تحقیقی

آگاهی وعملکرد مرتبط با سلامت دهان در مادران باردارمراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

سیمین زهرا محبی[۱]، کتایون سرگران[۱]، سمانه رازقی[۱]، شاداب خراسانی زاده [۱]، هدی بهرامیان[۱*]

۱-مرکز تحقیقات پیشگیری از پوسیدگی دندان، پژوهشکده علوم دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مادران باردار به سبب تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری از ریسک افزایش یافته ای برای بیماری های دهان و دندان برخوردار هستند. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی آگاهی و عملکرد مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کمتر برخوردار شهر تهران در رابطه با سلامت دهان و دندان انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی مادران باردار مراجعه کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی در شهر تهران صورت گرفت. در میان افراد شرکت کننده پرسشنامه ای توزیع گردید که سوالات آن در سه دسته ی اطلاعات دموگرافیک، عملکرد مادران و دانش مادران طبقه بندی شده بود. پرسشنامه ها توسط خود افراد تکمیل گردید. در نهایت داده ها با آزمون های آماری توصیفی ، همبستگی و رگرسیون توسط نرم افزار IBM SPSS (نسخه ۲۴) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: تعداد ۱۶۶ مادر باردار در مطالعه شرکت کردند میانگین نمره دانش مادران در رابطه با سلامت دهان در دوران بارداری، نمره ۳/۳۲ از ۹ بود.. نتایج آنالیز های رگرسیونی نشان داد، بین دانش عمومی مادران باردار در زمینه سلامت دهان و میزان تحصیلات افراد ارتباط وجود داشت (p= ۰/۰۶۵) و با قومیت، نژاد، سطح تحصیلات همسر، سطح درآمد، وضعیت محل سکونت ارتباط نداشت (p<۰/۱). در حالی که میزان دانش مادران باردار در مورد سلامت دهان و دندان در دوران بارداری با سطح تحصیلات (p=۰/۰۷) ، وضعیت محل سکونت (p=۰/۰۴۲) و تعداد افراد خانوار مادران (p=۰/۰۶۹) ارتباط معنی‌داری برقرار بود. رفتارهای عمومی سلامت دهان مادران تنها با میزان تحصیلات افراد ارتباط داشت (p<۰/۰۳) و با سایر متغییرها ارتباط معنی‌داری نداشت (p<۰/۱). در حالی که بین رفتار های سلامت در دوران بارداری توسط مادران باردار با هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه ارتباط معنی داری وجود نداشت (p<۰/۱).

نتیجه گیري: نتایج پژوهش حاضر نشان داد جامعه ی مورد مطالعه از سطح آگاهی و دانش کافی در زمینه ی مراقبت از سلامت دهان و دندان برخوردار نبوده و لازم است در این زمینه به مادران باردار آموزش های متناسب در مورد مهارت های عملی مراقبت از سلامت دهان و دندان داده شود و این افراد از اهمیت حفظ سلامت دهان در این دوران و اثرات بالقوه نامطلوب بیماری های پریودنتال آگاه گردند.

کلید واژه ها: سلامت دهان، مادران باردار، آگاهی، عملکرد

وصول مقاله :۱۳۹۶/۶/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۳

نویسنده مسئول: دکتر هدی بهرامیان ایمیل: hoda_bahramian@yahoo.com

مقدمه: بیماریهای دهان ودندان اگرچه تمام گروههاي سني و جنسي جمعیت را تهدید مي کند، برخي از گروه ها در جامعه به لحاظ شرایط خاص فیزیولوژیکي بیشترازسایرین آسیب پذیر می باشند. به عنوان نمونه بارداري روندي طبیعي است، اما با تغییراتي در بدن از جمله دهان و دندان همراه است. تغییرات هورموني و تغذیه اي شرایط مستعدي را براي ایجاد بیماري هاي لثه و پوسیدگي دندان در مادران باردار فراهم مي کند. از طرفي مراقبت هاي بهداشتي که در حالت عادي به سهولت انجام مي شود، در خانم هاي باردار ممکن است با مشکل مواجه شود. این گروه به جهت شرایط ویژه بارداری از جمله ویار و کم

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

حوصلگی و شرایط خاص روحی به سمت عدم رعایت بهداشت سوق پیدا می کنند. (۱) بیماریهای پریودنتال به صورت ژنژیویت وپریودنتیت هستند و فراوانی آنها بین ۳۶-۱۰۰ درصد گزارش شده است. ژنژیویت شایع ترین بیماری دهان در طول بارداری بوده و شیوع آن بین۶۰ تا ۷۰ درصد گزارش شده است. (۲) تغییرات فیزیولوژیکی در متابولیسم شامل تغییر در گونه های میکروبی دهان، پاسخ ایمنی بدن و متابولیسم سلولی است . در طول بارداری سطح پروژسترون تا ۱۰ برابر واستروژن تا ۳۰ برابر نسبت به زمان سیکل قاعدگی افزایش می یابد که به علت تولید مداوم آنهاست. افزایش غلظت استروژن و پروژسترون می تواند منجربه پرخونی ، ادم ، خونریزی از بافتهای پریودنتال و افزایش احتمال عفونت باکتریای شود. (۳و۴) همچنین بیشتر زنان در طول زمان بارداری عادات غذایی خود را به سمت غذاهای پرکربوهیدرات و اسیدی تغییر می دهند که این امر کاهش PH بزاق را که با حالت تهوع و استفراغ مکرر رخ می دهد تشدید می کند و زنان بارداری که بهداشت دهان را به صورت منظم و دقیق رعایت نمی کنند اغلب از اروژن های مینای دندان و پوسیدگی های دندانی هم رنج می برند.(۲و۵)

عوامل دیگری که دسترسی به مراقبت های دندانی را در طول بارداری محدود می کند شامل کمبود پوشش بیمه ای، دیدگاه زنان باردار در مورد درمانهای دندانپزشکی در زمان بارداری و نگرش ارائه دهندگان خدمات درمانی (متخصصین زایمان و دندانپزشکان) است. (۴) عواملی چون عفونت به HIV، کمبود مراقبت های دندانی، مصرف سیگار، سطح پایین تحصیلات، وضعیت اشتغال در سطوح پایین و سن زیاد و نوع نژاد می توانند وضعیت بیماری پریودنتال و پوسیدگی را بد تر کنند. (۵) عفونت های پریودنتال می تواند به عنوان منبعی از مدیاتورهای التهابی باشد که جفت و جنین را به وسیله ی زایمان زودرس احتمالی با تهدید روبرو کند. (۴) نتایج نامناسب بارداری که با بیماری های پریودنتال در ارتباط هستند شامل تولد زودرس ، وزن کم هنگام تولد ، سقط و پره-اکلامپسی هستند که پره اکلامپسی و تولد زودرس از دلایل اصلی ناخوشی و مرگ و میر حین زایمان مادران است.(۶و۷) توصیه می شود که تمامی زنان در طول بارداری تحت سنجش جامع سلامت دهان و ارزیابی خطر قرار بگیرند. علی رغم بحثی که در مورد این که آیا درمانهای پریودنتال میتوانند از نتایج نامناسب بارداری جلوگیری کنند وجود دارد، این امر واضح است که درمانهای دندانپزشکی در طول بارداری امن بوده و به طور قابل توجهی سلامت دهان مادران را بهبود می بخشد و احتمال به وجود آمدن پوسیدگی های دندانی زودرس را در نوزادان کاهش می دهد. (۸) با این وجود اغلب مادران باردار از توصیه های دندانی پیروی نمی کنند و به دنبال درمانهای دندانپزشکی نمی روند. برای مثال کمتر از نصف (۴۷٪) زنان باردار در ایالات متحده یه یک دندانپزشک مراجعه می کنند حتی در زمانی که یک مشکل

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

وجود دارد .(۷) سلامت دهان حین زایمان نقش بسیارحیاتی ای را در سلامت عمومی و خوب بودن زن باردار وکودکان تازه متولد شده ایفا می کند .(۹) از این رو لزوم انجام نیاز سنجی ومتعاقبا برنامه ریزي براي پیشگیري از پوسیدگي و بیماریهای دهان و دندان در گروه آسیب پذیر مادران باردار اهمیت بیشتري دارد. هدف ما از انجام این مطالعه ارزیابی آگاهی وعملکرد مادران باردار در رابطه با سلامت دهان ودندان در طول دوران بارداری است. پس از بررسی وضعیت موجود و آگاهی یافتن از خلاها در دانش و عملکرد این گروه، امکان طراحی مداخلات مناسب با رویکرد پیشگیرانه جهت ارتقا سلامت مادران باردار و کودکانشان فراهم خواهد شد.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع مقطعی (cross-sectional) است و با هدف بررسی آگاهی و عملکرد مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی کمتر برخوردار شهر تهران در رابطه با سلامت دهان و دندان انجام شد. مطالعه از دیدگاه حجم نمونه دو هدف اصلی دارد. هدف اول که توصیفی است، برآورد آگاهی و عملکرد مادران باردار است که با توجه به مطالعه با استفاده از گزینه confidence interval for one mean نرم افزارPASS با درنظر گرفتن α=۰/۰۵ فاصله اطمینان برابر ۰/۰۵± واحد وانحراف معیار برابر ۲/۷۹حداقل تعداد نمونه مستقل ۱۲۳ نمونه محاسبه شد که با در نظر گرفتن inflation factor برابر ۱/۵ حجم نمونه ۱۸۵ نمونه می باشد. لازم به ذکراست حجم نمونه مورد نیازبرای فاز تحلیلی مطالعه کمتر از این میزان می باشد. یک پرسشنامه استاندارد شده (دکتر بهرامیان - دکتر محبی) با ۷ سوال در رابطه با مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان، ۱۵ سوال در رابطه با دانش مادران باردار در زمینه سلامت دهان و ۹ سوال در رابطه با عملکرد مادران باردار در زمینه سلامت دهان ابزار تحقیق بود. با مراجعه به معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، لیست مراکز بهداشت وابسته گرفته و با روش تصادفی طبقه ای خوشه ای از مراکز بهداشت جنوب، اسلامشهر، شهر ری به عنوان طبقه ، تعداد ۱۰ مرکز که از نظر جغرافیایی در مناطق ۹ تا ۲۰ شهری واقع بودند، به عنوان خوشه انتخاب شدند. گروه مطالعه، مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتي درماني شهر تهران مي باشند که تعداد ۱۵ مادر باردار از هر مرکز با روش نمونه گیری در دسترس بر حسب معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. (جمعا ۱۵۰ نفر) در ابتدا رضایت نامه شفاهی از نمونه ها و اطلاعات اولیه و شماره تماس برای دسترسی دریافت شد. دانش و عملکرد خوداظهار نمونه ها در رابطه با سلامت دهان و مشخصات دموگرافیک توسط خود فرد تکمیل گردید. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم افزار IBM SPSS نسخه ۲۴ آنالیز گردید که با استفاده از شاخص های میانگین وانحراف معیارتوصیف شدند. عوامل مرتبط با سطح آگاهی و عملکرد با استفاده از رگرسیون چند متغیره تحلیل آماری شدند. پرسش نامه توزیع شده

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

حاوی ۷ سوال در رابطه با مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان بود که بیشترین امتیاز به وضعیت اجتماعی اقتصادی مناسب و به ترتیب کمترین امتیاز به وضعیت اجتماعی اقتصادی نامناسب تعلق گرفت. ۱۲ سوال در رابطه با دانش عمومی سلامت دهان و دندان، ۳ سوال در رابطه با دانش مرتبط با سلامت دهان و دندان در بارداری ، ۷ سوال در رابطه با رفتارهای عمومی سلامت دهان و ۲ سوال در رابطه با رفتارهای مرتبط با سلامت دهان در بارداری بود. در کل در ۱۵ سوال در رابطه با دانش مادران باردار گزینه صحیح نمره ۱ و بقیه گزینه ها صفر در نظر گرفته شدند و در۹ سوال در رابطه با عملکرد مادران باردار در زمینه سلامت دهان بیشترین امتیاز به بهترین رفتار و به ترتیب کمترین امتیاز به بدترین رفتار تعلق گرفت. لازم به ذکر است این مطالعه پس از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه انجام گرفت. پرسش نامه ها بی نام و شرکت در مطالعه اختیاری بود.

یافته ها:

مطالعه حاضر به صورت مقطعی و با استفاده از پرسش نامه صورت گرفت. مطالعه برروی تعداد ۱۶۶مادرباردار مراجعه کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی در شهر تهران صورت گرفت، که این مراکز به صورت تصادفی طبقه ای خوشه ای انتخاب شده بودند. پرسشنامه ها توسط خود افراد تکمیل شد و در نهایت نتایج تحت بررسی آماری قرار گرفت. میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۲۷/۹ با انحراف معیار۵/۷۴ بود. از نظر میزان تحصیلات، ۷۲ نفر (۴۳/۴٪) ازمادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۱۴ نفر (۸/۴٪) بی سواد بودند و تنها ۱۵ نفر (۹٪) دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند. ۵۹ نفر (۳۵/۸٪) از همسران مادران باردار دارای دیپلم و ۱۰ نفر (۶/۱٪) بی سواد بودند. (جدول ۱)

جدول شماره۱-تحصیلات مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مناطق کمتر برخوردار شهر تهران و همسرانشان

	گزینه ها	تعداد	درصد
تحصیلات مادران باردار N=۱۶۶	بی سواد	۱۴	۸,۴
	ابتدایی	۱۷	۱۰,۲
	راهنمایی	۳۰	۱۸,۱
	دبیرستان	۱۸	۱۰,۸
	دیپلم	۷۲	۴۳,۴
	دانشگاه	۱۵	۹,۰
تحصیلات همسران مادران باردار N=۱۶۵	بی سواد	۱۰	۶,۱
	ابتدایی	۲۳	۱۳,۹
	راهنمایی	۴۰	۲۴,۲
	دبیرستان	۲۲	۱۳,۳
	دیپلم	۵۹	۳۵,۸
	دانشگاه	۱۱	۶,۷

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

جدول شماره ۲- وضعیت اقتصادی مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کمتر برخوردار شهر تهران

	گزینه ها	تعداد	درصد
وضعیت محل سکونت از نظر مالکیت N=۱۶۶	شخصی	۲۳	۱۳,۹
	اجاره	۱۳۷	۸۲,۵
	رایگان	۴	۲,۴
	مسکن در برابر خدمت	۲	۱,۲
مساحت محل سکونت N=۱۶۰	کمتر از ۵۰ متر	۹۰	۵۶,۳
	بین ۵۰ تا ۱۰۰ متر	۶۶	۴۱,۳
	بالاتر از ۱۰۰ متر	۴	۲,۵
میزان درآمد خود اظهار N=۱۶۶	کم	۴۷	۲۸,۳
	متوسط	۸۹	۵۳,۶
	خوب	۳۰	۱۸,۱

وضعیت محل سکونت اکثر افراد شرکت کننده ۱۳۷ نفر (۸۲/۵٪) اجاره¬ای و ۲۳ نفر (۱۳/۹٪) دارای مسکن شخصی بودند. ۸۹ نفر (۵۳/۶٪) از افراد شرکت کننده میزان درآمد خود را متوسط و ۴۷ نفر (۲۸/۳٪) میزان درآمد خود را کم می دانستند. (جدول۲) درسوالات مربوط به دانش مادران در رابطه با سلامت دهان و دندان، ۳۹ نفر (۲۳/۵٪) علت خون ریزی از لثه را بیماری لثه می دانستند در صورتی که ۵۹ نفر (۳۵/۵٪) گزینه نمی دانم را انتخاب کردند. ۷۷ نفر (۴۶/۶٪) علامت های پوسیدگی دندان را می دانستند و ۴۰ نفر (۲۴/۱٪) گزینه نمی دانم را انتخاب کردند و در میان سوالات مربوط به دانش، بیشترین پاسخ صحیح به این سوال داده شده بود.

۶۱ نفر(۳۶/۷٪) از مادران در رابطه با حداقل تعداد مسواک زدن در روز اطلاع کافی داشتند و ۴۰ نفر (۲۴/۱٪) حداقل زمان لازم برای مسواک را ۲ دقیقه می دانستند و به سوال پاسخ صحیح دادند. کمتر از نیمی از افراد (۴۲/۲٪) مهمترین زمان مسواک زدن را قبل از خواب می دانستند و پاسخ صحیح دادند. تنها ۷/۹ درصد آگاهی صحیح از این را داشتند که استفراغ های مکرر منجر به سایش دندان می شود. این سوال از کمترین پاسخ صحیح برخوردار بود. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب دانش عمومی سلامت دهان و دندان، به ترتیب صفر و ۹ بود. میانگین نمره ۳/۳۲ با انحراف معیار ۱/۸۱ بود. حداقل و حداکثر نمره دانش مرتبط با سلامت دهان و دندان در بارداری، به ترتیب صفر و ۳ بود. میانگین نمره ۰/۴۷ با انحراف معیار ۰/۶۴ بود. (جدول ۳و۴) نتایج نشان داد ۱۰نفر(۶ ٪) از مادران هرگز مسواک نمی زدند و ۱۲۳ نفر (۷۴/۱ ٪) حداقل یک بار در روز مسواک می زدند.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

جدول شماره۳- دانش عمومی سلامت دهان و دندان در مادران باردار

	گزینه ها	تعداد	درصد
مهمترین علت خون ریزی از لثه در هنگام مسواک زدن چیست؟ N=۱۶۶	بیماری لثه	۳۹	۲۳,۵
	پوسیدگی	۱۴	۸,۴
	جرم دندانی	۱۱	۶,۶
	مسواک زدن نادرست	۴۳	۲۵,۹
	نمی دانم	۵۹	۳۵,۵
کدام یک از موارد زیر علامت پوسیدگی دندان است؟ N=۱۶۶	نقاط سفیدیاقهوه ای	۳۱	۱۸,۷
	حساسیت به سرمایاگرما	۱۰	۶,۰
	درد هنگام جویدن	۸	۴,۸
	همه موارد	۷۷	۴۶,۴
	نمی دانم	۴۰	۲۴,۱
مسواک زدن دندان ها حداقل چند بار باید انجام بگیرد؟ N=۱۶۶	۳ بار در هفته	۱۴	۸,۴
	۱ بار در روز	۲۳	۱۳,۹
	۲ بار در روز	۶۱	۳۶,۷
	بیش از ۲ باردرروز	۶۱	۳۶,۷
	نمی دانم	۷	۴,۲
حداقل زمان لازم برای مسواک زدن چند دقیقه است؟ N=۱۶۶	۲ دقیقه	۴۰	۲۴,۱
	۳ دقیقه	۳۵	۲۱,۱
	۴ دقیقه	۱۷	۱۰,۲
	۵ دقیقه	۴۶	۲۷,۷
	نمی دانم	۲۸	۱۶,۹
مهمترین زمان برای تمیز کردن دندان ها چه موقع است؟ N=۱۶۶	بعد از خواب	۶	۳,۶
	قبل از خواب	۷۰	۴۲,۲
	بعد از صبحانه	۲	۱,۲
	بعدازوعده های اصلی	۸۲	۴۹,۴
	نمی دانم	۶	۳,۶
مهمترین اثر فلوراید در خمیر دندان چیست؟ N=۱۶۶	مزه خوشایند	۲	۱,۲
	اثر سفیدکنندگی	۹	۵,۴
	پیش گیری ازپوسیدگی	۷۱	۴۲,۸
	اثر ضد میکروبی	۱۶	۹,۶
	نمی دانم	۶۸	۴۱,۰
یک فرد عادی هر چند وقت یک بار باید برای معاینه دهان و دندان به دندانپزشک مراجعه نماید؟ N=۱۶۶	۳ ماه یک بار	۱۷	۱۰,۲
	۶ ماه یک بار	۸۶	۵۱,۸
	۱ سال یک بار	۳۰	۱۸,۱
	۲ سال یک بار	۱	۰,۶
	نمی دانم	۳۲	۱۹,۳
علت اصلی ایجاد بیماری های لثه عدم رعایت بهداشت است. N=۱۶۶	بله	۱۱۱	۶۶,۹
	خیر	۱۰	۶,۰
	نمی دانم	۴۵	۲۷,۱
شستن دندانها با آب زیاد، بعد از مسواک زدن با خمیر دندان حاوی فلوراید، در پیشگیری از پوسیدگی مؤثر است.	بله	۷۴	۴۴,۶
	خیر	۱۶	۹,۶
	نمی دانم	۷۵	۴۵,۲
درپیشگیری از پوسیدگی،استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید، از روش مسواک زدن مهمتر است.	بله	۵۶	۳۳,۷
	خیر	۳۲	۱۹,۳
	نمی دانم	۷۸	۴۷,۰
دفعات مصرف شکر، نقش مهمتری از میزان مصرف آن در ایجاد پوسیدگی دارد.	بله	۱۱۶	۶۹,۹
	خیر	۶	۳,۶
	نمی دانم	۴۴	۲۶,۵
مصرف آدامسهای حاوی قند زایلیتول باعث کاهش سطح باکتری مسبب پوسیدگی می شود.	بله	۴۶	۲۷,۷
	خیر	۱۳	۷,۸
	نمی دانم	۱۰۷	۶۴,۵

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

۷ نفر (۴/۳٪) هرگز از خمیر دندان و ۵۴ نفر (۳۲/۵٪) هرگز از نخ دندان استفاده نمی کردند. هم چنین ۳۲ نفر (۹/۳٪) حداقل یک بار در روز از نخ دندان استفاده می کردند. ۱۵ نفر (۹/۱٪) سه بار یا بیشتر در روز از تنقلات شیرین استفاده می کردند در حالی که ۳۵ نفر (۲۱/۳٪) به ندرت از تنقلات استفاده می کردند. اکثر مادران (۱۵۴ نفر- ۹۲/۸٪) تا به حال دخانیات مصرف نکرده بودند. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب رفتار عمومی سلامت دهان، به ترتیب ۹و۲۴ بود. میانگین نمره ۱۵/۲۹ با انحراف معیار ۲/۹۸ بود. حداقل و حداکثر نمره رفتارمرتبط با سلامت دهان در بارداری به ترتیب ۲و۴ بود. میانگین نمره ۲/۶۴ با انحراف معیار ۰/۵۲ بود.(جدول۵و۶) به منظور بررسی رابطه بین رفتارهای سلامت دهان عمومی و بارداری با متغیر های دموگرافیک آزمون رگرسیون نشان داد که رفتارهای عمومی سلامت دهان مادران تنها با میزان تحصیلات افراد ارتباط معنی داری از لحاظ آماری داشته (P=۰/۰۳) و با سایر متغییر ها ارتباط معنی داری ندارد. (P<۰/۱) در حالی که بین رفتار های سلامت در دوران بارداری توسط مادران باردار با هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه ارتباط معنی داری وجود نداشت. (P<۰/۱)

جدول شماره۴-ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک والدین باعملکرد بهداشتی آنان

	گزینه ها	تعداد	درصد
استفراغ های مکرر در دوره بارداری منجر به کدام یک از حالات زیر می شود؟ N=۱۶۵	سایش دندان	۱۳	۷,۹
	درد دندان	۹	۵,۵
	بیماری لثه	۱۵	۹,۱
	جرم دندان	۱۸	۱۰,۹
	نمی دانم	۱۱۰	۶۶,۷
چند بار مراجعه به دندانپزشک در طی بارداری لازم می باشد؟ N=۱۶۵	۱ بار	۴	۲,۴
	۲ بار	۹	۵,۵
	۳ بار	۱۵	۹,۱
	۴ بار	۱۲	۷,۳
	نمی دانم	۱۲۴	۷۵,۲
بهترین زمان برای برای انجام اعمال دندانپزشکی خانم باردار درسه ماهه دوم بارداری است. N=۱۶۵	بله	۶۲	۳۷,۳
	خیر	۶	۳,۶
	نمی دانم	۹۷	۵۸,۴

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

جدول شماره۵- رفتار های عمومی سلامت دهان درمادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کمتر برخوردار شهر تهران

	گزینه ها	تعداد	درصد
دفعات مسواک زدن N=۱۶۶	بی نظم یا هرگز	۱۰	۶,۰
	۱ بار در هفته	۱۰	۶,۰
	۳-۲ بار در هفته	۲۳	۱۳,۹
	۱ بار در روز	۹۲	۵۵,۴
	بیش از ۱ بار در روز	۳۱	۱۸,۷
دفعات استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید N=۱۶۴	همیشه یا تقریبا	۵۹	۳۶,۰
	معمولا	۷۲	۴۳,۹
	به ندرت	۲۶	۱۵,۹
	هرگز	۷	۴,۳
دفعات استفاده از نخ دندان N=۱۶۶	هرگز	۵۴	۳۲,۵
	گاهی اوقات	۶۸	۴۱,۰
	۳-۲ بار در هفته	۱۲	۷,۲
	۱ بار در روز	۲۳	۱۳,۹
	بیش از ۱ بار در روز	۹	۵,۴
دفعات مصرف تنقلات یا نوشیدنی شیرین N=۱۶۴	۳ بار یا بیشتر	۱۵	۹,۱
	۲ بار	۴۱	۲۵
	۱ بار در روز	۳۱	۱۸,۹
	گاهی اوقات	۴۲	۲۵,۶
	به ندرت	۳۵	۲۱,۳
استعمال دخانیات N=۱۶۶	هرگز	۱۵۴	۹۲,۸
	ترک شده	۱۰	۶,۰
	۱ بار در ماه	۲	۱,۲
زمان آخرین ویزیت دندانپزشکی N=۱۶۶	طی ۶ ماه گذشته	۵۱	۳۰,۷
	۶ ماه تا ۱ سال	۲۹	۱۷,۵
	۱۳ ماه تا ۲۳ ماه	۲۷	۱۶,۳
	۲۴ ماه تا ۵ سال	۱۵	۹,۰
	۵ سال یا بیشتر	۹	۵,۴
	هرگز	۱۰	۶,۰
	فراموش شده	۲۵	۱۵,۱
مراجعه به دندانپزشکی طی ۱۲ ماه گذشته N=۱۶۶	بله	۱۰۱	۶۰,۸
	خیر	۶۵	۳۲,۹

جدول شماره۶- رفتار های مرتبط با سلامت دهان در بارداری در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کمتر برخوردار شهر تهران

	گزینه ها	تعداد	درصد
مراجعه به دندانپزشکی حین بارداری فعلی N=۱۶۶	بله	۷۰	۴۲,۲
	خیر	۹۶	۵۷,۸
شست و شو دهان پس از استفراغ صبحگاهی N=۱۶۵	بله	۱۵۲	۹۲,۱
	خیر	۱۲	۷,۳

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

همچنین به منظور بررسی رابطه بین دانش عمومی سلامت دهان و دانش مرتبط با سلامت دهان و دندان در بارداری با متغیرهای دموگرافیک آزمون رگرسیون نشان داد که بین دانش عمومی مادران باردار در زمینه سلامت دهان و میزان تحصیلات افراد ارتباط نسبتا معنی داری از لحاظ آماری وجود داشت (P= ۰/۰۶۵) و با قومیت، نژاد، سطح تحصیلات همسر، سطح درآمد، وضعیت محل سکونت ارتباط معنی داری نداشت. (P<۰/۱) در حالی که بین میزان دانش مادران باردار در مورد سلامت دهان و دندان در دوران بارداری با سطح تحصیلات (P=۰/۰۷)، وضعیت محل سکونت (P=۰/۰۴۲) و تعداد افراد خانوار مادران (p=۰/۰۶۹) ارتباط نسبتا معنی داری برقرار بود.

بحث:

همانطور که پیشتر بحث شد، در دوران بارداری تغییرات فیزیولوژیک گسترده ای در بدن مادران به وجود آمده که به سبب این تغییرات مادران باردار دارای ریسک افزایش یافته ای برای بیماری های دهان و دندان هستند. همچنین مادران نقش مهمی در انتقال و آموزش مراقبت های بهداشتی در زمینه سلامت دهان به فرزندان داشته و بنابراین سهم بزرگی در بهبود وضعیت سلامت دهان و دندان جامعه دارند. این درحالی است که مطالعات گذشته حاکی از آن است که مادران باردار در نقاط مختلف دنیا از وضعیت مساعد سلامت دهان و دندان برخوردار نیستند. بر اساس گزارش سیستم کنترل و ارزیابی خطرات بارداری (PRAMS) مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها (CDC)، تنها ۲۳٪-۴۳٪ از مادران باردار در سراسر دنیا در دوران بارداری خود از خدمات دندانپزشکی بهره میبرند و این مقدار در ایالات متحده ۶۷٪ از مادران باردار را شامل می شود. بر اساس مطالعه ای که توسط شمسی و همکاران در سال ۲۰۱۳ بر روی گروهی از زنان باردار در ایران صورت گرفت میانگین شاخص DMFT زنان باردار شرکت کننده در مطالعه ۵/۴ بود. این مطالعات و مطالعات مشابه دیگر ، نشان دهنده ی وجود نیاز به توجه ویژه به سلامت دهان و دندان این افراد می باشد. (۱۱, ۱۰) طی مطالعه ای که توسط حاجی کاظمی و همکاران در گروهی از مادران باردار در کشور ایران انجام شد، مشخص شد بین میزان آگاهی و نگرش افراد نسبت به مراقبت های دهان و دندان در دوران بارداری ارتباط مستقیم و معنی داری وجود داشته و از سوی دیگر بین نگرش افراد و سطح عملکرد افراد ارتباط معنی داری از لحاظ آماری برقرار است و این در حالی است که تنها بخش کمی از افراد شرکت کننده در این مطالعه (۵/۶٪) از آگاهی مناسبی برخوردار برخودار بودند. (۱۲) مطالعات مداخله ای متعدد نیز اهمیت آگاهی افراد و اثر آن را بر رفتار افراد در زمینه های مختلف رفتار

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

های بهداشتی از طریق آموزش به افراد نشان داده اند. در زمینه ی سلامت دهان و دندان مادران باردار در ایران نیز شمسی و همکاران مطالعه ای انجام دادند. در این مطالعه گروهی از مادران (گروه مورد) به مدت ۲ ماه برنامه های آموزشی در زمینه سلامت دهان دریافت کردند و نتایج نهایی اختلاف معنی داری بین گروه مورد و گروه شاهد (که برنامه های آموزشی دریافت نکرده بودند) نشان داد.) ۱۳) بنابراین مطالعات و مطالعات مشابه در نقاط دیگر دنیا می توان نتیجه گرفت که میزان آگاهی مادران باردار در زمینه ی مراقبت از سلامت دهان و دندان ارتباط مستقیمی با میزان عملکرد افراد در این زمینه داشته و به برنامه های آموزشی درباره ی سلامت دهان در دوران بارداری برای مادران باردار باید توجه بیشتری نمود. هدف از انجام این مطالعه نیز، بررسی میزان آگاهی و عملکرد در زمینه ی سلامت دهان در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی کمتر برخوردار در شهر تهران بود. نتایج پژوهش نشان داد که مادران باردار در زمینه مراقبت از بهداشت دهان و دندان از آگاهی و دانش کافی برخوردار نیستند و در این زمینه عملکرد مناسبی ندارند به گونه ای که از میان افراد شرکت کننده در مطالعه ۸۰٪ از افراد یک بار یا کمتر در روز مسواک می زدند، و ۳۲٪ از افراد هرگز از نخ دندان استفاده نمی کردند. در مطالعه ی شمسی و همکاران نیزنتایج مشابه بود به صورتی که اکثریت افراد تنها یک بار یا کمتر در روز مسواک می زدند و ۴۱٪ از افراد هرگز از نخ دندان استفاده نمی کردند. در مطالعه ای که توسط بیات و همکاران نیز صورت گرفت نتایج مشابه بود؛ نزدیک به ۷۰ درصد از افرد تنها به یک بار مسواک زدن قبل از خواب بسنده می کردند. (۱۴, ۱۵) عملکرد ضعیف مادران باردار را می توان به وجود آگاهی ناکافی و یا داشتن اطلاعات اشتباه در این زمینه و یا تغییرات جسمی و هورمونی که برای مادران در دوران بارداری رخ می دهد نسبت داد. با این وجود به نظر میرسد بروز تغییرات فیزیولوژیک سهم بیشتری در این مسئله داشته چراکه اکثریت مادران شرکت کننده در مطالعه حاضر (۷۳/۴٪) در مورد تعداد دفعات مسواک زدن در روز گزینه ی حداقل۲ بار در روز یا بیشتر را انتخاب کردند. به عبارتی دیگر تغییرات جسمی پیش آمده برای مادران در این دوران منجر به ایجاد خستگی و کسالت می شود که می تواند آنان را از پرداختن به حفظ سلامت دهان خود به صورت مناسب، باز بدارد. همچنین تنها درصد کمی از مادران به سوال در مورد مدت زمان مسواک زدن پاسخ صحیح دادند که نشان دهنده ی عدم وجود مهارت عملی کافی در این زمینه می باشد. از آنجایی که بی حوصلگی و عدم وجود آگاهی کافی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

و نداشتن مهارت عملی مناسب در این دوران از موانع عمده مادران برای رسیدن به سلامت دهان و دندان مطلوب می باشد، آموزش مهارت های عملی و اطلاع رسانی به مادران در مورد میزان اهمیت حفظ سلامت دهان و دندان در دوران بارداری و اثرات بالقوه آن بر نتایج بارداری باید مد نظر قرار گیرد. در مطالعه ی حاضر در مورد استفاده از نخ دندان نیز شرایط تقریبا مشابهی برقرار بود به صورتی که اکثریت افراد اطلاع درستی در مورد تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز نداشتند و علت خونریزی از لثه را وجود بیماری های پریودنتال نمی دانستند. در مورد میزان مراجعات مادران باردار به دندانپزشک در طی دوران بارداری خود مطالعات زیادی در نقاط مختلف صورت گرفته است. مطالعه ای که توسط Kim و همکاران در کارولینای جنوبی در کشور آمریکا بر روی ۵۹۹ مادر باردار صورت گرفت نشان داد ۷۰ درصد از مادران در طول دوران بارداری خود به دندانپزشک مراجعه نکرده اند و دلیل آن را عدم آگاهی از اهمیت این موضوع دانستند. همچنین مشخص شد بین میزان استفاده افراد از مسواک و نخ دندان ارتباط معنی دار و مستقیمی با میزان مراجعات افراد به دندانپزشک داشته است. (۱۶) در مطالعه ی Saddki و همکاران که در کشور مالزی انجام شد نیز شرایط بسیار مشابه بود؛ تنها ۲۹ درصد از افراد در دوران بارداری خود به دندانپزشک مراجعه کرده بودند و بین مراجعات افراد به دندانپزشک و دریافت قبلی آموزش بهداشت دهان و اطلاع داشتن از اثرات نامطلوب بالقوه بیماری های دهان بر بارداری، ارتباط مستقیم و از لحاظ آماری معنا دار، برقرار بود.Saddki و همکاران مهمترین موانع موجود برای مادران باردار برای مراجعه به دندانپزشک را تصور نداشتن بیماری های دهان و دندان ، زمان انتظار زیاد در کلینیک های دندانپزشکی و عدم دریافت فوری خدمت توسط دندانپزشک دانسته اند. (۱۷) Hulla و همکاران نیز در مطالعه ای که بر روی گروهی از زنان مهاجر در لندن انجام دادند به آمار تقریبا مشابهی دست یافتند به گونه ای که ۳۲٪ از مادران در طول بارداری خود به دندانپزشک مراجعه کرده بودند و تنها ۳۴٪ به صورت منظم به دندانپزشک مراجعه داشتند. (۱۸) در ایران در مطالعه ای که توسط بیات و همکاران در شهر همدان صورت گرفت نتایج بدست آمده نشان داد حدود نیمی از افراد در طول بارداری خود هرگز به دندانپزشک مراجعه نکرده اند و علت آن را عواملی چون هزینه ی زیاد، استرس زا بودن درمانهای دندانپزشکی و احساس عدم نیاز مطرح کرده اند. (۱۴) Habashneh و همکاران نیز در مطالعه ای که انجام دادند عواملی چون مسائل شخصی (مثل وضعیت تاهل، سن و ...)

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

، عوامل مالی (مانند پوشش بیمه ای) و میزان آگاهی افراد را از جمله موانع اصلی مراجعه ی فرد به دندانپزشک دانسته اند. (۱۹) بنا بر این می توان نتیجه گرفت که مادران باردار در سراسر دنیا با موانع تقریبا مشابهی در مراجعه به دندانپزشک در دوران بارداری خود مواجه هستند. البته لازم به ذکر است که در ایران وجود باور های غلط و اعتقادات ریشه دار و ناصحیح در مورد مراقبت از بهداشت دهان و دندان و خطرات احتمالی مراجعه به دندانپزشک در دوران بارداری، نیز از جمله موانع مهم برای مادران باردار برای مراجعه به دندانپزشک می باشد. برای مثال در مطالعه ای که حاجی کاظمی و همکاران انجام دادند،۷۷/۵ ٪ از مادران بر این باور بودند که جنین از کلسیم موجود در بدن مادر و دندانهای مادر استفاده کرده و بنابراین پوسیدگی دندانی در دهان مادر باردار به این علت اتفاق می افتد. و یا ۴۵٪ از مادران بر این باور بودند که در دوران بارداری از دریافت درمانهای دندانپزشکی باید اجتناب نمود چرا که بر سلامت جنین تاثیر نامطلوب می گذارد. و یا یافته ی بسیار قابل توجه در مطالعه ی Hbashneh و همکاران نشان داد که حتی ۸۸٪ از پزشکان به مادران توصیه کرده اند که درمانهای دندانپزشکی خود را به بعد از بارداری موکول کنند. در حالی که مطالعات متعددی نشان داده اند که تنها گرفتن عکس رادیوگرافی در بارداری می تواند برای جنین مضر باشد و سایر درمان ها ی دندانپزشکی کاملا بی خطر هستند. (۱۲) و یا در مطالعه ی ozen و همکاران که در کشور ترکیه صورت گرفت نیز نتایج حاکی از وجود باور های نادرست در بین اکثر مادران باردار بود. در این مطالعه ۴۳٪ از مادران باور داشتند که گفته ی : ((یک دندان به ازای هر نوزاد)) درست است و ۷۳٪ از آنها باوری مشابه آنچه که در مورد مصرف کلسیم دندان توسط جنین بیان شد، داشتند. (۲۰) یافته ی قابل توجه در مطالعات اخیر وجود ارتباط معکوس بین وجود این گونه باور های غلط و سطح تحصیلات و نوبت بارداری مادران بود که نقش مهم داشتن اطلاع و آگاهی در برطرف کردن این قبیل از باور های نادرست را نشان می دهد. در مطالعه ی حاضر نیز نتایج مشابه مطالعات مشابه انجام شده در سایر نقاط ایران بود. به صورتی که در بیش از نیمی از افراد (۵۱/۲٪) از آخرین مراجعه ی آنها به دندانپزشک ۱سال یا بیشتر می گذشت. و ۵۷/۸٪ از افراد در طول بارداری فعلی خود هیچ مراجعه ای به دندانپزشک نداشته اند. همچنین از میان افرادی که به دندانپزشک در طول بارداری اخیر خود مراجعه کرده بودند (۷۱ نفر) تنها ۱۹ نفر(۲۶/۸٪) به منظور چک آپ مراجعه داشته اند و اکثر مراجعات در اثر وجود درد صورت گرفته بود. نکته ی قابل توجه این

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

بود که در مطالعه ی Saddki وهمکاران و مطالعه ی بیات و همکاران بسیاری از مادران عدم نیاز به دندانپزشک و داشتن سلامت دهان و دندان مناسب را از جمله عوامل عدم مراجعه به دندانپزشک مطرح کرده بودند در حالی که در مطالعه ی حاضر کمتر از نیمی از افراد علائم پوسیدگی دندانی و علل خونریزی از لثه را می دانستند. بنابر این می توان نتیجه گرفت که بسیاری از مادران دانش لازم برای بررسی وضعیت دهان و دندان خود را نداشته و لازم است به مادران آموزش داده شود تا تنها در صورت وجود درد به دندانپزشک مراجعه نکنند و به منظور پیشگیری از بیماری های دهان و دندان و حفظ سلامت دهان مراجعات منظم به دندانپزشک باید صورت بگیرد. همانطور که پیشتربحث شد یکی از مشکلاتی که بسیاری از مادران باردار در دوران بارداری با آن مواجه می شوند افزایش اسیدیته محیط دهان است که ایجاد سایش های مینایی و پوسیدگی دندانی می کند. علت آن را می توان به مصرف بیشترمواد کربوهیدراتی تخمیر پذیر و همچنین بروز حالت های تهوع ، ریفلاکس اسید معده به مری و استفراغ نسبت داد که در پی تغییرات هورمونی به وجود می آیند. بنابراین آموزش و دادن آگاهی به مادران باردار در مورد میزان مصرف قندی و نحوه ی برخورد مناسب بعد از بروز تهوع و استفراغ امر بسیار مهمی به شمار می رود. نتایج پژوهش نشان داد که اگرچه اکثریت مادران بعد از استفراغ دهان خود را می شویند اما تنها ۷/۹ درصد از مادران از اثرات نامطلوب استفراغ بر دندانهای خود آگاهی داشتند. بر اساس آکادمی دندانپزشکی اطفال آمریکا ، به مادران باردار باید توصیه شود تا بعد از استفراغ دهان خود را با یک لیوان آب و جوش شیرین شسته و تا یک ساعت بعد از استفراغ از استفاده از مسواک اجتناب کنند. (۱۲) همانطور که قبلا اشاره شد، یکی از علل شایع بروز پوسیدگی های دندانی در مادران مصرف زیادتر از حد معمول مواد قندی در روز است. بر اساس مطالعه ی Hulla و همکاران، اکثریت مادران باردار پس از بارداری رژیم سرشار از مواد قندی را در پیش می گیرند. (۱۸) نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد مادران درمورد اثرات تعداد دفعات مصرف مواد قندی از آگاهی مناسبی برخوردارند و ۷۵ درصد از افراد ۱بار یا کمتر در روز از این مواد استفاده می کردند. البته لازم به ذکر است که بررسی دقیق تر تغییرات عادات غذایی در دوران بارداری نیازمند داشتن اطلاعات در مورد میزان مصرف مواد قندی قبل و در حین بارداری بوده که جز اهداف این پژوهش نبود. نتایج حاصل از آنالیز رگرسیونی در مطالعه ی حاضر نتایج بسیار سودمندی در اختیار قرار داد. براساس این آنالیزها که به منظور بررسی روابط احتمالی موجود

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

بین متغیر ها صورت می گیرد مشخص شد بین میزان دانش و آگاهی مادران باردار در زمینه ی سلامت عمومی دهان و دندان با سطح تحصیلات افراد ارتباط مستقیم و معنی داری از لحاظ آماری برقرار است. (۱۳, ۱۵) این یافته با نتایج حاصل از مطالعات مشابه که جهت بررسی ارتباط وضعیت اجتماعی و اقتصادی و بهداشت دهان و دندان انجام شده است کاملا همسو می باشد. میتوان این چنین تحلیل کرد که افزایش سطح تحصیلات و کسب سواد، فرصتی را در اختیار فرد قرار داده که طی آن اطلاعات و آگاهی در زمینه ی رفتار های صحیح بهداشتی دریافت کند. Bamanikar و همکاران در مطالعه ای که با موضوع بررسی نگرش و دانش و رفتار مادران باردار در مراقبت از سلامت دهان و دندان انجام دادند نیز به نتیجه ی کاملا مشابهی دست یافتند به صورتی که افراد با سطح تحصیلی بالاتر نه تنها از دانش بیشتری در این زمینه برخوردار بوده بلکه نگرش و اعمال مراقبتی بهتری نیز از خود نشان می دادند. آنها علت احتمالی این همبستگی را داشتن ارتباطات بیشتر با افراد بیشتر در مادرانی که تحصیلات بیشتری دارند بیان کرده اند. (۲۱) همچنین آگاهی مادران در مورد رعایت بهداشت دهان و دندان به صورت خاص در زمان بارداری با سطح تحصیلات و وضعیت محل سکونت که نشان دهنده ی وضعیت اجتماعی و درآمد فرد می باشد ارتباط معناداری از لحاظ آماری داشت که کاملا مشابه با نتایج حاصل از مطالعات دیگر در سایر نقاط بود. همچنین همانگونه که پیش بینی می شد، رفتار مادران باردار تا حد زیادی همخوان با میزان دانش افراد بود. به صورتی که بین میزان اعمال مراقبتی مادران باردار در زمینه ی بهداشت عمومی دهان و دندان با سطح تحصیلات افراد ارتباط معنی داری برقرار بود. و مطالعات متعددی ارتباط مستقیم و قوی موجود بین دانش افراد در تمامی زمینه های سلامت و رفتار افراد در همان زمینه ها را نشان داده اند. (۳, ۱۳, ۲۲) نکته ی قابل تامل در این نتایج اینگونه بود که اگرچه اعمال مراقبتی مادران باردار در زمینه ی بهداشت عمومی دهان و دندان با سطح تحصیلات افراد ارتباط معنی داری داشت اما، اعمال مراقبتی مادران در مورد رعایت بهداشت دهان و دندان به صورت خاص در زمان بارداری ارتباطی با سطح تحصیلات نداشت. در واقع می توان این چنین نتیجه گیری کرد که مادران باردار به دلیل کسالت و یا بی حوصلگی و خستگی که در اثر بارداری دچار می شوند حتی با داشتن دانش و آگاهی در مورد رعایت بهداشت دهان کمتر به آن می پردازند. بنابراین در مادران باردار و یا زنانی که در سن بارداری هستند، نباید تنها به آموزش های عمومی بهداشت دهان و دندان اکتفا نمود بلکه این افراد

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

با توجه به مستعد تر بودن برای بیماری های دهان و دندان و شرایط ویژه ای که دارند نیازمند دریافت اطلاعات مربوط به سلامت دهان و دندان در زمان بارداری و اهمیت آن ، تغییرات فیزیولوژیک پیش آمده در این دوران و اثرات بالقوه نامطلوب بیماری های پریودنتال بر سلامت جنین هستند.

نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد جامعه ی مورد مطالعه از سطح آگاهی و دانش کافی در زمینه ی مراقبت از سلامت دهان و دندان برخوردار نبوده و لازم است در این زمینه به مادران باردار آموزش های متناسب در مورد مهارت های عملی مراقبت از سلامت دهان و دندان داده شود و این افراد از اهمیت حفظ سلامت دهان در این دوران و اثرات بالقوه نامطلوب بیماری های پریودنتال آگاه گردند. همچنین لازم است تا در آموزشهای داده شده در دوران بارداری به مادران باردار بر لزوم مراجعات منظم به دندانپزشک تاکید گردد.

References

1. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Asadi-Lari M, Shamshiri AR, Hessari H. Psychosocial determinants of dental service utilization among adults: Results from a population-based survey (Urban HEART-2) in Tehran, Iran. European journal of dentistry. 2015;9(4)542-550.

2. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. American Family Physician. 2008;77(8).

3. 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;8(1):13.

4. Gaffield ML, GILBERT BJC, MALVITZ DM, ROMAGUERA R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. The Journal of the American Dental Association. 2001;132(7):1009-16.

5. Mamatha B RR, G Radha. ORAL HEALTH STATUS AND TREATMENT NEEDS FOR PREGNANT WOMEN: A REVIEW. International Journal of Dental and Health Sciences. 2015;02(03):619-27.

6. Xiong X, Buekens P, Fraser W, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006;113(2):135-43.

7. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo A, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. Australian dental journal. 2013;58(1):26-33.

8. Byanaku Ak RD. ORAL HEALTH OF PREGNANT WOMEN; Knowledge, attitude and practice at antenatal care clinic in Morogoro Municipal, Tanzania. Professional Med Journal. 2016;20(3):365-73.

9. Council O. Guideline on Perinatal Oral Health Care.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]

10. 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 Applied Sciences Journal. 2013;22(5):647-56.

11. Kazemi HH, 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.

12. HajiKazemi E, Mohseni SH, Oskouie F, Haghani H. The association between knowledge, attitude and performance in pregnant women toward dental hygiene during pregnancy. Iran Journal of Nursing. 2005;18(43):31-8.

13. 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):103-115. (Persian)

14. Bayat F, Karimi-Shahanjarini A, Bashirian S, Faradmal J. Assessment of Dental Care and its Related Barriers in Pregnant Women of Hamadan City. JECH. 2016; 3 (1) :20-27

15. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S, Rafiee M, Karimi M: Oral health during pregnancy: A study from women with pregnancy. Dent Res J (Isfahan). 2013;10:409-410.

16. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos M-K, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. The Journal of the American Dental Association. 2010;141(5):553-61.

17. Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. BMC Public Health. 2010;10(1)75

18. 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. Archives of gynecology and obstetrics. 2008;277(5):405-9.

19. Al Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, et al. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. Journal of clinical periodontology. 2005;32(7):815-21.

20. Özen B, Özer L, Başak F, Altun C, Açıkel C. Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. Medical Principles and Practice. 2012;21(4):318-22.

21. Bamanikar S, Kee LK. Knowledge, attitude and practice of oral and dental healthcare in pregnant women. Oman medical journal. 2013;28(4):288.

22. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. The Journal of the American Dental Association. 2012;143(9):972-80.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.57]