

شاخص‌های اپیدمیولوژیک در دندانپزشکی

▶ مهمترین شاخصی که نشان دهنده میزان ابتلاء مردم به پوسیدگی است میانگین **DMFT** است.

▶ از ۴ کلمه **Decayed** (پوسیده)

▶ **Missed** (از دست داده شده به علت پوسیدگی)

▶ **Filled** (پر شده)

▶ **Teeth** (دندانها) اقتباس شده است

▶ برای محاسبه DMFT يك جامعه، تعداد دندان‌هاي پوسیده، پرشده و كشيده شده تك تك افراد آن جامعه را شمرده و میانگین آنها محاسبه می‌نمایند. میانگین DMFT شاخصی ساده، سریع و قابل بکارگیری در دندانپزشکی است که چندین دهه است مورد استفاده قرار گرفته است.

▶ اگر هدف نشان دادن وضعیت دندان‌هاي شیری باشد، این شاخص به صورت dmft نمایش داده می‌شود ولی راه محاسبه آن به صورت قبلی برای دندان‌هاي شیری است. در صورتی که به جای يك دندان، ۴ سطح هر دندان از نظر پوسیدگی، تخریب و پرشدن مورد ارزیابی قرار گیرد شاخص DMFS (dmfs برای دندان‌هاي شیری) محاسبه می‌شود.

میانگین DMFT

- ▶ معمولا میانگین DMFT در گروه سنی ۱۲ سال دره سطح به صورت زیر گروه بندی می شود
- ▶ بین صفر تا ۱/۱ به عنوان خیلی کم
- ▶ ، میانگین بین ۶/۲-۲/۱ کم،
- ▶ ۷/۲-۴/۴ متوسط،
- ▶ ۵/۴-۵/۶ بالا
- ▶ و بیش از ۶/۶ خیلی بالا.

Caries free

▶ یکی دیگر از شاخص‌هایی که برای گروه سنی کودک و نوجوان کاربرد دارد درصد افراد بدون پوسیدگی (Caries free) است.

Percent of edentulousness

▶ شاخص دیگر که برای گروه‌های سنی بالاتر (۳۵-۴۴ و ۶۵ سال به بالا) ارزیابی می‌شود درصد بی‌دندانی (Percent of edentulousness) است که منظور از آن درصد افرادی از جامعه است که کلیه دندان‌های خود را ازدست داده‌اند .

Periodontal Index of Treatment Needs

- ▶ رایج ترین شاخص ارزیابی وضعیت لثه افراد جامعه (Community Periodontal Index of Treatment Needs=CPITN) است که در سال ۱۹۸۰ توسط کارشناسان WHO و FDI معرفی شد. این شاخص بیماری‌های انساج نگاهدارنده دندان (پریودنتال) را از پنج نظر مورد بررسی قرار می‌دهد.

Periodontal Index of Treatment Needs

- ▶ Score 0 . سالم
- ▶ score 1 . خونریزی از لثه (gingival bleeding)
- ▶ score 2 . وجود جرم (Calculus)
- ▶ score 3 . وجود پاکت کم عمق (Shallow periodontal pocket)
- ▶ score 4 . وجود پاکت عمیق (deep periodontal pocket)

اهداف سازمان جهاني بهداشت

سازمان جهاني بهداشت به كشورهاي جهان توصيه نموده است كه بررسي‌هاي اپيدميولوژيك خود را در مورد وضعيت دهان و دندان جامعه شان با استفاده از دستورالعمل‌هاي يكسان و فرم پيشنهادي آن سازمان انجام دهند و داده‌هاي به دست آمده را به بانك داده‌هاي ملل متحد (United – Nations Bank) ارسال دارند تا در سيستم **GODB (Global Oral Data Bank)** ذخيره گردد. به اين ترتيب روند جهاني وضعيت دهان و دندان مشخص مي‌گردد. از طرف ديگر از يابي ۵ سال يكبار **DMFT** کودکان ۱۲ ساله به منظور تعيين روند پوسيدگي در آنها نيز مورد تاكيد **WHO** قرار گرفته است.

اهداف براي سال ۲۰۱۰

- ▶ در سال ۱۹۸۱ سازمان جهاني بهداشت و فدراسيون بين المللي دندان پزشکی (FDI) اهدافي را براي سلامت دهان و دندان توصيه نمودند.
- ▶ هدف ۱: ۶-۵ سال : ۹۰% بدون پوسیدگی باشند.
- ▶ هدف ۲: ۱۲ سال : DMF بيش از ۱ نباشد.
- ▶ هدف ۳: ۱۵ سال : حداقل ۵ ناحیه يا (Sextant ۶/۵ هر دو فك) از نظر وضعیت لثه سالم بوده و بقيه آن ها CPITN ۱ يا ۲ داشته باشد.
- ▶ هدف ۴: ۱۸ سال : ۱۰۰% افراد همه دندان هاي خود را حفظ کرده باشند.
- ▶ هدف ۵: ۳۵-۴۴ سال : بيش از ۲% افراد بي دندان کامل نباشند، ۹۰% افراد حداقل ۲۰ دندان قابل استفاده داشته باشند و کمتر از ۲۵/۰ ناحیه ها (Sextant) امتياز ۴ CPITN= داشته باشد.
- ▶ هدف ۶: ۶۵ ≥ سال : کمتر از ۵% بي دندان کامل باشند و ۷۵% افراد اين گروه سني حداقل ۲۰ دندان قابل استفاده داشته باشند و کمتر از ۵/۰ ناحیه (sextant) امتياز ۴ CPITN = داشته باشد

وضعیت موجود در جهان و ایران

▶ آمار سال ۱۹۹۵ بانک اطلاعات جهانی در **WHO** نشان می‌دهد که از ۱۷۸ کشور که اطلاعات در دسترس داشتند، ۲۵% **DMFT** در حد بسیار پایین ۴۲ درصد در حد پایین، ۳۰% در حد متوسط، ۱۳% بالا و ۵/۰% بسیار بالا بوده‌اند.

▶ در کشور ایران بطور کلی میانگین **DMFT** از سال ۱۳۳۶ تا کنون رو به افزایش بوده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت کشور ما در سال ۱۹۹۳ از نظر میانگین **DMFT** کودکان ۱۲ ساله در وضعیت متوسط قرار داشته است. در سال ۱۳۶۸ (۱۹۸۹) در بررسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران شهرهای بوشهر و یزد با میانگین **DMFT** ۱۲ سالگی برابر ۵/۱ و ۴/۱ کمترین میزان پوسیدگی را داشته‌اند شهرهای بندرعباس و ارومیه به ترتیب میانگین **DMFT** برابر ۷۴/۲ و ۵۶/۲ داشته و در سطح متوسط قرار گرفته‌اند و شهرهای زنجان و شهرکرد با متوسط **DMFT** ۲۷/۴ و ۰۵/۶ بالاترین حد را داشته‌اند.

▶ بررسی بر روی ۱۳۴۰ کودک ۱۲ ساله در کشور انجام شد و میانگین DMFT برابر ۰.۲/۲ با انحراف معیار ۰.۷/۲ اعلام شد. در کل ۸۳٪ کودکان مشکل دندانی داشتند و فقط ۱۷٪ فاقد پوسیدگی دندان بودند. از این میان (۸۳٪)، ۹۳٪ دندان‌های پوسیده پرنشده، ۴٪ دندان‌های کشیده شده ۳٪ دندان‌های پر شده داشتند. ضمناً در بررسی دیگر در سال ۱۳۷۷ از طرف دفتر بهداشت دهان و دندان، وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی در چهارده سنی ۳، ۶، ۹ و ۱۲ سال مورد سنجش قرار گرفت و مشخص شد که میانگین DMFT (دندان‌های دائمی) کودکان ۶ ساله برابر ۰.۲/۰، ۹ ساله معادل ۰.۹/۰ و ۱۲ ساله ۰.۵/۱ می‌باشد. همچنین dmft کودکان ۳ ساله برابر ۰.۸/۱ و ۶ ساله ۰.۸/۴ به دست آمد.

▶ میانگین دندان‌های پر شده در ۱۲ ساله ها ۰.۲/۰، کشیده شده ۰.۱/۰ و پوسیده ۰.۲/۱ بود. یعنی به طور متوسط کودکان ۱۲ ساله ایران ۰.۲/۱ دندان پوسیده داشتند در حالیکه میانگین دندان‌های پر شده ۰.۲/۰ بود یعنی از هر ۵ نفر دندان خود را پر کرده بودند.

وضعیت لثه

- ▶ در ایران آخرین بررسی کشوری در مورد وضعیت لثه جامعه در سال ۱۳۸۰ توسط اداره سلامت دهان و دندان انجام شد (۲۲).
- ▶ طبق گزارش این تحقیق، در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال، در کل کشور ۹/۹ درصد سکستانتها (Sextants) سالم و بقیه به درجاتی از بیماریهای لثه مبتلا بوده اند.

برنامه های کشوری

الف. طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه

- ▶ در سال ۱۳۷۴ و در راستای ادغام فعالیت های بهداشتی درمانی در سیستم شبکه، طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در **PHC** با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان مطرح و به صورت آزمایشی در چند شهر کشور به اجرا درآمد. از آنجایی که امکان پوشش دادن به کلیه گروه های سنی وجود نداشت، گروه هایی از افراد که احتمال ابتلاء به بیماری های دهان و دندان در آنان بالاتر و نیز امکان دسترسی به آنان طبق برنامه های موجود بیشتر بود به عنوان

گروه هدف

- ۱) زنان باردار و شیرده
- ۲) ▶ کودکان از بدو تولد تا ۶ سالگی
- ۳) ▶ کودکان ۶-۱۲ ساله

نیروهای درگیر در طرح ادغام

عبارتند از:

- ▶ الف) سطح يك . خدمات بهداشت دهان و دندان
- ▶ (۱) بهورزان
- ▶ (۲) رابطین بهداشتی
- ▶ (۳) کاردان های بهداشت خانواده

- ▶ ب) سطح دو. خدمات بهداشت دهان دندان
- ▶ (۱) بهداشت کاران دهان و دندان
- ▶ (۲) دندانپزشکان

اهداف

- ▶ (۱) افزایش آگاهی مردم در زمینه بهداشت دهان دندان
- ▶ (۲) بهبود کمی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان
- ▶ (۳) بهبود کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان

راهکارها (استراتژی‌ها)

- ▶ (۱) آموزش
 - ▶ ۱.۱. آموزش مادران باردار
 - ▶ ۱.۲. آموزش مادران شیرده
 - ▶ ۱.۳. آموزش کودکان از بدو تولد تا ۶ سالگی
 - ▶ ۱.۴. آموزش کودکان ۶.۱۱ ساله

شرح وظایف بهورزان و رابطین بهداشتی و کاروان‌های بهداشتی در رابطه با بهداشت دهان و دندان

- ▶ (۱) آموزش بهداشت دهان و دندان به زنان و کودکان
- ▶ (۲) معاینه و ثبت وضعیت دهان و دندان زنان باردار و شیرده و کودکان
- ▶ (۳) ارجاع بیماران به مراکز بهداشتی درمانی
- ▶ (۴) پیگیری افرادی که به موقع مراجعه نمی‌کنند
- ▶ (۵) مراجعه به مدارس تحت پوشش بیماری‌ها و ارجاع

شرح وظایف دندان پزشك یا بهداشتکار در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری

- ▶ (۱) شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی
- ▶ (۲) پایش و نظارت بر عملکرد بهورزان
- ▶ (۳) ارائه خدمات بهداشتی درمانی
- ▶ (۴) آموزش چهره به چهره
- ▶ (۵) همکاری با آموزش و پرورش جهت اجرای طرح بهداشت دهان و دندان دانش آموزان
- ▶ (۶) مشارکت در طرح‌ها و تحقیقات کشوری

وظایف دندان پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در راستای طرح دانش آموزی

- ۱) تنظیم اطلاعات آماری مورد نیاز
- ۲) تکمیل شناسنامه دندان پزشکی دانش آموزان تحت پوشش
- ۳) ارائه خدمات ترمیم، کشیدن ریشه های عفونی و درمان با فلوراید در دانش آموزان
- ۴) کنترل آموزش های معلم داوطلب در مدرسه با توجه به میزان آگاهی و رعایت نکات بهداشت دهان و دندان توسط دانش آموزان مراجعه کننده و انتقال مواردی که نیاز به تکرار و تمرین بیشتر دارد به معلم داوطلب
- ۵) ارتباط مستمر با معلمان داوطلب و تهیه برنامه هفتگی برای درمان دندان های پوسیده دانش آموزان هر مدرسه در روز خاص

- ▶ با توجه به دیدگاه های جدید دردندانپزشکی، پیشرفت های زیادی در کشورهای صنعتی در راستای پیشگیری از بیماری های دهان و دندان و جایگزینی انساج ازدست رفته صورت گرفته است. بیماری شایع دهان و دندان یعنی پوسیدگی و بیماری های لثه در زمره بیماری های عفونی هستند که با توجه به مثلث اپیدمیولوژیک از طریق کنترل عوامل مربوط به شخص و محیط می توان گام های موثری در پیشگیری از آن ها برداشت.