

# بررسی میزان منافع درک شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در زنان باردار در شهر مشهد سال ۱۳۹۱

زهرا امامی مقدم<sup>۱\*</sup>، دکتر بهجت الملوک عجمی<sup>۲</sup>، حمیدرضا بهنام وشانی<sup>۳</sup>،

فاطمه سردارآبادی<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۵

## خلاصه

**مقدمه:** بهداشت مناسب دهان و دندان در دوران بارداری برای سلامت مادر و جنین ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین منافع درک شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در رابطه با رفتارهای مراقبت از دهان و دندان انجام شد. **روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۲۰ مادر باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. نمونه گیری به روش احتمالی چند مرحله ای (طبقه ای و خوشه ای) صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه منافع درک شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $25/96 \pm 3/68$  سال و سن بارداری آنان بین ۶ تا ۲۸ هفته بود. میانگین مدت بارداری افراد  $5/2 \pm 17/78$  هفته بود. سطح تحصیلات اکثر افراد (۵۳/۴۷٪) در حد دیپلم و میزان درآمد ۱۸۶ نفر (۸۴/۷۲٪) از افراد در حد کفاف بود. منافع درک شده افراد در حد متوسط و عملکرد آنان در زمینه مراقبت دهان و دندان در حد ضعیف بود. مهمترین منافع ذکر شده توسط مادران، در امان ماندن از عوارض سوء (۵۰٪)، کاهش هزینه های اضافی (۲۵٪)، کاهش بوی بد دهان (۲۰٪) و کمترین منافع، کاهش پوسیدگی دندان (۵٪) بود. بین منافع درک شده، سطح تحصیلات و عملکرد ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p=0/2$ ).

**نتیجه گیری:** میزان درک زنان باردار از منافع حاصل از رعایت بهداشت دهان و دندان در جامعه در حد متوسط است و با توجه به اینکه زنان مبتلا به عفونت لثه و دندان، ۷ برابر بیشتر در معرض خطر تولد نوزاد کم وزن می باشند؛ لذا نیاز به برنامه های آموزشی ویژه جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی و بهبود وضعیت پریدنتال زنان باردار در مراکز بهداشتی درمانی احساس می شود.

**کلمات کلیدی:** بهداشت دهان و دندان، زنان باردار، ادراک

\* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا امامی مقدم؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۲۸۵۱۱؛ پست الکترونیک: [emamiz@mums.ac.ir](mailto:emamiz@mums.ac.ir)

## مقدمه

بیماری های دهان و دندان، از جمله شایعترین بیماری هاست (۱). بیش از ۹۹ درصد افراد بشر به پوسیدگی دندان مبتلا هستند (۲) و افرادی محدودی را می توان یافت که در طول عمر خود دچار پوسیدگی دندان نشده باشند (۱). سازمان جهانی بهداشت، بهداشت دهان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته و بیان می دارد که بهداشت ضعیف دهان و دندان و بیماری های دهانی درمان نشده، می تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی داشته باشد (۳). بهداشت دهان و دندان، به تمام جنبه های سلامت و عملکرد دهان؛ به ویژه لثه و دندان ها اشاره دارد. عدم رعایت رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان بر تغذیه، صحبت کردن، کیفیت صدا و تکلم تأثیرگذار است. علاوه بر آن، برخی بیماری های مزمن مانند دیابت، بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های عروقی مغز و برخی خصوصیات روانی مانند تصویر ذهنی مثبت از خود و به تبع آن، سلامت روان با بهداشت دهان و دندان مرتبط است. لذا توجه به این مقوله، یکی از برنامه های سازمان جهانی بهداشت در حوزه جلوگیری از بیماری های مزمن و ارتقاء سلامت می باشد (۴، ۵). پوسیدگی دندان، یکی از شایع ترین بیماری های بشر است که تمام گروه های سنی و جنسی را تهدید می کند. اگر چه برخی گروه ها به لحاظ شرایط خاص فیزیولوژیکی، بیشتر از سایر گروه ها در برابر پوسیدگی دندان آسیب پذیرند (۶). در دوران بارداری، بیماری های پریدونتال به شکل های مختلفی از جمله ژنژیویت بارداری، تومور بارداری و التهاب دهان بارداری بروز می کند (۷). شیوع بیماری های پریدونتال بین ۳۵ تا ۱۰۰ درصد، تومور بارداری ۰/۲ تا ۹/۶ درصد، گرانولومای بارداری ۰ تا ۵ درصد و بیشتر در محل هایی مشاهده می شود که التهاب موضعی وجود داشته باشد. در دوران بارداری، لقی دندان ها، عمق و مایع لثه ای نیز افزایش می یابد (۸، ۹).

شرایط مساعدی را برای ایجاد بیماری های لثه و پوسیدگی دندان در مادران باردار فراهم می کند. از طرفی مراقبت های بهداشتی که در حالت عادی به سهولت انجام می شوند، در زنان باردار ممکن است با مشکل مواجه شود (۶).

بسیاری از مطالعات نشان داده اند که بیماری های پریدونتال در دوران بارداری، با پیامدهای نامطلوب پره ناتال از جمله پره اکلامپسی، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان، مرگ جنین و افزایش زمان بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان ارتباط دارد (۱۰، ۱۱). متأسفانه علی رغم اهمیت بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری، مطالعات نشان داده اند که مادران باردار، اطلاعات کافی و عملکرد مناسبی در این زمینه ندارند، از جمله در مطالعه حاجی کاظمی و همکاران (۲۰۰۵)، ۶/۵ درصد از مادران باردار آگاهی کافی، ۳۴/۴ درصد عملکرد مناسب و ۷۰ درصد آنان دارای نگرش منفی نسبت به مراقبت دهان و دندان بودند (۱۲)، سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی را نشان داده اند (۱۳، ۱۴). این در حالی است که بر اساس نتایج برخی دیگر از مطالعات، زنان بارداری که وضعیت بهداشت دهان و دندان خود را خوب یا خیلی خوب گزارش کرده بودند، دندان های پوسیده کمتر و شاخص پریدونتال پایین تری داشتند (۱۵). در مطالعه توماس و همکاران (۲۰۰۸) که در استرالیا انجام شد، بیش از ۵۰ درصد زنان باردار در طی بارداری اخیر خود توسط دندانپزشک ویزیت نشده بودند (۱۶). این آمار، گویای فرهنگ ضعیف بهداشت دهان و دندان در بین مادران باردار می باشد و لزوم اتخاذ راهکارهای مناسب را می طلبد. الگوی اعتقاد بهداشتی که در ابتدا به وسیله گروهی از روانشناسان در دهه ۱۹۵۰ ارائه شد؛ برای بررسی این موضوع بود که چرا عده ای از مردم، خدمات پیشگیری را به کار می گیرند و عده ای این رفتار را ندارند. فرض این محققین بر آن بود که مردم از بیماری ها می ترسند و به واسطه درجه ترس و انتظار کاهش ترس در نتیجه عمل به رفتارهای بهداشتی برانگیخته می شوند؛ به شرطی که کاهش احتمالی ترس مهمتر از موانع عملی و روانی آن

انصراف از ادامه همکاری در مطالعه بود. نمونه گیری به روش چند مرحله ای طبقه ای، خوشه ای و در دسترس انجام شد. چارچوب نمونه گیری پژوهش، مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بود. در مرحله اول مراکز سه گانه بهداشت شهرستان مشهد (مراکز بهداشت ۱، ۲ و ۳) هر کدام به عنوان یک طبقه و سپس مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش آنها لیست شدند. سپس متناسب با تعداد مراکز در هر ناحیه و نسبت جمعیت تحت پوشش هر مرکز، مجموعاً ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری به صورت قرعه کشی انتخاب و به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. به این ترتیب که یک خوشه از مرکز بهداشت شماره ۱، دو خوشه از مرکز بهداشت شماره ۲ و دو خوشه از مرکز بهداشت شماره ۳ انتخاب شد.

در این مطالعه، ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای محقق ساخته بود که بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و متشکل از دو بخش بود: بخش اول آن شامل اطلاعات فردی و بخش دوم آن شامل سازه منافع درک شده بود. سؤالات فردی پرسشنامه شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، هفته بارداری، وضعیت اقتصادی و وضعیت پوشش بیمه درمانی مادر بود. بخش مربوط به سازه منافع درک شده شامل ۱۲ سؤال (پرسش در خصوص فواید حاصل از انجام مراقبت از دهان و دندان و منافی شامل پیشگیری از اتلاف هزینه های اقتصادی زیاد و غیره) بود. سؤالات این بخش بر اساس طیف استاندارد ۴ گزینه ای لیکرت و از دامنه کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی شده بود و راهنماهای عمل که شامل دو سؤال بود. چک لیست عملکرد نیز شامل ۱۶ سؤال در زمینه های مختلفی نظیر نحوه مسواک زدن، نخ دندان کشیدن و مراجعه به دندانپزشک بود که مورد اول، با مشاهده مستقیم عملکرد مادر بر روی ماکت دهان و دندان و سایر عملکردهای مادر نیز به صورت خودگزارش دهی اندازه گیری و ثبت شد.

امتیازدهی پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت منافع درک شده، دامنه امتیاز هر سؤال بین ۲- تا ۲+ بود؛ به گونه ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز ۲-، مخالفم امتیاز ۱-، موافقم امتیاز ۱+ و کاملاً موافقم امتیاز ۲+ تعلق می گرفت. در مجموع، کل امتیاز این بخش بین

باشد (منافع خالص). سازه منافع درک شده برای بیشتر تئوری های رفتار بهداشتی معمول هستند و عنصر مرکزی در الگوی اعتقاد بهداشتی می باشند. در الگوی اعتقاد بهداشتی، چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش بینی شده غلبه کند؛ احتمال بروز رفتار کمتر می شود (۱۷). عمل اشخاص به وسیله توازن یا عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می شود. این مفهوم در الگوی ارزیابی شخص از منافع منهای موانع، عمل را ارائه می کند (منافع خالص) (۱۸). افراد باید تأثیر عمل و جنبه بالقوه منفی عمل 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، وقت گیر و دور از مکان اصلی بودن، ارزیابی نمایند (۱۹).

با توجه به اینکه رفتارهای بهداشتی مادران در دوران بارداری به علت تغییر در شرایط فیزیولوژیک و تغییرات هورمونی و جسمی مادران در این دوران و کسالت مانع از رعایت رفتار بهداشتی دهان و دندان در مادران باردار می شود و همچنین با توجه به اینکه میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در خصوص مراقبت های بهداشتی دهان و دندان در شهرستان مشهد چندان رضایت بخش نیست، مطالعه حاضر با هدف تعیین منافع درک شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در امر مراقبت از دهان و دندان در زنان باردار انجام شد تا گامی در جهت ارتقاء سلامت نوزاد باشد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۲۰ مادر باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: باردار بودن، سکونت در شهر مشهد، سن بارداری بین ۲۸-۶ هفته، دارای حداقل سواد پنجم ابتدایی (به علت اینکه قادر به فهم سؤالات باشند)، بارداری خواسته و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: اشتغال در حرفه های مرتبط با دندانپزشکی، عدم تکمیل پرسشنامه ها به طور کامل و یا

### یافته ها

میانگین سنی مادران باردار مورد مطالعه  $25/9 \pm 3/6$  سال و میانگین مدت زمان بارداری آنان  $37/7 \pm 5/2$  هفته بود. ۲۰ نفر (۹/۰۴٪) از واحدهای پژوهش دارای مدرک تحصیلی پنجم ابتدایی، ۲۷ نفر (۱۲/۵٪) مدرک متوسطه، ۱۱۸ نفر (۵۳/۴٪) مدرک دیپلم، ۱۷ نفر (۷/۶٪) مدرک فوق دیپلم و ۳۸ نفر (۱۷/۳٪) مدرک کارشناسی داشتند. درآمد ۱۸۶ نفر (۸۴/۷٪) از افراد در حد کفاف بود. ۱۵۹ نفر (۷۲/۲٪) از واحدهای پژوهش تحت پوشش بیمه بودند. ۱۱ نفر (۴/۸٪) از افراد مورد مطالعه شاغل و ۲۰۹ نفر (۹۵/۱٪) خانه دار بودند. ۱۹۳ نفر (۸۷/۵٪) از افراد مراجعه به دندانپزشک نداشتند. اکثر مادران (۴۷/۵٪) برخی روزها مسواک می زدند و ۱۰۴ نفر (۴۷/۵٪) یک بار در هفته از نخ دندان استفاده می کردند. منافع درک شده مادران در حد متوسط بود. مهمترین منافع ذکر شده توسط مادران، در امان ماندن از عوارض سوء آن (شامل تولد نوزاد نارس، کم وزنی نوزاد، بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه و پره اکلامپسی مادر) (۵۰٪)، کاهش بوی بد دهان (۲۰٪) و کمترین منافع، کاهش پوسیدگی دندان (۵٪) بود.

۲۴- تا ۲۴+ بود. راهنماهای عمل به صورت توزیع فراوانی محاسبه شد. در قسمت چک لیست عملکرد نیز به هر یک از رفتارهای صحیح، امتیاز یک و به رفتار غلط، امتیاز صفر تعلق می گرفت. روایی ابزار گردآوری داده ها از طریق روایی محتوا و با استفاده از بررسی متون گسترده و نظرسنجی از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی، اساتید آموزش بهداشت و متخصصین دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی انجام شد و پس از رفع ابهامات، نسخه نهایی آن طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز از طریق آزمون مجدد و برابر با ۰/۸۴ بود. پایایی چک لیست عملکرد نیز با ضریب توافقی ۰/۹۱ به دست آمد.

در این مطالعه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و مراکز بهداشت شهرستان مشهد و توجیه مادران مورد مطالعه و کسب نظر موافق آن ها، اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح برای واحدها بازگو شد و رضایت نامه کتبی از آنان گرفته شد و به واحدها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- میانگین متغیرهای آگاهی، منافع و عملکرد نسبت به مراقبت از دهان و دندان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
منافع درک شده	۲۲/۸-	۱۴/۹
عملکرد	۷/۹	۳/۶
آگاهی	۷/۹	۳/۲

زنان باردار مورد مطالعه، مربی بهداشت و کتاب بود. بنابراین مربی بهداشت، نقش بسزایی در ارتقاء مراقبت دهان و دندان دارد و با توجه به جدول (۳)، مهمترین راهنمای داخلی ذکر شده، علاقه به سلامتی دهان و دندان و هزینه های گران دندانپزشکی بود.

بر اساس نتایج مطالعه، بین منافع درک شده و عملکرد ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $I=0/2, p=0/06$ ). همچنین بین منافع درک شده با سطح تحصیلات افراد، ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p=0/1$ ). در این مطالعه با توجه به جدول (۲)، بیشترین منبع کسب اطلاعات

جدول ۲- توزیع فراوانی منابع کسب اطلاعات در زنان باردار مورد مطالعه

انواع منبع کسب اطلاعات	تعداد (درصد)
مری بهداشت و خانواده	۳۴ (۱۵)
کتاب و مجله	۳۳ (۱۵)
تلویزیون و خانواده	۶ (۳)
مری بهداشت و کتاب	۹۲ (۴۲)
تلویزیون و مری بهداشت	۵۵ (۲۵)

جدول ۳- توزیع فراوانی راهنمای عمل داخلی زنان باردار مورد مطالعه

راهنمای عمل داخلی	تعداد (درصد)
ترس از ابتلاء به عوارض ناشی از عدم مراقبت از دهان و دندان	۴۹ (۲۲)
علاقه خانواده ام به سلامتی دهان و دندانم	۶۱ (۲۷)
ترس از هزینه های گران دندانپزشکی	۶۱ (۲۷)
تجربه شخصی که از پوسیدگی دندان و بیماری لثه داشته ام	۹ (۵)
دیدن افرادی که در اثر توجه نکردن به سلامت دهان و دندان بی دندان شده اند.	۳۴ (۱۵)
سایر موارد	۶ (۲)

## بحث

در این مطالعه، مادران باردار از وضعیت مناسبی در زمینه انجام مراقبت های بهداشت دهان و دندان برخوردار نبودند که با نتایج مطالعات مختلف در داخل و خارج از کشور و در گروه های مختلف جمعیتی از جمله مادران، دانش آموزان و بزرگسالان همسو می باشد (۲۳-۲۰). در مطالعه حاضر، عملکرد مادران باردار مورد مطالعه در حد ضعیف بود. یکی از عوامل تأثیرگذار در این زمینه، تغییر در شرایط فیزیولوژیک و تغییرات هورمونی و جسمی مادران در این دوران است که کسالت، مانع از رعایت رفتار بهداشتی دهان و دندان در مادران باردار می شود. در مطالعه احمدیان و همکار (۲۰۰۴) که به بررسی بهداشت و سلامت دهان و دندان در دوران بارداری در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان پرداخت، زنان باردار، از رفتارهای بهداشتی دهان ضعیفی برخوردار بودند؛ به گونه ای که حدود ۷۲ درصد از آنان رژیم غذایی خود را در زمان بارداری در مقایسه با قبل از آن تغییر داده بودند، حدود ۶۳ درصد از آنان مصرف مواد قندی را افزایش داده بودند، ۶۵ درصد تنها یک بار در روز مسواک می زدند و بیش از نیمی از آنها به هنگام مسواک زدن، دچار خونریزی لثه می شدند (۲۴). مطالعات مشابه بر روی مادران باردار تهران و دیگر

مناطق دنیا نشان داد که عملکرد بهداشتی دهان و دندان مادران وضعیت مطلوبی ندارد (۲۵-۲۷). همچنین در مطالعه حاضر، بین منافع درک شده و عملکرد ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۲)، بین عملکرد و منافع درک شده ارتباط مستقیمی وجود داشت (۶). در مطالعه حاضر بین منافع درک شده با سطح تحصیلات ارتباط معنی داری مشاهده نشد که این امر می تواند ناشی از این باشد که اکثر واحدهای پژوهش، تحصیلات دیپلم داشتند. اکثر مادران (۴۷/۵٪)، برخی روزها مسواک می زدند و ۴۷/۵ درصد از آنان، یک بار در هفته از نخ دندان استفاده می کردند. در مطالعه یولاندا و همکاران (۲۰۱۱) در اسپانیا، اکثر زنان باردار (۸۴٪) ۲ یا ۳ بار در روز مسواک می زدند و یک سوم (۳۰/۹٪) آنها، به صورت روزانه از دهان شویه استفاده می کردند (۱۵). در مطالعه حاضر، وضع زنان باردار از نظر استفاده روزانه از مسواک مناسب نبود. به نظر می رسد دلیل این امر به خاطر عدم آگاهی زنان باردار از عوارض سوء آن و منافع حاصل از آن باشد. وضع زنان باردار مورد مطالعه از نظر مراجعه به دندانپزشک نیز مطلوب نبود. در مطالعه هالا و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی زنان مهاجر در شمال لندن انجام

شد، فقط ۳۶ درصد از زنان به طور منظم به دندانپزشک مراجعه می کردند (۲۸).

در مطالعه حاضر بین منافع درک شده و عملکرد ارتباط معنی داری مشاهده نشد که نشان می دهد علی رغم سطح خوب منافع درک شده مادران از مراقبت دهان و دندان؛ اما هنوز موانع انجام این رفتارها آنقدر زیاد است که می تواند جلوی انجام این رفتارها را بگیرد. منافع انجام رفتارها و موانع آن در انجام رفتارهای مورد نظر تأثیرگذار می باشند. در این راستا، باید به آموزش منافع مراقبت از دهان و دندان پرداخت و همزمان باید موانعی را که در راه انجام مراقبت از دهان و دندان وجود دارد؛ برطرف کرد و یا آنها را به حداقل رساند. از جمله محدودیت های این مطالعه، استفاده از ابزار خودگزارش دهی جهت گردآوری بخشی از داده ها در حیطه های نگرشی مادران بود.

## نتیجه گیری

میزان درک زنان باردار از منافع حاصل از رعایت بهداشت دهان و دندان در جامعه در حد متوسط است و با توجه به اینکه زنان مبتلا به عفونت لثه و دندان، ۷ برابر بیشتر در معرض خطر تولد نوزاد کم وزن می باشند؛ لذا نیاز به برنامه های آموزشی ویژه جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی و بهبود وضعیت پریدنتال زنان باردار در مراکز بهداشتی درمانی احساس می شود.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به لحاظ تصویب و تأمین مالی این طرح در قالب پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد و همچنین از مرکز بهداشت استان و دندانپزشک و کلیه مادران شرکت کننده در مطالعه تقدیر و تشکر می شود.

## منابع

1. Mazlumi MS, Ruhani TN. The study of factors related to oral self-care with Health Belief Model in Yazds' high school students. Journal of Birjand University of Medical Sciences 1999; 3: 40-48. [In Persian]
2. Mehri A, Morowatisharifabad M. Utilizing the Health Promotion Model to predict oral health behaviors in the students of Islamic Azad University of Sabzevar 2008. Journal of Dental Medicine 2009; 22(1): 81-87. [In Persian].
3. Torabi M, Karimi Afshar SA, Sheyghzadeh A, Karimi Afshar M. Appraisal of DMET in Kerman adults aged 35 to 44. Journal of Dental Isfahan 2009; 2: 93-98. [In Persian]
4. Khosravi M, Farokhi R, Haji Ahm adi M, Servati Z. Knowledge , attitude and practice of oral and dental health care for the population 20-40years Babol city. Journal of Babol University of Medical Sciences. (1995) ; 3:60-64. [In Persian]
5. Badri Gargari R, Salek Hadadian N. The role of self-efficacy and factors of health belief model in dental patient's brushing and flossing. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty, 2011; 9 (3) :130-138. [In Persian].
6. Shamsi M, Hidarnia AL, Niknami Sh . The Survey of Oral Health in Women with Pregnancy in Arak City Apply Health Belief Model. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012; 22(89): 104-115 . [In Persian]
7. Newman MG, Takei HH, Carranza FA, Klokkevold PR. Carranza's clinical periodontology .10th ed. Philadelphia: WB Saunders. 2006. P.228-250.
8. Torabi M, Najafi G, 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. [In Persian]
9. Silk H. Oral health during pregnancy. American Family Physician , 2008; 77:1139-1144.
10. Offenbacher S, Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CM, et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. Ann Periodontol 2001; 6(1): 164-74.
11. Bahri N, Iliati H. R, Bahri N , Sajjadi M, Boloochi T. Effects of Oral and Dental Health Education Program on Knowledge, Attitude and Short-Time Practice of Pregnant Women (Mashhad-Iran). Journal of Dental Mashad University of Medical Sciences . 2012; 36(1): 1-12. [In Persian]
12. Haji-kazemy E, Mohseni SH, Oskuie SF, Haghani H. The association between knowledge, attitude and performance in pregnant women toward dental hygiene during pregnancy. Iran J Nurs 2005, 18(43):31-38
13. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. Int J Dent Hyg 2009 May; 7(2):102-7
14. Agbelusi GA, Akinwande JA, Shutti YO. Oral health status and treatment needs of pregnant women in LagosState. Niger Postgrad Med J 2000 Sep;7(3):96-100

15. Martinez-Beneyto Y, Vera-Delgado MV, Perez L, Maurandi A. Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *Int J Gynaecol Obstet* 2011 Jul;114(1):18-22
16. Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: A postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008; 21(8): 13.
17. James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 Jun;11(6):529-34.
18. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in nursing practice.* 4th. New Jersey: Prentice Hall. 2001; p: 37.
19. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice.* 4th. San Francisco: Jossey Bass. 2008; pp:45-65.
20. Bogges KA, Edelstein BL. Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health. *Maternal and Child Health Journal* 10(1): 169-174.
21. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh MR. Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, Journal of Zahedan University of Medical Sciences (Tabib-eshargh)* 2010; 12(4): 43-48.
22. Balali MF, Mahmoodi M, Hasani M. Knowledge, Attitude and Practice of Health Workers Working in the Southern Cities of Kerman Province about Oral and Dental Health in 2009. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2011; 10(1): 69-74 (Persian).
23. Esmail M, Jamaloddin B, Ghasem A. Evaluation of Oral Health in Primary School Children in Saveh. *Iran. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery* 2011; 8(19): 74-80.
24. Ahmadian Y, Sanathhani M. A Descriptive survey of the oral health on a group of the asian pregnant women resident in the UK. *J Mashhad Dent Sch* 2004; 27(3-4): 93-99 (Persian).
25. Hajkazemi E, Oskouie F, Mohseny S, Nikpour S, Haghany H. The Relationship between Knowledge, Attitude, and Practice of Pregnant Women about Oral and Dental Care. *European Journal of Scientific Research* 2008; 24(4): 556-562.
26. Mona T, Lidon R, Paulo K. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *American Journal of Public Health* 2004; 94(21): 765
27. Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, et al. factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2005; 32(2): 815.
28. Hullah E, . Turok Y, . Nauta M,. Yoong W. Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in a sample of immigrant women in North London. *Arch Gynecol Obstet* (2008) 277:405–409.