

چشم انداز ۲۰۳۰

# خدمات بهینه‌ی سلامت دهان برای همه

نویسندگان

مایکل گلیک، دیوید ام. ویلیامز، احسان بن یحیی، انزو بوندیونی، ویلیام دلبیو ام.  
چونگ، پام کلارک، چارانجیت کی جگایت، استفان لیستل، مانو راج ماتور، پیتر موسی،  
هیروشی اوگاوا، گرہارد کی سیرگر، مایکل سرنی، تانیا سورین



## چکیده اجرایی:

گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰، حول سه رکن با اهداف مهم شکل گرفته است. این ارکان را راهبردهایی برای آموزش پشتیبانی می‌کنند تا حرفه‌ای پاسخگو و منعطف با دانش و مهارت جهت هدایت اصلاحات نظام سلامت را پدید بیاورد.

«چشم‌انداز ۲۰۳۰: خدمات سلامت دهان بهینه برای همه» چالش‌های پیش روی دندان پزشکی و جامعه‌ی سلامت دهان در دهه‌ی پیش‌رو را شناسایی می‌کند و راهبردهایی را در راستای چگونگی تبدیل تهدیدها به فرصت‌ها جهت بهبود سلامت دهان، کاهش نابرابری‌های سلامت دهان و کاهش بار جهانی بیماری‌های دهان ارائه می‌دهد. محوریت این راهبردها عبارتند از ادغام سلامت دهان در سیاست‌های نوآورانه، مانند اهداف توسعه‌ی پایدار (SDG) سازمان ملل (UN) و پوشش همگانی سلامت (UHC)، سازگاری با تغییرات اجتماعی مانند سالمند شدن جمعیت، و تربیت نیروی انسانی سلامت دهان متناسب با اهداف. هدف گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰، کمک به حرفه در تحقق ارائه‌ی خدمات سلامت دهان بهینه به همه - بدون بازماندن حتی یک نفر - است.

چشم‌انداز ما این است که تا سال ۲۰۳۰، خدمات سلامت دهان تقویت‌کننده، مبتنی بر شواهد، ادغام‌شده، و جامع باشد. از این رو، آنچه این گزارش آینده‌نگر طرح می‌کند عبارت است از اینکه چگونه جامعه‌ی سلامت دهان می‌تواند با تغییرات و روند تحولات واقعی و قابل‌پیش‌بینی در محیط خدمات سلامت در سطح جهانی مواجه شود و از فرصت‌های بدل شدن به اعضای مؤثر در یک تیم خدمات سلامت که خدمات معطوف به فرد ارائه می‌کند، استفاده کند. این امر باعث می‌شود سلامت دهان ذیل «سلامتی در تمامی سیاست‌ها» و مباحث بهداشتی و درمانی متعاقب آن گنجانده شود.

این گزارش به طور ویژه:

۱. بر تغییرات مهم جهانی که در قلمرو خدمات سلامت در حال وقوع هستند تأکید می‌کند؛
۲. به این می‌پردازد که این تغییرات در دهه‌ی پیش رو چگونه بر خدمات سلامت دهان تأثیر خواهد گذاشت؛
۳. راهبردها و راه‌حل‌های مرتبط با حرفه‌ی خدمات سلامت دهان را ارائه خواهد کرد؛
۴. پشتیبان و مکمل سایر برنامه‌های مهم سلامت جهانی و توسعه از جمله UHC، SDG، جنبش مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر و سالمند شدن جهانی خواهد بود؛
۵. درباره‌ی پیشگیری مؤثر در سطح جمعیت بحث کرده و بر اهمیت تاب‌آوری حرفه‌ای تأکید خواهد کرد؛
۶. از ارائه‌ی خدمات سلامت دهان و کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان به عنوان اعضای فعال تیم خدمات سلامت حمایت می‌کند؛
۷. FDI و سازمان‌های عضو آن را در شکل دادن به راهبردها و سیاست‌های بلندمدت‌تر حمایت‌گری یاری خواهد کرد.

رکن  
۱

تا سال ۲۰۳۰ خدمات سلامت دهان ضروری، در خدمات سلامت همه‌ی کشورها ادغام خواهد شد و خدمات سلامت دهان با کیفیت مطلوب، فراهم، قابل دسترس و مقرون به صرفه خواهد بود.

رکن  
۲

تا سال ۲۰۳۰، خدمات سلامت و خدمات سلامت دهان معطوف به فرد ادغام خواهد شد. این امر منجر به پیشگیری اثربخش‌تر و مدیریت بیماری‌های دهان و سلامت و رفاه بالاتر خواهد شد.

رکن  
۳

تا سال ۲۰۳۰، افراد شاغل در حرفه‌های سلامت دهان، با طیف وسیعی از کارکنان سلامت برای ارائه‌ی خدمات سلامت پایدار، مبتنی بر نیازهای سلامت و با تمرکز بر مردم همکاری خواهند کرد.

## آموزش

تا سال ۲۰۳۰، افراد شاغل در حرفه‌های سلامت از دانش، مهارت و ویژگی‌هایی برخوردار خواهند بود که به طور مناسب در پیشگیری و مدیریت موثر بیماری‌های دهان مشارکت کنند و با تخصص‌های مختلف حیطة سلامت برای بهبود سلامت و بهروزی همکاری کنند.

آموزش و تربیت در سلامت عمومی، افراد شاغل در حرفه‌های سلامت را توانا خواهد کرد که در پیشگیری از بیماری‌های دهان در سطح عموم مشارکت مؤثرتری داشته باشند و نیز در برخورد با اورژانس‌های سلامت عمومی در آینده نقشی اساسی ایفا کنند.

این گزارش همچنین بر مسئولیت فردی افراد شاغل در حرفه‌های سلامت دهان برای حفظ توانمندی‌هایشان در سطحی مناسب در طول زندگی حرفه‌ای، و نیز بر ضرورت ایفای نقش رهبری در جامعه‌ی سلامت و در مقیاس وسیع‌تر برای کل افراد جامعه تأکید می‌کند. قرار است این گزارش در فواصل زمانی منظم، بر اساس مقتضیات محلی و جهانی، مسائل سلامتی در حال بروز، و دستیابی به شاخص‌های کلیدی عملکرد، بروزرسانی شود. این متن به دنبال آن نیست که گزارشی تجویزی عرضه کند، بلکه در پی ارائه‌ی راهنمایی‌های مبتنی بر نیازها، شرایط و موقعیت‌های محلی است.

بازماندن حتی یک نفر، را پیگیری می‌کند. گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰ به این موضوع توجه دارد که چالش‌های سلامت دهان که اختصاصی هر کشور و منطقه هستند با هم تفاوت‌هایی دارند؛ همچنان که اولویت‌های سلامت و منابع موجود بین کشورها و مناطق متفاوت هستند. به همین جهت نمی‌توان «برای همه یک نسخه پیچید» و لازم است کشورها بر اساس شرایط خودشان توصیه‌های این گزارش را تفسیر کنند.

همه‌گیری جهانی اخیر کووید-۱۹ با محدود کردن تماس‌های رودررو با بیماران و گستره‌ی خدماتی که بدون خطر قابل ارائه باشند تأثیر بزرگی بر روی ارائه‌ی خدمات سلامت دهان داشت. این همه‌گیری دنیای غیرقابل‌پیش‌بینی‌ای را که در آن زندگی می‌کنیم با قدرت به یادمان آورده و نمونه‌ای بوده است برای این که چرا حرفه‌ی ما باید سازگاری و تاب‌آوری داشته باشد. این گزارش به دنبال حمایت از سیاست‌ها و اقدامات حمایتی در دهه‌ی آینده است، و از این رو تمرکز مشخصی بر این همه‌گیری ندارد. با وجود این، گزارش حاضر به این می‌پردازد که از این بحران چه چیزهایی می‌توانیم یاد بگیریم و حرفه‌ی ما برای آمادگی در برابر چالش‌های عمده‌ی سلامت، از هر نوع که باشد، چگونه باید تکامل یابد.

چشم‌انداز ما این است که تا سال ۲۰۳۰، خدمات سلامت دهان تقویت‌کننده، مبتنی بر شواهد و ادغام‌شده خواهد بود. بنابراین، این گزارش آینده نگر به اختصار به این می‌پردازد که جامعه‌ی سلامت دهان چگونه می‌تواند با چالش‌ها مقابله کند و از فرصت‌های عضویت فعالانه در یک تیم خدمات سلامت که خدمات معطوف به فرد ارائه می‌دهد، استفاده کند. این امر شرایط را مهیا می‌کند تا سلامت دهان در تمامی سیاست‌ها و مباحث سلامتی و خدمات سلامت گنجانده شود.

فدراسیون جهانی دندان پزشکی (FDI) اهمیت بنیادین سلامت دهان بر روی سلامت عمومی و بهروزی را تصدیق می‌کند. گرچه سلامت دهان یکی از حقوق پایه‌ی انسان‌ها است اما اکثریت مردم از آن بی‌بهره‌اند. نابرابری‌های عظیمی در سلامت دهان در داخل کشورها و بین کشورها وجود دارد و گرچه بیماری‌های دهان تا حد زیادی قابل پیشگیری هستند، بار جهانی بیماری‌های دهان به طرز غیر قابل قبولی بالاست. «چشم‌انداز ۲۰۳۰ FDI: خدمات سلامت دهان بهینه برای همه» به این واقعیت چشم دوخته و به چالش‌هایی راهبردی می‌پردازد که حرفه‌ی دندان پزشکی و جامعه‌ی سلامت دهان طی دهه‌ی آینده با آن روبرو خواهد شد. تمرکز گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰ بر تغییرات و روند تحولات واقعی و قابل پیش‌بینی در محیط خدمات سلامت است که در سطح جهانی حرفه‌ی ما را تحت تأثیر قرار خواهد داد. این گزارش راهبردهایی را برای حرفه‌ی ما و مراقبین سلامت دهان عرضه می‌کند تا در تیمهای نوظهور خدمات سلامت که خدمات معطوف به فرد ارائه می‌دهند، ادغام شد و عضو باشند. این گزارش راهبایی را نشان می‌دهد که بتوانند چالش‌ها را به فرصتهایی تبدیل کنند که منجر به بهبود سلامت دهان، کاهش نابرابری‌های سلامت دهان و مشارکت در کاهش جهانی بار بیماری‌های دهان می‌شوند. این گزارش راهبردهایی را در نظر می‌گیرد که موجب ادغام حرفه در اولویت‌های سیاست‌گذاری، مانند اهداف توسعه‌ی پایدار (SDG) سازمان ملل (UN) و پوشش همگانی سلامت (UHC)، سازگاری با تغییرات اجتماعی مانند سالمند شدن جمعیت، تربیت نیروی انسانی سلامت دهان «متناسب با اهداف» می‌شوند. این گزارش مشخصاً عرضه‌ی خدمات سلامت دهان بهینه برای همه، بدون

## گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰:

۱. فرصت‌ها و چالش‌های عمده‌ی جهانی پیش روی حرفه‌ی سلامت دهان در دهه‌ی آینده را بازمی‌شمارد.
۲. رویکردها و راه‌حل‌ها را ارائه می‌دهد.
۳. به مشکلات مرتبط با حرفه‌ی سلامت دهان می‌پردازد.
۴. سایر اهداف سلامت جهانی و توسعه از جمله SDG، جنبش بیماری‌های غیر واگیر، UHC و سالمند شدن جهانی را حمایت و تکمیل می‌کند.
۵. بر روی پیشگیری موثر در سطح جمعیت بحث و بر اهمیت تاب‌آوری حرفه‌ای تأکید می‌کند.
۶. از ارائه‌ی خدمات سلامت دهان و کارکنان حرفه‌ای این خدمات به عنوان اعضای فعال تیم بزرگ خدمات سلامت حمایت می‌کند؛ و
۷. به FDI و سازمانهای عضو آن در شکل دادن به استراتژی‌ها و سیاست‌های بلند مدت حمایتی کمک می‌کند.

سلامت دهان برای حفظ توانمندی‌هایشان در سطحی مناسب در طول زندگی حرفه‌ای، و نیز بر ضرورت ایفای نقش رهبری در جامعه‌ی سلامت و در مقیاس وسیع‌تر برای کل افراد جامعه تأکید می‌کند. قرار است این گزارش در فواصل زمانی منظم، بر اساس مقتضیات محلی و جهانی، مسائل سلامتی در حال بروز، و دستیابی به شاخص‌های کلیدی عملکرد، بروزرسانی شود. این متن به دنبال آن نیست که گزارشی تجویزی عرضه کند، بلکه در پی ارائه‌ی راهنمایی‌های مبتنی بر نیازها، شرایط و موقعیت‌های محلی است.

گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰، بر پایه‌ی سه رکن با اهداف خاص شکل گرفته است. این ارکان، با راهبردهایی در آموزش حمایت می‌شود تا حرفه‌ای پاسخگو و منعطف با دانش و مهارت جهت هدایت اصلاحات نظام سلامت را شکل دهند.

## رکن ۱

تا سال ۲۰۳۰ خدمات سلامت دهان ضروری، در خدمات سلامت همه‌ی کشورها ادغام خواهد شد و خدمات سلامت دهان با کیفیت مطلوب، فراهم، قابل دسترس و مقرون به صرفه خواهد بود.

## رکن ۲

تا سال ۲۰۳۰، خدمات سلامت و خدمات سلامت دهان معطوف به فرد ادغام خواهد شد. این امر منجر به پیشگیری اثربخش‌تر و مدیریت بیماری‌های دهان و سلامت و رفاه بالاتر خواهد شد.

## رکن ۳

تا سال ۲۰۳۰، افراد شاغل در حرفه‌های سلامت دهان، با طیف وسیعی از کارکنان سلامت برای ارائه‌ی خدمات سلامت پایدار، مبتنی بر نیازهای سلامت و با تمرکز بر مردم همکاری خواهند کرد.

## آموزش

تا سال ۲۰۳۰، افراد شاغل در حرفه‌های سلامت از دانش، مهارت و ویژگی‌هایی برخوردار خواهند بود که به طور مناسب در پیشگیری و مدیریت موثر بیماری‌های دهان مشارکت کنند و با تخصص‌های مختلف حیطة سلامت برای بهبود سلامت و بهروزی همکاری کنند.

آموزش و تربیت در سلامت عمومی، افراد شاغل در حرفه‌های سلامت را توانا خواهد کرد که در پیشگیری از بیماری‌های دهان در سطح عموم مشارکت مؤثرتری داشته باشند و نیز در برخورد با اورژانس‌های سلامت عمومی در آینده نقشی اساسی ایفا کنند.

این گزارش همچنین بر مسئولیت فردی افراد شاغل در حرفه‌های

رکن اول:

## پوشش همگانی سلامت دهان



هدف جامع: تا سال ۲۰۳۰ خدمات سلامت دهان ضروری، در خدمات سلامت همهی کشورها ادغام خواهد شد و خدمات سلامت دهان با کیفیت مطلوب، فراهم، قابل دسترس و مقرون به صرفه خواهد بود.

## دیباچه و چشم‌انداز ۲۰۲۰

از بیسمارک تا بوریچ، تلاش‌های تاریخی زیادی برای فراهم بودن، مقرون‌به‌صرفه بودن و در دسترس بودن خدمات سلامت برای همه صورت گرفته است. بیانیه‌ی آلماتا در سال ۱۹۷۸، هوشیاری نسبت به حق همگانی سلامت را که شامل کاهش نابرابری در سلامت، محافظت مالی و دسترسی به خدمات، کارکنان سلامت، داروها و فن‌آوری‌هایی با کیفیت خوب برای مردم بود افزایش داد.

با استفاده از این مفهوم و سایر مثال‌های تاریخی، پوشش همگانی سلامت (UHC) در مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ تصویب شد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) پوشش همگانی سلامت را این‌گونه تعریف کرده است: «اطمینان از اینکه همه‌ی افراد می‌توانند از خدمات سلامت ارتقا‌دهنده، پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی مورد نیاز خود، با کیفیت و مؤثر، استفاده کنند، همچنین اطمینان از اینکه بهره‌مندی از این خدمات، فرد استفاده‌کننده را در معرض مشکلات مالی قرار نمی‌دهد.»

پوشش همگانی سلامت به عنوان یکی از اهداف توسعه‌ی پایدار (هدف ۳٫۸) در نظر گرفته شده است و به عنوان «تنها و قدرتمندترین مفهومی که سلامت عمومی ارائه می‌دهد» توصیف شده است.

چشم‌انداز ۲۰۲۰ با بیان موارد زیر بر اهمیت افزایش دسترسی به خدمات سلامت دهان تأکید می‌کند:

با وجود این در دهه‌ی گذشته این نکته بیش از پیش فهمیده شده است که نابرابری‌های سلامت دهان می‌توانند کاهش پیدا کنند؛ نه فقط با ایجاد دسترسی بلکه با اطمینان حاصل کردن از اینکه خدمات باکیفیت سلامت دهان به وقت نیاز فراهم هستند- آن هم به شکلی که بار مالی سنگینی بر دوش استفاده‌کننده از آن خدمات تحمیل نکنند.

## پیش‌زمینه

ارائه‌ی خدمات باکیفیت، بهینه و مقرون‌به‌صرفه‌ی ارتقا دهنده، پیشگیرانه، درمانی، تسکینی و توانبخشی به خواسته‌ای جهانی تبدیل شده است که مردم بیش از هر تقاضای سلامتی دیگری در پی آن هستند

پوشش همگانی سلامت در نظام سلامت بستری برای مقابله‌ی منسجم با طیف وسیعی از مشکلات سلامتی فراهم می‌آورد. از آنجایی که کشورهای مختلف در سرتاسر جهان گام‌هایی در جهت طراحی و تغییر شکل برنامه‌های سلامت و توسعه برای پوشش همگانی سلامت برداشته‌اند، به وضوح ضروری است که خدمات سلامت دهان به شکل مناسبی در میان این برنامه‌ها قرار گیرد. سلامت دهان باید بخشی جدایی‌ناپذیر از این بستر باشد زیرا بیماری‌های دهان به طور مشخصی در بار کلی بیماری‌ها در جامعه تأثیر می‌گذارد. بیماری‌های دهان، همزمان علت و معلول فقر و نابرابری‌های اجتماعی بنیادی هستند. آنها همچنین تأثیر قابل توجهی بر آموزش و اشتغال دارند و با تحمیل خسارات اقتصادی بیش از حد و محدود کردن فرصت‌های تغذیه، تحصیلات و اشتغال، مانع توسعه‌ی پایدار می‌شوند.

چشم‌انداز ما این است که تا سال ۲۰۲۰، نابرابری در رابطه با دسترسی به خدمات سلامت دهان به طور قابل توجهی کاهش یابد و نیاز جهانی و تقاضا برای خدمات سلامت دهان بیشتر به لطف افزایش سواد سلامت دهان، برنامه‌ریزی منطقی نیروی کار، آموزش، تمرین، و راهبردهای ماندگاری، و همکاری بهتر بین اعضاء خدمات سلامت در زمینه‌های مربوط به ارتقاء سلامت دهان، پیشگیری و درمان بیماری‌ها پاسخ داده شود.

## چالش‌های کلیدی

در حال حاضر، بسیاری از نظام‌های سلامت ملی برای ارائه خدمات سلامت دهان به طور مناسب سازماندهی نشده‌اند. از آنجا که پوشش همگانی سلامت اکنون محرک تغییر نظام‌های سلامت است، خدمات سلامت دهان باید به یک بخش برجسته در طراحی آنها تبدیل شود. نظام‌های سلامت دهان در سراسر جهان باید برای اطمینان از در دسترس بودن خدمات سلامت دهان عادلانه، مقرون‌به‌صرفه و قابل دسترسی برای همه بر چالش‌های خاصی غلبه کنند.

## این چالش‌ها عبارتند از:

۱. کمبود جدی کادر سلامت دهان در مناطق خاصی از جهان که به طور مناسب آموزش دیده باشند
۲. دسترسی نامناسب به روستاها و سایر جمعیت‌های کم‌برخوردار
۳. هزینه‌های درمانی بسیار زیاد برای بسیاری از افراد فقیر و حاشیه‌نشین
۴. موانعی مانند حمل و نقل نامناسب و فقدان فناوری‌های مناسب
۵. انزوای خدمات سلامت دهان از سیستم جامع سلامت، به ویژه در میان کشورهای با درآمد کم و متوسط؛ و
۶. به کار بستن محدود پیشگیری و ارتقاء سلامت دهان

شکل ۱ زمینه‌های کلیدی اقدام برای ادغام سلامت دهان در بسته‌های سودمند UHC را نشان می‌دهد: الف‌های ضروری



## رویکردهای پشتیبان

### طبابت بالینی

- تهیه و توزیع راهکارها و دستورالعمل‌های مدیریت خدمات اختصاصی بیماری.
- بهره‌برداری و استفاده از برنامه‌های بهبود کیفیت مداوم برای توزیع خدمات سلامت دهان اخلاقی، علمی و با کیفیت بالا.
- شناسایی و آدرس‌دهی جهت دعوت از مقامات نظارتی مسئول برای حفظ استانداردهای مراقبت، هزینه‌یابی خدمات و توسعه‌ی مناسب ارزیابی فناوری سلامت دهان

### آموزش و تمرین

- ایجاد ظرفیت نیروی کار، مخصوصاً در سطح خدمات اولیه‌ی سلامت برای اطمینان از دسترسی به خدمات، مقرون‌به‌صرفه بودن و بسندگی
- ایجاد کادر توانمندی از سایر افراد شاغل در حرفه‌های سلامت دهان (مانند بهداشتکاران دندان) و کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت غیر پزشکی (مراقبین سلامت جامعه، پرستاران و سایر کارکنان حرفه‌ای سلامت وابسته) و توانمند کردن آنها به ارائه‌ی خدمات سلامت دهان کافی در حیطه‌ی کاری خود، به ویژه در نقطه‌ی آغاز مراقبت‌ها.

### پژوهش و ارزیابی

- تشویق جهت اجرای پژوهش در مورد ارائه‌ی مداخلات سلامت دهان مبتنی بر شواهد و تقویت نظام سلامت در جهت ارائه‌ی این مداخلات.
- تهیه‌ی شاخص‌های ملی سلامت دهان برای نظارت و ارزیابی معمول و ادغام آنها در نظرسنجی‌های سالانه.
- استفاده از پژوهش‌های مبتنی بر داده‌های کلان برای تخصیص بهتر منابع و طراحی مداخلات قوی.
- انجام تحقیقات اقتصاد سلامت برای اطلاع سیاست‌گذار از امکان مالی مداخلات سلامت دهان و استقرار درمانهای مرتبط با دهان و دندان و داروها و تکنولوژی‌های هزینه-اثربخش و مقرون‌به‌صرفه.

### فناوری و نوآوری

- تشویق راهکارهای فناورانه‌ی محلی، مقرون‌به‌صرفه و پایدار (که به آنها نوآوری صرفه‌جویانه نیز گفته می‌شود) برای افزایش دسترسی به اطلاعات سلامت دهان مانند m-HEALTH و e-HEALTH و ابزارهای ارتباطی تغییر رفتار نوآورانه.
- بهبود کارایی ارائه‌ی خدمات سلامت دهان و نظام سلامت دهان با توسعه‌ی فناوری‌های اثربخش (هم در تئوری و هم در عمل)، ایمن (آسان بودن استفاده‌ی صحیح از آن)، مقرون‌به‌صرفه، مقبول و پایدار.

### سیاست و حمایت‌طلبی

- تعریف و تامین مالی فهرستی از خدمات سلامت دهان ضروری از نظر اخلاقی و علمی بر اساس اولویت‌های ملی.
- تقویت رویکردهای مبتنی بر جمعیت، جامعه (با توجه ویژه به گروه‌های به شدت آسیب‌پذیر) و نظام سلامت، جهت ارائه‌ی طیفی از خدمات سلامت دهان با کیفیت بالا برای پوشش ارتقاء سلامت، خدمات پیشگیری از بیماریها، تشخیص، درمان، توانبخشی و تسکین.
- رایزنی با دولت برای افزایش بودجه‌ی تخصیصی (براساس اولویت‌های ملی/جهانی) برای خدمات مراقبت از دهان و دندان و برنامه‌های پیشگیری به ویژه در سطح خدمات اولیه (مطالعه موردی ۱ را ببینید).
- هماهنگ کردن مناسب بخش دولتی و خصوصی جهت دستیابی به قابلیت همکاری با اتصال شکافهای موجود در نظامهای سلامت دهان
- ارتباط با شرکت‌های بیمه برای افزایش پوشش خدمات سلامت دهان و اطمینان از حمایت مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن پرداخت از جیب برای خدمات سلامت دهان.
- تلاش برای درج شاخص‌های سلامت دهان در پیمایش‌های جاری سلامت همه‌ی کشورها از طریق تلاشهای فعالانه‌ی حمایت‌طلبی



## نتیجه‌گیری

سلامت دهان اطمینان ایجاد کنند. بسته‌ی پایه‌ی خدمات سلامت دهان می‌تواند از کشوری به کشور دیگر و از منطقه‌ای به منطقه‌ی دیگر بسته به بیماری‌های دهان شایع در آنها، سطح خدمات اولیه‌ی بهداشتی و درمانی موجود، و سطح اقتصادی و توسعه‌ی کشور متفاوت باشد. در سپتامبر ۲۰۱۹، اجلاس سطح عالی سازمان ملل متحد درباره UHC رسماً سلامت دهان را به عنوان بخشی از دستور کار UHC تأیید کرد. اکنون FDI نقشی اساسی در اطمینان از ادغام سلامت دهان در راهبردها و بسته‌های UHC در سطح ملی دارد.

سیاست‌گذاران اغلب صداهای موازی گروه‌های حامی، اتاق فکر و گروه‌های تحقیقاتی مختلف را می‌شنوند و تشخیص اینکه باید بر اساس چه قسمتی از اطلاعات عمل کنند برای آنها دشوار می‌شود. FDI نماینده‌ی انجمن‌های ملی و تخصصی دندان پزشکی در سرتاسر دنیاست و می‌تواند به طور مؤثر راه حل‌ها و نقشه‌ی راه را به دولت‌های ملی در مورد چگونگی تقویت نظام‌های سلامت دهان و افزایش خدمات سلامت دهان ارائه دهد. همکاری با سایر گروه‌های حامی در زمینه سلامت عمومی، امکانات و شناخت لازم برای هم‌راستا کردن سلامت دهان با سلامت عمومی را فراهم می‌کند. چیزی که لازمه‌ی آن اقدام واحد است.

پوشش جهانی سلامت دهان مفهومی بلندپروازانه است که نیاز به حمایت قوی دولت با طرح‌های بهتر تأمین مالی سلامت، و مدیریت نیروی کار سلامت دهان، با تأکید بیشتر بر مدیریت سلامت و مراقبان مبتنی بر جامعه دارد. سلامت دهان بخشی جدایی ناپذیر از سلامت عمومی است و تأثیر مستقیم بر روی افراد و زندگی آنها دارد.

امکانات بهتر سلامت دهان با پیامدهای بهتری از نظر شغلی (شامل تحصیلات و اشتغال) از افراد حمایت می‌کند و از رانده شدن افراد به سوی فقر جلوگیری می‌کند. تشخیص به موقع بیماری‌های دهان باعث هزینه‌ی کمتر درمان آنها شده است. خدمات محلی سلامت دهان بهینه و معطوف به فرهنگ محلی، که از طریق یک نظام سلامت، با منابع کافی و به خوبی اداره می‌شوند، این امکان را دارند که به چالش‌های مختلف سلامت دهان بپردازند، به ویژه اگر سیاست‌های سلامت دهان در بخش‌های دیگر آنها را پشتیبانی کنند. پوشش جهانی سلامت دهان، علاوه بر ارزش ذاتی برای سلامت عمومی، همچنین دارای اثرات خارجی مثبت برای توسعه، توانمندسازی جنسیتی و همبستگی اجتماعی خواهد بود. در بخش سلامت، باید به خدمات اولیه‌ی دهان و دندان در بالاترین حد اهمیت داده شود چرا که این خدمات می‌توانند بیشترین مزایای سلامت را برای تمام اقشار جامعه تأمین کنند و همچنین این ظرفیت را دارند که در کنترل سطح پایداری از هزینه‌های

برای تعریف بسته پایه‌ی خدمات سلامت دهان با توجه به اولویت‌های محلی، ملی و منطقه‌ای، باید چهار مولفه‌ی اساسی وجود داشته باشد:

۱. پیشگیری از بیماری و تشخیص زودرس.
۲. مراقبت در نزدیکی خانه، که مقرون به صرفه و در دسترس است.
۳. پیامدهای بهتر سلامت دهان با هزینه‌های کمتر.
۴. بسترهای همگرا جهت آگاهی از خدمات سلامت دهان.

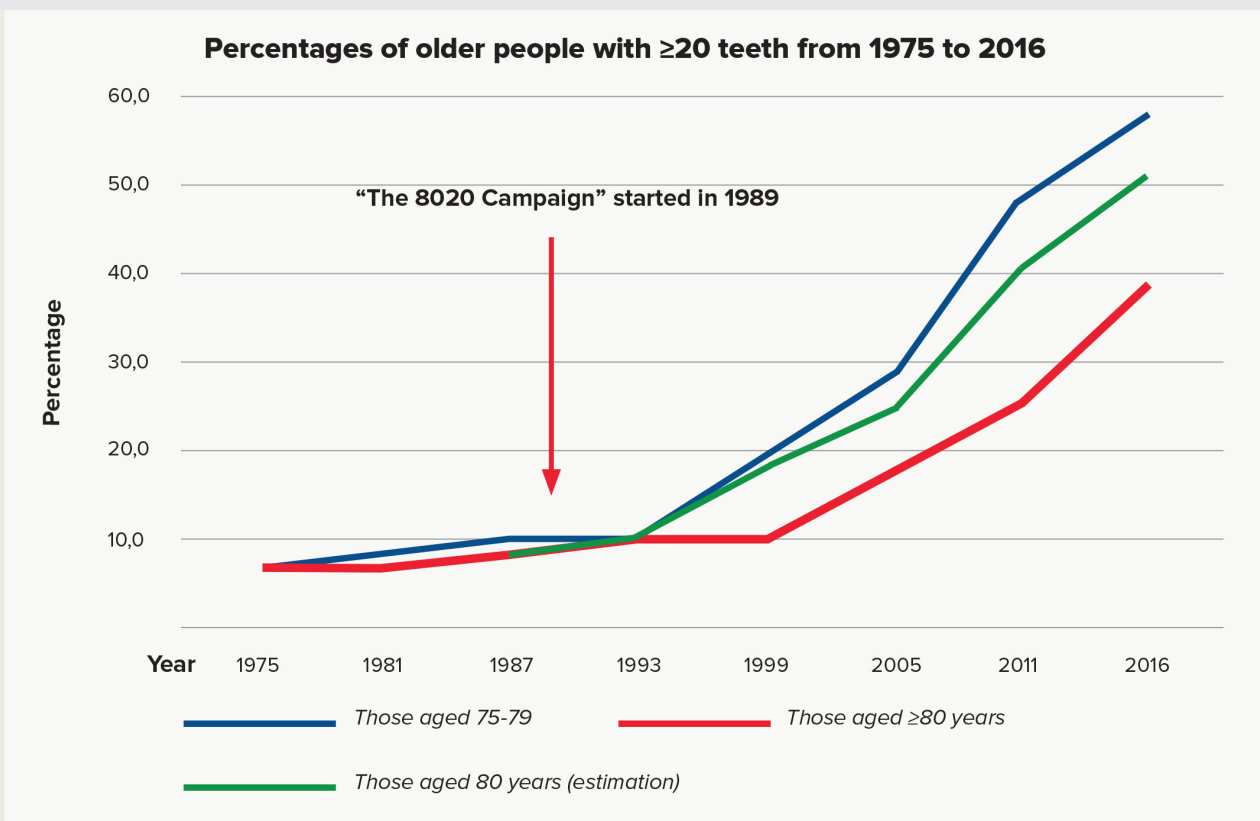
## مطالعه‌ی موردی ۱: کمپین سلامت دهان ۸۰۲۰ در ژاپن

در سال ۱۹۸۹، وزارت بهداشت و رفاه ژاپن و انجمن دندان‌پزشکان ژاپن «کمپین ۸۰۲۰» را برای تشویق مردم به نگه داشتن ۲۰ دندان یا بیشتر تا زمان رسیدن به ۸۰ سالگی آغاز کردند. در آن زمان، فقط ۷٪ از افراد ۸۰ سال به بالا ۲۰ دندان یا بیشتر داشتند. هدف اصلی این کمپین این بود که بیش از ۵۰٪ افراد بالای ۸۰ سال تا سال ۲۰۲۲ تعداد ۲۰ دندان یا بیشتر داشته باشند. برای رسیدن به این هدف، کمپین یک رویکرد چند بخشی مادام‌العمر در پیش گرفت تا با همراه کردن بخش‌های مختلف و به کار بستن ایده‌هایی که تمام نسل‌ها را هدف قرار می‌داد، جلوی از دست دادن دندان‌ها را بگیرد. وزارت بهداشت، کار و رفاه یارانه‌هایی را به دولت‌های محلی و انجمن‌های دندان‌پزشکی برای انجام اقدامات مختلف سلامت دهان اعطا کرد، که شامل معاینه برای کودکان خردسال یک و نیم ساله، سه ساله، مادران باردار و گروه‌های هدف ۴۰، ۵۰، ۶۰ و ۷۰ ساله، و همچنین افراد ۷۵ سال و بالاتر بود. وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علوم و فناوری، ابتکارات مدرسه‌محور را ارائه کرد که شامل انجام

معاینه‌ی سالانه از سوی دندانپزشک مدرسه برای کودکان بین ۶ تا ۱۸ سال و توصیه‌ی برنامه‌های شستشوی دهان با فلوراید در مدرسه برای کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۴ سال بود. در سال ۲۰۰۰، بنیاد ارتقاء ۸۰۲۰، اساساً برای انجام تحقیقات مربوط به این کمپین تأسیس شد. وزارت بهداشت، کار و رفاه در سال ۲۰۱۶ یک پیمایش ملی در مورد بیماری‌های دهان انجام داد و گزارش کرد ۵۱٪ افراد ۸۰ ساله در ژاپن بیش از ۲۰ دندان دارند که نشان می‌داد این کمپین شش سال پیش از سال هدف‌گذاری شده ۲۰۲۲ به ثمر نشسته است. علاوه بر آن، شیوع پوسیدگی‌های دندان‌های کودکان در نتیجه‌ی فعالیتهای کمپین که به مشکلات سلامت دهان در کودکان پرداخته بود، کاهش پیدا کرده بود. سرانجام، پژوهشی که از سوی بنیاد ارتقاء ۸۰۲۰ منتشر شد، نیروی محرکه‌ای برای «اقدام در جهت ارتقای سلامت دهان» در سال ۲۰۱۱ فراهم آورد که موجب تأکید بیشتر بر اهمیت ارتقای سلامت دهان شد.

در سال ۱۹۸۹، وزارت بهداشت و رفاه ژاپن و انجمن دندان‌پزشکان ژاپن «کمپین ۸۰۲۰» را برای تشویق مردم به نگه داشتن ۲۰ دندان یا بیشتر تا زمان رسیدن به ۸۰ سالگی آغاز کردند. در آن زمان، فقط ۷٪ از افراد ۸۰ سال به بالا ۲۰ دندان یا بیشتر داشتند. هدف اصلی این کمپین این بود که بیش از ۵۰٪ افراد بالای ۸۰ سال تا سال ۲۰۲۲ تعداد ۲۰ دندان یا بیشتر داشته باشند. برای رسیدن به این هدف، کمپین یک رویکرد چند بخشی مادام‌العمر در پیش گرفت تا با همراه کردن بخش‌های مختلف و به کار بستن ایده‌هایی که تمام نسل‌ها را هدف قرار می‌داد، جلوی از دست دادن دندان‌ها را بگیرد. وزارت بهداشت، کار و رفاه یارانه‌هایی را به دولت‌های محلی و انجمن‌های دندان‌پزشکی برای انجام اقدامات مختلف سلامت دهان اعطا کرد، که شامل معاینه برای کودکان خردسال یک و نیم ساله، سه ساله، مادران باردار و گروه‌های هدف ۴۰، ۵۰، ۶۰ و ۷۰ ساله، و همچنین افراد ۷۵ سال و بالاتر بود. وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علوم و فناوری، ابتکارات مدرسه‌محور را ارائه کرد که شامل انجام

### درصد افراد سالمند دارای ۲۰ دندان یا بیشتر از سال ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶



تا سال ۲۰۱۶ بیش از نیمی از افراد ۸۰ ساله در ژاپن بیش از ۲۰ دندان داشتند. منبع: بررسی بیماری‌های دندان‌پزشکی در ژاپن (۲۰۱۶) (اصلاح شده). اصلاح به این معنی است که نمودار برای افراد ۸۰ ساله ایجاد شده است و یک برآورد است.

رکن دو:

## ادغام سلامت دهان در دستور کار سلامت عمومی و توسعه



هدف جامع: تا سال ۲۰۳۰، خدمات سلامت و خدمات سلامت دهان معطوف به فرد ادغام خواهد شد. این امر منجر به پیشگیری اثربخش‌تر و مدیریت بیماری‌های دهان و سلامت و رفاه بالاتر خواهد شد.

## دیباجه و چشم‌انداز ۲۰۲۰

سند چشم‌انداز ۲۰۲۰ با بیان موارد زیر بر اهمیت ادغام سلامت دهان در دستور کار اصلی سلامت عمومی تأکید کرد:

ما باور داریم اکنون زمان مناسب برای ایجاد الگوی جدیدی برای خدمات سلامت دهان است تا آن را به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی در نظر گرفته و نیازها و خواسته‌های مردم و حق هر فرد در خدمات دهان و دندان را برآورده کند. ما باور داریم با تغییر تمرکز مدل خود (۱) از الگوی سنتی درمان محور عمدتاً متمرکز بر عوامل بیماری‌زا به الگوی سلامت‌زا (سالوتوزنیک) که تمرکز آن بر پیشگیری و ارتقای سلامت دهان برای داشتن سلامت دهان خوب است (۲) از یک رویکرد لوله تفنگی به یک رویکرد جامع‌تر که تمام ذی‌نفعانی را که می‌توانند در بهبود سلامت دهان نقش داشته باشند در نظر بگیرد، خواهیم توانست حرفه‌ی خود را در خط مقدم یک حرکت جهانی به سمت سلامت بهینه از طریق سلامت دهان قرار دهیم.

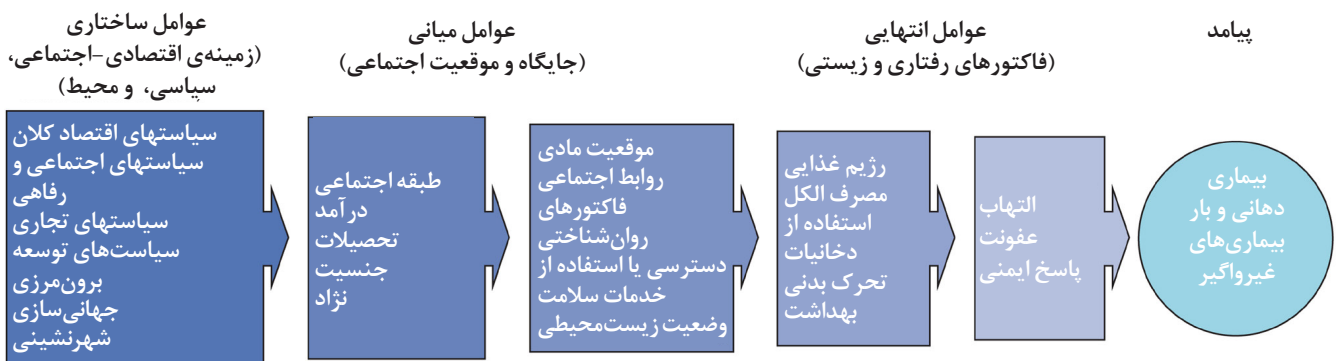
### پیش‌زمینه

نابرابری‌ها، تمرکز بر اقدامات تأثیرگذار بر سبک زندگی و اقدامات رفتاری به جای پرداختن به ریشه‌های اصلی مشکلات است. این امر مستلزم یک بازنگری اساسی در رویکرد ما با تأکید بیشتر بر پیشگیری در سطح جمعیت است. از این رو، بیماری‌های دهان به طور روز افزون واجد عوامل خطر و تعیین‌کننده‌های اجتماعی مشترک با سایر بیماری‌های مهم غیرواگیر (NCDs) شناخته می‌شوند (شکل ۲). این اصل در بیانیه‌ی سیاسی نشست عالی سازمان ملل متحد ۲۰۱۱ در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر بیان شد؛ «بیماری‌های کلیه، دهان و چشم برای بسیاری از کشورها بار عمده‌ی سلامتی را شامل بیماری‌ها دارای عوامل خطر مشترک (CRF) هستند و می‌توانند با پاسخ‌های مشترک به بیماری‌های غیرواگیر هدف‌گیری شوند.»

با وجود تمام تلاش‌های حرفه‌ی دندان پزشکی، بار جهانی بیماری‌های درمان نشده‌ی دهان به طور غیر قابل قبولی بالا باقی مانده و با نابرابری‌های مشخصی در داخل و بین کشورها همراه است. پیشرفت در خدمات دندان پزشکی منجر به پیشرفتهای عمده‌ای در سلامت دهان شده است، اما این اتفاق عمدتاً در کشورهای با درآمد بالا رخ داده و وقوع آن نیز به نفع کل مردم نبوده است. افراد فقیر در جامعه، به صورت نامتناسبی از سطح بالای بیماری‌ها رنج می‌برند. اجرای پروژه‌های پیشگیری از بیماری‌ها در سطح جمعیت، مؤثر و مقرون‌به‌صرفه است اما خدمات مناسب برای همه قابل دسترسی نیست. علت شکست بیشتر رویکردها در بهبود سلامت دهان و کاهش

شکل ۲- تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تجاری- استفاده مجدد با دریافت مجوز از مجله لنست

The Lancet. Source: Peres MA, Macpherson LM, Weyant R et al., Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394:249260



### تعیین‌کننده‌های تجاری - راهبردهای شرکتی

قدرت و تأثیر سیاسی و اقتصادی- رایزنی برای تأثیر بر سیاست‌ها- مسئولیت شهروندی شرکت‌ها- بازاریابی هدفمند و دقیق و سیاست‌های تبلیغاتی- تأثیرگذاری بر اولویت‌های پژوهشی- تأثیرگذاری بر هنجارهای اجتماعی و سیاست‌های محلی- تأثیر رسانه بر پرت شدن توجهات و ایجاد سردرگمی- تأثیرگذاری بر رفتارها و انتخاب‌های مصرف‌کننده

اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (WHO) ادعا می‌کند که برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دستیابی سلامت یکی از حقوق اساسی تمام انسان‌ها است. WHO در بیانیه آدلاید از راهبرد سلامت در همه سیاست‌ها (HiAP) به عنوان یک راهبرد مهم برای پیشبرد این حقوق انسانی حمایت می‌کند. شواهد مبنی بر اینکه بیماری‌های دهان عوامل خطر و عوامل تعیین‌کننده‌ی مشترکی با سایر بیماری‌های غیرواگیر دارند، گنجانیدن سلامت دهان در تمام سیاست‌ها (OHiAP) را توجیه می‌کند. این امر منجر به مشارکت‌های جدید بین‌بخشی می‌شود و تمرکز غالب سلامت دهان را از مداخلات فنی به سمت رویکردی مبتنی بر عدالت اجتماعی و در نظر گرفتن عوامل اجتماعی سلامت تغییر می‌دهد.

### چالش‌های کلیدی

باید همه‌ی کشورها را تشویق کرد تا برنامه‌های عملیاتی سلامت دهان را که در راهبردهای پرداختن به بار بیماری‌های غیرواگیر درمان نشده ادغام شده‌اند و بیماری‌های دهان بخش عمده‌ای از آنها را تشکیل می‌دهند، تکمیل کنند. اگرچه هر کشوری دارای چالش‌های سلامت، شرایط اقتصادی و تفاوت‌های فرهنگی خاص خود است، اما ادغام سلامت دهان در خدمات اولیه می‌تواند از نظر پیشگیری از بیماری، بهبود کلی سلامت و مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات سلامت، فواید قابل توجهی داشته باشد. اگر سلامت دهان از سایر خدمات بهداشتی جداگانه دیده شود، این هدف محقق خواهد شد.

بنابراین FDI در همکاری مشترک با WHO و انجمن بین‌المللی تحقیقات دندان پزشکی (IADR) مسئولیت عمده‌ای در مورد ادغام مجدد خدمات سلامت دهان در تمام سیستم‌های سلامت با رویکرد OHiAP که در بالا توضیح داده شد، به دوش دارد. این امر نه تنها نیازمند همکاری نزدیک در حرفه‌های مرتبط با سلامت دهان است، بلکه با ایجاد روابط کاری مشترک با ارگان‌های مسئول سلامت عمومی، مانند ائتلاف بیماری‌های غیرواگیر و ائتلاف جهانی حرفه‌های سلامت، همکاری‌های گسترده‌تری را می‌طلبد. در طرح ادغام سلامت دهان در دستور کار سلامت عمومی، نکات زیر مهم است:

#### ۱. دو یا چند بیماری همزمان

بیماری‌های دهان به تنهایی رخ نمی‌دهد. آنها معمولاً با سایر بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، سندرم متابولیک و دیابت نوع ۲ همراه می‌شوند که از نظر عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی، سبک زندگی و تجاری مشابه هستند. در دستورالعمل‌های WHO در مورد اثرات مربوط به سلامتی قندهای رژیم غذایی، این تحقیقات مربوط به سلامت دهان و پوسیدگی دندان بودند که در

این اصل مهم بیان شده در بیانیه سیاسی سال ۲۰۱۱ سازمان ملل متحد در مورد بیماری‌های غیرواگیر توجیهی قوی برای ادغام نزدیکتر سلامت دهان در دستور کار سلامت عمومی ارائه داد. این امر به هماهنگی نزدیکتر سلامت دهان با دستور کار گسترده‌تر در مورد پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، مهمترین علت مرگ و معلولیت در سراسر جهان، منجر شده است. از این رو، FDI عضو ائتلاف بیماری‌های غیرواگیر است و متعهد است پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر را همه‌جا در اولویت قرار دهد.

دور از واقعیت است اگر انتظار داشته باشیم دندان‌پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان، که جدا از هم فعالیت می‌کنند، بتوانند گام‌های مؤثری در راستای تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تجاری سلامت بردارند، مخصوصاً به این دلیل که عوامل اصلی تعیین‌کننده‌ی بیماری‌های مزمن در خارج از بخش سلامت قرار دارند.

با این حال، ادغام سلامت دهان در دستور کار اصلی سلامت عمومی این فرصت را ایجاد می‌کند که نه تنها به کمک پیشگیری مؤثرتر از بار بیماری‌های دهان در سراسر جهان کاسته شود، بلکه کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان نیز می‌توانند با تمرکز بیشتر بر خدمات سلامت به نفع تمام جامعه مشارکت داشته باشند. این راهبرد منطبق بر رویکرد افقی است که به طور همزمان همه‌ی بیماری‌های غیرواگیر را در برمی‌گیرد.

این موضوع به طور گسترده‌ای تایید شده است که پزشکان و کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت مرتبط، در ارتقاء سلامت و عدالت در سلامت نقش دارند. علاوه بر این کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان در موقعیتی هستند که می‌توانند به ارتقاء عدالت در سلامت دهان، چه برای بیماران خود و چه برای جامعه، فعالانه مشغول شوند. خدمات اولیه‌ی سلامت (PHC) معمولاً اولین نقطه‌ی تماس با خدمات سلامت است و جایی است که بیشتر خدمات عمومی و دندان‌پزشکی در آن ارائه می‌شود. تیم‌های سلامت دهان که با تیم‌های مراقبت‌های اولیه همکاری می‌کنند، از توانایی بالقوه و بالفعل نشده‌ای برخوردار هستند که می‌توانند حمایت‌طلب، توانمندساز و میانجی مهم سلامت دهان باشند. از آنجا که عوامل خطر برای سلامت دهان و سلامت عمومی مشابه هستند، چنین فعالیت‌هایی موجب ارتقاء سلامت عمومی نیز می‌شوند. اگر قرار باشد سلامت دهان به طور کلی با سایر خدمات سلامت سازگار باشد، لازم است همه اعضای تیم سلامت دهان از اهمیت عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ی سلامت دهان آگاه باشند و فعالیت‌های خود را با سایر گروه‌ها ادغام کنند (مطالعه موردی ۲ را ببینید).

دهان، ممکن است از تظاهرات اولیه‌ی بیماری‌های مزمن در سایر اندام‌های بدن باشد. در این مورد، تأیید رابطه‌ی دوسویه بین بیماری پریدونتال و دیابت نوع ۲، رابطه بین بیماری‌های دهان و قلب و عروق، و شناخت اهمیت بیماری دهان به عنوان «هشدار اولیه» از بیماری‌های سیستمیکی که در مراحل آغازین هستند، مهم است. بنابراین این نکته زمینه‌ای جدی است که کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان با همکاران پزشکی خود در زمینه غربالگری و تشخیص زودهنگام بیماری‌های مزمن مانند دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی، مشارکت کنند.

کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان در تشخیص زودهنگام بیماری‌های سیستمیک نقش دارند. همچنین شواهدی که نشان می‌دهد کنترل بهتر بیماری دهان ممکن است نتایج بیماری سیستمیک را بهبود بخشد، رو به افزایش است. بنابراین، همه‌ی کارکنان حرفه‌ای سلامت باید از تأثیری که سلامت دهان در سلامت عمومی می‌گذارد و نیاز به ادغام و همکاری نزدیکتر بین کلیه‌ی کارکنان حرفه‌ای سلامت، از جمله کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان، آگاه باشند.

### ۳. نقش در پایش‌های سلامتی

حرفه دندان‌پزشکی دسترسی منحصر به فردی به جمعیت «سالم» دارد و بنابراین در پایش‌های سلامتی نقش مهمی به عهده دارد. این توجیه مهمی برای معیانات دوره‌ای دندان‌پزشکی است؛ بنابراین هرچه حرفه‌ی دندان‌پزشکی در دستیابی به همه، خصوصاً افراد محروم و حاشیه نشین موفق‌تر باشد، این نقش نظارت سلامتی نیز مؤثرتر خواهد بود.

شیوع تمام بیماری‌های غیرواگیر، از جمله بیماری‌های دهان، به دلیل اثر تجمعی قرار گرفتن در معرض عوامل اجتماعی و تجاری سلامت، در طول دوره‌ی زندگی افزایش می‌یابد. بیماری‌های شدید دهان در دوران کودکی، به ویژه پوسیدگی دندان در اوایل کودکی، پیامدهای ضعیف سلامتی متاخر در زندگی را با استعداد ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و بیماری‌های تنفسی پیش‌بینی می‌کند. بنابراین، تشخیص زودهنگام به ویژه در گروه‌های در معرض خطر، و مداخلات سلامتی مناسب ممکن است مرگ و ناخوشی را در سال‌های بعد زندگی کاهش داده و به طور کلی پیامدهای سلامتی را بهبود بخشد.

### ۴. ادغام برای تاب‌آوری نظام‌های خدمات سلامت در پاسخ به

#### چالش‌های پیش‌بینی نشده:

بلائیای بزرگ و سایر حوادث غیرمترقبه، که همه‌گیری جهانی COVID-19 ناشی از SARS-CoV-2 فقط یک نمونه از آن است، ذاتاً قابل پیش‌بینی نیستند. آنها تقاضاهای ناگهانی، شدید و متفاوتی را

نهایت شواهدی را فراهم آوردند و پایه و اساس توصیه WHO در مورد مصرف قندهای آزاد هستند (به مطالعه موردی ۳ مراجعه کنید). استعمال دخانیات یک فاکتور خطر بسیار شایع بیماری‌های غیرواگیر در سطح جهان است، و پیامدهای خاص آن در سرطان دهان و بیماری پریدونتال به این معنی است که تیم خدمات سلامت دهان نقش اساسی در پیشبرد برنامه‌های ترک دخانیات و ارائه‌ی آنها به بیماران دارد. یک هدف آشکار از برنامه‌های ترک دخانیات، ادغام سلامت دهان در برنامه کلی خدمات سلامت است. یک مثال عالی از این رویکرد برای ارتقاء سلامت، برنامه‌ی تبلیغ شده از جانب دولت هند است (مطالعه موردی ۴ را ببینید).

هنگام معرفی راهبردهای مدیریت بیماری مبتنی بر جامعه و مبتنی بر بیمار، پرداختن به بیماری‌های دهان و بیماری‌های همزمان، هزینه-اثربخش‌تر است. این مطابق با رویکرد افقی است که پیشتر نیز بدان اشاره شد و همه‌ی بیماری‌های غیرواگیر را به طور همزمان مورد بررسی قرار می‌دهد و یک قاعده‌ی اصلی ائتلاف بیماری‌های غیرواگیر به شمار می‌آید. (شکل ۳). این رویکرد از منظر نظام‌های سلامت، به ویژه در محیط‌هایی که منابع محدود هستند، مهم است.



شکل ۳. خلاصه سیاستی مشترک ائتلاف FDI-NCD با تأکید بر ارتباط بین بیماری‌های دهان و بیماری‌های غیرواگیر و ارائه توصیه‌هایی برای پیشگیری و کنترل آنها

<https://www.fdiworlddental.org/resources/brochures/accelerating-action-on-oral-health-and-ncds>

### ۲. قناری در معدن ذغال سنگ

بدیهی است علائم و نشانه‌های دهانی، مانند زخم، لکه‌های سفید، لکه‌های قرمز، تورم، رنگدانه‌های غیرطبیعی و درد دهان، از دست دادن حس‌ها، حرکت غیرطبیعی صورت، بوی بد دهان و خشکی

در نظام‌های خدمات سلامت ایجاد می‌کنند و ممکن است در ارائه‌ی خدمات فوری غیرمرتبط با خود رویداد اختلال ایجاد کنند. در مواقع بحران، دندان‌پزشکان و سایر کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان دانش و مهارت لازم را دارند- یا می‌توانند به راحتی کسب کنند- تا به عنوان اعضای تیم در کنار سایر کارکنان حرفه‌ای سلامت، برای ایفای سایر نقش‌ها در نظام‌های سلامت به کار مشغول شوند. از طریق این فرآیند بسیار شفاف ادغام، آنها می‌توانند در همراهی با پزشکان متخصص برای انجام وظایف بالینی در خط مقدم، به تاب‌آوری نظام‌های سلامت کمک کنند (مطالعه موردی ۵ را ببینید).

## رویکردهای پشتیبان

### طبابت بالینی

- آگاهی بیمار را در مورد مسائل سلامت عمومی مانند دیابت، چاقی، فشار خون بالا و سایر بیماری‌های مزمن افزایش دهید.
- قبل از بروز مشکلات پزشکی، غربالگری برای طیف وسیعی از بیماری‌های پزشکی را آغاز کنید. تشخیص زود هنگام اختلالات سیستمیک به دلیل تظاهرات دهانی و استفاده از بزاق یا سایر بافت‌های دهان به عنوان نشانگرهای زیستی کاملاً ثابت شده است. ایجاد پیوندهای نزدیکتر با همکاران پزشکی، یک بستر ارزشمند برای مداخله‌ی زودهنگام و کاهش قابل توجه هزینه به وجود می‌آورد، بنابراین منجر به خدمات سلامت مقرون‌به‌صرفه‌تر می‌شود.
- نه فقط با حمایت از ورزش و تحرک، بلکه با ایجاد دسترسی به ورزش‌های ایمن و ورزش با کمک محافظ دهان برای جلوگیری از آسیب و ضربه مغزی در ورزش‌های رودررو، به سبک زندگی کم‌تحرک و چاقی به خصوص در کودکان و نوجوانان توجه نشان دهید.
- از ترک دخانیات حمایت کنید.
- پیشگیری اولیه را تقویت کرده و به ویژه از طریق مصاحبه‌ی انگیزشی (مربیگری بهداشت) اطمینان حاصل کنید که افراد قادر به پذیرش مسئولیت سلامتی خود هستند.

## آموزش و تمرین

- بخش آموزشی را از طریق دانشکده‌های دندان پزشکی / پزشکی / پرستاری و علوم اجتماعی در دانشگاه‌های سراسر جهان دخیل کنید. برنامه‌های درسی دندان پزشکی در مقطع دکتری باید شامل ادغام سلامت دهان در دستور کار سلامت عمومی، با تأکید کمتر بر مداخله، و تمرکز بیشتر بر عوامل اجتماعی، رویکرد عامل خطر مشترک، پیشگیری اولیه و خدمات بیمارمحور در هسته‌ی اصلی آن باشد. هدف برنامه‌های درسی پزشکی و دندان پزشکی مدرن باید ایجاد مهارت در ارتباطات بین حرفه‌ها، تولید شواهد، تفکر انتقادی و یادگیری مادام‌العمر باشد.
- با استفاده از مطب دندان پزشکی به عنوان درگاه ورود به سیستم خدمات سلامت، آموزش و تمرین درون حرفه‌ای و بین حرفه‌ای را افزایش دهید. این حرکت برای ارزیابی‌های پزشکی یا غربالگری سلامت در مطب‌های دندان پزشکی، ایمنی‌بخشی فرصت‌طلبانه، ارزیابی خطر بیماری‌های سیستمیک همراه با ارجاع مناسب، و راهنمایی برای انتخاب سبک زندگی سالم، فرصت مناسبی فراهم می‌کند. در حال حاضر بخشی از وظایف دندان‌پزشکان این است که در زمینه‌ی پیشگیری از پوسیدگی دندان توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه دهند. این مداخله می‌تواند به مشاوره در مورد گزینه‌های تغذیه‌ی سالم، تطبیق توصیه‌های رژیم غذایی با توجه به عوامل خطر فردی و محیطی و با توجه به هرگونه محدودیت رژیم غذایی و جنبه‌های فرهنگی رژیم غذایی و تغذیه گسترش یابد.
- سواد سلامت دهان را در بین بیماران و همه‌ی کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت با استفاده از مزایای رسانه‌های اجتماعی و فناوری تلفن‌های هوشمند و سایر رسانه‌های مناسب ارتقا دهید.
- دانشجویان دندان پزشکی را برای شرکت در کنفرانس‌هایی فراتر از حیطه‌ی دندان پزشکی تشویق کنید تا اطمینان حاصل شود که آنها از مسائل و روندهای گسترده‌تر سلامت آگاهی دارند.

## پژوهش و ارزیابی

- در راستای پشتیبانی از بازنگری سیستم‌های پرداخت در خدمات سلامت دهان که پوشش همگانی سلامت را تسهیل می‌کنند، سیستم‌های مراقبت یکپارچه را از لحاظ اقتصاد سلامت ارزیابی کنید و بیشتر بر پیشگیری به جای مداخله تأکید کنید. برای بهبود دسترسی به گروه‌های آسیب‌پذیر با ارائه‌دهندگان خدمات، صنعتگران و شرکای تجاری و همچنین شرکتهای بیمه ارتباط برقرار کنید.
- داده‌های مربوط به پارامترهای سلامتی، مانند هموگلوبین گلیکاته (HbA1C)، فشار خون، وزن و شاخص توده‌ی بدن را در محیط‌های کلینیک دندانپزشکی از جمله مراکز پژوهشی، جمع‌آوری کنید.
- برای آزمون فرضیه‌ی «در حالی که مداخلات دندان پزشکی گران‌قیمت است، سلامت دهان می‌تواند ارزان باشد» در مورد اقتصاد سلامت در پیشگیری اولیه تحقیق کنید.

## فناوری و نوآوری

- بر ارزش راه‌حل‌های فن‌آوری محلی، مقرون‌به‌صرفه و پایدار تأکید شود، به ویژه در مباحثی مانند طراحی مجدد خدمات که ممکن است فرصت‌هایی برای نوآوری وجود داشته باشد و هم قابلیت دسترسی و هم مقرون‌به‌صرفه بودن را بهبود بخشد.
- شرکای صنعتی را تشویق کنید تا از ادغام فن‌آوری‌های نوظهور در مناطق جغرافیایی که نیاز بیشتری دارند پشتیبانی کنند.
- استفاده از سیستم‌های نرم‌افزاری مدیریت عمل یکپارچه و سوابق الکترونیکی بیمار را تسهیل کنید.
- استفاده از کدهای تشخیصی را تقویت کنید

## سیاست و حمایت‌طلبی

- ساختارهای مشترک بین WHO و FDI، IADR در برخورد با مسائل مهم سلامت جهانی را افزایش و تقویت کنید تا این اتحاد و هم‌افزایی، به تقویت پیام‌های اصلی کمک کند.
- با دیگر کارکنان حرفه‌ای سلامت کار کنید تا راهبردهایی برای ادغام سلامت و خدمات اجتماعی در همه سطوح طراحی شود:
- اقدامات سیاستی در سطح جمعیت که به دنبال افزایش آگاهی از عوامل خطر برای بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های سلامت



دهان (از طریق قانون، مقررات و اطلاعات) است.

- برنامه‌های مبتنی بر جامعه که در مدارس، محل‌های کار و جوامع به منظور ارتقاء سلامت دهان و سلامت عمومی و بهروزی انجام می‌شود.  
- خدمات سلامت معطوف به فرد با استفاده از ابزارهایی مانند مربیگری بهداشت؛ یعنی خدماتی که قادر به ارائه مراقبت‌های فردی برای افرادی دارای مشکلات سلامت دهان و سلامت عمومی (اغلب به طور همزمان) هستند.

● به دنبال فرصت‌هایی برای هم‌راستایی حرفه‌ی دندان پزشکی با اهداف توسعه پایدار سازمان ملل (SDG) باشید؛ از طریق یک رویکرد میان رشته‌ای و فربخشی با هدف سوم (SDG3) برای سلامتی و بهروزی، هدف دهم (SDG10) در مورد نابرابری‌ها و هدف هفدهم (SDG17) برای افزایش ارتباط با سایر ذی‌نفعان

● برای کاهش استفاده از آمالگام‌دندانی به عنوان بخشی از سیاست پیشگیری و کنترل NCDs راهبردها را ادغام کنید

● «داستانهای ما» را خارج از دندان پزشکی و خارج از بخش سلامت تعریف کنید، به عنوان مثال با سیاستمداران و سیاستگذاران در کشورهای مختلف جهان. می‌ارزد که استدلال‌هایی قوی برای ادغام سلامت دهان با سلامت عمومی به طور گسترده در طیف وسیعی از ذی‌نفعان منتشر شوند (ادامه را ببینید).

● برنامه‌ای برای اقدام مؤثر در جهت کاهش مصرف قند در رژیم غذایی و پرداختن به شکر به عنوان یک تعیین‌کننده‌ی تجاری سلامت تصویب کنید.  
● با افزایش مالیات مؤثر بر نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر و سایر محصولات شیرین، مصرف شکر را کاهش دهید (WHO بهترین طرفدار این اقدام است).

● برنامه‌های ترک دخانیات را که از جانب تیم خدمات سلامت دهان ارائه می‌شود، تشویق و حمایت کنید.

● توسعه‌ی گروه‌های حمایت از بیمار را تشویق و همکاری با این گروه‌ها را آغاز کنید. چهره‌های مشهور را به عنوان سخنگویان سلامت دهان معرفی کنید.

● دامنه‌ی حمایت از سلامت دهان را از بیماری‌های شایع دندان و دهان، مانند پوسیدگی دندان و بیماری پریودنتال، فراتر ببرید. با نادیده گرفتن بیماری‌های دهانی کمترشایع، اما اغلب ویران‌کننده‌تر - مانند سرطان دهان - این فرصت از دست رفته است که نشان داده شود در زمینه‌ی سلامت دهان نابرابری‌های جدی وجود دارد - به ویژه در مورد مسائل حول فقر و دسترسی به خدمات مقرون‌به‌صرفه. به عنوان مثال نوما (cancrum oris) تنها در فقیرترین جوامع مشاهده می‌شود و در بخش‌های وسیعی از مناطق روستایی هند، چین، اندونزی و جنوب صحرای آفریقا، تنها درصد کمی از نوزادان متولد شده با شکاف دهان و صورت در چند هفته‌ی نخست بعد از تولد زنده می‌مانند.

● پوشش همگانی سلامت (UHC) را توسعه دهید. یکی از مؤثرترین راهبردها برای رفع نابرابری‌ها و تقویت عدالت و انصاف در مورد خدمات سلامت دستیابی به UHC با برابری دسترسی، استانداردها و قیمت مناسب است. این موضوع در دستیابی به هدف دهم SDG (کاهش نابرابری)، هدف شانزدهم (عدالت اجتماعی) و هدف هفدهم (همکاری در مشارکت) کمک‌کننده است.

## پایش و پیگیری

● میزان بروز، مرگ و میر و بیماری همراه با شرایط مختلف دهانی را کنترل کنید.

## نتیجه‌گیری

علاوه بر این، همه‌ی کارکنان حرفه‌ای سلامت باید از اهمیت سلامت دهان برای سلامت و رفاه عمومی و نقش خودشان و کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان در دستیابی به این هدف برای جمعیت تحت پوشش‌شان، آگاهی بیشتری داشته باشند. دستیابی به این چشم‌انداز نیازمند جلب حمایت بسیار مؤثرتر از طرف کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان برای توجه به اهمیت سلامت دهان و تأکید بر نقش کارکنان حرفه‌ای سلامت و جامعه به طور کلی برای دستیابی و حفظ سلامت دهان است.

در مواجهه با چالش طاقت‌فرسای ناشی از افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر در سراسر جهان، ضروری است نظام‌های سلامت جهانی مجدداً بر روی پیشگیری تمرکز کنند. این امر مستلزم اجرای راهبردهای ادغام‌یافته‌ی مؤثر است که به تعیین‌کننده‌های مشترک اجتماعی و تجاری سلامت می‌پردازد. بیماری دهان درمان‌نشده بخش قابل توجهی از بار NCD را تشکیل می‌دهد و ضروری است برای تحقق کاهش بار این بیماری‌ها، خدمات سلامت دهان در نظام‌های سلامت در سراسر جهان ادغام شوند.

## مطالعه‌ی موردی ۲: Qualis Health/Comagine

دندان‌پزشکی، هماهنگی‌های لازم را با همکاران پزشک خود به عمل می‌آورند.

زمانی که بیمار در کلینیک دندان‌پزشکی حضور می‌یابد، تیم‌های دندان‌پزشکی، برای تعیین انواع کمبودها در خدمات پیشگیرانه یا درمان بیماری‌های مزمن از اطلاعات ثبت‌شده‌ی ناحیه و دسترسی از راه دور به پرونده‌ی پزشکی بیمار، استفاده می‌کنند. تیم دندان‌پزشکی، علاوه بر توجه به نیازهای دندان‌پزشکی بیمار، پروتکل‌های استاندارد ثبت شده در توافق‌نامه‌های ارجاع با تیم مراقبت‌های اولیه را دنبال می‌کنند تا با انجام واکسیناسیون، درخواست آزمایش و مشاوره کمبودهای موجود در خدمات را برطرف کنند. دندان‌پزشکان برای تکمیل فرآیند ارجاع، گزارش‌های مشاوره‌ای را مجدداً به پزشکان مربوطه ارسال می‌کنند. راه‌های تبادل اطلاعات شامل مجموعه‌ای از فناوری‌های موجود در تیم‌های پزشکی و دندان‌پزشکی است. داده‌های حاصل از اقدامات پزشکی و دندان‌پزشکی با یکدیگر ترکیب می‌شوند تا گزارش‌های تحلیلی سلامت افراد جامعه که شیوع و شدت بیماری‌های دهان را ثبت می‌کنند تهیه شده، و نیز اثر مداخلات ادغام‌یافته که برای بهبود سلامت دهان جامعه طراحی شده‌اند اندازه‌گیری شود.

اقدامی که Comagine Health، طرح ملی بین رشته‌ای سلامت دهان (Delta Dental، NIIOH) و واشنگتن و Kaiser Permanente انجام دادند، ویژگی‌های کلیدی رویکرد مشترک پزشکی-دندان‌پزشکی برای سلامت دهان را تعریف کرده است. این رویکرد چه وقتی که اقدامات پزشکی و دندان‌پزشکی در یک تیم واحد کاملاً ادغام شوند، چه آنجا که در یک مرکز مشترک مستقر شده باشند، و چه وقتی که به طور مستقل در مکان‌های جداگانه کار کنند، قابل استفاده است.

با استفاده از این رویکرد، تیم‌های مراقبت‌های اولیه با استفاده از چارچوب ارائه‌ی خدمات سلامت دهان Oral Health Delivery Framework به پرسش و جست‌وجو در مورد بیماری‌های دهان و ارزیابی خطر این بیماری‌ها می‌پردازند. آنها با استفاده از روش‌های مختلف مانند ارائه‌ی توصیه‌های راهگشا در مورد رژیم غذایی و بهداشت دهان، کاربرد وارنیش فلوراید، تغییرات در رژیم دارویی برای حفاظت از عملکرد بزاق و در صورت لزوم، ارجاع ساختارمند یا معرفی افراد به تیم دندان‌پزشکی، در جهت کاهش خطر اقدام می‌کنند. تیم‌های خدمات دندان‌پزشکی، برای دستیابی به اطلاعات پزشکی هر بیمار، شامل لیست مشکلات یا لیست داروها و حساسیت‌های بیماران به منظور آماده کردن بیمار برای ویزیت

اقدامات دندان‌پزشکی	تبادل اطلاعات	اقدامات خدمات سطح اولیه
۱. تیم دندان‌پزشکی برای وقت ملاقات دندان‌پزشکی بیمار برنامه‌ریزی می‌کند.		۱. تیم خدمات سلامت برای خدمات معمول به بیمار، از چارچوب «پرس، نگاه کن، تصمیم بگیر، و اقدام کن» استفاده می‌کند.
۲. مطب دندان‌پزشکی داده‌های بالینی لازم را از تیم خدمات اولیه دریافت می‌کند.		۲. تیم خدمات، به ارائه‌ی مداخلات پیشگیرانه و رفتاری سلامت دهان می‌پردازد.
۳. برای مسیریابی ارجاع، ورود بیمار به کلینیک دندان‌پزشکی به تیم خدمات اولیه اطلاع داده می‌شود.	فناوری‌های بالقوه: ● تلفن	۳. در صورت لزوم، دستوری برای ارجاع بیمار داده می‌شود.
۴. تیم دندان‌پزشکی با استفاده از منابع داده‌ای متعدد، کمبودهای خدمات پیشگیرانه/خدمات مربوط به بیماری‌های مزمن را رصد می‌کند.	● پیامک ● دسترسی از راه دور به نمودارها ● پرونده‌های الکترونیک	۴. بیمار با برنامه‌ریزی یک وقت ملاقات دندان‌پزشکی محیط را می‌کند.
۵. تیم دندان‌پزشکی مشکلات دندان‌پزشکی را مورد توجه قرار داده و شدت بیماری را در قالب داده‌های ساختارمند ثبت می‌کند.	● ثبت‌های منطقه‌ای / استانی ● HL-7 C-CDA (طراحی اسناد بالینی یکپارچه بین‌المللی - سطح هفت سلامتی)	۵. دستور ارجاع همراه با ردیابی مسیر ارجاع برای کلینیک دندان‌پزشکی ارسال می‌شود.
۶. تیم دندان‌پزشکی کمبودهای خدمات پیشگیرانه/خدمات مربوط به بیماری‌های مزمن را با استفاده از پروتکل مورد توجه قرار می‌دهد.		۶. اگر بیمار طبق قرار تعیین شده به کلینیک دندان‌پزشکی مراجعه نکند، تیم مراقبت اولیه مطلع شده و با بیمار تماس می‌گیرد.
۷. تیم دندان‌پزشکی گزارش‌های مشاوره را به تیم خدمات اولیه‌ی سلامت ارسال می‌کند.		۷. گزارش مشاوره در پرونده‌ی گزارش الکترونیکی دریافت می‌شود و به پزشک ارجاع‌دهنده ارسال می‌شود.



### مطالعه‌ی موردی ۳: سیاست‌های شکر در نیوزیلند: حذف نوشیدنی‌های حاوی شکر از بیمارستان‌ها و مدارس

نوشیدنی‌های حاوی شکر، اصلی‌ترین منبع دریافت قند کودکان در نیوزیلند و عامل خطر اصلی برای پوسیدگی دندان، چاقی و دیابت نوع دو هستند. انجمن دندان‌پزشکان نیوزیلند در معطوف کردن توجه دندان‌پزشکان و عموم مردم به حمایت از اقدام علیه صنعت نوشیدنی‌های حاوی شکر نقشی اساسی دارد. آگاهی‌بخشی در مورد خطرات مصرف نوشیدنی‌های حاوی شکر از طریق این تلاش‌های حمایت‌طلبانه، پیشرفت چشمگیری داشته است.

در سال ۲۰۱۴، بیمارستان نلسون اولین بیمارستانی در نیوزیلند (و جهان) بود که سیاست کنار گذاشتن نوشیدنی‌های شیرین شده با قند (SSB) را آغاز کرد و به این موضوع توجه کرد که فروش نوشیدنی‌های حاوی شکر در این بیمارستان اقدامی نامناسب بوده است. حمایت‌طلبی و رهبری موفق تأثیری دنباله‌دار در پی داشت و ظرف مدت ۱۸ ماه، تمام بیمارستان‌های نیوزیلند سیاستی مشابه را اتخاذ کردند. همچنین تعداد قابل توجهی از بیمارستان‌ها سیاست عرضه‌ی آب به عنوان تنها نوشیدنی را در پیش گرفته‌اند.

هم چنین افراد حمایت‌طلب به شهردار محلی و شورای شهر نلسون نیز دسترسی پیدا کرده و سیاست ترک نوشیدنی‌های شیرین شده با شکر را در آنجا نیز مطرح کردند. در این مورد نیز، رهبری مناسب که این بار توسط شهردار صورت گرفت، باعث شد شورای شهر نلسون، اولین شورای شهری باشد که این سیاست را اتخاذ کرده است. پس

از آن، شوراها بسیاری دیگر از شهرهای نیوزیلند سیاست مشابهی را به کار گرفتند.

به دنبال این الگوی "تنظیمات"، مدیران مدارس محلی سیاست ارائه‌ی آب به عنوان تنها نوشیدنی را آغاز کردند. در اینجا نیز رهبری در یک موقعیت خاص، یک الگوی رفتاری مثبت برای دیگر مدارس فراهم کرد. وزارت آموزش رهبری مناسبی در جهت الزام مدارس در سراسر نیوزیلند به اتخاذ سیاست ارائه‌ی آب به عنوان تنها نوشیدنی، در پیش گرفت.

در راستای این رویکرد حمایت‌طلبانه‌ی موفق، یکی از سوپرمارکت‌های زنجیره‌ای مهم سیاست محدودیت فروش نوشیدنی‌های انرژی‌زا به افراد زیر ۱۶ سال و ایجاد راهروهای فروش عاری از نوشیدنی‌های حاوی شکر را در پیش گرفت.

حمایت‌طلبی از طریق ارائه‌ی نمونه‌هایی از بهترین روش‌ها با توسعه‌ی اقدامات از سطح محلی تا ملی کار را پیش می‌برد. به چالش کشیدن وضعیت موجود رمز موفقیت است.



### مطالعه‌ی موردی ۴: برنامه ترک دخانیات در هند

در هند، وزارت بهداشت و رفاه خانواده در ارتباط با شورای دندان‌پزشکی هند و سازمان بهداشت جهانی، برای ایجاد مراکز ترک دخانیات، دستورالعمل‌هایی برای ۳۱۰ دانشکده دندان‌پزشکی در سراسر کشور ارسال کرده است. هم‌چنین طبق این برنامه، مشاوره‌های ترک دخانیات به عنوان یک واحد آموزشی اجباری در کوریکولوم دانشجویان دوره عمومی دندان‌پزشکی قرار داده شده است. این یک نمونه‌ی برجسته از هم‌افزایی بین برنامه‌ی کنترل دخانیات ملی و برنامه سلامت دهان ملی در هند است که در قالب یک برنامه سلامت عمومی کلی برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر جای دارد.



## مطالعه‌ی موردی ۵: تاب‌آوری<sup>۱</sup> در خدمات سلامت دهان: دکتر Swati Nehete

«من یک مدرس بالینی ارشد در دندان پزشکی ترمیمی در دانشگاه Queen Mary لندن هستم و این شرح حال، تجربه‌ی من از بازتعریف شغلم به واسطه‌ی بحران در حادثه‌ی انفجار بمب مومبایی در ۱۹۹۳ و پاندمی کووید ۱۹ در سال ۲۰۲۰ است. هر دو رویداد، نیازمند تاب‌آوری و به‌کار بستن منابع شخصی من بود.

در مارس ۱۹۹۳، درگیری‌ها بین دو فرقه‌ی مذهبی افراطی در مومبائی هند منجر به ۱۲ بمب‌گذاری و انفجار سریالی در داخل شهر شد. این اتفاق به کشته شدن ۲۵۷ نفر و زخمی شدن ۱۴۰۰ نفر از شهروندان بی‌گناه منجر شد. من در آن زمان دانشجوی دندان پزشکی بودم و به فراخوان کار داوطلبانه پاسخ مثبت دادم چون بر اساس آموزش‌های دوره‌ی دندان پزشکی عمومی، از مهارت بخیه زدن زخم‌ها و ارائه کمک‌های اولیه برای افراد مجروح برخوردار بودم. دلخراش بودن این تجربه، غیرقابل انکار است اما در من حسی وصف ناشدنی از هدفمند بودن پدید آورد. با این تجربه، به اهمیت مهارت‌های بالینی قابل انتقال<sup>۲</sup> پی بردم، به خصوص اگر در آینده و در شرایط مشابه دوباره به کمک فراخوانده شوم.

در اوایل سال ۲۰۲۰، پاندمی کووید ۱۹ منابع خدمات سلامت ملی انگلستان را به کمترین حد خود رساند. خدمات غیرضروری و کارهای انتخابی به حالت تعلیق درآمد و پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان پزشکی خط اول به ارائه‌ی خدمات ضروری برای بیماران کووید مشغول شدند. من نیز در پاسخ به فراخوان داوطلب برای انتقال کارکنان پزشکی به بخش مراقبت‌های ویژه، قدم به میدان گذاشته و از دانشکده دندان پزشکی به واحد زایمان منتقل شدم. در آنجا، آموزش‌های مناسب برای ایفای نقش در واحد جدید را

فراگرفتم؛ خدماتی از قبیل فلوتومی و رگ‌گیری، بررسی نتایج خون، مهارت‌های داخل‌بخش، نوشتن نسخه و کمک به هنگام زایمان. تجربه‌ی قبلی من که در دوره‌های آموزشی جراحی فک و صورت کسب کرده بودم برای این که بتوانم به عنوان یک عضو کاربردی از تیم واحد زایمان ایفای نقش کنم بسیار ارزشمند بود.

حادثه‌ی بمب‌گذاری مومبایی و پاندمی کووید ۱۹، ناگهانی و غیرمنتظره بودند و چالش‌های جدی برای نظام سلامت و افراد جامعه ایجاد کردند. اما تجربیاتم به من آموخته است که ما به عنوان نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان می‌توانیم در پشتیبانی از نظام‌های سلامت خود ایفای نقش کنیم. ما در جایگاهی هستیم که می‌توانیم با انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری و بهره‌گیری از مهارت‌هایی که در آموزش‌های گذشته‌ی خود کسب کرده ایم، افرادی مفید در این رویدادهای دشوار باشیم.»

۱ Resilience: تاب‌آوری = به ظرفیت بهبود سریع به دنبال گرفتاری‌ها و مشکلات گفته می‌شود.

۲ Transferable clinical skills: مهارت‌های بالینی قابل انتقال: به مهارت‌هایی گفته می‌شود که در شغل خود فارغ از رشته و عنوان آن استفاده می‌کنیم. برخی از این مهارت‌ها، مهارت‌های «سخت/hard» نامیده می‌شوند؛ مانند کدگذاری یا تجزیه و تحلیل داده، و برخی از این مهارت‌ها «نرم/soft» نامیده می‌شوند؛ مانند مهارت‌های ارتباطی.

رکن سوم:

# پرورش نیروی کار تاب آور در جهت توسعه پایدار



هدف جامع: تا سال ۲۰۳۰، کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان برای دستیابی به خدمات سلامت پایدار، مبتنی بر نیازهای سلامت و مردم‌محور با طیف وسیعی از کارکنان سلامت همکاری می‌کنند.

## دیباچه و چشم‌انداز ۲۰۲۰:

در گزارش چشم‌انداز ۲۰۲۰، به کارکنان بخش سلامت دهان به صورت خلاصه اشاره شد اما هیچ نوع راهبرد ویژه‌ای برای توجه به چالش‌های این حوزه طرح نشده بود.

«چشم‌انداز ما این است که تا سال ۲۰۲۰، به لطف افزایش سواد سلامت دهان در جامعه، توسعه‌ی برنامه‌ریزی منطقی نیروی کار، آموزش، استراتژی‌های تربیت و حفظ کارکنان، و همکاری بهتر بین کارکنان سلامت در زمینه‌ی مسائل مربوط به ارتقاء سلامت دهان، پیشگیری و درمان بیماری‌ها، بی‌عدالتی‌های مربوط به دسترسی به خدمات سلامت دهان به طور اساسی کاهش یابد و به نیاز و تقاضای جهانی برای خدمات سلامت دهان بیشتر پاسخ داده شود.»

می‌کند تا برای کاهش گام به گام آمالگام‌دندانی، اهمیت پیشگیری اولیه از پوسیدگی دندان را به عنوان راهکار بهینه نشان دهد.

### پیش زمینه

استراتژی جهانی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در مورد منابع انسانی سلامت، یک هدف برای هم‌سویی سرمایه‌گذاری در منابع انسانی سلامت با نیازهای فعلی و آینده جمعیت را شامل می‌شود. با این حال، تا به امروز، برنامه‌ریزی برای منابع انسانی سلامت دهان محدود به هدف‌های ساده‌ای مانند نسبت دندان‌پزشک-جمعیت یا نسبت ثابت خدمات-جمعیت بوده است و سطوح و تغییرات نیازهای جمعیت را به طور کامل در نظر نگرفته است.

با در نظر گرفتن این نکته که ۶۹٪ از دندان‌پزشکان جهان به ۲۷٪ از جمعیت جهان خدمات ارائه می‌دهند، این خطر وجود دارد که تعداد نیروهای سلامت دهان به صورت همزمان بیشتر از حد و کمتر از حد باشد. حتی در کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) نیز به همین منوال، در نسبت دندان‌پزشکان به جمعیت تفاوت‌های زیادی وجود دارد.

هنگام مواجهه با محدودیت منابع، برای اطمینان از دسترسی همه‌ی افراد به خدمات سلامت دهان باکیفیت، به استفاده‌ی دقیق از منابع نیاز است. این امر شامل تعداد کافی از کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت است که در ارائه‌ی مداخلات سلامت دهان، در دسترس بودن زمان درمان، و دسترسی به مواد دندان‌پزشکی مقرون به صرفه، ایمن و مؤثر، صلاحیت دارند.

همچنین مهاجرت جهانی کارکنان سلامت، از جمله دندان‌پزشکان، پدیده‌ای بادوام است، زیرا کارکنان سلامت به دنبال حقوق و شرایط بهتر در کشورهای دیگر هستند. در بسیاری از موارد، کشورهای ثروتمندتر آنها را فعالانه جذب می‌کنند و در نتیجه، زیرساخت‌های سلامت در کشورهایی که از آن مهاجرت کرده‌اند در معرض تضعیف جدی هستند.

بنابراین بهره‌مندی از یک نیروی کار کاملاً آموزش دیده و «کارکنان

ده سال بعد، تغییرات اپیدمیولوژیک و جمعیت‌شناختی، تغییر شرایط کلان اقتصادی و همچنین افزایش سریع نوآوری‌های پزشکی-فناورانه چالش‌هایی را به فرآیند برنامه‌ریزی نیروی انسانی سلامت دهان در آینده تحمیل می‌کنند.

ارتقاء سواد سلامت دهان در کشورهای با درآمد بالا و متوسط می‌تواند یکی از عوامل بهبود کلی در بروز پوسیدگی‌های دندان‌ی و بیماری‌های پرودنتال باشد. در حالی که مسن شدن جمعیت در کشورهایی با درآمد بالا می‌تواند باعث تغییراتی در الگوهای بیماری سلامت دهان شود، رشد اقتصادی و تغییرات مرتبط با آن در الگوهای مصرف (مانند مصرف شکر) نگرانی‌هایی در مورد سطح بالقوه روبه‌افزایش پوسیدگی‌های دندان‌ی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط ایجاد می‌کند.

علاوه بر این، توسعه و اجرای فن‌آوری‌های جدید درمانی برای رسیدن به پتانسیل بهره‌وری کامل نیازمند همسویی مناسب با استراتژی‌های برنامه‌ریزی معقول نیروی کار است.

از زمان انتشار گزارش چشم‌انداز ۲۰۲۰، پایداری زیست‌محیطی در دندان‌پزشکی به طور گسترده‌ای مطرح شده است. ضرورت کاهش اتلاف منابع، از جمله اتلاف منابع انسانی، وقت، تجهیزات و مواد دندان‌پزشکی، حاکی از چالش‌هایی اساسی است که حرفه‌ی دندان‌پزشکی باید به آنها توجه کند. همچنین این امر فرصت‌هایی را برای حرفه دندان‌پزشکی فراهم می‌کند تا تعهد، توانایی و صلاحیت خود را برای همسویی با توسعه‌ی پایدار نشان دهد.

از سوی دیگر، کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه که به برنامه‌ی زیست‌محیطی سازمان ملل متحد (UNEP) مربوط می‌شود، کاهش استفاده از آمالگام و بهترین روش مدیریت زباله‌های آمالگام را مطرح و ۹ ماده را به طور خلاصه بیان می‌کند. FDI به طور کامل از کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه حمایت می‌کند و کشورها را تشویق می‌کند که بیش از دو اقدام لازم را مطابق با ضمیمه A، بخش II کنوانسیون انجام دهند تا استفاده از آمالگام‌دندانی را کاهش دهند. کنوانسیون میناماتا برای این حرفه فرصتی منحصر به فرد فراهم

تکنولوژی بالا (high-tech innovations) به دانش و سرمایه‌گذاری زیادی نیاز دارند و ممکن است همیشه در کاهش نابرابری‌های اجتماعی در سلامت دهان در داخل کشورها کمک‌کننده نباشند. به منظور رساندن بیشترین ارزش افزوده‌ی ممکن به جامعه، برنامه‌ریزی منابع و نیروی کار باید به نوآوری‌های فناورانه و ترجیحات فردی پاسخگو بوده و انطباق داشته باشد و در عین حال تغییرات اپیدمیولوژیکی و جمعیتی و تحرک جمعیت و نیروی کار را نیز در نظر داشته باشد.

### چالش‌های اصلی

حرفه‌ی سلامت دهان در دهه‌های پیش رو با چند چالش کلیدی مواجه خواهد بود.

مناسب در مکان مناسب» امری کلیدی‌ست. کمبود داده‌های یکپارچه در مورد مهاجرت دندان‌پزشکان و عدم درک مشترک از ارتباط متقابل مهاجرت نیروی کار، نیازها و برنامه‌ریزی‌ها پدیده‌ای است که برای تدوین استراتژی‌های مناسب باید به آنها توجه شود. عوامل زیر ارائه‌ی خدمات سلامت دهان را شکل می‌دهند: تداوم نوآوری‌های پزشکی-فناورانه، گرایش به سمت فرآیندهای مراقبت شخصی‌شده‌تر و تغییر الگوهای بیماری به دلیل گذارهای جمعیتی و اپیدمیولوژیک. رویکردهای جدید درمانی، بهره‌وری در ارائه‌ی خدمات سلامت را افزایش داده است. بنابراین وقت دندان‌پزشکان برای انجام کارهایی که سلامت و بهروزی مردم را ارتقا می‌دهد به صورت نسبی آزاد شده است. از طرف دیگر، نوآوری‌هایی با

چالش‌های کلیدی پیش روی حرفه‌ی سلامت دهان که اکنون قابل شناسایی است:

۱. در سطح کلان، اکثر کشورها در سرتاسر جهان برای توسعه و به کارگیری موفقیت‌آمیز منابع تاب‌آور خدمات سلامت دهان و مدل‌های برنامه‌ریزی نیروی کار تلاش کرده‌اند. چالش‌ها عبارتند از عدم وجود اطلاعات قابل اعتماد در مورد نیازهای سلامت دهان افراد و در نتیجه، بینش محدود در مورد سودمندی رویکردهای مختلف در نظام‌های خدمات سلامت دهان برای رفع این نیازها. اکثریت کشورهای برنامه‌ریزی نیروی کار مبتنی بر مدل را انجام می‌دهند، رویکردهای مبتنی بر عرضه را اتخاذ کرده‌اند که به طور دقیق نیازهای دائماً متغیر جمعیتی را در بر نمی‌گیرد.
  ۲. در سطح طبابت، بسیاری از چالش‌های جدید به وجود می‌آیند. مسائلی از قبیل شرایط کار، دستمزد، خدمات فردی در مقابل خدمات گروهی، ساعت کار، تعادل زندگی کار، مسائل مربوط به فرسودگی شغلی، عوامل تجاری تعیین‌کننده‌ی سلامت و اشتغال به جای مالکیت عملی، همه با هم تعیین می‌کنند که نیروی کار باقی می‌ماند یا حرفه را رها می‌کند.
  ۳. فناوری‌های نوظهور چالشی دیگر است که می‌تواند با مجهز کردن نیروهای حرفه‌ای به مواد ترمیمی بهتر و گزینه‌های درمانی پیشرفته، خدمات به بیمار را ارتقا دهد، اما ممکن است بسیار گران بوده بنابراین برای همه ارائه‌دهندگان و بیماران در سطح جهانی در دسترس نباشد.
- برای غلبه بر مقاومت در برابر مدل‌های جدید آموزش، باید همکاری‌ای قوی بین دندان‌پزشکان و اساتید ایجاد شود تا بتوانند در مواجهه با این تغییرات موفق باشند.

## در پاسخ به این چالش‌ها و دیگر چالش‌هایی که پیش‌بینی نشده است، حرفه‌ی سلامت دهان در سال ۲۰۳۰:

● **مراقبت مردم‌محور ارائه خواهد داد** که متناسب با نیازهای مردم و در همکاری با آنان تامین می‌شود. این همکاری بر پایه‌ی احترام، مشارکت، کرامت انسانی و شفقت استوار است. قوانین مربوط به نظام‌های سلامت یا نظام‌های بیمه‌ای باید این همکاری را تسهیل کنند نه این که مانعی برای آن باشند. تصمیم‌گیری مشترک باید به یک هنجار تبدیل شود.

● **به عنوان یک عضو بارز از تیم خدمات سلامت شناخته شود** چرا که سلامت دهان بخشی ضروری از سلامت عمومی است و عوامل خطر مشابهی دارد. افراد حرفه‌ای در حیطه‌ی سلامت دهان می‌توانند تخصص خود را به کار گیرند تا اقدام در جهت پیشگیری را به یک موفقیت بدل کنند.

● **در همکاری‌های درون و بین حرفه‌ای فعال باشد.** دندان‌پزشکان، کارکنان حرفه‌ای خط مقدم برای پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان بیماری‌های دهان و بیماری‌های سیستمیک هستند. بنابراین باید یک نقش رهبری در درون حرفه‌ی سلامت دهان و نیز در ارتباط با حرفه‌های دیگر سلامت برقرار کنند تا بتوانند سلامت دهان را ارتقا داده و به ارتقاء سلامت عمومی و کیفیت زندگی همگان کمک کنند.

● **در مسیر یادگیری و ارتقا مداوم قرار گیرند.** این امر مستلزم صرف منابع مختلفی از قبیل منابع ذهنی، آموزشی، تحقیقاتی، مالی و زمانی است و به پیامدهای بهتر و هزینه-اثربخش‌تر برای بیماران و نظام‌های سلامت منجر می‌شود.

● **تاب آور باشند.** تسهیل توسعه و ایجاد مدل‌های جدید برنامه‌ریزی نیروی کار، ارتقاء کیفیت و یادگیری و آموزش از طریق مشارکت قوی بین کلینیسین‌ها و آموزش‌گیرندگان ضروری است تا بدین ترتیب انتقال دانش برای انجام فعالیت‌های مبتنی بر شواهد، به صورت کارا و در زمان مناسب صورت پذیرد. در سطح فردی، دندان‌پزشکان روزانه با تقاضاهای زیادی مواجه می‌شوند. لیست بیماران روزانه‌ی آنها می‌تواند شامل کودکان، افراد مسن که اشکال متنوعی از داروها را مصرف می‌کنند، افراد مضطرب، معتادان به مواد مخدر، افراد ناتوان و افراد محروم از نظر مالی باشد. دهان هر بیمار یک محیط بالقوه عفونی است و دندان‌پزشک را در خطر بالای ابتلا به عفونت قرار می‌دهد. دندان‌پزشک همچنین ممکن است با مقررات سلامتی زیادی مواجه باشد که باید از آنها تبعیت کند، بازآموزی‌های حرفه‌ای داشته باشد که باید خود را به آنها برساند، فناوری‌های جدیدی را بایستی بیاموزد و الزامات مالی قابل توجهی (مانند بازپرداخت وام‌های دانشجویی و/یا راه‌اندازی یا حفظ محیط کاری شخصی خود) داشته باشد. همچنین ممکن است دندان‌پزشک کارمندی باشد که با قوانین محل کار خود

دست به گریبان است. دندان‌پزشک، برای رسیدن به تاب‌آوری در چنین محیطی، باید بتواند یک تعادل خوب بین کار و زندگی خود برقرار کند تا از فرسودگی شغلی جلوگیری کند.

● **از نظر اخلاقی مسئولیت‌پذیر باشد.** خدمات سلامت دهان در خلأ اتفاق نمی‌افتد و تغییرات اجتماعی و دیگر تغییرها به صورت مستقیم کارکنان حرفه‌ای خدمات سلامت دهان و فعالیت‌های آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تمامی کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان باید مسئولیت‌های خود در قبال جامعه را درک کنند و نوعی رهبری اخلاقی از خود نشان دهند.

● **از نظر اجتماعی مسئولیت‌پذیر باشد.** دندان‌پزشکان در بسیاری از موارد ذینفع محسوب می‌شوند. نه فقط برای بیمارانشان بلکه برای نظام سلامتی که در آن کار می‌کنند. همچنین دندان‌پزشکان باید برای آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه و هم چنین بیماران با نیازهای ویژه، خدمات اختصاصی ارائه کنند.

● **برای غلبه بر بسیاری از چالش‌هایی که ممکن است با آنها روبرو شود، مجهز باشد.** دندان‌پزشکان باید از نظر فکری، عاطفی و مادی، به گونه‌ای مجهز باشند که بتوانند ارائه‌ی خدمات باکیفیت به بیماران خود را در طول کار روزانه‌ی خود، از جمله در زمانهای حساس، تضمین کنند. این تنها یک اقدام فردی نیست بلکه باید توسط نظام‌های سلامت ملی نیز پشتیبانی شود.

● **به طور فعال در برنامه‌های مشاوره‌ای شرکت کند.** با توجه به تغییرات اجتماعی که به سرعت در حال تحول هستند (از جمله جمعیت‌شناسی، اپیدمیولوژی و نوآوری‌های فناورانه)، برنامه‌های مشاوره‌ای و تعلیمی بیش از هر زمان دیگری مهم هستند. فرهنگ "خطای مثبت"، ارتباطات آزاد، شفافیت و حرفه‌ای‌گری باید پذیرفته شود. توسعه‌ی حرفه‌ای مداوم از طریق مشارکت فعال در (خود) یادگیری ضروری است؛ چیزهایی از قبیل دادن و گرفتن بازخورد معنی دار در مورد رشد شخصی و حرفه‌ای به/از همکاران.

● **از برنامه‌های سلامت دهان برای همه حمایت کند.** کارکنان سلامت دهان از هر فرصتی استفاده می‌کنند تا از برنامه‌های مادام‌العمر سلامت دهان برای بیماران خود و حتی برای کسانی که به طور منظم به دندان‌پزشک مراجعه نمی‌کنند، حمایت کنند. این کار را می‌توان در سطح سیاسی، سطح انجمن ملی دندان‌پزشکی، سطح مدرسه و مهدکودک و از طریق کمپین‌های عمومی هدفمند انجام داد.

● **با همکاران و بیماران به خوبی ارتباط برقرار کند.** ارتباط شفاف و روشن با همکاران و بیماران درباره‌ی درمان‌ها می‌تواند برآورده شدن انتظارات را تضمین کند و تبعیت بیمار از دستورات پزشکی را افزایش دهد.



## رویکردهای حمایتی

### طبابت بالینی

- پذیرش حرفه‌ای‌گری: به صورت مداوم از خودتان تصویری در مورد کیفیت خدمات سلامت دهان و مسئولیت‌های اجتماعی در داخل و خارج از حرفه‌ی دندان پزشکی داشته باشید و اقدامات خود در قبال مسئولیت‌های اجتماعی را به صورت مداوم تنظیم کنید. کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه، مدیریت پسماند، استفاده از پلاستیک، پوشش بهداشت جهانی، مصرف قند، سیگار، آموزش بین حرفه‌ای و غیره نمونه‌هایی از این مسئولیت‌های اجتماعی هستند.
- رویکردهای مردم محور و ادغام یافته‌ی ارائه‌ی خدمات را معرفی و اجرا کنید.
- نظارت و آموزش: انعطاف‌پذیری را از طریق نظارت از راه دور در مورد این که چه فردی چه کاری انجام دهد، تقویت کنید.
- استفاده از بهترین فعالیت‌های محیطی در راستای کاهش وارد کردن جیوه و محصولات محتوی جیوه به آب و خاک را تبلیغ کنید.
- در راستای کاهش مواد یک‌بارمصرف در کلینیک‌های دندان پزشکی و امحاء مناسب مواد زائد تولید شده در کار بالینی بهترین اقدامات را در حرفه‌ی خود در نظر بگیرید.
- به تمامی استانداردهای ISO که مرتبط با خدمات سلامت دهان است پایبند بمانید.

### آموزش و یادگیری

- از طریق آموزش مداوم، ارزیابی شواهد و مشارکت در بورسیه‌های تحصیلی، تعهد مادام‌العمر خود را برای پیشرفت و تعالی در عمل نشان دهید.
- برای کارکنان فعلی خدمات سلامت برنامه‌ی بازآموزی مداوم ترتیب دهید.
- به همکاران حرفه‌های دیگر از طریق آموزش و فعالیت‌های مشارکتی درون و بین حرفه‌ای، بهترین آموزش را ارائه دهید.

### پژوهش و ارزیابی

- شفافیت را در موارد زیر افزایش دهید:
- نظارت بر اپیدمیولوژی سلامت دهان
- تعریف کیفیت خدمات سلامت دهان و ایجاد ابزارهای سنجش کیفیت
- بروزرسانی مداوم شواهد مبتنی بر اثربخشی و کارآیی رویکردهای متنوع ارائه‌ی خدمات دندان پزشکی

### فناوری و نوآوری

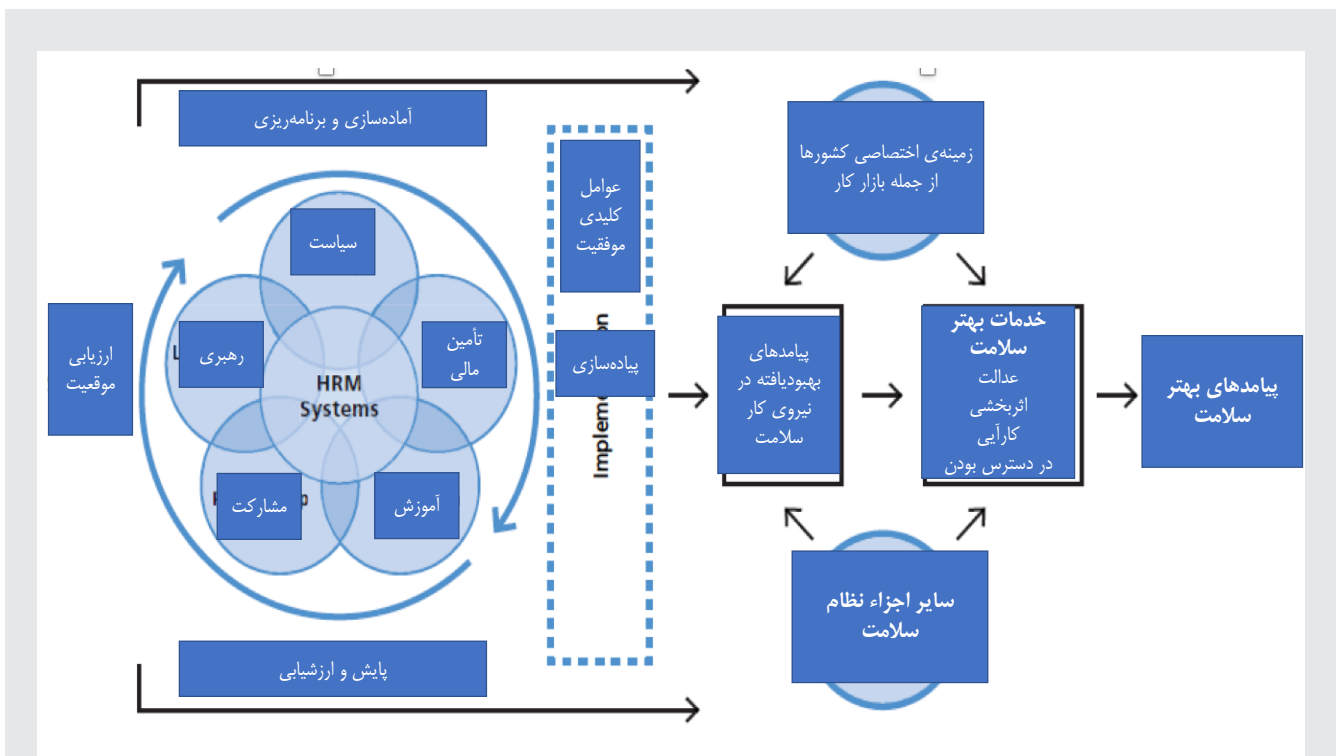
- کیفیت را با استفاده از سیستم‌های بازخورد الکترونیکی مانند سیستم‌های داشبورد برای گروه‌های ارتقاء کیفیت بهبود دهید.
- در برنامه‌ریزی نیروی کار فن‌آوری را به کار بگیرید، زیرا ممکن است روی بهره‌وری تأثیر بگذارد.

### سیاست و حمایت‌طلبی

- چارچوبی برای برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای سلامت دهان در زمینه‌ی منابع و نیروی کار ایجاد کنید.
- از طریق عناصر روش پرداخت مبتنی بر ارزش، پیشگیری از بیماری، و ارائه‌ی خدمات باکیفیت سلامت دهان را تشویق کنید.
- به جای برنامه‌ریزی بر اساس تقاضا، بر اساس نیازها برنامه‌ریزی کنید.
- خدمات مردم‌محور را از طریق بهینه‌سازی نیروی کار بخش سلامت و توانمندسازی آنان برای استفاده حداکثری از توانمندی‌هایشان در حیطه‌ای که آموزش دیده‌اند تقویت کنید.
- یک برنامه‌ی اضطراری در سطح کشور تدوین کنید، تا از طریق آن دولت‌ها اطمینان ایجاد کنند که تجهیزات دندان پزشکی همیشه برای تأمین نیازهای سلامتی مردم در دسترس هستند.
- در مورد تجویز آنتی‌بیوتیک همراه با نظارت مؤثر و مطالعات بیشتر در زمینه نظارت بر آنتی‌بیوتیک سیاست دولتی و دستورالعمل روشن تدوین کنید.

## نظارت

- پایش نحوه‌ی توزیع کارکنان سلامت دهان در ارتباط با اپیدمیولوژی
- پایش مهاجرت جمعیت‌ها و ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان
- پایش استفاده از آمالگام دندان‌ی در قالب چارچوب کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه
- پایش نیازهای سلامتی تغییر یابنده‌ی جمعیت به منظور برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز برای منابع
- پایش ابداعات جدید در فناوری درمان که منجر به ارتقای کارایی می‌شود و استفاده از این ابداعات در برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای سلامت دهان در زمینه‌ی منابع و نیروی کار



شکل ۴ چارچوب عملیاتی منابع انسانی برای سلامت (HRA)، برای کمک به کشورها در جهت ایجاد و اجرای استراتژی‌های دستیابی به نیروی کار مؤثر و پایدار، یک چارچوب ساده اما کاربردی پیشنهاد می‌کند. این چارچوب دارای شش حوزه‌ی عملیاتی (سیاست، تأمین مالی، آموزش، مشارکت، رهبری و سیستم‌های مدیریت منابع انسانی) و چهار مرحله‌ی چرخه‌ی عملیاتی (شامل تحلیل موقعیتی، برنامه‌ریزی، اجرا، ارزیابی و پایش) است. منبع و مطالعه بیشتر:

<https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/haf/en/#:~:text=The%20HRH%20Action%20Framework%20is,effective%20and%20sustainable%20health%20workforce.>

موفق در زمینه‌ی منابع و نیروی کار سلامت دهان برای دستیابی به یک نظام خدمات سلامت پایدار ضروری است و باید از طریق همکاری و ارتباط نزدیک بین دولت‌ها، آموزش‌گیرندگان و کارکنان حرفه‌ای سلامت دهان توسعه یابد، به گونه‌ای که این برنامه‌ریزی ارائه‌ی خدمت مناسب، در مکان مناسب، در زمان مناسب و توسط افراد مناسب را برای افرادی با بیشترین نیاز به آن خدمت دربرگیرد.

## نتیجه‌گیری

از منظر جهانی، منابع انسانی سلامت برای ارائه‌ی خدمات مؤثر و در دسترس همه‌ی مردم اهمیت اساسی دارد. این موضوع، به خصوص شامل تمرکز بر پیشگیری، غربالگری و پایش شرایط عمومی سلامت، فعالیت‌های دوستدار محیط زیست و استفاده‌ی مناسب و مسئولیت‌پذیرانه از تکنولوژی مفید برای بیماران است. برنامه‌ریزی

## مطالعه‌ی موردی ۶: برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز

به عنوان بخشی از پروژه‌ی حمایت طلبی EU H2020 و با تکیه بر توصیه‌های WHO برای برنامه‌ریزی کارکنان بخش سلامت، اخیراً مدلی برای برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز در حوزه‌ی کارکنان سلامت دهان پیشنهاد شده است. عوامل این مدل به شرح زیر است:

۱. نیاز برای خدمات سلامت دهان بر اساس شاخص‌های سلامت تعیین می‌شود، و نه فقط بر اساس اندازه‌ی جمعیت؛
۲. میزان خدمات موردنیاز تعیین‌کننده‌ی میزان نیروهای حرفه‌ای مورد نیاز است؛ و
۳. هیچ کدام از این روابط در طول زمان ثابت نیستند. این مدل می‌تواند برای شناسایی سناریوهایی مورد استفاده قرار گیرد که بر اساس آنها نیروی کار دندان‌پزشکی (در مقایسه با وضعیت

موجود) باید تغییر کند. اگر چارچوب/مدل فوق به صورت مکرر و در ارتباط با همه‌ی ذی‌نفعان به کار گرفته شود می‌تواند چارچوبی قدرتمند باشد. چنین مدلی می‌تواند برای سیاست‌گذاران بسیار کاربردی باشد چرا که از تصمیم‌گیری آگاهانه در ارتباط با موارد زیر حمایت می‌کند:

- تجزیه و تحلیل سناریو: مقایسه‌ی نقاط قوت و ضعف طراحی‌های متنوع نظام خدمات دندان‌پزشکی
- اولویت‌بندی برای آموزش: تعداد/نوع محل‌های تحصیل، محتوای برنامه‌ی آموزشی
- اولویت‌بندی برای تحقیقات آینده مانند جمع‌آوری داده‌ها در مورد پایش / پیش‌بینی بیماری‌ها



توانمند ساختن یک حرفه‌ی  
پاسخگو و تاب‌آور: نیاز به اصلاحات آموزشی  
پی افکندن مبنایی برای ارکان سه‌گانه



اهداف جامع: هدف از آموزش حرفه‌ای پاسخگو و تاب‌آور این است که تا سال ۲۰۳۰ نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت، دانش، مهارت و ویژگی‌هایی داشته باشند که بتوانند به طور مناسب در پیشگیری و مدیریت مؤثر بیماری‌های دهان مؤثر باشند و در رشته‌های مختلف سلامت برای بهبود سلامتی و بهروزی افراد همکاری کنند.

## دیباچه و چشم‌انداز ۲۰۲۰

در نگاهی که به آینده داریم همان اصول بیان شده در چشم‌انداز ۲۰۲۰ همچنان صادق هستند. اما اینجا ما برای دستیابی به چشم‌انداز استراتژی‌های روشنی را تعیین می‌کنیم و برای اندازه‌گیری پیشرفت معیارهایی جهت ارزیابی پیامد پیشنهاد می‌دهیم.

### گزارش چشم‌انداز ۲۰۲۰ بیان داشت:

چشم‌انداز ما این است که تا سال ۲۰۲۰، دانش‌آموختگان جوان ما از برنامه‌های آموزشی پاسخگو، پویا و استاندارد بهره‌مند شوند که محتوای آنها منعکس‌کننده‌ی دانش و فناوری‌های مورد نیاز برای ارائه‌ی خدمات مطلوب سلامت دهان است. این برنامه‌ها همچنین برای یادگیرندگان مهارت‌های تحلیلی و تفکر نقادانه را به عنوان پایه و اساس شغلی مبتنی بر یادگیری مادام‌العمر و ادامه توسعه‌ی حرفه‌ای فراهم می‌کند. همچنین ما تصور می‌کنیم که تمرکز بیشتر بر سلامت عمومی و آموزش فراحرفه‌ای، همکاری با متخصصان پزشکی را بسیار آسان و شناخت از حرفه‌ی ما را تقویت می‌کند. به همین ترتیب، به عهده گرفتن مسئولیت آموزش سلامت دهان کارکنان سلامت، حرفه‌ی ما را به جایگاه رهبری ذاتی ارتقا می‌دهد، که این رویداد می‌تواند مربوط بودن نقش ما در خدمات سلامت را به خوبی پررنگ کند.

### پیش‌زمینه

نیاز برای اقدام مؤثر در برابر این تغییرات سریع و محیط نامطمئن را به دست آورند، به مهارت‌های تفکر انتقادی بسیار قوی، توانایی تجزیه و تحلیل و سنتز اطلاعات علمی، و توانایی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد نیازمندند. در برنامه‌های درسی دانشکده دندان‌پزشکی به قدر کافی فرصت وجود ندارد که به دانشجویان هر آنچه باید در مورد سلامت دهان یا چگونگی ادغام خدمات سلامت دهان در خدمات سلامت عمومی بدانند، آموخته شود. از این رو فارغ‌التحصیل شدن از دانشکده‌ی دندان‌پزشکی به معنی پایان یافتن تجربه‌ی یادگیری آنها نیست. بلکه آغاز فرآیند یادگیری مادام‌العمر است.

تحولات عمده در مباحث حول خدمات سلامت، مانند اهداف توسعه‌ی پایدار (SDGs)، پوشش جهانی بهداشت (UHC)، تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تجاری سلامت، عوامل خطر مشترک، مراقبت‌های معطوف به فرد، ادغام درون حرفه‌ای و بین حرفه‌ای و همکاری فرابخشی، همگی چالش‌ها و فرصت‌هایی عمده برای حرفه‌ی دندان‌پزشکی ایجاد کرده‌اند. به طور خاص، آنها فرصتی منحصر به فرد برای رهبری و ارائه‌ی شواهد در مورد اهمیت و ارتباط سلامت دهان برای دستیابی به سلامت و رفاه عمومی فراهم می‌آورند. اینها به کل کارکنان خدمات سلامت و همچنین جامعه مدنی مربوط خواهد بود.

بار جهانی بیماری‌های درمان نشده‌ی دهان به شکل غیرقابل قبولی باقی مانده است و با نابرابری‌های واضحی در درون و بین کشورها همراه است. توجه به این چالش نیازمند تمرکز قوی‌تر بر پیشگیری در سطح جمعیت، شناخت تعیین‌کننده‌های اجتماعی و تجاری سلامت و اتخاذ رویکرد عامل خطر مشترک است. همچنین به همکاری‌های بین بخشی و بین حرفه‌ای نیاز داریم. این تقاضاهای جدی نیازمند آموزش سلامت دهان برای تغییر و انطباق است تا نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان با دانش، مهارت و شایستگی پاسخگویی به این تقاضاها تربیت شود. دانش‌آموختگان آینده‌ی ما باید مهارت‌های رهبری، کار گروهی و تغییر سیستم‌ها را داشته باشند تا اطمینان حاصل شود نظام‌های خدمات سلامت، خدمات سلامت دهان بهینه را برای همه‌ی افراد فراهم می‌کنند؛ بدون این که کسی از قلم بیفتد.

در دهه‌ی پیش رو، بیش از هر زمان دیگری، با حجم بالایی از دانش جدید و هم چنین اخبار و نظراتی روبرو هستیم که از منابع متعدد و غیرمعتبر نشأت می‌گیرند. همچنین، ظهور بحران‌های جهانی و حوادث فاجعه‌بار، از جمله بیماری‌های همه‌گیر، نوعی شهامت حرفه‌ای را می‌طلبد. اگر نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان می‌خواهند تاب‌آوری مورد

بایستی در تمامی تلاش‌های آموزشی، بر تاب‌آوری و رهبری تاکید شود و این دو مورد در سطوح زیر به کار گرفته شوند:

- نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان در سطح فردی: شرایط کاری به سرعت تغییر یابنده، رشد روز افزون شواهد علمی و نوآوری‌های فناورانه نیاز به توسعه‌ی فردی و حرفه‌ای مداوم دارد که شامل یادگیری مادام‌العمر، صلاحیت فرهنگی و حفظ تعادل مناسب بین کار و زندگی است. بدین صورت از کیفیت و ایمنی مناسب خدمات سلامت دهان اطمینان حاصل شده و فرسودگی شغلی کاهش می‌یابد.
- حرفه‌ی سلامت دهان به عنوان یک کلیت: شرایط به سرعت تحول‌یابنده‌ی جمعیتی و اپیدمیولوژیک، تغییر شرایط کلان اقتصادی و همچنین نوآوری‌های فناورانه به منابع سلامت دهان و برنامه‌ریزی نیروی کار نیاز دارد تا به طور کامل روی

نیازهای دهان افراد متمرکز شده و به سرعت پاسخگوی تغییرات باشد.

● پایداری نظام‌های سلامت دهان: افزایش فزاینده‌ی هزینه‌های سلامت و خدمات سلامت دهان با توسعه‌ی پایدار مغایرت دارد. از این رو لازم است حوزه‌ی سلامت دهان به طور مداوم ارزش بهداشت دهان را به جامعه نشان دهد، برنامه‌هایی را با ارزش افزوده‌ی بالا در اولویت قرار داده و از برنامه‌هایی که ارزش موردانتظار جامعه را برآورده نمی‌کند بکاهد. فرصت‌ها و چالش‌هایی که در ارکان ۱، ۲ و ۳ توصیف شد، ضرورت بازاندیشی و اصلاح نظام‌های آموزشی موجود در راستای ایجاد حرفه‌ای منعطف و پاسخگو را پررنگ می‌کند. در این بخش از گزارش چشم‌انداز ۲۰۳۰، پایه و اساس دستیابی به این هدف بیان می‌شود و از این رو به دنبال کسب اطمینان از این است که نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان برای پاسخگویی به نیازها و شرایط جهانی و محلی در زمان حال و آینده مجهز هستند.

## چالش‌های کلیدی

حرفه‌ی ما با چالش‌های زیر روبروست:

۱. چگونگی تلفیق اطلاعات علمی برای آگاهی از اقدامات بالینی، نحوه‌ی انتقال و به اشتراک گذاری این اطلاعات با سایر متخصصان خدمات سلامت، نحوه‌ی استفاده از این اطلاعات برای به روزرسانی و آموزش بیماران در محیط خدمات سلامت با فن‌آوری‌ها و روش‌های درمانی نوظهور، و نحوه‌ی استفاده از این اطلاعات برای ارتقا سلامت دهان و بهروزی به نفع کل جمعیت.
۲. پرورش رهبران پاسخگو و مسئولیت پذیر در سلامت دهان.
۳. توسعه‌ی نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت که قادر به حفظ صلاحیت شغلی خود باشند.
۴. ادغام سلامت دهان با کوریکولوم‌ها و برنامه‌های آموزش موجود برای همه‌ی متخصصان سلامت
۵. شرکت و تأثیرگذاری در آموزش و فعالیت‌های مشارکتی
۶. توانمندسازی افراد برای پذیرش مسئولیت سلامت دهان خودشان

## رویکردهای حمایتی

- رویارویی با چالش‌های کلیدی که در بخش قبل مطرح شد نیازمند طیفی از رویکردهای متفاوت از قبیل موارد زیر است:
- افزایش تمرکز روی آموزش دکترای عمومی و تخصصی، و دوره‌های آموزش مداوم برای نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان بر پایه‌ی دندان‌پزشکی مبتنی بر شواهد (بهترین شواهد علمی موجود، تخصص بالینی و ترجیحات و ارزش‌های بیمار)، تفکر نقادانه و آمار زیستی تا از این آموزش‌ها برای دستیابی، بازیابی، تجزیه و تحلیل و استفاده از اطلاعات علمی جدید بهره مند شوند.
  - آموزش و تربیت نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان برای اینکه یاد بگیرند چگونه برای سلامت دهان حمایت‌طلبی کنند (مطالعه‌ی موردی ۷) و بیماران را برای به عهده گرفتن مسئولیت

در طول زندگی به منظور دستیابی به عدالت در سلامت

تعیین استراتژی‌های مقابله با این چالش‌ها نه تنها برای جمعیت سالم، بلکه همچنین برای بیماران با نیازهای ویژه، بیماران پیچیده پزشکی، جمعیت مسن و جمعیت رو به رشد مهاجرین ضروری است تا اطمینان حاصل شود که هیچکس را از قلم نمیاندازیم. فن‌آوری‌های نوظهور با استفاده از هوش مصنوعی (AI)، مجهز کردن نیروهای حرفه‌ای به تجهیزات و دستگاه‌های دیجیتال برای انجام طیف وسیعی از مراحل درمانی و همچنین تهیه‌ی مواد ترمیمی جایگزین با دوام و ایمن، خدمات بیمار را ارتقا می‌بخشد. همه‌ی اینها دامنه‌ی گزینه‌های درمانی را وسیع می‌کند. با این حال، این پیشرفت‌های فن‌آوری باید از نظر هزینه ارزیابی شود تا برای همه مقرر به صرفه باشد. رویکردهای متفاوت و نوآورانه ممکن است شکل کلاسیک فعلی در آموزش و یاددهی را به چالش بکشد این چیزی است که موقع تلاش برای تغییر باید در نظر گرفته شود.

سلامتی و بهروزی خود توانمند کنند.

- ارائه‌ی آموزش مداوم به کارکنان موجود در بخش خدمات سلامت دهان.
- ارتقاء آموزش و فعالیت‌های مشارکتی بین‌رشته‌ای، با بهره گرفتن از ورود مطب دندان‌پزشکی به سیستم خدمات سلامت عمومی به کمک ارزیابی‌ها و غربالگری‌های پزشکی در مطب‌های دندان‌پزشکی، تدارک ایمن‌سازی فرصت‌طلبانه، ارزیابی و اقدام بر اساس عوامل خطر مشترک بیماری‌های سیستمیک، و مشاوره‌ی تغذیه‌ی ای.
- ارتقا و اجرایی کردن رویکردهای معطوف به فرد در خدمات
- ارتقاء سواد سلامت بین بیماران و همه‌ی نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت (مطالعه‌ی موردی ۸)
- تعامل با شرکای صنعتی برای پشتیبانی از ادغام فن‌آوری‌های نوظهور در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت.

## ذی‌نفعان

- انجمن‌های دانشجویی که در رشته‌های زیست پزشکی فعالیت می‌کنند؛
  - تمام نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت و سازمان‌های حرفه‌ای؛
  - سازمانهای مربوط به تحقیق و نوآوری؛
  - گروههای حمایت از بیمار؛
  - مردم و جامعه مدنی؛
  - اقتصاددانان و سیاست‌گذاران سلامت؛
  - صنعت، تجارت و مشارکت‌کنندگان در اهداف عمومی.
- مسئولیت اصلی آموزش نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان بر عهده موسسات آموزشی دندان پزشکی و سایر موسسات آموزشی سلامت، سازمان‌ها و نهادهای معتبر بهداشتی خواهد بود. با این حال، گستردگی این آموزش همچنین شامل مشارکت طیف وسیعی از ذی‌نفعان از قبیل موارد زیر خواهد بود:
- نیروهای حرفه‌ای و سازمانهای معتبر مسئول برنامه‌های آموزش مداوم؛

## نتیجه‌گیری

- سلامت عمومی آنها را قادر می‌کند تا نقش مؤثرتری در پیشگیری از بیماری‌های دهان در سطح جمعیت داشته باشند. همچنین این آموزش‌ها آنان را توانا می‌کند تا در آینده نقشی کلیدی در مواجهه با اورژانس‌های سلامت عمومی ایفا کنند.
- نیروهای حرفه‌ای سلامت دهان در آینده سازگارتر، تاب‌آورتر، از نظر فرهنگی تطابق پذیرتر و خیره و با رویکردی کل‌نگرتر به سلامت و بهزیستی خواهند بود. آموزش و تربیت آنها در زمینه‌ی

**مطالعه‌ی موردی ۷: آموزش دندان‌پزشکی در مالاوی: پروژه‌ی****MalDent**

پروژه‌ی MalDent یک همکاری بین کالج پزشکی دانشگاه مالاوی و دانشکده‌ی دندان‌پزشکی دانشگاه گلاسگو است که دولت اسکاتلند آن را تأمین مالی می‌کند. هدف اولیه‌ی آن راه‌اندازی اولین برنامه‌ی لیسانس جراح دندان‌پزشک (BDS) در مالاوی در پاسخ به کمبود شدید دندان‌پزشک در این کشور است. (۴۲ دندان‌پزشک برای جمعیت ۱۸,۸ میلیون نفری)

همکاری بین سال‌های ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۹ منجر به ایجاد کوریکولوم BDS گردید تا دندان‌پزشکانی را تربیت کند که «با معیارهای جهانی خبره هستند و با نیازهای محلی تناسب دارند». به دنبال تأییدیه‌ی دانشگاه مالاوی در مارس ۲۰۱۹، اولین گروه از دانشجویان BDS در اوت ۲۰۱۹ به این برنامه وارد شدند. پروژه‌ی MalDent به نشانی اینترنتی ([www.themaldentproject.com](http://www.themaldentproject.com))، یک راهبرد خدمت‌رسانی سامان داده است، از ارائه‌ی آموزش همزمان با توسعه‌ی برنامه حمایت می‌کند و همچنین هزینه‌های طراحی یک ساختمان در

کمپ Blantyre را تأمین می‌کند که آموزش بالینی دانشجویان را در خود جای خواهد داد.

برنامه‌ی آموزشی شامل یک جزء مهم پیشگیری از بیماری دهان است که با دومین بخش اصلی کار، یعنی تهیه سیاست ملی سلامت دهان و استراتژی‌های اجرایی آن ارتباط نزدیکی دارد. این امر از طریق همکاری بین کارکنان بالینی دانشگاهی در دانشکده‌های دندان‌پزشکی اسکاتلند، دانشکده بهداشت عمومی و پزشکی خانواده در دانشگاه علوم پزشکی UoM، شاخه‌ی آفریقایی WHO و وزارت بهداشت و جمعیت دولت مالاوی ارائه می‌شود.

یک برنامه‌ی تحقیقاتی مبنایی برای ارزیابی مدل‌های ارائه‌ی خدمت، با تأکید ویژه بر مسواک زدن تحت نظارت در مدارس، از برنامه‌ای برای پیشگیری از بیماری‌های دندان‌دانی در کودکان، بر اساس مدل Childsmile اسکاتلند ([www.child-smile.org.uk](http://www.child-smile.org.uk)) حمایت خواهد کرد. به دنبال دریافت تأییدیه‌ی مناسب برای کار مفهومی، برنامه‌ی پیشگیری در سیاست سلامت دهان مالاوی ادغام خواهد شد.





## مطالعه‌ی موردی ۸: روز جهانی سلامت دهان

● فراهم کردن یک چارچوب واحد برای نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان و جمعیت گسترده‌تر خدمات سلامت برای آموزش جمعیت‌های تحت پوشش؛ و

● تأثیر گذاشتن بر دولت‌ها و سیاستگذاران جهت پیگیری سلامت دهان بهتر برای همه از طریق اثر گذاشتن بر تصمیم‌هایشان

FDI طیف کاملی از منابع و ابزارهای پویش شامل جعبه‌ابزار، بروشور، گزارش‌های متکی بر واقع، پوستر و ابزارهای شبکه اجتماعی را به کار گرفته است که می‌تواند برای هر کشوری اختصاصی و مناسب‌سازی شود. این محتواها با انتشار گسترده‌ی پیام‌های آموزشی در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌های دهان از طریق رویدادهای عمومی وسیع مانند پیاده‌روی‌ها، brush-a-thons و جمع‌آوری کمک‌های مالی به ارتقاء سواد سلامت کمک می‌کند. همچنین پیام‌های آموزشی از طریق رویدادهای سازمان یافته در محیط‌های دیگری مانند کلینیک‌ها یا مطب‌های دندان‌پزشکی، بیمارستان‌ها، دانشگاه‌ها، مدارس و ساختمان‌های دولتی در سرتاسر دنیا به اشتراک گذاشته می‌شوند. شبکه‌های اجتماعی نیز به عنوان محیطی برای دسترسی به پیام‌های سلامت دهان رشد قابل توجهی داشته است.

پس از آغاز فروتانه‌ی این پویش در سال ۲۰۰۷، روز جهانی سلامت دهان در سال ۲۰۲۰ در ۱۷۷ کشور با بیش از ۲ میلیارد پویش جشن گرفته شد [www.worldoralhealthday.org](http://www.worldoralhealthday.org)

آموزش نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت به منظور کسب مهارت‌ها و ویژگی‌های مناسب برای پیشگیری مؤثر و مدیریت بیماری‌های دهان، تنها زمانی می‌تواند حقیقتاً مؤثر واقع شود که با بهبود سواد سلامت همراه شود. برای اطمینان از ارتباط مؤثر، نیروهای حرفه‌ای سلامت باید با جمعیت‌های مختلف به صورت گروهی کار کنند. این یک رابطه‌ی دوسویه است که در آن از یک سو مردم باید نقش فعالی در تصمیم‌های مرتبط با سلامت خود داشته باشند و مهارت‌های بالای اطلاعات سلامت را در خود ایجاد کنند، و از سوی دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید از مهارت‌های ارتباطی مؤثر استفاده کنند. بر مبنای این فرضیه، در سال ۲۰۰۷ روز جهانی سلامت دهان (WHOD) شکل گرفت. هدف از آن توانمندسازی افراد با ابزارها و دانش مناسب است به گونه‌ای که بتوانند از بیماری‌های دهان پیشگیری و آنها را کنترل کنند. روز جهانی سلامت دهان هر ساله در روز ۲۰ مارس جشن گرفته می‌شود و جهان را برای کاهش بار شایع‌ترین بیماری متحد می‌کند.

روز جهانی سلامت دهان از سوی FDI راهبری می‌شود و بزرگ‌ترین پویش جهانی آگاهی‌بخشی در مورد سلامت دهان است. فعالیت‌های آگاهی‌بخش این پویش موارد زیر را شامل می‌شود:

- توانمندسازی افراد برای اقدامات شخصی
- تشویق مدارس و گروه‌های نوجوان برای دریافت آموزش‌های لازم در مورد سلامت دهان



## ارائه خدمات سلامت دهان بهینه برای همه

### فراخوان برای اقدام

نابرابری‌هایی عمده در سلامت دهان هم در داخل کشورهای و هم بین کشورهای وجود دارد. هدف اساسی چشم‌انداز ۲۰۳۰ این است که نیروهای حرفه‌ای خدمات سلامت دهان را در قالب هدف‌ارائه‌ی خدمات سلامت دهان بهینه برای همه متحد کند. کشورها باید پیشنهادات این گزارش را با توجه به شرایط ویژه‌ی خود تفسیر کنند. این گزارش به چگونگی رویایی با چالش‌ها می‌پردازد و سه هدف اصلی را که با دستیابی به آنها سلامت بهینه برای همه فراهم می‌شود طرح می‌کند. این اهداف عبارت‌اند از:

- در همه‌ی کشورها، خدمات سلامت دهان ضروری در خدمات سلامت ادغام خواهد شد و خدمات سلامت دهان برای همه فراهم، قابل دسترس و قابل پرداخت خواهد بود.
  - خدمات معطوف به فرد سلامت عمومی و سلامت دهان در هم ادغام خواهد شد که منجر به پیشگیری و مدیریت مؤثرتر بیماری‌های دهان شده و سلامت و بهروزی را ارتقا می‌دهد.
  - نیروهای حرفه‌ای سلامت دهان برای ارائه‌ی خدمات سلامت پایدار، مبتنی بر نیازها و معطوف به فرد با طیف وسیعی از کارکنان بخش سلامت همکاری می‌کنند.
- هم‌چنین این گزارش بر مسئولیت نیروهای حرفه‌ای سلامت دهان برای حفظ سطح مناسبی از تطابق در طول زندگی حرفه‌ای خود و ضرورت پذیرفتن نقش رهبری در تیم ارائه‌ی خدمات و نیز در جامعه تاکید می‌کند. توصیه‌های این گزارش تجویزی نیستند و باید متناسب با نیازها و موقعیت‌های ویژه تفسیر و بازبینی شوند.

دستیابی به این اهداف و رویایی با چالش‌های طرح‌شده آسان نیست و نیازمند این است که نیروهای حرفه‌ای سلامت دهان از خود گشودگی و تاب‌آوری فردی و حرفه‌ای به نمایش بگذارند. اما با دستیابی به این اهداف، دستاوردهای سلامتی در قالب ارتقاء سلامت دهان و سلامت عمومی فراوان است.

چشم‌انداز ۲۰۳۰، فراخوانی از حرفه‌ی دندان‌پزشکی برای اقدام است و نیز نشان می‌دهد که اهداف تعیین‌شده چگونه قابل دستیابی‌اند.

اکنون زمان آن است که حرفه‌ی دندان‌پزشکی پاسخگو باشد.

پیوست یک - چشم‌انداز ۲۰۳۰: اندازه‌گیری پیشرفت در مسیر تحقق اهداف

رکن ۱: پوشش همگانی سلامت دهان

هدف کلی	شاخص‌های کلی
تا سال ۲۰۳۰، سلامت دهان و کیفیت زندگی ارتقا یافته و شیوع و عوارض ناشی از بیماری‌های دهان از طریق ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی به میزان یک سوم کاهش می‌یابد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود سنجه‌های مناسب سطح فلوریداسیون جامعه</li> <li>وجود راهبردهای پیشگیری از بیماری‌های دهان در سطح جمعیت</li> <li>وجود سیاست‌های مربوط به مصرف شکر</li> <li>تعیین سنجه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان</li> <li>شیوع پوسیدگی‌های دندان‌نی (طبقه‌بندی شده بر اساس گروه‌های سنی)</li> <li>شیوع بیماری‌های پریودنتال</li> <li>شیوع سرطان دهان</li> <li>شیوع هر بیماری دهان دیگر با عوارض قابل توجه</li> </ul>
اهداف دیگر	شاخص‌های دیگر
تا سال ۲۰۳۰، همه‌ی مردم شامل بخش عمده‌ای از اقشار آسیب‌پذیر، به خدمات سلامت دهان مناسب دسترسی خواهند داشت	<ul style="list-style-type: none"> <li>نسبت مراکز بهداشت که خدمات سلامت دهان در آنان ارائه می‌شود.</li> <li>نسبت جمعیتی که تحت پوشش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دهان خصوصی و/یا دولتی قرار دارند.</li> <li>تعداد مردم تحت پوشش هر نوع بیمه سلامت دهان یا چند برنامه‌های رفاهی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر</li> <li>درصد پرداخت از جیب برای خدمات سلامت دهان (به ازای هر نفر نسبت به پرداخت از جیب کلی)</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، سرمایه‌گذاری در خدمات اولیه‌ی سلامت دهان افزایش می‌یابد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>تراکم و توزیع دندان‌پزشکان شاغل در سطوح اولیه‌ی ارائه خدمات</li> <li>تراکم و توزیع دیگر کارکنان سلامت دهان شاغل در سطوح اولیه‌ی ارائه خدمات</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، چارچوب‌های قانونی و مقرراتی برای فراهم کردن خدمات سلامت دهان عادلانه، منصفانه و قابل خرید ایجاد می‌شود.	<ul style="list-style-type: none"> <li>نیاز به وجود نهادهای قانون‌گذاری مسئولیت‌پذیر، برای حفظ استانداردهای مراقبت، تعرفه‌گذاری خدمات و ایجاد سیستم ارزیابی فناوری سلامت دهان مناسب</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، سلامت دهان به عنوان یک اولویت سیاسی تثبیت می‌شود.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود سیاست‌های ملی سلامت دهان</li> <li>حضور یک مدیر ارشد دندان‌نی (Chief Dental officer)</li> <li>وارد کردن سلامت دهان به بسته‌های پوشش همگانی خدمات سلامت</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، مشارکت‌های چندبخشی معنی‌دار فراتر از بخش سلامت دهان با دیگر برنامه‌های سلامت و توسعه ایجاد می‌شود.	<ul style="list-style-type: none"> <li>تعداد برنامه‌های سلامت (بیماری‌های غیرواگیردار و بیماری‌های واگیردار) که شامل پیام‌های ارتقاء سلامت دهان و پیشگیری از بیماری‌های دهان می‌شود.</li> <li>تعداد برنامه‌های توسعه‌ای (تغذیه، آموزش، آب و بهداشت محیط) که شامل پیام‌های ارتقاء سلامت دهان و پیشگیری از بیماری‌های دهان می‌شود.</li> </ul>

## رکن ۲: ادغام سلامت دهان در سلامت عمومی و برنامه‌ی توسعه

هدف کلی	شاخص‌های کلی
تا سال ۲۰۳۰، آموزش برای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، شامل سوء مصرف مواد مخدر و استفاده‌ی آسیب‌رسان از الکل	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود برنامه‌های آموزشی که پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، شامل مواد مخدر و استفاده‌ی آسیب‌رسان از الکل را مورد توجه قرار می‌دهد.</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، آگاهی‌بخشی در زمینه‌ی اهمیت عوامل خطر مشترک با بیماری‌های غیرواگیردار در بین همه‌ی مردم تقویت خواهد شد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود برنامه‌ها و/یا پویش‌های آموزشی برای افزایش آگاهی‌بخشی در زمینه‌ی اهمیت عوامل خطر مشترک با بیماری‌های غیرواگیردار</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، هر کشوری یک سیاست در زمینه توجه به مصرف شکر خواهد داشت.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود سیاست‌هایی در زمینه مصرف شکر در راستای دستورالعمل‌های WHO</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، سیستم‌های پایش سلامت شامل شاخص‌های سلامت دهان خواهد شد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وارد کردن شاخص‌های سلامت دهان در سیستم ملی پایش سلامت</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، داده‌های سلامت دهان در سیستم‌های مدیریت داده‌های پزشکی ادغام خواهد شد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وارد کردن اطلاعات جامع سلامت دهان به تمام سیستم‌های مدیریت داده‌های پزشکی</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، برنامه‌های ترک دخانیات در آموزش نظری و عملی و کار دندان‌پزشکی ادغام خواهد شد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وارد کردن برنامه‌های ترک دخانیات در آموزش نظری و عملی و کار دندان‌پزشکی</li> <li>شیوع مصرف تنباکو</li> </ul>

## رکن ۳: ایجاد نیروی کار تاب‌آور در بخش سلامت دهان برای توسعه‌ی پایدار

تا سال ۲۰۳۰، خدمات معطوف به فرد توسط کارکنانی از حرفه‌ی سلامت ارائه می‌شود که در حوزه‌ی عمل خود در زمینه‌هایی فعالیت می‌کنند که در آن تحصیل کرده و آموزش دیده‌اند و دارای صلاحیت و مجوز هستند.	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود تعاریف رسمی برای دامنه‌ی عمل همه‌ی شاغلین حرفه‌ی سلامت</li> <li>وجود فرآیند رسمی ثبت نام برای تمامی شاغلین حرفه‌ی سلامت</li> <li>تراکم و توزیع کارکنان بخش سلامت و سلامت دهان</li> <li>وجود شاخص‌های کیفی برای پایش کیفیت خدمات سلامت دهان</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان، در برنامه‌ریزی کلی برای منابع انسانی سلامت گنجانده می‌شوند	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود راهبرد برنامه‌ریزی نیروی کار سلامت دهان مبتنی بر نیاز، به عنوان بخشی از خدمات سلامت و برنامه‌ریزی منابع</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، استفاده از آمالگام دندان‌ی در سطح جهانی کاهش می‌یابد.	<ul style="list-style-type: none"> <li>آمالگام به تدریج کاهش یافته است.</li> <li>در دسترس بودن جایگزین‌های مقرون به صرفه، ایمن و قابل اعتماد</li> <li>میزان آمالگام دندان‌ی فروخته شده</li> </ul>
تا سال ۲۰۳۰، استفاده از مواد دندان‌ی حاوی plasticizer ها در سطح جهانی کاهش یافته است.	<ul style="list-style-type: none"> <li>میزان کامپوزیت‌های دندان‌ی فروخته شده</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● پایبندی به دستورالعمل‌های بین‌المللی تجویز آنتی‌بیوتیک</li> <li>● در دسترس بودن شواهد مستند مبنی بر این‌که پایبندی به دستورالعمل‌های تجویز آنتی‌بیوتیک به صورت منظم و موثری پایش و حسابرسی می‌شود.</li> </ul>	<p>تا سال ۲۰۳۰، تجویز آنتی‌بیوتیک در دندان‌پزشکی به صورت جهانی کاهش خواهد یافت. این امر نقش بالقوه‌ی دندان‌پزشکی در مقاومت آنتی‌میکروبی را محدود می‌کند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● وجود راهبردهای مدیریت بحران برای سلامت دهان (پناهندگان، شیوع بیماری‌های عفونی، فجایع ملی و غیره)</li> </ul>	<p>تا سال ۲۰۳۰، نظام‌های سلامت راهبردهایی را برای کاهش اثر مهاجرت نیروی کار سلامت دهان و مهاجرت جمعیت‌ها در نظر گرفته‌اند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● وجود برنامه‌ریزی بلندمدت برای نیروی کار</li> <li>● در دسترس بودن راهبردهای حفظ نیروی کار</li> </ul>	<p>تا سال ۲۰۳۰، نظام‌های سلامت راهبردهایی برای جلوگیری از عواقب منفی کمبود چشمگیر در نیروی کار سلامت دهان دارند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● سیستم‌هایی برای اطمینان از رعایت تمام استانداردهای ISO، مربوط به خدمات سلامت دهان وجود خواهد داشت.</li> <li>● درصد اقدامات دندان‌پزشکی بازای کشور که به صورت رسمی از ممیزی اعتبارسنجی و نظام بازخورد شامل گزارش بیماران و شاخص‌های کیفی برخوردارند.</li> </ul>	<p>تا سال ۲۰۳۰، نظام‌های سلامت به ارزیابی شفاف کیفیت خدمات سلامت دهان پایبند خواهند بود.</p>

## Appendix 2 References and further reading

### Pillar 1

1. Beard TC, Redmond S. Declaration of Alma-Ata. *The Lancet*. 1979;313(8109): 217–8.
2. World Health Organization. *Arguing for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204355/9789241506342\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204355/9789241506342_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Accessed 14 July 2020].
3. United Nations. *Sustainable Development Goals*. Available from: <https://sdgs.un.org/goals> [Accessed 14 July 2020].
4. World Health Organization. *Universal Health Coverage Day*. Available from: <https://www.who.int/life-course/news/events/uhc-day/en/> [Accessed 14 July 2020].
5. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, et al. *FDI Vision 2020: shaping the future of oral health*. *Int Dent J*. 2012;62(6): 278–91. Available from: [doi.org/10.1111/idj.12009](https://doi.org/10.1111/idj.12009).
6. Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. *Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health*. *J Dent Res*. 2015;94(3 Suppl): 3S-5S.
7. Williams DM, Mathur MR. *Oral health inequalities: A major public health challenge for Asia-Pacific*. *Nature India*. 2017; 3–4. Available from: [www.natureasia.com/en/nindia/article/10.1038/nindia.2017.21](http://www.natureasia.com/en/nindia/article/10.1038/nindia.2017.21) [Accessed 14 July 2020].
8. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. *Health Japan 21 (Second Term)*. Available from: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html) [Accessed 14 July 2020].
9. Ministry of Health Labour and Welfare Japan. *Ministerial Notification No. 430. MHLW. 2012*. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047330.pdf> [Accessed 29 February 2020].
10. Yamashina T, Kamijo H, Fukai K. *The 8020 Campaign for oral health promotion in Japan. Its History, Effects, and Future Visions*. In Japan Dental Association. *The current evidence of dental care and oral health for achieving healthy longevity in an aging society*. 2015. p. 276-284. Available from: <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015En.pdf> [Accessed 14 July 2020].
11. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan. *Survey of Dental Diseases*. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html> [Accessed 14 July 2020].
12. Zaitzu T, Saito T, Kawaguchi Y. *The oral healthcare system in Japan*. *Healthcare (Basel)*. 2018;6(3): 79. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/6/3/79> [Accessed 14 July 2020].

### Pillar 2

1. Williams DM, Mossey PA, Mathur MR. *Leadership in Global oral Health*. *J Dent*. 2019;87: 49-54.
2. United Nations, General Assembly. *United Nations political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases) A/66/L.1 (16 September 2011)*. UNGA: Available from: <https://undocs.org/en/A/66/L.1> [Accessed 14 July 2020].
3. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Available from: <https://www.who.int/about/mission/en/> [Accessed 20 January 2020].
4. World Health Organization. *The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf) [Accessed: 20 January 2020].
5. Meier BM, Brodish PH, Koivusalo M. *Human rights provide justification for the Health in All Policies*. *Health and Human Rights*. 2013;June. Available from: <https://www.hhrjournal.org/2013/06/human-rights-provide-justification-for-the-health-in-all-policies-approach/> [Accessed 20 January 2020].

6. World Health Organization. *Sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1) [Accessed 14 July 2020].
7. Mossey PA, Modell B. *Epidemiology of Oral Clefts 2012: An international perspective*. In Cobourne MT ed. *Cleft Lip and Palate. Epidemiology, Aetiology and Treatment*. Frontiers of Oral Biology Vol 16. Basel: Karger; 2012. p. 1-18.
8. Hummel J, Phillips KE, Holt B, Hayes C. *Oral Health: An Essential Component of Primary Care*. White Paper. Seattle, WA: Qualis Health; 2015 Available from: <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/White-Paper-Oral-Health-Primary-Care.pdf> [Accessed 14 July 2020].
9. Mosen D, Pihlstrom D, Snyder J, Smith N, Shuster E, Rust K. *Association of Dental Care with Adherence to HEDIS Measures*. Perm J. Winter. 2016; 20(1):33-40. Available from: [doi.org/10.7812/TPP/15-075](https://doi.org/10.7812/TPP/15-075).
10. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. *Establishment of Tobacco Cessation Centres in Dental Institutes and an integrated approach in India – Operational Guidelines 2018*. New Delhi: Dental Council of India; 2018. Available from: [http://www.dciindia.gov.in/Rule\\_Regulation/FinaloperationalguidelinesTCCindentalcolleges.pdf](http://www.dciindia.gov.in/Rule_Regulation/FinaloperationalguidelinesTCCindentalcolleges.pdf) [Accessed 14 July 2020].
11. New Zealand Dental Association. *Sugar Consensus Statement on Sugary Drinks*. Available from: [https://www.nzda.org.nz/assets/files/Standards\\_Guidelines/Position\\_Statements/Consensus\\_Statement\\_on\\_Sugary\\_Drinks.pdf](https://www.nzda.org.nz/assets/files/Standards_Guidelines/Position_Statements/Consensus_Statement_on_Sugary_Drinks.pdf) [Accessed 14 July 2020].

### Pillar 3

1. World Health Organization. *Models and tools for health workforce planning and projections*. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/> [Accessed 14 July 2020].
2. Listl S, Grytten JI, Birch S. *What is health economics?* Community Dental Health. 2019;36(4): 262-274.
3. Gallagher JE, Hutchinson L. *Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution*. Int Dent J. 2018;68(3): 183-189.
4. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Scholar Definition*. Available from: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-scholar-e> [Accessed 14 July 2020].
5. Byrne M, Tickle M. *Conceptualising a framework for improving quality in primary dental care*. Br Dent J. 2019;227(10): 865-868. Available from: [doi.org/10.1038/s41415-019-0900-8](https://doi.org/10.1038/s41415-019-0900-8).
6. Righolt AJ, Walji MF, Feine JS, Williams DM, Kalenderian E, Listl S. *An international working definition for quality of oral healthcare*. JDR Clinical & Translational Research. 2020;5(2): 102-106. Available from: [doi.org/10.1177/2380084419875442](https://doi.org/10.1177/2380084419875442).
7. Baâdoudi F, Duijster D, Maskrey N, Ali FM, et al. *Improving oral healthcare using academic detailing – design of the ADVOCATE Field Studies*. Acta Odontologica Scandinavica. 2019;77(6): 1-8. Available from: [doi.org/10.1080/00016357.2019.1582797](https://doi.org/10.1080/00016357.2019.1582797).
8. Ahern S, Woods N, Kalmus O, Birch S, Listl S. *Needs-based planning for the oral health workforce - development and application of a simulation model*. Human Resources for Health. 2019;17(55). Available from: [doi.org/10.1186/s12960-019-0394-0](https://doi.org/10.1186/s12960-019-0394-0).
9. Balasubramanian M, Brennan DS, Spencer AJ, Short SD. *The international migration of dentists: directions for research and policy*. Community Dent Oral Epidemiol. 2016;44(4): 301–312.

### Reference reading to the section “Enabling a responsive and resilient profession through education: the case for educational reform”

1. Williams DM, Mossey PA, Mathur MA. *Leadership in global oral health*. J Dent. 2019;87: 49-54.
2. American Dental Association, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R, Glick M, Azarpazhooh A, Guyatt G (Eds). *How to Use Evidence-Based Dental Practices to Improve Your Clinical Decision Making*. Chicago, IL: ADA Publishing; 2019.
3. Kavadella A, Garcia LT, White L. (eds). *Special Issue: Shaping the future of dental education. A joint ADEE/ADEA partnership*. Report of the London meeting, May 2017. Eur J Dent Educ. 2018;22(1): i-vi. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/16000579/22/S1> [Accessed 15 July 2020]. Several articles under the heading “Advancing Dental Education in the 21st Century.” <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.21815/JDE.017.052>.

4. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. *When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care*. Bull World Health Organ. 2019;97(8): 563–569. Available from: [doi.org/10.2471/BLT.18.225201](https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201).
5. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Roundtable on Health Literacy, Wojtowicz A, Olson S. *Integrating Oral and General Health Through Health Literacy Practices: Proceedings of a Workshop*. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.
6. Formicola AJ, Howard LB, Weintraub JA. *Advancing Dental Education in the 21st Century*. J Dent Edu. 2018;81(8): es1-es192.

### Further reading

1. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. *Ending the neglect of global oral health – time for radical action*. The Lancet. 2019;394(10194): 261-272.
2. Peres, MA, Macpherson, LM, Weyant, RJ, et al. *Oral diseases: a global public health challenge*. The Lancet. 2019;394(10194): 249-260.
3. Herndon JB, Crall JJ, Aravamudhan K, Catalanotto FA, Huang IC, Rudner N, Tomar SL, Shenkman EA. *Developing and testing pediatric oral healthcare quality measures*. J Public Health Dent. 2015 Summer;75(3): 191-201.
4. Byrne MJ, Tickle M, Glenny AM, Campbell S, Goodwin T, O'Malley L. *A systematic review of quality measures used in primary care dentistry*. Int Dent J. 2019 Aug;69(4): 252-264.
5. Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion CM Jr, Listl S, Duijster D. *Quality measures for dental care: A systematic review*. Community Dent Oral Epidemiol. 2019;47(1): 12-23.
6. Byrne M, O'Malley L, Glenny AM, Campbell S, Tickle M. *A RAND/UCLA appropriateness method study to identify the dimensions of quality in primary dental care and quality measurement indicators*. Br Dent J. 2020;228(2): 83-88.
7. Righolt AJ, Duijster D, van der Wees PJ, Listl S, Smits KPJ. *Dutch oral healthcare quality measures: a modified Delphi study*. Int Dent J. 2020; April. Available from: [doi.org/10.1111/idj.12566](https://doi.org/10.1111/idj.12566).
8. Listl S. *Value-based oral healthcare: moving forward with dental patient-reported outcomes*. J Evid Based Dent Pract. 2019;19(3): 255-259. Available from: [doi.org/10.1016/j.jebdp.2019.101344](https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2019.101344).
9. Riley W, Doherty M, Love K. *A framework for oral healthcare value-based payment approaches*. J Am Dent Assoc. 2019;150(3): 178-185.
10. United Nations Environment Programme. *Minamata Convention on Mercury*. Text and annexes. Available from: <http://www.mercuryconvention.org/Convention/Text/tabid/3426/language/en-US/Default.aspx> [Accessed 25 June 2020].
11. FDI World Dental Federation. *The Challenge of Oral Disease – A call for global action*. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/publications/oral-health-atlas/oral-health-atlas-2015> [Accessed 25 September 2020].
12. FDI World Dental Federation. *Universal Health Coverage: Oral Health for All*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/fact-sheets/universal-health-coverage-oral-health-for-all> [Accessed 25 September 2020].
13. FDI World Dental Federation. *Policy Statements and Resolutions*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements> [Accessed 25 September 2020].
14. FDI World Dental Federation. *Resources*. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/resources> [Accessed 25 September 2020].



### پیوست ۳- فهرست حروف اختصاری و واژه‌نامه

هوش مصنوعی	AI Artificial intelligence
رویکرد عوامل خطر مشترک	Common risk-factor approach CRFA
عوامل خطر مشترک	Common risk factors CRFs
سلامت الکترونیک	Electronic health health-e
پرونده‌ی پزشکی الکترونیک	Electronic medical record EMR
افق ۲۰۲۰ اتحادیه‌ی اروپا	European Union Horizon ۲۰۲۰ H۲۰۲۰ EU
فدراسیون جهانی دندان پزشکی	FDI FDI World Dental Federation
سلامتی در تمام سیاستها	HiAP Health in All Policies
کشورهای با درآمد بالا و متوسط	HMICs High- and middle-income countries
طراحی اسناد بالینی یکپارچه	HL-۷ C-CDA Health Level Seven International Consolidated Clinical Document Architecture بین‌المللی - سطح هفت سلامتی
انجمن بین‌المللی تحقیقات دندان پزشکی	IADR International Association for Dental Research
سازمان بین‌المللی استانداردسازی	ISO International Organization for Standardization
کشورهای با درآمد متوسط و پایین	LMICs Low- and middle-income countries
مشوق ملی بین‌رشته‌ای برای سلامت دهان	NIOH National Interdisciplinary Initiative on Oral Health
بیماری‌های غیرواگیر	NCDs Noncommunicable diseases
اتحاد بیماری‌های غیرواگیر	NCD Alliance Noncommunicable Disease Alliance
سلامت با بهره‌گیری از تجهیزات قابل جابجایی	m-health Mobile health
سازمان همکاری و توسعه اقتصادی	OECD Organisation for Economic Co-operation and Development
سلامت دهان در تمام سیاستها	OHiAP Oral Health in All Policies
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان	OHRQoL Oral Health-Related Quality of Life
پرداخت از جیب	OOP expenditure Out-of-pocket expenditure
ویروس کرونای ۲ سندروم تنفسی حاد شدید	SARS-CoV-۲ Severe acute respiratory syndrome coronavirus ۲
اهداف توسعه‌ی پایدار	SDGs Sustainable Development Goals
خدمات پیام کوتاه	SMS Short message service
نوشیدنی‌های شیرین‌شده با شکر	SSB Sugar-sweetened beverage
سازمان ملل	UN United Nations
پوشش همگانی سلامت	UHC Universal health coverage
برنامه‌ی زیست‌محیطی سازمان ملل	UNEP United Nations Environment Programme
سازمان جهانی بهداشت	WHO World Health Organization
روز جهانی سلامت دهان	WOHD World Oral Health Day

## واژه‌نامه

منبع	تعریف	واژه
World Health Organization. <i>Availability, Accessibility, Acceptability</i> . Available from: <a href="https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AAAQ.pdf?ua=1">https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AAAQ.pdf?ua=1</a> [Accessed 15 July 2020] World Health Organization. <i>Gender, equity and human rights</i> . Available from: <a href="https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/">https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/</a> [Accessed 15 July 2020].	<p><b>موجود بودن</b></p> <p>نیاز به داشتن تعداد کافی مراکز سلامت عمومی دایر و تسهیلات، کالاها، خدمات و برنامه‌های مراقبت سلامت</p> <p><b>قابلیت دسترسی فیزیکی</b></p> <p>وجود خدمات سلامت خوب با دسترسی معقول برای کسانی که به آنان نیاز دارند و ساعات کار، سیستم‌های نوبت دهی و جنبه‌های دیگری از سازمندی و ارائه‌ی خدمات که افراد را قادر می‌سازد تا خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. پوشش همگانی سلامت و دسترسی همگانی، بولتن سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۱۳. همان‌طور که در اعلامیه‌ی حقوق بشر آمده است: «تسهیلات، کالاها و خدمات سلامت باید در دسترس همه‌ی اقشار مردم باشد، خصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر یا به حاشیه‌رانده شده مانند اقلیت‌های قومی و جوامع بومی، زنان، کودکان، نوجوان، افراد مسن، افراد دارای معلولیت و افراد مبتلا به HIV/AIDS، خصوصاً در مناطق روستایی.»</p> <p><b>قابلیت دسترسی اقتصادی یا مقرون به صرفه بودن</b></p> <p>یک سنجه‌ی توانایی مردم در پرداخت برای خدمات بدون مواجهه با دشواری مالی است. این سنجه، نه تنها تعرفه‌ی خدمات سلامت بلکه هزینه‌های غیرمستقیم و هزینه-فرصت را نیز دربرمی‌گیرد (مانند هزینه‌های حمل و نقل به محل دریافت خدمت و زمان مرخصی از کار). مقرون به صرفه بودن از عواملی مانند درآمد خانوار و نظام مالی گسترده‌تر سلامت تاثیر می‌پذیرند.</p>	موجود بودن دسترس‌پذیری و مقرون به صرفه بودن
FDI World Dental Federation. <i>The Challenge of Oral Disease – A call for global action</i> . The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015 Available from: <a href="https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf">https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf</a> [Accessed 15 July 2020]	<p>یک بسته‌ی پایه‌ی خدمات سلامت دهان شامل درمان‌های اورژانس دندان‌پزشکی (OUT)، خمیردندان فلوراید مقرون به صرفه (AFT) و درمان ترمیمی محافظه کارانه (ART) می‌شود.</p> <p>OUT شامل سه عنصر اساسی است: رهایی از درد دهان، کمک‌های اولیه برای عفونت‌های دهانی و ترومای دندانی-فکی، ارجاع موارد پیچیده</p>	بسته‌ی پایه‌ی خدمات سلامت دهان
	<p>عبارت است از استفاده‌ی راهبردی از رویکردهای ارتباطی برای ارتقاء تغییرات در دانش، باورها، هنجارها، اعتقادات و رفتارها. این واژه به هماهنگی پیام‌ها و فعالیت‌ها از طریق انواع کانال‌ها برای رسیدن به سطوح مختلف اجتماع، از جمله فرد، جامعه، خدمات و سیاست‌ها اشاره دارد.</p>	ابزارهای ارتباطی تغییر رفتار
World Health Organization. <i>Framework for Action on Interprofessional Education &amp; Collaborative Practice</i> . Available from: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=23A79F87D7558248D7CFC786D80B8FAD?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=23A79F87D7558248D7CFC786D80B8FAD?sequence=1</a> [Accessed 15 July 2020]	<p>اقدام همکارانه در خدمات سلامت زمانی رخ می‌دهد که کارکنان متعدد بخش سلامت از زمینه‌های حرفه‌ای مختلف خدمات جامع را از طریق کار با بیماران، خانواده‌هایشان مراقبین و جمعیت‌ها ارائه دهند تا به بالاترین سطح کیفی خدمات دست یابند.</p>	اقدام همکارانه

<p>Kickbusch I, Allen L, Franz Ch. <i>The commercial determinants of health</i>. The Lancet. 2016;4(12): E895-E896. doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0.</p>	<p>تعیین‌کننده‌های تجاری سلامت عبارتند از راهبردها و رویکردهای مورد استفاده‌ی بخش خصوصی برای تبلیغ محصولات و انتخاب‌های حیاتی برای سلامت.</p>	<p>تعیین‌کننده‌های تجاری سلامت</p>
<p>FDI World Dental Federation. Non-communicable Diseases. Available from: <a href="https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/noncommunicable-diseases">https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/noncommunicable-diseases</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>رویکرد عامل خطر مشترک یک قاعده‌ی هدایت‌کننده برای ایجاد مداخلات مبتنی بر شواهد و در سطح جمعیت است که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای کاهش بار بیماری‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد.</p>	<p>رویکرد عامل خطر مشترک</p>
<p>World Health Organization. <i>Working Paper on the Use of Essential Packages of Health Services in Protected Emergencies</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf">https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>فهرست حاوی جزئیات از مداخلات/خدمات (پیشگیرانه، ارتقادهنده، درمانی، بازتوانی و حمایتی) در طول سطوح مختلف خدمات که این فهرست یا توسط حاکمیت در سطح ملی تایید می‌شود و یا زمانی که خدمات در مناطق خارج از کنترل دولت ارائه می‌شود، توسط گروه قابل توجهی از بازیگران مورد توافق قرار می‌گیرد. برای موثر بودن، این مداخلات باید ایمن، مردم‌محور، با کیفیت و برای همه افراد در دسترس باشند</p>	<p>بسته‌ی ضروری سلامت</p>
<p>World Health Organization. <i>Sugars intake for adults and children</i>. Geneva: World Health Organization; 2015 Available from: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1</a> [Accessed 14 July 2020].</p>	<p>قندهای آزاد به قندهایی گفته می‌شود که توسط شرکتهای تولیدکننده، آشپزها یا مصرف‌کننده‌ها به غذاها و نوشیدنی‌ها افزوده می‌شود و یا قندهایی که به صورت طبیعی در عسل، شربت‌ها، آبمیوه‌ها و عصاره‌های آبمیوه وجود دارد. قندهایی که به صورت طبیعی در میوه‌ها، سبزیجات و شیر وجود دارد قند آزاد نیست.</p>	<p>قندهای آزاد</p>
<p>World Health Organization. <i>Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action</i>, January 2014. Available from: <a href="https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforco-tryaction/en/">https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforco-tryaction/en/</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>HiAP رویکردی به سیاست‌های عمومی بین‌بخشی است که به صورت نظام‌مند و با هدف ارتقاء سلامت جمعیت و برابری در سلامت، پیامدهای سلامتی تصمیم‌گیری‌ها را در نظر می‌گیرد، به دنبال هم‌افزایی است و از اثرات مضر بر سلامت جلوگیری می‌کند. این مفهوم، منعکس‌کننده‌ی اصول زیر است: مشروعیت، مسئولیت‌پذیری، شفافیت، دسترسی به اطلاعات، مشارکت، پایداری و همکاری بین‌بخشی و سطوح مختلف حاکمیتی.</p>	<p>سلامتی در تمام سیاست‌ها (HiAP) / پیوست سلامتی سیاست‌ها</p>
<p>Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, (eds). <i>What Is Health Literacy? in Health Literacy: A Prescription to End Confusion</i>. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 Available from: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035</a> [Accessed 14 July 2020].</p>	<p>میزان توانایی افراد در به دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات پایه‌ی سلامت و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد سلامتی (راتزان و پارکر، ۲۰۰۰) منبع کامل: Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Selden CR, editor; , Zorn M, editor; , Ratzan SC, editor; , Parker RM, editor. , Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.</p>	<p>سواد سلامت</p>

<p>FDI World Dental Federation. <i>Optimal Oral Health through Inter-Professional Education and Collaborative Practice</i>. Available from: <a href="https://www.fdiworld-dental.org/sites/default/files/media/news/collaborative-practice_digital.pdf">https://www.fdiworld-dental.org/sites/default/files/media/news/collaborative-practice_digital.pdf</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>آموزش داخل حرفه به این معنی است که تمامی دانشجویان حرفه‌ی دندان پزشکی مانند دندان پزشکان، بهداشتکاران دهان و دندان و دستیاران دندان پزشکی با یکدیگر آموزش ببینند. در مقابل، آموزش بین حرفه‌ای به معنی این است که حرفه‌های مختلف سلامتی (مانند دندان پزشکان، پزشکان و پرستاران) یک کوریکولوم آموزشی مشترک داشته باشند.</p>	<p>آموزش داخل حرفه و بین حرفه‌ای</p>
<p>FDI World Dental Federation. <i>Dental Amalgam Phase Down</i>. Available from: <a href="https://www.fdiworld-dental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down">https://www.fdiworld-dental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>یک پیمان جهانی برای حفاظت از سلامت انسان و محیط زیست از اثرات سوء جیوه</p>	<p>کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه</p>
<p>FDI World Dental Federation. FDI's definition of oral health. Available from: <a href="https://www.fdiworld-dental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health">https://www.fdiworld-dental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>بیماری‌هایی هستند که سلامت دهان را متاثر می‌کنند، چندانچه هستند و شامل توانایی صحبت کردن، لبخند زدن، بویایی، چشایی، لمس، جویدن، بلع و انتقال طیفی از احساسات از طریق حالات صورت با اعتماد به نفس و بدون درد، ناراحتی و بیماری مجموعه‌ی فکی صورتی می‌شود.</p>	<p>بیماری‌های دهان</p>
<p>World Health Organization. <i>Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action</i>, January 2014. Available from: <a href="https://www.who.int/healthpromotion/hiapframework.pdf">https://www.who.int/healthpromotion/hiapframework.pdf</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>مشابه سلامتی در تمامی سیاست‌ها، OHiAP رویکردی در سیاست‌های عمومی بین‌بخشی است که به طور نظام‌مند پیامدهای تصمیمات مربوط به سلامت دهان را در نظر می‌گیرد، به دنبال هم‌افزایی است و از تأثیرات مضر سلامت دهان به منظور بهبود سلامت جمعیت و برابری سلامت جلوگیری می‌کند.</p>	<p>سلامت دهان در تمامی سیاست‌ها (OHiAP)</p>
<p>American Dental Association. <i>Health Literacy in Dentistry</i>. Available from: <a href="https://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry">https://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>انجمن دندان پزشکان آمریکا سواد سلامت دهان را به صورت زیر تعریف می‌کند: توانایی افراد در به دست آوردن، پردازش و درک اطلاعات پایه‌ی سلامت و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری مناسب در مورد سلامت دهان</p>	<p>سواد سلامت دهان</p>
<p>FDI World Dental Federation. <i>Oral Health and Quality of Life</i>. Available from: <a href="https://www.fdiworld-dental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-quality-of-life">https://www.fdiworld-dental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-quality-of-life</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>به عنوان یک ساختار چند بعدی تعریف می‌شود که (در میان چیزهای دیگر) راحتی افراد هنگام غذا خوردن، خوابیدن و تعامل اجتماعی، عزت نفس آنها و رضایتشان در ارتباط با سلامت دهان را منعکس می‌کند. ابزارهای مشهور سنجش OHRQoL عبارتند از: OHIP، GOHAI و OIDP.</p>	<p>کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان OHRQoL</p>
<p>World Health Organization. <i>Health financing. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/">https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>به پرداخت‌های مستقیم افراد به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمان استفاده از خدمت گفته می‌شود.</p>	<p>پرداخت از جیب</p>

<p>World Health Organization. <i>Health Systems Strengthening Glossary</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html">https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>خدمات مردم‌محور، به جای تمرکز بر بیماری‌ها، بر نیازها و انتظارات سلامت مردم و جوامع تمرکز می‌کند. خدمات مردم‌محور، مفهوم خدمات بیمارمحور را به افراد، خانواده‌ها، جمعیت‌ها و اجتماع گسترش می‌دهد. در حالی که خدمات بیمار محور عمدتاً بر افرادی که در جستجوی خدمت هستند، یعنی بیماران، تمرکز دارد، مراقبت‌های مردم محور علاوه بر دربرگرفتن این برخوردهای بالینی، شامل توجه به سلامت افراد در جوامع آنها و نقش حیاتی‌شان در شکل‌گیری سیاست‌های سلامتی و خدمات سلامتی است.</p>	<p>خدمات مردم‌محور</p>
<p>FDI World Dental Federation. <i>Dental Amalgam Phase Down</i>. Available from: <a href="https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down">https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements/dental-amalgam-phase-down</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>در سال ۲۰۱۳، کنوانسیون میناماتا در مورد جیوه مطرح، و در سال ۲۰۱۷ تصویب شد. کاهش آمالگام دندان‌دانی وظیفه‌ای است برای کاهش استفاده از آمالگام از طریق افزایش پیشگیری، ارتقاء سلامت و تحقیق در مورد مواد و تکنیک‌های پیشرفته ترمیمی - حفظ یا بهبود عملکرد بالینی کافی. همچنین بر تقویت برنامه‌های درسی دانشجویان دندان‌پزشکی در راستای پیشگیری و آموزش مواد و روش‌های ترمیمی جایگزین، از جمله رویکرد مداخله‌ی حداقلی، در صورت لزوم، تأکید شده است.</p>	<p>کاهش آمالگام دندان‌دانی</p>
<p>World Health Organization. <i>Primary health care</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care">https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>خدمات اولیه‌ی سلامت یک رویکرد به کل جامعه در زمینه‌ی سلامت و رفاه است که بر نیازها و ترجیحات افراد، خانواده‌ها و جوامع متمرکز است. همچنین عوامل تعیین‌کننده گسترده‌تری از سلامتی را مورد توجه قرار می‌دهد و بر جنبه‌های جامع و به هم پیوسته‌ی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تأکید دارد. این خدمات، مراقبت جامع از افراد را نه فقط برای مجموعه‌ای از بیماری‌های خاص، بلکه برای نیازهای سلامتی در طول زندگی فراهم می‌کند. خدمات اولیه‌ی سلامت، مراقبت جامع از افراد را - از ارتقا و پیشگیری گرفته تا درمان، توان بخشی و مراقبت‌های تسکینی - تضمین می‌کند.</p>	<p>خدمات اولیه‌ی سلامت</p>

<p>World Health Organization. <i>Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems</i>. France: World Health Organization; 2006 Available from: <a href="https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf">https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf</a> [Accessed 15 July 2020].</p> <p>FDI World Dental Federation. <i>Quality in Dentistry</i>. Available from: <a href="https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/quality-in-dentistry">https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/quality-in-dentistry</a> [Accessed 15 July 2020]</p>	<p>کیفیت خدمات شامل شش بعد است:</p> <p><b>اثربخش effective</b>، ارائه‌ی خدمات سلامت که اساس شواهدمحور دارد و منجر به پیامدهای ارتقایافته‌ی سلامت برای افراد و جمعیت‌ها براساس نیازهایشان می‌گردد؛</p> <p><b>کارآ efficient</b>، ارائه‌ی خدمات سلامت به صورتی که استفاده از منابع را به حداکثر برساند و از هدررفت منابع جلوگیری کند؛</p> <p><b>در دسترس accessible</b>، ارائه‌ی خدمات سلامت که به موقع و از نظر جغرافیایی توجیه‌پذیر هستند و در مکانی ارائه می‌شوند که مهارت‌ها و منابع با نیازهای پزشکی متناسب است.</p> <p><b>قابل پذیرش/بیمار محور</b>، ارائه خدمات سلامت که ترجیحات و آرزوهای افراد استفاده‌کننده از خدمات و فرهنگ جوامع آنها را در نظر می‌گیرد؛</p> <p><b>عادلانه</b>، ارائه‌ی خدمات سلامت که به دلیل خصوصیات شخصی مانند جنسیت، نژاد، قومیت، موقعیت جغرافیایی یا وضعیت اقتصادی اجتماعی از نظر کیفیت متفاوت نیست؛</p> <p><b>ایمن</b>، ارائه خدمات سلامت که خطرات و آسیب‌های استفاده‌کنندگان از خدمات را به حداقل می‌رساند.</p> <p>در دندان‌پزشکی، FDI کیفیت را به صورت یک فرایند مداوم تعریف می‌کند که در راستای توسعه و حفظ اهداف و اقدامات برای دستیابی به نتایج مطلوب سلامتی، کارکنان حرفه‌ی دندان‌پزشکی، بیماران و سایر ذی‌نفعان را دربرمی‌گیرد.</p>	<p>کیفیت خدمات</p>
<p>World Health Organization. <i>Social determinants of health</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/social-determinants/sdh_definition/en/">https://www.who.int/social-determinants/sdh_definition/en/</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>به شرایطی گفته می‌شود که افراد در آن به دنیا می‌آیند، رشد، زندگی و کار می‌کنند و -سالمنند می‌شوند. این موقعیت‌ها از طریق توزیع پول، قدرت و منابع در سطوح جهانی، ملی و منطقه‌ای شکل می‌گیرند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اصلی‌ترین عامل بی‌عدالتی در سلامت هستند. بی‌عدالتی در سلامت به مجموعه‌ی تفاوت‌های غیرمنصفانه و اجتناب‌پذیر در وضعیت سلامت گفته می‌شود که درون و بین کشورها دیده می‌شود.</p>	<p>تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت</p>

<p>World Health Organization. <i>Health financing for universal coverage</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/">https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>پوشش همگانی سلامت به این معنی است که همه‌ی مردم و جوامع بتوانند از خدمات سلامت ارتقا‌دهنده، پیشگیرانه، درمانی، باز‌توانی و حمایتی مورد نیازشان با بالاترین کیفیت بهره‌مند شوند به گونه‌ای که تحت هیچ نوع فشار مالی قرار نگیرند. این تعریف از پوشش همگانی سلامت سه هدف مرتبط را در بر می‌گیرد:</p> <p>عدالت در دسترسی به خدمات سلامت – استفاده از خدمات به کسانی که توانایی پرداخت برای این خدمات را دارند منحصر نباشد، بلکه هر کس که به خدمات نیاز دارد باید آن را دریافت کند.</p> <p>کیفیت خدمات سلامت باید به اندازه کافی خوب باشد تا سلامت کسانی که این خدمات را دریافت می‌کنند ارتقا یابد.</p> <p>مردم باید در برابر خطرات مالی محافظت شوند و اطمینان حاصل شود که هزینه استفاده از خدمات، مردم را در خطر آسیب مالی قرار ندهد.</p> <p>UHC بر قانون اساسی WHO در سال ۱۹۴۸ مبتنی است که سلامتی را به عنوان یک حق اساسی بشر در نظر دارد. هم‌چنین بر بنیاد دستور کار «سلامت برای همه» که توسط اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ تنظیم شده، استوار است.</p> <p>UHC تمام هدف‌های مربوط به سلامت اهداف توسعه پایدار (SDGs) را دربرمی‌گیرد و امید به سلامت و حفاظت بهتر برای فقیرترین فقیران جهان را ایجاد می‌کند.</p>	<p>پوشش همگانی سلامت (UHC)</p>
<p>WHO, derived from Eichler R. Can “Pay-for-Performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services. Washington, D.C., Center for Global Development, 2006. Available at: <a href="http://www.researchgate.net/publication/250779834_Can_Pay_for_Performance_Increase_Utilization_by_the_Poor_and_Improve_the_Quality_of_Health_Services">www.researchgate.net/publication/250779834_Can_Pay_for_Performance_Increase_Utilization_by_the_Poor_and_Improve_the_Quality_of_Health_Services</a></p> <p>World Health Organization. <i>Health Systems Strengthening Glossary</i>. Available from: <a href="https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html">https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>پرداخت یا تأمین بودجه منوط به انجام اقدامی قابل اندازه‌گیری یا دستیابی به یک هدف عملکردی از پیش تعیین شده.</p> <p>ممکن است به انتقال وجوه توسط اهداکنندگان به کشورهای گیرنده یا پرداخت تأمین‌کنندگان یا سازمانهای ارائه‌دهنده برای دستیابی به اهداف خدمات اشاره داشته باشد.</p>	<p>پرداخت‌های مبتنی بر ارزش (یا پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد)</p>
<p>Organization. <i>Models and tools for health workforce planning and projections</i>. Switzerland: World Health Organization; 2010 Available from: <a href="https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/models_hrh_planning/en/">https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/models_hrh_planning/en/</a> [Accessed 15 July 2020].</p>	<p>هدف از برنامه ریزی نیروی کار منطقی کردن گزینه‌های سیاستی بر اساس تصویری عملی از آینده است که در آن ذخیره‌ی مورد انتظار منابع انسانی برای سلامت (HRH) با الزامات کارکنان در برنامه‌های کلی خدمات سلامت مطابق باشد.</p> <p>تدوین سیاست‌ها و استراتژی‌های ملی HRH نیاز به یک برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد برای منطقی ساختن تصمیمات دارد. طیف وسیعی از ابزارها و منابع برای کمک به کشورها در تهیه‌ی یک برنامه استراتژیک HRH ملی وجود دارد.</p>	<p>برنامه ریزی نیروی کار</p>

# Acknowledgements

FDI would like to thank the Vision 2030 Working Group co-chairs, working group members as well as external workshop participants for their valuable content guidance and review.

## Vision 2030 Working Group

### Co-chairs

**Prof. Michael Glick**

Professor, Department of Oral Diagnostic Sciences  
University at Buffalo  
State University of New York  
New York, USA

**Prof. David M. Williams**

Professor of Global Oral Health  
Institute of Dentistry  
Barts and The London School of Medicine and Dentistry  
Queen Mary University of London  
London, UK

### Members

**Prof. Ihsane Ben Yahya**

FDI President Elect (Sept 2019–Sept 2021)  
FDI World Dental Federation  
Professor of Higher Education in Oral Medicine  
and Oral Surgery  
Faculty of Dentistry  
HASSAN II University of Casablanca  
Head of Oral Surgery Clinical Department  
Consultation Center and Dental Treatment  
CHU Ibn Rochd  
Casablanca, Morocco

**Prof. Stefan Listl**

Professor and Chair  
Department of Dentistry Quality and Safety of  
Oral Health Care  
Radboud University – Radboudumc  
Nijmegen, the Netherlands  
Head of Section for Translational Health Economics  
Department of Conservative Dentistry  
Heidelberg University Hospital  
Heidelberg, Germany

**Dr William W. M. Cheung**

Vice Chair, FDI Education Committee  
FDI World Dental Federation  
Adjunct Associate Professor  
University of Pennsylvania School of Dental Medicine  
Honorary Clinical Associate Professor  
University of Hong Kong Faculty of Dentistry  
Managing Director  
Dr. William Cheung & Associates  
Hong Kong SAR, China

**Dr Manu Raj Mathur**

Head of Health Policy  
Additional Professor  
Public Health Foundation of India  
Gurugram, India  
Senior Lecturer  
University of Liverpool  
Liverpool, UK

**Mr Enzo Bondioni**

Executive Director  
FDI World Dental Federation  
Geneva, Switzerland

**Peter Mossey**

Professor of Craniofacial Development  
Associate Dean of Internationalisation  
School of Dentistry  
University of Dundee  
Dundee, UK

**Mrs Pam Clark**

Officer of the Order of Australia  
Ambassador  
Association of International Dental Manufacturers Industry  
Affairs  
Cattani Australasia  
Appenzell, Switzerland

**Dr Gerhard Konrad Seeberger**

FDI President (Sept 2019– Sept 2021)  
FDI World Dental Federation  
Geneva, Switzerland  
Dr. Gerhard & Tommaso Seeberger  
Private Dental Practice  
Cagliari, Italy



**Prof. Hiroshi Ogawa**

Head and Professor  
Division of Preventive Dentistry  
Graduate School of Medical and Dental Sciences  
Niigata University  
Member of the Public Health Committee  
FDI World Dental Federation  
Director  
WHO Collaborating Centre for Translation of Oral  
Health Science  
World Health Organization  
Niigata, Japan

**Dr Michael Sereny**

Dental Practitioner  
Praxis Dres. Sereny  
Hannover, Germany

## Workshop participants

**Dr Natalia I. Chalmers**

Diplomate  
American Board of Pediatric Dentistry  
Dental Officer  
Center for Drug Evaluation and Research Division  
Dermatology and Dentistry  
U.S. Food and Drug Administration  
Silver Spring, USA

**Dr Jamie Edelson-Tishman**

Chair  
Fundación ADM, IAP  
Mexico City, Mexico

**Siobhan Fitzpatrick**

Consultant  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland

**Mr Fred Freedman**

Vice President  
Member Services  
Dental Trade Alliance  
Arlington, USA

**Prof. Jenny Gallagher**

Dean of International Affairs  
Newland-Pedley Professor of Oral Health Strategy  
Honorary Consultant in Dental Public Health  
Faculty of Dentistry  
Oral and Craniofacial Sciences  
King's College London  
London, UK

**Dr Chad P. Gehani**

ADA President (2020)  
American Dental Association  
Adjunct Professor  
New York University  
New York, USA

**Dr Jeff Hummel**

Medical Director  
Healthcare Informatics, Research and  
Innovation Division  
Comagine Health  
Seattle, USA

**Prof. Roger Keller Celeste**

Associate Professor  
Department of Preventive and Social Dentistry  
Faculty of Dentistry  
Federal University of Rio Grande do Sul  
Porto Alegre, Brasil

**Dr David M. Krol**

Medical Director  
New Jersey Healthy Kids Initiative  
Clinical Associate Professor  
Pediatrics and Adjunct Associate Professor  
Pediatric Dentistry  
The State University of New Jersey  
New Brunswick, USA

**Prof. Corrado Paganelli**

Chair of the Board  
International Federation of Dental Educators and  
Associations  
Dean of the Dental School  
University of Brescia  
Brescia, Italy

**Dr Ave Pöld**

Chair of the Advisory Board  
International Association of Dental Students  
Geneva, Switzerland

**Dr Carlos Quinonez**

Associate Professor and Program Director  
Faculty of Dentistry  
University of Toronto  
Toronto, Canada

**Dr Kristina L Wanyonyi**

Clinical Senior Lecturer  
Institute of Dentistry  
Centre for Dental Public Health and Primary Care  
Barts and The London School of Medicine and Dentistry  
Queen Mary University of London  
London, UK

**Prof. Nermin Yamalik**

Professor  
Department of Periodontology  
Faculty of Dentistry  
University of Hacettepe  
Ankara, Turkey

The Vision 2030 Working Group members and workshop participants alone are responsible for the views expressed in this report and they do not necessarily represent the views, decisions, or policies of the institutions with which they are affiliated.

**Case studies**

FDI thanks the following for their contribution to the report through the provision of case studies:

**Dr Jeremy Bagg**, Head of University of Glasgow Dental School, Deputy Head of University of Glasgow School of Medicine, Dentistry & Veterinary, Glasgow, Scotland, UK; **Dr Rob Beaglehole**, Spokesperson, New Zealand Dental Association, Auckland, New Zealand; and **Dr Swati Nehete**, Senior Clinical Lecturer in Restorative Dentistry, Centre for Teaching and Innovation, Institute of Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK.

**FDI staff**

**Dr Charanjit Jagait**, Communications and Advocacy Director, FDI World Dental Federation

**Mrs Tania Séverin**, Consultant, Polyscope Communication .

**Corporate partners**

FDI thanks its 2020 corporate partners for the unrestricted funds they provided in support of FDI's advocacy strategy: **GSK, Henry Schein, Ivoclar Vivadent, 3M, and Wrigley Oral Healthcare Program.**

**Persian Translation**

Translation provided by Dr Sanaz Kargozar, and Dr Amin Vehdati  
PhD Candidates, Community Oral health Department, School of Dentistry,  
Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



**FDI World Dental Federation**

Avenue Louis-Casari 51 • 1216 Geneva • Switzerland

+41 22 560 81 50 • [info@fdiworlddental.org](mailto:info@fdiworlddental.org) • [www.fdiworlddental.org](http://www.fdiworlddental.org)

©2021 FDI World Dental Federation