

۹۹۲۵۴

به نام

یگانه خالق

هستی

۹۹۲۵۴

به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای دندانپزشکی

موضوع :

بررسی شاخص dmft در کودکان ۳-۵ ساله کودکانهای تحت پوشش

سازمان بهزیستی شهر شیراز و تاثیر عوامل محیطی بر این شاخص

به راهنمایی :

جناب آقای دکتر علی نوذری

استاد یار بخش اطفال

نگارش :

هومن پاک نیت

پیام حیاتی

تابستان ۸۳

انجمن استادان شیراز
دندانپزشکی

۱۳۸۳ / ۱۲ / ۱۵

دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده دندانپزشکی
پرونده شماره ۱۱۰۵ طبقه ۲

۹ ۹ ۲ ۳ ۳

ارزیابی پایان نامه

پایان نامه شماره ۸۸۹.....

تحت عنوان :


بررسی شاخص dmft در کودکان ۳-۵ ساله کودکانهای تحت پوشش سازمان


بهبودی شهر شیراز و تاثیر عوامل محیطی بر این شاخص .


تهیه شده توسط هومن پاک نیت - پیام حیاتی در تاریخ ۱۳/۶/۷۹ در کمیته بررسی پایان

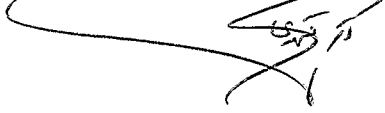
نامه مطرح و با درجه / نمره ۲۰ به تصویب رسید .

اعضاء محترم هیئت داوری :

۱-  -۱

۲-  -۲

۳-  -۳

۴-  -۴

تقدیم به خانواده های عزیزمان

که همواره یاریگر و روشنگر راهمان بودند

تقدیم به کلیه اساتید ، معلمان و دبیرانی

که در کسب موفقیت هایمان نقش بسزایی داشتند

تقدیم به کلیه دوستان و عزیزانی

که همواره در غم‌ها و شادی‌ها یار و یاور ما بودند

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱-۶	مقدمه
۷-۸	بیان مسئله تحقیق
۹-۶۱	مروری بر مطالعات گذشته
۹-۱۴	الف- سیر تحولات پوسیدگی دندان در جهان و ایران
۱۵-۳۹	ب- پوسیدگی دندانی - تئوریه‌ها و دندان
۴۰-۴۳	ج- اپیدمیولوژی پوسیدگی و شاخص‌های دندانی
۴۳-۴۸	د- اتیولوژی پوسیدگی دندانی
۴۹-۶۱	ه- شواهدی از مطالعات cross sectional
۶۲-۶۵	اهداف ، فرضیات و تعریف متغیرها
۶۶-۶۹	روش تحقیق
۷۰-۱۲۳	نتایج - جداول و نمودارها
۷۰-۸۷	الف - جداول توصیفی
۸۸-۱۱۶	ب- جداول استنباطی
۱۱۷-۱۲۳	ج- نمودارهای استنباطی
۱۲۴-۱۳۲	بحث و نتیجه‌گیری
۱۳۳-۱۳۷	منابع و مآخذ

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۷۱	جدول ۱- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب موقعیت و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه
۷۲	جدول ۲- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب سن و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه
۷۳	جدول ۳- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شغل پدر و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه
۷۴	جدول ۴- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شغل مادر و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه
۷۵	جدول ۵- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب تحصیلات مادر و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه
۷۷	جدول ۶- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب تحصیلات پدر و به تفکیک جنس در نمونه ای مورد مطالعه
۷۸	جدول ۷- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب وضعیت اقتصادی و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه

- جدول ۸- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب میزان مراجعه به دندانپزشک و
 به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه ۷۹
- جدول ۹- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب افراد تحت تکفل و به تفکیک
 جنس در نمونه های مورد مطالعه ۸۰
- جدول ۱۰- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب نوع تغذیه و به تفکیک جنس
 در نمونه های مورد مطالعه ۸۱
- جدول ۱۱- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب مدت استفاده طولانی از مواد
 قندی و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه ۸۲
- جدول ۱۲- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شستن دهان پس از مصرف
 مواد قندی و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه ۸۳
- جدول ۱۳- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شستن دهان پس از مصرف
 مواد قندی و به تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه ۸۴
- جدول ۱۴- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب چندمین فرزند خانوار و به
 تفکیک جنس در نمونه های مورد مطالعه ۸۵
- جدول ۱۵- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب وضعیت carries free در
 نمونه های مورد مطالعه ۸۶

- جدول ۱۶- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب سن و به تفکیک وضعیت
 carries free در نمونه های مورد مطالعه ۸۷
- جدول ۱۷- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft تفکیک جنس
 در نمونه های مورد مطالعه شهر شیراز ۹۰
- جدول ۱۸- نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین شاخص dmft و سن ۹۰
- جدول ۱۹- نتایج آزمون scheffe بین شاخص dmft و سن ۹۲
- جدول ۲۰- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft و به تفکیک
 جنس ۹۲
- جدول ۲۱- نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین شاخص dmft و جنس ۹۳
- جدول ۲۲- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب dmft و به تفکیک میزان
 مراجعه به دندانپزشک ۹۳
- جدول ۲۳- نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین نحوه مراجعه به
 دندانپزشک و شاخص dmft ۹۴
- جدول ۲۴- نتایج آزمون آنالیز scheffe بین نحوه مراجعه به دندانپزشک و
 شاخص dmft ۹۶
- جدول ۲۵- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft و به تفکیک
 وضعیت اقتصادی والدین ۹۷

- جدول ۲۶- نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین وضعیت اقتصادی والدین
و شاخص dmft ۹۸
- جدول ۲۷- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک شغل
مادر ۹۹
- جدول ۲۸- نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین شغل مادر کودکان و
dmft ۱۰۰
- جدول ۲۹- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک
وضعیت مسواک زدن ۱۰۱
- جدول ۳۰- نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین مسواک زدن و شاخص
dmft ۱۰۲
- جدول ۳۱- نتایج آزمون آنالیز scheffe بین شاخص dmft و وضعیت مسواک
زدن ۱۰۳
- جدول ۳۲- نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین تعداد افراد خانوار و شاخص
dmft ۱۰۴
- جدول ۳۳- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک شغل
پدر ۱۰۶

جدول ۳۴- نتایج آزمون واریانس یکطرفه بین شغل پدر و شاخص

۱۰۷..... dmft

جدول ۳۵- نتایج آزمون scheffe بین شاخص dmft و شغل پدر ۱۰۸

جدول ۳۶- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک نوع

تغذیه ۱۰۹

جدول ۳۷- نتایج آزمون واریانس یکطرفه بین تغذیه کودکان و شاخص dmft ۱۱۰

جدول ۳۸- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک

استفاده از مواد قندی به مدت طولانی ۱۱۱

جدول ۳۹- نتایج آزمون واریانس یکطرفه بین استفاده از مواد قندی به مدت

طولانی و شاخص dmft ۱۱۲

جدول ۴۰- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک

شستن دهان بچه پس از استفاده از مواد قندی ۱۱۳

جدول ۴۱- نتایج آزمون واریانس یک طرفه بین شستن دهان بچه پس

از استفاده از مواد قندی و شاخص dmft ۱۱۴

جدول ۴۲- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک

تعداد افراد خانوار ۱۱۵

جدول ۴۳- نتایج آنالیز واریانس یکطرفه بین شاخص dmft و تعداد افراد

خانوار ۱۱۵

جدول ۴۴- توزیع کودکان ۳-۵ ساله بر حسب شاخص dmft به تفکیک

چندمین فرزند خانوار ۱۱۶

جدول ۴۵- نتایج آنالیز واریانس یکطرفه بین شاخص dmft و چندمین فرزند

خانواده ۱۱۶

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۱۱۷.....	نمودار ۱- رابطه وضعیت مسواک زدن با شاخص dmft
۱۱۸.....	نمودار ۲- رابطه مدت استفاده طولانی از واد قندی با شاخص dmft
۱۱۹.....	نمودار ۳- رابطه سن یا شاخص dmft
۱۲۰.....	نمودار ۴- رابطه وضعیت مراجعه به دندانپزشک با شاخص dmft
	نمودار ۵- رابطه شستن دهان بچه پس از مصرف مواد قندی با شاخص
۱۲۱.....	dmft
۱۲۲.....	نمودار ۶- رابطه شغل پدر با شاخص dmft
۱۲۳.....	نمودار ۷- رابطه شغل مادر با شاخص dmft

چکیده

در این بررسی ۳۰۰ کودک ۳-۵ ساله شهر شیراز از کودکانهای سازمان بهزیستی بطور تصادفی انتخاب شده و براساس سؤالات پرسشنامه و جدول وضعیت دندانی فرد نتایج زیر به دست آمد:

متوسط dmft افراد مورد مطالعه برابر با ۴/۰۸ بوده که در دختران با میزان میانگین dmft برابر با ۳/۹۶ و کمی کمتر از میزان میانگین dmft پسران که برابر با ۴/۱۵ بوده، می باشد. این مطالعات مشخص ساخت که میزان میانگین dmft افراد مورد مطالعه با افزایش سن (در سنین ۳، ۴ و ۵ سالگی) افزایش می یابد.

نتایج حاصل از این تحقیقات نشان داد که بین عواملی مثل (استفاده از مواد قندی، شغل پدر، نحوه مراجعه به دندانپزشک، وضعیت مسواک زدن و شستن دهان پس از مصرف مواد قندی) و شاخص dmft ارتباط معناداری وجود دارد و بین dmft و عواملی مانند (جنس، شغل مادر، تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی، تعداد افراد خانواده، نوع تغذیه و چندمین فرزند خانواده بودن) ارتباط معناداری وجود ندارد. لذا، نتایج تحقیق، لزوم بررسی هر چه بیشتر، روی عوامل مؤثر بر پوسیدگی و ارائه نقطه نظرات جدید، جهت توفیق روز افزون خدمات پیشگیری دندانپزشکی تا حصول اهداف مورد نظر را بیان می دارد.

واژه های کلیدی: dmft، دندانهای شیری، کودکان ۳-۵ ساله، کودکانهای سازمان

بهزیستی شهر شیراز

مقدمه

مقدمه :

مطالعاتی که بر روی دندانهای انسانهای ماقبل تاریخ به عمل آمد. نشان می‌دهد که ضایعات پوسیدگی در افراد بزرگسال بندرت دیده شده است (۲۱ و ۲) در انگلستان میزان شیوع پوسیدگی دندان در زمان ساکسونها بسیار کمتر از دو دهه اخیر بوده است حداکثر شیوع این بیماری در زمان عصر میانی (middle Age) و شایع‌ترین آن از اواسط قرن ۱۹ میلادی بوجود آمده است (۳ و ۴)

در جوامع امروزی با توجه به افزایش ارتباطات و موقعیتهای اجتماعی گوناگون میان افراد لزوم رعایت بهداشت و زیبائی دندانهای بیشتر از گذشته حس می‌شود. این مراقبت‌ها باید از زمان کودکی آغاز شود. یکی از معضلات مهم در پزشکی نوین بیماریهای دهان و دندان است. پوسیدگی دندان شایع‌ترین بیماری بشر بوده و حدود ۹۹ درصد از مردم به آن گرفتارند و وضعیت و عملکرد بافتها و ساختمان دهان روی ظاهر و توانایی شخصی در صحبت کردن و ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارد (۵)

پوسیدگی دندان یک بیماری عفونی مزمن می‌باشد که عامل و یا عوامل فعال آن در فلوردهانی (oral flora) وجود دارند که می‌توانند مسبب آن گردند. در اولین مرحله ظهور ضایعات پوسیدگی، کلونی‌های میکروبی بر روی بقایای

مواد غذایی بخصوص شکر تصفیه شده و ساکارز موجود در دهان اثر کرده و تولید اسید می‌نمایند (۱) اسید حاصله بر روی نسج مینا و عاج اثر کرده و مواد معدنی موجود در آنها را در خود حل می‌نماید. نتیجتاً بافت نرمی باقی می‌ماند که مقدار زیادی از املاح معدنی خود را از دست داده است. (۱۳و۱). اگرعاج دندان که تقریباً مواد پروتئینی موجود در ساختمان آن ۳۰ برابر مینای دندان می‌باشد مورد هجوم قرار گیرد دچار پرتئولیز و احتمالاً chelation می‌شود (۱)

طی یک قرن گذشته شیوع پوسیدگی دندان دچار دگرگونیهای وسیعی شده است بدین گونه که بعد از انقلاب صنعتی اروپا در قرن نوزدهم و صنعتی شدن کشورهای اروپایی از یک سو و تراکم جمعیت شهرها و تغییر در رژیم غذایی شیوع پوسیدگی به سرعت افزایش یافته و این کشورها با احساس خطر و با کسب آگاهی بیشتر از پوسیدگی و اتیولوژی آن با یک بسیج همگانی اقدام به پیشگیری از بروز آن کرده اند که نتیجه آن در اواخر قرن حاضر کاهش شدید در میزان DMF و کنترل میزان پوسیدگی دندان در این کشورها بود. در کشورهای در حال توسعه عکس این اتفاق رخ داده است. اینگونه کشورها در اواخر قرن حاضر دچار تحولاتی در رشد صنعتی و رژیم غذایی شده اند، متأسفانه این تغییرات که در روش زندگی و انتخاب مواد

غذایی در کشورهای در حال رشد بوجود آمده است باعث افزایش شیوع پوسیدگی دندانانی شده است .

شیوع پوسیدگی دندانانی از اوایل ۱۹۷۰ در بین تعدادی از کشورهای صنعتی به علت کاربرد مواد و تکنیک‌های پیشگیری بطور محسوس کاهش یافته است (۱ و ۳ و ۶)

در سال ۱۹۸۴ مقدار پولی که برای مطالعات دندانپزشکی در ایالات متحده آمریکا به مصرف رسیده بود ۲۵/۱ بیلیون دلار برآورد گردید که به اندازه نیمی از این هزینه صرف ترمیم و جایگزینی دندانهایی که در اثر ضایعات پوسیدگی از بین رفته بودند، شده بود.

این مقدار تقریباً برابر ۶/۵ درصد تمام مخارج پزشکی بود که در آمریکا پرداخت شده بود. پروژه هزینه شده برای سال ۱۹۹۰ به ۴۲ بیلیون دلار رسید (۱)

بر خلاف بیماریهای عفونی، یک ضایعه پوسیدگی خودبخود و یا در اثر استعمال آنتی بیوتیک متوقف نمی‌شود بعبارت دیگر پوسیدگی های دندانانی پس از پیدایش خودبخود بهبود نمی‌یابند و زمانی که بوجود آمدند شروع به پیشرفت و توسعه می‌نمایند تا بدانجا که به عصب دندان رسیده و آن را عفونی کرده و از بین می‌برند و اگر ادامه یابد تاج دندان از بین می‌رود.

مراحل پیدایش و پیشرفت پوسیدگی زمانی قطع می‌شود که ناحیه پوسیده دندان برداشته و یا خارج شود و بوسیله یک ماده خنثی مانند آمالگام، طلا یا مواد دیگر ترمیم و معالجه گردد. و یا اینکه تغییری در رژیم غذایی بوجود آید و متابولیت‌های پیدا شده از جمله میکروارگانیسم‌ها و میکروبه‌ها را بطریقی خنثی یا خارج سازند. معمولاً هیچگونه سلول، eleman و عنصر عروقی (vascular Element) در مینا یا عاج دندان وجود ندارد مگر لایه ادنتوبلاستهای ثانویه که مجاور عصب دندان قرار گرفته‌اند.

میزان شیوع پوسیدگی در کودکان و نوجوانان بیشترین رقم را نشان می‌دهد بطوری که بسیاری از دندانها پس از رویش و بیرون آمدن از فک شروع به پوسیدگی می‌نمایند. بسیاری از ضایعات پوسیدگی در داخل شیارهای رشدی و فوسای سطح جونده دندانهای فک ایجاد می‌شود. خرده‌های غذایی گیر افتاده در داخل این شیارها یکی از عوامل پوسیدگی است و محل دیگری که مورد تجاوز این حمله میکروبی قرار می‌گیرد سطوحی در زیر محل تماس دندانهای مجاور می‌باشد که این سطوح را باید بخوبی تمیز نگه داشت که این

سطوح بوسیله Dental floss تمیز می‌گردد. (۱)

در حال حاضر برای محافظت دندان در برابر پوسیدگی روشهایی برای پیشگیری وجود دارد: