

بررسی مراقبت‌های دهان و دندان و موانع مربوط به آن در زنان باردار شهر همدان

فرزانه بیات^۱، اکرم کریمی شاهنجرینی^{۲*}، سعید بشیریان^۲، جواد فردمال^۳

^۱ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر و گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: اکرم کریمی شاهنجرینی، دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: karimi.a@umsha.ac.ir

DOI: 10.21859/jech-03013

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۰۹

سابقه و هدف: رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری به دلیل پیامدهای آن بر سلامت مادر و کودک اهمیت دارد. این پژوهش با هدف بررسی نحوه انجام این رفتارها در زنان باردار و موانع تأثیرگذار بر آنها انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۲۸۰ نفر از زنان باردار شهر همدان در سال ۱۳۹۱ انجام گردید. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌ای و روش جمع‌آوری داده‌ها، استفاده از پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی، رفتار مراجعه به دندانپزشک و مسواک زدن و موانع مربوط به انجام این دو رفتار بود. داده‌ها با نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد بررسی (۴/۸۸ ± ۲۷) سال بود. میزان مسواک زدن بعد از هر وعده غذایی و استفاده از دهانشویه به ترتیب ۱۲ درصد و ۲۰ درصد بود. نیمی از زنان باردار در طی بارداری اخیر خود به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. خستگی و بی‌حوصلگی مهمترین موانع مسواک زدن و هزینه بالا، احساس عدم نیاز و استرس آور بودن محیط دندانپزشکی تأثیرگذارترین موانع عدم مراجعه به دندانپزشکی بودند. عوامل مرتبط در عدم مراجعه به دندانپزشک شامل وضعیت اقتصادی ضعیف (P = ۰/۰۱) و کار خارج از منزل (P = ۰/۰۴) بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت پیامدهای مربوط به مشکلات دهان و دندان در دوران بارداری، توصیه می‌شود در جهت رفع موانع انجام رفتارهای مراقبتی برنامه‌ریزی شود.

واژگان کلیدی:

اقدامات مراقبتی

بهداشت دهان و دندان

بارداری

موانع درک شده

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

دندان‌ها را در معرض خطر پوسیدگی قرار می‌دهد [۱].

مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که شایع‌ترین هوس غذایی زنان باردار مربوط به مواد غذایی شیرین نظیر شکلات بود [۲] که این عادات غذایی مستعد کننده افزایش مشکلات دهان و دندان در بارداری به شمار می‌رود.

شدت التهاب لثه در طی بارداری با شروع ماه دوم و سوم افزایش می‌یابد. زنانی که قبل از بارداری خونریزی مختصر و التهاب لثه خفیفی دارند، در طی بارداری وضعیت بدتری پیدا می‌کنند. رشیدی میبیدی و همکاران با بررسی شاخص نیازهای درمانی پرپریودنتال (Community Periodontal Index of Treatment Needs) ۱۱۵ زن باردار گزارش کردند که در حدود ۴۰ درصد زنان مورد مطالعه کد ۱ و ۲ این شاخص را دارا بودند [۴]. اهمیت توجه به بهداشت دهان و دندان در دوران

توجه به بهداشت دهان و دندان و رعایت آن در دوران بارداری از اهمیت زیادی برخوردار است. بارداری روندی طبیعی است که با تغییراتی در وضعیت دهان و دندان همراه است. شواهد علمی نشان می‌دهد که بارداری به دلیل ایجاد تغییراتی، شرایط پوسیدگی دندان‌ها و بیماری‌های دهان و دندان را فراهم می‌کند. تغییرات هورمونی در این دوران موجب حساسیت و التهاب لثه می‌شود [۱]. این حالت باعث می‌شود تا زن باردار از مسواک یا نخ دندان کمتر استفاده کند که نهایتاً منجر به ایجاد پلاک میکروبی روی دندان‌ها می‌شود. همچنین حالت تهوع و استفراغ صبحگاهی باعث می‌شود که دندان‌ها در معرض اسید معده قرار گیرند که این وضعیت به همراه دفعات بیشتر مصرف مواد قندی و دیگر مواد غذایی،

وضعیت اتخاذ رفتارهای مختلف بهداشت دهان و دندان و نیز موانع مربوط به عدم انجام دو مورد از این رفتارها شامل مسواک زدن و مراجعه به دندانپزشک در میان زنان باردار در شهر همدان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تحلیلی به روش مقطعی در سال ۱۳۹۱ با مشارکت ۲۸۰ زن باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان همدان که به صورت خوشه‌ای طبقه‌ای نمونه‌گیری شدند، انجام گردید. به این صورت که از بین ۱۳ مرکز بهداشتی درمانی شهر همدان که دارای واحد دندانپزشکی بودند، ۶ مرکز با لحاظ توزیع مراکز از نظر وضعیت اقتصادی و اجتماعی این شهر (با توجه به مناطق شهرداری) به صورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به تعداد تقریباً مشابه پرونده‌های بارداری در مراکز منتخب، از همه مراکز با استفاده از پرونده زنان باردار، ۴۷ نمونه با لحاظ نمودن معیارهای مشخص شده وارد مطالعه شدند. در محاسبه حجم نمونه با توجه به استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و نگرانی از نامشابه بودن خوشه‌ها اندازه اثر طرح برابر با ۲/۵ در نظر گرفته شد. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل رضایت زن باردار جهت شرکت در مطالعه و داشتن پرونده مراقبت در مرکز بهداشتی درمانی منتخب بود. زنان بارداری که مبتلا به بیماری‌های دیابت و قلبی-عروقی بودند که مانع دریافت خدمات دندانپزشکی می‌گردید، از مطالعه خارج شدند. این مطالعه مورد تأیید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. همچنین رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت کنندگان دریافت شد و اطلاعات جمع‌آوری شده از نمونه‌ها به طور محرمانه نگهداری گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها بر اساس مطالعات مشابه گذشته طراحی شده بود و شامل ۵ سؤال در خصوص ویژگی‌های جمعیت شناختی و زمینه‌ای (مانند: سن، شغل، تحصیلات، رتبه بارداری و سن بارداری در زمان مراجعه)، ۶ سؤال در خصوص رفتارهای مختلف بهداشت دهان و دندان (برای مثال *"یا در طی این بارداری جهت انجام معاینه دندان‌هایتان، به دندانپزشک مراجعه کرده‌اید؟"*)، ۱ سؤال در خصوص علائم مشکلات دندانی در طی بارداری (*"در طی بارداری خود، کدامیک از مشکلات شامل درد دندان، خونریزی لثه، بدبویی دهان، مزه بد دهان، خشکی دهان را داشته‌اید؟"*)، ۱۰ سؤال در خصوص افراد تأثیرگذار جهت تشویق به انجام رفتارهای بهداشت دهان و دندان و مراجعه به پزشک (برای مثال *"مامایی که از من مراقبت می‌کند مرا تشویق می‌کند که به دندانپزشک مراجعه کنم"*)، ۷ سؤال در خصوص موانع درک

بارداری عمدتاً مربوط به خطر تولد نوزاد زودرس می‌باشد. از زمان کشف رابطه بین بیماری‌های پریدنتال با خطر بالقوه برای زایمان زودرس در اواسط دهه ۱۹۹۰ تاکنون، مطالعات اپیدمیولوژیکی و مداخله‌ای متعدد، وجود این رابطه را مورد تأیید قرار داده‌اند [۵، ۶]. همچنین ثابت شده است که بهداشت ضعیف دهان و دندان با بیماری‌هایی مانند دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و بعضی بیماری‌های تنفسی ارتباط دارد. به عنوان مثال برای زنان دیابتی، کنترل سلامت دهانی قبل از بارداری بسیار مهم است، زیرا عفونت‌های حاد و مزمن، کنترل دیابت آنها را مشکل می‌سازد [۴]. از طرف دیگر شواهد نشان‌دهنده ارتباط قوی بین وضعیت بهداشت دهان و دندان مادر و کودک می‌باشد. Meyer و همکاران در طی انجام یک مطالعه طولی نشان دادند که برنامه مراقبت بهداشت دهان و دندان در زنان باردار تأثیرات مثبتی بر وضعیت دندان کودکانشان در ۳، ۶ و ۱۴ سالگی دارد [۷]. این یافته اهمیت پیشگیری از مشکلات دهان و دندان در زنان باردار را در کاهش پوسیدگی دندان کودکان در سال‌های دورتر مورد تأیید قرار می‌دهد.

کنترل و کاهش پلاک دندانی با اتخاذ رفتارهایی مرتبط شامل مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و استفاده از دهان شویه و نیز افزایش مراقبت‌های دهان و دندان توسط ارائه دهندگان خدمات سلامتی در طی بارداری می‌تواند سهمی قابل توجه در کاهش مشکلات دهان و دندان در زنان باردار و پیامدهای آن داشته باشد. هر چند مطالعات مختلف بیانگر وضعیت نامطلوب این شاخص‌ها در کشورهای مختلف است. به دلیل آگاهی ضعیف و نیز عدم درک اهمیت مراقبت‌ها در این دوران از جانب دندانپزشکان و مادران، درمان‌های دندانی در طول دوران بارداری به درستی پیگیری نمی‌شوند، به طوری که آمارهای مربوط به کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نشان می‌دهد کمتر از نیمی از زنان باردار در طول بارداری توسط دندانپزشک معاینه می‌شوند [۸، ۹]. به عنوان مثال در ایالت‌های مختلف آمریکا میزان مراجعه از ۲۳ تا ۳۵ درصد گزارش شده است [۸، ۱۰]. همچنین نتایج مطالعه شمسی و همکاران نشان داد که اکثر مادران باردار تنها یک بار در روز مسواک می‌زنند و کمتر از نیمی از آنها از نخ دندان استفاده می‌کنند [۱۱]. بر اساس نتایج مطالعه حاجی کاظمی و همکاران نیز در حدود یک سوم زنان باردار دارای عملکرد مناسب در زمینه مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان بودند [۱۲]. با توجه به اهمیت توجه به بهداشت دهان و دندان زنان باردار و عوامل مرتبط با آن و نیز محدودیت مطالعات داخل کشور در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی

استفاده می‌کردند. در حدود ۸۰ درصد از زنان باردار اظهار کردند که هیچ‌گاه از دهان شویه استفاده نمی‌کنند. نیمی از زنان باردار در طی بارداری اخیر خود به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. همچنین اکثر (۶۳ درصد) زنان قبل از بارداری نیز برای کنترل وضعیت دندان‌های خود به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. در حدود یک پنجم (۲۳ درصد) شرکت کنندگان گزارش کردند که در طی بارداری اخیر خود در هنگام مسواک زدن خونریزی از لثه داشتند. کمتر از نیمی از زنان باردار مورد مطالعه (۴۵ درصد) دندان درد را تجربه کرده و در حدود یک چهارم آنها بدبویی دهان را در طی بارداری اخیر خود گزارش کردند.

شده مرتبط با مسواک زدن (برای مثال "خستگی بیش از حد مانع از این می‌شود که من حداقل ۲ بار در روز مسواک بزنم") و ۷ سؤال در خصوص موانع درک شده مربوط به مراجعه به دندانپزشک (برای مثال "نگرانی از هزینه‌ها مانع از این می‌شود که به دندانپزشک مراجعه کنم"). بود. سؤالات مربوط به موانع و افراد تأثیرگذار بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینشی (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱) طراحی شده بودند.

روایی محتوای پرسشنامه‌های اولیه با مراجعه به پانل متخصصان شامل یک دندانپزشک و ۵ متخصص آموزش بهداشت ارزیابی شد. نسبت روایی محتوایی (CVR)، وضوح و سادگی سؤالات بررسی شدند. در نسخه اولیه پرسشنامه، نسبت روایی محتوا برای کلیه سازه‌ها بیش از ۰/۸ به دست آمد. پس از انجام اصلاحات پیشنهادی متخصصین، این شاخص به میزان قابل قبول بر اساس جدول لاوشه افزایش یافت (۹۹٪ CVR =). برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها یک مطالعه پایلوت به حجم نمونه ۳۰ نفر انجام و ضریب آلفای کرونباخ سؤالات بیش از ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین به منظور بررسی روایی ظاهری پرسشنامه کلیه سؤالات برای ۳۰ زن باردار شرکت کننده در مطالعه پایایی خوانده شد و نوع برداشت و سطح دشواری سؤالات بررسی و اصلاحات پیشنهادی اعمال گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS صورت گرفت. روش‌های آماری به کار رفته شامل آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک بود. از رگرسیون لجستیک به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای مادری با عدم مراجعه به دندانپزشک و عدم مسواک زدن استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌های آماری بکار رفته کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش $27 \pm 4/88$ سال بود. تقریباً ۳۸ درصد از زنان باردار مورد بررسی و ۳۹ درصد از همسران آنها دارای تحصیلات دیپلم بودند. حدود ۲۸ درصد از آنها دومین بارداری خود را تجربه می‌کردند. ۴۹ درصد در سه ماهه سوم، ۳۵ درصد در سه ماهه دوم و ۱۶ درصد در سه ماهه اول بارداری بودند (جدول ۱).

نتایج مربوط به رفتارهای بهداشت دهان و دندان زنان باردار مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. اکثر زنان باردار مورد مطالعه (۶۸ درصد) تنها یک بار در روز مسواک می‌زدند و تعداد کمی (۱/۸ درصد) از آنها بعد از هر وعده غذایی دندان‌های خود را مسواک می‌زدند. ۹۵ درصد از شرکت کنندگان گزارش کردند که برای مسواک زدن از خمیر دندان

مشخصات جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد
گروه‌های سنی		
۲۴ - ۱۵ سال	۷۴	۲۶
۳۴ - ۲۵ سال	۱۸۹	۶۸
۴۴ - ۳۵ سال	۱۷	۶
سطح تحصیلات		
بیسواد	۱۰	۳/۵
ابتدایی	۵۰	۱۸
سیکل	۶۰	۲۱
دیپلم	۱۰۶	۳۸
دانشگاهی	۵۴	۱۹
وضعیت اشتغال		
خانه دار	۲۶۰	۹۲/۲
شاغل	۲۰	۷/۸
سن بارداری		
سه ماهه اول	۴۵	۱۶
سه ماهه دوم	۹۸	۳۵
سه ماهه سوم	۱۳۷	۴۹
رتبه بارداری		
اول	۱۶۹	۶۰/۴
دوم	۷۸	۲۸
سوم	۲۴	۸/۶
چهارم و بیشتر	۹	۳

در رابطه با موانع درک شده رفتار مسواک زدن، خستگی بیش از حد (۴۳/۹ درصد) و بی‌حوصلگی (۲۲/۹ درصد) بیش از سایر موارد، مانع از انجام رفتار می‌شدند. در خصوص موانع رفتار مراجعه به دندانپزشک، هزینه زیاد (۴۹/۳ درصد)، احساس عدم نیاز (۴۸/۶ درصد) و استرس‌آور بودن محیط دندانپزشکی (۲۲/۹ درصد) از تأثیرگذارترین موانع ذکر شده بودند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که حدود ۶۰ درصد زنان باردار، ماما را مهمترین فرد تأثیرگذار در تشویق به رعایت رفتارهای بهداشت دهان و دندان در طی بارداری و مراجعه به دندانپزشکی گزارش کردند. بر اساس نتایج رگرسیون لجستیک جهت پیش‌بینی رفتار عدم مراجعه به دندانپزشک، شغل مادر و وضعیت اقتصادی خانوار از متغیرهای تأثیرگذار بر رفتار مذکور بودند. عبارتی مادرانی که درآمد خانوار را در سطح ضعیفی گزارش کرده بودند (۴/۰۸ = نسبت شانس) و همچنین مادران شاغل (۳/۵۳ = نسبت شانس) به احتمال کمتری در طی بارداری خود به دندانپزشک مراجعه می‌نمودند. تکرار این آنالیز برای رفتار عدم مسواک زدن نشان داد که هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی ارتباط معنی‌داری با این رفتار نداشتند ($P < 0/05$) (جدول ۳).

رفتارهای بهداشت دهان و دندان	تعداد	درصد
مراجعه به دندانپزشک در طی بارداری اخیر	۱۵۲	۵۴
مسواک زدن روزی یک بار (قبل از خواب)	۱۹۰	۶۸
مسواک زدن بعد از هر وعده غذایی	۳۳	۱۱/۸
استفاده از خمیر دندان	۲۶۶	۹۵
استفاده از دهان شویه	۵۶	۲۰
فاصله زمانی از آخرین مراجعه به دندانپزشکی قبل از بارداری اخیر		
۶ ماه و کمتر	۱۴۲	۵۱
۶-۱۲ ماه	۶۶	۲۳
۱-۲ سال	۲۳	۸
۲-۳ سال	۱۷	۶
۳-۵ سال	۶	۲
بیشتر از ۵ سال	۱۳	۵
هرگز مراجعه نکرده	۱۳	۵

سن مادر	عدم مراجعه به دندانپزشک			عدم مسواک زدن		
	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵%	سطح معنی‌داری	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵%	سطح معنی‌داری
۲۴ - ۱۵ سال	۲/۰۷	۰/۵۲-۸/۱	۰/۲۹۹	۳/۳۹	۰/۶۶-۱۷/۴۴	۰/۱۴۴
۳۴ - ۲۵ سال	۲/۴۴	۰/۶۷-۸/۱۸	۰/۱۷۲	۳/۰۷	۰/۶۳-۱۴/۷۹	۰/۱۶۱
۴۴ - ۳۵ سال	--	---	--	--	۱ (متغیر فرنس)	--
تحصیلات مادر						
بیسواد	۳/۵۶	۰/۶۶-۱۹/۲۳	۰/۱۳۳	۰/۷۴	۰/۱۲-۴/۵۲	۰/۷۴۰
ابتدایی	۱/۵۶	۰/۵۷-۴/۲۸	۰/۳۸۸	۰/۹۶	۰/۳۴-۲/۷۳	۰/۹۴۳
راهنمایی	۱/۵۸	۰/۶۱-۴/۱۰	۰/۳۴۵	۱/۳۹	۰/۵۲-۳/۶۶	۰/۵۰۱
دیپلم	۱/۳۴	۰/۵۹-۳/۰۱	۰/۴۷۱	۱/۱۸	۰/۵۰-۲/۷۶	۰/۹۶۱
دانشگاهی	--	---	--	--	۱ (متغیر فرنس)	--
وضعیت اشتغال						
شاغل	۳/۵۳	۱/۰۴-۱۱/۹۴	۰/۰۴۲	۰/۹۳	۰/۲۸-۳/۰۷	۰/۹۱۲
خانه دار	--	---	--	--	۱ (متغیر فرنس)	--
وضعیت اقتصادی خانوار						
ضعیف	۴/۰۸	۱/۳۷-۱۲/۰۷	۰/۰۱۲	۱/۷۱	۰/۵۸-۵/۰۴	۰/۳۲۲
متوسط	۲/۳۸	۰/۹۹-۵/۶۸	۰/۰۵۲	۱/۱۸	۰/۳۷-۴/۱۱	۰/۷۸۶
خوب	--	---	--	--	۱ (متغیر فرنس)	--

بحث

را کاملاً عادی در نظر گرفته و بر اساس مشاهده این حالت تغییری در وضعیت مراقبت از دندان‌های خود ایجاد نکرده بودند [۲]. این تأکید مبین آن است که زنان باردار در طی مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های بارداری، اطلاعات چندانی در رابطه با اهمیت مراقبت از دندان در این دوران دریافت نمی‌کنند. در مطالعه حاضر، وضع زنان باردار از جهت مراجعه به دندانپزشک مطلوب نبود و تنها ۳۶/۴ درصد به دندانپزشک مراجعه کرده بودند. این در حالی است که بر اساس برنامه کشوری مراقبت‌های دوران بارداری لازم است تا سه نوبت مراقبت از مادران در ماه سوم، پنجم و هفتم بارداری انجام گیرد. مطالعه‌ای که در شهر اراک انجام شد نیز میزان مراجعه به دندانپزشکی در دوران بارداری را بسیار محدود گزارش کرده است [۱۱]. مطالعات متعدد نیز گزارش می‌کنند که حداکثر در حدود نیمی از زنان در طی بارداری به دندانپزشکی مراجعه می‌کنند [۸، ۹].

در پژوهش حاضر، بیش از نیمی از شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که پرسنل ماما در مقایسه با دیگران نقش مهمتری در تشویق آنها برای مراجعه به دندانپزشک دارند. با توجه به میزان کم مراجعات، به نظر می‌رسد در کنار سایر موانع مراجعه به دندانپزشک در طول بارداری، عدم تأکید ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشتی درمانی به این موضوع به دلیل نگرانی از پیامدهای آن بر بارداری مطرح باشد. این یافته با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد. برای مثال، نتایج مطالعه Al-Habashneh و همکارانش [۱۹] نشان دادند که ۸۸ درصد از پزشکان، موکول نمودن درمان مشکلات دهان و دندان به بعد از بارداری را به زنان باردار توصیه می‌نمودند و تنها ۵۴ درصد از آنها معتقد بودند که مشکلات دندانی می‌تواند بر پیامدهای بارداری مؤثر باشد. در مطالعه حاضر عواملی مانند هزینه زیاد، احساس عدم نیاز و استرس‌آور بودن محیط دندانپزشکی به عنوان موانع مراجعه به دندانپزشک مطرح بودند. مطالعات گذشته نیز به این عوامل به عنوان موانع دریافت خدمات دندانپزشکی در طی بارداری اشاره کرده‌اند. به عنوان مثال Detman و همکاران در بررسی موانع دریافت خدمات دندانپزشکی در دوران بارداری به عواملی مانند فقدان پوشش بیمه‌ای، دشواری در یافتن دندانپزشک، اهمیت کم مراقبت‌ها در دوران بارداری و باورهای نادرست در رابطه با ایمنی مراقبت‌ها در بارداری اشاره کرده‌اند [۲۰]. همچنین Saddki و همکاران [۲۱] نیز عدم آگاهی مادران در خصوص وجود رابطه بین بهداشت دهان و دندان و پیامدهای بارداری را به عنوان مهمترین مانع مراجعه به دندانپزشک گزارش کردند.

نتایج این مطالعه نشان داد که رفتارهای مراقبتی بهداشت دهان و دندان در زنان باردار شهر همدان در حد مطلوب نمی‌باشد، به طوری که اکثر آنها علی‌رغم نیاز بیشتر به مسواک زدن در این دوران، تنها به یک بار مسواک زدن قبل از خواب اکتفا کرده و در حدود نیمی از آنها هرگز به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. مقایسه این نتایج با یافته‌های مطالعات مشابه در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که عدم توجه کافی به بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری در این مناطق یک مشکل فراگیر است. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای در عربستان کمتر از نیمی از زنان باردار گزارش کردند که دو بار در روز مسواک می‌زنند [۱۳]. Vasiliauskiene در طی مطالعه خود در بین زنان لیتوانیایی گزارش کرد که تنها در حدود ۲۷ درصد از زنان باردار دو بار در روز مسواک می‌زنند و بیش از نیمی از آنها تنها یک بار در روز مسواک می‌زنند [۱۴]. همچنین نتایج مطالعه احمدیان و همکاران نشان داد که زنان باردار آسیایی مقیم انگلستان از رفتارهای بهداشتی دهان و دندان ضعیفی برخوردار بودند و ۶۵ درصد آنها تنها یکبار در روز مسواک می‌زدند [۱۵]. به نظر می‌رسد این وضعیت در کشورهای توسعه یافته‌تر مطلوب‌تر باشد، به طوری که بر پایه مطالعات انجام شده در این کشورها، اکثر زنان باردار دو یا سه بار در روز مسواک می‌زنند [۱۶، ۱۷].

شواهد حاصل از مطالعات متعدد نشان داده است که تغییرات هورمونی در بارداری موجب افزایش حساسیت لثه‌ها می‌شود. در مطالعه حاضر در حدود یک پنجم زنان باردار مورد مطالعه گزارش کردند که در هنگام مسواک زدن دچار خونریزی از لثه می‌شوند. این میزان در مقایسه با شیوع بیماری‌های پرپودنتال در بارداری که در مطالعات بالینی گزارش شده است، پایین است. در مطالعات مختلف مقادیر متفاوتی در این زمینه توسط زنان باردار گزارش شده است. به عنوان مثال، در مطالعه Al-Turck [۱۳] ۶۵ درصد و در مطالعه Christensen و همکاران [۲] در حدود یک سوم زنان باردار علایم التهاب لثه را گزارش کردند. این نتایج علاوه بر تفاوت در وضعیت بهداشت دهان و دندان زنان باردار در جوامع مختلف، ممکن است منعکس کننده سوگیری مربوط به سنجش خودگزارش‌دهی باشد. در مطالعات مربوط به بررسی روایی سنجش‌های خودگزارش‌دهی سلامت دهان و دندان، مشخص شده است که در این سنجش‌ها در مقایسه با ارزیابی‌های بالینی کم گزارش می‌افتد [۱۸]. در مطالعه Christensen و همکاران گزارش شد که زنان باردار مورد مطالعه علایمی مانند خونریزی از لثه‌ها در حین مسواک زدن

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حکایت از آن دارد که وضعیت رعایت بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر همدان مطلوب نیست. لذا ضمن تلاش در جهت رفع موانع ساختاری نظام سلامت از جمله افزایش پوشش بیمه‌ای و افزایش دسترسی به مراقبت‌ها، لازم است تا سیاست‌های مناسب در جهت آموزش فراگیر به جامعه به ویژه زنان باردار در مورد اهمیت بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری تدوین شود. همچنین با توجه به نقش نگرش ارائه دهندگان خدمات سلامت، گنجاندن مباحثی در رابطه با اهمیت آموزش مراجعین در زمینه مراقبت‌های دهان و دندان در دوران بارداری در کوریکولوم آموزشی رشته‌هایی مانند پزشکی، دندانپزشکی و مامایی ارزشمند خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی همدان (مرکز پژوهش دانشجویان) با شماره ثبت ۹۲۰۳۰۷۷۸۸ انجام شده است که نهایت سپاس و قدردانی به عمل می‌آید. نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی منتخب و شرکت کنندگان در این مطالعه اعلام می‌نمایند.

REFERENCES

- Krejci CB, Bissada NF. Women's health: periodontitis and its relation to hormonal changes, adverse pregnancy outcomes and osteoporosis. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(1):83-92. PMID: 22908092
- Christensen LB, Jeppe-Jensen D, Petersen PE. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *J Clin Periodontol*. 2003;30(11):949-53. PMID: 14761116
- Orloff NC, Hormes JM. Pickles and ice cream! Food cravings in pregnancy: hypotheses, preliminary evidence, and directions for future research. *Front Psychol*. 2014;5:1076. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01076 PMID: 25295023
- Rashidi Maybodi F, Haerian-Ardakani A, Vaziri F, Khabbazian A, Mohammadi-Asl S. CPITN changes during pregnancy and maternal demographic factors' impact on periodontal health. *Iran J Reprod Med*. 2015;13(2):107-12. PMID: 26000000
- Shub A, Wong C, Jennings B, Swain JR, Newnham JP. Maternal periodontal disease and perinatal mortality. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(2):130-6. PMID: 19441161
- Polyzos NP, Polyzos IP, Mauri D, Tzioras S, Tsappi M, Cortinovic I, et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):225-32. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.09.020 PMID: 19254578
- Meyer K, Geurtsen W, Gunay H. An early oral health care program starting during pregnancy: results of a prospective clinical long-term study. *Clin Oral Investig*. 2010;14(3):257-64. DOI: 10.1007/s00784-009-0297-x PMID: 19543927
- Lydon-Rochelle MT, Krakowiak P, Hujoel PP, Peters RM. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *Am J Public Health*. 2004;94(5):765-71. PMID: 15117698
- Rahman MM, Hassan MR, Islam MZ, Ahmad MS, Alam MM, Islam KM. Oral Health Status of Pregnant Women attended the Mothers and Children Welfare Center (MCWC) in Bangladesh. *City Dent Coll J*. 2013;10(2):1-4.
- Ressler-Maerlender J, Krishna R, Robison V. Oral health during pregnancy: current research. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005;14(10):880-2. DOI: 10.1089/jwh.2005.14.880 PMID: 16372888
- Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. [A Survey of Oral Health Care Behavior in Pregnant Women of Arak: Application of Health Belief Model]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;22(89):104-15.
- 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. *Eur J Scientific Res*. 2008;24(4):556-62.
- Al-Turck K. Self-reported dental care and dietary habits of Saudi pregnant women in prenatal clinic in Riyadh. *Pakistan Oral Dent J*. 2005;25(1):75-80.
- Vasiliauskienė I. Oral health status of pregnant women. *Stomatologija Baltic Dent Maxillofac J*. 2003;5(2):57-61.
- Ahmadian Yazdi A, Sanatkhani M. [A descriptive survey of the oral health on a group of the Asian pregnant women resident in the UK]. *J Mashhad Dent Sch*. 2004;27(3):93-9.
- George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Aust Dent J*. 2013;58(1):26-33. DOI: 10.1111/adj.12024 PMID: 23441789
- Martinez-Beneyto Y, Vera-Delgado MV, Perez L, Maurandi A. Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;114(1):18-22. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.03.003 PMID: 21529807
- Gilbert AD, Nuttall NM. Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J*. 1999;186(5):241-4. PMID: 10205972
- Al-Habashneh R, Aljundi SH, Alwaeli HA. Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. *Int J Dent Hyg*. 2008;6(3):214-20. DOI: 10.1111/j.1601-5037.2008.00320.x PMID: 18768026
- Detman LA, Cottrell BH, Denis-Luque MF. Exploring dental care misconceptions and barriers in pregnancy. *Birth*. 2010;37(4):318-24.

- DOI: [10.1111/j.1523-536X.2010.00427.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00427.x) PMID: 21083724
21. Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health*. 2010;**10**:75. DOI: [10.1186/1471-2458-10-75](https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-75) PMID: [20163741](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20163741/)
 22. Marchi KS, Fisher-Owen SA, Weintraub JA, Yu Z, Braveman PA. Most pregnant women in California do not receive dental care: findings from a population-based study. *Public Health Rep*. 2010;**125**(6):831-42. PMID: [21121228](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21121228/)
 23. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. [Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: a Longitudinal study in Zone 17 of Tehran]. *Hakim Res J*. 2009;**12**(2):38-47.

Assessment of Dental Care and its Related Barriers in Pregnant Women of Hamadan City

Farzaneh Bayat (MSc)¹, Akram Karimi-shahanjarini (PhD)^{2,*}, Saeed Bashirian (PhD)², Javad Feradmal (PhD)³

¹ Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Social Determinants of Health Research Center and Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center and Department of Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Akram Karimi-shahanjarini, PhD, Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: kari-mi.a@umsha.ac.ir

DOI: 10.21859/jech-03013

Received: 26.02.2016

Accepted: 29.05.2016

Keywords:

Care Practices

Oral Health

Pregnancy

Perceived Barriers

How to Cite this Article:

Bayat F, Karimi-shahanjarini A, Bashirian S, Feradmal J. Assessment of Dental Care and its Related Barriers in in Pregnant Women of Hamadan City. *J Educ Community Health*. 2016;3(1):20-27. DOI: 10.21859/jech-03013

© 2016 Journal of Education and Community Health

Abstract

Background and Objectives: Oral health behaviors of pregnant women are important due to their effects on mother and child's health. The objective of this study was to investigate dental care and its related barriers among pregnant women in Hamadan city, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 280 pregnant women in Hamadan city in 2012. We used stratified cluster sampling to select the subjects and a researcher-made questionnaire was used. The questionnaire included demographic information, common dental problems, visit of a dentist during pregnancy and tooth brushing, as well as the perceived barriers of these two behaviors. The reliability and validity of the tool were evaluated using estimates of internal consistency and the opinions of a panel of experts, respectively. Data were analyzed in SPSS-16 using logistic regression test.

Results: The mean age of pregnant women was 27.2 ± 4.88 years. Tooth brushing after each meal and use of mouthwash rates were 12% and 20%, respectively. Half of the participants had not seen a dentist during their current pregnancy. The most important barriers to brush twice a day were impatience and lack of energy. Dental visit barriers were cost, low priority, and stress related to dentistry. Factors associated with no dental visit included poor economic status ($P = 0.01$) and working outside of home ($P = 0.04$).

Conclusions: Given the important adverse outcomes associated with poor oral health on mothers and babies, interventions to reduce the barriers of dental cares are crucial.