

آگاهی زنان پست پارتوم در مورد بهداشت دهان و دندان

*دکتر مریم اصغرینیا (MD) - دکتر فریبا میربلوک (MD) - دکتر رویا فرجی (MD)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان الزهرا (س)، مرکز تحقیقات بهداشت باروری

پست الکترونیک: maryamasgharnia@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱۹ تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۱۲

چکیده

مقدمه: تغییرات هورمونی طی بارداری زنان را مستعد ژنژیویت می‌کند. عفونت‌های پریدونتال پیشرفته دوران بارداری سبب مشکلات در جفت و رحم شده و احتمال زایمان پره‌ترم افزایش می‌یابد.

هدف: تعیین آگاهی زنان پس از زایمان و همبستگی بین سلامتی دهان و عوارض بارداری و دیگر عوامل دخیل در استفاده از سرویس‌های دندانپزشکی طی بارداری.

مواد و روش‌ها: این پژوهش در بیمارستان دانشگاهی الزهرا(س) تنها بیمارستان دولتی تخصصی برای بیماری‌های زنان و زایمان (در رشت)، انجام شده است. ابزار مطالعه پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که از تلفیق پرسشنامه‌های مطالعه‌های مشابه در کویت انگلستان و آمریکا تهیه شد و به وسیله پرسشگری توسط کارشناس مامایی به صورت چهره به چهره تکمیل شد. عادت مسواک زدن به عنوان یک نشانگر رعایت بهداشت دهان و دندان، و داشتن مشکلات دندانی به عنوان یک نشانگر رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان در نظر گرفته شد. تعداد ۳۰۶ زن در ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از زایمان در مطالعه گنجانده شدند. شش زن از تکمیل پرسشگری خودداری کردند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS ویندوز نسخه ۱۶ پردازش و به صورت آماره‌های توصیفی و در مواردی ضریب آزمون همبستگی پیرسون ارائه شده است.

نتایج: وضعیت فشارخون و حالت پره‌اکلامپسی از لحاظ وجود مشکل دندانی در این بارداری در دو گروه تفاوت معنی‌دار ($P=0.048$ مشکل دندانی) نشان داده‌است. موارد پره‌اکلامپسی در گروه بدون مشکل دندانی (۲۳ مورد از ۱۸۳ زن) ۱۲/۵ درصد و در گروه با مشکل دندانی (۶ مورد از ۱۱۷ زن) ۵/۱ درصد بود. نتیجه‌گیری: عادت مسواک کردن و آگاهی از اهمیت مراقبت بهداشت دهان و دندان در مقایسه با جمعیت‌های دیگر کمتر و در نتیجه مشکلات دندانی آنان بیشتر بوده‌است. مطالعات آینده تکرار با انجام معاینه دندانپزشکی هنگام بارداری یا قبل از آن برای بررسی مشکلات مهم از جمله پریدونتیت پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: آگاهی/بهداشت دهان/بارداری

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۵، صفحات: ۵۷-۶۷

مقدمه

در یک مطالعه ۳۶۶ زن مبتلا به پریدونتیت را در میانه بارداری با یکی از سه روش زیر درمان کردند: تمیز کردن ساده دندان‌ها؛ مسواک کردن (پیشگیری) به اضافه درمان با داروهای ضد میکروبی، تراشیدن و هموار کردن عمیق ریشه (مداخله) همراه با دارونما بروز تولد پره‌ترم قبل از هفته ۳۵ در زنان دارای پروفیلاکسی ۴/۹ درصد، در زنانی که برای آنها از مداخله و مترونیدازول استفاده شد ۳/۳ درصد، و در مورد استفاده از مداخله و دارونما تنها ۰/۸ درصد بود. زایمان پره‌ترم در موارد استفاده از مداخله و دارونما مترونیدازول به ترتیب ۱/۴ درصد و ۱۲/۵ درصد بود (۱۱).

از عوارض دیگر، فشارخون دوران بارداری است که با موربیدیتی و مورتالیتی مادری و جنینی همراه است. بعضی از محققان زمینه‌ی ایجاد این مشکل را وضعیت التهابی شدید ژنرالیزه داخل عروقی می‌دانند. همچنین زنانی که هنگام زایمان بیماری پریدونتال شدید داشتند در معرض خطر

تغییرات هورمونی طی بارداری زنان را مستعد ژنژیویت می‌نماید. در نتیجه افزایش استروژن، لته‌ها ملتهب، متورم، و حساس شده به آسانی خونریزی می‌کنند (۱و۲). عفونت‌های پریدونتال پیشرفته در دوران بارداری سبب مشکلاتی در جفت و رحم شده؛ و به احتمال زایمان پره‌ترم افزایش می‌یابد (۳و۴). بیماری‌های پریدونتال عامل خطر مستقل برای زایمان پره‌ترم و خردوزنی (LBW) نوزاد در زمان تولد است (۵و۶). باکتری‌های ایجاد کننده پوسیدگی دندان از مادر یا مراقبت‌کننده کودک به وی انتقال می‌یابد (از طریق استفاده از قاشق بچه برای چشیدن غذای کودک، آلوده شدن دهان کودک با بزاق دیگران و غیره). کولونیزاسیون باکتری در هر زمان بعد از تولد بچه در دهان او برقرار می‌شود (۹-۷) مادر شایع‌ترین مخزن این باکتری‌هاست. اگر سازوکار ایجاد عوارض بیماری‌های پریدونتال بر بارداری در زمان لقاح یا لانه‌گزینی وجود داشته باشد، این خطر بیشتر است.

معیار وزن نوزادان ۲۹۴۰ و ۶۶۵ گرم (در دامنه بین ۹۸۰ تا ۴۷۳۰ گرم) بود و ۲۵ درصد نوزادان LBW داشتند. هیچ یک از زنان عادت سیگار کشیدن یا مصرف تریاک را گزارش نکردند.

تعداد ۲۳۷ (۷۹ درصد) زن فقط خانه‌دار و ۶۳ زن (۲۱ درصد) به مشاغل خارج از خانه هم اشتغال داشتند. ۱۶۸ نفر از همسران این زنان (۵۶ درصد) دارای مشاغل آزاد و سایرین سایر مشاغل گزارش شده‌اند. در مورد آخرین معاینه دندانپزشکی ۱۱۳ زن دو سال قبل، ۷۱ زن در کمتر از دو سال، و ۱۱۶ زن عدم معاینه دندانپزشکی را گزارش کردند.

جدول ۱ ویژگی‌های عمومی زنان مورد مطالعه را نشان می‌دهد. با توجه به این که عادت مسواک زدن به عنوان یک نشانگر رعایت بهداشت دهان و دندان و داشتن مشکلات دندانی به عنوان یک نشانگر رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان در نظر گرفته می‌شود یافته‌های جمعیت مورد مطالعه درباره این دو خصوصیت در دو جدول ۲ و ۳ خلاصه شده است.

نتایج جدول ۲ و ۳ در رابطه با موعد زایمان در کسانی که مسواک می‌زدند یا نمی‌زدند با زنانی که در بارداری مورد بررسی مشکل دندانی داشته یا نداشته‌اند از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نشان نداده و با وجود این نسبت، زایمان زود هنگام در زنانی که مسواک نمی‌زدند ۲۲ درصد (۱۳ مورد از ۵۹ زن) و در زنانی مسواک می‌زدند، ۱۷/۸ درصد (۴۳ مورد از ۲۴۱ زن) بود. در مورد زنانی که مشکل دندانی داشته یا نداشته‌اند این نسبت‌ها به ترتیب ۱۹/۶ و ۱۸/۶ درصد بوده است.

یافته‌ها در رابطه با وضعیت فشارخون و حالت پره‌اکلامپسی از لحاظ وجود مشکل دندانی در این بارداری در دو گروه تفاوت معنی‌دار ($P=0/048$ مشکل دندانی) نشان داد و افزایش موارد پره‌اکلامپسی در گروه بدون مشکل دندانی ۱۲/۵ درصد (۲۳ مورد از ۱۸۳ زن) و در گروه با مشکل دندانی ۶ درصد (۷ مورد از ۱۱۷ زن) بود. با در نظر گرفتن اثر سن در این افزایش معلوم شد که در گروه سنی ۲۶-۰ ساله این تفاوت معنی‌دار نبود [۳ نفر از ۴۹ زن (۶/۱ درصد)] ولی در گروه سنی ۲۷ سال و بیشتر ۱۱ نفر از ۸۹ نفر (۱۲/۴ درصد) و

بیشتری برای پره‌اکلامپسی بودند و بیماران پره‌اکلامپسی ۳/۵ برابر بیشتر از زنان نورموتنسیو بیماری پریدونتال داشتند (۱۴-۱۲).

با توجه به عوارض احتمالی گفته شده مطالعه ما برای بررسی میزان آگاهی مادران از رابطه سلامتی دهان و عوارض بارداری، و دیگر عوامل دخیل در استفاده از سرویس‌های دندانپزشکی طی بارداری انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش در بیمارستان دانشگاهی الزهرا(س) تنها بیمارستان دولتی تخصصی برای بیماری‌های زنان و زایمان در رشت انجام شده است و با توجه به این که بخش عمده زایمان‌های مربوط به شهرستان رشت در این بیمارستان انجام می‌شود، یافته‌های پژوهش می‌تواند نشان دهنده نگرش و آگاهی زنان در شهر رشت در رابطه با بهداشت دندان‌ها باشد. در این مطالعه تعداد ۳۰۶ زن در مدت ۴۸-۲۴ ساعت پس از زایمان در سه ماهه اول سال ۱۳۸۸ بررسی شدند. انتخاب زنان به روش غیراحتمالی ولی نه پشت سر هم و آسان، هفته‌ای سه روز انجام شد. ابزار مطالعه پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که از تلفیق پرسشنامه‌های مطالعه‌های مشابه در کویت (۱۵) انگلستان (۱۶) و آمریکا (۱۷) تهیه و با پرسشگری توسط کارشناس مامایی به صورت چهره به چهره تکمیل شد. بیماران در پاسخ به هر پرسش آزادی کامل داشتند و در صورت لزوم توضیحات شفاهی توسط پرسشگر ارائه شد. شش زن از تکمیل پرسشگری خودداری کردند.

داده‌ها توسط نرم‌افزار ویندوز نسخه ۱۶ پردازش و به صورت آماره‌های توصیفی و در مواردی ضریب آزمون همبستگی پیرسون ارائه شده است.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن تعداد ۳۰۰ زن که پرسشگری را تکمیل کردند به ترتیب ۲۶/۶ و ۵/۸ سال (در دامنه بین ۱۷ تا ۴۲ سال)؛ میانگین و انحراف معیار سواد بر حسب کلاس ۸/۶ و ۳/۵ سال (در دامنه بین ۰ تا ۱۶ سال)، میانگین و انحراف معیار تعداد زایمان به ترتیب ۱/۸ و ۱، میانگین و انحراف

آگاهی زنان پست پارتوم در مورد بهداشت دهان و دندان

و در گروه بدون مشکل دندانی ۱۷ نفر (۳۳/۳ درصد) از چنان خدماتی آگاهی داشتند. در تحلیل بیشتر با حذف اثر سن در مورد این آگاهی تغییری مشاهده نشد. (در گروه بدون مشکل دندانی کمتر از ۲۷ سال و ۲۷ سال و بیشتر به ترتیب ۸ نفر و ۹ نفر آگاهی داشتند و در هر گروه ۱۷ نفر آگاهی نداشتند). ولی در گروه دارای کمترین سواد ۹ نفر، سطح سواد متوسط ۹ نفر، و بالاترین سواد ۲ نفر از خدمات رایگان آگاهی داشتند که به ترتیب نسبت به جمعیت مربوطه ۱۵/۵ درصد و ۲۸/۵ درصد بودند.

طبق یافته‌های مطالعه ما متغیر نگرش نسبت به رعایت یا اثر رعایت بهداشت و دندان در زنان مورد مطالعه پس از بارداری در گروهی که مسواک نمی‌زدند، نسبت به گروهی که یک بار یا بیشتر مسواک می‌زدند، از لحاظ آماری به شدت تفاوت معنی داری ($P=0/003$) نشان داده نسبت زنانی که تغییر نگرش مثبت داشته‌اند به ترتیب ۵۵ درصد و ۲۸ درصد، حذف اثر سواد و اثر سن نیز در این یافته تغییری ایجاد نکرد.

تفاوت معنی‌دار بود با وجود این در گروه دارای مشکل دندانی بروز حالت پره اکلامپسی کمتر بود.

یافته‌های مطالعه در رابطه با کمبود وزن نوزاد در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار تفاوتی نشان نداد ($P=0/436$). ولی نسبت نوزادان دارای کمبود وزن در گروهی که مسواک می‌زدند (۲۰ درصد) بیش از گروهی بود که مسواک نمی‌زدند (۱۵ درصد) و در گروهی که مشکل دندانی داشتند (۱۷/۱ درصد) بیش از گروهی بود که مشکل دندانی در این بارداری نداشتند (۱۲/۴ درصد)، که نشان می‌دهد عدم رعایت بهداشت و دچار شدن به مشکل دندان احتمالاً با کمبود وزن نوزاد همبستگی دارد. حذف اثر احتمالی سن مادر در کمبود وزن نوزاد نیز تغییری در این یافته‌ها نشان نداد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که فقط ۱۸ درصد (۵۱ نفر) زنان پس از زایمان از وجود امکانات رایگان خدمات مراقبت از دهان و دندان آگاهی داشتند و از این تعداد هم در گروه مسواک نزده ۶ نفر (۸/۵ درصد) و در گروه مسواک زده ۴۵ نفر

جدول ۱: ویژگی‌های عمومی زنان مورد مطالعه $N = 300$

نام متغیر	شرح	تعداد	درصد (نسبت به کل) $N=300$	درصد (نسبت به جمعیت مربوطه)	ملاحظات
سطح آموزش	بی سواد	۵	۰/۰۱۷		
	۱-۵ کلاس	۶۵	۰/۲۱۷		
	۶-۸ کلاس	۹۴	۰/۳۱۳		
	۹-۱۲ کلاس	۱۰۱	۰/۳۳۷		
	بالاتر از ۱۲ کلاس	۱۶	۰/۰۵۳		
نوع زایمان	سزارین	۱۱۴	۰/۳۸۰		
	واژینال (عادی)	۱۸۶	۰/۶۲۰		
موعد زایمان	به هنگام	۲۳۱	۰/۷۷۰		
	زود هنگام	۶۹	۰/۲۳۰		
وضعیت فشار خون	عادی	۲۵۴	۰/۸۴۷		
	فقط پرفشاری	۱۵	۰/۰۵۰		
	پره اکلامپسی	۳۱	۰/۱۰۳		
تعداد زایمان	یک بار	۱۵۳	۰/۵۱۰		
	دوبار	۸۸	۰/۲۹۳		
	بیش از دوبار	۵۹	۰/۱۹۷		
نظر نسبت به اثر بارداری بر دندان‌ها	بهرتر می‌شود	۱	۰/۰۰۳		
	بدتر می‌شود	۱۷۲	۰/۵۷۳		
	تغییر نمی‌کند	۷۲	۰/۲۴۰		

		۰/۱۸۳	۵۵	نمی دانم	
		۰/۸۰۳	۲۴۱	حداقل یکبار در روز	عادت مسواک زدن
		۰/۱۹۷	۵۹	مسواک نمی زده	
		۰/۰۳۳	۱۰	دهانشویه	استفاده از مراقبت های دندانی دیگر
		۰/۱۴۷	۴۴	نخ دندان	
		۰/۵۵۰	۱۶۵	هیچ	
		۰/۲۷۰	۸۱	سایر	
		۰/۳۹۰	۱۱۷	آری	مشکل دندانی در این بارداری
		۰/۶۱۰	۱۸۳	نه	
n=۱۱۷	۰/۵۹۰	۰/۲۳۰	۶۹	آری	مراجعه کرده؟
	۰/۴۱۰	۰/۱۶۰	۴۸	نه	
	۰/۵۶۵	۰/۱۳۰	۳۹	دندانپزشک	مراقبت کننده؟
	۰/۴۰۶	۰/۰۹۳	۲۸	ماما	
	۰/۰۲۹	۰/۰۰۷	۲	پزشک	
		۰/۰۴۳	۱۳	خطرناک است	نظرنسبت به اثر معاینه دندانپزشکی برجینین
		۰/۸۱۰	۲۴۳	بی خطر	
		۰/۰۱۷	۵	اثری ندارد	
		۰/۱۳۰	۳۹	نمی دانم	
		۰/۲۴۰	۷۲	گزارش نکرده	آخرین دندان درد؟
		۰/۳۷۰	۱۱۱	تا ۶ ماه قبل	
		۰/۰۲۷	۸	از ۶ تا ۱۲ ماه	
		۰/۱۶۰	۴۸	از ۱ تا ۲ سال	
		۰/۲۰۳	۶۱	بیش از ۲ سال	
n=(۳۰۰-۱۱۱)	۰/۸۲۰	۰/۵۱۷	۱۵۵	آری	مراجعه کرده؟
	۰/۱۸۰	۰/۲۴۳	۷۳	نه	
		۰/۱۸۰	۵۴	داشته	آگاهی از خدمات رایگان
		۰/۸۲۰	۲۴۶	نداشته	
n=۵۴	۰/۰۱۹	۰/۰۰۳	۱	پزشک	منبع آگاهی
	۰/۴۰۷	۰/۰۷۳	۲۲	درمانگاه مادران	
	۰/۳۸۹	۰/۰۷۰	۲۱	بستگان	
	۰/۱۸۵	۰/۰۳۳	۱۰	سایر	
	۰/۴۲۶	۰/۰۷۷	۲۳	مرکز بهداشت	محل خدمات رایگان؟
	۰/۵۱۹	۰/۰۹۳	۲۸	بیمارستان	
	۰/۰۵۶	۰/۰۱۰	۳	سایر	
n=(۳۰۰-۱۱۶)	۰/۰۴۳	۰/۰۲۷	۳	معاینه دوره ای	علت مراجعه؟
	۰/۵۶۵	۰/۳۴۷	۱۰۴	دندان درد	
	۰/۳۶۴	۰/۲۲۳	۶۷	درمان	
	۰/۰۲۷	۰/۰۱۷	۵	تمیز کردن دندان	
		۰/۴۶۰	۱۳۸	آری	مایل بودن به ویزیت دندانپزشکی؟
		۰/۵۴۰	۱۶۲	نه	

		۰/۴۸۰	۱۴۴	نیاز ندارم	چرا نه؟
		۰/۰۶۰	۱۸	می ترسم	
		۰/۴۴۳	۱۳۳	آری	در این بارداری نظرتان تغییر کرد؟
		۰/۵۵۷	۱۶۷	نه	
n=۱۳۳	۰/۲۹۳	۰/۱۳۰	۳۹	ویزیت شوم	اگر آری چه خواهید کرد؟
	۰/۲۶۳	۰/۱۱۷	۳۵	بیشتر مسواک کنم	
	۰/۰۳۸	۰/۰۱۷	۵	در بارداری بیشتر مراقبت کنم	
	۰/۴۲۱	۰/۱۸۷	۵۶	مراقبت دندانانی بیشتر	

جدول ۲: ویژگی‌های زنان مورد مطالعه بر حسب داشتن مشکل دندانانی در این زایمان

نام متغیر	شرح	مشکل دندانانی داشته‌اند n ₁ =۱۱۷	مشکل دندانانی نداشته‌اند n ₂ =۱۸۳	جمع	p Value
گروه سنی (سال)	کمتر از ۲۶	۶۸	۹۴	۱۶۲	NS
	۲۷ بیشتر	۴۹	۸۹	۱۳۸	
تعداد زایمان	۱ و ۲	۹۵	۱۴۷	۲۴۲	NS
	بیش از ۲	۲۲	۳۶	۵۸	
نوع زایمان	سزارین	۴۱	۶۸	۱۰۹	NS
	واژینال (عادی)	۷۶	۱۱۵	۱۹۱	
موعده زایمان	بهنگام	۹۴	۱۴۹	۲۴۳	NS
	زود هنگام	۲۳	۳۴	۵۷	
سطح سواد (کلاس)	تا ۸	۵۸	۱۰۹	۱۶۷	NS
	از ۹ تا ۱۲	۵۲	۶۵	۱۱۷	
	بیش از ۱۲	۷	۹	۱۶	
وضعیت فشارخون	عادی	۱۰۱	۱۵۴	۲۵۵	۰/۰۱۴
	پرفشاری	۹	۶	۱۵	
	پره اکلامپسی	۷	۲۳	۳۰	
عادت مسواک زدن	حداقل یکبار در روز	۹۷	۱۴۴	۲۴۱	NS
	مسواک نمی‌زده	۲۰	۳۹	۵۹	
مراجعه کرده؟	آری	۶۹	۱	۷۰	NS
	نه	۴۸	۱۸۲	۲۳۰	
آگاهی از خدمات رایگان	داشته	۱۷	۳۴	۵۱	NS
	نداشته	۱۰۰	۱۴۹	۲۴۹	
منبع آگاهی	پزشک	۰	۱	۱	NS
	درمانگاه مادران	۷	۱۳	۲۰	
	بستگان	۸	۱۲	۲۰	
	سایر	۲	۸	۱۰	
تغییر نسبت به اثر بارداری بر دندان	بهرتری می‌شود	۱	۰	۱	p<۰/۰۰۱
	بدتر می‌شود	۸۷	۸۷	۱۷۴	
	تغییر نمی‌کند	۱۷	۵۴	۷۱	
	نمی‌دانم	۱۲	۳۲	۴۴	

NS	۷۵	۵۶	۱۹	گزارش نکرده	آخرین دندان درد
	۱۰۶	۳۲	۷۴	تا ۶ ماه قبل	
	۸	۷	۱	از ۶ تا ۱۲ ماه	
	۴۷	۳۶	۱۱	از ۱ تا ۲ سال	
	۶۴	۵۲	۱۲	بیش از ۲ سال	
NS	۱۱۶	۸۸	۲۸	گزارش نکرده	آخرین ویزیت دندانپزشکی
	۴	۲	۲	تا ۶ ماه قبل	
	۶۰	۳۰	۳۰	از ۶ تا ۱۲ ماه	
	۳۲	۱۷	۱۵	از ۱ تا ۲ سال	
	۸۸	۴۶	۴۲	بیش از ۲ سال	
	۹	۴	۵	معاینه دوره‌ای	علت آخرین ویزیت
	۱۰۲	۶۳	۳۹	دندان درد	
	۶۸	۳۷	۳۱	درمان	
	۵	۴	۱	تمیز کردن دندان	
۰/۰۱۲	۱۷۳	۹۵	۷۸	داشته	ویزیت در این بارداری
	۱۲۷	۸۸	۳۹	نداشته	
NS	۱۴۲	۹۳	۴۹	معاینه دوره‌ای	علت این ویزیت
	۲۶	۰	۲۶	دندان درد	
	۳	۰	۳	درمان	
	۲	۲	۰	تمیز کردن دندان	
NS	۱۳۸	۶۱	۷۷	آری	مایل به ویزیت دندانپزشکی؟
	۱۶۲	۱۲۲	۴۰	نه	
NS	۱۴۴	۱۱۱	۳۳	نیاز ندارم	چرا؟
	۱۸	۱۱	۷	می ترسم	
۰/۰۰۸	۱۳۳	۶۹	۶۴	آری	در این بارداری نظرتان تغییر کرد؟
	۱۶۷	۱۱۴	۵۳	نه	
۰/۰۱۳	۳۸	۲۴	۱۴	ویزیت شوم	اگر آری چه خواهید کرد؟
	۳۵	۲۳	۱۲	بیشتر مسواک کنم	
	۵	۳	۲	دربارداری بیشتر مراقبت کنم	
	۵۵	۱۹	۳۶	مراقبت دندانپزشکی بیشتر	
NS	۵۰	۳۰	۲۰	کمتر از ۲۳۰۰ گرم	وزن نوزاد
	۲۵۰	۱۵۳	۹۷	از ۲۳۰۰ گرم و بیشتر	

جدول ۳: ویژگی‌های زنان مورد مطالعه بر حسب عادت مسواک زدن

نام متغیر	شرح	مسواک نمی‌کرده n ₁ =۵۹	مسواک می‌کرده n ₂ =۲۴۱	جمع	p Value
گروه سنی (سال)	کمتر از ۲۶	۳۸	۱۲۴	۱۶۲	۰/۰۰۸
	۲۷ بیشتر	۲۱	۱۱۷	۱۳۸	
تعداد ازیمان	۱ و ۲	۴۵	۱۹۷	۲۴۲	NS
	بیش از ۲	۱۴	۴۴	۵۸	

NS	۱۰۹ ۱۹۱	۸۵ ۱۵۶	۲۴ ۳۵	سزارین واژینال (عادی)	نوع زایمان
NS	۲۴۳ ۵۵	۱۹۶ ۴۳	۴۷ ۱۲	بهنگام زودهنگام	موعد زایمان
۰/۱	۱۶۷ ۱۱۷ ۱۶	۱۲۸ ۹۸ ۱۵	۳۹ ۱۹ ۱	تا ۸ از ۹ تا ۱۲ بیش از ۱۲	سطح سواد (کلاس)
۰/۰۱۴	۲۵۵ ۱۵ ۳۰	۲۰۷ ۱۳ ۲۱	۴۸ ۲ ۹	عادی پرفشاری پره اکلامپسی	وضعیت فشارخون
۰/۰۰۵	۱۱۷ ۱۸۳	۹۷ ۱۴۴	۲۰ ۳۹	آری نه	مشکل دندان‌های در این بارداری
۰/۰۲۳	۶۹ ۴۷	۵۸ ۳۷	۱۱ ۱۰	آری نه	مراجعه کرده؟
NS	۵۱ ۲۴۹	۴۵ ۱۹۶	۶ ۵۳	داشته نداشته	آگاهی از خدمات رایگان
NS	۱ ۲۰ ۲۰ ۱۰	۱ ۱۸ ۱۷ ۹	۰ ۲ ۳ ۱	پزشک درمانگاه مادران بستگان سایر	منبع آگاهی
NS	۱ ۷۱ ۱۷۴ ۵۴	۱ ۵۷ ۱۳۹ ۴۴	۰ ۱۴ ۳۵ ۱۰	بهبتر می‌شود بدتر می‌شود تغییر نمی‌کند نمی‌دانم	نگوش نسبت به اثر بارداری بر دندان
۰/۰۰۸	۱۳ ۲۴۵ ۵ ۳۸	۹ ۲۰۲ ۵ ۲۶	۴ ۴۳ ۰ ۱۲	خطرناک است بی خطر اثری ندارد نمی‌دانم	نظر نسبت به اثر معاینه دندانپزشکی بر جنین
NS	۷۵ ۱۰۶ ۸ ۴۷ ۶۴	۶۱ ۸۳ ۷ ۳۹ ۵۱	۱۴ ۲۳ ۱ ۸ ۱۳	گزارش نکرده تا ۶ ماه قبل از ۶ تا ۱۲ ماه از ۱ تا ۲ سال بیش از ۲ سال	آخرین دندان درد
NS	۱۱۶ ۴ ۶۰ ۳۲ ۸۸	۹۵ ۲ ۵۱ ۲۵ ۶۸	۲۱ ۲ ۹ ۷ ۲۰	گزارش نکرده تا ۶ ماه قبل از ۶ تا ۱۲ ماه از ۱ تا ۲ سال بیش از ۲ سال	آخرین ویزیت دندانپزشکی
	۸ ۱۰۲	۶ ۸۳	۲ ۱۹	معاینه دوره‌ای دندان درد	علت آخرین ویزیت

	۶۸	۵۳	۱۵	درمان	
	۶	۴	۲	تمیز کردن دندان	
NS	۱۷۳	۹۵	۷۸	داشته	ویزیت در این بارداری
	۱۲۷	۸۸	۳۹	نداشته	
	۱۴۲	۹۳	۴۹	معاینه دوره‌ای	علت این ویزیت
	۲۶	۰	۲۶	دندان درد	
	۳	۰	۳	درمان	
	۲	۲	۰	تمیز کردن دندان	
	۱۳۸	۶۱	۷۷	آری	مایل به ویزیت دندانپزشکی؟
	۱۶۲	۱۲۲	۴۰	نه	
NS	۱۴۴	۱۱۱	۳۳	نیاز ندارم	چرا نه؟
	۱۸	۱۱	۷	می‌ترسم	
NS	۱۳۳	۱۰۷	۲۶	آری	در این بارداری نظرتان تغییر کرد؟
	۱۶۷	۱۳۴	۳۳	نه	
NS	۲۸	۲۲	۶	ویزیت شوم	اگر آری چه خواهید کرد؟
	۳۵	۲۵	۱۰	بیشتر مسواک کنم	
	۵	۴	۱	دربار داری	
	۵۶	۴۷	۹	بیشتر مراقبت کنم	
NS	۵۰	۳۸	۱۲	کمتر از ۲۳۰۰ گرم	وزن نوزاد
	۲۵۰	۲۰۳	۴۷	از ۲۳۰۰ گرم و بیشتر	

بحث و نتیجه‌گیری

بارداری مراجعه به دندانپزشک داشته‌اند. در مطالعه‌ای در لندن ۳۳٪ از زنان باردار ویزیت دندانپزشکی طی بارداری داشته و نیمی از آنها نیازمند درمان بودند و تحت درمان قرار گرفته‌اند و ۱۵٪ زنان دارای بیش از یک بارداری از وجود مراقبت‌های رایگان بی‌خبر بودند. در مطالعه ما ۸ نفر (۲۷٪) مراجعه برای معاینه دوره‌ای و ۱۰۴ نفر (۳۴٪) برای درد دندان، ۶۷ نفر (۲۲٪) برای درمان و ۵ نفر (۱٪) برای تمیز کردن دهان و دندان بود.

در مطالعه‌ای در کویت هم علت مراجعه برای دندان درد ۳۰٪ و برای درمان ۵۰٪ موارد را شامل می‌شد و تنها تعداد کمی (۱۰٪) برای معاینه روتین دندان و تمیز کردن دندان مراجعه کرده‌بودند و فقط ۷٪ مراجعه برای معاینه دوره‌ای بود (۱۵٪). در مطالعه‌ای در لندن ۳۶٪ از بیماران ویزیت منظم دندانپزشکی داشتند.

بیماری‌های درمان نشده دهان و دندان برای زن باردار و جنین عامل خطر محسوب می‌شود (۱۷ و ۱۸). آکادمی پرئودنتولوژی آمریکا توصیه می‌کند که برای همه زنان باردار یا زنانی که قصد باردار شدن دارند، باید معاینه پرئودنتال انجام و در صورت لزوم درمان شوند (۱۹). عادت مسواک زدن معیاری برای رعایت بهداشت دهان و دندان به شمار می‌آید.

در این مطالعه ۵۹ زن (۱۹/۷٪) مسواک نمی‌زدند و ۲۴۱ (۸۰/۳٪) حداقل یکبار در روز مسواک می‌زدند، در مطالعه‌ای در کویت (۱۵) (از نظر عادت مسواک زدن) دو سوم زنان بیش از یکبار در روز و اغلب آنان (۹۴٪) حداقل یکبار در روز مسواک می‌زدند. شاید آموزش بیشتر، یا داشتن امکانات بیشتر برای رعایت بهداشت دهان و دندان توجیه کننده این تفاوت باشد.

همچنین در این مطالعه ۵۲ درصد زنان ویزیت دندانپزشکی طی بارداری داشتند و ۵۹ درصد به علت مشکل دندانی طی

در مطالعه ما بین زنان باردار، بار اول و دوم در مقایسه با بیماران بیش از دو زایمان از نظر آماری تفاوت معنی دار وجود نداشت و این برخلاف مطالعه انجام شده در کویت بود که در بار اول، مشکلات دندانی بیشتر بوده است.

در تعدادی از مطالعات (۲۲-۲۰) درصد زیادی از زنان طی بارداری مراقبت‌های دندانی نداشته و حتی در صورت وجود مشکل دندانی، تنها نیمی از آنان معاینه دندانپزشکی داشتند. در این مطالعات ناآگاهی بیماران از اهمیت سلامتی دهان و دندان و آگاهی ندادن متخصصان مراقبت کننده به آنان در مورد اهمیت این موضوع مطرح شده که به طرز قابل توجهی سبب می‌شود بیماران از مراقبت‌های دهانی طی بارداری دور نگه داشته شوند.

در مطالعه ما ارتباط بین زایمان زودرس و خردوزنی در زمان تولد و مشکل دندانی طی بارداری و عادت مسواک زدن و همچنین بین عادت مسواک زدن و مشکل دندانی تفاوت از لحاظ آماری تفاوت معنی داری مشاهده نشد. شاید تفاوت‌های نژادی و قومی در ایجاد مشکل دندانی مؤثر باشد و مسواک زدن تنها عامل مؤثر نباشد.

در مطالعه‌ای (۲۳) باکتری‌های دهانی را در مایع آمنیوتیک و جفت زنان با زایمان زودرس و پریدونتیت پیدا کرده‌اند که به نظر می‌رسد آبشار التهابی شروع کننده لیبر پره‌ترم باشد و ظاهراً مکانیسمی مشابه خردوزنی زمان تولد دارد که آزاد شدن PGE2 سبب محدودیت جریان خون جفت، نکروز جفتی و محدودیت رشد داخل رحمی می‌شود.

همچنین در چند مطالعه (۲۲، ۲۴ و ۱۸) همبستگی مثبت بین پره‌اکلامپسی و بیماری‌های پریدونتال وجود داشت که با مطالعه ما تفاوت دارد. در مطالعه ما همبستگی بین وضعیت فشارخون با مشکل دندانی معنی دار بوده و بیماران دارای مشکل دندانی کمتر دچار پره‌اکلامپسی بودند ($P=0/14$). شاید به این دلیل که در مطالعه ما زنان از نظر وجود پریدونتیت معاینه نشدند و فقط عادات مسواک زدن یا وجود مشکل دندانی بررسی شد. در مطالعه‌ای (۱۸) احتمال پره‌اکلامپسی در صورت بیماری شدید یا پیشرفته پریدونتیت طی بارداری بیشتر بوده است. اینکه ارتباط پره‌اکلامپسی و پریدونتیت یک همبستگی یا علت و معلولی است باید با مطالعات بیشتر و آینده‌نگر اثبات شود.

در مطالعه ما تنها ۳ درصد زنان از دهانشویه استفاده می‌کردند در مطالعه انجام شده در لندن (۱۶) که متوسط آخرین ویزیت دندانپزشکی $21 \pm 4/2$ ماه بوده؛ $73/7\%$ بیماران دوبار در روز مسواک می‌زدند و 22% حداقل یکبار مسواک می‌زدند و 51% دهانشویه استفاده می‌کردند. در این مطالعه 26% بیماران از مراقبت‌های رایگان بی‌خبر بودند، ولی در مطالعه ما تنها 18% بیماران از این امکانات باخبر بودند. کمترین منبع آگاهی آنان از طریق پزشک ($0/03\%$)، 7% از طریق درمانگاه پره‌ناتال و 7% از طریق بستگان بوده است.

یک سوم زنان مورد مطالعه ویزیت دندانپزشکی داشتند و یک دوم آنها نیاز به درمان داشتند و درمان نیز دریافت کردند. 36% بیماران معتقد بودند که وضعیت دندان در بارداری بدتر می‌شود در حالی که تغییر نگرش طی بارداری نسبت به مراقبت دندانپزشکی داشتند در مطالعه ما این میزان 44% بوده. در این بررسی آخرین ویزیت دندانپزشکی در 116 بیمار (درصد) گزارش نشده بود.

در مطالعه‌ای در آمریکا (۱۷) بین سال‌ها $1999-2002$ ، 70% زنان باردار طی 12 ماه قبل مراقبت دندانپزشکی داشتند؛ در این مطالعه مهم‌ترین عامل پیشگویی کننده نبود مراقبت دندانپزشکی، میزان درآمد و سیگار کشیدن بود. در مطالعه ما زن سیگاری وجود نداشته ولی سایر موارد بررسی نشد. در حالی که در مطالعه‌ای (۲۰) در آمریکا 58% بیماران هیچ مراقبتی طی بارداری نداشتند، 15% بیماران با وجود نبود مشکل دندانی مراقبت دندانپزشکی داشته‌اند، 38% درصد هیچ مشکلی نداشتند و مراقبت هم دریافت نکرده بودند و 26% مشکل دندانی داشتند. در این مطالعه بیمارانی که مشکل دندانی گزارش نکرده بودند و مراقبت هم نشده بودند، در معرض خطر بوده‌اند.

در مطالعه ما 82% بیماران با مشکل دندانی مراجعه به دندانپزشک داشتند، 24% کل بیماران و 18% بیماران با مشکل دندانی مراجعه دندانپزشکی نداشتند. این تفاوت‌ها را می‌توان به نبود آگاهی بیماران در مورد اهمیت مراقبت‌های دندانپزشکی طی بارداری و همچنین نبود آگاهی زنان از مراقبت‌های رایگان نسبت داد. توصیه نگردن فرد مراقبت کننده زنان باردار برای معاینه دندانپزشکی هم تأثیرگذار است.

بارداری تکیه نمود.

همچنین احتمال می‌رود فلور دهانی مادر به نوزاد منتقل سبب مستعد شدن کودک به ایجاد پوسیدگی‌های دهانی شود. به این دلیل مراقبت‌های دندانی در دوران قبل از لقاح (Preconception) برای کاستن از پوسیدگی‌های دندانی کودکان توصیه شده است (۹-۷).

عادت مسواک زدن و آگاهی از اهمیت مراقبت بهداشت دهان و دندان در جمعیت مورد بررسی ما در مقایسه با جمعیت‌های دیگر کمتر و مشکلات دندانی آنان بیشتر بوده است. نسبت زایمان زود هنگام و نوزاد کم وزن در دو زیر گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار نداشت؛ مطالعات آینده‌نگر با انجام معاینه دندانپزشکی هنگام بارداری یا قبل از آن برای بررسی مشکلات مهم از جمله پریدونتیت پیشنهاد می‌شود.

اگر بیماری پریدونتیت علت پره‌اکلامپسی باشد پیشگیری از بیماری پریدونتال قبل از بارداری یا درمان طی بارداری راه جدیدی برای پیشگیری از پره‌اکلامپسی خواهد بود.

در یک متآنالیز (۲۵) در مورد بیماری پریدونتال و عوارض بارداری شامل ۲۵ مطالعه، نه تنها LBW بلکه سقط و پره‌اکلامپسی هم جزو عوارض آمده است. در ۱۸ مطالعه همبستگی بیماری پریدونتال و افزایش عوارض بارداری وجود داشته، ولی در ۷ مطالعه آنها همبستگی بین آنها دیده نشده است.

بعضی مؤلفین (۲۶) معتقدند تفاوت‌های نژادی موجب نتایج متفاوتی در پریدونتیت بارداری می‌شود. مثلاً پره ترم لیبر همبستگی بیشتری با پریدونتیت سیاه‌پوستان دارد. شاید هم درمان پریدونتیت در زمان بارداری ممکن است برای دستیابی به آثار مثبت با تأخیر انجام شده باشد و باید بر درمان قبل از

منابع

- Lo E H, Silness J. Periodontal Disease in pregnancy. *Acta Odontologica Scandinavica* 1963; 21: 533-551.
- Ferris GM. Alteration in Female Sex Hormones: Their Effect on Oral Tissues and Dental Treatment. *Compendium on Continuing Education of Dentistry* 1993; 16: 1558-1571.
- Offenbacher S, Katz V, Fetik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal Infection as a Possible Risk Factor For preterm Low Birth weight. *Journal of Periodontology* 1996; 67: 1103-1113.
- Dasanayake, A. Poor Periodontal Health of the Pregnant Woman as a Risk Factor for Low Birth Weight. *Annals of Periodontology* 1998; 3: 206-212.
- Jeffcoat M K, Geurs N C, Reddy MS, Cliver S P, Goldener RL, Hauth JC. Periodontal Infection and Preterm Birth: Result of prospective Study. *Journal of the American Dental Association* 2001; 132: 875-880.
- Offenbacher S, Leiff S, Boggess KA, Murtha A P, Madianos P N, Champagne C M, McKaig R G, Jared H L, Mauriello SM, Auten R L Jr, Herbert, WN, Beck J D. Maternal Periodontitis and Prematurity. Part 1: Obstetric Outcome of Prematurity and Growth Restriction. *Annals of Periodontology* 2001; 6: 164-174.
- Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial Acquisition of Mutans S treptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity. *J Dent Res* 1993; 72(1):37-45
- Berkowitz RJ. Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries: a Microbiologic Perspective. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(5):304-307.
- Caufield PW, Wannemuehler YM, Hansen JB. Familial Clustering of the Streptococcus Mutans Cryptic Plasmid Strain in a Dental Clinic Population. *Infect Immun* 1982; 36(2):785-787.
- Dasanayake AP, Russell S, Boyd D, Madianos PN, Forster T, Hill E. Preterm Low Birth Weight and Periodontal Disease Among African Americans. *Dent Clin North Am* 2003; 47(1):115-1xi.
- Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, et al: Periodontal disease and Preterm Birth: Results of a Pilot Intervention Study. *J Periodontol* 2003; 74:1214.
- Sibai BM, Gordon T, Thom E, Caritis SN, Klebanoff M, McNellis D, et al. Risk Factors for Preeclampsia in Healthy Nulliparous Women: a Prospective Multicenter Study. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:642-8.
- Boggess KA, Lieff S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal Periodontal Disease is Associated with an Increased Risk for Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 227-31.
- Canakci V, Canakci CF, Canakci H, Canakci E, Cicek Y, Ingec M, et al. Periodontal Disease as a Risk Factor for Pre-eclampsia: a Case Control Study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004; 44:568-73.
- Honkala S, Al-Ansari J. Self-reported Oral Health, Oral Hygiene Habits, and Dental Attendance of Pregnant Women in Kuwait. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 809-814.

16. Hullah E, Turok Y, Nauta M Wai Yoong, Self-Reported Oral Hygiene Habits, Dental Attendance and Attitudes to Dentistry During Pregnancy in a Sample of Immigrant Women in North London. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277:405-409.
17. Timothe P, Eke PI, Presson SM, Malvitz DM. Dental Care Use Among Pregnant Women in the United States reported in 1999 and 2002. *Prev Chronic Dis* 2005; 2(1):A10.
18. Boggess KA, Lieff S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal Disease is Associated with an Increased Risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 101:227-31.
19. Stevens J, Iida H, Ingersoll G. Health Program in a Group Prenatal Practice. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing* 2007; 36(6):581-591.
20. Lydon-Rochelle MT, Krakowiak P, Hujoel PP, Peters RM. Dental Care Use and Self-reported Dental Problems in Relation to pregnancy. *American Journal of Public Health* 2004; 94(5):765-771.
21. Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, 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(7):1009-1016.
22. Canakci V, Canakci CF, Canakci H, Canakci E, Cicek Y, Ingec M, et al. Periodontal Disease as a Risk Factor for Pre-eclampsia: a Case Control Study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004; 44:568-73.
23. Goepfert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW, Faye-Petersen O, Cliver SP, Goldenberg RL, et al. Periodontal Disease and Upper Genital Tract inflammation in Early Spontaneous Preterm Birth. *Obstet Gynecol* 2004; 104(4):777-783.
24. Oettinger-Barak O, Barak S, Ohel G, Oettinger M, Kreutzer H, Peled M, et al. Severe pregnancy Complication (preeclampsia) is Associated with Greater periodontal Destruction. *J Periodontol* 2005; 76: 134-7.
25. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes: a Systematic Review. *BJOG* 2006; 113(2):135-143.
26. SILK H. Oral Health During Pregnancy. *Am Fam Physician* 2008; 77(8):1139-1144.

Knowledge of Post Partum Women about Oral Health

*Asgharnia M.(MD)¹- Mirblouk F.(MD)¹- Faraji R.(MD)¹

*Corresponding Address: Reproductive Health Research Center, Alzahra Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E-mail: maryamasgharnia@yahoo.com

Received: 11 Oct/2009 Accepted : 2/Jun/2010

Abstract

Introduction: Hormonal changes during pregnancy predispose women to gingivitis. Developed periodontal infections during pregnancy caused problems for uterus and placenta and increased probable of preterm deliveries.

Objective: To determine postpartum womens knowledge about oral health, and association between oral health and pregnancy outcomes and other related factors which use as dental health services during pregnancy.

Materials and Methods: We carried out our research in the only teaching maternity center for gynecologic and midwifery in Rasht. The research tool was a researcher made questionnaire that made from integration of similar questionnaires which were used in Kuwait, England, and USA. The questionnaires completed by midwifery graduates in face to face interviewing. The studied population was 306 women (24-48 hours after deliveries) six women were extrcted. Data was analyzed by SPSS (version 16) and presented as descriptive statistics; and Pearson correlation coefficient test as appropriate.

Results: There was a significant difference between blood pressure and pre-eclamptic situation in women with dental problems group ($p=0.048$). The pre-eclamptic conditions in women with dental problems group were 7 cases among 117 women (6%) and in women with no dental problems group were 23 cases 183 women (12.5%).

Conclusion: Knowledge about oral health importance and teeth brushing habit were found less than other population; and dental problem more than other population. So suggested to conducting longitudinal studies accompanied with oral examinations before or during pregnancies to determine serious problems including periodontitis.

Key words: Knowledge/ Oral health/ Pregnancy

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 75, Pages: 46-57