مجـلهی توسـعهی آمـوزش در علـوم پزشـکی
دورهی ۳، شماره ٤، بهار و تابستان ۸۹، صفحات ۳٤ تا ۳۹

ادغام سلامت دهان و دندان در کوریکولوم آموزشی مامایی، یک نیاز اجتناب‌ناپذیر در بهبود وضعیت سلامت دهان و دندان زنان

دکتر مریم فضلی[۱]

نویسندهی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، معاونت پژوهشی Mary_fa_44@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: *زنان نیمی از جمعیت بشری را تشکیل می‌دهند، سلامت آنان، سلامت نسل آینده‌است، با توجه به اثر تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی زنان بر سلامت دهان و دندان و اثر سلامت دهان و دندان بر سلامت فرد، این مقاله به منظور معرفی راه‌کاری جهت هر چه بیشتر توجه دادن آحاد زنان جامعه بر حفظ سلامت دهان و دندان خود، تنظیم گردید.*

روش بررسی: *این مقاله با تکیه بر اصول دندانپزشکی جامعه نگر و بر اساس دندانپزشکی مبتنی بر شواهد، بر گرفته از قسمتی از نتایج مطالعات جامع بر روی سلامت دهان و دندان زنان ۱۵ تا ۶۰ ساله که در سال‌های ۸۶ تا ۸۹ انجام گرفت، تنظیم گردید.*

یافته‌ها: *از آنجایی که وضعیت سلامت و دهان و دندان گروه‌های مورد مطالعه وضعیت مناسبی نبود، نتایج حاصل از این مطالعات توجه به استراتژی‌های مهم پیشگیری از جمله دسترسی آسان به نیروهای مراقبت سلامت را آشکارتر نمود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به مراجعات مکرر زنان باردار و شیرده نزد ماماها و متخصصین زنان و زایمان و امکان ارایه‌ی مراقبت‌های اولیه حداقل در بحث آموزش، با ادغام بحث سلامت دهان و دندان در مباحث موجود در کوریکوم آموزشی مامایی و تعریف یک نقش جدید برای این گروه می‌توان در آینده از تأثیرات مثبت آن بسیار بهره برد.*

واژگان کلیدی: سلامت دهان و دندان، مامایی، کوریکولوم، آموزش

مقدمه

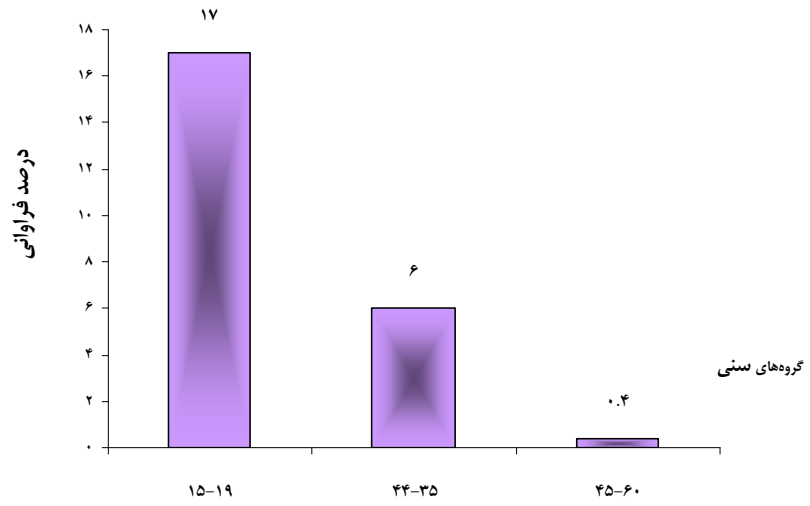
زنان نیمی از جمعیت بشری را تشکیل می‌دهند، سلامت آنان سلامت نسل آینده‌ای است که از بطن آنان متولد می‌شوند. شاخص بقای نسل نیز به تعداد دختر زایی یک زن در طول دوران باروری‌اش اطلاق می‌شود. از طرفی سلامت دهان و دندان بر سلامت مجموعه‌ی بدن تاثیر گذار است. مطالعات بسیاری به خصوص در دهه‌ی اخیر در زمینه‌ی تاثیر متقابل سلامت دهان و دندان و سلامت ارگان‌ها و اعضای بدن بر یکدیگر صورت گرفته است (۴-۱). زنان در سنین باروری تحت تأثیرات تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی قرار می‌گیرند، این تغییرات به طور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت دهان و دندان آنان اثر می‌گذارد. در مرحله‌ی اول تغییرات هورمونی جنسی به صورت تغییرات التهابی غیر اختصاصی با اثر به اجزای عروقی بر روی انساج پریودونشیوم تأثیر می‌گذارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که هورمون‌های جنسی می‌توانند بر روی انساج پریودونشیوم تأثیرگذار باشند. به عنوان مثال پروژسترون باعث گشادی عروق و افزایش نفوذپذیری آن‌ها در لثه و متعاقب آن افزایش آسیب به بافت می‌گردد. تزریق مکرر استروژن منجر به افزایش تشکیل

۱- دکترای دندانپزشکی، MPH، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.22519521.1389.3.4.6.7]

استخوان در فکین، ممانعت از هیپرکراتوز اپی‌تلیوم لثه و فیبروزه شدن دیواره‌ی عروق می‌شود (۵). کمبود استروژن یک ریسک فاکتور برای بیماری‌های پریودونتال است (۱). مشخص شده است که عفونت‌های پریودونتال علاوه بر تشدید تظاهرات اختلالات سیستمیک در فرد، می‌تواند موجب تولد کودک با وزن کم تولد و سقط جنین گردد (۷و۶). همچنین زنان در دوران حاملگی، دچار تغییرات قابل توجهی در لثه‌ی خود می‌شوند که به ژنژیویت حاملگی معروف است. تومور حاملگی، اروژن‌های دندانی، خشکی دهان و در بعضی موارد افزایش بزاق از تغییراتی است که در طول دوران حاملگی در دهان و دندان اتفاق می‌افتد. میزان پروژسترون در طول دوران حاملگی تا ۱۰ برابر میزان طبیعی افزایش می‌یابد که می‌تواند اثرات آن را در این دوران تشدید نماید (۸). از آنجایی که تیم سلامت دهان و دندان در حال حاضر یک تیم متشکل و کاملی نمی‌باشد و از طرفی نیروهای حد واسط این تیم در حال حاضر تقریباً در کشور وجود ندارد، به‌نظر می‌رسد لازم است با توجه به مراجعات مکرر زنان در طول دوران باروری به گروه مامایی و نیز برنامه‌های کشوری، یک نقش جدید برای این گروه تعریف کرد، لذا این مقاله با هدف معرفی راه کاری جهت هرچه بیشتر توجه دادن آحاد زنان جامعه بر حفظ سلامت دهان و دندان خود تنظیم گردید.

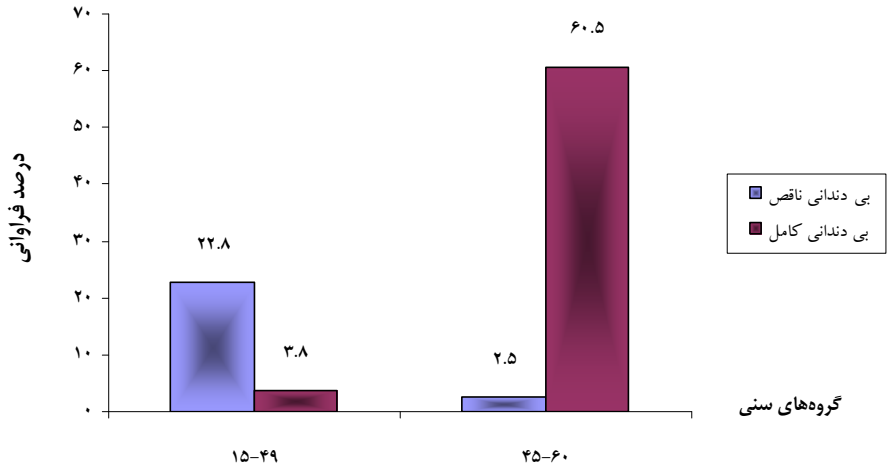
روش بررسی و یافته‌های این مقاله برگرفته از قسمتی از نتایج مطالعات جامعی است که بر روی وضعیت سلامت دهان و دندان گروه‌های سنی ۶۰-۱۵ ساله‌ی زنان در سال‌های ۸۶تا۸۹ در استان زنجان انجام گرفت و با نگاهی بر مطالعات مشابه در کشور و جهان، به تفسیر و تحلیل یکی از پیشنهادات بر گرفته از نتایج این مطالعات پرداخته است، لذا به جزییات روش بررسی و متدولوژی این مطالعات پرداخته نشد. در این مطالعات، در مجموع وضعیت سلامت دهان و دندان جامعه‌ی مورد بررسی نامطلوب بود. به عنوان مثال فراوانی پریودونشیوم سالم در ۱۵ ساله‌ها، ۱۳/۵ درصد، درگروه سنی ۱۹-۱۵ ساله، ۱۷ درصد، در گروه سنی ۴۴-۳۵ ساله ۶ درصد و در گروه سنی ۶۰-۴۵ ساله ۰/۴ درصد تعیین‌گردید (نمودار ۱).



نمودار ۱: فراوانی سلامت پریودونشیوم در گروه‌های سنی زنان استان زنجان در سال‌های ۸۶-۸۹

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.22519521.1389.3.4.6.7]

فراوانی بی‌دندانی در گروه سنی ۶۰-۴۵ ساله ۶۰/۵ درصد بود. و ۲۲/۸ درصد گروه سنی ۴۹-۱۵ ساله، حداقل یک سکستانت بی‌دندان داشتند و ۳/۸ درصد آنان دچار بی‌دندانی کامل بودند (نمودار ۲).



نمودار ۲: فراوانی بی دندانی در گروه‌های سنی زنان استان زنجان در سال های ۸۶-۸۹

این وضعیت شاخص‌ها در سلامت پریودونشیوم و بی‌دندانی وضعیت نامطلوبی است و با اهداف تعریف شده در WHO برای سلامت دهان و دندان بسیار فاصله دارد. همچنین در این مطالعات رابطه‌ی معناداری بین تعداد حاملگی و شاخص CPI (Community Periodontal Index) در گروه سنی ۴۹-۱۵ ساله یافت شد (P<۰/۰۰۰۱). همچنین رابطه‌ی معناداری بین تعداد فرزندان و شاخص بی‌دندانی در زنان ۶۰-۴۵ ساله یافت شد (P<۰/۰۰۰۱) (۹). این یافته‌ها تائید کننده‌ی تاثیر وضعیت هورمونی و فیزیولوژیک زنان بر سلامت دهان و دندان آنان است. همچنین در مطالعه‌ی کشوری بر روی شاخص CPI مشخص گردید که تنها ۱/۴ درصد از گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله از سلامت پریودونشیوم برخوردار بودند (۱۰). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در یمن در گروه سنی ۱۵ ساله تنها ۶ درصد، در زیمباوه در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله تنها ۹ درصد از لثه سالم برخوردار بودند. در ترکیه درصد سلامت لثه در گروه ۱۵ تا ۱۹ ساله ۲۶ درصد و در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله تنها ۳ درصد است. در سوریه تنها ۱۰ درصد در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله از لثه سالم برخوردار هستند (۱۱) که نشان دهنده‌ی وضعیت نامناسب سلامت لثه در ایران و منطقه است.

بحث

وضعیت سلامت دهان و دندان در جامعه‌ی زنان استانی تحت بررسی وضعیت مناسبی نبود. البته یافته‌های این مطالعه در مقایسه با مطالعه‌ی کشوری و منطقه‌ای به‌نظر می‌رسد در یک راستا هستند. اما وقتی با یک نگاه ارزیابانه به سیاستگذاری نظام سلامت می‌نگریم، توجه به شواهد موجود در سلامت و بهره گیری از آن در تصمیم گیری بر مبنای یک دید جامعه‌گرانه کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. در نگاهی به وضعیت موجود، وضعیت سلامت دهان و دندان زنان مناسب نبود، از طرفی بنا به اهداف تعیین شده در نظام سلامت برای سال ۱۴۰۴، تعداد یک دندانپزشک به ازای هر ۵۰۰۰ نفر جمعیت تعریف شده است، که در حال حاضر این رقم به یک دندانپزشک به ازاء هر ۳۵۰۰ نفر جمعیت رسیده است و با

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.22519521.1389.3.4.6.7]

افزایش تعداد دانشجویان دندانپزشکی و تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی داخل، گسترش این رشته در شعب بین المللی دانشگاه‌های داخلی و همچنین سیل روز افزون فارغ‌التحصیلان این رشته از دانشکده‌های خارج از کشور این رقم را در چند سال آینده به یک دندانپزشک به هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت خواهد رساند. ولی هنوز مناطق محروم از حضور دندانپزشک بی‌بهره‌اند و مناطق بهره‌مند دچار تجمع فزاینده‌ی این گروه شده‌اند. که تجمع نیرو نیز مشکلات خاص خود را دارد که توضیحات آن در این جریده نمی‌گنجد. در نظر گرفتن سهمیه‌های خاص در کنکور سراسری برای رفع مشکل مناطق محروم در تامین نیروی دندانپزشک نیز متاسفانه نتوانسته است توزیع ناعادلانه را بهبود بخشد. البته مشکلات سلامت دهان و دندان جامعه ما در بخش درمان به قدری جدی است که شاید با فعالیت تمام وقت این تعداد دندانپزشک نتوان به این مشکلات فایق آید. همچنین اگر با دید جامعه‌نگرانه به موضوع نظر افکنیم و اولویت پیشگیری بر درمان را در نظر داشته باشیم، می‌بینیم که با این وضعیت و عوامل عدیده دیگر مثل عدم علاقه‌ی اکثر دندانپزشکان به فعالیت‌های پیشگیری، عملاً در این حوزه فعالیت بسیار محدود است.

نکته‌ی مهم دیگر عدم پوشش بیمه‌ای خدمات پیشگیری و درمانی دندانپزشکی است که افراد را در رفع مشکلات دهان و دندان خود و به طور کلی حضور در نزد دندانپزشک برای معاینات روتین هم محدود کرده است.

از طرفی تیم سلامت دهان و دندان در حال حاضر تیم متشکل و کاملی نمی‌باشد. بهداشت‌کاران دهان و دندان بتدریج از مجموعه‌ی نظام سلامت حذف شدند و جایگزینی برای آنان تعیین نشد. این گروه یعنی نیروهای حد واسط نظام سلامت دهان و دندان نیروهایی بودند که با کمک آنها وضعیت سلامت دهان و دندان جامعه روستایی دچار تحول مهمی گردید، علی رغم عدم وجود این نیروهای حد واسط برنامه‌هایی که در نظام سلامت تعریف شده‌اند، به چنین نیروهایی نیازمند است. از جمله برنامه‌ی ادغام بهداشت دهان و دندان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) که یکی از اهداف مهم این برنامه مراقبت دهان و دندان زنان باردار شیرده می‌باشد. در این برنامه زنان باید تحت مراقبت‌های دهان و دندان یعنی معاینه، آموزش و در صورت نیاز رفع مشکلات دهان و دندان از طریق ارجاع قرار گیرند. قسمتی از این برنامه هنوز از طریق همکاری واحدهای بهداشت خانواده و بهورزان و بیشتر در مناطق روستایی در حال پیگیری است.

ولی متاسفانه جمعیت قابل توجه گروه زنان در سنین باروری که در مناطق شهری زندگی می‌کنند و معمولا مراجعه‌ای به مراکز بهداشتی درمانی ندارند و اکثراً به مطب‌های مامایی و متخصصین زنان مراجعه می‌کنند، از دریافت این مراقبت‌ها محروم می‌شوند. این مشکل در ایران بر خلاف مشکل موجود در امریکا است. یعنی به‌دلیل عدم بهره گیری سیستم مراقبت‌های بهداشتی آمریکا از الگویی مانند ایران، مراقبت‌های دهان و دندان ساکنین مناطق روستایی دچار چالش است (۱۲).

با توجه به وضعیت فیزیولوژیک زنان در دوران باروری و اثر این مساله بر سلامت دهان و دندان، و عدم امکان دسترسی به نیروی دندانپزشک حداقل از نظر جغرافیایی و اقتصادی، می‌توان از طریق مراقبت‌های گروه‌های در دسترس تا حدی به وضعیت سلامت دهان و دندان زنان سامان داد. زنان در طول دوران بارداری خود مراجعات مکرری نزد ماماها و متخصصین زنان و زایمان دارند و اغلب این گروه‌ها در اقصی نقاط کشور در دسترس هستند. در حال حاضر در بعضی از نقاط جهان مثل استرالیا نقش جدیدی برای ماماها در برنامه مراقبت‌های سلامت دهان و دندان دوران بارداری قایل شده‌اند (۱۳). ما در ایران نیز می‌توانیم با تغییر بسیار اندکی در کوریکولوم آموزشی در درس بهداشت این گروه، بهداشت دهان و دندان را ادغام نماییم و این آموزش‌ها به‌صورت

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1389.3.4.6.7]

آکادمیک در طول تحصیلات این گروه به آنان ارایه گردد. تغییر در کوریکولوم آموزشی یک نیاز است که هر چند مدت یکبار، به منظور تطابق نیازهای جامعه با آموزش‌های آکادمیک ارایه شده باید صورت پذیرد. نمونه‌ی از این تغییر در کوریکولوم آموزشی بهداشت‌کاران دهان و دندان در آلمان بود که از کوریکولوم درمان محور به پیشگیری محور تغییر یافت و در نتیجه‌ی این تغییر روند ارایه‌ی خدمات پیشگیری تغییرات کاملاً مثبتی پیدا نمود (۱۴). این تغییر در کوریکولوم آموزشی گروه مامایی یک تغییر در راستای فعالیت های جاری آنان است، زیرا سلامت مادر در طی دوران بارداری توسط این گروه کنترل می‌شود و سلامت دهان و دندان جدای از سلامت سایر مجموعه‌ی بدن نمی‌باشد.

از آنجایی که بهداشت دهان و دندان ضعیف در دوران بارداری می‌تواند اثرات منفی بر سلامت مادر و نوزاد بگذارد، همچنین بهداشت دهان ضعف مادر می‌تواند پوسیدگی زودرس را در کودک توسعه دهد و نیز بر نتایج حاملگی مثل تولد نوزاد پری ترم یا با وزن کم تاثیر گذارد. بنابراین می‌توان از مراقبین سلامت مادران در دوران بارداری برای مراقبت از سلامت دهان و دندان نیز کمک گرفت.

نتیجه‌گیری

وضعیت سلامت دهان و دندان جمعیت زنان در سنین باروری و بعد از آن به تبع اثرات این دوران، در دوران یائسگی، وضعیت مناسبی نمی‌باشد، از آنجایی که امکان درمان تمام مشکلات دهان و دندان به‌دلیل محدودیت‌های زمانی و اقتصادی عملاً امکانپذیر نمی‌باشد. بهتر است به استراتژی‌های پیشگیری بیشتر توجه نمود و مراقبت‌های دهان و دندان را در این گروه‌ها افزایش داد. یکی از این راه‌ها، تغییر در کوریکولوم آموزشی گروه مامایی و وارد کردن درس بهداشت دهان و دندان در حد ارایه‌ی آموزش‌های ابتدایی و مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشت دهان و دندان است. نویسنده امیدوار است این امر حداقل در دانشکده‌های پرستاری مامایی مورد بررسی و اقدام قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از کلیه‌ی ماماهای عزیز که تاکنون در برنامه‌ی ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC، در مراکز بهداشتی درمانی به عنوان عضوی از اعضای تیم سلامت دهان و دندان، به مراقبت‌های دهان و دندان زنان باردار و شیرده اهتمام ورزیده‌اند، سپاس‌گزاری می‌گردد.

منابع

1- Genco RJ, Grossi SG. Is estrogen deficiency a risk factor for periodontal disease? *Compond contin Edu Dent Suppl.* 1998; 22: S23-9.

2- Berent R, Auer J, Schmid P, et al. Periodontal and coronary heart disease in patients undergoing coronary angiography. *Metabol.* 2010; EPub ahead of print.

3- Linares- vieyra C, Gonzalez-Guevara MB, Rodriguez-de Mendoza LE. Periodontal disease and treatment needs in diabetes type 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47: 129-34.

4- Kushiyama M, Shimazaki Y, Yamashita Y. Relationship between metabolic syndrome and periodontal disease in Japanese adults. *J Periodontol.* 2009; 80: 1610-5.

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.22519521.1389.3.4.6.7]

5- Carranza FA, Newman M. Caranza's clinical periodontology. Philadelphia: Saunders; 2002.

6- Wandera MN, Engebretsen IM, Rwenyonyi CM, et al. Periodontal statue tooth loss and self reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OICP, in pregnant women in Uganda: a cross sectional study. *Health Qual Life Dutcome.* 2009; 7: 89.

7- Guimaraes AN, Silva-Mato A, Miranda Cota LO, Siquerire FM, Costa FO. Maternal periodontal disease and preterm or extreme birth. *J Periodontol.* 2010 ; 81: 350-8.

8- Columbia University of Dental Medicine. How pregnancy affects your oral health. 2010; Avaiable from: URL: http://www. Simple steps dental. Com/ss/ibtss/r.WSIHWOOO/st. 31848/t.350 20/pr. 3. html

9- Fazli M. Epidemiology of periodontal disease in zanjan, presented At 1 st epidemiology of dental disease, Kerman, 2010.

10- Safavi MR, Samadzadeh H. Survey on gingival health statue by CPI in 15-19 and 35-44 years old Iranian people in 2001. Tehran; Farhikhteh Pub; 2004.

11- WHO oral health data bank. Periodontal country profiles. 2005. Avaiable from http://www.who. int/oral_health/databases/ niigata/en/ index. Html.

12- Skillman SM, Doescher MP, Mouradian WE, Brunson DK. The challenge to delivering oral health services in rural America. *J Public Health Dent.* 2010; 70: S49-57.

13- George A, Johnson M, Elis S, et al. New role for midwives promoting dental health. *Aust Nurs J.* 2010; 18: 37

14- Jerkovic K, Van Offenbeek MA, Slot DE, Van der schans CP. Changes in the professional domain of Dutch dental hygienists. *Int J Dent Hyg.* 2010; 8: 301-7.

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1389.3.4.6.7]