

مطالعه توصیفی بهداشت و سلامت دهان در دوران بارداری

در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان

دکتر اعظم احمدیان یزدی*

مربی، گروه بیماریهای دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر مجید صنعت‌خانی

استادیار، گروه بیماریهای دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

چکیده

مقدمه

به همان اندازه که بهداشت عمومی در سلامت افراد جامعه تأثیر دارد، بهداشت دهان زنان حامله نیز می‌تواند روی سلامت مادر و کودک مؤثر باشد. اثرات رژیم غذایی و رفتارهای بهداشتی مادر بر سلامت دهان در جوامع مختلف بطور مکرر در منابع علمی مورد بررسی قرار گرفته، معذالک اینگونه بررسیها کمتر روی گروه‌های اقلیت نژادی صورت گرفته است. هدف این پژوهش، بررسی تغییرات رژیم غذایی در زمان بارداری در مقایسه با قبل از آن و میزان آگاهی مادران از وضعیت بهداشت دهان خود، در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان بوده است.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی، تعداد ۵۴ زن حامله آسیایی از بین مراجعین به بیمارستان عمومی شهر نیوکاسل انگلستان با تکمیل یک پرسشنامه حاوی اطلاعاتی راجع به بهداشت دهان، مورد مصاحبه قرار گرفتند. آزمون آماری Chi Square جهت تجزیه و تحلیل پاسخها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

حدود ۷۲٪ زنان مصاحبه شونده رژیم غذایی خود را در زمان حاملگی در مقایسه با قبل از آن تغییر داده بودند. حدود ۶۳٪ مصرف مواد غذایی قندی و حدود ۵۶٪ از زنان مصرف شیر را در دوران حاملگی افزایش داده بودند. حدود ۶۵٪ از زنان حامله یک بار در روز مسواک زده بودند و حدود ۵۹٪ از زنان در هنگام مسواک زدن با مشکل خونریزی از لثه مواجه بوده‌اند. حدود ۶۱٪ در مورد فواید استفاده از خمیر دندانهای حاوی فلوراید آگاهی داشتند. اکثریت زنان (حدود ۸۰٪) از رایگان بودن معالجه دندانپزشکی در طی دوران حاملگی مطلع بودند. حدود ۷۸٪ زنان حامله بطور مرتب به دندانپزشک مراجعه کرده بودند. اکثریت زنان (۸۳٪) در دوره‌های آموزش بهداشت شرکت نکرده بودند. ۹۳٪ زنان باردار غیر سیگاری بودند.

نتیجه‌گیری

افزایش مصرف مواد قندی و خونریزی لثه در بیش از نصف زنان حامله و عدم شرکت اکثر آنها در دوره‌های آموزش بهداشت از جنبه‌های منفی در سلامت دهان و دندان در مطالعه حاضر بود. از طرف دیگر مسواک زدن مرتب، آگاهی داشتن افراد از فواید فلوراید در سلامت دندانها و رایگان بودن درمانهای دندانپزشکی در دوران بارداری، عدم اعتیاد به سیگار و مراجعه منظم به دندانپزشک از جمله موارد مثبت در گروه زنان تحت بررسی بود.

کلید واژه‌ها

بهداشت دهان، دوران بارداری، تغییرات رژیم غذایی

A descriptive survey of the oral health on a group of the Asian pregnant women resident in the UK

Ahmadian-Yazdi A., DDS

Instructor, Dept. of Oral Medicine, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Sanatkhani M., DDS

Assistant Professor, Dept. of Oral Medicine, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Introduction

The oral hygiene of a pregnant woman affects both the mother's health and her child's, as much as the general hygiene does on the society health. The effects of dietary and oral hygiene habits of the pregnant women on oral health have been frequently studied in the different societies. However, in this regards the literature has paid less attention to the ethnic groups in a country. The present study aimed to study the oral health care and dietary changes during pregnancy compared to non-pregnancy in a minority ethnic group (Asian women) resident in the UK.

Materials & Methods

The survey was conducted on a group of 54 Asian pregnant women referring to the General Hospital of Newcastle upon Tyne, UK, by interviewing and filling out a questionnaire containing some oral health issues. The results were analysed using Chi-Square test.

Results

About 72 % of the women had changed their diet when they had been pregnant. About 63 % and 56 % had increased the consumption of sweetened stuffs and milk, respectively. About 65 % of the pregnant women brushed their teeth once a day and 59 % had found their gum bleeding during toothbrushing. About 61 % of the women were aware of the advantages of using fluoride toothpaste. Most women (80 %) were knowledgeable about free dental treatment during pregnancy. About 78 % had been visited regularly by dentists. Majority of the women (about 83 %) had not attended any health educational sessions. 43% of the women were nonsmokers.

Conclusion

In the group surveyed, the increased consumption of sweetened stuffs and the incidence of gum bleeding was recorded for more than half of the pregnant women. Non-attendance of most women in health educational sessions were negative aspects in oral health. Of the positive aspects, regular toothbrushing, awareness of women from fluoride advantages, low prevalence of smoking and regular dental visiting were included.

Key words: Oral health, pregnancy, dietary changes.

* Corresponding Author

مقدمه

اثرات رژیم غذایی و عادات بهداشتی مادر بر سلامت دهان در جوامع مختلف بطور مکرر در منابع علمی مورد بررسی قرار گرفته است، دوران حاملگی از نظر سلامت عمومی و دهان مادر هم برای مادر و هم برای جنین اهمیت ویژه‌ی دارد. از آنجایی که نیازهای غذایی اکثر سلولهای بدن در طی دوران حاملگی در مقایسه با دوران غیر حاملگی افزایش و یا تغییر می‌یابد، امکان افزایش پوسیدگی دندان و یا سایر بیماریهای دهان وجود دارد. مطالعات نشان داده اند که پوسیدگیهای دندان در زنان باردار ممکن است ناشی از غفلت در رعایت بهداشت دهان به سبب داشتن حالت تهوع صبحگاهی یا تحریک رفلکس تهوع به هنگام مسواک زدن و یا افزایش مصرف ساکارز و مواد قندی باشد (۱، ۲، ۳). Fitzsimons و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که زنان حامله می توانند سلامت دهان خود را از طریق انتخاب رژیم غذایی مناسب، رعایت بهداشت دهان و استفاده مناسب از خمیردندانهای فلوراید حفظ نمایند (۴).

سلامت بافت‌های دهان و دندان مادر و جنین، بستگی به دسترسی به منابع کلسیم، فسفر و ویتامینهای A، C و D دارد (۵، ۶، ۷). شیر و فرآورده های مختلف آن از جمله پنیر فراهم کننده انرژی، پروتئین و ویتامینها و مواد معدنی مانند کلسیم می باشد که برای سلامت استخوانها و دندانها ضروری می‌باشد. کلسیم و فسفر موجود در شیر مانع آسیب به مینای دندانها می شود (۸، ۹). مطالعات Davis (۱۹۸۸) نشان داد که التهاب لثه (ژنژیویت) در اثر تغییرات هورمونی ناشی از حاملگی افزایش می‌یابد (۱۰). تحقیقات Leo (۱۹۶۵) و Chaiken (۱۹۷۷) بیانگر این مطلب می باشد که بین ۳۶ تا ۱۰٪ خانمهای حامله به "ژنژیویت حاملگی" دچار می‌شوند (۱۱، ۱۲). رعایت بهداشت دهان از طریق دوبار مسواک زدن در روز، خونریزی از لثه ها را به حداقل می رساند (۱۱، ۱۳). کشیدن سیگار و مصرف دخانیات در دوران بارداری یک مشکل جدی از نظر بهداشت عمومی محسوب می‌گردد که اثرات نامطلوبی را برای مادر و جنین بدنبال دارد (۱۴، ۱۵). مطالعات Williams و Poulton در سال ۱۹۹۹ نشان داد که

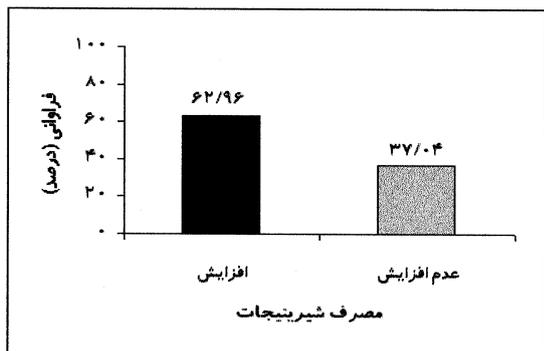
متولدین از مادران سیگاری وزن کمتری را دارا بوده و در سنین ۹ تا ۱۸ سالگی نیز افزایش فشار سیستولیک داشته‌اند (۱۶). بطور کلی بیماریهای دهان از قبیل کانسره‌های دهانی، پرودنتیت و تغییر رنگ دندانها در افراد سیگاری به مراتب بیشتر از افراد غیر سیگاری گزارش گردیده است (۱۷، ۱۸، ۱۹). در انگلستان سرویسهای سلامت عمومی (NHS) از جمله درمانهای دندانپزشکی در دوران حاملگی و دوازده ماه بعد از تولد نوزاد رایگان می باشد (۱۳). نتایج مطالعات Rogers در سال ۱۹۹۱ که توسط مصاحبه با ۵۰۰ زن حامله در بیمارستان Maternity در Birmingham صورت گرفت، نشان داد که فقط ۳۰۴ نفر (۶۱٪) از مادران در دوران بارداری توسط دندانپزشک معاینه شده بودند و ۱۹۶ نفر (۳۹٪) به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند، اگر چه ۹۵/۵ درصد از مادران از رایگان بودن درمانهای دندانپزشکی مطلع بودند (۲۰).

بررسیهای مشابه نیز توسط Mangskau و Arrindell (۱۹۹۶) در North Dakota انجام گرفته است (۲۱). علیرغم منابع علمی متعدد در زمینه تغییرات رژیم غذایی و رفتارهای بهداشتی مادر در دوران حاملگی، اینگونه مطالعات کمتر روی گروههای اقلیت نژادی ساکن در یک کشور صورت گرفته است. این گروهها معمولا از لحاظ فرهنگی و اجتماعی دارای عادات و رسوم متفاوتی از مردم بومی یک کشور می باشند. هدف مطالعه حاضر بررسی تغییرات رژیم غذایی در زمان بارداری در مقایسه با قبل از آن و میزان آگاهی مادران از وضعیت بهداشت و سلامت دهان خود، در گروهی از زنان آسیایی مقیم شهر نیوکاسل اپان تاین انگلستان بوده است.

مواد و روشها

از بین زنانی که در طی شش ماه به بیمارستان عمومی شهر نیوکاسل انگلستان مراجعه کرده بودند، هفته‌ای یکبار بطور تصادفی دو تا سه زن و در مجموع تعداد ۵۴ زن حامله آسیایی انتخاب گردید و بوسیله تکمیل یک پرسشنامه مورد مصاحبه قرار گرفتند. پیش‌نویس یک پرسشنامه و نتایج بدست آمده از پاسخها روی پنج فرد مورد ارزیابی اولیه قرار گرفت و پرسشنامه نهائی پس از اعمال تغییرات لازم در نوع سئوالات تهیه و تنظیم گردید.

بیشتری از زنان (۵۵/۵۶٪) نوشیدن شیر را در طی حاملگی نسبت به قبل از آن افزایش داده بودند. اکثر زنان مصاحبه شونده (۶۳٪) میزان مصرف شیرینی، شکلات یا سایر مواد مشابه را در دوران حاملگی افزایش داده بودند، که تقریباً تفاوت معنی داری را در مقابل ۳۷٪ که افزایش مصرف نداشته اند، نشان داد ($P=0/057$ ، $X^2=37/63$) (نمودار ۲).



نمودار ۲: توزیع نسبی وضعیت مصرف شیرینی و شکلات در دوران حاملگی در مقایسه با قبل از آن در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان ($n=54$)

وضعیت بهداشت دهان

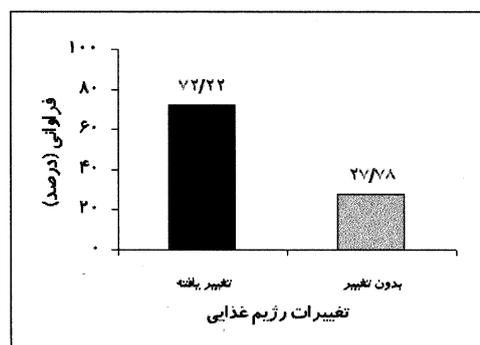
دفعات مسواک زدن در گروه مورد بررسی تفاوت بسیار معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$ ، $X^2 = 24/11$). اکثر زنان حامله (۶۴/۸۱٪) اظهار داشتند که یکبار در روز مسواک می‌زنند، ۳۷/۶۷٪ از مصاحبه‌شونده‌ها بیشتر از یکبار در روز و ۱۸/۵۲٪ بعضی اوقات دندانهایشان را مسواک می‌زدند. موردی از عدم مسواک زدن ثبت نگردید (نمودار ۳). ۶۱/۱۱ درصد زنان از مزایای خمیردندانه‌های فلورایدی اطلاع داشته و ۳۸/۸۹٪ اظهار بی‌اطلاعی نمودند. ۵۹٪ از زنان حامله در هنگام مسواک زدن خونریزی از لثه داشته‌اند (نمودار ۴). تفاوت معنی داری از نظر دفعات مراجعه به دندانپزشک در گروه مورد بررسی بدست آمد ($P < 0/001$ ، $X^2 = 24/67$). ۵۱/۸۵ درصد از زنان حامله هر ۶ ماه یکبار، ۵/۵۶ درصد هر سه ماه یکبار و ۲۰/۳۷ درصد یکبار در سال توسط دندانپزشک معاینه شده بودند و ۲۲/۲۲ درصد از مصاحبه‌شونده‌ها اظهار نمودند که فقط در مواقع اورژانس و در صورت درد به دندانپزشک مراجعه کرده بودند (نمودار ۵).

پرسشنامه توسط زن داوطلب تکمیل می‌گردید. در موارد معدودی (که از طرف فرد اکراه جهت تکمیل پرسشنامه احساس می‌شد) سوالات و گزینه‌ها برای فرد بازخوانی شده و پاسخ‌های داده شده ثبت می‌گردید. افراد مصاحبه‌شونده زانی بودند که حداقل ۲ سال در انگلستان اقامت داشته و در هنگام تکمیل پرسشنامه یا حامله بودند و یا در طی دو سال قبل از آن زایمان داشته بودند. در پرسشنامه، اطلاعاتی در مورد وضعیت تغییر رژیم غذایی مادر در دوران حاملگی در مقایسه با قبل از حاملگی، دفعات مسواک زدن، خونریزی لثه‌ها در هنگام مسواک زدن، اعتیاد به سیگار، میزان آگاهی فرد از خدمات بهداشتی رایگان ویژه دوران حاملگی و تأثیر فلوراید در سلامت دندان‌ها، دفعات مراجعه به دندانپزشک و میزان شرکت فرد در جلسات آموزش بهداشت دهان ثبت گردید. پاسخ‌های ثبت شده توسط آزمون آماری ChiSquare با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

تغییرات رژیم غذایی

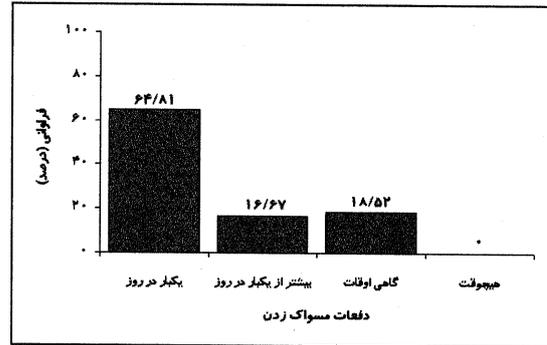
تعداد زنانی که رژیم غذایی خود را در دوران حاملگی نسبت به قبل از آن تغییر داده بودند (۷۲/۲۲٪) بطور بسیار معنی‌دار بیشتر از آنهایی بودند که هیچ تغییری در رژیم غذایی نداشته‌اند ($P < 0/001$ ، $X^2 = 10/67$) (نمودار ۱).



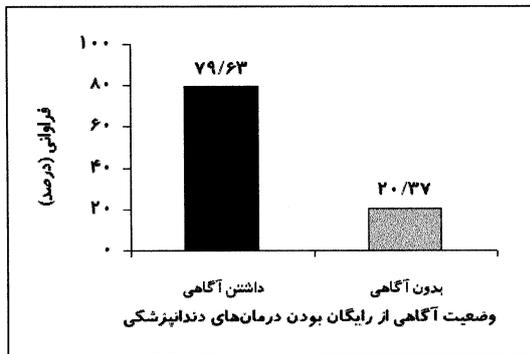
نمودار ۱: توزیع نسبی وضعیت تغییرات رژیم غذایی دوران حاملگی در مقایسه با قبل از آن در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان ($n=54$)

هر چند تغییر در میزان مصرف شیر در دوران حاملگی در گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری را نشان نداد، معذالک درصد

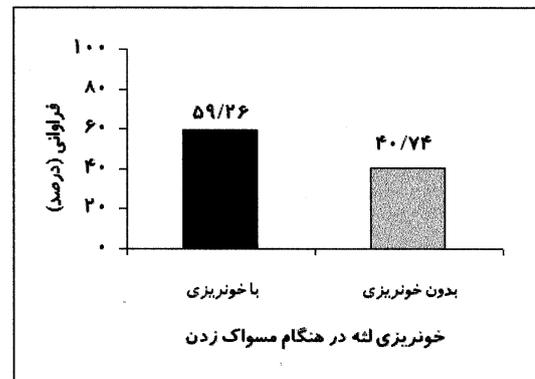
اظهار بی اطلاعی نمودند ($X^2= 17/96, P < 0/001$) (نمودار ۶). ۱۶/۶۷ درصد از زنان حامله در دوره های آموزش بهداشت و درمان شرکت کرده بودند ولی اکثر آنها (۸۳/۳۳٪) در چنین دوره‌هایی حضور نداشته‌اند ($X^2= 24/00, P < 0/001$) (نمودار ۷). اکثر زنان باردار در گروه مورد مطالعه (۹۳٪) غیر سیگاری بودند ($X^2= 39/19, P < 0/001$). از آنالیزهای آماری هر سه مورد فوق‌الذکر، تفاوت‌های بسیار معنی دار حاصل گردید.



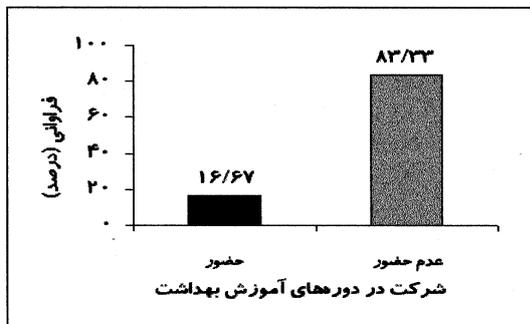
نمودار ۳: توزیع نسبی دفعات مسواک زدن در دوران حاملگی در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان (n=54)



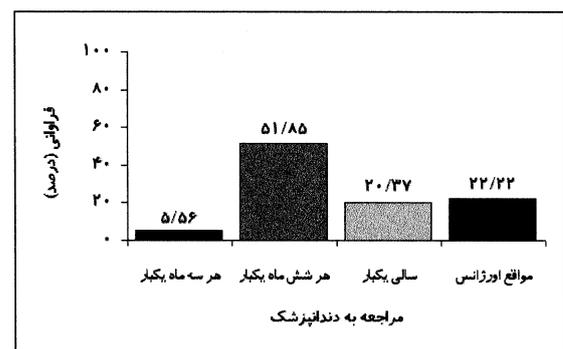
نمودار ۶: توزیع نسبی میزان آگاهی از رایگان بودن درمان‌های دندانپزشکی در دوران حاملگی در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان (n=54)



نمودار ۴: توزیع نسبی وضعیت خونریزی لثه هنگام مسواک زدن در دوران حاملگی در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان (n=54)



نمودار ۷: توزیع نسبی میزان شرکت در دوره‌های آموزش بهداشت در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان (n=54)



نمودار ۵: توزیع نسبی دفعات مراجعه به دندانپزشک در زنان حامله آسیایی مورد مطالعه در شهر نیوکاسل انگلستان (n=54)

بحث

مراقبت‌های دوران حاملگی از اهمیت ویژه‌ای در بهبود سلامت عمومی و دهان برای زنان باردار و همین‌طور کودک برخوردار می‌باشد. نتایج بررسی حاضر که روی یک گروه (۵۴ فرد) از زنان حامله از اقلیت‌های نژادی آسیایی مقیم انگلستان صورت گرفت، نشان داد که اکثریت این زنان (۷۲٪) رژیم

جنبه‌های سلامت دهان

۷۹/۶۳ درصد زنان مصاحبه شونده از رایگان بودن درمان دندانپزشکی در دوران حاملگی مطلع بوده و حدود ۲۰/۳۷ درصد

بلکه بر روی رشد و سلامت جنین برخوردار باشد. DeBiase (۱۹۹۱) متذکر شد که والدین اعم از پدر و مادر نیازمند داشتن آگاهی و دانش در زمینه عوامل ایجاد کننده بیماریهای دهان و دندان می‌باشند، تا بدین طریق در جهت رعایت رفتارهای صحیح تغذیه ای و بهداشت دهان ترغیب گردیده و این رفتارهای صحیح را به فرزندان خود منتقل نمایند^(۱). برگزاری دوره های آموزش بهداشت و تشویق والدین به شرکت در این دوره ها در تحقق این هدف مؤثر می‌باشد. مطالعه حاضر بر روی گروهی از زنان حامله آسیایی نشان می‌دهد که اکثر مادران یکبار در روز دندانپزشکان را مسواک می‌زدند (۶۵٪)، در حالی که معمولاً این روش بهداشتی دو بار در روز توصیه شده است^(۱۳، ۱۱). حدود ۱۹٪ افراد فقط گاهی اوقات دندانپزشکان را مسواک می‌زدند. عدم رغبت زنان حامله به مسواک زدن مرتب ممکن است ناشی از داشتن حالت تهوع صبحگاهی، تحریک رفلکس تهوع به هنگام مسواک زدن^(۱۲) و یا نداشتن آگاهی کافی بوده باشد.

نتایج این بررسی نشان داد که حدود ۲۲٪ زنان حامله بطور مرتب به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. مطالعات Rogers (۱۹۹۱) در Birmingham و بررسیهای Mangskau و Arrindel (۱۹۹۶) در North Dakota به ترتیب ۳۹٪ و ۶۵٪ عدم مراجعه زنان حامله به دندانپزشک را نشان می‌دهد^(۲۱، ۲۰). دلایل عدم مراجعه به دندانپزشک، عدم احساس نیاز فرد برای کنترل سلامت دهان و دندان در دوران حاملگی^(۲۰)، نداشتن مشکل دندانی و یا عدم آگاهی فرد در خصوص ضروری بودن معاینات دندانپزشکی پیشنهاد گردیده است^(۲۱). نتایج بررسی حاضر همچنین نشان داد که حدود ۸۰٪ زنان حامله از رایگان بودن درمانهای دندانپزشکی در دوران حاملگی مطلع بودند. مطالعات Rogers (۱۹۹۱) نشان داد که ۹۵/۵٪ مادران از رایگان بودن درمانهای دندانپزشکی مطلع بودند، بر این اساس وی استنباط نمود که عوامل اقتصادی (به عبارت دیگر ترغیب افراد برای مراجعه به دندانپزشک به سبب رایگان بودن آن) تأثیر کمی بر روند مراجعات دندانپزشکی داشت^(۲۰). بر خلاف این استدلال، مطالعه ما آگاهی داشتن ۸۰٪ زنان از رایگان بودن درمانهای

غذایی خود را موقع حاملگی تغییر داده بودند. بخش عمده این تغییر مربوط به کسانی بود که مصرف مواد حاوی شیرینی را افزایش داده بودند (۶۳٪). این روش تغذیه‌ای به عنوان یکی از عوامل مؤثر در افزایش پوسیدگی‌های دندانی ذکر گردیده است^(۱، ۵). در صورت مصرف مواد غذایی حاوی شکر و شیرینی، استفاده از غذاهای تحریک کننده و افزایش دهنده بزاق مثل پنیر و یا آدامس های بدون شکر، در حفظ سلامت دندانها مؤثر می‌باشد^(۱۳). یکی از بهترین عادات تغذیه‌ای بویژه برای زنان باردار، نوشیدن شیر و مصرف فراورده‌های آن می‌باشد. نتایج بدست آمده در گروه مورد بررسی ما حاکی از حضور مثبت این عادت می‌باشد. بطوریکه بیشتر از نیمی از مادران مصاحبه شونده اظهار نمودند که مصرف شیر را در دوران حاملگی نسبت به قبل از آن افزایش داده بودند و حدود ۴۴٪ عدم افزایش مصرف شیر را بیان کردند. بررسی جزئیات پرسشنامه‌های تکمیل شده حاکی از این است که کلیه افرادی که مصرف شیر را در دوران حاملگی افزایش نداده بودند، در دوره‌های آموزش بهداشت نیز شرکت نکرده بودند لذا این افراد احتمالاً از فواید مصرف شیر در سلامت عمومی بدن مادر و جنین آگاهی کافی نداشته‌اند. از علل دیگر ضعف مالی و قدرت خرید پایین را می‌توان ذکر نمود، هر چند این موضوع در گروه مورد مطالعه، بررسی نگردید.

مطالعات Davis (۱۹۸۸) نشان داد که ژنئوییت در اثر تغییرات هورمونی ناشی از حاملگی افزایش می‌یابد^(۱۰). بنابراین وی توصیه می‌کند که مادران باردار در مورد اثرات پلاک بر روی بافتها ی دهانی توجه و مطلع گردند. در بررسی ما بر اساس نتایج حاصله از پرسشنامه‌ها، حدود ۵۹٪ از زنان باردار به هنگام مسواک زدن، خونریزی لثه داشته که تقریباً منطبق با یافته‌های سایر محققین می‌باشد^(۱۳، ۱۱، ۳).

درک و حمایت از بیماران باردار به همان میزانی که تشویق آنها به رعایت صحیح بهداشت دهان و داشتن یک رژیم غذایی با حداقل میزان کربوهیدراتهای قابل تخمیر اهمیت دارد، اساسی و لازم می‌باشد^(۱۷). یک مادر حامله باید از دانش و آگاهی کافی درباره اثرات بهداشت عمومی و دهان نه تنها بر روی بدن خود

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر افزایش مصرف مواد قندی و خونریزی لثه در بیش از نصف زنان حامله و عدم شرکت اکثر آنها در دوره‌های آموزش بهداشت از جنبه‌های منفی در سلامت دهان و دندان بود. از طرف دیگر مسواک زدن مرتب، آگاهی داشتن افراد از فواید فلوراید در سلامت دندانها و رایگان بودن درمانهای دندانپزشکی در دوران بارداری، عدم اعتیاد به سیگار و مراجعه منظم به دندانپزشک از جمله موارد مثبت در گروه زنان مورد بررسی بود. حمایت از زنان حامله و تشویق آنها به حضور در دوره‌های آموزشی بهداشت، رعایت صحیح بهداشت دهان، انجام معاینات منظم دندانپزشکی و انتخاب رژیم غذایی سالم مورد تأکید قرار می‌گیرد.

پیشنهادات

بر اساس نتایج حاصل، با توجه به اثرات مثبت دوره‌های آموزش بهداشت دهان و تغییر رژیم غذایی در رابطه با کاهش مصرف مواد قندی و افزایش مصرف شیر، اجرای طرحی با هدف ارتقاء و بهبود سلامت عمومی و بهداشت دهان و دندان در گروه زنان باردار لازم به نظر می‌رسد.

راهکارهای زیر برای تحقق این هدف جهت برنامه‌ریزان بهداشت دهان و دندان در ایران قابل توصیه است: (۱) تدوین و برنامه‌ریزی جهت ارائه دوره‌های آموزش بهداشت و سلامت عمومی از طریق مراکز بهداشتی، مدارس و وسایل ارتباط جمعی بویژه تلویزیون (۲) تشویق والدین اعم از پدر و مادر به شرکت در کلاسهای آموزش بهداشت عمومی و دهان (۳) بهبود رژیم غذایی و بکارگیری روشهای تغذیه‌ای سالم قبل و در طی حاملگی از جمله کاهش مصرف مواد قندی اعم از نوشیدنی و غذائی، افزایش مصرف شیر و ترکیبات غذایی مشابه و افزایش مصرف میوه و سبزیجات (۴) تشویق زنان حامله به رعایت بهداشت مؤثر دهان از طریق حداقل دو بار مسواک زدن در روز و استفاده از خمیردندانهای فلوراید (۵) ترغیب مادران به حضور منظم در معاینات دندانپزشکی و دریافت توصیه‌های بهداشتی دهان و دندان از طریق ارائه خدمات دندانپزشکی رایگان حداقل در دوران حاملگی.

دندانپزشکی در دوران حاملگی و حضور مرتب ۷۸٪ آنان را جهت معاینه و یا درمانهای دندانپزشکی نشان می‌دهد، لذا نقش عوامل اقتصادی را در ترغیب افراد گروه مورد بررسی برای مراجعه به دندانپزشک، می‌توان مؤثر دانست.

اگر چه نتایج نشان داد که ۸۳٪ زنان در دوره‌های آموزش بهداشت شرکت نکرده بودند ولی تمامی ۱۷٪ شرکت کننده در این دوره‌ها، در زمینه رعایت مسائل بهداشتی از جمله مسواک زدن و مراجعه مرتب به دندانپزشک، آگاهی از رایگان بودن درمانهای دندانپزشکی در دوران حاملگی و فواید خمیردندانهای فلوراید، پاسخ مثبت داده بودند. این امر بیانگر اهمیت و نقش دوره‌های آموزش بهداشت می‌باشد. عدم آگاهی و دانش کافی در زمینه‌های بهداشتی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در سلامت دهان و دندان ذکر گردیده است (۱).

از آنجایی که بسیاری از مادران درباره اثرات نامطلوب سیگار آگاه هستند شاید دوره حاملگی بهترین زمان جهت اجرای روشهای آموزشی و تشویق آنها به ترک سیگار باشد (۲۲). شیوع کشیدن سیگار در گروه مورد مطالعه ما یک عامل نگران کننده عمده محسوب نگردید زیرا که فقط ۴ نفر از ۵۴ زن مصاحبه شونده سیگاری بودند.

حاملگی یک دوره حساس تعادلی بین مادر و کودک می‌باشد. دست اندرکاران حرفه دندانپزشکی غالباً توصیه می‌کنند که تمامی مادران بهتر است قبل از حاملگی و در سه ماهه اول حاملگی در مورد سلامت دهانشان و روشهای پیشگیری مشاوره داشته باشند (۳، ۴). بر اساس نظر Weikel و همکاران (۱۹۹۳) در اواخر حاملگی درمان و مراقبت سلامت دهان و دندان مشکل‌تر می‌گردد (۲). زنان حامله بایستی تشویق گردند در سه ماه دوم حاملگی در یک برنامه زمان بندی معاینه و درمان دندانپزشکی حضور یابند. البته این امر بایستی همراه با مراجعه سریع و به موقع آنها جهت معالجه مشکلات حاد دندانی باشد (۳، ۷، ۲).

منابع

1. DeBiase CB. Dental Health Education, Theory and Practice. 1st ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1991. p. 47.
2. Weikel D. Mcleran H. Barnard S. Modifications of dental hygiene care for patients with special needs. In: Woodall IR. Comprehensive Dental Hygiene Care. 4th ed. St. Louis: C. V. Mosby; 1993. p. 391.
3. Blagojevic D. Brkanic T. Stojic S. Oral health in pregnancy. Med Preg J 2002; 55: 213-16.
4. Fitzsimons D. Dwyer JT. Palmer C. Boyd LD. Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants and children. J Am Diet Assoc 1998; 98: 182-189.
5. Charonko CV and DeBiase CB. Dental health for children: an adult responsibility. J Prac Nurs 1984; 34: 45-54.
6. Nizle AE and Papas AS. Nutrition in Clinical Dentistry. 3rd ed. Philadelphi: W. B. Sanders; 1989. p. 163.
7. Mills LW and Moses DT. Oral health during pregnancy. Am J Matern Child Nurs 2002; 27: 275-80.
8. Rugg-Gunn AJ. Diet and dental caries. In: Murray JJ. The Prevention of Dental Disease. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1989. p. 4.
9. Herod EL. The effect of cheese on dental caries: A review of the literature. Australian Dental J 1991; 36: 120-25.
10. Davis I. Prenatal dental care and education for the expectant mother. J Mich Dent Assoc 1988; 70: 211-13.
11. Leo H. Periodontal changes in pregnancy. J Periodont 1965; 39: 209.
12. Chaiken BS. Incidence of gingivitis in pregnancy. Quintessence Int 1977; 8: 81.
13. Bowsher J. Oral care during pregnancy. Prof Care Mother Child 1997; 7: 101-102.
14. Owen L. McNeill A. Callum C. Trends in smoking during pregnancy in England, 1992-7: quota-sampling surveys. Br Med J 1998; 317: 728.
15. Kirkland SA. Dodds LA. Brosky G. The natural history of smoking during pregnancy among women in Nova Scotia. Can Med Assoc J 2000; 163: 281-82.
16. Williams Sand Poulton R. Twins and maternal smoking: ordeals for the fetal origins hypothesis? A cohort study. Br Med J 1999; 318: 897.
17. Woodall IR. Comprehensive Dental Hygiene Care. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1993. p. 872.
18. Markovic N. Women's oral health across the lifespan. Dent Clin North Am 2001; 45: 513-21.
19. Epstein JB. Oral cancer. In: Greenberg MS and Glick M. Burket's Oral Medicine. 10th ed. New York: B C Decker Inc; 2003. p. 194.
20. Rogers SN. Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham, UK. Community Dent Health 1991; 8: 361-68.
21. Mangskau KA and Arrindell BP. Pregnancy and oral health: utilization of the oral health care system by pregnant women in North Dakota. Northwest Dent 1996; 75: 23-28.
22. Ebrahim SH. Merritt RK. Floyd RL. Smoking and women's health: opportunities to reduce the burden of smoking during pregnancy. Can Med Assoc J 2000; 163: 45-51.
23. Wasytko L. Matsui D. Dykxhoorn SM. Rieder MJ. Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. Can Med Assoc J 1998; 64: 434-39.

