سال نهم
شماره ۲ ـ ۱
بهار و تابستان ۱۳۷۶
مجله دندانپزشکی

مقاله علمی

فراوانی بیماریهای دهان و دندان در بین افراد سالم

دکتر اکبر فاضل*
دکتر محمد اسماعیل اکبری**
دکتر محمد زاینده***

چکیده :

معمولاً انجام هر نوع تحقیق در مورد بیماریها از بین افرادی که مبتلا به بیماری هستند صورت می‌گیرد، لیکن در این پژوهش روش دیگری انتخاب شده است. از بین ۱۰۶۹ نفر ۷۵۷ نفر که معتقد بودند از نظر جسمی و روانی کاملاً سالم هستند مورد معاینه قرار گرفتند، از این تعداد تنها ۸/۷٪ از سلامتی دهان و دندانها برخوردار بوده و بقیه به یک یا چند مورد از موارد هفت گانه بررسی شده مبتلا بودند. مواردی که مورد بررسی قرار گرفت شامل: ۱ـ بوی بد دهان ۲ـ پوسیدگی دندان ۳ـ دندان پر کرده ۴ـ دندان کشیده شده ۵ـ آبسه و تورم لثه ۶ـ خونریزی از لثه ۷ـ نیاز به ارتدنسی بود که درصد ابتلا و شیوع هر یک در گروههای سنی و برحسب جنس در جداول آماری به همراه بحث مربوطه ارائه شده است. مهمترین نکته‌ای که از این تحقیق می‌توان استنتاج کرد این است که سلامت و بهداشت دهان و دندان از نظر جامعه (یا حداقل جامعه آماری ما) جزو شاخص‌های سلامتی محسوب نمی‌شود و این امر نشانگر این واقعیت است که برای کاهش درصد مبتلایان به بیماریهای دهان و دندان باید به دنبال پیدا کردن بیماران مخفی بود.

* استادیار و سرپرست دوره‌های تخصصی و پروتزهای متحرک فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
*** کارشناس ارشد بخش مراقبت‌های بهداشتی درمانی و پزشکی جامعه‌نگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

مقدمه :

به طور معمول شیوع بیماریها را در جامعه یا در گروههای خاصی از آن تحقیق می‌کنند ولی در این پژوهش روش دیگری انتخاب شده است به طوری که از بین افراد بالغی که از نظر جسمی و روانی اظهار سلامت کرده بودند مسأله مورد نظر بررسی شده است. در پژوهشی که در سال ۱۳۶۸ در استان اصفهان برای آگاهی از بیماردهی جامعه، نحوه توزیع بیماران و عملکرد نظام ارائه خدمات در قبال آنها انجام گرفت و دربررسی عمیق‌تر درون جامعه، مشخص گردید که گروهی از بیماران نیازمند مراجعه به مجامع پزشکی بودند ولی بدلایل مختلف این مراجعه صورت نگرفته است. این مطالعه بدنبال بیمارانی است که نه خود آگاهی از بیماری‌خویش دارند و نه جامعه‌آنها را بیمار می‌پندارد، به‌عبارت‌دیگر پیدا کردن بیماران مخفی در جامعهِ به ظاهر سالم.

روشها و مواد :

در این پژوهش ۱۰۶۹ نفر از افراد بالغ (۱۵ سال و بالاتر) از مناطق شهری اصفهان و روستائی خمینی‌شهر، کوهپایه، فلاورجان و زرین شهر با P = ۰/۵ ، q = ۰/۵ ، d = ٪۳ و با سطح اطمینان ۹۵ درصد انتخاب شدند. از آنها سؤال شد.

"آیا از نظر جسمی و روانی احساس ناراحتی یا بیماری می‌کنید؟" ۷۵۷ نفر اظهار داشتند که از نظر جسمی و روانی کاملاً سالم می‌باشند (جداول شماره ۱ و ۲). این عده بعنوان گروه هدف تلقی شده و توسط دو نفر پزشک عمومی زن و مرد براساس پرسشنامه مشخص استاندارد شده‌ای مورد مصاحبه و معاینه کلینیکی قرار گرفتند. برای مطالعه بهداشت، دهان و دندان هفت سؤال که عبارت بودند از:

۱ـ بوی بد دهان ۲ـ پوسیدگی دندان ۳ـ دندان پر کرده ۴ـ دندان کشیده شده ۵ ـ آبسه و تورم لثه ۶ـ خونریزی از لثه ۷ ـ نیاز به ارتودنسی. مطرح گردید بعد از اینکه تقریباً ٪۳۵ افراد مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند ضرورت تعیین تعداد دندانهای پوسیده، پرکرده، کشیده تشخیص داده شد که طی سؤالات و معاینات روی ٪۶۵ افراد ملاحظه نظر و ثبت گردید. (جداول ۴ و ۵ ، ۶).

نتایج :

از ۱۰۶۹ نفر افراد بالغ که در مورد سلامت جسمی و روانی از آنها سؤال شد، ۳۱۲ نفر ابراز بیماری جسمی یا روانی و یا هر دو را کرده (٪۲۹/۲) و بقیه پاسخ دادند که از نظر جسمی و روانی

کاملاً سالم هستند. در بین ۷۵۷ نفر ۹٪ افراد دچار بوی بد دهان، ۵۷٪ دارای دندان پوسیده، ۴۹٪ دارای دندان پر کرده، ۵۳٪ دندان کشیده شده، ۲/۲٪ دچار آبسه و تورم لثه، ۱۸٪ دچار خونریزی از لثه و ۹٪ نیازمند به درمانهای ارتودنسی بودند. همچنین ۶۶ نفر یعنی ۸/۷٪ افراد هیچ مشکلی از نظر بهداشت دهان و دندان نداشتند و تمامی دندانها سالم بود. این نتایج در حالی است که معاینه تنها از طریق مشاهده و مصاحبه صورت گرفته و نه یک معاینه تخصصی با استفاده از ابزارآلات دندانپزشکی که می‌توانست روی اعداد تأثیر مثبت یا منفی بگذارد. تعداد افرادی که دندانهای کشیده شده دارند با بالا رفتن سن فزونی می‌یابد. براساس جدول شماره ۴، ۷۳٪ از افرادی که تعداد دندانهای پوسیده آن‌ها ثبت شده از یک تا سه دندان پوسیده و ۲۰٪ از چهار تا شش دندان پوسیده داشته‌اند. در جدول شماره ۵ ، ۵۲٪ افرادی که تعداد دندان پر کرده آن ثبت شده از یک تا سه دندان پر کرده و ۳۱٪ چهار تا شش دندان پر کرده داشته‌اند. همچنین جدول شماره ۶ موید این مطلب است که ۶۲٪ افرادی که تعداد دندان کشیده شده آنها ثبت شده از یک تا سه دندان و ۱۴٪ چهار تا شش دندان کشیده شده داشته‌اند. همچنین جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که در مجموع ۳۰ نفر دندانهای خود را به طور کامل از دست داده‌اند که یک نفر آنها زن ۴۳ ساله می‌باشد.

بحث :

بحث دندانپزشکی بر روی نتایج آماری حاصل از این تحقیق با استفاده از کارهای تحقیقی انجام شده در سطح کشورهای مختلف را می‌توان بشرح زیر تقسیم‌بندی و ارائه کرد. البته روال بحث براساس همان پرسش‌های انجام شده در نمونه آماری انجام خواهد گرفت. لازم به ذکر است از بین افرادی که اظهار سلامتی کرده‌اند با بررسی نه چندان موشکافانه مشخص می‌شود که ناراحتی‌های دهان و دندان جزو شاخص‌های سلامتی از نظر جامعه محسوب نمی‌شود (منظور از جامعه، جامعه آماری است) و این امر با فرهنگ جوامع ارتباط مستقیم دارد که خود نقش آموزشی و آگاهی دادن به جامعه را از طرق مختلف مثل رسانه‌های جمعی ـ مراکز آموزشی ـ بهداشتی ـ درمانی و غیره را مشخص می‌کند.

۱ـ بوی بد دهان : عوامل مؤثر در بوی بد دهان به عوامل موضعی که خود شامل عدم رعایت بهداشت دهان، گیر غذایی، پوسیدگی‌ها، کانونهای چرکی و عفونی دهان و دندانها، و

ناراحتی‌های لثه‌ای و ناهنجاریهای دندانی و عدم توانائی بیمار در تمیز کردن کامل و صحیح دهان و دندانها می‌باشد و این عوامل علاوه بر عوامل غیرموضعی مثل بیماریهای گوارشی و یا تنفسی است. با توجه به جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود که درصد بوی بد دهان از ۷۲٪ بین گروه سنی ۱۹-۱۵ سال شروع و بطور نسبتاً معقولی افزایش می‌یابد (بجز سن ۳۴-۳۰ سال که افزایش چشمگیر است). علل این افزایش مشخص است زیرا همان طور که ذکر شد یکی از عوامل بوی بد دهان ناراحتی‌های لثه‌ای و خونریزی و عفونت لثه‌ای است که جدول ۳ موید این مطلب می‌باشد. عامل دیگر بوی بد دهان، وجود دندانهای پوسیده و در نتیجه گیر غذایی است که طبق جدول شماره ۳ درصد بالایی از این افراد دندانهای پوسیده و خراب در دهان دارند.

پس از سنین ۴۹ تا ۶۰ سالگی درصد رو به کاهش می‌گذارد و علت آن کشیده شدن دندانها که عمده‌ترین عامل عفونت و بوی بد دهان است می‌باشد و جدول شماره ۳ که تعداد دندانهای کشیده شده را نشان می‌دهد بیانگر این موضوع است. و نهایتاً در سنین بالای ۶۵ سال این میزان به صفر نزدیک می‌شود و علت آن را می‌توان با توجه به عدم وجود دندانها در این سنین، و بدنبال آن عدم وجود عفونتهای لثه و دندانهایی که موجب بوی بد دهان می‌شوند جستجو کرد. لازم بذکر است اگر آمار تعداد افرادی را که از انواع پروتزها استفاده می‌کردند در این نمونه‌گیری بود می‌توانستیم نقش پروتزها را در بوی بد دهان نیز روشن کنیم.

۲ـ دندان خراب : اصولاً از نظر فرهنگ مردم تا دندانی درد نداشته باشد بیمار به دندانپزشک مراجعه نمی‌کند مگر اینکه از نظر وضع ظاهر دچار اشکال شده باشد و اگر معاینه بوسیله وسائل تشخیصی کافی (از قبیل یونیت، صندلی، چراغ دندانپزشکی، سوند، رادیوگرافی و...) انجام شود آمار دندانهای پوسیده (از دیدگاه دندانپزشک) بسیار بیشتر از این خواهد بود که در جدول شماره ۳ آمده است. بهر حال نمودار جدول نشان دهنده افزایش درصد دندانهای پوسیده از ۳۴-۱۵ سالگی است و از آن پس رو به کاهش می‌گذارد.

البته در زمینه پوسیدگی و DMF پژوهشهای فراوانی شده است. به طور کلی در سنین ۳۵-۲۰ سالگی شیوع پوسیدگی را شاهد هستیم و پس از آن سنین ۵۰-۳۵ سالگی ناراحتی‌های لثه و پریودونشیوم نمود بیشتری پیدا می‌کنند که با توجه به جدول ۳ و ۴ این تحقیق هم نشان دهنده و موید همین مطلب می‌باشد و با آمار WHO که نشان می‌دهد شیوع بیماریهای

پریودنتال با افزایش سن افزایش می‌یابد، همخوانی دارد.

۳ـ دندان پر کرده : (جدول شماره ۳) با افزایش سن درصد دندانهای پر شده افزایش مشخصی دارد یعنی از حدود ۳۰٪ سن ۱۹-۱۵ سالگی شروع و به حدود ۷۷٪ سن ۳۵ سالگی می‌رسد. از این پس منحنی نسبت درصد پر کردگی دندانها رو به کاهش می‌گذارد و مجدداً در سن ۵۴-۵۰ سالگی افزایش پیدا می‌کند و این زمانی است که در بزرگسالان با پوسیدگی‌هایی روی ریشه‌های دندانها که لثه اطراف آن تحلیل رفته و پوسیدگی‌های مشخص، که این گروه را تشکیل می‌دهد مواجه هستیم و پس از این زمان مجدداً پائین آمدن درصد پوسیدگی‌ها در سنین ۵۵ سالگی به بعد است که این کاهش به دلیل شیوع کشیدن دندانها در سنین بالاتر و در نتیجه کاهش تعداد دندانهای پر شده در دهان است. البته شایان توجه است که حدود نیمی از افرادی که ادعای سلامتی کامل داشته‌اند دارای دندانهای پر کرده بوده‌اند و این امر بیشتر مورد توجه باید باشد که آیا دندان پر شده جزء سؤالات سلامتی باید قرار داده می‌شد یا خیر؟

۴ـ دندان‌های کشیده شده : همان گونه که از جدول ۳ استنباط می‌شود تعداد دندانهای کشیده شده در سنین ۲۹-۲۵ سالگی بالاتر است و این سنین اوج پوسیدگی است که خود عامل از دست رفتن دندانها است و پس از این سنین حدود ۳۵ سالگی به بالا که عامل عمده از دست رفتن دندانها ناراحتی‌های پریودنتال می‌باشد.

۵ـ آبسه و تورم لثه : منشاء آبسه و تورم‌های لثه می‌تواند عوامل دندانی ـ لثه‌ای ـ استخوانی و به طور کلی سیستمیک و یا موضعی باشد. با توجه به اینکه پرسشگر و معاینه کننده یک دندانپزشک و یا متخصص بیماریهای دهان و دندان نبوده است نتیجتاً افتراق و تشخیص اتیولوژی آبسه و تورم لثه مورد توجه قرار نگرفته است ولی وجود دندانهای چرکی بیشتر می‌تواند عامل آبسه و تورم لثه در سنین ۳۴-۱۵ سال باشد و آبسه‌های پریودونتال و با منشاء لثه‌ای بیشتر در سنین ۴۰ سال به بعد عامل آبسه و تورم لثه محسوب می‌گردند.

۶ـ خونریزی از لثه : (جدول ۳) همان طور که مشاهده می‌گردد و قبلاً هم شرح داده شد،

خونریزی از لثه‌ها بیشتر در سنین ۴۴-۱۵ سالگی است و بررسی مقالات هم موید این مطلب می‌باشد[۱۸ و ۱۹] این امر صرفاً بدلیل مشکلات لثه‌ای ناشی از عدم رعایت بهداشت دهان و دندانها، مسواک نزدن و یا استفاده نامرتب از مسواک و نخ دندان، عدم مراجعه سالانه به مراکز بهداشتی درمانی یا دندانپزشک برای کنترل، جرم گیری، برساژ و عوامل مستعد کننده دیگر از قبیل ناهنجاریهای دندانی است. که در همین سنین وجود دندانهای خراب که نیازمند پر کردن و ترمیم هستند و خود کانون و محل‌های گیر غذایی و ایجاد ناراحتی‌ها و تورم‌های لثه‌ای و خونریزی از لثه‌ها می‌باشند (جدول ۳). به خصوص اینکه ناراحتی‌های لثه‌ای به همراه درد نیست، چرا که عامل مراجعه بیمار به دندانپزشک بیشتر درد است که در بیماری لثه وجود ندارد.

۷ـ نامرتب بودن دندان‌ها و نیاز به ارتدنسی : (جدول ۳)، معمولاً فرهنگ جوامع، به خصوص جوامع جهان سوم آنقدر رشد نکرده که به فردی که دچار ناهنجاری دندانها است بگویند این فرد سالم نیست و یا به فردی سالم بگویند که علاوه بر سلامتی کامل همه اعضا و اندام‌ها، دندانهایش نیز مرتب باشد، البته این فرهنگ در حال شکل‌گیری و توسعه است چرا که والدین اطفال توجه و عنایت خاص در امر سلامت کامل فرزندانشان دارند.

به هر حال جدول ۳ نشان می‌دهد که مشکل ارتودنسی در سنین کمتر درصد بیشتری را نشان می‌دهد و با افزایش سن این مشکل درصد کمتری را بخود اختصاص داده است که خود گواه بر همان ادعای ما است. البته شاید دومین دلیل این امر را بتوان وجود تعداد بیشتر دندانها در قوس دندانی در سنین (۲۴-۱۵) سال دانست که مشکلات کمبود فضا و ناهنجاری دندانها را بیشتر نمایان می‌سازد و همچنین کنجکاوی بیماران جوان به خصوص جنس مونث (جدول ۳) و حساسیت والدین به این امر. شاید دلیل سوم مشکلات ارتودنسی در سنین (۲۴-۱۵) سال رویش دندانهای عقل در این فاصله زمانی و نبودن فضای کافی در قوس‌های فکی برای رویش این دندانها باشد. همان طوری که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد به طور مشخصی تعداد دندانهای پر کرده در سنین ۲۹-۲۵ سالگی بالاست، در این سنین اوج پوسیدگی‌ها را شاهد هستیم که یکی از عوامل از دست رفتن دندانها همین عامل است (جدول ۶). تعداد دندانهای کشیده شده (جدول ۶) در سنین ۵۴-۱۵ سال به طور یکنواخت و پراکنده می‌باشد و این می‌تواند موید این مطلب باشد که خانم‌ها بیشتر از آقایان به حفظ دندانها اهمیت می‌دهند. ذکر این نکته لازم است که در مطالعات بعدی باید به نمونه‌های آماری از نظر هر گروه سنی توجه بیشتری

داشت (اگر معیار و شاخص آماری سن باشد) توجه به استفاده و یا عدم استفاده از پروتزها (پروتز کامل، پروتز متحرک و پروتز ثابت) در مطالعات آینده بسیار مفید خواهد بود.

نتیجه گیری :

نتیجه مهم اینکه تنها ۸/۷۲٪ از افرادی که خود را سالم می‌دانستند، دارای سلامت دهان و دندان بودند و ۹۱/۲۸٪ بقیه این افراد یک یا چند مشکل بهداشتی در دندان و لثه خود داشته‌اند. طبیعی است اگر جامعه طبیعی مورد مطالعه قرار گیرد، شیوع عوارض دهانی و دندانی به مراتب بیشتر از این اعداد خواهد بود. مهمترین مطلب این است که نظام ارائه خدمات (دانشکده‌های دندانپزشکی، بخش خصوصی، بخش دولتی) تنها در قبال بیمارانی که به آنها مراجعه می‌کنند مسئول نیستند بلکه لازم است به نحو مقتضی از مشکلات جوامع تحت پوشش خود اطلاع پیدا کنند. از طرف دیگر بدون مشارکت و مداخله مستقیم جامعه امکان دستیابی به همه بیماریها و حل مشکل همه بیماران وجود نخواهد داشت، چرا که شرط اول حل مشکل بیماران، آگاهی آنها از بیماری خود و اعتقاد به مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و امکان دستیابی به این مراجع است.

جدول ۱ : توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه به تفکیک سن و جنس

جنس / سن	مرد	زن	جمع
۱۵-۱۹	۱۰۶	۱۵۹	۲۶۵
۲۰-۲۴	۹۱	۷۲	۱۶۳
۲۵-۲۹	۸۷	۶۸	۱۵۵
۳۰-۳۴	۴۷	۶۹	۱۱۶
۳۵-۳۹	۲۸	۵۲	۸۰
۴۰-۴۴	۳۶	۳۷	۷۳
۴۵-۴۹	۲۲	۲۸	۵۰
۵۰-۵۴	۱۸	۲۶	۴۴
۵۵-۵۹	۲۱	۱۹	۴۰
۶۰-۶۴	۲۶	۲۲	۴۸
۶۵ سال و بیشتر	۲۶	۹	۳۵
جمع	۵۰۸	۵۶۱	۱۰۶۹

جدول ۲ : توزیع افراد مورد مطالعه که اظهار سلامت از نظر جسمی و روانی کرده‌اند به تفکیک سن و جنس

سن / جنس	مرد	زن	جمع[۲]
۱۵-۱۹	۷۴	۱۳۳	۲۰۷
۲۰-۲۴	۸۰	۵۷	۱۳۷
۲۵-۲۹	۶۵	۴۷	۱۱۲
۳۰-۳۴	۳۵	۴۶	۸۱
۳۵-۳۹	۲۰	۳۰	۵۰
۴۰-۴۴	۲۸	۱۹	۴۷
۴۵-۴۹	۱۷	۱۳	۳۰
۵۰-۵۴	۹	۱۴	۲۳
۵۵-۵۹	۱۲	۹	۲۱
۶۰-۶۴	۱۹	۹	۲۸
۶۵ سال و بیشتر	۱۶	۵	۲۱
جمع	۳۷۵	۳۸۲	۷۵۷

جدول ۳ : توزیع فراوانی بیماریهای دهان و دندان در افرادی که اظهار سلامت از نظر جسمی و روانی نموده‌اند به تفکیک سن و نوع عارضه

سن / عارضه	بوی بد دهان	دندان پوسیده	دندان پرکرده	دندان کشیده شده	آبسه و تورم لثه	خونریزی از لثه	مشکلات ارتودنسی
۱۵-۱۹ سال	۱۵	۱۰۳	۶۲	۳۶	۵	۴۶	۲۹
۲۰-۲۴ سال	۱۱	۸۶	۶۵	۴۹	۳	۲۵	۱۸
۲۵-۲۹ سال	۹	۶۲	۷۶	۶۶	۳	۲۱	۸
۳۰-۳۴ سال	۸	۵۸	۶۳	۶۳	۱	۲۰	۸
۳۵-۳۹ سال	۹	۳۲	۳۳	۳۸	۲	۸	۱
۴۰-۴۴ سال	۶	۲۸	۲۹	۳۹	۰	۷	۳
۴۵-۴۹ سال	۴	۲۰	۱۷	۲۹	۱	۵	۰
۵۰-۵۴ سال	۲	۱۱	۱۰	۲۱	۰	۳	۱
۵۵-۵۹ سال	۱	۱۵	۸	۲۰	۰	۱	۱
۶۰-۶۴ سال	۵	۱۳	۷	۲۳	۱	۲	۰
۶۵ سال و بیشتر	۰	۴	۰	۱۸	۱	۰	۰
جمع	۷۰	۴۳۲	۳۷۰	۴۰۲	۱۷	۱۳۸	۶۹

جدول ۴ : توزیع فراوانی تعداد دندانهای پوسیده به تفکیک سن و جنس، و تعداد دندانهای پوسیده در ۶۵٪ افرادی که اظهار سلامت کرده‌اند.

تعداد / سن / جنس	۱-۳		۴-۶		۷-۸		۹-۱۰		۱۵		۲۹	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۵-۱۹ سال	۲۴	۳۷	۲	۶	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۰-۲۴ سال	۲۴	۵	۴	۲	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۵-۲۹ سال	۱۴	۱۰	۶	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳۰-۳۴ سال	۱۴	۷	۱	۴	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰
۳۵-۳۹ سال	۴	۲	۱	۲	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰
۴۰-۴۴ سال	۶	۴	۱	۱	۲	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰
۴۵-۴۹ سال	۴	۲	۱	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵۰-۵۴ سال	۲	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵۵-۵۹ سال	۳	۲	۱	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۶۰-۶۴ سال	۴	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۶۵ سال و بیشتر	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰
جمع	۱۷۰		۴۶		۸		۶		۱		۰	

جدول ۵ : توزیع فراوانی تعداد دندان پر کرده به تفکیک سن و جنس، تعداد دندان پرکرده در ۶۵٪ افرادی که اظهار سلامت کرده‌اند.

تعداد / سن / جنس	۱-۳		۴-۶		۷-۹		۱۰-۱۲	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۵-۱۹ سال	۸	۲۲	۳	۳	۱	۲	۰	۱
۲۰-۲۴ سال	۱۲	۱	۶	۲	۴	۲	۱	۰
۲۵-۲۹ سال	۲۱	۳	۱۳	۱۲	۴	۲	۲	۰
۳۰-۳۴ سال	۶	۲	۹	۳	۳	۴	۱	۱
۳۵-۳۹ سال	۷	۳	۴	۱	۱	۱	۱	۲
۴۰-۴۴ سال	۸	۲	۰	۰	۰	۲	۰	۱
۴۵-۴۹ سال	۸	۲	۵	۲	۰	۱	۱	۰
۵۰-۵۴ سال	۳	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۰
۵۵-۵۹ سال	۱	۲	۱	۱	۰	۰	۰	۰
۶۰-۶۴ سال	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰
۶۵ سال و بیشتر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۱۱۳		۶۸		۲۷		۱۱	

جدول ۶ : توزیع فراوانی تعداد دندان کشیده شده به تفکیک سن و جنس، و تعداد دندان کشیده در ۶۵٪ افرادی که اظهار سلامت کرده‌اند.

تعداد / سن / جنس	۱-۳		۴-۶		۷-۱۰		۱۱-۱۶		۲۰-۲۹		۳۲	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۵-۱۹ سال	۱۴	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۰-۲۴ سال	۱۵	۱۶	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۵-۲۹ سال	۱۰	۳۰	۳	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳۰-۳۴ سال	۱۰	۱۹	۲	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳۵-۳۹ سال	۶	۱۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰
۴۰-۴۴ سال	۲	۹	۵	۸	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۱
۴۵-۴۹ سال	۲	۹	۲	۲	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۱
۵۰-۵۴ سال	۲	۲	۲	۴	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۴
۵۵-۵۹ سال	۰	۲	۱	۰	۲	۱	۱	۱	۰	۱	۲	۱
۶۰-۶۴ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۵	۱	۰	۱	۲	۴	۵
۶۵ سال و بیشتر	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۲	۸	۴
جمع	۱۵۸		۳۶		۱۵		۸		۶		۳۰	

REFERENCES

منابع لاتین :

1. Blinkhorn, As. 1994. The effect of changes in Caries prevalence on Oral health promotion - the United Kingdom experience. *Int. Dent. J.* 44 (4suppl1): 439-43.
2. Salas wadge, MH. 1994. Dental Caries experience in 7-12 and 14-year - old children in Andalucia. *Com. Dent. Health.* 11(3): 135 - 41.
3. Burt, BA; Szpunar, SM. 1994. The Michigan study: The relationship between sugars intake and dental. *Int. Dent. J.* 44(3): 230-40.
4. Athanassouli, I. 1994. Dental Caries changes between 1982 and 1991 in children aged 6-12 in Athens, Greece. *Caries - Res.* 28(5): 378-82.
5. Mosha, Hj. [etal.]; 1994. Oral health status and treatment needs in different age groups in two regions of Tanzania. *Com. Dent. Oral Epidemiol.* 22 (5 pt 1): 307 - 10.
6. Irigoyen, M; szpunar, s. 1994. Dental Caries Status of 12- year - old students in the state of Mexico. *Com. Dent. Oral Epidemiol.* 22(5pt.).
7. Downer, Mc. 1994. Caries prevalence in the United King dom. *Int. Dent. J.* 44(4 suppl 1): 365 - 70.
8. Vonderfehr, FR. 1994. Caries Prevalence in the Nordic Countries. *Int. Dent. J.* 44 (4suppl 1): 371-8.
9. Truin, GJ; Konig, KG; Bronkhorst, EM. 1994. Caries prevalence in Belgium and the Nether lands. *Int. Dent. J.* 44(4 suppl1): 379-85.
10. Marthaler, TM. [etal.]. 1994. Caries Prevalence in Switzerland. *Int. Dent. J.* 44(4 suppl 1): 393-401.
11. Burt, BA. 1994. Trends in caries prevalence in North American

children. *Int. Dent. J.* 44(4 suppl 1): 403 - 13.

12. Spencer, Aj.; [etal.]. 1994. Caries prevalence in Australia. *Int. Dent. J.* 44(4suppl 1): 415 - 23.

13. Fejerskov, O. [etal.].; 1994. Caries prevalence in Africa and the people's Republic of China. *Int - Dent. J.* 44 (4 suppl 1): 425 - 33.

14. Khan, Mu; Abuzeid, HA; Eid, O. 1990. Factors influencing development of Caries teeth. *Indian. J. Pediatr.* 57 (1): 109 - 13.

15. Papas, A; Joshi, A; Giunta, j. 1992. Prevalence and intraoral distribution of coronal and root Caries in middle - aged and older adults. *Caries - Res.* 26(6): 459-65.

16. Fejerskov, O; [etal.]. 1991. Active and inactive root surface Caries lesions in a selected group of 60 to 80 - year - old Danes. *Caries - Res.* 25(5): 385-91.

17. Heinrich, R; Kunzel, W; Heinrich, J. 1990. Prevalence of root Caries in a healthy adult Population. *Dtsch - Zahnarzt* 1-Z. 45(6): 363 - 6.

18. A.D.A. 1992. adecade of dental services.

19. Demetriou, N; Parashis, A; Isami pandi, A. 1990. Relationship between age and Clinical symptoms of periodontal disease. *Stomatologia - Athenai* 47(4): 231 - 41.

20. Albandar, JM. 1990. A 6 - year study On the pattern of periodontal disease progression. *J. Clin. Periodentol.* 17(7 pt 1): 467 - 71.