

بررسی رابطه فراوانی و اتیولوژی کشیدن دندان‌ها با عوامل دموگرافیک و وضعیت بهداشتی در بزرگسالان

علیرضا انصافی^۱، مژگان فائزی^{۲*}، زهرا پشت‌چمن^۳، ناهید رژه^۴

^۱دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
^۲استادیار، متخصص دندانپزشکی جامعه‌نگر، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۳کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، سبزواری، ایران
^۴استاد، دکترای پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۹/۱۱؛ تاریخ پذیرش: ۹۸/۷/۲۱

زمینه و هدف: خارج کردن دندان‌های دائمی یکی از اعمال دندانپزشکی سرپائی در کلینیک‌های دندانپزشکی می‌باشد. آمار و دلایل می‌تواند به دلیل تغییرات جامعه نگران‌ه در سطح جامعه همچون مقوله اقتصادی و سطح توان اجتماعی و فرهنگی افراد، پدیده پیرشدن جمعیت و یا هر تغییری در معدل سنی جمعیت دستخوش نوسانات گردد. این مطالعه با هدف تعیین رابطه فراوانی و اتیولوژی کشیدن دندان‌ها با عوامل دموگرافیک و وضعیت بهداشتی در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بصورت مقطعی در بهار ۱۳۹۵ از ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد تهیه شده است. اطلاعات از طریق پرسشنامه دموگرافیک و فرم معاینه دندانپزشکی جمع آوری گردید. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های آماری آنووا و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش، ۵۹ درصد علل کشیدن دندان پوسیدگی، ۲۱/۹ درصد پریودنتال و ۲۲/۴ درصد پرستودنتیک بود. بین مقطع تحصیلی و کشیدن دندان به علل پریودنتال و پرستودنتیک و وضعیت اشتغال و کشیدن دندان به علت پریودنتال و وضعیت اقتصادی با علل پریودنتال، پرستودنتیک و ارتودنسی تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود داشت. تفاوت معنادار آماری بین علل کشیدن دندان بین بیماران مجرد و متأهل مشاهده نشد ($p > 0.05$). بین علل پوسیدگی، پریودنتال، نهفتگی و ارتودنسی برحسب وضعیت بهداشت دهان تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه پوسیدگی همچنان جزء شایعترین علل کشیدن دندانها می‌باشد لذا توصیه می‌شود اقدامات لازم جهت پیشگیری از پوسیدگی دندان صورت گیرد. از طرفی بیشترین افراد دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم و دیپلم می‌باشند. همچنین ۸۰/۸ درصد افراد از لحاظ وضعیت اقتصادی به صورت ضعیف و متوسط هستند لذا نیاز مبرمی جهت افزایش سطح آگاهی افراد جامعه و در کنار آن افزایش خدمات دهی به قشر ضعیف جامعه احساس می‌شود.

کلمات کلیدی: کشیدن دندان، دندانپزشکی، اپیدمیولوژی.

نویسنده مسئول:

استادیار، متخصص دندانپزشکی جامعه‌نگر، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۰۹۱۴-۵۳۳۰۱۳۳
E-mail: m. fayezi@shahed.ac.ir

مقدمه

درصد) را مردان و ۲۳۸ (۷/۶ درصد) را زنان تشکیل داده بودند. اوج گروه سنی تحت تاثیر در مردان سنین ۶۱ الی ۷۰ سال و اوج گروه سنی زنان در دهه ۴۱ الی ۵۰ سال گزارش گردید.

بررسی‌های گذشته علی‌رغم داده‌های دقیق، وضعیت بهداشت دهان را به عنوان یک شاخص مدنظر نداشتند. در این بررسی عوامل دموگرافیک به صورت تفکیک یافته بررسی گردیده و وضعیت بهداشت دهان برخلاف تحقیقات قبلی بعنوان یک شاخص دقیق و استاندارد مورد ارزیابی قرار گرفته است. این مطالعه بررسی رابطه فراوانی و اتیولوژی کشیدن دندانها با عوامل دموگرافیک و وضعیت بهداشتی، در بزرگسالان ایرانی را که به بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد مراجعه کرده بودند بیان می‌کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی، بصورت مقطعی در بهار ۱۳۹۵ از ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شاهد تهیه شده است که از این میان ۱۷ نفر با توجه به تورش، موارد عدم تجویز خارج کردن دندان و دیگر معیارهای خروج، از جمعیت آماری خارج شدند. معیارهای ورود در این مطالعه شامل کشیدن دندان دائمی در زمان مطالعه، تمایل به شرکت در این تحقیق و سن بالای ۱۸ سال و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه مشارکت در مطالعه، پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص بودند.

تعداد افراد مطالعه راهنما،^۵ نام فرمول، ضریب اطمینان و توان آزمون با توجه به مطالعه راهنما تعیین گردید که اطلاعات دموگرافیک به این اسلوب مورد اخذ قرار گرفت. در این مطالعه بعد از اخذ مجوز کمیته اخلاق، نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه دموگرافیک و وضعیت شاخص بهداشتی دهان جمع‌آوری گردید. اعتبارسنجی پرسشنامه دموگرافیک براساس پرسشنامه رفرنس از مقاله‌های مربوط به موضوع و با تأیید اساتید دانشکده پزشکی اخذ گردید.^۶ پرسشنامه مربوط به شاخص بهداشت دهان نیز براساس آخرین شاخص ارائه شده از طرف سازمان جهانی

علاوه بر مشکلاتی که سبب بروز بی‌دندانی می‌شود اعم از بیماری‌های پرودنتال، پوسیدگی، دلایل پروستودنتیک و ارتودنتیک، شکستگی‌ها، نهنگی‌ها، دلایل غیرمستقیم و فاکتورهای جمعیتی نیز در این امر دخیل هستند.

معمولاً در بررسی‌ها و برنامه ریزی‌های مربوط به جامعه در رابطه با این فاکتورها غفلت می‌شود در صورتی که با نظارت بر آنها می‌توان سطح سلامت دهان آحاد جامعه را در مسیر مناسب تری بهبود بخشید. بعنوان مثال آگاهی و میزان تحصیلات اقشار جامعه، اعتقادات و نگرش، می‌تواند دلیلی برای توجه و یا اهمال در امر رعایت بهداشت و کنترل پلاک باشد. کم‌توانی مالی افراد می‌تواند دلیلی باشد تا افراد به سمت درمان‌های پرخرج تر نروند و به جای حفظ و نگهداری دندان‌ها به خارج کردن آنها استمرار ورزند. به همین طریق اشتغال افراد، میزان اضطراب و استرس افراد که وابسته به اشتغال و یا موقعیت‌های فردی می‌باشد، آسیب‌های اجتماعی همچون استعمال دخانیات، مراجعه نکردن به دندانپزشکان به خاطر ترس، پیر شدن جمعیت از دیگر دلایل جمعیتی هستند.^۱

شروع بررسی علل منجر به خارج کردن دندان‌های دائمی در دنیا اولین بار در هند توسط Subramaniam ۱۹۵۱ انجام گرفت.^۲ این کشیدن‌ها بدلیل مختلف از جمله پوسیدگی‌های وسیع، مسائل اقتصادی، ارتودنسی و عدم رعایت بهداشت صورت می‌گیرد. جراهیل و همکاران در نشریه Scientific Research Publishing،^۳ عوامل سلامت دهان و فاکتورهای دموگرافیک کشیدن دندان دائمی در بزرگسالان ایرانی را مورد بررسی قرار داد. در مجموع ۲۵۴ نفر شرکت کردند که ۵۵ درصد زن و متوسط سن ۳۹/۳ سال بود. دلیل اصلی خارج کردن دندان‌ها پوسیدگی دندان (۵۵/۱ درصد) مطرح شد.

مقاله ای در تاریخ ژوئن ۲۰۱۴، تحت عنوان الگوی از دست دادن دندان‌ها زیر نظر بخش پروتز بیمارستان آموزشی - درمانی کراچی (بیمارستان همدرد) در Pakistan Oral & Dental Journal منتشر گردید.^۴ هدف از مطالعه، تعیین فراوانی دندان‌هایی که کشیده می‌شوند و ارتباط آنها با جنسیت بود. ۲۶۲ نفر (۵۲/۴

نمونه آماری لحاظ شده در این پژوهش تعداد ۶۴ نفر (۳۵ درصد) آن‌ها روزانه مسواک نمی‌زنند، ۱۱۷ نفر (۶۳/۹ درصد) یکبار در روز و ۲ نفر (۱/۱ درصد) دو بار در روز مسواک می‌زنند. از کل ۱۸۳ نفر نمونه آماری لحاظ شده در این پژوهش بیشترین علل کشیدن دندان با فراوانی ۱۰۸ مورد (۵۹ درصد) به علت پوسیدگی، ۴۰ مورد (۲۱/۹ درصد) به علت پریودنتال، ۴۱ مورد (۲۲/۴ درصد) پروستودنتیک، ۱۴ مورد (۷/۷ درصد) نهفتگی، ۲۲ مورد (۱۲ درصد) عدم اکلوزن، ۵ مورد (۷/۲ درصد) ارتودنسی، ۵ مورد (۷/۲ درصد) شکستگی و ۸ مورد (۴/۴ درصد) به درخواست بیمار، ۹ مورد (۴/۴ درصد) به علت شکستگی می‌باشد.

با توجه به آزمون T صورت گرفته در رابطه با تاثیر جنسیت بر علل خارج کردن دندان‌ها (جدول ۱)، مشاهده می‌شود که تفاوت معنادار آماری بین کشیدن دندان به علت پوسیدگی (۰/۱۳) $P =$ بین زنان و مردان وجود دارد و بیشترین کشیدن به علت پوسیدگی در بین مردان می‌باشد. همچنین برای علت پریودنتال (۰/۳۵) $P =$ ، پروستودنتیک (۰/۳۴) $P =$ و برای نهفتگی (۰/۳۷) $P =$ نشان می‌دهد بیشترین کشیدن به علت پریودنتال، پروستودنتیک و نهفتگی در بین زنان می‌باشد.

با توجه به جدول ۲، تا سن زیر ۴۰ سالگی بیشترین علت، پوسیدگی دندان بوده و از آن به بعد درصد کمتری از نمونه مورد مطالعه را شامل شده است. برای علت پریودنتال کمترین درصد فراوانی در رده ۲۰ تا ۲۹ سالگی است و از آن به بعد علت کشیدن دندان بخاطر پریودنتال برحسب افزایش سن، افزایش نشان داده است. برای پروستودنتیک بیشترین مشاهده در رده سنی ۳۰ تا ۳۹ و ۴۰ تا ۴۹ سال بوده است. کشیدن به علت نهفتگی در رده سنی ۲۰ تا ۲۹ سال اختلاف معنی داری را برحسب درصد فراوانی نشان می‌دهد. همچنین برای ارتودنسی نیز در رده سنی ۲۰ تا ۲۹ سال مشاهده شده است و با بالاتر رفتن سن کاهش نشان داده است. کشیدن به علت شکستگی در سنین بالا بیشتر مشاهده شده است.

برحسب جدول ۱ تنها بین مقطع تحصیلی و کشیدن دندان به علل پریودنتال (۰/۰۰۱) $P =$ و پروستودنتیک (۰/۰۰۱) $P =$ تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود داشت و در سایر علل کشیدن دندان تحصیلات افراد نمونه مورد بررسی، تاثیر معنی داری به لحاظ آماری نداشته است. تفاوت معنادار آماری بین علل کشیدن دندان و

بهداشت در سال ۱۹۹۷ میلادی بیان گردید.^۶ ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی، استعمال دخانیات، بیماری‌های زمینه‌ای، مدت ابتلا به درد دندانی، آخرین مراجعه به دندانپزشک، وضعیت کنترل پلاک (مسواک زدن)، و همچنین نوع دندان و علل خارج کردن دندان شامل پوسیدگی، بیماری پریودنتال، پروستودنتیک، نهفتگی، عدم وجود اکلوزن، ارتودنتیک، شکستگی غیرقابل ترمیم، درخواست بیمار است. پرسشنامه مربوط به وضعیت بهداشت دهان متشکل از مجموع شاخص دبری و شاخص کلکولوس بود که با توجه به میزان کیفی آن رتبه بندی گردید. دبری‌ها با استفاده از قرص‌های آشکارساز و با روش sillness and loe در چارت مربوطه در پرسشنامه وضعیت بهداشت ثبت گردید.^۶

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی، آزمون‌های آماری تی تست، آنووا و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد شرکت کنندگان خالص مطالعه که یافته‌ها بر اساس آن‌ها انجام شد ۱۸۳ نفر بودند که ۱۰۸ نفر (۵۹ درصد) زن بودند. بالاترین فراوانی در رده سنی ۲۰ الی ۳۰ سال (۲۹ درصد) بود. تعداد افراد متاهل در این جامعه ۱۵۱ نفر (۸۲/۵ درصد) بود. بیشترین درصد فراوانی از لحاظ تحصیلات مربوط به مدرک تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم معادل ۱۲۸ نفر (۷۰ درصد) بود. وضعیت اقتصادی طبق مطالعه پیش رو بیان دارد که ۶۳ نفر (۳۴/۴ درصد) وضعیت اقتصادی ضعیف، ۸۵ نفر (۴۶/۴ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط و ۳۵ نفر (۱۹/۲ درصد) وضعیت اقتصادی خوب داشتند. طبق یافته‌ها ۲۹ نفر (درصد ۵۸/۳۱) به طور روزمره استعمال دخانیات دارند. ۱۵۰ نفر (۸۲ درصد) استعمال دخانیات ندارند و ۴ نفر (۲/۲ درصد) استعمال دخانیات را ترک کردند. در این پژوهش تعداد ۷۴ نفر (۴۰/۴۰ درصد) وضعیت بهداشت دهان نامناسب، ۷۵ نفر (۴۱ درصد) وضعیت بهداشت دهان متوسط و ۳۴ نفر (۱۸/۶ درصد) وضعیت بهداشت دهان خوب داشته‌اند. از کل ۱۸۳ نفر

($P=0/001$) تاثیر معنی داری به لحاظ آماری داشت. بر حسب جدول ۳، بهداشت دهان بر کشیدن دندان به علل پوسیدگی ($P=0/009$)، پریودنتال ($P=0/001$)، نهفتگی ($P=0/003$) و ارتودنسی ($P=0/001$) دارای تاثیر معنی داری به لحاظ آماری بود.

افراد مجرد و متاهل مشاهده نشد ($P=0/570$). وضعیت اشتغال تنها بر کشیدن دندان به علت پریودنتال دارای تاثیر معنی داری به لحاظ آماری ($P=0/007$) بوده است. وضعیت اقتصادی بر کشیدن دندان به علل پریودنتال ($P=0/000$)، پرستودنتیک ($P=0/037$) و ارتودنسی ($P=0/018$)، دارای تاثیر معنی داری به لحاظ آماری بود. مسواک زدن بر کشیدن دندان به علل پوسیدگی ($P=0/018$)، پریودنتال ($P=0/003$)، پرستودنتیک ($P=0/37$) و ارتودنسی

جدول ۱: آزمون مقایسه علل کشیدن دندان بر حسب متغیرهای دموگرافیک

وضعیت تاهل		جنسیت		سن		علل کشیدن دندان
$T=0/454$	$P=0/651$	$T=-2/509$	$P=0/013$	$F=6/297$	$P=0/013$	پوسیدگی
$T=-1/362$	$P=0/175$	$T=2/123$	$P=0/035$	$F=4/507$	$P=0/035$	پریودنتال
$T=1/015$	$T=0/312$	$T=2/141$	$P=0/034$	$F=4/582$	$P=0/034$	پرستودنتیک
$T=0/851$	$T=0/396$	$T=2/106$	$P=0/037$	$F=4/435$	$P=0/037$	نهفتگی
$T=0/626$	$P=0/532$	$T=2/078$	$P=0/039$	$F=4/316$	$P=0/039$	عدم اکلوژن
$T=0/784$	$T=0/434$	$T=2/267$	$P=0/025$	$F=5/141$	$P=0/025$	ارتودنسی
$T=0/237$	$T=0/813$	$P=2/032$	$P=0/044$	$F=4/130$	$P=0/044$	شکستگی
$T=0/569$	$P=0/570$	$T=0/937$	$P=0/350$	$F=0/878$	$P=0/350$	درخواست بیمار
$T=0/569$	$P=0/570$	$T=0/937$	$P=0/350$	$F=0/878$	$P=0/350$	علل دیگر

ادامه جدول ۱:

شستشوی دهان		وضعیت اقتصادی		اشتغال		علل کشیدن دندان
$F=4/270$	$P=0/018$	$F=0/192$	$P=0/825$	$F=0/989$	$P=0/426$	پوسیدگی
$F=6/036$	$P=0/003$	$F=11/946$	$P=0/000$	$F=3/331$	$P=0/007$	پریودنتال
$F=3/353$	$P=0/037$	$F=3/371$	$P=0/037$	$F=1/475$	$P=0/200$	پرستودنتیک
$F=3/302$	$P=0/103$	$F=2/683$	$P=0/071$	$F=1/146$	$P=0/338$	نهفتگی
$F=0/817$	$P=0/444$	$F=0/567$	$P=0/568$	$F=1/199$	$P=0/311$	عدم اکلوژن
$F=7/847$	$P=0/001$	$F=4/128$	$P=0/018$	$F=1/111$	$P=0/356$	ارتودنسی
$F=0/459$	$P=0/610$	$F=0/205$	$P=0/815$	$F=1/319$	$P=0/258$	شکستگی
$F=0/241$	$P=0/786$	$F=1/467$	$P=0/233$	$F=0/877$	$P=0/498$	درخواست بیمار
$F=1/008$	$P=0/001$	$F=0/192$	$P=0/825$	$F=0/311$	$P=0/906$	علل دیگر

جدول ۲: جدول توافقی درصد توزیع فراوانی علل کشیدن برحسب رده سنی جدول

علت کشیدن	رده ی سنی					
	بیشتر از ۷۰ سال	۶۰-۶۹	۵۰-۵۹	۴۰-۴۹	۳۰-۳۹	۲۰-۲۹
پوسیدگی	۱/۱	۲/۲	۸/۲	۸/۷	۱۹/۷	۱۵/۲
پریودنتال	۲/۲	۴/۴	۱۲/۶	۱۳/۷	۱۸/۶	۳/۳
پروستودنتیک	۲/۲	۴/۹	۱۰/۹	۱۱/۵	۱۲/۶	۶
نهفتگی	۰/۵	۱/۱	۲/۲	۲/۷	۳/۳	۱۲/۶
عدم اکلوزن	۰/۵	۱/۶	۶/۶	۷/۱	۳/۸	۷/۱
ارتودنسی	۰	۰	۰	۰/۵	۰/۵	۲/۷
شکستگی	۲/۲	۳/۸	۶/۶	۳/۳	۷/۷	۶

جدول ۳: آزمون مقایسه علل کشیدن دندان برحسب وضعیت بهداشت دهان

سطح معنی داری	F آماره		
۰/۰۰۹	۴/۸۳۳	بین گروهی	پوسیدگی
		درون گروهی	
		کل	
۰/۰۰۱	۷/۵۸۷	بین گروهی	پریودنتال
		درون گروهی	
		کل	
۰/۰۵۰	۳/۰۵۴	بین گروهی	پروستودنتیک
		درون گروهی	
		کل	
۰/۰۰۳	۶/۰۱۶	بین گروهی	نهفتگی
		درون گروهی	
		کل	
۰/۲۱۴	۱/۵۵۴	بین گروهی	عدم اکلوزن
		درون گروهی	
		کل	
۰/۰۰۱	۷/۵۴۷	بین گروهی	ارتودنسی
		درون گروهی	
		کل	
۰/۷۶۸	۰/۲۶۵	بین گروهی	شکستگی
		درون گروهی	
		کل	
۰/۱۲۷	۲/۰۸۵	بین گروهی	درخواست بیمار
		درون گروهی	
		کل	
۰/۰۶۵	۲/۷۶۸	بین گروهی	علل دیگر
		درون گروهی	
		کل	

بحث

بین مقطع تحصیلی و کشیدن به علت پرئودنتال و پرستودنتیک تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد و در سایر علل کشیدن دندان تحصیلات افراد نمونه مورد بررسی، تاثیر معنی‌داری به لحاظ آماری نداشته است که ازین جهت با یافته‌های مطالعه علیزاده^۷ هم سو می‌باشد.

با توجه به تحقیق پیش رو، بهداشت دهان بر کشیدن به علت پرئودنتال و ارتودنسی دارای تاثیر معنی‌داری به لحاظ آماری می‌باشد. در تحقیق جراهیل^۳ وضعیت بهداشت ضعیف‌ترین دلیل خارج کردن دندان‌ها را در مقایسه با وضعیت بهداشت متوسط و خوب دارد که با تحقیق پیش رو همراستا می‌باشد.

نتیجه‌گیری

روندی که با توجه به افزایش سن در جامعه ایرانی مورد مطالعه وجود دارد به این صورت است که علت پوسیدگی دندان تا زیر ۴۰ سالگی بیشتر مشاهده شده و از آن به بعد درصد کمتری از نمونه مورد مطالعه را شامل شده است. برای علت پرئودنتال کمترین درصد فراوانی در رده ۲۰ تا ۲۹ سالگی است و از آن به بعد علت کشیدن بخاطر پرئودنتال برحسب افزایش سن، افزایش نشان داده است. برای پرستودنتیک بیشترین مشاهده در رده سنی ۴۰ تا ۴۹ سال بوده است. کشیدن به علت نهفتگی در رده سنی ۲۰ تا ۲۹ سال اختلاف معنی‌داری را برحسب درصد فراوانی نشان می‌دهد. همچنین برای ارتودنسی نیز در رده سنی ۲۰ تا ۲۹ سال مشاهده شده است و با بالاتر رفتن سن کاهش نشان داده است. رده سنی ۳۰ الی ۳۹ سال با بیشترین دندان‌های واجد شرایط کشیدن با ۲۹ درصد، بیانگر سن شروع بی‌دندانی در جامعه آماری بود که نسبت به تعدادی از مطالعات سابق نتیجه امیدوارکننده‌تری بود. این مطالعه نشان داد که افراد با تحصیلات کمتر دفعات کمتری مسواک می‌زدند و بهداشت دهان نامناسب‌تری داشتند که هر دو نشانگر نیاز به آموزش صحیح و اطلاع‌رسانی است. در رابطه با تاثیر جنسیت بر خارج کردن دندان‌ها، بیشترین کشیدن به علت پوسیدگی در بین مردان می‌باشد. بیشترین کشیدن به علت پرئودنتال و پرستودنتیک، نهفتگی در بین زنان می‌باشد. در زنان با وجود تعداد بار مسواک زدن بیشتر و بهداشت دهان بهتر سن مراجعه کشیدن

در این مطالعه ۵۹ درصد افراد مراجعه‌کننده جهت کشیدن دندان را زنان تشکیل می‌دادند. در مطالعات Hull در هنگ کنگ^۷، علیزاده (۵۱/۹ درصد) در تهران^۸، جراهیل (۵۵ درصد) در مشهد^۳ و مطالعه یزدانی در تبریز^۹ نیز میزان مراجعه زنان نسبت به مردان برای کشیدن دندان بیشتر بود که این می‌تواند به علت حساسیت بیشتر خانم‌ها به زیبایی و مشغله کمتر آن‌ها نسبت به آقایان باشد.

در مطالعه انجام شده اخیر، در رابطه با علل کشیدن دندان، پوسیدگی و مشکلات پروتزی بترتیب در رده‌های اول و دوم قرار داشتند که این یافته‌ها با مطالعات Hull در هنگ کنگ^۷، جعفریان^{۱۰} و علیزاده^۸ مغایرت دارد. در مطالعه جراهیل^۳ به ترتیب پوسیدگی (۵۴/۴ درصد) پرستودنتیک (۱۶ درصد) نهفتگی (۱۲ درصد) و پرئودنتال (۱۰ درصد) گزارش گردید. با این تفاسیر مشکل پوسیدگی بدون شک همچنان در رتبه اول از دست دادن دندان‌ها باقی مانده است.

در تحقیق علیزاده در دانشگاه تهران^۸، پوسیدگی در گروه‌های سنی زیر ۳۹ سال در حال افزایش است و در افراد بالای ۴۰ سال میزان آن کاهش می‌یابد و بیماری‌های پرئودنتال نیز تا سن ۵۹ سالگی میزان آن افزایش می‌یابد و بعد از سن ۶۰ سالگی میزان آن کاهش می‌یابد. لازم به ذکر است طبق این بررسی، در همه گروه‌های سنی به جز گروه سنی ۶۹-۶۰ سال، میزان پوسیدگی بیشتر از بیماری‌های پرئودنتال بوده است ولی در رده سنی ۶۹-۶۰ سال میزان بیماری‌های پرئودنتال بیشتر از پوسیدگی بوده است. در این تحقیق رده سنی ۲۰ الی ۲۹ سالگی با ۲۹ درصد، بیشترین دندان‌های کشیدنی بودند. در مطالعه جراهیل^۳ نیز همانند مطالعه علیزاده^۸ بیشترین دندان‌های کشیدنی مربوط به رده سنی ۲۰ الی ۲۹ سالگی (۲۴/۸ درصد) می‌باشد. این نشان‌دهنده اهمیت آموزش در کنترل پوسیدگی دندان در کشور ما می‌باشد.

طبق یافته‌های این تحقیق تفاوت معنادار آماری بین کشیدن دندان به علت پوسیدگی بین زنان و مردان وجود دارد که بیشترین علت کشیدن دندان در مردان پوسیدگی و در زنان علل پرئودنتال، پرستودنتیک و نهفتگی می‌باشد. در مطالعه جراهیل^۳ نیز بیشترین علت کشیدن دندان، نهفتگی در خانم‌ها گزارش گردید.

رده‌ی دندان‌های Hopless قرار گرفتند.

تشکر و سپاسگزاری

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه دکترای دندانپزشکی عمومی دانشگاه شاهد است. از بیمارانی که در انجام این مطالعه پژوهشگران را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

دندان کمتر بود که احتمال دیگر دلایل را مطرح می‌سازد. وضعیت پرئودنتال از جمله مواردی بود که هم با physiologic aging و هم به دلیل شاخص بهداشت ضعیف رو به افزایش می‌رفت، بنابراین کنترل پلاک، دبری و کلکلوس می‌تواند ثبات اجزای پرئودنتال را افزایش دهد. همچنین وضعیت اقتصادی در علل کشیدن دندان‌ها به دلایل پروستودنتیک و پرئودنتال مطرح بود که نشان می‌دهد این دندان‌ها به علت به تعویق انداختن درمان دچار ضعف در attachment appartus و ضعف در Index Area شده بودند و در

References

1. Peimani A, Bakhshi H. Assessment of the reasons for tooth extraction among patients referred to the Rafsanjan Dental School. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2011; 10(2):94-102.
2. Subramanian V. Causes for the extraction of teeth amongst hospital patients. *J Indian Dent Assoc* 1951; 5:23-26.
3. Jarahi, L., Jarahi, N. and Emadzadeh, M. (2016) Oral Health Determinants and Demographic Factors of Permanent Tooth Extraction in Iranian Adults. *Health*; 8: 421-427.
4. Anum baqar, bds, Daud mirza, bds, msc, Pattern of missing teeth in patients seen in prosthodontic department in a teaching hospital of karachi, pakistan oral & dental journal vol 34, no. 2 . 2014.
5. Oginni FO. Tooth loss in a sub-urban Nigerian population: causes and pattern of mortality revisited. *Int Dent J*. 2005; 55(1):17-23.
6. Jong's Community Dental Health. Anthony W.Jong, edited by George M. Gluck; Warren M. Morganstein. 5th edition. MOSBY. 2002.
7. Hull-Ps, worthington HV, clerehugh – v, Tsirba – R: Davies – RM, Clarkson –JE –j –Dent. Manchester, UK. 1997.
8. Alizadeh A, Study of the causes of dental extraction in patients referred to surgery department of Tehran dental school . 2002:3859.
9. Yazdani J, Shashabi A, Qavimi MA. Investigating the causes of tooth extraction in patients referred to Oral and Maxillofacial Surgery Department of Tabriz Dental School. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services* 2008; 1 (30): 139.
10. Jafarian M, A. Etebarian, Reasons for Extraction of Permanent Teeth in General Dental Practices in Tehran, Iran, *Med Princ Pract*. 2013;22:239–244.

Alireza Ensafi¹, Mozghan Faezi^{2*}, Zahra Poshchaman³, Nahid Rejeh⁴

¹ Student of Dentistry, Dental Medical College, Shahed University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Dental Medical College, Shahed University, Tehran, Iran

³ MSc of Nursing, Department of Nursing, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

⁴ Professor, PhD Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

Investigating the Relationship Between Frequency and Etiology of Tooth Extraction with Demographic Factors and Health Status in Adults

Received: 2 Dec. 2017 ; Accepted: 13 Oct. 2019

Abstract

Background and Aim: Removal of permanent teeth is one of the outsourced dental practices in dental clinics. Statistics and reasons can be fluctuated due to societal changes at the community level, such as the economic category and the level of social and cultural empowerment of individuals, the phenomenon of aging, or any change in the age-old population of the population. The aim of this study was to determine the relationship between the frequency and etiology of tooth extraction with demographic factors and the health status of patients referred to the Faculty of Dentistry.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in spring of 2016 from 200 patients referred to Shahed University of Dentistry. Data were collected through a demographic questionnaire and a dental exam form. Data were analyzed using SPSS 21 software using ANOVA and T-test.

Findings: In this study were 59% of causes of caries tooth extraction, 21.9% periodontal and 22.4% of prosthodontics. There was a significant difference between educational level and tooth extraction due to periodontal and paradoxical causes and the status of employment and tooth extraction due to periodontal disease and economic status with periodontal and prosthodontics causes, paradigm and orthodontic findings. There was no significant difference between the causes of tooth extraction between single and married patients ($p > 0.05$). There was a significant difference between the causes of caries, periodontal, impaction and orthodontic according to the condition of oral hygiene ($p < 0.05$).

Conclusion: Considering that decay is still one of the most common causes of tooth extraction, it is recommended that measures be taken to prevent dental caries. On the other hand, most people with a degree have a diploma and a diploma. Also, 80.8% of people are poorly and moderately in terms of their economic situation. Therefore, there is a pressing need to increase the level of awareness of the community and, in addition, to increase the service to the weak community of society.

Keywords: Tooth extraction, Dentistry, Epidemiology

***Corresponding Author:**
Assistant Professor, Dental
Medical College, Shahed
University, Tehran, Iran

Tel: 09125330133
E-mail: m. fayezi@shahed.ac.ir