

گزارش کوتاه

وضعیت سلامت دهان و دندان زنان باردار شهرستان گنبد کاووس

دکتر عفت خدادادی^۱، دکتر شایسته سید^۲، دکتر ثریا خفری^۳، دکتر زهرا دهقان^{۴*}

۱- استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان و بخش سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۲- دندانپزشک. ۳- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۴- دندانپزشک، مربی بخش سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان از بیماری‌های شایع جوامع با فرهنگ‌های متفاوت به‌ویژه در گروه‌های خاص مانند زنان باردار است. این مطالعه به منظور ارزیابی وضعیت سلامت دهان و دندان زنان باردار شهرستان گنبد کاووس در استان گلستان انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی روی ۴۰۰ زن باردار ۴۰-۲۰ ساله در شهرستان گنبد کاووس طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. اطلاعات دموگرافیک و معاینات دهان و دندان در چک لیستی ثبت شد. داده‌ها توسط شاخص تعداد دندان‌های پوسیده، از دست رفته یا کشیده و ترمیم شده (Deacy Missing Filling Teeth: DMFT) و شاخص بهداشت دهان (Oral Hygiene Index- Simplified: OHI-S) ارزیابی گردید.

یافته‌ها: میانگین شاخص DMFT در سطح بالایی ($6/21 \pm 3/29$) قرار داشت. بین محل تولد و محل سکونت زنان باردار با شاخص DMFT اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). میانگین شاخص بهداشت دهان زنان باردار در سطح متوسط ($1/36 \pm 0/88$) ارزیابی شد. بین محل سکونت زنان باردار و میزان تحسيلات آنها با شاخص بهداشت دهان اختلاف آماری معنی‌داری یافت شد ($P < 0/05$). بیشترین عامل بالا رفتن شاخص DMFT، میانگین بالای دندان‌های پوسیده در بین زنان باردار بود. از نظر نحوه و زمان رعایت بهداشت دهان و دندان، بیشترین پاسخ صحیح ارایه شده مربوط به روش تمیز کردن دندان‌ها (مسواک و خمیر دندان) و کمترین پاسخ درست مربوط به مدت زمان تمیز کردن دهان و دندان (۳-۵ دقیقه) بود.

نتیجه‌گیری: شاخص DMFT در زنان باردار شهرستان گنبد کاووس از سطح بالایی برخوردار بود.

کلید واژه‌ها: بارداری، سلامت دهان و دندان، DMFT، شاخص بهداشت دهان

* نویسنده مسؤول: دکتر زهرا دهقان، پست الکترونیکی z.dehghan85@gmail.com

نشانی: بابل، میدان ولایت، خیابان فلسطین، دانشکده دندانپزشکی، بخش سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، تلفن ۰۱۱-۳۲۹۱۴۰۸-۰۱۱، شماره ۳۲۹۱۰۹۳
وصول مقاله: ۱۳۹۴/۱۳/۳۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵، پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

مقدمه

به خاطر تغییرات محیط اطراف دندان‌ها صورت می‌گیرد. زیرا تعداد میکروارگانیزم‌های پوسیدگی‌زا در بزاق به خاطر تغییر روش تغذیه طی این دوران افزایش می‌یابد. از طرف دیگر pH بزاق و اثر بافری آن کاهش می‌یابد. در نتیجه در اثر عدم رعایت بهداشت پوسیدگی رخ می‌دهد. این اثرات می‌تواند دائمی یا موقتی باشند؛ ولی اغلب با رعایت دقیق بهداشت دهان و دندان قابل اجتناب است (۳). ممکن است در ۵ درصد از بارداری‌ها به علت عدم تعادل هورمونی پاسخ بیش از حد میزبان به پلاک باکتریایی، منجر به التهاب لثه، ژنژیویت و متعاقب آن تومور حاملگی در ناحیه لثه شود. خانم‌های مبتلا معمولاً در ماه‌های ۳ تا ۹ حاملگی قرار دارند. این تومور نوع خاصی از گرانولوم پایوژنیک (Payogenic granuloma) است که ممکن است با جویدن بیمار تداخل داشته باشد. اغلب زخمی شده و تمایل

زنان باردار، درصد مهمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و به سبب تغییرات روحی و جسمی خاص دوران بارداری در معرض مشکلات ویژه‌ای از جمله مشکلات دهان و دندان قرار دارند. آگاه ساختن این افراد از مسایل مربوط به این دوران و نحوه پیشگیری یا مبارزه با آنها، حائز اهمیت است (۱). یک چهارم زنان در سنین باروری، پوسیدگی دندان دارند (۲). بافت‌های دهان می‌توانند تحت تاثیر بارداری قرار گیرند. اگرچه اعتقاد بر این است که بارداری می‌تواند برای دندان‌ها مضر باشد؛ ولی هنوز اثرات بارداری بر شروع و پیشرفت پوسیدگی دندان‌ها ثابت نشده است. دندان‌ها طی دوران بارداری نرم‌تر یا لقی‌تر نمی‌شوند و جرم هم به خاطر بارداری ایجاد نخواهد شد. اغلب پوسیدگی، لقی یا جرم‌دندانی در دوران بارداری

زن باردار انتخاب شدند. دلیل انتخاب زنان باردار در سه ماهه دوم بارداری، شرایط مطلوب آنان برای مراجعه و نیز تعداد بیشتر مراجعین در این دوره با توجه به طرح دولت در جهت سلامت دهان و دندان زنان باردار بود.

پس از ارایه توضیحات لازم و با کسب رضایت شفاهی از بیماران، اطلاعات مورد نیاز توسط پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات دموگرافیک و معاینات دهان و دندان بود؛ جمع آوری شد. معاینه دندان‌ها تک به تک و به کمک آینه و سوند توسط یک فرد (دندانپزشک) انجام شد. نتایج بررسی بالینی هر فرد در برگه معاینه مخصوص ثبت گردید.

میانگین شاخص DMFT به صورت مجموع تعداد دندان‌های پوسیده (D)، ترمیم شده (F) و کشیده شده (M) تک‌تک افراد تقسیم بر تعداد کل جامعه مورد مطالعه تعیین شد (۹) (جدول یک).

جدول ۱: دسته‌بندی شاخص DMFT

سطح شیوع پوسیدگی	محدوده شاخص DMFT
بسیار پایین	۰-۱/۱
پایین	۱/۲-۲/۶
متوسط	۲/۷-۴/۴
بالا	۴/۵- ۶/۵
بسیار بالا	بیش از ۶/۵

در ارزیابی شاخص بهداشت دهان برای مشخص کردن وضعیت بهداشت دهان، شش سطح از شش دندان، معاینه شد. این دندان‌ها شامل چهار دندان خلفی از چهار ربع فک بالا و پایین و دو دندان قدامی بود. برای تعیین میزان مواد نرم و همچنین جرم‌دندانی، هر کدام از سطوح یاد شده به دقت مورد معاینه قرار گرفت. وسعت و میزان دبری و جرم روی سطح دندان مورد معاینه تعیین و نمره دهی شد (۹) (جدول ۲).

جدول ۲: نمره دهی وسعت و میزان دبری

وسعت و میزان دبری و جرم روی سطح دندان	کد
عدم دبری نرم یا Stain در سطح دندان	صفر
دبری نرم یا جرم از یک سوم سطح دندان تجاوز نکرده یا علی‌رغم عدم وجود دبری، Stain سطح دندان را پوشانده است.	یک
دبری نرم یا جرم بیشتر از یک سوم سطح دندان را پوشانده؛ ولی از دو سوم سطح دندان مشاهده شده در دهان، تجاوز نکرده است.	دو
دبری نرم یا جرم بیشتر از دو سوم سطح دندان را پوشانده است.	سه

بعد از ثبت Scores debris (تعریف عددی برای تعیین میزان جرم روی سطوح انتخاب شده دندان)، شاخص بهداشت دهان

به خونریزی دارد. از عوارض ثانویه آن عفونت دهانی است (۴). اهمیت عفونت‌های پریدنتال در زنان باردار در ارتباط با زایمان زودرس و جنین نارس در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده است. در مطالعه‌ای مادران نوزادان نارس با وزن کم هنگام تولد، نسبت به مادران نوزادانی با وزن طبیعی، به انواع شدیدتر بیماری پریدنتال مبتلا بودند (۵). در مطالعه انجام شده روی زنان باردار اقلیت‌های نژادی آسیایی مقیم انگلستان، افزایش مصرف مواد قندی و خونریزی لثه و عدم شرکت در دوره‌های آموزش بهداشت از جنبه‌های منفی سلامت دهان و مسواک زدن مرتب، آگاهی داشتن از فواید فلوراید، عدم اعتیاد به سیگار و مراجعه مرتب به دندانپزشک از موارد مثبت زنان باردار ارزیابی شد (۲). مطالعه انجام شده روی ۲۵۰ زن باردار در نیجریه نشان داد میانگین شاخص بهداشت دهان (Oral Hygiene Index- Simplified: OHI-S) از سه ماهه اول به سه ماهه سوم به‌طور پیشرونده‌ای افزایش یافته است. همچنین شاخص نیاز درمانی پریدنتال جامعه نشان داد ۵۰ درصد زنان باردار احتیاج به جرم‌گیری و پالایش و آموزش بهداشت دارند. شاخص تعداد دندان‌های پوسیده، از دست رفته یا کشیده و ترمیم شده (Deacy Missing Filling Teeth: DMFT) در این زنان به میزان ۵/۴۱ در سطح بالایی ارزیابی شد (۶). در مطالعه ترابی و همکاران که روی ۱۴۸ زن باردار در کرمان انجام شد؛ بین شاخص نیاز درمانی پریدنتال جامعه و متغیرهای سن، سطح سواد، وضعیت اشتغال، تعداد بارداری، تعداد فرزند، ماه فعلی بارداری، مراقبت‌های قبلی دندانپزشکی و تعداد دفعات مسواک زدن ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۷). در مطالعه نجفی از ۲۰۰ زن باردار در بابل، تعداد کمی در دوره‌های آموزش بهداشت شرکت کرده بودند و وضعیت مسواک زدن مطلوب نبود؛ ولی درصد مراجعین به دندانپزشکی در حد قابل قبولی بود (۸). این مطالعه به منظور ارزیابی وضعیت سلامت دهان و دندان زنان باردار شهرستان گنبد کاووس انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی روی ۴۰۰ زن باردار در سه‌ماهه دوم بارداری با محدوده سنی ۲۰-۴۰ ساله ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان گنبد کاووس طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

معیار ورود به مطالعه شامل زنان با بارداری در سه ماهه دوم بود. معیار عدم ورود به مطالعه شامل وجود بیماری سیستمیک یا زمینه‌ای، مصرف دارو، عدم رضایت و همکاری بیمار بود.

از تعداد ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۲۱۶ نفر به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. از هر مرکز بهداشتی درمانی تعداد ۲ خانه بهداشت و از هر خانه بهداشت تعداد ۵ نفر زن باردار در نظر گرفته شد. از تعداد ۷ مرکز بهداشتی درمانی شهری ۱۸۴ نفر

بهداشت دهانی متوسط و ۲۳ نفر (۵/۷۵ درصد) دارای بهداشت دهانی بد ارزیابی شدند.

جدول ۴: فراوانی سابقه و علل مراجعه به دندانپزشکی در زنان باردار شهرستان گنبد کاووس

تعداد (درصد)	متغیر	سابقه مراجعه به دندانپزشکی (n=۴۰۰)
۳۱۲ (۷۸)	بله	
۸۸ (۲۲)	خیر	
۶۶ (۲۱/۱۵)	معاینه دوره‌ای	علت مراجعه به دندانپزشکی (n=۳۱۲)
۱۳۷ (۴۳/۹۱)	کشیدن دندان	
۶۷ (۲۱/۴۷)	خدمات ترمیمی	علت عدم مراجعه به دندانپزشکی (n=۸۸)
۴۲ (۱۳/۴۶)	درد	
۴۱ (۱۳/۵۹)	هزینه بالا	عدم وجود مشکل (n=۸۸)
۳۰ (۹/۰۹)	ترس از دندانپزشکی	
۹ (۲/۲۲)	عدم اجازه همسر	
۸ (۹)	عدم وجود مشکل	

میانگین و انحراف معیار شاخص پوسیدگی کل زنان باردار $۳/۹۵ \pm ۲/۵۰$ به دست آمد. میانگین دندان‌های از دست رفته $۱/۲۷ \pm ۱/۶۸$ و میانگین تعداد دندان‌های پر شده $۰/۹۸ \pm ۱/۹۵$ تعیین شد. با اشتغال مادران، شاخص بهداشت دهان به طور معنی داری افزایش نشان داد ($P < ۰/۰۲۶$). در حالی که شاخص DMFT کاهش غیرمعنی داری نشان داد. با تغییر محل تولد مادر از روستا به شهر، شاخص بهداشت دهان به طور معنی داری افزایش نشان داد ($P < ۰/۰۳۵$). در حالی که شاخص DMFT به طور غیرمعنی دار کاهش نشان داد. با تغییر محل سکونت مادر از روستا به شهر، شاخص بهداشت دهان به طور معنی داری افزایش ($P < ۰/۰۰۳$) و شاخص DMFT کاهش یافت ($P < ۰/۰۱۶$). با افزایش سطح سواد شاخص بهداشت دهان به طور معنی داری کاهش نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). در حالی که بین گروه‌های مختلف تحصیلی و شاخص DMFT اختلاف آماری معنی دار نبود. بین تعداد فرزندان و شاخص بهداشت دهان و دندان ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. در حالی که با افزایش تعداد فرزندان شاخص DMFT افزایش نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۵).

بحث

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، شاخص بهداشت دهان زنان باردار در سطح متوسط، شاخص جرم $۰/۵۵$ و شاخص دبیری $۰/۸۱$ تعیین شد و شاخص DMFT به میزان $۶/۲۱$ در سطح بالایی ارزیابی شد.

در مطالعه ما میانگین شاخص DMFT $۶/۲۱$ تعیین شد؛ این میزان در مطالعه قاری‌زاده و همکاران (۱۰) در اهواز $۶/۲۳$ و در مطالعه Agbelusi و همکاران (۶) $۵/۴۱$ تعیین شد که همگی در سطح بالایی است.

در مطالعه حاضر میانگین شاخص بهداشت دهانی در سطح

محاسبه شد. برای هر فرد Scores debris همه سطوح جمع شد و بر تعداد سطوح معاینه شده، تقسیم گردید. Score کل از طریق میانگین حاصل تمام افراد مشخص شد. همین روش برای تعیین شاخص ساده جرم سخت به کار برده شد. سپس مجموع دو میانگین دبیری و جرم (کد $۰-۱/۲$ خوب، کد $۳-۱/۳$ متوسط، کد $۶-۳/۱$ بد) به عنوان شاخص بهداشت دهان مورد ارزیابی قرار گرفت (۹).

روش تمیز کردن دندان‌ها استفاده از مسواک و خمیر دندان، تعداد دفعات تمیز کردن ۳ بار در روز، زمان تمیز کردن دهان و دندان بعد از هر وعده غذایی، مدت زمان تمیز کردن دهان و دندان ۳ تا ۵ دقیقه و استفاده از وسایل کمکی نخ دندان و دهانشویه به عنوان پاسخ صحیح در نظر گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-17 تجزیه و تحلیل شدند. توصیف داده‌ها از طریق ارایه جداول فراوانی و نمودارهای مربوطه انجام شد. برای توصیف خصوصیات دموگرافیک از فراوانی و درصد و برای خصوصیات کمی از میانگین و دامنه تغییرات استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری مجذور کای، آنالیز واریانس، T-test و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری کمتر از $۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان باردار $۲۷/۵۸ \pm ۵/۱۲$ سال بود. بیشتر زنان باردار (۹۲ درصد) با روش صحیح تمیز کردن دهان و دندان آشنا بودند و تعداد کمتری از زنان (۱۳/۲۵ درصد) از زمان صحیح تمیز کردن دهان و دندان اطلاع داشتند (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی آگاهی از نحوه و زمان رعایت بهداشت دهان و دندان زنان باردار شهرستان گنبد کاووس طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹

متغیر	پاسخ صحیح تعداد (درصد)
استفاده از مسواک و خمیر دندان	۳۶۱ (۹۲)
تمیز کردن دهان و دندان ۳ بار در روز	۱۱۷ (۲۱/۱۵)
تمیز کردن دهان و دندان بعد از هر وعده غذایی	۱۰۱ (۲۵/۲۵)
مدت زمان تمیز کردن دهان و دندان ۳ تا ۵ دقیقه	۵۳ (۱۳/۲۵)
استفاده از نخ دندان و دهانشویه	۱۴۲ (۳۵/۵)

سابقه مراجعه و علل مراجعه زنان باردار به دندانپزشک در جدول ۴ آمده است.

۱۳۷ نفر (۴۳/۹۱ درصد) از زنان باردار سابقه کشیدن دندان داشتند و علت آن به ترتیب شامل غیرقابل ترمیم بودن (۶۳ نفر، ۴۵/۹۸ درصد)، هزینه‌های زیاد سایر درمان‌ها (۴۵ نفر، ۳۲/۸۴ درصد)، مسایل شرعی (۲۴ نفر، ۱۷/۵۱ درصد) و کشیدن دندان عقل (۵ نفر، ۳/۶۴ درصد) بود.

با توجه به تقسیم‌بندی شاخص بهداشت دهان، ۱۸۵ نفر (۴۶/۲۵ درصد) دارای بهداشت دهانی خوب، ۱۹۲ نفر (۴۸ درصد) دارای

جدول ۵: ارتباط خصوصیات فردی و سطح بهداشت دهان و شاخص DMFT زنان باردار شهرستان گنبد کاووس طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹

متغیر	شاخص DMFT	p-value	شاخص بهداشت دهان	p-value
وضعیت شغلی مادران	خانه دار	۰/۴۸۱	۱/۵۳±۰/۵۸	۰/۰۲۶*
	شاغل	۰/۴۸۱	۱/۷۸±۰/۵۹	
محل تولد مادران	روستا	۰/۰۳۵	۱/۵۵±۰/۶۰	۰/۱۷۶
	شهر	۰/۰۳۵	۱/۶۶±۰/۵۸	
محل سکونت مادران	روستا	۰/۰۱۶	۱/۵۳±۰/۶۲	۰/۰۰۳*
	شهر	۰/۰۱۶	۱/۶۰±۰/۵۵	
میزان تحصیلات	بی سواد	۰/۵۷۴	۱/۸۶±۰/۹۶	< ۰/۰۰۱*
	زیر دیپلم	۰/۵۷۴	۱/۴۴±۰/۸۸	
	دیپلم	۰/۵۷۴	۱/۲۶±۰/۸۲	
	دانشگاهی	۰/۵۷۴	۰/۷±۰/۶۳	
تعداد فرزندان	بدون فرزند	< ۰/۰۰۱	۱/۶۱±۰/۵۹	۰/۸۵۹
	۱	< ۰/۰۰۱	۱/۶۰±۰/۵۶	
	۲	< ۰/۰۰۱	۱/۵۹±۰/۶۰	
	۳	< ۰/۰۰۱	۱/۵۱±۰/۷۵	
قومیت	۴ و بیشتر	۰/۷۷۷	۱/۵۰±۰/۵۷	۰/۲۱۵
	ترکمن	۰/۷۷۷	۱/۳۹±۰/۹۲	
	بلوچ	۰/۷۷۷	۱/۵±۰/۹۴	
	زایلی	۰/۷۷۷	۱/۳۸±۰/۸۴	
	فارس	۰/۷۷۷	۱/۲±۰/۸۲	
سایر	۰/۷۷۷	۱/۱۸±۰/۶۸		

P < ۰/۰۵ *

بیشترشان فقط صبح‌ها و تعداد کمی هم شب‌ها قبل از خواب مسواک می‌زدند. در رابطه با استفاده از نخ دندان، نتایج مطالعه نجفی (۸) مشابه مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاجی کاظمی و همکاران (۱۱) در شهریار ۸۸/۱ درصد و در مطالعه احمدیان یزدی و صنعت‌خانی (۲) ۶۵ درصد زنان باردار آسیایی مقیم انگلیس یک بار در روز مسواک می‌زدند. در مطالعه قاری‌زاده و همکاران (۱۰) نیز فقط حدود نیمی از افراد به‌طور صحیح از مسواک استفاده می‌نمودند که این مقادیر بسیار کمتر از مطالعه حاضر است.

در مطالعه حاضر ۷۸ درصد از زنان باردار طی دوران بارداری به دندانپزشک مراجعه کرده بودند. به‌طوری که ۲۱/۱۵ درصد از آنها معاینات دوره‌ای داشتند. در مطالعه نجفی (۸) ۹۵ درصد از زنان باردار تنها در صورت نیاز به دندانپزشک مراجعه کردند و فقط ۲/۵ درصد زنان باردار معاینات دوره‌ای منظم داشتند. در مطالعه ترابی و همکاران (۷) نیز ۸۴ درصد از زنان باردار تنها در صورت وجود مشکل دندانی به دندانپزشک مراجعه کردند که تا حدودی مشابه مطالعه حاضر بود؛ در حالی که در مطالعه حمیصی و همکاران (۱۲) تنها ۵۶ درصد از زنان باردار در صورت وجود مشکل به دندانپزشک مراجعه نموده بودند که بسیار کمتر از مطالعه حاضر است.

متوسط بود. در مطالعه Agbelusi و همکاران (۶) که روی وضعیت سلامت دندانی زنان باردار ایالت لاگوس نیجریه انجام شد؛ میانگین شاخص بهداشت دهانی در کل دوران بارداری در وضعیت بهداشت دهانی خوبی قرار داشت و با مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین در مطالعه قاری‌زاده و همکاران (۱۰)، شاخص بهداشت دهان در اکثر بیماران مراجعه کننده در سطح متوسط تعیین شد.

در این مطالعه بیشترین عامل بالا رفتن شاخص DMFT، میانگین بالای دندان‌های پوسیده در بین زنان باردار بود. در مطالعه قاری‌زاده و همکاران (۱۰) نیز همین نتیجه حاصل شد.

در مطالعه ما با وجود این که اکثر زنان باردار، روش صحیح تمیز کردن دهان و دندان را می‌دانستند؛ ولی تعداد کمی از آنها بعد از هر وعده غذایی و بیشترشان فقط قبل از خواب مسواک می‌زدند. اغلب زنان باردار برای تمیز کردن دهان و دندان‌های خود وقت مناسبی را صرف نمی‌کردند و فقط تعداد اندکی از آنها از وسایل کمک بهداشتی (نخ‌دندان و دهان‌شویه) به همراه مسواک استفاده می‌کردند.

در مطالعه نجفی (۸) نیز ۹۴ درصد زنان باردار در بابل برای بهداشت دهان از مسواک و خمیر دندان استفاده می‌کردند که کمی بیشتر از مطالعه حاضر است. همچنین ۹۹ درصد زنان باردار یک بار در روز و فقط یک درصد افراد دو بار در روز مسواک می‌زدند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شاخص DMFT در زنان باردار شهرستان گنبد کاووس از سطح بالایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم شایسته سید برای اخذ درجه دکتری حرفه‌ای در رشته دندانپزشکی از دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل بود. بدین وسیله از همکاری خانم دکتر مینا مطلب‌نژاد و آقای جلال محمدسارلی و نیز همه افرادی که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند؛ صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم.

References

1. Ajami B, Shabzندهدار M, Asadollahi A. [Evaluation of oral health knowledge, attitude and behaviour of employees in Mashhad Health Centers No 1, 2 and 3 in 2006]. J Mashhad Uni Med Sci. 2008; 32(1): 37-40. [Article in Persian]
2. Ahmadian Yazdi A, Sanatkhan M. [A descriptive survey of the oral health on a group of the Asian pregnant women resident in the UK]. J Mash Dent Sch. 2004; 27(3-4): 93-99. [Article in Persian]
3. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. Acta Odontol Scand. 2002 Oct; 60(5):257-64.
4. Tabatabaei Nejad ES, Bigom Taheri J, Azimi S. Frequency of gingival pregnancy tumor in iran (confirmed by biopsy). J Int Oral Health. 2014 Nov-Dec; 6(6):72-6.
5. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol. 1996 Oct; 67(10 Suppl):1103-13.
6. Agbelusi GA, Akinwande JA, Shutti YO. Oral health status and treatment needs of pregnant women in Lagos State. Niger Postgrad Med J. 2000 Sep; 7(3):96-100.
7. Torabi M, Najafi G, Maskani A. [Evaluation of CPITN index in pregnant women Kerman 2001-2002]. J Dent Sch. 2006; 24(1): 33-

در مطالعه حاضر با افزایش میزان تحسيلات سطح بهداشت دهان نیز بهبود نشان داد که مشابه مطالعات حاجی کاظمی و همکاران (۱۱) و قاری‌زاده و همکاران (۱۰) است.

با توجه به انتقال دهان به دهان باکتری از مادر به کودک و بالا بودن شاخص DMFT زنان باردار، ارتقای سطح آگاهی آنها برای کاهش پوسیدگی‌های آتی دهان کودکان، بایستی جزء الیته‌های بهداشتی قرار گیرد.

39. [Article in Persian]

8. Najafi F. [Knowledge and practice of pregnant women about oral health in patients attending a gynecology clinic of Yahyanezhad hospital in Babol in 2004]. DDS Thesis. Dentistry School of Babol, Babol, Iran. 2005; pp: 20-30. [Persian]
9. Krishna M, Dasar PL. Principles and Practice of Public Health Dentistry. 1st ed. New Delhi: Jitendar P Vij. 2010; pp: 88-123.
10. Gharizadeh N, Haghizadeh MH, Saberhaji W, Karimi A. [A study of DMFT and oral hygiene and gingival status among pregnant women attending Ahwaz health centers]. Jundishapur Sci Med J. 2005; 43: 40-47. [Article in Persian]
11. Haji Kazemi ES, Hossein 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(2): 31-38. [Article in Persian]
12. Hamissi J, Bakianian Vaziri P, Davaloo A. Evaluating Oral Hygiene Knowledge and Attitude of Pregnant Women. Iran J Public Health. 2010; 39(1): 28-31.

Short Communication

Oral health status of pregnant women in north of Iran (2010-11)

Khodadady E (DDS)¹, Seyyed Sh (DDS)², Khafry S (Ph.D)³, Dehghan Z (DDS)*⁴

¹Assistant Professor, Department of Pediatrics and Community Oral Health, Faculty of Dentistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. ² Dentist. ³Assistant Professor, Department of social Medicine and Health, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. ⁴Dentist, Oral Health Educator and Community Dentistry, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Abstract

Background and Objective: Gum diseases and dental caries are the most prevalent diseases in societies with different cultures particularly among pregnant women. This study was done to evaluate the oral health status of pregnant women in Gonbad Kavous, northern Iran.

Methods: This descriptive - analytical study was conducted on 400 pregnant women aged 20 to 40 years old in Gonbad Kavous, northern Iran during 2010-11. Demographic and oral examination information was recorded in a checklist. The obtained data were evaluated by DMFT index (Decay, Missing, and Filling Teeth) and OHI-S index (Oral Hygiene Index-Simplified).

Results: The average of DMFT index was 3.29 ± 6.21 . There was a significant difference between the place of birth and place of residence of pregnant women with DMFT index ($P < 0.05$). The average of OHI-S index in pregnant women was moderate (0.88 ± 1.36). There was a significant difference between the location of residence and the level of education of pregnant women with OHI-S index ($P < 0.05$). The most important factor to increase DMFT index was the high average of decayed teeth among pregnant women. Regarding the method and duration of observing oral hygiene, the most correct answers were related to method of cleaning teeth (toothbrush and toothpaste) and the least ones were related to the duration of cleaning (3-5 minutes).

Conclusion: DMFT index was high in pregnant women in northern Iran.

Keywords: Pregnancy, Oral and dental health, Decay - missing and filling teeth, Oral hygiene index-simplified, Iran

* Corresponding Author: Dehghan Z (DDS), E-mail: z.dehghan85@gmail.com

Received 19 Apr 2015

Revised 5 Mar 2016

Accepted 9 Apr 2016