

بسمه تعالی

برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندان دانش آموزان ابتدایی از طریق وارنیش فلوراید تراپی

دستورالعمل اجرایی

سال ۱۳۹۱

## "به نام خدا"

### مقدمه:

سلامت انسانها نقش موثری در توسعه و توانمندی جامعه دارد، سلامت دهان و دندان در تامین و ارتقاء سلامتی جامعه تا بدانجا مورد توجه قرار گرفته که اکنون یکی از یازده شعار قرن بیست و یکم شناخته شده است. سلامت کودکان و نوجوانان که سرمایه های اصلی و آینده سازان کشور می باشند، از ارکان اصلی دست اندر کاران رشد و توسعه جامعه است و سلامت دهان و دندان بخش مهمی از بهداشت عمومی است که در کیفیت زندگی افراد نقش مهمی دارد.

### ضرورت اجرای طرح:

پوسیدگی دندان شایع ترین بیماری مزمن دوران کودکی و نوجوانی است که در بین اقشار جامعه با هر نژاد و رده اجتماعی مشاهده می شود. طبق آخرین بررسی های بعمل آمده بطور متوسط هر کودک ۶ ساله ایرانی در بدو ورود به مدرسه دارای ۵ دندان شیری پوسیده است و از سن ۶ تا ۱۲ سالگی نیز میزان پوسیدگی دندانهای دائمی روند افزایشی دارد. مطالعات انجام شده نشان می دهد که اطفال در سنین دبستان بطور متوسط نیاز به دریافت سالیانه ۳ ساعت خدمات دندانپزشکی دارند و چنانچه بخواهیم چنین استانداردی را پذیرفته و به کشور خود تعمیم دهیم بالغ بر میلیونها ساعت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز خواهد بود.

واضح است که تهیه و تدارک نیروی انسانی و هزینه اجرای چنین برنامه ای بسیار گزاف خواهد بود حال آنکه ارائه خدمات پیشگیری در جهت جلوگیری از ایجاد بیماریهای دهان و دندان صرف هزینه بسیار کمتری را در پیش خواهد داشت. بهترین زمان جهت کنترل بیماریهای دهان و دندان سنین کودکی و یکی از بهترین مکان ها جهت دسترسی به این گروه سنی مدارس ابتدایی می باشد. همزمان با آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان و والدین آنها، استفاده از وارنیش فلوراید به عنوان یکی از بهترین روشهای پیشگیری از پوسیدگی دهان و دندان توصیه می گردد. از مزایای استفاده از وارنیش فلوراید، ایمن بودن آن برای کودکان و کاربرد آسان و راحت آن توسط افراد آموزش دیده در مدارس ابتدایی می باشد. همچنین ارائه این

خدمت نیاز به تجهیزات دندانپزشکی گرانقیمت ندارد و استفاده از وارنیش فلوراید در دانش آموزان حدود ۵۰٪ کاهش پوسیدگی در دندان های شیری و دائمی را به همراه دارد، لذا اداره سلامت دهان و دندان با همکاری دفتر امور سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندانی دانش آموزان ابتدایی از طریق وارنیش فلورایدتراپی را در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ اجرا می نماید. امید است گام موثر در راستای ارتقای سلامت دهان و دندان آینده سازان میهن اسلامی مان برداشته شود.

## هدف کلی :

### ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدایی

## اهداف اختصاصی :

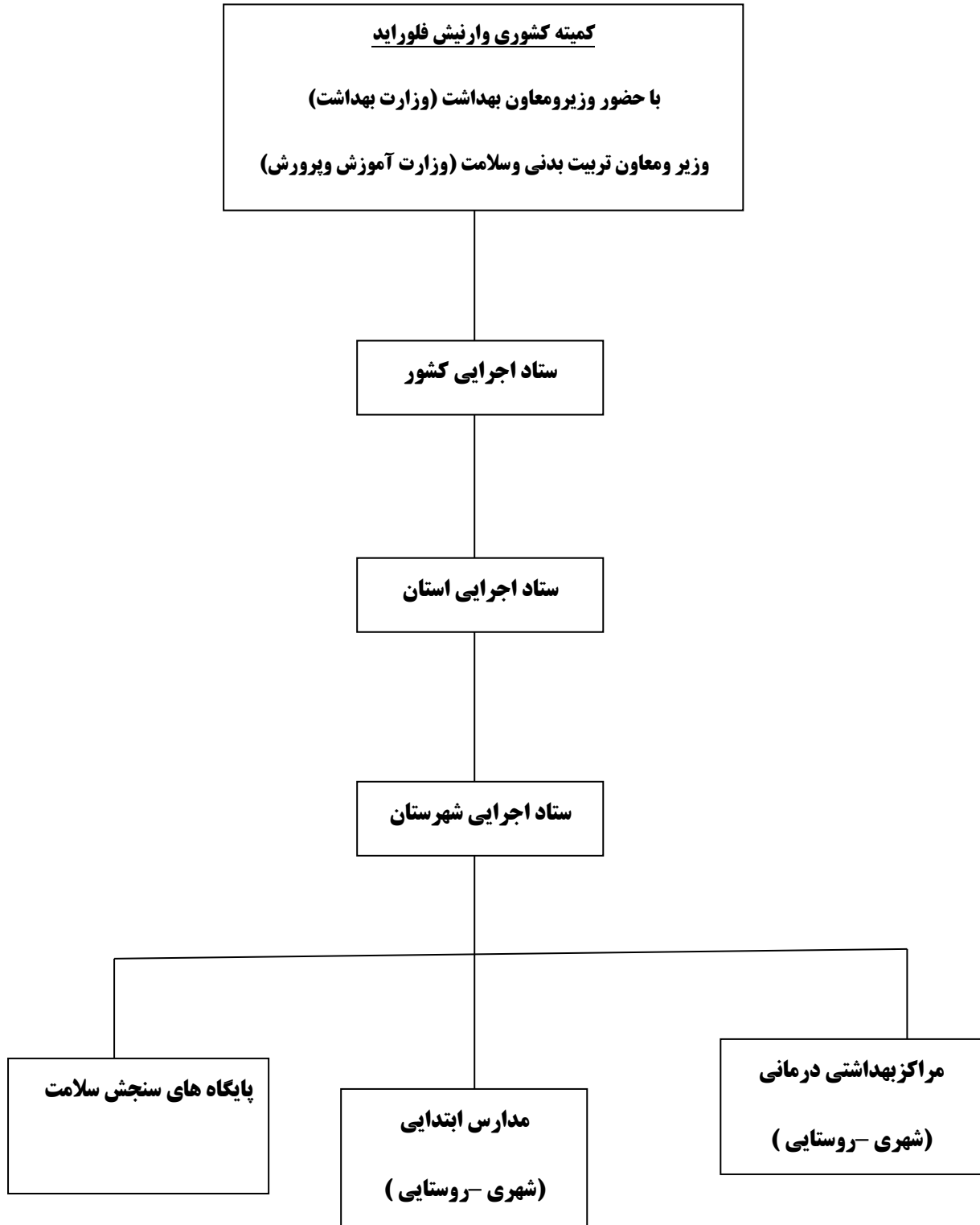
۱. افزایش سطح آگاهی دانش آموزان مقطع ابتدایی و والدین آنها
۲. افزایش دسترسی دانش آموزان مقطع ابتدایی به خدمات پیشگیری دهان و دندان (وارنیش فلورایدتراپی)
۳. افزایش ارائه خدمات پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان به دانش آموزان مقطع ابتدایی
۴. کاهش شاخص پوسیدگی های دهان و دندان در دانش آموزان مقطع ابتدایی (سه تا پنج سال از شروع طرح)
۵. افزایش جلب مشارکت والدین دانش آموزان مقطع ابتدایی در راستای ارتقا سطح سلامت دهان و دندان دانش آموزان
۶. ارتقای دانش نظری و مهارت عملی ارائه دهندگان خدمات پیشگیری در زمینه دهان و دندان
۷. افزایش جلب مشارکت سازمان ها، نهادها و ارگانهای مرتبط ( آموزش و پرورش، ...)

## استراتژیها :

۱. هماهنگی بین بخشی
۲. جلب مشارکت و همکاری سازمان ها ، ارگانها و نهادهای مرتبط
۳. اطلاع رسانی
۴. آموزش دانش آموزان مقطع ابتدایی، والدین و ارائه کنندگان خدمات پیشگیری در زمینه دهان و دندان
۵. ارائه خدمات پیشگیری در زمینه دهان و دندان (وارنیش فلورایدتراپی)
۶. تضمین تامین مستمر منابع مورد نیاز ( فضای فیزیکی، نیروی انسانی، مالی، مواد و تجهیزات،...) اجرای طرح
۷. پایش و ارزیابی طرح

# فلوچارت تشکیلاتی طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندان دانش آموزان

## مقطع ابتدایی از طریق وارنیش فلوراید تراپی



## اعضای کمیته و ستادهای اجرایی طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دانش آموزان مقطع ابتدایی از طریق وارنیش فلوراید تراپی

### ۱- اعضای کمیته کشوری وارنیش فلوراید

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشاور وزیر در امور دندانپزشکی، مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماریهای غیرواگیر، معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش، رئیس دبیرخانه شورای تخصصی، رئیس اداره سلامت دهان و دندان، نمایندگان انجمن های تخصصی مرتبط (اطفال و جامعه نگر)، رئیس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی

### ۲- اعضای ستاد اجرایی کشور

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش، مدیر کل دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش، مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماریهای غیر واگیر، رئیس اداره سلامت دهان و دندان، مدیر کل دفتر سلامت خانواده و جمعیت و مدارس

### ۳- اعضا ستاد اجرایی استان

معاون بهداشت دانشگاه، کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان – رئیس اداره سلامت اداره کل آموزش و پرورش استان، کارشناس مسئول سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

### ۴- اعضا ستاد اجرایی شهرستان

مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت - کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان شهرستان ، کارشناس مسئول سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، کارشناس سلامت آموزش پرورش شهرستان

## شرح وظیفه ستاد اجرایی کشوری :

\*تشکیل جلسات کشوری حداقل هر سه ماه یک بار و در صورت ضرورت در زمان های تعیین شده

\*تهیه و تدوین جدول گانت جهت اجرای طرح

\*تدوین دستورالعمل اجرایی ، فرم های آماری و اطلاعاتی، چک لیست ها و .... در صورت لزوم

\*توجیه روسای اداره سلامت و تندرستی آموزش و پرورش و کارشناسان مسئول بهداشت دهان و دندان و

کارشناسان مسئول سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس معاونت های بهداشتی کشور

\* برآورد بودجه و اعتبار مورد نیاز

\*تامین و توزیع وارنیش فلوراید و مواد مصرفی مورد نیاز

\*تهیه محتوی آموزشی ویژه والدین ، دانش آموزان ،مربیان و معلمین داوطلب

\*تهیه و توزیع وسایل کمک آموزشی(پوستر، پمفلت و.....)

\*آماده سازی اذهان عمومی برای اجرای طرح از طریق صدا و سیما و سایر رسانه های گروهی

\*نظارت ،پایش و ارزشیابی از اجرای طرح

### **شرح وظیفه ستاد اجرایی استان :**

\*تشکیل جلسات ستاد استانی حداقل هر سه ماه یکبار و بنابر ضرورت در زمان های تعیین شده

\*تهیه جدول گانت جهت اجرای طرح

\*آموزش و توجیه کارشناسان مسئول بهداشت دهان و دندان شهرستان ها و کارشناسان مسئول سلامت

نوجوانان و جوانان و مدارس و کارشناسان مسئول سلامت و تندرستی آموزش و پرورش شهرستان ها

\*توزیع وارنیش فلوراید و سایر مواد مصرفی مورد نیاز

\*توزیع وسایل کمک آموزشی

\*آگاه سازی اذهان جامعه در زمینه اجرای طرح از طریق صدا و سیما و سایر رسانه های گروهی

\*نظارت پایش و ارزشیابی از اجرای طرح و ارسال پسخوراند به دبیرخانه ستاد کشوری

### **شرح وظیفه ستاد اجرایی شهرستان :**

\* تشکیل جلسات ستاد اجرایی شهرستان حداقل سه ماه یکبار و بنا بر ضرورت در زمان های تعیین شده

\* تهیه جدول گانت جهت اجرای طرح

\* برگزاری جلسات آموزشی توجیهی برای عوامل اجرایی در سطح شهرستان و ارسال صورتجلسه به دبیرخانه

ستاد اجرایی استان

\* جمع آوری اطلاعات مرتبط به مدارس ابتدایی، مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت، پایگاه های

بهداشتی عوامل اجرایی طرح

\* برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی برای مجریان طرح

\* آموزش به عوامل اجرایی درگیر طرح و توزیع وسایل کمک آموزشی و محتوای آموزشی

\* دریافت و تکثیر فرم های آماری و اطلاعاتی

\* هماهنگی جهت اجرای وارنیش فلوراید تراپی برای دانش آموزان مقطع ابتدایی

\* پایش و ارزشیابی طرح و ارائه پسخوراند به دبیرخانه ستاد استانی هر سه ماه یکبار

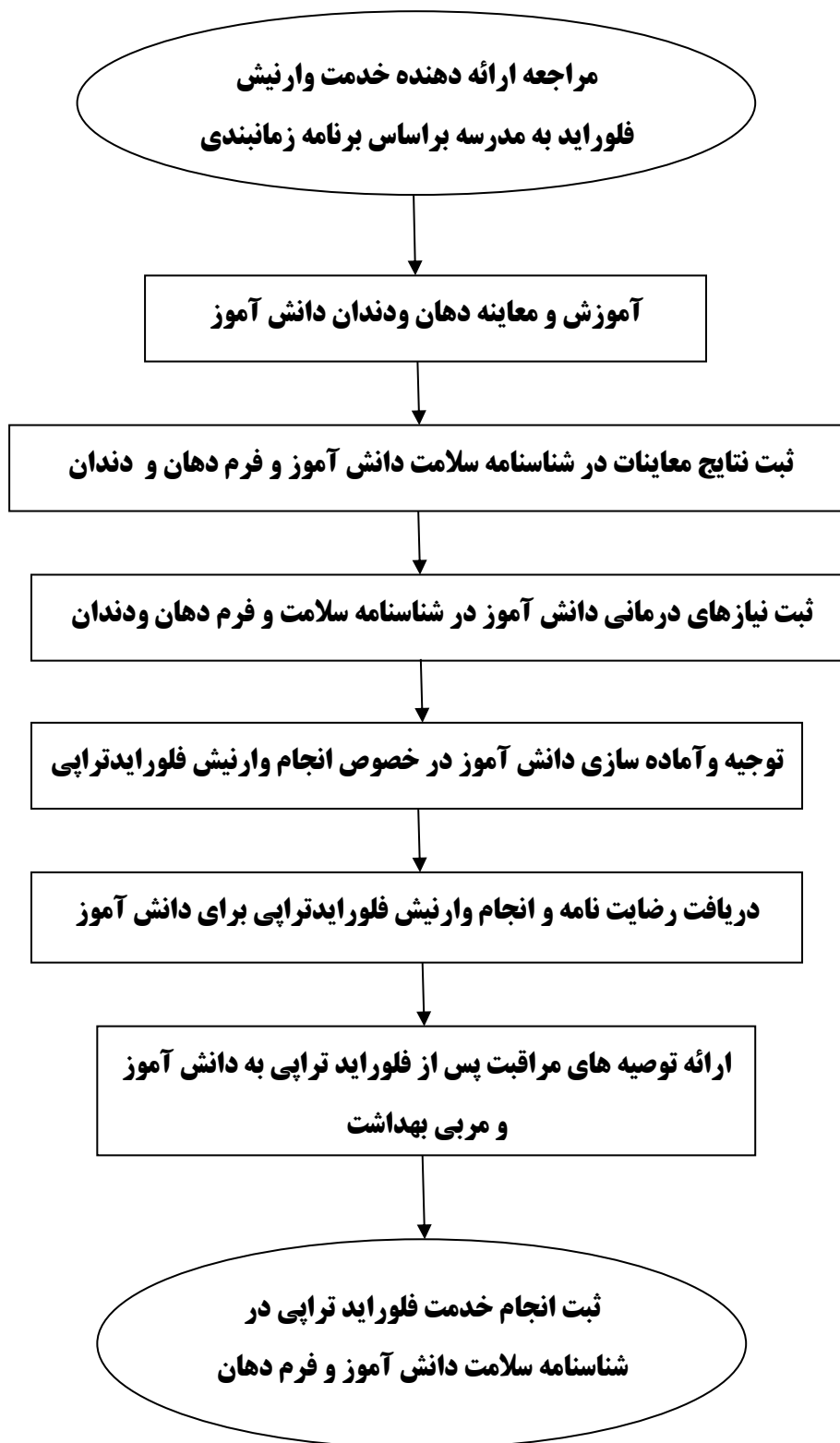


## روش اجرای طرح :

- ۱) هماهنگی با وزارت آموزش و پرورش و واحدهای مرتبط در زیر مجموعه وزارت بهداشت
- ۲) برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی در سراسر کشور ویژه افراد درگیر در طرح در سطح هر دو وزارتخانه
- ۳) تکمیل بخش سلامت دهان و دندان شناسنامه سلامت دانش آموزان بر اساس دستور العمل مربوطه
- ۴) تامین و توزیع مواد مصرفی مورد نیاز شامل :
  - \* کیت وارنیش فلوراید
  - \* کیت یکبار مصرف (سینی، دستکش، رول پنبه، گاز و آینه)
- ۵) تهیه، چاپ و توزیع فرم ارجاع دانش آموز
- ۶) تهیه، چاپ و توزیع پمفلت آموزشی و محتوای آموزشی در قالب کتاب و...
- ۷) تکمیل فرم های مربوط ( الف و ب و ج )
- ۸) بازدید، نظارت و پایش
- ۹) تکمیل چک لیست مربوطه
- ۱۰) جمع بندی و ارائه گزارش نهایی
- ۱۱) بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموزان (۵ سال پس از اجرای طرح)

## فلوچارت وارنیش فلوراید تراپی دانش آموز مقطع ابتدایی (۱)

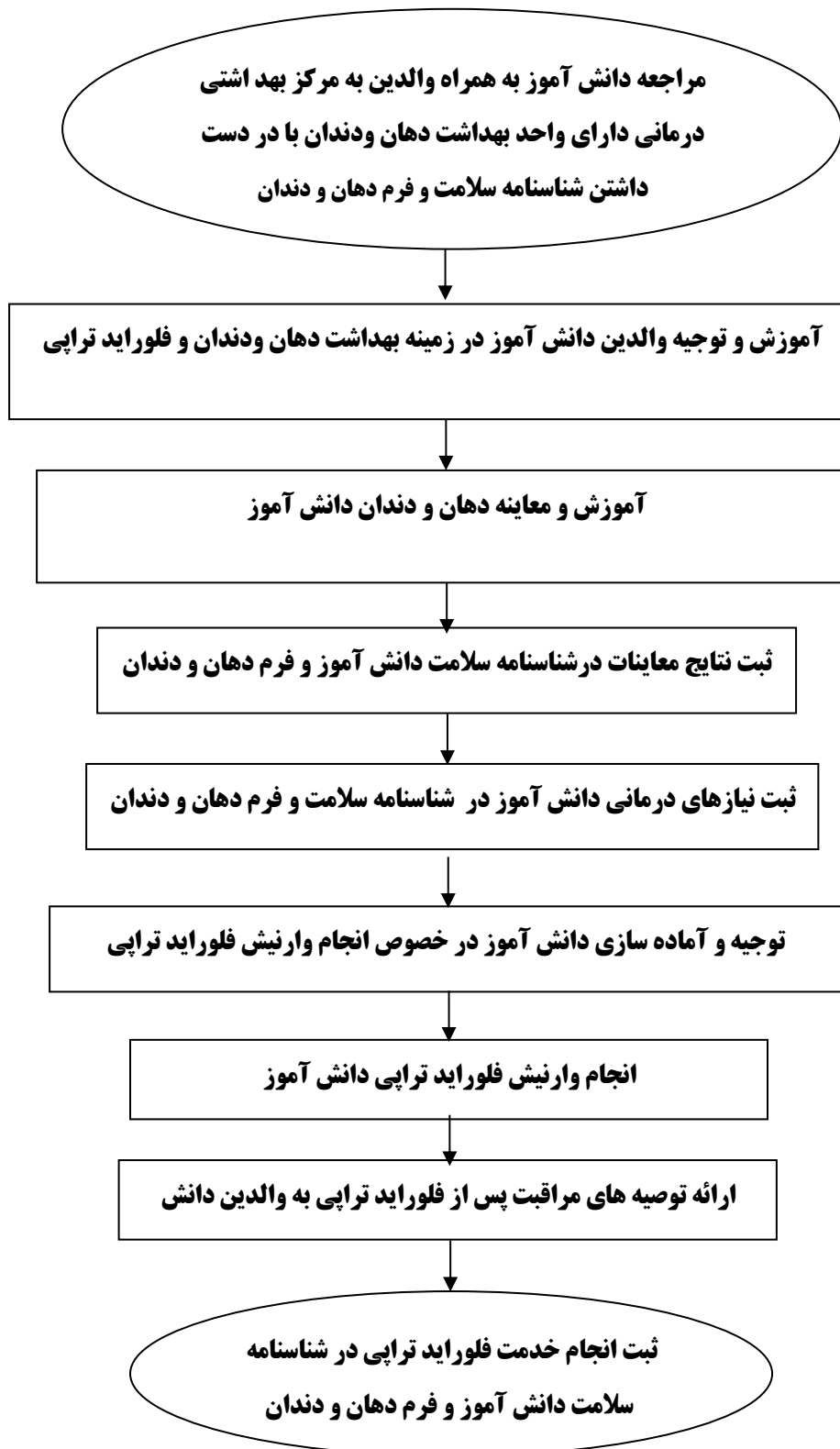
(در مدرسه)



نکته : در صورتی که دانش آموز در زمان مراجعه ارائه دهنده خدمت در مدرسه به هر دلیلی خدمت وارنیش فلوراید تراپی را دریافت نکرده است فلوچارت وارنیش فلوراید تراپی (۲) اجرا می گردد.

## فلوچارت ورنیش فلوراید تراپی دانش آموز مقطع ابتدایی (۲)

(در مرکز بهداشتی درمانی)



نکته: در صورتی که دانش آموز در زمان مراجعه ارائه دهنده خدمت در مدرسه به هر دلیل خدمت ورنیش فلوراید تراپی را دریافت نکرده است فلوچارت ورنیش فلوراید تراپی (۲) اجرا می گردد.

## ارزیابی مقدماتی

## پایه اول ابتدایی (شناسنامه سلامت دانش آموز)

تاریخ پیگیری	اقدامات مورد نیاز					یافته ارزیابی	
	توصیه	نتیجه ارجاع		نیاز به ارجاع			
		تایید اختلال	سالم	ندارد	دارد		
							زیر z-score -۳
							بالای z-score +۳
							بین z-score -۲ و z-score -۳
							بین z-score -۲ و z-score +۳
							زیر z-score -۳
							بین z-score -۲ و z-score -۳
							بین z-score ۱ و z-score ۲
							بین z-score ۲ و z-score ۳
							بالای z-score ۳
							بین z-score -۲ و z-score ۱
							پدیکولوز
							سر
							سایر
							ندارد
							دارد
							ندارد
							ندارد
							دارد
							ندارد
							دندان پوسیده
							دندان پر شده
							لثه ملتهب
							مجموعه دندانی سالم است
							مشکوک به آسم
							مشکوک به سل
							ندارد
							مشکوک به اختلال روانپزشکی
							ندارد
							تغذیه نامناسب
							تماس با مواد دخانی
							کم تحرکی
							ندارد
							بالای صدک ۹۰
							طبیعی

در صورت رویش دندان ۶ دانش آموز ارجاع گردد.

## نتایج ارزیابی دندانپزشکی و سلامت دهان و دندان دانش آموز (شناسنامه سلامت دانش آموز)

### اختلالات / بیماری هایی که از نظر دندانپزشک مهم است:

- اختلالات خونی     دیابت     سل     مشکلات کبدی     مشکلات قلبی عروقی  
 آسم     مشکلات کلیوی     صرع     هیپاتیت ویروسی B و C     اختلالات تیروئید  
 سابقه مصرف دارو     مصرف فعلی دارو     حساسیت دارویی     سایر موارد

### ثبت خدمات دندانپزشکی مورد نیاز (توسط دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان تکمیل گردد)

نوع ارزیابی	ترمیم	کشیدن	پالپوتومی	فیشور سیلانت	جرم گیری و بروساز	فلورایدتراپی	سایر	تاریخ، مهر و امضای دندانپزشک/بهداشتکار
پایه								
اول								
دوم								
سوم								
هارم								
نجم								
ششم								

### راهنمای دندانپزشک/بهداشت کار دهان و دندان

به منظور یکسان سازی ورود داده ها و استخراج صحیح آمار و اطلاعات، نوع خدمات ارائه شده به شرح ذیل ثبت گردد:

نوع خدمت: معاینه و آموزش/ترمیم/فلورایدتراپی/فیشورسیلانت/PRR/کشیدن/جرم گیری و بروساز/درمان ریشه و .....

نمونه ای از ثبت خدمت: ترمیم دو سطحی دندان E ، درمان ریشه دندان ۶

## شرح خدمات دندانپزشکی انجام شده (در دوره ابتدایی) (شناسنامه سلامت دانش آموز)

سمت، نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت	نوع خدمت ارائه شده	نام مرکز ارائه دهنده خدمت		پایه تحصیلی	اریخ
		خصوصی	مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه		

## فرم رضایت نامه (فرم شماره ۱)

والدین گرامی:

برنامه وارنیش فلوراید تراپی از برنامه‌های مؤثر در پیشگیری از پوسیدگی دندان می‌باشد. در این برنامه فلوراید به صورت وارنیش بر روی دندان‌ها مالیده می‌شود که باعث افزایش استحکام دندان‌ها و کمک به پیشگیری از پوسیدگی دندان می‌گردد. این خدمت به صورت رایگان ارائه می‌شود و برای انجام این خدمت با توجه به آمادگی دانشگاه علوم پزشکی در ارائه این خدمت فقط اخذ رضایت شما کافی است. در صورت تمایل می‌توانید فرم رضایت نامه زیر را تکمیل و امضا نموده تا انجام خدمت وارنیش فلوراید تراپی توسط پرسنل دندانپزشکی (دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، پرستار دندانپزشکی، کاردان بهداشت دهان انجام شود.

اینجانب ..... ولی / سرپرست دانش آموز ..... (دختر  / پسر )  
با پایه تحصیلی ..... که در مدرسه ..... تحصیل می‌نماید، بدینوسیله رضایت  
خود را جهت دریافت خدمت وارنیش فلوراید نامبرده، اعلام می‌نمایم.

امضا:

تاریخ:

## فرم گواهی انجام واریش فلوراید در مدرسه برای ارائه دهنده خدمت (فرم شماره ۲)

احتراماً گواهی می‌گردد:

در تاریخ ..... در مدرسه .....، پس از رویت رضایت‌نامه والدین فلورایدتراپی توسط  
سرکار خانم / جناب آقای ..... برای ..... نفر دانش‌آموز انجام و آموزش‌های پس از  
فلورایدتراپی ارائه گردید.

نام و امضاء مدیر مدرسه



**فرم الف - ثبت اطلاعات مربوط به طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دانش آموزان مقطع ابتدایی از طریق وارنیش فلورایدتراپی در مراکز بهداشتی درمانی/مدارس/پایگاه‌های سنجش**

نام مرکز بهداشتی درمانی/مدرسه/پایگاه سنجش:

نام سرپرست مرکز بهداشتی درمانی/مدیرمدرسه/مدیرپایگاه سنجش:

استان:

شهر/شهرستان/روستا:

نام و نام خانوادگی دانش آموز	پایه	کدملی	تاریخ	نام و نام خانوادگی دانش آموز	پایه	کدملی	تاریخ

نام و نام خانوادگی دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان/کاردان بهداشت دهان/سایر نیروی آموزش دیده:

امضا و تاریخ:

فرم ب- جمع بندی اطلاعات مربوط به طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندانی دانش آموزان  
مقطع ابتدایی از طریق وارنیش فلورایدتراپی در مراکز بهداشتی درمانی /مدارس /بایگاه های سنجش  
در سطح شهرستان

استان:

مرکز / شبکه بهداشت:

ردیف	نام مدرسه / مرکز بهداشتی درمانی بایگاه سنجش	تعداد وارنیش فلوراید تراپی	تعداد دندانپزشک	تعداد کاردان بهداشت دهان	تعداد بهداشتکار دهان و دندان	تعداد سایر نیروهای آموزش دیده
جمع						

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان شهرستان:

امضا و تاریخ:

**فرم ج - جمع بندی اطلاعات مربوط به طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دانش آموزان مقطع ابتدایی از طریق وارنیش فلورایدتراپی در مراکز بهداشتی درمانی /مدارس /پایگاه های سنجش در سطح استان**

دانشگاه /دانشکده:

استان:

ردیف	نام مرکز / شبکه بهداشت	تعداد وارنیش فلوراید تراپی			تعداد دندانپزشک	تعداد کارخان بهداشت دهان	تعداد بهداشتکار دهان و دندان	تعداد سایر نیروهای آموزش دیده
		مدرسه	مرکز بهداشتی درمانی	پایگاه سنجش				
<b>جمع کل</b>								

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان استان:

امضا و تاریخ:

چک لیست نظارتی طرح کشوری پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دانش آموزان مقطع ابتدایی از طریق وارنیش فلورایدترابی در پایگاه های سنجش / مراکز بهداشتی درمانی / مدارس

م: مشاهده ب: بررسی پ: پرسش و پاسخ

ردیف	شرح وظایف	روش سنجش	امتیاز مطلوب
۱	آیداندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان /کاردان بهداشت دهان از رویوش سفیدتمیز موقع کار استفاده می کند؟	م	۱
۲	آیداندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان /کاردان بهداشت دهان از دستکش و ماسک موقع کار استفاده می کند؟	م	۱
۳	آیا مواد مصرفی مورد نیاز در محل موجود است؟ (وارنیش ، ست یکبار مصرف)	م	۱
۴	آیا امکانات مناسب جهت ارائه خدمت وجود دارد؟ (وجود مکان جداگانه برای ارائه خدمت فلورایدترابی، صندلی برای دندانپزشک و کودک، سطل زباله)	م	۲
۵	آیا فرم الف به طور صحیح تکمیل می گردد؟	م - ب	۲
۶	آیا فرم تکمیل شده الف طبق زمان مقرر، تحویل واحد بهداشت دهان و دندان ستاد شهرستان می شود؟	م - ب	۱
۷	آیا دندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان /کاردان بهداشت دهان بخش شرح خدمت ارائه شده در شناسنامه سلامت دانش آموز را تکمیل کرده است؟ (بررسی ۵ شناسنامه)	م.ب	۲
۸	آیا درخواست مواد مورد نیاز به موقع (قبل از اتمام مواد مصرفی) به ستاد تحویل داده می شود؟	پ	۱
۹	آیا دندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان /کاردان بهداشت دهان به موقع در محل جهت ارائه خدمت حضور دارد؟ از مسئول پایگاه /مرکز /مدیر مدرسه پرسیده شود.	پ	۱
۱۰	آیا والدین محتوای آموزشی مربوطه را دریافت کرده اند؟	پ	۱
۱۱	آیا والدین /سرپرست مدرسه از خدمت ارائه شده به فرزند/دانش آموزان رضایت دارند؟	پ	۱
۱۲	آیا والدین /سرپرست مدرسه از نحوه برخورد دندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان /کاردان بهداشت دهان رضایت دارند؟	پ	۲
۱۳	آیا دانش آموز می داند چه ملاحظاتی را پس از اتمام کار باید انجام دهد؟ (طبق توصیه های محتوای آموزشی جهت والدین)	پ	۱
۱۴	آیا والدین /سرپرست مدرسه اطلاع دارند که چه ملاحظاتی را پس از اتمام کار بایستی برای کودکان/دانش آموزان رعایت کنند؟ (طبق توصیه محتوای آموزشی جهت والدین)	پ	۱
۱۵	آیا مراجعه بعدی برای دریافت مجدد این خدمت به والدین گفته شده است؟	پ	۱

جمع امتیاز چک لیست:  
درصد امتیاز کسب شده :

نام و نام خانوادگی ارزشیابی کننده:  
تاریخ و امضاء:

