

بررسی سواد سلامت دهان با استفاده از پرسشنامه Oral Health Literacy-Adult Questionnaire و ارتباط آن با شاخص های بالینی و رفتارهای سلامت دهان در بیماران مراجعه کننده به دندانپزشکی

منصوره شایسته^۱، هاجر شکرچی زاده^{۲*}، فاطمه رشیدی میبیدی^۳

^۱ دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۳ استادیار، گروه بیماریهای دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۰/۶/۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۱۶

Investigation of Oral Health Literacy Utilizing Oral Health Literacy-Adult Questionnaire and its Relationship with Clinical Indicators of Oral Health, as well as Oral Health Behaviors, among Dental Patients

Mansoureh Shayesteh¹, Hajar Shekarchizadeh^{2*}, Fatemeh Rashidi Meybodi³

¹ Dentist, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Health Research Center, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Oral Diseases, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Received: 23 August 2021; Accepted: 5 April 2022

Introduction: Oral health literacy (OHL) is considered a new determinant of health. This study aimed to investigate OHL and its relationship with clinical indicators of oral health, as well as oral health behaviors, among patients attending the Dental School of the Islamic Azad University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Materials and Methods: The authors conducted a cross-sectional study on volunteering patients attending dental school for the first time in 2015, who were selected through convenience sampling. Self-administered questionnaires requested information about patients' OHL using Oral Health Literacy-Adult Questionnaire, as well as patients' oral health behaviors. Clinical examinations were conducted to measure Decayed, Missing due to caries, and Filled Teeth (DMFT) and Community Periodontal Index (CPI). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, independent t-test, as well as linear and logistic regression models, served for statistical analysis (P-value<0.05).

Results: Among 202 participants, 64.5% were women. The mean age of participants was 33.4±10.6 years, and the mean score of OHL was 52.3±19.8. Individuals with a higher score of OHL reported better oral health behaviors (P-value<0.05). The OHL was negatively associated with DMFT (r=-0.140, P-value=0.047), Decayed Teeth (r=-0.179, P-value=0.01) and Missing Teeth (r=-0.208, P-value=0.003). On the other hand, individuals with higher OHL scores had more filled teeth (r=0.148, P-value=0.04). No association was revealed between OHL and maximum CPI (P-value>0.05).

Conclusion: Oral health literacy of patients attending dental school was moderate. Those patients with a higher OHL reported better oral health behaviors and had a lower history of dental caries. Therefore, it is essential to increase the OHL of individuals to improve their oral health status.

Key words: Dental clinic, Oral health, Oral health literacy, questionnaire.

Corresponding Author: shekarchizadeh@razi.tums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2023; 46(4): 394-409.

چکیده

مقدمه: سواد سلامت دهان به عنوان عامل تعیین کننده جدید سلامت مطرح می باشد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی سواد سلامت دهان و ارتباط آن با وضعیت بالینی و رفتارهای سلامت دهان در بزرگسالان مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان بود.

* مؤلف مسؤل، نشانی: اصفهان، خیابان جی شرقی، ارغوانیه، بلوار دانشگاه، دانشکده دندانپزشکی، تلفن همراه: ۰۹۱۳۱۰۷۱۷۳۷

E-mail: shekarchizadeh@razi.tums.ac.ir

مواد و روش ها: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۴، با شیوه نمونه‌گیری آسان بر روی بیماران داوطلبی که برای اولین بار به دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بودند، انجام شد. سواد سلامت دهان بیماران بوسیله پرسشنامه Oral Health Literacy-Adult Questionnaire اندازه‌گیری شد. رفتارهای سلامت دهان نیز توسط پرسشنامه سنجیده شد. بعلاوه، معاینات بالینی برای اندازه‌گیری شاخص‌های DMFT و حداکثر شاخص CPI (Community Periodontal Index) انجام شد. داده‌ها توسط ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون T مستقل، و آنالیز رگرسیون خطی و لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند ($P\text{-value} < 0.05$).

یافته‌ها: از بین ۲۰۲ نفر شرکت کننده، ۶۴/۵٪ زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ($\pm 10/6$) سال و میانگین نمره سواد سلامت دهان آنها ($\pm 19/8$) ۵۲/۳ بود. هر چه سواد سلامت دهان افراد بالاتر بود، رفتارهای سلامت دهان بهتری را گزارش می‌کردند ($P\text{-value} < 0.05$). سواد سلامت دهان با شاخص DMFT ($P = 0.047$ و $r = -0.140$)، تعداد دندان‌های پوسیده ($P = 0.01$ و $r = -0.179$) و تعداد دندان‌های از دست رفته ($P\text{-value} = 0.03$ و $r = -0.208$) رابطه معکوس و با تعداد دندان‌های پر شده رابطه مستقیم داشت ($P = 0.04$ و $r = 0.148$). بین سواد سلامت دهان و حداکثر شاخص CPI ارتباط وجود نداشت ($P\text{-value} > 0.05$).

نتیجه‌گیری: سواد سلامت دهان مراجعین به دانشکده دندانپزشکی اصفهان در حد متوسط بود. افرادی که سواد سلامت دهان بالاتری داشتند، رفتارهای سلامت دهان مطلوبتری را گزارش می‌کردند و تاریخچه پوسیدگی کمتری داشتند. لذا بالا بردن سطح سواد سلامت دهان افراد جهت بهبود وضعیت سلامت دهان آنها ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: سواد سلامت دهان، سلامت دهان، کلینیک دندانپزشکی، پرسشنامه
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۱ دوره ۴۶ / شماره ۴: ۴۰۹-۳۹۴.

مقدمه

سلامت دهان و سواد سلامت دهان است. فرایند کسب اطلاعات سلامت دهان، ارزیابی مفاهیم آن و نیز پیشگیری و طرح درمان مناسب نیاز به توسعه مهارت جدیدی دارد که به آن سواد سلامت دهان می‌گویند. این فاکتور ممکن است یک عامل تعیین کننده جدید سلامت دهان باشد و باید با توجه بیشتری در پژوهش‌های سلامت دهان در نظر گرفته شود.^(۱)

سواد سلامت دارای سه سطح است: ۱- کاربردی به معنای مهارت بیمار برای خواندن و نوشتن برای مثال فهم نسخه یا دوز دارو ۲- ارتباطی و تعاملی به معنای به دست آوردن اطلاعات از رسانه‌های مختلف و به کارگیری اطلاعات جدید متناسب با شرایط شخصی خود و ۳- انتقادی به معنای توانایی تجزیه و تحلیل منتقدانه اطلاعات و استفاده از آنها برای کنترل بیشتر شرایط زندگی.^(۲) در گفتگو با بیماران درباره سلامت دهان سه مورد برای فهم بهتر آنها حایز اهمیت است: ۱- به کار نبردن اصطلاحات پزشکی برای بیماران ۲- عدم استفاده از زبان و لغات پیچیده ۳- رعایت مسایل مربوط به ساختار گفت و گو مثل شمرده

طی ده سال گذشته آگاهی از اهمیت سواد سلامت در دندانپزشکی افزایش یافته و در تطبیق مفهوم سواد سلامت با خدمات و پژوهش‌های دندانپزشکی تلاش‌های بسیار انجام شده است.^(۱) سواد سلامت به ایجاد انگیزه، توانایی، دسترسی اشخاص، استفاده و پردازش اطلاعات برای ارتقاء و حفظ سلامتی اشاره دارد. در واقع سواد سلامت به عنوان کلیدی برای ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها معرفی می‌شود.^(۲) سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سواد سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: «سواد سلامت نشان دهنده مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که تعیین کننده توانایی افراد در به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت است به گونه‌ای که سلامت ایده آل را حفظ کند و ارتقاء دهد.»^(۳)

تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامت دهان نتیجه فاکتورهای زیادی اعم از عوامل اجتماعی، محیطی، زیستی، رفتاری، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، محدودیت دسترسی به مراقبت‌های سلامت دهان، فقدان ابزارهای اطلاعاتی

مواد و روش ها

مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۴ با استفاده از شیوه نمونه گیری آسان بر روی بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی آزاد اصفهان انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای بررسی همبستگی، حداقل ۱۹۰ نفر به دست آمد. برای انجام مطالعه، پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق، از بیماران با سواد و داوطلب که برای اولین بار به بخش های تشخیص و کارورزی دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بودند، خواسته شد پرسشنامه ای را در مورد وضعیت سواد سلامت دهان خود تکمیل نمایند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از افراد بزرگسال که قادر به خواندن و نوشتن و مسلط به زبان فارسی باشند. تکمیل هر پرسش نامه به طور میانگین ۲۰ دقیقه زمان می برد. سپس معاینه بالینی توسط یک دانشجوی سال آخر دندانپزشکی که توسط یک متخصص دندانپزشکی اجتماعی، آموزش دیده و کالیبره شده بود، بر روی بیماران انجام شد و در نهایت به هر کدام هدیه ای برای همکاری در مطالعه اهدا شد. شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود. پرسشنامه ها بدون ذکر نام جمع آوری شد و پس از کسب رضایت آگاهانه به افراد اطمینان داده می شد که اطلاعات آنها و کلیه پاسخ های ارایه شده محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت کلی ارائه خواهد شد. پس از توزیع ۲۷۳ پرسشنامه در بین داوطلبین، ۲۰۲ پرسشنامه برای بررسی دریافت شد (درصد پاسخگویی معادل ۷۴ درصد).

سواد سلامت دهان شرکت کنندگان بوسیله پرسشنامه سواد سلامت دهان بزرگسالان (OHL-AQ) (Oral Health Literacy-Adult Questionnaire) اندازه گیری گردید. این پرسشنامه که مختص جامعه ایرانی طراحی شده و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است^(۴)، شامل ۱۷ سؤال در ۴ بخش می باشد: ۱- بخش درک مطلب برای ارزیابی

صحت کردن^(۱). افرادی که درک خوبی از اطلاعات ارائه شده در زمینه مراقبت های سلامت دارند، به دستور العمل های مربوط به مراقبت از خود بعد از درمان و استفاده از داروها و پیگیری درمان بیشتر پایبند هستند^(۱). بین سواد سلامت دهان پایین و عدم رعایت قرار ملاقات دندانپزشکی، مراجعه کمتر، اهمیت ندادن به خدمات دندانپزشکی و عدم اعتماد به مراقبت های سلامت دهان ارتباط وجود دارد^(۷). به گزارش Batista و همکاران^(۸)، سواد سلامت دهان پایین با رفتارهای نامطلوب سلامت دهان، پوسیدگی های درمان نشده، حضور بیوفیلم باکتریال و درمان های اورژانسی دندانپزشکی همراه است. در مطالعه Baskaradoss^(۹) و Blizniuk و همکاران^(۱۰) نیز افراد با سواد سلامت دهان پایین، دندان های کشیده شده بیشتر و دندان های پر شده کمتری داشتند. در ضمن درصد بالاتری از افراد با سواد سلامت دهان ناکافی، مبتلا به پرپودنتیت شدید بودند. Holtzman و همکاران^(۱۱) نیز ارتباط سواد سلامت دهان با شاخص های بالینی سلامت پرپودنتال مثل پلاک دندانی و نواحی خونریزی دهنده را مشاهده کردند. با این حال، بر اساس نتایج یک مطالعه مروری نظام مند، ارتباط بین سواد سلامت دهان و وضعیت دهان بر اساس شواهد مطالعاتی موجود قطعی نیست چرا که نتایج مطالعات ضد و نقیض است^(۱۲).

بنابراین با توجه به اینکه سواد سلامت دهان به عنوان عامل تعیین کننده جدید سلامت دهان مطرح می باشد، هدف از مطالعه حاضر بررسی سواد سلامت دهان و ارتباط آن با وضعیت بالینی دهان و رفتارهای سلامت دهان در بزرگسالان مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی آزاد اصفهان بود.

CPI معاینه می شدند و بزرگترین کد مشاهده شده برای آن سکستانت ثبت می شد (کد صفر: پرپودنشیوم سالم، کد یک: خونریزی از لثه هنگام کاربرد پروب پرپودنتال، کد دو: وجود جرم فوق یا زیرلثه ای، کد سه: وجود پاکت پرپودنتال با عمق ۴ الی ۵ میلیمتر و کد چهار: وجود پاکت پرپودنتال با عمق بیش از ۶ میلیمتر). بزرگترین کد ثبت شده در کل شش سکستانت هر فرد، حداکثر شاخص CPI آن فرد محسوب می شد. برای بررسی وجود بیماری پرپودنتال توسط شاخص مذکور، وجود یا عدم وجود پاکت پرپودنتال به عنوان نقطه عطف (cut-off point) در نظر گرفته می شد. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS 20 شدند و توسط ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون t مستقل و آنالیز رگرسیون خطی و لوجستیک با سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پیش از انجام آنالیز رگرسیون خطی، پیش فرض های رگرسیون یعنی نرمال بودن توزیع مانده ها و همگنی واریانس ها بررسی و تأیید شد.

یافته ها

در کل، ۲۰۲ نفر در مطالعه ی حاضر شرکت کردند که از بین آن ها ۱۳۰ نفر (۶۴/۵ درصد) زن و بقیه مرد بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳/۴ با انحراف معیار ۱۰/۶ و دامنه ۱۴ تا ۵۸ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان تحصیلات پایین تر از دیپلم داشتند (۴۰/۱ درصد) و خانه دار بودند (۴۳/۱ درصد) (جدول ۱). میانگین تعداد افراد خانوار، ۴ نفر با انحراف معیار ۱/۲ بود. دندانپزشک شایعترین منبع کسب اطلاعات سلامت دهان بود (۵۳/۵ درصد)، پس از آن رادیو و تلویزیون با شیوع ۳۰/۲ درصد و کسب اطلاعات از دوستان و همکاران با شیوع ۲۸/۲ درصد قرار داشت.

مهارت های خواندن و آگاهی از بیماری های دهان و دندان ۲- محاسبه اعداد، برای ارزیابی مهارت های خواندن، نوشتن و محاسبه اعداد فرد در مورد نسخه یا دستورالعمل بهداشتی ۳- بخش مهارت شنیداری برای ارزیابی مهارت های شنیدن، خواندن، نوشتن، محاسبه اعداد و مهارت های ارتباطی فرد در مورد یک دستورالعمل بعد از درمان و ۴- بخش تصمیم گیری برای ارزیابی مهارت های خواندن، درک معنی و تصمیم گیری بهینه در برخورد با مشکلات سلامت دهان. ابزار مذکور در مجموع مهارت های شنیدن، خواندن، نوشتن، محاسبه اعداد، مهارت های ارتباطی فرد و درک معنی و تصمیم گیری وی در برخورد با مسایل مرتبط با سلامت دهان را با ۱۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می داد. بنابراین، مجموع پاسخ های صحیح افراد دامنه ای از ۱۷-۰ را شامل می شد. برای گزارش نمره سواد سلامت دهان، نمرات از ۱۰۰ محاسبه شدند. علاوه بر این، پرسشنامه محتوای سئوالاتی در زمینه رفتارهای سلامت دهان، منابع کسب اطلاعات سلامت دهان و مشخصات دموگرافیک آنها (سن، جنس، تحصیلات و تعداد افراد خانواده) بود.

برای بررسی وضعیت سلامت دهان شرکت کنندگان، معاینه بالینی بر روی یونیت دندانپزشکی انجام شد و شاخص های DMFT (Decayed, Missing, and Filled Teeth) و حداکثر شاخص (Community Periodontal CPI Index) با استفاده از پروب CPI و مطابق با معیارهای WHO^(۱۳) ثبت شد. برای ارزیابی وضعیت پرپودنتال توسط شاخص CPI، سه نشانه مورد بررسی قرار می گیرد: خونریزی از لثه، جرم و پاکت های پرپودنتال. برای ارزیابی این شاخص، دهان به شش ناحیه تقسیم شد و هر یک از این نواحی تنها وقتی مورد معاینه قرار می گرفتند که در آن حداقل دو دندان وجود داشت و این دندان ها مورد کشیدنی نیز نبودند.^(۱۳) در هر ناحیه دندان های شاخص توسط پروب

ناخواسته درمان بر روی دندان هایم میرا میدانم" اطلاع نداشتند. حدود ۶۰ درصد افراد هم از معنای عبارت "سابقه‌ی حساسیت یا آلرژی دارویی دارم" آگاه نبودند. میانگین نمره سواد سلامت دهان خانم ها ($0.54/7 \pm 0.19/3$) به طور معنی داری بیشتر از آقایان ($0.48/5 \pm 0.20/5$) بود ($P\text{-value}=0.03$). نمره سواد سلامت دهان با سن افراد ($P\text{-value}<0.001$, $r=-0.255$) و تعداد افراد خانواده آنها ($P\text{-value}<0.001$, $r=-0.263$) رابطه معکوس داشت. به عبارت دیگر، افراد مسن تر و آن ها که تعداد افراد خانوار بیشتری داشتند، سواد سلامت دهان پایین تری داشتند. بین نمره سواد سلامت دهان با سطح تحصیلات افراد رابطه مستقیم وجود داشت ($P\text{-value}<0.001$, $r=0.377$). به عبارت دیگر، افراد تحصیل کرده تر نمره سواد سلامت دهان بالاتری داشتند. نمره سواد سلامت دهان با تعداد منابع اطلاعاتی مورد استفاده در زمینه سلامت دهان رابطه مستقیم داشت ($P\text{-value}=0.006$, $r=0.191$). به عبارتی، افرادی که از تعداد منابع اطلاعاتی بیشتری برای کسب اطلاعات در زمینه دهان و دندان استفاده می کردند، سواد سلامت دهان بالاتری داشتند.

آنالیز رگرسیون خطی چندگانه فاکتورهای موثر بر سواد سلامت دهان نشان داد که سن افراد، تعداد اعضای خانواده، سطح تحصیلات افراد و تعداد منابع اطلاعاتی مورد استفاده آن ها رابطه معنی داری با سواد سلامت دهان دارند؛ به این معنی که افراد جوانتر، با سطح تحصیلات بالاتر و آن ها که از منابع اطلاعاتی متنوع تری برای کسب اطلاعات سلامت دهان استفاده می کردند، نمره سواد سلامت دهان بالاتری داشتند. بعلاوه، خانواده های کم جمعیت تر نمره سواد سلامت دهان بالاتری داشتند (جدول ۳).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مراجعین به دانشکده دندانپزشکی

آزاد اصفهان (n= ۲۰۲)

درصد	تعداد	
۹/۹	۲۰	۲۰ سال یا کمتر
۵۷/۹	۱۱۷	۲۱-۳۹ سال
۲۷/۷	۵۶	۴۰ سال یا بیشتر
۴/۵	۹	نامشخص
۱۰۰/۰	۲۰۲	کل
۴۰/۱	۸۱	زیر دیپلم
۳۳/۲	۶۷	دیپلم
۲۱/۳	۴۳	سطح تحصیلات دانشگاهی
۵/۴	۱۱	نامشخص
۱۰/۰	۲۰۲	کل
۴۳/۱	۸۷	خانه‌دار
۲۶/۲	۵۳	محصل
۲۴/۸	۵۰	وضعیت اشتغال شاغل
۵/۹	۱۲	بیکار
۱۰۰/۰	۲۰۲	کل

سواد سلامت دهان

میانگین نمره سواد سلامت دهان مراجعین به دانشکده دندانپزشکی آزاد اصفهان $0.52/3$ با انحراف معیار $0.19/8$ و دامنه ۹۴-۱۲ بود. در جدول ۲، درصد پاسخ های صحیح شرکت کنندگان به هر یک از سئوالات مربوط به سواد سلامت دهان مشاهده می شود. تنها حدود یک چهارم افراد به سئوال ۱، قسمت دوم سئوال ۳، سئوال ۸ و سئوال ۱۳ پاسخ صحیح داده بودند. به عبارتی، درصد بالایی از افراد از "ارتباط بین بیماری های دهان و دندان و بیماری های قلبی"، "زمان رویش اولین دندان دائمی در حدود شش سالگی"، "مدت زمان باقی ماندن گاز در دهان بعد از کشیدن دندان" و معنی عبارت "دندانپزشک را از نتایج

جدول ۲: توزیع پاسخ های صحیح به سؤالات پرسشنامه سواد سلامت دهان بزرگسالان توسط مراجعین به دانشکده دندانپزشکی آزاد اصفهان

(n= ۲۰۲)

درصد پاسخ صحیح	سؤال
۲۷/۲	۱ ارتباط بین بیماری های دهان و دندان و "سکته قلبی"
۶۱/۹	۲-۱ پیشگیری از پوسیدگی در صورت مسواک زدن با خمیر دندان حاوی "فلوراید"
۶۶/۳	۲-۲ پیشگیری از پوسیدگی در صورت مسواک زدن با خمیر دندان حاوی فلوراید دوبار در "روز"
۶۶/۳	۲-۳ پیشگیری از پوسیدگی با کاهش خوردن غذاهای پر از "قند"
۵۹/۹	۳-۱ تعداد دندان های "دایمی" هر فرد ۳۲ عدد است
۲۸/۷	۳-۲ "اولین" دندان دایمی در حدود ۶ سالگی در دهان می روید
۷۱/۳	۴ زمان مصرف کپسول بعدی آموکسی سیلین به دنبال تشخیص عفونت و آبنه دندان
۴۸/۵	۵ ادامه مصرف کپسول حتی پس از برطرف شدن علائم بیماری
۹۰/۱	۶ عدم امکان بلع دهانشویه سدیم فلوراید
۵۰/۰	۷ زمان مجاز خوردن و آشامیدن پس از مصرف دهانشویه سدیم فلوراید
۲۹/۲	۸ زمان خروج گاز از دهان پس از کشیدن دندان
۶۳/۴	۹ زمان خوردن غذای داغ پس از کشیدن دندان
۴۷/۰	۱۰ بهترین اقدام در صورت خونریزی کم از لثه بعد از مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان
۶۸/۲	۱۱ بهترین اقدام در صورت احساس درد و تورم در دهان
۴۵/۰	۱۲ بهترین اقدام برای حذف جرم و رنگدانه های چسبیده به دندان
۲۷/۷	۱۳ مفهوم عبارت "دندانپزشک را از نتایج ناخواسته درمان بر روی دندانهایم میرا می دانم"
۳۸/۶	۱۴ مفهوم عبارت " سابقه حساسیت یا آلرژی دارویی دارم"

جدول ۳: مدل رگرسیون خطی چندگانه عوامل مؤثر بر نمره سواد سلامت دهان مراجعین به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان (n= ۲۰۲)

متغیر	ضریب	خطای معیار	ضریب استاندارد شده	P-value
جنس (زن)	۴/۱۲۰	۲/۶۸۶	۰/۱۰۱	۰/۱۲۷
سن	-۰/۳۳۱	۰/۱۳۶	-۰/۱۷۶	۰/۰۱۶
تحصیلات	۵/۸۴۱	۱/۸۸۲	۰/۲۲۸	۰/۰۰۲
تعداد افراد خانواده	-۴/۰۸۳	۱/۰۶۴	-۰/۲۵۳	۰/۰۰۰
تعداد منابع اطلاعاتی	۳/۷۲۵	۱/۱۰۶	۰/۲۲۶	۰/۰۰۱

$R^2=0.27$

رفتارهای سلامت دهان

رابطه معکوس ($t=-0/215$, $P=0/002$) داشت. به عبارت دیگر افرادی که نمره سواد سلامت دهان بالاتری داشتند، تعداد دفعات مسواک زدن در آن‌ها بیشتر و مصرف سیگار در آن‌ها کمتر بود. نمره سواد سلامت دهان با مصرف خمیردندان حاوی فلوراید ($P=0/045$)، استفاده روزانه از نخ دندان ($P=0/002$) و مراجعه به دندانپزشک طی سال گذشته ($P=0/04$) رابطه معنادار داشت؛ اما با میزان ریزه خواری مواد قندی رابطه نداشت ($P=0/53$). به عبارتی افرادی که سواد سلامت دهان بالاتری داشتند، با احتمال بیشتری از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده می‌کردند، هر روز از نخ دندان استفاده می‌کردند و در سال گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده بودند.

اکثر شرکت کنندگان حداقل یک بار در روز مسواک می‌زدند (۷۴/۳ درصد)، از خمیر دندان حاوی فلوراید به هنگام مسواک زدن استفاده می‌کردند (۹۴/۱ درصد) و سیگار نمی‌کشیدند (۹۳/۱ درصد). ۵۵/۹ درصد افراد نیز طی سال گذشته به دندانپزشکی مراجعه کرده بودند. با این حال درصد پائینی از افراد هر روز از نخ دندان استفاده می‌کردند (۲۲/۳ درصد) و قریب به ۶۰ درصد افراد بین وعده‌های غذایی روزانه ریزه خواری مواد قندی می‌کردند (جدول ۴).

نمره سواد سلامت دهان با تکرار مسواک زدن رابطه مستقیم ($t=0/299$, $P<0/001$) و با وضعیت کشیدن سیگار

جدول ۴: رفتارهای سلامت دهان مراجعین به دانشکده دندانپزشکی آزاد اصفهان (n=202)

متغیر	تعداد	درصد
استفاده از مسواک	به ندرت	۲۰ / ۹/۹
	گاهی اوقات	۳۲ / ۱۵/۸
	حداقل یکبار در روز	۱۵۰ / ۷۴/۳
کاربرد خمیر دندان حاوی فلوراید	بله	۱۹۰ / ۹۴/۱
	خیر	۱۲ / ۵/۹
استفاده از نخ دندان	کمتر از یکبار در روز	۱۵۷ / ۷۷/۷
	حداقل یکبار در روز	۴۵ / ۲۲/۳
مصرف تنقلات شیرین در میان وعده‌ها	یکبار یا بیشتر در روز	۱۲۱ / ۵۹/۹
	کمتر از یکبار در روز	۸۱ / ۴۰/۱
مصرف سیگار	خیر	۱۸۸ / ۹۳/۱
	گاهی	۵ / ۲/۵
	روزانه	۹ / ۴/۴
زمان آخرین مراجعه به دندانپزشکی تا کنون به دندانپزشک مراجعه نکرده‌ام	طی یکسال گذشته	۱۱۳ / ۵۵/۹
	بیش از یک سال قبل	۸۴ / ۴۱/۶
	تا کنون به دندانپزشک مراجعه نکرده‌ام	۵ / ۲/۵

شاخص های بالینی دهان

میانگین شاخص DMFT مراجعین به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان ۱۱/۱ با انحراف معیار ۴/۹ و دامنه ۰-۲۰ بود. عمده شاخص پوسیدگی را اجزاء پوسیدگی دندان (DT) با میانگین ۴/۵ و نیز پرکردگی دندان (FT) با میانگین ۴/۳ تشکیل می دادند، حال آنکه میانگین تعداد دندانهای از دست رفته (MT)، ۲/۳ بود. در رابطه با وضعیت پرپودنتال، در اکثر افراد شرکت کننده، جرم (کد ۲) حداکثر شاخص CPI را تشکیل می داد (۵۸/۴ درصد). پس از آن به ترتیب وجود پاکت پرپودنتال کم عمق (کد ۳) (۲۱/۸ درصد) و خونریزی از لثه (کد ۱) (۱۶/۳ درصد) حداکثر شاخص CPI را شامل می شد. پاکت پرپودنتال عمیق فقط در ۱ درصد افراد، حداکثر شاخص CPI را تشکیل می داد. پردونشیم سالم تنها در ۲/۵ درصد از شرکت کنندگان وجود داشت.

نمره سواد سلامت دهان با شاخص DMFT ($P=0/047$, $r=-0/140$) و نیز تعداد دندان های پوسیده

(DT) ($P=0/01$, $r=-0/179$) و تعداد دندان های از دست رفته (MT) ($P=0/003$, $r=-0/208$) رابطه معکوس و با تعداد دندان های پر شده (FT) رابطه مستقیم داشت ($P=0/04$, $r=0/148$). به عبارتی، افراد با سطح سواد سلامت دهان بالاتر، تعداد دندان های پوسیده و از دست رفته کمتر و تعداد دندان های پر شده بیشتری داشتند. بر اساس آنالیز رگرسیون خطی چندگانه فاکتور های موثر بر DMFT (جدول ۵)، تنها سن رابطه معنی داری با این شاخص داشت ($P<0/001$) به این معنی که با افزایش سن، میانگین DMFT افزایش نشان داد.

بین نمره سواد سلامت دهان با حداکثر شاخص CPI رابطه معنادار وجود نداشت ($P=0/87$). بر اساس آنالیز رگرسیون لجستیک فاکتورهای موثر بر پاکت پرپودنتال (جدول ۵)، هیچکدام از فاکتورهای مورد بررسی رابطه معنی داری با وجود پاکت پرپودنتال نشان ندادند ($P>0/05$) (جدول ۶).

جدول ۵: مدل رگرسیون خطی چندگانه عوامل مؤثر بر شاخص DMFT مراجعین به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان ($n=202$)

متغیر	ضریب	خطای معیار	ضریب استاندارد شده	P-value
جنس (زن)	۰/۸۶۱	۰/۷۱۹	۰/۰۸۵	۰/۲۳۳
سن	۰/۱۷۳	۰/۰۳۷	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰
تحصیلات (سال)	-۰/۴۶۱	۰/۵۰۷	-۰/۰۷۲	۰/۳۶۵
استفاده از مسواک (کمتر از یکبار در روز)	-۱/۲۸۱	۰/۸۶۷	-۰/۱۱۲	۰/۱۴۱
مصرف خمیردندان حاوی فلوراید (خیر)	-۰/۶۹۶	۱/۵۹۸	-۰/۰۳۲	۰/۶۶۴
استفاده از نخ دندان (کمتر از یک بار در روز)	-۰/۱۱۰	۰/۸۵۱	-۰/۰۰۹	۰/۸۹۷
آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک (بیش از یکسال قبل)	-۰/۲۸۵	۰/۷۰۴	-۰/۰۲۹	۰/۶۸۶
ریزه خواری مواد قندی (یکبار در روز یا بیشتر)	-۰/۶۷۵	۰/۷۰۴	-۰/۰۶۸	۰/۳۸۳
سواد سلامت	۰/۰۰۷	۰/۰۲۰	۰/۰۳۰	۰/۷۱۲

$R^2=0.22$

جدول ۶: مدل رگرسیون لجستیک عوامل مؤثر بر وجود پلاک پیرونتال مراجعین به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان (n= ۲۰۲)

متغیر	ضریب	خطای معیار	نسبت شناسی (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪	P-value
جنس (زن)	-۰/۰۸۱	۰/۴۱۹	۰/۹۲۲	۰/۰۹۴ ، ۲/۰۹۶ ، ۰/۴۰۶	۰/۸۴۶
سن	۰/۰۲۲	۰/۰۲۱	۱/۰۲۲	۰/۰۶۵ ، ۱/۰۹۸ ، ۰/۳۰۵	۰/۳۰۵
تحصیلات	-۰/۱۲۸	۰/۲۹۲	۰/۸۸۰	۰/۵۶۰ ، ۱/۴۹۷ ، ۰/۶۶۲	۰/۶۶۲
استفاده از مسواک (کمتر از یکبار در روز)	۰/۲۴۴	۰/۴۹۵	۱/۲۷۷	۰/۳۶۸ ، ۳/۴۸۴ ، ۰/۶۲۱	۰/۶۲۱
استفاده از خمیردندان حاوی فلوراید (خیر)	-۰/۳۹۶	۰/۸۳۴	۰/۶۷۳	۰/۴۵۲ ، ۳/۱۳۱ ، ۰/۶۳۵	۰/۶۳۵
استفاده از نخ دندان (کمتر از یک بار در روز)	-۰/۳۶۰	۰/۴۸۲	۰/۶۹۸	۰/۷۹۵ ، ۱/۲۷۱ ، ۰/۴۵۵	۰/۴۵۵
آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک (بیش از یکسال قبل)	-۰/۳۹۹	۰/۳۸۸	۰/۶۷۱	۰/۴۳۵ ، ۱/۳۱۴ ، ۰/۳۰۴	۰/۳۰۴
ریزه خواری مواد قندی (یکبار در روز یا بیشتر)	-۰/۵۴۸	۰/۴۰۶	۰/۵۷۸	۰/۲۸۱ ، ۱/۲۶۱ ، ۰/۱۷۷	۰/۱۷۷
مصرف سیگار (هرگز)	۰/۷۸۷				۰/۷۸۷
گاهی اوقات	۰/۳۶۳	۱/۲۳۱	۱/۴۳۸	۰/۰۴۹ ، ۱۶/۱۲۹ ، ۰/۷۶۸	۰/۷۶۸
هر روز	۰/۵۴۰	۰/۸۲۶	۱/۷۱۷	۰/۶۷۰ ، ۸/۳۴۰ ، ۰/۵۱۳	۰/۵۱۳
سواد سلامت دهان	۰/۰۱۲	۰/۰۱۲	۱/۰۱۲	۰/۰۳۵ ، ۱/۰۹۸۹ ، ۰/۳۰۵	۰/۳۰۵

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سواد سلامت دهان با شاخص های بالینی و رفتارهای سلامت دهان بر روی بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان انجام شد. بر اساس نتایج حاصله، سواد سلامت دهان مراجعین به دانشکده دندانپزشکی در حد متوسط بود. افرادی که سواد سلامت دهان بالاتری داشتند، رفتارهای سلامت دهان مطلوب تری را گزارش نمودند و تاریخچه پوسیدگی دندان کمتری را نشان دادند.

نمره سواد سلامت دهان مراجعین به دانشکده دندانپزشکی ۵۲/۳ از ۱۰۰ به دست آمد که پایینتر از نمره سواد سلامت شهروندان اصفهانی (۶۴/۷) در مطالعه سید معلمی و همکاران^(۱۴) نمره سواد سلامت شهروندان تهرانی (۶۱/۸) در مطالعه نقیبی و همکاران^(۴) و نیز نمره سواد سلامت دهان گروهی از مادران کودکان پیش دبستانی ساکن سمیرم (۶۳/۲)^(۱۵) بود. کمتر بودن سواد سلامت دهان

مراجعین به دانشکده دندانپزشکی در مقایسه با جمعیت عمومی می تواند به دلیل پایین تر بودن وضعیت اقتصادی-اجتماعی مراجعین به دانشکده در مقایسه با میانگین جامعه باشد. صباحی و همکاران^(۱۶) نیز سواد سلامت دهان مراجعین به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه تورتورا بالاتر از مطالعه حاضر گزارش کردند که می تواند به دلیل نقش گسترده تر تیم سلامت دهان آن کشور و آگاهی بالاتر مردم باشد. بنابراین ضرورت اقدامات مناسب با هدف ارتقاء سواد سلامت دهان در کشور خصوصاً بین اقشار با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین تر بیشتر احساس می شود.

در مطالعه حاضر، سواد سلامت دهان خانم ها بیشتر از آقایان بود که مشابه نتایج مطالعه نقیبی و همکاران^(۴) Blizniuk و همکاران^(۱۰) و نیز سید معلمی و همکاران^(۱۴) می باشد. علت این امر را می توان در داشتن اوقات فراغت بیشتر خانم ها جهت مشاهده تلویزیون به عنوان یکی از منابع اطلاعاتی سلامت^(۱۴) و ویزیت های بیشتر دندانپزشکی

بیماران به رعایت اصول بهداشتی و بهبود رفتارهای سلامت دهان داشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر، نشان داد که افراد با سطح سواد سلامت دهان بالاتر، تعداد دندان های پوسیده و از دست رفته کمتر، در مقابل تعداد دندان های پر شده بیشتر و در مجموع تاریخچه پوسیدگی دندان های کمتری داشته اند. بر اساس نتایج مطالعه Baskaradoss^(۹) و Blizniuk^(۱۰) نیز بیماران با سواد سلامت دهان پایین تر، دندان های از دست رفته بیشتر و دندان های پر شده کمتری داشتند. در بین بزرگسالان برزیلی نیز سواد سلامت دهان پایین با پوسیدگی های دندان های درمان نشده مرتبط بوده است.^(۸) به گزارش نقیبی و همکاران^(۲۲) بین سواد سلامت دهان و استفاده از خدمات دندانپزشکی ارتباط مثبت وجود دارد. بنابراین می توان گفت سواد سلامت دهان بالاتر و آگاهی بیشتر بیماران در زمینه سلامت دهان خود در استفاده بیشتر آنها از خدمات دندانپزشکی و پیگیری درمانشان و در نتیجه بهبود شاخصهای سلامت نقش دارد. در مقابل، بر خلاف مطالعه Baskaradoss^(۹) مبنی بر وجود ارتباط بین سواد سلامت دهان و وضعیت پرودنتال، در مطالعه حاضر سواد سلامت دهان با حداکثر شاخص CPI رابطه معنی داری نداشت. بنابراین، به نظر می رسد بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سواد سلامت دهان پیشگویی کننده بهتری برای شاخص پوسیدگی نسبت به شاخص پرودنتال باشد.

مشابه نتایج مطالعه بر روی شهروندان اصفهانی^(۱۴) و مادران کودکان پیش دبستانی سمیرم^(۱۵) در مطالعه حاضر سواد سلامت دهان با تعداد منابع اطلاعاتی مورد استفاده افراد در زمینه سلامت دهان رابطه مستقیم داشت. در مطالعه رضوی و همکاران^(۳۳) نیز بین نگرش بیماران دندانپزشکی نسبت به باورهای رایج در زمینه سلامت دهان و تعداد منابع اطلاعاتی مورد استفاده آنها ارتباط مثبتی مشاهده شد. در

خانمها دانست.^(۱۷) بر خلاف نتایج مطالعه سید معلمی در اصفهان که شهروندان مسن تر، سواد سلامت دهان بالاتری داشتند،^(۱۴) در مطالعه حاضر، مشابه سایر مطالعات موجود^(۱۸و۱۵و۱۴)، سواد سلامت دهان افراد جوان تر بیشتر بود.

در این مطالعه، سواد سلامت دهان افراد با سطح تحصیلات آنها رابطه مستقیم داشت. نتایج مشابهی از مطالعه بر روی بیماران دندانپزشکی^(۱۹و۱۶و۱۰و۹) و نیز جمعیت عمومی در مطالعات مختلف گزارش شده است.^(۲۰و۱۵و۱۴و۴) به نظر می رسد افراد با سطح تحصیلات بالاتر درک بهتری از برنامه های آموزشی و مشاوره ای داشته و از این برنامه ها بیشتر بهره می برند.^(۱۴) پس توصیه می شود که با فراهم کردن بستر مناسب به منظور ارتقای سطح تحصیلات جامعه منجر به بهبود سواد سلامت دهان افراد شد.

سواد سلامت دهان بالاتر در مراجعین به دانشکده دندانپزشک، با رفتارهای مطلوب سلامت دهان از جمله تکرر مسواک زدن، استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید، کاربرد روزانه نخ دندان، آخرین مراجعه بیماران به دندانپزشک طی سال گذشته و مصرف کمتر سیگار مرتبط بود. نتایج مشابهی توسط شیخی و همکاران^(۱۵) گزارش شده است. سواد سلامت پایین در بین بالغین برزیلی نیز با تعداد دفعات مسواک زدن کمتر از سه بار در روز، نخ کشیدن نامنظم و استفاده از خدمات دندانپزشکی در شرایط اورژانسی همراه بود.^(۸) به گزارش سایر مطالعات نیز افرادی که سواد سلامت دهان پایبتری داشتند کمتر مسواک می زدند.^(۱۵و۱۴و۸و۱۰) تأثیر سواد سلامت بر رفتارهای سلامت را با توجه به مدل اعتقاد بهداشتی می توان توجیه کرد.^(۲۱) بنابراین، به نظر می رسد آموزش بیماران و تلاش در جهت ارتقای سواد سلامت دهان آنها نقش مهمی در تشویق

برای انجام معاینات کلینیکی دقیق بر روی یونیت دندانپزشکی فراهم نمود. از طرفی به دلیل تمایل ذاتی افراد برای بهتر نشان دادن وضعیت خود، نتایج پرسشنامه ممکن است دقیقاً منطبق بر واقعیت نباشد. ضمناً به دلیل ماهیت مقطعی مطالعه امکان تعیین رابطه علت و معلولی وجود نداشت.

نتیجه گیری

سواد سلامت دهان بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی آزاد اصفهان در حد متوسط بود. رفتارهای سلامت دهان نظیر تکرر مسواک زدن، استفاده روزانه از نخ دندان، استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید و آخرین مراجعه به دندانپزشکی طی سال گذشته در افرادی که سواد سلامت دهان بالاتری داشتند مطلوبتر بود. افرادی که سواد سلامت دهان بالاتری داشتند، تعداد دندان های پر شده بیشتر و در مقابل، تعداد دندان های کشیده شده و پوسیده کمتر و در کل تاریخچه پوسیدگی دندان پایین تری داشتند. بنابراین لازم است استراتژی های ارتقاء سلامت دهان در جهت افزایش سواد سلامت دهان جهت دهی شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری عمومی دندانپزشکی با عنوان "ارتباط سواد سلامت دهان با شاخص های کلینیکی و رفتارهای سلامت دهان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان در سال ۹۵-۱۳۹۴" مربوط به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) به شماره ۲۳۸۱۰۲۰۱۹۴۱۰۱۹ می باشد. بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

مطالعه حاضر، دندانپزشک و پس از آن رادیو و تلویزیون، شایعترین منابع کسب اطلاعات سلامت دهان بودند. در مراجعین به کلینیک دندانپزشکی دانشگاه تورتو نیز بیمارانی که ویزیت های متنوع دندانپزشکی (به عنوان یکی از منابع اطلاعاتی مهم) داشتند، سواد سلامت دهان بالاتری نشان دادند.^(۱۶) بنابراین به نظر می رسد دسترسی به منابع اطلاعاتی متعدد به خصوص ویزیت های دندانپزشکی و استفاده از قابلیت رسانه های گروهی نقش مهمی در ارتقاء سواد سلامت دهان جامعه ایفا می کند. بر این اساس لازم است از طرفی رسانه های جمعی در آرایه اطلاعات مرتبط با سلامت دهان به مردم جامعه جهت دهی شوند و از سوی دیگر دندانپزشکان و سایر مراقبین سلامت دهان نقش فعالتری در زمینه آرایه آموزش های سلامت دهان به مراجعین خود ایفا کنند. اگرچه در دهه اخیر تعداد دانشکده های دندانپزشکی کشور سه برابر افزایش داشته است،^(۲۴) با این حال به دلیل اینکه فلسفه حاکم بر سیستم سلامت در ایران فلسفه درمان گرا می باشد و تلاشها عمدتاً در جهت تربیت نیروی کار متخصص برای فعالیت در سطوح درمان صورت می گیرد، در رابطه با میزان هزینه- اثربخشی این نیروها در ارتقای سلامت جامعه به سختی می توان مستندی ارائه داد. از طرفی، جایگاه شغلی نیروهای حدواسط دندانپزشکی در سیستم ارائه خدمات سلامت دهان کشور مشخص نیست.^(۲۵)

با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی مراجعین به دانشکده دندانپزشکی انجام گرفته است، نتایج آن قابل تعمیم به کل جامعه نیست چراکه بیمارانی که به دانشکده مراجعه می کنند اغلب از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی در وضعیت پایین تری نسبت به میانگین جامعه قرار دارند. با این حال، انتخاب بیماران دانشکده شرایط استاندارد را

پرسشنامه

شرکت کننده گرامی، با سلام؛ پرسشنامه حاضر جهت بررسی «سواد سلامت دهان و ارتباط آن با شاخص های کلینیکی و رفتارهای سلامت دهان در بیماران دندانپزشکی» پیش روی شماست. خواهشمندیم با صرف دقایقی از وقت خود و با دقت به سؤالات زیر پاسخ دهید و سعی کنید فقط از اطلاعات فردی خودتان برای پاسخ گویی استفاده کرده و از دیگران کمک نگیرید.
با تشکر - دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

"در این بخش، سؤالاتی در زمینه آگاهی عمومی از بیماری های دهان و دندان به شما ارائه می شود. گزینه صحیح برای پر کردن جای خالی را علامت بزنید."

۱- تحقیقات نشان داده است که به احتمال زیاد بین بیماری های دهان و دندان و دیگر بیماری ها مانند رابطه ای وجود دارد.

۱- بیماری های پوستی ۲- سکنه قلبی ۳- بیماری های روانی ۴- اختلال ماهیچه ای ۵- نمی دانم

۲- پوسیدگی های دندانی از شایع ترین بیماری های دهان و دندان هستند که در صورت مسواک زدن با خمیر دندان حاوی

۱- مواد طعم دهنده ۲- مواد سفید کننده ۳- مواد شوینده ۴- فلوراید ۵- نمی دانم

حداقل دو بار در به همراه استفاده از نخ دندان و کاهش خوردن غذاهای پر از قابل پیشگیری هستند.

۱- ماه ۱- نمک

۲- وعده ۲- فلفل

۳- روز ۳- چربی

۴- هفته ۴- قند

۵- نمی دانم ۵- نمی دانم

۳- تعداد دندان های هر فرد ۳۲ عدد است که آن در حدود ۶ سالگی در دهان می روید.

۱- ۱- ثنایا ۱- بیشتر

۲- ۲- شیری ۲- اولین

۳- ۳- آسیا ۳- آخرین

۴- ۴- دائمی ۴- تمامی

۵- ۵- نمی دانم ۵- نمی دانم

"در این بخش یک نسخه جهت مصرف آنتی بیوتیک به شما ارائه می شود. لطفاً بعد از خواندن نسخه داخل کادر، پاسخ سؤالاتی که مربوط به آن را انتخاب و یا کتباً بنویسید."

نسخه

تشخیص: عفونت و آبسه دندانی

درمان: کپسول آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم

تعداد: ۲۱

روزی ۳ عدد (هر ۸ ساعت) به مدت ۷ روز خورده شود.

۴- اگر اولین کپسول را ساعت ۲ بعد از ظهر بخورید، کپسول بعدی را چه زمانی باید بخورید؟

ساعت نمی دانم

۵- اگر علائم بیماری شما قبل از تمام شدن دارو برطرف شود آیا خوردن کپسول ها را باید ادامه دهید؟

۱- بلی ۲- خیر ۳- نمی دانم

"در این بخش دستورالعمل مصرف دهانشویه به شما ارائه می شود. لطفاً بعد از خواندن دستورالعمل داخل کادر، پاسخ سوال های مربوط به آن را انتخاب و یا کتباً بنویسید."

دستورالعمل

❖ دهان شویه سدیم فلوراید ۰/۲ درصد

❖ هفته ای یکبار، در هر بار به مدت یک دقیقه، در دهان بچرخانید به طوریکه تمام سطح دندان ها با آن تماس پیدا

کند و بعد، آن را دور بریزید. مقدار مصرف معمول ۵ میلی لیتر است (با استفاده از پیمانه روی در بطری)

❖ تا نیم ساعت بعد از مصرف دهان شویه از خوردن و شستشوی دهان خودداری نمایید.

۶- با توجه به دستور مصرف، آیا می توانید محلول را ببلعید؟ ۱- بلی ۲- خیر ۳- نمی دانم

۷- اگر ساعت ۱۲ ظهر از این دهان شویه استفاده کنید، از چه زمانی می توانید دوباره بخورید یا بیاشامید؟

از ساعت نمی دانم

"در این بخش یک دستورالعمل درباره نکاتی که بعد از کشیدن دندان باید رعایت شود، توسط پرسشگر برای شما خوانده می شود. بعد از شنیدن این نکات، پاسخ سوال های مربوط به آن را انتخاب و یا کتباً بنویسید."

۸- اگر ساعت ۸ صبح دندانتان را بکشید، از چه زمانی می توانید گاز را از دهان بیرون بیاورید؟

از ساعت نمی دانم

۹- اگر ساعت ۸ صبح دندانتان را بکشید، آیا ساعت ۲ بعد از ظهر می توانید غذای داغ بخورید؟

۱- بلی ۲- خیر ۳- نمی دانم

"در این بخش سوال هایی در مورد برخورد با مشکلات دهان و دندان و عباراتی از فرم معاینه دندانپزشکی به شما ارائه می شود، لطفاً پاسخ صحیح را علامت بزنید."

۱۰- در صورت خونریزی کم از لثه بعد از مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان، به نظر شما بهترین اقدام کدام گزینه است؟

۱- استفاده نکردن از مسواک و نخ دندان به صورت روزانه

۲- جویدن آدامس به جای استفاده از مسواک و نخ دندان

۳- ادامه استفاده از مسواک و نخ دندان به صورت روزانه

۴- استفاده از خلال دندان به جای استفاده از مسواک و نخ دندان

۵- نمی دانم

۱۱- در صورت احساس درد و تورم در دهان، به نظر شما بهترین اقدام کدام گزینه است؟

۱- مصرف آنتی بیوتیک (چرک خشک کن) ۲- مصرف مسکن ۳- مشاوره با خانواده

۴- مراجعه به پزشک یا دندانپزشک ۵- نمی دانم

۱۲- برای حذف جرم و رنگدانه های چسبیده به دندان، به نظر شما بهترین اقدام کدام گزینه است؟

۱- جویدن مواد غذایی سفت مثل سیب ۲- استفاده از دهان شویه

۳- استفاده از خمیردندان جرم گیر و سفید کننده ۴- جرم گیری و بروساژ توسط دندانپزشک ۵- نمی دانم

۱۳- معنی و مفهوم عبارت "دندانپزشک را از نتایج ناخواسته درمان بر روی دندانهایم میرا می دانم" به نظر شما کدام گزینه است؟

۱- دندانپزشک را نسبت به عوارض ناخواسته درمان بر روی دندانهایم مسئول می دانم.

۲- از اقدامات درمانی انجام شده توسط دندانپزشک رضایت کامل دارم.

۳- به دندانپزشک اجازه می دهم درمان های لازم را هر طور که صلاح می داند، انجام دهد.

۴- دندانپزشک را نسبت به عوارض ناخواسته درمان بر روی دندانهایم مسئول نمی دانم.

۵- نمی دانم.

۱۴- معنی و مفهوم عبارت "سابقه حساسیت یا آلرژی دارویی دارم" به نظر شما کدام گزینه است؟

۱- پس از مصرف بعضی از داروها، دچار لکنت زبان و تشنج می شوم.

۲- پس از مصرف بعضی از داروها، دچار درد شدید زیر جناغ سینه می شوم.

۳- پس از مصرف بعضی از داروها، دچار تنگی نفس و کهیر بر روی پوست می شوم.

۴- پس از مصرف بعضی از داروها، دچار اضطراب و سرگیجه می شوم.

۵- نمی دانم

"در این بخش سؤال هایی در مورد عادات رفتاری بهداشت دهان و دندان خودتان به شما ارائه می شود. یکی از گزینه هایی که نشان

دهنده عادت رفتاری شماست را انتخاب کنید و علامت بزنید."

۱۵- معمولاً هر چند وقت یک بار دندانهایتان را مسواک می زنید؟

۱- خیلی کم یا هیچ وقت ۲- یک بار در هفته

۳- دو یا سه بار در هفته ۴- یک بار در روز

۵- دو بار در روز یا بیشتر

۱۶- آیا به هنگام مسواک زدن از خمیر دندان هم استفاده می کنید؟

۱- همیشه ۲- اکثر اوقات ۳- به ندرت ۴- هیچ وقت

۱۷- آیا قبل یا بعد از مسواک زدن، از نخ دندان استفاده می کنید؟

۱- همیشه ۲- اکثر اوقات ۳- به ندرت ۴- هیچ وقت

۱۸- آخرین باری که به دندانپزشک مراجعه کردید، چه زمانی بوده است؟

۱- طی ۶ ماه گذشته ۲- بین ۶ ماه تا یک سال قبل ۳- بین یک تا دو سال قبل

۴- بین دو تا پنج سال قبل ۵- بیش از پنج سال قبل ۶- به یاد نمی آورم

۷- تاکنون به دندانپزشک مراجعه نکرده ام

۱۹- معمولاً در میان وعده ها چند بار در روز تنقلات شیرین (بیسکویت، شکلات، شیرینی، پاستیل و...) یا نوشیدنی های شیرین (نوشابه،

چای شیرین، آب میوه آماده و ...) را در بین وعده های غذایی اصلی می خورید؟

۱- حدود سه بار در روز یا بیشتر ۲- حدود ۲ بار در روز ۳- یکبار در روز

۴- گاهی اوقات، نه هر روز ۵- خیلی به ندرت، یا اصولاً در بین وعده های غذایی چیزی نمی خورم.

۲۰- آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟

۱- خیر، هرگز نکشیده ام ۲- خیر، قبلاً می کشیدم ولی اکنون ترک کرده ام

۳- بلی، یک نخ در ماه یا کمتر ۴- بلی، ۲-۳ نخ در ماه

۵- بلی، ۲-۳ نخ در هفته ۶- بلی، یک نخ در روز

۷- بلی، چند نخ در روز (در صورتیکه بیش از یک نخ در روز سیگار می کشید، تعداد آن را ذکر کنید):

۲۱- اطلاعات مربوط به سلامت دهان و دندان (دندانپزشکی) را معمولاً از کدام منبع به دست می آورید؟

(شما می توانید بیش از یک گزینه را انتخاب نمایید)

۱- کتاب ۲- اینترنت ۳- خانواده ۴- دندانپزشک ۵- روزنامه

۶- رادیو و تلویزیون ۷- دوستان و همکاران ۸- سایر منابع (لطفاً ذکر کنید):

مشخصات پاسخگو

با توجه به اهمیت اطلاعات این بخش در روند تحقیق، خواهشمند است با دقت به سوال های زیر پاسخ دهید. (لازم به ذکر است؛

اطلاعات این بخش کاملاً محرمانه بوده و نیازی به ذکر نام نیست)

جنس:

سال تولد:

چند سال درس خوانده اید:

آخرین مدرک تحصیلی:

تعداد افراد خانوار (تعداد افرادی که با هم در یک منزل مسکونی زندگی می کنید):

منابع

1. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. J Dent Sci 2013; 8(2):170-6.
2. Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. BMC oral health 2014; 14(1):1-3.
3. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Accessed August 18, 2021.
4. Naghibi Sistani MM, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtooma H. Determinants of oral health: does oral

- health literacy matter?. *ISRN Dent* 2013; 2013:1-6.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for a contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3):259-67.
 6. Roter DL. Oral literacy demand of health care communication: challenges and solutions. *Nurs Outlook* 2011; 59(2):79-84.
 7. Holtzman JS, Atchison KA, Gironde MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42(3):263-70.
 8. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MDLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC public health* 2017; 18(1):1-9.
 9. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health* 2018; 18(1):1-6.
 10. Blizniuk A, Ueno M, Zaitso T, Kawaguchi Y. Association of oral health literacy with oral health behaviour and oral health status in Belarus. *Community Dent Health* 2015; 32(3):148-52.
 11. Holtzman JS, Atchison KA, Macek MD, Markovic D. Oral health literacy and measures of periodontal disease. *J Periodontol* 2017; 88(1):78-88.
 12. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 2017; 148(8):604-13.
 13. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
 14. Saied Moallemi Z, Haghghi M. Assessing oral health literacy among the residents of Isfahan in 2014? 2015. *Journal of Isfahan Dental School* 2016; 12(3):268-79.
 15. Sheikhi S, Shekarchizadeh H, Saied-Moallemi Z. The relationship between mothers' oral health literacy and their children's oral health status. *Int J Dent Med* 2018; 31(3):175-84.
 16. Sabbahi DA, Lawrence HP, Limeback H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(5):451-62.
 17. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Asadi-Lari M, Shamshiri AR, Hessari H. Psychosocial determinants of dental service utilization among adults: Results from a population-based survey (Urban HEART-2) in Tehran, Iran. *Eur J Dent* 2015; 9(4):542-50.
 18. Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Vann WF Jr. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-99. *J Public Health Dent* 2007; 67(2):99-104.
 19. Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent* 2010; 70(4):269-75.
 20. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Lee SY, Vann WF Jr. Oral health literacy levels among a low-income WIC population. *J Public Health Dent* 2011; 71(2):152-60.
 21. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. *J Dent Hyg* 2004; 78(3):6.
 22. Sistani MMN, Virtanen J, Yazdani R, Murtooma H. Association of oral health behavior and the use of dental services with oral health literacy among adults in Tehran, Iran. *Eur J Dent* 2017; 11(2):162-7.
 23. Razavi SM, Khalesi S, Chamlanian M. Investigation of the patients' attitudes referring to dental centers toward some common beliefs about oral health in Isfahan, Iran, During 2020. *J Mashhad Dent Sch* 2021; 45(3):247-56.
 24. Abbasian B. Increasing dental schools, an opportunity or a threat? Availabel at: URL: <https://irimc.org/news/id/44342/categoryid/193>. Accessed October 20, 2021.
 25. Ghasemi H. The effect of increasing the number of dental schools on oral health status of the community. Availabel at: URL: <http://irden.ir/amoozesh/nd/133082>. . Accessed October 20, 2021.