

Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education
Damascus University
Faculty of Dentistry



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان

**الصحة الفموية لدى الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق
في عام 2016**

**Oral Health in Children Aged 8 to 12 Years Old in Damascus City
In 2016**

~ مسح صحي فموي وبائي مقطعي ~

~ A Cross-Sectional Epidemiological Oral Health Survey ~

أطروحة بحث علمي معد لنيل درجة الماجستير في اختصاص طب أسنان الأطفال

A Scientific Research Thesis
For The Msc. Degree Awarding in the Specialization of Paediatric Dentistry

إعداد الباحث:

د. محمد الهدى بللوق

إشراف:

الأستاذة الدكتورة ميسون دشاش

أستاذة مساعدة في قسم طب أسنان الأطفال

كلية طب الأسنان - جامعة دمشق

كلمة شكر

أتوجه بجزيل الشكر و التقدير و الامتتان إلى الأستاذة المساعدة الدكتورة ميسون دشاش لتفضلها بالإشراف على بحثي هذا، لمشاركتها و توجيهها و دعمها، لعلمها الذي وهبته و نصحتها الذي أعطته، إنَّ كلماتي تعجز عن أن تفيك أستاذتي الفاضلة الشكر، و لكني أستحي إن لم أبذله، لك مني كل الشكر و العرفان.

و أتوجه أيضاً بخالص الشكر و التقدير و الامتتان إلى الأستاذ الدكتور محمد التيناوي أستاذ طب أسنان الأطفال في جامعة دمشق، لما قدمه لي من نصح و تسديد و تعليم في جميع سنيّ دراستي، لإخلاصه و تقانيه، و لمحبهه الدائمة لي، و حرصه على تقديم الأفضل و الأنفع دوماً. و أيضاً إلى الأستاذ المساعد الدكتور عمر حمادة نائب عميد المعهد العالي لعلوم الليزر و تطبيقاته في جامعة دمشق، لدعمه المتواصل و تقديمه الوقت و الجهد و العلم، و لتوجيهه و اهتمامه و رعايته، و لملاحظاته القيمة التي أفادني بها منذ أن عرفته.

يزداد شكري لكم فوق جزيل الشكر شكراً لتفضلكم في المشاركة في لجنة الحكم على بحثي هذا.

كما أشكر أسرتي الغالية في قسم طب أسنان الأطفال، الشكر كل الشكر:
للأستاذة الدكتورة شذى قوشجي رئيس قسم طب أسنان الأطفال الإنسانية ...

الأستاذ الدكتور محمد بشير المنقل الأب ...

الأستاذ الدكتور مهند لفلوف المعلم ...

الأستاذة المساعدة الدكتورة ندى بشارة المربية ...

المدرسة الدكتورة اتحاد أبو عراج الأخت ...

المدرس الدكتور شادي العزاوي الصديق ...

المدرسة الدكتورة ليليان أزرق الناصحة ...

أشكركم جميعاً على علمكم و عطائكم الرائع.

الشكر الجزيل للأستاذ الدكتور محمد سالم ركاب عميد الكلية صاحب الفضل الذي لم يبخل علينا من وقته و جهده، و أفاض علينا من علمه خلال كافة المراحل الدراسية فله مني خالص الشكر و الاحترام. الشكر كل الشكر للأستاذ الدكتور أسامة الجبان نائب العميد للشؤون الإدارية في كلية طب الأسنان في جامعة دمشق، لكرم أخلاقه و عمله الدؤوب و المستمر لما فيه مصلحة البحث العلمي في كليتنا، و الارتقاء بها و بنا نحو الأفضل. الشكر أيضاً موصولاً للأستاذة المساعدة الدكتورة رانية حداد نائب العميد للشؤون العلمية في كلية طب الأسنان في جامعة دمشق، لحرصها الدائم على تقديم كل ما من شأنه الارتقاء بالبحث العلمي في كلية طب الأسنان.

كل السلام و الشكر للدكتور عماد الناعم مدير مركز بحوث طب الفم لرحابة صدره و حسن تعاونه و تذليله بعضاً من صعاب مسيرتي الطويلة لإنجاز بحثي هذا.

و لا يسعني إلا أن أقدم جزيل الشكر للأستاذ حسن نظام لتدقيقه هذا العمل لغوياً.

الشكر لكل من تعاون في وزارة التعليم العالي و وزارة التربية و مديرياتها. الشكر للأطفال الذين شاركونا ابتساماتهم، و أعارونا ضحكاتهم لتزرع فينا الحياة من جديد، و يظل الأمل مشرقاً في قلوبنا فلولا الأمل لما استمرت الحياة.

وأخيراً عذراً لكل من ساهم وقدم العون ولم يرد اسمه فله شكري الخالص عرفاناً بالجميل.

«لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة تم أخذه بالكامل من عمل آخر أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في هذه الجامعة أو في أية جامعة أخرى أو معهد تعليمي»

المُفهرس:

7	فهرس الأشكال و الجداول.....
14	الرموز و الاختصارات المستخدمة.....
15	الباب الأول: خلفية البحث
16	أولاً: المقدمة.....
19	ثانياً: مشكلة البحث.....
19	ثالثاً: أهداف البحث.....
19	رابعاً: أهمية البحث.....
21	الباب الثاني: المراجعة النظرية و الدراسات السابقة
22	أولاً: المراجعة النظرية.....
22	حول مشعر ال DMFTs.....
23	حول مشعر ال CPI.....
27	حول مشعر ال PI.....
28	حول مشعر ال GI.....
29	ثانياً: الدراسات السابقة.....
29	خارج سورية.....
37	داخل سورية.....
38	الباب الثالث: فرضيات البحث
40	الباب الرابع: المواد و الطرائق
41	أولاً: مواد البحث.....
41	ثانياً: طرائق البحث.....

44	<u>الباب الخامس: النتائج و الدراسة الإحصائية</u>
45	أولاً: وصف العينة
49	ثانياً: النتائج
50	دراسة نسب انتشار النخر السني
55	دراسة مشعر ال dmfts
63	دراسة مشعر ال DMFTs
70	دراسة الأرحاء الأولى الدائمة
76	دراسة المشعر الكلي (DMFTs + dmfts)
80	دراسة مشعر ال PI
84	دراسة مشعر ال GI
88	دراسة مشعر ال CPI
93	<u>الباب السادس: المناقشة</u>
100	<u>الباب السابع: الاستنتاجات و الخلاصة</u>
108	<u>الباب الثامن: التوصيات</u>
112	<u>الباب التاسع: المقترحات</u>
114	<u>الباب العاشر: الملخص</u>
115	أولاً: ملخص البحث باللغة العربية
116	ثانياً: ملخص البحث باللغة الانكليزية
117	<u>الباب الحادي عشر: المراجع</u>

فهرس الأشكال و الجداول:

<u>أولاً. الأشكال:</u>		
رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1	سابر ال WHO المصمم للمشعر حول السني المجتمعي و الموصى باستخدامه	25
2	الأسنان المعيارية لقياس مشعر اللويحة أو أسنان Ramifjord	27
3	توزع عينة البحث وفقاً لجنس و عمر الطفل معاً	46
4	النسب المئوية لتوزع العينة وفقاً للمنطقة المدروسة	47

<u>ثانياً. الجداول:</u>		
رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	قيم المشعر حول السني المجتمعي	24
2	قيم مشعر اللويحة (PI)	28
3	قيم مشعر اللثة (GI)	29
4	قيم مشعر ال DMFTs في بعض بلدان الاتحاد الأوروبي	35
5	توزع عينة البحث وفقاً لجنس و عمر الطفل معاً	45
6	توزع عينة البحث وفقاً للمنطقة المدروسة	47
7	توزع عينة البحث وفقاً للسكن الحالي للطفل	47
8	توزع عينة البحث وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل	48
9	انتشار النخر السني عند أطفال العينة (توزع حسب المناطق)	50
10	التحليل الإحصائي المجري بخصوص وجود أية علاقة مفترضة بين المنطقة المدروسة و انتشار النخر السني	50

51	انتشار النخر السني عند أطفال العينة حسب العمر و الجنس	11
51	الدراسة الإحصائية بخصوص وجود أية علاقة محتملة بين انتشار النخر السني و عمر الطفل	12
52	الدراسة الإحصائية بخصوص وجود أية علاقة محتملة بين انتشار النخر السني و جنس الطفل	13
52	نسبة انتشار النخور وفقاً للسكن الحالي للطفل في أطفال العينة	14
52	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة لتأثير السكن الحالي للطفل على انتشار النخر السني عند أطفال العينة	15
53	نسبة انتشار النخور وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل	16
53	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة لتأثير المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل على انتشار النخر السني عند أطفال العينة	17
54	انتشار النخر السني وفقاً لحجم العائلة عند أطفال العينة	18
54	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة لتأثير حجم عائلة الطفل على انتشار النخر السني عند أطفال العينة	19
54	نسبة انتشار النخر وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان	20
55	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نسبة انتشار النخر وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان	21
55	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي الأسنان المؤقتة المنخورة و التوزع وفقاً للمناطق	22
56	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي الأسنان المؤقتة المفقودة و التوزع وفقاً للمناطق	23
56	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي الأسنان المؤقتة المرممة و التوزع وفقاً للمناطق	24

57	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال dmft و التوزع وفقاً للمناطق	25
58	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين أعمار أطفال العينة و متوسطات قيم مشعر ال dmfts و القيم الإفرادية لكل من أجزائه	26
58	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين جنس أطفال العينة و متوسطات قيم مشعر ال dmfts و القيم الإفرادية لكل من أجزائه	27
59	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدرس سواء أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال dmfts	28
60	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال dmfts	29
61	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال dmfts	30
62	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر ال dmfts	31
63	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأسنان الدائمة المنخورة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	32
63	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأسنان الدائمة المفقودة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	33
64	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأسنان الدائمة المرممة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	34
64	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال DMFTs و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	35
66	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين أعمار أطفال العينة و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs و القيم الإفرادية لكل من أجزائه	36

66	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين جنس أطفال العينة و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs و القيم الإفرادية لكل من أجزائه	37
67	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواء أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs	38
68	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs	39
69	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs	40
70	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs	41
71	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	42
71	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المفقودة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	43
72	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و القيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة	44
72	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و القيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة	45
73	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواء أكان دائماً أم مؤقتاً والقيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة	46
74	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل والقيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة	47

48	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل والقيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة	75
49	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها والقيمة الوسطية للأرجاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة	76
50	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	77
51	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)	77
52	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)	77
53	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)	78
54	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)	79
55	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)	79
56	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)	80
57	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال PI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	81

58	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم مشعر ال PI	82
59	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم مشعر ال PI	82
60	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدرّوس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال PI	82
61	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال PI	83
62	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال PI	83
63	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر ال PI	84
64	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال GI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	85
65	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم مشعر ال GI	86
66	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم مشعر ال GI	86
67	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدرّوس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال GI	86
68	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال GI	87
69	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال GI	87

88	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر ال GI	70
89	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال CPI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة	71
89	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين جنس أطفال العينة و متوسطات قيم مشعر ال CPI	72
90	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدرس سواء أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال CPI	73
90	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال CPI	74
91	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال CPI	75
91	الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر ال CPI	76
92	ملخص للعلاقات التي تم التوصل إليها في الدراسة بين المشعرات و المتغيرات في المجتمع المدرس	77

الرموز والاختصارات المستخدمة:

AIHW: Australian Institute for Health and Welfare

CDA: Canadian Dental Association

CPI/CPITN: Community Periodontal Index/Community Periodontal Index of Treatment Needs

DMFTs: Decayed, Missing, and Filled Permanent Teeth

dmfts: Decayed, Missing, and Filled Primary Teeth

EAPD: European Academy of Paediatric Dentistry

g: Gram

GI: Gingival Index

mm :Millimeter

NHS :National Health Service (in the UK)

PI: Plaque Index

RCS: Royal College of Surgeons

WHO: World Health Organization

الباب الأول

خلفية البحث

Research Background

إن هدف البحث العلمي هو زيادة معارفنا حول موضوع ما لكي نستطيع أن نتخذ القرارات الأصح في الوقت المناسب وعلى أوسع نطاق (Ray et al, 2016). يُعرف طب أسنان الأطفال على أنه ممارسة و تعليم و أبحاث كل ما يتعلق بإجراءات رعاية الصحة الفموية العلاجية و الوقائية منذ الولادة و حتى عمر ال 18 سنة (Koch et al, 2015) (EAPD, 2017) 2017). و بناءً عليه فإن هدف البحث العلمي في مجال طب أسنان الأطفال يجب أن يصل أولاً أو آخرًا إلى اتخاذ قرارات تتعلق بالتدخلات سواءً أكانت العلاجية أم الوقائية منها أو الوصول إلى الواقع المجتمعي الحالي ليصار إلى إجراء اللازم بناءً على الإحصاءات الدقيقة. إن الوقاية من تطور أي مرض ومعالجة أي مرض بالإضافة إلى كيفية وتنظيم تقديم هذه الخدمات الوقائية والعلاجية كل ذلك يجب أن يستند إلى دليل علمي رفيع تم الوصول إليه عن طريق بحثٍ ذي نوعية وجودة عالية (Lesaffre & Declerck, 2009).

إن الصحة الفموية هي جزء أساسي وجوهري من الصحة العامة و تعدّ مرآةً حقيقيةً تنقل وبدقة المشاكل الصحية والطبية العامة لدى الفرد بالإضافة إلى سلوكه ونشاطه (Imai & Mansfield, 2015). كما أن الصحة الفموية الجيدة تساهم بشكلٍ إيجابي في الصحة الجسدية و العقلية و الاجتماعية للفرد (CDA, 2017). إن كون الصحة الفموية جيدة عند الأفراد يعني بشكل أساسي سلامة الأسنان والنسج حول السنية الداعمة لها بالإضافة إلى النسج التشريحية الأخرى في الحفرة الفموية. كما أن الصحة الفموية الجيدة في مرحلة الطفولة تُسهم في تطور صحة فموية جيدة لدى الشخص البالغ لاحقاً ونخوراً أقل بالطبع وكذلك عدداً أقل من الأسنان المفقودة (AIHW, 2012).

إن معرفة الوضع الراهن للصحة الفموية في المجتمع له دورٌ و تأثيرٌ كبيران على التدخلات العلاجية والوقائية التي يمكن تبنيها بشكلٍ واسعٍ سواءً على صعيد المناهج التعليمية المُدرّسة في الكليات الطبيّة والسنية أم على صعيد الاستراتيجيات التدريسية أم في مجال برامج التنقيف الصحي (Woollard, 2013) (Dashash, 2013). إن أية استراتيجيات مستقبلية في التعليم الطبي والسني يجب أن تكون مستندة إلى قراءة دقيقة لحقائق الواقع الراهن إضافة إلى دراسة مُعمقة لآخر الإحصاءات الحديثة لكي تُلبي هذه الاستراتيجيات الحاجات التي تم تصميمها لأجلها (Dashash, 2013). فكما أن أية سياسات أو استراتيجيات عمرانية أو اقتصادية في أي بلد تعتمد بشكلٍ أساسي على معدلات النمو السكاني والواقع الاجتماعي والاقتصادي الراهن فإن ذات الأمر ينعكس على أية استراتيجيات تعليمية فيما يتعلق بالأمور الطبية والسنية وحتى الصحة العامة بما فيها الصحة الفموية لكي تكون هذه الاستراتيجيات منسجمة مع احتياجات المجتمع الحالية وفي ذات الوقت تأخذ بالحسبان التطورات القادمة والاحتمالات الممكنة. وبما أن جميع الأبحاث الراهنة هي قاصرة عن تقديم البيانات ذات الجودة العالية المتعلقة بهذا الموضوع بدقة وموضوعية فإنه من المؤكد أن النقص في المعلومات سينعكس نقصاً في صحة وسلامة الخطط المستدامة في مجال الصحة العامة وبشكلٍ أخص الصحة الفموية. إن المسوح الصحية المجتمعية هي أمرٌ أساسي ذلك لأنها تضمن أن تطبق التدخلات الصحيحة و المناسبة، حيث تؤمن نظرةً معمقةً في واقع المجتمع بحيث يتم تصميم و تخطيط و تطبيق التدخلات بطرقٍ مقبولةٍ و قابلةٍ للتنفيذ، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة الفائدة الحاصلة للمجتمع إلى أقصى حد ممكن (Brownson et al, 2018).

إن سلامة الصحة الفموية لدى الأطفال هي قضية هامة و مسؤولية مجتمعية ذلك أن المقاربات الفردية السريرية في إطار ضمان صحة فموية جيدة غالباً ما تلاقي الفشل (Koch et al, 2017). ذلك أن أي مقارنة فردية سريرية لابد ستركز على العلاج للمشاكل

القائمة في حين أن المقاربة الوبائية المجتمعية تستهدف منع حدوث المشاكل القائمة قبل أن تتطور و تتراكم، مما يوفر الموارد و يسهل الإجراءات. و إن معظم الكسب في متوسطات الأعمار و التحسين في نوعية و جودة الحياة يعزى لإنجازات كبيرة حققتها أبحاث الصحة المجتمعية العامة و الوبائية (Brownson et al, 2018).

إن الصحة الفموية تؤثر على قدرتنا على الكلام و الابتسام و إظهار المشاعر و تناول الطعام. كما أنها تؤثر على الثقة بالنفس و التحصيل الدراسي و الدوام الوظيفي سواءً أكان ذلك في العمل أم المدرسة. و الأمراض الفموية جميعها تسبب الألم أو الإعاقة أو كليهما للملايين من الناس سواءً أكانت نخرًا سنياً أم مرضاً في النسيج الداعمة للأسنان أو سرطاناً فمويًا (Souza et al, 2017) (Daly et al, 2017) (CDC, 2017).

ففي المملكة المتحدة، على سبيل المثال، تجرى مسح الصحة الفموية دورياً و بشكل شبه سنوي و ذلك لتقييم برامج الوقاية المتبعة على مستوى البلد كاملاً، و توجيه أبحاث الرعاية الصحية و الطبية (NHS, 2017). أما في الولايات المتحدة الأمريكية، فيتم إجراء مسح الصحة الفموية الوبائية كل سنتين إلى ثلاث سنوات. فمثلاً و في ولاية Utah الأمريكية فقد تم إجراء آخر مسح صحي فموي في الفترة ما بين أيلول 2015 و حتى كانون الثاني 2016 (Utah Department of Health, 2016). أما في الدول الاسكندنافية فقد تم اعتماد تشريعات منذ عقود من الزمن تجعل الخدمات الصحية الفموية للأطفال بما فيها الوقائية منها مسؤولية تقع على المؤسسات و ليس على كل فردٍ بحد ذاته أو على عائلته (Koch et al, 2017). و إن بحثنا هذا بتوفيره للمعلومات الدقيقة حول واقع الصحة الفموية ينحو منحى الأبحاث العالمية في جعل طب الأسنان باختصاصاته المختلفة قادراً على خدمة المجتمع و إن بصورة غير مباشرة و توفير ما يحتاجه وفقاً لخصائصه و حيثياته و ظروفه المميزة له دون سواه. و لذلك فإنه تم التطرق لهذا الموضوع الهام، أي الصحة الفموية عند الأطفال بعمر 8-12 سنة.

Research Problem

ثانياً: مشكلة البحث

نقص المعلومات الدقيقة حول وضع الصحة الفموية في مدينة دمشق.

الحاجة إلى تقييم الواقع الراهن للصحة الفموية عند الأطفال بعمر 8 - 12 سنة في مدينة دمشق وذلك لكونه معبراً ليس فقط عن واقع الصحة الفموية لديهم فحسب بل عن السلوك والعادات الفموية ككل عند هذه الفئة من الأطفال بشكل خاص وفي المجتمع ككل بشكل أعم، ذلك أن معظم العادات الفموية تكون قد تكونت بشكل تام وتأسست لدى هذه الفئة العمرية من الأطفال (Dean et al, 2013) (Soxman, 2015).

Research Aims

ثالثاً: أهداف البحث

الوصول إلى تقييم دقيق لحالة الصحة الفموية بشقيها الرئيسيين السنّي وحول السنّي عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق.

Research Importance

رابعاً: أهمية البحث

إنّ هذا البحث يعدّ الأول من نوعه في مدينة دمشق لدى الأطفال في هذه الفئة العمرية، ولا يوجد سوى بحث وحيد يقارب هذا البحث من حيث الأهداف والطرائق ولكن البحث المذكور على خلاف بحثنا الحالي أجري لتقييم الحالة السنّيّة فقط وفي عمر 5 سنوات وتم إجراؤه منذ حوالي 7 سنوات من الآن (Dashash & Blinkhorn, 2012).

إن أهمية البحث تتبع أيضاً من الضرورة الملحة لتطوير المناهج التعليمية في الكليات والأنظمة الأكاديمية و التوجهات البحثية أيضاً لتتوافق مع احتياجات المجتمع بالإضافة

إلى الوصول إلى فهم أعمق لهذه الاحتياجات لتأمين أفضل خدمات الرعاية الصحية ومستلزماتها بما يلائم الاحتياجات، مما يجعل بحثنا هذا يحمل قيمة مضافة أخرى. كما أن هذا البحث يشمل أيضاً الشقين الأساسيين للصحة الفموية - سنياً وحول سنياً - و أيضاً يُقيم العادات الفموية والسلوك (مُشعر اللويحة). خاصةً أن معظم إن لم يكن كل العادات الفموية والغذائية تكون قد تأسست لدى هذه الفئة العمرية.

الباب الثاني

المراجعة النظرية والدراسات السابقة

Literature Review & Previous Studies

ا. حول مشعر الـ dmfts/DMFTs:

إن النخر السني مرض معقد. و في العقود الأخيرة الماضية تم العمل على تطوير عدد من معايير قياس النخر السني ومشعراته (Selwitz et al, 2007). ولكن بالرغم من أن فهم تطور النخر السني ازداد و تعمق مع الزمن إلا أن مشعرات و معايير التقييم السريرية مازالت تُركز على تقدير درجة النخر السني في مرحلة واحدة هي المرحلة النخرة (Xuedong, 2016) (Ismail et al, 2007)

لقد تم تطوير مشعر الـ DMFTs من قبل Klein و زميله Kunstor و Palmer و ذلك في إطار دراستهم لحالة الأسنان و حاجتها للمعالجة في مدينة Hagerstown في ولاية Maryland في الولايات المتحدة الأمريكية (Klein et al, 1938). و يعتبر مشعر الـ DMFTs أهم مشعر في الأبحاث البائية السنية لناحية دراسة انتشار النخور (Goldberg, 2016) (Katz et al, 1997).

إن ناتج مشعر الـ DMFTs (أي المجموع النهائي لعدد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشية لدى الفرد) يتم الوصول إليه على مدى الحياة ولذلك فإنه مُشعرٌ تراكمي لتجربة النخر السني حيث يُعبر لدى الفرد عن خبراته مع حصول النخر لديه وعواقب هذا النخر السني. إن مشعر الـ DMFTs يُعطي قيمة متساوية لحصول النخر أو فقد السن أو حشيه. وبما أن هذا المُشعر غير ردود فإن الشخص الذي يُصاب بالنخر مرة يبقى معدوداً على أنه مُصاب وفقاً لمُشعر الـ DMFTs، فالسن المنخورة وإن عُولجت فإنها ستصبح محشية أو مفقودة، حتى لو لم يحدث نخر ثانوي. وحتى فيما إذا فُقدت هذه السن فإن الشخص سيبقى معدوداً وفقاً لـ DMFTs على أنه مصاب (Meyer-Lueckel et al, 2013) (Chattopadhyay, 2011).

إن مُشعر الـ DMFTs مشعر يعنى بالشق السني من الصحة الفموية فقط، حيث أن الـ D تمثل جميع الأسنان المنخورة حالياً سواء أتمت معالجتها مسبقاً أم لا. في حين أن جزء الـ M من المُشعر يشمل الأسنان المفقودة نتيجةً للنخر السني أو أي سبب آخر. أما الـ F فتشمل الأسنان المحشوة ولكن لا توجد فيها أية آفات نخرية فعالة (WHO, 2013).

يرمز للمشعر في الأسنان الدائمة بالحروف الكبيرة DMFTs و في الأسنان المؤقتة بالحروف الصغيرة dmfts.

II. حول مُشعر الـ CPI:

(المشعر المجتمعي حول السني و كان يدعى سابقاً الـ CPITN مشعر الحاجة للمعالجة حول السنية المجتمعي)

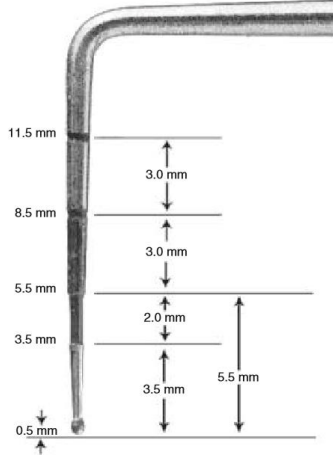
إن الطريقة الحالية في قياس تطور المرض حول السني هي القياس الزمني أو التاريخي لخسارة الارتباط بشكل مماثل لحد كبير لطريقة قياس مشعر الـ DMFTs. و هذه الطريقة لا تدرس الآلية الإيمراضية للمرض حول السني وتطوره. وللوصول إلى دراسة الآلية والإيمراضية على هذا الصعيد فإن هنالك اختبارات قياسية على صعيد العلاقة بين العائل أو المُضيف والميكروبات على سبيل المثال، وذلك كالمسايتوكينات الالتهابية (Interlukin 1a, Interlukin 1B, PG-E2, TNF-a) والتي يمكن أن تكون معلمات أفضل لتطور المرض حول السني بمراحله المختلفة. فعلى سبيل المثال، إن دفعات التهدم في النسيج حول السنية تترافق مع تغيرات مطردة من التغير في السيتوكينات الالتهابية دون تغير في فقد الارتباط نهائياً (Carranza et al, 2015) (Cohen, 1993). لذلك فإن الآفات الفعالة يتوقع أن تتوافق بشكل أفضل من حيث التشخيص مع معايرة المسايتوكينات في حين أن الآفات القديمة و/أو غير الفعالة تتوافق مع قياس حجم الفقد في الارتباط (Chattopadhyay, 2011).

قدمت منظمة الصحة العالمية WHO عام 1977 مشعر الحاجة للمعالجة حول السنية و بعد فترة من الدراسة و الاستخدام جرى استخدامه على نطاق واسع في مختلف أنحاء العالم (Ainamo et al, 1982). بعد ذلك و في عام 1987 قدمت ال WHO تعديلات على هذا المشعر ليصبح بشكله الحالي (WHO, 2013).

يستخدم هذا المشعر بشكل أساسي في الدراسات الوبائية عند فحص عدد كبير من الأفراد لتقييم الحاجة للمعالجة و يمكن أيضاً استخدامه في العيادة السنية. تكون الفائدة الأساسية لهذا المشعر تحديد: درجة الإصابة - نوعية المعالجة - الكادر الطبي اللازم لتنفيذ هذه المعالجة على مستوى مجتمع محدد حيث أن درجة المعالجة الأولى يمكن أن تنفذها المساعدة السنية و درجة المعالجة الثانية يمكن أن ينجزها طبيب الأسنان العام في حين أن درجة المعالجة الثالثة يجب أن يجريها اختصاصي أمراض النسيج حول السنية (Lindhe et al, 2015).

القيمة	الدالة
0	لثة سليمة (نسيج حول سنية سليمة حكماً)
1	وجود نزف بعد السبر اللطيف أو بمجرد الفحص
2	وجود قلع أثناء السبر و لكن كامل القطعة السوداء تبقى مرنية (3.5 - 5.5) مم ابتداء من نهاية الكرية
3	جيب بعمق 4 أو 5 مم (الحواف اللثوية متوضعة على القطعة السوداء من السابر)
4	جيب أكبر من 6 مم (كامل القطعة السوداء غير مرنية)

الجدول 1: قيم المشعر حول السني المجتمعي (CPI)



الشكل 1: سابر ال WHO المصمم لأجل المشعر حول السني المجتمعي المنصوح باستخدامه للفحص السريري

في مشعر ال CPI يتم استخدام معيارين للدلالة على حالة النسيج حول السنية وهما النزف اللثوي وعمق الجيوب حول السنية. ولهذا الغرض يتم استخدام السابر اللثوي الخاص، ذي الوزن الخفيف والمصنوع من المعدن، و هو ذو نهاية تحمل كرية صغيرة بقطر 0.5 ملم، ويكون أيضاً معلماً بحلقات سوداء بين (3.5 مم و 5.5 مم) وأيضاً 8.5 ملم و 11.5 ملم) بدءاً من نهاية الكرية المعدنية. يجب فحص الأسنان لكل من الجيوب والنزف وتسجيل النتائج بدقة. يتم فحص النزف اللثوي عن طريق إدخال رأس السابر اللثوي بحذر بين اللثة والسن و ملاحظة وجود أو غياب استجابة النزف اللثوي (WHO, 2013). يجب ألا تتجاوز قوة السبر 20 غ.ث. وإن اختباراً عملياً للوصول إلى التدريب على هذه القوة بالنسبة للفاحص هو وضع السابر اللثوي تحت ظفر الإبهام والضغط عليه بلطف حتى يصبح هناك ابيضاض. يجب أن يتم تحريك السابر بحيث يراعي التفاصيل التشريحية لجذر السن. في حال شعر الشخص الذي يتم فحصه بالألم أثناء السبر اللثوي فإن ذلك يعني استخدام قوة أكبر بكثير من التي ينبغي تطبيقها. يجب إدخال رأس السابر بلطف وسبر كامل امتداد الميزاب أو الجيب (WHO, 2013).

قيم مشعر ال CPI و الدلالات العلاجية الموافقة لها:

عند القيمة 0 تكون الجيوب بين 0 mm و 3 mm (ميزاب فيزيولوجي) و تكون كامل النسيج حول السنية سليمة و لا يوجد أية جيوب مرضية أو نزف عند السبر. لا يوجد أية حاجة لأي تدبير سريري.

عند القيمة 1 تتراوح الجيوب ما بين 0 mm حتى 3.5 mm. تبقى المنطقة الملونة من السابر مرئيةً بالكامل حتى في أعرق منطقة من السدس المفحوص. لا يوجد أية تراكمات قلبية أو حواف حشوات أو تيجان سيئة. يوجد نزف بسيط عند السبر. التدبير السريري يكون بإعطاء تعليمات الصحة الفموية.

عند القيمة 2 تتراوح الجيوب ما بين 0 mm حتى 3.5 mm. تبقى المنطقة الملونة من السابر مرئيةً بالكامل حتى في أعرق منطقة من السدس المفحوص. يوجد تراكمات قلبية فوق أو تحت لثوية أو عوامل مؤهبة لتراكمها كالحواف السيئة للحشوات أو التيجان أو وجود جهاز تقويمي. التدبير السريري يكون بإعطاء تعليمات الصحة الفموية و إزالة القلح و تصحيح وضع العوامل المؤهبة للتراكومات.

ملاحظة: عند كل من القيم 0 و 1 و 2 فإنه يجب أن تتم إعادة المعاينة بفواصل سنة على الأكثر.

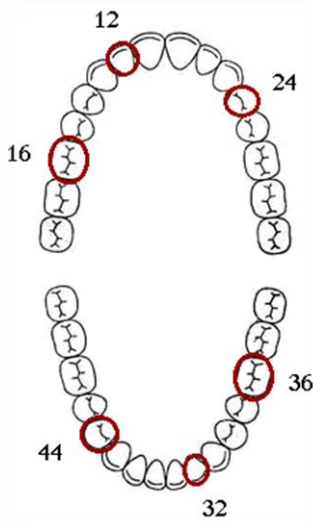
عند القيمة 3 تتراوح الجيوب ما بين 3.5 mm حتى 5.5 mm. تكون المنطقة الملونة من السابر اللثوي مرئيةً جزئياً في أعرق جيب من السدس المفحوص. التدبير السريري يكون كما في المعالجة للقيمة 2 و لكن المعالجة هنا تتطلب وقتاً أكثر، كما يجب تسجيل قيم النزف و اللويحة قبل البدء بالمعالجة و بعد إنهاء المعالجة، و أيضاً عند المراجعة اللاحقة و التي يجب أن تكون بعد حوالي 3 أشهر على الأكثر.

عند القيمة 4 تكون الجيوب بعمق 5.5 mm أو أكثر. تكون المنطقة الملونة من السابر اللثوي غير مرئيةً بالكامل في أعرق منطقة من السدس المفحوص، مما يدل على عمق

يبلغ على الأقل حوالي 6 mm. التدبير السريري يجب أن يشمل سبر كامل الجيوب و تسجيل قيم مشعرات اللثة و اللويحة و النزف لكامل الفم و تقييم الانحسارات و إصابات مفترق الجذور، كما يجب أيضاً أخذ صور شعاعية ذروية للمناطق التي تظهر فيها جيوب تبلغ 7 mm أو أكثر و في مناطق إصابات مفترق الجذور. بعد ذلك يجب إجراء المعالجة حول السنية الشاملة متضمنة إجراءات الصحة و الرعاية الفموية و التقليل و التنضير و تسوية الجذور بالإضافة إلى حاجة بعض الحالات إلى الصادات الحيوية جهازياً أو موضعياً. يجب أن تتم المعالجات في هذه الحالة من قبل الطبيب الاختصاصي.

III. حول مشعر الـ *PI of Silness & Loe*

إن قياس حالة النظافة والعناية الفموية باستخدام مشعر اللويحة لـ *Loe* و *Silness* يعتمد على تسجيل قيم التراكمات الطرية على الأسنان الموضحة في الشكل، مع ملاحظة أن الأسنان المفقودة لا يتم أخذ بديل عنها (Cappelli et al, 2008) (WHO, 2013).



الشكل 2: الأسنان المعيارية في قياس مشعر اللويحة أو أسنان Ramifjord المعيارية

عند الفحص يتم إعطاء كل سطح من السطوح الأربعة للسن قيمة تتراوح بين (0-3). إن القيم المُسجلة من السطوح الأربعة يتم جمعها وتقسيمها على 4 وذلك للحصول على قيمة مُشعر اللويحة للسن وذلك اعتماداً على المعايير التالية (Polverini et al, 2015) (Malmö University, 2017):

القيمة	الدلالة
0	لا يوجد تراكمات
1	طبقة رقيقة من اللويحة تلتصق على الحواف اللثوية الحرة و مجاورة للسن، اللويحة غير مشاهدة بسهولة و لكن يمكن ملاحظتها بتمرير سابر لثوي على سطح السن.
2	تراكمات متوسطة من اللويحة على الحواف اللثوية، ضمن الجيب اللثوي، و/أو مقابل سطح السن، و يمكن مشاهدتها بالعين.
3	كثير من المادة الطرية ضمن الجيب اللثوي و/أو مقابل سطح السن.

الجدول 2: قيم مشعر اللويحة (PI)

و يعدّ مشعر اللويحة أحد أهم المشعرات المستخدمة في الأبحاث البائية و ذلك لدوره في تقييم الرعاية الفموية و اهتمام الفرد بصحة فمه (Cappelli) (Lindhe et al, 2015) (et al, 2008).

IV. حول مشعر الـ *Loe & Silness* **GI**:

إن أكثر المشعرات استخداماً لتقييم التهاب اللثة هو المشعر اللثوي لـ *Loe & Silness* (WHO, 2013). حيث يمكن قياس درجة النزف و اللون و التغيرات البنيوية للثة و تغير بنية الأنسجة و وجود التقرح. فبالنسبة للنزف فهو يعدّ أكثر الخواص الالتهابية أهمية و يعتمد التمييز ما بين الطبيعي و الالتهاب الحقيقي على المشاهدة السريرية للأنسجة حيث تفحص الحالة اللثوية حول كل سن (دهليزي - لساني - أنسي - وحشي) على نفس الأسنان المعيارية المختارة لحساب مشعر اللويحة (Polverini et al, 2016) (Felton et al, 2015).

معايير المشعر اللثوي (GI) ل Silness & Loe : (Park et al, 1995)

القيمة	الدلالة
0	اللثة طبيعية
1	التهاب خفيف، تغير خفيف باللون، وذمة بسيطة، لا يوجد نزف عند السبر
2	التهاب متوسط، احمرار، وذمة، لمعان، نزف عند السبر
3	التهاب شديد، احمرار واضح مع وذمة، تقرح و ميل لنزف عفوي

الجدول 3: قيم مشعر اللثة (GI)

نحصل على المشعر اللثوي لكل فرد بجمع علامات كل سن على حدة و تقسيمها على عدد الأسنان المفحوصة، مع التركيز على خاصة النزف عند السبر، لأنها أكثر دقة من المشاهدة السريرية لتغيرات الشكل و اللون و بنية الأنسجة اللثوية.

ثانياً: الدراسات السابقة

Previous Studies

1. مسح الصحة الفموية المجراة خارج سورية:

في الإمارات العربية المتحدة و في إمارة دبي بالتحديد تم فحص 5671 طفل تراوحت أعمارهم بين 5 و 17 عاماً توزعوا على ثلاث مجموعات حسب العمر. و قد بلغت نسبة انتشار النخور (على أنها كون مشعر ال dmfts/DMFTs أكبر من ال 0) 65.1% و 59.2% و 65.9% على التوالي و كانت متوسطات مشعر ال DMFTs/dmfts

للفئات الثلاث كالتالي 3.87 و 1.83 و 2.70 على التوالي أيضاً

(Al Mashhadani et al, 2017). وفي دراسة أخرى في الإمارات العربية المتحدة، كان

17% فقط من مجمل الأطفال بدون نخور، أي أن 83% من الأطفال كانوا يعانون من نخور فعالة و مشخصة. حيث كان وسطي مشعر ال DMFTs/dmfts (5.1) متراوحاً

ما بين (3.8) في عجمان و (6.6) في دبي. و كان 52% لديهم أكثر من 4 أسنان

DMF (منخورة و مفقودة و محشية) (Elnadeef et al, 2010).

في كوريا الجنوبية، و من أصل 1253 طفلاً تم فحصهم في إطار المسح الصحي الوطني و الذين تراوحت أعمارهم بين 9 إلى 18 عاماً، وُجد أن 808 طفلاً (64.5%) منهم كانوا يعانون من النخور السنية في وقت ما من حياتهم، و أن من بين الأطفال ال 808 كان هناك 582 منهم (أي 72.0%) لم يتلقوا أية معالجات سنية على الإطلاق (Kim et al, 2016).

في الولايات المتحدة الأمريكية عموماً و في ولاية Los Angeles بالتحديد، وُجد أثناء الدراسة التي شملت الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 2 و 13 عاماً، أن معدل انتشار النخور لدى أطفال الولاية أعلى من معدلات انتشار النخور في الولايات المتحدة الأمريكية الأخرى. ففي مرحلة ما قبل المدرسة Preschool (2 و حتى 5 سنة) كان حوالي 40% من أطفال الولاية المذكورة يعانون من النخور السنية في حين أن نظرائهم من نفس الفئة العمرية في عموم الولايات المتحدة الأمريكية الأخرى كان منهم فقط 28% يعانون من النخور السني. أما في الفئة العمرية بين (6 و 13) سنة فقد كان 44% من الأطفال القاطنين في ولاية Los Angeles مصابين بالنخور السنية بالمقارنة مع 27% فقط في عموم الولايات المتحدة الأمريكية الأخرى (Dye et al, 2016). أما في ولاية Utah فقد تبين أن 66% من الأطفال بعمر 6 إلى 9 سنوات قد عانوا من النخور السني في مرحلة ما في حياتهم، و هذا يعني أن النسبة ارتفعت من 52% في عام 2010 إلى 66% في عام 2016. و قد وُجد أن طفلاً من كل 5 أطفال (19%) لديه نخور سنية غير معالجة. يذكر أن هناك ارتفاعاً بسيطاً للنسبة حيث كانت تبلغ 17% في عام 2010. من بين العدد الكلي للأطفال المفحوصين فقد كان هناك 19% بحاجة لمعالجة عاجلة و حوالي 2% بحاجة إلى معالجة إسعافية بسبب الألم و الإنتان (Utah Department of Health, 2016).

عند فحص 1124 طفلاً بعمر 6 سنوات في قطر تبين أن 71.4% من الأطفال كانوا يعانون من النخر السني و بقيمة وسطية لل DMFTs/dmfts الكلي بلغت 4.2. وقد لوحظ أن انتشار النخور لدى الإناث كان أعلى بقليل منه لدى الذكور (Al-Thani et al, 2016).

في إنكلترا، يعاني قرابة ثلث الأطفال الذين هم في الخامسة من العمر من النخر السني. في حين أن النسبة تبلغ في ويلز 41% منخفضةً بذلك بمعدل 6% في المسح الأخير عن سابقه، وذلك بفضل برامج الوقاية التي تم البدء بالعمل بها، ومن المتوقع أن يظهر التأثير الكامل لهذه البرامج الوقائية في الاستبيانات اللاحقة بعد استبيان 2015-2016 (RCS Faculty of Dentistry, 2015).

و في دراسة أخرى شملت الأطفال بعمر 12-15 عاماً في ولاية Madhya Pradesh في الهند، و شملت 690 طفلاً بوسطي أعمار بلغ 13.58 سنة ، حيثُ كانت نسبة انتشار النخور الكلية 47.2% و قد وجد أنه و من بين كامل العينة المفحوصة فإنه فقط 37.7% من الأطفال قد زاروا طبيب الأسنان (Kumar et al, 2015).

في مسح صحي في الفلبين أظهرت الدراسة أن 97% من الأطفال بعمر الـ 6 سنوات كانوا يعانون من النخر السني وأن الـ DMFTs/dmfts الوسطي لديهم بلغ 8.4. و كان 85% من هؤلاء الأطفال لديهم إثنان سني، و 16% أظهروا أعراضاً أثناء الفحص الأمر الذي خلصت منه الدراسة إلى وجود كارثة صامتة على صعيد الصحة العامة (Monse et al, 2015).

نتائج مُشعر الـ DMFTs عند الأطفال بعمر الـ 12 سنة في سويسرا وفقاً للسنين (De Pietro et al, 2015):

1980	1990	2000	2005	2009
6.10	2.30	0.95	0.90	0.80

أما في الأردن و في سياق دراسة حول الصحة الفموية و تحديدأ صحة النسيج اللثوية و حول السنينة لدى الأطفال بعمر 6-11 سنة، أظهرت الدراسة أنه فقط لدى 29.8% من الأطفال كانت اللثة سليمة، في حين أن 38.5% من الأطفال كانوا يعانون من التهاب لثوي طفيف، و 31.4% كانوا يعانون من التهاب لثوي متوسط، و كان 0.3% من الأطفال يعانون من التهاب لثوي شديد. و قد كانت القيم الوسطية لكل من مشعر اللثة و اللويحة 0.77 و 0.61 على التوالي. و أظهرت الدراسة أيضاً أن 36.8% من الأطفال الذين تم فحصهم لم يقوموا بتفريش أسنانهم على الإطلاق. و أوصت الدراسة بإحداث برنامج توعوي طويل الأمد حول الصحة الفموية في المدارس (Rodan et al, 2015).

في ولاية Sichuan جنوب غرب الصين و في إطار دراسة وبائية فموية، وجد الباحثون أن وسطي قيم ال dt لدى الأطفال بعمر 3-5 سنوات بلغ 3.28، و ال DT لدى اليافعين بعمر 12 عاماً بلغ 0.86 و ال DT لدى الفئة العمرية (65-74) عاماً بلغ 5.13، و كانت نسب انتشار النخر في هذه الفئات العمرية 63.47% و 37.20% و 83.20% على الترتيب. و لقد كانت نسبة الأسنان المعالجة قليلة للغاية في جميع الفئات العمرية (0.97% ، 7.24% ، 5.43%). و خلصت الدراسة إلى أن النخور السنينة و أمراض النسيج حول السنينة شائعان و منتشران بشكل كبير في ولاية Sichuan. و أكدت الدراسة أيضاً على ضرورة إجراء تدابير وقائية و علاجية عاجلة (Yin et al, 2017). و في ولاية Yunnan في الصين تم إجراء مسح صحي فموي حيث شملت العينة 823 طفلاً بعمر 12 سنة. و قد كان 40% من العينة المأخوذة يعانون من تجربة سابقة للنخر السنيني و بلغت قيمة ال DMFTs 0.9 و قيمة ال DT 0.8. و كان 93% من الأطفال يعانون من الالتهابات اللثوية و 46% كانت لديهم تراكمات قلبية و بلغ وسطي مشعر ال CPI 1.39، و قد خلصت الدراسة إلى وجود انتشار عالٍ للنخور السنينة لدى المجتمع المدرس بالإضافة إلى كون النسيج حول السنينة في حالة سيئة و

صحة ضعيفة للغاية (Zhang et al, 2015). أما في ولاية Shaanxi غرب الصين فقد أجري مسح صحي فموي للأطفال بعمر 4 إلى 6 سنوات و الأطفال بعمر 12 إلى 15 عاماً و قد كان متوسط مشعر ال DMFTs لفئة ال 12 إلى 15 عاماً مساوياً ل 0.45 و لفئة ال 4 إلى 6 سنوات كان مساوياً ل 3.05. أما بالنسبة لانتشار النخر السني فقد بلغت 23.9% في فئة ال 12-15 و 67% في فئة ال 4-6. أما بالنسبة لوضع النسيج حول السنية فقد لوحظ وجود النزف اللثوي عند 45.2% من الأطفال في فئة 12 إلى 15 و شوهد أيضاً تواجد القلح لدى 62.8% منهم. و خلصت الدراسة إلى أن الصحة الفموية و سلوك العناية بها و مستوى المعرفة بها منخفض و سيء للغاية (Gao et al, 2014).

وفي دراسة أخرى في الصين في ولاية Bulang حول انتشار النخر السني في أطفال سن ما قبل المدارس و شملت 723 طفلاً بعمر 5 سنوات تبين أن نسبة انتشار النخور تبلغ 85% و أن متوسط قيمة مشعر ال dmfts بلغت 5.8 في حين أن متوسط عدد الأسنان التي هي بحاجة إلى معالجة قد بلغ $dt = 5.6$. و كما خلصت الدراسة إلى أن انتشار النخور لدى الأطفال بعمر 5 سنوات في ولاية Bulang وصل إلى مستوى عالٍ للغاية (Zhang et al, 2014a). و في دراسة أخرى في ولاية Bulang أيضاً شملت 873 طفلاً بعمر 12 سنة ، حيث تبين أن انتشار النخور لديهم بلغ 35% و أن وسطي قيمة مشعر ال DMFTs قد بلغت 0.6 و وسطي مشعر ال CPI بلغ 1.29. و خلصت الدراسة أيضاً إلى أن معظم الأطفال كان لديهم لثة نازفة حيث وصلت النسبة إلى 71% و أن 58% من الأطفال المدروسين كان لديهم تراكمات قلبية (Zhang et al, 2014b).

وُجد أن انتشار النخر السني بلغ 58.8% لدى الأطفال بعمر 12 عاماً في تايلاند و ذلك بقيمة وسطية لمشعر ال DMFTs بلغت 1.6، و في عمر 15 عاماً كانت القيم 68.6% و وسطي ال DMFTs بلغ 2.4 (Krisdapong et al, 2013).

تم فحص 289 طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين 5 إلى 12 عاماً في مدينة Vientiane في لاوس، و وجد الباحثون أن انتشار النخر السنّي في العينة كان عالياً للغاية حيث وصل وسطي انتشار النخر السنّي إلى 85.4% و كان الجميع تقريباً لم يتلقوا أية معالجة سنّية سابقة (Besseling et al, 2013).

و في دراسة في مقاطعة Hong Kong شملت حوالي 700 طفل من أطفال سن ما قبل المدرسة و بوسطي أعمار بلغ 0.7 ± 5.3 سنة بلغ مشعر ال dmfts قيمةً وسطيةً قدرها 2.2 و كان 51% من الأطفال ليس لديهم أي تجربة نخرية سابقة أي $dmfts = 0$ و لكن و في ذات الوقت فإن أكثر من 95% من الأسنان المنخورة لم تكن معالجة (Chu et al, 2012a).

وجدت الدراسة في Myanmar أن 42% من الأطفال الذين تم فحصهم و هم بعمر 5 سنوات كان لديهم التهاب لثوي متوسط إلى شديد. و أن 40% من الأطفال المفحوصين بعمر 12 سنة كان لديهم تراكمات قلحية. أما بالنسبة لمتوسطات مشعر ال DMFTs فقد بلغ مشعر ال dmfts في الأطفال بعمر ال 5 سنوات 0.9 و بلغ وسطي مشعر ال GI 1.22 أما ال DMFTs بعمر ال 12 عاماً فقد بلغ 0.2 و كان وسطي مشعر ال CPI لديهم 1.28 (Chu et al, 2012b).

تم فحص ألف طفل في مدينة Karachi في باكستان حيث تراوحت أعمارهم بين 3 و 6 سنوات و تبين أن نسبة انتشار النخور تبلغ 51% بقيمةً وسطيةً لمشعر ال DMFTs/dmfts تبلغ 2.08 و أما بالنسبة للأسنان غير المعالجة DT/dt فبلغ الوسطي 1.95 (Dawani et al, 2012).

إن الخلاصة الإدارية لحالة الصحة الفموية في أوروبا تظهر النتائج التالية بالنسبة

للمجتمع ككل: (Patel, 2012)

البلد	ال DMFT في الثمانينات	ال DMFT في الألفين
النمسا	3.8 (1984)	1.04 (2002)
قبرص	2.2 (1990)	0.65 (2003-2004)
الدنمارك	5 (1980)	0.7 (2008)
فرنسا	4.2 (1987)	1.23 (2006)
ألمانيا	3.8 (1989)	0.7 (2005)
أيرلندا	2.6 (1984)	1.4 (2001)
إيطاليا	4.9 (1986)	1.1 (2004-2005)
ليتوانيا	4.5 (1983)	3.7 (2005)
بولندا	4.4 (1985)	3.2 (2003)
رومانيا	3.1 (1986)	2.8 (2000)
إسبانيا	4.2 (1984)	1.3 (2005)

الجدول 4:

قيم مشعر ال DMFTs في بعض بلدان الاتحاد الأوروبي

في تركيا، حوالي 30.5% فقط من الأطفال بعمر الـ 5 سنوات كانوا خاليين من النخور السنوية، وكان الـ DMFT/dmfts الوسطي لديهم 3.7. أما في عمر 12 سنة فقد بلغ وسطي الـ DMFT 1.9 و 2.3 في عمر 15 سنة، و 10.8 في الفئة العمرية 35-44، وبلغ 25.8 في الفئة العمرية 65-74 سنة. لدى كل من البالغين والمراهقين كان انتشار النخور أعلى لدى الإناث منه عند الذكور. في المناطق الريفية، كان انتشار النخور عالياً في عمر الـ 5 سنوات في حين أن أعلى نسب للـ DMFTs كانت عند الكبار في السن بطبيعة الحال. لقد كان انتشار النخر السنوي متماثلاً لدى الفئات العمرية 12 و 15 سواءً في الريف أم المدن. (Gökalp et al, 2010).

في دراسة في مدينة صنعاء في اليمن، شملت الدراسة 1489 طفلاً بعمر 6 إلى 14 عاماً، كان 4.1% فقط من الأطفال خالين من النخور. وبلغ وسطي مشعر ال GI 1.36 و وسطي مشعر ال PI 1.25 (Al-Haddad et al, 2010).

في ولاية الخرطوم في السودان، بلغ ال DMFTs الوسطي لدى الأطفال في عمر 12 سنة (0.42). إن إنتشار النخور غير المعالجة بلغ (30.5%). كما وُجد أن مشعر اللثة (GI) للأسنان الستة المعيارية كان مساوياً لـ (1.05) ووسطي مُشعر اللويحة كان مساوياً لـ (1.30) (Nurelhuda et al, 2009).

في ولاية New South Wales في أستراليا بلغ ال DMFTs/dmfts لدى الأطفال بعمر 11-12 سنة 0.74 وكان المعدل الوسطي للأسنان المنخورة (DT=0.4) في حين أن ال DMFTs/dmfts للأطفال بعمر 5-6 بلغ 1.53 ووسطي الأسنان المنخورة بلغ (DT=1.1) (Phelan et al, 2009).

وجدت دراسة في إيران أن القيم الوسطية لمشعر ال DMFTs عند الأطفال بعمر 12 سنة هي في انخفاضٍ مُطَرَّدٍ إذ بلغت 4 في عام 1988، و 2.4 في عام 1992، و 2.02 في عام 1995، و 1.5 في عام 1998. و في ذات الوقت فقد تبين في مسح عام 1998 أن فقط 32.8% من الأطفال بعمر 12 سنة كانوا لا يعانون من النخور السنّية (Pakshir, 2004).

II. مسح الصحة الفموية المجرة داخل سورية:

خارج مدينة دمشق

أظهرت دراسة أجريت في مدينة اللاذقية عند الأطفال بعمر 13-15 عاماً أن نسبة انتشار النخور بلغت 67.1% و أن وسطي مشعر ال DMFTs بلغ 2.35 (سلمان و آخرون، 2014). في حين أن دراسة أخرى أجريت في مدينة اللاذقية أيضاً على نفس الفئة العمرية و لكن قبل 7 سنوات من الدراسة آنفة الذكر ، أظهرت أن نسبة انتشار النخر كانت تبلغ 88.47% و أن وسطي مشعر ال DMFTs قد بلغ 2.83 (سلمان، 2007).

و في دراسة أخرى حول انتشار النخر السني في المنطقة الشرقية، تبين أن نسبة انتشار النخر السني عند الأطفال بعمر 6-7 سنوات قد بلغت 80.4%، و كانت القيمة الكلية الوسطية لمشعر ال DMFTs/dmfts مساويةً ل 3.18 (الهنداوي و قوشجي، 2009).

في مدينة دمشق

إن البحث الوحيد المتوافر حول الصحة الفموية وواقعها لدى الأطفال في مدينة دمشق أجري لدى الأطفال بعمر 5 سنوات، ونتج عنه أن الوسطي لل dmfts بلغ (3.27) وكان لدى ما نسبته (61%) من العينة آفات نخرية فعالة (Dashash & Blinkhorn, 2012).

نلاحظ أنه لا يوجد أية معلومات كافية منشورة حول وضع الصحة الفموية بالنسبة للفئة العمرية 8 - 12 سنة في مدينة دمشق على الإطلاق حتى تاريخ إجراء بحثنا الحالي.

الباب الثالث:

فرضيات البحث

Research Hypotheses

لا يوجد أية فرضيات لهذا البحث وإنما تكمن غاية البحث في الوصول في نتائجه إلى تقييم دقيق ومفصل لكل مايلي في عينة البحث (وذلك لكون البحث يعتمد بشكل أساسي على الإحصاء الوصفي لكونه مسحاً صحياً مقطوعياً):

- A. حالة الصحة السنية ممثلة بالقيمة الوسطية النهائية لمشعرات الـ DMFTs و الـ dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و نسب انتشار النخر للمجتمع المدروس.
- B. حالة الصحة اللثوية و حول السنية (صحة النسيج حول السنية) ممثلة بالقيمة الوسطية النهائية لمشعري الـ GI و الـ CPI للمجتمع المدروس.
- C. وضع التراكومات اللويحية و العناية الفموية ممثلين بالقيمة الوسطية النهائية لمشعر اللويحة (PI) للمجتمع المدروس.
- كما سيتم تقييم علاقة بعض المتغيرات و العوامل المختلفة مع بعض المشعرات الدلالية كجزء إضافي للبحث و ليس كقسم أساسي منه.

الباب الرابع:

المواد و الطرائق

Materials & Methods

Research Materials

أولاً: مواد البحث

أدوات الفحص السني (مرايا داخل فموية - مسابر سنية - ملاقط سنية - مسابر لثوية).
أدوات مكافحة العدوى ووسائل الحماية الشخصية (قفازات طبية - كمادات - مطهرات
أسطح - مطهرات أيدي - شانات سنية - لفافات قطنية - شاش طبي - مضامض
Chlorhexidine 0.12% - كاسات بلاستيكية نبوذة)، حبوب كاشفة للويحة، ضوء
رأسي محمول، فرازاكو وأدوات إيضاح سنية.

Research Methods

ثانياً: طرائق البحث

عينة البحث:

I. معايير القبول:

الأطفال في مدينة دمشق والذين يبلغون 8 - 12 عاماً في فترة إجراء البحث.
الأطفال كانوا يقطنون في مدينة دمشق في هذه الفترة.
عدم وجود أية أسباب شخصية (لدى الأطفال أو ذويهم) تمنعهم من المشاركة في البحث.

II. معايير الاستبعاد:

الأطفال المصابون بأمراض جهازية أو تنورية أو حركية.
وجود معالجة تقويمية حالية.

III. حجم العينة:

بما أنه من شبه المستحيل القيام بفحص جميع الأطفال في مدينة دمشق والبالغين 8 - 12 عاماً بسبب العدد الكبير لأفراد هذا المجتمع الإحصائي، فإنه قد وجب القيام بفحص عينة ممثلة لهذا المجتمع الإحصائي الأكبر مع مراعاة العوامل الاجتماعية والسكانية والاقتصادية والثقافية والبيئية لكي تكون هذه العينة ممثلة للمجتمع المدروس. و بالاعتماد على برنامج G-Power و توصيات منظمة الصحة العالمية و بالرجوع إلى الدليل العملي لتحديد حجوم العينات للدراسات الطبية و الصادر أيضاً عن منظمة الصحة العالمية و جداول الحد الأدنى للاعتيان (Lwanga & Peacock, 2011) (Peacock & Peacock, 2011) (Lemshow, 1991)، تم تحديد حجم العينة ب 1200 طفل وفقاً لنظام الاختيار العشوائي بطريقة الاعتيان الطبقي العنقودي متعدد المراحل و ذلك عند مستوى ثقة 95% و على اعتبار أن نسبة انتشار النخور في المجتمع الأصلي تقدر ب 50% و هي النسبة الأكثر أماناً احصائياً (Ramakrishna, 2017) كما تم تحديد درجة الدقة المطلقة المطلوبة للنتائج المراد الحصول عليها ب 0.05 فكان حجم العينة وفقاً لكل مما سبق 1278 طفل. و لزيادة الثقة فقد تم رفع الدقة المطلقة المطلوبة للنتائج المراد الحصول عليها فأصبحت 0.03 فارتفع حجم العينة إلى 1444 طفل. و حرصاً على مصداقية البحث فقد تم اعتماد حجم العينة على أنه 1500 طفل و ذلك لتلافي وجود أية حالات قد تستبعد لأي سببٍ ممكن، الأمر الذي قد يؤدي إلى انخفاض حجم العينة (Ward, 2012) (Guest et al, 2013). علماً أنه ومن عدة دراسات سابقة في مجتمعات ذات معدلات نمو سكانية أكبر من تلك التي هي لدينا في مدينة دمشق وفي مناطق ذات تعداد سكاني أكبر كان حجم العينة حوالي الـ 1000 طفل فقط.

أيضاً تم أخذ قائمة مفصلة بالمدارس من وزارة التربية. كذلك تمت مراجعة مديرية صحة مدينة دمشق للحصول على الخريطة الصحية المفصلة.

آلية العمل:

تم أخذ المعلومات الشخصية لكل طفل وبشكل دقيق حيث تشمل: الاسم الكامل - الجنس - اسم الوالد و الوالدة - تاريخ الميلاد الدقيق والعمر الحالي - مكان الولادة - مكان الإقامة الحالي - السكن السابق إن وجد - الصف - رقم خاص يعطى لكل طفل مشارك للتمييز والتعداد - عدد أفراد العائلة الكلي.

تم تقييم وجود أية حالات طبية خاصة أو احتياجات خاصة و السؤال عنها لكل طفل. تم تقييم تراكم اللويحة وذلك باستخدام الحبوب الكاشفة للويحة وتسجيل النتائج لكل طفل.

تسجيل قيم مشعري الـ DMFTs و الـ dmfts المفصلة والكلية ثم كان يتم الطلب من الطفل أن يتمضمض حوالي دقيقة إلى دقيقتين باستخدام مضمضة الـ Chlorhexidine 0.12% وذلك قبل إجراء السبر حول السني لتسجيل قيم الـ CPI بشقيه المتعلق بالنزف اللثوي وعمق الجيوب بالإضافة إلى تسجيل قيمة المشعر اللثوي GI. وهنا كان يتم أخذ الحيطه والحذر لكي لا يتم تسجيل أي قيم خاطئة للجيوب وذلك نتيجة للنشاط البزوعي في سن حديثة البزوغ وغير مستقرة بعد. تم جعل الأطفال يتمضمضون بالـ Chlorhexidine 0.12% قبل السبر حول السني وذلك لضمان سلامة عملية السبر حول السني دون حصول أية عواقب سلبية على الصحة العامة للأطفال، وفي حال كان من الصعب على الطفل القيام بالمضمضة بشكل جيد فإنه كان يتم تنظيف الفم باستخدام لفافات القطن المشربة بالـ Chlorhexidine 0.12%.

بالإضافة إلى كل ما سبق فإن الأطفال المشاركين في البحث تم إعطاؤهم تعليمات الصحة الفموية وكيفية تنظيف الأسنان بشكل أفضل أثناء الفحص لكل طفل و من ثم ضمن مجموعات وذلك بغية الحصول على صحة فموية جيدة (هذا الجزء هو عمل تطوعي و بجهد شخصي وليس جزءاً أساسياً من البحث).

الباب الخامس:

النتائج و الدراسة الإحصائية

Results & Statistical Study

Sample Description

أولاً: وصف العينة

ا. توزع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل:

تألفت عينة البحث من 1500 طفل كان منهم 745 أنثى (49.7% من العينة) و 755 ذكر (50.3% من العينة).

اا. توزع عينة البحث وفقاً لمتغير الفئة العمرية للطفل و الجنس معاً:

تألفت عينة البحث من ثلاث مجموعات كالتالي:

المجموعة الأولى: [8-10]

شملت الأطفال الذين أتموا الثامنة من العمر و لم يبلغوا العاشرة بعد و تألفت من 450 طفل (أي 30% من العينة الكلية) و كان منها 191 من الذكور و 259 من الإناث.

المجموعة الثانية: [10-12]

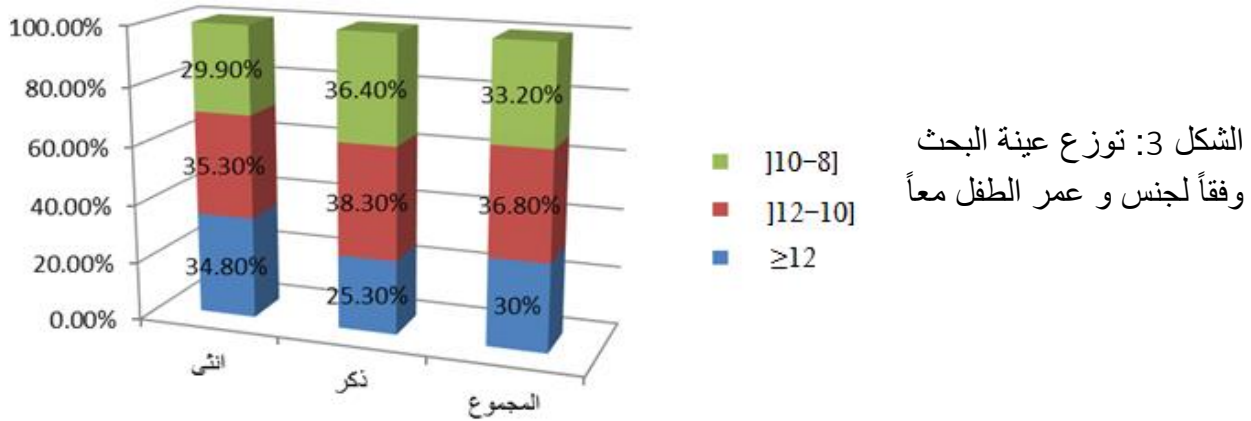
شملت الأطفال الذين أتموا العاشرة من العمر و لم يبلغوا الثانية عشرة بعد و تألفت من 552 طفل (أي 36.8% من العينة الكلية) و كان منها 289 ذكور و 263 إناث.

المجموعة الثالثة: 12

شملت الأطفال الذين أتموا الثانية عشرة من العمر و تألفت من 498 طفل (أي 33.2% من العينة الكلية) و كان منها 275 من الذكور و 223 من الإناث.

المجموع		ذكر		انثى		عمر الطفل (سنوات)
%	N	%	N	%	N	
30	450	25.3	191	34.8	259	[10-8]
36.8	552	38.3	289	35.3	263	[12-10]
33.2	498	36.4	275	29.9	223	12
100	1500	100	755	100	745	المجموع

الجدول 5: توزع عينة البحث وفقاً لجنس و عمر الطفل معاً



III. توزيع عينة البحث وفقاً للمنطقة المدروسة:

تم اعتماد الخريطة الصحية المأخوذة من وزارة الصحة لتحديد القطاعات الصحية كما تمت الاستفادة من خريطة مدينة دمشق و المعتمدة من كل من محافظة دمشق و وزارة الإدارة المحلية لتحديد إطار البحث المكاني بشكل دقيق، و مما سبق فقد تم تحديد المناطق كالتالي:

- المنطقة الأولى: و تشمل الزاهرة - الميدان - باب مصلى - المجتهد - البرامكة
- المنطقة الثانية: و تشمل ابن عساكر - صناعة - باب شرقي - دمشق القديمة
- المنطقة الثالثة: و تشمل المزة كاملة
- المنطقة الرابعة: و تشمل المهاجرين - العفيف - الجسر الأبيض - عرنوس
- المنطقة الخامسة: و تشمل دمر - مشروع دمر - التوسع - مساكن العرين
- المنطقة السادسة: و تشمل كفرسوسة - اللوان - بيادر نادر
- المنطقة السابعة: و تشمل ركن الدين - مساكن برزة
- المنطقة الثامنة: و تشمل قصور - قصاع - غساني - عباسيين
- المنطقة التاسعة: و تشمل المالكي - أبو رمانة - الشعلان

و قد كان توزع عينة البحث كما يلي:

المنطقة المدروسة	عدد الأطفال	النسبة المئوية
المنطقة 1	194	12.9
المنطقة 2	155	10.3
المنطقة 3	159	10.6
المنطقة 4	150	10.0
المنطقة 5	197	13.1
المنطقة 6	150	10.0
المنطقة 7	153	10.2
المنطقة 8	191	12.7
المنطقة 9	151	10.1
المجموع	1500	100.0

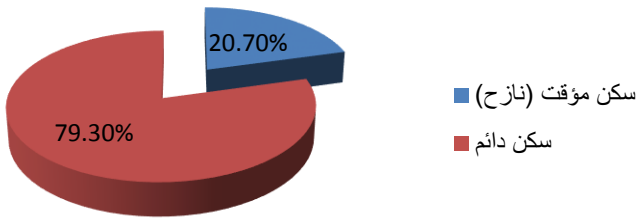
الجدول 6: توزع عينة البحث وفقاً للمنطقة المدروسة

١٧. توزع عينة البحث وفقاً للسكن الحالي للطفل:

تبين أثناء القيام بالمسح الصحي أن 311 طفلاً (أي ما يعادل 20.7%) من الأطفال الذين تم فحصهم و يقطنون داخل مدينة دمشق يسكنون في سكن مؤقت و ذلك نظراً للظروف الراهنة. في حين أن البقية من أطفال العينة 1189 (أي ما يعادل 79.3%) يقطنون في سكن دائم.

سكن الطفل	عدد الأطفال	النسبة المئوية
سكن مؤقت (نازح)	311	20.7
سكن دائم	1189	79.3
المجموع	1500	100.0

الجدول 7: توزع عينة البحث وفقاً للسكن الحالي للطفل



الشكل 4: توزع عينة البحث وفقاً للسكن الحالي للطفل بيانياً

٧. توزع عينة البحث وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل:

تبين بعد جرد و فرز نتائج المسح أن حوالي 26% من الأطفال كانوا لعائلات من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع و حوالي 33% من الأطفال كانوا لعائلات من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط. في حين أن حوالي 41% من الأطفال كانوا لعائلات من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض.

لتحديد المستوى الاقتصادي و الاجتماعي فقد تم اعتماد المعايير المتبعة في كل من الباحثين التاليين (Nurelhuda et al, 2009) و (Dashash & Blinkhorn, 2012).

حيث اعتمد الباحثون في هذين البحثين على مقاطعة مجموعة من العوامل التي هي إما أن تكون مؤثرة على الدخل العائلي أو أنه يستدل منها الوضع المادي للعائلة للوصول إلى أفضل تقدير فعلي للحالة الاقتصادية و الاجتماعية للعائلة. من هذه العوامل:

الحالة الثقافية للأب - الحالة الثقافية للأم - مهنة الأب - مهنة الأم - السكن (دائم/مؤقت) - عدد أفراد العائلة - وفاة أحد الوالدين - لباس الطفل و درجة العناية به - النظافة الشخصية للطفل.

النسبة المئوية	عدد الأطفال	المستوى الاقتصادي والاجتماعي للعائلة
25.8	387	مرتفع
33.1	496	متوسط
41.1	617	منخفض
100	1500	المجموع

الجدول 8: توزع عينة البحث وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل

٧١. توزع عينة البحث وفقاً لحجم عائلة الطفل:

الصغيرة: حتى 4 أشخاص، المتوسطة: 5-7 أشخاص، الكبيرة: أكثر من 7 أشخاص.

تم اعتماد هذا التقسيم وفقاً لمبدأ التوزيع المجتمعي النسبي و الدليل الإرشادي لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 2013).

كان 20.5% من الأطفال (308 أطفال) لعائلات صغيرة، و 70.2% من الأطفال (1055) لعائلات متوسطة الحجم، في حين أن 9.3% من الأطفال (139) كانوا لعائلات كبيرة الحجم.

تم تسجيل النخور والترميمات والفقد في أسنان كل طفل وطفلة من عينة البحث، ثم تم حساب قيم ال DMFT للأسنان الدائمة في كامل الفم وفي منطقة الأرحاء الدائمة (لكون الاستقصاء الأولي بين أنها أكثر الأسنان إصابةً على الإطلاق، أي الأرحاء الأولى الدائمة بالتحديد) ، وقيم dmft للأسنان المؤقتة في كامل الفم، كما تم تحديد وجود النخور وعدم وجودها عند كل طفل وطفلة من أطفال عينة البحث، ثم تم حساب النسب المئوية لوجود النخر أو بعبارة أخرى نسب انتشار النخر. كما تمت دراسة مشعر PI، مشعر ال GI، مشعر ال CPI للأطفال بعمر 12 سنة، وتم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغيرات جميعاً. أيضاً تم دراسة تأثير العوامل التالية على قيم المشعرات و على كل من المتغيرات المدروسة في عينة البحث (و ذلك كجزء إضافي على البحث)، العوامل هي:

1. المناطق المختلفة
2. الفئات العمرية
3. الجنس
4. السكن الحالي (النزوح)
5. المستوى الاقتصادي الاجتماعي
6. عدد أفراد الأسرة
7. الزيارات السابقة لطبيب الأسنان

و بناءً عليه فقد كانت النتائج مع التحاليل الإحصائية كما يلي:

A. مشعر انتشار النخر:

1. انتشار النخر السنّي عند أطفال العينة (حسب المناطق):

المنطقة المدروسة	عدد الأطفال			النسبة المئوية	
	لا يوجد نخر	يوجد نخر	المجموع	لا يوجد نخر	يوجد نخر
1	25	169	194	12.9	87.1
2	27	128	155	17.4	82.6
3	32	127	159	20.1	79.9
4	41	109	150	27.3	72.7
5	19	178	197	9.6	90.4
6	47	103	150	31.3	68.7
7	51	102	153	33.3	66.7
8	55	136	191	28.8	71.2
9	17	134	151	11.3	88.7
المجموع	314	1186	1500	20.9	79.1

الجدول 9: انتشار النخر السنّي عند أطفال العينة (حسب المناطق)

يوضح الجدول 9 نسب انتشار النخر السنّي في كل منطقة من المناطق كما يوضح أيضاً أعداد أطفال العينة الذين كانوا يعانون من النخر السنّي و الذين كانوا خالين تماماً من أية نخورٍ سنّية. و لدراسة فيما إذا كان هناك أية علاقة بين التوزع الجغرافي و انتشار النخر السنّي فإنه تمت الدراسة الإحصائية التالية:

المتغيران المدروسان= المنطقة المدروسة x انتشار النخر السنّي				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	67.377740	8	.000	يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 10: التحليل الإحصائي المجري بخصوص وجود أية علاقة مفترضة بين المنطقة المدروسة و انتشار النخر السنّي

يتبين من الدراسة الإحصائية أن قيمة مستوى الدلالة P-Value بلغت 0.000 أي أنه يوجد فرق دال إحصائياً و عليه فإن هناك علاقة قائمة تربط التوزع الجغرافي بانتشار النخر السنّي و يمكن القول بناءً عليه أن هناك مناطق يكون فيها انتشار النخر أعلى من مناطق أخرى و تحتاج إلى عناية وقائية خاصة تستهدفها.

نلاحظ من الجدول 9 أن نسبة انتشار النخر في مدينة دمشق ككل تبلغ 79.1% و أن أعلى نسبة لانتشار النخر السني في مدينة دمشق كانت في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر - توسع مشروع دمر ...) إذ تبلغ 90.4%. و تبلغ نسبة انتشار النخر السني 66.7% في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين - مساكن برزة ..) و هي أخفض نسبة لانتشار النخر السني في مدينة دمشق.

II. انتشار النخر السني عند أطفال العينة (توزع حسب العمر و حسب الجنس):

جنس الطفل		عدد الأطفال			النسبة المئوية	
		لا يوجد نخر	يوجد نخر	المجموع	لا يوجد نخر	يوجد نخر
إناث	العمر	[10-8]	28	231	10.8	89.2
		[12-10]	67	196	25.5	74.5
		12	58	165	26	74
	مجموع		153	592	20.5	79.5
ذكور	العمر	[10-8]	27	164	14.1	85.9
		[12-10]	59	230	20.4	79.6
		12	75	200	27.3	72.7
	مجموع		161	594	21.3	78.7
المجموع	العمر	[10-8]	55	395	12.2	87.8
		[12-10]	126	426	22.8	77.2
		12	133	365	26.7	73.3
	مجموع		314	1186	20.9	79.1

الجدول 11: انتشار النخر السني عند أطفال العينة حسب العمر والجنس

المتغيران المدروسان = عمر الطفل * انتشار النخر السني				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	31.856	2	.000	يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 12: الدراسة الإحصائية بخصوص وجود أية علاقة محتملة بين انتشار النخر السني و عمر الطفل

المتغيران المدروسان=جنس الطفل* انتشار النخر السني				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	.141	1	.708	لا يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 13: الدراسة الإحصائية بخصوص وجود أية علاقة محتملة بين انتشار النخر السني و جنس الطفل

يوضح الجدول 11 التعداد التفصيلي لحالات النخور و ذلك ضمن كل فئة عمرية و كمجموع كلي أيضاً. يتبين من الدراسة الإحصائية في الجدول 12 أن قيمة مستوى الدلالة بلغت 0.000 أي أنه يوجد فرق دال إحصائياً و عليه فإن هناك علاقة قائمة، أي أنه يوجد دلالة على فروق بين المجموعات العمرية المختلفة في انتشار النخر عند الأطفال. أما في الجدول 13 فقد كانت قيمة ال P Value أكبر من 0.05 حيث بلغت 0.708 و عليه فإنه لا يوجد دلالة على فروق بين الذكور والإناث في انتشار النخر السني.

III. تأثير السكن الحالي للطفل على انتشار النخر السني عند أطفال العينة:

السكن الحالي	عدد الأطفال			النسبة المئوية	
	لا يوجد نخر	يوجد نخر	المجموع	لا يوجد نخر	يوجد نخر
سكن مؤقت (نازح)	61	250	311	19.6%	80.4%
سكن دائم	253	936	1189	21.3%	78.7%
المجموع	314	1186	1500	20.9%	79.1%

الجدول 14: نسبة انتشار النخور وفقاً للسكن الحالي للطفل

المتغيران المدروسان= السكن الحالي x انتشار النخر السني				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	.413	1	.521	لا يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 15: يوضح الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة لتأثير السكن الحالي للطفل على انتشار النخر السني عند أطفال العينة

من الجدول 15 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد أية فروق دالة إحصائية و بالتالي فإنه لا يوجد أية فروق جوهرية في انتشار النخر بين الأطفال الذين هم في سكنٍ مؤقت عن نظرائهم الذين لم ينزحوا عن بيوتهم.

١٧. انتشار النخر السني عند أطفال العينة وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

النسبة المئوية	عدد الأطفال			المستوى الاقتصادي والاجتماعي
	لا يوجد نخر	يوجد نخر	المجموع	
مرتفع	117	270	387	69.8%
متوسط	96	400	496	80.6%
منخفض	101	516	617	83.6%
المجموع	314	1186	1500	79.1%

الجدول 16: نسبة انتشار النخر وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل

المتغيران المدروسان = المستوى الاقتصادي الاجتماعي x انتشار النخر السني				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	28.731	2	.000	يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 17: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة لتأثير المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل على انتشار النخر السني عند أطفال العينة

من الجدول 17 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P value هي أقل من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق دالة إحصائية و عليه فإنه هناك علاقة واضحة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و انتشار النخر السني. من الجدول 16 يتبين لنا أن أعلى نسبة لانتشار النخر كانت لدى الأطفال الذين ينتمون لعائلات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض حيث بلغت 83.60%.

٧. انتشار النخر وفقاً لحجم العائلة:

النسبة المئوية		عدد الأطفال			حجم العائلة (عدد أفراد الأسرة)
يوجد نخر	لا يوجد نخر	المجموع	يوجد نخر	لا يوجد نخر	
71.8%	28.2%	308	221	87	$4 \geq$
80.2%	19.8%	1053	844	209	7-5
87.1%	12.9%	139	121	18	$7 <$
79.1%	20.9%	1500	1186	314	المجموع

الجدول 18: انتشار النخر السنّي وفقاً لحجم العائلة عند أطفال العينة

المتغيران المدروسان = حجم العائلة x انتشار النخر السنّي				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	16.055	2	.000	يوجد فروق دالة إحصائية

الجدول 19: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة لتأثير حجم عائلة الطفل على انتشار النخر السنّي عند أطفال العينة

نلاحظ من الجدول 19 أن قيمة ال P value هي أقل من 0.05 و بالتالي فإنه هناك فروق دالة إحصائية أي أنه يوجد علاقة بين حجم عائلة الطفل و انتشار النخر السنّي عند الأطفال و من الجدول 18 نلاحظ أن أعلى نسبة لانتشار النخر السنّي كانت عند الأطفال الذين ينتمون لعائلات كبيرة و أقل نسبة هي عند العائلات صغيرة.

٧١. انتشار النخر وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

النسبة المئوية		عدد الأطفال			الزيارات السابقة لطبيب الأسنان
يوجد نخر	لا يوجد نخر	المجموع	يوجد نخر	لا يوجد نخر	
85.0%	15.0%	354	301	53	لا يوجد زيارات سابقة
77.9%	22.1%	1026	799	227	زيارات غير منتظمة
71.7%	28.3%	120	86	34	زيارات منتظمة
79.1%	20.9%	1500	1186	314	المجموع

الجدول 20: نسبة انتشار النخر وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان

المتغيران المدروسان= الزيارات السابقة لطبيب الأسنان x انتشار النخر السني				
عدد الأطفال	قيمة كاي مربع	درجات الحرية	قيمة مستوى الدلالة المقدرة	دلالة الفروق
1500	12.452	2	.002	يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 21: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نسبة انتشار النخر و الزيارات السابقة لطبيب الأسنان

يتضح من الجدول 21 أن هناك علاقة بين الزيارات السابقة لطبيب الأسنان و انتشار النخر لدى الأطفال و ذلك أن ال P value أقل من 0.05 و بالتالي فإنه هناك فرق ذو دلالة إحصائية. نجد من الجدول 20 أن أعلى نسبة لانتشار النخر هي عند الأطفال الذين لا يوجد لديهم أية زيارات سابقة الأمر الذي يوضح بشكل أكبر حجم و شدة الوباء السني المنتشر. كما يتضح أيضاً أن أعلى نسبة لعدم وجود النخر هي عند الأطفال الذين لديهم زيارات منتظمة.

B. مشعر dmft للأسنان المؤقتة:

ا. متوسطات قيم الـ dmft (وفقاً للمناطق المختلفة)

الأسنان المنخورة dt

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean dt	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA
1	194	3.41	3.170	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	2.38	2.584	
3	159	.75	1.680	
4	150	.71	1.217	
5	197	3.79	2.662	
6	150	.63	1.261	
7	153	2.08	2.383	
8	191	1.00	1.483	
9	151	1.72	2.120	
المجموع	1500	1.91	2.481	

الجدول 22: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي الأسنان المؤقتة المنخورة و التوزع وفقاً للمناطق

الأسنان المفقودة mt

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	SD ±	mean mt	عدد الأطفال	المناطق المدروسة
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.152	.55	194	1
	.672	.15	155	2
	.157	.03	159	3
	1.136	.31	150	4
	.922	.55	197	5
	.457	.11	150	6
	1.505	.70	153	7
	.728	.18	191	8
	.317	.08	151	9
	.916	.31	1500	المجموع

الجدول 23: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي الأسنان المؤقتة المفقودة و التوزيع وفقاً للمناطق

الأسنان المرممة ft

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	SD ±	mean ft	عدد الأطفال	المناطق المدروسة
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	.965	.35	194	1
	.762	.28	155	2
	.157	.03	159	3
	.560	.15	150	4
	.986	.39	197	5
	.539	.13	150	6
	1.136	.52	153	7
	.937	.31	191	8
	.563	.17	151	9
	.814	.27	1500	المجموع

الجدول 24: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي الأسنان المؤقتة المرممة و التوزيع وفقاً للمناطق

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean dmfts	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA
1	194	4.30	3.667	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	2.77	2.995	
3	159	.80	1.687	
4	150	1.16	1.935	
5	197	4.71	2.959	
6	150	.87	1.569	
7	153	3.30	2.978	
8	191	1.49	1.891	
9	151	1.97	2.312	
المجموع	1500	2.47	2.941	

الجدول 25: يوضح الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر الـ dmft و التوزع وفقاً للمناطق

نجد من الجداول 22 و 23 و 24 و 25 أن قيم الـ P value أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائية أي أنه يوجد علاقة بين كل من وسطي الأسنان المؤقتة المنخورة و وسطي الأسنان المؤقتة المفقودة و وسطي الأسنان المؤقتة المرممة و وسطي قيم مشعر dmfts من جهة و التوزع وفقاً للمناطق من جهة أخرى.

كما نجد مما سبق أن أعلى قيمة لوسطي الأسنان المؤقتة المنخورة dt بلغت 3.79 و ذلك في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر، التوسع ..) في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.63 و ذلك في المنطقة السادسة (قطاع تنظيم كفرسوسة، اللوان ..). كما نجد مما سبق أيضاً أن أعلى قيمة لوسطي الأسنان المؤقتة المفقودة mt بلغت 0.70 و ذلك في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة ..) في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.03 و ذلك في المنطقة الثالثة (قطاع المزة ..). و أيضاً فإن أعلى قيمة لوسطي الأسنان المؤقتة المرممة ft بلغت 0.52 و ذلك في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة ..)، و أقل قيمة لوسطي الأسنان المؤقتة المرممة ft بلغت 0.03 و ذلك في المنطقة الثالثة (قطاع المزة ..). كما نجد مما سبق أن أعلى قيمة لوسطي مشعر dmft

بلغت 4.71 و ذلك في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر، التوسع ..)، في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.80 و ذلك في المنطقة الثالثة (قطاع المزة ..).

بلغ وسطي مشعر ال dmfts لمدينة دمشق في المجتمع المدروس 2.47، و وسطي الأسنان المؤقتة المنخورة 1.91، و وسطي الأسنان المؤقتة المفقودة 0.31، و وسطي الأسنان المؤقتة المرممة 0.27.

نلاحظ أن نسبة الأسنان المؤقتة المرممة ft إلى القيمة الكلية لوسطي المشعر dmfts هي لا تتجاوز 11% (10.9%) الأمر الذي يدل على ضعف اهتمام الأهل بعلاج أسنان أطفالهم عموماً و المؤقتة منها خصوصاً و عدم انتشار ثقافة العلاج و الاهتمام بأسنان الأطفال و صحتهم الفموية.

II. مشعر ال dmft عند أطفال العينة (توزع حسب العمر والجنس):

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	12	[12-10]	[10-8]	
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	.67± 1.346	1.50± 1.990	3.78± 2.873	dt
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	.08± .407	.24± .836	.64± 1.261	mt
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	.09± .419	.29± .870	.44± 1.013	ft
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	.84± 1.652	2.01± 2.360	4.85± 3.179	dmft

الجدول 26: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم مشعر ال dmfts

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدره p-value T-Test	ذكور (n = 755)	إناث (n = 745)	
لا يوجد فروق دالة احصائياً	.302	1.85± 2.487	1.98± 2.475	dt
يوجد فروق دالة احصائياً	.021	.36± .955	.25± .872	mt
لا يوجد فروق دالة احصائياً	.422	.28± .839	.25± .789	ft
لا يوجد فروق دالة احصائياً	.949	2.48± 2.988	2.47± 2.894	dmft

الجدول 27: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم مشعر ال dmfts

من الجدول 26 نلاحظ أن قيمة ال P Value بالنسبة للدراسة الإحصائية المتعلقة بالعلاقة المفترضة بين العمر و قيمة مشعر ال dmfts أقل من 0.05 و بالتالي فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإنه يوجد علاقة بين قيمة مشعر ال dmfts و عمر الطفل، و نلاحظ من الجدول 27 أن قيمة ال P Value بالنسبة للدراسة الإحصائية المتعلقة بالعلاقة المفترضة بين الجنس و قيمة مشعر ال dmfts أكبر من 0.05 و بالتالي فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإنه لا يوجد علاقة بين قيمة مشعر ال dmfts و و جنس الطفل.

III. تأثير السكن الحالي المدروس على مشعر ال dmft عند أطفال العينة:

قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value T-Test	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي mean	عدد الأطفال	السكن الحالي
.743 لا يوجد فروق دالة احصائياً	2.619	1.95	311	مؤقت
	2.445	1.90	1189	دائم
	2.481	1.91	1500	المجموع
.991 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.902	.31	311	مؤقت
	.920	.31	1189	دائم
	.916	.31	1500	المجموع
.017 يوجد فروق دالة احصائياً	.694	.17	311	مؤقت
	.842	.29	1189	دائم
	.814	.27	1500	المجموع
.703 لا يوجد فروق دالة احصائياً	3.057	2.42	311	مؤقت
	2.910	2.49	1189	دائم
	2.941	2.47	1500	المجموع

الجدول 28: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال dmfts

نلاحظ من الدراسة الإحصائية الموضحة في الجدول 28 أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و بالتالي فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و لا وجود لعلاقة مبرهنة بين كون السكن الحالي دائماً أو مؤقتاً و قيمة مشعر ال dmfts.

IV. مشعر ال dmft عند أطفال العينة وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي:

قيمة مستوى الدلالة المقدره p-value ANOVA	متوسطات قيم ال dmft وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	2.347	1.50	387	مرتفع	dt
	2.248	1.87	496	متوسط	
	2.697	2.20	617	منخفض	
	2.481	1.91	1500	المجموع	
.004 يوجد فروق دالة احصائياً	.803	.20	387	مرتفع	mt
	.762	.28	496	متوسط	
	1.076	.39	617	منخفض	
	.916	.31	1500	المجموع	
.114 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.945	.34	387	مرتفع	ft
	.785	.25	496	متوسط	
	.745	.23	617	منخفض	
	.814	.27	1500	المجموع	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	2.711	2.04	387	مرتفع	tt
	2.632	2.39	496	متوسط	
	3.260	2.82	617	منخفض	
	2.941	2.47	1500	المجموع	

الجدول 29: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال dmfts

من الدراسة الإحصائية الموضحة في الجدول 29 نجد أن قيمة ال P Value أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و قيمة مشعر ال dmfts. كما نجد أن أعلى وسطي قيم للمشعر dmfts هي عند الأطفال الذين ينتمون إلى المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض يليهم المتوسط ثم المرتفع. و يمكن أن يكون ذلك نتيجة لغياب وسائل العناية الشخصية لدى ذوي الدخل الأقل أو حتى غياب الوارد الغذائي الكافي لتأمين الاحتياجات الأساسية من العناصر الغذائية و المعادن المختلفة.

٧. مشعر ال dmft وفقاً لحجم العائلة:

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم ال dmft وفقاً لحجم العائلة				حجم العائلة
	SD الانحراف المعياري	Mean المتوسط الحسابي	N		
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	2.722	2.10	308	4 ≥	dt
	2.299	1.72	1053	7-5	
	2.953	2.91	139	7 <	
	2.481	1.91	1500	المجموع	
.655 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.892	.30	308	4 ≥	mt
	.921	.30	1053	7-5	
	.935	.37	139	7 <	
	.916	.31	1500	المجموع	
.344 لا يوجد فروق دالة احصائي	.693	.25	308	4 ≥	Ft
	.873	.28	1053	7-5	
	.568	.18	139	7 <	
	.814	.27	1500	المجموع	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	3.130	2.63	308	4 ≥	Dmft
	2.808	2.30	1053	7-5	
	3.282	3.45	139	7 <	
	2.941	2.47	1500	المجموع	

الجدول 30: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال dmfts

من الدراسة الإحصائية الموضحة في الجدول 30 نجد أن قيمة ال P Value أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإن هناك علاقة بين حجم عائلة الطفل و قيمة مشعر ال dmfts. و نجد أيضاً أن أعلى وسطي قيم للمشعر dmfts يكون عند الأطفال الذين ينتمون إلى عائلات كبيرة.

٧. مشعر ال dmft وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

نلاحظ من الجدول 31 و من الدراسة الإحصائية الموضحة فيه أن قيمة ال P Value أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية. أيضاً نجد أن أعلى وسطي قيم للمشعر dmfts يكون عند الأطفال الذين لا توجد لديهم اية زيارات سابقة إلى طبيب الأسنان. و تكون قيمة المشعر dmfts لدى هؤلاء هي قيمة ال dt و ال mt لعدم

وجود أية أسنان مرممة. أي أن القيمة الكلية للمشعر dmfts لديهم هي لأسنان منخورة و/أو مفقودة.

قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ dmft وفقاً للزيارات السنوية السابقة			
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	الزيارات السنوية السابقة
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	2.854	2.60	354	لا يوجد زيارات سابقة
	2.343	1.70	1026	زيارات غير منتظمة
	2.061	1.65	120	زيارات منتظمة
	2.481	1.91	1500	المجموع
.159 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.980	.32	354	لا يوجد زيارات سابقة
	.848	.28	1026	زيارات غير منتظمة
	1.229	.45	120	زيارات منتظمة
	.916	.31	1500	المجموع
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	.246	.05	354	لا يوجد زيارات سابقة
	.776	.28	1026	زيارات غير منتظمة
	1.605	.78	120	زيارات منتظمة
	.814	.27	1500	المجموع
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	3.156	2.96	354	لا يوجد زيارات سابقة
	2.852	2.26	1026	زيارات غير منتظمة
	2.835	2.88	120	زيارات منتظمة
	2.941	2.47	1500	المجموع

الجدول 31: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر الـ dmfts

C. مشعر DMFT للأسنان الدائمة:

أ. متوسطات قيم الـ DMFT (وفقاً للمناطق المختلفة)

الأسنان المنخورة DT

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean DT	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA
1	194	2.14	1.618	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	1.51	1.572	
3	159	2.31	2.267	
4	150	1.47	1.473	
5	197	2.11	1.699	
6	150	1.75	1.857	
7	153	.84	1.259	
8	191	1.23	1.565	
9	151	2.06	1.443	
المجموع	1500	1.73	1.721	

الجدول 32: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأسنان الدائمة المنخورة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

الأسنان المفقودة MT

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean MT	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA
1	194	.06	.309	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	.03	.159	
3	159	.05	.219	
4	150	.19	.560	
5	197	.04	.186	
6	150	.57	1.521	
7	153	.01	.081	
8	191	.18	.720	
9	151	.01	.163	
المجموع	1500	.12	.617	

الجدول 33: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأسنان الدائمة المفقودة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

الأسنان المرممة FT

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean FT	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA
1	194	.15	.591	.002 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	.13	.531	
3	159	.21	.724	
4	150	.25	.734	
5	197	.06	.271	
6	150	.33	.855	
7	153	.08	.486	
8	191	.24	.729	
9	151	.23	.776	
المجموع	1500	.18	.651	

الجدول 34: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأسنان الدائمة المرممة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

مشعر الـ DMFT

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean DMFTs	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA
1	194	2.35	1.710	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	1.68	1.631	
3	159	2.58	2.251	
4	150	1.89	1.486	
5	197	2.20	1.675	
6	150	2.65	2.155	
7	153	.93	1.348	
8	191	1.64	1.729	
9	151	2.30	1.591	
المجموع	1500	2.03	1.817	

الجدول 35: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر الـ DMFTs و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

نجد من الجداول 32 و 33 و 34 و 35 أن قيم ال P value أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائية أي أنه يوجد علاقة بين كل من وسطي الأسنان الدائمة المنخورة و وسطي الأسنان الدائمة المفقودة و وسطي الأسنان الدائمة المرممة و وسطي قيم مشعر DMFTs من جهة و التوزيع وفقاً للمناطق من جهةٍ أخرى.

كما نجد مما سبق أن أعلى قيمة لوسطي الأسنان الدائمة المنخورة DT بلغت 2.31 و ذلك في المنطقة الثالثة (قطاع المزة ..) في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.84 و ذلك في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة ..). كما نجد مما سبق أيضاً أن أعلى قيمة لوسطي الأسنان الدائمة المفقودة MT بلغت 0.57 و ذلك في المنطقة السادسة (قطاع كفرسوسة، اللوان ..) في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.01 و ذلك في كل من المناطق السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة ..) و التاسعة (قطاع المالكي، أبو رمانة ..). و أيضاً فإن أعلى قيمة لوسطي الأسنان الدائمة المرممة FT بلغت 0.33 و ذلك في السادسة (قطاع كفرسوسة، اللوان ..)، و أقل قيمة لوسطي الأسنان الدائمة المرممة FT بلغت 0.06 و ذلك في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر، التوسع ..). كما نجد مما سبق أن أعلى قيمة لوسطي مشعر DMFTs بلغت 2.65 و ذلك في المنطقة السادسة (قطاع كفرسوسة، اللوان ..)، في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.93 و ذلك في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة ..).

بلغ وسطي مشعر ال DMFTs لمدينة دمشق في المجتمع المدروس 2.03، و وسطي الأسنان الدائمة المنخورة 1.73، و وسطي الأسنان الدائمة المفقودة 0.12، و وسطي الأسنان الدائمة المرممة 0.18.

نلاحظ أن نسبة الأسنان الدائمة المرممة FT إلى القيمة الكلية لوسطي المشعر DMFTs لا تتجاوز 9% (8.86%) مما يدل على ضعف اهتمام الأهل بعلاج أسنان أطفالهم و جهلهم بالصحة الفموية و أهميتها و ربما غياب القدرة على تغطية تكاليف العلاج أيضاً.

II. مشعر ال DMFTs عند أطفال العينة (توزع حسب العمر والجنس):

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	12	[12-10]	[10-8]	
يوجد فروق دالة احصائياً	.019	1.87± 1.826	1.58± 1.673	1.75± 1.646	DT
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	.21± .812	.12± .640	.02± .140	MT
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	.27± .774	.18± .630	.10± .499	FT
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	2.35± 1.931	1.87± 1.759	1.87± 1.711	DMFTs

الجدول 36: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value T-Test	ذكور (n = 755)	الإناث (n = 745)	
يوجد فروق دالة احصائياً	.002	1.59± 1.634	1.87± 1.795	DT
لا يوجد فروق دالة احصائياً	.134	.14± .686	.10± .538	MT
لا يوجد فروق دالة احصائياً	.726	.18± .680	.19± .620	FT
يوجد فروق دالة احصائياً	.009	1.91± 1.794	2.15± 11.833	DMFTs

الجدول 37: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs

من الجدول 36 نلاحظ أن قيمة ال P Value بالنسبة للدراسة الإحصائية المتعلقة بالعلاقة المفترضة بين العمر و قيمة مشعر ال DMFTs أقل من 0.05 و بالتالي فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإنه يوجد علاقة بين قيمة مشعر ال DMFTs و عمر الطفل، و نلاحظ من الجدول 37 أن قيمة ال P Value بالنسبة للدراسة الإحصائية المتعلقة بالعلاقة المفترضة بين الجنس و قيمة مشعر ال DMFTs أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإن هناك علاقة بين قيمة مشعر ال DMFTs و جنس الطفل. نلاحظ من الجدول 36 أيضاً كيفية ارتفاع قيمة مشعر ال DMFTs مع التقدم في العمر و نجد أن أعلى قيمة هي لدى أطفال عمر 12 سنة بوسطي DMFTs يبلغ 2.35. كما نجد أن وسطي قيم مشعر ال DMFTs يكون أعلى عند الإناث.

III. تأثير السكن الحالي على مشعر ال DMFTs عند أطفال العينة:

السكن الحالي	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي mean	الانحراف المعياري SD	قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value T-Test
DT	مؤقت	311	1.92	1.736
	دائم	1189	1.68	1.714
	المجموع	1500	1.73	1.721
MT	مؤقت	311	.10	.437
	دائم	1189	.13	.656
	المجموع	1500	.12	.617
FT	مؤقت	311	.21	.723
	دائم	1189	.18	.630
	المجموع	1500	.18	.651
DMFT	مؤقت	311	2.23	1.786
	دائم	1189	1.98	1.822
	المجموع	1500	2.03	1.817

الجدول 38: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs

نلاحظ من الدراسة الإحصائية الموضحة في الجدول 38 أن قيمة ال P Value هي 0.027 و هي أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق دالة إحصائية أي أنه يوجد علاقة مبرهنة بين كون السكن الحالي دائماً أو مؤقتاً و قيمة مشعر ال DMFTs. نلاحظ أن أعلى قيمة لمشعر ال DMFTs كانت عند الأطفال الذين يقطنون في سكن مؤقت.

IV. مشعر ال DMFTs عند أطفال العينة وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

من الدراسة الإحصائية الموضحة في الجدول 39 نجد أن قيمة ال P Value أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و قيمة مشعر ال DMFTs. كما نجد أن أعلى وسطي قيم للمشعر DMFTs هي عند الأطفال الذين ينتمون إلى المستوى الاقتصادي الاجتماعي المنخفض يليهم المتوسط ثم المرتفع. و يمكن أن يكون ذلك نتيجة لغياب

وسائل العناية الشخصية لدى ذوي الدخل الأقل أو حتى غياب الوارد الغذائي الكافي لتأمين الاحتياجات الأساسية من العناصر الغذائية و المعادن المختلفة.

قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ DMFT وفقا للمستوى الاقتصادي الاجتماعي			
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.643	1.52	387	مرتفع
	1.719	1.55	496	متوسط
	1.738	1.99	617	منخفض
	1.721	1.73	1500	المجموع
.165 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.417	.07	387	مرتفع
	.680	.14	496	متوسط
	.667	.13	617	منخفض
	.617	.12	1500	المجموع
.257 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.776	.23	387	مرتفع
	.607	.17	496	متوسط
	.596	.16	617	منخفض
	.651	.18	1500	المجموع
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.754	1.82	387	مرتفع
	1.808	1.88	496	متوسط
	1.834	2.29	617	منخفض
	1.817	2.03	1500	المجموع

الجدول 39: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر الـ DMFTs

٧. مشعر الـ DMFT وفقاً لحجم العائلة:

من الدراسة الإحصائية الموضحة في الجدول 40 نجد أن قيمة الـ P Value أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإن هناك علاقة بين حجم عائلة الطفل و قيمة مشعر الـ DMFTs. كما نجد أن أعلى وسطي قيم للمشعر DMFTs يكون عند الأطفال الذين ينتمون إلى عائلات كبيرة.

قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ DMFT وفقاً لحجم العائلة				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	حجم العائلة	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.550	1.34	308	4 ≥	DT
	1.770	1.81	1053	7-5	
	1.586	1.98	139	7 <	
	1.721	1.73	1500	المجموع	
.561 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.739	.11	308	4 ≥	MT
	.558	.12	1053	7-5	
	.741	.17	139	7 <	
	.617	.12	1500	المجموع	
.083 لا يوجد فروق دالة احصائي	.614	.17	308	4 ≥	FT
	.693	.20	1053	7-5	
	.286	.07	139	7 <	
	.651	.18	1500	المجموع	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.750	1.62	308	4 ≥	DMFTs
	1.836	2.12	1053	7-5	
	1.698	2.22	139	7 <	
	1.817	2.03	1500	المجموع	

الجدول 40: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال DMFTs

VI. مشعر ال DMFT وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

نلاحظ من الجدول 41 و من الدراسة الإحصائية الموضحة فيه أن قيمة ال P Value أصغر من 0.05 و بالتالي فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية. كما نجد أن أعلى وسطي قيم للمشعر DMFTs يكون عند الأطفال الذين لا توجد لديهم أية زيارات سابقة إلى طبيب الأسنان. و تكون قيمة المشعر DMFTs لدى هؤلاء هي قيمة ال DT و ال MT لعدم وجود أية أسنان مرممة. أي أن القيمة الكلية للمشعر DMFTs لديهم هي لأسنان منخورة و/أو مفقودة.

قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ DMFT وفقاً للزيارات السنوية السابقة				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	الزيارات السنوية السابقة	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.762	2.04	354	لايوجد زيارات سابقة	DT
	1.709	1.68	1026	زيارات غير منتظمة	
	1.525	1.19	120	زيارات منتظمة	
	1.721	1.73	1500	المجموع	
.018 يوجد فروق دالة احصائياً	.298	.04	354	لايوجد زيارات سابقة	MT
	.690	.14	1026	زيارات غير منتظمة	
	.635	.16	120	زيارات منتظمة	
	.617	.12	1500	المجموع	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	.184	.02	354	لايوجد زيارات سابقة	FT
	.738	.23	1026	زيارات غير منتظمة	
	.661	.24	120	زيارات منتظمة	
	.651	.18	1500	المجموع	
.022 يوجد فروق دالة احصائياً	1.786	2.08	354	لايوجد زيارات سابقة	DMFTs
	1.834	2.06	1026	زيارات غير منتظمة	
	1.708	1.59	120	زيارات منتظمة	
	1.817	2.03	1500	المجموع	

الجدول 41: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر الـ DMFTs

D. دراسة الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة والمنخورة:

1. متوسطات قيم الأرحاء الأولى المنخورة والمفقودة (وفقاً للمناطق المختلفة):

نجد من الجدول 42 و الجدول 43 أن قيم الـ P value أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائية أي أنه يوجد علاقة بين كل من وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة من جهة و التوزع وفقاً للمناطق من جهة أخرى. كما نجد مما سبق أن أعلى قيمة لوسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة بلغت 2.08 و ذلك في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر، التوسع ..). في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.84 و ذلك في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة

..). كما نجد مما سبق أيضاً أن أعلى قيمة لوسطي الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة بلغت 0.40 و ذلك في المنطقة السادسة (قطاع كفرسوسة، اللوان ..) في حين أن أقل قيمة قد بلغت 0.01 و ذلك في كل من المناطق الثانية (قطاع ابن عساكر، الصناعة، ..) و السابعة (قطاع ركن الدين، مساكن برزة ..) و التاسعة (قطاع المالكي، أبو رمانة ..). بلغ وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة لمدينة دمشق في المجتمع المدروس 1.58، و وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة 0.13.

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean الرحي الأولى منخورة	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدر ANOVA p-value
1	194	2.00	1.513	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	1.38	1.340	
3	159	1.84	1.567	
4	150	1.32	1.323	
5	197	2.08	1.660	
6	150	1.47	1.604	
7	153	.84	1.243	
8	191	1.16	1.356	
9	151	1.97	1.444	
المجموع	1500	1.58	1.515	

الجدول 42: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean الرحي الأولى مفقودة	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value ANOVA
1	194	.04	.236	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	.01	.113	
3	159	.08	.309	
4	150	.13	.473	
5	197	.26	1.561	
6	150	.40	1.081	
7	153	.01	.081	
8	191	.18	.711	
9	151	.01	.081	
المجموع	1500	.13	.746	

الجدول 43: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين القيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المفقودة و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

نلاحظ أن وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة مرتفع مما يدل على جهل الأهل بكون هذه الأسنان أرحاءً دائمة ستبقى لعمر طويل و عدم وجود أية إجراءات وقائية أو علاجية مبكرة. و ربما أيضاً غياب القدرة على تغطية تكاليف العلاج أو الوقاية.

II. متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة والمفقودة (حسب العمر والجنس):

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value ANOVA	12	[12-10]	[10-8]	
يوجد فروق دالة احصائية	.030	1.62± 1.468	1.45± 1.477	1.70± 1.600	وسطي الأرحاء الأولى منخورة
لا يوجد فروق دالة احصائية	.348	.16± .645	.10± .508	.11± 1.039	وسطي الأرحاء الأولى مفقودة

الجدول 44: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و القيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value T-Test	ذكور (n = 755)	إناث (n = 745)	
يوجد فروق دالة احصائية	.002	1.46± 1.507	1.70± 1.515	وسطي الأرحاء الأولى منخورة
لا يوجد فروق دالة احصائية	.312	.11± .507	.14± .928	وسطي الأرحاء الأولى مفقودة

الجدول 45: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و القيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة

من الجدولين 44 و 45 و الدراسات الإحصائية الموضحة فيهما نجد أن قيمة ال P Value للدراسة الإحصائية حول العلاقة المفترضة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة من جهة و العمر و الجنس من جهة أخرى، نجد أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية و عليه فإن هناك علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و عمر الأطفال، و هناك أيضاً علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و جنس الأطفال. و نجد أن وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة أعلى عند الإناث.

أيضاً نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و ذلك بالنسبة للدراسات الإحصائية بخصوص العلاقة المفترضة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة من جهة و جنس و عمر الأطفال من جهة أخرى، أي أنه لا يوجد أية فروق ذات دلالة إحصائية و عليه لا يوجد أية علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة و عمر و جنس الأطفال.

III. تأثير السكن الحالي المدروس على متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة والمفقودة عند أطفال العينة:

السكن الحالي	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي mean	الانحراف المعياري SD	قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value T-Test
وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة	مؤقت	311	1.76	.021 يوجد فروق دالة احصائياً
	دائم	1189	1.53	
	المجموع	1500	1.58	
وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة	مؤقت	311	.22	.013 يوجد فروق دالة احصائياً
	دائم	1189	.10	
	المجموع	1500	.13	

الجدول 46: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً والقيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة

نلاحظ من الجدول 46 و الدراسات الإحصائية الموضحة فيه أن قيم ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و عليه فإنه يوجد علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة كل من جهة و السكن الحالي لعائلة الطفل من جهة أخرى. و نلاحظ أن القيم كانت أعلى لدى الأطفال في السكن المؤقت.

١٧. متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة والمفقودة وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.429	1.39	387	مرتفع	وسطي
	1.524	1.44	496	متوسط	الأرحاء
	1.533	1.80	617	منخفض	الأولى
	1.515	1.58	1500	المجموع	الدائمة المنخورة
.081 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.403	.07	387	مرتفع	وسطي
	.991	.18	496	متوسط	الأرحاء
	.677	.11	617	منخفض	الأولى
	.746	.13	1500	المجموع	الدائمة المفقودة

الجدول 47: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل والقيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة

من الجدول 47 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيم الـ P Vaue بالنسبة للأرحاء الأولى الدائمة المفقودة هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد أية فروق دالة إحصائياً و لا علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة و المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل. في حين أن قيمة الـ P Value بالنسبة للدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و و المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بينهما. نلاحظ أن أعلى قيم لوسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة هي للأطفال الذين هم لعائلات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يليهم المتوسط ثم المرتفع.

٧. متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة والمفقودة وفقاً لحجم العائلة:

قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value ANOVA	متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة والمفقودة وفقاً لحجم العائلة				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	حجم العائلة	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.481	1.29	308	$4 \geq$	وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة
	1.510	1.63	1053	7-5	
	1.544	1.83	139	$7 <$	
	1.515	1.58	1500	المجموع	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	.386	.06	308	$4 \geq$	وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة
	.493	.10	1053	7-5	
	1.927	.48	139	$7 <$	
	.746	.13	1500	المجموع	

الجدول 48: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل والقيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة

من الجدول 48 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيم ال P Vaue بالنسبة للدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة كل من جهة و حجم عائلة الطفل من جهة أخرى هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة كل من جهة و حجم عائلة الطفل من جهة أخرى. كما نلاحظ أن وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و كذلك المفقودة يكونان أكبر بكثير لدى الأطفال الذين ينتمون لعائلات كبيرة الحجم.

٧١. متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة والمفقودة وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

نلاحظ من الجدول 49 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه ان قيم ال P Value بالنسبة لوسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة كل من جهة و الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها من جهة هي أقل من 0.05 أي أن هناك فروق

دالة إحصائية و هناك علاقة بين وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة و الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها.

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة وفقاً للزيارات السنوية السابقة				الزيارات السنوية السابقة
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N		
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	1.567	1.86	354	لايوجد زيارات سابقة	وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة
	1.500	1.53	1026	زيارات غير منتظمة	
	1.334	1.13	120	زيارات منتظمة	
	1.515	1.58	1500	المجموع	
.002 يوجد فروق دالة احصائياً	.106	.01	354	لايوجد زيارات سابقة	وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة
	.881	.17	1026	زيارات غير منتظمة	
	.484	.13	120	زيارات منتظمة	
	.746	.13	1500	المجموع	

الجدول 49: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها والقيمة الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة

E. دراسة مشعر ال dmft/DMFT:

1. متوسطات قيم dmft/DMFT (وفقاً للمناطق المختلفة):

من الجدول 50 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value أقل من 0.05 و ذلك للدراسة حول العلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال DMFTs الكلي (dmfts + DMFTs) و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة. و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين قيم المشعر (dmfts + DMFTs) و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة. و نلاحظ أيضاً أن أعلى قيمة للمشعر بلغت 6.69 و ذلك في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر، التوسع، ..) و أقل قيمة بلغت 3.09 و ذلك في المنطقة الرابعة (قطاع المهاجرين، العفيف، ..). و قد بلغت القيمة الوسطية للمشعر الكلي (dmfts + DMFTs) لمدينة دمشق 4.48.

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	mean DMFT/dmft	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA
1	194	6.64	4.520	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	4.50	3.278	
3	159	3.38	2.500	
4	150	3.09	2.249	
5	197	6.69	3.949	
6	150	3.52	2.595	
7	153	4.20	3.617	
8	191	3.12	2.546	
9	151	4.27	2.842	
المجموع	1500	4.48	3.531	

الجدول 50: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

II. متوسطات قيم dmft/DMFT (توزع حسب العمر والجنس):

	10-11]	[12-10]	12	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	دلالة الفروق
mean DMFT/dmft	6.62± 4.145	3.88± 2.894	3.20± 2.568	.000	يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 51: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)

	الإناث (n = 745)	ذكور (n = 755)	قيمة مستوى الدلالة المقدره p-value T-Test	دلالة الفروق
mean DMFT/dmft	4.57± 3.556	4.39± 3.507	.318	لا يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 52: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)

من الجدول 51 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value أقل من 0.05 و ذلك للدراسة حول العلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال DMFTs الكلي (dmfts + DMFTs) وأعمار الأطفال. و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين قيم المشعر (dmfts + DMFTs) و أعمار الأطفال. و نلاحظ أن أعلى قيمة للمشعر المذكور هي لدى الأطفال بعمر 8-9 سنوات. أما بالنسبة للعلاقة المفترضة بين جنس الأطفال و وسطي قيم مشعر ال DMFTs الكلي (DMFTs + dmfts) فإننا نجد من الجدول 52 أن قيمة ال P Value أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد علاقة بين قيم المشعر (DMFTs + dmfts) و جنس الأطفال.

III. تأثير السكن الحالي على متوسطات DMFT/dmft عند أطفال العينة:

السكن الحالي	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي mean	الانحراف المعياري SD	قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value T-Test
DMFT/dmft	مؤقت	311	4.51	3.667
	دائم	1189	4.47	3.497
	المجموع	1500	4.48	3.531
				.829 لا يوجد فروق دالة احصائياً

الجدول 53: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)

من الجدول 53 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد علاقة بين قيم المشعر (dmfts + DMFTs) و السكن الحالي لعائلة الطفل (دائم أو مؤقت). من الجدير بالذكر أن العلاقة قائمة فقط فيما يخص الأرحاء الأولى الدائمة و الأسنان الدائمة (DMFTs)، و العلاقة معدومة بالنسبة للأسنان المؤقتة و أيضاً بالنسبة للمشعر الكلي (dmfts + DMFTs).

IV. متوسطات قيم DMFT/dmft وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدرة p-value ANOVA	متوسطات قيم الـ DMFT/dmft وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي				
		SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	
يوجد فروق دالة احصائياً	.000	3.268	3.86	387	مرتفع	mean DMFT/dmft
		3.095	4.18	496	متوسط	
		3.906	5.10	617	منخفض	
		3.531	4.48	1500	المجموع	

الجدول 54: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)

من الجدول 54 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة الـ P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائياً و هناك علاقة بين وسطي قيم المشعر الكلي (dmfts + DMFTs) و المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل. و نجد أن أعلى متوسط للمشعر (dmfts + DMFTs) هي لدى الأطفال الذين ينتمون لعائلات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض.

V. متوسطات قيم DMFT/dmft وفقاً لحجم العائلة:

قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	متوسطات قيم DMFT/dmft وفقاً لحجم العائلة			
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	حجم العائلة
يوجد فروق دالة احصائياً .011	3.811	4.25	308	4 ≥
	3.338	4.43	1053	7-5
	4.171	5.30	139	7 <
	3.531	4.48	1500	المجموع
				DMFT/dmft mean

الجدول 55: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts)

من الجدول 55 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة الـ P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائياً و هناك علاقة بين وسطي قيم المشعر

الكلي (dmfts + DMFTs) و حجم عائلة الطفل. و نجد أن أعلى وسطي قيم للمشعر (dmfts + DMFTs) هي لدى الأطفال الذين ينتمون لعائلات كبيرة الحجم.

VI . متوسطات قيم DMFT/dmft وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

قيمة مستوى الدلالة المقدر ANOVA P-value	متوسطات قيم DMFT/dmft وفقاً للزيارات السنوية السابقة			
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	الزيارات السنوية السابقة
.002 يوجد فروق دالة احصائياً	3.910	5.05	354	لا يوجد زيارات سابقة
	3.402	4.28	1026	زيارات غير منتظمة
	3.277	4.45	120	زيارات منتظمة
	3.531	4.48	1500	المجموع
				mean DMFT/dmft

الجدول 56: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) نلاحظ من الجدول 56 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائياً أي أنه يوجد علاقة بين وسطي قيم المشعر الكلي (dmfts + DMFTs) و الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها. كما نجد أن أعلى قيمة وسطية للمشعر (dmfts + DMFTs) سجلت لدى الأطفال دون أية زيارات سابقة أي الذين يكون لديهم مشعر ال (dmfts + DMFTs) الكلي مساوياً لقيم الأسنان المنخورة و/أو المفقودة لعدم وجود أية علاجات سابقة.

F. دراسة مشعر ال PI:

1. متوسطات قيم PI (وفقاً للمناطق المختلفة):

من الجدول 57 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين القيمة الوسطية لمشعر ال PI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة. يتضح أيضاً أن أعلى قيمة هي 1.58 و ذلك في المنطقة الأولى (قطاع الزاهرة، الميدان، ..) و أقل قيمة هي 1.21 و ذلك في المنطقة الثامنة (قطاع القصور، القصاع، ..). و تبلغ القيمة الوسطية النهائية لمشعر ال PI في مدينة دمشق للمجتمع المدروس 1.39.

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	Mean PI	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA
1	194	1.5882	.66826	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	1.3748	.57346	
3	159	1.5426	.61018	
4	150	1.3933	.66702	
5	197	1.4770	.49931	
6	150	1.2717	.48650	
7	153	1.3322	.52133	
8	191	1.2189	.52236	
9	151	1.3267	.48300	
المجموع	1500	1.3962	.57518	

الجدول 57: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال PI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

II. متوسطات قيم PI (توزع حسب العمر والجنس):

من الجدول 58 نجد أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائية و بالتالي فإنه يوجد علاقة بين أعمار الأطفال و القيمة الوسطية للمشعر PI. كما نجد أيضاً من الجدول 59 أنه يوجد علاقة بين جنس الأطفال و القيمة الوسطية لمشعر ال PI.

نلاحظ أن وسطي قيم مشعر ال PI عند الذكور أعلى منه عند الإناث حيث بلغ عند الذكور 1.445 و كما نجد أن وسطي قيم مشعر ال PI بعمر 12 سنة يكون أعلى من ما هو عليه في الفئات العمرية الأخرى المدروسة. إذ يبلغ الوسطي بعمر 12 عاماً 1.44.

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA	12	[12-10]	[10-8]	
يوجد فروق دالة احصائياً	.037	1.4436 ± .64148	1.3525 ± .55026	1.3973 ± .52204	mean PI

الجدول 58: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم مشعر ال PI

دلالة الفروق	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value T-Test	ذكور (n = 755)	إناث (n = 745)	
يوجد فروق دالة احصائياً	.001	1.4457± .58197	1.3461± .56420	mean PI

الجدول 59: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم مشعر ال PI

III. تأثير السكن الحالي على متوسطات PI عند أطفال العينة:

قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value T-Test	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي mean	عدد الأطفال	السكن الحالي
.472 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.58918	1.4171	311	مؤقت
	.57158	1.3907	1189	دائم
	.57518	1.3962	1500	المجموع

الجدول 60: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواء أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال PI

من الجدول 60 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد أية فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد أية علاقة بين وسطي قيم مشعر ال PI و السكن الحالي لعائلة الطفل سواء أكان دائماً أم مؤقتاً.

IV. متوسطات قيم PI وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

من الجدول 61 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد أية فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد أية علاقة بين وسطي قيم مشعر ال PI و المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل.

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ PI وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	
.512 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.59615	1.3763	386	مرتفع	mean PI
	.57929	1.4194	496	متوسط	
	.55858	1.3900	618	منخفض	
	.57518	1.3962	15000	المجموع	

الجدول 61: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر الـ PI

٧. متوسطات قيم PI وفقاً لحجم العائلة:

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ PI وفقاً لحجم العائلة				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	حجم العائلة	
.000 يوجد فروق دالة احصائياً	.58448	1.3621	309	4 ≥	PI mean
	.55638	1.3734	1052	7-5	
	.63637	1.6445	139	7 <	
	.57518	1.3962	1500	المجموع	

الجدول 62: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر الـ PI

من الجدول 62 نجد أن قيمة الـ P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق دالة إحصائية و بالتالي فإنه يوجد علاقة بين حجم عائلة الطفل و الوسطي للمشعر PI. نجد أيضاً أن وسطى قيم مشعر الـ PI يكون أعلى لدى الأطفال الذين هم لعائلات كبيرة حيث يبلغ 1.64 ثم المتوسطة ثم الصغيرة.

VI. متوسطات قيم PI وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان

قيمة مستوى الدلالة المقدر ANOVA P-value	متوسطات قيم الـ PI وفقاً للزيارات السنوية السابقة			
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	الزيارات السنوية السابقة
.061 لا يوجد فروق دالة احصائية	.57752	1.4351	354	لا يوجد زيارات سابقة
	.57511	1.3951	1025	زيارات غير منتظمة
	.55987	1.2914	121	زيارات منتظمة
	.57518	1.3962	1500	المجموع

الجدول 63: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر الـ PI

من الجدول 63 نجد أن قيمة الـ P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد أية فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد أية علاقة بين وسطي قيم مشعر الـ PI و الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها. و يمكننا القول بناءً عليه أن أطباء الأسنان الممارسين لا يقومون بالتوعية بشكل كافٍ و إعطاء إرشادات الصحة الفموية كما يجب لتطوير عناية فموية صحية لدى مراجعيهم من المرضى.

G. دراسة مشعر الـ GI:

أ. متوسطات قيم GI (وفقاً للمناطق المختلفة):

من الجدول 64 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة الـ P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين القيمة الوسطية لمشعر الـ GI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة. كما نجد أن أعلى قيمة هي 1.35 و ذلك في المنطقة الأولى (قطاع الزهرة، الميدان، ..) و أقل قيمة هي 0.96 و ذلك في المنطقة السادسة (قطاع تنظيم كفرسوسة، اللوان، ..) و تبلغ القيمة الوسطية النهائية لمشعر الـ GI في مدينة دمشق للمجتمع المدروس 1.12.

المناطق المدروسة	عدد الأطفال	Mean GI	SD $\pm$	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value ANOVA
1	194	1.3537	.57385	.000 يوجد فروق دالة احصائياً
2	155	1.2010	.50652	
3	159	1.2177	.48646	
4	150	1.1437	.67502	
5	197	1.0730	.31457	
6	150	.9640	.37066	
7	153	1.0130	.33757	
8	191	1.0374	.38460	
9	151	1.0552	.22582	
المجموع	1500	1.1217	.46371	

الجدول 64: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال GI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة

II. متوسطات قيم GI (توزع حسب العمر والجنس):

من الجدول 65 نجد أن قيمة ال P Value للدراسة الإحصائية الخاصة بالعلاقة المفترضة بين أعمار الأطفال و قيمة متوسطات المشعر GI هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق دالة إحصائية و بالتالي فإنه لا يوجد علاقة بين أعمار الأطفال و القيمة الوسطية للمشعر GI. كما نجد أيضاً من الجدول 66 أن قيمة ال P Value للدراسة الإحصائية الخاصة بالعلاقة المفترضة بين جنس الأطفال و قيمة متوسطات المشعر GI هي أقل من 0.05 أي أنه يوجد علاقة بين جنس الأطفال و القيمة الوسطية لمشعر ال GI. و نلاحظ أن وسطي قيم مشعر ال GI عند الذكور أعلى منه عند الإناث و يبلغ لدى الذكور 1.15.

قيمة مستوى الدلالة المقدره ANOVA P-value	12	[12-10]	[10-8]	
.529	1.1401 ± .53827	1.1167 ± .46383	1.1075 ± .36407	mean GI
لا يوجد فروق دالة احصائياً				

الجدول 65: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين العمر و متوسطات قيم مشعر ال GI

	الجنس		
قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value T-Test	ذكور (n = 755)	إناث (n = 745)	
.004	1.1562 ± .49186	1.0868 ± .43089	mean GI
يوجد فروق دالة احصائياً			

الجدول 66: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين الجنس و متوسطات قيم مشعر ال GI

III. تأثير السكن الحالي المدروس على متوسطات GI عند أطفال العينة:

قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value T-Test	الانحراف المعياري SD	المتوسط الحسابي mean	عدد الأطفال	السكن الحالي
.005 يوجد فروق دالة احصائياً	.47582	1.1870	311	مؤقت
	.45916	1.1046	1189	دائم
	.46371	1.1217	1500	المجموع

الجدول 67: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال GI

من الجدول 67 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و هناك علاقة بين وسطي قيم مشعر ال GI و السكن الحالي لعائلة الطفل سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً. و نلاحظ أن قيم المشعر GI هي أعلى لدى الذين يقيمون في سكنٍ مؤقت.

IV. متوسطات قيم GI وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم ال GI وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	
.014 يوجد فروق دالة احصائياً	.44811	1.0639	386	مرتفع	mean GI
	.48834	1.1512	496	متوسط	
	.45036	1.1341	618	منخفض	
	.46371	1.1217	1500	المجموع	

الجدول 68: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال GI

من الجدول 68 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين وسطي قيم مشعر ال GI و المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل. و نجد أيضاً أن أعلى قيمة وسطية للمشعر هي لدى الأطفال الذين ينتمون للطبقة المتوسطة ثم المنخفضة ثم المرتفعة.

V. متوسطات قيم GI وفقاً لحجم العائلة:

قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA	متوسطات قيم مشعر ال GI وفقاً لحجم العائلة				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	حجم العائلة	
.057 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.47039	1.0894	309	$4 \geq$	GI mean
	.46050	1.1205	1052	7-5	
	.46681	1.2026	139	$7 <$	
	.46371	1.1217	1500	المجموع	

الجدول 69: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال GI

من الجدول 69 نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق دالة إحصائية و لا علاقة بين حجم عائلة الطفل و الوسطي لمشعر ال GI.

VI. متوسطات قيم GI وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value ANOVA	متوسطات قيم الـ GI وفقاً للزيارات السنوية السابقة				الزيارات السنوية السابقة
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N		
.018 يوجد فروق دالة احصائياً	.48877	1.1682	354	لا يوجد زيارات سابقة	mean GI
	.45722	1.1159	1025	زيارات غير منتظمة	
	.42985	1.0338	121	زيارات منتظمة	
	.46371	1.1217	1500	المجموع	

الجدول 70: يوضح الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر الـ GI

من الجدول 70 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة الـ P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و يوجد علاقة بين وسطي قيم مشعر الـ GI و الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها. و نجد أن أعلى قيمة لوسطي الـ GI هي للأطفال الذين لا توجد لديهم أية زيارات سابقة لطبيب الأسنان.

H. دراسة مشعر CPI:

أ. متوسطات قيم CPI (وفقاً للمناطق المختلفة):

من الجدول 71 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة الـ P Value أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد علاقة بين القيمة الوسطية لمشعر الـ CPI و التوزع وفقاً للمناطق المختلفة. و من الجدول 71 أيضاً نجد أن القيمة الوسطية لمشعر الـ CPI في مدينة دمشق للأطفال بعمر 12 سنة تبلغ 1.30.

المناطق المدروسة	Mean CPI	SD ±	قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value ANOVA
1	1.31	.725	.065 لا يوجد فروق دالة احصائياً
2	1.38	.647	
3	1.41	.622	
4	1.33	.516	
5	1.67	.516	
6	1.15	.362	
7	1.40	.500	
8	1.27	.494	
9	1.30	.461	
المجموع	1.30	.533	

الجدول 71: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين وسطي قيم مشعر ال CPI و التوزيع وفقاً للمناطق المختلفة

II. متوسطات قيم ال CPI (توزع حسب الجنس):

الجنس	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي mean	الانحراف المعياري SD	قيمة مستوى الدلالة المقدرة P-value T-Test
CPI	الإناث	211	1.32	.417 لا يوجد فروق دالة احصائياً
	ذكور	276	1.28	
	المجموع	487	1.30	

الجدول 72: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين جنس أطفال العينة و متوسطات قيم مشعر ال CPI

نجد من الجدول 72 أن قيمة ال P Value للدراسة الإحصائية الخاصة بالعلاقة المفترضة بين جنس الأطفال و قيمة متوسطات المشعر CPI هي أكبر من 0.05 أي أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية و لا يوجد علاقة بين جنس الأطفال و القيمة الوسطية لمشعر ال CPI.

III. تأثير السكن الحالي على متوسطات CPI عند أطفال العينة:

السكن الحالي	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي mean	الانحراف المعياري SD	قيمة مستوى الدلالة المقدره P-value T-Test
CPI	مؤقت	1.37	.590	.006 يوجد فروق دالة احصائياً
	دائم	1.28	.515	
	المجموع	1.30	.533	

الجدول 73: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين نوع السكن الحالي المدروس سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً و متوسطات قيم مشعر ال CPI

من الجدول 73 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أقل من 0.05 و عليه فإنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و هناك علاقة بين وسطي قيم مشعر ال CPI و السكن الحالي لعائلة الطفل سواءً أكان دائماً أم مؤقتاً. و نلاحظ أيضاً أن قيم المشعر CPI هي أعلى لدى الأطفال الذين يقيمون في سكنٍ مؤقت.

IV. متوسطات قيم CPI وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

قيمة مستوى الدلالة المقدره p-value ANOVA	متوسطات قيم ال CPI وفقاً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي				
	SD الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي Mean	N	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	
.988 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.556	1.30	142	مرتفع	mean CPI
	.560	1.31	121	متوسط	
	.505	1.30	224	منخفض	
	.533	1.30	487	المجموع	

الجدول 74: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال CPI

من الجدول 74 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و بالتالي لا يوجد علاقة بين وسطي قيم مشعر ال CPI و المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل.

٧. متوسطات قيم CPI وفقاً لحجم العائلة:

قيمة مستوى الدلالة المقدر P-value ANOVA	متوسطات قيم مشعر ال CPI وفقاً لحجم العائلة			
	SD الانحراف المعياري	Mean المتوسط الحسابي	N	حجم العائلة
.271 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.487	1.22	67	$4 \geq$
	.544	1.30	385	7-5
	.497	1.40	35	$7 <$
	.533	1.30	487	المجموع

الجدول 75: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين حجم عائلة الطفل و متوسطات قيم مشعر ال CPI

من الجدول 75 نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً و لا علاقة بين حجم عائلة الطفل و قيم مشعر ال CPI.

٨. متوسطات قيم CPI وفقاً للزيارات السابقة لطبيب الأسنان:

قيمة مستوى الدلالة المقدر p-value ANOVA	متوسطات قيم ال CPI وفقاً للزيارات السنوية السابقة			
	SD الانحراف المعياري	Mean المتوسط الحسابي	N	الزيارات السنوية السابقة
.215 لا يوجد فروق دالة احصائياً	.481	1.23	75	لا يوجد زيارات سابقة
	.544	1.30	384	زيارات غير منتظمة
	.504	1.43	28	زيارات منتظمة
	.533	1.30	487	المجموع

الجدول 76: الدراسة الإحصائية للعلاقة المفترضة بين زيارات الطفل لطبيب الأسنان و انتظامها و متوسطات قيم مشعر ال CPI

من الجدول 76 و الدراسة الإحصائية الموضحة فيه نجد أن قيمة ال P Value هي أكبر من 0.05 و عليه فإنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية و لا يوجد علاقة بين وسطي قيم مشعر ال CPI و الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها.

و في نهاية قسم النتائج و الدراسات الإحصائية يمكننا تلخيص كل مما سبق من العلاقات بالجدول التالي:

هل توجد علاقة؟ P-Value	انتشار النخر	dmfts	DMFTs	الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة	الأرحاء الأولى الدائمة المفقودة	DMFTs + dmfts	PI	GI	CPI
التوزع حسب المناطق	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	لا .065
العمر	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .030	لا .348	نعم .000	نعم .037	لا .529	-
الجنس	لا .708	لا .949	نعم .009	نعم .002	لا .312	لا .318	نعم .001	نعم .004	لا .417
السكن الحالي	لا .521	لا .703	نعم .027	نعم .021	نعم .013	لا .829	لا .472	نعم .005	نعم .006
المستوى الاقتصادي الاجتماعي	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	لا .081	نعم .000	لا .512	نعم .014	لا .988
حجم العائلة	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .000	نعم .011	نعم .000	لا .057	لا .271
زيارات طبيب الأسنان	نعم .002	نعم .000	نعم .022	نعم .000	نعم .002	نعم .002	لا .061	نعم .018	لا .215

الجدول 77: ملخص للعلاقات التي تم التوصل إليها في الدراسة بين المشعرات و المتغيرات المدروسة في المجتمع المدروس

الباب السادس:

المناقشة

Discussion

إن سلامة الصحة الفموية هي عامل أساسي في كون الصحة العامة للفرد في حال جيدة. و إن الصحة الفموية لا تلقى اهتماماً كافياً لدى المجتمع عموماً و بشكلٍ أخص لدى الحديث عن الصحة الفموية للأطفال. فهي جانبٌ مهمٌ إلى حدٍ كبير من الأهل و المجتمع و حتى من قبل الكثير من الباحثين خاصةً فيما إذا قورن بجوانب بحثيةٍ أخرى. بالرغم من أن معرفة الوضع الراهن للصحة الفموية في المجتمع له دورٌ و تأثيرٌ كبيران على التدخلات العلاجية والوقائية التي يمكن تبنيها بشكلٍ واسع سواءً على صعيد المناهج التعليمية و الاستراتيجيات التدريسية أم حتى في مجال برامج التثقيف الصحي. كما أن سلامة الصحة الفموية لدى الأطفال هي قضية هامة و مسؤولية مجتمعية عالية. يمكن أن تعزى قلة الدراسات الوبائية حول الصحة الفموية في سورية عموماً إلى صعوبة العمل الميداني الوبائي من جهة و أيضاً صعوبة العمل فيما يخص تفرغ و فرز و معالجة البيانات الخاصة بها من جهة أخرى.

إن سوء التغذية و نقص الوارد الكافي من العناصر الأساسية و استهلاك السكريات السيئة سواءً من الأغذية المحلاة بالسكري الاصطناعية أم الأغذية متدنية الجودة و المشبعة بالمحليات (و غالباً منخفضة السعر و بالتالي استهلاكها أكثر) و غياب فلورة المياه و بعض الخدمات الصحية الوقائية لهي جميعاً عوامل تشير إلى منطوية ازدياد النخر السني و الأمراض اللثوية و حول السنية في سورية عموماً ازدياداً شديداً. و تعد هذه الأمور (سوء التغذية و تدني جودة الغذاء و الاعتماد على السكريات و غير ذلك) من المفرزات المرضية لواقعنا الراهن الذي يمر به بلدنا الحبيب. و إن كل ما سبق يعمق من ضرورة إجراء بحثنا الحالي للوقوف على الواقع الراهن.

كما أن بقاء معظم هذه النخور و التهابات اللثوية و حول السنية دون العلاج و الرعاية و الوقاية اللازمة للحؤول دون تطور و زيادة شدة هذه الحالات يترتب عليه الكثير من التأثيرات السلبية كالألم و صعوبات تناول الطعام و البلع و تشكل الخراجات و بؤر

الإنتان. و كثيراً ما يكون نصيب هذه الأسنان حينها القلع، الأمر الذي ينتج عنه ما ينتج كسوء توضع الأسنان الدائمة و مشكلات النطق و ضعف و تأخر النمو و التطور الجسدي و المعرفي بسبب التأثير في التغذية. كما أن كل ذلك قد يتطور عنه مشكلات نفسية و اجتماعية و تعليمية نتيجةً لتأثير مظهر أسنان الطفل على اعتداده بنفسه مما يضعف تركيزه و تحصيله العلمي أيضاً.

إن بعض الجوانب التي تميز دراستنا هذه عن الدراسات الأخرى، عدا عن كونها الأولى في مدينة دمشق في هذه الفئة العمرية، فإنه يميزها أيضاً كونها الدراسة الوحيدة و في مختلف الفئات العمرية التي نهجت مسلكاً يقيم الصحة الفموية بشقيها السني و حول السني معاً. فلم تقتصر دراستنا على تقييم انتشار النخر السني و لا على شدة الالتهابات اللثوية فقط. بل تم اعتماد مجموعة من المشعرات التي تتنقل و بدقة وضع الصحة الفموية كاملةً و بمختلف نواحيها. كما تمت دراسة العديد من المتغيرات و تأثيراتها أيضاً.

فيما يتعلق بالصحة السنية فقد استخدمت نسبة انتشار النخر و مشعرات ال DMFTs و dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts). و أما بالنسبة للصحة حول السنية فقد استخدمت مشعرات ال PI و ال GI و ال CPI. حيث اعتمد في تصميم هذه الدراسة (مسح صحي وبائي مقطعي) و اختيار مشعراتها على تعليمات الإصدار الخامس للدليل الإرشادي لمنظمة الصحة العالمية للمسوح الصحية الفموية (أحدث إصدار) Oral

.Health Surveys Basic Methods 2013

إن الغاية من إجراء هذا البحث هي تعميق المعرفة بواقع الصحة الفموية لدى الأطفال في مدينة دمشق و معرفة تأثيرات العوامل المختلفة على واقع الصحة الفموية و ما لهذه التأثيرات من دلالات، بهدف وضع الاستراتيجيات الوقائية و العلاجية.

بلغت نسبة انتشار النخر السنّي عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق 79.1%. و قد كانت نسبة انتشار النخر السنّي هذه في مدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أكبر منها في: ولاية Los Angeles في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بلغت 44% و من عموم الولايات الأمريكية الأخرى حيث بلغت 27% (Dye et al, 2016)، و أيضاً ولاية Utah الأمريكية حيث بلغت 52% في عام 2010 و 66% في عام 2016 (Utah Department of Health, 2016)، و انكلترا 33% و ويلز 41% (RCS Faculty of Dentistry, 2015)، و كوريا الجنوبية عموماً حيث بلغت 64.5% (Kim et al, 2016)، و تايلند حيث بلغت 58.8% (Krisdapong et al, 2013)، و الهند حيث بلغت 47.2% (Kumar et al, 2015)، و دبي حيث بلغت 59.2% (Al Mashhadani et al, 2017)، و قطر حيث بلغت 71.4% (Al-Thani et al, 2016)، و اللاذقية عام 2014 حيث بلغت 67.1% (سلمان و آخرون، 2014)، و دمشق عام 2010 بعمر 5 سنوات حيث بلغت النسبة 61% (Dashash & Blinkhorn, 2012). و قد كانت نسبة انتشار النخر السنّي هذه في مدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أصغر منها في: الفلبين حيث بلغت 97% (Monse et al, 2015)، و ولاية Bulang في الصين حيث بلغت 85% (Zhang et al, 2014b)، و لاوس حيث بلغت 85.4% (Besseling et al, 2013)، و الإمارات العربية المتحدة عموماً حيث بلغت 83% (Elnadeef et al, 2010)، و المنطقة الشرقية من سورية حيث بلغت 80.4% (الهنداوي و قوشجي، 2009)، و اللاذقية عام 2007 حيث بلغت 88.47% (سلمان، 2007).

بلغت قيمة وسطي المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق 4.48. و قد كانت هذه القيمة لمدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أكبر منها في: تايلند حيث بلغت 2.4 (Krisdapong et al, 2013)، هونغ كونغ حيث بلغت 2.2 (Chu et al, 2012a)، كراتشي في باكستان حيث بلغت 2.08

(Dawani et al, 2012)، عجمان حيث بلغت 3.8 (Elnadeef et al, 2010)، قطر
حيث بلغت 4.2 (Al-Thani et al, 2016)، و المنطقة الشرقية في سورية حيث بلغت
3.18 (الهنداوي و قوشجي، 2009)، دمشق عام 2010 بعمر 5 سنوات حيث بلغت
القيمة 3.27 (Dashash & Blinkhorn, 2012). كما كانت هذه القيمة لمدينة دمشق
لدى الفئة العمرية المدروسة أصغر منها في: الفيلبين حيث بلغت 8.4 (Monse et al,
2015)، والإمارات العربية المتحدة عموماً حيث بلغت 5.1 و بلغت في دبي بالتحديد
6.6 (Elnadeef et al, 2010).

إن هذه الاختلافات و إن كان القسم الأكبر منها يعزى إلى اختلافات جوهريّة ناتجة عن
الاختلاف في الظروف و البيئات و العرق و المنطقة إلا أنه يجب التنويه أيضاً إلى أن
بعض الاختلافات في النسب قد تفسر باختلاف المنهج أو الفئة العمرية أو السنة التي تم
إجراء البحث فيها أو شروط البحث و غير ذلك.

و مع ذلك فإنه يجب التنويه أن هناك العديد من الدراسات التي أثبتت أن وجود النخور
في الإنسان المؤقت هو دليل هام يتوقع منه وجود النخور في الإنسان الدائم (الهنداوي و
قوشجي، 2009) (Li & Wang, 2002) (Motohashi et al, 2006) (Skeie et al,
2006)، الأمر الذي برر إجراء المقارنات فيما يتعلق بنسب انتشار النخور بغض النظر
عن الفئات المدروسة و هو المنهج الذي اتبعته العديد من الدراسات العالمية. أما بالنسبة
لمشعر ال DMFTs فكونه مشعراً غير ردود يبرر ذلك إذ أن الأسنان فور إصابتها
بالنخر فإنها إما أن تعالج أو تفلع أو تبقى منخورة و على جميع الاحتمالات فستبقى
مشمولة في مشعر ال DMFTs و خاصة أن مشعر ال dmfts هو المشعر المستخدم
في الدراسة فيما يخص الأسنان المؤقتة و ليس مشعر ال defts (decayed,
exfoliated, filled, teeth).

كانت نسبة قيمة الـ ft من كامل قيمة الـ dmft لا تتجاوز 11% (10.9%) و الـ FT من كامل قيمة الـ DMFT لا تتجاوز 9% (8.86%) و الـ (FT+ft) من المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) لا تتجاوز 10% (9.95%) و هي نسب منخفضة للغاية مما يدل على ضعف اهتمام الأهل بعلاج أسنان أطفالهم عموماً و المؤقتة منها خصوصاً و عدم انتشار ثقافة الصحة و العناية الفموية. و قد يعزى ذلك أيضاً إلى غياب القدرة على تغطية تكاليف العلاج.

كانت نسبة قيمة الـ dt من كامل قيمة الـ dmft 77.32% و الـ DT من كامل قيمة الـ DMFT 85.22% و الـ (DT+dt) من المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) 80.53% و هي نسب مرتفعة للغاية مما يدل على تدني اهتمام الأهل بصحة أسنان أطفالهم و عدم متابعتهم لها و إيلائها الأهمية التي يجب أن تكون لها. و من الجدير بالذكر أيضاً أن نسبة قيمة الـ (dt+mt) من كامل قيمة الـ dmft 89.87% و الـ DT+MT من كامل قيمة الـ DMFT 91.131% و الـ (DT+MT+dt+mt) من المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) 90.05%. أي أن أكثر من 90% من قيمة المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) هي إنما أسنان منخورة و مفقودة و هذا يوضح بشكل أكبر أن حجم مشكلة النخور السنية كبير للغاية و أن حجم المعالجات أقل من صغير للغاية.

كانت أكثر الأسنان إصابة هي الأرحاء الأولى الدائمة بوسطي أرحاء أولى دائمة منخورة في مدينة دمشق بلغ 1.58 و وسطي أرحاء أولى دائمة مفقودة بلغ 0.13 و هي أرقام مرتفعة مما يدل على إهمال و ضعف وعي الأهل لأهميتها، بالإضافة إلى غياب أية إجراءات وقائية. أيضاً فإن ذلك يدل على جهل الأهل بكون هذه الأرحاء أسناناً دائمة من جهة و من جهة أخرى إهمالهم لمتابعة صحة أسنان أطفالهم ظناً منهم بأنها "جميعاً" أسنان مؤقتة ستسقط و تنبغ أسنان أخرى و أن الأسنان المؤقتة لا أهمية لها".

بلغت قيمة وسطى مشعر الـ PI عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق 1.39. و قد كانت هذه القيمة لمدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أكبر منها في: ولاية الخرطوم في السودان حيث بلغت 1.30 (Nurelhuda et al, 2009)، صنعاء في اليمن حيث بلغت 1.25 (Al-Haddad et al, 2010)، الأردن حيث بلغت 0.61 (Rodan et al, 2015)، دمشق عام 1996 وبلغت 1.12 (دشاش و خردجي، 1997).

بلغت قيمة وسطى مشعر الـ GI عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق 1.12. و قد كانت هذه القيمة لمدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أكبر منها في: ولاية الخرطوم حيث بلغت 1.05 (Nurelhuda et al, 2009)، الأردن حيث بلغت 0.77 (Rodan et al, 2015). كما كانت هذه القيمة لمدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أصغر منها في: Mayanamar حيث بلغت 1.22 (Chu et al, 2012b)، اليمن حيث بلغت 1.36 (Al-Haddad et al, 2010)، دمشق عام 1996 حيث بلغت 1.51 (دشاش و خردجي، 1997).

بلغت قيمة وسطى مشعر الـ CPI عند الأطفال بعمر 12 سنة في مدينة دمشق 1.30. و قد كانت هذه القيمة لمدينة دمشق لدى الفئة العمرية المدروسة أكبر منها في: ولاية Bulang حيث بلغت 1.29 (Zhang et al, 2014b)، Mayanamar حيث بلغت 1.28 (Chu et al, 2012b). كما كانت هذه القيمة أصغر منها في: ولاية Yunnan في الصين و بلغت 1.39 (Zhang et al, 2015).

عملت الدراسة إلى جانب قيامها بالدور البحثي لأن تكون تثقيفية أيضاً، لكن تبقى الحاجة ماسة لنشر الوعي حول أهمية الاهتمام بصحة الفم و الأسنان كمرآة لصحة الجسم و لابد من إيلاء موضوع تفريش الأسنان و تثقيف المعلمين و الأساتذة الأهمية و الاهتمام الكافيين، و هذا ما حاولت الدراسة القيام به إلى جانب دورها البحثي.

الباب السابع:

الخلاصة و الاستنتاجات

Summary & Conclusions

1. بلغت نسبة انتشار النخر السني في مدينة دمشق 79.1% و قد كانت أعلى نسبة لانتشار النخر السني في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر - توسع مشروع دمر ...) حيث بلغت 90.4% و كانت أقل نسبة لانتشار النخر السني في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين - مساكن برزة ...) حيث بلغت 66.7%.
2. بلغت قيمة وسطي الـ DMFTs في مدينة دمشق $DT = 2.03$ ، $MT = 1.73$ ، $FT = 0.12$ ، $FT = 0.18$). و قد كانت أعلى قيمة له في المنطقة الثالثة (قطاع المزة و توابعها) حيث بلغت 2.58. و كانت أقل قيمة له في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين - مساكن برزة ...) حيث بلغت 0.93.
3. بلغت قيمة وسطي الـ dmfts في مدينة دمشق $dt = 2.47$ ، $mt = 1.91$ ، $ft = 0.31$ ، $ft = 0.27$). و قد كانت أعلى قيمة له في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر - توسع مشروع دمر ...) حيث بلغت 4.71. و كانت أقل قيمة له في المنطقة الثالثة (قطاع المزة و توابعها) حيث بلغت 0.80.
4. بلغت قيمة المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) الوسطية في مدينة دمشق 4.48. و قد كانت أعلى قيمة له في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر - توسع مشروع دمر ...) حيث بلغت 6.69. و كانت أقل قيمة له في المنطقة الرابعة (قطاع المهاجرين - العفيف ...) حيث بلغت 3.09.
5. كانت نسبة قيمة الـ ft من كامل قيمة الـ dmft لا تتجاوز 11% (10.9%) و الـ FT من كامل قيمة الـ DMFT لا تتجاوز 9% (8.86%) و الـ (FT+ft) من المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) لا تتجاوز 10% (9.95%) و هي نسب منخفضة للغاية مما يدل على ضعف اهتمام الأهل بعلاج أسنان أطفالهم

عموماً و المؤقتة منها خصوصاً و عدم انتشار ثقافة الصحة و العناية الفموية. و قد يعزى ذلك أيضاً إلى غياب القدرة على تغطية تكاليف العلاج.

6. كانت أكثر الأسنان إصابة هي الأرحاء الأولى الدائمة بوسطي أرحاء أولى دائمة

منخورة في مدينة دمشق بلغ 1.58 و وسطي أرحاء أولى دائمة مفقودة بلغ

0.13 و هي أرقام مرتفعة مما يدل على إهمال و ضعف وعي الأهل لأهميتها،

بالإضافة إلى غياب أية إجراءات وقائية كتطبيق الفرنيش الفلوري و المادة السادة

للوهاد و الميازيب. و كانت أعلى قيمة وسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة

2.08 و ذلك في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر - توسع مشروع دمر..) و

أقل قيمة وسطية 0.84 في المنطقة السابعة (قطاع ركن الدين - مساكن برزة..).

و كانت أعلى قيمة وسطية للأرحاء الأولى الدائمة المفقودة 0.4 و ذلك في

المنطقة السادسة (قطاع كفرسوسة و توابعها - اللوان..) و أقل قيمة وسطية

0.01 في المناطق الثانية (قطاع ابن عساكر - الصناعة..) و السابعة (قطاع

ركن الدين - مساكن برزة..) و التاسعة (قطاع المالكي، أبو رمانة..).

7. بلغت قيمة وسطي ال PI في مدينة دمشق 1.39. و قد كانت أعلى قيمة له في

المنطقة الأولى (قطاع الزاهرة - الميدان - باب مصلى ...) حيث بلغت 1.58.

و بلغت أقل قيمة 1.21 و ذلك في المنطقة الثامنة (قطاع القصور - القصاع..).

8. بلغت قيمة وسطي ال GI في مدينة دمشق 1.12. و قد كانت أعلى قيمة له في

المنطقة الأولى (قطاع الزاهرة - الميدان - باب مصلى ...) حيث بلغت 1.35.

و كانت أقل قيمة له في المنطقة السادسة (قطاع كفرسوسة و توابعها - اللوان..)

حيث بلغت 0.96.

9. بلغت قيمة وسطي ال CPI في مدينة دمشق (لدى اليافعين بعمر 12 سنة)

1.30. و كانت أعلى قيمة له في المنطقة الخامسة (قطاع مشروع دمر - توسع

مشروع دمر..) حيث بلغت 1.67. و كانت أقل قيمة له في المنطقة السادسة

(قطاع كفرسوسة و توابعها - اللوان..) حيث بلغت 1.15.

10. توجد علاقة قائمة تربط التوزع الجغرافي ضمن المناطق المختلفة لمدينة دمشق

بانتشار النخر السني و شدته، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة لكل من

المشعرات dmfts و DMFTs و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و القيم

الوسطية للأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة بالإضافة إلى نسب انتشار

النخور، و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك مناطق يكون انتشار النخر السني

فيها مرتفعاً للغاية و أعلى من مناطق أخرى مما يتطلب عناية وقائية خاصة

تستهدف هذه المناطق.

11. توجد علاقة قائمة تربط التوزع الجغرافي ضمن المناطق المختلفة لمدينة دمشق

بانتشار المرض اللثوي و شدته (دون المرض حول السني) و التراكمات اللويحية

و شدتها، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة لكل من المشعرات GI و PI

دون وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة للمشعر CPI، و يمكن القول بناءً على ذلك

أن هناك مناطق تكون الصحة اللثوية فيها منخفضة للغاية و أسوأ من مناطق أخرى

مما يتطلب عناية وقائية خاصة تستهدف هذه المناطق.

12. لم يكن هناك فروقٌ جوهريّةٌ في انتشار و شدة النخر السني بين الذكور و

الإناث بالمجمل، إذ تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور و الإناث

بالنسبة لكل من المشعرات dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) بالإضافة

إلى نسب انتشار النخور. مع وجود فرق في شدة انتشار النخور في الأسنان

الدائمة فقط و ذلك لوجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة للمشعر DMFTs و وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة. حيث كان وسطي الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و وسطي قيم المشعر DMFTs و وسطي قيم الأسنان الدائمة المنخورة DT أقل عند الذكور و بالتالي شدة نخر الأسنان الدائمة لديهم أقل.

13. وجدت فروقاً جوهرية في انتشار و شدة المرض اللثوي (دون المرض حول السني) و التراكمات اللويحية بين الذكور و الإناث، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور و الإناث بالنسبة لكل من المشعرات PI و GI (دون ال CPI). حيث كانت التراكمات اللويحية أقل عند الإناث و صحة اللثة أفضل لديهم.

14. توجد علاقة قائمة تربط السكن الحالي للطفل و كونه دائماً أم مؤقتاً بشدة النخر السني في الأسنان الدائمة فقط (دون نسبة انتشار النخر و دون الأسنان المؤقتة)، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين كون سكن الطفل دائماً أم مؤقتاً بالنسبة للمشعر DMFTs و لوسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة مع عدم وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة لكل من المشعرات dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و نسب انتشار النخور. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً لنوع السكن الحالي دائماً كان أم مؤقتاً على شدة النخر السني في الأسنان الدائمة. و قد تبين كون شدة النخر السني في الأسنان الدائمة أعلى لدى الأطفال الذين يقطنون في سكن مؤقت.

15. توجد علاقة قائمة تربط السكن الحالي للطفل و كونه دائماً أم مؤقتاً بشدة المرض اللثوي و حول السني (دون التراكمات اللويحية)، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين كون سكن الطفل دائماً أم مؤقتاً بالنسبة للمشعر CPI و GI مع عدم وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة لمشعر ال PI. و يمكن القول بناءً على ذلك أن

هناك تأثيراً لنوع السكن الحالي دائماً كان أم مؤقتاً على شدة المرض اللثوي و حول السني. و قد تبين كون شدة المرض اللثوي و حول السني أعلى لدى الأطفال الذين يقطنون في سكن مؤقت.

16. توجد علاقة قائمة تربط المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل بنسبة انتشار النخر و شدة النخر السني في الأسنان الدائمة و المؤقتة و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة للمشعر DMFTs و dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و نسب انتشار النخور و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل على نسبة انتشار النخر و شدة النخر السني في الأسنان الدائمة و المؤقتة و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة، و قد تبين كونها أعلى لدى الأطفال الذين هم لعائلات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض.

17. توجد علاقة قائمة تربط المستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل بشدة المرض اللثوي (دون المرض حول السني و التراكمات اللويحية)، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة للمشعر GI دون المشعرين CPI و PI. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً للمستوى الاقتصادي الاجتماعي لعائلة الطفل على شدة المرض اللثوي، و قد تبين كونه أعلى لدى الأطفال الذين هم لعائلات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي متوسط.

18. توجد علاقة قائمة تربط حجم عائلة الطفل بنسبة انتشار النخر و شدة النخر السني في الأسنان الدائمة و المؤقتة و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة للمشعر DMFTs

و dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و نسب انتشار النخور و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً لحجم عائلة الطفل على نسبة انتشار النخر و شدة النخر السني في الأسنان الدائمة و المؤقتة و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة، و قد تبين كونها أعلى لدى الأطفال الذين هم لعائلات كبيرة الحجم.

19. توجد علاقة قائمة تربط حجم عائلة الطفل بشدة التراكومات اللويحية (دون المرض اللثوي و دون المرض حول السني)، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة للمشعر PI دون المشعرين CPI و GI. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً لحجم عائلة الطفل على شدة التراكومات اللويحية و العناية الفموية، و قد تبين كونها أعلى لدى الأطفال الذين هم لعائلات كبيرة الحجم.

20. توجد علاقة قائمة تربط الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها بنسبة انتشار النخر و شدة النخر السني في الأسنان الدائمة و المؤقتة و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة، إذ تبين وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة للمشعر DMFTs و dmfts و المشعر الكلي (DMFTs+dmfts) و نسب انتشار النخور و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً للزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها على نسبة انتشار النخر و شدة النخر السني في الأسنان الدائمة و المؤقتة و وسطي قيم الأرحاء الأولى الدائمة المنخورة و المفقودة، و قد تبين كونها أعلى لدى الأطفال الذين لا توجد لديهم أية زيارات سابقة.

21. توجد علاقة قائمة تربط الزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها بشدة المرض اللثوي (دون التراكومات اللويحية و دون المرض حول السني)، إذ

تبين وجود فروق دالة إحصائياً بالنسبة للمشرع GI دون المشعرين CPI و PI. و يمكن القول بناءً على ذلك أن هناك تأثيراً للزيارات السابقة للطفل إلى طبيب الأسنان و انتظامها على شدة المرض اللثوي، و قد تبين كونه أعلى لدى الأطفال الذين لا توجد لديهم أية زيارات سابقة.

22. التوزع وفقاً للمناطق المختلفة في مدينة دمشق كان أكثر المتغيرات تأثيراً و ذا دلالة على مختلف جوانب الصحة الفموية و مشعراتها لدى المجتمع المدروس. يليه حجم عائلة الطفل و وجود زيارات سابقة إلى طبيب الأسنان و انتظامها.

23. الجنس كان أقل المتغيرات المدروسة دلالةً و تأثيراً على مختلف جوانب الصحة الفموية و مشعراتها لدى المجتمع المدروس.

24. إن وضع الصحة الفموية في مدينة دمشق منخفض للغاية و بحاجة إلى عناية خاصة و تضافر جميع الجهود للوصول نحو الأفضل.

الباب الثامن:

التوصيات

Recommendations

يوصى بناءً على نتائج هذه الدراسة بما يلي:

1. وضع خطة وقائية شاملة بناءً على استنتاجات الدراسة الحالية و تعميمها و تطبيقها على جميع مدارس مدينة دمشق كمرحلة أولى إسعافية لتدارك وضع الصحة الفموية المنخفض. يتبعها وضع خطة علاجية منهجية تستهدف أطفال المدارس. و من ثم تقييم وضع الصحة الفموية بناءً على نتائج المسوح الدورية المتتابعة اللاحقة (التي نقترح إجرائها أيضاً) لتصويب و تطوير الخطط الوقائية الموضوعية بشكل مستدام و مستمر.
2. بناء على نتائج الدراسات و المسوح على مستوى القطر تبني خطط وقائية فموية شاملة لكل منطقة و على مستوى سورية و يتم تعميمها و تطبيقها ليصار إلى تقييمها بناءً على نتائج المسوح الدورية الوطنية و من ثم تصويبها و تطويرها بشكل مستمر.
3. ضرورة استهداف الفئات الأكثر حاجةً للرعاية الصحية الفموية أولاً في إطار أي برامج وقائية أو علاجية، أي الأطفال الذين هم: في المناطق ذات الانتشار و الشدة الأكبر - لعائلات كبيرة - يقطنون في سكنٍ مؤقت - هم لعائلات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض (ثم المتوسط) - لا توجد لديهم أية زيارات سابقة لطبيب الأسنان.
4. العمل على تقديم التوعية الصحية الفموية لأهالي الأطفال للأعمار ما قبل المدرسة عبر المراكز الصحية و أطباء الأطفال في العيادات و المستشفيات و على شكل نشرات يتم توزيعها مع حملات اللقاحات. و أن تشمل التوعية الصحية لأهل تدريبهم على الفحص الذاتي لأطفالهم و تغيير المفهوم السيء لدى بعض الأهل في عدم الاهتمام بالأسنان المؤقتة للأطفال.

5. العمل على زيادة التوعية الصحية الفموية الموجهة للأطفال سواءً عبر المدارس أو غيرها من الطرق و تقديم الدعم عن طريق توزيع أدوات العناية الفموية الشخصية كتوزيع فراشي الأسنان و تعليم الأطفال كيفية استعمالها.

6. توعية أهالي الأطفال حول أهمية ترشيد استهلاك السكريات و التعود على العادات الغذائية السليمة، و التأكيد على فوائد الأغذية الصحية. أيضاً ضرورة التوعية ليكون للأطفال نظام غذائي متكامل لما لذلك من دور هام في النمو و في بنية أسنان و عظام قوية.

7. العمل على تثقيف أهالي الأطفال بضرورة العلاج و المحافظة على الأسنان بهدف رفع نسبة الـ (ft+FT) إلى الـ (dmft+DMFT) و لما لها من دور في نمو الأطفال و الصحة العامة أيضاً بالإضافة إلى تحسين نوعية الحياة.

8. حث أطباء الأسنان الممارسين على أن لا يقتصر دورهم على الإجراءات العلاجية فقط. بل يجب أن تكون الإجراءات الوقائية و نشر الوعي الصحي (بما في ذلك ثقافة المراجعات الدورية) لدى مرضاهم و مراجعيتهم و في محيطهم المجتمعي من الأولويات في عملهم. الأمر الذي يعود على جميع الأطراف بالنفع.

9. حث الموجه الصحي في كل مدرسة على ضرورة قيامه بفحص دوري فموي كل فصل دراسي للأطفال و إرسال النتيجة مكتوبةً إلى الأهل. و التشديد على المدرسين على أن يقوموا بواجبهم التوعوي في مجال صحة الأطفال العامة و الفموية بالشكل الصحيح.

10. حث وزارة التربية و الصحة المدرسية على ضرورة استعمال المادة السادة للوهاد

و الميازيب المصنوعة من اسمنت الزجاج الشاردي عند جميع الأطفال عند بزوغ

الأرجاء الدائمة لديهم، و ذلك ضمن برامج صحية دورية.

11. نشر فكر و ثقافة الوقاية بأساليبها المختلفة و اعتمادها بشكل فعال.

الباب التاسع:

المقترحات

Suggestions

يُقترح بناءً على الخبرة المكتسبة من إجراء هذه الدراسة ما يلي:

1. وضع خطة متكاملة لإجراء دراسات وبائية دورية مماثلة تغطي كافة جوانب الصحة الفموية عند الأطفال في جميع محافظات سورية، و بالتنسيق مع مركز بحوث طب الفم و وزارة التربية و الصحة المدرسية، و التعاون مع هذه الهيئات لتوفير الدعم اللازم و وسائل النقل اللازمة للوصول إلى المناطق البعيدة.
2. توجيه أبحاث أقسام طب أسنان الأطفال لتخدم الواقع المجتمعي و تعالج المشاكل الوبائية المختلفة التي تم الكشف عنها لتكون بحوثاً تستند إلى الواقع و تعالجه و خاصةً في ضوء الوباء الفموي المستشري.
3. يجب أن تعتمد الدراسات اللاحقة على فرق بحثية موسعة.

الباب العاشر:

الملخص

Abstract

المقدمة: تعد الصحة الفموية مشعراً هاماً يستدل به على حالة الصحة العامة للفرد. كما أنها تسهم بشكل إيجابي في الصحة الجسدية و العقلية و الاجتماعية للفرد. و إن الصحة الفموية الجيدة في مرحلة الطفولة تُسهم في تطور صحة فموية جيدة لدى الشخص البالغ لاحقاً. كما أن معرفة الوضع الراهن للصحة الفموية في المجتمع له دورٌ و تأثيرٌ كبيران على التداخلات العلاجية والوقائية التي يمكن تبنيها بشكلٍ واسعٍ سواءً على صعيد المناهج التعليمية و الاستراتيجيات التدريسية أم في مجال برامج التنظيف الصحي.

الهدف من البحث: الوصول إلى تقييم دقيق لحالة الصحة الفموية بشقيها الرئيسيين السني وحول السني عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق.

مواد و طرائق البحث: عينة البحث: تألفت العينة من 1500 طفل كان منهم 745 أنثى (49.7%) و 755 ذكر (50.3%). الأدوات المستخدمة: أدوات الفحص السنية و حول اللثوية، ضوء رأسي محمول، أدوات مكافحة العدوى ووسائل الحماية الشخصية، مضامض 0.12% Chlorhexidine، حبوب كاشفة للويحة، فرازاكو وأدوات إيضاح. طريقة الفحص: اعتمدت معايير منظمة الصحة العالمية لعام 2013. تم أخذ المعلومات الشخصية لكل طفل وبشكل دقيق و ملء بطاقة الفحص الخاصة و تسجيل قيم المشعرات التالية: DMFTs - PI - dmfts - GI - CPI. بالإضافة إلى ما سبق فإن الأطفال المشاركين تم إعطاؤهم تعليمات الصحة الفموية وكيفية تنظيف الأسنان بشكل أفضل.

الاستنتاجات: توصلت الدراسة إلى ما يلي عند الأطفال بعمر 8 إلى 12 سنة في مدينة دمشق: 1. فيما يتعلق بالصحة السنية: بلغت نسبة انتشار النخر السني 79.1%. بلغت قيمة وسطي ال DMFTs 2.03. بلغت قيمة وسطي ال dmfts 2.47. بلغت القيمة الوسطية للمشعر الكلي (DMFTs+dmfts) 4.48. كانت أكثر الأسنان إصابة على الإطلاق الأرحاء الأولى الدائمة. 2. فيما يتعلق بالصحة حول السنية: بلغت قيمة وسطي ال PI 1.39. بلغت قيمة وسطي ال GI 1.12. بلغت قيمة وسطي ال CPI (لدى اليافعين بعمر 12 سنة فقط) 1.30. 3. فيما يتعلق بالصحة الفموية بالمجمل: إن وضع الصحة الفموية منخفض و بحاجة إلى عناية خاصة و تضافر جميع الجهود للوصول نحو الأفضل. هناك حاجة كبيرة إلى برامج وقائية شاملة و زيادة الوعي حول الصحة الفموية.

Introduction: Oral health is considered as a very important index that can be employed to indicate the general health status for persons. It also positively adds up to the person's physical mental and social health. A good oral health during childhood contributes to a better oral health as an adult later on. Knowing the current oral health status in one society has a big role as well as impact on any therapeutic or preventive interventions which can be adopted on a large scale whether in the educational curricula and teaching strategies or even in oral health awareness programs.

Research Aims: Reaching an accurate evaluation of the oral health status in its main two aspects, the dental and the periodontal, in children aged 8 to 12 in Damascus city.

Materials and Methods: The *study sample* was comprised of 1500 children of which 745 were females (49.7%) and 755 were males (50.3%). *Used instruments:* dental and periodontal examination instruments, head-held light, infection control and personal protective equipment, Chlorhexidine 0.12% mouthwash, plaque predisposing tablets, dental frasco and illustration tools. *Examination method:* the WHO 2013 standards were used. Personal information was obtained for each child and the examination form was accurately filled then the values for the following indices were recorderd: PI - DMFTs – dmfts – GI- CPI. In addition, the participating children were taught how to brush their teeth well and also given oral hygiene instructions.

Conclusions: The study reached the following conclusions in children aged 8-12 in Damascus city: 1. as to the dental health: Caries prevalence rate was 79.1%. The mean DMFTs was at 2.03. The mean dmfts was at 2.47. The mean for (DMFTs + dmfts) total index was at 4.48. The teeth with the most lesions were the first permanent molars. 2. as to the periodontal health: The mean PI was at 1.39. The mean GI was at 1.12. The mean CPI (in 12-year children only) was at 1.30. 3. as to the overall oral health: The oral health status is low and requires special care and coordinating all the efforts seeking the better. There is an immense need for comprehensive preventive programs and to increase the awareness about oral health.

الباب الحادي عشر:

المراجع

Bibliography

1. AIHW (Australian Institute of Health and Welfare), 2012. Oral health and dental care in Australia Key facts and figures 2012. [Report]
2. Ainamo, J., Barmes, D., Beagrie, G., Cutress, T., Martin, J., Sardo-Infirri, J., 1982. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J* 32, 281–91. [Article]
3. Al-Haddad, K., Al-Hebshi, N., Al-Ak'hali, M., 2010. Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen. *Int J Dent Hyg* 8, 80–85. [Article]
4. Al Mashhadani, S., Al Khoory, T., Saleh, N., Fargali, K., Mathew, R., Al Qasem, N., 2017. National Survey of the Oral Health Status of School Children in Dubai, UAE. *EC Dental Science* 8.2, 48-58. [Article]
5. Al-Thani, M., Al-Thani, A., Al-Emadi, A., Al-Chetachi, W., Akram, H., Poovelil, B., 2016. Oral health status of six-year-old children in Qatar: findings from the national oral health survey. *Int J Dent Hyg*, open access. [Article]
6. Batliner, T., Wilson, A., Tiwari, T., Glueck, D., Henderson, W., Thomas, J., Braun, P., Cudeii, D., Quissell, D., Albino, J., 2014. Oral health status in Navajo Nation Head Start children. *J Public Health Dent* 74, 317–325. [Article]
7. Besseling, S., Ngonephady, S., Wijk, A., 2013. Pilot survey on dental health in 5–12-year-old school children in Laos. *J Investigative Clin Dent* 4, 44–48. [Article]
8. Blaggana, A., 2016. Oral Health Knowledge, Attitudes and Practice Behaviour among Secondary School Children in Chandigarh. *J Clin Diagnostic Res*, open access. [Article]
9. Brownson, R., Baker, E., Deshpande, A., Gillespie, K., 2018. Evidence-Based Public Health. [Textbook]
10. Cappelli, D.P., Mobley, C., 2007. Prevention in Clinical Oral Health Care. [Textbook]
11. Carranza, F., Newman, G., Klokkevold, P., Takei, H., 2015. Carranza's Clinical Periodontology. [Textbook]
12. CDA (Canadian Dental Association), Your Oral Health, CDA Website, Visited November 2017, CDA, www.cda-adc.ca/en/oral_health/index.asp [Website]

13. CDC (Centers for Disease Control), Division of Oral Health, CDC Website, Visited November 2017, CDC, <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/index.html> [Website]
14. Chattopadhyay, A., 2011. Oral Health Epidemiology: Principles and Practice. [Textbook]
15. Chi, D., Masterson, E., Carle, A., Mancl, L., Coldwell, S., 2014. Socioeconomic Status, Food Security, and Dental Caries in US Children: Mediation Analyses of Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2008. *Am J Public Health* e1–e5. [Article]
16. Chu, C., Chau, A., Wong, Z., Hui, B., Lo, E., 2012b. Oral health status and behaviour of children in Myanmar – A pilot study in four villages in rural areas. *Oral Health Prev Dent* 10, 365-371. [Article]
17. Chu, C., Ho, P., Lo, E., 2012a. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health* 12, 1–8. [Article]
18. Cohen, M., 1993. Bursts of periodontal destruction and remission, percolation phase shifts, and chaos. *J Perio Research* 28, 429–436. [Article]
19. Daly, B., Thompsell, A., Sharpling, J., Rooney, Y., Hillman, L., Wanyonyi, K., White, S., Gallagher, J., 2017. Evidence summary: the relationship between oral health and dementia. *Brit Dent J* 00 Open Access. [Article]
20. Dashash, M., 2013. Community-Oriented Medical Education: Bringing Perspectives to Curriculum Planners in Damascus University. *Educ Health* 26, 130-132. [Article]
21. Dashash, M., Blinkhorn, A., 2012. The dental health of 5 year-old children living in Damascus, Syria. *Community Dent Health* 29, 209-213. [Article]
22. Dawani, N., Nisar, N., Khan, N., Syed, S., Tanweer, N., 2012. Prevalence and factors related to dental caries among pre-school children of Saddar town, Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Oral Heal* 12, 1–9. [Article]
23. Dean, J., Jones, J., Walker Vinson, L., 2016. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. [Textbook]

24. Do, L., Spencer, A., Roberts-Thomson, K., Trinh, H., Nguyen, T., 2011. Oral Health Status of Vietnamese Children: Findings From the National Oral Health Survey of Vietnam 1999. *Asia Pac J Public Heal* 23, 217–227. [Article]
25. Duggal, M., Cameron, A., Toumba, J., 2013. *Paediatric Dentistry at a Glance*. [Textbook]
26. Dye, B., Vargas, C., Fryar, C., Ramos-Gomez, F., Isman, R., 2017. Oral health status of children in Los Angeles County and in the United States, 1999–2004. *Community Dent Oral* 45, 135–144. [Article]
27. EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry), Definition of Paediatric Dentistry, EAPD Website, Visited November 2017, EAPD, www.eapd.gr/50B3B17F.en.aspx [Website]
28. El-Nadeef, M., Hassab, H., Al-Hosani, E., 2010. National survey of the oral health of 5-year-old children in the United Arab Emirates. *EMHJ* 16, 51-55. [Article]
29. Franz, F., Gotze, W., 1983. Oral health survey in Haitian and Hamburg children aged 12–15. *Community Dent Oral* 11, 302–307. [Article]
30. Felton, A., Chapman, A., Felton, S., 2014. *Basic Guide to Oral Health Education and Promotion*. [Textbook]
31. Gao, J., Ruan, J., Zhao, L., Zhou, H., Huang, R., Tian, J., 2014. Oral health status and oral health knowledge, attitudes and behavior among rural children in Shaanxi, western China: a cross-sectional survey. *BMC Oral Health* 14:144. [Article]
32. Gardens, S., Krishna, M., Vellappally, S., Alzoman, H., Halawany, H., Abraham, N., Jacob, V., 2014. Oral health survey of 6–12-year-old children with disabilities attending special schools in Chennai, India. *Int J Paediatr Dent* 24, 424–433. [Article]
33. Gökalp, S., Guciz Doğan, B., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., Ünlüer, Ş., 2010. National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dental Health* 27, 12–17. [Article]
34. Goldberg, M., 2016. *Understanding Dental Caries: from Pathogenesis to Prevention and Therapy*. [Textbook]

35. Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., Lang, I., 2013. Oxford Handbook of Public Health Practice. [Textbook]
36. Ha, D., Crocombe, L., Mejia, G., 2014. Clinical oral health of Australia's rural children in a sample attending school dental services. *Aust J Rural Health* 22, 316–322. [Article]
37. Ha, D., Do, L., Luzzi, L., Mejia, G., Jamieson, L., 2016. Changes in Area-level Socioeconomic Status and Oral Health of Indigenous Australian Children. *J Health Care Poor U* 27, 110–124. [Article]
38. Havaladar, K., Bhat, S., Hegde, S., 2014. Oral health status of Tibetan and local school children of Kushalnagar, Mysore district, India: A comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 32, 125–129. [Article]
39. Hong-Ying, W., Petersen, P., Jin-You, B., Bo-Xue, Z., 2002. The second national survey of oral health status of children and adults in China. *Int Dent J* 52, 283–290. [Article]
40. Imai, S., Mansfield, C., 2015. Oral Health Relationship with General Health and Behavioral Risk Factors in North Carolina. *N C Med J* 76, 142-147. [Article]
41. Ismail, A., Sohn, W., Tellez, M., Amaya, A., Sen, A., Hasson, H., 2007. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidem* 35, 170–178. [Article]
42. Jürgensen, N., Petersen, P., 2009. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC Oral Health* 9:29 open access. [Article]
43. Kay, E., 2016. Dentistry at a Glance. [Textbook]
44. Kim, J., Choi, Y., Park, S., Kim, J., Lee, T.-H., Cho, K., Park, E.-C., 2016. Disparities in the experience and treatment of dental caries among children aged 9–18 years: the cross-sectional study of Korean National Health and Nutrition Examination Survey (2012–2013). *Int J Equity Health* 15, 88. [Article]
45. Klein, R., Palmer. C., Knutson, J., 1938. Studies on dental caries, dental status, and dental needs of elementary school children. [Report]

46. Kliegman, R., Stanton, B., Schor, N., Behrman, R., 2016. Nelson Textbook of Pediatrics. [Textbook]
47. Koch, G., Poulsen, S., Espelid, I., Haubek, D., 2017. Pediatric Dentistry A Clinical Approach. [Textbook]
48. Krisdapong, S., Prasertsom, P., Rattananarangsima, K., Sheiham, A., 2013. School absence due to toothache associated with sociodemographic factors, dental caries status, and oral health-related quality of life in 12- and 15-year-old Thai children. J Public Health Dent 73, 321–328. [Article]
49. Kumar, S., Kumar, A., Badiyani, B., Basak, D., Ismail, M., 2015. Oral health impact, dental caries experience, and associated factors in 12–15-year-old school children in India. Int J Adolesc Medicine Heal, open access. [Article]
50. Lai, H., Fann, J., Yen, A., Chen, L., Lai, M., Chiu, S., 2016. Long-term effectiveness of school-based children oral hygiene program on oral health after 10-year follow-up. Community Dent Oral 44, 209–215. [Article]
51. Lesaffre, E., Declerck, D., 2009. Statistical and Methodological Aspects of Oral Health Research. [Textbook]
52. Li, Y., Wang, W., 2002. Predicting Caries in Permanent Teeth from Caries in Primary Teeth: An Eight-year Cohort Study. J Dent Res 81, 561-566. [Article]
53. Lindhe, J., Lang, N., Berglundh, T., Giannobile, W., Sanz, M., 2015. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. [Textbook]
54. Lynge Pedersen, A., Belstrøm, D., Flyvbjerg, A., Holmstrup, P., 2016. Oral Infections and General Health. [Textbook]
55. Malmö University, Methods and Indices, Malmö University Oral Health Database Website, Visited November 2017, Malmö University, www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices [Website]
56. Meyer-Lueckel, H., Ekstrand, K., Paris, S., Effenberger, S., 2013. Caries Management— Science and Clinical Practice. [Textbook]
57. Monse, B., Benzian, H., Araujo, J., Holmgren, C., van Palenstein Helderman, W., Naliponguit, E., Heinrich-Weltzien, R., 2015. Silent Public Health Crisis: Untreated

Caries and Dental Infections Among 6- and 12-Year-Old Children in the Philippine National Oral Health Survey 2006. *Asia-Pacific J Public Health* 27, 16-25. [Article]

- 58. Motohashi, M., Yamada, H., Genkai, F., Kato, H., Imai, T., Sato, S., Sugaya, A., Maeno, M., 2006. Employing dmft score as a risk predictor for caries development in the permanent teeth in Japanese primary school girls. *J Oral Sci* 48, 233-7. [Article]**
- 59. Mustufa, M., Jamali, A., Sameen, I., Burfat, F., Baloch, M., Baloch, A., Baloch, G., Lashari, S., Ayaz, S., Baloch, M., 2017. Malnutrition and poor oral health status are major risks among primary school children at Lasbela, Balochistan, Pakistan. *J Heal Popul Nutrition* 36, 17. [Article]**
- 60. NHS (National Health Service in the UK), Public Health England Dental Health, Public Health England Website, Visited November 2017, NHS, <http://www.nwph.net/dentalhealth/> [Website]**
- 61. Nurelhuda, N., Trovik, T., Ali, R., Ahmed, M., 2009. Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; a school-based survey. *BMC Oral Heal* 9, 1–9. [Article]**
- 62. Pakshir, H., 2004. Oral health in Iran. *Int Dent J* 54, 367–372. [Article]**
- 63. Patel, R., 2012. The State of Oral Health in Europe; Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. [Report]**
- 64. Peacock, J., Peacock, P., 2011. Oxford Handbook of Medical Statistics. [Textbook]**
- 65. Phelan, C., Byun, R., Skinner, J., Blinkhorn, A., 2009. Child Dental Health Survey 2007: a snapshot of the oral health status of primary school-aged children in NSW. *New South Wales Public Heal Bulletin* 20, 40. [Report]**
- 66. Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., Quentin, W., 2015. Switzerland: Health System Review. *Heal Syst Transition* 17, 1–288, xix. [Report]**
- 67. Porter, J., Ravaghi, V., Hill, K., Watt, R., 2016. Oral health behaviours of children in England, Wales and Northern Ireland 2013. *Brit Dent J* 221, 263–268. [Article]**
- 68. Polverini, P., D'Silva, N., Decker, A., 2015. Personalized Oral Health Care: from Concept Design to Clinical Practice. [Textbook]**

69. Prasad, M., Radhakrishna, A., Kambalimath, H., Chandrasekhar, S., Deepthi, B., Ramakrishna, J., 2016. Oral health status and treatment needs among 10126 school children in West Godavari district, Andhra Pradesh, India. *J Int Soc Prev Community Dent* 6, 213–218. [Article]
70. Ramakrishna, H., 2017. Medical Statistics. [Textbook]
71. Ray, S., Fitzpatrick, S., Golubic, R., Fisher, S., 2016. Oxford Handbook of Clinical and Healthcare Research. [Textbook]
72. RCS (Royal College of Surgeons) Faculty of Dentistry, 2015. The state of children's oral health in England. [Report]
73. Rodan, R., Khlaifat, F., Smadi, L., Azab, R., Abdalmohdi, A., 2015. Prevalence and severity of gingivitis in school students aged 6-11 years in Tafelah Governorate, South Jordan: results of the survey executed by National Woman's Health Care Center. *BMC Res Notes* 8, 662. [Article]
74. Scarpelli, A., Paiva, S., Viegas, C., Carvalho, A., Ferreira, F., Pordeus, I., 2013. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral* 41, 336–344. [Article]
75. Selwitz, R., Ismail, A., Pitts, N., 2007. Dental caries. *Lancet* 369, 51–59. [Article]
76. Sharda, J., Mathur, L., Sharda, A., 2013. Oral Health Behavior and its Relationship with Dental Caries Status and Periodontal Status among 12-13 Year Old School Children in Udaipur, India. *OHDM* 12, 237-242. [Article]
77. Sharland, M., Butler, K., Cant, A., 2016. Manual of Childhood Infections. [Textbook]
78. Sivakumar, V., 2016. Oral Health Status of Tibetan and Local School Children: A Comparative Study. *J Clin Diagnostic Res.* [Article]
79. Skeie, MS., Raadal, M., Strand, G., Espelid, I., 2006. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age - a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent* 16, 152-60. [Article]
80. Somerville, M., Kumaran, K., Anderson, R., 2012. Public Health and Epidemiology at a Glance. [Textbook]

81. Soxman, J., Camp, J., Coll, J., Killian, C., 2015. Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry. [Textbook]
82. Souza, J., Souza, S., dos Noronha, M., e Ferreira, E., de Martins, A., 2017. Impact of untreated dental caries on the daily activities of children. J Public Health Dent 00 Open Access. [Article]
83. Tasker, R., McClure, R., Acerini, C., 2013. Oxford Handbook of Paediatrics. [Textbook]
84. UN (United Nations), UN convention on the rights of the child, UNICEF Website, Visited November 2017, UN, www.unicef.org/crc [Website]
85. Utah Department of Health, Division of Family Health and Preparedness, Oral Health Program and Data Resources Program, 2016. The 2015-2016 Oral Health Status of Utah's Children. [Report]
86. Vargas, C., Ronzio, C., Hayes, K., 2003. Oral Health Status of Children and Adolescents by Rural Residence, United States. J Rural Heal 19, 260–268. [Article]
87. Ward, H., Toledano, M., Shaddick, G., Davies, B., Elliott, P., 2012. Oxford Handbook of Epidemiology for Clinicians. [Textbook]
88. Weinstein, G., Zientz, M., 2017. The Dental Reference Manual: A Daily Guide for Students and Practitioners. [Textbook]
89. Weiss, N., 2017. Introductory Statistics. [Textbook]
90. WHO (World Health Organization), 2013. Oral health surveys: basic methods 5th ed. [Textbook]
91. WHO (World Health Organization), 2012. Oral Health Fact Sheet Nº 318, WHO Fact Sheets. [Report]
92. Woollard, R., 2013. Building a Different Future: Constructing Hope and Peace in Syrian Dental Education. Educ Health 26, 71-72. [Article]
93. Xuedong, Z., 2016. Dental Caries: Principles and Management. [Textbook]

94. Yin, W., Yang, Y.-M., Chen, H., Li, X., Wang, Z., Cheng, L., Yin, Q.-D., Fang, H.-Z., Fei, W., Mi, F.-L., Nie, M.-H., Hu, T., Zhou, X.-D., 2017. Oral health status in Sichuan Province: findings from the oral health survey of Sichuan, 2015–2016. *Int J Oral Sci* 9, 10–15. [Article]
95. Zhang, S., Liu, J., Lo, E., Chu, C.-H., 2014a. Dental and periodontal status of 12-year-old Bulang children in China. *BMC Oral Heal* 14, 1–6. [Article]
96. Zhang, S., Liu, J., Lo, E., Chu, C.-H., 2014b. Dental caries status of Bulang preschool children in Southwest China. *BMC Oral Heal* 14, 1–7. [Article]
97. Zhang, S., Xu, B., Liu, J., Lo, E., Chu, C.-H., 2015. Dental and periodontal status of 12-year-old Dai school children in Yunnan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Oral Heal* 15, 117 [Article]
98. الهنداوي، محمد أمين.؛ قوشجي، شذى.؛ 2009. انتشار النخر السني في أسنان أطفال المدارس بعمر 6 - 7 سنوات في المنطقة الشرقية في الجمهورية العربية السورية. أطروحة ماجستير - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.
99. حتاحت، فراس.؛ الصباغ، محمد منذر.؛ 2017. تأثير النزوح الداخلي على الحالة اللثوية. أطروحة ماجستير - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.
100. دشايش، ميسون.؛ خردجي، محمد نبيه.؛ 1997. التغيرات اللثوية عند الأطفال و سوء التغذية. أطروحة ماجستير - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.
101. سلمان، بسام.؛ 2007. دراسة وبائية عن نخر الأسنان عند اليافعين في الساحل السوري. مجلة جامعة تشرين - سلسلة العلوم الصحية العدد (4).
102. سلمان، بسام.؛ سلطان، كنده.؛ 2014. دراسة انتشار النخر السني عند الأطفال بعمر 13-15 سنة في مدينة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين - سلسلة العلوم الصحية العدد (2).