Prevalence of Permanent Tooth Decay and Social Factors Affecting It in 12-Year-Old Children in Schools of Khorramabad during the Academic Year of 2023

***Selahbarzin B*[1*], *Fallahi F*[2], *Zare S*[3]**

1.Assistant Professor of Pediatric Dentistry, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran, selahbarzin.behnoush@gmail.com

2.Dental Student, School of Dentistry, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

3.Assistant Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Received: *2024/10/27* Accepted: *2025/4/16*

Abstract

Background: Tooth decay is the most common chronic childhood disease, and the World Health Organization (WHO) has recognized it as a global problem among school-aged children. The present study aimed to investigate the prevalence of permanent tooth decay and social factors affecting it in 12-year-old school children in Khorramabad, Iran.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, a total of 321 students from Khorramabad participated. They were selected through a non-random and available sampling method. After completion of the checklist, all the participants were examined by a dentist. The collected data were analyzed using SPSS (version 23), ANOVA, and statistical t-test tests.

Results: According to the findings, 153 (47.7%) of the participants were girls. The prevalence of dental caries was estimated at 67.1% in permanent dentition. The mean of Decay Missed Filled Teeth (DMFT) was measured at 2.12 ± 1.78. According to the results, most caries (59.8%) were related to the lower first molar. Moreover, no significant relationship was observed between boys and girls, the number of children in the family, mother's occupation, and parents' education level with children's DMFT.

Conclusion: The prevalence of dental caries and the average DMFT in 12-year-old children of Khorramabad is higher than the goals set by the WHO, which indicates the need to prepare oral health education programs. Additionally, the most decay was observed in the first molar of the lower jaw. Therefore, it is necessary to inform parents about the importance of prevention and timely treatment of this tooth.

Keywords: Dental caries index, Dental caries, Khorramabad, Student.

Citation: Selahbarzin B, Fallahi F, Zare S. Prevalence of Permanent Tooth Decay and Social Factors Affecting It in 12-Year-Old Children in Schools of Khorramabad during the Academic Year of. Yafte. 2025; 27(2):45-53.

Correspondence Address: Khorramabad, Lorestan University of Medical Sciences, Faculty of Dentistry, Department of Pediatric Dentistry .

Email: selahbarzin.behnoush@gmail.com

بررسی شیوع پوسیدگی دندان‌های دائمی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در کودکان ۱۲ ساله مدارس شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱

بهنوش سلاح برزین[1*]، فائزه فلاحی[2]، سودابه زارع[3]

۱- استادیار دندانپزشکی کودکان، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

یافته / دوره ۲۷ / شماره ۲ / تابستان ۱۴۰۴ / مسلسل ۱۰۴

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۸/۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱/۲۷

مقدمه: پوسیدگی دندانی شایع‌ترین بیماری مزمن دوران کودکی است و سازمان جهانی بهداشت نیز آن را به عنوان یک مشکل سراسری در بین کودکان در سنین مدرسه تشخیص داده است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع پوسیدگی دندان‌های دائمی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در کودکان ۱۲ ساله مدارس شهر خرم‌آباد بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی توصیفی- تحلیلی ۳۲۱ دانش‌آموز شهرستان خرم‌آباد که به روش غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند، شرکت داشتند.کلیه افراد مورد مطالعه پس از تکمیل چک‌لیست، توسط دندان‌پزشک معاینه شدند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون آماری ANOVA و T-test آنالیز شد.

یافته‌ها: ۱۵۳ نفر (۴۷ ٪) از شرکت‌کنندگان در مطالعه دختر بودند. شیوع پوسیدگی دندان‌های دائمی در مطالعه برابر ۶۷/۱ درصد بدست آمد. میانگین DMFT (تعداد دندان‌های پوسیده شده و کشیده شده و پرشده به علت پوسیدگی) برابر ۱/۷۸±۲/۱۲ بدست آمد. بیشترین پوسیدگی (۵۹/۸ ٪) مربوط به دندان مولر اول پایین بود. بین جنسیت، تعداد فرزندان خانواده، شغل مادر، تحصیلات پدر و مادر با شاخص پوسیدگی DMFT ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: شیوع پوسیدگی و میانگین DMFT کودکان ۱۲ ساله شهر خرم‌آباد بالاتر از اهداف تعیین‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی است که این امر نشان‌دهنده لزوم تدارک برنامه‌های آموزشی بهداشتی دهان و دندان است. همچنین بیشترین پوسیدگی در دندان مولر اول فک پایین مشاهده شد، بنابراین آگاهی بخشیدن به والدین در خصوص اهمیت پیشگیری و درمان به‌موقع این دندان ضروری است.

واژه‌های کلیدی: شاخص پوسیدگی دندان، پوسیدگی دندانی، دانش‌آموز ، خرم‌آباد.

*آدرس مکاتبه: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان.

پست الکترونیک: selahbarzin.behnoush@gmail.com

مقدمه

پوسیدگی دندانی شایع‌ترین بیماری عفونی و قابل‌انتقال دوران کودکی است که درصد بالایی از مردم صرف‌نظر از جنس و سن و نژاد را درگیر نموده است (۱،۲). پوسیدگی دندانی یک مشکل اساسی از نظر اجتماعی و سلامتی است. اگرچه پیشرفت‌هایی در حوزه‌ی سلامت دهان و دندان اتفاق افتاده است، اما هنوز پوسیدگی دندان یکی از معضلات در جوامع است (۳،۴). در این میان مهم‌ترین شاخصی که می‌تواند بیانگر شاخص پوسیدگی دندان باشد میانگین DMFT است که شامل تعداد دندان‌های پوسیده شده (Decay) و کشیده شده (Missing) و پر شده (Filling) است. میانگین DMFT شاخصی ساده، سریع و کاربردی در دندانپزشکی است که در سال‌های اخیر مورد استفاده قرار گرفته است (۵). تعیین شاخص DMFT در کودکان و نوجوانان و عوامل مؤثر بر آن از اهداف مطالعات بهداشت دهان و دندان در کشورهای مختلف ازجمله ایران است.

در بسیاری از کشورها، ۱۲ سالگی آخرین سنی است که در آن می‌توان یک نمونه قابل اطمینان به راحتی از طریق سیستم مدرسه به دست آورد. همچنین این احتمال وجود دارد که تا این سن تمام دندان‌های دائمی به جز دندان شماره ۸ (مولر سوم) رویش پیدا کرده باشند. بنابراین ۱۲ سالگی به عنوان گروه سنی شاخص جهانی برای مقایسه بین‌المللی و نظارت بر روند بیماری انتخاب‌شده است (۶). عوامل مختلفی مانند سن، جنس، تعداد فرزندان خانواده، تحصیلات و شغل والدین و انجام درمان‌های پیشگیرانه می‌توانند در پوسیدگی دندان مؤثر باشد (۷،۸). برای کودکان، والدین تصمیم‌گیرندگان اصلی در مورد مسائل مربوط به بهداشت و سلامت کودکان هستند و سطح آگاهی آن‌ها تأثیر بسزایی در سطح بهداشتی اعضای خانواده دارد (۹). سطح بالای تحصیلات، احتمال دسترسی و درک و فهم اطلاعات مربوط به رفتارهای سلامت دهانی و ارتقای سلامت دهان را امکان‌پذیر می‌سازد (۱۰). در مطالعات بین شاخص‌های پوسیدگی و وضعیت اجتماعی ارتباط معنی‌داری گزارش شده است (۱۱).

سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد داده است که در هر کشور در صورت امکان، به طور منظم هر ۵ سال یک‌بار بررسی دقیقی در مورد بهداشت دهان و دندان به عمل آید (۱۲). لذا با توجه به اهمیت بررسی DMFT در کودکان ۱۲ ساله ازنظر سازمان بهداشت جهانی و عدم وجود مطالعه در زمینه شیوع پوسیدگی دندان‌های دائمی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در کودکان ۱۲ سال در شهر خرم‌آباد، تحقیق حاضر با هدف بررسی شیوع پوسیدگی دندان‌های دائمی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در دانش‌آموزان ۱۲ ساله شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد، تا با ارائه نتایج به برنامه ریزان بهداشتی شهرستان خرم‌آباد در زمینه پیشگیری پوسیدگی و برنامه‌ریزی آموزش بهداشت دهان و دندان در مدارس کمک نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی_تحلیلی از نوع مقطعی بوده و جامعه مورد مطالعه شامل کودکان ۱۲ ساله شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. جهت نمونه‌گیری از روش غیرتصادفی در دسترس استفاده شده است؛ بدین منظور شهر خرم‌آباد به ۳ منطقه جغرافیایی تقسیم شده و سپس در هر منطقه یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه انتخاب شدند. پس از مراجعه به مدارس منتخب، دانش‌آموزان ۱۲ ساله به روش تصادفی ساده و با استفاده از لیست دانش‌آموزان انتخاب شدند. حجم نمونه موردنظر در این مطالعه با استفاده از فرمول زیر برابر ۲۳۱ نفر بدست آمد. در فرمول زیر α=۰/۰۵، d=۰/۰۵ و p=۰/۸۱(۱۳) در نظر گرفته شده است.

$$n = \frac{Z^2_{\frac{\alpha}{2}} pq}{d^2}$$

جمع‌آوری داده‌ها

جهت جمع‌آوری اطلاعات از چک‌لیستی شامل سؤالاتی در خصوص جنسیت، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات والدین (زیر دیپلم، دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس، دکتری)، شغل والدین (بیکار، شاغل) و تعداد دندان‌های پوسیده و کشیده شده استفاده گردید. این چک‌لیست همراه فرم رضایت‌نامه آگاهانه قبل از معاینه بالینی در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت تا فرم‌های مذکور را همراه والدینشان تکمیل کنند. به‌منظور حذف عوامل مخدوش‌کننده معاینه بالینی تمامی افراد توسط یک شخص واحد (دانشجوی ترم ۱۲ دندانپزشکی) انجام گرفت.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود شامل به مطالعه شامل کودکان ۱۲ ساله دختر و پسر مدارس ابتدایی شهرستان خرم‌آباد که فاقد هرگونه بیماری سیستمیک بودند، در نظر گرفته شد. عدم همکاری کودک در معاینه بالینی، عدم رضایت والدین یا کودک برای شرکت در معاینه، کودکان با ناهنجاری‌های شدید دندانی و هرگونه اختلال مینایی و عاجی و بی‌نظمی‌های شدید دندانی به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

تجزیه وتحلیل داده‌ها

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفته‌اند. فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی محاسبه شد. جهت مقایسه میانگین در سطوح متغیرهای کیفی از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و t-مستقل استفاده شد. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه جامعه موردمطالعه شامل ۳۲۱ کودک ۱۲ ساله که طبق جدول ۱ شامل ۱۵۳ دختر (۴۷ ٪) بود. تحصیلات ۱۵۰ نفر (۴۶ ٪) از مادران دیپلم و ۹ نفر (۲/۸ ٪) فوق‌لیسانس بود. همچنین در ۱۲۸ نفر (۳۹/۹ ٪) تحصیلات پدر دیپلم و ۱۳ نفر (۱۰/۳ ٪) تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بود. در بین شرکت‌کنندگان، ۳۶ نفر (۱۱/۲٪) مادر شاغل و ۲۸۵ نفر (۸۸/۸ ٪) مادر خانه‌دار داشتند. درنهایت نتایج نشان داد که ۳۷ نفر (۱۱/۵ ٪) تک‌فرزند بوده‌اند. سایر نتایج در جدول ۱ قرار داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در کودکان ۱۲ ساله شهر خرم‌آباد

متغیر	سطح	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۱۵۳	۴۷/۷
	پسر	۱۶۸	۵۲/۳
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۹۱	۲۸/۳
	دیپلم	۱۵۰	۴۶/۷
	فوق‌دیپلم	۲۶	۸/۱
	لیسانس	۴۵	۱۴/۰
	فوق‌لیسانس	۹	۲/۸
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۸۲	۲۵/۵
	دیپلم	۱۲۸	۳۹/۹
	فوق‌دیپلم	۳۳	۱۰/۳
	لیسانس	۴۵	۱۴/۰
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۳۳	۱۰/۳
شغل مادر	شاغل	۳۶	۱۱/۲
	خانه‌دار	۲۸۵	۸۸/۸
تعداد فرزندان خانواده	تک‌فرزند	۳۷	۱۱/۵
	بیشتر از یک	۲۸۴	۸۸/۵

از میان شرکت‌کنندگان، ۱۵۵ کودک (۶۷/۱ ٪) دارای حداقل یک دندان پوسیده بودند. در ۱۹۲ مورد (۵۹/۸ ٪) دندان ۶ پایین پوسیده مشاهده شد و در این مطالعه هیچ پوسیدگی در دندان‌های ۱ و ۲ پایین و ۷ بالا مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۲. شماره دندان آسیب‌دیده

	فک بالا		فک پایین	
شماره دندان	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۵	۱/۶	۰	۰
۲	۴	۱/۲	۰	۰
۳	۵	۱/۶	۱	۰/۳
۴	۹	۲/۸	۱	۰/۳
۵	۳۵	۱۰/۹	۲۰	۶/۲
۶	۱۰۹	۳۶/۶	۱۹۲	۵۹/۸
۷	۰	۰	۲۵	۷/۸

به‌منظور مقایسه میانگین DMFT در دختران و پسران از آزمون t مستقل استفاده شد بر اساس نتایج مشاهده شد که میانگین DMFT این دو گروه تفاوت معنی‌دار با یکدیگر ندارد (P=۰/۳۴۴). اگرچه میانگین DMFT کودکان دارای مادر شاغل از کودکان با مادر خانه‌دار کمتر بود اما این تفاوت ازنظر آماری معنی‌دار مشاهده نشد (P=۰/۸۲۱). نتایج نشان داد که کودکانی که تک‌فرزند بودند دارای DMFT پایین‌تری بوده‌اند اما این تفاوت نیز ازنظر آماری معنی‌دار نبوده است (P=۰/۶۶۳). درنهایت نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که تحصیلات پدر و مادر نیز بر DMFT کودکان اثر معنی‌دار نداشته است (P>۰/۰۵). نتایج در جدول ۳ قابل‌مشاهده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین DMFT برحسب متغیرهای مختلف

گروه	متغیرها	انحراف معیار +میانگین	P-Valu
جنسیت	دختر	۲/۰۲ +۱/۸۷	۰/۳۴۴
	پسر	۲/۲۱ + ۱/۶۹	
شغل مادر	شاغل	۲/۰۶ ± ۱/۷۳	۰/۸۲۱
	خانه‌دار	۲/۱۳ ± ۱/۷۹	
تعداد فرزندان خانواده	کمتر از ۲ نفر	۲/۰۰ ± ۱/۴۷	۰/۶۶۳
	۲ یا بیشتر	۲/۱۳ ± ۱/۸۲	
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۲/۱۱ ± ۱/۷۸	۰/۷۸۰
	دیپلم	۲/۱۲ ± /۹۳	
	فوق‌دیپلم	۱/۹۱ ± ۱/۵۰	
	لیسانس	۲/۰۹ ± ۱/۶۴	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲/۶۱ ± ۱/۸۶	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۲/۱۶±۱/۷۲	۰/۹۲۳
	دیپلم	۲/۰۶±۱/۸۹	
	فوق‌دیپلم	۲/۰۰±۱/۴۹	
	لیسانس	۲/۳۱±۱/۷۳	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲/۰۰±۱/۶۵	

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف بررسی شیوع پوسیدگی دندان‌های دائمی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در کودکان ۱۲ ساله مدارس شهر خرم‌آباد انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که میانگین DMFT برای دختران ۱/۸۷±۲/۰۲ و برای پسران ۱/۶۹±۲/۱ و برای کل نمونه ۱/۷۸±۲/۱۲ بود.

یافته‌های حاصل با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین هم‌خوانی دارد. به‌طور مثال در مطالعه قاسمیان‌پور و همکاران در سال ۲۰۱۹ میانگین DMFT برای کودکان ۶ و ۱۲ ساله به ترتیب ۵/۸۴ و۱/۸۴ گزارش شد (۱۴). در مطالعه Sahebnasagh و همکاران در سال ۲۰۱۵ DMFT برای کودکان ۱۴ ساله ۲/۶۸، Salem و همکاران در سال ۲۰۱۹ برای دانش‌آموزان دختر ۱۵ ساله میانگین DMFT را ۳/۲۹ گزارش شد (۱۵،۱۶)، این نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد، علت اختلاف ممکن است ناشی از اختلاف سن جامعه موردمطالعه در مطالعه حاضر با سایر مطالعات باشد، در مطالعه حاضر تنها کودکان ۱۲ سال جامعه موردمطالعه را تشکیل داد اما در مطالعات پیشین میانگین سنی کودکان بالاتر بوده است. در مطالعه علمی و همکاران در سال ۲۰۱۶ میانگین DMFT برای دانش‌آموزان ۱۲ ساله گناباد و بجستان ۱/۴۷ گزارش شد (۱۷)، این نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. علت پایین‌تر بودن میانگین شاخص پوسیدگی در این مطالعات را می‌توان به فاکتورهای محیطی مانند میزان فلوراید آب شرب مصرفی مناطق موردمطالعه، میزان سطوح پیشگیری اولیه و ثانویه ازجمله خدمات اولیه دندانپزشکی از قبیل فیشور سیلانت، وضعیت تغذیه و عادات غذایی و تفاوت موجود در سطح رعایت بهداشت نسبت داد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین میانگین DMFT و تحصیلات والدین وجود نداشت که با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین ناهم‌سو بود، ازجمله: مطالعه قاسمیان پور و همکاران (۲۰۱۹) که نشان دادند با افزایش تحصیلات مادر تجربه پوسیدگی کمتر خواهد شد (۱۴). مطالعه علمی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد هر چه سطح تحصیلات والدین بیشتر باشد، پوسیدگی بیشتر بود (۱۷).

احتمالاً علت این تفاوت در مطالعات پیشین با مطالعه حاضر می‌تواند مربوط به زمان آن‌ها باشد و امروزه فارغ از سطح تحصیلات سطح آگاهی و اطلاعات والدین نسبت به گذشته افزایش داشته است.

بر اساس نتایج مطالعه ما، بین شغل مادر با DMFT کودکان ارتباط معناداری وجود نداشت. این نتیجه با نتایج مطالعات پیشین ناهم‌سو بود، ازجمله: مطالعه Mahmoud و همکاران (۲۰۱۷) که نشان دادند که شیوع پوسیدگی در کودکانی که مادران آن‌ها شاغل هستند به‌طور معنی‌داری کمتر از کودکان با مادران خانه‌دار بود و استدلال ارائه‌شده در مورد علت این رابطه، این بود که مادران شاغل به علت تماس بیشتر با سایر افراد جامعه اطلاعات وسیع‌تری در مورد اهمیت حفظ سلامت دهان کودکان خود داشته و همچنین مادران شاغل به دلیل داشتن یک درآمد مستقل، امکان بیشتری برای پرداخت هزینه‌های درمانی کودکان خود داشتند (۱۸). نتایج مطالعه Alzaidi و همکارانش (۲۰۱۸) نشان داد پوسیدگی در کودکانی که مادران شاغل داشتند، بیشتر بود. این‌چنین استدلال کردند که شاغل بودن مادران باعث می‌شود آن‌ها زمان کمتری را برای رسیدگی به سلامت دهان کودکانشان داشته باشند (۱۹).

بعلاوه نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین تعداد فرزندان خانواده با DMFT کودکان ارتباط معنی‌داری وجود نداشته است. این نتیجه با نتایج مطالعه Folayan و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند بین تعداد فرزندان خانواده با DMFT کودکان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد، هم-خوانی داشت (۲۰). همچنین عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین میانگین شاخص DMFT و تعداد فرزندان خانواده با نتایج پژوهش یاوری و همکاران (۲۰۱۸) که نشان دادند بین DMFT و تعداد فرزندان ارتباط معنی‌داری وجود داشت و با افزایش تعداد فرزندان میانگین DMFT افزایش پیدا کرد، هم‌خوانی نداشت (۲۱).

با توجه به اهداف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) در گروه سنی ۱۲ سال در ۲۰۱۰ و اهداف عنوان‌شده برای سال ۲۰۲۰، DMFT کل ۱۲ ساله‌ها باید کمتر از ۱ در سال ۲۰۱۰ و کمتر از این مقدار در سال ۲۰۲۰ باشد (۶). چنان‌که ملاحظه شد در این پژوهش میانگین DMFT در ۱۲ سالگی، در جامعه مورد مطالعه نسبت به میزان‌های متوسط کشوری کشورهای پیشرفته و در حد انتظار سازمان بهداشت جهانی بالاتر بود. این واقعیت نشان‌دهنده نیاز به یک برنامه‌ریزی جامع و اجرا و پایش مداوم آن توسط دفتر سلامت دهان و دندان و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور جهت کاهش این شاخص‌ها در سال‌های آینده است.

نتایج این مطالعه نشان داد بین پسران و دختران ازنظر DMFT تفاوت معناداری وجود ندارد و بیشترین دندانی که دچار پوسیدگی، کشیده شدن و از دست رفتن شده است دندان ۶ پایین است. علت شیوع بالا پوسیدگی در این دندان را می‌توان با مورفولوژی پیت و فیشورها، سن رویش دندان و عدم آگاهی والدین از دائمی بودن این دندان مرتبط دانست. همچنین در دندان‌های ۱ و ۲ پایین و ۷ بالا هیچ‌گونه پوسیدگی مشاهده نشد، که احتمالاً علت آن را می‌توان محل قرارگیری دندان‌های ۱ و۲ پایین و خاصیت خود شویندگی بزاق و برای دندان ۷ بالا سن رویش دانست. همچنین این پژوهش نشان داد بین سطح تحصیلات والدین، شغل مادر و تعداد فرزندان خانواده با شاخص پوسیدگی رابطه معناداری وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و خانواده های شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر را دارند.

تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد..

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام گرفت.

مشارکت نویسندگان

فائزه فلاحی: جمع‌آوری داده، بهنوش سلاح برزین: طراحی ایده، نظارت بر کلیه مراحل انجام کار و نگارش مقاله. سودابه زارع : تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها.

ملاحظات اخلاقی

این تحقیق در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با شماره IR.LUMS.REC.1401.109 تصویب شد.

References

1. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. Br Dent J. 2021;231(12):749-53. DOI: 10.1038/s41415-021-3775-4
2. Yadav K, Prakash S. Dental caries: A microbiological approach. J Clin Infect Dis Pract. 2017;2(1):1-15. DOI:10.4172/2476-213X.1000118
3. Manton DJ. Child dental caries–a global problem of inequality. EClinicalMedicine. 2018;1:3-4. DOI: 10.1016/j.eclinm.2018.06.006
4. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17030. DOI: 10.1038/nrdp.2017.30
5. Elyassi Gorji N, Nasiri P, Malekzadeh Shafaroudi A, Moosazadeh M, Practice. Comparison of dental caries (DMFT and DMFS indices) between asthmatic patients and control group in Iran: A meta-analysis. Asthma Res Pract. 2021;7:2. DOI: 10.1186/s40733-021-00068-y
6. Organization WH. Oral health surveys: basic methods: World Health Organization; 2013. Link
7. Veiga NJ, Aires D, Douglas F, Pereira M, Vaz A, Rama L, et al. Dental caries: A review. J Dent Oral Health. 2016;2(5):1-3. Link
8. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. Institute of Odontology. Department of Cardiology; 2008. Link
9. Shivaprakash P, Elango I, Baweja D, Noorani H. The state of infant oral healthcare knowledge and awareness: Disparity among parents and healthcare professionals. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2009;27(1):39-43. DOI: 10.4103/0970-4388.50816
10. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc Sci Med. 1997;44(6):757-71. DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00073-1
11. Khadem P, Jabari far E, Maroofi V, Ghasemi D, ohammad taher V. The relationship between oral and dental health and quality of life-based on DIDL index. J Res Dent Sci. 2011;7(4):41-35. Link
12. Deyhimi P, Eslamipour F, Naseri H . DMFT and the effect of dental education on orodental health of dental students in Isfahan school of dentistry. J Isfahan Dent Sch. 2019;6(4):384-9. DOI:10.48305/v6i4.233
13. Eskandaryzedeh A, Sajadi FS, Torabi M, Sharifi M, Amini Z, Sahebghalam B, et al. Caries free prevalence among 6, 12 & 15-year old school children in Kerman during 2000-2005. Health Dev J. 2015;4(1). Link
14. Ghasemianpour M, Bakhshandeh S, Shirvani A, Emadi N, Samadzadeh H, Fatemi NM, et al. Dental caries experience and socio-economic status among Iranian children: a multilevel

analysis. BMC Public Health. 2019;19(1): 1569. DOI: 10.1186/s12889-019-7 693-1

15. Sahebnasagh M, Razavi Satvati SA, Motamed Sanaye V, Azani A, Lashkardoost H. Association between body mass index and dental caries in students. J North Khorasan Univ Med Sci. 2015;6(4):819-28. DOI:10.29252/jnkums.6.4.819
16. Salem K, Shamkhani S, Aqaeie S, Ebrahimzadeh E. DMFT and SiC indices in 15-years-old female students in the city of Rasht, Iran. 2019;14(2):1-10. DOI: 10.29252/ijpd.14.2.1
17. Alami A, Erfanpoor S, Ramezani A, Jafari A. DMFT in Iranian 12-year-old students residing in the desert region and its association with their individual and family factors-2016. 2020. DOI:10.21203/rs.2.21196/v1
18. Mahmoud N, Kowash M, Hussein I, Hassan A, Al Halabi M. Oral health knowledge, attitude, and practices of Sharjah mothers of preschool children, United Arab Emirates. J Int Soc Prev Community Dent. 2017;7(6):308. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_310_17
19. Alzaidi SS, Alanazi IA, Nawas OMA, Mulla MA. Childhood oral health: maternal knowledge and practice in Tabuk, Saudi Arabia. Egypt J Hosp Med. 2018;70(9):1544-51. D0I: 10.12816/0044681
20. Folayan MO, Owotade F, Oziegbe EO, Fadeyibi R. Effect of birth rank on the caries experience of children from a suburban population in Nigeria. J Dent Oral Hyg. 2010;2(3):27-30. DOI: 10.5897/JDOH.9000012
21. Yavari S. Relationship between DMFT and DMFT with type of snack and social status in 6-12-year-old children in Tabriz in 2018. Tabriz University Of Medical Sciences, School of Dentistry; 2018. Link