

بررسی شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله

دکتر کنایون سالم* - دکتر محمود نیکدل** - دکتر پیروز وجدانی** - دکتر احسان غلامی**

*استادیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
**دندانپزشک

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۶/۸

تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: یکی از بهترین راه‌های سنجش میزان فعالیت یک نظام بهداشتی اندازه‌گیری شاخص‌های توصیه شده توسط WHO است (۱). یکی از مهم‌ترین این شاخص‌ها در سلامت دندان‌ها شاخص DMFT است که نشانگر دندان‌های پوسیده، کشیده شده در اثر پوسیدگی، و پر شده است که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است.

هدف: هدف از این تحقیق بررسی شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله شهرهای لنگرود، لاهیجان و سیاهکل در شرق استان گیلان در سال ۸۳-۸۲ بود. مواد و روش‌ها: این تحقیق توصیفی - تحلیلی و مقطعی بر ۸۸۵ دانش‌آموز در سه شهر لنگرود، لاهیجان و سیاهکل انجام شد. روش نمونه برداری، خوشه‌ای تصادفی دومرحله‌ای بود و روش بررسی معاینه (روش چشمی-لمسی) و استفاده از پرسشنامه بود. علاوه بر بررسی شاخص، اطلاعات مربوط به جنس، تحصیلات والدین، دفعات مسواک زدن و تعداد فرزندان خانواده نیز ثبت شد.

نتایج: میانگین شاخص سه جمعیت مورد بررسی به ترتیب ۱/۶۵ و ۱/۴۹ و ۱/۶۰ و افراد بدون پوسیدگی دندان (DMFT=0)، ۳۳/۳٪، ۳۹/۳٪ و ۳۴/۴٪ بود ارتباط معنی دار مستقیم بین تعداد فرزندان بیش از ۳ نفر با شاخص DMFT بدست آمد. همچنین ارتباط بین میزان تحصیلات والدین و میزان پرشدگی دندان معنی دار بود (P<0.0005).

نتیجه‌گیری: جمعیت مورد بررسی بر اساس معیارهای WHO برای کشورهای مدیترانه شرقی (که DMFT کمتر از ۲ برای ۱۲ ساله‌ها) وضعیت نسبتاً مطلوبی دارد و جزو گروه با پوسیدگی کم، و در حد انتظار WHO طبقه بندی می‌شود، ولی هنوز تا رسیدن به هدف DMFT=0 برای ۵۰٪ از ۱۲ ساله‌ها، باید تلاش‌های بیشتری شود.

کلید واژه‌ها: پوسیدگی دندان / دندانپزشکی کودکان / شاخص دندانهای پوسیده، کشیده و پر شده / کودکان / مراقبت دندان در کودکان

مقدمه

که این شاخص در سطح بین‌المللی مورد بررسی قرار می‌گیرد، زیرا در این سن تقریباً کلیه دندان‌های دائمی وجود دارند و نیز در اکثر کشورها، کودکان در مدرسه حضور دارند (۳) و وضعیت دندان‌های آنها می‌تواند نشانگر نتایج برنامه‌های قبلی پیشگیری از پوسیدگی از قبیل آموزش در مدرسه و برنامه استفاده از دهان‌شویه سدیم فلوراید در مدارس باشد. با توجه به جوان بودن جمعیت کشور ما، برنامه‌ریزی برای پیشگیری و درمان بیماری‌های دهان و دندان ضروری است، نخستین قدم در این راه تهیه گزارش‌های جامع از شاخص‌های سلامت دهان و دندان است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، DMFT کشور ما در سال ۱۳۷۴ برابر ۲ و در سال ۱۳۷۷ معادل ۱/۵ و درصد کودکان

DMFT از شاخص‌های مهم نشانگر وضع سلامت دندان‌ها در جامعه است که کاهش آن مطلوب تمام افراد فعال در زمینه بهداشت و پیشگیری است. با توجه به وجود پوسیدگی دندان در اغلب افراد و در تمامی کشورها به مقدار کم یا زیاد، سازمان بهداشت جهانی به امر پیشگیری توجه خاص داشته و اهمیت زیادی قائل است و به همین دلیل هم سالانه تحقیقات زیادی در مورد علل و میزان شیوع پوسیدگی دندان‌ها انجام می‌شود.

از سال ۱۹۶۹ WHO هر ساله نقشه جهانی شیوع پوسیدگی در ۱۲ ساله‌ها را منتشر می‌کند که در این نقشه DMFT در یک مقیاس ۵ سطحی (از صفر تا بیش از ۶٫۵) طبقه‌بندی می‌شود (۲). در حال حاضر ۱۲ سالگی سنی است

نمونه‌ها به صورت خوشه‌ای تصادفی دو مرحله‌ای بود و براساس مطالعه‌های قبلی برای تعیین حجم نمونه ابتدا، تعداد دانش آموزان ۱۲ ساله تعیین شد. بعد از تهیه فهرست مدارس و تعیین تعداد خوشه‌ها، از داخل هر خوشه (مدرسه) به صورت تصادفی و با توجه به حجم نمونه، تعداد نمونه‌های مورد نیاز انتخاب و معاینه شدند. تشخیص پوسیدگی دندان به روش چشمی - لمسی یعنی از روش‌های پیشنهادی WHO (۱) با سوند داسی شکل آینه تخت و نور طبیعی انجام شد. روش جمع‌آوری اطلاعات از راه مصاحبه و معاینه بود. علاوه بر ثبت شاخص DMFT، اطلاعات مربوط به جنس، تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات والدین و تعداد دفعات مسواک زدن نیز جمع‌آوری شد. برای بررسی آماری از روش لگاریتم خطی و آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون کای دو استفاده شد.

نتایج

در این سه تحقیق ۸۸۵ دانش آموز ۱۲ ساله شامل ۴۸۷٪ دختر و ۵۱/۲٪ پسر شرکت داشتند. میانگین DMFT این افراد به تفکیک جنس در جدول ۱ ارائه شده است، که بیشترین آن از لنگرود و کمترین آن از لاهیجان بوده است، ولی این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود ($P < 0.05$). افراد بدون پوسیدگی دندان به ترتیب در ۳ شهر لنگرود، لاهیجان و سیاهکل ۳۲/۲٪، ۳۹/۳٪، ۳۴/۴٪ موارد را تشکیل می‌دادند که کمترین آن از لنگرود و بیشترین از لاهیجان بوده است.

عاری از پوسیدگی ۳۲/۸٪ بوده است (۱). این میزان در سال ۱۳۸۲، معادل ۱/۸ اعلام شده است (۲). دکتر سمسار یزدی اولین بار در ۱۳۵۴ در استان گیلان DMFT را معادل ۱/۵ از صومعه سرا گزارش کرد (۳). در سال ۱۳۷۰ دکتر عطرکار روشن در بررسی جامعی میانگین این شاخص را در شهر رشت ۱/۶۸ بدست آورد (۳). با توجه به تغییر در شاخص DMFT با گذشت زمان و لزوم دسترسی به اطلاعات جدید برای برنامه‌ریزی‌های آینده، باید بررسی شاخص DMFT تکرار شود. بررسی این شاخص در استان گیلان با توجه به خصوصیات اقلیمی، از جمله نبود فلوراید در آب آشامیدنی به حد کافی در بسیاری از نواحی، و از سوی دیگر بالابودن فرهنگ استفاده از مسواک در بین کودکان (۱) علاوه بر ارائه گزارش معمول، می‌تواند به بخشی از سوال‌ها و ابهام‌هایی که در این مورد وجود دارد پاسخ دهد و نکته‌های مهمی را روشن کند. بر این اساس این مطالعه با هدف بررسی شاخص DMFT در سه شهر لنگرود، لاهیجان و سیاهکل به عنوان بخشی از شرق استان گیلان در سال‌های ۸۲ و ۸۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی در سال ۸۳-۸۲ بر ۸۸۵ دانش آموز ۱۲ ساله شامل ۴۳۱ دختر (۴۸/۷٪) و ۴۵۴ پسر (۵۱/۳٪) به تفکیک در ۳ شهر لنگرود، لاهیجان و سیاهکل انجام شده است. انتخاب

جدول ۱: توزیع فراوانی شاخص DMFT بر حسب جنس در کودکان ۱۲ ساله شرق استان گیلان ۸۳-۱۳۸۲

| P value | جمع | شاخص DMFT | تعداد (درصد) | جنس | مکان |
|---------|-----------|------------------------|--------------|------|---------|
| NS | ۱/۶۵±۱/۶۱ | ۱/۶۱±۱/۵ ۱/۶۸±۱/۶۱ | ۱۴۸ (۴۹/۷) | دختر | لنگرود |
| | | | ۱۵۰ (۵۰/۳) | پسر | |
| | | | ۲۹۸ | کل | |
| P<0.05 | ۱/۴۹±۱/۵۶ | ۱/۷۰±۱/۶۸ ۱/۲۹±۱/۴۴ | ۱۲۲ (۴۹/۴) | دختر | لاهیجان |
| | | | ۱۲۵ (۵۰/۶) | پسر | |
| | | | ۲۴۷ | کل | |
| P<0.005 | ۱/۶۰±۱/۴۵ | ۱/۷۷±۱/۵۱ ۱/۴۵±۱/۳۸ | ۱۶۱ (۴۷/۴) | دختر | سیاهکل |
| | | | ۱۷۹ (۵۲/۶) | پسر | |
| | | | ۳۴۰ | کل | |

نتایج بررسی شاخص بر اساس تعداد فرزندان خانواده در هر سه مطالعه نشان داد که بیشترین میزان DMFT در خانواده های با بیش از ۵ فرزند مشاهده می شود که از نظر آماری اختلاف معنی دار است ($P < 0.05$).

شاخص DMFT در فرزندان مادرانی که تحصیلات دانشگاهی دارند کمتر از فرزندان مادران بی سواد یا کم سواد است. ارتباط بین بخش FT شاخص (دندان های پر کرده) و تحصیلات مادر در هر ۳ تحقیق معنی دار بود ($P < 0.05$) و فرزندان مادران با تحصیلات بالاتر به نحو معنی داری دندان های پر کرده بیشتری داشتند. اطلاعات مربوط به کل شاخص DMFT تا حدی متفاوت است. بررسی شاخص بر حسب تحصیلات والدین در نواحی لاهیجان و سیاهکل نشانگر کاهش این شاخص با افزایش تحصیلات بود، به طوری که در شهرهای لاهیجان و سیاهکل این تفاوت معنی دار است ولی در شهر لنگرود ارتباط معنی داری بین تحصیلات والدین و DMFT مشاهده نشد (جدول شماره ۵، ۴).

بررسی شاخص بر اساس تعداد دفعات مسواک زدن نیز متناقض است، به طوری که در لاهیجان و سیاهکل ارتباط معنی دار بود و در لنگرود ارتباطی بدست نیامد (جدول ۶).

جدول ۴: توزیع میانگین شاخص DMFT بر حسب تحصیلات

مادر در کودکان ۱۲ ساله شرق استان گیلان ۱۳۸۲-۳

| شهر | تحصیلات مادر | میانگین \pm انحراف معیار |
|---------|------------------|----------------------------|
| لنگرود | بی سواد-نهضت | ۱/۴۷ \pm ۱/۶۲ |
| | ابتدایی-راهنمایی | ۱/۶۹ \pm ۱/۶۱ |
| | دیپلم | ۱/۶۴ \pm ۱/۶۱ |
| | دانشگاهی | ۱/۶۸ \pm ۱/۸ |
| لاهیجان | بی سواد-نهضت | ۱/۷۸ \pm ۱/۴۴ |
| | ابتدایی-راهنمایی | ۱/۶ \pm ۱/۳۱ |
| | دیپلم | ۲/۰۴ \pm ۲/۳۶ |
| | دانشگاهی | ۱/۵۱ \pm ۱/۶۶ |
| سیاهکل | بی سواد-نهضت | ۱/۹ \pm ۱/۵۱ |
| | ابتدایی-راهنمایی | ۱/۵۱ \pm ۱/۳۷ |
| | دیپلم | ۱/۳۲ \pm ۱/۴۳ |
| | دانشگاهی | ۰/۷۵ \pm ۱/۰۵ |

تفکیک شاخص DMFT نشان داد که بیشترین میزان آن مربوط به دندان های پوسیده است (جدول ۲). در شهرهای لاهیجان و لنگرود دندان های کشیده شده کمترین بخش شاخص را تشکیل می دادند و در شهر سیاهکل کمترین بخش شاخص مربوط به دندان های پر شده بود (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع میانگین اجزای شاخص در کودکان ۱۲ ساله

شرق استان گیلان ۸۳-۱۳۸۲

| شهر | DT | FT | MT | DMFT |
|---------|------|------|------|-----------------|
| لنگرود | ۱/۳۹ | ۰/۲ | ۰/۰۶ | ۱/۶۵ \pm ۱/۶۱ |
| لاهیجان | ۱/۱ | ۰/۳۷ | ۰/۰۲ | ۱/۴۹ \pm ۱/۵۶ |
| سیاهکل | ۱/۳۸ | ۰/۰۷ | ۰/۱۵ | ۱/۶۰ \pm ۱/۴۵ |

بررسی شاخص بر اساس جنس نشانگر بالاتر بودن میزان در دختران شهرهای لاهیجان و سیاهکل است (جدول ۱)، ولی ممکن است این تفاوت به علت رویش زودتر در دختران باشد و در درازمدت معادل شود (۲).

جدول ۳: توزیع شاخص DMFT بر حسب تعداد فرزندان در

دانش آموزان ۱۲ ساله شرق استان گیلان ۸۳-۱۳۸۲

| مکان | تعداد فرزندان | شاخص DMFT | P value |
|---------|---------------|-----------------|---------------------------|
| لنگرود | ۱-۲ | ۱/۴۸ \pm ۱/۵۸ | $P < 0.05$ $r = 0.12$ |
| | ۳-۴ | ۱/۶۸ \pm ۱/۵۷ | |
| | ≥ 5 | ۲/۰ \pm ۱/۸۱ | |
| لاهیجان | ۱-۲ | ۰/۸ \pm ۱/۳۷ | $P < 0.05$ $r = 0.249$ |
| | ۳-۴ | ۱/۰۸ \pm ۱/۵۲ | |
| | ≥ 5 | ۲/۰۴ \pm ۲/۳۶ | |
| سیاهکل | ۱-۲ | ۱/۴۲ \pm ۱/۳۶ | $P < 0.05$ $r = 0.142$ |
| | ۳-۴ | ۱/۵۵ \pm ۱/۴۵ | |
| | ≥ 5 | ۲/۰ \pm ۱/۵۶ | |

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که میانگین DMFT در مناطق بررسی شده بین ۱/۴۹ تا ۱/۶۵ متغیر است، که نسبت به میانگین تعیین شده WHO برای ۱۲ ساله‌ها در منطقه مدیترانه شرقی میزان مناسبی است (۴). براساس آخرین گزارش رسمی، DMFT ایران در سال ۱۳۸۲ برابر ۱/۸۶ است و به این ترتیب DMFT در گیلان پایین‌تر از میانگین کشوری بوده و این استان جزء مناطق با پوسیدگی کم در سطح کشور طبقه‌بندی می‌شود. در سال‌های قبل بررسی‌های دیگری نیز در این استان انجام شده از جمله مطالعه دکتر روشن، در سال ۱۳۷۰ در شهر رشت که DMFT را ۱/۶۸ گزارش کرد (۵) و در سال ۱۳۷۱ دکتر ادب (۶) در لنگرود آن را معادل ۲/۶۲ و در سال ۱۳۶۷ دکتر خرسند در لاهیجان معادل ۴/۵۷ گزارش کرده‌اند (۷). ممکن است کاهش میزان شاخص در سال‌های اخیر ناشی از ارتقای سطح فرهنگ بهداشتی مردم از طریق رسانه‌های گروهی و مربیان بهداشت مدارس، افزایش توجه والدین به سلامت دهان و دندان کودکان و موفقیت آمیز بودن طرح استفاده از دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس باشد از سه مطالعه فوق کمترین میانگین شاخص و بیشترین میزان افراد فاقد پوسیدگی در شهر لاهیجان مشاهده شد که علت آن را می‌توان به عواملی چون میزان فلوراید آب (ppm ۰/۸۴) و تفاوت‌های اقتصادی-فرهنگی-اجتماعی، مانند تحصیلات والدین نسبت داد.

در این تحقیق متغیرهایی مانند جنس، تعداد فرزندان خانواده، تحصیلات والدین و تعداد دفعات مسواک زدن مورد بررسی قرار گرفته است.

بررسی ارتباط شاخص با جنس نشانگر بالاتر بودن آن در دختران در برخی نواحی است. ولی ممکن است به علت رویش سریع‌تر دندان‌ها در دختران نیز باشد و در سال‌های بعد احتمالاً این تفاوت‌ها برطرف می‌شود (۲).

بر اساس تعداد فرزندان، در کودکانی که خانواده آنها بیش از سه فرزند داشتند بیشترین میزان شاخص مشاهده می‌شد که از نظر آماری معنی‌دار است که نشانگر

جدول ۵: توزیع میانگین شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله شرق استان گیلان بر حسب تحصیلات پدر در شرق استان گیلان ۳-۱۳۸۲

| شهر | تحصیلات پدر | شاخص | P VALUE |
|---------|------------------|-----------|------------------|
| لنگرود | بی سواد-نهضت | ۱/۸۶±۱/۷۶ | NS F=0.372 |
| | ابتدایی-راهنمایی | ۱/۶۹±۱/۷۱ | |
| | دیپلم | ۱/۵۸±۱/۴۶ | |
| | دانشگاهی | ۱/۵۴±۱/۷۲ | |
| لاهیجان | بی سواد-نهضت | ۲/۱۸±۱/۳۳ | P<0.05 F=2.5 |
| | ابتدایی-راهنمایی | ۰.۸۲±۱/۲۶ | |
| | دیپلم | ۱/۴۲±۱/۵۹ | |
| | دانشگاهی | ۱/۲۵±۱/۷۲ | |
| سیاهکل | بی سواد-نهضت | ۱/۹۱±۱/۵۸ | P<0.05 F=3.46 |
| | ابتدایی-راهنمایی | ۱/۶۷±۱/۴۶ | |
| | دیپلم | ۱/۲۶±۱/۳۰ | |
| | دانشگاهی | ۱/۵±۱/۴۶ | |
| | کل | ۱/۵۹±۱/۴۵ | |

جدول ۶: توزیع میانگین شاخص DMFT بر حسب دفعات مسواک زدن در کودکان ۱۲ ساله شرق گیلان سال ۸۳-۸۲

| نتیجه و نوع آزمون | شاخص DMFT | مسواک | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|---------|
| P=0.16 آنالیز واریانس | ۱/۵۹±۱/۵۶ | روزی ۲ بار | لنگرود | |
| | ۱/۸۴±۱/۶۶ | روزی یکبار | | |
| | ۱/۲۳±۱/۶۵ | هر دو روز یکبار | | |
| | ۱/۶۹±۱/۵ | هفته ای یکبار | | |
| F=23.49 | ۰/۹±۱/۲۲ | مسواک نمی زند | | |
| | P<0.05 آنالیز واریانس | ۰/۴۵±۱/۱۳ | روزی دو بار | لاهیجان |
| | | ۱/۵۶±۱/۳۲ | روزی یکبار | |
| | | ۲/۶±۱/۴۳ | هر دو روز یکبار | |
| ۲/۹۲±۱/۲۶ | | هفته ای یکبار | | |
| F=32.1 | ۱±۱/۴۸ | مسواک نمی زند | | |
| | P<0.0005 آنالیز واریانس | ۰/۶۱±۱/۱۹ | روزی دو بار | سیاهکل |
| | | ۰/۷۸±۱/۰۸ | روزی یکبار | |
| | | ۱/۴۷±۱/۳۸ | هر دو روز یکبار | |
| ۱/۹۴±۱/۳۳ | | هفته ای یکبار | | |
| F=23.49 | ۲/۷±۱/۴۳ | مسواک نمی زند | | |

مطلوبی ندارد (۸). غیراز کیفیت مسواک زدن، تاثیر استفاده از خمیردندان و استفاده از دهان شویه فلوراید در مدارس می‌تواند از عللی باشد که فاصله DMFT در افرادی که اصلاً مسواک نمی‌زنند را با کسانی که یک یا دو بار در هفته از مسواک استفاده می‌کنند کاهش می‌دهد.

در خاتمه با توجه به هدف DMFT کمتر از ۲ برای ناحیه مدیترانه شرقی و DMFT مساوی ۲ به عنوان هدف منطقه‌ای و جهانی سازمان بهداشت جهانی، به نظر می‌رسد فعالیت‌های پیشگیری در استان گیلان نسبتاً مناسب است ولی باید سعی در افزودن دامنه این فعالیت‌ها شود و این امر نیاز به مطالعه مستمر اپیدمیولوژیک و همکاری نزدیک متولیان بهداشت دهان و دندان با دانشکده‌های دندانپزشکی دارد که فعال کردن بخش دندانپزشکی جامعه‌نگر (۹)، ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی برای دندانپزشکان، افزودن فلوراید به آب آشامیدنی مدارس، استفاده از ژل و وارنیش فلوراید از جمله این موارد است.

تشکر و سپاسگزاری:

بدین‌وسیله از جناب آقای دکتر صیاد کریمی برای ارائه راهنمایی‌های ارزنده و همچنین سرکار خانم دکتر پناهنده و جناب آقای کاظم‌نژاد برای انجام محاسبه‌ها سپاسگزاری می‌کنیم.

تاثیر منفی جمعیت خانوار بر شیوع و بروز پوسیدگی دندان است.

FT (یا دندانهای پر شده) با تحصیلات والدین مرتبط بود که نشانه تاثیر فرهنگ و آگاهی بیشتر بر سلامت دهان، در جامعه است. فقدان ارتباط معنی‌دار بین میزان تحصیلات والدین و شاخص در لنگرود و وجود تفاوت معنی‌دار در دو ناحیه دیگر ممکن است ناشی از تفاوت فرهنگی در این نواحی باشد.

در مورد ارتباط شاخص با دفعات مسواک زدن نیز نتایج متناقضی به دست آمد. البته در این تحقیق تنها تعداد دفعات مسواک زدن مورد نظر بود و به کیفیت یا نحوه برداشت پلاک میکروبی پرداخته نشده است و بر این اساس در لاهیجان و سیاهکل رابطه مستقیم و معنی‌دار با دفعات مسواک زدن به دست آمد که می‌تواند نشانه تفاوت در نگرش و فرهنگ بهداشتی افراد و همچنین تفاوت در میزان فلوراید آب آشامیدنی در نواحی مختلف باشد.

بررسی‌های کشوری نشان می‌دهد که تنها ۲۱٪ جمعیت کودکان کشور مسواک زدن را به نحو کاملاً درست بر ماکت انجام می‌دهند (۸) و در مورد استفاده از نخ دندان این میزان به ۱۱/۶٪ می‌رسد. علاوه بر این به رغم استفاده از مسواک و نخ دندان، مهارت استفاده از آن وضعیت

منابع

- ۱- وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی: سیمای سلامت دهان و دندان کودکان ایرانی در سال ۷۷. تهران؛ نشر جابر، ۱۳۷۸.
2. Per Axelsson. Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries. vol 2. Kopenhagen; Munksgard, 2000: 28-32.
- ۳- مهرداد، کاظم: شاخص‌های اپیدمیولوژیکی بین‌المللی در تحقیقات دندانپزشکی، پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی. تهران؛ انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی، سال ۱۳۶۷. صص: ۲۷-۱۸.
- ۴- وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی: سلامت دهان و دندان کودکان ایرانی در سال ۱۳۸۲ تهران؛ وزارت

- ۷- براتی نژاد، اصغر: بررسی شاخص DMFT دندان مولر اول دایم در پسران ۱۲ ساله مدارس راهنمایی کاشان. پایان نامه دکترای عمومی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۷.
- ۸- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: نیازسنجی برنامه سلامت دهان و دندان دانش آموزان مقطع ابتدایی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۲. تهران؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۲.

9. Yoder KM. Community Oral Health. In: McDonald RE, Avery DR. Dentistry for the Child and Adolescent. 8 th ed. St Louis; Mosby, 2004.

Survey DMFT Index In Twelve Year Old Children

Salem K.(D.D.S), Nickedl M.(D.D.S), Vejdani P.(D.D.S), Gholami P.(D.D.S)

Abstract

Introduction: One of the best ways to evaluate the activity and efficiency of a health care system is to assess WHO advised indices. In oral health systems, one of the most important of these indices is DMFT index.

Objective: The aim of this research was to assess DMFT index in 12-year-old children in East of Gilan province in 2003.

Materials and Methods: 855 students at age 12 were examined in three cities of Langrood, Lahijan and Siahkal, in this descriptive- analytic cross sectional study. Staged clustering randomly chose samples. Method of clinical examination was by Visual- tactile and questionnaire. Data about gender, parental education frequency of tooth brushing and number of children in the family was also recorded.

Results: The mean DMFT index was 1.65, 1.49, and 1.60 respectively and about 33.3%, 39.3%, 34.4% of population was caries -free (DMFT=0). There was a positive correlation between five and more children in the family, and more than 2 times of brushing each day with DMFT. The correlation between filling teeth and education was also significant.

Conclusion: The study populations are grouped in low caries group according to WHO criteria in Iran as an Eastern Mediterranean region. More efforts are needed to attain DMFT =0 for 50% of 12 year old population.

Key words: Child/ Dental Care for Children/ Dental Caries/ DMF Index/ Pediatric Dentistry