

دانشور پزشکی

مقایسه شاخص DMFT در دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۸ تا ۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر زاهدان با افراد سالم در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳

نویسندگان: سارا رحیمیان امام^۱، رزا حقگو^{۲*}، فروغ امیرآبادی^۱، رضا جاویدی
حمیدی^۳

۱. استادیار گروه آموزشی دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. استاد گروه آموزشی دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. دندان پزشک

E-mail: haghgoodent@yahoo.com

* نویسنده مسئول: رزا حقگو

چکیده

مقدمه و هدف: پوسیدگی دندان، شایع‌ترین عفونت مزمن انسانی است که مهم‌ترین شاخص آن، DMFT است. کنترل پوسیدگی به [ایجاد و اجرای] برنامه‌های پیشگیری، نیازمند است. برای پیشگیری، درست داشتن اطلاعات کامل از امکانات لازم است که از طریق مطالعات اپیدمیولوژیک حاصل می‌شود. هدف از این مطالعه، مقایسه شاخص DMFT در دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۸ تا ۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر زاهدان با افراد سالم و بررسی ارتباط آن با عواملی از قبیل سن، جنس و میزان تحصیلات بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، توصیفی روی ۲۰۰ دانش آموز، شامل ۱۰۰ دانش آموز سالم و ۱۰۰ دانش آموز عقب مانده ذهنی که ۵۰ درصد آنها پسر و ۵۰ درصد آنها دختر بودند، انجام گرفت. نمونه‌گیری، تصادفی خوشه‌ای بود. برای هر دانش آموز، پرسش‌نامه‌ای تکمیل و شاخص DMFT با معاینه کلینیکی، طبق معیارهای WHO اندازه‌گیری شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS^{۱۹} و آزمون‌های آماری من ویتنی و کروسکال والیس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین شاخص DMFT در دانش آموزان عادی، $1/67 \pm 2/29$ و در دانش آموزان عقب مانده، $4/03 \pm 1/92$ بود. شاخص DMFT در کودکان عقب مانده ذهنی، با سن افراد، رابطه‌ای معنی‌دار داشت. DMFT در کودکان عقب مانده ذهنی با سایر متغیرهای مورد مطالعه، رابطه‌ای معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این تحقیق، وضعیت شاخص بهداشتی کودکان عقب مانده ذهنی نسبت به استانداردهای WHO در حدی پایین‌تر قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: DMFT، عقب مانده ذهنی، دانش آموز.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و دوم-شماره ۱۱۶
اردیبهشت ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۴/۰۱/۲۴
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۳۱

مقدمه

به رغم پیشرفت بسیار در زمینه مبارزه با بیماری‌ها در سطح جهانی و افزایش ارتباطات و حضور افراد جامعه در موقعیت‌های اجتماعی گوناگون، لزوم رعایت بهداشت دهان و دندان بیش از گذشته احساس می‌شود. یکی از معیارهای اصلی سلامت افراد جامعه، بررسی شاخص سلامت دهان و دندان است (۱). از جمله مهم‌ترین مشکلات دهان و دندان، پوسیدگی دندان است که به ویژه در کشورهای در حال توسعه، روندی روبه‌رشد دارد و هزینه‌هایی سنگین را به بیشتر مردم تحمیل می‌کند (۲)؛ در این میان، مهم‌ترین شاخصی که می‌تواند نشان‌دهنده شاخص پوسیدگی دندان باشد، میانگین DMFT است. برای محاسبه شاخص DMFT یک جامعه، تعداد دندان‌های پوسیده، پر شده و کشیده شده تک‌تک افراد آن جامعه را شمرده، میانگین آن را محاسبه می‌کنند. میانگین DMFT شاخصی ساده، سریع و قابل کاربرد در دندان پزشکی بوده، چندین دهه است که مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳).

عواملی مختلف، نظیر «سن، جنس، مسواک زدن، استفاده از نخ دندان در طول شبانه‌روز، دفعات مراجعه به دندان‌پزشک، تعداد فرزندان خانواده، تحصیلات، شغل والدین و انجام درمان‌های پیشگیرانه» می‌توانند در پوسیدگی دندان، مؤثر باشند (۴).

یکی از افسار آسب‌پذیر جامعه، کودکان ناتوان هستند که به دلیل وضعیت ذهنی و جسمی خاص به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند. امروزه ما شاهد فعالیت‌هایی بسیار در زمینه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی این کودکان به خصوص در کشورهای پیشرفته هستیم؛ گروهی از این کودکان ناتوان، کودکان عقب‌مانده ذهنی هستند که ۳ درصد از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند.

عقب‌ماندگی ذهنی و سطح عملکرد هوشی و اجتماعی، بر اساس آزمون‌های رایج هوش به درجاتی تقسیم می‌شود. افراد عقب‌مانده ذهنی بر اساس اختلال‌های ذهنی‌شان در چهار دسته قرار می‌گیرند: ۱. عقب‌ماندگی خفیف؛ ۲. عقب‌ماندگی متوسط؛ ۳. عقب‌ماندگی شدید و

۴. عقب‌ماندگی بسیار شدید (۵). پوسیدگی دندان به‌عنوان نوعی مشکل سلامتی بزرگ در افراد با ناتوانی ذهنی شناخته می‌شود (۶)؛ شیوع و شدت پوسیدگی دندان در این گروه، زمانی که با جمعیت نرمال مقایسه می‌شوند، بالاتر است؛ بهداشت نامناسب دهانی در این کودکان می‌تواند ناشی از عدم درک اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان، مشکل در برقراری ارتباط و صحبت کردن درباره روش‌های بهداشت دهانی، ترس از روندهای درمان دندان و تأثیر سوء بعضی از داروهایی باشد که این کودکان استفاده می‌کنند (۸-۶). افراد با عقب‌ماندگی ذهنی خفیف، می‌توانند به مدرسه رفته، آموزش ببینند؛ به این افراد، می‌توان روش‌های بهداشت دهان و دندان از جمله روش صحیح مسواک زدن، کشیدن نخ دندان و استفاده از دهانشویه‌های فلوراید را آموزش داد. امروزه ما اجرای فعالیت‌هایی بسیار را در زمینه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی این کودکان به خصوص در کشورهای پیشرفته مشاهده می‌کنیم.

در مطالعه‌ای وضعیت بهداشت دهان افراد ناتوان در مدارس کودکان خاص بررسی شد؛ تنها ۱۵.۴ درصد از کودکان، دارای دندان‌هایی بدون پوسیدگی یا پرکردگی بودند و با افزایش سن، شاخص DMFT افزایش می‌یافت (۷)؛ نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان دادند که وضعیت بهداشت دهان افراد عقب‌مانده ذهنی (mentally retarded)، ضعیف بوده، با سطح IQ و میزان تحصیلات والدین ارتباط دارد (۱۱)؛ در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد، در کودکانی که از مسواک استفاده می‌کردند، DMFT به مراتب، کمتر از کودکانی بود که از مسواک استفاده نمی‌کردند (۹).

از آنجاکه ارائه خدمات دندان پزشکی به معلولان ذهنی با مشکلاتی عدیده، همراه است و تهیه و کاربرد پروتزهای دندانی به دنبال از دست دادن دندان‌ها برای بسیاری از این بیماران، به‌طور تقریبی ناممکن است، اهمیت مسئله پیشگیری از بیماری‌های پوسیدگی و پرپودنتال، بیشتر بر روز می‌کند (۵) و لازمه ارائه خدمات

دندان پوسیده (D): وجود ضایعه در داخل پیت و شیارها یا سطوح صاف دندانی به صورتی که زیر مینا خالی شود یا کف و اطراف آن ضایعه نرم باشد یا با سوند، این نرمی حس شود، پوسیدگی دندانی محسوب می شود (۱۰).

دندان پر شده (F): دندانی است که دارای یک یا چند سطح با پرکردگی بدون پوسیدگی باشد؛ در ضمن، دندانی که به دلیل پوسیدگی پیشین، ترمیم و روکش شده باشد به عنوان دندان پر شده ثبت می شود. دندانی که به دلایلی دیگر، مانند تروما یا به عنوان اباتمنت بریج روکش شده باشد، در این گروه قرار نمی گیرد (۱۰).

دندان از دست رفته (M): دندانی که فقط به علت پوسیدگی کشیده شده باشد یا دندانی که پوسیدگی ترمیم ناپذیر داشته باشد و باید کشیده شود، در این ردیف قرار می گیرد (۱۰).

همچنین طی مصاحبه با والدین، اطلاعات حاصل در برگه (فرم) اطلاعاتی (ضمیمه ۱) ثبت شد. سن، جنس، میزان تحصیلات والدین و انجام درمان های پیشگیرانه از مواردی بودند که در برگه اطلاعاتی ثبت شده اند. تمامی اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS^{۱۹} و آزمون های آماری T-TEST و ANOVA در سطح معنی داری ۰/۰۵ و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

نتایج نشان می دهند که در گروه کودکان عقب مانده، میانگین DMFT برابر با $1/92 \pm 4/03$ و میانگین DMFT برابر با $2/29 \pm 1/67$ است (جدول ۱).

پیشگیری به این گروه از کودکان، تعیین دقیق وضعیت سلامت دهان و دندان آنهاست.

هدف از این مطالعه، مقایسه شاخص DMFT در دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۸ تا ۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر زاهدان با افراد سالم بود.

روش بررسی

این تحقیق به روش توصیفی مقطعی بود که پس از اخذ مجوزهای لازم در این زمینه و توضیح مراحل انجام کار برای مسئولان آموزش و پرورش و در نهایت، دریافت رضایت کتبی از والدین کودکان اجرا شد. تحقیق روی ۲۰۰ دانش آموز ۸ تا ۱۲ ساله انجام شد که ۱۰۰ نفر آنها سالم و ۱۰۰ نفر، عقب مانده ذهنی بودند و ۵۰ درصد آنها را پسران و ۵۰ درصد را دختران تشکیل می دادند.

تمامی دانش آموزان هر کلاس که انتخاب شده اند، مورد معاینه قرار گرفته، از نظر سن و جنس گروه های سالم و عقب مانده ذهنی یکسان سازی می شوند. برگه رضایت نامه آگاهانه برای والدین این دانش آموزان مبنی بر شرکت فرزند در این مطالعه فرستاده شد. معاینه دانش آموزان در حالت نشسته روی صندلی معمولی و در نور طبیعی و با استفاده از آینه یک بار مصرف و سوند دندان پزشکی صورت گرفت؛ در این تحقیق از معاینه دندان های شیری صرف نظر شد. برای تشخیص پوسیدگی از تعریف سازمان بهداشت جهانی استفاده شد (۱۰).

دندان سالم (N): دندانی است که هیچ شواهدی از پوسیدگی های درمان شده یا بدون درمان نداشته باشد.

توجه: هر دندانی که معاینه گر در خصوص پوسیدگی آن، مطمئن نیست، بهتر است به عنوان دندان سالم در نظر گرفته شود (۱۰).

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین میزان DMFT در کودکان عقب مانده ذهنی و سالم

تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
۱۰۰	۰/۰۰	۹	۴/۰۳	۱/۹۲
۱۰۰	۰/۰۰	۷	۲/۲۹	۱/۶۷

همچنین در کودکان دارای مادران بی سواد، میزان این شاخص، $1/69 \pm 3/91$ ؛ مادران با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، $1/95 \pm 4/27$ و مادران با تحصیلات دیپلم و کاردانی، $2/85 \pm 3/4$ است. آزمون کروسکال والیس، اختلافی معنی دار را در میانگین شاخص DMFT، براساس تحصیلات مادران نشان نمی دهد.

مقایسه شاخص DMFT در کودکان عقب مانده، براساس تحصیلات والدین نشان می دهد که در کودکان دارای پدران بی سواد، میزان این شاخص، $1/25 \pm 4/03$ ؛ پدران با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، $1/7 \pm 3/94$ و پدران با تحصیلات دیپلم و کاردانی $3/25 \pm 4/28$ است. آزمون کروسکال والیس، اختلافی معنی دار را در میانگین شاخص DMFT، براساس تحصیلات پدران نشان نمی دهد؛

جدول ۲. مقایسه شاخص DMFT در کودکان عقب مانده براساس تحصیلات والدین

Kruskal-Wallis			انحراف معیار	میانگین	تعداد		
P value	مقدار Z	میانگین رتبه					
.830	.372	52.86	1.25	4.03	35	بی سواد	تحصیلات پدر
		49.16	1.70	3.94	47	ابتدایی و راهنمایی	
		49.42	3.25	4.28	18	دیپلم و کاردانی	
.458	1.56	48.54	1.69	3.91	54	بی سواد	تحصیلات مادر
		54.27	1.95	4.27	41	ابتدایی و راهنمایی	
		40.80	2.85	3.40	5	دیپلم و کاردانی	

($p < 0.05$)؛ همچنین در کودکان با مادران بی سواد، میزان این شاخص، $1/74 \pm 2/89$ ؛ مادران با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، $1/5 \pm 2/5$ ؛ مادران با تحصیلات دیپلم و کاردانی، $1/63 \pm 1/77$ و مادران با تحصیلات کارشناسی و بالاتر $0/15 \pm 0/25$ است. آزمون کروسکال والیس، اختلافی معنی دار را در میانگین شاخص DMFT براساس تحصیلات مادران نشان می دهد ($p < 0.05$) (جدول ۳).

مقایسه شاخص DMFT در کودکان عادی، براساس تحصیلات والدین نشان می دهد که در کودکان با پدران بی سواد، میزان این شاخص، $1/06 \pm 2/4$ ؛ پدران با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، $1/56 \pm 2/57$ ؛ پدران با تحصیلات دیپلم و کاردانی، $2/27 \pm 2/27$ و پدران با تحصیلات کارشناسی و بالاتر، $0/52 \pm 0/63$ است. آزمون کروسکال والیس، اختلافی معنی دار را در میانگین شاخص DMFT براساس تحصیلات پدران نشان می دهد

جدول ۳. مقایسه شاخص DMFT در کودکان عادی براساس تحصیلات والدین

Kruskal-Wallis			انحراف معیار	میانگین	تعداد		
P value	مقدار Z	میانگین رتبه					
0.004	13.56	56.50	1.06	2.4	15	بی سواد	تحصیلات پدر
		56.32	1.56	2.57	44	ابتدایی و راهنمایی	
		48.00	2.02	2.27	33	دیپلم و کاردانی	
		17.56	0.52	0.63	8	کارشناسی و بالاتر	
0.001	16.56	60.70	1.74	2.89	27	بی سواد	تحصیلات مادر
		55.66	1.5	2.5	38	ابتدایی و راهنمایی	
		40.44	1.63	1.77	31	دیپلم و کاردانی	
		10.62	0.15	0.25	4	کارشناسی و بالاتر	

از جمله مهم‌ترین مشکلات دهان و دندان، پوسیدگی دندان است که به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، دارای روندی روبه‌رشد است و هزینه‌هایی سنگین را به بیشتر مردم تحمیل می‌کند (۱۲).

کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی، اغلب از نظر شیوع پوسیدگی‌های دندانی و مشکلات پریدنتال در سنین پایین، با همسالان سالم خود مشابه‌اند. بیماری‌های دهان و دندان در کودکان دارای سنین بالاتر افزایش می‌یابد که ناشی از اشکال در تشخیص زودهنگام بیماری و تأخیر در درمان دندان‌پزشکی بوده، در نهایت، باعث پیشرفت بیماری درمان‌نشده می‌شود (۱۳).

بسیاری از کودکان عقب‌مانده ذهنی برای مسواک‌زدن به کمک دیگران وابسته‌اند. اگر کودک، ناگزیر باشد، این وظیفه را به‌تنهایی انجام‌دهد، مهارت ضعیف دست یا بی‌انگیزگی وی، اغلب، بهداشت ضعیف دندان را سبب می‌شود (۱۴).

هدف از این مطالعه، مقایسه شاخص DMFT در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی ۸ تا ۱۲ ساله مدارس استثنایی شهر زاهدان با افراد سالم بود.

نتایج این مطالعه نشان‌دادند که میانگین شاخص DMFT کودکان عقب‌مانده ذهنی در این مطالعه، $1/92 \pm 4/03$ است؛ این یافته‌ها با نتایج مطالعه شیماما^۱ که میانگین DMFT کودکان عقب‌مانده ذهنی را $4/5$ گزارش کرد (۱۵)، مشابه‌اند.

در مطالعه دآوری و همکاران در یزد، میانگین کل و انحراف معیار DMFT در کودکان عقب‌مانده ذهنی، $5/95 \pm 3/38$ محاسبه شد (۹).

نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه دآوری متفاوت‌اند که دلیل احتمالی آن، استفاده از رژیم غذایی با کربوهیدرات بالا و مراقبت‌های بهداشتی ناکافی در کودکان مورد مطالعه وی در یزد است.

نتایج همبستگی اسپیرمن در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی نشان می‌دهد که میان میزان DMFT و سن، رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$)؛ به عبارتی با افزایش سن کودکان، میزان DMFT افزایش می‌یابد ولی میان DMFT با جنس، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر، رابطه معنی‌دار وجود ندارد. نتایج همبستگی اسپیرمن در دانش‌آموزان عادی نشان می‌دهد که میان میزان DMFT با سن، رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$)؛ به عبارتی با افزایش سن کودکان، میزان DMFT افزایش می‌یابد؛ میان DMFT و جنس نیز، رابطه منفی وجود دارد ($p < 0.05$)؛ یعنی میزان DMFT در پسران، کمتر از دختران است؛ همچنین، میان DMFT با تحصیلات پدر و تحصیلات مادر، رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$)؛ به عبارتی با افزایش هر یک از تحصیلات والدین، میزان DMFT کاهش می‌یابد.

مقایسه شاخص DMFT در کودکان عادی و عقب‌مانده ذهنی نشان می‌دهد که این شاخص در کودکان عادی، $2/29$ و در کودکان عقب‌مانده ذهنی، $4/03$ است که آزمون من ویتنی، بیانگر اختلاف معنی‌دار در این دو میانگین است ($p < 0.05$).

مقایسه شاخص DMFT در کودکان عادی و عقب‌مانده ذهنی نشان می‌دهد که این شاخص در کودکان عادی، $2/29$ و در کودکان عقب‌مانده ذهنی، $4/03$ است که آزمون t تست، بیانگر اختلاف معنی‌دار در این دو میانگین است ($p < 0.05$).

بحث

مسئله رعایت بهداشت دهان و دندان و مسواک‌زدن، نه تنها یک اصل فرهنگی-اجتماعی، بلکه از مسلمات و ضروریات اعتقادی و دینی است. هدف اصلی مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان است (۱۱).

¹ - Shyama

در مطالعه کاهتانی^۱ و همکاران (۲۰۰۴) در ریاض نتایج نشان دادند، کودکان عقب‌مانده ذهنی که مادرانشان بی‌سواد و عامی بودند، تنها از آب برای تمیز کردن دندان‌های کودکانشان استفاده می‌کردند و میزان پوسیدگی در این کودکان، بالاتر و وضعیت بهداشت دهان پایین بود (۱۷).

جین^۲ و همکاران بیان کردند که وضعیت بهداشت دهان افراد عقب‌مانده ذهنی (mentally retarded) ضعیف بوده، با سطح IQ و میزان تحصیلات والدین ارتباط دارد (۸).

در مطالعه دهقانی و عمرانی، مشخص شد، دانش‌آموزانی که تحصیلات پدر و مادر آنها در سطح ابتدایی و راهنمایی بود، شاخص DMFT بالاتری نسبت به دیگران داشتند که از لحاظ آماری نیز، تفاوتی معنی‌دار به دست آمد (۱۸).

در مطالعه حاضر، شاخص DMFT برحسب جنس در کودکان عقب‌مانده ذهنی و سالم بررسی شد. میانگین DMFT در پسران سالم به‌طور معنی‌داری از دختران سالم، بالاتر بود؛ گرچه در کودکان عقب‌مانده ذهنی، این اختلاف از نظر آماری، معنی‌دار نبود که توجه بیشتر والدین به بهداشت دهان و دندان دختران و انگیزه بالاتر دختران برای حفظ سلامت و زیبایی بیشتر می‌تواند دلیل این اختلاف باشد.

در مطالعه نوراللهیان و همکاران، میانگین DMFT در پسران و دختران از نظر آماری، تفاوتی معنی‌دار داشت (۱۹). در مطالعه ریگی و همکاران، DMFT با متغیر جنس، رابطه‌ای معنی‌دار نداشت (۱۶) که دلیل این تفاوت در نتایج می‌تواند محدوده سنی متفاوت یا جامعه آماری متفاوت باشد.

همچنین در مطالعه ما، تعداد ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان ۸ تا ۱۲ ساله سالم معاینه شدند؛ در این جامعه مورد بررسی، ۵۰ درصد دختر و ۵۰ درصد پسر شرکت داشتند. میانگین شاخص DMFT در کودکان سالم $1/67 \pm 2/29$ به دست آمد. کودکان ناتوان ذهنی، شیوع بالاتر پوسیدگی را در مقایسه با کودکان نرمال همسن و سال خود داشتند.

در مطالعه ریگی و همکاران، میانگین DMFT در دانش‌آموزان سالم، برابر $3/07$ با انحراف معیار $2/73$ به دست آمد (۱۶). شیاما و همکاران (۲۰۰۱) در کویت شیوع پوسیدگی را در کودکان معلول بالاتر از کودکان سالم مشاهده کردند (۱۵).

از آنجاکه در مطالعه حاضر، کودکان دچار ناتوانی جسمی از مطالعه حذف شدند، بنابراین، ناتوانی فیزیکی در انجام بهداشت فردی نمی‌تواند دلیلی بر بهداشت بد و DMFT بالا در کودکان معلول ذهنی باشد بلکه مهم‌ترین علل اختلاف DMFT این کودکان با کودکان سالم را می‌توان عواملی نظیر «عدم آگاهی پدر و مادر در خصوص اهمیت بهداشت دهان و انگیزگی فرد و عدم درک صحیح از انجام روش‌های بهداشت دهانی و نبودن امکانات ویژه مراقبتی و درمانی برای این کودکان آسیب‌پذیر» بیان کرد.

سطح تحصیلات والدین از شاخص‌های مهم در کنترل و درمان به‌موقع پوسیدگی‌های دندان است؛ به‌طور کلی، نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهند، رابطه‌ای معنی‌دار میان DMFT و سواد والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی وجود ندارد اما در کودکان سالم از لحاظ آماری، رابطه‌ای معنی‌دار به دست آمد که دلیل این اختلاف می‌تواند سطح پایین تحصیلات والدین در بیشتر کودکان عقب‌مانده ذهنی در تحقیق حاضر باشد. در مطالعاتی مختلف نشان داده شده است که سطح تحصیلات پدر و مادر به‌طور مشخص با وضعیت پوسیدگی دندان کودک ارتباط دارد.

¹ - Qahtani

² - Jain

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق، وضعیت شاخص بهداشتی کودکان عقب‌مانده ذهنی نسبت به استانداردهای WHO در حدی پایین‌تر قرار گرفته‌است؛ همچنین با در نظر گرفتن اینکه نقص ذهنی به‌عنوان عاملی در افزایش پوسیدگی دندان نقش داشته، از طرفی، پوسیدگی دندانی، نوعی بیماری قابل‌پیشگیری است؛ بنابراین، تربیت کارکنان کافی به‌منظور مددکاری و ایجاد کلاسهای آموزشی برای پرستاران یا والدین این بیماران و نیز توجه کافی به وضعیت تغذیه معلولان ذهنی و ایجاد مراکز دندانپزشکی مجهز در مراکز نگهداری این بیماران، بسیار اهمیت دارد و یادآوری این موارد به مسئولان مرتبط برای انجام برنامه‌ریزی‌های مناسب به‌منظور پیشگیری از پوسیدگی دندانی این قشر آسیب‌پذیر توصیه می‌شود.

منابع

1. Naderi Far M, Peyrovi F, Ghaljani F. Mothers' knowledge of oral health of children 1 to 6 years old. *Iran Journal of Nursing* 2007;20(52): 75-86
2. Naderi Far M, Ghaljani F, Akbarizadeh M. mothers' Performance on the oral health of children 1-6 years. *Journal of researches center of Zahedan University of Medical Sciences* 2010;12(4): 43-48
3. Russell W. Bunting Oral hygiene Lea and Febiger: Philadelphia. Mosby. 1999; P:539.
4. Nurelhuda NM, Trovik TA, Wahab Ali R, Faisal Ahmad M. Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; a schoolbased survey. *BMC Oral Health* 2009; 9:5.
5. Shafer G. A Textbook of oral pathology. 7th Ed. WB Saunders Co; 2012:P 405-510.
6. Koch G, Poulsen S. Pediatric Dentistry A clinical approach. 2 th Ed. Wiley-blackwell; 2009:P 369.
7. Altun C, Guven Gunseli, Akgun O . Oral health status of disable individuals attending special school. *Eur J Dent* 2010; 4(4): 361-366.

مقایسه شاخص DMFT در کودکان عقب‌مانده برحسب سن نشان داد که میانگین DMFT در کودکان ۸ساله، اختلافی معنی‌دار را با کودکان ۱۱ و ۱۲ساله داراست ولی میزان DMFT در سایر گروه‌های سنی، اختلافی معنی‌دار ندارد؛ همچنین در کودکان سالم، میانگین DMFT در کودکان ۸ساله، اختلافی معنی‌دار را با کودکان ۱۰، ۱۱ و ۱۲ ساله نشان داد؛ به‌علاوه، میانگین DMFT در کودکان ۹ساله، به‌طور معنی‌داری، کمتر از کودکان ۱۲ساله بود.

در مطالعه کاهتانی و همکاران، تنها ۳/۱ درصد کودکان عقب‌مانده ذهنی ۶ تا ۷ساله، بهداشت دهانی مناسبی داشتند و در گروه کودکان ۱۱ تا ۱۲ساله، هیچ‌یک دارای بهداشت دهانی مناسبی نبودند؛^۱ نتایج این مطالعه با مطالعه ما همراستا بود. بالارفتن شاخص DMFT با افزایش سن، امری طبیعی به‌نظر می‌رسد، زیرا با افزایش سن، فرد بیشتر در معرض عوامل پوسیدگی‌زا و تخریب‌کننده دندان قرار می‌گیرد.

8. Mathur M, Sawla L. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *J of Oral Science* 2009; 51(3): 333-340.
9. Davari A, Jafari Nasab M, Abdollahi F. Evaluation of DMFT Index in mentally retarded students 12-8 year in special schools in Yazd In 2001. *Journal of Dental School Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2005; 32: 565-575
10. Hesari H, Khabaz N. Basic techniques in oral health research. 4th ed, Publications of the World Health Organization 1998: 44-45
11. Delshad Noghabi A. Oral Health in the deeds and teachings of the Prophet Muhammad. *J of Rafsanjan University of Medical Sciences*
12. Nurelhuda NM, Trovik TA, Wahab Ali R, Faisal Ahmad M. Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; a schoolbased survey. *BMC Oral Health* 2009; 9:5.
13. Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist*. 2000;119-208.

14. Jurek GH, Reid WH. Oral health of institutionalized individuals with mental retardation. *Am J Ment Retard*. 1994; 98:656-660
15. Shyama M, Mutawa SA, Morris RE. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait. *Community Dent Health* 2001; 18(3): 181-6.
16. Rigi A, Hshemi Z, Rafighdoost S. CPI and DMFT index and its related factors in children 12 years of the city of Sistan and Baluchestan(thesis 442), Dental School, Zahedan University of Medical Sciences, 2008: 17-18.
17. Qahtani Z, Wyne AH. Caries experience and oral hygiene status of blind, deaf and mentally retarded female children in Riyadh ,Saudi Arabia. *Odontostomatol* 2004; 27(105): 37-40.
18. Dehghani M, Omrani R. Determination of DMFT among children aged 11-7 Shiraz. *Dental Journal, Beheshti University of Medical Sciences*
19. Norolahian H, Afshari A. Evaluation of DMFT Index of molars in children 12 years of Zahedan. *Dental Journal , Beheshti University of Medical Sciences* 2003;21(4):591-596

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
22nd Year, No.116
April- May, 2015*

Received: 09/03/2015

Last revised: 13/04/2015

Accepted: 20/04/2015

Comparison of DMFT index in retarded 8-12 year-old students with healthy subjects in Zahedan from 2013 to 2014

Sara Rahimian Emam¹, Roza Haghgoo*², Forogh Amirabadi¹, Reza Javidi Hamidi³

1. Assistant Professor – Dept. Pediatric Dentistry, Dental School, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
2. Professor – Dept. Pediatric Dentistry, Dental School, Shahed University, Tehran, Iran.
3. Dentist, Iran.

E-mail: haghgoodent@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Dental caries is the most common human infection. The most important indicator of dental caries is DMFT. Control of dental caries requires prevention programs. Prevention needs full knowledge of the possibilities that can be achieved through epidemiological studies. The aim of this study was to compare DMFT index in 8-12 year retarded students in special schools in Zahedan city with healthy subjects and evaluation of its relationship with factors such as age, sex, and educational level.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional study was performed on 200 students including 100 healthy students and 100 mental retarded students. 50% of them were female and 50% were male. The sampling was randomized stratified. A questionnaire was completed for each student and DMFT index was measured by clinical examination according to WHO criteria. The data was analyzed using SPSS19 and t- test and ANOVA. Significant level was 0.05 and correlation coefficient Pearson was obtained.

Results: The mean DMFT index was 2.92 ± 1.67 in normal students and 4.03 ± 1.92 in retarded students. DMFT in mentally retarded children had a significant relationship with age. In mentally retarded children, DMFT had no significant correlation with other studied variants.

Conclusion: Based on this study, the Health index of mentally retarded children is lower than WHO standards.

Key words: DMFT, Mental retard, Student