

بررسی وضعیت مراقبت دندانی، نیازهای درمانی و DMFT و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان ۱۲ ساله شهرستان کرج در سال ۱۳۸۳

دکتر پریسا سید اخوان*# دکتر نازیلا عظیم زاده** دکتر علی اسدی نژاد***

خلاصه:

سابقه و هدف: جهت برنامه ریزی در امر بهداشت و پیشگیری و ارائه خدمات دندانپزشکی نیاز به شناسایی و ارزیابی اطلاعاتی از وضعیت سلامت و بیماری دندانها و نسوج نگهدارنده آنهاست. یکی از گروه های هدف سازمان جهانی بهداشت گروه نوجوانان ۱۲ ساله می باشد که در چند سال اخیر مطالعه جامع و گزارش شده ای در مورد DMFT و وضعیت مراقبت دندانی و نیازهای درمانی این گروه سنی در کرج انجام نشده است. مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان DMFT و نقش عوامل مرتبط در میزان آن و وضعیت مراقبت دندانی و نیازهای درمانی دانش آموزان ۱۲ ساله کرج در سال ۱۳۸۳ انجام شده است.

مواد و روش ها: تحقیق با طراحی توصیفی مقطعی در ۴ منطقه آموزشی و پرورش کرج روی ۷۶۸ دانش آموز (دختر و پسر) ۱۲ ساله انجام شد. نمونه ها به روش تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. فرمهای اطلاعاتی با کمک دانش آموزان و معاینه آنها کامل شد. معاینه با استفاده از سوند-آینه (که برای هر دانش آموز در یک جداگانه استریل شده بود) و دستکش و ماسک یکبار مصرف و در نور طبیعی کلاس انجام شد. میزان مراقبت دندانی (C.I) care index (نیازهای درمانی DMFT (T.N).Treatment needs و عوامل مرتبط با بروز آن مورد بررسی قرار گرفت. تعدادی از عوامل مرتبط در این تحقیق عبارت بودند از اشتغال مادر، تعداد فرزندان خانواده، میزان مراجعه به دندانپزشک، دفعات مسواک زدن، رتبه تولد و وضعیت اجتماعی - اقتصادی. شیوع مشکل در نمونه ها تعیین و فاصله اطمینانی (confidence interval) در جامعه برآورد و نقش عوامل مرتبط با بروز مشکل با آماره chi square مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته ها: مطالعه روی ۷۶۸ نفر (۲۸۴ پسر و ۳۸۴ دختر) انجام شد. میزان DMFT دختران $2/2 \pm 2/67$ و پسران $2/59 \pm 3/59$ ، میزان نیازهای درمانی و مراقبت دندانی به ترتیب $85/74\%$ و $11/18\%$ در دختران و $93/54\%$ و $5/94\%$ در پسران بدست آمد. $21/9\%$ دختران و $13/55\%$ پسران فاقد هر گونه پوسیدگی (Caries Free) بودند. در تحقیق حاضر وضعیت اشتغال مادر بر روی DMFT تاثیر معنی داری داشت (دختران $P < 0/03$ و پسران $P < 0/005$)، رتبه تولد (پسران $P < 0/025$)، تنفس دهانی ($P < 0/025$)، رتبه تولد (پسران $P < 0/025$)، دفعات مراجعه به دندانپزشک (دختران $P < 0/008$)، با DMFT رابطه معنی داری داشتند. در دختران بین نیازهای درمانی و نوع مدیریت مدرسه رابطه معنی داری وجود داشت ($P < 0/011$).

نتیجه گیری و توصیه ها: از نتایج بدست آمده می توان نتیجه گرفت میزان DMFT خصوصا در مورد پسران بالا می باشد و نیاز به اقدامات آموزشی و پیشگیری و درمانی در این گروه سنی وجود دارد. پیشنهاد می شود در مورد ارتباط وضعیت اشتغال مادر، تنفس دهانی، رتبه تولد فرزندان و نحوه مراجعه به دندانپزشک با پوسیدگی دندانی، مطالعات تحلیلی صورت گیرد.

کلید واژه ها: DMFT، Treatment needs، Care index، ۱۲ ساله شهرستان کرج

Email: psakhavan@yahoo.com

مقدمه:

شده می تواند برای طرح ریزی و ارزیابی جامعه بطور معنی داری خلاصه شوند. این اطلاعات شامل درصد کودکانی که نیاز به مراقبت دندانپزشکی دارند، تعداد متوسط دندانهای مبتلا به پوسیدگی درصد دندانهای ترمیم شده و دندانهای از دست رفته و درصد کودکانی که هیچگونه پوسیدگی ندارند خواهد بود. (۲) از آنجا که در کل جهان شاخص DMFT کودکان ۱۲ ساله بعنوان مقیاسی برای بررسی سلامت دهان و دندان پذیرفته شده است. بررسی و ثبت آن ارزشهای تشخیصی و درمانی بسیاری برای دندانپزشکان دارد. در تحقیقی که در سال ۱۳۷۷ از طرف وزارت

پوسیدگی دندانی یکی از مشکلات جوامع بشری است و تا آنجا اهمیت دارد که یکی از شاخصهای ارزیابی سلامت جامعه و عقب افتادگی. توسعه نیافتگی است (۱) لازمه اقدامات پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان در هر منطقه شناخت وضعیتهای موجود در آن منطقه می باشد. بررسی کودکان مدرسه معمولترین نوع جمع آوری اطلاعات در جوامع هستند این بررسی ها همچون هر فعالیت بهداشتی دندانی دیگر باید توسط انجمن دندانپزشکی علمی و دندانپزشکان بحث و بررسی شوند. اطلاعات جمع آوری

انتفاعی بطور تصادفی خوشه ای انتخاب شد با مراجعه به مدرسه نمونه و از روی لیست دانش آموزان کلاس اول راهنمایی به روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک دانش آموزان نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جهت ثبت اطلاعات از تکنیک مصاحبه، مشاهده و معاینه استفاده شد DMFT با توجه به دستور العمل WHO بررسی و ثبت شد، شاخص مراقبت دندانی از فرمول زیر بدست آمد $CI = \frac{FT}{DMFT} \times 100$ و نیازهای درمانی از فرمول $TN = \frac{DT - FT}{DT} \times 100$ محاسبه گردید. جهت معاینه دندانها از سوند تیز ساخت پاکستان و آینه تخت و نور طبیعی کلاس استفاده شد. در این مطالعه عوامل مرتبط عبارت بودند از وضعیت اشتغال مادر، تعداد فرزندان خانواده، میزان مراجعه به دندانپزشک، دفعات مصرف مواد قندی در روز، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، نوع مدرسه دفعات مسواک زدن، رتبه تولد، استفاده از نخ دندان و دهانشویه، فواصل تعویض مسواک و تنفس دهانی.

شیوع مشکل در نمونه ها تعیین و فاصله اطمینانی (C.I) در جامعه با احتمال ۹۵٪ برآورد گردید نقش عوامل مرتبط با بروز مشکل با آماره دقیق کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته ها:

تحقیق بر روی ۷۶۸ دانش آموز (پسر و دختر) ۱۲ ساله مناطق ۴ گانه آموزش و پرورش شهرستان کرج انجام شد. مقدار DMFT دختران $(2/21 \pm 2/67)$ و DMFT پسران $(3/59 \pm 2/59)$ و میزان نیازهای درمانی دختران ۸۵/۷۴٪ و پسران ۹۳/۵۴٪ و مراقبت دندانی دختران ۱۱/۱۸٪ و پسران ۵/۹۴٪ بدست آمد. در این مطالعه ۵۱/۶٪ دختران و ۳۵/۹۴٪ پسران دارای DMFT ۲ و کمتر بودند. ۲۱/۹٪ دختران و ۱۳/۵٪ پسران فاقد پوسیدگی بودند. بیشترین فراوانی مربوط به $DMFT=4$ بود که در دختران ۱۷/۴٪ و در پسران ۱۸/۷٪ آثرا دارا بودند. بیشترین مقدار DMFT در دختران ۱۲ و در پسران ۱۶ بود که به ترتیب ۰/۳٪ و ۰/۳٪ افراد به آن مبتلا بودند.

در میان عوامل مرتبط، وضعیت اشتغال مادر با DMFT رابطه معنی داری داشت از سوی دیگر رتبه تولد، تنفس دهانی نحوه مراجعه به دندانپزشک نیز با DMFT ارتباط معنی داری داشتند.

تعداد فرزندان خانواده دفعات مصرف مواد قندی در روز، دفعات مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، فواصل تعویض مسواک،

بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ایران انجام شد DMFT کودکان ۱۲ ساله ایرانی $1/4 \pm 0/5$ برآورد گردید. (۳) تحقیقات متعدد دیگری نیز در این زمینه در سالهای مختلف به انجام رسیده است بعنوان مثال پارسیون و همکاران میزان این شاخص را در تهران ۴/۸ (۴)، وارسته در تهران $1/34 \pm 3/24$ (۵) ساورعلیا در گرگان $1/84$ (۶) و عزیزی $2/34$ (۷) در شهر کرج گزارش کردند. در صورتی که به سلامت دهان و دندان توجه نشود مشکلات عدیده ای را برای نوجوانان و خانواده های آنها بوجود میآورد این مشکلات عبارتند از: درد دندان، عفونت، آبسه و در صورت عدم درمان ریشه از دست دادن دندان و هزینه های درمانی متعاقب آن.

شهرستان کرج دارای مساحتی حدود ۲۱۵۸ کیلومتر مربع بوده و از سال ۱۳۶۸ به سه شهرستان جدید کرج، شهریار و ساوجبلاغ تقسیم بندی شده است. این شهرستان به دلیل مجاورت با تهران در سالهای اخیر پذیرای جمعیت انبوهی شده است که بیشتر آنان در شهرکهای اقماری تهران و کرج زندگی می کنند. میزان فلوراید آب این شهرستان از ۰/۲ تا ۱ ppm گزارش شده است. (۸) متأسفانه در سالهای اخیر در مورد شاخص DMFT و نیازهای درمانی و مراقبت دندانی در این شهر تحقیق جامع و منتشر شده ای صورت نگرفته است بر این اساس این تحقیق روی میزان نیازهای درمانی و مراقبت دندانی و DMFT و عوامل مرتبط با بروز آن در دانش آموزان ۱۲ ساله شهرستان کرج در سال ۱۳۸۳ انجام گردید.

مواد و روشها:

مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام شد. کلیه دانش آموزان ۱۲ ساله شهرستان کرج (پسر و دختر) جامعه مورد بررسی ما بودند. تعداد نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ خطای ۵٪ و با توجه به نتایج مطالعات قبلی $(1 \pm 2/03 DMFT)$ ۳۸۴ نفر دختر و ۳۸۴ نفر پسر برآورد گردید.

نمونه گیری در این تحقیق با روش چند مرحله ای تصادفی به شرح زیر انجام شد: لیست بهنگام کلیه دانش آموزان ۱۲ ساله مناطق ۴ گانه آموزش و پرورش کرج تهیه و تعداد نمونه دانش آموزان هر منطقه به شرح زیر برآورد گردید: منطقه ۱: ۶۰ دختر، ۶۲ پسر، منطقه ۲: ۹۳ دختر، ۸۶ پسر منطقه ۳: ۱۱۱ دختر، ۱۲۰ پسر و منطقه ۴: ۱۲۰ دختر و ۱۱۶ پسر. در مرحله ی بعدی با توجه به سهمیه هر منطقه و تعداد دانش آموزان مدارس غیر انتفاعی و دولتی سهم هر یک در داخل هر منطقه تعیین و در داخل لیست مدارس هر منطقه تعدادی مدرسه دولتی و غیر

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی DMFT دانش آموزان پسر ۱۲ ساله کرج در سال ۱۳۸۳

درصد	تعداد	فراوانی DMFT
۳۵/۹۴	۱۳۸	دو و کمتر
۶۴/۰۶	۲۴۶	بیشتر از دو

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی DMFT دانش آموزان دختر ۱۲ ساله کرج در سال ۱۳۸۳

درصد	تعداد	فراوانی DMFT
۵۱/۶	۱۹۸	دو و کمتر
۴۸/۴	۱۸۶	بیشتر از دو

استفاده از دهانشویه، نوع مدیریت مدرسه و طبقه اقتصادی - اجتماعی ارتباط معنی داری را با DMFT نشان ندادند.

میزان نیازهای درمانی در مدارس دولتی پسرانه ۹۰/۴۲ و در مدارس غیر انتفاعی پسرانه ۷۸/۹۳ بدست آمد که اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد ($P < ۰/۱۳$)

در حالیکه در مدارس دولتی دخترانه میزان نیازهای درمانی ۸۷/۹۲ و در مدارس غیر انتفاعی ۶۱/۰۸ بود و این اختلاف به لحاظ آماری معنی دار بود ($P < ۰/۰۱$)

میزان مراقبت دندان در مدارس دولتی پسرانه ۶/۵۵ و در مدارس غیر انتفاعی ۵/۵۱ بدست آمد که اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نیست ($P < ۰/۷$)

همچنین در مدارس دولتی دخترانه میزان مراقبت دندان ۱۰/۹۶ و در مدارس غیر انتفاعی ۱۳/۹۱ بود ($P < ۰/۶$). میزان مراقبت دختران در گروه اجتماعی - اقتصادی متوسط و خوب ۱۱/۶۵ و در گروه ضعیف ۱۰/۱۷، میزان مراقبت دندان پسران در گروه اجتماعی - اقتصادی خوب و متوسط ۶/۳۲ و در گروه اجتماعی - اقتصادی ضعیف ۵/۴۱ بدست آمد که اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P < ۰/۶۳۷$).

جدول شماره ۳: توزیع میزان DMFT دانش آموزان دختر ۱۲ ساله شهرستان کرج به تفکیک عوامل مرتبط در سال ۱۳۸۳

عوامل مرتبط	DMFT	دو و کمتر (N=۱۳۸)	بیشتر از دو (N=۲۴۶)	نتیجه آزمون	OR	میزان واقعی OR با احتمال ٪۹۵
اشتغال مادر: خانه دار (۳۱۸) شاغل (۶۶)	۱۷۲(۸۶/۹) ۲۶(۱۳/۱)	۱۴۶(۷۸/۵) ۴۰(۲۱/۵)	۰/۰۳	۱/۸	۱/۱-۳/۹	
رتبه تولد: اول- دوم (۱۶۲) سوم و بیشتر (۲۲۲)	۸۶(۴۳/۵) ۱۱۲(۵۶/۵)	۷۶(۴۰/۸) ۱۱۰(۵۹/۲)	۰/۶۱	-----	-----	
تعداد فرزندان: بیشتر از دو (۱۴۶) دو و کمتر (۲۳۸)	۸۰(۴۰/۴) ۱۱۸(۵۹/۶)	۶۶(۳۵/۴) ۱۲۰(۶۴/۶)	۰/۳۲	-----	-----	
مصرف مواد قندی در روز: یکبار و کمتر (۲۵۰) دو بار و بیشتر (۱۳۴)	۱۳۳(۶۷/۱) ۶۵(۳۲/۹)	۱۱۷(۶۲/۹) ۶۹(۳۷/۱)	۰/۳۸	-----	-----	
دفعات مسواک زدن: دو بار و بیشتر (۲۰۵) یکبار و کمتر (۱۷۹)	۱۰۹(۵۵/۰) ۸۹(۴۵/۰)	۹۶(۵۱/۶) ۹۰(۴۸/۴)	۰/۵۰	-----	-----	
استفاده از نخ دندان: خیر (۳۱۴) بلی (۷۰)	۱۶۶(۸۳/۸) ۳۲(۱۶/۲)	۱۴۸(۷۹/۵) ۳۸(۲۰/۵)	۰/۲۷	-----	-----	
مراجعه به دندانپزشک: در موارد درد و اورژانس	۱۷۶(۸۸/۸)	۱۴۷(۷۹/۰)	۰/۰۰۸	۲/۱	۱/۲-۳/۷	

			۳۹(۲۱/۰)	۲۲(۱۱/۲)	یا اصلاً مراجعه نداشته (۳۲۳) مرتب (۶۱)
۱/۱-۳/۷	۱/۸	۰/۰۲۵	۱۴۲(۷۶/۳) ۴۴(۲۳/۷)	۱۶۹(۸۵/۳) ۲۹(۱۴/۷)	تنفس دهانی : خیر (۳۱۱) بلی (۷۳)
-----	-----	۰/۵۴	۱۳۳(۷۱/۵) ۵۳(۲۸/۵)	۱۴۷(۷۴/۲) ۵۱(۲۵/۸)	فواصل تعویض مسواک : سه ماه و کمتر (۲۸۰) بیشتر از ۳ ماه (۱۰۴)
-----	-----	۰/۹۵	۴۲(۲۲/۵) ۱۴۴(۷۷/۵)	۴۴(۲۲/۲) ۱۵۳(۷۷/۸)	استفاده از دهانشویه : بلی (۸۶) خیر (۲۹۷)
-----	-----	۰/۰۸۱	۱۶۸(۹۰/۳) ۱۸(۹/۷)	۱۸۸(۹۴/۹) ۱۰(۵/۱)	نوع مدرسه : دولتی (۳۵۶) غیر انتفاعی (۲۸)
-----	-----	۰/۳۹۷	۱۲۶(۶۷/۷) ۶۰(۳۲/۳)	۱۴۲(۷۱/۷) ۵۶(۲۸/۳)	گروه اجتماعی - اقتصادی : متوسط و خوب (۲۶۸) ضعیف (۱۱۶)

جدول شماره ۴: توزیع میزان DMFT دانش آموزان پسر ۱۲ ساله شهرستان کرج به تفکیک عوامل مرتبط در سال ۱۳۸۳

میزان واقعی OR با احتمال ۹۵٪	OR	نتیجه آزمون	بیشتر از دو (N=۲۴۶)	دو و کمتر (N=۱۳۸)	DMFT / عوامل مرتبط
۲-۵/۷	۳/۴	$P \leq 0.005$	۲۹(۱۱/۸) ۲۱۷(۸۸/۲)	۴۳(۳۱/۲) ۹۵(۶۸/۸)	اشتغال مادر : شاغل (۷۲) خانه دار (۳۱۲)
۱/۱-۲/۵	۱/۷	$P \leq 0.025$	۱۳۵(۵۴/۹) ۱۱۱(۴۵/۱)	۹۴(۶۸/۱) ۴۴(۳۱/۹)	رتبه تولد : اول- دوم (۲۲۹) سوم و بیشتر (۱۵۵)
-----	-----	$P \leq 0.3$	۱۱۳(۴۶) ۱۳۳(۵۴)	۷۲(۵۲/۲) ۶۶(۴۷/۸)	تعداد فرزندان : دو و کمتر (۱۸۵) بیشتر از دو (۱۹۹)
-----	-----	$P \leq 0.975$	۱۹۳(۷۸/۵) ۵۳(۲۱/۵)	۱۰۸(۷۸/۳) ۳۰(۲۱/۷)	مصرف مواد قندی در روز : یکبار و کمتر (۳۰۱) دو بار و بیشتر (۸۳)
-----	-----	$P \leq 0.95$	۷۷(۳۱/۳) ۱۶۹(۶۸/۷)	۴۴(۳۱/۹) ۹۴(۶۸/۱)	دفعات مسواک زدن : دو بار و بیشتر (۱۲۱) یکبار و کمتر (۲۶۲)
-----	-----	$P \leq 0.6$	۵۵(۲۲/۳) ۱۹۱(۷۷/۷)	۳۵(۲۵/۴) ۱۰۳(۷۴/۶)	استفاده از نخ دندان : بلی (۹۰) خیر (۲۹۴)
-----	-----	$P \leq 0.7$	۳۱(۱۲/۶)	۱۵(۱۰/۹)	مراجعه به دندانپزشک : مرتب (۴۶)

			۲۱۵(۸۷/۴)	۱۲۳(۸۹/۱)	در موارد درد و اورژانس یا اصلا مراجعه نداشته (۳۳۸)
۱/۲-۳/۴	۲	$P \leq 0.025$	۱۷۹(۷۲/۸) ۶۷(۲۷/۲)	۱۱۶(۸۴) ۲۲(۱۶)	تنفس دهانی : خیر (۲۹۵) بلی (۸۹)
-----	-----	$P \leq 0.1$	۱۲۹(۵۲/۴) ۱۱۷(۴۷/۶)	۸۶(۶۲/۳) ۵۲(۳۷/۷)	فواصل تعویض مسواک : سه ماه و کمتر (۲۱۵) بیشتر از ۳ ماه (۱۶۹)
-----	-----	$P \leq 0.3$	۸۲(۳۳/۳) ۱۶۴(۶۶/۶)	۳۸(۲۷/۵) ۱۰۰(۷۲/۵)	استفاده از دهانشویه : بلی (۱۲۰) خیر (۲۶۴)
-----	-----	$P \leq 0.1$	۳۴(۱۳/۸) ۲۱۲(۸۶/۷)	۲۹(۲۱) ۱۰۹(۷۹)	نوع مدرسه : غیر انتفاعی (۶۳) دولتی (۳۲۱)
-----	-----	$P \leq 0.975$	۱۶۷(۶۷/۹) ۷۹(۳۲/۱)	۹۴(۶۸/۱) ۴۴(۳۱/۹)	گروه اجتماعی - اقتصادی : متوسط و خوب (۲۶۱) ضعیف (۱۲۳)

بحث :

تقریبا مشابه اعداد بدست آمده برای دختران و پایین تر از نتایج بدست آمده برای پسران بود. (۷)
تحقیقات بسیار زیادی در زمینه بهداشت دهان و دندان این گروه سنی که یکی از گروههای هدف سازمان جهانی بهداشت می باشد در گوشه و کنار جهان انجام شده و نتایج متفاوتی را اعلام کرده اند. آقای J.Gretzer و همکارانش در برزیل میزان DMFT را حدود ۳/۶۲ و Caries free را ۱۵/۸٪ گزارش کردند. (۹)
آقایان Albashireh در اردن DMFT را حدود ۲/۵ و Caries free=۲۷/۱٪ (۵) و J.Salapata و همکارانش در آتن DMFT=۲/۴۱، Caries free=۲۵/۳٪ (۱۰) گزارش کردند. آقای Bakayoko-Ly در بورکینافاسو DMFT=۱/۷۲±۰/۱۲ را اعلام کرد(۱۱). آقای دکتر وارسته در بررسی روی پسران ۱۲ ساله شهر تهران DMFT=۳/۲۴±۱/۳۴ و Caries free=۱۴/۵٪ اعلام کردند(۵). این نتایج کما بیش شبیه به نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر بود.

در تحقیق آقای پاریسون در تهران DMFT=۴/۸±۲/۳ (۴) و Caries free=۶/۸٪ در پاناما DMFT=۴/۰۸ و Caries free=۱۲٪ (۱۲) همچنین در تحقیق منیر و همکارانش در لبنان میانگین DMFT=۵ و میزان Caries free=۸٪ گزارش شد. (۵) و در بررسی Irigoyen (۱۳) و همکارانش در مکزیکوسیتی میانگین DMFT=۴/۶۴ و میزان Caries free=۹/۵٪

مطالعه حاضر نشان داد میزان DMFT در دختران ۱۲ ساله شهرستان کرج ۲/۶۷±۲/۲۱، میزان نیازهای درمانی آنها ۸۵/۷۴٪ و میزان مراقبت دندانی ۱۱/۱۸٪ است. ۲۱/۹٪ این افراد نیز فاقد هر گونه پوسیدگی، پرکردگی یا کشیدن دندان بودند.

همچنین میزان DMFT در پسران ۱۲ ساله شهرستان کرج ۳/۵۹±۲/۵۹ و میزان نیازهای درمانی آنها ۹۳/۵۴٪ و مراقبت دندان ۵/۹۴٪ و بدون پوسیدگی ۱۳/۵٪ بود.

در تحقیقی که در سال ۱۹۶۹ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت ایران از لحاظ میزان DMFT افراد ۱۲ ساله در گروه low قرار داشت ولی در بررسی مجدد همین سازمان در سال ۱۹۹۳، ایران به جایگاه moderate انتقال یافت که نشان دهنده سیر صعودی روند پوسیدگی در کشورمان بود. (۹) در سال ۱۳۷۴ دفتر بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت تحقیقی روی DMFT کودکان ۱۲ ساله ایرانی انجام داده و مقدار آنرا ۱/۶۷ اعلام کرد و در تحقیق انجام شده در سال ۱۳۷۷ DMFT=۱/۵±۰/۱۴ و Caries free=۴۷/۷٪ بدست آمد(۳) که به مراتب از ارقام بدست آمده ما بهتر بود در تحقیقی که توسط آقای دکتر عزیزی در سال ۱۳۷۴ بر روی ۱۰۶۳ نفر دانش آموز ۱۱-۱۳ ساله کرج انجام دادند DMFT=۲/۳۴ و Caries free=۲۴/۸٪ بدست آمد که

است که با توجه به بالاتر بودن FT و تقریباً یکسان بودن DT این نتیجه قابل انتظار است .

در تحقیق آقای degbembo در نیجریه میزان نیازهای درمانی ۳۰/۴٪ بدست آمد (۱۶) که از نتیجه بدست آمده در مطالعه ما بسیار پایین تر است . این اختلاف را می توان به وجود یک سیستم پیشرونده مناسب مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح کل کشور نیجریه و همچنین تفاوت‌های نژادی و اختلاف در روشهای تغذیه در دو کشور نسبت داد .

در مورد عوامل مرتبط نتایج بسیار متفاوتی ارائه شده است . در این مطالعه بین تعداد فرزندان و میزان DMFT رابطه معنی داری نبود ولی رتبه تولد و میزان DMFT در پسران رابطه معنی داری داشتند ($P < 0.025$). در تحقیق وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۷ و دکتر وارسته این دو متغیر بر میزان DMFT بی اثر بودند (۳). در توجیه این نتیجه بنظر می رسد فرزندان پسر اول و دوم خانواده توجه بیشتری را نسبت به فرزندان دیگر از سوی والدین کسب می کنند و از طرفی امکانات بیشتری نیز بهره مند خواهند بود در این مطالعه دفعات مصرف مواد قندی در روز بر میزان DMFT افراد مورد مطالعه تاثیر معنی داری نداشت . در بررسی دکتر وارسته نیز این متغیر روی میزان DMFT (۵) بی تاثیر بود .

ولی در تحقیق وزارت بهداشت میزان مصرف مواد قندی بر روی DMFT موثر بود (۳) احتمالاً دلیل این اختلاف ناشی از معیار بررسی می باشد . به این ترتیب که در تحقیق فوق الذکر معیار مصرف ۷ بار و بیشتر مواد قندی در روز بود در حالیکه در مطالعه ما مصرف بیش از ۲ بار و یا کمتر از آن معیار بررسی بود .

در مطالعه ما دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان بر روی DMFT تاثیری نداشت با توجه به نقش ثابت شده پلاک میکروبی بعنوان یکی از عوامل دخیل در ایجاد پوسیدگی دندان و نقش پیشگیری کننده روشهای مکانیکی حذف پلاک عدم تاثیر این روشها را میتوان ناشی از چند عامل دانست . یکی اینکه کیفیت مسواک زدن بیش از دفعات آن در پیشگیری از تجمع پلاک میکروبی و متعاقب آن پوسیدگی دندان موثر است . از طرف دیگر گروه سنی مورد مطالعه تعداد دندانهای روئیده در این سن ، مدت زمان گذشته از رویش دندانها عدم استفاده از رادیوگرافی می تواند در نتیجه بدست آمده دخیل باشد .

در تحقیق ما ۳۱/۵٪ پسران حداقل ۲ بار یا بیشتر در روز مسواک می زدند و ۶۸/۵٪ روزی یکبار و کمتر در روز مسواک می زدند . و در دختران ۸۹٪ افراد حداقل یکبار در روز مسواک

free گزارش شد . در این بخش نتایج گزارش شده در مورد DMFT ، مقادیر بیش از مقادیر بدست آمده در مطالعه ما بودند .

در تحقیقات آقایان W-keungleung در چین DMFT = ۰/۱۲ و Caries free = ۹۴٪ (۱۴) در چین Edward, در تبت DMFT = ۰/۸ (۱۵) در نیجریه DMFT = ۰/۷ (۱۶) Pitts و همکارانش در بریتانیا (انگلیس و ولز) DMFT = ۱/۵ (۱۷) tramini، و همکارانش در آلمان DMFT = ۱/۱۵ و در فرانسه DMFT = ۱/۲۹ (۱۸) pieper و همکارانش میانگین DMFT را برابر ۰/۷۵ در آلمان (۱۹) و آقای Adewakon و همکارانش در ترینیداد ۱/۳۵ ± ۲/۳ DMFT = (۲۰) را بدست آوردند . از طرف دیگر آقای Mc.Donald و همکارانش در نپال میانگین DMFT برابر ۱/۱ بدست آوردند. (۲۱) همانگونه که مشاهده می شود اختلافات زیادی در جوامع مختلف در میزان DMFT های ارائه شده وجود دارد . این اختلافات می تواند ناشی از وجود تفاوت در میزان یون فلوراید آب مصرفی منطقه

(۱۱، ۱۴۰، ۱۸، ۱۹) اختلاف در روش تغذیه (۱۱، ۱۲) وجود روشهای مطالعه مختلف (۱۵، ۱۷، ۱۲، ۲۰) استفاده از ایندکسهای متفاوت (۱۷) و در نهایت وجود تفاوت‌های جغرافیایی یا فرهنگی و ژنتیکی باشد .

طبق بررسی آقایان Worthington و Craven رابطه معکوس قوی بین Care index و میانگین DMFT وجود دارد . زمانی که میزان بیماری افزایش می یابد شاخص care index کاهش یافته و بعکس زمانی که میزان بیماری (DMFT) کاهش یابد شاخص C.I افزایش می یابد (۲۲)

میزان مراقبت دندان‌دانی در پسران ۵/۹۴٪ بدست آمد که در مدارس دولتی و غیر انتفاعی تفاوت معنی داری نداشت . در دختران میزان مراقبت کمی بالاتر و حدود ۱۱/۱۸٪ بود . طبق مطالعه آقایان Worthingtons , craven انتظار می رفت نسبت به مطالعه خودشان مراقبت دندان‌دانی کاهش یابد اما از آنجایی که در بررسی ایشان جزء F بیشتر از این تحقیق بود و جزء D,M تقریباً یکسان بود در نتیجه با بالا رفتن DMFT میزان care index کاهش پیدا نکرد .

میزان نیازهای درمانی در دختران ۸۵/۷۴٪ بدست آمد که در مدارس دولتی ۸۷/۹۲٪ و در مدارس غیرانتفاعی ۶۱/۰۸٪ بود که این اختلاف نیز معنی دار بود . در بررسی دکتر وارسته میزان نیازهای درمانی ۶۹٪ بدست آمد که از نتایج بدست آمده ما کمتر

علت خشک شدن محیط دهان و حذف اثر حفاظتی بزاق مستعد ژنرویت و پوسیدگی دندانی هستند .

در مورد اشتغال مادر نیز نتایج متفاوتی ارائه شده است در مطالعه حاضر روی دختران مشاهده شد کودکانی که مادران آنها شاغل بودند ۱-۳/۹ بار بیشتر در معرض افزایش DMFT قرار دارند ($P < 0/03$)

در حالی که در پسران آنهایی که مادران خانه دار داشتند DMFT بالاتری را نسبت به گروه دیگر داشتند ($P < 0/05$) ($OR = 1/8$) این تفاوت در نتیجه می تواند ناشی از تفاوت‌های موجود در گروه‌های مورد معاینه و نسبت‌های بین دو گروه باشد . انجام مطالعه تحلیلی جهت مشخص شدن پاسخ واقع بینانه تر توصیه می شود.

در پایان توصیه می شود بررسی در مورد مراقبت دندانی و نیازهای درمانی بشکل خاص در جوامع به همراه DMFT انجام شود و همچنین در مورد نقش عوامل مرتبط نظیر اشتغال مادر، تنفس دهانی و رتبه تولد مطالعات تحلیلی صورت گیرد.

می زدند و فقط ۴٪ اصلا مسواک نمی زدند . در تحقیق وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۱ نشان داده شد ، ۵۰-۴۰٪ کودکان ۱۲ ساله کشور ما عادت به مسواک زدن مرتب حداقل روزی یکبار را نیز ندارند و ۲۷٪ کودکان ۱۲ ساله (در روستاها ۳۴٪) اصلا مسواک نمی زنند . (۳)

در مورد نحوه مراجعه به دندانپزشک و DMFT در پسران رابطه معنی داری پیدا نشد در حالیکه در دختران این رابطه معنی دار بود ($P < 0/008$) . لازم به ذکر است اکثر دخترانی که مراجعه منظم به دندانپزشک داشتند تحت درمان ارتودنسی بودند و در میان پسران تنها ۵ نفر (۱۰/۹٪) پسرانی که بطور مرتب به دندانپزشک مراجعه می کردند) تحت درمان ارتودنسی قرار داشتند . در تحقیق وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۷ مشخص شد ۵۲٪ کودکان ۱۲ ساله ایرانی سابقه مراجعه به دندانپزشک داشتند که مهمترین علت مراجعه هم دندان درد بوده است . (۳)

در این مطالعه تنفس دهانی بر روی میزان DMFT تاثیر معنی داری داشت ($P < 0/025$) در مطالعات دیگر به این عامل اشاره ای نشده بود . بنظر می رسد کودکانی که تنفس دهانی دارند به

منابع :

- ۱- دکتر مهرداد - کاظم : میزان پوسیدگی و DMFT در ایران و سایر کشورهای جهان مجله دندانپزشکی دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۷۴، شماره ۲۲
- ۲- مک دونالد ، رالف : کتاب دندانپزشکی اطفال و نوجوانان ، ترجمه دکتر ناهید جنابیان ، چاپ هفتم ، موسسه فرهنگی و انتشاراتی تیمور زاده سال ۲۰۰۰ فصل ۱۰- صفحه ۱۹۹-۱۷۳
- ۳- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی - معاونت بهداشتی دفتر بهداشت دهان و دندان سیمای بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی در سال ۱۳۷۷ ، چاپ اول . انتشارات جابر ، سال ۱۳۷۹
- ۴- پاریسون - محمد : «بررسی میزان DMFT در رده سنی ۱۲ ساله تهران و مقایسه نتیجه حاصله با هدف سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی» ، پایان نامه شماره ۱۶۲۱ ، دانشگاه آزاد اسلامی ۷۹-۱۳۷۸
- ۵- دکتر وارسته - علی : «بررسی میزان DMFT و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان ۱۲ ساله شهر تهران در سال ۱۳۸۲» دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی - پایان نامه شماره ۵۰۴۷ سال ۸۳-۱۳۸۲
- ۶- ساور علیا - نقی : «بررسی میزان DMFT در دانش آموزان ۱۲ ساله کلاس اول راهنمای شهر گرگان در سال ۸۱-۱۳۸۰» پایان نامه شماره ۴۱۶۰ ، دانشگاه تهران ۱۳۸۱
- ۷- عزیزی - حمید : بررسی ناهنجاریهای دندان‌دانی فکی و دانش آموزان ۱۱-۱۳ ساله ناحیه کرج ، پایان نامه شماره ۳۳۸۴ ، دانشگاه تهران ۷۵-۱۳۷۴ ، ۸۵-۱۱۰
- ۸- دکتر قنایان - شهاب : « رابطه میزان فلوراید آب آشامیدنی شهرستان کرج با شیوع DMFT در میان پسران ۱۱ ساله این شهرستان » دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران - شماره پایان نامه ۱۱۶۳ .
- 9- Gretzer . j , sampaio . F . C.Schulte . A Caries prevalence and treatment need among 12 year old from cruzeiro Do Sul . Brazil . caries research 2002 :36 : 206 .
- 10- Salapata J , Blinkhorn As , Altwood D : Dental health of 12-year old children in Athens community Dent oral epidemiol (1990) 18,80-81
- 11- Bakayoko -ly . R.Tapsoba . H . Oral health status of 12 years old school children in the province of kadiogo Burkina faso (2000) 17,38-40
- 12- Astroth . J . Berg . R , Berkey D .Mc Dowell . J , Hamman R , Colorado , USA . Jonathan maun , Jerusalem , Israel . Dental caries prevalence and treatment need in chiriqui province , panama International dental journal (1998) 484 , 203-209
- 13- Marina esther Irigoyen , Gerardo Maupome A drianana Marcela Mejia ,caries experience and treatment needs in a 6 to 12 year old urban population to socio - economic status Community dental health (1999) 16, 245-249 .
- 14- Keung leung w , chu . C.H. Chu-Hong kong SAR chena - Dental caries and periodontal status of 12-year -old school children in rural Qinghai , china , International Dental Journal -(2003) 53, 73-78
- 15- Edward C.M. Lo, L.j . jin , K.Y .Zee , Keung leung W. and Esmond F. Corbet Oral health status and treatment needs of 11-13 year-old urban children in Tibet , china Community Dental health (2000) 17, 161 -164 .

- 16- Adegbembo . A.O . MAI . EL , Nadeet and Adeyuinka A . National survey of dental caries status and treatment needs in nigeria Community dental health (1995) . 35-44
- 17- Pitts . N.B , Evans . D.J , Nugent Z.J , Pine . C.M . The dental caries experience of 12 –years old children in England and wales . surveys coordinated by BASCD in 2000 - 2001 community Dental health (2002) 19,46-53
- 18- Tramini . P, Klemme . B , Schulte . A.G : “Caries experience in 12-year –old children from Heidelberg , Germany , and mont pellier . France in 2001 / 2002” Caries Research 2003 ; 37 :307 .
- 19- Pieper . K , Hart mann .T, Born . C . H , Zofel . P :Association of caries experience in 12 – year-old children in Marburg Germany , with different preventive measures . Caries research 2003, 37:307 .
- 20- Adewakun . A.A , Percival . T.M , Barclay . S.R , Campbell . A.D , Amarch . T.B : “caries status and cost of care for children served by the Eastern Health Region in Trinidad” . Caries Res 2003 ; 37-309
- 21- R.Yee , N. Mc Donald, : “Caries experience of 5-6 year old and 12-13 year old children in central and western Nepal” , Int Dent J 2002 Dec 52 (6) 453-60
- 22- Worthington H.V Craver R.C : “Relation ship between the care index and mean dmft / DMFT” , Community Dental health (1998)15, 248-51 .