

بررسی ابعاد سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در زنان باردار شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ (یک مطالعه مقطعی-توصیفی)

دکتر فاطمه نجمی نوری^۱، دکتر ملوک ترابی^{۲*}

۱. استادیار گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. دانشیار گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

خلاصه

مقدمه: توجه به بهداشت دهان و دندان در گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله زنان باردار برای حفظ سلامت مادر و جنین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در زنان باردار شهر کرمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی، تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۳۸ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و متشکل از ۴ بخش اطلاعات فردی، وضعیت رعایت بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی و ارزیابی شاخص پلاک لثه‌ای به روش سیلنس-لو بود. فراوانی و فراوانی نسبی برای هر کدام از متغیرها محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آنالیز رگرسیون خطی، آنوا و تی تست انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار شاخص پلاک افراد $۱/۱۶ \pm ۰/۶۲$ ، نمره رعایت بهداشت $۱۳/۴۹ \pm ۲/۰۴$ و نمره کل پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی $۱۱/۸۴ \pm ۱۳۰/۷۰$ بود. شاخص پلاک با منافع درک شده ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($p < ۰/۰۵$). بین الگوی اعتقاد بهداشتی افراد با سطح سواد، هفته بارداری و نوع بیمه ارتباط معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$). همچنین بین سطح سواد و هفته بارداری با وضعیت رعایت بهداشت ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: عملکرد بهداشتی و شاخص پلاک دندانی زنان باردار در محدوده متوسط قرار دارد که در نتیجه ترس از اقدامات دندان پزشکی می‌باشد. نمره کلی الگوی اعتقاد بهداشتی افراد نیز در محدوده متوسط قرار دارد. بنابراین توجه به جنبه‌های اعتقادی و بهداشتی مراقبت در بارداری و آموزش‌های لازم در این زمینه ضروری بوده و توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: بارداری، بهداشت دهان و دندان، رفتارهای بهداشتی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر ملوک ترابی؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. تلفن: ۰۴۳-۳۲۱۱۹۰۲۵؛ پست الکترونیک: m.torabi.p@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های پریدنتال در دوران بارداری، با پیامدهای نامطلوب پره‌ناتال از جمله پره‌کلامپسی، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، مرگ جنین و افزایش زمان بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ارتباط دارد. درمان عفونت لثه و مشکلات دندانی در دوران بارداری از تأخیر رشد جنین و تولد نوزاد قبل از ترم پیشگیری خواهد کرد (۱). مطالعه دقتی‌پور و همکاران (۲۰۱۹) شیوع بالای بیماری‌های لثه و پوسیدگی‌های دندانی در میان زنان باردار نشان داد (۲). طبق مطالعه زایو و همکاران (۲۰۱۹)، بروز تهوع در دوران بارداری خطر بروز پوسیدگی‌های ناشی از محیط اسیدی دهان را افزایش می‌دهد (۳). مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری منجر به داشتن محیط سالم دهان از طریق کنترل پلاک دندانی با مسواک زدن و استفاده از نخ دندان و مراقبت‌های حرفه‌ای پروفیلاکسی شامل جرم‌گیری و تسطیح سطح ریشه می‌شود (۴، ۵). ارتباط بالینی قابل ملاحظه‌ای بین شدت بیماری پریدنتال و کاهش وزن نوزادان وجود دارد (۵، ۶).

سطح بالای پروژسترون در طی بارداری بر ایجاد التهاب موضعی تأثیر می‌گذارد و باعث کمتر شدن مقامت لثه در برابر التهاب باکتری‌ها می‌شود. همچنین هورمون‌های جنسی تولید پروستاگلاندین‌ها را که واسطه پاسخ التهابی هستند، تحریک می‌نمایند. نقش پریدنتیت در ایجاد زایمان زودرس و تولد نوزادان با وزن کم، بیشتر از اثر مصرف دخانیات یا الکل در دوران بارداری می‌باشد و این امر وجود یک ارتباط مستحکم بین عفونت پریدنتال و نتایج نامطلوب حاملگی را نشان می‌دهد (۵، ۶).

مطالعه دقتی‌پور و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که با وجود اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری، زنان در این دوران به قدر کافی بهداشت دهان و دندان را رعایت نمی‌کنند (۲).

الگوی اعتقاد بهداشتی، یکی از قدیمی‌ترین تئوری‌های رفتار بهداشتی و از اولین الگوهایی است که از تئوری‌های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی برگرفته شده

است و یکی از مدل‌های مؤثر در امر آموزش و ارتقاء سلامت است (۴). الگوی اعتقاد بهداشتی رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار را نشان می‌دهد (۷). این الگو دارای سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی می‌باشد (۴).

حساسیت درک شده به درک ذهنی از خطری که به سلامتی لطمه می‌زند، اطلاق می‌شود. شدت درک شده، عقیده شخص در مورد عوارض و خطرات ناشی از یک وضعیت خاص می‌باشد. منافع درک شده، عقیده شخص در مورد اثربخشی برخی از رفتارهای توصیه شده در جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا مشکل است؛ موانع درک شده، عقیده شخص در مورد هزینه‌های واقعی و روان‌شناختی رفتارهای توصیه شده است و خودکارآمدی نیز به باور و توانایی فرد در انجام امور مربوطه اطلاق می‌شود (۸). در الگوی اعتقاد بهداشتی، چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش‌بینی شده غلبه کند، احتمال بروز رفتار کمتر می‌شود (۹). در مطالعه بحری و همکاران (۲۰۱۲) در شهر مشهد نشان داده شد که سطح دانش و رفتارهای بهداشتی در ارتباط با شاخص‌های بهداشت دهان و دندان با باورها و رفتارهای بهداشتی در زنان باردار پایین می‌باشد (۱۰).

در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۲) بین عملکرد افراد در زمینه بهداشت و مراقبت از دهان و دندان و حیطه منافع درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی ارتباط مستقیمی وجود داشت (۱۱). در مطالعه امامی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۳)، وضع زنان باردار از نظر استفاده روزانه از مسواک مناسب نبود. به نظر می‌رسد دلیل این امر به خاطر عدم آگاهی و درک ناکافی زنان باردار از عوارض سوء آن و منافع حاصل از آن باشد (۱۲).

از آنجا که رفتارهای بهداشتی مادران در دوران بارداری به‌علت تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی، با مانع مواجه می‌شود، در این حالت مهم‌ترین عامل هدایت‌کننده آنها به سمت رعایت بهداشت دهان و دندان انگیزه‌های درونی آنها می‌باشد (۱۳). توجه به اهمیت مراقبت‌های بهداشتی دهان و دندان در دوران بارداری بر سلامت مادر و جنین به‌عنوان گروه آسیب‌پذیر و اهمیت دانش، نگرش، درک و

بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و متشکل از ۴ بخش بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم شامل وضعیت رعایت بهداشت، بخش سوم شامل الگوی اعتقاد بهداشتی و بخش چهارم شامل ارزیابی شاخص پلاک لثه‌ای به روش سیلنس- لو بود. سؤالات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، سن بارداری، وضعیت پوشش بیمه درمانی مادر، تعداد فرزندان، سابقه سقط و سابقه مرده‌زایی بود. بخش مربوط به وضعیت رعایت بهداشت شامل ۷ سؤال بود. سؤالات مربوط به ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده (۶ سؤال)، شدت درک شده (۶ سؤال)، منافع درک شده (۶ سؤال)، موانع درک شده (۹ سؤال) و خودکارآمدی (۶ سؤال) بود. در انتهای پرسشنامه، اطلاعات مربوط به معاینه و ثبت شاخص پلاک لثه‌ای تکمیل گردید. نمره‌دهی پرسشنامه بدین‌صورت بود که در قسمت حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده و خودکارآمدی دامنه امتیاز هر سؤال بین ۵-۱ متغیر بود که به جواب کاملاً مخالف امتیاز ۱، مخالف امتیاز ۲، نظری ندارم امتیاز ۳، موافقم امتیاز ۴ و کاملاً موافقم امتیاز ۵ تعلق می‌گرفت. در قسمت چک‌لیست عملکرد نیز به هر یک از رفتارهای صحیح امتیاز ۱ و به رفتار غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. وضعیت بهداشت دهان توسط شاخص پلاک به روش سیلنس- لو بدین‌گونه محاسبه گردید: عدم وجود پلاک در ناحیه لثه نمره صفر و وجود یک لایه نازک پلاک متصل به مارجین لثه آزاد و چسبیده که تنها با کشیدن پروب بر سطح دندان قابل تشخیص است نمره ۱، به تجمع متوسط مواد نرم در پاکت لثه و مارجین لثه آزاد و یا چسبیده که با چشم غیرمسلح قابل رؤیت است نمره ۲ و وجود مقادیر زیادی از رسوبات نرم در پاکت لثه و یا در مارجین لثه آزاد و چسبیده، نمره ۳ تعلق گرفت. شاخص ایندکس پلاک سیلنس و لو در ۴ سطح (دیستال- فاسیال)، (مزیا- فاسیال)، (فاسیال) و (لینگوال) و به‌وسیله آینه و سوند بر روی ۶ دندان ۱۶، ۱۲، ۲۴، ۴۴، ۳۲ و ۳۶ اندازه‌گیری گردید. با جمع اعداد ۴ ناحیه ذکر شده و تقسیم آن بر ۴ شاخص پلاک هر دندان به‌دست آمد (۱۱).

رفتارهای مادران باردار نسبت به بهداشت و سلامتی دهان خود و کودکانشان می‌تواند منجر به تأثیر آن بر بهبود سلامت دهان و دندان در آنها و همچنین کودکانشان گردد، لذا مطالعه حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص مراقبت و بهداشت دهان و دندان در زنان باردار و تعیین شاخص پلاک سیلنس و لو^۱ انجام شد تا گامی در جهت کمک به ارتقاء سلامت مادر و نوزاد باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی، تحلیلی و مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۳۸ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای و تصادفی انجام گرفت. برای افزایش پراکندگی و دقت مطالعه و همچنین پوشش خصوصیات فرهنگی و اجتماعی جمعیت، مناطق مختلف به ۵ منطقه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم و از هر منطقه دو مرکز بهداشتی درمانی جهت نمونه‌گیری انتخاب شد، سپس برحسب جمعیت تحت پوشش در هر مرکز بهداشتی درمانی، نمونه‌ها به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از حذف نمونه‌های دارای متغیر مخدوش‌گر از جمله وجود بیماری‌های سیستمیک، مصرف دارو و استعمال دخانیات، مطالعه انجام شد.

معیار واجد شرایط بودن برای ورود به مطالعه شامل: باردار بودن، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود و معیار خروج نیز شامل: اشتغال در حرفه‌های مرتبط با دندان‌پزشکی و ابتلاء به بیماری‌های پیشرفته دهان و دندان بود. پس از کسب کد اخلاق به شماره IR.KMU.REC.1393.481 در دانشگاه علوم پزشکی کرمان، هفته‌ای ۳ روز صبح به مراکز انتخابی مراجعه و پس از توضیح هدف از انجام تحقیق و کسب رضایت آگاهانه، مبادرت به جمع‌آوری اطلاعات گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته،

¹ silness and loe plaque index

جهت تعیین روایی ابزار از شاخص روایی محتوا استفاده گردید. روایی پرسشنامه توسط ۱۰ متخصص در زمینه‌های اپیدمیولوژی، بهداشت عمومی، پریدنتولوژی و سلامت دهان مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه در یک مرحله و توسط محاسبه آلفای کرونباخ محاسبه گردید، ضریب آلفای کرونباخ برای حیطة منافع درک شده ۰/۸۱، حیطة حساسیت درک شده ۰/۸۱، حیطة شدت درک شده ۰/۸۳، حیطة خودکارآمدی ۰/۷۹ و حیطة موانع درک شده ۰/۸۲ بود. در کل عدد ۰/۸۳ برای کل پرسشنامه گزارش گردید. فراوانی و فراوانی نسبی برای هر کدام از متغیرها محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری

SPSS (نسخه ۱۹) و آنالیز رگرسیون خطی، آنوا و تی تست انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش که بر روی ۱۳۸ زن بردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ انجام شد، نشان داد که ۸۵ نفر (۶۱/۶٪) در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال، ۴۰ نفر (۲۹٪) در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال و ۱۳ نفر (۹/۴٪) در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال بودند (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
سن	۱۵-۲۵ (۲۹) ۴۰
	۲۶-۳۵ (۶۱/۶) ۸۵
	۳۶-۴۵ (۹/۴) ۱۳
سطح سواد	ابتدایی (۱۱/۶) ۱۶
	متوسطه (۱۵/۹) ۲۲
	دیپلم (۳۷/۷) ۵۲
	کاردان (۴/۳) ۶
شغل	کارشناس (۲۳/۲) ۳۲
	بالا تر (۷/۲) ۱۰
	خانه دار (۸۴/۱) ۱۱۶
پوشش بیمه‌ای	کارمند (۱۱/۶) ۱۶
	آزاد (۴/۳) ۶
	بلی (۹۲/۸) ۱۲۸
	خیر (۷/۲) ۱۰

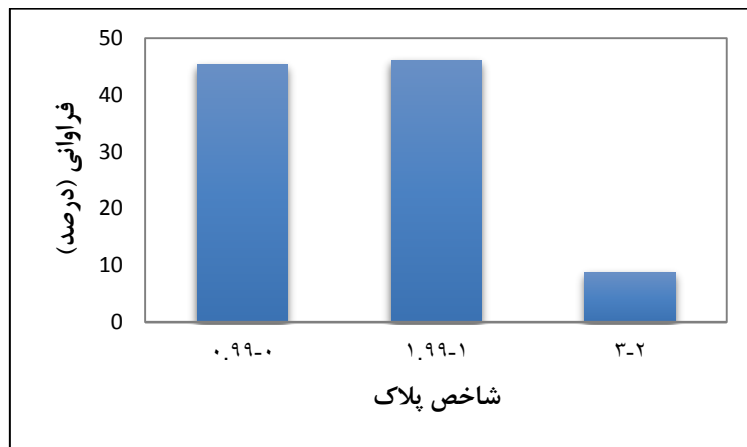
(۹۲/۸٪) تحت پوشش بیمه بودند که ۸۹ نفر (۶۴/۹٪) آنها از خدمات بیمه تأمین اجتماعی استفاده می‌کردند (جدول ۲).

نتایج مطالعه نشان می‌دهد ۶۹ نفر (۵٪) بارداری اول را تجربه می‌کردند و ۷۸ نفر (۵۶/۵٪) در سه ماهه سوم بارداری به سر می‌بردند. ۳۶ نفر (۲۶/۱٪) سابقه سقط و ۷ نفر (۵/۱٪) سابقه مرده‌زایی داشتند. ۱۲۸ نفر

جدول ۲- اطلاعات مرتبط با بارداری در افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
قبل از ۱۲	۲۲ (۱۵/۹)
هفته بارداری	۳۸ (۲۷/۵)
۲۵ به بالا	۷۸ (۵۶/۵)
۰	۴۸ (۳۵/۰)
۱	۵۲ (۳۸/۰)
تعداد فرزندان	۲۸ (۲۰/۴)
۲	۷ (۵/۱)
۳	۲ (۱/۵)
۴	۳۶ (۲۶/۱)
سابقه سقط	۱۰۲ (۷۳/۹)
خیر	۷ (۵/۱)
سابقه	۱۳۱ (۹۴/۹)
مرده‌زایی	۲۸ (۲۰/۳)
بلی	۱۰۸ (۷۸/۳)
بیمه تکمیلی	۲ (۱/۵)
خیر	۱۰۸ (۷۸/۳)

از ۱۳۸ نفر شرکت‌کننده در مطالعه، بیشترین فراوانی PI مربوط به نمره ۱-۲ یعنی ۶۴ نفر (۴۶٪) بود. ۶۲ نفر (۴۵/۳٪) شاخص پلاک کمتر از ۱ و ۱۲ نفر (۸/۷٪) بیشتر از ۲ داشتند (نمودار ۱).



شکل ۱- توزیع فراوانی افراد برحسب نمره شاخص پلاک سیلنس - لو

دندان‌پزشک داشتند که علت ۳/۳۵٪ این مراجعات به‌منظور کشیدن دندان بود. تنها ۲۳ نفر (۱۶/۶٪) مشاوره قبل از بارداری دریافت کرده بودند و بیشترین منبع کسب اطلاعات آنها در این زمینه، رادیو و تلویزیون بود (جدول ۳).

در این مطالعه ۶۵ نفر (۴۷٪) روزی ۲ بار مسواک می‌زدند و ۱۰ نفر (۷/۲٪) اصلاً در طول روز مسواک نمی‌زدند. ۵۰ نفر (۳۶/۲٪) از نخ دندان استفاده می‌کردند و تنها ۷ نفر (۵/۱٪) از دهان‌شویه استفاده می‌کردند. ۶۶ نفر (۴۷/۸٪) سابقه مراجعه به

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی افراد بر حسب وضعیت رعایت بهداشت

متغیر	تعداد (درصد)
عدم استفاده	۱۰ (۷/۲)
دفعات استفاده از مسواک در طول روز	۳۸ (۲۷/۵) ۶۵ (۴۷/۱) ۲۵ (۱۸/۱)
استفاده از نخ دندان	۵۰ (۳۶/۲) ۸۸ (۶۳/۸)
استفاده از دهان شویه	۷ (۵/۱) ۱۳۱ (۹۴/۹)
نشان دادن دندان به دندان پزشک برای کنترل پوسیدگی	۶۶ (۴۷/۸) ۷۲ (۵۲/۲)
عدم مراجعه	۲۶ (۱۸/۸)
زمان مراجعه قبلی به دندان پزشک	۳۸ (۲۷/۵) بیش از ۱ سال پیش ۳۳ (۲۳/۹) ۱ سال پیش ۴۱ (۲۹/۷) ۶ ماه پیش
علت مراجعه به دندان پزشک	۱۸ (۱۵/۱) معاینه و کنترل ۳۲ (۲۶/۹) درد ۴۲ (۳۵/۳) کشیدن دندان ۲۶ (۲/۸) پر کردن دندان
مشاوره قبل از بارداری	۲۳ (۱۶/۶) بلی ۱۱۵ (۸۳/۳) خیر
منبع کسب اطلاعات در مورد بهداشت دهان و دندان	۲۴ (۱۲/۵) پرسنل بهداشت خانواده ۲۱ (۱۱/۰) کتاب ۹ (۴/۷) مجله ۵۸ (۳۰/۲) رادیو تلویزیون ۱۷ (۸/۹) مربی بهداشت ۴۷ (۲۴/۵) دندان پزشک ۱۲ (۶/۲) ماما ۴ (۲/۰) متخصص زنان

بالاترین میانگین نمره کل در حیطه‌های مختلف مربوط به نمونه‌های دارای مشخصات سن ۳۶-۴۵ سال، سطح سواد بالاتر از کارشناسی، شغل کارمند، هفته بارداری قبل از ۱۲ هفته، تعداد فرزندان ۳ نفر، با سابقه سقط، بدون سابقه مرده‌زایی و بدون پوشش بیمه‌ای بود. میانگین و انحراف معیار شاخص پلاک افراد $13/49 \pm 2/04$ از ۳، نمره رعایت بهداشت $13/49 \pm 2/04$ از ۱۸ و نمره کل پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی $13/49 \pm 2/04$ از ۱۶۵ بود. شاخص پلاک با منافع درک شده ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($p=0/033$).

بین سطح سواد ($p=0/016$) و هفته بارداری ($p=0/009$) با سازه موانع درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی، بین سن ($p=0/014$)، سطح سواد ($p=0/000$) و سابقه مرده‌زایی ($p=0/046$) با سازه منافع درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی، بین سن ($p=0/046$) با سازه حساسیت درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی و بین نوع بیمه ($p=0/046$) با سازه شدت درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی ارتباط معناداری وجود داشت. بین سطح سواد ($p=0/022$)، هفته بارداری ($p=0/023$) و پوشش بیمه ($p=0/033$) با

بالاترین میانگین نمره کل در حیطه‌های مختلف مربوط به نمونه‌های دارای مشخصات سن ۳۶-۴۵ سال، سطح سواد بالاتر از کارشناسی، شغل کارمند، هفته بارداری قبل از ۱۲ هفته، تعداد فرزندان ۳ نفر، با سابقه سقط، بدون سابقه مرده‌زایی و بدون پوشش بیمه‌ای بود. میانگین و انحراف معیار شاخص پلاک افراد $13/49 \pm 2/04$ از ۳، نمره رعایت بهداشت $13/49 \pm 2/04$ از ۱۸ و نمره کل پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی $13/49 \pm 2/04$ از ۱۶۵ بود. شاخص پلاک با منافع درک شده ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($p=0/033$).

متغیرهای مورد بررسی در مطالعه ارتباط معناداری وجود داشت. بین سطح سواد ($p=0/000$) و هفته بارداری ($p=0/003$) با وضعیت رعایت بهداشت نیز ارتباط معناداری مشاهده شد ($p<0/5$) (جدول ۴).

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	منافع درک شده	حساسیت درک شده	شدت درک شده	خودکار آمدی	موانع درک شده	نمره کل
سن	۱۵-۲۵	۶۳/۷۵±۱۳/۷۱	۷۵/۵۰±۱۱/۹۲	۷۲/۴۱±۹/۳۶	۶۸/۰۵±۱۰/۶۳	۶۹/۹۵±۶/۳۷
	۲۶-۳۵	۶۱/۸۰±۱۲/۴۳	۷۲/۷۴±۱۳/۹۶	۷۱/۳۷±۱۰/۸۱	۷۱/۰۸±۱۱/۲۵	۷۰/۷۴±۶/۵۰
	۳۶-۴۵	۵۰/۷۶±۱۱/۳۹	۷۹/۹۷±۱۳/۸۳	۷۲/۳۰±۱۳/۶۳	۷۰/۲۵±۸/۴۳	۷۲/۱۹±۵/۹۵
	*p	۰/۰۱۴	۰/۰۴۶	۰/۳۷۸	۰/۳۰۶	۰/۶۷۵
سطح سواد	ابتدایی	۶۲/۲۹±۱۹/۰۴	۶۹/۱۶±۱۵/۹۳	۷۲/۲۹±۱۱/۷۲	۶۴/۱۶±۱۲/۳۵	۶۸/۱۵±۶/۷۰
	متوسطه	۵۹/۰۹±۱۳/۱۰	۷۳/۱۸±۱۳/۹۳	۶۸/۴۸±۱۰/۱۶	۶۸/۲۸±۱۱/۱۸	۶۸/۲۶±۵/۲۶
	دیپلم	۶۳/۲۶±۱۲/۱۰	۷۴/۶۷±۱۳/۳۴	۷۱/۵۳±۹/۴۳	۶۹/۵۲±۹/۰۵	۷۰/۰۴±۶/۲۵
	کاردان	۶۱/۶۶±۱۴/۴۱	۷۷/۷۷±۹/۵۸	۷۰/۰۰±۵/۱۶	۶۳/۳۳±۹/۰۸	۶۷/۵۶±۳/۴۱
	کارشناس	۵۷/۹۱±۱۰/۹۹	۷۵/۲۰±۱۰/۳۳	۷۳/۷۵±۱۳/۰۲	۷۳/۴۷±۱۱/۰۳	۷۳/۰۲±۶/۳۹
	*p	۰/۰۰۰	۰/۵۵۹	۰/۰۵۲	۰/۴۹۶	۰/۰۲۲
شغل	خانه دار	۷۵/۸۶±۱۱/۰۹	۶۱/۰۶±۱۳/۱۳	۷۴/۴۲±۱۳/۳۴	۶۸/۶۹±۹/۲۰	۶۹/۷۲±۵/۸۵
	کارمند	۸۳/۳۳±۷/۰۹	۶۲/۲۹±۱۱/۵۹	۷۴/۵۸±۱۱/۲۱	۸۰/۵۵±۱۰/۲۴	۷۶/۱۴±۵/۳۹
	آزاد	۷۸/۳۳±۷/۸۱	۶۳/۸۸±۱۸/۳۰	۶۷/۲۲±۲۰/۴۸	۷۴/۴۴±۹/۸۱	۷۰/۸۱±۱۰/۴۹
	*p	۰/۶۳۶	۰/۶۵۰	۰/۲۸۵	۰/۰۹۸	۰/۲۶۵
پوشش بیمه‌ای	بلی	۷۶/۹۷±۱۱/۱۰	۷۶/۹۷±۱۱/۱۰	۷۴/۱۱±۱۳/۶۹	۷۰/۲۷±۱۰/۷۴	۷۰/۵۹±۶/۴۱
	خیر	۷۵/۰۰±۵/۹۳	۷۵/۰۰±۵/۹۳	۷۴/۳۳±۱۰/۱۸	۶۸/۲۲±۱۲/۶۵	۷۱/۴۸±۶/۵۸
	*p	۰/۹۸۹	۰/۸۷۵	۰/۵۹۰	۰/۵۵۵	۰/۴۳۲
بارداری	قبل از ۱۲ هفته	۷۶/۹۶±۹/۶۹	۶۴/۵۴±۱۴/۳۱	۷۵/۷۵±۱۱/۴۶	۷۵/۶۵±۱۰/۹۸	۷۴/۶۹±۶/۶۸
	۱۳-۲۴	۷۵/۰۰±۱۱/۸۷	۶۴/۵۶±۱۴/۷۵	۶۹/۲۱±۱۲/۸۱	۷۰/۲۹±۹/۱۱	۶۹/۶۶±۶/۳۵
	۲۵ به بالا	۷۷/۶۹±۱۰/۵۸	۵۸/۸۴±۱۱/۴۶	۷۶/۰۶±۱۳/۷۹	۶۸/۴۹±۱۱/۱۹	۷۰/۱۴±۶/۰۶
	*p	۰/۹۶۶	۰/۳۴۰	۰/۶۲۱	۰/۸۳۴	۰/۰۲۳
تعداد فرزندان	۰	۷۷/۱۳±۱۱/۲۷	۶۰/۷۰±۱۲/۶۹	۷۲/۰۳±۱۴/۱۷	۷۰/۷۴±۱۰/۱۰	۶۷/۶۹±۸/۸۴
	۱	۷۱/۵۵±۱۱/۱۱	۶۰/۴۴±۱۱/۱۱	۷۰/۸۸±۱۳/۵۸	۶۲/۶۶±۱۳/۷۸	۶۳/۱۸±۱۱/۲۴
	۲	۷۷/۰۱±۹/۵۵	۶۲/۹۸±۱۱/۳۲	۷۷/۸۹±۸/۹۷	۷۳/۳۹±۹/۶۹	۶۶/۲۵±۱۱/۰۳
	۳	۸۳/۷۰±۹/۴۹	۵۷/۷۷±۱۶/۸۳	۸۳/۳۳±۹/۱۲	۷۲/۵۹±۸/۶۷	۷۱/۸۷±۱۴/۸۶
	۴	۷۶/۶۶±۸/۸۱	۷۰/۰۰±۲۰/۸۱	۹۱/۱۱±۱۰/۱۸	۷۸/۵۱±۱۰/۲۸	۶۸/۳۳±۷/۶۳
	*p	۰/۷۰۳	۰/۶۶۴	۰/۱۸۵	۰/۰۷۰	۰/۵۹۲
سابقه سقط	بلی	۷۹/۷۶±۱۰/۸۰	۵۶/۹۰±۱۰/۵۷	۷۳/۴۵±۱۲/۰۱	۷۳/۵۷±۱۰/۹۷	۷۱/۲۰±۱۰/۲۳
	خیر	۷۶/۲۶±۱۰/۶۶	۶۲/۷۱±۱۲/۳۹	۷۴/۴۱±۱۳/۸۸	۶۹/۵۴±۱۰/۴۶	۶۶/۴۸±۱۰/۰۷
	**p	۰/۳۸۵	۰/۳۹۹	۰/۰۹۳	۰/۳۷۲	۰/۲۹۰
سابقه مرده‌زایی	بلی	۶۸/۵۷±۹/۹۷	۵۸/۵۷±۱۲/۸۸	۷۱/۹۰±۱۶/۴۲	۶۸/۵۷±۱۳/۷۲	۶۹/۱۸±۸/۸۷
	خیر	۷۷/۲۷±۱۰/۷۸	۶۱/۴۷±۱۳/۱۶	۷۴/۲۴±۱۳/۳۳	۷۰/۴۱±۱۰/۷۶	۷۹۰/۴۱±۱۰/۷۶
**p	۰/۰۴۶	۰/۹۷۸	۰/۲۹۵	۰/۳۱۲	۰/۹۳۰	

* آزمون آنوا، ** آزمون تی تست. اعداد بر اساس میانگین±انحراف معیار بیان شده‌اند.

بحث

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد بهداشتی افراد در محدوده متوسط قرار گرفته و تنها نوع بیمه اثر معنی‌داری بر خودکارآمدی افراد دارد و با وجود اینکه استفاده از نخ دندان و دهانشویه تأثیر پررنگی در پیشگیری از بروز پوسیدگی‌های دندانی دارد اما در درصد کمی از افراد به کار گرفته شده است. نتیجه مطالعه هنس و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که وضعیت نامناسب سلامت دهان پیامدهای بسیار مضر و خطرناک در بارداری به همراه دارد. همچنین بروز بیماری‌های لثه به خصوص ژنژیویت در دوران حاملگی به علت تغییرات هورمونی بسیار شایع است (۱۴). مطالعه توگو و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که سلامت دهان مناسب و کافی طی حاملگی نه تنها کیفیت زندگی مادران باردار را ارتقاء می‌دهد، بلکه خطر به دنیا آوردن نوزاد قبل از موعد، وزن کم هنگام تولد و همچنین وقوع پوسیدگی‌های زود هنگام دوران کودکی را نیز کاهش می‌دهد (۱۵، ۱۶).

از طرفی مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که اکثر زنان باردار درک کمی از فواید رفتارهای مراقبتی دهان دارند و همین امر باعث می‌شود که انگیزه کافی برای رعایت بهداشت دهان را نداشته باشند و در نتیجه حمایت‌های اجتماعی لازم را دریافت نمی‌کنند (۱۷).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که ۷۷/۲٪ افراد مسواک نمی‌زدند و ۱۸/۱٪ به طور نامرتب مسواک می‌زدند که در مقایسه با یافته‌های مطالعه ترابی و همکاران (۲۰۰۶) که ۳۵/۸٪ به صورت گاه‌گاهی و ۵۰٪ افراد اصلاً مسواک نمی‌زدند، بسیار بهتر می‌باشد. در واقع افراد بیشتری به طور مرتب مسواک می‌زدند. این امر بیانگر بهتر شدن وضعیت رعایت بهداشت دهان در بخش مسواک زدن است که می‌تواند ناشی از افزایش آگاهی افراد از فواید مسواک زدن باشد (۱۸). البته مطالعه دقتی‌پور و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که وضعیت سلامت دهان زنان باردار با وجود تعداد متوسط ۷ دندان پوسیده در دهانشان همچنان رضایت‌بخش نیست (۲). بهداشت ضعیف‌تر دهان و متعاقب آن

خونریزی بیشتر از لثه در حین مسواک زدن در زنان باردار در مطالعه کاشتی و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داده شد (۱۹).

در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۲) در اراک، ۴/۶٪ زنان باردار از مسواک استفاده نمی‌کردند که کمتر از نتایج مطالعه حاضر (۷/۲٪) بود (۱۱). احمدیان و همکار (۲۰۰۳) در بررسی زنان باردار آسیایی مقیم انگلستان نشان دادند حدود ۶۵٪ از آنان تنها یک‌بار در روز از مسواک استفاده می‌کردند که بیشتر از نتایج مطالعه حاضر (۲۷/۵٪) بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از آموزش‌ها و مشاوره‌های متفاوت قبل از بارداری در دو جمعیت باشد (۲۰).

در مطالعه حاضر ۶۳/۸٪ افراد از نخ دندان استفاده نمی‌کردند، این در حالی است که در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۲) ۴۱/۷٪ افراد هرگز از نخ دندان استفاده نمی‌کردند (۱۱). چنان‌که مشاهده می‌شود در هر دو مطالعه درصد زیادی از افراد از نخ دندان استفاده نمی‌کنند. به نظر می‌رسد که مسئولین و دست‌اندرکاران امر بهداشت دهان و دندان و بهداشت زنان باردار بایستی در معرفی و نقش نخ دندان در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان اهتمام بیشتری داشته باشند.

در مطالعه حاضر ۸۴/۹٪ زنان باردار هنگام داشتن مشکل به دندان‌پزشک مراجعه داشته‌اند که موارد مراجعه بیشتر از تحقیق شمسی و همکاران (۲۰۱۲) که ۷۴٪ مادران هنگام داشتن مشکل به دندان‌پزشک مراجعه داشته‌اند، می‌باشد (۱۱). در مطالعه حاضر ۵۲/۲٪ زنان باردار هیچ‌گونه مراجعه دندان‌پزشکی برای کنترل پوسیدگی نداشتند. همچنین اکثریت زنان باردار در مطالعه ال اسوایلم و همکاران (۲۰۱۴) هیچ‌گونه مراجعه به دندان‌پزشکی نداشته‌اند (۲۱). مطالعه ارچیچ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که ۸۸٪ شرکت‌کنندگان هیچ‌گاه خدمات دندان‌پزشکی را طی بارداری دریافت نکرده‌اند (۲۲). همچنین مطالعه هانس و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که نیمی از زنان باردار از خدمات دندان‌پزشکی طی بارداری استفاده می‌کنند و بقیه علی‌رغم وجود مشکلات دندانی از خدمات دندان‌پزشکی

دوران بارداری می‌تواند فرصت مناسبی برای آموزش بهداشت دهان و دندان به مادران باردار باشد (۷).

در مطالعه حاضر ۶/۵٪ افراد موافق صرف هزینه برای مراجعه ۶ ماه یک‌بار به دندان‌پزشک بودند که با توجه به اینکه مراجعه به دندان‌پزشک می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان داشته باشد، بسیار نامطلوب می‌باشد.

مطالعه لیو و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که اعتقاد مادران باردار در مورد سلامت دهان طی حاملگی، مهم‌ترین فاکتور در تجربه بیشتر آنها از پوسیدگی می‌باشد (۱۶). همچنین مهم‌ترین فاکتور برای جستجوی خدمات سلامت طی این دوران، فاکتورهای درونی یا به عبارتی اعتقادات افراد می‌باشد (۷، ۲۵). طبق مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۳) تأثیر استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی به‌عنوان راهکاری جهت ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان در مادران باردار مورد توجه ویژه قرار گیرد (۱).

براساس این مدل، افراد باید معتقد باشند به اینکه مستعد ابتلاء به بیماری یا شرایط خاصی بوده، وضعیت مورد نظر مهم و جدی بوده، مداخلت موفق برای این شرایط وجود دارد و توانایی غلبه بر موانع موجود را برای انجام اقدامات لازم برای ارتقاء سلامت خویش دارا هستند (۲).

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره منافع درک شده با متغیرهای سن و سطح سواد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. امامی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۵) بین منافع درک شده با تحصیلات ارتباط معنی‌داری مشاهده نکردند که علت این تفاوت می‌تواند ناشی از میزان سطح سواد در دو جمعیت مورد مطالعه باشد (۷). این‌طور به‌نظر می‌رسد که افراد با سن بالاتر به‌علت داشتن تجربه بیشتر و افراد باسواد بالاتر به‌علت داشتن آگاهی‌های کسب شده، درک بالاتری از منافع بهداشت دهان و دندان در دوره بارداری دارند.

طبق مطالعه کولین و همکاران (۲۰۰۰) عمل اشخاص به‌وسیله توازن یا عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می‌شود. افراد باید تأثیر عمل و جنبه بالقوه منفی عمل

استفاده نمی‌کنند (۱۴). بسیاری از مادران باردار اقدامات دندان‌پزشکی را برای خود و جنین مضر می‌دانند. مطالعه کاندان و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که ۴۵٪ زنان معتقدند که در دوران بارداری اقدامات دندان‌پزشکی نباید انجام گیرد (۲۳). علت این امر شاید ناشی از ترس زنان باردار و ایجاد مشکل برای جنین باشد. افزایش آگاهی زنان در این مورد ضروری می‌باشد (۲۴).

وجود پلاک دندانی از معیارهای مهم سلامت دهان است. در مطالعه حاضر شاخص پلاک در ۴۶٪ افراد متوسط بود همچنین نتایج مطالعه ارچیچ و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که ۷۹٪ شرکت‌کنندگان بیشتر از یک نقطه خونریزی حین BOP داشته‌اند که در محدوده متوسط قرار می‌گیرد (۲۲). طبق مطالعه کاظمی و همکاران (۲۰۱۶) نیز میانگین شاخص پلاک در زنان باردار، در محدوده التهاب متوسط قرار می‌گیرد (۲۵). این امر می‌تواند ناشی از اطلاعات ناکافی زنان باردار در مورد اهمیت و نحوه رعایت بهداشت دهان و مراقبت‌های ویژه دهان و دندان در دوران بارداری باشد. در این مطالعه بیشترین منبع اطلاعات، رادیو تلویزیون (۳۰/۲٪) و دندان‌پزشکان (۲۴/۵٪) بودند. با توجه به نقش مهم رادیو تلویزیون به‌عنوان یک رسانه همگانی توصیه می‌شود که از همکاری دندان‌پزشکان و متخصصین زنان با این رسانه در این امر بیشتر استفاده شود. همان‌طور که نتیجه مطالعه کریمی افشار و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که ارتباط حرفه‌ای نزدیک‌تر میان پزشکان زنان و دندان‌پزشکان در ارتقاء سلامت افراد نقش به‌سزایی دارد و تعاملات بیشتر میان این دو گروه بایستی در برنامه‌ها گنجانده شود تا به ارتقاء عملکرد ایشان منتهی گردد (۲۶).

در این مطالعه ۸۳/۳٪ افراد مشاوره دندان‌پزشکی قبل از بارداری نداشته‌اند. این امر بیانگر نداشتن اطلاعات لازم زنان باردار در مورد انجام درمان‌های لازم دندان‌پزشکی قبل از بارداری می‌باشد. در مطالعه هانس و همکاران (۲۰۱۹) نیز مشخص شد که درصد قابل توجهی از شرکت‌کنندگان از تأثیر سلامت دهان طی بارداری ناآگاه بودند (۱۴). به‌نظر می‌رسد معاینات مکرر

را برآورد کنند. تجزیه و تحلیل ناآگاهانه منافع منهای موانع ممکن است در جایی اتفاق بیفتد که افراد اثر عمل را در برابر موانع آن نظیر هزینه بالا، خطرناکی، نامطبوع بودن، ناراحت کننده، وقت‌گیر و دور از مکان اصلی بودن، ارزیابی نمایند (۶).

در مطالعه حاضر بین سطح سواد و ماه بارداری با نمره کسب شده از پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه ترابی و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند شاخص CPITN (نیازهای درمانی پرینودنتال جامعه) با سطح سواد و ماه فعلی بارداری ارتباط معنی‌داری دارد، مطابقت داشت (۱۸). شمسی و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند که DMFT در مادران باردار با سواد کمتر بیشتر بود (۱۱).

در مطالعه حاضر نوع بیمه با خودکارآمدی و شدت حساسیت درک شده ارتباط معنی‌داری داشت که علت این امر را می‌توان در پوشش خدمات دندان‌پزشکی متفاوت بیمه دانست. به‌عنوان مثال برخی از بیمه‌ها نظیر تأمین اجتماعی، خدمات دندان‌پزشکی نظیر ترمیم، جرم‌گیری و کشیدن را برای بیمه شدن این سازمان در مراکز خودشان، مجانی انجام می‌دهند. در مطالعه حاضر همچنین بین سن و حساسیت درک شده ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. افراد با سن کمتر، نمره بهتری کسب کرده بودند که علت را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که افراد با سن پایین‌تر نسبت به مشکلات پیش‌آمده احتمالی در نوزادان نگرانی بیشتری دارند.

در مطالعه حاضر در نیمی از افراد کاهش بوی بد دهان، از موارد مهم منافع درک شده بود. در مطالعه امامی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۵)، ۲۰٪ افراد این را مهم می‌دانستند و مهم‌ترین منافع ذکر شده توسط مادران، در امان ماندن از عوارض سوء و کاهش هزینه‌های اضافی بود (۷).

در مطالعه حاضر تولد زودتر از موقع نوزاد در ۵۳/۶٪ افراد، از مهم‌ترین عوامل شدت درک شده بود. با توجه به اثبات ارتباط بیماری‌های پرینودنتال با تولد زودرس نوزادان. بایستی در برنامه‌های بهداشتی، این موضوع

برای زنان باردار بیشتر مورد بحث قرار گیرد (۷، ۱۵، ۱۶، ۲۵).

مطالعه بحری و همکاران (۲۰۱۲) تأثیرات مثبت نگرش افراد براساس الگوی اعتقاد بهداشتی در طی بارداری بر افزایش سطح آگاهی، مثبت‌تر شدن نگرش و بهبود عملکرد کوتاه‌مدت زنان باردار در ارتباط با سلامت دهان و دندان را نشان داد. توجه به این نکته ضرورت عملکرد براساس این رویکرد را در برنامه‌های آموزشی مختص زنان باردار و سیاست‌گذاری‌های آموزشی پررنگ‌تر می‌کند (۱۰).

در مطالعه حاضر در حیطة موانع درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی، ۷/۲٪ افراد تهوع دوران بارداری را عامل نزدن مسواک ذکر کرده بودند، این در حالی است که ۲۵/۳٪ افراد در این تحقیق مسواک نمی‌زدند و یا گهگاهی از مسواک استفاده می‌کردند. در مطالعه بحری و همکاران (۲۰۱۲) نیز ارتباط سطح دانش و وضعیت بهداشت دهان و دندان با باورها و اعتقادات بهداشتی در زنان باردار پایین بود (۱۰). بنابراین، این‌طور به‌نظر می‌رسد که کسالت و تنبلی در بارداری می‌تواند عامل نزدن مسواک باشد.

افزایش مداخلات ارتقاء سلامت با تأکید بر الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتارهای خودمراقبتی و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت دهان و دندان مادران و بهبود کیفیت زندگی آنان و کودکانشان در نظر گرفته شود (۲۶، ۲۷).

با توجه به اطلاعات ناکافی و باورهای نادرست زنان باردار و همچنین اثبات تأثیر بیماری‌های دهان و دندان بر پیامدهای خطرناک بارداری، پیشنهاد می‌شود در واحدهای مشاوره بارداری، معاینه دندان‌پزشکی زیر نظر دندان‌پزشکان انجام گیرد و مشاوره‌های لازم داده شود و بر لزوم مشاوره‌های دندان‌پزشکی قبل از بارداری تأکید گردد. متخصصین زنان و زایمان و ماماها با دندان‌پزشکان در این راستا همکاری نزدیکی داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی درمانی بروشورهایی در مورد رعایت بهداشت دهان و دندان و انجام معالجات دندان‌پزشکی بدون خطر در

بهداشتی افراد در محدوده متوسط قرار دارد و در برخی آیت‌ها به‌خصوص حساسیت درک شده کمتر می‌باشد. این مسأله لزوم مشاوره‌های دندان پزشکی قبل از بارداری و همکاری متخصصین زنان و زایمان و ماماها با دندان‌پزشکان و وجود کلاس‌های آموزشی و برنامه‌های بهداشتی در مورد بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری را پررنگ‌تر می‌کند.

تشکر و قدردانی

طرح فوق با کد ۹۳۰۴۳۹ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان به ثبت رسیده است. بدین‌وسیله از تمام زنان باردار شرکت‌کننده در پژوهش و همکاری آنها و همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تشکر و قدردانی می‌شود.

دوران بارداری تهیه و در اختیار زنان باردار گذاشته شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به شرایط فیزیولوژیک دشوار دوران بارداری و تأثیر آن بر نحوه پاسخ‌دهی و همکاری افراد اشاره کرد که تا حد ممکن سعی شد تکمیل پرسشنامه در وضعیت مناسب جسمی و روحی شرکت‌کنندگان صورت گیرد.

در این مطالعه به تمامی ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و سنجش رفتار بهداشتی همراه با فاکتورهای مرتبط با بارداری از جمله مرده‌زایی و سقط و ... پرداخته شد که از نقاط قوت این مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

عملکرد بهداشتی و شاخص پلاک‌دندانی در زنان باردار در محدوده متوسط قرار دارد. نمره کلی الگوی اعتقاد

منابع

1. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S, Rafiee M, Zareban I, Karimy M. The effect of educational program on increasing oral health behavior among pregnant women: Applying health belief model. *Health Education and Health Promotion* 2013; 1(2):21-36.
2. Deghatipour M, Ghorbani Z, Ghanbari S, Arshi S, Ehdavivand F, Namdari M, et al. Oral health status in relation to socioeconomic and behavioral factors among pregnant women: a community-based cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2019; 19(1):117..
3. Xiao J, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings R, Network ND, Group C. Intergenerational Task: Helping Expectant Mothers Obtain Better Oral Health during Pregnancy. *Journal of the American Dental Association* (1939) 2019; 150(7):565-6.
4. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Shahbazi Sigaldehy S. A health belief model-based instrument for assessing factors affecting Oral health behavior during pregnancy. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2017; 19(8).
5. George A, Ajwani S, Bhole S, Dahlen HG, Reath J, Korda A, et al. Knowledge, attitude and practises of dentists towards oral health care during pregnancy: A cross sectional survey in New South Wales, Australia. *Australian dental journal* 2017; 62(3):301-10.
6. Colleen AR, Joseph SR, Susan RR, Wayne FV, James OP. Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education* 2000; 3(Special Issue):180-193.
7. Emami Moghadam Z, Aemmi SZ, Dadgar S, Sardar Abadi F. Improving the performance of pregnant women in oral and dental health based on the Health Belief Model. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(176):11-6.
8. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons; 2008.
9. Salari N, Farokhzadian J, Abazari F. Comparing health promotion behaviors of male and female high school students in Southeast of Iran. *International journal of adolescent medicine and health* 2017; 1(ahead-of-print).
10. Bahri Binabaj N, Bahri Binabaj N, Iliati HR, Salarvand S, Mansoorian MR. Assessment of DMFT index in pregnant women and its relationship with knowledge, attitude and health behaviors in terms of oral and dental cares (Mashhad-2009). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(3):15-21.
11. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. A survey of oral health care behavior in pregnant women of Arak: Application of health belief model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2012; 22(89):104-15.
12. Emami Moghadam Z, Ajami B, Behnam Vashani HR, Sardarabady F. Perceived benefits based on the health belief model in oral health related behaviors in pregnant women, Mashhad, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):21-7.
13. Kateeb E, Momany E. Dental caries experience and associated risk indicators among Palestinian pregnant women in the Jerusalem area: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2018; 18(1):1-8.
14. Hans M, Hans VM, Kahlon N, Ramavat PK, Gupta U, Das A. Oral health awareness and practices in pregnant females: A hospital-based observational study. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2019; 23(3):264-8.

15. Togoo RA, Al-Almai B, Al-Hamdi F, Huaylah SH, Althobati M, Alqarni S. Knowledge of pregnant women about pregnancy gingivitis and children oral health. *European journal of dentistry* 2019; 13(2):261.
16. Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MC. Dental care-seeking and information acquisition during pregnancy: a qualitative study. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16(14):2621.
17. Rahmani A, Hamanajm SA, Allahqoli L, Fallahi A. Factors affecting dental cleaning behaviour among pregnant women with gingivitis. *International journal of dental hygiene* 2019; 17(3):214-20.
18. Torabi M, Najafi GA, Maskani A. Evaluation of CPITN index in pregnant women Kerman 2001-2002. *Journal of Dental school shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2006; 24(1):33-39.
19. Kashetty M, Kumbhar S, Patil S, Patil P. Oral hygiene status, gingival status, periodontal status, and treatment needs among pregnant and nonpregnant women: A comparative study. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2018; 22(2):164-70.
20. Ahmadian-Yazdi A, Sanatkhani M. A descriptive survey of the oral health on a group of the Asian pregnant women resident in the UK. *Journal of Mashhad Dental School* 2003; 27(Issue):93-9.
21. Al-Swuailem AS, Al-Jamal FS, Helmi MF. Treatment perception and utilization of dental services during pregnancy among sampled women in Riyadh, Saudi Arabia. *The Saudi Journal for Dental Research* 2014; 5(2):123-9.
22. Erchick DJ, Rai B, Agrawal NK, Khatri SK, Katz J, LeClerq SC, et al. Oral hygiene, prevalence of gingivitis, and associated risk factors among pregnant women in Sarlahi District, Nepal. *BMC Oral Health* 2019; 19(1):1-1.
23. Kandan PM, Menaga V, Kumar RR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *JPMA-Journal of the Pakistan Medical Association* 2011; 61(10):1009-14.
24. Kabali TM, Mumghamba EG. Knowledge of periodontal diseases, oral hygiene practices, and self-reported periodontal problems among pregnant women and postnatal mothers attending reproductive and child health clinics in rural Zambia. *International journal of dentistry* 2018; 2018.
25. Hosein Kazemi H, Zeinal Zadeh M, Farsam F, Khafri S, Matloubi N. Pregnant women's self-report of oral health condition and its relation with oral clinical status. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(186):9-16.
26. Karimi Afshar M, Torabi M, Raeisi Afshar M, Deldar M. Oral health literacy and oral health behavior in pregnant women referring to health centers in south of Kerman province. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2020;23(3):39-49.
27. Navabi N, Najminouri F, Tavallaie M. Assessment of oral health literacy: A systematic review of validated worldwide versus Persian measures. *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology*. 2020 Jan 1;9(1):7-15.