

ارزیابی سواد سلامت دهان و رفتار بهداشتی دهان و دندان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب استان کرمان

دکتر مرضیه کریمی افشار^۱، دکتر ملوک ترابی^{۲*}، دکتر ملیکا رئیسی افشار^۳،
دکتر مریم دلدار^۳

۱. استادیار گروه ارتدسنسی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. دانشیار گروه آسیب شناسی فک و صورت، مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت دهان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۳. دندان پزشک، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۰۶

خلاصه

مقدمه: کمبود دانش در مورد سلامت دهان زنان باردار می تواند بر روی سلامت مادر و کودک اثر بگذارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت دهان و دندان مادران باردار در شهرهای جنوب استان کرمان انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۶۴ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان های جنوب استان کرمان انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، تعداد فرزند، تعداد بارداری، وضعیت اقتصادی) و پرسشنامه استاندارد سواد سلامت دهان و دندان (شامل ۱۷ سؤال در چهار حیطه شنیداری، درک مطلب، توانایی خواندن و تصمیم گیری) و ارزیابی رفتار بهداشتی و خوداظهاری در مورد وضعیت سلامت دهان و دندان و DMFT بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون های آماری کای دو و ANOVA انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. **یافته ها:** در این مطالعه ۶۳ نفر (۴۳/۴٪) افراد بارداری اول و بیشتر افراد ۵۵ نفر (۳۳/۷٪) دیپلم بودند. ۱۲۱ نفر (۷۳/۸٪) قبل از تصمیم به بارداری به دندان پزشک مراجعه نداشتند. بیشترین منبع کسب اطلاعات بهداشت دهان و دندان، دندان پزشکان بودند. سواد سلامت دهان و دندان در ۱۲۲ نفر (۷۴/۴٪) افراد ناکافی بود. بین سطح سواد سلامت دهان و دندان با میزان تحصیلات (p=۰/۰۰۹) و استفاده از خمیردندان (p=۰/۰۰۵) و مسواک زدن (p=۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. **نتیجه گیری:** سواد سلامت دهان و دندان در زنان باردار ناکافی است. مشاوره های دندان پزشکی قبل از تصمیم به بارداری و آموزش در این مورد توصیه می شود.

کلمات کلیدی: بارداری، رفتار بهداشتی، سلامت دهان، سواد سلامت، DMFT

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر ملوک ترابی؛ دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. تلفن: ۰۲۳-۳۲۱۱۹۰۲۳؛ پست الکترونیک: m.torabi.p@gmail.com

مقدمه

زنان باردار مستعد دامنه وسیعی از مشکلات دهان از جمله پوسیدگی‌های دندانی، بیماری‌های پریودنتال و اروژن هستند که این تغییرات می‌تواند مرتبط با افزایش فیزیولوژیک سطح هورمون‌های استروژنیک، بهداشت ضعیف دهان، تغییرات میکروبی در فلور دهان، تغییرات تغذیه روزانه، مصرف زیاد میان وعده و استفراغ‌های دوران بارداری باشد (۱). زنان بارداری که دارای بیماری‌های دهان و دندان هستند، دچار پیامدهایی از جمله تولد زودرس نوزاد و کودک با وزن پایین هنگام تولد می‌شوند. افزایش موضعی پروستاگلاندین E₂ و عامل نکروز بافتی آلفا (TNF- α) و تأثیرات مزمن میکروارگانیزم‌های دهان از جمله *Porphyromonas gingivalis* و *Fusobacterium nucleatum* در ایجاد واکنش التهابی که منجر به کاهش وزن ۱۸-۱۵٪ جنین می‌شود، نقش دارند (۲). همچنین برخی از مطالعات حدس می‌زنند که بارداری، خطر پوسیدگی دندانی را افزایش می‌دهد (۳، ۴). مادرانی که بهداشت دهان ضعیفی دارند، ممکن است باکتری‌های پوسیدگی‌زا را به نوزادانشان منتقل کنند (۵، ۶). تاریخچه پوسیدگی‌های فعال و یا حفرات پوسیده در مادران، یک عامل پیشگویی‌کننده برای پوسیدگی‌های زودرس دوران کودکی^۱ است (۷).

مهم‌ترین هدف مراقبت‌های دندانی در بارداری، سالم نگه‌داشتن محیط دهان زن باردار از طریق کنترل پلاک توسط مسواک، استفاده از نخ دندان و انجام پروفیلاکسی حرفه‌ای شامل جرم‌گیری، تسطیح سطح ریشه و پالایشینگ است (۹). حفظ و نگهداری سلامت دهان در طی دوران بارداری، به‌عنوان یکی از موارد مهم بهداشت عمومی در جهان شناخته شده و بیانیه‌ها و گایدلاین‌هایی نیز بر تأکید مراقبت‌های بهداشتی دهان در بارداری منتشر شده است (۱۰).

"سواد" بیانگر مجموعه‌ای از مهارت‌هاست که در برگرفته خواندن، نوشتن، شنیدن، محاسبات پایه‌ای اعداد و درک مطلب می‌باشد. با آمیختن مفاهیم چندجانبه سواد به محتوای سلامت، مفهوم "سواد

سلامت" پدیدار شد (۱۱). در دهه گذشته نقش حیاتی سواد سلامت در پزشکی و سلامت عمومی مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است (۱۲، ۱۳).

نشان داده شده که سواد سلامت کم با دانش ضعیف سلامت، رفتارهای ناسالم، استفاده پایین از خدمات پیشگیری، سلامت پایین و میزان بستری شدن بالاتر در بیمارستان مرتبط بوده است (۱۴-۱۸). همچنین عواقب سواد سلامت پایین شامل رفتارهای منفی بهداشتی، کاهش استفاده از خدمات پیشگیری و استفاده ضعیف‌تر از پروتکل‌های درمانی بوده است (۱۵، ۱۶). مفهوم کنونی سواد سلامت دهان شامل عوامل فرهنگی و درک دانش ضروری برای اخذ تصمیمات درست سلامت دهان است (۱۴). برخورداری از مهارت‌های سواد سلامت برای کاهش تناقضات سلامت و ارتقای سلامت دهان ضروری می‌باشند (۱۵).

ارزیابی سواد سلامت دهان در زنان باردار برزیل، ارتباط مثبتی را بین نمره سواد سلامت با سطح سواد و سن شروع مصرف قند در تغذیه نوزاد نشان داد. میانگین نمره سواد سلامت در زنانی که بیشتر از ۸ کلاس سواد داشتند، بالاتر و افرادی که از نظر اجتماعی در سطح پایین‌تری بودند، نمره سواد سلامت پایین‌تری داشتند (۱۶). در مطالعه هام و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی سواد سلامت دهان در زنان نخست باردار آمریکایی، سواد سلامت آن‌ها پایین بود. سواد سلامت این گروه با سطح دانش آن‌ها ارتباط معنی‌داری داشت. نویسندگان معتقدند که دانش پایین سلامت دهان می‌تواند بر روی سلامت مادر و کودک تأثیر بگذارد (۱۷). همچنین مطالعات مشابه بیانگر این است که زنان باردار با سواد سلامت پایین، دانش پایینی در مورد بارداری و همچنین رفتار بهداشتی ضعیف‌تری دارند (۲۳-۱۹). با توجه به تغییراتی که در وضعیت دهان و دندان‌ها در طول دوران بارداری اتفاق می‌افتد و با توجه به اینکه مطالعات بیانگر اهمیت سواد سلامت دهان به‌ویژه در دوران بارداری هستند و کمبود مطالعات در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت دهان در مادران باردار در شهرستان‌های جنوب استان کرمان که به‌علت سکونت ایل بلوچ و اقوام استان هرمزگان، دارای آداب و فرهنگ

¹ early childhood caries

متفاوتی نسبت به بقیه قسمت‌های استان می‌باشند (۲۴)، انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی توصیفی و تحلیلی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۶۴ از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌های جنوب استان شامل شهرستان‌های جیرفت و رودبار انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن $p=0/5$ ، $d=0/08$ و $Z=1/96$ ، ۱۶۰ نفر تعیین شد که جهت جلوگیری از افت نمونه‌ها، تعداد ۱۷۰ پرسشنامه توزیع و ۱۶۴ پرسشنامه برگردانده شد. انتخاب مراکز بر این اساس بود که ابتدا لیستی از مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌های ذکر شده تهیه گردید. سپس شهر به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم و از هر کدام از مناطق یک مرکز انتخاب شد. این انتخاب با این پیش‌فرض بود که از تمام افراد با وضعیت‌های اقتصادی و اجتماعی در این مطالعه شرکت داده شوند و حجم نمونه قابل تعمیم به کل افراد شهر باشد. پس از انتخاب مراکز و اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر هفته‌ای ۳ روز به مراکز تعیین شده مراجعه و پس از توضیح هدف از انجام پژوهش، ذکر اختیاری بودن شرکت و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه سواد سلامت دهان استاندارد شده را به همراه سؤالات مربوط به رعایت بهداشت و ویژگی‌های دموگرافیک در اختیار زنان باردار می‌گذاشت. توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه توسط دانشجوی سال آخر دندان‌پزشکی که تعلیم دیده و قادر به پاسخگویی به ابهامات بود، انجام شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه در صورت درخواست شرکت‌کننده، پاسخ صحیح به آنان داده شد. افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند و افراد بی‌سواد وارد مطالعه نشدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه شامل ویژگی‌های دموگرافیک (شامل سن، دفعات بارداری، تعداد فرزند، میزان تحصیلات، داشتن بیمه، منبع کسب اطلاعات، خودارزیابی سلامت دهان، خودارزیابی تعداد دندان‌های پوسیده، پر شده و کشیده شده) و پرسشنامه استاندارد

سنجش سواد سلامت دهان^۱ بود که توسط نقیبه و همکاران (۲۰۱۴) تدوین شده است. ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و ICC آن معادل ۰/۸۴ ارزیابی شده است (۲۵).

این پرسشنامه شامل ۱۷ آیتم است که در چهار بخش مهارت‌های خواندن، محاسبه، شنیدن و تصمیم‌گیری، افراد را بررسی می‌کند. قسمت اول مهارت خواندن شامل ۶ سؤال در مورد آگاهی از سلامت دهان، تعداد دندان‌ها و سن رویش دندان‌های دائمی و پرسش درباره نوع خمیردندان، دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان، قسمت دوم توانایی محاسبه شامل ۴ سؤال در مورد توانایی محاسبه که دو نسخه فرضی به بیمار ارائه شده یکی در مورد زمان مصرف دارو (آنتی بیوتیک) و یکی نحوه مصرف دهان‌شویه از هر کدام ۲ سؤال پرسیده شد. قسمت شنیداری با ۲ سؤال برای ارزیابی مهارت برقراری ارتباط بود که پرسشگر نکاتی مربوط به مراقبت‌های بعد از کشیدن دندان را برای فرد خوانده و سپس از شرکت‌کننده خواسته شد به پرسش‌ها پاسخ دهد. قسمت تصمیم‌گیری با ۵ سؤال مرتبط با مشکلات شایع دهان و دندان و نحوه برخورد با آن‌ها پرسیده شد. به‌عنوان مثال، در صورت احساس درد و تورم در دهان بهترین اقدام کدام است: مصرف آنتی‌بیوتیک، مصرف مسکن، مشاوره با خانواده، مراجعه به پزشک یا دندان‌پزشک. به پاسخ‌های صحیح در هر قسمت امتیاز یک و به پاسخ نادرست نمره صفر تعلق می‌گرفت. نمره کلی پرسشنامه از صفر تا ۱۷ بوده و نتایج در سه گروه طبقه‌بندی شد: نمره ۹-۰ سواد ناکافی؛ ۱۱-۱۰ متوسط و ۱۲-۱۷ سواد کافی (۲۵). درباره رفتارهای بهداشت دهان افراد، مواردی همچون دفعات مسواک زدن و استفاده از خمیردندان، آخرین مراجعه به دندان‌پزشک و دفعات مصرف روزانه تنقلات سؤال گردید. منابع دریافت اطلاعات در خصوص سلامت دهان با بیان این پرسش که معمولاً از کدام منبع اطلاعات مربوط به بهداشت دهان را دریافت می‌کنید؟ و فرد می‌توانست بیش از یک گزینه شامل "کتاب، روزنامه، تلویزیون، رادیو، اینترنت، دندان‌پزشک، خانواده و دوستان" را انتخاب کند، پرسیده

^۱ Oral Health Literacy –Adult Questionnaire

یافته‌ها

میانگین سن افراد در این مطالعه $28/40 \pm 5/92$ سال بود. بر اساس نتایج مطالعه، ۶۳ نفر (۳۸/۶٪) از افراد بارداری اول را می‌گذراندند. ۴۹ نفر (۳۰/۰٪) دارای یک فرزند بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۳ نفر (۲۶/۱٪) کارشناس و ۵۵ نفر (۳۳/۷٪) دیپلم بودند. ۵۹ نفر (۳۶/۰٪) بیمه تأمین اجتماعی بودند و ۱۳۳ نفر (۸۱/۱٪) از افراد بیمه تکمیلی نداشتند. ۱۲۱ نفر (۷۳/۸٪) قبل از تصمیم به بارداری به دندان‌پزشک مراجعه نداشتند. در طول دوران بارداری، ۱۳۷ نفر (۸۳/۵٪) مراجعه به دندان‌پزشک نداشتند. بیشترین منبع کسب اطلاعات دندان‌پزشکان بودند. جدول ۱ نتایج دموگرافیک را نشان می‌دهد.

شد. اطلاعات دموگرافیک افراد شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و شرایط اقتصادی سؤال شد. تحصیلات افراد بر اساس مدرک تحصیلی به گروه‌های غیردانشگاهی (زیردیپلم، دیپلم)، دانشگاهی (کاردانی، کارشناسی) و مقاطع بالاتر طبقه‌بندی شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های آماری کای دو و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. پروپوزال این تحقیق با کد شماره IR.KMU.REC.۱۳۹۶-۲۱۵۱ در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمان به تأیید رسیده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی و مطلق افراد بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد (درصد)
دفعات بارداری	اول ۶۳ (۳۸/۶)
	دوم ۴۷ (۲۸/۸)
	سوم ۳۴ (۲۰/۸)
	چهارم ۱۳ (۷/۹)
	بیشتر ۶ (۳/۶)
	نامعلوم ۱ (۰/۶)
تعداد فرزند	۰ ۷۶ (۴۶/۶)
	۱ ۴۹ (۳۰/۰)
	۲ ۲۹ (۱۷/۷)
	۳ و ۴ ۱۰ (۶/۱)
میزان تحصیلات	زیردیپلم ۲۶ (۱۵/۹)
	دیپلم ۵۵ (۳۳/۷)
	کاردانی ۲۰ (۱۲/۱)
	کارشناسی ۴۳ (۲۶/۱)
	بالاتر ۲۰ (۱۲/۱)
نوع بیمه	خدمات درمانی ۵۶ (۳۴/۱)
	تأمین اجتماعی ۵۹ (۳۶/۰)
	سلامت ۳۹ (۲۳/۸)
	فاقد بیمه ۱۰ (۶/۱)
بیمه تکمیلی	بلی ۳۱ (۱۸/۹)
	خیر ۱۳۳ (۸۱/۱)
مراجعه دندان‌پزشکی قبل از تصمیم بارداری	بلی ۴۳ (۲۶/۲)
	خیر ۱۲۱ (۷۳/۸)
مراجعه دندان‌پزشکی در دوران بارداری	بلی ۲۷ (۱۶/۵)
	خیر ۱۳۷ (۸۴/۰)

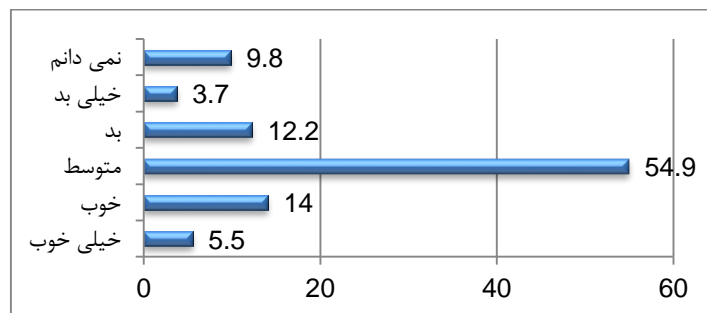
دندانپزشک	۴۹ (۳۰/۲)	
اینترنت	۴۶ (۲۸/۴)	
منبع کسب اطلاعات در مورد بهداشت دهان و دندان	۱۸ (۱۱/۱)	خانواده و دوستان
	۱۹ (۱۱/۷)	رادیوتلوویزیون و روزنامه
	۳۰ (۱۸/۵)	منابع مشترک
	۲ (۱/۲)	نامعلوم

نمی‌آوردند. خودارزیابی افراد از سلامت دهان و دندان در نمودار ۱ نشان داده شده است که بر اساس نتایج آن، اکثر افراد وضعیت سلامت دهان و دندان خود را متوسط ارزیابی کردند.

نحوه رعایت بهداشت دهان و دندان در جدول ۲ نشان داده شده است. همچنان که مشاهده می‌شود ۷۹ نفر (۴۸/۲٪) از افراد یک‌بار در روز مسواک می‌زدند. ۳۰ نفر (۱۸/۳٪) آخرین زمان مراجعه به دندان‌پزشک را به یاد

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد بر حسب نحوه رعایت بهداشت دهان و دندان

متغیر	تعداد (درصد)
نحوه مسواک زدن	یک‌بار در هفته ۱۰ (۶/۱)
	۲-۳ بار در هفته ۱۱ (۶/۷)
	یک‌بار در روز ۷۹ (۴۸/۲)
	۲ بار در روز یا بیشتر ۶۴ (۳۹/۰)
استفاده از خمیردندان	همیشه ۱۴۶ (۸۹/۰)
	اکثر اوقات ۹ (۵/۵)
	به‌ندرت ۷ (۴/۳)
	هیچ‌وقت ۲ (۱/۲)
آخرین مراجعه به دندان‌پزشک	۶ ماه پیش ۳۹ (۲۳/۸)
	۶ ماه تا یک سال قبل ۳۳ (۲۰/۱)
	بین ۱-۲ سال قبل ۲۴ (۱۴/۶)
	۲-۵ سال قبل ۱۸ (۱۱/۰)
	بیش از ۵ سال ۵ (۳/۰)
	به یاد نمی‌آورم ۳۰ (۱۸/۳)
	اصلاً مراجعه نداشتم ۱۵ (۹/۱)
استفاده از تنقلات	۳ بار روزانه یا بیشتر ۲۱ (۱۲/۸)
	۲ بار در روز ۲۵ (۱۵/۲)
	یک‌بار در روز ۲۷ (۱۶/۵)
	گاهی اوقات ۸۴ (۵۱/۲)
	به‌ندرت ۷ (۴/۳)



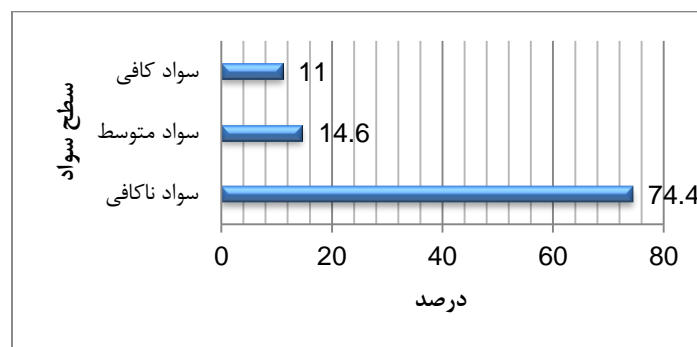
نمودار ۱- توزیع فراوانی افراد بر حسب خودارزیابی سلامت دهان و دندان

سواد سلامت دهان و دندان $7/01 \pm 3/38$ از ۱۷ بود. از نظر سطح سواد سلامت دهان و دندان ۱۲۲ نفر (۷۴/۴٪) سواد ناکافی و ۱۸ نفر (۱۱/۰٪) سواد کافی داشتند (نمودار ۲).

جدول ۳ نحوه پاسخگویی افراد به سؤالات سواد سلامت را نشان می‌دهد. بیشترین پاسخ درست به سؤال، زمان خوردن کپسول دوم بود که ۸۶٪ درست پاسخ داده بودند. کمترین پاسخ درست هم به مفهوم آلرژی بود که ۱۳/۴٪ درست پاسخ داده بودند. میانگین نمره پرسشنامه

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد برحسب پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه سواد سلامت دهان و دندان

سؤال	پاسخ درست	پاسخ غلط
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱ احتمال ارتباط بین بیماری‌های دهان با بیماری‌های قلبی	۱۱۷ (۷۱/۳)	۴۷ (۲۸/۷)
۲ خمیر دندان‌های حاوی فلوراید	۹۶ (۵۸/۵)	۶۸ (۴۱/۵)
۳ حداقل دفعات مسواک	۱۳۵ (۸۲/۳)	۲۹ (۱۷/۷)
۴ کاهش غذاهای پر از قند	۷۶ (۴۶/۳)	۸۸ (۵۳/۷)
۵ تعداد دندان‌های دائمی	۹۰ (۵۴/۹)	۷۴ (۴۵/۱)
۶ نام اولین دندان دائمی	۱۰۸ (۶۵/۹)	۵۶ (۳۴/۱)
۷ زمان خوردن دومین کپسول	۱۴۱ (۸۶/۰)	۲۵ (۱۴/۰)
۸ ادامه مصرف کپسول	۱۳۶ (۸۲/۹)	۲۸ (۱۷/۱)
۹ بلعیدن دهان شویه	۸۲ (۵۰/۰)	۸۲ (۵۰/۰)
۱۰ خوردن و آشامیدن بعد از دهان شویه	۷۵ (۴۵/۷)	۸۹ (۵۴/۳)
۱۱ زمان عدم استفاده از گاز بعد از درآوردن دندان	۴۲ (۲۵/۶)	۱۲۲ (۷۴/۴)
۱۲ استفاده از غذای داغ بعد از درآوردن دندان	۴۶ (۲۸/۰)	۱۱۸ (۷۲/۰)
۱۳ بهترین اقدام خونریزی لثه	۱۰۲ (۶۲/۲)	۶۲ (۳۷/۸)
۱۴ بهترین گزینه در هنگام درد و تورم	۹۰ (۵۴/۹)	۷۴ (۴۵/۱)
۱۵ بهترین اقدام حذف جرم و رنگدانه‌ها	۱۳۳ (۸۱/۱)	۳۱ (۱۸/۹)
۱۶ مسئولیت دندان پزشکی	۶۹ (۴۲/۱)	۹۵ (۵۷/۹)
۱۷ مفهوم آلرژی	۲۲ (۱۳/۴)	۱۴۲ (۸۶/۶)



نمودار ۲- توزیع فراوانی افراد برحسب سطح سواد سلامت دهان و دندان

(جدول ۴). بین سطح سواد افراد با سطح سواد سلامت دهان و دندان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/009$) (جدول ۵).

در مطالعه حاضر میانگین شاخص DMFT بر اساس ارزیابی فرد شرکت کننده $5/41 \pm 4/67$ بود. بین میانگین DMFT و خودارزیابی افراد از سلامت دهان و دندان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($p=0/018$)

جدول ۴- ارتباط بین خودارزیابی سلامت دهان و دندان با DMFT

سطح معنی‌داری	DMFT	
	میانگین \pm انحراف معیار	وضعیت سلامت
۰/۰۱۸	۳/۹۴ \pm ۴/۰	خیلی خوب
	۲/۶۴ \pm ۲/۹۲	خوب
	۴/۱۵ \pm ۵/۲۶	متوسط
	۵/۳۳ \pm ۸/۵۰	بد
	۹/۲۳ \pm ۹/۲۵	خیلی بد

جدول ۵- ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با سطح سواد افراد بر اساس آزمون ANOVA

سطح معنی‌داری	سواد سلامت			متغیر
	کافی	متوسط	ناکافی	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۰۰۹	۰	۱ (۰/۶)	۲۵ (۱۵/۲)	زیر دیپلم
	۴ (۲/۴)	۶ (۳/۷)	۴۵ (۲۷/۴)	دیپلم
	۲ (۱/۲)	۲ (۱/۲)	۱۶ (۹/۸)	کاردانی
	۹ (۵/۵)	۱۱ (۶/۷)	۲۳ (۱۴/۰)	کارشناسی
	۳ (۱/۸)	۴ (۲/۴)	۱۳ (۷/۹)	بالتر
۰/۰۶۴	۹ (۵/۵)	۱۵ (۹/۱)	۹۱ (۵۵/۵)	یک میلیون
	۸ (۴/۹)	۷ (۴/۳)	۱۷ (۱۰/۴)	۱-۲ میلیون
	۱ (۰/۶)	۲ (۱/۲)	۱۳ (۷/۹)	۲-۳ میلیون
۰/۵۶۷	۱۴ (۸/۵)	۱۸ (۱۱/۰)	۱۰۱ (۶۱/۶)	مراجعه به دندان‌پزشک
	۴ (۲/۴)	۶ (۳/۷)	۲۱ (۱۲/۸)	قبل از تصمیم به بارداری
۰/۰۸۳	۱ (۰/۶)	۰	۸ (۴/۹)	خیلی خوب
	۷ (۴/۳)	۳ (۱/۸)	۱۳ (۷/۹)	خوب
	۷ (۴/۳)	۱۴ (۸/۵)	۶۹ (۴۲/۱)	متوسط
	۳ (۱/۸)	۵ (۳/۰)	۱۲ (۷/۳)	بد
	۰	۱ (۰/۶)	۵ (۳/۰)	خیلی بد
	۰	۱ (۰/۶)	۱۵ (۹/۱)	نمی‌دانم
				خودارزیابی سلامت دهان

داشت ($p=0/005$). در مورد دفعات مصرف تنقلات و منبع کسب اطلاعات در حیطه تصمیم‌گیری ($p=0/034$) و زمان مراجعه به دندان‌پزشک در حیطه شنیداری ($p=0/029$) تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتایج آزمون ANOVA در مورد ارتباط رفتار بهداشتی دهان و دندان با سواد سلامت دهان و دندان در جدول ۶ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین نمره پرسشنامه سواد سلامت دهان و دندان با دفعات مسواک زدن ($p=0/001$) و استفاده از خمیردندان ارتباط آماری معنی‌داری وجود

جدول ۶- ارتباط بین رفتار بهداشتی و منبع اطلاعات با سواد سلامت دهان و دندان

سطح معنی‌داری	F	درجه آزادی	مجموع مربع	متغیر	
۰/۵۴۱	۰/۷۷۸	۱۶۳	۱۸۶۷/۹۷	دفعات مصرف تنقلات	نمره پرسشنامه سواد سلامت دهان
۰/۰۰۱	۵/۵۲۶	۱۵۹	۱۶۸۳/۳۴	دفعات مسواک زدن	
۰/۰۰۵	۵/۴۸۷	۱۶۱	۱۸۴۸/۹۷	استفاده از خمیر دندان	
۰/۳۴۱	۱/۱۴۲	۱۶۳	۱۸۶۷/۹۷	زمان مراجعه به دندان‌پزشک	
۰/۰۰۶	۲/۹۴۳	۱۵۹	۱۸۱۸/۹۹	منبع کسب اطلاعات	

بحث

مشخص شده است که دانش پایین سلامت دهان می‌تواند بر روی سلامت مادر و کودک تأثیر بگذارد (۱۷). در مطالعه حاضر ۸۷/۲٪ مادران باردار روزانه یک یا دو بار مسواک می‌زدند. در مطالعه ویلا و همکاران (۲۰۱۳) در ایتالیا ۹۹/۱٪ روزی یک‌بار و در مطالعه باگس و همکاران (۲۰۱۰)، ۸۳٪ افراد روزی یک و یا دو بار مسواک می‌زدند (۱۹، ۲۶).

همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت‌هایی در مطالعه حاضر وجود دارد که بخشی از آن می‌تواند به علت تفاوت در طراحی مطالعات باشد. در بخش سؤالات پرسشنامه، درصد پاسخ درست به تعداد دفعات مسواک زدن بالا بود. به نظر می‌رسد که به‌طور مستمر بایستی همه افراد به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله زنان باردار نسبت به رعایت بهداشت از جمله مسواک زدن مرتب تشویق شوند.

در مطالعه حاضر ۲۰/۱٪ افراد در طی ۶ ماه تا یک‌سال گذشته مراجعه دندان‌پزشکی داشته‌اند. در مطالعه ویلا و همکاران (۲۰۱۳) ۴۹/۸٪ افراد در یک‌سال معاینات دندان‌پزشکی داشتند (۲۶). حفظ و نگهداری سلامت دهان در طی بارداری، به‌عنوان یکی از موارد مهم بهداشت عمومی در جهان شناخته و بیانیه و گایدلاین‌هایی نیز بر تأکید مراقبت‌های بهداشتی دهان در بارداری منتشر شده است (۹). مراجعه منظم به دندان‌پزشکی قبل از دوران بارداری، به حفظ و نگهداری دندان‌ها در طول دوران بارداری کمک کرده و بیمار را از درمان‌های تهاجمی‌تر در دوران بارداری مصون می‌دارد.

نشان داده شده است که در افرادی که مرتب به دندان‌پزشک مراجعه می‌کنند، انجام معیارهای پیشگیری از جمله استفاده از نخ دندان و مسواک بیشتر می‌باشد و علت این موضوع این است که رفتارهای القاء شده بهداشت دهان، بُعد مهمی از آموزش کسب شده توسط بیمار در طی ملاقات منظم دندان‌پزشکی می‌شود (۲۷، ۲۸).

در مطالعه حاضر میانگین DMFT اظهار شده توسط شرکت‌کنندگان $5/41 \pm 4/67$ بود و بین میانگین DMFT با خودارزیابی از سلامت دهان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

نشان داده شده است که سطح استرپتوکوک موتانس و لاکتوباسیلوس در اواخر بارداری افزایش می‌یابد (۲۲). همچنین تغییرات رژیم غذایی در اوایل بارداری مانند مصرف میان وعده‌های شیرین می‌تواند منجر به پایین افتادن PH بزاق گردد (۲۳) و این عوامل سبب افزایش میزان پوسیدگی و در نتیجه شاخص DMFT می‌شود. اگرچه که دفعات مصرف تنقلات در این پژوهش با سواد سلامت دهان و دندان ارتباط آماری معنی‌داری نداشت، ولی بایستی به نحوه و نوع استفاده از میان وعده‌ها در دوران بارداری به جهت کاهش ریسک پوسیدگی توجه نمود.

فلور میکروبی و عملکرد بهداشتی دهان و دندان مادران، عامل پیشگویی‌کننده سلامت دهان نوزادان است، بنابراین دانش و عملکرد مادران باردار در سلامت دهان برای سلامت دهان و دندان کودک/کودکانشان مهم و حیاتی است و می‌تواند کلید پیشگیری پوسیدگی‌های کودکان باشد (۱۹). در مطالعه حاضر سواد سلامت دهان و دندان در ۷۴/۴٪ افراد ناکافی بود.

در مطالعه آئنو و همکاران (۲۰۱۳)، ۳۱/۶٪ سواد ناکافی (پایین)، ۳۹/۹٪ سواد متوسط و ۲۸/۵٪ سواد سلامت پایین داشتند (۲۹). در مطالعه جونز و همکاران (۲۰۱۶)، ۴۶٪ افراد سواد سلامت پایین داشتند (۳۰).

در مطالعه ساندهو و همکاران (۲۰۱۷)، ۳۳/۱٪ سواد متوسط، ۳۷/۶٪ سواد پایین و ۲۹/۳٪ سواد کافی داشتند (۳۱). در مطالعه سیستانی و همکاران (۲۰۱۳) سواد سلامت در گروهی از ایرانیان پایین گزارش شد (۳۲).

همانطور که مشاهده می‌شود درصد افراد با سواد سلامت دهان و دندان ناکافی در مطالعه حاضر بیشتر از مطالعات ذکر شده است. علت این تفاوت می‌تواند در نوع جمعیت مورد مطالعه باشد.

در مطالعه خدادادی و همکاران (۲۰۱۶) سواد سلامت پایین والدین با پوسیدگی بیشتر و ترمیم کمتر دندان‌های کودکانشان مرتبط بود (۳۳). با توجه به نقش مادران در سلامت دهان و دندان کودکان، به‌نظر می‌رسد بایستی در بالا بردن سواد سلامت زنان باردار تلاش‌های بیشتری انجام داد.

در مطالعه حاضر بین خودارزیابی سلامت دهان و دندان با سطح سواد سلامت افراد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه گائو و همکاران (۲۰۱۴) که بین ارزیابی افراد از سلامت دهان با سواد سلامت دهان ارتباط داشت، همسو نبود (۳۴). علت این تفاوت می‌تواند در عدم آگاهی افراد از سلامت دهان و دندان خود باشد. در مطالعه حاضر بین سطح سواد و درآمد ماهانه افراد با سواد سلامت دهان و دندان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه حاضر تحصیلات بالاتر و وضعیت درآمد بالاتر، منجر به سواد سلامت بالاتری شده بود که با نتایج سایر مطالعات مطابقت داشت (۱۶، ۳۲، ۳۵، ۳۶). به‌نظر می‌رسد سطح تحصیلات بالاتر منجر به کسب آگاهی بیشتر در مورد سلامت و استفاده از ابزار آموزشی در دسترس می‌شود و در نتیجه سطح سواد سلامت را نیز بالاتر می‌برد.

در مطالعه حاضر سن افراد با سطح سواد سلامت دهان افراد ارتباط آماری نداشت که با مطالعه ویللا و همکاران (۲۰۱۶) (۱۶) مطابقت داشت، ولی با مطالعه سیستانی و همکاران (۲۰۱۳) و جوادزاده و همکاران (۲۰۱۲) که افراد مسن‌تر از سطح سواد کمتری برخوردار بودند (۳۲، ۳۷)، مطابقت نداشت. علت این اختلاف می‌تواند در نوع مطالعه باشد؛ همچنان که در مطالعه حاضر روی زنان باردار انجام شده و محدوده سنی بالا نبود.

در مطالعه حاضر بین رفتار بهداشتی و سواد سلامت دهان در زنان باردار ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد که با نتایج سایر مطالعاتی که نشان دادند افرادی که سطح سواد سلامت دهان کمتری دارند، از سلامت دهان ضعیف‌تری برخوردارند و کمتر مسواک می‌زنند، مطابقت داشت (۳۸، ۳۹).

در مطالعه حاضر بیشترین منبع کسب اطلاعات در مورد بهداشت دهان و دندان، دندان‌پزشکان و اینترنت بود. در مطالعه کریمی افشار و همکاران (۲۰۱۸) مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات دندان‌پزشکی اینترنت (۱۶/۰٪) و پس از آن دندان‌پزشکان (۱۴/۸٪) بود (۳۵). دندان‌پزشکان از منابع مهم در دادن اطلاعات در مورد سلامت دهان و دندان و انجام رفتارهای صحیح بهداشتی می‌باشند. با توجه به رشد دسترسی به اینترنت، بنابراین به‌نظر

می‌رسد که همکاری متولیان بهداشت دهان و دندان با سایت‌های مختلف پزشکی جهت اطلاع‌رسانی‌های درست در مورد رفتارهای بهداشتی دهان و دندان و بالا بردن سواد سلامت دهان و دندان افراد جامعه مؤثر باشد.

در این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری بین افرادی که قبل از تصمیم به بارداری به دندان‌پزشک مراجعه کرده بودند و سطح سواد سلامت دهان و دندان مشاهده نشد. با توجه به تکامل دندان‌های شیری و برخی دندان‌های دائمی در دوران جنینی، معاینات و مشاوره دندان‌پزشکی قبل از اقدام به بارداری توصیه می‌شود. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که تعداد فرزندان تأثیری بر سواد سلامت افراد ندارد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به ارزیابی جامع از رفتار بهداشتی دهان و دندان و به‌ویژه مراجعه به دندان‌پزشک قبل از تصمیم به بارداری ذکر کرد که کمتر به آن پرداخته شده است. ذکر این نکته ضروری است که نتایج حاصل از این مطالعه قابل تعمیم به تمام زنان باردار در جنوب استان نمی‌باشد.

پیشنهاد می‌شود مطالعه دیگری در مورد ارتباط سواد سلامت دهان و دندان در مادران با وضعیت سلامت دهان و دندان کودکانشان و همچنین ارزیابی سواد سلامت دهان و دندان در ماماها با توجه به مسئولیتی که در مورد زنان باردار دارند، انجام شود.

نتیجه‌گیری

سواد سلامت دهان و دندان در زنان باردار کافی نیست. افراد با سطح تحصیلات بالاتر، به‌طور معنی‌داری سواد سلامت بالاتری دارند. زنان بایستی جهت معاینات و معالجات دندان‌پزشکی قبل از تصمیم به بارداری مراجعه نمایند. توجه بیشتر به افزایش سواد سلامت دهان و دندان افراد به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر زنان باردار توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به‌خاطر تصویب طرح و از تمامی زنان باردار شرکت‌کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

۱. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth* ۲۰۱۸; ۱۸(۱):۱۵۳.
۲. Makeeva IM, Ignatko AA, Churganova AA, Lebedev VA, Makeeva MK. [Periodontal diseases and complicated pregnancy]. *Stomatologiya (Mosk)* ۲۰۱۹; ۹۸(۱):۷۰-۷۳.
۳. George A, Shamim S, Johnson M, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. Periodontal treatment during pregnancy and birth outcomes: A meta-analysis of randomised trials. *Int J Evid Based Healthc* ۲۰۱۱; ۹(۲):۱۲۲-۴۷.
۴. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee-Infant Oral Health Subcommittee. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* ۲۰۱۲; ۳۴(۵):۱۴۸-۵۲.
۵. Cucó G, Fernández-Ballart J, Sala J, Viladrich C, Iranzo R, Vila J, et al. Dietary patterns and associated lifestyles in preconception, pregnancy and postpartum. *Eur J Clin Nutr* ۲۰۰۶; ۶۰(۳): ۳۶۴-۷۱.
۶. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Aust Dent J* ۲۰۱۳; ۵۸(۱):۲۶-۳۳.
۷. Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JD. Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries riskassessment. *J Calif Dent Assoc* ۲۰۱۰; ۳۸(۱۰):۷۴۶-۶۱.
۸. Mills LW, Moses DT. Oral health during pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs* ۲۰۰۲; ۲۷(۵):۲۷۵-۸۰.
۹. Buerlein J, Peabody H, Santoro K. NIHCM Foundation. Improving Access to Perinatal Oral Health Care: Strategies and Considerations for Health Plans: Issue Brief July ۲۰۱۰. National Institute for Health Care Management. National Institute for Health Care Management Available from: www.nihcm.org/pdf/NIHCM-OralHealth-Final.pdf [Last accessed on ۲۰۱۴ Dec ۰۱]. ۲۰۱۲.
۱۰. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US); ۲۰۰۴.
۱۱. Andrus MR, Roth MT. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy* ۲۰۰۲; ۲۲(۳):۲۸۲-۳۰۲.
۱۲. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy--a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci* ۲۰۱۲; ۲۶(۱):۱۵۱-۶۰.
۱۳. Prevention OoD, Promotion H. US Department of Health and Human Services: *Healthy People* ۲۰۱۰. <http://www.health.gov/healthypeople/>. ۲۰۰۰.
۱۴. Burgette JM, Lee JY, Baker AD, Vann WF Jr. Is Dental Utilization Associated with Oral Health Literacy? *J Dent Res* ۲۰۱۶; ۹۵(۲):۱۶۰-۶.
۱۵. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent* ۲۰۱۲; ۷۲(s۱):S۲۶-۳۰.
۱۶. Vilella KD, Alves SG, de Souza JF, Fraiz FC, Assunção LR. The Association of Oral Health Literacy and Oral Health Knowledge with Social Determinants in Pregnant Brazilian Women. *J Community Health* ۲۰۱۶; ۴۱(۵):۱۰۲۷-۳۲.
۱۷. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF Jr. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time *J Am Dent Assoc* ۲۰۱۲; ۱۴۳(۹):۹۷۲-۸۰.
۱۸. Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London S. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Prev Med* ۲۰۰۱; ۳۲(۴):۳۱۳-۲۰.
۱۹. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos MK, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc* ۲۰۱۰; ۱۴۱(۵):۵۵۳-۵۶۱.
۲۰. Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care* ۲۰۰۴; ۲۷(۲):۳۳۱-۴.
۲۱. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenat Diagn* ۲۰۰۷; ۲۷(۵):۴۶۳-۷.
۲۲. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* ۲۰۰۷; ۹(۱):۲۱-۲۶.
۲۳. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J* ۲۰۱۵; ۵۶(۱):۵۳-۵۷.
۲۴. Nersisians E, Mirahmadipour S, Shahriari RP. A Comparative Study on the Culture of North and South Kerman Province. *Iranian Journal of Anthropology Research* ۲۰۱۶; ۶(۱):۱۱۹-۳۳.
۲۵. Naghibi Sistani MM, Montazeri A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* ۲۰۱۴; ۵(۴):۳۱۳-۲۱.

۲۶. Villa A, Abati S, Pileri P, Calabrese S, Capobianco G, Strohmenger L, et al. Oral health and oral diseases in pregnancy: a multicentre survey of Italian postpartum women. *Aust Dent J* ۲۰۱۳; ۵۸(۲):۲۲۴-۹.
۲۷. Astrøm AN, Ekback G, Ordell S, Nasir E. Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral health-related quality of life in Swedish older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* ۲۰۱۴; ۴۲(۵):۴۶۰-۹
۲۸. Rahman B, Kawas SA. The relationship between dental health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students in the United Arab Emirates. *Eur J Dent* ۲۰۱۳; ۷(۱):۲۲-۲۷.
۲۹. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *Journal of Dental Sciences* ۲۰۱۳; ۸(۲): ۱۷۰-۱۷۶.
۳۰. Jones K, Brennan DS, Parker EJ, Mills H, Jamieson L. Does self-efficacy mediate the effect of oral health literacy on self-rated oral health in an Indigenous population? *J Public Health Dent* ۲۰۱۶; ۷۶(۴):۳۵۰-۳۵۵.
۳۱. Sandhu KS, Gupta N, Bansal M, Arora V, Gupta P, Thakar S. Health literacy and oral health literacy: are they associated? A cross sectional survey among undergraduate students of tricity (Chandigarh, Mohali, Panchkula), india. *Przegl Epidemiol* ۲۰۱۷; ۷۱(۱):۱۱۱-۱۱۸.
۳۲. Sistani MM, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Oral health literacy and information sources among adults in Tehran, Iran. *Community Dent Health* ۲۰۱۳; ۳۰(۳):۱۷۸-۸۲.
۳۳. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MM, Motalebnejad M. Parents' oral health literacy and its impact on their children's dental health status. *Electron Physician* ۲۰۱۶; ۸(۱۲): ۳۴۲۱-۳۴۲۵.
۳۴. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL ۳rd. Health literacy: a pathway to better oral health. *Am J Public Health* ۲۰۱۴; ۱۰۴(۷):e۸۵-۹۱.
۳۵. Karimi Afshar M, Torabi M, Khosravi M. Association between oral health literacy and self-reported oral health behavior in adults (۲۰۱۷-Kerman-Iran). *J Fundam Appl Sci* ۲۰۱۸; ۱۰(۶S):۲۸۱۳-۲۵.
۳۶. Burgette JM, Lee JY, Baker AD, Vann WF Jr. Is Dental Utilization Associated with Oral Health Literacy? *J Dent Res* ۲۰۱۶; ۹۵(۲):۱۶۰-۶.
۳۷. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot* ۲۰۱۲; ۱:۳۱.
۳۸. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JS. Self- rated oral health and associated factors in Brazilian elders *Community Dent Oral Epidemiol* ۲۰۱۰; ۳۸(۴):۳۴۸-۵۹.
۳۹. Bernabé E, Suominen AL, Nordblad A, Vehkalahti MM, Hausen H, Knuuttila M, et al. Education level and oral health in Finnish adults: evidence from different lifecourse models. *J Clin Periodontol* ۲۰۱۱; ۳۸(۱):۲۵-۳۲.