



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

تجربه پوسیدگی در کودکان پیش دبستانی - آیا مربوط به محل اقامت کودک و درآمد خانواده است؟

چکیده

هدف: به منظور ارزیابی شیوع پوسیدگی در کودکان 3 تا 5 سال و تعیین ارتباط بین شهرنشینی و میزان درآمد با سطح پوسیدگی دندان کودکان پیش دبستانی در بخش لاهور پاکستان مورد ارزیابی قرار گرفتند. مواد و روش ها: نمونه برداری چند مرحله ایی تصادفی برای جمع آوری نمونه از کودکان مناطق شهری و روستایی انجام شد. یک لیست از کودکان 3 تا 5 سال تهیه شد و دوتا درمیان از لیست بطور تصادفی انتخاب شدتا در مجموع 700 کودک در این مطالعه ثبت شدند. خانم های شبکه بهداشت (LHWS) این مطالعات را به منابع و کتب مربوطه مرتبط ساختند. داده های مربوط به کودکان و مادرانشان از جمله سن، جنس، و وضعیت اقتصادی؛ و محل سکونت جمع آوری شد. میزان پوسیدگی دندان کودکان با استفاده از شاخص dmft ضوابط WHO ثبت گردید.

نتایج: شیوع پوسیدگی دندان در کودکان استان های لاهور 40.5٪ شنا سایی شد. در این گروه شیوع پوسیدگی 33.3٪ در سن 3 سالگی؛ 47.6٪ در 4 سالگی و 75٪ در 5 سالگی بوده است. میانگین dmft کل جمعیت کودکان 1.85 ± 3.26 بوده است. یک ارتباط معنادار بین شیوع پوسیدگی و سطح اقتصادی پایین؛ جنس دختر و ساکنین روستا دیده می شود.

نتیجه گیری: در کودکان پیش دبستانی لاهور پاکستان متوسط dmft 1.85 ± 3.26 ثبت شد؛ که اغلب ارتباط مستقیمی با عدم درمان آسیب های پوسیدگی. تجربه پوسیدگی پایین با توجه به محل اقامت روستایی و درآمد خانواده کم است.

کلید واژه ها: پوسیدگی های دندان؛ پاکستان؛ کودکان پیش دبستانی

در سطح جهانی؛ در مباحث سلامت دهان پوسیدگی دندان در کودکان شیوع بیشتری داشته است. (al, 2004). (Bader et al). بدلیل شیوع بالای آن در دنیا؛ پوسیدگی در کودکان اغلب به عنوان بیماری همه گیر توصیف می

شود که نسبت بالای حفره های پوسیده دندان درمان نشده با درد؛ پریشانی و عدم عملکرد شناخته می شود (Edelstein, 2006).

بعلاوه این عدم درمان خسارات پوسیدگی دندان اثر زیادی روی سلامت کلی کودکان دارد؛ که از چگونگی بودن سطح درآمد و اجتماع متأثر می شود (Sheiham, 2006). مشاهده شده است که عدم درمان پوسیدگی دندان در کودکان کشور های در حال توسعه از کودکان کشورهای توسعه یافته بیشتر است. (Baelum et al, 2007). پاکستان یک کشور در حال توسعه است که با یک رشد سریع شهرنشینی روبرو شده است. (Jan et al, 2008). بررسی های قبلی از سلامت دهان در پاکستان نشان می دهد که بیشتر از 90٪ کل آسیب های پوسیدگی دندان درمان نشده اند (Khan et al, 2004; Khan, 1992; Haleem and Khan, 2001) و شیوع بیماری های دهان در مناطق شهر و روستا برابر است (Khan et al, 2004). هر چند این مطالعات؛ شامل کودکان پیش دبستانی نیست. بنابراین شیوع پوسیدگی و سطح سلامت دهان در کودکان در سن پیش دبستانی ناشناخته است. کودکان زیر 5 سال (کودکان پیش دبستانی) جمعیت قابل توجهی از مردم پاکستان را تشکیل می دهند. هدف از این مطالعه ارزیابی شیوع پوسیدگی در کودکان زیر 5 سال و نیز بررسی اینکه آیا شهرنشینی و درآمد به سطح خرابی دندان در کودکان پیش دبستانی در بخش لاهور پاکستان مرتبط است یا نه.

مواد و روش ها

نظرسنجی حاضر در منطقه لاهور پاکستان با همکاری برنامه ملی مراقبت های اولیه و برنامه ریزی خانواده (NPPH و FP) انجام شد. سابقه کامل خانواده ها در منطقه NPPH و FP به دست آمد. مجوز مدیر NPPH و FP، مدیر خدمات بهداشتی (DHS) و دولت پنجاب به منظور جذب کارمندان بهداشتی بانوان (LHWS) در انجام این نظرسنجی مطلوب بود. نمونه برداری چند مرحله ایی تصادفی با جمع آوری نمونه ها از کودکان شهری و مناطق روستایی انجام شد. در مرحله اول یک لیست از مناطق تابع NPPH & FP هر دو مکان شهری و روستایی تهیه شد. 4 مکان - دو روستایی و دو شهری - بطور تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد همه خانواده های دارای فرزندان تا سن 5 سال لیست شدند. از این لیست 725 خانواده بطور تصادفی انتخاب شدند؛ 475 خانواده شهری و 230 روستایی.

تعداد کل کودکان 3 تا 5 سال 1422 نفر بوده است. نمونه گیری تصادفی طبقه ایی انجام شد؛ و هر دومین کودک انتخاب شد تا در این مطالعه 700 کودک در کل نام نویسی شدند. در مرحله دوم؛ انتخاب تصادفی LHWS32 برای مراکز شهر و 9 برای مراکز روستا انجام شد. LHWS یک کارگاه برای انجام پرسشنامه برگزار کرده بود در حالیکه نویسندگان نیز تمریناتی را برای معاینات سلامت دندان درجه بندی کرده بود. داده های جمع آوری شده از کودکان در رابطه با سن؛ جنس؛ سطح اقتصادی؛ و منطقه سکونت آنها بوده است. براساس سطح اقتصادی مطالعه جمعیت به دو گروه بر اساس درآمد خانواده تقسیم شده است: گروه با درآمد کم (درآمد خانواده کمتر از PKR5000 در هر ماه) و گروه با درآمد متوسط (درآمد خانواده بیشتر از PKR5000 در هر ماه).

معاینات بالینی برای پوسیدگی های دندان بوسیله اولین نویسندگان که بوسیله اپیدمیولوژیست قبلی کالیبره شده بود انجام شده بود. در توافق بررسی کننده، $Kappa = 0.86$ بود. سطوح پوسیدگی دندان کودکان با استفاده از شاخص dmft ثبت شد. ضوابط توصیه شده توسط WHO برای تشخیص پوسیدگی دندان مرود قبول واقع شد. معاینه سلامت دندان هر کودک بوسیله نویسندگان اصلی که از یک آینه دهان مسطح که فقط برای منقبض کردن بافت نرم استفاده می شد انجام شد. معاینات چشمی در یک فضای باز در نور روز انجام شد در حالیکه کودک در آغوش مادرش در حالت زانو به زانو نشسته بود یا بطور مستقل روی یک صندلی عمدی معمولی نشسته بود. معاینات دندان بین 2 تا 5 ماه انجام شد؛ که بستگی به سطح همکاری کودک داشت. چارت معاینات کودک توسط خود محقق پر می شد. در انتهای معاینه به کودکان یک نمونه از خمیر دندان کودکان داده می شد.

جدول 1

	d	m	f	dmft
Age				
3 years	1.55 ± 3.17	0	0	1.55 ± 3.17
4 years	2.06 ± 3.17	0.01 ± 0.12	0.02 ± 0.31	2.09 ± 3.19
5 years	4.42 ± 4.92	0.25 ± 0.86	0	4.66 ± 5.29
Total	1.83 ± 3.24	0.01 ± 0.14	0.01 ± 0.20	1.85 ± 3.26

Table 2 Number (percent) of children with dental caries in relation to child's age, gender, area of residence and family income						
		Age of the child in years				
		3	4	5	Total	Mean dmft
Gender	Male	167 (51.4)	154 (47.4)	4 (1.2)	325 (54.2)	2.10 ± 3.49
	Female	154 (56.0)	113 (41.1)	8 (2.9)	275 (45.8)	1.57 ± 2.94*
Residence	Urban	205 (51.2)	184 (46.0)	11 (2.8)	400 (66.6)	2.14 ± 3.50
	Rural	116 (58.0)	83 (41.5)	1 (0.5)	200 (33.4)	1.28 ± 2.63*
SES	Low income	267 (53.6)	219 (44.1)	11 (2.2)	497 (82.8)	1.74 ± 3.11*
	Middle income	54 (52.4)	48 (46.6)	1 (1.0)	103 (17.2)	2.42 ± 3.86

*P < 0.05. SES = socioeconomic status.

جدول 2

آنالیز های آماری

برای آنالیز گروه بندی ها و ثبت پا سخ ها انجام شد. آزمون کای دو و جای قابل اجرا؛ تست Fisher's exact برای تست ارتباط بین پارامتر های سلامت دهان و سن مادرانه؛ آموزش؛ محل سکونت و درآمد خانواده بکار برده شد. برای همه آنالیز ها؛ یک $P\text{-value} < 0.05$ و با سطح اطمینان 95٪ بکار برده شد.

نتایج

در کل بیش از 700 کودک انتخاب شد؛ 601 کودک بطور کامل معاینه دندان شدند؛ یک پاسخ 85.8٪ دادند. کودکان در آخرین روز تولد خود 3 تا 5 سال داشتند (متوسط 0.53 ± 3.53). حدود 320 کودک (53.3٪) بین 3 تا 4 سال و بقیه بیشتر از 4 سال سن داشتند. 400 کودک (66.6٪) در مناطق شهر نشین لاهور بزرگ شده بودند. کودکان پسر 54.2٪ از نمونه ها را شامل می شوند. 497 نفر (82.8٪) از کودکان در خانواده های کم درآمد با درآمد ماهیانه کمتر از PKR5000 دسته بندی شدند.

در بیشتر از 98٪ کل نمونه ها؛ دندان اولیه جوانه زده بود؛ در حدود 3.5 از کل نمونه ها دندان پوسیده افتاده بود (59.5). شیوع پوسیدگی در گروه های سنی 33.3٪ در 3 سالگی و 75٪ در 5 سالگی بوده است. میانگین ثبت dmft برای کل جمعیت کودکان 3.26 ± 1.85 بوده است. میانگین dmft برای کودکان 3؛ 4 و 5 سال به ترتیب 3.17 ± 1.55 ؛ 3.1 ± 2.09 و 5.29 ± 4.66 بوده است. توزیع سنی پوسیدگی (d)؛ کشیدن دندان (m)؛ و پر کردن دندان (f)؛ در جدول 1 نشان داده شده است.

39% کودکان از خانواده های با درآمد کم یک تجربه پوسیدگی را در مقایسه با 49% نمونه کودکان بزرگ شده در خانواده با درآمد متوسط داشته اند. شیوع پوسیدگی در مناطق روستایی 31.5% بود در حالیکه در 45.2% از مناطق شهری پوسیدگی دندان مشاهده شد. داده های dmft بر اساس محل زندگی و سطح درآمد در جدول 2 آمده است.

شاخص معنی داری پوسیدگی (SiC Index) نیز یزای نمونه ها محاسبه شد؛ بازده 5.34 ± 3.67 تنها 5 نفر (0.8%) از کودکان دندان افتاده ناشی از پوسیدگی داشتند. میانگین مقدار برای دندان افتاده 0.01 بوده است. اکثریت کودکان (99.7%) دندان پر شده نداشته اند. در میان بقیه؛ تنها یکی از کودکان یک دندان پر شده در دهان خود داشت در حالیکه دیگران در مجموع 5 دندان که بنظر می رسید پر شده بودند داشتند. هیچ کدام از کودکان در این مطالعه هیچکدام از کودکان در این مطالعه دارای دندان یا پل های مهر و موم شکسته نبودند.

بحث

در این مطالعه تلاش زیادی برای تعیین الگوی پوسیدگی ها در کودکان پیش دبستانی در پاکستان شده است. تقریباً 60% کودکان در این گروه سنی به صورت پوسیدگی آزاد یافتند. اگرچه هیچ داده قبلی برای مقایسه وجود ندارد؛ اما نتایج با یافته های مطالعات کاشف ملی که 50% کودکان 12 ساله در پاکستان را پوسیدگی آزاد گزارش کرده بود سازگار است (Khan, 1992; Haleem and Khan, 2001; Khan et al, 2004). این نتایج مشابه گزارشات کشورهای توسعه یافته مانند انگلستان؛ پرتغال؛ ایرلند شمالی؛ لهستان؛ یونان؛ ایتالیا و استرالیا بوده است (McCabe and Kinirons, 1995; de Almeida et al, 2003; Campus O'Rourke, 2006; Kalyvas et al, 2006; Pitts et al, 2007; Topaloglu-Ak et al, 2009). کم غالب است که بدلیل اشتیاق استفاده کودکان از اندازه گیری های جلوگیری کننده سلامت دهان؛ حمایت های انجام شده بوسیله مراقبت های درمانی مناسب با حفاظت درمانی در دسترس و بیمه های درمانی تامین کننده می باشد (Topaloglu-Ak et. al, 2009). از طرف دیگر؛ کشور های چون فیلیپین؛ کره؛ کویت؛ Ajman؛ استونی؛ ایران؛ برزیل و هند که شرایط اقتصادی جامعه و فرهنگ مشابهی دارند بیشتر از 70% جمعیت کودکان تحت تاثیر پوسیدگی دندان قرار دارند (Cario et al, 2003; Jin et al, 2003; Rosenblatt

Zarzar, 2004; Hashim et al, 2006; Mohebbi et al, and (Vigil et al, 1996; Dini et al, 2000; 2006; Goyal et al, 2007; Olak et al, 2007).

در حالیکه آنالیز نتایج مطالعات کنونی؛ بسیاری فاکتور ها مدنظر قرار گرفت. از لحاظ تاریخی؛ پاکستان به عنوان یک کشور با شیوع پوسیدگی کم طبقه بندی شده است (WHO, 1996; Petersen, 2003; Whelton, 2004). این مطالعه به مناطق شهری بیشتر متمایل بوده است؛ و بیش از 85٪ از کودکان در این مطالعه از خمیر دندان فلوراید دار و تمیز کردن دندان ها حداقل یکبار در روز استفاده می کنند (داده ها نشان داده نشده اند). دیگر فاکتورهای مرتبط با شیوع کم پوسیدگی و آزمایش نمونه های جاری سطح فلوراید در آب شرب را در منطقه لاهور پاکستان مناسب (1.42 ppm) یافتند. (Khan et al, 2002). پوسیدگی های درمان نشده جزو اصلی نمره dmft در نمونه کنونی؛ با اجزا پر شده بسیار کم بود. (0.3%). این نتایج قابل مقایسه با میزان پوسیدگی های درمان نشده کل کودکان پاکستان (Khan et al, 2004) و نیز کشور های توسعه یافته یا مناطقی چون ایران؛ خاور میانه و آفریقا بوده است. (Vigil et al, 1996; Kiwanuka et al, 2004; Olak et al, 2007). مدیریت پوسیدگی ها در کودکان عملا در کشورهای با درآمد کم و متوسط وجود ندارد (Edelstein 2006) و حتی در کشورهای با درآمد بالا مثل ایالات متحده؛ عربستان و انگلستان بطور ناکافی انجام می شود (et al, 2007; Jan et al, 2008). مقدار پوسیدگی درمان نشده در کودکان در چند مطالعه شناسایی شده است (Sheiham, 2006; Baelum et al, 2004). (Khan, 1992; Haleem and Khan, 2001; Khan et al, 2004). تعداد ناچیز درست کردن دندان در این نمونه های مطالعه می توانند دلیل فقدان ساختار پیشگیری کننده سلامت در پاکستان؛ نبود آگاهی در میان والدین در رابطه با اهمیت دندان های شیری و آموزش های کم دندان پزشکان به کودکان کم سن برای ایجاد سلامت بوده است.

مدارک گوناگونی وجود دارند که تفاوت در پوسیدگی بین جمعیت های شهری و روستایی را نشان می دهد. بسیاری از مطالعات تفاوتی در شیوع پوسیدگی را نشان نمی دهد (de Almeida et al, 2003; Abid, 2004) یا شیوع بیشتر پوسیدگی در مراکز روستایی مشاهده شده است (Khan et al, 2004). در مقابل، این مطالعه شیوع پوسیدگی بیشتر در مناطق شهری لاهور را مشاهده کرده است؛ که احتمالا دلیل دسترسی بیشتر جمعیت شهری در مقابل روستایی به کربو هیدرات خالص بوده است.

در حالیکه بسیاری مطالعات افزایش در سطوح پوسیدگی با کاهش درآمد گزارش شده است؛ 2004؛ (Beighton et al, Ferreira et al, 2007) دیگران سطوح پوسیدگی بالاتری در رده های اجتماعی بالاتر پیدا کرده اند (Khan and Cleaton-Jones, 1998). دیگران هنوز ارتباطی بین پوسیدگی دندان؛ ردهد اجتماعی و درآمد خانوادگی پیدا نکرده اند (Sufia et al, 2009).

در مطالعه حاضر؛ میانگین پوسیدگی بالای ثبت شده در گروه کودکان خانواده های با درآمد متوسط که دوباره می تواند به توانایی بالای تامین و دسترسی به تنقلات شیرین همراه با فقدان آگاهی والدین از اثرات زیان بار آنها مربوط باشد (Gussy et al, 2008). تجربیات پوسیدگی گذشته شاخص خوبی برای افزایش پوسیدگی در آینده و فعالیت پوسیدگی است (Hausen, 1997). وقوع پوسیدگی دندان با عوامل متعددی مثل عوامل اجتماعی؛ رفتاری؛ فرهنگی؛ فیزیولوژیکی و فاکتورهای محیطی مربوط است. گروه های پر خطر به مطالعات جامع تری برای تایید نیاز دارند تا بطور خاص توسط آموزش های سلامت دندان و برنامه های آگاهی دهنده مورد هدف قرار گیرند. این امر برای کاهش خطر پوسیدگی در پاکستان و نیز بهبود دسترسی به مراقبت بسیار مهم است. تحقیقات کیفی برای شناسایی فاکتورهای احتمالی مرتبط با سطوح بالای پوسیدگی دندان در مناطق شهری و گروه هایی که بالای خط فقر بطور خاص در مناطق لاهور؛ و بطور کل در کل کشور نشان داده شده است.

نتیجه گیری

کودکان پیش دبستانی در لاهور؛ پاکستان شیوع و تجربه پوسیدگی دندان کمی دارند؛ هرچند در بیشتر کودکان پوسیدگی درمان نشده مشاهده شد. تجربه پوسیدگی در کودکان ساکن در مناطق شهری متعلق به خانواده های با درآمد متوسط بالاتر است.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی