

● مقاله تحقیقی



بررسی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان از کنترل پلاک در سال ۱۳۸۲

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش مهم دندانپزشک در کنترل پلاک، مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی دندانپزشکان عمومی اصفهان از کنترل پلاک در سال ۱۳۸۲ انجام شد. **مواد و روشها:** این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۱۶۵ دندانپزشک عمومی شاغل در مطب‌های خصوصی اصفهان انجام شد. میزان پاسخ‌گویی ۹۱/۶٪ و پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، مفاهیم پایه کنترل پلاک، انواع مسواک‌ها، نخ دندان‌ها، دهان‌شویه‌ها و خمیر دندان‌ها بود که با مراجعه مستقیم به دندانپزشک پخش شده و به سؤالات با پاسخ درست یک نمره مثبت و برای سؤالات با پاسخ نادرست و یا بدون پاسخ نمره‌ای لحاظ نشد. دندانپزشکانی که نمره ۵-۰ گرفته بودند در گروه ضعیف، آنانی که نمرات ۱۱-۶ اخذ کردند در گروه متوسط و نمرات ۱۵-۱۲ در گروه نمرات خوب طبقه‌بندی شد. نتایج با آمار توصیفی و χ^2 بررسی شدند.

یافته ها: ۲۹/۷٪ از افراد تحت مطالعه زن و ۷۰/۳٪ مرد بودند. ۷۲/۱٪ دارای آگاهی متوسط و ۲۷/۹٪ دارای آگاهی خوب و هیچ فردی واجد شرایط گروه ضعیف نبودند. منابع آگاهی در ۲/۶٪ اینترنت، در ۳۵/۸٪ مقالات علمی، در ۵۵/۲٪ کنگره‌ها و ۵/۴٪ منابع دیگر بود. ۷/۹٪، فارغ‌التحصیل دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳/۳٪ تهران، ۵۲/۱٪ اصفهان، ۷/۹٪ شیراز، ۵/۵٪ خارج از کشور و ۱۳/۳٪ نیز فارغ‌التحصیل دانشگاه‌های دیگر بودند. میانگین سال‌های فارغ‌التحصیلی ۱۲/۳ بود. تفاوت معنی‌داری بین آگاهی و جنس، منابع کسب اطلاعات و دانشگاه مشاهده نگردید ولی این آگاهی برحسب سابقه کار معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد آگاهی دندانپزشکان عمومی اصفهان در مورد کنترل پلاک در حد مناسب و قابل قبول باشد.

واژه‌گان کلیدی: کنترل پلاک، پوسیدگی، دندانپزشک

دکتر محمد رضا ابریشمی* ۱

دکتر بهرام آیرملو ۲

۱. استادیار گروه پرودنتولوژی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. دانشیار گروه پرودنتولوژی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

***نشانی نویسنده مسئول:** تهران - دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تلفن: ۲۲۴۰۳۰۱۰ دورنگار: ۲۲۴۰۳۰۱۰

Email: dard110@yahoo.com

مقدمه

پلاک دندانی توده فشرده‌ای از سلول‌های باکتریایی روی سطوح زیر و فوق لثه‌ای دندانی با میکروارگانیسم‌های مرتبط با پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریودنتال است (۱). پلاک دندانی به طور عمده بر حسب محل قرارگیری به دو دسته تقسیم‌بندی می‌شوند: پلاک فوق لثه‌ای که در مارژین لثه (پلاک مارژینال) یا در بالای لثه وجود دارد و پلاک زیر لثه‌ای که در زیر مارژین لثه بین دندان و بافت سالکوس یافت می‌شود (۲). فرآیند شکل‌گیری پلاک در سه فاز مختلف تقسیم‌بندی می‌شود: تشکیل پلیکل، کلونیزاسیون اولیه باکتری‌ها و کلونیزاسیون ثانویه باکتری‌ها و بلوغ پلاک (۲). عوامل متعدد مرتبط با ایجاد پوسیدگی دندانی (دندان مستعد، پلاک میکروبی، کربوهیدرات‌ها، زمان) موجب پیچیدگی ارتباط رعایت بهداشت دهان و پیشگیری از پوسیدگی شده است، با این حال ثابت شده افزایش تعداد استرپتوکوک‌های موتانس در پلاک دندانی با ایجاد پوسیدگی ارتباط مستقیم دارد (۳). از طرف دیگر، سلامت پریودنتال نیز نشان‌دهنده حالت تعادل میان ترکیب باکتریایی روی دندان و مقاومت میزبان بوده که افزایش تعداد یا تغییر در تعداد میکروارگانیسم‌های موجود در پلاک موجب ایجاد بیماری ژنژیویت و پریودنتیت و برهم خوردن تعادل فوق می‌گردد (۱).

کنترل پلاک عبارت است از برداشت پلاک دندانی براساس یک برنامه منظم و پیشگیری از تجمع مجدد آن بر روی دندان‌ها و سطوح لثه‌ای مجاور. هدف از کنترل پلاک رسیدن به دو هدف، حذف استرپتوکوک‌های موتانس در پلاک دندانی در پیشگیری از پوسیدگی با حذف مکانیکی پلاک فوق لثه‌ای و نگهداری فلورای گرم مثبت موجود در لثه سالم با برداشت مکانیکی پلاک از نواحی زیر لثه‌ای،

است (۴). کنترل پلاک با روش‌های مکانیکی و شیمیایی انجام شده و علیرغم پیشرفت روش‌های مختلف هنوز هم مطمئن‌ترین راه کنترل پلاک روش مکانیکی است (۴).

وسایل و ابزار مختلفی که در کنترل مکانیکی پلاک کاربرد دارند شامل مسواک، نخ دندان، خمیر دندان، وسایل شستشوی دهانی، خلال دندان و برس‌های بین دندانی هستند که در میان آنها مسواک مهم‌ترین نقش را دارا می‌باشد (۴).

بیشتر مطالعاتی که در این زمینه انجام شده‌اند نقش عوامل مختلف مرتبط با کنترل پلاک را بررسی نموده‌اند؛ مقدس و افشار (۱۳۸۰) در بررسی اثر تعداد دفعات مسواک زدن بر کنترل پلاک میکروبی نشان دادند تشکیل پلاک در افرادی که دو مرتبه در شبانه‌روز مسواک می‌زدند بیشتر از نمونه‌هایی بود که چهار مرتبه در شبانه‌روز به این کار اقدام می‌کردند (۵). یا مقدس و سجادیان موسوی (۱۳۸۲) در مقایسه کنترل پلاک میکروبی متعاقب آموزش عملی و بیانی مسواک زدن نشان دادند کنترل پلاک میکروبی متعاقب آموزش عملی مسواک زدن در مقایسه با آموزش بیانی آن نتایج بهتری را به همراه داشته است (۶). مفید و همکاران (۱۳۸۴) نیز در مقایسه اثر خمیر دندان‌های نسیم و پونه با خمیر دندان استاندارد خارجی Crest regular بر کنترل پلاک و ژنژیویت عمق پاکت گزارش نمودند علیرغم کاهش معنی‌دار شاخص‌ها به مرور زمان در همه گروه‌ها، اختلاف معنی‌داری بین تاثیر سه خمیر دندان بر کاهش شاخص لثه‌ای، شاخص پلاک، شاخص خونریزی و عمق پاکت دیده نشد (۷). یا در مطالعات دیگر، کارآیی یکسان روش‌های مسواک زدن modified bass و rolling در برداشتن پلاک میکروبی (۸)، کنترل مؤثرتر پلاک توسط کلرگزیدین نسبت به

دهان‌شویه پرسیکا (۹) و کاهش تشکیل پلاک میکروبی به دنبال استفاده از خمیر دندان حاوی عصاره گیاهی گزارش شده است (۱۰).

نقش دندانپزشکان در کنترل پلاک بیماران نیز برجسته و قابل توجه است؛ آنان در ملاقات‌های متعدد و با تهیه چارت‌های مخصوص، تعیین شاخص پلاک بیماران و راهنمایی آنان در انتخاب وسایل و ابزار کنترل پلاک موجب افزایش معیارهای رعایت بهداشت دهان و دندان آنان می‌گردند. البته تشویق بیماران برای کنترل پلاک جزء وظایف حرفه‌ای دندانپزشکان نیز محسوب می‌شود. البته با وجود اینکه این نوع خدمات در کشور ما هنوز همگانی نشده ولی با بالا رفتن سطح فرهنگ و آموزش در سال‌های آینده دندانپزشکان باید آماده عرضه این خدمات به متقاضیان باشند.

دندانپزشکان عمومی باید اطلاعات دقیق و کافی از کنترل پلاک داشته باشند تا بتوانند به کلیه بیماران در مورد مزایا و معایب روش‌های مختلف کنترل پلاک، وسایل یا ابزار مورد نظر بیمار آموزش دهند. همچنین بتوانند در سایه این اطلاعات بیماران نیازمند فازهای مختلف درمان‌های پریو را شناسایی و طرح درمان‌های لازم را به آنان پیشنهاد دهند. با توجه به اینکه اکثر بیماران به مقوله کنترل پلاک به عنوان طرح درمان در دندانپزشکی توجهی نداشته و این نوع خدمات در مقایسه با سایر خدمات دندانپزشکی منافع مالی زیادی برای دندانپزشک به همراه ندارد برخی از دندانپزشکان اطلاعات محدودی در زمینه کنترل پلاک داشته که این موضوع می‌تواند عوارض متعددی برای بیماران در بر داشته باشد. با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی

دندانپزشکان عمومی اصفهان از کنترل پلاک در سال ۱۳۸۲ انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک بررسی توصیفی بوده و اطلاعات لازم توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردید. دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب‌های خصوصی محدوده شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲ جامعه آماری تحقیق را تشکیل می‌دادند. با توجه به تعداد دندانپزشکان عمومی شاغل در سطح شهر اصفهان که آمار آنها از سوی سازمان نظام پزشکی اصفهان ارائه شد (حدود ۴۹۴ نفر) تعداد ۱۶۵ دندانپزشک عمومی توسط روش تصادفی سیستماتیک (systematic sampling) انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. دندانپزشکان متخصص از مطالعه حذف گردیدند. همچنین از ابتدا در مجموع ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شد که ۱۵ نفر به دلایل مختلف آن را باز نگرداندند و به این ترتیب میزان پاسخ‌گویی ۹۱/۶٪ بود.

ابتدا دو متخصص پرودنتیکس تعداد ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای درباره کنترل پلاک در سطح مورد نیاز دندانپزشکان عمومی طراحی و یک متدولوژیست مجرب آنها را بازبینی نمود. بعد از حذف ۳ سؤال، تعداد ۱۸ سؤال ۳ گزینه‌ای به همراه یک گزینه «نمی‌دانم» از سؤالات فوق تهیه و به یک متخصص دیگر پرویو داده شد تا بر اساس مقیاس لیکرت نظر خود را درباره ارتباط سؤالات با موضوع مطالعه به صورت یکی از ۵ گزینه «کاملاً مرتبط، نسبتاً مرتبط، بی‌نظر، نسبتاً نامرتب و کاملاً نامرتب» اعلام نمایند. ۳ پرسش در این مرحله حذف و ۱۵ پرسش باقیمانده پس از ویرایش نهایی و تأیید دو متخصص پرویو که پرسشنامه ابتدایی را طرح کرده بودند جهت مطالعه آماده شد. سؤالات پرسشنامه علاوه بر اطلاعات دموگرافیک شامل

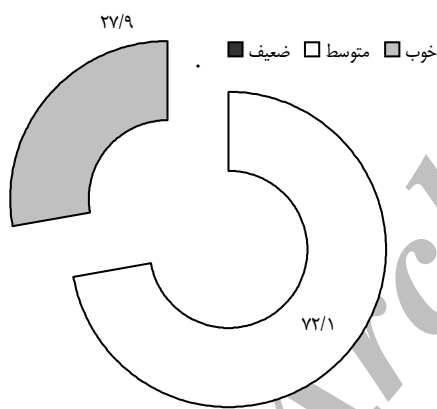
مفاهیم پایه کنترل پلاک، انواع مسواک‌ها، نخ دندان‌ها، دهان‌شویه‌ها و خمیر دندان‌ها بود. در مطالعه مقدماتی، پرسشنامه به ۱۰ دانشجوی سال آخر دندانپزشکی داده شده و ضرایب افتراق‌دهی سؤالات با استفاده از آزمون χ^2 -square سنجش شد. پرسشنامه‌ها با مراجعه مستقیم به دندانپزشک پخش شدند. پرسشنامه‌ها بی‌نام بودند و هر دندانپزشک باید در همان روز پرسشنامه را باز می‌گرداند ولی محدودیت زمانی بیشتر از این در نظر گرفته نشد. به هر یک از سؤالات با پاسخ درست یک نمره مثبت و برای سؤالات با پاسخ نادرست و یا بدون پاسخ هیچ نمره‌ای لحاظ نشد. همچنین برای سؤالات نمره منفی در نظر گرفته نشد. در پایان مجدداً تعداد ۱۵ پرسشنامه بین دندانپزشکان توزیع و ضریب همبستگی نمرات در حد 0.715 ($P < 0.05$) با پایایی نسبتاً مناسب به دست آمد. دندانپزشکانی که نمره در محدوده $5-0$ گرفته بودند در گروه ضعیف، آنانی که نمرات $11-6$ اخذ کرده بودند در گروه متوسط و نمرات $15-12$ در گروه نمرات خوب طبقه‌بندی شد. نتایج با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون χ^2 square بررسی و گزارش شدند.

نتایج

از مجموع ۱۶۵ دندانپزشک عمومی شرکت کننده، ۴۹ نفر (۲۹/۷٪) زن و ۱۱۶ نفر (۷۰/۳٪) مرد بودند. در مجموع ۱۱۹ نفر (۷۲/۱٪) در گروه آگاهی متوسط (نمره در محدوده ۱۱-۶) و ۴۶ نفر (۲۷/۹٪) در گروه آگاهی خوب (محدوده ۱۵-۱۲) قرار داشتند. هیچ فردی واجد شرایط گروه ضعیف (نمره ۵-۰) نبود (نمودار ۱). منابع کسب آگاهی در ۶ نفر (۳/۶٪) اینترنت، در ۵۹ نفر (۳۵/۸٪) مقالات علمی، در ۹۱ نفر (۵۵/۲٪) کنگره‌های دندانپزشکی و ۹ نفر (۵/۴٪)

منابع دیگری گزارش شد. ۱۳ نفر (۷/۹٪) از دندانپزشکان مورد مطالعه، فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۲ نفر (۱۳/۳٪) دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۸۶ نفر (۵۲/۱٪) دانشگاه اصفهان، ۱۳ نفر (۷/۹٪) دانشگاه شیراز، ۹ نفر (۵/۵٪) خارج از کشور و ۲۲ نفر (۱۳/۳٪) نیز فارغ‌التحصیل دانشگاه‌های دیگر بودند.

۳۴ نفر (۶۹٪) از زنان در گروه آگاهی متوسط و ۱۵ نفر (۳۱٪) از آنان در گروه آگاهی خوب در زمینه کنترل پلاک قرار داشتند. این درصدها در مورد مردان به ترتیب ۸۵ نفر (۷۳٪) و ۳۱ نفر (۲۷٪) بودند که آزمون χ^2 -square تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد ($P \geq 0.611$). در بررسی سابقه کار دندانپزشکان مورد مطالعه، کمترین میزان سابقه کار ۲ سال و بیشترین آن ۳۳ سال بود.



نمودار ۱- گروه‌های آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در مورد کنترل پلاک - سال ۱۳۸۲

میانگین سال‌های گذشته از فارغ‌التحصیلی در میان افراد ۱۲/۳ سال و انحراف معیار آن ۷/۸ سال بود. به منظور بررسی تأثیر سابقه

کار دندانپزشکان بر میزان آگاهی آنان، نمونه‌ها به دو گروه فارغ‌التحصیل ۱۳۷۱ و بعد از آن (۹۹ نفر) و فارغ‌التحصیل قبل از ۱۳۷۱ (۶۶ نفر) تقسیم‌بندی شدند. بر این اساس مشخص گردید ۶۳/۶٪ از دندانپزشکان فارغ‌التحصیل ۱۳۷۱ و بعد از آن در گروه آگاهی متوسط و ۳۶/۴٪ آنان در گروه خوب قرار داشتند. همچنین ۸۵٪ از دندانپزشکان فارغ‌التحصیل قبل از ۱۳۷۱ در گروه آگاهی متوسط و ۱۵٪ آنان در گروه خوب قرار داشتند. آزمون آماری χ^2 -square نشان داد آگاهی بیشتر دندانپزشکان فارغ‌التحصیل ۱۳۷۱ و بعد از آن از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

($P < 0.001$) (جدول ۱). در بررسی آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان برحسب منابع کسب اطلاعات و دانشگاه محل تحصیل که در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است تفاوت آنان برحسب متغیرها از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۱- گروه‌های آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در مورد کنترل پلاک برحسب سال فارغ‌التحصیلی - سال ۱۳۸۲		
سال فارغ‌التحصیلی	گروه	متوسط
۱۳۷۱ و بعد از آن (n=۹۹)	خوب	۳۶ (۳۶/۴٪)
قبل از ۱۳۷۱ (n=۶۶)	متوسط	۶۳ (۶۳/۶٪)
جمع کل (N=۱۶۵)	خوب	۱۰ (۱۵٪)
	متوسط	۱۱۹ (۷۲/۱٪)
نتیجه آزمون χ^2 -square ($P < 0.001$)		

جدول ۲- گروه‌های آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در مورد کنترل پلاک برحسب سال منابع کسب اطلاعات - سال ۱۳۸۲		
منابع کسب اطلاعات	گروه	متوسط
اینترنت (n=۶)	خوب	۱ (۱۶/۷٪)
مقالات علمی (n=۵۹)	متوسط	۵ (۸۳/۳٪)
کنگره‌های دندانپزشکی (n=۹۱)	خوب	۲۳ (۴۱٪)
سایر (n=۹)	متوسط	۳۶ (۵۹٪)
جمع کل (N=۱۶۵)	خوب	۲۰ (۲۲٪)
	متوسط	۷ (۷۷/۸٪)
	خوب	۲ (۲۲/۲٪)
	متوسط	۱۱۹ (۷۲/۱٪)

جدول ۳- گروه‌های آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در مورد کنترل پلاک برحسب دانشگاه محل تحصیل - سال ۱۳۸۲ الف-		
دانشگاه محل تحصیل	گروه	متوسط
دانشگاه شهید بهشتی (n=۱۳)	خوب	۵ (۳۸/۵٪)
دانشگاه تهران (n=۲۲)	متوسط	۸ (۶۱/۵٪)
دانشگاه اصفهان (n=۸۶)	خوب	۳ (۱۳/۶٪)
دانشگاه شیراز (n=۱۳)	متوسط	۱۹ (۸۶/۴٪)
خارج از کشور (n=۹)	خوب	۲۷ (۳۱/۴٪)
سایر (n=۲۲)	متوسط	۲ (۱۵/۳٪)
جمع کل (N=۱۶۵)	خوب	۲ (۲۲/۲٪)
	متوسط	۷ (۷۷/۸٪)
	خوب	۷ (۳۱/۸٪)
	متوسط	۱۱۹ (۷۲/۱٪)

گروه	متوسط	خوب
غیر اصفهان (n=۷۹)	۶۰ (٪۷۶)	۱۹ (٪۲۴)
اصفهان (n=۸۶)	۵۹ (٪۶۹)	۲۷ (٪۳۱)
جمع کل (N=۱۶۵)	۱۱۹ (٪۷۲/۱)	۴۶ (٪۲۷/۹)

بحث

تجمع پلاک باکتریایی در اطراف و روی دندان ارتباط مستقیمی با پوسیدگی دندانی و بیماری ژنوبیوت حاد دارد بنابراین می‌توان گفت شیوع این دو تحت تأثیر برنامه‌هایی باشد که به منظور جلوگیری یا برداشت پلاک میکروبی از دندان صورت می‌گیرند (۱۱). اتیولوژی پوسیدگی دندانی پیچیده و به متغیرهای متعددی وابسته می‌باشد که از جمله آنها می‌توان به استعداد دندان‌ها و پلاک باکتریایی اشاره نمود که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر آن تأثیرگذارند (۱۴-۱۲). پیشگیری از تجمع پلاک و کنترل آن اهمیت خاصی در جلوگیری از ابتلاء به ژنوبیوت و پوسیدگی دندانی داشته و نقش دندانپزشکان در این زمینه اهمیت خاصی دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان از کنترل پلاک در سال ۱۳۸۲ انجام و نتایج آن نشان داد آگاهی دندانپزشکان مورد مطالعه در سطح نسبتاً مناسبی قرار دارد، به طوری که میانگین نمره کل آنان ۱۰/۲۶ از کل نمره ۱۵ بوده است. انحراف معیار نمره کل آنان ۱/۷ و دامنه آن ۱۳-۶ به دست آمد. از نظر گروه‌بندی آگاهی نیز هیچ فردی واجد شرایط گروه ضعیف (۵-۰ نمره) نبوده، ۷۲/۱٪ در گروه متوسط (۱۱-۶ نمره) و ۲۷/۹٪ در گروه

خوب (۱۵-۱۲ نمره) قرار داشتند. از آنجا که کنترل پلاک نسبت به موضوعات دیگر دندانپزشکی جنبه عمومی‌تری داشته و عموم افراد جامعه پیگیر این موضوع از جانب دندانپزشکان می‌باشند، بنابراین دندانپزشکان جهت پاسخگویی به این نیاز جامعه اطلاعات خود را تکمیل و آنها را به استفاده از مواد و وسایل جدید کنترل پلاک ترغیب می‌نمایند که همگی توجیه‌کننده اطلاعات مناسب آنها می‌باشد. همچنین این آگاهی کافی می‌تواند با موفق بودن کنگره‌های پرودنتولوژی و دوره‌های بازآموزی در انتقال تازه‌های میحث کنترل پلاک و ممانعت از فراموشی مطالب گذشته مرتبط باشد. مخصوصاً به استاد این که میزان استفاده دندانپزشکان عمومی از کنگره‌های دندانپزشکی به عنوان مهمترین منبع کسب آگاهی (۵۵/۲٪) در مقایسه با سایر منابع آموزشی خود گواه این مطلب می‌باشد. همچنین از آنجا که تفاوت معنی‌داری برحسب سال‌های گذشته از فارغ‌التحصیلی و میزان آگاهی وجود داشته و دندانپزشکان قدیمی‌تر آگاهی کمتری در مقایسه با دندانپزشکان جدید داشتند می‌توان این موضوع را در رابطه با آموزش بهتر و نیز تقاضای بیشتر جامعه در رابطه با کنترل پلاک نسبت به سال‌های گذشته دانست. از مطالعات قبلی انجام شده در ایران تحقیق توسط دکتر ظفرمند و دکتر مسلمی صورت

گرفته و گزارش آن در مجله دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۰ جلد ۱۹ ارائه شده است؛ این تحقیق مبین وجود آگاهی مطلوب در زمینه بررسی سلامت دهان و دندان است همچنین براساس گزارش بررسی میزان آگاهی بهروزان در مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان دوره ۱۶ شماره ۳ زمستان ۸۳ توسط دکتر معین تقوی و دکتر عقیلی و دکتر طالبی و همکاران؛ بیان میدارد که بهداشت و دندان و کنترل پلاک؛ بهترین راه وساده‌ترین روش برای حفظ سلامت دهان و دندان جوامع روستائی است و نیز در بررسی میزان آگاهی دانشجویان علوم پزشکی همدان در سال ۷۶-۷۷ که توسط دکتر جوادی نژاد و دکتر عوضی صورت گرفت؛ اشاره شده است که میزان آگاهی نسبت به بهداشت دهان و دندان ضعیف بوده و رابطه مستقیم با رشته تحصیلی و سن و سال دانشجویان دارد. آنالیز داده‌های مطالعه حاضر نشان داد بیشترین میزان پاسخ‌های نادرست شرکت‌کنندگان به ترتیب به پرسش‌های «موانع ممانعت‌کننده از تشکیل جرم در خمیر دندان‌های جدید»، «بیمارانی که بهتر است از مسواک برقی استفاده نمایند» و «روش مسواک زدن» بوده است. همچنین پرسش‌های «تفاوت مسواک ارتوندسی با

نتیجه گیری و پیشنهاد

براساس یافته‌های مطالعه به نظر می‌رسد میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر اصفهان در مورد کنترل پلاک در حد مناسب و قابل قبول باشد.

بخاطر اهمیت موضوع کنترل پلاک در سلامت کلی انسانها و سلامت خاص دهان و دندان و نیاز به توجه دیده به این مهم پیشنهاد میگردد:

گشودن باب در زمینه آموزش سلامت و بهداشت دهان و دندان در فعالیتهای رسمی سازمانهای دولتی و غیر دولتی (NGO) از قبیل انجمنهای دندانپزشکی و تخصصی کشور؛ بخصوص در شرایط ویژه اقتصادی موجود نه تنها بهره گیری بهتر و مفیدتر سلامت دهان و دندان شده بلکه باعث استفاده صحیح و بهینه از منابع مالی و ارزی و ریالی کشور خواهد شد

و همچنین توصیه میشود برای رشته های پزشکی و دندانپزشکی ورشته ای نزدیک به آنها؛ یک واحد بهداشت دهان و دندان؛ منظور گردد

بقیه مسواک‌ها»، «مسواک Cross Action Power»، «نخ دندان برای تمیز کردن زیر بریج» و «دهان شویه مسکن درد» بیشترین پاسخ‌های صحیح دندانپزشکان عمومی را به خود اختصاص داده بودند.

مطالعه حاضر نشان داد میزان استفاده از اینترنت به عنوان منابع کسب اطلاعات در میان افراد شرکت

کننده پایین (۳/۶٪) بوده است. با توجه به این که امروزه اینترنت رسانه‌ای پراهمیت و عمومی در انتقال علوم و فناوری جدید به شمار می‌رود، باید با اقداماتی نظیر تشویق هر چه بیشتر دندانپزشکان به استفاده از اینترنت، معرفی سایت‌های علمی در کنگره‌ها و مجلات دندانپزشکی و راه‌اندازی سایت‌های فارسی زبان علمی و ... در جهت افزایش میزان استفاده از اینترنت تلاش نمود.

همچنین می‌توان با ارائه مباحثی در رسانه‌های گروهی آگاهی بیشتری به جامعه داده و سطح اطلاعات آنان را در زمینه کنترل پلاک و افزایش میزان رعایت بهداشت دهان و دندان افزایش داد.

Archiv

مراجعه

1. Wilson TG, Kornman KS: *Fundamentals of Periodontics. 1st Ed. Quintessence Publishing Co. 1996; Chap5:47-51*
2. Newman MG, Taki HH, Carranza F: *Carranza's clinical Periodontology. 9th Ed. Philadelphia: WB Saunder's Co. 2002;Chap6,49:96-110,651-72.*
3. McDonald RE, Avery DR: *Dentistry for the child and adolescent. 7th Ed. St. Louis. The C.V. Mosby Co, 1999; Chap11:247-9.*
4. Carranza F, Newman M: *Clinical Periodontology. 8th Ed. Philadelphia, W.B Saunders Co, 1996; Chaps 6,42:84-5,439.*
5. مقدس - ح، افشار - ن: بررسی اثر تعداد دفعات مسواک زدن در شبانه روز در میزان کنترل پلاک میکروبی فوق لثه ای و خونریزی از لثه. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۰؛ دوره ۱۹، زمستان، شماره ۴: صفحات ۴۲۴-۴۱۹.
6. مقدس - ح، سجادیان موسوی - س: بررسی مقایسه ای کنترل پلاک میکروبی متعاقب آموزش عملی و بیانی مسواک زدن. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲؛ دوره ۲۱، پاییز، شماره ۳: صفحات ۴۰۷-۴۰۱.
7. مفید - ر، فتحیه - ع، ضمیری - م، عشقی - ب: بررسی مقایسه ای اثر خمیر دندان های ایرانی نسیم و پونه با یک خمیر دندان استاندارد خارجی (Crest regular) بر کنترل پلاک و ژنژیویت. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۴؛ دوره ۲۳، تابستان، شماره ۲: صفحات ۳۱۲-۳۰۴.
8. رکن - ا، گودرزی - ن: بررسی مقایسه ای تاثیر روش های مسواک زدن Rolling و bass Modified و مدت زمان های سه و پنج دقیقه بر کنترل پلاک میکروبی. مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان، ۱۳۸۰؛ دوره ۱۳، زمستان، شماره ۳۹: صفحات ۷۱-۶۱.
9. کمالی - ع: مقایسه اثرات دهان شویه های کلرهگزیدین ۰/۲٪ و پرسیکا در کنترل پلاک میکروبی بعد از جراحی پریودنتال. مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۵، تابستان، شماره ۴۵: صفحات ۳۷-۲۹.
10. مکارم - ع، خوردی مود - م، پوراسلامی - ح، ر، عجمی - ب: تاثیر خمیر دندان عصاره گیاهی بر کنترل پلاک و ژنژیویت. پژوهش در علوم پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۱؛ دوره ۷، پاییز، شماره ۳: صفحات ۲۵۲-۲۴۶.
11. Addy M: *Plaque control as a scientific basis for the prevention of dental caries. J Royal Soc Med Suppl 1986;14:6-10.*
12. Downer MC, Holloway PJ, Davies TGH: *Clinical Testing of a topical fluoride caries preventive programme. Br Dent J 1976; 141:242-7.*
13. Axelsson P, Lindhe J: *The effect of a plaque control program on gingivitis and dental caries in school children J Dent Res 1977;56:C142-53.*
14. Hartles R, Leach SA: *Effect of diet on dental caries. Br Med Bull 1975;31:137-41.*