بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان مادران باردار

محسن شمسی[1]، علیرضا حیدرنیا[2*]، شمس‌الدین نیکنامی[1]، مهتاب عطارها[3]، رحمت‌اله جدیدی[4]

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارک، اراک،
۴. گروه مدیریت خدمات بهداشتی ، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۲ صص ۳۶۵-۳۵۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۱۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۱ خرداد ۹۲]

چکیده

پوسیدگی‌های دندان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عفونی در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران بوده، و توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه پیشگیری از بیماریهای مزمن و ارتقای سلامت است. این نیاز در گروه پرمخاطره مادران باردار به دلیل حفظ سلامت خود و جنین آنها بیشتر احساس می‌گردد. در این مطالعه مقطعی تحلیلی ۳۴۰ نفر از مادران باردار شهر اراک با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل چک لیست عملکرد مراقبتهای دهان و دندان در دوران بارداری، چک لیست ثبت شاخص DMFT و برخی از عوامل مؤثر بر پوسیدگی دندان در مادران باردار بوده است. داده‌ها با استفاده از مصاحبه سازمان‌یافته و مشاهده جمع‌آوری و تجزیه تحلیل شدند. میانگین سن مادران ۳/۷ ± ۲۸/۲ سال و میانگین DMFT در مادران باردار ۲/۸۳± ۵/۴ بود. این شاخص برای گروه سنی ۲۵-۲۱، ۳۰-۲۶ و ۳۵-۳۱ سال به ترتیب برابر ۲/۹، ۵/۶ و ۵/۹ بود. بین شاخص پوسیدگی و دندانهای کشیده شده با برخورداری از پوشش خدمات بیمه‌ای ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (P=۰/۴۱۱). نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای دموگرافیک همچون سن، وضعیت اقتصادی و دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان تا ۴۱/۲ درصد از واریانس رفتار پیشگیرانه را پیشگویی می‌کنند (P<۰/۰۵). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مراقبتهای بهداشت دهان و دندان مادران مورد مطالعه در دوران بارداری ضعیف بوده و ضروری است که برنامه‌ریزان بهداشتی مداخلات جامعه محور و پیشگیرانه‌ای را در زمینه مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در این دوران ارایه نمایند ضمن این که به ارایه این مراقبتها در مراکز بهداشتی درمانی نیز اهمیت بیشتری داده شود.

کلیدواژه: شاخص، پوسیدگی، مادران باردار، بهداشت دهان

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی
تلفن: ۸۸۰۱۳۰۳۰
E-mail: Hidarnia@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، بهداشت دهان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته و بیان می‌دارد که بهداشت ضعیف دهان و بیماری‌های درمان نشده دهانی میتواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد. علاوه بر آن، برخی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری قلبی و برخی خصوصیات روانی مانند تصویر ذهنی مثبت از خود و به تبع آن سلامت روان با بهداشت دهان و دندان مرتبط است، لذا توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه جلوگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت است[۱]. از طرفی توجه به بهداشت دهان و دندان در برخی از گروههای آسیب‌پذیر از جمله مادران باردار به دلیل حفظ سلامت آنها و جنین از اهمیت بیشتری برخوردار است چرا که بارداری با تغییراتی در بدن از جمله دهان و دندان همراه است که این تغییرات در صورت عدم مراقبت مناسب و به موقع سبب ناراحتی دهان و دندان خواهد شد. تغییرات هورمونی و تغذیه‌ای شرایط مستعدی را برای ایجاد بیماریهای لثه و پوسیدگی دندان در مادران باردار فراهم می‌کند. از طرفی مراقبتهای بهداشتی که در حالت عادی به سهولت انجام می‌شود ممکن است در خانم‌های باردار با مشکل مواجه شود از این رو اکثریت زنان باردار ممکن است به دردهای دندانی شدید و افزایش پوسیدگی مبتلا گردند؛ لذا شرایط خاص دوران بارداری ایجاب می‌کند که مراقبت بیشتری از دهان و دندان در این دوران به عمل آید، و عدم توجه به این مهم می‌تواند علاوه بر مشکلات دهان و دندان سلامت سایر سیستم‌های بدن مادر و به دنبال آن سلامت جنین را به مخاطره بیندازد. در همین زمینه مشخص گردیده که، التهاب شدید لثه در زنان باردار عامل خطر مهمی برای ایجاد زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن است[۴-۲]، اما به‌رغم اهمیت این امر نتایج تحقیقات نشان داده است که زنان در دوران بارداری به قدر کافی بهداشت دهان و دندان را رعایت نمی‌کنند؛ به گونه‌ای که نیمی از زنان در دوران بارداری ژنژیویت را تجربه می‌کنند که این امر باعث تورم قرمزی، خونریزی و حساسیت لثه می‌شود. متخصصان معتقدند خونریزی از لثه در دوران بارداری به دلیل تغییرات هورمونی و عدم رعایت بهداشت دهان و دندان به وجود می‌آید. تهوع و استفراغ نیز در اوایل بارداری محیط را برای پوسیدگی دندان‌ها مساعد می‌کند و احتمال ژنژیویت نیز افزایش می‌یابد که خود موجب اختلال در تغذیه، و سیستم گوارش خواهد شد. همچنین عفونت لثه‌ها منبع بالقوه‌ای برای عفونت غدد پاروتید، دستگاه گوارش و دستگاه تنفس، و نیز بیماری قلبی و روماتیسم مفاصل محسوب می‌شود[۶-۵]. پیشگیری از ناراحتی دهان و دندان با آگاهی از مسایل بهداشتی و نگرش درست زنان باردار در این زمینه امکان‌پذیر است. دیده شده که زنان باردار با بروز حالت تهوع از نظافت‌کردن دهان اجتناب می‌کنند در حالی که تهوع و استفراغ PH دهان را تغییر داده و احتمال پوسیدگی را افزایش می‌دهد و توجه بیشتری در این مورد لازم است، در حالی که مادران از اهمیت این امر آگاه نیستند. از طرفی ممکن است اقدامات دندانپزشکی را برای خود و جنین مضر بدانند. در نتایج مطالعه‌ای آمده است ۴۵ درصد زنان معتقدند، در دوران بارداری نباید اقدامات دندانپزشکی انجام دهند در حالی که زنان باردار باید بدون احساس خطر نسبت به درمان مشکلات دهان و دندان خود اقدام نمایند[۸-۷]. مارجوریو نیز در پژوهشی نشان داده است که درمان عفونت لثه و مشکلات دندانی در دوران بارداری از تأخیر رشد جنین و تولد نوزاد قبل از ترم پیشگیری خواهد کرد[۹]. نتایج مطالعات متعدد دیگر نیز نشان میدهد که روش رایج مراقبت از دهان و دندان در میان افراد، مسواک زدن است. ترابی و همکاران نشان دادند که ۶۶ درصد از بزرگسالان شهر کرمان حداقل یک بار در روز مسوا ک میزنند و تنها ۸ درصد به طور مرتب از نخ دندان استفاده می‌نمایند[۱۰]. در همین زمینه خدیر در جمعیت بزرگسالان اردن نشان داد که یکی از عوامل بیماری‌های دهان و لثه عدم استفاده از مسواک بوده است[۱۱] محبی و همکاران در پژوهشی در دانش آموزان ابتدایی شهر گناباد بیان داشتند که ۷۷/۳ درصد از دانش آموزان مسواک و فقط ۸/۳۲ درصداز نخ دندان استفاده می‌کردند. DMFT دانش آموزان مورد پژوهش ۱/۱۱±۳/۸۶ و DMFT والدین آنها ۰۴/۱±۱۰/۴ بود[۱۲]. پاکدل و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه میزان علاقه به شیرینی و پوسیدگی دندان مادر و کودک نشان دادند که همبستگی بین میزان علاقه مادر وکودک به شیرینی برابر ۰/۴ بوده، DMFT مادران برابر ۵/۴۸±۸/۵۳ بود[۱۳]. احمدیان و همکاران در پژوهشی با عنوان مطالعه توصیفی بهداشت و سلامت دهان در دوران بارداری در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان نشان دادند که حدود ۷۲درصد زنان رژیم غذایی خود را در زمان حاملگی در مقایسه با قبل از آن تغییر داده بودند. حدود ۶۳ درصد مصرف مواد غذایی قندی را در دوران حاملگی افزایش داده و حدود ۶۵ درصد از زنان حامله یک بار در روز مسواک زده بودند و حدود ۵۹ درصد از زنان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

در هنگام مسواک زدن با مشکل خونریزی از لثه مواجه بوده‌اند. اکثریت زنان (۸۳ درصد) در دوره‌های آموزش بهداشت شرکت نکرده بودند[۱۴]. قاری‌زاده و همکاران در پژوهشی در شهر اهواز میانگین DMFT را برای خانم‌های باردار ۳/۰۱±۶/۲۳ بدست آوردند. همچنین میزان آگاهی خانم‌های باردار (۹۴/۳ درصد) از روش‌های صحیح بهداشت دهان پائین بود[۱۵]. امروزه معتقدند که مهم‌ترین راه کاهش بیماری‌های دهان و دندان روی آوردن به امر پیشگیری است و نخستین گام در پیشگیری نیز ارتقای فرهنگ بهداشت و پیشگیری در مردم است. ارتقای سلامت دهان و دندان نیز به تلاش‌هایی مربوط است که جهت افزایش سلامت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان از طریق سه عنصر آموزش بهداشت، پیشگیری و حفظ سلامتی انجام می‌شود[۱۶]. در کشورهای پیشرفته جهان اقدامات بسیاری در جهت پیشگیری از این بیماری ها صورت گرفته است. تحقیقات نشان می‌دهد با آموزش بهداشت میتوان ۸۰ درصد موارد بیماری‌های دهان و دندان را کاهش داد[۱۷]، لیکن این آموزش باید بر مبنای اطلاعات صحیح و پایه در خصوص علل مؤثر بر عدم اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سوی مادران باردار باشد تا بتواند به هدف نهایی خود که همان تغییر رفتار است برسد. از این رو پژوهش حاضر با هدف نایل شدن به اطلاعات جامع و پایه جهت اجرای مداخلات بهداشتی و در پاسخ به سؤالات زیر انجام پذیرفته است. شیوع پوسیدگی دندان در مادران باردار چقدر است؟، رفتارهای مراقبت از بهداشت دهان و دندان در مادران باردار کدامند؟ عوامل مؤثر بر اتخاذ رفتارهای صحیح بهداشت دهان و دندان و همچنین شیوع پوسیدگی دندان در مادران باردار کدامند؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی بوده، و جامعه مورد مطالعه در آن شامل ۳۴۰ نفر از مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک بودند. در این پژوهش با توجه به این که شهر اراک به ۳۰ منطقه پستی تقسیم شده است برای افزایش پراکندگی و افزایش دقت مطالعه و همچنین پوشش خصوصیات فرهنگی و اجتماعی مناطق مختلف شهر ۱۵ منطقه به صورت یک در میان انتخاب و از هر منطقه یک مرکز بهداشتی درمانی جهت انتخاب نمونه‌ها استفاده گردید. سپس بر حسب جمعیت تحت پوشش در هر مرکز بهداشتی تعدادی نمونه به روش نمونه‌گیری آسان از آن مرکز انتخاب گردید. در این مطالعه تعداد نمونه‌ها ۳۴۰ نفر و بر اساس فرمول شیوع محاسبه گردید. با توجه به بررسیهای متعدد شیوع پوسیدگی دندان در جوامع مختلف بسیار متغیر و دامنه آن از ۳۰ درصد تا ۹۰ درصد در جوامع مختلف گزارش شده است[۱۵-۹]. در مطالعه حاضر از کمترین میزان شیوع یعنی ۳۰ درصد به عنوان معیاری جهت تعیین حجم نمونه استفاده شد با احتساب این میزان و در نظر گرفتن دقت ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد نمونه‌ای برابر ۳۲۳ نفر تعیین شده و در نهایت با احتساب ریزش مطالعه تعداد ۳۴۰ نفر وارد مطالعه شدند.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 . p . q}{d^2} = \frac{.806}{0/0025} \cong 340$$

معیار ورود شامل فقدان بیماریهای دهان و دندان پیشرفته در مادران بوده، و معیار خروج نیز وجود بیماریهای دهان و دندانی شدید و یا عدم رضایت آگاهانه و داوطلبانه مادر جهت شرکت در مطالعه بوده. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشتمل بر مشخصات دموگرافیک مادران (سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، وضعیت پوشش خدمات درمانی و ...) و چک لیست سنجش عملکرد (شامل ۱۲ سؤال) و چک لیست ثبت شاخص DMFT بود. چک لیست DMFT با معاینه توسط دندانپزشک از طریق مشاهده تکمیل گردید. در این پژوهش ایندکس DMFT شامل این موارد بود.

الف) Decayed: هرگاه در سطوح صاف دندانی پوسیدگی (تغییر رنگ) و یا داخل نقطه‌ها و شیارها ضایعه‌ای دیده شود که زیر مینا خالی شده باشد یا کف و اطراف آن ضایعه نرم باشد به عنوان دندان پوسیده محسوب می‌شود. ب) Missed: دندانهایی که در اثر پوسیدگی کشیده و یا از دست رفته باشند. ج) Filled: دندانهایی که به دلیل پوسیدگی پر شده یا ترمیم شده باشند[۱۰]. روش جمع آوری داده‌ها با استفاده از مشاهده (معاینه) و مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه و چک لیست DMFT بود. در خصوص چک لیست عملکرد نیز ۱۲ سؤال در زمینه‌های مختلفی همچون نحوه مسواک زدن، نخ دندان کشیدن، مراجعه منظم داشتن به دندانپزشک، استفاده از دهانشویه فلوراید بعد از تهوع و استفراغ بوده، که دو مورد اول از طریق مشاهده مستقیم محققان بر روی مولاژ دهان و دندان همراه با مسواک و نخ دندان ثبت شده و بقیه به صورت خودگزارش‌دهی بوده است. در چک لیست عملکرد نیز به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

رفتار صحیح امتیاز یک و به رفتار غلط امتیاز صفر تعلق گرفته، و در نهایت نمره عملکرد مادر نیز در خصوص اتخاذ رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان بر مبنای ۱۰۰ نمره محاسبه شده است. همچنین در زمینه استفاده از مسواک و نخ دندان سؤال‌ها عبارت بودند از این که در طول هفته گذشته چند بار دندان‌های خود را مسواک زده‌اید یا نخ دندان کشیده‌اید؟ گزینه‌های پاسخ به صورت درجه‌بندی هرگز (۱)، یکبار در هفته (۲)، هر دو روز یکبار (۳)، یک بار در روز (۴)، دو بار در روز (۵) تنظیم شده بود که پاسخ بر اساس توزیع فراوانی سنجیده شده بود. روایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات از طریق روایی محتوایی و نظر سنجی از افراد متخصص در این زمینه از جمله دندانپزشکان مرکز بهداشت، ماماها، متخصصان آموزش سلامت و خود مادران باردار انجام و پس از رفع برخی از ابهامات نسخه نهایی ابزار طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس تهران و مرکز بهداشت شهر اراک و توجیه مادران مورد مطالعه و کسب نظر موافقت آنها، به بیان اهداف، اهمیت، ضرورت انجام طرح پژوهشی مبادرت شد و فرم رضایت آگاهانه و داوطلبانه در اختیار همه آنها قرار گرفته و به امضاء رسید. در عین حال، بر استفاده از پرسشنامه‌های بدون نام و دادن اطمینان مبنی بر محرمانه ماندن داده‌های مندرج در پرسشنامه‌ها تأکید شد. در نهایت پس از جمع آوری اطلاعات جهت تجزیه تحلیل آنها با استفاده از نرم افزار SPSS(16) و از آزمونهای آمار توصیفی(میانگین، انحراف معیار، نما) و از آزمونهای تحلیلی (تی‌مستقل، کای اسکوایر، تحلیل واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون لجستیک) استفاده شده و سطح معنی‌داری آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

پایایی چک لیست عملکرد با ضریب توافقی کاپای ۰/۸۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که میانگین سنی مادران باردار مورد مطالعه ۳/۷± ۲۸/۲ سال و میانگین مدت زمان بارداری ۶± ۱۸ هفته بود. در این پژوهش میانگین DMFT مادران برابر ۲/۸۳± ۵/۴ بود.

نتایج نشان داد که اکثریت مادران در روز یکبار مسواک می‌زدند (۴۳/۴ درصد) و همچنین (۴۱ درصد) از آنان نخ دندان استفاده نمی‌کردند. در این پژوهش متوسط سطح تحصیلات مادران بر حسب سال ۴/۴± ۹/۲۱ سال بوده است (جدول ۱). در این پژوهش میانگین DMFT برای مادران سنین ۲۵-۲۱، ۳۰-۲۶و ۳۵-۳۱ سال به ترتیب برابر با ۲/۱۹، ۵/۶ و ۵/۹ بود که بر اساس آزمون تحلیل واریانس یکطرفه با یکدیگر اختلاف معنی‌دار داشتند (P<۰/۰۰۱). و آزمون تعقیبی توکی نیز بیانگر افزایش DMFT با افزایش سن بود. در رابطه با عوامل مؤثر در پوسیدگی دندان ۱۷درصد از مادران فعالیتهای میکروبی، ۴۰ درصد مصرف مواد غذایی شیرین در این دوره و ۴۳ درصد نیز ضعف مراقبتهای بهداشت دهان را علت پوسیدگی اعلام کردند. در رابطه با بررسی عوامل مؤثر بر پوسیدگی دندان یافته‌های پژوهش نشان داد که ۹۵/۴ درصد از مادران باردار می‌دانستند که تمیز کردن دندانها منجر به کاهش پوسیدگی می‌شود و ۹۲ درصد از آنان اذعان داشتند که مسواک زدن دندانها به حفظ سلامت لثه ها کمک می کند و ۸۸ درصد نیز افزایش مصرف شیرینی در رژیم غذایی را در پوسیدگی دندان مؤثر می‌دانستند و ۳۶ درصد از آنان نیز اذعان داشتند که حاملگی وضعیت دندانها و لثه‌های آنان را بدتر کرده است. همچنین ۴۳ درصد از نمونه‌ها بیان داشتند که علت اصلی پوسیدگی دندانها ارثی و ژنتیک است. متاسفانه ۴/۶ درصد از نمونه‌ها توجهی به بهداشت دهان خود نداشته و هرگز مسواک نمی زدند. ۷۴ درصد از مادران تنها زمانی که مشکلات دهان و دندان داشتند به دندانپزشک مراجعه می‌کردند. همچنین یافته‌ها نشان داد که عامل اصلی در محدود کردن مراجعه مادران به دندانپزشک ترس از انجام خدمات دندانپزشکی در دوران بارداری (۶۸ درصد) بوده است. در این مطالعه ۶۳ درصد از مادران هرگز توسط پزشک یا مامای درمانگاه جهت انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری توصیه یا مشاوره نشده بودند؛ در حالی که ۷۷ درصد از مادران بیان داشتند که معاینات دهان و دندان باید بخشی از مراقبتهای دوران بارداری باشد. در رابطه با رفتارهای بهداشت دهان و دندان مقدار بیشتر DMFT و تمام ابعاد آن (دندانهای پوسیده، کشیده و پرشده) در مادرانی مشاهده شد که کمتر از نخ دندان و مسواک استفاده می‌کردند (P<۰/۰۵)، به گونه‌ای که مادرانی که هرگز نخ دندان استفاده نمی‌کردند تقریباً دو برابر مادرانی که هر روز استفاده می‌کردند مبتلا به پوسیدگی دندان شده بودند. میزان DMFT در مادرانی که مراجعه منظم به دندانپزشک داشتند نیز کمتر از سایرین مشاهده شد (P=۰/۰۳۵). در این پژوهش میانگین شاخص DMFT در مادران برخوردار از پوشش بیمه درمانی ۲/۳۴± ۵/۸ و در مادران فاقد بیمه درمانی ۲/۰۸± ۵/۶ بود که تفاوت معنی‌دار نداشت و تنها تفاوت ابعاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

DMFT از لحاظ برخورداری یا عدم برخورداری از پوشش بیمه خدمات درمانی در قسمت دندانهای پر شده (F=Filling) (OR=۲/۳۶ CI(٪۹۵) =۱/۴۳-۲/۹۵) بود. (P=۰/۰۱۸). بر اساس آزمون Anova سطح درآمد (ضعیف، متوسط و خوب) و میانگین DMFT اختلاف معنی‌دار وجود داشت که بیشترین DMFT نیز در سطح پایین اقتصادی مشاهده شد (P<۰/۰۴۷). همچنین شانس ابتلا به پوسیدگی دندان در مادران با درآمد خانوار پایین بیشتر از سایرین بود (OR=۱/۸۴ ، CI(٪۹۵) =۱/۳۵-۲/۱۴) ارتباط معنی‌دار و مثبتی بین سن مادران و شاخص DMFT وجود داشت (r=۰/۴۷، P<۰/۰۱). تحلیل رگرسیون لجستیک برای تعیین عوامل تأثیرگذار بر روی DMFT استفاده شد. در این تحلیل سطح تحصیلات اثر منفی بر روی DMFT داشته است و میزان پوسیدگی دندان در مادران با تحصیلات پایین به مقدار بیشتری مشاهده شد. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، استفاده از مسواک و نخ دندان و غیره) در حدود ۴۱/۲ درصد از شیوع پوسیدگی دندان در مادران باردار را پیش‌گویی می‌کنند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و برخی از عوامل مؤثر بر بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک

	فراوانی تعداد(درصد)
سن	
۲۱-۲۵	۴۷(۱۴)
۲۶-۳۰	۱۳۵(۴۰)
۳۱-۳۵	۱۵۸(۴۶)
سطح تحصیلات	
ابتدایی	۱۹(۶)
راهنمایی	۱۳۷(۴۰)
متوسطه	۱۳۱(۳۸)
دانشگاهی	۵۳(۱۶)
درآمد ماهانه خانوار	
کم (۸۰۰-۵۰۰ هزار تومان)	۹۸(۲۹)
متوسط (۸۰۰-۵۰۰ هزار تومان)	۱۶۰(۴۷)
بالا (بالای ۸۰۰ هزار تومان)	۸۲(۲۴)
پوشش خدمات درمانی	
بلی	۲۵۵(۷۵)
خیر	۸۵(۲۵)
مسواک زدن	۶۵(۱۹/۱)
دوبار در روز	
یکبار در روز	(۴۳/۴)۱۴۸
یکبار در هفته	۵۰(۱۴/۸)
کمتر از یکبار در هفته	۳۸(۱۱/۲)
کمتر از یکبار در ماه	۲۴(۷)
هرگز	۱۵(۴/۵)
نخ دندان زدن	
یکبار در روز	۴۹(۱۴/۲)
یکبار در هفته	۶۳(۱۸/۴)
کمتر از یکبار در هفته	۴۷(۱۳/۶)
کمتر از یکبار در ماه	۳۸(۱۱/۱)
هرگز	۱۴۳(۴۱/۷)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

جدول۲: شاخص پوسیدگی دندان و ابعاد آن براساس توزیع فراوانی برخی از مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار اراک

	DT	MT	FT	DMFT
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
سن (سال)				
۲۰-۲۵	۲/۸ (۱/۳)	۰/۸۶ (۰/۲۸)	۱/۸۷(۰/۶۳)	۲/۱۹(۱/۷۲)
۲۶-۳۰	۳/۱(۱/۲)	۰/۹۴(۰/۳۳)	۲/۱۴(۱/۱۲)	۵/۶(۲/۶۲)
۳۱-۳۵	۴/۵(۱/۶)	۰/۹۸(۰/۳۵)	۲/۶(۱/۷)	۵/۹(۲/۸۵)
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۱۱۴	۰/۰۰۱
درآمد ماهانه خانوار				
ضعیف	۳/۲(۱/۷۱)	۲/۳(۱/۱۴)	۱/۲(۰/۸۴)	۵/۸(۲/۳۲)
متوسط	۲/۸(۱/۶۸)	۲/۱(۱/۱۸)	۲/۳(۱/۰۷)	۵/۳(۲/۰۳)
خوب	۲/۶(۱/۴۳)	۱/۸(۱/۱۵)	۲/۹ (۱/۱۱)	۴/۹(۱/۲۷)
سطح معناداری	۰/۰۶۸	۰/۷۸۷	۰/۰۲۳	۰/۰۴۷
مسواک زدن دندانها				
دوبار در روز	۲/۹ (۱/۹۳)	۱/۴۳(۰/۷۱)	۱/۷۶(۰/۶۳)	۴/۷(۲/۸)
یکبار در روز	۳/۳(۱/۸)	۱/۶۱(۰/۸۳)	۱/۸۱(۰/۷۵)	۴/۹(۲/۵)
یکبار در هفته	۴/۱(۲/۸)	۱/۸۳(۰/۹۳)	۱/۹(۰/۷۳)	۵/۲(۲/۶)
کمتر از یکبار در هفته	۴/۵(۲/۱)	۲/۴(۱/۳۴)	۲/۴(۱/۲۱)	۵/۵(۲/۴۱)
کمتر از یکبار در ماه	۵/۸(۳/۳)	۲/۵(۱/۳)	۲/۹(۱/۴۳)	۵/۶(۲/۳۲)
هرگز	۶/۸(۳/۲)	۲/۸(۱/۴)	۳/۱(۱/۵)	۶/۴(۲/۹۱)
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲	۰/۰۱۸	۰/۰۲۸
استفاده از نخ دندان				
یکبار در روز	۱/۸(۰/۹۱)	۱/۲(۰/۴۳)	۱/۴(۰/۳۷)	۲/۵۳(۱/۲۸)
یکبار در هفته	۲/۴(۱/۱)	۱/۲۸(۰/۵۸)	۱/۷(۰/۳۱)	۲/۶۸(۱/۱۲)
کمتر از یکبار در هفته	۲/۵(۱/۰۳)	۱/۴۳(۰/۶۳)	۲/۱(۱/۰۷)	۳/۴۳(۱/۳۹)
کمتر از یکبار در ماه	۳/۲(۱/۹۱)	۱/۹۱(۰/۸۶)	۲/۵(۱/۸۱)	۴/۱(۲/۳)
هرگز	۳/۸(۲/۰۸)	۲/۴(۱/۳۱)	۳/۱۱(۱/۷۵)	۴/۶(۲/۵)
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱	۰/۰۱۲۱	۰/۰۰۱
زمان آخرین ویزیت دندانپزشکی				
در طی ۱۲ ماه گذشته	۲/۱(۱/۳)	۱/۹(۱/۰۸)	۳/۶(۱/۳)	۳/۷(۱/۱۳)
بیش از ۱۲ ماه گذشته	۲/۶(۱/۴۱)	۲/۳(۱/۴۸)	۳/۵(۱/۴۵)	۳/۹(۱/۱۸)
مراجعه نداشته	۳/۲(۱/۸۱)	۳/۸(۲/۱۲)	۳/۸(۱/۲۳)	۴/۳(۲/۰۵)
سطح معناداری	۰/۱۸۷	۰/۰۳۸	۰/۵۴۱	۰/۰۴۸
پوشش خدمات درمانی				
بلی	۳/۱۲(۱/۸۸)	۲/۳(۰/۹۴)	۲/۸۴(۱/۲۸)	۵/۸(۲/۳۴)
خیر	۳/۱۹(۱/۶۸)	۲/۷(۱/۱۲)	۱/۱(۰/۸۳)	۵/۶(۲/۰۸)
T-Test	۰/۲۸	۰/۷۲	۰/۰۱	۰/۴۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مادران باردار عملکرد ضعیفی در خصوص انجام مراقبتهای بهداشت دهان ودندان دارند به گونه‌ای که تعداد اندکی از آنان به طور منظم از مسواک و نخ دندان استفاده کرده و یا به طور منظم به دندانپزشک مراجعه می‌کردند. شاید یکی از عوامل تأثیرگذار در این زمینه تغییر در شرایط فیزیولوژیک مادران و تغییرات هورمونی و جسمی باشد که برای مادر در این دوران رخ می‌دهد و ضمن ایجاد خستگی و کسالت مانع از رعایت رفتار بهداشت دهان و دندان در مادران باردار به طور مناسب می‌شود. از آنجا که یکی از موانع عمده مادران باردار عدم مهارت کافی آنان برای مسواک‌زدن و نخ‌کشیدن و همچنین عدم اختصاص وقت کافی به خاطر بی‌حوصلگی برای این کار است یکی از راهکارهای مناسب، آموزش مهارتهای عملی از طریق رسانه‌های جمعی و همچنین مدیریت زمان، روش‌های برنامه‌ریزی و مهارت های زندگی است. در پژوهش حاضر با اینکه مادران بیان داشتند که باید مراقبتها و معاینات دهان و دندان در دوران بارداری انجام شود با این وجود از انجام این مراقبتها در دوران بارداری ترس داشتند و انجام این مراقبتها را برای سلامت جنین خود مضر می‌دانستند. یکی از علل این امر میتواند ناشی از ضعف آگاهی بهداشتی مادران باشد که نیاز است پرسنل بهداشتی دیدگاه آنان را

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

تغییر داده و اصلاح کنند. برای ایجاد تغییر در اعتقادات مادران می‌توان با برگزاری کلاسهای آموزشی گروهی و از طریق بحث گروهی نگرش مادر را نسبت به بی‌خطر بودن معاینات دندانپزشکی در دوران بارداری تغییر داد. در مطالعه حاضر میانگین DMFT مشاهده شده ۵/۴ بود که بیشتر از میانگین گزارش شده توسط Muram به مقدار ۲/۹ در بین زنان باردار ۳۰ سال به بالای فنلاند بوده است[۱۸]. همچنین پژوهشی در ایران توسط منصوری و همکاران در خصوص شیوع پوسیدگی دندان در میان بزرگسالان ۴۵-۳۵ سال در استان اصفهان این میانگین را ۳/۷ گزارش کرده است[۱۹]، که کمتر از مقدار مشاهده شده در مطالعه حاضر است. علت آن می‌تواند متفاوت بودن جمعیتهای مورد مطالعه باشد به گونه‌ای که جمعیت مورد مطالعه در پژوهش اصفهان بزرگسالان عادی بودند در حالی که جمعیت مورد مطالعه پژوهش حاضر گروه آسیب‌پذیر مادران باردار بودند که نشان می‌دهد میانگین DMFT در این گروه جمعیتی به نسبت بیشتر از افراد عادی در جامعه است. قاری‌زاده و همکاران در پژوهشی با عنوان" ارزیابی DMFT و وضعیت بهداشت دهان و لثه در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر اهواز در سال ۱۳۸۱" بیان داشتند که میانگین DMFT برای خانم‌های باردار ۳/۰۱±۶/۲۳ بوده، و نیز میزان آگاهی ۹۴/۳ درصد خانم‌های باردار از روش‌های صحیح بهداشت دهان پائین بود[۱۵]. با این وجود شیوع پوسیدگی در گروهها و استانهای مختلف متفاوت گزارش شده است که ناشی از تأثیر فرهنگها و عادات مختلف مردم در این امر است از جمله در مطالعه‌ای در استان کرمان این میانگین برای افراد میانسال ۱۱ گزارش شده است[۱۰] که بیشتر از مطالعه حاضر است که علت آن ناشی از عادات غلط فردی و بهداشتی و ضعف مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در جامعه مورد مطالعه است. یکی دیگر از دلایل شیوع بالای پوسیدگی دندان در جامعه ایرانی نسبت به جوامع دیگر (همچون فنلاند) می‌تواند ناشی از رژیم غذایی شیرین و افزایش مصرف شکر و شیرینی در جامعه ایرانی باشد به گونه‌ای که سرانه سالیانه شیرینی در ایران از ۲۵/۱ کیلوگرم در سال ۱۳۷۰ به ۳۱ کیلوگرم در سال ۱۳۸۵ (حدود ۲۲درصد) افزایش یافته است[۲۰]. در پژوهش حاضر یافته‌ها نشان داد که اکثریت مادران با عوامل مؤثر بر پوسیدگی دندان آشنا هستند که این امر می‌تواند ناشی از ادغام مراقبتهای بهداشت دهان در قالب مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC) در مراکز بهداشتی باشد که البته از طرفی نشان‌دهنده عدم اجرای درست این جزء PHC است. در مطالعه‌ای بر روی بزرگسالان ایسلند نیز ۴۴ درصد از آنان با عوامل مؤثر بر پوسیدگی دندان آشنایی داشتند[۲۱] که همخوان با پژوهش حاضر است. با این وجود حاجی کاظمی و همکاران در پژوهشی با عنوان" ارتباط نگرش و عملکرد زنان باردار در زمینه مراقبت از دهان و دندان در دوران بارداری" بیان داشتند که ۷۰ درصد از مادران دارای نگرش منفی نسبت به اقدامات دندانپزشکی در طی بارداری و ۳۴/۴درصد واحدها دارای عملکرد خوب بودند[۲۲]. معین تقوی و همکاران در پژوهشی بیان داشتند که ۵۸/۵ درصد از بهورزان شهرستان تفت اطلاعات مناسبی در زمینه عوامل مؤثر بر پوسیدگی دندان دارند[۲۳] که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوان است. به طور کلی همانگونه که در این مطالعه مشخص شد وضعیت اقتصادی اجتماعی و سطح تحصیلات تأثیرات زیادی بر روی اتخاذ رفتار بهداشت دهان ودندان دارند که این امر در سایر مطالعات مشابه نیز نشان داده شده است[۲۵-۲۴]؛ به گونه‌ای که سطح بالای تحصیلات می‌تواند باعث انجام رفتارهای مراقبتی بیشتر از جمله کاهش مصرف غذاهای شیرین، رعایت مسواک و نخ دندان زدن و مراجعه بیشتر به دندانپزشک باشد. در مطالعه حاضر بین فراوانی پوسیدگی دندان و دندانهای کشیده از لحاظ برخورداری از پوشش بیمه درمانی اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد؛ به این معنی که میزان پوسیدگی در هر دو گروه مادران مشابه بوده است. از طرفی عدم انجام مراقبتهای بهداشتی باعث استفاده از خدمات درمانی در جهت پرکردن دندانهای مشکل‌دار توسط مادران شده بود که این فراوانی و پرکردگی دندانها در دو گروه متفاوت بوده است. در مطالعه بیات و همکاران نیز برخورداری از خدمات پوشش بیمه درمانی باعث کاهش میزان پوسیدگی شده بود[۲۶]. در پژوهش حاضر کمتر از نیمی از نمونه‌ها روزانه از مسواک یا نخ دندان استفاده می‌کردند. در مطالعه‌ای در عربستان صعودی حدود ۷۲ درصد از افراد بزرگسال از مسواک و حدود ۶۵ درصد نیز از خلال دندان استفاده می‌کردند[۲۷]. مونا و همکاران در پژوهشی با عنوان "خودگزارش دهی مشکلات دهان و دندانی در دوران بارداری" شیوع پوسیدگی دندان در دوران بارداری را بین ۴۳-۲۳ درصد گزارش کردند. در این پژوهش از میان ۲۱۴۷ زن شرکت کننده، ۵۸ درصد گزارش کردند که مراقبتهای دهان و دندان را در دوران بارداری انجام نمی‌دهند که این میزان در زنانی با درآمد پایین‌تر و فاقد پوشش بیمه درمانی بیشتر بود. در این مطالعه ۲۱ درصد زنان عنوان کردند که با وجود داشتن مشکلات دهان و دندان مراقبتی را دریافت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

نکردند[۲۸]. نتایج این مطالعه نیز همخوان با پژوهش حاضر در زمینه عدم توجه مراقبان بهداشت به سلامت دهان و دندان مادران در دوران بارداری است. در مطالعه حاضر میانگین پوسیدگی دندان در مادرانی که مراجعه منظم به دندانپزشک داشتند نسبت به سایر مادران ۳/۶ در مقابل ۴/۹ بود، که مشخص است چنین مادرانی از حساسیت بیشتری برخوردارند و با مراجعه منظم در حفظ سلامت دندانهای خود بیشتر تلاش می‌کنند. با این وجود کورسی و همکاران در پژوهشی با عنوان " نگرش و درک مادران از بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری نشان دادند که مادران اهمیت بیشتری را برای حفظ دندانهای کودکشان (جنین) نسبت به دندانهای خودشان قایل بودند و تنها ۳۵ درصد از آنان مراقبتهای دهان و دندان را در دوران بارداری انجام می دادند و ۲۷ درصد آنان هزینه‌های مالی را یک مانع عمده گزارش کرده بودند و ۴۱ درصد آنان بیماریهای لثه را در دوران بارداری تجربه کرده بودند که این امر با میزان درک آنها از مراقبتهای دهان و دندان درارتباط بود[۲۹]. به نظر می‌آید مشکل عدم مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری مختص کشور ما نبوده و در سایر کشورها نیز آمارها حاکی از عدم ارایه رضایت بخش این مراقبتها برای مادران باردار است. در نهایت اینکه با وجود ضعف عملکردهای مراقبتی مادران باردار و وجود برخی از اعتقادات نادرست در بین آنان از جمله تأثیر منفی انجام خدمات دندانپزشکی بر روی سلامت جنین در دوران بارداری و یا ژنتیکی بودن پوسیدگی دندانها مراقبان بهداشتی از جمله پزشکان و ماماها باید با تشریح بیشتر مسایل بارداری لزوم انجام مراقبتهای دهان ودندان در این دوران را گوشزد نموده و ضمن افزایش آگاهی مادران و از بین بردن دیدگاههای غلط آنان با ارایه مشاوره‌ها و معاینات به موقع در جهت افزایش مهارتهای عملکردی مادران در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه مناسبی از بیماریهای دهان و دندان نیز کوشا باشند. با توجه به نتایج به‌دست آمده مادران مورد مطالعه ضمن نداشتن آگاهی کافی از عملکرد ضعیفی نیز در اتخاذ مراقبتهای بهداشت دهان و دندان برخوردار بودند. این امر به‌ویژه، در مادران با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و سطح تحصیلات اندک بیشتر مشاهده شد. لذا با توجه به حساسیت و آسیب‌پذیری جمعیت مادران باردار کشور ضرورت ارائه راه حل اساسی و برنامه‌ریزی سریع در پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان کاملاً محسوس است. در این راستا برگزاری دوره‌های باز آموزی بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی برای ماماها و پرسنل بهداشتی و در سطح جامعه برای خانواده ها و اهمیت انجام درمان‌های دندانپزشکی قبل از دوره بارداری، کاهش هزینه‌ها و توزیع مناسب امکانات بهداشتی و پیشگیری نظیر مسواک، خمیر دندان، نخ دندان و غیره پیشنهاد می‌گردد.

سهم نویسندگان

محسن شمسی: طراحی، اجرای پژوهش و نگارش مقاله
علیرضا حیدرنیا: طراحی و نظارت بر اجرا و ویرایش
شمس‌الدین نیکنامی: مشاورعلمی پژوهش، ویرایش مقاله
مهتاب عطارها: مشاور متدولوژی، ویرایش مقاله
رحمت ا.. جدیدی: مشاور پژوهش

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به لحاظ تصویب و تأمین مالی این طرح در قالب پایان‌نامه دانشجویی مقطع دکترای تخصصی با شماره ۵۱۳۳ و همچنین از مرکز بهداشت استان مرکزی شهر اراک و کلیه مادران شرکت‌کننده در این طرح تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

منابع

1. Kheirollai H, Mazloomi SS, Haerian Ardakani A, Ahmadieh MH. Evaluation of knowledge and attitude of Yazd dental students toward oral hygiene. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services 1998;6: 83-78

2. Gaffield M, Gilbert B, Malvitz D ,Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. Journal of the American Dental Association 2001;132:1009

3. Davenport ES, Williams C, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. Journal of Dental Research 2002; 81:313

4. Lisa B, Dorte J, Poul E. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. Journal of Clinical Periodontology 2003; 30: 949-53

5. Linda L, Hawakin C. Pridictors of oral health behavors: examining the effect of patient percieved humanistic attiuated in the contex of the health belief mode. Journal Perinatl Medicine 2003;11:256

6. Martins A, Barreto SM, Pordeus I. Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly. Journal of Science ELO Brasil; 2008; 1: 487-96

7. Altamimi S, Peterson P. Oral health situation of schoolchildren' mothers and schoolteachers in Saudi Arabia .International Dental Journal 1998;43:180

8. Romero B, Chiquito C, Elejalde L, Bernardoni C. Relationship between periodontal disease in pregnant women and the nutritional condition of their newborns. Journal of Periodontology 2002;73:1177-83

9. Marjario S. Dental procedure may reduce risk of premature birth. cited 2010; 19 Aug; Available from: http://wwwperioorg/consumer/pregnancy_newshtm Accessed Jan 20, 2006 (serial on the Internet)

10. Torabi M, Karimi Afshar SA, Sheyghzadeh A, Karimi Afshar M. Appraisal of DMET in Kerman adults aged 35 to 44. Journal of Dental Research 2009; 1: 93-8

11. Khader YS. Factors associated with periodontal diseases in Jordan: principal component and factor analysis approach. Journal of Oral Sciences 2006; 48: 77-84

12. Mohebi S, Ramezani A, Matlabi M, Mohammadpour L. The survey of oral-dental health of grade 3 students of Gonabad primary schools in 2007. Ofogh-e-danesh. Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services 2009;14: 69-76

13. Pakdel A, Valaei Eng. Relationship between sweetness preference and dental caries in mother child pairs. The Journal of Islamic Dental Association of Iran 2006;17: 99-107

14. Ahmadian Y, Sanathhani M. A Descriptive survey of the oral health on a group of the asian pregnant women resident in the UK. Journal of Mashhad Dental School 2004; 27:93-9

15. Gharizadeh T, Haghdost M, Saberhaji W, Karimi A. A study of DMFT and oral hygiene and gingival status among pregnant women attending ahwaz health centers. Journal Scientific Medical 2005;43:40-7

16. Mangskau KA, Arrindell B. Pregnancy and oral health: utilization of the oral health care system by pregnant women in North Dakota. Journal of Northwest Dental 1996;75: 23-8

17. Soleimani SY. Survey the rate of K. AP in private clinics in Orumia about oral hygiene instructions. Journal Dental Tehran University Medical Sciences 1999; 2: 33- 40

18. Meurman JH, Furuholm J, Kaaja R, Rintamäki H, Tikkanen U. Oral health in women with pregnancy and delivery complications. Clinical Oral Investigation 2006;10:96-101

19. Mansori T, Karkavandi S M, Tavafzadeh R, Haghi M, Bouzari A, Farhady A. A Comparative Study of Dental Caries Prevalence in 35-44 and 6-12 year Old Iranian Villagers and Afghan Refugees Living in Villages of Isfahan Province of Iran. Dental Research Journal 2004; 1: 14-19

20. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nutrition 2002; 3:149-155

21. Vignarajahs S. Oral health knowledge and behaviour and barriers to dental attendance of school children and adolescent in the Caribbean island of Antigua. International Dental Journal 1994; 47: 167-72

22. Hajikazemi E, Oskouie F, Mohseny S, Nikpour S, Haghany H. The Relationship between Knowledge, Attitude, and Practice of Pregnant Women about Oral and Dental Care. European Journal of Scientific Research 2008; 24:556-62

23. Moein Taghavi A, Aghili H, Talebi Ardakani M, Madanifar S. An investigation on oral health and hygyene knowledge among health system personel of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

yazd in 2000. Journal Dentistery of Yazd University of Medical Science 2000; 2:12-18
24. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle J, Machuca C, Bullón P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. Journal of Periodontology 1999;70:779-85
25. Silva DD SM, Wada RS. Oral health in adults and the elderly in Rio Claro, Sao Paulo, Brazil. Cadernosde Saude Publica 2004;2:626-31
26. Bayat F, Murtomaa H, Vehkalahti MM, Tala H.Does dental insurance make a difference in type of service received by Iranian dentate adults?. Europian Journal of Dental 2011;5:68-76
27. Meshari AL, Mikael Z, Birgit AM. Prevailing oral hygine practice among urban Saudi arabians in relation to age gender and sicio economic background. Journal of Acta Odontologica Scandinavica 2003;61:23-25
28. Mona T, Lidon R, Paulo K. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. American journal of public health 2004;94:765
29. Keirse M, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. Journal Perinat Medicine 2013;3:47-51

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

ABSTRACT

Oral health of pregnant women in Arak, Iran

Mohsen Shamsi [1], Alireza Hidarnia [2*], Shamsoldin Niknami [1], Mahtab Atarha [3], Rahmatalah Jadidi [4]

1. Department of Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak,Iran
2. Associate of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Instructor of Midwife, Faculty of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak,Iran
4. Assistant professor, Department of Health Services Administration, Arak University of Medical Sciences, Arak,Iran

Payesh 2013; 12: 355-365
Accepted for publication: 5 May 2012
[EPub a head of print-11 June 2013]

Objective (s): Dental caries is one of the most common infectious diseases and is high in developing countries such as Iran. Since women with pregnancy are considered to a high-risk group for dental caries, this study aimed to investigate about oral health among this population.
Methods: This was a cross-sectional study. A sample of 340 women with pregnancy was selected with random sampling method from health centers in Arak, Iran. Data were collected by a checklist including information on DMFT.
Results: The mean age of pregnant women was 28.2±3.7 years and the mean DMFT was 5.4±2.83. There were no significant association between insurance coverage and DMFT (P=0.411). The results obtained from multiple logistic regression analysis indicated that age, income and brushing behavior were predictors of oral health status among pregnant women.
Conclusion: The present study indicated that in general oral health was poor in pregnant of women. It seems social and behavioral issues play important role in oral health among this population.
Key Words: Pregnancy, decay, pregnant women, oral health

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.4.9]

* Corresponding author: Associate of health education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran,Iran
Tel: 88013030
E-mail: Hidarnia@modares.ac.ir