

به نام خدا

مقدمه

واحدهای بهداشت دهان و دندان مراکز بهداشتی درمانی، زیر مجموعه واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان و استان و نهایتاً اداره سلامت دهان و دندان می باشند. اداره سلامت دهان و دندان یکی از ادارات معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد و رسالت آن ارتقاء سطح بهداشت دهان و دندان جامعه است.

مهمترین وظایف اداره سلامت دهان و دندان عبارتند از :

- 1- برنامه ریزی و سیاستگذاری در امر بهداشت دهان و دندان کشور
- 2- نظارت بر اجرای دقیق ادغام بهداشت دهان و دندان در شبکه
- 3- برنامه مشترک بهداشتی با سازمان بهداشت جهانی (WHO)
- 4- همکاری مشترک با دانشکده های دندانپزشکی جهت بهبود وضعیت بهداشت دهان و دندان جامعه
- 5- برنامه مشترک با کمیساریای عالی پناهندگان
- 6- فعالیتهای آموزشی و چاپ و نشر مطالب آموزشی
- 7- برگزاری سمینارهای بهداشت دهان و دندان
- 8- تحقیقات کشوری و بررسی شاخص DMFT و dmft در گروه های سنی 3، 6، 9 و 12 ساله ها و شاخص CPITN
- 9- نظارت بر عملکرد بهداشتکاران دهان و دندان و معرفی واجدین شرایط جهت شرکت در امتحان دکتری.
- 10- اعزام و نظارت بر عملکرد دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و صدور گواهی رضایت از نحوه خدمت نامبردگان در پایان طرح.
- 11- اجرای برنامه ملی بهداشت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدایی
- 12- اجرای طرح سلامت دهان و دندان کودکان مهد کودکی
- 13- مشارکت در اجرای طرح ترمیم دندان 6 دانش آموزان

14- اجرای طرح خرید خدمات دندانپزشکی از بخش خصوصی طی سالیان گذشته و با بررسیهای به عمل آمده ، این نتیجه حاصل شد که بیشتر روسای مراکز بهداشتی درمانی به دلیل عدم آشنائی لازم با نحوه ارائه خدمت و کارکرد واحد بهداشت دهان و دندان مرکز خود، تمایل به دخالت در امور این واحد را ندارند و اکثر این واحدها مستقل از دیگر واحدهای مرکز فعالیتهاي خود را دنبال مي نمایند.

این نوشتار در نظر دارد تا با معرفی موقعیت واحد دندانپزشکی هر مرکز بهداشتی درمانی، شرح وظایف ، شاغلین این واحدها، نحوه فعالیت آنها و اطلاعاتی که جهت ارزیابی مراکز فوق لازم می باشد را در دسترس شما همکاران گرامی قرار دهد تا بواسطه آن ارتباط افقی بیشتری بین دیگر واحدهای مرکز بهداشتی درمانی، بخصوص رئیس مرکز و واحد بهداشت دهان و دندان برقرار گردد.

لذا انتظار می رود که خوانندگان محترم با مطالعه محتویات این کتاب با :

- برنامه اداره سلامت دهان و دندان
- طرحهای کشوری این اداره و جایگاه مراکز بهداشتی درمانی در اجرای طرحهای مذکور
- نحوه ایجاد هماهنگی واحد بهداشت دهان و دندان با سایر واحدهای مرکز
- چگونگی نظارت بر عملکرد بهورزان
- چگونگی برآورد ساعت کاری و پیگیری جهت افزایش ساعت کاری نیروهای شاغل در واحدهای بهداشت دهان و دندان
- نحوه بررسی آمارهای ماهیانه و ارسال به موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان
- نحوه نظارت صحیح بر مصرف مواد در مراکز بر اساس آمار و نظارت صحیح بر کنترل عفونت آشنایی پیدا کنند.
- سیاست اصلی اداره سلامت دهان و دندان ارتقاء سلامت و بهداشت دهان و دندان افراد جامعه می باشد و در این راستا برنامه ها و اهداف خود را تدوین می نماید.

با توجه به کمبود شدید دندانپزشک و نیاز مبرم مناطق مختلف کشور به ارائه خدمات دندانپزشکی، در سال 1363 جهت تامین نیروی مورد نیاز برای ارائه خدمات دندانپزشکی به مردم مناطق محروم و روستایی کشور، طرحی تحت عنوان طرح تربیت بهداشتکار دهان و دندان به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و وزارت بهداشت وقت موظف به گزینش، تربیت و بکارگیری این افراد در مناطق محروم و مورد نیاز شد.

با پذیرش این افراد خرید تجهیزات و وسایل دندانپزشکی مورد نیاز این مراکز نیز انجام و در فاصله زمانی که افراد فوق مشغول به تحصیل بودند، مراکز مورد نظر تجهیز گردید. بدین ترتیب یکی از نیروهای شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی کشور که دارای واحد بهداشت دهان و دندان هستند بهداشتکاران دهان و دندان می باشند.

با توجه به طرح نیروی انسانی، دندانپزشکان این طرح نیز جهت بکارگیری در مناطق شهری دارای واحد دندانپزشکی، وارد این مجموعه گردیدند تا آنها نیز همراه با پیام آوران بهداشت و دندانپزشکان مستخدم در وزارت بهداشت، خدمات دندانپزشکی را به مردم ارائه نمایند.

تا قبل از سال 1374 که بهداشت دهان و دندان وارد نظام شبکه های بهداشتی کشور نشده بود، برنامه خاصی نیز جهت این مراکز وجود نداشت و نیروهای شاغل در این مراکز بعضاً به صورت سلیقه ای فعالیتهایی را جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مردم منطقه خود انجام می دادند. در سال 1374 طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC جهت اجرا در شبکه ارائه گردید و در سال 1376 نیز در راستای اجرای هر چه بهتر طرح ادغام، طرح دانش آموزی نیز در اولویت برنامه های اداره سلامت دهان و دندان قرار گرفت. با توجه به اهمیت طرح ادغام بهداشت دهان و دندان و طرح دانش آموزی این طرحها به صورت فصول جداگانه خدمت همکاران گرامی ارائه می گردد.

در سال 1374 و در راستای ادغام فعالیتهای بهداشتی درمانی در سیستم شبکه، طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC با هدف ارتقاء 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 به صورت آزمایشی در چند شهر کشور به اجرا درآمد، در حال حاضر نیز انتظار می رود در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی کشور، بهداشت دهان و دندان به عنوان جزئی از خدمات بهداشتی و در قالب سیستم شبکه به جامعه ارائه گردد.

سلامت دهان و دندان از شاخه 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 سطح کیفی زندگی از طریق کوششهای سازمان یافته در اجتماع (Downer,1994) از سال 1978 مطابق با اعلامیه آلماتا سیستم مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) در کشورهای مختلف راه خود را باز نموده، همچنین از سال 1979 مراقبتهای اولیه بهداشت دهان و دندان (OHC) به تدریج در کشورهای مختلف در سیستم PHC ادغام گردیده است. (Murray,1996)

ارتقای بهداشت دهان و دندان جامعه مستلزم دسترسی آسان مردم به مراقبتهای اولیه بهداشت دهان و امکان استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان به صورت طبقه بندی شده می باشد. گستردگی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در کشور این امکان را در زمینه مراقبتهای 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 مراقبتهای اولیه بهداشتی در جهت ارائه مراقبتهای 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 مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان تاکید دارد.

گروه هدف

1- زنان باردار و شیرده : دلایل انتخاب این گروه : الف) در هر خانواده مادران نقش بسیار مهمی در بهداشت عمومی و همچنین بهداشت دهان و دندان خانواده دارند. مادران چه به عنوان افرادی که الگوی رفتاری (role model) فرزندانشان هستند و کودکان به طرز غیر مستقیم رفتارهای بهداشتی مادرانشان را تقلید می کنند (Shuo,1995) و چه به طور مستقیم که به صورت دادن آموزش و انجام کارهای بهداشتی مثل مسواک زدن، استفاده از دهانشویه فلورایددار و عدم تهیه مواد قندی برای کودکانشان است، نقش بسزایی در بهداشت دهان و دندان یک جامعه ایفا می کنند (Verrips, 1993)

ب) در دوران بارداری به علت تغییرات هورمونی که ایجاد می شود، مسئله افزایش حجم لثه و حساس شدن مخاط دهان به تحریکاتی که در اثر عوامل محرک موضعی ایجاد می شود، بعد حساس تری به خود می گیرد، بنابراین در این دوره باید تاکید بیشتری بر آموزش و رعایت اصول بهداشت دهان و دندان شود.

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

2- کودکان از 2-8 سالگی : دوران سنی از 2 تا 8 سالگی از آنجا که سنین رویش دندانهای شیری و دائمی در کودکان است اهمیت زیادی دارد. بسیاری از عادات غلط دهانی و عادات غذایی نامناسب (مصرف مواد قندی) از کودکی شکل گرفته و به صورت یک عادت، جزئی از طبیعت فرد شده و تا بزرگسالی در فرد ادامه می یابد و نه تنها دندانهای شیری بلکه

دندانهای دائمی را نیز گرفتار خواهد کرد. (Doshi,1985) لذا این گروه به عنوان یکی از گروه های هدف انتخاب شدند. نکته مهم آنکه شروع برنامه های پیشگیری اولیه در نوزادان و نوپایان راحت تر و ارزان تر از این است که بخواهیم عادات ایجاد شده را تغییر دهیم (Blinkhorn 1981)

3- کودکان 6-12 ساله در مدرسه : طبق آمار بدست آمده رقمی حدود 29/5 درصد جمعیت ما را کودکان 5-14 ساله تشکیل می دهد در این سنین دندانهای دائمی شروع به رویش کرده و تا حدود سن 14 سالگی تقریباً تمام دندانهای دائمی در دهان فرد رویش پیدا کرده است .

از آنجایی که DMFT در کودکان 12 سال ، 1/86 بوده و 93 درصد از DMFT مربوط به پوسیدگی های درمان نشده (D) است و با توجه به درصد بالایی که این گروه در هرم جمعیتی ما دارند این گروه نیز به عنوان گروه هدف برای مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان انتخاب شده اند .

نیروهای درگیر در طرح ادغام :

قبل از پرداختن به راهکارهای طرح ادغام ، ابتدا به بررسی مشخصات و شرح وظایف نیروهای انسانی درگیر در طرح ادغام به ترتیب در سطوح 1 و 2 می پردازیم :

الف) سطح يك خدمات بهداشت دهان و دندان :

1- بهورزان : مردان و زنانی با حداقل سواد سیکل هستند که در ابتدای خدمت بین 17 تا 22 سال سن دارند و ساکن روستای محل خدمت خود می باشند. این افراد در خانه های بهداشت، به ارائه خدمات اولیه مراقبتهای بهداشتی به مردم می پردازند. بهورزان به مدت 2 سال در ابتدای خدمت در آموزشگاه های بهورزی توسط مربیان بهورزی آموزش می بینند که آموزشهای مربوط به بهداشت دهان و دندان نیز جزو این آموزشها است.

2- رابطين بهداشتي : زنان و مرداني هستند كه به صورت داوطلب در شبكه بهداشتي- درماني شهرستان آموزشي لازم در زمينه بهداشت مادر و كودك، تنظيم خانواده، بهداشت محيط و حرفه اي، تغذيه، بهداشت مدارس و بهداشت دهان و دندان را دريافت نموده اند. اين افراد جمعيت تحت پوشش منطقه خود را شناسايي کرده و مسئوليت آموزش، پيگيري و ارجاع را به عهده دارند. در منطقه تحت پوشش هر مركز بهداشتي- درماني تعدادي پايگاه بهداشتي وجود دارد كه رابطين بهداشتي در اين پايگاه به ارائه خدمات و مراقبتها مي پردازند.

3- كاردانها و كارشناسان بهداشت خانواده: افرادي هستند كه در بخش تنظيم خانواده و بهداشت مادر و كودك مراكز بهداشتي- درماني مشغول به كار بوده و خدمات و مراقبتهاي لازم را به مادران و كودكان منطقه تحت پوشش ارائه مي نمايند.

ب- سطح دو خدمات بهداشت دهان و دندان :

1- بهداشتكاران دهان و دندان:¹ نيروهاي انساني حد واسط كه 3-2/5 سال آموزش ديده اند و مدرک فوق ديپلم دارند و قادر به انجام كارهاي دندانپزشكي مانند : كشيدن ، ترميم ، فيشور، سيلانت، ¹ فلورايدتراپي² و جرمگيري مي باشند بهداشتكاران دهان و دندان نيروهاي بومي هستند كه سطح دو خدمات بهداشت دهان و دندان را در مراكز بهداشتي- درماني روستايي ارائه مي دهند.

2- دندانپزشكان : اين افراد 6 سال در دانشكده هاي دندانپزشكي تحصيل کرده و داراي مدرک دکترا هستند و در مراکز بهداشتي- درماني روستايي و شهري، سطح دو خدمات بهداشت دهان و دندان را ارائه مي دهند.

¹ . فيشور سيلانت: پر کردن شيارهاي عميق سطح جوته دندانهاي آسيا كه هنوز دچار پوسيدگي نشده اند ولي استعداد زيادي به پوسيدگي دارند با موادي كه قابليت پيشگيري از ايجاد پوسيدگي را دارند.

² . استفاده از ژلهاي فلورايد روي دندانهاي شيري و دائمي كودكان تا سن 12 سالگي در فاصله هاي زماني مشخص جهت پيشگيري از ايجاد پوسيدگي .

پس از ذکر مشخصات گروه‌های درگیر در طرح ادغام بهداشت دهان و دندان به بررسی شرح وظایف آنها می‌پردازیم :

شرح وظایف بهورزان¹ در رابطه با بهداشت دهان و دندان

در هر خانه بهداشت بهورزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان وظایف زیر را به عهده دارند:

1- آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان- در دوران بارداری و تا یک سال پس از زایمان و کودکان 2-8 ساله و 8 تا 12 ساله در مدارس در صورتی که مربی بهداشت وجود نداشته باشد .

2- پیگیری و ثبت ماه حاملگی که جرم‌گیری زن باردار انجام شده است .

3- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار در هفته 6 تا 10 و 16 تا 20، تا 30 حاملگی و ، مادران شیرده یکبار در فاصله زمانی روز 42 تا 60 پس از زایمان

4- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر 8 سال در پایان 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 و 8 ساله ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستایی در صورت لزوم .

5- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان از کودکان 6 ساله در بدو ورود به مدرسه

6- پیگیری افرادی که به موقع مراجعه نمی‌کنند.

7- مراجعه به مدارس تحت پوشش، بیماریابی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستایی

8- آموزش دانش آموزان مدارس ابتدایی

9- بررسی و پیگیری استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید در مدارس

10- نمونه‌گیری از آب منطقه فعالیت و ارسال برای آزمایش میزان فلوراید و ثبت نتایج

11- تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

¹ . شرح وظایف کاردانه‌های بهداشت خانواده در پایگاه های شهری مشابه بهورزان می باشد .

12- تکمیل فرم گزارش عملکرد سه ماهه و ارسال آن به واحد دندانپزشکی مرکز بهداشتی درمانی مربوطه یا مرکز آمار شهرستان

خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت است؛ در مناطق شهری به عهده داوطلبین سلامت مستقر در پایگاه بهداشتی و کاردانه های بهداشت خانواده می باشد. تفاوت وظایف پایگاه بهداشتی و واحد بهداشت خانواده با خانه بهداشت در نکات زیر است، در پایگاه بهداشت شهری و واحد بهداشت خانواده

- 1- پیگیری فعال از طریق مراجعه به منازل وجود ندارد./
- 2- داوطلب سلامت و کاردان بهداشت خانواده اجاره پرداختن به خدمات درمانی را ندارد و می تواند مراجعه کنندگان را به مرکز بهداشتی درمانی یادندانپزشکان بخش خصوصی ارجاع دهد.

* در صورتی که مرکز بهداشتی درمانی دارای دندانپزشک باشد معاینات توسط دندانپزشک انجام شده ولی پیگیری همچنان به عهده کاردان و کارشناس بهداشت خانواده می باشد.

شرح وظایف دندانپزشک یا بهداشتکار در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و شهری :

- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه های بهداشت و مدارس)
- اطلاع از جمعیت تحت پوشش (گروه های هدف) و نصب آن به دیوار مرکز.
- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک لیستهایی که در اختیار آنها قرار می گیرد.
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروه های هدف
- تشکیل پرونده دندانپزشکی برای کلیه بیماران
- قبول ارجاع از خانه های بهداشت
- آموزش چهره به چهره به کلیه مراجعین

- آموزش مدیران، معلمان، مربیان بهداشت مدارس و سایر گروه های غیر تخصصی در منطقه تحت پوشش
- جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس تحت پوشش برای اجرای طرح دهانشویه سدیم فلوراید و نظارت بر اجرای صحیح آن
- برگزاری کلاسهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی تحت پوشش
- در صورت لزوم، یک بار جرم گیری 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، جرم گیری، کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری)
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر 8 سال (فلوراید تراپی، ترمیم و کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری)
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان 8 تا 12 سال (ترمیم، جرم گیری، فلوراید تراپی و فیشور سیلانت)
- پیشگیری و نظارت بر اجرای طرح ترمیم دندان 6 دانش آموز ابتدایی با همکاری سازمانهای بیمه گر و بخش خصوصی
- ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی
- پیگیری و نظارت بر اجرای طرح سلامت دهان و دندان کودکان مهد کودک
- تکمیل دفتر روزانه خدمات بهداشت دهان و دندان همه روزه
- گزارش عملکرد به مرکز بهداشت شهرستان در پایان هر ماه
- رعایت کامل شرایط کنترل عفونت در مراکز دندانپزشکی
- حفظ و نگهداری تجهیزات، ابزار و وسایل دندانپزشکی
- پیش بینی مواد مصرفی و تجهیزات دندانپزشکی مورد نیاز و اعلام به موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان .
- مشارکت در طرحها و تحقیقات استانی و کشوری
- تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم
- واحدهای دندانپزشکی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) ملزم هستند که در راستای ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه خدمات دندانپزشکی شامل آموزش

بهداشت، فلوراید تراپی، فیشور سیلنت تراپی، جرم گیری، ترمیم، کشیدن دندان و تجویز دارو را ارائه نمایند.

- اهداف (Objectives) :

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

1- آموزش

1-1 آموزش مادران باردار : آموزش مادران باردار هفته 11 تا 15 و 21 تا 25 بارداری توسط بهورزان در روستاها و کاردانه‌های بهداشت خانواده و داوطلبین سلامت در شهرها صورت می‌گیرد. محتوای آموزشی برای مادران باردار شامل نحوه مسواک زدن، آشنایی با تغذیه مناسب و نحوه صحیح مصرف مواد قندی، آشنایی با فلوراید و محصولات آن، مراقبتهای دهان و دندان لازم در دوران بارداری، اهمیت دندان، لثه و آشنایی با نحوه تشکیل پلاک و بیماریهای آن و اهمیت تغذیه با شیر مادر می‌باشد.

آموزشها به صورت چهره به چهره صورت می‌گیرد و از وسایل کمک آموزشی مانند ماکت دندان، مسواک پوستر و فیلم چارت نیز استفاده می‌شود. مادران در زمان بارداری به خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند و در هر مرتبه توسط بهورزان (در روستاها)، رابطین بهداشتی و کاردانه‌های بهداشت خانواده (در شهرها) به مدت 10 دقیقه آموزش داده می‌شوند.

1-2 آموزش مادران شیرده : آموزش مادران شیرده توسط بهورزان (در روستاها) و داوطلبین سلامت و کاردانه‌های بهداشت خانواده (در شهرها) صورت می‌گیرد. موارد آموزشی

برای مادران شیرده شامل اهمیت دندانهای شیری و راههای مراقبت از آنها، عادات غلط دهانی در کودکان، عوارض رویش دندان ها و آشنایی با سندرم پوسیدگی دندان (سندرم شیشه شیر) در دوران شیرخوارگی Nursing carries می باشد. مراجعات دوران شیردهی از روز 42 تا 60 پس از زایمان می باشد.

3-1 آموزش کودکان از بدو تولد تا 8 سالگی: آموزش کودکان از بدو تولد تا 8 سالگی به طور غیر مستقیم توسط مادرانشان صورت می گیرد. بدینگونه که داوطلب سلامت و یا کاردان بهداشت خانواده به مادر در مورد اهمیت دندانهای شیری، مسواک زدن دندان کودکان و رعایت بهداشت، تاکید بر مصرف مواد فلوراید دار، عادات غلطدهانی و تغذیه آموزش می دهد. سپس مادران موارد فوق را به کودکانشان انتقال می دهند.

4-1 آموزش کودکان 8-12 ساله: آموزشهای این گروه توسط بهورزان و معلمین داوطلب (در روستاها) و معلمین داوطلب و مربیان بهداشت در شهرها صورت می گیرد.

2- افزایش کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان:

یکی دیگر از اهداف طرح ادغام: افزایش کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان می باشد. بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات از دو طریق: 1- تامین تجهیزات مورد نیاز و 2- تامین نیروی انسانی مورد نیاز صورت می گیرد.

1-2- تامین تجهیزات مورد نیاز: تامین تجهیزات مورد نیاز از دو طریق صورت می گیرد:

1-1-2- تجهیز خانه های بهداشت در خصوص وسایل کمک آموزشی شامل ماکت دندان، مسواک، فیلپ چارت، پوستر، پمفلت و نخ دندان.

2-1-2- تجهیز مرکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی جهت ارائه خدمات سطح دو (کشیدن، ترمیمی، جرم گیری، فلوراید تراپی و فیشور سیلانت).

2-2- تامین نیروی انسانی مورد نیاز: تامین نیروی انسانی مورد نیاز در سطح یک خدمات بهداشت دهان و دندان توسط واحد بهداشت خانواده و در سطح دو توسط واحد بهداشت دهان و دندان صورت می پذیرد.

1-2-2- تامین نیروی انسانی در سطح یک خدمات بهداشت دهان و دندان.

در سطح یک خدمات بهداشت دهان و دندان بهورزان، داوطلب سلامت، معلمان داوطلب و کاردانهای بهداشت خانواده قرار دارند.

در حال حاضر به کارگیری نیروهای فوق خارج از وظایف کاری این دفتر می باشد.

2-2-2- تامین نیروی انسانی در سطح دو خدمات بهداشت دهان و دندان:

در سطح دو خدمات بهداشت دهان و دندان بهداشتکاران و دندانپزشکان قرار دارند:

- تربیت مجدد بهداشت کاران: با توجه به کمبود نیروی حد واسط (بهداشتکار) و عدم حضور دندانپزشکان در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی در چند سال گذشته و همچنین به منظور صرفه جویی امکانات و منابع، لزوم ارائه طرحی جهت تربیت نیروی حد واسط با بازنگری صحیح احساس می شود.

طرح مورد نظر شامل تقلیل واحدهای درسی بهداشتکاران از 117 واحد به 70 واحد، اولویت قرار دادن دروس بهداشتی و پیشگیری بر دروس درمانی، عدم امکان شرکت این گروه در دوره های تکمیلی و مقاطع بالاتر و جذب افراد بومی روستاها می باشد.

- تامین تعداد مورد نیاز دندانپزشک برای مراکز بهداشتی- درمانی و تامین کادر اجرایی:

در زمینه تامین تعداد مورد نیاز دندانپزشک کارهای زیر انجام خواهد گرفت:

الف) اخذ مجوزهای لازم در خصوص استخدام دندانپزشک

ب) تخصیص طرح کارانه جهت جذب دندانپزشک در مرکز بهداشتی-درمانی

ج) جذب نیروهای طرحی در مرکز بهداشتی درمانی

3- افزایش کیفی خدمات اولیه بهداشت و دهان و دندان:

در زمینه ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، هم در رابطه با گروه هدف و هم در رابطه با پرسنل ارائه دهنده خدمات برنامه هایی تدارک دیده شده است.

1-3- ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده توسط خدمت دهندگان:

خدمت دهندگان در دو سطح 1 و 2 مشغول به کار می باشند. در سطح یک خدمات، بهورزان- رابطین بهداشتی، معلمین و کاردانهای بهداشت خانواده و در سطح دو بهداشتکاران و دندانپزشکان قرار دارند.

1-1-3- ارتقای کیفیت خدمات خدمت دهندگان سطح یک:

در این راه هدف اصلی بالا بردن توان علمی و عملی پرسنل درگیر یک خدمات با برگزاری جلسات باز آموزی، توجیهی و تهیه مطالب مناسب (ویژه نامه، فصلنامه و جزوات آموزشی) 2 بار در سال می باشد.

- آموزش بهورزان: از آنجایی که بهورزان، یکی از ارکان مهم PHC هستند برای اجرای طرح ادغام دهان و دندان لازم است که آموزش ها مورد نیاز از طریق بلوک های بهورزی (مواد درسی بهورزان) توسط مربیان بهورزی به بهورزان منتقل شود تا قابلیت های لازم را بدست آورند.

- آموزش معلمین داوطلب و مربیان بهداشت: مواد آموزشی مورد نیاز از طریق کتاب دانستنی های بهداشت و دهان و دندان ویژه معلمین که در راستای طرح بهداشت دهان و دندان جهت دانش آموزان مقطع ابتدایی است به معلمین منتقل می شود.

- آموزش کاردانهای بهداشت خانواده: تهیه کتاب مجموعه دانستنی های دهان و دندان ویژه بهروزان و کاردان های بهداشت خانواده.

- آموزش رابطین بهداشت به صورت برگزاری کارگاه های آموزشی در مرکز بهداشت شهرستان.

2-1-3- آموزش مدیران و مربیان مهدهای کودک تحت پوشش طرح: کتابچه دانستنی های سلامت دهان و دندان ویژه کودکان - بازآموزی دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی در مرکز بهداشت شهرستان با تعدادی واحد آموزشی و بازآموزی به مدت 100 ساعت در سال.

3-1-3- بازآموزی کارشناسان مسئول استان ها: بدین منظور سمینارهای کشوری برای بالا بردن توان علمی کارشناسان و همچنین آشنایی آنان با برنامه های بهداشتی- درمانی کشور و مباحث مدیریتی مانند ارتقای کیفیت، از طرف اداره سلامت دهان و دندان برپا می گردد (2 کنفرانس در سال).

نظارت ها و بازدیدهای صورت گرفته از مرکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت، حاکی از این امر بودند که طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC در مناطق روستایی از قابلیت اجرایی بالایی برخوردار می باشد و در صورت همکاری نزدیک بهورزان و دندانپزشکان یا بهداشتکاران دهان و دندان در روستاها مراقبت از دهان و دندان گروه های هدف به سهولت امکان پذیر است. اما در شهرها، دسترسی به گروه هدف 6-11 ساله بسیار کم بوده و تنها کاردانهای بهداشت خانواده در برنامه آموزش مدارس، آموزش بهداشت دهان و دندان را نیز بر عهده داشتند و دندانپزشکان نیز بر حسب میزان همکاری آموزشی و پرورش منطقه می توانستند وارد مدرسه شده و به آموزش بهداشت دهان و دندان دانش آموزان و گاه معاینه و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی بپردازند.

این دفتر در کنار طرح ادغام برای دست یافتن به کودکان 6-11 ساله شهری، برنامه ملی بهداشت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدایی را با همکاری وزارت آموزش و پرورش طراحی کرد و توافقنامه آن در آبان ماه سال 77 توسط وزرای

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش امضاء گردید.

این برنامه از سه بخش عمده تشکیل شده است:

1- آموزش:

آموزش بهداشت دهان و دندان توسط مربیان بهداشت هر مدرسه و در صورتی که مدرسه فاقد مربی بهداشت باشد توسط معلمان داوطلب صورت می گیرد.

معلمان داوطلب افرادی هستند که با توافق آموزش و پرورش از هر مدرسه ابتدایی به طور داوطلب جهت آموزش معرفی می گردند. سپس این افراد بعد از فراگیری آموزش های لازم وظیفه آموزش مستمر دانش آموزان در مدارس شهری و نظارت بر تغذیه سالم دانش آموزان را بر عهده دارند.

وظیفه آموزش های فوق در مدارس ابتدایی روستایی بعهد بهورزان می باشد.

2- پیشگیری:

به منظور پیشگیری از ابتلاء دانش آموزان به پوسیدگی دندان (شایعترین بیماری دهان و دندان) برای کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی شناسنامه دندانپزشکی تهیه می گردد در این شناسنامه اطلاعات خانوادگی دانش آموزان، وضعیت سلامت عمومی و وضعیت دهان و دندان و خدمات مورد نیاز آنها ثبت می گردد.

تکمیل شناسنامه توسط دندانپزشکان و بهداشتکاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری صورت می گیرد و معلم داوطلب مدرسه موظف است موارد نیازمند درمان را براساس شناسنامه پیگیری نماید.

با توجه به بررسی های بعمل آمده دهانشویه فوق می تواند تا 25% میزان پوسیدگی دندان را کاهش دهد.

توزیع دهانشویه ها در مناطقی که میزان فلوراید آب آشامیدنی کمتر از 0/4PPM می باشد (میزان نرمال از 0/7-

1PPM است).

لازم به تذکر است که تاثیر دهانشویه های فوق موضعی و از طریق دخالت در مینرالیزاسیون سطح خارجی مینا می باشد بنابراین مصرف آن در مناطقی که میزان فلوراید آب آشامیدنی بالاتر از حد نرمال می باشد نیز تاثیری در تشدید و یا ایجاد فلوئوروزیس (بیماری است که به علت بالا بودن میزان فلوراید در ساختمان دندان های در حال تشکیل ایجاد می گردد و سبب تغییر رنگ دندان و تضعیف ساختمان آن می شود) ندارد و فقط از این جهت که تهیه دهانشویه های فوق پر هزینه می باشد، توزیع آنها در مناطقی که میزان فلوراید بالاتر از 0/7PPM است توصیه نمی گردد.

نحوه استفاده از دهانشویه های سدیم فلوراید بدین صورت بود که برای هر دانش آموز یک بطری دهانشویه در نظر گرفته شده که در طول هفته یک بار به اندازه در بطری در دهان ریخته و مدت یک دقیقه آن را در دهان نگه می دارد. سپس دهانشویه را از دهان بیرون می ریزد. در صورت رعایت مصرف، یک بطری دهانشویه برای یک سال کافی بود. نظارت بر اجرای استفاده از دهانشویه در مدارس شهری به عهده معلم داوطلب هر مدرسه و در مدارس ابتدایی به عهده بهورز است.

باتوجه به مشکلات متعدد استفاده از دهانشویه اعم از نگهداری در مکان سرد و محدودیتهای مدارس و همکاری نایب مناسب بعضی مربیان و مدیران مدارس از یکطرف و مشکلات خط تولید شرایط سخت نگهداری متولیان امر را به فکر روش جایگزین مناسب، عملی انداخت و ژل وارنیش فلوراید جایگزین گردید که روشی تقریباً آسان، عملی و قابل آموزش بوده و با ایجاد توانمندسازی مربیان، باکمترین امکانات و وسایل انجام هرچه بهتر و موثرتر را برای گروه هدف امکان پذیر سازد. وارنیش فلوراید بصورت بسته بندی بهداشتی و به صورت انفرادی استفاده می گردد. وارنیش فلوراید معمولاً هر شش ماه یک بار و در صورت صلاحدید دندانپزشک و باتوجه به وضعیت

بهداشت دهان و دندان هر فرد ممکنست هر فصل به تمام سطوح
دندانی زده شود

ملاحظات قبل از انجام وارنیش فلوراید::

1-بهرتر است کودک صبحانه صرف کرده باشد

2-کودک مسواک بزند
3-تا دندان ها تمیز
باشند

ملاحظات پس از وارنیش فلوراید::

1-حداقل تا 8 ساعت از خوردن غذاهای داغ و سفت (نظیرسیب و

هویج و....) باید اجتناب شود

2-بیمار تا صبح روز بعد نباید از مسواک یا نخ دندان
استفاده کند تا وارنیش بیشترین فرصت را جهت تماس با
دندان داشته باشد

3-وارنیش فلوراید غالباً باعث تغییررنگ دندان به رنگ زرد
میگردد که بتدریج در عرض 24 ساعت برطرف می شود.

وسایل مورد نیاز جهت معاینه و فلورایدتراپی



3- درمان:

بخش عمده برنامه طرح دانش آموزی است. در راستای ارائه
خدمت به دانش آموزان اولین قدم با تنظیم تعرفه خاص گروه

هدف در سال 76 برداشته شد. به طوری که هزینه برای این گروه به میزان چشمگیری کاهش داده شده است. هدف این است که کلیه دانش آموزان بتوانند خدمات پیشگیری ثانویه شامل کشیدن ریشه های عفونی، ترمیم دندان های پوسیده با اولویت دندان 6 و فلورایدتراپی را با حداقل هزینه دریافت نمایند.

بدیهی است تغییراتی که همه ساله در تعرفه خدمات دندانپزشکی توسط معاونت درمان داده می شود شامل تعرفه های مورد نظر این دفتر نمی باشد. در صورتی که تغییری در تعرفه ها صورت گیرد از طریق معاونت بهداشتی اعلام خواهد گردید.

شرح وظایف دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در راستای طرح دانش آموزی

- 1- تنظیم اطلاعات آماری مورد نیاز شامل:
اسامی مدارس ابتدای تحت پوشش مرکز. معلمان داوطلب هر مدرسه. تعداد دانش آموزان در هر مدرسه.
- 1- تکمیل شناسنامه دندانپزشکی دانش آموزان تحت پوشش.
- 2- ارائه خدمات: ترمیم، کشیدن ریشه های عفونی و فلوراید تراپیوفیشورسیلانت به دانش آموزان.
- 3- کنترل آموزش های معلم داوطلب در مدرسه با توجه به میزان آگاهی و رعایت نکات بهداشتی دهان و دندان توسط دانش آموزان مراجعه کننده و انتقال مواردی که نیاز به تکرار و تمرین بیشتر دارد به معلم داوطلب.
- 4- ارتباط مستمر با معلمان داوطلب و تهیه برنامه هفتگی برای درمان دندان های پوسیده دانش آموزان هر مدرسه در روز خاص.

طرح کشوری سلامت دهان و دندان کودکان مهد کودک ها:

- این طرح از سال 1383 طی توافقنامه با سازمان بهزیستی به مرحله اجرا در آمد و مراقبت کودکان 2 تا 6 سال در مهد های کودک توسط مربیان آموزش دیده انجام می شود. این

طرح از سه بخش آموزشی، پیشگیری و درمان تشکیل شده است و همانند برنامه ملی سلامت دهان و دندان دانش آموزان شناسنامه سلامت دهان و دندان برای هرکودک تکمیل می گردد و برای درمان های لازم به دندانپزشک بخش دولتی و یا خصوصی ارجاع می شوند.

- آموزش مربیان و مدیران مهدکودک در ابتدای سال تحصیلی و صدور گواهینامه آموزشی برای آنها جزو شرح وظایف دندانپزشک بانظارت واحد بهداشت دهان و دندان است.

- کنترل آموزش های کودکان و اولیاء آنها در مهدکودک توسط مربی بهداشت نیز با نظارت و پایش دندانپزشک انجام می شود.

همانطوری که مشخص گردید برنامه های اصلی اداره سلامت دهان و دندان جهت ارتقاء سطح سلامت بهداشت دهان و دندان جامعه در قالب

ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC و برنامه کشوری بهداشت دهان و دندان برای دانش آموزان مقطع ابتدایی طرح کشوری سلامت دهان و دندان کودکان مهدکودک و طرح ترمیم دندان 6 دانش آموزان ابتدایی تنظیم گردیده است.

بر این اساس نیز تامین نیروی انسانی و تجهیز مراکز تحت پوشش صورت می گیرد.

بنابراین در هر واحد دندانپزشکی تجهیزات زیر جهت ارائه خدمات پیشگیری ثانویه می بایست موجود باشد.

- 1- یونیت دندانپزشکی
- 2- وسایل کشیدن دندان
- 3- مواد و وسایل اورژانس های دندانپزشکی
- 4- دستگاه جرم گیری (کاویترون)
- 5- وسایل و اقلام ترمیم دندان
- 6- دستگاه اتوکلاو جهت استریلیزاسیون وسایل (فور تقریباً منسوخ شده است)
- 7- دستگاه لایت کیور

خدمات مورد نظر به شرح زیر می باشد:

- 1- معاینه و تشکیل پرونده و آموزش مراجعین
- 2- کشیدن دندان
- 3- جرم گیری و بروساژ دندان ها
- 4- ترمیم دندان های پوسیده در حد مینا، عاج
- 5- فلوراید تراپی
- 6- فیشور سیلانت

قبل از طرح ادغام، مرکز بهداشت دهان و دندان جهت ارائه خدمات مختلف که اکثر آنها جنبه درمانی داشتند تجهیز گردیده بودند، ولی با توجه به اینکه سیاست های اداره سلامت دهان و دندان تاکید بر ادامه خدمات پیشگیری ثانویه و همراه با آن آموزش و افزایش آگاهی بهداشتی مراجعین است. انتظار می رود که در مراکز تنها خدمات منطبق با سیاست های فوق که به نام خدمات پیشگیری ثانویه نامیده می شود (فلوراید تراپی- جرم گیری و بروساژ- فیشور سیلانت، کشیدن دندان و ترمیم) ارائه گردد و خدمات درمانی نظیر ساخت پروتز های دندان، رادیوگرافی های دندان، درمان های ریشه و ... که تحت عنوان خدمات سطح سه خوانده می شوند می بایست در مراکز ارائه کننده خدمات سطح سه انجام گیرد.

بیشترین انتظاری که از سرپرستان مرکز بهداشتی درمانی می رود آن است که با توجه به شرح وظایف نیروهای شاغل در مراکز و اهداف اداره سلامت دهان و دندان، فعالیت های واحد بهداشت دهان و دندان مرکز خود را در مسیر آموزش و ارائه خدمات پیشگیری ثانویه قرار دهند، بدیهی است با توجه به جذابیت خدمات درمانی و تفکر درمانی که در اکثر دندانپزشکان و بهداشتکاران وجود دارد رسیدن به هدف فوق نیاز به تلاش و جدیت بیشتری دارد.

در راستای هدایت شاغلین مراکز بهداشتی درمانی در جهت آموزش و ارائه خدمات پیشگیری ثانویه این اداره تاکنون اقداماتی بشرح زیر انجام داده است:

- 1- اصلاح فرم های آمار ماهیانه خدمات به نحوی که صرفاً در آنها آمار خدمات آموزشی و پیشگیری خواسته شده است.
- 2- تهیه فرم های ارزشیابی وضعیت خدمتی دندانپزشکان و بهداشتکاران که در این فرم ها فعالیت های بهداشتی و خدمات پیشگیری آنها بررسی و محاسبه می گردد.
- 3- تالیف کتاب طرح نیروی انسانی برای دندانپزشکان که حاوی مطالبی در ارتباط با دندانپزشکی جامعه نگر، نظام شبکه ارائه خدمات بهداشتی و مواردی است که بیشتر توجه دندانپزشکان را به جنبه های آموزشی و پیشگیری جلب نماید.
- 4- برگزاری کلاس های توجیهی جهت دندانپزشکان و بهداشتکاران با توجه به برنامه تفصیلی که در ابتدای هر سال در اختیار واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت قرار می گیرد.

- فرم آمار ماهیانه

آمار فعالیت های ماهیانه واحد بهداشت دهان و دندان هر مرکز همه ماهه بعد از تایید رئیس مرکز بهداشتی درمانی به واحد آمار مرکز بهداشت شهرستان فرستاده می شود. با استفاده از آمارهای مزبور و در نظر گرفتن اینکه هزینه راه اندازی هر واحد دندانپزشکی حدوداً 400 میلیون ریال برآورد شده است، می توان ساعت کاری هر عمل کننده در واحد طی یک ماه و میزان موادی که مصرف نموده است را محاسبه نمود. جهت مقایسه میزان فعالیت دندانپزشک یا بهداشتکار شاغل در مرکز بهداشتی درمانی با زمان در نظر گرفته شده برای هر خدمت بشرح زیر:

- 1- ترمیم دندان پالپوتومی 40 دقیقه 2- جرم گیری 30 دقیقه
- 3- کشیدن دندان 15 دقیقه 4- معاینه دندان 10 دقیقه

5- فلوراید تراپی، وسیلانت 20 دقیقه
از طریق فرمول زیر میزان ساعت کاری قابل محاسبه خواهد بود:

مدت زمان لازم برای انجام خدمت × تعداد خدمات

60 × تعداد روز کاری در ماه

مثلاً اگر در آمار ماهیانه، یک عمل کننده، خدمات زیر را انجام داده باشد

ترمیم 20 عدد - جرم گیری 10 عدد، کشیدن دندان 80 عدد و معاینه 120 نفر

و دندانپزشک/ بهداشتکار طی ماه مورد نظر 25 روز در مرکز حضور داشته است.

$10 \times (\text{تعداد معاینه}) + 15 \times (\text{تعداد خدمات کشیدن}) + 30 \times (\text{تعداد خدمات جرم گیری}) + 40 \times (\text{تعداد خدمات ترمیمی})$

60 × تعداد روز کاری در ماه

$$\frac{800 - 300 - 1200}{25 \times 60} = \frac{3500}{1500} = 2/3$$

ساعت مفید هر نفر عمل کننده در روز خواهد بود...
یعنی بهداشتکار یا دندانپزشک مذکور طی 25 روز در ماه مورد نظر روزانه 2/3 ساعت یا به عبارتی 2 ساعت و 20 دقیقه کار مفید در مرکز داشته است.

در مورد مصرف مواد دندانپزشکی مهمترین موادی که میزان مصرف آنه ابادی کنترل گردد عبارتند از آمالگام و کامپوزیت جهت پر کردن دندان ها - سر سوزن دندانپزشکی و کارپول - دایکال جهت کف بندی حفره پر کردنی نحوه برآورد مصرف مواد فوق به صورت زیر می باشد.

برای هر ترمیم یک سطحی:

آمالگام: یک کپسول یک واحدی و یا (0/4 گرم آمالگام + 0/3

گرم جیوه) + دایکال + یک عدد سرسوزن + یک عدد کارپول

در ترمیم با کامپوزیت: یک عدد سرسوزن + یک عدد کارپول + 0/1 گرم کامپوزیت

کشیدن: يك عدد سرسوزن +1/5 عدد کارپول

با توجه به موارد فوق مواد مصرفي در هر ماه قابل محاسبه خواهد بود و در نتیجه درخواست مواد را نیز مي توان کنترل کرد.

بنابراین يکي از ابزارهاي برآورد ميزان کارکرد هر واحد تعداد خدماتي است که در ماه انجام مي گيرد.

اين آمار را مي توان به طور روزانه که در واحد بهداشت دهان و دندان هر مرکز وجود دارد و يا از طريق فرم هاي گزارش ماهيانه اي که در پايان هر ماه مي بایست به تاييد شما برسد بررسی نمود.

با توجه به آمار خدمات مي توان ميزان درخواست مواد و تجهيزات دندانپزشکي مورد نیاز هر واحد را نیز محاسبه نمود. علاوه بر خدمات ذکر شده دندانپزشک يا بهداشتکار دهان مي بایست افراي را که از طريق خانه بهداشت يا باشگاه بهداشتي و يا واحد تنظيم خانواده جهت معاینه، آموزش يا دریافت خدمات ارجاع مي گردند را نیز پذیرفته و تعداد ارجاعهاي وارده به مرکز را در فرم آمار ماهيانه ثبت نماید.

تعداد ارجاعها نشانه خوبي براي ارزيابي ارتباط واحد بهداشت دهان و دندان با خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتي/ واحد تنظيم خانواده و همکاري اين دو بخش در جهت آموزش و ارائه خدمت به مراجعين است.

فرم ارزشيابي وضعيت خدمتي دندانپزشکان و بهداشتکاران جهت بررسی وضعيت خدمتي دندانپزشکان و بهداشتکاران شاغل در مراکز فرمهاي تهيه گردیده است که هر سه ماه یکبار تکميل و به اين دفتر ارسال مي گردد.

بهداشتکاران دهان و دنداني که تعهد 6ساله خود را در مراکز روستايي انجام داده باشند، طی امتحان خاصي مي توانند تا مقطع دکتراي دندانپزشکي ادامه تحصیل دهند.

يکي از ملاکهاي معرفي بهداشتکاران جهت شرکت در امتحان فرمهاي ارزشيابي وضعيت خدمتي آنها مي باشد. در اين فرمها

علاوه بر اطلاعات شخصی موارد دیگری نیز بشرح زیر آورده شده است :

- 1- میزان جمعیت گروه های هدف تحت پوشش
 - 2- خانه های بهداشت تحت پوشش
 - 3- مدارس ابتدایی تحت پوشش
 - 4- میزان خدماتی که طی سه ماهه انجام داده
 - 5- وضعیت کنترل عفونت
 - 6- نحوه نگهداری از تجهیزات و لوازم مرکز
- لذا در کنار بررسی خدماتی که به مراجعین ارائه می گردد، موارد زیر را می توان در بررسی واحد در نظر گرفت.
- آمار جمعیت گروه های هدف تحت پوشش مرکز که می بایست بهنگام باشد.
- تعداد مدارس ابتدایی تحت پوشش مرکز همراه با تعداد دانش آموزان هر مدرسه
- کروی خانه های بهداشت و مدارس ابتدایی تحت پوشش مرکز
- دستورالعمل نگهداری از وسایل و تجهیزات دندانپزشکی
- خلاصه دستورالعمل کنترل عفونت که به صورت پوستر تهیه شده است .
- جدول بازدید و تعمیر خرابی یونیت و تجهیزات دندانپزشکی مرکز
- اطلاعات فوق باید در محل خاصی روی دیوار واحد نصب شود و بر اساس آن فرم ارزشیابی تکمیل گردد.
- علاوه بر بهداشتکاران دهان و دندان برای دندانپزشکان نیز فرم های ارزشیابی وضعیت خدمتی می بایست تکمیل گردد.
- اعزام دندانپزشکان طرحی به مراکز بهداشتی درمانی با هماهنگی دفتر طرح توزیع نیروی انسانی و با توجه به اعلام نیاز هر دانشگاه از طریق دفتر بهداشت دهان و دندان صورت می گیرد.
- بنابراین یکی دیگر از ابزارهای موجود جهت بکارگیری صحیح دندانپزشکان در مراکز تکمیل دقیق فرم های و ارسال آن می

باشد. همگام با برنامه های فوق جهت آگاه نمودن دندانپزشکان در رابطه با سیستم شبکه و انتظاراتی که از آنها می رود، کتابی تحت عنوان دندانپزشکان و طرح نیروی انسانی تدوین گردیده که در اختیار آنها قرار می گیرد.

- کنترل عفونت

واحدهای دندانپزشکی در صورت عدم رعایت موازین بهداشتی یکی از کانونهای بالقوه انتقال عفونت بخصوص هپاتیت B و ایدز می باشند و یکی از مهمترین استراتژیهای دفتر نیز فراهم نمودن امکانات و تجهیزات لازم جهت رعایت اصول بهداشتی در مراکز است.

در این قسمت خلاصه آنچه که از نظر کنترل عفونت می بایست در نظر گرفته شود ارائه می گردد.

- کلیه پرسنل شاغل در واحد بهداشت دهان و دندان می بایست بر علیه هپاتیت B واکسینه شده باشند. در صورتیکه دندانپزشک یا بهداشتکار مرکز شما واکسن هپاتیت B دریافت نکرده است، با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان تسهیلات لازم جهت واکسینه نمودن این افراد را فراهم نمایید.

- دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان می بایست هنگام کار از روپوش سفید و تمیز، دستکش، ماسک و عینک محافظ استفاده کند.

- برای هر بیمار می بایست سرساکشن و لیوان یکبار مصرف استفاده نماید.

- بعد از هر مریض یونیت، صندلی، دسته کشو، پور آب و هوا و دسته ساکشن را با محلولهای ضد عفونی کننده مانند گلو تارآلدئید 2% یا هیپوکلرات سدیم 0/5 درصد و یا محلول میکروتن تمیز نماید.

در پایان روز کاری کف اتاق دندانپزشکی می بایست با محلول هیپوکلریت 0/5 درصد شسته و ضد عفونی شود.

- محل نگهداری سوزنها و وسایل تیز یکبار مصرف می بایست در ظروف مقاوم و دربسته (مثل قوطی شیر خشک) باشد و روی آن جمله وسایل آلوده خطرناک را قید نماید.

- به افرادی که در درمانگاه با مواد آلوده و خون و بزاق سروکار دارند (مثل دستیاران یا مستخدمین) تذکر داده شود که از دستکش استفاده نمایند.

در حال حاضر، در کلینیکهای دندانپزشکی جهت استریلیزاسیون وسایل از امکانات زیر استفاده می شود.

1- **فور:** جهت استریل نمودن وسایل قابل استریل فلزی می باشد. این وسایل قبلاً می بایست کاملاً شسته شده و خشک گردد، سپس داخل سینی های مخصوص فور قرار داده شود.

مدت زمان لازم برای استریل وسایل دندانپزشکی 2 ساعت در دمای 170 درجه سانتیگراد می باشد.

بعد از استریل نمودن، وسایل می بایست در داخل دیش های درب دار و یا در لابلاي شان

استریل و در داخل کشوهایی کابینت قرار گیرد.

2- **اتوکلاو:** برای استریل وسایلی مانند توربین، انگل و ایرمو (وسایل چرخنده ای که با

فشار هوا جهت خالی کردن دندان استفاده می شود). قلمهای جرم گیری و دیگر وسایل که ممکن است در داخل فور خراب شوند مثل وسایل پلاستیکی، می توان از اتوکلاو استفاده نمود.

مدت زمان لازم برای استریل نمودن وسایل فوق 20 دقیقه و در درجه 121 سانتیگراد می باشد.

3- **مواد شیمیایی:** محلول میکروتن در غلظتهای 1 و 2 درصد محلول گلو تار آلدئید (30 دقیقه ضد عفونی و 10 ساعت استریلیزاسیون)

محل هیپوکلریت سدیم

از مواد فوق بیشتر در فاصله زمانی بین شروع تا پایان کار روزانه جهت غوطه ور کردن

وسایل و یا تمیز نمودن لوازمی که می بایست در اتوکلاو استریل گردند و یا تمیز کردن

کف اطاق و یونیت استفاده می شود.

*** آشنائی با وسایل دندانپزشکی و مراقبت از آنها**

مهمترین ابزار کاری واحدهای دندانپزشکی یونیت و صندلی می باشد. دندانپزشکی قسمتی است که آب، هوا و برق لازم جهت چرخاندن وسایل دوار دندانپزشکی را فراهم می نماید.

وسایل دوار دندانپزشکی شامل توربین و ایرموتور می باشد. توربین یا سرتوربین ها وسایل با سرعت 300000 دور در دقیقه می باشند که با کمک وسایل مته مانندی به نام فرز برای برداشتن قسمتهای سخت دندان مورد استفاده قرار می گیرند. ایرموتور نیز همان کار سرتوربین را با سرعت دور کمتر (بطور متوسط 25000 دور در دقیقه) انجام می دهد به روی ایرموتور معمولاً دو قطعه قابل وصل می باشد، یکی بنام انگل که جهت برداشتن پوشیدگی استفاده می شود و دیگری بنام پیس آمن که بیشتر در جراحیها از آن برای برداشتن استخوان استفاده می شود.

وسایل فوق گران قیمت بوده و باید از آنها نگهداری شود، بدین منظور این وسایل باید بعد از هر بار کار و یا حداقل در پایان روز کاری با اسپری ها و روغنهای مخصوص روغنکاری شده و در محل امنی نگهداری شوند.

بهترین وسیله جهت استریلیزاسیون سرتوربین و ایرموتور و انگل اتوکلاو می باشد، در غیر این صورت باید از محلولهای شیمیایی جهت استریلیزاسیون آنها استفاده کرد.

جهت انجام جرم گیری از وسیله ای بنام کاویترین استفاده می شود. این دستگاه با ایجاد حرکات لرزشی باعث کنده شدن جرم دندان می شود.

قلم کاویترین قسمت قابل جدا شدن آن است که می بایست بعد از هر مریض با اتوکلاو و یا مواد شیمیائی استریل گردد. آمالگاماتور وسیله ای است که با ایجاد حرکات چرخشی سبب مخلوط شدن جیوه و آمالگام می شود.

وسایلی که در بالا به آنها اشاره گردید مورد استفاده ترین و گرانترین وسایل دندانپزشکی موجود در هر مرکز می باشند که می بایست در حفظ و نگهداری آنها کوشش به عمل آید. مهمترین شاخص هایی که برای ارزیابی وضعیت دهان و دندان یک جامعه مورد استفاده قرار می گیرد شاخص های DMF و CPI می باشند.

DMF شاخص کمیت اثر پوسیدگی به روی دندانها می باشد.

DMF مخفف کلمات زیر است:

پوسیدگی (دندان پوسیده) D=Decay دندان که پر شده F=Filling

دندانی که در اثر پوسیدگی کشیده شده است

M=Missing

برای محاسبه این شاخص در هر فرد میزان $D+M+F=DMF$ خواهد بود اگر در یک فرد $M=1, F=1, D=3$ باشد.

یعنی در این فرد 5 دندان تحت تأثیر پوسیدگی قرار گرفته است.

برای محاسبه این شاخص در سطح جامعه از میانگین آن استفاده می شود.

WHO این شاخص را برای افراد 12 ساله ایرانی در سال 2000 زیر 3 اعلام نموده است، در حال حاضر این شاخص در کودکان 12 ساله ایرانی 1/86 می باشد.

در صورتیکه بای دندانهای شیری نیز بخواهیم این شاخص را نشان بدهیم آنها را با حروف کوچک d, m, f نمایش می دهیم.

شاخص dmf در کودکان 3 ساله ایرانی 1/8 می باشد که حدوداً 54% آن مربوط به پوسیدگی 4 دندان قدامی فك بالا است.

پوسیدگی 4 دندان قدامی فك بالا را اصطلاح سندرم شیشه و یا Nursing Caries می نامند و علت اصلی آن استفاده از شیشه های شیر حاوی شیر شیرین شده و یا آب قند می باشد که در طول شب در مجاورت دندانهای قدامی فك بالا قرار می گیرد و فرصت زمانی مناسب را برای پوسیدگی فراهم می نماید.

این سندرم به هنگام استفاده طولانی مدت از شیر مادر در طول شب نیز اتفاق خواهد افتاد و لزوم آگاه نمودن مادران برای پیشگیری از پوسیدگی های فوق ضروری به نظر می رسد.

شاخص CPI (Community Periodontal Index)

شاخص بیماری لثه یک جامعه و مشخص کننده میزان پیشرفت بیماریهای لثه در بین مردم یک جامعه است. در این شاخص دهان به شش قسمت تقسیم شده و در هر یک ششم پیشرفت بیماری پریودنتال¹ بر اساس عمق پاکت

خلاصه مواردی که هنگام بازدید از واحد بهداشت دهان و دندان می بایست ارزیابی شود.

1- اطلاعات آماری شامل:

الف) جمعیت تحت پوشش، خانه ها / پایگاههای تحت پوشش، مدارس ابتدائی و تعداد دانش آموزان تحت پوشش، تعداد رابطین، بهورزین و معلمین داوطلب هکار با واحد بهداشت دهان و دندان.

ب) کروی موقعیت مرکز نسبت به مدارس و خانه های بهداشت / پایگاههای تحت پوشش

ج) فرم اصول نگهداری از وسایل و تجهیزات

د) پوستر کنترل عفونت

2- بررسی وضعیت مرکز از نظر رعایت اصول کنترل عفونت

3- بررسی وضعیت تجهیزات و وسایل و نحوه نگهداری از وسایل

4- بررسی وضعیت ارائه خدمات با توجه به دفتر گزارش و همچنین فرم ماهیانه

5- کنترل میزان ساعت کاری در ماه و مقایسه با خدماتی که ارائه می دهد.

6- کنترل مواد درخواستی و مقایسه با خدماتی که انجام می دهد.

برنامه نظام مراقبت سلامت دهان و دندان (خدمات سطح یک)

¹ - بیماریهایی که سبب ابتلاء لثه و دیگر ساختمانهای نگهدارنده دندان استخوان دور دندان و الیافی که دندان را به لثه و استخوان متصل می نمایند می شوند را بیماریهای پریودنتال می نامند.

(مراکز بهداشتی درمانی- پایگاهها و خانه های بهداشت)

این برنامه دارای سه بخش می باشد.

الف کودکان:

- 1- جمعیت گروههای هدف به تفکیک مشخص و ثبت گردد.
- 2- این فرم برای افراد 2 تا 6 سال و 6 تا 12 سال تکمیل گردد.
- 3- این فرم قابلیت تکمیل در سطوح بهورز، کاردان و کارشناس بهداشتی را داشته باشد
- 4- تاریخ مراجعه فرد بصورت خودکار ثبت گردد
- 5- قابلیت ثبت خدمات برای گروههای سنی، سالی یکبار را داشته و پس از مراقبت انجام شده غیرفعال گردد.
- 6- نتیجه مراقبتهای براساس گروه هدف در فرم آماری (1-103) بصورت تعداد مراقبت و ارجاع قابل رویت باشد
- 7- پس از تایید فرم آماری توسط کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان قابل ویرایش نباشد مگر تائیدیه آنها برداشته شود
- 8- میزان (درصد) مراقبتهای دهان و دندان براساس فرمولهای ذیل قابل محاسبه باشد.

$$\text{میزان مراقبت کودکان گروه هدف در هر فصل} = \frac{\text{تعداد کودکان مراقبت شده گروه هدف در هر فصل}}{\text{جمعیت کودکان گروه هدف اول سال} \times \frac{1}{4}} \times 100$$

$$\text{میزان مراقبت کودکان گروه هدف در 6 ماه} = \frac{\text{تعداد کودکان مراقبت شده گروه هدف در شش ماه}}{\text{جمعیت کودکان گروه هدف اول سال} \times \frac{1}{2}} \times 100$$

$$\text{میزان مراقبت کودکان گروه هدف در سال} = \frac{\text{تعداد کودکان مراقبت شده گروه هدف در سال}}{\text{جمعیت کودکان گروه هدف اول سال}} \times 100$$

- 9- امکان لینک آمار به پرتال نظام یکپارچه آمار دانشگاه و وزارت بهداشت را داشته باشد.
- 10- در گزارش دهی قابلیت درج شماره دندان (کشیدن، پوسیده و نرمیم شده) را داشته باشد.

11- قابلیت اخذ اطلاعات و مراقبت‌ها به تفکیک گروه سنی را داشته باشد.

ب) مادران باردار:

- 1- این فرم برای مادران باردار در طول دوران بارداری سه بار و ترجیحاً در هفته های 6 تا 10 ، 16 تا 20 ، 26 تا 30 انجام شود.
- 2- این فرم قابلیت تکمیل در سطوح بهورز، ماما و کارشناس بهداشتی را داشته باشد.
- 3- تاریخ مراجعه فرد جهت مراقبت بصورت خودکار ثبت و پس از سه بار مراقبت غیرفعال گردد.
- 4- نتیجه مراقبت‌ها براساس گروه هدف در فرم آماری (1-103) بصورت تعداد مراقبت و ارجاع قابل رویت باشد.
- 5- پس از تایید فرم آماری توسط کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت، دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان قابل ویرایش نباشد. مگر با برداشتن تائیدیه آنان
- 6- میزان (درصد) مراقبت های دهان و دندان برای مادران باردار براساس فرمولهای ذیل قابل محاسبه باشد.

$$\text{میزان مراقبت مادران} = \frac{\text{تعداد مادران باردار مراقبت شده در هر فصل}}{\text{جمعیت مادران باردار اول سال}} \times 100 \times \frac{1}{4} \times 3$$

$$\text{میزان مراقبت مادران} = \frac{\text{تعداد مادران باردار مراقبت شده در شش ماه}}{\text{جمعیت مادران باردار اول سال}} \times 100 \times \frac{1}{2} \times 3$$

$$\text{میزان مراقبت مادران} = \frac{\text{تعداد مادران باردار مراقبت شده در سال}}{\text{جمعیت مادران باردار اول سال}} \times 100 \times 3$$

- 7- امکان لینک آمار به پرتال نظام یکپارچه ای آمار دانشگاه و وزارت بهداشت را داشته باشد.

اهم برنامه ها و طرح های واحد بهداشت دهان و دندان

هدف کلی : ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه

هدف اختصاصی :

- 1 - ارتقاء آگاهی جامعه در مسائل بهداشت دهان و دندان و نهادینه کردن فرهنگ خودمراقبتی
- 2 - کاهش شاخص DMFT بویژه در گروه هدف 2-12 سال (3 - ارائه خدمات سطح یک و دو به گروههای هدف و سایرین استراتژی :
- آموزش ، پیشگیری، جلب مشارکت بخشی خصوصی، هماهنگی درون و برون بخشی
- طرح ها :
- 1 - طرح ادغام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در اصول PHC در سال 1374

- | | |
|---|-------------------|
| 1 - مادران باردار | } گروهها
ی هدف |
| 2 - مادران شیرده تا یکسال | |
| 3 - کودکان 2-8 سال (برنامه کودک سالم) و 8-14 سال (دندانپزشکی) | |

خدمات دندانپزشکی :

- | | |
|--|----------------------|
| نیروهای اجرایی : کاردانها و ماماها ی بهداشتی در شهر و بهورزان در روستا | } سطح
یک
خدمات |
| وظایف نیروی اجرایی : مراقبت گروههای هدف شامل : آموزش ، معاینه ، ثبت نتایج در پرونده و در صورت لزوم ارجاع و ثبت پاسخورانده و انجام 2 بار فلوراید تراپی جهت گروههای هدف 3-14 سال در طی یکسال | |

- | | |
|---|-------------------|
| نیروهای اجرایی : دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان | } سطح دو
خدمات |
| وظایف نیروهای اجرایی : آموزش و نظارت و پایش نیروهای سطح یک و انجام خدمات دندانپزشکی قابل انجام در واحد دندانپزشکی | |

خدمات شامل :

معاینه ، کشیدن دندان ، ترمیم ، پالپوتومی ، جرمگیری لثه و خدمات دندانپزشکی پیشگیری (فلوراید تراپی - فیشورسیلانت)

- 2 - طرح ملی سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی از سال 83 آغاز شده است لیکن از سال جاری با توجه به طرح تحول سلامت دهان موضوع . دستورالعمل 100/1671 مورخ 93/12/18 وزیر محترم بهداشت اهداف آن بشرح ذیل میباشد :
- 1 - آموزش بهداشت دهان و دندان به کودکان و والدین با استفاده از منابع آموزشی
- 2 - انجام معاینات غربالگری هر 6 ماه (2 بار در سال تحصیلی) و ثبت نتایج در پرونده الکترونیک سلامت دهان
- 3 - انجام 2 بار فلوراید تراپی و وارنیش جهت کلیه کودکان مقطع ابتدایی

4 - ارجاع جهت دریافت خدمات مورد نیاز به بخش خصوصی و دولتی (در بخش دولتی خدمات با تعرفه 50 درصد برای گروه هدف انجام می‌شود)

مجریان این طرح : کاردانه‌های بهداشتی در بخش دولتی و خصوصی در شهر با همکاری مربیان بهداشت مدارس، و در روستا به‌ورزان نظارت، و ارائه خدمات درمانی توسط دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان انجام می‌شود.

5 - اولویت ارائه خدمات فوق برای کودکان بدو ورود به دبستان در طرح سنجش می‌باشد که می‌بایست بطور جدی انجام شود.

3 - طرح ارائه خدمات درمانی و پیشگیری با مشارکت سازمانهای بیمه گر در بخش دولتی و خصوصی: شامل آموزش بهداشت، معاینات، فلورایدتراپی، فلورایدتراپی با وارنیش، فیشورسیلانت و ترمیم دندان 6، جرمگیری برای افراد بالای 14 سال

در این طرح هماهنگی جهت ارجاع به بخش خصوصی از طریق مراکز بهداشت و ادارات آموزش و پرورش انجام می‌شود.

4 - طرح ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان در برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر 20/000 نفر:

در این طرح ارائه خدمات پیشگیری، آموزش بهداشت، معاینه، فلورایدتراپی، فیشورسیلانت و ترمیم دندان 6 و جرمگیری برای گروه هدف زیر 14 سال و مادران باردار و شیرده به صورت رایگان انجام می‌شود که اعتبارات آن از محل اعتبارات طرح تحول سلامت دهان که در اختیار بیمه سلامت و همچنین دانشگاهها قرار می‌گیرد پرداخت می‌شود.

مجریان طرح: به‌ورزان و دندانپزشکان مستقر در مراکز معین دندانپزشکی

نظارت طرح: توسط کارشناسان ادارات بیمه، توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و واحد بهداشت دهان و دندان مراکز بهداشت انجام می‌شود.

5 - طرح کشوری سلامت دهان و دندان کودکان مهدکودکی:

در این طرح از هر مهدکودک یک مربی بهداشت آموزش دیده، برای کودکان شناسنامه سلامت تشکیل داده و ضمن آموزش بهداشت و انجام معاینات، کودکان را جهت انجام درمانهای مورد نیاز به بخش دولتی و خصوصی ارجاع می‌دهد. نظارت این طرح با دندانپزشک می‌باشد.

6 - طرح تحول سلامت دهان:

در این طرح مقرر گردیده مراکز بهداشتی و درمانی تجهیزات آن استاندارد شده و ضمن فعال شدن در شیفت صبح حداقل 50 درصد مراکز در شیفت عصر نیز فعال شوند و جهت تامین نیرو از دندانپزشکان بخش دولتی به صورت کارانه و برای دندانپزشکان بخش خصوصی با روشهای مختلف واگذاری خدمات یا خرید خدمت استفاده گردد.

گروه هدف در این طرح گروه هدف زیر 14 سال و مادران باردار و شیرده بوده و برای سائرین نیز در شیفت عصر در حد توان خدمات ارائه می‌گردد .

دهان :

دهان در اعمال زیادی چون صحبت کردن ، خندیدن ، چشیدن ، گازگرفتن ، جویدن و بلعیدن غذا نقش اصلی را به عهده دارد و اولین قسمت دستگاه گوارش است که از لب ها شروع و به حلق منتهی می شود . اولین قدم در عمل گوارش غذا ، خرد کردن و جویدن مواد غذایی است که وظیفه آن به عهده دندان ها می باشد . دندانها هر یک با شکل ویژه خود به اعمال بریدن (دندانهای پیش) ، پاره کردن (دندان های نیش) ، نرم وله کردن (دندان های آسیا) و در نهایت به عمل جویدن غذا کمک می کنند . لازم به ذکر است که جویدن ، تکلم و حفظ زیبایی صورت ، سه وظیفه اصلی دندانها می باشد . هر فرد در زندگی خود دو سری دندان دارد دند انهای شیری که تعداد آن 20 عدد و دندانهای دائمی که تعداد آن 32 عدد می باشد .

لایه های دندانی :

در تاج دندان از خارج به داخل سه لایه وجود دارد : مینا ، عاج و مغز دندان

مینای دندان :

قسمتی از تاج دندان که در دهان قابل مشاهده است ، مینا نامیده می شود سایر لایه های تاج در زیر مینا قرار دارند . مینا سخت ترین بافت ساخته شده در بدن انسان است که اگر این لایه به هر علتی مثل پوسیدگی یا ضربه از بین برود دندان آسیب پذیر می شود .

عاج دندان :

عاج لایه ای است به رنگ زرد روشن که در زیر مینا قرار گرفته و استحکام آن از مینا کمتر است و برخلاف مینا، بافتی زنده بوده و در مقابل تحریکات حساسیت نشان می دهد .

مغز دندان :

در هر دندان در زیر لایه عاج مغز دندان قرار گرفته است که حاوی رگ های خونی و اعصاب می باشد .

ساختمان ریشه دندان :

ریشه دندان نیز از سه لایه تشکیل می شود که به ترتیب از خارج به داخل عبارتست از : سمان ، عاج و مغز دندان . لایه های عاج و مغزدندان در ریشه ادامه لایه های مشابه در تاج دندان است

سمان دندان :

لایه ای است که در سطح خارجی دندان قرار دارد و لذا در دهان قابل مشاهده نمی باشد .

پوسیدگی دندان

تعریف پوسیدگی : (پوسیدگی بیماری قابل انتقال انساج دندانی است)

چنانچه بهداشت دهان و دندان رعایت نشود لایه ای میکروبی بر روی سطوح دندانها تشکیل می شود که با گذشت زمان میکروب های موجود در لایه مواد قندی موجود در غذاها را به اسید تبدیل می کنند . این اسید ، مینای دندان را به مرور حل کرده و پوسیدگی ایجاد می شود .

عوامل پوسیدگی را :

- عدم رعایت صحیح و به موقع بهداشت دهان و دندان : (عدم استفاده از مسواک و نخ دندان) : چنانچه پس از مصرف مواد غذایی سطح دندانها تمیز نگردد ، میکروب های داخل دهان به همراه خرده های مواد غذایی و مواد قندی ، لایه ای را روی دندانها تشکیل می دهند که پلاک میکروبی نامیده می شود. این پلاک لایه ای نرم ، بی رنگ و چسبنده است که به تنهایی با آب شسته نشده و برای پاک کردن آن از سطوح دندانها باید ابتدا از نخ دندان استفاده کرده و سپس دندانها را به دقت مسواک زد. پس از خوردن غذا و رسیدن مواد قندی به میکروب های پلاک میکروب های پلاک میکروبی ، تقریباً 2-5 دقیقه بعد اسید تولید می شود که در طی 10 دقیقه میزان این اسید به حداکثر مقدار می رسد و تا حدود یک ساعت ، محیط دهان در حالت اسیدی باقی می ماند تا به حالت عادی برگردد. به همین علت بسیار تاکید می شود که در مواردی که مسواک را به همراه ندارید ، حداقل دهان خود را پس از مصرف مواد غذایی با آب شستشو دهید .

- مصرف مواد قندی

- مقاومت شخص و دندان : کمبود مقاومت شخص و دندان می تواند به یکی از سه علل ارثی ، مادرزادی و یا اکتسابی باشد.

محل های شایع پوسیدگی :

محل های شایع تجمع پلاک میکروبی بر سطح دندانها، مکان های شایع پوسیدگی در دندانها می باشند که شامل سه ناحیه زیر است :

1- شیارهای سطح جونده : در سنین اولیه رویش دندان های آسیای دائمی که دارای شیارهای عمیق می باشند ، به دلیل تجمع مواد غذایی در این نواحی ، احتمال ایجاد پوسیدگی خیلی زیاد است

2- سطوح بین دندان : از آنجایی که موهایی مسواک به این نواحی دسترسی کافی ندارند و همچنین به دلیل عدم استفاده از نخ دندان ، مواد غذایی در محل تجمع یافته و در نهایت احتمال پوسیدگی در این سطوح بالا می رود . لازم به ذکر است که این مناطق را تنها با استفاده از نخ دندان می توان تمیز کرد.

3- طوق دندان یا ناحیه اتصال لثه یا دندان : معمولاً پلاک میکروبی در ناحیه طوق دندان تجمع می یابند . بنابراین اگر در هنگام مسواک کردن ، دقت کافی برای تمیز کردن این ناحیه صورت نگیرد ، پوسیدگی طوق دندان ایجاد

می گردد . تجمع پلاک میکروبی در این ناحیه باعث بروز بیماریهای لثه هم می شود .

علائم پوسیدگی دندان :

- پوسیدگی دندان با علائمی همراه است که در زیر آورده شده اند :
- تغییر رنگ مینای دندان ابتدا به رنگ سفید گچی و سپس به قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- بوی بد دهان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام خوردن غذاهای سرد ، ترش یا شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشار دندانها روی هم یا هنگام غذا خوردن
- گیر کردن مواد غذایی بین دندانها ، پاره شدن نخ دندان هنگام استفاده از آن بر اثر پوسیدگی بین دندانی

مراحل پیشرفت پوسیدگی :

پوسیدگی یک روند تدریجی است که برای ایجاد آن زمان زیادی لازم است مراحل ایجاد پوسیدگی به شرح زیر است :

- شروع پوسیدگی از مینای دندان می باشد که معمولاً با یک لکه سفید (White spot) و در محل های شایع پوسیدگی آغاز می شود . در مراحل اولیه لکه سفید و در صورت خشک کردن دندان قابل دیدن است اما پس از مدتی روی دندان مرطوب نیز قابل مشاهده می گردد این لکه سفید با گذشت زمان به رنگ قهوه ای یا سیاه تغییر می یابد .
- با ادامه پوسیدگی به لایه زیرین (داخل عاج) دندان حساس به سرما، گرما و شیرینی می شود و حتی گاهی در دندان، دردهای کوتاه مدت و شدید نیز ایجاد می گردد .
- در نهایت پوسیدگی به مغز دندان می رسد . این حالت معمولاً با دردهای شبانه شدید مداوم و خودبخودی همراه می باشد و در صورت عدم درمان ، در انتهای ریشه دندان عفونت ایجاد می شود که می تواند با ایجاد تورم بر روی لثه و یا گاه تورم در صورت همراه باشد .
- گاهی ممکن است که به دنبال درد شدید دندانی ، به طور ناگهانی این درد ساکت شود که نشانه مرگ کامل مغز دندان است . چنین دندانی بعنوان کانون عفونی برای بدن محسوب می شود که هر لحظه ممکن است باعث بروز مجدد عفونت شدید ، تورم و آبسه حاد گردد . به علت مجاورت آبسه دندانی با مناطق پر عروق حساس بدن (مغز و سیستم تنفس) این آبسه می تواند بسیار خطرناک و حتی کشنده باشد .
- زمانی که پوسیدگی به صورت لکه سفید می باشد امکان پیشگیری از تبدیل آن به حفره هنوز وجود دارد و با استفاده منظم از مسواک و خمیر دندان می توان روند آن را معکوس کرد .
- لکه سفید انواع مختلف دارد نوعی از آن که نشانه پوسیدگی دندان است معمولاً در محل های شایع پوسیدگی بوجود می آید .

لثه و بیماریهای آن

تعریف لثه سالم

علائم لثه سالم عبارت است از :

- رنگ صورتی
- قوام سفت و محکم
- تبعیت شکل لثه از شکل و طرز قرار گرفتن دندانها
- تیز بودن لبه های لثه
- پر شدن کامل فضای بین دندان توسط لثه

با عدم رعایت بهداشت دهان و دندان ، بافت نگهدارنده دندان (استخوان فک و لثه) دچار بیماری می شوند . در ابتدا لثه پر خون، قرمز و متورم می گردد که در این حالت به هنگام گاز گرفتن مواد غذایی سفت مثل سیب یا مسواک زدن ، مستعد خونریزی می شود.

بیماری لثه معمولاً با درد همراه نیست و روندی کند دارد . بنابراین بیمار دیرتر متوجه مشکل خود می شود . همین عامل سبب پیشرفت بیماری و تحلیل لثه و استخوان فک می گردد با گذشت زمان به تدریج دندان لق شده و خود بخود می افتد یا اینکه باید کشیده شود به عبارت دیگر بافت های نگاه دارنده اطراف دندان است که دچار بیماری شده و در نهایت به کشیدن دندان منتهی می شود .

علت بیماری لثه :

چنانچه پلاک میکروبی توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندانها پاک نگردد . بعد از 48 ساعت ایجاد التهاب خفیف در لثه می نماید که با رعایت بهداشت قابل برگشت است . اگر پلاک میکروبی مدت طولانی روی دندان بماند به لایه ای سخت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل شده که جرم نامیده می شود . جرم دندانی با مسواک پاک نمی شود و مانند یک لایه سخت روی قسمتی از سطح دندان می چسبد و چون سطح زبر و خشنی دارد باعث می شود پلاک میکروبی بیشتری روی آن تشکیل شده و سبب پیشرفت بیماری گردد .

در صورت تشکیل جرم با مراجعه به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان باید دندانها جرمگیری شوند . لازم به ذکر است که کشیدن سیگار ، چپق ، قلیان تشکیل جرم دندان را تشدید می نماید .

عوامل موثر در پیشرفت بیماری لثه :

سلامت لثه تحت تاثیر عوامل بسیاری قرار می گیرد که مهمترین آنها عبارتند از :

- قدرت سیستم دفاعی بدن
- وضعیت قرارگیری دندانها
- بیماریهای سیستمیک (مانند : دیابت ، ایدز و...)

اصول بهداشت دهان و دندان

استفاده از مسواک و خمیر دندان

هدف اصلی از مسواک کردن، پاک کردن پلاک میکروبی از روی دندان ها و لثه می باشد. درست مسواک کردن وقتی است که تمام سطوح دندان ها و لثه به خوبی مسواک زده شود.

بنابراین بهتر است مسواک کردن در فرصت مناسب و با زمان کافی و توام با آرامش صورت پذیرد، چرا که کیفیت مسواک کردن (تمیز کردن تمام سطوح) بهتر از تعداد دفعات آن می باشد. البته ایده آل آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی یا مواد قندی، دندان های خود را مسواک کنیم؛ در غیر این صورت، در دو زمان مسواک کردن دندان ها حتماً باید صورت گیرد.

1 - شب قبل از خواب: به دلیل اینکه در زمان خواب، جریان بزاق، حرکات زبان، گونه جهت تمیز کردن محیط دهان کاهش می یابد، دندان ها مستعد پوسیدگی می شوند.

2 - صبح بعد از صبحانه

انتخاب یک مسواک خوب

- جنس: موهای مسواک از جنس نایلون نرم و سر موهای آن گرد باشد.
- کیفیت: موهای مسواک منظم و مرتب باشد. معمولاً نمی توان بیش از 3 الی 4 ماه از یک مسواک استفاده نمود. چون موهای آن خمیده و نامنظم می شود یا رنگ موهای آن تغییر می کند که در این صورت حتماً مسواک را باید تعویض نمود .
- اندازه مسواک : مسواک کودکان کوچکتر از بزرگسالان است هم چنین اندازه دسته آن باید به گونه ای باشد که به خوبی در دست های کوچک کودکان قرار بگیرد و هنگام استفاده در دست آنها نلغزد.
- شکل مسواک: ترجیحاً دسته مسواک مستقیم باشد و خمیدگی بیش از حد نداشته باشد؛ چرا که مسواک هایی که دارای دسته مستقیم هستند، قدرت پاک کنندگی بالاتری دارند. همچنین یک مسواک مناسب دارای موهای منظم و مرتب با سرهای گرد می باشد.

خمیر دندان

امروزه اکثر خمیر دندان ها حاوی فلوراید هستند که سبب مقاوم تر شدن دندان در برابر پوسیدگی می شوند. خمیر دندان ها دارای موادی هستند که به از بین بردن پلاک، رنگدانه و کنترل جرم کمک می کنند و نیز دارای خواص ضد پوسیدگی ، ضد حساسیت بوده و نیز خوشبو کننده دهان می باشد .

نکات مهم:

- لازم است که مسواک کردن حتماً با خمیر دندان انجام شود ولی در صورت عدم دسترسی به خمیر دندان، با آب خالی هم می توان مسواک نمود. استفاده از نمک خشک،

جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و خراشیده شدن لثه می گردد. استفاده از آب نمک رقیق (نصف قاشق چایخوری در یک لیوان آب جوشیده سرد) بصورت دهانشویه جهت ضد عفونی کردن محیط دهان، کمک کننده است.

• زمان های مناسب برای مسواک زدن: صبح ها (بعد از صبحانه)، ظهرها (بعد از ناهار)، شب ها (قبل از خواب).

روش درست مسواک کردن

ابتدا دهان را با آب بشوئید، سپس خمیر دندان روی مسواک قرار داده و خمیر دندان را به داخل موهای مسواک فرو برید .

دندان های بالا و پایین باید جداگانه مسواک شود. مسواک کردن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع می شود و به ترتیب کلیه سطوح خارجی، داخلی و جونده دندان ها مسواک زده می شود.

هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه 45 درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار گیرد.

بعد از قراردادن مسواک روی دندان و لثه، ابتدا حرکت لرزشی (حرکات سریع و کوتاه) در محل باید صورت بگیرد و سپس با حرکت مچ دست، موهای مسواک روی سطح دندان از سمت لثه به طرف سطوح جونده چرخانده شود این حرکت حدود 15 تا 20 بار برای هر دندان باید انجام گیرد.

تمیز کردن سطوح داخلی دندان هم مانند مسواک کردن سطوح خارجی آن صورت می گیرد ولی برای سطوح داخلی دندان ها قرارداده و با حرکات بالا و پائین این سطوح را تمیز کرد.

برای مسواک کردن سطوح جونده، موهای مسواک را در تماس با سطوح جونده قرار داده و کمی فشار دهید تا موهای مسواک به خوبی به داخل شیارهای سطح جونده وارد شود. سپس چند بار مسواک را به جلو و عقب بکشید تا بخوبی تمیز شود.

چون خرده های مواد غذایی و میکروب ها روی سطح زبان جمع می شود، بهتر است هرچند روز یکبار روی زبان را هم با مسواک تمیز نمود. برای این کار مسواک در عقب زبان قرار می گیرد و به طرف جلو کشیده می شود. تمیز کردن زبان نقش مهمی در از بین بردن بوی بد دهان دارد.

پس از مسواک کردن دندان ها و زبان اضافه خمیر دندان را به بیرون بریزید اما شستن دهان چندان توصیه نمی شود تا اثر ضد پوسیدگی فلوراید باقیمانده در دهان بیشتر شود.

وقتی مسواک کردن دندان ها تمام شد. مسواک را خوب بشوئید و در جایی دور از آلودگی نگهداری کنید. توجه کنید که هیچگاه مسواک خیس را در جعبه سربسته نگذارید؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زیاد شده و رشد میکروب ها را تسریع می کند.

استفاده از نخ دندان

سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمی شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می توان این سطوح را تمیز کرد. نخ دندان، نخ ابریشمی مخصوصی است که باید آن را از داروخانه تهیه نمود. برای استفاده درست از نخ دندان باید:

- قبل از استفاده دستها را با آب و صابون خوب بشوئید.
- حدود 30 تا 45 سانتیمتر از نخ دندان را ببرید و دو طرف نخی را که بریده اید در هر دو دست به دور انگشت وسط یا انگشتی بپیچید.
- سه انگشت آخر را ببندید و دو دست را از هم دور کنید تا نخ محکم کشیده شود. به این ترتیب انگشت نشانه و شست هر دست آزاد می ماند.
- قطعه ای از نخ به طول 2 تا 2/5 سانتی متر را بین انگشتان شست و اشاره دست ها نگهدارید.
- برای وارد کردن نخ بین دندان های فک پایین از دو انگشت اشاره و بین دندان های فک بالا از دو انگشت شست یا یک شست و یک انگشت اشاره استفاده کنید.
- نخ را با حرکتی شبیه اهر کشیده به آرامی به فضای بین دندان ها وارد کنید مراقب باشید فشار نخ ، لثه را زخمی نکند.
- پس از اینکه نخ را وارد فضای بین دندانی کردید ابتدا نخ را به سطح کناری دندان جلویی تکیه داده و با ملایمت به زیر لبه لثه برده و آن را به دیواره دندان چسبانده و چند بار به طرف بالا و پائین حرکت دهید . به آرامی این عمل را انجام دهید تا به لثه مجاور دندان آسیب نرسانید.
- سپس قسمت تمیز نخ را در همان محل به سطح کناری دندان پشتی بچسبانید و همین کار را تکرار کنید. بعد از آن نخ را از لای دندان ها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که برای این دندان ها استفاده کرده اید جابجا کنید و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. این کار را برای تمام سطوح بین دندان ها تکرار کنید.

توجه کنید که :

- پشت آخرین دندان هر فک را نیز مثل دندان های دیگر نخ بکشید.
- روزی دو بار (شب ها قبل از خواب و صبح ها بعد از صبحانه) از نخ دندان و مسواک استفاده کنید. در صورتیکه درموردی امکان این کار وجود نداشته، حداقل شب ها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندان ها را مسواک کنید.
- اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندان ها، درد و خونریزی وجود داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر مواقع با ادامه این کار و برطرف شدن التهاب لثه درد و خونریزی هم از بین می رود. اگر پس از یک تا دو هفته علائم برطرف نشد حتماً فرد (کودک یا بزرگسال) باید به دندانپزشک مراجعه نماید.

نکته مهم: به جای نخ دندان برای تمیز کردن سطوح بین دندان ها از هیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سخت و نوک تیز مثل سنجاق و چوب کبریت استفاده نکنید. در ضمن توجه داشته باشید که خلال دندان وسیله ای است که به آسانی به لثه آسیب می رساند و استفاده از آن توصیه نمی شود.

معاونت بهداشتی دانشگاه
واحد بهداشت دهان و دندان
شهریور 93