

بررسی آگاهی و نگرش بیماران دندان پزشکی در مورد اثرات سیگار بر روی سلامت دهان

دکتر مریم راد^{*}، دکتر شهلا کاکویی^۱، دکتر مهدی فتاحی طبسی^۲

چکیده

مقدمه: اثرات بد سیگار کشیدن بر سلامت دهان به خوبی تأیید شده است. این پژوهش با هدف بررسی آگاهی و نگرش بیماران دندان پزشکی در مورد اثرات سیگار بر مخاط دهان و بررسی اقدامات آنان برای ترک سیگار انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی تحلیلی - مقطعی، ۹۰۵ مراجعه کننده به کلینیک‌های دندان پزشکی کرمان انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله یک پرسشنامه که شامل اطلاعات دموگرافیک، وضعیت سیگار کشیدن و سؤالاتی در رابطه با آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران بود، جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها با برنامه آماری SPSS و آزمون‌های t و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از ۹۰۵ نفر، ۵۳ درصد مرد و ۴۷ درصد زن بودند. میانگین سنی $32/76 \pm 9/09$ سال و شیوع سیگار کشیدن ۲۰/۵ درصد بود. ارتباط معناداری بین جنس و میزان تحصیلات با مصرف سیگار وجود داشت. میانگین امتیاز کلی آگاهی از اثرات سیگار برابر با ۵۳/۹۵ درصد بود. آگاهی زنان و افراد غیر سیگاری به‌طور معناداری بیشتر بود. در این پژوهش، ۵۴/۹ درصد افراد سیگاری به ترک سیگار اقدام کرده بودند که ۱۲/۲ درصد آن‌ها در این مورد با پزشک مشورت کرده بودند. نگرش کلی بیماران، یک نگرش بی‌طرف بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که میزان آگاهی بیماران از عوارض دهانی سیگار، حتی در مورد بیماری خطرناکی مانند سرطان دهان، کم است. بنابراین، دندان پزشکان نقشی کلیدی در مورد آگاهی دادن به بیماران و تشویق آن‌ها به ترک سیگار دارند. **کلید واژه‌ها:** سیگار، تظاهرات دهانی، آگاهی، عملکرد، نگرش، بیماران.

* استادیار، گروه بیماری‌های دهان، عضو مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان کرمان دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
Rad_1152@yahoo.com

۱: استادیار، گروه بیماری‌های دهان، عضو مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان کرمان دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲: دندان پزشک

این مقاله در تاریخ ۸۶/۳/۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۶/۵/۳۰ اصلاح شده و در تاریخ ۸۶/۶/۱۹ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۸۶؛ ۳(۳)؛ ۱۱۸ تا ۱۲۵

مقدمه

استفاده از تنباکو به عنوان مهمترین عامل قابل پیش‌گیری مرگ و میر زودرس تلقی می‌شود [۱]. بیشتر از دو سوم این مرگ‌ها (در حدود ۷۰ درصد) در کشورهای در حال توسعه می‌باشد [۲]، به‌طوری‌که در این کشورها مرگ زودرس ناشی از تنباکو بیشتر از مرگ‌های ناشی از ایدز، توبرکلوزیس و عوارض حین تولد است [۳]. تنباکو همچنین یک عامل خطر مهم در ایجاد بیماری‌های دهان می‌باشد [۴]. همه اشکال تنباکو شامل سیگار، سیگار، پپ و تنباکوی غیر کشیدنی به‌عنوان عوامل مسبب سرطان دهان و حلق و مسؤول بیش از ۷۵ درصد موارد مرگ ایجاد شده به‌وسیله این بدخیمی در آمریکا می‌باشند [۱]. استفاده از تنباکو همچنین با ژنوتیپ زخمی نکروزه (Necrotizing Ulcerative Gingivitis یا NUG) و پریودنتیت مزمن پیش‌رونده در ارتباط می‌باشد. پاسخ به درمان‌های پریودنتال نیز در اثر مصرف سیگار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. سیگاری‌ها نسبت به افراد غیر سیگاری در سنین کمتری دندان خود را از دست می‌دهند. تنباکو همچنین سبب تأخیر ترمیم زخم می‌شود و بنابراین موفقیت درمانی بیماری‌های دهان را کم می‌کند [۵، ۶].

در پژوهشی نشان داده شده است که استفاده از تنباکو یک عامل خطر مهم برای ایجاد پریودنتیت پیش‌رفته، نئوپلاسم‌های دهان و اختلال در درمان ایمپلنت‌های دندانی می‌باشد. این پژوهش همچنین به نقش دندان‌پزشکان در رابطه با قطع مصرف سیگار اشاره نموده، عنوان کرده است که دندان‌پزشکان و بهداشت‌کاران دهان و دندان باید در هر معاینه وضعیت مصرف تنباکو را در مورد بیماران بررسی نمایند [۷]. نتایج پژوهشی که به بررسی ضایعات دهانی ناشی از مصرف تنباکو پرداخته است، نشان می‌دهد که آگاه کردن بیماران در مورد این ضایعات می‌تواند وسیله‌ای ارزشمند در برنامه ترک سیگار باشد و بنابراین دندان‌پزشکان می‌توانند کمک مؤثری را در این مورد و به‌خصوص در مورد نوجوانان ارایه دهند [۸]. در پژوهشی، نقش دندان‌پزشکان در کنترل مصرف تنباکو بررسی شده است. نتایج نشان می‌دهد که بیشتر از نصف بزرگسالان سیگاری و نزدیک

به سه چهارم نوجوانان هر سال به دندان‌پزشک مراجعه می‌کنند، ولی بیش از ۴۰ درصد دندان‌پزشکان به طور معمول درباره مصرف سیگار از بیماران سؤال نمی‌پرسند [۱]. نتایج پژوهشی که به بررسی آگاهی بیماران از ارتباط بین سیگار کشیدن و بیماری پریودنتال پرداخته است، نشان‌دهنده آگاهی کم بیماران در این مورد می‌باشد، به‌طوری‌که تنها ۶ درصد بیماران در مورد ارتباط تنباکو و بیماری‌های پریودنتال آگاهی داشتند [۹]. پژوهش دیگری که به بررسی آگاهی ۱۰۱۲ بیمار دندان‌پزشکی در مورد اثرات سیگار بر سلامت دهان پرداخته است، نشان داده است که شیوع سیگار کشیدن در جمعیت مورد پژوهش ۲۹/۳ درصد بوده، بیماران سیگاری نسبت به افراد غیر سیگاری به‌طور معنی‌داری آگاهی کمتری را نسبت به اثرات سیگار بر سلامت دهان داشتند [۱۰]. در پژوهش انجام شده در مورد پیش‌گیری از مصرف دخانیات در هند مطرح شد که تمام دندان‌پزشکان باید در مورد برنامه پیش‌گیری و تشویق برای ترک سیگار مهارت‌های لازم را کسب نمایند [۱۱]. در پژوهش دیگری در زمینه پیش‌گیری از مصرف دخانیات مطرح گردید که افرادی که از دخانیات استفاده می‌کنند، ممکن است در مورد اثرات منفی دهانی این ترکیبات اطلاعی نداشته باشند و بهداشت‌کاران و دندان‌پزشکان می‌توانند بیماران خود را از این اثرات مطلع و آن‌ها را به ترک سیگار تشویق نمایند [۱۲]. در پژوهش انجام شده در مورد پیش‌گیری و کنترل مصرف تنباکو، به نقش مهم برنامه‌های آموزشی برای دندان‌پزشکان اطفال تأکید شده است [۱۳].

بنابراین با توجه به این‌که شناخت اثرات تنباکو بر مخاط دهان می‌تواند انگیزه‌ای قوی و ابزاری توانمند در برنامه‌های کاهش و ترک مصرف تنباکو باشد [۸]، دندان‌پزشکان با پرسیدن سؤالاتی در مورد تاریخچه مصرف تنباکو و بررسی آگاهی بیماران در مورد اثرات سیگار بر سلامت دهان و بررسی نگرش بیماران در این مورد، می‌توانند نقش بسیار مهمی را در تشویق بیمار به قطع مصرف و پیش‌گیری از عوارض مصرف تنباکو ایفا کنند [۱]. دندان‌پزشکان برای رسیدن به این مهم و طراحی برنامه‌هایی برای تشویق بیماران به ترک مصرف و ارتقای سلامت جامعه باید از میزان آگاهی بیماران نسبت به اثرات

منظور جلب همکاری بیماران و دادن اطلاعات صحیح در این مورد، جعبه‌ای در نظر گرفته شد که بیماران پرسش‌نامه کامل شده را در آن می‌انداختند.

برای بررسی سؤالات آگاهی، به پاسخ‌های درست امتیاز یک و به پاسخ‌های نادرست و یا سؤالات بدون پاسخ امتیاز صفر داده شد و میانگین امتیاز محاسبه گردید. به منظور تعیین نگرش، از مقیاس لیکرت استفاده شد و به پاسخ‌های "بسیار موافقم" امتیاز ۵، "موافقم" ۴، "نه مخالف نه موافق" ۳، "مخالفم" ۲ و "بسیار مخالفم" ۱ داده شد. در رابطه با سؤالاتی که نگرش منفی را نشان می‌داد، امتیازدهی بر عکس صورت گرفت. با توجه به این که ۱۶ سؤال در مورد نگرش وجود داشت، امتیاز کلی نگرش در دامنه ۱۶ تا ۸۰ قرار داشت. بر اساس مقیاس لیکرت، امتیازات بین ۱۶ تا ۳۶/۹ به عنوان "نگرش منفی"، امتیازات بین ۳۷ تا ۵۸/۹ "نگرش بی طرف" و امتیازات ۵۹ تا ۸۰ "نگرش مثبت" تلقی گردید. امتیاز بیشتر، دلیل بر نگرش مناسب (ضد سیگار) بود. در نهایت جهت بررسی اقدامات ترک سیگار، ابتدا تمایل و اقدام بیماران به ترک سیگار سؤال شد و سپس دلایل مربوط به اقدام به ترک سیگار بررسی گردید. یافته‌های به دست آمده توسط برنامه SPSS (۱۳/۵) و آزمون مجذور کای و t-test ارزیابی شدند.

یافته‌ها

از ۹۰۵ نفر جمعیت مورد پژوهش، ۴۸۰ نفر (۵۳ درصد) مرد و ۴۲۵ نفر (۴۷ درصد) زن بودند. میانگین سنی جمعیت مورد پژوهش $9/509 \pm 32/76$ برآورد شد. ۱۸۳ نفر (۲۰/۵ درصد) از کل جمعیت در هنگام انجام پژوهش سیگاری بودند. در بین این افراد فقط ۵ نفر (۲/۷۳ درصد سیگاری‌ها) زن بودند و بنابراین اکثر افراد سیگاری مرد بوده، ارتباط معنی‌داری بین جنس و مصرف سیگار وجود داشت ($p \text{ value} = 0/0001$).

در بین افراد سیگاری، ۱۰۵ نفر (۵۹/۳ درصد) به صورت روزانه از سیگار استفاده می‌کردند و ۷۲ نفر (۴۰/۷ درصد) گاه‌گاهی سیگار می‌کشیدند. میانگین مقدار مصرف سیگار ۶/۸۳ نخ سیگار در روز گزارش شد. مدت سیگار کشیدن از ۱ سال تا

سیگار بر سلامت دهان مطلع باشند. با توجه به این که در ایران تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نشده است، پژوهش حاضر به منظور بررسی آگاهی و نگرش بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های دندان پزشکی در مورد اثرات سیگار بر سلامت دهان و بررسی اقدامات آن‌ها برای ترک مصرف، انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک بررسی توصیفی، تحلیلی و مقطعی بود. در این پژوهش، حجم نمونه با توجه به شیوع سیگار کشیدن در مطالعات دیگر [۳،۲] و در نظر گرفتن $p = 0/30$ و $q = 0/70$ و $d = 0/03$ و محاسبه فرمول و همچنین با بررسی مطالعات مربوط به آگاهی [۱۰]، ۹۰۵ نفر محاسبه گردید. افراد جامعه مورد پژوهش بیمارانی بودند که در آبان سال ۱۳۸۵ جهت انجام درمان دندان پزشکی به کلینیک‌های دندان پزشکی سطح شهر و دانشکده دندان پزشکی کرمان مراجعه کرده بودند.

پرسش‌نامه طرح که توسط پژوهشگران طراحی شده بود، شامل ۴ بخش بود. در بخش اول خصوصیات فرد (سن، جنس، تحصیلات) و تاریخچه مصرف سیگار، در بخش دوم ۸ سؤال در مورد آگاهی بیماران از اثرات سیگار بر دهان، در بخش سوم سؤالاتی در مورد اقدامات ترک مصرف شامل اقدام به ترک سیگار، مشاوره با پزشک و انگیزه برای ترک سیگار و در بخش چهارم ۱۶ سؤال مربوط به نگرش بیماران در مورد اثرات سیگار بر سلامت دهان مطرح شد. ابتدا پرسش‌نامه از نظر روایی و پایایی ارزیابی شد. به منظور تعیین روایی، پرسش‌نامه در اختیار ۷ نفر از استادان بخش بیماری‌های دهان قرار داده شد و در مورد سؤالات بحث شد. پس از تأیید روایی (ضریب همبستگی پیرسون، ۹۲/۲۱)، جهت بررسی پایایی و طبق مشاوره با متخصص آمار، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ فرد سیگاری و ۲۰ فرد غیر سیگاری قرار گرفت و با محاسبه آلفای کرونباخ، پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت ($\alpha = 0/86$).

در ابتدا با اخذ رضایت از بیماران، هدف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و سپس پرسش‌نامه توسط بیماران کامل گردید. در مورد افراد بی‌سواد، پرسش‌نامه برای ایشان خوانده می‌شد. به

۳۵ سال متغیر بود و میانگین مدت سیگار کشیدن ۹/۵ سال برآورد شد. بررسی مشکلات دهانی در افراد سیگاری نشان داد که بیشترین مشکلاتی که با آن مواجه بوده‌اند، پوسیدگی‌های طوق دندان (۶۰/۱ درصد)، خشکی دهان (۵۳ درصد) و بوی بد دهان (۳۵ درصد) بوده است.

از نظر میزان تحصیلات، بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش دیپلم (۵۰/۵ درصد) داشتند (۳۰/۳ درصد کمتر از دیپلم و ۱۹/۲ درصد بیش از دیپلم). ارتباط بین مصرف سیگار و سطح تحصیلات معنی‌دار گزارش شد ($p \text{ value} = ۰/۰۰۱$).

۶۸۹ نفر (۷۶/۱ درصد) از افراد مورد پژوهش مدعی شده بودند که از اثرات سیگار بر دهان آگاهی دارند. بین میزان تحصیلات این افراد و آگاهی از اثرات سیگار ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p \text{ value} = ۰/۰۰۰۱$). این گروه بیشترین منبع کسب اطلاعات در این مورد را دندان‌پزشکان (۴۲/۲ درصد) و پس از آن رادیو و تلویزیون (۳۰/۴ درصد) و پزشکان (۱۸/۵ درصد) ذکر کرده بودند. در این پژوهش، میانگین نمره آگاهی از اثرات سیگار بر سلامت دهان برابر با $۱۸/۸۰ \pm ۵۳/۹۵$ درصد برآورد گردید. میزان آگاهی در مردان $۱۸/۲۵ \pm ۵۲/۰۲$ درصد و در زنان $۱۹/۳۷ \pm ۵۶/۱۲$ درصد بود. بررسی یافته‌ها نشان داد که آگاهی زنان در مورد اثرسیگار در ایجاد سرطان دهان و بوی بد دهان نسبت به مردان به‌طور معناداری بیشتر بوده است ($p \text{ value}$ در هر دو مورد برابر $۰/۰۰۰۱$). همچنین میزان آگاهی افراد غیر سیگاری در مورد ایجاد سرطان دهان، بوی بد دهان و تغییر رنگ دندان‌ها به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد سیگاری بود ($p \text{ value}$ به ترتیب $۰/۰۰۰۱$ ، $۰/۰۰۷$ و $۰/۰۴۲$). جدول ۱ میزان آگاهی را در دو جنس و دو گروه سیگاری و غیر سیگاری نشان می‌دهد.

در این پژوهش، میانگین سنی افراد سیگاری ۳۷/۸۴ و افراد غیر سیگاری ۳۱/۴۴ سال برآورد شد. بیشتر افراد سیگاری در گروه‌های سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۳۹/۵ درصد) و ۴۰ تا ۴۹ سال (۳۱/۱ درصد) قرار داشتند. در بین سیگاری‌ها، بیشترین آگاهی در مورد سیگار به‌عنوان عامل ایجاد سرطان دهان، خشکی دهان، باردار شدن زبان و بوی بد دهان در سنین بیش از ۶۰ سال دیده شد. در این افراد با زیاد شدن سن، میزان

آگاهی از اثرات سیگار بر سلامت دهان افزایش یافت که این ارتباط در مورد باردار شدن زبان معنی‌دار بوده است ($p \text{ value} = ۰/۰۰۰۱$). در مورد تغییر رنگ دندان‌ها و پوسیدگی، بیشترین آگاهی در گروه سیگاری در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال بود. در مورد افراد غیر سیگاری نیز بیشترین میزان آگاهی در مورد سیگار به‌عنوان عامل سرطان دهان، پوسیدگی، خشکی دهان و بوی بد دهان، در افراد مسن‌تر از ۶۰ سال دیده شد. در این افراد نیز با زیاد شدن سن میزان آگاهی افزایش یافته بود. در مورد تغییر رنگ دندان‌ها، بیشترین آگاهی در بین افراد غیر سیگاری در گروه سنی ۳۹-۳۰ ساله بود.

در مورد عملکرد بیماران در مورد ترک یا کاهش سیگار، یافته‌ها نشان داد که از بین ۱۷۵ فرد سیگاری که به این سؤال پاسخ داده بودند، ۹۶ نفر (۵۴/۹ درصد) برای ترک سیگار یا کاهش مصرف اقدام کرده بودند. اقدام برای ترک سیگار به‌طور میانگین ۲/۱۷ سال پیش بوده، میزان علاقه به ترک سیگار در ۷۰ نفر (۴۷/۶ درصد) به‌میزان خیلی زیاد گزارش شد. در بین این افراد، ۱۹ نفر (۱۲/۲ درصد) جهت ترک سیگار با پزشک خود مشورت کرده بودند. افراد سیگاری، دلیل تمایل به ترک یا کاهش سیگار را به ترتیب مضر بودن آن برای سلامتی (۶۹/۷ درصد)، بوی بد دهان (۶۵/۳ درصد)، مضر بودن برای اطرافیان (۶۳/۹ درصد)، وابستگی به سیگار (۴۷/۳ درصد) و گران بودن (۲۵/۱ درصد) ذکر کرده بودند.

میانگین امتیاز کلی نگرش افراد مورد پژوهش $۱۷/۹۲ \pm ۴۷/۰۷$ برآورد گردید. اگر چه میانگین نگرش افراد غیرسیگاری ($۱۸/۶۷ \pm ۴۷/۷۴$) نسبت به سیگاری‌ها ($۱۴/۹۲ \pm ۴۴/۳۹$) و نگرش زنان ($۱۸/۴۰ \pm ۴۹/۳۷$) نسبت به مردان ($۱۷/۳۱ \pm ۴۵/۰۹$) بهتر بود، ولی در مجموع هر دو جنس و هر دو گروه سیگاری و غیرسیگاری "نگرش بی‌طرف" داشتند. تنها در مورد سؤالات مربوط به مضر بودن سیگار برای سلامتی (میانگین امتیاز برابر ۴/۲۵)، سیگار به‌عنوان ایجاد پوسیدگی (میانگین ۴/۱۹)، سیگار عامل تغییر رنگ دندان‌ها (میانگین ۴/۱۷) و سیگار به‌عنوان عامل بوی بد دهان (میانگین ۴/۰۲)، "نگرش مثبت" وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۱. میزان آگاهی جمعیت مورد پژوهش از اثرات سیگار بر مخاط دهان بر حسب جنس و مصرف سیگار

سوالات	مرد	زن	p value	سیگاری	غیرسیگاری	p value
درصد پاسخ صحیح	درصد پاسخ صحیح	درصد پاسخ صحیح		درصد پاسخ صحیح	درصد پاسخ صحیح	
سیگار سبب سرطان دهان می شود.	۲۸/۵	۵۰	*۰/۰۰۰۱	۱۹/۳	۴۳/۶	*۰/۰۰۰۱
سیگار سبب بوی بد دهان می شود.	۵۱/۳	۶۲/۶	*۰/۰۰۰۱	۴۸/۶	۵۹/۱	*۰/۰۰۰۷
سیگار سبب تغییر رنگ دندان می شود.	۸۵/۲	۸۷/۶	۰/۱۷۰	۸۲/۳	۸۷/۷	*۰/۰۴۲
سیگار سبب خشکی دهان می شود.	۴۴/۱	۳۷/۹	*۰/۰۳۵	۵۳/۶	۳۷/۸	*۰/۰۰۰۱
سیگار سبب باردار شدن زبان می شود.	۷/۶	۱۲/۸	*۰/۰۰۷	۱۲/۲	۹/۵	۰/۱۷۶
سیگار سبب پوسیدگی می شود	۲۳/۶	۳۲/۹	*۰/۰۰۱	۲۵/۴	۲۸/۶	۰/۲۲۴
سیگار سبب زخم می شود	۸۳/۵	۷۶/۱	*۰/۰۰۳	۸۷/۳	۸۷/۳	*۰/۰۰۰۳
سیگار سبب نقاط سفید در گونه می شود	۹۲/۴	۸۹/۱	۰/۰۵۵	۸۹/۵	۹۱/۱	۰/۳۰۰

* زنان به طور معنی داری آگاهی بیشتری نسبت به مردان داشتند ($p \text{ value} < ۰/۰۰۵$).** مردان به طور معنی داری آگاهی بیشتری نسبت به زنان داشتند ($p \text{ value} < ۰/۰۰۵$).

جدول ۲. نگرش جمعیت مورد پژوهش در مورد سیگار

سوالات نگرش	میانگین*	انحراف معیار
۱- سیگار کشیدن به آرامش کمک می کند.	۳/۸۰	۱/۲۸۱
۲- سیگار کشیدن برای سلامتی مضر است.	۴/۲۵	۱/۲۵۷
۳- سیگار کشیدن سبب پوسیدگی دندان می شود.	۴/۱۹	۱/۲۴۷
۴- سیگار کشیدن لذت بخش است.	۳/۷۷	۱/۲۹۲
۵- سیگار کشیدن اثری بر سلامت دهان ندارد.	۳/۷۳	۱/۱۳۵
۶- سیگار کشیدن باعث سرطان می شود.	۳/۹۳	۱/۲۳۵
۷- سیگار کشیدن سبب وابستگی می شود.	۳/۶۵	۱/۱۸۰
۸- سیگار کشیدن سبب زخم دهان می شود.	۳/۷۹	۱/۲۰۱
۹- افراد سیگاری مشکلات لثه ای کمتری دارند.	۳/۶۸	۱/۱۳۵
۱۰- سیگار کشیدن سبب رفع خستگی می شود.	۳/۶۱	۱/۳۵۶
۱۱- سیگار کشیدن سبب تغییر رنگ دندان ها می شود.	۴/۱۷	۱/۲۲۲
۱۲- سیگار کشیدن با خشکی دهان ارتباطی ندارد.	۳/۳۹	۱/۰۸۸
۱۳- سیگار کشیدن سبب بوی بد دهان می شود.	۴/۰۲	۱/۲۷۵
۱۴- سیگار کشیدن ارتباطی با لقی دندان ندارد.	۳/۲۵	۱/۰۸۴
۱۵- سیگار کشیدن می تواند سبب باردار شدن زبان گردد.	۳/۴۰	۱/۱۰۰
۱۶- سیگار کشیدن ممکن است سبب ایجاد عفونت در دهان شود.	۳/۸۳	۱/۲۲۶

* میانگین و انحراف معیار به دست آمده برای هر پاسخ بر اساس مقیاس لیکرت محاسبه گردید. بدین صورت که به گزینه های "بسیار موافقم"، امتیاز ۵؛ "موافقم"، امتیاز ۴؛ "نه مخالف، نه موافق"، امتیاز ۳؛ "مخالقم"، امتیاز ۲ و "بسیار مخالفم" امتیاز ۱ داده شد. لازم به ذکر است که در مورد سؤالاتی که "نگرش منفی" را نشان می داد، امتیاز دهی بر عکس صورت گرفت. امتیازهای ۴ و بیشتر برای هر سؤال به عنوان "نگرش مثبت" (ضد سیگار) تلقی گردید.

بحث

تنباکو یکی از مهمترین عوامل خطر ایجاد ضایعات دهانی شامل تغییر رنگ، بوی بد دهان، زبان مودار، افزایش جرم، سرطان دهان و حلق و بیماری های پرودنتال می باشد [۵]. متابولیت های سرطان زای تنباکو با DNA واکنش داده، ممکن

مصرف دخانیات سبب ایجاد طیف وسیعی از تغییرات مخاط دهان می گردد. این تغییرات بیشتر ناشی از محرک ها، سموم و عوامل سرطان زایی است که در تنباکو وجود دارد [۲]؛ بنابراین

است به شروع سرطان زایی در مخاط دهان منجر شوند [۲]. تنباکو همچنین به وسیله کاهش اکسیژن و مواد غذایی در لامینا پروپیا و لثه و افزایش باکتری‌های گرم منفی، فرد را به پریدونتیت مستعد می‌نماید و ترمیم زخم نیز در این بیماران به علت اثرات سیگار بر سیستم ایمنی به آهستگی صورت می‌گیرد [۵].

مطالعات زیادی سیگار کشیدن را به عنوان یک عامل بالقوه مضر در سلامت دهان و از دست رفتن دندان‌ها ذکر کرده‌اند [۶،۷]. ولی با وجود این مطالعات گسترده و اهمیت اثرات سیگار بر دهان، تنها مطالعات اندکی آگاهی و نگرش بیماران را از این نظر بررسی نموده‌اند [۹،۱۰]، در صورتی که آگاهی بیماران از این اثرات ممکن است به عنوان یک عامل مهم پیش‌گیری کننده در جهت ترک سیگار در بیماران دندان‌پزشکی محسوب گردد. با توجه به مطالعات اندک انجام شده، امکان مقایسه جامع آگاهی و نگرش در مورد اثرات سیگار در بیماران دندان‌پزشکی در جوامع مختلف وجود نداشت، بنابراین در این قسمت تنها یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های معدود انجام شده مقایسه شده است.

در پژوهش حاضر، شیوع مصرف سیگار در بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های دندان‌پزشکی، ۲۰/۵ درصد برآورد شد. شیوع مصرف سیگار در پژوهش مشابهی در کویت در سال ۲۰۰۶، برابر با ۲۹/۳ درصد بوده است [۱۰] که نسبت به پژوهش حاضر بیشتر می‌باشد. پژوهش‌های انجام شده دیگر بر روی جمعیت‌های مختلف نشان می‌دهد که شیوع مصرف سیگار در جمعیت آمریکا (۲۰۰۵) ۲۵ درصد، در انگلستان (۲۰۰۵) ۲۷ درصد، در استرالیا (۲۰۰۵) ۳۸ درصد، در دندان‌پزشکان عمومی اردن (۲۰۰۳) ۳۵ درصد و در دانشجویان دانشگاه تهران (۱۳۸۱) ۱۶/۳ درصد می‌باشد [۲،۳،۱۴].

در پژوهش حاضر، ۹۷/۲۶ درصد از سیگاری‌ها مرد بودند و شیوع سیگار کشیدن در زنان بسیار کم بود. رابطه معنی‌داری بین مصرف سیگار و جنس وجود داشت ($p \text{ value} = 0/0001$). این یافته مشابه با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه تهران (۸۶/۲۰ درصد سیگاری‌ها مرد) [۱۴]، اردن

(۷۱/۱ درصد سیگاری‌ها مرد) [۳] و کویت (۹۳/۹ درصد سیگاری‌ها مرد) [۱۰] می‌باشد.

در پژوهش حاضر، امتیاز کلی آگاهی از اثرات سیگار بر سلامت دهان ۵۳/۹۵ درصد (مردان ۵۲/۰۲ و زنان ۵۶/۱۲۵ درصد) بود. در تمام سؤالات، آگاهی زنان از اثرات سیگار بر دهان بیشتر بود، که در مورد سرطان دهان، بوی دهان، بارداری شدن زنان و ایجاد پوسیدگی، اختلاف آگاهی معنی‌دار بود. در صورتی که در پژوهش کراچی، بین میزان آگاهی و جنس ارتباط معنی‌داری وجود نداشت [۱۵]. در پژوهش حاضر، میزان آگاهی در افراد سیگاری ۵۲/۲۷ درصد و در افراد غیرسیگاری ۵۴/۴۵ درصد گزارش شد. میزان آگاهی در افراد غیرسیگاری در مورد سرطان دهان، تغییر رنگ دندان‌ها و بوی بد دهان به طور معنی‌داری بیشتر از سیگاری‌ها بود. این یافته مشابه پژوهش کویت است که در آن نیز سیگاری‌ها نسبت به غیرسیگاری‌ها آگاهی کمتری را نسبت به ایجاد سرطان دهان، سلامت پریدونتال، و تغییر رنگ دندان‌ها داشتند [۱۰]. همچنین در این بررسی مانند پژوهش کویت [۱۰] بین مصرف سیگار و آگاهی از اثرات سیگار بر سلامت دهان و سطح تحصیلات ارتباط معناداری وجود داشت، در حالی که در پژوهش انجام شده در کراچی این ارتباط معنی‌دار نبود [۱۵]. به هر حال با توجه به کم بودن میزان آگاهی در پژوهش حاضر در مورد اثرات سیگار بر سلامت دهان به خصوص در مردان که اکثر افراد سیگاری را تشکیل می‌دادند و آگاهی کمتر سیگاری‌ها نسبت به غیرسیگاری‌ها، می‌توان به نقش بسیار مهم دندان‌پزشکان در آگاه کردن بیماران از اثرات مصرف تنباکو بر وضعیت سلامتی آن‌ها (به خصوص اثرات آن بر روی دهان) پی برد.

در پژوهش حاضر، ۵۹/۳ درصد از افراد به صورت روزانه از سیگار استفاده کرده، میانگین تعداد مصرف سیگار ۶/۸۳ نخ در روز و میانگین مدت سیگار کشیدن ۹/۵ سال برآورد شد. این یافته‌ها تا حدودی مشابه پژوهش اردن است که ۶۵ درصد به صورت روزانه از سیگار استفاده می‌کردند و میانگین مدت استفاده ۱۳ سال بود [۳] و کمتر از پژوهش انجام شده در کراچی است که ۸۴ درصد به صورت منظم سیگار می‌کشیدند [۱۵].

در مورد اقدامات بیماران برای ترک مصرف، در پژوهش حاضر، ۵۴/۹ درصد افراد اقدام به ترک سیگار کرده بودند و میزان علاقه به ترک در ۴۷/۶ درصد افراد خیلی زیاد بود. این افراد به طور میانگین در حدود ۲ سال پیش به ترک سیگار اقدام کرده بودند، ولی متأسفانه موفق نبوده، دوباره سیگار کشیدن را شروع کرده بودند. در بین این افراد، ۱۲/۲ درصد برای اقدام به ترک با پزشک خود مشورت نموده بودند. در پژوهش انجام شده در کراچی نیز ۲۶/۳ درصد افراد اقدام به ترک سیگار کرده بودند ولی مشابه با پژوهش حاضر هیچکدام موفق نشده بودند. همچنین پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ۱۳/۶ درصد از افراد سیگاری برای ترک با پزشک خود مشورت کرده بودند [۱۵]. در پژوهشی در آمریکا نیز ۲۰ درصد افراد سیگارت استعمال می‌کردند و فقط ۱۰ درصد از سیگاری‌ها عنوان کردند که پزشک در مورد ترک سیگار به آن‌ها کمک کرده بوده است [۱۶]. در مورد عواملی که سبب تمایل به کاهش یا ترک سیگار شده، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مهمترین دلایل ترک، مضر بودن سیگار برای سلامت فرد سیگاری و اطرافیانش بوده، مواردی همچون وابستگی به سیگار و گران بودن آن از اهمیت کمتری برخوردار است. بنابراین بدیهی است که با افزایش آگاهی بیماران از اثرات مضر سیگار می‌توان انگیزه و تمایل آنان را برای کاهش و ترک سیگار تقویت نمود. در مورد نگرش، یافته‌ها نشان داد که نگرش کلی پاسخ‌دهندگان در مورد سیگار، "نگرش بی‌طرف" بود. نگرش مثبت (ضد سیگار) تنها در مورد سؤالات "مضر بودن سیگار برای سلامتی"، "سیگار به عنوان عامل پوسیدگی، تغییر رنگ دندان‌ها و بوی بد دهان" وجود داشت، ولی همان‌طور که ذکر شد در مورد بقیه سؤالات مثل ارتباط سیگار با سرطان دهان (میانگین ۳/۹۳) و یا ارتباط با مشکلات لثه (۳/۶۸) "نگرش بی‌طرف" وجود داشت. این مسأله ممکن است ناشی از آگاهی ناکافی افراد مورد پژوهش باشد. با توجه به کم بودن آگاهی در مورد این که سیگار می‌تواند عامل سرطان دهان باشد، طبیعی است که نگرش افراد نیز یک نگرش مثبت (ضد سیگار) نباشد. در صورتی که در پژوهش انجام شده در گیلان که در مورد دانشجویان انجام شده، یافته‌ها نشان دهنده "نگرش مثبت"

(ضد سیگار) افراد است که این مسأله با توجه به آگاهی دانشجویان از عوارض و مضرات سیگار قابل توجیه است [۱۷]. در پژوهشی که در اردن در مورد دندان‌پزشکان عمومی انجام شده، با وجود این که درصد زیادی از آن‌ها سیگاری بودند ولی نگرش آن‌ها "مثبت" بود و بیشترین افراد (۹۲/۲ درصد)، اثرات مضر سیگار را بر سلامت دلیل خوبی برای ترک سیگار ذکر کرده بودند [۳].

بنابراین به طور کلی با توجه به پژوهش‌های زیادی که در مورد طراحی نقش دندان‌پزشکان در برنامه‌هایی برای ترک مصرف تنباکو انجام شده است، می‌توان به این نتیجه رسید که دندان‌پزشکان در مورد آگاه کردن بیماران سیگاری از اثرات زیان‌بخش سیگار بر سلامت دهان به عنوان یک انگیزه قوی [۸] و تشویق آنان به کاهش و ترک سیگار نقش کلیدی دارند. پژوهش‌ها نشان داده است که حتی صرف ۳ دقیقه وقت از طرف دندان‌پزشکان برای آگاهی دادن به بیماران در مورد اثرات سیگار، به طور معنی‌داری مؤثر است [۲]. پژوهشی که در مورد دندان‌پزشکان انگلستان انجام شده نشان می‌دهد که ۶۸ درصد از آنان، آگاه کردن بیمار از اثرات سیگار و تشویق آنان به کاهش یا ترک سیگار را از وظایف هر دندان‌پزشک می‌دانند [۱۸].

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که به خصوص آگاهی در زمینه ایجاد عوارض دهانی، حتی عوارض جدی مثل سرطان دهان کم است. بنابراین آموزش دندان‌پزشکان عمومی در جهت آشنا کردن بیماران با اثرات تنباکو بر سلامت دهان، از اهمیت زیادی برخوردار است. با توجه به این که گروه زیادی از سیگاری‌ها به صورت منظم به دندان‌پزشکان مراجعه می‌کنند، دندان‌پزشکان باید در مورد آگاه کردن بیماران و ایجاد انگیزه و تشویق آنان به ترک سیگار آموزش ببینند. بنابراین شناسایی و درمان بیمارانی که از تنباکو استفاده می‌کنند باید در هر مطب و کلینیک دندان‌پزشکی به عنوان قسمتی از درمان‌های رایج در نظر گرفته شود.

References

1. Tomar SL. Dentistry's role in tobacco control. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(suppl): 30S-35S.
2. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, Oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncol* 2005; 41(3): 244-60.
3. Burgan SZ. Smoking behaviour and views of Jordanian dentists: A pilot Survey. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 95(2): 163-168.
4. Helgason AR, Lund KE, Adolfsson J, Axelsson S. Tobacco prevention in Swedish dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5): 378-85.
5. Davis JM. Tobacco cessation for the dental team: A practical guide part 1: Background and Overview. *J contemp Dent pract* 2005; 6(3) : 158-66.
6. Hu S, Pallonen U, McAlister AL, Howard B, Kaminski R, Stevenson G, et al. Knowing how to help tobacco users . *JADA* 2006; 137:170-179.
7. Sandhu HS. A practical guide to tobacco cessation in dental offices. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(3): 153-7.
8. Crews KM, Gordy FM, Penton-Eklund N, Curran AE, Clay JR. Tobacco Cessation: a practical dental service. *Gen Dent* 1999; 47(5):476-83.
9. Lung ZH, Kelleher MG, Porter RW, Gonzalez J, Lung RF. Poor patient awareness of the relationship between smoking and periodontal diseases . *Br dent J* 2005; 199(11): 731-7.
10. Al Shammari KF, Moussa MA, Al Ansari JM , AL Duwairy YS, Honkala EJ. Dental patient awareness of smoking effects on oral health: Comparison of smokers and non-smokers. *J Dent* 2006; 34(3): 173-8.
11. Chaly PE. Tobacco control in India. *Indian J Dent Res* 2007; 18(1): 2-5.
12. Parker DR. A dental hygienist's role in tobacco cessation. *Int J Dent Hyg* 2003;1(2):105-9.
13. Gansky SA, Ryan JL, Ellison JA, Isong U, Miller AJ, Walsh MM. Patterns and correlates of tobacco control behavior among American association of pediatric dentistry members: a cross-sectional national study. *BMC Oral Health*. 2007; 7: 13.
14. Masjedi MR, Azaripour Masoule H, Heidari Gh, Alinejad Taheri S, Velayati AK. Tobacco use prevalence in students of Tehran universities. *Majalleh Elmi Sazmane Nezam Pezeshki Iran* 2003;20(4):283-7.
15. Nisar N, Qadri MH, Fatima K, Perveen S. A community based study about knowledge and practices regarding tobacco consumption and passive smoking in Gadap Town, Karachi. *J Pak Med Assoc* 2007; 57(4) : 186-8.
16. Hymowitz N , Schwab J , Haddock CK, pyle S, Moore G, Meshberg S. The pediatric resident training on tobacco project: baseline findings from the parent/Guardian Tobacco Survey. *Prev Med* 2005; 41(1): 334-41.
17. Sayed fazel pour SF, Moghaddam nia MT, Nasir zadeh F. Guilan university of medical sciences students' attitude about smoking. *Majale Elmi Pezeshki Ghanouni* 2004; 10(33): 25-9.
18. 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.