

بررسی میزان DMFT معلولان ذهنی ۶-۱۸ ساله تحت پوشش بهزیستی شهرهای بابل و بابلسر ۱۳۸۰

دکتر مریم قاسمپور* - دکتر رامین فرخی** - دکتر محسن حجازی***

* - استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل.

** - عضو هیأت علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل.

*** - دندانپزشک.

چکیده

زمینه و هدف: کودکان و افراد عقب مانده ذهنی به دلیل وضعیت فیزیکی خاص خود نیازمند مراقبتهای ویژه دندانپزشکی می باشند. هدف از این مطالعه بررسی میزان DMFT این افراد و رابطه آن با سن، جنس، درجه عقب ماندگی و طریقه رعایت بهداشت می باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی به روش توصیفی بر روی ۱۶۵ فرد معلول ذهنی و جسمی ۶-۱۸ ساله (۱۰۵ پسر و شصت دختر) که در شش مرکز دولتی و خصوصی تحت پوشش بهزیستی شهرهای بابل و بابلسر نگهداری می شوند انجام گردیده است. این افراد به سه گروه سنی ۶-۹، ۱۰-۱۴ و ۱۵-۱۸ سال تقسیم و پس از معاینه کلینیکی با آینه و سوند دندانپزشکی اطلاعات بدست آمده با استفاده از برنامه SPSS آنالیز آماری گردید.

یافته ها: میانگین کلی DMFT در افراد معلول ۶-۱۸ ساله مورد مطالعه برابر $2/92 \pm 2/31$ می باشد. میانگین DMFT در گروه شش ساله برابر $1/21 \pm 0/54$ و با افزایش در گروه ۱۸ ساله به $5/02 \pm 5/46$ می رسد. در جنس مذکر میانگین DMFT، $2/62 \pm 2/06$ و در جنس مؤنث، $3/37 \pm 2/76$ می باشد. در گروه آموزش پذیر میانگین DMFT برابر $2/88 \pm 3/94$ ، در گروه تربیت پذیر $3/20 \pm 2/57$ و در گروه پناهگاهی $1/54 \pm 1/06$ است.

نتیجه گیری: میانگین DMFT در افراد عقب مانده مورد بررسی مشابه افراد سالم و همسن می باشد. میانگین DMFT در این افراد با افزایش سن بالا می رود و در جنس مؤنث از میزان بالاتری برخوردار است. با افزایش درجه معلولیت، DMFT کاهش می یابد و بالاخره سطح مراقبتهای بهداشتی این افراد پایین می باشد.

کلید واژه ها: DMFT - معلولین ذهنی و جسمی - پوسیدگی دندان

دندانی آن جامعه بکار می رفته است (۱).

عقب افتادگی ذهنی یک واژه کلی است که برای اشخاصی بکار می رود که تکامل هوشی آنها به طور قابل ملاحظه ای پایینتر از اشخاص طبیعی است و در نتیجه توانایی آنها برای تطابق با محیط محدود می شود. یک طبقه بندی که بکار می رود بدین صورت است که افراد

مقدمه

لازمه پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان در هر گروه از جامعه، شناخت وضعیت و زمینه های موجود در آن گروه می باشد و بدین ترتیب از دیر باز شاخص DMFT در جوامع مختلف برای بررسی وضعیت سلامتی

عقب مانده را به سه دسته تقسیم می‌کنند:

۱ - عقب افتادگی ذهنی آموزش (درجه عقب افتادگی خفیف)

۲ - عقب افتاده ذهنی تربیت پذیر (درجه عقب افتادگی متوسط)

۳ - عقب افتاده ذهنی پناهگاهی (درجه عقب افتادگی شدید) (۲)

کودکان و افراد عقب مانده ذهنی به دلیل وضعیت فیزیکی خاص خود هم از جهت مراقبت‌های پیشگیری نیازمند توجه می‌باشند و هم در صورت نیاز به درمان‌های دندانپزشکی، دندانپزشک را با مشکلات بیشتر مواجه می‌کنند (۳).

برخی مطالعات که در گذشته انجام شده نشان داده است که وضعیت سلامتی دندان‌ها در افراد عقب مانده ذهنی ضعیفتر از افراد سالم همسال است (۴-۷). از طرف دیگر مطالعاتی هم نشان داده اند که عکس این وضعیت وجود دارد (۸-۹). اکثر این مطالعات، تربیت کادر دندانپزشکی مخصوص مراکز نگهداری افراد عقب مانده و نیز آموزش پرسنل این مراکز را جهت بالابردن وضعیت بهداشت دهانی این افراد توصیه می‌کنند (۱۰).

در ایران هم مطالعات زیادی در مورد شیوع پوسیدگی در افراد سالم صورت گرفته اما مطالعات اندکی در مورد شیوع پوسیدگی در افراد عقب مانده انجام شده که از آن جمله تحقیق معینی در استان تهران می‌باشد (۴).

از این رو قرار شد مطالعه‌ای طرح ریزی گردد تا میزان DMFT به عنوان یک شاخص سلامت دندان‌ها در افراد معلول ذهنی اندازه‌گیری شود تا بر این اساس مشخص گردد میزان DMFT در افراد عقب افتاده و افراد سالم یکسان است یا خیر؟ همچنین با افزایش یا کاهش درجه

معلولیت میزان DMFT چه تغییری می‌کند؟

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی Cross sectional و به روش توصیفی است. جامعه مورد بررسی، افراد معلول ذهنی و جسمی ۶-۱۸ ساله نگهداری شده در مراکز دولتی و خصوصی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان‌های بابل و بابلسر و مشتمل بر ۱۹۲ نفر بودند. پس از اخذ معرفی نامه از دانشکده به بهزیستی در شهرستان‌های مذکور مراجعه شد و با اخذ مجوز به مراکز مخصوص نگهداری این بیماران مراجعه گردید. از ۱۹۲ نفر، ۲۵ نفر به دلایل مختلف مثل عدم همکاری و غیبت از بررسی حذف شدند و بدین ترتیب ۱۶۵ نفر مورد معاینه قرار گرفتند. از سوند و آینه جهت معاینه استفاده شده است و تشخیص پوسیدگی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی می‌باشد (۱۱). اطلاعات بدست آمده از هر فرد در پرسشنامه مخصوص خود او ثبت می‌شد سپس کل اطلاعات بدست آمده به وسیله نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جامعه مورد مطالعه شامل ۱۶۶ فرد عقب مانده ذهنی و جسمی بود که از این تعداد ۱۰۵ نفر مذکر و شصت نفر مؤنث بودند. میانگین کل DMFT برابر $2/31 \pm 2/92$ و میانگین DMFT در افراد مذکر $2/06 \pm 2/62$ و در افراد مؤنث $2/76 \pm 3/37$ بود. دامنه تغییرات DMFT برابر ۱۸ است ($MAX=18$ و $MIN=0$) گروه‌های سنی از ۶-۱۸ سال به سه دسته تقسیم شدند که بیشترین میزان DMFT در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال بدست آمد (برابر $3/53 \pm 3/57$).

بحث

میانگین DMFT در گروه ۶-۱۴ ساله $1/8 \pm 2/40$ می‌باشد که مشابه این میزان در گروه سنی ۶-۱۴ ساله افراد سالم در استان مازندران مطابق تحقیق «طرح سلامت و بیماری در ایران» است که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۹-۱۳۷۱ انجام گرفت (۱).

این نتایج تأیید کننده مطالعات نچراک (۸)، Murray (۱۲)، Palin (۵) و Declerch (۱۳) می‌باشد در تحقیق لحیم چی (۱۴) در بابل سال ۱۳۶۹، میانگین DMFT افراد سالم نه ساله برابر $0/3$ ، ۱۲ ساله برابر $1/21$ و ۱۵ ساله برابر $4/65$ گزارش شد که در صورت مقایسه افراد سالم نه ساله این مطالعه با گروه ۶-۹ ساله، ۱۲ ساله با گروه ۱۰-۱۴ ساله و ۱۵ ساله با گروه ۱۵-۱۸ ساله مطالعه حاضر، مشخص می‌شود در دو مورد اول میانگین DMFT در افراد عقب مانده بیشتر از افراد سالم و در گروه عقب مانده‌های ۱۵-۱۸ ساله کمتر از افراد سالم ۱۵ ساله در بررسی لحیم چی می‌باشد.

پس به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت بر اساس مطالعه حاضر میانگین DMFT در افراد عقب مانده مشابه افراد سالم همسن می‌باشد. البته طبق تحقیقات معینی (۴)، Strubig (۱۵)، Gupta (۷)، Rao (۱۶) و Shyama (۱۷) میانگین DMFT در بیماران عقب افتاده بیشتر از افراد سالم می‌باشد و از طرف دیگر Vyas و Damle (۹) نیز نتیجه گرفتند این میزان در بیماران عقب افتاده کمتر از افراد سالم است.

همان‌طور که ذکر شد با افزایش سن در گروه مورد مطالعه، میانگین DMFT افزایش پیدا می‌کند، به طوری که این میزان در شش سالگی برابر $0/45$ و با افزایش سن در ۱۸ سالگی برابر $5/46$ می‌باشد که این موضوع با

جدول ۱: توزیع میانگین DMFT به تفکیک گروه‌های

سنی در افراد معلول مورد مطالعه بابل و بابلسر - ۱۳۸۰

گروه‌های سنی	تعداد	میانگین DMFT	انحراف معیار
۹-۶	۵۷	۱	۱/۴۲
۱۴-۱۰	۵۷	۲/۴۹	۲/۹۲
۱۸-۱۵	۵۲	۳/۵۷	۳/۵۳

با بالا رفتن سن معلولان، شیوع پوسیدگی افزایش می‌یابد و ارتباط معنی داری بین شیوع پوسیدگی و سن وجود دارد ($P = 0/032$). از طرف دیگر شیوع پوسیدگی به‌طور معنی‌داری در جنس مونث بیشتر است ($P = 0/031$). میانگین DMFT در معلولان آموزش‌پذیر از معلولان تربیت‌پذیر و غیر قابل تربیت بیشتر و برابر $2/88 \pm 3/94$ است.

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد معلول مورد مطالعه و میانگین DMFT آنها به تفکیک درجه معلولیت - بابل و بابلسر - ۱۳۸۰

درجه معلولیت	تعداد	درصد	میانگین DMFT	انحراف معیار
آموزش‌پذیر	۱۷	۱۰/۳	۳/۹۴	۲/۸۸
تربیت‌پذیر	۱۰۴	۶/۳	۲/۵۷	۳/۲۰
پناهگاهی (ایزوله)	۴۴	۲۶/۷	۱/۰۶	۱/۵۴
جمع	۱۶۵	۱۰۰	—	—

از لحاظ نحوه رعایت بهداشت، $70/5\%$ (۱۱۷ نفر) از افراد مورد مطالعه دهانشان اصلاً تمیز نمی‌شود که میانگین DMFT برابر $2/20 \pm 2/96$ داشتند و $28/3\%$ برابر ۴۷ نفر، خود معلول مسواک می‌زند که میانگین DMFT آنها برابر $2/70 \pm 2/83$ بدست آمد و در $1/2\%$ دو مورد با کمک پرستار مسواک زده می‌شد که $DMFT = 0$ گزارش شده است. میانگین DMFT در افرادی که اصلاً دهانشان تمیز نمی‌شود بیشتر از بقیه می‌باشد.

تحقیق Vignehsa و همکارانش (۶) در سنگاپور همخوانی دارد. این امر کاملاً قابل انتظار است چون با افزایش سن، دندان به میزان بیشتری در معرض عوامل پوسیدگی قرار می‌گیرد. با توجه به جدول شماره (۲) با افزایش درجه معلولیت میزان DMFT کاهش می‌یابد که این برخلاف نتایج تحقیق معینی (۴) می‌باشد. پایینتر بودن میزان DMFT در گروه عقب مانده‌های تربیت پذیر و پناهگاهی ممکن است به این سبب باشد که تمامی معلولان پناهگاهی و گروهی از معلولان تربیت‌پذیر در مراکز شبانه روزی بهزیستی نگهداری می‌شوند و در این مراکز در بین سه وعده غذایی هیچ میان وعده‌ای داده نمی‌شود در حالی که گروه آموزش پذیر و تعدادی از افراد گروه تربیت پذیر در منزل زندگی کرده و احتمالاً مصرف میان وعده مکرر دارند. در معلولان مورد بررسی، میانگین DMFT در افراد مؤنث به‌طور معنی‌داری بالاتر از افراد مذکر می‌باشد ($P=0/031$) که این مسئله مطابق تحقیق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کل کشور در میان افراد سالم است (۱). از لحاظ وضعیت رعایت بهداشت، روی هم رفته وضعیت مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در این افراد نامطلوب است که مشابه نتایج مطالعات

Strubig (۱۵)، Nakashima (۱۸)، Gizani (۱۹) و Vignehsa (۶) می‌باشد. ۲۸/۳٪ از افراد مورد مطالعه مسواک می‌زنند ولی DMFT آنها بالاتر از ۷۰/۵٪ است که دهانشان اصلاً تمیز نمی‌گردد و این مسئله با توجه به توانایی کم این افراد در یادگیری و نیز عدم کنترل کامل عضلات دست، می‌تواند مربوط به عدم کارایی مسواک زدن مستقل این افراد باشد (۲). از بین افراد مورد مطالعه ۶۶ نفر معادل ۳۹/۸٪ دارای DMFT=۰ یعنی فاقد پوسیدگی، پرکردگی و خارج کردن دندان بودند و ۶۰/۲٪ افراد حداقل یکی از مشکلات فوق را داشتند. به‌طوری که ۵۹٪ دارای دندان پوسیده، ۱۶/۳٪ دارای دندان خارج شده و ۱/۲٪ دارای دندان پر شده بوده‌اند. این اعداد بیانگر عدم استفاده از خدمات مناسب دندانپزشکی در این گروه از افراد می‌باشد.

نتیجه گیری

میانگین DMFT در افراد عقب مانده مشابه افراد سالم همسال می‌باشد و از طرف دیگر با افزایش سن میزان DMFT بالاتر می‌رود و میانگین DMFT در جنس مؤنث بیش از جنس مذکر است.

REFERENCES

۱. جابرانصاری، زهرا. مروری بر میزان DMFT گزارش شده در ایران در سالهای ۶۹-۱۳۷۱. مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۸؛ ۱۷(۴): ۲۴۶ - ۲۵۴.
۲. مک دونالد، رالف ای. دندانپزشکی کودکان و نوجوانان، ترجمه دکتر قاسم میقانی، چاپ اول. تهران: اداره انتشارات و چاپ دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۰.
۳. گرن کخ: دندانپزشکی اطفال رهیافت کلینیکی. ترجمه معصومه مسلمی، چاپ اول. تهران: انتشارات پایا؛ ۱۳۷۶.
۴. معینی، پیوند. بررسی شیوع پوسیدگیهای دندان، DMFT و بیماریهای پرودنتال در معلولان ذهنی ۶-۱۲ ساله استان تهران. [پایان نامه] تهران: دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ سال تحصیلی ۷۳-۱۳۷۴.
5. Plain T, Hausen H. Dental health of 9-10-years- old mentally retarded children in eastern finland. Com Dent Oral Epidemiol 1982; 10(2): 86-90.

6. Vignehsa H, Soh G. Dental health of disabled children in Singapore. *Aust Dent J* 1991; 36(2): 151-6.
7. Gupta DP, Chowdhury R, Sarkar, S. Prevalence of dental caries in handicapped children of Calcutta. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1993; 11(1): 23-7.
۸. نچراک، مصطفی؛ کشاورز، علی و همکاران. بررسی ارتباط الگوی مصرف میان وعده با پوسیدگی دندان در دانش آموزان ۱۲ ساله عادی و عقب مانده ذهنی شهر تهران. *مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*. دوره ۱۱: شماره ۴-۳.
9. Vysa HA, Damle SG. Comparative study of oral health status of mentally sub-normal, physically handicapped, juvenile delinquents and normal children of Bombay. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1991; 9(1): 13-6.
10. Shapira, J; Efrat, J. Dental health profile of population with mental retardation in Israel. *Spec Care Dentist* 1998; 18(4): 149-55.
۱۱. مهرداد، کاظم. شاخصه‌های اپیدمیولوژیک بین المللی در تحقیقات دندانپزشکی، چاپ اول. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۶۷.
12. Murray JJ. The prevention of dental disease. [S.L]: Oxford university press 1989; 415-440.
13. Declerck D, Vinckier F. Status of the teeth and degree of care in handicapped in Flanders. *Rev Belge Med Dent* 1995; 50(3): 9-24.
۱۴. لحیم چی، ق. بررسی سلامت دهان و دندانها در بابل. [پایان نامه] تهران: دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۶۹.
15. Strubig W, Rosendahl H. Statistical studies on caries in handicapped children. *Dtsch-Zahnartztl z* 1989; 35(2): 294-6.
16. Rao DB, Hegde AM, Munshi AK. Caries prevalence amongst handicapped children of south canara district, Karnataka. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2001; 19(2): 62-73.
17. Shyama M, Al-Mutawa SA, Morris RE, Sugathan T, Honkala E. Dental caries experience of disabled children and young adults in kuwait. *Community Dent Health* 2001; 18(3): 182-6.
18. Kawaguchi T, Nakashima M. Oral findings of institutionalized handicapped children. *Fukuoka-Shika Daigaku Gakkai Zasshi* 1990; 17(1): 13-21.
19. Gizani S, Declerck D, Oral health condition of 12-years-old handicapped children in Flanders (Belguim). *Com Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(5): 352-7.