

اثر آموزش بهداشت دهان بر آگاهی، نگرش و کارکرد گروهی از بیماران

عدیله شیرمحمدی*، معصومه فرامرزی*

* دانشیار گروه پرودنتیکس، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
* استادیار گروه پرودنتیکس، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

چکیده

بیان مساله: مهار پلاک میکروبی و آموزش بهداشت جزو مهم درمان‌های دندانپزشکی است، که موفقیت دراز مدت مراقبت‌های دندانپزشکی و پرودنتال را تضمین می‌کند.

هدف: هدف از این پژوهش، مقایسه‌ی میزان کارایی آموزش‌های بهداشت دهان داده شده به بیماران مراجعه کننده به بخش پرودنتولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز در افزایش سطح آگاهی و بهبود نگرش و کارکرد آنان در مهار پلاک میکروبی در دو گروه جوان و بزرگسال بود.

مواد و روش: برای این منظور در یک مطالعه مداخله‌ای (نیمه تجربی) شمار ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به بخش پرودنتولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز به گونه‌ی تصادفی ساده انتخاب شده و تحت آموزش مهار پلاک قرار گرفتند. در آغاز بررسی و در فاصله‌های یک و دو هفته و سپس یک ماه پس از آموزش بهداشت، بیماران پرسشنامه‌ای را که برگرفته از پرسشنامه‌ی (Simplified Oral Hygiene Index) OHI-S سازمان بهداشت جهانی (WHO) و دارای ۱۴ پرسش بود، پر کردند. نمایه‌ی پلاک همه‌ی بیماران توسط یک فرد معاینه کننده بر پایه‌ی نمایه‌ی پلاک O'Leary اندازه‌گیری شد. پس از مقایسه‌ی پرسشنامه‌های پیش و پس از آموزش بهداشت دهان، میزان تغییرات در آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران بر پایه‌ی آزمون تی زوج (Paired t-test) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 13 ارزیابی گردید.

یافته‌ها: یک ماه پس از آموزش مهار پلاک برای بیماران، ۴۶ درصد افزایش در سطح آگاهی، ۱۲۳ درصد بهبود در سطح نگرش و ۴۳/۲۷ درصد کاهش در نمایه‌ی پلاک دیده شد، که هر سه معیار اختلاف معنادار با اندازه‌های آغازین نشان دادند (به ترتیب $p=0/021$ ، $p=0/018$ و $p=0/018$).

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد، که آموزش بهداشت دهان به صورت پیاپی باعث بهبود چشمگیری در میزان آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران در مهار پلاک می‌گردد.

واژگان کلیدی: آموزش بهداشت دهان، نمایه‌ی پلاک، آگاهی، نگرش، کارکرد

درآمد

مه‌ار پلاک میکروبی شامل برداشت پلاک دندان‌ی بر پایه‌ی یک برنامه‌ی منظم و پیشگیری از تجمع دوباره‌ی آن بر روی دندان‌ها و سطوح لثه‌ای است، که با دو هدف به حداقل رساندن التهاب لثه‌ای و پیشگیری از بازگشت و با پیشرفت بیماری‌ی پرپودنتال انجام می‌گیرد^(۱).

از میان بردن مکانیکی پلاک به صورت روزانه توسط بیمار تنها روش عملی برای بهبود بهداشت دهان و دندان در دراز مدت است^(۲). این فرایند نیازمند ایجاد انگیزه در بیمار، آگاهی و آموزش وی و به دنبال آن تشویق و تقویت اوست. تاکنون بررسی‌های گوناگون درباره‌ی ارتباط اثر آموزش بهداشت دهان و حتی روش‌های گوناگون آن بر روی میزان آگاهی، نگرش و کارکرد کودکان دبستانی انجام گرفته است^(۳-۵). نتیجه‌ی این بررسی‌ها بیانگر این مطلب است، که آموزش بهداشت دهان بر افزایش آگاهی و نگرش و بهبود کارکرد کودکان دبستانی موثر بوده است. بررسی کنونی جهت ارزیابی کارآمدی آموزش بهداشت دهان بر روی میزان آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران مراجعه کننده به بخش پرپودنتولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز طراحی شد.

مواد و روش

بررسی از گونه‌ی مداخله‌ای (نیمه تجربی) و نمونه‌ی مورد نظر، بیماران مراجعه کننده به بخش پرپودنتولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز بودند، که شمار ۱۰۰ نفر از این بیماران به گونه‌ی تصادفی ساده انتخاب شده و تحت آموزش بهداشت دهان قرار گرفتند. شرط ورود این بیماران به بررسی، نداشتن مشکلات ذهنی همچون عقب ماندگی که مانع یادگیری و ایجاد ارتباط با آنها شوند، نداشتن مشکلات فردی در اجرای بهداشت دهان همچون ناتوانی جسمی موثر، نداشتن دندان‌های حساس و دردناک در مه‌ار پلاک و سیگاری نبودن بود. پیش از آموزش بهداشت دهان که در برگیرنده‌ی روش مسواک زدن تغییر یافته‌ی استیلمن (Stillman)^(۶) و همچنین روش استاندارد^(۷) استفاده از نخ دندان بود، بیماران پرسشنامه‌ای را که برگرفته از پرسشنامه^(۸) OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index) سازمان بهداشت جهانی بود پر کردند. در این پرسشنامه ۱۴ پرسش مطرح گردید، که ۱۰ پرسش مربوط به بررسی سطح آگاهی و ۴ پرسش مربوط

به سطح نگرش بیماران بود. پاسخ درست به هر یک از پرسش‌ها ۱ امتیاز مثبت و پاسخ نادرست یا سفید صفر امتیاز داشت. اعتبار پرسشنامه (Validity) از طریق بررسی اعتبار محتوا و پایایی آن (Reliability) به روش محاسبه ضریب آلفای کورنباخ مورد ارزیابی قرار گرفت. در پژوهش حاضر مقدار پایایی ۰/۷۶ بدست آمد. پس از آموزش بهداشت دهان و در فاصله‌های یک و دو هفته‌ای و سپس یک ماهه همان پرسشنامه از این بیماران گرفته شد. نمایه‌ی پلاک که در واقع نمایه‌ی بررسی کارکرد بیماران بود، توسط یک فرد معاینه کننده و بر پایه‌ی نمایه‌ی پلاک O'Leary^(۹) اندازه‌گیری گردید. پس از مقایسه‌ی پرسشنامه‌های پیش و پس از آموزش بهداشت دهان، میزان تغییرات در آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران بر پایه‌ی آزمون تی زوج ارزیابی شد. همچنین، برای بررسی رابطه‌ی سن بیماران با اثر آموزش بهداشت دهان بر آگاهی، نگرش و کارکرد آنان، افراد مورد بررسی بر پایه‌ی داده‌های دموگرافیک به دو گروه سنی میان ۱۲ تا ۱۸ سال و بالای ۱۸ سال بخش گردیدند. سپس، برای تغییرات آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران که در هر گروه بر پایه‌ی آزمون تی زوج ارزیابی شد. همچنین، پس از گروه‌بندی بیماران به دو گروه آموزش گیرنده‌ی مردان و آموزش گیرنده‌ی زنان تغییرات آگاهی، نگرش و کارکرد آنان در هر گروه بر پایه‌ی آزمون تی زوج ارزیابی شد.

یافته‌ها

شمار ۱۰۰ نفر بیمار مورد بررسی قرار گرفتند، که ۳۸ نفر آنها زیر ۱۸ سال (دامنه‌ی ۱۲ تا ۱۸ سال) و ۶۲ نفر آنها بالای ۱۸ سال (دامنه‌ی ۱۹ تا ۴۱ سال) بودند. شمار زنان ۴۶ نفر و شمار مردان ۵۴ نفر گزارش شد.

جدول ۱ تغییرات در سطح آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران را یک هفته، دو هفته و یک ماه پس از آموزش و میزان بهبود در مه‌ار پلاک میکروبی را نسبت به پیش از آموزش نشان می‌دهد.

برای محاسبه درصد بهبود از فرمول زیر استفاده شد:

مقادیر پس از آموزش - مقادیر پیش از آموزش

×۱۰۰ = درصد بهبود

مقادیر پیش از آموزش

همچنین، در جدول ۱ تغییرات در سطح آگاهی، نگرش و کارکرد جوانان و بزرگسالان و زن و مرد نشان داده شده است. تغییرات آگاهی، نگرش و کارکرد در پیش از آموزش نسبت به یک ماه

جدول ۱ تغییرات سطح آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران پیش از آموزش، یک و دو هفته و یک ماه پس از آموزش بهداشت دهان

پیش از آموزش	یک هفته پس از آموزش	دو هفته پس از آموزش	یک ماه پس از آموزش	درصد بهبود نسبت به پیش از آموزش (درصد)
۶/۰۳±۲/۳۵	۷/۳۶±۲/۲۹	۸/۲۹±۲/۰۲	۸/۸۳±۱/۷۶	۴۶
۶/۰۹±۲/۰۶	۶/۸۲±۲/۴۲	۷/۷۸±۲/۱۵	۸/۴۰±۱/۰۶	۳۷
۵/۹۷±۲/۱۳	۷/۸۴±۲/۰۷	۹/۲۱±۱/۸۱	۹/۲۱±۱/۸۰	۵۴
۶/۲۸±۲/۲۱	۷/۷۷±۲/۱۴	۸/۴۹±۱/۹۵	۹/۰۱±۱/۸۱	۴۳
۵/۹۶±۲/۰۳	۷/۰۳±۲/۰۸	۸/۰۱±۲/۰۲	۸/۷۱±۱/۷۲	۴۴
۰/۹۸±۰/۰۲	۱/۲۵±۱/۰۶	۱/۵۹±۱/۰۶	۲/۱۷±۱/۰۶	۱۲۳
۰/۹۸±۰/۸۶	۱/۱۹±۰/۹۵	۲/۱۷±۰/۸۴	۲/۱۷±۰/۸۴	۱۲۱
۰/۹۵±۱/۱۲	۱/۳۰±۱/۱۷	۱/۶۵±۱/۲۱	۲/۱۷±۱/۲۳	۱۲۸
۱/۰۱±۰/۲۴	۱/۴۵±۱/۱۸	۱/۷۳±۱/۱۴	۲/۲۰±۱/۰۰	۱۱۷
۰/۹۳±۰/۳۲	۱/۱۵±۱/۰۸	۱/۴۱±۱/۱۹	۲/۰۱±۱/۰۴	۱۱۶
۷۷/۳۷±۰/۰۹	۵۴/۳۲±۴/۰۹	۳۸/۳۹±۰/۳۴	۳۴/۱۰±۰/۸۶	۴۳/۲۷
۷۵/۰۳±۱/۲۷	۵۱/۶۸±۳/۱۳	۴۲/۶۱±۲/۷۶	۳۶/۱۵±۱/۱۱	۳۸/۸۸
۷۹/۴۶±۲/۰۱	۵۶/۶۷±۳/۲۱	۴۹/۱۹±۱/۰۹	۳۴/۱۸±۴/۰۱	۴۵/۲۶
۷۲/۴۵±۰/۰۳	۵۱/۳۱±۲/۸۹	۳۲/۳۱±۱/۵۵	۳۱/۰۱±۰/۰۹	۴۲
۸۵/۷۹±۱/۰۹	۵۹/۱۸±۴/۰۱	۳۹/۸۵±۰/۲۲	۳۵/۱۸±۱/۱۲	۴۴

a معنادر نسبت به قبل از آموزش ($p < 0.05$) b معنادر نسبت به قبل از آموزش و یک هفته بعد از آموزش ($p < 0.05$) c معنادر نسبت به قبل از آموزش و یک هفته و یک ماه بعد از آموزش ($p < 0.05$)

پس از آموزش در گروه‌های سنی اختلاف معنادار نداشت ولی، این تغییرات در زنان و مردان دارای اختلاف معنادار بود.

بحث

هدف کلی این پژوهش، بررسی تغییرات آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران مراجعه کننده به بخش پرودنتولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی تبریز در رابطه با معیارهای بهداشت دهانی و در این میان تعیین رابطه‌ی سن و جنس بیماران با اثر آموزش بهداشت دهان بر آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران بالا بود. روی هم رفته، سطح آگاهی بیماران پس از یک ماه ۴۶ درصد افزایش یافت. این تغییر نشانگر آن است، که به علت تکرار پی در پی هر بار آموزش این تغییرات رخ داده است. البته بیشتر بررسی‌های انجام شده دلالت بر این دارند، که پس از آموزش افزایش آگاهی انجام خواهد گرفت. برای نمونه، در پژوهشی که در هندوستان انجام شد میزان آگاهی ۲۰۰۰ دانش آموز مدرسه‌ای پس از آموزش مهارت پلاک ۶۳ درصد نسبت به جامعه افزایش یافت^(۱۱). سطح نگرش بیماران پس از یک ماه بهبود چشمگیری در حدود ۱۲۳ درصد یافت، که این مورد نیز به علت تکرار پی در پی هر بار آموزش تغییرات رخ داده است. در پژوهش انجام گرفته در لهستان هم آموزش مهارت پلاک به کودکان ۶ تا ۱۲ ساله باعث بهبود سطح نگرش به ویژه در مناطق روستایی تا سقف ۹۰ درصد شد^(۴). نمایه‌ی پلاک

بیماران پس از یک ماه ۴۳/۲۷ درصد کاهش یافت، که دلیل آن را می‌توان تکرار پی در پی آموزش در طول یک ماه دانست. این کاهش در بیماران در پی آموزش، در هماهنگی با بررسی فرناندز (Fernandes) و همکاران^(۱۱)، که در زمینه‌ی اثر آموزش در بهبود نمایه‌های پرودنتال بیماران انجام گرفته است می‌باشد. در بررسی اخیر سطح آگاهی جوانان (۱۲ تا ۱۸ سال) ۴۳ درصد افزایش و نگرش آنها ۱۱۷ درصد بهبود یافته و نمایه‌ی پلاک ۴۲ درصد کاهش داشته است (پس از یک ماه) و در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال) سطح آگاهی ۴۴ درصد افزایش داشته، نگرش ۱۱۶ درصد بهبود یافته و نمایه‌ی پلاک ۴۴ درصد کاهش یافته است، که تفاوت معنادار را نشان نمی‌دهد.

بررسی مندوزا (Mendoza) و همکاران^(۱۲) نیز، تفاوت معنادار را میان سنین گوناگون افراد جامعه و بیماران پرودنتال در رابطه با اثر آموزش بهداشت دهان و دندان نشان ندادند و می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد، که آموزش بهداشت دهان در همه‌ی سنین کارایی دارد. در مورد اثر آموزش بر کاهش نمایه‌ی پلاک در بیماران مرد و زن نیز نتایج چشمگیر است. در بررسی کنونی، میزان افزایش آگاهی در مردان ۵۴ و در زنان ۳۷ درصد و میزان بهبود نگرش در مردان ۱۲۸ و در زنان ۱۲۱ درصد و میزان کاهش نمایه‌ی پلاک در مردان ۴۵/۲۶ و در زنان ۳۸/۸۸ درصد است. در خصوص تغییرات آگاهی، نگرش و کارکرد در زنان و مردان نتایج

بر خلاف برخی از بررسی‌ها بوده، که بیانگر همکاری بیشتر زنان نسبت به مردان در این بررسی است^(۱۳). این بررسی‌ها به این دلیل تکیه کرده‌اند، که زیبایی و از دست ندادن دندان‌ها برای خانم‌ها مهم‌تر بوده، ولی چرا در بررسی کنونی موضوع برعکس است شاید بتوان دلیل را در رده‌ی اقتصادی و اجتماعی افراد مراجعه کننده‌ی مرد و زن به بخش پریدنتولوژی دانشکده‌ی

دندانپزشکی تبریز یافت.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد، که آموزش بهداشت دهان به صورت پیاپی باعث بهبود چشمگیری در میزان آگاهی، نگرش و کارکرد بیماران در مهار پلاک می‌گردد.

References

1. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man J Periodontol 1965; 36: 177-187.
2. Dorothy A. Perry. Plaque Control for the Periodontal Patient. In: Michael G. Newman, Henry H. Takei, Fermin A. Carranza. Carranza, s clinical periodontology. 10th ed., Philadelphia: Saunders; 2006. p.728-748.
3. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. Int Dent J 2001; 51: 435-438.
4. Wierzbicka M, Petersen PE, Szatko F, Dybizbanska E, Kalo I. Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. Community Dent Health 2002; 19: 243-250.
5. Amin TT, Al-Abad BM. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. Int J Dent Hyg 2008; 6: 361-370.
6. Echeverria J, Sanz M. Mechanical Supragingival Plaque Control. In: Lindhe J, Karring T, Lang N. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 4 th ed., Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2003. p.452.
7. Dorothy A. Perry. Plaque Control for the Periodontal Patient. In: Michael G. Newman, Henry H. Takei, Fermin A. Carranza. Carranza, s clinical periodontology. 10th ed., Philadelphia: Saunders; 2006. p.735.
8. de Almeida CM, Petersen PE, André SJ, Toscano A. Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. Community Dent Health 2003; 20: 211-216.
9. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. J Periodontol 1972; 43: 38.
10. Tewari A, Gauba K, Goyal A. Evaluation of KAP of oral hygiene measures following oral health education through existing health and educational infrastructure. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1992; 10: 7-17.
11. Freitas-Fernandes LB, Novaes AB Jr, Feitosa AC, Novaes AB. Effectiveness of an oral hygiene program for Brazilian orphans. Braz Dent J 2002; 13: 44-48.
12. Mendoza AR, Newcomb GM, Nixon KC. Compliance with supportive periodontal therapy. J Periodontol 1991; 62: 731-736.
13. Novaes AB, Novaes AB Jr, Moraes N, Campos GM, Grisi MF. Compliance with supportive periodontal therapy. J Periodontol 1996; 67: 213-216.