

IVANIC



دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان
دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه :

بهبود دریافت درجه دکترای عمومی دندانپزشکی

عنوان

بررسی میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بهداشتی درمانی شهرستان
کرمان در مورد سلامت دهان و دندان در سال ۸۸-۸۷

به راهنمایی استاد ارجمند :

سرکار خانم دکتر طیبه ملک محمدی

استاد مشاور :

دکتر ابوالقاسم حاجی زمانی

پژوهش و نگارش :

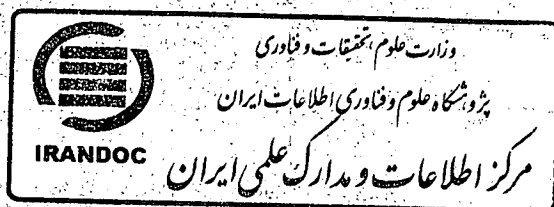
عباداله حاج محمدی

۱۳۸۹/۱۰/۱۳

شماره پایان نامه: ۷۷۶

۱۴۹۷۱۲

سال تحصیلی: ۱۳۸۹



تشکر و قدردانی

بار خدایا تو را شکر می‌گویم که این توفیق را نصیب اینجانب نمودی که بار دیگر یکی از مراتب تحصیلی را علیرغم مشکلات عدیده ای که بر سر راهم وجود داشت با لطف و عنایت تو به انجام برسانم. لازم می‌دانم از همسر و فرزندان و کلیه اعضا خانواده ام که مرا صمیمانه در این زمینه یاری نمودند تقدیر و تشکر نمایم، مطمئناً بدون پشتوانه و از خود گذشتگی آنها این مهم برایم مقدور نبود.

ابتدا از کلیه همکاران محترم در مراکز بهداشتی درمانی که قبول زحمت کرده و در این مطالعه شرکت نموده اند کمال تشکر را دارم. همچنین از زینب سرورانی که در تمام دوران تکمیل تحصیلاتم اینجانب را یاری نمودند و نیز کلیه اساتید محترم و مسئولان دانشکده بسیار سپاسگزارم.

از سرکار خانم دکتر طیبه ملک محمدی استاد راهنمای مستترم پایان نامه و آقای دکتر ابوالقاسم حاجی زمانی که همیشه مرا مورد لطف قرار داده اند تشکر می‌نمایم.

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق اینجانب را یاری نمودند از جمله آقای دکتر حسین صافی زاده - آقای دکتر نیکیان - آقای دکتر گرجستانی و سرکار خانم شهین شایعی تشکر و قدردانی می‌نمایم و امید توفیق برای همه این عزیزان دارم.

نهایتاً از هئیت داوران و معاونت محترم پژوهشی دانشکده جناب آقای دکتر شهروان نیز کمال تشکر را دارم که نظرات ارزشمند آنها در طول انجام پایان نامه به منزله راهنمای کارم بوده است.

خداوند توفیق خدمتگزاری را به همه ما عطا نماید.

عباداله حاج محمدی

شهریور ۱۳۸۹

چکیده فارسی

چکیده انگلیسی

فصل اول طرح تحقیق

۲	۱-۱: مقدمه
۴	۱-۲: بیان مسئله
۶	۱-۲-۱: گروه‌های هدف در برنامه‌های سلامت دهان و دندان (۱۱)
۶	۱-۲-۱-۱: زنان باردار و شیرده
۷	۱-۲-۱-۲: کودکان از بدو تولد تا ۶ سالگی
۷	۱-۲-۱-۳: کودکان ۱۲-۶ ساله
۸	۲-۱-۲: شرح وظایف نیروهای درگیر در طرح ادغام (۱۱)
۸	۲-۱-۲-۱: بهورزان
۹	۲-۱-۲-۲: کارشناسان و کاردانه‌های بهداشت خانواده
۱۳	۱-۳: اهداف کلی تحقیق
۱۳	۱-۴: اهداف جزئی تحقیق
۱۴	۱-۵: اهداف کاربردی
۱۴	۱-۶: فرضیات یا سوالات تحقیق

فصل دوم مروری بر کتب و مقالات

۱۶	مروری بر کتب و مقالات
----	-----------------------

فصل سوم روش تحقیق

۱۹	۳-۱: روش تحقیق
۲۱	۳-۲: آنالیز داده‌ها

فصل چهارم نتایج تحقیق

۲۴	نتایج تحقیق
----	-------------

فصل پنجم بحث و نتیجه‌گیری

۳۶	بحث و نتیجه‌گیری
۴۷	منابع

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۹	جدول ۱- میانگین سنی و سابقه کار افراد مورد بررسی به تفکیک سنل بر حسب سال
۲۹	جدول ۲- توزیع فراوانی جنس، سطح تحصیلات و محل خدمت افراد مورد بررسی به تفکیک سنل
۳۰	جدول ۳- مقایسه سطح آگاهی افراد در زمینه سلامت دهان و دندان بر حسب سنل
۳۰	جدول ۴- مقایسه سطح آگاهی افراد در زمینه شرح وظایف مربوط به سلامت دهان و دندان به تفکیک سنل
۳۱	جدول ۵- مقایسه سطح آگاهی از سلامت دهان و دندان بر حسب جنس افراد شرکت کننده در مطالعه
۳۱	جدول ۶- مقایسه آگاهی از شرح وظایف مربوط به سلامت دهان و دندان در افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنس
۳۲	جدول ۷- توزیع فراوانی پاسخهای مربوط به سوالات عملکرد افراد مورد مطالعه در رابطه با شرح وظایف آنها در زمینه سلامت دهان
۳۳	جدول ۸- مقایسه نحوه عملکرد افراد شرکت کننده در مطالعه در زمینه شرح وظایف خود برای سلامت دهان و دندان
۳۳	جدول ۹- مقایسه نحوه عملکرد افراد شرکت کننده در مطالعه در زمینه شرح وظایف به تفکیک جنس
۳۴	جدول ۱۰- توزیع فراوانی پاسخ دهندگان در مورد گذراندن دوره های آموزشی و ارزیابی آنها از اطلاعات خود در زمینه سلامت دهان و دندان

فهرست نمودار

صفحه	عنوان
۲۷	نمودار ۱- توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک شغل
۲۷	نمودار ۲- سطح آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعه از سلامت دهان و دندان بر حسب شغل
۲۸	نمودار ۳- سطح آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعه در زمینه شرح وظایف مربوط به سلامت دهان و دندان بر حسب شغل
۲۸	نمودار ۴- میزان عملکرد افراد شرکت کننده در مطالعه در زمینه شرح وظایف خود برای سلامت دهان و دندان

چکیده

هدف: این مطالعه به منظور بررسی میزان آگاهی پرسنل مراقبت های اولیه بهداشتی در زمینه سلامت دهان و دندان انجام گردید. همچنین آگاهی و عملکرد آنها در رابطه با شرح وظایف ذکر شده برای آنها در طرح ادغام سلامت دهان و دندان در شبکه مراقبت های اولیه سلامت ارزیابی شد.

مواد و روشها: این مطالعه ه نطعی به روش توصیفی - تحلیلی بر روی سه گروه از پرسنل بهداشتی درمانی شامل بهورزان - کاردانا و کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کرمان و حومه صورت گرفته است. داوطلبان شرکت در مطالعه ابتدا فرم مشخصات دموگرافیک و سوابق کاری و تحصیلی و سپس پرسشنامه ای را که روایی و پایایی آن تأیید شده بود تکمیل نمودند. سوالات در زمینه آگاهی عمومی از سلامت دهان و دندان و همچنین آگاهی و عملکرد پرسنل مذکور، در رابطه با شرح وظایفی که در طرح ادغام خدمات سلامت دهان و دندان در شبکه مراقبت های اولیه آمده است بود. اطلاعات گردآوری شده توسط SPSS نسخه ۱۷ از طریق تست های آماری مجذور کای و همبستگی پیرسون انالیز گردید.

یافته ها: در مطالعه ۱۵۷ نفر از سه گروه پرسنل مذکور شرکت نمودند که حدود ۶۰٪ آنها را بهورزان تشکیل می دادند. آگاهی پرسنل مذکور از سلامت دهان و دندان و شرح وظایف آنها در این زمینه خوب بود. علیرغم اختلاف معنی دار در آگاهی عمومی پرسنل مذکور از سلامت دهان و دندان، آگاهی آنها در زمینه شرح وظایف اختلاف معنی داری نداشت. نتایج نشان می دهد که بهورزان با بیشترین درصد یعنی ۴۵/۶٪ در گروه با عملکرد بهتر قرار گرفته اند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده علیرغم آگاهی خوب پرسنل مورد مطالعه از شرح وظایف ارائه شده برای آنها، دارای

عملکرد مطلوبی در این زمینه نمی باشند که این امر توجه بیشتری از سوی مسئولین را می طلبد.

کلید واژه ها: سلامت دهان دندان - پرسنل بهداشتی درمانی - شبکه مراقبت های اولیه PHC

Abstract

Assessment of knowledge and practice of Kerman's primary health care personnel toward oral health

Aim: This study aimed to assess the knowledge and practice of primary health care personnel toward oral Health.

Methods and material: A cross – sectional study was carried out among three groups of PHC personnel in city of Kerman.

Volunteer personnel completed a piloted questionnaire which included demographic data, some question relate to their knowledge about oral health and their duties and also their practice regarding public oral health.

All data were analyzed by SPSS Version 17 using chi – square and Pearson Correlation test.

Results: One hundred and fifty seven of these personnel participated in the study. Sixty percent were Behvarz. All personal had a good level of knowledge regarding oral health. Despite significant difference among the knowledge of the personnel regarding oral health there was not significant difference regarding their knowledge relate to their duties.

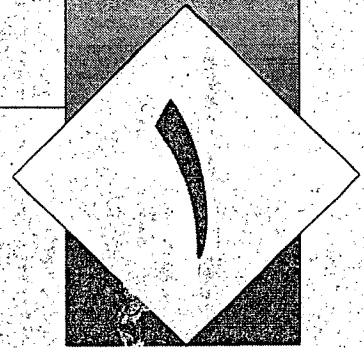
Behvarzan group had a higher rate (45.6%) for better public oral health practice.

Conclusion: The study showed the personnel have a good knowledge about their duties regarding oral health. However their practice is not in favor of their knowledge, which should be paid more attention.

Key words: Oral health – Primary health care personnel.

فصل

طرح تحقيق



۱-۱: مقدمه

پوسیدگی دندانها و بیماریهای لثه از جمله شایعترین بیماریهای جامعه بشری است که بخش مهمی از وقت و هزینه خانواده ها را به خود اختصاص داده است. (۱)

مطالعات کشوری انجام شده در سال ۱۳۷۷ نشان داده که میانگین DMFT کودکان ۱۲ ساله ایرانی ۱/۵ میباشد (۲) که ۸۰٪ از این شاخص را دندانهای پوسیده تشکیل میدهند و این شاخص طبق بررسی دفتر سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۸۳ به ۱/۸۶ افزایش پیدا کرده است. (۳) مطالعات در دنیا نشان داده که کودکان در سنین دبستانی بطور متوسط به دریافت سالیانه ۳ ساعت خدمات دندانپزشکی نیاز دارند (۴) و چنانچه بخواهیم سرویس استاندارد را پذیرفته و به جامعه خود تعمیم دهیم بالغ بر میلیونها ساعت سرویس دندانپزشکی نیاز خواهد بود که تدارک نیروی انسانی لازم و مخارج چنین برنامه هایی کاری بس مشکل و برای بسیاری از جوامع خصوصا کشور ما با توجه به نارساییهای عظیم بخش بهداشت و درمان غیر ممکن خواهد بود. پر واضح است که بالا بودن میزان پوسیدگیهای دندانی و بیماریهای لثه در کشور می تواند ناشی از عدم دسترسی همه اقشار جامعه به خدمات سلامت دهان باشد. سلامت دهان و دندان بخش مهمی از سلامت عمومی است که زندگی افراد را در ابعاد مختلفی تحت تاثیر قرار میدهد. در بعد اجتماعی و عمومی، سلامت دهان (dental public

health) به صورت علم و هنر پیشگیری از بیماریهای دهان و بالا بردن سلامت دهان و سطح کیفی

زندگی از طریق کوششهای سازمان یافته در اجتماع، تعریف شده است. (۵)

از آن زمان که علل بروز و شیوع این بیماریها شناخته شد پیشگیری از آنها نیز مورد تاکید قرار گرفت. کاهش بیماریهای دهان و دندان در بسیاری از کشورهای جهان موهون تفکر پیشگیری از این بیماریها می باشد. صاحب نظران دندان پزشکی بر این عقیده اند که تنها راه کاهش پیشگیری و بیماریهای پریدنتال روی آوردن به امر پیشگیری است و اولین گام در پیشگیری نیز ارتقاء فرهنگ بهداشت در مردم می باشد. (۶) بنابراین باید آگاهی مردم درباره حفظ سلامت دهان و دندان افزایش یابد و این امر جز با تلاش جمعی و فرایند مستمر آموزش بهداشت میسر نخواهد بود. از اینرو، اصل پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان و ارتقاء سلامت دهان از طریق شبکه مراقبت های اولیه اهمیت خود را نمایان میسازد. اهداف سازمان جهانی سلامت دهان و دندان تا سال ۲۰۲۰ بیشتر بر مبنای جهت گیری ارائه خدمات به جامعه از طریق آموزش و تغییر در رفتارهای بهداشتی آنها است. (۷)

بعد از اعلامیه سازمان جهانی سلامت در آلمانا در سال ۱۹۷۹ در جهت تحقق شعار سلامت برای همه (health for all) و تلاش برای ایجاد شبکه مراقبتهای اولیه سلامت (PHC (Primary Health Care)) در دنیا و ایران، بتدریج ارائه خدمات سلامت دهان و دندان در خیلی از کشورها نیز به این شبکه سپرده شد. (۸) متعاقب این موضوع از سال ۱۳۷۴ ارائه خدمات سلامت دهان و دندان در ایران نیز در شبکه مراقبتهای اولیه سلامت (PHC) ادغام گردید تا با استفاده از گستردگی این شبکه در سراسر کشور دسترسی به مراقبتهای سلامت دهان و دندان را برای همه اقشار جامعه فراهم سازد. (۹) چرا که ارتقا سلامت دهان و دندان در جامعه مستلزم دسترسی اسان مردم به مراقبت های اولیه سلامت دهان و امکان استفاده از این خدمات می باشد.

۲-۱: بیان مسئله

همانطور که ذکر شد طبق بررسی انجام شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۸۳، DMFT کودکان ۱۲ ساله ایرانی ۱/۸۶ برآورده شده است. (۳) اگر بخواهیم اجزای DMFT در ۱۲ ساله ها را بررسی کنیم مشاهده می کنیم که ۹۳ درصد از DMFT ۱۲ ساله ها مربوط به دندانهای پوسیده ترمیم نشده (D) است. حدود ۴ درصد DMFT در ۱۲ ساله ها مربوط به دندانهای کشیده شده (M) و ۳ درصد مربوط به دندانهای پر شده (F) است. (۳) این آمار نشان می دهد که اولاً میزان پوسیدگی در کشور ما بالاست و ثانیاً دندانهای پوسیده ترمیم نمی شوند. قابل توجه است که ۳۷/۵ درصد از جمعیت ما را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می دهند (۱۰) و قطعاً عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان و از دست دادن دندانها در سنین پائین می تواند عواقب به مراتب دشوارتر و پرهزینه تری را در آینده در بر داشته باشد. 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. با توجه به موارد فوق شناخت دقیق نیازهای جامعه و برنامه ریزی جهت ترغیب افرادی که قابلیت رفع نیازها را داشته باشند ضروری بوده و یکی از راههای دستیابی به این برنامه حضور مستمر در جامعه می باشد. این مهم شاید از راه برنامه ریزی در گروههای مختلف جمعیتی و نیز از طریق حضور مداوم افرادی که مسئولیتی را در رابطه با سلامت دهان و دندان داشته باشند، بهتر امکان پذیر باشد.

نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی شامل مجموعه ای از سرویسها و خدمات می باشد که به شکل سازمان یافته و سطح بندی شده توسط افراد خاص به گروههای مختلف جامعه ارائه می شود. مثلاً در واحد های بهداشت دهان و دندان خدمات ارائه شده عبارتند از آموزش و خدمات پیشگیری اولیه و ثانویه که توسط بهورزان - بهداشتکاران و دندانپزشکان به گروههای هدف ارائه می شود. به این نظام شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی یا PHC (Primary Health Care) گفته می شود.

در کشور ما سیستم ارائه خدمات بهداشتی به نحوی برنامه ریزی شده تا مردم کشور در محلی که زندگی می کنند بتوانند به آسانی اساسی ترین نیازهای بهداشتی را با در نظر گرفتن موقعیت اقلیمی و جمعیتی دریافت نمایند. گ تردگی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در کشور این امکان را در زمینه مراقبت های عمومی میسر ساخته است ولی متأسفانه بهداشت دهان و دندان هنوز به طور کامل جایگاه خاص خود را در این زمینه پیدا نکرده است.

استفاده از شبکه موجود مراقبت های اولیه بهداشتی در جهت ارائه مراقبت های سلامت دهان و دندان نه تنها موجب گسترش این مراقبت ها 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 که به مسووبی با سایر برنامه های بهداشتی و ارائه خدمات پیشگیری در درجه اول و خدمات درمانی در درجه بعد، در کلیه سطوح مراقبت های بهداشتی دهان و دندان تأکید دارد.

از آنجائی که امکان پوشش دادن به کلیه گروههای سنی در این طرح وجود نداشته، لذا گروههایی که احتمالاً ابتدا به بیماریهای دهان و دندان در آنان دسترسی است و نیز امکان دسترسی به آنان طبق برنامه

های موجود بیشتر می باشد به عنوان گروه هدف تعیین شدند. بر اساس طرح ادغام سلامت دهان در مراقبت های اولیه، گروههای زیادی از پرسنل بهداشتی درمانی در شبکه مراقبت های اولیه با ارائه خدمات سلامت دهان و دندان علاوه بر پرسنل دندانپزشکی از قبیل دندانپزشک و بهداشتکاران دهان و دندان دخیل میباشند که از جمله آنها کاردانها و کارشناسان بهداشت خانواده، بهورزان و رابطین بهداشتی میباشند که عمدتاً خدمات سطح یک سلامت دهان و دندان را به جامعه ارائه میدهند. در این زمینه شرح وظایفی به همراه گروههای هدف داده شده است که در ادامه این مطلب به آنها اشاره خواهد شد.

۱-۱-۲: گروههای هدف در برنامه های سلامت دهان و دندان (۱۱)

گروههای هدف شامل موارد زیر می باشند.

۱-۱-۱-۲- زنان باردار و شیرده

اولاً در هر خانواده مادران نقش بسیار مهمی در بهداشت عمومی و هم چنین بهداشت دهان و دندان خانواده دارند مادران چه به عنوان افرادی که الگوی رفتاری فرزندانشان هستند و کودکان به طرز غیر مستقیم رفتارهای بهداشتی مادرانشان را تقلید می کنند و چه به طور مستقیم که به صورت دادن آموزش و انجام کارهای بهداشتی مثل مسواک زدن- استفاده از دهانشویه فلوراید و عدم استفاده مکرر مواد قندی نقش بسزایی در بهداشت دهان و دندان یک جامعه ایفا می کنند. (۱،۲)

ثانیاً مادران در دوران بارداری و شیر دهی علاقه بیشتری به یادگیری مسائل بهداشت در مورد خود و نوزادانشان دارند و این دوران بهترین زمان ممکن برای دادن آموزشهای بهداشتی می باشد. (۱۳)

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

البته قابل ذکر است که در دوران بارداری و شیردهی به علت نیاز بیشتر بدن به کلسیم ضرورت آموزش تغذیه صحیح وجود دارد.

۲-۱-۱-۲- کودکان از بدو تولد تا ۶ سالگی

دوران پس از تولد تا ۶ سالگی سنین رویش دندانهای شیری در کودکان است که اهمیت زیادی دارد. بسیاری از عادات غلط دمانی و عادات غذایی نامناسب (مصرف مواد قندی) از کودکی شکل گرفته و به صورت یک عادت جزئی از طبیعت فرد شده (۱۳) و تا بزرگسالی در فرد ادامه می یابد و نه تنها دندانهای شیری بلکه دندانهای دائمی را نیز گرفتار خواهد کرد. لذا 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 عادات ایجاد شده را تغییر دهیم.

۲-۱-۱-۳- کودکان ۱۲-۶ ساله

طبق آمار بدست آمده رقمی حدود ۱۸ درصد جمعیت ما را کودکان ۱۴-۵ ساله تشکیل می دهند (۱۰) در این سنین دندانهای دائمی شروع به رویش کرده و تا حدود سن ۱۴ سالگی تقریباً دندانهای دائمی در دهان فرد رویش پیدا کرده است.

از آنجایی که DMFT در کودکان ۱۲ ساله ۱/۸۶ بوده و ۷۰٪ درصد از DMFT مربوط به پوسیدگی های درمان نشده (D) است (۳) و با توجه به درصد بالایی که این گروه در هرم جمعیتی ما دارند این گروه نیز به عنوان گروه هدف برای مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان انتخاب شده اند.

۲-۱-۲: شرح وظایف نیروهای درگیر در طرح ادغام (۱۱)

در این نامه مربوط به ادغام سلامت دهان و دندان در شبکه مراقبت های اولیه برای هر کدام از پرسنل شرح وظایفی مشخص شده که در اینجا شرح وظایف نیروهایی که به عنوان پرسش شوندگان این تحقیق بوده اند اشاره می گردد.

۲-۱-۲-۱ - بهورزان

مردان و زنانی با حداقل سواد سیکل هندی که در ابتدای سنین ۱۷ تا ۲۲ سال سن دارند و ساکن روستای محل سلامت خود می باشند. این افراد در سازه های بهداشت، به ارائه خدمات اولیه مراقبتهای بهداشتی به مردم می پردازند. بهورزان به مدت ۲ سال در ابتدای سلامت در آموزشگاه بهورزی توسط مربیان بهورزی آموزش می بینند که آموزشهای مربوط به سلامت دهان و دندان نیز جزء این آموزشها است.

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

- آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان در دوران بارداری و تا یک سال پس از زایمان و کودکان تا

۱۲ سالگی

- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار در ماه سوم حاملگی و ارجاع به مراکز بهداشتی

درمانی روستایی جهت گرم گیری در ماه ۵ حاملگی

- پیگیری و ثبت ماه حاملگی که جرم گیری زن باردار انجام شده است.
- آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان باردار در ماههای ۳-۵-۷ حاملگی و مادران شیرده چهل روز پس از زایمان و بار دوم چهل روز تا یکسال پس از زایمان
- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال در پایان ۲-۳-۴ و ۵ سالگی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستایی در صورت لزوم
- معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۲ سال در پایان ۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱ سالگی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت لزوم
- پیگیری افرادی که به موقع مراجعه نمی کنند
- مراجعه به مدارس تحت پوشش، بیماریابی و ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی روستایی
- آموزش دانش آموزان مدارس ابتدایی
- بررسی و پیگیری استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید در مدارس

۲-۲-۱-۲- کارشناسان و کاردانه‌های بهداشت خانواده

- کارشناسها و کاردانه‌های بهداشت خانواده افرادی هستند که در بخش تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک در مراکز بهداشتی درمانی مشغول به کار بوده و خدمات و مراقبتهای لازم را به مادران و کودکان منطقه تحت پوشش ارائه می نمایند.
- وظایف آنها به شرح زیر می باشد:

- آموزش بهداشت دهان و دندان به خصوص به گروههای هدف

- معاینه دهان و دندان زنان باردار در ماه سوم حاملگی، ثبت نتیجه در فرم مراقبت‌های دوران بارداری
بزوده خانوار و در صورت لزوم ارجاع به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان، مرکز بهداشتی
درمانی.

- آموزش بهداشت دهان و دندان مادران باردار در ماه‌های ۳، ۵، ۷ ماهگی

- ثبت ماه جرم‌گیری که توسط دندانپزشک انجام شده است برای زنان باردار در بزوده خانوار

- معاینه وضعیت دهان و دندان زنان زایمان کرده چهل روز پس از زایمان و بار دوم در فاصله زمانی
چهل روز تا یکسال پس از زایمان.

- ثبت نتیجه در بزوده خانوار و در صورت لزوم ارجاع به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان

- معاینه دهان و دندان کودکان ۲ تا ۱۲ سال حداقل سالی یک بار در پایان هر سال

- آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش‌آموزان هنگام بازدید از مدارس

- آموزش بهداشت دهان و دندان به مدیران و مسئولین مدارس

- همکاری با مدیران مدارس در اجرای طرح استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید.

بررسی شرح وظایف این پرسنل که شامل خدمات آموزش بهداشت دهان و دندان، معاینه و ثبت

وضعیت سلامت دهان و دندان و همچنین پی‌گیری و ارجاع گروه‌های هدف است، نشان‌دهنده نقش

بسیار مهم این گروه‌ها در ارتقاء سلامت دهان و دندان می‌باشد که البته در صورت آگاه‌بودن این

پرسنل و انجام وظایف مربوطه قطعاً می‌تواند گامی مهم در این راستا باشد.

به عنوان مثال آموزش بهداشت به طرق مختلف و توسط افراد و گروه‌های متعددی در جامعه انجام

می‌شود. رسانه‌های گروهی، شاغلین حرفه دندانپزشکی، معلمان بهداشت مدارس، رابطین بهداشت

و کلیه شاغلین به امور بهداشت و درمان مردم در این امر دخالت دارند. در این میان کارکنان واحد های بهداشتی درمانی در سیستم شبکه های بهداشتی در فرآیند آموزش بهداشت و ارتقاء آگاهیهای مردم از جایگاه ویژه ای برخوردار می باشند و سهم عمده ای در آموزش بهداشت به مردم دارند. این افراد قادر خواهند بود بهترین نوع آموزش را (آموزش چهره به چهره) به اجراء در آورند. به همین علت کارکنان مراکز بهداشتی درمانی باید از نظر آگاهیهای علمی و دارا بودن اطلاعات علمی روز و نیز از نظر فن بیان و چگونگی آموزش بهداشت به مردم در حد مطلوب باشند.

آموزش بهداشت روشی ساده ولی فرآیندی پیچیده و دشوار دارد که به عقیده صاحب نظران این رشته، آموزش بهداشت زمانی به نتیجه مطلوب می رسد که متوجه تغییر رفتار در فرد گردد و ایجاد تغییر در رفتار مردم کاری طولانی و دشوار است. (۱۴)

هر گونه تحقیقی که درباره شناخت میزان آگاهی، نگرش یا عملکرد کارکنان شاغل در مراکز بهداشت و درمان شبکه انجام شود مسیلاً در جهت برنامه ریزی برای ارتقای آگاهیهای علمی و تخصصی کارکنان و نیز کیفیت ارائه خدمات و در نهایت ارائه آموزش بهداشت مطلوب به مردم موثر خواهد بود.

بدیهی است که یکی از بهترین روشهای ارزشیابی کارکنان فنی در هر سازمانی انجام این نوع تحقیقات می باشد تا ضمن شناخت وضعیت موجود با اصلاح نقاط ضعف، کیفیت خدمات آنان بهبود یابد. اگرچه مطالعاتی که صرفاً به بررسی میزان آگاهی و نگرش کارکنان شاغل در شبکه های بهداشتی درمانی در زمینه سلامت دهان و دندان پرداخته باشد در کشور ما انجام شده است ولی تاکنون مطالعه

ای در زمینه آگاهی یا عملکرد این افراد در ارتباط با شرح وظایف آنها در امر سلامت دهان و دندان انجام نگرفته است.

با توجه به گذشت بیش از یک دهه از ادغام مراقبت های سلامت دهان و دندان در سیستم شبکه مراقبت های اولیه و با در نظر گرفتن افزایش میزان شاخص DMFT در کودکان ایرانی در بازه زمانی ۱۳۸۳-۱۳۷۷ (۳) این سوال در ذهن تداعی می شود که چرا چنین اتفاقی افتاده و نقش طرح ادغام در این رابطه چه بوده است؟ اگر چه عوامل متعددی را میتوان در این مساله دخیل دانست ولی با توجه به گسترش دانشکده های دندانپزشکی و افزایش تعداد دندانپزشکان و همچنین اجرای طرح ادغام خدمات سلامت دهان در سیستم شبکه انتظار نتیجه بهتری می رود. لذا در جهت کمک و برنامه ریزی دقیق تر برای ارزیابی این برنامه آگاهی از میزان دانش و آرایه وظایف محوله به پرسنل مربوطه در امور سلامت دهان و دندان ضروری به نظر میرسد و این مطالعه در نظر دارد که با ارزیابی این مهم در گروه های پرسنلی درگیر در طرح از جمله بهورزان، کاردانها و کارشناسان بهداشت خانواده شهرستان کرمان در برنامه ریزی امور دندانپزشکی با رویکرد اجتماعی از این قبیل مفید باشد.