

بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموزان پایه سوم ابتدایی شهر گناباد در سال ۱۳۸۶

سیامک محبی^۱ - علی رضانی^۲ - محمد مطلبی^۱ - لیلی محمد پور^۳
اکرم نور نعمت شاهی^۳ - عصمت السادات حسینی^۳

چکیده

زمینه و هدف: تحقق سلامتی منوط به توجه و برنامه ریزی در تمامی مؤلفه های اثرگذار بر آن است. سلامت دهان و دندان یکی از یازده شعار مهم قرن بیست و یکم شناخته شده و قبلاً نیز یکی از اجزای PHC محسوب می شد. DMFT شاخصی ساده، سریع و قابل اعتماد در تعیین سلامت دهان و دندان می باشد. پایه سوم ابتدایی از لحاظ رشد دندانی ما بین دوره شیری و دوره دائمی قرار دارد و در این دوره دندانهای مخلوط مشاهده می شود که امکان dmft را نیز مقدور می سازد. این پژوهش به منظور تعیین وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموزان با استفاده از شاخص DMFT در شهر گناباد انجام شد. روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی مقطعی، کلیه دانش آموزان پایه سوم ابتدایی (۵۲۹ نفر) از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان مورد معاینه و مصاحبه زیر نظر دندانپزشک قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل چک لیست اندکس DMFT، پرسشنامه، آینه یکبار مصرف و سوند مخصوص بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS به کمک آزمون t، ضریب همبستگی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: از نظر جنسیت ۵۱/۲٪ جامعه مورد پژوهش پسر و ۴۹/۸٪ دختر بودند. ۷۷/۳٪ از مسواک و فقط ۸/۳۲٪ از نخ دندان استفاده می کردند. dmft دانش آموزان مورد پژوهش $3/86 \pm 1/11$ و DMFT $1/04 \pm 0/22$ بدست آمد که اختلاف معنی داری را در دو جنس نشان نداد ($p=0/12$) و $p=0/18$. درصد کودکان عاری از پوسیدگی دندان در این بررسی ۸/۳٪ بود. آنالیز واریانس یک طرفه رابطه معنی داری را بین تعداد دفعات مسواک زدن با شاخص مربوطه نشان داد. همچنین تحصیلات والدین و بعد خانوار با DMFT به ترتیب ارتباط مستقیم و معکوس معنی داری داشتند. نتیجه گیری: نتایج این بررسی نشان داد که وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموزان پایه سوم ابتدایی شهر گناباد از الگوی کشوری تبعیت کرده و نسبتاً مطلوب است و CF نیز با شاخص کشوری اختلاف معنی داری ندارد ولی از نظر اهداف WHO در حد متوسط قرار دارد که تلاش های برنامه ریزی شده در جهت ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد و در اختیار قرار دادن منابع مورد نیاز و همچنین بازبینی نحوه اجرا و هزینه- اثربخشی پاره ای از اقدامات نظیر فلوراید تراپی و غیره ضروری به نظر می رسد. کلید واژه ها: بهداشت دهان و دندان؛ دانش آموزان؛ شاخص DMFT؛ شاخص CF

افق دانش؛ فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۴؛ شماره ۴؛ زمستان سال ۱۳۸۷)
دریافت: ۱۳۸۷/۶/۲۴ اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۱۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۲/۱۴

۱- نویسنده مسؤول: مربی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزشی بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد
آدرس: گناباد- حاشیه جاده آسیایی- دانشکده بهداشت- دانشگاه علوم پزشکی گناباد
تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۰۲۸ شماره: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۸۱۴ پست الکترونیکی: mohebisiamak@yahoo.com
۲- دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۳- دانشجو، رشته بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

مقدمه

دهان و دندان در تأمین و ارتقای سلامتی جامعه تا آنجا مورد توجه قرار گرفته که اکنون یکی از ۱۱ شعار مهم قرن بیست و یکم شناخته شده است (۶). از طرفی شناخت صحیح از وضعیت دندانی و نیازهای درمانی گروههای سنی مختلف از مهمترین عوامل در جهت برنامه ریزی بهداشتی درمانی است. لزوم داشتن اطلاعات صحیح و مطابق استانداردهای بین المللی که قابل قیاس با سایر اطلاعات باشد امروزه مورد توجه پژوهشگران و برنامه ریزان است (۷). به عبارتی تعیین شاخصهای مختلف مربوط به وضعیت بهداشت دهان و دندان در مقاطع زمانی مختلف و در گروههای سنی و اجتماعی ضروری است تا تصویر نسبتاً دقیقی از وضعیت موجود ارائه نماید تا بنای مقایسه با اهداف طراحی شده فدراسیون بین المللی دندانپزشکی (FDI) تا سال ۲۰۱۰ ساخته شود (۸).

آگاهی از میزان DMFT (dmft) یا سایر شاخصهای دیگر به جوامع امکان می دهد تا برنامه های خود را در جهت گسترش پیشگیری یا درمان، گسترش دهند. مثلاً در کشور یونان با توجه به شاخص درصد کودکان عاری از پوسیدگی دندان برنامه های مدارس را بر روی فلوراید متمرکز کرده است. یا در مثالهای دیگر می توان از سوئد نام برد (۹). کمیته کارشناسی سازمان بهداشت جهانی در مورد بررسی وضعیت دهان و دندان در سال ۱۹۹۳ در ژنو تشکیل و بر مصرف فلوراید تأکید نمود. همچنین این سازمان پیشنهاد می کند که هر کشور در صورت امکان به طور منظم هر ۵ سال یکبار بررسی دقیقی در مورد بهداشت دهان و دندان به عمل آورد (۱۰). به همین دلیل دفتر بهداشت دهان و دندان به موازات سیاستهای وزارت بهداشت و درمان در جهت همگامی با اهداف WHO و همچنین لزوم روزآمد کردن این اطلاعات هر ۴ تا ۵ سال یکبار به تعیین شاخص DMFT به صورت کشوری از سال ۱۳۷۷ در گروههای سنی ۳، ۶، ۹ و ۱۲ سال اقدام نموده است (۱۱). در بین کشورهای EMRO لبنان بالاترین DMFT (۵/۷) و پاکستان با کمترین DMFT (۰/۹) قرار دارد و کشورمان در این بین در حد متوسط قرار دارد (۱۲). نتایج مطالعات کشوری نشان می دهد که میانگین dmft کودکان ۹ ساله

پوسیدگی دندان بیماری میکروبی نسوج کلسیفیه دندان است که از طریق ملخ زدایی (دمینرالیزاسیون) قسمتهای غیر ارگانیک و تخریب ماده ارگانیک دندان مشخص می شود. عوامل ایجاد کننده پوسیدگی دندان نیز مانند هر بیماری عفونی قابل طبقه بندی هستند به طوری که می توان آنها را به سه دسته عوامل مربوط به میزبان (بزاقت، ترکیب و ساختمان دندان و ...)، عوامل محیطی (تغذیه، فلوراید و ...) و میکروارگانیسمها تقسیم نمود (۱). همچنین نتایج تحقیقات نشان داده است که پوسیدگی دندان به عنوان یک بیماری عفونی چند عاملی به شدت متأثر عوامل متعددی مانند تحریکات والدین، اقتصاد خانواده، جمعیت خانواده و میزان رعایت بهداشت دهان و دندان می باشد (۲). پوسیدگی دندان دامن گیرترین و شایع ترین بیماری بشر است و بیش از ۹۹٪ افراد بشر به این بیماری مبتلا می شوند و فقط افراد بسیار محدودی هستند که در طول عمر خود دچار آن نمی گردند (۳). پوسیدگی های دندانی همچنان به صورت مشکل عمده ای در دندانپزشکی باقی مانده و می باید در درمانهای روزانه مورد توجه خاصی قرار گیرد. نه تنها از دیدگاه کارهای ترمیمی بلکه از نظر اقدامات پیشگیرانه باید طوری طرح ریزی شوند تا موجبات کاهش این مشکل را فراهم سازد (۴).

مهمترین شاخصی که نشان دهنده میزان ابتلا مردم به پوسیدگی دندان است میانگین DMFT می باشد. برای محاسبه DMFT یک جامعه، تعداد دندانهای پوسیده، کشیده شده و پر شده تک تک افراد آن جامعه را شمرده و میانگین آن را محاسبه می نمایند. میانگین DMFT شاخصی ساده، سریع و قابل اندازه گیری در دندانپزشکی است که چندین دهه است مورد استفاده قرار گرفته است. اگر هدف نشان دادن وضعیت دندانهای شیری می باشد این شاخص به صورت dmft نمایش داده می شود ولی راه محاسبه آن به صورت قبلی است (۱). در کنار این شاخص می توان به شاخصهای دیگر مثل DMFS و OHI-S و درصد افراد بدون پوسیدگی (CF) علی الخصوص برای کودکان اشاره کرد (۵).

ایندکس DMFT و dmft شامل $(f)F + (m)M + (d)D$ به شرح ذیل بوده و (t)T از Teeth گرفته شده است:
 الف- Decayed (پوسیدگی): هرگاه در سطوح صاف دندانی و یا داخل نقطه ها و شیارها ضایعه ای دیده شود که زیر مینا خالی شده باشد یا کف و اطراف آن ضایعه نرم باشد به عنوان دندان پوسیده محسوب می شود.
 ب- Missed (از دست داده): دندانهایی که در اثر پوسیدگی کشیده شده باشند.
 ج- Filled (پر شده): دندانهایی که به دلیل پوسیدگی ترمیم شده باشند (۱۳).

روش جمع آوری داده ها با استفاده از مشاهده (معاینه) و مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه و چک لیست اندکس DMFT بود. پژوهشگران پس از کسب مجوز از آموزش و پرورش به مدارس مراجعه کرده و بعد از توجیه دانش آموزان، پرسشنامه را با روش مصاحبه سازمان یافته تکمیل و دندانها با نظارت دندانپزشک تیم تحقیق در نور کافی معاینه شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل آبسلانگ، آینه یکبار مصرف، چراغ قوه و سوند مخصوص بود. در پایان داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS با کمک شاخصهای آماری مرکزی، آزمون t مستقل، ضریب همبستگی و آزمون آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

از ۵۲۹ دانش آموز بررسی شده در این طرح ۴۸/۸٪ دختر و ۵۱/۲٪ پسر بودند. ۷۷/۳٪ دندانهای خود را مسواک می زدند و ۲۲/۷٪ از مسواک استفاده نمی کردند. نتایج حاکی از آن بود که تنها ۸/۳۲٪ دانش آموزان گروه هدف از نخ دندان به عنوان وسیله کمکی برای بهداشت دندان خود بهره می بردند. درصد استفاده از مسواک نزد والدین کودکان مورد بررسی چنین بدست آمد: ۱۱/۵۳٪ فقط پدر، ۳۰/۸۱٪ فقط مادر و ۱۳/۹۹٪ هم پدر و مادر کودکان از مسواک استفاده می کردند و ۴۳/۶۷٪ نیز از والدین آنان دندانهای خود را مسواک نمی کردند.

کشورمان ۳/۳۵ و DMFT آنان ۰/۹۷ بوده که سهم اعظم آن را شاخص پوسیدگی دندان تشکیل داده است (۱۱). طبق گزارش سازمان WHO کشورمان در سال ۲۰۰۰ میلادی از نظر میانگین dmft و DMFT در وضعیت متوسط قرار داشته است به طوری که شهرهای بوشهر و یزد کمترین میزان و شهرهای زنجان و شهرکرد بالاترین میزان را به خود اختصاص داده بودند (۱).

با توجه به اینکه کودکان حساسترین و آسیب پذیرترین گروهها در برابر پوسیدگی دندان می باشند و متأسفانه بیشترین میزان شیوع دندانها در کودکان مشاهده می شود، تعیین شاخص dmft در کودکان و عوامل مؤثر بر آن از اهداف مطالعات متعدد در کشورهای مختلف بوده و از جمله در ایران نیز در این زمینه مطالعاتی صورت گرفته که متأسفانه سهم تحقیقات dmft کودکان ۹ ساله بسیار ناچیز بوده و بیشتر به DMFT کودکان ۱۲ ساله پرداخته شده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت دهان و دندان بویژه تعیین شاخص dmft و DMFT کودکان ۹ ساله شهر گناباد در سال ۱۳۸۶ صورت گرفت.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی مقطعی بوده و جامعه مورد پژوهش دانش آموزان پایه سوم ابتدایی شهر گناباد می باشد که به روش سرشماری کلیه دانش آموزان این مقطع (۵۲۹ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. دلیل انتخاب این پایه تحصیلی این بود که ۹ سالگی (پایه سوم ابتدایی) انتهای دوره تداوم دندانهای شیری بوده و زمان خوبی برای ارزیابی شدت پوسیدگی در دندانهای دائمی است و زمان سنجش وضعیت بهداشت دهان و دندان پس از اجرای طرحهای مداخله ای برای دانش آموزان است. در حال حاضر در کشورمان طرح بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی در ۴ مقطع سنی ۳ ساله ها، ۶ ساله ها، ۹ ساله ها و ۱۲ ساله ها طراحی و اجرا می شود. در این بین سن ۹ سالگی به دلیل دوره دندانی مخلوط هم DMFT و هم dmft باید مورد محاسبه قرار گیرد.

جدول ۱: میانگین شاخص dmft و DMFT بر حسب تعداد دفعات استفاده از مسواک در شبانه روز در گروه هدف

دفعات مسواک زدن	تعداد	درصد	dmft	p-value	DMFT	p-value
عدم استفاده	۱۲۰	۲۲/۷	۵/۸۸		۲/۴۷	
یک بار	۱۹۹	۴۸/۶۵	۴/۱۲	۰/۰۱۵	۱/۰۲	۰/۰۳۱
دو بار	۱۳۵	۳۳/۰۱	۳/۲۳		۰/۵۵	
سه بار	۷۵	۱۸/۳۴	۲/۰۹		۰/۲۱	

نتایج نشان داد که میانگین شاخص dmft برابر با ۳/۸۶±۱/۱۱ و میانگین شاخص DMFT برابر ۰/۲۲±۱/۰۴ بود که میانگین اجزای شاخصها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: میانگین اجزای شاخص dmft و DMFT در گروه هدف

شاخص آماری		دندان پوسیده		دندان از دست داده		دندان پر شده	
		D	d	M	m	F	f
میانگین		۰/۷۸	۲/۶۲	۰/۱۷	۰/۷۷	۰/۰۹	۰/۴۷
انحراف معیار		۰/۳۸	۱/۶۵	۰/۱۸	۰/۹۶	۰/۱۲	۰/۸۴

یافته ها حاکی از آن بود که شاخص درصد کودکان عاری از پوسیدگی دندان (Caries Free) در این پژوهش ۸/۳٪ بود که آزمون t اختلاف معنی داری را بین دو جنس در این خصوص نشان نداد (میزان CF در پسران ۸/۱٪ و در دختران ۸/۵٪ بود). همچنین آزمون t مستقل اختلاف معنی داری را در شاخص dmft و DMFT در دو جنس نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین شاخص dmft و DMFT بر حسب جنس در گروه هدف

شاخص	جنس	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون t مستقل
dmft	پسر	۳/۷۴	۱/۰۷	p=۰/۱۲
	دختر	۳/۹۹	۱/۱۶	
DMFT	پسر	۱/۰۲	۰/۱۷	p=۰/۱۸
	دختر	۱/۰۷	۰/۲۸	

بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش میزان تحصیلات والدین به طور معنی داری از میزان dmft کودکان کاسته می شود (p=۰/۰۴) و از ۴/۳ برای کودکان با والدین دارای تحصیلات ابتدایی به ۲/۲ برای کودکان با والدین دارای تحصیلات عالی رسیده است. از سویی دیگر در این پژوهش با افزایش بعد خانوار به طور معنی داری بر میزان dmft کودکان افزوده شده است (p=۰/۰۳۱). همچنین ضریب همبستگی ارتباط مستقیم معنی داری را بین dmft و DMFT در کودکان گروه هدف نشان داد (r=۰/۵۳۷ و p<۰/۰۰۱).

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که میانگین شاخص dmft در کودکان مورد پژوهش ۳/۸۶±۱/۱۱ می باشد. این عدد با میانگین dmft کشوری که ۰/۰۱±۳/۳۵ می باشد اختلاف معنی داری را نشان نداد (p=۰/۰۸). همچنین در این مطالعه میانگین شاخص DMFT برابر ۰/۲۲±۱/۰۴ بود که این رقم نیز با میانگین کشوری DMFT که ۰/۹۷±۰/۰۵ می باشد اختلاف معنی داری را نشان نداد (p=۰/۰۷۱). میانگین dmft و DMFT بدست آمده در این مطالعه مشابه

با توجه به معاینات به عمل آمده توسط دندانپزشک تیم تحقیق، ۲۸/۹۲٪ کودکان مورد بررسی نیاز به کشیدن دندان

۱۰/۷٪ گزارش کرده است (۲۱). شاخص CF در پسران ۸/۱٪ و در دختران ۸/۵٪ بدست آمد که آزمون t مستقل علی رغم بالاتر بودن میزان CF دختران اختلاف معنی داری را بین دو جنس نشان نداد ($p=0/12$). مطالعه بهجت الملوک عجمی (۲۴) و هما نورالهیان (۱۶) نیز اختلاف معنی داری بین دو جنس در خصوص شاخص CF نشان ندادند. شاخص CF در کودکان ۹ ساله به دلیل دوره دندانی مخلوط از رقم بسیار پایینی برخوردار است؛ چون هم دندانهای شیری و هم دندانهای دائمی به احتمال فراوان دارای پوسیدگی هستند و این موجبات کاهش CF در کودکان ۹ ساله را فراهم می آورد.

علی رغم درصد نسبتاً مطلوب استفاده از مسواک، میزان استفاده از نخ دندان در این مطالعه خیلی کم (۸/۳۲٪) بود. البته این نتایج با یافته های مطالعات سیده ثریا اشرفی زاده (۷/۵٪) و لیدا طوماریان (۱۱٪) مشابهت دارد. به نظر می رسد در این خصوص هنوز فرهنگ استفاده از نخ دندان در خانواده های ایرانی رسوخ نکرده و این امر مستلزم آموزشهای گسترده و ترویج این وسیله کمکی و در دسترس بودن آن در جامعه جهت بهداشت دهان و دندان می باشد.

این مطالعه نشان داد که میزان dmft کودکان با والدین دارای تحصیلات عالی (۲/۲) به مراتب کمتر از dmft کودکان با والدین دارای تحصیلات ابتدایی (۴/۳) بود ($p=0/04$). این نتیجه مشابه مطالعات نیر معمار (۱۹)، عبدالرحیم داوری (۲۵) و کتابون سالم (۲۶) بود که در تمامی این مطالعات با افزایش میزان تحصیلات والدین، میزان dmft و DMFT کاهش یافته بود. به نظر می رسد این متغیر از دو جنبه بر dmft اثرگذار است. جنبه مهمتر، افزایش سطح آگاهی والدین است که این نکته در مطالعات انجام شده در لهستان توسط Downer (۲۷)، استرالیا توسط Seow و Hamdan و Amaratungo (۲۸)، اردن توسط Aajabi و Hamdan (۲۹) و تهران توسط افشار و شفیق زاده تأیید شده است. جنبه دیگر اثر گذاری میزان تحصیلات والدین این است که در ایران به طور معمول خانواده های با تحصیلات عالی از وضعیت اقتصادی مناسبتری برخوردارند و این مجموعه آگاهی بالاتر و وضعیت اقتصادی مناسبتر توأمأ باعث بهبود

مطالعات حمید صمدزاده (۱۴)، سید داود صفوی (۱۵) و هما نورالهیان (۱۶) می باشد.

از سویی دیگر آزمون t مستقل اختلاف معنی داری را در شاخص dmft و DMFT در دو جنس را نشان نداد. به طوری که میانگین dmft و DMFT در پسران به ترتیب ۳/۷۴ و ۱/۰۲ و در دختران به ترتیب ۳/۹۹ و ۱/۰۷ بدست آمد. این یافته ها مشابه نتایج مطالعات لیلا بصیر (۱۷)، مهدی قندهاری مطلق (۱۸)، نیر معمار (۱۹)، سیده ثریا اشرفی زاده (۲۰) و لیدا طوماریان (۲۱) بود. در این پژوهش و پژوهشهای ذکر شده میزان dmft و DMFT دختران اندکی بیشتر از پسران بود اما همانطور که اشاره شد این افزایش معنی دار نبود.

یافته ها نشان داد که ۲۲/۷٪ کودکان مورد بررسی از مسواک استفاده نمی کردند. محمد مهدی فانی (۲۲) نیز در مطالعه خود نشان داد که ۱۷/۵٪ کودکان مورد بررسی هرگز مسواک نمی زدند. سیده ثریا اشرفی زاده نیز در مطالعه اش میزان عدم استفاده از مسواک را ۲۱٪ اعلام کرده است (۲۰). این رقم در مطالعه لیدا طوماریان ۳۲/۷٪ گزارش شده است (۲۱). اما بنا به استدلال نیر معمار باید توجه داشت که اگر کیفیت و روش صحیح مسواک زدن هم مورد ارزیابی و بررسی قرار می گرفت شاید رقمی بیشتر از میزان بدست آمده حاصل می گردید (۱۹).

نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک طرفه حاکی از آن بود که بین میزان dmft و DMFT با تعداد دفعات مسواک زدن رابطه آماری معنی داری وجود دارد. یعنی با افزایش تعداد دفعات مسواک زدن از میزان این شاخصها ها کاسته شده است. این نتایج با نتایج مطالعه دکتر نیر معمار همخوانی دارد. در مطالعه وی نیز با افزایش تعداد دفعات مسواک زدن میزان DMFT کاسته شده بود (۱۹). اما مطالعه مهدی قندهاری مطلق علی رغم کاهش میزان DMFT با افزایش دفعات مسواک زدن تفاوت آن از نظر آماری معنی دار نبود (۲۳).

شاخص درصد کودکان عاری از پوسیدگی دندان (CF) در این تحقیق ۸/۳٪ بود. این شاخص با شاخص کشوری در این خصوص (۱۱/۵٪) اختلاف معنی داری را نشان نداد. ($p=0/21$). لیدا طوماریان نیز شاخص CF را در مطالعه خود

بالای دانش آموزان کشور ضرورت ارائه راه حل اساسی و برنامه ریزی سریع در پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان کاملاً محسوس می باشد. خوشبختانه با حسن نظر و علاقه ای که در مسئولین بهداشت و درمان کشور مشاهده می شود امید می رود با همت همه صاحب نظران و متخصصان و پژوهشگران علاقمند و متعهد کشور هر چه زودتر در این زمینه گامهای اساسی برداشته شود. در این راستا برگزاری دوره های باز آموزشی بهداشت در مدارس برای دانش آموزان، برگزاری دوره های باز آموزشی بهداشت در مدارس برای مربیان بهداشت مدارس و معلمان، آموزش بهداشت دهان و دندان در سطح جامعه برای خانواده ها و اهمیت انجام درمان فیشور سیلانت (شیار پوش نمودن دندانها) و توزیع مناسب امکانات بهداشتی و پیشگیری نظیر مسواک، خمیر دندان، نخ دندان و ... پیشنهاد می گردد. همچنین ضرورت بررسی هزینه- اثربخشی فعالیتهای بهداشت دهان و دندان را نباید از نظر دور داشت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین محترم آموزش و پرورش شهرستان و مدیران و معلمان مدارس ابتدایی و نیز دانش آموزان پایه سوم شهر گناباد تشکر و قدردانی می شود.

وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان می شود. همچنین مطالعات دیگری حاکی از آن است که مراجعه به دندانپزشک هم با تحصیلات والدین ارتباط معنی داری دارد. از سویی افزایش بعد خانوار به دنبال آگاهی کمتر دیده می شود و وضعیت اقتصادی نامناسب تر و رسیدگی کمتر به امور کودکان را به دنبال دارد. در این مطالعه نیز با افزایش بعد خانوار بر میزان dmft نیز افزوده شده است و آزمون آماری اختلاف معنی داری را مانند مطالعات مهدی قندهاری مطلق (۱۸) و محمد مهدی فانی (۲۲) در این خصوص نشان می دهد ($p=0/031$).

ضریب همبستگی پیرسون حاکی از آن بود که با افزایش میزان DMFT، dmft نیز افزایش می یابد (ارتباط معنی دار مستقیم). لذا با توجه به این نتیجه توجه به سلامت دندانهای شیری در جهت سلامت دندانهای دائمی حائز اهمیت است و این بر خلاف باور عمومی جامعه می باشد که سلامت دندانهای شیری را به دلیل موقت بودن آنها نادیده می گیرند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان ۹ ساله شهر گناباد در مقایسه با وضعیت کشوری در وضعیت نسبتاً مطلوب ولی با توجه به اهداف WHO در حد متوسط قرار دارد. لذا با توجه به جمعیت

References:

- 1- Shariati B. Comprehensive Public Health, Author: Hatami H, Razavi M, Eftekhareardebili H, Majlesi F, Seyednurzadi M, Parizadeh M.J. Tehran: Arjmand 2004: 473-491.
- 2- Plessis DU. The effect of socio- economic status on dental caries experience in 6-12 years old school children. Community Dental Oral Epidemiol 2000; 26: 226-230.
- 3- Nithila A, Bourgeois D, Burmes DE, Nurtomaa H. WHO global oral bank. 1986-96: An overview of oral health surveys at 12 years of age. Bulletin of the world health organization 1998; 76: 237-244.
- 4- David R, Avery T. Dentistry for the child and adolescent. Com Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 449-455.
- 5- Mehrad K. International Epidemiological Indices In Industry Studies Suggested by WHO, 3rd ed. Tehran, University Mobilization of Shahid Beheshti University Of Medical Sciences 2005: 27-55.
- 6- Samadzadeh H. Mouth & tooth health view In Children, 3rd ed. Tehran: Health therapy and Medical Education Ministry 2003: 10-14.

- 7- Ring ME. WHO Assignment Report 1998; 99: 30-35.
- 8- Leite IC, Ribeir RA. Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juizdefora Minas Geruis, Brazil. *Cad Saude publica* 2003; 16: 717-722.
- 9- Salapata J. Dental health of 12-year old children in Athens. *Community Dent oral Epidemiol* 1995; 19: 80-81.
- 10- Arrow P. Oral hygiene in the control of occlusal caries. *Com Den Oral Epidemiol* 2000; 26: 212-218.
- 11- Health& therapy and Medical Education Ministry, Mouth, tooth health Program Need Assessment of Iranian elementary school students. Tehran: Health & therapy and Medical Education Ministry 2004.
- 12- Eskandarian T, Amiri E. The study of DMFT and Mouth, tooth health situation and related factors in 12 year-old children living inof Eghlid county,(Thesis), Shiraz: Shiraz School of Dentistry linked to Shiraz University of Medical Sciences 2004: 27-31.
- 13- Jaberansari Z. The review of reported DMFT rate in Iran from 1990 to 1992, *Dentistry Magazine of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 1999: 17(3): 28-32.
- 14- Samadzadeh H, Hesari H, Nuri M. The study of DMFT changes inteeth of Iranian 6- 12 year-old children, *Dentistry Magazine of Shahid Beheshti University Of Medical Sciences* 2001; 19(3): 262-272.
- 15- Safavu D, Asterki A. The assessment of mouth health and tooth decay among guidance school students living in Dorud county, *Dentistry Magazine of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2001; 19(2): 116-124.
- 16- Nurelahian H, Afshari A. The study of DMFT index for the first Mulers in 12 year-old students living in Zahedan city, *Dentistry Magazine of Shahid Beheshti University Of Medical Sciences* 2005, 21(4): 591-597.
- 17- Basir I, Khanehmasjedi M. The comparison of mouth health and DMFT among boys and girls 6 year-old students living in Ahvaz city , *Medical Scientific Magazine* 2006:5(2): 480- 484.
- 18- Ghandehari motlagh M, Zeraati H, Jamshidi Shamsosadat. The epidemiological study of dmft in 3-5 year-old children in supervised kindergarten by welfare organization of Tehran city , *Dentistry Magazine of Islamic community Dentists especial for kids dentistry* 2004: 15-21.
- 19- Memar N, Ghazizadeh A, Mahmudi Sh. DMFT Index and its influencing factors among 12 year-old students living in Sanandaj city ,*The magazine of Sanandaj University Of Medical Sciences* 2000: 5(17): 26-30.
- 20- Ashrafizadeh S, Suri H, Ashrafizadeh M. The assessment of DMFT, Mouth & tooth health among 12 year- old students living in Ahvaz city, *Medical and Scientific magazine of Ahvaz University of Medical Sciences* 2002: 34: 60-66.
- 21- Tumarian L, Suri S, Farhadi H. DMFT Index study of 12 year- old students living in Ghom city, *Dentistry Magazine of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2005; 23(3): 467-474.
- 22- Fani M.M. The study of DMFT index in 11-12 year-old students living in Bavanat region, *Dentistry Magazine Of Shiraz University of Medical Sciences* 2005: 4(1): 23-30.
- 23- Ghandeharimotlagh M, Mahbubi M. The study of DMFT and some of its influencing factors among 12 year-old children living in Somesarah city, *The Dentistry Magazine of Tehran University of Medical Sciences* 2004: 15(3) 39-48.

- 24- Aajami B, Ibrahim M. The study of Mouth and Tooth Health situation (dmft) among 6-7 year-old infants living in Mashhad city, Dentistry Magazine of Mashhad University of Medical Sciences 2005: 29(3&4): 235-242.
- 25- Davari A, Zareshahi M, Mohamadi Y. The study of DMFT and some of its influencing factors among 12 year-old children living in Ardekan city, Dentistry Magazine of Islamic community Dentists especial published for kids dentistry 2004: 18(3): 70-79.
- 26- Salem K, Nikdel M, Vojdani P, Gholami E. The study of DMFT in 12 year-old children, Dentistry Magazine Of Gilan Dentistry School related to Gilan University Of Medical Sciences 2005: 14(56): 54-59.
- 27- Downer MC. The national survey of children dental health. Commentary on preliminary report. Br Dent J 1999; 181: 108-117.
- 28- Seow WK, Amaratungo A. Prevalance of caries in Urban Australian aborigins aged 1-3.5 years. Pediat Dent 1999; 21: 91-96.
- 29- Rajabi D, Hamdan MA. Early children caries free and risk factors in Jordan. Com Dent Health 2002; 19: 224-229.

The survey of oral-dental health of grade 3 students of Gonabad primary schools in 2007

S. Mohebi¹, A. Ramezani², M. Matlabi¹, L. Mohammadpour³, A. Noor N. Sh³, ES. Hosseini³

Abstract

Background and Aim: Health fulfillment is based on all effective factors that fulfill it. One of the 11 slogans of 21st century is oral-dental health and it was one of the PHC items before. DMFT is a very simple, fast and reliable index in determining oral-dental health. Grade 3 students of primary school are between deciduous and permanent form dental growth point of view that mixed teeth are observed in this period that make DMFT possible. This study was done to determine oral-dental health status of students with the help of DMFT index in Gonabad city.

Materials and Methods: In this descriptive-cross sectional study, all grade 3 students of primary schools (529 students) were checked for oral-dental health statuses and interviewed by a dentist. The used instruments were a checklist, DMFT index, questionnaire, once used mirror a special catather. Data were analyzed by SPSS with T-test, correlative coefficient and variation analyses were analyzed.

Results: 51.2% of the samples were male and 49.8% female. 77.3% used tooth-brush and 8.32% used from dental floss. DMFT of students in research was 3.86 ± 1.11 and DMFT was 1.04 ± 0.22 that showed no meaningful difference in two semis ($p=0.18$, $p=0.12$). The students that had no caries free tooth were 8.3%. One sided variation analysis showed a meaningful relationship between brushing frequencies with the index. Family size and education had a meaningful relationship with DMFT.

Conclusion: The results showed that oral-dental health statuses of grade 3 students of Gonabad primary school follow the country model and it is fairly well and CF has no meaningful difference with national index but it is average in accordance with WHO goal. Programmed efforts for KAP improvement and using need resources, administration evaluation, costs efficacy of some measures such as fluoride therapy, etc seems necessary.

Keywords: Oral-Dental Health; Students; DMFT Index; CF Index

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2009; Vol. 15, No.1

1- **Corresponding Author;** Faculty Member, Public Health Department, Gonabad Medical University, Gonabad, Iran.

Tel: +98- 535-7223028 Fax: +98-535-7223814 E-mail: mohebisiamak@yahoo.com

²- Dentist, Gonabad Medical University, Gonabad, Iran.

³- Student, Student Research Committee, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.