

خدمات بهداشتی و درمانی دهان و دندان در ایران؛ چالش‌ها و راهکارها



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۱۹۳۱۹

کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:

۱۴۰۲/۷/۱۵

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

تاریخ پایان مطالعه: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

عنوان گزارش:

خدمات بهداشتی و درمانی دهان و دندان در ایران؛ چالش‌ها و راهکارها

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کننده:

مهديه دهقان بنادکی (گروه بهداشت و درمان)

مدیر مطالعه:

محمد بختیاری علی آباد

اظهار نظر کننده:

رضا بختیاری نژاد

ناظر علمی خارج از مرکز:

زهرا قربانی (هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

ناظران علمی:

محمد بختیاری علی آباد، مهدی مختاری پیام

ویراستار ادبی:

سیده مرضیه موسوی راد

گرافیک و صفحه آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. بهداشت دهان و دندان

۲. خدمات دندانپزشکی

۳. توزیع دندانپزشک

DMFT/dmft. ۴

۵. پیشگیری، درمان



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱.مقدمه.....	۸
۲.پیشینه پژوهش.....	۹
۳.وضعیت سلامت دهان و دندان در ایران (کودکان ۶ و ۱۲ ساله براساس شاخص dmft/DMFT).....	۹
۴.چالش‌های سلامت دهان و دندان.....	۱۲
۵.جمع‌بندی.....	۱۸
منابع و مآخذ.....	۱۹

فهرست جداول، نمودارها و اشکال

جدول ۱. میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پر شده (dmft/DMFT) و درصد اجزای آنها در کودکان ۶ و ۱۲ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان ۱۳۹۵.....	۱۰
جدول ۲. تعداد کل دندانپزشکان عمومی و متخصص عضو سازمان نظام پزشکی ایران به تفکیک جنسیت در سال ۱۴۰۲.....	۱۳
نمودار ۱. میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پر شده (dmft) در کودکان ۶ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان سال ۱۳۹۵.....	۱۱
نمودار ۲. میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پر شده (DMFT) در کودکان ۱۲ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان سال ۱۳۹۵.....	۱۱
نمودار ۳. تعداد دندانپزشکان کشور براساس رشته‌های تخصصی.....	۱۴
نمودار ۴. توزیع دندانپزشکان عمومی در کشور (به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت).....	۱۶
نمودار ۵. توزیع دندانپزشکان متخصص در کشور (به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت).....	۱۶
نمودار ۶. تعداد فارغ‌التحصیلان سالیانه ۱۰ رشته تخصصی دندانپزشکی در ایران (۱۳۹۸-۱۳۵۹).....	۱۷
شکل ۱. توزیع کل دندانپزشکان کشور (به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت).....	۱۵



خدمات بهداشتی و درمانی دهان و دندان در ایران؛ چالش‌ها و راهکارها

چکیده



دندانپزشکی توسط برخی از دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی به مادران باردار (به دلیل عدم وجود راهنمای ارائه خدمات، نداشتن بیمه مسئولیت و ترس از شکایات احتمالی) و ناکافی بودن منابع انسانی مربوط به حوزه بهداشت و پیشگیری در مدارس اشاره کرد. توزیع نامناسب دندانپزشکان در استان‌های کشور و همچنین عدم پوشش کافی هزینه‌های مربوطه توسط بیمه‌ها از جمله چالش‌های مهم حوزه درمان است. عدم وجود تعداد کافی هیئت علمی و فقدان برنامه اثربخش برای نگهداشت ایشان و همچنین برنامه آموزشی درمان محور، از جمله چالش‌هایی است که در خصوص حوزه آموزش دندانپزشکی اعلام می‌شود. گزارش حاضر، جهت رفع چالش‌های مطرح شده راهکارهایی همچون افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات ضروری دندانپزشکی، بازبینی برنامه‌های آموزشی، تقویت برنامه‌های آموزشی به مادران باردار و... را پیشنهاد می‌کند.

امروزه پوسیدگی دندانی درمان نشده در دندان‌های دائمی، شایع‌ترین بیماری در تمام جوامع بشری است که آثار اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای دارد. درمان‌های دندانپزشکی نیز همیشه جزو گران‌ترین درمان‌ها در میان تمام بیماری‌های مزمن بوده است و بار اقتصادی زیادی هم بر افراد و هم بر سیستم‌های مراقبت بهداشتی تحمیل می‌کند. کشور ما نیز از این قاعده مستثنا نیست و لازم است ضمن احصای چالش‌های حوزه بهداشت دهان و دندان، پیشنهادهای لازم به منظور ارتقای وضعیت موجود تعیین شوند. طبق بررسی‌های گزارش حاضر، چالش‌های ارتقای سلامت دهان و دندان در سه بُعد بهداشت و پیشگیری، درمان و آموزش دسته‌بندی شده است. از جمله چالش‌های حوزه بهداشت و پیشگیری می‌توان به دانش ناکافی مراقبین سلامت و مادران باردار در خصوص سلامت دهان و دندان، اجتناب از ارائه خدمات



بیان/شرح مسئله

درمان‌های دندانپزشکی همیشه گران‌ترین درمان‌ها در میان تمام بیماری‌های مزمن بوده است [۴] و بار اقتصادی زیادی هم بر افراد و هم بر سیستم‌های مراقبت بهداشتی تحمیل می‌کند [۵]. به طوری که براساس نتایج آخرین پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰ در ایران، سهم خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت در سطح کل جمعیت، ۲۱٫۱۴ درصد است. بدین ترتیب، پس از دارو (۳۱٫۸۴ درصد)، خدمات دندانپزشکی در رتبه دوم سهم پرداخت از جیب کل قرار دارد. علاوه بر این، در شاخص هزینه‌های کمرشکن که براساس روش سازمان بهداشت جهانی، به صورت بالاتر رفتن پرداخت‌های مستقیم از جیب از ۲۵ درصد از کل هزینه‌های مصرفی و ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار تعریف می‌شود، در سطح کل جمعیت و خانوارهای شهری، خدمات دندانپزشکی سبب بیشترین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بوده‌اند [۱۰].

موارد فوق نشان می‌دهد علی‌رغم گران بودن درمان‌های دندانپزشکی، حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمان دندانپزشکی بسیار ناچیز بوده، به گونه‌ای که افراد نیازمند به درمان را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند. همچنین، سلامت دهان و دندان در صورت اجرای برنامه‌های پیشگیرانه به خصوص در سنین ۶ و ۱۲ سالگی ارتقا می‌یابد.

نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

■ میانگین ملی شاخص دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پُر شده (dmft/DMFT) در کودکان ۶ و ۱۲ ساله به ترتیب ۵٫۸۴ و ۱٫۸۴ است. میانگین DMFT در ۱۲ استان بالاتر از میانگین کشوری می‌باشد.

■ پیمایش ملی انجام شده در کشور [۷] در حوزه شاخص دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پُر شده در دندان‌های اولیه و دائمی (dmft/DMFT) نشان داد مسواک زدن بیش از یک بار در روز و استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه با شاخص DMFT و dmft رابطه منفی و معناداری دارد. لذا اجرای سیاست‌های بهداشت عمومی برای کاهش نابرابری اجتماعی، می‌تواند یک عامل تأثیرگذار برای ارتقای سلامت دهان و دندان باشد.

■ براساس آخرین آمار منتشر شده توسط سازمان نظام پزشکی ایران، سرانه دندانپزشکان عمومی و متخصص در ایران به ترتیب ۳۸ و ۶ دندانپزشک در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. استان تهران و سیستان و بلوچستان به ترتیب با سرانه ۱۰۱ و ۱۵ دندانپزشک عمومی، ۱۶ و ۳ دندانپزشک متخصص به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، برخوردارترین و محروم‌ترین استان از نظر سرانه دندانپزشکان عمومی و متخصص در کشور هستند.

در گزارش حاضر اهم چالش‌های ارتقای سلامت دهان و دندان در سه بُعد بهداشت و پیشگیری، درمان و آموزش دندانپزشکی مطرح شده است. چالش‌های حوزه بهداشت و پیشگیری در سه حوزه آموزشی، محیطی و سازمانی دسته‌بندی می‌شوند.

■ از جمله چالش‌های حوزه بهداشت و پیشگیری می‌توان به دانش ناکافی مراقبین سلامت و مادران باردار در خصوص سلامت دهان و دندان، اجتناب از ارائه خدمات دندانپزشکی توسط برخی از دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی به مادران باردار (به دلیل عدم وجود راهنمای ارائه خدمات، نداشتن بیمه مسئولیت و ترس از شکایات احتمالی) و ناکافی بودن منابع انسانی مربوط به این حوزه در مدارس اشاره کرد.

■ از جمله چالش‌های محیطی حوزه بهداشت و پیشگیری می‌توان به قدیمی بودن و ناکافی بودن زیرساخت‌های فیزیکی و تجهیزات موجود، مانند یونیت‌های دندانپزشکی، ابزار و مواد برای ارائه آموزش و خدمات دهان و دندان و غربالگری دندان و همچنین کمبود و نامناسب بودن فضای فیزیکی (اتاق بهداشت، محل مسواک زدن گروهی) در مدارس اشاره کرد.

■ حجم کاری زیاد، کمبود منابع انسانی و وجود عوامل کاهش انگیزه برای مراقبین سلامت مدارس همچون تفاوت قائل شدن میان مراقبین سلامت و سایر پرسنل اداری و آموزشی مدارس در بهره‌مندی از مزایای شغلی، از جمله چالش‌های سازمانی اعلام شده در حوزه ارائه خدمات دندانپزشکی در مراکز بهداشتی است.

■ از اهم چالش‌های حوزه درمان نیز عدم دسترسی مالی و جغرافیایی به خدمات دندانپزشکی می‌باشد: توزیع نامناسب دندانپزشکان در استان‌های کشور منجر به محرومیت برخی از استان‌ها از خدمات دندانپزشکی می‌شود که از جمله چالش‌های مهم این حوزه است.



مورد بهداشت دهان و دندان،
 ■ تقویت آموزش‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان به مادران و زنان باردار،
 ■ تدوین و ابلاغ راهنمای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی،
 ■ ایجاد سازوکار اطمینان در خصوص پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای دندانپزشکان،
 ■ تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات ضروری دندانپزشکی،
 ■ پیش‌بینی سازوکارهای انگیزشی با محوریت افزایش تمایل دندانپزشکان به ارائه خدمت در مناطق محروم و بازتوزیع دندانپزشک،
 ■ تدوین و اجرای برنامه جذب و نگهداشت هیئت علمی حوزه دهان و دندان،
 ■ تقویت برنامه‌های آموزشی دندانپزشکی با محوریت تقویت اقدامات پیشگیرانه.

■ همچنین عدم وجود تعداد کافی هیئت علمی و فقدان برنامه اثربخش برای نگهداشت ایشان و همچنین برنامه آموزشی درمان محور دندانپزشکی، از جمله چالش‌هایی است که در خصوص حوزه آموزش دندانپزشکی اعلام می‌شود.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

■ ایجاد سازوکارهای انگیزشی مناسب برای تقویت ارائه خدمات پیشگیرانه در حوزه بهداشت دهان و دندان در مراکز بهداشتی،
 ■ نوسازی و تقویت تجهیزات بهداشت دهان و دندان در مراکز بهداشتی کشور،
 ■ اجرای برنامه افزایش و بهینه‌سازی اتاق‌های بهداشت و محل‌های مناسب برای مسواک زدن گروهی مجهز در سطح مدارس کشور،
 ■ تقویت آموزش‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان در کوریکولوم آموزشی رشته‌های مامایی و بهداشت و آموزش مراقبین سلامت در

۱. مقدمه

از منظر بهداشت عمومی، بیماری‌های دهان یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در سراسر جهان است که آثار اجتماعی و اقتصادی زیادی دارد [۱]. براساس مطالعه بار جهانی بیماری در سال ۲۰۱۰، پوسیدگی دندانی درمان نشده در دندان‌های دائمی، شایع‌ترین بیماری در تمام جوامع بشری است [۲]. علاوه بر این، براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، درمان‌های دندانپزشکی همیشه گران‌ترین درمان‌ها در میان تمام بیماری‌های مزمن بوده است [۴] و بار اقتصادی زیادی هم بر افراد و هم بر سیستم‌های مراقبت بهداشتی تحمیل می‌کند [۵].

براساس نتایج آخرین پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰ در ایران، سهم خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت در سطح کل جمعیت، ۲۱،۱۴ درصد است. بدین ترتیب، پس از دارو (۳۱،۸۴ درصد)، خدمات دندانپزشکی در رتبه دوم سهم پرداخت از جیب قرار دارد. علاوه بر این، در سطح کل جمعیت و خانوارهای شهری، خدمات دندانپزشکی سبب بیشترین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (شاخص هزینه‌های کمرشکن براساس روش سازمان بهداشت جهانی، به صورت بالاتر رفتن پرداخت‌های مستقیم از جیب از ۲۵ درصد از کل هزینه‌های مصرفی و ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار تعریف می‌شود) بوده‌اند [۱۰].

گزارش پیش‌رو، ضمن ارائه تصویری از وضعیت حوزه سلامت دهان و دندان در کشور، چالش‌ها و راهکارهای ارتقای این حوزه را ارائه می‌کند.

۲. پیشینه پژوهش



استان تهران، در استان‌های اصفهان، یزد، البرز، فارس، مازندران و گیلان فعالیت دارند. در سال ۱۳۸۸ استان‌های تهران، اصفهان و یزد بیشترین نسبت دندانپزشک عمومی به جمعیت را داشتند و پس از ۱۰ سال همچنان برترین استان‌ها هستند. ارائه خدمات تخصصی دندانپزشکی، استان‌های تهران و ایلام بیشترین نسبت دندانپزشک متخصص به جمعیت (به ترتیب ۷,۳ و ۵,۱) را دارند. گزارش حاضر نیز نشان می‌دهد که تراکم دندانپزشکان در استان‌های مرکزی کشور در مقایسه با استان‌های مرزی بیشتر است (شکل ۱).

مجید قاسم پور و همکاران [۷] در یک مطالعه تحلیل چند سطحی به بررسی تجربه پوسیدگی دندان و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در کودکان ایرانی پرداختند. این پیمایش ملی نشان داد که مسواک زدن بیش از یک بار در روز و استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه با نمرات DMFT و dmft رابطه منفی و معناداری دارد. گزارش فعلی، علاوه بر ارائه تصویری از وضعیت سلامت دهان و دندان در ایران و آخرین آمارهای مرتبط با تعداد، سرانه و توزیع دندانپزشک در کشور، به بررسی چالش‌های ارائه خدمات دندانپزشکی در حوزه‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی می‌پردازد و پیشنهادهایی به منظور ارتقای وضع موجود ارائه می‌دهد.

در مطالعه‌ای که توسط زهرا قربانی و همکاران [۱۱] انجام گرفته، به چالش‌هایی پرداخته شده است که مانع ادغام خدمات بهداشت دهان و دندان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌شود. این چالش‌ها در چهار زیرشاخه آموزشی، محیطی، سازمانی و برنامه‌های مبتنی بر مدرسه دسته‌بندی شده‌اند.

محمود افصحی و همکاران [۹] در مطالعه‌ای به بررسی نسبت دندانپزشک به جمعیت و پراکنندگی جغرافیایی دندانپزشکان ایران در سال ۱۳۹۸ پرداخته‌اند. در این مطالعه تعداد، سرانه و نحوه توزیع دندانپزشکان در بین استان‌های کشور بررسی شده است. این مطالعه نشان داد که در ایران ۳۰۸۱۱ دندانپزشک عمومی و ۴۵۹۳ دندانپزشک متخصص وجود داشته است. این تعداد نشان‌دهنده حضور ۴۳ دندانپزشک در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. این نسبت در ایالات متحده آمریکا، انگلستان، استرالیا و اتحادیه اروپا به ترتیب ۲,۴۸,۵۵,۸,۴۳ و ۷۱ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. براساس این مطالعه، بررسی توزیع دندانپزشکان عمومی دارای پروانه پزشکی و شاغل در کشور حاکی از آن است که ۶۵ درصد آنها در مرکز استان‌ها مشغول به کار هستند. استان تهران ۴۴,۳٪ از کل دندانپزشکان عمومی کشور را به خود اختصاص داده است و به این ترتیب در رتبه نخست سرانه دندانپزشک عمومی به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در بین ۳۱ استان قرار گرفته است. حدود ۲۰ درصد از دندانپزشکان عمومی کل کشور نیز پس از

۳. وضعیت سلامت دهان و دندان در ایران



۵,۸۴ و ۱,۸۴ است. در بین ۳۱ استان کشور، استان کردستان در هر دو رده سنی کودکان ۶ و ۱۲ سال دارای بیشترین تعداد در شاخص میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پُر شده است. استان تهران در رده سنی کودکان ۶ سال و هرمرزگان در رده سنی کودکان ۱۲ سال، دارای کمترین تعداد در شاخص مذکور هستند.

در پیمایش ملی [۷] انجام شده در کشور، میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پُر شده (dmft/DMFT)^۱ و درصد اجزای آنها در کودکان ۶ و ۱۲ ساله محاسبه شده است. جدول ۱، توزیع میانگین شاخص dmft/DMFT و درصد هر یک از اجزای آن را در هر دو گروه سنی کودکان ایرانی به تفکیک استان نشان می‌دهد. میانگین ملی dmft و DMFT در کودکان ۶ و ۱۲ ساله به ترتیب

۱. شاخص DMFT مربوط به دندان‌های دائمی و dmft مربوط به دندان‌های شیری است که شامل دندان‌های پوسیده (DECAY) کشیده شده (MISSING) و پر شده (FILL-ING) به علت پوسیدگی می‌شود.



جدول ۱. میانگین دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پر شده (dmft/DMFT) و درصد اجزای آنها در کودکان ۶ و ۱۲ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان ۱۳۹۵

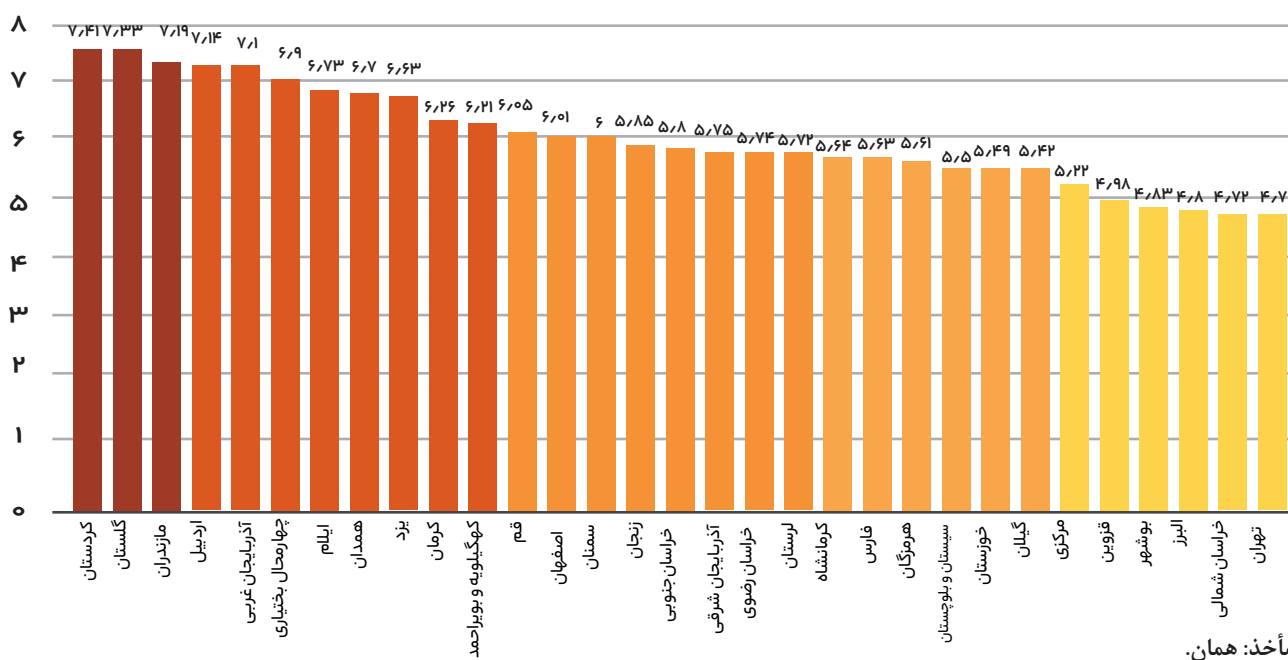
سن								استان
۱۲				۶				
%F	%M	%D	DMFT	%f	%m	%d	dmft	
۲۴,۴۱	۴,۳۱	۷۱,۲۸	۲,۱۸	۷,۹۶	۴,۱۱	۸۷,۹۳	۵,۷۵	آذربایجان شرقی
۹,۴۳	۳,۶۲	۸۶,۹۵	۳,۳۱	۲,۷۶	۵,۹	۹۱,۳۴	۷,۱	آذربایجان غربی
۶,۶۳	۵,۸۲	۸۷,۵۵	۲,۲۴	۱,۴	۷,۱۲	۹۱,۴۸	۷,۱۴	اردبیل
۳۷,۰۳	۱,۲۱	۶۱,۷۵	۱,۴۱	۱۹,۳۲	۸,۹۸	۷۱,۷۱	۶,۰۱	اصفهان
۲۲,۴	۱,۱۳	۷۶,۴۸	۱,۳۶	۱۵,۷۴	۲,۳۷	۸۱,۸۹	۴,۸	البرز
۱۰,۵۶	۲,۴۴	۸۷	۲,۲۴	۲,۲۶	۹	۸۸,۷۴	۶,۷۳	ایلام
۱۲	۰,۰۷	۸۷,۹۳	۱,۳۱	۵,۷۹	۴,۰۲	۹۰,۱۹	۴,۸۳	بوشهر
۳۶,۷۸	۱,۵۴	۶۱,۶۷	۱,۵۶	۲۵,۷۳	۶,۴	۶۷,۸۶	۴,۷۱	تهران
۱۸,۶۹	۴,۷۲	۷۶,۵۹	۲,۱۹	۷,۱۲	۸,۲	۸۴,۶۸	۶,۹	چهارمحال و بختیاری
۲۲,۹۶	۶,۶۵	۷۰,۳۹	۱,۲۷	۵,۹۱	۵,۹۳	۸۸,۱۶	۵,۸	خراسان جنوبی
۱۶,۶۹	۶,۰۳	۷۷,۲۸	۱,۷۱	۶,۴۵	۶,۸۱	۸۶,۷۴	۵,۷۴	خراسان رضوی
۱۶,۷۸	۵,۳۹	۷۷,۸۳	۱,۶۱	۳,۹۶	۸,۵۱	۸۷,۵۳	۴,۷۲	خراسان شمالی
۳,۵۴	۳,۰۲	۹۳,۴۵	۲,۲۱	۴,۱۷	۵,۸۹	۸۹,۹۴	۵,۴۹	خوزستان
۱۹,۲۲	۴,۰۶	۷۶,۷۲	۱,۵۶	۶,۳	۶,۰۸	۸۷,۶۲	۵,۸۵	زنجان
۱۵,۱۲	۳,۰۱	۸۱,۸۸	۱,۷۸	۸,۲۳	۶,۳۹	۸۵,۳۸	۶	سمنان
۴,۷۲	۱,۳۲	۹۳,۹۷	۱,۴۶	۱,۸۱	۴,۵۴	۹۳,۶۵	۵,۵	سیستان و بلوچستان
۱۹,۲۵	۱,۹۶	۷۸,۷۹	۱,۶۲	۷,۶	۸,۷۴	۸۳,۶۶	۵,۶۳	فارس
۱۳,۱۸	۲,۵۳	۸۴,۲۹	۱,۸۱	۵,۷۵	۷,۲۶	۸۶,۹۹	۴,۹۸	قزوین
۱۶,۵۵	۲,۶۳	۸۰,۸۱	۲,۱۳	۱۲,۰۷	۷,۵۹	۸۰,۳۴	۶,۰۵	قم
۹,۶۸	۳,۰۳	۸۷,۲۹	۳,۳۹	۲,۱۲	۵,۱۷	۹۲,۷۱	۷,۴۱	کردستان
۱۰,۰۳	۳,۶۷	۸۶,۳	۱,۴۹	۲,۵۷	۶,۸۸	۹۰,۵۵	۶,۲۶	کرمان
۱۱,۵۴	۵,۰۸	۸۳,۳۸	۱,۸۲	۵,۱۶	۶,۰۴	۸۸,۸	۵,۶۴	کرمانشاه
۱۳,۰۵	۲,۴۸	۸۴,۴۷	۲	۳,۵۵	۷,۰۷	۸۹,۳۸	۶,۲۱	کهگیلویه و بویراحمد
۸,۶۲	۲,۸۲	۸۸,۵۶	۲,۰۹	۳,۸۳	۳,۹۳	۹۲,۲۵	۷,۳۳	گلستان
۱۵,۹۱	۳,۲۲	۸۰,۸۷	۱,۳۸	۷,۹۷	۷,۸۲	۸۴,۲	۵,۴۲	گیلان
۱۰,۶۶	۵,۳۱	۸۴,۰۳	۱,۳۳	۱,۵۳	۷,۲۱	۹۱,۲۶	۵,۷۲	لرستان
۹,۷۵	۲,۷۶	۸۷,۴۹	۲,۹۶	۵,۷۴	۷,۳۸	۸۶,۸۸	۷,۱۹	مازندران
۲۵,۰۷	۲,۴۶	۷۲,۴۷	۱,۲۴	۷,۹۹	۴,۸۴	۸۷,۱۷	۵,۲۲	مرکزی
۵,۸۷	۱,۵۳	۹۲,۶	۰,۹۴	۵,۹۸	۳,۵۱	۹۰,۵۱	۵,۶۱	هرمزگان
۲۱,۶۹	۲,۹۴	۷۵,۳۷	۱,۸۹	۶,۴۷	۷,۹۹	۸۵,۵۳	۶,۷	همدان
۳۱,۹۸	۴,۱۸	۶۳,۸۳	۱,۶۶	۹,۴	۷,۲۷	۸۳,۳۲	۶,۶۳	یزد
۱۷,۳۳	۳,۱۱	۷۹,۵۷	۱,۸۴	۸,۴۹	۶,۳۷	۸۵,۱۴	۵,۸۴	جمع کل

مأخذ: پیمایش ملی بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۹۵ [۷].

شایان ذکر است، نتایج این پیمایش نشان داد که ۹۰٫۹ درصد از کودکان ۶ ساله و ۹۲٫۱ درصد از کودکان ۱۲ ساله دندان‌های خود را با مسواک تمیز می‌کردند، در حالی که تنها ۱۱ درصد از کودکان ۶ ساله و ۱۸٫۶ درصد از کودکان ۱۲ ساله از نخ دندان استفاده می‌کردند. همچنین مسواک زدن بیش از یک‌بار در روز به ترتیب

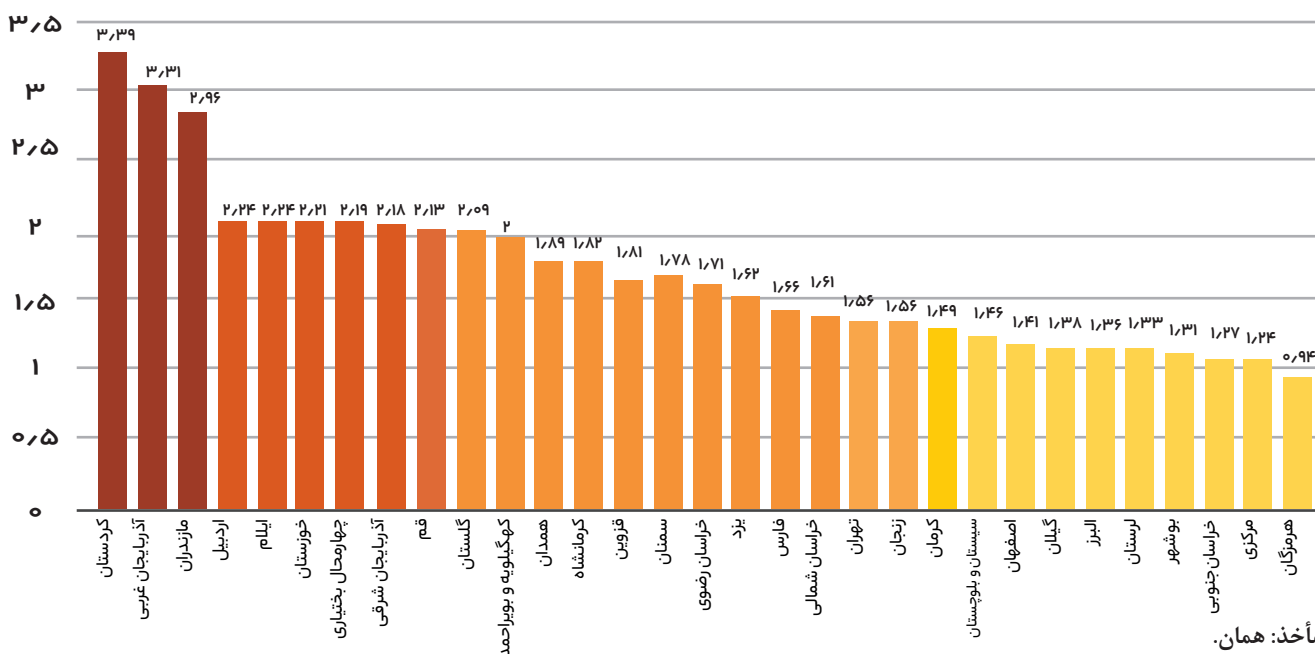
شایان ذکر است، نتایج این پیمایش نشان داد که ۹۰٫۹ درصد از کودکان ۶ ساله و ۹۲٫۱ درصد از کودکان ۱۲ ساله دندان‌های خود را با مسواک تمیز می‌کردند، در حالی که تنها ۱۱ درصد از کودکان ۶ ساله و ۱۸٫۶ درصد از کودکان ۱۲ ساله از نخ دندان استفاده می‌کردند. همچنین مسواک زدن بیش از یک‌بار در روز به ترتیب

نمودار ۱. میانگین دندان‌های پوسیده، از دست‌رفته و پر شده (dmft) در کودکان ۶ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان سال ۱۳۹۵



مأخذ: همان.

نمودار ۲. میانگین دندان‌های پوسیده، از دست‌رفته و پر شده (DMFT) در کودکان ۱۲ ساله ایرانی به تفکیک استان در بررسی ملی بهداشت دهان و دندان سال ۱۳۹۵



مأخذ: همان.



جامع ملی کودکان؛ مانند بسته‌های ویژه بهداشت دهان و دندان و برنامه‌های آموزشی بهداشت دهان و دندان به‌ویژه برای کسانی که با نابرابری‌های اقتصادی مواجه می‌شوند، می‌توانند آگاهی در مورد بهداشت دهان و دندان را افزایش دهند، رفتارهای بهداشت دهان و دندان را بهبود بخشیده و در نهایت عادات بهداشت دهان و دندان را حفظ کنند.

نتایج این مطالعه نشان داد که مسواک زدن بیش از یک‌بار در روز و استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه با نمرات DMFT و dmft رابطه منفی و معناداری دارد. لذا، اجرای سیاست‌های بهداشت عمومی و پیشگیرانه عاملی تأثیرگذار برای ارتقای سلامت دهان و دندان است [۸].

سیاست‌های حمایتی مبتنی بر سلامت دهان و دندان در برنامه‌های

۴. چالش‌های سلامت دهان و دندان



ماده واحده قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش که بر مبنای آن، شاخص ۱ مراقب سلامت در ازای ۴۸۰ دانش‌آموز به‌عنوان شاخص تعداد مراقب سلامت مورد نیاز در مدارس تعیین شده، در حال حاضر به ازای هر ۲۶۳۱ نفر دانش‌آموز، ۱ مراقب سلامت در کشور وجود دارد و به این اساس، کمبود نیروی مراقب سلامت در مدارس ۱۹۹۱۳ نفر برآورد می‌شود. [۱۲]

۴-۱-۲. عوامل محیطی: زیرساخت‌های فیزیکی و تجهیزات موجود، مانند یونیت‌های دندانپزشکی، ابزار و مواد، در برخی از مراکز بهداشتی به دلیل قدیمی بودن، برای ارائه خدمات دندانپزشکی، خدمات آموزش بهداشت دهان و دندان و غربالگری دندان مناسب نیستند. برخی بیماران در صورت مواجهه با تجهیزات و امکانات قدیمی و کهنه، از دریافت خدمات اجتناب می‌کنند.

برخی مراکز نیز از تعداد کافی تجهیزات و مواد مذکور محروم هستند [۱۱]. در حوزه بهداشت مدارس نیز، از مجموع ۱۰۶۴۹۱ مدرسه دولتی موجود در کشور، ۵۲۴۷۲ مدرسه (۴۹٪) فاقد اتاق بهداشت مجهز و محل مسواک زدن گروهی هستند [۱۲].

۴-۱-۳. عوامل سازمانی: این عوامل در دو بخش نمود می‌یابند: حقوق و دستمزد ناکافی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی اولیه، به‌عنوان یکی از عوامل عدم انگیزه کافی برای بهبود عملکرد ایشان ذکر شده است [۱۱].

کمبود منابع انسانی در شبکه‌های بهداشتی باعث می‌شود مراقبین سلامت و ماماها قادر به ارائه مشاوره لازم به مادران در مورد بهداشت دهان و دندان نباشند [۱۱].

تفاوت قائل شدن میان مراقبین سلامت و سایر پرسنل اداری و

در این بخش، به بررسی چالش‌های ارتقای سلامت دهان و دندان در سه بُعد بهداشت و پیشگیری، درمان و آموزش دندانپزشکی می‌پردازیم.

۴-۱. چالش‌های حوزه بهداشت و پیشگیری: ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان در شبکه بهداشت، با چالش‌هایی همراه است که در ۳ حوزه کلی به شرح زیر است:

۴-۱-۱. عوامل آموزشی: این عوامل در سه حوزه نمود می‌یابند: برخی از دندانپزشکان به دلیل عدم وجود راهنمای مشخص برای ارائه خدمات و نداشتن بیمه مسئولیت، از ارائه خدمت دندانپزشکی به مادران بارداری که در شرایط ویژه‌ای قرار دارند، اجتناب می‌کنند [۱۱].

مراقبین سلامت، آموزش کافی رانه در دوره آموزش دانشگاهی و در دوره آموزش‌های بدو خدمت و ضمن خدمت در مورد سلامت دهان دریافت نمی‌کنند و بنابراین انگیزه و اعتماد به نفس کافی در ارائه خدمات بهداشت و پیشگیری دهان و دندان ندارند.

به دلیل دانش ناکافی زنان باردار در خصوص سلامت دهان و دندان، مشکلات دندانپزشکی دوران بارداری از عوارض طبیعی این دوره تلقی می‌شود. لذا تقاضای کافی از سوی آنها برای دریافت خدمات دندانپزشکی در دوره بارداری شکل نمی‌گیرد [۱۱].

کمبود نیروی انسانی در مدارس: این مسئله، توسعه برنامه‌های بهداشت دهان و دندان مبتنی بر مدارس را با چالش‌هایی روبه‌رو می‌سازد. طبق آمارها سال ۱۴۰۱، در مجموع ۴۴۴۳ نفر مراقب سلامت در رشته‌های مرتبط (پزشکی، مراقب بهداشت، سایر گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی) و ۵۰۰۰ نفر در رشته‌های غیرمرتبط در مدارس کشور فعالیت دارند که با در نظر گرفتن اصلاحیه تبصره ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۶» الحاقی به

علاوه بر این، در شاخص هزینه‌های کمرشکن که براساس روش سازمان بهداشت جهانی که به صورت بالاتر رفتن پرداخت‌های مستقیم از جیب از ۲۵ درصد از کل هزینه‌های مصرفی و ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار تعریف می‌شود، در سطح کل جمعیت و خانوارهای شهری، خدمات دندانپزشکی عامل بیشترین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بوده‌اند [۱۰].

۲-۲-۴. دسترسی جغرافیایی: براساس آخرین آمار منتشر شده توسط سازمان نظام پزشکی ایران، تعداد کل دندانپزشکان عضو این سازمان، ۴۴۵۴۳ نفر است که ۸۷ درصد (۳۸۷۳۵ نفر) دندانپزشک عمومی و ۱۳ درصد (۵۸۰۸ نفر) دندانپزشک متخصص هستند. ۵۱٫۳ درصد (۲۲۸۴۸ نفر) از کل دندانپزشکان را مردان و ۴۸٫۷ درصد (۲۱۶۹۵ نفر) از آنها را زنان تشکیل داده‌اند. تعداد کل دندانپزشکان عمومی و متخصص به تفکیک جنسیت در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

آموزشی مدارس در بهره‌مندی از مزایای شغلی، اهمیت نداشتن این موضوع در نگاه برخی مدیران مدارس، نبود فضای کافی (اتاق بهداشت) برای انجام مداخلات بهداشتی (از جمله مداخلات دهان و دندان)، نبود منابع مالی کافی برای تهیه لوازم و تجهیزات مرتبط، عدم همکاری مؤثر مراکز بهداشتی مناطق با مدارس و... از جمله عواملی اعلام شده است که سبب بی‌انگیزگی نیروهای مراقب سلامت و عدم تمایل فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط به اشتغال در مدارس می‌شود. [۱۲]

۲-۴. چالش‌های حوزه درمان:

۱-۲-۴. دسترسی مالی: براساس نتایج آخرین پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰ در ایران، سهم خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت در سطح کل جمعیت، ۲۱٫۱۴ درصد است. بدین ترتیب، پس از دارو (۳۱٫۸۴ درصد)، خدمات دندانپزشکی در رتبه دوم سهم پرداخت از جیب قرار دارد.

جدول ۲. تعداد کل دندانپزشکان عمومی و متخصص عضو سازمان نظام پزشکی ایران به تفکیک جنسیت در سال ۱۴۰۲

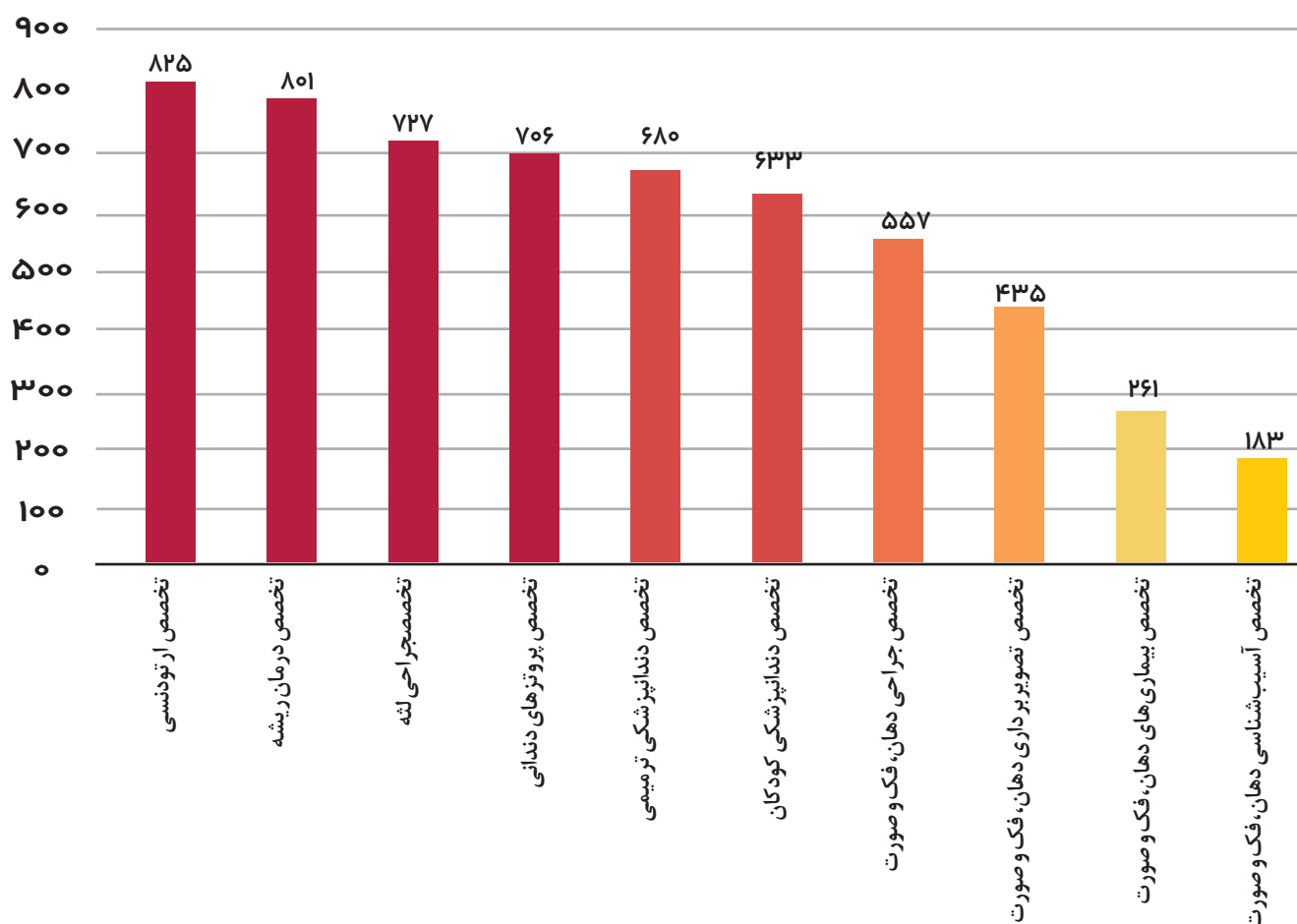
عنوان رشته	تعداد آقایان	تعداد خانم‌ها	تعداد کل
دکترای حرفه‌ای دندانپزشکی	۲۰۱۸۱	۱۸۵۵۴	۳۸۷۳۵
تخصص ارتودنسی	۴۵۸	۳۶۷	۸۲۵
تخصص درمان ریشه	۴۱۳	۳۸۸	۸۰۱
تخصص جراحی لثه	۳۶۸	۳۵۹	۷۲۷
تخصص پروتزهای دندانی	۴۱۹	۲۸۷	۷۰۶
تخصص دندانپزشکی ترمیمی	۱۷۸	۵۰۲	۶۸۰
تخصص دندانپزشکی کودکان	۱۰۸	۵۲۵	۶۳۳
تخصص جراحی دهان، فک و صورت	۴۹۲	۶۵	۵۵۷
تخصص تصویربرداری دهان، فک و صورت (رادیولوژی دهان، فک و صورت)	۱۲۲	۳۱۳	۴۳۵
تخصص بیماری‌های دهان، فک و صورت	۵۳	۲۰۸	۲۶۱
تخصص آسیب‌شناسی فک و دهان (پاتولوژی فک و دهان)	۵۶	۱۲۷	۱۸۳
جمع کل	۲۲۸۴۸	۲۱۶۹۵	۴۴۵۴۳

مأخذ: سازمان نظام پزشکی کشور.



همان‌طور که در نمودار زیر مشاهده می‌شود، تخصص ارتودنسی بیشترین از سایر تخصص‌ها است. تخصص‌های درمان ریشه و جراحی لثه در رتبه دوم و سوم پس از تخصص ارتودنسی قرار دارند. توزیع دندانپزشکان در رشته‌های تخصصی در نمودار ۳ نشان داده شده است.

نمودار ۳. تعداد دندانپزشکان کشور براساس رشته‌های تخصصی



مأخذ: همان.

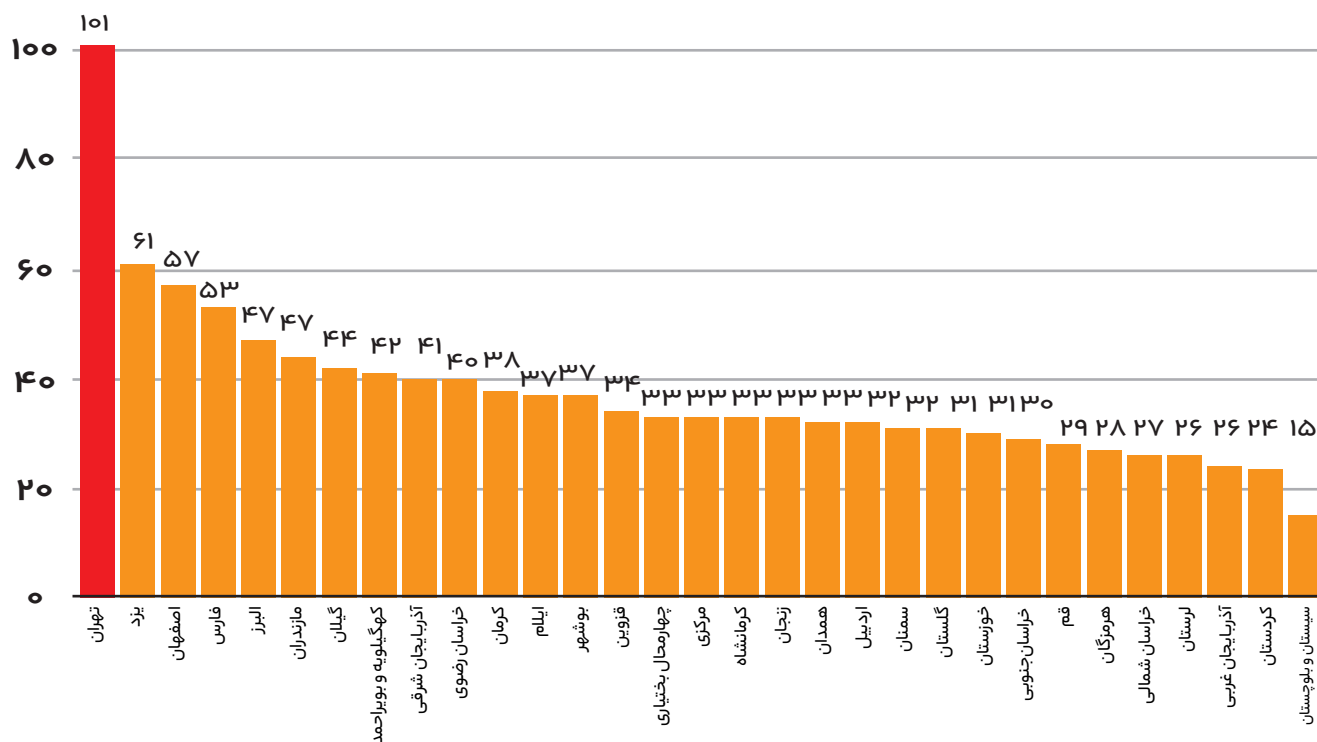
از بین ۳۱ استان کشور، ۱۱ استان سرانه‌ای بالاتر از میانگین سرانه دندانپزشک در کشور دارند. استان سیستان و بلوچستان با سرانه ۱۸ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، محروم‌ترین استان از نظر تعداد دندانپزشک می‌باشد که اختلاف سرانه دندانپزشک در آن با برخوردارترین استان (تهران)، ۹۸ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است.

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، استان تهران با سرانه ۱ کل ۱۱۶ دندانپزشک (عمومی و متخصص) به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، در رتبه نخست از نظر توزیع دندانپزشک در کشور قرار دارد. پس از آن، استان‌های یزد، اصفهان و فارس به ترتیب در رتبه‌های دوم تا چهارم قرار دارند. میانگین سرانه کل کشور نیز، ۴۴ دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است.

۱. سرانه دندانپزشک در کشور براساس آخرین آمار منتشر شده توسط سازمان نظام پزشکی کشور و جمعیت هر استان براساس آخرین سرشماری کشور در سال ۱۳۹۵ محاسبه شده است.

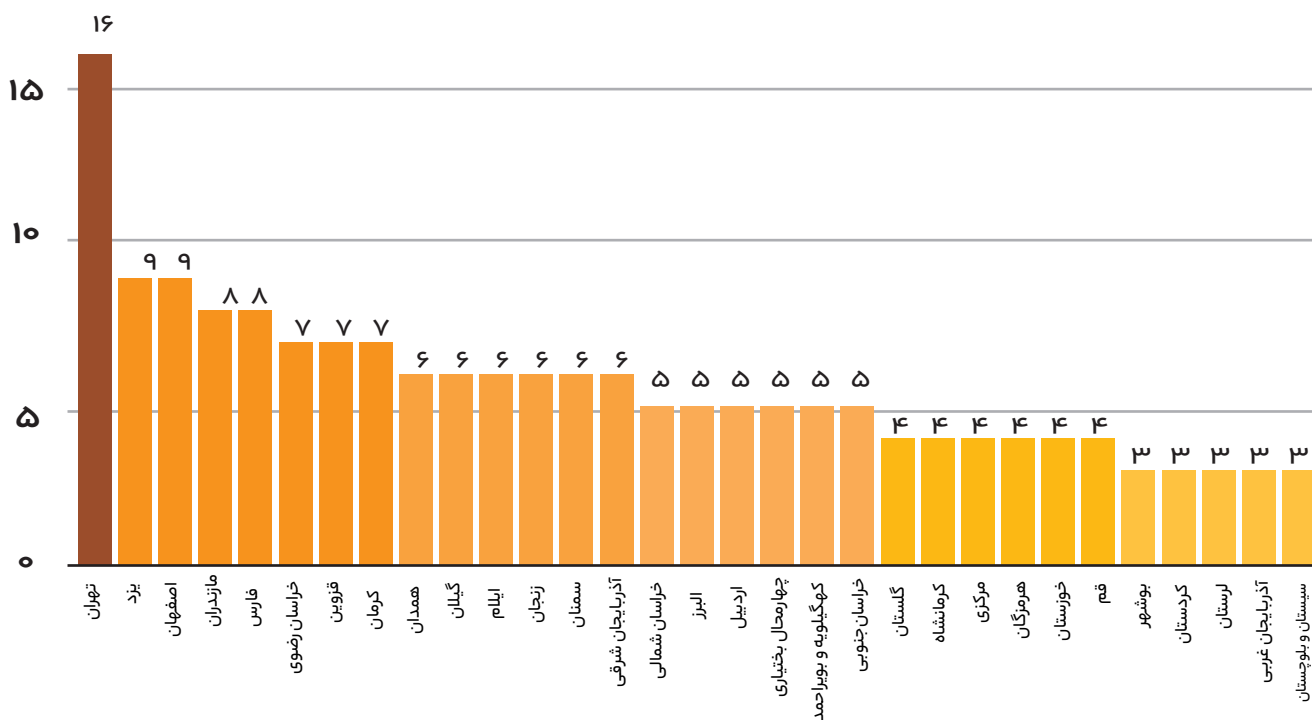


نمودار ۴. توزیع دندانپزشکان عمومی در کشور (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)



مأخذ: همان.

نمودار ۵. توزیع دندانپزشکان متخصص در کشور (به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)



مأخذ: همان.

علمی با انگیزه و دارای دستاوردهای علمی بالا پس از پایان دوره تعهد وجود ندارد.

در خصوص آموزش درمان محور دندانپزشکی در کشور نیز مطالعات نشان می‌دهد که طی چند دهه اخیر، تعداد دندانپزشک متخصص تربیت شده در کشور از کمتر از ۵۰ متخصص دندانپزشک پیش از انقلاب اسلامی به ۵۸۰۸ متخصص دندانپزشک در سال ۱۴۰۲ رسیده است. نمودار ۶، روند افزایش تعداد فارغ التحصیلان سالیانه ۱۰ رشته تخصصی دندانپزشکی در ایران را در طی سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۹۸ نشان می‌دهد [۹]، اما این افزایش تعداد دندانپزشکان متخصص منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان مردم نشده است. در مطالعه‌ای که در خصوص تجربه پوسیدگی دندان و وضعیت اجتماعی - اقتصادی در کودکان ایرانی در سال ۱۳۹۸ انجام شد مشخص گردید که بین تعداد دندانپزشکان سرانه با شاخص دندان‌های پوسیده در کودکان ۶ ساله (dmft) ارتباط مثبتی وجود دارد. به این معنا که با وجود افزایش تعداد دندانپزشکان در سراسر کشور، خدمات بهداشت دهان و دندان به‌طور مطلوبی برای کودکان ۶ ساله قابل دسترس نیست [۷].

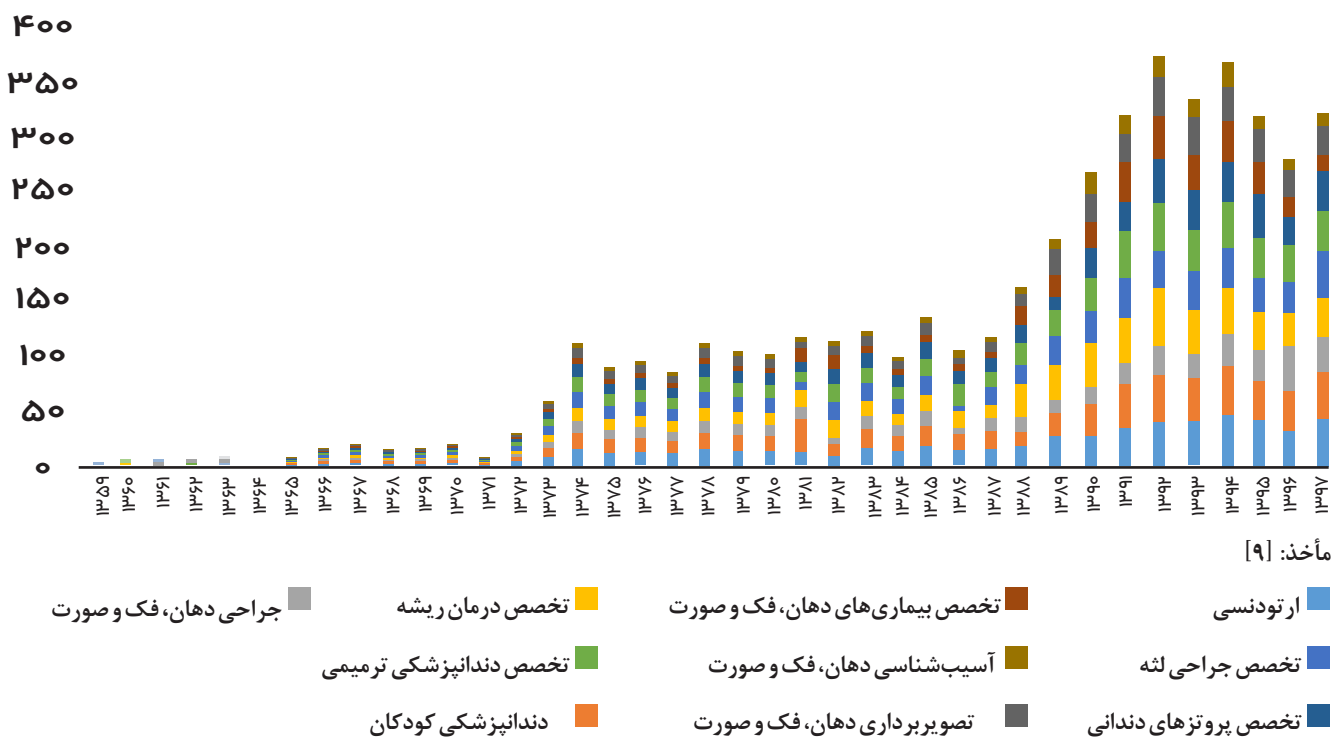
هر دو نمودار ۴ و ۵، نشان دهنده توزیع نامتعادل و نامتوازن دندانپزشکان در هر دو مقطع عمومی و تخصص هستند. این توزیع ناعادلانه در نهایت منجر به کاهش دسترسی و در مواقع حادث، عدم دسترسی به خدمات دندانپزشکی در مناطق محروم‌تر می‌شود. این مورد در کنار کاهش دسترسی مالی مردم به خدمات دندانپزشکی، می‌تواند سلامت دهان و دندان کودکان و بزرگسالان را تحت تأثیر قرار داده و بر افراد هزینه زیادی تحمیل کند و در مواردی منجر به عدم بهره‌مندی آنها از خدمات ضروری دندانپزشکی شود.

۲-۴. چالش‌های حوزه آموزش دندانپزشکی:

دو چالش مهم که در خصوص آموزش دندانپزشکی می‌توان به آنها اشاره کرد، ناکافی بودن هیئت علمی و درمان محور بودن آموزش‌های این حوزه است.

در خصوص هیئت علمی این حوزه قابل ذکر است که بخشی از ایشان از بین فارغ التحصیلان متعهد خدمت هستند که معمولاً بعد از اتمام دوره تعهدشان سمت هیئت علمی را ترک کرده و برای مثال وارد حیطه ارائه خدمات در بخش خصوصی می‌شوند. همچنین، سازوکارهای مناسب جهت جذب و نگهداشت هیئت

نمودار ۶. تعداد فارغ التحصیلان سالیانه ۱۰ رشته تخصصی دندانپزشکی در ایران (۱۳۵۹-۱۳۹۷)





۵. نتیجه گیری



بهداشتی، کمبود فضای فیزیکی و منابع انسانی در مدارس، هزینه‌های بالای پرداخت از جیب خدمات دندانپزشکی و همچنین توزیع ناکافی دندانپزشک در استان‌های مختلف کشور اشاره کرد. در راستای کاهش چالش‌ها و ارتقا وضع موجود، پیشنهاد می‌شود موارد ذیل در دستور کار سیاستگذاران قرار گیرد:

■ ایجاد سازوکارهای انگیزشی مناسب جهت تقویت ارائه خدمات پیشگیرانه در حوزه بهداشت دهان و دندان در مراکز بهداشتی.

■ نوسازی و تقویت تجهیزات بهداشت دهان و دندان در مراکز بهداشتی کشور.

■ اجرای برنامه افزایش و بهینه‌سازی اتاق‌های بهداشت و محل‌های مناسب برای مسواک زدن گروهی مجهز در سطح مدارس کشور.

■ تقویت آموزش‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان در کوریکولوم آموزشی رشته‌های مامایی و بهداشت و آموزش مراقبین سلامت در مورد بهداشت دهان و دندان.

■ تقویت آموزش‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان به مادران و زنان باردار.

■ تدوین و ابلاغ راهنمای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی.

■ ایجاد سازوکار اطمینان در خصوص پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای دندانپزشکان.

■ تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات ضروری دندانپزشکی.

■ پیش‌بینی سازوکارهای انگیزشی با محوریت افزایش تمایل دندانپزشکان به ارائه خدمت در مناطق محروم و بازتوزیع دندانپزشک.

■ تدوین و اجرای برنامه جذب و نگهداشت هیئت علمی حوزه دهان و دندان.

■ تقویت برنامه‌های آموزشی دندانپزشکی با محوریت تقویت اقدامات پیشگیرانه.

این گزارش با هدف «بررسی وضعیت ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان؛ چالش‌ها و راهکارهای آن» تدوین شده است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱، درمان‌های دندانپزشکی جزو گران‌ترین درمان‌ها در بین بیماری‌های مزمن بوده است [۴] و بار اقتصادی زیادی هم بر افراد و هم بر سیستم‌های مراقبت بهداشتی تحمیل می‌کند [۵]. به‌طوری که براساس نتایج آخرین پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰ در ایران، سهم خدمات دندانپزشکی از کل پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت جمعیت ایران، ۲۱،۱۴ درصد است. بدین ترتیب، پس از دارو (۳۱،۸۴ درصد)، خدمات دندانپزشکی در رتبه دوم سهم پرداخت از جیب قرار دارد. علاوه بر این، در شاخص هزینه‌های کمرشکن که براساس روش سازمان بهداشت جهانی، به‌صورت بالاتر رفتن پرداخت‌های مستقیم از جیب از ۲۵ درصد از کل هزینه‌های مصرفی و ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار تعریف می‌شود، در سطح کل جمعیت و خانوارهای شهری، خدمات دندانپزشکی سبب بیشترین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بوده‌اند [۱۰].

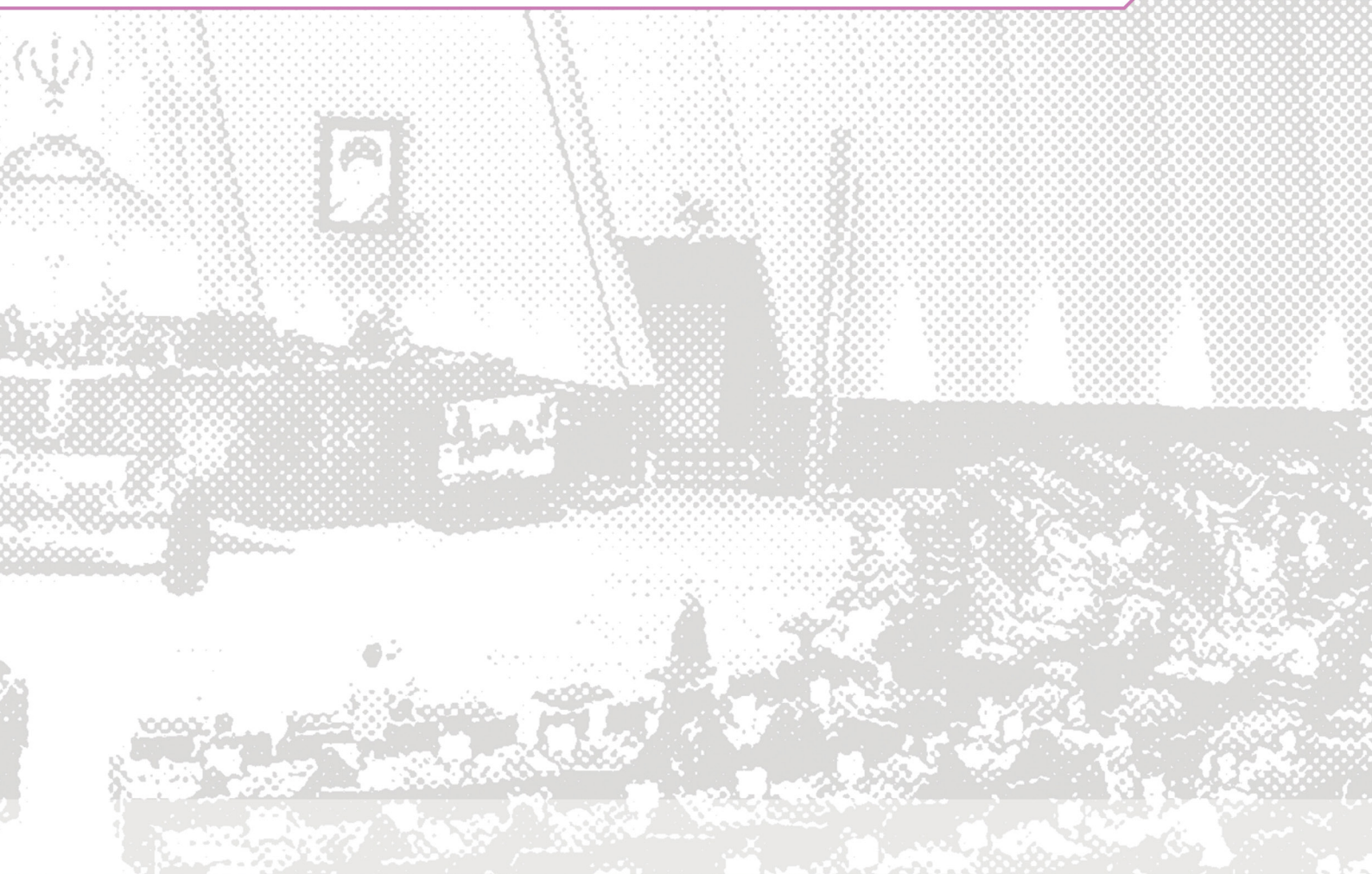
موارد فوق نشان می‌دهد، علی‌رغم گران بودن درمان‌های دندانپزشکی، حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمان دندانپزشکی بسیار ناچیز بوده به‌گونه‌ای که افراد نیازمند به درمان را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند. از سوی دیگر، ارتقای سلامت دهان و دندان در گرو اجرای برنامه‌های پیشگیرانه به‌خصوص در سنین ۶ و ۱۲ سالگی است.

در این گزارش، چالش‌های ارتقای سلامت دهان و دندان و ارائه عادلانه خدمات دندانپزشکی در سه حوزه بهداشت، درمان و آموزش دندانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت. از جمله این چالش‌ها می‌توان به کمبود فضای فیزیکی، امکانات، تجهیزات و منابع انسانی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دهان و دندان در شبکه‌های



1. Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis*. 2016;22(7):609–19.
2. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, Murray CJ. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592–7.
3. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health-world health assembly 2007. *Int Dent J*. 2008;58(3):115–21.
5. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):661–9.
6. Shoaee S, Ghasemian A, Mehrabani K, Naderimagham S, Delavari F, Sheidaei A, Hajizadeh N, Varmaghani M, Hessari H. Burden of Oral diseases in Iran, 1990-2010: findings from the global burden of disease study 2010. *Arch Iran Med*. 2015;18(8):486–92.
7. Ghasemianpour M, Dental caries experience and socioeconomic status among Iranian children: a multilevel analysis. *BMC Public Health*. 2019.
8. Vettore MV, Efhima S, Machuca C, de Almeida LG. Income inequality and traumatic dental injuries in 12-years old children: a multi-level analysis. *Dent Traumatol*. 2017;33(5):375–82.
9. Afsahi M, Dentist to population ratio and geographic distribution of dentists in Iran in 2019. *J Oral Health Oral Epidemiol/ Spring 2021; Vol. 10, No. 2*.
۱۰. پیمایش ملی هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰.
11. Ghorbani Z, Challenges impeding integration of oral health into primary health care. *EMHJ*. 2017; Vol 23, No 12.
۱۲. صدیقی، سمیه و جواد، سجادی خسرقی. آسیب‌شناسی وضعیت بهداشت مدارس در ایران، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل ۱۸۹۰۵، سال ۱۴۰۲.





مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir