مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره دوازده، اسفند ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۸/۱۰/۲۲
تاریخ پذیرش:۱۳۹۸/۱۱/۱۲

بررسی عوامل مرتبط درتجویزانواع رادیوگرافی دندان از دیدگاه دندانپزشکان عمومی یزد در سال۱۳۹۷

سید حسین رضوی[۱]، سپیده قنبریان*[۲]، احسان توکلی[۳]، علی توکلی[۴]، مطهره باغستانی[۵]، نسیم نمیرانیان[۶]

مقاله پژوهشی

مقدمه: به‌دلیل کاهش اکسپوژر غیرضروری بیمار به اشعه ایکس در اثر تجویز منطقی رادیوگرافی، باید دندان‌پزشک اطلاعات کافی از تجویز رادیوگرافی داشته باشد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی برروی دندانپزشکان عمومی شاغل در شهر یزد انجام شد که به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ای سه قسمتی، شامل اطلاعات دموگرافیک دندانپزشکان (سن، جنس، سابقه کار)، یافته‌های کلینیکی موثر در تجویز رادیوگرافی و تشخیص کاربرد انواع رادیوگرافی استفاده شد. جهت محاسبه آماری از آزمون‌های Chi-squere و ANOVA استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: در این مطالعه ۱۲۰ دندان‌پزشک با میانگین سنی ۹/۸۸±۳۷/۳۸ شرکت داشتند. عواملی که بیشترین تأثیر را برروی تصمیم‌گیری دندانپزشکان عمومی در تجویز انواع رادیوگرافی داشت، طرح درمان جراحی (۸۷/۵٪)، درد دندان (۷۵٪)، بهداشت دهانی ضعیف و پرکردگی وسیع دندانی (۷۳/۳٪) بود و ترس از اکسپوژر اشعه ایکس، از کم اثرترین عوامل بود. رادیوگرافی انتخابی اکثر شرکت‌کنندگان برای تشخیص پوسیدگی‌های سطح اکلوزال، پری‌اپیکال (۵۵ ٪) بود که با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه رادیوگرافی مؤثر، بایت‌وینگ می‌باشد. هم‌چنین رادیوگرافی انتخابی اکثر دندانپزشکان برای پوسیدگی بین دندانی، بایت‌وینگ (۸۸/۳ ٪) بود که با نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت جامعه دندانپزشکان آگاهی اندکی در زمینه تجویز رادیوگرافی برای تشخیص پوسیدگی‌های اکلوزال دارند. اما در زمینه تشخیص پوسیدگی‌های بین دندانی نظر اکثر دندانپزشکان صحیح بود. از این رو برگزاری دوره‌های بازآموزی، به‌منظور حفظ و ارتقاء سطح آگاهی دندانپزشکان و آشنایی آن‌ها با جدیدترین تکنیک‌های رادیوگرافی مهم است.

واژه‌های کلیدی: دندان‌پزشک، تجویز، رادیوگرافی دندانی، تصویربرداری تشخیصی

ارجاع: رضوی سیدحسین، قنبریان سپیده، توکلی احسان، توکلی علی، باغستانی مطهره، نمیرانیان نسیم. **بررسی عوامل مرتبط درتجویزانواع رادیوگرافی دندان از دیدگاه دندانپزشکان عمومی یزد در سال۱۳۹۷.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۹؛ ۲۷ (۱۲): ۹۱-۲۱۸۰.

۱- استادیار گروه آموزشی رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.
۲-دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.
۳-متخصص رادیولوژی دهان و فک و صورت، کرج، ایران.
۴-استادیار گروه آموزشی پاتولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.
۵-دستیار تخصصی گروه رادیولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.
۶-استادیار گروه پزشکی اجتماعی و پیشگیری، مرکز تحقیقات دیابت یزد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۴۷۴۹۲۶۴، پست الکترونیکی: spd.ghnbr@gmail.com، صندوق پستی : ۸۱۴۸۸۸۴۶۵۴

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

مقدمه

رادیوگرافی دندان به‌عنوان یکی از روش‌های پاراکلینیکی نقش مهمی در تشخیص صحیح و انتخاب درمان مناسب دارد (۲،۱). خطرات ناشی از اشعه ایکس با دوز پایین شامل سرطان‌ها، موتاسیون‌هاو ناهنجاری‌های مادرزادی است (۳،۴). بنابراین به موازات رشد روز افزون استفاده تشخیصی از اشعه ایکس، رعایت اصول ایمنی نیز ایجاب می‌کند که امر حفاظت در برابر آثار سوء و ناخواسته اشعه، مورد توجه خاص قرار گیرد. سه اصل راهنما در حفاظت از رادیاسیون وجود دارد که شامل توجیه (Justification)، بهینه‌سازی (Optimization)، محدودیت دوز (Dose limitation) می‌باشد. با توجه به اصل توجیه، در تجویز رادیوگرافی باید سود اکسپوژر تشخیصی از ریسک خطر آن پیشی گیرد که بر انتخاب بیمار و اینکه کدام نوع گرافی انتخاب گردد اثر می‌گذارد. هم‌چنین اصل بهینه‌سازی بیان می‌کند که میزان اکسپوژر به اشعه ایکس باید حتی‌الامکان کم نگهداشته شود (ALARA) (۱). یکی از مؤثرترین راه‌های کاهش خطرات احتمالی اشعه ایکس، جلوگیری از انجام رادیوگرافی‌هایی است که تجویز آن‌ها لزومی ندارد (۵،۶). یکی از مؤثرترین راه‌ها برای کاهش این اثرات مضر، حذف رادیوگرافی‌های نامناسب خواهد بود (۱). در جداولی که در سال ۱۹۸۰ به تقاضای سازمان غذا و دارو (FDA) جهت راهنمایی دندانپزشکان برای تجویز صحیح رادیوگرافی، در مراجعه اول بیمار و یا مراجعات بعدی او بدون علائم کلینیکی تهیه شده است، مواردی نظیر سن، تاریخچه و علائم بالینی بیمار در نظر گرفته شده است (۱،۷). در این راهنما بر تجویز رادیوگرافی توسط دندان‌پزشک در موارد قانع کننده بر انجام آن تاکید شده است. هم‌چنین انجمن ملی دندان‌پزشکی آمریکا بر استفاده از آن در مواقع ضروری تاکید دارد (۴). از آنجا که تجویز رادیوگرافی‌های دندانی می‌تواند با عوامل مختلفی مرتبط باشد، لذا این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط بر تجویز رادیوگرافی دندان توسط دندانپزشکان شهر یزد در سال ۱۳۹۷ انجام شد. رادیوگرافی وقتی تجویز می‌شود که گرفتن تاریخچه و معاینه بالینی نتواند اطلاعات کافی برای ارزیابی کامل مشکلات بیمار و روش درمان مناسب را تامین کنند. هم‌چنین رادیوگرافی فقط وقتی لازم است که دندان‌پزشک پتانسیل کشف اطلاعات مفید بالینی را از روی تصویر رادیولوژی داشته باشد (۸). اگر این اطلاعات در طرح درمان اثری نداشته باشد، تجویز گرافی مشکلی را حل نمی‌کند (۱). رادیوگرافی داخل دهانی، مهم‌ترین تصویربرداری برای دندان‌پزشک عمومی می‌باشد. تصاویر داخل دهانی به سه گروه تقسیم می‌شود: ۱) پری‌اپیکال ۲) بایت وینگ ۳) اکلوزال رادیوگرافی‌های پری‌اپیکال تمام دندان و استخوان اطراف آن را نشان می‌دهند. و برای تشخیص پوسیدگی‌های وسیع و بیماری‌های پریودنتال و پری‌اپیکال مفید است (۱). تصاویر بایت وینگ، می‌تواند تاج دندان‌های فک بالا و پایین و کرست آلوئول را بر روی گیرنده تصویر نماید. رادیوگرافی بایت وینگ برای تشخیص پوسیدگی‌های بین دندانی، پوسیدگی‌های ثانویه زیر ترمیم‌ها و ارزیابی وضعیت پریودنتال مفید است (۱،۹). رادیوگرافی اکلوزال، منطقه نسبتاً وسیع از قوس دندانی را می‌تواند نمایش دهد. در کودکان به علت کوچکی دهان و هم‌چنین بیمارانی که به هر دلیل قادر به باز کردن دهان به قدر کافی نباشند به جای رادیوگرافی پری‌اپیکال از تکنیک اکلوزال استفاده می‌شود (۱). در رادیوگرافی پانورامیک تمام دندان‌ها، مفصل گیجگاهی فکی و سینوس ماگزیلا قابل مشاهده است (۶).

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی (Cross-sectional)، است،۱۲۰ نفراز دندانپزشکان عمومی شاغل شهر یزد به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. معیار ورود به این مطالعه، اشتغال به کاردندان‌پزشک عمومی در شهر یزد در سال ۱۳۹۷ و معیارخروج، عدم پاسخ‌گویی به سوالات توسط دندان‌پزشک بود. اطلاعات حاصله ازطریق تکمیل پرسش‌نامه توسط دندانپزشکان عمومی شاغل در یزد به‌دست آمد (۹). برای انجام این مطالعه توصیفی مقطعی، از پرسش‌نامه‌ای که از یک منبع خارجی اخذ شده بود (۱۰). مشتمل بر ۳ قسمت استفاده شد: قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک دندانپزشکان، شامل: سابقه کار، دانشگاه محل تحصیل (یزد، سایر دانشگاه‌های

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

دولتی، دانشگاه آزاد) بود و اینکه آیا دنداپزشک دوره بازآموزی رادیولوژی و حفاظت اشعه را در طی ۳ سال گذشته گذرانده است. در قسمت دوم، دندانپزشکان تاثیر عوامل ۱۷ گانه مندرج در پرسش‌نامه را بر روی تجویز انواع رادیوگرافی بیان کردند. در قسمت سوم نظر دندان‌پزشک در مورد انواع رادیوگرافی (رادیوگرافی پانورامیک، پری‌اپیکال، بایت وینگ) برای تشخیص ضایعات دهانی مورد بررسی قرار گرفت. در این قسمت شاخص‌های ۸ گانه تعیین شده بود که که به تفکیک در پرسش‌نامه بیان شده است. در این قسمت از دندان‌پزشک خواسته شد که تشخیص دهد در هر مورد کدام رادیوگرافی بهتر است؟ (پانورامیک، پری‌اپیکال، بایت وینگ). آلفای کرونباخ پرسش‌نامه و محورهای آن در مطالعه اصلی مقادیری بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۰). دراین مطالعه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ برآورد شد و ضریب همبستگی ۰/۸۵ روائی همگرایی خوب پرسش‌نامه مطالعه ما را نشان داد.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های کمی براساس توصیف آماری به صورت میانگین و درصد گزارش شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های chi-squere و ANOVA در نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است (کد اخلاق IR.SSU.REC.1397.011).

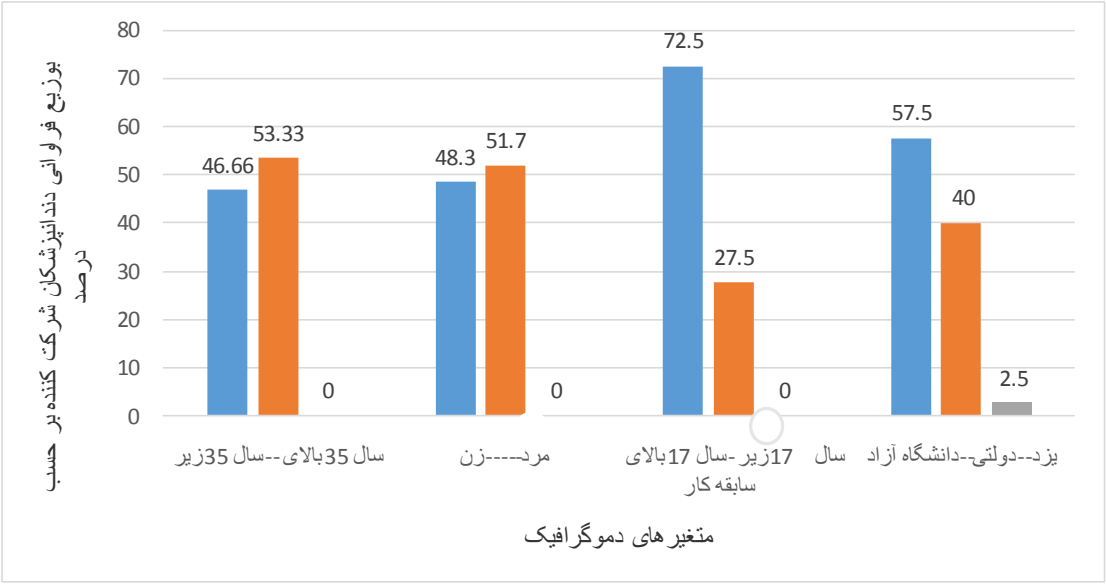
نتایج

در مطالعه حاضر، عوامل مرتبط در تجویز انواع رادیوگرافی دندان از دیدگاه دندانپزشکان عمومی شهر یزد در سال ۱۳۹۷ بررسی شد. برای انجام این مطالعه تعداد ۱۲۰ دندان‌پزشک مورد مطالعه قرار گرفتند. سن دندانپزشکان در محدوده ۵۹-۲۵ سال با میانگین و انحراف معیار ۹/۸۸±۳۷/۳۸ سال بود. ۵۸ نفر (۴۸/۳ ٪) از دندانپزشکان، مرد و ۶۲ نفر (۵۱/۷ ٪) زن بودند. از نظر سابقه کار، نمونه‌ها به دو گروه کمتر از ۱۷ سال و ۱۷ سال و بیشتر تقسیم شد، که ۸۷ نفر (۷۲/۵ ٪) کمتر و ۱۷ سال و ۳۳ نفر (۲۷/۵ ٪) بیشتر از ۱۷ سال سابقه داشتند. از نظر دانشگاه محل تحصیل ۶۹ نفر (۵۷/۵ ٪) دانشگاه یزد، ۴۸ نفر (۴۰ ٪) سایر دانشگاه‌های دولتی و ۳ نفر (۲/۵ ٪) در سایر دانشگاه‌های آزاد تحصیل کرده‌اند. در نمودار ۱ توزیع متغیرهای دموگرافیک دندانپزشکان نشان داده شده است. در طی روند تکمیل پرسش‌نامه، دندانپزشکان نظر خود را در مورد هریک از عوامل مرتبط با تجویز انواع رادیوگرافی، اعلام کردند که در جدول ۱ ذکر شده است. مطابق نتایج این مطالعه عواملی که بیشترین تاثیر را بر تجویز انواع رادیوگرافی داشتند شامل: طرح درمان جراحی (۸۷/۵ ٪)، درد دندان (۷۵٪) و بهداشت دهانی ضعیف و پرکردگی وسیع دندانی (۷۳/۳٪) بود. از جمله عواملی که دندانپزشکان را برای تجویز رادیوگرافی تا حدی یا کمی تحت تأثیر قرار دادند عبارتند از: کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند (۶۵/۸٪)، بهداشت دهانی خوب (۵۸/۳٪) و نگرانی از عواقب قانونی تجویز رادیوگرافی (۵۷/۵٪) در مقابل، عواملی که تأثیری برروی تصمیم‌گیری دندانپزشکان در تجویز رادیوگرافی نداشتند عبارتند از: کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند (۲۳/۳٪)، دردهای مفصل گیجگاهی - فکی (۱۶/۷ ٪)، بهداشت دهانی خوب (۱۵٪). که این عوامل در نمودار ۲ به تفکیک ذکر شده است. در گروه با سابقه کاری کمتر از ۱۷ سال عواملی که بیشترین تاثیر را بر تجویز انواع رادیوگرافی داشتند شامل: طرح درمان جراحی (۸۸/۵٪)، بهداشت دهانی ضعیف (۷۱/۳٪) و پر کردگی وسیع دندانی (۶۷/۸٪) بود و این عوامل درگروه با سابقه کاری ۱۷ سال و بالاتر به ترتیب پر کردگی وسیع دندانی (۸۷/۹٪)، طرح درمان جراحی و بیماری‌های پریودنتال (۸۴/۸٪)، و بهداشت دهانی ضعیف (۷۸/۸٪) بود. هم‌چنین بیشترین عواملی که بر تجویز رادیوگرافی بر دندانپزشکان با سابقه کاری کمتر از ۱۷ سال بی‌اثر بودند به ترتیب شامل کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکسمی‌ترسند (۲۰/۷٪)، دردهای مفصل گیجگاهی (۱۸/۴٪) و درد دندان (۱۷/۲٪) بود و در گروه با سابقه کاری بیشتر از ۱۷ سال این عوامل شامل کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند (۳۰/۳٪)، نگرانی از عواقب پزشکی نگرفتن

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

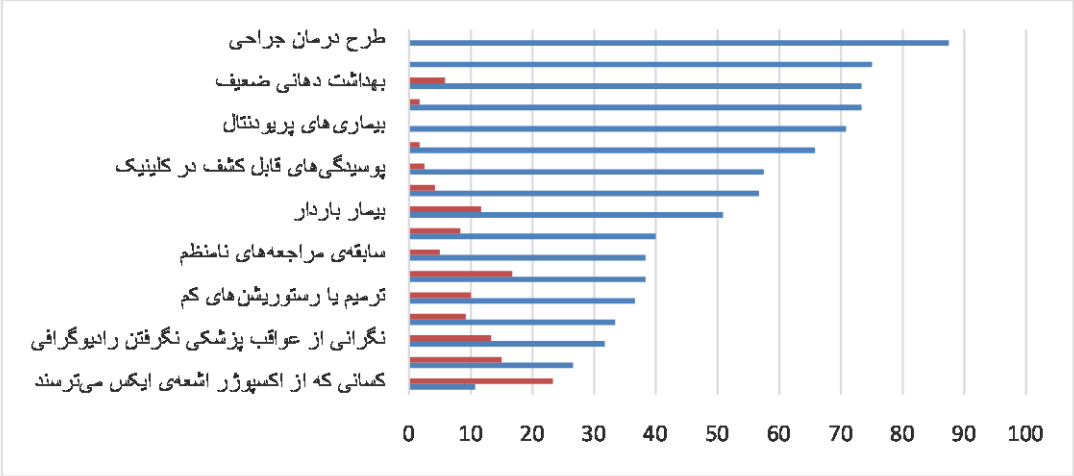
[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

رادیوگرافی (۲۴/۲٪) و ترمیم یا رستوریشن کم و وقتی توسط بیمار برای رد کردن احتمال یک بیماری تقاضا شود (۱۵/۲٪) بود. در گروه افرادی که در دانشگاه یزد تحصیل کرده‌اند عوامل طرح درمان جراحی (۸۴/۱٪)، درد دندان (۷۸/۳٪) و بهداشت دهانی ضعیف (۷۶/۸٪) بیشترین تأثیر را بر تجویز انواع رادیوگرافی داشتند. این عوامل در افرادی که در سایر دانشگاه‌های دولتی تحصیل کرده‌اند شامل طرح درمان جراحی (۹۱/۷٪)، بیماری‌های پریودنتال (۷۵٪) و پرکردگی وسیع دندانی و درد دندان (۷۲/۹٪) بود. هم‌چنین بیشترین عوامل بی اثر بر تجویز رادیوگرافی در بین افرادی که در دانشگاه یزد تحصیل کرده‌اند شامل: کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند (۱۸/۸٪)، دردهای مفصل گیجگاهی-فکی و بیمار باردار (۱۴/۵٪) و این عوامل در بین افرادی که در سایر دانشگاه‌های دولتی تحصیل کرده‌اند شامل: کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند (۳۱/۲٪)، نگرانی از عواقب پزشکی نگرفتن رادیوگرافی (۲۹/۲٪) و بهداشت دهانی خوب (۲۷/۱٪) بود. در گروهی از دندانپزشکان که دوره‌های بازآموزی رادیولوژی و حفاظت اشعه راگذرانده‌اند عواملی که بیشترین تاثیر را بر تجویز انواع رادیوگرافی داشتند شامل: طرح درمان جراحی وبیماری‌های پریودنتال (۹۲/۹٪)، درد دندان (۷۸/۶٪) و دردهای مفصل گیجگاهی فکی (۷۱/۴٪) بود و این عوامل در گروهی از دندانپزشکان که دوره‌های بازآموزی رادیولوژی و حفاظت اشعه را نگذرانده‌اند به ترتیب، طرح درمان جراحی (۸۶/۸٪)، بهداشت دهانی ضعیف (۷۵/۵٪) و درد دندان و پر کردگی وسیع دندانی (۷۴/۵٪)، بود. هم‌چنین بیشترین عوامل بی‌تاثیر بر تجویز رادیوگرافی در گروهی از دندانپزشکان که دوره‌های باز آموزی رادیولوژی و حفاظت اشعه راگذرانده‌اند به ترتیب شامل بهداشت دهانی خوب (۴۲/۹٪)، بیمار باردار (۲۱/۴ ٪) بود و در گروهی که این دوره را نگذرانده اند این عوامل شامل کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند (۲۶/۴٪)، دردهای مفصل گیجگاهی فکی (۱۷٪) و نگرانی از عواقب پزشکی نگرفتن رادیوگرافی (۱۳/۲٪) بود.



[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]



نمودار ۲: درصد فراوانی عوامل مؤثر(آبی) و عوامل بی‌اثر(قرمز) در تجویز انواع رادیوگرافی

در جدول ۲، درصد و فراوانی اهمیت انواع رادیوگرافی برای تشخیص ضایعات معمول دهانی نشان داده شده است. طبق این جدول بیشترین رادیوگرافی تجویز شده برای تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی، بایت وینگ، تشخیص پوسیدگی اکلوزال: پری‌اپیکال، شناسایی جرم‌ها: بایت وینگ، نمایش سطح استخوان پریودنتال: بایت وینگ، تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال: پری‌اپیکال، ارزیابی قبل از جراحی مولر سوم: پانورامیک، درد و مشکلات مفصل گیجگاهی: پانورامیک و در ارزیابی کلی بیمار هم پانورامیک بیشترین کاربرد را دارد. از طرف دیگر بر اساس این جدول، بیشترین کاربرد رادیوگرافی پانورامیک برای ارزیابی درد و مشکلات مفصل گیجگاهی (۹۲/۵٪)، بیشترین کاربرد پری‌اپیکال برای تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال (۹۰ ٪) و بیشترین کاربرد رادیوگرافی بایت وینگ برای تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی (۸۸/۳٪) بیان شده است.

در جدول ۳، میزان ارتباط پاسخ‌های صحیح دندانپزشکان به سؤالات تشخیص ضایعات دهانی با استفاده از رادیوگرافی با عوامل زمینه‌ای از قبیل سن، جنس، سابقه‌ی کار، طی دوره بازآموزی و دانشگاه محل تحصیل ذکر شده است. مطابق این جدول در هر ۲ گروه دندانپزشکان با سن پایین‌تر و بالاتر از ۳۵ سال بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت درد و مشکلات مفصل گیجگاهی- فکی با ۹۳/۴ ٪ و ۹۱/۵ ٪ و کمترین پاسخ صحیح در گروه زیر ۳۵ سال مربوط به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت تشخیص پوسیدگی اکلوزال با ۲۶/۲ ٪ و در گروه بالای ۳۵ سال مربوط به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت شناسایی جرم‌ها ۴۰/۷ ٪ بود. لازم به ذکر است در ۲ گروه با سن پایین‌تر از ۳۵ سال و بالاتر از ۳۵ سال پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی سطح اکلوزال اختلاف معنی‌دار داشته (P=۰/۰۳۱) و بقیه موارد اختلاف معنی‌داری نداشتند. (P>۰/۰۵) در گروه دندانپزشکان با سابقه کار کمتر و ۱۷ سال بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی (۹۴/۳٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت تشخیص پوسیدگی اکلوزال (۲۹/۹٪) بود. در گروه دندانپزشکان با سابقه کار بیشتر از ۱۷ سال بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت مفصل گیجگاهی-فکی (۸۷/۹٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب برای شناسایی جرم‌ها (۳۹/۴ ٪) بود. لازم به ذکر است در ۲ گروه با سابقه کار بالای ۱۷ سال و کمتر از ۱۷ سال پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی سطح اکلوزال، اختلاف معنی‌دار داشته (P=۰/۰۴۶) و بقیه موارد اختلاف معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵). در گروه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

دندانپزشکان زن بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی (۹۰/۳٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت نمایش سطح استخوان پریودنتال (۴۰/۳٪) بود. در گروه دندانپزشکان مرد بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی و تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال (۹۶/۶٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت تشخیص پوسیدگی اکلوزال (۲۲/۴٪) بود. لازم به ذکر است در ۲ گروه دندانپزشکان زن و مرد پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی (P=۰/۰۰۶)، تشخیص پوسیدگی اکلوزال (P=۰/۰۰۴) و تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال اختلاف معنی‌دار داشته (P=۰/۰۰۲) و بقیه موارد اختلاف معنی‌داری نداشتند. (P>۰/۰۵). در گروه دندانپزشکانی که دوره بازآموزی را گذرانده بودند بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت ارزیابی قبل از جراحی دندان مولر سوم و درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی (۷۸/۶٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب برای نمایش سطح استخوان پریودنتال (۷/۱٪) بود. در گروه دندانپزشکانی که دوره بازآموزی را نگذرانده بودند بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی (۹۴/۳٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی برای تشخیص پوسیدگی اکلوزال (۳۵/۸٪) بود. لازم به ذکر است در ۲ گروه دندانپزشکانی که دوره بازآموزی را گذرانده و نگذرانده بودند پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی، نمایش سطح استخوان پریودنتال، تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال، درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی و ارزیابی کلی بیمار اختلاف معنی‌دار داشته (P<۰/۰۵) و سایر موارد اختلاف معنی‌داری نداشتند. (P>۰/۰۵) در گروه دندانپزشکانی که در دانشگاه یزد تحصیل کرده بودند بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی (۹۱/۳٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی اکلوزال (۳۴/۸٪) بود. در گروه دندانپزشکانی که در سایر دانشگاه‌های دولتی تحصیل کرده بودند بیشترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب جهت تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال و درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی (۹۳/۸٪) و کمترین پاسخ صحیح به سؤال رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی اکلوزال و نمایش سطح استخوان پریودنتال (۳۳/۳٪) بود.

جدول۱: درصد و فراوانی عوامل مؤثر در تجویز انواع رادیوگرافی از دیدگاه دندانپزشکان عمومی شاغل در یزد

میزان تأثیر / فاکتور	بسیار زیاد تعداد(درصد)	زیاد تعداد(درصد)	تا حدی تعداد(درصد)	کم تعداد(درصد)	بی‌تأثیر تعداد(درصد)
بهداشت دهانی ضعیف	۴۰ (۳۳/۳)	۴۸ (۴۰)	۱۹(۱۵/۸)	۶(۵)	۷(۵/۸)
ترمیم یا رستوریشن‌های کم	۱۳(۱۰/۸)	۳۱(۲۵/۸)	۴۳(۳۵/۸)	۲۱(۱۷/۵)	۱۲(۱۰)
بیماری که برای اولین بار مراجعه می‌کند	۳۲(۲۶/۷)	۳۶(۳۰)	۳۹(۳۲/۵)	۸(۶/۷)	۵(۴/۲)
سابقه مراجعه‌های نامنظم	۴(۳/۳)	۴۲(۳۵)	۴۲(۳۵)	۲۶(۲۱/۷)	۶(۵)
پرکردگی وسیع دندانی	۳۰(۲۵)	۵۸(۴۸/۳)	۲۱(۱۷/۵)	۹(۷/۵)	۲(۱/۷)
پوسیدگی‌های قابل کشف در کلینیک	۳۲(۲۶/۷)	۳۷(۳۰/۸)	۳۰(۲۵)	۱۸(۱۵)	۳(۲/۵)
بیماری‌های پریودنتال	۳۳(۲۷/۵)	۵۲(۴۳/۳)	۲۵(۲۰/۸)	۱۰(۸/۳)	۰(۰)
بهداشت دهانی خوب	۷(۵/۸)	۲۵(۲۰/۸)	۲۵(۲۰/۸)	۴۵(۳۷/۵)	۱۸(۱۵)
دردهای مفصل گیجگاهی – فکی	۱۹(۱۵/۸)	۲۷(۲۲/۵)	۲۹(۲۴/۲)	۲۵(۲۰/۸)	۲۰(۱۶/۷)
تروما به صورت	۴۳(۳۵/۸)	۳۶(۳۰)	۲۸(۲۳/۳)	۱۱(۹/۲)	۲(۱/۷)
طرح درمان جراحی	۶۴(۵۳/۳)	۴۱(۳۴/۲)	۹(۷/۵)	۶(۵)	۰(۰)
بیمار باردار	۴۱(۳۴/۲)	۲۰(۱۶/۷)	۱۳(۱۰/۸)	۳۲(۲۶/۷)	۱۴(۱۱/۷)
وقتی توسط بیمار برای رد کردن احتمال	۱۷(۱۴/۲)	۳۱(۲۵/۸)	۵۲(۴۳/۳)	۱۰(۸/۳)	۱۰(۸/۳)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

بررسی عوامل مرتبط در تجویز رادیوگرافی دندان					
فاکتور / میزان تأثیر	بسیار زیاد تعداد(درصد)	زیاد تعداد(درصد)	تا حدی تعداد(درصد)	کم تعداد(درصد)	بی‌تأثیر تعداد(درصد)
یک بیماری تقاضا شود					
نگرانی از عواقب پزشکی نگرفتن رادیوگرافی	۱۲(۱۰)	۲۶(۲۱/۷)	۴۵(۳۷/۵)	۲۱(۱۷/۵)	۱۶(۳۳/۳)
نگرانی از عواقب قانونی تجویز رادیوگرافی	۱۲(۱۰)	۲۶(۲۱/۷)	۳۹(۳۲/۵)	۳۰(۲۵)	۱۱(۹/۲)
کسانی که از اکسپوژر اشعه ایکس می‌ترسند	۵(۴/۲)	۸(۶/۷)	۴۵(۳۷/۵)	۳۴(۲۸/۳)	۲۸(۲۳/۳)
درد دندان	۳۸(۳۱/۷)	۵۲(۴۳/۳)	۲۰(۱۶/۷)	۱۰(۸/۳)	۰(۰)

جدول ۲: درصد و فراوانی اهمیت انواع رادیوگرافی برای تشخیص ضایعات معمول دهانی از دیدگاه دندانپزشکان عمومی شاغل در یزد

مورد استفاده / نوع رادیوگرافی	پانورامیک تعداد(درصد)	پری‌اپیکال تعداد(درصد)	بایت وینگ تعداد(درصد)
تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی	۹(۷/۵)	۵(۴/۲)	۱۰۶(۸۸/۳)
تشخیص پوسیدگی اکلوزال	۱۲(۱۰)	۶۶(۵۵)	۴۲(۳۵)
شناسایی جرم‌ها	۱۳(۱۰/۸)	۵۲(۴۳/۳)	۵۵(۴۵/۸)
نمایش سطح استخوان پریودنتال	۳۹(۳۲/۵)	۳۰(۲۵)	۵۱(۴۲/۵)
تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال	۱۲(۱۰)	۱۰۸(۹۰)	۰(۰)
ارزیابی قبل از جراحی دندان مولر سوم	۹۷(۸۰/۸)	۲۲(۱۸/۳)	۱(۰/۸)
درد و مشکلات مفصل گیجگاهی– فکی	۱۱۱(۹۲/۵)	۹(۷/۵)	۰(۰)
ارزیابی کلی بیمار	۹۹(۸۲/۵)	۱۵(۱۲/۵)	۶(۵)

جدول ۳:میزان ارتباط پاسخ‌های صحیح دندانپزشکان به سؤالات تشخیص ضایعات دهانی با استفاده از رادیوگرافی با سن، جنس، سابقه‌ی کار

سوالات با پاسخ صحیح	سابقه کار ۱۷> تعداد(درصد)	سابقه کار ۱۷< تعداد(درصد)	p-value	سن ۳۵ > تعداد(درصد)	سن ۳۵< تعداد(درصد)	p-value	جنس زن تعداد(درصد)	جنس مرد تعداد(درصد)	p-value
تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی	۷۸(۸۹/۷)	۲۸(۸۴/۸)	۰/۳۲۹	۵۵(۹۰/۲)	۵۱(۸۶/۴)	۰/۳۶۳	۵۰(۸۰/۶)	۵۶(۹۶/۶)	۰/۰۰۶
تشخیص پوسیدگی اکلوزال	۲۶(۲۹/۹)	۱۶(۴۸/۹)	۰/۰۴۶	۱۶(۲۶/۲)	۲۶(۴۴/۱)	۰/۰۳۱	۲۹(۴۶/۸)	۱۳(۲۲/۴)	۰/۰۰۴
شناسایی جرم‌ها	۴۲(۴۸/۳)	۱۳(۳۹/۴)	۰/۲۵۳	۳۱(۵۰/۸)	۴۰(۴۰/۷)	۰/۱۷۶	۲۷(۴۳/۵)	۲۸(۴۸/۳)	۰/۳۶۸
نمایش سطح استخوان پریودنتال	۳۶(۴۱/۴)	۱۵(۴۵/۵)	۰/۴۲	۲۶(۴۲/۶)	۲۵(۴۲/۴)	۰/۵۶۲	۲۵(۴۰/۳)	۲۶(۴۴/۸)	۰/۳۷۷
تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال	۸۰(۹۲)	۲۸(۸۴/۸)	۰/۲۰۳	۵۵(۹۰/۲)	۵۳(۸۹/۸)	۰/۵۹۵	۵۲(۸۳/۹)	۵۶(۹۶/۶)	۰/۰۲
ارزیابی قبل از جراحی دندان مولر سوم	۷۳(۸۳/۹)	۲۴(۷۲/۷)	۰/۱۳	۵۳(۸۶/۹)	۴۴(۷۴/۶)	۰/۰۶۹	۵۱(۸۲/۳)	۴۶(۷۹/۳)	۰/۴۲۹
درد و مشکلات مفصل گیجگاهی - فکی	۸۲(۹۴/۳)	۲۹(۸۷/۹)	۰/۲۰۸	۵۷(۹۳/۴)	۵۴(۹۱/۵)	۰/۴۷۹	۵۶(۹۰/۳)	۵۵(۹۴/۸)	۰/۲۸
ارزیابی کلی بیمار	۷۴(۸۵/۱)	۲۵(۷۵/۸)	۰/۱۷۶	۵۲(۸۵/۲)	۴۷(۷۹/۷)	۰/۲۸۶	۴۹(۷۹)	۵۰(۸۶/۲)	۰/۲۱۴

آزمون آماری:chi-squar

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

جدول ۴: میزان ارتباط پاسخ‌های صحیح دندانپزشکان به سؤالات تشخیص ضایعات دهانی با استفاده از رادیوگرافی با طی دوره بازآموزی و دانشگاه محل تحصیل

سوالات با پاسخ صحیح	بازآموزی			دانشگاه محل تحصیل			
	بله تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	p-value	یزد تعداد(درصد)	دولتی تعداد(درصد)	آزاد تعداد(درصد)	p-value
تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی	۹(۶۴/۳)	۹۷(۹۱/۵)	۰/۰۱۱	۶۱(۸۸/۴)	۴۲(۸۷/۵)	۳(۱۰۰)	۰/۸۰۷
تشخیص پوسیدگی اکلوزال	۴(۲۸/۶)	۳۸(۳۵/۸)	۰/۴۱۵	۲۴(۳۴/۸)	۱۶(۳۳/۳)	۲(۶۶/۷)	۰/۵۰۱
شناسایی جرم‌ها	۶(۴۲/۹)	۴۹(۴۶/۲)	۰/۵۲۱	۳۵(۵۰/۷)	۲۰(۴۱/۷)	۰(۰)	۰/۱۷۰
نمایش سطح استخوان پریودنتال	۱(۷/۱)	۵۰(۴۷/۲)	۰/۰۰۳	۳۵(۵۰/۷)	۱۶(۳۳/۳)	۰(۰)	۰/۰۵۶
تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال	۱۰(۷۱/۴)	۹۸(۹۲/۵)	۰/۰۳۴	۶۰(۸۷)	۴۵(۹۳/۸)	۳(۱۰۰)	۰/۴۰۸
ارزیابی قبل از جراحی دندان مولر سوم	۱۱(۷۸/۶)	۸۶(۸۱/۱)	۰/۵۲۹	۵۵(۷۹/۷)	۳۹(۸۱/۲)	۳(۱۰۰)	۰/۶۷۹
درد و مشکلات مفصل گیجگاهی - فکی	۱۱(۷۸/۶)	۱۰۰(۹۴/۳)	۰/۰۰۷	۶۳(۹۱/۳)	۴۵(۹۳/۸)	۳(۱۰۰)	۰/۷۸۱
ارزیابی کلی بیمار	۸(۵۷/۱)	۹۱(۸۵/۸)	۰/۰۱۷	۶۰(۸۷)	۳۶(۷۵)	۳(۱۰۰)	۰/۱۷۸

آزمون آماری: chi-squar

بحث

در مطالعه حاضر ۱۲۰ دندان‌پزشک عمومی شاغل در شهر یزد، در خصوص موارد استفاده از انواع رادیوگرافی و عوامل مرتبط در تجویز آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. هم‌چنین تأثیر عوامل فردی و دموگرافیک از جمله: سن، جنس، سابقه‌ی کار، محل کار و دانشگاه محل تحصیل و گذراندن دوره بازآموزی رادیولوژی و حفاظت اشعه طی ۳ سال گذشته مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، از بین ۱۷ عامل مطرح شده جهت تجویز انواع رادیوگرافی، طرح درمان جراحی، درد دندان و بهداشت دهانی ضعیف، فاکتورهایی بودند که بیشترین درصد را در مورد عوامل مرتبط در تجویز انواع رادیوگرافی به خود اختصاص دادند. مطالعات مختلفی در زمینه موارد تجویز انواع رادیوگرافی‌های دندانی انجام‌شده است. در مطالعه Rushton و همکاران، بیشترین عوامل موثر در تجویز رادیوگرافی پانورامیک به ترتیب طرح درمان جراحی، تروما به صورت، مشکلات پریودنتال و ترمیم‌های وسیع دندان بوده است (۱۰). در مطالعه توکلیو همکاران، عواملی که بیشترین تاثیر را در تجویز رادیوگرافی پانورامیک داشتند شامل تروما به‌صورت، قبل از جراحی ایمپلنت، طرح درمان ارتودنسی وطرح درمان جراحی بود (۱۱). در مطالعه حاضر، دندانپزشکان طرح درمان جراحی را به عنوان عاملی تأثیرگذار جهت تجویز رادیوگرافی انتخاب کردند که این نتیجه با نتایج مطالعات انجام شده توسط Rushton و هم‌چنین توکلی مطابقت دارد (۱۱،۱۰). در مطالعه حاضر در مورد تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال ۹۰ ٪ دندانپزشکان رادیوگرافی پری‌اپیکال را انتخاب کردند که این نتیجه با مطالعه Ridao و همکارانش مطابقت دارد (۱۲). در مطالعه حاضر، ۹۲/۵ ٪ از افراد شرکت کننده رادیوگرافی پانورامیک را برای تشخیص درد و مشکلات مفصل گیجگاهی انتخاب کردند. در حالی که در مطالعه Rushton و همکاران ۱۹/۶٪ افراد در مورد دردهای مفصل گیجگاهی فکی رادیوگرافی پانورامیک را قویاً تجویز می‌کردند که از مطالعه حاضر کمتر است. علت این موضوع می‌تواند به زمان پژوهش مرتبط باشد. احتمالاً وجود دستگاه‌های رادیوگرافی دیجیتال می‌تواند وضعیت تشخیصی مناسب‌تری در ضایعات ناحیه مفصل گیجگاهی فکی فراهم نماید (۱۰). ۴۲/۵٪ از دندانپزشکان شرکت کننده در مطالعه حاضر برای نمایش سطح استخوان پریودنتال رادیوگرافی بایت‌وینگ را انتخاب کردند. در حالی که در مطالعه توکلی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

رادیوگرافی انتخابی برای نمایش سطح استخوان پریودنتال رادیوگرافی پانورامیک با ۷۰٪ ارجحیت بود و تنها ۲۲/۳٪ از دندانپزشکان، رادیوگرافی داخل دهانی را برای نمایش سطح استخوان پریودنتال انتخاب کردند، که این نتیجه با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. (در مطالعه حاضر تنها ۳۲/۵٪ افراد رادیوگرافی پانورامیک را برای نمایش سطح استخوان پریودنتال انتخاب کردند). در مطالعه کوثریه ۳۸/۶٪ از دندانپزشکان در مورد بهترین تکنیک پیشنهادی جهت بررسی وضع پریودنتال و ارزیابی دقیق کرست استخوان آلوئول آگاهی درست داشتند (۱۳) که این نتیجه تقریباً مشابه نتایج حاصل از مطالعه حاضر (۴۲/۵٪) می‌باشد. این در حالی است که در مطالعه مهدی‌زاده درصد پاسخ‌های صحیح درمورد این سؤال ۱۰ درصد بالاتر از مطالعه حاضر بود (۱۴). در مورد رادیوگرافی مناسب جهت جراحی دندان عقل، اکثر دندانپزشکان (۸۰/۸٪) رادیوگرافی پانورامیک را انتخاب کردند که با مطالعه‌ی Rushton و همکارانش مطابقت دارد (۱۰). هم‌چنین در مطالعه توکلی ۸۴/۶ ٪ افراد رادیوگرافی پانورامیک را انتخاب کردند که با نتایج این مطالعه هم‌سو می‌باشد (۱۱). در مطالعه عزالدینی و همکاران، آگاهی دندانپزشکان در زمینه تجویز صحیح رادیوگرافی‌های پانورامیک، پری اپیکال،CBCT و MRI خوب بود و در زمینه تجویز صحیح رادیوگرافی‌های اکلوزال، افراد مستعد به پوسیدگی، افراد مبتلا به بیماری پریودنتال و ارزیابی وضعیت رویشی و جوانه دندان‌ها متوسط بود اما در زمینه بایت وینگ و افراد غیرمستعد به پوسیدگی ضعیف بود (۸). در مطالعه حاضر ۵۵ درصد از دندانپزشکان، رادیوگرافی پری‌اپیکال را برای تشخیص پوسیدگی اکلوزال انتخاب کردند و تنها ۳۵ درصد از شرکت کننده‌ها رادیوگرافی بایت‌وینگ را انتخاب کردند که علت این انتخاب می‌تواند آسان‌تر بودن و دردسترس‌تر بودن رادیوگرافی پری‌اپیکال باشد. رادیوگرافی پری‌اپیکال نیز می‌تواند پوسیدگی‌های سطح اکلوزال را تا حدی نشان دهد درحالی که نیاز به فیلم نگه‌دار ندارد (در روش نیمساز) و این می‌تواند دلیلی برای ترجیح دندانپزشکان برای انتخاب رادیوگرافی پری‌اپیکال در این مورد باشد. در مطالعه حاضر، پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی سطح اکلوزال در بر اساس سن دندانپزشک، هم چنین میزان سابقه کار دندانپزشک اختلاف معنی‌دار داشته و در پاسخ بقیه سوالات اختلاف معنی‌داری نداشتند. در مطالعه مهدی‌زاده نیز مشخص شد که بین سابقه کاری دندانپزشکان با میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان ارتباط معنا داری وجود داردکه با مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد (۱۴). در ۲ گروه دندانپزشکان زن و مرد پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیدگی سطوح بین دندانی، تشخیص پوسیدگی اکلوزال و تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال اختلاف معنی‌دار داشته و بقیه موارد اختلاف معنی‌داری نداشتند. در حالیکه در مطالعه ی کوثریه و همکاران میزان آگاهی افراد مورد مطالعه در زمینه کاربرد انواع تجویز رادیوگرافی در دندان‌پزشکی، با جنس و سال فراغت از تحصیل ارتباط آماری معناداری نداشت (۱۳). لازم به ذکر است در ۲ گروه دندانپزشکانی که دوره بازآموزی را گذرانده و نگذرانده بودند پاسخ به سؤالات رادیوگرافی مناسب برای تشخیص پوسیگی سطوح بین دندانی، نمایش سطح استخوان پریودنتال، تشخیص ضایعات التهابی پری‌اپیکال، درد و مشکلات مفصل گیجگاهی-فکی و ارزیابی کلی بیمار اختلاف معنی‌دار داشته و سایر موارد اختلاف معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، فاکتورهایی که بیشترین تأثیر را بر روی تصمیم‌گیری دندانپزشکان عمومی در تجویز انواع رادیوگرافی می‌گذارند شامل: طرح درمان جراحی، درد دندان و بهداشت دهانی ضعیف بود. هم‌چنین این مطالعه نشان داد که رادیوگرافی انتخابی اکثر دندانپزشکان شرکت کننده برای تشخیص پوسیدگی‌های سطح اکلوزال، پری‌اپیکال است که این نتایج با تحقیقات انجام شده در این زمینه مطابقت ندارد که می‌تواند نشان‌دهنده اطلاعات کم دندانپزشکان در زمینه کاربرد رادیوگرافی بایت‌وینگ برای تشخیص انواع پوسیدگی‌ها باشد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

کاستی‌های مطالعه

عدم دسترسی به تعداد دندانپزشکان بیشتر، تمرکز مطالعه بر دندانپزشکان شهر یزد و توزیع ناهمگن دانشگاه محل تحصیل (اکثراً دانشگاه علوم پزشکی یزد) از کاستی‌های این مطالعه محسوب می‌گردد که در عمل رفع برخی از این مشکلات (ناهمگنی دانشگاه محل تحصیل دندانپزشکان ساکن یزد) اجتناب ناپذیر است.

پیشنهادات

با توجه به اهمیت تشخیص صحیح نوع رادیوگرافی مناسب در موارد مختلف، انجام مطالعات بیشتر در زمینه کاربرد انواع رادیوگرافی با بررسی دیدگاه‌های تعداد دندانپزشکان بیشتر و فارغ‌التحصیلان سایر دانشگاه‌ها و در مقیاس وسیع‌تر (در شهرهای دیگر) به‌منظور افزایش آگاهی در این زمینه پیشنهاد می‌شود. تهیه بروشور و دستورالعمل‌های موارد تجویز رادیوگرافی و توزیع آن‌ها بین دندانپزشکان می‌تواند باعث افزایش آگاهی آن‌ها در این زمینه شود.

سپاس‌گزاری

این مطالعه حاصل پایان‌نامه منتج از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی یزد می‌باشد که حامی مالی این طرح است. از تمامی افرادی که در این راه ما را یاری نمودند سپاس‌گزاری می‌شود.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1- White SC, Pharoah MJ. ***Oral Radiology: Principles and Interpretation***. 7th ed. St. Louis: Mosby, 2014:1-253

2-Akerblom A, Rohlin M, Hasselgren G. ***Individualised Restricted Intraoral Radiography versus Full-Mouth Radiography in the Detection of Periradicular Lesions.*** Swed Dent J 1988; 12(4): 151-9.

3-Gibbs SJ. ***Biological Effects of Radiation from Dental Radiography. Council on Dental Materials, Instruments, and Equipment***. J Am Dent Assoc 1982; 105(2): 275-81.

4-Goldschmidt H, Sherwin WK. ***Reactions to Ionizing Radiation.*** J Am Acad Dermatol 1980; 3(6): 551-79.

5-Atchison KA, Luke LS, White SC. ***An Algorithm for Ordering Pretreatment Orthodontic Radiographs***. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1992; 102(1): 29-44.

6-Rushton VE, Horner K. ***The Use of Panoramic Radiology in Dental Practice***. J Dent 1996; 24(3): 185-201.

7- Hollender L. ***Decision Making in Radiographic Imaging.*** J Dent Edus 1992; 56(12): 834-43.

8- Ezoddini Ardakani F, Sarayesh V. ***Knowledge of Correct Prescription of Radiographs among Dentists in Yazd, Iran***. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects 2008; 2(3): 95-8.

9- Heyman HO, Swift EJ, Ritter AV. ***Sturdevants Art and Science of Operative Dentistry***. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2012: 89-112.

10- Rushton VE, Horner K, Worthington HV. ***Factors Influencing the Selection of Panoramic Radiography in General Dental Practice.*** J Dent 1999; 27(8): 565-571.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

11- Tavakoli Hosseini E, Navvab aazam A, Asgari S. ***A Survey of the Viewpoints of General Dentists Related to Prescribing Panoramic in Yazd City [Dissertation].*** Yazd: Iran University of Medical Science and Health Services; 2013.

12- Ridao-Sacie C, Segura-Egea JJ, Fernández-Palacín A, Bullón-Fernández P, Ríos-Santos JV. ***Radiological Assessment of Periapical Status Using the Periapical Index: Comparison of Periapical Radiography and Digital Panoramic Radiography.*** Int Endod J 2007; 40(6): 433–40.

13- Sorouri Zanjani R, Kosarieh E, Rastgar M, Vakili MM. ***Survey on Knowledge of Zanjan Dentists about Radiographic Prescriptions.*** J Med Educ Dev 2009; 2(2):25-30. [Persian]

14- Mahdizadeh M, Fazaelipoor M, Namdari N**.** ***Evaluation of Dentist's Awareness of How to Prescribe Correct Radiographs in Isfahan.*** J Isfahan Dental School 2012; 7(5): 637-42. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 12 | Mar 2020
Received: 13 Jan 2020
Accepted: 2 Feb 2020

Evaluation of General Dentists' View Point of Relative Factors in Appropriate Prescription of Dental Radiographs in Yazd in 2018

Seyed Hossein Razavi[1], Sepideh Ghanbarian[†2], Ehsan Tavakoli[3], Ali Tavakoli[4], Motahare Baghestani[5], Nasim Namiranian[6]

Original Article

Introduction: Due to preventing unnecessary exposure to x-ray, the dentists must acquire adequate information about radiography.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on general dentists working in Yazd City, selected by convenience sampling method. The data were collected using a three-part questionnaire, the first part included demographic information of the dentists (age, gender, work experience, education level), and the second part contained the effective clinical findings in radiography (patient age, sex, history, radiographic costs, patient preferences, clinical observations, type of radiographic imaging system).

Results: 120 dentists with an average age of 37.38 ± 9.88 were in this study. The greatest impact factors on decision making by dentists in prescribing radiography were: surgical treatment plan (87.5%), toothache (75%), poor oral hygiene and heavily restored dentition (73.3%) and those who afraid of X-ray exposure were the least effective factors. The top radiographic choice of most of the dentists for diagnosis of occlusal caries was periapical radiograph, with 55%, even though according to the existing researches bitewing radiography would be the effective method. The top choice for the diagnosis of interdental caries was bitewing radiography with 88.3%, which matched the existing researches.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be said that the dental community has little knowledge in the field of radiography for the diagnosis of occlusal carieshowever most of the dentists were right about diagnosing interdental caries. Therefore, it is important to hold retraining courses in order to maintain and improve the level of awareness of dentists and their familiarity with the latest radiographic techniques.

Keywords: Dentist, Prescription, Dental radiography, Diagnostic imaging.

Citation: Razavi S.H, GHanbarian S, Tavakoli E, Tavakoli, Baghestani M, Namiranian N. **Evaluation of general dentists view point of relative factors in appropriate prescription of dental radiographs in Yazd in 2018.** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2020; 27(12): 2180-91.

[1]Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran.
[2]Dentist, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran.
[3]Oral and Maxillofacial Radiologist, Karaj, Iran.
[4]Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran.
[5]Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran.
[6]Department of Social Medicine and Prevention, Yazd Diabetes Research, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences ,Yazd, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 09134749264**, email:** spd.ghnbr@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i12.2834]