

بررسی قوانین و مقررات تربیت و به کارگیری نیروهای حد واسط دندانپزشکی در ایران

طیبه رجحانیان^۱، سید مسعود موسوی^{۲*}، عبدالمهدی عراقی زاده^۳، محمدرضا معدلی^۴

^۱ گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۲ مرکز تحقیقات مدیریت و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

^۳ گروه اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۴ گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، مجتمع آموزشی درمانی و پژوهشی پیامبر اعظم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات مدیریت و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

ایمیل: M.mousavihp93@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۴

چکیده

مقدمه: تربیت گروه‌های گوناگون نیروهای کمکی دندانپزشکی از تلاش‌های صورت گرفته برای حل مسئله دسترسی به خدمات دندانپزشکی در ایران بوده است.

اهداف: بررسی قوانین تربیت و به کارگیری نیروهای حد واسط دندانپزشکی در ایران و تعیین نقاط قوت و ضعف آن.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی، ۲۲ سند در پنج مرحله، با کمک آنالیز چهارچوب و با استفاده از گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نقاط قوت قوانین تصویب شده در حیطه تولید، وجود قوانینی برای تخلفات، تضمین پایبندی به قانون، وضع ممنوعیت، تعیین تکلیف و مجری، نسخ قوانین، تنقیح قانون، تفویض اختیار، تأمین نیاز، بهبود دسترسی، برقراری عدالت، تأمین نیروی انسانی، تأمین زیرساخت‌های آموزشی، یکسان سازی آموزش، تعیین سلسله مراتب و تعامل بین بخشی است و نقاط ضعف آن شامل: سیاست‌های متناقض، تسری قانون، عدم پایبندی به قانون است. نقاط قوت در حیطه تربیت نیروی انسانی وجود قوانینی برای جهت دهی و جابه جایی خدمات، جذب و نگهداشت نیروی انسانی، مهارت بخشی، ضوابط آموزشی و انگیزشی، ارزشیابی، نیازسنجی و نقاط ضعف مغایرت در ضوابط آموزشی و اهداف تعریف شده برنامه آموزشی است. در کارکرد ارائه خدمت، نقاط قوت اولویت گذاری و تأمین نیروی انسانی شهر و روستا، توجه به خدمات پیشگیری و تسهیل دسترسی و نقاط ضعف نوع وظایف و اولویت‌های تعیین شده است. در حیطه تولید منابع نقاط قوت تعیین محل اعتبار اجرای برنامه‌ها و منابع مورد نیاز برای آموزش و صرفه جویی در هزینه‌ها است.

نتیجه گیری: در این مطالعه نقاط قوت و ضعف قوانین نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران بررسی و بر لزوم بازنگری در قوانین متناقض، افزایش نظارت، تفکیک دقیق قوانین، تعریف چشم انداز و اهداف قابل دستیابی و متناسب با مداخله مدنظر، مشارکت ذینفعان در قانون گذاری و تعیین اولویت‌ها توصیه شد.

کلمات کلیدی: نیروی کمکی دندانپزشکی، نیروی انسانی سلامت، مراقبت‌های دندانپزشکی، سیاست سلامت، سلامت دهان و دندان

۱. مقدمه

می‌کنند (۳). اولین برنامه‌های به کارگیری این نیرو مربوط به نیوزیلند بود (۴). تربیت و به کارگیری نیروی حد واسط دندانپزشکی در بهبود دسترسی به خدمات دندانپزشکی، به ویژه برای افراد محروم جامعه مؤثر بوده است (۳، ۵-۷). این نیروها در شرایط یکسان، خدماتی مشابه با دندانپزشکان ارائه می‌دهند و آموزش و به کارگیری کم هزینه تری در

دسترسی (access) به خدمات بهداشتی از جمله خدمات دندانپزشکی، یکی از چالش‌های نظام‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه برای دستیابی به عدالت اجتماعی است (۱، ۲). بیش از پنجاه کشور در سراسر دنیا از نیروهای کمکی دندانپزشکی (نیروی حد واسط) به عنوان راه کاری برای مشکل دسترسی به خدمات دندانپزشکی استفاده

استفاده از نیروهای ارزان قیمت تر و بهبود دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان را به خصوص برای مناطق محروم کشور فراهم کنند.

۲. مواد و روش ها:

این مطالعه برای بررسی وضع موجود در خصوص قوانین مرتبط با نیروهای کمکی دندانپزشکی به صورت مطالعه ای کیفی انجام شد. به منظور جمع آوری اسناد مربوطه، جستجوی مستقل پژوهشگران در درگاه الکترونیک مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، دیوان عدالت اداری، معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی انجام شد. همچنین در موتور جستجوی عمومی GOOGLE عبارات «بهداشت کار دهان و دندان» و «نیروی کمکی دندانپزشکی» و «نیروی حد واسط دندانپزشکی» جستجو شدند. ۲۷ سند، حاصل جستجوی انجام شده بود که پس از بررسی و توافق در بین پژوهشگران تعداد سه سند به دلیل عدم ارتباط با نیروهای مدنظر، دو سند شامل نامه های اداری و به دلیل فقدان اطلاعات مهم، از مطالعه خارج شدند و در نهایت تعداد ۲۲ سند مورد بررسی قرار گرفت، لیست اسناد مورد بررسی در (پیوست ۱) قابل مشاهده است.

۱.۲. گروه پژوهش و انعکاس پذیری (Reflexivity)

پژوهش حاضر بخشی از طرح ثبت شده در مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی (نصر)، به شماره ۹۸۰۶۵۸ بوده و کلیه روش کار مورد استفاده در این مطالعه براساس آیین نامه مربوط به کارگروه کمیته اخلاق در پژوهش مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با شناسه: (IR.NASRME.REC.1400.453) تأیید شده است. پژوهشگر اصلی مطالعه دندانپزشک (DDS) و دارای مدرک دکترای تخصصی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی بوده و باوجود سابقه و علاقه به مطالعه نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران، قبل از انجام مطالعه و در طی آن تلاش برای جلوگیری از تورش (bias) و وارد شدن پیش فرض ها (hypothesis) در مطالعه داشته است. همکار اصلی این مطالعه دارای مدرک دکترای تخصصی مدیریت و سیاست گذاری سلامت بوده و قبل از انجام مطالعه فرضیه ای در خصوص موضوع مورد بررسی نداشته و در طول مطالعه سعی در اجتناب از سوگیری داشته است. به منظور بررسی اسناد موجود از آنالیز چهارچوب (framework method) که رویکردی رایج در پژوهش های سیاست گذاری (policy researches) است، استفاده شد (۱۳). دیدگاه فلسفی (philosophical assumption) پژوهشگران در این مطالعه ساخت گرایی (Constructionism) بود. چهارچوب مورد استفاده در این مطالعه چهارچوب توصیه شده در

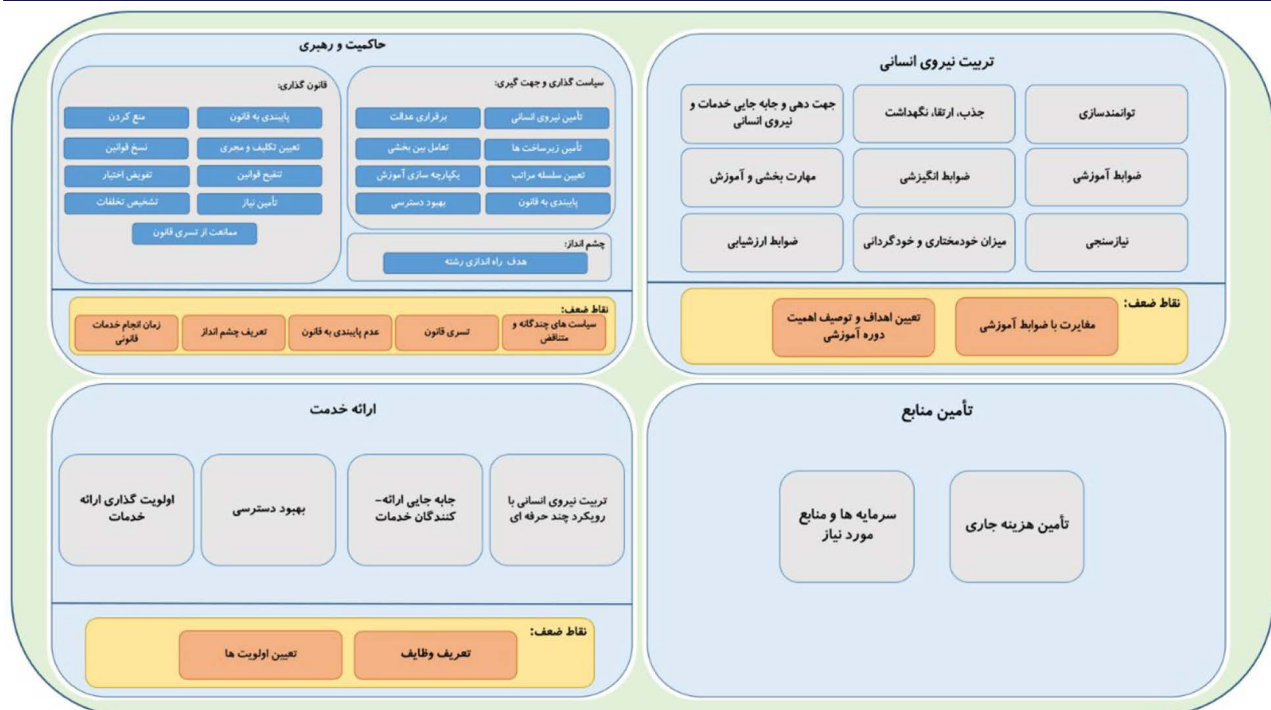
مقایسه با دندانپزشکان دارند و می توانند خدماتی مؤثر، باکیفیت و ایمن که توسط عموم مردم و دندانپزشکان پذیرفته شده است، فراهم کنند (۳).

در نظام سلامت دهان ایران، با وجود افزایش تعداد دانشکده های دندانپزشکی و تربیت سالیانه بیش از ۲۵۰۰ دندانپزشک، حجم بالای نیاز برآورده نشده وجود دارد (۸). روند فزاینده پوسیدگی دندان های شیری و دائمی ایرانیان (۹، ۱۰) نشان می دهد با وجود تلاش برای افزایش تعداد دندانپزشکان (۲۶۰۵۱ نفر دندانپزشک عمومی در مجموعه اعضای نظام پزشکی، سال ۱۳۹۷ خورشیدی بر اساس برآورد نیروی انسانی مورد نیاز کشور در رشته های تخصصی دندانپزشکی تا سال ۱۴۰۴، انجام شده در سال ۱۳۹۸)، بهبود چندان در دسترسی به خدمات دندانپزشکی صورت نگرفته است. تجربه نشان داده توزیع دندانپزشکان در کشور متناسب با رتبه اجتماعی (social rank) استان ها است (۱۱) و علاوه بر این اکثریت دندانپزشکان (حدود ۹۰ درصد) در بخش خصوصی فعالیت می کنند (۸)، لذا افزایش تعداد دندانپزشکان احتمالاً نمی تواند پاسخگوی نیازهای مردم کم برخوردار (underserved people) که توان مالی کمی برای پرداخت در سیستم خصوصی با هزینه های بالاتر دارند و اکثراً در مناطق محروم (underprivileged areas) زندگی می کنند، باشد (۱۱). به منظور رفع نیاز و بهبود دسترسی، به ویژه در مناطق محروم کشور در طی سال ها تلاش شده که از نیروهای حد واسط دندانپزشکی استفاده شود. گروه های مختلفی از نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران با اسامی متفاوت شامل: کاردان های بهداشت دهان و دندان، پرستار دندانپزشکی، بهداشت کاران دهان و دندان، کاردان های بهداشت دهان، کاردانی تکنسین سلامت دهان در برهه های زمانی مختلف تربیت شده اند. پذیرش و تربیت نیروهای حد واسط دندانپزشکی در کشور از دهه ۴۰ تا ۹۰ روندی نزولی داشته (۱۲) و همواره مخالفت هایی در خصوص تربیت و به کارگیری این نیروها وجود داشته است؛ به طوری که در سال ۱۳۹۶ تربیت این گروه از ارائه کنندگان خدمات دندانپزشکی متوقف شد. این مطالعه با هدف بررسی قوانین و مقررات تربیت و به کارگیری نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران به منظور بررسی وضعیت موجود انجام شده است تا نقاط قوت و ضعف احتمالی در قوانین موجود که عاملی مؤثر بر تصمیم گیری ها در این زمینه است، بهتر شناخته شود. اطلاعات این مطالعه به ویژه برای سیاست گزاران (در سطح سیاست های عمومی) و سیاست گزاران (در سطح سیاست های سازمانی و مدیریتی) مفید خواهد بود تا با شناخت شکاف ها و موانع احتمالی در قوانین مرتبط با نیروهای کمکی دندانپزشکی، درصدد رفع آن برآمده و امکان

تسلط و فهم محتوای آن صورت گرفت. چهارچوب کدگذاری اولیه مطالعه تعیین و پس از آن فرآیند نمایه‌سازی (indexing) از طریق کدگذاری (coding) داده‌ها به صورت استقرایی (deductive) و استنتاجی (inductive) (به منظور جلوگیری از از دست رفتن داده‌ها (missing)) انجام شد. با استفاده از عناوین چهارچوب موضوعی، داده‌های مطالعه به منظور خوانش آسان‌تر در جدول قرار داده شدند و در نهایت الگویی بصری از موضوع مورد بررسی به منظور یافتن ارتباطات و ایده‌ها ارائه شد (mapping).

۳. نتایج:

داده‌های این مطالعه در چهار حیطه دسته‌بندی شدند و الگویی مفهومی از داده‌ها ترسیم شد (تصویر ۱).



تصویر ۱. تحلیل مفهومی اسناد قانونی نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران براساس کارکردهای نظام سلامت در چهارچوب سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۰

۱.۳. حاکمیت و رهبری

و توسعه خدمات درمانی و بهداشتی در مناطق روستایی بود. در سال ۱۳۶۰ آیین‌نامه اجرایی و در سال ۱۳۶۱ ضوابط آموزشی تربیت بهداشت کاران تصویب شد. با توجه به قانون تصویب تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ و جداسازی آموزش رشته‌های علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی در سال ۱۳۶۶ قانون الحاق تصویب شد که براساس آن تصمیم گرفته شد که تنها یک نوع بهداشت کار و آن هم در وزارت بهداشت تربیت شود و همچنین نام رشته کاردانی بهداشت دهان و دندان به پرستاری دندانپزشکی تغییر داده شد. این تغییر نام برای تمیز دادن کاردان‌های بهداشت دهان و دندان از بهداشت کاران دهان و دندان انجام شد. در سال ۱۳۶۶ قانون

اسناد قانونی نیروهای کمکی عامل مرتبط با کارکرد تولید در نظام سلامت دهان و دندان ایران با عنوان حاکمیت و رهبری در پیوست ۲ گردآوری و خلاصه شده است. تاریخچه به کارگیری نیروهای کمکی عامل (operating auxiliary) در ایران با تصویب قوانین تربیت و به کارگیری کاردان‌های بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۴۴ آغاز شد. در سال ۱۳۵۴ به موجب قانونی امکان اشتغال به کار دندان‌سازان با شرایط مشخص به عنوان دندانپزشکان تجربی در شهرها و روستاهای با جمعیت کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر فراهم شد. پس از آن و در سال ۱۳۶۰ قانون تربیت بهداشت کاران دهان و دندان در مجلس شورای اسلامی تصویب شد، هدف از تربیت این گروه از نیروهای کمکی پیشرفت

۳.۳. ارائه خدمت

خلاصه‌ای از اسناد قانونی نیروهای کمکی عامل مرتبط با کارکرد ارائه خدمت در نظام سلامت دهان و دندان ایران در بخشی با عنوان ارائه خدمت در پیوست ۲ آورده شده است. براساس قوانین، دندانپزشکان تجربی تنها گروه از نیروهای کمکی دندانپزشکی هستند که اجازه فعالیت خصوصی به آن‌ها داده شده است و شرح وظایف آنان شامل جرم‌گیری، کشیدن دندان (به جز ریشه‌های باقی‌مانده و دندان‌های عقل)، پرکردن دندان و دندان‌سازی در حد پروتز متحرک (پارسیل و کامل) است. در قوانین مورد بررسی، وظایف کاردان‌های بهداشت دهان و دندان آموزش بهداشت، خدمات پیشگیری، کمک به دندانپزشک، حفظ و انجام استریلیزاسیون و کنترل عفونت، تهیه رادیوگرافی و اقدامات CPR ذکر شده است. در خصوص بهداشت کاران دهان و دندان، این گروه حق انجام فعالیت دندانپزشکی به صورت آزاد یا در کلینیک‌های خصوصی را نداشته و متعهد به خدمت به مدت ۵ سال در مناطق محرومی که با سهمیه آن مناطق جذب شده، بودند. جایگاه بهداشت کاران مراکز بهداشتی درمانی مناطق روستایی با جمعیت کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده بود و شرح وظایفشان معاینه، گرفتن رادیوگرافی، تشخیص و طرح درمان، ارجاع برای آزمایش‌های پاراکلینیکی، آموزش بهداشت دهان به صورت فردی یا گروهی با استفاده از رسانه‌ها، جرم‌گیری و برس‌زدن دندان‌ها، کشیدن دندان‌های عادی و ریشه‌های قابل‌رؤیت، ترمیم دندان‌های پوسیده و ساخت دست‌دندان کامل و پلاک‌های آکرلیک ساده ذکر شده بود. حیطه وظایف کاردان بهداشت دهان انجام خدمات سطح یک شامل فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، پروفیلاکسی، ارزیابی سلامت دهان و آموزش بیمار بود. وظایف کاردانی تکنسین سلامت دهان، آموزش مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه، جرم‌گیری و صاف کردن سطح ریشه، همکاری در برنامه‌های ملی، کمک به دندانپزشک، مدیریت و همکاری در اجرای کنترل عفونت، معاینات قبل از مدرسه و فلورایدتراپی و جایگاه در نظر گرفته شده برای آنان مراکز بهداشتی درمانی، مدارس و مهدکودک‌ها، مراکز مراقبت مادر و کودک، مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت دهان، مراکز تهیه و توزیع لوازم بهداشت دهان، مراکز تولید و توزیع وسایل و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، بیمارستان‌ها و مراکز مراجعه بیماران خاص، مراکز نگهداری سالمندان و افراد ناتوان کم‌توان و کودکان بود.

۴.۳. تولید منابع

اسناد قانونی نیروهای کمکی عامل مرتبط با کارکرد تولید منابع در نظام سلامت دهان و دندان ایران در پیوست ۲ گردآوری و خلاصه شده است. وجود حداقل امکانات، تأمین منابع سرمایه‌ای و جاری برای تربیت نیروی انسانی و استفاده از منابع موجود به منظور صرفه‌جویی از مهم‌ترین موارد ذکر شده در قوانین مورد بررسی بود.

معافیت از خدمت وظیفه عمومی برای بهداشت کاران با هدف تأمین بهداشت در سطح کشور تصویب شد. همچنین در این سال، قانون اصلاح قانون تعیین وضع شغلی دندان‌سازان تجربی تصویب شد. در سال ۱۳۷۰ تربیت بهداشت کاران متوقف گردید. سال ۱۳۷۳ قانون اصلاح تربیت بهداشت کاران تصویب شد که به موجب آن تا زمانی که بهداشت کاران در مناطق محرومی که متعهد به خدمت در آنجا بودند، فعالیت می‌کردند از لحاظ دفعات شرکت در آزمونی که امکان ورود مستقیم آن‌ها را به دوره دندانپزشکی فراهم می‌کرد محدودیتی نداشتند. در این قانون ذکر شد که اگر بهداشت کاران متمایل به ادامه تحصیل در دوره دندانپزشکی نباشد این امکان را دارند که رشته کارشناسی بهداشت عمومی را به صورت ناپوسته بگذرانند. در سال ۱۳۸۵ پس از بازنگری در رشته پرستاری دندانپزشکی با این توجیه که پیشگیری مقدم بر درمان است، دوره‌ی آموزشی کاردان‌های بهداشت دهان تصویب شد. در سال ۱۳۹۴ تربیت کاردان‌های تکنسین سلامت دهان با هدف تأمین نیروی انسانی مورد نیاز خدمات سطح یک و دستیابی به رتبه اول سلامت دهان در شاخص کاهش پوسیدگی و بیماری‌های پریدنتال در منطقه انجام شد.

۲.۳. تربیت نیروی انسانی

اسناد قانونی نیروهای کمکی عامل مرتبط با کارکرد تأمین منابع در حیطه آموزش نیروی انسانی در نظام سلامت دهان و دندان ایران با عنوان تربیت نیروی انسانی در پیوست ۲ خلاصه و گردآوری شده است. در این اسناد ضوابط آموزشی و انگیزشی، جذب و جهت‌دهی نیروها به منظور تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در حیطه بهداشت دهان و دندان تعیین شده است. آموزش کاردان‌های بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۴۴ و با ۷۵ واحد درسی آغاز شد. در قوانین تربیت بهداشت کاران دهان و دندان، بومی بودن و دارابودن مدرک تحصیلی دیپلم و حداکثر سن ۲۲ سال به عنوان ضوابط پذیرش عنوان شده است. سهمیه پذیرش این نیروها برای هر استان متناسب با جمعیت، وسعت جغرافیایی و درجه محرومیت آن استان تعیین می‌شد. دوره آموزش بهداشت کاران شامل ۱۱۳ واحد درسی و مدرک آن‌ها فوق دیپلم بود که به مدت هفت دوره در ۸ دانشگاه بابل، تبریز، رفسنجان، زاهدان، کرمان، مشهد، همدان و یزد، تربیت شدند. تربیت بهداشت کاران با این توجیه که این نیرو درمانگر بوده و نیاز به تربیت نیروی درمانگر جدید برای مراکز بهداشتی وجود ندارد در سال ۱۳۷۰ متوقف گردید. کاردان‌های بهداشت دهان با بازنگری در رشته پرستاری دندانپزشکی با این توجیه که پیشگیری مقدم بر درمان است، با ۶۸ واحد درسی تربیت شدند. در طی یک تا دو دوره حدود ۲۰۰ نفر کاردان بهداشت دهان تربیت شدند. تربیت کاردانی تکنسین سلامت دهان در ۴۳ مرکز با ظرفیت پذیرش ۹۲۰ نفر انجام شد، در دوره آموزشی این رشته تعداد ۶۸ واحد درسی در نظر گرفته شد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری:

بررسی انجام‌شده نشان داد که بیشترین میزان قوانین تصویب‌شده درباره نیروهای کمکی دندانپزشکی ایران در حیطه تولید قرار دارد. نقاط قوت بخش تولید در قوانین نیروهای کمکی در ایران وجود قوانینی برای: تضمین پایداری به قانون؛ وضع ممنوعیت؛ تعیین تکلیف؛ مجری و تخلفات؛ نسخ قوانین؛ تنقیح قانون؛ تفویض اختیار؛ تأمین نیاز؛ بهبود دسترسی؛ عدالت؛ تأمین نیروی انسانی؛ تأمین زیرساخت‌های آموزشی؛ یکسان‌سازی آموزش؛ تعیین سلسله‌مراتب و تعامل بین‌بخشی است. وجود قوانینی برای الزام پایداری به تعهدات خدمت نیروهای کمکی و استفاده حداکثری از نیروی انسانی موجود (امکان تطبیق مدرک و صدور پروانه کمک دندانپزشکان تجربی، ۱۳۵۴) از جمله نکات برجسته این بخش است. ممنوعیت اشتغال بهداشت‌کاران دهان و دندان در بخش خصوصی از جمله قوانینی است که رویکرد «ممانعت» دارد و می‌توان از دو منظر به آن نگریست، این قانون مانعی بر تعارض منافع احتمالی است. همچنین از طریق تمرکز بر ارائه خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی، پوشش و دسترسی بیشتر جمعیت هدف به خدمات را ایجاد کرده، اما از سوی دیگر سبب کاهش منافع مالی بهداشت‌کاران دهان و دندان در صورت عدم امکان فعالیت در بخش خصوصی شده و می‌تواند از دلایل احتمالی خارج‌شدن آنان از سیستم ارائه خدمت در روستا باشد. مطالعات نشان داده‌اند حقوق و دستمزد پایین نیروهای کمکی دندانپزشکی از دلایل عدم رضایت شغلی و عاملی برای ترک شغل آنان است (۱۷-۱۴). پیشنهاد ملغی‌شدن قوانین و برنامه‌های موجود از تاریخ تصویب قوانین جدید از نکات مثبت بخش تنقیح قوانین است که می‌تواند در کاهش چالش‌های تأمین نیروی انسانی و مخالفت‌ها برای تربیت نیروی کمکی دندانپزشکی کمک‌کننده باشد. با این وجود محتمل است که تلاش برای نسخ قوانین به‌خصوص، بیش از آنکه برآمده از دغدغه تأمین نیروی ارائه‌کننده خدمات دندانپزشکی در مناطق محروم و روستاها باشد، ناشی از نگرانی صنف دندانپزشکان از تربیت و به‌کارگیری نیروی کمکی دندانپزشکی است (۱۸، ۱۹). وجود قوانین متعدد و گاه متناقض درباره نیروهای کمکی که در دوره‌های زمانی مختلف تصویب شده‌اند و سبب شده که افراد و ارگان‌های مختلف بسته به موقعیت و برای کسب حداکثر منفعت، براساس قوانین دلخواه خود عمل کنند. یکی از ضعف‌های تولیدی در قوانین نیروهای کمکی است و الزام بازنگری و ملغی‌کردن قوانین متناقض را ضروری می‌کند. عدم پایداری به قوانین یکی دیگر از نقاط ضعف استخراج‌شده از اسناد و قوانین نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران است که با وجود قانون‌هایی با هدف منع از انجام تخلفات و تعیین تکلیف تخلف، همچنان اتفاق می‌افتد و نشان‌دهنده فقدان نظارت و نبود ضمانت اجرایی در صورت استنکاف از قوانین، در حیطه مورد بررسی است و ضرورت توجه بیشتر در این زمینه را روشن می‌سازد. تسری قوانین یک گروه از نیروهای کمکی به سایر گروه‌ها که به‌ویژه

در بخش قوانین انگیزشی مسبوق به سابقه بوده، یکی دیگر از مسائل مربوط به قوانین نیروهای کمکی است و جزو ضعف‌های آن است به‌طوری که گروه‌های مختلف نیروهای کمکی دندانپزشکی از ضوابط انگیزشی گروه‌های دیگر در جهت تأمین منافع خود استفاده نموده و سبب بروز مشکلاتی در طرح‌ریزی نیروی انسانی می‌شدند که نیاز به تفکیک دقیق قوانین گروه‌های مختلف و همچنین صدور احکام قابل تجزیه در این موارد را آشکار می‌سازد. تعریف چشم‌انداز تربیت نیروهای کمکی از دیگر نقاط ضعف قوانین موجود است. دست‌یابی به اهداف ذکرشده به‌تنهایی توسط این گروه از ارائه‌کنندگان خدمت و با توجه به وظایف تعریف‌شده برای آنان، محقق نمی‌شود و نیاز به مداخله‌هایی در سطوح کلان و بین‌بخشی دارد (۲۰). ادغام سلامت دهان در خدمات اولیه سلامت عمومی، فرصتی برای دست‌یابی به هدف سلامتی با تمرکز بر عوامل خطر و تعیین‌کننده‌های اجتماعی مشترک با سایر بیماری‌های غیرواگیر ایجاد می‌کند (۲۱). سلامتی اگرچه هدف اصلی نظام سلامت است اما سهم نظام سلامت و کارکرد ارائه خدمت در دست‌یابی به این هدف اندک‌تر از آن است که بدون تمرکز بر تعیین‌کننده‌های سلامتی بتوان آن را منوط به وجود یک نوع نیروی کمکی که تنها وظایف پیشگیری دارد، کرد. ایفای نقش رهبری بین‌بخشی از طریق نظام سلامت به شکلی مناسب و کارآمد و اصلاح تعیین‌کننده‌های سلامت، اساسی‌ترین قدم برای ارتقای سلامت در جامعه خواهد بود (۲۲).

از لحاظ تعدد، قوانین حیطه تربیت نیروی انسانی پس از حیطه حاکمیت و رهبری قرار گرفته است. از جمله نقاط قوت این بخش، وجود قوانینی برای جهت‌دهی و جابه‌جایی خدمات به‌منظور افزایش دسترسی به خدمات دندانپزشکی، قوانین جذب و نگهداشت نیروی انسانی، نیازسنجی، مهارت‌بخشی و آموزش، ضوابط انگیزشی، ضوابط آموزشی و ارزشیابی است. در مجموعه قوانین این حیطه نقاط ضعفی وجود دارد از جمله: وجود مغایرت‌هایی با قوانین و ضوابط آموزشی موجود و عدم توجه به قوانین بالادستی در قانون‌گذاری‌های انجام‌شده که سبب می‌شود در صورت بروز اختلاف و ارجاع شکایات به مراجع قضایی، امکان باطل‌شدن قوانین وجود داشته باشد و نشان‌دهنده لزوم بازنگری در این قوانین است. ضعف دیگر موجود در این حیطه، نوع اهداف تعیین‌شده برای برنامه‌های آموزشی است، به‌عنوان مثال در رشته کاردانی بهداشت دهان با توجه به وظایف اندکی که برای این گروه از ارائه‌کنندگان خدمات تعریف شده‌است، تعیین یک نیروی کمکی جدید، ضروری به‌نظر نمی‌رسد. شواهد نیز نشان می‌دهد که محدودیت در خدمات تعریف‌شده نیروهای کمکی دندانپزشکی، عاملی بر عدم رضایت شغلی آن‌ها است (۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴). در نظرنداشتن استراتژی‌هایی برای برنامه‌های ضمن خدمت و توانمندسازی بهداشت‌کاران دهان و دندان یکی دیگر از نقاط ضعف این حیطه است و الزام وجود چنین برنامه‌هایی را در صورت به‌کارگیری نیروهای کمکی دندانپزشکی، به‌منظور ارتقا سطح دانش آنان نشان می‌دهد (۲۵، ۲۶). توصیه راکدشدن تربیت بهداشت‌کاران با توجه

درمانی بودن این گروه، بدون در نظر گرفتن راه کارهای جبرانی برای تأمین نیروی ارائه کننده خدمات درمانی دندانپزشکی در روستاها یا تضمین ادامه روند تربیت این گروه یکی دیگر از نقاط ضعف است. تبدیل وضعیت آموزشکده های تربیت بهداشت کاران دهان و دندان به دانشکده های دندانپزشکی اگر چه پس از توقف تربیت بهداشت کاران اتفاق افتاد و سبب بهبود بهره وری از منابع موجود شد اما به دلیل جایگزینی تربیت نیرویی ارزان با نیرویی گران قیمت عاملی بر ناکارایی در تخصیص منابع بوده که از دیگر نقاط ضعف است (۲۷)، به این دلیل که بهترین سرویس ارائه خدمت، سرویسی است که مداخلات ساده تر (۲۸) و در سطوح پایین تر ارائه کند که منفعت حداکثری برای اکثریت مردم و بهبود دسترسی و برابری (equality) در دریافت خدمات را به دنبال داشته باشد (۲۹). امکان تغییر محل خدمت بهداشت کاران از روستا به شهر از دیگر نقاط ضعفی است که در بخش ضوابط انگیزشی تربیت نیروهای کمکی دندانپزشکی وجود دارد. از آنجاکه یکی از مشکلات نظام های سلامت، کمبود نیروی انسانی مناسب در مناطق محروم و روستاها و عدم تناسب نیروی انسانی در مناطق شهری در مقایسه با مناطق روستایی است که سبب نابرابری در دسترسی به خدمات سلامتی شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶) لذا به نظر نمی رسد که انگیزه فوق با توجه به متناقض بودن آن با هدف تربیت بهداشت کاران دهان و دندان (گسترش خدمات درمانی و بهداشتی در روستا) انگیزه مناسبی باشد مگر این که تضمینی برای جایگزینی این نیرو یا ادامه فعالیت آنان در مناطق محروم در نظر گرفته می شود. در بخش قوانین مربوط به کارکرد ارائه خدمت نقاط قوت شامل اولویت گذاری و تأمین نیروی انسانی شهر و روستا، توجه به ارائه خدمات پیشگیری و تسهیل دسترسی به خدمات دندانپزشکی است. یکی از نقاط ضعف قوانین مربوط به نیروهای کمکی در کارکرد ارائه خدمت، تعیین حیطه وظایف تکنسین های سلامت دهان است. در شرح وظایف این نیرو تنها به خدمات پیشگیرانه بسنده شده و نیروی کمکی با عنوان «بازوی کمکی دندانپزشک» برای ارائه وظایف دستیار دندانپزشکی در نظر گرفته شده است در حالی که گسترش حوزه وظایف نیروهای کمکی به عنوان راه کاری ویژه برای کاهش نابرابری های سلامتی در جامعه توصیه شده است (۳۰). همچنین شواهد نشان می دهد افزایش حیطه وظایف و مهارت های تعریف شده نیروهای کمکی دندانپزشکی در افزایش رضایت شغلی و ماندگاری آنان در سیستم کمک کننده است (۱۸). در اسناد مورد بررسی، دریافت خدمات دندانپزشکی از بهداشت کاران دهان و دندان در روستاها در مقایسه با امکان دریافت این نوع خدمات از دندانپزشک برای شهرنشینان، بی عدالتی در کیفیت خدمات ارائه شده و نوعی دسته بندی شهروندان به درجات مختلف تعبیر و به دنبال آن توصیه شده است که به کارگیری بهداشت کاران دهان و دندان در سیستم متوقف شود. از آنجاکه حضور بازیگران گوناگون با منابع قدرت متفاوت و چگونگی و نوع مطرح کردن یک مسئله (ایده ها) و وجود فرصت سیاست گذاری در تعیین اولویت ها در حوزه سلامت مؤثر هستند

(۳۱)، به نظر می رسد در موضوع مدنظر به دلیل حضور فعالان قدرتمند و طرح ایده هایشان، در شرایطی که فرصتی برای سیاست گذاری فراهم شده بود درک نادرستی از اولویت ها صورت گرفت و مانعی برای حل مسئله دسترسی به خدمات دندانپزشکی ایجاد شد. در چنین مواردی وجود اولویت های از پیش تعیین شده و واضح در نظام سلامت دهان و دندان می تواند مانع جابه جایی اولویت ها شود. همچنین با کسب مشارکت ذینفعان مختلف در تعریف چشم انداز نظام سلامت می توان به تولیتی مناسب دست یافت و آن را تقویت نموده (۲۰) و با تمرکز بر اهداف اصلی تصمیم گیری کرد. علاوه بر این بایستی توجه داشت که در هنگام مواجه شدن با مسائل نظام سلامت دهان و دندان، برجسته کردن موضوع های مختلف سبب آشفتگی از مسائل اصلی و با اولویت بیشتر نگردد، به خصوص در مورد فوق که در قوانین مذکور، راه کاری برای جایگزینی یا تأمین نیرو در روستاها در نظر گرفته نشده و به ویژه در شرایطی که همواره سطح بالای نیاز برآورده نشده در نظام سلامت دهان و دندان ایران وجود داشته و میزان این نیاز در جمعیت روستایی تقریباً در تمامی گروه های سنی بیش از جمعیت ساکن در مناطق شهری بوده (۸) که گواهی بر دسترسی پایین تر به خدمات مورد نیاز به دلیل نقص در بخش عرضه خدمات است (۳۲).

کارکرد تولید منابع کمترین سهم را در قوانین نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران دارد. از جمله نقاط قوت این بخش، تعیین محل اعتبار اجرای برنامه ها و در نظر گرفتن سرمایه ها و منابع مورد نیاز برای آموزش نیروهای کمکی و صرفه جویی در هزینه ها است. با توجه به سهم کم این حیطه از قوانین در بررسی انجام شده، نقاط ضعفی در قوانین تصویب شده، یافت نشد.

در این مطالعه نقاط قوت و ضعف قوانین مرتبط با تربیت و به کارگیری نیروهای کمکی دندانپزشکی در ایران بررسی و بر لزوم بازنگری و ملغی کردن قوانین متناقض تأکید شده و ضرورت در نظر گرفتن سازوکارهایی برای بهبود نظارت و تأمین ضمانت هایی بر حسن اجرای قوانین توصیه شده است. همچنین پیشنهادهایی در خصوص تفکیک دقیق قوانین و صدور احکام قابل تجزیه برای پیشگیری از تسری قوانین نیروهای کمکی گوناگون به یکدیگر، بررسی و اصلاح مغایرت های قوانین مرتبط با نیروهای حد واسط دندانپزشکی با قوانین بالادستی، تعریف چشم انداز و اهداف قابل دستیابی که متناسب با حوزه وظایف یک نیروی مشخص است، ارائه شده است و در نهایت به اهمیت وجود اولویت های از پیش تعیین شده نظام سلامت که مانعی برای جابه جایی اولویت هاست، تأکید شده و کسب مشارکت حداکثری ذینفعان مختلف در هنگام تصمیم گیری ها توصیه شده است.

ضمیمه:

فایل ضمیمه از طریق این لینک در دسترس است (برای دسترسی به این فایل می توانید به سایت مجله مراجعه کرده و لینک مقاله را در آنجا باز کنید).

References

1. Singh A, Purohit BM. Addressing oral health disparities, inequity in access and workforce issues in a developing country. *Int Dent J*. 2013;**63**(5):225-9. [PubMed ID:24074015]. [PubMed Central ID:PMC9375013]. <https://doi.org/10.1111/idj.12035>.
2. Dyer TA, Brocklehurst P, Glenny AM, Davies L, Tickle M, Issac A, et al. Dental auxiliaries for dental care traditionally provided by dentists. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;**2014**(8):CD010076. [PubMed ID:25140869]. [PubMed Central ID:PMC10667627]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010076.pub2>.
3. Nash DA, Friedman JW, Mathu-Muju KR, Robinson PG, Satur J, Moffat S, et al. A review of the global literature on dental therapists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;**42**(1):1-10. [PubMed ID:23646862]. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12052>.
4. Wright JT, Graham F, Hayes C, Ismail AI, Noraian KW, Weyant RJ, et al. A systematic review of oral health outcomes produced by dental teams incorporating midlevel providers. *J Am Dent Assoc*. 2013;**144**(1):75-91. [PubMed ID:23283929]. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0017>.
5. Phillips E, Shaefer HL. Dental therapists: evidence of technical competence. *J Dent Res*. 2013;**92**(7 Suppl):11S-5S. [PubMed ID:23690358]. <https://doi.org/10.1177/0022034513484333>.
6. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moyses S, Petersen PE, et al. Global oral health inequalities: task group-implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res*. 2011;**23**(2):259-67. [PubMed ID:21490238]. <https://doi.org/10.1177/0022034511402084>.
7. Rodriguez TE, Galka AL, Lacy ES, Pellegrini AD, Sweier DG, Romito LM. Can midlevel dental providers be a benefit to the American public? *J Health Care Poor Underserved*. 2013;**24**(2):892-906. [PubMed ID:23728055]. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0084>.
8. Khoshnevisan MH, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez RJ. Oral Health Status and Healthcare System in I.R. Iran. *J Contemporary Med Sci*. 2018;**4**(3).
9. Shoaee S, Saeedi Moghaddam S, Masinaei M, Sofi-Mahmudi A, Hessari H, Heydari MH, et al. Trends in dental caries of deciduous teeth in Iran: a systematic analysis of the national and sub-national data from 1990 to 2017. *BMC Oral Health*. 2022;**22**(1):634. [PubMed ID:36564764]. [PubMed Central ID:PMC9789600]. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02634-z>.
10. Shoaee S, Masinaei M, Saeedi Moghaddam S, Sofi-Mahmudi A, Hessari H, Shamsoddin E, et al. National and Subnational Trend of Dental Caries of Permanent Teeth in Iran, 1990-2017. *Int Dent J*. 2024;**74**(1):129-37. [PubMed ID:37574408]. [PubMed Central ID:PMC10829359]. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.07.012>.
11. Kiadaliri AA, Hosseinpour R, Haghparast-Bidgoli H, Gerdtham UG. Pure and social disparities in distribution of dentists: a cross-sectional province-based study

تشکر و قدردانی:

این پروژه با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی، تهران، ایران با شماره طرح ۹۸۰۶۵۸ انجام شده است. نویسندگان لازم می‌دانند از اساتید گرانقدر جناب آقای دکتر عبدالحمید ظفرمند که ایده انجام این پژوهش را ارائه کردند و آقای دکتر شهرام یزدانی که کمک شایانی در طراحی پژوهش داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

مشارکت و نقش نویسندگان:

ط. ر.: طراحی پژوهش، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله؛ س. م. م.: جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله؛ ع. ع.: تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله؛ م. م.: تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منفعی ندارند.

بازيابی داده‌ها:

در این مطالعه هیچ داده جدیدی ایجاد یا تجزیه و تحلیل نشده است. اشتراک گذاری داده‌ها شامل این مقاله نمی‌شود.

کد اخلاق:

در این مطالعه براساس آیین‌نامه مربوط به کارگروه کمیته اخلاق در پژوهش مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی با شناسه: (IR.NASRME.REC.1400.453) تأیید شده است.

حمایت مالی و معنوی:

این پروژه توسط آژانس ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی، تهران، ایران، تأمین مالی شده است. شماره گرنت: ۹۸۰۶۵۸ (صفحه وب شماره گرنت: <https://nasrme.ac.ir/>).

- in Iran. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;**10**(5):1882-94. [PubMed ID:23648443]. [PubMed Central ID:PMC3709354]. <https://doi.org/10.3390/ijerph10051882>.
12. Bayat F, Vehkalahti MM, Akbarzadeh A, Monajemi F. Varying Manpower Alters Dental Health in a Developing Health Care System. *Int Dent J*. 2022;**72**(3):360-5. [PubMed ID:34134900]. [PubMed Central ID:PMC9275189]. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.04.003>.
13. Goldsmith L. Using Framework Analysis in Applied Qualitative Research. *Qual Rep*. 2021;**26**(6). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.5011>.
14. Singh PK. Job satisfaction among dental therapists in South Africa. *J Public Health Dent*. 2014;**74**(1):28-33. [PubMed ID:22882168]. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00363.x>.
15. Kruger E, Smith K, Tennant M. Non-working dental therapists: opportunities to ameliorate workforce shortages. *Aust Dent J*. 2007;**52**(1):22-5. [PubMed ID:17500160].

- <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00461.x>.
16. Sodo PP, Malele-Kolisa Y, Moola A, Yengopal V, Nemutandani S, Jewett S. Exploring reasons why South African dental therapists are leaving their profession: A theory-informed qualitative study. *PLoS One*. 2023;**18**(10):e0293039. [PubMed ID:37883391]. [PubMed Central ID:PMC10602277]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293039>.
17. Nomura Y, Okada A, Miyoshi J, Mukaida M, Akasaka E, Saigo K, et al. Willingness to Work and the Working Environment of Japanese Dental Hygienists. *Int J Dent*. 2018;**2018**:2727193. [PubMed ID:30224920]. [PubMed Central ID:PMC6129321]. <https://doi.org/10.1155/2018/2727193>.
18. Reinders JJ, Krijnen WP, Onclin P, van der Schans CP, Stegenga B. Attitudes among dentists and dental hygienists towards extended scope and independent practice of dental hygienists. *Int Dent J*. 2017;**67**(1):46-58. [PubMed ID:27678334]. [PubMed Central ID:PMC9376707]. <https://doi.org/10.1111/idj.12254>.
19. Mohammadpour M, Bastani P, Brennan D, Ghanbarzadegan A, Bahmaei J. Oral health policymaking challenges in Iran: a qualitative approach. *BMC Oral Health*. 2020;**20**(1):158. [PubMed ID:32487152]. [PubMed Central ID:PMC7268740]. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01148-w>.
20. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000 Contract No.: Document Number].
21. Glick M, Williams DM. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. *Int Dent J*. 2021;**71**(1):3-4. [PubMed ID:33478782]. [PubMed Central ID:PMC9188664]. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2020.12.026>.
22. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Social determinants of health. 2008; New Delhi. WHO Regional Office for South-East Asia; 2008.
23. Candell A, Engstrom M. Dental hygienists' work environment: motivating, facilitating, but also trying. *Int J Dent Hyg*. 2010;**8**(3):204-12. [PubMed ID:20624190]. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2009.00420.x>.
24. Chen D, Hayes M, Holden A. A global review of the education and career pathways of dental therapists, dental hygienists and oral health therapists. *Br Dent J*. 2021;**230**(8):533-8. [PubMed ID:33893429]. <https://doi.org/10.1038/s41415-021-2836-z>.
25. Stenberg E, Milosavljevic A, Gotrick B, Lundegren N. Continuing professional development in general dentistry-experiences of an online flipped classroom. *Eur J Dent Educ*. 2024;**28**(3):825-32. [PubMed ID:38654701]. <https://doi.org/10.1111/eje.13013>.
26. Hopcraft M, Martin-Kerry JM, Calache H. Dental therapists' expanded scope of practice in Australia: a 12-month follow-up of an educational bridging program to facilitate the provision of oral health care to patients 26+ years. *J Public Health Dent*. 2015;**75**(3):234-44. [PubMed ID:25790219]. <https://doi.org/10.1111/jphd.12094>.
27. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford, England: Oxford University Press; 2008.
28. Galloway J, Gorham J, Lambert M, Richards D, Russell D, Russell I, et al. *The professionals complementary to dentistry: systematic review and synthesis*. London, England: University College London; 2002.
29. Sheikh K, Josyula LK, Zhang X, Bigdeli M, Ahmed SM. Governing the mixed health workforce: learning from Asian experiences. *BMJ Glob Health*. 2017;**2**(2):e000267. [PubMed ID:28589031]. [PubMed Central ID:PMC5435263]. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000267>.
30. McCombs GB, Gadbury-Amyot CC, Wilder RS, Skaff KO, Lappan Green M. Dental hygienists' contributions to improving the nation's oral health through school-based initiatives from 1970 through 1999: a historical review. *J Dent Hyg*. 2007;**81**(2):52. [PubMed ID:17570176].
31. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet*. 2007;**370**(9595):1370-9. [PubMed ID:17933652]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61579-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61579-7).
32. Levesque JF, Harris ME, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;**12**:18. [PubMed ID:23496984]. [PubMed Central ID:PMC3610159]. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.

Research Article

Legal and Regulatory Review of Training and Employing Mid-level Dental Providers in Iran

Tayebe Rojhanian¹, Seyed Masood Mousavi^{2,*}, Abdolmehdi Araghizadeh³, Mohammadreza Moaddeli⁴

¹Department of Community Oral Health, Faculty of Dentistry, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

²Health Policy and Management Research Center, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

³Department of Endodontics, Faculty of Dentistry, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

⁴Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

*Corresponding Author: Health Policy and Management Research Center, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email: m.mousavihp93@gmail.com

Received 22/10/2023; Accepted 14/07/2024

Abstract

Background: The training of various dental auxiliaries has been the result of efforts to address the issue of access to dental services in Iran.

Objectives: To examine the laws governing the training and employment of dental auxiliaries in Iran and to identify their strengths and weaknesses.

Methods: This qualitative study analyzed 22 documents in five stages, utilizing framework analysis based on the 2000 World Health Organization report.

Results: The strengths of the laws enacted in stewardship function include: Establishing regulations for addressing violations; ensuring compliance with the law; setting prohibitions; defining responsibilities and enforcement; repealing outdated laws; refining legislation; delegating authority; fulfilling needs; enhancing access; promoting equity; securing human resources; providing educational infrastructure; standardizing education; defining hierarchies and fostering intersectoral collaboration. Additionally, the weaknesses of these laws include contradictory policies, extension of laws, and lack of adherence to the regulations. In the area of human resource training, the strengths include having regulations for service orientation and relocation, recruitment and retention of personnel, skill development, educational and motivational standards, evaluation, and needs assessment. However, weaknesses include inconsistencies in educational standards and the defined goals of the training program. The laws in the service delivery domain exhibit strengths such as prioritizing and supplying human resources for both urban and rural areas, emphasizing preventive services, and facilitating access. Nevertheless, weaknesses in this domain involve the nature of assigned tasks and the priorities set. In the area of resource production, strengths include identifying the necessary resources for program implementation and implementing cost-saving measures.

Conclusion: This study highlights the strengths and weaknesses of the laws governing dental auxiliaries in Iran. It suggests revising contradictory laws, enhancing supervision, clarifying legal distinctions, defining vision and achievable goals, involving stakeholders in legislative processes, and prioritizing initiatives.

Keywords: Dental Auxiliaries, Health Workforce, Dental Care, Health Policy, Oral Health