عنوان :بررسی عوامل موثر برارتقاءسلامت دهان ودندان زنان باردار

مبینا جابری [*۱،]

۱- (دانشجوی دکتری عمومی دندانپزشکی،دانشکده دنداتپزشکی،دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس)

(m.jaberi1385@gmail.com)

خلاصه

مقدمه وهدف: بارداری دوره ای است با تغییرات هورمونی و روانی، که میتواند بر سلامت دهان و دندان زنان تأثیر بگذارد مقاله حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر ارتقاء سلامت دهان ودندان در مادران باردار تهیه شده است

مواد وروشها: با جستجودرپایگاههای اطلاعاتی PubMed, Googl Scholar, BioMed Central, Proquest واز بانک اطلاعات نشریات کشور(magiran)وپایگاه اطلاعات علمی جهاددانشگاهی(SID)با استفاده ازکلمات کلیدی از سال ۲۰۰۳تا۲۰۲۴ جستجو شدند. نتیجه جستجوی اولیه شامل ۸۵ مطالعه بود که ۵۴ مطالعه به دلیل تکراری بودن حذف شدند .در نهایت ۳۱ مقاله با متن کامل وارد مطالعه شدند .

یافته ها:۷۰ % مطالعات به صورت مقطعی انجام شده بودند .در بین پیامدهای مورد بررسی، ویزیت دندانپزشکی، بیماریهای پریودنتال و پوسیدگی دندانی بیشترین فراوانی را داشتند وآموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دهان ودندان برسلامت مادران باردار موثر می باشد

نتیجه گیری: آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دهان و دندان مادران باردارو‌خدمات پیشگیرانه درکوتامدت اثرات مثبتی بر سلامت دهان و دندان زنان باردار دارد.

کلمات کلیدی: عوامل موثر،بهداشت دهان ودندان،ارتقاءسلامت،خدمات پیشگیرانه،زنان باردار

۱. مقدمه :

سازمان جهانی بهداشت در جهت اجرای برنامه پیشگیری از بیماریهای مزمن، سیاستهایی برای کنترل عوامل خطر مرتبط باسلامت دهان از طریق کنترل عوامل خطر مشترک از جمله مصرف دخانیات، مصرف الکل، رژیم غذایی و بهداشت در نظر گرفته است [۱]. این سازمان سلامت دهان را جزئی ضروری ازسلامت عمومی افرادمیداند و ادغام برنامه های ارتقای سلامت دهان با برنامه های سلامت. عمومی در سطوح ملی و جامعه را در دستور کار خود قرار داده است[۲].

در دوران بارداری تغییرات هورمونی باعث تغییراتی در عروق خونی لثه و افزایش پاسخ به فاکتورهای

موضعی همچون پلاک وجرم میشود.اکثر مطالعات بیانگر این هستندکه بارداری می تواند استعداد به بیماری پریودنتال و پوسیدگی دندان را افزایش دهد. همچنین افزایش شیوع ژنژیویت، هایپرپلازی لثه، پیوژنیک گرانولوما و ... درحفره دهان افراد باردار مشاهده می شود.[۳]. ژنژیویت دوران بارداری به علت افزایش پروژسترون و تاثیر آن روی عروق لثه می باشد. میزان ترشح استروژن دربارداری ۳۰ مرتبه و پروژسترون ۱۰مرتبه بیشتر از دوران قاعدگی است. ارتباط بین بارداری وبیماری های پریودنتال سالهاست که شناخته شده، ولی تحقیقات کنونی به این موضوع که ممکن است بیماریهای پریودنتال روی سلامت عمومی تاثیر داشته باشند اشاره می کنند. بیماری های پریودنتال در خانم های باردارسبب افزایش ریسک تولد نوزادان کم وزن(نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰گرم هنگام تولد(و نوزادان نارس نوزادانی که قبل از هفته ۳۷بارداری به دنیا می آیند(می شوند [۴] .

بارداری میتواند در کاهش عوارض بارداری و نیز ارتقای سطح کیفیت زندگی و سلامت مادر و کودک مؤثرباشد[۵] .علاوه بر این، عادات بهداشتی مادران در دوره بارداری میتواند به فرزندانشان نیز منتقل شود [۶].همچنبن برای داشتن یک زندگی خوب و سالم، به سلامت جسمی و روحی نیاز است. سلامت دهان نیز از جمله مواردی است که کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرارمی دهد. در دوران بارداری هورمونهای جنسی استروژن و خصوصاً پروژسترون در سطح بالایی قراردارند که باعث تغییراتی در عروق خونی لثه و افزایش پاسخ به فاکتورهای موضعی همچون پلاک و جرم می شود. اکثر مطالعات بیانگر این هستند که بارداری می تواند استعداد به بیماری پریودنتال و پوسیدگی دندان را افزایش دهد. در دوران بارداری کمیت وکیفیت بزاق تحت تأثیر قرار می گیرد که به دلیل نقش بزاق بر سلامت دهان مؤثر است. همچنین افزایش شیوع ژینژیویت ، هایپرپلازی لثه، پیوژنیک گرانولوما و ... در حفره دهان افراد باردار مشاهده می شود[۷]. اکثر زنان متعاقب تغییرات هورمونی در دوره بارداری، درجاتی ازالتهاب لثه را در این دوران تجربه میکنند و میزان شیوع ژنژیویت دراین دوران در مطالعات مختلف بین ۳۶ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است[۸].

بررسی رابطه بین سلامت عمومی و سبک زندگی با سلامت دهان، نشان میدهد که سلامت عمومی و گروهی از عوامل خطر مانند مصرف الکل و سیگار با بیماریهای پریودنتال مرتبط است) [۹]. . همچنین،پریودنتیت و بیماریهای غیر واگیر عوامل خطر مشترکی از جمله رفتارهای پیشگیرانه و دانش سلامت دارند .به علاوه پریودنتیت خود به عنوان عامل خطر برای گروهی از بیماریها از جمله دیابت، بیماریهای قلبی عروقی و بیماریهای کلیوی مطرح است[۱۰].همچنین مطالعات بسیاری نشان داده اند که میکروارگانیسمهای ایجاد کننده(پریودنتیت از طریق جریان خون به سیستم تولید مثل میرسند و یک پاسخ التهابی ثانویه ایجاد میکنند[۱۱]. در برخی موارد تولد زودرس،که یکی از پاتوژنهای بیماری پریودنتال است، P.Gingivalisباکتری در مایع آمنیوتیک دیده شده است[۱۲].

ویلا و همکاران 2011) طی مطالعه ای گزارش شخصی عادت بهداشت دهانی و علائم پریودنتال را در زنان پس از زایمان بررسی کردند تا دریابند که چه هنگام گزارش شخصی علائم پریودنتال با علائم کلینیکی بیماری پریودنتال ارتباط دارد .آن ها به این نتیجه رسیدند که بیماری پریودنتال وابسته به زایمان با توصیفات شخصی فرد از تورم لثه و لقی دندان مرتبط میباشد و دندانپزشک و متخصص زنان می توانند تنهابا پرسیدن سؤال در زمینه تورم لثه و لقی دندان دردوران بارداری از وجود خطر بالای بیماری پریودنتال درافراد باردار آگاهی یابند .این امر نشان دهنده این است که زنان باردار خود از شرایط دهانی خود تا حدودی آگاهی دارند و

می توانند مشکلات دهانی خود را باپزشک زنان و یا ماما که ارتباط بیشتری با زنان باردارند مطرح کنند[۱۳].

برخی یافته ها ارتباط قوی میان بیماریهای پریودنتال و افزایش احتمال بروز پره اکلامپسی، تولد نوزاد نارس و نوزاد با وزن کم را نشان میدهد[۱۴]. همچنین یک مرورسیستماتیک که رابطه میان عوارض ناخوشایند بارداری و پریودنتیت را بررسی کرده است نشان داد که پریودنتیت عامل خطری برای تولدزودرس و تولد زودرس با وزن کم است. گرچه این رابطه ضعیف گزارش شده بود[۱۵] .

افزایش شیوع بیماریهای دهان و دندان در زنان بارداری تواند در اثر کاهش سطح بهداشت دهان مورد نیازباشد، چرا که اکثر زنان باردار از حالت تهوع و استفراغ و رفلاکس اسید در طول بارداری رنج می برند و ممکن است نسبت به استفاده از خمیردندان و دهانشویه حساس باشند .علاوه بر این مصرف کربوهیدرات ها نیزبه دلیل رژیم غذایی نامناسب در دوران بارداری افزایش می یابد .عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر میزان مراجعه به دندانپزشکی، عوامل اقتصادی اجتماعی، سطح آموزش و تحصیلات و مراقبت های دندانی قبل ازبارداری نیز بر روی وضعیت دهانی بیمار مؤثر هستند.توصیه میشود که افراد باردار حداقل یک بار در طول بارداری از نظر دندانی و بهداشت دهان و دندان معاینه شوند) [۱۶].این در حالی است که در مطالعات قبلی مشاهده شده است که زنان باردار با وجود مشکلات دندانی اغلب در طول بارداری به دندانپزشکی مراجعه نمی کنند [۱۷،۱۸] .

مقایسه وضعیت بهداشت دهان، شرایط لثه ای و پریودنتال و نیازهای درمانی زنان باردار و غیر باردار نشان میدهد که بهداشت دهان زنان باردار ضعیفتر است. همچنین میزان بیماریهای پریودنتال در میان زنان باردار بیشتر است و انواع شدیدتر ژنژیویت هم در میان زنان باردار دیده میشود. میزان ژنژیویت به تدریج از سه ماهه اول تا سه ماهه سوم افزایش میابد و تغییرات هورمونی به عنوان فاکتور مستعد کننده و وجودجرم موضعی به عنوان عامل تسریع کننده تغییرات پریودنتال در دوره بارداری مطرح هستند [۱۹].

بافتهای دهان میتوانند تحت تاثیر بارداری قرار گیرند. اگرچه اعتقاد بر ای ن است که باردار ی میتواند برای دندانها مضر باشد؛ ولی هنوز اثراتبارداری بر شروع و پیشرفتپوسیدگی دندانها ثابتنشده است. دندانها ط ی دوران بارداری نرمتر یا لقتر نمیشوند و جرم هم به خاطر باردار ی ایجاد نخواهد شد. اغلبپوسیدگی، لقی یا جرم دندانی در دوران بارداری به خاطر تغییرات محیط اطرافدندانها صورت میگیرد. زیرا تعدادمیکروارگانیسمهای پوسیدگیزا در بزاق به خاطر تغییر روش تغذیه بزاق و اثر بافر ی pH طی این دوران افزایشمییابد. از طرفدیگرآن کاهش میابد. در نتیجه در اثر عدم رعایت بهداشت پوسیدگی رخ میدهد.این اثرات میتواند دایمی یا موقتی باشند؛ امااغلب بارعایت دقیق بهداشتدهان و دندان قابل اجتناب است[۲۰]. همچنین زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به پوسیدگی دندانی هستند[۲۱] .

تا کنون مطالعات زیادی به بررسی اثر مداخلات آموزشی بر بهبودسطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار در رابطه با سلامت دهان پرداخته اند. نتایج حاصل از این مطالعات نشان داده است که زنان دردوران بارداری آمادگی دریافت مداخلات ارتقای سلامت را دارند و ارتقای نگرش آنها میتواند به سایر اعضای خانواده هم منتقل شود[۲۲].

در مطالعه ترابی و همکاران که روی ۱۴۸ زن باردار در کرمان انجام شد؛ بین شاخص نیاز درمانی پریودنتال

جامعه و متغیرهای سن، سطح سواد، وضعیت اشتغال، تعداد بارداری، تعداد فرزند، ماه فعلی بارداری، مراقبتهای قبلی دندانپزشکی و تعداد دفعات مسواک زدن ارتباط معنی داری وجود داشت[۲۳].

درمطالعه نازنین رحمتی وهمکاران تاکید برنقش سلامت دهان ودندان برکیفیت زندگی بشروابنکه ابزارهای مهمی ازجمله آموزش دندانپزشکی ونقش فعالیت دندانپزشکان جهت سنجش سلامت دهان ودندان وجود دارد [۲۴].

همچنین مطالعات زیادی عوامل تسهیل کننده و بازدارنده در استفاده از خدمات دندانپزشکی در میان زنان باردار را مورد مطالعه قرار داده اند.یافته های این مطالعات حاکی از آن است که عواملی مانند کمبود وقت ، هزینه خدمات [۲۵]، میزان درآمد سالانه[۲۷،۲۶] و سطح تحصیلات پایین [۲۸] از مهمترین موانع در استفاده از خدمات دندانپزشکی در دوره بارداری به شمار میروند.

از سویی دیگر عواملی مانند برخورداری از بیمه سلامت یا بیمه دندانپزشکی[۲۹،۳۰] و آگاهی از ارتباط میان سلامت دهان مادر و عوارض بارداری[۳۱]. از جمله عوامل تسهیل کننده در استفاده از خدمات دندانپزشکی در این دوره به شمارمیروند.اما تا کنون مطالعه ای جامع که همه عوامل مؤثر درجهت ارتقاءسلامت دهان ودندان را مورد بررسی قراردهد، انجام نگرفته است.

هدف از این مطالعه مروری، تعیین عوامل مؤثر در جهت ارتقاءسلامت دهان ودندان است. شناسایی دقیق این عوامل میتواند منجر به نیازسنجی بهترو برنامه ریزی مبتنی بر نیاز برای این گروه مهم و اثر گذار در جامعه گردد.

۲. روش کار:

با توجه به این که این مطالعه ازنوع مروری است، بنابراین روش اصلی گردآوری داده ها از نوع جستجودروبگاه های علمی بوده است.

۳. استراتژی جستجو:

مقالات از پایگاه های فارسی شامل بانک اطلاعات نشریات کشور(magiran)وپایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی(SID)با استفاده از کلیدواژه های بهداشت دهان ودندان، مادران باردار، دانش سلامت دهان، ارتقاء سلامت دهان، برنامه سلامت دهان بدون محدودیت زمانی و از پایگاه های داده بین المللی PubMed,Googl Scholar,BioMed Central,Proquest با استفاده از کلمات کلیدی ,Prevention ,Program ,Pregnantwomen,Education,Oral health ,promotion ,Knowledge,از سال ۲۰۰۳تا۲۰۲۴ جستجو شدند.

معیارهای انتخاب مقالات در پژوهش حاضر شامل :گروه هدف شامل مادران باردار، استفاده از مداخلات آموزشی ارتقاء سلامت دهان ودندان، چاپ مقاله به زبان های فارسی یا انگلیسی، شفاف بودن روش اجرا بود.جستجوی اولیه انجام شدو ۸۵ مقاله با متن کامل مورد بررسی قرار گرفت. وبا توجه به هدف مقاله تعداد ۳۱ مقاله برای انجام این مطالعه انتخاب شد..

جدول ۱- ویژگی ها وخلاصه یافته های مورد بررسی درخصوص ارتقاء سلامت دهان ودندان زنان باردار

ردیف	نویسندگان/ سال انجام	هدف مطالعه	شرکت کنندگان گروه هدف	نوع مطالعه	مداخله آموزشی	متغیرها	نتایج
۱	مجتمع دانشگاهی دندانپزشکی ایران، ۱۳۹۰	ارتقاء سلامت دهان ودندان در زنان باردار	مادران باردار	مروری	توزیع بروشور	آگاهی درمورد سلامت دهان ودندان	آموزش رفتارهای ارتقائ دهنده سلامت دهان ودندان
۲	Sigarodi A, et al. 2015 Rasht-Iran	بررسی تأثیرمداخله آموزشی براساس مدل اعتقادبهداشتی برعملکرد مادران باردار درزمینه بهداشت دهان و دندان	110نفراز مادران باردارمراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی	کارآزمایی بالینی	جلسات آموزشی شامل بحث گروهی ،سخنرانی، پرسش و پاسخ ،نمایش فیلم،ارائه بروشورو کتابچه آموزشی به همراه جلسه پیگیری، سه ماه پس ازمداخله	آگاهی درمورد سلامت دهان و دندان رفتار بهداشتی مرتبط باسلامت دهان ودندان شاخص پلاک دندانی	میانگین نمرات آگاهی و عملکرد مادران درخصوص انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان افزایش داشت.در نهایت بین آگاهی وعملکرد ارتباط مثبت مشاهده شد .شاخص پلاک نیز کاهش معنی داری نشان داد.

۳	Shamsi M, et al. 2012 Arak-Iran	تعیین تاثیربرنامه آموزشی مدون بر رفتارهای بهداشتی دهان ودندان مادران باردار	130نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکزبهداشتی درمانی	نیمه تجربی	جلسات آموزشی شامل سخنرانی ، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش عملی نحوه صحیح مسواک زدن واستفاده ازنخ دندان بااستفاده ازماکت دهان ودندان،پاورپوینت و نمایش فیلم. نگرش وعملکرد کوتاه مدت درزمینه انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان	آگاهی درمورد سلامت دهان و دندان اجزای مدل اعتقادبهداشتی رفتاربهداشتی مرتبط باسلامت دهان ودندان	نمره آگاهی، به طورمعنی دار نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرد. همچنین بین میانگین نمره مربوط به متغیرهای اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در هر گروه در خصوص انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری مشاهده شد.
۴	Noguchi M, et al. 2016 Hatsukaichi-Japan	بررسی اثربخشی برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان درمورد بیماری پریودنتال در میان خانم های باردار	207 نفرزمادران باردارمراجعه کننده به بیمارستان	نیمه تجربی	برنامه آموزشی شامل نمایشDVD همچنین مسواک زدن به روش toothpick همراه دو جلسه پیگیری درهفته های۲۰تا۲۹و۳۰تا۳۸بارداری	رفتاربهداشتی مرتبط باسلامت دهان ودندان شمارش میکروبی	عملکرد در زمینه انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در گروه آزمون بهبودپیدا کرد
۵	Romero R, et al.1990 Mexico city-Mexico	ارزیابی نتایج یک برنامه آموزشی درمورد تکنیک های طراحی شده بهداشت دهان ودندان برای جلوگیری ازبیماریهای دهان.	از۱۵۷نفر مادران باردار مراجعه کننده مراکزدندانپزشکی	تجربی	جلسات آموزشی شامل سخنرانی، ارائه جزوه، نمایش فیلم ویدئویی حاوی اطلاعات درمورد درمان و پیشگیری ازپوسیدگی دندان و بیماریهای پریودنتال وجلسه عملی درمورد نحوه مسواک زدن به روش استیلمن	آگاهی درمورد سلامت دهان و دندانرفتاربهداشتی مرتبط باسلامت دهان ودندان (نحوه صحیح مسواک زدن واستفاده ازنخ دندان)	نمره آگاهی درگروه آزمون بعدازمداخله افزایش پیدا کرد. همچنین اختلاف آماری معنی دار بین دو گروه در خصوص مهارت های عملی بهداشت دهان ودندان مشاهده شد.

۶	Adams S, et al. 2017 San Francisco-USA	بررسی سلامت دهان و دندان درمیان خانمهای بارداری که مراکزبارداری ارتقاء سلامت دهان و دندان،مداخله آموزشی دریافت میکنند درمقایسه با آنهایی که تنها خدمات استانداردرا در مرکز مراقبت های بارداری دریافت می کنند.	101نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکزبهداشتی	نیمه تجربی	جلسات آموزشی شامل بحث گروهی آزمایش برای بررسی سلامت لثه (Toothpick test)نحوه صحیح مسواک زدن براساس مدل آموزش مبتنی بر مهارت، به همراه جلسه پیگیری، دوماه پس ازمداخله	گاهی درمورد سلامت دهان ودندان رفتاربهداشتی مرتبط باسلامت دهان ودندان شاخص پلاک خونریزی لثه هنگام پروبینگ عمق پاکت	بین نمرات آگاهی قبل و دو ماه بعد از مداخله هیچ اختلاف معنی داری در هر دوگروه دیده نشد .نمره شاخص پلاک از 0.93به 0.77، خونریزی لثه هنگام پروبینگ از 20.5%به 14.5 %و عمق پاکت از 23.2 %به 20.4%در گروه آزمون کاهش یافت.
۷	Ramezani N, et al. 2014 Zahedan-Iran	بررسی اثرات دو روش ارائه راهنمایی پیش بینی شده بردانش، نگرش و رفتارزنان باردار در ارتباط با مراقبت از سلامت دهان وتاثیر آن برلثه	90نفر ازمادران باردارمراجعه کننده به مراکزبهداشتی	نیمه تجربی	جلسات آموزشی شامل ارائه پاورپویت وتوزیع بروشوربه همراه جلسه پیگیری، یک ماه پس ازمداخله	آگاهی درمورد سلامت دهان و دندان نگرش رفتار بهداشتی مرتبط با سلامت دهان ودندان شاخص اصلاح شده لثه(MGI)	نمرات آگاهی، نگرش،عملکرد در زمینه انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان و شاخص اصلاح شده لثه در هر دو گروه آزمون مستقیم و غیر مستقیم،به طور معنی دار نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرد.

۴.نتایج و یافته ها:

همانطور که در جدول ویژگی ها وخلاصه یافته های مورد بررسی، نشان داده شده است کلیه مطالعات وبررسی ها حاکی ازآن است که کلیه عوامل موثر و مداخلات انجام شده جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان زنان باردار در بر گیرنده برنامه های آموزشی به صورت جلسات آموزش گروهی، آموزش فردی و ارائه

خدمات پیشگیرانه، که دربعضی ازبرنامه های آموزشی شامل جلسات سخنرانی گروهی به همراه پرسش و پاسخ و توزیع بروشور، وبرخی از مطالعات ارائه خدمات پیشگیرانه و DVDجلسات آموزشی به صورت نمایش بود

۵. بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر ارتقاء سلامت دهان و دندان مادران باردار، انجام گرفت. به طور کلی ۳۱مقاله در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. پیامدهایی که در این مطالعات به عنوان هدف مورد سنجش قرار گرفته بودند متفاوت بوده واز بررسی میزان پوسیدگی دندانی تا بررسی کیفیت زندگی مرتبط باسلامت دهان را شامل میشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که مادران باردار عملکرد ضعیفی درخصوص انجام مراقبتهای بهداشت دهان ودندان دارند به گونه ای 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 شر ایط فیزیولوژیک مادران و تغییرات هورمونی و جسمی باشد که بر ای 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 مسواک زدن و نخ کشیدن و همچنین عدم اختصاص وقت کافی به خاطر بیحوصلگی برای این کار است.یکی از راهکارهای مناسب، آموزش مهارتهای عمل از طریق رسانه های جمعی و همچنین مدیریت زمان، روش های برنامه ریز ی و مهار تهای زندگی است .در پژوهش حاضر طبق بررسی ومطالعات مقالات ومقایسه آن به موضوع مورد پژوهش ما با اینکه بیشترمادران باردااعتقادبه مراقبتها و معاینات دهان و دندان در دوران باردا ری داشتند با این وجود از انجام مراقبتهای دهان ودندان در دوران باردا ری ترس داشتند و انجام این مراقبتها را بر ای سلامت جنین خود مضرمیدانستند .یکی ازدلایل آن میتواند ناشی از ضعف آگا هی بهداشتی مادران باشد که نیاز است پرسنل بهداشتی با برگزاری کلاسهای آموزشی دیدگاه آنان راتغییر داده و اصلاح کنند . این مشکل نه تنها در کشور ما بلکه با توجه به آمارها دربیشتر کشورها با آن روبردهستند . این امر به ویژه، در مادران با وضعیت اقتصا دی اجتماعی پایین و سطح تحصیلات اندک بیشتر مشاهده شد .پس با توجه به آسیب پذیری بیشتر جمعیت مادران باردارلازم هست که به دنبال راه حل اساسی وبرطرف کردن این مشکل وارتقاءسلامت مادران باردار باشیم .که برگزاری دور ه های باز آموزی بهداشت در مراکز بهداشتی درما نی برای ماماها و پرسنل بهداشتی و در سطح جامعه برای خانواده ها واهمیت انجام درمان های دندانپزشکی قبل از دوره باردا ری انجام شودهمچنین دوره های رایگان ازجمله درست مسواک زدن ، نخ دندان جهت پیشگیری را می توان پیشنهاد داد.

۶. مراجع

1. WHO. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion [Internet]. 2018 [updated 2018; cited 2020 May 5]. Available from:

https://www.who.int/oral_health/strategies/cont/en.

2. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life [Internet]. 2005 Sep [updated 2005 Sep; cited 2020 May 5].Available from:

https://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en

3. Bakhshi M, Sabet MS, Hashemi ES, Bakhtiari S, Tofangchiha M, Marhabi SA, et al. Evaluation of biochemical changes in unstimulated salivary, calcium, phosphorous and total protein during pregnancy. Afr J Biotechnol 2012;11(8):2078-83.

4. Newman MG, Takei HH, Carranza FA: Carranza's Clinical Periodontology. 9th Ed. W B.Saunders Co. 2002; Chaps13,37:238-240,516-517.

5. Vogt M, Sallum AW, Cecatti JG, Morais SS. Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. Reprod Health. 2012;9:3.

6. Adeniyi A, Agbaje O, Braimoh M, Ogunbanjo O, Modupe S, Olubunmi O. A survey of the oral health knowledge and practices of pregnant women in a Nigerian teaching hospital. Afr J Reprod Health. 2011;15(4):14-9.

7. Bakhshi M, Sabet MS, Hashemi ES, Bakhtiari S, Tofangchiha M, Marhabi SA, et al. Evaluation of biochemical changes in unstimulated salivary, calcium, phosphorous and total protein during pregnancy. Afr J Biotechnol 2012; 11(8):2078-83.

8. Karimi MR, Hamissi JH, Naeini SR, Karimi M. The relationship between maternal periodontal status of and preterm and low birth weight infants in Iran: a case control study. Glob J Health Sci. 2016;8(5):184.

9. Sharma P, Busby M, Chapple L, Matthews R, Chapple I. The relationship between general health and lifestyle factors and oral health outcomes. Br Dent J. 2016;221(2):65-9.

10. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. Int Dent J. 2017;67:14-8.

11. Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M, Francetti L, Weinstein R, Ferrazzi E. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring

potential association. Quintessence Int. 2016;47(3):193-204.

12. Katz J, Chegini N, Shiverick K, Lamont R. Localization of P. gingivalis in preterm delivery placenta. J Dent Res. 2009;88(6):575-8.

13. Villa A, Abati S, Strohmenger L, Cargnel M, Cetin I. Self-reported oral hygiene habits and periodontal symptoms among postpartum women. Arch Gynecol Obstet 2011; 284(1):245-9.

14. Daalderop L, Wieland B, Tomsin K, Reyes L, Kramer B, Vanterpool S, et al. Periodontal disease and pregnancy outcomes: overview of systematic reviews. JDR Clin Trans Res. 2018;3(1):10-27.

15. Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M, Francetti L, Weinstein R, Ferrazzi E. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. Quintessence Int. 2016;47(3):193-204.

16. Martínez-Beneyto Y, Vera-Delgado MV, Pérez 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.

17. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. Self-reported oral hygiene habits and self-care in the oral health in sample of Iranian women during pregnancy. World Appl Sci J 2013; 22(5):647-56.

18. 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(7):809-14.

19. 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 Soc Periodontol. 2018;22(2):164.

20. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. Acta Odontol Scand. 2002 Oct; 60(5):257-64.

21. Kamate WI, Vibhute N, Baad R, Belgaumi U, Kadashetti V, Bommanavar S. Effect of socioeconomic status on dental caries during pregnancy. J Family Med Prim Care. 2019;8(6):1976.

22. Gonik B, Wilson E, Mayberry M, Joarder BY. Pregnant patient knowledge and behavior regarding perinatal oral health.Am J Perinatol. 2017;34(07):663-7.

23. Torabi M, Najafi G, Maskani A. [Evaluation of CPITN index in pregnant women Kerman 2001-2002]. J Dent Sch. 2006; 24(1): 33-39. [Article in Persian]

۲۴. وحدتی، نازنین و رحیمی، علی،۱۴۰۳،بررسی شاخص بهداشت و سلامت دهان و دندان ایران،۱۷th International Conference on Health, Treatment and Health Promotion.Tehran.https://civilica.com/doc/2046697

25. Ishaq Z, Rasul F, Ahmed A, Baig S, Shahzad HSF, Tanveer S. Oral health seeking behaviour among pregnant women – A cross sectional survey. Pakistan J Medical Health Sci. 2018;12(3):1063-6.

26. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos MK, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. J Am Dent Assoc. 2010;141(5):553-61.

27. Sun W, Guo J, Li X, Zhao Y, Chen H, Wu G. The routine utilization of dental care during pregnancy in eastern China and the key underlying factors: a Hangzhou City study. PLoS One. 2014;9(6):e98780.
28. Baskaradoss JK, Geevarghese A. Utilization of dental services among low and middle income pregnant, post-partum and six-month post-partum women. BMC Oral Health. 2020;20:1-9.
29. Jessani A, Laronde D, Mathu-Muju K, Brondani MA. Self- [Downloaded Perceived Oral Health and Use of Dental Services by Pregnant Women in Surrey, British Columbia. J Can Dent Assoc. 2016;82:g28.
30. 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.
31. Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care servicesin a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. BMC Public Health. 2010;10:75.