Evaluation of the Right to Oral Health of a Child and its Realization on the International Stage

Aghil Mohammadi[1], Mahnaz Niknam[2], Abdosaheb Niknam[3]

Abstract

Health is one of the most important human rights. The right to oral health is one aspect of this right and an integral part of public health pertains to the disease-free status and chronic pain in the mouth, face and throat. Among the human groups, children are the most vulnerable to various health threats, and therefore international instruments, in particular the Convention on the Rights of the Child (1989), emphasize the right to children's health. Oral diseases are among the factors that seriously affect this right. These diseases not only cause pain, but also affect the eating, speaking and quality of life, inner and social self-esteem of the child. Based on a descriptive-analytical approach and in the light of an overview of the international law approach to the right to health and the right to oral health and the explanation of children's rights in this field, the present paper addresses the question of the right to oral health and what is the position of child in oral health? This paper concludes that, despite the particular importance of children's oral health and the achievement of important results in this area, Oral diseases continue to be widespread among children and the right to do so is faced with many obstacles and limitations. In addition to international institutions, it is essential that states, along with global health programs for all, are targeted and organized, in particular to prevent these diseases and improve access

1. Assistant Professor of International Law, Department of Public and International Law, Faculty of Law and Political Science, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding author) Email: mohammadiaghil10@yahoo.com

2. M.A in International Law, Faculty of Law and Political Science, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3. General Practitioner, Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Original Article Received: 20 October 2019 Accepted: 1 November 2019

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

to primary health care. Access to health information around the world, the use of new technologies, regular and annual reports by states on children's oral health can help promote the right to children's oral health.

Keywords

Health, Right to Health, Right to Oral Health, Child, World Health Organization

Please cite this article as: Mohammadi A, Niknam M, Niknam A. Evaluation of the Right to Oral Health of a Child and its Realization on the International Stage. Child Rights J 2019; 1(3): 101-126.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

ارزیابی حق بر سلامت دهان و دندان کودک و تحقق آن در سطح بین‌المللی

عقیل محمدی[۱]

مهناز نیک‌نام[۲]

عبدالصاحب نیک‌نام[۳]

چکیده

حق بر سلامت یکی از حقوق بنیادین انسان‌ها محسوب می‌شود. حق بر سلامت دهان و دندان که یکی از ابعاد این حق و بخش جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی می‌باشد، به وضعیت بدون بیماری و درد مزمن در ناحیه دهان، صورت و گلو اطلاق می‌شود. از میان گروه‌های انسانی، کودکان آسیب‌پذیرترین افراد هستند که عوامل مختلفی سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند. از این رو اسناد بین‌المللی به ویژه «کنوانسیون حقوق کودک» (۱۹۸۹ م.) بر حق بر سلامت کودکان تأکید دارند. بیماری‌های دهان و دندان از جمله عواملی هستند که به طور جدی این حق را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این بیماری‌ها تنها ایجاد درد نمی‌کنند، بلکه بر نحوه غذاخوردن، صحبت‌کردن، کیفیت زندگی، اعتماد به نفس درونی و اجتماعی کودک تأثیرگذار هستند. مقاله حاضر مبتنی بر یک روش توصیفی ـ تحلیلی و با بررسی رویکرد حقوق بین‌الملل به حق بر سلامت و حق بر سلامت دهان و دندان و تبیین حقوق کودک در این حوزه، به این سؤال پاسخ می‌دهد که در حال حاضر حق بر سلامت دهان و دندان کودکان در چه وضعیتی قرار دارد؟ این

---

۱. استادیار حقوق بین‌الملل، گروه حقوق عمومی و بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: mohammadiaghil10@yahoo.com

۲. فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی **تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۸/۷/۲۸ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۸/۱۰

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

مقاله نتیجه می‌گیرد که علی‌رغم درک اهمیت ویژه سلامت دهان و دندان کودکان و حصول دستاوردهای مهم در این حوزه، همچنان بیماری‌های دهان و دندان در میان کودکان، به طور گسترده شیوع دارد و تحقق حق مذکور به شکل مطلوب، با موانع و محدودیت‌های فراوانی رو به رو است. ضروری است که علاوه بر نهادهای بین‌المللی، کشورها نیز همسو با برنامه‌های جهانی سلامتی برای همه، به صورت هدفمند و سازماندهی‌شده به ویژه در زمینه پیشگیری از این بیماری‌ها و بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه اقدام نمایند. همچنین دسترسی به اطلاعات سلامت در تمام دنیا، بهره‌مندی از فناوری‌های جدید، ارائه گزارش‌های منظم و سالیانه توسط دولت‌ها در زمینه سلامتی دهان و دندان کودکان می‌تواند به ارتقای حق بر سلامت دهان و دندان کودکان کمک فراوانی نماید.

واژگان کلیدی

سلامتی، حق بر سلامت، حق بر سلامت دهان و دندان، کودک، سازمان جهانی بهداشت

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

مقدمه

از دیرباز سلامت فردی یکی از شاخصه‌های مهم احترام بشری و از پیش‌شرط‌های ضروری یک زندگی شاد به شمار می‌رفته است. بر این پایه، «حق بر سلامت (Right to Health)» (یا حق بر سلامتی بنا بر ترجمه برخی)، در زمره حقوق بنیادین بشری می‌باشد (۱). این حق از یک طرف با نسل دوم حقوق بشر مبتنی بر حق بهداشت و تأمین اجتماعی و از سوی دیگر با حق بر محیط سالم که نسل سوم حقوق بشر است، گره خورده است (۲). تاکنون در پرتو تلاش‌های «سازمان جهانی بهداشت» و «صندوق کودکان سازمان ملل متحد»، اسناد بین‌المللی متعددی در خصوص حق بر سلامت به تصویب رسیده است. از میان افراد انسانی، زنان و کودکان آسیب‌پذیرترین افراد هستند که نیازمند حمایت ویژه می‌باشند. نظر به این‌که بیماری‌های مختلفی سلامت کودکان را تهدید می‌کند، جامعه بین‌المللی تلاش نموده است تا حساسیت کشورها را نسبت به سلامتی این گروه انسانی برانگیزد و در این راستا، اسنادی را مصوب نموده است که مهم‌ترین آن‌ها «کنوانسیون حقوق کودک» (۱۹۸۹ م.) می‌باشد. یکی از مهم‌ترین ابعاد حق بر سلامتی، «حق بر سلامت دهان و دندان (Right to Oral Health)» می‌باشد که در خصوص کودکان به طور ویژه مورد توجه می‌باشد. بیماری‌های دهان و دندان به ویژه پوسیدگی دندانی از جمله بیماری‌های غیر واگیرداری هستند که کودکان بسیاری در دنیا به آن‌ها مبتلا می‌باشند. از دیرباز تلاش‌هایی برای ادغام این بیماری‌ها در برنامه جهانی مقابله با بیماری‌های واگیر سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است که نتیجه آن، ادغام برنامه‌های پیشگیری و درمان این بیماری‌ها در برنامه مقابله با بیماری‌های واگیر جهانی و کشورها می‌باشد. برنامه سلامت دهان و دندان در تمام کشورها از گروه هدف (کودکان زیر ۱۴ سال) شروع شد، در ایران نیز برنامه ادغام سلامت دهان و دندان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه سیستم (PHC: Primary Health Care) از سال ۱۹۹۶ با هدف ارتقای سلامت دهان و دندان در سطح جامعه پیاده‌سازی شد و در وضعیت کنونی نیز این برنامه ادغام به طور جدی در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی در حال انجام است (۳). نظر به مطالب فوق، این مقاله مبتنی بر یک روش توصیفی ـ

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

تحلیلی به این سؤال پاسخ می‌دهد که در حال حاضر حق بر سلامت دهان و دندان کودکان در عرصه بین‌المللی از چه وضعیتی برخوردار است؟ مقاله در پاسخ، به بررسی این فرضیه می‌پردازد که علی‌رغم تلاش‌ها و اقدامات بین‌المللی صورت‌گرفته در این زمینه و نیز موفقیت‌های به دست‌آمده، دنیا همچنان برای مقابله با بیماری‌های دهان و دندان کودکان و تحقق حق بر سلامت این گروه انسانی با چالش‌های فراوانی رو به رو است و انجام اقدامات جدی‌تری به ویژه تأکید بر مؤلفه پیشگیری ضرورت دارد.

لازم به ذکر است که نظر به فقر شدید منابع در خصوص سلامت دهان و دندان کودکان، مقاله حاضر قادر بر آن نیست که مطالب جامع و عمده‌ای در این خصوص بیان دارد. از این رو در راستای تدوین یک مقاله منسجم و تبیین هرچه بهتر مسأله مطرح شده، ابتدا رویکرد حقوق بین‌الملل به حق بر سلامت به طور کلی و حق بر سلامت کودکان به طور خاص بررسی می‌شود و قسمت دوم به تبیین مفهوم و جایگاه حقوقی حق بر سلامت دهان و دندان در حقوق بین‌الملل و وضعیت کودکان در این حوزه اختصاص می‌یابد.

مفهوم و جایگاه حق بر سلامت کودک در حقوق بین‌الملل

بی‌تردید جهت شناخت مفهوم و جایگاه حق بر سلامت دهان و دندان کودک در چارچوب حقوق بین‌الملل، ضرورت دارد که نخست رویکرد حقوق بین‌الملل به حق بر سلامت کودکان بررسی شود که البته بررسی مسأله اخیر، خود نیازمند تبیین مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل می‌باشد.

۱ـ مفهوم و جایگاه حقوقی حق بر سلامت

در اسناد متعددی چون «اعلامیه جهانی حقوق بشر» (ماده ۲۵)، «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» (ماده ۱۲)، «کنوانسیون حقوق کودک» (ماده ۲۴) و اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به حق بر سلامت اشاره شده است. برای نمونه طبق مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت: «سلامت یک حالت رفاه کامل جسمی،

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

روحی و اجتماعی است و صرفاً به معنای نبود بیماری یا ناتوانی نیست. برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول بهداشت یکی از حقوق اساسی هر انسانی، بدون تمایز از حیث نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی می‌باشد. سلامتی همه ملل برای نیل به صلح و امنیت، اساسی است و به همکاری کامل افراد و دولت‌ها بستگی دارد. موفقیت هر دولت در ترویج و حمایت بهداشت برای همه ارزشمند است» (۴). بر طبق این تعریف سلامتی انسان‌ها امری اساسی برای دستیابی به صلح و امنیت است که به وسیله بالاترین میزان همکاری بین مردم و دولت‌ها ممکن می‌شود. همچنین بر اساس ماده ۲۵ اعلامیه مذکور: «هر انسانی سزاوار یک زندگی با استانداردهای قابل قبول برای تأمین سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش... می‌باشد» (۵). ماده ۱۲ (بند ۱) میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به این حق اشاره دارد که طبق آن: «دولت‌های عضو میثاق، حق هر کسی را به تمتع از بهترین حالت سلامتی و روحی قابل حصول را به رسمیت می‌شناسند» (۶). کمیته این میثاق به عنوان نهاد ناظر آن، مواردی از قبیل آب آشامیدنی سالم، سیستم فاضلاب مناسب، غذای مفید و سالم، مسکن و تغذیه مناسب و شرایط محیطی و کاری مناسب را جزء مؤلفه‌های ضروری تحقق حق سلامت برمی‌شمرد. کمیته همچنین حق بر سلامت را شامل راه‌های تضمین این حق نیز می‌داند که از آن جمله‌اند: حق بر دسترسی به نهادهای حمایت‌کننده از سلامتی مانند بیمه‌های خدمات درمانی، حق بر پیشگیری از بیماری، درمان و کنترل بیماری‌ها، دسترسی به داروهای ضروری، سلامت دوران بارداری و سلامت کودک (۷).

در مقوله سلامت، دولتی موفق است که ترویج و ایجاد امکانات بهداشت و درمان را برای همه افراد جامعه مهیا سازد. توسعه نامتوازن کشورهای مختلف در مقوله سلامت و مهار بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های واگیردار، یک خطر عمومی است. گسترش استفاده از معلومات پزشکی، روان‌شناسی و علوم با هدف به دست‌آوردن سلامتی برای تمام ملت‌ها ارزشمند است. در این بین حضور افراد آگاه و همکاری فعال آن‌ها جهت نیل به سلامت و بهداشت مردم، در نهایت امنیت را باعث خواهد شد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

در مجموع، دولت‌ها متعهد به احترام، حمایت و ایفای حق بر سلامتی هستند. تعهد به احترام بدین معنی است که دولت‌ها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد ایجاد ننمایند یا آنکه آن‌ها را مرتفع نمایند. تعهد به خودداری از منع یا محدودکردن دسترسی برابر همه اشخاص به خدمات پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌دهنده مربوط به سلامتی، اجتناب از محروم‌ساختن یا محدودنمودن دسترسی گروه‌هایی چون زندانیان و بازداشت‌شدگان به خدمات سلامتی، تعهد به خودداری از بازاررسانی داروهای ناسالم و سانسور اطلاعات سلامتی در زمره مصادیق تعهد به احترام به حق سلامتی دانسته شده است. تعهد به حمایت هم در واقع ناظر به تعهدات دولت‌ها به حفظ و حمایت از حق بر سلامتی در برابر تعرض و نقض این حق توسط ارکان دولتی یا خصوصی است که شامل مواردی چون تعهد دولت‌ها به تصویب قوانین یا اتخاذ اقداماتی جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی می‌باشد. تعهد به ایفای حق برسلامتی نیز به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده‌ساختن نیازهای افراد درخصوص سلامتی است (۸).

۲ـ مفهوم و جایگاه حقوقی حق بر سلامت کودک

در سطح بین‌المللی، اسنادی چون «اعلامیه حقوق کودک» (۱۹۵۹ م.)، «میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی» (۱۹۶۶ م.) (مواد ۲۳ و ۲۴) و میثاق بین‌المللی حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (ماده ۱۰) به نوعی به حق بر سلامت کودکان اشاره دارند. مهم‌ترین سند مرتبط با این حق، کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹ م.) می‌باشد که طبق بند ۱ ماده ۲۴ آن: «کشورهای طرف کنوانسیون، حق کودک (منظور از کودک، افراد انسانی زیر سن ۱۸ سال است، مگر این‌که طبق قانون قابل اجرا در مورد کودک، سن بلوغ کم‌تر تشخیص داده شود) را جهت برخورداری از بالاترین استاندارد بهداشت و از تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توانبخشی به رسمیت می‌شناسند...» (۹). بر مبنای بند ۲ مهم‌ترین تعهدات دولت‌ها در زمینه اجرای کامل این حق عبارتند از: ۱ـ کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان؛ ۲ـ تضمین فراهم‌نمودن مشورت‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه مبارزه با بیماری‌ها و سوءتغذیه، از جمله در

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

چارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ۳ـ تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران؛ ۴ـ تضمین اطلاع والدین و کودکان از مزایای تغذیه شیر مادر، بهداشت و بهداشت محیط زیست...؛ ۵ـ توسعه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، ارائه راهنمایی‌های لازم به والدین و آموزش تنظیم خانواده و خدمات (۹). بی‌تردید هر یک از عوامل فوق می‌تواند حیات و رشد کودک را به خطر اندازد و از این رو است که کنوانسیون در ماده ۶ کشورها را موظف به تأمین حداکثر امکانات برای بقا و پیشرفت کودک نموده است (۹). اجرای این ماده می‌بایست با در نظرگرفتن تمامی ابعاد جسمی، روحی، اخلاقی، معنوی و اجتماعی کودک باشد (۱۰)؛ ماده ۲۳ نیز به ابعاد دیگری از حق سلامت کودک اشاره دارد، این‌که کشورهای عضو موظف به تأمین شرایط لازم برای رشد و زندگی آبرومندانه کودک معلول هستند و دسترسی مؤثر به خدمات مراقبتی بهداشتی، جزء حقوق چنین کودکی می‌باشد (۹).

به باور کمیته حقوق کودک، همه کودکان از حق حیات و رشد ضمن بهره‌مندی از رفاه جسمی، عاطفی و اجتماعی برخوردارند. از این رو حق بر سلامت کودکان بسیار با اهمیت است. علی‌رغم دستاوردهای مهمی که از زمان تصویب کنوانسیون در رابطه با سلامت کودکان به دست آمده است، همچنان چالش‌های جدی در رابطه با سلامت این افراد انسانی وجود دارد (۱۰). پاراگراف ۵ نظریه تفسیری سال ۲۰۱۳ کمیته مذکور راجع به ماده ۲۴ کنوانسیون، از ایدز، آنفولانزای واگیردار، بیماری‌های غیر واگیردار، معلولیت، فقر، بیکاری، مهاجرت و بی‌خانمانی مردم، جنگ و ناآرامی‌های مدنی و تبعیض به عنوان مشکلات جدیدی یاد می‌کند که سلامت کودکان را به شدت تحت تأثیر قرار داده است (۱۱). در راستای شناسایی کامل حق بر سلامت برای همه کودکان، دولت‌های عضو تعهدی برای تضمین عدم تبعیض از حیث مواردی چون نژاد، رنگ، جنس، زبان و معلولیت، در اعمال حق سلامت کودکان بر عهده دارند. همچنین منع تبعیض بر اساس گرایشات جنسی، هویت جنسی و وضعیت سلامت از جمله ابتلا به ایدز/ اچ.آی.وی و سلامت روانی کودکان نیز مورد تأکید حقوق بین‌الملل می‌باشد (۱۱). تسری این حق به دوره‌های قبل از تولد، بارداری و دوره فوری پس از زایمان نیز

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

مورد تأکید می‌باشد. بیان شده است که از جمله عوامل تعیین‌کننده سلامتی، تغذیه و رشد کودکان، توجه به حق مادر برای برخوداری از سلامتی و نقش والدین و سایر انواع مراقبت‌های بهداشتی است. قطعاً عملکرد مرتبط با سلامتی و بهداشت والدین و سایر بزرگسالان تأثیر عمده‌ای بر سلامت کودکان دارد (۱۱). پاراگراف ۱۷ این تفسیر به موضوعاتی مانند سن، جنس، دستیابی به تحصیلات، وضعیت اقتصادی اقتصادی و محل اقامت، همسالان، معلمان و ارائه‌دهندگان خدمات، سیاست‌ها، ساختارها و سیستم‌های اداری، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی (۱۱) به عنوان دیگر عوامل تأثیرگذار در تحقق حق بر سلامت کودکان اشاره می‌کند.

به عنوان نکته پایانی این قسمت باید گفت که علی‌رغم تلاش‌های فراوان در عرصه بین‌المللی در زمینه حق بر سلامت کودکان، چارچوب حقوقی تعیین‌شده در این خصوص همچنان با ابهامات و چالش‌هایی رو به رو می‌باشد و وضعیت فعلی، پاسخگوی نیاز جامعه بین‌المللی در مسیر دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامتی کودکان نمی‌باشد، البته نباید از این واقعیت نیز غافل ماند که پیشرفت‌های به وجودآمده در عرصه فناوری، تأثیرات قابل توجهی در زمینه کاهش یا رفع مشکلات مرتبط با تحقق حق بر سلامت کودکان داشته است.

مفهوم حق بر سلامت دهان و دندان کودک و اقدامات بین‌المللی جهت تحقق آن

در این قسمت، نخست مفهوم حق بر سلامتی دهان و دندان و اقدامات بین‌المللی صورت‌گرفته برای تحقق آن بررسی می‌شود و در ادامه، وضعیت کودکان در این حوزه بررسی می‌شود.

۱ـ مفهوم حق بر سلامت دهان و دندان و تحقق آن

در این قسمت، به اجمال مفهوم حق بر سلامت دهان و دندان و اقدامات بین‌المللی صورت‌گرفته در این زمینه تبیین می‌شود.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

۱-۱- مفهوم حق بر سلامت دهان و دندان: پیش از این اشاره شد که یکی از ابعاد حق بر سلامت و بخش تفکیک‌ناپذیر سلامت عمومی، حق بر سلامت دهان و دندان می‌باشد که بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است. در بین بیماری‌هایی که سازمان جهانی بهداشت برای آن، برنامه مدون، گسترده و قدیمی دارد، بیماری‌های دهان و دندان است. بنا بر دیدگاه این سازمان، سلامتی دهان و دندان به وضعیت بدون بیماری و درد مزمن در ناحیه دهان، صورت و گلو اطلاق می‌گردد. نواحی دهان و دندان بایستی از هرگونه سرطان، عفونت، زخم، بیماری لثه، پوسیدگی و از دست‌رفتن دندان عاری باشد. موارد ذکرشده باعث ایجاد محدودیت در توانایی جویدن، گازگرفتن، خندیدن و صحبت‌کردن شده که خود آثار جسمی، روانی و اجتماعی برای فرد به دنبال خواهند داشت (۱۲). «فدراسیون جهانی دندان‌پزشکی (FDI: World Dental Federation)» در سال ۲۰۱۶ تعریف جدیدی از سلامتی دهان و دندان ارائه داد که موسع‌تر از تعریف مزبور می‌باشد. از نظر این فدراسیون، این مصداق از سلامتی چندوجهی است و شامل «توانایی صحبت‌کردن، لبخندزدن، بوییدن، چشیدن، لمس‌کردن، جویدن، بلعیدن و انتقال طیف وسیعی از احساسات از طریق حالت‌های صورت با اعتماد به نفس و بدون درد، ناراحتی و بیماری مرتبط با صورت می‌باشد» (۱۳). به باور این نهاد بین‌المللی، سلامتی دهان و دندان یک مؤلفه بنیادین سلامت و بهزیستی جسمی و روحی است و نشانگر خصوصیات فیزیولوژیکی، اجتماعی و روانی است که برای کیفیت زندگی ضروری است (۱۳).

سازمان جهانی بهداشت برنامه جهانی سلامت دهان و دندان را به منظور پیشگیری از بیماری و پیشبرد سلامتی از طریق سیاستگذاری سلامت جهانی در دستور کار خود قرار داده است. شایع‌ترین بیماری‌هایی که بر سلامت دهان و دندان تأثیر می‌گذارند، عبارتند از: «فرسایش دندان (Dental Erosion)»، «پوسیدگی دندان (Caries (Tooth Decay))»، «بیماری‌های لثه (Periodontal (Gum) Diseases)» و از دست‌دادن دندان‌ها (۱۴). بیماری دیگری که از غفلت طولانی‌مدت فرد در رابطه با سلامت دهان و دندان ایجاد می‌شود، سرطان دهان است. عدم مراقبت از سلامت دهان

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

منجر به عدم تشخیص ضایعات بالقوه سرطانی در زمان مناسب می‌گردد. الکل، استعمال سیگار و بهداشت ضعیف دهان عوامل مستعدکننده این بیماری‌ها می‌باشند (۱۵). همانطور که بسیاری از بیماری‌های جسمی با بیماری‌های دهان و دندان در ارتباط هستند، بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی مانند بیماری‌های روانی شدید، اختلالات عاطفی و اختلالات خوردن نیز با بیماری‌های دهان و دندان همراه هستند. بیماری‌های روانی از دو جنبه بر سلامت دهان و دندان تأثیر می‌گذارند: از یک طرف فرد بیمار از لحاظ روانی قادر به مراقبت از سلامتی دهان و دندان خود نیست؛ از طرف دیگر در صورت ابتلا به بیماری، با بی‌توجهی از سوی اجتماع و در نهایت انزوا رو به رو خواهد شد.

نخستین‌بار در سال ۲۰۰۵ در هشتمین کنگره جهانی دندان‌پزشکی در لیورپول انگلستان بود که حق بر سلامت دهان و دندان به رسمیت شناخته شد و اشاره گردید که بیماری‌های دهان و دندان قابل پیشگیری هستند و در صورت تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشت عمومی مناسب، می‌توان پیشرفت‌های قابل توجهی در این زمینه کسب نمود. همچنین تأکید شد که سلامت دهان و دندان بخش جدایی‌ناپذیری از سلامت عمومی و بهزیستی و یک حق بنیادین انسان است. شرکت‌کنندگان تعهد خود در زمینه حمایت از اقدامات مقامات بهداشت ملی و بین‌المللی، مؤسسات تحقیقاتی، سازمان‌های غیر دولتی و مدنی در زمینه سلامتی دهان و دندان و ارتقای آن را ابراز داشتند. به موجب اعلامیه پایانی کنگره، مقرر گردید که کشورها باید در زمینه سلامت دهان و دندان، اقداماتی را تا سال ۲۰۲۰ تقویت نمایند که برخی از آن‌ها عبارتند از این‌که: «۱ـ کشورها باید اطمینان حاصل کنند که جمعیت به آب تمیز، امکانات بهداشتی مناسب، یک رژیم غذایی سالم و تغذیه مناسب دسترسی دارند؛ ۲ـ کشورها باید از برنامه‌های مناسب و مقرون به صرفه فلوراید برای جلوگیری از پوسیدگی دندان اطمینان حاصل کنند؛ ۳ـ کشورها باید برنامه‌هایی مبتنی بر شواهد برای ارتقای شیوه زندگی سالم و کاهش عوامل خطرپذیر قابل تغییر در بیماری‌های مزمن دهان ارائه دهند؛ ۴ـ از مدرسه باید به عنوان بستری برای ارتقای سلامت، کیفیت زندگی و

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

پیشگیری از بیماری در کودکان و نوجوانان، خانواده‌ها و جوامع استفاده شود؛ ۵ـ کشورها باید با تأکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه دهان را تضمین کنند؛ ۶ـ کشورها باید سیستم‌های بهداشتی و درمانی‌ایی را ایجاد کنند که سلامت دهان و دندان را ارزیابی کند (۱۶). عملاً با صدور اعلامیه در لیورپول، شاهد شناسایی حق بر سلامت دهان و دندان و تدوین مبانی آن بودیم.

۲-۱- اقدامات بین‌المللی جهت تحقق حق بر سلامت دهان و دندان: در سال ۲۰۰۳ بیماری‌های دهان و دندان در لیست بیماری‌های غیر واگیر قرار گرفتند. نهادهای بین‌المللی مرتبط، اقدامات متعددی را در راستای مقابله با این بیماری‌ها و تحقق حق بر سلامت دهان و دندان انجام داده‌اند. برای نمونه فدراسیون جهانی دندان‌پزشکی به همراه سازمان جهانی بهداشت، اولین اهداف جهانی سلامت دهان و دندان را در سال ۱۹۸۱ تبیین کردند تا در سال ۲۰۰۰ میلادی محقق شوند. بررسی این اهداف نشانگر این است که این برنامه برای جمعیت بسیاری مفید بوده‌اند. به موازات اقدام فوق، ستاد سازمان جهانی بهداشت و دفاتر منطقه‌ای آن، اهداف خود را ارزیابی نموده و تدوین اهداف جدید را برای سال ۲۰۲۰ آغاز کردند. نگاهی به اهداف جهانی و منطقه‌ای تعیین شده برای سال ۲۰۰۰ مشخص می‌کند که اهداف جدید باید منعکس‌کننده ایده‌ال‌های حرفه دندان‌پزشکی برای بهداشت جهانی دهان و دندان باشد (۱۷). این اهداف مواردی چون ارتقای سلامت دهان و دندان و به حداقل‌رساندن تأثیر بیماری‌هایی با منشأ دهانی و مرتبط با صورت بر سلامت عمومی و رشد روانی ـ اجتماعی، تأکید بر ارتقای سلامت دهان و دندان در جمعیت‌هایی که بیشترین آسیب را از چنین بیماری‌هایی دیده‌اند، کاهش مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی، ترویج سیاست‌ها و برنامه‌های پایدار با اولویت دهان و دندان در سیستم‌های ملی سلامت، ادغام برنامه‌های ارتقای بهداشت و درمان دهان و دندان با سایر بخش‌های تأثیرگذار بر سلامت و تقویت سیستم‌ها و روش‌های نظارت بر سلامت دهان و دندان را دربر می‌گیرند (۱۸).

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

سازمان جهانی بهداشت، هر ساله برنامه‌های لازم در زمینه تحقق حق بر سلامت دهان و دندان را تدوین می‌کند. این برنامه‌ها شامل اهداف، راه‌کارها، حوزه فعالیت و دستاوردهای سال‌های گذشته می‌باشد که خود موجب شکل‌گیری استانداردهایی در زمینه سلامت دهان و دندان شده است که از آن جمله می‌توان به میزان کشیدن دندان‌ها بر اساس سن، شاخص پوسیدگی دندانی و آب فلورایددار اشاره نمود (۱۹). اولویت‌های این سازمان برای سلامت دهان و دندان شامل افزایش استفاده از فلوراید، تغذیه سالم، کنترل استفاده از تنباکو، مراقبت از سلامت دهان و دندان کودکان در مدرسه، ایجاد سیستم‌های اطلاعات سلامت دهان و دندان و انجام پژوهش در این حوزه می‌باشند. اشاره به لزوم پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و تدوین سیاست‌های جهانی در این خصوص در سال ۲۰۰۷، اقدام مهم دیگر سازمان مذکور در مسیر تحقق حق بر سلامت دهان و دندان می‌باشد (۲۰). «انجمن بین‌المللی تحقیقات دندان‌پزشکی (International Association for Dental Research)» نیز همچون سازمان جهانی بهداشت، در مورد استفاده از دخانیات به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز سرطان دهان و حلق و بیماری‌های لثه هشدار داده است. بوی بد دهان، کاهش توانایی چشیدن و افزایش لکه‌شدن دندان‌ها، رنگ‌دانه لثه و انواع ضایعات مخاط و افزایش ناهنجاری‌های جنینی مانند شکاف لب و شکاف کام از دیگر آثار مخرب استفاده از مواد مخدر برای سلامت دهان و دندان می‌باشد. از عمل فلوریداسیون آب به عنوان راه حل بسیار اساسی برای بهبود این قسم از سلامتی نام می‌برند (۲۱).

۲ـ مفهوم حق بر سلامت دهان و دندان کودک و تحقق آن

بررسی‌ها نشان از این دارد که بیماری‌های دهان و دندان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های کودکان در سرتاسر دنیا می‌باشند. در میان کودکان، پوسیدگی دندانی در رتبه نخست بیماری‌های دهان و دندان قرار دارد. بر اساس آمار، پوسیدگی در ۳۱٪ پنج ساله‌ها و ۴۶٪ هشت ساله‌ها دیده می‌شود (۲۲). قطعاً نیاز به درمان دندان‌پزشکی اثر مهمی بر روی حضور مؤثر کودکان در مدرسه و یادگیری آن‌ها دارد. رسیدگی زودهنگام، نقش مؤثری در جلوگیری از پوسیدگی دندانی در کودکان دارد و این‌که در راستای

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

تغییر عادات و بهبود وضعیت دندان‌پزشکی می‌توان از تئوری‌های روان‌پزشکی هم استفاده کرد. سیستم دندانی سالم و کارآمد در تمام دوران زندگی لازم است، البته علی‌رغم گستردگی بیماری پوسیدگی دندان، اطلاعات قابل اعتماد در زمینه مقابله با این بیماری، اندک می‌باشد، چراکه این بیماری در برنامه نظارت ملی کشورها به خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط لحاظ نشده است (۲۳). شکر و قند به عنوان عوامل پوسیدگی‌زا نیاز به سیاستگذاری دارند. مالیات بر شکر، قند، غذاها و نوشیدنی‌های سرشار از این مواد، اطمینان از استفاده از برچسب‌های صحیح روی مواد غذایی، تنظیم قانونمند میزان قند در غذا و نوشیدنی کودکان، جلوگیری از تبلیغ و در دسترس قرارگرفتن غذا و نوشیدنی‌های قنددار، ایجاد راهنماهای تغذیه ساده و سالم که دربرگیرنده میزان مصرف قند باشد، مشاوره تغذیه با پرداختن به سلامت عمومی در رابطه با سلامت دهان و دندان، ممنوعیت شیرین‌کننده غذاهای غیر سالم و گسترش استفاده از غذاهای طبیعی و بومی راه‌های مقابله با عوامل ایجاد پوسیدگی دندانی در کودکان می‌باشند (۲۳). با وجود پیشرفت‌های حاصله در سیاست‌های بهداشت دهان و دندان، پوسیدگی دندان همچنان یک مشکل اساسی کودکان است. فقدان مراقبت والدین و مراقبان در مورد بهداشت دهان و دندان کودک، ممکن است منجر به شیوع بالای پوسیدگی دندان شود.

«نوما» بیماری دیگری است که به دلیل غفلت، در کودکان زیر ۶ سال به خصوص در جنوب صحرای آفریقا اتفاق می‌افتد و در صورت عدم درمان، ۷۰ تا ۹۰ درصد کودکان را با مرگ و میر رو به رو می‌کند. سوءتغذیه، اچ.آی.وی، مالاریا، سرخک و بهداشت ضعیف، فرد را مستعد بیماری می‌کنند. دفتر منطقه آفریقای سازمان جهانی بهداشت یک برنامه کنترل این بیماری را برای حمایت از دولت برای تبیین استراتژی‌های مقابله با آن اجرایی کرده است (۲۴). آنومالی‌های مادرزادی دهان و صورت از هر ۱۰ هزار نوزاد، ۱۲ نفر را درگیر می‌کند. سوءتغذیه، سیگار، الکل و چاقی در طی بارداری، از عوامل مؤثر در ایجاد این بیماری‌ها می‌باشند که خود لزوم پیشگیری از این موارد در سرویس‌های سلامت مادران آینده را آشکار می‌سازد. سیاست‌ها و

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

برنامه‌های مناسب جهت کنترل بیماری، شامل افزایش دقت در ثبت این بیماری، تشویق تلاش‌های ضروری برای جلوگیری، مراقبت و آموزش و برنامه‌ریزی برای جراحی می‌باشند (۲۵). بی‌تردید عوامل زیادی سلامتی دهان و دندان کودکان و حق کودکان بر این امر را تهدید می‌نماید که به برخی از آن‌ها اشاره شد.

بیماری‌های دندان‌پزشکی و تجربه درمان می‌تواند بر سلامت دهان و دندان مرتبط با کیفیت زندگی کودکان در سن پیش‌دبستانی و نیز بر مراقبان آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. در حال حاضر هیچ ابزار معتبر و قابل اطمینانی برای اندازه‌گیری این تأثیرات منفی در کودکان بسیار خردسال وجود ندارد (۲۶). بررسی‌ها نشان از این دارد که کشورها و نهادهای بین‌المللی متولی، بر این باورند که پیشگیری از بروز بیماری‌های دهان و دندان مؤثرترین نقش را در مقابله با این بیماری‌ها و تحقق حق بر سلامت دهان و دندان کودکان دارد. آموزش بهداشت به عنوان یکی از جنبه‌های مهم دندان‌پزشکی پیشگیری، مؤلفه مهمی در زمینه ارتقا و دستیابی به سلامت دهان و دندان می‌باشد و در این خصوص نمی‌بایست از نقش حیاتی آگاهی والدین در مورد تأثیر بهداشت دهان و دندان، تغذیه مناسب و فلوراید بر سلامت دهان و دندان در اوایل کودکی غفلت نمود (۲۷). خانواده زمینه را برای رشد دانش، نگرش‌ها و عادات مربوط به سلامت دهان و دندان کودکان فراهم می‌کند. والدین در شکل‌گیری شخصیتی، بهداشتی و رژیم غذایی کودکان در دوره جامعه‌پذیری اولیه از جمله نگرش مناسب آن‌ها نسبت به سلامت دهان و دندان نقش اساسی دارند.

تأثیر بیماری‌های دهان و دندان بر افراد و جوامع و در نتیجه ایجاد درد و رنج، اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی، قابل توجه است. علاوه بر این، درمان سنتی این بیماری‌ها بسیار پرهزینه است. در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، هزینه درمان پوسیدگی دندانی به تنهایی در کودکان از کل بودجه مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان بیشتر است (۲۸). استراتژی سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، روشی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های دهان و دندان است. نظارت بر سطوح و الگوهای عوامل خطر از اهمیت اساسی در برنامه‌ریزی‌ها و

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

ارزیابی فعالیت‌های پیشگیرانه جامعه و ارتقای سلامت در این بیماری‌ها برخوردار است. در سال ۱۹۷۹ سازمان جهانی بهداشت مهم‌ترین هدف برای سلامت دهان و دندان را بیان داشت که عبارت بود از این‌که تا سال ۲۰۰۰ میانگین جهانی پوسیدگی دندانی برای کودکان زیر ۱۲ سال بر اساس شاخص «تعداد دندان‌های پوسیده ـ از دست‌رفته و پرشده (DMFT: Decay-Missing-Filled Index)» از ۳ بیشتر نباشد. در این بین به وضوح مشخص شده است که اولین گروه هدف برای مراقبت‌های دندانی، کودکان هستند. گام بعدی سازمان برای اقدام در خصوص تحقق حق بر سلامت دهان و دندان کودکان در سال ۱۹۸۳ برداشته شد. بدین‌صورت که سازمان، سلامت دهان و دندان را در قطع‌نامه WHA36.14 به عنوان بخشی از استراتژی سلامتی برای همه در نظر گرفت. لازم به ذکر است که کلمه همه شامل کودکان نیز می‌شود. سازمان سال‌هاست که در رابطه با بیماری پوسیدگی دندان در کودکان، سیستم‌های نظارت بر بیماری‌های دهانی را توسعه داده است. اولین نقشه جهانی با داده‌های مربوط به شاخص مذکور برای افراد ۱۲ ساله در سال ۱۹۶۹ ارائه شد و شیوع بالای پوسیدگی در کشورهای صنعتی و به طور کلی مقادیر کم در کشورهای در حال توسعه را نشان می‌داد.

اولویت‌های جهانی برای سلامت دهان و دندان، در رابطه با استفاده از فلوراید می‌باشد که هم کودکان و هم بزرگسالان را منتفع می‌کند (۲۹). همچنین سازمان تغییر الگوهای رفتاری کودکان را به مراقبین آن‌ها در زمینه مراقبت‌های سلامت دهان و دندان سپرده است (۳۰). در راستای بهبود نحوه تغذیه که عامل اولیه ایجاد بیماری‌های دهان و دندان است، سازمان جهانی بهداشت با همکاری «سازمان خواربار و کشاورزی (فائو)» برنامه استراتژی جهانی در مورد رژیم غذایی، فعالیت بدنی و سلامت را در رابطه با چگونگی جلوگیری از بیماری‌های غیر واگیر با تغذیه و استفاده از فلوراید منتشر کرده است. در واقع ترکیب تغذیه و توصیه به مراقبین کودکان نشان از توجه این دو سازمان به کودکان دارد. یکی از برنامه‌های جهانی سلامت دهان و دندان سازمان شامل مدارس می‌شود که توجه به کودکان را در تمام برنامه‌ریزی‌های خود نشان می‌دهد. وزارتخانه‌های بهداشت در کشورها باید اطمینان حاصل کنند که ساز و کارهای همکاری

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

بین‌بخشی با دقت در نظر گرفته می‌شوند. سازمان مزبور اقدامات مهمی را در زمینه بهبود سلامت دهان و دندان در نقاط مختلف دنیا انجام داده است. برای مثال، دفتر منطقه‌ای سازمان در آفریقا، استراتژی بهداشت دهان و دندان در این منطقه را در سال ۲۰۱۶ به تصویب رساند و برنامه خود را که از جمله شامل کودکان و مادران باردار می‌باشد تا سال ۲۰۲۵ ارائه داد. همچنین در سال ۲۰۱۷ بروشور اطلاعاتی و پوستری درمورد تشخیص زودهنگام و مدیریت «نوما» در آفریقا منتشر نمود. این منابع به عنوان ابزار آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان جامعه طراحی شده‌اند (۳۱). اقدام مهم دیگر سازمان، توزیع پک‌های درمانی رایگان در مدارس شهر مکزیکوسیتی در سال ۲۰۱۶ بود (۳۲).

اقدام دیگر سازمان این بود که درسال ۲۰۱۸ با تصویب قطع‌نامه‌ای به نقش تغذیه در کودکان پرداخت و در آن به نقش سلامت بافت‌های لثه مادران در جلوگیری از وزن کم در زمان تولد اشاره کرد و به نقش شیر مادر در جلوگیری از پوسیدگی زودهنگام در دوران بچگی پرداخته شده است (۳۳)؛ فدراسیون جهانی دندان‌پزشکی در تأیید این قطع‌نامه بیان نموده است که کودکان به دلیل وابستگی به والدین و مراقبین، چالش‌های بهداشتی دهانی بی‌نظیری دارند. سلامت دهان و دندان کودک در رحم شروع می‌شود. سلامت ضعیف دهان و سوءتغذیه مادران در دوران بارداری ممکن است منجر به اختلال در شکل گیری مینای دندان و مستعد ابتلا به پوسیدگی زودهنگام کودک شود (۳۴).

در مجموع علی‌رغم تلاش‌های سازمان جهانی بهداشت برای مقابله با بیماری‌های دهان و دندان کودکان و بهبود وضعیت سلامت آنان در این حوزه، نظرسنجی‌های سازمان نشان می‌دهد که در ۱۰ کشور، تنها ۱۳٪ والدین با کودکان زیر ۱۸ سال قبل از اولین سال تولد خود به دندان‌پزشک مراجعه کرده‌اند. ۲۴٪ والدین اولین‌بار فرزند خود را بین سن یک تا سه سال و ۲۲٪ کودک بین چهار تا شش سال خود را نزد دندان‌پزشک برده‌اند، در حالی که ۲۰٪ والدین گزارش داده‌اند که هرگز در این خصوص اقدامی انجام نداده‌اند و این بسیار نگران‌کننده است که بیشتر کودکان در سن توصیه شده (قبل از اولین سال تولد)، معاینه دندان‌پزشکی را انجام ندهند. عادت‌های خوب

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

بهداشت دهان و دندان زودهنگام شروع می‌شود. والدین باید پس از شروع رویش اولین دندان فرزند خود به دندان‌پزشکان مراجعه کنند. طبق نظرسنجی، نیمی از والدینی که فرزندشان را نزد دندان‌پزشک برده‌اند، دلیل این امر را معاینه منظم دندان‌پزشکی دانسته‌اند. بیش از دوپنجم (۴۳٪) والدین با کودک ۱۸ سال و کم‌تر از آن، ابراز داشته‌اند که شخصاً مطمئن شده‌اند که دندان‌های فرزندشان قبل از خواب مسواک زده شده است. این بررسی همچنین نشان می‌دهد که ۴۰٪ والدین دو بار در روز مسواک زدن فرزندشان را تحت نظر داشته‌اند و ۳۸٪ از آن‌ها گفته‌اند که برای جلوگیری از بیماری‌های دهانی، غذاهای قندی و نوشیدنی‌ها را در رژیم غذایی کودک خود محدود می‌کنند. همچنین تنها ۲۶٪ گزارش دادند که به محض بیرون‌آمدن اولین دندان، شخصاً دندان‌های فرزند خود را تمیز کرده‌اند (۳۵).

علاوه بر سازمان جهانی بهداشت، فدراسیون جهانی دندان‌پزشکی نیز در زمینه تحقق حق بر سلامت دهان و دندان کودکان، اقدامات مهمی را انجام داده است. برای نمونه این نهاد بنا بر توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص استفاده از فلوراید، سند ارتقای سلامت دندان از طریق خمیردندان فلوراید را در سال ۲۰۰۰ (اصلاح‌شده در سال ۲۰۱۸ م.) در مجمع عمومی خود تصویب کرد که در آن به خمیردندان به عنوان منبع در دسترس فلوراید اشاره شده است. همچنین از والدین و مراقبان کودکان خواسته شده است که با شروع رشد دندان‌های اولیه، مسواک‌زدن را برای آن‌ها آغاز کنند. در کودکان زیر سه سال بایستی این ماده تحت نظارت مراقبین مورد استفاده قرار گیرد و دستورالعمل‌ها برای هر سن نیز رعایت شود. نکته دیگر این‌که کودکان بین سه تا شش سال باید مسواک با فلوراید را تحت نظارت یک فرد بزرگسال بدون بلعیدن انجام دهند (۳۶). همچنین فدراسیون در سال ۲۰۱۴ اقدام به تصویب یک بیانیه‌ای در خصوص سلامت دهان و دندان کودکان (صفر تا سه ساله) و مسائل پیرازایشی آن‌ها نمود. در این دوره سنی به دلیل وابستگی کودکان به والدین و مراقبان، مشکلات بهداشتی دهان و دندان منحصر به فردی برای کودکان ایجاد می‌شود. لزوم توجه جدی به بهداشت دهان و دندان نوزادی و شیرخوارگی، تسهیل بروز تغییرات رفتاری که منجر

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

به ارتقای سلامتی دهان و دندان، پیشگیری موفقیت‌آمیز از پوسیدگی و مدیریت بیماری‌های دهان و دندان می‌شود، از جمله نکات مهم این بیانیه می‌باشد (۳۷). از دیگر اقدامات فدراسیون مذکور در زمینه بهبود سلامت دهان و دندان کودکان و تحقق حق بر این قسم از سلامتی، اجرای برنامه‌های آموزش کودکان در کشورهایی چون هند، پاکستان، مصر و آلمان در سال‌های اخیر می‌باشد.

«انجمن بین‌المللی دندان‌پزشکی کودکان (International Association of Paediatric Dentistry)» نیز از دیگر نهادهای فعال در زمینه سلامت دهان و دندان کودکان می‌باشد. برگزاری نشست‌های منطقه‌ای در روسیه و چین از سال ۲۰۱۴ به بعد در باب مدیریت پوسیدگی دوران کودکی و کنترل درد در کودکان و مشکلات درمان دندان‌های شیری و برنامه‌ریزی درمان آن‌ها و پیشرفت در پالپ‌درمانی دندان‌های دائمی اولیه و جوان کودکان، اولین فعالیت‌های موفقیت‌آمیز این انجمن می‌باشند. همچنین انجمن در جهت بهبود فعالیت‌های خود، هر ساله روز مخصوص سلامت دهان و دندان را با سیاستی خاص برگزار می‌کند و برنامه قهرمان دندان در مدارس نیز یکی دیگر از فعالیت‌های انجمن می‌باشد (۳۸). این نهاد به عنوان متولی سلامت دهان و دندان کودکان در کل دنیا فعالیت‌های خود را گسترش داده است و شروع به برگزاری دوره‌ای کنگره‌ها و تصویب برنامه‌های خود نموده است.

در پایان این قسمت، ضرورت دارد که به نحو بسیار اجمالی نکاتی در باب وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان در ایران گفته شود. در ایران برنامه ادغام سلامت دهان و دندان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه سیستم از سال ۱۹۹۶ با هدف ارتقای سلامت دهان و دندان در سطح جامعه پیاده‌سازی شد و در وضعیت کنونی نیز این برنامه ادغام به طور جدی در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور در حال انجام است. با این حال، این برنامه مجدداً مورد بررسی قرار گرفت و در سال ۲۰۱۵ برنامه «اصلاحات بهداشت دهان و دندان» برای کسب پیشرفت‌های بیشتر ارائه شد. اکنون پیشگیری از بیماری‌های شایع دهان و دندان در گروه‌های هدف (زنان باردار، مادران شیرده و کودکان زیر ۱۴ سال) انجام می‌شود. کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی غیر دندان‌پزشکی مؤظف

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

به ارائه خدمات پیشگیری از سلامت دهان و دندان در سراسر شبکه بهداشت و درمان ملی شامل مواردی چون معاینه دهان، ثبت وضعیت بهداشت دهان و دندان، آموزش بهداشت و کاربرد وارنیش فلوراید، می‌باشند. بنا به برخی گزارش‌ها، در سال ۲۰۱۲ فقط در حدود ۱۵/۷ درصد از کودکان ۶-۵ ساله نیازی به درمان بیماری‌های دهان و دندان نداشتند. همچنین حدود ۷۵٪ از کودکان ۱۲ ساله و ۷۶٪ از ۱۵ ساله‌ها نیاز به درمان داشته‌اند (۳).

با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان گفت که علی‌رغم تلاش‌های صورت‌گرفته در زمینه مقابله با بیماری‌های دهان و دندان کودکان و تحقق حق بر سلامت در این حوزه، جامعه بین‌المللی همچنان با شیوع این بیماری‌ها رو به رو است و علی‌رغم اتخاذ سیاست‌ها و خط مشی گوناگون، همچنان حق بر سلامت دهان و دندان کودکان به نحو مطلوب محقق نشده است.

نتیجه‌گیری

در چارچوب حقوق بین‌الملل، حق بر سلامت که شامل تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان‌ها می‌باشد، به عنوان یک حق بنیاین بشری مطرح است که خود در راستای احترام به حیثیت و کرامت انسانی است. برخورداری از بالاترین استاندارد سلامت و بهداشت و نیز بهره‌مندی از تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توانبخشی، جزء حقوق مسلم کودکان محسوب می‌شود و بی‌شک حق بر سلامت کودکان می‌بایست نسبت به تمام ابعاد وجودی این گروه انسانی تسری و توسعه یابد. یکی از جوانب مهم این حق، حق بر سلامت دهان و دندان است. بهداشت این اعضای بدن جز تفکیک‌ناپذیر سلامت و بهداشت عمومی است که بر کیفیت زندگی انسان تأثیر می‌گذارد. سلامتی دهان و دندان دیگر تنها به نبود بیماری در قسمت‌های دهان و دندان اطلاق نمی‌شود، بلکه شامل مواردی چون توانایی صحبت‌کردن، لبخندزدن، بوییدن و چشیدن بدون درد نیز می‌شود. امروزه بیماری‌های دهان و دندان گستره

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

وسیعی دارند که از این میان، پوسیدگی دندانی بسیار شایع می‌باشد. آنچه مشخص است، این نکته است که در حال حاضر، جامعه بین‌المللی وجود حق بر سلامت دهان و دندان را تصدیق می‌کند و به طور مستمر در حال برنامه‌ریزی و اقدام برای مقابله با بیماری‌های دهان و دندان و تحقق حق مذکور می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون جهانی دندان‌پزشکی تلاش کرده‌اند که با ترویج سیاست‌ها و برنامه‌های پایدار با اولویت دهان و دندان در سیستم‌های ملی سلامت، ادغام برنامه‌های ارتقای بهداشت و درمان دهان و دندان با سایر بخش‌های تأثیرگذار بر سلامت و تقویت سیستم‌ها و روش‌های نظارت بر سلامت دهان و دندان، به مقابله با بیماری‌های دهان و دندان بپردازند. در این مسیر، این نهادها تأکید ویژه‌ای بر حق بر سلامت دهان و دندان کودکان دارند و تاکنون در این خصوص اقداماتی جدی را صورت داده‌اند. رویکرد بین‌المللی برای مقابله با بیماری‌های دهان و دندان کودکان بر مؤلفه پیشگیری متمرکز شده است و تلاش می‌نمایند که با اقدامات مهمی چون ترغیب به افزایش استفاده از فلوراید، تغذیه سالم و مراقبت از سلامت دهان و دندان کودکان در مدرسه، با بیماری‌های مهمی چون پوسیدگی دندانی، نوما و بیماری‌های لثه مقابله نموده و چالش‌های این حوزه را به حداقل برسانند. تردیدی نیست پیشگیری از بروز بیماری‌های دهان و دندان مؤثرترین نقش را در مقابله با این بیماری‌ها و تحقق حق بر سلامت دهان و دندان کودکان دارد. نکته پایانی این‌که باید به این واقعیت اذعان نمود که با وجود اقدامات بین‌المللی، پیشرفت‌های فناوری و نیز موفقیت‌های به دست‌آمده، هنوز در زمینه مقابله با بیماری‌های دهان و دندان کودکان و تحقق حق بر سلامت در این حوزه، چالش‌های زیادی وجود دارد و می‌طلبد که کشورها و نهادهای بین‌المللی با تأکید بر پیشگیری و بهبود وضعیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در جهت ارتقای حق مذکور تلاش نمایند. در بعد حقوقی نیز، لازم است که حقوق بین‌الملل با جدیت و سرعت بیشتری به سمت تدوین دقیق‌تر ابعاد حق بر سلامت دهان و دندان کودکان و تعیین یک ساختار حقوقی منسجم و سازمند در این حوزه گام بردارد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

References

1. Alekajbaf H. Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills. Medical Law Journal 2013; 7(24): 139-170.

2. Zamani SG. Therapeutic Simulation and the Right to Health in the Territory of International Human Rights. Public Law 2006; 8(19): 25-41.

3. Khoshnevisan MH, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez RJ. Oral health status and healthcare system in I.R. Iran. Journal of Contemporary Medical Sciences 2018; 4(3): 107-118.

4. Constitution of the World Health Organization. 1947.

5. Universal Declaration of Human Right. 1948.

6. International Covenant Economic Social and Cultural Rights. 1996.

7. The Position of the Right to Health in International Documents. 2017. Available at: https://www.article.tebyan.net/351614/.

8. Right to health. 2018. Available at: http://www.pajoohe.ir/%D8%AD%D9%82

9. Convention on the Rights of the Child. Art 1989; 24(1).

10. Farshadi S. Children's Health Rights in the Committee on the Rights of the Child. 2013. Available at: http://www.aria-law.com/Data-View.aspx?lang=fa&id=6723.

11. Committee on the Rights of the Child, General comment No.15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). UN Doc. CRC/C/GC/15. 2013.

12. World Health Organization. Oral Health. Fact sheet No.318. 2012. Available at: https://www.mah.se/CAPP/Oral-Health-Promotion/WHO-Oral-Health-Fact-Sheet1/.

13. Glick M. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. The Journal of American Dental Association 2016; 147(12): 915-917.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

14. Cormac I, Jenkins P. Understanding the importance of oral health in psychiatric patients. Advances in Psychiatric Treatment 1999; 5(1): 53-60.

15. Warnakulasuriya S. Causes of oral cancer an appraisal of controversies. Br Dent J 2009; 207(10): 471-475.

16. The Liverpool Declaration: Promoting Oral Health in the 21st Century. A report developed by the 8th World Congress on Preventive Dentistry (WCPD). 2005.

17. FDI General Assembly. Global Goals for Oral Health, FDI Policy Statement 2003 September 18. 2003.

18. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global Goals for Oral Health. International Dental Journal 2003; 53(5): 285-288.

19. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(suppl.1): 3-24.

20. World Health Organization global policy for improvement of oral health World Health Assembly 2007. Poul Erik Petersen. World Health Organization Geneva, Switzerland International Dental Journal 2008; 58(3): 115-121.

21. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Fluoride Supplementation: Revised Dosage Schedule, Pediatrics 1979; 63(1): 150-152.

22. Health and Social Care Information Centre. Children's Dental Health Survey 2013. Northern Ireland: Country Specific Report; 2015. p.1-53.

23. World Dental Federation. Oral Health Atlas, the Challenge of Oral Disease - A call for global action. Brighton, UK: FDI World Dental Federation; 2015. p.57-64.

24. Baratti-Mayer D, Gayet-Ageron A, Hugonnet S, François P, Pittet-Cuenod B, Huyghe A, et al. Risk factors for noma disease: A 6-year,

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

prospective, matched case-control study in Niger. The Lancet Global Health 2013; 1(2): e87-e96.

25. Bille C, Olsen J, Vach W, Knudsen VK, Olsen SF, Rasmussen K, et al. Oral clefts and life style factors - A case-cohort study based on prospective Danish data. Eur J Epidemiol 2007; 22(3): 173-181.

26. Talekar Pahel B, Gary Rozier R, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5(6): 1-10.

27. Djordjevic A. Parents´ Knowledge about the Effects of Oral Hygiene, Proper Nutrition and Fluoride Prophylaxis on Oral Health in Early Childhood. Balk J Dent Med 2018; 22: 2-31.

28. Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in third world countries. International Dental Journal 2002; 52(1): 1-9.

29. World Health Organization. Fluorides and Oral Health. WHO Technical Report Series No.846. Geneva: World Health Organization; 1994.

30. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 916. Geneva: World Health Organization; 2003.

31. WHO releases information materials for early detection and control of noma cases? 2017.

32. Free Oral Care Kits for one million schoolchildren in public schools in Mexico City, November 30, 2016.

33. WHA71 - Maternal, infant and young child nutrition. Agenda item 12.6 (Document A71/22).

34. WHO EB142 - FDI statement on Item 4.6.

35. FDI global survey shows children are not getting dental check-ups early enough. Geneva: FDI World Dental Federation; 2018.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]

36. FDI General Assembly. Promoting Dental Health through Fluoride Toothpaste. Paris: FDI World Dental Federation; 2018. p.1-3.

37. FDI General Assembly. FDI policy statement on perinatal and infant oral health. International Dental Journal 2014; 64(6): 287-288.

38. Mouth Heroes for Schools. Geneva: FDI World Dental Federation; 2019. Available at: https://www.fdiworlddental.org/mouth-heroes-for-schools.

39. Khoshnevisan MH, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez RJ. Oral health status and healthcare system in I.R. Iran. Journal of Contemporary Medical Sciences 2018; 4(3): 107-118.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-09]