

آگاهی دندان پزشکان عمومی زنجان در مورد پیشگیری از اندوکاردیت عفونی قبل از انجام اقدامات دندان‌نوجوانان در سال ۹۴-۱۳۹۳

سمیرا بصیر شبستری^۱، بهاره ناظمی سلمان^۲، مهسا کلانتری^۳

۱. گروه آموزشی بیماریهای دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز
۲. گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۳. دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

چکیده

سابقه و هدف: اندوکاردیت عفونی، عفونت دریچه های قلب و پوشش اندوتلیالی است که گاهی به دنبال درمانهای دندانپزشکی رخ داده و تجویز آنتی بیوتیک برای بیماران مستعد قبل از انجام برخی از اقدامات دندانپزشکی را می طلبد. گروه سنی نوجوانان با توجه به شرایط خاص سنی و جسمی، نیاز به دانش و مهارت کافی دندانپزشک در تجویز داروها دارد. این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی دندان پزشکان عمومی زنجان در مورد پیشگیری از اندوکاردیت عفونی قبل از انجام اقدامات دندان‌نوجوانان در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. **مواد و روشها:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی، 93 دندانپزشک عمومی شهر زنجان با روش سرشماری انتخاب شدند. آگاهی آنها در مورد پروفیلاکسی اندوکاردیت توسط پرسش نامه استاندارد (شامل سوالاتی در زمینه اطلاعات جمعیتی، شرایط قلبی و اقدامات دندان پزشکی در بیماران اندوکاردیت عفونی نیازمند پروفیلاکسی) ارزیابی گردید. نمره آگاهی دندان پزشکان با محاسبه تعداد پاسخهای صحیح پرسش نامه تعیین شد. داده‌های با آزمون‌های آماری تی و ANOVA تحلیل شدند. **یافته ها:** توزیع جنسی نمونه ها شامل نفر ۷۵٪ مرد و ۲۵٪ زن بود. میانگین سن و نیز سابقه کار آنها به ترتیب $۷/۰۹۳ \pm ۴۰/۸$ سال و نیز $۶/۸۴ \pm ۱۱/۳۲$ سال گزارش شد. سطح آگاهی دندانپزشکان درباره پروفیلاکسی اندوکاردیت عفونی بالا ($۸۰/۸٪$) برآورد شد. تفاوت آماری معنی داری از نظر میانگین آگاهی دندان پزشکان برحسب جنسیت دیده نشد. **نتیجه گیری:** آگاهی خوب دندانپزشکان زنجان، میتواند بواسطه تطابق محتوای دوره های بازآموزی با نیازهای آموزشی دندانپزشکان زنجان باشد. لذا در این راستا ارائه توصیه های بهداشت دهان و دندان به نوجوانان با توجه به شرایط روحی- روانی آنها مهم میباشد. **کلید واژه ها:** اندوکاردیت، دندانپزشک، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۱۸

نویسنده مسئول: دکتر بهاره ناظمی سلمان ایمیل: dr.b.nazemi@gmail.com

مقدمه میکروبی ناشایع اما خطرناک دریچه های قلب یا اندوکاردیت به معنای التهاب لایه اندوکارد است که معمولا دریچه ها و سطح اندوتلیالی قلب را درگیر مینماید و بسته به منبع ایجادکننده میتواند عفونی یا غیرعفونی باشد. (۱) اندوکاردیت عفونی (IE) عفونت

اندوکارد میباشد که در اثر نقایص مادرزادی یا اکتسابی ایجاد میشود. (۲) بیشترین عامل ایجاد کننده آن باکتری ها هستند. (۳) این بیماری نادر، منجر به مرگ ۱۰-۸٪ مبتلایان می شود. (۴) درمان این بیماری سخت و پیش

جمله تغذیه نامناسب و ورزش ناکافی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، استرس های روانی افزایش یافته است. (۴-۶) بنابراین با در نظر گرفتن میزان بالای مرگ و میر ناشی از IE، عوارض ناشی از مصرف بی رویه آنتی بیوتیکها (واکنش از دیاد حساسیت و مقاومت دارویی) و نیز با توجه به نقش دندانپزشکان در فرایند سلامت دهان دندان لذا آگاهی دندانپزشکان از پروفیلاکسی آنتی بیوتیک در برابر اندوکاردیت عفونی نوجوانان ضروری بنظر میرسد. (۸-۱۰) لذا مطالعات مختلفی در این زمینه در داخل و خارج کشور انجام شده است. (۳ و ۱۰ و ۱۱-۱۷) در بررسی سهیلی پور سطح آگاهی دندانپزشکان انگلستان در مورد تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مطلوب بود. (۱۱) اما در تحقیق اسکندری و بصیر شبستری سطح آگاهی دندانپزشکان تبریز، قزوین و اصفهان متوسط ارزیابی شد. در حالیکه هاشمی پور و میرزائی سطح ضعیفی از آگاهی در این زمینه را به دندانپزشکان ایران و شهر بوشهر نسبت دادند. (۱۷-۲۱) در مجموع نتایج این مطالعات بازخوردی از محتوی و کیفیت آموزشی دوران تحصیل دانشجویی و سپس دوره های بازآموزی دندانپزشکان میباشد؛ بنابراین باتوجه به اهمیت موضوع، تنوع نتایج مطالعات و تاثیرگذاری آنها در برنامه ریزی آموزشی بر آن شدیم که این تحقیق را جهت تعیین میزان آگاهی دندان پزشکان عمومی شهر زنجان در زمینه پروفیلاکسی اندوکاردیت عفونی قبل از درمانهای دندانپزشکی در نوجوانان در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام دهیم.

آگاهی آن بواسطه عوارض مرگ بار قلبی ضعیف می باشد؛ بنابراین آگاهی از روشهای پروفیلاکسی اهمیت زیادی در مداخله این بیماری دارد. (۵) در حال حاضر، علت قطعی اندوکاردیت مشخص نیست اما تاحدودی ارتباط بین میکروارگانسیمهای دهان و گسترش IE اثبات شده است. (۶) زیرا استرپتوکوک ویریدنس عامل مسبب عفونت اندوکاردیت در ۲۵-۶۰٪ موارد میباشد. از سوئی دیگر چون اقدامات دندانپزشکی شایعترین علت باکتری می گذرائی هستند که میتواند منجر به IE گردد لذا این درمانهای نیز بعنوان عامل مسبب IE مطرح شده اند. (۴) میزان و نوع باکتری می ایجاد شده برحسب ماهیت درمان دندانپزشکی و وضعیت سلامت حفره دهان متفاوت می باشد. (۷) گرچه میزان ابتلا به IE در بیماران تحت اقدامات دندانپزشکی دقیقا مشخص نیست اما احتمال خطری حدود ۰ تا ۱ نفر برای ۵۳۳ نفر برآورد شده است. (۶) لذا انجمن قلب آمریکا دستور العملی صادر نمود مبنی بر اینکه در کلیه اقدامات دندانپزشکی که در آنها پارگی مخاط دهان یا دستکاری نواحی لثه و پری اپیکال رخ میدهد پروفیلاکسی آنتی بیوتیک انجام شود. (۱) امروزه ثابت شده که بهداشت نامناسب دهان، عفونت لثه و ریشه دندان احتمال ابتلا به IE را به مراتب بیشتر از اقدامات دندانپزشکی در بیماران مستعد افزایش می دهد. (۶) در این میان نوجوانان بواسطه طغیانهای هورمونال و تمایل به سرکشی، بهداشت دهان و دندان را بطور مناسب رعایت نمی نمایند لذا ریسک ابتلا به اندوکاردیت عفونی در این گروه بیشتر مطرح میباشد. (۷) در این راستا مطالعات مختلف نشان دادند که امروزه تعداد بیماران قلبی باتوجه به تغییرات سبک زندگی از

مواد و روشها:

در صورت پاسخ درست به هر سوال یک نمره مثبت و در صورت پاسخ نادرست یا عدم پاسخگویی نمره صفر داده شد. دسته بندی نمرات به شکل: سطح آگاهی بالا (۶۶/۶ تا ۱۰۰ درصد)، سطح متوسط (۳۳/۳ تا ۶۶/۶ درصد) و سطح ضعیف (صفر تا ۳۳/۳ درصد) بود. داده ها پس از استخراج از پرسشنامه، با استفاده از نرم افزار آماری spss18 وارد کامپیوتر و تجزیه و تحلیل گردیدند. برای تحلیل نتایج، از آمار توصیفی استفاده شده و به صورت درصد و فراوانی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی در قالب جداول و نمودار گزارش شدند.

نتایج:

از ۱۰۳ نفر دندانپزشک عمومی شاغل زنجان تعداد ۹۳ نفری که معیارهای مطالعه را داشتند بررسی گردیدند که ۷۰ نفر آنها مرد (۷۵٪) و ۲۳ نفر زن (۲۵٪) بودند. میانگین سنی آنها $۷/۰۹۳ \pm ۴۰/۸$ سال (حداقل ۲۷ و حداکثر سن ۶۰ سال) محاسبه گردید. از میان شرکت کنندگان در مطالعه ۱۲/۹٪ در درمانگاه ها، ۵۸/۱٪ مطب و ۲۹٪ در هر دو این موارد مشغول به کار بودند. بررسیها نشان داد که ۲۶٪ آنها سابقه کاری ۱-۵ سال، ۳۷٪ ۶-۱۰ سال، ۱۶٪ ۱۱-۱۵ سال، ۱۷٪ ۱۶-۲۰ سال، ۴٪ بیشتر از ۲۱ سال سابقه کاری داشتند لذا میانگین سابقه کاری آنها حدود $۶/۸۴۳ \pm ۱۱/۳۲$ سال محاسبه شد. منابع مطالعاتی که دندانپزشکان شرکت کننده در مطالعه در زمینه اندوکاردیت عفونی مطرح نمودند، بدین شرح بود: ۲۲/۶٪ کتابهای مرجع، ۵/۴٪ کنگره های بازآموزی، ۲۰/۴٪ دوران تحصیل ۱۷/۲٪ آموزش دوران تحصیل در دانشکده و ۳۴/۴٪ مجلات علمی

در این مطالعه ی (توصیفی- مقطعی) ۹۳ دندانپزشک عمومی شاغل در شهر زنجان در سال ۱۳۹۳-۹۴ که تمایل خود را برای شرکت در تحقیق اعلام کردند، به صورت سر شماری وارد مطالعه شدند. این مطالعه بدین نحو انجام گردید که پس از اخذ اسامی دندانپزشکان از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی، با هماهنگی قبلی به محل اشتغال آنان مراجعه نمودیم و ضمن تشریح اهداف تحقیق، درخواست نمودیم که در صورت رضایت از شرکت در این تحقیق، فرم اطلاعاتی را بدون مراجعه به منابع علمی تکمیل و بلافاصله در اختیار محقق قرار دهند. این پرسشنامه استاندارد که قبلا در سایر مطالعات مشابه استفاده شده بود فلذا روایی و پایایی تأیید شده ائی داشت (۱۷-۲۱) مشتمل بر ۴ بخش بود: قسمت اول شامل اطلاعات فردی (مانند جنس و سن)، مدت زمان و محل فراغت از تحصیل، محل طبابت، آخرین زمان مطالعه در مورد پیشگیری از اندوکاردیت عفونی، منابع کسب آگاهی در این زمینه بود. در قسمت دوم ۱۳ عددسوال جهت سنجش آگاهی دندانپزشک در مورد بیماری های قلبی که نیازمند پروفیلاکسی هستند، ارائه شد. قسمت سوم شامل ۱۱ عدد سوال در زمینه سنجش آگاهی و عملکرد دندان پزشک در مورد درمان های مختلف دندانپزشکی که نیازمند پیشگیری از اندوکاردیت عفونی میباشد، بود. قسمت چهارم پرسشنامه شامل ۶ عدد سؤال جهت سنجش آگاهی و عملکرد دندان پزشک در مورد رژیم استاندارد آنتی بیوتیک پیشگیری کننده برای درمان های دندان پزشکی در نوجوانان مستعد اندوکاردیت عفونی بود. (۹ و ۱۰ و ۲۲-۲۴)

پاسخهای صحیح به سئوالات این قسمت ۸۴٫۹٪ بود. درصد کلی پاسخهای صحیح با توجه به فاصله زمانی فراغت از تحصیل ۵-۱، ۶-۱۰، ۱۱-۱۵، ۱۶-۲۰ و بالای ۲۰ سال به ترتیب برابر با: ۸۷/۵، ۸۵/۳۳، ۷۵/۵، ۸۳/۹۴، ۹۶/۹۶ درصد برآورد شد. بیشترین میزان پاسخهای صحیح مربوط به فارغ التحصیلان بالای ۲۰ سال و بیشترین پاسخ غلط مربوط به فارغ التحصیلان ۱۱-۱۵ سال بود.

در زمینه نحوه تجویز دارو و نوع آنتی بیوتیک تجویزی با توجه به تفاوت سنی و وزنی نوجوانان، بالاترین پاسخ صحیح مربوط به داروی جایگزین در نوجوانان حساس به پنی سیلین و کمترین پاسخ صحیح مربوط به نیاز به تجویز دارو پس از اقدامات دندانپزشکی بود. درصد کلی پاسخهای صحیح به کلیه سئوالات مرتبط با شرایط قلبی نیازمند به تجویز آنتی بیوتیک و نحوه تجویز آن، برای دندانپزشکان مرد به ترتیب ۸۶ و ۷۲/۷۸ درصد و برای دندانپزشکان زن به ترتیب ۸۰/۴۵ و ۷۱/۴۴ درصد بدست آمد. با اینحال در رابطه با اقدامات دندانپزشکی که نیاز به پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک نیاز دارد زنان ۸۵/۳ و مردان ۸۴/۸ درصد از سئوالات را درست پاسخ دادند.

علیرغم اینکه بیشترین پاسخ صحیح به سئوالات شرایط قلبی، اقدامات دندانپزشکی و نحوه پروفیلاکسی به ترتیب توسط دندانپزشکان مرد (۸۶٪)، زن (۸۵/۳٪) و مرد (۷۲/۷۸٪) ارائه شده بود اما مقایسه میانگین سطح کلی آگاهی دندانپزشکان در زمینه پاسخدهی به کلیه سئوالات تفاوت آماری معنی‌داری از لحاظ جنسیت نداشت. ($p > 0.05$)

تخصصی. بررسی‌ها در مورد آخرین سابقه مطالعه آنها در زمینه پروفیلاکسی IE نشان داد که حدود ۵۰٪ از آنها کمتر از یکسال پیش مطلبی مطالعه کرده بودند و ۵۰٪ آنها بیش از یک سال از آخرین مطالعه شان درباره IE می‌گذشت. ارزیابی خودآگاهی در مورد IE نشان داد که ۲۰/۴٪ سطح اطلاعات خود را، کافی و ۷۹/۶٪ متوسط بیان داشتند.

جدول شماره ۱ فراوانی پاسخهای صحیح جهت پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک برای نوجوانان مبتلا به مشکلات قلبی به تفکیک مدت زمان فراغت از تحصیل را نشان می‌دهد. بیشترین پاسخ صحیح و غلط به سئوالات در مورد شرایط قلبی نیازمند پروفیلاکسی به ترتیب مربوط به سابقه IE قلبی و پروتز دریچه قلبی در دندانپزشکان با سابقه کاری بالای ۲۰ سال بود.

علیرغم اینکه میزان پاسخدهی صحیح دندانپزشکان در گروه با سابقه فارغ التحصیل ۱۵-۲۰ و نیز بالای ۲۰ سال اندکی کمتر از سایر گروه‌ها بود ولی از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین آگاهی دندانپزشکان با سنوات فارغ التحصیلی مختلف در مورد پاسخدهی به سئوالات در مورد شرایط قلبی نوجوانان نیازمند پروفیلاکسی دیده نشد.

جدول شماره ۲ فراوانی پاسخ‌های صحیح به سئوالات مرتبط با اقدامات دندانپزشکی در نوجوانان مستعد به IE به تفکیک مدت زمان فراغت از تحصیل را نشان میدهد که بالاترین درصد پاسخهای صحیح مربوط به سؤال کشیدن دندان و افتادن دندان شیری در دندانپزشکان با سابقه کاری بالای ۲۰ سال بود در حالیکه کمترین پاسخ غلط مربوط به قرار دادن بند ارتودنسی بود. درصد کلی

جدول ۱- فراوانی پاسخهای صحیح به بیماریهای قلبی نیازمند به پروفیلاکسی به تفکیک مدت زمان فراغت از تحصیل

ردیف	کدامیک از شرایط قلبی زیر نیازمند تجویز آنتی بیوتیک می باشند؟	فراوانی پاسخ صحیح (درصد)				
		سوال / مدت فراغت از تحصیل (سال)	۵-۱ سال	۶-۱۰ سال	۱۱-۱۵ سال	۱۶-۲۰ سال
۱	مشکلات مادرزادی سیانوتیک قلبی	۱۷(۸۹/۵)	۲۸(۹۰/۳)	۱۷(۸۵)	۱۵(۸۸/۲)	۶(۱۰۰)
۲	گیرنده ی پیوند قلب بدون اختلال درجه	۱۶(۸۴/۲)	۲۸(۹۰/۳)	۱۹(۹۵)	۱۵(۸۸/۲)	۵(۸۳/۳)
۳	سابقه ی اندوکاردیت عفونی قلبی	۱۹(۱۰۰)	۳۰(۹۶/۸)	۱۸(۹۰)	۱۷(۱۰۰)	۶(۱۰۰)
۴	نارسایی دریچه آئورت	۱۷(۸۹/۵)	۲۸(۹۰/۳)	۱۹(۹۵)	۱۳(۷۶/۵)	۵(۸۳/۳)
۵	پرولاپس دریچه ی میترال با برگشت	۱۶(۸۴/۲)	۲۴(۷۷/۴)	۱۶(۸۰)	۱۳(۷۶/۵)	۴(۶۶/۷)
۶	بیمار تحت آنژیوبلاستی	۱۸(۹۴/۷)	۲۸(۹۰/۳)	۱۹(۹۵)	۱۴(۸۲/۴)	۵(۸۳/۳)
۷	بیمار دارای استنت با گرفت عروقی	۱۶(۸۴/۲)	۲۸(۹۰/۳)	۱۹(۹۵)	۱۴(۸۲/۴)	۵(۸۳/۳)
۸	سابقه ی سکنه ی قلبی در ۳ ماه اخیر	۱۸(۹۴/۷)	۳۰(۹۶/۸)	۱۷(۸۵)	۱۷(۱۰۰)	۵(۸۳/۳)
۹	دارنده ی پیس میکر	۱۸(۹۴/۷)	۳۰(۹۶/۸)	۲۰(۱۰۰)	۱۵(۸۸/۲)	۶(۱۰۰)
۱۰	پروتز درجه ی قلبی	۷(۳۶/۸)	۱۳(۴۱/۹)	۱۰(۵۰)	۸(۴۷/۱)	۲(۳۳/۳)
۱۱	نارسایی دریچه ی میترال	۱۵(۷۸/۹)	۲۵(۸۰/۶)	۱۷(۸۵)	۱۲(۷۰/۶)	۵(۸۳/۳)
۱۲	با سابقه ی جراحی قلب	۱۷(۸۹/۵)	۲۵(۸۰/۶)	۱۶(۸۰)	۱۵(۸۸/۲)	۵(۸۳/۳)
۱۳	درصد کلی پاسخ به سوالات	۸۵	۱۷(۸۵)	۲۵(۸۶)	۹۱(۸۱)	

جدول شماره ۲- فراوانی پاسخ های صحیح به سوالات مرتبط با اقدامات دندانپزشکی در نوجوانان مستعد به IE به تفکیک

مدت زمان فراغت از تحصیل

ردیف	کدامیک از اقدامات دندانپزشکی زیر در بیماران مستعد اندوکاردیت قلبی نیازمند پروفیلاکسی آنتی بیوتیک می باشد؟	فراوانی پاسخ صحیح (درصد)				
		سوال / مدت فراغت از تحصیل (سال)	۵-۱ سال	۶-۱۰ سال	۱۱-۱۵ سال	۱۶-۲۰ سال
۱	کشیدن دندان	۱۹(۱۰۰)	۳۱(۱۰۰)	۲۰(۱۰۰)	۱۷(۱۰۰)	۶(۱۰۰)
۲	افتادن دندان شیری	۱۹(۱۰۰)	۳۱(۱۰۰)	۲۰(۱۰۰)	۱۷(۱۰۰)	۶(۱۰۰)
۳	جرمگیری	۱۸(۹۴/۷)	۲۹(۹۳/۵)	۱۷(۸۵)	۱۵(۸۸/۲)	۵(۸۳/۳)
۴	خونریزی بدنبال تروما به لب	۱۸(۹۴/۷)	۲۷(۸۷/۱)	۱۷(۸۵)	۱۶(۹۴/۱)	۶(۱۰۰)
۵	اپیکتیمی	۱۸(۹۴/۷)	۲۵(۸۰/۶)	۱۷(۸۵)	۱۵(۸۸/۲)	۶(۱۰۰)
۶	تزریق بی حسی روتین دندان پزشکی در بافت غیر عفونی	۱۵(۸۷/۹)	۲۹(۹۳/۵)	۲۰(۱۰۰)	۱۵(۸۸/۲)	۶(۱۰۰)
۷	قالب گیری پروتز	۱۹(۱۰۰)	۳۱(۱۰۰)	۱۹(۹۵)	۱۶(۹۴/۱)	۶(۱۰۰)
۸	گرفتن رادیوگرافی داخل دهانی	۱۹(۱۰۰)	۳۰(۹۶/۸)	۲۰(۱۰۰)	۱۶(۹۴/۱)	۶(۱۰۰)
۹	خونریزی قابل مشاهده دلیل بر باکتری می باشد	۱۸(۹۴/۷)	۲۶(۸۳/۹)	۱۲(۶۰)	۱۲(۷۰/۶)	۵(۸۳/۳)
۱۰	قراردادن بند ارتودنسی	۴(۲۱/۱)	۶(۱۹/۴)	۳(۱۵)	۴(۲۳/۵)	۶(۱۰۰)
۱۱	درمان ریشه	۱۶(۸۴/۲)	۲۶(۸۳/۹)	۱۴(۷۰)	۱۴(۸۲/۴)	۶(۱۰۰)

آلرژیک به پنی سیلین نشان می دهند. (۷) بطوریکه غیر همسو با این تحقیق اسکندری، بصیر شبستری و مظاهری سطح آگاهی دندانپزشکان تبریز (۵۹٪)، قزوین (۶۵٪) و اصفهان (۵۰.۷٪) را متوسط اعلام کردند و هاشمی پور و میرزائی سطح آگاهی ضعیفی را به ترتیب برای دندانپزشکان ایرانی (کمتر از ۵۰٪) و شهرهای بوشهر (۴۳٪) برآورد نمودند. (۱۷-۲۱) چون تعداد مراجعین روزمره IE به کلینیک دندانپزشکی قابل توجه نیست لذا در صورت عدم مطالعه و یا شرکت در دوره های بازآموزی با چنین محتوایی، احتمال فراموش کردن رژیم پروفیلاکسی آنتی بیوتیک و تبعاً سطح آگاهی نسبتاً پائین دندانپزشکان در این زمینه قابل توجه است. نتایج مطالعات سایر محققان مبنی بر رابطه معنی دار معکوس بین سابقه فعالیت دندانپزشکان تبریزی و سطح آگاهی آنان در خصوص اندوکاردیت عفونی و آنتی بیوتیک پروفیلاکسی نیز بر این یافته تأکید می کند. (۱۹) و (۱۰) این در حالیست که در مطالعه حاضر میان میزان آگاهی و سابقه کاری رابطه مستقیم برقرار بود که میتواند بواسطه تطابق محتوای آموزشی دوره های بازآموزی با نیازهای دندانپزشکان بواسطه مطالعات نیازسنجی انجام شده در دندانپزشکان استان زنجان و نیز فرصت و علاقمندی بیشتر دندانپزشکان قدیمی تر باشد. (۲۶)

جالب توجه است که کلیه دندانپزشکان زنجان سطح آگاهی خود را در زمینه اندوکاردیت عفونی متوسط تا

جالبست که بیشترین پاسخ صحیح در سوالات مربوط به اقدامات دندانپزشکی (۹۶/۹۶٪) و نیز نحوه پروفیلاکسی (۸۸/۸۱٪) توسط فارغ التحصیلان بالای ۲۰ سال ارائه شده بود در حالیکه دندانپزشکانی که ۱۱-۱۵ سال قبل فارغ التحصیل شده بودند بیشترین پاسخ غلط (۷۵/۵٪) و (۶۳/۵۷٪) را به این سوالات داده بودند. (جدول ۱ و ۲). لذا آگاهی دندانپزشکان در زمینه اقدامات دندانپزشکی و نحوه پروفیلاکسی در فارغ التحصیلان بیش از ۲۰ سال نسبت به سایر گروهها تفاوت معناداری داشت. ($P < 0.05$)

بحث و نتیجه گیری:

به طور کلی مطالعه حاضر بیانگر بالا بودن (۸۰/۸٪) میانگین سطح کلی آگاهی دندانپزشکان عمومی زنجان از دستورالعمل های ارائه شده جهت پیشگیری از اندوکاردیت عفونی بخصوص در حیطه دندانپزشکی کودکان بود. همسو با تحقیق حاضر مطالعات زادیک، اپستین و سهیلی پور نیز سطح آگاهی دندانپزشکان اورشلیم، کانادا و انگلستان در مورد دستورالعمل جدید انجمن قلب آمریکا جهت پیشگیری از اندوکاردیت عفونی را بالا و به ترتیب ۸۱٪ و ۸۰٪ و بیش از ۸۰٪ گزارش نمودند. (۱۱ و ۲۴ و ۲۵) این درحالی است که مطالعه ای مشابه سطح آگاهی و دانش دندانپزشکان را نه تنها بالا ارزیابی نمی کنند بلکه بخصوص در حیطه کودکان ایشان را مبتلا به اشتباهات فراوانی در رابطه با تعیین دوزاژ دارویی و جایگزین های آنتی بیوتیکی در کودکان

همسو با تحقیق حاضر شایع ترین عللی که از نظر سایر دندانپزشکان نیز به تجویز آنتی بیوتیک نیاز داشت به ترتیب در مطالعات هاشمی پور، احمدی متمایل و زارعی، ویل، میرزائی مربوط به تاریخچه قبلی اندوکاریدیت بود. (۱۹ و ۲۳ و ۲۸ و ۲۰) تشابه نتایج مطالعات مختلف در این زمینه بیانگر آشنایی نسبی دندانپزشکان با مکانسیم های ایجاد کننده اندوکاریدیت عفونی به دنبال بیماری های قلبی میباشد.

براساس نتایج تحقیق حاضر، بیش ترین پاسخ های درست دندانپزشکان در زمینه نیاز به تجویز آنتی بیوتیک برای پیشگیری از اندوکاریدیت عفونی، در کشیدن دندان (۱۰۰٪) بود. در تحقیق هاشمی پور (۸۵٫۸٪) و مظاهری (۷۷٪) نیز شایع ترین اقدامی که از نظر دندانپزشکان به تجویز آنتی بیوتیک نیاز داشت کشیدن دندان و قرار دادن نخ های زیر لثه (۶۱٫۸٪) بود. بعلاوه در مطالعه بصیر شبستری، نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک در درمان های اپیکتومی و کشیدن دندان مورد تأیید ۹۲٫۳٪ و ۸۵٫۷٪ از دندان پزشکان قزوین بود. (۱۸ و ۱۹ و ۲۱) لذا با اینکه مطالعه حاضر از لحاظ شایعترین درمان دندانپزشکی (کشیدن دندان) نیازمند پروفیلاکسی همسو با تحقیق هاشمی پور، بصیر شبستری و مظاهری بود. (۱۸ و ۱۹ و ۲۱) اما از لحاظ مقادیر آماری نسبت به آنها متفاوت بود. بعلاوه بیش ترین پاسخ غلط در مورد اقدامات دندانپزشکی نیازمند پروفیلاکسی (قرار دادن بندهای ارتودنسی)، در این

خوب اعلام نمودند. این در حالیست که در تحقیق هاشمی پور دندانپزشکان مورد مطالعه سطح آگاهی خود را ضعیف گزارش کردند. (۱۹) از آنجائیکه در فرایند خودارزیابی، فرد گزارشی در مورد سطح دانش و معلومات خود ارائه میدهد که تا حدود زیادی منطبق با واقعیت است لذا بدیهی است که در مطالعه هاشمی پور دندانپزشکانی که سطح آگاهی آنها پائین برآورد گردید در خودارزیابی نیز به ضعف آگاهی خود اشاره نمودند. در این طرح بیش از ۷۸٪ دندانپزشکان زنجان پاسخ درستی در زمینه بیماری قلبی (نارسایی دریچه میترال) که نیازی به دریافت آنتی بیوتیک پروفیلاکسی نداشت، داده بودند. این در حالیست که غیر همسو با تحقیق حاضر، در طرح هاشمی پور (۸۸٫۷٪)، میرزائی و زارعی ۱۰۰٪ دندانپزشکان معتقد به تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی برای بیماران دچار نارسایی دریچه میترال بودند. (۱۹ و ۲۰ و ۲۷) اعتقاد دندانپزشکان به پروفیلاکسی در این دسته از بیماران میتواند ناشی از به روز نبودن اطلاعات آنها باشد زیرا راهنمای مربوط به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک طی سال های اخیر چندین بار تغییر یافته است. بطوریکه در پروتکل جدید نیازی به تجویز آنتی بیوتیک در این بیماران نمیشود. (۱۹ و ۲۷) لذا باتوجه به عوارض ناشی از مصرف بی رویه داروها، امروزه بر به روز بودن دانش پزشکان و دندانپزشکان خصوصا در زمینه بیماریهای پرخطر قلبی تاکید شده است.

تحقیق مشابه نتیجه مطالعه بصیر شبستری بود. (۱۸) علت تشابه پاسخهای غلط این مطالعات میتواند بواسطه آشنائی کمتر دندانپزشکان عمومی با تدابیر بیماران سیستمیک باشد زیرا احتمال انجام درمانهای ارتودنسی خصوصا برای نوجوانان مبتلا به اندوکاردیت توسط دندانپزشک عمومی بسیار کم است.

در مطالعه حاضر همسو با تحقیق بصیر شبستری و احمدی متمایل و اسکندری از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین سطح آگاهی دندانپزشکان از لحاظ جنسیت مشاهده نشد. (۱۸ و ۱۷ و ۲۳) این میتواند بدین دلیل باشد که میزان آگاهی بیانگر سطح دانش، محفوظات و معلومات فرد است که برآیند تاثیر عواملی همچون مطالعه، کمیت و کیفیت آموزش میباشد لذا بنظر نمیرسد که جنسیت تاثیر خاصی در سطح آگاهی فرد داشته باشند. در حالیکه مطالعات هاشمی پور و مظاهری غیرهمسو با تحقیق حاضر اظهار نمودند که با توجه به دقت نظر بیشتر در زنان لذا سطح آگاهی دندانپزشکان زن در خصوص پروفیلانکسی IE بطور معنی داری بالاتر از دندانپزشکان مرد میباشد. (۱۹ و ۲۰) تفاوت نتایج مطالعات مختلف در این زمینه میتواند بواسطه تفاوت در تعداد نمونه مورد بررسی با توزیع ناهمگون جنسیتی باشد.

مواردی نظیر ویژگیها و شرایط متفاوت دندان پزشکان مورد مطالعه، تفاوت در کمیت و کیفیت آموزش دانشکده

ها میزان مطالعه بعد دانش آموختگی، کمیت و کیفیت آموزش طی دوران تحصیل و نیز دوره های بازآموزی از جمله دلایلی است که می تواند تفاوت نتایج آماری میان مطالعات مختلف درباره میزان آگاهی دندانپزشکان در زمینه پیشگیری از اندوکاردیت عفونی باتجویز آنتی بیوتیک را توجیه نماید. (۷) مزیت پژوهش حاضر در مقایسه با سایر مطالعات مشابه، بررسی سطح آگاهی دندانپزشکان برحسب سابقه کار و جنسیت و نیز تمرکز بیشتر آن بر نحوه تجویز آنتی بیوتیک و نوع و مقدار آن برای افراد نابالغ بود.

علیرغم اینکه دندانپزشکان زنجان آگاهی خوبی در مورد پیشگیری از اندوکاردیت عفونی داشته و بخصوص در حیطه تجویز این داروها برای سنین نوجوانی از آگاهی قابل قبولی برخوردار بودند اما جهت حفظ سطح آگاهی آنها برگزاری دوره های آموزش مداوم با محتوی بیماریهای سیستمیک توصیه میگردد. با توجه به این که سلامت دهان و دندان در وقوع باکتری می که به IE منجر میشود، تاثیر بسزایی دارد و این مساله در گروه سنی نوجوانی به شدت متأثر از مسایل روحی و هورمونی است، بنابراین بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان نوجوانان مبتلا به مشکلات قلبی از مسیر ویزیت های مکرر دوره ای و تاکید بر آموزش بهداشت دهان و دندان همراه با نظارت همیشگی والدین ایشان توصیه می شود.

References

1. Hupp J, Tucker M, Ellis E. contemporary oral and maxillofacial surgery, 6 th ed. Mosby: Elsevier health sciences. 2013:310-315.
2. Lam DK, Jan A, Sándor GK, Clokie CM. American Heart Association. Prevention of infective endocarditis: revised guidelines from the American Heart Association and the implications for dentists. J Can Dent Assoc 2008; 74:449-453.
3. Fuster V, Harrington RA, Narula J, et al. Hurst's The Heart, 14th ed. USA: McGraw-Hill, Inc.2017 chapter 8,2.
4. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. J Am Dent Assoc 2008; 139: 3-24.
5. Goldman L, Schafer AI. Cecil textbook of medicine. 25 th ed. NY: Elsevier; 2015. 956-967.
6. Little JW, Rhodus NL, Falace D, et al. Dental management of the medically compromised patients. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2013.p.21-5.
7. Continuo A, Castro G, Maia L. Knowledge and practices of dentists in preventing infective endocarditis in children. Spec Care dent 2009; 29:175-178
8. Adeyemo WL, Oderinu OH, Olojede AC, et al. Nigerian dentists' knowledge of the current guidelines for preventing infective endocarditis. Community Dent Health. 2011;28: 178-81.
9. Javadzadeh Bolouri A, Pakfetrat A, Tonkaboni A. An update review of prophylactic antibiotic in dentistry. J Dent .2011; 12: 156-69.
10. Sancho M, Puchades M, Herráez S, et al. Antibiotic prophylaxis to prevent local infection in Oral Surgery: Use or abuse. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009. 14: 28-33.
11. Soheilipour S, Dunne SM, Newton JT, et al. Implementation of clinical practice guidelines in dental settings. J Evid Based Dent Pract. 2009; 9(4):183-93.
12. Poveda F, Roda R, Bagán JV, et al. Antibiotic use in dental practice, A review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007. 12: 186-92.
13. Shanson D. New British and American guidelines for the antibiotic prophylaxis of infective endocarditis: do the changes make sense A critical review. Curr Opin Infect Dis. 2008. 21:191-9.
14. Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, et al. ACC/AHA 2008 Guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. 2008. 52:676-85.

15. Brooks N. Prophylactic antibiotic treatment to prevent IE: new guidance from the National Institute. Health and Clinical Excellence. 2009, 95: 774-80.
16. Nakano K, Ooshima T. Common knowledge regarding prevention of infective endocarditis among general dentists in Japan. J Cardiol. 2011; 57: 123-30.
17. Eskandari A, Abolfazli N, Lafzi A. Endocarditis prophylaxis in cardiac patients: knowledge among general dental practitioners in Tabriz. J Dent Res Dent Clinics Dent Prospects 2008; 2 (1): 15-9
18. Basir-Shabestari S, Shirinbak I, Kharrazi-Gogani AR Assessing the knowledge and practice of general dentists of Qazvin on prophylaxis against infective endocarditis prior to dental procedures (2010-2011). JQUMS 2012; 16: 87-94.
19. Hashemipour MS, Baharlou KH, Mohammadi A. Iranian dentists knowledge of antibiotic prophylaxis guidelines for prevention of bacterial endocarditis. Shiraz Dent J 2007; 8 (1): 46-57 .
20. Mirzaie K, Zahmatkesh S. Knowledge regarding prevention of infective endocarditis among dentists in Bushehr Province-1390. Iran South Med J. 2014; 17 (3) :424-434.
21. Mazaheri H, Saatchi M, Shahnasari Sh, et al. Knowledge of Dentists in Iran on the Prophylactic Use of Antibiotics for Bacterial Endocarditis in Different Dental Procedures. J Isfahan Dent Sch. 2017; 13(2):149-157.
22. Strom BL, Abrutyn E, Berlin JA, et al. Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis. A population-based, case control study. Ann Intern Med. 1998 ;15: (10): 761-9
23. Ahmadi-Motamayel F, Vaziri S, Roshanaei G. Knowledge of General Dentists and Senior Dental Students in Iran about Prevention of Infective Endocarditis. Chonnam Med J. 2012;48: 15-20. [In Persian].
24. Zadik Y, Findler M, Livne S. Dentists' knowledge and implementation of the 2007 American Heart Association guidelines for prevention of infective endocarditis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 106 (6): e16-9.
25. Epstein JB, Chong S, Le ND. A survey of antibiotic use in dentistry. J Am Dent Assoc 2000; 131 (11): 1600-9
26. Bassir Shabestari S, Shirinbak I, Nourian AA, et al. Evaluation of the Zanjan General dentist attitudes regarding quantitative and qualitative administration of continuing medical education(CME) programs. J Med Edu Dev. 2014; 7 (15) :22-29.
27. Zarei MR, Navabie N, Chamani G. Assessment of awareness of recommendations for prevention of bacterial endocarditis among a group of 136 Iranian dental and medical students. 2008. 46(1): 51-7.
28. Vuille C, Bloch A. Do dentists enforce correctly the recommendations for prophylaxis of bacterial endocarditis? Arch Mal Coeur Vaiss. 1992; 85: 227-32.