

شیوع بی‌دندانی و فاکتورهای مرتبط در افراد بالای ۲۰ سال شهر اصفهان

۱: استادبار، گروه پروتزیهای دندانی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
 ۲: نویسنده مسؤؤل: دستیار تخصصی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. Email: dmbaharloo@yahoo.com

محمد آذریان^۱رضا دارابی^۱نغمه بهارلو^۲

چکیده

مقدمه: بی‌دندانی، مشکلی است که اکثر قریب به اتفاق مردم با آن درگیر می‌باشند و متأسفانه بسیاری از مردم نسبت به آن بی‌تفاوت هستند. هدف از این پژوهش، تعیین شیوع بی‌دندانی و فاکتورهای مرتبط در افراد بالای ۲۰ سال شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، ۶۰۲ نفر (۳۰۱ زن و ۳۰۱ مرد) از افراد بالای ۲۰ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های دندان پزشکی شهر اصفهان انتخاب شدند و با استفاده از پرسش‌نامه و معاینه‌ی کلینیکی، شیوع انواع بی‌دندانی و رابطه‌ی آن با سن، جنس، مصرف سیگار، رعایت بهداشت دهان و دندان، معاینات دوره‌ای دندان پزشکی و تحصیلات بررسی گردید و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، من‌ویتنی و t-test تجزیه و تحلیل شد ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: ارتباط بین بی‌دندانی با متغیرهای سن، مصرف سیگار، پوسیدگی و بیماری پریودنتال، رعایت بهداشت دهان و دندان، معاینات دوره‌ای دندان پزشکی و میزان تحصیلات از نظر آماری معنی‌دار بود ($p \text{ value} < 0/001$). ارتباط بین بی‌دندانی و جنس معنی‌دار نبود ($p \text{ value} = 0/77$) و شیوع بی‌دندانی در فک پایین بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: شیوع بی‌دندانی با عواملی مانند سن، کشیدن سیگار، رعایت بهداشت دهان و دندان، تاریخچه‌ی پزشکی، عدم معاینات دوره‌ای دندان پزشکی و میزان تحصیلات ارتباط داشت، ولی با جنسیت افراد رابطه‌ای نداشت. همچنین پوسیدگی و بیماری پریودنتال به عنوان مهمترین عامل از دست دادن دندان‌ها شناخته شدند.

کلید واژه‌ها: بی‌دندانی، فاکتورهای مرتبط، شیوع

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۱۳

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۶/۸/۴

تاریخ ارسال: ۱۳۹۶/۵/۱۷

استناد به مقاله: آذریان محمد، دارابی رضا، بهارلو نغمه. شیوع بی‌دندانی و فاکتورهای مرتبط در افراد بالای ۲۰ سال شهر اصفهان. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۷؛ ۱۴(۱): ۸۳-۸۹

مقدمه

میزان شیوع بی‌دندانی، وضعیت سلامت جامعه را نشان می‌دهد. از دست رفتن دندان‌ها و میزان بی‌دندانی می‌تواند نشانه‌ای از میزان بهداشت دهان و دندان و نیز لزوم مراقبت‌های دندان‌پزشکی و به تبع آن نیازهای آموزشی رشته‌ی دندان‌پزشکی و بهداشت باشد. سازمان بهداشت جهانی بررسی و ثبت دوره‌ای این شاخص، در فواصل سنی خاص را به عنوان تعیین‌کننده‌ی وضعیت بهداشت دهان و دندان توصیه کرده است (۱).

پوسیدگی دندان‌ی و بیماری‌های پرئودنتال از عوامل اصلی بی‌دندانی است. از دست دادن دندان‌ها، عوارض نامطلوبی را از نظر عملکرد و زیبایی برای بیماران ایجاد می‌کند (۲). پروتزهای دندان‌ی کامل، جایگزینی برای دندان‌های از دست رفته و ساختمان‌های مرتبط با آن‌ها می‌باشند. این پروتزها وظیفه‌ی بازگرداندن عملکرد، ظاهر صورت و حفظ سلامتی بیمار را بر عهده دارند (۳) در افراد بی‌دندان در اثر کاهش ارتفاع صورت، حالت طبیعی صورت از بین می‌رود و کم شدن فاصله میان چسبندگی عضلات، باعث چروکیدگی صورت، جلوزدگی فک پایین و پیر شدن نمای صورت می‌شود. همچنین فقدان دندان‌ها، باعث تورفتگی و باریکی لب‌ها می‌گردد که خود نمای صورت پیر را تشدید می‌کند (۴).

شیوع بی‌دندانی در مناطق مختلف جهان تابعی از شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، جغرافیایی و نژادی می‌باشد (۴). شاملدل و همکاران (۵) شیوع بی‌دندانی را در بین مسلمانان ۶۰ سال به بالا در مالزی، ۵۵/۹ درصد اعلام کردند که این شیوع در زنان بیشتر از مردان بود. بنکدارچیان و همکاران (۲) در بررسی شیوع بی‌دندانی کامل در افراد ۳۵ سال به بالا در شهر یاسوج به این نتیجه رسیدند که بی‌دندانی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و شیوع بی‌دندانی با جنس ارتباط ندارد، ولی رابطه‌ی معنی‌داری با سایر عوامل مانند سیگار کشیدن، خشکی دهان، بیماری سیستمیک، رعایت بهداشت دهان، تغذیه، تاریخچه‌ی معاینات دندان‌پزشک

دارد. آذریان و همکاران (۶) و مشرف و هاشم‌پور (۷) در مطالعات جداگانه و در جمعیت‌های متفاوت در بررسی شیوع بی‌دندانی پارسیل به این نتیجه رسیدند، بیشترین شیوع بی‌دندانی مربوط به کلاس III و عوامل سن، تحصیلات، بهداشت دهان در شیوع بی‌دندانی مؤثر بود.

پیشرفت هر جامعه‌ای به واسطه‌ی تحقیقات علمی و پژوهش آن می‌باشد و شناسایی عوامل ایجادکننده‌ی بیماری، یکی از ضروریات پیشگیری و حتی درمان آن است. از آن‌جا که شیوع بی‌دندانی در شهر اصفهان بررسی نشده و با توجه به اهمیت میزان و شیوع افراد بی‌دندان در تصمیم‌گیری‌های صحیح درمانی، آموزش و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، این مطالعه طرح‌ریزی شد. بنابراین هدف از این مطالعه، بررسی شیوع بی‌دندانی و فاکتورهای مرتبط در افراد بالای ۲۰ سال شهر اصفهان می‌باشد و بر اساس فرضیه‌ی صفر، میزان از دست دادن دندان‌ها با عواملی مثل جنسیت، کشیدن سیگار، میزان تحصیلات، بهداشت دهان و دندان و افزایش سن ارتباطی ندارد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، تعداد ۶۰۲ نفر (۳۰۱ زن و ۳۰۲ مرد) از افراد بالای ۲۰ سال که به کلینیک‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس با استفاده از پرسش‌نامه و معاینه‌ی کلینیکی و مصاحبه، شیوع انواع بی‌دندانی شامل بی‌دندانی کامل، پارسیل اکتسابی و مادرزادی و رابطه‌ی آن با سن، جنس، تحصیلات، کشیدن سیگار، رعایت بهداشت دهان و دندان، معاینات دوره‌ای دندان‌پزشکی، تاریخچه‌ی پزشکی بررسی شد. همچنین تعداد دندان‌ها از دست رفته و علل از دست رفتن دندان‌ها و نحوه‌ی جایگزینی دندان‌های از دست رفته نیز بررسی گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و

ارتودنسی) نشان داد که بین بی‌دندانی و پوسیدگی و بیماری پریودنتال ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/001$) (value)، ولی بین بی‌دندانی و سایر عوامل، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

مقایسه‌ی توزیع فراوانی بی‌دندانی برحسب سیگاری یا غیر سیگاری بودن افراد ($p \text{ value} < 0/002$) و رعایت بهداشت (مسواک و نخ دندان) ($p \text{ value} < 0/001$) و معاینات دوره‌ای دندان‌پزشکی ($p \text{ value} < 0/001$) و میزان تحصیلات ($p \text{ value} < 0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳-۶).

شایع‌ترین دندان‌های از دست رفته، d_{16} (پایین چپ) و d_{27} (پایین راست) ($43/7$ و 42 درصد) بود و کمترین شیوع، مربوط به دندان d_{24} (پایین راست) و d_{19} (پایین چپ) ($8/6$ و $8/8$ درصد) و بی‌دندانی در فک پایین بیشتر از فک بالا بود ($p \text{ value} < 0/05$).

آزمون‌های آماری کای اسکوئر، من‌ویتنی و t-test انجام شد و سطح معنی‌داری ($\alpha = 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از کل ۶۰۲ نفر (۳۰۱ زن و ۳۰۱ مرد)، ۱۸ زن (۶ درصد) دارای بی‌دندانی کامل و ۲۰۱ زن (۶۶/۸ درصد) دارای بی‌دندانی پارسیل بودند و ۲۲ مرد (۷/۳ درصد) دارای بی‌دندانی کامل و ۱۹۵ مرد (۶۴/۸ درصد) دارای بی‌دندانی پارسیل بودند. بنابراین بین بی‌دندانی و جنس، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت ($p \text{ value} = 0/773$).

بر اساس جدول ۱، با افزایش سن، هر دو نوع بی‌دندانی کامل و پارسیل افزایش می‌یابد، بنابراین بین بی‌دندانی و سن رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت ($p \text{ value} = 0/001$).

مقایسه‌ی توزیع فراوانی بی‌دندانی برحسب علل آن (پوسیدگی، تروما، بیماری پریودنتال، دندان غایب و

جدول ۱: توزیع فراوانی بی‌دندانی به تفکیک گروه سنی

p value	بی‌دندانی پارسیل		بی‌دندانی کامل		وضعیت دندانی	سن
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
0/001	43/6	85	0/5	1	20-29	
	69/7	101	1/4	2	30-39	
	87/2	95	5/5	6	40-49	
	85/3	64	6/7	5	50-59	
	65/4	51	33/3	26	60 یا >	

جدول ۲: توزیع فراوانی بی‌دندانی بر حسب علل آن

p value	بی‌دندانی کامل یا پارسیل		وضعیت دندانی
	درصد	فراوانی	
0/001	79/8	348	پوسیدگی
0/171	2/1	9	تروما
0/001	18/8	82	پوسیدگی و بیماری پریودنتال

جدول ۳: توزیع فراوانی بی‌دندانی برحسب مصرف سیگار یا عدم مصرف سیگار

p value	عدم مصرف سیگاری		مصرف سیگار		وضعیت دندان
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
0/002	5/1	26	22/1	14	بی‌دندانی کامل
	66/3	336	63/2	60	بی‌دندانی پارسیل

جدول ۴: توزیع فراوانی بی‌دندانی برحسب رعایت بهداشت

وضعیت بهداشتی		مساوک زدن		نخ کشیدن		وضعیت دندانی	
وضعیت	مرتب	نامرتب	مرتب	نامرتب	مرتب	نامرتب	وضعیت
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	وضعیت
بی‌دندانی کامل	۴	۱/۶	۱۴	۲۴/۶	۰	۱۸	۸/۷
بی‌دندانی پارسیل	۱۶۵	۶۷/۶	۳۶	۶۳/۲	۶۴	۱۳۷	۶۵/۷

جدول ۵: توزیع فراوانی بی‌دندانی بر حسب معاینات دوره‌ای دندان پزشکی

p value	معاینات دوره‌ای		در صورت نیاز		سالانه		۶ ماهه		وضعیت دندان
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۰۰۱	۱	۱	۱۸	۴/۴	۲/۱	۱	۱/۴	۱	بی‌دندانی کامل
	۴۱	۵۶/۹	۲۸۶	۶۹/۶	۶۱/۷	۲۹	۵۶/۹	۴۱	بی‌دندانی پارسیل
	۳۰	۴۲/۷	۱۰۷	۲۶	۳۶/۲	۱۷	۴۲/۷	۳۰	با دندان

جدول ۶: توزیع فراوانی بی‌دندانی بر حسب میزان تحصیلات

وضعیت دندانی	میزان تحصیلات		بی‌سواد		تا دیپلم		تحصیلات دانشگاهی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بی‌دندانی کامل	۱۲	۳۷/۵	۲۷	۷/۶	۱	۰/۵	۱	۰/۵
بی‌دندانی پارسیل	۲۰	۶۲/۵	۲۵۹	۷۲/۸	۱۱۷	۵۴/۷	۱۱۷	۵۴/۷

بحث

با رد فرضیه‌ی صفر و بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، فاکتورهای افزایش سن، کشیدن سیگار، میزان تحصیلات، بهداشت دهان و دندان، پوسیدگی و بیماری‌های پریدنتال در شیوع بی‌دندانی تأثیر مثبت دارند، لذا فرضیه‌ی صفر رد می‌شود.

از دست دادن دندان می‌تواند نتیجه‌ی پوسیدگی، بیماری پریدنتال، تروما، نهنفتگی دندان، ارتودنسی، ضایعات کیستیک و دندان‌های اضافه باشد (۸).

تحقیقات نشان دادند میزان بی‌دندانی کامل و پارسیل، با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد (۱، ۴، ۶-۱۰). در این مطالعه میزان شیوع بی‌دندانی پارسیل در گروه سنی ۶۰ سال به بالا نسبت به گروه‌های قبلی، سیر نزولی گرفت، اما شیوع بی‌دندانی کامل سیر صعودی خود را حفظ کرده بود که شاید این مسأله مربوط به تبدیل بی‌دندانی پارسیل به کامل در سنین بالا باشد. با توجه به اینکه مهم‌ترین عامل از دست

دادن دندان‌ها وضعیت نامطلوب بهداشتی است، لذا با بالا رفتن سن، دندان‌ها در معرض آسیب قرار می‌گیرند و همین امر سبب از دست رفتن آنها می‌شود. همچنین عوامل فیزیولوژیک مانند دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی نیز باعث می‌شود افراد به رعایت بهداشت بی‌توجه شوند که باعث افزایش بی‌دندانی در سنین بالا می‌گردد.

در رابطه با ارتباط بین شیوع بی‌دندانی و جنس (مذکر و مؤنث) نتایج متناقضی وجود دارد، بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی معنی‌داری بین بی‌دندانی کامل و پارسیل و جنس وجود نداشت که با نتایج برخی از مطالعات مطابقت داشت (۱، ۲، ۶-۸) ولی با نتایج مطالعات شامدال و همکاران (۵)، ناگارج و همکاران (۸)، آدامز و همکاران (۱۱) و هیروتومی و همکاران (۱۲) متناقض بود.

بسیاری از مطالعات، نقش پوسیدگی و بیماری‌های پریدنتال را به عنوان یکی از علل عمده‌ی از دست دادن

دندانی و اطلاع از مراقبت‌های بهداشتی در جامعه و دسترسی به انواع خدمات دندان‌پزشکی در طول زندگی، رابطه‌ی مستقیم وجود دارد.

در بررسی ارتباط بین شیوع بی‌دندانی و تحصیلات، مشخص شد که با افزایش سطح سواد، شیوع بی‌دندانی در افراد تحصیل کرده کمتر است. بالا رفتن سطح سواد با ارتقای فرهنگی رابطه‌ی مستقیم دارد، لذا با افزایش سطح تحصیلات، آگاهی افراد نسبت به رعایت بهداشت دهان و دندان بیشتر شده و در نتیجه شیوع بی‌دندانی کاهش می‌یابد که با نتایج مطالعات (۱، ۶-۸، ۱۱) مطابقت داشت.

در این مطالعه بیشترین دندان از دست رفته، دندان مولر اول مندیبل (۴۳٪ درصد) و کمترین دندان از دست رفته کانین مندیبل (۸٪ درصد) می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ی هیروتومی و همکاران (۱۲) نیز بیشترین فراوانی از دست رفتن دندان مربوط به مولرها بود و بیشترین شیوع بی‌دندانی در این مطالعه و در مطالعات ناود و همکاران (۱۸)، زرین قلم و ضیایی (۱۹) و آذریان و همکاران (۶) مربوط به فک پایین می‌باشد.

نتیجه‌گیری

شیوع بی‌دندانی با عواملی مانند سن، سیگار کشیدن، رعایت بهداشت دهان و دندان، تاریخچه‌ی پزشکی، عدم معاینات دوره‌ای دندان‌پزشکی و میزان تحصیلات ارتباط داشت، ولی با جنسیت افراد رابطه‌ای نداشت. همچنین پوسیدگی و بیماری پرئودنتال به عنوان مهمترین عامل از دست دادن دندان‌ها شناخته شدند.

دندان‌ها برشمرده‌اند (۵، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۴) که در جمعیت مورد مطالعه‌ی ما نیز این عامل از عوامل اصلی بی‌دندانی بود.

در مطالعات انجام شده، سیگار کشیدن یکی از عوامل از دست دادن دندان‌ها در افراد می‌باشد (۱، ۸) که در این مطالعه نیز بین بی‌دندانی و سیگار کشیدن رابطه‌ی معنی‌دار وجود داشت، ولی در مطالعه‌ی شایق و همکاران (۱) سیگار تأثیری در بروز بی‌دندانی نداشت.

یکی دیگر از عوامل از دست دادن دندان‌ها، عدم رعایت بهداشت دهان و دندان (مسواک زدن و نخ کشیدن) می‌باشد که در مطالعات زیادی نیز به این نکته اشاره شده است (۱، ۴-۷). زیرا عدم رعایت بهداشت باعث پوسیدگی و بیماری‌های پرئودنتال شده که از عوامل اصلی شیوع بی‌دندانی است.

در این تحقیق بین بی‌دندانی و تاریخچه‌ی پزشکی مثبت (کسانی که علاوه بر داشتن بیماری خاص، دارو هم مصرف می‌کنند) رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت که با نتایج مطالعه ی بنکدارچیان و همکاران (۲) همخوانی داشت. همچنین در مطالعه‌ی (۱۵) مشخص شد بین بی‌دندانی با چاقی و هایپرنتشن رابطه وجود دارد و بی‌دندانی کامل، یک شاخص خطر برای هایپرنتشن می‌باشد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که بین بی‌دندانی و معاینات دوره‌ای دندان‌پزشکی رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت که با نتایج مطالعات بنکدارچیان و همکاران (۲) و سومین و همکاران (۱۶) همسو می‌باشد. همچنین رودریگز و همکاران (۱۷) به این نتیجه رسیدند که بین بی

References

1. Shayegh S, Salari AM. A study of the prevalence of edentulous cases in Iran during 1998-1999. J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci 2003; 21(1): 61-5. [In Persian].
2. Bonakdarchian M, Ghorbanipour R, Majdzadeh F, Tahmores H. Prevalence of edentulism among adults aged 35 years and over and associated factors in Yasooj. J Isfahan Dent Sch 2011; 7(1): 101-4. [In Persian].
3. Winkler S. Essentials of complete denture prosthodontics. 2nd ed. Littleton: PSG Pub; 1988. p. 13.
4. Murray JJ, Nunn JH, Steele JG. The prevention of oral disease. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
5. Shamdol Z, Ismail NM, Hamzah NT, Ismail AR. Prevalence and associated factors of Edentulism among elderly Muslims in Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. JIMA 2008; 40(4): 143-8.

6. Azarian M, Shokri Mozhdehi M, Rasouli M. Prevalence of partial edentulism based on Kennedy classification among adults aged ≥ 20 years in Isfahan in 2012. *J Isfahan Dent Sch* 2016; 12(1): 52-8. [In Persian].
۷. Mosharraf R, Hashempour A. Prevalence of partial edentulous by category Kennedy in Yazd. *J Islamic Dent Assoc Iran* 2002; 14(1): 15-24. [In Persian].
8. Nagaraj E, Mankani N, Madalli P, Astekar D. Socioeconomic factors and complete Edentulism in north Karnataka population. *J Indian Prosthodont Soc* 2014; 14(1): 24-8.
9. Thomson WM. Monitoring Edentulism in older New Zealand adults over two decades: a review and commentary. *Int J Dent* 2012; 2012: 375407.
10. Khazaei S, Firuzei MS, Sadeghpour S, Jahangiri P, Savabi O, Hasanzadeh Keshteli A, et al. Edentulism and tooth loss in Iran: SEPAHAN systematic review No.6. *Int J Prev Med* 2012; 3(Suppl 1): S42-S47.
11. Adams C, Slack-Smith LM, Larson A, O'Grady MJ. Edentulism and associated factors in people 60 years and over from urban, rural and remote Western Australia. *Aust Dent J* 2003; 48(1): 10-4.
12. Hirotoimi T, Yoshihara A, Ogawa H, Miyazaki H. Tooth-related risk factors for tooth loss in community-dwelling elderly people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(2): 154-63.
13. Wu B, Liang J, Plassman BL, Remle C, Luo X. Edentulism trends among middle-aged and older adults in the united states: Comparison of Five racial/ ethnic groups. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(2): 145-53.
14. Anyanechi C, Chukwunke F. Survey of the reasons for dental extraction in eastern Nigeria. *Ann Med Health Sci Res* 2012; 2(2): 129-33.
15. Ayo-Yusuf OA, Ayo-Yusuf IJ. Association of tooth Loss with hypertension. *S Afr Med J* 2008; 98(5): 381-5.
16. Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Alanen P, Alha P, Koskinen S. Self-reported dental health, treatment need and attendance among older adults in two areas of Finland. *Community Dent Health* 2001; 18(1): 20-6.
17. Rodrigues SM, Oliveira AC, Vargas AMD, Moreira AN, Ferreira EF. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(1): 100-9.
18. Naveed H, Aziz MS, Hassan AH, Khan W, Azad AA. Patterns of partial Edentulism a Mong armed forces personnel reporting at armed forces institute of dentistry Pakistan. *Pakistan Oral Dental J* 2011; 31(1): 217-21.
19. Zarringhalam M, Ziaee SH. An investigation on the prevalence of tooth extraction and its underlying common reasons among (15-18)-year-old students in Mashhad in 200 (Research). *Journal of Islamic Dental Association of Iran* 2004; 15(4): 42-57. [In Persian].

Prevalence of Edentulism and the Related Factors in Subjects Over 20 Years of Age in Isfahan

Mohammad Azarian¹

Reza Darabi¹

Naghmeh Baharloo²

1. Assistant Professor, Department of Prosthodontics, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Postgraduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: drnbaharloo@yahoo.com

Abstract

Introduction: Edentulism is an important problem for most people and unfortunately many do not take it seriously. The aim of this study was to determine the prevalence of edentulism and related factors in subjects over 20 years of age in Isfahan.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, 602 adults (301 females and 301 males) over 20 years of age were selected, from those referring to dental clinics in Isfahan. The prevalence of edentulism and its relation with age, gender, smoking, oral hygiene, medical history, periodical dental examination and education were investigated through questionnaires and clinical examination. Data were analyzed with Chi-Squared and Mann-Whitney tests and t-test ($\alpha = 0.05$).

Results: The relationships between edentulism and variables such as age, smoking, caries, and periodontal disease, oral hygiene, periodic dental check-ups and education were statistically significant (p value < 0.001). The relationship between edentulism and age was not significant (p value = 0.77). The rate of edentulism was higher in the mandible.

Conclusion: The prevalence of edentulism was related to factors such as age, smoking, oral and dental hygiene, medical history, lack of periodic check-ups and education; however, it did not exhibit a significant relationship with gender. Furthermore, the most important factors for tooth loss were periodontal diseases and caries.

Key words: Edentulism, Prevalence, Related factors.

Received: 8.8.2017

Revised: 26.10.2017

Accepted: 4.12.2017

How to cite: Azarian M, Darabi R, Baharloo N. Prevalence of Edentulism and the Related Factors in Subjects Over 20 Years of Age in Isfahan. J Isfahan Dent Sch 2018; 14(1): 83-89.