

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
شماره ۶۴ (زمستان ۱۳۸۳)، صفحات ۶۶-۶۲

بررسی میزان همکاری بیماران جهت انجام درمان های نگهدارنده متعاقب درمان پریودنتال

دکتر اردشیر لفظی: دانشیار گروه پریودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط Lafzia@tbzmed.ac.ir
دکتر رضا پورعباس: استادیار گروه پریودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر لیلا اکبری حامد: دندانپزشک عمومی

دریافت: ۸۲/۹/۹، بازنگری نهایی: ۸۳/۵/۱۲، پذیرش: ۸۳/۵/۲۸

چکیده

زمینه و اهداف: مرحله درمان های نگهدارنده قسمتی از درمان های پریودنتال است که پس از مرحله فعال درمان بیماری التهابی لثه (ژنژیویت) و بیماری التهابی انساج پریودنتال (پریودنتیت) شروع و بیمار وارد این مرحله می شود. این مرحله از درمان جهت حفظ سلامت ایجاد شده اهمیت بسزایی دارد. هدف از این تحقیق، بررسی میزان همکاری بیماران با درمان های نگهدارنده، همچنین بررسی ارتباط عواملی چون جنس، سن، شغل و نوع درمان با میزان همکاری بیماران بوده است.

روش بررسی: این بررسی به صورت توصیفی - تحلیلی بر روی پرونده های ۷۰۰ بیمار پریودنتال در دو مطب خصوصی شهر تبریز انجام و اطلاعات مورد نیاز در فرم هایی که به همین منظور تهیه شده بود، ثبت گردید. در این فرم ها بیماران بر اساس جنس، سن، شغل و نوع درمان و میزان همکاری طبقه بندی شدند. پس از تکمیل فرم ها برای بررسی داده ها و ارتباط موجود بین آنها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: از ۷۰۰ بیمار مطالعه شده، ۳/۴٪ دارای همکاری کامل، ۷/۳٪ دارای همکاری نسبی، ۵۳/۳٪ دارای همکاری ضعیف و ۳۶٪ نیز دارای عدم همکاری با درمان های نگهدارنده بودند. بین جنس و شغل بیماران با میزان همکاری آنان ارتباط معنی داری از نظر آماری دیده شد، بدین صورت که همکاری در خانم ها بهتر از آقایان بود. همچنین، بالاترین درصد همکاری بین کارمندان و فرهنگیان و پایین ترین درصد همکاری نزد پزشکان، دندانپزشکان، مهندسين، مدیران و دانشگاہیان دیده شد. لیکن ارتباط معنی داری بین سن و نوع درمان با میزان همکاری با درمان های نگهدارنده به دست نیامد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج فوق الذکر، مسؤولیت دندانپزشکان در تشویق هرچه بیشتر بیماران جهت همکاری با درمان های نگهدارنده و بیان اهمیت و لزوم این مرحله از درمان افزون تر می شود.

کلید واژه ها: درمان نگهدارنده، درمان پریودنتال، همکاری بیماران، ژنژیویت، پریودنتیت

مقدمه

قرار گرفته بودند در صورتی که در یک برنامه نگهدارنده دقیق قرار نمی گرفتند، دچار عود پریودنتیت می شدند. در این حالت، از دست رفتن چسبندگی بافت سه تا پنج برابر سریع تر از پیشرفت پریودنتیت در حالت عادی در جمعیت افراد مستعد رخ می داد (۲). این مقدار تخریب بافت همبندی بیشتر از مقداری است که به عنوان سیر طبیعی پیشرفت بیماری پریودنتال مدنظر است (۳). در برخی دیگر از مطالعات، احتمال عود بیماری پریودنتال در افرادی که تحت درمان های نگهدارنده قرار نگرفته بودند پس از پنج سال ۴۵٪ گزارش شد (۵). در برخی دیگر از مطالعات هم که درمان های نگهدارنده صورت گرفته ولی دوره های بازدید بیماران با فواصلی بیش از ۱۲ ماه انجام

درمان های نگهدارنده که در سومین کارگاه جهانی آکادمی پریودنتولوژی آمریکا در ۱۹۸۹ به درمان حمایتی پریودنتال^۱ یا SPT تغییر نام یافته است مرحله ای از درمان های پریودنتال است که بلافاصله پس از درمان های اولیه پریودنتال آغاز می شود (۱). واژه درمان حمایتی پریودنتال تأکیدی است بر نیاز اساسی به اقدامات درمانی برای حمایت از تلاشهای خود بیمار در کنترل عفونت پریودنتال. در چند مطالعه بالینی طولی در مورد نتایج درمان پریودنتال، نقش اساسی SPT در نگهداری نتایج موفقیت آمیز درمان ثابت شده است (۷-۲). در یکی از این مطالعات نشان داده شد بیمارانی که برای درمان بیماری پریودنتیت پیشرفته خود تحت عمل جراحی پریودنتال

بیماران بر اساس جنس، سن، شغل، نوع درمان انجام یافته برای آنها و میزان همکاری شان با درمان های نگهدارنده پیرونتال طبقه بندی شدند.

بر اساس جنس، بیماران در دو گروه مذکر و مؤنث قرار گرفتند. بر اساس سن، بیماران به پنج رده تقسیم شدند.

از نظر شغلی بیماران در پنج دسته قرار گرفتند:

بیماران CLI متخصصین و مدیران (پزشکان، دندانپزشکان، مهندسين، دانشگاہیان، مدیران و...)

بیماران CL II : کارمندان و فرهنگیان

بیماران CL III : مشاغل آزاد (تجار، اصناف و...)

بیماران CL IV : خانم های خانه دار

بیماران CL V : محصلین و دانشجویان

از لحاظ نوع درمان انجام یافته، بیماران به دو گروه طبقه بندی شدند: بیمارانی که تنها با جرم گیری و تسطیح ریشه درمان شده بودند.

بیمارانی که علاوه بر جرم گیری و تسطیح ریشه، تحت یکی از انواع جراحی های پیرونتال (اعم از حذف پاکت، جراحی موکوژنژیوال، جراحی پیش از پروتز و...) نیز قرار گرفته بودند.

همچنین بیماران بر اساس میزان همکاری با درمان های نگهدارنده پیرونتال به چهار گروه تقسیم شدند:

بیمارانی که همکاری کامل دارند: این گروه شامل افرادی می شود که به طور کامل و مرتب جهت بازدیدهای دوره ای مراجعه و دقیقاً از برنامه پیشنهادی پیروی کرده اند.

بیمارانی که همکاری نسبی دارند: این گروه شامل آن دسته از بیمارانی می شود که طی ۲ سال اول پس از مرحله فعال درمان از برنامه پیشنهادی پیروی کرده و مراجعات منظم داشته اند، اما بعد از ۲ سال به طور نامرتب و گاهگاهی مراجعه کرده اند.

افرادی که همکاری ضعیف با درمان های نگهدارنده دارند: این گروه شامل بیمارانی می شود که از همان ابتدا به طور نامرتب، گاهگاهی یا ناقص جهت بازدیدهای دوره ای مراجعه کرده اند.

بیمارانی که همکاری نداشته اند: این دسته از بیماران هرگز جهت درمان های نگهدارنده پیشنهادی مراجعه نکرده اند.

پس از تکمیل فرم ها و اتمام جمع آوری اطلاعات، جهت آنالیز آنها از برنامه نرم افزاری SPSS استفاده شد. هریک از موارد ذکر شده در فرم، در این برنامه تعریف شد و اطلاعات موجود برای هر بیمار به طور جداگانه وارد رایانه گردید. ابتدا در کل مجموعه بیماران، درصد بیمارانی که همکاری کامل، درصد بیمارانی که همکاری نسبی، درصد بیمارانی که همکاری ضعیف و درصد بیمارانی که عدم همکاری داشتند مشخص شد. سپس کار آنالیز آماری اطلاعات معطوف به هر یک از اهداف اختصاصی شد.

پس از اتمام این آزمون ها، کار بررسی اطلاعات و پرداختن به اهداف مطالعه تکمیل و نتایج حاصل از هر قسمت ثبت شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

گرفته بود، تحلیل استخوان آلونول در رادیوگرافی ها و از دست دادن دندان ها گزارش شد (۷). نتایج تمامی این مطالعات نشان می دهد که اگر درمانهای نگهدارنده به خوبی پیاده نشود یا اصلاً انجام نگیرد نقش درمانهای پیرونتال در تأمین سلامت پیرونتال کم رنگ خواهد بود زیرا برخی از این مطالعات به روشنی نشان داده اند که بدون توجه به روش جراحی انجام شده، در صورت عدم همکاری بیمار برای انجام درمانهای نگهدارنده، تخریب بافت همبندی با سرعت یک میلی لیتر در سال ادامه می یابد (۲). علاوه بر این، نقش درمان های نگهدارنده در بیمارانی که علاوه بر درمان پیرونتال، تحت درمان پروتز نیز قرار گرفته بودند در مطالعات متعددی نشان داده شده است (۸-۱۱). در این مطالعات که جلسات بازدید دوره ای بیمار هر ۳-۶ ماه انجام گرفته بود سلامت پیرونتال بیماران در دوره های ۵-۸ سال (۸) و ۱۵ سال (۹ و ۱۰) حفظ شده بود. در مطالعه دیگری که برای ۳۶ بیمار پس از درمان پیرونتال، بریج های کانتی لور^۲ چند واحدی و پیچیده گذاشته شده بود سلامت پیرونتالی طی مدت ۵-۱۲ سال حفظ شده (۱۱). با وجود این، شواهد موجود حاکی از همکاری نامطلوب بیماران با درمان های نگهدارنده است (۱۲ و ۱۳).

در برخی از مطالعات نشان داده شده است که بیماران جوانتر بهتر با درمان های نگهدارنده همکاری می کنند (۱۴ و ۱۵) در حالی که در سایر مطالعات، بیماران مسن تر تمایل بیشتری به ادامه همکاری داشتند (۱۳ و ۱۶). علاوه بر این، مطالعات نشان می دهد که زنان بیشتر از مردان در درمان های نگهدارنده شرکت می کنند (۱۵).

با توجه به نتایج برخی از مطالعات، رابطه مهمی بین نوع درمان انجام گرفته با میزان همکاری بیماران متعاقب درمان پیرونتال وجود دارد (۱۲ و ۱۳) در حالی که برخی مطالعات این رابطه را نفی می کنند (۱۴). با توجه به نتایج متناقض تحقیقات گذشته، و تفاوت های موجود در باورهای اجتماعی و زمینه های فرهنگی و نیز نوع درمان های دندانپزشکی در ایران برآن شدیم که به بررسی میزان همکاری بیماران در درمان های نگهدارنده با در نظر گرفتن عواملی نظیر سن، جنس، شغل و نوع درمان انجام گرفته در یک مطالعه گذشته نگر بپردازیم.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی - تحلیلی است که با استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران پیرونتال انجام شده است. در این مطالعه پرونده های ۷۰۰ بیمار با میانگین سنی $10/91 \pm 35/7$ سال مورد بررسی قرار گرفت. افراد مورد مطالعه بیماران مبتلا به انواع بیماری های پیرونتال بودند که تحت درمان های مختلف اعم از جرم گیری و تسطیح ریشه، جراحی حذف پاکت، جراحی موکوژنژیوال و جراحی پیش از پروتز قرار گرفته بودند. جهت اخذ نمونه ها، از پرونده های بیماران دو پیرونتالیست شهر تبریز استفاده شد.

نمونه گیری ما آسان بود و از هر ۳ پرونده یکی به صورت تصادفی مورد مطالعه قرار گرفت. خلاصه اطلاعات به دست آمده از پرونده های تک تک بیماران در فرم مربوطه ثبت شد. در این فرم ها،

یافته ها

در مجموع، ۳/۴ بیماران دارای همکاری کامل، ۷/۳ بیماران دارای همکاری نسبی، ۵۳/۳ بیماران دارای همکاری ضعیف و ۳۶/۱ بیماران دارای عدم همکاری با درمان های نگهدارنده بودند. درباره ارتباط جنس بیماران با میزان همکاری آنها با درمان های نگهدارنده، نتایج حاکی از آن هستند که میزان همکاری بیماران بر حسب جنس به صورت معنی داری با یکدیگر متفاوت است ($p < 0.001$) و زنان نسبت به مردان همکاری بیشتری دارند. بدین صورت که همکاری کامل مردان ۱/۲ درصد و زنان ۴/۶ درصد، همکاری نسبی مردان ۴/۵ درصد و زنان ۸/۸ درصد، همکاری ضعیف مردان ۵/۳ درصد و زنان ۵۷/۵ درصد و عدم همکاری نزد مردان ۴۹ درصد و نزد زنان بیمار ۲۹/۱ درصد بوده است. در بررسی ارتباط سن بیماران با میزان همکاری شان با درمان های نگهدارنده پیرونتال با استفاده از آزمون مجذور کای، بین میزان همکاری بیماران و رده سنی آنها تفاوت معنی داری ملاحظه نشد (جدول ۱).

علاوه بر این، نتایج نشان داد که بیماران زیر ۴۰ سال دارای ۱/۱ درصد همکاری کامل، ۳/۳ درصد همکاری نسبی، ۱۷/۱ درصد همکاری ضعیف و ۱۲/۸ درصد عدم همکاری بوده اند در صورتی که

این ارقام در مورد بیماران بالای ۴۰ سال به ترتیب ۲/۳ درصد، ۳/۹ درصد، ۳۶/۵ درصد و ۲۳ درصد بوده است. نتایج بررسی ارتباط شغل با میزان همکاری بیماران در مرحله درمانهای نگهدارنده بیان می کند که میزان همکاری بیماران در گروههای مختلف شغلی از نظر آماری تفاوت معنی داری دارد (جدول ۲).

همچنان که در جدول ۲ نیز مشهود است، بیماران CL II (کارمندان و فرهنگیان) دارای بالاترین درصد همکاری کامل (۴/۴٪) هستند و پایین ترین درصد همکاری کامل در نزد بیماران CLI یعنی پزشکان، دندانپزشکان، مهندسين، مدیران و دانشگاهیان است (۲/۳٪). همچنین از بین تمامی گروهها، بیماران دارای مشاغل آزاد (CL III) دارای بیشترین میزان عدم همکاری کامل بوده (۴۸/۶٪) و بعد از این دسته، بیماران CL I با ۴۷/۷٪ قرار دارند. از طرفی، کمترین میزان عدم همکاری کامل متعلق به زنان خانه دار (CL IV) است (۲۷/۶٪). نتایج مربوط به بررسی ارتباط نوع درمان انجام یافته برای بیمار با میزان همکاری بیماران نشان می دهد که تفاوت بین میزان همکاری بیماران بر حسب نوع درمان معنی دار نیست (جدول ۳).

جدول ۱: میزان همکاری بیماران با درمان های نگهدارنده بر حسب رده سنی (مقادیر بر حسب درصد) ($p=0.04$)

رده سنی	میزان همکاری			
	کامل	نسبی	ضعیف	عدم همکاری
زیر ۲۰ سال	۲/۲	۱۳	۵۰	۳۴/۸
۲۰-۲۹ سال	۰	۷/۳	۵۹/۳	۳۳/۳
۳۰-۳۹ سال	۵/۷	۳/۸	۵۴/۴	۳۶
۴۰-۴۹ سال	۲/۵	۱۰/۱	۵۱/۶	۳۵/۸
۵۰ سال و بالاتر	۵	۸/۸	۴۶/۳	۴۰

جدول ۲: میزان همکاری بیماران با درمان های نگهدارنده بر حسب رده شغلی (مقادیر بر حسب درصد)
($\chi^2 = 24.057$ و $p = 0.02$ و $Cramer's V = 0.108$)

شغل	میزان همکاری			
	کامل	نسبی	ضعیف	عدم همکاری
CL I	۲/۳	۷	۴۳	۴۷/۷
CL II	۴/۴	۴/۹	۵۳/۹	۳۶/۸
CL III	۴/۳	۴/۳	۴۲/۹	۴۸/۶
CL IV	۳/۲	۸/۸	۶۰/۴	۲۷/۶
CL V	۲/۷	۱۰/۸	۴۴/۶	۴۱/۹

جدول ۳: میزان همکاری بیماران با درمان های نگهدارنده بر حسب نوع درمان انجام یافته (مقادیر بر حسب درصد) (p=۰/۰۶۱)

میزان همکاری			نوع درمان
کامل	نسبی	ضعیف	
۴/۴	۸/۹	۴۰	جرم گیری و تسطیح ریشه
۳/۳	۷	۵۵/۳	جرم گیری و تسطیح ریشه + جراحی
		عدم همکاری	
		۴۶/۷	
		۳۴/۴	

بحث

این مطالعه گزارش های قبلی مبنی بر اینکه همکاری بیماران با درمان های نگهدارنده پرودنتال در مطب های خصوصی از جمله مشکلات بالینی محسوب می شود را تأیید می کند.

درصد پایین (۱۰/۷٪) بیمارانی که دارای همکاری کامل یا نسبی با برنامه SPT هستند یافته های مندوزا و همکارانش را در استرالیا (۱۳)، ویلسون و همکارانش را در ایالات متحده (۱۲)، چکچی و همکارانش را در ایتالیا (۱۴) و دمتریو و همکارانش (۱۵) را در یونان تأیید می کند.

پاسخ های مشابه به مراقبت های طولانی مدت در زمینه های مختلف پزشکی و دندانپزشکی گزارش شده اند (۱۵). بیماران مبتلا به بیماری های مزمنی که تهدید کننده حیات نیستند عموماً با درمان پیشگیری کننده یا نگهدارنده، تنها به مدت ۱/۳ زمان لازم همکاری کامل دارند (۱۵). گزارش های منتشر شده قبلی نشان می دهند که بیشترین میزان کناره گیری از مراجعات جهت SPT در همان سال اول یا دوم صورت می گیرد (۱۵). طبق این نتایج بیمارانی که طی دو سال اول، همکاری خوبی دارند مایلند که در طولانی مدت نیز همکاری کنند. درصد بالایی از بیماران ما (۵۳/۳٪) در ابتدا حدود چند ماه در برنامه SPT حاضر شدند اما بعدها از مراجعه برای درمان های نگهدارنده سرباز زدند که تلاشها در جهت ترقی دادن همکاری بیماران، باید متوجه این گروه و گروههای دیگری که هرگز در برنامه SPT شرکت نکردند، باشد.

درباره ارتباط جنس و میزان همکاری، اختلافاتی در نتایج مطالعات مختلف وجود دارد. طبق یافته های اوجیما و همکارانش (۱۶)، تفاوت قابل ملاحظه ای بین مردان و زنان از نظر میزان همکاری وجود ندارد اما آنچه که در این مطالعه و بسیاری از مطالعات انجام شده قبلی از جمله مطالعات دمتریو (۱۵) و نوواس (۱۷) مشخص است این که زنان بیشتر از مردان در درمان های نگهدارنده شرکت می کنند. این مسأله شاید ناشی از این باشد که زنان بیشتر به زیبایی اهمیت می دهند و نگرانی نسبت به از دست دادن دندان هایشان آنها را مجبور به شرکت در برنامه SPT می کند. از سوی دیگر، چون درصد بالایی زنان شرکت کننده در مطالعه حاضر زنان خانه دار بودند می توان این چنین برداشت کرد که احتمالاً عدم گرفتاری شغلی عامل مهمی در همکاری این قشر محسوب می شود و زمان بیشتری در اختیار آنان جهت شرکت در جلسات درمان نگهدارنده می گذارد.

درباره ارتباط سن و میزان همکاری باید اظهار داشت که در مطالعه رده های مختلف سنی از نظر میزان همکاری تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشتند و احتمالاً در جامعه ما نمی توان از عامل سن جهت

پیشگویی درجه همکاری بیمار کمک گرفت. البته در مورد متغیر سن نیز تناقضاتی در نتایج حاصل از مطالعات مختلف به چشم می خورد. در مطالعات اوجیما (۱۶) و نوواس (۱۷) بیماران مسن تر تمایل بیشتری به ادامه مراجعات نسبت به بیماران جوانتر داشتند. در حالی که طبق نظر دمتریو (۱۵) بیماران جوان در عین حالی که فشار اقتصادی در این رده سنی بیشتر است بهتر همکاری می کنند.

در بررسی ارتباط شغل بیماران با میزان همکاری آنها به این نتیجه رسیدیم که میزان همکاری بیماران در طبقات مختلف شغلی فرق می کند و این تفاوت چشمگیر است. به عنوان مثال، بیماران دارای مشاغل آزاد و بیماران CLI که شامل متخصصین، پزشکان، دندانپزشکان، مهندسين، مدیران و دانشگاہیان هستند بیشترین درصد عدم همکاری را به خود اختصاص می دهند (CL I = ۴۷/۷٪ و CL III = ۴۸/۶٪) و از آن جالب تر اینکه کمترین میزان همکاری کامل نیز در نزد بیماران CLI است. این نتایج که در دیگر مطالعات نیز به چشم می خورد نقش مسایل مادی و درآمد شغلی را در میزان همکاری بیماران کم رنگ می کند.

مسأله هزینه ها در دندانپزشکی موضوع پیچیده ای است. انتظار می رود هرچه سطح اقتصادی - اجتماعی بالاتر باشد، فشار مالی کمتر و میزان همکاری نیز بهتر باشد. در حالی که مطالعات انجام شده در نظام های مختلف ارایه کننده خدمات دندانپزشکی نشان داده اند که استفاده از خدمات دندانپزشکی بیشتر با طرز تفکر فرد نسبت به درمان های دندانپزشکی مرتبط است تا با وضعیت اقتصادی او. به نظر می رسد علائق زمینه ای، اعتقادات و ارزشها بر اساس ویژگی های قومی، آداب و رسوم، آموزش دندانپزشکی و آگاهی افراد از بیماری های پرودنتال تغییر کرده، همکاری هر فرد را تعیین می کند (۱۵). بر این اساس می توان بالا بودن درصد همکاری کامل بین فرهنگیان را نیز توجیه کرد.

در یک مطالعه که بیماران شرکت کننده در برنامه SPT و بیمارانی که در SPT شرکت نمی کردند را مقایسه کرده بود (۱۸) چنین نتیجه گیری شد که معمولاً بیمارانی که زندگی پر مشغله دارند و تحت حوادث پر تنش زندگی هستند تنها زمانی تمایل به اقدامات بررسی بیماری مزمن شان مثل بیماری پرودنتال نشان می دهند که بیماری آنها علامت دار شود. بنابراین، گرفتاری شغلی نیز مسأله مهمی است که احتمالاً بالا بودن عدم همکاری در بیماران CLI و پایین بودن عدم همکاری در زنان خانه دار را توجیه می کند.

درمان باز می دارد. از طرف دیگر، بیمارانی که تنها با S-RP درمان می شوند و همکاری مناسبی با درمان های نگهدارنده نمی کنند به احتمال زیاد چنین می پندارند که بیماری پرئودنتال آنها چندان جدی نبود و اشکالی ایجاد نخواهد کرد.

نکته جالب توجه دیگر در این مطالعه بالاتر بودن درصد همکاری ضعیف (۶۰/۴٪) بین زنان خانه دار بود. با توجه به اینکه این دسته دارای کمترین عدم همکاری بوده و همکاری نسبی آنها نیز در مقایسه با دیگر گروهها مطلوب است (۸/۸٪) نتیجه گرفته می شود که این گروه اصولاً دارای پتانسیل همکاری با درمان های نگهدارنده است. بنابراین، شاید علت بالا بودن درصد همکاری ضعیف آنان ناشی از نقص خود ما دندانپزشکان در تشویق بیماران مان جهت مراجعه و بیان اهمیت درمان های نگهدارنده باشد. به طور کلی، بالا بودن میزان همکاری ضعیف (۵۳/۳٪) در مجموع کل بیماران (۷۰۰ بیمار)، چالش عظیمی برای درمانگر بوده و مسؤولیت وی را در پیشبرد و ترقی دادن همکاری بیماران با این مرحله از درمان های پرئودنتال افزون تر می سازد. اهمیت SPT و این که درمان، بدون آن کامل نمی شود باید شفاهاً و کتباً برای بیمار تصریح شود.

پر واضح است که در جامعه ما مسأله اقدامات بررسی و پیشگیری در هیچ زمینه ای از علم پزشکی جایگاه خود را نیافته و در این راه باید سرمایه گذاری شود. فرهنگ حاکم بر جامعه در تمامی اقشار این است که مادامی که بیماری علامت دار نشود بیماران معمولاً به دنبال درمان نمی روند. این همان چیزی است که در مورد درمان های نگهدارنده پرئودنتال نیز وجود دارد و در واقع می تواند اصلی ترین علت همه این، نتایج و همکاری های نامطلوب و ناکافی باشد.

از دیگر موضوعات مطرح شده در این مطالعه، ارتباط نوع درمان انجام یافته با میزان همکاری بیمار است. نتایج به دست آمده از تحقیقات گوناگون در این مورد نیز باهم متفاوت است. در یکسری از مطالعات مثل مطالعه نوواس (۱۷)، بیماران جراحی شده همکاری بهتری نسبت به بیمارانی که تنها با جرم گیری و تسطیح ریشه درمان شده بودند، داشتند. از طرفی در مطالعه دمتریو و همکارانش (۱۵)، بیمارانی که تنها جرم گیری و تسطیح ریشه دریافت کرده بودند دارای همکاری بهتری بودند تا بیمارانی که تحت هریک از انواع جراحی های پرئودنتال قرار گرفته بودند. در مطالعه حاضر، تفاوت بین میزان همکاری برحسب نوع درمان معنی دار نبود. این تناقضات علل چندی می تواند داشته باشد. خصوصیات نژادی - قومی و نگرش فردی در مورد درمان های پرئودنتال می تواند دلیل این تفاوتها باشد. احتمالاً بیمارانی که با جراحی تحت درمان قرار می گیرند و با درمان های نگهدارنده همکاری نمی کنند، بر این باورند که مشکل پرئودنتالی آنها با جراحی کاملاً برطرف شده است و نیاز به درمان اضافی دیگری نیست در حالی که معمولاً چنین انتظار می رود بیمارانی که هزینه مالی و زمانی، همچنین زحمت بیشتری به علت درمان های جراحی قابل می کنند، همکاری بهتری با درمان های نگهدارنده داشته باشند (۱۲، ۱۳ و ۱۵) تا بیمارانی که تنها با جرم گیری و تسطیح ریشه (S-RP) درمان می شوند. البته تعدادی از بیماران ما تصور می کنند که درمان های نگهدارنده ادامه درمان های جراحی بوده و بدین علت از پرداخت دوباره هزینه در جلسات بعدی ناراضی هستند. این نیز می تواند یک علت احتمالی در عدم مراجعه بیماران باشد. شاید هم استرس و ناراحتی که بیماران طی جراحی متحمل می شوند آنان را از ادامه

References

1. Newmann MG, Takei. HH, Carranza FA Clinical Periodontology. 9th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 2002; P: 966-976.
2. Nyman S, Lindhe J, Rosling B Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. J clin Periodontol 1977; 4: 240-249.
3. Loe H, Anerud A, Boysen H, Morrison EC Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in sri lankan labors 14-46 years of age. J Clin periodontol 1986; 13: 431-440.
4. Axelsson P, Lindhe J Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and Periodontal disease in adults. Results after 6 years. J clin Periodontol 1981; 8: 239-248.
5. Kerr NW Treatment of chronic periodontitis. 45% failure rate after 5 years. Br Dent J 1981; 150: 222-224.
6. Becker W, Becker BE, Berg LE Periodontal Treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. J periodontol 1984; 55: 505-509
7. Devore CH, Duckworth JE, Beck FM, Hicks MJ, Brumfield FW, Horton JE Bone loss following periodontal therapy in subjects without frequent periodontal maintenance. J periodontal 1986; 57: 354-359.
8. Nyman S, Lindhe J A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. J periodontol 1979; 50: 163-169.
9. Valderhaug J, Birkeland JM Periodontal conditions in patients 5 years following insertion of fixed prostheses. J oral Rehabil 1976; 3: 237-243.
10. Valderhaug J Periodontal conditions and carious lesions following the insertion of fixed prostheses. A 10 year follow-up study. Int Dent J 1980; 30: 296-304.
11. Laurell L, Lundgren D, Falk H, Hugosson A Long-term Prognosis of extensive polyunit cantilevered fixed Partial dentures. J prosthet Dent 1991; 66: 545-552.
12. Wilson TG, Glover ME, Schoen JA, Baus C, Jacobs T Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. J Periodontol 1984; 55: 468-473.
13. Mendoza A, Newcomb G, Nixon K compliance with supportive periodontal therapy. J Periodontal 1991; 62: 731-736.
14. Checchi L, Pelticioni GA, Gatto MRA, Kelescian L Patient compliance with maintenance therapy in an Italian periodontal practice. J clin periodontol 1994; 21: 309-312.

15. Demetriou N, Tsami-Pandi A, Parashis A compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. J Periodontol 1995; 66: 145-149.
16. Ojima M, Hanioka T, shizukuishi S Survival analysis for degree of compicance with supportive periodontal therapy. J clin Periodontal 2001; 28: 1091-1095.
17. Novaes AB, Novaes junior AB, Moraes N, campos GM, Grisi MF Compliance with supportive periodontal therapy. J periodontol 1996; 67: 213.
18. Becker B, Karp C, Becker W, Berg L Personality differences and stressful life events. Differences between treated periodontal patient with and without maintenance. J clin periodontol 1988; 15: 49-52.