



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید بهشتی

• بسته آموزشی

پایه خدمت

- تهیه و تنظیم:
- کارشناسان واحد بهداشت دهان و دندان
- (دکتر رحمانعلی طاهری- دکتر محمد ملک پور- دکتر پروین باستانی اله آبادی)
- معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

در کشور ما سیستم ارائه خدمات بهداشتی به نحوی برنامه ریزی شده تا مردم کشور در محلی که زندگی می کنند به آسانی اساسی ترین نیازهای بهداشتی را با در نظر گرفتن موقعیت اقلیمی و جمعیت دریافت نمایند .
نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور ، شبکه بهداشت و درمان نام دارد و در قالب شبکه ، مراقبت های اولیه مورد نیاز مردم در سه سطح ارائه می گردد .

الف : خانه های بهداشت

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستائی ارائه خدمات در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است . (جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت باید ۸۰۰-۱۵۰۰ نفر باشد) هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیائی بویژه امکانات ارتباطی و جمعیت ، یک یا چند روستا را در پوشش خدمات خود دارد که به این روستاها ، روستای قمر گفته می شود .

افرادی را که در خانه های بهداشت ارائه خدمات می نمایند بهورز می نامند که بر حسب جنس ، بهورز زن یا مرد نامیده می شوند . هر بهورز باید بومی منطقه بوده . این افراد بعد از گزینش طی دوره ۲ ساله (شبانه روزی) آموزشهای لازم جهت ارائه خدمات اولیه بهداشتی را فرا می گیرند .

تا قبل از سال ۱۳۷۴ خدمات بهداشت دهان و دندان در نظام ارائه خدمات شبکه های بهداشتی کشور جایگاه مشخصی نداشت اما از آنجائیکه بهداشت دهان و دندان یکی از شاخه های مهم بهداشت عمومی می باشد که در سلامت افراد تاثیر بسزائی دارد و با توجه به شیوع بیماریهای دهان و دندان و رشد جمعیت ، در سال ۷۴ طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه با هدف ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ، ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان مطرح و بصورت آزمایشی در چند شهر کشور اجرا شد و در حال حاضر نیز در کلیه دانشگاههای علوم پزشکی ، بهداشت دهان و دندان بعنوان جزئی از خدمات بهداشتی در قالب سیستم شبکه به جامعه ارائه می گردد .

از آنجا که ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان برای کلیه افراد جامعه امکان پذیر نمی باشد ، لذا :

الف - زنان باردار و شیرده

ب - کودکان زیر ۶ سال و ۱۲-۶ سال

به عنوان گروههای هدف جهت ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی تعیین شده اند .

وظایف بهورزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان

- ❖ آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان در دوران بارداری و تا یک سال پس از زایمان و کودکان تا ۱۲ سالگی .
- ❖ معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار و ارجاع غیر فوری به مراکز بهداشتی درمانی روستائی جهت جرم گیری .
- ❖ پیگیری و ثبت ماه حاملگی که جرمگیری زنان باردار انجام شده است .
- ❖ معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان ، پس از زایمان و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستائی در صورت لزوم .
- ❖ معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال و ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم .
- ❖ معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۲ سال ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم .
- ❖ پیگیری افرادی که بموقع مراجعه نمی کنند .
- ❖ مراجعه به مدارس تمت پوشش ، بیماریابی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستائی .
- ❖ آموزش دانش آموزان مدارس ابتدائی .
- ❖ بررسی ، نظارت و پیگیری استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس ، طبق دستور العمل .
- ❖ نمونه گیری از آب منطقه فعالیت و ارسال برای آزمایش میزان فلوراید و ثبت نتایج .
- ❖ تامین هماهنگی بین بخش‌های و جلب مشارکت مردم .
- ❖ تکمیل فرم گزارش عملکرد سه ماهه و ارسال آن به واحد دندانپزشکی مرکز بهداشتی درمانی تمت پوشش و یا مرکز آمار شهرستان .

ب : پایگاه بهداشت

خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت می باشد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت است . در منطقه تمت پوشش هر مرکز بهداشتی و درمانی تعدادی پایگاه بهداشتی وجود دارد . پایگاههای بهداشت شهری دو نوع می باشند ، پایگاههای بهداشت ضمیمه که در مرکز بهداشتی درمانی مستقر هستند و پایگاههای بهداشت مستقل . انجام خدمات در پایگاههای بهداشت شهری توسط کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده صورت میگیرد

شرح وظایف کاردان ها و کارشناسان بهداشت خانواده در رابطه با بهداشت دهان و دندان

◆ آموزش بهداشت دهان و دندان ، به فصوص به گروههای هدف .

◆ معاینه دهان و دندان زنان باردار ،، ثبت نتیجه معاینات در فرم مراقبتهای دوران بارداری پرونده خانوار و در صورت لزوم ارجاع غیر فوری جهت انجام جرم گیری به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی .

◆ ثبت ماه حاملگی که جرم گیری انجام شده است در پرونده خانوار .

◆ معاینه وضعیت دهان و دندان زنان شیرده پس از زایمان و در صورت نیاز به دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان ارجاع به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی و ثبت نتیجه ارجاع در پرونده خانوار .

◆ معاینه دهان و دندان کودکان ۲ تا ۱۲ سال حداقل سالی یک بار در پایان هر سال و ثبت آن در پرونده خانوار و ارجاع به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی جهت دریافت خدمات و ثبت نتیجه ارجاع در فرم مراقبت های کودکان .

◆ آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان هنگام بازدید از مدارس .

◆ آموزش بهداشت دهان و دندان به مدیران و مسئولین مدارس .

◆ همکاری با مدیران مدارس در اجرای طرح استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید .

◆ در صورتی که مرکز بهداشتی درمانی دارای دندانپزشک باشد ، محاینات توسط دندانپزشک انجام شده ، ولی پیگیری به عهده کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده است .

رابطین بهداشت

رابطین بهداشتی زنانی هستند که بصورت داوطلب در شبکه بهداشتی درمانی شهرستان آموزشهای لازم در زمینه بهداشت مادر و کودک ، تنظیم خانواده ، بهداشت محیط و مرغه ای ، تغذیه ، بهداشت مدارس و بهداشت دهان و دندان را دریافت نموده اند . این افراد منطقه خود را شناسایی کرده و مسئولیت آموزش ، پیگیری و ارجاع را به عهده دارند .

الف : مراکز بهداشتی درمانی روستائی

مرکز بهداشتی درمانی (روستائی تنها) واحد پزشکی مستقر در مناطق روستائی است که توسط پزشک عمومی اداره می شود. این واحد ضمن نظارت بر فعالیت خانه های بهداشت و هدایت آنها، در ارتباط با بیمارستان شهرستان (سطح سه خدمات) نیازهای درمانی تخصصی و بستری جمعیت تمت پوشش خود را تامین می کند.

واحد های دندان پزشکی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی (روستائی و شهری) ملزم هستند در راستای ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه خدمات دندان پزشکی شامل آموزش بهداشت، فلوراید تراپی، سلینت تراپی، جرم گیری، ترمیمی، کشیدن دندان و تجویز دارو (ارائه نمایند) خدمات سطح دو (

وظایف دندان پزشکی یا بهداشتکار مستقر در واحد دندان پزشکی روستائی

- شناسایی منطقه تمت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه های بهداشت و مدارس).
- اطلاع از جمعیت تمت پوشش (گروه های هدف) و نصب آن به دیوار مرکز.
- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تمت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک لیست هایی که در اختیار آنها قرار می گیرد.
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروه های هدف.

- قبول ارجاع از خانه های بهداشت .
- آموزش چهره به چهره به کلیه مراجعین .
- تشکیل پرونده دندانپزشکی برای کلیه بیماران .
- آموزش مدیران ، محلمین ، مربیان بهداشت مدارس و سایر گروههای غیر تخصصی در منطقه تمت پوشش .
- جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تمت پوشش ، برای اجرای طرح دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس و نظارت بر اجرای صحیح آن .
- برگزاری کلاسهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی تمت پوشش .
- مراقبت از زنان باردار و در صورت ارجاع از خانه های بهداشت
- در صورت لزوم ، یک بار جرمگیری برای زنان باردار در طول دوران بارداری (ترجیحاً در سه ماهه دوم) .
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز زنان تا یک سال پس از زایمان (ترمیم ، جرمگیری ، کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری) .
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر ۶ سال (فلورایدتراپی، ترمیم وکشیدن دندانهای غیرقابل نگهداری) .

❖ ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان ۶ تا ۱۲ سال (فلورایدترابی ، فیشورسیلانت ، ترمیم جرمگیری و کشیدن دندانهای غیرقابل نگهداری).

❖ ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی (مراکز ارائه دهنده خدمات سطح سه) .

❖ تکمیل دفتر روزانه خدمات بهداشت دهان و دندان همه روزه

❖ گزارش عملکرد به مرکز بهداشت شهرستان

❖ رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز دندانپزشکی

❖ مفض و نگهداری تجهیزات ، ابزار و وسایل دندانپزشکی

❖ پیش بینی مواد مصرفی و تجهیزات دندانپزشکی مورد نیاز و اعلاجه به موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان

❖ مشارکت در طرحها و تحقیقات استانی و کشوری

❖ تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

وظایف کاردان بهداشت دهان مستقر در واحد دندانپزشکی روستایی

- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه های بهداشت و مدارس ، مهد کودک ، ...)
- اطلاع از جمعیت تحت پوشش (گروههای هدف) و نصب آن به دیوار واحد بهداشت دهان و دندان
- آموزش بهداشت دهان و دندان به مراجعین ، بخصوص به گروههای هدف (کودکان زیر ۱۲ سال ، خانمهای باردار ، مادران یکسال پس از زایمان)
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز مراجعین با اولویت گروه هدف (فلوراید تراپی موضعی با ژل ، وارنیش – جرمگیری – برساز و پروفیلاکسی – فیشورسیلانت تراپی – پالیشینگ برگردگیها)
- آموزش بهورزان خانه های بهداشت تحت پوشش به صورت گروهی و چهره به چهره
- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک لیست
- آموزش کاردان و کارشناس بهداشت خانواده شاغل در پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش به صورت گروهی و چهره به چهره
- برگزاری کلاسهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی تحت پوشش
- آموزش رابطین بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی

آموزش مدیران ، معلمین ، مربیان بهداشت مدارس در منطقه تحت پوشش

جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس تحت پوشش در اجرای برنامه های کشوری و منطقه ای سلامت دهان و دندان جهت دانش آموزان مدارس

آموزش مدیران ، مربیان مهد کودکهای منطقه تحت پوشش

معاینات دهان و دندان گروه هدف (کودکان زیر ۱۲ سال ، خانمهای باردار ، یکسال پس از زایمان) در مراکز بهداشتی درمانی

معاینات دهان و دندان دانش آموزان در مدارس و ارجاع جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به مراکز بهداشتی درمانی

معاینات دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودک ها و ارجاع جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به مراکز بهداشتی درمانی

مشارکت در طرحها و تحقیقات استانی و کشوری در زمینه دهانو دندان شامل معاینه ، تکمیل فرمها و جمع آوری اطلاعات و انجام خدمات تحت شرح وظیفه

رعایت اصول استریلیزاسیون و کنترل عفونت در واحد بهداشت دهان و دندان

حفظ و نگهداری تجهیزات دندانپزشکی و اعلام به موقع نقایص تجهیزات

ب : مراکز بهداشتی درمانی شهری

این واحد بر مسب تراکم جمعیت یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش فواید داشت . کلیه وظایفی که برای مراکز بهداشتی درمانی (روستائی گفته شد در مراکز بهداشتی درمانی شهری نیز یکسان می باشد .

شرح وظایف دندانپزشکان مستقر در واحدهای دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری نیز همانند مراکز بهداشتی درمانی (روستائی می باشد .

با توجه به موارد فوق نیروهای درگیر در ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه عبارتند از :
بهورزان در خانه های بهداشت .
کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده در پایگاههای بهداشت .
دندانپزشکان و بهداشتکاران .
رابطین بهداشت.

مرکز بهداشت شهرستان وامدی است که اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی (اشامل می شود، در واقع اعلام سیاستها و برنامه ها ، نظارت و پایش و هماهنگی لازم در راستای ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به جامعه توسط واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان صورت می گیرد .

واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان زیر نظر واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت استان می باشد و فط مشی کلی نیز از طریق دفتر بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می شود

طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی

سلامت دهان و دندان از شفافه های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت کلی افراد تاثیر بسزایی دارد . سلامت دهان و دندان جامعه یا Dental Public Health به صورت زیر تعریف شده است :

علم و هنر پیشگیری از بیماریهای دهانی ، بالا بردن بهداشت دهان و دندان و سطح کیفی زندگی از طریق کوششهای سازمان یافته در اجتماع

ارتقای بهداشت دهان و دندان جامعه مستلزم دسترسی آسان مردم به مراقبتهای اولیه بهداشت دهان و امکان استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان بصورت طبقه بندی شده می باشد . گستردگی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در کشور ، این امکان را در زمینه های عمومی میسر ساخته است ، ولی متأسفانه بهداشت دهان و دندان هنوز به طور کامل جایگاه خاص خود را در این زمینه پیدا نکرده است .

استفاده از شبکه موجود مراقبت های اولیه بهداشتی در جهت ارائه مراقبت های بهداشت دهان و دندان نه تنها موجب گسترش مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در سطح جامعه می شود بلکه با پیشگیری از شیوع بیماریهای دهان و دندان ، در کاهش هزینه های درمانی نیز موثر خواهد بود .

طرح ادغام بهداشت دهان و دندان به عنوان جزئی از مراقبتهای اولیه بهداشتی در این راستا بوده و به همسویی با سایر برنامه های بهداشتی و ارائه خدمات پیشگیری در درجه اول و خدمات درمانی در درجه بعد ، در کلیه سطوح مراقبت های بهداشتی دهان و دندان تاکید دارد .

۱- زنان باردار و شیرده

در هر خانواده مادران نقش بسیار مهمی در بهداشت عمومی خانواده و همچنین بهداشت دهان و دندان خانواده دارند. مادران چه به عنوان افرادی که الگوی رفتاری فرزندانیشان هستند و کودکان به طور غیر مستقیم رفتارهای بهداشتی مادرانشان را تقلید می کنند (Dhuoe - 1995) و چه به طور مستقیم که بصورت دادن آموزش و انجام کارهای بهداشتی مثل مسواک زدن ، استفاده از دهان شویه، فلورایددار و عدم تهیه مواد قندی برای کودکانشان است، نقش بسزایی در بهداشت دهان و دندان یک جامعه ایفا می کنند (Verrips-1993).

در ضمن مادران در دوران بارداری و شیردهی علاقه بیشتری به یادگیری مسائل بهداشتی در مورد خود و نوزادشان دارند و این بهترین زمان ممکن برای دادن آموزشهای بهداشتی است

در دوران بارداری به علت تغییرات هورمونی که ایجاد می شود ، مسئله افزایش مچ لثه و مساس تر شدن مخاط در اثر تمریک عوامل موضعی ، وضعیت مساس تری به خود می گیرد . بنابراین باید تاکید بیشتری بر آموزش و رعایت اصول بهداشت دهان و دندان در این دوران خاص صورت پذیرد .

در دوران بارداری و شیردهی به علت نیاز بیشتر بدن به کلسیم ، ضرورت آموزش تغذیه صحیح در این دوران وجود دارد .

-کودکان ۵-۰ ساله

دوره سنی پس از تولد تا ۵ سالگی از آنجا که سنین رویش دندانهای شیری در کودکان است اهمیت زیادی دارد .

بسیاری از عادات غلط دهانی و عادات غذایی نامناسب (مصرف مواد قندی) از کودکی شکل گرفته است و به صورت یک عادت ، جزئی از طبیعت فرد شده و تا بزرگسالی ادامه می یابد و نه تنها دندانهای شیری بلکه دندانهای دائمی را نیز گرفتار خواهد کرد (Doshi - 1985) و همچنین به علت اینکه اطلاع زیادی در مورد وضعیت بهداشت دهان زنان باردار و کودکان پیش دبستانی در دسترس نیست این گروه به عنوان یکی از گروههای هدف انتخاب شدند و نکته مهم آنکه شروع برنامه های پیشگیری اولیه در نوزادان و نو پایان رامت تر و ارزان تر از این است که بخواهیم عادت ایجاد شده را تخریب دهیم . (Blinkhorm - 1981)

-کودکان ۱۲-۶ ساله

طبق آمار بدست آمده رقمی حدود ۵/۲۹ درصد جمعیت ما را کودکان ۱۴-۵ ساله تشکیل می دهد (مرکز آمار ایران ۱۳۷۵) در این سنین دندانهای دائمی شروع به رویش کرده و تا حدود سن ۱۴ سالگی تقریباً تمام دندانهای دائمی دردهان فرد رویش پیدا می کنند .

با توجه به این که ۹۳ درصد از DMFT کودکان ۱۲ ساله مربوط به پوسیدگی های درمان نشده است و از آنجائی که این گروه در هر جمعیتی درصد بالایی را به خود اختصاص داده است ، اطلاع از وضعیت بهداشت دهان و دندان آنها و خدمات دندانپزشکی که به این گروه ارائه می شود از اهمیت خاصی برخوردار است ، لذا این گروه نیز به عنوان گروه هدف برای مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان انتخاب شده اند .

وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان رده سنی ۳ ، ۶ ، ۹ ، ۱۲ ساله

نتایج اندازه گیری شاخص DMFT و caries free در ده های سنی کودکان ۳ ، ۶ ، ۹ ، ۱۲ ساله در سال ۱۳۸۲ و مقایسه با سال ۱۳۷۷ که توسط اداره سلامت دهان و دندان انجام شده است جهت برنامه ریزی فعالیتهای بهداشتی و اولویتهای اقدامات بهداشت دهان و دندان استفاده می گردد .

dmft کودکان ۳ ساله در سال ۷۷ حدود ۸/۱ و در سال ۸۲ در حدود ۹/۱ اندازه گیری شده است که این شاخص در کودکان ۶ ساله در سال ۷۷ حدود ۸/۴ و در سال ۸۲ در حدود ۵ می باشد . dmft در کودکان ۹ ساله حدود ۳۵/۳ در سال ۷۷ و حدود ۶۲/۳ در سال ۸۲ اندازه گیری شده است .

DMFT در ۶ ساله ها ۲/۰ در سال ۷۷ و ۲۴/۰ در سال ۸۲ اندازه گیری و در کودکان ۹ ساله ۹/۰ در سال ۷۷ و ۹۳/۰ در سال ۸۲ میباشد . کودکان ۱۲ ساله دارای DMFT حدود ۵۴/۱ در سال ۷۷ و حدود ۸۶/۱ در سال ۸۲ می باشند .

درکلیه گروهها ودرکلیه رده های سنی ۳ ، ۶ ، ۹ ، ۱۲ ساله افزایش شاخص را داریم که نشان دهنده نیازبه یک برنامه ریزی صحیح با نظارت وپایش توسط دفتر سلامت دهان و دندان ومعاونتهای بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور می باشد .

دربرسی میزان caries free دندانهای شیری درکودکان سه ساله درسال ۷۷ و ۸۲ (۵۳٪ دربرابر۴۸٪) مشاهده میگردد که کمترازنیمی ازکودکان شش ساله دراین سن تمام دندانهای شیری خود را سالم در دهان دارند ودرسن ۶ سالگی درمقایسه سال ۷۷ و ۸۲ (۱۴٪ دربرابر۱۲٪) مشاهده میگردد که تنها حدود ۱۲٪ ازکودکان شش ساله توانسته اند دندانهای شیری خود را تا این سن سالم نگاهدارند .

دربرسی میزان caries free دندانهای دائمی درکودکان ۱۲ ساله درسال ۷۷ و ۸۲ (۴۷٪ دربرابر۴۰٪) مشاهده میگردد که متأسفانه کمترازنیمی ازکودکان ایرانی تا ۱۲ سالگی توانسته اند تمام دندانهای سالم را سالم نگه دارند .

در بررسی سال ۸۲ درکودکان ۶ ساله درصدی ازdmft که ناشی از دندان D و E فک بالا وپایین می باشد درمحدود ۵۰ تا ۶۰٪ می رسد .

درکودکان ۹ ساله همچنین درصدی از DMFT که ناشی ازدندان ۶ می باشد حدود ۱۶٪ برای فک بالا و حدود ۲۸٪ برای فک پایین می باشد . این درصد جهت کودکان ۱۲ ساله ودرصد DMFT ناشی از دندان ۶ جهت فک بالا وپایین سمت چپ در حدود ۲۳٪ و ۳۷٪ می رسد .

دربرسی سال ۸۲ درکودکان ۳ ساله درصدی از dmft ناشی از دندان پیش فک بالا درمحدود ۱۵٪ می باشد همچنین درصدی از dmft ناشی از دندانهای آسیای شیری فک بالا و پایین درمحدود ۲۰٪ برای دندانهای آسیای فک پایین و حدود ۱۴٪ به صورت متوسط برای دندانهای آسیای شیری فک بالا می باشد . چنانچه مشاهده میشود دندانهای فک پایین بیشتردچار مشکل میشوند.

دربرسی استانی شاخصهای dmft و DMFT و میزان caries free در رده های سنی ۶ ، ۹ ساله درسال ۸۲ به نظر استان تهران تقریباً به شاخص کشوری نزدیک می باشد (به جزء میزان DMFT در کودکان ۹ ساله)

dmft کودکان ۶ ساله استان تهران درمقایسه کشور (۳/۵ در برابر ۵) که میزان d آن حدود ۳/۴ می باشد و درصد caries free شیری کودکان ۶ ساله تهران درمقایسه با کشور (۱۳٪ در برابر ۱۲٪) می باشد . البته قابل ذکر است که درمقایسه روستا با شهر درصد در روستا ۱۶٪ و در شهر ۱۰٪ می باشد .

DMFT کودکان ۶ ساله استان تهران درمقایسه کشور (۲۷٪ در برابر ۲۴٪) می باشد که ۲/۰ آن میزان D می باشد . این شاخص در کودکان ۹ ساله در حدود ۵/۱ در استان درمقایسه با ۹۳/۰ در کشور می باشد که میزان D این شاخص در استان حدود ۱ می باشد .

میزان درصد caries free دندانهای دائمی کودکان ۹ ساله استان تهران درمقایسه با کشور (۵۲/۵٪ در برابر ۵۶٪) می باشد که البته این میزان ۹۰٪ در روستا و ۴۹٪ در شهر می باشد .

دربرسی مقایسه ای شاخصهای استانی در کودکان ۶ و ۹ ساله در سال ۸۲ و ۷۷ به نظرمی رسد که شاخصهای dmft و DMFT در هر دوره سنی افزایش را نشان می دهد . همچنین در خصوص درصد بدون پوسیدگی دندانهای شیری در کودکان ۹ ساله در سال ۸۲ ، ۷/۱۰٪ درمقایسه با سال ۷۷ ، ۱۸٪ باعث شده است که از این شاخص استان تهران در گروه سطح پوسیدگی بالا قرار گیرد .

در خصوص سایر شاخصها dmft و DMFT در رده سنی ۶ ، ۹ ساله و میزان درصد بدون پوسیدگی دندانهای شیری در ۶ ساله و نیز میزان درصد بدون پوسیدگی در رده سنی ۹ ساله در گروه با سطح پوسیدگی متوسط قرار گیرد .

شاخص CPI (تعیین وضعیت سلامت لثه در افراد ۱۹-۱۵ سال ، ۴۴-۳۵ سال)

در بررسی کشوری نتایج در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ ساله در صد جمعیت دارای پریودنشیوم سالم ، ۲۵٪ درصد فونریزی از لثه هنگام پروب کردن ، ۴۴ درصد دارای جرم دندان و ۲۱ درصد دارای پاکت با عمق ۵-۴ میلیمتر می باشد . درصد اندکی از افراد جامعه دارای پریودنشیوم سالم (۹ درصد در گروه ۱۵ تا ۱۹ ساله) می باشد .

در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله ۴/۱ درصد جمعیت دارای پریودنشیوم سالم ، ۵/۵ درصد فونریزی از لثه هنگام پروب کردن ، ۴۰٪ دارای جرم دندان می باشد .

حدود ۷۰٪ جامعه ۱۵ تا ۱۹ ساله مورد بررسی دارای کهای او ۲ بودند که این رقم را می توان با درمانهای پیشگیری شامل آموزش بهداشت و جرم گیری کاهش داد .

در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله های کشور ۱۰ درصد جمعیت نیازمند مراقبتهای تخصصی دندانپزشکی (جراحی لثه) می باشند این در حالی است که در ۵۳٪ این افراد بیماری وارد مراحل پیشرفته فود شده است که ادامه آن موجب از دست رفتن دندانها خواهد شد .

نیروهای انسانی درگیر در طرح ادغام

الف : سطح یک خدمات
بهورزان در خانه های بهداشت

کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده در پایگاههای بهداشت

رابطین بهداشتی

ب: سطح دو خدمات

بهداشت کاران دهان و دندان : این افراد به عنوان نیروی انسانی مد واسط می باشند که ۳-۵/۲ سال آموزش دیده اند و مدرک فوق دیپلم دارند

دندانپزشکان : دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی یا در مین گذراندن طرح نیروی انسانی و یا پیاہ آور می باشند و یا این که بصورت قراردادی ، پیمانی و رسمی در این مرکز مشغول به کار هستند .

اهداف

- افزایش آگاهی مردم در زمینه بهداشت دهان و دندان
 - بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان
 - بهبود کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان
- که همه موارد فوق منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه خواهد شد .

راهکارها (استراتژی)

- آموزش

- آموزش مادران باردار

آموزش مادران باردار توسط بهورزان در روستاها و کاردانه‌ها و کارشناسهای بهداشت خانواده و رابطین بهداشتی در شهرها هنگام مراقبت های لازم و توسط بهداشت کاران دهان و دندان و دندانپزشکان در هنگام مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی صورت می گیرد .

مواد آموزشی شامل نحوه مسواک زدن ، آشنایی با تغذیه مناسب و نحوه صحیح مصرف مواد قندی ، آشنایی با فلوراید و محصولات آن ، مراقبتهای لازم در دوران بارداری ، اهمیت دندان و لثه و آشنایی با نحوه تشکل پلاک و بیماریهای آن و اهمیت تغذیه با شیر مادر در سلامت دهان و دندان کودک می باشد .

آموزشها به صورت چهره به چهره صورت می گیرند و از وسایل کمک آموزشی مانند ماکت دندان ، مسواک ، پوستر و فیلم چارت نیز استفاده می شود .

- آموزش مادران شیرده

آموزش مادران شیرده توسط بهورزان و بهداشت کاران در روستا و رابطين بهداشت ، کاردانها و کارشناسهاي بهداشت خانواده و دندانپزشکان در شهرها صورت مي گيرد .

مواد آموزشي براي مادران شیرده شامل اطلاعات در مورد اهميت دندانهاي شيري كودك و راههاي مراقبت از آنها ، عادات غلط دهاني در كودكان ، عوارض رویش دندانها و آشنائي با سندرم شیشه شیر در دوران شیر خوارگي
(Nersing Caries)

- آموزش كودكان از بدو تولد تا ۶ سالگي

این آموزش به طور غير مستقيم به صورت آموزش مادر كودك صورت مي گيرد و طی آن در مورد اهميت دندانهاي شيري ، نحوه مسواك زدن دندان كودك و رعايت بهداشت دهان و دندان ، تاكيد بر مصرف مواد فلورايددار ، عادات غلط دهاني و تغذيه آموزشهاي لازم داده مي شود .

- آموزش کودکان ۶ تا ۱۲ سال

این آموزش در مدارس ابتدایی توسط بهورزان ، کاردانه‌ها و کارشناسهای بهداشت خانواده ، مربیان بهداشت ، معلمین داوطلب و بهداشت کاران دهان و دندان دندانپزشکان صورت می‌گیرد . وسایل کمک آموزشی برای این گروه شامل پوستر ، ماکت دندان و مسواک ، کتاب دانستیهای بهداشت دهان و دندان ویژه دانش آموزان و کتاب دانستیهای بهداشت دهان و دندان (ویژه معلمین) می‌باشد .

سیستم Follow - up در روستا به علت کوچک بودن منطقه تحت پوشش به راحتی صورت می‌گیرد . بدین علت که بهورزان تمام افراد منطقه تحت پوشش خود را بطور کامل شناسایی کرده اند و در صورت عدم مراجعه مادر و یا کودک در موقع مقرر به خانه بهداشت ، مستقیماً در منزل آنان حضور می‌یابند . رابطین بهداشت نیز با کلیه افراد منطقه تحت پوشش خود آشنایی کامل دارند و بسته به میزان علاقمندی و توانایی شان نسبت به پیگیری آموزشها و اجرای فعالیتهای مورد نظر اقدام می‌کنند .

در مراکز بهداشتی درمانی ، آموزش و مراقبت به صورت Passive و به دنبال مراجعه خدمت گیرنده انجام می‌شود . بدین صورت که هرگاه مادر باردار یا کودک جهت دریافت خدمات یا به هر علت دیگری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نماید ، کلیه آموزشها و مراقبت های مورد نظر را توسط کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده ، بهداشت کار و یا دندانپزشک دریافت می‌کند .

۲- افزایش کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان

بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات از دو طریق امکان پذیر است :

تامین تجهیزات مورد نیاز

تامین نیروی انسانی مورد نیاز

تامین تجهیزات مورد نیاز از دو طریق صورت می گیرد :

تجهیز خانه های بهداشت ، پایگاههای بهداشتی و واحدهای تنظیم خانواده و بهداشت کودک به وسایل کمک آموزشی شامل ماکت دندان ، مسواک ، فلیپ چارت ، پوستر ، پمفلت و نخ دندان .

تجهیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی جهت ارائه خدماتی مانند فلورایدتراپی ، فیشور سیلنت ، ، ترمیم ، جرم گیری و کشیدن دندانهای عفونی تامین نیروی انسانی مورد نیاز در سطح یک خدمات

در حال حاضر با توجه به وجود بهورزان ، رابطین بهداشت ، کاردانهای بهداشت خانواده ، مربیان بهداشت و معلمین داوطلب مشکل کمبود نیروی انسانی وجود ندارد و تنها آموزش صحیح این گروهها باید در نظر گرفته شود .

تامین نیروی انسانی مورد نیاز در سطح دو خدمات

در زمینه بهداشت کاران دهان و دندان با توجه به این که هر ساله عده ای از این افراد جهت ادامه تحصیل از فیلد خارج می شوند ، لزوم ارائه طرحی جهت تربیت نیروی حد واسط جایگزین بهداشت کاران احساس می شود .

در زمینه تعداد دندانپزشک مورد نیاز اخذ مجوزهای لازم در خصوص استخدام دندانپزشک ، طرح کارانه جهت جذب دندانپزشکان در مراکز بهداشتی درمانی و جذب نیروهای طرحی و پیام آور در مراکز بهداشتی درمانی در نظر می باشد .

- افزایش کیفی خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان

ارتقاء کیفیت خدمات خدمت دهندگان سطح يك و دو با بالا بردن توان علمی و عملی پرسنل درگیر به واسطه برگزاری جلسات باز آموزی ، توجیهی و تهیه مطالب مناسب برای نامبردگان .

ارتقای کیفیت خدمات دریافتی گروه هدف با طراحی فعالیتهای پیشگیری – درمانی برای این گروهها .

دانش آموزان ابتدائي و برنامه کشوري بهداشت دهان و دندان

پس از ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC از سال ۱۳۷۴ ، به تدریج هر سال تعداد مناطق تحت پوشش طرح افزایش یافت ، به طو ري که در سال ۷۶ کلیه مناطق کشور ملزم به اجرای طرح ادغام گردیدند . نظارتها و بازدیدها حاکی از این امر بود که طرح در مناطق روستایی از قابلیت اجرای بالاتری برخوردار میباشد و در صورت همکاری نزدیک بهورزان و بهداشتکاران دهان و دندان و دندانپزشکان در روستاها ، مراقبت از دهان و دندان گروههای هدف به سهولت امکان پذیر است و اما در شهرها دسترسی به یکی از گروههای هدف که همانا گروه ۶ تا ۱۲ سال می باشند بسیار کم بوده و تنها کاردانا و کارشناس های بهداشت خانواده در برنامه آموزش مدارس ، آموزش بهداشت دهان و دندان را نیز به عهده داشتند و دندانپزشکان نیز بر حسب میزان همکاری آموزش و پرورش منطقه می توانستند وارد مدارس شده و به آموزش بهداشت دهان و دندان دانش آموزان و گاه معاینه و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی بپردازند . طبق آمار سال ۷۵ ، جمعیت گروه دانش آموزان ۶ تا ۱۲ سال بیش از ۹ میلیون بوده و با احتساب ۶۰ درصد جمعیت شهری تنها درصدي از تعداد ۵ میلیون و ۴۰۰ هزار دانش آموز شهری قابل پوشش مراقبتهای بهداشت دهان و دندان می باشند .

لذا دفتر بهداشت دهان و دندان برای دست یافتن به این گروه ، برنامه ملی بهداشت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی را با همکاری وزارت آموزش و پرورش طراحی کرد که توافقی آن در آبان ماه ۷۷ توسط وزرای مربوط امضاء گردید . این برنامه از سه بخش عمده تشکیل شده است :

آموزش

پیشگیری

درمان

آموزش

با توجه به اینکه در مدارس تنها نیروی بهداشتی ، مراقبین بهداشت مدارس هستند و نسبت آنها به جمعیت دانش آموزان بسیار کم می باشد ، طبق توافق بعمل آمده با آموزش و پرورش ، معلمان داوطلب (از هر مدرسه يك معلم) به عنوان بازوی اجرایی در مدرسه مشخص گردیده ، سپس آموزش این گروه همراه با کتاب و مواد کمک آموزشی انجام می شود . این افراد ملزم به آموزش مستمر در مدارس شهری و نظارت بر تغذیه سالم دانش آموزان در ساعات تفریح می باشند . در این طرح اساس آموزشها بر موارد زیر متمرکز می گردد .

الف) مسواک زدن مرتب دندانها و استفاده از خمیر دندان فلورایددار .

ب) تغذیه سالم دانش آموزان در ساعات تفریح و ترویج استفاده از میوه و مواد غذایی که باعث پوسیدگی نمی گردند .

ج) کاهش تکرار مصرف مواد قندی .

الف - شناسنامه : در این طرح برای کلیه دانش آموزان ابتدایی شناسنامه دندانپزشکی تهیه می گردد . و با توجه به شرایط و امکانات موجود ، اولویت تهیه شناسنامه با دانش آموزان اول ابتدایی می باشد و به مرور دانش آموزان بالاتر را نیز شامل می شود . در این شناسنامه اطلاعات خانوادگی دانش آموز ثبت می گردد . تکمیل کردن شناسنامه توسط دندانپزشکان و بهداشتکاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری انجام می گیرد و معلم داوطلب مدرسه موظف است موارد نیازمند درمان را پیگیری نماید .

این شناسنامه تا پایان سال پنجم ابتدایی استفاده می گردد و پس از آن به پرونده دانش آموز ضمیمه می شود .

ب (دهان شویه : استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید . با توجه به اینکه تهیه دهان شویه سدیم فلوراید پر هزینه می باشد ، توزیع دهان شویه با در نظر گرفتن اولویت در مناطقی که میزان فلوراید آب آشامیدنی آنها کمتر از 0/4PPM می باشد (میزان نرمال از 0/4PPM تا 1PPM است) توزیع می گردد . نظارت بر کیفیت اجرای استفاده از دهان شویه در مدارس بعهده معلمان داوطلب هر مدرسه می باشد .

بخش اصلي اين برنامه درمان است . در راستاي ارائه خدمت به دانش آموزان ، اولين قدم با تنظيم تعرفه خاص گروه هدف در سال ۷۶ برداشته شد ، به طوريكه هزينه ها براي اين گروه به ميزان چشمگيري کاهش داده شده است . هدف اين است كه كليه دانش آموزان بتوانند سه درمان مهم اوليه شامل فلورايدتراپي ، ترميم دندانهاي پوسيده با اولويت دندانهاي ۶ و كشيدن ريشه هاي عفوني رابا حداقل هزينه دريافت نمايند .

با توجه به بالا بودن تعداد دانش آموزان و نياز به نيروي تخصصي (دندانپزشك و بهداشتكار) ، براي ارائه خدمت ، مراكز بهداشتي درماني شهري موجود كافي نمي باشد و نياز به همكاري بخش خصوصي در اين زمينه امري غير قابل اجتناب است كه جزئيات آن در دست بررسي است . لازم به ذكر است كه اجراي برنامه در روستاها نيز بايد انجام پذيرد با يان تفاوت كه نيروي آموزش دهنده در روستا بهورز بوده و مسووليت پيگيري و ارجاع موارد نيازمند درمان نيز به عهده وي مي باشد . توزيع دهان شويه سدِيم فلورايد براي دانش آموزان روستايي نيز صورت مي پذيرد .

بر اساس بودجه فعاليتهاي هزينههاي مصوب سال ۱۳۸۵ تحت عنوان پيشگيري ودرمان بيماريهاي دهان و دندان کودکان زیر ۱۲ سال توافق نامه همكاري في مابين وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي وسازمان بيمه خدمات درماني به منظور ارتقا سطح سلامت دهان و دندان کودکان در راستاي ماده ۱۰ قانون بيمه همگاني خدمات درماني صورت گرفته كه نوع خدمت ترميم دندانهاي دائمي شماره ۶ با ماده آمالگام مي باشد.

وظیفه دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در راستای این برنامه

۱- دریافت اطلاعات آماری از مسئول بهداشت دهان و دندان شامل :

اسامی مدارس ابتدایی تحت پوشش مرکز

اسامی معلمان داوطلب هر مدرسه

تعداد دانش آموزان هر مدرسه

۲- تکمیل شناسنامه دندانپزشکی دانش آموزان تحت پوشش در صورت زیاد بودن تعداد

دانش آموزان ، برنامه زمانی با کمک هر مدرسه تهیه می گردد تا دانش آموزان طبق

جدول زمانی مراجعه نمایند .

۳- ارائه خدمات فلورایدتراپی ، ترمیمی و کشیدن ریشه های عفونی به دانش آموزان .

۴- کنترل آموزشهای معلم داوطلب در مدرسه با توجه به میزان آگاهی و رعایت نکات

بهداشت دهان و دندان توسط دانش آموزان مراجعه کننده و انتقال مواردی که نیاز به

تکرار و تمرین بیشتر دارند به معلم داوطلب .

۵- ارتباط مستمر با معلمان داوطلب و تهیه برنامه هفتگی برای درمان دندانهای

پوسیده دانش آموزان هر مدرسه در روز خاص .