مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و نهم، شماره هشتم، آبان ۱۴۰۰
تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۰۶/۱۲
تاریخ پذیرش:۱۳۹۹/۷/۱۳

بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۶

سمانه وزیری امجد[۱]، فاطمه اصفهانی نیا[۲]، مرضیه سنویی فریمانی[۳]،
سمیه قربانی قلی آباد[۴]، فاطمه احمدی متمایل*[۵]

مقاله پژوهشی

مقدمه: تغییرات فیزیولوژیک دوره بارداری بر روی دندان‌ها و بافت‌های دهان و لثه اثر گذاشته و باعث افزایش شدت مشکلاتی از قبیل پوسیدگی، التهاب، خونریزی و تورم لثه می‌گردد. بنابراین لازم است افراد باردار به‌طور منظم معاینه شوند و آموزش کافی به آن‌ها داده شود. هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان بود.

روش بررسی: این مطالعه بر روی ۹۶زن باردار انجام شد. پرسش‌نامه تنظیم شده برای هر فرد به روش مصاحبه به‌منظور تکمیل قسمت مربوط به اطلاعات فردی، بارداری و وضعیت سلامت دهان و دندان تکمیل گردید. آنالیز آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 انجام شد.

نتایج: میانگین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۹/۶۴ بود. میزان DMFT (Decay Missing Filling Teeth) در زنان باردار مورد مطالعه۳/۸۱ ±۱۰/۴۸ بود. ۴۳/۷۵ درصد افراد از لحاظ BOP، مثبت بودند. ۱۲/۵۰درصد افراد خشکی دهان داشتند.با استفاده از ارزیابی جینجیوال ایندکس، ۶۸/۷۵ درصد از افراد دارای ژنژیویت بودند و میانگین میزان جینجیوال ایندکس ۰/۷۹ ±۰/۹۸ درصد بود. از لحاظ بهداشت دهانی با استفاده از ارزیابی پلاک ایندکس اکثر افراد در سطح متوسط بودند (۴۵/۸۳درصد) و میانگین پلاک ایندکس۰/۶۲ ±۱/۲۷ درصد بود.

نتیجه‌گیری: مـادران بـاردار سلامت دهان متوسطی داشتند. به همین دلیل آگاهی دادن به پزشکان جهت ارجاع این افراد به دندانپزشکان وآموزش زنان باردار جهت رعایت بهداشت دهان و پیشگیری از بروز بیماری‌های دهان و دندان و ژنژیویت بارداری امری ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: شاخص التهاب لثه، شاخص پوسیدگی، ایندکس میزان پلاک، ایندکس خونریزی حین پروب، زنان باردار، سلامت دهان

ارجاع: وزیری امجد سمانه، اصفهانی نیا فاطمه، سنویی فریمانی مرضیه، قربانی قلی آباد سمیه، احمدی متمایل فاطمه. **بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۶.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۸): ۱۲-۴۰۰۲

۱- گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۲- دندانپزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۳- گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۴- گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۵- مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، دانشکده دندانپزشکی همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۸۱۳۸۳۸۱۰۵۹، پست الکترونیکی: fatahmadim@yahoo.com ، صندوق پستی :۶۵۱۷۸۳۸۶۷۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

مقدمه

بارداری شرایط منحصر به فردی در زندگی یک زن است که فرد دچار تغییرات فیزیکی پیچیده‌ای می‌شود. (۲ ,۱) سلامت مادر ارتباط مستقیم با سلامت جنین دارد بنابراین حفظ سلامت مادر اهمیت بسیار زیادی دارد (۱). بهداشت دهان مادران سبب ارتقای سلامت در مادران باردار و نوزادان می‌شود (۳). تغییرات دهانی مرتبط با بارداری شامل پوسیدگی، خشکی دهان، اروژن دندانی، ژنژیویت حاملگی، اپولیس، التهاب لثه و عفونت‌های پریودنتال و افزایش لقی دندان‌ها می‌باشد (۵, ۴, ۲, ۱). بیشترین تغییرات بافت دهان در دوران بارداری مرتبط با بهداشت دهانی فرد است (۶). میانگین شاخص پوسیدگی در زنان باردار بالاتر از سایرین است (۷). علی‌رغم اهمیت بهداشت دهان و دندان در طی دوران بارداری و عوارض شناخته شده عفونت پریودنتال بر پیامدهای مادری و جنینی، متاسفانه آمار نشان می‌دهد که مقوله بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری دچار مشکلات بسیار زیادی است (۸). زنان باردار بسیاری از مراقبت‌های پیشگیرانه و یا ترمیمی را دنبال نمی‌کنند، چراکه باور دارند که درمان‌های دندانپزشکی می‌تواند به جنین آسیب برساند (۱۰, ۹). بیماران، پزشکان و دندانپزشکان در خصوص درمان‌های دندانپزشکی در دوران بارداری محتاطانه عمل می‌کنند و تا حد امکان از آن اجتناب می‌کنند (۲, ۱) متاسفانه متخصصین زنان و ماماها به‌علت نداشتن اطلاعات کافی از اهمیت شرایط دهانی ندرتاً اقدام به توصیه و تشویق درمان‌های دندانپزشکی قبل و حین بارداری می‌نمایند (۱۱). مشاوره بهداشت دهان و دندان برای والدین بسیار مهم بوده و سلامت دهان و دندان نوزادان در این مرحله شروع می‌شود (۲). 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 (۱۲). هم‌چنین نشان داده شده است بیماری‌های پریودنتال می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر مستقل برای پارگی زودرس و قبل از ترم کیسه آب باشد (۱۳) مطالعات مختلفی اهمیت و وضعیت بهداشت دهان در خانم‌های باردار را بررسی نموده‌اند (۱۸-۱۴). بر اساس بسیاری از مطالعات اثبات شده است که بیماری‌های پریودنتال طی دوران بارداری با، پیامدهای نامطلوب پره ناتال از جمله پره اکلامپسی، زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد، بستری شدن نوزاددر و افزایش زمان بستری شدن نوزاد در ارتباط می‌باشد (۲۰, ۱۹). بررسی سلامت دهان خانم‌های باردار از نظر دندانی، سلامت لثه و ضایعات دهانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. آگاهی متخصصین از مشکلات دهانی در دوران بارداری بسیار تأثیرگذار است و همکاری مؤثر بین متخصصین زنان و زایمان یا ماماها و دندانپزشکان 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 در خصوص اهمیت سلامت دهان و پیشگیری از ضایعات و مشکلات حین بارداری و آموزش‌های مناسب از وقوع بسیاری اختلالات دهانی و مشکلات حین بارداری جلوگیری کرد (۸). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی بررسی وضعیت سلامت دهان در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۶ است تا بتوانیم فعالیت‌های اساسی برای برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت دهان و دندان مادران و فرزندان آن‌ها انجام دهیم.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی بوده، و جامعه مورد مطالعه در آن شامل ۹۶ نفر از زنان باردار سالم مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهرستان همدان بودند. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعات قبلی و فرمول آماری مشخص گردید (۷). روش نمونه‌گیری و انتخاب بیماران به صورت تصادفی ساده با مراجعه به بیمارستان فاطمیه و انتخاب افراد بارداری که معیارهای ورود را داشتند انجام شد. زنانی که درسه ماهه دوم و سوم بارداری (از هفته ۱۵ تا پایان زایمان) قرار داشتند وارد مطالعه شدند. هم‌چنین زنان با هرگونه بیماری سیستمیک و سابقه بیماری پریودنتال از مطالعه خارج شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه قسمت

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

مشخصات دموگرافیک، اطلاعات بارداری معاینات دهانی استفاده شد. پرسش‌نامه توسط متخصصین گروه بیماری‌های دهان و متخصص زنان و با توجه به مطالعات قبلی طراحی گردید. جمع‌آوری داده‌ها به صورت مصاحبه و معاینه انجام شد. پرسش‌نامه تنظیم شده برای هر فرد به روش مصاحبه به منظور تکمیل قسمت مربوط به اطلاعات فردی و بارداری و معاینه به‌منظور تکمیل قسمت مربوط به وضعیت سلامت دهان و دندان توسط دانشجوی آموزش دیده سال آخر دندانپزشکی، تکمیل گردید. در قسمت اطلاعات فردی، اطلاعات مربوط سن، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه و محل زندگی ثبت گردید. در قسمت اطلاعات مربوط به بارداری درباره تعداد بارداری و هفته بارداری سوال شد. و در قسمت اطلاعات دندانپزشکی پس از معاینه، مقدار ایندکس لثه‌ای(Gingival Index= GI)، ایندکس پلاک (Plaque Index = PI) DMFT، (Decay, Missing, filing teeth)، وضعیت خشکی دهان، شاخص خونریزی حین پروب کردن (=Bleeding on Probing BOP) و ضایعات دهانی توسط یک دانشجوی دندانپزشکی سال آخر آموزش دیده ثبت گردید. هم‌چنین درباره تعداد دفعات استفاده از مسواک، نخ دندان و دهانشویه کلرهگزیدین در روز از هر فرد سوال شد. در همه معاینات از آینه یک بار مصرف، سوند یک بار مصرف، پروب ویلیامز و نور طبیعی استفاده شد. در این مطالعه معیار بررسی سلامت دهان بررسی شاخص‌های سلامت لثه با بررسی GI، ایندکس پلاک و BOP بود و سلامت دندان‌ها با شاخص DMFT سنجیده شد. کلیه افراد بیماری پریودنتال نداشتند. پلاک ایندکس و ایندکس لثه‌ای به روش Löe and Silness در دندان‌های ۳۶،۳۲،۴۴،۲۴،۱۲،۱۶ اندازه‌گیری شد. ابتدا هر یک از سطوح مزیال، دیستال، باکال و لینگوال بر اساس درجه‌بندی Löe and Silness از ۳-۰ امتیازبندی شد. میانگین چهار سطح به‌عنوان میزان GIای هر دندان در نظر گرفته شد. در نهایت میانگین امتیازات هر شش دندان به‌عنوان پلاک ایندکس و GIای فرد در نظر گرفته شد. BOP حین اندازه‌گیری GI در دندان‌های ۳۶،۳۲،۴۴،۲۴،۱۲،۱۶ ارزیابی شد و به‌صورت وجود یا عدم وجود ثبت گردید. وجود خونریزی در هر یک از دندان‌های انتخابی به منزله مثبت بودن BOP در نظر گرفته شد. مقدار DMFT به صورت مجموع تعداد دندان‌های دارای پوسیدگی، پرشده یا کشیده شده در اثر پوسیدگی بیان شد. پوسیدگی به‌وسیله معاینه با سوند بر اساس شاخص‌های سازمان بهداشت جهانی ارزیابی شد. خشکی دهان به‌صورت وجود یا عدم وجود و به‌وسیله پرسش از فرد مورد تحقیق و علائم خشکی روی سطح پشتی زبان با علائم سطح صاف، قرمز، دپاپی، شیاردار، بزاق کف آلود و چسبیدن آینه به مخاط ثبت گردید. ضایعات دهانی به صورت وجود یا عدم وجود با ذکر نوع ضایعه ثبت گردید. وجود هرگونه ضایعه از جمله پیوژنیک گرانولوما، ژنژیویت و پریودنتیت به منزله وجود ضایعات دهانی در نظر گرفته شد و در صورت ابهام در تشخیص ضایعه از استاد راهنما کمک گرفته شد.

تجزیه و تحلیل آماری

پس از جمع‌آوری اطلاعات تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 و از آزمون‌های آمارتوصیفی (میانگین، انحراف معیار، نما و از آزمون‌های تحلیلی تی مستقل، کای‌اسکوایر، تحلیل واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون لجستیک) استفاده شده و سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه IR.UMSHA.REC.1396.852 انجام شده است. فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در تحقیق برای افراد مورد معاینه در نظر گرفته شد. از اطلاعات بیماران صرفاً جهت کار تحقیقاتی استفاده شده است. اطلاعات به‌صورت کاملاً محرمانه نزد محقق ماند.

نتایج

آمار توصیفی متغیرهای کمی در جدول ۱ ذکر گردیده است. در این مطالعه ۱ درصد افراد بی‌سواد، ۳۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۹/۸۰ درصد سیکل، ۲۴ درصد دیپلم و ۲۱ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی می‌باشند. ۹۳/۷۵ درصد افراد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

خانه‌دار و ۶/۲۵ درصد شاغل بودند. ۵۶/۲۵ درصد درآمد کمتر از یک میلیون در ماه و ۴۳/۷۵ درصد درآمد بین یک تا سه میلیون در ماه داشتند. ۳/۱۳ درصد افراد سه بار در روز مسواک میزدند، ۳۲/۲۹ درصد دوبار در روز، ۴۴/۷۹ درصد یک بار در روز و ۱۹/۷۹ درصد استفاده روزانه از مسواک نداشتند. ۴/۱۷ درصد افراد سه بار در روز استفاده از نخ دندان، ۱۱/۴۶ درصد دو بار در روز، ۱۹/۷۹ درصد یک بار در روز و ۶۴/۵۸ درصد از نخ دندان استفاده نمی‌کردند. تنها یک نفر از دهان‌شویه کلرهگزیدین استفاده می‌کرد. میزان DMFT در زنان باردار مورد مطالعه ۳/۸۱ ±۱۰/۴۸ بود که مقادیر آن از ۲ تا ۲۰ متغیر بود. ۴۳/۷۵ درصد افراد از لحاظ BOP، مثبت بودند. ۱۲/۵۰درصد افراد دارای خشکی دهان بودند. GI در ۶۸/۷۵ درصد از افراد مثبت بود. شدت ژنژیویت در ۲۷/۰۸درصد افراد از نوع خفیف و ۴۱/۶۷ درصد از نوع متوسط بود. میانگین میزان GI ۰/۷۹ ±۰/۹۸ درصد بود. از لحاظ بهداشت دهانی با استفاده از ارزیابی PI ۳/۱۳ درصد افراد در سطح عالی، ۴۵/۸۳ درصد در سطح متوسط و ۲۳/۹۶ در سطح خوب بودند. میانگین پلاک ایندکس ۰/۶۲ ±۱/۲۷ بود. جدول ۲ رابطه سن، درامد ماهیانه، تحصیلات، تعداد فرزندان، هفته بارداری، تعداد دفعات مسواک در روز و تعداد دفعات نخ دندان در روز را با DMFT، GI و PI نشان می‌دهد. که بین DMFT و سن ارتباط معنی‌دار بود و در افراد با سن بیشتر میزان DMFT بیشتر بود. با افزایش میزان درآمد، میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک در روز و تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز میزان GI به‌صورت معنی‌داری کاهش یافت. هم‌چنین با افزایش هفته بارداری میزان GI نیز افزایش یافت. با افزایش میزان درآمد، میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک در روز و تعداد دفعات استفاده ازنخ دندان در روز میزان PI کاهش یافت. هم چنین با افزایش هفته بارداری میزان PI نیز افزایش یافت. جدول ۳ رابطه سن، در آمد ماهیانه، تحصیلات، تعداد فرزندان، هفته بارداری، تعداد دفعات مسواک در روز و تعداد دفعات نخ دندان در روز را با BOP، خشکی دهان و التهاب لثه نشان می‌دهد با افزایش میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک و نخ دندان در روز میزان BOP به صورت معنی‌داری کاهش یافت. خشکی دهان با هیچ متغیری ارتباط معنی‌داری نداشت. با افزایش میزان درآمد، میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک در روز و تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز میزان التهاب لثه به صورت معنی‌داری کاهش یافت. هم‌چنین با افزایش هفته بارداری میزان التهاب لثه به‌صورت معنی‌داری افزایش یافت.

جدول ۱: متغیرهای توصیفی، زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۶

	تعداد	حداقل	حداکثر	انحراف معیار±میانگین
سن	۹۶	۱۵	۴۴	۲۹/۶۴±۵/۷۰
تعداد فرزندان	۹۶	۰	۶	۱/۱۶±۰/۹۱
هفته بارداری	۹۶	۱۵	۳۸	۲۵/۷۵±۸/۷۷
DMFT	۹۶	۲	۲۰	۱۰/۴۸±۳/۸۱
جینجیوال ایندکس	۹۶	۰	۲	۰/۹۸±۰/۷۹
پلاک ایندکس	۹۶	۰	۲/۷۵	۱/۲۷±۰/۶۲

*T test

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

جدول ۲: ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۶

متغیر		DMFT انحراف معیار±میانگین	P	Gingival index انحراف معیار±میانگین	P	Plaque index انحراف معیار±میانگین	P
سن	< ۳۰	۹±۳/۶۷	۰/۰۱	۰/۸۵±۰/۷۷	۰/۱۸	۱/۱۸±۰/۵۷	۰ /۲۵
	> ۳۰	۱۱/۴۹±۳/۵۹		۱/۰۷±۰/۷۹		۱/۳۳±۰/۶۴	
درآمد ماهیانه	< ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۱۰/۶۷±۳/۷۴	۰/۵۸۷	۱/۱۶±۰/۷۵	۰/۰۱	۱/۴۳±۰/۶۰	۰/۰۰
	۱۰۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰۰ تومان	۱۰/۲۴±۳/۹۲		۰/۷۴±۰/۷۸		۱/۰۷±۰/۵۹	
تحصیلات	ابتدایی	۱۱/۴۵±۳/۶۸	۰/۳۲	۱/۴۵±۰/۶۲	۰/۰۰	۱/۶۷±۰/۴۷	۰/۰۰
	سیکل	۹/۶۳±۴/۲۹		۱/۱۲±۰/۸۰		۱/۳۸±۰/۶۱	
	دیپلم	۱۰/۰۴±۳/۷۲		۰/۶۴±۰/۷۲		۱/۰۰±۰/۶۲	
	دانشگاهی	۱۰/۱۹±۳/۵۸		۰/۴۹±۰/۶۶		۰/۸۴±۰/۴۱	
شغل همسر	آزاد	۹/۴۰±۴/۶۰	۰/۳۴	۰/۶۷±۰/۸۱	۰/۱۸	۱/۰۳±۰/۵۱	۰/۱۸
	کارمند	۱۰/۶۰±۳/۷۲		۱/۰۲±۰/۷۸		۱/۳۰±۰/۶۲	
تعداد فرزندان	0	۹/۵۰±۰/۹۳	۰/۴۳	۰/۷۰±۰/۷۲	۰/۱۳	۱/۰۱±۰/۵۹	۰/۸۳
	1	۱۰/۷۱±۰/۵۱		۰/۹۹±۰/۸۰		۱/۳۰±۰/۵۶	
	2	۱۰/۷۹±۰/۷۴		۱/۱۶±۰/۷۹		۱/۴۰±۰/۶۸	
هفته بارداری	۶>	۱۰/۲۲±۴/۱۵	۰/۴۷	۰/۷۲±۰/۷۹	۰/۰۰	۱/۱۱±۰/۶۱	۰/۰۰
	۶<	۱۰/۷۸±۳/۳۹		۱/۲۸±۰/۶۹		۱/۴۵±۰/۵۸	
تعداد دفعات مسواک در روز	۰	۱۲/۲۱±۴/۲۳	۰/۴۷	۱/۵۲±۰/۶۲	۰۰/۰	۱/۶۴±۰/۵۱	۰/۰۰
	۱	۱۰/۳۷±۲/۹۴		۱/۱۹±۰/۷۰		۱/۴۰±۰/۵۹	
	۲	۹/۶۵±۴/۳۰		۰/۱۴±۰/۶۲		۰/۹۱±۰/۵۳	
تعداد دفعات نخ دندان در روز	۰	۱۰/۷۱±۳/۸۹	۰/۷۱	۱/۲۱±۰/۷۲	۰۰/۰	۱/۴۲±۰/۶۲	۰/۰۰
	۱	۹/۹۵±۳/۳۴		۰/۵۸±۰/۶۱		۱/۰۲±۰/۵۷	
	۲	۱۰/۲۰±۴/۱۷		۰/۵۱±۰/۷۵		۰/۹۶±۰/۴۴	

*ANOVA

جدول ۳: ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۶

متغیر		Bleeding on probing٪	P	خشکی دهان ٪	P	التهاب لثه ٪	P
سن	< ۳۰	۳۳/۳۰	۰/۲۰	۱۶/۷۰	۰/۰۷	۳۷/۹۰	۰/۴۱
	> ۳۰	۶۶/۷۰		۸۳/۳۰		۶۲/۱۰	
درآمد ماهیانه	< ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	۵۱/۹۰	۰/۰۷	۵۸/۳۰	۰/۸۷	۶۵/۲۰	۰/۰۰
	۱۰۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰۰ تومان	۳۳/۳۰		۴۱/۷۰		۳۴/۸۰	
تحصیلات	ابتدایی	۵۷/۱۰	۰/۰۰	۵۰/۰۰	۰/۱۸	۴۵/۵۰	۰/۰۰
	سیکل	۲۱/۴۰		۳۳/۳۰		۲۲/۷۰	
	دیپلم	۱۶/۷۰		۸/۳۰		۱۸/۲۰	
	دانشگاهی	۴/۸۰		۸/۳۰		۱۳/۶۰	
شغل همسر	کارمند	۴/۸۰	۰/۱۷	۸/۳۰	۰/۸۰	۱۰/۴۰	۰/۱۷۷
	آزاد	۹۵/۲۰		۹۱/۷۰		۸۹/۶۰	
تعداد فرزندان	۰	۱۴/۳۰	۰/۱۶	۲۵/۰۰	۰/۴۴	۱۸/۲۰	۰/۵۴
	۱	۴۷/۶۰		۳۳/۳۰		۵۰/۰۰	

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

	۲	۳۸/۱۰		۴۱/۷۰		۳۱/۸۰
هفته بارداری	۶>	۳۱/۰۰	۰/۰۰	۵۰/۰۰	۰/۸۱	۴۰/۹۰	۰/۰۰
	۶<	۶۹/۰۰		۵۰/۰۰		۵۹/۱۰	
تعداد دفعات مسواک در روز	۰	۳۵/۷۰	۰/۰۰	۴۱/۷۰	۰/۰۹	۲۵/۸۰	۰/۰۰
	۱	۵۰/۰۰		۴۱/۷۰		۵۳/۰۰	
	۲	۱۴/۳۰		۱۶/۷۰		۲۱/۲۰	
تعداد دفعات نخ دندان در روز	۰	۸۳/۳۰	۰/۰۰	۶۶/۷۰	۰/۹۵	۷۴/۲۰	۰/۰۰
	۱	۷/۱۰		۱۶/۷۰		۱۶/۷۰	
	۲	۹/۵۰		۱۶/۷۰		۹/۱۰	

*ANOVA

بحث

سلامت دهان در بارداری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. DMFT یکی از شاخص‌های مهم سلامت دهان و دندان‌ها است. در مطالعه حاضر میانگین DMFT ۱۰/۴۸ بود که بیشتر از میانگین گزارش شده توسط Muram به مقدار ۲/۹ در بین زنان باردار فنلاند بوده است (۲۱). در این مطالعه مشابه مطالعه شمسی بین DMFT و سن ارتباط معنی‌دار بود و در افراد با سن بیشتر میزان DMFT بیشتر بود. هم‌چنین مقدار بیشتر DMFT در زنانی مشاهده شد که کمتر از نخ دندان یا مسواک استفاده می‌کردند؛ به گونه‌ای که مادرانی که هرگز از نخ دندان استفاده نمی‌کردند دو برابر مادرانی که هر روز استفاده می‌کردند مبتلا به پوسیدگی دندان شده بودند. هم‌چنین بر اساس این مطالعه بین سطح درآمد و میزان DMFT اختلاف معنی‌دار مشاهده شد به گونه‌ای که بیشترین DMFT در سطح پایین اقتصادی مشاهده شد در این مطالعه سطح تحصیلات اثر منفی بر روی DMFT داشته است و میزان پوسیدگی دندان در مادران با تحصیلات پایین به مقدار بیشتری مشاهده شد (۲۲). در مطالعه قاری‌زاده و همکاران میانگین DMFT برای خانم‌های باردار کمتر بوده، و نیز میزان آگاهی حدود ۹۰٪ خانم‌های باردار از روش‌های صحیح بهداشت دهان پائین بود (۲۳). البته در مطالعه Shah نتیجه‌گیری شد که خانم‌های باردار در مقایسه با خانم غیرباردار بیماری پریودنتال بیشتری داشتند ولی DMFT تغییری نداشت (۱۷). علت آن می‌تواند متفاوت بودن جمعیت‌های مورد مطالعه باشد. شیوع پوسیدگی در گروه‌ها و استان‌های مختلف متفاوت گزارش شده است که ناشی از تاثیر فرهنگ‌ها و عادات مختلف مردم در این امر است. یکی دیگر از دلایل شیوع بالای پوسیدگی دندان در جامعه ایرانی نسبت به جوامع دیگر همچون فنلاند می تواند ناشی از رژیم غذایی شیرین و افزایش مصرف شکر و شیرینی در جامعه ایرانی باشد. در مطالعه‌ای که توسط طباطبایی نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۴ درباره میزان شیوع تومور حاملگی در ایران انجام گرفت ۰/۲۲ زنان باردار (۲ نفر از۹۲۳ نفر) دارای علائم کلینیکی و هیستوپاتولوژی پیوژنیک گرانولوما بودند (۲۴) مطالعات میزان شیوع تومور حاملگی را ۴ درصد و ۲/۴ درصد در ایران گزارش کردند (۲۵،۲۶). در مطالعه ما هیچ‌کدام از افراد تومور حاملگی نداشتند. BOP یک شاخص خوب از بیماری التهابی در تمام مراحل بیماری پریودنتال می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط Geevarghese و همکاران درباره وضعیت پریودنتال زنان باردار و رابطه آن با کیفیت زندگی انجام شد، ۵۳/۵۵ گزارش شده است (۲۷). در این مطالعه بین شاخص BOP با میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک در روز و تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز ارتباط معنی‌دار بود و با افزایش میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک و نخ دندان در روز میزان BOP کاهش یافت. که با توجه به تاثیر بهداشت دهان بر التهاب لثه قابل انتظار می‌باشد. ۶۸ درصد افراد این مطالعه دارای ژنژیویت بودند. هم‌چنین در مطالعه Jairocorcho میزان ژنژیویت در زنان باردار ۷۳/۶۰ درصد گزارش شد که نزدیک به نتیجه این مطالعه است (۲۸). در مطالعات دیگر بهداشت دهان ضعیف، التهاب لثه و بیماری‌های

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

پریودنتال خانم‌های باردار بیشتر از خانم‌های غیر باردار بود (۱۶, ۱۷) و با افزایش التهاب لثه ریسک بیماری‌های لثه و التهاب لثه ریسک تولد زودرس افزایش یافت (۱۵). در تایید یافته‌های مطالعه حاضر در مطالعه Kuhle خانم‌های باردار با افزایش سطح تحصیلات و سطح اجتماعی وضعیت بهداشت دهان و آگاهی بهتری از اهمیت سلامت دهان داشتند (۱۴). متوسط GI در این مطالعه ۰/۹۸ ارزیابی شد که نسبت به مطالعه Bacima با میانگین ۱/۵۲ مقدار کمتری است (۲۹). در مطالعه Tadakamadla میانگین GI ۱/۰۸ گزارش شد که به این مطالعه نزدیک‌تر است (۳۰). در این مطالعه از نظر میزان PI ۳/۱۳ درصد افراد در حد عالی، ۲۳/۹۶ درصد در حد خوب، ۴۵/۸۳ درصد متوسط و ۲۷/۰۸ درصد ضعیف بودند. در مطالعه Nassrawin، ۳۷ درصد در حد عالی و خوب، ۲۶ درصد در حد متوسط و ۳۷ درصد ضعیف بودند (۳۱). میانگین PI در این مطالعه ۱/۲۷ ارزیابی شد که به مقدار ارزیابی شده توسط مطالعه Bacima مشابه است (۲۹). در این مطالعه بین PI و میزان درآمد، میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک در روز، تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز و هفته بارداری ارتباط معنی‌دار بود و با افزایش میزان درآمد، میزان تحصیلات، تعداد دفعات استفاده از مسواک در روز و تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز میزان PI کاهش یافت. هم‌چنین با افزایش هفته بارداری میزان PI نیز افزایش یافت. که با توجه به تاثیر بهداشت دهان بر میزان پلاک دندانی این نتایج قابل توجیه است. نتایج این پژوهش نشان داد که تعداد اندکی از مادران باردار به‌طور منظم از مسواک و نخ دندان استفاده می‌کردند. شاید از عوامل تاثیرگذار در این زمینه تغییر در شرایط فیزیولوژیک مادران و تغییرات هورمونی و جسمی، ضعف آگاهی بهداشتی باشد. یکی از راهکارهای مناسب، آموزش مهارت‌های عملی از طریق رسانه‌های جمعی و هم‌چنین مدیریت زمان، روش‌های برنامه‌ریزی، کلاس‌های آموزشی گروهی و مهارت‌های زندگی است. با توجه به عوارض بهداشت ضعیف دهان و دندان، آگاهی دادن به زنان باردار و نیز، متخصصان زنان و ماماها در خصوص اهمیت پیشگیری در دوران بارداری اقدامی بسیار مفید به‌شمار می‌رود، مراقبین بهداشتی باید با تشریح بیشتر مسائل بارداری لزوم انجام مراقبت‌های دهان و دندان در این دوران را گوشزد نمایند. و دوره‌های آموزشی در دوره تحصیل یا دوره باز آموزی برای مراقبین سلامت مادران باردار در مورد سلامت دهان برگزار گردد (۱۸). از محدودیت‌های مطالعه حاضر بررسی خانم‌های باردار سالم بدون هیچ عارضه‌ای حین بارداری بود. در این مطالعه فقط به مرکز درمانی دولتی مراجعه شد. با توجه به هزینه‌های بالای دندانپزشکی، پیشنهاد می‌شود زنان سنین باروری جزء گروه هدف قرار گیرند تا مشکلات اقتصادی مانع مراجعه منظم این افراد به مراکز دندانپزشکی نشود. در مطالعات آینده بهتر است خانم‌ها با مشکلات حین بارداری از جمله وزن کم حین تولد و تولد زودرس با مشکلات دهانی بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

مادران باردار سلامت دهان متوسطی داشتند. به همین دلیل آگاهی دادن به پزشکان جهت ارجاع این افراد به دندانپزشکان وآموزش زنان باردار جهت رعایت بهداشت دهان و پیشگیری از بروز بیماری‌های دهان و دندان و ژنژیویت بارداری امری ضروری به نظر می‌رسد.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت پشتیبانی این پایان‌نامه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

حامی مالی: دانشگاه علوم پزشکی همدان

تعارض در منافع: وجود ندارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

References:

1- Lee JM, Shin TJ. ***Use of Local Anesthetics for Dental Treatment During Pregnancy; Safety for Parturient.*** J Dent Anesthesia Pain Med 2017; 17(2): 81-90.

2- Kandan PM, Menaga V, Kumar RR. ***Oral Health in Pregnancy (Guidelines to Gynaecologists, General Physicians & Oral Health Care Providers).*** J Pakistan Medical Association 2011; 61(10): 1009-11.

3- Sayed HA, Said SA. ***Effect of Nursing Intervention on Oral Health Knowledge, Attitude, And Health Behaviors among Pregnant Women***. American J Nursing Research 2018; 6(3): 94-104.

4- Shah AF, Batra M, Qureshi A. ***Evaluation of Impact of Pregnancy on Oral Health Status and Oral Health Related Quality of Life among Women of Kashmir Valley***. J Clin and Diagn Res 2017; 11(5): ZC01–4.

5- Enabulele J, Ibhawoh L. ***Resident Obstetricians Awareness of the Oral Health Component in Management of Nausea and Womiting in Pregnancy***. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14(338): 1-5.

6- Jain K, Kaur H. ***Prevalence of Oral Lesions and Measurement of Salivary Ph in the Different Trimesters of Pregnancy***. Singapore Med J 2015; 56(1): 53-7

7- Shahnazi H, Hosseintalaei M, Ghashghaei FE, Charkazi A, Yahyavi Y, Sharifirad G. ***Effect of Educational Intervention on Perceived Susceptibility Self-Efficacy and DMFT of Pregnant Women.*** Iran Red Crescent Med J 2016; 18(5): e24960.

8- Bahri N, Iliati HR, Sajjadi M, Boloochi T, Bahri N. ***Effects of Oral and Dental Health Education Program on Knowledge, Attitude and Short-Time Practice of Pregnant Women (Mashhad-Iran).*** J Mash Dent Sch 2012; 36(1): 1-12.

9- Gaffield Ml, Gilbert Bjc, Malvitz Dm, Romaguera R. ***Oral Health During Pregnancy: an Analysis of Information Collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System***. J Am Dental Association 2001; 132(7): 1009-16.

10- Shulman HB, Gilbert BC, Lansky A. ***The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): Current Methods and Evaluation of 2001 Response Rates***. Public Health Reports 2006; 121(1): 74-83.

11- May L, Suminsk RR, Yeung AY, Linklater ER, Christensen C, Jahnke S. ***Pregnant Patient Knowledge of and Obstetric Provider Advice on Oral Health.*** J Dent Oral Disorder Ther 2014; 2(1): 1-6.

12- Rhodus NL. ***Oral Health and Systemic Health***. Minnesota Medicine 2005; 88(8): 46-8.

13- Malek Mohammadi T, Malek Mohammadi M***. Knowledge, Attitude and Practice of Gynecologists and Midwifes Toward Oral Health in Pregnant Women in Kerman (2016).*** The Iranian J Obstetrics, Gynecology and Infertility 2017; 20(4): 9-18.

14- Kühle AM, Wacker J. ***Sociodemographic Differences in Health Awareness and Oral Health in Pregnant Women***. Geburtshilfe Und Frauenheilkunde 2020; 80(8): 834-43.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

15- Kruse AB, Kuerschner AC, Kunze M, Woelber JP, Al-Ahmad A, Wittmer A, et al. ***Association Between High Risk for Preterm Birth and Changes in Gingiva Parameters During Pregnancy-A Prospective Cohort Study.*** Clinical Oral Investigations 2018; 22(3): 1263-71.

16- Kashetty M, Kumbhar S, Patil S, Patil P. ***Oral Hygiene Status, Gingival Status, Periodontal Status, and Treatment Needs among Pregnant and Nonpregnant Women: A Comparative Study***. J Indian Society of Periodontology 2018; 22(2): 164-70.

17- Shah AF, Batra M, Qureshi A. ***Evaluation of Impact of Pregnancy on Oral Health Status and Oral Health Related Quality of Life among Women of Kashmir Valley***. J Clinical and Diagnostic Research: JCDR 2017;11(5): Zc01-Zc4.

18- Duff M, Dahlen HG, Burns E, Priddis H, Schmied V, George A. ***Designing an Oral Health Module for the Bachelor of Midwifery Program at an Australian University***. Nurse Education in Practice 2017; 23: 76-81.

19- Macek MD. ***Non-Surgical Periodontal Therapy May Reduce Adverse Pregnancy Outcomes***. Journal of Evidence Based Dental Practice 2008; 8(4): 236-37.

20- Jared H, Boggess KA, Moss K, Bose C, Auten R, Beck J, et al. ***Fetal Exposure to Oral Pathogens and Subsequent Risk for Neonatal Intensive Care Admission***. J Periodontology 2009; 80(6): 878-83.

21- Meurman J, Furuholm J, Kaaja R, Rintamäki H, Tikkanen U. ***Oral Health in Women with Pregnancy and Delivery Complications.*** Clinical Oral Investigation 2006; 10(2): 96-101.

22- Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S, Atarha M, Jadidi R. ***Oral Health of Pregnant Women in Arak, Iran***. Scientific Information Database 2013; 12(4): 355-65. [Persian]

23- Ghari Zn, Haghighizadeh M, Sabarhaji W, Karimi A. ***A Study of Dmft and Oral Hygiene and Gingiv Al Status among Pregnant Women Attending Ahwaz Health Centres***. Jundishapur Scientific Medical Journal 2005; 43: 40-7. [Persian]

24- Nejad EST, Bigomtaheri J, Azimi S. ***Frequency of Gingival Pregnancy Tumor in Iran (Confirmed by Biopsy).*** J Int Oral Health: JIOH 2014; 6(6): 72-6.

25- Chamani G, Navabi N, Abdollahzadeh S. ***Prevalence of Pregnancy Tumor in Pregnant Women***. J Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences 2009; 10(1): 79-82.[Persian]

26- Khatibi M ,Niromanesh Sh, Abhari SY, Falakaflaki N. ***Prevalence of Pyogenic Granuloma in Pregnant Woman Referred to Tehran Mirzakuchak Khan Hospital.*** The Iranian J Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013 16(71): 1-6. [Persian]

27- Geevarghese A, Baskaradoss JK, Sarma PS. ***Oral Health-Related Quality of Life and Periodontal Status of Pregnant Women***. Matern Child Health J 2017; 21(8): 1634-42.

28- Ojeda JC, Llanos LS, Villavicencio J. ***Situation of Caries, Gingivitis and Oral Hygiene in Pregnant and Non-Pregnant Women in Hospitals of Valle Del Cauca, Colombia***. Universidad Y Salud 2017; 19(1): 67-74.

29- Ali BG. ***Periodontal Status during Pregnancy***. J Baghdad College of Dentistry 2005; 17(2): 64-8.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

30- Tadakamadla SK, Agarwal P, Jain P, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S, et al. ***Dental Status and its Socio-Demographic Influences among Pregnant Women Attending a Maternity Hospital in India***. Archives of Oral Research 2007; 3(3).

31- Nassrawin N, Barakat M**. *Prevalence of Gingival Disease in a Population of Pregnant Women***. JRMS 2002; 9(2): 12-5.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 29| NO 8 | Nov 2021

Received: 2 Sep 2020
Accepted: 4 Oct 2020

Evaluation of Oral and Dental Health Status in Pregnant Women Referring to Fatemieh Hospital in Hamadan City during 2018

Samaneh Vaziri-Amjad[1], Fatemeh Esfahaninya[2], Marzieh Sanoee Farimani[3], Somayeh Ghorbani Gholiabad[4], Fatemeh Ahmadi- Motamayel[†5]

Original Article

Introduction: Physiological changes during pregnancy affect the teeth and tissues of the mouth and gums, which increases the severity of problems such as caries, inflammation, bleeding and swelling of the gum. Therefore, pregnant people need regular check-ups and provide adequate education. The aim of this study was evaluation of oral and dental health status in pregnant women referring to Fatemieh Hospital in Hamadan City during 2018.

Methods: This study was performed on 96 pregnant women. The adjusted questionnaire was completed for each individual by interview method in order to complete the section on personal and pregnancy data and examination in order to complete the section on oral and dental health status. Statistical analysis was performed using SPSS version 16 software.

Results: The mean age of the participants was 29.64. The Decay Missing Filling Teeth (DMFT) index in pregnant women was 10.48 ± 3.81. 75.74% of the participants were positive in terms of BOP. 12.50% had dry mouth. Using gingival index, 68.75% of the subjects had gingivitis and the mean gingival index was 0.98 ± 0.79%. In terms of oral hygiene, using the index plaque assessment, the majority of the participants was moderate (45.83%) and the mean plaque index was 1.27 ± 0.62%.

Conclusion: Pregnant mothers have a moderate oral health. For this reason, it is necessary to inform physicians in order to refer them to dentists and educate pregnant women to observe oral hygiene and prevent the occurrence of oral diseases and gingivitis in pregnancy.

Keywords: Gingival index, DMFT, Periodontal Indexes, Bleeding on probing, Pregnant women, Oral Health.

Citation: Setorgi M, Hassanpour-Ezatti M, Mousavi Z. **Evaluation of Oral and Dental Health Status in Pregnant Women Referring to Fatemieh Hospital in Hamadan City during 2018.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(8): 4002-12.

[1]Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

[2]Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

[3]Department of Gynecology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

[4]Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

[5]Dental Research Center, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

***Corresponding author: Tel:** 08138381059**, email:** fatahmadim@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7661]