

بررسی شاخص DMFT در دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۱۲-۸ ساله مدارس استثنایی شهر یزد در سال ۱۳۸۰

دکتر عبدالرحیم داوری*، دکتر معصومه جعفری نسب**، فاطمه عبدالهی علی بیک***

چکیده

سابقه و هدف: DMFT از شاخصهای مهم نشانگر وضع سلامت دندانها می باشد که سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع آنرا در سن ۱۲ سالگی برای سال ۲۰۱۰ میلادی معادل ۱ در نظر گرفته است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع DMFT در دانش آموزان عقب مانده ذهنی خفیف (IQ = ۵۰-۷۰) ۸-۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر یزد در سال ۱۳۸۰ انجام پذیرفت.

مواد و روشها: این مطالعه به روش توصیفی و از نوع مقطعی انجام گرفت. تعداد نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، ۱۰۰ نفر تعیین گردید این تعداد کودک عقب مانده ذهنی ۸-۱۲ ساله (۵۴ پسر و ۴۶ دختر) از مدارس استثنایی شهر یزد بطور تصادفی انتخاب و مورد معاینه قرار گرفتند. اطلاعات بدست آمده از طریق فرمهای پرسشنامه توسط کامپیوتر و با کاربرد روشهای آماری T-Test و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافتهها: میانگین کل DMFT در جامعه مورد بررسی $0/95 \pm 3/83$ بود که میزان آن در دختران $6/93 \pm 3/54$ و در پسران $0/11 \pm 3/89$ بدست آمد. در این تحقیق عدد $4/3$ درصد دندانها پوسیده، $1/46$ درصد دندانها کشیده شده و $0/19$ ٪ دندانها ترمیم شده بودند. در این مطالعه درصد افراد عاری از پوسیدگی ۱۰٪ بدست آمد.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی داری میان DMFT جامعه مورد بررسی و سواد والدین وجود ندارد. DMFT در کودکانی که از مسواک استفاده می کردند به مراتب کمتر از کودکانی بود که از مسواک استفاده نمی کردند. این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0/001$). همچنین بین وضعیت شاخص DMFT در افراد این جامعه ($0/95 \pm 3/83$) نسبت به استانداردهای WHO برای سال ۲۰۱۰ تفاوت بسیاری وجود داشت.

کلید واژگان: DMFT، مدارس استثنایی، عقب مانده ذهنی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۰/۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۳/۱۰/۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۶/۳۱

مقدمه

را تشکیل می دهند. از آنجا که ارائه خدمات دندانپزشکی به معلولین ذهنی با مشکلات عدیده ای همراه است و تهیه و کاربرد پروتزهای دندانی به دنبال از دست دادن دندانها برای بسیاری از این بیماران تقریباً ناممکن است اهمیت مسئله پیشگیری از بیماریهای پوسیدگی و پریدونتال بروز بیشتری پیدا می کند. بنابراین جهت برنامه ریزی در امر پیشگیری و درمان بیماریهای دهان و دندان و به کارگیری دانش و تکنیک جدید در این زمینه ضرورت انجام مطالعات همه گیرشناسی بر طبق

بی تردید به دلیل اصل تفاوت های فردی همواره افراد با اختلافات قابل ملاحظه از نظر جسمی و ذهنی با افراد نرمال وجود دارد. یکی از اقسام آسیب پذیر جامعه کودکان ناتوانی هستند که به دلیل وضعیت ذهنی و جسمی خاص به مراقبتهای ویژه نیاز دارند. امروزه ما شاهد فعالیتهای زیادی در زمینه مراقبتهای بهداشتی درمانی این کودکان به خصوص در کشورهای پیشرفته هستیم. یک گروه از این کودکان ناتوان، کودکان عقب مانده ذهنی می باشند که سه درصد از افراد جامعه

E-mail: rdavari2000@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار گروه دندانپزشکی ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یزد.

** دندانپزشک.

*** کارشناس ارشد شیمی آلی، ناحیه ۲ آموزش و پرورش یزد.

ج) عقب‌ماندگی ذهنی شدید: میزان IQ این گروه بین ۲۰-۳۵ بوده و حدود ۳ تا ۴ درصد عقب‌ماندگان ذهنی را تشکیل می‌دهند. طی سالهای اولیه کودکی زبان ارتباطی را کم می‌آموزند. این گروه تنها در سطح محدودی می‌توانند از آموزش مطالب پیش‌دبستانی بهره بگیرند. اکثر افراد این گروه علاوه بر عقب‌ماندگی ذهنی دچار معلولیت هم می‌باشند که احتیاج به مراقبت ویژه دارند.

د) عقب‌ماندگی ذهنی عمیق: این گروه حدود ۱ تا ۲ درصد عقب‌ماندگان ذهنی را تشکیل می‌دهند. بیشتر افراد این گروه دارای اختلال عصبی هستند. در طی سالهای اولیه اختلالهای چشمگیری در کارکرد حسی- حرکتی نشان می‌دهند، رشد بهینه آنها در محیطی انجام می‌شود که به شدت سازمان یافته،

همراه با نظارت و کمک مداوم یک مراقب می‌باشد. (۴)

در تحقیقی در سال ۱۹۸۲ در کشور فنلاند، وضعیت دندانها - لثه‌ها و بهداشت دهان ۵۸ کودک عقب‌مانده ذهنی ۱۰-۹ ساله و ۵۸ کودک سالم ۱۰-۹ ساله مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه نشان داد که ارزش DFS (Decay, Filling, Surface) در هر دو گروه یکسان است ولی DS (Decay, Surface) در گروه عقب‌مانده ذهنی پایین‌تر، همچنین بهداشت دهان در این گروه ضعیفتر است. این دو گروه از لحاظ وضعیت لثه‌ها با هم تفاوت چندانی نداشتند. (۵)

تحقیقی توسط Evans و همکاران در سال ۱۹۹۱ روی ۶۷۷ کودک و جوان ۱۹-۳ ساله در مدارس استثنایی جنوب شهر Glomorgan انجام گرفت. این مطالعه وضعیت پوسیدگی و بیماریهای پریدونتال این افراد را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که میزان پوسیدگی در اکثریت بچه‌های ۱۳-۱۲ ساله‌ای که به طور منظم مراقبتهای دندان‌دریافت می‌کنند نسبت به بچه‌های هم‌سن در مدارس ملی کمتر است. همچنین ۴۷ درصد از بچه‌ها و بزرگسالان جوان دارای بیماری پریدونتال بودند. (۶)

استانداردهای جهانی به منظور جمع‌آوری اطلاعات اولیه در خصوص وضعیت بهداشت دهان و میزان پوسیدگی دندان این قشر آسیب‌پذیر جامعه احساس می‌شود.

امروزه برای آنکه اطلاعات بدست آمده در سرتاسر نقاط جهان با یکدیگر قابل مقایسه باشند سازمان بهداشت جهانی W.H.O و فدراسیون بین‌المللی دندانپزشکی FDI شاخص مشخصی را پیشنهاد می‌کنند که این شاخص DMF نام دارد. شاخص مذکور توسط Palmour در سال ۱۹۳۸ ارائه گردید. براساس این شاخص شیوع ابتلای دندان به صورت تعداد دندان (T) و یا سطوح دندان (S) و تعداد دندانهای پوسیده (D)، دندانهای از دست رفته به علت پوسیدگی (M) و ترمیم شده (F) نشان داده می‌شود. (۱)

اهمیت این شاخص از آن جهت است که براساس آن می‌توان ضمن تعیین وضعیت بهداشت دهان و دندان افراد جامعه، نیازهای درمانی را مشخص کرد. (۲) عقب‌ماندگی ذهنی و سطح عملکرد هوشی و اجتماعی براساس آزمونهای رایج هوش به درجاتی تقسیم می‌شود:

الف) عقب‌ماندگی ذهنی خفیف: میزان IQ از ۷۰-۵۵ است که در طبقه‌بندی آموزشی عنوان آموزش‌پذیر برآن نهاده‌اند و بیشترین تعداد به این گروه تعلق دارد (حدود ۸۵٪). این گروه از عقب‌مانده‌های ذهنی در طی دوران پیش‌دبستانی مهارتهای اجتماعی و ارتباطی را کسب می‌کنند. (۳)

ب) عقب‌ماندگی ذهنی متوسط: میزان IQ این گروه بین ۵۵-۳۵ می‌باشد که در طبقه‌بندی آموزشی عنوان تربیت‌پذیر برآن نهاده‌اند. این گروه حدود ۱۰ درصد کل جمعیت عقب‌مانده ذهنی را تشکیل می‌دهند. بیشتر افراد این گروه طی سالهای اول کودکی مهارتهای ارتباطی را می‌آموزند برای این گونه افراد آموزش حرفه‌ای مفید می‌باشد. این گروه قادر به تامین زندگی خود نیستند.

میانگین شاخص DMFT دندانهای دائمی کودکان عقب مانده
ذهنی $4/7 \pm 2/45$ گزارش شد. (۱۰)

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی (Descriptive) و از نوع مقطعی
(cross sectional) بر روی ۱۰۰ نفر از دانش آموزان عقب مانده
ذهنی ۸-۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر یزد انجام گرفت.
جامعه مورد بررسی شامل ۵۴ پسر و ۴۶ دختر بود. جهت
انتخاب حجم نمونه پس از مشاوره آماری و در نظر گرفتن
سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان خطای ۳٪ تعداد افراد طبق
فرمول $n = \frac{Z^2 \cdot S^2}{d^2}$ محاسبه و حجم نمونه ۱۰۰ نفر تعیین گردید.
کودکانی که علاوه بر نقص ذهنی دارای نقص جسمی بودند
در این مطالعه وارد نشدند.

سپس جهت انتخاب نمونه‌ها با مراجعه به اداره کل آموزش و
پرورش کودکان استثنایی شهر یزد و کسب معرفی نامه ۵
مدرسه استثنایی (۳ مدرسه پسرانه و ۲ مدرسه دخترانه) به طور
تصادفی انتخاب شدند.

در این بررسی قسمت اول پرسشنامه که شامل مشخصات کلی
و قسمت دوم آن که شامل سؤالات عمومی بود از طریق دفتر
ثبت آمار، پرونده بهداشت هر دانش آموز و مصاحبه تکمیل
می شد. قسمت سوم پرسشنامه از طریق معاینه کلینیکی تکمیل
می شد.

تشخیص پوسیدگی در این بررسی با کمک آینه تخت
دندانپزشکی، سوند و نور طبیعی به روش مشاهده‌ای-لمس
(Visual - Tactile) که یکی از روشهای پیشنهادی WHO
می باشد، انجام گرفت. بدین ترتیب که اگر پوسیدگی روی
سطح اکلوزال و یکی از سطوح پروگزیمال دندان در یک طرف
قوس فکی یافت شود، احتمال وقوع آن در محل مشابه روی
سمت مقابل فک افزایش خواهد یافت و در صورتیکه پوسیدگی
روی سطح پروگزیمال دندان یافت شود، آنگاه سطح مجاور آن

مطالعه‌ای نیز در سال ۱۹۹۳ روی ۱۲۹ نفر از مبتلایان به
Handicapped جسمی ۱۷-۳ ساله (۸۶ نفر مذکر و ۴۹ نفر
مؤنث) تحت معاینات دندانپزشکی در مدارس مخصوص آنها در
ناحیه Northern به عمل آمد. میانگین سن افراد معاینه‌شونده
۱۰/۷ بود. نتایج بدست آمده نشان دادند که پوسیدگی دندانهای
شیری نسبت به دندانهای دائمی کمتر بوده، به طور نسبی
ارزش $DMFT = 2/5$ و $DMFT = 3/4$ بود. (۷)

تحقیقات بر روی کودکان عقب افتاده در ایران به طور محدود
انجام شده است. در سال ۱۳۷۲، مطالعه‌ای با هدف بررسی
وضع لثه و بهداشت دهان در کودکان عقب افتاده (ذهنی و
فیزیکی) در مؤسسات معلولین شهر مشهد توسط پزند و
همکاران صورت گرفت. در این تحقیق تعداد ۱۶۰ کودک
عقب افتاده (۸۶ دختر و ۷۴ پسر) که در سه مرکز مخصوص
کودکان عقب افتاده نگهداری می شدند مورد معاینه قرار گرفتند.
بر اساس نتایج موجود در تمام گروههای سنی ۱۲-۵ سال وضع
بهداشت دهان و سلامت لثه ضعیف بود و ۱۳۱ نفر (۸۲٪)
دارای پلاک قابل توجه و ۷۸ نفر دارای جرم دندانی بودند. بقیه
افراد فاقد پلاک با شاخص صفر تا ۶٪ بودند. (۸)

پیوند معینی در سال ۱۳۷۳ شیوع پوسیدگی‌های دندان
(DMFT) و بیماریهای پریودنتال ۳۴۱ نفر از معلولین ذهنی
۱۲-۶ ساله استان تهران را مورد بررسی قرار داد. نتایج بدست
آمده میانگین DMFT را در دختران ۳/۷۱ و در پسران ۳/۲۲
بیان نمود. میانگین DMFT در معلولین ذهنی آموزش پذیر
(خفیف) ۲/۹۱ و تربیت پذیر (متوسط) ۵/۲۴ بدست آمد.
همچنین مشخص شد با افزایش درجه معلولیت ژنویوت و
تجمع پلاک دندانی نیز افزایش می یابد. (۹)

در سال ۱۳۷۸، مطالعه دیگری توسط نچراک و همکاران
صورت گرفت که هدف از آن بررسی ارتباط الگوی مصرف
مواد غذایی میان وعده با پوسیدگی دندان در دانش آموزان ۱۲
ساله عادی و عقب مانده شهر تهران بود. در این مطالعه

جدول ۳- مقایسه میانگین DMFT افرادی که از مسواک

استفاده می‌کردند

S.D	DMFT	تعداد	میانگین
۰/۵۶	۴/۱۲	۴۰	استفاده از مسواک
۰/۴۵	۷/۱۶	۶۰	عدم استفاده از مسواک
T=-۴/۲۰۱		P=۰/۰۰۰۱	

بحث

در این مطالعه وضعیت پوسیدگی دندانهای ۱۰۰ دانش‌آموز عقب‌مانده ذهنی خفیف در سنین ۸-۱۲ سال (۴۶ دختر و ۵۴ پسر) مدارس استثنایی شهر یزد با استفاده از شاخص DMFT مورد بررسی قرار گرفت.

میانگین کل و انحراف معیار DMFT $5/95 \pm 3/83$ محاسبه گردید. همچنین از کل میانگین بدست آمده میانگین دندانهای پوسیده شده (D) $4/3$ ($72/28\%$)، میانگین دندانهای کشیده شده (M) $1/46$ ($34/53\%$) و میانگین دندانهای ترمیم شده (F) $0/19$ ($3/19\%$) بود. همچنین 10% از کل کودکان عاری از پوسیدگی (صفر=DMFT) بودند.

Gizani و همکاران (سال ۱۹۹۷- بلژیک) و Maiwall (۱۹۹۰) تفاوتی در DMF بین دو گروه کودکان سالم و دچار عقب‌ماندگی ذهنی مشاهده نکردند. (۱۲، ۱۳) Gupta و همکاران (۱۹۹۳-هند) شیوع پوسیدگی را در کودکان معلول بالاتر از کودکان سالم مشاهده کردند. (۷)

همچنین Kawaguchi و همکاران در سال ۱۹۹۰ در ژاپن مطالعه‌ای روی ۷۷ کودک معلول (۵۷ پسر و ۲۰ دختر) انجام

نیز مستعد خواهد بود. بنابراین طی معاینات بالینی نه تنها باید تمامی سطوح در دسترس مشکوک هر دندان توسط سوند ارزیابی شود بلکه معاینه چشمی نیز به منظور تشخیص تغییرات موضعی در رنگ، قوام و شفافیت الزامی است. (۱۱)

یافته‌ها

در جامعه مورد بررسی به منظور تعیین میزان پوسیدگی (DMFT) دندانهای دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی خفیف ($IQ=50-70$) ۸-۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر یزد تعداد ۱۰۰ نفر (۵۶ پسر و ۴۴ دختر) مورد مطالعه قرار گرفته، نتایج زیر بدست آمد:

میانگین کل و انحراف معیار DMFT در جمعیت مورد بررسی معادل $5/95 \pm 3/83$ محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار در دختران معادل $6/93 \pm 0/52$ و در پسران معادل $5/11 \pm 0/53$ بدست آمد. همچنین مقایسه اجزاء DMF و فراوانی مقادیر آن در جمعیت مورد مطالعه به همراه مقایسه میانگین DMFT در افرادی که از مسواک استفاده می‌کردند به ترتیب در جداول ۱ تا ۳ مشاهده می‌گردد.

جدول ۱- مقایسه اجزاء DMF و نسبت میانگین هر کدام

SD	میانگین	تعداد بررسی شده	
۳/۰۹	۴/۳۰	۱۰۰	D
۰/۶۴	۱/۴۶	۱۰۰	M
۱/۷۵	۰/۱۹	۱۰۰	F
۳/۸۳	۵/۹۵	۱۰۰	DMFT

جدول ۲- فراوانی مقادیر مختلف و درصد DMFT در جمعیت مورد مطالعه

DMFT	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	DMFT > ۱۰
تعداد	۱۰	۲	۱۰	۷	۷	۱۲	۱۴	۴	۷	۵	۱۰	۱۲
درصد	۱۰	۲	۱۰	۷	۷	۱۲	۱۴	۴	۷	۵	۱۰	۱۲

میانگین DMFT کودکان با معلولیت ذهنی خفیف (آموزش‌پذیر) را ۲/۹۱ و در کودکان با معلولیت ذهنی متوسط (تربیت‌پذیر) را ۵/۲۴ اعلام نمود. (۹) با مقایسه نتایج حاصل از تحقیق فوق با تحقیق حاضر مشاهده می‌شود اختلاف نسبتاً زیادی بین میزان DMFT در این تحقیق وجود دارد. بطور کلی می‌توان گفت میزان DMFT در کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف (آموزش‌پذیر) شهر یزد تقریباً برابر با میزان DMFT کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط (تربیت‌پذیر) شهر تهران است که شاید بتوان علت آن را بی‌توجهی والدین دانش‌آموزان و مریبان و متولیان بهداشت این کودکان در امر رسیدگی به وضعیت پوسیدگی دندان کودکان شهر یزد دانست. در مقایسه میانگین DMFT در هر یک از اجزاء آن مشخص شد که بیشترین درصد به دندانهای پوسیده و ترمیم نشده (۷۲/۲۸٪) و کمترین درصد به دندانهای ترمیم شده (۲/۱۹٪) می‌باشد و عواملی چون نقص ذهنی، عدم مراقبتهای بهداشتی و خدمات دندانپزشکی ویژه این کودکان، عدم آگاهی از پوسیدگی و خطرات آن هزینه سنگین دندانپزشکی و بی‌توجهی والدین از عواملی هستند که درمان پوسیدگی را کاهش داده‌اند. میزان افراد عاری از پوسیدگی (صفر=DMFT) در این مطالعه ۱۰٪ بدست آمد. این میزان در مطالعه‌ای که توسط پزند (۱۳۷۲) روی کودکان عقب‌مانده مؤسسات مشهد انجام پذیرفت در گروه سنی ۹-۷ ساله ۴۱٪ و در گروه سنی ۱۲-۱۰ ساله برابر با ۴۸٪ بدست آمد (۸) که می‌توان مهمترین علت کاهش پوسیدگی در این کودکان را استفاده از رژیم غذایی کم کربوهیدرات در این مؤسسات بیان نمود. در حالیکه در مطالعه حاضر احتمالاً بدلیل اینکه کنترلی روی نوع رژیم غذایی مورد مصرف کودکان و رعایت بهداشت دهان صورت نمی‌گرفت میزان افراد عاری از پوسیدگی به ۱۰٪ کاهش یافته است. این مطالعه نشان داد رعایت کامل بهداشت دهان ارتباط نزدیکی ($P=0/0001$) با میانگین DMFT در معلولین ذهنی

دادند. آنها میزان DMFT را ۷/۴۵ و شیوع پوسیدگی دندانی را ۵۷/۳۵٪ گزارش کردند. این محققین بیشترین پوسیدگی دندانی را در عقب‌مانده‌های ذهنی خفیف و متوسط و کمترین آنها را در عقب‌مانده‌های ذهنی شدید اعلام نمودند. (۱۴)

کشاورز و همکاران در سال ۱۳۷۸ میزان DMFT کودکان ۱۲ ساله عقب‌مانده ذهنی مراکز استثنایی شهر تهران را ۴/۷ اعلام نمودند. (۱۰) هیچیک از این تحقیقات با تحقیق حاضر همخوانی نداشتند. در بیان علت تناقص نتایج بدست آمده در میزان DMFT طی مطالعات مختلف در ایران و سایر کشورهای جهان می‌توان به اختلاف موجود در روش کار، نوع و درجه معلولیت، وضعیت اقتصادی خانواده و جامعه، رژیم غذایی و مراقبتهای ویژه بهداشتی و درمانی برای این کودکان اشاره نمود. بررسی وضعیت پوسیدگی کودکان عقب‌مانده‌ای که در مؤسسات مختلف زندگی می‌کردند چه در داخل کشور و چه در خارج کشور نشان داد که استفاده از رژیم غذایی با کربوهیدرات کم و خدمات درمانی و مراقبتهای بهداشتی مناسب مهمترین عامل در کاهش پوسیدگی و بیماریهای لثه این کودکان می‌باشد. (۸)

در مطالعه‌ای که توسط آذرنیا و خلیلی در سال ۱۳۷۸ روی دانش‌آموزان ۱۲ ساله مدارس شهر یزد انجام گرفت میزان DMFT، ۱/۴۴ بدست آمد. (۱۵) در حالیکه در این مطالعه میانگین DMFT دانش‌آموزان ۱۲ ساله ۴/۲۷ بدست آمد که در مقایسه با نتیجه حاصل از مطالعه آذرنیا و خلیلی (۱۳۷۸) اختلاف نسبتاً زیادی مشاهده می‌شود. مهمترین علت این اختلاف را می‌توان معلولیت ذهنی و نبودن امکانات ویژه مراقبتی و درمانی برای این کودکان آسیب‌پذیر بیان نمود. در مطالعه ای که توسط معینی در سال ۱۳۷۴ روی ۳۴۱ کودک ۶-۱۲ ساله معلول ذهنی در مدارس استثنایی شهر تهران انجام پذیرفت میزان DMFT در دختران ۳/۷۱ و در پسران ۳/۲۲ بدست آمد.

تأسیس مؤسسه توانبخشی و مراقبتی جامع جاکارتا که توسط انجمن دندانپزشکان هلند و اندونزی پایه‌گذاری شده اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از این تحقیق ($5/95 \pm 3/83$) (DMFT=) وضعیت شاخص بهداشتی این افراد نسبت به استانداردهای WHO در حد پائین‌تری قرار گرفته است. همچنین با در نظر گرفتن اینکه نقص ذهنی بعنوان عاملی در افزایش پوسیدگی دندان نقش داشته و از طرفی پوسیدگی دندانی یک بیماری قابل پیشگیری است. بنابراین تربیت پرسنل کافی جهت مددکاری و ایجاد کلاسهای آموزشی برای پرستاران یا والدین این بیماران و نیز توجه کافی به وضعیت تغذیه معلولین ذهنی و ایجاد مراکز دندانپزشکی مجهز در مراکز نگهداری این بیماران اهمیت زیادی داشته و تذکر این موارد به مسئولین مربوطه جهت برنامه‌ریزیهای مناسب به منظور پیشگیری از پوسیدگی دندانی این قشر آسیب‌پذیر توصیه می‌شود.

دارد. به طور کلی میانگین DMFT در کودکانی که برای رعایت بهداشت از مسواک استفاده می‌کردند $4/12$ بود که به مراتب کمتر از کودکانی بود که از مسواک استفاده نمی‌کردند. مهمترین علت بهداشت دهان ضعیف در این کودکان را می‌توان نقص ذهنی، عدم تشویق و ایجاد انگیزه و نظارت کافی توسط مسؤلان و والدین و همچنین عدم همکاری کودکان دانست.

نتایج حاصل از این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری میان میانگین DMFT در کودکان مراجعه کننده به دندانپزشک و کودکانی که به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند را نشان نداد ($P > 0/05$). همچنین در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین میزان DMFT و سواد والدین مشاهده نشد ($P > 0/05$).

امروزه ثابت شده است که تنها ارائه سرویسهای درمانی توسط دندانپزشک برای برقراری بهداشت دهان بیماران کافی نمی‌باشد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته و در برخی از کشورهای در حال توسعه مؤسسه‌های توانبخشی و مراقبتی تلاشهایی در امر آموزش بهداشت دهان (OHE) نموده و در این زمینه موفق بوده‌اند از جمله این برنامه‌ها می‌توان به

References

1. Shafer G: A Textbook of oral pathology. 4th Ed. WB Saunders Co. 1983; Chap7: 405-510.
2. مهرداد - ک: میزان پوسیدگی دندان (DMF) در ایران و سایر کشورهای جهان. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۴؛ ۲۲: ۱۲-۲.
3. Kaplan H, Sadock B: Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry behavior sciences / clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins 1991; Chap35: 1025-1040.
4. ارجمندی - م: دندانپزشکی برای کودکان معلول سال ۶۵-۶۴ پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. سال تحصیلی ۶۵-۱۳۶۴.
5. Palin T, Hausen H, Alvesalo L, Heinonen OP: Dental health of 9 - 10 year - old mentally retarded children in eastern Finland. J Commun Dent Oral Epidemiol 1982;10:86-90.
6. Evans DJ, Greenings S, French AD: A study of dental health of children and young adults attending special schools in south Glamorgan. Int J Paediatr Dent 1991;1:17-24.
7. Gupta DP, Chowdhury R, Sarkar S: Prevalence of dental Caries in handicapped children of Calcut. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1993;11:23-7.
8. پژند - ه، بیک‌زاده - ا: بررسی وضعیت دهان کودکان عقب‌مانده ذهنی (ذهنی، فیزیکی) در مشهد. مجله

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۷۲؛
۱۳: ۳۴-۲۷.

۹. معینی - پ، محمودیان - ژ: بررسی شیوع پوسیدگی
دندانی (DMFT) و بیماریهای پرئودنتال در معلولین ذهنی
۶-۱۲ ساله استان تهران سال ۷۴-۷۳. پایان نامه دکترای
دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی
تهران. سال تحصیلی ۷۴-۱۳۷۳.

۱۰. نچراک - م، کشاورز - ع، اشرفیان - م: بررسی ارتباط
الگوی مصرف میان وعده با پوسیدگی دندان در
دانش آموزان ۱۲ ساله عادی و عقب مانده ذهنی شهر
تهران. مجله دندانپزشکی ۱۳۷۸؛ ۴-۳: ۸۸.

11. Anusavice KJ, Kenneth J: Quality evaluation of
dental restorations: Criteria for placement and re-
placement. Chicago, Qunitessence Publishing Co.
1989;Chap2:86-95.

12. Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L,
Marks L, Goffin G: Oral health condition of 12
year - old handicapped children in flanders (Bel-
gium). Community Dent Oral Epidemiol 1997);25:
352-7.

13. Maiwald HJ, Engelkensmeior B: The oral health
status and the tasks of pediatric dental care for
mentally handicapped children and adolescents.
Zahn Mund Kiefererheilkd Zentralbl 1990;78:11-7.

14. Kawaguchi T, Nakashima M: Oral findings of in-
stitutional handiapped children. J Fukuoka
Shika Daigaku Gakkai Zasshi 1990:17:13-27.

۱۵. آذرنیا - م، خلیلی - ع: بررسی شاخص DMFT در
دانش آموزان ۱۲ ساله مدارس شهر یزد در سال ۱۳۷۸.
پایان نامه دکترای تخصصی، دانشکده دندانپزشکی علوم
پزشکی شهید صدوقی یزد. سال تحصیلی ۷۸-۱۳۷۷.