

بررسی آگاهی دندان پزشکان شهر اصفهان از علت پیشگیری و درمان‌های رایج تروماهای دندانی در سال ۱۳۹۲

دکتر فیروزه نیلچیان^{*}، دکتر نجمه اخلاقی^۱، صادق گنجی^۲

چکیده

مقدمه: ترومای دندانی و کنترل و درمان آن از مباحث اساسی علم دندان پزشکی است. هدف از این پژوهش تعیین میزان آگاهی دندان پزشکان شهر اصفهان در مورد علت، پیشگیری و درمان‌های رایج تروماهای دندانی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، تعداد ۲۰۰ نفر از دندان پزشکان عمومی استان اصفهان به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند. پرسشنامه‌ای به‌منظور فراهم نمودن اطلاعات از آگاهی دندان پزشکان در خصوص علت، پیشگیری و درمان تروماهای دندانی توسط دو متخصص دندان پزشکی جامعه‌نگر تهیه و به تأیید مشاورین تخصصی گروه‌های درمان ریشه و کودکان رسید و سپس جهت بررسی روایی و پایایی، سؤالات در بین آن‌ها توزیع شد. تعداد ۱۸۲ پرسشنامه صحیح و کامل از ۸۲ زن و ۱۰۰ نفر مرد با میانگین سنی ۳۵ سال برای مردان و ۳۲ سال برای زنان پس از حذف موارد ناقص وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و T-test در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: میزان ۴۷/۲۵ درصد (۸۶ نفر) از دندان پزشکان سابقه‌ی برخورد با موارد تروما را ذکر کردند. میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان در حیطه‌ی علت $0/65 \pm 1/45$ بود. تنها ۱/۹ درصد از شرکت‌کنندگان به تمامی سؤالات در حیطه‌ی علت جواب دادند. میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان در حیطه‌ی پیشگیری $0/20 \pm 4/53$ بود و میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان در حیطه‌ی درمان $0/17 \pm 8/55$ بود. اختلاف معنی‌داری بین زن و مرد در هیچ یک از سه حیطه‌ی علت ($p \text{ value} = 0/829$)، پیشگیری ($p \text{ value} = 0/65$) و درمان ($p \text{ value} = 0/58$) وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، آگاهی دندان پزشکان شهر اصفهان نسبت به علت، پیشگیری و درمان‌های رایج تروماهای دندانی در سطح خوبی می‌باشد. **کلید واژه‌ها:** آگاهی، تروما، علت، پیشگیری، درمان

* استادیار، مرکز تحقیقات مواد دندانی، گروه دندان پزشکی جامعه نگر، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف مسؤول) f_nilchian@dnt.mui.ac.ir

۱: استادیار، مرکز تحقیقات دندان پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان پزشکی اطفال، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲: دانشجوی دندان پزشکی، کمیته پژوهش‌های دانشجویی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
این مقاله حاصل پایان‌نامه عمومی در دانشکده علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۹۳۰۰۶ می‌باشد.

این مقاله در تاریخ ۹۲/۱۱/۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۳/۲/۲۱ اصلاح شده و در تاریخ ۹۳/۲/۳۰ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۹۲، ۱۰(۵): ۳۷۰ تا ۳۸۱

مقدمه

کنترل و درمان ترومای دندان یکی از مباحث اساسی علم دندان‌پزشکی است. فراوانی آسیب‌های ناشی از ضربه به دندان‌ها در بسیاری از کشورها مورد بررسی قرار گرفته که نتایج بررسی‌ها میزان بالایی را نشان می‌دهد [۱، ۲].

آسیب ناشی از ضربه به دندان‌ها نشان‌دهنده انتقال حاد انرژی به دندان و انساج نگه‌دارنده آن می‌باشد. این مسأله باعث شکستگی و یا جابه‌جایی دندان‌ها و یا جداسازی و له‌شدگی بافت‌های حمایت‌کننده مثل لثه و استخوان می‌شود [۳، ۴].

ضایعات ناشی از ضربه در دندان‌های دایمی در درجه‌ی اول به دلیل زمین خوردن و در درجات بعدی به دلایل حوادث رانندگی و اعمال خشونت‌آمیز و برخوردهای ورزشی می‌باشد [۵-۱].

نتیجه‌ی وقایع آسیب‌زا وابسته به چند عامل است: میزان آسیب، کیفیت، به موقع بودن مراقبت‌های اولیه، پیگیری و مراقبت [۶].

آسیب تروماتیک دهانی علاوه بر این که می‌تواند منجر به ضایعات دندان و نسوج حمایت‌کننده‌ی دندان شود، به صورت مستقیم یا غیر مستقیم زندگی افراد را توسط تأثیر بر ظاهر افراد، تکلم و موقعیت دندان‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷، ۸]. این موضوع دارای اهمیت است که آسیب‌های تروماتیک دندان می‌تواند منجر به مشکلات عملکردی، زیبایی، روان‌شناختی [۹] و اجتماعی [۱۰] شود و تأثیر مهمی بر روی کیفیت زندگی (QOL = Quality of life) فرد داشته باشد [۱۱].

صدمات دندان در کودکان و نوجوانان در سراسر جهان یک مشکل جدی بهداشت و سلامت عمومی است [۱۲-۱۴] که به مقدار زیادی توسط پزشکان و سیاست‌گذاران نادیده گرفته شده است [۱۴].

در اوایل دهه‌ی ۹۰ میلادی Andreassen فرضیه‌ای ارائه داد که در آینده احتمالاً ترومای دندان از پوسیدگی و بیماری‌های پریدونتال پیشی خواهد گرفت [۱۵].

اکنون با کاهش شیوع و شدت پوسیدگی دندان [۱۶، ۱۷] توجه به سمت تروماهای دندان، به عنوان دومین آسیب شایع دندان در کودکی و نوجوانی افزایش یافته است [۱۸].

Zhoa و Gong [۱۹] طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ به بررسی آگاهی دندان‌پزشکان چینی از نحوه‌ی درمان دندان‌های بیرون افتاده پرداختند. هم‌چنین Krastl و همکاران در سال ۲۰۰۹ [۲۰] جهت بررسی آگاهی دندان‌پزشکان آلمانی از تروماهای دندان مطالعه‌ای مشابه انجام دادند.

مقایسه‌ای در مورد میزان آگاهی پزشکان و دندان‌پزشکان عراقی توسط Abu-Dawoud و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام شد [۲۱] و هم‌چنین مقایسه‌ای نیز بین دندان‌پزشکان عمومی و متخصصین درمان ریشه در سال ۲۰۰۶ توسط Hu و همکاران در برزیل انجام شده است [۲۲].

کیفیت و به هنگام بودن مراقبت‌های اولیه به ایجاد درمان‌های با کیفیت کمک می‌کند [۲۳]. به خوبی مشخص شده است که اقدامات پیشگیرانه مانند حفاظت از دندان و صورت در رویدادهای ورزشی، کمربندهای ایمنی و کیسه‌ی هوای مورد استفاده در خودروها می‌تواند به میزان قابل توجهی شدت صدمات را کاهش دهد [۲۴].

به طور معمول پذیرفته شده است که تمام آسیب‌های تروماتیک دندان بایستی به عنوان اورژانس تلقی و درمان شود. این دیدگاه به منظور حفظ راحتی بیمار و کاهش عوارض التیام می‌باشد. مطالعه‌ی Shmueli و Holan نشان داد که پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان تنها در ۴٪ موارد تروماهای دندان که منجر به بیرون افتادن دندان می‌گردد قادر به ارائه‌ی درمان مناسب می‌باشند [۲۵].

با توجه به اهمیت و شیوع تروما در ناحیه‌ی سر و صورت و نقش مهم دندان‌پزشکان در کاهش عوارض دندان ضایعات، آگاهی دندان‌پزشکان از علت، پیشگیری و درمان این ضایعات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این رو هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین میزان آگاهی دندان‌پزشکان شهر اصفهان در مورد علت، پیشگیری و درمان تروماهای دندان بود تا در صورت نیاز تدابیر لازم جهت ارتقاء سطح آگاهی دندان‌پزشکان در این حیطه اندیشیده شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، تعداد ۲۰۰ نفر از دندان‌پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل شهر اصفهان که همکاری لازم برای پاسخ به پرسش‌نامه را داشته و در برنامه‌های مدون بازآموزی دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان در طی سال ۱۳۹۲ شرکت نموده بودند، به‌طور تصادفی ساده و بر اساس لیست ثبت نام انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌ای به‌منظور فراهم نمودن اطلاعات دموگرافیک و ارزیابی حیطة‌ی آگاهی آن‌ها از علت، پیشگیری و درمان تروماهای دندانی توسط ۲ متخصص دندان‌پزشکی جامعه نگر تهیه و به تأیید مشاورین گروه درمان ریشه و اطفال رسید و جهت تعیین پایایی و روایی سؤالات در بین آن‌ها توزیع شد. سپس مطالعه‌ی مقدماتی با توزیع ۳۰ پرسش‌نامه در بین دندان‌پزشکان عمومی انجام شد و ضریب α کرونباخ ۴۵٪ به‌دست آمد. بعد از توزیع پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری آن‌ها، پرسش‌نامه‌های ناکامل از مطالعه حذف شد. تعداد ۱۸۲ پرسش‌نامه صحیح و کامل به مطالعه وارد گردید و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. اطلاعات پرسش‌نامه شامل ۴ قسمت بود. قسمت اول اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم سؤالات مربوط به آگاهی شرکت‌کنندگان از علت تروماهای دندانی، قسمت سوم سؤالات مربوط به آگاهی شرکت‌کنندگان از پیشگیری تروماهای دندانی و قسمت چهارم سؤالات مربوط به آگاهی شرکت‌کنندگان از درمان تروماهای دندانی بود [پیوست ۱].

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۲ زن و ۱۰۰ نفر مرد با میانگین سنی ۳۵ سال برای مردان و ۳۲ سال برای زنان حضور داشتند. از بین ۱۸۲ شرکت‌کننده تعداد ۸۶ نفر سابقه‌ی برخورد با ترومای دندانی داشتند. آگاهی بر حسب جنس مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمون T-test اختلاف معنی‌داری بین زن و مرد در هر سه حیطة‌ی علت (p value = ۰/۸۲۹)، پیشگیری (p value = ۰/۶۵) و درمان (p value = ۰/۵۸) وجود نداشت و میانگین نمره‌ی کل زنان ۱۴/۵۸ و میانگین نمره‌ی مردان ۱۴/۵۳ بود (p value = ۰/۸۳) (جدول ۱).

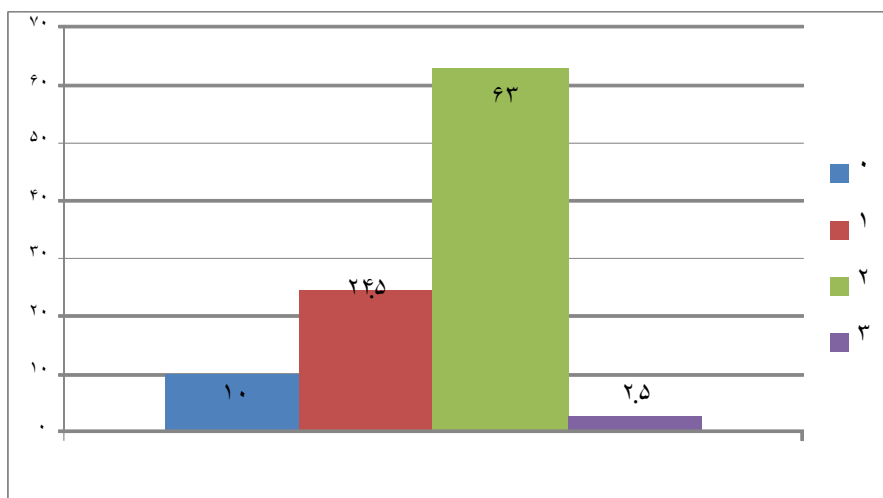
در این مطالعه در حیطة‌ی درمان ۲۸/۸٪ از شرکت‌کنندگان به‌بیش از دو سوم سؤالات پاسخ صحیح دادند اما هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان به تمامی سؤالات پاسخ صحیح ندادند.

جدول ۱. میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان به تفکیک جنس

جنس	یافته‌های آماری	تعداد	میانگین نمره	انحراف معیار	خطای معیار
مرد	۱۰۰	۱۴/۵۳	۲/۸۲	۰/۵۵	
زن	۸۲	۱۴/۵۸	۲/۳۴	۰/۴۸	

میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان در حیطة‌ی علت ۱/۴۵ با انحراف معیار ۰/۶۵ بود. نمودار ۱ درصد فراوانی پاسخ‌دهی به سؤالات در حیطة‌ی علت را نشان می‌دهد.

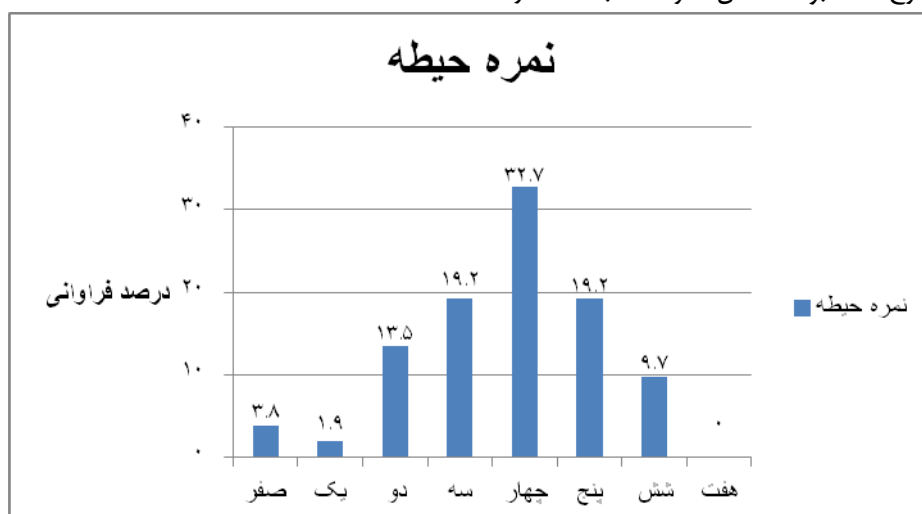
سپس میانگین نمرات کسب شده در سه حیطة‌ی علت، پیشگیری و درمان تروماهای دندانی به‌صورت جداگانه مورد ارزیابی قرار گرفت. در حیطة‌ی علت سه سؤال (۴، ۱۳ و ۴۰) مطرح شده بود. حداقل نمره‌ی کسب شده در حیطة‌ی علت صفر و حداکثر آن سه بود.



نمودار ۱. درصد فراوانی پاسخ‌دهی به سؤالات در حیطه‌ی علت

حیطه‌ی پیشگیری صفر و حداکثر آن هفت بود. میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان در حیطه‌ی پیشگیری ۴/۵۳ با انحراف معیار ۰/۲۰ بود. نمودار ۲، درصد فراوانی پاسخ‌دهی به سؤالات در حیطه‌ی پیشگیری را نشان می‌دهد. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها مرزبندی‌های مربوط به آگاهی دندان‌پزشکان در مورد پیشگیری به شرح زیر تعیین می‌گردد: میانگین نمره‌ی کمتر از دو، آگاهی اندک؛ میانگین نمره‌ی دو تا پنج، آگاهی خوب؛ میانگین نمره‌ی پنج تا هفت، آگاهی عالی است که با توجه به نتایج به دست آمده آگاهی دندان‌پزشکان در حیطه‌ی پیشگیری با میانگین نمره‌ی ۴/۵۳ در حد خوب ارزیابی می‌شود.

همان‌طور که مشاهده می‌گردد تنها ۱/۹ درصد از شرکت‌کنندگان به تمامی سؤالات در حیطه‌ی علت جواب داده‌اند و ۶۳/۵٪ به دو سوم سؤالات جواب صحیح داده‌اند. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها مرزبندی‌های (Cut of points) مربوط به نمره‌ی آگاهی دندان‌پزشکان در مورد علت ترومای دندان‌دانی به شرح زیر تعیین گردید: میانگین نمره‌ی کمتر از یک، آگاهی اندک؛ میانگین نمره‌ی یک تا دو، آگاهی خوب؛ میانگین نمره‌ی دو تا سه، آگاهی عالی است که با توجه به نتایج به دست آمده آگاهی دندان‌پزشکان در حیطه‌ی علت با میانگین نمره‌ی ۱/۴۵ در حد خوب ارزیابی می‌شود. در حیطه‌ی پیشگیری هفت سؤال (۳، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۹ و ۲۵) مطرح شده بود. حداقل نمره کسب شده در

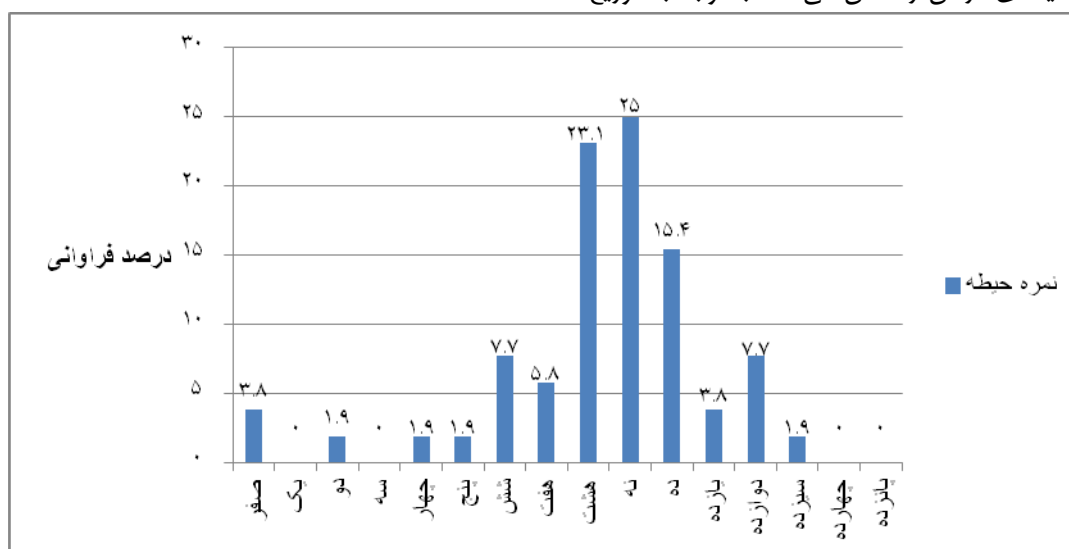


نمودار ۲. درصد فراوانی پاسخ‌دهی به سؤالات در حیطه‌ی پیشگیری

همان‌طور که مشاهده می‌گردد هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان در حیطه‌ی پیشگیری نمره‌ی کامل را کسب نکردند.

در حیطه‌ی درمان، پانزده سوال (۱، ۲، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳) مطرح شده بود. حداقل نمره‌ی کسب‌شده در حیطه‌ی درمان صفر و حداکثر آن پانزده بود. میانگین نمره‌ی شرکت‌کنندگان در حیطه‌ی درمان ۸/۵۵ با انحراف معیار ۰/۱۷ بود. نمودار ۳ درصد فراوانی پاسخ‌دهی به سؤالات در حیطه‌ی درمان را نشان می‌دهد. با توجه به توزیع

نرمال داده‌ها مرزبندی‌های مربوط به نمره‌ی آگاهی دندان‌پزشکان در حیطه‌ی درمان به‌شرح زیر تعیین گردید: میانگین نمره‌ی کمتر از پنج، آگاهی اندک؛ میانگین نمره‌ی پنج تا ده، آگاهی خوب؛ میانگین نمره‌ی ده تا پانزده، آگاهی عالی که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده آگاهی دندان‌پزشکان در حیطه‌ی درمان با میانگین نمره‌ی ۸/۵۵ در حد خوب ارزیابی می‌شود.



نمودار ۳. درصد فراوانی پاسخ‌دهی به سؤالات در حیطه‌ی درمان

همان‌طور که مشاهده می‌گردد تنها ۱۳/۴٪ از شرکت‌کنندگان به بیش از دو سوم سؤالات در حیطه‌ی درمان پاسخ داده‌اند. بعد از بررسی نتایج هر سه حیطه و با توجه به توزیع نرمال نمرات پاسخ‌دهی به سؤالات، مرزبندی‌های کلی به شرح زیر تعیین گردید: میانگین نمره‌ی کمتر از هشت، آگاهی اندک؛ میانگین نمره‌ی هشت تا هفده، آگاهی خوب؛ میانگین نمره‌ی هجده تا بیست و پنج، آگاهی عالی است که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در هر سه حیطه‌ی آگاهی دندان‌پزشکان شهر اصفهان نسبت به علت، پیشگیری و درمان‌های رایج تروماهای دندانی با میانگین نمره ۱۴/۵۳ در سطح خوب گزارش می‌شود.

بحث

شیوع آسیب دهانی دندانی تا سن ۱۵ سالگی در اطفال ۵۰-۷٪ نشان داده شده است [۲۶]. تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که بروز تروماهای دندانی تا حد زیادی متفاوت است

که بستگی به جمعیت مورد مطالعه با توجه به ملیت، سن، جنس، وضعیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی و سیستم طبقه‌بندی ترومای مورد استفاده دارد [۲۹-۲۷]. بنابراین نتایج آن‌ها را نمی‌توان به‌راحتی با یکدیگر مقایسه نمود [۳۱، ۳۰]. برآورد شده است که در کشورهای صنعتی تا سن ۱۴ سال ۵۴٪ از کودکان و در سن ۲۵ سال ۶۰٪ از بزرگسالان دچار برخی از آسیب‌های دندانی می‌گردند. این رقم معادل ۳ میلیارد نفر یا ۶۰ میلیون آسیب‌جدید در هر سال است [۳۲].

بررسی سیستماتیک اخیر تروماهای دندانی نشان داد که یک سوم از تمام کودکان پیش از مدرسه دچار ترومای دندانی به دندان‌های شیری هستند و یک چهارم از تمام کودکان سن مدرسه و تقریباً یک سوم از بزرگسالان دچار تروما به دندان‌های دایمی هستند، اما تغییرات هم بین کشورها و هم درون کشورها وجود دارد [۱۱].

به‌خوبی مشخص شده که اقدامات پیشگیرانه مانند حفاظت از دندان و صورت در رویدادهای ورزشی، کمرندهای ایمنی و کیسه‌ی هوای مورد استفاده در خودروها می‌تواند به میزان قابل توجهی شدت صدمات را کاهش دهد [۲۴].

وضعیت دندان پس از درمان علاوه بر عکس‌العمل بدن به درمان می‌تواند بیان‌گر دقت درمان نیز باشد [۳۵-۳۳]. با توجه به نوع و وسعت تروما درمان‌های مختلفی از جمله: ترمیم تاج، پالپوتومی، پالپکتومی، پالپ کپ، درمان ریشه، استفاده از هیدروکسید کلسیم و پانسمان موقت، حرکت دندان به وسیله‌ی ارتودنسی، اکسپوز ریشه‌ی باقی‌مانده به وسیله‌ی جراحی، خارج کردن دندان، اسپلینت، جای‌گذاری قطعه‌ی شکسته آلوتول، خارج کردن از آلوتول، جابجایی و جای‌گذاری دندان، استفاده از Mineral tri oxide aggregate (MTA)، اپکسیفیکاسیون، اپکسوژن و ... انجام می‌گیرد [۳۶].

کمک‌های اولیه ساده و ارزان است و می‌تواند به‌طور چشم‌گیری نتایج درمان دندان را در آینده بهبود بخشد، با این حال به‌ندرت کمک‌های اولیه‌ی مناسب ارایه گشته است [۳۷].

تنها ۴ درصد از درمان‌های اورژانس ارائه‌شده توسط پزشکان بیمارستان به‌سادگی یک دندان بیرون‌آمده می‌باشد [۲۵].

در مطالعه‌ی Zhao و Gong [۱۹] در سال ۲۰۱۰ بر روی آگاهی دندان‌پزشکان چینی از نحوه‌ی درمان دندان‌های بیرون‌افتاده نشان داده شد که سطح آگاهی دندان‌پزشکان شهری و حومه شهر در مورد کنترل و درمان اورژانسی دندان‌های خارج‌شده متفاوت است. این مطالعه نشان می‌دهد که دندان‌پزشکان نیاز به آموزش دارند تا دانش خود را در مورد دندان‌های خارج‌شده بهبود بخشند.

در مطالعه‌ای که Krastl و همکاران [۲۰] در سال ۲۰۰۹ با هدف بررسی آگاهی دندان‌پزشکان آلمانی از تروماهای دندانی انجام دادند، میزان آگاهی ۱۸۱ دندان‌پزشک عمومی از ترومای دندانی سنجیده شد. نتیجه نشان داد که ۶۳ درصد دندان‌پزشکان دانش کافی و قابل مقایسه‌ای دارند و ۳۷ درصد دانش جزیی در مورد درمان تروماهای دندانی دارند.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط Vasconcellos و همکاران [۳۸] در سال ۲۰۰۹ در تانزانیا با هدف ارزیابی آگاهی دندان‌پزشکان از تروماهای دندانی و پیشگیری از آن انجام شد، مشخص شد که میزان آگاهی دندان‌پزشکان در مورد علت و پیشگیری از تروما کافی است، در صورتی که در مورد درمان ناکافی می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، آگاهی دندان‌پزشکان در مورد علت، درمان و پیشگیری در سطح خوب گزارش شد.

در تحقیقی که توسط Abu-Dawoud و همکاران [۲۱] در سال ۲۰۰۷ با هدف بررسی آگاهی پزشکان عمومی و دندان‌پزشکان عراقی از تروماهای دندانی صورت گرفت، میزان آگاهی پزشکان و دندان‌پزشکان در مورد دندان‌های خارج شده از ساکت دندانی مقایسه شد. نتایج نشان‌دهنده‌ی سطح مطلوب آگاهی دندان‌پزشکان و میزان کمتر آگاهی پزشکان بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط Hu و همکاران [۲۲] در سال ۲۰۰۶ در برزیل با هدف بررسی آگاهی دندان‌پزشکان عمومی و متخصصین درمان ریشه صورت گرفت، میزان آگاهی دندان‌پزشکان عمومی و متخصصین درمان ریشه در مورد اورژانس‌های ترومای دنتوآلوئولار مقایسه شده است. نتایج این مطالعه نشان داد سطح اطلاعات متخصصین درمان ریشه قابل توجه‌تر بوده و دندان‌پزشکان عمومی نیازمند برنامه‌هایی جهت ارتقاء سطح دانش در زمینه‌ی تروماهای دندانی می‌باشند.

در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمرات آگاهی زنان و مردان در حیطه‌ی علت ($p \text{ value} = ۰/۸۲۹$)، پیشگیری ($p \text{ value} = ۰/۶۵$) و درمان ($p \text{ value} = ۰/۵۸$) اختلاف معنی‌داری نشان نداد.

همچنین میان نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعات Krastl و همکاران [۲۰] و Abu-Dawoud و همکاران [۲۱] هماهنگی مشاهده شد و سطح آگاهی دندان‌پزشکان در مطالعه‌ی حاضر خوب بود، اما همچنان نیاز به برنامه‌های مدون آموزشی جهت ارتقاء سطح آگاهی دندان‌پزشکان احساس می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری دندان‌پزشکان برای تکمیل صحیح و با دقت پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که با افزایش حجم نمونه‌ها سعی در رفع آن گردید. پیشنهاد می‌گردد مشابه این طرح تحقیقاتی در سایر شهرها نیز انجام گردد. همچنین از آن‌جا که اغلب پزشکان اولین کسانی هستند که با موارد تروما برخورد دارند، انجام مطالعه‌ای مشابه در میان پزشکان عمومی نیز توصیه می‌گردد.

پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی رابطه‌ی میان سابقه‌ی دندان‌پزشکان و میزان آگاهی آن‌ها در هر حیطه بررسی شود. همچنین می‌توان درصد آگاهی جمعیت مورد مطالعه در مورد تک‌تک سؤالات را جداگانه مورد بررسی قرار داد.

نتیجه‌گیری

دندانی در سطح خوب است و آگاهی کلی نیز در حد خوب ارزیابی می‌شود و جنس تأثیری در میزان آگاهی از علت تروماهای دندانی و پیشگیری و درمان آن ندارد.

نتایج پژوهش فعلی نشان می‌دهد که آگاهی دندان‌پزشکان اصفهان در هر سه حیطه‌ی علت، پیشگیری و درمان تروماهای

References:

1. Andreasen JO, Andreasen FM. Classification, etiology and epidemiology of traumatic dental injuries. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Editorss, Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993. pp. 151-77.
2. Glendor U, Hailing A, Andersson L, Eilert-petersson E. Incidence of traumatic tooth injuries in children and adolescent in country of vastmanland, sweden. swed dentJ 1996; 20(1-2): 15-28
3. Gottrup F, Andreasen JO. Wound healing subsequent to injury. In: Andreasen JO, Andreasen FM eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to teeth. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993. pp. 13-76.
4. Andreasen JO, Torabinejad M, Finkelman RD. Response of oral tissue resorption. In: Andreasen FM, Editor. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993. pp. 77-133.
5. Crona-Larson, Noren JG. Luxation injuries to permanent teeth-a retrospective study of aetiological factors. Endod dent traumatol 1989; 5(4): 176-9.
6. Ingle JI, Bakland LK. Endodontics. 5th ed. Ontario: B.C Decker. 2002.
7. Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries: A clinical study of 1,298 cases. Scand J Dent Res 1970; 78(4): 329-42.
8. Brauer JC. The treatment of children's fractured permanent anterior teeth. J Am Dent Assoc 1950; 41(4): 399-407.
9. Rajab LD. Traumatic dental injuries in children presenting for treatment at the Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Jordan ,1997-2000 . Dent Traumatol 2003; 19(1): 6-11.
10. Rocha MJ, Cardoso M. Traumatized permanent teeth in Brazilian children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. Dent Traumatol 2001; 17(6): 245-9.
11. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries: A 12 year review of the literature. Dent traumatol 2008; 24(6): 603-11.
12. Andreasen JO, Lauridsen E, Daugaard-Jensen J. Dental traumatology: An orphan in pediatric dentistry? Pediatr dent 2009; 31(2). 153-6.
13. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Etiology and environment of dental injuries in 12 to 14- year - old Ontario schoolchildren. Dent traumatol 2008; 24(3): 305-8.
14. Hargreaves JA, Cleaton-Jones PE, Roberts GJ, Williams S, Matejka JM. Trauma to primary teeth of South African pre-school children. Endod Dent Traumatol 1999; 15(2): 73-6.
15. Andreasen JO AF. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.
16. Bonecker M, Marcenés W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. Int J Paediatr Dent 2002; 12(3): 183-8.
17. Demertzi A, Topitsoglou V, Muronidis S. Caries prevalence of 11.5 year-olds between 1989 and 2001 in a province of North-Eastern Greece. Community Dent Health 2006; 23(3): 140-6.
18. Ferreira JM, Fernandes de Andrade EM, Katz CR, Rosenblatt A. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. Dent traumatol 2009; 25(2): 219-23.
19. Zhao Y, Gong Y. Knowledge of emergency management of avulsed teeth: A survey of dentists in Beijing, China. Dent Traumatol 2010; 26(3): 281-4.
20. Krastl G, Filippi A, Weiger R. German general dentists' knowledge of dental trauma. Dent Traumatol 2009; 25(1): 88-91.
21. Abu-Dawoud M, Al-Enezi B, Andersson L. Knowledge of emergency management of avulsed teeth among young physicians and dentists. Dent Traumatol 2007; 23(6): 348-55.
22. Hu LW, Prisco CR, Bombana AC. Knowledge of Brazilian general dentists and endodontists about the emergency management of dento-alveolar trauma. Dent Traumatol 2006; 22(3): 113-7.
23. Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 1. Diagnosis of healing complications. Endod Dent Traumatol 1995; 11(2): 51-8.
24. Padilla R, Dorney B, Balikov S. Prevention of oral injuries. J Calif Dent Assoc 1996; 24(3): 30-6.
25. Holan G, Shmueli Y. Knowledge of physicians in hospital emergency rooms in Israel on their role in cases of avulsion of permanent incisors. Int J Paediatr Dent 2003; 13(1):13-9.
26. Kahabuka FK, Plasschaert A, van't Hof M. Prevalence of teeth with untreated dental trauma among nursery and primary school pupils in Dar es Salaam, Tanzania. Dent traumatol 2001; 17(3): 109-13.

27. Glendor U. On dental trauma in children and adolescents. Incidence, risk, treatment, time and costs. *Swed Dent J Suppl* 2000; 140: 1-52.
28. Kawachi I, Subramanian SV. Measuring and modeling the social and geographic context of trauma: A multilevel modeling approach. *J Trauma Stress* 2006; 19(2): 195-203.
29. Moyses ST, Moyses SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promot Int* 2003; 18(3): 209-18.
30. Gabris K, Tarjan I, Rozsa N. Dental trauma in children presenting for treatment at the Department of Dentistry for Children and Orthodontics, Budapest, 1985-1999. *Dent Traumatol* 2001; 17(3): 103-8.
31. Meadow D, Lindner G, Needleman H. Oral trauma in children. *Pediatr dent* 1984; 6(4): 248-51.
32. WHO. Application of the international classification of diseases to dentistry and stomatology ICD-DA. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1994.
33. Carvalho JC, Vinker F, Declerck D. Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children. *Int J Paediatr Dent* 1998 ; 8(2): 137-41.
34. Glendor U, Halling A, Andersson L, Eilert-Petersson E. Incidence of traumatic tooth injuries in children and adolescents in the county of Vastmanland, Sweden. *Swed Dent J* 1996; 20(1-2): 15-28.
35. Marcenes W, Zabot NE, Traebert J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. *Dent Traumatol* 2001; 17(5): 222-6.
36. Andreasen JO. Traumatic dental injuries: A Manual. 2nd ed. Oxford; Blackwell Munksgaard; 2007.
37. Skapetis T, Curtis K. Emergency management of dental trauma. *Australas Emerg Nurs J* 2010; 13(1): 30-4.
38. de Vasconcellos LG, Brentel AS, Vanderlei AD, de Vasconcellos LM, Valera MC, de Araujo MA. Knowledge of general dentists in the current guidelines for emergency treatment of avulsed teeth and dental trauma prevention. *Dent Traumatol* 2009; 25(6): 578-83.

Evaluation of knowledge of Isfahan dentists about etiology, prevention and common treatment modalities of dental trauma

Firouzeh Nilchian*, Najmeh Akhlaghi, Sadegh Ganji

Abstract

Introduction: Dental trauma and how to control and treat it are essential discussions in dentistry. The aim of this study was to determine the knowledge of Isfahan dentists about etiology, prevention and treatment of dental trauma.

Materials and Methods: In this descriptive study, 200 Isfahani dentists were selected using simple random sampling technique. A questionnaire was designed by two specialists in community dentistry to collect data on the knowledge of dentists about etiology, prevention and treatment of dental trauma. The questionnaire was confirmed by endodontists and pedodontists. The questionnaire was distributed among dentists to evaluate its validity and reliability. A total of 182 questionnaires completed by 82 female (with a mean age of 32 years) and 100 male (with a mean age of 35 years) dentists were included and evaluated in the study. Data were analyzed with SPSS 20, using descriptive statistical tests and t-test ($\alpha=0.05$).

Results: Of the 182 participants, 86 reported dealing with trauma cases. The mean score of the participants in relation to etiology was 1.45 ± 0.65 , with only 1.9% of participants responding to all the questions on etiology. The mean score of the participants in relation to prevention was 4.53 ± 0.20 , and the mean score of the participants in relation to treatment was 8.55 ± 0.17 . There were no significant differences between male and female dentists in the etiology (p value = 0.829), prevention (p value = 0.65) and treatment (p value = 0.58) scores.

Conclusion: Based on the results of the present study, Isfahani dentists' knowledge about the etiology, prevention and common treatment modalities for dental trauma is acceptable.

Key words: Etiology, Knowledge, Prevention, Trauma, Treatment

Received: 21 Jan, 2014

Accepted: 20 May, 2014

Address: Assistant Professor, Torabinejad Dental Research Center, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: f_nilchian@dnt.mui.ac.ir

Citation: Nilchian F, Akhlaghi N, Ganji S. Evaluation of knowledge of Isfahan dentists about etiology, prevention and common treatment modalities of dental trauma. J Isfahan Dent Sch 2014; 10(5): 370-381.

پیوست ۱:

بسمه تعالی

دندان‌پزشک عزیز این فرم صرفاً جهت بررسی میزان آگاهی دندان‌پزشکان شهر اصفهان در مورد اتیولوژی و پیشگیری و درمان‌های رایج تروماهای دندانی می‌باشد.

جنس: مذکر ☐ مؤنث ☐

تاریخ تولد:

دانشگاه محل تحصیل:

سال فراغت از تحصیل:

تعداد مواجهه با تروما در سال: اغلب ☐ گاهی ☐ به ندرت ☐ هرگز ☐دانش خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ کافی ☐ عالی ☐ ناکافی ☐

۱- معاینه‌ی اولیه پس از Replantation دندان‌های بیرون‌افتاده چه مدتی پس از درمان صورت می‌گیرد؟

الف- یک روز ☐ ب- یک ماه ☐ ج- یک هفته ☐ د- نمی‌دانم ☐

۲- علائم آسیب‌های جدی به عروق اعصاب پالپ و عدم وقوع التیام پس از چه مدتی در رادیوگرافی قابل مشاهده می‌باشد؟

الف- چهار هفته ☐ ب- شش هفته ☐ ج- چهار ماه ☐ د- نمی‌دانم ☐

۳- Follow up اولیه‌ی دندان جهت ارزیابی حیات پالپ دندان‌های دچار شکستگی‌های غیر پیچیده‌ی تاج تا چه مدت پس از آسیب صورت می‌گیرد؟

الف- دو هفته ☐ ب- چهار هفته ☐ج- دو ماه ☐ د- نمی‌دانم ☐

۴- وسعت شکستگی در مارژین ژنژیوالی دندان دارای شکستگی تاج ریشه به کدام عامل بستگی دارد؟

الف- طول دندان ☐ ب- ماهیت ضربه ☐ج- آناتومی و مورفولوژی دندان ☐ د- همه‌ی موارد فوق ☐ه- نمی‌دانم ☐

۵- در Surgical extrusion دندان‌هایی که دچار شکستگی تاج ریشه شده‌اند ترمیم تاج چه مدت پس از Splint دندان صورت می‌گیرد؟

الف- حداکثر یک ماه ☐ ب- یک هفته ☐ج- حداکثر دو ماه ☐ د- نمی‌دانم ☐

۶- چه مقدار از تروماهای ناشی از صدمات ورزشی با استفاده از mouth guard قابل پیشگیری می‌باشد؟

الف- همه‌ی موارد ☐ ب- ۲/۳ موارد ☐ ج- نیمی از موارد ☐ د- ۱/۳ موارد ☐ ه- نمی‌دانم ☐

۷- احتمال وقوع صدمات دندانی مجدد، در افراد با سابقه‌ی تروما چقدر است؟

الف- ۲۰٪ ☐ ب- ۵۰٪ ☐ ج- ۳۰٪ ☐ د- مشابه افراد نرمال ☐ ه- نمی‌دانم ☐

۸- آسیب‌های وارده به دندان‌های کودکان گروه سنی ۱۲ ساله غالباً در کدام دسته از آسیب‌های دندانی قرار می‌گیرند؟

الف- شکستگی تاج دندان بدون بازشدگی پالپ ☐ ب- شکستگی تاج دندان همراه با بازشدگی پالپ ☐ج- آسیب‌های لوکسیشن ☐ د- بیرون افتادن کامل دندان ☐ه- نمی‌دانم ☐

۹- از علائم بازگشت حیات پالپ و تشکیل عروق جدید درون پالپ آسیب دیده کدام یک از علائم زیر می‌باشد؟

- الف- وسیع شدن کانال دندان ب- کوچک شدن ضایعه‌ی پری اپیکال
ج- باریک شدن کانال پالپ د- کاهش لقی دندان
ه- نمی‌دانم
- ۱۰- در مورد شکستگی‌های دندان‌های شیری کدام روند درمانی انتخابی می‌باشد؟
الف- درمان ظرف چند روز بعد از تروما ب- درمان طی چند ساعت تا یک روز بعد
ج- درمان سریع ظرف یک ساعت د- هر سه مورد
- ۱۱- در دندان‌های با آپکس بسته که دچار جابجایی رو به خارج شده‌اند معمولاً بهترین زمان درمان ریشه چه هنگامی می‌باشد؟
الف- بلافاصله پس از اسپیلینت
ب- قبل از خارج کردن اسپیلینت
ج- معمولاً درمان ریشه صورت نمی‌گیرد و بازسازی عروق و اعصاب پالپ احتمال بالا دارد
د- نمی‌دانم
- ۱۲- کدام یک از آسیب‌های زیر با صدای بلند فلزی هنگام دق همراه می‌باشد؟
الف- Concussion ب- Subluxation
ج- Root fracture د- Intrusive Luxation
ه- نمی‌دانم
- ۱۳- کدام یک از ورزش‌های زیر از ریسک بالاتری در ایجاد تروماهای دندان‌ی برخوردار می‌باشند؟
الف- بسکتبال ب- فوتبال ج- ice hockey د- هندبال ه- نمی‌دانم
- ۱۴- شایع‌ترین عامل آسیب‌های ناشی از ضربه در دندان‌های دائمی کدام یک از عوامل زیر می‌باشند؟
الف- حوادث ورزشی ب- زمین‌خوردگی
ج- رانندگی د- برخورد‌های خیابانی
ه- نمی‌دانم
- ۱۵- بیماری ۱۵ ساله به علت وارد شدن ضربه به دندان‌های قدامی به کلینیک مراجعه کرده، در معاینه‌ی بالینی سانتترال راست بالا بلندتر شده و بسیار لق است و در رادیوگرافی ناحیه‌ی پری اپیکال گشادی فضای پرپودنتال دارد درمان فوری کدام می‌باشد؟
الف) دندان را به آرامی در ساکت قرار داده و اسپیلینت می‌کنیم
ب) دندان را کوتاه کرده از اکلوژن خارج می‌کنیم سپس اسپیلینت می‌کنیم
ج) اجازه‌ی تصحیح خود به خود به دندان می‌دهیم و بعد از اصلاح موقعیت اسپیلینت می‌کنیم
د) نمی‌دانم
- ۱۶- در بیمار فوق درمان کانال ریشه چه زمانی پس از وقوع تروما انجام می‌شود؟
الف) حداقل تا یکسال وضعیت پالپی بررسی و در صورت ایجاد نکروز درمان می‌شود
ب) یک هفته بعد از اسپیلینت حتماً باید پالپ خارج و درمان انجام گردد
ج) در همان جلسه اورژانس پالپ خارج شده و با کلسیم هیدروکساید پر شده و بعد از یک هفته درمان کامل می‌شود
د) نمی‌دانم
- ۱۷- در کدام یک از تروماهای زیر به درمان‌های فوری و حاد نیاز داریم؟
الف- Concussion ب- Complicated crown fracture
ج- Subluxation د- Lateral luxation

هـ - نمی‌دانم

۱۸- در روش Forced eruption دندان دچار شکستگی تاج- ریشه اولین اقدام درمانی کدام یک از اقدامات زیر می‌باشد؟

الف- درمان ریشه تک جلسه‌ای ب- خارج کردن قطعه‌ی تاجی

ج- ثابت کردن قطعه‌ی شکسته شده تاجی به دندان‌های مجاور د- پالپتومی دندان

هـ- نمی‌دانم

۱۹- رایج‌ترین نوع mouthguard در پیشگیری از تروماهای دندانی کدام نوع می‌باشد؟

الف- stock mouthguard (type 1)

ب- mouth form bail and bite mouth guard (type 2)

ج- custom made mouth guard (type 3)

د- نمی‌دانم

۲۰- مدت زمان ایده آل Splint در دندان‌هایی که دچار اینترژن شده‌اند چه مدت می‌باشد؟

الف- یک تا دو هفته ب- سه تا شش هفته

ج- دو تا چهار هفته د- چهار تا هشت هفته

هـ - نمی‌دانم

۲۱- پسر بچه‌ای ۷ ساله حدود سه ساعت پیش در مدرسه زمین خورده و دچار شکستگی تاج در سانترال سمت چپ بالا شده است، مینا،

عاج، پالپ درگیرند، درمان فوری برای بیمار کدام گزینه است؟

الف) پالپتومی ب) پالپتومی پارسیل ج) اندو در یک جلسه د) نمی‌دانم

۲۲- در کدام یک از موارد ترومای وارده به دندان‌های شیری برای حفظ دندان شیری تلاش صورت نمی‌گیرد؟

الف- شکستگی تاج ب- Lateral luxation

ج- Extrusion د- حرکت دندان شیری به طرف جوانه‌ی دندان دائمی

هـ- نمی‌دانم

۲۳- جوان ۱۷ ساله‌ای در اثر برخورد توپ بسکتبال دچار تروما در سانترال‌های بالا شده است. دندان به دق حساس بوده و لقی آن بیش

از حد معمول است و کمی به سمت پالاتال جابه‌جا شده است. در رادیوگرافی پری اپیکال مشکوک به وجود یک خط شکستگی در

ناحیه‌ی آپیکال ریشه هستیم. درمان فوری چیست؟

الف) قرار دادن دندان در موقعیت صحیح و اسپلینت

ب) خارج کردن قطعه‌ی لق شده، انجام درمان اندو، چسباندن قطعه‌ی شکسته و اسپلینت

ج) قرار دادن دندان در موقعیت صحیح و پیگیری دو هفته بعد و در صورت نیاز اسپلینت

د) نمی‌دانم

۲۴- در بیمار فوق مدت زمان ایده آل برای اسپلینت دندان چقدر است؟

الف) ۷-۱۴ روز ب) بیش از ۴ ماه ج) ۳-۴ هفته د) نمی‌دانم

۲۵- درمان ارتودنسی در کدام یک از موارد زیر باعث پیشگیری از صدمات دندانی در حد ۵۰٪ می‌شود؟

الف) $overjet > 3mm$ ب) $overjet < 3mm$ ج) تأثیری ندارد د) نمی‌دانم