

بررسی نگرش بیماران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر اصفهان در خصوص برخی از باورهای رایج در زمینه سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۹۸

سیدمحمد رضوی^۱، سعیده خالصی^{۲*}، مهسا چملائیان^۳

^۱ استاد، گروه آسیب شناسی، مرکز تحقیقات ایمپلنت های دندانی، پژوهشکده علوم دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ استادیار، گروه آسیب شناسی، مرکز تحقیقات مواد دندانی، پژوهشکده علوم دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دندانپزشک، کمیته پژوهش های دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۹/۹/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۸

Investigation of the Patients' Attitudes Referring To Dental Centers toward Some Common Beliefs about Oral Health in Isfahan, Iran, During 2020

Seyed Mohammad Razavi¹, Saeedeh Khalesi^{2*}, Mahsa Chamlianian³

¹ Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental Implant Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental Materials Research Center, Dental Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Dentist, Student Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 12 December 2020; Accepted: 18 May 2021

Introduction: The lifestyle of people is influenced by various factors, such as common beliefs in society. Analysis of the oral health behaviors of people helps to set the correct behavioral correction strategies. In order to establish a proper relationship between healthcare providers and patients, it is necessary to have a correct understanding of peoples' beliefs in this regard. This study aimed to investigate the attitudes of patients referring to dental centers towards some common beliefs in the field of oral health.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study included 392 patients referring to different dental treatment centers in Isfahan, Iran, during 2020. The patients were then selected using the two-stage random cluster sampling method. A researcher-made questionnaire was prepared by reviewing previous studies and professors' opinions. After obtaining the reliability and validity of the tool, it was used to assess the patients' attitudes. The questionnaire was then completed by the patients in person. The collected data were statistically analyzed in SPSS software (version 22) using t-test, Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, one-way analysis of variance, and Tukey test. A p-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean score of the patients' attitude was obtained at 3.15 ± 0.29 . There was no significant difference between males and females regarding the mean score of attitudes. Furthermore, no significant relationship was observed between the mean score of the patients' attitudes and their age ($P=0.486$). However, there was a significant relationship between the mean score of the patients' attitude and their education level ($P=0.001$).

Conclusion: According to the results, half of the patients had a moderate level of attitude. This indicates the need to inform and educate people, as well as change their attitude towards receiving oral health services. In addition, national media can play a more prominent role in achieving this goal.

Key words: Attitude, Belief, Oral Health

Corresponding Author: s_khalesi@dnt.mui.ac.ir

J Mash Dent Sch 2021; 45(3): 247-56.

چکیده

مقدمه: نحوه زندگی افراد تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله باور های رایج در آن جامعه است. تجزیه و تحلیل رفتارهای بهداشتی دهان و دندان به تنظیم صحیح راهکارهای اصلاح رفتار کمک می کند. برای ایجاد ارتباط مناسب بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بیماران باید درک

* مولف مسؤل، نشانی: اصفهان، دانشکده دندانپزشکی، مرکز تحقیقات مواد دندانی، تلفن: ۰۹۳۹۴۵۴۲۹۷۷

صحیحی از باورها و نگرش مردم داشت. هدف از انجام این پژوهش، بررسی نگرش بیماران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی در خصوص برخی از باورهای رایج در زمینه سلامت دهان و دندان بود.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی- مقطعی، ۳۹۲ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز مختلف درمانی دندانپزشکی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای انتخاب شدند. به منظور بررسی نگرش بیماران، پرسشنامه محقق ساخته ای که توسط مروری بر مطالعات پیشین و نظرسنجی از اساتید تهیه شد، پس از تأیید پایایی و روایی آن بکار رفت. پرسشنامه توسط بیماران و به صورت حضوری تکمیل گردید. داده ها با نرم افزار SPSS 22 و توسط T-test، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس یکطرفه و Tukey test تحلیل آماری و گزارش شدند. میزان $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها: میانگین نمره نگرش افراد مورد بررسی $3/15 \pm 0/29$ به دست آمد. تفاوت معنی داری بین میانگین نمره نگرش زنان و مردان دیده نشد ($P = 0/155$). بین میانگین نمره نگرش افراد نسبت به باورها و سن بیماران، ارتباط معنی داری وجود نداشت ($P = 0/486$). بین میانگین نمره نگرش و میزان تحصیلات بیماران ارتباط معنی داری وجود داشت ($P = 0/001$).

نتیجه گیری: سطح نگرش بیش از نیمی از بیماران مورد بررسی، متوسط بود. این امر ضرورت اطلاع رسانی، آموزش مردم و تغییر نگرش آنها در زمینه دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان را بیان می کند. رسانه های ملی می توانند نقش پررنگ تری ایفا کنند.

کلمات کلیدی: نگرش، باور، سلامت دهان

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۰ دوره ۴۵ / شماره ۳: ۵۶-۲۴۷.

مقدمه

رفتارهای بهداشتی دهان و دندان مردم جامعه به تنظیم صحیح استراتژی های اصلاح رفتار کمک می کند.^(۱) چرا که وقتی درک صحیحی از عوامل تأثیرگذار بر باورها و رفتارهای بهداشتی مردم وجود نداشته باشد، ارتباط مناسبی بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بیماران برقرار نمی شود. وجود اعتقادات بهداشتی متناقض و تصورات غلط در بین مردم این ارتباط را دچار مشکل می کند.^(۲) با وجود تمام پیشرفت هایی که در حیطه سلامت از جمله تشخیص، درمان و پیشگیری شکل گرفته، هنوز هم افرادی هستند که زندگی آنها بر پایه باورها، اعتقادات، آداب و رسوم و تمایلات سنتی است.^(۳) صاحب نظران دندانپزشکی معتقدند تنها راه کاهش بیماری های دهان و دندان، امر پیشگیری است و اولین قدم در پیشگیری، ارتقای فرهنگ در بین مردم است.^(۴) این امر ضرورت اطلاع رسانی، افزایش آگاهی، آموزش مردم و تغییر نگرش آنها در زمینه دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان را بیان می کند.^(۵) در مطالعه Batra و همکاران^(۶) بیان شد اقدامات پیشگیرانه آموزشی دندانپزشکی به شدت تحت تأثیر جنس،

بهداشت دهان و دندان امری ضروری و بخشی از سلامت عمومی است که با تأثیر بر میزان رشد جسمی، رشد اجتماعی، اعتماد به نفس و حتی توانایی یادگیری، بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد.^(۱) سلامت دهان زیر بنای سلامت عمومی بدن بوده و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد.^(۲) نقش فرهنگ در دندانپزشکی همانند هر رشته دیگری از سلامت، انکارناپذیر است؛ چرا که الگوهای رفتاری مرتبط با فرهنگ و جامعه بر سلامت عمومی مؤثر است.^(۳) فرهنگ مجموعه ای از رفتارهایی است که یک فرد از اجتماع می آموزد. به همین دلیل است که اعتقادات، باورها و نگرش به شیوه های بهداشتی با تأثیرپذیری از فرهنگ شکل می گیرند.^(۴) باورها، عقاید و اندیشه هایی هستند که فرد به درستی و حقانیت آنها اعتقاد دارد. تجربیات هر فرد، اطلاعات دریافتی از محیط و نهایتاً نتیجه گیری، باورهای هر فرد را شکل می دهند. برخی محققین بر این باورند که باورهایی رفتار فرد را تغییر می دهند که به نگرش تبدیل شده باشند.^(۵) تجزیه و تحلیل

مرکز دندانپزشکی، به صورت تصادفی توزیع و جمع آوری شد. در نهایت پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۸۳ درصد تأیید شد. در پرسشنامه مذکور ۱۱ پرسش صحیح و ۱۴ پرسش غلط وارد شده بود.

روش نمونه گیری در این پژوهش، خوشه ای دو مرحله ای تصادفی بود. به این صورت که مناطق ۱۵ گانه شهر اصفهان به ۵ خوشه شمال (مناطق ۱۴، ۱۲، ۷، ۲)، جنوب (مناطق ۶، ۵، ۱۳)، شرق (مناطق ۱۵، ۴)، غرب (مناطق ۱۱، ۹) و مرکز (مناطق ۱۰، ۳، ۸، ۱، ۲) تقسیم شدند. سپس از خوشه های شرق و غرب هر کدام یک منطقه و از سایر خوشه ها هر کدام دو منطقه به تصادف انتخاب گردید. اسامی مراکز هر منطقه به دسته های خصوصی، دولتی عمومی، دولتی تخصصی و خیریه تفکیک شدند. سعی گردید از بین هر دسته از مراکز درمانی واقع در هر کدام از مناطق انتخاب شده، یک مرکز با روش قبل به تصادف انتخاب شود تا به این صورت هر مرکز انتخاب شده متناظری در سایر مناطق داشته باشد. پرسشنامه به صورت حضوری در دانشکده دندانپزشکی و مراکز درمانی انتخاب شده تکمیل شد. مراجعه به مراکز درمانی برای توزیع و تکمیل پرسشنامه ها در نوبت های صبح و بعد از ظهر صورت گرفت. پس از هماهنگی و کسب اجازه از مسئول مرکز، از بین بیماران ۶۵-۲۵ ساله حاضر در سالن انتظار، افراد به صورت یکی در میان انتخاب شدند. چنانچه فرد منتخب، تمایلی به همکاری نداشت، یک نفر قبل یا بعد از آن بیمار انتخاب می شد. به تمام شرکت کنندگان از جهت محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان داده شد. از بیمارانی که نوبت ویزیت آنها نزدیک بود درخواست می شد تا پس از اتمام کار، پرسشنامه را تکمیل کنند. لازم به ذکر است به هیچ یک از شرکت کنندگان قبل از تکمیل پرسشنامه از نادرست یا درست بودن باورهای پرسشنامه اطلاعی داده نشد.

مذهب و شیوه های سنتی قرار دارد و توسعه برنامه ها بدون در نظر گرفتن فرهنگ و مذهب افراد، کم اهمیت می باشد. بطور کلی با وجود مطالعات اپیدمیولوژیک بسیاری که ارتباط بین تفاوت های قومی-نژادی و بهداشت دهان و دندان را بررسی کرده اند، اعتقادات فرهنگی و باورهایی که بر تصمیمات حوزه سلامت دهان و دندان تأثیرگذار هستند، به ندرت گزارش شده اند.^(۱۱) با توجه به اینکه در این زمینه پژوهش های محدودی در ایران انجام شده است؛ در این مطالعه به بررسی نگرش بیماران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر اصفهان در خصوص برخی از باورهای رایج در زمینه سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۹۸ پرداخته شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۳۹۲ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز مختلف دندانپزشکی در سال ۱۳۹۸ شرکت کردند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه ای حاوی سؤالات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات و شغل) و ۲۵ مورد از باورهای رایج در خصوص سلامت دهان و دندان بود که برای تعیین این گروه ها، از مطالعات مشابه و تجربیات دندانپزشکان متخصص استفاده شد. جهت بررسی روایی به صورت کیفی، پرسشنامه به تعدادی از متخصصین (۵ نفر متخصص آسیب شناسی، ۴ نفر متخصص بیماری های دهان، ۱ نفر متخصص دندانپزشکی اجتماعی، ۲ نفر متخصص پروتز، ۲ نفر متخصص بیماریهای لثه و ۱ نفر متخصص درمان ریشه) داده شد و توضیحات، پیشنهادات و نقص های موجود در پرسشنامه از نظر این افراد مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت ابهامات، نارسایی ها و دشواری معانی، شناسایی و تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. به منظور بررسی پایایی، پرسشنامه به تعداد ۱۰ درصد از جمعیت مورد مطالعه، شامل ۳۷ نفر از بیماران یک

افراد به چهار گروه خیلی ضعیف (۱-۲)، ضعیف (۳-۴)، متوسط (۴-۵) و خوب (۵-۶) تقسیم شد. ۶۷ درصد از بیماران دارای سطح نگرش متوسط، ۳۲/۵ درصد دارای سطح نگرش خوب بودند. در جدول ۱، میانگین و مقایسه نمره نگرش افراد شرکت کننده نسبت به باورها براساس متغیرهای مورد پژوهش نشان داده شده است.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میانگین نمره نگرش افراد نسبت به باورها و سن بیماران، ارتباط معنی داری ($P = ۰/۴۸۶$ و $r = -۰/۰۳۵$) وجود نداشت. براساس t-test تفاوت معنی داری بین میانگین نمره نگرش زنان ($۳/۱۷ \pm ۰/۲۹$) و مردان ($۳/۱۳ \pm ۰/۳$) دیده نشد ($P = ۰/۱۵۵$). همچنین بین میانگین نمره نگرش افراد شرکت کننده و شغل آنها، تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P = ۰/۷۹۲$). طبق نتایج حاصل، بیماران در شغل کارمند و سایر مشاغل بیشترین میانگین نمره نگرش و بیماران با شغل آزاد کمترین نمره نگرش را داشته اند.

پاسخ دهی شرکت کنندگان بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بود. در نهایت داده ها با نرم افزار SPSS 22 و توسط T-test، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس یکطرفه و Tukey test تحلیل آماری و گزارش شدند. میزان $P < ۰/۰۵$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

از میان ۳۹۲ نفر شرکت کننده در این پژوهش، ۱۸۲ نفر (۴۶/۴ درصد) مرد و ۲۱۰ نفر (۵۳/۶ درصد) زن بودند. میانگین سن شرکت کنندگان $۴۰/۵ \pm ۹/۷۹$ سال بود. افراد با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم (۳۷/۶ درصد) بالاترین میزان مشارکت را به خود اختصاص دادند و بیشترین فراوانی شغلی مربوط به کارمندان (۳۸ درصد) بود. بیشترین میزان مشارکت مربوط به بیماران مراکز درمانی دولتی عمومی (۲۲/۲ درصد) و مراکز درمانی خصوصی (۲۱/۹ درصد) بود. با بررسی ۲۵ مورد از باورهای رایج در زمینه سلامت دهان و دندان، میانگین نمره نگرش افراد مورد بررسی (از ۱ تا ۵)، $۳/۱۵ \pm ۰/۲۹$ به دست آمد. میانگین نمره نگرش

جدول ۱: میانگین و مقایسه نمره نگرش افراد شرکت کننده نسبت به باورها براساس متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	P value
گروه های سنی (سال)	۲۹-۲۵	۰/۴۸۶
	۳۹-۳۰	۳/۱۵ \pm ۰/۳
	۴۹-۴۰	۳/۱۸ \pm ۰/۲۹
	۵۹-۵۰	۳/۱۴ \pm ۰/۳
جنس	زن	۳/۱۲ \pm ۰/۲۸
	مرد	۳/۲۲ \pm ۰/۲۱
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۰/۱۵۵
	فوق دیپلم	۳/۱۷ \pm ۰/۲۹
	لیسانس	۳/۱۳ \pm ۰/۳
	فوق لیسانس و بالاتر	۲/۹۶ \pm ۰/۲۷
		۳/۱۵ \pm ۰/۲۶
		۳/۲۲ \pm ۰/۳۱
		۳/۲۱ \pm ۰/۲۸

۰/۷۹۲	۳/۲۳±۰/۳۸	سایر مشاغل	شغل
	۳/۱۸±۰/۲۸	کارمند	
	۳/۱۶±۰/۳۵	کارگر	
	۳/۱۶±۰/ ۲۲	بازنشسته	
	۳/۱۴±۰/۲۹	بیکار	
	۳/۱۳±۰/ ۳۱	آزاد	
۰/۰۲۷	۳/۲۲±۰/۲۸	خصوصی	مرکز درمانی
	۳/۱۹±۰/۲۸	خیریه	
	۳/۱۶±۰/۲۹	دولتی تخصصی	
	۳/۱۲±۰/۲۸	دانشکده دندانپزشکی	
	۳/۰۸±۰/۳۱	دولتی عمومی	
۰/۱۱	۳/۱۸ ±۰/۳	۱-۲ مرتبه	دفعات مراجعه
	۳/۱۶±۰/۳۱	بیش از ۲ مرتبه	
	۳/۱۰ ±۰/۲۶	به ندرت	

جدول ۲: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره نگرش افراد شرکت کننده نسبت به باورها به ترتیب نمره

اولویت	باور ها	فراوانی پاسخ ها تعداد (درصد)					میانگین ± انحراف معیار
		کاملاً موافق (۵)	موافقم (۴)	نظری ندارم (۳)	مخالقم (۲)	کاملاً مخالفم (۱)	
۱	معاینات دوره ای دهان به ویژه در سنین بالای ۴۰ سال می تواند از بروز یا گسترش بسیاری از ضایعات دهانی از جمله بدخیمی ها پیشگیری نماید.	۱۵۴ (۳۹/۳)	۱۷۴ (۴۴/۴)	۴۷ (۱۲)	۱۵ (۳/۸)	۲ (۰/۵)	۴/۱۸±۰/۸۲
۲	سرطان دهان اگر به موقع و در مراحل اولیه تشخیص داده شود، با موفقیت بیشتری درمان می شود.	۱۲۰ (۳۰/۶)	۲۰۸ (۵۳/۱)	۵۰ (۱۲/۸)	۱۰ (۲/۵)	۴ (۱)	۴/۰۹±۰/۷
۳	کشیدن قلیان نسبت به سیگار در ایجاد ضایعات دهانی خطر بیشتری دارد.	۱۲۵ (۳۲)	۱۷۰ (۴۳/۴)	۶۹ (۱۷/۶)	۲۱ (۵/۴)	۶ (۱/۶)	۴/۰۱±۱/۰۲
۴	هر گونه تغییر طولانی مدت در میزان ترشح بزاق (کاهش یا افزایش)، نیاز به مراجعه به پزشک را ضروری می کند.	۷۶ (۱۹/۴)	۲۰۴ (۵۲)	۸۶ (۲۱/۹)	۲۱ (۵/۴)	۵ (۱/۳)	۳/۸۲±۰/۸۴
۵	مصرف دخانیات یا الکل ممکن است موجب بروز سرطان دهان گردد.	۸۲ (۲۰/۹)	۱۸۹ (۴۸/۲)	۸۵ (۲۱/۷)	۲۶ (۶/۶)	۱۰ (۲/۶)	۳/۷۸±۰/۹۳
۶	نوشیدن مایعات داغ، خوردن غذاهای داغ و یا پرادویه میتواند در بروز سرطان دهان مؤثر باشد.	۵۰ (۱۲/۷)	۱۹۶ (۵۰)	۱۰۸ (۲۷/۶)	۳۴ (۸/۷)	۴ (۱)	۳/۶۴±۰/۸۴
۷	همه زخم های داخل دهان که بی دلیل بوجود آمده اند، زخم های آفتی محسوب نمی شوند	۴۸ (۱۲/۲)	۱۷۹ (۴۵/۷)	۱۱۲ (۲۸/۶)	۴۸ (۱۲/۲)	۵ (۱/۳)	۳/۵۵±۰/۹

۳/۵±۰/۹۲	۳۹	۱۸۷	۱۱۰	۴۴	۱۲	۸	بروز تغییرات رنگی و پیدایش لکه های سفید، قرمز یا تیره در سطح حفره دهان اهمیت چندانی نداشته و با مصرف دهان شویه یا در مواقعی خودبخود بهبود خواهد یافت.
	(۹/۹)	(۴۷/۷)	(۲۸/۱)	(۱۱/۲)	(۳/۱)		
۳/۲۵±۰/۹۲	۳۵	۱۰۹	۱۸۵	۴۸	۱۵	۹	فلوراید ماده ای سرطان زاست.
	(۹)	(۲۷/۸)	(۴۷/۲)	(۱۲/۲)	(۳/۸)		
۳/۲±۱/۱	۴۴	۱۲۹	۱۱۲	۷۹	۲۸	۱۰	برای آنکه انطباق دندان مصنوعی به هم نخورد بهتر است شبانه روز آنها را در دهان نگه داشت و از دهان خارج نکرد.
	(۱۱/۲)	(۳۲/۹)	(۲۸/۶)	(۲۰/۲)	(۷/۱)		
۳/۱±۱/۳۳	۹	۹۷	۲۰۷	۶۳	۱۶	۱۱	ضایعات ایجاد شده در کام، گونه و صورت، منشأ دندانی داشته و ربطی به غدد بزاقی یا سایر بافت های دهان ندارد.
	(۲/۳)	(۲۴/۷)	(۵۲/۸)	(۱۶/۱)	(۴/۱)		
۳/۰۸±۱/۲۸	۴۱	۱۶۲	۳۲	۱۰۳	۵۴	۱۲	بوی بد دهان به دلیل ناراحتی های معده، دستگاه گوارش و یا بیماری های تنفسی ایجاد می شود نه به دلیل مشکلات دهان و دندان.
	(۱۰/۵)	(۴۱/۳)	(۸/۲)	(۲۶/۳)	(۱۳/۷)		
۳/۰۵±۰/۸۸	۱۱	۸۹	۱۷۹	۹۲	۲۱	۱۳	جراحی یا نمونه برداری از ضایعات مشکوک به بدخیمی در دهان باعث پخش شدن آن در بدن نخواهد شد.
	(۲/۸)	(۲۲/۷)	(۴۵/۷)	(۲۳/۵)	(۵/۳)		
۳/۰۳±۰/۸۴	۲۰	۷۵	۲۰۶	۸۰	۱۱	۱۴	بروز زخم یا برجستگی در زیر دست دندان نشانه لاغر شدن فرد بوده و تعویض دست دندان مشکل را حل خواهد کرد.
	(۵/۱)	(۱۹/۱)	(۵۲/۶)	(۲۰/۴)	(۲/۸)		
۳±۱/۱۳	۳۳	۱۲۳	۷۶	۱۳۱	۲۹	۱۵	بهترین روش کاهش درد دندان استفاده از اسپری بی حسی یا قرار دادن قرص مسکن در داخل یا کنار دندان می باشد.
	(۸/۴)	(۳۱/۴)	(۱۹/۴)	(۳۳/۴)	(۷/۴)		
۲/۹۳±۱/۰۵	۲۲	۱۰۱	۱۳۷	۹۳	۳۹	۱۶	خونریزی از لثه به هنگام مسواک زدن صرفاً نشان دهنده کمبود ویتامین C بدن است.
	(۵/۶)	(۲۵/۸)	(۳۴/۹)	(۲۳/۷)	(۱۰)		
۲/۸۹±۱/۵۲	۲۸	۱۱۴	۶۹	۱۳۴	۴۸	۱۷	مهمترین دلیل پوسیدگی دندانها، به ارث رسیدن جنس دندانها از والدین است.
	(۷/۱)	(۲۹/۱)	(۱۷/۶)	(۴۰)	(۱۲/۲)		
۲/۸۷±۰/۶۹	۴	۴۸	۲۴۹	۷۸	۱۳	۱۸	سرطان دهان به صورت توده ای سفت در دهان نمایان میشود.
	(۱)	(۱۲/۲)	(۶۳/۵)	(۲۰)	(۳/۳)		
۲/۸۶±۱/۱۸	۴۱	۱۴۷	۶۴	۱۰۴	۳۶	۱۹	استفاده از قطره آهن در کودکان باعث خرابی و پوسیدگی دندان های کودک نمی شود.
	(۱۰/۵)	(۳۷/۵)	(۱۶/۳)	(۲۶/۵)	(۹/۲)		
۲/۸۴±۰/۸۲	۵	۷۰	۱۹۸	۹۷	۲۲	۲۰	کیست های داخل دهان یا داخل فک مقدمه پیدایش یک ضایعه بدخیم در دهان یا فک هستند.
	(۱/۳)	(۱۷/۹)	(۵۰/۵)	(۲۴/۷)	(۵/۶)		
۲/۵۷±۱/۰۸	۱۲	۸۵	۸۰	۱۵۳	۶۲	۲۱	روکش کردن دندان ها، از پوسیدگی یا خرابی دندان جلوگیری می کند.
	(۳/۱)	(۲۱/۷)	(۲۰/۴)	(۳۹)	(۱۵/۸)		
۲/۵۱±۰/۸	۴	۲۸	۱۷۰	۱۵۲	۳۸	۲۲	گاز گرفتگی یا جویدن مکرر لب یا گونه، ارتباطی با بروز سرطان دهان ندارد.
	(۱)	(۷/۱)	(۴۳/۴)	(۳۸/۸)	(۹/۷)		
۲/۴۶±۰/۹۴	۶	۵۹	۹۴	۱۸۵	۴۸	۲۳	بروز جوش های چرکی بر روی لثه مجاور دندان با مصرف آنتی بیوتیک یا دهان شویه درمان می شود.
	(۱/۵)	(۱۵/۱)	(۲۴)	(۴۷/۲)	(۱۲/۲)		

۲/۴۲±۱/۱۱	۱۹	۶۳	۵۹	۱۷۶	۷۵	۲۴	دندان های عقل نهفته (رویش نیافته در دهان) تازمانی که درد، تورم و یا مشکلی برای فرد بوجود نیاورد، نیازی به خارج کردن نخواهد داشت.
	(۴/۸)	(۱۶/۱)	(۱۵/۱)	(۴۴/۹)	(۱۹/۱)		
۲/۲۹±۱/۰۷	۱۰	۵۵	۷۶	۱۵۲	۹۹	۲۵	در دوران بارداری به دلیل مصرف کلسیم دندان و استخوان های مادر توسط جنین، دندان های مادر ممکن است دچار پوسیدگی شوند.
	(۲/۶)	(۱۴)	(۱۹/۴)	(۳۸/۸)	(۲۵/۲)		

استفاده آنها معنادار بوده است ($r=0/118$ و $P=0/019$).
آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین میانگین نمره نگرش و میزان تحصیلات بیماران ارتباط معنی دار وجود داشت ($r=0/253$ و $P=0/001$).

به منظور بررسی نگرش بیماران به طور اختصاصی نسبت به سرطان دهان و ضایعات بدخیم، گزاره هایی که با ضایعات بدخیم یا سرطان دهان مرتبط بودند (۲۲ و ۲۰ و ۱۸ و ۱۳ و ۸ و ۵ و ۳-۱) به صورت مجزا از سایر باورها نیز، تحلیل آماری شدند. میانگین نمره نگرش بیماران ($3/41 \pm 0/31$) به دست آمد. طبق T-test، میانگین نمره نگرش نسبت به باورهای مربوط به سرطان دهان بین دو جنس تفاوت معنی دار نداشت ($P=0/26$). همچنین آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین سن بیماران و میانگین نمره نگرش آنها نسبت به سرطان دهان و ضایعات بدخیم، رابطه معنی داری را گزارش نکرد ($r=0/023$ و $P=0/643$). آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه معنی داری بین تحصیلات بیماران و میانگین نمره نگرش آنها نسبت به سرطان دهان و ضایعات بدخیم، نشان داد ($r=0/150$ و $P=0/003$). طبق نتایج آزمون Tukey بین بیماران زیر دیپلم و دیپلم با سطح تحصیلات فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر ارتباط معنادار یافت شد ($P < 0/001$) اما بین فوق دیپلم با لیسانس ($P=0/153$)، فوق دیپلم با فوق لیسانس و بالاتر

بین میانگین نمره نگرش و دفعات مراجعه به دندانپزشکی در سال اختلاف معناداری به دست نیامد ($P=0/11$). اگرچه بیماران با دفعات مراجعه کمتر از یک بار در سال (در صورت ضرورت)، کمترین میانگین نمره و بیماران با مراجعه ۲-۱ بار در سال، بیشترین میانگین نمره نگرش را داشته اند. همچنین بین میانگین نمره نگرش افراد و مرکز درمانی که به آن مراجعه می کردند، تفاوت معنی داری وجود داشت ($P=0/027$). به نحوی که بالاترین نمره نگرش مربوط به افراد مراجعه کننده به مراکز خصوصی بود و افراد مراجعه کننده به مراکز دولتی عمومی، پایین ترین نمره را کسب کردند. طبق آزمون تعقیبی Tukey بین بیماران مراجعه کننده به مراکز دولتی عمومی و مراکز خصوصی بیشترین تفاوت در نمره نگرش وجود داشته است ($P=0/022$) اما بین سایر مراکز تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($P > 0/05$). در مطالعه حاضر افراد ارتباطات اجتماعی را به عنوان بیشترین منبع اطلاعاتی و دندانپزشکان را کمترین منبع اطلاعاتی معرفی کرده اند، همچنین افرادی که هیچ منبعی را جهت کسب اطلاعات مربوط به بهداشت دهان و دندان معرفی نکردند، نسبت به افرادی که حداقل یک مورد از منابع را اعلام کردند، پایین ترین نمره نگرش را به خود اختصاص دادند. محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد ارتباط بین میانگین نمره نگرش افراد نسبت به باورهای مورد پرسش و تعداد منابع اطلاعاتی مورد

بیشتر به باورهای غلط اعتقاد داشتند. شاید از دلایل آن بتوان به واقع گریانه تر بودن افراد با تحصیلات بالاتر اشاره کرد. این افراد همانطور که بیشتر تمایل به کسب علم دارند، به پذیرش حقیقت بجای آنچه تاکنون تصور میکردند، بیشتر اشتیاق دارند.

براساس نتایج این مطالعه، بین میانگین نمره نگرش افراد نسبت به باورها و شغل افراد ارتباط معنی دار یافت نشد که همسو با مطالعه کاملی و همکاران^(۱) و Lawal و همکاران^(۱۶) بوده است. اما با نتایج مطالعه طباطبایی و همکاران^(۵) که بین شغل و نمره نگرش افراد نسبت به باورها رابطه معنی دار گزارش شده است، متناقض می باشد. از دلایل این نتیجه می توان گفت که باورهای هر گروهی از فرهنگ آن نشأت می گیرد و تفاوت در شغل افراد هم باعث تفاوت در فرهنگشان می شود.

در پژوهش حاضر، نگرش افراد با مرکز درمانی که به آن مراجعه کردند، رابطه معنی دار داشت که همسو با مطالعه طباطبایی و همکاران^(۵) می باشد. در مطالعه Batista و همکاران^(۱۷) بین سواد بهداشتی بیماران و مرکز درمانی مراجعه کنندگان رابطه معنی داری گزارش نشد. در حالیکه در مطالعه Parker و Jamieson^(۱۸) رابطه تمایل افراد به پرداخت هزینه برای درمان های دندانپزشکی با انجام مراقبت و رفتارهای بهداشتی مرتبط با سلامت دهان، معنی دار و مثبت گزارش شد.

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره نگرش بیماران و منبع اطلاعاتی مورد استفاده آنها ارتباط معنی داری یافت نشد. اولین منبع انتخاب شده، دندانپزشکان بودند و کمترین منبع، برنامه های رادیو و تلویزیون بود. در مطالعه جعفری و ناصری^(۱۹) دندانپزشکان به عنوان اولین منبع بودند. اگرچه برخلاف نتایج این مطالعات، در مطالعه Alkurt و Peker^(۲۰)، Nagarajappa و همکاران^(۲۱) و Babiker و همکاران^(۲۲)،

($P=0/533$) و بین لیسانس با فوق لیسانس و بالاتر ($P=0/997$) ارتباط معنادار بدست نیامد.

بحث

طیف گسترده ای از فعالیت های دندانپزشکی وجود دارد که با عمل به آنها سطح سلامت دهان و دندان افزایش می یابد. مهمترین نکته این است که در کنار گسترش مراقبت های بهداشتی، افراد جامعه نگرشی صحیح به این مراقبت ها داشته باشند و از فلسفه عادات بهداشتی آگاه باشند.^(۱۳) در مطالعه حاضر بین جنس افراد و میانگین نمره نگرش ارتباط معنی داری وجود نداشت، اگر چه میانگین نمره نگرش زنان اندکی بیشتر از مردان بود. شاید به دلیل اینکه زنان به سلامتی، ظاهر و زیبایی خود بیش از مردان اهمیت می دهند، مراجعات بیشتری نیز به مراکز دندانپزشکی دارند و این ارتباط باعث شده نگرش صحیح تری نسبت به سلامت دهان و دندان پیدا کنند. نتایج مطالعه ما با نتایج مطالعه طباطبایی و همکاران^(۵) و Sharma و همکاران^(۱۴) همسو بوده است. اگرچه در مطالعه طباطبایی و همکاران، نمره نگرش مردان از زنان بالاتر بود.^(۵)

در مطالعه حاضر بین سن افراد و میانگین نمره نگرش آنها رابطه معنی داری به دست نیامد که مشابه نتایج مطالعه پورهاشمی و همکاران^(۸) بوده است. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه طباطبایی و همکاران^(۵) این رابطه معنی دار و مثبت گزارش شده بنحوی که افراد با سن بالاتر به باورهای غلط کمتری اعتقاد داشتند. از دلایل نتیجه این مطالعه میتوان به عدم ارتقای برنامه های آموزشی، فرهنگی و بهداشتی در طی سالیان مختلف اشاره کرد.

میزان تحصیلات بر میزان میانگین نمره نگرش نسبت به باورهای مربوط به سلامت دهان و ضایعات دهانی تأثیر مثبت داشته است. در مطالعه Nasir و همکاران^(۱۵) و Nagaraj و همکاران^(۲) افراد با سطح تحصیلات پایین تر،

نسبت به باورهای مورد بررسی با میانگین $(۲/۸۷ \pm ۰/۶۳)$ ، در سطح متوسط گزارش شد. در این مطالعه ۱۴/۷ درصد از بیماران نگرشی در سطح بالا داشتند. در پژوهش پورهاشمی و همکاران^(۸) نیز نگرش کارکنان شبکه بهداشت، در حد قابل قبول و نه مطلوب بود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نگرش اکثر بیماران دندانپزشکی شهر اصفهان در خصوص باورهای رایج در زمینه بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۹۸، در حد متوسط بود. لذا به منظور بهبود باورها و افزایش سطح آگاهی مردم و همچنین دندانپزشکان به عنوان اولین منبع اطلاعاتی، لازم است اقدامات مورد نیاز صورت گیرد. همچنین به نظر می رسد رسانه های ملی همچون صدا و سیما می توانند نقش پررنگ تری را در افزایش آگاهی و بهبود باورهای بهداشتی جامعه ایفا کنند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه به شماره ۳۹۸۶۷۳ در معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. بدینوسیله از تمامی همکاران گرانقدر در دانشکده دندانپزشکی اصفهان، بیماران و مراکز درمانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر می گردد.

اولین منبع ذکر شده رادیو و تلویزیون و آخرین منبع اطلاعاتی دندانپزشکان بوده اند. این مشابهت در میان مطالعات خارجی و نتیجه متفاوت در مطالعه ما می تواند حاکی از آن باشد که محتوای برنامه های رادیو و تلویزیون در بعضی از کشورهای دیگر از لحاظ برنامه های آموزشی، فرهنگی و بهداشتی غنی تر از کشور ما می باشد. همچنین در مطالعه حاضر، بین میانگین نمره نگرش بیماران و تعداد منابع اطلاعاتی مورد استفاده آنها ارتباط معنی دار و مثبتی یافت شد. بنظر می رسد بهره مندی از منابع متنوع تر موجب می گردد افراد به طور گسترده تری با مسائل بهداشتی آشنا گردند و به دنبال آن نگرش آنها نسبت به باورهای بهداشتی ارتقا یابد.

طبق پژوهش حاضر، بین میانگین نمره نگرش بیماران و دفعات مراجعه آنها به دندانپزشک ارتباط معنی داری گزارش نشد. البته افزایش دفعات مراجعه به دندانپزشکی سبب می گردد، افراد فرصت بیشتری برای کسب اطلاعات بهداشتی از دندانپزشک خود (به عنوان اولین منبع اطلاعاتی انتخاب شده توسط افراد) داشته باشند.

نگرش اکثر افراد نسبت به کل این باورها در سطح متوسط بود و نگرش تنها ۰/۵ درصد از افراد در سطح خوب بود. در مطالعه طباطبایی و همکاران^(۹)، نگرش نیمی از افراد

منابع

1. Kameli S, Mehdipour A, Montazeri Hedeshi R, Nourelahi M. Evaluation of parental knowledge, attitudes and practices in preschool children on importance of primary teeth and some related factors among subjects attending Semnan University of Medical Sciences dental clinic. *Koomesh* 2017; 19(1):191-8.
2. Goodarzy A, Hidarnia A, Tavaffian S, Eslamiyan M. Relationship of social variables with oral health of students. *Iran J Pediatr Dent* 2019; 14(1):1-10.
3. Tewari D, Nagesh L, Kumar L. Myths related to dentistry in the rural population of Bareilly District: a cross-sectional survey. *J Dent Sci Oral Rehabil* 2014; 5(2):58-64.
4. Nagaraj A, Ganta S, Yousuf A, Pareek S. Enculturation, myths and misconceptions regarding oral health care practices among rural female folk of Rajasthan. *Stud Ethno-Med* 2014; 8(2):157-64.
5. Tabatabaei S, Haerian A, Eslami Abrand Abadi M. Investigating patients' attitude referred to health centers of yazd in regard with their inappropriate beliefs about dentistry in 2012. *Tolooebehdasht* 2017; 15(5):143-52.
6. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. *Int Dent J* 2005; 55(4):231-41.

7. Clarkson Freeman PA, Penney DS, Bettmann JE, Lecy N. The intersection of health beliefs and religion among somali refugees: a qualitative study. *J Relig Spiritual Soc Work* 2013; 32(1):1-13.
8. Pourhashemi S. A survey on the knowledge of health system personel in Ghom province toward oral and dental health. *J Dent Med* 2004; 17(3):77-82.
9. Fallahzadeh H, Haerian A, Bahrami N. Cost-income analysis of oral health units of health care centers in Yazd city. *J Dent Med* 2012; 25(3):217-23.
10. Batra M, Gupta S. Oral health beliefs, attitudes, and practices of South Asian Migrants: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(11):1952.
11. Butani Y, Weintraub JA, Barker JC. Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: assessment of the literature. *BMC Oral Health* 2008; 8(1):26.
12. Fukai K, Yano H, Kamachi S, Nakamura S. Oral health status and oral health behavior of school children in central Nepal. *Health Sci Health Care* 2012; 12(2):146-51.
13. Pishva NE, Asefzadeh SA. Community intervention to modify beliefs, traditions and practices of oral health in Yahya-Abad village. *J Inflamm Dis* 2010; 14(3):44-51.
14. Sharma R, Mallaiiah P, Umashankar GK, Verma S. Dental myth, fallacies and misconceptions and its association with socio-dental impact locus of control scale. *Int J Prev Public Health Sci* 2015; 1(2):14-20.
15. Nasir Z, Ahmed W, Iqbal F, Iqbal S, Tariq M, Aleshba S. Prevalence of social myths and taboos related to dental health among general population of Rawalpindi-Pakistan. *Pak Oral Dent J* 2014; 34(3):3-6.
16. Lawal FB, Taiwo JO, Oke GA. Factors influencing awareness and attendance of traditional oral health care practices by residents of a peri-urban community in Ibadan, Nigeria. *Afr Heal Sci* 2015; 15(1):234-7.
17. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MDLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health* 2017; 18(1):60.
18. Parker E, Jamieson L. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health* 2010; 10(1):3.
19. Jafari A, Naseri M. Knowledge-based barriers on cooperation of students' mothers in oral health programs. *Iran J Pediatr Dent* 2016; 12(1):85-90.
20. Peker I, Alkurt M. Public awareness level of oral cancer in a group of dental patients. *J Contemp Dent Pract* 2010; 11(2):49-56.
21. Nagarajappa R, Sahare P, Shukla N, Tuteja J, Bhalla A. Knowledge, attitude and practices regarding oral health among out patients at Rama Dental College, Kanpur. *Rama Univ J Dent Sci* 2015; 2(1):8-14.
22. Babiker TM, Awad K, Osman A, Mohamed SA. Oral cancer awareness among dental patients in Omdurman , Sudan : a cross- sectional Study. *BMC Oral Health* 2017; 17(1):69.