

فصل ۵

مبانی «ارتقاء سلامت دهان» (Oral Health Promotion)

با مطالعه این فصل باید بتوانید:

- یک تعریف برای ارتقاء سلامت دهان بیان کنید
 - مبانی کلیدی ارتقاء سلامت دهان را مختصراً شرح دهید
 - پنج حیطه عمل که در منشور اتاوا طرح شده است را بیان کنید و برای هر کدام از سلامت دهان مثال بزنید
 - همکاران و جایگاه‌های بالقوه برای ارتقاء سلامت دهان را فهرست کنید
 - یافته‌های کلیدی در مرورهای انجام شده در مورد تأثیر ارتقاء سلامت دهان را مختصراً شرح دهید
- این فصل با فصول زیر ارتباط دارد:
- آشنایی با مبانی سلامت جامعه (فصل ۱)
 - عوامل تعیین‌کننده و تعاریف سلامت (فصل ۲ و ۳)
 - رویکردهای مطرح در «سلامت جامعه» برای پیشگیری (فصل ۴)
 - مروری کلی بر تغییر رفتار (فصل ۶)
 - آموزش سلامت دهان در کلینیک دندانپزشکی (فصل ۷)

مقدمه

بیماری‌های دهان تعداد زیادی از افراد را درگیر کرده و درد و ناراحتی زیادی ایجاد می‌نمایند. بنابراین تأثیر آنها هم بر فرد و هم، در سطح وسیع‌تر، بر جامعه قابل توجه است. برخلاف اکثر بیماری‌های مزمن دیگر، علل بیماری‌های دهان به خوبی معلوم گردیده و روش‌های پیشگیری مؤثر متعددی شناخته شده است. با این وجود خدمات درمانی بر همه سیستم‌های مراقبت سلامت دهان غالب است. در انگلستان برخلاف این واقعیت که خدمات درمانی هیچگاه در از بین بردن علل بیماری‌های دهان موفق نیستند (Blinkhorn 1998)، فقط بخش بسیار کوچکی از بودجه دندانپزشکی NHS برای پیشگیری صرف می‌شود.

مواردی برای بحث:

براساس آنچه که در فصل ۱ و ۲ خوانده‌اید، دلایل اینکه چرا پیشگیری چنین اولویت پایینی در NHS دارد را مختصراً شرح دهید.

اگر خدمات درمانی به تنهایی قادر به مبارزه مؤثر با بیماری‌های دهان نیستند، آنگاه انتخاب‌های دیگری باید موردنظر قرار گیرد. اخیراً، تاحدی در پاسخ به محدودیت‌های شناخته شده خدمات درمانی در بهبود سلامت جامعه، نهضت ارتقاء سلامت آغاز شده است. با هزینه‌های در حال افزایش و پذیرش عمومی بیشتر این مطلب که پزشکان و دندانپزشکان قادر به معالجه اکثر بیماری‌های مزمن نیستند، توجه بیشتری بر روش‌های جایگزین برای مقابله با مشکلات سلامت معطوف شده است.

تکامل تاریخی ارتقاء سلامت

ریشه‌های ارتقاء سلامت به کارهای پیشگامان عرصه «سلامت جامعه» در قرن نوزدهم برمی‌گردد. در آن زمان، صنعتی شدن سریع، منجر به ایجاد شرایط کاری و زندگی نامناسب و شلوغ برای اکثر طبقه‌های کاری در شهرک‌های صنعتی بزرگ بریتانیا شد. این شرایط اجتماعی ترسناک، طبعاً باعث همه‌گیری بیماری‌های عفونی که در جمعیت گسترش یافته و به عنوان تهدیدی برای ثبات اجتماعی در نظر گرفته شدند گردید. مصلحان اجتماعی برجسته مثل Edwin Chadwick و Southwood Smith نیاز به بهبود شرایط اجتماعی از طریق اصلاحات شهری را مطرح کردند. در سال ۱۸۷۵، یک قانون «سلامت جامعه» برای کنترل منابع آب، دفع زباله، و کبچ حیوانات در شهرها و شهرک‌های صنعتی وضع گردید. این روش‌ها، تأثیر قابل توجهی بر کاهش شیوع بیماری‌های عفونی، بسیار قبل از آنکه پزشکی کلینیکی حتی طبیعت پاتوزنیک این عفونت‌ها و یا آنتی‌بیوتیک‌ها را کشف کند، داشت.

تا اواخر قرن نوزدهم، از آنجا که خطر همه‌گیری بیماری کاهش یافت، توجهات از روش‌های محیطی برای بهبود سلامت به سمت روش‌هایی که اهمیت آموزش افراد برای مقابله با خطرات بیماری را مورد توجه قرار می‌داد، سوق پیدا کرد. این رویکرد آموزشی به نحو فزاینده‌ای توسط حرفه پزشکی حکمفرما گردید و بنابراین برای هر بیماری اختصاصی (Disease-Specific) بود. در تلاش برای تغییر عادات و رفتارهای شخصی، عملیات اطلاع‌رسانی، اغلب با استفاده از روش‌های ایجاد وحشت، برای گروه‌های هدف پرخطر انجام می‌شد. اداره آموزش سلامت (Health Education Council) (که بعداً به عنوان «مرجع {Authority} آموزش سلامت» شناخته شد) در سال ۱۹۶۸

شکل گرفت تا برنامه‌های ملی برای آموزش عموم ترتیب دهد. (در سال ۲۰۰۰، مرجع آموزش سلامت تعطیل شد و «تهاد توسعه سلامت» {Health Development Agency} ایجاد گردید).

در سال ۱۹۷۴، Marc Lalonde که بعداً وزیر بهداشت کانادا شد، مطلبی با عنوان «نگاهی نوین به سلامت کانادایی‌ها» را منتشر نمود که در آن اینگونه بحث کرد که علل عمده مرگ و بیماری، علل محیطی؛ رفتارهای فردی و عوامل مربوط به شیوه زندگی هستند تا خصوصیات زیست پزشکی (Lalonde 1974). این مطلب، به نحو قابل ملاحظه‌ای در تغییر جهت دیگر باره توجه از روش انفرادی زیست پزشکی به سمت نگرش وسیع‌تر «سلامت جامعه» مؤثر بود. این امر متعاقباً منجر به این شد که WHO یک سری از کنفرانس‌های بین‌المللی ارتقاء سلامت را ترتیب دهد که توسعه و اجرای نهضت نوین ارتقاء سلامت را تسهیل کرد. اولین مورد از این کنفرانس‌های WHO، در اتاوا در سال ۱۹۸۶، به طور خاص از جهت تعریف مفهوم و توان بالقوه ارتقاء سلامت اهمیت داشت (WHO 1986).

منشور اتاوا پنج حیطه عمل کلیدی به صورت زیر را مطرح کرد:

- ۱- ایجاد محیط‌های حمایت‌کننده (Creating supportive environments): شناخت تأثیر محیط بر سلامت و شناسایی فرصت‌هایی برای ایجاد تغییرات منجر به سلامت.
- ۲- ایجاد «سیاست عمومی» سالم (Building healthy public policy): معطوف کردن توجه بر تأثیر سیاست‌های عمومی همه بخش‌ها، و نه فقط بخش سلامت، بر سلامت.
- ۳- تقویت فعالیت جامعه (Strengthening community action): توانمندسازی افراد و جوامع در فرآیندهای اولویت‌بندی، تصمیم‌گیری، طراحی و اجرای راهبردها، به منظور کسب سلامت بهتر.
- ۴- توسعه مهارت‌های فردی (Developing personal skills): حرکتی فراتر از انتقال اطلاعات، به منظور ارتقاء درک افراد، و حمایت از توسعه مهارت‌های فردی و اجتماعی و سیاسی که افراد را قادر می‌سازد تا در جهت ارتقاء سلامت اقدام کنند.
- ۵- جهت دهی مجدد به خدمات سلامت (Reorienting health services): سوق دادن تمرکز از مسئولیت فراهم آوردن خدمات درمانی و کلینیکی به سمت هدف کسب سلامت. این حیطه‌های کلیدی سلسله اقدامات مفیدی را به منظور احاطه بر رویکردهای وسیع و متفاوتی که برای ارتقاء سلامت مورد نیاز است معین می‌کند (شکل ۱-۵). بعداً در همین فصل محدوده این حیطه‌ها، با اشاره به سلامت دهان، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

تعاریف و مبانی ارتقاء سلامت

تعاریف متنوعی از ارتقاء سلامت شده است که با یکدیگر تفاوت‌های ظریفی از نظر رویکرد و موارد مورد تأکید دارند. با این وجود تعریف WHO (1984)، روح و معنا را به خوبی دربردارد:

ارتقاء سلامت باید به ارائه مفهوم واحدی برای آنان که نیاز به تغییر در روش‌ها و شرایط زندگی به منظور ارتقاء سلامت را شناخته‌اند، برسد. ارتقاء سلامت یک راهبرد واسطه‌ای بین افراد و محیط را ارائه می‌کند که انتخاب‌های شخصی و مسئولیت اجتماعی را به منظور خلق یک آینده سالم‌تر، ترکیب می‌نماید.

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION
CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



AN INTERNATIONAL CONFERENCE
ON HEALTH PROMOTION
The moves towards a new public health

UNE CONFÉRENCE INTERNATIONALE
POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
Vers une nouvelle santé publique

November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

17-21 novembre 1986 Ottawa (Ontario) Canada

شکل ۱-۵- منشور اتاوا برای ارتقاء سلامت. (WHO 1986)

ارتقاء سلامت سه جزء مهم دارد:

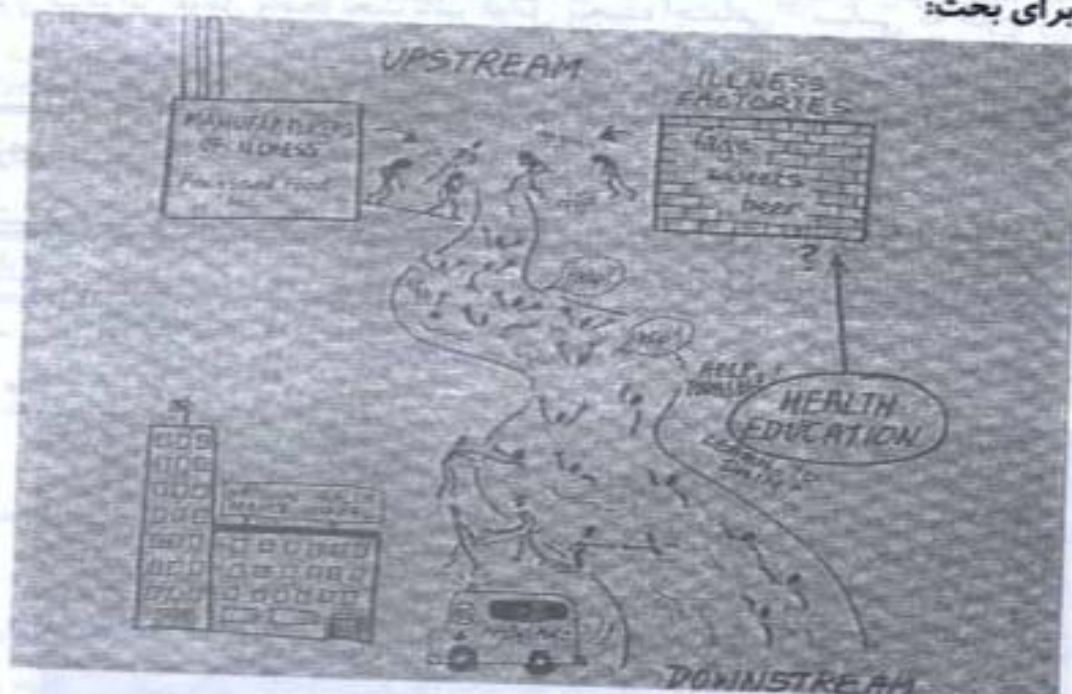
- تمرکز بر دست و پنجه نرم کردن با عوامل تعیین کننده سلامت
- تشریک مساعی با یک سلسله از نهادها و بخش‌ها
- در پیش گرفتن یک رویکرد راهبردی که از یک سلسله از اقدامات مکمل برای ارتقاء سلامت جمعیت بهره می‌برد.

عوامل تعیین کننده سلامت

ارتقاء سلامت بر عوامل تعیین کننده سلامت، شامل عوامل اجتماعی - اقتصادی و عوامل محیطی؛ و همچنین عوامل فردی رفتاری مرتبط با سلامت تمرکز می‌کند (فصل ۲ را برای توضیح کامل در مورد عوامل تعیین کننده سلامت ببینید). بنابراین، ارتقاء سلامت تلاش می‌کند تا با توجه داشتن به کنترل محدودی که بسیاری از افراد اغلب بر سلامت خود دارند، از رویکرد متهم کردن قربانی اجتناب کند. در گذشته متخصصین سلامت، مجموعه پیچیده‌ای از عوامل را که بر رفتار انسانی تأثیر می‌گذارند و آن را تعیین می‌کنند در نظر نمی‌گرفتند و نتیجتاً، به

غلط فرض می‌کردند که افراد همیشه قادر به اصلاح اجزاء شیوه زندگی‌شان هستند. چنین رویکرد محدودی اغلب به ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار منجر نشده است. بنابراین، یک مسأله اصلی مورد تأکید در ارتقاء سلامت، تبدیل انتخاب‌های سالم به انتخاب‌های ساده با معطوف کردن توجه به قسمت بالای رودخانه است (Milio 1986).

مواردی برای بحث:



بالای رودخانه - پایین رودخانه!

آنجا، کنار ساحل یک رودخانه که به سرعت جریان دارد می‌ایستم و صدای فریاد یک انسان در حال غرق شدن را می‌شنوم. بنابراین به داخل رودخانه می‌پریم، بازوهایم را دور او حلقه می‌کنیم، او را به ساحل می‌کشانیم و به او تنفس مصنوعی می‌دهیم. به محض اینکه او شروع به تنفس می‌کند، فریاد دیگری برای کمک خواستن بلند می‌شود. بنابراین به داخل رودخانه می‌پریم به او می‌رسم، او را به ساحل می‌کشانیم و به او تنفس مصنوعی می‌دهیم و به محض اینکه او شروع به تنفس می‌کند، صدای فریاد دیگری برای کمک بلند می‌شود. بنابراین به داخل رودخانه باز می‌گردم. بدون پایان، این توالی تکرار می‌شود. شما می‌دانید که من آنقدر مشغول پریدن به داخل رودخانه، کشاندن افراد به ساحل و دادن تنفس مصنوعی هستم که وقتی برای اینکه ببینم کدام آدم شیطان صفتی در بالای رودخانه، این افراد را به داخل آب هل می‌دهم ندارم (McKinlay 1979).

به زبان «ارتقاء سلامت» چه عواملی در قسمت بالای رودخانه در فعالیتند و در جامعه ایجاد بیماری می‌کنند؟

به عنوان فردی که برای ارتقاء سلامت کار می‌کند، محدودیت‌های فعالیت کردن فقط در قسمت پایین رودخانه چیست؟

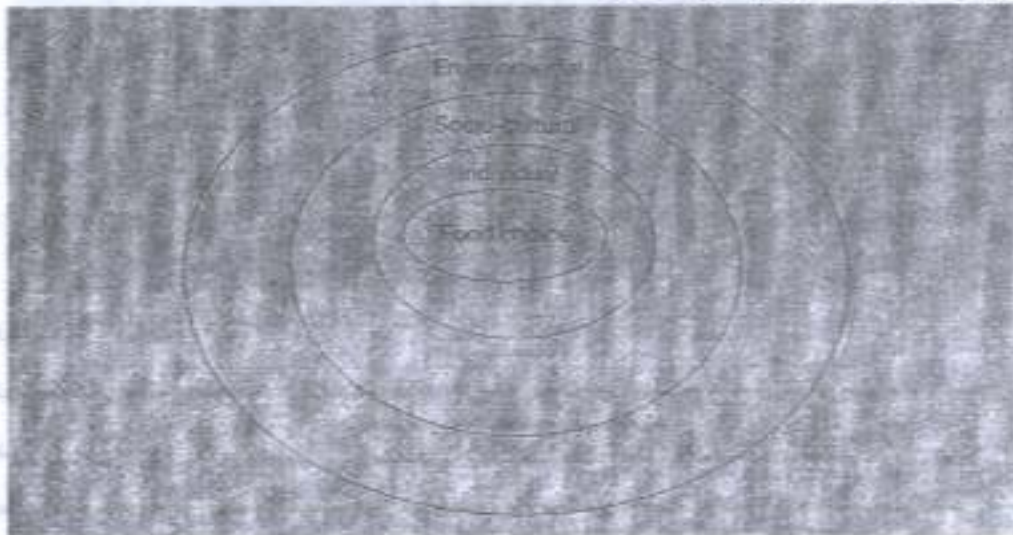
برای ارتقاء سلامت دهان، چه تغییراتی در بالای رودخانه باید انجام گیرد؟

عوامل بنیادی تعیین‌کننده سلامت دهان به مصرف قندهای غیرشیری خارجی (*NMES : non-milk extrinsic*) *sugars* و کنترل مؤثر پلاک در دهان مربوط می‌شوند. سایر عواملی که بر سلامت دهان مؤثرند شامل مواجهه با فلوراید به میزان مطلوب، و استفاده مناسب از مراقبت دندانپزشکی با کیفیت است. اثرات مصرف زیاد الکل و استعمال دخانیات بر سلامت دهان هم باید مورد توجه قرار گیرد. اگر چه همه این عوامل می‌تواند در سطح فردی مورد اصلاح قرار گیرد، این عوامل واضحاً تحت تأثیر عوامل پیچیده اجتماعی - سیاسی که خارج از کنترل بسیاری افراد می‌باشد هستند.

مواردی برای بحث:

غذاها و نوشیدنی‌هایی که افراد انتخاب می‌کنند، از مجموعه پیچیده‌ای از عواملی که در سطوح مختلف عمل می‌کنند، تأثیر می‌پذیرد. شکل زیر، این عوامل را در سطوح جداگانه فردی، اجتماعی - فرهنگی و محیطی قرار می‌دهد.

حداقل سه مثال برای هر کدام از این گروه‌ها بزنید.



تشریک مساعی (Working in partnership)

مشارکت جامعه، یک جزء ضروری ارتقاء سلامت است. درگیری فعال جامعه محلی در همه ابعاد، از شناختن موضوعات مربوط به سلامت تا راه‌های آغاز کردن تغییر، یک اصل اساسی است. بنابراین یکی از نقش‌های کلیدی دست‌اندرکاران سلامت توانا کردن جوامع و پرورش دادن ارتقاء سلامت در جوامع است.

با توجه به عوامل زمینه‌ای وسیع و مختلف تعیین‌کننده سلامت و تمرکز بر آنها، کار چند بخشی (*multi-sectorial working*) یک جزء کلیدی ارتقاء سلامت است. بخش‌های بسیاری در جامعه، مثلاً بخش‌های دولتی، خدمات آموزشی، کشاورزی، اجتماعی و سلامت و همین‌طور بخش داوطلب، همگی اثر واضحی بر سلامت دارند. اینکه این نهادهای مختلف با یکدیگر کار کنند تا مطمئن شوند سیاست‌های ارتقاء سلامت استقرار یافته‌اند؛ اجرا می‌شوند؛ پایش می‌گردند و مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، ضروری است (باکس ۱-۵).

باکس ۱-۵- طرف‌های مشارکت در سلامت دهان

- دست‌اندرکاران سلامت، مثل دکترها، مراقبان سلامت، داروسازها و پرستاران منطقه‌ای.
- خدمات آموزش، مثل معلمین، مدیران مدارس، والدین.
- پرسنل مراجع محلی، مثل مراقبان (Carer)، بخش‌های برنامه‌ریزی، کارکنان اجتماعی، پرسنل فراهم آورنده امکانات در خانه‌های مراقبت، سیاستمداران محلی.
- بخش داوطلب مثل *Mind, Terrence Higgins Trust, Pre-school Learning Alliance, Age Concern*.
- تجارت و صنعت مثل خرده‌فروشان مواد غذایی، تولیدکنندگان مواد غذایی، صنعت تبلیغات، صنعت آب.
- حکومت، محلی، ملی و بین‌المللی.

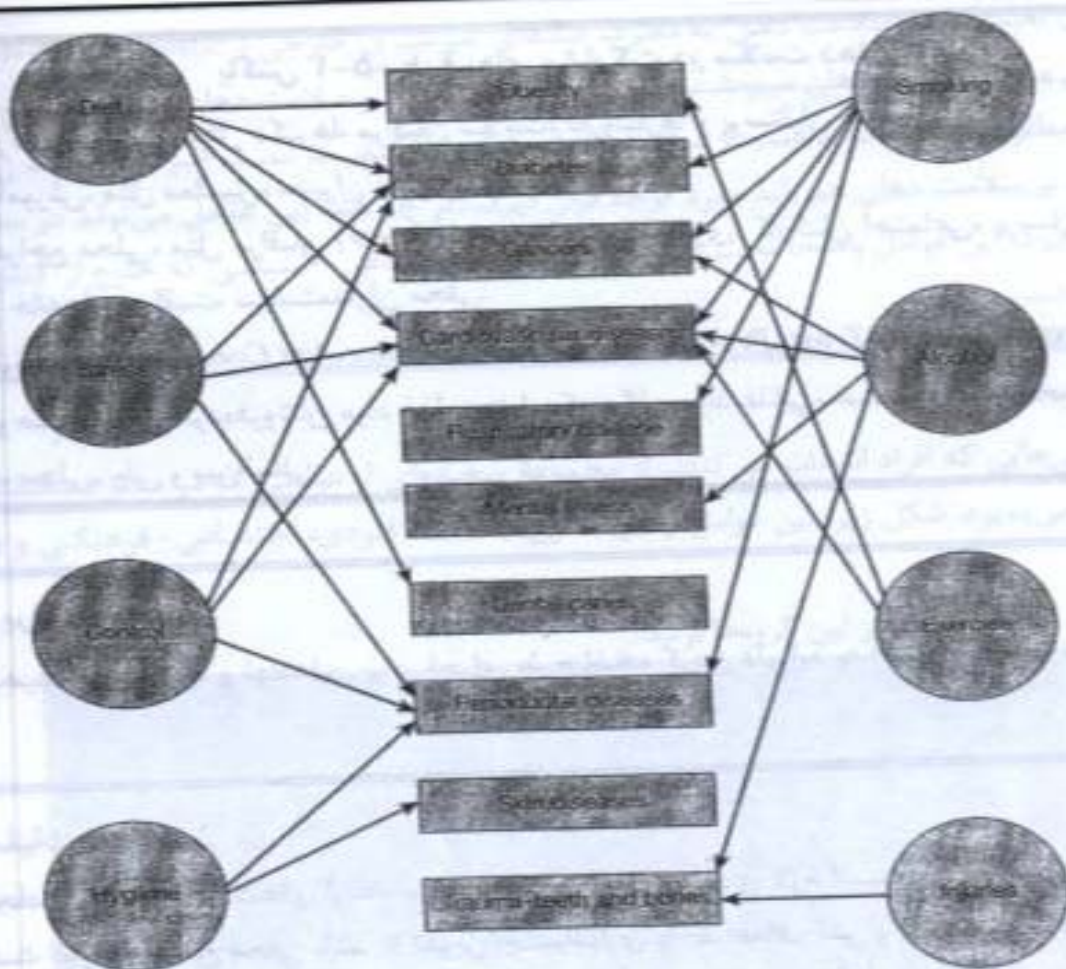
مواردی برای بحث:

توضیح دهید که چه افراد و نهادهایی برای اجرای طرح اضافه کردن فلوراید به آب یک منطقه باید درگیر شوند.

عملیات راهبردی

برای ایجاد و توسعه سیاست‌های ارتقاء سلامت یک رویکرد راهبردی لازم است. یک راهبرد باید مبتنی بر ارزیابی درست نیازها و منابع محلی باشد تا تدوین چشم‌اندازی واجد اهداف کلی و اختصاصی واضح و شناخته شده را امکان‌پذیر سازد. بسیاری از مشکلات سلامت، عوامل خطر مشترکی دارند؛ مثلاً داشتن یک رژیم غذایی غیر سالم که سرشار از چربی و قند است و فیبر کم دارد، می‌تواند منجر به چاقی، بیماری عروق کرونر قلب، دیابت و همچنین پوسیدگی دندان شود. بنابراین، راهبردهای ارتقاء سلامت که مبتنی بر رویکرد عامل خطر مشترک (*Common risk-factor approach*) باشند، توان بالقوه‌ای برای مبارزه مؤثر با مشکلات سلامت به صورت دسته‌جمعی دارند (*Sheiham and Watt 2000*). این روش، هم مؤثرتر بودنش در درازمدت قابل اثبات است و هم از نظر استفاده بهینه از منابع بهتر است. کسانی که برای ارتقاء سلامت دهان فعالیت می‌کنند باید همکاری نزدیک با آنها که در زمینه ارتقاء سلامت عمومی کار می‌کنند داشته باشند. آنها واجد نقش کلیدی قراردادن مسائل سلامت دهان در میزبانی وسیع‌تر ارتقاء سلامت هستند. (رویکرد عامل خطر مشترک با جزئیات بیشتر در فصل ۲ آمده است).

ارتقاء سلامت به جای تمرکز صرف بر افرادی که خطر ابتلا به بیماری‌های خاصی را دارند، جمعیت را به عنوان یک کل و در محیط زندگی روزمره‌شان دربر می‌گیرد. ارتقاء سلامت می‌تواند تلاش کند از طریق بالا بردن مزایای مثبت رفتارهای سالم، بر هنجارهای اجتماعی در جامعه تأثیر بگذارد. بنابراین ارتقاء سلامت می‌تواند از ترکیبی از راهبردهای «متمرکز بر کل جمعیت» (*Whole-population strategy*) و «متمرکز بر پرخطری» (*High-risk strategy*)، به منظور قادر کردن افراد به کنترل سلامت خود و پذیرفتن مسئولیت سلامت خود، بهره‌بردار (فصل ۴، خصوصیات این دو رویکرد را مختصراً شرح می‌دهد).



شکل ۲-۵- رویکرد عامل خطر مشترک. (برگرفته از Sheiham and Watt 2000).

مواردی برای بحث:

سطوح پلاک در ۲۰ سال گذشته در جمعیت کاهش یافته است. چه عواملی در این کاهش سهم هستند (عواملی که در سطوح فردی و اجتماعی و در سطح جامعه عمل می‌کنند را در نظر بگیرید)؟

از بین این عوامل سهم، کدام‌ها به نظر شما، بهترین توضیح برای کاهش پلاک در جمعیت هستند؟

ارتقاء سلامت دهان در عمل

ارتقاء سلامت به دنبال این است که از طریق انواع مختلف و متنوعی از راهبردهای مکمل، سلامت را بهبود بخشیده و حفظ کند. پنج حیطة عملی که در منشور اتاوا مطرح گردیده است ساختار مفیدی را برای پیدا کردن راه‌هایی برای ارتقاء سلامت دهان فراهم می‌سازد (WHO 1986).

توسعه مهارت‌های فردی (Developing personal skills)

توسعه مهارت‌های فردی و اجتماعی می‌تواند از طریق آموزش سلامت حاصل شود. آموزش سلامت را می‌توان به صورت فرصت‌های خلق شده برای یادگیری‌ای که اختصاصاً بر دستیابی به یک هدف مربوط به سلامت تمرکز دارد تعریف کرد (WHO 1984). سه گونه هدف آموزشی پایه‌ای وجود دارد:

- ۱- شناختی (*Cognitive*): که به دادن اطلاعات و افزایش دانش مربوط می‌شود.
 - ۲- نگرشی (*Affective*): که به واضح ساختن، شکل دادن، یا تغییر دادن نگرش‌ها (*Attitudes*)، باورها (*Beliefs*)، ارزش‌ها (*Values*)، یا عقاید (*Opinions*) مربوط می‌شود.
 - ۳- رفتاری (*Behavioural*): که به توسعه مهارت‌ها و اعمال مربوط می‌شود.
- بنابراین هدف آموزش سلامت، اساساً مجهز کردن افراد و/یا جوامع به دانش، نگرش و مهارت‌های لازم برای حفظ و بهبود سلامت می‌باشد. از این رو، آموزش سلامت را می‌توان به عنوان یکی از راهبردهای ارتقاء سلامت که به طور ویژه به ارتقاء انواعی از تغییرات آموزشی می‌پردازد در نظر گرفت.

به طور سنتی آموزش سلامت دهان به دنبال این بوده است که دانش بیماران را در مورد نقش قند و پلاک در اتیولوژی بیماری‌های دندانی بالا ببرد. ابتدائاً چنین برنامه‌هایی تا حد زیادی محدود به مدارس بودند. اخیراً آموزش سلامت دهان اهداف خود را گسترش داده است تا شامل فعالیت‌هایی نه تنها در جهت بهبود دانش، بلکه توسعه مهارت‌های مناسب مربوط به سلامت دهان هم باشد. بهبود مراقبت شخصی اکنون به عنوان امری واجد اهمیت بنیادی دیده می‌شود. همچنین اکنون برنامه‌ها به سمت گروه‌های بزرگتر در جامعه، مثل سایر دست‌اندرکاران و مراقبان سلامت و آموزش جهت‌دهی می‌شود (*Watt and Fuller 1999*). (مرور مفصل‌تر آموزش سلامت دهان در فصل ۷ ارائه شده است).

تقویت فعالیت جامعه (*Strengthening community action*)

این امر می‌تواند از طریق ایجاد و گسترش یک رویکرد «توسعه جامعه» حاصل شود (*A community development approach*). این رویکرد شامل ایجاد تحرک (*Mobilization*) در هر دو نوع منابع انسانی و مادی است. این روندی است که در آن جامعه نیازهای سلامت خود را تعریف می‌کند؛ تعیین می‌کند که چگونه این نیازها به بهترین نحو برآورده شود؛ و سپس فعالیت مناسب را انجام می‌دهد.

مزایای این رویکرد این است که نقطه آغاز آن نگرانی‌های افراد است و بنابراین بیشتر احتمال جلب حمایت دارد؛ فعالیت آن متمرکز بر علل سلامت ناکافی که توسط افراد مبتلا شناسایی شده است می‌باشد؛ و مهارت‌ها و اطمینانی که توسط جامعه ایجاد شده است می‌تواند منجر به بهبود پایدار در سلامت شود. مشکلات پذیرفتن این رویکرد شامل طبیعت زمانبر این کار؛ سخت بودن ارزیابی؛ و تعارض‌های بالقوه‌ای که ممکن است در جامعه برای تعیین اولویت‌ها و شناسایی راه‌حل‌های ممکن رخ دهد، می‌باشد.

دست‌اندرکاران سلامت که درگیر طرح‌های «توسعه جامعه» می‌شوند باید شکل متفاوتی از کار را برای موفق شدن این طرح‌ها، در پیش گیرند. به جای کارشناس بودن، آنها باید بیشتر به عنوان تسهیل‌کننده و پیش‌برنده در سطح جامعه عمل کنند. این امر نیازمند مهارت‌هایی در مشاوره، توانمندسازی و برقراری ارتباط می‌باشد. تشکیل گروه‌های «به خود کمک‌کننده» (*Self-help*)، که در آن افرادی که مشکلات سلامت دهان خاصی دارند تجربه‌های خود را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند و راه‌حل‌ها را شناسایی می‌کنند، یک مثال سلامت دهان در مورد فعالیت جامعه است (*Fiske et al. 1995*). شبکه‌ای از کافه‌ها و تعاونی‌های مواد غذایی بین همسایه‌های محروم در گلاسکو، که دسترسی به غذاهای سالم و ارزان مورد نیاز ندارند تشکیل شده است. چنین رویکردی انتخاب کردن غذاهای سالم بین این گروه‌ها را تسهیل می‌کند (*McGlone et al. 1999*).

جهت‌دهی مجدد به خدمات سلامت (Reorienting health services)

مسئولیت ارتقاء سلامت در سیستم خدمات سلامت، بین بسیاری از حرفه‌های مربوط به سلامت و در سطوح مختلف مراقبت سلامت تقسیم می‌شود. همه باید برای ایجاد سیستم مراقبت سلامتی که در پیگیری سلامت مشارکت مثبت داشته باشد یا یکدیگر کار کنند. نیاز است که منابع از خدمات غالب درمانی و معالجه‌ای به سمت خدماتی که سلامت را ارتقاء دهد و از بیماری‌ها پیشگیری نماید سوق پیدا کند. بنابراین، ارتقاء سلامت دهان به دنبال توسعه و ارتقاء دندانپزشکی به این صورتی که هست نمی‌باشد. در عوض، ارتقاء سلامت دهان باید شامل توسعه مراقبت‌های دهانی مناسب و با کیفیت، که تأکید بیشتری بر مراقبت پیشگیرانه و راه‌های حمایت و حفظ سلامت دهان در سیستم مراقبت سلامت دهان دارد باشد.

جهت‌دهی مجدد به سمت ارتقاء سلامت نیاز به تغییراتی در بسیاری از ابعاد خدمات سلامت دارد. تربیت و آموزش دست‌اندرکاران سلامت باید از طریق تأکید بیشتر بر رشته‌هایی که اساس پیشگیری و ارتقاء سلامت را تشکیل می‌دهند، اصلاح شود. مکانیسم‌های تأمین مالی باید دندانپزشکان را تشویق به پیشگیری کند و در فعالیت‌های پژوهشی باید اولویت بیشتری برای موارد مربوط به ارتقاء سلامت قائل شد.

ایجاد «سیاست عمومی» سالم (Building healthy public policy)

سیاست قانونگذاری و تنظیم‌کننده‌ای که در هر دو سطح محلی و ملی وضع می‌شود می‌تواند از طریق خلق یک محیط اجتماعی که سلامت را حفظ می‌کند یا بهبود می‌بخشد، تأثیری بسیار قوی بر سلامت داشته باشد. بنابراین، یک جزء کلیدی ارتقاء سلامت، قرارداد سلامت در دستور کار سیاست‌گذاری تصمیم‌گیرندگان تأثیرگذار است. مثالی در مورد سلامت دهان، قانونگذاری لازم برای اضافه کردن فلوراید به منابع آب عمومی است. مثال دیگر، وضع قوانین سخت‌تر در مورد برجسب زدن روی غذاها و نوشیدنی‌های فرآوری شده می‌باشد. برای چنین قانونگذاری‌هایی در آینده، شاغلین حرف دندانپزشکی باید با بخش‌های حکومتی رایزنی کنند و در فرآیندهای سیاسی که باعث تسهیل تغییرات لازم می‌گردد، درگیر شوند. سازمان‌های حرفه‌ای مثل انجمن دندانپزشکی بریتانیا می‌توانند الگوهایی را که توسط گروه‌های پزشکی فراهم شده است دنبال کنند و مدافع ارتقاء سیاست عمومی که سلامت دهان را بهبود می‌بخشد گردند.

بهای محصولات و خدمات عامل مهمی در تعیین دریافت و استفاده از آنهاست. سیاست مالی بخشی از ارتقاء سلامت است که به دنبال اثرگذاری بر قیمت مواردی که بر سلامت تأثیرگذار است، می‌باشد. در حال حاضر، انتخاب‌های غیرسالم اغلب از گزینه‌های سالم ارزان‌ترند. یک مثال مهم در این زمینه غذاها و نوشیدنی‌هایی است که از طرف اتحادیه اروپایی به آنها یارانه تعلق می‌گیرد که در حال حاضر به سمت تولید موارد غیرسالم گرایش دارد. روش‌های مالی که بهای محصولات سالم را کاهش دهد تعداد بیشتری از افراد را قادر می‌سازد که گزینه‌های سالم را انتخاب کنند. همچنین واضح است که روش‌های مالی به صورت وضع مالیات می‌تواند برای افزایش دادن قیمت محصولات غیرسالم و در نتیجه کم کردن قابلیت خرید آنها به کار رود که واضح‌ترین مثال در این مورد، سیگار است. با این حال این کار ممکن است در حقیقت باعث افزایش فشار بر محروم‌ترین اقشار جامعه که اغلب بیشترین وابستگی را به محصولات غیرسالم دارند گردد و منجر به بدتر شدن وضعیت سلامت فقیرترین افراد جامعه شود (Marsh and McKay 1994).

ایجاد محیط‌های حمایت‌کننده (Creating supportive environments)

این جنبه از ارتقاء سلامت، تأثیر محیط بر سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد و به دنبال شناسایی فرصت‌هایی برای ایجاد تغییرات منجر به سلامت بهتر می‌گردد. البته سیاست‌های عمومی سالم می‌تواند چارچوب قانونگذاری برای تغییرات محیطی فراهم کند که اضافه کردن فلوراید به آب آشامیدنی بهترین مثال در این زمینه است. علاوه بر تغییر در سطح ملی، فعالیت‌هایی در سطح محلی هم می‌تواند انجام شود؛ مثلاً سیاستگذاری‌هایی در سازمان‌های محلی مثل مدرسه، محیط‌های کار و بیمارستان به منظور ارتقاء سلامت، تغییر سازمانی نامیده می‌شود. مثال‌ها شامل ایجاد محیط‌های ممنوع برای استعمال دخانیات، و امکانات ورزشی و سرویس‌های تغذیه که در آن مشتریان می‌توانند گزینه‌های سالم مثل غذاها و نوشیدنی‌های بدون قند انتخاب کنند می‌باشد. مزایای بالقوه چنین سیاست‌هایی برای سلامت دهان زیاد است. این شیوه کار، از طریق ابتکاراتی مثل «برنامه مدارس ارتقاء دهنده سلامت»، به صورت فعال مورد حمایت WHO است (WHO 1997).

مواردی برای بحث:

مصرف مکرر NMES یک علت اساسی پوسیدگی دندانی است. با استفاده از منشور اتاوا به عنوان الگو، سلسله انتخاب‌هایی را که می‌تواند برای کاهش مصرف NMES به کار رود بیان کنید.

رویکردهای متفاوت برای ارتقاء سلامت

رویه ارتقاء سلامت بسته به فلسفه و مهارت‌های عمل‌کنندگان و جایگاه (Setting) فعالیت می‌تواند به روش‌های متعدد متفاوتی انجام شود.

برای نشان دادن تنوع راه‌های کارکردن در ارتقاء سلامت، پنج رویکرد متفاوت برای ارتقاء سلامت در زیر مورد بحث قرار می‌گیرد. برای فهم بهتر، مثال‌های سلامت دهان آورده خواهد شد. پنج رویکرد عبارتند از:

- پیشگیرانه (Preventive)؛
- تغییر رفتار (Behaviour change)؛
- آموزشی (Educational)؛
- توانمندسازی (Empowerment)؛
- تغییر اجتماعی (Social change)؛

رویکرد پیشگیری

هدف این رویکرد کاهش سطوح بیماری است و در آن شاغلین حرف پزشکی و دندانپزشکی سررشته امور را به دست می‌گیرند. این رویکرد یک شیوه عمل بسیار آمرانه و بالا به پایین را در پیش می‌گیرد که در آن دست‌اندرکاران سلامت به عنوان کارشناس عمل می‌کنند و بیمار، دریافت‌کننده غیرفعال مراقبت پیشگیرانه است. (در این رویکرد) مداخلاتی مثل تست‌های غربالگری یا فعالیت‌های کلینیکی مثل ایمن‌سازی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مثال‌های سلامت دهان می‌تواند روش‌های پیشگیری‌ای مثل فیشورسیلنت یا برقراری یک برنامه غربالگری برای یافتن موارد سرطان دهان و پیشگیری از آن باشد. یکی از محدودیت‌های عمده این روش کار این است که این

روش علل زیربنایی بیماری را مورد توجه قرار نمی‌دهد. بنابراین موارد جدید دائماً ایجاد شده و نیاز به رسیدگی خواهند داشت.

تغییر رفتار

این رویکرد متمرکز بر تشویق افراد به قبول کردن مسئولیت سلامتشان و پذیرفتن یک شیوه زندگی سالم‌تر می‌باشد. این رویکرد تا حد زیادی مبتنی بر این فرض است که فراهم آوردن اطلاعات منجر به تغییر پایدار در رفتار خواهد شد. این روش، رویکردی است که توسط کارشناسان هدایت می‌شود (*Expert-led approach*) و از یکسری روش‌ها شامل آموزش و توصیه فردی و عملیات رسانه‌های گروهی بهره می‌برد. تغییرات مطلوب در شیوه زندگی توسط افراد حرفه‌ای تعیین می‌شود و عمدتاً به بیمار تحمیل می‌گردد.

توصیه‌های آموزش سلامت که در مطبها توسط دندانپزشکان و برای بهبود مهارت‌های بهداشت دهان ارائه می‌شود مثالی از این رویکرد است که عموماً در حرفه دندانپزشکی پذیرفته شده است.

رویکرد آموزشی

برای اینکه افراد تصمیم‌های آگاهانه در مورد رفتارهای مرتبط با سلامت خود بگیرند نه تنها نیاز به دانش دارند بلکه باید مهارت‌ها و نگرش‌هایی که این اطلاعات را تقویت می‌کنند، را هم داشته باشند. رویکرد آموزشی متمرکز بر فراهم آوردن این موارد برای افراد است. اما برخلاف رویکرد تغییر رفتار، این رویکرد به دنبال ترغیب یک فرد برای تغییر در یک جهت مشخص نیست؛ به جای آن تلاش می‌کند تا گزینه‌های مختلفی برای افراد فراهم کند که در این صورت آنها قادرند به آنچه که انتخاب می‌کنند، عمل کنند.

این رویکرد ممکن است از یک سلسله روش‌ها برای کمک کردن به افراد به منظور انجام یک انتخاب صحیح در مورد رفتار مرتبط با سلامت خود استفاده کند. علاوه بر فراهم آوردن اطلاعات، فرصت‌هایی برای جستجو و به اشتراک گذاردن باورها و نگرش‌ها در مورد مسائل سلامت ممکن است خیلی مهم باشد. اگر چه نگرش‌ها به دلیل اینکه در طول زندگی یک فرد شکل گرفته‌اند ممکن است بسیار سخت تغییر کنند، بحث‌های گروهی یا مشاوره فردی ممکن است تجربه‌های مفیدی برای قادر کردن افراد به پیدا کردن مبنای باورهایشان باشد. اگر چه رویکرد آموزشی به دنبال بالا بردن توانایی کلی یک فرد برای انتخاب یک شیوه زندگی سالم است، این رویکرد کماکان عمدتاً توسط افراد متخصص هدایت می‌شود و گستره وسیعی از عواملی که تعیین می‌کنند آیا یک فرد فرصت یا منابع برای تغییر دارد را در نظر نمی‌گیرد.

مثال‌های سلامت دهان این رویکرد شامل برنامه‌های آموزشی در مدارس مثل "*Natural Nashers*" که در آن بچه‌های مدرسه‌ای در مورد موضوعات مربوط به سلامت، در برنامه آموزشی، آموزش می‌بینند، می‌باشد (*Craft*, 1984).

توانمندسازی (*Empowerment*)

هدف این روش کمک به افراد برای شناسایی مشکلات و اولویت‌های خود، و توسعه اعتماد و مهارت برای رسیدگی به این موضوعات می‌باشد. برخلاف رویکردهای دیگر توانمندسازی اساساً یک رویکرد پایین به بالا است که در آن دست‌اندرکاران سلامت به عنوان تسهیل‌کننده عمل می‌کنند. این نقش به جای کارشناس بودن، شامل کمک

به افراد و جامعه برای شناسایی مشکلاتشان و جستجوی راه‌حل‌های مناسب برای پیشبرد کار است. مهارت در مذاکره، مدافعه (Advocacy) و ایجاد ارتباط موارد اساسی لازم برای آن دسته از دست‌اندرکاران سلامت که به این روش کار می‌کنند، می‌باشد.

این رویکرد می‌تواند برای هر دو سطح فردی و جمعیت در پیش گرفته شود. در کلینیک روش‌های مشاوره غیرمستقیم را می‌توان برای افزایش دادن کنترل افراد بر زندگی‌شان بکار برد، اگر چه که این روش به ندرت در دندانپزشکی بالینی استفاده می‌شود. در سطح جمعیت، توسعه جامعه راهی برای توانمندسازی افراد برای اینکه صورت فعالتر در بهبود سلامت و رفاه خود درگیر شوند، می‌باشد.

تغییر اجتماعی

این رویکرد اهمیت عوامل اقتصادی- اجتماعی و محیطی در تعیین سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد. بنابراین هدف آن تغییر محیط‌های فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی به منظور ارتقاء سلامت و رفاه است. اصول این امر نیاز به تغییراتی در خط‌مشی و حمایت سیاسی دارد. رایزنی و طراحی سیاست اجزای کلیدی هستند.

بسیاری از دست‌اندرکاران سلامت اغلب برای کار در چنین حیطه سیاسی‌ای احساس ناراحتی می‌کنند، اما تأثیرگذاری بر سیاستگذاران در سطوح بین‌المللی، ملی و محلی برای حفظ سلامت مناسب ضروری است. مثلاً، در سلامت دهان، اضافه کردن فلوراید به آب آشامیدنی عمده‌تأ یک موضوع سیاسی است که نیاز به فعالیت سیاسی برای اجرا شدن دارد. فقط با کار کردن نزدیک با رفتاری ماهرانه با حکومت ملی و سیاستمداران کشوری پیشرفت در اجرای این روش «سلامت جامعه» که اثر آن ثابت شده است، حفظ خواهد شد (Evans and Lowry 1999).

بهترین رویکرد کدام است؟

هر کدام از رویکردهایی که تشریح شد نقاط قوت و ضعف مشخصی دارد، بنابراین ترکیبی از رویکردها احتمالاً بهترین راه برای ارتقاء سلامت است. دندانپزشکی بالینی عمده‌تأ بر رویکردهای پیشگیرانه و تغییر رفتار متمرکز بوده است، اگر چه، هماهنگی که بعداً در این فصل بحث خواهد شد، اثربخشی این روش کار نشان داده نشده است. شکل ۳-۵ براساس نوع‌شناسی (Beattie ۱۹۹۱)، چارچوب مفیدی را برای تحلیل رویکردهای ارتقاء سلامت ارائه می‌کند.

جایگاه‌های (Settings) ارتقاء سلامت

شناخته شدن اهمیت محیط برای سلامت منجر به این شده است که بسیاری از کسانی که در ارتقاء سلامت کار می‌کنند یک رویکرد جایگاهی را برای کار خود در پیش گیرند. این روش کار فعالیت‌ها را در جایگاه‌های کلیدی که بیشترین اثر را بر سلامت دارند متمرکز می‌کند. جدول ۱-۵ یک سلسله از جایگاه‌ها و اقدامات مکمل مرتبط با ارتقاء سلامت دهان را ارائه می‌کند.

مواردی برای بحث:

با در نظر گرفتن سرطان دهان مثال‌هایی را برای فعالیت‌های ارتقاء سلامت در محل‌هایی که در جدول ۵-۱ فهرست شده است، بیان کنید.



شکل ۳-۵- رویکردها به ارتقاء سلامت.

ارتقاء سلامت مبتنی بر شواهد

در خدمات سلامت نیاز در حال افزایشی برای نشان دادن اینکه مداخلات در دستیابی به اهداف تنظیم شده خود موفق هستند و در نتایج بهبود یافته سلامت سهم دارند، وجود دارد. این فشار بطور مساوی در مورد مداخلات ارتقاء سلامت و مداخلات کلینیکی وجود دارد.

در سال‌های اخیر مرورهای متعددی با موضوع اثربخشی برای ارزیابی کیفیت و تأثیر مداخلات ارتقاء سلامت دهان انجام شده است. (*Brown 1994; Kay and Locker 1996, 1998; Schou and Locker 1994; Sprod et al. 1996*). بطور کلی، این مرورها همگی از روش مشابهی استفاده کرده‌اند: یک جستجوی سیستماتیک متون چاپ شده و چاپ نشده مربوط به ارتقاء سلامت دهان به منظور تعیین تأثیر کلی مداخلات بر یک سلسه از نتایج یافته‌های معمول این مرورها در باکس ۲-۵ نشان داده شده است.

چاپ این مرورها باعث آغاز یک بحث جالب توجه در مورد توسعه آینده خدمات ارتقاء سلامت دهان در NHS شده است. بسیاری از متخصصین ارتقاء سلامت اعلام کرده‌اند که نتایج این مرورهای اثربخشی باید محتاطانه تغییر شوند (*Speller et al. 1997; Health Education Board for Scotland [HEBS] 1996*). این قضیه مورد بحث قرار گرفته است که روش‌هایی که در مرورهای منتشر شده اثربخشی استفاده شده است مناسب ارزیابی مداخلات جدید ارتقاء سلامت نیستند. در فصل ۷ جزئیات ارزیابی روش‌ها و ابزارهای مناسب برای ارزیابی تأثیرات ارتقاء سلامت دهان آورده شده است.

راهبردهای ارتقاء سلامت

در نقاط مختلف جهان حکومت‌های بسیاری راهبردهای «سلامت جامعه» خود را منتشر کرده‌اند تا راهنمایی برای سیاست عمومی و تمرکز فعالیت در بهبود سلامت جمعیتشان باشد. در انگلستان، بخش سلامت اسکاتلند، ولز، انگلیس و ایرلند شمالی همگی اخیراً چارچوب‌های راهبردی برای فعالیت «سلامت جامعه» منتشر کرده‌اند. (وب سایت بخش سلامت را برای جزئیات بیشتر ببینید: www.doh.gov.uk).

Table 9.1 Potential settings, target groups, and activities for oral health promotion

Activity	Settings							Target group						
	Community	Education	Primary Care	Regional	Workplace & national projects	Pre-school	Young Adults people	Older	Disabled people	Professional groups				
Education														
Legislation														
Regulation														
Fiscal														
Organizational change														
Community development														
Reorientation of NHS														

From Daly and Fuller 1996.

جدول ۱-۵- جایگاه‌های بالقوه، گروه‌های هدف و فعالیت‌ها برای ارتقاء سلامت دهان

(برگرفته از 1996 Daly and Fuller)

باکس ۲-۵- یافته‌های معمول مرورهای اثربخشی ارتقاء سلامت دهان

طراحی مطالعات و روش ارزیابی

- بسیاری از مطالعات به طور ضعیف طراحی شده بودند مثلاً گروه‌های شاهد در نظر گرفته نشده بود.
- در اکثر مطالعات ارزیابی محدود بود.
- معیارهای ارزیابی هر جا که استفاده شده بود ارزش محدودی داشت، قابل مقایسه نبود، و مقیاس‌های زمانی ناکافی برای برآورد تغییر در نظر گرفته بود.
- تحلیل داده‌ها بسیار مقدماتی بود.
- به مبانی نظری نوین توجه محدودی شده بود.

اثربخشی مداخلات ارتقاء سلامت دهان

- فلوراید به عنوان یک عامل مؤثر پیشگیری از پوسیدگی باقی می‌ماند.
- دانش یک فرد در مورد سلامت دهان می‌تواند از طریق ارتقاء سلامت دهان بالا رود اما تأثیر طولانی مدت این مسأله آشکار نیست.
- دادن اطلاعات به تنهایی تغییرات طولانی مدت رفتاری ایجاد نمی‌کند.
- تغییرات کوتاه مدت در سطوح پلاک می‌تواند از طریق مداخلات ارتقاء سلامت دهان حاصل شود. این تغییرات در طول زمان حفظ نمی‌شود.
- مداخلات خوب طراحی شده بسیار کمی اثربخشی مداخلات معطوف به کاهش مصرف قند را ارزیابی کرده‌اند.
- به طور کلی هزینه- اثربخشی در مداخلات ارتقاء سلامت دهان برآورد نشده است.
- آگاهی عمومی می‌تواند از طریق فعالیت های رسانه‌های گروهی بالا رود، اما این مسأله در بهبود دانش و تغییر رفتار مؤثر نیست.
- شواهد ناچیزی در مورد اثربخشی غربالگری برای ردیابی زودهنگام سرطان دهان وجود دارد.

(Watt et al. 2001)

همچنین یک سلسله راهبردهای ملی سلامت دهان در سال‌های اخیر منتشر شده است. هدف این اسناد فراهم کردن چارچوب راهبردی برای فعالیت در جهت بهبود سلامت دهان در هر کشور است (وبسایت بخش سلامت را برای جزئیات بیشتر ببینید: www.doh.gov.uk) اهداف ملی سلامت دهان تنظیم شده است و توصیه‌هایی کلی برای عمل مطرح گردیده است. با این حال موفقیت این راهبردهای محلی، عمدتاً وابسته به توسعه فعالیت‌های مؤثر در سطح محلی است. بنابراین لازم است که هر مسئول / کمیته سلامت بخش ملی یک راهبرد محلی تفصیلی سلامت که دستورالعمل کشوری را به فعالیت محلی برمی‌گرداند، منتشر کند.

نتیجه‌گیری

خدمات درمانی به تنهایی هرگز بطور موفقیت‌آمیز علل بیماری‌های دندانی را کاهش نخواهند داد. ارتقاء سلامت، پتانسیلی را برای مبارزه با عوامل تعیین‌کننده زیربنایی سلامت دهان فراهم می‌کند و بنابراین سلامت دهان همه بخش‌ها در جامعه را بهبود می‌بخشد. این امر شامل یک سلسله از راهبردهای متفاوت است که یکی از

آنها ممکن است شامل آموزش سلامت باشد. موفقیت ارتقاء سلامت عمدتاً بسته به توسعه کار گروهی بین نهادهای و از همه مهمتر مشارکت فعال افراد محلی در کل فرآیند ارتقاء سلامت است.

منابع:

- Beattie, A. (1991). Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. In *The sociology of the health service* (ed. J. Gabe, M. Calan, and M. Bury), pp. 162-202. London, Routledge.
- Blinkhorn, A. (1998). Dental health education: what lessons have we ignored. *British Dental Journal*, **184**, 58-9.
- Brown, L. (1994). Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. *Health Education Quarterly*, **21**, 83-102.
- Craft, M. (1984). Natural Nashers: a programme of dental health education for adolescents in schools. *International Dental Journal*, **34**, 204-13.
- Daly, B. and Fuller, S. (1996). *Strengthening oral health promotion in the commissioning process*. Published on behalf of the Oral Health Promotion Research Group. Waterfoot, Lancashire, Eden Bianchi Press.
- Evans, D. and Lowry, R. (1999). The privatized water industry and dental public health: water fluoridation. *Community Dental Health*, **16**, 65-6.
- Fiske, J., Davis, D., and Horrocks, P. (1995). A self help group for complete denture wearers. *British Dental Journal*, **178**, 18-22.
- Kay, L. and Locker, D. (1996). Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **24**, 231-5.
- Kay, L. and Locker, D. (1998). *A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at promoting oral health*. London, Health Education Authority.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Health and Welfare Canada.
- McGlone, P., Dobson, B., Dowler, E., and Nelson, M. (1999). *Food projects and how they work*. York, York Printing Services.
- McKinlay, J. (1979). A case for refocusing upstream: the political economy of health. In *Patients, physicians and illness* (ed. E. Jaco), pp. 96-120. Basingstoke, Macmillan.
- Marsh, A. and McKay, S. (1994). *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute.
- Milio, N. (1986). *Promoting health through public policy*. Ottawa, Canadian Public Health Association.
- Health Education Board for Scotland, Research and Evaluation Division (1996). How effective are effectiveness reviews? *Health Education Journal*, **55**, 359-62.
- Schou, L. and Locker, D. (1994). *Oral health: a review of the effectiveness of health education and health promotion*. Amsterdam, Dutch Centre for Health promotion and Health Education.
- Sheiham, A. and Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational means of promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **28**, 399-406.
- Speller, V., Learmonth, A., and Harrison, D. (1997). The search for evidence of effective health promotion. *British Medical Journal*, **315**, 361-3.
- Sprod, A., Anderson, R., and Treasure, E. (1996). *Effective oral health promotion*. [Literature review.] Cardiff, Health Promotion Wales.
- Watt, R. and Fuller, S. (1999). Oral health promotion - opportunity knocks! *British Dental Journal*, **186**, 3-6.
- Watt, R., Fuller, S., Harnett, R., et al. (2001). Oral health promotion evaluation - time for development. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **29**, 161-6.
- WHO (World Health Organization) (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles*. Copenhagen, WHO.
- WHO (World Health Organization) (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Health Promotion 1. iii-v Geneva, WHO.
- WHO (World Health Organization) (1997). *The European Network of health promoting schools*. Copenhagen, WHO.