

بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو قشقایی منطقه دشت نمدان شهرستان اقلید

دکتر طاهره اسکندریان*، دکتر ابراهیم امیری، دکتر علی احمدی
* بخش اطفال، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده

در این تحقیق وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو قشقایی بر اساس معیارهای DMFT و OHIS و چند متغیر دیگر بررسی شد. از کودکان این جامعه ۱۲۰ دختر و ۱۲۴ پسر انتخاب گردید و بعد از معاینه و تکمیل پرسشنامه اطلاعات لازم کسب شد. نتایج حاصله نشان داد که میانگین کل DMFT در این کودکان ۱/۳۹ و میانگین کل OHI برابر با ۱/۱۶ است. این ارقام حاکی از وضعیت متوسط بهداشت دهان و دندان در جامعه تحت مطالعه بود.

کلید واژه: بهداشت دهان و دندان، DMFT، OHI، عشایر کوچرو قشقایی

مقدمه

ندارد. این اجتماع زحمتکش بهره بسیار کمی از وسایل ارتباط جمعی و مطبوعات برده اند. لذا از لحاظ آموزش بهداشت دهان و دندان نیز در سطح بسیار پایینی هستند^(۱). از جمله محدود بررسیهای انجام گرفته در جوامع عشایری تحقیقی است که در سال ۱۳۴۱ انجام شد و طی آن میزان ضایعات دندان و انساج نگهدارنده آن در عشایر جنوب ایران برآورد شد^(۲). در این تحقیق میزان بیماریهای پریدونتال در کودکان ۱۱-۸ ساله ۵۳٪ و میزان افراد مبتلا به پوسیدگی دندان ۵۹٪ گزارش شد. در تحقیق دیگری در سال ۱۳۵۶ وضعیت بهداشت دهان و دندان و شیوع بیماریهای پریدونتال کودکان ۱۲ ساله روستاهای کویری کاشان مورد مطالعه قرار

عشایر کوچرو قشقایی گروهی از مردم هستند که در قسمتهای جنوبی استان اصفهان، سراسر استان فارس، قسمتهایی از استان چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد و بوشهر بصورت عشیره ای و ایلیاتی در دامنه های رشته کوه زاگرس پراکنده اند. ایل قشقایی متشکل از شش طایفه بزرگ میباشد که هر طایفه خود از چند تیره، هر تیره از چند بنکو و هر بنکو از چند خانواده تشکیل میشود. افراد ایل زندگی چادر نشینی داشته و بخشی از سال را صرف بیلاق و قشلاق میکنند. در محل اسکان این مردم در بیلاق و قشلاق هیچگونه امکانات بهداشتی، بخصوص در رابطه با دهان و دندان، وجود

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از بنک‌های ساکن دشت نمدان شهرستان اقلید استفاده شد. جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه مستقیم به چادرهای محل اسکان کودکان و با استفاده از معاینه و مصاحبه حضوری و همچنین تکمیل پرسشنامه‌ای مختص هر فرد صورت گرفت. معاینه بالینی با استفاده از سوند دندانپزشکی جهت بررسی وضعیت دندانها از نظر پوسیدگی و آینه دندانپزشکی جهت دیدن نواحی غیر قابل دسترس در روشنایی کافی صورت گرفت. در معاینه فقط وضعیت دندانهای دائمی مد نظر بود و معیار پوسیدگی در دندانها رنگ یا گیر کردن سوند بود. برای مشخص کردن وضعیت جرم و دبری و بهداشت دهان و دندان از شاخص (simplified OHI-S oral hygiene index) استفاده شد^(۸). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

نتیجه

میانگین کل DMFT بدست آمده از این بررسی ۱/۳۹ و میانگین اجزای DMFT بترتیب ۱/۳۶، D، M=۰/۰۲ و F=۰/۰۰۸ بود. میانگین DMFT در دختران ۱/۳۵ و در پسران ۱/۴۴ محاسبه شد (جدول ۱، نمودار ۱).

در بررسی وضعیت OHI در نمونه تحت مطالعه، میانگین کل OHI ۱/۶۱ بود که بر اساس شاخص Green and Vermillion، بهداشت دهان و دندان کودکان مورد مطالعه در حد متوسط بود (جدول ۲، نمودار ۲). میانگین OHI در دختران ۱/۴۶ در پسران ۱/۷۶ محاسبه شد (جدول ۳). بین DMFT و هر یک از متغیرهای OHI، جرم، دبری و تعداد دفعات مسواک زدن

گرفت و نشان داد که بین بهداشت دهان و دندان و سلامتی لثه رابطه مستقیمی وجود دارد. در بررسیهای دیگری که در جوامع شهری ایران انجام گرفته نتایج متنوع بدست آمده است. بطور مثال در مطالعه‌ای معلوم شد که کودکان ۱۲-۶ ساله شهر مشهد ۱۴٪ دارای بهداشت خوب، ۶۲/۵٪ دارای بهداشت متوسط و ۲۳/۵٪ دارای بهداشت بد بوده‌اند^(۴). همچنین در بررسی دیگری معلوم شد که میانگین OHI-S در دانش آموزان ۱۲ ساله شهر رشت برابر با ۰/۵+ ۱/۱ است^(۵). در تحقیق دیگر بر روی کودکان ۱۲ ساله شهر شیراز میانگین OHI-S برابر با ۱/۴۷ گزارش شد که حاکی از بهداشت متوسط افراد مورد مطالعه بود. در این مطالعه همچنین، وضعیت دبری ۱/۲۸ (حد متوسط) و وضعیت جرم ۰/۳۳ (حد خوب) گزارش شد^(۱). میانگین DMFT جامعه کودکان ۱۲ ساله شهر شیراز در بررسی دیگری، ۲/۹، میانگین کل دندانهای پوسیده ۲/۶، میانگین کل دندانهای کشیده شده ۰/۰۹ و میانگین کل دندانهای پرشده ۰/۱۶ گزارش شده است^(۷). از آنجا که تاکنون مطالعه مدونی در ارتباط با وضعیت بهداشت دهان و دندان در جامعه عشایری صورت نگرفته است در این تحقیق با استفاده از شاخص های DMFT و OHI-S و بر طبق استانداردهای سازمان بهداشت جهانی (WHO)^(۸) بررسی دقیقی جهت ارزیابی صحیح وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان ۱۲ ساله این جامعه انجام گرفت.

روش مطالعه

در این تحقیق مقطعی (cross sectional)، دندانهای دائمی ۱۲۰ دختر و ۱۲۴ پسر ۱۲ ساله مورد بررسی قرار گرفت. جهت انتخاب نمونه از

در شبانه روز رابطه آماری معنی داری بدست نیامد (جدول ۴).

از کل افراد مورد مطالعه ۲۲۳ نفر اصلاً به دندانپزشکی مراجعه نکرده بودند و تنها ۲۱ نفر سابقه مراجعه به دندانپزشکی داشتند.

در ارتباط با مسواک زدن که یکی از ارکان اصلی بهداشت دهان و دندان است، در میان کودکان مورد مطالعه، ۲۱۶ نفر (۸۸/۸٪) اصلاً مسواک نمی زدند. آمار فوق حکایت از سطح بسیار پایین توجه به بهداشت دهان و دندان در این جامعه دارد. میزان دبری در دخترها بطور معنی داری کمتر از پسرها بود.

با توجه به اطلاعاتی که در مصاحبه با تعدادی از کودکان مورد مطالعه در مورد چگونگی تغذیه آنان در شبانه روز بدست آمد مشاهده شد که کودکان یاد شده بطور متوسط هفته ای یکبار میوه و سبزی و در ماه یکبار شیرینی یا شکلات مصرف میکنند و غذای اصلی آنان رابرنج و فراورده های لبنی تشکیل میدهد. در ۱۸۵ نفر از کودکان مورد مطالعه پدر دامدار ۲۹ نفر پدر کشاورز و در ۲۶ نفر پدر کارمند بود. کل افرادی که فاقد پوسیدگی در دندانهای دائمی بودند ۱۰۳ نفر (۵۱ دختر و ۵۲ پسر) بودند.

تعداد دندان	شاخص		
	D	M	F
۰	۱۰۲ (۴۲/۲)	۲۴۰ (۹۸/۴)	۲۲۲ (۹۹/۲)
۱	۴۸ (۱۹/۷)	۲ (۱/۲)	۲ (۰/۸)
۲	۴۱ (۱۶/۸)	۱ (۰/۴)	-
۳	۲۲ (۹/۸)	-	-
۴	۱۶ (۶/۶)	-	-
۵	۸ (۳/۳)	-	-
۶	۲ (۰/۸)	-	-
۷	۱ (۰/۴)	-	-
۸	-	-	-
۹	۱ (۰/۴)	-	-
Mean ± SD	۱/۲۶ ± ۱/۶۰	-/۰۲ ± ۰/۱۶	-/۰۰۸ ± ۰/۰۹

جدول ۱: تعداد (فرصد) افراد با وضعیت گوناگون DMF در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو منطقه دشت نمدان شهرستان اقلید در سال ۱۳۷۶

شاخص OHI	تعداد (%) دختر	تعداد (%) پسر	تعداد (%) هر دو جنس
۰-۱/۲ (خوب)	۸۶ (۷۴/۸)	۶۹ (۵۷/۵)	۱۵۵ (۶۶)
۱/۳ - ۲ (متوسط)	۲۸ (۲۴/۳)	۴۸ (۴۰)	۷۶ (۳۲/۳)
۳-۶ (بد)	۱ (۰/۹)	۲ (۲/۵)	۳ (۱/۷)

$p < ۰/۰۵$

جدول ۲: پراکنندگی شاخص OHI در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو منطقه دشت نمدان شهرستان اقلید به تفکیک جنس در سال ۱۳۷۶

Mean ± SD			
شاخص	دختر	پسر	هر دو جنس
جرم	۰/۲۲ ± (۰/۲۵)	۰/۲۷ ± ۰/۲۷	۰/۲۴ ± ۰/۲۶
دبری	۱/۱۲ ± ۰/۲۹	۱/۲۹ ± ۰/۲۹	۱/۲۶ ± ۰/۴۱
OHI	۱/۴۶ ± ۰/۵۶	۱/۷۶ ± ۰/۵۸	۱/۶۱ ± ۰/۵۹

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار وضعیت جرم، دبری و شاخص OHI در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو منطقه دشت نمدان شهرستان اقلید به تفکیک جنس در سال ۱۳۷۶

بحث

با توجه به اینکه سازمان بهداشت جهانی متوسط DMFT را برای سال ۲۰۰۰ میلادی در کودکان ۱۲ ساله ≤ 3 اعلام کرده است، نتایج بدست آمده در این تحقیق در حد قابل قبولی است که علل احتمالی زیر را برای این موضوع میتوان در نظر گرفت:

- مصرف محدود و بسیار کم شکلات، شیرینی و سایر مواد مستعد کننده دندان به پوسیدگی در کودکان مورد مطالعه و داشتن رژیم غذایی شامل لبنیات و پرتئین.
- تغذیه با شیر مادر در دوران نوزادی و عدم استفاده از شیشه و سر شیشه.
- استفاده از آبهای آشامیدنی روان مثل چشمه و قنات که احتمالاً حاوی فلوراید کافی هستند.

از علل عدم وجود ارتباط بین DMFT و هر یک از متغیرهای OHI، جرم و دبری می توان از نوع پلاک باکتریال بوجود آمده بر روی دندان این افراد نام برد.

در صورت مصرف محدود کربوهیدرات این پلاکها فاقد قدرت لازم برای ایجاد پوسیدگی

میباشند. از طرف دیگر چون از مجموع کل کودکان مورد مطالعه فقط ۲۷ نفر (۱۲٪) مسواک میزدند و احتمالاً کیفیت مسواک زدن آنها نیز در حد مطلوب نبوده است رابطه معنی دار مورد انتظار بدست نیامد.

عدم مراجعه این افراد به دندانپزشک عمدتاً بعلت عدم دسترسی این افراد به مراکز درمانی به سبب نحوه خاص زندگی آنان و پایینتر بودن سطح آگاهی آنان درباره بهداشت دهان و دندان است.

مقایسه نتایج بدست آمده در این تحقیق با تنها بررسی انجام گرفته در جامعه عشایر جنوب ایران در سال ۱۳۴۱ نشانگر تشابهات قابل توجهی است.

میانگین افراد دارای پوسیدگی در تحقیق حاضر ۵۸/۲٪ بود. این رقم در تحقیق قبلی ۵۹/۲٪ گزارش شده است^(۲). میزان DMFT در جامعه مورد مطالعه از تمامی مطالعات انجام شده در جوامع شهری مشهد، رشت و شیراز^(۷) کمتر و میزان OHI-S از تمامی مطالعات^(۴) بیشتر بوده است، هر چند که در مقایسه با تحقیق انجام شده در شیراز^(۱) تفاوت محسوسی

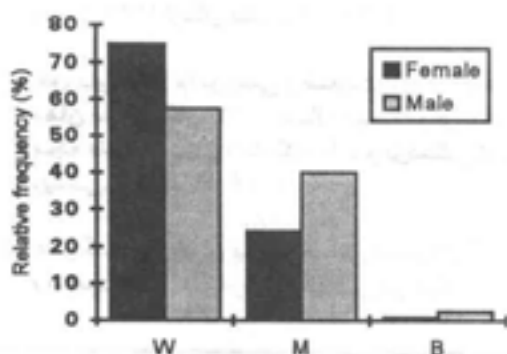
دارد و وضعیت بهداشت دهان و دندان (OHI) این جامعه در حد متوسطی می باشد.

بچشم نمی خورد. بطور کلی میتوان ابراز داشت که DMFT در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو قشقای بیعت تغذیه خاص در وضع مطلوبی قرار

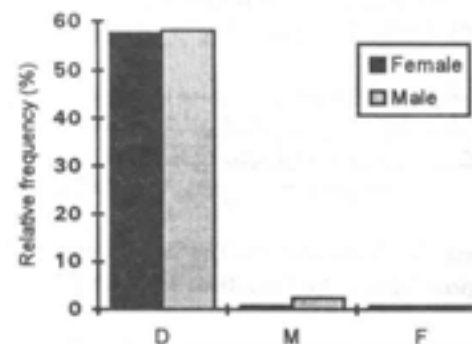
DMFT	OHI	
	خوب	متوسط
۰	۷۲ (۳۰/۶)	۳۰ (۱۲/۸)
۱	۲۷ (۱۱/۵)	۲۰ (۸/۵)
۲	۲۳ (۹/۸)	۱۶ (۶/۸)
۳	۱۷ (۷/۲)	۶ (۲/۶)
۴	۹ (۳/۸)	۵ (۲/۱)
۵	۴ (۱/۸)	۲ (۰/۹)
۶	۲ (۰/۹)	۱ (۰/۴)
۹	۱ (۰/۴)	-

$p = .011$

جدول ۲: پراکندگی شاخصهای DMFT و OHI و ارتباط آنها با یکدیگر در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو منطقه دشت نمندان شهرستان اقلید در سال ۱۳۷۶



نمودار ۲: فراوانی نسبی وضعیت بهداشت دهان و دندان (OHI)، خوب (W)، متوسط (M) و بد (B) به تفکیک جنس در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو منطقه دشت نمندان شهرستان اقلید در سال ۱۳۷۶



نمودار ۳: توزیع فراوانی دندانهای پوسیده (D)، از دست رفته (M) و پر شده (F) به تفکیک جنس در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچرو منطقه دشت نمندان شهرستان اقلید در سال ۱۳۷۶

آموزان ۶، ۱۲ و ۱۵ ساله مدارس شهر رشت بر اساس شاخصهای سازمان بهداشت جهانی WHO، رشت، استان گیلان. انتشارات دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۳۷۰: ۱۲۲.

۶ نعمتی ش: بررسی وضعیت لثه و بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان ۶، ۱۲ و ۱۵ ساله مدارس شهر شیراز. ۱۳۷۳: ۲۲.

۷ کبیری ا، نیک منش ک: بررسی تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی بر روی DMFT در دانش آموزان ۱۲ ساله شهر شیراز. ۱۳۷۵: ۲۹.

۸ مهاد ک: شاخصهای اپیدمیولوژیک بین المللی در تحقیقات دندانپزشکی به پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی. انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی. ۱۳۶۷: ۱۲ و ۱۶.

Greene JC, Vermillion JR: The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* 1964;68: 7-13.

منابع

۱ کیانی م: سینه چادرها (تقسیم بندی طوایف و جمعیت ایل تشقایی) چاپ اول سال ۱۳۷۱: ۶۲، ۱۲۸، ۱۲۶، ۱۷۰، ۲۱۴.

۲ پیمان ح: بررسی ضایعات دندان و انساج نگهدارنده آن در نزد عشایر جنوب. مجله جامعه دندانپزشکان ۱۳۳۳: ۶۰، ۶۲.

۳ صیرفی م، تقدس ح: بررسی اپیدمیولوژیکی شیوع و شدت ژنژیویت در کودکان. مجله راور درمان ۱۳۶۹ (سال هفتم): ۷۸: ۲۲-۱۵.

۴ خوردی مود، م: بررسی وضعیت لثه و بهداشت دهان در کودکان ۶-۱۲ ساله دبستانهای مشهد. مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۰: ۱۲، ۱۴-۷.

۵ عطر کار روشن د: بررسی میزان DMFT وضعیت لثه، ناهنجاریهای دندانی در میان دانش

ABSTRACT

Using DMFT and OHI scores, the dental hygiene status was assessed in 244 (120 females and 124 males) 12-year-old children of Gashgai nomadic tribe. It was found that the total means of DMFT, and OHI scores in these children were 1.39 (D = 1.36, M = 0.02, F = 0.008), and 1.16, respectively. The average DMFT, and OHI scores were 1.35, and 1.46 among females, and 1.44, and 1.76 among males, respectively. Fifty-one females and 52 males did not affect by permanent tooth decay. These indices reflect a moderate dental hygiene and a somewhat appropriate DMFT status in population under the study. This observations are perhaps due to the characteristic nutritional regimens consisted of modest amounts of fruits, vegetables and chocolates, these people usually use.