

Evaluation of Patient- Center Perspective and Understanding of Peri Implantitis in Patients Referred to The Implant Department of Isfahan Faculty of Dentistry

Parichehr Behfarnia¹ 

Firouzeh Nilchian² 

Mohammad Masoudi³ 

Nooshin Sedaghat Nia⁴ 

1. Professor, Department of Periodontics, School of Dentistry, Dental Implant Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Community of Oral Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Dentist, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Periodontics, School of Dentistry, Dental Implant Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: nooshinsdt@gmail.com

Abstract

Introduction: Considering the increasing demand for dental implants in societies, the high cost of this treatment, and patients' unrealistic expectations regarding its success, this study aims to evaluate the patient-centered perspective and understanding of peri-implantitis in patients referred to the implant department of Isfahan Faculty of Dentistry.

Materials & Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study was conducted on patients referred to the implant department of Isfahan Dental School in 2022, who had completed their implant treatment for at least one year. A questionnaire was used to investigate gender, age, and treatment, including implant position (anterior or posterior, maxillary or mandibular), type of prosthesis (fixed or removable), and treatment type, in order to examine the patient-centered perspective and understanding of peri-implantitis. The Mann-Whitney U test and Spearman's correlation coefficient were used for data analysis ($\alpha = 0.05$).

Results: Out of 58 patients (167 implants), 29.3% had peri-implantitis, while 70.7% of the individuals were without peri-implantitis. The level of knowledge of peri-implantitis disease was higher than the average (19.25 ± 7.98). The level of knowledge of the treatment of peri-implantitis was lower than the average (11.39 ± 6.55). A weak, positive, and significant correlation was observed between patients' overall satisfaction after implant treatment and both their knowledge of peri-implantitis and its treatment.

Conclusion: Patients' understanding of peri-implantitis and its prognosis is generally poor, and they hold unrealistic expectations regarding implant treatment. There is a need to improve the existing situation by establishing better dentist-patient communication, treatment descriptions, a patient-centered approach, and more frequent patient follow-up visits.

Key words: Knowledge; Peri-Implantitis; Dental Implant.

Received: 07.04.2025

Revised: 08.07.2025

Accepted: 12.08.2025

How to cite: Behfarnia P, Nilchian F, Masoudi M, Sedaghat Nia N. Evaluation of Patient- Center Perspective and Understanding of Peri Implantitis in Patients Referred to The Implant Department of Isfahan Faculty of Dentistry. J Isfahan Dent Sch 2025; 21(2): 167-180.

بررسی دیدگاه و درک بیمار محور پری ایمپلنتایتیس در بیماران مراجعه کننده به بخش ایمپلنت دانشکدهی دندانپزشکی اصفهان

۱. استاد، گروه پرپودانتیکس، مرکز تحقیقات ایمپلنت دندان، دانشکدهی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استاد، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی جامعه نگر، دانشکدهی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دندانپزشک، دانشکدهی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. نویسنده مسؤول: استادیار، گروه پرپودانتیکس، مرکز تحقیقات ایمپلنت دندان، دانشکدهی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
Email: nooshinsdt@gmail.com

پریچهر بهفرنیا^۱ ID
فیروزه نیل چیان^۲ ID
محمد مسعودی^۳ ID
نوشتین صداقت نیا^۴ ID

چکیده

مقدمه:

با توجه به افزایش تقاضای ایمپلنت دندان در جوامع، گران بودن این درمان و انتظارات غیرواقعی نسبت به موفقیت آن در بیماران، این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه و درک بیمار محور پری ایمپلنتایتیس در بیماران مراجعه کننده به بخش ایمپلنت دانشکدهی دندانپزشکی اصفهان انجام شد.

مواد و روش ها:

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی روی بیماران مراجعه کننده به بخش ایمپلنت دانشکدهی دندانپزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۱ که از اتمام درمان ایمپلنت آنها حداقل یک سال گذشته بود، انجام گرفت. با استفاده از پرسشنامه جنس، سن و درمان شامل موقعیت ایمپلنت (قدام یا خلف، ماگزایلا یا مندیبل)، نوع پروتز (ثابت یا متحرک)، نوع درمان به منظور بررسی دیدگاه و درک بیمار محور پری ایمپلنتایتیس بررسی شد. از آزمون های Mann-Whitney و ضریب همبستگی Spearman برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد ($\alpha = 0.05$).

یافته ها:

از تعداد ۵۸ بیمار (۱۶۷ ایمپلنت) ۲۹/۳ درصد مبتلا به پری ایمپلنتایتیس و ۷۰/۷ درصد از افراد بدون پری ایمپلنتایتیس بودند. میزان دانش بیماری پری ایمپلنتایتیس بیشتر از حد متوسط $7/98 \pm 19/25$ و میزان دانش درمان بیماری پری ایمپلنتایتیس کمتر از حد متوسط $6/55 \pm 11/39$ بود. رضایت کلی بیماران پس از درمان ایمپلنت با میزان دانش بیماری و دانش درمان پری ایمپلنتایتیس ارتباط ضعیف، مثبت و معنی داری داشت.

نتیجه گیری:

درک بیماران نسبت به پری ایمپلنتایتیس و پیش آگهی آن به طور کلی ضعیف می باشد و بیماران دارای انتظارات غیرواقعی از درمان ایمپلنت می باشند. نیاز به بهبود وضعیت موجود با برقراری ارتباط بهتر بین دندانپزشک و بیمار، شرح درمان، ارتباط بیمار محور و ملاقات های بیشتر بیمار لازم می باشد.

کلید واژه ها:

دانش؛ پری ایمپلنتایتیس؛ ایمپلنت دندان.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۱

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۴/۰۴/۱۷

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۱/۱۸

استناد به مقاله: بهفرنیا پریچهر، نیل چیان فیروزه، مسعودی محمد، صداقت نیا نوشتین. بررسی دیدگاه و درک بیمار محور پری ایمپلنتایتیس در بیماران مراجعه کننده به بخش ایمپلنت دانشکدهی دندانپزشکی اصفهان. مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان. ۱۴۰۴: ۲۱ (۲): ۱۶۷-۱۸۰.

مقدمه

اکثر مردم، طول عمر ایمپلنت دندان را بیش از حد می دانند و انتظارات غیرواقعی دارند. آگاهی بیماران بر اثر بخشی درمان، توانایی بیماران برای مقابله با مشکلات و دست یافتن به نتیجه ای مفید، تاثیر به سزایی دارد (۱). مطالعات نشان می دهند که سطح آگاهی از ایمپلنت در میان ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، غیر از دندان پزشکان، کم است. شاید علت آن را بتوان به ارتباطات محدود بین دندان پزشکان و سایر حرفه های مرتبط با سلامت، مربوط دانست (۲). با وجود نتایج بسیار موفق، درمان ایمپلنت با شکست ها و مشکلاتی نیز همراه است (۳). نوع منابع مطالعاتی نیز در موفقیت ایمپلنت و افزایش بقای آن نقش به سزایی دارد (۴). با توجه به استفاده ی روزافزون از ایمپلنت یکی از سوالات متخصصین این امر آن است که چگونه می توان میزان موفقیت آن را افزایش داد (۵).

ایمپلنت دندان، گزینه ی درمانی شناخته شده برای جایگزینی دندان های از دست رفته است (۶) که باعث بهبود عملکرد جویدن، بهبود ظاهر و زیبایی و بهبود رفاه کلی زندگی بیماران می شود (۷). ایمپلنت دندان؛ یک ریشه ی مصنوعی از جنس تیتانیوم است که به جای ریشه طبیعی دندان در استخوان فک کاشته می شود و یک یا چند دندان پروتزی یا تاج دندان که در لابراتوار ساخته شده اند نیز روی ایمپلنت ها سوار می شوند. ایمپلنت معمولاً ۸ هفته پس از کشیدن دندان یا خارج کردن ریشه دندان از طریق جراحی، با سوراخ کردن استخوان فک در محل مورد نظر کاشته می شود. ایمپلنت این خصوصیت را دارد که می تواند به طور کامل استوایتتگره شود و به منزله ی یک ریشه دائمی برای تاج دندان می باشد. استوایتتگریشن (Osseointegration) به معنای جوش خوردن سطح ایمپلنت با استخوان اطراف آن است (۸).

در دندان های طبیعی، فیبرهای لته نسبت به محور طولی دندان ها به صورت عمودی پیش می روند و به سطح دندان ها متصل هستند، در حالی که در اطراف ایمپلنت ها فیبرها موازی با محور طولی ایمپلنت ها پیش می روند و به سطح ایمپلنت ها

نمی چسبند. عدم چسبندگی بافت همبند با ایمپلنت های دندان در مقایسه با دندان های طبیعی مقاومت مکانیکی ضعیف تری ایجاد می کند و این موضوع باعث می شود تا هنگام مواجهه با چالش های باکتریال احتمال از هم گسستن پیوندها در ایمپلنت های دندان بیشتر باشد و با از دست رفتن سیل اطراف ایمپلنت در مقایسه با دندان طبیعی وخامت تحلیل بافت افزایش یابد. به همین دلیل درمان های پرودنتال حمایتی مثل رعایت بهداشت دهان ضرورت پیدا می کنند تا از دوام آنها در دراز مدت اطمینان حاصل شود (۹).

پری ایمپلنتایتیس یک بیماری التهابی مخرب است که هم بافت های نرم و هم بافت های سخت اطراف ایمپلنت های دندان را تحت تاثیر قرار می دهد، در حالی که موکوزیت پری ایمپلنت تنها یک التهاب محدود به بافت های نرم است. اگر این فرایند متوقف نشود، خطر از دست دادن ایمپلنت وجود دارد که می تواند منجر به کاهش زیبایی و فانکشن شود (۱۰). پری ایمپلنتایتیس در جمعیت با شیوع گزارش شده ای بین ۱ تا ۴۷ درصد و میانگین شیوع ۲۲ درصد همراه است. شیوع پری ایمپلنتایتیس در ایمپلنت ها بین ۰ تا ۳/۴ درصد متغیر است و احتمال بروز آن بیشتر پس از ۵ سال عملکرد است (۱۱).

تحقیقات انجام شده در پرودانتیکس و ایمپلنتولوژی همواره بر پارامترهای بالینی و رادیوگرافی متمرکز بوده است اما اخیراً ادراکات مربوط به بیمار مورد توجه قرار گرفته است. به این ترتیب معیارهای نهایی گزارش شده توسط بیمار به معیار مهمی برای ارزیابی موفقیت کلی درمان تبدیل می شوند (۱۲).

حال با توجه به افزایش تقاضای ایمپلنت دندان در جوامع، گران بودن این درمان و انتظارات غیر واقعی به دلیل کمبود اطلاعات صحیح نسبت به موفقیت آن در بیماران و تاثیر آگاهی و نگرش واقع بینانه در اثربخشی درمان و نتایج حاصل از آن، بر آن شدیم تا در مطالعه ی حاضر به بررسی دیدگاه و نگرش بیماران مراجعه کننده به بخش ایمپلنت دانشکده ی دندان پزشکی اصفهان نسبت به درمان ایمپلنت و بیماری پری ایمپلنتایتیس بپردازیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۴۰۱ روی بیماران مراجعه‌کننده به بخش ایمپلنت دانشکده‌ی دندانپزشکی اصفهان که از درمان کامل ایمپلنت آنها حداقل یک سال گذشته بود، انجام گرفت (کد اخلاق: IR.MUI.RESEARCH.1402.013).

تعداد نمونه در این مطالعه، ۶۲ نفر بود که با این تعداد نمونه میانگین نمره‌ی رضایت، نگرش، و غیره با اطمینان ۹۵ درصد و خطای حداکثر ۰/۲۵ برآورد شد. ابتدا سوابق بیماران برای شناسایی و فراخوان بررسی شد. قبل از دادن پرسشنامه از کلیه بیمارانی که تمایل به شرکت در این طرح را داشتند، رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایمپلنت تک دندان و یا چند دندان از اتمام درمان پروتزی بیش از یک سال گذشته باشد، افراد با و بدون مراجعات منظم فاز نگهداری و افراد با یا بدون پاتولوژی اطراف ایمپلنت (موکوزیت، پری ایمپلنتائیتیس، رتروگرید ایمپلنتیت) بودند. معیار خروج شامل: عدم رضایت افراد برای ادامه‌ی اجرای طرح، عدم دسترسی به افراد بود.

در مطالعه‌ی حاضر، به مواردی پری ایمپلنتائیتیس اطلاق شد که در مطالعه‌ی مقطعی دارای علامت کلینیکی یا رادیوگرافی پری ایمپلنتائیتیس بودند. بر اساس تعریف چهارمین کارگروه از نهمین کارگاه اروپایی وجود التهاب و ۲ میلی‌متر تحلیل استخوان به عنوان پری ایمپلنتائیتیس در نظر گرفته شد. برای این منظور از رادیوگرافی خود بیمار در سال ۱۴۰۱ استفاده شد و در صورت نداشتن رادیوگرافی، در بخش رادیولوژی دانشکده‌ی دندانپزشکی اصفهان رادیوگرافی پانورامیک گرفته شد.

داده‌های مربوط به جنس، سن و درمان شامل موقعیت ایمپلنت (قدام یا خلف، ماگزایلا یا مندیبل)، نوع پروتز (ثابت یا متحرک)، نوع درمان (تک کرون، بریج چند واحدی، بریج کامل دهان، بازسازی کامل دهان ثابت، بازسازی متحرک دهان، اوردنچر) توسط یکی از اعضای طرح با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد. اگر بیمار چند نوع درمان داشت

نوعی که غالب بود انتخاب گردید.

برای ارزیابی دیدگاه بیماران در مورد از پرسشنامه مطالعه‌ی Insua و همکاران استفاده شد (۱۲). پرسشنامه شامل جنبه‌های کلی پیش‌آگاهی پری ایمپلنتائیتیس، اتیولوژی، آگاهی و توجه، علائم و نشانه‌ها، درمان، پیشگیری، ریسک فاکتورها و سطح رضایت بیماران است. از بیماران واجد شرایط خواسته شد پرسشنامه‌های ناشناس را پر کنند. جهت بررسی روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط چند نفر از اعضا هیأت علمی دانشکده‌ی دندانپزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفت و پس از اعمال نقطه نظرات اصلاحی ایشان سؤالات به تأییدیه نهایی رسید. از کارشناسان خواسته شد ضمن بررسی کلی پرسشنامه و مرقوم کردن نظرات و پیشنهادات خود سؤالات را از نظر ضروری بودن هر سؤال و تناسب با هدف مورد نظر با درجه‌بندی:

سؤال با درجه تناسب زیاد = ۳، سؤال با درجه تناسب متوسط = ۲، سؤال با درجه تناسب کم = ۱ ارزیابی نمایند. برای هر گزاره جهت محاسبه‌ی CVI نسبت تعداد شرکت‌کنندگانی که نمره‌های ۲ و ۳ را انتخاب کردند به تعداد کل پاسخ‌دهندگان محاسبه شد. برای هر سؤال CVI میانگین نمرات محاسبه شد و بر اساس جدول Lavash آیت‌های با نمره‌ی ۶/۰ حذف شدند پس از آن سؤالاتی که CVI زیر ۰/۶ گرفتند حذف شدند و نظرات اساتید نیز اعمال شد و پرسشنامه کامل‌تر گردید. جهت اطمینان از پایایی پرسشنامه در اختیار ۲۰ درصد از اعضا حجم نمونه قرار گرفت و پس از یک ماه مجدداً پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت و ضریب همبستگی Intraclass Correlation Coefficient محاسبه شد و سؤالات با ضریب همبستگی بالای ۶/۰ مورد قبول قرار گرفت.

پرسشنامه دارای ۳ سؤال در ارتباط با رضایت بیماران و ۱۲ سؤال در ارتباط با علم و آگاهی از درمان ایمپلنت و بیماری پری ایمپلنتائیتیس بود. کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت دهان (Oral health-related quality of life) OHRQoL دارای ۱۵ سؤال با محدوده‌ی ۱ = به شدت

مخالف تا ۵ = به شدت موافق ارزیابی شد. جهت ارزیابی رضایت کوتاه مدت و بلندمدت بیماران از پرسشنامه رضایت بعد از جراحی (Patient satisfaction questionnaire post-surgical (PSPSQ) استفاده شد.

به منظور آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY) و آزمون‌های Fisher Exact Test، آزمون t مستقل، Mann-Whitney، Chi-square، ضریب همبستگی Spearman استفاده شد ($\alpha = 0.05$).

یافته‌ها

بر اساس نتایج بدست آمده، تعداد ۵۸ نفر با ۱۶۷ ایمپلنت در مطالعه حاضر شرکت کردند که از این تعداد ۱۷ مورد (۲۹/۳ درصد) پری ایمپلنتاتیسیس مشاهده شد و در ۷۰/۷ درصد از افراد مورد بررسی پری ایمپلنتاتیسیس مشاهده نگردید. تعداد ۵ تا ۶ ایمپلنت در بیماران عامل مؤثری در بروز پری ایمپلنتاتیسیس است و اختلاف معنی داری بین تعداد ایمپلنت و پری ایمپلنتاتیسیس مشاهده شد ($P < 0.05$). افرادی که ۵ تا ۶ سال از قرار دادن اولین ایمپلنت آنها گذشته بود به میزان بیشتری پری ایمپلنتاتیسیس داشتند ($P < 0.001$). میزان بروز پری ایمپلنتاتیسیس با سن و تحصیلات ($P < 0.001$)، مصرف سیگار و جنسیت ($P < 0.001$) و بیماری سیستمیک ($P < 0.001$) در ارتباط است. اختلاف معنی داری بین بروز پری ایمپلنتاتیسیس با نوع درمان، تصمیم گیری، موقعیت کاشت ایمپلنت، میزان بازدید مشاهده نشد ($P = 0.363$) (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار دانش بیماران درباره‌ی بیماری پری ایمپلنتاتیسیس $7/98 \pm 19/25$ (از کل) با حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۳۰ بیشتر از حد متوسط است. میانگین و انحراف معیار دانش بیماران درباره‌ی درمان بیماری پری ایمپلنتاتیسیس $6/55 \pm 11/39$ با حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۲۳ کمتر از حد متوسط است (جدول ۲). همچنین میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پری ایمپلنتاتیسیس $12/00 \pm 39/00$ با حداقل ۱۹ و حداکثر ۶۱ در حد پایین

گزارش شد. میانگین و انحراف معیار رضایت کلی بیماران $4/01 \pm 13/22$ با حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۲۰ در حد متوسط است (جدول ۲).

میزان دانش بیماران در مورد بیماری پری ایمپلنتاتیسیس در افراد با ابتلاء به پری ایمپلنتاتیسیس ($8/00 \pm 21/52$) با افراد بدون پری ایمپلنتاتیسیس ($7/87 \pm 18/31$) اختلاف معنی داری نداشت ($P = 0.687$). همچنین میزان دانش بیماران در مورد درمان پری ایمپلنتاتیسیس در افراد فاقد پری ایمپلنتاتیسیس ($6/53 \pm 11/48$) با بیماران مبتلا به پری ایمپلنتاتیسیس ($6/81 \pm 11/17$) تفاوت معنی داری نداشت ($P = 0.854$). اختلاف معنی داری بین میزان رضایت کلی بیماران با و بدون پری ایمپلنتاتیسیس مشاهده نگردید ($P > 0.05$) (جدول ۳).

میزان درک بیماران نسبت به مادام العمر بودن درمان ایمپلنت در بیماران مبتلا به پری ایمپلنتاتیسیس در اکثر موارد، موافق (۲۹/۴ درصد) و در بیماران غیر مبتلا نیز در اکثر موارد، موافق (۳۹ درصد) بود (جدول ۴).

بر اساس نتایج جدول ۵ فراوانی آگاهی دادن دندانپزشک در مورد پری ایمپلنتاتیسیس به بیماران مبتلا با بیشترین فراوانی، کم (۳۵/۳ درصد) ارزیابی شد و در بیماران غیر مبتلا با بیشترین فراوانی در حد متوسط (۳۹/۰ درصد) بود. بر اساس نتایج جدول ۶ میزان درک بیماران نسبت به طول عمر ایمپلنت در بیماران دارای پری ایمپلنتاتیسیس پایین تر از افراد بدون این بیماری بود اما، اختلاف معنی داری در این خصوص مشاهده نگردید ($P > 0.05$). همچنین میزان آگاهی دادن دندانپزشک به بیماران در مورد بیماری پری ایمپلنتاتیسیس در بیماران مبتلا نسبت به افراد غیر مبتلا بیشتر بود و با این وجود اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$) (جدول ۶).

بین میزان رضایت کلی بیماران و میزان دانش بیماری پری ایمپلنتاتیسیس همبستگی ضعیف، مثبت و معنی داری مشاهده گردید به بیان دیگر با افزایش دانش بیماران میزان رضایت کلی آنها نیز افزایش می یابد ($r = 0.413$ ، $\alpha = 0.001$). همچنین رضایت کلی بیماران پس از درمان ایمپلنت با میزان دانش درمان پری ایمپلنتاتیسیس همبستگی ضعیف، مثبت

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای مطالعه بر اساس وجود پری ایمپلنتاییتیس

P	پری ایمپلنتاییتیس						متغیر
	کل	ندارد	دارد	کل	ندارد	دارد	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
-	۱۰۰	۵۸	۷۰/۷	۴۱	۲۹/۳	۱۷	پری ایمپلنتاییتیس
۱/۰۰*	۳/۴	۲	۴/۹	۲	۰	۰	اوردنچر
	۹۶/۶	۵۶	۹۵/۱	۳۹	۱۰۰/۰	۱۷	نوع درمان پروتز ثابت
۰/۰۰۵**	۱۹/۰	۱۱	۲۶/۸	۱۱	۰	۰	یک
	۲۴/۱	۱۴	۲۶/۸	۱۱	۱۷/۶	۳	دو
	۲۲/۴	۱۳	۱۹/۵	۸	۲۹/۴	۵	سه
	۱۵/۵	۹	۱۴/۶	۶	۱۷/۶	۳	چهار
	۱۹/۰	۱۱	۱۲/۲	۵	۳۵/۳	۶	پنج و بیشتر
<۰/۰۰۱**	۸/۶	۵	۱۲/۲	۵	۰	۰	یک سال
	۲۹/۳	۱۷	۳۹/۰	۱۶	۵/۹	۱	دو سال
	۱۷/۲	۱۰	۱۹/۵	۸	۱۱/۸	۲	سه سال
	۱۰/۳	۶	۷/۳	۳	۱۷/۶	۳	چهار سال
	۱۳/۸	۸	۹/۸	۴	۲۳/۵	۴	پنج سال
	۱۰/۳	۶	۴/۹	۲	۲۳/۵	۴	شش سال
	۱/۷	۱	۰	۰	۵/۹	۱	هفت سال
	۳/۴	۲	۴/۹	۲	۰	۰	هشت سال
	۵/۲	۳	۲/۴	۱	۱۱/۸	۲	نه سال به بالا
۰/۱۰۶***	۳۲/۸	۱۹	۲۴/۴	۱۰	۵۲/۹	۹	بیمار
	۲۷/۶	۱۶	۳۱/۷	۱۳	۱۷/۶	۳	دندانپزشک
	۳۹/۷	۲۳	۴۳/۹	۱۸	۲۹/۴	۵	هر دو
۰/۳۵۰*	۱۰/۳	۶	۱۲/۲	۵	۵/۹	۱	قدامی
	۶۲/۱	۳۶	۶۵/۹	۲۷	۵۲/۹	۹	خلفی
	۲۷/۶	۱۶	۲۲/۰	۹	۴۱/۲	۷	هر دو
۰/۵۶۲*	۸۶/۲	۵۰	۸۵/۴	۳۵	۸۸/۲	۱۵	بدون بازدید
	۵/۲	۳	۷/۳	۳	۰	۰	۶ ماه
	۸/۶	۵	۷/۳	۳	۱۱/۸	۲	یک سال
<۰/۰۰۱**	۱۹/۰	۱۱	۲۶/۸	۱۱	۰	۰	۲۰-۳۰
	۳۲/۸	۱۹	۴۶/۳	۱۹	۰	۰	۳۱-۴۰
	۱۹/۰	۱۱	۲۶/۸	۱۱	۰	۰	۴۱-۵۰
	۸/۶	۵	۰	۰	۲۹/۴	۵	۵۱-۶۰
	۸/۶	۸	۰	۰	۴۷/۱	۸	۶۱-۷۰
	۶/۹	۴	۰	۰	۲۳/۵	۴	۷۱-۸۰
<۰/۰۰۱**	۲۰/۷	۱۲	۲/۴	۱	۶۴/۷	۱۱	بی سواد و زیر دیپلم
	۶۰/۳	۳۵	۷۰/۷	۲۹	۳۵/۳	۶	دیپلم
	۱۹/۰	۱۱	۲۶/۸	۱۱	۰	۰	لیسانس و بالاتر
<۰/۰۰۱*	۳۲/۸	۱۹	۱۲/۲	۵	۸۲/۴	۱۴	دارد
	۶۷/۲	۳۹	۸۷/۸	۳۶	۱۷/۶	۳	ندارد
<۰/۰۰۱*	۳۲/۸	۱۶	۹/۸	۴	۸۸/۲	۱۵	مرد
	۶۷/۲	۳۹	۹۰/۲	۳۷	۱۱/۸	۲	زن
<۰/۰۰۱*	۲۹/۳	۱۷	۹/۸	۴	۷۶/۵	۱۳	بله
	۷۰/۷	۴۱	۹۰/۲	۳۷	۲۳/۵	۴	بیماری سیستمیک خیر

*: Fisher Exact Test, **: Mann Whitney, ***: Chi-square.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی دانش بیماری و درمان پری ایمپلنتایتیس و کیفیت زندگی بیماران

متغیر	تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
دانش بیماری پری ایمپلنتایتیس	۵۸	۰	۳۰	۱۹/۲۵	۷/۹۸
دانش درمان پری ایمپلنتایتیس	۵۸	۰	۲۳	۱۱/۳۹	۶/۵۵
کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پری ایمپلنتایتیس	۱۷	۱۹	۶۱	۳۹/۰۰	۱۲/۰۰

جدول ۳: مقایسه‌ی نمره‌ی دانش بیماری و درمان پری ایمپلنتایتیس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا و غیر مبتلا

متغیر	پری ایمپلنتایتیس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	P
دانش بیماری ایمپلنتایتیس	دارد	۱۷	۲۱/۵۲	۸/۰۰	۰/۱۶۴	۰/۶۸۷
	ندارد	۴۱	۱۸/۳۱	۷/۸۷		
دانش درمان پری ایمپلنتایتیس	دارد	۱۷	۱۱/۱۷	۶/۸۱	۰/۰۳۴	۰/۸۵۴
	ندارد	۴۱	۱۱/۴۸	۶/۵۳		

جدول ۴: فراوانی میزان درک بیماران نسبت به مادام‌العمر بودن درمان ایمپلنت در بیماران مبتلا و غیر مبتلا

دانش	پری ایمپلنتایتیس					
	دارد		ندارد		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نمی‌دانم	۳	۱۷/۶	۷	۱۷/۱	۱۰	۱۷/۲
کاملاً مخالف	۱	۵/۹	۲	۴/۹	۳	۵/۲
مخالف	۳	۱۷/۶	۸	۱۹/۵	۱۱	۱۹/۰
نظری ندارم	۳	۱۷/۶	۴	۹/۸	۷	۱۲/۱
موافق	۵	۲۹/۴	۱۶	۳۹/۰	۲۱	۳۶/۲
کاملاً موافق	۲	۱۱/۸	۴	۹/۸	۶	۱۰/۳
کل	۱۷	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	۵۸	۱۰۰

جدول ۵: فراوانی آگاهی دادن دندانپزشک در مورد پری ایمپلنتایتیس در بیماران مبتلا و غیر مبتلا

طبقات	پری ایمپلنتایتیس					
	دارد		ندارد		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
هرگز	۱	۵/۹	۷	۱۷/۱	۸	۱۳/۸
کم	۶	۳۵/۳	۶	۱۴/۶	۱۲	۲۰/۷
متوسط	۳	۱۷/۶	۱۶	۳۹/۰	۱۹	۳۲/۸
زیاد	۵	۲۹/۴	۸	۱۹/۵	۱۳	۲۲/۴
خیلی زیاد	۲	۱۱/۸	۴	۹/۸	۶	۱۰/۳
کل	۱۷	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	۵۸	۱۰۰

جدول ۶: مقایسه‌ی میزان درک بیماران نسبت به مادام‌العمر بودن درمان ایمپلنت و آگاهی دادن دندانپزشک در مورد پری ایمپلنتایتیس در بیماران مبتلا و غیر مبتلا

متغیر	پری ایمپلنتایتیس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P *
مادام‌العمر بودن درمان ایمپلنت	دارد	۱۷	۲/۷۰	۱/۶۸	۰/۷۱۲
	ندارد	۴۱	۲/۷۸	۱/۶۵	
آگاهی دادن دندانپزشک به بیمار	دارد	۱۷	۳/۰۵	۱/۱۹	۰/۸۴۶
	ندارد	۴۱	۲/۹۰	۱/۲۰	

Mann Whitney:*

و معنی‌داری داشت به بیان دیگر با افزایش دانش درمان بیماری پری ایمپلنتایتیس، میزان رضایت کلی آنها نیز افزایش می‌یابد ($P = ۰/۱۰$ $r = ۰/۳۳۵$).

ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پری ایمپلنتایتیس با رضایت کلی مشاهده نگردید ($P = ۰/۵۴۳$). کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی در اکثر موارد ناراضی (۴۷/۳ درصد)، نظری ندارم (۲۹/۴ درصد)، بسیار ناراضی (۱۷/۶ درصد)، راضی (۵/۹ درصد) ارزیابی شد که نشان‌دهنده‌ی تأثیر پری ایمپلنتایتیس بر کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌باشد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه و درک بیمار محور پری ایمپلنتایتیس در بیماران مراجعه‌کننده به بخش ایمپلنت دانشکده‌ی دندانپزشکی اصفهان انجام شد. بر اساس نتایج بدست آمده دانش و درک بیماران نسبت به پیش‌آگهی و مشکلات پس از درمان ایمپلنت کم بود و فرضیه صفر تأیید می‌شود.

امروزه درمان ایمپلنت یک روش رایج برای بازسازی و توانبخشی دهان است، اما بنظر می‌رسد فهم و درک بیماران نسبت به پیش‌آگهی و مشکلات پس از درمان ایمپلنت بسیار کم می‌باشد. چنانکه تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه از اهمیت و پیامدهای پرایمپلنتایتیس در درمان خود اطلاع نداشتند، که نشان‌دهنده‌ی مشکل ارتباطی بین درمانگر و بیمار است. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، ۳۴ درصد بیماران هیچ اطلاعی یا اطلاع کمی در مورد وجود این بیماری داشتند و فقط ۱۰/۳ درصد بیماران گزارش دادند که دانش

بسیار خوبی درمورد پری ایمپلنتایتیس دارند. در مطالعه‌ی Insua و همکاران، ۵۱ درصد بیماران هیچ اطلاعی یا اطلاع کمی از وجود این بیماری داشتند و فقط ۱۴/۵ درصد بیماران درمورد بیماری اطلاعی خیلی خوبی دارند (۱۲). علاوه بر این در مطالعه‌ی Yao و همکاران گزارش شده است فقط ۱۷/۷ درصد بیماران اطلاع خوبی درمورد درمان ایمپلنت دارند (۱۳). این یافته‌ها همراستا با مطالعه‌ی حاضر بودند. عدم آگاهی بیماران شاید منعکس‌کننده‌ی تعارض منافع توسط دندانپزشک نسبت به روش‌های درمانی خاص باشد. به عبارت دیگر داشتن اطلاعات کامل و جزئی در ارتباط با مشکلات درمان ایمپلنت می‌تواند بطور چشمگیری درک بیماران را به سمت درمان محافظه‌کارانه‌تر تغییر دهد و نیز منجر به کاهش قبول درمان ایمپلنت شود.

در مطالعه‌ی وزیری و همکاران بیان شد که پری ایمپلنتایتیس در مردان نسبت به زنان از شیوع بالاتری برخوردار است. همچنین بیان کردند که پری ایمپلنتایتیس با بیماری سیستمیک، مصرف سیگار در ارتباط است ولی با سن و افزایش سن، ارتباط معنی‌داری بیان نشد (۱۴). همچنین در مطالعه‌ی سیستماتیک مروری که در سال ۲۰۱۸ انجام شد، هیچ گونه ارتباطی بین، سن، جنسیت و بیماری سیستمیک با بروز پری ایمپلنت مشاهده نشد (۱۵). لذا نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی وزیری و همکاران همراستا می‌باشد (۱۴)، علت اختلاف بین گزارش ایشان در خصوص سن با مطالعه‌ی حاضر می‌تواند به دلیل بررسی سن بیماران در دو گروه کمتر و بیشتر از ۴۰ سال باشد در صورتی که در مطالعه‌ی حاضر

دهک‌های سنی مورد بررسی قرار گرفت.

در مطالعه‌ای که توسط Daubert و همکاران بر روی ۹۶ بیمار با ۲۲۵ ایمپلنت انجام شد ارتباط معنی‌داری میان شیوع پری ایمپلنتایتیسیس و سن بیمار مشاهده نشد (۱۶). در حالی که در مطالعه‌ی Marrone و همکاران، افراد مسن که بالای ۶۵ سال سن داشتند، بیشتر مستعد پری ایمپلنتایتیسیس بودند (۱۷). لذا نتایج مطالعه‌ی حاضر همراستا با مطالعه‌ی Marrone و همکاران و در تضاد با نتایج مطالعه‌ی Daubert و همکاران می‌باشد. علت این اختلاف می‌تواند به دلیل بررسی بروز پری ایمپلنتایتیسیس در بیماران پس از ۱ سال از بارگذاری ایمپلنت باشد. Daubert و همکاران در توضیح نتیجه بدست آمده بیان نمودند که اگرچه مدت زمان فانکشن ایمپلنت کاشته شده، در افرادی که مبتلا به پری ایمپلنتایتیسیس تشخیص داده شده بودند، بیشتر بود اما در بین گروه‌های مورد مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (۱۶). که با توجه به معیار ورود به مطالعه و گذشتن یک سال از فانکشن، امکان تغییر نتایج با افزایش سال‌های لود وجود دارد.

Renvert و همکاران فاکتورهای مؤثر در پری ایمپلنتایتیسیس را بررسی کردند که در نتیجه مشخص گردید که رابطه‌ی معنی‌داری میان پری ایمپلنتایتیسیس و جنسیت وجود داشت و شیوع آن در زنان بیشتر از مردان بوده است (۱۸). در حالی که در مطالعه‌ی Daubert و همکاران، ارتباط معنی‌داری میان پری ایمپلنتایتیسیس و جنسیت بیمار وجود نداشت (۱۶). در نتایج مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی آماری معنی‌داری میان شیوع پری ایمپلنتایتیسیس و جنسیت وجود داشت و شیوع آن در مردان بالاتر از زنان بود که می‌تواند این نتیجه را با تأثیر سایر عوامل از جمله مصرف سیگار که در گروه مردان شایع‌تر می‌باشد توجیه نمود، همچنین عدم رعایت بهداشت که در مردان شایع‌تر بوده و عدم مراجعه‌ی این گروه برای پیگیری سالیانه می‌تواند در این نتیجه مؤثر باشد.

در مطالعه‌ی حاضر نسبت بیماری سیستمیک در افراد دارای پری ایمپلنتایتیسیس ۳ به ۱ گزارش شد که نشان‌دهنده‌ی ارتباط معنی‌دار بین بروز پری ایمپلنتایتیسیس در افراد دارای

بیماری سیستمیک می‌باشد. Renvert و همکاران، فاکتورهای مؤثر در پری ایمپلنتایتیسیس را بررسی کردند. در نتیجه مشخص گردید که رابطه‌ی معنی‌داری میان پری ایمپلنتایتیسیس و بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع دو و آرتريت روماتوئید وجود دارد (۱۸). طبق مطالعه‌ی Daubert و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری میان پری ایمپلنتایتیسیس و ابتلا به دیابت دیده شد (۱۶)، در حالی که در مطالعه‌ی Rokn و همکاران، رابطه‌ی آماری معنی‌داری میان ابتلا به دیابت و شیوع پری ایمپلنتایتیسیس در این بیماران ذکر نشد (۱۹). لذا نتایج بدست آمده از مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی Daubert و همکاران (۱۶) و Renvert و همکاران (۱۸) همراستا و با مطالعه‌ی Rokn و همکاران (۱۹) در تضاد می‌باشد. علت این تفاوت را می‌توان به دلیل عدم بررسی بیماری‌های سیستمیک به صورت مجزا در مطالعه‌ی حاضر نسبت به مطالعه‌ی Rokn و همکاران (۱۹) بیان نمود.

مصرف سیگار، عامل مؤثری در بروز پری ایمپلنتایتیسیس می‌باشد و این موضوع در مطالعه حاضر و نیز در مطالعات پیشین تأیید شد. در مطالعات Rinke و همکاران (۲۰)، Rokn و همکاران (۱۹) و Renvert و همکاران (۱۸) بیان شد که بروز پری ایمپلنتایتیسیس در بیماران سیگاری به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد غیر سیگاری می‌باشد. که همراستا با نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. ولی در مطالعه‌ی Daubert و همکاران، رابطه‌ی آماری معنی‌داری میان پری ایمپلنتایتیسیس و مصرف سیگار وجود نداشت که دلیل آن را تعداد کم گروه مصرف‌کننده‌ی سیگار در مقایسه با گروهی که سیگار مصرف می‌کردند توجیه کرده‌اند (۱۶).

ارتباط نادرست با بیماران قبل از درمان، ممکن است منشا سوء تفاهم‌ها و انتظارات غیرواقعی درمورد پیچیدگی و نتایج درمان ایمپلنت باشد (۷، ۱۳). Wang و همکاران در مطالعه‌ی خود بیان نمودند که مردم تحت تأثیر اطلاعات متفاوتی هستند و انتظارات غیرواقعی در مورد ایمپلنت‌های دندان دارند و چنین ادراکاتی ممکن است رفتارهای مراقبت‌جویانه و فرایندهای تصمیم‌گیری آنها را به روشی مشابه و یا متفاوت شکل دهد (۲۱).

علاوه بر این، Yao و همکاران گزارش کردند که دندانپزشک یا متخصصان بهداشت منبع اصلی اطلاعات در مورد ایمپلنت دندان (۴۲ درصد) و پس از آن دوستان و اعضای خانواده (۲۵ درصد) و اینترنت (۱۴ درصد) هستند (۱۳).

در مطالعه‌ی Leira و همکاران بیان شد که خواندن اطلاعات در اینترنت در مورد پری ایمپلنتایتیس توسط بیماران دشوار است و آنها قادر به درک آنها نیستند (۲۲). عدم آگاهی بیماران در مورد درمان ایمپلنت به دلیل توضیحات مبهم ارایه شده توسط دندانپزشک می‌باشد (۱۳). این واقعیت نشان‌دهنده‌ی اهمیت اطلاعاتی است که دندانپزشک باید در اختیار بیمار قرار دهد و تنها منبع مبتنی بر شواهد است. لذا با وجود این مشکلات و سطح ادراکات اشتباه بیماران لزوم اطلاع‌رسانی توسط دندانپزشک (۲۱، ۲۳) و ارتباط بیمارمحور در (۷، ۱۲) از اهمیت بالایی برخوردار است.

در بررسی دانش بیماری پری ایمپلنتایتیس، در مطالعه‌ی حاضر، دانش بیماران به طور میانگین بالا بود ولی در مطالعه‌ی Insua و همکاران دانش بیماران به طور میانگین کم بود (۱۲). در بررسی دانش درمان پری ایمپلنتایتیس، در مطالعه‌ی حاضر دانش درمان پری ایمپلنتایتیس به طور میانگین کم بود که همراستا با مطالعه‌ی Insua و همکاران (۱۲) بود. در مطالعه‌ی Wang و همکاران بیماران انتظارات زیادی از درمان ایمپلنت داشتند بصورتی که ایمپلنت می‌تواند هر دندان از دست رفته و فانکشن از دست رفته آن را حل کند (۲۱). در مطالعه‌ی Sermsiripoca و همکاران، ۲۸ درصد بیماران معتقد بودند که ایمپلنت طول عمر بیشتری نسبت به دندان طبیعی دارد (۲۴). در مطالعه‌ی حاضر ۴۷ درصد بیماران درمان ایمپلنت را مادام‌العمر می‌دانند.

در مطالعه‌ی Insua و همکاران (۱۲) و Atieh و همکاران (۲۳) به طور نسبی ۷۰ درصد بیماران نظر به مادام‌العمر بودن درمان ایمپلنت داشتند. این نتایج به وضوح نشان می‌دهد که بیماران در مورد احتمال وقوع عوارض بیولوژیکی اطلاعات نادرست دارند.

در مطالعه‌ی حاضر ۸۶/۲ درصد بیماران هرگز برای

پیگیری درمان ایمپلنت مراجعه نکردند. در مطالعه‌ی Atieh و همکاران، ۵۱/۹ درصد از بیماران از فاصله پیگیری درمان آگاه بودند و ۲۰ درصد از آنها هرگز برای پیگیری مراجعه نکرده بودند (۲۳).

در مطالعه‌ی Insua و همکاران، ۶۹/۴ درصد بیماران پیگیری ۳-۶ داشتند و ۱۹/۱ درصد بیماران هرگز برای پیگیری مراجعه نکردند (۱۲). این نتایج تصور اشتباه را برجسته می‌کند که ایمپلنت‌های دندانی انعطاف‌پذیرتر هستند و به مراقبت کمتری نسبت به دندان طبیعی نیاز دارند (۱۳).

علیرغم درک کم از درمان ایمپلنت، میزان رضایت بیماران از درمان ایمپلنت بالا بود. در مطالعه‌ی حاضر ۴۶/۵ درصد بیماران در صورت نیاز مجدداً جراحی انجام می‌دهند و ۶۲ درصد از بیماران درمان ایمپلنت را به دوستان توصیه می‌کنند. در مطالعه‌ی Insua و همکاران، ۸۸ درصد بیماران در صورت نیاز مجدداً جراحی ایمپلنت انجام می‌دهند، ۸۹/۵ درصد از بیماران درمان ایمپلنت را به دوستان توصیه می‌کنند (۱۲). در مطالعه‌ی حاضر ۵۵ درصد از بیماران بالاترین سطح رضایت از درمان ایمپلنت را کسب کردند. در مطالعه‌ی Insua و همکاران ۶۹/۴ درصد از بیماران، بالاترین سطح رضایت از درمان را کسب کردند (۱۲). در مطالعات da Cunha و همکاران (۲۵) و Pjetursson و همکاران (۲۶)، سطوح بالایی از رضایت را چه در بیماران با اوردنچر متکی بر ایمپلنت و چه در بیماران با پروتزهای کامل دهانی ثابت متکی بر ایمپلنت نشان داده‌اند.

در مطالعه‌ی حاضر نیز میزان رضایت کلی بیماران پس از درمان ایمپلنت در افراد غیرمبتلا بیشتر از افراد مبتلا پری ایمپلنتایتیس بود. همچنین در مطالعه‌ی Wang و همکاران بیان شد که وجود بیماری پری ایمپلنتایتیس باعث کاهش رضایت بیماران از درمان می‌شود (۲۷). در مطالعه‌ی Adler و همکاران بیان شد بیمارانی که از عوارض رنج می‌برند، رضایت کمتری نسبت به درمان ایمپلنت دارند (۲۸).

در مطالعه‌ی حاضر، افزایش استرس و نگرانی در بیماران با آگاهی در مورد پری ایمپلنتایتیس گزارش شد که مشابه با

نتایج بدست آمده توسط Insua و همکاران (۱۲) و Abrahamsson و همکاران (۷) بود.

در بررسی سطوح استرس و نگرانی که در بیماران مبتلا به پری ایمپلنتایتیس بررسی شد، در مطالعه‌ی حاضر ۵۳ درصد بیماران احساس توصیف میزان بالایی از استرس و نگرانی در زندگی خود داشتند که همراستا با مطالعه‌ی Insua و همکاران ۶۴ درصد بود (۱۲). در بررسی احساسات بیماران مبتلا به پری ایمپلنتایتیس در رابطه با ادامه‌ی زندگی با پری ایمپلنتایتیس، در مطالعه‌ی حاضر ۴۷ درصد بیماران احساس وحشتناک را بیان کردند که همراستا با مطالعه‌ی Insua و همکاران (۱۲) با ۵۰ درصد بود.

در بیماران مبتلا به پری ایمپلنتایتیس در مطالعه‌ی حاضر، ۳۵ درصد بیماران از بیماری‌های اطراف ایمپلنت و پری ایمپلنتایتیس آگاه بودند و ۶۵ درصد از این بیماران از بیماری خود اطلاعی نداشتند برخلاف مطالعه‌ی Insua و همکاران (۱۲) که تنها ۲۷/۳ درصد بیماران مبتلا از بیماری خود خبر نداشتند. این نشان‌دهنده‌ی آموزش کم بیماران از مشکلات بیولوژیک اطراف ایمپلنت توسط دندانپزشکان می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌توان بیان نمود که لزوم برقراری ارتباط بهتر بین دندانپزشک و بیمار، شرح درمان، ارتباط بیمار محور و ملاقات‌های بیشتر بیمار در بازه‌های تعیین

شده توسط دندانپزشک می‌تواند در میزان درک، رضایت و آگاهی بیماران در خصوص جراحی ایمپلنت مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود، با افزایش تقاضا برای درمان ایمپلنت، تعیین و بررسی «مشکل» برای تهیه دستورالعمل‌های اطلاعاتی (Information guideline) استاندارد ضروری است تا بیمارانی که نیاز به درمان ایمپلنت دارند درک بهتری از درمان و مشکلات احتمالی آینده داشته باشند. این مطالعه تنها روی بیماران یک مرکز درمانی انجام گرفت.

نتیجه‌گیری

درک بیماران نسبت به پری ایمپلنتایتیس و پیش‌آگاهی آن به طور کلی ضعیف می‌باشد و بیماران دارای انتظارات غیرواقعی از درمان ایمپلنت می‌باشند. میزان آگاهی دادن دندانپزشک به بیماران در مورد بیماری پری ایمپلنتایتیس به بیماران در حد ضعیف بود. نیاز به بهبود وضعیت موجود با برقراری ارتباط بهتر بین دندانپزشک و بیمار، شرح درمان، ارتباط بیمار محور و ملاقات‌های بیشتر بیمار لازم می‌باشد.

سپاسگزار

از راهنمایی و حمایت‌های مستمر معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Rosen PS, Sahlin H, Seemann R, Rosen AS. A 1-7 year retrospective follow-up on consecutively placed 7-mm-long dental implants with an electrowetted surface. *Int J Implant Dent* 2018; 4(1): 24.
2. Kanathila H, Pangi A, Benakatti V, Patil S. Maintenance of dental implants: A way to long term success: A review. *Int J Appl Dent Sci* 2018; 4(2): 104-7.
3. Adell R, Lekholm U, Rockler B, Brånemark PI. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int J Oral Surg* 1981;10(6):387-416.
4. Fazel A, Aalai S, Rismanchian M, Sadr-Eshkevari P. Micromotion and stress distribution of immediate loaded implants: a finite element analysis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2009; 11(4): 267-71.
5. Lin C, Dong QS, Wang L, Zhang JR, Wu LA, Liu BL. Dental implants with the periodontium: a new approach for the restoration of missing teeth. *Med Hypotheses* 2009; 72(1): 58-61.
6. Bengtsson VW, Skovdahl K, Andersson P. Participants' experiences of being treated for peri-implant mucositis-a qualitative interview study. *Int J Dent Hyg* 2025; 23(2): 384-92.
7. Abrahamsson KH, Wennström JL, Berglundh T, Abrahamsson I. Altered expectations on dental implant therapy; views of patients referred for treatment of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2017; 28(4): 437-42.
8. Izadi M, Moghareabed A, Nasiri S, Tavakoli M, Yaghini J. Maintenance of dental implants: A review. *J Dent Sch* 2013; 31(3): 169-79.

9. Samizade S, Kazemian M, Ghorbanzadeh S, Amini P. Peri-implant diseases: Treatment and management. *Int J Contemp Dent Med Rev* 2015; 2015: 6.
10. Malmqvist S, Erdenborg J, Johannsen G, Johannsen A. Patient's experiences of dental implants, peri-implantitis and its treatment-A qualitative interview study. *Int J Dent Hyg* 2024; 22(3): 530-9.
11. Ting M, Suzuki JB. Peri-implantitis. *Dent J (Basel)* 2024; 12(8): 251.
12. Insua A, Monje A, Wang HL, Inglehart M. Patient-Centered Perspectives and Understanding of Peri-Implantitis. *J Periodontol* 2017; 88(11): 1153-62.
13. Yao J, Li M, Tang H, Wang PL, Zhao YX, McGrath C, et al. What do patients expect from treatment with Dental Implants? Perceptions, expectations and misconceptions: a multicenter study. *Clin Oral Implants Res* 2017; 28(3): 261-71.
14. Vaziri F, Lotfi R, Akbarian S, Amirian E. Peri-Implant health in patients referring to periodontics department of Yazd Dental School from 2010-2016 [in Persian]. *J Isfahan Dent Sch* 2020; 16(3): 244-53.
15. Dreyer H, Grischke J, Tiede C, Eberhard J, Schweitzer A, Toikkanen SE, et al. Epidemiology and risk factors of peri-implantitis: A systematic review. *J Periodontol Res* 2018; 53(5): 657-81.
16. Daubert DM, Weinstein BF, Bordin S, Leroux BG, Flemming TF. Prevalence and predictive factors for peri-implant disease and implant failure: a cross-sectional analysis. *J Periodontol* 2015; 86(3): 337-47.
17. Marrone A, Lasserre J, Bercy P, Brecx MC. Prevalence and risk factors for peri-implant disease in Belgian adults. *Clin Oral Implants Res* 2013; 24(8): 934-40.
18. Renvert S, Aghazadeh A, Hallström H, Persson GR. Factors related to peri-implantitis - a retrospective study. *Clin Oral Implants Res* 2014; 25(4): 522-9.
19. Rokn A, Aslroosta H, Akbari S, Najafi H, Zayeri F, Hashemi K. Prevalence of peri-implantitis in patients not participating in well-designed supportive periodontal treatments: a cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res* 2017; 28(3): 314-9.
20. Rinke S, Ohl S, Ziebolz D, Lange K, Eickholz P. Prevalence of periimplant disease in partially edentulous patients: a practice-based cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res* 2011; 22(8): 826-33.
21. Wang G, Gao X, Lo EC. Public perceptions of dental implants: a qualitative study. *J Dent* 2015; 43(7): 798-805.
22. Leira Y, Castelo-Baz P, Pérez-Sayáns M, Blanco J, Lorenzo-Pouso AI. Available patient-centered Internet information on peri-implantitis. Can our patients understand it? *Clin Oral Investig* 2019; 23(4): 1569-74.
23. Atieh MA, Morgaine KC, Duncan WJ. A qualitative analysis on participants' perspectives on oral implants. *Clin Oral Implants Res* 2016; 27(3): 383-91.
24. Sermsiripoca K, Pisarnurakit PP, Mattheos N, Pimkhaokham A, Subbalekha K. Comparing pre- and post-treatment patients' perceptions on dental implant therapy. *Clin Implant Dent Relat Res* 2021; 23(5): 769-78.
25. da Cunha MC, Santos JF, Santos MB, Marchini L. Patients' Expectation Before and Satisfaction After Full-Arch Fixed Implant-Prosthesis Rehabilitation. *J Oral Implantol* 2015; 41(3): 235-9.
26. Pjetursson BE, Karoussis I, Bürgin W, Brägger U, Lang NP. Patients' satisfaction following implant therapy. A 10-year prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16(2): 185-93.
27. Wang Y, Bäumer D, Ozga AK, Körner G, Bäumer A. Patient satisfaction and oral health-related quality of life 10 years after implant placement. *BMC Oral Health* 2021; 21(1): 30.
28. Adler L, Liedholm E, Silvegren M, Modin C, Buhlin K, Jansson L. Patient satisfaction 8-14 years after dental implant therapy - a questionnaire study. *Acta Odontol Scand* 2016; 74(5): 423-9.

ضمیمه

این پرسشنامه جهت بررسی میزان آگاهی شما در ارتباط با طول عمر ایمپلنت و رضایت شما از این درمان و مشکلات و بیماری‌های احتمالی که به دنبال درمان ایمپلنت برای شما بوجود آمده، طراحی شده است. لطفاً با دقت به سوالات مطرح شده پاسخ دهید. بدیهی است پاسخ‌های شما تنها در راستای اهداف آموزشی استفاده خواهد شد و محرمانگی آنها حفظ خواهد شد.

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده:

سن: تعداد و محل ایمپلنت:

زمان و محل اولین ایمپلنت: روکش و بریج:

ردیف	عبارات	؟	؟	؟	؟	؟
۱	اگر مجبور باشید دوباره مجدداً تصمیم بگیرید، چقدر احتمال دارد این جراحی را انجام دهید؟					
۲	چقدر احتمال دارد ایمپلنت دندان را به دیگران توصیه کنید؟					
۳	بطور کلی چقدر از انجام ایمپلنت راضی هستید؟					

ردیف	عبارات
۱	با ایمپلنت موافق هستم.
۲	ایمپلنت یک درمان مادام‌العمر است.
۳	پری ایمپلنتایتیس درمان نشده باعث از دست رفتن ایمپلنت می‌شود.
۴	۳۰٪ بیماران دریافت‌کننده ایمپلنت، پری ایمپلنتایتیس را تجربه می‌کنند.
۵	باکتری باعث ایجاد پری ایمپلنتایتیس می‌شود.
۶	ایمپلنت می‌تواند توسط استخوان پس زده شود.
۷	من می‌دانم برای سلامت ایمپلنت‌هایم چه مراقبت‌ها و نگهداری‌هایی لازم است.
۸	درمان کردن پری ایمپلنتایتیس خیلی موفقیت‌آمیز است.
	پری ایمپلنت با موارد زیر درمان می‌شود.
۱	درمان غیر جراحی.
۲	پالیش ایمپلنت.
۳	آلودگی سطحی ایمپلنت.
۴	برداشت ایمپلنت.
۵	بازسازی استخوان اطراف ایمپلنت.

پاسخ‌های OHRQOL (کیفیت زندگی مرتبط با دهان و دندان) در بیمارانی که فکر می‌کنند پری ایمپلنت دارند.

ردیف	عبارات
۱	پری ایمپلنت مقدار یا انواع غذایی که من می‌خورم را محدود می‌کند.
۲	باعث ناراحتی من می‌شود.
۳	من را از معاشرت دور می‌کند.
۴	باعث نگرانی من می‌شود.
۵	من را از بین رفتن و معاشرت دور می‌کند.
۶	هنگام صحبت در حضور دیگران ناراحت می‌کند.
۷	من را عصبی می‌کند.
۸	باعث نگرانی من در مورد ظاهر من می‌شود.
۹	من از لذت بردن از زندگی باز می‌دارد.
۱۰	در فعالیت‌های روزانه من اختلال ایجاد می‌کند.
۱۱	روی طعم غذا تأثیر بدی می‌گذارد.
۱۲	شادی عمومی من را از زندگی کاهش می‌دهد.
۱۳	بر همه جنبه‌های زندگی من تأثیر می‌گذارد.
۱۴	در روابط دوستانه من اختلال ایجاد می‌کند.
۱۵	اگر بقیه عمر خود را با پری ایمپلنت بگذرانید، در مورد آن چه احساسی خواهید داشت.