



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید بهشتی

اهداف جهانی دهان و دندان ۲۰۲۰

واحد بهداشت دهان و دندان
معاونت بهداشتی شهید بهشتی

به نام خدا

اهداف جهانی بهداشت دهان و دندان تا سال ۲۰۲۰

Martin Hobdel , Poul Erik Peterson , John Clarkson , Newell Johnson .

نحوه استفاده از این متن چگونه است؟

دندانپزشکان و برنامه ریزان بهداشتی می توانند از این متن بعنوان راهنمایی برای برنامه ریزی بهداشت دهان و دندان استفاده نمایند .

به نظر ما هیچ متن یا دستورالعملی نمی تواند بطور کامل الگویی را برای بهبود وضعیت بهداشت دهان و دندان فراهم کند . چیزی که در اینجا مطرح می شود ، زمینه هایی است که می تواند مورد توجه برنامه ریزان قرار گیرد . همچنین این متن چک لیستی است که می توان برنامه موجود را با آن محک زد .

اساس موفقیت در برنامه های بهداشت دهان و دندان در درک صحیح منابع موجود یا منابعی که تامین خواهد شد ، نهفته است.

در بدو امر لازم نیست جزئیات کلیه منابع را به ریز داشته باشیم . یک آنالیز ساده و تکمیل پرسشنامه نظیر آنچه خواهد آمد ، راهنمایی سریع و ساده برای مشخص کردن میزان منابع موجود ، فراهم می آورد .

این فهرست منابع به همراه فهرست مشکلات دهان و دندان جامعه بر اساس اولویت ، به ما کمک می کند تا مناسبترین و قابل اجراترین برنامه های مداخله ای خود را انتخاب و به مرحله اجرا در آوریم .

تاریخچه :

سازمان بهداشت جهانی به همراه فدراسیون بین المللی دندانپزشکی (FDI) در سال ۱۹۸۱ مشترکاً اولین اهداف جهانی بهداشت دهان و دندان را تا سال ۲۰۰۰ اعلام نمودند .

با مروری بر آن اهداف در می یابیم که آنها مفید بوده ، جوامع زیادی به آن اهداف دسترسی یافته ، یا فعالیت خود را افزایش داده اند . هر چند برای بخشهایی خاص از جهان اهداف در حد آرزوهای دور باقی ماند . با این وجود اهداف بهداشتی دهان و دندان باعث افزایش آگاهی و تاکید بر اهمیت بهداشت دهان و دندان در بین سران حکومتها محلی یا کشوری شدند و بعنوان تسریع کننده ای برای تامین منابع مورد نیاز برای بهداشت دهان و دندان عمل نمودند . بنابر این اگرچه همه کشورها به اهداف یاد شده دست نیافتند ولی باعث ایجاد تلاش شدند.

اخیراً سازمان بهداشت جهانی ، فدراسیون بین المللی دندانپزشکی (FDI) وانجمن بین المللی تحقیقات دندانپزشکی (IADR) اقدام به تهیه اهداف جهانی هزاره جدید تا سال ۲۰۲۰ نموده اند .

این نوشته حاصل تلاش همکاران سازمانهای فوق در اقصی نقاط جهان است . پیش نویس این طرح برای ارائه نظرات کارشناسی در اختیار کلیه اعضای انجمن دندانپزشکان (که با فدراسیون بین المللی دندانپزشکی در ارتباط هستند) قرار گرفته است . و نظرات و پیشنهادات در متن نهایی لحاظ شده است .

اهداف :

متن حاضر با هدف تدوین چارچوب برای سیاستگذاران عرصه بهداشتی در سطوح مختلف طراحی شده است . و شامل طرحهای اولیه برای اهداف کلان بهداشت دهان و دندان در سطح جهانی ، اهداف اختصاصی و نهایی مربوط به آنها می باشد .

برآن نیستیم تا اهداف کلان و اختصاصی را که در اینجا آورده شده است به شما تجویز کنیم . با داشتن نگرش جهانی و با توجه به شعار [جهانی فکر کنیم ، محلی عمل نماییم] امیدواریم که نوشتار حاضر فعالیت های محلی را تقویت نماید .

متن حاضر می تواند بعنوان ابزاری برای شناسایی اهداف واقعبینانه و استانداردهای بهداشت دهان و دندان تا سال ۲۰۲۰ در دست برنامه ریزان مراقبتهای بهداشتی قرار گیرد .

تدوین استراتژی های کشوری منطقه ای و محلی به مراحل زیادی نیاز دارد . این متن قدم اول را در ارزیابی وضعیت فعلی بهداشت دهان و دندان با مشخص کردن اهداف کلان و اختصاصی برای برنامه ریزان بر می دارد .

اهداف کلان فعلی با آنچه در سال ۱۹۸۱ مشخص شده از جنبه های زیادی متفاوت است . اول از همه اینکه اهداف فعلی عمومی تر هستند . اهداف کلان فعلی سیاستها و فعالیت های بهداشتی را در سطح ملی و محلی تسریع می کند و به اهداف اختصاصی تر و سازگارتر با شرایط هر جامعه منجر می شود .

اهداف کلان قبلی به اهداف اختصاصی و اهداف نهایی فعلی شبیه اند .

دومین نکته اینکه هیچگونه عدد و رقمی برای دستیابی به شاخصها مطرح نشده است. چراکه اعتقاد داریم؛ تعیین مقادیر برای شاخصها بر اساس شرایط بومی هر جامعه فرق می کند و به عواملی چون صحت اطلاعات پایه، سیستمهای موجود بهداشتی، الویت های محلی همچنین میزان شیوع و شدت بیماری و شرایط اجتماعی محیطی بستگی دارد.

شرایط ممکن است نه تنها از لحاظ اپیدمیولوژی بیماریهای دهان و دندان بلکه از لحاظ بافت سیاسی، اجتماعی اقتصادی و قانونی جامعه متفاوت باشد.

درک شرایط موجود با استفاده از دانش دقیق از شرایط غالب در جامعه و شاخصهای مهم بهداشت دهان و دندان امکانپذیر است.

داشتن این آگاهی دقیق قبل از سیاستگذاری کاملاً ضروری است. چراکه با آن می توان عوامل خطر زود هنگام و موانع اجتماعی قانونی را شناسایی و رفع نمود. و راحت تر به سمت بهداشت مطلوب دهان و دندان حرکت نمود.

اهداف کلان، اختصاصی و نهایی بر اساس طبقه بندی فعلی بیماریها و معیارهای موجود برای تشخیص آنها پیشنهاد شده است. پس از آنکه راههای مختلفی را برای ارائه این اهداف در نظر گرفتیم، سر انجام بر آن شدیم تا آنها را براساس گروههای مختلف بیماری تنظیم نماییم.

اهداف کلان :

۱. کاهش آثار و عوارض بیماریهای فك و دهان و صورت بر روی سلامتی جسم و روان، با تاکید بر ارتقاء سلامت و دهان و دندان در افراد جامعه و کاهش بیماریهای دهان و دندان در نقاطی که بار بیماری بیشتر است.
۲. کاهش آثار و عوارض ناشی از تظاهرات فکي دهانی بیماریهای عمومی در بین افراد جامعه و آشنایی با این عوارض برای تشخیص بموقع، پیشگیری و کنترل موثر بیماریهای عمومی.

اهداف اختصاصی :

۱. کاهش مرگ و میر ناشی از بیماریهای فك و دهان و صورت
۲. کاهش نقص عضوهای ناشی از بیماریهای فك و دهان و صورت و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی
۳. حمایت از سیاستهای قابل اجرا و اولویت دار و برنامه هایی که صد در صد از منابع علمی موجود استفاده کند (دندانپزشکی مبتنی بر شواهد)
۴. طراحی برنامه هایی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای دهان و دندان که قابل دسترس بوده، هزینه اثر بخشی آن به اثبات رسیده باشد.
۵. ادغام برنامه های ارتقاء سلامت دهان و دندان با دیگر بخشهای بهداشتی با تکیه بر عوامل خطر ساز مشترك.
۶. طراحی برنامه هایی که مردم را برای حفظ سلامتی خود تقویت می کند.
۷. تقویت نظام ثبت دقیق اطلاعات بیماری های دهان و دندان. (بروز، شیوع، روند بیماری و پیامدهای آن)
۸. ارج نهادن به جایگاه اجتماعی و فعالیت های قانونی افراد ارائه دهنده خدمت.
۹. کاهش نابرابری در دریافت خدمات بهداشتی بین گروههای مختلف جامعه.
۱۰. افزایش تعداد نیروی انسانی که در زمینه نظام ثبت دقیق اطلاعات بیماری آموزش دیده اند.

اهداف نهایی

تا سال ۲۰۲۰ اهداف نهایی زیر بر اساس وضعیت موجود بدست خواهد آمد :

۱) درد

- کاهش % X در تعداد بروز درد در ناحیه فك و دهان و صورت .
- کاهش % X در تعداد روزهای غیبت از کار و مدرسه بخاطر بروز دردهای سر و صورت .
- کاهش % X تعداد افرادی که به محدودیت های عملکردی در ناحیه فك و صورت می شوند. (بعنوان مثال درد و ناراحتی، دندانهای از دست رفته، ضربه به دندانهای قدامی و آنومالی های دهانی صورتی مادرزادی)
- کاهش % X بروز عوارض اجتماعی ناشی از درد و ناراحتی و ظاهر ناخوشایند (مواردی چون دندانهای از دست رفته، آنومالی های دندانی، نقایص مینایی مثل فلئوروزیس، دندانهای ضربه خورده، تحلیل شدید لثه و بوی بد دهان)

۲) اختلالات عملکردی:

- کاهش % X در تعداد افرادی که دچار اشکالاتی در جویدن ، بلعیدن ، تکلم و ارتباط برقرار کردن هستند . عوامل قابل سنجش زیادی در این گروه قرار می گیرند از جمله از دست دادن دندانها ، بدشکلی های اکتسابی یا مادرزادی دهانی - صورتی و ...

۳) بیماریهای عفونی

- %X افزایش رقابت کارکنان مراقبتهای بهداشتی در تشخیص و کاهش خطر انتقال بیماریهای عفونی در محیط های بهداشتی.

۴) بدخیمی های حلقی دهانی

- کاهش % X بروز سرطانهای حلق و دهان
- %X افزایش طول مدت زندگی (بقای ۵ ساله) در موارد درمان شده .
- %X افزایش در تشخیص زود هنگام
- %X افزایش در ارجاع فوری
- کاهش % X در میزان مواجهه با عوامل خطر نظیر مصرف دخانیات و مشروبات الکلی و تغذیه نامناسب
- %X افزایش تعداد افراد مبتلایی که باید تحت مراقبتهای اجباری متخصصین قرار بگیرند .

۵) تظاهرات دهانی عفونت HIV

- کاهش % X در بروز عفونت های فرصت طلب در ناحیه فك و صورت
- %X افزایش تعداد رقابت کارکنان مراقبتهای بهداشتی در تشخیص و کنترل تظاهرات دهانی عفونت HIV .
- %X افزایش تعداد سیاستگذارانی که از اهمیت ارتباط HIV و حفره دهان آگاهی کامل دارند .

۶) نوما

- %X افزایش اطلاعات از نوما در جوامعی که در معرض خطر هستند .
- %X افزایش تشخیص زودهنگام
- %X افزایش ارجاع فوری
- کاهش % X در میزان مواجهه با عوامل خطر با تاکید بر عواملی چون پوشش واکسیناسیون برعلیه سرخک ، وضعیت تغذیه و نظافت
- %X افزایش تعداد افراد مبتلایی که باید تحت مراقبتهای اجباری متخصصین قرار بگیرند .

۷) تروما

- %X افزایش تشخیص زودهنگام
- %X افزایش ارجاع فوری
- بهبود نسبت تعداد رقابت کارکنان مراقبتهای بهداشتی در تشخیص و ارائه درمانهای فوریتهای به تعداد افرادی که خدمات بموقع در این موارد دریافت می دارند به میزان %X/Y .
- %X افزایش تعداد افراد آسیب دیده ای که باید تحت مراقبتهای اجباری متخصصین قرار بگیرند .

۸) ناهنجاری های سر و صورت

- کاهش % X در میزان مواجهه با عوامل خطر نظیر مصرف دخانیات و مشروبات الکلی ، مواد ترانژنیک و تغذیه نامناسب
- %X افزایش میزان دسترسی به مراکز مشاوره ژنتیک .
- %X افزایش تشخیص زودهنگام .
- %X افزایش ارجاع فوری .
- %X افزایش تعداد افراد مبتلایی که باید تحت مراقبتهای اجباری متخصصین قرار بگیرند .
- %X افزایش تشخیص و ارجاع فوری مواردی که با مال اکلوزن شدید همراه است .

۹) پوسیدگی های دندانی

- %X افزایش تعداد کودکان ۶ساله با مجموعه دندانی سالم .
- %X کاهش در میزان DMFT خصوصاً بخش D در کودکان ۱۲ ساله . با توجه ویژه به گروههای در معرض خطر .
- کاهش تعداد دندانهای کشیده شده ناشی از پوسیدگی در سنین ۱۸ ، ۴۴-۳۵ ، ۷۴-۶۵ به میزان %X .

۱۰) ناهنجاریهای تکاملی دندانها

- کاهش بروز فلئوروزیس شدید به میزان %X (اندازه گیری شده با استفاده از روشهای دقیق) با توجه ویژه به میزان فلوراید غذا، آب و مکمل های غیر لازم.
- کاهش بروز ناهنجاریهای اکتسابی دندان به میزان %X با توجه ویژه به بیماریهای عفونی و مصرف داروهای غیر لازم.
- %X افزایش تشخیص زودهنگام ناهنجاریهای مادرزادی و اکتسابی.
- %X افزایش ارجاع فوری ناهنجاریهای مادرزادی و اکتسابی.

۱۱) بیماریهای لثه

- کاهش تعداد دندانهای از دست رفته ناشی از بیماریهای پریودنتال در سنین ۱۸، ۴۴-۳۵، ۷۴-۶۵ به میزان %X با توجه ویژه به مصرف دخانیات، بهداشت ضعیف دهان، استرس و بیماریهای زمینه ای.
- کاهش بروز اشکال مخرب بیماریهای پریودنتال (ANUG) به میزان %X با توجه ویژه به عوامل خطر مثل تغذیه نامناسب، استرس و ضعف ایمنی.
- کاهش بروز عفونتهای پریودنتال فعال (با یا بدون از دست دادن چسبندگی) در کلیه سنین به میزان %X.
- افزایش تعداد افراد در تمام سنین که از لثه و استخوان نگهدارنده سالم برخوردارند به میزان %X.

۱۲) بیماریهای مخاط دهان

- %X افزایش تعداد رقابت کارکنان مراقبتهای بهداشتی در تشخیص و ارائه درمانهای فوریتهی
- %X افزایش تشخیص زودهنگام.
- %X افزایش ارجاع فوری.

۱۳) بیماریهای غدد بزاقی

- %X افزایش تعداد رقابت کارکنان مراقبتهای بهداشتی در تشخیص و ارائه درمانهای فوریتهی
- %X افزایش تشخیص زودهنگام.
- %X افزایش ارجاع فوری.

۱۴) از دست دادن دندانها

- کاهش تعداد افراد بی دندان در سنین ۷۴-۶۵، ۴۴-۳۵ به میزان %X.
- افزایش تعداد دندانهای طبیعی باقیمانده در سنین ۷۴، ۱۸-۶۵، ۴۴-۳۵ به میزان %X.
- افزایش تعداد افراد با عملکرد مطلوب دندانها (داشتن ۲۱ دندان یا بیشتر) در سنین ۷۴-۶۵، ۴۴-۳۵ به میزان %X.

۱۵) سرویسهای مراقبتهای بهداشتی

- انجام برنامه های مبتنی بر شواهد علمی و تامین منابع انسانی برای ارائه مراقبتهای بهداشتی به کلیه افراد، متناسب با شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و وضعیت بیماری هر جامعه.
- بهبود نسبت دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی کافی به میزان %X/۷۰.

۱۶) سیستم های اطلاعات بهداشتی

- بهبود نسبت جمعیت تحت پوشش به سیستم های موفق اطلاعات بهداشتی به میزان %X/۷۰.

پی نوشت

فدراسیون بین المللی دندانپزشکی = FDI
انجمن بین المللی تحقیقات دندانپزشکی = IADR

پرسشنامه ارزیابی منابع

قبل از طراحی برنامه مداخله ای به سوالات زیر پاسخ دهید.

- بله خیر نمیدانم

مالي

- ۱) آیا بودجه کشوري براي سلامت دهان و دندان موجود است ؟
- ۲) آیا بودجه اي براي خريد متمرکز تجهيزات و وسايل موجود است ؟
- ۳) آیا منابع مالي کافي براي تامين حقوق براي کارکنان و خريد مواد مصرفي موجود است ؟
- ۴) آیا بودجه خاصي براي پيشگيري و ارتقاء سلامت دهان و دندان در نظر گرفته شده است ؟

نيروي انساني

- ۵) آیا نيروي انساني آموزش ديده به اندازه کافي موجود است ؟
- ۶) آیا نيروي انساني کافي براي اداره کرد ن، نشان دادن و ارزيابي مداخله اي که مي خواهيم انجام دهيم داريم ؟

تجهيزات و وسايل

- ۷) آیا وسايل و تجهيزات موجود مناسب هستند ؟

زير ساخت ها

- ۸) آیا لازم است در مورد مداخله نياز سنجي دقيق انجام دهيم ؟
- ۹) آیا راه ارتباط با افراد جامعه باز است ؟
- ۱۰) آیا راه ارتباط براي دريافت منابع مالي باز است ؟
- ۱۱) آیا راه ارتباط براي تهيه و اعلام گزارش باز است ؟
- ۱۲) آیا سيستم حمل و نقل جاده اي براي انتقال افراد و کالاها در دسترس و فعال است ؟

راهنما

- اگر تعداد پاسخهاي مثبت کمتر از ۶ باشد = کمبود دسترسي به منابع .
اگر تعداد پاسخهاي مثبت بين ۵ تا ۱۰ باشد = دسترسي متوسط به منابع .
اگر تعداد پاسخهاي مثبت بيش از ۹ باشد = دسترسي بالا به منابع .