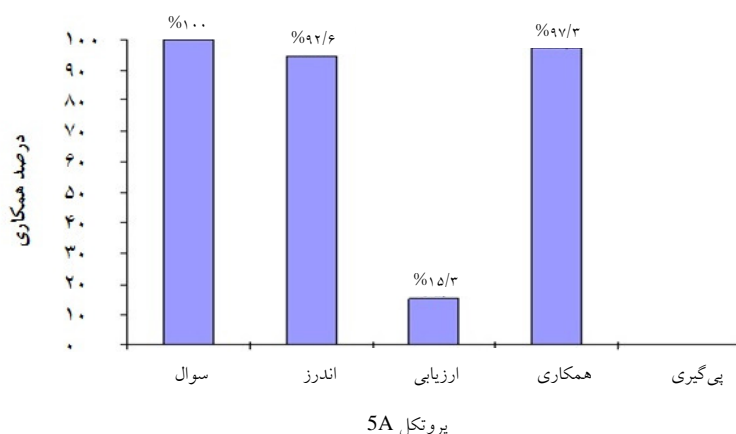
ترک سیگار (۱۶) یا حتی کاهش مقدار مصرف سیگار (۱۷) در بهبود سلامتی بدن کارآمد است. توقف مصرف دخانیات می تواند به طور کلی سبب کاهش بیماری ها و مشکلات مرتبط با آنها و نیز کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان، بیماری های ریوی و قلبی-عروقی شود (۱۸). درمورد تأثیر بر سلامت دهان و دندان، نشان داده شده که توقف مصرف دخانیات خطر از دست رفتگی دندان را کاهش می دهد (۱۹) و نیز موجب بهبود نتایج درمان پریودنتیت می شود (۲۰ و ۲۱).

مطب ها و درمانگاه های دندانپزشکی به عنوان مراکز مهم در ترغیب بیماران به ترک دخانیات شناخته می شوند (۲۲). بیشتر بیماران دندانپزشکی انتظار دارند که دندانپزشک آنها درباره آثار سوء مصرف سیگار به آنها هشدار دهد (۲۳). برپایه یافته های Ford و همکاران، کمابیش تمام افراد سیگاری و غیرسیگاری براین باور بودند که دندانپزشکان هم باید بیماران را از نظر مصرف دخانیات غربالگری کنند و مهارت لازم در ترغیب بیماران به ترک سیگار را داشته باشند (۲۴). Zhu و همکاران دریافتند که کمک به ترک، میزان موفقیت ترک سیگار را افزایش می دهد (۲۵). یکی از شیوه های دلخواه کمک به ترک سیگار با توانایی کاربرد در مراکز بهداشت و درمان دخانیات پروتکل 5A است که از پنج رویکرد تشکیل می شود: الف) پرسش در مورد مصرف دخانیات در هر

نفر (۱/۳٪) سابقه دریافت و ۱۵۰ نفر (۹۸/۷٪) بدون سابقه دریافت آموزش یا مهارت در ترک سیگار بودند.

۱۲۶ نفر (۸۲/۹٪) دندانپزشک عمومی و ۲۶ نفر (۱۷/۱٪) دندانپزشک متخصص بودند. از نظر توزیع سنی، ۱۲۳ نفر (۸۰/۹٪) در گروه سنی ۳۵ سالگی و کمتر و ۲۹ نفر (۱۹/۱٪) در گروه سنی بالای ۳۵ سالگی بود، همچنین، ۱۲۳ نفر (۸۰/۹٪) سابقه کار ۱۰ سال و کمتر و ۲۹ نفر (۱۹/۱٪) سابقه کار بیش از ۱۰ سال داشتند.

درمورد ترک دخانیات بیماران به عنوان بخشی از وظایف دندانپزشکان، ۱۳۷ نفر (۹۰/۱٪) موافق و ۱۵ نفر (۹/۹٪) نا هم سو بودند. در همان هنگام که ۲۶ نفر از دندانپزشکان عمومی خودشان مصرف کننده دخانیات بودند ولی این افراد خودشان موافق مشارکت دندانپزشکان در طرح ترک دخانیات بیمار بودند. (نمودار ۱) میزان همکاری دندانپزشکان در ترک دخانیات بیماران را مطابق پروتکل 5A نشان می دهد. میزان همکاری دندانپزشکان در سطح سؤال (ask) ۱۵۲ نفر (۱۰۰٪) بود و همگی همزمان بازگو کردند که از بیماران در مورد مصرف سیگار چه در مواردی که بوی دخانیات استنشاق شود یا نشانه های دهانی ناشی از ویرانی ناشی از دخانیات در دهان دیده شود یا خیر، می پرسند. دندانپزشکان گفتند که پی گیر بیماران خود از دید مقدار و مدت مصرف و تلاش های قبلی آنها برای ترک نیز هستند.



نمودار ۱. توزیع فراوانی دندانپزشکان بر حسب میزان همکاری در ترک دخانیات

دخانیات بیماران مشارکت داشته باشند. دندانپزشکان این توصیه را برای سیگاری هایی انجام می دهند که از دیرباز یا تازگی مصرف می کردند در بخش سوال مربوط به

۴- کمک (Assist): کمک به فرد مایل به ترک با راهکارهایی مانند مشاوره، دارو درمانی و مواد کمکی؛

۵- پی گیری (Arrange): برگزاری نشست های پی گیری بویژه در گام های نخست دوره ترک.

اطلاعات دندانپزشکان مبنی بر جنس، سن، نوع مدرک (عمومی، متخصص)، پیشینه کار دندانپزشکی، سابقه دریافت آموزش یا مهارت در ترک دخانیات و خوی به مصرف دخانیات دفترینه شد. در پایان گفتگو پمفلتی که از پیش تهیه شده و عوارض احتمالی ناشی از مصرف دخانیات را توضیح می داد در اختیار دندانپزشکان و همکاران مطب آنها قرار داده شد.

واکاوی آماری: اطلاعات پرسشنامه ها پس از تکمیل گردآوری شد. داده ها با نرم افزار SPSS 21 و کاربرد آمار توصیفی ارزیابی شد.

نتایج

از ۱۶۰ دندانپزشکی که پرسشنامه به ایشان داده شد، ۱۵۲ نفر (۸۵ مرد و ۶۷ زن) آن را تکمیل کردند (میزان مشارکت ۹۵٪). میانگین سنی این افراد $33/3 \pm 5/2$ با گستره سنی ۲۷ تا ۵۲ سالگی بود. از دندانپزشکان ۲۶ نفر (۱۷/۱٪) سیگاری و ۱۲۶ نفر (۸۲/۹٪) غیرسیگاری بودند و از این افراد تنها ۲

۱۴۴ نفر (۹۴/۷٪) دندانپزشکانی بودند که مورد دوم یعنی بخش نصیحت (Advise) را انجام می دادند و ۸ نفر انجام نمی دادند ولی خود موافق این اصل بودند که دندانپزشکان باید در ترک

ارزیابی (Assess)، ۸ نفر (۱۵/۳٪) تمایل به ترک را ارزیابی می‌کرده در حالی که عمده افراد بدون ارزیابی، کمک (Assist) ۱۴۸ نفر (۹۷/۳٪) انجام می‌دهند این دندانپزشکان بحث در زمینه فواید ترک، جایگزینی دخانیات با مواد دیگر مانند نوشیدن آب یا مشاوری و ... را حتی بدون در نظر گرفتن تمایل به ترک بیمار انجام می‌دادند. هیچ یک از دندانپزشکان نشست پی‌گیری (Arrange) برای بررسی نتایج توصیه‌ها و تلاش‌هایشان نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

تشویق افراد به ترک سیگار یکی از مهم‌ترین عوامل سلامت و رفاه جامعه است. در دهه‌های اخیر جنبش‌های فرامرزی به سمت محیطی بدون سیگار بوجود آمده‌است. سه گام مهم در ایجاد چنین محیطی از سه مرحله شامل پیشگیری از مصرف سیگار به طور عمده در نوجوانان، تشویق افراد به ترک سیگار بطور مؤثر با ایجاد انگیزه و نگهداری از مصرف نکردن دوباره پس از ترک سیگار تشکیل می‌شود (۳۱).

با توجه به نقش مؤثر گروه‌های شاغل در حرفه‌های مرتبط با بهداشت و سلامت، در این مطالعه ۹۵٪ دندانپزشکان در این پروژه مشارکت داشتند. در مطالعات دیگر میزان مشارکت تا ۸۲٪ گزارش شده است (۳۷-۳۲). به عنوان علل مشارکت محدود دندانپزشکان در برنامه‌های ترک سیگار، کمبود وقت، محدودیت امکانات و ناآگاهی را به عنوان مهم‌ترین عوامل بازدارنده مشارکت دندانپزشکان در برنامه‌های ترک سیگار شناسایی کردند (۳۸). در برخی منابع گزارش شده که خود پروتکل به طور کامل پرسیده نمی‌شود یا گه‌گاه دندانپزشکان از آغاز از پروتکل ۵A آگاهی بسنده نداشتند (۳۹).

به عنوان بخشی از وظایف دندانپزشکان، ۹۰/۱٪ افراد شرکت کننده درمورد ترک دخانیات بیماران موافق بودند. برپایه مطالعه Helgason و همکاران، ۵۰٪ دندانپزشکان و ۷۰٪ بهداشتکاران دهان و دندان (۳۲)، مطالعه Bhat و همکاران اغلب دندانپزشکان (۹۸/۷٪) (۳۷)، مطالعه Razavi و همکاران ۷۴٪ دندانپزشکان و ۷۸٪ دانشجویان دندانپزشکی (۴۰) ترک سیگار را بخشی از وظایف دندانپزشکان می‌دانستند. بهبود گرایش دندانپزشکان در ترک سیگار می‌تواند اهمیت زیادی

داشته باشد. در مطالعه Rosseel و همکاران تغییر رنگ دندان‌ها (۴۱) و در مطالعه Martinelli و همکاران بهبود وضعیت پریدنتال (۴۲) به عنوان عواملی شناسایی شدند که می‌تواند در مراکز دندانپزشکی تأثیر قابل توجهی بر گرایش بیماران به ترک سیگار داشته باشد. مطالعه مروری Brothwell نشان داد که مشاوره‌های ترک سیگار توسط دندانپزشک نسبت بیماران موفق در ترک سیگار را افزایش می‌دهد و حتی مداخله ناچیز در مطب دندانپزشکی نیز می‌تواند در ترک سیگار کمک‌کننده باشد (۴۳).

Razavi و همکاران دندانپزشکان شاغل در اصفهان سؤال ۱/۶۹٪، نصیحت ۶۴٪، ارزیابی ۳۳/۸٪ و کمک ۲۰٪ پیگیری فعال ۴/۳٪ داشتند (۴۰) در مطالعه ما میزان گرایش دندانپزشکان در همه ۵ پرسش بالاتر از مطالعه رضوی بود. در مطالعه‌ای مروری، Soto و همکاران نشان دادند که بطور معمول پزشکان در ۹۸-۷۰٪ موارد از مصرف سیگار می‌پرسند، ۹۰-۵۱٪ بیماران را به ترک سیگار سفارش می‌کنند، ۶۸-۲۵٪ به بیماران کمک می‌کنند، ۱۱-۵٪ بیماران را پیگیری کرده و ۲۵-۱۵٪ آنها را به مراکز ترک سیگار می‌فرستند (۴۴). در مطالعه ما دو بخش ارزیابی و پیگیری در پایین‌ترین بخش مشارکت از سوی دندانپزشکان قرار دارد. همانند این یافته، Trotter و Worcester دیدند که گام‌های سؤال و نصیحت را بیشتر دندانپزشکان انجام می‌دهند اما اجرای مراحل کمک و پی‌گیری به آیین نبود (۳۳). همچنین، مطالعه Lawson و همکاران نشان داد که پروتکل ۵A در اغلب موارد (۷۳٪) بطور کامل پیش‌روگیری نمی‌شود (۳۰). از همه دندانپزشکان، ۲ نفر (۱/۳٪) سابقه دریافت و ۱۵۰ نفر (۹۸/۷٪) بدون سابقه دریافت آموزش یا مهارت در ترک سیگار بودند. Uti و Sofola، گفتند وجود برنامه‌های آموزشی می‌تواند افزون بر افزایش تعداد دندانپزشکان علاقه‌مند به برنامه ترک سیگار، در ارتقای میزان آگاهی، بهبود کارکرد و افزایش توان آنها در ارائه اطلاعات تأثیر چشمگیری بگذارد (۳۸). Vendrell و همکاران نشان دادند که راهنمایی و کمک به ترک سیگار باید توسط افراد آموزش دیده و چیره دست انجام شود تا مداخله‌ای مطمئن و با اثربخشی بالا را پشتیبانی کند (۴۵). اکنون به دلیل اهمیت جستاری که متخصصان حوزه

مدرک، سابقه کار و محل اشتغال) دندانپزشکان بر میزان مشارکت آنها در برنامه ترک سیگار تأثیر ندارد ولی برخی مطالعات تأثیر جنس به شکل شدید دل بستگی زنان به ترک سیگار را نشان داده بود (۴۹) به نظر می‌رسد برخی عوامل دیگر مانند شناخت و آگاهی دندانپزشکان از روش‌های ترک سیگار، هزینه مالی و تنگنای زمان بر میزان همکاری دندانپزشکان در برنامه‌های ترک سیگار نقش داشته باشد که نیازمند ارزیابی است.

چکیده یافته‌های این مطالعه نشانگر آن است که بیشتر دندانپزشکان میزان بالای پروژه ترک سیگار را حتی بدون آموزش پیشین و آگاهی از پروتکل موجود 5A انجام می‌دادند و براین باور بودند که ترک سیگار در بیماران سیگاری بخشی از خویشتکاری پیشه دندانپزشکی است. آنها راهکارهای ترک را نشان می‌دادند ولی هیچیک از آنها پی‌گیر بیمار برای ترک سیگار نبودند. افزون بر آن دندانپزشکان بدون توجه به این که آیا بیمار گرایش به ترک دارد یا خیر پیشنهادهای لازم در راستای ترک سیگار را ارائه می‌دادند.

سپاسگزاری و سپاسداری

نویسندگان این مطالعه از همکاری انجمن دندانپزشکی گیلان شاخه رشت و آقای سقطچی در هماهنگی با دندانپزشکان شهر کمال تشکر را دارند.

این مطالعه برگرفته از پایان نامه خانم لسان با شماره ثبت ۱۵۲۷ است. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سلامت دهان و دندانپزشکان به دلیل ارتباط منظم با بیماران می‌تواند نقش مهمی در انگیزش بیماران به ترک سیگار داشته باشند، پس از بازنگری کوریکولوم آموزشی دکترای عمومی دندانپزشکی در دبیرخانه شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی، در کوریکولوم جدید، واحد درسی با سرنویس سلامت دهان و دخیانیات (کد درس ۱۴۲) به صورت درس اختیاری اختصاصی به شکل یک واحد کارگاهی (معادل ۵۱ ساعت) در درس‌های دانشجویان دوره عمومی دندانپزشکی گنجانده شد. بدین شکل با در نظر گرفتن آموزش کافی به دندانپزشکان آنها را بیش از پیش در مسیر ارتقای دنیای بدون سیگار و سالم پیش می‌برد.

در مطالعه ما بر دندانپزشکان، ۱۷/۱٪ سیگاری بودند. Ghasemi و همکاران با ارزیابی دندانپزشکان عمومی و متخصص و نیز دانشجویان دندانپزشکی در چند دانشکده دندانپزشکی، شیوع مصرف دخانیات را ۳۰٪ در مردها و ۱۲٪ در زن‌ها گزارش کردند (۴۶). Awan و همکاران شیوع افراد سیگاری در دانشجویان دندانپزشکی و دندانپزشکان عمومی را به ترتیب ۳۳/۸٪ و ۳۰/۲٪ گزارش کردند (۴۷). برپایه مطالعه Gopinath، ۱۸/۹٪ دندانپزشکان یکی از نواحی هند سیگاری بودند یا سابقه مصرف سیگار داشتند (۴۸) مصرف سیگار توسط دندانپزشکان می‌تواند بر گرایش بیماران در ترک سیگار آثار منفی داشته باشد اگرچه در این مطالعه همه افراد سیگاری خودشان نیز مشارکت در انگیزش به ترک سیگار را از وظایف دندانپزشک می‌دانستند و از افراد در این مورد می‌پرسیدند.

در مطالعه ما دیده شد که متغیرهای دموگرافی (جنس، سن) عادات‌های رفتاری (مصرف دخانیات) و وضعیت کاری (نوع

منابع

- Kim M, Han CH, Lee MY. NADPH oxidase and the cardiovascular toxicity associated with smoking. *Toxicol Res* 2014; 30(3): 149-57.
- Meysamie A, Ghaletaki R, Zhand N, Abbasi M. Cigarette Smoking in Iran Iranian J Publ Health, 2012; 41(2): 01-14
- Haghdooost AA, Moosazadeh M. The prevalence of cigarette smoking among students of Iran's universities: A systematic review and meta-analysis. *J Res Med Sci* 2013; 18: 717-25.
- Moosazadeh M, Ziaaddini H, Mirzazadeh A, Ashrafi-Asgarabad A, Haghdooost AA. Meta-analysis of Smoking Prevalence in Iran. *Addict Health* 2013; 5(3-4): 140-53.
- World Health organization WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015 Country profile Iran (Islamic Republic of Iran). www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/irn.pdf
- Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA* 2014; 311(2): 183-92.

7. Ghasemian A, Rezaei N, Saeedi Moghaddam S, Mansouri A, Parsaeian M, Delavari A, et al. Tobacco Smoking Status and the Contribution to Burden of Diseases in Iran, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Arch Iran Med* 2015; 18(8): 493-501.
8. Radoi L, Paget-Bailly S, Cyr D, Papadopoulos A, Guida F, Schmaus A, et al. Tobacco smoking, alcohol drinking and risk of oral cavity cancer by subsite: results of a French population-based case-control study, the ICARE study. *Eur J Cancer Prev* 2013; 22(3): 268-76.
9. Madani AH, Dikshit M, Bhaduri D, Aghamolaei T, Moosavy SH, Azarpaykan A. Interaction of alcohol use and specific types of smoking on the development of oral cancer. *Int J High Risk Behav Addict* 2014; 3(1): e12120.
10. Bergstrom J. Smoking rate and periodontal disease prevalence: 40-year trends in Sweden 1970-2010. *J Clin Periodontol* 2014; 41(10): 952-7.
11. Tanaka K, Miyake Y, Hanioka T, Arakawa M. Active and passive smoking and prevalence of periodontal disease in young Japanese women. *J Periodontol Res* 2013; 48(5): 600-5.
12. Golpasand Hagh L, Zakavi F, Ansarifar S, Ghasemzadeh O, Solgi G. Association of dental caries and salivary sIgA with tobacco smoking. *Aust Dent J* 2013; 58(2): 219-23.
13. Aguilar-Zinser V, Irigoyen ME, Rivera G, Maupomé G, Sánchez-Pérez L, Velázquez C. Cigarette smoking and dental caries among professional truck drivers in Mexico. *Caries Res* 2008; 42(4): 255-62.
14. Takamiya AS, Goiato MC, Gennari Filho H. Effect of smoking on the survival of dental implants. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2014; 158(4): 650-3.
15. Bergström J. Tobacco smoking and subgingival dental calculus. *J Clin Periodontol* 2005; 32(1): 81-8.
16. Gometz ED. Health effects of smoking and the benefits of quitting. *Virtual Mentor* 2011; 13(1): 31-5.
17. Begh R, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Does reduced smoking if you can't stop make any difference? *BMC Med* 2015; 13: 257.
18. Zhao J, Pachanee CA, Yiengprugsawan V, Seubsman SA, Sleight A; Thai Cohort Study Team. Smoking, smoking cessation, and 7-year mortality in a cohort of Thai adults. *Popul Health Metr* 2015; 13: 30.
19. Dietrich T, Walter C, Oluwagbemigun K, Bergmann M, Pischon T, Pischon N, Boeing H. Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss: The EPIC-Potsdam Study. *J Dent Res* 2015; 94(10): 1369-75.
20. Fiorini T. Smoking cessation may promote additional benefits to non-surgical periodontal therapy in adults with chronic periodontitis. *J Evid Based Dent Pract* 2015; 15(2): 83-4.
21. Rosa EF, Corraini P, Inoue G, Gomes EF, Guglielmetti MR, Sanda SR, et al. Effect of smoking cessation on non-surgical periodontal therapy: results after 24 months. *J Clin Periodontol* 2014; 41(12): 1145-53.
22. Gordon JS, Andrews JA, Crews KM, Payne TJ, Severson HH. The 5A's vs 3A's plus proactive quitline referral in private practice dental offices: preliminary results. *Tob Control* 2007; 16(4): 285-8.
23. Razavi SM, Tahani B, Nouri S, Khazaei A. Oral Cancer Knowledge and Practice among Dental Patients and their Attitude Towards Tobacco Cessation in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16(13): 5439-44.
24. Ford P, Tran P, Cockburn N, Keen B, Kavanagh DJ, Gartner C. Survey of dental clinic patients: Smoking and preferences for cessation support. *Aust Dent J* 2015 Jun 18. [Epub ahead of print]
25. Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000; 18(4): 305-11.
26. Fiore M, Bailen W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
27. Puschel K, Thompson B, Coronado G, Huang Y, Gonzalez L, Rivera S. Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile. *Health Promot Int* 2008; 23(3): 240-50.
28. Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008; 121(4): e738-47.
29. Takahashi K, Saso H, Saka H, Saso H, Iwata M, Hashimoto I. A pilot study on inducement of smoking cessation by a simple 5A (asking, advice, assess, assist, and arrange) approach at outpatient clinics. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7(1): 131-5.
30. Lawson PJ, Flocke SA, Casucci B. Development of an instrument to document the 5A's for smoking cessation. *Am J Prev Med* 2009; 37(3): 248-54.

31. JCS Joint Working Group; Japanese Society for Oral Health; Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons; Japanese Society of Public Health; Japanese Respiratory Society; Japan Society of Obstetrics and Gynecology; et al. Guidelines for Smoking Cessation (JCS 2010)--digest version. *Circ J* 2012; 76(4): 1024-43.
32. Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5): 378-85.
33. Trotter L, Worcester P. Training for dentists in smoking cessation intervention. *Aust Dent J* 2003; 48(3): 183-9.
34. Mumtaz R, Khan AA, Moeen F, Noor N, Humayun S. The role of Pakistani dentists in tobacco cessation. *Int Dent J* 2008; 58(6): 356-62.
35. Ebn Ahmady A, Khoshnevisan MH, Heidari N, Lando HA. Dentists' familiarity with tobacco cessation programs in dental settings in Iran. *J Public Health Dent* 2011; 71(4): 271-7.
36. Uti OG, Sofola OO. Smoking cessation counseling in dentistry: attitudes of Nigerian dentists and dental students. *J Dent Educ* 2011; 75(3): 406-12.
37. Bhat N, Jyothirmmai-Reddy J, Gohil M, Khatri M, Ladha M, Sharma M. Attitudes, Practices and Perceived Barriers in Smoking Cessation among Dentists of Udaipur City, Rajasthan, India. *Addict Health*. 2014; 6(1-2): 73-80.
38. Uti O, Sofola O. Impact of an educational intervention on smoking counseling practice among Nigerian dentists and dental students. *Niger J Clin Pract* 2015; 18(1): 75-9.
39. Hu S, Pallonen U, McAlister AL, Howard B, Kaminski R, Stevenson G, et al. Knowing how to help tobacco users. Dentists' familiarity and compliance with the clinical practice guideline. *J Am Dent Assoc* 2006; 137(2): 170-9.
40. Razavi SM, Zolfaghari B, Doost ME, Tahani B. Attitude and practices among dentists and senior dental students in Iran toward tobacco cessation as an effort to prevent oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16(1):333-8.
41. Rosseel JP, Hilberink SR, Jacobs JE, Maassen IM, Plasschaert AJ, Grol RP. Are oral health complaints related to smoking cessation intentions? *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(5): 470-8.
42. Martinelli E, Palmer RM, Wilson RF, Newton JT. Smoking behaviour and attitudes to periodontal health and quit smoking in patients with periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2008; 35(11): 944-54.
43. Brothwell DJ. Should the use of smoking cessation products be promoted by dental offices? An evidence-based report. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(3): 149-55.
44. Soto Mas FG, Papenfuss RL, Jacobson HE, Hsu CE, Urrutia-Rojas X, Kane WM. Hispanic physicians' tobacco intervention practices: a cross-sectional survey study. *BMC Public Health* 2005; 5: 120.
45. Vendrell Rankin K, Jones DL, Crews KM. Tobacco cessation education for dentists: an evaluation of the lecture format. *J Cancer Educ* 2010; 25(3): 282-4.
46. Ghasemi H, Khami MR, Virtanen JI, Vehkalahti MM. Does Smoking Hamper Oral Self-Care Among Dental Professionals? *J Dent (Tehran)* 2015; 12(5): 333-9.
47. Awan KH, Hammam MK, Warnakulasuriya S. Knowledge and attitude of tobacco use and cessation among dental professionals. *Saudi Dent J* 2015; 27(2): 99-104.
48. Gopinath V. Oral hygiene practices and habits among dental professionals in Chennai. *Indian J Dent Res* 2010; 21(2): 195-200.
49. Rahman B, Hawas N, Rahman MM. Opinions of dental students toward tobacco cessation intervention in the United Arab Emirates. *International dental Journal* 2016;66:304-310

Investigating the Role of Dentist in Tobacco Cessation Program in Rasht, Iran

Nazanin Bashardoust(DMD,DDS)¹-*Maryam Rabiei(DMD,DDS)²-Soheila Lesan(DDS)³

***Corresponding Address:** Professor of Department of oral & maxillofacial medicine, School of dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Email: rabiei@gums.ac.ir

Received: 07/Jan/2017 Revised: 01/Mar/2017 Accepted: 06/Mar/2017

Abstract

Introduction: Background dentists as employed in the medical profession of dental patients are factors influencing the process of quitting tobacco.

Objective: The aim of this study was to evaluate the desire to encourage dentists in Rasht to help patients quit tobacco consumption based on the protocol 5A.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, we carried out the model 5A; where short 5 questions containing Asks, Advise, Assess, Assist, and Arrange in relation to the patients who were asked to stop smoking and the extent of their participation in each of respective steps. In this study, we determined the desire of quit smoking by dentists. dentist's demographic data were recorded and findings presented by descriptive reports.

Results: The rate of participation in the study was 95%. A total of 152 people, (85 males and 67 females) with an age range of 27-52 years participated in the study. most of the patients and (almost 100%) dentists were involved in the plan. at the same time, none of the dentists did not arrange the follow up on their patients' quit smoking program.

Conclusion: Findings show that although dentists were with no educational background to provide their advice to patients for quitting, they feel committed to this important issue broadly, general dentists are determined to eliminate smoking habit in their patients .

Conflict of interest: none Declared

Key words: Dentists, Smoking Cessation

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 102, Pages: 54-61

Please cite this article as: Bashardoust N, Rabiei M, Lesan S. Survey the Role of Dentist in Tobacco Cessation Program in Rasht, Iran (2015-2016). J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(102):54-61. [Text in Persian]

1. Assistant professor, Department of oral and maxilla of acial pathology, school of dentistry, Guilan University of medical Sciences, Rasht, Iran

2. Professor, Department of oral & maxillofacial medicine, School of dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3. Dentist, shiraz, Iran