

Assessment of Pseudoscientific Invalid Beliefs of Mashhad Citizens about Oral Health; A Multicenter Survey in 2024

Fatemeh Rahmati¹, Ali Kazemian^{2*}, Saber Babazadeh³

¹Dentist, Mashhad, Iran

²Associate Professor, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³Assistant Professor, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 20 September 2025, Accepted: 27 December 2025

Background: Pseudoscientific and superstitious beliefs related to oral health can pose significant barriers to the prevention and effective treatment of oral diseases. Such beliefs—particularly among individuals with lower levels of education—often lead to inappropriate oral hygiene practices and delays in seeking professional dental care. This study aimed to assess pseudoscientific and invalid oral health-related beliefs among residents of Mashhad in 2024.

Methods and Materials: The present cross-sectional, multicenter study was conducted in 2024 among 384 individuals aged 18 years and older who attended comprehensive health centers in Mashhad. Cluster sampling proportional to the population size of five health districts was used. Data were collected using a researcher-designed questionnaire comprising two sections: demographic characteristics and items assessing pseudoscientific oral health-related beliefs. Scores were calculated using a Likert-type response scale. The overall score of the questionnaire ranged from 0 to 21. Higher scores indicated more common pseudoscientific beliefs. Associations between belief scores and demographic variables were analyzed using independent t -tests, analysis of variance (ANOVA), and Pearson correlation analysis. A significance level of 0.05 was applied.

Results: The findings showed that 68.2% of participants endorsed at least one pseudoscientific belief related to oral health. The mean overall belief score was 8.57 (SD = 3.01) out of a maximum possible score of 21. A significant difference was observed across educational levels ($P < 0.001$), with illiterate participants exhibiting the highest mean score (11.25) and those with a doctoral degree showing the lowest (3.50). Additionally, pseudoscientific belief scores were significantly associated with self-reported oral health indicators.

Conclusion: The findings of the present study demonstrate that pseudoscientific beliefs related to oral health are common among the adult population of Mashhad, and that lower educational attainment is significantly associated with stronger endorsement of these beliefs. Furthermore, the observed association between such beliefs and oral health indices (DMFT) suggests their negative impact on oral health status and preventive health behaviors.

Keywords: Oral Health, Health Beliefs, Superstitions, Survey

***Corresponding Author:** kazemiana@mums.ac.ir

➤ **Please cite this paper as:** Rahmati F, Kazemian A, Babazadeh S. Assessment of pseudoscientific invalid beliefs of Mashhad citizens about oral health; A multicenter survey in 2024. *J Mashhad Dent Sch* 2025; 49(4):355-66.

➤ **DOI:** [10.22038/jmds.2025.27237](https://doi.org/10.22038/jmds.2025.27237)



سنجش باورهای شبه علمی و نامعتبر مردم شهر مشهد درباره سلامت دهان؛ یک پیمایش چندمرکزی در سال ۱۴۰۳

فاطمه رحمتی^۱، علی کاظمیان^{۲*}، صابر بابازاده^۳

^۱دندانپزشک، مشهد، ایران

^۲دانشیار، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳استادیار، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶

چکیده

مقدمه: باورهای شبه علمی و خرافی درباره سلامت دهان می توانند مانع جدی در مسیر پیشگیری و درمان مؤثر بیماری های دهان و دندان باشند. این باورها، به ویژه در میان گروه های کم سواد، منجر به اتخاذ رفتارهای بهداشتی نامناسب و تأخیر در مراجعه به خدمات تخصصی می شوند. مطالعه حاضر، با هدف سنجش باورهای شبه علمی و نامعتبر مردم شهر مشهد درباره سلامت دهان در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی چندمرکزی بود، که در سال ۱۴۰۳ روی ۳۸۴ نفر از مراجعان بالای ۱۸ سال به مراکز جامع خدمات سلامت شهر مشهد انجام گرفت. نمونه گیری به روش خوشه ای متناسب با جمعیت پنج منطقه بهداشتی صورت گرفت. ابزار گردآوری داده ها با پرسشنامه ای محقق ساخته که شامل بخش های اطلاعات دموگرافیک و سوالات اختصاصی سنجش باورهای شبه علمی سلامت دهان بود، جمع آوری شد. محاسبه نمرات بر اساس مقیاس پاسخ دهی از نوع لیکرت انجام شد. حداقل نمره پرسش نامه + (عدم باور به هیچ یک از باورهای شبه علمی) و حداکثر نمره ۲۱ (باور به تمامی باورهای شبه علمی مطرح شده) بود. نمرات این باورها در کنار متغیرهای جمعیت شناختی با آزمون های t مستقل، ANOVA و همبستگی پیرسون تحلیل شدند. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۶۸/۲ درصد از شرکت کنندگان، حداقل یک باور شبه علمی درباره سلامت دهان داشتند. میانگین نمره کلی باورهای شبه علمی ۸/۵۸ (انحراف معیار = ۳/۰۱) از حداکثر ۲۱ بود. تفاوت معناداری میان گروه های تحصیلی مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ به طوری که افراد بی سواد بالاترین میانگین نمره (۱۱/۲۵) و دارندگان مدرک دکترا پایین ترین میانگین نمره (۳/۵۰) را داشتند. همچنین، بین نمره باورهای شبه علمی و شاخص های سلامت دهان خوداظهاری ارتباط معنادار وجود داشت.

نتیجه گیری: یافته های مطالعه حاضر نشان داد که باورهای شبه علمی درباره سلامت دهان در جمعیت بزرگسال مشهد شایع است و سطح تحصیلات پایین تر به طور معناداری با این باورها مرتبط می باشد. همچنین، ارتباط این باورها با شاخص های سلامت دهان (DMFT) حاکی از تأثیر منفی آن ها بر وضعیت سلامت و رفتارهای بهداشتی است.

کلمات کلیدی: سلامت دهان، باورهای سلامت، باورهای شبه علمی، پیمایش

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۴ / دوره ۴۹ / شماره ۴: ۳۵۵-۳۶۶

* مؤلف مسؤول، نشانی: دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

E-mail: kazemiana@mums.ac.ir

مقدمه

باورهای شبه علمی و خرافی به مجموعه‌ای از تصورات نادرستی اشاره دارند که فاقد پشتوانه علمی معتبر بوده و بیشتر بر پایه سنت‌ها، تجربه‌های فردی یا انتقال شفاهی میان نسل‌ها شکل می‌گیرند. این باورها، به‌رغم نبود شواهد تجربی و فقدان اجماع علمی، در بسیاری از جوامع همچنان به‌عنوان واقعیت پذیرفته می‌شوند و می‌توانند بر نگرش‌ها و رفتارهای سلامت‌محور افراد اثر بگذارند.^(۱) دانش ناکافی درباره بیماری‌های دهان در کنار افسانه‌ها و باورهای ماندگار مرتبط با علت، سیر و پیامد این بیماری‌ها، آغاز و تداوم رفتارهای بهداشتی صحیح را دشوار می‌سازد.^(۲)

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که باورهای نادرست درباره بهداشت و درمان‌های دندان‌پزشکی، مانعی جدی در مسیر پذیرش اقدامات پیشگیرانه و بهره‌مندی از مراقبت‌های علمی محسوب می‌شوند. این مسئله در کشورهای در حال توسعه که با محدودیت‌های آموزشی و زیرساختی مواجه‌اند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.^(۳) شواهد موجود حاکی از شیوع قابل توجه این باورها در ایران است^(۴) و نکته قابل تأمل اینکه، این باورها صرفاً به گروه‌های کم‌سواد یا جوامع سنتی محدود نمی‌شوند؛ بلکه در میان دانشجویان علوم پزشکی و دندان‌پزشکی و حتی برخی دندان‌پزشکان نیز گزارش شده‌اند.^(۵،۶)

از منظر علمی، «باور شبه علمی» به باورهایی اطلاق می‌شود که در ظاهر بر شواهد و منطق استوار به نظر می‌رسند، اما فاقد ویژگی‌های بنیادین علم از جمله ابطال‌پذیری، تکرارپذیری و اتکا به شواهد معتبر هستند. چنین باورهایی غالباً از طریق استدلال‌های شهودی، برداشت‌های نادرست از پدیده‌های طبیعی یا اتکای بی‌پایه بر مرجعیت‌های غیرعلمی تقویت می‌شوند و می‌توانند پیامدهای منفی گسترده‌ای بر سلامت فردی و عمومی داشته باشند.^(۷،۸)

پایبندی به این باورها سبب نادیده گرفتن بیماری‌های دهان و تأخیر در دریافت درمان‌های ضروری شده و در نهایت به بروز عوارض زود هنگام، کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های درمان می‌انجامد.^(۹،۱۰) برای مثال، برخی افراد همچنان بر این تصورند که جرم‌گیری موجب آسیب یا لق شدن دندان‌ها می‌شود یا درد دندان تنها با داروهای سنتی و خانگی قابل کنترل است؛ نگرش‌هایی که نه تنها مانع مراجعه به موقع می‌شوند، بلکه می‌توانند مشکلات دندان‌ها را تشدید کنند.^(۱۰)

ریشه‌دار بودن این باورها در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی نیز مقابله با آن‌ها را دشوارتر می‌سازد. هنگامی که چنین باورهایی بخشی از میراث فرهنگی جامعه تلقی شوند، شکستن چرخه انتقال میان نسل‌ها نیازمند برنامه‌های آموزشی ساختارمند، ارتقای سواد سلامت و اقدامات آگاه‌سازی هدفمند خواهد بود.^(۱۱)

با توجه به نقش اساسی سلامت دهان در جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی سلامت عمومی، مقابله با باورهای شبه علمی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ به‌ویژه آنکه وضعیت سلامت دهان نه تنها بر عملکردهایی همچون تغذیه و تکلم، بلکه بر اعتماد به نفس و کیفیت حضور اجتماعی افراد اثرگذار است. از این رو، همچنان می‌توان گفت «سلامت دهان، آینه سلامت عمومی و کیفیت زندگی است».^(۹)

پیش از انجام مطالعه حاضر، نیاز به شناسایی دقیق و منسجم باورهای شایع و نامعتبر مرتبط با سلامت دهان در جامعه ایران وجود داشت. در همین راستا، Rahmatzadeh و Yousafabadi و همکاران^(۱۲)، در یک مطالعه کیفی با عنوان «گردآوری فهرست باورهای شبه علمی و نامعتبر ایرانیان درباره سلامت دهان» که در سال ۱۴۰۱ منتشر شد، طیف وسیعی از این باورها را شناسایی کردند. یافته‌های آن

توسط Ranayi و همکاران^(۱۳)، طراحی و روایی و پایایی آن تأیید شده است. این پرسش‌نامه شامل دو بخش بود:

۱. اطلاعات دموگرافیک شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، زمان آخرین مراجعه به دندان پزشکی، وضعیت مسکن، منطقه محل سکونت و نیز ثبت گزارش خوداظهاری افراد از تعداد دندان‌های کشیده شده، پر شده و پوسیده‌شان.

۲. بخش اختصاصی شامل ۲۱ سؤال برای سنجش میزان اعتقاد به باورهای نادرست در حوزه سلامت دهان و دندان. محتوای سؤالات بر اساس طیف گسترده‌ای از باورهای غلط شناسایی شده در جامعه ایرانی تدوین شد و موضوعاتی مانند علل پوسیدگی و بیماری‌های لثه، پیامدهای درمان‌های دندان پزشکی (از جمله جرم‌گیری و کشیدن دندان)، تأثیر بارداری بر سلامت دهان و همچنین درمان‌های سنتی یا خانگی را پوشش می‌داد. (پیوست ۱)

شیوه پاسخ‌دهی به صورت طیف لیکرت (از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم») یا بله/خیر بود. حداقل نمره پرسش‌نامه ۰ (عدم باور به هیچ‌یک از باورهای شبه‌علمی) و حداکثر نمره ۲۱ (باور به تمامی باورهای شبه‌علمی مطرح شده) بود. پرسش‌نامه مذکور بر اساس بررسی جامع ادبیات و شناسایی باورهای رایج در جامعه ایرانی تدوین شد. برای ارزیابی روایی محتوایی، پرسش‌نامه توسط گروهی از متخصصان دندان پزشکی و آموزش سلامت، بررسی و اصلاح شد. پایایی ابزار نیز در یک مطالعه مقدماتی از طریق ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد که مقدار آن ۰/۶۴۱ گزارش گردید و نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار بود.

در مطالعه حاضر، پرسش‌نامه به صورت حضوری و از طریق مصاحبه با شرکت‌کنندگان در مراکز جامع خدمات سلامت تکمیل شد. برای افراد بی‌سواد، پژوهشگر سؤالات را قرائت کرده و پاسخ‌ها بر اساس اظهارات فرد ثبت شد.

پژوهش مبنایی برای تدوین پرسش‌نامه محقق ساخته و تعیین گزاره‌های مورد سنجش در مطالعه حاضر فراهم آورد.

با توجه به کمبود مطالعات داخلی در این حوزه، بررسی شیوع و عوامل مرتبط با باورهای شبه‌علمی در جمعیت‌های مختلف می‌تواند مسیر طراحی مداخلات آموزشی و برنامه‌های ارتقای سلامت را روشن سازد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع این باورها و شناسایی عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن‌ها در میان مراجعان به مراکز بهداشت شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه پس از دریافت تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.DENTISTRY.REC.1403.101 اجرا شد. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی اخذ و اصول محرمانگی اطلاعات رعایت گردید.

این پژوهش به صورت پیمایش مقطعی چندمرکزی با هدف سنجش باورهای شبه‌علمی و نامعتبر مرتبط با سلامت دهان در میان شهروندان مشهد در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مراجعان بالای ۱۸ سال به مراکز جامع خدمات سلامت شهر مشهد بود. حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای متناسب با حجم انجام گرفت؛ به این صورت که بر اساس جمعیت تحت پوشش هر یک از پنج منطقه بهداشتی شهر، تعداد مراکز منتخب تعیین شد و در هر مرکز، مراجعان به صورت تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه تکمیل گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه «سنجش باورهای شبه‌علمی و نامعتبر ایرانیان درباره سلامت دهان» بود که

در این پژوهش، متغیرهای دموگرافیک (مانند سن، جنس، تحصیلات و شغل) به عنوان متغیرهای مستقل و نمره کل باورهای شبه علمی و شاخص DMFT خوداظهار به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت دهان خوداظهار شامل تعداد دندانهای کشیده شده، پر شده و پوسیده بر اساس گزارش خوداظهار شرکت کنندگان گردآوری شد.^(۱۴)

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی شامل آزمون تی مستقل، آزمون ANOVA، آزمون تعقیبی Tukey HSD و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش مقطعی توصیفی، ۳۸۴ نفر از مراجعان به مراکز بهداشت شهر مشهد شرکت کردند. توزیع جمعیت نشان داد که اکثر شرکت کنندگان زن (۶۸/۲ درصد)، متأهل (۹۰/۴ درصد) و دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم (۳۷/۷ درصد) یا دیپلم (۳۶/۱ درصد) بودند. میانگین سنی نمونه ۳۸/۷ سال (انحراف معیار: ۱۳/۷) بود. (جدول ۱)

میانگین کلی نمرات باورهای شبه علمی در زمینه سلامت دهان برابر با ۸/۵۷ (انحراف معیار: ۳/۰۱) از حداکثر ۲۱ بود. دامنه نمرات از ۲ تا ۱۹/۵ متغیر بود. نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت معناداری میان مردان و زنان همچنین میان افراد مجرد و متأهل ($P=0/01$) در سطح باورهای خرافی وجود نداشت. به علاوه، تفاوت معناداری میان گروه های شغلی، وضعیت سکونت (مالک یا مستأجر) و مناطق جغرافیایی محل زندگی مشاهده نشد. (پیوست ۱)

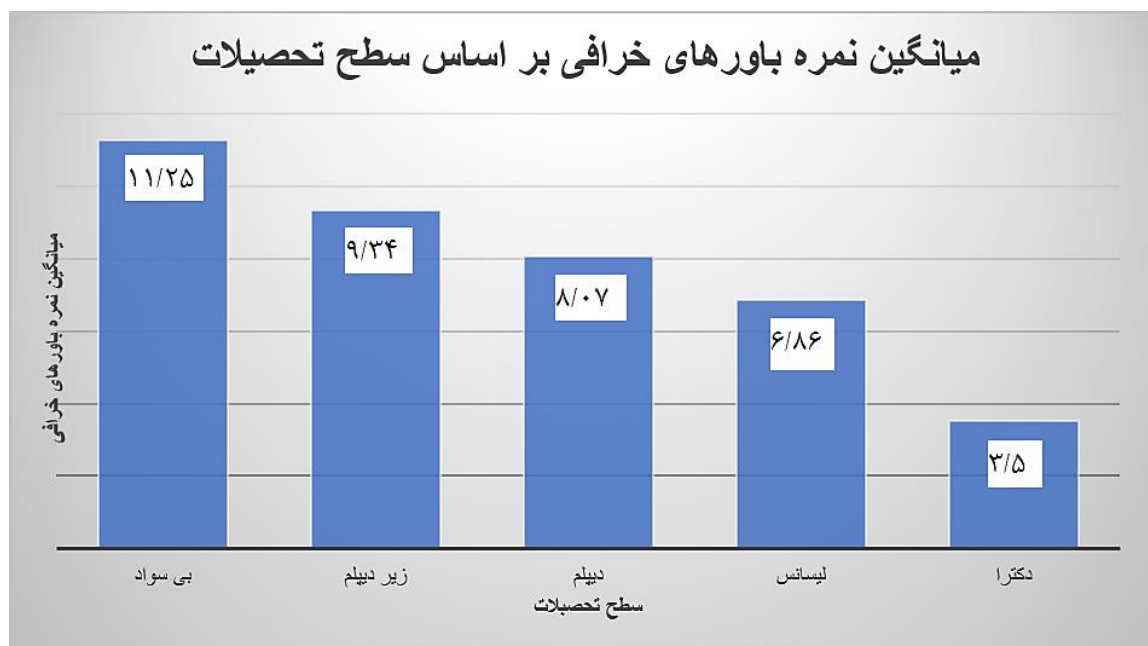
با این حال، سطح تحصیلات نقش تعیین کننده ای داشت. بر اساس آزمون ANOVA، تفاوت معناداری میان گروه های تحصیلی مختلف مشاهده شد ($P<0/001$) افراد بی سواد بالاترین میانگین نمره باورهای خرافی را داشتند (۱۱/۲۵)، در حالی که دارندگان مدرک دکترا، پایین ترین میانگین را کسب کردند (۳/۵۰). آزمون تکمیلی Tukey نشان داد که تفاوت بین گروه بی سواد با سایر گروه ها و همچنین گروه دکترا با سایرین معنادار است، اما میان سه گروه زیردیپلم، دیپلم و لیسانس اختلافی دیده نشد. (نمودار ۱)

نمره باورهای خرافی با DMFT خوداظهار ارتباط مستقیم و معناداری داشت ($Pearson\ Correlation=0/18$) و تحلیل همبستگی پیرسون همچنین نشان داد که نمره باورهای خرافی با تعداد دندانهای کشیده شده همبستگی مثبت ($P=0/001, r=0/18$) با تعداد دندانهای پر شده همبستگی منفی ($P=0/15, r=-0/005$) و با تعداد دندانهای پوسیده همبستگی مثبت ($P=0/13, r=0/014$) داشت. به بیان دیگر، افراد با باورهای نادرست بیشتر، دندانهای کشیده و پوسیده بیشتری داشتند و احتمال پرکردن دندان در آنها کمتر بود.

تحلیل تفصیلی تر سؤالات پرسش نامه نیز نشان داد که برخی باورهای نادرست در جامعه شیوع بالایی دارند. حدود یک سوم شرکت کنندگان بر این باور بودند که مصرف چرک خشک کن یا آنتی بیوتیک می تواند درد دندان را کاهش دهد. نزدیک به ۴۰ درصد تصور می کردند که خونریزی لثه هنگام مسواک زدن نشانه ای برای توقف مسواک زدن است. بیش از یک چهارم افراد معتقد بودند که تا زمانی که دندان درد نگیرد، نیازی به درمان وجود ندارد. افزون بر این،

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه

متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار) (۳۸/۷۰) (۱۳/۷۱)
سن (سال)		
زن	۲۶۲ نفر (۶۸/۲٪)	
مرد	۱۲۲ نفر (۳۱/۸٪)	
جنس		
مجرد	۳۷ نفر (۹/۶٪)	
متاهل	۳۴۶ نفر (۹۰/۴٪)	
وضعیت تاهل		
بی سواد	۳۲ نفر (۸/۴٪)	
زیردیپلم	۱۴۴ نفر (۳۷/۷٪)	
دیپلم	۱۳۸ نفر (۳۶/۱٪)	
لیسانس	۶۶ نفر (۱۷/۳٪)	
دکتری	۲ نفر (۰/۵٪)	
سطح تحصیلات		
خانه دار	۲۱۲ نفر (۵۶/۵٪)	
کارمند	۵۱ نفر (۱۳/۶٪)	
آزاد	۱۵ نفر (۴٪)	
معلم	۸۲ نفر (۲۱/۸٪)	
سایر	۱۵ نفر (۴٪)	
شغل		
زیر دوسال	۲۱۵ نفر (۵۶٪)	
بالای دوسال	۱۴۱ نفر (۳۶/۷٪)	
مراجعه نداشتیم	۲۷ نفر (۷٪)	
پاسخ داده نشده	۱ نفر (۰/۳٪)	
آخرین مراجعه به دندانپزشکی		
مسکن رایگان	۶ نفر (۱/۶٪)	
مستاجر	۱۸۶ نفر (۴۸/۴٪)	
مالک	۱۹۲ نفر (۵۰٪)	
وضعیت مسکن		
منطقه ۱	۱۱۷ نفر (۳۰/۵٪)	
منطقه ۲	۷۸ نفر (۲۰/۳٪)	
منطقه ۳	۹۶ نفر (۲۵٪)	
منطقه ۵	۷۲ نفر (۱۸/۸٪)	
منطقه ثامن	۲۰ نفر (۵/۲٪)	
منطقه محل سکونت		



نمودار ۱. آمار توصیفی نمره باورهای خرافی بر اساس سطح تحصیلات

سرپایی، شیوع باورهای غلط مرتبط با پوسیدگی دندان ۶۵/۶۸ درصد و مربوط به بهداشت دهان ۵۵/۹۲ درصد گزارش شد؛ مقادیری که مشابه نتایج پژوهش حاضر است و نشان می‌دهد که این باورها حتی در میان افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند نیز، رواج گسترده‌ای دارد. (۱۵،۱۶)

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، وجود تفاوت معنادار میان گروه‌های تحصیلی در نمره باورهای خرافی بود ($P=0/00$). بالاترین میانگین نمره در گروه بی‌سواد (۱۱/۲۵) و پایین‌ترین میانگین در دارندگان مدرک دکترا (۳/۵۰) ثبت شد؛ نتیجه‌ای که بیانگر رابطه معکوس و قوی میان سطح تحصیلات و گرایش به باورهای شبه‌علمی است. نتایج آزمون تعقیبی Tukey HSD نیز این تفاوت‌ها را تأیید کرد و نشان داد که افراد بی‌سواد و زیردیپلم به طور معناداری نمره بالاتری نسبت به افراد با تحصیلات بالاتر دارند، در حالی که میان گروه‌های زیر دیپلم، دیپلم

باورهای غلط درباره اثر جرم‌گیری بر آسیب دندان‌ها، پوسیدگی ناشی از بارداری یا شیردهی و نیز تأثیر ارثی جنس دندان بر احتمال پوسیدگی در میان جمعیت شرکت‌کننده شایع بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی شیوع و عوامل مرتبط با باورهای شبه‌علمی درباره سلامت دهان در میان مراجعان به مراکز بهداشت شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کل باورهای نادرست ۸/۵۷ با انحراف معیار ۳/۰۱ بود که بیانگر شیوع قابل توجه باورهای غیرعلمی در جامعه مورد مطالعه است. این میزان بالا، ضرورت توجه به این مسئله را در تدوین برنامه‌های ارتقای سلامت دهان برجسته می‌سازد.

یافته‌های این مطالعه در خصوص شیوع باورهای نادرست با نتایج مطالعات منطقه‌ای و بین‌المللی همخوانی دارد. برای مثال، در یک مطالعه توصیفی مقطعی روی ۲۵۰ بیمار

جمعیت‌شناختی را در مواجهه با اطلاعات نادرست کم‌رنگ کرده‌اند. یافته مربوط به عدم تفاوت بر اساس جنس با برخی مطالعات انجام‌شده در عربستان سعودی و ایران همسو است.^(۱،۴،۱۸) با این حال، برخی پژوهش‌ها به‌ویژه در هند تفاوت‌های معناداری را گزارش کرده‌اند که ممکن است ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی یا ابزارهای سنجش باشد.^(۵،۱۹،۲۰)

پژوهش حاضر همچنین برخی باورهای شایع مانند «تسکین درد دندان با مصرف چرک‌خشک‌کن»، «عدم نیاز به درمان تا زمانی که دندان درد ندارد»، «برتری دندان‌پزشکان مرد در کشیدن دندان» و «غیرقابل استفاده بودن نخ دندان به دلیل چسبیدگی دندان‌ها» را شناسایی کرد. این باورها، هرچند در بخش نتایج به صورت تحلیلی ارائه نشده‌اند، به‌وضوح نشان می‌دهند که اطلاعات نادرست چگونه می‌توانند مانع از اقدامات پیشگیرانه، مراجعه به موقع و انتخاب روش‌های درمانی صحیح شوند. پیشنهاد می‌شود در گزارش‌های آتی تحلیل جزئی‌تری از فراوانی هر یک از این باورها و ارتباط آن‌ها با متغیرهای دموگرافیک ارائه گردد.

با وجود ارزش علمی یافته‌ها، این مطالعه محدودیت‌هایی نیز دارد. نخست اینکه جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه و خوداظهاری انجام شد که می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهی (از جمله تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی) همراه باشد؛ به‌ویژه در مورد باورهای خرافی که افراد ممکن است تمایلی به بیان آن‌ها نداشته باشند. دوم اینکه وضعیت سلامت دهان شرکت‌کنندگان نیز به صورت خوداظهاری گزارش شد که دقت آن نسبت به معاینه بالینی کمتر است. علاوه بر این، با وجود حجم نمونه مناسب، نتایج پژوهش به دلیل محدود بودن جامعه به مراجعان مراکز خدمات سلامت ممکن است به‌طور کامل قابل تعمیم به کل جمعیت شهر مشهد نباشد. این گروه ممکن است از

و کارشناسی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در هند، عربستان سعودی و همچنین مطالعات داخلی در ایران که همگی ارتباط معکوس بین سطح تحصیلات و شیوع باورهای غلط را گزارش کرده‌اند، همسو است.^(۱،۴،۵،۱۷،۱۸) این همخوانی نشان‌دهنده نقش بنیادین آموزش و سواد سلامت در کاهش گرایش به اطلاعات نادرست است.

تحلیل همبستگی پیرسون نیز نشان داد بین شاخص DMFT و نمره باورهای خرافی رابطه معناداری وجود دارد. افراد با نمره باورهای نادرست بالاتر، تعداد بیشتری دندان کشیده‌شده و پوسیده و تعداد کمتری دندان ترمیم‌شده داشتند. هرچند ضرایب همبستگی از نظر شدت در حد متوسط گزارش شده‌اند (به ترتیب ۰/۱۸ برای دندان‌های کشیده‌شده، ۰/۱۳ برای دندان‌های پوسیده، ۰/۱۵- برای دندان‌های پرشده)، اما این روابط تأکید می‌کند که باورهای غلط می‌توانند موجب رفتارهای بهداشتی نامطلوب، تأخیر در مراجعه و عدم دریافت درمان مناسب شوند و در نهایت سلامت دهان را تحت تأثیر قرار دهند. باید توجه داشت که اندازه‌گیری DMFT در این مطالعه بر اساس خوداظهاری انجام شد؛ روشی که گرچه امکان جمع‌آوری داده در حجم نمونه بالا را فراهم می‌کند، اما ممکن است با سوگیری همراه باشد. بنابراین، استفاده از معاینه بالینی مبتنی بر دستورالعمل‌های WHO در مطالعات آتی توصیه می‌شود.

از سوی دیگر، تحلیل داده‌ها نشان داد که سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت و گروه شغلی ارتباط معناداری با نمره باورهای خرافی نداشتند. این الگوی یکنواخت می‌تواند ناشی از دسترسی گسترده مردم به اطلاعات صحیح و غلط از طریق رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی باشد؛ عواملی که مرزهای

عوامل مرتبط با آن‌ها تأکید می‌کند؛ زیرا چنین شناختی می‌تواند زمینه‌ساز طراحی و اجرای مداخلات آموزشی هدفمند و مؤثر برای ارتقای سلامت دهان و دندان در جامعه باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از پایان نامه خانم فاطمه رحمتی به شماره پایان نامه ۳۶۹۱ با کد طرح پژوهشی ۴۰۲۲۶۵۴ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. بدینوسیله تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام می‌داریم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی را اعلام نمی‌کنند.

نظر ویژگی‌های دموگرافیک یا سطح آگاهی با جمعیت عمومی تفاوت داشته باشند.

نکته دیگر آنکه تعداد شرکت‌کنندگان زن به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از مردان بود؛ موضوعی که ممکن است بر اعتبار بیرونی نتایج اثرگذار باشد. از آنجا که مراجعه به مراکز بهداشت در میان زنان شایع‌تر است، لازم است در تعمیم نتایج به جمعیت عمومی احتیاط شود؛ زیرا باورها و نگرش‌ها ممکن است تحت تأثیر جنس متفاوت باشند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان باورهای خرافی و شبه‌علمی در میان اقشار مختلف اجتماعی شهر مشهد، به‌ویژه در میان گروه‌های دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، نسبتاً بالا است. همچنین ارتباط معناداری میان وضعیت خوداظهاری سلامت دهان و میزان باورهای نادرست مشاهده شد. این نتایج بر اهمیت شناسایی دقیق باورهای غلط و

منابع

1. Gowdar IM, Alqahtani AM, Asiri AM, Aldossary SF, Alkhurayef IA, Alheneshi DI. Oral health myths among general population at Riyadh region, Saudi Arabia. J Pharm Bioallied Sci 2021;13(1):S241-5.
2. Badiger A, Gowda T, Venkatesh U, Shah R, GV G, Patil M. Curtailing myths and misconceptions regarding oral health among Indian adult population through health education and promotion: A cross-sectional survey. Balkan J Dent Med 2021;25:34-40.
3. Mythri H, Kumar R. Perceived myths about oral health in India. Indian J Dent Res 2015;26(3):333.
4. Razavi S, Khalasi S, Chemalanian M. Evaluation of patients' attitudes toward some common beliefs related to oral health among dental clinic visitors in Isfahan city, 2019. J Mashhad Dent Sch 2021;45(3):247-56. (Persian)
5. Agrawal S, Kahar AR, Joshi J. Assessment of prevalence of myths regarding oral health and dental treatment among patients visiting a dental institute. Guident 2019;12(10):33-6.
6. Al-Sebaei M, Sindi MA. A knowledge and practice survey among dentists in Saudi Arabia analyzing myths and misconceptions in dentistry and oral surgery: What do dentists believe? Cureus 2023;15(3):e36625.
7. Hashim Z, Gilani I, Shehzad S, Israr M, Khan M, Riasat M. Fake news, myths and remedies regarding oral health care in patients coming to a private teaching dental hospital of Peshawar, Pakistan. J Khyber Coll Dent 2020;10:57-62.
8. Vera-Carpio ML, Carranza-Samanez KM, Dulanto-Vargas JA. Myths about oral health and associated factors in pregnant women in a public hospital in Peru. Oral Health Prev Dent 2025;23:123.

9. Khan AD, Ali M, Ajmal MA, Wazir FS, Ahmad A, Awais M, et al. Prevalence of misconceptions and myths regarding oral health among medical and dental students in Peshawar, Pakistan. *Cureus* 2024;16(1):e52800.
10. Khanna DD, Srivastava DR, George D. Prevalence of myths regarding oral and periodontal health among adult population in Bangalore: A cross-sectional survey. *Int J Dev Res* 2019;9(02):25639-43.
11. Akbari R, Maharani DA. Belief in myths about oral health among Indonesian mothers. *J Int Dent Med Res* 2022;15(3):1286.
12. Rahmatzadeh Yousafabadi F, Renaei E, Babazadeh S, Kazemian A. Compilation of the list of pseudoscientific and invalid Iranian beliefs about oral health: A qualitative study in 2020. *J Mashhad Dent Sch* 2022;46(4):346-60.
13. Ranayi E, Rahmatzadeh Yousafabadi F, Babazadeh S, Kazemian A. Development and validation of a questionnaire on the pseudo-scientific invalid Iranians' belief regarding oral health. *J Dent Med-tums* 2022; 35 :13.
14. Silva AE, Menezes AM, Assunção MC, Gonçalves H, Demarco FF, Vargas-Ferreira F, et al. Validation of self-reported information on dental caries in a birth cohort at 18 years of age. *PLoS One* 2014;9(9):e106382.
15. Rajalakshmi V, Priyadarshni I. Assessment of the prevalence of myths regarding oral health among general population in Maduravoyal, Chennai. *J Educ Ethics Dent* 2012;2:85.
16. Al-Harathi M, Holenarasipur A, Al-Harathi H, Al-Thobaiti F, Al-Otaibi H, Al-Dawood M. Prevalence of myths regarding oral health among patients attending a dental institute: A study from Taif, Saudi Arabia. *J Clin Diagn Res* 2019;13:EC01-EC05.
17. 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.
18. 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. *TB* 2017;15(5):143-52.
19. Gambhir RS, Nirola A, Anand S, Gupta T. Myths regarding oral health among patients visiting a dental school in North India: A cross-sectional survey. *Int J Oral Health Sci* 2015;5(1):9-14.
20. Jain L, Juneja R, Kansal R, Kumar V. Prevalence of myths regarding oral health among pregnant women in North India. *Int J Dent Hyg* 2021;19(1):127-34.

پيوست

۱. متن پرسشنامه باورهای شبه علمی درباره سلامت دهان و تعداد (درصد) انتخاب هر نمونه در مطالعه حاضر

۱. نظر شما در مورد کارهای زیر موقع دندان درد چیست؟

کشیدن دندان	خودم این کار را می کنم و به بقیه هم توصیه می کنم ☐	خودم این کار را می کنم ولی به بقیه توصیه نمی کنم ☐	امتحاناش ضرری ندارد ☐	این کار را نباید انجام داد ☐
	۳۵ نفر (۹۰٫۱ درصد)	۳۵ نفر (۹۰٫۱ درصد)	۷ نفر (۱۰٫۸ درصد)	۳۰۵ نفر (۷۹٫۴ درصد)
گرفتن مقداری دود سیگار روی دندان	خودم این کار را می کنم و به بقیه هم توصیه می کنم ☐	خودم این کار را می کنم ولی به بقیه توصیه نمی کنم ☐	امتحاناش ضرری ندارد ☐	این کار را نباید انجام داد ☐
	۸ نفر (۲۰٫۱ درصد)	۱۲ نفر (۳۰٫۱ درصد)	۳۹ نفر (۱۰۰٫۲ درصد)	۳۲۴ نفر (۸۴٫۴ درصد)
خوردن چرک خشک کن	خودم این کار را می کنم و به بقیه هم توصیه می کنم ☐	خودم این کار را می کنم ولی به بقیه توصیه نمی کنم ☐	امتحاناش ضرری ندارد ☐	این کار را نباید انجام داد ☐
	۲۳ نفر (۳۲ درصد)	۸۲ نفر (۲۱٫۴ درصد)	۶۶ نفر (۱۷٫۲ درصد)	۱۱۱ نفر (۲۸٫۲ درصد)
استفاده از مقداری تریاک	خودم این کار را می کنم و به بقیه هم توصیه می کنم ☐	خودم این کار را می کنم ولی به بقیه توصیه نمی کنم ☐	امتحاناش ضرری ندارد ☐	این کار را نباید انجام داد ☐

۱۱ نفر (۲۰٫۹ درصد)	۶ نفر (۱۰٫۶ درصد)	۳۷ نفر (۹٫۶ درصد)	۳۲۵ نفر (۸۴٫۶ درصد)
خودم این کار را می‌کنم و	خودم این کار را می‌کنم ولی	امتحان ضرری ندارد ☐	این کار را نباید انجام داد ☐
به بقیه هم توصیه می‌کنم ☐	به بقیه توصیه نمی‌کنم ☐		
۶ نفر (۱۰٫۶ درصد)	۷ نفر (۱۰٫۸ درصد)	۲۳ نفر (۶ درصد)	۳۴۸ نفر (۹۰٫۶ درصد)

۲. به نظر شما آیا کارهای زیر برای سالم ماندن دندانها مفید است؟

استفاده منظم از خلال دندان	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۱۶۷ نفر (۴۳٫۵ درصد)	۱۰۳ نفر (۲۶٫۸ درصد)	۱۱۴ نفر (۲۹٫۷ درصد)
تمیز کردن دندان با نمک به جای مسواک	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۱۴۵ نفر (۳۷٫۸ درصد)	۱۲۰ نفر (۳۱٫۳ درصد)	۱۱۸ نفر (۳۰٫۸ درصد)
محکم مسواک زدن با مسواک زبر	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۳۸ نفر (۹٫۹ درصد)	۲۲ نفر (۵٫۷ درصد)	۳۲۴ نفر (۸۴٫۴ درصد)

۳. به نظر شما آیا موارد زیر موجب پوسیدگی دندان می‌شود؟

بارداری	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۱۱۷ نفر (۴۶٫۱ درصد)	۱۴۱ نفر (۳۶٫۷ درصد)	۶۴ نفر (۱۶٫۷ درصد)
شیردهی	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۱۶۱ نفر (۴۱٫۹ درصد)	۱۲۹ نفر (۳۳٫۶ درصد)	۹۰ نفر (۲۳٫۴ درصد)
قطره‌ی آهن	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۱۶۳ نفر (۴۲٫۴ درصد)	۱۱۷ نفر (۳۰٫۵ درصد)	۱۰۰ نفر (۲۶ درصد)
جنس بد دندانها (به صورت ارثی)	بله حتما ☐	بله احتمالا ☐	خیر ☐
	۲۳۲ نفر (۶۰٫۴ درصد)	۱۰۷ نفر (۲۷٫۹ درصد)	۴۵ نفر (۱۱٫۷ درصد)

۴. به نظر شما آیا جملات زیر درست است؟

جرم‌گیری باعث لقی دندان می‌شود.	بله ☐	خیر ☐
	۱۲۴ نفر (۳۲٫۳ درصد)	۲۵۷ نفر (۶۶٫۹ درصد)
بعد از جرم‌گیری دندانها بیشتر جرم می‌گیرد.	بله ☐	خیر ☐
	۱۹۰ نفر (۴۹٫۵ درصد)	۱۹۲ نفر (۵۰ درصد)
اگر لثه‌ها موقع مسواک زدن یا نخ دندان کشیدن خونریزی کند بهتر است تا مدتی این کارها را متوقف کرد.	بله ☐	خیر ☐
	۱۵۲ نفر (۳۹٫۶ درصد)	۲۳۰ نفر (۵۹٫۹ درصد)

☐ بله	☐ خیر	اگر دندان آسیای بزرگ را برای یک بچه‌ی ۷-۸ ساله بکشیم به جای آن دندان در می‌آید.
۱۷۸ نفر (۴۶,۴ درصد)	۲۰۲ نفر (۵۲,۶ درصد)	
☐ بله	☐ خیر	نیازی به درمان دندان‌های شیری نیست.
۱۴۷ نفر (۳۸,۳ درصد)	۲۳۵ نفر (۶۱,۲ درصد)	
☐ بله	☐ خیر	دندان‌پزشکان مرد در کشیدن دندان موفق‌ترند.
۱۷۷ نفر (۴۶,۱ درصد)	۲۰۶ نفر (۵۳,۶ درصد)	
☐ بله	☐ خیر	دندان تا وقتی درد نداشته باشد به درمان نیاز ندارد.
۹۹ نفر (۲۵,۸ درصد)	۲۸۴ نفر (۷۴ درصد)	
☐ بله	☐ خیر	دندان‌های خیلی از افراد به هم چسبیده هستند و نخ‌دندان از بین آنها رد نمی‌شود.
۲۰۳ نفر (۵۲,۹ درصد)	۱۱۷ نفر (۴۶,۱ درصد)	
☐ بله	☐ خیر	لکه‌های قهوه‌ای روی دندان همیشه نشان‌دهنده‌ی پوسیدگی هستند.
۱۴۳ نفر (۳۷,۲ درصد)	۲۴۰ نفر (۶۲,۵ درصد)	