دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیستم، شماره ۶، صفحه ۵۶۱ - ۵۵۳ (بهمن و اسفند ۱۳۹۶)

Iran South Med J 2018;20(6): 553-561

ارزیابی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی در رابطه با بیماری پریودنتال در شهر بوشهر در سال ۹۵-۱۳۹۴

عمار بصری (MSc)[1*]، نیلوفر معتمد (MPH)[2]، نیلوفر مزینانی (DMD) [3]

[1] گروه پریودنتولوژی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[2] گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[3] دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۲۳- پذیرش مقاله: ۹۶/۵/۲۵)

چکیده

زمینه: با توجه به شایع بودن بیماری پریودنتال در بیماران دیابتی و عوارض دهانی شناخته شده بیماری دیابت، همچنین به دلیل خلاء اطلاعاتی بیماران دیابتی در رابطه با بیماری پریودنتال و عدم وجود مطالعه‌ای در بررسی ارتباط این دو در شهر بوشهر، این تحقیق انجام گرفته است. هدف این مطالعه ارزیابی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی در رابطه با بیماری پریودنتال می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی- تحلیلی و به‌وسیله پرسشنامه انجام گرفت. جامعه مورد بررسی بیماران دیابتی ۴۰ سال به بالا (n=۱۵۰)، دارای دیابت نوع یک یا دو، کنترل شده و یا نشده (علی‌رغم مصرف دارو) و حداقل دارای ۱۰ دندان بودند که به‌صورت نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. پرسشنامه شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و ۲۵ سؤال بود که ۵ سؤال مربوط به آگاهی، ۸ سؤال مربوط به نگرش، ۶ سؤال مربوط به عملکرد بوده و روایی و پایایی آن قبلاً سنجیده شده است. اطلاعات پس از استخراج از پرسشنامه‌ها کدگذاری و سپس وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ شد و توسط آزمون‌های آنالیز آماری مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از میان شرکت کنندگان در این مطالعه ۵۱/۳۰ درصد از بیماران دیابتی دارای سطح آگاهی خوب و ۶۲ درصد دارای سطح نگرش خوب بودند. ۴۴/۷۰ درصد از بیماران نیز دارای سطح عملکرد ضعیف بودند. رابطه همبستگی مثبتی میان آگاهی و نگرش، آگاهی و عملکرد و نگرش و عملکرد وجود داشت.

نتیجه‌گیری: این تحقیق نشان داد که بیش از نیمی از بیماران دیابتی در شهر بوشهر دارای آگاهی و نگرش خوب بودند اما عملکرد آنها ضعیف بوده است. لذا راهکارهای دیگری جهت بهبود سطح عملکرد بیماران مورد نیاز می‌باشد.

واژگان کلیدی: بیماری پریودنتال، دیابت، سطح آگاهی، سطح نگرش، سطح عملکرد

* بوشهر، گروه پریودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

Email: dr.ammarbasri@gmail.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

در جامعه امروزی با افزایش شیوع بسیاری از بیماری‌ها از جمله دیابت[1] مواجه هستیم که که پرهزینه‌ترین بیماری غدد در جهان می‌باشد (۱). یکی از عواقب شایع این بیماری علاوه بر تخریب ارگان‌ها، بیماری پریودنتال[2] می‌باشد. به گونه‌ای که از بیماری پریودنتال به عنوان ششمین عارضه دیابت نام برده می‌شود (۲).

بیماری پریودنتال به پروسه التهابی که در بافت اطراف دندان در پاسخ به تجمع باکتری‌ها و یا پلاک دندانی[3] است، اطلاق می‌شود. عفونت باکتریایی مزمن و پیشرفته لثه‌ها منجر به تحلیل لثه، تخریب بافت استخوانی، از دست رفتن بافت متصل به دندان و تشکیل پاکت پریودنتال[4] می‌شود (۳).

قابل توجه است که دیابت و بیماری پریودنتال رابطه‌ای دوجانبه دارند بدین معنا که همان‌طور که دیابت باعث وخامت بیماری پریودنتال می‌شود، بیماری پریودنتال نیز بر دیابت تأثیرگذار می‌باشد (۴). شواهد نشان داده است که بیماری دیابت یک ریسک فاکتور برای افزایش شیوع بیماری پریودنتال است (۵) و بیماران دیابتی شیوع نسبتاً بالاتری از بیماری پریودنتال را نسبت به افراد غیر دیابتی دارند (۶). شدت وخامت بیماری پریودنتال مرتبط با نوع دیابت می‌باشد و در بیماران دیابتی نوع دو بیشتر است (۷). در مطالعه متاآنالیز چاواری نیز نتایج حاکی از آن بود که دیابت نوع دو یک ریسک فاکتور برای بیماری پریودنتال است (۸).

طبق آمارهای جهانی تخمین زده شده که در حال حاضر تعداد افراد مبتلا به دیابت در دنیا به ۴۱۵ میلیون نفر می‌رسد (۹) و با وجود شناخت جهانی از خطرات دیابت، بسیاری از بیماران دیابتی در رابطه با اثرات دیابت بر سلامت دهان و دندان بی‌اطلاع هستند (۱۰). مطالعه یافت شده در این زمینه، تنها سطح آگاهی ساکنین ۱۸ سال به بالای بندر بوشهر را نسبت به بیماری دیابت و عواقب آن مورد بررسی قرار داده است (۱۱). لذا بررسی‌ها بیانگر محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه در شهر بوشهر می‌باشد.

با دانستن سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی از بیماری پریودنتال میتوان شیوه‌های اطلاع رسانی بهتر و برنامه‌های مراقبتی و بهداشتی جامع‌تری در جهت ارتقاء بهداشت دهان و کاهش عوارض دندانی به بیماران دیابتی ارائه داد. لذا هدف از این تحقیق ارزیابی سطح آگاهی، نگرش و رفتار بیماران دیابتی در رابطه با بیماری پریودنتال در شهر بوشهر در سال ۹۵ –۱۳۹۴ می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی در قالب پایان‌نامه و از نوع مقطعی بر روی ۱۵۰ بیمار دیابتی که به یکی از کلینیک‌های غدد بیمارستان شهدای خلیج‌فارس، درمانگاه ابوالفضل و یا کلینیک دیابت مرکز بهداشتی درمانی هفتم تیر در شهر بوشهر در سال ۹۵-۱۳۹۴ مراجعه کردند، صورت گرفت.

این بیماران دارای دیابت نوع یک و یا دو، کنترل شده و یا نشده (علی‌رغم مصرف دارو) و حداقل دارای ۱۰ دندان بودند. با توجه به اینکه اکثر بیماران پریو ۴۰ سال به بالا هستند (۱۲)، بنابراین بیماران ۴۰ سال به بالا به

[1] Diabetes
[2] Periodontal disease
[3] Dental Plaque
[4] Periodontal Pocket

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و در صورت تمایل در مطالعه وارد شدند. معیار دیابتی استفاده شده در مطالعه، آخرین قند خون ناشتای اظهار شده توسط بیمار بود.

در این مطالعه از پرسشنامه‌ای استفاده شد که شامل ۲۵ سؤال بود. ۵ سؤال مربوط به آگاهی، ۸ سؤال مربوط به نگرش، ۶ سؤال مربوط به عملکرد و سایر سؤالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک، سایر عوامل اثرگذار در رعایت بهداشت دهان و دندان و علائم دهانی دیابت بود. پرسشنامه برگرفته از مطالعه انجام شده توسط عطارباشی (۱۳) که ضریب پایایی آن ۰/۷۲ و روایی محتوایی آن به صورت کیفی توسط متخصصان تأیید شده بود.

امتیاز داده شده به سطح آگاهی ضعیف بین صفر تا ۴۰، سطح آگاهی متوسط بین ۴۱ تا ۶۵ و سطح آگاهی خوب بین ۶۶ تا ۱۰۰ بود. امتیاز داده شده به سطح نگرش ضعیف بین صفر تا ۵۰، سطح نگرش متوسط بین ۵۱ تا ۷۵ و سطح نگرش خوب بین ۷۶ تا ۱۰۰ بود. امتیاز داده شده به سطح عملکرد ضعیف بین صفر تا ۳۰، سطح عملکرد متوسط بین ۳۱ تا ۷۰ و سطح عملکرد خوب بین ۷۱ تا ۱۰۰ بود.

پرسشنامه توسط پاسخگویان به صورت حضوری و مستقیم پر شدند و در صورت بی‌سواد بودن پاسخگو، سؤالات توسط محقق خوانده شد. نام بیماران در این تحقیق محرمانه ماند و اطلاعات به‌صورت کلی تجزیه و تحلیل شدند. این طرح با کد IR.BPUMS.REC.1395.2 مورد تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر واقع شد.

اطلاعات پس از استخراج از پرسشنامه‌ها کدگذاری و سپس وارد نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ شد و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی وفراوانی نسبی) و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس (برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی دموگرافیک بین سطوح مختلف آگاهی، نگرش و عملکرد) و مجذور کای (برای بررسی ارتباط سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد بر حسب متغیرهای دموگرافیک کیفی) و ضریب همبستگی اسپیرمن (جهت بررسی ارتباط سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد) تجزیه و تحلیل شد. از آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین سن، مدت زمان بیماری و قند خون ناشتا بین سطوح مختلف آگاهی و عملکرد استفاده شد و از آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه میانگین سن، مدت زمان بیماری و قند خون ناشتا در سطح نگرش استفاده شد. در کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ شامل ۷۹ مرد (۵۲/۷ درصد) و ۷۱ زن (۴۷/۳ درصد) در مطالعه شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران ۵۳/۵۵±۷/۶۹ سال و میانگین و انحراف معیار آخرین قندخون ناشتای آنها ۱۹۳/۷±۷۳/۴۸ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و حداقل و حداکثر مدت زمان بیماری به ترتیب ۱ و ۳۰ سال بود. (جدول ۱)

جدول ۱) خصوصیات دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در طرح در شهر بوشهر در سال ۹۵-۱۳۹۴

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۴۰/۰۰	۷۵/۰۰	۵۳/۵۵	۷/۶۹
مدت زمان بیماری (سال)	۱/۰۰	۳۰/۰۰	۷/۵۴	۶/۰۵
قندخون ناشتا (میلی‌گرم در دسی‌لیتر)	۵۰/۰۰	۴۸۰/۰۰	۱۹۳/۷۰	۷۳/۴۸

از نظر سطح تحصیلات اکثریت افراد مورد مطالعه یعنی ۳۸ نفر (۲۵/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۳۱ نفر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

(۲۰/۷ درصد) بیسواد بودند.

در خصوص علائم دهانی بیماران، شایع‌ترین علامت احساس خشکی دهان با فراوانی ۵۶ درصد (۸۴ نفر) و پس از آن احساس طعم نامطلوب در دهان ۳۰ درصد، (۴۵ نفر) بود. نادرترین علامت دهانی احساس سوزش لثه با فراوانی ۱۳/۳ درصد (۲۰ نفر) گزارش شد. (جدول ۲)

جدول ۲) توزیع فراوانی بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در طرح به تفکیک علائم دهانی در شهر بوشهر در سال ۹۵-۱۳۹۴

علامت دهانی	بلی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خشکی دهان	۸۴	۵۶/۰۰	۶۶	۴۴/۰۰
طعم نامطلوب دهان	۴۵	۳۰/۰۰	۱۰۵	۷۰/۰۰
بوی بد دهان	۴۳	۲۸/۷۰	۱۰۷	۷۱/۳۰
دندان لق	۳۷	۲۴/۷۰	۱۱۳	۷۵/۳۰
تورم لثه	۳۶	۲۴/۰۰	۱۱۴	۷۶/۰۰
دندان حساس	۳۱	۲۰/۷۰	۱۱۹	۷۹/۳۰
خونریزی از لثه	۲۸	۱۸/۷۰	۱۲۲	۸۱/۳۰
سوزش دهان و زبان	۲۶	۱۷/۳۰	۱۲۴	۸۲/۷۰
سوزش در لثه	۲۰	۱۳/۳۰	۱۳۰	۸۶/۷۰
دیگر علائم	۴	۲/۷۰	۱۴۶	۹۷/۳۰

*بیماران می‌توانستند بیش از یک علامت را انتخاب کنند.

۸۳ درصد (۱۲۵ نفر) از بیماران از نخ دندان استفاده نمی‌کردند. در عین حال ۸۵ نفر (۵۶/۷ درصد) از خلال دندان استفاده می‌کردند. همچنین استفاده از مسواک بین دندانی (۴ نفر، ۲/۷ درصد) و دهانشویه (۱۱ نفر، ۷/۳ درصد) در بیماران بسیار کم گزارش شد. لازم به ذکر است که ۴۲ نفر از بیماران (۲۸ درصد) از هیچ کدام از ۴ وسیله کمکی جهت بهداشت دهان استفاده نمی‌کردند. (جدول ۳)

جدول ۳) توزیع فراوانی بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در طرح به تفکیک رعایت بهداشت دهان و استفاده از وسایل کمکی جهت بهداشت دهان در شهر بوشهر در سال ۹۵-۱۳۹۴

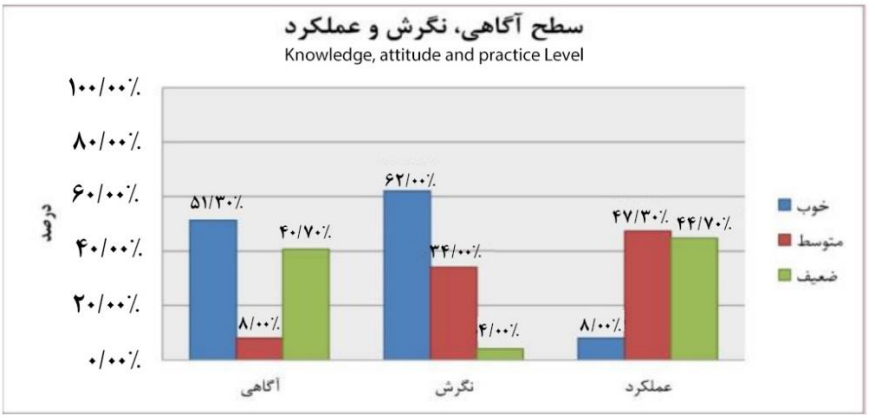
متغیر / وسایل کمکی	بلی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خلال دندان	۸۵	۵۶/۷۰	۶۵	۴۳/۳۰
هیچ کدام	۴۲	۲۸/۰۰	۱۰۸	۷۲/۰۰
نخ دندان	۲۵	۱۶/۷۰	۱۲۵	۸۳/۳۰
دهانشویه	۱۱	۷/۳۰	۱۳۹	۹۲/۷۰
مسواک بین دندانی	۴	۲/۷۰	۱۴۶	۹۷/۳۰

بیشترین دلیل مراجعه بیماران به دندانپزشک درد دندان (۵۶ درصد) بوده است و تنها ۱۸/۷ درصد از بیماران برای معاینات دوره‌ای نزد دندانپزشک رفته بودند.

در ۷۷ نفر از بیماران (۵۱/۳۰ درصد) آگاهی در سطح خوب بود. همچنین نگرش ۹۳ نفر (۶۲ درصد) از بیماران در حد خوب بود. از نظر اظهار عملکرد تنها ۱۲ نفر (۸

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

درصد) از بیماران در سطح خوب و ۶۷ نفر (۴۴/۷ درصد)
در سطح ضعیف بودند. (نمودار ۱)



نمودار ۱) توزیع فراوانی بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در طرح به تفکیک سطوح آگاهی، نگرش و عملکرد در شهر بوشهر در سال ۹۵-۱۳۹۴

Fig1) frequency distribution of participating diabetic patients divided by knowledge, attitude and practice in bushehr city in 2015-16

با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مشخص شد که رابطه همبستگی مثبتی بین نمرات آگاهی و نگرش بیماران وجود داشت (p=۰/۰۰۰۱، r=۰/۷۴). همچنین رابطه همبستگی مثبتی بین نمرات آگاهی و عملکرد بیماران وجود داشت (p=۰/۰۰۱، r=۰/۴۳). لازم به ذکر است که بین نمرات نگرش و عملکرد بیماران نیز رابطه همبستگی مثبتی وجود داشت (p=۰/۰۱، r=۰/۳۱).

ارتباط معناداری بین مصرف سیگار با سطح عملکرد وجود داشت (p=۰/۰۳۵) به‌طوری که نسبت افراد دارای عملکرد متوسط در افراد غیرسیگاری (۵۰ درصد) بیشتر از افراد سیگاری بود (۳۷/۵ درصد). همچنین ارتباط معناداری بین میزان تحصیلات با سطوح آگاهی (p=۰/۰۰۰۱)، نگرش (p=۰/۰۰۰۱) و عملکرد وجود داشت. به گونه‌ای که با افزایش میزان تحصیلات، سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران نیز افزایش می‌یافت. بین بیماران با سطوح مختلف عملکرد از نظر میانگین مدت زمان بیماری (p=۰/۲۸) و قندخون ناشتا (p=۰/۱۱) تفاوت معناداری وجود نداشت. اما میانگین سنی بیماران با سطوح مختلف عملکرد تفاوت معناداری داشت (p=۰/۰۳۸) به‌طوری که افراد دارای سن بالاتر دارای عملکرد پایین‌تری بودند.

در این مطالعه تنها ۴۶ نفر (۳۰/۷ درصد) از بیماران از جانب پزشک خود به دندانپزشک ارجاع شده بودند. اکثر بیماران (۸۸ نفر) برای درمان‌های دندانپزشکی به بخش خصوصی مراجعه می‌کردند.

بحث

هدف از انجام این مطالعه ارزیابی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی در رابطه با بیماری پریودنتال بود. نتایج نشان داد که ۵۱/۳۰ درصد و ۶۲ درصد از بیماران به ترتیب دارای سطح آگاهی خوب و سطح نگرش خوب بودند. ۴۴/۷۰ درصد از بیماران نیز دارای سطح عملکرد ضعیف بودند. رابطه همبستگی مثبتی میان آگاهی با نگرش (p=۰/۰۰۱)، آگاهی با عملکرد (p=۰/۰۰۱) و نگرش با عملکرد (p=۰/۰۱) وجود داشت. از بیماری پریودنتال به عنوان ششمین عارضه دیابت نام

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

برده می‌شود (۲) که این نشان دهنده نقش دیابت به عنوان یک ریسک فاکتور مهم در افزایش شیوع بیماری پریودنتال می‌باشد (۵). بر اساس مطالعه مروری بروگنا (Borgnakke)، شواهد نشان داده که بیماری پریودنتال آثار مخربی بر نتایج بیماری دیابت دارد و باید مطالعات طولی بیشتری در این زمینه صورت گیرد (۱۴). تظاهرات دهانی دیابت اغلب در بیماران با بهداشت دهانی ضعیف دیده می‌شود (۱۵). این امر حاکی از آن است که افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی درارتقاء وضعیت سلامت دهان از اهمیت بالایی برخوردار است.

برخلاف مطالعه عطارباشی (۱۶) که ۸/۵ درصد از بیماران دارای نگرش ضعیف هستند، در مطالعه کنونی ۴ درصد از بیماران دارای نگرش ضعیف بودند که نتیجه مطلوب‌تری بود. در مطالعه کنونی در شهر بوشهر حدود ۳۰ درصد از بیماران توسط پزشک متخصص خود به دندانپزشک ارجاع داده شدند. با این حال این یافته در مقایسه با مطالعه عطارباشی در شهر یزد (۱۶) که از میان ۱۵۶ نفر فقط ۴/۴ درصد بیماران توسط پزشک متخصص به دندانپزشک ارجاع داده شده‌اند، وضعیت مطلوب‌تری به شمار می‌رفت اما به‌طور کل این میزان پایین بود. این در صورتی است که در مطالعه کجریوال (Kejriwal) و همکاران در هند اکثریت بیماران اطلاعات مربوط به سلامت دهان را از دندانپزشکان خود دریافت کرده‌اند (۱۷). همچنین تحقیقات انجام شده توسط وینسپاچ (Weinspach) نشان می‌دهد که در درمان دندانپزشکی بیماران دیابتی، افزایش آگاهی آنها مورد غفلت واقع شده است (۱۸). طبق مطالعه نوروزی نیز بیماران دیابتی از منابع حمایتی بسیار اندکی جهت خودمراقبتی بهرمند می‌باشند و سازگاری شخصی با بیماری مهم‌ترین منبع حمایتی است (۱۹). بر اساس مطالعه هادی‌پور شناخت عوامل فردی و محیطی مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو ضروری به‌نظر می‌رسد (۲۰).

واتانابه (Watanabe)، با بررسی رابطه دو جانبه میان دیابت و بیماری پریودنتال قید می‌کند که می‌بایست میان پزشک متخصص و دندانپزشک همکاری وجود داشته باشد تا بهترین درمان برای بیمار صورت گیرد (۲۱).

بیشترین دلیل مراجعه این بیماران (۵۶ درصد) درد دندان بود و تنها ۱۸/۷۰ درصد از بیماران برای معاینات دوره‌ای به نزد دندانپزشک می‌رفتند. در مطالعه صورت گرفته توسط مور (Moor) اکثر بیماران گران بودن هزینه‌های دندانپزشکی را علت مراجعه نکردن جهت چک آپ‌های روتین عنوان کرده‌اند (۲۲) با این حال با توجه به پایین‌تر بودن هزینه‌های دندانپزشکی در بخش دولتی، دیگر دلائل مبنی بر مراجعه نکردن مرتب بیماران به بخش دولتی باید مورد بررسی قرار گیرد. عدم انجام تمامی امور دندانپزشکی، کیفیت پایین‌تر درمان، شلوغی مراکز دولتی، نبود پوشش‌دهی مناسب درمان دندانپزشکی توسط بیمه و یا عدم آگاهی از وجود مراکز آموزشی درمانی از قبیل کلینیک دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی می‌تواند از دیگر دلایل مراجعه نکردن به مراکز دولتی باشد.

اکثر بیماران از خلال دندان استفاده می‌کردند. دلیل استفاده اکثر افراد از خلال دندان می‌تواند در دسترس بودن و ارزان بودن آن باشد. خلال دندان به‌راحتی حتی در رستوران‌ها هم یافت می‌شود و این تکرار در دیدن و در دسترس بودن این وسیله کمکی باعث شده که استفاده از آن، از یک "وظیفه" به یک الگوی رفتاری تبدیل شود. بیش از ۸۰ درصد بیماران از نخ دندان استفاده نمی‌کردند. در مطالعه باهامام (Bahammam) نیز استفاده از نخ دندان از اهمیت کمی برخوردار است،

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

چرا که اکثر بیماران (۷۳/۶ درصد) هرگز از این وسیله کمکی استفاده نمی‌کردند (۲۳). همچنین استفاده از مسواک بین دندانی و دهانشویه در بیماران بسیار کم گزارش شد. به علاوه ۲۸ درصد از بیماران از هیچ کدام از ۴ وسیله کمکی جهت بهداشت دهان استفاده نمی‌کردند. اما در مطالعه کجریوال، نیمی از بیماران (۵۲ درصد) از دهانشویه و ۱۴ درصد از مسواک بین دندانی استفاده می‌کنند. استفاده از نخ دندان در این مطالعه نیز بسیار کم (۳ درصد) گزارش شد (۱۷).

بیشترین علامت دهانی در بیماران خشکی دهان (۵۶ درصد) بود که با توجه به اینکه این علامت به عنوان شایع‌ترین علامت دهانی در بیماران دیابتی و یک ریسک فاکتور قوی در ایجاد دیگر علائم دهانی به شمار می‌رود یافتهٔ قابل پیش‌بینی بود که در مطالعه عطارباشی نیز خشکی دهان بالاترین درصد را به خود اختصاص داده است (۱۶).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد. با توجه به عدم وجود مرکز ثبت (رجیستری) مشخص برای بیماران دیابتی در شهر بوشهر علاوه بر مراجعه به کلینیک دیابت هفتم تیر، به کلینیک غدد بیمارستان خلیج‌فارس و درمانگاه ابوالفضل نیز مراجعه شد. البته با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری آسان بود و در مراکز وابسته به دانشگاه صورت گرفته است؛ بیماران مراجعه کننده به بخش‌های خصوصی، وارد مطالعه نشدند و این مسأله تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین علائم دهانی که بیماران گزارش کردند را نمی‌توان صرفاً به بیماری دیابت ارتباط داد چراکه گروه کنترل برای مقایسه علائم دهانی بین دیابتی‌ها و غیر دیابتی‌ها وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

علیرغم اینکه بیش از نیمی از بیماران دیابتی مورد مطالعه دارای آگاهی و نگرش خوب بودند اما عملکرد آنها ضعیف بوده است. لذا با توجه به خلاء میان آگاهی و نگرش با عملکرد، راهکارهای دیگری جهت بهبود سطح عملکرد بیماران مورد نیاز می‌باشد. تحت پوشش قرار دادن بیماران توسط یک مراکز فعال، رها نکردن آنها پس از شناسایی و ارجاع آنها به دیگر مراکز مورد نیاز بیماران در ایجاد انگیزه و بالا بردن سطح اطمینان و همکاری بیماران بسیار تعیین کننده است. ارجاع تعداد کمی از بیماران توسط پزشک متخصص به دندانپزشک بیانگر این است که پزشکان بیش از دندانپزشکان با افراد دارای بیماری‌های دهان و دندان سر و کار دارند لذا همواره می‌بایست میان پزشک، دندانپزشک و مراکز درمانی همکاری متقابل وجود داشته باشد. به منظور تحقق این امر می‌توان در آینده با برگزاری کنگره‌ها و جلسات مشترک توسط دانشکده دندانپزشکی، از پزشکان و مراکز مورد نظر جهت همکاری به منظور شناسایی علائم دهانی بیماری دیابت و بیماری پریودنتال و ارجاع بیماران جهت دریافت درمان دندانپزشکی لازم اقدام نمود. این طرح با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شد.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Yazdanpanah L, Nasiri M, Adarvishi S. Literature review on the management of diabetic foot ulcer. World journal of diabetes. 2015; 6(1): 37-53.

2.Saini R, Saini S, Sugandha Rs. Periodontal disease: The sixth complication of diabetes. Journal of Family Community Med. 2011; 18(1): 31.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

3.Loesche WJ, Grossman NS. Periodontal disease as a specific, albeit chronic, infection: diagnosis and treatment. Clinical Microbiol Rev. 2001; 14: 727–752.
4.Mirza BA, Syed A, Izhar F, Ali Khan A. Bidirectional relationship between diabetes and periodontal disease: review of evidence. Journal of Pakistan Medical Association. 2010; 60(9): 766-768.
5.Kim EK, Lee SG, Choi YH, et al. Association between diabetes-related factors and clinical periodontal parameters in type-2 diabetes mellitus. BioMed Central Oral Health. 2013; 13: 64.
6.Apoorva SA, Sridhar N, Suchetha A. Prevalence and severity of Periodontal disease in type 2 diabetes mellitus (non-insulin-dependent diabetes mellitus) patients in Bangalore city: An epidemiological study. Journal Indian Soc Periodontol. 2013; 17(1): 25-29.
7.Pranckeviciene A, Siudikiene J, Ostrauska R, et al. Severity of periodontal disease in adult patients with diabetes mellitus in relation to the type of diabetes. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2014; 158(1): 117-123.
8.Chavarry NG, Vettore MV, Sansone C, et al. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. Oral Health Prev Dent. 2009; 7(2): 107-127.
9.IDF diabetes atlas. 7th edition. Brussels: International Diabetes Federation. 2015; 1
10.Eldarrat AH. Diabetic patients: their knowledge and perception of oral health. Libian Journal of Medician. 2011; 6(1): 5691.
11.Soltanian AR, Bahreini F, Afkhami-Ardekani M. People awareness about diabetes disease and its complications among aged 18 years and older in Bushehr port inhabitants(Iran). Elsevier Journal. 2007; 1(4): 245-249.
12.Abolghasemi R, Sedaghat M. The Patient's Attitude Toward Type 2 Diabetes Mellitus, a Qualitative Study. J Relig Health. 2015; 54(4): 1191–1205.
13.Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans G.O and Genco R.J. Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: 2009 and 2010. Journal of Dental Research. 2012; 91(10): 914-20.
14.Borgnakke WS, Yl€ostaloPV, Taylor GW, et al. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. Journal of periodontology. 2013; 84(4-s): S135-S 152.
15.Al-Maskari AY, Al-Maskari MY, Al-Sudairy S. Oral Manifestations and Complications of Diabetes Mellitus. Sultan Qaboos Univ Med J. 2011; 11(2): 179–86
16.Atarbashi moghadam F, Haerian A, Sadat Salami M, et al. Evaluation of knowledge, attitude and Practice between Periodontal Disease and Diabetes. Journal of Community health research. 2013; 2(2): 124-130.
17.Kejriwal S, Bhandary R, Thomas B. Assessment of Knowledge and Attitude of Diabetes Mellitus Type 2 Patients about Their Oral Health in Mangalore, India. Univ Res J Dent. 2014; 4(1):44-7.
18.Weinspach K, Staufenbiel I, Memenga-Nicksch S, et al. Level of information about the relationship between diabetes mellitus and periodontitis -results from a nationwide diabetes information program. European Journal of Medical Research. 2013; 18: 6.
19.Noroozi A, Tahmasebi R, Rekabpour SJ. Effective social support resources in self-management of diabetic patients in Bushehr (2011-12). Iran South Med J. 2013; 16 (3) : 250-9.(Persian)
20.Hadipour M, Abolhasani F, Molavi Vardanjani H, et al. Individual and Environmental determinants of Health Related Quality of Life in Iranian patients with type II diabetes. Iran South Med J. 2014; 16 (6) : 428-35. (Persian)
21.Watanabe K. Periodontitis in diabetics: Is collaboration between physicians and dentists needed?. PubMed Central. 2012; 57(4): 206-13.
22.Moore PA, Orchard T, Guggenheimer J, et al. Diabetes and oral health promotion: A survey of disease prevention behaviors. Journal of the American Dental Association. 2000; 131(9): 1333-41.
23.Bahammam MA. Periodontal health and diabetes awareness among Saudi diabetes patients. Patient Prefer Adherence 2015; 9: 225-33.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

Original Article

Evaluation of Knowledge, Attitude and Practice of Diabetic Patients about Periodontal Disease in Bushehr in 2015-16

A. Basri (MSc)[1], N. Motamed (MPH)[2], N. Mazinani (DMD)[3]

[1] Department of Periodontology, School of Dentistry, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2] Department of Medicine, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[3] Department of Dentistry, School of Dentistry, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

(Received 13 Mar 2017 Accepted 16 Aug 2017)

Abstract

Background: Despite the high prevalence of periodontal disease in diabetic patients and well-known oral complications of diabetes, there is a notable lack of information among diabetic patients about harmful periodontal consequences of their disease. Also there is a gap in research in the assessment of the association between these two disorders in Bushehr city. This research was conducted to investigate the level of knowledge, attitude and practice of diabetic patients about periodontal disease.

Materials and Methods: This descriptive-analytic study was carried out by using a questionnaire among the volunteers. The selection criteria included diabetic patients above 40 years of age (n=150), with diabetic type 1 or 2, controlled or uncontrolled diabetes regardless of taking medications. The eligible participants required to have at least 10 teeth. and final participants were selected randomly. The questionnaire consisted of 25 questions, including five questions about the knowledge, eight questions in regard to the attitude, and six questions regarding the practice. Reaming questions asked about the demographic information. Data collected from the questionnaires were coded and analyzed using SPSS 18 software

Results: 51.30% of diabetic patients had a good level of knowledge and 62% had a good attitude level. Also, 44.70% of participants had a poor level of practice. There was a positive correlation between knowledge and attitude, knowledge and practice and attitude and practice.

Conclusion: This study indicated that more than half of diabetic patients in Bushehr city had a good level of knowledge and attitude but their practice level was poor. Therefore, the intervention approaches are required to put more emphasis on improving patients' practice level.

Key words: periodontal disease, diabetes, knowledge level, attitude level, practice level

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Basri A, Motamed N, Mazinani N. Evaluation of Knowledge, Attitude and Practice of Diabetic Patients about Periodontal Disease in BushehrC in 2015-16. Iran South Med J 2018; 20(6): 553-561

Copyright © 2018 Basri, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

*Address for correspondence: Department of Periodontology, School of Dentistry, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. Email: dr.ammarbasri@gmail.com

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]