

بررسی شاخص DMFT در دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله‌ی مدارس شهر بوانات، سال ۱۳۸۰

دکتر محمد مهدی فانی*

چکیده

مقدمه: شاخص تعیین میزان پوسیدگی (DMFT) دندان از شاخص‌های مهم در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی (منطقه‌ای - کشوری) به شمار می‌آید. در سال ۱۹۸۱، در نشست، که با حضور صاحب نظران فدراسیون بین‌المللی دندانپزشکی (FDI) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) در شهر ریودوژانیرو برگزار گردید، هدف‌های زیر برای همه‌ی کشورهای جهان در نظر قرار گرفت: (۱) ۵۰ درصد کودکان، بدون پوسیدگی دندان باشند. (۲) شاخص وضعیت پوسیدگی دندان (DMFT) در سن دوازده سالگی، از سه تجاوز نکند. (۳) ۸۵ درصد جامعه در سن هیجده سالگی بدون دندان کشیده باشند. هدف از این بررسی، شناخت و تعیین وضعیت پوسیدگی دندان DMFT در دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله‌ی شهر بوانات است.

مواد و روش: در این تحقیق ۴۰۷ نوجوان (۲۷۱ پسر و ۱۳۶ دختر) از مدارس شهر بوانات به طور تصادفی، معاینه شدند و ارزیابی لازم به وسیله‌ی یک دانشجوی سال آخر دندانپزشکی (بدون پرتونگاری) و با شرایط کاملاً یکسان قرار گرفته و داده‌ها گردآوری شده و واکاوی (Analysis) گردیدند.

یافته‌ها: یافته‌ها به قرار زیر بوده است: (۱) میانگین DMFT همه‌ی نوجوانان ۱۱ تا ۱۶ ساله مورد بررسی، $1/90 + 2/25$ بوده است. (۲) ۲۵/۶ درصد کل نوجوانان، بدون هر گونه دندان دایمی پوسیده، پرکرده یا کشیده شده، بودند. (۳) ۹۵/۸ درصد از شاخص DMFT مربوط به دندان‌های پوسیده بود، در حالی که، تنها دو درصد از دندان‌های پوسیده، ترمیم شده بودند. (۴) میانگین DMFT در گروه سنی $12+1$ سال $1/9$ و در گروه سنی $15+1$ سال، $2/72$ است، که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است. (۵) میانگین DMFT در پسران، $2/33$ و در دختران، $2/09$ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: شاخص DMFT در جامعه‌ی مورد نظر، نسبتاً مطلوب می‌باشد.

واژگان کلیدی: DMFT، پیشگیری پوسیدگی، بوانات

* استادیار گروه تشخیص بیماری‌های دهان و دندان دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

¹DMFT: D: Decay, M: Missing, F: Filling, T: Teeth

مقدمه

پوسیدگی دندان، در حقیقت تخریب آسیب‌شناختی موضعی بافت‌های دندان، به وسیله ریز جانداران (میکروارگانیسم) است، که این تخریب با انباشت جمعیت و صنعتی شدن جوامع، ارتباط مستقیم دارد و تغییر عادات غذایی، منطقه‌ی جغرافیایی، ارث و عوامل محیطی، بر روی آن اثرگذار خواهد بود. در پژوهشی، که در سال ۱۹۹۳ در کشور زیمبابوه، به وسیله‌ی مکونی (Makony) و همکاران، بر روی ۵۶۹ دانش‌آموز، با میانگین سنی ۱۳/۹ سال انجام شد، اندازه‌ی میانگین DMFT، برابر ۱/۱ به دست آمد^(۱). در پژوهشی دیگر، که در سال ۱۹۹۶، در مالزی، به وسیله‌ی مجید زام (Majid. ZA) و همکاران، بر روی ۲۲۹ دانش‌آموز ۱۲ تا ۱۵ سال انجام شد، مشخص گردید، که اندازه‌ی میانگین DMFT، برابر ۳/۴ است و میزان شیوع پوسیدگی، ۸۲/۸ درصد اعلام گردید^(۲). در پژوهشی، که در سال ۱۹۹۰، در اسپانیا، بر روی ۵۳۳ دانش‌آموز ۱۲ ساله مدارس بارسلونا انجام گرفت، میزان DMFT، ۱/۳۴ بود و میزان پوسیدگی ۴۹/۲ اعلام گردید^(۳). در پژوهشی، که در سال ۱۳۷۶، به وسیله‌ی دکتر طاهره اسکندریان و همکاران، بر روی ۲۴۴ کودک ۱۲ ساله‌ی عشایر کوچنده‌ی قشقای انجام گرفت، میانگین DMFT، برابر ۱/۳۹ بوده است^(۴). با توجه به این که، جامعه‌ی پزشکی امروز، توجه به پیشگیری را در بسیاری از بیماری‌ها مقدم بر درمان می‌داند و با پذیرش این حقیقت، که با به کارگیری روش‌های مناسب در امر بهداشت دهان و دندان، به وسیله‌ی کارکنان کارآموده می‌توان از سیر پیشرونده‌ی بیماری‌های حفره‌ی دهان کاست، این امر، از هزینه‌های گزاف درمان‌های دندانپزشکی، اتلاف وقت نیروهای انسانی، مصرف مواد و وسایل درمانی جلوگیری می‌کند. برای برنامه‌ریزی در امر بهداشت و پیشگیری و ارائه‌ی خدمات ارزنده‌ی دندانپزشکی و به‌کارگیری

دانش و شیوه‌ی نوین در این امر، به شناسایی و ارزیابی اطلاعاتی از وضعیت سلامت و بیماری دندان‌ها، وضعیت بهداشت دهان، اندازه‌ی پوسیدگی و دندان‌های از دست رفته و دندان‌های ترمیم شده‌ی افراد جامعه نیاز است. گردآوری چنین داده‌هایی از یک سو، وضع موجود و نیازهای درمانی را نشان می‌دهد و از سوی دیگر، در برنامه‌ریزی بهداشتی پیشگیری درمانی مؤثر است. امید که با تقویت نهادهای فراگیر بهداشتی و ایجاد فرهنگ پیشگیری در میان همگان، بتوان راهکاری مناسب و با صرفه در مهار بیماری‌های دهان و دندان یافت.

هدف از انجام این بررسی، مشخص ساختن موارد زیر است:

- ۱- مشخص کردن اندازه‌ی میانگین DMFT و اجزای آن M.D.F در دانش‌آموزان ۱۱ ساله.
- ۲- مشخص ساختن اندازه‌ی میانگین DMFT به گونه‌ای جداگانه (1 ± 12 و 1 ± 15 سال) و جنسیت (مذکر و مؤنث).
- ۳- مشخص کردن وضعیت مسواک زدن و ارتباط آن با DMFT.

مواد و روش

در این پژوهشی، شمار ۴۰۷ دختر و پسر ۱۱ تا ۱۶ ساله (۲۷۱ پسر و ۱۳۶ دختر)، به صورت تصادفی، از دانش‌آموزان سال‌های پنجم دبستان، اول، دوم و سوم راهنمایی و اول دبیرستان مدارس شهر بوانات بررسی شدند. معاینه‌ی دندان‌ها به کمک سوند مستقیم و آینه‌ی مسطح دندانپزشکی و با استفاده از نور یک چراغ قوه انجام گرفت. همه‌ی کودکان به وسیله‌ی یک نفر و در محل مدرسه معاینه شدند. برای هر دانش‌آموز، یک پرسشنامه‌ی اختصاصی در نظر گرفته شد که در آن مشخصات شخصی دانش‌آموز، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر، وضعیت مسواک زدن، تنفس دهانی و مراجعه به دندانپزشک، در آن تکمیل گردید.

الف) استانداردهای تشخیص پوسیدگی: تشخیص پوسیدگی دندان با استاندارد سلاک (Slack) و همکاران^(۱) انجام گرفت. به این ترتیب، که دندان پوسیده به شمار می‌آید، که افزون بر علایم ظاهری پوسیدگی مینا، در تماس با نوک سوند کاملاً نرم بوده و به هنگام معاینه‌ی سوند در آن گیر کند. چنانچه دندان از جرم پوشیده بود، که مانع تشخیص پوسیدگی می‌شد، در آغاز، با گاز استریل پاک شده و سپس، معاینه از نظر وضع پوسیدگی انجام می‌شد. اگر در دندان که ترمیم شده بود، نشانی از آغاز پوسیدگی دیده می‌شد، جزو دندان‌های پوسیده به شمار می‌آمد. دندان‌های جزو کشیده شده (Missing) به شمار می‌آمد، که نخست، دایمی بوده و دوم، در اثر پوسیدگی کشیده شده بود. دندان‌های هم جزو پر شده (Filled) به شمار می‌آمد، که پرکردگی دایمی داشته و بدون پوسیدگی دوباره بود.

ب) ناهنجاری‌های اکلوزن: ناهنجاری‌های اکلوزن (Malocclusion)، در سه درجه در نظر گرفته شد. صفر، برای هنگامی که ناهنجاری ردیف دندان‌ها وجود نداشت. جزئی، برای زمانی که کجی و ناصافی جزئی (Crowding)، فاصله‌گذاری جزئی (Spacing)، تا اندازه‌ای ردیف معمولی دندان‌ها را برهم زده بود و سرانجام متوسط تا شدید، برای زمانی که اورجت (Overjet) بیش از نه میلی‌متر، انحراف خط میانی (Cross bite) بیش از چهار میلی‌متر ایجاد کرده باشد. استخراج یافته‌ها با بهره‌گیری از برنامه‌ی رایانه‌ای SPSS و با استفاده از t.test انجام گردیده است.

یافته‌ها

میانگین DMFT همه‌ی دختران و پسران ۱۱ تا ۱۶ ساله‌ی مورد معاینه در مدارس بوانات، در این بررسی، ۲/۲۵ با انحراف معیار ۱/۹ به دست آمد. در حالی که، این میانگین در گروه ۱۲±۱ ساله‌ها، ۱/۹ با

انحراف معیار ۱/۶۶ و در گروه ۱±۱۵ ساله‌ها، با انحراف معیار ۲/۰۹ به دست آمد، که این اختلاف معنی دار بود. از سوی دیگر، این میانگین در گروه پسران، ۲/۳۳ با انحراف معیار ۱/۹۸ و در گروه دختران، ۲/۰۹ با انحراف معیار ۱/۷۳ مشاهده شد. این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (p=۰/۰۳۶). در ضمن، در بررسی همزمان گروه سنی و جنسی، بالاترین اندازه‌ی DMFT ۲/۷۵ در پسران ۱±۱۵ ساله و پایین‌ترین اندازه‌ی DMFT ۱/۸۹ در پسران ۱۲±۱ ساله مشاهده گردید (نمودار شماره‌ی یک).

شمار کل نوجوانان ۱۱ تا ۱۶ ساله‌ای که DMFT آنها برابر صفر بوده و در حقیقت فاقد پوسیدگی به شمار می‌آمدند، در این بررسی ۱۰۱ نفر (۲۵/۶ درصد) بوده، که از نظر گروه‌های سنی، ۲۹/۳ درصد گروه ۱±۱۲ ساله‌ها و ۲۰/۶ درصد گروه سنی ۱±۱۵ ساله‌ها و از نظر گروه جنسی، ۲۵/۸ درصد گروه پسران و ۲۵ درصد گروه دختران فاقد پوسیدگی واقعی بوده‌اند (جدول شماره‌ی ۱).

درصد کودکانی که DMFT=۲ داشته‌اند، بیشتر از دیگران بوده است (۲۷/۸ درصد)، که این اندازه‌ی DMFT در همه‌ی گروه‌های سنی و جنسی بالاترین شیوع را دارد (جدول شماره‌ی ۱).

از مجموع کل DMFT، دو درصد مربوط به دندان‌های ترمیم شده، ۲/۲ درصد مربوط به دندان‌های کشیده شده و مانده‌ی آن، که ۸۷۸ دندان (۹۵/۸) است همچنان پوسیده و بدون درمان بر جا مانده است (جدول شماره‌ی ۲).

بررسی‌های انجام شده، نشان داده، که ۱۱/۵ درصد از کل جمعیت مورد بررسی، هرگز مسواک نمی‌زدند، در ضمن، مسواک نزدن به گونه‌ای معنی‌دار در پسران شایع‌تر بوده است (p=۰/۰۰۰۱). (۳/۲ درصد دختران و ۱۵/۵ درصد پسران هرگز مسواک نمی‌زدند). میانگین متوسط DMFT هم، به گونه‌ای معنی‌دار در گروهی، که هرگز

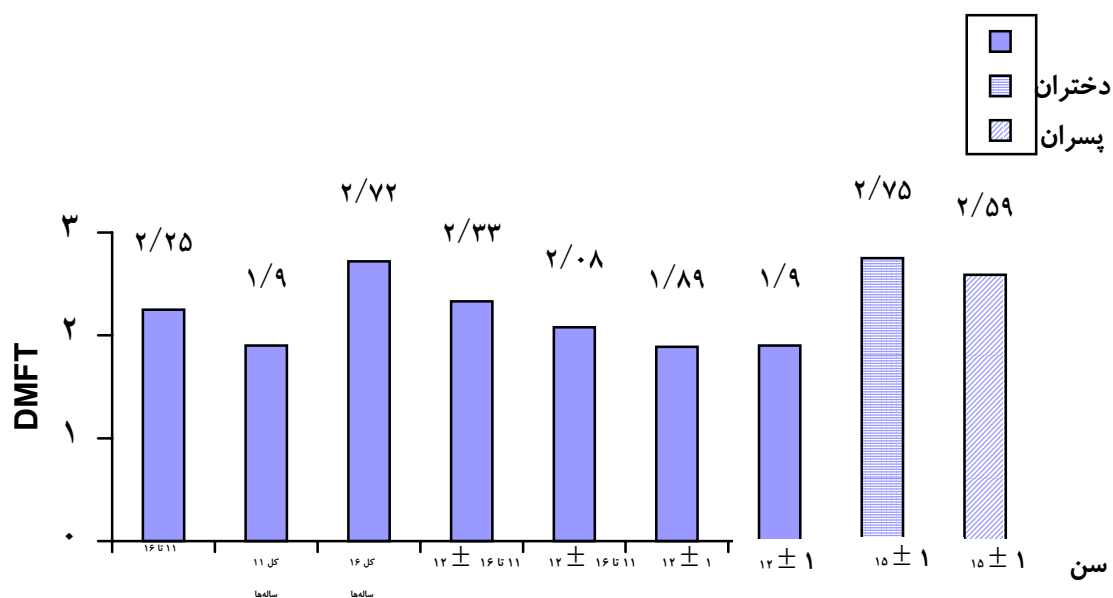
مسواک نمی‌زدند، بالاتر بوده است (جدول شماره ۳). (DMFT=۳/۱)

از لحاظ توزیع شمار فرزندان خانواده، تنها ۱۱/۱ درصد از خانواده‌ها دارای یک یا دو فرزند بوده‌اند و در فرزندان این خانواده‌ها میانگین DMFT، به گونه‌ای معنی‌دار پایین‌تر بوده است. زیرا اندازه‌ی DMFT در فرزندان این خانواده‌ها، ۱/۴۲ به دست آمد، اما در فرزندان خانواده‌های دارای سه تا پنج فرزند، این شاخص برابر ۲/۴۲ و در خانواده‌ها دارای شش فرزند یا بیشتر، برابر ۲/۳۱ مشاهده گردید (جدول شماره ۴). بیشترین دانش‌آموزان (۶۷/۶ درصد) هیچ

گونه مال اکلوژنی نداشته‌اند. ۲۳/۸ درصد مال اکلوژن جزئی و مانده‌ی آن (۸/۶ درصد)، مال اکلوژن متوسط تا شدید داشته‌اند، اما از لحاظ ارتباط آن با DMFT، رابطه‌ای معنی‌دار از نظر آماری مشاهده نگردید. اندازه‌ی ۴۷/۸ درصد از نمونه‌ی مورد بررسی، دست کم یک بار به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند و این

مراجعه به دندانپزشک، در دختران بیشتر از پسران و در گروه سنی ۱ ± ۱۵ ساله‌ها، بیشتر از گروه سنی ۱ ± ۱۲ ساله‌ها دیده شده است، که همه‌ی این اختلافات معنی‌دار است. در افرادی، که به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند (DMFT=۲/۴۸)، بیشتر از گروهی بوده است، که هرگز به دندانپزشک مراجعه نکرده‌اند (DMFT=۲/۰۲).

مراجعه به دندانپزشک، هم با وضعیت مسواک زدن آنها و هم با تحصیلات پدر آنها دارای ارتباط معنی‌دار بوده است به گونه‌ای که بیشتر (۸۷ درصد) فرزندان با تحصیلات پدر که بالاتر از دیپلم بوده است، به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند (p = ۰/۰۲۵). در باره‌ی وضعیت مسواک زدن هم، دانش‌آموزانی که وضعیت مسواک زدن بهتر داشته‌اند، مراجعه به دندانپزشک نیز در آنها زیادتر شده است. بین اندازه‌ی میانگین DMFT با تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و تنفس دهانی، ارتباط معنی‌دار مشاهده نگردید.



نمودار شماره یک: میزان متوسط DMFT به تفکیک سن، جنس و توأم با یکدیگر

جدول شماره ۱- رابطه میزان DMFT در پسران و دختران به تفکیک سن

DMFT	درصد پسران	درصد دختران	درصد 12 ± 1 ساله‌ها	درصد 15 ± 1 ساله‌ها	درصد کل	شمار کل
۰	۲۵	۲۹/۳	۲۰/۶	۲۰/۶	۲۵/۶	۱۰۱
۱	۷/۴	۱۱/۸	۱۰/۳	۶/۹	۸/۸	۳۶
۲	۲۷/۳	۲۸/۷	۲۹/۷	۲۵/۱	۲۷/۸	۱۱۳

جدول شماره ۲- درصد میزان M.D و F در دانش آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله

DMFT و اجزای آن	D		M		F		DMFT	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
-								
کل دانش آموزان	۸۷۸	۹۵/۸	۲۰	۲/۲	۱۸	۲	۹۱۶	۱۰۰

جدول شماره ۳- توزیع وضعیت مسواک زدن به تفکیک جنس

وضعیت مسواک جنس	هرگز مسواک نمی‌زند		مسواک زدن پیوسته یا گاه‌گاهی (درصد)	
	شمار	درصد	شمار	درصد
پسر	۱۵/۵		۸۴/۵	
دختر	۳/۲		۹۶/۸	
درصد کل	۱۱/۵		۸۸/۵	
میانگین	۳/۱		۲/۱۶	

جدول شماره ۴ - فراوانی تعداد فرزندان خانواده و ارتباط آن با DMFT

شمار فرزندان	درصد	DMFT
۱ تا ۲ نفر	۱۱/۱	۱/۴۲
۳ تا ۵ نفر	۴۱/۹	۲/۴۲
۶ نفر به بالا	۴۷	۲/۳۱

در بررسی اندازه‌ی DMFT در رابطه با شمار فرزندان خانواده، همان‌گونه که قابل پیش‌بینی بوده، در خانواده‌های دارای یک یا دو فرزند، میانگین DMFT کمتر مشاهده شد، که علت آن را می‌توان بذل توجه بیشتر پدر و مادر به کودکان، توانایی بیشتر اقتصادی خانواده و شرایط مناسب فرهنگی در مقایسه با خانواده‌های دارای بیشتر از سه فرزند دانست.

در بررسی رابطه‌ی DMFT با وضعیت مسواک زدن افرادی، که هرگز مسواک نمی‌زدند، DMFT بالاتر داشتند که مؤید اثر حذف پلاک به وسیله‌ی مسواک و پیشگیری از پوسیدگی است.

فرهنگ جامعه‌ی مورد بررسی به گونه‌ای است که اگر دندان به پوسیدگی و درد دچار نشود، به دندانپزشک مراجعه نمی‌کنند و به همین علت است که در کسانی که به دندانپزشک مراجعه کرده‌اند میانگین DMFT بالاتر مشاهده گردید. در تحصیلات بالاتر پدر، مراجعه‌ی فرزندان به دندانپزشک افزایش یافته است. در خانواده‌های دارای یک یا دو فرزند، وضعیت مسواک زدن فرزندان مطلوب‌تر است.

نتیجه‌گیری

با بررسی میزان دندان‌های کشیده شده، پر شده و پوسیده در دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۶ ساله

مدارس شهر بوانات، نشان می‌دهد که بهداشت دهان و دندان از وضعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار است.

پیشنهادات

بحث

از آنجا که یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی سلامت دهان و دندان‌ها، DMFT است، از زمان‌های گذشته، به دست آوردن این شاخص در میان جوامع گوناگون مورد نظر بوده است.

در این بررسی، DMFT در افراد ۱۱ تا ۱۶ ساله، ۲/۲۵ با انحراف معیار ۱/۹۰ به دست آمد، که بر پایه‌ی رده‌بندی ارایه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۹۴، در گروه پوسیدگی کم قرار می‌گیرد (۲ و ۴).

در گروه سنی 1 ± 12 سال، میانگین DMFT برابر ۱/۸۶ بود، که در مقایسه با بررسی انجام گرفته به وسیله‌ی کبیری و نیک‌منش^(۷) بر روی دانش‌آموزان ۱۲ ساله‌ی شهر شیراز، که میانگین DMFT را ۲/۹ به دست آورده‌اند، تا اندازه‌ای مطلوب‌تر بوده است. در گروه سنی 1 ± 15 سال، میانگین DMFT برابر ۲/۷۲ مشاهده گردید، که در مقایسه با DMFT دانش‌آموزان ۱۵ ساله‌ی تهرانی، در پژوهشی از صدر و مفید^(۸)، در سال ۱۳۶۹، انجام دادند ۴/۶ اعلام کرده است که در مقایسه از وضعیت مطلوب‌تر برخوردار است. این کاهش اندازه‌ی DMFT نوجوانان ۱۵ ساله مورد بررسی را شاید بتوان ناشی از کاهش مصرف قند سرانه‌ی این افراد انگاشت.

میانگین DMFT در گروه سنی 1 ± 15 ساله، بالاتر مشاهده گردید، که علت را می‌توان ناشی از

زمان بیشتر دانست که دندان‌ها تحت اثر عوامل پوسیدگی‌زا قرار گرفته‌اند.

به نظر می‌رسد که در زمینه‌ی آموزش‌های بهداشت دهان و دندان، به یک بازنگری اساسی احساس نیاز می‌شود که در آن، توجه به آداب و فرهنگ هر منطقه بایستی مورد نظر قرار گیرد. در این راستا، نکات زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱- ایجاد یا فعال کردن واحدهای دندانپزشکی جامعه نگر در سراسر کشور، با استفاده از دندانپزشکان جوان و بهداشت کاران دهان و دندان و بهره‌جویی از این گروه، در اداره‌های دولتی، مانند صدا و سیما، آموزش و پرورش و نیز در مطبوعات، تا در امر پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان اقدام‌های بایسته انجام شود.

پزشکی در امر برگزاری دوره‌های آموزشی دخالت مستقیم کند.

۴- بهره‌جویی از تجربه‌های کشورهای، که در مهار بیماری پوسیدگی دندان در نسل جوان موفق بوده‌اند. به امید آن‌که، شاهد جامعه‌ای باشیم، که در آن، با توجه به امر پیشگیری نیاز به پایین‌ترین درمان‌های پرهزینه‌ی دندانپزشکی را داشته باشیم.

سپاسگزاری

به این وسیله از زحمات آقای دکتر حسن اسدالهی و دکتر علی دهقان نبیری، که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

۲- ضرورت برگزاری دوره‌های پیوسته‌ی آموزش نوین در زمینه‌ی پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان.

۳- بهره‌جویی بهینه از کارکنان کازآزموده‌ی هیئت علمی دانشکده‌های دندانپزشکی سراسر کشور، که هماهنگ با وزارت بهداشت، درمان و آموزش

References

1. Makony K, Espinel FM: Oral health status among secondary school student in Harare, Zimbabwe. J DentAssoc.S.Afr. Jul 1997; 52(7): 491-4.
2. Majid ZA, Hussein et al: The prevalence of caries and enamel defects in 229 malasian. Singapore Dent J. Jul 1996; 21(1):11-15.
3. Casanas P, Billestin et al.: Prevalence of dental caries among school children city of Barcelona Gas Sanit. Jan 1992; 6(28):13-18.
4. Slack MN, Wentz H: A clinical investigation of dental caries diagnosis. B.D.j. 1985; 1042; 399-404
5. World Health Organizaiton Oral Health Life, ch- 1211 Geneva 27. Switzerland, 1994.
- ۶- اسکندریان طاهره، امیری ابراهیم، احمدی علی: بررسی وضعیت DMFT و بهداشت دهان و دندان و فاکتورهای وابسته در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچ قشقایی شهرستان اقلید. دانشکده دندانپزشکی شیراز در سال ۱۳۷۷؛ (پایان نامه)
- ۷- کبیری ا، نیک منش ک: بررسی تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی فرهنگی بر روی DMFT در دانش آموزان ۱۲ ساله شهر شیراز. ۱۳۷۵؛ (پایان نامه)
- ۸- صدر سید جلیل، مفید رسول: ارزیابی سلامت دهان و دندان دانش آموزان شهر تهران. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۴؛ شماره ۲۰ و ۲۱: صفحه ۲۱.

Abstract

Evaluation of DMFT Index in 11-16 Year- Old Children of Bavanat in 2001

M.M. Fani, DMD, MScD

Assistant Professor of Oral Medicine Department, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences

Background: DMFT is the most important index of dental caries. According to the meeting held by WHO and FDI in RiodeJenerio in 1981, the following criteria were proposed universally: 1) 50% of children should be caries free. 2) DMFT index should not be more than 3 in 12 year-old children. 3) 85% of 18 year-olds should not have an extracted tooth.

Materials and Methods: The aim of this investigation was to determine the prevalence of dental caries and DMFT in 11-16 year-old school children in Bavanat. A total of 407 children (271 males and 136 females) were examined in Bavanat schools.

Results: The mean DMFT in 11-16 year-old children was 2.25%, although 95.8% of the DMFT score was related to decayed teeth (D) and only 2% of decayed teeth were filled. The means of DMFT for ages 12 ± 1 and 15 ± 1 were 1.9 and 2.7 respectively, which were statistically significant. The results of this study demonstrated that DMFT was 2.33 among males and 2.09 among females.

Conclusion: The results of our investigation showed that the DMFT index in an experimental population was relatively acceptable.

Key words: DMFT, Caries prevention, Bavanat
