

گزارش شخصی زنان باردار از وضعیت سلامت دهان و ارتباط آن با وضعیت معاینه بالینی دهان و دندان

دکتر حامد حسین کاظمی^۱، دکتر مهتاب زینال زاده^۲، دکتر فرانک فرسام^۳، دکتر ثریا خفری^۴، نرگس مطلوبی^{۵*}

۱. استادیار گروه دندانپزشکی، متخصص بیماری های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۳. استادیار گروه دندانپزشکی، متخصص جراحی و بیماری های لثه، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۵. دانشجوی دندانپزشکی عمومی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۲

خلاصه

مقدمه: طبق مطالعات گذشته میزان شیوع بیماری های دهان و دندان در دوران بارداری افزایش می یابد، این در حالی است که با رعایت دقیق بهداشت اکثر بیماری های دهان و دندان قابل پیشگیری می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت بالینی سلامت دهان زنان باردار و ارتباط آن با گزارش شخصی و عملکرد بهداشتی سلامت دهان در دوران بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۴ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه های دولتی و مطب های خصوصی که در سه ماهه دوم بارداری بودند، در شهر بابل استان مازندران انجام شد. پرسشنامه ای حاوی اطلاعات فردی، گزارش شخصی از سلامت دهان، عملکرد بهداشتی و آگاهی نسبت به مراقبت های سلامت دهان در دوران بارداری، توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس در معاینه بالینی وضعیت لثه با استفاده از شاخص لثه (GI) و وضعیت دندان ها با شاخص DMFT بررسی شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون های کای اسکور، تی تست انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه داشتن ملاقات دندان پزشکی قبل از بارداری با وضعیت بالینی بهتر لثه و دندان ها ارتباط آماری معناداری داشت ($p < 0/05$). سطح آگاهی بالا به طور معناداری با ملاقات دندانپزشکی قبل از بارداری، تحصیلات بالاتر، GI و وجود پوسیدگی فعال دندانی کمتر، ارتباط داشت ($p < 0/05$). میانگین DMFT $4/17 \pm 1/42$ و GI $1/46 \pm 0/52$ بود. بین گزارش شخصی افراد شرکت کننده از شرایط سلامت دهان و وضعیت بالینی ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: اگرچه زنان باردار از وضعیت بالینی سلامت دهان خود تا حدودی مطلع هستند، اما به دلیل آگاهی نادرست از مراجعه به دندانپزشکی امتناع می کنند، در نتیجه با استفاده از آموزش صحیح می توان سطح سلامت دهان و دندان زنان باردار جامعه را بهبود بخشید.

کلمات کلیدی: بارداری، بهداشت دهان، سلامت دهان، سلامت زنان، گزارش شخصی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نرگس مطلوبی؛ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۳۷۱۰۶۴۸؛ پست الکترونیک:

dr.nm313@gmail.com

مقدمه

برای داشتن یک زندگی خوب و سالم، به سلامت جسمی و روحی نیاز است. سلامت دهان نیز از جمله مواردی است که کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در دوران بارداری هورمون‌های جنسی استروژن و خصوصاً پروژسترون در سطح بالایی قرار دارند که باعث تغییراتی در عروق خونی لثه و افزایش پاسخ به فاکتورهای موضعی همچون پلاک و جرم می‌شود. اکثر مطالعات بیانگر این هستند که بارداری می‌تواند استعداد به بیماری پریودنتال و پوسیدگی دندان را افزایش دهد. در دوران بارداری کمیت و کیفیت بزاق تحت تأثیر قرار می‌گیرد که به دلیل نقش بزاق بر سلامت دهان مؤثر است. همچنین افزایش شیوع ژینژیویت^۱، هایپرپلازی لثه، پیوژنیک گرانولوما^۲ و ... در حفره دهان افراد باردار مشاهده می‌شود. (۱).

میزان شیوع گزارش شده ژینژیویت در بارداری بین ۵۰-۱۰۰٪ گزارش شده است. حاملگی بر روی شدت التهاب در نواحی که قبلاً ملتهب بوده اند، اثر می‌گذارد، ولی تأثیری بر روی لثه سالم ندارد. لقی دندان، عمق پاکت و مایع شیار لثه‌ای نیز در طی بارداری افزایش می‌یابند (۲). همچنین زنان باردار ۲/۹ برابر بیش از زنان غیر باردار دچار پوسیدگی دندانی می‌شوند (۳). در مطالعه دلموت و همکاران (۲۰۱۳) در فرانسه ۹۲٪ زنان باردار مورد مطالعه حداقل از یک بیماری دهانی رنج می‌بردند. ۷۴٪ افراد باردار بیماری پریودنتال و ۷۴٪ هم پوسیدگی فعال دندانی داشتند (۴).

افزایش شیوع بیماری‌های دهان و دندان در زنان باردار می‌تواند در اثر کاهش سطح بهداشت دهان مورد نیاز باشد، چرا که اکثر زنان باردار از حالت تهوع و استفراغ و رفلکس اسید در طول بارداری رنج می‌برند و ممکن است نسبت به استفاده از خمیردندان و دهانشویه حساس باشند. علاوه بر این مصرف کربوهیدرات‌ها نیز به دلیل رژیم غذایی نامناسب در دوران بارداری افزایش می‌یابد. عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر میزان مراجعه به دندانپزشکی، عوامل اقتصادی- اجتماعی، سطح

آموزش و تحصیلات و مراقبت‌های دندانی قبل از بارداری نیز بر روی وضعیت دهانی بیمار مؤثر هستند. توصیه می‌شود که افراد باردار حداقل یک بار در طول بارداری از نظر دندانی و بهداشت دهان و دندان معاینه شوند (۵). این در حالی است که در مطالعات قبلی مشاهده شده است که زنان باردار با وجود مشکلات دندانی اغلب در طول بارداری به دندانپزشکی مراجعه نمی‌کنند (۶، ۷).

در مطالعه کریستنسن و همکاران (۲۰۰۳) نیمی از افراد باردار مورد مطالعه التهاب لثه داشتند، در حالی که تنها ۵٪ افراد در پرسشنامه، وضعیت لثه‌ای خود را ضعیف بیان کرده بودند. این امر نشان دهنده عدم آگاهی افراد نسبت به سلامت دهان و رعایت بهداشت دهان و دندان می‌باشد (۸). ویلا و همکاران (۲۰۱۱) طی مطالعه‌ای گزارش شخصی عادت بهداشت دهانی و علائم پریودنتال را در زنان پس از زایمان بررسی کردند تا دریابند که چه هنگام گزارش شخصی علائم پریودنتال با علائم کلینیکی بیماری پریودنتال ارتباط دارد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بیماری پریودنتال وابسته به زایمان با توصیفات شخصی فرد از تورم لثه و لقی دندان مرتبط می‌باشد و دندانپزشک و متخصص زنان می‌توانند تنها با پرسیدن سؤال در زمینه تورم لثه و لقی دندان در دوران بارداری از وجود خطر بالای بیماری پریودنتال در افراد باردار آگاهی یابند (۹). این امر نشان دهنده این است که زنان باردار خود از شرایط دهانی خود تا حدودی آگاهی دارند و می‌توانند مشکلات دهانی خود را با پزشک زنان و یا ماما که ارتباط بیشتری با زنان باردار دارند مطرح کنند (۹). در طی مطالعات گسترده‌ای مشخص شد که بیماری پریودنتال می‌تواند باعث افزایش ۷/۵ برابری خطر به دنیا آوردن نوزاد کم وزن و افزایش ۷ برابر تولد زودرس نوزاد و افزایش ۲/۵ برابر خطر پره اکلامپسی شود (۲). به دلیل هزینه بالای نگهداری نوزادان زودرس با وزن پایین برای سیستم بهداشتی درمانی و خانواده‌ها، جلوگیری از نوزادان زودرس با وزن پایین در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه اهمیت زیادی دارد (۱۰). با توجه به مطالب ذکر شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت کلینیکی لثه

¹ gingivitis

² pyogenic granuloma

و پوسیدگی دندان در زنان باردار و ارتباط آن با گزارش شخصی، آگاهی و عملکرد نسبت به سلامت دهان در دوران بارداری انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۳ بر روی ۲۰۴ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه های دولتی و مطب های خصوصی که در سه ماهه دوم بارداری بودند، در شهر بابل در استان مازندران و تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد. افراد با روش نمونه گیری ساده انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از ۲۰ نفر به صورت آزمایشی و اندازه گیری $p=0/85$ ، با میزان خطای استاندارد $d=0/05$ و $\alpha=0/05$ بر حسب فرمول (حجم نمونه‌ی مورد نیاز برای برآورد نسبت جامعه با انحراف d و احتمال موفقیت p)، محاسبه شد.

۲ مرکز خصوصی که به عنوان پرجمعیت ترین مراکز در سطح شهر شناخته می شدند و ۲ درمانگاه دولتی شامل بیمارستان روحانی و یحیی‌نژاد که به عنوان مراکز اصلی درمانی دولتی محسوب می‌شوند، برای نمونه گیری ساده انتخاب شدند. نمونه ها در زمستان ۱۳۹۳ اندازه گیری شد. از آنجایی که بزرگ ترین مراکز درمانی در سطح شهرستان به عنوان مراکز نمونه گیری انتخاب شدند، نتایج به کل شهرستان قابل تعمیم می‌باشد.

همه افراد جهت ورود به مطالعه دارای سلامت سیستمیک (عدم وجود بیماری‌های اندوکراین، قلبی - عروقی، کلیوی، سندرم ها و ...) و بدون بیماری شناخته شده دهانی قلبی و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تکمیل پرسشنامه ها به طور کامل، عدم حضور جهت معاینات دندانپزشکی و یا انصراف از ادامه مطالعه بود. پیش از شروع کار از تمام افراد رضایت نامه شفاهی گرفته شد و روند تحقیق به طور کامل برای افراد توضیح داده شد. سپس هر یک از زنان باردار مورد مطالعه به پرسشنامه ای که از قبل تهیه شده بود پاسخ داده و پس از تکمیل آن تحت معاینه رایگان دهان و دندان قرار گرفتند. پرسشنامه شامل ۴ قسمت: ۱-

سؤالات فردی و اجتماعی (سن، تحصیلات، شغل) ۲- گزارش شخصی از وضعیت سلامت دهان (وجود خونریزی از لثه: خود به خودی یا در اثر تحریک، وجود تورم و قرمزی در لثه، وجود پوسیدگی، وجود ترمیم، وجود دندان کشیده شده)، ۳- عملکرد سلامت دهانی (تکرر استفاده از نخ دندان و مسواک قبل و بعد از بارداری، مراجعه به دندانپزشکی قبل از بارداری، مدت زمان مسواک زدن، استفاده از خمیر دندان در دوران بارداری) و ۴- میزان آگاهی نسبت به اهمیت و مراقبت های سلامت دهان و دندان در دوران بارداری بود.

۱۴ سؤال جهت تعیین میزان آگاهی در نظر گرفته شده بود، به پاسخ صحیح یک امتیاز و به پاسخ غلط صفر امتیاز تعلق می گرفت. سپس بر حسب درصد به دست آمده از جمع امتیازات، افراد به سه دسته آگاهی با سطح پایین (۰-۳۰)، آگاهی با سطح متوسط (۳۱-۶۰) و آگاهی با سطح بالا (۶۱-۱۰۰) تقسیم شدند. روایی پرسشنامه تهیه شده با نظر ۴ تن از اساتید متخصص دندانپزشکی داوری و تأیید شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ بر روی یک نمونه ۲۰ نفری اندازه گیری شد. ضریب آلفای کرونباخ یکی از شاخص ترین روش ها برای اندازه گیری پایایی پرسشنامه های چند گزینه‌ای است که با استفاده از واریانس اجزاء پرسشنامه ارتباط درونی سؤال ها را بررسی می کند. هرچه عدد به دست آمده به یک نزدیک تر باشد، پایایی پرسشنامه بیشتر است. در این مطالعه میزان ضریب آلفای کرونباخ در قسمت آگاهی در یک نمونه آزمایشی با ۲۰ نمونه، ۰/۸۷ و برای گزارش شخصی ۰/۸۵ بود.

پس از تکمیل پرسشنامه، هر یک از زنان باردار مورد مطالعه در مرکز دندانپزشکی تحت معاینه بالینی قرار گرفتند. معاینه به وسیله آینه پلاستیکی یک بار مصرف، سوند دندانپزشکی استریل و پروب پریدونتال استریل marquis color-coded زیر چراغ یونیت دندانپزشکی انجام شد.

وضعیت لثه به کمک شاخص لثه (GI) ۱ بر حسب جدول ۱ در فاسیال، لینگوال، مزیال و دیستال دندان‌ها

¹ Gingival Indices

جدید در دندان‌ها بررسی شد. سپس نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های کای-اسکوئر، تی‌تست، میانگین و توزیع فراوانی و با فاصله اطمینان ۹۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

اندازه گیری و بر تعداد دندان‌ها تقسیم شد. بر اساس استاندارد در صورتی که شاخص $GI=0/1-1$ باشد به عنوان التهاب خفیف، $GI=1/1-2$ التهاب متوسط و $3-$ $GI=2/1$ به عنوان التهاب شدید در نظر گرفته شد (۱۱). وضعیت دندان‌ها نیز با شاخص $DMFT^1$ و ایجاد حفره

جدول ۱- نحوه تعیین شاخص لثه‌ای (GI)

ظواهر لثه	خونریزی	التهاب	امتیاز
نرمال	-	-	۰
تغییرات خفیف رنگ، تورم اندک، تغییرات کم ظاهر بافتی	-	خفیف	۱
قرمزی، افزایش حجم، ادم و براق شدن	خونریزی در حین پروب کردن و یا تحت فشار	متوسط	۲
قرمزی شدید، افزایش حجم، وجود ادم و زخم	خونریزی خود به خودی	شدید	۳

همچنین ۱۵۳ نفر (۷۵٪) از زنان خانه‌دار بودند. ۱۱۵ نفر (۵۶٪) از افراد نخست باردار بودند. ارتباط بین سطح تحصیلات و شغل افراد شرکت‌کننده با آگاهی در جدول ۲ نشان داده شده است.

یافته‌ها

در مجموع ۲۰۴ زن باردار با میانگین سنی $27/62 \pm 4/8$ سال مورد بررسی قرار گرفتند. هیچ داده از دست رفته‌ای وجود نداشت. حدود ۱۱۲ نفر (۵۴٪) از افراد شرکت‌کننده تحصیلات دانشگاهی داشتند،

جدول ۲- ارتباط بین سطح تحصیلات و شغل افراد شرکت‌کننده با آگاهی

سطح معنی داری	آگاهی			مشخصات دموگرافیک
	پایین تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	بالا تعداد (درصد)	
(۰/۰۰۰)	۴۲ (۲۷/۵)	۷۷ (۵۰/۳)	۳۴ (۲۲/۲)	خانه دار
	۸ (۱۵/۷)	۱۷ (۳۳/۳)	۲۶ (۵۱)	شاغل
(۰/۰۰۰)	۱۲ (۵۲/۲)	۸ (۳۴/۸)	۳ (۱۳)	ابتدایی- راهنمایی
	۱۸ (۲۶/۵)	۳۷ (۵۴/۴)	۱۳ (۱۹/۱)	دیپلم
	۱۶ (۱۸/۴)	۴۶ (۵۲/۹)	۲۵ (۲۸/۷)	فوق دیپلم- لیسانس
	۴ (۱۵/۴)	۳ (۱۱/۵)	۱۹ (۷۳/۱)	فوق لیسانس- دکتری

اعلام کردند. ارتباط بین گزارش شخصی افراد از وضعیت سلامت دهانی و نتایج معاینه بالینی از نظر آماری معنادار بود (جدول ۳) ($p < 0/05$).

در گزارش شخصی افراد از وضعیت کلی سلامت دهانی، ۳۱ نفر (۱۵/۲٪) وضعیت سلامت دهانی خود را خوب، ۱۱۲ نفر (۵۴/۸٪) متوسط و ۵۳ نفر (۳۰٪) ضعیف

جدول ۳- ارتباط بین گزارش شخصی افراد از وضعیت سلامت دهانی و نتایج معاینه بالینی

سطح معنی داری	آنالیزهای آماری		شاخص‌های سلامت دهان
	میانگین \pm انحراف معیار	بله / خیر	
۰/۰۰۰	$3/91 \pm 2/302$	بله	پوسیدگی
	$2/33 \pm 1/627$	خیر	D*
۰/۰۰۰	$1/64 \pm 1/690$	بله	پرکردگی
	$0/07 \pm 0/539$	خیر	F*
۰/۰۰۰	$5/33 \pm 3/29$	بله	دندان کشیده شده
	$0/52 \pm 1/521$	خیر	M*

¹ Decayed, Missing, and Filled Teeth Index

	بله	۱/۹۰۰±۰/۴۹۹۴
التهاب لثه	خیر	۱/۴۲۳±۰/۴۹۵۵
GI*	بله	۱/۵۹۲±۰/۴۱۷۰
خونریزی از لثه	خیر	۱/۲۷۶±۰/۵۳۸۴
GI*	بله	۱/۸۶۹±۰/۵۶۹۸
افزایش حجم لثه	خیر	۱/۳۵۴±۰/۴۴۸۰
GI*		

می‌زدند. مدت زمان مسواک زدن در ۱۵۳ نفر (۷۵٪) از افراد کمتر از ۳ دقیقه بود. همچنین میزان استفاده از نخ دندان در دوران بارداری نسبت به قبل از بارداری به طور معناداری کاهش یافته بود ($p=۰/۰۳۲$). ارتباط بین عملکرد سلامت دهان و وضعیت بالینی در جدول ۴ نشان داده شده است.

در زمینه بهداشت دهان و دندان، بیش از نیمی از زنان باردار یک بار در روز و یا کمتر مسواک می‌زدند. ۱۳ نفر (۶/۳٪) از شرکت‌کنندگان با شروع بارداری به دلیل حالت تهوع هرگز مسواک نمی‌زدند. همچنین ۳۱ نفر (۱۵/۱٪) به دلیل حساسیت به خمیر دندان و ایجاد حالت تهوع، بدون استفاده از خمیر دندان مسواک

جدول ۴- ارتباط بین عملکرد سلامت دهان و وضعیت بالینی

وضعیت بالینی	وجود پوسیدگی		التهاب لثه			عملکرد سلامت دهان	
	خیر تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	سطح معنی داری	ضعیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)		شدید تعداد (درصد)
مسواک	هرگز	۲ (۱۴/۳)	۱۲ (۸۵/۷)		۱ (۷/۱)	۷ (۵۰)	۶ (۴۲/۹)
	گاهی اوقات	۱۶ (۴۲/۱)	۲۲ (۵۷/۹)	(۰/۰۱۱)	۱۰ (۲۶/۳)	۱۷ (۴۴/۷)	۱۱ (۲۸/۹)
	بکبار	۵۱ (۵۸)	۳۷ (۴۲)		۳۷ (۴۲)	۴۴ (۵۰)	۷ (۸)
	دو بار	۲۵ (۵۳/۲)	۲۲ (۴۶/۸)		۱۸ (۳۸/۳)	۲۵ (۵۳/۲)	۴ (۸/۵)
	سه بار	۱۲ (۷۰/۶)	۵ (۲۹/۴)		۸ (۴۷/۱)	۷ (۴۱/۳)	۲ (۱۱/۸)
نخ دندان	هرگز	۴۱ (۴۴/۱)	۵۲ (۵۵/۹)		۲۱ (۲۲/۶)	۵۱ (۵۴/۸)	۲۱ (۲۲/۶)
	ماهیانه	۸ (۴۰)	۱۲ (۶۰)	(۰/۰۴۱)	۱۱ (۵۵)	۵ (۲۵)	۴ (۲۰)
	هفتگی	۲۱ (۶۵/۶)	۱۱ (۳۴/۴)		۱۳ (۴۰/۶)	۱۷ (۵۳/۱)	۲ (۶/۳)
	روزانه	۳۶ (۶۱)	۲۳ (۳۹)		۲۹ (۴۹/۲)	۲۷ (۴۵/۸)	۳ (۵/۱)
مدت زمان مسواک زدن	کمتر از ۱ دقیقه	۱۲ (۲۵/۵)	۳۵ (۷۴/۵)		۱۰ (۲۱/۳)	۲۷ (۵۷/۴)	۱۰ (۲۱/۳)
	۱-۳ دقیقه	۵۸ (۵۵/۲)	۴۷ (۴۴/۸)	(۰/۰۰۰)	۴۳ (۴۱)	۴۹ (۴۶/۷)	۳ (۱۲/۴)
	۳-۵ دقیقه	۳۳ (۷۰/۲)	۱۴ (۲۹/۸)		۲۰ (۴۲/۶)	۲۲ (۴۶/۸)	۵ (۱۰/۶)
بیش از ۵ دقیقه	۳ (۶۰)	۲ (۴۰)		۱ (۲۰)	۲ (۴۰)	۲ (۴۰)	
دهان شویه	بله	۵ (۵۵/۶)	۴ (۴۴/۴)	(۰/۷۴۲)	۲ (۲۲/۲)	۵ (۵۵/۶)	۲ (۲۲/۲)
	خیر	۱۰۱ (۵۱)	۹۴ (۴۹)		۷۲ (۳۷)	۹۵ (۴۸/۷)	۲۸ (۱۴/۳)
خمیردندان	بله	۹۷ (۵۷/۱)	۷۳ (۴۲/۹)	(۰/۰۰۳)	۶۶ (۳۸/۸)	۸۳ (۴۸/۸)	۲۱ (۱۲/۴)
	خیر	۹ (۲۶/۴)	۲۵ (۷۳/۶)		۸ (۲۳/۶)	۱۷ (۵۰)	۹ (۲۶/۴)
ملاقات دندانپزشکی	بله	۵۶ (۶۷/۵)	۲۷ (۳۲/۵)	(۰/۰۰۰)	۳۸ (۴۵/۸)	۳۷ (۴۴/۶)	۸ (۹/۶)
	خیر	۵۰ (۴۱/۳)	۷۱ (۵۸/۷)		۳۶ (۲۹/۸)	۶۳ (۵۲/۱)	۲۲ (۱۸/۲)

دندان در دوران بارداری به طور میانگین در حد متوسط قرار داشت. علت اصلی عدم مراجعه به دندانپزشکی در دوران بارداری از نظر افراد شرکت‌کننده به شرح زیر بود: ۵۶ نفر (۲۷/۵٪) به دلیل بارداری، ۴۳ نفر (۲۱٪) به دلیل هزینه بالا، ۴۳ نفر (۲۱٪) به علت عدم آگاهی، ۲۰ نفر (۱۰٪) به دلیل ترس از دندانپزشکی و سایرین نظری

در این مطالعه ۱۲۱ نفر (۵۹/۳٪) از زنان باردار، قبل از بارداری خود تحت معاینه دندانپزشکی قرار نگرفته بودند. بین وضعیت کلی سلامت دهان افرادی که به ملاقات دندانپزشکی رفته بودند و سایر افراد شرکت‌کننده اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p=۰/۰۰۰$). آگاهی افراد شرکت‌کننده نسبت به مراقبت‌های دهان و

نداشتند. در این مطالعه بین میزان التهاب لثه و وجود پوسیدگی ($p=0/041$) و وجود پوسیدگی ($p=0/000$) با سطح آگاهی افراد ارتباط معناداری وجود داشت (جدول ۵).

جدول ۵- ارتباط وضعیت بالینی با آگاهی

وضعیت بالینی	آگاهی		
	پایین تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	بالا تعداد (درصد)
پوسیدگی	وجود دارد ۳۱ (۳۱/۶)	۵۱ (۵۲)	۱۶ (۱۶/۳)
	وجود ندارد ۱۹ (۱۷/۹)	۴۳ (۴۰/۶)	۴۴ (۴۱/۵)
التهاب لثه	خفیف ۱۱ (۱۵/۱)	۳۲ (۴۳/۸)	۳۰ (۴۱/۱)
	متوسط ۳۰ (۳۰)	۶۶ (۶۶)	۲۴ (۲۴)
	شدید ۱۰ (۳۰)	۱۶ (۵۳/۳)	۵ (۱۶/۷)

با بررسی سؤال‌ها مشخص شد که ۱۵۷ نفر (۷۷٪) از افراد شرکت‌کننده جرم‌گیری را برای دندان‌های خود مضر و حدود ۱۰۸ نفر (۵۳٪) هرگونه اعمال دندانپزشکی را برای سلامت جنین خطرناک می‌دانستند. علاوه بر این ۶۳ نفر (۳۱٪) از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که خرابی دندان‌ها در دوران بارداری طبیعی بوده و با رعایت بهداشت قابل پیشگیری نیست. همچنین بیش از نیمی از افراد، خونریزی و التهاب لثه در دوران بارداری را طبیعی می‌دانستند.

در معاینات بالینی میانگین DMFT $4/42 \pm 4/17$ و میانگین GI $1/46 \pm 0/52$ (التهاب متوسط) بود. همچنین ۹۸ نفر (۴۸٪) از زنان باردار دارای حفره پوسیدگی دندان بودند. ۱۳ نفر (۶/۳٪) از شرکت‌کنندگان دارای افزایش حجم لثه بوده و ۹۷ نفر (۴۷٪) جرم‌دندانی بالای لثه‌ای داشتند.

بحث

در دوران بارداری هورمون‌های جنسی استروژن و به خصوص پروژسترون در سطح بالای خود قرار دارند که این امر باعث تغییرات قابل ملاحظه‌ای در حفره دهان افراد باردار می‌شود. مطالعات گذشته بیانگر این مطلب هستند که بارداری می‌تواند استعداد ابتلاء به بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان را افزایش دهد (۳، ۴). بنابراین زنان باردار گروه بزرگی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند که نیازمند توجه خاص مراقبت‌های دهان و دندان می‌باشند. همچنین مادران نقش ویژه‌ای در عادات بهداشتی سایر اعضای خانواده به خصوص کودکان خود دارند که این امر نشان دهنده نقش بارز این گروه در

بهبود سلامت جامعه است. این در حالی است که مطالعات انجام شده در سراسر جهان بیانگر فقدان شرایط سلامت دهانی مساعد در میان زنان باردار می‌باشد (۶، ۱۲، ۱۳). در مطالعه حاضر در شهرستان بابل به بررسی وضعیت کلینیکی سلامت دهان در زنان باردار و ارتباط آن با گزارش شخصی، آگاهی و عملکرد نسبت به سلامت دهان در دوران بارداری پرداخته شد. مطالعه ویلا و همکارانش (۲۰۱۱) نشان داد که کادر درمانی مرتبط با زنان باردار، نقش مهمی در بهبود بهداشت دهان و دندان و افزایش سطح آگاهی زنان باردار نسبت به درمان‌های دندانپزشکی و خطرهای بیماری‌های دهان در دوران بارداری دارند. در این مطالعه نیز بین گزارش شخصی افراد از شرایط دهانی و معاینه بالینی انجام شده ارتباط معناداری وجود داشت (۹). در مطالعه مارتینز و همکاران (۲۰۱۱) در اروپا زنان باردار می‌توانستند لقی دندان و التهاب شدید لثه و خونریزی خود به خودی از لثه را تشخیص داده و به پزشک خود گزارش دهند (۵). این امر نشان دهنده این است که زنان باردار، خود از شرایط دهانی خود تا حدودی آگاهی دارند و می‌توانند مشکلات دهانی خود را با پزشک زنان و یا ماما که ارتباط بیشتری با زنان باردار دارند مطرح کنند. با این وجود، اگرچه در این مطالعه نیز ارتباط معناداری بین گزارش خود فرد از شرایط دهان با وضعیت کلینیکی وجود داشت، اما همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، عده‌ای از زنان باردار از وجود پوسیدگی و التهاب لثه در دهان خود آگاهی نداشتند. به عبارتی گزارش فرد مبنی بر نداشتن بیماری دهانی نمی‌تواند ملاکی برای عدم ارجاع زنان باردار به دندانپزشکی باشد.

موضعی می‌تواند موجب بیماری پرپودنتال و افزایش حجم لته شود (۲۰). التهاب لته در ماه دوم و سوم بارداری شروع شده و تا ماه هشتم تشدید شده و طی ماه نهم بارداری کاهش می‌یابد (۲). با یک جرم‌گیری ساده قبل از بارداری و یا در سه ماهه سوم بارداری می‌توان از وقوع یا پیشرفت بیماری‌های لته در دوران بارداری جلوگیری کرد. انجمن دندانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۶ موافقت خود را با ایمن بودن درمان‌های معمول دندانپزشکی در دوران بارداری، خصوصاً در سه ماهه دوم بارداری که میزان خستگی و حالت تهوع زن باردار کمتر است، اعلام کرد (۲۱). این در حالی است که اکثر افراد مورد مطالعه جرم‌گیری را برای دندان‌های خود مضر دانسته و انجام جرم‌گیری در دوران بارداری را برای جنین خطرناک می‌دانستند. این نتایج ناشی از آگاهی غلط زنان باردار نسبت به اعمال دندانپزشکی در دوران بارداری است. در مطالعه حاضر و مطالعه ایفسانیا و همکاران (۲۰۱۳) مشخص شد که زنان بارداری که پیش از بارداری و یا در دوران آن به دندانپزشکی مراجعه کرده‌اند، از سلامت دهانی بهتری در دوران بارداری برخوردارند (۲۲). از آنجایی که به دلیل آگاهی غلط، اکثر زنان باردار درمان‌های معمول دندانپزشکی را برای جنین خطرناک می‌دانند، لازم است که آگاهی‌های لازم و ارجاع به موقع دندانپزشکی توسط کادر درمانی که زن باردار تحت نظر آن‌ها است، صورت گیرد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم وجود محدودیت سنی برای شرکت‌کنندگان و عدم توانایی تهیه تصاویر رادیوگرافی از زنان باردار برای بررسی وضعیت پرپودنتال و پوسیدگی پروگزیمال بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه دیگری در سایر نواحی انجام شود تا سیاست‌های بهداشتی درمانی کلی در سطح کشور برای بهبود شرایط سلامت دهانی این قشر ویژه و مهم تدوین شود.

نتیجه‌گیری

اگرچه زنان باردار از وضعیت بالینی سلامت دهان خود تا حدودی مطلع هستند اما به دلیل ناآگاهی از مراجعه به دندانپزشکی امتناع می‌کنند، بنابراین می‌توان با

در مطالعه اخیر زنان باردار با سطح آگاهی بالاتر، التهاب لته و پوسیدگی دندانی کمتری داشتند. علت این امر می‌تواند رعایت بهداشت بهتر، تحصیلات بالاتر و مراجعه دندانپزشکی قبل از بارداری در افرادی باشد که آگاهی بیشتری دارند. همان‌گونه که در این مطالعه نشان داده شد، افراد با آگاهی بالاتر بیشتر به ملاقات دندانپزشکی قبل از بارداری رفته و همچنین افرادی که قبل از بارداری به دندانپزشکی مراجعه کرده بودند، از شرایط سلامت دهان بهتری برخوردار بودند. در مطالعه حاجی کاظمی و همکاران (۲۰۰۵) در تهران نیز بین میزان آگاهی و عملکرد بهداشت دهان و دندان زنان باردار ارتباط مثبتی وجود داشت (۱۴). این امر اهمیت افزایش آگاهی زنان باردار جهت بهبود شرایط دهانی را نشان می‌دهد. بر اساس مطالعات گذشته آموزش تأثیر مثبتی بر افزایش میزان آگاهی و بهبود عملکرد سلامت دهان زنان باردار دارد (۱۵-۱۷). همچنین زنان باردار به دلیل شرایط ویژه خود و اهمیت دادن بیشتر به سلامت خود و جنین در دوران بارداری، در این دوران آموزش پذیرترند (۱۶).

DMFT شایع‌ترین شاخص برای ارزیابی وضعیت دهان و دندان در مطالعات اپیدمیولوژی است (۱۸). میانگین DMFT در این مطالعه ۸/۴۲ بود. در مطالعه مشابه بحری و همکاران (۲۰۱۲) در مشهد، میزان میانگین DMFT ۱۰/۲۹ بود (۱۹). علت این تفاوت می‌تواند تفاوت در نواحی انجام مطالعه و تفاوت‌های شخصی-اجتماعی افراد شرکت‌کننده باشد.

بر اساس مطالعات انجام شده، شیوع بیماری‌های لته در زنان باردار بیشتر از زنان غیر باردار است (۳). همچنین نشان داده شده است که بیماری‌های لته می‌تواند موجب اثرات مضر همچون افزایش خطر به دنیا آوردن نوزاد کم وزن و تولد زودرس نوزاد و افزایش خطر پره اکلامپسی شود (۲). در این مطالعه میانگین شاخص لته‌ای نشان دهنده التهاب متوسط در میان زنان باردار شرکت‌کننده بود. از دلایل این التهاب می‌توان به وجود جرم بالای لته‌ای در ۴۷٪ افراد مورد مطالعه اشاره کرد. جرم دندانی یکی از علل اصلی التهاب لته می‌باشد که در دوران بارداری به دلیل افزایش پاسخ لته به فاکتورهای

استفاده از آموزش صحیح سطح سلامت دهان و دندان زنان باردار جامعه را بهبود بخشید.

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد ۲۵۲۶ است. بدین وسیله از حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت انجام این مطالعه و همچنین از تمام زنان بارداری که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه طرح پژوهشی مصوب شورای

منابع

- Bakhshi M, Sabet MS, Hashemi ES, Bakhtiari S, Tofangchiha M, Marhabi SA, et al. Evaluation of biochemical changes in unstimulated salivary, calcium, phosphorous and total protein during pregnancy. *Afr J Biotechnol* 2012; 11(8):2078-83.
- Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology. 10th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006. P. 228-229-322-323-324.
- Rakchanok N, Amporn D, Yoshida Y, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J. Dental caries and gingivitis among pregnant and non-pregnant women in Chiang Mai, Thailand. *Nagoya J Med Sci* 2010; 72(1-2):43-50.
- Delemotte M, Valcarcel J, Tramini P. Oral health and precariousness in pregnant women. *Odontostomatol Trop* 2013; 36(141):14-26.
- Martínez-Beneyto Y, Vera-Delgado MV, Pérez L, Maurandi A. Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 114(1):18-22.
- Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. Self-reported oral hygiene habits and self-care in the oral health in sample of Iranian women during pregnancy. *World Appl Sci J* 2013; 22(5):647-56.
- Honkala S, Al-Ansari J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *J Clin Periodontol* 2005; 32(7):809-14.
- Christensen LB, Jeppe-Jensen D, Petersen PE. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2003; 30(11):949-53.
- Villa A, Abati S, Strohmer L, Cargnel M, Cetin I. Self-reported oral hygiene habits and periodontal symptoms among postpartum women. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284(1):245-9.
- Águeda A, Echeverría A, Manau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13(9):E609-15.
- Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963; 21:533-51.
- 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(5):405-9.
- Hashim R. Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg* 2012; 10(2):142-6.
- HajiKazemi ES, Mohseni SH, Oskouie F, Haghani H. The association between knowledge, attitude and performance in pregnant women toward dental hygiene during pregnancy. *Iran J Nurs* 2005; 18(43):31-8.
- Lin DL, Harrison R, Aleksejuniene J. Can a prenatal dental public health program make a difference? *J Can Dent Assoc* 2011; 77:b32
- Geisinger ML, Robinson M, Kaur M, Gerlach RW, Griffin R. Individualized oral health education improves oral hygiene compliance and clinical outcomes in pregnant women with gingivitis. *J Oral Hyg Health* 2013; 1(2):111
- Ramazani N, Ladez MA, Zareban I, Bagheri E. Oral health care education regarding the gingival health, knowledge, attitude, and behavior of the pregnant women. *Health Scope* 2014; 3(4):e19446.
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa E, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9):661-9.
- Bahri Binadaj N, Bahri Binadaj N, Iliati HR, Salarvand S, Mansourian MR. Evaluation of DMFT index among pregnant women and its relation to knowledge, attitude and dental behavior in terms of oral and dental cares (Mashhad-2009). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(3):15-21. (Persian).
- Burket LW, Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's oral medicine. 11th ed. Hamilton: BC Decker; 2008. P. 133-7.
- For the dental patient: oral health during pregnancy. *J Am Dent Assoc* 2011; 142(5):574.
- Ifesanya JU, Oke GA. Self-report of adverse gingival conditions among pregnant South-Western Nigerian women. *J Dent Oral Hyg* 2013; 5(2):13-20.