

بررسی شاخص‌های DMFT و dmft در مراکز مختلف بهزیستی ارومیه در افراد ۱۸-۶ ساله در سال ۱۳۹۳

پیمان‌ه مارسولی^۱، محمد محمدی خوشرو^۲، مهرداد حسین‌زاده^۳، الهام نیک‌نژاد^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۵/۱۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اندکس DMFT در دندان‌های دائمی و dmft در دندان‌های شیری که شامل دندان‌های پوسیده (decay) کشیده شده (missing) و پر شده (filling) به علت پوسیدگی است و نیز درصد کودکان عاری از پوسیدگی (Caries free) دو شاخص مهم در ارزیابی سلامت کودکان هر جامعه است. هدف از این مطالعه اندازه‌گیری شاخص DMFT و dmft در بهزیستی‌های ارومیه بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی ۹۳ نفر از افراد ۱۸-۶ ساله شامل ۲۳ دختر و ۷۰ پسر از بهزیستی‌های ارومیه به روش سرشماری وارد مطالعه شدند و دندان‌هایشان با وسایل تشخیصی مورد معاینه قرار گرفت. نتایج به همراه اطلاعات دیگر شامل سن، جنس، دفعات مسواک زدن و اطلاعات پزشکی در چارت مربوطه ثبت شد. سپس DMFT و dmft بر اساس روش پیشنهادی WHO ثبت شد و نتایج با آزمون t-test و کای اسکور آنالیز شد.

یافته‌ها: میانگین DMFT=2/55 و dmft=2/5 و پوسیدگی دندان دائمی و شیری برابر به دست آمد. سن و جنس و dmft ارتباط معنی‌دار نداشتند ولی ارتباط سن و جنس و DMFT معنی‌دار بود. دفعات مسواک زدن و DMFT هم ارتباطشان معنی‌دار گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری: پوسیدگی از معیارهای WHO برای سال ۲۰۱۰ ($DMFT \leq 1$) بالاتر بود؛ و بیشترین میانگین در هر دو شاخص DMFT و dmft مربوط به شاخص پوسیدگی (d,D) بود که این خود نشانگر نیاز بالا به درمان در افراد ساکن بهزیستی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: پوسیدگی، DMFT، dmft، کودکان بی‌سرپرست

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره هشتم، ص ۷۳۴-۷۲۹، آبان ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: ارومیه پردیس نازلو، دانشکده دندانپزشکی-گروه کودکان تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۸۱

Email: dr.e.niknejad@gmail.com

مقدمه

و غلظت بزاق، شکل و آناتومی دندان، کیفیت بافت سخت دندان، پاسخ سیستم ایمنی و ... عوامل محیطی نظیر: رژیم غذایی، بهداشت دهانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، شرایط عاطفی (۱).

اندکس DMFT در دندان‌های دائمی و dmft در دندان‌های شیری که شامل دندان‌های پوسیده^۱ کشیده شده^۲ و پر شده^۳ به علت پوسیدگی است و نیز درصد کودکان عاری از پوسیدگی^۴ دو شاخص مهم در ارزیابی سلامت کودکان هر جامعه است (۹) ایندکس DMFT بر اساس معاینات کلینیکی که با یک پروب، آینه و رول

پوسیدگی دندان شایع‌ترین بیماری دوران کودکی در ایالات متحده است که ۵ بار شایع‌تر از آسم می‌باشد. پوسیدگی بیماری عفونی و قابل انتقال است که برای ایجاد آن نیاز است به وجود میزبان (دندان)، سوسترا (کربوهیدرات‌های قابل تخمیر) و باکتری اسیدوریک و زمان. (۱) عوامل متعددی وجود دارند که در شروع و پیشرفت پوسیدگی مؤثرند که می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد: عوامل ارثی و ژنتیکی و ویژگی فردی نظیر: ترکیب

^۱ استادیارگروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استادیار گروه اندودونتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ استادیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسؤول)

¹ decay

² missing

³ filling

⁴ Caries free

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و گرفتن اجازه کتبی از رئیس سازمان بهداشتی ارومیه جهت معاینه افراد و دسترسی به پرونده‌های پزشکی و دندانپزشکی آن‌ها، تمام افراد ۶-۱۸ ساله بهداشتی‌های ارومیه که شامل ۹۴ نفر در ۵ واحد بود به روش سرشماری (Census) وارد مطالعه شدند و دندان‌های آن‌ها با ابزار ساده تشخیصی مثل سوندو آینه و چراغ‌قوه توسط یک معاینه گر مورد معاینه قرار گرفت تمام سطوح دندان‌ها معاینه شد و دندان‌های پوسیده و ترمیم‌شده و دندان‌هایی که در اثر پوسیدگی از دست داده بودند در چارت مربوطه ثبت شد. علاوه بر آن اطلاعات دیگر شامل سن، جنس، تعداد دفعات مسواک زدن، تعداد دفعات مراجعه به دندان‌پزشک و تاریخچه پزشکی افراد بر اساس پرونده‌های آن‌ها در مرکز بهداشتی و نیز معاینه کلینیکی آن‌ها و سؤال از افراد بی‌سرپرست ثبت شد و در نهایت افراد از لحاظ سیستمیک کاملاً سالم که شامل ۹۳ نفر بودند وارد مطالعه شدند و فقط یک نفر که از لحاظ سیستمیک مشکل داشت از مطالعه خارج شد. سپس بر اساس نتایج شاخص dmft و DMFT افراد بر اساس روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی ثبت گردید.

برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی از تحلیل همبستگی و رگرسیون استفاده گردیده، سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۵ درصد فرض شد و به‌منظور مقایسه سطح بهداشت دهان افراد بهداشتی نیز از آزمون دو نمونه‌ای مستقل t استفاده گردید. جهت بررسی ارتباط متغیرهای کیفی نیز از آزمون‌های کای اسکور بهره بردیم. جهت حفظ ملاحظات اخلاقی اسرار بیماران شامل تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی بیماران حفظ گردید و نتایج فقط به‌صورت کلی در پایان‌نامه و مقاله گزارش شد، اطلاعات بیماران کاملاً محرمانه بوده درعین‌حال انجام معاینات هزینه‌ای برای بیمار نداشت و آسیب و مداخله‌ای نیز برای بیمار به همراه نداشت بلکه از لحاظ آموزشی بهداشتی و ارجاع در صورت لزوم برای بیمار مفید نیز خواهد بود.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۹۳ نفر از کودکان سالم از کل ۹۴ نفر در ۵ مرکز بهداشتی ارومیه انجام شد. کودکانی که روی آن‌ها مطالعه انجام شد شامل ۲۳ نفر دختر که ۱۱ نفر آن‌ها ۱۸-۱۳ ساله و ۱۲ نفر ۱۲-۶ ساله بودند و کل پسران ۷۰ نفر بودند که ۴۸ نفر ۱۸-۱۳ ساله و ۲۲ نفر ۱۲-۶ ساله بودند.

طبق نتایج بالاترین میزان در بررسی شاخص DMFT و dmft مربوط به دندان‌های دائمی پوسیده و شیری پوسیده بعد دندان‌های

پنبه انجام می‌گیرد استوار است از آنجایی‌که بدون به‌کارگیری رادیوگرافی اندازه‌گیری می‌شود شیوع پوسیدگی‌های حقیقی و واقعاً نیازمند درمان را به‌خوبی نشان می‌دهد (۸). در بررسی روند تغییرات شاخص dmft در دندان‌های کودکان ۶-۳ ساله کشورهای شرق مدیترانه و طبق گزارش WHO کشور ایران در گروه کشورهای با پوسیدگی متوسط قرار دارد. بنابراین در صورتی‌که بخواهیم شاخص‌های بهداشتی را ارتقا دهیم باید درصدد شناسایی گروه‌های هدف و نیز رفع علت‌ها برآیم هدف ما در این مطالعه بررسی میزان پوسیدگی و اندازه‌گیری DMFT و dmft در افراد ساکن در مراکز بهداشتی است این مطالعه در صورتی‌که میزان DMFT/dmft را در افراد ساکن در مراکز بهداشتی بالا نشان دهد می‌توان این طیف از جامعه را به‌عنوان گروه هدف در نظر گرفت که اقدامات پیشگیری و درمانی بیشتری روی این افراد متمرکز گردد علاوه بر این زمینه بررسی علل و فاکتورهای افزایش‌دهنده پوسیدگی را برای کارشناسان امور بهداشتی فراهم می‌کند تا بتوانند با تمرکز روی علل و رفع آن میزان این شاخص را کاهش داده و به استانداردهای جهانی نزدیک‌تر سازند و در صورتی‌که پایین نشان دهد بیانگر وضعیت مناسب رسیدگی به بهداشت دهان دندان در بهداشتی‌های ارومیه خواهد بود.

افراد بی‌سرپرست در حقیقت جز اقشار بی‌بهره از شرایط مطلوب هستند و شرایط ضعیف زندگی در مراکز بهداشتی شاید علت زیاد بودن مجموعه‌ای از بیماری‌ها در این افراد باشد. (۵) کودکان بی‌سرپرست شیوع بالایی از پوسیدگی (۱۰)، ترومای دندانی و ژنویت را دارند که شاید ناشی از تجمع زیاد افراد، کمبود امکانات کافی، عدم رعایت بهداشت، استرس‌های روحی روانی و رژیم غذایی نامناسب باشد (۱۰)

بنابراین در صورتی‌که بخواهیم شاخص‌های بهداشتی را ارتقا دهیم باید درصدد شناسایی گروه‌های هدف و نیز رفع علت‌ها برآیم هدف ما در این مطالعه بررسی میزان پوسیدگی و اندازه‌گیری DMFT و dmft در افراد ساکن بهداشتی است این مطالعه در صورتی‌که میزان DMFT/dmft را در افراد ساکن بهداشتی بالا نشان دهد می‌توان این طیف از جامعه را به‌عنوان گروه هدف در نظر گرفت که اقدامات پیشگیری و درمانی بیشتری روی این افراد متمرکز گردد علاوه بر این زمینه بررسی علل و فاکتورهای افزایش‌دهنده پوسیدگی را برای کارشناسان امور بهداشتی فراهم می‌کند تا بتوانند با تمرکز روی علل و رفع آن میزان این شاخص را کاهش داده و به استانداردهای جهانی نزدیک‌تر سازند و در صورتی‌که پایین نشان دهد بیانگر وضعیت مناسب رسیدگی به بهداشت دهان دندان در بهداشتی‌های ارومیه خواهد بود. هدف از این مطالعه اندازه‌گیری شاخص DMFT و dmft در بهداشتی‌های ارومیه بود.

دائمی پر شده و در رتبه سوم دندان‌های شیری پر شده بوده است بنابراین پوسیدگی در دندان‌های دائمی برابر با شیری است. در مورد ارتباط این دو متغیر DMFT و سن $P\text{ value}=0/000$ و $\text{Correlation Coefficient}=+0/578$ اینک $P\text{ value}<0/05$ معنی‌دار تلقی می‌شود بنابراین سن و DMFT ارتباط مستقیم دارند.

میانگین DMFT در افراد زیر ۱۳ سال $1/48$ می‌باشد؛ و در گروه بالای ۱۳ سال میانگین DMFT $2/96$ گزارش شد. نتیجه می‌گیریم با افزایش سن کودک DMFT نیز افزایش می‌یابد. ارتباط معنی‌داری بین دو متغیر سن و dmft از نظر آماری وجود ندارد. بنابراین سن روی dmft طبق نتایج تأثیری ندارد.

در مورد ارتباط بین DMFT و جنس $p\text{-value}=0.000$ به دست آمد و میانگین اختلاف $1/46$ بود بنابراین بین این دو متغیر اختلاف معنی‌داری گزارش و طبق نتایج میانگین DMFT در پسران بیش از دختران بود. در مورد ارتباط بین dmft و جنس طبق نتایج با توجه به اینک $p\text{-value}=0.112$ به دست آمد و میانگین dmft پسران $2/92$ و دختران $1/89$ بود که این اختلاف $1/034$ واحدی از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد بنابراین بین این دو متغیر ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

در دندان‌های دائمی و شیری بیشتر افراد ۳ بار در روز مسواک می‌زنند که از نظر آماری هم با توجه به میانگین‌ها اختلاف بین افرادی که یک‌بار یا دو بار یا سه بار مسواک می‌زنند معنی‌دار است. و طبق نتایج اختلاف در یک‌بار مسواک زدن با دو بار و سه بار $p\text{-value}=0.000$ را به دست داد بنابراین ارتباط دفعات مسواک زدن و DMFT معنی‌دار است. ولی بین دو بار و سه بار مسواک زدن $p\text{-value}=0.260$ به دست آمد که معنی‌دار نمی‌باشد.

در مورد dmft هم اختلاف در یک‌بار مسواک زدن با دو بار و سه بار $p\text{-value}$ کم‌تر از $0/1$ می‌باشند بنابر ارتباط دفعات مسواک زدن و dmft معنی‌دار است. ولی در این مورد هم بین دو بار و سه بار مسواک زدن $p\text{-value}=0.967$ می‌باشد که معنی‌دار نیست. با افزایش مسواک زدن DMFT کاهش می‌یابد؛ و با افزایش دفعات مسواک زدن میانگین DMFT کاهش می‌یابد. طبق نتایج به دست آمده، $75/3$ درصد افراد که شامل ۷۰ نفر بودند سالانه دو بار ویزیت می‌شوند و $24/7$ درصد که شامل ۲۳ نفر هستند سه بار در سال ویزیت می‌شوند در صورت نیاز درمان‌های لازم در مراکز دندانپزشکی انجام می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

شناخت صحیح از وضعیت دندان‌های و نیازهای درمانی گروه‌های سنی مختلف از مهم‌ترین عوامل در جهت برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و درمانی است. لزوم داشتن اطلاعات صحیح و مطابق استانداردهای بین‌المللی که قابل قیاس با سایر اطلاعات باشد امروزه مورد توجه پژوهشگران و برنامه ریزان است.

طبق نتایج این مطالعه میانگین DMFT و dmft به ترتیب $2/55$ و $2/5$ بود و بین سن و جنس و DMFT ارتباط معنی‌دار بود و با افزایش سن میزان DMFT افزایش می‌یابد و پوسیدگی در پسران بیشتر از دختران است و بین سن و جنس و dmft ارتباطی نبود علاوه بر این بین DMFT و dmft و تعداد دفعات مسواک زدن ارتباط معنی‌دار وجود دارد. در بررسی تک‌تک موارد بیشترین میانگین در DMFT مربوط به D و در dmft مربوط به d بود و این خود نشانگر نیاز بالا به درمان در این افراد می‌باشد.

افراد بی‌سرپرست در حقیقت جز اقشار بی‌بهره از شرایط مطلوب هستند و شرایط ضعیف زندگی در مراکز بهداشتی شاید علت زیاد بودن مجموعه‌ای از بیماری‌ها در این افراد باشد (۵).

بنابراین در صورتی که بخواهیم شاخص‌های بهداشتی را ارتقا دهیم باید درصدد شناسایی گروه‌های هدف و نیز رفع علت‌ها برایم هدف ما در این مطالعه بررسی میزان پوسیدگی و اندازه‌گیری DMFT و dmft در افراد ساکن بهداشتی است این مطالعه در صورتی که میزان DMFT/dmft را در افراد ساکن بهداشتی بالا نشان دهد می‌توان این طیف از جامعه را به عنوان گروه هدف در نظر گرفت که اقدامات پیشگیری و درمانی بیشتری روی این افراد متمرکز گردد علاوه بر این زمینه بررسی علل و فاکتورهای افزایش‌دهنده پوسیدگی را برای کارشناسان امور بهداشتی فراهم می‌کند تا بتوانند با تمرکز روی علل و رفع آن میزان این شاخص را کاهش داده و به استانداردهای جهانی نزدیک‌تر سازند و در صورتی که پایین نشان دهد بیانگر وضعیت مناسب رسیدگی به بهداشت دهان دندان در بهداشتی‌های ارومیه خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین DMFT و dmft حاصله به ترتیب $2/55$ و $2/5$ بود که از مطالعات ذکر شده بالاتر بود در ضمن پوسیدگی در دندان‌های دائمی مشابه شیری‌ها بود. طبق نتایج DMFT با سن ارتباط معنی‌داری داشت و با افزایش سن میانگین آن افزایش می‌یافت ولی بین dmft و سن ارتباط معنی‌دار گزارش نشد که شاید علت آن تعداد کم افراد با دندان‌های شیری در این مطالعه باشد که از نظر آماری نتایج معنی‌دار گزارش نشد که در تضاد با مطالعه دکتر قندهاری مطلق که گزارش کرد با افزایش سن میانگین dmft افزایش می‌یابد (۱۷).

در بررسی تأثیر جنسیت و DMFT نتایج حاصله نشان داد DMFT در پسران بیش از دختران است که شاید تفاوت به علت

کودکان بهداشتی وابسته به سیاست‌های اجرا شده در مرکز است ارزیابی سالیانه در سطح کشوری در خصوص وضعیت سلامت آنان و غربالگری و در صورت نیاز انجام اقدامات پیشگیری و درمانی باید انجام گیرد. به علاوه جهت ارتقای سلامت این افراد و به تبع آنان بهبود شرایط در جامعه و نزدیکی به شاخص‌های جهانی با توجه به اینکه این افراد جزو گروه‌های پرخطر هستند یکسری آموزش‌های بهداشتی به افراد و نیز مسئولین بهداشتی به صورت دوره‌ای داده شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی نوع رژیم غذایی و میان وعده‌های افراد در مراکز مختلف نیز به عنوان فاکتور احتمالی مؤثر در پوسیدگی دندانی بررسی و مقایسه شود. علاوه می‌توان در مطالعات بعدی بررسی کرد با افزایش سن کدام فاکتور (D-M-F) باعث افزایش DMFT می‌شود که اگر درصد F باعث افزایش شود درمان‌های مورد نیاز انجام می‌گیرد در غیر این صورت اقدامات درمانی کافی نمی‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی ارومیه که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، صمیمانه تشکر می‌نماییم.

بالا بودن پسران نسبت به دختران باشد برخلاف مطالعه دکتر مظهری و همکارانش که پوسیدگی در دختران را بالاتر گزارش کرد (۱۸). در مورد شاخص dmft طبق مطالعه ما جنسیت تأثیری نداشت که با مطالعه دکتر قندهاری مطلق و همکارانش هم‌خوانی داشت (۱۷).

در مورد تأثیر دفعات مسواک زدن بر روی شاخص DMFT و dmft هم ارتباط معناداری گزارش شد بدین ترتیب که با افزایش دفعات مسواک زدن میزان DMFT و dmft کاهش می‌یابد که نتایج مطالعه مژگان فایضی و همکارانش نیز این مسئله را تأیید می‌کند (۱۹). طبق نتایج با توجه به اینکه میزان D و d برابر گزارش شد پوسیدگی در دائمی‌ها برابر شیری‌ها است که با مطالعه AL-Maweri در تضاد است که پوسیدگی دائمی‌ها را بیشتر از شیری گزارش کرد (۱۳) نیز با نتایج مطالعه Badjatia Sourabh و نیز AL-Jobair نیز در تضاد بود که طبق نتایج آن‌ها شیوع پوسیدگی در شیری‌ها بیش از دائمی بود (۱۳-۱۲) طبق مطالعه دکتر قندهاری مطلق که فقط شاخص dmft را بررسی کرد بالاترین میزان d (۷۹/۶ درصد) بود که با نتایج ما در بررسی dmft که بالاترین میزان d (۴۷ درصد) به دست آمد هم‌خوانی دارد (۱۷) با توجه به اینکه سلامت

References:

- Dean JA. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. Elsevier Health Sciences; 2015.
- Moulana Z, Ghasem Pour M, Asghar Pour F, Elmi M, Baghban Shaker P. The Frequency of Streptococcus Mutans and Lactobacillus spp. in 3-5-year-old Children with and without Dental Caries. *mljgoums*. 2013; 7 (1): 29-34.
- Gandhy M, Damle SG. Relation of salivary inorganic phosphorus and alkaline phosphatase to the dental caries status in children. *J Indian Soc pedod Prev Dent* 2003;21(4): 135-8.
- Khamverdi Z, Shirinzad M, Dalband M. Influence of the baseline concentration of fluoride in saliva and salivary pH levels on dmft index in 5-year-old children residing in Hamadan. *JIDA* 2006; 18 (4): 8-13.
- Al-mawer S, Al-soneidar W. Oral lesions and dental status among institutionalized orphans in Yemen: A matched case-control study. *Contemp Clin Dent* 2014;5(1): 81-4.
- Toode zaem M, Zandi H, Tabatabaei Z, Haerian-Ardakani A, Ghatre Samani L, Emami A. Investigating and Comparing the Colonization of mutans Streptococcus in Different Parts of Removable Orthodontic Appliances. *JSSU* 2013; 21 (3): 406-15.
- al-Darwish M, El Ansari W, Bener A. Prevalence of dental caries among 12-14 years old children in Qatar. *Saudi dent J* 2014; 26(3): 115-25.
- Zadik Y, Bechor R. Hidden occlusal caries: challenge for the dentist. *N Y State Dent J* 2008;74(4):46-50.
- Meamar N, Ghazizadeh A, Mahmoodi S. DMFT (decayed, missing and filled teeth) Index and Related Factors in 12-year-old School Children in Sanandaj. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2000;5(1): 30-6.

10. Dixit S, Chaudhary M, Singh A. Molluscum contagiosum and dental caries: A pertinent combination. *J Indian Soc Pedodontics Preventive Dent* 2009;27(4): 197.
11. Al-Jobair AM, Al-Sadhan SA, Al-Faifi AA, Andijani RI, Al-Motlag SK. Medical and dental health status of orphan children in central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2013;34(5): 531-6.
12. Badjatia S, Thanveer K, Krishnan AC. Dentition status and treatment needs among orphanage children of vadodara city, Gujarat. *J Pearldent* 2013;4(3): 13-20.
13. I-Maweri SA, Al-Soneidar WA, Halboub ES. Oral lesions and dental status among institutionalized orphans in Yemen: A matched case-control study. *Contemporary Clin Dent* 2014;5(1): 81.
14. Motohashi M, Yamada H, Genkai F, Kato H, Imai T, Sato S, et al. Employing dmft score as a risk predictor for caries development in the permanent teeth in Japanese primary school girls. *J Oral Sci* 2006;48(4): 233-7.
15. Camacho GA, Camacho E, Rodríguez RA, Guillé AD, Juárez HM, Pérez MG, et al. Predisposing factors for dental caries in girls at an orphanage of Mexico City. *Acta Pediatrica Vol* 2009;30(2).
16. Xianjun J, Deyu H, Qiang X, Rui T, Ying D. Dental caries status of 6-12-year-old orphans and disabled children in Chengdu and its prevention and treatment. *Int J Stomatol* 2013;2: 005.
17. Ghandaharimotlagh M, Zeraati H, Jamshidi S. Dmft epidemiological study in children aged 3-5 years old kindergartens under welfare organization in Tehran in 2003. *JIDA* 2004;16(50):15-21. (Persian)
18. Mazhari F, AJAMI B, Ojrati N. Dental treatment needs of 6-12-year old children in Mashhad orphanages in 2006. *J Mashhad Dental School* 2008;81-6.
19. Faezi M, Farhadi S, NikKerdar H. Correlation between dmft, Diet and Social Factors in Primary School Children of Tehran-Iran in 2009-2010. *J Mashhad Dental School* 2012;1(36):141-8.

SURVEY OF DMFT AND DMFT INDICES IN URMIA ORPHANAGES IN 6-18 YEAR-OLD INDIVIDUALS IN 2014

*Peymaneh Marasouli¹, Mohammad Mohammadi Khoshrou², Mehrdad Hoseinzadeh³, Elham Niknejad^{*4}*

Received: 24 May, 2016; Accepted: 6 Aug, 2016

Abstract

Background & Aims: The DMFT index in primary teeth and dmft in permanent teeth includes drawn (missing) and filled (filling) teeth due to decay and the percentage of children free of caries (caries free) are two important indicators of health in a community. The aim of this study was to measure the well-being of DMFT and dmft indices in Urmia Orphanages.

Materials & Methods: This research was a descriptive-analytical study with 93 patients including 23 females and 70 males. They were from orphanages of Urmia with 6-18 years old that were selected by census method, and their teeth were examined with simple tools.

The results, along with other information such as age, sex, number of brushing and medical data were recorded. The DMFT and dmft indices were based on the method recommended by WHO and the results were analyzed using t-test and k square.

Results: The mean DMFT was 2.55 and dmft was 2.5, respectively and the permanent and deciduous tooth was equal. There was no significant correlation between age and sex and dmft. However, there was significant correlation between age and sex and DMFT. The frequency of brushing and DMFT and dmft meaningful connections was reported.

Conclusion: As a result, the reported decay was higher than WHO criteria for the year 2010 ($DMFT \leq 1$). The highest mean in both DMFT, dmft was related to caries (d,D), respectively. It is revealed that the residents of orphanages need more treatment.

Keywords: Decay, DMFT, dmft, orphans

Address: Department of Pediatric Dentistry, Dental Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +9844-32754881

Email: dr.e.niknejad@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(8): 734 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant professor of pedodontics, dental College, Urmia University of Medical sciences affiliation

² Assistant professor of Endodontics, dental College, Urmia University of Medical sciences

³ Dental student, dental College, Urmia University of Medical sciences

⁴ Assistant professor of pedodontics, dental College, Urmia University of Medical sciences (Corresponding Author)