

Exploring the Relationship between Parental Oral Health Literacy and Children's Oral Health Status: A Cross-sectional study in an Iranian Population

Zahra Khoshkharam¹, Elham Charoghchian Khorasani^{2, 3*}

¹MSc Student of Health Education and Promotion, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

²Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 28 May, Accepted: 19 August 2024

Background: Parents play a significant role in determining children's oral health behaviors. Oral health literacy (OHL) refers to one's ability in understanding and employing oral health information in order to maintain good oral health. The aim of this study was to explore the relationship between parental OHL and children's oral health status.

Methods and Materials: This descriptive-analytical cross-sectional study included female students attending a private school in Mashhad, Iran. This school was selected according to availability sampling. Students and their parents were invited to participate in this study and were enrolled using a census-based sampling method. Parents were asked to complete the oral health literacy standard questionnaire and their daughter's DMFT or dmft index was measured by an oral hygienist. Parents' demographic and social information were also recorded. The data was analyzed using SPSS version 26.00 statistical software. P-value<0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 632 children participated in this study. Parents showed an average OHL score of 18.85 ± 2.88 . The average DMFT index of students was 2.04 ± 2.27 . There was a negative and statistically significant relationship between parent level of OHL and children's DMFT index as well as the number of decayed permanent teeth ($P=0.020$ and $P=0.026$, respectively). There was a positive and statistically significant correlation between parental OHL and the number of primary teeth with fillings ($P=0.019$). Family income was the only social factor that was significantly associated with the child's DMFT index ($P<0.05$). There was a significant correlation between parents' age, gender, educational degree, and occupation and their level of OHL ($P<0.05$ for all).

Conclusion: The results of this study showed that promoting parental oral health can influence students' DMFT index. Therefore, developing interventions that can ameliorate parents' level of oral health literacy can improve the oral health outcomes of students.

Keywords: Dental caries; health literacy; oral health; parents

Corresponding Author: Charoghchiane@mums.ac.ir

➤ **Please cite this paper as:** Khoshkharam Z, Charoghchian Khorasani E. Exploring the relationship between parental oral health literacy and children's oral health status: A cross-sectional study in an Iranian population. *J Mashhad Dent Sch* 2024; 48(3):715-23.

➤ **DOI:** [10.22038/jmds.2024.80203.2377](https://doi.org/10.22038/jmds.2024.80203.2377)



بررسی ارتباط بین سواد سلامت دهان والدین و وضعیت سلامت دهان کودکان: یک مطالعه مقطعی در یک جمعیت ایرانی

زهرا خوشخرام^۱، الهام چارچیان خراسانی^{۲*} و^۳

^۱دانشجوی کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۳/۳/۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۲۹

چکیده

مقدمه: سلامت دهان در سلامت کلی انسان نقش مهمی دارد. این مطالعه با هدف تعیین سواد سلامت دهان والدین و ارتباط آن با شاخص DMFT در دانش آموزان دختری از مدارس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ انجام شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در یکی از مدارس دخترانه شهر مشهد انجام گردید. مدرسه به صورت در دسترس انتخاب شد و تمامی والدین و دانش آموزان مدرسه بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ۶۲۳ دانش آموز به همراه والدینشان در این مطالعه شرکت کردند. والدین پرسشنامه استاندارد سواد سلامت دهان را تکمیل کردند و شاخص DMFT دانش آموزان، توسط بهداشتکار دهان و دندان سنجیده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سواد سلامت دهان والدین، $18/85 \pm 2/88$ و میانگین شاخص DMFT دانش آموزان، $2/04 \pm 2/27$ بود. نتایج آماری، ارتباط آماری منفی و معنی داری را بین سواد سلامت دهان والدین با شاخص $(P=0/020)$ DMFT و تعداد دندانهای پوسیده دائمی دانش آموزان نشان داد ($P=0/026$) از بین اطلاعات دموگرافیک بررسی شده، تنها عاملی که با شاخص DMFT در ارتباط بود، درآمد خانواده بود ($P=0/027$). سن، جنس، تحصیلات، نسبت و شغل نیز با سواد سلامت دهان والدین در ارتباط بود ($P=0/05$)

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که ارتقای سواد سلامت دهان والدین می تواند بر روی شاخص DMFT دانش آموزان تاثیر بگذارد. بنابراین به منظور بهبود شاخص DMFT در دانش آموزان باید مداخلاتی برای ارتقای سواد سلامت دهان والدین انجام داد.

کلمات کلیدی: پوسیدگی، سواد سلامت، سلامت دهان، والدین

مقدمه

بر عهده دارند.^(۱۰) یکی از شاخصهایی که برای وضعیت دندانها ثبت می شود، شاخص DMFT است که عبارت است از تعداد دندانهای پوسیده، از دست رفته و پر شده در اثر پوسیدگی دندان.^(۱۱) شاخص DMFT برای ارزیابی و پایش وضعیت سلامت دهان در یک جامعه استفاده می شود و ابزار ارزشمندی برای تعیین شیوع و شدت پوسیدگی دندان است که می تواند در برنامه ریزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه و راهبردهای درمانی کمک کند.^(۱۲) Shayesteh و همکاران^(۱۳) در مطالعه ای نشان دادند که سواد سلامت دهان با شاخص DMFT رابطه معکوس داشت، اما نتایج یک مرور نظام مند نشان داد که ارتباط بین سواد سلامت دهان و وضعیت دهان براساس شواهد مطالعاتی قطعی نیست، چرا که نتایج مطالعات ضد و نقیض است.^(۱۴)

نقش والدین در شرایط دهان و دندان فرزندان حائز اهمیت است. همانطور که کودک رفتار و عملکردهای زندگی خود را از والدین می آموزد، رعایت بهداشت دهان و دندان خود را نیز می تواند از پدر و مادر بیاموزد.^(۱۵، ۱۶)

لذا باتوجه به اهمیت سواد سلامت دهان و نقش والدین در این خصوص، این مطالعه با هدف تعیین سواد سلامت دهان والدین و ارتباط آن با شاخص DMFT در دانش آموزان دختر یکی از مدارس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها

این پژوهش، با کد اخلاق IR.MUMS.FHMPM.REC.1402.213 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است. این مطالعه یک مطالعه مقطعی، از نوع

دهان و دندان ها و سلامت آن ها برای سلامت کلی بدن مهم است. سلامت دهان و دندان برای جویدن، هضم و گفتار مناسب ضروری است.^(۱) همچنین به ظاهر و اعتماد به نفس فرد کمک می کند. حفظ دندان ها و لثه های سالم می تواند از بوی بد دهان، پوسیدگی دندان و بیماری لثه جلوگیری کند.^(۲)

مطالعه بار جهانی بیماری^۱ (GBD)، بارها نشان داده است که سلامت دهان و دندان نادیده گرفته شده ترین چالش در سلامت جمعیت در سراسر جهان است.^(۳) بیماری های دهان و دندان بار سلامتی زیادی را برای بسیاری از کشورها ایجاد می کند.^(۴) در ایران نیز، بیماری های دهان و دندان بار قابل توجهی را نشان می دهند.^(۵) اگر چه شواهد حاکی از این است که اهمیت بیشتری نسبت به گذشته، به سلامت دهان و دندان در ایران داده می شود.^(۶)

سواد سلامت دهان یک جنبه مهم از سواد سلامت عمومی است^(۷) که با تکیه بر درک گسترده تر از سواد سلامت عبارت است از: « ظرفیت افراد برای به دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات اولیه سلامت دهان و خدمات مورد نیاز برای اتخاذ تصمیمات سلامتی مناسب».^(۸) بهبود سواد سلامت دهان از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا ارتباط نزدیکی با وضعیت سلامت دهان، بی توجهی به دندان و رفتارهای بهداشت دهان و دندان دارد.^(۹، ۴)

پیشگیری از مشکلات دهان و دندان و درمان، از سنین پایین حائز اهمیت است. خود کودک، خانواده و بهداشتکاران دهان و دندان و دندانپزشک این مسئولیت را

¹ Global Burden of Disease

دو پرسشنامه در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت که عبارت بودند از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل موارد سن، نسبت با دانش آموز، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سطح درآمد خانواده، تعداد فرزندان و شغل و پرسشنامه سواد سلامت دهان که توسط Sabaghinejad و همکاران^(۱۷) طراحی شده و شامل ۲۳ سوال بود که سوالات این پرسشنامه به صورت پاسخ های صحیح و غلط با ۱ و ۰ تنظیم شد، که حداقل نمره ۰ و حداکثر ۲۳ بود. این ابزار از نظر روایی صوری، اعتبار محتوا و روایی سازه معتبر است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه Sabaghinejad و همکاران^(۱۷) در مجموع ۰/۷۶۸ بدست آمده است. سپس پرسشنامه ها در اختیار نمونه های مورد پژوهش قرار داده شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت و انصراف در مطالعه در هر مرحله از تحقیق به آنان اطمینان خاطر داده شد. سپس داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و آزمون های ناپارامتری یو-من-وینتی، ویلکاکسون، کروسکال-والیس، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

از بین ۹۰۰ دانش آموز این مدرسه که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند، ۶۲۳ نفر رضایت به انجام مطالعه داشتند و در مطالعه شرکت کردند، یعنی میزان همکاری دانش آموزان ۶۹/۲۳ درصد بود. اطلاعات دموگرافیک و ارتباط آنها با سواد سلامت دهان و شاخص DMFT در جدول ۱ نشان داده شده است. البته در بعضی از اطلاعات دموگرافیک، داده های از دست رفته وجود داشت که در هنگام جمع آوری داده، دقت لازم انجام نشده بود. چنانچه نتایج نشان می دهد، تنها عامل دموگرافیکی که

توصیفی-تحلیلی بود که در یکی از مدارس ناحیه ی یک مشهد با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. روش اجرای طرح بدین صورت بود که بعد از اخذ مجوزهای لازم، به یکی از مدارس شهر مشهد که مدرسه ای واقع در کوی راه آهن مشهد، خیابان شهید هاشمی نژاد بود، مراجعه شد و تمامی دانش آموزان این مدرسه بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ۹۰۰ دانش آموز دختر در دوره اول و دوم این مدرسه مشغول به تحصیل بودند، که دعوت به شرکت در مطالعه شدند و از این تعداد، ۶۲۳ دانش آموز به همراه والدینشان وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دانش آموز مدرسه تربیت شهر مشهد باشد و رضایت به شرکت در مطالعه داشته باشد. برای شرکت در طرح، ابتدا فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی و پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و سواد سلامت دهان توسط والدین تکمیل شد. روش تکمیل بدین صورت بود که پرسشنامه ها به دانش آموزان داده شد تا برای والدین خود جهت تکمیل ببرند. بعد از بازگشت پرسشنامه ها و اعلام رضایت والدین، وضعیت دهان و دندان دانش آموزان دختر با محاسبه شاخص DMFT بررسی گردید.

روش محاسبه شاخص DMFT، بدین صورت بود که بهداشتکار دهان و دندان با تجربه در مدرسه مستقر شد و دندانهای دانش آموزان را مورد ارزیابی قرار داد. شاخص DMFT، نمایانگر تعداد دندانهای پوسیده، افتاده و پر شده است که محاسبه گردید. سپس دندانهای پوسیده دانش آموزانی که نیاز به درمان و مراجعه به دندانپزشک داشتند، بر روی تصویر فک بالا و پایین حفره دهان علامت زده شده و به والدین برگشت داده شد تا پیگیری درمان توسط مراقب سلامت انجام گیرد.

معنی داری با سواد سلامت دهان داشتند، عبارت بودند از سن، تحصیلات، نسبت و شغل ($p < 0.05$).

با شاخص DMFT ارتباط آماری معنی دار داشت، سطح درآمد خانواده بود ($P = 0.027$) و عواملی که ارتباط آماری

جدول ۱: ارتباط بین اطلاعات دموگرافیک با سواد سلامت دهان و شاخص DMFT

p-value	شاخص DMFT		p-value	سواد سلامت دهان		درصد	تعداد	اطلاعات دموگرافیک	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین				
۰/۴۶۴*	۲/۳۱۳	۲/۰۳	۰/۰۰۴*	۲/۷۵۵	۱۹/۰۳	۸۲/۲	۵۱۲	مادر	نسبت دانش آموز
	۲/۱۱۵	۲/۱۳		۳/۲۴۵	۱۸/۰۷	۱۶/۱	۱۰۰	پدر	
۰/۲۶۳*	۲/۳۲۴	۲/۰۹	۰/۰۶۶*	۲/۶۸۹	۱۹/۰۱	۹۲/۰	۵۷۳	متاهل	وضعیت تاهل
	۱/۳۶۳	۲/۱۸۶		۴/۴۲۵	۱۷/۶۷	۵/۶	۳۵	مجرد(مطلقه، بیوه)	
۰/۲۸۳**	-	۹/۰۰	<۰/۰۰۱**	-	۱۵/۰۰	۰/۲	۱	بدون سواد	سطح تحصیلات
	۱/۱۸۱	۱/۳۷		۳/۳۲۵	۱۷/۴۸	۵/۰	۳۱	ابتدایی	
	۳/۰۹۳	۳/۱۳		۲/۶۵۵	۱۷/۹۱	۵/۵	۳۴	راهنمایی	
	۲/۳۱۵	۱/۸۳		۲/۷۶۹	۱۷/۱۵	۶/۴	۴۰	دبیرستان	
	۲/۰۸۲	۱/۹۴		۲/۷۴۸	۱۹/۱۰	۴۴/۸	۲۷۹	دیپلم	
	۲/۳۹۷	۲/۲۳		۲/۸۹۵	۱۹/۱۵	۹/۱	۵۷	فوق دیپلم	
	۲/۴۸۷	۲/۰۵		۲/۵۲۰	۱۹/۴۴	۲۱/۸	۱۳۶	لیسانس	
	۱/۶۰۷	۱/۷۶		۲/۴۶۷	۱۹/۶۴	۴/۵	۲۸	فوق لیسانس	
۰/۰۲۷**	۳/۰۳۳	۲/۸۰	۰/۳۲۱**	۳/۳۰۹	۱۷/۵۷	۱/۱	۷	دکتر	سطح درآمد
	۲/۱۳۱	۲/۴۳		۳/۴۸۷	۱۸/۳۳	۱۵/۹	۹۹	خوب	
	۲/۲۹۴	۲/۰۱		۲/۷۵۱	۱۸/۹۷	۷۲/۷	۴۵۳	متوسط	
۰/۶۷۳**	۲/۵۳۱	۱/۸۷	۰/۰۷۰**	۲/۶۴۶	۱۸/۷۶	۸/۰	۵۰	ضعیف	تعداد فرزندان
	۲/۱۶۵	۲/۰۲		۲/۸۶۳	۱۹/۱۹	۸/۳	۵۲	۱ فرزند	
	۲/۴۳۹	۲/۰۸		۲/۹۱۰	۱۸/۹۴	۴۶/۵	۲۹۰	۲ فرزند	
	۲/۰۶۴	۱/۹۳		۲/۷۸۵	۱۸/۹۵	۲۹/۵	۱۸۴	۳ فرزند	
۰/۴۴۷**	۲/۲۸۵	۲/۳۲	<۰/۰۰۱**	۲/۸۶۷	۱۸/۱۸	۱۳/۳	۸۳	۴ فرزند و بیشتر	شغل
	۲/۳۴۸	۲/۰۹		۲/۷۶۵	۱۹/۰۰	۷۰/۹	۴۴۲	خانه دار	
	۲/۲۰۰	۱/۸۴		۱/۹۴۳	۱۹/۹۴	۸/۲	۵۱	کارمند	
	۰/۹۷۵	۱/۴۲		۲/۳۹۷	۱۹/۶۶	۱/۴	۹	بازنشسته	
	۲/۰۶۸	۲/۰۷		۳/۴۴۴	۱۷/۳۶	۱۰/۴	۶۵	آزاد	
	۱/۳۶۱	۱/۶۳		۲/۲۷۸	۱۸/۷۶	۲/۱	۱۳	کارگر	
۰/۹۶۹**	۳/۲۱۴	۵/۳۳	۰/۰۰۱**	۶/۲۴۵	۱۴/۰۰	۰/۵	۳	بیکار	سن
	۲/۵۶۱	۲/۱۸		۲/۹۷۶	۱۸/۱۱	۱۱/۶	۷۲	۲۰ تا ۳۰ سال	
	۲/۲۸۹	۲/۰۵		۲/۵۸۷	۱۹/۲۸	۵۴/۴	۳۳۹	۳۱ تا ۴۰ سال	
	۲/۲۶۸	۲/۰۷		۳/۰۰۴	۱۸/۵۳	۲۷/۴	۱۷۱	۴۱-۵۰ سال	
	۱/۳۰۲	۱/۵۳		۳/۸۴۸	۱۷/۴۲	۳/۰	۱۹	۵۱-۶۰ سال	

*آزمون یو-من-ویتنی، آزمون ویلکاکسون

**آزمون کروسکال-والیس

جدول ۲: میزان متغیرهای (d,m,f,t) و DMFT (D,M,F,T) و ارتباط آن با سواد سلامت دهان و دندان

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین \pm انحراف معیار	ضریب همبستگی	p-value*
d	۰/۰۰	۱۴/۰۰	۲/۳۲ \pm ۲/۶۹	-۰/۰۵۱	۰/۲۳۳
D	۰/۰۰	۸/۰۰	۱/۴۳ \pm ۱/۵۳	-۰/۰۹۲	۰/۰۲۶
m	۰/۰۰	۶/۰۰	۰/۴۹ \pm ۰/۹۱	-۰/۰۰۲	۰/۹۶۵
M	۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۳ \pm ۰/۴۰	-۰/۰۱۴	۰/۷۵۱
f	۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۴۰ \pm ۱/۰۷	۰/۰۹۹	۰/۰۹۱
F	۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۶۸ \pm ۱/۶۹	-۰/۰۱۷	۰/۶۸۸
dmft	۰/۰۰	۱۴/۰۰	۳/۱۲ \pm ۲/۸۳	-۰/۰۲۸	۰/۵۰۸
DMFT	۰/۰۰	۱۸/۰۰	۲/۰۹ \pm ۲/۲۲	-۰/۰۹۵	۰/۰۲۰

*آزمون همبستگی اسپیرمن

از مدارس شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که بین سواد سلامت دهان والدین با شاخص DMFT دانش آموزان دختر ارتباط آماری منفی و معنی داری وجود دارد. یعنی با افزایش سواد سلامت دهان والدین، شاخص DMFT در دانش آموزان کاهش می یافت. نتایج مطالعه Yazdani و همکاران^(۱۸) نیز ارتباط خطی معنی داری را بین سواد سلامت دهان والدین و تعداد دندانهای پر شده کودکان نشان داد. کودکانی که والدین آنها سواد سلامت دهان کافی داشتند، به طور معنی داری تعداد دندانهای پرکرده بیشتر و دندانهای از دست داده کمتری داشتند و کودکانی که والدین آنها سواد سلامت دهان ناکافی داشتند، به طور قابل توجهی تعداد پرکردگی کمتر و دندانهای از دست رفته بیشتری داشتند. همراستا با مطالعه ما، Khodadadi و همکاران^(۱۹) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سواد سلامت دهان ناکافی والدین با تعداد بیشتر پوسیدگی دندانی در کودکان و پرکردگی کمتر دندان کودکان، همراه بود. نتایج یک مطالعه مروری نیز نشان داد که آموزش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دهان و دندان به

چنانچه جدول ۲ نشان می دهد، تعداد دندانهای پر شده شیری با سواد سلامت دهان ارتباط مستقیم و معنی دار داشت (p=0.019) یعنی با افزایش سواد سلامت دهان و دندان والدین میزان تعداد دندانهای شیری دانش آموزان افزایش می یافت و برعکس. همچنین تعداد دندانها پوسیده دائمی نیز ارتباط منفی و معنی داری با سواد سلامت دهان و دندان داشت (p=0.026) یعنی با افزایش سواد سلامت دهان و دندان تعداد دندانهای پوسیده دائمی کاهش می یافت و برعکس. همچنین شاخص DMFT ارتباط منفی و معنی داری را با سواد سلامت دهان و دندان دارا بود (p=0.020). یعنی با افزایش سواد سلامت دهان و دندان، شاخص DMFT کاهش می یافت و برعکس (جدول ۲). همچنین نتایج نشان داد که حداقل میزان سواد سلامت دهان ۶،۰۰ و حداکثر آن ۲۳،۰۰ بود. میانگین و انحراف معیار سواد سلامت دهان و دندان $۱۸،۸۵ \pm ۲،۸۸$ بود.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین سواد سلامت دهان والدین و ارتباط آن با شاخص DMFT در دانش آموزان دختر یکی

نمی تواند جهت دریافت خدمات دهان و دندان به دندانپزشکی مراجعه نماید. Pakpour و همکاران^(۲۶)، در مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان در قزوین نشان دادند که تحصیلات والدین یک عامل تعیین‌کننده در پیش‌بینی DMFT است. بنابراین، شاخص DMFT با افزایش تحصیلات والدین کاهش می‌یافت.

میانگین شاخص DMFT در مطالعه‌ی ما $2/04 \pm 2/27$ بود، در مطالعه Yazdani و همکاران^(۱۸) میانگین شاخص DMFT برای دندانهای شیری $3/80 \pm 6/33$ و برای دندانهای دائمی $1/90 \pm 1/48$ بود که این مطالعه شرایط بهتری را نسبت به مطالعه ما نشان می‌دهد. البته میانگین سنی در مطالعه Yazdani و همکاران^(۱۸) $8/39$ سال یا محدوده از ۵ تا ۱۵ سال بود که با میانگین سنی دانش‌آموزان در مطالعه ما متفاوت است. این میزان در مطالعه Amirchaghmaghi و همکاران^(۲۱) $8/3 \pm 4/9$ بود البته مطالعه Amirchaghmaghi و همکاران^(۲۱) در بزرگسالان انجام شده بود و مطالعه ما بر روی دانش‌آموزان انجام شده است. زیرا مطالعات نشان می‌دهد که با افزایش سن، شاخص DMFT افزایش می‌یابد.^(۲۱)

از جمله محدودیتهای این مطالعه، انجام این مطالعه فقط در یک مدرسه بصورت دردسترس بود که از تعمیم نتایج به سایر شهر مشهد باید خودداری نمود. محدودیت دیگر، انجام این مطالعه فقط در دختران بود که در انجام رفتارهای بهداشتی ممکن است جنس تاثیر گذار باشد.

نتیجه‌گیری

در نهایت چنانچه نتایج این مطالعه نشان داد، ارتقای سطح سلامت دهان والدین در کاهش شاخص DMFT موثر است. بنابراین به منظور کاهش شاخص DMFT در دانش

والدین و ارائه خدمات پیشگیرانه، در کوتاه مدت، بیانگر تاثیر مثبت بر سلامت دهان و دندان کودکان بود.^(۲۰)

با این که اغلب مطالعات ارتباط معنی داری را بین سواد سلامت دهان و شاخص DMF نشان می‌دهند اما Amirchaghmaghi و همکاران^(۲۱)، در مطالعه خود رابطه معنی دار منفی و ضعیفی را بین سواد سلامت دهان و شاخص DMFT نشان دادند و Goldani Moghadam و همکاران^(۲۲)، در مطالعه ای هیچ ارتباط معناداری بین نمره سواد سلامت دهان و شاخص DMFT پیدا نکردند. البته جامعه آماری مورد بررسی در این مطالعات متفاوت بودند. مطالعه Goldani Moghadam و همکاران^(۲۲) در بزرگسالان مراجعه‌کننده به کلینیک ارتودنسی در شهر بیرجند و Amirchaghmaghi و همکاران^(۲۱) در مراجعه‌کنندگان به کلینیکهای دندانپزشکی مشهد انجام شده است و با جامعه آماری ما که والدین دانش‌آموزان بودند، متفاوت بود.

نتایج مطالعه ما نشان داد که سن، تحصیلات، نسبت و شغل با سواد سلامت در ارتباط هستند؛ همراستا با مطالعه ما در مطالعه Ghaffari و همکاران^(۲۳)، نیز درآمد، سطح تحصیلات (دانشگاهی و زیر دیپلم) و وضعیت تأهل (متاهل) با سواد سلامت دهان در ارتباط بودند. البته مطالعه Ghaffari و همکاران^(۲۳)، در جمعیت بزرگسالان شهر تهران انجام شد و جامعه نمونه این مطالعه با جامعه نمونه مطالعه ما متفاوت بود. نتایج مطالعه Sistani و همکاران^(۲۴) و Song و همکاران^(۲۵) و Amirchaghmaghi و همکاران^(۲۱) نیز نشان داد که سطح تحصیلات با سواد سلامت دهان ارتباط مستقیم دارد.

همچنین نتایج نشان داد که تنها عامل دموگرافیکی که با شاخص DMFT ارتباط آماری معناداری دارد، درآمد است، که دلیل آن واضح به نظر می‌رسد. زیرا هزینه‌های خدمات دندانپزشکی زیاد است و فرد تا درآمد مناسبی نداشته باشد،

آموزان باید سطح سواد سلامت دهان والدین را افزایش
 مقاله حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی با کد
 ۴۰۲۱۷۸۲ می‌باشد. از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه
 علوم پزشکی مشهد در حمایت از این طرح تشکر می‌گردد.
 دهیم.

تشکر و قدردانی

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

منابع:

1. Ghods K, Alaei a. The importance of oral health in the elderly and adolescents covered by nursing homes. *J Res Dent Sci* 2021;18(1):1-4.
2. Salehi M, Fazli F, Safanavaei S, Ehsani H, Yazdani Charati J, Ebrahimpour A, et al. Oral Health-related quality of life in asthmatic patients. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2023;33(221):153-8.
3. Barranca-Enríquez A, Romo-González T. Your health is in your mouth: A comprehensive view to promote general wellness. *Frontiers in Oral Health* 2022 14;3:971223.
4. Ramlay MZ, Saddki N, Tin-Oo MM, Arifin WN. Cross-cultural adaptation and validation of Oral Health Literacy Instrument (OHLI) for Malaysian adults. *Int J Environ Res Public Health* 2020 28;17(15):5407.
5. Mohebbi SZ YR, Talebi M, Pakdaman A, Heft MW, Bahramian H. Burn out among Iranian dental students: psychometric properties of burnout clinical subtype questionnaire (BCSQ-12-SS) and its correlates. *BMC Med Educ* 2019;19(1):388.
6. Behbahani A YM, Vossoughi M. The cross-cultural adaptation and validation of the Persian version of dental discomfort questionnaire (P-DDQ). *J Dent (Shiraz)* 2022;23(4):498-505.
7. Valdez R, Spinler K, Kofahl C, Seedorf U, Heydecke G, Reissmann D, et al. Oral health literacy in migrant and ethnic minority populations: a systematic review. *J Immigr Minor Health* 2022;24(4):1061-80.
8. Service PH, Services H. The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, US Public Health Service, Department of Health and Human Services. *J Pub Health Dent* 2005;65(3):174-82.
9. Cho H-A, Im A-J, Sim Y-R, Jang H-B, Lim H-J. The association between oral health literacy and oral health behaviors in North Korean defectors: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2020;20(1):1074.
10. Dooley Dea. Oral health prevention and toddler well-child care: routine integration in a safety net system. *Pediatrics* 2016;137(1):e20143532.
11. Lamou D, Dettori M, La Corte P, Agnoli MR, Cappai A, Viarchi A, et al. Oral health survey in Burundi; evaluation of the caries experience in schoolchildren using the dmft index. *Medicina* 2023;59(9):1538.
12. Kamiab N, Kamalabadi YM, Fathollahi MS. DMFT of the first permanent molars, dmft and related factors among all first-grade primary school students in Rafsanjan urban area. *J Dent* 2021;22(2):109.
13. Shayesteh M, Shekarchizadeh H, Rashidi Meybodi F. Investigation of oral health literacy utilizing Oral Health Literacy-Adult questionnaire and its relationship with clinical indicators of Oral Health, as well as oral health behaviors, among Dental Patients. *J Mashhad Dent Sch* 2022;46(4):394-409.
14. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 2017;148(8):604-13.
15. Smith L, Katz, L., et al. It's about more than just baby teeth: An examination of early oral care in Canada. *Universal J Public Health* 2014;2(4):125-30.
16. Pakpour AH HA, et al. The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16(6):e822-7.
17. Sabaghinejad Z, Baji F, Karimzadeh-bardei A, Sepasi S. Adaptation, reliability and validity of Oral Health literacy instrument for Iranian University students: A new approach. *J Health Lit* 2023;8(1):42-51.
18. Yazdani R, Esfahani EN, Kharazifard MJ. Relationship of oral health literacy with dental caries and oral health behavior of children and their parents. *J Dent (Tehran)* 2018;15(5):275-282.

19. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MMN, Motallebnejad M. Parents' oral health literacy and its impact on their children's dental health status. *Electronic physician* 2016;8(12):3421.
20. Yazdani R, Hesari H, Bagherian F. Evaluation of oral health promotion interventions among 0 to 6 Years old children: Scoping review. *Iran. J Pediatr Dent* 2019;14(2):53-70.
21. Amirchaghmaghi M, Movahhed T, Mosannen Mozaffari P, Torkaman F, Ghazi A. Health literacy and its determinants in adult patients referred to dental clinics: a cross sectional study in Mashhad, Iran. *Shiraz E-Med J* 2019;20(9):e86582.
22. Goldani Moghadam M, Kazemi H, Shakeri A. The relationship between oral health literacy with failed appointments and DMFT in adults attending orthodontic clinic of Birjand. *Iran J Orthod* 2021;16(2):1-6.
23. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Mehrabi Y, Safari-Moradabadi A. Oral Health Literacy in Iran: Insights from a Cross-Sectional Study on the Adult Population. *J Health Lit* 2024; 9(1): 78-88.
24. Sistani M, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Oral health literacy and information sources among adults in Tehran, Iran. *Community Dent Health* 2013;30(3):178-82.
25. Song I-S, Han K, Choi Y-J, Ryu J-J, Park J-B. Influence of oral health behavior and sociodemographic factors on remaining teeth in Korean adults: 2010–2012 Korea national health and nutrition examination survey. *Medicine* 2016; 95(48):e5492.
26. A Pakpour H. Oral health status and its determinants in a sample of Iranian adolescents in Qazvin. *J Inflamm Res* 2011;15(3):54-60.