

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
سال سوم - شماره ۱ و چهارم - پاییز و زمستان ۱۳۸۱
صفحه های ۱ تا ۹

بررسی وضعیت شاخص پوسیدگی (DMFT) و شاخص بهداشت دهان و دندان (OHI-S) در کودکان
عقب مانده (Handicapped) ۱۰ تا ۱۲ ساله‌ی آموزشگاه‌های استثنایی شهر شیراز (۱۳۷۹)

دکتر طاهره اسکندریان *

دکتر علی نیکورزم **

دکتر رسول دولتخواه ***

چکیده

این پژوهش برای یافتن شاخص پوسیدگی (DMFT) و شاخص بهداشت دهان و دندان (OHI-S) و گونه‌ی اکلوزن در کودکان عقب مانده (Handicapped)، اثر عوامل نوع معلولیت، جنس، تحصیلات پدر و مادر و میزان مسواک زدن بر روی شاخص‌های بیان شده در سن استراتژیک ۱۰ تا ۱۲ ساله انجام گرفته است. شمار افراد بررسی شده، ۳۰۲ نفر بوده، که از این شمار ۷۰/۶ درصد را کودکان عقب مانده ذهنی، ۲۳/۵ درصد را کودکان ناشنوا، ۳/۶ درصد را کودکان نابینا و ۲/۳ درصد را کودکان چند معلولیتی تشکیل داده اند. از این افراد ۴۰/۱ درصد دختر (۱۲۱ نفر) و ۵۹/۹ درصد پسر (۱۸۱ نفر) بوده اند. میانگین DMFT به دست آمده از این بررسی، برابر $1/96 \pm 5/04$ بوده، میانگین دندان‌های پوسیده، برابر $2/38 \pm 4/8$ ، میانگین دندان‌های پر شده، برابر $0/6 \pm 0/19$ و میانگین دندان‌های کشیده شده، برابر $0/2 \pm 0/06$ است. همچنین، میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان به دست آمده، برابر با $1/54 \pm 3/64$ بوده، که بر پایه‌ی گروه بندی، این شاخص در وضعیت بد است. میانگین شاخص دبری، برابر $1/5 \pm 3/22$ ، در وضعیت بد و میانگین شاخص جرم، برابر $0/7 \pm 0/42$ ، در وضعیت خوب، به دست آمده است. گفتنی است، که ۸۳/۸ درصد این کودکان، اکلوزن طبیعی داشته و ۱۶/۲ درصد دیگر دارای یکی از انواع مال اکلوزن بوده‌اند و از لحاظ شاخص مسواک زدن، به این گونه بوده است، که ۶۸/۲ درصد این کودکان، مسواک می‌زده‌اند و ۳۱/۸ درصد مسواک نمی‌زده‌اند. بیشترین میزان شاخص پوسیدگی در کودکان چند معلولیتی بوده است (DMFT=۸/۰۸) و گروه کودکان نابینا بیشتری میزان شاخص بهداشت دهان و دندان را دارا بوده‌اند (OHI-S =۵/۵). شاخص‌های پوسیدگی و بهداشت دهان و دندان و اجزای آنها در خانواده‌های پنج نفره و بیشتر در مقایسه با خانواده‌های کمتر از پنج نفر میزان زیادتری را نشان داده‌اند (به ترتیب ۵/۱۱ و ۴/۸۲ در مقایسه با ۳/۱۷ و ۲/۸۳). مهم‌ترین رابطه‌ی به دست آمده در این بررسی ارتباط معلولیت و نوع آن بر روی شاخص پوسیدگی ($P=0/0002$) و شاخص بهداشت دهان و دندان ($P=0/0001$) بوده است.

واژگان کلیدی: عقب مانده (Handicapped)، شاخص پوسیدگی (DMFT)، شاخص بهداشت دهان و دندان OHI-S، ناتوانی (Disability)

* استادیار گروه کودکان دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

** دندانپزشک

*** دندانپزشک

مقدمه

مفهوم گروه کودکان استثنایی حاصل مفهوم تفاوت در میان انسان‌هاست. توجه به برخی از مردم، در یک یا چند زمینه، از میزان بهنجار و میانگین جامعه، اصطلاح استثنایی را پدید آورده است. انحراف از میزان میانگین می‌تواند حاصل طبیعت یا تربیت فرد باشد^(۱). برای این گروه، اصطلاحاتی گوناگون به کار گرفته می‌شود. کودکان معلول، اصطلاحی دیگر است و امروزه، در متون تخصصی، بیشتر ترجیح داده می‌شود، از اصطلاح طولانی‌تر، با عنوان کودکان با نیازهای ویژه (Children with special needs) استفاده گردد^(۲). در شمار عواملی، که بر معلولیت‌ها اثر می‌گذارد، عوامل محیطی و فرهنگی نیز در نظر گرفته شده است. دسته‌های ضعیف اقتصادی و اجتماعی، بیشتر از گروه‌های دیگر دارای افراد معلول می‌باشند. واقعیت بالا و دیدگاه الگوی پزشکی در ایجاد معلولیت، این پیش فرض را به وجود می‌آورد، که وضعیت بهداشت در میان کودکان استثنایی پایین‌تر از کودکان عادی است^(۳). با نگرش به شعار سازمان بهداشت جهانی (سال ۱۹۹۴) «بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم» و از آنجا که، بر پایه‌ی بررسی‌های انجام شده، بیماری‌های دهان و دندان در کشور ما به ویژه در کودکان معلول به نسبت شایع است و از سویی، امکانات دندانپزشکی موجود، جوابگوی نیازهای جامعه امروزی نیست. از این رو، لزوم انجام بررسی‌های دقیق و بر پایه‌ی اصول و روش‌های استاندارد بیشتر از پیش در کشورمان احساس می‌شود. در همین راستا، استان فارس، به دلیل گسترش و جمعیت قابل ملاحظه‌اش و شهر شیراز مرکز این استان، به عنوان یکی از پنج شهر بزرگ

کشور، برای بررسی برگزیده گردید تا با بررسی دندان‌ها و وضعیت لثه و بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان عقب مانده‌ی ۱۰-۱۲ ساله‌ی این شهر و تعیین وضعیت و مشخص کردن نیازهای درمانی آنان، گامی در راستای تدوین برنامه‌ای اصولی، برای تحقق شعار بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم، برداشته شود.

روش بررسی و مواد لازم

این بررسی به صورت مقطعی بر روی سیستم دندان‌های دائمی ۳۰۲ نفر از کودکان دختر و پسر ۱۰-۱۲ ساله‌ی آموزشگاه‌های استثنایی شهر شیراز، در بهار سال ۱۳۷۹ انجام گرفته است. نمونه‌ی مورد بررسی، در برگرفته‌ی ۱۸۱ نفر پسر و ۱۲۱ نفر دختر است (نمودار شماره‌ی ۲) که برای انتخاب نمونه‌ی لازم، شمار کل دانش‌آموزان ۱۰-۱۲ ساله‌ی استثنایی این آموزشگاه‌ها استخراج شده و گردآوری اطلاعات، با مراجعه‌ی مستقیم به آموزشگاه‌های محل تحصیل آنها و با استفاده از معاینه و گفت و شنود حضوری و نیز تکمیل پرسشنامه‌ی ویژه‌ی هر دانش‌آموز، انجام گرفته است. معاینه به وسیله سوند دندانپزشکی برای بررسی وضعیت دندان‌ها، از نظر پوسیدگی و سوند درجه بندی (پروب)، برای ارزیابی میزان پلاک باکتریایی و جرم‌دندانی و آینه‌ی دندانپزشکی برای دیدن نواحی غیر قابل دسترس و تابانیدن نور چراغ قوه‌ی دستی، برای روشن کردن محیط معاینه انجام گرفت. در معاینه، تنها وضعیت دندان‌های دائمی در نظر بوده و معیار بود یا نبود پوسیدگی در دندان‌ها، تغییر رنگ و گیر سوند در نظر گرفته شده است^(۴). در رابطه با بودن جرم و دبری و وضعیت بهداشت

مشخص کردن تفاوت میان گروه‌ها و از آزمون استیودنت برای مقایسه میان گروه‌ها استفاده شده است.

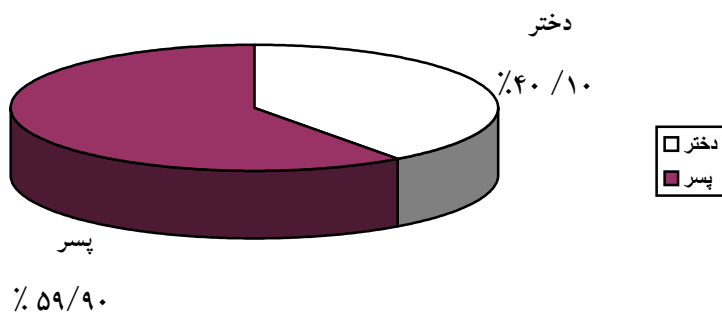
یافته‌ها

از میان ۳۰۲ نفر افراد معاینه شده، ۴۰/۱ درصد دختر و ۵۹/۹ درصد پسر بوده اند (نمودار شماره ۱). از این شمار، ۷۰/۶ درصد را عقب مانده‌ی ذهنی، ۲۳/۵ درصد را کودکان ناشنوا، ۳/۶ درصد را کودکان نابینا و ۲/۳ درصد را کودکان چند معلولیتی تشکیل داده‌اند (نمودار شماره ۱).

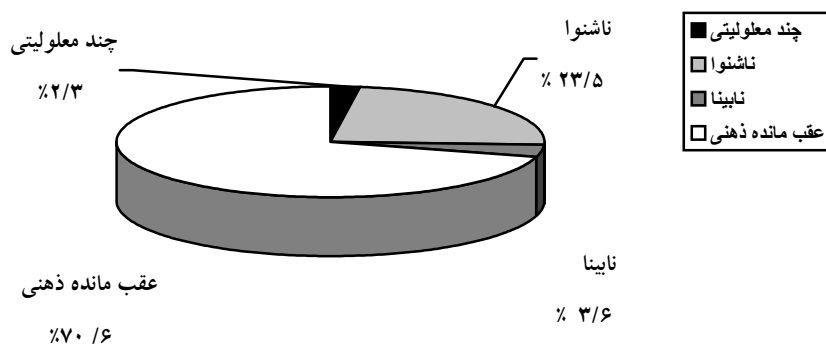
دهان و دندان، معاینه و بررسی بر پایه‌ی شاخص ساده شده‌ی بهداشت دهان و دندان انجام گرفته است^(۵). گردآوری اطلاعات، به وسیله‌ی دو نفر، اما، معاینه‌ی بالینی افراد، برای کاهش ضریب خطا، به وسیله‌ی یک نفر انجام پذیرفته و نفر دیگر، نیز ثبت اطلاعات در پرسشنامه‌ها را بر عهده داشت.

بررسی‌های آماری

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده، از تست آزمون واریانس برای وجود تفاوت میان گروه‌ها و از آزمون دونکن برای



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی جنسیت در دانش‌آموزان استثنایی ۱۰-۱۲ ساله‌ی شهر شیراز (۱۳۷۹)



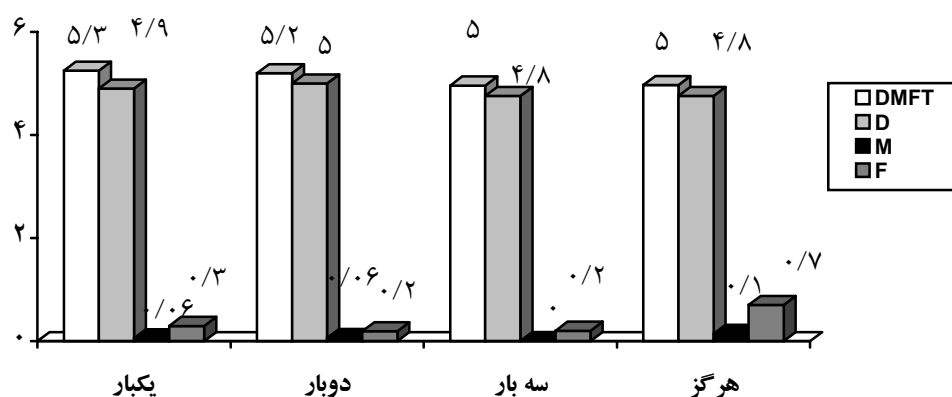
نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی نوع معلولیت در دانش‌آموزان استثنایی ۱۰-۱۲ ساله‌ی شهر شیراز (۱۳۷۹)

و در پسران، $3/08 \pm 4/96$ به دست آمده است.
(جدول شماره ۱)

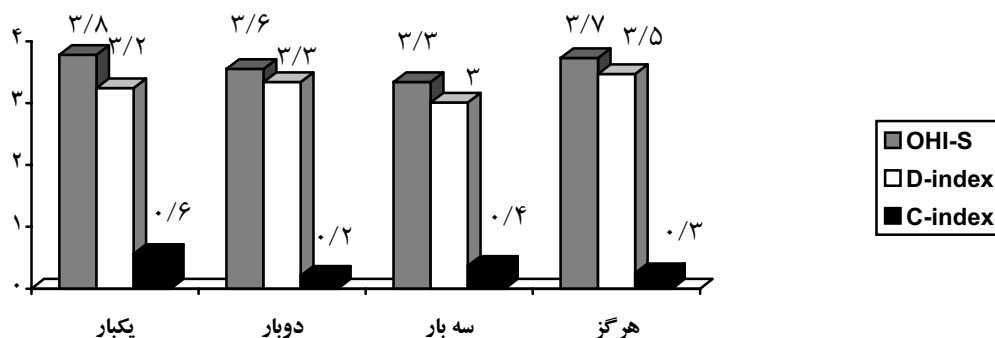
۱- رابطه‌ی میان میانگین شاخص پوسیدگی با نوع معلولیت، از سطح آماری معنی داری برخوردار بوده (P.Value: $0/0002$)، اما با دیگر متغیرها، رابطه‌ی آماری معنی دار دیده نشده است.
(جدول شماره ۲ و ۳- نمودار شماره ۳ و ۵)

شاخص پوسیدگی (DMFT) و اجزای آن

در این پژوهش، میانگین شاخص پوسیدگی کل، برابر $5/04 \pm 1/96$ بوده و در بررسی اجزای آن، میزان میانگین دندان‌های پوسیده (D)، برابر $4/8 \pm 2/38$ و دندان‌های پر شده (F)، برابر $0/19 \pm 0/06$ و دندان‌های کشیده شده (M)، برابر $0/16 \pm 0/22$ بوده است. میانگین شاخص پوسیدگی در دختران، $5/18 \pm 2/58$



نمودار شماره ۳: میانگین شاخص $DMFT$ (D, M, F) به تفکیک عادات بهداشتی در شبانه روز، در دانش‌آموزان استثنایی ۱۰-۱۲ ساله‌ی شهر شیراز (۱۳۷۹)



نمودار شماره ۴: میانگین شاخص $(OHI-S)$ و $D-index$ و $C-index$ به تفکیک عادات بهداشتی در شبانه روز، در دانش‌آموزان استثنایی ۱۰-۱۲ ساله‌ی شهر شیراز (۱۳۷۹)

۳- رابطه‌ی میان میانگین شاخص جرم (C-index) با همه‌ی متغیرها از میزان آماری معنی دار برخوردار نبوده است (جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳) (نمودار شماره‌ی ۴)

بحث

در این بررسی، میزان میانگین شاخص پوسیدگی، برابر ۵/۰۴ است و با توجه به این که سازمان بهداشت جهانی (WHO) میانگین آن را برای سال ۲۰۰۰، در کودکان ۱۲ ساله‌ی سالم، سه یا کمتر اعلام کرده است^(۶)، متأسفانه شاخص پوسیدگی به دست آمده در این پژوهش زیاد بوده و گویای بی‌توجهی یا کمبود امکانات مالی پدر و مادر و نیز نبودن مراکز درمانی اختصاصی برای این قشر آسیب پذیر جامعه است. در بررسی اجزای شاخص پوسیدگی در بررسی، میزان میانگین دندان‌های پوسیده (D)، برابر $۲/۳۸ \pm ۴/۸$ و دندان‌های پر شده (F)، برابر $۰/۱۹ \pm ۰/۰۶$ و دندان‌های کشیده شده (M)، برابر $۰/۲ \pm ۰/۰۶$ بوده است (جدول شماره‌ی ۱).

همان‌گونه که بیان شد میزان دندان‌های پوسیده درصدی زیاد از کل شاخص پوسیدگی را به خود اختصاص داده و این مطلب، دلیلی بر این موضوع است، که ارایه‌ی خدمات دندانپزشکی در پایین‌ترین میزان خود در افراد جامعه‌ی دانش آموزان عقب مانده است و بایستی در آینده، در این باره توجه شود. گفتنی است، که در بررسی سال ۱۳۷۵، در کودکان سالم ۱۲ ساله در شهر شیراز، میانگین شاخص پوسیدگی به دست آمده، برابر ۲/۹۱ و میانگین اجزای آن، به ترتیب D، برابر ۲/۶۲ و M برابر ۰/۰۸۹ و F برابر ۰/۱۵۶ بوده است^(۷). این اختلاف میان

۲- رابطه‌ی میان میانگین شاخص پوسیدگی دندان (Decay) و نوع معلولیت، از میزان آماری معنی دار برخوردار بوده اند، ($P=۰/۰۰۱$)، اما با دیگر متغیرها، رابطه‌ی آماری معنی دار دیده نشده است (جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳- نمودار شماره‌ی ۳)

۳- ارتباط میان شاخص‌های دندان کشیدن (Missing) و پرکردگی دندان (Filling) با همه‌ی متغیرها، اعداد آزمون از میزان آماری معنی دار برخوردار نبوده است. (جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳)

شاخص بهداشت دهان و دندان (OHI-S) و اجزای آن

در این بررسی، میزان میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان کل، برابر $۱/۵۴ \pm ۳/۶۴$ بوده و در وضعیت بد است. میانگین جرم، برابر $۰/۷۹ \pm ۰/۴۲$ و در وضعیت خوب است و میزان میانگین دبری، $۳/۲۲ \pm ۱/۵۱$ و در وضعیت بد بوده است. میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان در دختران $۳/۵۲ \pm ۲/۳۵$ و در پسران $۲/۳۸ \pm ۳/۵۵$ به دست آمده است (جدول شماره‌ی ۱).

۱- رابطه‌ی میان میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان با نوع معلولیت ($P=۰/۰۰۰۱$) و شمار افراد خانوار ($P=۰/۰۰۵$)، اعداد آزمون از میزان معنی دار برخوردار بوده است، اما با دیگر متغیرها، رابطه‌ی آماری معنی دار دیده نشده است. (جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳- نمودارهای شماره‌ی ۴ و ۶)

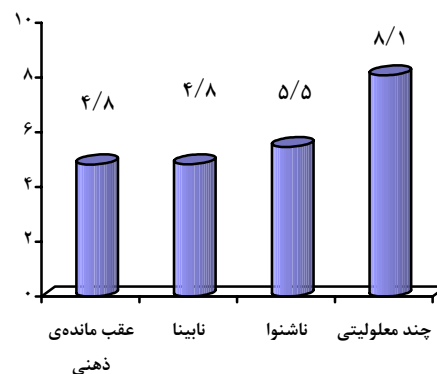
۲- رابطه‌ی میان شاخص دبری (D-index) با نوع معلولیت، از میزان آماری معنی دار برخوردار بوده است. ($P=۰/۰۰۳$)، اما با دیگر متغیرها، از نظر آماری رابطه‌ی معنی داری دیده نشده است. (جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳) (نمودار شماره‌ی ۴)

که ارزیابی خدمات دندانپزشکی به این گروه از معلولین، دشوارتر از دیگر گروه‌ها بوده و مراکز درمانی ویژه‌ای، که دندانپزشکان ورزیده و امکانات لازم در این زمینه را دارا باشد، وجود ندارد. در این بررسی میزان میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان، برابر $1/54 \pm 3/64$ است (جدول شماره ۱)، که بر پایه‌ی شاخص بهداشت دهان و دندان در وضعیت بد قرار دارد^(۵)، و میزان میانگین جرم، برابر $0/79 \pm 0/42$ و میزان میانگین دبری، $1/51 \pm 3/2$ بوده است (جدول شماره ۱).

گفتنی است، که در بررسی که در سال ۱۳۷۴ بر روی دانش آموزان ۶، ۱۲ و ۱۵ ساله‌ی آموزشگاه‌های شیراز انجام پذیرفته، میانگین کل شاخص بهداشت دهان و دندان این سه گروه، برابر $1/47$ بوده و در کودکان ۱۲ ساله برابر با $0/74 \pm 1/61$ است. همچنین میزان میانگین شاخص دبری در کودکان ۱۲ ساله، برابر $0/41 \pm 1/28$ و میانگین شاخص جرم در همین گروه، برابر $0/44 \pm 0/33$ بوده است^(۹). این شاخص‌ها در مقایسه با کودکان عقب مانده در پژوهش کنونی کمتر است، که این نتیجه قابل انتظار بوده، همچنین در کودکان استثنایی، مانند کودکان سالم، میانگین وضعیت دبری، به میزانی چشمگیر از میزان میانگین وضعیت جرم بیشتر است، که مورد تایید بیشتر مقالات منتشر شده در این باره است. بدترین وضعیت بهداشت دهان و دندان در میان گروه‌های چهار گانه، متعلق به کودکان نایبناست، که این حالت، در مورد وضعیت دبری و جرم، نیز گویاست. علت آن شاید گونه‌ی معلولیت (نایبنا) باشد، که باعث ناکارایی مسواک زدن آنها و در نتیجه، افزایش میزان دبری و جرم در سطح دندان‌های آنهاست. در حالی که، گروه ناشنوایان

کودکان عقب مانده و عادی قابل انتظار بوده است. زیرا، این افراد، دارای ویژگی‌های گوناگون، مانند، شیوه‌ی ارتباط با دیگران و توانایی‌های جسمی-حرکتی و فکری خاص بوده اند. همچنین، برنامه‌ی غذایی این افراد، نیز با کودکان سالم متفاوت است، که عمدتاً، دارای غذاهای نرم و کربوهیدرات‌های بیشتر است. میزان شاخص پوسیدگی در دختران در مقایسه با پسران بیشتر بوده که یکی از دلایل این اختلاف را شاید بتوان به رویش زودتر دندان‌های دائمی در دختران نسبت داد^(۸).

در رابطه‌ی شاخص پوسیدگی با گونه‌ی معلولیت افراد مورد مطالعه نشان داده شده، که بیشتری میزان شاخص پوسیدگی در گروه چند معلولیت‌هاست (DMFT = ۸/۰۸) (نمودار شماره ۵).



نمودار شماره ۵: میانگین شاخص پوسیدگی به تفکیک نوع معلولیت در دانش آموزان استثنایی ۱۰-۱۲ ساله‌ی شهر شیراز (۱۳۷۹)

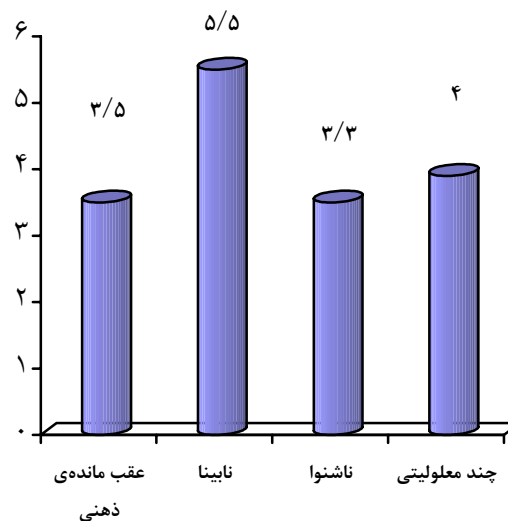
همچنین، میزان دندان‌های پوسیده و کشیده شده در این گروه بیشتر از دیگر گروه‌ها است، اما میزان دندان‌های پر شده در این گروه، برابر صفر به دست آمده است، که این یافته‌ها می‌تواند بیانگر این باشد،

خوب ۵۰ درصد، بهداشت متوسط ۴۵/۸۳ درصد و بهداشت ضعیف ۷/۱۷ درصد^(۱۰)، که با بررسی انجام گرفته‌ی مورد گزارش، همخوانی چندان ندارد. همچنین، در پژوهشی دیگر، که در سال ۱۳۷۳، در کودکان ناشنوا و لال در شهر مشهد انجام گرفته، یافته‌های زیر گزارش شده است: ۵۱ درصد این افراد بهداشت خوب ($OHI-S=0-1/2$)، ۳۶ درصد بهداشت متوسط ($OHI-S=1/3-3$) و ۱۳ درصد بهداشت بد ($OHI-S=3/1-6$) داشته‌اند^(۱۱).

در بررسی کنونی، کودکان خانواده‌های زیر پنج نفر، نسبت به کودکان خانواده‌های بالای پنج نفر، شاخص پوسیدگی و شاخص بهداشت دهان و دندان (و اجزای آنها) میزان کمتری را نشان می‌دهد. رابطه‌ی میان عادات بهداشتی و زمان مسواک زدن با شاخص پوسیدگی و دندان‌های کشیده شده (M) و شاخص بهداشت دهان و دندان به این صورت است، که هر چه دفعات مسواک زدن در شبانه روز افزایش یابد، میزان دو شاخص یاد شده، کاهش می‌یابد.

به طور کلی، می‌توان گفت که در بررسی حاضر زمانی که شمار افراد خانواده اندک بوده و در ضمن، سطح درآمد خانواده بالاتر باشد، اعداد شاخص پوسیدگی و شاخص بهداشت دهان و دندان کمتر شده و اکلوژن، نیز به وضعیت طبیعی نزدیک‌تر می‌شود.

بهترین وضعیت بهداشت دهان و دندان را دارا بوده‌اند (نمودار شماره‌ی ۶).



نمودار شماره‌ی ۶: میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان ($OHI-S$) به تفکیک نوع معلولیت در دانش آموزان استثنایی ۱۰-۱۲ ساله شهر شیراز (۱۳۷۹)

در همین زمینه در پژوهشی، که در سال ۱۳۷۵ در شهر مشهد، در رابطه با بررسی بهداشت دهان و وضع لثه‌ی کودکان نابینای ۱۰-۱۲ ساله انجام گرفته است، شاخص بهداشت دهان و دندان را در این کودکان به این ترتیب به دست آورده‌اند: بهداشت

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار شاخص های پوسیدگی و شاخص بهداشت دهان و دندان و اجزای آنها، به تفکیک جنس در دانش آموزان استثنائی ۱۰-۱۲ ساله شهر شیراز (۱۳۷۹)

	پسر		دختر	
	۱۸۱ نفر		۱۲۱ نفر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
DMFT	۴/۹۶	۳/۰۸	۵/۱۸	۲/۵۸
D	۴/۷۷	۲/۷۴	۴/۸۶	۱/۷۱
M	۰/۰۷	۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۲۰
F	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۲۸	۰/۶۷
OHI-S	۳/۵۵	۲/۳۸	۳/۵۲	۲/۳۵
Calculus	۰/۸۱	۰/۸۱	۰/۳۳	۰/۷۸
Debry	۳/۲۴	۱/۴۸	۳/۲۰	۱/۵۷

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار و P-Value شاخص های پوسیدگی و بهداشت دهان و دندان و اجزای آنها، به تفکیک گونه‌ی معلولیت در دانش آموزان استثنائی ۱۰-۱۲ ساله شهر شیراز (۱۳۷۹)

تعداد کل: نفر ۳۰۲	عقب مانده ذهنی		نابینا		ناشنوا		چند معلولیتی		P value
	۲۱۳ نفر		۱۱ نفر		۷۱ نفر		۷ نفر		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
DMFT	۴/۸۲	۲/۳۴	۴/۸۳	۱/۶۹	۵/۴۶	۴/۵۷	۸/۱	۶/۳۸	۰/۰۰۰۲
D	۴/۵۹	۱/۵۵	۴/۷۶	۱/۴۴	۵/۱۴	۳/۴۸	۷/۹۶	۰/۰۶	۰/۰۰۱
M	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۰	۰/۰	۰/۰۷	۰/۲۵	۰/۱۲	۰/۳۲	۰/۶
F	۰/۱۸	۰/۵۶	۰/۰۹	۰/۲۵	۰/۲۵	۰/۸۴	۰/۰	۰/۰	۰/۶
OHI-S	۳/۵۲	۲/۱۷	۵/۵۰	۴/۴	۳/۲۵	۲/۶۸	۳/۹۴	۱/۹	۰/۰۰۰۱
Calculus	۰/۳۰	۰/۶۷	۰/۷۹	۲/۰۳	۰/۳۱	۱/۴۲	۰/۲۹	۰/۸	۰/۲
Debry	۳/۲۲	۱/۵۱	۴/۷۲	۲/۳۷	۲/۹۴	۱/۲۶	۳/۶۵	۱/۱۲	۰/۰۰۳

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شمار خانوار بر پایه‌ی جنس نمونه و رابطه‌ی آن با میانگین و انحراف معیار شاخص های پوسیدگی و بهداشت دهان و دندان OHI-S, DMFT و اجزای آنها، در دانش آموزان استثنائی ۱۰-۱۲ ساله شهر شیراز (۱۳۷۹)

جنس	شمار خانوار	فراوانی	درصد طبیعی اکلوزن	DMFT		D		M		F		OHIS		C-index		D-index	
				SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X
پسر	زیر پنج نفر	۳۱	۹۰/۳	۴/۶۸	۱۲/۶۳	۴/۵۷	۱۰/۸۶	۰/۰۶	۰/۲	۰/۰۶	۰/۰۶	۱/۵۷	۲/۹۱	۰/۴۸	۰/۱۲	۲/۷۸	۰/۱۷
	بالای پنج نفر	۱۵۰	۸۳/۳	۵/۰۲	۳/۸۴	۴/۸۲	۲/۹۷	۰/۲۵	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۶۲	۳/۱۷	۲/۳۴	۰/۳۵	۲/۸۲	۱/۴۶	
دختر	زیر پنج نفر	۱۴	۸۵/۷	۴/۹۶	۲/۶۳	۴/۴۲	۱/۵۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۵۳	۱/۱۲	۲/۲۹	۲/۷۴	۰/۴۲	۲/۳۲	۱/۴۹	
	بالای پنج نفر	۱۰۷	۸۲/۲	۵/۳۱	۲/۵۲	۴/۹	۱/۷۱	۰/۲	۰/۰۶	۰/۲	۰/۶۲	۳/۱۸	۲/۳۴	۰/۳۲	۲/۸۶	۱/۵۶	

References

1. Lefrancois G. Psychology for teaching. Bel. Mont. Woodsoworth Publishing Company. 1991; P: 86.
2. Cole P. Chan L. Method an strategies for special education. Sydney. Prantic Hall. 1995.
3. افروز، غلامعلی، مقدمه‌ای بر روانشناسی و توان بخشی کودکان مبتلا به سندرم داون- انتشارات دانشگاه تهران، سال ۱۳۷۲، صفحه‌ی ۶۳-۵۶
4. Pinkham J.R. Pediatric Dentistry. Saunders. Third edition. P:490
5. Green J.C., Vermillion J.R. The simplified oral hygiene index. Journal of the American Association. 1965; 7:13.
6. Barmes D.E. Indication for oral health and int. Dent J. FDI. 1983; 60-66
7. کبیری، نیک منش، اسکندریان، طاهره. بررسی تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر روی DMFT در دانش آموزان ۱۲ ساله شیراز، دانشکده دندانپزشکی شیراز، شماره‌ی ۴۵۴، سال ۱۳۷۵، صفحه‌ی ۱۱۰-۱۰۸.
8. بناکار، شهین. ثابت عهد، ایمان. زرین دست، مرجان. بررسی زمان رویش دندان‌های دایمی افراد ۱۳-۵ ساله مدارس شهر شیراز، دانشکده دندانپزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شماره‌ی ۳۶۳- سال ۱۳۷۴، صفحه‌ی ۹۸.
9. نعمتی، سعید. صیرفی، محسن. بررسی وضعیت لثه و بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان ۶، ۱۲ و ۱۵ ساله مدارس شهر شیراز. دانشکده دندانپزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شیراز. شماره‌ی ۳۸۱. سال ۱۳۷۴، صفحه‌ی ۲۳-۲۵-۲۶.
10. پژند- هایده، شاکری- فریده. بررسی بهداشت دهان و لثه کودکان نابینا در شهر مشهد. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد، سال بیستم، شماره‌ی ۳ و ۴، پاییز و زمستان ۱۳۷۵، صفحه‌ی ۱۰۷.
11. پژند- هایده، ستاره- عارله، ماجدی- کمال. بررسی بهداشت دهان و لثه کودکان کر و لال شهر مشهد. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد. سال هجدهم. شماره‌ی ۲. تابستان ۱۳۷۳: صفحه‌ی ۱۶.

Abstract

Evaluation of DMFT, OHI-S Status and Occlusion in 10-12 Years Old Handicapped Children Studying at Special Schools of Shiraz (2000)

T. Eskandarian, DMD, MScD

Assistant Professor of Pediatric Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences

A.Nikoorazm, DMD

R. Dolatkah, DMD

This study was carried out to estimate the DMFT and OHI-S indices and to define the occlusion type in handicapped children and the effects of the type of handicapping, sexuality, parents education and the brushing habit on the above mentioned indices in 302 children aged 10-12 years. 70.6% of children were mentally retarded, 23.5% of them were deaf, 3.6% blind and 2.3 handicapped ones. 40.1% of our subjects were female and 59.9% were male. The mean DMFT obtained in this study, was 5.04 ± 1.96 , the mean number of decayed teeth was 4.8 ± 2.38 , the mean number of filled teeth, was 0.19 ± 0.06 and the mean number of missing teeth was 0.06 ± 0.22 . The mean OHI-S was found to be 3.64 ± 1.54 , D-index to be 3.22 ± 1.51 , C-index to be 0.42 ± 0.79 . 83.8% of the children under study, were classified as normal class I occlusion and the remaining 16.2% consisted of various malocclusions. As regards to brushing habit, it was found that 68.2% of the children studied brushed their teeth regularly, and 31.8% failed to do it. The multiple-handicapped children had the maximum level of DMFT (DMFT=8.08). As regards OHI-S and its components, the blind group had the highest level (OHI-S=5.5). The DMFT and OHI-S (and their components) levels are higher in families with five or more members (5.11 and 4.82 respectively) in comparison with those with less than five members (3.17 and 2.83 respectively). There was a significant relationship between the DMFT and OHI-S indices with the type of disability in children examined in this research.

Key words: Handicapped, DMFT, OHI-S, Disability