

تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، عملکرد و نگرش پزشکان عمومی در رابطه با ضایعات زخمی حفره دهان

مهروز دزفولی^۱، فاطمه رشیدی میبودی^{۲*}، ایلناز احرامی^۳، هاجر شکرچی زاده^۴

^۱ دندانپزشک، اصفهان، ایران

^۲ استادیار، گروه بیماری های دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۳ دستیار تخصصی، گروه ارتودنسی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۴ استادیار، گروه جامعه نگر، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۸/۵/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۲۴

Effect of Educational Intervention on Knowledge, Practice, and Attitude of General Practitioners Regarding Lesions of the Oral Cavity

Mehrnaz Dezfouli¹, Fatemeh Rashidi Meybodi^{2*}, Elnaz Ahrami³, Hajar Shekarchizadeh⁴

¹ Dentist, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of Oral & Maxillofacial Diseases, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

³ Postgraduate Dentistry, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Received: 13 August 2019; Accepted: 14 January 2020

Introduction: Oral hygiene is one of the main components of public health and people's quality of life which by early diagnosis of oral diseases, their prognosis and treatment will be accelerated. Therefore, the present study aimed to intervene and assess the knowledge, performance, and attitude among general practitioners regarding the oral cavity lesions.

Materials and Methods: The current quasi-experimental research was performed on 75 general practitioners participating at re-training courses at the Medical Education Development Center of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. The data collection tool was a structured questionnaire consisting of two sections. The first section contained demographic information and the second included knowledge, performance, and attitude regarding oral lesions. The obtained data were analyzed in SPSS software (version 20) using the *t*-test and Pearson's correlation coefficient.

Results: The results of the present study indicated that the mean score of academic and clinical knowledge, attitude, and practice of general practitioners showed a significant difference among the three post-intervention periods ($P \leq 0.001$). According to Pearson's correlation coefficient test, the mean score of attitude and practice showed a statistically significant relationship with age ($P=0.001$, $P=0.03$) and duration of medical practice ($P=0.002$, $P=0.02$); however, there was no statistically significant relationship with the number of patient visits per day ($P=0.61$, $P=0.29$). Furthermore, no significant relationship was observed between academic and clinical knowledge with age ($P=0.92$, $P=0.59$), duration of treatment ($P=0.93$, $P=0.92$), and the number of patient visits per day ($P=0.77$, $P=0.85$).

Conclusion: Considering the positive impact of the intervention in the current research, one of the effective factors in the prevention of oral cavity lesions is the promotion of general practitioners and health-care personnel's knowledge through in-service and integrated training programs.

Key words: Academic knowledge, Clinical knowledge, Practice, Attitude, Educational intervention, General practitioners

Corresponding Author: f.rashidi@khuisf.ac.ir

J Mash Dent Sch 2020; 44(1): 35-45 .

چکیده

مقدمه: بهداشت دهان یکی از مؤلفه های اصلی سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد است و با تشخیص به موقع بیماری های دهان، پیش آگهی و درمان آن ها تسریع می شود. لذا این مطالعه با هدف مداخله و ارزیابی آگاهی، عملکرد و نگرش پزشکان عمومی در ارتباط با ضایعات زخمی حفره دهان طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت مداخله ای نیمه تجربی با برگزاری دوره های بازآموزی روی ۷۵ نفر از پزشکان عمومی شرکت کننده در مرکز توسعه آموزش پزشکی (EDC) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه استاندارد شده در دو قسمت بود؛ قسمت اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی و قسمت دوم، شامل سه بخش آگاهی، عملکرد و نگرش درباره زخم حفره دهان بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS، *t*-test و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی، نگرش و عملکرد پزشکان بین سه زمان پس از مداخله اختلاف معناداری نشان داد ($P \leq 0/001$). نمره نگرش و عملکرد با سن ($P = 0/001$ و $P = 0/003$) و مدت طبابت ($P = 0/002$ و $P = 0/002$) رابطه مستقیم اما با تعداد معاینه بیمار در روز ($P = 0/061$ و $P = 0/029$) رابطه معنادار نداشت. همچنین نمره آگاهی آکادمیک و کلینیکی با سن ($P = 0/059$ و $P = 0/092$)، مدت طبابت ($P = 0/092$ و $P = 0/093$) و تعداد معاینه بیمار در روز ($P = 0/077$ و $P = 0/085$) رابطه معنادار نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر مثبت مداخله در این مطالعه، ارتقای آگاهی پزشکان و پرسنل خدمات بهداشتی-درمانی با استفاده از برنامه های آموزشی مدون و ترکیبی ضمن خدمت و مدل های تغییر رفتار به عنوان یکی از عوامل موثر در پیشگیری از ضایعات حفره دهان ضروری می باشد.

کلمات کلیدی: آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی، عملکرد، نگرش، مداخله آموزشی، پزشکان

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۹ دوره ۴۴ / شماره ۱: ۳۵-۴۵.

مقدمه

غیر نئوپلاستیک در نظر گرفته می شوند.^(۶-۴) با توجه به تنوع و عوامل ایجاد کننده زخم های دهانی تشخیص ضایعات زخمی دهان و دندان ممکن است کاملاً چالش برانگیز باشد.^(۷) دندانپزشکان نقش مهمی در پیشگیری از ضایعات و زخم های دهان دارند اما عملکرد ضعیف در معاینه روتین حفره دهانی در طی مراجعه به دندانپزشک و پزشک توسط تقریباً تمام بیمارانی که سرطان آنها در مراحل پیشرفته تشخیص داده شده گزارش شده و با توجه نقش این گروه از افراد در پیشگیری اولیه تاکید شده مشاوره با بیماران در مورد ترک سیگار، کاهش الکل جهت کاهش سرطان جزء وظایف آنها باشد.^(۸) سلامت دهان و دندان شاخص مهمی است که ارتباط بین سلامت کل بدن و دهان را نشان می دهد.^(۹) امروزه در کشورهای توسعه یافته اولین مرحله در تشخیص و درمان بیماری های دهان ارجاع به متخصصین رشته بیماری های دهان است تا از این طریق هم در زمان و هم در هزینه بیماران صرفه جویی به عمل آید و نتیجه مطلوب تری حاصل شود.^(۱۰،۱۱) متأسفانه در مطالعات انجام

اساس درمان های امروزی بر مبنای تشخیص استوار می باشد، با تشخیص صحیح می توان از درمان های نادرست و غیر ضروری جلوگیری نمود. طیف بیماری هایی که ناحیه دهان، فک و صورت را درگیر می کند، وسیع می باشد و ضایعات این نواحی شباهت بسیار زیادی به یکدیگر دارند که این تشابه تشخیص آنها را از یکدیگر مشکل می سازد.^(۱۲) اختلالات مخاطی ناشی از آسیب های حاد و مزمن در مخاط دهان به عنوان زخم های حاد یا مزمن، ضایعات سفید یا قرمز، موکوزیت و هیپرپلازی واکنشی ظاهر می شوند که می تواند ناشی از آسیب فیزیکی، شیمیایی و یا حرارتی باشد. چنین ضایعاتی به خصوص ضایعات مزمن ممکن است تا حدود زیادی باعث اختلال در عملکرد دهان شده و تشخیص را با مشکل مواجه کند.^(۳) در همین راستا مطالعات گوناگون نشان داده اند که بسیاری از ضایعات بدخیم دهانی اشتباه تشخیص داده شده و تا چند ماه قبل از تشخیص قطعی، به عنوان ضایعات خوش خیم و

دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد جهت کاهش تناقضات و بازسازی شکاف علمی بین تئوری و عمل به همراه افزایش کیفیت مراقبت از بیماران تاکید شده است.^(۱۶) با در نظر گرفتن این نکته که اولین مراجعه این بیماران معمولاً به پزشکان عمومی می‌باشد، آگاهی پزشکان از نحوه تشخیص، درمان و مدیریت ضایعات دهانی از اهمیت بالایی در بهبودی بیماران برخوردار است.

بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر یک مداخله آموزشی بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی بر ضایعات زخمی حفره دهان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مداخله‌ای نیمه تجربی با برگزاری دوره‌های بازآموزی و استفاده از پرسشنامه محقق ساخته روی ۷۵ نفر از پزشکان عمومی شرکت کننده در مرکز توسعه آموزش پزشکی (EDC) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

تعداد نمونه ۴۹ مورد تعیین شد که در اجرا برای اطمینان بیشتر این تعداد به ۷۵ نفر افزایش یافت. نمونه گیری به صورت تصادفی ساده از روی جدول اعداد تصادفی از بین پزشکان عمومی شرکت کننده در مرکز توسعه آموزش صورت گرفت.

پژوهشگر پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق و رضایت نامه کتبی از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خود را به پزشکان منتخب مورد مطالعه معرفی نمود. عدم ذکر نام و نام خانوادگی؛ عدم اجبار جهت شرکت در پژوهش، ارائه آموزش‌های لازم در خصوص آشنایی مختصر با تاریخچه و هدف مطالعه و اطمینان بخشیدن به شرکت کنندگان درباره محرمانه ماندن اطلاعات از جمله اصول اخلاقی بود که برای انجام پژوهش رعایت شد.

شده در کشور ایران مشاهده می‌شود که مردم و حتی در مواردی، پزشکان عمومی و متخصصین شاخه پزشکی با رشته بیماری‌های دهان، فک و صورت آشنایی ندارند و برخی از متخصصین دندانپزشکی بیماران را در موقع مناسب به متخصصین بیماریهای دهان، فک و صورت ارجاع نمی‌دهند.^(۱۱) گاهی اوقات نیز آگاهی و مهارت تشخیصی و عملکرد اینترنتی های پزشکی در مورد ساختارهای نرمال دهان ضعیف^(۱۲) و در ارتباط با بیماریهای شایع دهان متوسط (۴۸ درصد) گزارش شده است.^(۱۳) با توجه به مطالعات فوق، خطاهای تشخیصی زیادی در رابطه با درمان بیماری های دهان و دندان وجود دارد و ضرورت مداخله جهت کاهش این خطاها آشکار می‌شود.^(۲) عدم تشخیص و درمان مناسب بعضی از ضایعات دهان، فک و صورت می‌تواند منجر به ناتوانی جدی و حتی مرگ بیمار شود.^(۱) بکارگیری تکنیک‌های نوین آموزشی توسط اساتید دانشکده های دندانپزشکی و پزشکی، شناسایی مشکلات موجود^(۱۴)، تکرار دوره‌های بازآموزی در زمینه بیماری‌های دهان^(۱۳) و همچنین آموزش به دانشجویان، دندانپزشکان و پزشکان به دلیل شیوع بالای اختلالات مخاطی از اهمیت بالایی برخوردار است. جهت دستیابی به یک تشخیص قطعی که یک فرآیند شناختی است به ادغام آگاهی، شناخت و استدلال نیاز است.^(۶-۴) می‌توان گفت تشخیص زود هنگام این بیماری‌ها نقش مهمی در روند درمان و بهبودی دارد که خود نیازمند دوره آموزشی تدوین شده با توجه به مشکلات موجود در دانشجویان و فارغ‌التحصیلان می‌باشد. در بخش بهداشت و درمان نیز به دلیل ارتباط مستقیم پزشکان و سایر پرسنل خدمات بهداشتی-درمانی با سلامت و جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین سلامتی در سیستم بهداشت و درمان در میان افراد جامعه و بیماران به طور فزاینده و مداوم مورد توجه قرار گرفته است^(۱۵) و استفاده از

نمودند. جلسات آموزش گروهی ۲/۵ ساعته به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ توسط متخصص بیماری‌های دهان، فک و صورت برگزار گردید.

جلسات آموزشی در مورد بیماری‌های شایع حفره دهان نظیر استئوماتیت ویروسی و باکتریال، واکنش‌های آلرژیک، ضایعات ناشی از شیمی درمانی سرطان و یا دیسکرازی‌های خونی، ضایعات عودکننده شامل استئوماتیت آفتی راجعه، سندرم بهجت، عفونت‌های عودکننده HSV و EM عودکننده، ضایعات متعدد مزمن شامل پمفیگوس و انواع آن، پمفیگوئید بولوز، پمفیگوئید غشای مخاطی، بیماری IgA خطی و لیکن پلان اوروزیو و زخم‌های منفرد شامل انواع تروماها و سرطان دهان بود. پس از اتمام جلسه بازآموزی پرسشنامه مجدداً در اختیار پزشکان قرار داده شد تا با توجه به مطالب توضیح داده شده در مورد ضایعات زخمی دهان که در طول جلسه بازآموزی بیان شد، به آن پاسخ دهند. یک ماه پس از مداخله، به منظور بررسی تغییرات حاصل در آگاهی، عملکرد و نگرش پزشکان عمومی، پرسشنامه دوباره با مراجعه به محل کار پزشکان در اختیارشان قرار گرفت و از آنها خواسته شد طی زمان معین و یکسان به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند و سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و تصحیح گردید. جهت بررسی صحیح عملکرد پزشکان، محقق ملزم به حضور در محل طبابت و مشاهده مستقیم عملکرد پزشکان بود. با توجه به عدم امکان حضور محقق در محل به صورت تمام وقت و نیز عدم پذیرش پزشکان، پرسشنامه‌هایی طراحی شد که خود پزشک به سوالات پاسخ می‌داد. پس از پایان مراحل تحقیق با هدف ادامه روند آموزش، پوستری دربردارنده تصاویر و توضیحات مختصر پیرامون شایع‌ترین ضایعات زخمی دهان، به پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه و مراکز مربوطه اهدا گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل یک پرسشنامه محقق ساخته در دو قسمت بود؛ قسمت اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی (جنس، سن، سال فارغ التحصیلی، محل اشتغال، واحد آموزشی پیرامون ضایعات زخمی دهان، دوره بازآموزی یا کنگره در رابطه با ضایعات زخمی دهان، تعداد معاینه بیمار در روز توسط پزشکان، تعداد مراجعه بیمار مبتلا به ضایعات دهان) و قسمت دوم، شامل سه بخش درباره ضایعات زخمی حفره دهان بود. بخش اول پرسشنامه حاوی سوالاتی در زمینه عملکرد و شامل ۲۰ سؤال بود. بخش دوم پرسشنامه مربوط به میزان دانش در دو قسمت مربوط به آگاهی آکادمیک شامل ۱۵ سؤال چهار گزینه‌ای و آگاهی کلینیکی شامل ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای بود. بخش سوم نیز سوالات نگرش را شامل می‌شد و دارای ۱۵ سؤال بود.

ابزار مطالعه توسط تیم پژوهش بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای، مطالعات قبلی و کوریکولوم دوره عمومی آموزش پزشکی دانشکده‌های کشور تدوین شد. روایی سوالات پرسشنامه با استفاده از روش دلفی توسط ۸ نفر از اساتید دانشکده دندانپزشکی مورد تایید قرار گرفت. جهت بررسی پایایی از روش تعیین ثبات درونی و آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. ($\alpha \geq 0/8$). معیار ورود به مطالعه پزشکان عمومی شامل موافقت و رضایت همکاران پزشک، اشتغال فعال به امر طبابت در شهر، حضور در برنامه آموزشی تا پایان مطالعه و معیار خروج از مطالعه، عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پزشکان در هریک از مراحل، عدم شرکت در برنامه آموزشی و اشتغال به کار در خارج از شهر بود.

پرسشنامه اول پیش از شروع جلسه بازآموزی توسط پزشکان تکمیل شد. پس از تدوین برنامه آموزشی و برنامه ریزی‌های لازم، پزشکان در برنامه آموزشی شرکت

در روز توسط پزشکان $۴۰/۲ \pm ۲۲/۱$ نفر و میانگین تعداد مراجعه بیماران با ضایعه دهانی در ماه $۲۰/۰۴ \pm ۱۶/۶$ نفر بوده است.

بر حسب آزمون t مستقل، میانگین نمره آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی، نگرش و عملکرد پزشکان با جنس آنها رابطه معناداری نداشت. (جدول ۲)

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره نگرش با سن و مدت طبابت رابطه مستقیم اما با تعداد معاینه بیمار در روز رابطه معنادار نداشت.

همچنین نمره عملکرد با سن و مدت طبابت رابطه مستقیم اما با تعداد معاینه بیمار در روز رابطه معنادار نداشت.

به علاوه بین نمره آگاهی آکادمیک و همچنین نمره آگاهی کلینیکی با سن، مدت طبابت و تعداد معاینه بیمار در روز رابطه معناداری وجود نداشت. (جدول ۳)

آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که میانگین نمره آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی، نگرش و عملکرد پزشکان بین سه زمان اختلاف معناداری داشت ($P \leq ۰/۰۰۱$) (جدول ۴). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمره آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی و نگرش پزشکان بلافاصله و یک ماه پس از آموزش به طور معناداری بیشتر از قبل از آموزش بوده است. ولی میانگین نمره عملکرد پزشکان بلافاصله بعد از آموزش با قبل از آموزش تفاوت معناداری نداشت. نمره آگاهی آکادمیک و نگرش یک ماه بعد از آموزش نسبت به بلافاصله بعد از آموزش کاهش معناداری نشان داد. نمره عملکرد یک ماه بعد از آموزش به طور معناداری بیش از بلافاصله بعد از آموزش و قبل از آموزش بود. در مقایسه نمره آگاهی کلینیکی بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش اختلاف معناداری مشاهده نشد.

امتیازدهی متغیر آگاهی و عملکرد به این صورت بود که به هر پاسخ درست عدد یک و به هر پاسخ نادرست عدد صفر اختصاص داده شد. اگر کسی به سوالات پاسخ صحیح می داد کل امتیاز مربوطه را به تناسب تعداد سوالات می گرفت و اگر به تمام سوالات پاسخ نادرست می داد، عدد صفر می گرفت. بنابراین امتیاز هر شخص از ۱۵ سوال مربوط به آگاهی آکادمیک از ضایعات زخمی دهان، امتیازی بین صفر تا ۱۵ بود. سپس با تغییر مناسب متغیر، نمرات به صفر تا ۱۰۰ تبدیل و بدین ترتیب نمرات از ۱۰۰ محاسبه می شد ($\times \frac{100}{15}$ نمره هر فرد از ۱۵ سوالات) و امتیاز هر شخص از ۱۰ سوال مربوط به آگاهی کلینیکی امتیازی بین صفر تا ۱۰ بود، که با تغییر متغیر نمرات از ۱۰۰ محاسبه شد. ($\times \frac{100}{10}$ نمره هر فرد از ۱۰ سوالات). امتیاز هر شخص از ۲۰ سوال مربوط به عملکرد، امتیازی بین صفر تا ۲۰ بود که با تغییر متغیر نمرات از ۱۰۰، مورد محاسبه قرار گرفت ($\times \frac{100}{20}$ نمره هر فرد از ۲۰ سوالات). شیوه نمره دهی بخش نگرش به این صورت بود که عدد ۴ کاملاً درست و عدد ۰ کاملاً نادرست را نشان می داد. بنابراین بازه امتیاز افراد بین صفر تا ۴۰ قرار می گرفت و با تغییر متغیر نمرات از ۱۰۰ محاسبه شدند ($\times \frac{100}{40}$ نمره هر فرد از ۴۰). بالاترین و پایین ترین نمره ای که پرسشنامه می توانست داشته باشد به سه قسمت طبقه بندی شد؛ به این صورت که نمرات کمتر از ۳۳، ضعیف و بین ۳۴-۶۶ متوسط و بین ۶۷-۱۰۰ خوب ارزیابی شد.

داده های بدست آمده با آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات، آزمون تعقیبی t -test و ضریب همبستگی پیرسون و نرم افزار SPSS با ویرایش ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

میانگین سن پزشکان $۴۱/۵ \pm ۱۱/۳$ سال و میانگین مدت طبابت آنها $۱۳/۹ \pm ۱۰/۵$ سال بود. میانگین تعداد معاینه بیمار

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل جمعیت شناختی جامعه پژوهش

تعداد (درصد)	مشخصات فردی - اجتماعی پزشکان مورد مطالعه	
۲۶ (۴۰/۰)	زن	جنس
۳۹ (۶۰/۰)	مرد	
۶ (۹/۲/۰)	۱۳۳۸-۱۳۷۰	سال فارغ التحصیلی
۲۶ (۴۰/۰)	۱۳۷۱-۱۳۸۰	
۲۵ (۳۸/۵)	۱۳۸۱-۱۳۹۰	
۸ (۱۲/۳)	۱۳۹۱-۱۳۹۵	
۲۴ (۳۶/۹)	مراکز دولتی	محل اشتغال
۲۱ (۳۲/۳)	مراکز خصوصی	
۲۰ (۳۰/۸)	مراکز خصوص و دولتی	
۱۹ (۲۹/۲)	گذراندن واحد آموزشی	آموزش ضمن خدمت پیرامون ضایعات زخمی دهان
۸ (۱۲/۳)	دوره بازآموزی یا شرکت در کنگره	
۸ (۱۲/۵)	کمتر از ۳۰ سال	سن
۳۴ (۵۳/۱)	۳۱-۴۴ سال	
۲۳ (۳۴/۴)	۴۵ سال و بالاتر	
۲۳ (۳۵/۴)	کمتر از ۱۰ سال	سابقه خدمت
۲۶ (۴۰/۰)	۱۰-۱۹ سال	مدت طبابت
۱۶ (۲۴/۶)	۲۰ سال و بیشتر	
۱۴ (۲۱/۹)	کمتر از ۴۵ بیمار	تعداد معاینه بیمار در روز توسط پزشکان
۳۶ (۵۴/۷)	۴۶-۶۰ بیمار	
۱۵ (۲۳/۴)	۶۱ بیمار و بالاتر	

جدول ۲: میانگین نمره آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی، نگرش و عملکرد پزشکان به تفکیک جنس

آزمون t مستقل	مرد		نمره متغیر
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$t=1/36$ و $P=0/18$	۴۲/۱±۱۹/۳	۴۷/۷±۱۳/۸	آگاهی آکادمیک
$t=0/79$ و $P=0/43$	۳۵/۴±۱۸/۴	۳۲/۳±۱۲/۹	آگاهی کلینیکی
$t=0/05$ و $P=0/96$	۶۵/۹±۱۴/۱	۶۶/۰۲±۱۰/۸	نگرش
$t=0/42$ و $P=0/67$	۴۱/۷±۱۸/۰	۴۳/۶±۱۶/۷	عملکرد

جدول ۳: همبستگی* بین نمرات آگاهی آکادمیک، آگاهی کلینیکی، نگرش و عملکرد با متغیرهای سن، مدت طبابت و تعداد معاینه در روز

متغیر	سن R(P-value)	مدت طبابت R(P-value)	تعداد معاینه بیمار در روز R(P-value)
آگاهی آکادمیک	۰/۰۱۳(۰/۹۲)	۰/۰۱۲(۰/۹۳)	۰/۰۳۶(۰/۷۷)
آگاهی کلینیکی	۰/۰۶۹(۰/۰۵۹)	۰/۰۱۳(۰/۹۲)	۰/۰۲۴(۰/۸۵)
نگرش	۰/۳۹۸(۰/۰۰۱)	۰/۳۸۶(۰/۰۰۲)	۰/۰۶۴(۰/۶۱)
عملکرد	۰/۲۷۱(۰/۰۳)	۰/۲۷۶(۰/۰۲)	۰/۱۳۴(۰/۲۹)

* همبستگی پیرسن

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، عملکرد و نگرش پزشکان راجع به ضایعات زخمی حفره دهان در زمان‌های مختلف

متغیر	زمان	انحراف معیار ± میانگین	قبل از آموزش و P value	قبل از آموزش و یک P value	بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش P value
آگاهی آکادمیک	قبل از آموزش	۴۵/۴±۱۶/۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از آموزش	۸۶/۸±۹/۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	یک ماه پس از آموزش	۸۰/۳±۳/۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
آگاهی کلینیکی	قبل از آموزش	۳۳/۴±۱۵/۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۸
	بلافاصله بعد از آموزش	۷۸/۴±۱۱/۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	یک ماه پس از آموزش	۷۶/۶±۱۳/۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
نگرش	قبل از آموزش	۶۵/۸±۱۲/۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از آموزش	۷۱/۰۱±۹/۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	یک ماه پس از آموزش	۷۶/۱±۶/۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
عملکرد	قبل از آموزش	۴۲/۸±۱۷/۵	۰/۱۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از آموزش	۴۳/۲±۱۷/۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	یک ماه پس از آموزش	۶۴/۱±۱۰/۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

بحث

در این مطالعه نمره آگاهی آکادمیک اولیه پزشکان عمومی ۴۵/۴ از ۱۰۰ بدست آمد که نشان‌دهنده دانش متوسط پزشکان در رابطه با ضایعات دهان بود. میانگین آگاهی آکادمیک پزشکان بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش به طور معناداری بیشتر از قبل از آموزش بوده است که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله بر آگاهی پزشکان می‌باشد.

مطالعات پیشین تنها با هدف دستیابی به آگاهی، عملکرد و نگرش پایه‌ای افراد مورد مطالعه انجام گرفته است ولی در این مطالعه تأثیرگذاری مداخله آموزشی بر آگاهی و نگرش پزشکان عمومی در رابطه با ضایعات دهانی بررسی شد.

Videotaped Teaching، مدل‌ها و مانکن‌ها کسب نمودند. با توجه به تأثیر مثبت آموزش بر آگاهی کلینیکی، بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش‌های کلینیکی و بالینی در یادگیری تأثیر ماندگار و بقای بیشتری در حافظه دارد. Kube^(۲۱) نیز در مطالعه‌اش بیان نمود که رفتارهای عملی و عینی اثرات محسوس‌تری بر عملکرد بالینی افراد گذاشته و به عنوان یکی از عوامل موثر بر یادگیری انتخاب شده و اهمیت سایر عوامل و رویکردهای آموزشی را تضعیف می‌کند. بکارگیری آموزش عملی در مورد بهداشت دهان و دندان به ویژه در کشورهای درحال توسعه از اهمیت بالایی برخوردار بوده و در بین دندانپزشکان و پزشکان به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده در ترویج برنامه‌های مراقبتی برای جمعیت عمومی کشورها محسوب می‌شود.

در این مطالعه مقایسه نمره نگرش قبل و بعد از مداخله افزایش معنی‌داری نشان داد. در مطالعات گوناگونی در ایران و نیجریه بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه دارای نگرش مثبت بودند.^(۲۲-۲۴) در بسیاری از مدل‌های تغییر رفتار در حوزه سلامت از جمله مدل باور سلامت، تئوری آموزشی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، تغییر نگرش به صورت چشم‌گیری مشاهده می‌شود. بنابراین در برنامه‌های ارتقاء سلامت باید علاوه بر دانش روی پارامترهای نگرشی افراد هم تمرکز کرد؛ چرا که ایجاد هر تغییری در روند آموزش می‌بایستی در ابتدا مورد قبول و پذیرش واقع شود تا بتوان در مورد تبعات بعدی و چگونگی اجرای آن اقدام نمود. البته بایستی به این نکته توجه کرد که هر فرهنگ، باورهای سلامتی خاصی دارد و موفقیت در گسترش برنامه‌های ارتقاء سلامت منوط به کشف عقاید و باورهای سلامتی مرتبط با فرهنگ و منطقه مربوطه می‌باشد.^(۲۵) بنابراین مداخله آموزشی به عنوان عامل انگیزش و

کاهش معنادار نمره میانگین یک ماه پس از اجرای آموزش نسبت به بلافاصله پس از آموزش، نیاز به تکرار دوره‌های آموزشی را نشان می‌دهد.

مطالعه D'Souza و همکاران^(۱۷) نشان داد که میانگین تغییرات آگاهی درباره سرطان دهان در افراد گروه مداخله بالاتر از گروه شاهد بوده است که تأثیر ارائه سرویس‌های آموزشی رسانه‌ای بر میزان آگاهی سرطان و ضایعات دهان را برجسته می‌کند. مطالعه Petti و Scully^(۱۸) نشان داد که متوسط امتیاز پس از آزمون در میان گروه مداخله ۲۸ درصد افزایش پیدا کرد، در حالیکه گروه شاهد بدون تغییر ماندند. در مورد افراد دارای تحصیلات در حرفه‌های پزشکی و دندانپزشکی، آگاهی، باورها و نگرش‌های بهداشتی علاوه بر اینکه بر رفتارهای خودمراقبتی آنان در زمینه بهداشت دهان و دندان مؤثر است، بر ایجاد انگیزه لازم در بیماران و مراجعین در به‌کارگیری چنین رفتارهای پیشگیرانه نیز تأثیر به‌سزایی دارد.^(۱۹،۲۰)

بنابراین افزایش آگاهی در زمینه بیماری‌های دهان می‌تواند موجب توسعه بسترهای پیشگیری در حوزه سلامت دهان و دندان شده و بر درمان به موقع و پیش‌گیری از آنها اثرگذار باشد.

آگاهی آکادمیک یادگیری فراگیران در سطوح پایین طبقه بندی بلوم یعنی دانش و فهمیدن پیرامون ضایعات زخمی حفره دهان را بررسی می‌کند و آگاهی کلینیکی یادگیری فراگیران در سطوح بالای طبقه بندی بلوم یعنی بکار بستن، ترکیب، تجزیه و تحلیل را در بیماران مبتلا به ضایعات دهان مورد ارزیابی قرار می‌دهد. میانگین آگاهی کلینیکی اولیه پزشکان عمومی ۳۳/۴ از ۱۰۰ بدست آمد که نشان‌دهنده دانش کلینیکی نسبتاً ضعیف پزشکان در رابطه با ضایعات دهان است. در این مطالعه پزشکان در دوره آموزش بالینی اطلاعات را دو روز در هفته در کلینیک سرپایی،

شناسایی شود و شیوه مناسبی برای حل و کنترل تعارض انتخاب و به مسیری سازنده و خلاق سوق یابد و به دنبال آن با درک و آگاهی لازم و با نگرش مناسب ضایعات حفره دهان کنترل شده و در نهایت بازدهی و بهره‌وری سلامت افزایش یابد.

در این مطالعه نمره آگاهی آکادمیک و کلینیکی با سن، مدت طبابت و تعداد معاینه بیمار در روز رابطه معناداری نداشت. ولی نمره نگرش و عملکرد با سن و مدت طبابت رابطه معنی دار و مثبت اما با تعداد معاینه بیمار در روز رابطه معناداری نداشت.

با افزایش سن و فاصله گرفتن از زمان فارغ‌التحصیلی از دانشکده‌های دندانپزشکی میزان آگاهی کاهش یافته بود که مؤید نقصان در برنامه‌های آموزش مداوم و به روز نگه داشتن دندانپزشکان فارغ‌التحصیل در این زمینه می‌باشد.^(۱۱) در برخی از مطالعات میانگین نمره آگاهی با سن و سال فارغ‌التحصیلی رابطه منفی داشت.^(۲۸) و در برخی از مطالعات جنس، محل تحصیل و سابقه کار ارتباط مشخصی با نگرش و عملکرد افراد نداشتند و نگرش دندانپزشکان متخصص نسبت به دندانپزشکان عمومی به طور معنی داری بالاتر بود و عملکرد دندانپزشکان در مطب‌های خصوصی نسبت به کلینیک‌ها به طور معناداری ضعیف‌تر بود.^(۲۹) در مطالعه نیاکان رابطه معنی دار و منفی بین آگاهی و همچنین مهارت‌های تشخیصی پزشکان با ساعات کاری روزانه و تعداد بیماران ویزیت شده آن‌ها وجود داشت؛ که می‌تواند بر کاهش مهارت‌های تشخیصی سرطان دهان با افزایش تراکم بیمار و افزایش سن کاری پزشکان و فراموش شدن مطالب به مرور زمان دلالت داشته باشد و همچنین نشان دهنده از دست دادن فرصت‌های تشخیصی یا بی‌دقتی به علائم بیماران در مطب‌های شلوغ باشد ولی در مورد دندانپزشکان شرکت کننده رابطه معنی داری یافت نشد.^(۳۰)

جهت دهی به فراگیری پزشکان در طول دوره تحصیل و ایجاد آگاهی از فرآیند حرفه، تاثیرات مثبتی دارد و پیوست این عامل بر کوریکولوم آموزشی دانشجویان پزشکی در برطرف نمودن مشکلات و موانع موجود در سیستم نقش مهمی داشته و فرصت‌های ارتقاء و پیشرفت برنامه‌ها را فراهم می‌کند.

عملکرد اولیه پزشکان عمومی در این مطالعه متوسط بود. بلافاصله پس از اجرای مداخله آموزشی تغییری در عملکرد حاصل نشده بود چرا که هنوز بیمار جدیدی معاینه نشده بود. اما یک ماه پس از آن میانگین نمره عملکرد پزشکان افزایش معناداری یافته بود. در مطالعه رضوی و همکاران^(۳۶) تنها یک پنجم از دندانپزشکان معاینه سرطان دهان را برای بیماران بالای ۴۰ سال خود انجام می‌دادند و با وجود تعهدات حرفه‌ای از دانش کافی برای انجام معاینات سرطان برخوردار نبودند. ضعف مهارت تشخیصی در دانشجویان در مطالعه بصیرت^(۱۴)، سرآبادانی^(۱۳)، شوریابی^(۲۷) و بصیرت شستری^(۱۲) گزارش شده است.

می‌توان یکی از دلایل ضعف مهارت تشخیصی دانشجویان را، کوریکولوم آموزشی دانشجویان دانست که در آن واحد دندانپزشکی بیمارستانی تعریف نشده بود. علاوه بر آن عدم آگاهی بیماران، پزشکان عمومی و حتی متخصصین با رشته بیمارهای دهان، فک و صورت می‌تواند دخیل باشد. در تفسیر نتایج به دست آمده می‌توان گفت که رفتار پزشکان متأثر از مؤلفه‌های فراوانی است و به نظر می‌رسد که با آموزش‌های مناسب بتوان این رفتارها را بهبود بخشید. اما باید اذعان نمود که آموزش بدون نظارت کافی و یا امکانات مناسب در جهت تسهیل و بکارگیری آموخته‌ها تأثیر ندارد. ضروری است که پزشکان به اهمیت این رفتارها واقف گشته و بازخورد رفتارهای بالینی با ابزار مناسب ارزیابی شود. همچنین مسائل و مشکلات این حوزه

برگ زرینی می‌تواند سبب شکل‌گیری رفتارهای بالینی مفید و پیش‌گیری شود و سهم بسزایی در ارتقاء سلامت جامعه داشته باشد. همچنین در این پژوهش بیشتر به عوامل مربوط به رفتارهای پزشکان عمومی پرداخته شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه سایر عوامل مؤثر در آموزش دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی و پیراپزشکی (محیط آموزش بالینی، دانشجو، امکانات و منابع یادگیری) در زمینه ضایعات زخمی حفره دهان نیز صورت گیرد و مطالعات بیشتر با تمرکز بر گزارش بیماران نیز باید انجام گردد تا بتوان اطلاعات جمعی درباره ضایعات حفره دهان به دست آورد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۲۳۸۱۰۲۰۱۹۳۲۰۲۶ می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمامی پزشکان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

سن، جنس و میزان تحصیلات بی‌شک بر دانش و افزایش آن تأثیرگذار است، اما در مطالعه‌های مختلف اثر متغیرهای سن، جنس یا تحصیلات بر میزان افزایش دانش یک اثر قطعی و ثابت شده‌ای نیست.^(۱۸) با توجه به تفاوت‌های جغرافیایی، مطالعات اپیدمیولوژیک می‌تواند کمک شایانی به تشخیص این دسته از ضایعات نماید.

از محدودیت‌های مطالعه عدم امکان مشاهده عملکرد واقعی پزشکان بود و بنابراین اطلاعات ما تنها براساس پاسخ شرکت‌کنندگان به سؤالات پرسشنامه به دست آمد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر مثبت مداخله آموزشی برگزاری دوره‌های بازآموزی و افزایش توانمندی‌های تشخیصی پزشکان با استفاده از روش‌های آموزشی یادگیرنده محور، آموزش ضمن خدمت، آموزش مداوم و آموزش بالینی با استفاده از مانکن‌ها و مدل‌های مناسب ضروری است، چرا که با توجه به نگرش مثبت این افراد افزایش آگاهی به عنوان

منابع

1. Sollecito TP, Rogers H, Prescott-Clements L, Felix DH, Kerr AR, Wray D, et al. Oral medicine: defining an emerging specialty in the United States. *J Dent Educ* 2013; 77(4):392-4.
2. Pakfetrat A, Hoseinpour Jajarm H, Basirat M, Javadzade Bolouri A, Delavarian Z, Shakeri MT. Evaluation of the diagnostic accuracy of oral and maxillofacial lesions in referred patients to oral medicine department of Mashhad dental school and the educational implications. *Future Med Educ J* 2015; 5(1):52-7.
3. Anura A. Traumatic oral mucosal lesions: a mini review and clinical update. *Oral Health Dent Manag* 2014; 13(2):254-9.
4. Valente VB, Takamiya AS, Ferreira LL, Filipini RC, Biasoli ÉR, Miyahara GI, et al. Oral squamous cell carcinoma misdiagnosed as a denture-related traumatic ulcer: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2016; 115(3):259-62.
5. dos Santos FD, Ispert MA, Novo-Neto JP, Marqueti AC, Pereira CP, Ispert FG. Misdiagnosis of lip squamous cell carcinoma. *RSBO Rev Sul-Bras Odontol* 2012; 9(1):114-8.
6. Kumari PS, Kumar GP, Bai YD, Reddy EY. Gingival squamous cell carcinoma masquerading as an aphthous ulcer. *J Indian Soc Periodontol* 2013; 17(4):523-6.
7. Muñoz-Corcuera M, Esparza-Gómez G, González-Moles MA, Bascones-Martínez A. Oral ulcers: clinical aspects. A tool for dermatologists. Part I. Acute ulcers. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(3):289-94.
8. Panzarella V, Pizzo G, Calvino F, Compilato D, Colella G, Campisi G. Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables. *Int J Oral Sci* 2014; 6(1):39-45.
9. Sunil A, Kurien J, Mukunda A, Bin Basheer A. Deepthi: common superficial tongue lesions. *Indian J Clin Pract* 2013; 23(9):534-42.

10. Sardella A, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Carrassi A. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. *J Dent Educ* 2007; 71(4):487-91.
11. Hashemipour MS, Mansouri M. Investigation of cases and referral patterns of patients to dental specialists by general dentists in 2011 in Kerman, Iran. *J Isfahan Dent Sch* 2012; 8(5):433.
12. Bassir Shabestari S, Shirinbak I, Shervin Badv R. Evaluation of the knowledge and diagnostic skills of the Zanjan University of Medical Sciences interns in the field of oral medicine. *J Med Educ Dev* 2014; 7(13):9-15.
13. Sarabadani J, Pakfetrat A, Delavarian Z, EbrahimiNik Z, Nejat A, KamelBoron A. Knowledge and diagnostic skill of general dentist in Khorasan Razavi province common (Iran) toward Oral Diseases 2009-10. *J Mashhad Dent Sch* 2012; 36(2):113-20.
14. Basirat M, Jahandideh Y, Zaker-Jafari HR, Kia SJ, Pourhabibi Z. Evaluation of diagnostic skill of senior dental students of Guilan university of medical sciences about common oral diseases in 2014-2015. *Res Med Educ* 2016; 8(3):1-8.
15. Ahangar A, Safarani S, Fayaz Bakhsh A. A study of the top and middle managers knowledge and attitude on the feasibility of applying total quality management in hospitals of Tehran University of Medical Science in 2009. *J Payavard Salamat* 2010; 3(3):76-84.
16. Stevens KR. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs* 2013; 18(2):4.
17. D'Souza V, Blouin E, Zeitouni A, Muller K, Allison PJ. Do multimedia based information services increase knowledge and satisfaction in head and neck cancer patients? *Oral Oncol* 2013; 49(9):943-9.
18. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol* 2007; 43(4):408-15.
19. Yildiz S, Dogan B. Self-reported dental health attitudes and behaviour of dental students in Turkey. *Eur J Dent* 2011; 5(3):253-59.
20. Peker I, Alkurt MT. Oral health attitudes and behavior among a group of Turkish dental students. *Eur J Dent* 2009; 3(1):24-31.
21. Kube ML. The relationship of nursing faculty clinical teaching behaviors to student learning: ERIC. [Doctor Dissertation]. Nebraska: College of Saint Mary, University in Omaha; 2010.
22. Folayan MO, Khami MR, Folaranmi N, Popoola BO, Sofola OO, Ligali TO, et al. Determinants of preventive oral health behavior among senior dental students in Nigeria. *BMC Oral Health* 2013; 13(1):28.
23. Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students. *Eur J Dent Educ* 2007; 11(1):42-7.
24. Safari H, Moradi R, Elahi A, Jafary Nodoushan Z, Asayesh H. Knowledge, attitude, and preventive oral and dental self-care behaviors among dentistry and medical students of Qom university of medical sciences. *Qom Univ Med Sci J* 2018; 12(3):96-104.
25. Asgari I, Asgarani S. Development and validation of "attitudes toward oral self-care" questionnaire among 13-to 18-year-old adolescents in Isfahan. *J Mashhad Dent Sch* 2016; 40(4):353-64.
26. Razavi SM, Zolfaghari B, Tahani B, Doost ME, Forohande M. Senior students' and Dentists' knowledge, attitude and practice regarding oral cancer examination in Isfahan, Iran in 2011. *J Dent Med* 2014; 27(1):61-70.
27. Shooryabi M, Razawi Satvati SA, Mansoori B, Nemati Zive A, Haghnegahdar S, Robati M. Medical students' clinical skill rate in diagnosis of oral mucosal disease at Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. *Res Dent Sci* 2013; 10(3):205-10.
28. Babae N, Mir AP, Serajpoor H. Assessment of Babol's dentist knowledge regarding medical emergencies in dental office in 2010. *J Dent Med* 2013; 26(4):314-20.
29. Savabi O, Nejatidanesh F, Hasankhani A, Mohamadikhah Z. The attitude and practice of dentists in relation with HIV and HBV infected patients in Isfahan province. *Iran J Med Educ* 2011; 10(5):868-85.
30. Azad A, Talatof Z, Niakan N. Evaluation of knowledge and diagnostic skills of general physicians and dentists in the city of Shiraz about squamous cell carcinoma. *J Mashhad Dent Sch* 2015; 39(4):291-302.