

# آگاهی، نگرش و عملکرد متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان مامایی در مورد سلامت دهان و دندان در زنان باردار در شهر کرمان در سال ۱۳۹۵

دکتر طیبه ملک محمدی<sup>۱</sup>، مهسا ملک محمدی<sup>۲\*</sup>

۱. دانشیار گروه دندانپزشکی اجتماعی و سلامت دهان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. دانشجوی PhD سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۱۱

## خلاصه

**مقدمه:** بارداری دوره مهمی است که طی آن مادر باردار باید آموزش‌های مرتبط با سلامت دهان و معاینات مربوطه را دریافت نماید. مطالعات نشان‌دهنده ارتباط میان مشکلات سلامت دهان و عوارض ناخواسته بارداری همچون تولد زودرس یا وزن پایین هنگام تولد است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش، آگاهی و عملکرد متخصصین زنان و ماماها در خصوص مراقبت‌های بهداشت دهان حین بارداری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی و توصیفی در سال ۱۳۹۵ بر روی متخصصین زنان و زایمان و کارشناسان مامایی در شهر کرمان انجام شد. ۲۰۴ متخصص زنان و ماما در شهر کرمان توسط یک پرسشنامه خود ایفا پایایی شده شامل اطلاعات فردی و سؤالاتی پیرامون آگاهی، نگرش و عملکرد مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های کای اسکور، من ویتنی و پیرسون انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعه  $6/55 \pm 2/1$  بود که در این میان، بین متخصصان زنان و زایمان و ماماها از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0/903$ ). حدود ۱۶۵ نفر (۸۱٪) از افراد اظهار کردند مراجعین خود را به دندانپزشک ارجاع می‌دادند و ۱۷۴ نفر (۸۵/۷٪) بیماران نیازمند به درمان‌های دندانپزشکی را به دندانپزشک ارجاع می‌دادند. هیچ‌گونه تفاوت آماری معناداری میان نگرش متخصصین زنان و زایمان و ماماها مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که با توجه به سطح آگاهی متخصصین زنان و ماماها در خصوص اهمیت بهداشت دهان حین دوره بارداری، نگرش و عملکرد ایشان مناسب بوده، اما با این وجود همچنان از راهنماهای استاندارد فاصله دارد. این موضوع نشان‌دهنده نیاز به افزایش مهارت و آگاهی ایشان در راستای دستیابی به بهترین مراقبت‌های این دوره می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** آگاهی، بارداری، سلامت دهان، عملکرد، متخصص زنان و زایمان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مهسا ملک محمدی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. تلفن: ۰۳۴-۳۲۱۱۹۰۲۸، پست الکترونیک: mahsamalek.92@gmail.com

## مقدمه

بارداری روندی فیزیولوژیک است که با ایجاد تغییراتی در بدن از جمله در ناحیه دهان و دندان همراه است. این تغییرات در صورت عدم مراقبت به موقع و مناسب، موجب ناراحتی دهان و دندان خواهد شد، تا جایی که عدم سلامت دهان و دندان در مادران می‌تواند عوارض خطرناکی از جمله زایمان زودرس، تولد نوزاد کم وزن و یا تولد نوزاد مرده را به همراه داشته باشد (۱، ۲).

نیمی از زنان در دوران بارداری، بیماری لثه (ژنژیویت) را تجربه می‌کنند که باعث تورم، قرمزی، خونریزی و تحلیل لثه می‌گردد و به عقیده متخصصین، خونریزی لثه در دوران بارداری به دلیل تغییرات هورمونی ایجاد می‌شود و لازم است مادر با شستشوی روزانه دهان آن را کاهش دهد (۳). حالت‌های تهوع و استفراغ نیز که در اوایل بارداری رخ می‌دهد، محیط را برای پوسیدگی دندان مساعد کرده و احتمال بیماری لثه را افزایش می‌دهد (۴). مشکلات در ناحیه دهان و دندان به نوبه خود باعث ایجاد اختلال در تغذیه، گوارش و سایر سیستم‌ها خواهد شد، مثلاً عفونت لثه، منبع بالقوه برای عفونت غدد پاروتید، دستگاه گوارش و تنفس، بیماری قلبی و روماتیسم مفاصل می‌باشد (۵). همچنین نشان داده شده است بیماری‌های پریدونتال می‌تواند به عنوان یک عامل خطر مستقل برای پارگی زودرس و قبل از ترم کیسه آب باشد (۶). این در حالی است که برخی زنان باردار به دلیل ایجاد حالت تهوع، از زدن مسواک و تمیز کردن دهان اجتناب می‌کنند و لذا خطر پوسیدگی در آنان افزایش می‌یابد. بسیاری از مراقبت‌های پیشگیرانه و یا ترمیمی را دنبال نمی‌کنند، چراکه باور دارند که درمان‌های دندان پزشکی می‌تواند به جنین آسیب برساند (۷)، (۸). در مطالعه بحری و همکاران (۲۰۰۹) در مشهد، سطح دانش و رفتارهای بهداشتی و ارتباط شاخص‌های بهداشت نامناسب دهان با باورها و رفتارهای بهداشتی در زنان باردار پایین بود (۹). ۴۵٪ زنان معتقدند نباید در دوران بارداری اقدامات دندان پزشکی انجام دهند (۱۰). طی تحقیقات صورت گرفته، مشاهده شده است که ۷۰٪ زنان دارای نگرش منفی نسبت به مراقبت‌های دهان و دندان در دوره بارداری می‌باشند که به دلیل اطلاعات

نادرست و ترس از اثرات سوء اقدامات دندان پزشکی بر روی مادر و جنین است (۱۱)؛ این در حالی است که به جز مراحل عکس برداری با اشعه X که باعث تولد نوزادان زیر وزن طبیعی می‌شود، سایر درمان‌ها خطری برای مادر و جنین ندارند (۱۲). همچنین در راستای بررسی عملکرد زنان باردار در زمینه سلامت دهان و دندان، مشخص شده است تنها ۳۴/۴٪ ایشان دارای عملکرد خوب بوده‌اند (۱۱). مطالعه کاظمی و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد اگرچه زنان باردار از وضعیت بالینی سلامت دهان خود تا حدودی مطلع هستند، اما به دلیل آگاهی نادرست از مراجعه به دندان پزشکی امتناع می‌کنند، در نتیجه با استفاده از آموزش صحیح می‌توان سطح سلامت دهان و دندان زنان باردار جامعه را بهبود بخشید (۱۳).

در این میان سطح آگاهی و نوع نگرش متخصصین زنان و زایمان و کارشناسان مامایی نقش مهمی را ایفا می‌کند. در مطالعه ووتن و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد که تنها ۶۲٪ از متخصصین زنان و ماماها به معاینه دهان و دندان بیماران باردار خود به عنوان جزئی از معاینه معمول می‌پردازند (۱۴). از آنجا که عمده زنان باردار مرتباً به متخصصین زنان و ماماها مراجعه می‌کنند و توصیه‌های آنان را با دل و جان گوش می‌دهند و به آنها عمل می‌کنند، سطح آگاهی و نوع نگرش و عملکرد آنها اهمیت دارد. آگاهی متخصصین از مشکلات دهانی در دوران بارداری بسیار تأثیرگذار است و همکاری مؤثر بین متخصصین زنان و زایمان یا ماماها و دندان پزشکان می‌تواند در پیشگیری و کنترل بسیاری از بیماری‌های دهانی هم در مادر و هم برای کودک نقش مهمی داشته باشد و همچنین می‌توان با بالا بردن سطح آگاهی مادران و آموزش‌های مناسب از وقوع بسیاری اختلالات دهانی جلوگیری کرد (۱۵). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح آگاهی و نگرش و نحوه عملکرد متخصصین زنان و ماماها در خصوص سلامت دهان و دندان زنان باردار انجام شد تا با ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد این متخصصان، بتوان فعالیت‌های اساسی برای برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت دهان و دندان مادران و فرزندانشان انجام داد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی و توصیفی در سال ۱۳۹۵ بر روی متخصصین زنان و زایمان و کارشناسان مامایی شهر کرمان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت آسان و در دسترس صورت گرفت. گروه هدف مطالعه تمام متخصصین زنان و زایمان، رزیدنت‌های تخصصی و کارشناسان مامایی در سطح شهر کرمان بودند. ابتدا لیست آدرس محل کار یا شماره تلفن تمام این افراد از سازمان نظام پزشکی اخذ گردید، سپس با مراجعه حضوری به محل کار آنها اعم از کلینیک‌های خصوصی و دولتی یا مطب‌ها، از آنها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. بر اساس لیست موجود، اعضاء نظام پزشکی در کرمان در سال ۱۳۹۵، ۳۵۰ نفر متخصص زنان و مامای واجد شرکت در مطالعه بودند. شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و پرسشنامه مربوطه بدون نام بود که توسط داوطلبان تکمیل گردید.

برای دستیابی به اطلاعات و نتایج مورد نظر از روش طراحی پرسشنامه با استفاده از مطالعات مشابه استفاده شد. پرسش‌ها در سه زمینه آگاهی، عملکرد و نگرش و به صورت پرسش‌های بسته طراحی و به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شدند. برای بررسی روایی پرسشنامه ابتدا سؤالات در اختیار چند نفر از متخصصین بیماری‌های دهان و متخصصین دندانپزشکی اجتماعی قرار گرفت و نظرات آنها را جویا شده و جهت بهبود محتوا و ظاهر پرسشنامه اعمال گردید. سپس بعد از حذف سؤالاتی که از روایی پایینی برخوردار بودند، ۱۰ عدد پرسشنامه بین ۱۰ متخصص زنان و زایمان دو بار در فاصله زمانی ۱۰ روز پخش شد و پس از تعیین پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸، پرسشنامه نهایی بین گروه هدف توزیع گردید. واحدهای پژوهش متخصصین زنان و زایمان و کارشناسان مامایی بودند که پژوهشگر در محل کار ایشان حاضر شد و پرسشنامه‌ها توزیع گردید، همچنین بعد از آگاهی از زمان و مکان برگزاری یکی از دوره‌های بازآموزی ایشان، در محل حضور پیدا کرده و پرسشنامه بین شرکت‌کنندگان توزیع گردید و از افرادی که قبلاً در مطالعه شرکت کرده بودند،

خواسته شد که سؤال مبنی بر تکمیل قبلی پرسشنامه را علامت بزنند تا اطلاعات تکراری وارد نگردد. پرسشنامه چند قسمتی شامل: اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان، ۱۱ سؤال آگاهی از جمله توصیه به مصرف دهانشویه فلوراید در دوره بارداری، استفاده از داروی لیدوکائین در دوره بارداری و یا ارزیابی مراقبت‌های دندان‌مربوط به مادر در طول دوره بارداری بود که بایستی یکی از سه گزینه "درست، نادرست و نمی‌دانم" در خصوص هر مورد مطرح شده انتخاب می‌شد. در جهت سنجش میزان آگاهی به پاسخ‌های صحیح "امتیاز ۱" و گزینه‌های نادرست و یا نمی‌دانم "امتیاز صفر" داده شد و نمره کل برای هر فرد محاسبه گردید. همچنین ۱۱ سؤال نگرش شامل مواردی همچون "التهابات لثه ناشی از تغییرات هورمونی در مادران باردار قابل پیشگیری است"، "آگاهی زنان باردار از سلامت دهان و دندان در سلامت آینده کودکشان تأثیر دارد" و یا "انجام درمان‌های دندانپزشکی برای زنان باردار خطرناک است" با سه گزینه "مخالف، موافق و مطمئن نیستم" و بر اساس مقیاس لیکرت مورد پرسش قرار گرفتند. سپس ۶ سؤال عملکرد شامل مواردی همچون "آیا تا به حال دهانشویه حاوی فلوراید برای مراجعین خود تجویز کرده‌اید؟"، "آیا اهمیت رعایت بهداشت در طول دوران بارداری را به مراجعین خود توضیح می‌دهید؟" و "آیا به بیماران خود درباره رعایت بهداشت دهان توصیه و آموزش خاصی ارائه می‌دهید؟" مطرح شد و با گزینه‌های "بله و خیر" مورد سؤال قرار گرفت. در نهایت ارزیابی اطلاعات سلامت دهان و دندان از نظر خود داوطلبان با پرسش‌هایی نظیر "فکر می‌کنید در زمینه مراقبت‌های دهان و دندان در زنان باردار به اطلاعات بیشتری نیاز دارید" و یا "آیا خود شما تا به حال به دندانپزشکی مراجعه کرده‌اید" صورت گرفت. پرسشنامه در اختیار افراد قرار گرفت و در زمان مقرر جمع‌آوری گردید. برای آنالیز داده‌ها، آگاهی افراد از نمره ۰ تا ۱۱ سنجیده شد؛ به طوری که به پاسخ‌های درست "امتیاز ۱" و به پاسخ‌های غلط و یا بدون پاسخ "امتیاز صفر" داده شد و میزان آگاهی به سه سطح خوب (نمره ۹-۱۱)، متوسط (نمره ۵-۸) و کم (نمره ۴-۱) تقسیم شد. در مورد

سال بود. از میان ۲۰۴ شرکت کننده، ۷ نفر (۳/۴٪) مرد و ۱۹۷ نفر (۹۶/۶٪) زن بودند. ۵۷ نفر (۲۷/۹٪) از شرکت کنندگان متخصص زنان و زایمان و ۱۴۷ نفر (۷۲/۱٪) ماما بودند که از این میان درصد بالایی (۷۱/۴٪) در کلینیک دولتی مشغول به کار بودند. سال‌های بعد از فارغ التحصیلی افراد بین ۱ تا ۲۶ سال و سال‌های کار افراد بین ۱ تا ۲۶ سال بود. بیش از ۵۰ درصد افراد (۹۸ نفر) بیشتر از ۴۰ ساعت در هفته مشغول به کار بودند و شرکت کنندگان به طور متوسط بین ۵-۵۰ بیمار را در روز ویزیت می‌کردند (جدول ۱).

نگرش و عملکرد، برای هر سؤال فراوانی انتخاب هر گزینه توسط شرکت کنندگان با درصد بیان شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های کای اسکوئر، من ویتنی و پی‌رسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد. همچنین پمفلت آموزشی در زمینه سلامت دهان و دندان زنان باردار تهیه شد و پس از تکمیل پرسشنامه در اختیار شرکت کنندگان در مطالعه قرار گرفت.

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۰۴ نفر شرکت کردند (میزان پاسخ‌گویی ۵۸٪) که محدوده سن افراد بین ۲۲-۴۹

جدول ۱- مشخصات فردی افراد شرکت کننده در مطالعه

مشخصات فردی	تعداد (درصد)
جنس	زن ۱۹۷ (۹۶/۶) مرد ۷ (۳/۴)
نوع تخصص	متخصص زنان و زایمان ۵۷ (۲۷/۹) کارشناس مامایی ۱۴۷ (۷۲/۱)
محل کار	کلینیک دولتی ۱۳۰ (۷۱/۴) کلینیک خصوصی ۵ (۲/۷) مطب خصوصی ۴۷ (۲۵/۸)
متوسط ساعات کار در هفته	کمتر از ۲۰ ساعت ۵ (۲/۸) بین ۲۰ تا ۴۰ ساعت ۷۴ (۴۱/۸) بیشتر از ۴۰ ساعت ۹۸ (۵۵/۴)
سن	$35/91 \pm 7/2$
سال‌های پس از فارغ التحصیلی	$12/73 \pm 7/3$
مدت طبابت	$11/23 \pm 7$
متوسط تعداد بیماران ویزیت در هفته	$20/27 \pm 10/9$

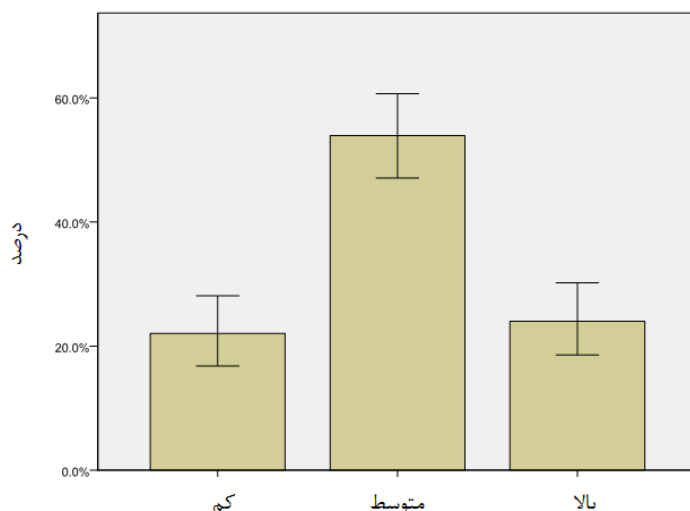
نشد ( $p=0/903$ ). نتایج به دست آمده از مقایسه آگاهی دو گروه شرکت کننده در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین نمره آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعه ۲/۱  $\pm 6/55$  بود که در این میان، بین متخصصان زنان و زایمان و ماماها از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده

جدول ۲- نمره آگاهی ماماها و متخصصین زنان در زمینه سلامت دهان و دندان در زنان باردار

شرکت کنندگان	نمره آگاهی میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی‌داری
متخصصین زنان و زایمان	$6/58 \pm 0/265$	
ماماها	$6/54 \pm 0/186$	۰/۹۰
کل	$6/55 \pm 2/1$	

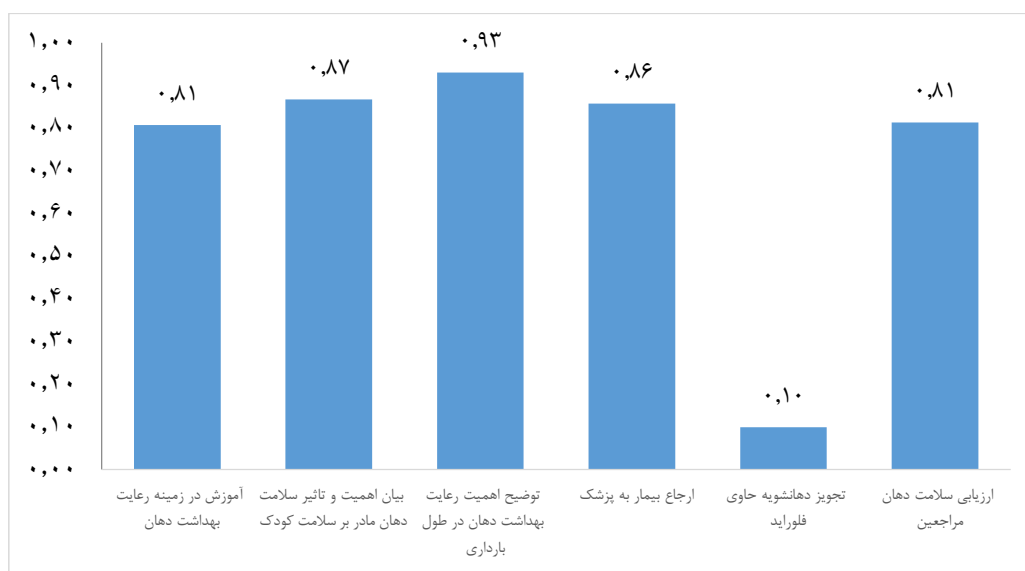
بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده، فقط ۵۰ نفر (۲۴٪) از افراد نمره آگاهی بالایی داشتند (نمودار ۱). همچنین بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، بین سال‌های پس از فارغ‌التحصیلی و میزان آگاهی افراد از نظر آماری ارتباطی مشاهده نشد ( $p=0/9$ ).



نمودار ۱- توزیع فراوانی دسته‌بندی نمره میزان آگاهی به همراه ۹۵٪ فاصله اطمینان

و حدود ۱۶۵ نفر (۸۱٪) از افراد اظهار کردند مراجعین خود را به دندانپزشک ارجاع می‌دادند. همچنین ۱۶۳ نفر (۸۰/۷٪) از افراد، به بیماران خود درباره رعایت بهداشت دهان توصیه و آموزش خاص ارائه می‌دادند.

نتایج به‌دست آمده در خصوص عملکرد افراد شرکت کننده در زمینه سلامت دهان و دندان زنان باردار در نمودار ۲ آمده است. بیشتر شرکت‌کنندگان مراجعین خود را از لحاظ سلامت دهان مورد ارزیابی قرار می‌دادند



نمودار ۲- نمودار نتایج به‌دست آمده در خصوص عملکرد افراد شرکت کننده در زمینه سلامت دهان و دندان زنان باردار

شده است که میان متخصصین زنان و زایمان و ماماها در این زمینه تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

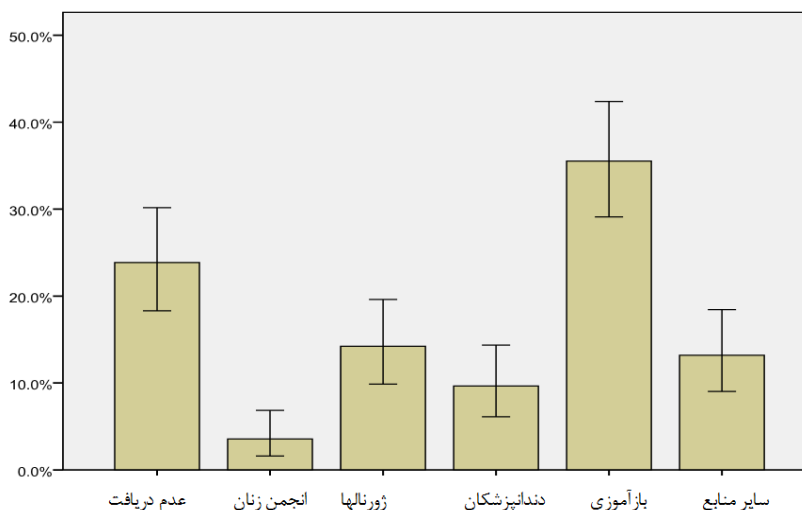
نتایج حاصل از مطالعه در خصوص نگرش افراد در مورد سلامت دهان و دندان زنان باردار در جدول ۳ نشان داده

جدول ۳- نتایج حاصل از سؤالات نگرش

مطمن نیستم تعداد (درصد)	مخالف تعداد (درصد)	موافق تعداد (درصد)	سؤالات نگرش
۳۳ (۱۶/۵۰)	۹ (۴/۵۰)	۱۵۸ (۷۹)	پوسیدگی دندان در مادر بر سلامت جنین مؤثر است
۱۸ (۹)	۲۰ (۱۰/۱۰)	۱۶۱ (۸۰/۹۰)	مراقبت‌های دندانی حین دوره بارداری در جلوگیری از تولد نوزاد زودرس مهم است.
۳۳ (۱۶/۸۰)	۵۲ (۲۶/۴۰)	۱۱۲ (۵۶/۹۰)	التهابات لثه ناشی از تغییرات هورمونی در مادران باردار قابل پیشگیری است.
۷ (۳/۵۰)	۰ (۰)	۱۹۳ (۹۶/۵۰)	ارجاع زنان باردار مبتلا به آسیب‌های دهانی به دندانپزشکان می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامت مادر و جنین داشته باشد.
۴ (۲)	۴ (۲)	۱۹۲ (۹۶)	سلامت دهان و دندان در زنان باردار در سلامت عمومی آنها اهمیت زیادی دارد.
۹ (۴/۵۰)	۵ (۳)	۱۸۶ (۹۳)	آگاهی زنان باردار از سلامت دهان و دندان در سلامت آینده کودکان تأثیر دارد.
۲۰ (۱۰/۳۰)	۳۱ (۱۶)	۱۴۳ (۷۳/۷۰)	ارجاع زنان باردار به دندانپزشک امری ضروری است.
۳۲ (۱۶)	۱۵۰ (۷۵)	۱۸ (۹)	انجام درمان‌های دندانپزشکی برای زنان باردار خطرناک است.
۰ (۰)	۱ (۰/۵)	۱۹۶ (۹۹/۵۰)	رعایت بهداشت دهان و دندان در طول دوره حاملگی اهمیت دارد.
۳۵ (۱۷/۵)	۳۲ (۱۶)	۱۳۳ (۶۶/۵۰)	حالت تهوع در زنان باردار بر سلامت دندان‌های آنها تأثیر دارد.
۳۵ (۱۷/۵)	۱۳۰ (۶۷)	۳۰ (۱۵/۵۰)	در مورد ضرب‌المثل معروف "هر حاملگی مساوی با از دست دادن یک دندان است" چه نظری دارید؟

۱۴۸ نفر (۷۳/۶٪) تنها در صورت بروز مشکل مراجعه کرده بودند. بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، دو گروه متخصصین زنان و ماماها از نظر نگرش در خصوص سلامت بهداشت دهان و دندان در زنان باردار تفاوتی نداشتند و همچنین اختلاف در عملکرد ماماها و متخصصین زنان و زایمان از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ).

اطلاعات مربوط به منابع کسب اطلاعات درباره سلامت و بهداشت دهان در نمودار ۳ آورده شده است. ۱۹۱ نفر (۹۷/۹٪) از افراد اظهار داشتند که نیاز به اطلاعات بیشتری در زمینه مراقبت‌های دهان و دندان در زنان باردار دارند. همچنین ۲۵ نفر (۱۲/۵٪) از افراد اطلاعات خود در مورد اهمیت سلامت دهان و دندان در زنان باردار را کافی ارزیابی کردند. از میان شرکت‌کنندگان، ۹ نفر (۴/۵٪) هرگز مراجعه به دندانپزشکی نداشته‌اند و



نمودار ۳- توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب منابع کسب اطلاعات در زمینه سلامت دهان و دندان

## بحث

۲۰٪ بود (۱۴). همچنین در مطالعه پاتیل و همکاران (۲۰۱۳)، ۹۴٪ از شرکت‌کنندگان سلامت دهان را جزئی از مراقبت‌های دوره بارداری می‌دانستند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۹). بر اساس مطالعه جورج (۲۰۱۱) ماماها بسیار اندکی در غرب سیدنی به طور مشخص سلامت دهان را با بیمارانشان مطرح می‌کنند که از دلایل آن، مشخص نبودن مسیرهای مناسب ارجاع برای زنان باردار و نیازمند به درمان‌های دندانپزشکی ذکر شده است (۱۸). در مطالعه حاضر بیش از ۹۶٪ از شرکت‌کنندگان با ارجاع زنان باردار مبتلا به آسیب‌های دندانی در جهت حفظ سلامت مادر و جنین موافق بودند و ۸۵٪ از شرکت‌کنندگان، بیماران خود را به دندانپزشک ارجاع می‌دادند، لذا موانع ذکر شده در سایر مطالعات، در جامعه هدف مطالعه حاضر، کم‌رنگ‌تر می‌باشند. این در حالی است که در مطالعه کلوزل و همکاران (۲۰۱۱) تنها ۴۰٪ از زنان باردار شرکت‌کننده اظهار داشتند که توسط مامای خود به دندانپزشک ارجاع داده شده‌اند (۲۰). در مطالعه روچا و همکاران (۲۰۱۱) در برزیل، ۴۴/۵٪ از متخصصین به بیماران خود معاینات دندانپزشکی را توصیه می‌کردند و ۸۸٪ بیماران خود را در خصوص موضوعات مرتبط با سلامت دهان ارجاع می‌دادند که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱). در مطالعه ووتن (۲۰۱۱) نیز ۸۶٪ افراد طی یک سال گذشته کار خود، ارجاع بیماران به دندانپزشک را بیان کرده بودند که با نتایج حاضر همخوانی داشت (۱۴). در مطالعه پاتیل و همکاران (۲۰۱۳) با وجود اینکه بیش از ۷۰٪ با اهمیت سلامت دهان حین بارداری و ارجاع زنان باردار به دندانپزشکی موافق بودند، تنها تعداد اندکی به دلایلی از قبیل بالا بودن هزینه‌ها، اعتقادات فرهنگی و دسترسی دشوار به درمان، بیماران خود را ارجاع می‌دادند (۱۹).

ارجاع بیماران به دندانپزشک به خصوص زمانی ضرورت پیدا می‌کند که بیمار از نظر سلامت و بهداشت دهان و دندان دچار مشکل باشد که پی بردن به این مهم با ارزیابی و معاینه امکان‌پذیر خواهد بود. در مطالعه حاضر ۸۱٪ از شرکت‌کنندگان به معاینه و ارزیابی سلامت دهان افراد مبادرت می‌کردند. در مطالعه گلکاری و همکاران

مطالعه حاضر با هدف اصلی بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد متخصصان زنان و زایمان و ماماها در مورد سلامت دهان و دندان در زنان باردار در شهر کرمان انجام شد. با توجه به ارتباطات شناخته شده بین بیماری‌های پریدونتال و شرایط سیستمیک خاص، ضروری است که تمام افراد سیستم سلامت و در رأس آنان، گروه متخصصین زنان و زایمان و ماماها نسبت به شرایط سلامت دهان زنان باردار آگاه باشند.

در مطالعه حاضر آگاهی گروه هدف در مطالعه بالا نبود، اگرچه میانگین نمره آگاهی خوب و بیشتر از ۵۰٪ نمره کل بود و میان ماماها و متخصصین از این لحاظ تفاوتی مشاهده نشد. این در حالی است که در مطالعه گلکاری و همکاران (۲۰۱۳) نمره آگاهی متخصصین از ماماها و پزشکان عمومی بالاتر بود و به دلیل آموزش نامناسب، آگاهی ماماها در این زمینه ناکافی ارزیابی شد (۱۷). همچنین در مطالعه جورج و همکاران (۲۰۱۱) که درباره دیدگاه ماماها در خصوص مراقبت‌های بهداشت دهان حین دوره بارداری انجام شد، بسیاری از ماماها از اهمیت حفظ بهداشت دهان در دوران بارداری ناآگاه بودند و تنها تعداد انگشت شماری از آثار سوء بهداشت دهان نامناسب بر سلامت مادر و کودک آگاه بودند که این عدم آگاهی منجر به عدم تأکید ایشان بر اهمیت رعایت بهداشت دهان به بیماران و یا انجام ویزیت‌های دندانپزشکی می‌شد (۱۸) که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی نداشت و آگاهی افراد در مطالعه حاضر بالاتر بود.

در مطالعه حاضر ارتباطی میان سال‌های بعد از فارغ التحصیلی و نمره آگاهی مشاهده نشد، لذا این گمان که تجربه بیشتر و یا آموزش‌های جدیدتر منجر به افزایش سطح آگاهی افراد شده باشد، نادرست به نظر می‌رسد.

بررسی عملکرد گروه‌های هدف نشان داد که در مجموع ایشان در زمینه سلامت دهان و دندان توجه خاص بیماران را جلب می‌نمودند. به عنوان مثال نزدیک به ۸۰٪ افراد شرکت‌کننده در مطالعه، آموزش‌های لازم در زمینه بهداشت دهان و دندان را به بیماران خود ارائه می‌دادند، که این میزان در مطالعه ووتن (۲۰۱۱) تنها

(۲۰۱۳) میزان معاینه در میان پزشکان و ماماها، ۶۲٪ گزارش شد که نسبت به متخصصین و ماماها در شهر کرمان پایین‌تر بود (۱۷). در مطالعه ووتن و همکاران (۲۰۱۱) نیز ۶۲٪ ماماها معاینه چشمی بیماران را انجام می‌دادند (۱۴) و طبق ارزیابی پاتیل (۲۰۱۳)، حدود ۶۰٪ از متخصصین زنان و زایمان با معاینات دهانی منظم موافق بوده و ۷۵٪ در صورت شکایت بیمار این اقدام را انجام می‌دادند (۱۹). نظر به بالاتر بودن میزان معاینات توسط شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، میزان اطلاع ایشان از مشکلات دهانی و لذا پیشگیری از عوارض مرتبط با آنها به میزان بیشتر و در نتیجه اقدامات مؤثر بهتر صورت می‌گیرد. کما اینکه بیش از ۵۰٪ از شرکت‌کنندگان نیز معتقد بودند مشکلات لثه‌ای ناشی از تغییرات هورمونی در مادران باردار قابل پیشگیری است و ۸۱٪ اذعان داشتند که با مراقبت‌های دندانی حین بارداری می‌توان در جلوگیری از تولد نوزادان کم وزن و زودرس نقش داشت. در مطالعه روچا و همکاران (۲۰۱۱) ۶۰٪ افراد تولد نوزاد زودرس و کم وزن را به طور قطعی مربوط به بیماری‌های پریودنتال می‌دانستند (۲۱) و در مطالعه ووتن و همکاران (۲۰۱۱)، ۹۰٪ افراد این بیماری‌ها را عامل خطری برای عوارض بارداری می‌دانستند (۱۴) که با مطالعه حاضر تفاوت چندانی نداشت.

در مطالعه حاضر حدود ۱۰٪ از متخصصین و ماماها برای بیماران خود دهانشویه حاوی فلوراید تجویز می‌کردند. با توجه به اینکه تشخیص زمان تجویز این دهانشویه از وظایف دندان‌پزشکان می‌باشد، بهتر است در این زمینه بیماران به دندان‌پزشک ارجاع داده شوند. یکی از عواملی که منجر به عدم تمایل زنان باردار به دریافت درمان‌های دندانپزشکی می‌شود، ترس آنان از بروز مشکلات مربوط به درمان و یا اثرات سوء درمان‌های دندانپزشکی بر نوزادشان می‌باشد. نظر به این‌که در بالین ثابت شده است انجام درمان‌های ضروری در دوره بارداری (نظیر عفونت‌های حاد یا پوسیدگی‌های شدید) کاملاً ایمن بوده و عوارض ناخوشایند نخواهد داشت. آگاهی ماماها و متخصصین زنان و زایمان از این موضوع و توانایی ایشان برای اطمینان‌بخشی به بیماران، ضروری است. در مطالعه حاضر ۷۵٪ از شرکت‌کنندگان انجام درمان‌های

دندانپزشکی را برای زنان باردار بی‌خطر می‌دانستند که البته ۳ ماهه دوم بارداری زمان مناسب برای درمان‌های دندانپزشکی ذکر شده است. هرچند حتی برخی دندان‌پزشکان نیز در خصوص زمان ایمن برای درمان زنان باردار همچنان سردرگم هستند (۳). در مطالعه رودوس (۲۰۰۵) نشان داده شد که بسیاری از پزشکان و دندان‌پزشکان، درمان‌های دندانپزشکی و دارویی حین بارداری را خطرناک دانسته و تمایل به ارائه درمان به این بیماران ندارند (۵).

برخلاف اینکه در مطالعه روچا و گلکاری شرکت‌کنندگان با نظریه "هر حاملگی برابر است با یک دندان از دست رفته" موافقت نسبی داشتند، در مطالعه حاضر اکثر افراد این نظریه عام را نادرست تلقی کردند. البته همانطور که مشهود است، وجود چنین عبارتی در فرهنگ عامه نشان از تأثیر متقابل شرایط سیستمیک بدن حین دوره بارداری و سلامت دهان و دندان دارد.

در مطالعه حاضر در خصوص منابع دریافت اطلاعات به‌روز و ضروری در خصوص ارتباط میان سلامت دهان و دندان و سلامت در زنان باردار، متأسفانه حدود ۲۴٪ از شرکت‌کنندگان هیچ‌گونه اطلاعاتی را دریافت نمی‌کردند که نظر به اهمیت این موضوع، جای تأمل دارد. همچنین ۸۷٪ از شرکت‌کنندگان اطلاعات خود را در زمینه سلامت دهان و دندان زنان در دوران بارداری ناکافی دانسته و ۹۸٪ آنها لزوم آموزش‌های بیشتر در این زمینه را ذکر کردند که با نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه ووتن و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۱۴) و آنها نیز معتقد به نیاز به اطلاعات بیشتر در خصوص مشکلات پریودنتال و اثرات سوء آن در دوران بارداری بودند. بنابراین شایسته است آموزش‌های مشخص و منسجم در این زمینه برای متخصصین و ماماها صورت گیرد.

توجه بیشتر به سلامت دهان در زنان باردار در مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات را می‌توان ناشی از شرکت بیشتر خود افراد در درمان‌های دندانپزشکی دانست، زیرا بر اساس نتایج مطالعه، بیش از ۹۵٪ از افراد شرکت‌کننده تجربه انجام درمان‌های دندانپزشکی را داشتند، حال آنکه در مطالعه گلکاری و همکاران (۲۰۱۳) تنها



همکاران (۲۰۱۱) که پاسخگویی ۵۴٪ داشتند، تقریباً هم‌خوانی داشت (۱۷، ۱۴). البته به علت تفاوت در پرسشنامه‌ها، مقایسه نتایج تحقیقات مشابه نیز تا حدی مقدور نبود و جزء محدودیت‌های این کار بود.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از نقص‌هایی در میزان آگاهی و عملکرد متخصصین زنان و ماماها در رابطه با سلامت دهان و دندان زنان باردار می‌باشد و هرچند عملکرد ایشان با توجه به سطح آگاهی‌شان مناسب هست، اما برگزاری دوره‌های آموزشی بین رشته‌ای در ارتقاء سطح آگاهی و کم کردن معضلات سلامت دهان و دندان مادران باردار و شیرده، چه برای خود ایشان و چه به لحاظ فرزندان تازه متولد، می‌تواند مؤثر واقع شود. همچنین نگرش افراد در خصوص مهم‌ترین موارد مربوط به سلامت دهان زنان باردار مناسب بود، هرچند آموزش بیشتر باعث ارتقای این مقوله خواهد گردید.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام متخصصین زنان و زایمان و ماماها که در انجام این پژوهش شرکت نمودند و همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای پشتیبانی مالی این طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

یک سوم شرکت کنندگان حداقل یک ویزیت دندانپزشکی داشتند (۱۷).

با توجه به اینکه متخصصین زنان و زایمان و ماماها در رفرنس‌های دندانپزشکی به عنوان همکاران سلامت دهان ذکر شده‌اند (۱۶)، در مجموع سطح عملکرد افراد با توجه به میزان آگاهی ایشان مناسب بود، اما نیاز به بالاتر رفتن آگاهی و در نتیجه ارتقاء عملکرد را می‌توان احساس کرد. این نتیجه بیانگر نیاز به آموزش‌های حرفه‌ای بیشتر در این راستا و بازآموزی افراد می‌باشد. فراهم نمودن راه‌های دسترسی آسان‌تر به اطلاعات مورد نیاز نظیر ارائه بروشور و پوستر در مراسمات و دوره‌ها، از جمله این راهکارها می‌باشد. همچنین همکاری حرفه‌ای نزدیک‌تر میان متخصصین مختلف اعم از پزشکان زنان و دندان‌پزشکان، به اندازه همکاری میان پزشک و بیمار در ارتقاء سلامت افراد نقش دارد. بنابراین تعاملات بیشتر میان سلامت دهان و سیستم سلامت کلی بایستی در برنامه‌ها گنجانده شود تا عملکرد ایشان را ارتقاء بخشد.

یکی از محدودیت‌های مهم مطالعه حاضر، دسترسی به گروه هدف و میزان مشارکت آنها بود، که بعضاً با عدم وقت کافی ایشان در زمان فعالیت در محیط کار، به سختی می‌شد پرسشنامه را تکمیل نمود و به همین دلیل میزان پاسخگویی معادل با ۵۸٪ وجود داشت که نسبت به مطالعه گلکاری و همکاران (۲۰۱۳) که پاسخگویی ۷۵٪ داشتند، کمتر و با مطالعه ووتن و

### منابع

1. Vergnes JN, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2007; 196(2):135.e1-7.
2. Gibbs RS. The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: an overview. Ann Periodontol 2001; 6(1):153-63.
3. Han YW, Redline RW, Li M, Yin L, Hill GB, McCormick TS. Fusobacterium nucleatum induces premature and term stillbirths in pregnant mice: implication of oral bacteria in preterm birth. Infect Immun 2004; 72(4):2272-9.
4. James JD. Dental caries in pregnancy. J Am Dental Assoc 1941; 28(11):1857-62.
5. Rhodus NL. Oral health and systemic health. Minn Med 2005; 88(8):46-8.
6. Afiat M, Sanaei A. Relationship of preterm premature rupture of membranes with periodontal diseases. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 18(154):1-33. (Persian).
7. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy :an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. J Am Dent Assoc 2001; 132(7):1009-16.
8. Gilbert BC, Shulman HB, Fischer LA, Rogers MM. The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): methods and 1996 response rates from 11 states. Matern Child Health J 1999; 3(4):199-209.

9. Bahri Binabaj N, Bahri Binabaj N, Iliati H, Salarvand S, Mansoorian MR. Assessment of DMFT index in pregnant women and its relationship with knowledge, attitude and health behaviors in terms of oral and dental cares (Mashhad-2009). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(3):13-20. (Persian).
10. Al-Tamimi S, Petersen PE. Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dental J* 1998; 48(3):180-6.
11. HajiKazemi E, 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.
12. Ratnapalan S, Bentur Y, Koren G. Doctor, will that x-ray harm my unborn child? *CMAJ* 2008; 179(12):1293-6.
13. 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. (Persian).
14. Wooten KT, Lee J, Jared H, Boggess K, Wilder RS. Nurse practitioner's and certified nurse midwives' knowledge, opinions and practice behaviors regarding periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. *J Dent Hyg* 2011; 85(2):122-31.
15. Bahri N, Iliati HR, Bahri N, Sajjadi M, Boloochi T. Effects of oral and dental health education program on knowledge, attitude and short-time practice of pregnant women (Mashhad-Iran). *J Mashhad Dent Sch* 2012; 36(1):1-12.
16. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. *Essential dental public health*. Oxford, UK: OUP Oxford; 2013.
17. Golkari A, Khosropanah H, Saadati F. Evaluation of knowledge and practice behaviors of a group of Iranian obstetricians, general practitioners, and midwives, regarding periodontal disease and its effect on the pregnancy outcome. *Journal of public health research*. 2013 Sep 5;2(2):15.
18. George A, Johnson M, Duff M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Ellis S. Maintaining oral health during pregnancy: perceptions of midwives in Southwest Sydney. *Collegian*. 2011 Jun 30;18(2):71-9.
19. Patil S, Thakur R, Madhu K, Paul ST, Gadicherla P. Oral health coalition: knowledge, attitude, practice behaviours among gynaecologists and dental practitioners. *Journal of International Oral Health*. 2013 Jan 1;5(1):8.
20. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for dental care during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011 Mar 1;56(2):110-7.
21. Rocha JM, Chaves VR, Urbanetz AA, Baldissera RD, Rösing CK. Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Brazilian oral research*. 2011 Jun;25(3):248-54.