Original Article

10.22122/jids.v22.i2.0133

Journal of
Isfahan Dental School

2026; 22(2): 133- 45

Correlation between Parental Awareness of First Permanent Molar Eruption and DMFT Index in Children in Mobarakeh City

Negar Moradi[1]
Masoud Feizbakhsh[2]
Hajar Shekarchizadeh[3]
Negar Rezapour[4]

1. Postgraduate Student, Department of Operative Dentistry, School of Dentistry, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. **Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Orthodontics, Faculty of Dentistry, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Email: masoud.feizbakhsh@iau.ac.ir
3. Associate Professor, Community Health, Research Center, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran
4. Postgraduate Student, Department of Operative Dentistry, School of Dentistry, Medical University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: Since the first permanent molars are the first teeth to go into the mouth between the ages of 6 and 7 and have a long period of eruption, they are the most susceptible tooth to decay. This tooth does not replace any of the deciduous teeth and is considered a deciduous tooth by the parents. One of the problems is the incorrect knowledge of parents about the time of the first permanent molars eruption. In the present study, parents' knowledge about the eruption of children's first permanent molar and its effect on the health of this tooth was evaluated.

Materials & Methods: A cross-sectional study was conducted in Mobarakeh, Iran in 2020, involving 204 children aged 8-9 years selected through multi-stage stratified-cluster sampling, along with their parents. Parents completed a questionnaire assessing their knowledge of first permanent molar eruption timing, general oral health, and caries-prevention practices. A trained dental student then clinically examined the children's first permanent molars to determine the DMFT index. Statistical analysis employed a One-sample T-test, an Independent T-test, and Spearman's correlation coefficient.

Results: The mean DMFT index was 1.56 ± 1.22. A significant inverse relationship was found between parental knowledge of molar eruption timing and DMFT scores ($P < 0.001$). Significant associations were also observed between DMFT and parents' general oral health knowledge ($P < 0.001$), their knowledge of caries-prevention methods ($P < 0.001$), and maternal education level.

Conclusion: Parental awareness of first permanent molar eruption timing, along with maternal education level, were identified as significant factors influencing caries status in these teeth. The findings highlight the need for educational programs to improve parental knowledge regarding the eruption timing of children's first permanent molars, in order to support better preventive outcomes.

Key words: Parents, Attitudes, Eruption, Permanent molar, DMFT index

Received: 06.05.2026 **Revised**: 08.08.2026 **Accepted:** 08.09.2026

How to cite: Moradi N, Feizbakhsh M, Shekarchizadeh H, Rezapour N. Correlation between Parental Awareness of First Permanent Molar Eruption and DMFT Index in Children in Mobarakeh City. J Isfahan Dent Sch 2026; 22 (2): 133- 45.

مقاله اصیل پژوهشی

10.22122/jids.v22.i2.0133

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان

۱۴۰۵؛ ۲۲ (۲): ۱۳۳ تا ۱۴۵

ارتباط آگاهی والدین از رویش مولر اول دائمی با شاخص DMFT در کودکان شهر مبارکه

نگار مرادی [۱]

مسعود فیض‌بخش [۲]

هاجر شکرچی‌زاده [۳]

نگار رضاپور [۴]

۱. دستیار تخصصی،گروه ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. **نویسنده مسؤول:** دانشیار، گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
Email: masoud.feizbakhsh@iau.ac.ir

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۴. دستیار تخصصی، گروه ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: از آن جایی که مولر اول دائمی اولین دندانی است که در سنین ۶ تا ۷ سال در دهان می‌روید و دوره‌ی رویش طولانی دارد، مستعدترین دندان برای پوسیدگی است. این دندان جایگزین هیچ یک از دندان‌های شیری نمی‌شود و توسط والدین دندان شیری فرض می‌شود. آگاهی نادرست والدین نسبت به زمان رویش مولر اول دائمی، یکی از معضلات موجود است. هدف از این مطالعه، بررسی آگاهی والدین درباره رویش دندان مولر اول دائمی کودکان و تأثیر آن بر سلامت این دندان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۹ در مبارکه انجام شد و شامل ۲۰۴ کودک ۸ تا ۹ ساله بود که به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای طبقه‌بندی‌شده- خوشه‌ای، همراه با والدین آن‌ها انتخاب شدند. والدین پرسش‌نامه‌ای را تکمیل کردند که آگاهی آن‌ها از زمان رویش اولین مولر دائمی، سلامت عمومی دهان، و روش‌های پیشگیری از پوسیدگی را ارزیابی می‌کرد. سپس یک دانشجوی دندان‌پزشکی آموزش‌دیده، اولین مولرهای دائمی کودکان را معاینه کرد تا شاخص DMFT (Decayed Missed Filled) تعیین شود. تحلیل آماری با استفاده از آزمون تی تک‌نمونه‌ای، آزمون Independent sample T-test و ضریب همبستگی Spearman انجام شد. تمامی تحلیل‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین شاخص DMFT برابر با ۵۶/۱ ± ۲۲/۱ بود. رابطه معکوس معناداری بین آگاهی والدین از زمان رویش مولر و نمره DMFT یافت شد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین ارتباط معناداری بین DMFT و آگاهی عمومی والدین از سلامت دهان ($P < ۰/۰۰۱$)، آگاهی آن‌ها از روش‌های پیشگیری از پوسیدگی ($P < ۰/۰۰۱$) و سطح تحصیلات مادر مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: آگاهی والدین از زمان رویش اولین مولر دائمی، همراه با سطح تحصیلات مادر، به‌عنوان عوامل معنادار مؤثر بر وضعیت پوسیدگی این دندان‌ها شناسایی شدند. یافته‌ها بر لزوم برنامه‌های آموزشی برای بهبود آگاهی والدین درباره زمان رویش اولین مولرهای دائمی کودکان تأکید می‌کنند، تا از پیامدهای پیشگیرانه بهتر حمایت شود.

کلید واژه‌ها: والدین؛ نگرش؛ رویش؛ مولر دائمی؛ شاخص DMFT

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۱۶ **تاریخ اصلاح:** ۱۴۰۵/۰۵/۱۷ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۶/۱۷

استناد به مقاله: مرادی نگار، فیض‌بخش مسعود، شکرچی‌زاده هاجر، رضاپور نگار. ارتباط آگاهی والدین از رویش مولر اول دائمی با شاخص DMFT در کودکان شهر مبارکه. مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان. ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۲): ۱۳۳ - ۱۴۵.

مقدمه

دندان مولر اول دائمی، از اولین دندان‌های دائمی هستند که در حدود ۷-۶ سالگی در خلف هر کوادرانت قوس دندانی رویش می‌یابد و نقش کلیدی در جویدن، حفظ اکلوژن، رشد فکین و ثبات قوس دندانی دارد (۱). به دلیل شکل آناتومیک خاص، رویش زودهنگام، دوره رویش طولانی و دشواری رعایت بهداشت در این ناحیه، این دندان‌ها مستعد پوسیدگی هستند و بخش عمده‌ای از پوسیدگی‌های دندانی کودکان را به خود اختصاص می‌دهند (۲، ۳).

رویش آرام و بدون عارضه این دندان و حضور همزمان آن با دندان‌های شیری در حفره دهان، باعث عدم اطلاع والدین از دائمی بودن آن و اشتباه گرفتن این دندان با دندان‌های شیری می‌شود چراکه والدین معمولاً بر این باورند که دندان‌های دائمی وقتی رویش می‌یابند که یک دندان شیری بیفتد بنابراین، این دندان‌ها که در دیستال دندان‌های شیری می‌رویند و معادل شیری ندارند ناشناخته باقی مانده و دندان شیری فرض می‌شوند (۲-۴). این عدم آگاهی می‌تواند منجر به بی‌توجهی در مراقبت، افزایش پوسیدگی، درگیری پالپ و حتی کشیدن زودهنگام دندان شود، امری که پیامدهایی مانند کاهش کارآیی جویدن، اختلالات اکلوژنی، جابه‌جایی دندان‌ها و افزایش هزینه‌های درمانی را به دنبال دارد (۵).

با توجه به اینکه دانش و اعتقادات بهداشتی کودکان تا ۱۲ سال شکل می‌گیرد (۶) و همینطور به دلیل اینکه تا سن ۹-۸ سالگی نظارت مستقیم والدین در امر بهداشت دهان و دندان کودک ضروری است؛ بنابراین به نظر می‌رسد آگاهی والدین از رویش این دندان می‌تواند تأثیر بسزایی در ارتقاء سلامت دهان و دندان کودک داشته باشد. با این وجود، نتایج مطالعات در زمینه ارتباط آگاهی والدین با وضعیت پوسیدگی این دندان یکسان نیست. Vejdani و همکاران به این نتیجه رسیدند که درصد کمی از والدین از زمان رویش مولر اول آگاهی دارند ولی ارتباطی بین شاخص DMFT (Decayed Missed Filled) این دندان و آگاهی والدین پیدا نکردند (۷).

طبق نتایج مطالعه‌ی زواشکیانی و میرزاخان، درصد کمی از والدین از حضور دندان‌های مولر اول دائمی در دهان کودکانشان مطلع بودند و میانگین ترمیم این دندان در این کودکان ۳ برابر سایرین بود (۴).

Al-Samadani و Ahmad به این نتیجه رسیدند که آگاهی والدین از دائمی بودن این دندان تأثیر مثبتی در کاهش پوسیدگی این دندان داشته است (۸).

بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی میزان آگاهی والدین از رویش دندان مولر اول دائمی در کودکان ۸-۹ ساله شهر مبارکه و ارتباط آن با شاخص DMFT این دندان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بر اساس فرضیه‌ی صفر، بین میزان آگاهی والدین از رویش مولر اول دائمی و شاخص DMFT این دندان ارتباط معناداری وجود ندارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تحلیلی و مقطعی با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.004 در سال ۱۳۹۹ در شهر مبارکه انجام شد و جامعه آماری آن شامل کودکان ۸-۹ ساله شهر مبارکه و والدین آنان بود. نمونه گیری به صورت چند مرحله‌ای طبقه‌ای خوشه‌ای انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد:

$$C(r)=\frac{1}{2}\log_e\frac{1+r}{1-r}$$

$$N=\left(\frac{z_\alpha+z_\beta}{C(r)}\right)^2+3$$

که بر اساس آن تعداد ۱۹۴ نفر برای حضور در نمونه لازم بود. و با احتساب ۱۰ درصد بعنوان ریزش نمونه تعداد ۲۱۵ نفر انتخاب شد. که در نهایت ۲۰۴ پرسشنامه معتبر جمع‌آوری شد (۱۴). معیارهای ورود شامل نبود بیماری سیستمیک و آنومالی‌های رشدی یا دندانی ورویش کامل چهار دندان مولر اول دائمی بود. معیارهای خروج شامل عدم همکاری کودک یا والدین در معاینه و تکمیل پرسشنامه بود.

گردآوری داده‌ها به صورت میدانی و با مراجعه به مدارس ابتدایی شهر مبارکه انجام شد. ابتدا نمونه‌گیری

تصادفی ساده انجام شد و تعداد ۵ دبستان دخترانه دولتی، ۵ دبستان پسرانه دولتی، ۱ دبستان غیردولتی دخترانه و ۱ دبستان غیر دولتی پسرانه وارد مطالعه شد. پس از مراجعه به این مدارس و توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه والدین، از میان والدین داوطلب تعداد ۱۸ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه آگاهی از وضعیت دهان و دندان جهت تکمیل به آن‌ها داده شد.

Sadat-Sajadi و همکاران، طبق مطالعات قبلی و اهداف مطالعه پرسشنامه‌ای طراحی کردند. روایی و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت (۱۴). روایی سؤالات مربوط به آگاهی والدین از حضور مولر اول دائمی، بهداشت دهان و دندان و روش های پیشگیرانه به ترتیب ۹۱، ۸۸ و ۹۵ درصد بود. پایایی سؤالات بر اساس کرونباخ آلفا محاسبه شد و پایایی سؤالات مربوط به آگاهی والدین از حضور مولر اول دائمی، بهداشت دهان و دندان و روش‌های پیشگیرانه به ترتیب ۸۲، ۷۶ و ۷۲ درصد بود. پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال چند گزینه‌ای بود که میزان آگاهی والداین در چهار حوزه (رویش دندان، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و روش‌های پیشگیری) سنجیده شد و نمرات آنها طبقه‌بندی گردید. قسمت اول (آگاهی والدین در مورد دندان مولر اول دائمی) بازه‌ای بین ۰ تا ۱۰، قسمت ۲ (آگاهی والدین در مورد اصول بهداشت دهان و دندان) بازه‌ای بین ۰ تا ۱۸، قسمت ۳ (آگاهی در مورد تأثیر تغذیه) بازه‌ای بین ۰ تا ۴ و قسمت آخر (آگاهی در مورد روش‌های پیشگیری) بازه‌ای بین ۰ تا ۶ داشت. در این مطالعه، سطح آگاهی والدین برای هر قسمت بر اساس پاسخ صحیح به سؤالات پرسشنامه به طور قراردادی به صورت زیر طبقه‌بندی شد:

قسمت اول: آگاهی از رویش دندان مولر اول دائمی.

آگاهی ضعیف: امتیاز ۲-۰.

آگاهی متوسط: امتیاز ۶-۳.

آگاهی خوب: امتیاز ۱۰-۷.

قسمت دوم: آگاهی از وضعیت بهداشت دهان و دندان کودکان.

آگاهی ضعیف: امتیاز ۵-۰.

آگاهی متوسط: امتیاز ۱۲-۶.

آگاهی خوب: امتیاز ۱۸-۱۳.

قسمت سوم: آگاهی از نقش تغذیه در سلامت دهان و دندان کودکان.

آگاهی ضعیف: امتیاز ۱-۰.

آگاهی متوسط: امتیاز ۳-۲.

آگاهی خوب: امتیاز ۴.

قسمت چهارم: آگاهی از روش‌های پیشگیری از پوسیدگی.

آگاهی ضعیف: امتیاز ۱-۰.

آگاهی متوسط: امتیاز ۴-۲.

آگاهی خوب: امتیاز ۶-۵.

درکل آگاهی والدین در مورد شرایط دهانی و دندانی بازه‌ای بین ۰ تا ۵۷ داشت. در این مطالعه سطح آگاهی والدین در مورد وضعیت دهانی و دندانی بر اساس پاسخ صحیح به کل سؤالات پرسشنامه به طور قراردادی به صورت زیر طبقه‌بندی شد:

آگاهی ضعیف: امتیاز ۱۲-۰.

آگاهی متوسط: امتیاز ۲۵-۱۳.

آگاهی خوب: امتیاز ۳۸-۲۶.

بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، دانش‌آموزان توسط دانشجوی دندانپزشکی آموزش دیده، با استفاده از سوند و چراغ معاینه مورد بررسی قرار گرفتند. در فرم معاینه، اطلاعاتی درباره دفعات مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، مصرف خوراکی های شیرین و استفاده از دهانشویه فلوراید و وارنیش ثبت شد. DMFT6 و شاخص پلاک نیز در این فرم ثبت شد.

شاخص DMFT مولر اول دائمی (بر اساس معیارهای WHO) و شاخص پلاک سیلنس و لو برای هر کودک تعیین شد. برای بررسی شاخص پلاک سیلنس و لو ابتدا دندان‌ها خشک شده و سپس به روش چشمی با نور کافی و توسط پروب یا سوند هر ۴ سطح دندان، مورد معاینه قرار داده شد و به صورت زیر نمره داده شد. نمره صفر: هیچ پلاکی دیده نمی

شود. نمره یک : پلاک دیده نمی شود اما با حرکت دادن سوند روی دندان، روی آن تجمع می‌یابد. نمره دو: پلاک با چشم غیر مسلح دیده می‌شود. نمره سه: پلاک به وفور وجود دارد. به هر یک از ۴ سطح دندان یعنی باکال، لینگوال یا پالاتال، مزیال و دیستال نمره ۳-۰ داده می‌شود. نمرات چهار ناحیه دندان ممکن است جمع شده و به چهار تقسیم شود تا شاخص پلاک برای هر دندان بدست آید. برای تعیین شاخص پلاک فرد، نمرات دندان‌های منفرد (دندان‌های ثنایا، دندان‌های پره مولر و مولر) تعیین شد. سرانجام، با افزودن شاخص‌ها برای دندان‌ها و تقسیم بر تعداد دندان‌های بررسی شده، شاخص پلاک برای فرد بدست آمد.

تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از میانگین، انحراف معیار و جداول فراوانی و در سطح استنباطی با آزمون همبستگی Spearman و آزمون Independent sample T-test انجام شد. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۸۰/۰ درصد والدین از وجود دندان آسیای دائمی فرزند خود اطلاع داشتند و ۶۲/۲ درصد زمان تقریبی رویش اولین دندان آسیای دائمی را درست تشخیص دادند. تنها ۵۴/۹ درصد والدین محل صحیح رویش دندان را تعیین کردند (جدول ۱).

میانگین امتیاز آگاهی والدین از رویش دندان مولر اول دائمی برابر ۶/۲۵ با انحراف معیار ۲/۶۹ بود. ۱۱/۳ درصد ضعیف، ۴۷/۵ درصد متوسط و ۴۱/۲ درصد خوب ارزیابی شدند (جدول ۲).

در حوزه‌ی بهداشت دهان کودکان، اکثریت والدین بر اهمیت مسواک زدن با نظارت و حداقل دو بار در روز تاکید داشتند، اما تنها ۲۳ درصد با انتقال میکروب پوسیدگی آشنا بودند. میانگین امتیاز دانش بهداشت دهان ۱۳/۷۵ با انحراف معیار ۲/۶۹بود (جدول ۳).

بر اساس نتایج جدول ۴، میزان آگاهی از نقش تغذیه در سلامت دهان دندان کودکان ۹-۸ ساله، در ۳ نفر از والدین

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ والدین به سؤالات بخش آگاهی از رویش دندان مولر اول دائمی در کودکان

سوال	پاسخ	تعداد	درصد
آیا در دهان کودک شما دندان آسیا (کرسی) دائمی وجود دارد؟	بلی	۱۶۵	۸۰/۸
	خیر	۲۵	۱۲/۳
	نمی‌دانم	۱۴	۶/۹
اولین دندان آسیای اول دائمی در سن ۷ -۵ سالگی در دهان کودک رویش می‌یابد	بلی	۱۲۷	۶۲/۲
	خیر	۶۲	۳۰/۴
	نمی‌دانم	۱۵	۷/۴
محل رویش اولین دندان آسیای دائمی در آخر فک بعد از دندان‌های آسیای شیری می‌باشد	بلی	۱۱۲	۵۴/۹
	خیر	۶۹	۳۳/۸
	نمی‌دانم	۲۳	۱۱/۳
اگر دندان‌ها دائمی کشیده شود به جای آن دندان دیگری رویش نمی‌یابد	بلی	۱۳۹	۶۸/۱
	خیر	۴۸	۲۳/۶
	نمی‌دانم	۱۷	۸/۳
تعیین محل صحیح رویش اولین دندان آسیای دائمی روی شکل چاپ شده در پرسشنامه	درست	۶۱	۲۹/۹
	نادرست	۱۴۳	۷۰/۱
	کل	۲۰۴	۱۰۰/۰

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین امتیاز آگاهی از رویش دندان مولر اول دائمی در والدین

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف‌معیار
آگاهی از رویش دندان مولر اول دائمی	ضعیف (امتیاز ۲-۰)	۲۳	۱۱/۳	۶/۲۵	۲/۶۹
	متوسط (امتیاز ۶-۳)	۹۷	۴۷/۵		
	خوب (امتیاز ۱۰-۷)	۸۴	۴۱/۲		
	کل	۲۰۴	۱۰۰/۰		

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخ والدین به سؤالات بخش آگاهی از بهداشت دهان و دندان در کودکان

سؤال	بلی		خیر		نمی‌دانم		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مسواک زدن کودکان تا سن ۹-۸ سالگی باید با نظارت والدین باشد	۱۶۶	۸۱/۴	۳۷	۱۸/۱	۱	۵/۰	۲۰۴	۱۰۰
کودکان باید حداقل ۲ نوبت در شبانه روز مسواک بزنند	۱۸۶	۹۱/۲	۱۸	۸/۸	۰	۰/۰۰	۲۰۴	.۱۰۰
نخ دندان کشیدن برای کودکان تا سن ۹-۸ سالگی به عهده والدین است	۱۲۳	۶۰/۳	۷۹	۳۸/۷	۲	۱/۰	۲۰۴	.۱۰۰
استفاده از نخ دندان در کودکان به دنبال رویش دندان های دائمی ضروری است	۱۴۱	۶۹/۱	۵۲	۲۵/۵	۱۱	۵/۴	۲۰۴	.۱۰۰
مسواک کودکان حدودا باید هر ۳ماه یکبار تعویض گردد	۱۸۱	۸۸/۷	۱۸	۸/۸	۵	۲/۵	۲۰۴	۱۰۰
مدت زمان مسواک زدن در کودکان حدود ۳دقیقه کافی است	۱۶۵	۸۰/۹	۳۳	۱۶/۲	۶	۲/۹	۲۰۴	۱۰۰
رعایت بهداشت دهان و دندان کودک تحت تاثیر میزان رعایت بهداشت دهان پدر و مادر است	۱۸۲	۸۹/۲	۱۸	۸/۸	۴	۲/۰	۲۰۴	۱۰۰
میکروب‌های ایجاد کننده پوسیدگی می‌توانند از دهان والدین به دهان کودکان انتقال یابند	۴۷	۲۳/۰	۱۴۰	۶۸/۷	۱۷	۸/۳	۲۰۴	۱۰۰
معاینه منظم دندان‌های کودکان (حداقل سالی یکبار) توسط دندانپزشک نقش مؤثری در سلامت دندان‌های کودکان دارد	۱۸۶	۹۱/۲	۱۱	۵/۴	۷	۳/۴	۲۰۴	.۱۰۰

جدول ۴: توزیع فراوانی و میانگین امتیاز آگاهی از نقش تغذیه در سلامت دهان دندان کودکان در والدین

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف‌معیار
نقش تغذیه در سلامت دهان دندان کودکان	ضعیف (امتیاز ۱-۰)	۳	۱/۵	۲/۴۸	۰/۸۴
	متوسط (امتیاز ۳-۲)	۱۵۸	۷۷/۵		
	خوب (امتیاز ۴)	۴۳	۲۱/۱		
	کل	۲۰۴	۱۰۰/۰		

(۱/۵ درصد) ضعیف، در ۱۵۸ نفر (۷۷/۵ درصد) متوسط و در ۴۳ نفر (۲۱/۰ درصد) خوب بوده است.

میانگین امتیاز آگاهی از وضعیت بهداشت دهان و دندان در کودکان برابر ۲/۴۸ با انحراف معیار ۰/۸۴ بود.

آگاهی والدین از پیشگیری پوسیدگی دندان‌ها شامل اثر خمیر دندان فلوراید (۶۵/۲ درصد)، دهانشویه فلوراید (۴۸ درصد) و شیار پوش (۳۷/۳ درصد)بود. میانگین امتیاز ۳/۹۳ با انحراف معیار ۱/۵۰ بود (جدول ۵).

جدول ۵: توزیع فراوانی پاسخ والدین به سؤالات بخش آگاهی پیشگیری از پوسیدگی در کودکان

سوال	بلی		خیر		نمی‌دانم		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
استفاده از خمیر دندان فلوراید دار در کودکان باعث کاهش پوسیدگی می‌شود.	۱۳۳	۶۵/۲	۳۶	۱۷/۶۰	۳۵	۱۷/۲	۲۰۴	۱۰۰/۰
استفاده از دهانشویه فلوراید هفته ای یکبار توسط کودکان باعث کاهش پوسیدگی می‌شود	۹۸	۴۸/۰	۵۸	۲۸/۴۰	۴۸	۲۳/۵	۲۰۴	۱۰۰/۰
شیار پوش یا فیشور سیلانت یک روش پیشگیری از پوسیدگی در شیارهای دندان آسیای اول دائمی است	۷۶	۳۷/۳	۲۳	۱۱/۳۰	۱۰۵	۵۱/۵	۲۰۴	۱۰۰/۰

بر اساس نتایج این مطالعه، میزان آگاهی از وضعیت دهان و دندان کودکان ۹-۸ ساله، در ۱ نفر از والدین (۰/۵ درصد) ضعیف، در ۸۰ نفر (۳۹/۲ درصد) متوسط و در ۱۲۳ نفر (۶۰/۳ درصد) خوب بوده است. میانگین امتیاز آگاهی از وضعیت دهان و دندان در کودکان برابر ۲۶/۴۰ با انحراف معیار ۵/۳۳ بود (جدول ۶).

در بررسی وضعیت دندان مولر اول دائمی در کودکان، بیشترین میزان پوسیدگی در دندان پایین سمت راست (۳۷/۳ درصد) و کمترین میزان پوسیدگی در دندان بالا سمت چپ (۱۹/۶ درصد) مشاهده شد (جدول ۷).

پلاک دندانی نشان داد که تنها ۲/۹ درصد کودکان فاقد پلاک بودند، ۴۵/۶ درصد پلاک با حرکت سوند تجمع می‌یافت و ۴۳/۶ درصد پلاک قابل مشاهده با چشم غیر مسلح داشتند (جدول ۸).

مقدار شاخص DMFT برای دندان مولر اول دائمی در کودکان بین ۰ تا ۴ با میانگین ۱/۵۶ و انحراف معیار ۱/۲۲ بود. در ۴۶ کودک (۲۲/۵ درصد) مقدار شاخص DMFT برابر صفر بود. و در ۶۱ کودک (۲۹/۹ درصد) مقدار این شاخص برابر یک مشاهده گردید (جدول ۹).

نتایج این مطالعه نشان داد که افزایش آگاهی والدین از

جدول۶: توزیع فراوانی و میانگین امتیاز آگاهی از وضعیت کلی دهان و دندان کودکان در والدین

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف‌معیار
آگاهی از وضعیت دهان و دندان کودکان	ضعیف (امتیاز ۱۲-۰)	۱	۰/۵	۲۶/۴۰	۵/۳۳
	متوسط (امتیاز ۲۵-۱۳)	۸۰	۳۹/۲		
	خوب (امتیاز ۳۸-۲۶)	۱۲۳	۶۰/۳		
	کل	۲۰۴	۱۰۰/۰		

جدول ۷: توزیع فراوانی وضعیت سلامت دندان مولر اول دائمی در کودکان

	بالا راست		بالا چپ		پایین راست		پایین چپ	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم	۱۳۱	۶۴/۲	۱۴۸	۷۲/۵	۸۷	۴۲/۶	۹۸	۴۸,۰
فیشورسیلانت	۷	۳/۴	۳	۱/۵	۱۲	۵/۹	۱۱	۵۰/۴
پرشده	۱۴	۶/۹	۱۳	۶/۴	۲۹	۱۴/۲	۲۷	۱۳/۲
پوسیده	۵۲	۲۵/۵	۴۰	۱۹/۶	۷۶	۳۷/۳	۶۸	۳۳/۳
کل	۲۰۴	۱۰۰/۰	۲۰۴	۱۰۰/۰	۲۰۴	۱۰۰/۰	۲۰۴	۱۰۰/۰

جدول ۸: توزیع فراوانی وضعیت پلاک دندانی در کودکان

متغیر	دسته	تعداد	درصد
پلاک دندانی	فقدان پلاک	۶	۲/۹
	تجمع پلاک با حرکت سوند	۹۳	۴۵/۶
	مشاهده پلاک با چشم غیرمسلح	۸۹	۴۳/۶
	وجود فراوان پلاک	۱۶	۷/۸
	کل	۲۰۴	۱۰۰/۰

جدول ۹: توزیع فراوانی کودکان بر اساس مقدار شاخص DMFT دندان مولر اول دائمی

متغیر	دسته	تعداد	درصد	میانگین	انحراف‌معیار
شاخص DMFT	صفر	۴۶	۲۲/۵	۱/۵۶	۱/۲۲
	یک	۶۱	۲۹/۹		
	دو	۵۲	۲۵/۵		
	سه	۲۷	۱۳/۲		
	چهار	۱۸	۸/۸		
	کل	۲۰۴	۱۰۰/۰		

جدول ۱۰: بررسی رابطه‌ی آگاهی والدین از وضعیت دهان و دندان کودکان و DMFT دندان مولر اول دائمی

متغیر	تعداد	DMFT6 ضریب همبستگی Spearman	P
آگاهی از رویش دندان مولر اول دائمی	۲۰۴	-۰/۲۷۵	< ۰/۰۰۱
آگاهی از بهداشت دهان دندان کودکان	۲۰۴	-۰/۲۲۵	۰/۰۰۱
آگاهی از نقش تغذیه در سلامت دهان و دندان	۲۰۴	-۰/۱۱۱	۰/۱۱۵
آگاهی پیشگیری از پوسیدگی دندان کودکان	۲۰۴	-۰/۲۷۷	۰/۰۰۱
آگاهی از وضعیت دهان و دندان کودکان	۲۰۴	۰/۲۸۷	< ۰/۰۰۱

رویش دندان، بهداشت دهان و میزان آگاهی پیشگیری از پوسیدگی با شاخص DMFT رابطه‌ی معکوس و معنادار دارد (P < ۰/۰۰۱)، در حالیکه ارتباط آگاهی از نقش تغذیه با DMFT معنادار نبود (P = ۰/۱۱۵). شاخص پلاک دندانی با افزایش DMFT همبستگی مثبت داشت (P < ۰/۰۰۱) (جدول ۱۰).

بحث

با رد فرضیه‌ی صفر و بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، ارتباط معکوس و معناداری بین میزان آگاهی والدین از رویش دندان مولر اول دائمی کودکان، بهداشت دهان و میزان آگاهی پیشگیری از پوسیدگی و شاخص DMFT این دندان وجود دارد.

در این مطالعه، میانگین DMFT اولین دندان مولر دائمی کودکان ۹-۸ ساله ۱/۵۶ بود. این نتیجه تقریباً با مطالعه‌ی زواشکیانی و میرزاخان (۴) در مشهد و Sadeghi (۹) در رفسنجان که میانگین DMFT دندان مولر اول را به ترتیب ۱/۳۸ و ۱/۹۰ گزارش کرده بودند، هماهنگ بود. میانگین DMFT6 در مطالعه‌ی Amrollahi و همکاران در اصفهان ۲/۴۰ گزارش شد (۱۰). علت این اختلاف ممکن است در

تفاوت میانگین سن دو مطالعه باشد.

Riziwaguli و همکاران، کودکان با سن ۱۴-۸ سال را مورد مطالعه قرار دادند. این شاخص در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ در چین انجام شد، بسیار کمتر بود و میانگین DMFT دندان مولر اول دائمی ۰/۴۴ گزارش شد (۱۱). علت این اختلاف ممکن است تفاوت‌های جامعه هدف دو مطالعه از لحاظ مراقبت‌های بهداشتی و همچنین تفاوت‌های ژنتیکی در ابتلا به پوسیدگی در بین گروه‌های مورد مطالعه باشد.

در این مطالعه بیشترین میزان پوسیدگی در دندان پایین سمت راست (۳۷/۳ درصد) و کمترین میزان پوسیدگی در دندان بالا سمت چپ (۱۹/۶ درصد) مشاهده شد. در مطالعه ی Vejdani و همکاران بیشترین میزان پوسیدگی مربوط به دندان پایین سمت چپ و کمترین میزان مربوط به دندان بالا سمت راست بود (۷). آنانومی خاص، شیارهای اکلوزالی عمیق و رویش سریعتر مولر های دائمی فک پایین نسبت به فک بالا، احتمالا آن ها را در شیوع بالاتر پوسیدگی قرار می دهد. این نتایج توسط مطالعه‌ی Aghahosseini و انشایی (۱۲) و Lame (۱۳) نیز تأیید شد.

در این مطالعه، ۱۹/۲ درصد از والدین از حضور دندان دائمی در دهان کودکانشان مطلع نبودند. در مطالعه‌ی Sadat-Sajadi و همکاران در کرمان نیز۱۸/۵ درصد از والدین از حضور این دندان در دهان کودکانشان مطلع نبودند که با مطالعه حاضر هماهنگ بود (۱۴).

در مطالعه‌ی حاضر ۳۷/۸ از والدین از زمان رویش این دندان مطلع نبودند ۴۵/۱ درصد از والدین از محل رویش این دندان آگاه نبودند ولی تنها ۲۹/۹ درصد از والدین توانستند محل صحیح این دندان را روی عکس علامت بزنند و تعداد بسیار زیادی از والدینی که به سؤال «آیا در دهان کودک شما دندان مولر اول دائمی وجود دارد؟» پاسخ مثبت داده بودند در این قسمت دندان‌های ثنایای دائمی را علامت زده بودند. به طور کل تنها ۴۱/۲ درصد از والدین در مورد این دندان و رویش آن آگاهی خوب داشتند. در مطالعه حاضر میانگین امتیاز آگاهی از وضعیت دهان و دندان کودکان برابر ۲۶/۴۰ با انحراف‌معیار ۵/۳۳ بود.

در مطالعه‌ی Heydari و همکاران، نمره‌ی آگاهی والدین در مورد دندان مولر اول دائمی و وضعیت دهان و دندان کودکان شان ۸/۲۸±۳/۰۳ با نمره کل ۱۸ بود. علت این تفاوت ممکن است جامعه‌های آماری متفاوت مورد بررسی، روش‌های متفاوت نمونه‌گیری، فاکتورهای محیطی متفاوت و... باشد (۱۵).

در این مطالعه ارتباط معکوس و معناداری بین میزان آگاهی والدین از رویش دندان مولر اول دائمی کودکان و شاخص DMFT این دندان نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$، $P = -۰/۲۷۵$). بطوریکه با افزایش آگاهی والدین از رویش دندان مولر اول دائمی مقدار شاخص DMFT این دندان در کودکان کمتر بوده است. همچنین ارتباط ارتباط معکوس و معناداری بین میزان آگاهی والدین از بهداشت دهان دندان کودکان و شاخص DMFT6 ($P < ۰/۰۰۱$، $P = -۰/۲۲۵$) و ارتباط معکوس و معناداری بین میزان آگاهی پیشگیری از پوسیدگی دندان کودکان در والدین و شاخص DMFT6 ($P < ۰/۰۰۱$، $P = -۰/۲۲۷$) مشاهده شد.

زواشکیانی و میرزاخان نیز به این نتیجه رسیدند که آگاهی والدین از حضور مولر اول دائمی در دهان کودکان با DMFT این دندان ارتباط داشت (۴). به همین ترتیب Al-Samadani و همکاران بیان کردند، بین آگاهی از زمان رویش مولر اول دائمی و DMFT این دندان رابطه وجود دارد و کودکانی که توسط دندانپزشک یا والدین با مراقبت‌ها و بهداشت دهان و دندان آشنا شده بودند، نسبت به بقیه کودکان، دندان‌های سالم بیشتری داشتند (۸).

مطالعه‌ی Hashemi و همکاران در یاسوج نشان داد که میزان آگاهی مادران از دائمی بودن دندان مولر اول هیچ ارتباطی با سن، شغل و میزان تحصیلات والدین ندارد و هیچ ارتباطی بین آگاهی والدین از دائمی بودن این دندان و DMFT آن پیدا نکردند (۳). این مطالعه با پژوهش ما غیر همسو بود. علت این اختلاف ممکن است شیوع کمتر پوسیدگی دندان مولر اول دائمی به علت سن پایین جامعه مورد مطالعه این تحقیق باشد.

در این مطالعه در ۴۳/۶ درصد از کودکان پلاک دندانی با چشم غیرمسلح دیده می‌شد و بین شاخص پلاک و شاخص DMFT6 ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت به طوریکه با افزایش شاخص پلاک دندانی مقدار شاخص DMFT6 در کودکان بیشتر بوده است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ها اشاره کرد که در مطالعات بعدی باید لحاظ شودو همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در مورد بهترین زمان ارائه اطلاعات به والدین، انجام شود.

بنابراین به نظر می‌رسد طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب و ارایه آن‌ها از منابع مختلف کسب اطلاعات به والدین به خصوص در سنین قبل از ورود به مدرسه، برای بهبود وضعیت آگاهی والدین در مورد دندان مولر اول دائمی و روش‌های بهداشت دهان و دندان ضروری باشد. امید است با افزایش آگاهی والدین، عملکرد آن‌ها در زمینه بهداشت دهان و دندان و حفظ و مراقبت این دندان و استفاده از روش‌های پیشگیری از پوسیدگی بهبود یابد؛ چرا که نقش والدین در حفظ و ارتقای بهداشت دهان در دوران کودکی غیر قابل انکار است.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، میزان آگاهی والدین در مورد دندان مولر اول دائمی و وضعیت دهان و دندان کودکان متوسط بوده و ارتباط معکوس و معنی‌داری بین آگاهی والدین و میزان شاخص DMFT وجود دارد.

سپاسگزاری

این پژوهش با شماره تحقیقاتی ۱۷۵۲۱۸۱۸۲۷۱۱۲۵۱۳۹۸۱۴ در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) به انجام رسید. بدین‌وسیله از تمام افرادی که در انجام این مطالعه همکاری کردند تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Zhao M, Wang Z, Liu M, Song Z, Wang R, Yang L. Eruption and caries status of first permanent molars in children aged 6-7 years in Shijingshan District, Beijing, China. BMC Oral Health 2024; 24(1): 1143.
2. Pourafrasiabi M, Kouchak F, Ariaie M, Tayyari SM. Dental caries index of first permanent molar (DMF6) and some of the associated factors in 12 year-old students in northern Iran (2015-16) [in Persian]. J Gorgan Univ Med Sci 2018; 19(4): 86-91.
3. Hashemi Z, Zeini N, Manzouri L. Evaluation of mothers' awareness about the presence of first permanent molar teeth among the 6-8 years old children in Yasuj, Iran, 2016. Oral Health Epidemiol 2018; 7(1): 28-32.
4. Zouashkiani T, Mirzakhan T. Parental knowledge about presence of the first permanent molar and its effect on health of the this tooth in 7-8 years-old children (2006) [in Persian]. J Mashhad Dent Sch 2006; 30(3,4): 225-32.
5. Masri AA, Mourad MS, Splieth CH, Krey KF, Schmoeckel J. Extraction of first permanent molars in children—a comprehensive review of history, aim, space closure and other consequences. J Clin Med 2025; 14(7): 2221.
6. Hosseini M, Naghibi Sistani MM, Khafri S, Hamzeh M. Relationship between mothers' awareness of eruption time of first permanent molar and its caries in 7-9-year-old children [in Persian]. Caspian J of Dent Res 2019; 8(2): 42-48.
7. Vejdani J, Amrollahi N, Amrollahi M, Peirowfieiz Z, Alinejad D. Parental awareness about the presence of permanen first molars and its relation to DMFT index in 7-9-years –old children. J Islam Dent Assoc Iran 2018; 30(4): 165-72.
8. Al-Samadani KH, Ahmad MS. Prevalence of first permanent molar caries and its relationship to the dental knowledge of 9-12 year olds from Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia 2012. ISRN Dent 2012: 391068.
9. Sadeghi M. Prevalence and bilateral occurrence of first permanent molar caries in 12-year-old students. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects 2007; 1(2): 86-92.
10. Amrollahi N, Amini A, Jafarzadeh M. Parental awareness about oral health preventive care and its relation to DMFT index in visually impaired children. Journal of Dentistry 2020; 21(2): 106-10.

11. Riziwaguli A, Asiya Y, Liu Y, Yang R, Zou J. Caries prevalence of the first permanent molar among 7-9 years old Uygur children in urumqi, xinjiang autonomous region. Shanghai Journal of Stomatology; 22(5): 559-8.
12. Aghahosseini F, Enshaei M. DMFT evaluation of upper and lower first permanent molars in patients examined in Oral Medicine & Diagnosis Department at Faculty of Dentistry [in Persian]. J Dent Med 2001; 14(4): 50-9.
13. Lame AE. Review of relationship between DMFT index of first permanent molar and associated factors in primary school age children [in Persian]. J Qazvin Univ Med Sci 2009; 13(3): 115-8.
14. Sadat-Sajadi F, Malek-Mohammadi T, Nabavizadeh S A, Ghanbari S, Montajab F. The awareness of parents of 7-8 year old children in Kerman about presence of the first permanent molar and concepts of preventive dentistry and effect of education on level of parents awareness. J Oral Health Oral Epidemoil 2014; 3(1): 30-6
15. Heydari A, Sahrabi M, Shafizadeh M, Anaraki E, Aref M. Parental knowledge and awareness of the first permanent molar. Int J Clin Pediatr Dent 2018; 11(5): 382-5.

پیوست ۱

شماره: ..... کد:.....

والدین گرامی پرسشنامه ای که پیش روی شماست به منظور تعیین آگاهی شما از وضعیت دهان و دندان کودکتان می باشد.
با تکمیل این پرسشنامه بر اساس اطلاعات خودتان کمک شایانی به ما نموده اید. پرسشنامه بی نام بوده و اطلاعات محرمانه خواهند ماند.
هنگام تحویل پرسشنامه برگه ای که شامل پاسخ صحیح سوالات می باشد را دریافت خواهید کرد. لطفا به سوالات زیر با دقت جواب دهید.

جنس کودک: ..... تاریخ تولد:..... کودک چندمین فرزند شماست؟ ..... تعداد فرزندان: .....

تحصیلات پدر: ..... سن پدر: .....

تحصیلات مادر :..... سن مادر: .....

۱- آیا در دهان کودک شما دندان آسیا(کرسی) دائمی وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

2- اولین دندان آسیای دائمی در سن ۷-۵ سالگی در دهان کودک رویش می‌یابد. بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

۳- محل رویش اولین دندان آسیای دائمی در آخر فک بعد از دندان‌های آسیای شیری می‌باشد. بلی ☐ خیر☐ نمی‌دانم ☐

4- لطفا محل اولین دندان آسیای دائمی را در شکل علامت بزنید.



5- اگر دندان‌ها دائمی کشیده شود به جای آن دندان دیگری رویش نمی‌یابد. بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

۶- مسواک زدن کودکان تا سن ۹-۸ سالگی باید با نظارت والدین باشد. بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

7- کودکان باید حداقل ۲ نوبت در شبانه روز مسواک بزنند. بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

8- نخ دندان کشیدن برای کودکان تا سن ۹-۸ سالگی به عهده والدین است. بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

9- استفاده از نخ دندان در کودکان به دنبال رویش دندان‌های دائمی ضروری است. بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

10- مسواک کودکان حدودا باید هر ۳ ماه یکبار تعویض گردد. بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

۱۱- مدت زمان مسواک زدن در کودکان حدود ۳ دقیقه کافی است. بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

12- رعایت بهداشت دهان و دندان کودک تحت تأثیر میزان رعایت بهداشت دهان پدر و مادر است.

بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

۱۳- میکروب‌های ایجاد کننده پوسیدگی می توانند از دهان والدین به دهان کودکان انتقال یابند.

بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

۱۴- معاینه منظم دندان‌های کودکان (حداقل سالی یکبار) توسط دندانپزشک نقش مؤثری در سلامت دندان‌های کودکان دارد.

بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

15- نحوه تغذیه کودک نقش مهمی در سلامت دندان‌های وی دارد.

بلی ☐ خیر ☐ نمی دانم ☐

۱۶- بهترین زمان مصرف خوراکی‌های شیرین مثل شکلات، بیسکوئیت و کیک و ... توسط کودک همزمان با وعده‌های غذایی است. بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

17- استفاده از خمیر دندان فلوراید دار در کودکان باعث کاهش پوسیدگی می‌شود.
بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

18- استفاده از دهانشویه فلوراید هفته‌ای یکبار توسط کودکان باعث کاهش پوسیدگی می‌شود.
بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

19- شیار پوش یا فیشور سیلانت یک روش پیشگیری از پوسیدگی در شیارهای دندان آسیای اول دائمی است.
بلی ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

20- این پرسشنامه توسط چه کسی تکمیل شده است؟ پدر ☐ مادر ☐ سایر موارد (لطفا نام ببرید) ☐

با تشکر فراوان

پیوست ۲

کد:..... شماره:.....

پرسشنامه‌ای که توسط محقق از دانش آموز و والدین وی پرسیده شده و تکمیل می‌شود:

مسواک: نمی‌زند☐ گاهی☐ معمولا☐ شب‌ها☐ صبح‌ها☐ روزی ۲ بار☐ روزی ۳بار☐

نخ دندان: خیر☐ گاهی☐ خارج کردن غذای باقیمانده بین دندان‌ها☐ تمیز کردن سطح بین دندان‌ها☐

دهانشویه فلوراید: ندارد☐ مدرسه☐ گاهی در منزل☐ مرتب☐

وارنیش فلوراید: ندارد☐ در مدرسه☐ مرتب☐

وضعیت مصرف غذاها و خوراکی‌های شیرین: یکبار یا کمتر در روز ☐ بیش از یکبار در روز☐

معاینه دهان:

پلاک دندانی:

وضعیت مولر اول دائمی:

