

بحران دندانپزشکی: وقت تغییر رسیده است

بیانیه‌ی کاسکادا

لوئیس کوهن (امریکا)، گونار داهلن (سوئد)، آلفونسو اسکوبار (کلمبیا)،

اله فجرسکو (دانمارک)، نوول جانسون (استرالیا) و فیروز منجی (کنیا)^۱

DENTISTRY IN CRISIS: TIME TO CHANGE

LA CASCADA DECLARATION

Lois Cohen (USA), Gunnar Dahlen (Sweden), Alfonso Escobar (Colombia),
Ole Fejerskov (Denmark), Newell Johnson (Australia) and Firoze Manji (Kenya)

مقدمه مترجم - شش استاد برجسته دندانپزشکی یا اساتید بازنشسته حیطه سلامت دهان، از جمله چهره‌ی سرشناس پوسیدگی‌شناسی، پروفیسور آله فجرسکو، در پاسخ به فراخوانی با عنوان «دندانپزشکی؛ دیروزی پرافتخار، امروزی سؤال‌برانگیز، و فردایی پرچالش»، در سال ۲۰۱۷ در کلمبیا گرد هم آمدند و بعد از بحث و گفتگو درباره‌ی مقالاتی که هر کدام پیش از جلسه تهیه کرده بودند، بیانیه‌ی مهمی با عنوان «بحران دندانپزشکی» منتشر کردند. غیر از این شش نفر، پروفیسور ریچارد وات نیز یکی از اعضای فعال این حلقه بود که نتوانست در اجلاس شرکت کند و چهره‌ی سرشناسی چون پروفیسور آبری شیپام قبل از برگزاری جلسه درگذشت. شما دندانپزشکان گرامی و دانشجویان عزیز دندانپزشکی را به مطالعه‌ی این بیانیه مهم و چالش‌برانگیز دعوت می‌کنم.

دکتر علی کاظمیان

استادیار دانشکده دندانپزشکی مشهد

بیانیه‌ی کاسکادا

ما نگرانیم: حرفه‌ی دندانپزشکی در همه جای دنیا راهش را گم کرده است.

ما گروهی از دانشمندان - پژوهش‌گران، دانشگاهیان و روشنفکران - باتجربه، از نقاط مختلف دنیا، هستیم که در جهت بهبود سلامت دهان جمعیت‌ها، مجموعاً بیش از ۲۵۰ سال تجربه‌ی کاری داریم. این گروه از هر سازمان، نهاد دولتی، یا شرکت تجاری کاملاً مستقل است. ما در مارس ۲۰۱۷ به میزبانی پروفیسور بازنشسته، آلفونسو اسکوبار، در خانه‌اش در آندس کلمبیا، که به نام جادوی کاسکادا شناخته می‌شود، گرد هم آمدیم تا دغدغه‌هایمان درباره‌ی آینده‌ی خدمات دندانپزشکی و آموزش دندانپزشکی را به اشتراک بگذاریم.

^۱ سه استاد (Bernie Guggenheim, Per Brandtzaeg, Aubrey Sheiham) متأسفانه پیش از تشکیل جلسه درگذشتند. پروفیسور Richard Watt نتوانست در

جلسه شرکت کند ولی برای گروه مقاله‌ای ارسال کرد و در اصلاح بیانیه نیز مشارکت داشت.

هر کدام از ما مقاله‌ای مفصل درباره‌ی تجربیاتمان در طول نیم قرن گذشته، ارزیابی‌مان از مسائل، و پیشنهاداتمان برای مسیر پیش رو آماده کرد. درباره‌ی تک‌تک مقالات به تفصیل گفتگو کردیم. در متن زیر، تجزیه و تحلیل‌مان را از مسأله طرح می‌کنیم، و درباره‌ی آنچه باید انجام شود، توصیه‌هایی عرضه می‌کنیم.

مسأله

با وجود دانش موجود درباره‌ی علل بیماری‌های دهانی، اکثریت مردم در سطح جهان کماکان سطوح قابل توجهی از بیماری و ناتوانی را تجربه می‌کنند. علی‌رغم اینکه پیشرفت‌های فن‌آورانه و علمی در طول ۵۰ سال گذشته در بهبود کیفیت زندگی عده‌ای از افراد، مؤثر بوده است، بیماری‌های دهانی کماکان برای جمعیت عظیمی از مردم، علت درد، عفونت، بی‌دندانی و ازکارافتادگی است. در حالی که در بسیاری کشورهای با درآمد متوسط و بالا، بهبود کلی مشهودی در سلامت دهان رخ داده است، نابرابری در سطح سلامت دهان هم بین کشورها و هم درون کشورها، مسأله‌ی بزرگ جدیدی است. بهبودهای کلی در سلامت دهان، نه حاصل مداخلات بالینی دندانپزشکان، که نتیجه‌ی پیشرفت‌های عمومی در استانداردها و شرایط زندگی، تغییر هنجارهای اجتماعی در جامعه (بهبود سطح بهداشت شخصی و کاهش مصرف دخانیات) و مصرف گسترده‌ی خمیردندان‌های فلوراید بوده است.

حرفه‌ی دندانپزشکی در سطح جهانی بر میزان مشکلات، تأثیر مستقیم اندکی داشته است. مداخلات بالینی، در بهبود سلامت جمعیت‌ها تنها سهم اندکی دارد. این هم در مورد سلامت دهان صدق می‌کند و هم در مورد سلامت عمومی.

جهان، شاهد تشدید قابل توجه نابرابری‌های اجتماعی بین غنی و فقیر بوده است: ۱٪ ثروتمندترین‌های جهان بیش از نیمی از ثروت جهانی را در اختیار دارند، و بر اساس ارزیابی اُکسفام تنها هشت نفر مالک ثروتی به اندازه‌ی نیمی از جمعیت جهان هستند. سیاست‌های ریاضتی در سطح جهان (که معمولاً در جهان سوم به نام 'برنامه‌های تعدیل ساختاری' شناخته می‌شوند) با این باور که 'بازار' می‌تواند نیازهای اجتماعی را برآورده سازد - چیزی که شواهد عکس آن را نشان می‌دهد - پرداخت‌های اجتماعی و رفاهی را از بخش دولتی به بخش خصوصی منتقل کرده‌اند. این منجر به پیدایش خدمات سلامتی دوسطحی شده است: یک سطح برای اغنیاء، و سطح دیگر، که شامل خدمات محدود و غالباً با کیفیت پایین‌تر میشود، برای بقیه.

در بسیاری کشورها، شرکت‌های تجاری و بیمه‌ای به طور افزاینده‌ای خود را متولی تأمین خدمات سلامتی از جمله خدمات دندانپزشکی می‌دانند. طرح درمان‌هایی که آنها ترویج می‌کنند بیشتر از اینکه در پی ارتقاء سطح سلامت جامعه باشد، به دنبال تأمین سود کافی برای سرمایه‌ی سهام‌داران است؛ چیزی که خود به گرایش به ارائه‌ی درمان‌های اضافی و گاه نامناسب منجر می‌شود.

ما از این هراس داریم که با کاهش بودجه‌ی عمومی برای دانشگاه‌ها، بودجه‌ی پژوهش به صورت فزاینده‌ای از طرف صنعت -مثلا از کارخانه‌های دارویی، مواد و تجهیزات جراحی و دندانپزشکی، و محصولات بهداشتی و زیبایی- تأمین شود و استقلال پژوهش از دست برود، که این هم اولویت‌های پژوهشی و هم اقدامات بالینی را منحرف می‌کند .

کارخانجات عمده‌ی مواد غذایی و نوشیدنی، مصرف کربوهیدرات‌های فراوری‌شده و قند آزاد در نوشیدنی‌ها، شیرینی‌جات و غذاهای آماده را ترویج می‌کنند؛ با وجود اینکه این مواد عوامل مؤثر اصلی در پوسیدگی دندان (و چاقی و دیابت) هستند. تبلیغ مکرر و ناموجه این محصولات، گویی به این اشاره دارد که آنها برای سلامتی مفید هستند.

ما بر این باوریم که حرفه‌ی دندانپزشکی، آن‌طور که امروز سامان گرفته، برای مواجهه‌ی کافی با مشکلات سلامت دهان جامعه، آموزش نامناسبی دیده است. در بسیاری از کشورها تعداد بیش از اندازه‌ی دندانپزشک وارد بازار کار شده‌اند که اغلب آنها تنها در مراکز اصلی شهرها خدمات ارائه می‌کنند، یعنی جایی که طبابت خصوصی سودآورتر است. غالباً این خدمات به دست مردم مناطق دوردست‌تر کشورها نمی‌رسد. در برخی موارد، تعداد بیش از حد دندانپزشکان به بیکاری بعضی هم منجر می‌شود.

در حالی که بدون تردید، نیت حرفه‌ی دندانپزشکی، بهبود سطح سلامت است، اما طرح درمان‌های غالب برای پوسیدگی دندان (تراش و پرکردن) و بیماری‌های لثه‌ای (جرم‌گیری و پالیش)، به خودی خود پیشرفت بیماری را متوقف یا مهار نمی‌کنند. فراتر اینکه، پر کردن دندان‌ها ناگزیر به چرخه‌ی تعویض ترمیم‌ها با افزایش اندازه‌ی ترمیم منجر می‌شود که در نهایت طول عمر سیستم دندان را کاهش می‌دهد.

دندانپزشکان نه بر اساس تأمین سلامتی، که بر اساس تعداد فرایندهای درمانی که انجام می‌دهند پول دریافت می‌کنند و ارزیابی می‌شوند. در بخش خصوصی، دندانپزشکان تحت فشار مداومی برای اطمینان از سود کافی سرمایه‌گذاری‌شان هستند. غالباً این روند به درمان بیش از حد می‌انجامد.

هر دو بیماری شایع دهانی، یعنی پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه‌ای، قابل برگشت‌اند و در اغلب موارد با کمک اقدامات ساده به دست افراد و جمعیت‌ها قابل کنترل هستند. پیشرفت پوسیدگی دندان را حتی در دندان‌هایی که حفره‌ی باز دارند می‌توان متوقف کرد، البته به شرط اینکه پالپ ("عصب") دندان عفونی نشده باشد. برای چنین اقدامات ساده‌ای، به کار گرفتن دندانپزشکان که ۴ تا ۶ سال آموزش دیده‌اند، بی‌مورد به نظر می‌رسد.

بیماری‌های بافت نرم دهان و استخوان دو فک، موجب ناتوانی و حتی مرگ می‌شوند. شیوع سرطان‌های حلق و دهان در برخی جمعیت‌ها با سرعت نگران‌کننده‌ای در حال افزایش است اما صنف دندانپزشکی گاهی به اندازه‌ی کافی به آنها توجه نمی‌کند.

مطالعه‌ی جمعیت‌هایی که به خدمات دندانپزشکی دسترسی اندکی دارند یا اصلاً دسترسی ندارند نشان می‌دهد با وجود سطح بهداشت دهان غالباً پایین، بیشتر مردم غالب دندان‌هایشان را در بیشتر دوران زندگی‌شان حفظ می‌کنند. پوسیدگی‌های دندان دلیل عمده‌ی نیاز

دندان‌ها به کشیده شدن هستند، و دندانپزشکان خودشان دلیل اصلی از دست دادن دندان‌ها هستند چرا که همان طور که بالا به آن اشاره شد چرخه‌ی ترمیم را به راه می‌اندازند.

رشد آزارنده‌ی تخصص‌گرایی در دندانپزشکی مشهود است؛ چیزی که معمولاً به درمان‌های اضافی و نامناسب منجر می‌شود. مثلاً، بیش از نیمی از همه‌ی درمان‌ریشه‌ها ناموفق هستند. تخصص‌گرایی مشهود، در حیطه‌ای که بسیاری فرصت‌های سودآور وجود دارد، دندانپزشکان را به متخصصان زیبایی تبدیل می‌کند. بخش عمده‌ای از این تخصص‌گرایی بر پایه‌ی تحریک تقاضا در جامعه استوار است که بعداً با ارائه‌ی مداخلاتی در جهت “پاسخ‌گویی به آن تقاضا” توجیه می‌شود.

به نظر می‌رسد دندانپزشکی از وظیفه‌اش مبنی بر پیشگیری و کنترل پیشرفت بیماری و حفظ سلامتی، منحرف می‌شود. دهان از بدن مجزا شده است، همان طور که خدمات سلامت دهان از پزشکی عمومی جدا شده‌اند.

ما بر این باوریم که دندانپزشکی در بحران است. باید این اوضاع تغییر کند.

چه باید کرد؟

از آنجا که مداخلات بالینی تنها در بخش کوچکی از بهبودهای سلامت مؤثر هستند، حرفه‌ی دندانپزشکی باید در خط مقدم تلاش‌ها در جهت تقاضا برای کاهش نابرابری‌های درآمدی، و ایجاد جهانی عادلانه‌تر باشد که در آن هرکسی به منابع و شرایط سلامتی و بهروزی دسترسی دارد.

صنایعی که محصولاتشان برای سلامتی، مضر است، خصوصاً تولیدکنندگان غذاها و نوشیدنی‌های حاوی قند آزاد، و تولیدکنندگان غذاهای حاوی کربوهیدرات‌های فراوری‌شده، بایستی موظف به نصب برچسب “مضر” روی محصولاتشان شوند (درست همان طور که این کار در بسیاری نقاط جهان درباره تنباکو و الکل انجام شده است). کاهش پرداخت دولتی در بخش اجتماعی، نباید با هزینه‌کردهای اضافی در جنگ، نیروهای نظامی، اسلحه و سایر امور تخریب‌گر توجیه شود. نباید به شرکت‌ها و صنایع اجازه داد بی‌جهت بر پژوهش یا طبابت بالینی تأثیر بگذارند.

حرفه‌ی دندانپزشکی برای آن کاری که انجام می‌دهد آموزش بیش از حد می‌بیند و برای آن چیزی که می‌بایست انجام می‌داد آموزش کمتر از حد دریافت می‌کند.

مهار شایع‌ترین بیماری‌های دهانی نیازمند آموزشی نسبتاً مختصر است و در بیشتر موارد می‌تواند، و باید، به دست کارکنان خدمات سلامت اجتماعی انجام شود. برای نشان دادن اثربخشی چنین رویکردهایی باید دست به اقدام زد.

با تربیت تعداد بیش از حد دندانپزشکان در بسیاری از نقاط دنیا، نیازی فوری برای بازبینی آموزش دندانپزشکان وجود دارد.

دندانپزشکی باید مانند تخصص‌های پزشکی مثل گوش و حلق و بینی، چشم، پوست و غیره، به تخصصی در رشته‌ی پزشکی بدل شود. مانند آنها، مسئولیت پزشکان سلامت دهان عبارت خواهد بود از: اعمال رهبری بر تیم سلامت دهان در درمان بیماری‌های پیشرفته، و ارائه خدمات اورژانس، آرام کردن و مدیریت درد، عفونت و چرک، مواجهه با تروما، تشخیص و پیگیری آسیب‌شناسی بافت نرم و -تنها در این صورت که از نظر حفظ سلامتی موجه باشد- مداخله در جهت بازسازی سیستم دندانی عملکردی و بازسازی دهانی-صورتی.

از آنجا که کارکنان بخش مراقبت‌های اولیه‌ی سلامتی می‌توانند بیماری‌های شایع را مدیریت و کنترل کنند، آموزش تعداد نسبتاً اندکی از این قبیل پزشکان سلامت دهان مورد نیاز خواهد بود. به علاوه، به تعداد نسبتاً اندکی از دندانپزشکان اجتماعی برای فعالیت‌های زیر نیاز خواهد بود: نیازسنجی سلامت دهان، اعمال و ارزشیابی استراتژی‌های بهبود سلامت دهان در سطح اجتماع، و فعالیت به عنوان موکلان سلامت دهان برای اطمینان حاصل کردن از در هم آمیختن هرچه بیشتر سلامت دهان در سیاست‌های کلان تر .

رشد تخصص‌گرایی در دندانپزشکی، در حالی که به خدمات سودآوری برای متخصص منجر می‌شود، سلامت دهان عمومی را چندان بهبود نمی‌دهد. چنین رشدی باید محدود شود.

ما به گفتگوی عمومی درباره‌ی دستاوردها و محدودیت‌های شیوه‌ای که حرفه‌ی دندانپزشکی هم‌اکنون آن‌گونه سروشکل گرفته، نیاز داریم.

واضح است که پیشنهادات بالا چه لوازمی دارند: تغییر دندانپزشکان به پزشکان سلامت دهان، مستلزم بازبینی تمام‌عیار برنامه‌ی آموزشی در دانشکده‌های دندانپزشکی است. تصفیه‌ی برنامه‌ی آموزشی فعلی دندانپزشکی، کاهش تعداد دانشجویان دندانپزشکی، و بهبود کیفیت دوره‌ها، خصوصاً با اطمینان حاصل کردن از اینکه این برنامه با نیازهای اجتماعی پیوند برقرار می‌کند. لاجرم، این به معنای تعطیل کردن بسیاری از دانشکده‌های دندانپزشکی موجود در آن کشورهایی است که در سال‌ها یا دهه‌های اخیر تعداد بیش از حدی دانشکده‌ی جدید، تأسیس کرده‌اند. تقاضاهای تأسیس دانشکده‌های جدید دندانپزشکی بایستی مورد بازبینی جدی قرار بگیرند.

در همین حال، بایستی تلاش کرد دندانپزشکان و سایر کارکنان سلامت دهان از انجام اقدامات درمانی (مانند تراشیدن و پر کردن، جرم‌گیری و پالایش) که عمر سیستم دندانی را کوتاه می‌کنند کوتاه بیایند. این اقدامات بایستی به شرایط استثنایی محدود شود؛ شرایطی که بازسازی یک سیستم دندانی کارآمد، خطرات مداخله‌ی درمانی را موجه می‌کند. به دندانپزشکان بایستی نه به ازاء انجام مداخلات تهاجمی و اغلب غیرضروری، بلکه برای حفظ سلامتی بیماران، هزینه پرداخت شود. آنچه مداخلات سلامت دهان را تعیین می‌کند بایستی مصالح حفظ سلامتی و سیستم دندانی کارآمد بیماران باشد، نه منافع مالی فرد فرد دندانپزشکان، یا سهام‌داران کارخانجات، یا شرکت‌های بیمه‌ای.

اوضاع فعلی دندانپزشکی در سطح جهان هولناک، و نیازمند راه‌حلهایی ریشه‌ای است. این بیانیه‌ی کوتاه به مقصود دعوت به گفتگو درباره‌ی آنچه باید برای مصالح سلامتی اکثریت انسان‌ها انجام شود، تهیه شده است. ما متوجهیم که اجرای تغییرات نیازمند زمان است. هر کشور باید ارزیابی کند چگونه به بهترین شکل می‌تواند این تغییرات را رقم بزند.