

رئیس انجمن پریودنتولوژی ایران در گفت وگو با «شرق» تأکید کرد:

درمان، کمک‌کننده ارتقای سلامت نیست

دکتر «بهزاد هوشمند»: نگاه کنونی ما به بحث سلامت دهان و دندان جایگزین دیدگاه پیشگیری و بهداشتی شده که نگاهی غلط است



بنفشه پورنابی

امروزه رشته پریودنتولوژی که مربوط به بیماری‌های لثه و بافت‌های نگهدارنده دندان هاست، یکی از اساسی‌ترین رشته‌های تخصصی دندان پزشکی که رشد که پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان را اساس کار خود قرار داده است؛ مقوله‌ای که اگر در فرهنگ سلامت جامعه نهادینه شود، نیاز به درمان‌های جایگزین، ازجمله ایمپلنت را تا حد زیادی مرتفع می‌کند، اما تا رسیدن به این نقطه، ایمپلنت‌های دندانسی ابزارهایی حیاتی و کارآمد برای بازگرداندن زندگی به شمار می‌رود که و بازتوانی فک و صورت آنان است. برپایی «پانزدهمین کنگره بین‌المللی انجمن پریودنتولوژی ایران» که ۱۵ تا ۱۷ مهر امسال در هتل المپیک تهران برگزار شد، فرصتی را پدید آورد تا با دکتر «بهزاد هوشمند»، رئیس انجمن پریودنتولوژی ایران و رئیس این کنگره، گفت‌وگویی داشته باشیم که در ادامه می‌آید.

❧ در ابتدا بفرمایید رسالت انجمن پریودنتولوژی به عنوان یک انجمن علمی چیست؟
رسالت این انجمن به نوعی به بحث سلامت دهان و دندان و سلامت نسوج نگهدارنده دندان‌ها که همان و نسوج نگهدارنده جایگزین دندان‌ها که همان ایمپلنت‌ها هستند، مربوط می‌شود که کنگره‌ها و سمپوزیوم‌های علمی بسیاری، از جمله پانزدهمین کنگره بین‌المللی انجمن پریودنتولوژی ایران در همین‌باره برگزار شده است. از سوی دیگر و با توجه به وضعیت نامطلوبی که از نظر شاخص‌های سلامت دهان و دندان، به‌ویژه شاخص‌های بافت‌های لثه و نسوج نگهدارنده دندان داریم، موظف هستیم روی نگرش مردم کار کنیم. درواقع یکی از اهداف این کنگره، واقف‌کردن دندان‌پزشکان به این امر است که ما باید به عنوان خدمتگزاران مردم در حوزه سلامت دهان و دندان در بحث آموزش فرهنگ سلامت نیز وقت بگذاریم و کار کنیم. همچنین با توجه به سخنان وزیر محترم بهداشت و درمان در اسفند سال گذشته که سلامت دهان و دندان ایرانیان را گام چهارم برنامه تحول سلامت اعلام کرد (که این امر خوشبختانه مدنظر شورای عالی سلامت دهان و دندان و نیز تمام سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گرفت) در همین مسیر و به عنوان وظیفه‌ای که در انجمن علمی-تخصصی پریودنتولوژی احساس می‌کردیم، در کنگره پانزدهم این انجمن تلاش شد در کنار مباحث علمی و توجه ویژه به بعد بین‌الملل کنگره، به گام چهارم برنامه توسعه سلامت نیز توجه شود.

❧ به وضعیت نامطلوب شاخص‌های سلامت دهان و دندان، به‌ویژه شاخص‌های بافت‌های لثه و نگهدارنده دندان اشاره داشتید. بفرمایید منظور از این بافت‌ها چیست و آیا آماری از وضعیت این شاخص‌ها در کشور موجود است؟

منظور از بافت‌های لثه و نگهدارنده دندان، استخوان، سطح ریشه دندان و الیافی است که سطح ریشه دندان را به استخوان فک وصل می‌کند. بافت نرم نیز همان بافت لثه روی استخوان است که همگی با هم به عنوان نسوج نگهدارنده دندان‌ها ارتباط دارند و برای حفظ دندان‌ها باید از سلامت کامل برخوردار باشند. آخرین آمارهای ارزیابی و بررسی سلامت دهان و دندان در کشور نشان می‌دهد ما از نظر شاخص‌های سلامت دهان و دندان وضعیت مطلوبی نداریم. شاخص پوسیدگی دندان کودکان زیر ۱۲سال ۲۰۹ است که با افزایش سن این آمار بدتر هم می‌شود. وقتی ایرانیان به ۲۵سالگی می‌رسند، بیش از ۱۰ دندان خراب دارند که این امر باعث می‌شود عملکرد جویدن‌شان با اختلال روبه‌رو شود. هرچند درحال‌حاضر، تأکید همه مسئولان روی این شاخص است و در حقیقت این شاخص سنگ بنای سلامت دهان و دندان تلقی می‌شود و باید به آن توجه شود، اما از آن مهم‌تر، سلامت نسوج نگهدارنده دندان یا جلوگیری از عفونت‌های لثه‌ای است. هم‌اینک عفونت‌های لثه‌ای در کشور آمار بالایی دارند. آمارها نشان می‌دهد عفونت‌های لثه‌ای بعد از سرماخوردگی، شایع‌ترین بیماری است. متأسفانه با توجه به این شیوع بالا و نیز شیوع بالای بیماری‌های لثه؛ از التهاب ساده گرفته تا بیماری‌های نسوج نگهدارنده دندان که منجر به تخریب استخوان می‌شود، در کشور با آمار نگران‌کننده بیماری‌های پرودنتال روبه‌رو هستیم. در خوشبینانه‌ترین حالت بین ۶۰ تا ۸۰ درصد افراد جامعه از بیماری‌های لثه رنج می‌برند.

❧ مهم‌ترین عوارض بیماری‌های لثه چیست؟
بیماری‌های لثه که ناشی از عفونت‌های دهان و دندان است، عوارض بسیار زیادی دارد که ساده‌ترین آن بوی بد دهان است و در ادامه مشکلات خاص اجتماعی را برای فرد به همراه دارد. از آنجا که عفونت‌های لثه در بدن انسان مانند یک زخم باز عمل می‌کنند، بنابراین ارتباط بین میکروارگانیسم‌ها و باکتری‌هایی را که در داخل دهان (مانند ویروس‌ها، قارچ‌ها و...) وجود دارند با داخل بدن برقرار می‌کنند. به عبارتی فردی که بیماری لثه دارد، سطحی معادل یک کف دست را در ارتباط با خون قرار می‌دهد؛ زیرا در محیط داخلی دهان که محیطی کاملاً آلوده است، بیش از ۶۰۰ گونه میکروارگانیسم وجود دارد. هر یک

میلی‌متر بزاق، حاوی بیش از ۱۰ به توان ۱۳ نوع میکروارگانیسم است؛ بنابراین بیماری لثه و بیماری نسوج نگهدارنده دندان، امروزه در تمام علوم پزشکی عاملی خطرناک برای سلامت عمومی و سلامت سیستمیک بیمار محسوب می‌شود و بالطبع این مسئله روی سلامت عمومی بیمار هم تأثیر خواهد گذاشت.

❧ همان‌طور که اشاره کردید درحال‌حاضر وضعیت سلامت دهان و دندان در کشور ما نه‌تنها مطلوب نیست که نگران‌کننده نیز است. مهم‌ترین دلایل ابتلا به بیماری‌های پرپودنتال در کشور را چه می‌دانید؟

مهم‌ترین عامل در بالابودن شاخص بیماری‌های لثه و سایر بیماری‌های نسوج نگهدارنده دندان، مربوط به پایین‌بودن فرهنگ بهداشت عمومی مردم در وهله اول و دوم سبک زندگی نادرست است. استرس‌های روزمره، عادات بهداشتی غلط، تغذیه، سبک تغذیه‌ای نامناسب و نبود امنیت غذایی و نیز مصرف سیگار و الکل از عمده دلایل ابتلا به بیماری‌های پرپودنتال به شمار می‌رود؛ برای مثال مادری که باردار است و خود مبتلا به بیماری لثه است، نه‌تنها سلامت دهان و دندان خودش در معرض تهدید است که امروزه ثابت شده، بیماری لثه مادر، روی سلامت دهان و دندان جنین نیز اثر می‌گذارد؛ از انتقال میکروارگانیسم‌ها به جنین گرفته تا تولد نوزاد نارس و نوزاد با وزن کم. همچنین اول و دوم سبک زندگی نادرست است. استرس‌های روزمره، عادات و رفتارهای غلط بهداشتی در جامعه، مانند مصرف سیگار به عنوان یک عامل خطرناک، سهیم عمده‌ای در ابتلا به بیماری‌های دهان و دندان دارد؛ چه افرادی که مستقیماً خود سیگار می‌کشند، چه آنهایی که در معرض دود سیگار افراد سیگاری قرار می‌گیرند. زیان دود سیگار برای این افراد اگر نه بیشتر از فرد سیگاری که کمتر نخواهد بود. به غیر از سبک ناسالم زندگی، تصمیم‌گیران عرصه سلامت نیز نه‌تنها روی این مسئله اعمال نظر و مدیریت نکرده‌اند که با بی‌توجهی به این امر موجب افزایش آمار مبتلایان به بیماری‌های پرپودنتال شده‌اند تا جایی که در سال‌های اخیر با وجود افزایش دوبرابری تعداد دندان‌پزشکان در کشور، شاخص‌های سلامت دهان و دندان نه‌تنها بهبودی پیدا نکرده‌اند که رو به بدترشدن نیز گذاشته‌اند.

❧ چه راهکاری را برای حل این معضل در جامعه پیشنهاد می‌کنید؟

مسئله سلامت به مفهوم عام آن، موضوعی بین‌بخشی است که همه مسئولان موظف‌اند برای سلامت مردم در این حوزه فعالیت کنند؛ چراکه شعار توسعه پایدار، «انسان سالم، توسعه پایدار» است. برای تحقق این امر باید از دوران مهدکودک روش عالمانه‌ای را برای مدیریت‌کردن سلامت دهان و دندان اعمال کرد. کشورهای اسکاندیناوی که شاخص سلامت دهان



علیرضا شوق

و دندان در آنها بسیار بالاست، توانسته‌اند شاخص‌های پوسیدگی دندان را به صفر برسانند؛ تا جایی که دانشکده‌های دندان‌پزشکی‌شان دیگر نیازی به تربیت دندان‌پزشک ندارند. (نه‌تنها تعداد دندان‌پزشکان در این کشورها افزایش پیدا نمی‌کند، بلکه تعدادی از دانشکده‌هایشان را هم تعطیل کرده‌اند). درواقع هرچند سلامت وظیفه حکومت‌هاست و باید جزء اولویت‌های اولیه سیاست‌گذاران قرار گیرد، اما اینکه ما تنها از نظام سلامت کشور به عنوان تنها متولی سلامت مردم متوقع باشیم، امری کاملاً اشتباه است. دیگر کشورهای توسعه‌یافته نیز تا حدودی وضعیت سلامت دهان و دندان را مدیریت کرده‌اند و آمار آنان در این زمینه پذیرفتنی است، اما در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه‌نیافته، این آمار نگران‌کننده است که این امر ناشی از مدیریت و کنترل‌نکردن بیماری‌های دهان و دندان و ارتقای کیفیت شاخص‌های این بخش است که حاصل آن تحمیل مخارج بسیار سنگین به نظام سلامت این کشورهاست.

❧ نظر شما درباره گام چهارم نظام سلامت که سوی وزارت بهداشت در حال پیگیری و اجراست، چیست؟

با وجود سودمندبودن این اقدام، نکته حائز اهمیت این است که در برنامه تحول نظام سلامت، ما مسیر را اشتباه طی می‌کنیم. به عبارتی، اگرچه باید درمان را برای مردم انجام دهیم، ولی درمان، کمک‌کننده ارتقای سلامت نیست. نگاه کنونی ما به بحث سلامت دهان و دندان جایگزین دیدگاه پیشگیری و بهداشتی شده که نگاهی غلط است. برای مثال شاخص DMF که به معنای دندان‌های پوسیده، پرکرده و دندان‌های ازدست‌رفته است، در کشور ما وضعیت نامناسبی دارد. براساس این شاخص، درصورتی‌که دندان پوسیده فردی بر شود، این اقدام تغییری در این‌شاخص ایجاد نمی‌کند؛ چون احتمال اینکه این دندان بعدها به عصب برسد و پس از آن عصب‌کشی ناموفق داشته باشد و درنهایت باعث ازدست‌رفتن دندان بشود، وجود دارد. کشورهای اسکاندیناوی با ارتقای سطح بهداشت فردی و خانوادگی از یک سو و از سوی دیگر افزایش هزینه‌های درمانی، شاخص‌های سلامت را افزایش داده‌اند، اما در کشور ما هنوز درمان ارزان است. در واقع هزینه‌های دندان‌پزشکی را اصلاً نمی‌توان با کشورهای در حال توسعه یا توسعه‌یافته مقایسه کرد. هیچ کشوری خدمات دندان‌پزشکی را به طور کامل تحت پوشش قرار نمی‌دهد، بلکه بسته‌های خدمتی دندان‌پزشکی را تعریف کرده و زیر پوشش بیمه قرار می‌دهند و در مقابل روی تغییر رفتار بهداشتی مردم کار می‌کنند؛ برای مثال به جای ارائه خدمات درمانی در

مدارس از طریق بردن دندان‌پزشک و یونیت (صندلی دندان‌پزشکی) برای معاینه دندان کودکان که آن هم به جای خود اقدامی ضروری، اما درصد اثربخشی آن بسیار پایین است، می‌توان خدمات پیشگیری را ارائه داد. آمارها نشان می‌دهد در بخش سلامت دهان و دندان، بار بیماری‌ها تنها ۲۵ درصد مربوط به خدمات دهان و دندان است و ۷۵ درصد مشکلات و بیماری‌های دهان و دندان به شاخص‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی برمی‌گردد؛ برای مثال از کسی که سلامت روانی ندارد، نمی‌توان انتظار داشت دهان و دندان سالمی داشته باشد. همان‌طور که اشاره شد، استرس‌های اجتماعی و روانی، تنش‌های سیاسی و اجتماعی، می‌تواند منجر به تغییر رفتارهای اجتماعی افراد شود که به دنبال این تغییرات، سبک زندگی آنان نیز تغییر خواهد کرد؛ ازهمین‌رو مسئولان در سطوح تصمیم‌گیری باید اشراف کامل به مقوله سلامت داشته باشند و در سیاست‌گذاری و انتخاب راهبردها، پیوسته سلامت را مد نظر قرار دهند. برای رفع این معضل ابتدا باید در این حوزه اصلاح تفکر صورت گیرد. در واقع هر چند در وزارت بهداشت در زمینه گام چهارم نظام سلامت زحمات زیادی کشیده شده که هم‌اینک نیز در حال انجام است، اما در سیاست‌گذاری‌ها نیازمند یک تحول اساسی هستیم.

❧ متخصصان ایرانی در زمینه رشته پریودنتولوژی چه جایگاه علمی‌ای در جهان دارند؟

در حال‌حاضر انواع تکنیک‌های درمانی در زمینه جراحی دهان و فک و صورت، پریودنتولوژی، ایمپلنت‌ها و پروتزهای دندان‌ی و تمام رشته‌های تخصصی دندان‌پزشکی در کشور انجام می‌شود. خوشبختانه دستاوردهای ما در رشته‌های پریودنتولوژی و ایمپلنتولوژی و حتی «بایومترال» و مهندسی بافت که به نوعی مرتبط با رشته پریودنتولوژی است، همپای کشورها پیشرفته است. به کمک مهندسی بافت می‌توانیم استخوان فک و بافت نرم نسوج را در کنار بافت‌های ازدست‌رفته پرپودنتال، شامل استخوان و الیاف آن بازسازی کنیم. همچنین در بحث بیوتکنولوژی و نانوتکنولوژی در دندان‌پزشکی، حمل داروها به ناحیه دهان و فک و صورت، درمان‌های سرطان ناحیه دهان و فک و صورت و بازتوانی‌های مرتبط، پیشرفت‌هایی داشته‌ایم. در حوزه درمان بیماری‌های لثه به کمک لیزر و نیز متخصصان ماهر کلینیکی، خوشبختانه جایگاه درمانی برجسته‌ای در دنیا داریم. با وجود این پیشرفت‌ها از نظر تجهیزات و فناوری، نیازمند ارتباطات بین‌المللی هستیم؛ به‌ویژه از آنجا که در زمان تحریم‌ها در زمینه تبادل علمی با مجامع علمی-تخصصی، به‌ویژه دانشگاه‌های لطمه‌هایی به ما وارد شد که باید در شرایط پس از تحریم شرایط گذشته را جبران کرد. درواقع بعد از رفع تحریم‌ها درصورتی‌که تورسیسم‌درمانی در کشور درست تقویت شود، در این حوزه می‌توانیم جایگاه برجسته‌ای داشته باشیم. هم‌اینک نیازمند انتقال دانش فنی و تکنولوژی‌های مرتبط در این حوزه در داخل کشور هستیم. خوشبختانه هم‌اینک پتانسیل آموزش این موارد را در سطوح بالای علمی در دانشگاه‌های کشور داریم. اگر اغراق‌آمیز برخورد نکنیم در نوگویی در تکنیک‌ها و درمیان‌ها جلوتر از کشورهای پیشرفته هستیم، اما به یقین می‌گویم که عقب‌تر نیستیم. به عنوان رئیس انجمن پریودنتولوژی ایران اعلام می‌کنم استادان برجسته ما در ۹۰ درصد موارد از بالاترین استادان این رشته در آمریکا، برتر هستند. هدف از حضور هشت سخنران برجسته خارجی در این کنگره نیز تبادل اطلاعات دانشمندان ما با دانشمندان مطرح جهانی و تقویت روابط بین‌المللی بود که خوشبختانه محقق شد.

❧ در پایان کمی هم درباره دستاوردهای پانزدهمین کنگره انجمن پریودنتولوژی توضیح دهید.

برنامه‌ریزی برای این کنگره از دو سال پیش آغاز شد. این کنگره با مشارکت هشت نفر از دانشمندان برجسته بین‌المللی برگزار شد که در رأس آنها پروفسور «آلبرکستون»، مخترع و مبدع سوندی پدیده اتصال فلز تیتانیوم به استخوان بود که در دنیا به عنوان پدر علم ایمپلنتولوژی شناخته می‌شود. وی استاد پروفسور «برندمارک»، پیشرو ایمپلنت‌های دندان‌ی در دنیاست. «آلبرکستون» یک متخصص رشته ارتوپدی است که با کشف امکان اتصال فلز تیتانیوم به استخوان‌ها، تحولی عظیم در عرصه پزشکی و دندان‌پزشکی ایجاد کرد. یکی از رشته‌هایی که در این مسیر بیشترین بهره را برده است، رشته دندان‌پزشکی است که به واسطه به‌کارگیری ایمپلنت‌های دندان‌ی برای افرادی که دندان‌های خود را از دست داده‌اند که برای کار گرفته می‌شود. وی در روز پیش از کنگره و در کارگاهی آموزش با عنوان «گذشته، حال و آینده رشته ایمپلنتولوژی» حضور یافت و آخرین تحقیقات این رشته را در اختیار متخصصان، دانشمندان، استادان و تمامی دندان‌پزشکان مرتبط با رشته ایمپلنتولوژی قرار داد. همچنین پروفسور «ونگ»، سرپرست تخصصی دپارتمان پریودنتولوژی از دانشگاه میسیگان آمریکا، در این کنگره آخرین دستاوردها را در زمینه پیوند استخوان و علوم مرتبط ارائه کرد. از دیگر دانشمندی که در این کنگره حضور داشتند، می‌توان به «مانوس»، «دمیرل»، «دوهان»، «بوتچلی» و «داکلسی» اشاره کرد که از اقصی‌نقاط جهان به این کنگره آمده بودند و در کنار استادان برجسته داخلی در زمینه جدیدترین دستاوردهای این رشته به بحث و تبادل‌نظر پرداختند

علم

زاویه دید

پیامدهای عفونت لثه بر سلامتی دهان، دروازه بدن



محمود تمیزی

یکی از مهم‌ترین معضلات در حوزه پزشکی، جزیره‌ای عمل‌کردن پزشکان بدون توجه به منشأ بیماری‌هاست. در سال‌های فعالیتیم در این حوزه، به‌کرات شاهد بوده‌ام بیماری که به دلیل گرفتگی عروق، مورد عمل جراحی یا «بایپس» قلب قرار گرفته یا درجهی قلبیش را تعویض کرده است، وقتی دهانش را باز می‌کند، در کمال تعجب مشاهده می‌کنم لثه‌های عفونی دارد. با توجه به اینکه عفونت‌های لثه از عوامل تأثیرگذار در گرفتگی عروق تلقی می‌شود، متأسفانه اغلب جراحان قلب، بدون توجه به منشأ گرفتگی عروق قلب، تنها بیمار را جراحی می‌کنند. به‌عبارتی بدون شناسایی منشأ گرفتگی عروق که همان وجود عفونت در لثه بوده، با انجام عمل سنگین و پرهزینه، بیمار را متحمل مشکلات و جراحی می‌کنند که به دلیل رفع‌نشدن عفونت، دوباره احتمال گرفتگی عروق و انجام جراحی مجدد برای آنان

پیش می‌آید. در سال‌های گذشته در آمریکا شاهد بودم شرکت‌های بیمه در زمینه مراجعه به دندان‌پزشک در تلویزیون به مردم اطلاع‌رسانی می‌کردند. در ابتدا این سؤال برابیم مطرح شد چرا شرکت‌های بیمه، مردم را برای مراجعه به دندان‌پزشک ترغیب می‌کنند در حالی‌که با این کار هزینه‌های خود را افزایش می‌دهند؟ با کمی دقت به ضرورت این مسئله پی بردم که آنان به فکر آینده بیمه‌شدگان خود هستند؛ فردی که بیماری لثه دارد و آن را درمان نمی‌کند، بعد از حدود ۱۰ سال به بیماری عروق کرونر یا نارسایی قلب بر اثر عفونت مبتلا خواهد شد. بنابراین شرکت بیمه متحمل پرداخت ده‌ها هزار دلار برای انجام جراحی قلب در آینده می‌شود. درصورتی‌که با یک توصیه ساده و با مبلغی اندک می‌توان از این هزینه گزاف پیشگیری کرد. در ایران، اما وضع برعکس است و شرکت‌های بیمه نه‌تنها اقدامی برای پیشگیری از ابتلای افراد به بیماری انجام نمی‌دهند که بیماری را هم که لثه‌اش را جراحی کرده است، مشمول بیمه قرار نمی‌دهند. اما اگر فردی در درمان جراحی لثه تعلل نکند و این سهل‌انگاری به بیماری قلبی در وی منجر شود، شرکت بیمه حاضر به پرداخت هزینه‌های سنگین میلیونی جراحی قلب می‌شود. از دیگر بیماری‌هایی که با درمان عفونت‌های دهانی و لثه‌ای بهتر می‌توان آن را کنترل و درمان کرد، دیابت نوع دو است. بیماران دیابتی بسیاری تاکنون داشته‌ام که با وجود آنکه پزشک متخصص غدد در کنترل قند خونشان دچار مشکل بوده، پس از درمان عفونت لثه و دهان، قند خون آنان با تجویز میزان کمتری از دارو تحت کنترل درآمده است. از دیگر عوارض عفونت لثه، تولد نوزادان کم‌وزن و نارس است.

عوارض از سوی مادران باردار دچار عفونت لثه است که پیش از بارداری اقدام به درمان نکرده‌اند. متأسفانه باز هم در موارد متعددی زنان بارداري هم در مورد معاینه لثه قرار داده‌ام که لثه‌های عفونی داشته‌اند. درحالی‌که ضروری است وقتی یک متخصص زنان و‌زایمان متوجه بارداری یک زن می‌شود، برای تأمین سلامت مادر و جنین، از همان ابتدا مراجعه به یک متخصص لثه را به وی توصیه کند. براساس پژوهش‌هایی که در آمریکا انجام شده است، عفونت‌های لثه نه‌تنها سیستم گوارشی، تنفسی و بینایی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که موجب درد مفاصل، ریزش مو، اختلال در سیستم ایمنی بدن و...

می‌شود و وقتی در سیستم ایمنی بدن اختلال ایجاد شد، احتمال بروز سرطان و رشد تومورهای سرطانی افزایش می‌یابد. بنابراین توجه به سلامت و بهداشت دهان بسیار ضروری بوده و با بررسی‌های منظم و مداوم، می‌توانیم جلو ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها را بگیریم.

❧ متخصص بیماری‌های لثه

نگاه نو

سلامت دهان و دندان، لازمه سلامت عمومی بدن باوری که نیاز به فرهنگ‌سازی دارد



عباس سیدشاکری

تا حدود ۳۰ سال پیش، وقتی کسی دندان‌درد می‌گرفت، می‌پذیرفت باید دندان‌اش را بکشد و به همین‌راحتی دندان خود را از دست می‌داد. اما خوشبختانه در سال‌های اخیر، مردم به اهمیت سلامت دندان در سلامت عمومی بدن پی برده‌اند. درواقع متوجه نقش و اهمیت دندان در زمینه‌های مختلف ازجمله در عملکرد جویدن غذا شده‌اند. به‌عبارتی این واقعیت که در صورت اختلال در سلامت دهان، مشکلات گوارشی ناشی از بی‌دندانی بروز خواهد کرد، در ذهن مردم نقش بسته است و البته در کنار این مورد، بر نقش زیبایی دندان‌ن در چهره و تکلم نیز واقف شدند. بنابراین می‌توان گفت نگاه نسل جدید به اهمیت دندان، متفاوت از نسل‌های قبلی است؛ نسلی که به دلیل اهمیت‌ندادن به دندان، برای حفظ و نگهداری آن تلاش هم نمی‌کردند و با بروز کوچک‌ترین مشکل، دندان خود را از دست می‌دادند. یکی از دلایل این تغییر نگاه در نسل حاضر، تغییر سبک زندگی است. اما هنوز هم زمانی به اهمیت دندان‌ها توجه می‌کنند که دندان فرد دچار پوسیدگی شده و فرد میان دو گزینه نگه‌داشتن دندان به کمک شیوه‌های درمانی مختلف یا از دست‌دادن دندان، حفظ آن را ترجیح می‌دهد. البته افرادی هم هستند که به دلیل هزینه‌های دندان‌پزشکی، با وجود میل و درک حفظ دندان، ناگزیر به از دست‌دادن دندان خود می‌شوند. نقطه ضعف دوم این است که برخی افراد با توجه بالابودن هزینه‌های دندان‌پزشکی، از مراجعات منظم به دندان‌پزشک شانه خالی می‌کنند در حالی‌که در بخش‌های دیگری از زندگی که چندان هم ضروری نیست، به‌راحتی هزینه می‌کنند. درحقیقت در این افراد متأسفانه هنوز باور حفظ و سلامت دندان‌ها شکل نگرفته است که این موضوع نیز در حوزه سبک زندگی و عادات فرهنگی و اجتماعی جوامع قرار می‌گیرد و نیاز به فرهنگ‌سازی در این زمینه احساس می‌شود. درواقع نظام بهداشتی-درمانی دولتی و نهادهای مدنی باید این باور را در مردم ایجاد کنند که سلامت دهان و دندان چشمه و گلوگاه سلامت عمومی بدن است. درواقع تا زمانی که دهان فرد سالم نباشد، عملاً سلامت عمومی وی حاصل نمی‌شود و عوارضی از قبیل مشکلات گوارشی را به همراه دارد تا جایی که سلامت روانی فرد نیز تحت‌الشعاع بی‌دندانی قرار می‌گیرد.

مسئله بعدی این است نظام سلامت کشور به اندازه‌ای که به درمان اهمیت داده، به سیستم بهداشت و پیشگیری اهمیت ندهاده است. به دلیل این طرز تفکر، بیشتر بودجه و توان نظام آموزشی و درمانی ما صرف تربیت دندان‌پزشک و درمانگر شده و کمتر صرف تربیت مروجان و بهداشت‌کاران دهان و دندان شده است. به‌همین‌دلیل اکثر دانش‌آموزان ما دارای دندان‌های پوسیده هستند. این در حالی است که کشورها پیشرفته، با سرمایه‌گذاری در زمینه پیشگیری و کنترل پوسیدگی دندان، بسیار موفق عمل کرده‌اند. یعنی با آموزش‌های ازج از بروز پوسیدگی دندان در جامعه جلوگیری کرده و در صورت لزوم اقدام پوسیدگی، با صرف کمترین هزینه و اتلاف وقت، نسبت به درمان دندان اقدام کرده‌اند.

در مقایسه با فعالیت‌های انجام‌شده در کشورهای مرتقی، در کشور ما هزینه‌های پرداختی و برنامه‌های پیشگیری بسیار محدود و غیرمستمر و ناکافی بوده و مردم برای حل مشکلات دهان و دندان، نیازمند درمان‌های پیچیده هستند که این امر علاوه بر آنکه سبب از دست‌رفتن فرصت‌های طلایی پیشگیری و درمان بهنگام می‌شود، هزینه‌های گزافی را بر اقتصاد خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. یکی از علل موفقیت کشورهای حوزه اسکاندیناوی برای کنترل پوسیدگی دندان، گروه‌بندی خانواده‌ها و کنترل و سرپرستی آنان توسط بهداشت‌کاران دهان و دندان است، به شکلی که کنترل وضعیت دهان و دندان هر گروه توسط بهداشت‌کار مربوطه، سبب حل مسائل دهان و دندان آن گروه شده است. این شیوه تأثیر د کاهش پوسیدگی دندان‌ها و افزایش شاخص‌های سلامت دهان و دندان افراد جامعه شده است. این در حالی است که ما تاکنون به این‌روش در کشور عمل نکرده‌ایم، اما در صورت استفاده از این الگو، ظرف مدت‌زمانی کمتر از پنج‌سال، شاهد آثار مثبت آن در نظام سلامت کشور خواهیم بود.

از دیگر مشکلات سیستم درمانی ما در حوزه پزشکی، موضوع بیمه‌هاست. بیمه‌ها در اکثر کشورها خصوصی هستند ولی در کشور ما بخش زیادی از مردم تحت پوشش بیمه دولتی هستند. در نظام‌های خصوصی، بیمه‌گر معمولاً مبلغی را به عنوان حق بیمه دندان‌پزشکی دریافت می‌کند و سپس فرد زیر پوشش بیمه، رصد می‌شود تا مشخص شود آیا مراقبت‌های دندان‌پزشکی خود را به‌نحو صحیحی انجام می‌دهد؟ آیا مراجعات منظم و سر وقت به دندان‌پزشک دارد؟ آیا شرایط بهداشتی و سلامتی دهان و دندان در دوره‌ای مشخص بهبود یافته است؟ و در صورتی که این‌گونه نباشد در موقع تمدید بیمه، قطعاً بیمه‌گر مبلغ بسیار بیشتری را از وی در مقایسه با فردی که تمام قوانین فوق را رعایت کرده، دریافت می‌کند. حتی ممکن است سیستم بیمه برای این فرد که با رعایت‌نکردن جنبه‌های پیشگیرانه، موجب پیچیدتر شدن هزینه‌پردن درمان شده و برای بیمه‌گر بار مالی اضافه ایجاد کرده است، پوشش خدمات بیمه‌ای کمتری ارائه کند و از طرف مقابل برای افرادی که همکاری کرده‌اند، شرایط تمدید بیمه سه‌ل‌تر است. اما شاهدیم وزارت بهداشت با افتخار یکباره ۱۴ خدمت دندان‌پزشکی را بدون فراهم‌شدن بسترهای فرهنگی لازم، مشمول بیمه می‌کند. به‌عبارتی بدون آنکه افراد زیر پوشش بیمه، رصد شوند و در صورت مراجعه دیرنهام یا بهنگام به دندان‌پزشک برای آنان سیستم‌های تنبیهی و تشویقی لحاظ شود، فقط فهرست خدمات بیمه مفصل‌تر می‌شود. در چنین شرایطی، بسیاری از افراد با این توجه که هزینه‌ها توسط شرکت‌های بیمه‌گر پرداخت می‌شود، تا مراحل حاد مشکلات دهان و دندان را مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند که این امر سلامت افراد را به خطر انداخته و کارایی فردی را کاهش و دفعات و زمان مرمخصی درمان را افزایش داده و بار مالی زیادی را بر دولت و نظام درمانی کشور تحمیل می‌کند. درحالی‌که اگر بخشی از مبالغ پرداختی بیمه‌گر برای درمان، منحصرا برای پیشگیری و فرهنگ‌سازی هزینه شود، شاهد کاهش آمار مشکلات دندان‌ی و دیگر بیماری‌های دهان و دندان خواهیم بود و به‌تدریج از هزینه‌های بیمه دندان‌پزشکی به‌شدت کاسته خواهد شد.

❧ متخصص پریودنتولوژی