



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید بهشتی

بسته آموزشی بد و خدمت دندانپزشکان

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

همکارگرمی دندانپزشک

باعرض سلام وامید موفقیت شما دندانپزشکان طرح اطلاعات ذیل جهت استفاده بهتر از مطالب آموزشی ارائه میگردد.

وامد بهداشت دهان و دندان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی یکی از وامدهای بهداشتی ستاد معاونت می باشد که زیر نظر دفتر سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به فعالیت می پردازد ، مناطق تحت پوشش این معاونت شامل :

۱- مرکز بهداشت شمال

۲- مرکز بهداشت شرق

۳- مرکز بهداشت شمیرانات

۴- شبکه بهداشت و درمان ورامین

۵- شبکه بهداشت و درمان پاکدشت

۶- شبکه بهداشت و درمان دماوند

۷- شبکه بهداشت و درمان فیروزکوه

هر یک از این مناطق تعدادی مرکز بهداشتی درمانی شهری وروستایی را پوشش میدهد که در تعدادی از این مراکز وامد های بهداشت دهان و دندان وجود دارد. در این وامدها دندانپزشکان (طرمی ، رسمی ، پیمانی) وبهداشتکاران دهان به ارائه فدمت پیشگیری ودرمان اولیه شامل : معاینه و آموزش بهداشت ، فیشورسیلانت ، فلوراید تراپی ، جرمگیری ، ترمیمهای ساده ، پالپاتومی ، کشیدن دندان و ... می پردازند. علاوه بر آن دندانپزشکان و بهداشتکاران با مراجعه به مدرسه دانش آموزان را آموزش داده ومورد معاینه دهان و دندان قرار می دهندودر بازدید از فانه بهداشت و پایگاههای بهداشتی درمانی بر معاینه وارجاع گروه هدف تاکید میکنند. اجرای برنامه های کشوری ومنطقه ای دهان و دندان نیز توسط پرسنل شاغل در وامدهای بهداشت دهان و دندان صورت میگیرد.

لازم به یادآوری است که با توجه به الویت پیشگیری بردرمان وارائه فدمات بهداشتی طرامی

سوالات با تاکید بر مباحث مرتبط با ارائه فدمات پیشگیری در مراکز بهداشتی درمانی صورت

گرفته است.

دندانپزشکان گرامی فولدر مطالب آموزشی در سه بخش به صورت WORD در ادامه آمده است و شامل عناوین

۱- نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

۲- کنترل عفونت در وامدهای دندانپزشکی

۳- فدمات بهداشت دهان و دندان در وامدهای بهداشت دهان و دندان

✓ در بخش با عنوان نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور با سطوح اول و دوم فدمات شامل فانه بهداشت ، پایگاه بهداشتی ، مرکز بهداشتی درمانی شهری وروستایی آشنا شده همچنین مطالبی را درفصوص طرمهای درمال اجرا دفتر سلامت دهان و دندان وشافصهای سلامت دهان و دندان مطالعه فوایدکرد.

✓ در بخش کنترل عفونت در وامدهای دندانپزشکی با مطالب آموزشی زنجیره عفونت ، انتقال عفونت در دندانپزشکی و راههای مقابله با انتقال آلودگی ،آموزش اصول کنترل عفونت ،مفاظت شفصی سطوح کار کلینیکی و غیر کلینیکی - امتیاطهای استاندارد - برنامه ایمن سازی - اقدامات لازم پس از آسیبهای شغلی -درمان پیشگیری HIV - وسایل مفاظت شفصی (ماسک -پوششهای مفاظتی -عینکهای مفاظ-دستکش)- روش شش مرحله ای استریلیزاسیون وسایل مشفصات گروههای اصلی مواد ضد عفونی کننده وکاربرد مواد ضد عفونی در دندانپزشکی آشنا می شوید.

✓ در بخش فدمات بهداشت دهان و دندان در وامدهای بهداشت دهان و دندان با مطالب آموزشی فدمات بهداشت دهان و دندان در وامدهای بهداشت دهان و دندان با عناوین فلوراید تراپی ، فیشور سیلنت تراپی ، پالپاتومی دندانهای شیری ، ترمیم دندانهای (شیری-دائمی) ، کشیدن دندان (شیری -دائمی) ، جرمگیری،بروساژ Root planning ، درمان پالپ زنده آشنا می شوید.

دندانپزشکان گرامی که در یکی از وامدهای بهداشت دهان و دندان تمت پوشش این معاونت مشغول به فعالیت گردند آموزش بدو فدمات به صورت کامل به صورت تئوری و عملی توسط کارشناس مسئول وامد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان به ایشان ارائه میگردد.

نظام

شبکه های

بهداشتی درمانی

کشور

(نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور)

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

سطح اول

الف : خانه های بهداشت

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستائی ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است . هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیائی بویژه امکانات ارتباطی و جمعیت (جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت باید ۱۵۰۰ نفر باشد) 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 سن آنها حداقل ۱۸ و حداکثر ۲۴ سال و تحصیلات آنها حداقل دیپلم باشد . این افراد بعد از گزینش طی یک دوره ۲ ساله (شبانه روزی) آموزشهای لازم جهت ارائه خدمات اولیه بهداشتی را فرامی گیرند .

خدماتی که در خانه های بهداشت ارائه می گردد عبارتند از (سطح یک خدمات)

۱- سرشماری سالانه و ثبت خدمات

۲- آموزش بهداشت عمومی

۳- تشکیل گروههای داوطلب و شوراهای محلی بهداشت

۴- مراقبت از زنان باردار

۵- مراقبت از کودکان

۶- تنظیم خانواده

۷- آموزش و مراقبت تغذیه ای

۸- مراقبت ازدانش آموزان و بهداشت مدارس

۹- ایمن سازی

۱۰- نظارت بر موازین بهداشت حرفه ای

۱۱- بهداشت محیط عمومی روستا

۱۲- بهسازی محیط

۱۳- بهداشت محیط اماکن عمومی

۱۴- بهداشت محیط مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و سلامت مواد عرضه شده

۱۵- بازدید از منازل

۱۶- بیماریابی

۱۷- درمان برخی از بیماریها

۱۸- کمکهای اولیه درمانی و پیگیری درمان

۱۹- تزریقات

۲۰- فوریتها

۲۱- باز توانی و کمک به معلولین

۲۲- همکاری با دانشجویان اعزامی

۲۳- بهداشت دهان و دندان

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 بسزایی 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 زنان در دوران بارداری و یک سال پس از زایمان و کودکان تا ۱۲

سالگی

- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار ، آموزش بهداشت دهان و دندان در ماههای حاملگی و ارجاع غیرفوری به مراکز بهداشتی درمانی روستائی جهت دریافت خدمات دندانپزشکی در سه ماهه دوم بارداری

- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان پس از زایمان بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستائی در صورت لزوم
 - معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار ، ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم
 - معاینه دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۲ سال و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم
 - پیگیری افرادی که بموقع مراجعه نمی کنند .
 - مراجعه به مدارس تحت پوشش ، بیماریابی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستایی
 - آموزش دانش آموزان مدارس ابتدایی
 - بررسی ، نظارت و پیگیری استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس ، طبق دستورالعمل
 - نمونه گیری از آب منطقه فعالیت و ارسال برای آزمایش میزان فلوراید و ثبت نتایج
 - تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم
 - تکمیل فرم گزارش عملکرد سه ماهه و ارسال آن به واحد دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش و یا مرکز آمار شهرستان
- نکته : خدمات آموزشی ، پیگیری ها و مراقبت های فوق (خدمات سطح یک) در قالب پرونده های خانوار صورت می گیرد .

ب - پایگاه بهداشت

خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت می باشد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت است . 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 رابطین بهداشت صورت می گیرد . تفاوت پایگاه و خانه بهداشت در نکات زیر است . در پایگاه بهداشت شهری :

- ۱- پیگیری فعال از طریق مراجعه به منازل وجود ندارد .
 - ۲- رابط بهداشتی اجازه پرداختن به خدمات درمانی را ندارد و می تواند مراجعه کنندگان را به مرکز بهداشتی درمانی یا پزشکان بخش خصوصی ارجاع دهد .
- رابطین بهداشتی در واقع زنان و مردانی هستند که به صورت داوطلب در شبکه بهداشتی درمانی شهرستان آموزشهای لازم در زمینه بهداشت مادر و کودک ، تنظیم خانواده ، بهداشت محیط و حرفه 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 . در منطقه تحت پوشش هر مرکز بهداشتی درمانی تعدادی پایگاه بهداشتی وجود دارد که رابطین بهداشتی در این پایگاهها به ارائه خدمات و مراقبتها می پردازند .

شرح وظایف رابطین بهداشت در رابطه با بهداشت دهان و دندان در پایگاههای بهداشتی عبارتند از :

- آموزش کلیه زنان خانواده های تحت پوشش در زمینه بهداشت دهان و دندان
 - معرفی موارد مشکوک به مراکز بهداشتی درمانی
- بخشی از خدمات سطح یک برای مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال توسط کاردانهای بهداشت خانواده که در بخش تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک مراکز بهداشتی درمانی مشغول به کار می باشند ارائه می گردد .

شرح وظایف کاردانها و کارشناسان بهداشت خانواده در رابطه با بهداشت دهان و دندان:

- آموزش بهداشت دهان و دندان به خصوص به گروههای هدف
 - معاینه دهان و دندان زنان باردار، ثبت نتیجه معاینات در مراجعه اول در فرم مراقبتهای دوران بارداری پرونده خانوار و در صورت لزوم ارجاع غیر فوری جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی
 - معاینه وضعیت دهان و دندان زنان شیرده بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار و ارجاع به دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی در صورت نیاز به دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان و ثبت نتیجه ارجاع در پرونده خانوار .
 - معاینه دهان و دندان کودکان ۲ تا ۸ سال حداقل سالی یک بار در پایان هر سال و ثبت آن در پرونده خانوار ، 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 ، معاینات توسط دندانپزشک انجام شده ، ولی پیگیری به عهده کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده است .

سطح دوم

الف - مراکز بهداشتی درمانی روستایی

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 تحت پوشش خود را تامین می کند .

وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستائی عبارتند از :

- ۱- خدمات پزشکی
- ۲- خدمات تشخیص طبی
- ۳- خدمات دندانپزشکی
- ۴- خدمات تکمیلی بهداشت برای موارد ارجاع شده از خانه های بهداشت
- ۵- هدایت و پایش خدمات خانه های بهداشت تابعه

پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستائی عبارتند از :
 پزشک ، بهیار و داروساز ، کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی ، دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ،
 کاردانهای بهداشت خانواده ، مبارزه با بیماریها ، بهداشت محیط ...
 واحدهای دندانپزشکی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی (روستائی و شهری) ملزم هستند در راستای ادغام
 بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه خدمات دندانپزشکی شامل آموزش بهداشت ، فلورایدترایی ، سیلنت
 ترایی ، جرم گیری ، پالپوتومی ، ترمیمی ، کشیدن دندان ، درمان پالپ زنده و تجویز دارو را ارائه نمایند.

وظایف دندانپزشک مستقر در واحد دندانپزشکی روستائی

- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه های بهداشت و مدارس)
- اطلاع از جمعیت تحت پوشش (گروههای هدف) و نصب آن به دیوار مرکز
- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک لیستهای که
 در اختیار آنها قرار می گیرد
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروههای هدف .
- تشکیل پرونده دندانپزشکی برای کلیه بیماران
- قبول ارجاع از خانه های بهداشت
- آموزش چهره به چهره به کلیه مراجعین
- آموزش مدیران ، معلمین ، مربیان بهداشت مدارس و سایر گروههای غیر تخصصی در منطقه تحت پوشش
- جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش . برای اجرای طرح دهانشویه سدیم فلوراید
 در مدارس و نظارت بر اجرای صحیح آن .
- برگزاری کلاسهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی تحت پوشش
- مراقبت از زنان باردار بر اساس فرم مراقبتی پرونده خانوار در صورت ارجاع از خانه های بهداشت
- در صورت لزوم ، ارائه خدمت به زنان باردار در طول دوران بارداری (ترجیحاً در سه ماهه دوم)
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز زنان تا یک سال پس از زایمان
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر ۶ سال
- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان ۶ تا ۱۲ سال

- ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی
- 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
- 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

وظایف کاردان بهداشت دهان مستقر در واحد دندانپزشکی روستائی

- ۱- شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (خانه بهداشت و مدارس ، مهد کودک ، ...)
- ۲- اطلاع از جمعیت تحت پوشش (گروههای هدف) و نصب آن به دیوار واحد بهداشت دهان و دندان
- ۳- آموزش بهداشت دهان و دندان به مراجعین ، بخصوص به گروههای هدف (کودکان زیر ۱۲ سال ، خانمهای باردار ، مادران یکسال پس از زایمان)
- ۴- ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز مراجعین با اولویت گروه هدف (فلوراید تراپی موضعی با ژل ، وارنیش - جرمگیری - برساز و پروفیلاکسی - فیشورسیلانت تراپی - پالیشینگ پرگردگیها)
- ۵- آموزش بهورزان خانه های بهداشت تحت پوشش به صورت گروهی و چهره به چهره
- ۶- پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی طبق چک لیست
- ۷- آموزش کاردان و کارشناس بهداشت خانواده شاغل در پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش به صورت گروهی و چهره به چهره
- ۸- برگزاری کلاسهای آموزشی برای پرسنل بهداشتی تحت پوشش
- ۹- آموزش رابطین بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی
- ۱۰- آموزش مدیران ، معلمین ، مربیان بهداشت مدارس در منطقه تحت پوشش
- ۱۱- جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس تحت پوشش در اجرای برنامه های کشوری و منطقه ای سلامت دهان و دندان جهت دانش آموزان مدارس
- ۱۲- آموزش مدیران ، مربیان مهد کودكهای منطقه تحت پوشش
- ۱۳- معاینات دهان و دندان گروه هدف (کودکان زیر ۱۲ سال ، خانمهای باردار ، یکسال پس از زایمان) در مراکز بهداشتی درمانی
- ۱۴- معاینات دهان و دندان دانش آموزان در مدارس و ارجاع جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به مراکز بهداشتی درمانی

- ۱۵- معاینات دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودک ها و ارجاع جهت دریافت خدمات دندانپزشکی به مراکز بهداشتی درمانی
- ۱۶- مشارکت در طرحها و تحقیقات استانی و کشوری در زمینه دهان و دندان شامل معاینه ، تکمیل فرمها و جمع آوری اطلاعات و انجام خدمات تحت شرح وظیفه
- ۱۷- رعایت اصول استریلیزاسیون و کنترل عفونت در واحد بهداشت دهان و دندان
- ۱۸- حفظ و نگهداری تجهیزات دندانپزشکی و اعلام به موقع نقایص تجهیزات
- ۱۹- پیش بینی مواد مصرفی و تجهیزات مورد نیاز و اعلام به موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان
- ۲۰- تهیه گزارش عملکرد و ارسال به مرکز بهداشت شهرستان
- ۲۱- تکمیل دفتر روزانه خدمات بهداشت دهان و دندان
- ۲۲- همکاری در تهیه مطالب آموزشی بهداشت دهان و دندان جهت گروه هدف

ب - مراکز بهداشتی درمانی شهری

این واحد بر حسب تراکم جمعیت یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش خواهد داشت . کلیه وظایفی که برای مراکز بهداشتی درمانی روستائی گفته شد در مراکز بهداشتی درمانی شهری نیز یکسان می باشد . شرح وظایف دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان مستقر در واحدهای دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری نیز همانند مراکز بهداشتی درمانی روستائی می باشد .

دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی می بایست فرم گزارش ارائه خدمات دهان و دندان را هر ماه تکمیل نموده و بر اساس دستورالعمل به واحد بهداشت دهان و دندان استان ارسال نمایند .

کلیه افراد شاغل در مراکز بهداشت دهان و دندان (شهری یا روستائی) می بایست فرم شناسنامه واحد بهداشت دهان و دندان مرکز خود را با موجودی مرکز مطابقت داده و در صورتیکه این فرم در مرکز تکمیل نشده است آنرا تکمیل نمایند .

سطح سه خدمات نیز شامل مراکز تخصصی می باشد که در صورت لزوم بیماران به این مرکز هدایت می شوند . خدمات سطح سه از نظر بهداشت دهان و دندان شامل روت کانال تراپی ، ساخت پروتزها و... می باشد که تنها می بایست در مراکزی که جهت ارائه خدمات سطح سه در شهرستانها تعیین می گردد ارائه شود .

باتوجه به موارد فوق نیروهای درگیر در ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه عبارتند از :

۱- بهورزان در خانه های بهداشت

۲- رابطین بهداشت در پایگاههای بهداشت

۳- دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان

۴- کاردانهای بهداشت خانواده

مرکز بهداشت شهرستان

واحدی است که اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را شامل می شود و برنامه های آن به شرح زیر می باشد :

- ۱- آموزش بهداشت
- ۲- بهداشت و تنظیم خانواده
- ۳- بهداشت مدارس
- ۴- مبارزه با بیماریها
- ۵- بهداشت محیط
- ۶- بهداشت حرفه ای
- ۷- تهیه و تدارک دارو
- ۸- هماهنگی گسترش شبکه های درمانی شهرستان
- ۹- بهداشت دهان و دندان

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 خط مشی کلی نیز از طریق دفتر بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می شود .

طرحهای در حال اجرای بهداشت دهان و دندان :

* طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی

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 . گسترده گی شبکه مراقبتهای 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 .

مشکلات موجود :

طبق بررسی انجام شده توسط دفتر بهداشت دهان و دندان در شهریور ۷۴، DMFT کودکان ۱۲ ساله ایرانی ۲/۰۲ برآورده شده است. طبق همین بررسی، ۷۷ درصد موارد پوسیدگی مربوط به اولین دندان مولر دائمی است که در سن ۶ یا ۷ سالگی می‌روید. اگر بخواهیم اجزای DMFT در ۱۲ ساله‌ها را بررسی کنیم، مشاهده می‌کنیم که ۹۳ درصد از DMFT ۱۲ ساله‌ها مربوط به دندانهای پوسیده ترمیم نشده (D) است. حدود ۴ درصد و ۳ درصد DMFT در ۱۲ ساله‌ها به ترتیب مربوط به دندانهای کشیده شده (M) و پر شده (F) است. این آمار نشان می‌دهد که اولاً میزان پوسیدگی در کشور ما بالاست و ثانیاً دندانهای پوسیده ترمیم نمی‌شوند. باتوجه به این مسئله که ۳۹/۵ درصد از جمعیت ما را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران ۱۳۷۵) و با در نظر گرفتن این مسئله که عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری بیماریهای دهان و دندان باعث از دست دادن دندانها در سنین پایین شده و عواقب به مراتب دشوارتر و پرهزینه تری را دربر خواهد داشت. چنانچه اقدامات پیشگیری و گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان صورت نگیرد. دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه های بسیار گزاف تامین مواد تجهیزات و نیروی انسانی گران قیمت در درمانهای دندانپزشکی خواهند شد و از آنجائی که امکان پوشش دادن به کلیه گروههای سنی وجود ندارد. لذا گروههایی که احتمال ابتلا به بیماریهای دهان و دندان در آنان بالاتر است و نیز امکان دسترسی به آنان طبق برنامه های موجود بیشتر می باشد به عنوان گروه هدف تعیین شدند.

گروه های هدف بهداشت دهان و دندان :

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 فرزندانشان هستند و کودکان به طور غیر مستقیم رفتارهای بهداشتی مادرانشان را تقلید می کنند. و چه به طور مستقیم که بصورت دادن آموزش و انجام کارهای بهداشتی مثل مسواک زدن، استفاده از دهانشویه فلورایددار و عدم تهیه مواد قندی برای کودکان است، نقش بسزایی در بهداشت دهان و دندان یک جامعه ایفا می کنند - 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 حجم لثه و حساس تر شدن مخاط در اثر تحریک عوامل موضعی، بعد حساس تری به خود می گیرد. بنابراین باید تاکید بیشتری بر آموزش و رعایت اصول بهداشت دهان و دندان در این دوران خاص شود.

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

کودکان ۶-۰ 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 و به صورت یک عادت، جزئی از طبیعت فرد شده تا بزرگسالی ادامه می یابد و نه تنها دندانهای شیری بلکه دندانهای دائمی را نیز گرفتار خواهد کرد 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. نکته مهم آنکه شروع برنامه های پیشگیری اولیه در نوزادان و نوپایان راحت تر و ارزان تر از این است که بخواهیم عادت ایجاد شده را تغییر دهیم.

کودکان ۱۲-۶ ساله

طبق آمار بدست آمده حدود ۲۹/۵ درصد جمعیت ما را کودکان ۱۴-۵ ساله تشکیل می دهد در این سنین دندان دائمی شروع به رویش کرده و تا حدود سن ۱۴ سالگی تقریباً تمام دندانهای دائمی در دهان رویش پیدا می کنند با توجه به این که DMFT کودکان ۱۲ ساله ۲/۰۲ بوده و ۹۳ درصد از DMFT مربوط به پوسیدگی های درمان نشده است و از آنجائی که این گروه در هرم 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

نیروهای انسانی درگیر در طرح ادغام بهداشت دهان و دندان:

الف - سطح یک خدمات

بهورزان درخانه های بهداشت، رابطین بهداشتی در پایگاههای بهداشت، کاردانهای بهداشت خانواده

ب - سطح دو خدمات

بهداشتکاران دهان: این افراد به عنوان نیروی انسانی حد واسط می باشند که ۳-۲/۵ سال آموزش دیده اند و مدرک فوق دیپلم دارند. محدوده فعالیت این افراد پیشگیری اولیه شامل معاینه و آموزش بهداشت، سیلنت تراپی، فلوراید تراپی و جرم گیری می باشد.

دندانپزشکان: دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی یا در حین گذراندن طرح نیروی انسانی و یا پیام آوری خود می باشند و یا این که به صورت قراردادی، پیمانی و رسمی در این مراکز مشغول به کار هستند.

اهداف:

- ۱- افزایش آگاهی مردم در زمینه بهداشت دهان و دندان
 - ۲- بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان
 - ۳- 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)

۱- آموزش

- آموزش مادران باردار

آموزش مادران باردار در ماههای ۳، ۵ و ۷ بارداری توسط بهورزان در روستاها و کاردانهای بهداشت خانواده و رابطین بهداشتی در شهرها هنگام مراقبتهای لازم و توسط بهداشتکاران 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 تشکیل پلاک و بیماریهای آن و اهمیت تغذیه با شیرمادر 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 ، بهداشتکاران ، رابطین بهداشت ، کاردانهای بهداشت خانواده و دندانپزشکان در شهرها صورت می گیرد .

مواد آموزشی برای مادران شیرده شامل اطلاعات در مورد اهمیت دندانهای شیری کودک و راههای مراقبت از آنها ، عادات غلط دهانی در کودکان ، عوارض رویش دندانها و آشنایی با سندرم شیشه شیر در دوران شیرخوارگی (Nersing Caries) می باشد .

- آموزش کودکان از بدو تولد تا ۶ سالگی

این آموزش به طور غیرمستقیم به صورت آموزش مادر کودک صورت می گیرد و طی آن در مورد اهمیت دندانهای شیری ، نحوه مسواک زدن دندان کودک و رعایت بهداشت دهان و دندان ، تاکید بر مصرف مواد فلوراید دار ، عادات غلط دهانی و تغذیه آموزشهای لازم داده می شود .

- آموزش کودکان ۶ تا ۱۲ سال

این آموزش در مدارس ابتدائی توسط بهورزان ، کاردانهای بهداشت خانواده ، مربیان بهداشت ، معلمین داوطلب و بهداشتکاران دهان و دندانپزشکان صورت می گیرد . وسایل کمک آموزشی برای این گروه شامل پوستر ، فیلم چارت ، ماکت دندان و مسواک می باشد .

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

بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات از دو طریق امکانپذیر است :

۱- تامین تجهیزات مورد نیاز

۲- تامین نیروی انسانی مورد نیاز

تامین تجهیزات مورد نیاز از دو طریق صورت می گیرد :

- ۱- تجهیزخانه 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
- ۲- تجهیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی جهت ارائه خدماتی مانند کشیدن ، ترمیم ، جرمگیری ، فلورایدتراپی و فیشورسیلنت

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 معلمان داوطلب آموزش صحیح این گروهها باید در نظر گرفته شود .

تامین نیروی انسانی مورد نیاز در سطح دو خدمات :

در زمینه بهداشتکاران دهان با توجه به این که هر ساله عده ای از این افراد جهت گزراندن دوران طرح نیروی انسانی به سیستم وارد می شوند ، لزوم برنامه ریزی صحیح در بکار گیری موثر این افراد احساس میگردد. در زمینه تعداد دندانپزشک مورد نیاز نیز اخذ مجوزهای لازم در خصوص استخدام دندانپزشک ، طرح کارانه ، پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشکان در مراکز بهداشتی درمانی و جذب نیروهای طرحی در مراکز بهداشتی درمانی در نظر می باشد .

۳- افزایش کیفی خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان

شامل :

- ارتقاء کیفیت خدمات خدمت دهندگان سطح یک و دو با بالا بردن توان علمی و عملی پرسنل درگیر ، به واسطه برگزاری جلسات بازآموزی ، توجیهی و تهیه مطالب مناسب برای نامبردگان
- ارتقای کیفیت خدمات دریافتی گروه هدف با طراحی فعالیتهای پیشگیری - درمانی برای این گروهها

*** طرح مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال (در واحدهای تحت پوشش)**

بسیاری از مشکلات دهان و دندان که در این گروه سنی مشاهده می شود ، قابل پیشگیری هستند . بیماریهای دهان ، خصوصاً پوسیدگی دندان ، غالباً از زمان نوزادی شروع می شود . در بسیاری از این کودکان اولین معاینه دهان و دندان ، همراه با پوسیدگی دندان می باشد . بدین جهت باید برنامه پیشگیری را در اولویت قرارداد چرا که کلید ارتقاء سلامت دهان و دندان و پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان کودکان این گروه سنی در آموزش توجیه والدین و راهنمایی آنان در اولین زمان مناسب نهفته است . مادران اولین منبع دانش دندانپزشکی کودکان می باشند . بنابر این آموزش مراقبتهای دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال به مادران را می توان بعنوان راهکار موثر در بهبود شاخص های بهداشت دهان و دندان در این گروه سنی انتخاب کرد

* طرح سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودک ها

آخرین نتایج بررسی های وضعیت دهان و دندان کودکان ۶-۳ سال نشان می دهد که کودکان ایرانی ۳ سالگی خود را با حدود ۲ دندان شیری پوسیده و ۶ سالگی را با ۵ دندان شیری پوسیده سپری می کنند. این امر لزوم اجرای برنامه های آموزشی، پیشگیری و درمان را برای کودکان پیش از دبستان مشخص می نماید.

هدف کلی

ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان کودکان مهد کودک

اهداف اختصاصی:

- ۱- افزایش آگاهی و بهبود رفتارهای بهداشتی کودکان
- ۲- افزایش آگاهی و بهبود رفتاری والدین نسبت به سلامت دهان و دندان فرزندان خود
- ۳- افزایش آگاهی مدیران و مربیان مهد کودک در زمینه بهداشت دهان و دندان
- ۴- کاهش جزء m و افزایش جزء F (یا تبدیل جزء d به f از مجموعه dmf) در کودکان تحت پوشش مهد کودکها
- ۵- کاهش پوسیدگی دندان در کودکان تحت پوشش مهد کودکها

استراتژی ها:

- آموزش و توجیه (مربیان مهد کودک، والدین، کودکان و پرسنل بهداشتی درگیر در طرح)
 - هماهنگی های درون بخش و برون بخش
 - ارائه خدمات پیشگیری
 - ارائه خدمات درمانی
 - جلب همکاری بخش خصوصی
 - نظارت، پایش و ارزشیابی
- با عنایت به اینکه یکی از راههای دسترسی به این گروه سنی از طریق مهد کودک ها می باشد لذا اداره سلامت دهان و دندان با همکاری سازمان بهزیستی کشور طرح مشترک بهبود سلامت دهان و دندان کودکان تحت پوشش مهد کودک ها را تدوین نموده است. که شامل سه بخش آموزش، پیشگیری، درمان می باشد.

بخش آموزش:

برنامه آموزشی اولین قدم جهت ارتقای سطح سلامت دهان و دندان است. اجرای برنامه های بهداشت دهان و دندان در مهد کودک ها موجب دسترسی به کودکانی می گردد که در مراحل اولیه رشد هستند. در این زمان با آموزش مناسب علاوه بر تغییر الگوهای رفتاری کودکان می توانیم با ایجاد عادات و رفتار بهداشتی صحیح، سلامت دهان و دندان را ارتقاء دهیم. بهترین روش برای رسیدن به این هدف مهم این است که آموزش ها از طریق مربیان مهد کودک صورت گیرد. به این منظور در مهد کودک دو نیروی اجرایی در نظر گرفته شده است.

جهت ارائه آموزش ها به کودکان ، ابتدا باید آموزش توسط دندانپزشک و کاردان بهداشت دهان به مربیان مهد کودک ها منتقل گردد . سپس این نیروها به آموزش کارکنان و والدین آنها در مهد کودکها می پردازند .

۱- آموزش کودکان توسط مربیان مهد کودک ها :

در این طرح کودکان هفته ای یکبار آموزش های بهداشت دهان و دندان را براساس کتاب راهنمای فعال آموزش کودکان ، اجرای فعاليتها ، سریال داستانی و ترانه های بهداشتی فرا می گیرند .
در این راستا مربیان مهد کودک ها در طی یکسال هفته ای یکبار اصول بهداشت دهان و دندان را در قالب بازی ، سرگرمی ، قصه گویی و به کودکان آموزش می دهند .
علاوه بر آموزش ها مقرر شده است که کودکان پس از صرف صبحانه و ناهار در مهد کودک ، دهان و دندان های خود را از مواد غذایی پاک نمایند .

۲- آموزش والدین کودکان توسط مربیان مهد کودک

به منظور اثربخشی آموزش ها و جلب حمایت والدین درخصوص اجرای برنامه پیشگیری از بروز پوسیدگی دندان کودکان ، ماهانه یک جلسه آموزشی برای والدین تشکیل می گردد . در این جلسات مطالب آموزشی همگام با آموزش کودکان ، به والدین ارائه می گردد . در این جلسات قبل از شروع آموزش ها ، آزمون از والدین بعمل می آید .

بخش پیشگیری :

الف - تشکیل شناسنامه دهان و دندان

در این مرحله شناسنامه دهان و دندان که حاوی اطلاعات فردی کودک ، معاینات اولیه توسط مربی ، معاینات دندانپزشک و بروشور اطلاعات اولیه بهداشتی می باشد ، برای هر کودک تشکیل می گردد .
براساس اطلاعات موجود در شناسنامه دهان و دندان کودک ، نیازهای درمانی ، موارد خاص مشخص شده و سپس کودک به دندانپزشک ارجاع داده می شود . پس از خاتمه ، شناسنامه درمهد کودک و در پرونده کودک نگهداری می شود .

ب - استفاده از روش های پیشگیری از بروز پوسیدگی :

مطالعات نشان داده است که استفاده منظم از ترکیبات فلوراید باعث کاهش شیوع پوسیدگی می گردد . در این روش متناسب با رده سنی کودک از یکی از روش های استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید ، فلوراید تراپی توسط ژل و فلوراید تراپی توسط وارنیش فلوراید و.... صورت می پذیرد . همچنین با استفاده از سیلنت تراپی می توان ریسک ابتلاء به پوسیدگی را کاهش داد .

بخش درمانی :

در این مرحله ، پس از تکمیل شناسنامه بهداشت دهان و دندان کودک و مشخص شدن نیازهای درمانی برای والدین کودک ، سعی می شود تا در صورت امکان والدین ، خود پیگیر درمان مشکلات کودکانشان باشند . این

شناسنامه باعث جلب توجه و آگاهی والدین نسبت به ضرورت رعایت بهداشت دهان و دندان بصورت مستمر و پیگیری جهت درمان مشکلات فرزندانشان خواهد بود .

جهت حل مشکلات درمانی کودکان در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، تعرفه ای خاص برای گروه هدف در نظر گرفته شده است که براساس آن کودکان ارجاع شده می توانند با هزینه اندکی خدمات مورد نیاز خود را دریافت نمایند .
همچنین طبق مصوبات ستاد استانی ، درصدی از کودکان بی بضاعت می توانند خدمات را بصورت رایگان در مراکز بهداشتی درمانی خاص دریافت نمایند .

*** طرح سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان**

کلیه کودکان ۶ ساله بدو ورود به دبستان در پایگاههای طرح سنجش سلامت در طی تابستان تحت معاینه کامل قرار گرفته و شناسنامه سلامت دانش آموزی برای آنان تکمیل می گردد. با توافقات انجام گرفته بین سازمان آموزش و پرورش استثنائی ، وزارت آموزش و پرورش (دفتر بهداشت و تغذیه) و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت دهان و دندان) ، در پایگاهها معاینه اولیه توسط مربی بهداشت صورت می گیرد و وضعیت دندانها و لثه در شناسنامه سلامت دانش آموز ثبت می گردد. لازم به ذکر است که در سال ۱۳۸۳ مقرر گردید این گروه سنی بدون دندان عفونی وارد مدرسه شوند، لذا با توجه به دستور عمل تهیه شده ، کودکان به همراه والدین با فرم ارجاع تکمیل شده در پایگاه به مراکز ارائه خدمات دندانپزشکی مراجعه و دندان عفونی غیر قابل نگهداری بطور رایگان خارج می شود . علاوه بر آن ، در صورتی که دانش آموز نیاز به جرمگیری داشته باشد ، این خدمت نیز بصورت رایگان در مرکز انجام می گیرد.

*** برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دوره ابتدایی**

با توجه به اینکه نداشتن دانش کافی در زمینه بهداشت دهان و دندان و عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان باعث از دست دادن دندانها در سنین پایین و عواقب به مراتب دشوارتر و پرهزینه تری در آینده می گردد، و با توجه به اینکه اگر اقدامات پیشگیری و همچنین گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان و آموزش در سطح کشور صورت نگیرد ، دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه های بسیار گزاف تامین مواد ، تجهیزات ، نیروی انسانی و درمانهای گران قیمت دندانپزشکی خواهند بود ، به همین دلیل این اداره در کنار برنامه ادغام بهداشت دهان و دندان در مراقبتهای اولیه بهداشتی ، برای دست یافتن به کودکان ۶ تا ۱۱ سال ، طرح کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان دروه ابتدایی را تدوین کرد و طی توافقنامه ای که به امضاء وزرای بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش رسید ، از سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ به صورت طرح کشوری ابلاغ گردید و به مدت سه سال در مدارس به اجرا در آمد و از سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱

به دلیل دستاوردهای مثبت ، در قالب برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزی در سطح مدارس ابتدایی پیاده شده است .این برنامه دارای سه بخش آموزش ، پیشگیری و درمان می باشد .

آموزش

هدف اصلی این بخش تغییر الگوهای رفتار کودکان و ایجاد انگیزه جهت رعایت اصول بهداشتی است . در این راستا مطالب آموزشی توسط دندانپزشکان و بهداشتکاران به مربیان ، معلمان داوطلب و بهورزان منتقل شده و سپس این نیروها به آموزش دانش آموزان و والدین آنان در مدارس ابتدایی می پردازند . همچنین جهت سهولت کار وسایل کمک آموزشی تهیه و توزیع گردیده است .

پیشگیری

پژوهشهای انجام شده در خصوص راههای پیشگیری از بروز پوسیدگی نشان داده که موثرترین روش جهت کاهش پوسیدگی استفاده از فلوراید بصورت سیستمیک و موضعی می باشد. یکی از روشهای کاربردی همه گیر و آسان دریافت فلوراید ؛ استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید ۰/۲٪ بصورت هفتگی توسط دانش آموزان است که بهورزان بعنوان مجری این برنامه در مدارس روستایی می باشند .

درمان

در راستای این برنامه مراکز بهداشتی درمانی دارای واحد بهداشت دهان و دندان ، جهت ارائه خدمات بروساژ ، جرم گیری ، فیشور سیلانت ، فلوراید تراپی ، ترمیم و کشیدن دندانهای عفونی غیر قابل نگهداری تجهیز شده و با تعرفه گروه هدف به دانش آموزان تحت پوشش خدمات ارائه می نمایند .

کنترل عفونت

در

واحد های

دندان پزشکی

(انتقال عفونت در دندانپزشکی)

کادر درمان دندانپزشکی در معرض ابتلاء به عفونت های مختلف قرار دارند. تیم دندانپزشکی سهل انگار در رعایت اصول کنترل عفونت ، باعث آلودگی خود و بیماران می شود. افزایش آمار بیماریهای مسری در سراسر دنیا، توجه جهانی را برانگیخته و برای تیم درمانی ملاحظات خاصی را پدید آورده است .

زنجیره عفونت

رشد و بقای میکروبیهای بیماریزا به مشابه زنجیره ای است که از چهار حلقه تشکیل یافته است . با شکستن حداقل یک حلقه ، روند عفونت زایی مختل میشود.

این چهار حلقه عبارتند از :

۱- ویرولانسی یا قدرت بیماری زایی میکروب

۲- تعداد میکروارگانسیم های بیماریزا

۳- میزبان مستعد

۴- راه ورود

ویرولانسی یا قدرت بیماری زایی میکروب :

از آنجائیکه بدن ما قادر به تغییر قدرت بیماریزایی میکروب نیست تنها اجتناب از مواجهه با عوامل میکروبی با رعایت اصول کنترل عفونت و همچنین انجام واکسیناسیون می تواند کارساز باشد.

تعداد میکروارگانسیم های بیماریزا:

علاوه بر قدرت بیماریزایی ، عوامل میکروبی برای غلبه بر سیستم ایمنی بدن باید از تعداد قابل توجهی برخوردار باشند. تعداد میکروبیهای بیماریزا ، با محیط مناسب (خون ، بزاق و ...) بستگی مستقیم دارد.

میزبان مستعد :

میزبان مستعد فردی است که توانایی مقابله با عوامل بیماریزا را ندارد. عواملی چون سطح بهداشت عمومی پائین ، استرس ، خستگی مفرط و ضعف سیستم ایمنی باعث افزایش احتمال ابتلاء به عفونت های مختلف میشوند. حال آنکه برخورداری از سلامت بدن ، شستشوی مرتب دستها ، به روز بودن وضعیت واکسیناسیون باعث مقاومت در برابر ابتلاء به عفونت می شوند.

راه ورود :

عامل بیماریزا برای ایجاد عفونت باید بتواند وارد بدن شود. راه ورود برای میکروبیهای موجود در هوا از طریق دهان و بینی و برای عوامل ناشی از خون از راه دسترسی به جریان خون (پوست و مخاط خراشیده ، ورود اتفاقی اجسام نوک تیز حین درمان و) میباشد.

انواع انتقال عفونت در دندانپزشکی

برنامه کنترل عفونت باید به گونه ای باشد که از بروز عفونت های متقاطع جلوگیری نماید.

انتقال عفونت در اشکال زیر امکان پذیر است .

- بیمار به تیم دندانپزشکی
- تیم دندانپزشکی به بیمار
- بیمار به بیمار
- مطب دندانپزشکی به جامعه (از جمله خانواده تیم دندانپزشکی)
- جامعه به مطب دندانپزشکی و بیمار

بیمار به تیم دندانپزشکی

بیمار از سه طریق کلی میتواند باعث آلودگی تیم دندانپزشکی شود.

شایعترین راه « تماس مستقیم » با خون و بزاق بیمار است . اگر دست دندانپزشک یا دستیار دارای خراش یا بریدگی باشد و دستکش مناسب هم استفاده نشود ، راه ورود برای میکروارگانسیم فراهم خواهد بود . پاشیدن قطرات آلوده به دهان ، بینی یا ملتحمه چشم راه دیگر انتقال آلودگی به تیم دندانپزشکی میباشد . تنفس آئروسولها که ذرات میکروبی و غیر قابل رویت بالقوه عفونی می باشد در این دسته قرار میگیرد . تماس غیر مستقیم زمانی روی میدهد که دندانپزشک یا دستیار به سطوح آلوده دست میزنند یا وسایل نوک تیز آلوده وارد دست میشود .

راههای مقابله با انتقال آلودگی از بیمار به دندانپزشک عبارتست از

استفاده از وسایل حفاظت شخصی شامل : دستکش ، ماسک ، عینک محافظ ، پوشش صورت شستشوی مرتب دستها

واکسیناسیون

استفاده محتاطانه از سرنگ آب و هوا

تیم دندانپزشکی به بیمار

خوشبختانه انتقال آلودگی از تیم دندانپزشکی به بیمار بسیار نادر است . طی چند سال گذشته تنها شش مورد انتقال بیماری از یک دندانپزشک گزارش شده است . این انتقال زمانی روی میدهد که دست دندانپزشک یا دستیار دارای ضایعات پوستی قابل انتقال باشند یا اینکه دست دندانپزشک در حین کاربری شود و خون در دهان بیمار بریزد یا وسایل آلوده به خون دندانپزشک به مخاط خراشیده بیمار دسترسی پیدا کند . راههای مقابله با این انتقال عبارتست از :

استفاده از وسایل حفاظت شخصی

شستشوی مرتب دستها

واکسیناسیون

بیمار به بیمار

این انتقال بیشتر در حیطه پزشکی اتفاق می افتد و هنوز موردی در دندانپزشکی از آن گزارش نشده است. ولی این انتقال زمانی محتمل به نظر میرسد که وسایل آلوده یک بیمار برای بیمار دیگر مورد استفاده قرار گیرد. برای پیشگیری از این گونه انتقال بهتر است به موارد زیر دقت شود.

استفاده از وسایل استریل برای هر بیمار

استفاده از پوششهای محافظ برای سطوح

شستشوی مرتب دستها

استفاده از دستکش و تعویض آن پس از هر بیمار

دندانپزشکی به جامعه

راههای مختلفی برای این گونه انتقال وجود دارد. بعنوان مثال فرستادن هندپس های آلوده برای تعمیر. همچنین ممکن است اعضای تیم دندانپزشکی با لباس یا موی آلوده وارد اجتماع شوند.

راههای پیشگیری از موارد فوق عبارتست از:

شستشوی مرتب دستها

تعویض لباسها قبل از خروج از مطب

استفاده از کلاه برای پوشاندن و محافظت از آلوده شدن موی سر

استریل کردن یا ضد عفونی کردن هندپس ها قبل از فرستادن برای تعمیر

پذیرش کلیه بیماران

دندانپزشکی انجام خدمات برای کلیه افراد صرف نظر از اینکه مبتلا به بیماری خاصی هستند یا خیر از اهمیت بسزایی برخوردار است. بیماران مبتلا به ایدز، یا ناقلین هیپاتیت نیز مانند دیگر افراد جامعه حق دارند از خدمات درمانی مورد نیاز خود بهره مند شوند. بر اساس شواهد و قرائن خطر آلوده شدن تیم دندانپزشکی در انجام درمانهای دندانپزشکی برای مبتلایان به ایدز یا هیپاتیت بسیار اندک است. در برخی کشورها عدم پذیرش بیماران مبتلا به ایدز به بهانه احتمال ابتلاء تیم دندانپزشکی به بیماری، پیگرد قانونی دارد.

محدودیتهای کاری برای پرسنل دندانپزشکی

کارکنان مراقبتهای بهداشتی و وظیفه سنگینی در قبال حفظ سلامت بیماران بر عهده دارند. دندانپزشکان یا دستیارانی که احتمال می رود به بیماری قابل انتقال از راه خون دچار شده اند. باید آزمایشات لازم را انجام داده، توصیه های پزشکی مربوط به خود را مراعات نمایند. پرسنل آلوده نباید نظر شخصی خود را در مورد احتمال خطر برای بیماران ملاحظه عمل قرار دهند.

انجام درمانهایی که در آنها آسیب به دندانپزشک آلوده، باعث ایجاد خطر برای بیمار میشود، ممنوع است که عبارتست از کار کردن با وسایل نوک تیز (سرسوزن، تیغ و...) و بافت های سخت (استخوان، دندان) و وارد شدن به داخل بدن و فضاهای آناتومیک به نحوی که نوک انگشتان را بطور کامل در هر زمان

نتوان مشاهده نمود. بعنوان مثال دندانپزشک یا دستیار مبتلا به سل فعال تادرمان کامل نباید در حرفه دندانپزشکی مشغول فعالیت باشند.

درمورد ایدز و هپاتیت درمانهای خاصی، براساس دستور العمل مرکز پیشگیری و کنترل بیماریها نباید برای بیماران انجام شود که از آن میان میتوان به اعمال جراحی اشاره نمود.

آموزش اصول کنترل عفونت

کلیه پرسنل دندانپزشکی باید اطلاعات دقیقی از روشهای پیشگیری و کنترل عفونت در محیط دندانپزشکی داشته باشند و بتوانند آنها را به خوبی اجرا کنند. کلیه پرسنل جدید باید قبل از شروع کار در مطب، تحت آموزش تئوری و عملی قرار گیرند و به خوبی قادر به درک سرفصلهای زیر باشند.

چگونگی انتقال عفونت ها

اصول کلی ضد عفونی و استریل کردن وسایل

وسایل حفاظت شخصی و نحوه استفاده از آنها

نحوه مواجهه با عوامل بالقوه عفونی

احتیاط های لازم برای پیشگیری از ورود اجسام نوک تیز و راههای برخورد با موارد اتفاقی
کنترل عفونت در دندانپزشکی به مجموعه روشها، وسایل و تجهیزاتی اطلاق می شود که برای جلوگیری از انتقال عفونتها طراحی شده اند. منبع آلودگی ممکن است بیمار، تیم دندانپزشکی، آب یا هوای اتاق دندانپزشکی باشد.

دو رویکرد اساسی در کنترل عفونت وجود دارد.

۱- کم کردن انتشار عفونت از منبع آلودگی

۲- از بین بردن میکروبهایی که روی سطوح یا وسایل گسترش یافته است. بزاق، وسایل آلوده به خون، سطوح کار کلینیکی و غیر کلینیکی، وسایل یکبار مصرف زباله های دندانپزشکی و دستهای آلوده باعث انتقال عفونت در دندانپزشکی میشوند.

راههای مقابله با انتقال آلودگی بصورت زیر قابل ارائه است:

۱-۲- استفاده از راهکارهای حفاظتی مثل وسایل حفاظت شخصی و واکسیناسیون تیم دندانپزشکی که با وسایل آلوده، خون و ترشحات بالقوه عفونی سروکار دارد با بکارگیری روشهای محافظت شخصی و واکسیناسیون مناسب میتواند مانع از ایجاد عفونتهای متقاطع شود.

۲-۲- استفاده از پوششهای محافظت محیطی برای جلوگیری از آلودگی سطوح کار کلینیکی بهترین راه استفاده از پوششهایی مثل ورقه های پلاستیکی و فویل آلومینیوم میباشد.

۳-۲- بکارگیری روشهای ضد عفونی سطوح آلوده: از بین بردن میکروبه‌ها از سطوح یا قسمتهایی که غیرقابل استریل هستند روشی مناسب در کنترل عفونت می‌باشد.

۴-۲- استفاده از روشهای استریلیزاسیون: ابزارهای چندبار مصرف دندانپزشکی را باید پس از تمیز کردن با استفاده از حرارت خشک یا مرطوب بطور کامل استریل نمود تا تمام میکروبه‌های آنها نابود شوند.

۵-۲- جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله‌های دندانپزشکی: زباله‌های دندانپزشکی اعم از گاز آلوده به خون یا بزاق، وسایل تیز و برنده آغشته به خون باید به طور صحیح جمع‌آوری شده و معدوم گردند.

طرح مطب

مهمترین مسئله در طرح مطب دندانپزشکی، ساده و غیر شلوغ بودن اتاق می‌باشد. نواحی آلوده و غیر آلوده در مطب دندانپزشک باید کاملاً از هم مجزا باشند. بهتر است اتاق استریل جدا از اتاق کار دندانپزشک باشد. در غیر این صورت باید دور از دید بیمار برای دفع مواد آلوده و ضد عفونی کردن وسایل انتخاب شود.

اگر از شستشوی دستی برای تمیز کردن وسایل استفاده می‌کنیم سینک دستشویی باید عمق کافی داشته باشد تا وسایل حین شستشو کاملاً زیر آب قرار گیرند و با برس بتوان وسایل را در عمق آب تمیز نمود.

تهویه

اتاق دندانپزشکی باید از تهویه مناسبی برخوردار باشد. هوای خروجی از دستگاه تهویه نباید به سمت واحدهای دیگری مکانهای عمومی تخلیه شود. قدرت تهویه کنندگی دستگاه نباید کمتر از ۵ تا ۸ لیتر در ثانیه به ازای هر نفر باشد. برای انتخاب تهویه مناسب باید به دو نکته توجه نمود اول قدرت مکش هوا و دوم کم صدا بودن. دستگاه تهویه باید بطور مرتب تمیز شده، امتحان شود. (بر اساس دستورات کارخانه سازنده) استفاده از دستگاههایی که هوای اتاق را پس از تصفیه مجدداً وارد اتاق میکنند توصیه نمی‌شود.

پوشش کف

پوشش کف باید غیر قابل نفوذ و غیر لغزنده باشد (از موکت کردن اجتناب شود). پوشش کف باید بدون درز باشد در صورت وجود درز باید آنها را بست. محل اتصال کف و دیوار یا کف و کابینت‌ها باید در صورت امکان گرد باشد و یا بطور کامل درزگیری شود.

سطوح کار

سطوح کار، باید غیر قابل نفوذ بوده، براحتی قابل تمیز کردن باشد. سطوح کار، باید صاف و یکدست بوده، فاقد خلل و فرج باشد. لبه‌های سطوح کار، باید گرد باشد تا براحتی بتوان آنها را تمیز نمود.

کنترل عفونت محیط کار

در محیط کار دندانپزشکی دویبخش مجزا وجود دارد. سطوح کار کلینیکی (دستگیره چراغ یونیت، کلیدهای یونیت، دسته میز ابزار و.....)

سطوح کار غیر کلینیکی (دیوارها ، کف اتاق ، سینک دستشویی و)

سطوح کار کلینیکی یا بطور مستقیم از طریق پاشیده شدن ترشحات دهان بیمار هنگام کار دندانپزشکی و یا بصورت غیر مستقیم از طریق تماس با دست دندانپزشک ، آلوده میشوند. این سطوح میتوانند دیگر ابزارهای دندانپزشکی را متعاقباً آلوده سازند.

دورویکرد کلی برای پرهیز از آلودگی سطوح وجود دارد

پوشاندن سطوح با پوشش مناسب

تمیز کردن و ضد عفونی سطوح پس از آلودگی

پوشش سطوح رویکرد مناسب تری است چرا که اساساً تمیز کردن بعضی از سطوح بسیار دشوار است. برای مثال میتوان از کیسه های پلاستیکی معمولی یا فویل آلومینیومی به اندازه لازم استفاده نمود. به دلیل آلوده شده پوشش ها در حین کار دندانپزشکی بعد از هر بیمار در حالیکه دندانپزشک یا دستیار هنوز دستکش خود را خارج نکرده اند این پوششها خارج شده ، دور انداخته میشود. سپس سطوحی که پوشش شده بود از لحاظ آلودگی کنترل میشوند. در صورت رویت آلودگی حتماً باید ضد عفونی شوند ، در غیر این صورت دستکش ها خارج شده و شستشوی معمول دستها انجام میشود.

تمیز کردن و ضد عفونی سطوح

سطوحی که قرار است ضد عفونی شوند باید ابتدا تمیز شوند زیرا مواد آلی موجود در خون و بزاق ممکن است باعث غیر فعال شدن ضد عفونی کننده شود. ضد عفونی کننده مناسب باید اثر کشندگی بر HIV, HBV و TB داشته باشد .

از ضد عفونی کننده های متوسط هنگام آلودگی آشکار با خون یا بافت های جدا شده ، استفاده میکنند. ضد عفونی کننده باید سازگار با سطوح بوده به آنها آسیبی نرساند. برای تمیز کردن سطوح ماده شوینده را روی سطح کار ریخته و با فشار محکم پارچه یا گاز پاک میکنیم. حال میتوان ضد عفونی کننده مناسب را در سطح تمیز شده مورد استفاده قرارداد.

برای تمیز و ضد عفونی کردن ، پوشیدن دستکش و عینک ضروری است .

سطوح کار غیر کلینیکی

شواهدی در دست نیست که نشان دهد سطوح غیر کلینیکی (کف ، دیوارها ، سینک و ...) باعث انتقال عفونت در مجموعه دندانپزشکی میشود. زدودن فیزیکی میکروبها مهمتر از نوع ماده شیمیایی است که بعنوان ضد عفونی کننده برای دیوار و کف مورد استفاده قرار می گیرد .

اکثر سطوح کار غیر کلینیکی تنها کافیسیت که با آب و شوینده تمیز شوند . استفاده از ضد عفونی کننده بسته به آلودگی سطح مورد نظر دارد. تازمانی که آلودگی مشهود در سطوح کار غیر کلینیکی موجود نباشد شستشوی معمول آنها کفایت میکند. برای تمیز کردن این سطوح بهتر است از دستمالهای یکبار مصرف استفاده نمود.

حفاظت شخصی

دندانپزشک موظف است محیط کاری ایمن برای خود فراهم نماید. تهیه کردن وسایل محافظت شخصی (دستکش ، عینک ، ماسک و) به تنهایی کافی نیست بلکه باید از درستی استفاده از وسایل فوق اطمینان حاصل کرد.

احتیاط های استاندارد :

استراتژی اساسی برای کاهش عفونتهای شغلی ، تاکید بر پیشگیری از تماس است. در سال ۱۹۹۶ برای کنترل عفونتهای مقرر شده تحت عنوان احتیاطهای همه جانبه (universal precautions) توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماریها (CDC) ارائه شد.

رعایت این اصول در خصوص تمام بیماران با هر تشخیصی که باشند ضروریست . بنابراین احتیاط های همه جانبه که بعداً احتیاط های استاندارد نام گرفت ، کلیه بیماران دندانپزشکی پرخطر و آلوده فرض میشوند . بنابراین لازم است که روشهای کنترل عفونت کاملی را در مورد تمام بیماران به اجرا در آوریم . به همین خاطر استفاده از وسایل محافظت شخصی ، انجام واکسیناسیون و شستشوی مرتب دستها در برنامه کنترل عفونت ضروری است .

خلاصه اصول احتیاطهای استاندارد به قرار زیر است :

خون و مایعات بدن کلیه بیماران پرخطر و آلوده فرض میشود.

دست ها باید به روش صحیح قبل از پوشیدن دستکش و بعد از خارج کردن آن با آب و صابون شسته شوند. وسایلی که مجدداً استفاده خواهند شد باید ابتدا از آلودگیهای قابل رویت پاک شوند سوزن های مصرف شده را هرگز نباید در پوشش گذاشت خم کرد یا شکست بلکه باید بلافاصله پس از مصرف در محفظه های مخصوص غیر قابل نفوذ انداخت و زمانی که دوسوم حجم این محفظه ها پر شد نسبت به حمل و دفع بهداشتی آنها اقدام نمود.

افرادی که دچار ضایعات پوستی ، زخم های باز در ماتیت و ... میباشند باید تا بهبودی کامل از تماس مستقیم با بیماران و وسایل آلوده معاف شوند در غیر این صورت استفاده از دودستکش هنگام کار توصیه میشود. آموزش احتیاطهای استاندارد به تمام کارکنان بهداشتی حتی افراد نظافتچی ضروری است .

علاوه بر احتیاط های استاندارد توصیه جدید (CDC) رعایت احتیاطهای گسترده تر در مواردی است که خطر انتقال بیماری به درمان گر بیشتر است . بعنوان مثال رعایت احتیاط های گسترده تر در بیماران مبتلابه سل ضرورت دارد که از آن جمله می توان به وجود تهویه قوی در اتاق دندانپزشکی ، ایزولاسیون بیمار ، استفاده از ماسک N-۵۵ که کارایی تصفیه ای بالایی دارد . اشاره نمود

برنامه ایمن سازی

کلیه کارکنان دندانپزشکی باید بر علیه بیماریهای شایع واکسینه شوند. ایمن سازی در برابر هیپاتیت B باید برای کلیه افراد درگیر در کارهای کلینیکی لحاظ شود.

هپاتیت B

راههای انتقال :

- تزریق خون و فرآورده های خونی
- آمیزش جنسی
- انتقال از مادر به جنین
- تماس مستقیم با مایعات مختلف بدن بیمار یا حامل مزمن مانند خون ، بزاق ، ادرار ، منی ، عرق و ترشحات
- استفاده مشترک از ابزار آلوده به مایعات فوق

دوره کمون :

نسبتاً طولانی است ، بین ۳۰ تا ۱۸۰ روز

علائم بیماری :

- علائم اولیه شامل: تب ، سردرد، ضعف ، بی حالی، بی اشتها، تهوع و استفراغ متناوب همراه با درد مبهم در سمت راست و بالای شکم که حدود ۳ تا ۱۰ روز طول می کشد
- اگر میزان بیلی روبین از ۲/۵ تا ۳ میلی گرم در دسی لیتر بالاتر رود ادرار پررنگ می شود و زردی در سفیدی چشم و پوست مشاهده می گردد.
- با پیشرفت بیماری ، کبد مختصری بزرگ و حساس می شود .

راههای پیشگیری و درمان :

- تاکنون درمان قطعی برای هپاتیت B شناخته نشده است. استفاده از آلفا اینترفرون در درمان هپاتیت مزمن مؤثر بوده است ولی تهیه آن مشکل و مستلزم هزینه فراوان می باشد.

گروههای پرخطر برای ایمن سازی هپاتیت «ب» به شرح زیر می باشد :

- (۱) کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون به نحوی در تماس هستند شامل : پزشکان ، پرستاران ، ماماها، بهیاران، کمک بهیاران، واکسیناتورها، دندانپزشکان، کمک دندانپزشکان، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، نظافتچیان واحدهای بهداشتی درمانی و آزمایشگاه های تشخیص طبی ، دانش آموزان بهورزی، دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی و
- (۲) بیماران تحت درمان دیالیز و افرادی که بطور مکرر خون یا فرآورده های خونی دریافت می کنند (تالاسمی ، هموفیلی و ...)

(۳) اعضاء و خانواده ، فرد HBSAg+ ساکن در یک واحد مسکونی

(۴) کودکانی که در کانون های اصلاح و تربیت نگهداری می شوند ، کودکان عقب مانده ذهنی و پرسنل موسسات نگهداری این کودکان و خانه سالمندان و معلمین مدارس استثنایی

(۵) آتش نشان ها ، امداد گران اورژانس ، زندانبانان ، کارشناسان آزمایشگاه های تحقیقات جنایی و صحنه جرم (و) افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی که تحت پیگیری مداوم هستند .

۶) افراد آلوده به هپاتیت C که حداقل یک تست تکمیلی مثبت دارند.

۷) زندانیانی که دارای رفتارهای پر خطر هستند و محکومیت آنها بیش از ۶ ماه می باشد.

۸) رفتگران شهرداری ها

برای تعیین نیاز به دز یاد آوری در گروه های پزشکی مندرج در ردیف (۱) که سه نوبت واکسن دریافت نموده اند با توجه به تیتراژ آنتی بادی به شرح ذیل باید عمل گردد :

الف) چنانچه فردی از این گروه سه ماه پس از دریافت آخرین نوبت واکسن هپاتیت ب سطح آنتی بادی خود را بررسی و تیتراژ آنتی بادی وی بیش از 10 IU/ml باشد نیازی به دز بوستر ندارد و چنانچه میزان آنتی بادی زیر 10 IU/ml باشد لازم است مجدداً سه نوبت واکسن هپاتیت ب با دز معمولی را دریافت نماید .

ب) چنانچه فردی در گذشته دوز واکسن هپاتیت ب دریافت نموده، (بیش از سه ماه) پس از بررسی سطح آنتی بادی، با توجه به نتایج به شرح ذیل اقدام گردد :

- چنانچه تیتراژ آنتی بادی وی بیش از 10 IU/ml باشد نیازی به دز یاد آور ندارد.

- چنانچه تیتراژ آنتی بادی این فرد کمتر از ده باشد یک نوبت دز یاد آور دریافت می نماید .

و حداقل دو هفته بعد سطح آنتی بادی مجدداً کنترل شده و در صورتیکه تیتراژ پایین تر از 10 IU/ml باشد دو نوبت دیگر واکسن دریافت نماید .

پیشگیری از ابتلاء شغلی به ایدز و هپاتیت

اجتناب از تماس با خون اولین راه پیشگیری از ابتلا شغلی به عفونتهای HBV, HCV, HIV میباشد .

مواجهه با خون در موارد زیر اتفاق می افتد.

فرو رفتن اشیاء نوک تیز آلوده به خون به دست (فرو رفتن سوزن آلوده به دست یا بریدن دست با تیغ جراحی آلوده به خون یا سوزن بخیه آلوده)

مواجهه با خون یا بافت آلوده بیمار از راه مخاط چشم ، بینی و دهان

مواجهه با خون یا بافت آلوده بیمار از طریق پوست خراشیده یا مبتلا به درماتیت (پوست غیر سالم)

مواجهه دندانپزشکان با خون و مایعات بالقوه عفونی اولاً خارج از محدوده دهان بیمار اتفاق می افتد و به همین خاطر خطر آلودگی مجدد با بافتهای بیمار کمتر است . ثانیاً تماس با مقدار کمی از خون اتفاق می افتد. ثالثاً بوسیله فرز ، سرسوزن ، چاقوی جراحی و دیگر اجسام تیز ایجاد میشود.

بر اساس مطالعات انجام شده جراحان فک و صورت خصوصاً هنگام درمان شکستگی های فک و استفاده از سیم ، بیشتر در معرض مواجهه با خون و ابتلا شغلی قرار دارند . تجربه ، اگر به معنی سابقه کار دندانپزشک در نظر گرفته شود باعث مصونیت بیشتر دندانپزشک یا جراح از ابتلا شغلی به عفونتهای یاد شده نمیشود . اکثر موجهات شغلی دندانپزشک با آلودگی های خونی قابل پیشگیری بوده ، با استفاده از روشهایی نظیر احتیاطهای استاندارد میتوان خطر آنرا به حد اقل رساند .

احتیاط های استاندارد شامل استفاده از وسایل محافظت شخصی (دستکش - ماسک - عینک محافظ پوشش صورت و...) برای جلوگیری از تماس پوست و مخاط با خون و مایعات بالقوه عفونی میباشد استفاده از دیگر وسایل حفاظتی نظیر محافظ انگشت هنگام زدن میتواند مفید باشد.

براساس مطالعات انجام شده شیوع عفونت HBV در کارمندان مراقبتهای بهداشتی ۳ تا ۵ برابر عموم است . از هر ۳۰۰ نفر افراد شاغل که جلوی بالینی در معرض هپاتیت B، هپاتیت C وایدز قرار می گیرند . به ترتیب احتمال ابتلا ۱۰۰ نفر، ۶ نفر و ۱ نفر وجود دارد .

بنابراین میزان عفونت ناشی از آلودگی های بالینی باخون عفونی به هپاتیت C مابین میزان عفونت HIV و هپاتیت B قرارداد (انتقال پذیری بالای هپاتیت B)

خطر عفونت شغلی به HIV برای کارکنان دندانپزشکی تا حد زیادی پائین است زیرا :

HIV تنها ۲۸ نمونه از ۵۰ نمونه خون افراد عفونی تشخیص داده شده است در بزاق افراد عفونی از هر ۸۳ نمونه تنها در یکی HIV قابل تشخیص بوده است .

خون عفونی خشک شده ۹۹٪ HIV ای که محققین واحد کنترل بیماریها یافته اند ، پس از گذشت ۹۰ دقیقه غیرفعال شده است . در خون مرطوب امکان بقای ویروس تا ۲ روز یا بیشتر وجود دارد .

HIV به وسیله کلیه روشهای استریلیزاسیون نابود می شود . تمامی مواد ضد عفونی کننده به جز ترکیبات آمونیوم چهارتایی از مدت کمتر از ۲ دقیقه ویروس را غیرفعال می کنند .

HIV با مایعات آلوده خون که به شدت پراکنده یا پاشیده شده اند نیز انتقال می یابد . اگرچه ذرات جامد معلق همانند آنچه در جریان کارهای دندانپزشکی تولید میشود انتقال دهند ، هپاتیت B یا HIV تشخیص داده نشده است .

اقدامات لازم پس از آسیب های شغلی

در جریان درمانهای دندانپزشکی بزاق اکثراً به خون آلوده است حتی اگر حضور خون در بزاق بوضوح مشخص نباشد. شاغلین حرفه دندانپزشکی باید از برنامه مدون کنترل عفونت برخوردار باشند. این برنامه شامل موارد چون واکسیناسیون پرسنل و پروتکل مواجهه با عوامل بالقوه عفونی و... میباشد.

در برنامه کنترل عفونت اقدامات پس از مواجهه از اهمیت زیادی برخوردار است .

برای گزارش فوری مواجهات موارد زیر حائز اهمیت است :

تاریخ و زمان مواجهه

جزئیات مربوط به فعالیت انجام شده : چگونگی بروز اتفاق ، نوع وسیله ای که باعث بروز اتفاق شده

جزئیات مربوط به مواجهه شامل مقدار و نوع مایع آلوده ، عمق زخم ایجاد شده ، اندازه (قطر) سرسوزن و اینکه آیا مایع تزریق شده یا خیر . در مورد آسیب های پوستی حجم تقریبی مایع آلوده ، مدت زمان تماس با زخم و وضعیت پوست یا مخاط (بریده بریده خراشیده یا سالم) هنگام مواجهه بصورت دقیق ثبت شود.

جزئیات مربوط به منبع مواجهه (اینکه دارای HIV و یا دیگر عوامل بیماریزای انتقال پذیر از راه خون بوده یاخیر) در صورتیکه منبع به HIV آلوده است در چه مرحله ای از بیماری قرار دارد، سابقه درمان با داروهای ضد رتروویروس موجود است یا خیر، آیا از بار ویروسی بیمار اطلاعی در دست هست یاخیر. جزئیات مربوط به مشاوره، رسیدگی پس از مواجهه و پیگیری.

درمان پیشگیری HIV

پس از تماس با HIV حداقل سه حالت وجود دارد. تست سرولوژیک فرد آسیب دیده مثبت شده دچار عفونت سیستمیک دراز مدت خواهد شد. یک عفونت گذرا با پاسخ محدود ایمنی سلولی ایجاد شده به نحوی که باعث تغییر تست سرولوژیک نشده عفونت سیستمیک دراز مدت نیز بروز نخواهد کرد عفونتی بروز نکرده، پاسخ ایمنولوژیک هم ایجاد نخواهد شد. براساس مطالعات در زمان تماس با ویروس تا مثبت شدن تست آنتی بادی HIV به طور متوسط ۶۵ روز فاصله زمانی وجود دارد. هدف از تجویز درمان پیشگیری بعد از تماس، جلوگیری از تکثیر اولیه ویروس و پیشگیری از عفونت سیستمیک میباشد.

شرایط لازم برای شروع درمان پیشگیری

کلیه موارد تماس با خطر بالا (آسیب با سوزن کلفت و توخالی - آسیب های عمیق - آسیب با وسایل دارای خون واضح - آسیب با سوزنهایی که از رگ بیمار خارج شده است) در صورتیکه فرد منشاء مبتلا به HIV بوده باشد (بدون توجه به مرحله بیماری و سطح بار ویروسی) کلیه آسیب های نفوذی به زیر پوست تماس با حجم زیاد یا طولانی مدت با مخاط یا پوست ناسالم در صورتیکه فرد منشاء دارای آلودگی HIV بوده باشد (باز هم بدون توجه به مرحله بیماری و سطح بار ویروسی) تماس مخاط با پوست ناسالم برای مدت کوتاه یا حجم کم خون یا مواد آلوده بیماری که HIV ثابت شده علامت دار یا تیترا بالایی از ویروس دارد.

ارزیابی فرد آسیب دیده باید ظرف چند ساعت اول صورت گیرد و به کلیه زمینه های فردی نظیر بارداری، شیردهی بیماریهای کبدی و کلیوی و داروهای مصرفی توجه شود. در مورد زنان باردار درمان پیشگیری HIV با دیگران تفاوتی نخواهد داشت. البته باید عوارض نسبتاً زیاد داروها و احتمال تاثیرات منفی آنها بر روی جنین و نیاز به پیگیری های بعدی نوزاد را با وی مطرح نمود. مادران شیردهی که مورد آسیب شغلی قرار گرفته اند بهتر است در دورانی که تحت درمان ضد رترو ویروسی هستند، از شیر دادن به فرزندانشان خودداری نمایند.

محافظت از دستها

برای کنترل عفونت مناسب محافظت از دستها اهمیت حیاتی دارد. پوست زخمی و خراشیده راه ورود مناسبی برای میکروارگانیسم های بیماریزای بوده، لذا پوشیدن دستکش و تعویض آن بعد از هر بیمار الزامی است.

پوشیدن دستکش ها قبل از شروع کار دندانپزشک و خارج کردن آنها بلافاصله پس از اتمام کار ضروری است. دستکش های استفاده شده بعنوان زباله های معمولی دفع میشوند، مگر اینکه آشکارا، به خون، آلوده شده باشند شستشوی مرتب دستها قبل از پوشیدن دستکش و بلافاصله پس از خارج کردن آن توصیه میشود. در صورتیکه بصورت ناخواسته بادت بدون پوشش، جایی از مطب که احتمال آلودگی دارد لمس شود، بلافاصله شستشوی دستها ضرورت می یابد. در صورت پاره شدن دستکش حین کار پس از خارج کردن و قبل از پوشیدن مجدد دستکش شستشوی دستها توصیه میشود. برای شستشوی دستها فقط صابون مایع و نه صابون قالبی توصیه میشود. چرا که صابون قالبی میتواند باعث انتقال آلودگی شود. هنگام انجام درمانهای معمول دندانپزشکی میتوان از صابونهای ضد میکروب یا مایع معمولی استفاده نمود. در صورتیکه انجام اعمال جراحی مدنظر باشد شستشوی دستها با صابون ضد عفونی کننده و روش اسکراب توصیه میشود.

در صورت وجود زخم یا خراش در پوست باید آنها را قبل از شستشو با چسب های ضد آب پوشاند لوازم و تجهیزات مورد نیاز برای شستشوی دستها

سینک و آب جاری

صابون مایع

برس

دستمال کاغذی

وسایل محافظت شخصی

این وسایل برای محافظت پوست و غشاهای مخاطی مثل چشم ها، بینی و دهان در برابر خون و دیگر مواد بالقوه عفونی طراحی شده اند. وسایل چرخنده دندانپزشکی به همراه سرنگ آب و هوا باعث پخش خون، بزاق، میکروارگانیزم و دیگر ترشحات میشود. این ترشحات در مدت زمان اندکی بر روی زمین و سطح کار بیمار و دندانپزشکی می نشیند.

ترشحات ممکن است حاوی آئروسول ها باشد (ذرات قابل تنفس با اندازه کمتر از ۱۰ میکرون) آئروسول ها مدت زمان زیادی در هوا باقی می ماند و این احتمال وجود دارد که دندانپزشکی آنها را نفس بکشد.

وسایل اولیه برای حفاظت شخصی عبارتند از ۱- دستکش ها ۲- ماسکهای جراحی ۳- عینکهای محافظ

۴- حفاظت صورت ۵- پوششهای محافظ

کلیه وسایل محافظتی باید قبل از خروج از مطب دندانپزشکی خارج و دور ریخته شود وسایل چندبار مصرف نظر عینکهای محافظ و حفاظ های صورت باید اول با آب و صابون شسته، سپس ضد عفونی شوند.

ماسک ها :

ماسک جراحی با پوشاندن دهان و بینی مانع از پاشیده شدن ترشحات آلوده و تنفس آئروسول ها میگردد. باید از ماسکهایی که حداقل ۹۵٪ توانایی فیلتراسیون برای ذراتی به اندازه ۳-۵ میکرون را دارند، استفاده کرد.

راهنمای استفاده از ماسک

ماسکها باید از لبه های کناری از روی صورت برداشته شوند و ازدست زدن به مرکز ونواحی آلوده ماسک جداً خودداری نمود . هرگز ماسک به سمت چانه وگردن پایین کشیده نشود .

ماسک باید اندازه صورت باشد

ماسک نباید با دهان تماس داشته باشد چرا که رطوبت تنفس باعث کاهش کارایی تصفیه آن میشود.

ماسک خیس کارایی ندارد .

پس از اتمام کار برای بیمار ابتدا دستکش ها را از دستتان خارج کنید ، سپس عینک محافظ را با گرفتن دسته عینک از جلوی گوش خارج کنید سپس ماسک را خارج نمایید .

عینک های محافظ

استفاده از عینک محافظ باعث محافظت چشم از خطرات احتمالی حین کار میشوند . پاتوژنهایی که بصورت آئروسل درآمده باشند از جمله ویروس هرپس و استافیلوکوک درصورت عدم استفاده از عینک محافظ قادر به ایجاد بیماری در چشم هستند. عینک محافظ باعث جلوگیری از اصابت تراشه های آمالگام و دندان همچنین جلوگیری از پاشیدن قطرات آلوده دهان ، به چشم ها میشود . عینک محافظ مانع پاشیده شدن مواد شیمیایی مورد استفاده در دندانپزشکی به چشم می شود . عینک محافظ بایداز قابلیت محافظت چشم ها از روبرو و پهلو برخوردارباشد. افراد عینکی نیزباید از عینک محافظ برروی عینک خوداستفاده نمایند یا پوشش صورت را برای محافظت انتخاب نمایند. عینکها در اثر کار کردن و پاشیدن قطرات درحین کار خیس شده باعث دید کم در ناحیه عمل میشوند برای پیشگیری از بروز خطرات احتمالی بهتر است عینکها را درحین کار تمیز نمائیم ولی پس از اتمام کار ، ضد عفونی عینک پیشنهاد میشود. ضد عفونی عینک باید براساس دستورالعمل کارخانه سازنده صورت گیرد . برای محافظت چشم ها دوره وجود دارد.

استفاده از عینک محافظ

استفاده از پوشش صورت

نکته : استفاده از پوشش صورت هیچگاه نمی تواند جایگزین استفاده از ماسک شود چرا که ماسک علاوه بر محافظت فیزیکی بینی و دهان مانع از ورود آئروسل ها به سیستم تنفسی میشوند.

عینک محافظ برای بیماران هم توصیه میشود چرا که چشم آنها نیز درحین کار در معرض خطر قرار دارد. عینک محافظ بیماران هنگام استفاده از لیزر دارای شیشه های محافظ مخصوص این کار میباشد .

دستکش ها

پوشیدن دستکش برای جلوگیری از آلودگی دستها و انتقال آن به بیماران الزامی است . پوشیدن دستکش هیچگاه نمی تواند جانشین شستشوی مرتب دستها شود زیرا ممکن است دستکش دارای ترک های کوچک و غیر قابل دید باشد یا ممکن است هنگام استفاده پاره شود یادست به هنگام خارج کردن آن آلوده گردد.

انتخاب دستکش به نوع درمانی که قرار است انجام شود بستگی دارد.

برای پیشگیری از پاره شدن دستکش در حین کار به موارد زیر توجه نمایند.
ناخنهای دست را کوتاه نگهدارید .

از زیورآلات وساعت زیر دستکش استفاده نکنند.

از اصول وقوانین مربوط به کنترل مهندسی و کنترل انجام کار استفاده نمائید.
در صورت پاره شدن دستکش در حین کار اقدامات زیر انجام دهید.

از جای خود بلند شوید

دستکش هارا از دست خود خارج کنید .

شستشوی دستها را انجام دهید .

دستهای خود را خشک نمائید .

دستکش جدید را بپوشید و کارتان را از سر بگیرید.

برای پاسخگویی به تلفن یا یادداشت کردن موردی در پرونده ویا برداشتن چیزی خارج از میز ابزار ، پوشیدن دستکش های نایلونی روی دستکش فعلی ضرورت می یابد.

روش شش مرحله ای استریلیزاسیون وسایل

وسایل دندانپزشکی قبل از استفاده مجدد باید بطور کامل استریل شوند. استریلیزاسیون کامل وسایل چند بار مصرف باید در هر نوبت به دقت انجام گیرد. روند کلی استریلیزاسیون از ۶ مرحله تشکیل یافته است .

دریافت وسایل آلوده

تمیز کردن

خشک کردن ، بازبینی ، جلوگیری از زنگ زدن

بسته بندی وسایل آلوده

استریلیزاسیون وسایل آلوده

نگهداری وسایل استریل شده

هدف از استریلیزاسیون وسایل اینست که وسیله استریل برای بیمار مورد استفاده قرار گیرد. استریل بودن وسیله باید تا قبل از استفاده آن برای بیمار حفظ گردد.

استفاده از حرارت روش مطمئنی برای استریل کردن وسایل است. دستگاههای استریلیزاسیون حرارت خشک حرارت مرطوب و غیراشباع شیمیایی برای این منظور بهره میگیرد عوامل زیادی باعث نقص در روند استریلیزاسیون میگرددند که بیشترین مشکل از اشتباهات فردی ناشی میشود که از آن میان میتوان به عواملی چون قراردادن وسایل بصورت غیر صحیح در دستگاه ، بسته بندی نامناسب وسایل ، پائین بودن دمای دستگاه ، کم بودن زمان استریلیزاسیون اشاره نمود.

خراب بودن دستگاه استریلیزاسیون فرسودگی عایق بندی دستگاه از عوامل دیگرلیست که باعث اشکال در روند استریلیزاسیون میگردد.

کنترل استریلیزاسیون

از آنجائیکه اشکال در روند استریلیزاسیون ممکن است در هر زمانی اتفاق بیفتد لذا کنترل مرتب دستگاه استریلیزاسیون کاملاً ضروری به نظر میرسد .

نظارت و پایش استریلیزاسیون از چهار روش امکان پذیر است .

مشاهده دستگاه هنگام کار و ثبت مشخصات فیزیکی از قبیل (دما، فشار، زمان)

استفاده از نشانگر های استریلیزاسیون بر روی قسمت بیرونی بسته بندی (نوار اتوکلاو)

۳- استفاده از نشانگرهای استریلیزاسیون در داخل بسته بندی ، تغییر رنگ این نشانگرها نیز به مدت زمان بیشتر و دمای بیشتری دارد.

۴- استفاده از نشانگرهای بیولوژیک : مطمئن ترین راه برای پایش استریلیزاسیون استفاده از نشانگرهای بیولوژیک میباشد.

در این نوع پایش از اسپور باکتریایی استفاده میشود که به گرما بسیار مقاومند. رشد میکروبهایی پس از قرار گرفتن در دستگاه استریلیزاسیون نشاندهنده شکست در استریل کردن وسایل میباشد. انجمن دندانپزشکان آمریکا و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها استفاده از نشانگرهای بیولوژیک را حداقل هفته ای یکبار توصیه میکنند. انجام دقیق هر یک از مراحل استریلیزاسیون به ارتقاء کیفیت استریل سازی می انجامد. اکثر دندانپزشکان بیشتر به قرار گرفتن وسایل در دستگاه استریلیزاسیون در حالیکه شستشوی دقیق حمل ، نگهداری و استفاده از وسایل استریل شده نیز از اهمیت زیادی برخوردارند.

مرحله ۱

دریافت وسایل آلوده

بهبتر است وسایل آلوده قبل از شستشودر یک محلول ضد عفونی کننده قرار گیرند. قرار گرفتن در این محلولها از خشک شدن خون و مایعات بافتی بر روی ابزار جلوگیری میکند. هنگام جمع آوری وسایل آلوده باید از دستکشهای ضخیم و ماسک و عینک استفاده نمود. غوطه وری وسایل در محلول ضد عفونی کننده نباید بیش از ۲ ساعت به طول بیانجامد بهتر است وسایل داخل سبد فلزی قرار گرفته سپس در محلول ضد عفونی کننده یا شوینده .

تمیز کردن وسایل

شستشوی وسایل ضمن کاستن از تعداد میکروبهایی موجود باعث زدوده شدن خون ، بزاق بافت های بیمار و مواد دندانپزشکی از روی وسایل میشود. تمیز کردن وسایل از طریق ۳ روش امکان پذیر است .

شستشوی دستی

شستشوی با دستگاه اولتراسونیک

توصیه های لازم برای شستشوی وسایل به روش دستی

از وسایل محافظت شخصی و دستکش کار استفاده نمائید .
کار خود را با صبر و حوصله انجام دهید.
هنگام شستشوی وسایل به دقت نگاه کنید.
برای هر بار شستشوی ۵ یا ۶ وسیله را در سینیک قرار دهید.
وسایل را با آب شستشو نمائید و مراقب ترشحات باشید.
برس شستشوی وسایل را در پایان کار با آب فراوان شسته و اجازه دهید به سرعت خشک شود.
در برنامه کنترل عفونت شستشوی مداوم وسایل به روش دستی توصیه نمی شود. (به دلیل خطرات احتمالی و کارایی پایین) در عوض استفاده از روش اولتراسونیک بهتر و دقیقتر است .

مرحله ۳ خشک کردن بازمینی و پیشگیری از خوردگی

سبب وسایل پس از شستشوی کامل در گوشه ای قرار میگیرد تا کاملاً خشک شود . استفاده از حوله برای خشک کردن به هیچ وجه توصیه نمی شود . در این مرحله بعضی از ابزارها نظیر قیچی نیاز به روغن کاری دارند باید توجه داشت که وسایل هنوز آلوده اند و باید از وسایل حفاظت شخصی هنگام دست زدن به آنها استفاده نمود.
بازمینی وسایل از لحاظ سلامت در این مرحله انجام میشود. وسایلی از جنس کربن استیل ، مستعد زنگ زدنی و خوردگی در اتوکلاو هستند

(فرزهای دندانپزشکی ، نوک فورسپس ها و.....) استفاده از محلولهای ضد زنگ (نیتريت سدیم) برای اینگونه وسایل قبل از قرار دادن در اتوکلاو توصیه میشود.

مرحله ۴ بسته بندی

استریل کردن وسایل بدون بسته بندی به هیچ وجه پذیرفته نمی باشد . چرا که اکثر وسایل استریل شده بدون بسته بندی در مدت زمان کوتاهی مجدداً آلوده میشوند . هدف از بسته بندی اینست که وسیله تا زمان استفاده استریل باقی بماند . مهر و موم کردن بسته بندی از اهمیت زیادی برخوردار است . برخی از نوارهای مهر و موم کردن دارای نشانگرهای شیمیایی استریلیزاسیون هستند حسن دیگر بسته بندی اینست که وسایل در مجموعه های کاربردی کنار هم قرار میگیرند و استفاده از آنها سهل تر میشود .

مرحله پنجم استریل کردن وسایل

نکته مهم در استفاده از دستگاه استریلیزاتور پرنکردن بیش از حد دستگاه میباشد. پرنکردن و چیدن وسایل باید به گونه ای باشد که عامل استریل کننده در تماس مستقیم با کلیه سطوح وسایل قرار گیرد. در اتوکلاو ، هوای

موجود در بین وسایل مانع نفوذ بخار و تماس آن با ابزارها میشود که این نکته باید مورد توجه قرار گیرد. اتوکلاو های دارای پمپ خلاء توصیه میشود. بین بسته ها باید فضای کافی برای جریان یافتن عامل استریل کننده وجود داشته باشد.

روش	شرایط استریل کردن	منافع	معایب
حرارت مرطوب (اتوکلاو)	۱۵ تا ۳۰ دقیقه - ۱۲۱ درجه ۳/۵ تا ۱۰ دقیقه - ۱۳۴ درجه فشار اتمسفر	- نفوذ خوب - کوتاه بودن زمان استریلیزاسیون - میتوان محلولها را استریل نمود	- خوردگی وسایل کرین استیل - اثر نامطلوب روی پلاستیک و لاستیک - مرطوب بودن وسایل پس از خروج - مخازن بسته نمی تواند استریل شود.
بخار شیمیایی غیر اشباع	۲۰ دقیقه در ۱۳۴ درجه سانتیگراد	- خوردگی کم - کوتاه بودن زمان استریلیزاسیون - بسته ها خشک خارج میشوند یا به سرعت خشک میشوند	- به محلولهای خاصی نیاز دارد. - بخار شیمیایی ممکن است خطرناک باشد. - نمی تواند محلولها را استریل نماید. - باعث آسیب پلاستیک و لاستیک میشود. - نیاز به تهویه قوی در اتاق هست - مخازن بسته نمی تواند استریل شود - برای استریل هندپس ها مناسب نمی باشد.
حرارت خشک (فور)	۲ ساعت ۱۶۰ درجه ۱ ساعت ۱۷۰ درجه	- عدم ایجاد خوردگی در وسایل فلزی - خشک بودن وسایل هنگام خروج - بسته بندی اقلام مختلف میتواند صورت گیرد. - مخازن بسته میتواند استریل شود.	- آسیب به پلاستیک و لاستیک - زمان طولانی برای استریلیزاسیون - وسایل باید قبل از ورود به دستگاه کاملاً خشک باشند - احتمال باز شدن در هنگام استریلیزاسیون - برای استریل هندپس ها مناسب نیست

مرحله ششم: نگهداری و توزیع

بسته های استریل شده قبل از حمل باید سرد و خشک باشند. بهتر است بسته ها بصورت گروهی جمع آوری شود و در جای خود قرار گیرند. استفاده از پنکه یا وسایل خنک کننده برای خشک یا خنک کردن وسایل به دلیل احتمال آلودگی به هیچ وجه توصیه نمی شود.

بسته های استریل شده باید بادستکشها و سبدهای استریل حمل شوند محل نگهداری وسایل باید خشک و بدون گرد و خاک و پوشیده باشد. رطوبت دشمن وسایل (بسته های) استریل شده است.

استریل باقی ماندن وسایل به نوع بسته بندی آنها برمیگردد. هر چیزی که یکپارچگی بسته بندی را برهم بزند ، ممکن است استریل بودن وسیله را به خطر اندازد.

بسته بندی وسایل باید در کنار دست دندانپزشک باز شود و وسایل باز شده باید مورد استفاده قرار گیرد و کل وسایل (چه استفاده شده چه نشده) برای استریل شدن مجدد آماده شوند.

کاربرد ضد عفونی کننده گندزدا در دندانپزشکی

تعاریف

گندزدایی Disinfection:

گندزدایی، از بین بردن اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانسیم های بیماریزا بر روی اشیاء بیجان است و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروبها را نابود سازد. یک عامل گندزدا، الزاماً سبب استریل شدن شئی نمی گردد .

اسپورباکتریها، باسیل سل و بسیاری از ویروسها نسبت به گندزداهای معمولی مقاومت نشان می دهند. گندزداها مانند عوامل استریل کننده فقط بر روی اشیاء بیجان استفاده شده و روی سطوح بدن بکار نمی روند .

ضد عفونی کردن Antisepsis:

ضد عفونی کردن، جلوگیری از عفونت با استفاده از عوامل ضد عفونی کننده میباشد. ضد عفونی کننده به عواملی اطلاق میگردد که از رشد و تکثیر میکروبها در نسوج زنده جلوگیری کرده و یا موجب نابودی آنها میگردد و بطور اختصاصی در مورد سطوح زنده کاربرد دارد .

استریلیزاسیون یا سترون سازی Sterilization:

فرآیندی است که بوسیله آن تمام سلولهای زنده، اسپورها، ویروسها، و ویروسها از بین رفته و یا از روی یک شئی زدوده می شوند. استریل کردن یک اصطلاح مطلق بوده و علت آن، این است که تقریباً اشیاء به حالت استریل باقی نمی مانند. حتی اگر یک میکروب زنده در یک محیط یا بر روی یک شئی وجود داشته باشد آن محیط یا شئی استریل نخواهد بود.

زباله های دندانپزشکی

زباله های دندانپزشکی دردوبخش مجزای کلینیکی و غیر کلینیکی جمع آوری میشوند. زباله های کلینیکی به زباله هایی اطلاق میشود که در تماس کامل با خون یا بزاق یا دیگر عوامل بالقوه عفونی بوده، برای دیگران خطرناک است. کیسه حاوی این زباله ها نباید بیش از سه چهارم پر شود. قبل از بستن سر آن هوای داخل کیسه را به آهستگی خارج کنید و روی آن برچسب آلوده یا خطرناک بزنید. زباله های کلینیکی باید در کیسه های زباله زرد رنگ جمع آوری شود. بعنوان مثال گازهای کاملاً آغشته به خون، رول پنبه های کاملاً آغشته به خون یا بزاق، دندان کشیده شده، بافت نرم وسخت که با جراحی جدا شده اند و وسایل نوک تیز آلوده نظیر سوزن تیغ جراحی، سیم های بین فکی در مجموعه زباله های کلینیکی قرار میگیرند.

نکته ۱: وسایل نوک تیز باید ابتدا در ظروف فلزی یا مقاوم جمع آوری شوند.

نکته ۲: کارپول های نیمه بیحسی نیز باید در ظروف فلزی جمع آوری شوند

نکته ۳: تنها ۱ تا ۲ درصد زباله های دندانپزشکی جز زباله های کلینیکی محسوب میشود

نکته ۴: ظروف فلزی حاوی اشیاء تیز را نباید بیش از یک سوم حجم آن پر نمود.

بسیاری از زباله های دندانپزشکی جز زباله های غیر کلینیکی محسوب می شوند که از آن جمله میتوان به دستکش ها و ماسکهای استفاده شده، پوشش های محافظتی برای سطوح اشاره نمود.

کنترل دفع آمالگام

با اینکه کاربرد جیوه در ترسیم های آمالگام خطری تقریباً غیر محسوس برای بیماران محسوب میشود. کنترل مواد مصرف نشده اضافی در مطب های دندانپزشکی بسیار اهمیت دارد.

خرده های حاصل از تعویض آمالگام معمولاً به داخل سیستم دفع محلی ریخته میشود. برخی از این ذرات ممکن است در صافی های یونیت به دام افتد ولی اکثراً به داخل فاضلاب راه می یابند.

تازمانی که اضافات آمالگام به شکل مؤثری جمع آوری نشده باشد، سیستم های دندانپزشکی مسئول آلودگی محیط زیست در این زمینه خواهند بود.

تعبیه صافی های مخصوص در یونیت های جدید راهی است که باعث جلوگیری از انتشار آلودگی آمالگام به چرخه محیط زیست می شود.

بهترین راه کنترل ضایعات آمالگام این است که زباله های آلوده به آمالگام و آمالگام اضافی را در ظرف فلزی درب دار حاوی محلول ثبوت ریخته شود.

دفع خون و بزاق

خون و بزاق جمع آوری شده در ساکشن جراحی را میتوان با دقت تمام در سینک دشتشویی یا توالت تخلیه نمود. برای این کار باید از وسایل محافظت شخصی بطور کامل استفاده نمود.

ریختن خون روی زمین

هنگام ریختن خون روی زمین یا دیگر سطوح کار کلینیکی یا غیر کلینیکی اقدامات فوری زیر انجام شود .

فرد مسئول تمیز کردن از وسایل حفاظت شخصی بطور کامل استفاده نماید.

مواد آشکار بادستمال کاغذی جمع آوری شده وجززباله های کلینیکی قرار گیرد.

ضد عفونی کننده با قدرت متوسط روی سطح مورد نظربریزد

۵ دقیقه صبر نماید

محل مورد نظر را با دستمال کاغذی خشک کند

اگر از هیپوکلریت سدیم استفاده میشود محلول ۱درصد آن توصیه میشود

خدمات

بهداشت دهان و دندان

در واحدهای

بهداشت دهان و دندان

(خدمات بهداشت دهان و دندان در واحدهای بهداشت دهان و دندان)

- ۱- فلوراید تراپی
- ۲- سیلانت تراپی
- ۳- پالپوتومی دندانهای شیری
- ۴- ترمیم دندانها (شیری و دائمی)
- ۵- کشیدن دندان (دائمی و شیری)
- ۶- جرمگیری، بروساژ و Root Planing
- ۷- درمان پالپ زنده

فلوراید تراپی

مکانیسمهای فلوراید

خوردن فلوراید سبب ورود آن به عاج و مینای دندانهای رویش نیافته می شود. فلوراید مصرفی به داخل بزاق ترشح شده، اگرچه غلظت بزاقی آن کم است، غلظت آن در پلاک زیاد بوده و سبب کاهش تولید اسید میکروبیال و همچنین باعث رمینرالیزاسیون مینا می شود. فلوراید بزاقی در بلوغ مینای دندانهای تازه رویش یافته نقش دارد. مصرف موضعی فلوراید همه مکانیسمهای بالا را (به جز ورود در ترکیب مینا قبل از رویش دندان) سبب می شود.

نکته: فلوراید باعث کاهش پوسیدگیها در دندانهای شیری ۵۰٪-۴۰٪ و در دندانهای دائمی ۶۰٪-۵۰٪ است.

فلوراید تراپی با ژل در مطب دندانپزشکی

بیمار در طی مدت درمان و یک دقیقه پس از آن بر روی صندلی به صورت مستقیم (Upright) قرار گیرد. در صورت پروفیلاکسی دندانها باخمیر پروفیلاکسی، دندانها به خوبی شستشو داده می شود و سپس به صورت نیم فک فلوراید تراپی صورت می گیرد.

ایزولاسیون مناسب با ژل پنبه صورت می گیرد و دندانها با پوار هوا خشک می شود با استفاده از گلوله های پنبه آغشته به ژل فلوراید کلیه سطوح دندانها آغشته به فلوراید می گردد. در حدود ۴ دقیقه اجازه داده می شود فلوراید در تماس با دندانها صورت گیرد.

از مزایای اصلی وارنیش فلوراید نسبت به سایر درمانهای فلوراید موضعی

۱. کاربرد آسان آنها بدون استفاده از وسیله خاص تنها با کاربرد گلوله پنبه یا برس کوچک
۲. کم بودن ریسک بلع مقادیر غیرمجاز فلوراید
۳. روش بسیار قابل قبول و راحتی برای بیمار است.

۴. نیاز به پروفیلاکسی حرفه‌ای و تمیز کردن دندان قبل از کاربرد وجود ندارد و تنها استفاده از مسواک و خمیردندان قبل از کاربرد آن کافی است.

۵. به دلیل اینکه در مجاورت رطوبت بزاق سخت می‌شود نیاز به ایزولاسیون شدید وجود ندارد و بیمار بلافاصله بعد از کاربرد وارنیش می‌تواند از روی صندلی بلند شود و وارنیش در مجاورت بزاق روی سطح دندان سخت خواهد شد. بنابراین بیمار می‌تواند سریع بعد از درمان محل را ترک کند.

۶. در افراد غیرهمکار و ناتوان جسمی کاربرد آن بسیار آسان است و نیاز به همکاری بیمار ندارد.

۷. روش ایمن، بی‌خطر و مؤثر در کاهش ریسک پوسیدگی در جمعیت‌های با ریسک بالای پوسیدگی است.

۸. بعلاوه توکسیستی حاد در مورد کاربرد وارنیش فلوراید گزارش نشده است و ریسک انتشار عفونت آن نیز اندک است.

در افراد با ریسک بالای پوسیدگی پیشنهاد می‌شود که وارنیش فلوراید در فواصل زمانی ۳-۶ ماه یکبار استفاده شود. دفعات بیشتر استفاده از آن مربوط به افرادی خواهد بود که دارای ریسک بالاتری برای پوسیدگی‌زایی هستند.

چنانچه ذکر شد فلوراید وارنیش به راحتی توسط برس‌های یکبارمصرف، اپلیکاتورهای سرپنبه‌ای یا گلوله پنبه قابل کاربرد است. وارنیش فلوراید را می‌توان بعد از پروفیلاکسی حرفه‌ای بکاربرد ولی در عین حال می‌توان وارنیش را بدون تمیز کردن حرفه‌ای و تنها بعد از مسواک زدن عادی بکاربرد.

دندان باید قبل از کاربرد وارنیش خشک شود که اینکار را می‌توان با هوای فشرده یا حتی گاز خشک انجام داد. بعد از کاربرد وارنیش به والدین و بیمار آموزش داده می‌شود که حداقل ۲-۴ ساعت از خوردن و آشامیدن باید اجتناب شود و بیمار تا عصر یا تا روز بعد نباید از مسواک یا نخ دندان استفاده کند تا وارنیش به حداکثر فرصت بیشتری جهت تماس با دندان داشته باشد.

وارنیش‌های فلوراید غالباً باعث تغییر رنگ دندان به رنگ زرد می‌گردد هرچند این تغییر رنگ موقت است و با پاک شدن وارنیش از سطح دندان این تغییر رنگ از بین می‌رود. وارنیش فلوراید را می‌توان روی تمام سطوح دندان بکاربرد و همچنین امکان استفاده از آن بصورت انتخابی روی سطوحی که دارای ریسک بالاتری از پوسیدگی هستند نیز وجود دارد. به عنوان مثال در نواحی دکلسیفیه یا دندانهای قدامی بالا در بچه‌ها، یا کودکانی که به دلیل استفاده از شیشه شیر دارای ریسک بالای پوسیدگی هستند

سیلان تریابی

پیت‌ها و فیشورهای آناتومیک دندان حدود ۱۲ درصد کل سطوح دندانی را شامل می‌شوند. این پیت‌ها و فیشورها به عنوان نواحی مستعد ابتلاء به پوسیدگی می‌باشند. پیت‌ها و فیشورها تقریباً ۸ برابر آسیب‌پذیرتر از

سطوح صاف هستند با وجود اینکه فلوراید تاثیر بالایی در کاهش پوسیدگی در روی سطوح صاف دندانی دارد اما در محافظت پیت ها و فیشورهای سطوح جوئنده متاسفانه این طور عمل نمی کند. برای پیشگیری از تجمع پلاک میکروبی در عمق شیارها و فرورفتگیها و نهایتا پیشگیری از ایجاد پوسیدگی موادی به نام فیشورسیلانت معرفی شدند تا این مشکل را حل نموده و سطح مسطحی را ایجاد می نماید. سیلانت های دندانی اثر زیادی در پیشگیری از پوسیدگی پیت ها و فیشورها دارند. سن مناسب جهت فیشور سیلانت :

سنین ۳-۴ سالگی	دندانهای مولر شیری
سنین ۶-۷ سالگی	دندانهای مولر اول دائمی
سنین ۱۱-۱۳ سالگی	دومین مولرهای دائمی و پرمولرها

پالپوتومی دندانهای شیری

هدف از انجام پالپوتومی در دندانهای شیری برداشت قسمت آماسی پالپ است تا اینکه امکان زنده ماندن پالپ در کانال ریشه فراهم شود و دندان در قوس دندانی حفظ گردد. اهمیت حفظ دندانهای شیری عبارتند از:

- ۱- حفظ فضا در قوس فکی
- ۲- حفظ زیبایی
- ۳- جویدن
- ۴- پیشگیری از عادات نامناسب زبان
- ۵- کمک به تکلم
- ۶- جلوگیری از اختلالات روانی کودک به علت فقدان دندانها

ترمیم دندانهای شیری

دندانهای شیری از جهات زیر حائز اهمیت می باشند :

حفظ فضای لازم برای رویش دندانهای دائمی

کمک به رشد و تکامل صورت

اهمیت در جویدن و هضم غذا

اهمیت در تکلم و بیان صحیح حروف و کلمات

ملاحظات مورفولوژیک

ترمیم دندان دائمی

براساس بررسی های انجام شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور پوسیدگی دندان در افراد جامعه شایع می باشد ، طوری که حدود ۸۶٪ درصد از DMFT

مربوط به پوسیدگی (D) است، نکته حائز اهمیت این است که عوامل ایجاد کننده پوسیدگی برداشته شده و نسج از دست رفته با مواد ترمیمی مناسب بازسازی گردد.

کشیدن دندان Tooth Extraction

توصیه های پس از کشیدن دندان:

- بیمار بایستی گاز را حداقل ۳۰ دقیقه با فشار نگهدارد و تا حد امکان در ۳ تا ۴ ساعت اولیه صحبت نکند.
- به بیماران سیگاری تذکر داده شود که حداقل تا ۱۲ ساعت اول سیگار نکشند و یا در صورت استعمال پک عمیق به آن نزنند.
- از تف کردن تا ۱۲ ساعت اول بعد از جراحی خودداری کنند و آب دهان خود را فرو ببرند.
- به بیمار گفته شود که از آسپیرین یا استامینوفن به عنوان داروی ضد درد استفاده نماید.
- یک رژیم غذایی پرکالری و با حجم زیاد مایع برای ۱۲ تا ۲۴ ساعت اولیه بعد از Ext ایده آل است.
- در ۱۲ ساعت اول بایستی غذا نرم و خنک باشد (بستنی و ...) و بیمار هرچه زودتر و به محض توانایی به رژیم غذایی نرمال برگردد.
- قرار دادن کیسه یخ روی ناحیه شده می تواند به کاهش درد در ۲۴ ساعت اول کمک کند (این کیسه به مدت ۲۰ دقیقه در محل نگهداشته شده و ۲۰ دقیقه بعد برداشته شود).
- در روز دوم بعد از عمل نه یخ و نه گرما هیچکدام نبایستی روی صورت استفاده شود.
- در روز سوم و روزهای بعد، تجویز گرما به بهبود تورم کمک می کند.
- در صورت تریسموس ناشی از التهاب عضلات جونده بعد از Ext، کاربرد گرما خصوصاً گرمای مرطوب از طریق پوست می تواند در بهبودی تریسموس و تورم مؤثر باشد.
- اکیموز ناشی از نشت خون به بافتهای زیرپوستی معمولاً ۲ تا ۴ روز بعد از جراحی به وجود می آید و در طی ۷ تا ۱۰ روز بهبود می یابد. (بیشتر در افراد مسن)
- نکته:
- اگر در روز سوم یا بعد از آن تورم یا قرمزی و درد در محل دندان کشیده ظاهر شد احتمال عفونت می رود.
- دردی که در روز اول کاهش یافته ولی روز ۳ تا ۴ افزایش می یابد و همراه با تورم و علائم عفونت نیست معمولاً نشانه ای از حفره خشک Dry Socket است.
- کنترل بعضی از عوارض بعد از جراحی:
- (۱) وجود خونریزیهای ثانویه که ممکن است بعد از هموستاز اولیه ایجاد شود که مراحل کنترل آن به شرح زیر است:

- الف) بیمار را روی صندلی دندانپزشکی نشانده، تمام خون و بزاق و مایعات دیگر دهانی ساکشن شده (این بیماران معمولاً لخته های جگری بزرگ در دهان خود دارند)
- ب) دندانپزشک محل خونریزی را با نور کافی مشخص می کند
- ج) اگر خونریزی در حد نشت خون باشد، محل با گاز پوشانده شده و برای حداقل ۵ دقیقه مداوم فشار داده می شود.
- د) در صورت عدم موفقیت، بی حسی موضعی تجویز کرده و دندانپزشک محل ساکت را کورت کشیده، همه لخته قدیمی را ساکشن کرده، نسج نرم و استخوان برای افتراق خونریزی شریانی با نشت خون چک شود.
- قراردادن ژلاتین اسفنجی قابل جذب بخیه ۸ شکل و فشار با گاز برای کنترل خونریزی ثانویه
- ه) در صورت موفق نبودن این روشها برای جلوگیری از خونریزی بیمار حتماً بایستی برای بررسی و ارزیابی های آزمایشگاهی به متخصص هماتولوژیست ارجاع داده شود.

جرمگیری :

جرمگیری (scaling) عبارتست از عملی که طی آن پلاک و جرم از هر دو سطح بالای لثه و زیر لثه دندان برداشته میشود. در جریان جرمگیری هیچگونه تلاش عمدی جهت برداشتن نسج دندان صورت نمی گیرد. صاف کردن یا تسطیح سطح ریشه (Root planning) عملی است که توسط آن بقایای جرم و تکه هایی از سمتموم برای ایجاد یک سطح صاف و سخت و تمیز از روی ریشه ها برداشته می شود. وضعیت سطح دندان مشخص کننده این است که باید جرم گیری یا تسطیح سطح ریشه انجام شود.

درمان پالپ زنده (پالپوتومی VPT)

به معنای خارج کردن قسمت بیمار پالپ تاجی و باقی گذاشتن قسمت های سالم پالپ دندانی در کانال ها است. این در حالی است که پوسیدگی دندانی تا حدی پیشروی کرده باشد که پالپ قسمت تاجی را متاثر نموده باشد. در این موارد، پالپ قسمت تاجی حذف می گردد و بقیه پالپ از ابتدای مدخل کانال های ریشه در محل باقی گذاشته میشود. پس از این مرحله، اقدام به قطع خونریزی نموده و سپس سیمان مخلوط غنی شده کلسیمی در کف حفره و مدخل کانال ها قرار می گیرد و از پالپ باقیمانده محافظت مینماید تا بدین ترتیب، پالپ ریشه ای به حیات خود ادامه دهد. این درمان در مورد هر دو گروه دندان های شیری و دائمی قابل انجام است.