

## وضعیت بهداشت دهان و دندان در رابطه با عوامل فردی، اجتماعی و رفتاری در زنان سن باروری شهر هرات

(سال ۱۴۰۱ ه. ش)

**نکارنده‌گان:** پوهندوی دکتور نثاراحمد شایان\*، علی رحیمی\*\* دکتور شراره شایان\*\*\*

آرزو شیرزاد، شهره احراری، انوشه اوستا، میترا حدید اوبه‌وال، مرسل جمشیدی، فاطمه محمدی، شراره یعقوبی، آیتنا رسولی، فردینا ازبک، زلیخا یارزاده و بی‌بی‌حوا شلگری\*\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** بهداشت دهان و دندان زنان در سن باروری موضوع مهم صحت عامه است. این موضوع نه تنها می‌تواند نتایج بارداری را به خطر بیندازد؛ بل که ممکن است بر سلامت کلی نوزاد نیز تأثیر بگذارد. هدف این مطالعه بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان و عوامل مرتبط با آن در زنان سن باروری شهر هرات بوده است.

**روش:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی، مجموعاً ۴۱۱ خانم در سن باروری (۱۸-۶۵ سال) که از جدی سال ۱۴۰۰ تا جوازای سال ۱۴۰۱ به کلینیک‌های دندان پزشکی شهر هرات مراجعه نمودند، مورد مطالعه قرار گرفته است.

**یافته‌ها:** در این تحقیق ۵۰۴٪ خانم‌ها ۱۸-۲۹ سال، ۷۴٫۵٪ متأهل، ۴۷٫۴٪ خانم خانه بودند. میانگین و انحراف معیار شاخص DMFT در میان اشتراک‌کننده‌گان  $6.86 \pm 5.56$  بود و ۵۰٫۶٪ دارای پوسیده‌گی شدید دندان ( $DMFT > 4$ ) می‌باشند. میان سطح تحصیل، سن، تعداد ولادت‌ها و استفاده از نوشیدنی گازدار و شاخص پوسیده‌گی ارتباط معنادار آماری وجود دارد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** وضعیت سلامت دهان و دندان زنان باردار رضایت‌بخش نبود و به‌طور متوسط ۵٫۵ دندان پوسیده داشتند. افزایش سطح تحصیلات و آگاهی‌دهی به خانم‌های سن باروری از جمله اقدامات مؤثر در ارتقای بهداشت دهان و دندان در نزد این خانم‌ها و اطفال‌شان می‌باشد. انجام مطالعات وسیع‌تر در سطح کشور برای تعیین دقیق‌تر عوامل پوسیده‌گی دندان در نزد خانم‌های سن باروری بسیار ضروری می‌باشد.

**واژه‌گان کلیدی:** بهداشت دهان، پوسیده‌گی دندان، زنان، بارداری، هرات.

\* عضو هیئت علمی پوهنځی / دانش‌کده طب معالجه‌وی پوهنتون / دانش‌گاه هرات و غالب (n.a.shayan@gmail.com)

\*\* دانش‌جوی پوهنځی / دانش‌کده طب معالجه‌وی پوهنتون / دانش‌گاه هرات (dr.rahimi@outlook.com)

\*\*\* دانش‌آموخته پوهنځی / دانش‌کده طب دندان پوهنتون / دانش‌گاه غالب هرات

\*\*\*\* دانش‌جویان پوهنځی / دانش‌کده طب دندان پوهنتون / دانش‌گاه غالب هرات

این مقاله تحت مجوز بین‌المللی 4.0 Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivatives می‌باشد.



ISSN

P: 2788-4155

E: 2788-6441

Received: 02/ 07/ 2022

Accepted: 12/ 09/ 2022

## Oral health status to sociodemographic and behavioral factors among women of reproductive age in Herat city (2022)

**Authors:** Associate Professor Dr. Nasar Ahmad Shayan\*  
And Ali Rahimi\*\* Drs. Sharara Shayan\*\*\*

Arazu Shirzad, Shahira Ehrari, Anushe Avesta, Mitra Hadid obehwal, Morsal Jamshidi, Fatima Mohammadi, Sharara Yaqubi, Anita Rasooli, Fardina Ozbak, Zulaikha Yarzadeh, Bibi Hava Shelgari\*\*\*\*

### Abstract

**Objectives:** Oral health of women during reproductive age is an important public health issue. Not only it can compromise pregnancy outcomes, but also it may affect their newborn's overall health. The aim of this study was to assess the oral health status and associated factors in women of reproductive age in Herat city.

**Methods:** In this cross-sectional descriptive study, a group of 411 women of reproductive age between 18-65 years was studied from 17 Jan to 28 May 2022 at the Ghalib, Hakimi and other dental clinics in Herat city.

**Results:** In this study, 50.4% of women were under 18 years old, 74.5% were married, and 47.4% were housewives. The mean and standard deviation of the DMFT index among the participants was  $6.86 \pm 5.56$  and 50.6% have severe tooth decay ( $DMFT > 4$ ). There was a statistically significant difference between the level of education, age, number of births, and the use of carbonated drinks and caries index ( $p < 0.005$ ).

**Conclusion:** Oral health status of women in reproductive age was not satisfactory, having an average of 5.5 decayed teeth in their mouth. Increasing the level of education and raising awareness among women of reproductive age is one of the effective measures to improve oral and dental health among these women and their children. It is very necessary to carry out wider studies in the country to determine more precisely the factors of dental caries among reproductive age women.

**Keywords:** Oral health, tooth decay, women, fertility, pregnancy, Herat

\* Academic Cadre of Herat and Ghalib University - Herat (n.a.shayan@gmail.com)

\*\* Student of Medical Faculty of Herat University (dr.rahimi@outlook.com)

\*\*\* Graduated from Ghalib University, Faculty of Stomatology.

\*\*\*\* Students of Ghalib University, Faculty of Stomatology.

## مقدمه

بهداشت دهان و دندان، یک مسأله مهم برای سلامت عمومی زن باردار و نوزاد او است (Shanthi et al., 2012: 190-197). شواهد نشان داده است که مراقبت ناکافی از بهداشت دهان و دندان در سن باروری و خصوصاً دوران بارداری، می تواند پیامدهای منفی هم برای مادر و هم برای نوزادان آنها داشته باشد (Marla et al, 2018: 5). بارداری یک فرآیند طبیعی است، که با تغییرات فیزیولوژیکی و هورمونی قابل توجهی در بدن زنان از جمله دهان همراه است (Pirie et al., 2007: 21-26). بسیاری از مشکلات دهان و دندان در بارداری وجود دارد که از جمله آنها می توان به التهاب لثه بارداری، ضایعات سلیم لثه، تحرک دندان، فرسایش دندان، پوسیده گی دندان و پرIODنتیت اشاره کرد (Mills & Moses, 2002: 275-280).

زنان سن باروری ممکن است از تأثیرات سلامت دهان و دندان خود بر روی جنین و پیامدهای بارداری خود آگاه نباشند (American Academy of Periodontology, 2004: 495-495). بسیاری از مطالعات نشان داده اند که زنان سن باروری، نگرش منفی نسبت به مراقبت های بهداشتی دهان و دندان و استفاده از مراقبت های دندان، خصوصاً در دوران بارداری داشتند (Bates & Riedy, 2011: 18-22; Martinez-Beneyto et al., 2012: 104-111). معمولاً مریضان و دندان پزشکان از تداوم دندان در دوران بارداری اجتناب می کنند؛ زیرا دستورالعمل های کلینیکی برای مدیریت دندان در بارداری، فقدان استانداردهای عملی، و اضطراب در مورد معافیت جنین در طی اقدامات دندان پزشکی وجود دارد (Kandan et al, 2011: 1009-1014).

رفتارهای بهداشت دهان و دندان مادر در سن باروری و خصوصاً دوران بارداری، مانند مراجعه به دندان پزشک، بهداشت دهان و دندان و مصرف شیرینی ها، تأثیر به سزایی بر سلامت دهان و دندان آنها در دوران بارداری و سلامت دهان و دندان فرزندان شان در آینده دارد (Adair et al., 2004: 102-111). توصیه برای زنان باردار به مسواک زدن و نخ دندان کشیدن معمولی، اجتناب از مصرف بیش از حد تنقلات و نوشیدنی های شیرین و مشورت با دندان پزشک در دوران بارداری گام ارزش مندی است (Bates & Riedy, 2012: 104-111).

عوامل مختلفی ممکن است بر بهداشت دهان و دندان خانم های سن باروری تأثیر بگذارد. یکی از بیماری هایی که باعث پوسیده گی دندان می شود، اختلالات هضمی و به خصوص رفلكس معده می باشد. رفلكس معده، مریضی یی است که باعث می شود محتویات معده به لوله مری بازگردند و سبب پوسیده گی دندان ها گردند (Saber-Firoozi et al., 2007: 5486-5491)؛ طوری که حالت تهوع مداوم در زنان باردار، باعث می شود تا اسید زیادی که در معده تولید می شود به دهان برسد و به لثه ها و دندان ها آسیب برساند. تحقیقات نشان داده غذاهای کاربوهایدریتی شامل انواع نوشیدنی های

شیرین و مواد نشایسته‌دار، از علل اصلی باقی‌ماندن مواد کاربوهایدریتی بر روی دندان و پوسیده‌گی آن‌ها است؛ از طرفی سیگار نیز توانایی دهان را برای مقابله با عفونت محدود می‌کند و در مقابل باکتری‌ها که از طریق سیگار کشیدن سبب ازدیاد پلاک و باکتری‌ها می‌گردد، که این امر منجر به بروز مشکلات مختلفی از جمله زردشدن، پوسیده‌گی و افتادن دندان‌ها می‌شود (Hessari et al, 2009: 61-68). مصرف دخانیات، می‌تواند خطر سرطان دهان را بالا ببرد. علتش هم عروق خونی و غدد لمفاوی می‌باشند، که در گردن و سر درگیر این قضیه می‌شوند (Madani et al., 2012: 57-60). پوسیده‌گی دندان در صورت درمان نشدن ممکن است باعث گسترش عفونت به دیگر بخش‌های بدن شود، که در دوران بارداری مسأله بسیار ناخوشایندی است (Ghaffari et al, 2018: 1606-1614). اگر قبل از بارداری پوسیده‌گی وجود داشته باشد، به خاطر جلوگیری از پیش‌رفت آن و ایجاد بارداری مطمئن باید درمان صورت گیرد (Gharehghani et al, 2021: 39-49).

اگرچه بهداشت دهان‌ودندان در سن باروری موضوع مهم در صحت عامه است، مطالعات اپیدمیولوژیک اندکی شاخص‌های کلینیکی سلامت دهان را در این جمعیت گزارش کرده‌اند (Deghatipour et al, 2019: 117). مطالعه دقتی‌پور و هم‌کاران بر ۴۰۷ خانم سن باروری در شهر ورامین ایران انجام شد وضعیت خراب بهداشت دهان و دندان را در نزد خانم‌های سن باروری نشان داد؛ طوری که به‌طور اوسط این خانم‌ها ۷ دندان پوسیده داشتند (Deghatipour et al, 2019: 117). این افزایش پوسیده‌گی با افزایش سن، مراجعه کم به دندان‌پزشک، استفاده زیاد شیرینی‌جات و عدم استفاده از نخ دندان رابطه معناداری داشت.

ارتباط عوامل مختلف با میزان پوسیده‌گی (شاخص DMFT) در سن باروری در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. هر چند این مطالعات عوامل زیادی که دارای رابطه معنی‌دار با میزان پوسیده‌گی بودند را شناسایی کردند ولی بطور خلاصه سن (Kumar et al., 2013: 72)، سطح تحصیل (Hessari et al., 2008: 302-307)، دفعات استفاده از مسواک (Gürsoy et al., 2008: 576-583)، استفاده از شیرینی‌جات (American Academy of Periodontology, 2004: 495-495) و تعداد ولادت‌ها (Shamsi et al., 2013: 190-197) از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر پوسیده‌گی دندان شناخته شده‌اند.

با این وجود تحقیقات در این زمینه بسیار کم می‌باشد و علت آن ممکن است نادیده‌گرفته‌شدن بهداشت دهان‌ودندان به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های موردنیاز مادر و مراجعه کم‌تر به دندان‌پزشکی در سن باروری باشد. همچنین تقریباً هیچ مطالعه مهمی در منابع علمی بزرگ نسبت به بهداشت دندان خصوصاً در میان خانم‌های سن باروری در سطح افغانستان انجام نشده است.

هدف این مطالعه به‌دست‌آوردن اطلاعات پایه در مورد وضعیت سلامت دهان‌ودندان و رفتارهای مراقبت از دندان زنان سن باروری در شهر هرات، در حوزه غرب افغانستان است. این اطلاعات

می‌تواند برای طراحی و برنامه‌ریزی مداخلات مربوط به ارتقای سلامت دهان در میان این جمعیت مفید باشد.

## روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است، که از ماه جدی سال ۱۴۰۰ تا ماه جوزای سال ۱۴۰۱ در بین خانم‌های سن باروری در شهر هرات اجرا شده است. مصاحبه و خانه‌پری پرسش‌نامه‌ها در سطح کلینیک‌های شهر هرات، به‌اضافه خانم‌هایی که در سن باروری قرار دارند بدون در نظر داشت تعداد ولادت‌ها از نواحی مختلف شهر هرات صورت گرفته است؛ طوری که در این تحقیق اطلاعات مربوط به ۴۱۱ خانم در مدت مشخص شده توسط پرسش‌نامه‌های مشخص تهیه شده و گروه کاری تحقیق، به‌صورت رودرو آنان را خانه‌پری کرده است. پرسش‌نامه‌ها عوامل مختلف مؤثر بر پوسیده‌گی دندان را در چهار بخش ۱. مشخصات فردی اجتماعی؛ ۲. بهداشت دهان و دندان؛ ۳. عوامل مؤثر بر پوسیده‌گی دندان؛ ۴. بررسی وضعیت پوسیده‌گی توسط معاینه‌کننده (بررسی شاخص DMFT) مورد بررسی قرار داده است.

معیار ورود به تحقیق شامل خانم‌هایی است که در سن باروری قرار دارند، داشتن آگاهی و رضایت کامل به شرکت در تحقیق، برخورداری از سلامت روانی و قدرت افهام و تفهیم بین محقق و فرد مورد نظر بوده است.

بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و کنترل آن‌ها، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS26 مورد تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا توزیع داده‌ها از لحاظ نورمال بودن بررسی گردیده و در صورت نورمال بودن، توزیع برای آمارهای توصیفی، فیصدی، میان‌گین و انحراف معیار و در صورت غیرنورمال بودن داده‌ها از میانه و چارک‌های ۲۵٪ و ۷۵٪ استفاده گردید. برای مقایسه کتگوریک از آزمون chi-square استفاده شده است. سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) در نظر گرفته شده است.

در این مطالعه به‌منظور تخمین میان‌گین دندان‌های پوسیده (Decayed)، افتاده (Missing) و پُر شده (Filled) شاخص (DMFT) محاسبه گردیده است. برای تعیین سطح پوسیده‌گی و دریافت تفاوت معناداری در مطالعه حاضر، این شاخص به سه دسته بدون پوسیده‌گی ( $DMFT = 0$ )، پوسیده‌گی خفیف ( $1 < DMFT < 4$ ) و پوسیده‌گی شدید ( $DMFT > 4$ ) تقسیم گردید.

## نتایج

در این تحقیق، ۴۱۱ خانم سن باروری ۱۸ تا ۶۵ ساله، که به کلینیک‌های دندان پزشکی شهر هرات مراجعه نمودند شامل شدند. میانگین و انحراف معیار سن این مریضان برابر با  $31.25 \pm$  سال ۹.۷۴۴ سال می‌باشد. در حدود نیمی از اشتراک‌کننده‌گان (۵۰٫۴٪) این تحقیق کم‌تر از ۳۰ سال سن داشتند.

جدول (۱): مشخصات فردی - اجتماعی

تعداد			فیصدی			
گروه‌های سنی	۱۸-۲۹ سال	۲۰۷	۵۰٫۴	خانم خانه	۱۹۵	۴۷٫۴
	۳۰-۳۹ سال	۱۲۴	۳۰٫۲	بی‌کار	۴۷	۱۱٫۴
	۴۰-۴۹ سال	۵۸	۱۴٫۱	شغل آزاد	۲۱	۵٫۱
	بیش‌تر از ۵۰ سال	۲۲	۵٫۳	دانش‌جو	۱۰۲	۲۴٫۸
حالت مدنی	مجرد	۶۴	۱۵٫۶	کارمند	۳۹	۹٫۵
	متاهل	۳۰۶	۷۴٫۵	دیگر	۷	۱٫۷
	مطلقه	۱۹	۴٫۶	عالی	۵۵	۱۳٫۴
	بیوه	۲۲	۵٫۴	خوب	۲۲۱	۵۳٫۸
تحصیلات	بی‌سواد	۷۳	۱۷٫۸	متوسط	۹۰	۲۱٫۹
	سواد خواندن و نوشتن	۶۲	۱۵٫۱	بد	۳۳	۸٫۰
	ابتدایی	۲۹	۷٫۱	خیلی بد	۱۲	۳٫۹
	متوسطه	۳۹	۹٫۵	تعداد ولادت‌ها	۰	۱۸٫۷
وضعیت اقتصادی	لیسه	۱۰۸	۲۶٫۳	۱	۹۵	۲۳٫۱
	لیسانس و بالاتر	۱۰۰	۲۴٫۳	۲	۶۹	۱۶٫۸
	خیلی ضعیف	۲۸	۶٫۸	۳	۵۶	۱۳٫۶
	ضعیف	۶۸	۱۶٫۵	بیش‌تر از سه فرزند	۱۱۴	۲۷٫۷
بیماری مزمن	متوسط	۱۳۷	۳۳٫۳	۰	۲۷۶	۶۷٫۲
	خوب	۱۳۲	۳۲٫۱	۱	۷۲	۱۷٫۵
	عالی	۴۶	۱۱٫۲	۲	۲۷	۹٫۰
	بله	۱۰۹	۲۶٫۵	۳	۲۳	۵٫۶
	خیر	۳۰۲	۷۳٫۵	بیش‌تر از سه سقط	۳	۰٫۷

طوری که مشاهده می‌شود، تقریباً نیمی (۵۰٫۴٪) از خانم‌های مراجعه‌کننده به کلینیک‌های دندان، ۱۸-۲۹ ساله و حدود سه چهارم (۷۴٫۵٪) آن‌ها متاهل می‌باشند. بیش از یک چهارم اشتراک‌کننده‌گان این تحقیق (۲۶٫۳٪) تحصیلات دوره لیسه را تکمیل نموده‌اند، یک سوم آن‌ها (۳۳٫۳٪) وضعیت

اقتصادی متوسط داشته و کم‌تر از نیمی از آن‌ها (۴۷,۴٪) خانم می‌باشند. حدود نیمی از اشتراک‌کننده‌گان (۵۳,۸٪) وضعیت صحتی خود را خوب اعلام کردند و حدود سه‌چهارم (۷۳,۵٪) دچار کدام بیماری مزمنی نمی‌باشند. بیش از یک‌چهارم خانم‌ها (۲۷,۷٪) بیش‌تر از سه فرزند دارند و بیش از دوسوم آن‌ها (۶۷,۲٪) سقط را تجربه نکرده‌اند (جدول ۱).

جدول (۲): مشخصات بهداشت دندان

تعداد فیصدی			تعداد فیصدی		
۳۷۱	۹۰,۳	بلی	استفاده از خمیردندان	۲۰۹	یک‌مرتبه
۴۰	۹,۷	خیر		۱۵۷	دومرتبه
۱۴۷	۳۵,۸	بلی	استفاده از دهان‌شویه	۴۵	سه‌مرتبه
۲۶۴	۶۴,۲	خیر		۳۰۶	کم‌تر از پنج دقیقه
۹۵	۲۳,۱	بلی	مراجعه هر شش ماه به دندان‌پزشک	۸۹	۵ دقیقه
۳۱۶	۷۶,۹	خیر		۱۶	بیش‌تر از پنج دقیقه
۱۵۴	۳۷,۵	در طی ۱۲ ماه گذشته	زمان آخرین ویزیت	۷۵	حامله نبوده
۱۴۲	۳۴,۵	بیش از ۱۲ ماه		۱۱۶	کم
۱۱۵	۲۸,۰	مراجعه نداشته		۵۷	زیاد
۷۵	۱۸,۲	حامله نبوده	مراجعه به دندان‌پزشک در طی بارداری	۱۰۳	متوسط
۱۲۹	۳۱,۴	بلی		۶۰	ضعیف
۲۰۷	۵۰,۴	خیر		۶۰	عالی
۲۰۲	۴۹,۱	مسواک‌زدن	پاک کردن دندان	۲۲۰	خوب
۳۸	۹,۲	نخ کردن		۸۹	متوسط
۳۱	۷,۵	خلال دندان		۴۲	ضعیف
۷۴	۱۸,۰	همه	وجود خشکی دهان	۹۵	بلی
۶۶	۱۶,۱	هیچ‌کدام		۳۱۶	خیر

نظر به نتایج جدول (۲)، بیش از نیمی از اشتراک‌کننده‌گان (۵۳,۵٪) وضعیت بهداشت دندان خوب داشتند و بیش از سه‌چهارم (۷۶,۹٪) به خشکی دهان مبتلا نبودند. حدود نیمی از افراد (۵۰,۹٪) تنها یک‌مرتبه و حدود سه‌چهارم (۷۴,۵٪) به مدت کم‌تر از پنج دقیقه مسواک می‌زنند؛ این در حالی است که حدود نیمی از موارد (۴۹,۱٪) از مسواک به‌تنهایی استفاده می‌کنند. اکثریت غالب (۹۰,۳٪) از خمیردندان استفاده می‌نمایند؛ درحالی‌که بیش از دوسوم (۶۴,۲٪) از دهان‌شویه استفاده نمی‌کنند. بیش از سه‌چهارم (۷۶,۹٪) به‌طور منظم هر شش ماه به دندان‌پزشک مراجعه نمی‌کنند؛ درحالی‌که

۳۷,۵٪ طی ۱۲ ماه گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند. ۲,۲۸٪ قبل از بارداری دچار پوسیده‌گی دندان نبودند و ۴,۵۰٪ طی بارداری به دندانپزشک مراجعه نکردند (جدول ۲).

جدول (۳): میزان موجودیت فاکتورهای مؤثر بر پوسیده‌گی دندان و شاخص DMFT در نزد مراجعه‌کنندگان

فیصدی	تعداد		
۳۴,۱	۱۴۰	بیش از سه بار در هفته	میزان استفاده از شیرینی‌جات
۲۹,۷	۱۲۲	دو بار در هفته	
۲۱,۲	۸۷	یک بار در هفته	
۱۵,۱	۶۲	کم‌تر از یک بار در هفته	
۵۴,۰	۲۲۲	بلی	موجودیت تکلیف معده
۴۶,۰	۱۸۹	خیر	
۶۶,۲	۲۷۲	بله	استفاده از نوشیدنی گازدار
۳۳,۸	۱۳۹	خیر	
۳,۲	۱۳	بلی	استفاده از نصور
۹۶,۸	۳۹۸	خیر	
۷,۸	۳۲	بلی	استفاده از سیگرت
۹۲,۲	۳۷۷	خیر	
۳۵,۸	۱۴۷	سالم (۰)	DMFT index
۱۳,۶	۵۶	پوسیده‌گی خفیف (۱-۴)	
۵۰,۶	۲۰۸	پوسیده‌گی شدید (۴>)	

در بررسی استفاده از مواد مولد پوسیده‌گی دندان، بیش از یک‌سوم (۳۴,۱٪) اعلام کردند که بیش از سه بار در هفته از شیرینی‌جات استفاده می‌کنند. همچنین طبق گزارش، حدود دوسوم (۶۶,۲٪) نوشیدنی گازدار استفاده کرده و بیش از نیمی از آن‌ها (۵۴,۱٪) دچار تکلیف معده می‌باشند؛ درحالی‌که، ۹۶,۸٪ و ۹۲,۲٪ به ترتیب نصور و سیگار معتاد نمی‌باشند. میان‌گین و انحراف معیار شاخص پوسیده‌گی (DMFT) در میان اشتراک‌کنندگان  $6.86 \pm 5.56$  بود، یعنی مادران به‌طور اوسط دارای ۵.۵ دندان پوسیده می‌باشند. شیوع کلی پوسیده‌گی دندان ۶۴,۲٪ می‌باشد و حدود نیمی از اشتراک‌کنندگان (۵۰,۶٪) دارای پوسیده‌گی شدید دندان (شاخص  $DMFT > 4$ ) می‌باشند (جدول ۳).



جدول (۴) ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی و شاخص پوسیده‌گی دندان (DMFT)

Chi square	Significance	DMFT index					
		پوسیده‌گی شدید		بدون پوسیده‌گی یا خفیف			
		تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی		
$\chi^2 = 6.339$	$p = 0.012$	۹۲	۴۴.۲	۱۱۵	۵۶.۷	کم‌تر از ۲۹ سال	گروه‌های سنی
		۱۱۶	۵۵.۸	۸۸	۴۳.۳	بیش‌تر از ۳۰ سال	
$\chi^2 = 3.390$	$p = 0.066$	۴۵	۲۱.۶	۶۰	۲۹.۶	مجرد	حالت مدنی
		۱۶۳	۷۸.۴	۱۴۳	۷۰.۴	متاهل	
$\chi^2 = 4.061$	$p = 0.044$	۹۳	۴۴.۷	۷۱	۳۵.۰	ابتدایی یا کم‌تر	تحصیلات
		۱۱۵	۵۵.۳	۱۳۲	۶۵.۰	متوسطه یا بالاتر	
$\chi^2 = 15.999$	$p < 0.001$	۱۰۲	۴۹.۰	۱۳۹	۶۸.۵	کم‌تر از سه طفل	تعداد ولادت‌ها
		۱۰۶	۵۱.۰	۶۴	۳۱.۵	۳ طفل یا بیش‌تر	

به اساس یافته‌های این تحقیق، میان مشخصات فردی و اجتماعی سن، تحصیلات و تعداد ولادت و میزان پوسیده‌گی دندان (شاخص DMFT) ارتباط معنادار وجود دارد؛ درحالی که حالت مدنی ارتباط معناداری با پوسیده‌گی دندان ندارد؛ طوری که افراد مسن بیش‌تر پوسیده‌گی شدید را تجربه می‌کنند، ۵۵.۸٪ افراد بیش از ۳۰ سال دارای پوسیده‌گی شدید ( $DMFT > 4$ ) می‌باشند؛ درحالی که تنها ۴۳.۳٪ پوسیده‌گی خفیف داشتند یا بدون پوسیده‌گی می‌باشند، که این تفاوت از نگاه آماری معنادار می‌باشد ( $p = 0.012$ ). افراد با تحصیلات پایین (ابتدایی یا کم‌تر) دارای پوسیده‌گی شدیدتر می‌باشند؛ طوری که ۴۴.۷٪ این افراد پوسیده‌گی شدید داشتند و ۳۵.۰٪ پوسیده‌گی خفیف یا بدون پوسیده‌گی بوده‌اند، که این تفاوت از نگاه آماری معنادار است ( $p = 0.044$ )؛ همچنین، افراد دارای کم‌تر از سه طفل دارای پوسیده‌گی کم‌تر از سه طفل یا بیش‌تر می‌باشند؛ طوری که ۶۸.۵٪ این افراد بدون پوسیده‌گی یا پوسیده‌گی خفیف دارند؛ درحالی که ۴۹.۰٪ دارای پوسیده‌گی شدید می‌باشند که این تفاوت معنادار می‌باشد ( $p < 0.001$ ).

جدول (۵) مصرف مواد مضر و بهداشت دندان و ارتباط آن‌ها با شاخص DMFT

Chi square	Significance	index DMFT					
		پوسیده‌گی شدید		بدون پوسیده‌گی یا خفیف			
		تعداد	فیصدی	تعداد	فیصدی		
$\chi^2 = 1.458$	$p = 0.227$	۱۳۶	۶۵.۴	۱۴۴	۷۰.۹	خوب و عالی	بهداشت دهان
		۷۲	۳۴.۶	۵۹	۲۹.۱	متوسط و ضعیف	
$\chi^2 = 0.643$	$p = 0.423$	۶۷	۳۲.۲	۷۳	۳۶.۰	بیش‌تر از سه بار در هفته	استفاده از شیرینی‌جات
		۱۴۱	۶۷.۸	۱۳۰	۶۴.۰	سه بار یا کم‌تر در هفته	
$\chi^2$	$p = 0.001$	۸۶	۴۱.۳	۵۳	۲۶.۱	بلی	استفاده از نوشیدنی‌های

10.658 =		۵۸.۷	۱۲۲	۷۳.۹	۱۵۰	خبر	گازدار
$\chi^2 = 0.642$	$p = 0.423$	۳.۸	۸	۲.۵	۵	بلی	استفاده از نصور
		۹۶.۲	۲۰۰	۹۷.۵	۱۹۸	خبر	
$\chi^2 = 3.233$	$p = 0.072$	۱۰.۲	۲۱	۵.۴	۱۱	بلی	استفاده از سیگار
		۸۹.۸	۱۸۵	۹۴.۶	۱۹۲	خبر	
$\chi^2 = 0.030$	$p = 0.863$	۵۴.۳	۱۱۳	۵۵.۲	۱۱۲	بلی	تکلیف معده
		۴۵.۷	۹۵	۴۴.۸	۹۱	خبر	

براساس نتایج این تحقیق، تنها ارتباط معناداری میان استفاده از نوشیدنی گازدار و پوسیده‌گی شدید یافت شد (جدول ۵)؛ طوری که ۴۱,۳٪ از افرادی که نوشیدنی گازدار مصرف می‌نمایند دارای پوسیده‌گی شدید بودند؛ درحالی که ۲۶,۱٪ این افراد بدون پوسیده‌گی یا دارای پوسیده‌گی خفیف می‌باشند، که این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $p = 0.001$ )؛ باین وجود، هیچ تفاوت معناداری در شدت پوسیده‌گی دندان و متغیرهای استفاده از سیگار، نصور، میزان استفاده از شیرینی‌جات، وجود تکلیف معده و وضعیت بهداشت دهان دریافت نشد.

## بحث و مناقشه

مطالعه حاضر نشان دهنده شیوع بالای پوسیده‌گی دندان (۶۴,۲٪) در زنان سن باروری بود. داشتن میان‌گین ۵,۵ دندان پوسیده در دهان مادر، می‌تواند مقدمه‌یی برای پوسیده‌گی دندان در دهان نوزادان از طریق انتقال باکتری باشد. میان‌گین شاخص پوسیدگی (DMFT) در این مطالعه ۵,۵۶ بود که کم‌تر از مطالعه‌یی در میان زنان سن بارداری ایران با میان‌گین هفت است (Deghatipour et al., 2019: 117). این میان‌گین در مطالعه‌یی در میان زنان سن بارداری پاکستان ۶,۸ به‌دست‌آمده بود (Siddiqui et al., 2018: 88-91).

در مطالعه حاضر، ارتباط و معناداری بین سن و DMFT وجود داشت ( $p = 0.012$ )، که با مطالعه‌یی که بر روی زنان سن بارداری در ایران (Shamsi et al., 2013: 190-197) و مطالعه‌یی از هند (Kumar et al., 2013: 72)، که در آن دندان‌های پوسیده تحت تأثیر سن قرار داشتند، قابل‌مقایسه است. در این مطالعه حدود نیمی از شرکت‌کننده‌گان (۴۹,۱٪) گزارش کردند که بیش‌تر از یک‌بار در روز مسواک می‌زنند، که بسیار کم‌تر از دفعات مسواک‌زدن روزانه زنان سن بارداری در فنلاند (۹۰٪)، استرالیا (۹۱٪)، کویت (۹۲٪) و انگلستان (۷۳,۷٪) است (Gürsoy et al., 2008: 576-583; Honkala & Al-Ansari, 2005: 809-814; Hullah et al., 2008: 405-409; Thomas et al., 2008: 13). علاوه‌براین، عادت مسواک‌زدن در بارداری تحت تأثیر حالت تهوع ممکن است منجر به کاهش دفعات عادت در این مرحله شود؛ باین‌حال، بسیار مهم است، که مسواک فراموش نشود؛ زیرا زنان سن بارداری که

به اندازه کافی به مسواک زدن دندان‌های خود اهمیت نمی‌دهند، احتمالاً از تمییز کردن دهان کودک خود نیز غافل خواهند شد (Okada et al., 2002: 101-108; Azimi et al., 2018: 265-270).

ما دریافتیم که تحصیلات عالی با پوسیده‌گی کم‌تر دندان هم‌راه است. نتایج ما یافته‌های مطالعات قبلی در کشور ایران (Hessari et al., 2008: 302-307)، ایالات متحده (American Academy of Periodontology, 2004: 495-495)، برزیل (Moimaz et al., 2014: 73-78) و استرالیا (Sanders et al., 2005: 133-140) را تأیید می‌کند، که در آن زنان با سطح تحصیلات پایین، در مقایسه با زنان با سطح تحصیلات بالا، احتمال پوسیده‌گی دندان‌های تداوی نشده بیش‌تری داشتند؛ بنابراین باید اقدامات ضروری برای تشویق زنان افغان به کسب علم و دانش و ارتقای تحصیلات عالی انجام گیرد.

در مطالعه ما، ۳۴٫۱٪ از زنان سن بارداری یک‌بار در روز شیرینی مصرف می‌کردند. مطالعه روی گروهی از زنان انگلستان نشان داده‌است که حدود ۶۳٫۰٪ از زنان در دوران بارداری مصرف قند را افزایش دادند (Ahmadian-Yazdi & Sanatkhani, 2003: 93-99). زنانی که بیش از یک‌بار در روز شیرینی مصرف می‌کردند به میزان قابل‌توجهی پرکردن دندان کم‌تری داشتند. این را می‌توان با خوشه‌بندی رفتارهای مراقبت از دندان مانند مصرف بیش‌تر شیرینی و مراجعه کم‌تر به دندان‌پزشکی که در مطالعات دیگر مستند شده است توضیح داد (American Academy of Periodontology, 2004: 495-495). این یافته‌ها مطابق با شواهد قبلی است، که نشان می‌دهند تعداد بیش‌تری از پرکردن در مادران باردار مسن‌تر، که شیرینی‌های بیش‌تری مصرف می‌کنند، بیش‌تر است هم مصرف شیرینی و هم رفتارهای مراجعه به دندان‌پزشکی معمولاً تحت تأثیر بارداری قرار می‌گیرند (Al-Tamimi & Petersen, 1998: 180-186). معمولاً زنان سن بارداری بیش‌تر از شیرینی‌جات استفاده می‌کنند و از مراجعه به دندان‌پزشکی خودداری می‌کنند.

این مطالعه، نخستین کار اپیدمیولوژیک دندان‌پزشکی بر روی زنان سن باروری در افغانستان است. این مطالعه از حجم نمونه مناسبی از کلینیک‌های دندان‌پزشکی مهم شهر هرات بهره‌مند شده است. نتایج این مطالعه را نمی‌توان به همه زنان سن باروری ایرانی تعمیم داد؛ اما نمونه معرف را در منطقه غرب افغانستان پوشش داده است؛ باین‌حال، برخی از محدودیت‌ها باید در مطالعه حاضر در نظر گرفته شود. این مطالعه تنها زنانی را که برای معاینه به کلینیک‌های دندان‌پزشکی مراجعه کردند پوشش می‌دهد؛ در نتیجه به مطالعات بیش‌تر در سطح جامعه نیاز خواهد بود. ما هیچ مدرک منتشرشده رسمی در مورد بهداشت دهان و دندان در افغانستان خصوصاً در نزد خانم‌های سن باروری پیدا نکردیم، در نتیجه مقایسه تنها با آمارهای کشورهای هم‌سایه و سایر کشورهای جهان ممکن خواهد بود. محدودیت دیگر مطالعه، طراحی مقطعی بود که به ما اجازه نمی‌داد ترتیب زمانی عوامل خطر و پیامدها را مطالعه کنیم، و اجازه مطالعه علت و اثر را نمی‌داد.

این مطالعه تصویری از وضعیت بهداشت دهان و دندان زنان سن بارداری را در دومین شهر بزرگ افغانستان ارائه می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که اکثر مادران سن بارداری دچار پوسیده‌گی شدید دندان بودند و به‌طور میان‌گین ۵٫۵ دندان پوسیده در دهان داشتند. این وضعیت نشان‌دهنده سطح بالای باکتری نامطلوب در دهان مادران است، که در آینده قابل‌انتقال به دهان نوزادان خواهد بود.

### نتیجه‌گیری

وضعیت سلامت دهان و دندان زنان سن بارداری رضایت‌بخش نیست و به‌طور متوسط ۵٫۵ دندان پوسیده در دهان وجود دارد. زنان مسن‌تر پوسیده‌گی کم‌تری داشتند؛ اما ظاهراً دندان‌های ازدست‌رفته بیش‌تری داشتند، که نشان‌دهنده مراقبت‌های نامناسب دندان‌پزشکی بود. عوامل متعددی از جمله سطح تحصیلات در افزایش آگاهی بهداشت دندان مادران مؤثر می‌باشد، که به‌نوبه خود بر آموزش بهداشت دندان بر اطفال‌شان نیز تأثیر خواهد گذاشت. همچنین باید در نظر داشت که افزایش سن و تعداد ولادت زیاد نیز فاکتورهای خطر بالقوه دیگر پوسیده‌گی دندان در نزد خانم‌های سن باروری می‌باشد. در سطح برنامه‌ریزی مدیریت صحت وزارت صحت عامه فاکتورهای مذکور نقش تعیین‌کننده خواهد داشت؛ طوری که با اختصاص برنامه‌های آموزشی مراقبت از بهداشت دندان این خانم‌ها در اولویت قرار داده شوند. وجود رابطه معنی‌دار میان پوسیده‌گی دندان و استفاده از نوشیدنی‌های گازدار در نزد خانم‌ها بر اهمیت کاهش و ترک استفاده از این نوع نوشیدنی‌ها جهت ارتقای بهداشت و سلامت دندان تأکید دارد.

### پیش‌نهادهای

پیش‌نهادهای نویسنده‌گان در رابطه با این یافته‌های مطالعه عبارت‌اند از:

۱. قبل از بارداری، زنان باید تحت معاینه کلینیکی قرار گیرند و به آن‌ها تداوی‌های دندان‌پزشکی لازم توصیه شود. این کار می‌تواند توسط ماماها؟ و متخصصان نسایی و ولادی که در سلامت ولادت نقش دارند هم مورد تأکید قرار گیرد؛
۲. در دوران بارداری، آموزش بهداشت دهان و دندان زنان باید در مراقبت‌های رایج مادران ادغام شود. همچنین این عمل می‌توان گام مهمی برای مادران باشد که مسؤلیت بهداشت دهان و دندان نوزاد خود را بر عهده بگیرند.

بنابراین برای افزایش آگاهی و وضعیت بهداشت دندان خانم‌های سن باروری هم‌واره باید تحقیقات اپیدمیولوژیک برای یافتن عوامل ایجادکننده آن، مداخلات و مراقبت‌های لازم در این زمینه صورت پذیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان این مقاله، مراتب قدردانی خود را از کارکنان کلینیک کادری غالب، شفاخانه خصوصی هم‌کار و سایر هم‌کاران ابراز می‌دارند.

### سرچشمه‌ها

1. Adair, P. M., Pine, C. M., Burnside, G., Nicoll, A. D., Gillett, A., Anwar, S., Broukal, Z., Chestnutt, I. G., Declerck, D., Ping, F. X., & others. (2004). Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dental Health*, 21(1 Suppl), 102–111.
2. Ahmadian-Yazdi, A., & Sanatkhan, M. (2003). A descriptive survey of the oral health on a group of the Asian pregnant women resident in the UK. *Journal of Mashhad Dental School*, 27(Issue), 93–99.
3. Al-Tamimi, S., & Petersen, P. E. (1998). Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *International Dental Journal*, 48(3), 180–186. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.1998.tb00475.x>
4. American Academy of Periodontology. (2004). American Academy of Periodontology Statement Regarding Periodontal Management of the Pregnant Patient. *Journal of Periodontology*, 75(3), 495–495. <https://doi.org/10.1902/jop.2004.75.3.495>
5. Azimi, S., Taheri, J. B., Tennant, M., Kruger, E., Molaei, H., & Ghorbani, Z. (2018). Relationship Between Mothers' Knowledge and Attitude Towards the Importance of Oral Health and Dental Status of their Young Children. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 16(3), 265–270. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a40760>
6. Bates, S. B., & Riedy, C. A. (2012). Changing knowledge and beliefs through an oral health pregnancy message. *Journal of Public Health Dentistry*, 72(2), 104–111.
7. Deghatipour, M., Ghorbani, Z., Ghanbari, S., Arshi, S., Ehdavivand, F., Namdari, M., & Pakkhesal, M. (2019). Oral health status in relation to socioeconomic and behavioral factors among pregnant women: A community-based cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 19(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0801-x>
8. Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Safari-Moradabadi, A., & Torabi, S. (2018). Oral and dental health care during pregnancy: Evaluating a theory-driven intervention. *Oral Diseases*, 24(8), 1606–1614. <https://doi.org/10.1111/odi.12928>
9. Gharehghani, M. A. M., Bayani, A., Bayat, A.-H., Hemmat, M., Karimy, M., Ahounbar, E., Armoon, B., Fakhri, Y., & Schroth, R. J. (2021). Poor oral health-related

- quality of life among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Dental Hygiene*, 19(1), 39–49. <https://doi.org/10.1111/idh.12465>
10. Gürsoy, M., Pajukanta, R., Sorsa, T., & Könönen, E. (2008). Clinical changes in periodontium during pregnancy and post-partum. *Journal of Clinical Periodontology*, 35(7), 576–583.
11. Hessari, H., Vehkalahti, M., Eghbal, M. J., & Murtomaa, H. (2009). Lifelong exposure to smoking and oral health among 35- to 44-year-old Iranians. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 7(1), 61–68.
12. Hessari, H., Vehkalahti, M. M., Eghbal, M. J., Samadzadeh, H., & Murtomaa, H. T. (2008). Oral Health and Treatment Needs among 18-Year-Old Iranians. *Medical Principles and Practice*, 17(4), 302–307. <https://doi.org/10.1159/000129610>
13. Honkala, S., & Al-Ansari, J. (2005). Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *Journal of Clinical Periodontology*, 32(7), 809–814. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2005.00770.x>
14. Hullah, E., Turok, Y., Nauta, M., & Yoong, W. (2008). Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in a sample of immigrant women in North London. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 277(5), 405–409. <https://doi.org/10.1007/s00404-007-0480-8>
15. Kandan, P. M., Menaga, V., & Kumar, R. R. R. (2011). Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *JPMMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(10), 1009–1014.
16. Kumar, S., Tadakamadla, J., Tibdewal, H., Duraiswamy, P., & Kulkarni, S. (2013). Factors influencing caries status and treatment needs among pregnant women attending a maternity hospital in Udaipur city, India. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 5(2), e72.
17. Madani, A. H., Dikshit, M., & Bhaduri, D. (2012). Risk for oral cancer associated to smoking, smokeless and oral dip products. *Indian Journal of Public Health*, 56(1), 57–60. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.96977>
18. Marla, V., Srii, R., Roy, D. K., & Ajmera, H. (2018). The importance of oral health during pregnancy: A review. *MedicalExpress*, 5.
19. Martínez-Beneyto, Y., Vera-Delgado, M. V., Pérez, L., & Maurandi, A. (2011). Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 114(1), 18–22.
20. Mills, L. W., & Moses, D. T. (2002). Oral Health During Pregnancy. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(5), 275–280.
21. Moimaz, S. A. S., Fadel, C. B., Lolli, L. F., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. Í., & Saliba, N. A. (2014). Social aspects of dental caries in the context of mother-child pairs. *Journal of Applied Oral Science*, 22, 73–78. <https://doi.org/10.1590/1678-775720130122>
22. Okada, M., Kawamura, M., Kaihara, Y., Matsuzaki, Y., Kuwahara, S., Ishidori, H., & Miura, K. (2002). Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: An exploratory study employing a causal modelling technique.

- International Journal of Paediatric Dentistry*, 12(2), 101-108.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-263X.2002.00338.x>
23. Pirie, M., Cooke, I., Linden, G., & Irwin, C. (2007). Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 9(1), 21-26.  
<https://doi.org/10.1576/toag.9.1.021.27292>
24. Saberi-Firoozi, M., Khademolhosseini, F., Yousefi, M., Mehrabani, D., Zare, N., & Heydari, S. T. (2007). Risk factors of gastroesophageal reflux disease in Shiraz, southern Iran. *World Journal of Gastroenterology*, 13(41), 5486-5491.  
<https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i41.5486>
25. Sanders, A. E., Spencer, A. J., & Stewart, J. F. (2005). Clustering of risk behaviours for oral and general health. *Community Dental Health*, 22(3), 133-140.
26. Shamsi, M., Hidarnia, A., Niknami, S., & Khorsandi, M. (2013). The status of dental caries and some acting factors in a sample of Iranian women with pregnancy. *World J Med Sci*, 9(4), 190-197.
27. Shanthi, V., Vanka, A., Bhambal, A., Saxena, V., Saxena, S., & Kumar, S. S. (2012). Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review. *Dental Research Journal*, 9(4) 190-197.
28. Siddiqui, T. M., Akram, S., Wali, A., Mahmood, P., & Rais, S. (2018). DENTAL CARIES AND GINGIVITIS AMONGST PREGNANT WOMEN: A SAMPLE FROM URBAN AND RURAL AREAS OF KARACHI. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 38(1), 88-91.
29. Thomas, N. J., Middleton, P. F., & Crowther, C. A. (2008). Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: A postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-13>
- 
-