*J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci*

*ORIGINAL ARTICLE*
*Received:2025/07/11* *Accepted:2025/09/11*

# Misconceptions About Oral Health and Dentistry: Attitude Evaluation of Clients at Yazd Dental School in 2023

**Seyed Hosein Tabatabaei (DDS,MSc)[1], Shahab Al-din Aboutalebi Koshkeno (DDS)[2], Farinaz sabaghzadegan (DDS,MSc)[3]**

1.Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology ,School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Board member of Iranian association of oral pathologists ,Tehran, Iran .
2.General dentist ,School of Dentistry. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences .Yazd, Iran.
3.Corresponding author: Assistant professor, Department of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences .Yazd, Iran.
Email: farinazsabagh@yahoo.com Tell: 09133598543

## Abstract

**Introduction**: People hold various beliefs about oral and dental health, some of which lack a scientific basis and hinder achieving an optimal level of community health. The present study was conducted to examine the attitudes of patients referring to the Yazd School of Dentistry regarding misconceptions about oral and dental health and dentistry, from the winter of 2022 to 2023 (for one year).

**Methods**: : In this descriptive cross-sectional study, 300 patients referring to the Yazd School of Dentistry were selected using convenience sampling. Data were collected using a researcher-designed questionnaire with confirmed validity and reliability and were analyzed using statistical tests.

**Results:** In terms of intensity, the mean score of incorrect attitudes was 44.83 ± 6.03. In terms of extent, 46.3% of individuals had a moderate level of incorrect attitudes. There were no statistically significant differences in the mean incorrect attitude scores across subgroups based on gender, age, occupation, or media use. However, the difference in mean incorrect attitude scores based on educational level was statistically significant. Linear regression showed that none of the examined variables had a significant ability to predict incorrect attitudes toward dental treatments.

**Conclusion:** The level of misconceptions about dentistry in the studied community was moderate in both intensity and extent. Therefore, appropriate education especially during the years of schooling can help prevent the impact of incorrect beliefs regarding oral and dental health. This study was derived from a student thesis in dentistry (No. 1280), approved by the Research Council of the Shahid Sadoughi School of Dentistry, Yazd.

**Keywords:** Attitude, Misconceptions, Dental Treatments, Oral Health , Oral Hygiene

**Conflict of interest:** The authors declared no conflict of interest.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

**This Paper Should be Cited as:**
Author: Seyed Hosein Tabatabaei, Shahab Al-din Aboutalebi Koshkeno, Farinaz sabaghzadegan. Misconceptions About Oral Health and Dentistry: Attitude Evaluation of Clients at Yazd Dental…..……Tolooebehdasht Journal. 2025;24(5)72-90.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وچهارم
شماره پنجم
آذر و دی
شماره مسلسل:۱۱۳

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۴/۲۰
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۶/۲۰

# بررسی نگرش مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد در رابطه با باورهای نادرست بهداشت دهان و دندانپزشکی در سال ۱۴۰۲

**نویسندگان: سید حسین طباطبایی[۱]، شهاب الدین ابوطالبی کوشکنو[۲]، فریناز صباغ زادگان[۳]**

۱.دانشیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت ، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. ایران.

۲.دندانپزشک عمومی، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۳.نویسنده مسئول: استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت ، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد،یزد، ایران.

تلفن تماس:۰۹۱۳۳۵۹۸۵۴۳ Email: farinazsabagh@yahoo.com

## چکیده:

**مقدمه:** مردم باورهای مختلفی دربارهی بهداشت دهان و دندان که بعضی مبنای علمی نداشته و مانع دستیابی به سطح مطلوبی از بهداشت جامعه می گردند. مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد در رابطه با باورهای نادرست بهداشت دهان و دندانپزشکی از زمستان سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۲(به مدت یک سال) انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۳۰۰ نفر از مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته دارای روایی و پایایی جمع آوری و با آزمون های آماری تحلیل شدند.

**یافته ها:** از نظر شدت، میانگین نمره نگرش نادرست ۶/۰۳± ۴۴/۸۳ بود. از نظر وسعت، ۴۶/۳ درصد افراد، نگرش نادرستی درحد متوسط داشتند. بین میانگین نمره نگرش نادرست برحسب جنسیت، سن ، شغل و رسانه در هر یک از زیرگروه ها تفاوت‌آماری معنی داری وجود نداشت. تفاوت بین میانگین نمره نگرش نادرست بر حسب میزان تحصیلات معنی‌دار بود. رگرسیون خطی نشان داد، هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی به طور معنی داری توانایی پیش بینی نگرش نادرست در مورد درمان های دندانپزشکی را ندارند.

**نتیجه گیری:** میزان باورهای نادرست در مورد دندانپزشکی درجامعه مورد بررسی از نظر شدت و وسعت در سطح متوسط بود. لذا با آموزش های مناسب بویژه در دوران تحصیل می توان از تاثیر باورهای نادرست در رابطه با سلامت دهان و دندان جلوگیری نمود.

**واژه های کلیدی:** نگرش، باورهای نادرست، درمان های دندانپزشکی، سلامت دهان ، بهداشت دهان

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجویی رشته دندانپزشکی به شماره ۱۲۸۰ که در شورای پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهیدصدوقی یزد به تصویب رسیده می باشد.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]



CC BY-NC 4.0

**مقدمه**

سازمان بهداشت جهانی سلامت را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است. بعد اجتماعی ریشه عمیقی در جامعه دارد و بر سلامت تأثیر می گذارد(۱،۲). فرهنگ به عنوان یک رفتار اجتماعی آموخته شده تعریف می شود و از طریق فرآیند یادگیری از یک گروه به گروه دیگر منتقل می شود(۳). باورها و نگرش ها در رابطه با رفتارهای مطلوب بهداشتی نیز تحت تأثیر فرهنگ قرار دارند(۳).

باورها، عقاید و اندیشه‌هایی هستند که فرد به درستی و حقانیت آن‌ها اعتقاد دارد و از دیرباز بر جامعه تأثیر گذاشته اند(۴). مسائل مرتبط با سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی نیز در زمان ها و در جوامع گوناگون، به درجات متفاوتی تحت تاثیر این باورهای فرهنگی نادرست قرار داشته است(۵). امروزه می دانیم که بسیاری از این باورهای نادرست (از جمله درمان های ارتودنسی فقط به منظور زیبایی انجام می شود و یا اینکه مسواک زدن مخصوصا در شب ها مضر است و به جای آن تنها از نمک برای تمیز کردن دندانها استفاده می کنم) ، باعث تاخیر در تشخیص و درمان های دندانپزشکی می شود و این تاخیر پیامدهای مضری برای سلامت انسان دارد(۶).

سلامت دهان و دندان یک مؤلفه حیاتی در سلامت و رفاه کلی در انسان است، اما در جوامع مختلف همچنان دست کم گرفته می شود. مشکلات سلامت دهان ازجمله؛ پوسیدگی دندان، بیماری های پریودونتال و سرطان دهان از مشکلات مهم بهداشت جهانی است که در جمعیت های مختلف در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه وجود دارند(۷).

باورهای غلط می توانند به دلایل مختلفی مانند فقدان سواد علمی، باورهای فرهنگی و باورهای غلط اجتماعی وجود داشته باشند. به طور کلی، باورها معمولاً از نسلی به نسل دیگر منتقل شده و ریشه عمیقی در جامعه دارند، بنابراین شکستن این زنجیره دشوار است(۸). برخی مطالعات، عدم آگاهی را دلیل اصلی باورهای نادرست نشان می دهند از این رو برای از بین بردن این باورها و تغییر طرز فکر و رفتارها، آموزش افراد توصیه شده است(۹). مطالعات محدودی در ایران به بررسی دیدگاه افراد درباره باورهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان پرداخته‌اند (۱۳-۱۰). در مطالعه ی انجام شده در شهر سنندج، پیش بینی کننده های رفتار بهداشت دهان بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که تمامی سازه های این نظریه پیش گویی کننده رفتار بهداشت دهان بودند(۱۲). همچنین رضوی و همکاران نیز در مطالعه ای نگرش بیماران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی انجام را بررسی کردند. در این مطالعه نظرات ۳۹۲ نفر از بیماران توسط پرسشنامه ای جمع آوری گردید. نتایج مطالعه نشان داد که افزایش میانگین نمره با افزایش سطح تحصیلات ارتباط مثبت و معنی داری داشت. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که سطح نگرش آنها نسبت به بهداشت دهان و دندان در سطح متوسطی قرار دارد(۱۳). همچنین نتایج مطالعه ی طباطبایی و همکاران نیز نشان داد که سطح نگرش بیماران نسبت به خدمات دندانپزشکی در سطح متوسطی قرار دارد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد رابطه معنی داری بین سن، میزان تحصیلات و شغل افراد، با میانگین اعتقاد به باورهای نادرست وجود دارد(۱۰). همچنین در مطالعه ی حسینی و همکاران وضعیت پیشگویی کننده بهداشت دهان و دندان مادران باردار بر


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که سازه های نگرش، هنجار ذهنی وکنترل رفتاری درک شده ۶۶٪ قصد رفتاری را پیشگویی کردند(۱۴).

با توجه به مطالعات اندکی که در این زمینه انجام شده، بسیاری از این باورهای نادرست، باعث تاخیر در تشخیص و درمان های دندانپزشکی می شود(۱۰،۱۳،۱۵،۱۶)؛ لذا این مطالعه، با هدف بررسی نگرش مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد در رابطه با باورهای نادرست بهداشت دهان و دندانپزشکی در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه ی مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، ۳۰۰ نفر از مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی شهر یزد در سال ۱۴۰۲ که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در مطالعه شرکت داده شدند.(معیار ورود: تمام مردان و زنان ۱۸ سال و بالاتر اعم از ایرانی و یا اتباع که سابقه بیش از ده سال زندگی در شهر یزد را داشته و یا متولد یزد بودند. معیار خروج: عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و پرسشنامه های ناقص و مخدوش در نظر گرفته شد). ابزار پژوهش، یک پرسشنامه محقق ساخته (اصلاح شده پرسشنامه مطالعه قبلی محقق(۱۰) براساس اهداف مطالعه حاضر) در همین رابطه بود که روایی و پایایی آن مجددا ارزیابی و تایید گردید. شرکت در مطالعه بصورت داوطلبانه و اختیاری بود. لذا بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند پرسشنامه در اختیارآنها قرار گرفت. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که نیازی به ثبت نام و نام خانوادگی نمی باشد و اطلاعات آنها به صورت محرمانه خواهد بود. در این پژوهش، تمامی اصول اخلاقی در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند و رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه به صورت فرم کتبی رضایت نامه اخذ شد.

جهت بررسی روایی، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده ی دندانپزشکی یزد قرار داده شده و پیشنهادات آنها بررسی و تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. سپس سوالات در اختیار ۵ نفر از اعضای هیئت علمی رشته آسیب شناسی دهان و بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی یزد قرار داده شده و پیشنهادات آنها بررسی و تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. به منظور بررسی پایایی، پرسشنامه به صورت پایلوت با روش آزمون باز آزمون به فاصله یک ماه در اختیار ۱۵ نفر از مراجعین به دانشکده دندانپزشکی قرار گرفت و سوالات با پایایی آلفا کرونباخ بالای ۰/۷۷ تایید و انتخاب شد. پرسشنامه ۲۸ سوال داشت و پرسشنامه حاوی ۵ بخش بود:

الف)مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، محل سکونت و شغل)

ب)ابزار رسانه مورد استفاده

پ)وضعیت بهداشت دهان و دندان و نحوه پیگیری آن

ت)عوامل مرتبط با کسب اطلاعات در خصوص سلامت دهان و دندان

ث)سوالات نگرش: شامل ۱۵ سوال مربوط به نگرش ها و باورهای نادرست در رابطه با دندانپزشکی و درمان های دندانپزشکی مطابق مطالعه طباطبایی و همکاران(۱۱) بود.

پاسخ سوالات نگرشی؛ به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه ای


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

شامل: " کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم" بود (۱۰). در فاز اجرایی؛ پرسشنامه به صورت حضوری در سال ۱۴۰۲ به روش سرشماری، به صورت حضوری در اختیارتعدادی از مراجعین به دانشکده دندانپزشکی قرار گرفت تا حجم نمونه لازم تکمیل گردید. حجم نمونه با نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ ٪و توان ۸۰ ٪ معادل ۳۰۰ نفر تعیین گردید. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و فرمول زیر تعیین شد:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 S^2}{d^2}$$

پس ازجمع آوری داده ها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و آزمون های آماری T-test و ANOVA و آزمون تعقیبی Tukey HSD استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها**

در این مطالعه ۳۰۰ نفر از مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد در سال ۱۴۰۲ شامل ۲۲۷ نفر (۷۵/۷درصد) زن و ۷۳ نفر (۲۴/۳درصد) مرد با میانگین سنی مراجعین ۱۲/۱۷±۳۱/۴۵ شرکت داشتند( جدول ۱). با توجه به حجم بالای مراجعین، مشکلی در زمینه ی ریزش شرکت کنندگان در مطالعه وجود نداشت. براساس نتایج این مطالعه، ۵۳/۳ درصد از شرکت کنندگان میزان استفاده خود از رسانه های اجتماعی را در حد "متوسط"، ۲۷ درصد "زیاد و خیلی زیاد" و ۱۹/۶درصد "کم" تا "اصلاً" اعلام نمودند. این طبقه بندی براساس پرسشنامه که با توجه به معیارهای شش گانه ی لیکرت (شامل اصلا، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) بر مبنای خوداظهاری پرسش شوندگان انجام گرفت.

وضعیت کلی بهداشت دهان و دندان و نحوه پیگیری شرکت کنندگان در مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است. در مطالعه حاضر تنها ۸/۴ درصد، گزارش نمودند اصلا مسواک نمی زنند. سایر افراد اعلام نمودند گاهی (۳۴درصد)، همیشه یکبار (۴۸/۱) و دو بار و یا بیشتر (۹/۴درصد) در روز مسواک می زنند. ۵۶/۸ درصد افراد گزارش نمودند تنها در صورتی که دچار درد دندان شوند به دندانپزشک مراجعه می کنند. متاسفانه افراد کمی (۶/۴درصد) به منظور معاینه ی دوره ای سالی یکبار به دندانپزشک مراجعه می کردند. ۴۲/۴ درصد مراجعه به دندانپزشک عمومی را ترجیح می دادند. انتخاب مطب و مرکز درمانی در ۷۲/۱ درصد افراد تحت تاثیر تعریف و توصیه ی دیگران از آن مرکز می باشد. مطالعه حاضر نشان داد ۵۱/۴ درصد افراد دلیل عدم مراجعه ی دوباره به یک مرکز را ناموفق بودن درمان قبلی در آن مرکز عنوان نمودند. ترس از دردناک بودن درمان های دندانپزشکی (۴۷درصد) و گران بودن هزینه ها (۴۶/۳درصد) مهمترین دلایل به تعویق انداختن درمان های دندانپزشکی در افراد مورد بررسی بود. در پاسخ به این سوال که برای پیشگیری و یا درمان مشکلات مربوط به سلامت دهان تا چه حد به اطلاعاتی که در شبکه های اجتماعی ارائه می شود،اعتماد می کنید، ۴۵/۸ درصد شرکت کنندگان پاسخ دادند در حد متوسط، ۳۳/۶ درصد در حد کم و اصلاً، و ۲۰/۷ درصد در حد زیاد و خیلی زیاد.

جدول ۳ توزیع فراوانی پاسخ شرکت کنندگان درمورد چگونگی کسب اطلاعات در خصوص سلامت دهان و دندان را


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

نشان می دهد. براساس نتایج، افراد در زمینه مسائل مربوط به سلامت دهان و دندان در حد متوسط و پایین بود، به طوری که ۳۷/۶درصد در حد متوسط و ۴۸/۲ درصد کم یا اصلاً مطالعه ای در این زمینه نداشتند.در جدول ۴ نگرش های نادرست مورد بررسی و فراوانی نسبی پاسخ ها و میانگین نمره شرکت کنندگان در مطالعه به ترتیب اولویت(از بیشترین به کمترین) آمده است. بالاترین میانگین نمره(۳/۵۸) مربوط به این باور نادرست بود که " درمان های ارتودنسی فقط به منظور زیبایی انجام می شود". دومین باور غلط این بود که " مصرف دخانیات باعث ایجاد سرطان دهان نمی شود زیرا من افرادی را می شناسم که سال های زیادی از عمرشان را سیگار کشیده اند ولی هرگز به این بیماری مبتلا نشده اند(نمره ۳/۳۵).

سومین باور نادرست این بود که "مسواک زدن مخصوصا در شب ها مضر است و به جای آن تنها از نمک برای تمیز کردن دندانها استفاده می کنم(نمره۳/۳۱ ). این باور نادرست که " اغلب برای انجام درمان‌های دندانپزشکی ام، به دندانساز یا کمک دندانپزشک تجربی مراجعه می کنم، چون خدمات ارائه شده توسط آنها ارزان تر است" در جایگاه چهارم قرار داشت(نمره ۳/۲۴). باور اشتباه که " فلوراید برای بدن مضر و سرطان زاست بنابراین از خمیر دندانهای دارای فلوراید و یا دهان شویه فلوراید هرگز استفاده نمی کنم" در رتبه پنجم قرار داشت(نمره ۳/۲۳).

" بوی بد دهان، به دلیل ناراحتی های معده و دستگاه گوارش یا بیماری های تنفسی ایجاد می شود نه به دلیل مشکلات دهان و دندان؛ لذا برای درمان آن به متخصص گوارش یا داخلی یا گوش و حلق و بینی مراجعه می کنم " در جایگاه ششم قرار داشت (نمره ۳/۱۲). "تهیه ی رادیوگرافی دندان (عکس دندان) به خاطر اشعه ی ایکس به بدن، ضرر دارد و بنابراین درمان ریشه (عصب کشی) دندان بهتر است بدون رادیوگرافی انجام شود" در رتبه هفتم قرارداشت(نمره ۳).در مجموع میانگین نمره کل نگرش شرکت کنندگان مورد بررسی ۶/۰۳± ۴۴/۸۳ از ۷۵ نمره از نظر شدت در حد متوسط بود.

میانگین نمره نگرش شرکت کنندگان بر حسب انواع جنسیت و محل های مختلف زندگی آنها توسط آزمون آماری t-test سنجیده شد و نتایج نشان داد تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره نگرش افراد برحسب جنسیت و محل زندگی آنها وجود نداشت(P>۰/۰۵)(جدول ۵). بر اساس نتایج آزمون آماری ANOVA تفاوت آماری معنی داری بین نمره نگرش برحسب انواع شغل ها (P=۰/۲۸۶)، بین نمره نگرش برحسب انواع گروه های سنی(P=۰/۱۲۸) و بین نمره نگرش بر حسب انواع رسانه های مختلف (P=۰/۸۲۷)وجود نداشت اما تفاوت بین نمره نگرش بر حسب میزان تحصیلات معنی دار بود به نحوی که با افزایش سطح تحصیلات نمره نگرش نادرست کاهش می یابد.(P=۰/۰۴۶) (جدول ۵). در مقایسه ی دو به دوی گروه ها آزمون تعقیبی Tukey HSD نشان داد این تفاوت بین افراد با سطح تحصیلات زیردیپلم و افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر معنی دار می باشد(P=۰/۰۱۹). به منظور ارزیابی میانگین نمره نگرش نادرست بر حسب متغیرهای مورد نظر(سن، جنس، محل زندگی، میزان تحصیلات، شغل، رسانه مورد استفاده) تخمین نگرش نادرست از روی متغیرهای دموگرافیک برای کلیه ی متغیرها غیر معنی دار بود. بدین معنی که هیچ کدام از متغیرها توانایی پیش بینی نگرش نادرست افراد در مورد درمان های دندانپزشکی را ندارند.


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

جدول۱: توزیع فراوانی شرکت کنندگان در مطالعه بر حسب اطلاعات دموگرافیک

| متغیر | | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| جنسیت | زن | ۲۲۷ | ۷۵/۷ |
| | مرد | ۷۳ | ۲۴/۳ |
| گروه سنی (سال) | ۳۰> | ۱۶۷ | ۵۶ |
| | ۳۰-۴۹ | ۱۰۱ | ۳۳/۳ |
| | ≥۵۰ | ۳۲ | ۱۰/۷ |
| محل زندگی | شهر یزد | ۲۷۶ | ۹۲ |
| | روستا | ۲۴ | ۸ |
| میزان تحصیلات | بی سواد | ۷ | ۲/۳ |
| | زیردیپلم | ۱۴۳ | ۴۷/۷ |
| | دیپلم | ۴۳ | ۱۴/۳ |
| | لیسانس | ۷۹ | ۲۶/۳ |
| | بالاتر از لیسانس | ۲۸ | ۹/۳ |
| شغل | بی کار | ۱۴۸ | ۴۹/۳ |
| | کارمند یا کارگر(مشاغل تحت نظر کارفرمای دولتی یا خصوصی) | ۱۱۸ | ۳۹/۳ |
| | هیئت علمی، حوزه،قاضی، پزشک | ۹ | ۳ |
| | شغل آزاد (خویش فرمان) | ۲۵ | ۸/۳ |

جدول۲: توزیع فراوانی پاسخ شرکت کنندگان مورد بررسی به سوالات مرتبط با وضعیت کلی بهداشت دهان و دندان و نحوه پیگیری از آن

| گویه | پاسخ | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| شما معمولا چگونه مسواک می زنید؟ | اصلا مسواک نمی زنم | ۲۵ | ۸/۴ |
| | گاهی وقت ها به صورت نا منظم | ۱۰۱ | ۳۴ |
| | همیشه یکبار در روز به صورت منظم | ۱۴۳ | ۴۸/۱ |
| | همیشه دو بار در روز و یا بیشتربه صورت منظم | ۲۸ | ۹/۴ |
| معمولا هر چند وقت یک بار به دندانپزشک مراجعه می کنید؟ | سالی یک دفعه جهت معاینه ی دوره ای، حتی اگر مشکلی هم نداشته باشم | ۱۹ | ۶/۴ |
| | در صورتی که هرگونه تغییری در دهان یا دندان هایم احساس کنم | ۱۰۹ | ۳۶/۸ |
| | تنها در صورتی که دچار درد دندان شوم | ۱۶۷ | ۵۶/۸ |


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| در اغلب موارد برای انجام درمان دندانپزشکی به کجا مراجعه می کنید؟ | مطب دندانپزشک عمومی | ۱۲۶ | ۴۲/۴ |
| | مطب دندانساز یا کمک دندانپزشک تجربی | ۱۷ | ۵/۷ |
| | مطب دندانپزشک متخصص | ۸۶ | ۲۹ |
| | دانشکده ی دندانپزشکی | ۱ | ۰/۳ |
| | درمانگاه های دندانپزشکی در سطح شهر | ۳۷ | ۱۲/۵ |
| | درمانگاه تخصصی دندانپزشکی | ۱۸ | ۶/۱ |
| | فرقی نمی کند، به نزدیک ترین مرکز مراجعه می کنم | ۱۲ | ۴ |
| معمولا مهمترین دلیل شما برای انتخاب یک مرکز یا مطب دندانپزشکی برای اولین مراجعه چه بوده است؟ | مطالب نوشته شده روی تابلوی آن مرکز یا مطب | ۳۰ | ۱۰/۲ |
| | تعریف و توصیه ی دیگران از آن مرکز یا مطب | ۲۱۲ | ۷۲/۱ |
| | مشاهده ی تمیز بودن و آراستگی ظاهری آن مرکز یا مطب | ۴۲ | ۱۴/۳ |
| | تبلیغات رادیویی یا تلویزیونی یا شبکه های اجتماعی در مورد آن مرکز یا مطب | ۱۰ | ۳/۴ |
| معمولا مهمترین دلیل شما برای عدم مراجعه به یک مرکز یا مطب دندانپزشکی که قبلا مراجعه کرده بودید کدام است؟ | برخورد نامناسب مسئول پذیرش یا دندانپزشک | ۳۳ | ۱۱/۵ |
| | مشاهده ی عدم رعایت بهداشت در آن محل | ۳۵ | ۱۲/۲ |
| | وجود درد یا ناراحتی بعد از یک درمان دندانپزشکی در آن مرکز | ۴۴ | ۱۵/۳ |
| | ناموفق بودن درمان قبلی در آن مرکز | ۱۴۸ | ۵۱/۴ |
| | هزینه های درمانی دندانپزشکی آن مرکز | ۲۸ | ۹/۷ |
| معمولا مهمترین دلیل شما برای به تعویق انداختن درمان های دندانپزشکی کدام است؟ | گران بودن هزینه ها | ۱۳۳ | ۴۶/۳ |
| | ترس از انتقال بیماری های مسری مانند ایدز و هپاتیت | ۱۹ | ۶/۶ |
| | ترس از دردناک بودن درمان های دندانپزشکی | ۱۳۵ | ۴۷ |
| کدام گزینه مهمترین و بیشترین تاثیر را بر عقاید شما در رابطه با دندانپزشکی و درمان های دندانپزشکی داشته است؟ | نظرات دوستان و آشنایان یا سایر افراد خانواده | ۱۹۳ | ۶۶/۱ |
| | مطالعه ی روزنامه ها، مجالت یا کتابهای علمی | ۹ | ۳/۱ |
| | گوش دادن به مباحث علمی در رادیو و تلویزیون | ۳۶ | ۱۲/۳ |
| | توجه به تبلیغات ارائه شده در رادیو و تلویزیون | ۱۰ | ۳/۴ |
| | توجه به تابلو های آموزشی یا کتابچه های آموزشی ها در مطب یا مراکز درمانی | ۱۴ | ۴/۸ |
| | مطالب مطرح شده در شبکه های اجتماعی از جمله اینستاگرام و تلگرام و... | ۳۰ | ۱۰/۳ |

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]



CC BY-NC 4.0

جدول۳ : توزیع فراوانی پاسخ شرکت کنندگان مورد بررسی به سوالات مربوط به عوامل مرتبط با کسب اطلاعات در خصوص سلامت دهان و دندان

| سوال | اصلا تعداد(٪) | کم تعداد(٪) | متوسط تعداد(٪) | زیاد تعداد(٪) | خیلی‌زیاد تعداد(٪) |
|---|---|---|---|---|---|
| آیا تا کنون در مورد مسائل مربوط به سلامت دهان مطالعه ای داشته اید؟ | ۳۵ (۱۱/۹) | ۱۰۷ (۳۶/۳) | ۱۱۱ (۳۷/۶) | ۳۰ (۱۰/۲) | ۱۲ (۴/۱) |
| برای پیشگیری و یا درمان مشکلات مربوط به سلامت دهان تا چه حد به انچه در شبکه های اجتماعی(رادیو ،تلویزیون، روزنامه ، مجلات ، اینترنت و شبکه های اجتماعی) گفته می شود؛ اعتماد دارید؟ | ۱۳ (۴/۴) | ۸۶ (۲۹/۲) | ۱۳۵ (۴۵/۸) | ۴۵ (۱۵/۳) | ۱۶ (۵/۴) |
| تبلیغات وکلیپ های‌مربوط به درمان های دندانپزشکی در شبکه های اجتماعی در رابطه با انتخاب نوع درمان و درمانگر تا چه‌حد ممکن است برروی شما تاثیرداشته باشد؟ | ۱۹ (۶/۸) | ۹۲ (۳۲/۷) | ۱۳۳ (۴۷/۳) | ۲۴ (۸/۵) | ۱۳ (۴/۶) |
| آیا کتاب‌های درسی دردوران مدرسه درزمینه آموزش‌مسائل مربوط به سلامت‌دهان‌ودندان به شما کمکی نموده است؟ | ۶۹ (۲۴) | ۸۳ (۲۸/۸) | ۹۳ (۳۲/۳) | ۳۲ (۱۱/۱) | ۱۱ (۳/۸) |
| اخبارو اطلاعات ارائه‌شده توسط‌رسانه‌ها(شامل: رادیو، تلویزیون، روزنامه و مجلات، اینترنت و شبکه‌های‌اجتماعی) به‌چه‌میزان در شکل‌گیری عقاید و باورهای شما درمورد مسائل مربوط به سلامت‌دهان و درمانهای دندانپزشکی تاثیر داشته ودارد؟ | ۱۷ (۵/۹) | ۸۹ (۳۱/۱) | ۱۲۴ (۴۳/۴) | ۳۶ (۱۲/۶) | ۲۰ (۷) |
| عقاید و باورهای شما در مورد مسائل مربوط به سلامت‌دهان و درمانهای دندانپزشکی به چه میزان شما را ترغیب‌وتشویق کرده یا می کند تا اخبار و اطلاعات ارائه شده توسط رسانه ها(شامل رادیو، تلویزیون، روزنامه و مجلات، اینترنت و شبکه های اجتماعی) در آن موضوع را جستجو و پیگیری کنید؟ | ۳۶ (۱۲/۶) | ۶۵ (۲۲/۷) | ۱۴۱ (۴۹/۳) | ۲۹ (۱۰/۱) | ۱۵ (۵/۲) |

جدول۴: توزیع فراوانی نگرش شرکت کنندگان مورد بررسی به سوالات نگرش به ترتیب اولویت نمره

| اولویت | سوال | پاسخ | | | | میانگین نمره |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | کاملا موافقم | موافقم | نظری ندارم | مخالفم | کاملا مخالفم | |
| ۱ | درمانهای ارتودنسی فقط به منظور زیبایی انجام می شود. | ۱۲ (۰/۴) | ۶۷(۲۲/۳) | ۱۴۶(۴۸/۷) | ۵۹(۱۹/۷) | ۱۶(۵/۳) | ۳/۵۸ |
| ۲ | مصرف دخانیات باعث ایجاد سرطان دهان نمی شود زیرا من افرادی را می شناسم که سال های زیادی از عمرشان را سیگار کشیده اند ولی هرگز به این بیماری مبتلا نشده اند. | ۲۳(۷/۷) | ۸۹(۵۹/۷) | ۱۰۹(۳۶/۳) | ۵۶(۱۸/۷) | ۲۳(۷/۷) | ۳/۳۵ |
| ۳ | مسواک زدن مخصوصا در شب ها مضر است و به جای آن تنها از نمک برای تمیز کردن دندانها استفاده می کنم. | ۳۱(۱۰/۳) | ۶۹(۲۳) | ۱۱۹(۳۹/۷) | ۵۵(۱۸/۳) | ۲۶(۸/۷) | ۳/۳۱ |


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ۴ | اغلب برای انجام درمان های دندانپزشکی ام، به دندانساز یا کمک دندانپزشک تجربی مراجعه می کنم چون خدمات ارائه شده توسط آنها ارزان تر است. | ۱۹(۶/۳) | ۳۹(۱۳) | ۱۳۳(۴۴/۳) | ۷۰(۲۳/۳) | ۳۹(۱۳) | ۳/۲۴ |
| ۵ | ای بدن مضر و سرطان زاست بنابراین از انهای دارای فلوراید و یا دهان شویه گز استفاده نمی کنم. | ۵۲(۱۷/۳) | ۱۰۱(۳۳/۷) | ۱۱۸(۳۹/۳) | ۱۲(۴) | ۱۷(۵/۷) | ۳/۲۳ |
| ۶ | مان، به دلیل ناراحتی های معده و دستگاه ا بیماری های تنفسی ایجاد می شود نه به لات دهان و دندان؛ لذا برای درمان آن به گوارش یا داخلی یا گوش و حلق و بینی ی کنم | ۴۶(۱۵/۳) | ۶۹(۳۲) | ۸۹(۲۹/۷) | ۶۷(۲۲/۳) | ۲۹(۹/۷) | ۳/۱۲ |
| ۷ | تهیه ی رادیوگرافی دندان (عکس دندان)به خاطر اشعه ی ایکس به بدن، ضرر دارد و بنابراین درمان ریشه (عصب کشی) دندان بهتر است بدون رادیوگرافی انجام شود. | ۴۶(۱۵/۳) | ۹۶(۳۲) | ۱۱۸(۳۹/۳) | ۳۳(۱۱) | ۷(۲/۳) | ۳ |
| ۸ | با هر بار بارداری، مادر یک دندان خود را از دست خواهد داد. | ۱۷(۵/۷) | ۶۸(۲۲/۷) | ۱۵۵(۵۱/۷) | ۴۰(۱۳/۳) | ۲۰(۶/۷) | ۲/۹۳ |
| ۹ | اغلب برای انجام درمان های دندانپزشکی ام ، به دندانساز یا کمک دندانپزشک تجربی مراجعه می کنم چون تجربه ی بیشتری دارد. | ۲۷(۹) | ۹۵(۳۱/۷) | ۱۴۴(۴۸) | ۲۷(۹) | ۷(۲/۳) | ۲/۹۲ |
| ۱۰ | مهمترین دلیل پوسیدگی دندانها، به ارث رسیدن جنس بد دندان ها از والدین است. | ۲۷(۹) | ۶۴(۲۱/۳) | ۱۴۹(۴۹/۷) | ۴۵(۱۵) | ۱۵(۵) | ۲/۸۹ |
| ۱۱ | دندان های شیری موقتی هستند، بنابراین درست کردن آنها، تنها هزینه ی اضافی بر والدین تحمیل می کند. | ۱۸(۶) | ۲۵(۸/۳) | ۸۵(۲۸/۳) | ۱۰۹(۳۶/۳) | ۶۳(۲۱) | ۲/۸۸ |
| ۱۲ | جرم گیری دندان ها مضر است، چون باعث لقی دندان ها، حساسیت آنها به سرما، گرما و آسیب به لثه ها می شود. | ۱۳(۴/۳) | ۳۶(۱۲) | ۱۳۲(۴۴) | ۷۲(۲۴) | ۴۷(۱۵/۷) | ۲/۸۹ |
| ۱۳ | در دوران شیردهی، چون کلسیم از دندان های مادر برداشته می شود، دندان های مادر زودتر خراب می شود | ۱۵(۵) | ۵۷(۱۹) | ۱۲۵(۴۱/۷) | ۸۳(۲۷/۷) | ۲۰(۶/۷) | ۲/۸۶ |
| ۱۴ | استفاده از قطره ی آهن در کودکان، موجب خرابی دندان ها می شود. | ۱۵(۵) | ۳۶(۱۲) | ۱۲۳(۴۱) | ۹۳(۳۱) | ۳۳(۱۱) | ۲/۵۳ |
| ۱۵ | رویش دندان های شیری موجب تب، آبریزش بینی، بی اشتهایی، اسهال و بی قراری کودک می شود. | ۱۲(۴) | ۳۶(۱۲) | ۱۵۰(۵۰) | ۷۵(۲۵) | ۲۷(۹) | ۲/۴۷ |


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

جدول۵: تعیین و مقایسه میانگین نمره نگرش شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب اطلاعات دموگرافیک

| متغیر | | میانگین | انحراف معیار | P-value |
|---|---|---|---|---|
| جنسیت | زن | ۴۵/۱۸ | ۶/۰۶ | *۰/۹۲۷ |
| | مرد | ۴۳/۷۱ | ۵/۸۳ | |
| گروه سنی (سال) | >۳۰ | ۴۳/۵۴ | ۵/۸۴ | #۰/۱۲۸ |
| | ۳۰-۴۹ | ۴۴/۸۱ | ۶/۱۴ | |
| | ≥۵۰ | ۴۵/۶۰ | ۶/۱۹ | |
| محل زندگی | شهر یزد | ۴۴/۰۰ | ۶/۰۲ | *۰/۴۳۹ |
| | روستا | ۴۴/۹۰ | ۶/۱۹ | |
| میزان تحصیلات | بی سواد | ۴۵/۸۵ | ۳/۵۸ | #۰/۰۴۶ |
| | زیردیپلم | ۴۷/۴۲ | ۵/۷۵ | |
| | دیپلم | ۴۴/۹۰ | ۵/۷۲ | |
| | دانشگاهی یا حوزوی تا لیسانس | ۴۴/۸۴ | ۶/۱۶ | |
| | بالاتر از لیسانس | ۴۲/۸۳ | ۶/۷۵ | |
| شغل | بی کار | ۴۴/۵۶ | ۵/۶۶ | #۰/۲۸۶ |
| | کارمند، کارگر، بازنشسته | ۴۷/۵۵ | ۶/۳۱ | |
| | هیئت علمی، حوزوی، قاضی، پزشک | ۴۳/۵۶ | ۷/۰۸ | |
| | شغل آزاد | ۴۵/۲۵ | ۴/۴۴ | |
| رسانه مورد استفاده | رادیو و تلویزیون | ۴۴/۷۸ | ۴/۸۸ | #۰/۸۲۷ |
| | روزنامه و مجلات | ۴۴/۲۳ | ۵/۳۸ | |
| | شبکه های اجتماعی همانند تلگرام واتس اپ و اینستگرام | ۴۴/۹۵ | ۶/۵۵ | |

*T-test

# ANOVA test

## بحث و نتیجه گیری

درک علمی در مورد مفاهیم سلامت در طول تاریخ و به تدریج شکل گرفته است(۸). از آنجا که اولین قدم برای اصلاح هر مشکلی شناخت آن می باشد لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد در رابطه با برخی باورهای نادرست دندانپزشکی و بعضی عوامل مرتبط انجام شد.

نمونه هایی از نگرش نادرست مانند: "درمان های ارتودنسی فقط به منظور زیبایی انجام می شود، مسواک زدن مخصوصا در شب ها مضر است و به جای آن تنها از نمک برای تمیز کردن دندان ها استفاده می شود. تهیه ی رادیوگرافی دندان (عکس دندان) به علت اشعه ی ایکس به بدن، ضرر دارد و درمان ریشه (عصب کشی) دندان بهتر است بدون رادیوگرافی انجام شود" بودند(جدول ۴).در این مطالعه هر چند میانگین نمره نگرش برحسب گروه های سنی مختلف، تفاوت آماری معنی داری نشان نداد، در گروه های سنی بالاتر، میانگین نمره نگرش نادرست بیشتربود. این گونه به نظر می رسد که در افراد جوان تر در مقایسه با افراد مسن تر، باورهای نادرست و شبه علمی کمتر است. با توجه به پیشرفت علم و دسترسی بیشتر به اطلاعات جدید این مسئله منطقی به نظر می رسد.


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نگرش مراجعین به دانشکده دندانپزشکی یزد در خصوص باورهای نادرست در زمینه دندانپزشکی در سال ۱۴۰۲، از نظر شدت در حد متوسط و از نظر وسعت در حدود نیمی از جامعه مورد بررسی وجود داشت. نتایج مطالعه ی طباطبایی نیز نشان داد که میانگین نمره نگرش در سطح متوسط ی قرار دارد که با نتایج مطالعه ی اخیر همسویی دارد(۱۰). نگرش شرکت کنندگان بر حسب گروه های جنسی، گروه های سنی، مشاغل مختلف و انواع رسانه های مورد استفاده با یکدیگر تفاوت معناداری نداشت. اما در افراد با تحصیلات بالاتر میانگین نمره نگرش نادرست به طور معنی داری پایین تر بود. از آنجا که افراد زیادی از رسانه های اجتماعی استفاده می نمایند دندانپزشکان و دست اندرکاران سلامت دهان و دندان جامعه می توانند از این فرصت برای مقابله با تهدیدهای فراوان موجود و درعوض افزایش آگاهی و بهبود باورهای بهداشتی جامعه استفاده نمایند. در مطالعه ی انجام شده توسط رضوی و همکاران نیز سطح نگرش در افراد با سطح تحصیلات بالا بیشتر بود که با نتایج مطالعه ی اخیر نیز همسویی دارد(۱۳).

در مطالعه حاضر بالاترین میانگین نمره نگرش(۳/۵۸) مربوط به این باور نادرست بود که "درمان های ارتودنسی فقط به منظور زیبایی انجام می شود". هرچند برای اکثر بیماران، بهبود در جذابیت صورت و لبخند، عوامل محرک اصلی برای دریافت درمان ارتودنسی است. اما در بسیاری از موارد، این نوع درمان می تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد کمک کند و به تغذیه بهتر آنها منجر شود(۱۷). نتایج مطالعه ی Lishoy و همکاران نیز نشان داد که یکی از دلایل انجام ارتودنسی افزایش اطیمنان به خود و افزایش خود انگاره ی فرد است که با نتایج مطالعه ی اخیر همسویی دارد(۱۸). دومین باورغلط این بود که "مصرف دخانیات باعث ایجاد سرطان دهان نمی شود زیرا من افرادی را می شناسم که سال های زیادی از عمرشان را سیگار کشیده اند ولی هرگز به این بیماری مبتلا نشده انداین در حالیست که خطر ابتلا به سرطان دهان در افراد سیگاری ۷ تا ۱۰ برابر افراد غیر سیگاری تخمین زده شده است و خطر ابتلا به سرطان دهان با پک های عمیق تر و تعداد سیگارهای بیشتر در روز افزایش می یابد(۱۹). سومین باور نادرست این بود که "مسواک زدن مخصوصا در شب ها مضر است و به جای آن تنها از نمک برای تمیز کردن دندان ها استفاده می کنم. نمک یک ماده طبیعی است که فواید و مضراتی برای دندان دارد. نمک دارای خواص ضد التهابی، ضد میکروبی و ساینده است که می تواند به کاهش محتوای اسیدی، متعادل کردن سطح pH، جلوگیری از پوسیدگی دندان، کشتن باکتری ها و حذف پلاک کمک کند(۲۰). مطالعه ی انجام شده در نیجریه نشان می دهد که رعایت بهداشت و دندان و استفاده از مسواک در سنین زیر ۶۰سال نسبت به گروه سنی بالای ۶۰ سال بیشتر است و گروه سنی بالای ۶۰ سال از روش های دیگر همانند نمک استفاده می کنند که این موضوع می تواند مرتبط با سطح تحصیلات و همچنین تقید نسبت به فرهنگ بومی آن منطقه باشد(۲۱). لذا ارائه ی آگاهی صحیح می تواند بکارگیری رفتارهای بهداشت دهان و دندان را افزایش دهد و بکارگیری روش های غیر علمی همانند مصرف نمک را کاهش دهد.

در مطالعه حاضر این باور نادرست که " اغلب برای انجام درمان‌های دندانپزشکی ام، به دندانساز یا کمک دندانپزشک تجربی مراجعه می کنم، چون خدمات ارائه شده توسط آنها


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

ارزان تر است" در جایگاه چهارم قرار داشت. به دنبال رکود اقتصادی در سرتاسر جهان و بدتر شدن شرایط زندگی انسانی ناشی از آن، اکثر کشورها با مشکلات بهداشتی جدی مواجه هستند و مردمشان برای تامین نیازهای بهداشتی خود با مشکل مواجه هستند(۲۲). شواهد موجود نشان می دهد که هزینه بالای مراقبت های دندانی دلیل اصلی عدم مراجعه بیماران به دندانپزشک و دریافت خدمات دندانپزشکی است(۲۳). در مطالعه طباطبایی و همکاران نیز (۱۰) اولویت اول در خصوص مکان مراجعه برای انجام درمان های دندانپزشکی ابتدا مطب دندانپزشک عمومی، سپس دندانپزشک متخصص و بعد مطب دندانپزشک تجربی بود و مراجعین مهمترین دلیل خود را جهت مراجعه به آن مرکز، تعریف و توصیه ی دیگران از آن مرکز عنوان نموده بودند. در مطالعه مهدویان و همکاران(۲۴) یکی از علل مراجعه بیماران به دندان سازان تجربی هزینه ی کمتر و اعتقاد بیماران به تجربه ی بیشتر دندان ساز تجربی عنوان شده است. این باور نادرست که :" اغلب برای انجام درمان های دندانپزشکی ام، به دندانساز یا کمک دندانپزشک تجربی مراجعه می کنم چون تجربه ی بیشتری دارد" در مطالعه حاضر نیز بین ۴۰/۷ درصد افراد وجود داشت. این باور اشتباه که " فلوراید برای بدن مضر و سرطان زاست بنابراین از خمیر دندان های دارای فلوراید و یا دهان شویه فلوراید هرگز استفاده نمی کنم" در رتبه پنجم قرار داشت. اگرچه بسیاری از افراد فلوراید را در پیشگیری از پوسیدگی دندان مؤثر می‌دانند، برخی مطالعات نشان داده‌اند که نگرانی درباره ایمنی فلوراید و باور به مضر بودن آن، از دلایل مهم امتناع از مصرف خمیردندان‌ها و درمان‌های فلورایددار است(۲۵،۲۶). در مطالعه حاضر این باور که: " بوی بد دهان، به دلیل ناراحتی های معده و دستگاه گوارش یا بیماری های تنفسی ایجاد می شود نه به دلیل مشکلات دهان و دندان؛ لذا برای درمان آن به متخصص گوارش یا داخلی یا گوش و حلق و بینی مراجعه می کنم " در جایگاه ششم قرار داشت (نمره ۳/۱۲). در مطالعه ی seaman و همکاران گزارش شده اشت که سیاری از بیماران پیش از مراجعه به دندانپزشک، به متخصص گوارش یا ENT مراجعه کرده بودند و حتی برخی اقدامات غیرضروری مانند آندوسکوپی یا جراحی ENT انجام داده بودند، درحالی‌که منشأ اصلی مشکل دهانی بوده است(۲۷). در مطالعات علت های مختلفی برای بوی بد دهان عنوان شده است. خورشیدی و رئوفی(۲۸) در یک مطالعه مروری علل بوی بد دهان به دو دسته داخل دهانی و خارج دهانی تقسیم بندی نموده و گزارش کرده اند: حدود ۸۵ درصد از موارد بوی بد دهان علتی در داخل دهان دارند و عمدتاً در اثر فعالیت میکروارگانیزم ها و تخریب و تجزیه آمینو اسیدها به گازهای بد بو ایجاد می شوند.

این باور نادرست است که"تهیه ی رادیوگرافی دندان (عکس دندان) به خاطر اشعه ی ایکس به بدن، ضرر دارد و بنابراین درمان ریشه (عصب کشی) دندان بهتر است بدون رادیوگرافی انجام شود" در رتبه هفتم قرارداشت(نمره ۳). رادیوگرافی تشخیصی، یک روش تکمیلی مهم در تشخیص بوده و هیچ شکی در سودمند بودن معاینات رادیوگرافی در تشخیص بیماری های دهان و دندان وجود ندارد(۲۹). امروزه با بهبود کیفیت فیلم رادیوگرافی و افزایش سرعت آن مدت زمان تابش اشعه برای ایجاد تصویری ایده کاهش یافته است(۳۰) که خطرات رادیوگرافی دندان را به حداقل رسانده است.


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

در مجموع میانگین نمره کل نگرش شرکت کنندگان مورد بررسی ۶/۰۳± ۴۴/۸۳ از ۷۵ نمره به عبارتی در حد متوسط بود. در رابطه با درصد فراوانی نگرش نادرست در جامعه ی مورد بررسی نیز، ۳۰درصد افراد، دارای نگرش نادرست ضعیف، ۴۶/۳درصد نگرش نادرست متوسط و ۲۲/۳درصد نگرش نادرست شدید بودند. این نتایج تقریبا همانند نتایج مطالعه ی طباطبایی و همکاران (۱۰) درحدود یک دهه قبل(سال ۱۳۹۱) بود.

۸۰/۳ درصد شرکت کنندگان میزان استفاده شان از رسانه (روزنامه ها و مجلات، رادیو و تلویزیون، شبکه های اجتماعی مجازی و ...) در شبانه روز را متوسط تا خیلی زیاد گزارش نمودند(۵۳/۳ درصد متوسط، ۱۷درصد زیاد، ۱۰درصد خیلی زیاد).

در مطالعه حاضر تنها ۸/۴ درصد، گزارش نمودند اصلا مسواک نمی زنند و حدود ۶۰ درصد افراد ، روزانه بصورت منظم از مسواک استفاده می کنند. ۵۶/۸ درصد افراد گزارش نمودند تنها در صورتی که دچار درد دندان شوند، به دندانپزشک مراجعه می کنند. از آنجا که درد دندان مستقیماً با فعالیت‌های روزانه افراد تداخل دارد، افراد را ناچار به مراجعه به دندانپزشکی می کند(۳۱). افراد کمی (۶/۴ درصد) به منظور معاینه ی دوره ای سالی یکبار به دندانپزشک مراجعه می کردند. این درحالیست که برای یافتن بیماری های دندانی به ویژه پوسیدگی و بیماری های پریودنتال نیاز به معاینات منظم دندان ها وجود دارد(۸). درمطالعه حاضر ۴۲/۴ درصد مراجعه به دندانپزشک عمومی را ترجیح می دادند. انتخاب مطب و مرکز درمانی در ۷۲/۱ درصد افراد تحت تاثیر تعریف و توصیه ی دیگران از آن مرکز است.

نتایج مطالعه یگانه و خزائی(۳۲) در مازندران نشان داد تجهیزات، خدمات، ویژگی های دندانپزشک، ظاهر حرفه ای و ویژگی های فعالیت های دندانی دندانپزشک در انتخاب دندانپزشک موثر می باشند. نتایج مطالعه Fernandez و همکاران(۳۳) در ریاض عربستان، نشان داد که اکثر بیماران مراجعه به کلینیک خصوصی دندانپزشکی (۵۳/۲درصد) را نسبت به دانشکده دندانپزشکی (۲۳/۵درصد) یا یک درمانگاه دولتی (۲۳/۳درصد) ترجیح می دادند. دلایل انتخاب یک دندانپزشک خاص برای ارائه خدمات عمدتاً شهرت دندانپزشک و به دلیل توصیه های بستگان و دوستان بود، که با نتایج مطالعه حاضر تا حدودی مطابقت دارد.

در مطالعه حاضر اعتماد به اطلاعات ارائه شده در شبکه های اجتماعی برای پیشگیری و یا درمان مشکلات مربوط به سلامت دهان در ۴۵/۸ درصد شرکت کنندگان در حد متوسط، ۳۳/۶ درصد در حد کم و اصلاً و ۲۰/۷ درصد در حد زیاد و خیلی زیاد بود. درموردِ "تاثیرِ تبلیغات وکلیپ های‌مربوط به درمان های دندانپزشکی در شبکه های اجتماعی بر انتخاب نوع درمان و درمانگر"، پاسخِ ۴۷/۳ درصد شرکت کنندگان در حد متوسط، ۳۹/۵ درصد در حد کم و اصلاً و ۱۳/۱درصد در حد زیاد و خیلی زیاد بود .

در پژوهش حاضر، مطالعه افراد در زمینه مسائل مربوط به سلامت دهان و دندان در حد متوسط (۳۷/۶درصد) و پایین بود(۴۸/۲ درصد، کم یا اصلاً). همچنین تاثیر کتاب‌های درسی دردوران مدرسه درزمینه آموزش‌مسائل مربوط به سلامت‌دهان و دندان متوسط (در ۳۳/۳ درصد افراد) و پایین(در ۵۲/۸ درصد


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

افراد) بوده است. این درحالی است که در طول سال‌های تحصیلی، باورهای مادام‌العمر، نگرش‌های مثبت و مهارت‌های شخصی در بین کودکان در حال رشد است. آموزش بهداشت دهان و دندان باید به طور منظم در خانه توسط برنامه های ارتقا دهنده سلامت مدرسه تقویت شود، همچنین باید در مراحل کلیدی آموزشی در سراسر دوران تحصیلی توسعه یابد(۳۴).

نتایج مطالعه فرنودی و همکاران(۳۵) نشان داد توانایی کتاب های درسی دوره ابتدایی در ارائه پیام های بهداشت دهان و دندان در ایران نادیده گرفته شده و این مسئله می تواند دلیل مهمی برای اعتقاد به باورهای نادرست یا نامعتبر درباره واقعیت ها از جمله مسائل مربوط به سلامتی باشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. این باورهای نادرست می تواند به رفتارهای غیرمولد منجر شود و آسیب های جدی برای سلامت فرد و جامعه به دنبال داشته باشد(۳۶).

از جمله نقاط قوت مطالعه می توان به در دسترس بودن حجم زیادی از مراجعین اشاره نمود. مورد دیگر اینکه این تحقیق، به دنبال مطالعه ی قبلی محقق که در همین رابطه درسال ۱۳۹۱ انجام شده بود(۱۰) صورت گرفت که برخی از تغییرات روندها مورد بحث قرار گرفته است. هرچند در این مطالعه تفاوت جامعه ی آماری به منظور مقایسه، یکی از نقاط قوت مطالعه بود.

از نقاط ضعف مطالعه می توان به این نکته اشاره نمود که اغلب مراجعین به دانشکده از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی در سطح متوسط و پایین و به میزان کم تری شامل سایر اقشار مرفه تر جامعه بودند . لذا جامعه ی مورد بررسی نماینده ی کل جامعه نمی باشد.

در مجموع بر اساس نتایج این مطالعه، علیرغم اینکه مردم از رسانه به ویژه شبکه های اجتماعی زیاد استفاده می کنند اما این مسئله بر بهبود نگرش متقاضیان دریافت خدمات دندانپزشکی بویژه در افرادی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی پایین تر تاثیرات مثبت چندانی نداشته است. فضاهای آموزشی حقیقی و مجازی، فرصت بسیار مهمی است که دست اندرکاران سلامت دهان و دندان در سطوح مختلف می توانند به منظور ارتقا و اصلاح نگرش های نادرست جامعه در رابطه با سلامت دهان و دندان از آن استفاده کنند. در دراز مدت آموزش و پرورش می تواند در آموزش واقعیت های علمی در زمینه سلامت دهان و دندان نقش مهمی ایفا کند و در کوتاه مدت و میان مدت نیز، دست اندرکاران حوزه سلامت دهان و دندانپزشکان می توانند به ارائه اطلاعات صحیح و واقعیت های علمی در زمینه سلامت دهان و دندان بپردازند. دندانپزشکان می توانند از فرصت فراگیرشبکه های اجتماعی در افزایش آگاهی و بهبود باورهای بهداشتی جامعه استفاده نمایند.

لذا به منظور دستیابی به نتایج مطلوب در زمینه بهداشت دهان و دندان پیشنهاد می گردد سیاست گذاران سلامت، دندانپزشکان آگاه و صاحب نظر در منابع مختلف، تبلیغات مناسب را در رابطه با باورهای صحیح انجام دهند و با باورهای شبه علمی و نادرست مقابله کنند تا از خطرات این باورهای نامعتبر جلوگیری شود.

## ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مورد تایید «کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد» به شماره IR.SSU.DENTISTRY. REC 1402.039 می باشد و به تصویب رسیده است.


CC BY-NC 4.0

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]
[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

**سهم نویسندگان**

سید حسین طباطبایی و شهاب الدین ابوطالبی کوشکنو در طراحی پژوهش و جمع آوری داده ها و سید حسین طباطبایی، شهاب الدین ابوطالبی کوشکنو و فریناز صباغزادگان در نگارش مقاله مشارکت داشته اند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

**حمایت مالی**

در انجام این پایان نامه از حمایت مالی هیچ سازمان یا موسسه ای استفاده نکردیم.

**تضاد منافع**

نویسندگان اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافعی در این مقاله وجود ندارد.

**تقدیر و تشکر**

نویسندگان از کمک و مساعدت معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد قدردانی و امتنان فراوان دارند.

## References

1-Schramme T. Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. Public health ethics. 2023;16(3):210-8.

2-Wang C, Chen S, Shao R & et al. Redefining human health: physical wellbeing, mental wellbeing, social wellbeing, and environmental wellbeing. Chinese medical journal. 2023;136(20):2395-6.

3-Rai A, Menon I, Aruna D, Singh A. Association between taboos in dentistry and oral health behavior among adult population of Ghaziabad. J Dent Specialities. 2016;4(1):14-20.

4-Hassan HI, Ansteinsson VE, Dalbak ET & et al. Oral healthcare beliefs among home care services personnel; a cross-sectional study in south-eastern Norway. BMC Health Services Research. 2024;24(1):1090.

5-Byakodi S, Khan M, Biradar J & et al. Taboos among general population about dental extraction in Sangli region: A prospective study. Bioinformation. 2025;21(5):1714-8.

6-Khan AD, Ali M, Ajmal MA & et al. Prevalence of Misconceptions and Myths Regarding Oral Health Among Medical and Dental Students in Peshawar, Pakistan. Cureus. 2024;16(1):e52800.

7-Singh A, Shrestha A, Bhagat T & et al. Assessment of oral health status and treatment needs among people of Foklyan area, Dharan, Nepal. BMC Oral Health. 2020;20(1):1-8.

8-Gowdar IM, Alqahtani AM, Asiri AM & et al. Oral Health Myths among General Population at Riyadh Region, Saudi Arabia. Journal of pharmacy & bioallied sciences. 2021;13(1):S241-S5.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

 CC BY-NC 4.0

9-AlJasser R, Alsinaidi A, Bawazir N & et al. Association of oral health awareness and practice of proper oral hygiene measures among Saudi population: a systematic review. BMC Oral Health. 2023;23(1):785.

10-Tabatabaei SH, HAerian A, Eslami-Abrandabadi M. Investigating Patients' Attitude Referred to Health Centers of Yazd in Regard with their Inappropriate Beliefs about Dentistry in 2012. Toloo-e-behdasht. 2017;15(5):143-52.

11-Taheri AM, Hidarnia A, Zarei F & et al. Investigating the relationships among oral health-related knowledge, attitude, practice, and self-efficacy in predicting oral health behaviors among female Iranian students. Frontiers in oral health. 2025;6:1533519.

12-Bashirian S, Khoshravesh S, Ayubi E & et al. Predicting the oral health-related behaviors of the Iranian elderly based on the extended theory of planned behavior. BMC Oral Health. 2025;25(1):1137.

31-Razavi SM, Khalesi S, Chamlanian M. Investigation of the Patients' Attitudes Referring To Dental Centers toward Some Common Beliefs about Oral Health in Isfahan, Iran, During 2020. Journal of Mashhad Dental School. 2021;45(3):247-56.

14-hosseini n, MorrowatiSharifabad MA, Rahaii Z & et al. A Survey of Predictors of Oral and Dental Care in Pregnant Women in Yazd: Based on the Theory of Planned Behavior. Tolooebehdasht. 2018;17(1):50-61.

15-Pishva N, Asefzadeh S. Community intervention to modify beliefs, traditions and practices of oral health in yahya-abad village. Journal of inflammatory diseases. 2010;14(3):44-51.

16-Pishva N, Asefzadeh S, Pishva M & et al. Traditional beliefs and behaviors of mothers and teachers related to oral health of children in rural districst of Qazvin :A qualitative study. Journal of Islamic Dental Association of IRAN. 2009;20(4):292-300.

17-Coppola G, Christopoulou I, Gkantidis N & et al. The effect of orthodontic treatment on smile attractiveness: a systematic review. Progress in orthodontics. 2023;24(1):4.

18-Lishoy R, Priyal R, Jamenis SC & et al. A survey to assess the knowledge and attitude of adults from the age group of 18 to 35 Years towards comprehensive orthodontic treatment-A questionnaire based study on adult orthodontics. IP Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research. 2020;6(4):255-63.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

 CC BY-NC 4.0

19-Saeidi M, Mohammadbeigi A, Salehi F & et al. Frequency of tobacco use and its relationship with oral soft tissue lesions. Caspian Journal of Dental Research. 2022;11(1):30-7.

20-Ballini A, Cantore S, Signorini L & et al. Efficacy of Sea Salt-Based Mouthwash and Xylitol in Improving Oral Hygiene among Adolescent Population: A Pilot Study. International journal of environmental research and public health. 2020;18.(1)

21-Olusile AO, Adeniyi AA, Orebanjo O. Self-rated oral health status, oral health service utilization, and oral hygiene practices among adult Nigerians. BMC Oral Health. 2014;14(1):140.

22-Guay AH, Blatz A .The effect of the Great Recession on the demand for general oral health care and orthodontic care. The Journal of the American Dental Association. 2019;150(4):287-93.

23-Vujicic M, Fosse C. Estimating the cost of introducing a Medicaid adult dental benefit in 22 states. Health Policy Institute Research Brief: American Dental Association, 2021.

24-Mahdavian S, Asadzadeh Aghdaee N. Assesment of edentulous patients, motivation attending to practical denturists for providing a complete denture in Mashhad in .2004-2003 Journal of Mashhad Dental School. 2004;28(3, 4):263-8.

25-Esmaeilzadeh F, Movahhed T, Hasani Yaghooti MR & et al. Content analysis of fluoride-related posts on Instagram. BMC Oral Health. 2024;24(1):1179.

26-Leung E, Kerr D, Askelson N & et al. Understanding topical fluoride hesitancy and refusal behaviors through the extended parallel process model and health belief model. Journal of public health dentistry. 2023;83(1):3-8.

27-Seemann R, Bizhang M, Djamchidi C & et al. The proportion of pseudo-halitosis patients in a multidisciplinary breath malodour consultation. International Dental Journal. 2006;56(2):77-81.

28-Khorshidi H, Raoofi S. An Overview of Oral Malodor (Halitosis). Jundishapur Scientific Medical Journal. 2017;16(3):355-68.

29-Albano D, Galiano V, Basile M & et al. Artificial intelligence for radiographic imaging detection of caries lesions: a systematic review. BMC Oral Health. 2024;24(1):274.

30-Lee W, Lee S, Chong S & et al. Radiation dose reduction and improvement of image quality in digital chest radiography by new spatial noise reduction algorithm. PloS one. 2020;15(2):e0228609.

31-Delgado-Pérez VJ, Patiño-Marín N, Rueda-Ibarra V & et al. Epidemiological and Oral Public Health Aspects of Dental Pain: A Narrative Review. Cureus. 2024;16(12):e74908.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

 CC BY-NC 4.0

32-Yeganeh H, Khazaei A. Investigating the Factors Affecting the Possibility of Choosing a Dental Office by Clients from a marketing perspective (Case Study: Dental offices in West of Mazandaran Province). Journal of healthcare management. 2020;11(36):21-32.

33-Fernandez R, Eisa E, Alqattan A & et al. Factors influencing patients' decisions while choosing a dental care provider. International Journal of Dental Health Sciences. 2016;3(6):1025-31.

34-Taheri AM, Zarei F, Hidarnia A & et al. Effectiveness of a school-based educational intervention on oral health knowledge, attitudes, practices, and self-efficacy among female secondary school students: a randomized controlled trial. BMC Oral Health. 2025;25(1):625.

35-Farnoudi M, Poureslami HR, Shamsuddin H & et al .Examining topics related to oral and dental health in elementary school textbooks in Iran in the academic year 2013-2014. Health and development. 2017;6(2):154-60.

36-Rahmatzadeh-YousefAbadi F, Ranayi E, Babazadeh S & et al. Collection of a List of Pseudo-Scientific or Unsupported Beliefs of Iranians about Oral Health: A Qualitative Study in 1399. Journal of Mashhad Dental School. 2022;46(4):346-60.

[ Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19 ]

[ DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21978 ]

 CC BY-NC 4.0