بررسي ميزان رضايت بيماران مبتلا به بيماري‌هاي پريودونتيکس از روش‌هاي آموزش در کلينيک دندان‌پزشکي اروميه و تعيين ميزان تأثير سن و جنس بر يادگيري آن‌ها

احسان خشابي[[1]](#footnote-1)، مازيار اسمعيلي مقدم[[2]](#footnote-2)، پريناز بهروز[[3]](#footnote-3)، مرضيه ميرزايي[[4]](#footnote-4)، اسحاق مرادي[[5]](#footnote-5) \*

تاريخ دريافت 19/10/1395 تاريخ پذيرش 17/12/1395

چکيده

**پيش‌زمينه و هدف: مراقبت بهداشت دهاني بخش اساسي از درمان‌هاي دندان‌پزشکي براي بيماراني است که سابقه بيماري‌هاي التهابي دهان و دندان دارند. مهم‌ترين قدم در ايجاد همکاري بيمار، آموزش روش‌هاي رعايت بهداشت دهاني مي‌باشد دراين‌بين عوامل مختلفي** تأثير**گذار هستند ازجمله ميزان رضايت بيماران، سن و نيز جنس آن‌ها. تحقيق حاضر** باهدف **بررسي ميزان رضايت بيماران از روش‌هاي آموزشي و نيز تعيين ميزان تأثير سن و جنس اين بيماران بر يادگيري آن‌ها از اين آموزش‌ها صورت مي‌گيرد.**

**مواد و روش‌ کار**: **از بيماران مراجعه‌کننده به کلينيک، از افرادي که علاقه‌مند به شرکت در مطالعه بودند، آزمون گرفته شد و افرادي که نمره 2 و يا کم‌تر اخذ نمودند در اين مطالعه شرکت داده شدند. بيماران با رده سني 18 سال به بالا** به‌صورت **تصادفي به 4 گروه تقسيم شدند و در هر گروه 90 نفر حضور داشتند. براي گروه اول آموزش به شکل شفاهي ارائه شد. براي گروه دوم** علاوه **بر آموزش شفاهي، از نشان دادن روي مدل دنداني نيز استفاده شد. براي گروه سوم پس از انجام دادن مراحل آموزش شفاهي و نشان دادن مراحل بهداشت دهاني روي مدل دنداني يک آزمون بهداشت دهاني مطابق چک‌ليست (ضميمه الف) گرفته‌شده و اشکالات بيمار اصلاح و سپس** مجدداً **توسط چک‌ليست ارزيابي و نتايج ثبت گرديد. براي گروه چهارم** علاوه **بر روش‌هاي مذکور در گروه‌هاي قبلي در داخل دهان خود بيمار نيز آموزش صورت گرفت سپس مانند گروه سوم مطابق چک‌ليست آزمون بهداشت دهاني گرفته شد و اشکالات بيمار اصلاح و** مجدداً **توسط چک‌ليست ارزيابي و نتايج ثبت گرديد. از تمامي گروه‌ها بلافاصله بعد از آموزش، آزمون گرفته شد و اين آزمون شش ماه بعد تکرار شد و داده‌ها ثبت شد. در ضمن گروه‌هاي چهارگانه سالومون جهت حذف اثر هاثورن نيز در اين مطالعه صورت گرفت.**

**يافته‌ها**: **با توجه به تحقيق انجام‌شده، عوامل بي‌شماري مي‌توانند بر جريان يادگيري و روش‌هاي کسب تجربيات و مهارت‌هاي تازه تأثير داشته باشند. در تعيين بهترين گروه، سن، جنس و ميزان يادگيري فرد نيز دخيل است. طبق اين پژوهش تفاوت معني‌دار آماري بين يادگيري خانم‌ها و آقايان وجود ندارد. همچنين ضريب همبستگي نمرات و سن نشان مي‌دهد با افزايش سن يادگيري بهتر مي‌شود. در مورد رضايت بيماران از آموزش‌هاي ارائه‌شده نيز مي‌توان به اين مورداشاره کرد که با بهتر شدن نوع آموزش رضايت بيماران افزايش يافته است.**

**بحث و نتيجه‌گيري**: **با بهتر شدن نحوه آموزش ميزان رضايت بيماران بيشتر مي‌شود و در پايان به اين نتيجه مي‌رسيم که بين ميزان يادگيري با روش‌هايي که در آن‌ها از آموزش عملي استفاده مي‌شود ارتباط معني‌دار وجود دارد.**

**کليدواژه‌ها:** رضايت بيماران، روش‌هاي آموزش، يادگيري، سن، جنس

**مجله پزشکي اروميه، دوره بيست و هشتم، شماره دوم، ص 111-101، ارديبهشت 1396**

**آدرس مکاتبه**: اروميه، دانشگاه علوم پزشکي اروميه، ستاد دانشگاه فلکه جهاد 31937321

Email: moradi.i90@gmail.com

مقدمه

ﻳﻜﻲ ﺍﺯ ﻣﻮﺍﺭﺩﻱ ﻛﻪ ﺩﺭ ﺑﺮﺭﺳﻲ ﻭﺿﻌﻴﺖ ﺳﻼﻣﺖ ﺍﻫﻤﻴﺖ ﺑﺴﺰﺍﻳﻲ ﺩﺍﺭﺩ، ﺑﻬﺪﺍﺷﺖ ﺩﻫﺎﻥ ﻭ ﺩﻧﺪﺍﻥ مي‌باشد. ﺁﻣﻮﺯﺵ ﺑﻬﺪﺍﺷﺖ مي‌تواند ﺑﻬﺘﺮﻳﻦ ﻭ مؤثرترين ﺭﺍﻩ ﺑﺮﺍﻱ ﺗﺄﻣﻴﻦ ﺳﻼﻣﺖ ﺍﻓﺮﺍﺩ ﺟﺎﻣﻌﻪ ﺑﺎﺷﺪ بيماري‌هاي پريودنتال و پوسيدگي دنداني به‌عنوان شايع‌ترين بيماري‌هاي عفوني دهان در کل دنيا شناخته شده‌اند ([1](#_ENREF_1), [2](#_ENREF_2)). که در صورت عدم پيشگيري و درمان مناسب نه‌تنها مي‌توانند باعث از دست رفتن دندان‌ها شوند بلکه امروزه ارتباط ميان بيماري‌هاي سيستميک مانند بيماري‌هاي قلبي و ديابت و ... با بيماري‌هاي پريودنتال شناخته شده است. اساس پيشگيري و درمان بلندمدت بيماري‌هاي دنداني و پريودنتال، کنترل پلاک ميکروبيال است که نيازمند همکاري بيمار مي‌باشد ([3](#_ENREF_3)). ﺑﺮاي ﭘﻴﺸﮕﻴﺮي از بيماري‌هاي اﻧﺴﺎج نگه‌دارنده دﻧﺪان بدون شک اولين و مهم‌ترين قدم ايجاد همکاري بيمار، آموزش روش‌هاي رعايت بهداشت دهاني و ﻣﺴﻮاك زدن ﺻﺤﻴﺢ مي‌باشد و اين اﻣﺮ ﺑﺎﻋﺚ ﻋﺪم ابتلا ﺑﻪ شايع‌ترين ﺑﻴﻤﺎري ﻟﺜﻪ ﻳﻌﻨﻲ ژﻧﮋﻳﻮﻳﺖ ﺧﻮاﻫﺪ ﺷﺪ. از ﻃﺮف دﻳﮕﺮ ﻟﺜﻪ ﺳﺎﻟﻢ ﻣﺎﻧﻊ ﺑﻮي ﺑﺪ دﻫﺎن مي‌شود ﻛﻪ از ﻧﻈﺮ روﺣﻲ و ارﺗﺒﺎﻃﻲ ﺑﺮاي ﻓﺮد در ﺟﺎﻣﻌﻪ ﺑﺴﻴﺎر ﻣﻬﻢ اﺳﺖ. ﺍﺻﻄﻼﺡ ﺑﻬﺪﺍﺷﺖ ﺩﻫﺎﻥ ﻭ ﺩﻧﺪﺍﻥ ﺭﺍ ﺑﻌﻨﻮﺍﻥ ﻭﺿﻌﻴﺖ ﻳﺎ ﻣﻴﺰﺍﻧﻲ ﺍﺯ ﺗﻤﻴﺰﻱ ﺩﻫﺎﻥ ﺩﺭ ﻳﻚ ﻣﻘﻄﻊ ﺯﻣﺎﻧﻲ ﺑﻪ ﻛﺎﺭ مي‌برند. ﺩﺭ ﻳﻚ ﺗﻌﺮﻳﻒ ﺩﻳﮕﺮ، ﺑﻬﺪﺍﺷﺖ ﺩﻫﺎﻥ ﺑﻪ ﻋﻨﻮﺍﻥ شاخه‌اي ﺍﺯ ﻋﻠﻮﻡ ﺑﻬﺪﺍﺷﺘﻲ ﻭ ﺳﻼﻣﺘﻲ ﻣﺮﺑﻮﻁ ﺑﻪ ﻧﮕﻬﺪﺍﺭﻱ ﻭ ﻣﺮﺍﻗﺒﺖ ﺍﺯ ﺳﻼﻣﺖ ﺩﻫﺎﻥ ﻋﻨﻮﺍﻥ ﺷﺪﻩ ﺍﺳﺖ و بدون يک آموزش مؤثر انتظار دست‌يابي به همکاري و سطوح پايين پلاک دنداني غير معقول خواهد بود ([3](#_ENREF_3), [4](#_ENREF_4)). آموزش بهداشت بنابر گفته Glans و همکاران (2002)، مجموعه‌اي متنوع و گسترده از استراتژي‌هاي تأثير بر افراد و محيط‌هاي اجتماعي، به‌منظور ارتقاي سلامت و کيفيت زندگي آنهاست ([5](#_ENREF_5)). يادگيري يک فرايند است([6](#_ENREF_6), [7](#_ENREF_7)). در هر لحظه اطلاعات زيادي وارد حافظه مي‌شود که غالب آن‌ها موردتوجه قرار نمي‌گيرند. از مجموع اطلاعات فراواني که در هر لحظه به مخزن حسي وارد مي‌شوند تنها آن اطلاعاتي که موردتوجه ما قرار مي‌گيرند، انتخاب شده و براي پردازش به بخش‌هاي ديگر حافظه سپرده مي‌شوند. بنابراين، بي توجهي، مي‌تواند دليل حذف اطلاعات از ثبت حسي، بي توجهي باشد([8](#_ENREF_8), [9](#_ENREF_9)).

به‌دليل محدوديت ظرفيت حافظه کوتاه مدت اين حافظه به سرعت از اطلاعات پر مي‌شود. وقتي که حافظه کوتاه مدت پر شد، براي اينکه اطلاعات تازه‌اي وارد آن بشوند اطلاعات قبلي بايد از آن خارج گردند (پديده جانشيني) لذا، جانشين شدن مطالب جديد با مطالب از قبل آموخته شده يک عامل مهم فراموشي يا حذف اطلاعات از حافظه کوتاه مدت است.

علت ديگر، عدم عبور اطلاعات از حافظه کوتاه مدت به حافظه بلندمدت است که به‌دليل حذف خود به خودي اطلاعات در اثر گذشت زمان يا محو اثر است. اين نظريه به نظريه رد ياد يا رد حافظه شهرت دارد. طبق اين نظريه، اطلاعات ذخيره شده در حافظه کوتاه مدت را مي‌توان ردها يا آثاري دانست که در طول زمان محو مي‌شوند([7-9](#_ENREF_7)).

بر طبق عقيده روانشناسان، اطلاعات وارد شده به حافظه بلندمدت، به عکس حافظه‌هاي حسي و کوتاه مدت، هرگز از بين نمي‌رود، و با بودن شرايط مناسب هميشه قابل بازيابي (يادآوري) هستند. با وجود اين، صاحب‌نظران چندين علت براي بياد نيامدن اطلاعات از حافظه بلندمدت ذکر کرده‌اند که در زير آن‌ها را توضيح مي‌دهيم.

مفهوم واپس زدن يا سرکوب خاطرات که در نظريه روان پوياي فرويد شهرت يافته است به ناتواني انسان در يادآوري رويدادهاي ناخوش آينده يا امور وابسته به آن‌ها اشاره مي‌کند. به اين نوع فراموشي اغلب فراموشي هيجاني مي گويند. واپس زدن اطلاعات را مي‌توان مشکل بازيابي به حساب آورد. طبق اين نظر، به دلايلي نشانه‌هاي لازم براي بازيابي خاطرات واپس زده در دسترس قرار ندارند. هر چيزي که امکان دسترسي به نشانه‌هاي بازيابي را براي شخص امکان‌پذير سازد راه يادآوري را مي‌گشايد و موانع يادآوري خاطرات را کنار مي زند. روانکاوان يا تحليل گران رواني روش تداعي آزاد يعني گفتن آنچه را که به ذهن مي‌رسد را به همين منظور بکار مي‌برند. شخص ممکن است در ضمن تداعي آزاد نشانه‌هاي بازيابي لازم را که به خاطرات فراموش شده مي‌انجامد پيدا کند.

مهم‌ترين عاملي که روانشناسان براي بياد نيامدن اطلاعات از حافظه بلندمدت ذکر کرده‌اند مشکل بازيابي است. طبق اين نظريه، آنچه به حافظه بلندمدت سپرده مي‌شود هرگز از بين نمي‌رود و علت اينکه ما پاره‌اي از مطالب قبلاً آموخته شده را نمي‌توانيم به ياد بياوريم اين است که در بازيابي آن‌ها ناتوانيم، وگرنه مطالب در حافظه ما موجود هستند. اگر نشانه‌ها يا سرنخ‌هاي بازيابي لازم را پيدا کنيم مي‌توانيم اطلاعات فراموش شده را بياد آوريم. اين حالت درست مثل پرونده‌اي است که در بايگاني ذهن موجود است اما شماره آن را در دست نداريم و اگر شماره پرونده را در اختيار داشته باشيم به راحتي مي‌توانيم آنرا در بايگاني پيدا کنيم. به‌عنوان يک قياس ديگر، کوشش براي پيدا کردن مطلبي از حافظه بلندمدت شبيه به پيدا کردن کتابي در يک کتابخانه بزرگ است. اگر ندانيم که کتاب موردنظر با چه رمزي و در کجا قرار داده شده است نمي‌توانيم آنرا پيداکنيم، هر چند که کتاب دلخواه ما در کتابخانه موجود باشد ([10](#_ENREF_10)).

هدف از انجام اين تحقيق بررسي ميزان رضايت بيماران از روش‌هاي آموزشي به کار رفته در کلينيک و نيز تعيين ميزان اثر سن و جنس آن‌ها در يادگيري‌شان مي‌باشد.

مواد و روش کار

تحقيق به‌صورت توصيفي-تحليل بوده و در آن از بيماران مراجعه‌کننده به کلينيک دندان‌پزشکي البرز اروميه با رده سني 18 سال به بالا به‌صورت تصادفي به 4 گروه تقسيم شدند. در گروه اول تعداد 54 نفر زن و 36 نفر مرد آموزش داده شدند که آقايان 40 درصد و خانم‌ها 60 درصد حضور داشتند. براي 90 نفر گروه اول فقط به‌صورت شفاهي آموزش بهداشت دهاني داده شد.

در گروه دوم تعداد 56 نفر زن و 34 نفر مرد آموزش داده شدند که آقايان 37.8 درصد و خانم‌ها 62.2 درصد حضور داشتند. براي 90 نفر گروه دوم علاوه بر آموزش شفاهي، از نشان دادن روي مدل دنداني نيز استفاده شد.

در گروه سوم تعداد 48 نفر زن و 42 نفر مرد آموزش داده شدند که آقايان 46.7 درصد و خانم‌ها 53.3 درصد حضور داشتند. براي 90 نفر گروه سوم پس از انجام دادن مراحل آموزش شفاهي و نشان دادن مراحل بهداشت دهاني روي مدل دنداني يک آزمون بهداشت دهاني مطابق چک‌ليست (ضميمه الف) گرفته شده و اشکالات بيمار اصلاح و سپس مجدداً توسط چک‌ليست ارزيابي و نتايج ثبت گرديد. در اين گروه آموزش‌ها با فيدبک همراه بود.

در گروه چهارم تعداد 56 نفر زن و 34 نفر مرد آموزش داده شدند که آقايان 37.8 درصد و خانم‌ها 62.2 درصد حضور داشتند. براي 90 نفر اين گروه علاوه بر آموزش شفاهي و نشان دادن روي مدل دنداني، در داخل دهان خود بيمار نيز آموزش‌ها داده شد. بلافاصله بعد از آموزش، آزمون عملي از چگونگي استفاده از نخ دندان و مسواک، از بيماران به عمل آمد سپس اشکالات بيمار اصلاح و مجدداً توسط چک‌ليست ارزيابي و نتايج ثبت گرديد.

فرمول حجم نمونه براي هر گروه از اين طريق به دست آمد:

N=(Zα/2)2[P1(1-P1)+P2(1-P2)]/d2

N=1.962\*0.5/0.152=90

نسبت‌هاي مورد انتظار در دو جامعه برابر 50درصد در نظر گرفته شد p1=p2=0.5 مفروض گرديد.

افراد به روش بلوک‌هاي جايگشتي تصادفي (Random Permutation Blocks) از بين ليست پرونده بيماراني که به کلينيک دندان‌پزشکي مراجعه نموده‌اند، 4 گروه با تعداد نمونه برابر 90 نفر در هر گروه، تخصيص داده مي‌شوند. چون احتمال داده شد Droup out بوجود آيد 20 نفر اضافه در نظر گرفته شد و دو گروه 28 نفري براي مطالعه سالومون منظور گرديد.

ابزار تحقيق: پرسشنامه‌اي پس از طراحي ازنظر روايي محتوايي (Content validity) مورد نقد و بررسي صاحب‌نظران قرار گرفت و درنهايت پس از اعمال تغييرات جزئي و در نظر گرفتن روائي محتوا مورد پذيرش قرار گرفت.

اين افراد جهت تأييد روايي پرسشنامه و تطابق سؤالات با اهداف مطالعه آن را بررسي نمودند:

* 3 نفر متخصص ارتودنتيس
* 4 نفر متخصص پريودنتيس
* 3 نفر متخصص بيماري‌هاي دهان
* 2 نفر دندان‌پزشک عمومي

پايايي مطالعه به روش کودر ريچاردسون 21 در يک مطالعه پيلوت بر روي 20 نفر قبل از مطالعه اصلي بررسي شد. و پايائي برابر با 8.01 است.

ﺍﻓﺮﺍﺩ ﺍﺯ ﻟﺤﺎﻅ ﺷﺮﻛﺖ ﺩﺭ ﻣﻄﺎﻟﻌﻪ ﻣﺨﺘﺎﺭ ﺑﻮﺩﻧﺪ و ﺍﻃﻼﻋﺎﺕ ﺗﺎ ﭘﺎﻳﺎﻥ ﺗﺤﻘﻴﻖ ﺑﺼﻮﺭﺕ ﻣﺤﺮﻣﺎﻧﻪ ﺑﺎﻗﻲ ﻣﺎﻧﺪ. ﻗﺒﻞ ﺍﺯ ﺗﻜﻤﻴﻞ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﺍﺑﺘﺪﺍ ﭘﺮﺳﺸﮕﺮ ﺣﻘﻮﻕ ﺍﻓﺮﺍﺩ ﻣﻮﺭﺩ ﻣﻄﺎﻟﻌﻪ ﺭﺍ ﺍﺯ ﻟﺤﺎﻅ ﺷﺮﻛﺖ ﻭ ﻧﻴﺰ ﻫﺪﻑ ﺍﺯ ﺍﻳﻦ ﻣﻄﺎﻟﻌﻪ ﺭﺍ ﺑﺮﺍﻱ ﺁﻧﻬﺎ ﺗﻮﺿﻴﺢ ﺩﺍﺩ. تمامي روش‌هاي اجرا شده در اين تحقيق به‌عنوان جزئي از روتين درماني بيماران اجرا شد و آن‌ها کاملاً در اين رابطه تفهيم شده بودند. همچنين رضايتنامه آگاهانه مکتوب نيز به رويت و امضاي تمام بيماران رسيد. ﭘﺲ ﺍﺯ ﺍﺧﺬ ﻣﻮﺍﻓﻘﺖ ﺍﺯ ﺁﻧﻬﺎ ﺍﻗﺪﺍﻡ ﺑﻪ ﺗﻜﻤﻴﻞ ﭘﺮﺳﺸﻨﺎﻣﻪ ﺷﺪ (ضميمه ب).

يافته‌ها

**تعيين ارتباط سن و جنس با تأثير انواع روش‌هاي آموزش بهداشت دهان:**

در مورد ارتباط سن و نمره و جنس و نمره بيماران اين نتايج به تفکيک به دست آمد:

**4-1-2-1. نتايج به‌دست آمده در هرگروه بين جنس و نمره**

نتايج به‌دست آمده از مطالعه بيماران در گروه‌هاي چهارگانه به‌صورت جداگانه موردبررسي قرار گرفته است که در ادامه به آن مي‌پردازيم.

**4-1-2-1-1. آماره‌هاي جنس در گروه اول**

جدول (4-9): **نمرات گروه اول**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| انحراف معيار | ميانگين | تعداد | جنس | نمرات |
| 1.430 | 3.65 | 54 | زن | بلا فاصله بعد آموزش |
| 1.162 | 3.28 | 36 | مرد |
| 1.385 | 3.93 | 54 | زن | شش ماه بعد |
| 1.489 | 4.19 | 36 | مرد |

جدول (4-10): **P-VALUE گروه اول**

|  |  |
| --- | --- |
| P-VALUE | نمرات |
| 0.199 | بلا فاصله بعد آموزش |
| 0.384 | شش ماه بعد |

در اين مطالعه در گروه اول، در يک ماه بعد بين زنان و مردان تفاوت معني‌دار آماري وجود ندارد. همچنين شش ماه بعد نيز بين مردان و زنان تفاوت معني‌دار آماري وجود ندارد.

**4-1-2-1-2. آماره‌هاي جنس در گروه دوم**

جدول (4-11): **نمرات گروه دوم**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| انحراف معيار | ميانگين | تعداد | جنس | نمرات |
| 1.556 | 3.63 | 56 | زن | بلافاصله بعد آموزش |
| 1.342 | 4.32 | 34 | مرد |
| 1.414 | 4.77 | 56 | زن | شش ماه بعد |
| 1.138 | 4.91 | 34 | مرد |

جدول (4-12): **P-VALUE گروه دوم**

|  |  |
| --- | --- |
| P-VALUE | نمرات |
| 0.033 | بلا فاصله بعد آموزش |
| 0.617 | شش ماه بعد |

در اين مطالعه در گروه دوم بلافاصله بعد از آموزش بين زنان و مردان تفاوت معني‌دار آماري به دست آمد، ولي شش ماه بعد بين مردان و زنان تفاوت معني‌دار آماري وجود نداشت.

**4-1-2-1-3. آماره‌هاي جنس در گروه سوم**

جدول (4-13): **نمرات گروه سوم**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| انحراف معيار | ميانگين | تعداد | جنس | نمرات |
| 1.134 | 8.10 | 48 | زن | بلا فاصله بعد آموزش |
| 1.206 | 7.90 | 42 | مرد |
| 1.861 | 5.94 | 48 | زن | شش ماه بعد |
| 1.724 | 6.62 | 42 | مرد |

جدول (4-14): **P-VALUE گروه سوم**

|  |  |
| --- | --- |
| P-VALUE | نمرات |
| 0.421 | بلافاصله بعد از آموزش |
| 0.76 | شش ماه بعد |

در اين مطالعه در گروه سوم، بلافاصله بعد از آموزش بين زنان و مردان تفاوت معني‌دار آماري وجود ندارد. همچنين شش ماه بعد نيز بين مردان و زنان تفاوت معني‌دار آماري وجود ندارد.

**4-1-2-1-4. آماره‌هاي جنس در گروه چهارم**

جدول (4-15): **نمرات گروه چهارم**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| انحراف معيار | ميانگين | تعداد | جنس | نمرات |
| 1.576 | 7.66 | 56 | زن | بلا فاصله بعد آموزش |
| 1.446 | 7.03 | 34 | مرد |
| 1.541 | 6.91 | 56 | زن | شش ماه بعد |
| 1.654 | 6.15 | 34 | مرد |

جدول (4-16): **P-VALUE گروه چهارم**

|  |  |
| --- | --- |
| P-VALUE | نمرات |
| 0.061 | بلافاصله بعد از آموزش |
| 0.029 | شش ماه بعد |

در اين مطالعه در گروه چهارم، بلافاصله بعد از آموزش بين زنان و مردان تفاوت معني‌دار آماري وجود ندارد. ولي شش ماه بعد بين مردان و زنان تفاوت معني‌دار آماري وجود دارد.

**4-1-2-2. نتايج به‌دست آمده در هرگروه بين سن و يادگيري**

 در اين مطالعه براي محاسبه ضريب همبستگي بين سن و يادگيري از آزمون ضريب همبستگي اسپيرمن استفاده شده است. نتايج حاصل از آزمون رابطه سن و يادگيري با استفاده از ضريب همبستگي اسپيرمن بلافاصله بعد از آموزش در جدول 4-17 و بعد از شش ماه در جدول 4-18 نمايش داده مي‌شود. ضريب همبستگي بين نمرات بلافاصله بعد از آموزش برابر با 0.169 بوده که ازنظر آماري معني‌دار مي‌باشد (P-value=0.01) ضريب همبستگي بين نمرات شش ماه بعد برابر با 0.059 بوده که ازنظر آماري معني‌دار نمي‌باشد ((P-value=0.265.

جدول (4-17): **تحليل همبستگي بين يادگيري و سن بلافاصله بعد از آموزش**

|  |  |
| --- | --- |
| P-VALUE | ضريب همبستگي |
| 0.001 | 0.169 |

**جدول (4-18):** تحليل همبستگي بين يادگيري و سن 6 ماه بعد

|  |  |
| --- | --- |
| P-VALUE | ضريب همبستگي |
| 0.265 | 0.059 |

در مقايسه رابطه افزايش سن در هر گروه تغييري در ميزان يادگيري مي‌توان نتيجه گرفت که اگر ضريب همبستگي بزرگ‌تر از صفر باشد با افزايش يک متغير، ديگري  نيز افزايش مي‌يابد پس رابطه قوي بين دو متغيير سن و يادگيري وجود دارد و مشخص مي‌شود که با افزايش سن يادگيري بيشتر مي‌شود.

**4-1-3. بررسي ميزان و ارتباط رضايت بيماران در ارتباط با ميزان تأثير انواع روش‌هاي آموزش بهداشت دهان**

جدول (4-19): **آمار توصيفي تحليلي رضايت بيماران**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حداکثر رضايت | حداقل رضايت | انحراف معيار | ميانگين | تعداد | گروه |
| 10 | 5 | 1.384 | 7.92 | 90 | اول |
| 10 | 5 | 1.218 | 8.10 | 90 | دوم |
| 10 | 6 | 1.128 | 8.69 | 90 | سوم |
| 10 | 6 | 0.942 | 8.99 | 90 | چهارم |
| 10 | 5 | 1.251 | 8.43 | 360 | جمع کل |

همانطور که در جدول 4-19 مشاهده مي‌شود در هر يک از گروه‌هاي موردمطالعه رضايت بيماران ثبت شده است. نمره کامل رضايت بيمار از ياددهي عدد 10 مي‌باشد که بعد از شش ماه توسط بيمار در فرم ثبت شده است. طبق نتايج به‌دست آمده در گروه اول ميانگين نمرات رضايت بيماران از نحوه آموزش 7.92 از 10 مي‌باشد. در اين گروه حداکثر رضايت بيماران از آموزش ارائه شده 10 و حداقل رضايت از آموزش داده شد 5 مي‌باشد. در گروه دوم ميانگين رضايت بيماران 8.10 مي‌باشد که نسبت به گروه اول داراي رضايت بيشتر هستند. در اين گروه نيز مانند گروه اول حداقل رضايت 5 و حداکثر رضايت 10 مي‌باشد. در گروه سوم حداقل رضايت بيماران از آموزش ارائه شده 6 و حداکثر آن 10 مي‌باشد که اين گروه داراي ميانگين 8.69 مي‌باشد. در اين گروه رضايت بيماران نسبت به گروه دوم بيشتر است. در گروه چهارم نيز حداقل رضايت بيماران 6 و حداکثر رضايت بيماران 10 مي‌باشد. ميانگين نمرات رضايت اين گروه 8.99 مي‌باشد که نسبت به گروه‌هاي قبلي بهتر است. ترتيب صعودي نمرات رضايت بيماران نشان مي‌دهد که هر چه آموزش بهتر مي‌شود ميزان رضايت بيمار نيز بيشتر مي‌شود. در نمودار 4-3 داده‌هاي جدول 4-19 به‌صورت نمودار ميله‌اي نمايش داده شده است.

**نمودار 4-3 ميانگين رضايت بيماران و حداقل و حداکثر رضايت**

جدول (4-20): **مقايسه چند گانه رضايت بيماران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| P-VALUE | گروه | گروه |
| 0.743 | دوم | اول |
| 0.000 | سوم |
| 0.000 | چهارم |
| 0.743 | اول | دوم |
| 0.005 | سوم |
| 0.000 | چهارم |
| 0.000 | اول | سوم |
| 0.005 | دوم |
| 0.322 | چهارم |
| 0.000 | اول | چهارم |
| 0.000 | دوم |
| 0.322 | سوم |

از لحاظ رضايت بيماران بين گروه‌هاي اول و دوم، سوم و چهارم اختلاف آماري معني‌دار نيست. ولي بين گروه‌هاي اول و سوم، اول و چهارم، دوم و سوم و دوم و چهارم اختلاف آماري معني‌دار است.



نمودار (4-4): **نمودار خطي ميزان رضايت بيماران**

همانطور که در نمودار مشاهده مي‌کنيم با تکميل شدن روش آموزش ميانگين‌هاي رضايت بيماران افزايش مي‌يابد.

**4-1-4. تعيين ارتباط ميزان يادگيري در روش‌هايي که در آن از آموزش عملي استفاده مي‌شود.**

جدول (4-21): **يادگيري**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 ماه بعد | بلافاصله بعد آموزش | گروه |
| 6.25 | 8.011 | سوم |
| 6.62 | 7.42 | چهارم |

همانطور که در جدول هم مشاهده مي‌شود، در گروه سوم در آزمون [[6]](#footnote-6)T2 ميانگين نمرات دريافتي بيماران 8.01 از نمره 10 بوده است. در آزمون [[7]](#footnote-7)T3 همان بيماران ميانگين نمره 6.25 دريافت نموده‌اند که نسبت به T2 کم‌تر است. همچنين در گروه چهارم در T2 ميانگين نمرات دريافتي بيماران 7.42 از نمره 10 بوده است. در آزمون T3 همان بيماران ميانگين نمره 6.62 دريافت نموده‌اند که نسبت به T2 کم‌تر است.

بررسي اثر هاثورن ([11](#_ENREF_11))توسط گروه‌هاي سالومون نشان داد که اثر هاثورن در بين گروه‌هاي 7 گانه متفاوت با تفاوت معني‌دار آماري مي‌باشند. بدين‌صورت که گروه‌هاي اول و دوم به‌دليل نمره‌ي اوليه پائين به‌صورت معني‌داري تحت اثر هاثورن قرار مي‌گيرند.

عوامل بي شماري مي‌توانند بر جريان يادگيري و روش‌هاي کسب تجربيات ومهارتهاي تازه تأثير داشته باشند. برخي از اين عوامل مربوط به خصوصيات يادگيرنده است که محدوده آن از شخصيت و نحوه  آگاهي تا اختلافات فردي در مورد سن، تجربه، انگيزه و قوه ادراک متغير است. عوامل ديگر به زمينه‌هاي اجتماعي يادگيري و روش‌هاي که آموزش رسمي به کمک آن طراحي، اجرا و ارزيابي شده مربوط هستند. بنابر تحقيقات Bates و elman در سال 2002 دانش در مغز به‌صورت شبکه‌اي از پيوندها ذخيره مي‌شود، نه به‌صورت نظامي از قواعد يا مخزني از اجزاي اطلاعاتي پراکنده. بنابراين انديشه، تجربه از راه نيرومند سازي برخي پيوندها و ضعيف کردن بعضي ديگر يادگيري را بوجود مي‌آورد.([12](#_ENREF_12)).

 اختلاف بين ميانگين گروه سوم بلافاصله و شش ماه بعد، برابر با 1.75- است. که اين مقدار از لحاظ آماري معني‌دار مي‌باشد. اختلاف بين ميانگين گروه چهارم بلافاصله و شش ماه بعد، برابر با 0.8- است که اين مقدار از لحاظ آماري معني‌دار مي‌باشد. ميانگين نمرات در گروه سوم و چهارم در آزمون T3 از آزمون T2 کم‌تر است. يعني در طول زمان ميانگين نمرات کم‌تر شده است. دليل اين کاهش در ميانگين نمرات مربوط به نظريه‌هاي يادگيري مي‌باشد.

دلايل عدم بازيافت اطلاعات از حافظه بلندمدت طبق مطالعه علي اکبر سيف در سال 1388، رد حافظه، واپس زدن، نظريه تداخل و مشکلات بازيابي است که در بخش دوم به‌طور کامل توضيح داده شده است.درمطالعه Knanzan بر تاکسونومي بالاتر ياددهي و يادگيري اشاره شده است که با نتايج ما در اين پژوهش هم‌خواني و مطابقت دارد([13](#_ENREF_13)).

**5-1-3. بحث و بررسي يافته‌ها در مورد سن و جنس**

طبق تئوري گاردنر عليرغم هوشهاي چند گانه ([14](#_ENREF_14))در آقايان و خانمها به‌دليل سهولت يادگيري مهارت‌هاي رعايت بهداشت دهان و دندان در گروه‌هاي سوم و چهارم، تفاوت آنچنان معني‌داري ازنظر آماري بين دو جنس مشاهده نشد.

در مطالعه cheung و همکاران([15](#_ENREF_15)) اختلاف معني‌داري بين دو گروه در سن و جنس و ميانگين نمره دانش و رفتار مراقبت دهان ودندان بيماران مشاهده شد که در مورد سن با مطالعه ما هم‌خواني دارد و در مورد تفاوت دو جنس بر خلاف يافته‌هاي ما مي‌باشد.

البته شايد در مطالعه ما حس کهنسالي با از دست دادن دندان‌ها و افزايش سن، انگيزشي دروني براي يادگيري باشد. ليکن به‌دليل متغيرهاي مخدوش کننده متعدد اثبات اين مهم نيازمند مطالعات محدود شده تري مي‌باشد.

**5-1-4. بحث و بررسي يافته‌ها در مورد رضايت**

در مورد رضايت بيماران بايد گفت که با بهتر شدن نحوه آموزش رضايت بيماران نيز بيشتر مي‌شود.

بحث و نتيجه‌گيري

آموزش به شکل شفاهي و ديداري بر روي مدل دنداني همراه با آزمون دراي بازخورد، بر روي مدل دنداني براي يادگيري معني‌دار طبق تعريف تعريف آزوبل[[8]](#footnote-8)([16](#_ENREF_16)) بر مهارت‌هاي انجام بهداشت دهان و دندان بر روي مدل دنداني روش کافي و ارجح است. بنابراين در آموزش بهداشت دهان ازآنجايي‌که بر روي حافظه کوتاه مدت بيمار تأکيد مي‌شود بنابراين توصيه مي‌گردد. فقط يکي از روش‌هاي همراه با بازخورد يعني يکي از روش‌هاي گروه سوم يا چهارم انجام شود. در نتيجه ميزان تأثير روش‌هايي که در آن‌ها از آموزش عملي همراه فيدبک استفاده مي‌شود به‌طور معني‌داري از ساير روش‌هاي شفاهي بدون فيدبک بهتر است. بازخورد داراي هدف و اصولي است ازجمله اينکه بايد بر عملکرد دانشجو تأکيد نمايد و نه بر رفتار وي. و بايستي به‌صورت اختصاصي باشد. رعايت اين موارد در دادن بازخورد سازنده[[9]](#footnote-9) به ارتقاء فرايند آموزش و تدريس کمک شاياني مي‌نمايد.

با عنايت به يافته‌هاي به‌دست‌آمده در مورد آماره‌هاي جنس در گروه‌ها که به‌طور کلي در شش ماه بعد از آموزش، تفاوت معني‌دار را نشان نمي‌داد مي‌توان گفت که زمان در اين زمينه تأثير داشته است بدين معنا که با گذشت زمان يک روال منطقي به وجود آمده است و باعث عدم تفاوت بين دو جنس مرد و زن شده است در حالي که در مقطع بلافاصله بعد از آموزش اين تفاوت در جاهايي معني‌دار نشان داده شده است. اذا در آموزش‌هايي که صورت مي‌گيرد بايستي به اين نکته توجه داشت و عدم توجه به اين مقوله باعث ايجاد نوعي تورش مي‌گردد.

نتايج به‌دست‌آمده در مورد رابطه سن و يادگيري، بلافاصله بعد از آموزش معني‌دار و شش ماه بعد را بدون وجود رابطه معني‌داري نشان داد که مي‌توان استنباط نمود که با توجه به اينکه بلافاصله بعد از آموزش به‌دليل عدم آگاهي از روال آموزش‌ها، اين تفاوت که در مطالعاتي ديگري نيز اثبات شده بروز کرده ولي با توجه به گذشت زمان و آشنايي هر دو جنس با نحوه آموزش‌ها، منجر به اين شده که تفاوت معني‌داري به وجود نيايد.

اختلاف بين ميانگين گروه سوم بلافاصله و شش ماه بعد، برابر با 1.75- به‌دست‌آمده است که اين مقدار از لحاظ آماري معني‌دار مي‌باشد. اختلاف بين ميانگين گروه چهارم بلافاصله و شش ماه بعد، برابر با 0.8- است که اين مقدار نيز از لحاظ آماري معني‌دار است. ميانگين نمرات در گروه سوم و چهارم در آزمون T3 از آزمون T2 کم‌تر است. يعني در طول زمان ميانگين نمرات کم‌تر شده است. دليل اين کاهش در ميانگين نمرات مربوط به نظريه‌هاي يادگيري مي‌باشد. نظريه‌هاي يادگيري اصولي کلي در مورد يادگيري نحوه پردازش آن و عوامل مؤثر در آن را از ديدگاههاي مختلف مي‌سنجند. دلايل عدم بازيافت اطلاعات از حافظه بلندمدت طبق مطالعه علي اکبر سيف در سال 1388، رد حافظه، واپس زدن، نظريه تداخل و مشکلات بازيابي است. درمطالعه Knanzan نيز طبق يافته‌هاي مطالعه ما بر تاکسونومي بالاتر ياددهي و يادگيري اشاره شده است([13](#_ENREF_13)). طبيعي است هر چه سطح يادگيري و پردازش اطلاعات عميق‌تر باشد بايستي انتظار داشت يادگيري عميق‌تري رخ دهد و هر چه يادگيري عميق‌تر باشد کاربردي کردن آن مي‌توان به سهولت اجرا شود. اين نکته به‌ويژه در آموزش علوم پزشکي از اين نظر حائز اهميت است که يادگيري عميق مطالب به کاربردي‌تر و عملي‌تر کردن آن منجر مي‌شود و نياز مبرمي به اين داريم که دانشجويان رشته‌اي مختلف ازجمله دندان‌پزشکي بتوانند يادگيري عميقي داشته و سپس آن را در عمل به کار گيرند. از سوي ديگر نبايد از اين نکته غفلت کرد که با افزايش سن ميزان يادگيري و نوع روش آموزش متفاوت مي‌شود ازجمله براي سنين بالاتر بايستي اصول تئوري يادگيري بالغين[[10]](#footnote-10) را مدنظر داشت و در عمل به کار برد.

در ارتباط با ميزان يادگيري و روش مورد استفاده نتايج حاصل، نشان از ارتباط معني‌دار بين اين دو متغير دارد. آنچه که از يافته‌ها به دست آمد نشان داد که در روش‌هايي که در آن از آموزش عملي استفاده مي‌شود ميزان يادگيري بالاتر بوده است. اين يافته بار ديگر اهميت استفاده از روش‌هاي عملي رادر آموزش علوم پزشکي و به‌ويژه دندان‌پزشکي را نشان مي‌دهد. شايان ذکر است که تئوري و بخش دانشي لازم است اما بايستي محيطي فراهم گردد که اين موارد در عمل پياده شود و يکي از راهاي اصلي آن استفاده از روش‌هاي عملي آموزش است.

با توجه به جدول 19-4 که ميزان رضايت از آموزش را نشان مي‌دهد مي‌توان نتيجه گرفت هر چه کيفيت آموزش‌ها بيشتر مي‌شود ميزان رضايت نيز به‌تبع آن افزايش مي‌يابد و رابطه اين دو با هم معني‌دار مي‌باشد. لذا بايستي تأکيد برافزايش سطح آموزش‌ها و به‌ويژه استفاد از آموزش‌هاي عملي گردد و تمام تأکيد بر حوزه دانشي و تئوريک نباشد.

 طبق مطالعه انجام شده سن تأثير معني‌داري در ميزان يادگيري انواع روش‌هاي آموزش بهداشت دهاني دارد ولي در مورد جنس اين مورد صادق نيست. در مورد هدف سوم از اهداف فرعي اين نتايج حاصل شد که ميزان رضايت بيماران در مورد کارايي يادگيري در روش‌هايي که در آن‌ها از آموزش‌هاي عملي استفاده مي‌شود نسبت به ساير روش‌هاي شفاهي بدون فيدبک بيشتر است. درنهايت با توجه به نتايج به‌دست آمده مي‌توان گفت بين ميزان يادگيري و روش‌هايي که در آن‌ها از آموزش عملي استفاده مي‌شود ارتباط معني‌داري وجود دارد. از سوي ديگر لازم است که اعضاي هيئت علمي با روش‌هاي عملي و نوين آموزش به‌ويژه در دندان‌پزشکي آشنايي لازم را پيدا کنند. شرکت در کارگاه‌هاي که بدين منظور برگزار مي‌گردد مي تواندکمک‌کننده باشد.

درنهايت با عنايت به رابطه بين آموزش‌ها و ميزان رضايت بيماران و اهميت اين مقوله، تقويت مهارت‌هاي ارتباطي پزشک با بيمار و تدريس آن براي دانشجويان دندان‌پزشکي مي‌تواند در بهبود آموزش‌ها و درنهايت رضايت بيماران که يکي از اهداف نظام سلامت هم است، مؤثر واقع شود.

**References:**

1. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. Int dental J 2000;50(3): 129-39.
2. Marsh PD. Dental plaque as a biofilm and a microbial community–implications for health and disease. BMC Oral health 2006;6(1): 1.
3. Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. Periodontal disease and cardiovascular disease. J Periodontol 1996;67(10s): 1123-37.
4. Notgarnie HM. Education: The Key to Patient Compliance. RDH. 2012.
5. Glanz KE, Lewis FME, Rimer BK. Health behavior and health education: Theory, research, and practice: Jossey-Bass; 1990.
6. Anderson JR. Learning and memory. 2000.
7. Kausler DH. Learning and memory in normal aging: Academic Press San Diego, CA; 1994.
8. Light LL. Long‐Term Memory. The Encyclopedia of Adulthood and Aging. 2016.
9. Norman DA. Memory and attention: John Wiley and Sons; 1976.
10. Helson H. Adaptation-level theory. 1964.
11. Jones SR. Was there a Hawthorne effect? Am J Soc 1992: 451-68.
12. Bates E, Elman JL. Connectionism and the study of change. Brain development and cognition: A reader. 1993: 623-42.
13. Knazan Y. Application of PRECEDE to dental health promotion for a Canadian well-elderly population. Gerodontics 1986;2(5): 180-5.
14. Gardner H. The theory of multiple intelligences1. Teaching and Learning in the Secondary School. 2013: 38.
15. Tomar SL, Cohen LK. Attributes of an ideal oral health care system. J Public Health Dentistry 2010;70(s1): S6-S14.
16. Ausubel DP. The psychology of meaningful verbal learning. 1963.

EVALUATION OF PATIENTS' SATISFACTION WITH DISEASES OF PERIODONTICS OF TEACHING METHODS AT THE DENTAL CLINIC AND DETERMINATION OF THE EFFECTS OF AGE AND SEX ON THEIR LEARNING

***Ehsan Khashabi[[11]](#footnote-11), Maziar Esmaeili Moghaddam[[12]](#footnote-12), Parinaz Behrouz[[13]](#footnote-13), Zahra Mirzaee[[14]](#footnote-14), Eshagh Moradi[[15]](#footnote-15)***

***Received: 9 Jan, 2017; Accepted: 8 Mar, 2017***

**Abstract**

***Background & Aims***: Oral health care is an essential part of dental treatments for patients with a history of oral inflammatory diseases. The most important step in achieving patient cooperation is oral hygiene education. Several factors influence cooperation such as, patient satisfaction, age and gender. The present study aimed to evaluate patients' satisfaction from training methods and to determine the effects of age and sex of the patients on their learning from different educational methods.

***Materials & Methods***: Interested participants referring to dental clinics in the study were examined and a score of 2 or less was included in this study. Patients aged 18 years and older and were randomly divided into 4 groups of 90 people. The first group was trained by oral presentation. For the second group, in addition to oral teaching, dental model was used either. An exam was added to the third group and the fourth group received education on their own mouth in addition to other educations received in the third group. Immediately after education, all groups were tested and the test was repeated six months later and the data were recorded. The four groups of Salomon were used to eliminate Hawthorne effect in this study.

***Results***: There was no significant difference between men and women in learning. The correlation between scores and age showed that with increasing age, learning improves. Also, with more sophisticated training, patient satisfaction increases.

Conclusion: With better education, patient satisfaction increases. Finally, we conclude that inclusion of practical training methods enhances the effectiveness of learning.

***Keywords***: Oral health, Patient satisfaction, Learning, Sex, Age

***Address***: Education Development Center, Urmia university of Medical Sciences, Urmia, Iran

***Tel***: +9844-31937321

***Email***: moradi.i90@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2017: 28(2): 111 ISSN: 1027-3727

1. پریودانتیکس، عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران [↑](#footnote-ref-1)
2. استادیار، ارتودانتیکس، عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران [↑](#footnote-ref-2)
3. دکترای عمومی دندانپزشکی [↑](#footnote-ref-3)
4. استادیار، متخصص بیماری‌های دهان، فک و صورت، عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران [↑](#footnote-ref-4)
5. مربی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، عضو هیات علمی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی EDC))، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول) [↑](#footnote-ref-5)
6. بلافاصله بعد از آموزش [↑](#footnote-ref-6)
7. شش ماه بعد [↑](#footnote-ref-7)
8. [↑](#footnote-ref-8)
9. Constructive feedback [↑](#footnote-ref-9)
10. Adult learning theory [↑](#footnote-ref-10)
11. *Assisstant Proffesor, Priodentist Department, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*  [↑](#footnote-ref-11)
12. *Assistant Professor, Orthodontist Department, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran* [↑](#footnote-ref-12)
13. *Dentist, Dental Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran* [↑](#footnote-ref-13)
14. *Assistant Professor, Dental Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran* [↑](#footnote-ref-14)
15. *Instructor, Faculty Member at Education Development Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)* [↑](#footnote-ref-15)