

## آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان عمومی در درمان آنتی باکتریال عفونتهای با منشأ دندانی (۵ شهر استان مازندران)

دکتر مینا مطلب نژاد<sup>۱\*</sup>، دکتر رضا عیسی پور<sup>۲</sup>، دکتر بیژن حیدری<sup>۲</sup>

۱- استادیار گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی بابل ۲- دندانپزشک عمومی

**سابقه و هدف:** درمان عفونت های با منشأ دندانی از مسائل مهم در دندانپزشکی می باشد. اما متأسفانه امروزه بدلیل عدم آگاهی دندانپزشکان از درمان صحیح چنین عفونتهایی با تجویز بی‌رویه آنتی‌بیوتیکها، شاهد بروز سوشهای مقاوم از میکروارگانیسمها می‌باشیم. این بررسی به منظور تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان ۵ شهر استان مازندران در درمان عفونتهای دندانی انجام شده است.

**مواد و روشها:** این مطالعه در سال ۱۳۸۰ بر روی ۱۵۲ دندانپزشک عمومی در ۵ شهر استان مازندران انجام گرفت. بدین منظور پرسشنامه‌هایی شامل ۹ سؤال آگاهی با ۲۲ امتیاز، ۲ سؤال نگرش با ۲ امتیاز و ۳ سؤال عملکرد با ۴ امتیاز تهیه و در اختیار دندانپزشکان قرار داده شد. سپس داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون آماری مجذور کای و Kruskal wallis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** از ۱۵۲ دندانپزشک مورد مطالعه، ۱۱۱ نفر (۷۳٪) مذکر و ۴۱ نفر (۲۷٪) مؤنث بودند. ۵۹ دندانپزشک سابقه طبابت ۵ سال و کمتر، ۴۷ نفر بین ۶-۱۰ سال و ۴۳ نفر نیز ۱۱ سال سابقه و بیشتر داشتند. میانگین آگاهی دندانپزشکان ۹/۹٪ از مجموع ۲۲ امتیاز بود که در مردان بیشتر از زنان بود و با افزایش سابقه کاری از میزان آن کاسته می‌شد. ۷۸/۹٪ از دندانپزشکان موفق به کسب هر دو امتیاز مربوط به نگرش شدند و ۷۷/۳٪ از چهار امتیاز مربوط به عملکرد به دو امتیاز و بیشتر نائل آمدند که این امتیازات با جنسیت و سابقه کار آنها ارتباطی نداشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه، سطح آگاهی دندانپزشکان در درمان آنتی‌باکتریال عفونتهای دندانی چندان مطلوب نیست و این میزان به مرور زمان و با دور افتادن از محیطهای دانشگاهی کاهش می‌یابد که شرکت در دوره های بازآموزی را برای دندانپزشکان الزامی می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** عفونت با منشأ دندانی، درمان آنتی باکتریال، دندانپزشک عمومی، آگاهی، نگرش، عملکرد.

### مقدمه

درمان عفونتهای با منشأ دندانی یکی از مسائل مهم در دندانپزشکی می‌باشد. عفونت با منشأ دندانی طیف وسیعی را از یک عفونت موضعی تا انواع شدیدتری با درگیری که فضاهای نیامی شامل می‌شود (۱). این عفونت که شایع‌ترین عفونت سر و گردن

می‌باشد، اکثراً با درمانهای ساده جراحی و درمان دارویی از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها بهبود می‌یابد، اما اگر به درستی درمان نشود، می‌تواند مشکلات پیچیده‌ای را برای بیمار ایجاد کند (۲). بنابراین ضروری است که درمان آنتی‌بیوتیکی مناسبی در مقابل اینگونه عفونتها انجام شود. در مورد عفونتهای عمقی‌تر، بیمار حتی بعد از درمان

آنتی‌بیوتیکی و حذف دندان عفونی نیز باید به دقت نظر باشد زیرا به علت وجود آبسه یا عفونت‌های همراه نکروز، ممکن است در این بیماران حتی آنتی‌بیوتیک‌ها نیز مؤثر نباشند. بنابراین بهترین راه نجات زندگی این بیماران درناژ کامل فضاها می‌باشد (۳). متأسفانه امروزه به دلیل عدم دانش و آگاهی کافی از درمان صحیح آنتی‌بیوتیک‌ها، نه تنها راه حل درمانی مناسبی برای درمان این عفونت‌ها به دست نیامده، بلکه با تجویز بی‌رویه و غلط آنتی‌بیوتیک‌ها، روز به روز سوشهای مقاوم از میکروارگانیسم‌ها در مقابل این آنتی‌بیوتیک‌ها بوجود می‌آید. Battellino و همکارانش (۱۹۹۳) در مطالعه‌ای که با هدف آگاهی از سطح اطلاعات درمانی دارویی دندانپزشکان شهر Cordoba آرژانتین انجام دادند، میزان آگاهی دندانپزشکان را پایین گزارش کردند (۴). این در حالی است که Jaunay و همکارانش (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای که عملکرد دندانپزشکان عمومی جنوب استرالیا را درباره نحوه تجویز آنتی‌بیوتیک بررسی نمودند معتقدند که دندانپزشکان عمومی از سطح آگاهی مناسبی در تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها برخوردارند (۵). در مطالعه Epstein و همکاران (۲۰۰۰) آموکسی سیلین و پنی سیلین بیشترین میزان آنتی‌بیوتیک تجویز شده توسط دندانپزشکان در کانادا بوده است (۶). همچنین Roy و همکارانش (۲۰۰۰) در اسکاتلند با مطالعه نحوه تجویز آنتی‌بیوتیک در بین دندانپزشکان عمومی چنین گزارش نمودند که دندانپزشکان در عفونت‌های دندانی و به عنوان پروفیلاکسی از ۱۷ آنتی‌بیوتیک متفاوت در نسخه‌های خود استفاده می‌کنند (۷). در مطالعه مشابهی که رشیدخانی بر روی دندانپزشکان شهر تهران انجام داده، سطح آگاهی‌های دندانپزشکان را پایین گزارش کرده است (۸). این مطالعه با هدف بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان عمومی پنج شهر استان مازندران نسبت به درمان آنتی‌باکتریال عفونت‌های با منشأ دندانی انجام شده است.

## مواد و روشها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی، به روش مقطعی در پاییز و زمستان ۱۳۸۰ و در ۵ شهر استان مازندران به انجام رسیده است (ساری، بابل، آمل، قائمشهر و بابلسر). این مطالعه بر روی کلیه

دندانپزشکان عمومی شاغل در ۵ شهر مذکور به صورت سرشماری انجام شد. ابتدا با مراجعه به معاونت دارو و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل و مازندران، لیست دندانپزشکان به همراه آدرس مطب‌های دندانپزشکی ۵ شهر استان تهیه گردید. بر اساس لیست موجود با مراجعه به کلیه مطب‌های دندانپزشکی از دندانپزشکان خواسته شد به پرسشنامه‌ای که از قبل تهیه گردیده بود، پاسخ دهند. اعتبار این پرسشنامه و همچنین امتیازبندی آن توسط ۴ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده دندانپزشکی بابل تأیید شد. نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها بدین ترتیب بود که از دندانپزشک خواسته می‌شد که به سؤالات مطرح در پرسشنامه در همان جلسه پاسخ دهد، در صورتی که دندانپزشک فرصتی برای پاسخگویی نداشت، از وی تقاضای ملاقات دیگری می‌شد و اگر در مرحله دوم هم فرصتی نبود دندانپزشک از لیست حذف می‌شد. بدین ترتیب از میان ۲۷۹ دندانپزشک عمومی ۱۵۲ دندانپزشک عمومی به سؤالات موجود در پرسشنامه پاسخ دادند. سپس سؤالات پرسشنامه به ۳ گروه آگاهی، نگرش و عملکرد دسته‌بندی شدند و با توجه به سیستم امتیازبندی، به پاسخها امتیاز داده شد.

پرسشنامه دارای ۹ سؤال آگاهی با مجموع ۲۲ امتیاز، ۲ سؤال نگرش با دو امتیاز ۷ سؤال مربوط به عملکرد که به ۳ سؤال آن کلاً امتیاز داده شد. ۴ سؤال باقیمانده که هر کدام به نوعی تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها را مشخص می‌کرد دست دندانپزشکان باز گذاشته شده بود تا تجربه‌های شخصی و سلیقه خود را در نسخه نویسی و تجویز آنتی‌بیوتیک برای بیماران به پرسشنامه‌ها منتقل کنند. مواردی از قبیل جنس، سن، محل فارغ‌التحصیلی (دانشگاه مادر، دانشگاه غیر مادر و دانشگاه خارج از کشور) و شهر محل طبابت نیز در پرسشنامه ثبت شد. سپس داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آماری کای دو تجزیه و تحلیل شدند. در مورد متغیرهای کمی که از توزیع نرمال برخوردار نبودند، از تست Kruskal Wallis استفاده شد.

## یافته‌ها

از بین ۲۷۹ دندانپزشک عمومی ۱۵۲ دندانپزشک (۵۸٪) به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند که از بین آنها ۱۱۱ نفر (۷۳٪) مذکر و ۴۱ نفر (۲۷٪) مؤنث بودند. در این میان ۵۹ دندانپزشک (۳۸/۸٪) سابقه طبابت ۵ سال و کمتر، ۴۷ نفر (۳۰/۹٪) بین ۶-۱۰ سال و ۴۳ نفر نیز (۲۸/۳٪) سابقه طبابت ۱۱ سال و بیشتر داشتند ضمن اینکه ۳ نفر به این پرسش پاسخ ندادند.

پرسشنامه دارای ۹ سؤال آگاهی بود که در مجموع ۲۲ امتیاز را شامل می‌شد. در میان پاسخهای آگاهی، یک دندانپزشک، موفق به کسب نمره ۱۹ شده بود و بیش از نیمی از دندانپزشکان (۵۹/۲٪) کمتر از نصف امتیاز را کسب کردند (امتیاز ۱۰ و کمتر). میانگین آگاهی کل دندانپزشکان ۹/۹ امتیاز بود و بطور معنی داری با افزایش سابقه کار از میزان آن کاسته می‌شد ( $p=0/017$ ) همچنین آگاهی ارتباط معنی داری نیز با جنسیت داشت ( $p=0/011$ )، بطوریکه با وجود تعداد بیشتر دندانپزشکان مرد (۱۱۱ نفر) میانگین آگاهی آنان ۱۰/۳ بود، در حالیکه در دندانپزشکان زن ۸/۹ محاسبه شد. نگرش در پرسشنامه این مطالعه دو سؤال داشت و با دو امتیاز نیز سنجیده می‌شد که تعداد ۱۲۰ دندانپزشک (۷۸/۹٪) موفق به کسب ۲ امتیاز مربوط به نگرش شدند. همچنین اکثر دندانپزشکان (۸۵/۱٪) معتقد بودند که نباید تنها به درمان دارویی برای درمان کامل عفونتهای دندانی اکتفا کرد.

سؤالات مربوط به عملکرد شامل ۷ سؤال بود که به ۳ سؤال آن امتیاز داده شد (۴ امتیاز) و ۴ سؤال باقیمانده که هر کدام به نوعی تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها را مشخص می‌کرد فقط به تعیین فراوانی داروهای تجویز شده پرداخته شد. در مورد سؤالات امتیازدار عملکرد مشخص شد که ۷۷/۳٪ از دندانپزشکان از ۴ امتیاز به ۲ امتیاز و بیشتر نائل آمده بودند و این امتیاز با جنسیت و سابقه کار آنها ارتباطی نداشت. اما در مورد ۴ سؤال دیگر چند نتیجه قابل توجه وجود دارد. ۶۹/۱٪ از دندانپزشکان، آموکسی‌سلین را به عنوان بیشترین دارویی که برای بیماران خود تجویز می‌کنند، پاسخ دادند. این در حالی بود که ۳۶/۲٪ دندانپزشکان از پنی‌سیلین به تنهایی و یا همراه سایر داروها، به عنوان بیشترین داروی تجویزی یاد می‌کردند. همچنین در ۸۷/۵٪ موارد یکی از داروهای

آموکسی‌سیلین، پنی‌سیلین و مترونیدازول در ترکیب دارویی وجود داشت. در ادامه از دندانپزشکان پرسیده شده بود که بیشتر چه فرم آنتی‌بیوتیک را تجویز می‌کنید. تنها یک نفر به این سؤال پاسخ نداده بود و از میان گزینه‌های خوراکی، خوراکی-تزریقی و تزریقی تعداد ۱۰۰ نفر (۶۵/۸٪) معتقد به تجویز بیشتر آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی بودند و نکته‌ای که وجود داشت اینکه میانگین آگاهی این ۱۰۰ نفر ( $m=10/1$ ) نیز بالاتر از معدل آگاهی کلیه دندانپزشکان بود ( $m=9/9$ ) که این اختلاف معنی‌دار نبود. در سؤال دیگر که نوع تزریقی آنتی‌بیوتیک‌ها را در صورت تجویز این نوع دارو خواسته بود ۱۲۹ نفر (۸۴/۹٪) معتقد به تجویز پنی‌سیلین بودند. آخرین سؤال عملکرد، ترکیب دارویی را در صورت تجویز بیش از یک آنتی‌بیوتیک خواسته بود. در میان جوابها طیف وسیعی از آنتی‌بیوتیک‌ها دیده می‌شد. ۱۰ نوع آنتی‌بیوتیک مختلف با ۱۸ ترکیب متفاوت تجویز شده بود که با وجود ترکیباتی چون تتراسیکلین - آموکسی‌سیلین و پنی‌سیلین - آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین - کوآموکسی‌کلاو، (که هر کدام را تنها یک دندانپزشک بدان اشاره کرده بود) در ۸۵/۸٪ از مواردی که به این سؤال جواب داده بودند، یک طرف ترکیب دارویی مترونیدازول بود (جدول ۱).

#### جدول ۱. ترکیب دارویی آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده

##### دندانپزشکان ۵ شهر استان مازندران

| درصد صحیح | تعداد (%) | ترکیب دارویی                               |
|-----------|-----------|--|
| ۵۹/۲      | (۴۶۷)۷۱   | آموکسی‌سیلین - مترونیدازول                 |
| ۱۴/۲      | (۱۱۲)۱۷   | پنی‌سیلین - مترونیدازول                    |
| ۵/۸       | (۴۶)۷     | آموکسی‌سیلین - پنی‌سیلین                   |
| ۳/۳       | (۲۶)۴     | آموکسی‌سیلین - مترونیدازول - پنی‌سیلین     |
| ۲/۵       | (۲)۳      | مترونیدازول - سفالکسین                     |
| ۲/۵       | (۲)۳      | آموکسی‌سیلین - سفالکسین                    |
| ۱/۷       | (۱۳)۲     | آموکسی‌سیلین - مترونیدازول - کوآموکسی‌کلاو |
| ۱/۷       | (۱۳)۲     | آموکسی‌سیلین - سفالکسین - مترونیدازول      |
| ۱/۷       | (۱۳)۲     | پنی‌سیلین - سفالکسین                       |
| ۰/۸       | (۰۷)۱     | آموکسی‌سیلین - کوآموکسی‌کلاو               |
| ۰/۸       | (۰۷)۱     | آموکسی‌سیلین - سفازولین                    |
| ۰/۸       | (۰۷)۱     | پنی‌سیلین - سولفادیازین                    |
| ۰/۸       | (۰۷)۱     | تتراسیکلین - آموکسی‌سیلین                  |
| ۰/۸       | (۰۷)۱     | مترونیدازول - آمپی‌سیلین                   |

|     |           |                             |
|-----|-----------|-----------------------------|
| ۰/۸ | (۰/۷)۱    | اریترومایسین - مترونیدازول  |
| ۰/۸ | (۰/۷)۱    | مترانیدازول - کوآموکسی کلاو |
| ۰/۸ | (۰/۷)۱    | پنی سیلین - آمپی سیلین      |
| ۰/۸ | (۰/۷)۱    | تتراسیکلین - مترونیدازول    |
| ۱۰۰ | (۷۸/۹)۱۲۰ | مجموع                       |
|     | (۲۱/۱)۳۲  | سایر موارد**                |
|     | (۱۰۰)۱۵۲  | جمع کل                      |

\*\* سایر موارد شامل جوابهایی است که ترکیب دارویی معرفی نکردند و یا اصلاً به این سؤال پاسخی نداده‌اند.

شهرهای مورد مطالعه ساری، بابل، آمل، قائمشهر و بابلسر بود که بیشترین تعداد نمونه‌ها ۵۱ نفر (۳۲/۶٪) در ساری بودند. میزان آگاهی دندانپزشکان بابلسر (۱۱/۴) بالاتر از بقیه شهرها بود اما میانگین عملکرد آنها ضعیفترین‌ها بدست آمد و البته این اختلافها از لحاظ آماری معنی‌دار نبودند. در مورد دانشگاه محل فارغ‌التحصیلی نیز دندانپزشکان به سه گروه دانشگاه‌های مادر، غیرمادر و دانشگاه‌های خارج از کشور تقسیم شدند. اختلاف معنی‌داری بین آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های مادر، غیرمادر و خارج از کشور وجود نداشت اما در تمام موارد میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دندانپزشکان فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های غیرمادر بیشتر از دانشگاه‌های مادر بود. همچنین میانگین آگاهی دندانپزشکان خارج از کشور کمترین میزان است اما بهترین عملکرد را دارند. همچنین در خصوص ارتباط آگاهی با سابقه طبابت درمیان ۳ گروهی که سابقه طبابت ۵ سال و کمتر (۵۹ نفر)، بین ۶-۱۰ سال (۴۷ نفر) و ۱۱ سال و بیشتر را داشتند (۴۳ نفر)، در گروه اول میانگین آگاهی ۱۰/۸ در گروه دوم میانگین آگاهی ۱۰/۱ و در گروه سوم میانگین آگاهی ۸/۸ بدست آمد ( $p=0/017$ ).

## بحث

در این مطالعه سطح آگاهی‌های دندانپزشکان (۵۸٪) در مقایسه با سایر مطالعات، در نقاط مختلف جهان مطلوب بود، ولی این میزان با دور افتادن از محیط‌های دانشگاهی کاهش می‌یابد.

در مطالعه حاضر با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری سرشماری بود انتظار می‌رفت که تمامی دندانپزشکان عمومی شاغل در ۵ شهر استان مازندران تحت پوشش قرار گیرند که متأسفانه از

میان ۲۷۹ دندانپزشک موجود در لیست، تنها برای ۱۵۲ نفر پرسشنامه تکمیل شد (۵۸٪). البته مطالعاتی از این دست در سایر نقاط جهان آمار مشابهی را ارائه می‌کنند. Jaunay و همکارانش که مطالعه مشابهی را در استرالیا انجام دادند تنها توانستند پاسخهای ۶۱٪ از دندانپزشکان را در مطالعه خود بکار برند (۵). Palmer و همکارانش مطالعه‌ای را که در بین دندانپزشکان انگلستان بر عهده داشتند، عنوان نمودند که تنها ۶۰/۱٪ از دندانپزشکان عمومی به پرسشنامه‌های آنان که از طریق پست ارسال شده بود، پاسخ دادند (۹). در مورد آگاهی دندانپزشکان از درمان آنتی‌باکتریال عفونت‌های با منشأ دندانی نتایج حاصله حکایت از میزان پایین آگاهی نسبت به درمان آنتی‌باکتریال دارد. چرا که ۵۹/۲٪ از دندانپزشکان (۹۰ نفر) حتی به نیمی از امتیاز مورد انتظار هم دست نیافته بودند. مطالعات مشابه چنین یافته‌هایی را تأیید می‌کنند، چنانکه رشیدخانی در مطالعه‌ای که بر روی دندانپزشکان عمومی سطح شهر تهران انجام داد، اذعان نموده است که ۷۴٪ دندانپزشکان حداکثر به ۳ سؤال از بین ۸ سؤال مربوط به آگاهی پاسخ صحیح دادند (۸) که حتی آمار بسیار پایین‌تری را نسبت به مطالعه حاضر ارائه می‌دهد. اما در مورد آگاهی دندانپزشکان از نحوه تجویز داروها و بخصوص آنتی‌بیوتیک‌ها گزارش‌های مختلفی با نتایج متفاوت در سایر نقاط جهان دیده می‌شود. Battellino و همکارانش در آرژانتین چنین بیان نمودند که حدود ۱۳ تن از افراد مورد مطالعه به سؤالات مطرح شده جواب نداده یا پاسخهای غلطی به سؤالات دادند (۴)، با این وجود Jaunay و همکارانش مطالعه‌ای را که بر روی دندانپزشکان عمومی جنوب استرالیا به انجام رساندند، معتقدند که دندانپزشکان از سطح آگاهی مناسبی در تجویز آنتی‌بیوتیک‌ها برخوردارند (۵). در مورد ارتباط آگاهی دندانپزشکان با جنسیت تصور نمی‌شد تفاوت چندانی بین دندانپزشکان مرد و زن باشد؛ اما نتایج این مطالعه آگاهی دندانپزشکان مرد را بیشتر از زنان نشان می‌دهد ( $p=0/011$ ). مطالعات دیگری که در این زمینه انجام شده به چنین تفاوتی اشاره نکرده است (۵۸).

در مورد ارتباط آگاهی با سابقه طبابت، چنین تصور می‌شد که هر چه بیشتر از پایان تحصیلات دندانپزشکان بگذرد از میزان آگاهی

می‌گیرد. در این مطالعه دندانپزشکان مایل به تجویز ۱۰ آنتی‌بیوتیک مختلف با ۱۸ ترکیب دارویی متفاوت بودند، که بیشترین داروهای مورد استفاده در ۸۷/۵٪ موارد آموکسی‌سیلین، پنی‌سیلین و مترونیدازول بود. در این باره Roy و همکارانش در اسکاتلند با مطالعه بر روی دندانپزشکان عمومی نتایج مشابهی را بدست آوردند، بدین ترتیب که ایشان گزارش ۱۷ آنتی‌بیوتیک متفاوت را در حالی می‌دادند که ۹۰٪ دندانپزشکان ۳ داروی آموکسی‌سیلین، پنی‌سیلین و مترونیدازول را در نسخه‌هایشان تجویز می‌کردند (۷).

در مورد میزان آگاهی دندانپزشکان بابلسر که بالاتر از بقیه شهرهاست اما میانگین عملکرد آنها جزء ضعیف‌ترین‌هاست، می‌توان گفت که با توجه به تعداد کم دندانپزشکان بابلسر (۷ نفر) نسبت به شهرهای دیگر اختلاف‌های موجود معنی‌دار نبودند، همچنین میانگین آگاهی دندانپزشکان خارج از کشور کمترین است اما بالاترین امتیاز عملکرد را دارند که در این مورد نیز اختلاف معنی‌داری دیده نشد، بنابر این نمی‌توان به این نتایج تکیه کرد.

با توجه به نتایج این مطالعه و پایین بودن میزان آگاهی دندانپزشکان از درمان آنتی‌باکتریال عفونت‌های با منشأ دندانی کارشناسان می‌توانند برای بهبود وضعیت موجود برنامه‌ریزی کرده و به مسئولین مربوط اطلاع دهند، که خود از دو نظر قابل بررسی است: اول اینکه اطلاعات پایه دندانپزشکان بایستی در دانشکده‌های دندانپزشکی حین آموزش دانشجویان مورد نظر قرار گیرد و مهمتر از آن، فراموشی اطلاعات پس از فارغ‌التحصیلی است که با برنامه‌ریزی صحیح پس از پایان تحصیلات می‌توان راهکارهایی برای پیشرفت و افزایش آگاهی دندانپزشکان و به روز درآمدن اطلاعات آنان ارائه داد.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقایان سیدمحمد علیمحمدی، سیدمحمد میری و رضا علیزاده نوایی که در انجام کارهای آماری این طرح به ما یاری رساندند تقدیر و تشکر می‌شود.

آنان کاسته شود، که چنین فرضیه‌ای صحیح بود در مطالعه رشیدخانی در تهران نیز این مسئله تأیید می‌شود، بطوریکه در میان گروه‌های مختلف سابقه کاری، تنها گروهی که در آن دندانپزشکان به بیش از ۷ سؤال از میان ۸ سؤال مربوط به آگاهی پاسخ دادند، دندانپزشکانی بودند که کمتر از ۸ سال از مدت فارغ‌التحصیلی آنان می‌گذشت (۸). این امر را می‌توان به داشتن اطلاعات جدید دانشگاهی افرادی که مدت کمی از فارغ‌التحصیلی‌شان می‌گذرد مرتبط دانست. در حالیکه گروه‌های با سابقه کاری بیشتر، به دلیل اینکه مدت زمان بیشتری از آموزش‌های دانشگاهی به دور بوده‌اند و عدم مطالعه و بی‌خبری از اطلاعات جدید علمی در این رابطه، دارای آگاهی کمتری می‌باشند.

در مورد نگرش دندانپزشکان دو نکته قابل ذکر است اول اینکه با وجود آگاهی نسبتاً پایین دندانپزشکان از درمان آنتی‌باکتریال عفونت‌های دندانی، نگرش نسبتاً صحیحی در این باره وجود داشت بطوریکه اکثریت دندانپزشکان معتقد بودند نباید تنها بر درمان دارویی برای درمان کامل عفونت‌های دندانی اکتفا کرد. نگرش دندانپزشکان با هیچ کدام از متغیرهای زمینه‌ای مثل سن و جنس و سابقه کاری ارتباطی نداشت. البته نتایج حاصل از سؤالات نگرش شاید به دلیل وجود محدودیت برای طرح سؤالاتی که مربوط به عقیده و باور دندانپزشکان می‌شود، نتواند زیاد قابل اعتماد و استناد باشد. اما در مورد عملکرد دندانپزشکان در درمان آنتی‌باکتریال عفونت‌های ادونتوزیک نتیجه‌گیری‌های مختلفی بدست آمد، ۶۹/۱٪ از دندانپزشکان، به آموکسی‌سیلین و ۳۶/۲٪ نیز به پنی‌سیلین به تنهایی و یا همراه با سایر داروها به عنوان بیشترین آنتی‌بیوتیکی که برای بیماران خود تجویز می‌کنند، اشاره کرده بودند. مطالعه Epstein و همکارانش نیز مشابه این مطالعه، آموکسی‌سیلین را در ۷۲/۲٪ از نسخه‌های دندانپزشکان و پنی‌سیلین را در ۵۹/۲٪ از نسخه‌ها یافت نمودند (۶).

نتایج حاصله از مطالعه حاضر همچنین نشان داد که طیف وسیعی از آنتی‌بیوتیک‌ها توسط دندانپزشکان مورد تجویز قرار

\*\*\*\*\*

**References**

1. Laskin PM, Pedersen L. Odontogenic infection of head and neck, 3rd ed, St louis, The CV Mosby Co 1994; pp: 219-21.
2. Peterson LJ. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3rd ed, St Louis, The CV Mosby Co 1998; pp: 396-417.
3. Constantinidis J, Steinhard H, Zenk J, Iro H. Treatment of deep neck infections. Laryngorhinootology J 1998; 77(10): 551-6.
4. Battellino LJ, Bennun FR. Information level and pharmacotherapeutic practice of dentist. Rev Saude Publica 1993; 27(4): 291-9.
5. Jaunay T, Sambrook P, Goss A. Antibiotic prescribing practices by south Australian general dental practitioners. Aust Dent J 2000; 46(3): 179-86.
6. Epstein JB, Chong S, Lea NP. A survey of antibiotic use in dentistry. J Am Dent Assoc 2000; 131(1): 1600-9.
7. Roy KM, Bagg J. Antibiotic prescribing by general dental practitioners in the Greater Glasgow Health Board, Scotland. Br Dent J 2000; 188(12): 674-6.
- ۸- رشیدخانی ب. بررسی میزان آگاهی دندانپزشکان سطح شهر تهران در رابطه با عفونتهای ادونتوژنیک. پایان نامه دکترای دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال تحصیلی ۷۸-۱۳۷۷؛ ص: ۳۱-۱۵.
9. Palmer NA, Pealing R, Ireland RS, Martin MV. A study of prophylactic antibiotic prescribing in national health service general dental practice in England, Br Dent J 2000; 189(1): 43-6.

---

\* آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده دندانپزشکی، بخش بیماریهای دهان، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۴۰۸.