

ارزیابی DMFT¹ و وضعیت بهداشت دهان و لثه در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر اهواز در سال ۱۳۸۱

دکتر نغمه قاری زاده^{۱*}، مهندس محمد حسین حقیقی زاده^۲، دکتر وفا صابر حجتی^۳،
دکتر آرمین کریمی^{***}

خلاصه

زنان باردار یکی از گروههای هدف بسیار مهم در برنامه‌ریزیهای بهداشتی و پیشگیری به شمار می‌روند. جهت بهبود سلامت دهان و دندان مادر و سلامت نوزاد مراقبتهای دندانپزشکی پیش از بارداری و طی دوره بارداری ضروری به نظر می‌رسد. به عنوان مثال یکی از عوامل خطر احتمالی در تولد نوزاد با وزن کم وجود بیماری پرپودنتال در مادر می‌باشد که با کنترل و درمان آن این عامل خطر حذف شده و همین مسئله می‌تواند به بهبود وضعیت بهداشتی جامعه کمک مهمی نماید.

جهت تعیین وضعیت سلامت دندان و لثه و بهداشت دهان یک مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۳۰۰ خانم باردار مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهر اهواز صورت گرفت. برای هر فرد برگ معاینه مخصوص سازمان بهداشت جهانی تکمیل و بر طبق آن معاینات انجام گرفت، از جداول فراوانی برای توصیف داده‌ها و برای مقایسه متغیرهای کمی از تست t و آنالیز واریانس استفاده گردید. بطور خلاصه نتایج بدست آمده از این بررسی به شرح زیر است.

❖ میانگین DMFT برای خانمهای باردار $۶/۲۳ + ۳/۰۱$ بدست آمد که بیشترین درصد آن مربوط به دندانهای پوسیده (D) برابر با $۳/۵۲ + ۲/۴۵$ بود.

❖ در مجموع میزان آگاهی خانمهای باردار (۹۴/۳ درصد) از روشهای صحیح بهداشت دهان پائین بود.

❖ بیشترین میانگین DMFT در خانمهای بارداری دیده می‌شد که از سطح تحصیلات پائین‌تری برخوردار بودند.

❖ وضعیت بهداشت دهان و دندان (ایندکس OHI-S) اغلب زنان باردار (۷۶/۷ درصد) بصورت متوسط بود.

در این بررسی مشخص شد که بیشتر مشکلات دندانی افراد معاینه شده مربوط به عدم آگاهی از روش صحیح مراقبتهای بهداشتی می‌باشد که این خود نشان دهنده ضعف آموزش بهداشت همگانی در جامعه برای عموم مردم است.

واژه‌های کلیدی: زنان باردار، DMFT، وضعیت لثه، بهداشت دهان، سطح تحصیلات

1- DMFT: Decayed Missed Filled Teeth

*استادیار گروه ترمیمی و زیبایی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

***دندانپزشک

۱- نویسنده مسئول

دریافت مقاله: ۸۲/۲/۲۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۳/۷/۲۰ اعلام قبولی: ۸۳/۸/۹

مقدمه:

سایر تظاهرات دهانی دوره بارداری عبارتند از پریمیلولایزیس یا خوردگی اسیدی دندانها که ممکن است در صورت وجود ناخوشی صبحگاهی یا عرق زدن شدید رخ دهد.

خشکی دهان (گزرستومی) یک شکایت مکرر در بین زنان باردار است. مطالعه‌ای نشان داده است که این خشکی دهان پایدار در ۴۴٪ زنان باردار وجود دارد که همین مسئله می‌تواند منجر به افزایش خطر پوسیدگی دندان در بیمار گردد (۲).

مهمترین هدف در طرح درمان دندانپزشکی برای یک خانم باردار برقرار کردن یک محیط دهانی سالم و یک سطح مطلوب از بهداشت دهانی است. این شامل یک برنامه کنترل پلاک است که افزایش پاسخ آماسی بافت لثه به محرکهای موضعی که توام با تغییرات هورمونی بارداری است را به حداقل خواهد رساند (۱).

کیفیت تغذیه بر روی تشکیل پوسیدگی و ژنویوت حاملگی اثر دارد. این مهم است که در تغذیه مادر میزان کافی مواد غذایی لازم شامل ویتامین A, C, D، پروتئین، کلسیم و فسفر وجود داشته باشد. بیماران باید غذاهای مختصر را انتخاب کنند، اما هرچه غذاها بیشتر دارای شکر و نشاسته باشند می‌توانند به توسعه پوسیدگی کمک کنند، توصیه می‌گردد که تعداد این غذاهای مختصر بین وعده‌های غذایی محدود گردد (۱ و ۲).

غیر از یک برنامه کنترل پلاک خوب، بهتر است از درمانهای دندانپزشکی انتخابی در طی سه ماهه اول و نیمه دوم سه ماهه سوم در صورت امکان اجتناب

یک زن باردار که از لحاظ فیزیولوژیک و سایکولوژیک در شرایط ویژه‌ای به سر می‌برد را می‌توان بعنوان یک بیمار با ملاحظات دندانپزشکی خاص در نظر گرفت. به دلیل اثرات زیانباری که بیماریهای لثه و دندان می‌توانند بر روی سلامت نوزاد داشته باشند توجه خاص به درمان و کنترل این بیماریها از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد (۱).

در طول دوره بارداری تغییراتی در ترکیب پلاک زیر لثه‌ای ایجاد می‌شود. کورنمن و لوشه دریافتند که در طی سه ماه دوم بارداری یک افزایش در التهاب لثه و خونریزی لثه‌ای بدون افزایش سطح پلاک وجود دارد. باکتریهای غیر هوازی نسبت به هوازی افزایش می‌یابد، همچنین باکتریوئید ملانوزنیکوس و پروتلاپترمدیا افزایش می‌یابد (۲).

Lapp و همکارانش پیشنهاد کردند که سطح بالای پروژسترون در طی بارداری بر ایجاد التهاب موضعی تاثیر می‌گذارد و باعث کمتر شدن مقاومت لثه در برابر التهاب باکتری‌ها می‌شود. همچنین هورمونهای جنسی تولید پروستاگلاندینها را که واسطه پاسخهای التهابی هستند، تحریک می‌نمایند. با فعالیت پروستاگلاندین به عنوان یک مهار کننده ایمنی، التهاب لثه ممکن است افزایش پیدا کند. بواسطه تحقیقات اولیه آفناخر و همکارانش شواهدی وجود دارد که بیماری پریدنتال درمان نشده در زنان باردار ممکن است یک عامل خطر مهم برای تولد زودتر (کمتر از ۳۷ هفتگی) و کودکان با وزن کم (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) باشد (۲).

در سال ۱۹۹۸ Diaz-Romero و همکارانش در انستیتوی ملی مکزیک در بررسیهای خود ابراز داشتند که: تحصیلات و استراتژیهای کمک دهنده در بهداشت دهان نقش اساسی در مراقبتهای کلی زنان باردار دارد و نشان داده شد که مراقبتهای بهداشتی به وسیله فرهنگ عامه که شامل عقیده پزشک نیز می باشد تحت تاثیر قرار می گیرند. هدف از این مطالعه بدست آوردن عقاید پزشکان درباره مراقبتهای دندانپزشکی در حین بارداری بود. نتیجه اینکه ارجاع کمی از زنان باردار برای کنترل مرتب دندانها و لثهها توسط پزشکان صورت گرفته بود. ۵۳٪ از پزشکان گفته بودند که احتیاج به مشاوره با دندانپزشک نیست. این نتایج نشان می دهد که بایستی رابطه خوبی بین پزشکان و دندانپزشکان برقرار شود (۴).

در سال ۲۰۰۱ Gaffield و همکارانش در مورد استفاده از سرویسهای دندانپزشکی در حین بارداری در ۴ ایالت از ایالات متحده آمریکا مطالعه ای انجام دادند. یک برنامه ارزیابی که بر طبق آن اطلاعات از مادرانی که اخیراً نوزاد زنده بدنیا آورده اند در مورد تجربیات و رفتارشان قبل، حین و بعد از بارداری جمع آوری می شود. نتایج حاکی از این بودند که تنها ۲۲٪ تا ۳۴٪ از زنان در حین بارداری از امکانات دندانپزشکی استفاده کرده اند. در بین مادرانی که مشکلات دندانپزشکی داشتند مراقبتهای قبل از بارداری دیر هنگام و فقدان پوشش بیمه ای دلایل مهمی بودند که این مادران مراقبتهای دندانپزشکی را دریافت نکرده بودند (۵).

کنیم. سه ماهه دوم مطمئن ترین دوره برای مراقبتهای معمول دندانپزشکی است. اورژانسهای دندانپزشکی را بایستی همزمان با بروز آن در طی دوره حاملگی انجام داد تا بتوان درد را کنترل کرده و عفونت را درمان بکنیم چرا که در غیر این صورت باعث افزایش استرس به مادر شده و جنین را در معرض خطر قرار می دهد. بهتر است که به هیچ وجه در حین بارداری بخصوص در سه ماهه اول تابش اشعه نداشته باشیم، بخاطر اینکه در حین رشد جنین به اشعه بسیار حساس می باشد (۱).

به جهت اهمیت فراوانی که وضعیت دندان و لثه ای در زنان باردار برای خود و فرزندشان دارند، محققین در نقاط مختلف جهان مطالعات اپیدمیولوژیک برای تعیین این وضعیت انجام می دهند تا با استفاده از نتایج بدست آمده برنامه ریزی به منظور ارتقاء سطح سلامت این گروه انجام گیرد.

در سال ۲۰۰۰ Agbeusi و همکارانش بر روی وضعیت سلامت دندان و زنان باردار ایالت لاگوس، نیجریه مطالعه ای انجام دادند. میانگین ایندکس بهداشت از سه ماهه اول تا سوم به ترتیب عبارت بود از: ۰/۷۲، ۱/۰۶ و ۱/۲۳. ایندکس پرئودنتال نشان داد که ۵۰٪ زنان نیازمند جرمگیری، پالایش و آموزش بهداشت بودند، ۱۳/۶٪ تنها نیازمند آموزش بهداشت و ۳۲٪ نیاز به هیچ درمانی نداشتند. میانگین DMFT ۵۴/۱ بود. ۵۱/۷۲٪ زنان باردار نیازمند ترمیم آمالگام، ۲۳/۲۷٪ نیازمند کشیدن دندان بعلت پوسیدگی و ۱۶/۳۸٪ نیازمند پروتز پارسیل بودند (۳).

دندانهای پر شده^۴ با شماره ۳ مشخص شدند (۶).

روش ارزیابی بهداشت دهان^۵

این روش که بوسیله Green و Vermillion بیان گردیده، به منظور تعیین یک شاخص ساده بهداشت دهان مطرح و بطور گسترده‌ای در مطالعات اپیدمیولوژیک بکار برده می‌شود. در این روش ۶ سطح از شش دندان مورد معاینه قرار می‌گیرد. این دندانها شامل ۴ دندان خلفی از چهار ربع فک بالا و پایین و دو دندان قدامی می‌باشد.

برای تعیین میزان مواد نرم^۶ و همچنین جرم دندانها هر کدام از سطوح یاد شده بدقت مورد معاینه قرار گرفته و معیارهای زیر جهت تعیین میزان دبری و جرم برای هر سطح مورد معاینه در نظر گرفته شد. وسعت و میزان دبری و جرم روی سطح دندان مورد معاینه تعیین و نمرات زیر داده شد:

۰ - هیچ گونه دبری نرم یا Stain در سطح دندان موجود نیست.

۱- دبری نرم یا جرم از یک سوم سطح دندان تجاوز نکرده، یا علیرغم عدم وجود دبری، Stain سطح دندان را پوشانده است.

۲- دبری نرم یا جرم بیشتر از یک سوم سطح دندان را پوشانده، ولی از دو سوم سطح دندان که در دهان مشاهده می‌شود تجاوز نمی‌کند.

۳- دبری نرم یا جرم بیشتر از دو سوم سطح دندان را پوشانده است.

همانگونه که مشاهده گردید برای برنامه‌ریزی ابتدا می‌بایست اطلاعات از وضعیت موجود گردآوری گردد. هدف از تحقیق حاضر آگاهی از وضعیت دندانها و لثه‌ای زنان باردار در مراکز بهداشت شهر اهواز در سال ۱۳۸۱ می‌باشد.

مواد و روش کار:

این مطالعه یک مطالعه مقطعی^۱ بود. به لحاظ اینکه از میانگین DMFT در زنان باردار در ایران اطلاعاتی در دسترس نبود، لذا پیش آزمایی انجام گردید. سپس با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 S^2}{d^2}$ و با استفاده از نمونه مقدماتی $s=z$ و با توجه به درجه اطمینان $z=95\%$ (اطمینان ۹۵٪) و مقدار دقت $d=0.3$ ، حجم نمونه $n=288$ شد که برای اینکه به مراکز بهداشت مختلف تقسیم شود ۳۰۰ نفر را مورد بررسی قرار دادیم. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بوده و نمونه‌ها از بین خانم‌های باردار در ۲۵ مرکز بهداشت شهر اهواز انتخاب شدند.

معاینه دندان‌ها تک به تک و به کمک آینه دندانپزشکی و سوند استریل انجام گرفت نتایج بررسی بالینی هر فرد در برگ معاینه مخصوص ثبت گردید. بعد از معاینه تک تک دندانها برای تعیین D, M, F به ترتیب زیر عمل شد با شماره ۱ (دندانهای پوسیده^۲) و ۲ (دندانهای پر شده و مجدداً پوسیده)، دندانهای کشیده شده^۳ با شماره ۴ و

4 - F (Filled teeth)

5 - (OHI-S) The Simplified oral hygiene index

6 - Debris

1- Cross-sectional

2- D (Decayed teeth)

3 - M (Missing Teeth)

بافت نرم دیواره شیار لثه‌ای بررسی می‌شود. امتیازات هر چهار ناحیه با هم جمع و تقسیم بر چهار شده و به این ترتیب یک امتیاز برای یک دندان بدست می‌دهد. سپس امتیازات دندانها با یکدیگر جمع و بر تعداد کل دندانها تقسیم می‌شود تا عدد نهایی بدست آید. عدد ۰/۱ تا ۱ نشان دهنده آماس خفیف، ۱/۱ تا ۲ آماس متوسط و ۲/۱ تا ۳ آماس شدید است.

۰ = طبیعی

۱ = التهاب خفیف، تغییر رنگ کم، بدون خونریزی

۲ = تورم، قرمزی، خونریزی حین پروپینگ

۳ = التهاب شدید، خونریزی خود بخود (۷).

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

از جداول فراوانی برای توصیف داده‌ها استفاده گردید و برای مقایسه متغیرهای کمی از تست t و آنالیز واریانس استفاده گردید.

نتایج:

میانگین DMFT در زنان باردار $3/01 \pm 6/23$,

میانگین تعداد دندانهای پوسیده $2/54 \pm 3/52$,

میانگین تعداد دندانهای از دست رفته در اثر

پوسیدگی $1/79 \pm 1/35$ و میانگین تعداد دندانهای

پر شده $1/82 \pm 1/35$ محاسبه گردید.

فراوانی نسبی میزان دبری، جرم و وضعیت بهداشت

دهان به صورت زیر بود:

بعد از ثبت Scores دبری و جرم، ایندکس بهداشت دهان محاسبه گردید. برای هر فرد scores debris همه سطوح جمع شده و بر تعداد سطوح معاینه شده تقسیم گردید. Score کل از طریق میانگین حاصل از فرد، فرد آنها مشخص می‌شود.

میانگین Scores فرد یا گروه را شاخص دبری نرم^۱ گویند. همین روش جهت تعیین شاخص ساده جرم سخت^۲ در این بررسی بکار برده شد. مجموع دو میانگین ایندکس دبری و جرم را ایندکس ساده بهداشت دهان (OHI-S) می‌نامند. پس

$$OHI-S = DI-S + CI-S$$

طبقه بندی وضعیت شاخصهای OHI-S, CI-S, DI-S S به صورت زیر است (۱۱).

خوب ۱/۲ - ۰

متوسط ۱/۳ - ۳ OHI-S

ضعیف ۳/۱ - ۶

روش ارزیابی ایندکس لثه‌ای:

در سال ۱۹۶۳ ایندکس لثه‌ای توسط Loe بعنوان روشی برای ارزیابی شدت و میزان آماس لثه‌ای در بیماران در یک جمعیت بزرگ ارائه شد. در این روش تنها بافت لثه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بر این اساس، هر چهار ناحیه لثه‌ای اطراف دندان (فیشیال، مزیال، دیستال و لینگوال) از جهت آماس بررسی شده و امتیاز صفر تا ۳ می‌گیرند (کد گذاری زیر). خونریزی با حرکت ملایم پروب در طول

1- (DI-S) Simplified Debris index

2- (CI-S) Simplified calculus index

میانگین مصرف شیرینی در بین زنان باردار $2/8 \pm 3/6$ بار محاسبه گردید و مشخص شد که میانگین DMFT در مقادیر مختلف مصرف مواد قندی متفاوت به این معنی که هرچه تعداد دفعات مصرف مواد قندی طی ۲۴ ساعت گذشته بیشتر باشد میانگین DMFT نیز بالاتر می‌گردد.

میانگین DMFT در رابطه با سطوح مختلف بهداشت دهان در زنان باردار بصورت زیر بوده است:

جدول ۴: رابطه وضعیت بهداشت با وضعیت

دندانی زنان باردار

DMFT	فراوانی مطلق	OHI-S
$3/87 \pm 2/50$	۵۶	خوب
$7/60 \pm 2/82$	۲۳۰	متوسط
$9/42 \pm 2/02$	۱۴	ضعیف

در این ارتباط $P < 0.005$ بود که نشان می‌داد اختلاف بین میانگینها معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

در این تحقیق که در بهار سال ۱۳۸۱ بر روی ۳۰۰ زن باردار مراکز بهداشتی شهر اهواز صورت گرفته است میانگین سنی خانمهای باردار $26/04 \pm 0/63$ بوده است. اکثر خانمهای باردار از وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین برخوردار بودند و میزان سطح سواد بیش از نیمی از خانمهای باردار در سطح ابتدایی بود. بیماران اغلب جزو خانواده‌های کم درآمد با نرخ بالای بیکاری بودند، جایی که جلوگیری و درمان بیماری‌های دهان و دندان جدی

جدول ۱: وضعیت بهداشت دهان و دندان زنان باردار

	درصد OHI-S	درصد CI-S	درصد DI-S	
۱۸/۷	۲۰	۵/۳		خوب
۷۶/۷	۷۳/۳	۹۱/۴		متوسط
۴/۷	۶/۶	۳/۳		ضعیف

میزان آگاهی زنان باردار از روش صحیح بهداشت دهان و دندان ضعیف بود به این معنی که حتی از مسواک به روش غلط استفاده می‌کردند ($4/6 \pm 4/4$) و فقط $49/7\%$ مسواک به روش صحیح بکار برده و از سایر روشها آگاهی نداشتند و تنها $5/7\%$ از مسواک و نخ دندان بصورت صحیح استفاده می‌کردند. وضعیت لثه‌ای زنان باردار نیز بصورت زیر بود:

جدول ۲: وضعیت لثه زنان باردار

وضعیت لثه	درصد فراوانی
نرمال	۲۵/۳
التهاب خفیف، تغییر رنگ کم، بدون خونریزی	۵۴/۳
تورم، قرمزی، خونریزی حین پروبینگ	۱۸/۷
التهاب شدید، خونریزی خودبخود	۱/۷

میانگین DMFT در ارتباط با سطح سواد زنان باردار بصورت زیر بود.

جدول ۳: رابطه سطح تحصیلات با وضعیت

دندانی زنان باردار

سطح سواد مادران	فراوانی مطلق	درصد	میانگین DMFT
بیسواد یا ابتدایی ناقص یا نهضت	۸۸	۲۹/۳	$1/17 \pm 1/63$
ابتدایی کامل تا راهنمایی کامل	۱۱۰	۳۶/۷	$1/17 \pm 0/46$
دبیرستان و دیپلم	۸۸	۲۹/۳	$1/63 \pm 0/46$
تحصیلات دانشگاهی	۱۴	۴/۷	$0/67 \pm 0/5$

آگاهی‌های بهداشتی بسیار کم (۹۴/۳٪) و وضعیت بهداشت دهان و دندان (۶۶/۸٪) و میزان دبری (۹۱/۴٪) و جرم (۷۳/۳٪) بیشتر در حد متوسط می‌باشد که این خود می‌تواند موجب بروز بیماری‌های پرودنتال و پوسیدگی‌های بیشتر در آینده شده و بر سلامت نوزاد اثر قابل ملاحظه‌ای بگذارد.

همانگونه که در نتایج مطالعه حاضر مشاهده گردید، میانگین DMFT در سطوح مختلف بهداشت دهانی بیماران تفاوت معنی‌دار داشت ($P < 0.05$) بنابراین کاملاً آشکار است که عدم دقت در مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان اثر مستقیم و بارزی بر سلامت دندانها دارد.

در مطالعه حاضر تفاوت بین سه دوره بارداری مورد مقایسه قرار نگرفته است زیرا در تحقیقی که توسط Pattanaporn صورت گرفته دیده شد که وضعیت دهانی زنان باردار در سه دوره بارداری تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارد (۹).

همانگونه که در نتایج تحقیق حاضر دیده شد میانگین DMFT در زنان باردار شهر اهواز $2/01 \pm 6/23$ بود که این مقدار در مقایسه با نتایج اکثر مطالعات دیگر محققان در کشورهای مختلف پایین‌تر بود. ولی نکته قابل ملاحظه در این تحقیق این است که در کشورهای دیگر قسمت اعظم میانگین DMFT مربوط به تعداد دندانهای پر شده است در حالی که در تحقیق ما بیشترین مقدار مربوط به دندانهای پوسیده یعنی $2/45 + 2/52$ می‌باشد و میزان دندانهای پر شده کمتر است (۱/۳۵+۱/۸۲). این مسئله از اهمیت بسیار زیادی

گرفته نمی‌شود. در نتایج این تحقیق مشاهده گردید که میانگین DMFT در سطح سوادهای مختلف زنان باردار تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0.05$) یعنی هرچه سطح سواد مادران پایین‌تر باشد مقادیر DMFT بالاتر است که این خود یک معضل اجتماعی مهم بشمار می‌رود.

همانگونه که در مطالعات مختلف و منابع معتبر ذکر شده است، تغییرات هورمونی در طی بارداری، شرایط عمومی بهداشت دهانی و دندانی و وضعیت اجتماعی فرهنگی بیمار تأثیر مهمی در بیماری‌های پرودنتال در حین بارداری دارد. بعنوان مثال در طی تحقیقی که در سال ۱۹۹۹ در دانشگاه Seville اسپانیا به انجام رسیده است وضعیت پرودنتال زنان باردار بررسی گردیده (شاخص پلاک، شاخص خونریزی، عمق پاکت و میزان لثه چسبیده بالینی) و رابطه آن با دموگرافی (سن، سطح سواد، در شهر یا روستا بودن) و متغیرهای بالینی مانند (زمان حاملگی، حاملگی قبلی، وضعیت سلامتی، تولدهای زنده قبلی، نگهداری قبلی پرودنتال) مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتیجه اینکه میانگین پلاک ایندکس $2/79 \pm 58/7$ بود که با سطح شغلی پایین‌تر، سواد کمتر، نگهداری قبلی پرودنتال کمتر باشد و اینکه بیمار در مناطق روستایی زندگی کند، افزایش پیدا می‌کند. میانگین شاخص خونریزی نیز $2/44 \pm 68/8$ بود و این مقدار بیشتر در رابطه با سطح شغلی پایین و نگهداری قبلی پرودنتال کمتر بود (۸).

در مطالعه حاضر نیز بدلیل سطح سواد و وضعیت اجتماعی پایین‌تر بیماران مشاهده می‌شود که میزان

منابع

- 1- Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental management of the medically compromised patients. 5th ed. Mosby 1997; Chap 21:434-440
- 2- Rose, Genco, Mealey, Cohen: Periodontal medicine. B.C. Decker Inc 2000; Chap 9:153-161
- 3- Agbeusi GA, Akinwande JA: Oral health status and treatment needs of pregnant women in Lagos state. Niger Postgrad Med J 2000; 7(3): 96-100
- 4- Diaz-Romeo RM, Martinez C: Myth, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. Ginecol Obstet Mex 1998;66:507-11
- 5- Gaffield ML, Gilbert BJ: Oral health during pregnancy. J Am Dent Assoc 2001; 32 (7): 1009-16
- 6- WHO oral health country/ area profile programme-extracts of third edition of oral health surveys – basic methods 1997.
- 7- Carranza F, Newman M: clinical periodontology. 9th edition. W. B. Saunders 2002; 678-80.
- 8- Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. J Periodontol 1999; 70 (7) : 779-85.
- 9- Pattanporn K, Laohapensang P: Oral health status and salivary factors changes in pregnant women. San Diego Convention Center 2002.

برخوردار است چرا که نشان می‌دهد سطح آگاهی زنان باردار در این شهر نسبت به مسائل بهداشت دهان و دندان پایین بوده و ایشان از اثرات مضر عدم رسیدگی به دندانها بر روی جنین و نوزاد آینده خود آگاه نیستند و این عدم آگاهی متأسفانه ایرادی است که به دندانپزشکان و متخصصین زنان و مشاورین زنان وارد است. نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که میانگین مصرف مواد قندی در بین وعده‌های غذایی زنان باردار $2/8 + 3/6$ می‌باشد و با مقایسه میانگین‌ها در رابطه با مقادیر مختلف مصرف مواد قندی اختلاف دیده شد که این خود اهمیت رسیدگی به وضعیت تغذیه ای زنان باردار و تعدیل آن توسط مشاورین را نشان می‌دهد و پیشنهاد می‌شود که برای این منظور، رابطه نزدیک‌تری بین دندانپزشک و پزشک یا ماما برقرار گردد و با دادن اطلاعات کامل در مورد مراقبتهای دندانپزشکی قبل، حین و بعد از زایمان و اهمیت آنها سلامت دهان و دندان مادران و فرزندان آنها تضمین گردد.