

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۱ سال ۱۳۹۲ صفحه ۸ - ۱۳

بررسی تأثیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در زمان مراجعه بیماران مبتلا به ضایعات پاتولوژیک دهانی مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی تبریز در نیمه اول سال ۱۳۹۱

شیرین فتاحی: استادیار، گروه آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سید مهدی وحید پاکدل: دستیار تخصصی، گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
امیرعلا آغبالی: استادیار، گروه آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Email: pathologist1357@yahoo.com

علی علوی: دندانپزشک

چکیده

زمینه و اهداف: زمان مراجعه بیماران، در نحوه درمان و نیز موفقیت درمان مؤثر است. تشخیص زودهنگام ضایعات بدخیم و پیش‌بدخیم حفره دهان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این مطالعه به بررسی تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی بر زمان مراجعه بیماران در بیماران مبتلا به ضایعات پاتولوژیک دهانی در مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی تبریز در سال ۱۳۹۱ پرداخته شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۸۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی براساس معیارهای ورود و خروج بصورت تصادفی وارد مطالعه شدند. سپس برای هر بیمار فرمی حاوی اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به شرایط اجتماعی اقتصادی پر گردید. داده‌های بدست آمده به وسیله آزمون‌های آمار توصیفی (میان) و آزمون‌های Mann-Whitney و Kruskal-Wallis و آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن به کمک نرم‌افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میان مدت شکایت در مردان ۹۰ روز و در زنان ۱۴/۵۰ روز بدست آمد و تفاوت مشاهده‌شده در دو گروه معنی‌دار بود ($P = 0/001$). میان مدت شکایت در افرادی که محل سکونت‌شان شهر بود ۱۵ روز و در افرادی که محل سکونت‌شان روستا بود ۱۰۵ بدست آمده است که تفاوت مشاهده‌شده معنی‌دار بود ($P < 0/001$). میان مدت شکایت براساس میزان تحصیلات نشان داد طول مدت شکایت در افراد با میزان تحصیلات مختلف معنی‌دار بود ($P < 0/001$). مطابق با آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شده ملاحظه می‌شود بین طول مدت شکایت و میزان درآمد ماهیانه همبستگی معکوس معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه، افرادی که در شرایط اجتماعی اقتصادی پایین‌تری قرار دارند زمان مراجعه (طول مدت شکایت از بیماری) در این بیماران بیشتر بود.

کلیدواژه‌ها: شرایط اجتماعی - اقتصادی، طول مدت شکایت بیماری، دانشکده دندانپزشکی تبریز

مقدمه

امکان‌پذیر نیست مگر با مراجعه به موقع و درست بیمار، تشخیص سریع و درمان صحیح و کم‌هزینه؛ اما بیمارانی که

تمام سعی و تلاش گروه پزشکی بر این است که سلامتی را تا حد ممکن برای بیماران خود تأمین نمایند و این مهم

ارتباط بین شرایط اجتماعی - اقتصادی و سلامت، شامل سلامت دهانی، به‌خوبی قابل درک است. مطالعات متعددی بیان کرده‌اند که سلامت افرادی که از لحاظ شرایط اجتماعی - اقتصادی در رده پایین‌تری قرار دارند، پایین‌تر از افراد رده بالاتر است (۸). این ارتباط در مورد همه جوانب سلامت از جمله سلامت دندانی برقرار است (۹). در مورد سلامت دهان، دلایل نابرابری پیچیده می‌باشد. تفاوت‌هایی وجود دارد که به دلیل فاکتورهای بیولوژیک (مانند مسن شدن)، ایجاد می‌شود که نرمال بوده و در یک جامعه متعادل غیرقابل اجتناب هستند. ناتوانی‌های فیزیکی و بیماری‌های عمومی می‌تواند موجب محدودیت در دسترسی به سرویس‌های سلامت دهانی گردد. اگرچه نابرابری‌هایی وجود دارند که قابل اجتناب بوده و در یک جامعه مدرن غیرقابل قبول تلقی می‌شوند، که به دلیل تفاوت‌های اجتماعی - اقتصادی ایجاد می‌گردند (۹). مفهوم نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در حیطه سلامت دهانی را می‌توان بصورت تفاوت‌های موجود در شیوع یا بروز مشکلات سلامت دهان افراد در شرایط اجتماعی - اقتصادی بالاتر و پایین‌تر بیان کرد (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که طی دهه اخیر تفاوت‌های موجود در مشکلات سلامت دهان بین افراد در شرایط اجتماعی - اقتصادی بالاتر و پایین‌تر به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است (۹). تفاوت‌های موجود در زمینه دسترسی به خدمات سلامت دهان نشانگر منعکس کننده شرایط اجتماعی - اقتصادی افراد است. بنابراین، نظارت بر روند حذف یا کاهش نابرابری‌های سلامت نیازمند افزایش اطلاعات در زمینه شرایط اجتماعی - اقتصادی افراد است (۱۱). شاخص‌های متعددی وجود دارند که می‌توان از آنها برای ارزیابی شرایط اجتماعی - اقتصادی استفاده کرد. مهمترین آنها عبارتند از وضعیت شغلی، میزان درآمد و سطح تحصیلات (۱۱).

مطالعات متعددی ارتباط بین وضعیت سلامت دهان و معیارهای معمول شرایط اجتماعی - اقتصادی را نشان داده‌اند. مطالعات جدید نشان داده‌اند تفاوت‌های موجود در زمینه میزان درآمد و وضعیت شغلی فرد موجب ایجاد نابرابری‌هایی در وضعیت سلامت دهان می‌شود که عمدتاً بصورت سطح پوسیدگی‌های دندانی بیان می‌گردد (۱۲ و ۱۳). امروزه نگرانی عمده‌ای در مورد شرایط ضعیف وضعیت سلامت دهان کودکان محروم وجود دارد. اطلاعات اخیر نشان می‌دهند که کودکان با شرایط اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر بیشتر علایمی از پوسیدگی دندانی را نشان می‌دهند (۱۳).

مطالعات بسیاری ارتباط نابرابری‌های وضعیت اجتماعی - اقتصادی و نابرابری‌های سلامت دهان را اثبات کرده‌اند (۱۴ و ۱۵). همچنین این مطالعات شواهدی مبنی بر وجود تفاوت‌هایی در زمینه رفتارهای سلامت دهان بین افراد غنی و محروم گزارش کرده‌اند (۱۴ و ۱۵).

ضایعه دهانی دارند در این خصوص با مشکلات بسیاری نظیر تأخیر در تشخیص و یا مراجعه به افراد با تخصص‌های مختلف، مواجه هستند (۱).

زمان مراجعه بیماران، در نحوه درمان و نیز موفقیت درمان مؤثر است. تشخیص زودهنگام ضایعات بدخیم و پیش‌بدخیم حفره دهان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است به‌عنوان مثال، با شناسایی به‌موقع ضایعات پیش‌بدخیم مخاط دهان و انجام درمان مناسب، می‌توان از پیشرفت آنها به سمت ضایعات بدخیم جلوگیری کرد. از سویی دیگر اگر بیماران مبتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی دهان (به‌عنوان شایع‌ترین بدخیمی دهان) بصورت زودهنگام تشخیص داده شود پیش‌آگهی بهتری مورد انتظار است و در صورتیکه بیمار دیر مراجعه کند، پیش‌آگهی خوبی نخواهد داشت. ضایعات داخل استخوانی نیز در صورتیکه بیمار دیر مراجعه کند، رزکسیون فک را به دنبال خواهد داشت؛ در صورتیکه در ضایعات کوچکتر، به راحتی با کورتاژ قابل درمان هستند (۲).

در بیماران مراجعه کننده به دندانپزشکی مشهد متوسط زمان سپری شده بین وجود ضایعه و مراجعه به دانشکده $17/07 \pm 35/10$ ، (با محدود یک روز تا ۱۹۲ روز) بود که این زمان برای مردان $18/70 \pm 83/10$ روز و برای زنان $16/06 \pm 43/71$ بوده است. که از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشته است (۳).

در مطالعه Haberland و همکاران زمان متوسط سپری شده پس از نشانه‌های اولیه ضایعه تا معاینه توسط پاتولوژیست دهان $15/6$ روز (با محدوده ۳ روز تا ۱۲ سال) بوده است (۴).

نتایج بدست آمده از مطالعه نوایی و همکاران در کرمان نشان داد که میانگین فاصله زمانی بین بروز علائم بیماری در مخاط دهان تا مراجعه به بخش بیماری‌های دهان، ۲۴ ماه بوده است (۵).

در مطالعه دلاوران و همکاران شکایت اصلی در 32% مبتلایان به سرطان دهان، زخم و در 20% موارد تورم بوده است. میانگین طول مدت شکایت $8/01 \pm 73/4$ هفته بود که در مردان $10/7 \pm 99/5$ هفته (با دامنه یک ماه تا ۱۲ ماه) و در زنان $8/87 \pm 35/3$ هفته (با دامنه ۳ هفته تا ۴۰ هفته) بوده است (۶).

در مطالعات فوق به دلایل دیر مراجعه کردن بیماران اشاره نشده است ضمن اینکه فاکتورهای مرتبط با زمان مراجعه بیماران مورد بررسی قرار نگرفته است. به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی بیماران در زمان مراجعه آنان مؤثر باشد. شواهد محکمی نشانگر این امر است که افرادی که از نظر اجتماعی - اقتصادی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند نسبت به افراد دیگر از مشکلات سلامت دهان بیشتری رنج می‌برند (۷).

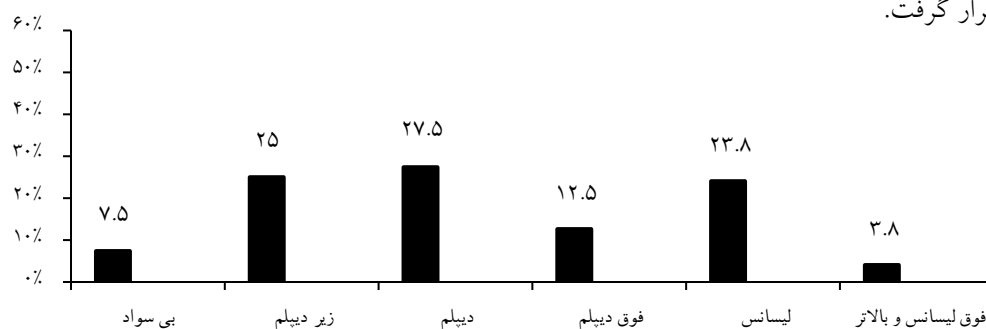
یافته‌ها

آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که سطح معنی‌داری در مورد متغیر طول مدت شکایت کوچکتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین می‌توان قضاوت نمود که توزیع پراکندگی طول مدت شکایت طبیعی نیست و آزمون‌های ناپارامتری در مورد این متغیر مورد استفاده قرار گرفت. جهت مقایسه میانه طول مدت شکایت به تفکیک جنسیت از آزمون Mann - Whitney استفاده شد و مشخص گردید که میانه طول مدت شکایت در مردان ۹۰ روز و در زنان ۱۴/۵۰ روز بدست آمد که تفاوت مشاهده‌شده معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$). میانه طول مدت شکایت در افرادی که محل سکونت‌شان شهر بود ۱۵ روز و در افرادی که محل سکونت‌شان روستا بود ۱۰۵ بدست آمد که آزمون Mann - Whitney نشان داد تفاوت مشاهده‌شده معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). میانه طول مدت شکایت در افراد بی‌سواد ۱۷۲/۵ روز و در افراد با تحصیلات زیردیپلم ۱۰۵ روز، دیپلم ۶۰ روز، فوق‌دیپلم ۱۴ روز، لیسانس ۱۴ روز و فوق‌لیسانس و بالاتر ۷ روز بدست آمده است که طبق آزمون Kruskal - Wallis تفاوت مشاهده‌شده در میانه طول مدت شکایت در افراد با میزان تحصیلات مختلف معنی‌دار بود و این مقدار در افراد بی‌سواد بیشتر بود ($P < ۰/۰۰۱$). میانه طول مدت شکایت در افرادی که شکایت اصلی‌شان درد بود ۱۴/۵۰ روز، تورم ۹۰ روز، سوزش ۱۴ روز، زخم ۲۷/۵۰ روز، ضایعه سفید ۷۸/۵۰ روز و خال ۹۰ روز بدست آمده است که طبق آزمون Kruskal - Wallis تفاوت مشاهده‌شده در میانه طول مدت شکایت به تفکیک شکایت اصلی معنی‌دار بود و این مقدار در موارد خال و تورم کمتر بود ($P < ۰/۰۵$). مطابق با آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن انجام‌شده ملاحظه گردید بین طول مدت شکایت و میزان درآمد ماهیانه همبستگی معکوس معنی‌داری وجود دارد، به‌طوری‌سطح معنی‌داری $p = ۰/۰۴۳$ بدست آمد. بنابراین با افزایش میزان درآمد ماهیانه، طول مدت شکایت کاهش می‌یابد.

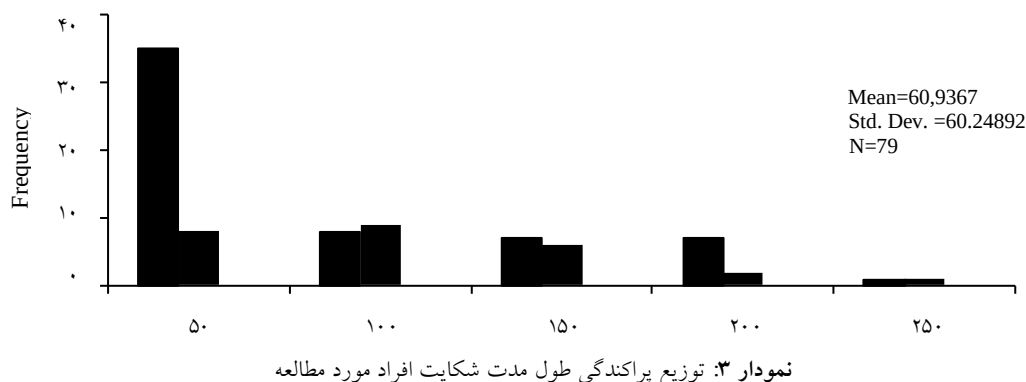
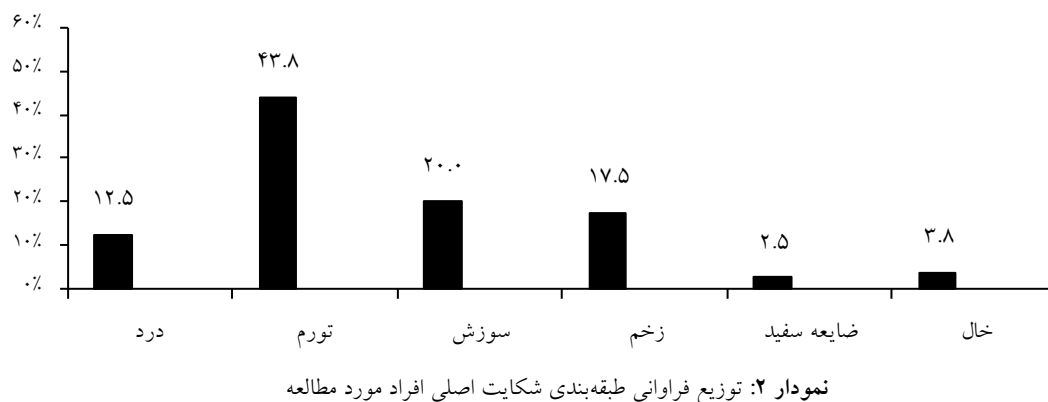
با توجه به اهمیت مراجعه به‌هنگام بیماران مبتلا به ضایعات دهانی و با در نظرگرفتن تأثیر شرایط اجتماعی - اقتصادی بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان، در این مطالعه به بررسی شرایط اجتماعی - اقتصادی با زمان مراجعه (طول مدت شکایت از بیماری) در بیماران مبتلا به ضایعات پاتولوژیک دهانی مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی تبریز در سال ۱۳۹۱ پرداختیم تا ضمن آگاهی از طول مدت شکایت بیماران و شرایط اجتماعی اقتصادی آنان، رابطه احتمالی بین این دو نیز مشخص گردد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، جمعیت هدف بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی در نیمه اول سال ۱۳۹۱ بودند. با توجه به اینکه مطالعه مشابهی که ارتباط فاکتورهای اجتماعی - اقتصادی با زمان مراجعه بیماران وجود نداشت، در ابتدا یک مطالعه pilot با ۱۵ بیمار انجام شد و حجم نمونه براساس فرمول برآورد نسبت ۸۰ بیمار برآورد شد. در این مطالعه بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی تبریز که مبتلا به ضایعه پاتولوژیک در دهان یا فک (شامل کیست‌ها و تومورهای فکی و ضایعات مخاط دهان) بودند و بیمار مایل به شرکت در مطالعه بود، انتخاب شدند. بیمارانی که به دانشکده دندانپزشکی مراجعه نموده و دارای ضایعه پاتولوژیک بوده و مایل به شرکت در مطالعه بودند با روش انتخاب نمونه در دسترس وارد مطالعه شدند. برای انجام مطالعه در ابتدا فرمی تهیه شد که این فرم دارای ۲ قسمت بود: در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک بیماران (جنس، سن، شغل، تحصیلات، محل سکونت) ثبت شد و در قسمت دوم موارد مرتبط با بیماری و ضایعه بیمار (شکایت اصلی، طول مدت شکایت، درمان‌های قبلی و نحوه ارجاع) ثبت گردید. داده‌های بدست آمده به‌وسیله آزمون‌های آمار توصیفی (میانه) و آزمون‌های Mann - Whitney و Kruskal - Wallis و آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن به کمک نرم‌افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.



نمودار ۱: توزیع فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه



بحث

با توجه به اهمیت مراجعه به‌هنگام بیماران مبتلا به ضایعات دهانی و با در نظر گرفتن تأثیر شرایط اجتماعی - اقتصادی بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان، در این مطالعه به بررسی شرایط اجتماعی - اقتصادی با زمان مراجعه (طول مدت شکایت از بیماری) در بیماران مبتلا به ضایعات پاتولوژیک دهانی مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی تبریز در سال ۱۳۹۱ پرداختیم. نتایج نشان داد که طول مدت شکایت در زنان کمتر از مردان بود. این امر نشانگر مراجعه سریع‌تر زنان برای تشخیص و درمان ضایعه و بیماری خود است که به توجه بیشتر زنان به سلامتی خود برمی‌گردد.

همچنین در مطالعه حاضر طول مدت شکایت در افرادی که محل سکونت‌شان شهر بود ۷ برابر کمتر از افرادی بود که محل سکونت‌شان روستا بود. این امر می‌تواند ناشی از دسترسی بهتر افراد ساکن در شهرها به خدمات بهداشتی درمانی باشد.

نتیجه دیگر حاکی از آن بود که طول مدت شکایت در افراد بی‌سواد بیشتر بود و با افزایش سطح تحصیلات از طول مدت شکایت کاسته می‌شد. ارتباط مستقیمی بین سطح تحصیلات فرد با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهانی وجود دارد (۱۶ و ۱۷). سطح بالای تحصیلات احتمال دسترسی و درک و فهم اطلاعات مربوط به رفتارهای سلامت دهانی و ارتقای سلامت دهان را امکان‌پذیر می‌سازد (۱۸).

از سوی دیگر در بررسی طول مدت شکایت براساس علامت ضایعه، طول مدت شکایت در مورد درد، سوزش و زخم کمتر و در موارد خال و تورم بیشتر بود. این یافته‌ها نشانگر این امر است که علائمی که موجب آزار و اذیت بیمار می‌گردد و وی را از زندگی روزمره بازمی‌دارد، موجب مراجعه سریع‌تر بیمار می‌گردد.

همچنین در مطالعه حاضر مشخص گردید که بین طول مدت شکایت و میزان درآمد ماهیانه همبستگی معکوس معنی‌داری وجود دارد. بنابراین با افزایش میزان درآمد ماهیانه، طول مدت شکایت کاهش می‌یابد. که این امر نشان می‌دهد

پوشش می‌دهد و بنابراین استفاده از مجموع این شاخص‌ها بهتر از استفاده تکی آنهاست (۱۱).

مطالعات متعددی ارتباط بین وضعیت سلامت دهان و معیارهای معمول شرایط اجتماعی - اقتصادی را نشان داده‌اند. مطالعات جدید نشان داده‌اند تفاوت‌های موجود در زمینه میزان درآمد و وضعیت شغلی فرد موجب ایجاد نابرابری‌هایی در وضعیت سلامت دهان می‌شود که عمدتاً بصورت سطح پوسیدگی‌های دندانی بیان می‌گردد (۱۲ و ۱۳). امروزه نگرانی عمده‌ای در مورد شرایط ضعیف وضعیت سلامت دهان کودکان محروم وجود دارد. اطلاعات اخیر نشان می‌دهند که کودکان با شرایط اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر بیشتر علایمی از پوسیدگی دندانی را نشان می‌دهند (۱۳).

مطالعات بسیاری ارتباط نابرابری‌های وضعیت اجتماعی - اقتصادی و نابرابری‌های سلامت دهان را اثبات کرده‌اند (۱۴ و ۱۵). همچنین این مطالعات شواهدی مبنی بر وجود تفاوت‌هایی در زمینه رفتارهای سلامت دهان بین افراد غنی و محروم گزارش کرده‌اند (۱۴ و ۱۵).

رحمانی و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل تسریع‌کننده، زمان بروز و عوامل تأخیر مراجعه بیماران با انفارکتوس حاد قلبی انجام داده و بیان داشتند عوامل تسریع‌کننده بروز حمله قلبی می‌تواند مرتبط با شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بوده باشد (۵). در مطالعه ما نیز افراد با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین در زمان دیرتری برای تشخیص و درمان مراجعه کردند.

Conway و همکاران در یک مطالعه متا آنالیز به بررسی ارتباط بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی با خطر سرطان دهانی پرداختند و اذعان داشتند که ارتباط بین ریسک ابتلا به سرطان دهانی با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین معنی‌دار بوده و این ارتباط تحت تأثیر فاکتورهای مرتبط با زندگی است (۲۰). نتایج این مطالعه با مطالعه ما همخوانی داشت و در مطالعه ما نیز افراد با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین زمان مراجعه دیرتری داشتند.

براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه، افرادی که در شرایط اجتماعی - اقتصادی پایین‌تری قرار دارند زمان مراجعه (طول مدت شکایت از بیماری) در این بیماران بیشتر بود.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر استنتاج شده از پایاننامه دوره عمومی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد.

میزان درآمد بالا دسترسی به خدمات سلامت دهان مطلوب و ایجاد عادات بهداشتی دهان مناسب را امکان‌پذیر می‌سازد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که افراد با میزان درآمد خیلی پایین ۵ برابر بیشتر مستعد سلامت دهان نامطلوب هستند (۱۶ و ۱۷).

شواهد محکمی نشانگر این امر است که افرادی که از نظر اجتماعی - اقتصادی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند نسبت به افراد دیگر از مشکلات سلامت دهان بیشتری رنج می‌برند (۷). این نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در زمینه سلامت دهان چالش عمده‌ای در سیاست‌گذاری‌های سلامت است که این نابرابری‌ها ناعادلانه می‌باشد. واژه نابرابری دارای ابعاد اخلاقی است. این امر به تفاوت‌هایی که غیرضروری و قابل-جلوگیری بوده و به‌علاوه ناعادلانه تلقی می‌گردد، اطلاق می‌شود (۱۹).

ارتباط بین شرایط اجتماعی - اقتصادی و سلامت، شامل سلامت دهانی، به‌خوبی قابل‌درک است. مطالعات متعددی بیان کرده‌اند که سلامت افرادی که از لحاظ شرایط اجتماعی - اقتصادی در رده پایین‌تری قرار دارند، پایین‌تر از افراد رده بالاتر است (۸). این ارتباط در مورد همه جوانب سلامت از جمله سلامت دندانی برقرار است (۹). در مورد سلامت دهان، دلایل نابرابری پیچیده می‌باشد. تفاوت‌هایی وجود دارد که به-دلیل فاکتورهای بیولوژیک (مانند مسن شدن)، ایجاد می‌شود که نرمال بوده و در یک جامعه متعادل غیرقابل‌اجتناب هستند. ناتوانی‌های فیزیکی و بیماری‌های عمومی می‌تواند موجب محدودیت در دسترسی به سرویس‌های سلامت دهانی گردد. اگرچه نابرابری‌هایی وجود دارند که قابل‌اجتناب بوده و در یک جامعه مدرن غیرقابل‌قبول تلقی می‌شوند، که به‌دلیل تفاوت‌های اجتماعی - اقتصادی ایجاد می‌گردند (۹). مفهوم نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در حیطه سلامت دهانی را می‌توان بصورت تفاوت‌های موجود در شیوع یا بروز مشکلات سلامت دهان افراد در شرایط اجتماعی - اقتصادی بالاتر و پایین‌تر بیان کرد (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که طی دهه اخیر تفاوت‌های موجود در مشکلات سلامت دهان بین افراد در شرایط اجتماعی - اقتصادی بالاتر و پایین‌تر به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است (۹). تفاوت‌های موجود در زمینه دسترسی به خدمات سلامت دهان نشانگر منعکس‌کننده شرایط اجتماعی - اقتصادی افراد است. بنابراین، نظارت بر روند حذف یا کاهش نابرابری‌های سلامت نیازمند افزایش اطلاعات در زمینه شرایط اجتماعی - اقتصادی افراد است (۱۱). شاخص‌های متعددی وجود دارند که می‌توان از آنها برای ارزیابی شرایط اجتماعی - اقتصادی استفاده کرد. مهمترین آنها عبارتند از وضعیت شغلی، میزان درآمد و سطح تحصیلات. هر شاخص جنبه متفاوتی از وضعیت اجتماعی را

Reference

1. Allen CM. Managed care and its relationship to oral and maxillofacial pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81: 375.
2. Kent G, Johns R. Controlled longitudinal study on the psychological effects of osseointegrated dental implants. *The International journal of oral & maxillofacial implants* 1991; 6: 470-474.
3. Zablotzky MH. Probing question. *The Implant Society : [periodical]* 1991; 16(2): 2-3.
4. Haberland CM, Allen CM, Beck FM. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87: 583-588.
5. Soardi CM, Spinato S, Zaffe D, Wang HL. Atrophic maxillary floor augmentation by mineralized human bone allograft in sinuses of different size: an histologic and histomorphometric analysis. *Clinical oral implants research* 2011; 22:560-566.
6. Mason ML. Immediate placement of dental implants after extractions--fourth case. *The Implant Society : [periodical]* 1991; 2(7).
7. Besimo C, Graber G, Schaffner T. Hybrid prosthesis implant-supported superstructures in edentulous jaw. 1. Case planning. *Zwr* 1991;100: 12-16.
8. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28: 161-169.
9. Locker D. Measuring social inequality in dental health services research: individual, household and area-based measures. *Community Dent Health* 1993;10: 139-150.
10. Locker D, Ford J. Using area-based measures of socioeconomic status in dental health services research. *J Public Health Dent* 1996; 56: 69-75.
11. Whittle JG, Whittle KW. Household income in relation to dental health and dental health behaviours: the use of Super Profiles. *Community Dent Health* 1998;15: 150-154.
12. Gratrix D, Holloway PJ. Factors of deprivation associated with dental caries in young children. *Community Dent Health* 1994;11: 66-70.
13. Tickle M, Milsom K, Blinkhorn A. Inequalities in the dental treatment provided to children: an example from the UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30: 335-341.
14. Nanda R. Relationships between socioeconomic status, gingival health and oral hygiene in schoolchildren. *J Clin Pediatr Dent* 1990;15: 25-32.
15. Nikias MK, Fink R, Sollecito W. Oral health status in relation to socioeconomic and ethnic characteristics of urban adults in the U.S.A. *Community Dent Oral Epidemiol* 1977;5: 200-206.
16. Bernabe E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37: 357-365.
17. Hamasha AA, Warren JJ, Levy SM, Broffitt B, Kanellis MJ. Oral health behaviors of children in low and high socioeconomic status families. *Pediatr Dent* 2006;28: 310-315.
18. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997;44: 757-771.
19. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22: 429-445.
20. Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LM. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *International journal of cancer Journal international du cancer* 2008;122: 2811-2819.