جامعة اليرموك

معهد الاثار والانثروبولوجيا

قسم الانثروبولوجيا

العادات غير الصحية وعلاقتها بأمراض اللثة والاسنان

دراسة انثروبولوجية عضوية في مدينة اربد وقراها

إعداد الطالب:

عقله محمد أحمد ربابعة

إشراف الدكتور:

محمود النجار

قدمت هذه الرسالة إستكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في جامعة اليرموك في الانثروبولوجيا

تخصص أنثروبولوجيا عضويه

نيسان ١٩٩٥

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ .....

لجنة المناقشة

الدكتور محمود النجار	.....	رئيساً
الدكتور مهنا حداد	.....	عضواً
د. ضافي الطعاني	.....	عضواً

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الإهداء

إلى والدي وإخواني وأخواتي وإلى زوجتي والأبناء محمد وإياه وإسراء وإخلاص إلى الزملاء الذين أضاءوا لي الشمعة .... إلى كل من وقف إلى جانبي وأنار طريقي الطويل ... لهم مني كل الإكبار والإعزاز.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

كلمة شكر

أقدم شكري العميق إلى أساتذتي الذين بذلوا قصارى جهدهم لإنجاح هذا العمل، والذين لم يبخلوا عليّ بالمساعدة في أي وقت، وفي أي مكان، بالإضافة إلى التحفيز والتشجيع وإعطاء الرأي البنّاء.

فشكري إلى أستاذي الدكتور محمود النجار الذي أشعرنا دائماً بقمة التواضع، والذي عرفناه أخاً كبيراً، يَحمل نفسه فوق طاقتها لتصل إلينا المعلومة بكل سهولة ويسر بخبرته الأكاديمية وإنجازاته العلمية.

ولا يفوتني أن اقدم شكري إلى الدكتور مهنا يوسف حداد الذي اعطى منذ بداية عملي كل الجهد والوقت، ولم يبخل عليّ بالتوجيه والارشاد والدعم المتواصل طيلة فترة البحث وتزويدي بالمراجع.

كما أشكر الدكتور ضافي الطعاني لإشرافه اليقظ المتواصل على هذا العمل وإمدادي بالمراجع الكثيرة اللازمة لإنجاح هذا العمل.

كما أقدم شكري إلى كافة الزملاء والأصدقاء الذين زودوني بالمراجع والذين طالعوا بحثي، واكتشفوا أماكن الخلل فيه، وأبدوا توجيهاتهم. للجميع خالص محبتي وشكري وهم نعم الأهل ونعم الأصدقاء.

الباحث

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الملخص

تبحث هذه الدراسة في العديد من العادات غير الصحية التي يمكن أن نجنب أطفالنا الاعتياد عليها، بحيث نجنهم بعض الآثار السلبية على الصحة بشكل عام، وعلى صحة الفم والأسنان بشكل خاص، حيث تطرقت هذه الدراسة إلى المحافظة على نظافة الفم والأسنان باستعمال الفرشاة والمعاجين المفلورة، ومدى تأثير ذلك على ديمومة الأسنان في الفم لتقوم بواجبها الفيزيولوجي في طحن الطعام، والبعد عن الامراض المعوية ولتعطي الوجه شكلاً من الجمال، ولتساعد في لفظ الكلمات وتحديد حجم اللسان والمحافظة على العلاقة بين الفكين، وسلامة المفصل الصدغي.

كما تطرقت إلى ممارسة عادة التنفس الفموي وما يؤديه من جفاف الحلق وارتفاع قبة الحنك والالتهابات اللثوية ونخر الأسنان في النهاية، كذلك شملت صرير الأسنان وما يؤديه من ارهاق للجهاز الداعم والتهاباته ،وكذلك تآكل الأسنان، وبينت الدراسة أن (٢٠٪) أفراد العينة يعانون من ذلك وهذا يعني أن المجتمع يعاني من مشاكل العصر الحديث حسب وجهة نظر الباحث.

وقد شملت هذه الدراسة عادة التدخين وأثر ذلك على صحة الفم والأسنان، وتكوين الطلاوة السنية، والالتهابات الشفيه واللثوية، كذلك الاستعمال الخاطيء للأسنان وما يؤديه من تخلخل وتهشم للاسنان وبالتالي فقدانها. كذلك زيادة شرب المرطبات والمثلجات، وتناول السكاكر والحلويات وما يجنيه ذلك سلباً وايجاباً على صحة اللثة والأسنان.

كما بين الباحث مشاكل اللجوء إلى المقلدين للمهنة والطب الشعبي في معالجة أمراض اللثة، ثم عرض إلى المستوى العلمي ومدى تأثيره ايجاباً على صحة الفم والأسنان، بالإضافة الى مكان السكن والجنس والعمر ومستوى دخل الفرد الشهري، وعلاقة ذلك بأمراض اللثة والأسنان، وتم تحليل نتائج هذه الدراسة وجرت مناقشة عامة لأهم نتائجها.

© Arabic Digital Library Yarmouk University

تمت هذه الدراسة في عيادة الباحث حيث تم أخذ عينة غرضية من البالغين عددهم (٥١٠) فرداً ابتداء من شهر شباط ١٩٩٤م ولغاية شهر كانون الاول من نفس العام، وقد تم عمل استبيان قام الباحث بتعبئته بعد فحص المريض سريرياً، وكان عدد الذكور ٣٢٥ ويشكلون ما نسبته (٦٣,٧٢٪) بينما كان عدد الاناث ١٨٥ ويشكلنّ ما نسبته(٣٦,٢٧٪) وقسم أفراد هذه العينة في تحليل النتائج حسب الجنس والعمر، والمستوى التعليمي، ومكان السكن، وحسب وجود العادات غير الصحية لديهم أو عدم وجودها.

أما اهم نتائج هذه الدراسة:-

١- لوحظ من خلال الدراسة أن للنساء اهتماماً أكبر في الإبقاء على نظافة الفم والأسنان، وكذلك المثابره على إصلاحهاوديمومتها في الفم ، حيث لوحظ أن النساء تعتبر أن للأسنان أهمية كبيرة في جمال الوجه في جمال الوجه.

كما لوحظ أن هناك تقصيراً في الاهتمام بصحة فم وأسنان النساء الحوامل سواء في القطاعات الطبية، أو غيرها لجعل اللثة سليمة بالإضافة الى إزالة القلح ومعالجة الالتهابات الناتجة عن الاضطرابات الهرمونية وإعطاء العلاجات الغنية بالمركبات الكلسية لتعويض ما ينقص الأم أثناء فترة الحمل.

٢- ارتفعت النسب في أمراض الفم مع ارتفاع سنّي العمر، ووجد ان هنالك تدميراً طبيعياً للجهاز الداعم لدى المتقدمين غير مَرضي، كما وجد ان هنالك زيادة في اللجوء للمقلدين للمهنة والطب الشعبي لدى الفئات العمرية الأكبر سناً.

كما ازدادت اعداد الجيوب اللثوية في الفئة العمرية الرابعة أي فوق الخمسين حيث لم تخلوا لثة من جيب لثوي او من ترسبات كلسية او فقدان أسنان.

٣- ازداد مستوى صحة الفم والأسنان مع زيادة الدخل وتدني مع تدني الدخل لدى أفراد العينة، بغض النظر عن العمر والجنس ومكان السكن. كما ازداد اللجوء إلى المقلدين للمهنة والطب الشعبي مع انخفاض معدل الدخل الفردي.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

٤- تمتع أهل المدينة بحالة نظافة أفضل بقليل من سكان الريف، إلا أن أهل الريف تمتعوا بصحة أسنان أفضل، ومن وجهة نظر الباحث فان ذلك يعود إلى نوع التغذية.

٥- تمتع الذين يثابرون على نظافة الفم والأسنان بلثه سليمة وأسنان جيدة ثلاثة أضعاف عما هي عليه عند الذين يتقاعسون عن تنظيف أسنانهم والاهتمام بها ولا يدركون مدى خطورة عدم تنظيف الأسنان.

٦- أثبتت الدراسة ان للتنفس الفموي تأثيراً سلبياً على صحة الفم والأسنان حيث تضاعفت أمراض اللثة والأسنان عما هي عليه عند الذين يتنفسون تنفساً طبيعياً.

٧- أظهرت الدراسة أن حوالي (٢٠٪) من أفراد العينة يعانون من صرير الأسنان وأن الاشخاص الذين يعانون من هذا المرض تنهك لديهم الأنسجة الداعمة، ويعانون من عض الخد أثناء النوم وكذلك تآكل الأسنان.

٨- فاقت حالة نظافة الأسنان عند الأشخاص غير المدخنين النصف عما هو عليه عند المدخنين، كما تمتع غير المدخنين بصحة فم وأسنان أفضل، كما شكل المدخنون نسبة عالية من أفراد العينة حيث شكلوا ما نسبته ٥٥ . ٥٢ ٪ وازداد عدد المدخنات كذلك. وكان مجموعهن (٤٧) إلا أنه من الملاحظ أن المدخنات يمارسن هذه العادة وهن في المرحلة الذهبية للإنجاب مما يؤدي إلى تردي الحالة الصحية لهن ولأجنتهنّ.

٩- أظهرت النتائج عكس المتوقع من هذه الدراسة بالنسبة لشرب المرطبات حيث تبين ان الأفراد الين يتناولون المرطبات بكميات أكبر لديهم صحة فم وأسنان أفضل، وهذا سببه أن معظم أفراد العينة دون الأربعين عاما.

١٠- تتناسب أمراض اللثة والأسنان تناسباً طردياً مع ازدياد استهلاك السكاكر، والحلويات وفاقت نسبة الضعف عند الاشخاص الذين يستهلكونها بمعدل ثلاث مرات فاكثر عما هي عليه عند الاشخاص الذين يعتدلون في استهلاكهما.

١١- زاد عدد الذين لجأوا للمقلدين للمهنة مع ازدياد العمر وتدني المستوى الثقافي والعلمي، وتمتع الأفراد الذين لم يلجأوا إلى الطب الشعبي، والمقلدين للمهنة بصحة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

لثه وأسنان أفضل.

١٢- زادت نسبة تآكل الأسنان عند الاشخاص الذين يستعملون أسنانهم استعمالاً خاطئاً بنسبة ٣٠٪ عما هي عليه عند الذين يحافظون عليها، ولا يستعملون أسنانهم كالآت، وكما زادت بنفس النسبة عند الاشخاص الذين يعانون من صرير الأسنان.

١٣- اكدت هذه الدراسة ما جاء في دراسة (Brown & loe, 1990) عندما تم معاينة موظفين بالغين في الولايات المتحدة الامريكية لمعرفة أمراض الأنسجة الداعمة، ومن خلال دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والتعليم، والسلالة. والدخل الشهري والتأمين الصحي للاسنان. كذلك الزيارات الحديثة لأطباء الأسنان، حيث بينت الدراسة كثرة وجود أمراض الجهاز الداعم عند الزنوج والاشخاص الذين لديهم اعمار تعليميه قصيرة، وان الاشخاص الذين لديهم تأمين صحي للأسنان يتميزون بصحة لثة وأسنان أفضل من غيرهم، وقد وجد ان للمستوى التعلمي ارتباطاً تبادلياً مع مقاييس صحة اللثة ووجد ان الاشخاص ذوي التعليم العالي لديهم لثه سليمة وجيوب لثوية أقل من غيرهم. وفي هذه الدراسة تبين انخفاض وجود الجيوب اللثوية عند الذين لديهم سنوات تعليم تزيد عن (١٢) سنة وكذلك ارتفعت هذه النسب مع انخفاض عدد سنوات التعليم، كذلك ازداد عدد مرات التنظيف مع ازدياد المتسوى التعليمي، وقل اللجوء الي الطب الشعبي والمقلدين للمهنة مع زيادة الدرجة العلمية.

وتتكون هذه الدراسة من خمسة فصول حيث تناول الفصل الأول المقدمة ومشكلة الدراسة وأهمية الدراسة وأهدافها وفرضيات الدراسة ومنهجية الدراسة ومنطقة الدراسة وعينة الدراسة وقراءة في أدبيات الدراسة وخصص الفصل الثاني بشرح العادات غير الصحية وأشتمل الفصل الثالث على شرح موجز لأهم أمراض الأسنان وخصص الفصل الرابع لعرض تحليل النتائج التي خرجت بها هذه الدراسة أما الفصل الخامس فقد اشتمل على مناقشة عامة للنتائج إضافة الى الخاتمة والتوصيات والمراجع العربية والأجنبية.

© Arabic Digital Library Yarmouk University

الفهرس

الفصل الأول

١-١ المقدمة:..... ٢

١-٢ مشكلة الدراسة:..... ٣

١-٣ أهمية الدراسة:..... ٤

١-٤ فرضيات الدراسة:..... ٦

١-٥ منهجية الدراسة:..... ٦

١-٦ منطقة الدراسة:..... ٧

١-٧ عينة الدراسة:..... ٨

١-٨ أدبيات الدراسة:..... ١١

الفصل الثاني

٢-١ التدخين:..... ٢٠

٢-٤ الطب الشعبي والمقلدون للمهنة:..... ٢٦

الفصل الثالث

٣- بعض أمراض الأسنان:

٣-١ نخر الأسنان:..... ٣٨

٣-٢ تخدش الأسنان:..... ٤٠

٣-٣ تآكل الأسنان:..... ٤٢

٣-٤ صرير الأسنان:..... ٤

الفصل الرابع

٤- تحليل نتائج الدراسة:..... ٤٧

٤-١ تحليل لكافة أفراد العينة:..... ٤٧

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

٤-٢ حسب الجنس:..... ٤٨
٤-٣ حسب العمر:..... ٥٠
٤-٤ حسب الدخل الشهري:..... ٥٢
٤-٥ حسب مكان السكن:..... ٥٤
٤-٦ حسب عدد مرات التنظيف:..... ٥٧
٤-٧ حسب نوع التنفس:..... ٥٩
٤-٨ حسب وجود أو عدم وجود صرير الأسنان:..... ٦٢
٤-٩ حسب التدخين أو عدمه:..... ٦٤
٤-١٠ حسب استعمال أو عدم الإستعمال الخاطيء للاسنان:..... ٦٥
٤-١١ حسب عدد مرات شرب المرطبات:..... ٦٨
٤-١٢ حسب عدد مرات أكل الحلويات:..... ٧٠
٤-١٣ حسب اللجوء أو عدم اللجو إلى المقلدين للمهنة:..... ٧٣
٤-١٤ حسب المستوى التعليمي:..... ٧٦

الفصل الخامس

٥-١ أهم نتائج الدراسة..... ٨٢
٥-٢ توصيات الدراسة:..... ٨٦
٥-٣ إستبانة الدراسة..... ٨٧
٥-٤ المراجع العربية:..... ٩١
٥-٥ المراجع الأجنبية:..... ٩٣
٥-٦ ملخص البحث باللغة الانجليزية: ٩٦

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الأول

المقدمة وعينة الدراسة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المقدمة

لوحظ ومنذ مطلع هذا القرن تزايد أمراض اللثة والأسنان في مجتمعات العالم ومنها المجتمع الاردني، وعلى هذا الأساس قام الباحث بأخذ عينه من المجتمع الاردني تمثل المدينة والريف وأجرى الفحوص الطبية اللازمة على أفرادها، كما أجرى تحليلاً على تأثير الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية على هذه العينة ومدى عنايتها بصحة الفم والأسنان، ومدى تجنب العادات غير الصحية، كما تطرق الباحث إلى الممارسات الطبية الشعبية التي كان وما زال بعضها يمارس حتى الآن.

ثم تطرقت الدراسة إلى أسباب تسوس الأسنان، وأمراض اللثة والاستعمال الخاطئ وبعض العادات الاخرى غير الصحية مثل التنفس الفموي، وصرير الأسنان والتدخين، واللجوء إلى المقلدين للمهنة، تناول السكاكر، الحلويات، شرب المرطبات الزائدة، ومدى تأثير هذه السلوكيات على صحة الفم والأسنان.

وقد جاءت *الدراسة في خمسة فصول:*

تناول الفصل الاول المقدمة، ومشكلة الدراسة، وأهمية الدراسة وأهدافها، وفرضيات الدراسة ومنهجية الدراسة، ومنطقة الدراسة وعينة الدراسة، وقراءة في أدبيات الدراسة، خصص الفصل الثاني لشرح العادات غير الصحية حيث اشتمل على ملخص لمص الإصبع والشفة، ودفع اللسان، والتدخين، والإكثار من السكاكر والحلويات والمرطبات والاستعمال الخاطئ للاسنان، وعدم تنظيفها والتنفس الفموي واللجوء إلى المقلدين للمهنة، كما اشتمل الفصل الثالث على شرح موجز لأمراض الأسنان ومنها تآكل الأسنان ونخر الأسنان وتخدشها وصريرها، وخصص الفصل الرابع لعرض تحليل النتائج التي خرجت بها هذه الدراسة.

أما الفصل الخامس فقد اشتمل على مناقشة عامة للنتائج إضافة إلى الخاتمة والتوصيات.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

مشكلة الدارسة:

على الرغم من التقدم الصحي الملموس الذي شهدته المملكه الاردنية الهاشمية وخاصة في الرعاية الصحية والاجتماعية عن طريق دوائر التنمية الاجتماعية والجمعيات الخيرية وصناديق الزكاة، وايجاد فرص العمل عن طريق صندوق المعونة الوطنية، صندوق التنمية والتشغيل، جهات رسمية واخرى غير رسمية، إلا أنه من الملاحظ ازدياد أعداد المصابين بامراض اللثة والأسنان، الذي يدعو إلى التساؤل عن أسباب هذه الظاهرة المرضية، تأثير بعض العوامل عليها، وهذا السؤال الذي سنحاول الاجابة عليه من خلال هذه الدراسة.

وبما ان الباحث يتوقع ان للعادات غير الصحية علاقة وثيقة بامراض اللثة والأسنان، فقد قام باجراء الفحوصات على عينة الدراسة لايجاد العلاقة فيما بينها، حيث تعتبر هذه المشكلة من صميم الدراسات الانثروبولوجية العضوية، إذ إن الانثروبولوجيا العضوية تدرس الجسم من جميع جوانبة، وان الفم والأسنان من الجوانب الهامة في الجسم.

ولا نستطيع الفصل بين الانثروبولوجيا العضوية والاجتماعية والطبية في كثير من المواقف للتداخل فيما بينهما؛ لأنهما تتعلقان بالانسان والعادات والتقاليد والمعتقدات والأدوات التي يستخدمها في معالجة المرض ومدى تأثيرهما الايجابي والسلبي على وضعة الصحي.

وقد استمد الباحث مشكلة الدراسة من جانبين:-

اولهما توفر المراكز الصحية والمستشفيات والكوادر الطبية المتخصصة ومراكز الثقافة العامه وبرامج التوعية الصحية من جهة، وتزايد أمراض اللثة والأسنان من جهة أخرى، وثانيهما ازدياد الصناعات والعوادم، وازدهار صناعة المرطبات والحلويات وزيادة استهلاك المجتمع الاردني لها، كما ازداد أعداد المدخنين وخاصة من الصبية

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

والشباب، ووجود عدد كبير من الذين يلجأون إلى المقلدين للمهنة من جهة وازدياد أمراض اللثة والأسنان كذلك من جهة أخرى.

وقد لاحظ الباحث من خلال عمله الميداني ان الأسنان تفقد وكذلك تزداد التهابات اللثة لدى الناس بشكل ملفت للانتباه، بغض النظر عن الجنس والعمر وهذا ما أكده (Suvin) الذي يقول: إنه في المجتمعات البدائية تتناسب الاصابة عندها بأمراض اللثة والأسنان تناسباً طردياً مع قربها من الحضارة"، وإن قسما كبيرا من الدخل الاسري والفردي ودخل المؤسسات يذهب لصناعة التركيبات السنية ومعالجة اللثة والأسنان مما سبب مشكلة اقتصادية لأية دولة كانت، ويزيد عبئا على النفقات لافراد المجتمع كافة، وتتضرر منه شريحة المجتمع التي لا يشملها التأمين الصحي.(Suvin 1979: 1-5).

اهمية الدراسة واهدافها:

لا تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تهدف إلى زيادة عدد الدراسات الادبية التي تتناول هذا الموضوع فحسب، بل إنها تحاول توضيح ورصد العلاقة بين العادات غير الصحية والممارسات الطبية الشعبية الخاطئة، واستهلاك الحلويات والمرطبات من جهة وأمراض اللثة والأسنان من جهة أخرى، حيث تتزايد هذه الأمراض مع زيادة التقدم والازدهار من وجهة نظر الباحث.

وبما أن العيادات السنية تغطي كافة التجمعات السكانية في المملكة سواء كان ذلك في المدينة أو الريف أو البادية على سبيل المثال ازداد عدد أطباء الأسنان ليصل إلى حوالي (٣٠٠٠) طبيباً في الوقت الحالي، علما أن عددهم لم يتجاوز (٥٠٠) طبيب اسنان لغاية عام (١٩٨٠). ومع توافر الامكانات المادية وتحسن متوسط الدخول الفردية وتوفر فرص العمل إضافة إلى تحسين طرق المواصلات والاتصالات وازدياد أعداد المتعلمين، إلا أن الباحث يؤكد على ازدياد أعداد المصابين بأمراض اللثة والأسنان، وهذا ما يؤكده الازدحام الدائم على عيادات الأسنان في القطاع العام والخاص.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ومع كل هذا يلاحظ الباحث كذلك وجود عدد كبير من أفراد المجتمع الاردني ما زالوا يلجأون إلى المقلدين للمهنة رغم ما يشكله ذلك من خطر على صحتهم بشكل عام وصحة الفم والأسنان بشكل خاص، وما يسببه لهم من خساره مادية، لذلك حاول الباحث من خلال هذه الدراسة الوصول إلى اهدافها من خلال الامور التالية:-

١- أسباب لجوء الافراد للمقلدين للمهنة وانعكاسات ذلك على صحة اللثة والأسنان.
٢- ازدياد أعداد المدخنين وزيادة كمية التدخين واثر ذلك على صحة اللثة والأسنان.
٣- ازدياد استهلاك السكاكر والحلويات والمرطبات واثر ذلك على زيادة أمراض اللثة والأسنان.
٤- رصد العلاقة بين عدد مرات تنظيف الفم والأسنان وصحة اللثة والأسنان.
٥- رصد العلاقة بين مستوى متوسط دخل الفرد الشهري وأمراض اللثة والأسنان.
٦- رصد العلاقة بين العمر والجنس من جهة وأمراض اللثة والأسنان من جهة أخرى.

وهنالك عوامل كثيرة لها علاقة بظهور أمراض اللثة والأسنان ومن اهمها.

(١) *العوامل الاقتصادية:-*

وتتمثل في مستوى دخل الفرد الذي يمكنه من شراء الوجبات الغذائية الغنية بكافة العناصر الغذائية الضرورية لنمو الجسم، وكذلك يمكنه من الكشف الدوري على حالته الصحية كإجراء وقائي قبل استفحال المرض.

(٢) *عوامل اجتماعية ثقافية:-*

ومنها تخويف الصغار من الطبيب والثقة به، واتباع التعليمات الصحية ومراقبة سلوك الاطفال تجاه اسنانهم، ومدى الوعي الصحي بشكل عام والسني بشكل خاص، ومدى استعداد الانسان للقيام بالكشف الدوري (كل ستة اشهر) كنوع من الصحة الوقائية، كذلك العادات والتقاليد والمعتقدات، والتدخين كقيمة اجتماعية (وخاصة عند الشباب حيث أنهم مع وجود السيجاره يشعرون بأنهم اصبحوا رجالا) وعدد مرات التنظيف للفم والأسنان والاستعمال الخاطئ لها والممارسات الطبية الشعبية الخاطئة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

(٣) عوامل نفسية:-

ومنها الخوف من الطبيب والعادات العصبية غير الإرادية مثل صرير الأسنان والعبث باللثة ودفع اللسان ومص الإصبع.

فرضيات الدراسة:

١- تزداد أمراض اللثة والأسنان لدى الافراد ذوي الدخل المتدني، والذين يلجأون إلى المقلدين للمهنة والطب الشعبي.

٢- تزداد أمراض اللثة والأسنان مع تقدم العمر، وتصبح عملية هدم الجهاز الداعم وتراجع اللثة في منطقة الرباط السني واضحة.

٣- تقل أمراض اللثة والأسنان مع زيادة عدد مرات النظافة الفموية واستعمال الفرشاة والمعاجين المفلورة.

٤- تزداد أمراض اللثة والأسنان مع وجود التنفس الفموي، وصرير الأسنان والعادات العصبية.

٥- تزداد أمراض اللثة والأسنان مع ممارسة عادة التدخين، ويؤثر حجم ونوع التبغ على نسبة الامراض اللثوية والسنية.

٦- تزداد أمراض اللثة والأسنان مع وجود الاستعمال الخاطئ للأسنان كأدوات.

٧- تزداد أمراض اللثة والأسنان مع ازدياد عدد مرات استهلاك السكاكر والحلويات وشرب المرطبات والمثلجات اليومي.

منهجية الدراسة:-

لقد أتت مكونات هذه الدراسة من البحث الميداني الذي بدأه الباحث منذ شهر شباط ١٩٩٤ ولغاية شهر كانون الأول من نفس العام، وكان أسلوب الملاحظة بالمشاركة الأسلوب الرئيسي الذي اعتمد في هذه الدراسة، حيث شارك الباحث في العديد من البرامج الطبية المجانية التي اقيمت في كل من مدينة دير ابي سعيد (لواء الكورة)، واليوم الطبي المجاني في مدرسة زيد بن الخطاب الريادية (حنينا)، واليوم الطبي المجاني في بلدة بيت يافا/ اربد، إضافة إلى مواظبة الباحث على حضور المحاضرات

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الطبية التي كانت تقيمها نقابة أطباء الأسنان في المدن الرئيسية في المملكة، وإلى جانب ذلك المتابعه الحثيثة للمرضى في عيادة الباحث نفسة.

كما استغل الباحث خبرته كطبيب أسنان في استنتاج البيانات، وملاحظتهالدى المرضى وعينه البحث وبناء المعلومات المطلوبة لهذا البحث.

وكان لموقع العيادة الكائن وسط مدينة اربد الاثر الايجابي الكبير في التوصل إلى النتائج الملموسة، وكان من السهل الوصول إلى جميع فئات وشرائح المجتمع في شمال الأردن من خلالها، وذلك لوجودها في منطقة شعبية قرب مسجد اربد الكبير وسوق الخضار، مما أثرى نتائج البحث من خلال العينه التي شملت فئات متباينه من شرائح وطبقات المجتمع في شمال الأردن.

كما قام الباحث بعمل زيارات لبعض المرضى وخاصة في المناسبات الاجتماعية واستغلال هذه الفرص للاستماع إلى أحاديث هؤلاء الناس عن الطرق التي كانوا يعالجون بها أسنانهم وأبدانهم، ونظرتهم إلى الطب بشكل عام وطب الأسنان بشكل خاص، واستقصاء المعلومات من كبار السن حول الطب القديم والطريقة العلاجية التي اتبعت في حينه، كما قام الباحث بعمل استبيان يحوي العديد من الاسئلة اللازمة لاتمام هذه الدراسة التي تمكن المريض من الإجابة عليها بكل يسر وسهولة، واتاحة المجال للباحث لمتابعتها مستقبلا وحصر الحالات المستعصي علاجها، وذلك لأسباب اجتماعية أو اقتصادية، كما شملت الاستماره على نموذج لفحص اللثة والأسنان بطريقة سيلنيس ولؤي Silnees & Loe 1964 وطريقة اينمو Ainamo et al. 1982 حيث تم فحص العينة المكونه من خمسائه وعشر حالات ودونت النتائج لكل مريض في استبيان كما هو مبين في بداية الفصل الرابع ثم جرى تحليل هذه النتائج.

أما من حيث الإعلام الصحي فقد قام الباحث بالتعرف على برامج التثقيف الصحي ومدى الاستفاده منها، والابحاث التي تتعلق بالصحة بشكل عام، وبمجموعة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الدراسة بشكل خاص، وقام الباحث بمراجعة وزارة الصحة والصحة المدرسية في محافظة إربد، ومنظمة الصحة العالمية للحصول على المعلومات اللازمة لاتمام هذا البحث.

كما استطاع الباحث التعرف على النشاطات الاقتصادية والاجتماعية وتطور الخدمات في مناطق المراجعين ومصادر المياة ومستوى دخل الافراد، والمرافق العامه والخاصة.

عينة الدراسة

تتكون عينة الدراسة من ٥١٠ فرداً بالغين، وهم عبارة عن المرضى البالغين الذين ارتادوا عيادة الباحث السنية، الواقعة في وسط مدينة اربد بالقرب من سوق الخضار والفواكه، في الفترة الزمنية الواقعة بين شهري شباط ١٩٩٤ وكانون الاول ١٩٩٤ سواء اكانوا مراجعين أم مرضى جدد يزورون العيادة لأول مرة.

وقد كان يتم طرح الاسئلة الواردة في الاستبيان الذي أعد لهذه الدراسة على جميع مرتادي العيادة البالغين، ومن ثم فحص أسنانهم لاستكمال تعبئة الاستبيان، المستخدم وقد كان هذا يتم قبل البدء بالمعالجة السنية اللازمة لهم، وتجدر الاشارة هنا إلى أن الباحث قد استفاد من مقابلته أولياء أمور الأطفال المراجعين للعيادة في هذه الدراسة، وذلك من خلال طرح عدد من الأسئلة على هؤلاء الأطفال وأولياء أمورهم تتعلق بسلوك الأطفال تجاه أسنانهم، وكذلك اهتمام أولياء الأمور بصحة فم وأسنان أطفالهم، الاّ ان الباحث لم يدرج هؤلاء الأطفال ضمن عينة الدراسة التي تقتصر على البالغين فقط، نظراً لاعتقاد الباحث بأن العادات غير الصحية تبدأ منذ الطفولة، كما أنه وللوصول إلى مستوى جيد من صحة الفم والأسنان فإنه ينبغي علينا الإهتمام بصحة الأسنان منذ الطفولة، إذ أن الكثير من الأمراض السنية التي تظهر بعد البلوغ قد تكون في الغالب امتداداً لأمراض سنية سبق وأن ظهرت في مرحلة الطفولة، وهذا ينطبق أيضاً على العادات غير الصحية التي قد تكون مورست خلال مرحلة الطفولة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

كما وتنبغي الإشارة هنا إلى أن الباحث قد استبعد من عينة الدراسة المراجعين والزوار من العمالة الوافدة ومن المحافظات الأخرى غير محافظة اربد.

ونتيجة لانشغال الباحث في جمع المعلومات اللازمة لهذه الدراسة كزيارة المراكز الصحية والصحة المدرسية في محافظة اربد، وزيارة المكتبات وحضور المحاضرات الطبية والخروج في الأيام الطبيه كان يضطر لترك عيادته السنية في كثير من الأوقات مما عمل على التقليل من عدد مرتادي العيادة.

ويتوزع افراد العينة إلى المجموعات التالي:-

١- بالنسبة للجنس:-

أ- ذكور وعددهم ٣٢٥ ويشكلون نسبة ٧٢ , ٦٣٪.

ب- اناث وعددهن ١٨٥ ويشكلن نسبة ٢٧ , ٣٦٪.

٢- بالنسبة للعمر:-

قسم افراد العينة إلى أربع مجموعات عمرية هي:

أ- دون ٣٠ سنه، وعددهم ١٨١ ويشكلون نسبة ٤٩ , ٣٥٪.

ب- ٣١-٤٠ سنة، وعددهم ١٨٤ ويشكلون نسبه ١ , ٣٦٪.

جـ- ٤١-٥٠ سنة، وعددهم ١٠٥ ويشكلون نسبة ٦ , ٢٠٪.

د- أكثر من ٥٠ سنة، وعددهم ٤٠ ويشكلون نسبة ٨ , ٧٪.

٣- بالنسبة للمستوى التعليمي:-

قسم افراد العينة إلى سبع مجموعات هي:

أ- الأميين وعددهم ٦٣ ونسبتهم ٣٥ , ١٢٪.

ب- حملة الشهادة الإبتدائية وعددهم ٨١ ونسبتهم ٨٨ , ١٥٪.

جـ- حملة الشهادة الإعدادية وعددهم ١٣٠ ونسبتهم ٩٤ , ٢٥٪.

د- حملة الشهادة الثانوية وعددهم ١١٧ ونسبتهم ٩٤ , ٢٢ ٪.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

هـ- حملة شهادة دبلوم الكليات وعددهم ٦٣ ونسبتهم ١٢,٣٥٪

و- حملة الشهادة الجامعية وعددهم ٤٨ ونسبتهم ٩,٤١٪.

ز- حملة الشهادات العليا (ماجستير ودكتوراه) وعددهم ٨ ونسبتهم ١,٥٦٪.

٤- **بالنسبة لمكان السكن:-**

أ- سكان مدينة اربد وضواحيها وعددهم (٢٧٥) ونسبتهم ٥٤٪

ب- سكان القرى التابعة لمدينة اربد وعددهم (٢٣٥). ونسبتهم ٤٦٪

الادوات المستخدمة في تشخيص ومعالجة المرضى:

- لقد تم فحص كل مريض سريرياً، حيث أجلس كل مريض على كرسي الأسنان للغايات التشخيصية والعلاجية، ووضع على صدره قطعة القماش الواقيه في حين ارتدى الباحث القفازات الطبيه والمريول الطبي والكمامه الواقيه. وقد وفرت كمية الاضاءة الكافية واستعمل المسبر المدرج لفحص أعماق الجيوب اللثوية. وبطريقة انيمو Ainamo et al 1982 تم فحص اللثة حيث أعطيت العلامة (صفر) للثة الجيدة والسليمة والعلامة (١) لحدوث النزيف عند القياس، والعلامة (٢) في حال وجود الترسبات الكلسية، والعلامة (٣) في حال وجود جيوب لثوية من ٤-٥ ملم، والعلامة (٤) في حال وجود جيوب تساوي من ٦ ملم أو أكبر، أما العلامة (X) فقد اعطيت في حال فقدان السن.

كما واستخدم المسبر العادي لفحص حالة نظافة الفم حيث اعطيت العلامة (صفر) في حال وجود الأسنان كاملة نظيفة، والعلامة (١) في حال وجود اللويحات التي يمكن ازالتها من الثلث اللثوي بواسطة المسبر، والعلامة (٢) في حال امكانية مشاهدة اللويحات حول عنق السن بالعين المجردة، والعلامة (٣) في حال تغطية اللويحات لمعظم سطح السن، وهذه الطريقة هي طريقة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

(Silness & Loe 1964) ، كما استخدمت المكاشط اليدوية لتحديد الترسبات الكلسية على سطوح الأسنان أو تحت اللثه، وقد استخدم الباحث المرآة المكبره والعاكسة لتوضيح بعض الحالات، وبين كل مريض وآخر كان يتم تعقيم الأدوات المستخدمة من قبل ممرضة العيادة تحت اشراف الباحث. وبعد اكمال الفحص كانت تتم توعيه وارشاد كل مريض من أفراد العينة للعناية المثلى بصحة الفم والأسنان.

أدبيات الدارسة:

يمكن اعتبار أمراض اللثة والأسنان قديمة قدم التاريخ البشري الا أن المكتبة العربية تفتقر إلى دراسات انثروبولوجية عضوية متخصصة في هذا المجال، وفي المجالات الاخرى، حيث ان دراسة هذا التخصص جديد في الوطن العربي وكذلك الاردن حيث بدأ التخصص في هذا الموضوع عام ١٩٩٠ في جامعة اليرموك.

وبما ان الباحثين الانثروبولوجيين العضويين يكرسون اهتماماً خاصاً بالعوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية للأمراض والعلاج والوضع الاجتماعي الثقافي والاقتصادي للمجتمع، حيث أن الوضع الاجتماعي الثقافي يلعب دوراً كبيرا في تخفيف حدة الامراض بشكل عام وأمراض اللثة والأسنان بشكل خاص جاءت هذه الدراسة على نسق من مسيرة الانثروبولجيا العضوية.

ففي دراسة للدكتور هشام برهاني ١٩٨٧ تبين خلالها ان نسبة الاطفال السالمين من التسوس بين أعمار ٥ -٧ سنوات ١٨.١٪ لأطفال ذوي الدخل المرتفع و ٥.٣٪ لاطفال ذوي الدخل المتوسط و ٥.٩٪ لأطفال ذوي الدخل المنخفض "مجلة طب الفم السورية ١٩٨٤ ٢٠-٢٥).

وقد قامت مجموعة باشراف الدكتور خليل شاكر بمعسكر طبي في مدينة السالمية (سوريا) لفحص أهالي المدينة لاصاباتهم بالتسمم الفلوري، وقد بينوا أن حاجة الانسان اليومية من الفلور ٠.٥ -٠.٥ملغم، وإن نقص هذه الكمية في مياة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الشرب والغذاء يؤدي إلى آفات سيئة في ميناء الأسنان اللبنية والدائمة، ولاحظ العلماء ارتفاع نسبة نخور الأسنان في المناطق التي يكون فيها ماء الشرب فقيرا بالفلور لذلك اعتمدوا في الولايات المتحدة والسويد نسبة الفلور في مياه الشرب ١٪ للمليون وكانت العينة الفان ومائة من الذكور والفان ومائة من الإناث، وقد حصلت المجموعة على النتائج التالية: كان معدل dmf (مجموع أعداد السطوح المفقودة) للإناث منخفضا أكثر عما هو عليه عند الذكور، وأن dmf يزداد مع ازدياد العمر لدى الذكور والإناث وقد وجد ان الاصابة بأمراض اللثة لدى الإناث أكثر مما هي عليه عن الذكور، وقد كانت نسبة العناية بالأسنان لدى الإناث أكثر مما هي عليه عند الرجال، وهذا شيء طبيعي للحفاظ على الناحية الجمالية لدى السيدات والاناث (الشيخ ١٩٨٠/١٩٨١:٣١).

وفي سوريا دلت احصائيات في الصحة العسكرية أن نسبة عالية من الشباب الذين يتقدمون لخدمة العلم تنقصهم اللياقة البدنية. وسبب ذلك عائق في صحة أجسامهم، ومن أجل ذلك وجه الاهتمام في البدء للاعتناء بصحة الطفل ولم يأبه أحد بصحته السنية، فلم تكن النتائج بعد هذا الاهتمام جيدة، أما حديثا فقد أصبح هنالك اهتمام ودراسات تهتم بنمو وتطور الفم والقوسين السنيين والرعال السني، كما أصبح الناس يهتمون بالمحافظة على وظيفة الجهاز الماضغ، وما يصيب الأسنان من حوادث وأمراض، ولاعتقادهم ان السن كباقي أعضاء الجسم وجد ليبقى حتى الممات، في سبيل ذلك بدأوا يفلورون المياه ووصلت النتائج إلى انخفاض نسبة النخر السني للسطوح اللثية ٨٦٪ وللسطوح الملاصقة "الانسية والوحشية" ٧٣٪، أما السطوح الطاحنه فقد بلغت النسبة ٣٧٪ (خردجي ١٩٨٦/١٩٨٧: ٢٦٨).

وفي دراسة في الولايات المتحدة الامريكية تم معاينة موظفين بالغين بينت نقص في حدة أمراض الرعال السني بالمقارنه بنتائج الدراسات السابقة التي اجريت في نفس المجتمع، وقد بينت هذه الدراسة تأثير العوامل الاجتماعيةوالاقتصادية والسلالة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

والتعليم ومتوسط الدخل والتأمين الصحي على صحة اللثة والأسنان، وقد بينت الدراسة ارتفاع نسبة المرض لدى الجنس الأسود الذين امتازوا بمستوى تعليمي منخفض، والذين لم يزوروا أطباء الأسنان من ثلاث سنوات أو أكثر والذين لديهم دخل شهري منخفض.

الا أنه ما يميز هذه الدراسة ان الذين لديهم تأمين صحي لم يفوقوا الاخرين بصحة الرعال السني واللثة، وقد اكتشفت زيادة عدد الجيوب بزيادة العمر، وكان عدد الجيوب لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث في جميع الفئات العمرية.

كما دلت الدراسة على أن الاشخاص الذين لديهم عدد سنوات تعليمية أكثر من ١٢ سنه كان ارتداد اللثة لديهم أقل وجيوب أقل، أما بالنسبة للتقسيمات حسب الدخل فقد كان للاشخاص ذوي الدخل العالي لديهم تراجع لثوي أقل في جميع الفئات العمرية وعدد الجيوب أقل (Oliver et al, 1991: 43-48)

وفي دراسة أخرى في الولايات المتحدة الامريكية تم فحص عينه حوالي (٢٠٠٠) شخص اعمارهم ما بين ١٨-٨٠ سنة وقد وجد الباحث من خلال الدراسة أن DMFS (متوسط أعداد سطوح الأسنان المحشوة والمنخورة والمفقودة) و (CPITN) (متوسط حالة اللثة الصحية) ازدادت مع ازدياد العمر، وعندما اخذ CPITN كمرجع ازداد DMFS بزيادة CPITN, وذلك لأن لهما عاملاً سلبياً مشتركاً، ألا وهو الطلاوة السنية المكروبية.

وقد لوحظ أنه حتى في الفئة العمرية ١٨-٢٥ سنة يحتاجون لمعالجة لثوية بنسبة ٩٠٪ وتزداد هذه النسبة مع زيادة العمر، لتصل إلى ١٠٠٪ في الفئة العمرية ٦١-٨٠، ويزداد الوسط الحسابي CPITN مع زيادة العمر وهذا يتناسب مع دراسات أجريت في المانيا الغربية حيث وجد أن ٤٠٪ اظهروا نسبة مرتفعة من CPITN وهذا الوضع يتطلب معالجة لثوية منتظمة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وعندما استخرج الوسط الحسابي للـ DMFS وجد أنه يرتفع مع ازدياد العمر، كلا المؤشرين اظهرا ميلاً منتظماً وبينات ذات قيم عالية في مجموعة المراهقين، ولم يتفق المؤشران CPITN, DMFS في المجموعات العمرية الأصغر فقط، حيث أظهروا وسط حسابي ٣-٤، CPITN، وكان DMFS أقل من (٣) ويبدو أن هنالك انخفاضاً في نسبة متوسط DMFS مع زيادة قيم CPITN وهذا سببه الاساسي معدلات فقدان الأسنان المنخفضة.

وقد وجد أن الأسنان المتعفنة تزداد عند وجود CPITN أعلى، الا أنه من المثير للدهشة ان المرضى ذوي الاعمار الكبيرة يقعون ضمن فئة CPITN المنخفضة التي تتراوح من صفر إلى ٢ بمعدلات فقدان أسنان عالية، في حين ان المجموعة ذات علامات CPITN العالية يتبين معدلات فقدان أسنان أقل، وقد وجد من خلال هذه الدراسة اهمية الاجراءات الوقائية، فمع عدم توفر أسباب الوقاية الصحية تصل معدلات النخر السني وأمراض اللثة إلى مستويات عالية، حتى أن فئة الشاب تعاني من هذه الامراض (Frentzan, Schiiler and Nolden 1990: 313-318).

وفي دراسة أخرى أجريت عام ١٩٩٠ على (٨٠٠) مريض من أكثر من (٣٠) بلدا للاعمار ٤٥ سنة فما فوق، وقد قسمت حسب الفئات العمرية (٤٥-٥٤) و (٥٥-٦٤) و (٦٥-٧٤). وقد دلت الدراسة على اختلافات واضحة في أحوال الجهاز الداعم بين الاشخاص المدروسين في العينة، وأن الاختلاف الفرضي بين الدول الصناعية وغير الصناعية من حيث أمراض الجهاز الداعم لم يظهر اختلافاً لدى العينه المدروسة، كذلك فان الزيادة المتوقعة في تدمير الجهاز الداعم مع زيادة العمر لم تنعكس في القيم في نسب الجيوب اللثوية العميقة في مجموعات الأعمار المتتالية، لكن ظهرت بعض الإختلافات حول معدل فقدان الأسنان وقد زاد بمعدل (١.٥) في عمر الخمسين و (٢.٥) في عمر الـ (٧٠)، لذلك اقترح أن عملية تدمير الجهاز الداعم لم تكن واضحة في فحص CPITN، ولكنه واضح في عملية سقوط الأسنان، وقد تمت عملية ضم لمئة بحث في أكثر من (٥٠) بلد في منظمة الصحة العالمية WHO جنيف قسم صحة الفم،

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وقد حذفت معايير معينه مثل مكان السكن والجنس والمستوى التعليمي. وقد وجد ان الاشخاص ذوي الانسجة الفموية السليمة في هذه العينة من العمر تشكل أقلية، والترسبات الكلسية والجيوب الضحلة كانت الغالبة. وكانت معدلات الجيوب العميقة قليلة جدا. والاختلافات المفترضة لفقدان الأسنان بين الدول الصناعية وغير الصناعية لم تنعكس بشكل واضح، ونسبة الجيوب كانت عالية ، وكانت من بلدان غير صناعية، لهذا يجب أن يكون الاهتمام في الاختلاف بين الناس، والإصابة بامراض اللثة والأسنان حسب العرق والدين والتغذية والاعتقادات الصحية والسلوك، وتدمير الجهاز الداعم بشكل متعارف عليه بين البالغين بعد سن الاربعين يزيد على النصف، لذلك فأمراض الجهاز الداعم ليست السبب الرئيس في فقدان الأسنان قبل سن الخمسين. وقد اثبتت الدراسة ان ٥-٢٠٪ من البشر يصابون بأمراض الرعال السني بحالة لا يمكن الشفاء منها عند سن الأربعين وهذا يعتبر نسبة عالية مقارنه مع أمراض أخرى تصيب الجنس البشري (PILOT, et al, 1992:23-28).

في عام ٧٢/٧١ تم تعبئة ٣٧٥ شخص بالغ لدراسة عيادية كان الهدف منها تقييم أثر البرامج الوقائية المبنية على التحكم بالطلاوة السنية، وإعطاء كميات من الفلورايد في حالتي مرض الأسنان وأمراض الجهاز الداعم، وبعد الفحص المبدئي تم إزالة الترسبات الكلسية، ومعالجة تقليدية لتسوس الأسنان، وخلال ستة سنوات استدعي هؤلاء الاشخاص لاجراءات وقائية مرة كل شهرين إلى ثلاث شهور، وبعد فترة تسع سنوات عاد ٩٥٪ من المشاركين لاجراءات وقائية مرة إلى مرتين في السنة، مجموعة من ١٥ شخص تكون لديهم نخر اسنان جديد خلال الستة سنوات الاولى، أو ظهر لديها فقدان تماس لثوي إضافي، وقد تم استدعاء هؤلاء من ٣-٦ مرات في السنة من أجل العلاج الوقائي والتحكم في صحة الفم وقد بينت الفحوص عام ١٩٨٧ ان ٣١٨ شخصاً كانوا قد شاركوا خلال فترة ال ١٥ سنة الكاملة، وقد تعرض هؤلاء الاشخاص لاصابة أقل بنخر الأسنان، ولم يوجد لديهم نقصان بدعم الأنسجة اللثوية، واقترح أن إجراء العناية الفموية الذاتية والاستخدام لمادة معجون الأسنان المفلور مع الفرشاه

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ولعدة مرات يوميا مع التنظيف بشكل سليم تمنع عودة ظهور نخور سنية وتقلل من أمراض الجهاز الداعم (Lindhe et Nyman 1991: 182-189) .

وفي دراسة على عمال مصنع الماني عددهم ٢٨٦ مريض تتراوح اعمارهم ما بين ٤٥-٥٤ سنة لتقييم حالة المعالجة لديهم، وقد أشارت النتائج أن لثة أي شخص من هؤلاء لم تكن سليمة بالكامل، و١. ٤٦٪ بحاجة إلى علاج، وإن ٧. ١٤٪ من هؤلاء بحاجة إلى عناية فموية محسنة، أما ٩. ١١٪ من الجميع بحاجة إلى علاج معقد (Hohlteld & Bernimoulin, 1993: 551-556).

وقد اثبتت دراسات عديدة قام بها كوهين (Cohen, 1991) أن حالة نخر الأسنان بين سكان أثيوبيا بما فيهم مجموعات متميزه باستعمال الفلورايد بنسب عالية وضعيفة مدنيين وقرويين ضمن معطيات اقتصادية عالية ومنخفضة وبينت الدراسات لنخر الأسنان أثار الغذاء والأساليب الصحية والعوامل الفردية واللويحات البكتيرية التي تؤثر في نسب النخر السني وربما يعرض تكوين اللويحات البكتيرية عند بعض السكان لخطر نخر الأسنان وخاصة عند زيادة نسبة النشويات في الغذاء، وفي مجتمع غوا تيمالا القروي تبين ان هنالك معدلاً عالياً من النخر السني حيث وصل DMFT (مجموع أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة) إلى ٦٥. ٣ بين أطفال المدارس القروية، وقد ورد في التقرير ان الغذاء والعمر وجغرافية المنطقة والعناية بصحة الفم والأسنان كل هذه العوامل تشكل علاقة متداخلة ومعقدة أثرت على معدلات نخر الأسنان.

أما النتائج الاخرى التي وجدت لدى المراهقين الاثيوبيين فقد كان DMFT ٤٣. ٣ في المدينة، أما في المناطق القروية فقد كانت ٤٦. ٢، و ٦٩. ١ لذوي الاعمار ١٣-١٤ سنة ممن يتمتعون بنسبة فلورايد عالية، ووجد أن DMFT بين الاطفال الاثيوبيين ٥٩. ١ و ٧. ٢ لدى السكان البالغين الذين يعيشون في المدينة، وقد قام سارنات Sarnat بدراسة فحص من خلالها النمط المتغير لنخر الأسنان بين المراهقين الاثيوبيين الذين

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

هاجروا إلى فلسطين ٨٤/٨٣، وورد في التقارير أن ٦ أضعاف زاد نخر الأسنان الذي كان سائدا بين الاثيوبيين نسبة إلى المجموعات الاسرائيلية فقد كان DFS ٩,٦ - ١,٥ ولم يتم العثور على اختلافات بين المهاجرين الأثيوبيين منذ سنة أو أكثر وبين اولئك الذين وصلوا خلال السنة، ولكن بالتصوير الاشعاعي وجد فروق مهمة جداً (SGAN COHEN, et al , 1991 213 -216).

دراسة قام بها كوهين (SGAN COHEN) لمهاجرين حديثين إلى اسرائيل قسمهم إلى ثلاث مجموعات عمرية ٠-١٢، ١٣-٢٠، ٢١-٥٠ سنة، وكانت مستويات النخر منخفضة. وتكمن أهمية الدراسة في أنها توفر معلومات جاهزة عن هذه العينه التي يمكن مراقبتها والكشف عن معلومات طارئة في المستقبل ولأنهم مهاجرون يمكن اخضاعهم للفحص بعكس السكان القديمين، وكان من اهداف الدراسة وضع معلومات لنخر الأسنان الأساسي السائد لعينة كبيرة تشمل كل الأعمار للمهاجرين الاثيوبيين، وإن المجموعات التي تم فحصها لم تستعمل قط معاجين الأسنان. وانما استعملوا العلكة المستعمله عندهم، ولم يظهر هنالك أي حشوات أو جسور بين السكان، وكانت المعالجة الواضحة هي الخلع فقط، ولذلك ازداد عنصر فقدان الأسنان (M) بتقدم العمر بمعدل (M.T) (مجموع الأسنان المفقودة) ٥,٥١ في العمر ١٢ سنة، وبازدياد ١٥,٠ للعمر ٢٠ سنة و ٨٨,٠ للاعمار ٢١-٥٠ و ٢,٧٧ للأعمار ٥١ فما فوق، والنخر يظهر زيادة مع تقدم العمر لذلك نسبة DMFS ونسبة DMFT تزداد بنسبة ١,٧٤ و ٣٥,٠ في عمر ١٢ سنة.

السكان الذين تم فحصهم هاجروا من منطقة قروية تعيش على الزراعة بشكل أساسي، ولا يتوفر لديهم ماء في البيوت أو طعام مصنع، ولا خدمات صحية للاسنان، ما عدا أدوات الخلع، وكان الطعام مكوناً من المنتجات الزراعية المحلية وبنسبة سكر منخفضة، ولم يكن هنالك معلومات متوافره عن الفلورايد في ماء الشرب، ويعتقد بأن معدلات النخر المنخفضة هي انعكاسات لنوعية الطعام المستهلك. وهذه النتيجة توصل اليها في الكثير من البلدان (Mann, et al, 1994 : 480- 485) .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وهنالك دراسة أخرى لحوالي مائة شخص من أكثر من ٥٠ بلد أجري عليهم فحص CPITN لمجموعة العمر ٣٥-٥٤ سنة، وحفظت النتائج في بنك المعلومات لمنظمة الصحة العالمية في جنيف ابتداء من آب ١٩٩٠.

وقد أظهرت النتائج أن الترسبات الكلسية والجيوب الضحلة تبرز بشكل كبير لدى افراد العينة، وكان عدد الجيوب العميقة قليلاً جداً وإن الاختلاف المفترض بين الدول الصناعية وغير الصناعية، بالنسبة لصحة الجهاز الداعم لم ينعكس في العينة المفحوصة، أما تدمير الجهاز الداعم الحاد فقد ظهر وكأنه مشكلة محدودة من النادر أن تؤدي إلى سقوط الأسنان قبل عمر ٥٠ سنة، ومعظم أمراض الجهاز الداعم منسجمة مع الاحتفاظ بالأسنان الطبيعية إلى جيل متقدم، ومع هذا فان مشكلة الجهاز الداعم من المشاكل المهمة والكبيرة حيث أنه يبين أن ٥-٢٠ ٪ من السكان متأثرون بأحوال جدية لا يمكن شفاؤها في عمر الأربعين، وهي نسبة عالية بالنسبة للأمراض الأخرى التي تصيب البشرية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الثاني

العادات غير الصحية

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

التدخين

يعد التدخين من الآفات الاجتماعية ومشكلة من أخطر المشاكل الصحية العامة في هذا الوقت حيث يسبب الكثير من المشاكل الصحية للإنسان، إذ يؤدي إلى الوفاة أو يعتبر من الأسباب الرئيسية لوفاة الإنسان، حتى أن الكثير من الباحثين حول هذا الموضوع يعزون سبب إصابة الإنسان بأنواع من السرطانات (المرض الخبيث) إلى التدخين مثل سرطان الرئة على الأغلب. ويرى البعض أن الإصابات التي تحدث في الفم والأسنان سببها في غالب الأمر التدخين، بالإضافة إلى الأسباب الأخرى التي تتفاوت ما بين أسباب جرثومية، أو هرمونية غذائية، أو وراثية، والتدخين لكونه أحد الأسباب للإصابة بالمرض الناتج عن المواد الكيماوية نتيجة لإحتراق التبغ (الدلاهمة ١٩٨٧ :٩).

والتدخين يشوه منظر اللثة والأسنان ويطليها بالطلاوة القطرانية، ويؤدي الى بروز الغدد المخاطية في قبة الحنك والتهاب فوهتها. أما الغليون فيسبب أنسحالاً للأسنان وتشكل فراغ هلالي بين الأسنان العلوية والسفلية وتغيرات موضوعية في الأنسجة الداعمة، ووجد أن تجمع اللوحية الجرثومية عند المدخنين أكبر منها عند غير المدخنين، وأن هذه اللوائح الجرثومية وبقايا القلح هي أكبر عند مدخني الغليون من مدخني السيجار، وأن البنات المدخنات من عمر ٢٠ - ٣٠ سنة والرجال ٣٠ - ٥٩ لديهم فرصة أكبر بمرتين لفقدان أسنانهم مبكراً، والإصابة بأمراض لثوية، كما ينتج عن مضغ التبغ الالتهاب اللثوي السام الذي يتميز بتهدم اللثة والعظم الواقع تحتها (درويش ١٩٨٨ - ١٩٨٩: ١٧٨ - ١٧٩).

كما يؤدي التدخين إلى الكثير من الأمراض التي تصيب الإنسان فهو مثلاً يحد من وصول الدم إلى المشيمة عند المرأة، فيهز ذلك صحة الطفل، بالإضافة إلى إصابة الأطفال المواليد بأمراض الرئة والقصبات الهوائية عند المدخنات من النساء، وما إلى غيره من الأمراض مثل الشيخوخة المبكرة التي يُعد التدخين من الأسباب

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المباشرة لحدوثها، وظهور التجاعيد والترهل وتغير لون البشرة إلى أبسط آثار التدخين من أصفرار الأصابع وتسوس الأسنان وأمراض الفم وتعري الأسنان وموت اللثة.

وقد أثبتت الحقائق العلمية خطورة التدخين على الصحة بصفة عامة بالإضافة إلى تأثيره على الشهية والمظهر الخارجي للجسم، فقد قام د.نورمان أونتريش بإجراء عدة أبحاث لمعرفة تأثير السجائر على الجلد، وأظهرت نتائج أبحاثه بأن الخطوط التي تظهر على الشفاة العليا وعند بعض النساء تسببها الحركة المتكررة لإستنشاق ونفخ الدخان، كما تؤدي هذه الحركة إلى إصابة العينين وتساعد أيضًا على تكوين بعض التجاعيد العمودية في منطقة الجبهة بين الحاجبين (محجوب ١٩٨٥: ٦٧).

وهناك الكثير من الأمراض الفموية الناتجة عن التدخين حيث يؤثر التدخين على الغشاء المخاطي الفموي فيؤدي إلى التهاب في الغشاء المخاطي ويزداد التقرن فيه وقد يتطور ذلك إلى الطلاوة. كما أن الغدد المخاطية في الجزء الخلفي لقبة الحنك تبدو متضخمة ويمكن أن تغلق أقنيتها المفرغة بكتل من القرنين، وتبدو بارزة محمرة ويمكن أن يحدث تقرح أو ضمور في الحليمات الموجودة على اللسان.

وأمّا الغدد اللعابية فتزيد إفراز اللعاب عند التدخين لأن النيكوتين يحرض على زيادة الإفراز في حالة التدخين الخفيف، أمّا في حالة الإفراط بالتدخين فإن إفراز اللعاب ينقص لأن النيكوتين بكميات كبيرة يشلّ العقد العصبية اللعابية، وبذلك ينقص النشاط الوظيفي لها، وعند جفاف الفم ونقصان اللعاب فإن سطوح الأسنان لا تغسل باللعاب الذي يزيل البكتيريا وباقي الميكروبات الضارة والنافعة عن الأسنان، مما يؤدي إلى استيطان البكتيريا في هذه الأمكنة الجافة، ومع قلة نظافة الأسنان وبقاء بقايا الأكل موجودة فإن تسوس الأسنان حاصل لا محالة. (محجوب، ١٩٨٥:٦٧).

وقد تبين للباحث هذا من خلال الإطلاع على المدخنين من عينة البحث وكذلك على الذين يتنفسون من أفواههم من غير المدخنين، فوجد أن نسبة الإصابة بالتسوس

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

على السطوح الداخلية للإسنان شبه مستحيلة في الظروف العادية، أمّا في ظروف التدخين والتنفس الفموي فقد كانت هذه النسبة (٣٠٪) من نسبة التسوس في الفم. هذا من الناحية الصحية، أمّا من الناحية الأخرى أي الناحية الاجتماعية فهي تتلخص في أن تلك الحالة الخاصة من بخر الفم الذي يشعر به كل من يقترب من المدخن تؤدي إلى النفور منه، وذلك لأن الدخان يحول إلى مواد ذات أبخرة نفاذة، وهي تترسب على سطوح الأسنان لتشكل مصدراً لبخر الفم عند المدمنين على التدخين. بالإضافة إلى ما يسببه التدخين من إلتهاب الفم التبغي والذي سببه القطران الناتج عن إحراق التبغ فيهيج الغشاء المخاطي لقبة الحنك.

ويتجلى التهاب الفم التبغي بظهور بعض النقاط الحمراء المنتشرة في الجزء الخلفي من الغشاء المخاطي الحنكي. ويكون لون المخاط أبيض باهتًا في الغالب، ويُحدث التدخين ما يسمى باللطوخ التبغي الذي يظهر على الأسنان الخارجية وهي عبارة عن لطوخ سوداء تحدث بسبب التبغ ويختلف حجمها ومكانها ومدى انتشاره لأن سطوح الميناء التي لا يصيبها القدر الكافي من الإحتكاك أو التنظيف يستقر عليها دخان التبغ المحترق، ويساعد على إلتصاقه بها مما يكون عليها من الأغشية المخاطية وهذا يؤدي إلى عدم القدرة على إزالتها مما يشوه شكل الأسنان (قويدر ١٩٨٦:٢٢ - ٢٧).

كما ويؤدي التدخين إلى احتقان في أغشية الفم؛ لأن امتصاص الدخان يخلخل الضغط داخل الفم، وهذا يؤدي بالتالي إلى احتقان الأوعية الدموية خصوصًا عند سقف الفم، مما يقود إلى الإلتهابات المزمنة المستمرة. كما أن الحرارة المنبعثة من دخان السجائر تؤثر على بطانة الفم فتصبح شفاه المدخن المفرط غامقة اللون ومتقشرة. ويؤدي التدخين كذلك إلى خدش الغشاء المخاطي الرقيق، مما يسبب ثخانته، وتغير طبيعته، وتظهر على الشفتين واللسان وسقف الحلق بقع حمراء وإلتهابات وتقرحات تمهد بالتالي لظهور السرطان.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

كذلك فأن للتدخين أثراً سيئاً على الأسنان من حيث أنه يفقدها بريقها ولمعانها نتيجة لتراكم الأصباغ الصفراء على الأسنان، بالإضافة إلى حدوث ضيق في الأوعية الدموية للّثة، إذ يؤدي إلى تغير لونها الطبيعي ومما يجدر ذكره أن التدخين يلعب دوراً رئيسًا في السرطانات التي تحدث في فم الإنسان حيث يعتبر جسم الإنسان بالحالة الطبيعية حقلاً كاملاً لنمو وتجدد خلاياه وتمايزها ضمن أُطر معلومة. فإذا ما أصبح هناك شذوذ في هذا النمو فإن ذلك يؤدي إلى حدوث خلل ينتج عنه أورام في أنسجة الجسم المختلفة. والورم نمو ذاتي مستحدث في أنسجة الجسم المختلفة، أو بعبارة أخرى هو تكون خلوي جديد ناشيء عن تكاثر الخلايا تكاثراً لا ضابط له ولا وظيفة نافعة ترجى منه، ويكون ترتيب خلاياه مضطربًا شاذًا (Dobrenič 1979: 93-105).

ويقسم الورم إلى قسمين: ورم عواقبه سليمه وهو يُعد من الاورام الحميدة الذي يحافظ على الشكل الأصلي للنسيج وازدياد كتلته ويكون محاطاً بمحفظة، أمّا الورم الخبيث والذي يتميز باختلاف خلاياه عن أشكال الخلايا الأصلية وبازدياد حجمه لعدم وجود محفظة تحيط به مما يؤدي إلى انتشاره في مناطق أخرى من الجسم، إمّا عن طريق الأوعية اللمفاوية أو بسلك الطريقة الدموية. وهناك عدد من العوامل التي تساعد في ازدياد نسبة السرطان كالمهنة والعادات الشخصية كالتدخين ومضغ التبغ واستعمال السيكار أو الغليون والجنس والوراثة.

ومن المهم الإشارة إلى عدد من السرطانات التي تحدث في فم الإنسان نتيجة لبعض الأسباب المؤهبة أي التي تساعد في حدوثه فمثلاً سرطان الشفة والذي يعتبر التدخين من العوامل التي تساعد في حدوثه، من خلال استعمال التبغ أو استعمال الغليون، إذ يشتد تأثير هذا العامل كثيراً إذا ما ترافق بالطلاوة، حيث أن نسبة إصابة الشفة السفلية أكثر بكثير من إصابة الشفة العلوية في هذه الحالة، كذلك قد يصاب الفرد بسرطان اللسان والذي يُعد التدخين من الأسباب المساعدة لحدوثه، وهذا النوع من السرطان يصيب الرجال أكثر من النساء، وقد سجل (Poyter) (Tully) منذ

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

عام ١٩٤٥ في عيادات السرطان في ماساتشوزيتز أن الخطورة تزداد بازدياد استهلاك التبغ، فالتدخين هو من العوامل المساعدة في ظهور السرطانات مثل سرطان الخد وسرطان قبة الحنك. ويلاحظ أن معظم المصابين بسرطان الفم هم غالبًا من المدمنين على التدخين بشكل ثابت، بالرغم من ذلك فإنه لا توجد احصائية تبين العلاقة بين الإصابة بسرطان الفم والتدخين (قويدر ١٩٨٦: ٢٧-٤٣).

أما غاز الأمونيا أو النشادر والذي هو من أحد مكونات التبغ فهي مادة كاوية ومحرشة تلسع اللسان وتزيد من إفراز اللعاب، وتهيج السعال، وتعرض الإنسان إلى الزكام المتكرر، كما ينتج عنها إلتهاب الفم والبلعوم، ويجب أن لا ننسى أن الدخان يحتوي على نسبة عالية من المحرشات الكيماوية والمواد المسرطنة (Carcinoges) مثل القطران وأشباه القطران والبيريدين والأزوت والفينول والألديهيدات ومائيات الفحم وأول وثاني وثالث ورابع البنزبيرين والبيرين والأسينافتلين والأنترانتراسين والبنزبيرلين والبنزفلورانتين وحامض البروسيك والهيدروجين والمكيرت وحامض الفحم واليتودين والكوليدين والمكارودين والفيريدين والاكرولين والبارفولين والبيرول والفورفورال، وجميع هذه المكونات قاتلة وتكفي كميات صغيرة من بعضها لتقتل الإنسان.

وقد أثبت العلماء أن سرطان التبغ يسبب السرطان الخبيث والحميد، فقد وضع الباحث وانيدر وزملاؤه (Wynder) محلول القطران تحت جلد الأرانب والفئران، وبعد خمسة عشر شهرًا وباستعمال ٣ غرامات طوال هذه المدة استطاع إحداث سرطان حميد، وباستعمال ٥ غم من نفس المحلول استطاع احداث سرطان خبيث أمّا العالم دروكري (Drukrey) فقد تمكن من إحداث سرطان في مكان الحقن تحت الجلد في الجرذان من المادة المتكونة في مكثف دخان اللفائف (Plaminac 1984:160).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

إلتهاب الشفة CHILITIS:

يعتبر إلتهاب الشفة كرد فعل موضعي تجاه اضطراب عام بُنْيوي أو موضعي بسبب بعض العوامل الفيزيائية المخرشة، أو تهيج الشفة بالتدخين، أو بأشعة الشمس وتبدو الشفة المصابة ملتهبة حمراء متقشرة ومؤلمة خاصة عند تحريكها، ويشاهد على شفاه المدخنين المدمنين لويحات متفرقة بيضاء ناجمة عن العوامل الكيماوية والميكانيكية والحرارية الناتجة بسبب التدخين، وعند النظر إليها تبدو على شكل قشرة رمادية اللون غير متصلبة ويسهل قشرها، وقليلة الألم، وفي حال الإدمان تتطلب إزالتها عملاً جراحيًا، وفحصاً للنسيج عند الشك بطبيعة الإصابة. كما قد يسبب التدخين المرض الزنجي وهو ما يدعي بالمرض القذر لكثرة ما يتراكم في أخاديد اللسان من الفضلات الطعامية وهي آفة سليمة تتميز بتطاول ونمو مفرط للحليمات الخيطية (Filiform papillae) حتى تغدو مشابهة للشعر الكثيف. إن إلتهاب اللثة المزمن وتدخين التبغ عاملان مساعدان في إلتهاب اللثة التقرحي التموتي الحاد وقد وجد الباحث أن ٥٠ مريضًا يعانون من إلتهاب اللثة من بينهم اثنان فقط لا يدخنان. كما لاحظ الباحث أن شدة الإصابة تعتمد اعتماداً شبه رئيسي على كمية التدخين، فكلما زادت كمية الدخان كلما كانت الإصابة أشد، وأن الحالات الشديدة كانت عند المدخنين المدمنين (Orlov 1987:44-51).

أمّا مرض الطلاوة (اللطخات البيضاء) (White Patches) فيرتبط ظهورها بالتخريش الموضعي وبتأثير التدخين وعض العضلات الشدقية، ويمكن أن يكون السبب مجهولا، إلا أن الطلاوة مربوطة رسمياً بالتدخين، وقد اعتبرت منذ زمن طويل حالة ما قبل التسرطن، ويجب أخذ عينة وفحصها (هيستولوجياً)، الفحص النسيجي للوقوف علي معالجتها في الوقت المبكر، وتأثير المضغة على ظهور الطلاوة أكثر من تأثير السيجارة على ظهورها (Mirkovič 1987: 75-80).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الطب الشعبي والمقلدين للمهنة:

بالرغم من التطور والثورة العلمية التي حدثت في مجالات العلوم وبالذات في مجالات الطب، ما زلنا نلحظ وجوداً كبيراً للممارسات الطبية الخاطئة غير العلمية، والمعتمدة على المعالجات الشعبية والشعوذة، سواء أكان منها في مجالات الطب العام أم في معالجات أمراض الفم والأسنان، والكثير من هذه المعالجات لا يستطيع الباحث نفي فائدتها، فقد كانت على مرّ العصور القديمة العلاجات الوحيدة المتوافرة، وقد أثبتت فعاليتها في كثير من المواقف، وتم تطوير صناعة الأدوية من الأعشاب، ومع أن التداوي بالاعشاب قد ساهم في تقدم علم الأدوية والمداواة، إلا أن خطأ التشخيص لكثير من الأمراض، واستعمال هذه الأعشاب قد لا يجني الفائدة المرجوة وتتردى صحة المريض ويصل متأخراً إلى المعالجات الحديثة.

وقد لعب المقلدين للمهنة دوراً بارزاً في كافة القرون الماضية، حيث أنهم هم الذين مارسوا هذه المهنة لغاية العقد الرابع من هذا القرن، ولم يكن في شرق الأردن أي وجود للمراكز الصحية في العهد العثماني ماعدا مستوصف الإرسالية الأنجلية في السلط، ويذكر الرحالة الأمريكي ميريل (S. Merill) حادثة حدثت له في شرق الأردن، وذلك أن زميلاً له أصابه نزيف، وكان ذلك في مدينة السلط عام ١٨٧٥ ولم يجد من يسعفه حتى أرسل إلى فلسطين. (زيادات ١٩٩٠:١١)

وبعد ذلك العهد ظهر بعض الأطباء في البلديات في كل من بلدية السلط ومعان والكرك، ويذكر الدكتور (السعدي) أن الحكومة التركية كانت تستخدم أطباء يونانيين وبلغاريين وبولنديين كجراحين عسكريين وأطباء بلديات، وحتى عام ١٨٥٠ كانت كافة سوريا الطبيعية تحت رحمة الأطباء الشعبيين الذين توارثوا مهنة الطب عن آبائهم وأجدادهم. (زيادات ١٩٩٠)

وقد جاء في إحصائية للقوى البشرية في دوائر الصحة لإمارة شرق الأردن عام (١٩٢٦) أن عدد الأطباء بلغ أربعة عشر طبيباً فقط، وقد زاد عددهم عام (١٩٣٨) إلى

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

(١٦) طبيباً، وستة أطباء أسنان ممارسين، أمّا في عام (١٩٤٠) فقد زاد عدد الأطباء طبيباً واحداً ليصبح (١٧)، أمّا عدد الأطباء في القطاع الخاص والحكومي فقد بلغ (٨٣) طبيباً من جنسيات أردنية وفلسطينية وسورية ولبنانية وايطالية، وفي عام (١٩٤٠) بلغ عدد أطباء الأسنان ثمانية أطباء فقط، معظمهم من الممارسين."أي من الاطباء الذين حصلوا على تصريح مزاولة مهنة طب الأسنان، الا انهم لم يحصلوا على درجة علمية لممارسة هذه المهنة".

عدد الأطباء المرخصين

وأطباء الأسنان

السنة	الأطباء	أطباء الأسنان
١٩٢٨	٨	٢
١٩٢٩	٧	-
١٩٣٠	٣	-
١٩٣١	٦	-
١٩٣٢	٥	-
١٩٣٣	١٧	
١٩٣٤	٦	٢
١٩٣٥	١٨	٦
١٩٣٦	١٩	٥
١٩٣٧	٩	٥
١٩٣٨	٢٤	٦
١٩٣٩	٢٤	٧
١٩٤٠	٢٤	٨
١٩٤١	٢٦	٨
١٩٤٢	٢٦	١٠
١٩٤٣	٣٠	١٠

المصدر: عادل زيادات: البدايات الاولى للمستشفيات والمعالجة الطبية في شرق الاردن١٩٨٣-١٩٤٦ , ١٩٩٠.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ومن الملاحظ أنه لم يكن هنالك أي طبيب أسنان ورد ذكره موظفًا في الحكومة، لذلك بقي طب الأسنان يمارس لغاية العقد الخامس من هذا القرن على أيدي أطباء ممارسين وغير مختصين في كثير من الأحيان، وعدد قليل من الأطباء الدارسين المتهنين، وكانت معظم الممارسات الطبية السنية تقتصر على الخلع والتركيبات " الأكريلية" وتلبيس الذهب "الثنايا الذهبية" وبقيت القطاعات البدوية والريفية والحضرية تعتمد على الحلاقين وعلى الوصفات الشعبية لآلام الأسنان.

أما في مصر فما زالت النساء في محافظة الجيزة يلجأن إلى الحلاّق لقلع أضراس أطفالهن، لاعتقادهن بأن (البنج) يؤخر عملية ظهور الأسنان الدائمة أو يساعد على اختفائها، كما أنهن يعتقدن بأن الأنسان الذي تعاطى مخدر في عمليات جراحية لا يمكن لبنج الأسنان أن يخدره، لذلك يستوي عندهن عمل طبيب الأسنان وعمل الحلاق، كما أنهم يفضلون خلع الأسنان بدلاً من حشوها؛ لأن حشوها؛ في نظرهن قد يُديم الألم لسنوات قادمة، ومن ثم بعد عشرة سنوات أو أكثر لا بد من خلعه لذلك يفضلون خلع السن فورًا، وبما أن الحلاق متواضع أكثر من الطبيب وأجره أقل، لذلك يلجأون إلى الأول، وقد يقوم الحلاق بزيارات إلى بيوت مرضاه لمعالجتهم، وقد تستمر العملية ساعة أو أكثر؛ وإذا ما عجز عن استئصال الجذور، فإن الألم يتضاعف وهنا يلجأ المريض للطبيب. ويعمل الحلاق على تسكين الألم بالأسبرين ويوصف الثوم والقرنفل والمضمضة بورق الصفصاف المغلي (المكاوي ١٩٨٨: ٣٤٥-٣٤٩).

وهذا ينطبق على مقلدي المهنة أو المتطفلين عليها في الأردن، فقد نجد من يحمل حقيبته ويدور على البيوت يركب الأسنان، فيمكن أن يضع التلبيسة على سن متعفنة لعدم معرفته بعواقب ذلك فيصبح المريض بعد ساعات أو أيام منتفخ الوجه لوجود البكتيريا غير الهوائية في القناة السنية، فهي تجد الظروف الملائمة لنموها وتكاثرها، كما أن المواد المستعملة غير طبية، ولا يوجد عليها أية رقابة دوائية ولا

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

تخضع لعمليات التطهير والتعقيم، ويُخرج المقلد أدواته من فم انسان إلى فم إنسان آخر، ولهذا قد تنتقل الكثير من أمراض العصر والأمراض القديمة بين الناس كالأمراض الجلدية والرشح والتهاب أمراض تضخم الطحال، وأمراض التهابات الكبد ومرض نقص المناعة.

وقد يكون هذا المقلد حاملاً لهذه الأمراض فينقلها إلى الناس، ناهيك أن هؤلاء الأشخاص يحملون معهم "ماتورات قص" تستعمل لقص الأكريل أو المعادن في المختبرات وهي لم تصمم للعمل بالفم، فيمكن أن تكون هنالك إصابات أثناء العمل، كما أن هذا الجهاز لا يوجد فيه ماء لتبريد السن أثناء برده، لذلك يسُخن السن أثناء العمل به ويُعطب العصب والأوعية الدموية وبعد مدة يموت اللب السني ويتحقن ، ويصبح خلعه أمراً لا مفر منه، كما أن المواد المستعملة عند المقلدين للمهنة هي مواد ذاتية التصلب ورديئة الصنع، وتحدث رائحة كريهة للفم تجعل من هم قريبين من ذلك الشخص الذي يحمل تركيبات كهذه ينفرون منه، وهي مواد قد تكون مسرطنة تجني الضرر الكبير على المريض الذي يرجو الفائدة البسيطة

وقد يلجأ المريض الى نصائح بعض الاشخاص الذين ألمتهم اسنانهم وسكن الألم لديهم، فمن الممارسات التي وردت من عينه البحث المضمضة بالشّبة، حيث نصح بها بعض الاشخاص وفقدوا اسنانهم بعد سنوات وفي عمر مبكر.

كما مورس خلع الأسنان بواسطة ربطها بالخيط وربط الطرف الاخر بالباب ومن ثم اغلاق الباب بسرعة فيخرج السن وما جاوره من عظم الفك والجهاز الداعم، كما مورس ربط الطرف الآخر في جذع شجرة ومن ثم سقوط المريض فيخرج السن وما جاوره من الجهاز الداعم، كذلك تعرض الكثير من المرضى الى النزيف وربما الموت، وكان يوضع الملح في الجرح لقطع النزيف وتعقيم الجرح، كما استعمل الزيت، كما استعملت الشبه والرماد لنفس الغاية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ومن الادوات التي استعملت في طب الأسنان التي ذكرها أفراد العينه ممن مارسوا هذه المهنة السكين الحاد، والذي كانوا يفصلون بها اللثة عن السن قبل خلعه، وكذلك المسلة التي كانوا يستخدمونها لإجراء عمليه فتح الخراج السني والكلابه (الكماشة)، وهي آلة حادة يخلع بها كافة الأسنان، وحزام تكشط منه بودره لوضها في الجرح لقطع النزيف، كما أنه كان هنالك مساعدون للشخص المعالج حيث يثبتون المريض لغاية خلع السن، حيث لم تستعمل المواد المخدرة في ذلك الوقت، أما طريقة فتح الخراجات السنية فقد كانت تسخن المسلة حتى تحمر ويكوى بها الخراج من الخارج أي على جلد الوجه فيحدث تشوهات أبدية في الوجه.

وفي حال وجود خراج غير ناضج أفاد بعض أفراد العينه بأنهم كانوا يسخنون الفخار ويضعونه على المكان الملتهب حتى ينضج الخراج، ومن ثم يتم فتحه وهذه طريقة سليمة من وجهة نظر الباحث حيث تؤدي إلى نضوج الخراج السني.

وقد تسنى للباحث زيارة أحد المقلدين للمهنة، حيث سمع عنه الكثير من أنه ينظف الأسنان من التسوس بأبسط الطرق وعند الاطلاع على ما يجريه، جلب القليل من بذور البصل والشمع وأحرقه ثم وضعه في الماء المغلي وصنع منه تبخيره لفم المريض ويقول له هذا السوس سقط في الابريق، وعندما فحص الباحث هذا الذي يقولون عنه أنه تسوس تبين أنه عباره عن لفائف من شمع النحل ورأسها الاسود عبارة عن بذور البصل المحروق، واستطاع الباحث اقناع المقلد بأن اسباب التسوس لا تكون ديدان بل هي جراثيم لا ترى بالعين المجرده.

وفي زيارة اخرى لمقلد للمهنه، دخل الباحث عيادته على أنه مريض يشكو من ألم سنه حتى يتسنى له الاطلاع التام دون أي تغيير للحقيقة، فوجد أنه لا يوجد هنالك ادنى مراعاة لشروط الصحة فالمرضى يبصقون في وعاء حديدي "تنكه سمنه صغيره فارغة" ولا تعقم الادوات، ويطعّم أكثر من مريض بنفس الابره.

ولا يوجد هنالك جهاز، بل هنالك (ماتور) لقص السن وحفره دون تبريد، وتصنع

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الأطقم والأسنان بواسطة الاكريل البارد، ولا يوجد مراعاة لارتفاع العضة التي قد تفسد على المريض صحة الفم والمفصل الصدغي.

ومن الممارسات الطبية الخاطئة التي ما زالت تمارس تنظيف الأسنان بقطع الفحم النباتي والملح المطحون، وهذا ما تبين لدى بعض أفراد العينه الذين يعانون من اصفرار الأسنان، كما ان هنالك بعض الافراد ما زال يكوي السن عند الألم، وقد حدث ان احترقت اللثة واللسان من جراء ذلك تاركا مضاعفات كبيرة وخطيرة في فمه.

كما أنه وجد من يحاول تبييض أسنانه ببعض المواد الكيماوية مثل الفلاش وماء البطاريات السائل H2So4 أو H2NO3 مما يحدث تهشم طبقة الميناء لديهم وفقدان اسنانهم بسرعة حيث تبيض الأسنان لعدة أيام ثم تطلى بطبقة تميل الى البني بعد وقت قصير ثم تتهشم الأسنان وتتكسر.

وقد وجد الباحث ان هنالك بعض الافراد ما زال يستخدم العلاجات المصروفه لغيرهم من المراكز الصحية مما يسبب لديهم بعض المضاعفات، كما تبين له ان (٤٥٪) من أفراد العينه يذهبون الى الطبيب فوراً عند حدوث الم الأسنان سواء كان في اوقات الدوام الرسمي أو خلال العيد والعطل، أما (٣٠٪) من أفراد العينه فقد أفادوا بأنه إذا حدث الألم لديهم اثناء الليل أو في أيام العطل فانهم يقومون بأخذ أي مسكن للالم ومضاد حيوي اذا توفر، أو الكحول وزيت القرنفل لحين حلول اوقات الدوام، ومن الغريب ان (١٠٪) من هؤلاء الناس يضعون حبة المسكن على مكان الألم بدلاً من ابتلاعها، وهذا يحدث التهات لثوي والتهاب في عضلات الخد الداخلية ناتجة عن الاحتكاك والتأثير الفيزيائي والكيميائى للأدوية، ويقلل من نسبة نجاح عملية تشخيص الطبيب للحالة المرضية، أما (٢٥٪) من أفراد العينه فقد أفادوا بأنهم ينتظرون ريثما يحين الوقت المناسب للذهاب الى الطبيب آخذين بعين الاعتبار التكلفة المادية وعدم ازعاج الاخرين.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وقد أفاد (٥٪) من أفراد هذه العينه بأنهم يلجأون الى استعمال العلاجات الشعبية والأعشاب التي تسكن الألم، ومنها الثوم والحميماء وماء الزعتر وماء ورق الزيتون المغلي والصفصاف، بينما أفاد (٥٪) من هذه العينه بان الألم قد أصابهم أكثر من مرة، وأنهم في كل مره من المساء حتى الصباح كانوا يتناولون أكثر من عشر حبات مسكنة (ريفانين، دولومول، اسكربتين، .... الخ)، وان حوالي (٥٪) من نفس العينه مستعدون لأخذ أي علاج عندهم في البيت حتى وإن لم يكن لآلام الأسنان، أو مستعدون لأخذ علاجات من الجيران، وإن كانت هذه الادوية موصوفة لغيرهم.

أما عن معاناة بعض أفراد العينه بلجوئهم الى المقلدين للمنهة فوجد أن حوالي ٥٠٪ من الذين يملكون تركيبات كهذه يعانون من رائحة كريهة، وأنهم قد أزالوها بعد وقت قصير من تركيبها.

وأن حوالي ٢٥٪ من هذه المجموعة حولوا الى اخصائي الأنف والأذن والحنجرة أو الى الطبيب الباطني أو اخصائي الصدرية لعدم معرفتهم سبب هذه الرائحة، وإن (٣٠٪) من هؤلاء الاشخاص عانوا من التهابات حادة في الجهاز الداعم وان (١٠٪) عانوا من خلل في المفصل الصدغي.

أما الباقون وهم يمثلون (١٠٪) من المجموعة فهم لا يشكون من هذه التركيبات وكانت في المعظم تركيبات ثابته صنع الكثير منها من الذهب الخالص.

أما الذين خلعوا اسنانهم لدى هؤلاء الاشخاص فمنهم من كان يعاني من مرض السكري، وقد حدث نزيف لديه بعد الخلع حوِّل على إثره الى المستشفى.

وسيده واحدة كاد أن يقطع لسانها من آلة قص الأسنان، ورجلان كانا يعانيان من ارتفاع ضغط الدم اصيبا بغيبوبة بعد اخذ مادة المخدر دخلا المستشفى على اثرها.

ويدعى أفراد العينه الذين لجأوا الى المقلدين للمهنه بأن لديهم مبرراتهم، وقد تبين من خلال هذه الدراسة ان (٥٠٪) من هؤلاء الاشخاص كانوا يلجأون الى المقلدين

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

لأسباب مادية، حيث أن طبيب الأسنان يتقاضى في حالة التركيبات الثابته والمتحركة مبالغ مالية كبيرة، ولذلك تحول الأحوال الاقتصادية المتواضعة من المشاركة الفعالة والاستفادة من الطب الحديث، فالمجتمع الذي يملك الامكانات الاقتصادية التي تؤهله للمشاركة الاجتماعية والاقتصادية يختلف عن المجتمع ذي الامكانات المحدودة، وبالتالي يكون الاخير محروما من تحسين ظروفه وتحقيق القدر الكافي من الرفاهية.

إن قدرة الإنسان المادية تجعلة يلجأ الى أشهر الاطباء والى أفضل طرق وأنواع العلاج سواء داخل المجتمع أو خارجة، وكثيرا من الذين لديهم تأمين صحي أو يعملون في احدى المؤسسات ذات الاقتصاد العالي، وكذلك الذين يملكون الامكانات المادية العالية يعالجون أنفسهم في الدول المتقدمة، أما الذين يلفهم الفقر فقد يكون من العسير عليهم الوصول الى طبيب محلي، فمنذ زمن الاغريق كان الطبيب ومساعدوه يقيمون مركزاً طبيا يستضيفون المرضى في بيوتهم، ويقوم على خدمتهم المساعدون والعبيد، أما الاغنياء فقد كانوا يدعون الطبيب لمعالجتهم في بيتوهم الخاصة. (حداد ١٩٨٧: ٤٥).

لذلك يؤكد قش (Gish 1990) ومنظمة الصحة العالمية (١٩٧٨) بأنه لا بد من أن تكون تكلفة العلاج والمعالجة بسيطة ليتمكن كل فرد مهما كانت قدرته المالية من دفعها، وبالتالي يقبل الناس على الاستفادة من النظام الصحي الرسمي أو الخاص في المجتمع، ففي المجتمعات التي لا تتناسب فيها التكلفة العلاجية مع الدخول الفردية يبحث أفرادها عن بدائل للطب الرسمي(في عجلوني ١٩٩٣: ٣٧-٣٨).

أمّا القسم الثاني ويشكل (٢٥٪) من أفراد العينة الذين لجأوا إلى المقلدين للمهنة فقد أدعوا أنه من باب التجربة ،حيث أن معظم المقلدين للمهنة يطرقون الأبواب وينجزون أعمالهم بسرعة وتكون التكلفة بسيطة، فإن نجحت هذه التركيبة كان به وإن لم تنجح فإن المريض لم يخسر الشيء الكثير، كما أجاب البعض بأن المقلدين

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

للمهنة هم من مستواهم الثقافي والاجتماعي، ولا يعاملونهم بقسوة كما يعامل الأطباء مرضاهم، وإن كان الطلب مقبولاً أو خطأ يعمل الممارس ما تريده منه ويتبع ذلك ببسمة ولم يحدث أن قال ممارس بأن هذه التركيبة لا يمكن إجراؤها من النوع الثابت أو المتحرك، ولم يصدرعن ممارس القول: وجب عليك خلع هذا السن المتعفن قبل إجراء التركيب" وإن طلب عشرة دنانير وقال له المريض لا أملك سوى خمسة دنانير فإن الممارس يقول سأعملها لك.

لهذا من الواجب على العاملين في القطاع الطبي التفهم بأن الناس يلجأون إلى الذين "من ثوبهم" كما يقولون، أي الإنسان المتواضع الذي له نفس العادات والتقاليد والذي يخالطهم ويشاركهم أفراحهم وأحزانهم، ولا يقبلون في الغالب المتعالي عليهم وإن أحوجتهم الضرورة إليه يكون ذلك على مضض.

ويقول بأول (Paul, 1984) "إذا أردت أن تساعد المجتمع في تحسين صحته يتوجب عليك أن تتعلم كيف يفكر الناس قبل أن تطلب من مجموعة منهم أن تتبنى عادات صحية جيدة، ومن الحكمة أن تتم دراسة العادات الموجودة وكيفية ارتباطها ببعض الوظائف التي تؤديها وما تعنيه لممارسيها" (Paul 1984: 233).

وأمّا نسبة (٢٥٪) من الذين لجأوا إلى الطب الشعبي وإلى المقلدين للمهنة فيدعون عدم جدوى قطاع الخدمات الصحية في القطاع العام، وقد يكون كذلك، ولكن بنسبة أقل في القطاع الخاص، حيث أن الأطباء في المراكز الصحية يعتمدون على كتابة العلاجات الروتينية في الغالب، ولا يكون فيها الحل الجذري للألم، وقليلاً ما يمارسون الجراحة في حالات الخراج، أو أعمال سحب العصب، وفي الغالب يحولون إلى القطاع الخاص، فتذكر (م.م.د.) ٣٢ سنة أنها جاءت إلى المركز الصحي لتقلع طاحنتها الملتهبة، فكتب لها طبيب المركز علاج ومراجعته بعد أسبوع، وبعد انتهاء المدة راجعت فلم تجد الطبيب، وبعدها راجعت فكُتب لها علاج، وفي المرة الثالثة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

حولت إلى المستشفى العسكري لقلع نفس الضرس فأعطيت موعد لمدة شهر واستمرت تقاسي من الألم الشديد.

ففي إحدى الدراسات التي أجراها (قبعين وآخرون ١٩٨٨) شملت قطاع الرعاية الصحية في الأردن، تبين أن (٢١٪) من السكان لم يتقبلوا هذه الخدمات، لأنهم فقدوا الثقة في القطاع الصحي كذلك طول مدة الانتظار، والعلاج الروتيني الذي يصرف لهم، وإن نسبة الأمهات اللواتي يراجعن مراكز الأمومة والطفولة (٦٠٪) فقط، وأن (٢٢٪) من المرضى يلجأون إلى المستشفى العسكري أو القطاع الخاص لحصولهم على تأمينات صحية هناك، كذلك فقد أوضحت الدراسة بأن العاملين في القطاع الصحي يسيئون معاملة المراجعين، وفي كثير من الأحيان يقوم عامل التمريض بصرف العلاج لعدم وجود الطبيب أو عدم وجود موظف الصيدلية (عجلوني ١٩٩٣: ٤٧-٩٤٨).

ومن الأخطاء الشائعة لدى الناس ومنهم عينة البحث أن المراجعين الذين يعانون من أمراض باطنية مثل (السكري، ضغط الدم) لا يستطيعون معالجة أسنانهم فيزداد الوضع الصحي السني والفموي لدى هؤلاء المرضى سوءً، مع العلم بأنهم أمس الفئات حاجة للرعاية الصحية الفموية، فالمرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب الأخرى يتوقعون حتفهم عند إجراء أي عمل سني، وقد لاحظ الباحث لدى عينة البحث أن الكثيرين من مرضى السكري يتهربون من قلع الأضراس المتخلخلة، وازالة القلح، مؤكدين للباحث بأن النزيف سوف لا ينقطع عندهم إذا قاموا بذلك، كذلك لوحظ لدى عينة البحث تهرب المرأة الحامل من إجراء المعالجات الفموية والسنية، وإن استطاع الطبيب اقناعها بإجراء الأعمال الطبية لأنها بحاجة ماسة إليها منعها ذووها بإدعائهم أنها سوف تجهض لو قامت بذلك، وإن (٦٠٪) من النساء الحوامل من عينة البحث تهربن من إجراءات المعالجة السنية.

علماً بأن الباحث يؤكد من خلال خبرته وحضور المحاضرات الطبية لمن سبقوه من الأطباء أن إعطاء العلاجات للأم الحامل يضر بصحتها أكثر من إجراء العمليات

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

السنية، وإن مدى تأثير الإجراءات الطبية الفموية على صحة الأم والجنين تكون شبه معدومة بل في اجرائها فوائد لصالح الجنين والأم، فالأم التي لا تنام الليل من الألم ولا تستطيع مضغ الطعام، وتكون مضطربة في الليل والنهار متحملة أقسى أنواع الألم أقرب بكثير إلى الضرر بصحتها وصحة جنينها من الأم التي تعالج وتهنأ بنوم الليل وتتغذى، والأم التي تعالج نفسها وتتناول القليل من الدواء بعد إجراء العمل الطبي لها، أقرب إلى السلامة من أمٍ حامل تتهرب من إجراء العلاج الطبي لها وتتناول المسكنات، والمضادات الحيوية طوال فترة الحمل.

وقد أفاد (٣٥٪) من أفراد العينة بأن عدد من الأطباء يحجمون عن معالجة آلام الأسنان عند الأطفال معالجة فاعلة، ويمكن أن تكون الأسباب عدم هدوء الأطفال ولجوء البعض منهم إلى البكاء أو العنف، فيلجأ بعض الأطباء إلى كتابة الأدوية في كثير من الأحيان فيزول الألم أو لا يزول وإن زال فإنه يعاود الطفل بعد أيام.

ومن الجدير بالذكر أن الباحث لاحظ في الدول المتقدمة ربط العلاقة بين الأسنان والحمل وأن الحوامل يراجعن أطباء النسائية والأسنان يراجعنهم الأمهات الحوامل على قدم المساواة أما أن أطباء النسائية والأسنان والقطاع الصحي بشكل عام بما فيه مراكز الأمومة والطفولة في الأردن لا يكتبون علاجات خاصة بتقوية الأسنان أثناء فترة الحمل، مدعين أن الحمل ليس له علاقة بالأسنان.

ومن المؤكد طبياً وعملياً ومن خلال اطلاع الباحث، عندما كان طالبًا من محاضرات الأطباء الأساتذة أن الكلس إذا نقص في جسم الجنين فإنه سيسحب الكلس من دم الأم، ونقصان نسبة الكلس والأملاح في الدم تعوض عن طريق سحبها من العظام، إذا لم تكن هنالك تغذية كافية أو أدوية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الثالث

أمراض الأسنان

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الثالث

نخر الاسنان (Dental carries)

يُعرف نخر الأسنان (التسوس) على أنه هلاك الأنسجة الصلبة من جسم السن (الميناء والعاج والملاط) تحت تأثير العوامل الكيميائية والبيولوجية، فنتيجة لهلاك أنسجة الأسنان الصلبة يحدث خلل في التاج السني، وهذا الخلل يسمى النخر السني (Shklar 89:22) .

أما أسباب النخر السني فيمكن تصنيفها إلى مباشرة وغير مباشرة. أما الأسباب المباشرة فهي في الغالب جراثيم مختلفة، تؤثر بطرق مختلفة ومن أهم هذه الجراثيم العصيات الحمضية والعصيات المغزلية والمكورات العقدية والمكورات العنقودية، بالإضافة إلى الفطريات الشعاعية والفطريات البيضاء.

وهذه الجراثيم بواسطة إفرازاتها السامة وبمساعدة الإنزيمات تحلل الكربوهيدرات مكونة الحوامض، وعملية تحليل الكربوهيدرات تتم في الطبقات اللينة، التي تكون الجراثيم مستوطنة فيها، وتقع على تلك السطوح التي لا تنظف فيزيولوجياً وعلى تيجان الأسنان التي غالبا ما تحتفظ ببقايا الطعام والخلايا الهالكة والساقطة من سطوح الشفاه الداخلية واللثة والبكتيريا المستوطنة في فتحة الفم (Morrey 1970: 122-1214).

وتحت اسم الكربوهيدرات تقع النشويات النباتية والحيوانية التي تدخل مع الطعام فتحة الفم، ومن هناك نجدها على الأسنان على شكل طبقات، وتصبح مركز هجوم للأنزيمات المختصة بالهضم والتحليل، كما يؤدي وجود الكربوهيدرات في بعض الطبقات إلى تأثير السموم المفروزه من الجراثيم والفطريات. والتي تحللها الى الهكسوز واحادي وثنائي السكروز، ومنها الى الأحماض الأمينية، وإنتاج حوامض كهذه في بعض الطبقات في بعض الأحيان تُعادل بامتصاص اللعاب، ولكن مع هذا

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

يبقى في وسط الطبقات حامض غير متعادل، وفي اللحظة المناسبة يمكن أن يحدث تحليل أملاح ومكونات التاج السني ليعادل حموضتة ،وبما أنه على سطح الميناء وتحت الطبقة اللينه (اللويحات) تقع طبقة رقيقة وشفافة تدعى غشاء السن الذي يتركب من المواد العضوية، وهو عبارة عن غلاف حافظ لطبقة الميناء حتى لا تؤثر الحوامض على المواد العضوية وغير العضوية فيه، وإن تمزيق هذا الغشاء بواسطة الحوامض والسموم البكتيرية التي هي سموم بروتينية تبدأ بتحليل الميناء. ومن الصعب القول أي التحاليل تبدأ المواد العضوية ام غير العضوية؟ الا أنه من المحتمل أن الاثنتين تبدأن معاً، حيث السموم البروتينية التي تفرزها البكتيريا والتي يدخل ضمنها السلفات المكونه من الكراتين وتنتج حامض الكبريتيك، وهذا الحامض مع أملاح البوتاسيوم ينتج فوسفات الكالسيوم سهل الذوبان.

وتعد هذه النظرية (نظرية ميلر Miller ١٨٥٣) اكبر النظريات المقبولة للتعريف في نشوء نخر الأسنان، حيث أعلن ميلر في عام ١٨٩٠ النظرية البكتيرية في عمله الذي دعاه الميكروبات في فم الانسان" (Cvetkovič 1985-21) .

وهنالك الكثير من النظريات مثل نظرية جاتز ومارتن (Schats & Martin) التي تركز كثيراً على تحليل المواد العضوية لنشوء النخر السني في الولايات المتحدة الامريكية ١٩٥٤ وتسمى النظرية الكيميائية المذيبة للبروتين.

كما أن هنالك نظرية الأسباب الداخلية والخارجية للباحث تشيدومير (Čedomir) في تطور النخر السني عام ١٩٦٩ في سلوفينيا، ففي التأثيرات الخارجية يقوم أنتجين البكتيريا بإتلاف اللب السني، وتصبح الفرصة مهيئة للتأثيرات الداخلية لتحليل الأنسجة الصلبة في السن. وقد أثبت هذا الباحث أن أنتجين البكتيريا موجود في طبقات الميناء، ومنها ينفذ إلى طبقات العاج ثم الى اللب السني حيث تقوم الخلايا الشبكية في اللب السني بإنتاج الأجسام المضادة، والتي تستطيع أن

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

تدافع عن اللب السني إلى حد معين، يمتد مادام بإستطاعة اللب إنتاج المزيد من هذه الأجسام المضادة، والتي يتم من خلالها إبطاء عملية النخر السني.

وعندما يصبح اللب السني عاجزاً عن إنتاج القدر الكافي من الأجسام المضادة للأنتيجين البكتيري، تبدأ الأنسجة السنية الصلبة بالتحلل نتيجة التقلص في دورة السوائل الغذائية في هذه الأنسجة الصلبة.

وفي النهاية ومع تعدد النظريات إلا أن جميع الباحثين يؤكدون أن هنالك عوامل مساعدة لنشوء النخر السني، وهي غير مباشرة، إلا أنها فاعلة مثل وضع السن ودرجة ميلانه، واللعاب ودرجة لزوجته وكمية إفرازه، والتغذية ونوعيتها ودرجة تصلبها، وحجم اللويحات الجرثومية على سطح الأسنان، وافرازات الغدد الصماء وصلاحيتها، والعوامل المناخية (Cvetkovič, 1985 24-28).

تخدش الاسنان (Dental Erosion)

تخدش الاسنان عبارة عن خلل في الأنسجة الصلبة من جسم السن الذي يتكون من الميناء والعاج والملاط السني، ويتكون نتيجة التأثير الكميائي والميكانيكي في أماكن محدده. وتتمركز هذه الخدوش في الغالب على السطوح الشفية والشدقية وتكون على الثلث اللثوي للتاج السني. وتكون بشكل خدش مسطح (Erosion planus)، وحتى هذا اليوم فإن هناك إهتماماً بسيطاً في أسباب تخدش الأسنان. مجموعة من الباحثين أمثال فنست (Venset)، وبورتنير (Portner) ، بونت (Pont) وغيرهم كتبوا في تكوين الخدوش السنية، ويعزون السبب الى فشلٍ في عمل الغدة فوق الكلوية، وخلل في عمل الغدد جارات الدرقية، وبعض الغدد الأخرى كالبنكرياس والكبد، كما يعزون السبب الى أمراض المعدة المعقدة التي تؤثر على تحليل الأملاح من الأسنان كحموضة المعده، وهذه الأسباب تهيئ الأسنان للعمل الميكانيكي الذي يزيل السطح الذي تم فيه تحليل الأملاح (درويش ١٩٨٨/١٩٨٩: ٣٧٣-٣٧٥) .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المجموعة الثانية من الباحثين أمثال روي (Roy)، ومولر (Muller)، وجولدمان (Goldman) يدعون أن السبب الوحيد يكون موضعياً، وهذا في الغالب ميكانيكي كيميائي، وأن الضغط الميكانيكي وتأثير أوساط لها قوة تأثير محددة تعمل على احداث هذا الخدش.

المجموعة الثالثة مثل هولست (Holst)، ولينج (lange) ١٩٣٩، وبرنبوج (prinborg) ١٩٧٠، وهودن (Howden) ١٩٧١ يقولون : "إن عصارة المعدة تؤدي الى حدوث الخدوش السنية في الغالب، حيث أنه مع وصول عصارة المعدة الى فتحة الفم، وخاصة في حالة القرحة والحموضة المعدية فإن هذه الحموضة تؤثر على سطوح الأسنان بعد وصولها اليها وخاصة الأسنان العلوية الأمامية (Cvetkovič 1985/ 211-216) .

هناك مجموعة من الباحثين يختلفون بالرأي مع المجموعات الثلاث السالفة الذكر أمثال بيتروفيتش (Petrovič) الذي أكد بعد سنوات من البحث والملاحظة أن السبب لحدوث الخدوش هو تحليل الأملاح في الطبقات الصلبة للأسنان، ويمكن أن يكون ناتجاً عن عصارة اللثة التي تفرزها خلاياها حيث تحدث الخدوش السنية في الجهة الخارجية اللثوية في الأسنان ما بين النابين والقواطع الأربعة العلوية، ويمكن أن يمتد الى الضواحك العلوية، كذلك الأنياب السفلية، وهذه الأماكن في الغالب يكون تأثير اللعاب خفيفاً فيها في تعديل حموضة افرازات اللثة وعصارة المعدة حتى أن اللسان نادراً ما يصلها ليمسحها او يغسلها، ولهذا لا تظهر الخدوش في السطوح اللسانية وعلى السطوح الخارجية للقواطع الأربعة السفلية والتي تكون عندها نسبة اللعاب مثالية، والتي تحدث تعادل في حموضة افرازات اللثة وحموضة المعدة. ومن المهم قوله هنا إن هذه الحموضة لا تظهر عند جميع المرضى ولكن فقط عند أولئك الذين لديهم فشل في عمل الغدد الصماء، والتي تقود إلى ظاهرة تحليل المكونات السنية. ومهما كانت الاسباب والاحتمالات في ظاهرة خدوش الأسنان، فإنه لغاية الآن لم يثبت ذلك علمياً وسريرياً، وما لم يثبت تبقى أسباب تخدش الأسنان غير واضحة (Shkalar & Carthy 89: 17-27).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

تآكل الاسنان

تآكل الاسنان عبارة عن خلل في أجزاء الاسنان الصلبة ناتج عن احتكاك الاسنان بالاسنان المضادة في عملية مضغ الطعام او عن احتكاك الاسنان ببعضها البعض نتيجة استعمال الاسنان كآلات، ويمكن أن يكون عن حالات عصبية لا ارادية وبهذا يمكن تقسيم تآكل الاسنان حسب الاسباب الى قسمين:

١- التآكل الناتج عن العمليات الفيزيولويجة ويكون التآكل هنا افقياً وعمودياً.

٢- التآكل الناتج عن حالات مرضية وقد تكون اسبابه داخلية او خارجية.

التآكل الفيزيولوجي:

اما تآكل الاسنان الفيزيولوجي فهو عملية استهلاك الطبقات الصلبة من جسم السن والتي تنتج عن الاحتكاك بالاسنان المضاده في عملية قضم ومضغ الطعام، حيث ينتج عن ذلك الاحتكاك الميكانيكي (المتضاده) ويكون التآكل عمودياً في الاسنان الأمامية، ويسمى التآكل العمودي الفيزيولوجي، وينتج ذلك نتيجة للتحرك الافقي للأسنان الامامية باتجاه الامام والخلف (شفي وفموي)، وكذلك يمكن أن يحدث نتيجة ميلان بعض الاسنان فتنتج نقاط تماس تجبر الفكين مع الأسنان على الحركة الامامية الخلفية مولده تآكل الاسنان العمودي في نقاط التماس.

التآكل المرضي:

وهو التآكل الذي ينتج عنه هريان الطبقات الصلبة من الأسنان في ظروف وأسباب غير طبيعية، فقد يكون ناتجاً عن التعويضات السنية الاصطناعية المصنوعة من المعادن الصلبة، وكذلك التركيبات التي يكون فيها التماس في نقاط محدده فقط ولا يكون الإطباق فيها جيداً وتاماً ويسمى هذا التآكل بالهريان ذي المؤثرات الخارجية.

اما الهريان ذو الاسباب الداخلية فهو قليل جداً، ويتوقع حدوثه نتيجة نقص ترسيب الأملاح والمعادن في الاسنان، وفي هذه الحالة يلاحظ ان الاسنان لينه وتتآكل

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

بسرعة وتتكسر حتى تصل الى مستوى اللثة، ويفتح اللب السني بسرعة حيث لا تتمكن الخلايا النيابية من صنع العاج الثنائي تعويضاً عن العاج المفقود.

ومن الاسباب الداخلية التي تؤدي الى تآكل الاسنان حالة عطب الغدة فوق الكلوية والغدد الصماء.

ومعالجة تآكل الاسنان قد تكون سهلة في حالة المؤثرات الخارجية، بازالة التركيبات المخطوءة، اما الأسنان التي تم تآكلها فانه يوضع عليها تيجان اصطناعية أو حشوات فضية أو خزفية حسب الحاجة.

وهنالك تآكل ناتج عن العادات والتقاليد مثل الاخذ بالمثل الشعبي القائل "ان لم تأكل عظماً مع اللحم فلا لحماً أكلت ولا عظماً"، فكثير من أفراد العينه يؤمن بأن هنالك فائدة في أكل العظام اللينة، وقد وجد الباحث عند الكثيرين من افراد العينة الذين حدث لهم تآكل للاسنان بأن هذا التآكل ناتج عن تناول الليمون بكثرة وتكسير البقوليات غير المطهوة .(Cvetkovič 1985: 5-26) .

ويعرف الدكتور النجار التآكل على انه فقدان تدريجي للمادة الصلبة في الاسنان نتيجة الاحتكاك في حالة مضغ الطعام وبخاصة عندما يحتوي الطعام على مواد رملية او تتطفل عليه هذه المواد من الخارج، وقد قسم فيشر (Fisher) ومساعده التآكل الى خمسة انواع هي:

١- النتوءات متآكلة لدرجة ان يكون السطح املس والتجويف الذي بين النتوءات قد اختفى.
٢- الميناء متآكل ويظهر تحته العاج السني.
٣- اللب السني مكشوف نتيجة تعري ما فوقه من طبقة الميناء والعاج.
٤- تآكل السن بما فيه التاج واللب حتى الجذر ليصبح في مستوى اللثه المحيطة.
٥- النتوءات متآكلة ولكن العاج تحتها سليم (النجار ١٩٨٩: ٧٢-٧٣) .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ويؤكد الباحث من خلال ممارسته لطب الاسنان واطلاعه، أن لصرير الاسنان علاقة في تآكلها وازالة النتوءات، كما ان لنوع الغذاء ودرجة ليونته علاقة وثيقة في درجة تآكل الاسنان وكذلك استعمال الاسنان كآلات.

صرير الاسنان

ان الأعراض الظاهرة والمخفية لصرير الأسنان ليست واضحة في أغلب الاحيان واغلبية الذين يعانون من هذه العادة المرضية لا يكونون واعين لهذه العادة وعملها، وفي كثير من الحالات تبرز هذه العادة من اللاوعي، وبعد ان يكون المريض قد عرف امكانية وجودها عند ذلك يصبح المريض واعياً للحالة، الا انه من المعروف ان البشر في حالة الوعي يكزون اسنانهم من فترة لأخرى عندما يكونون في حالة من التوتراو الغضب.

الا ان صرير الاسنان يؤثر مباشرة على تاج السن فيتآكل فتصبح طبقة الميناء لا وجود لهما وتصبح الاسنان حساسة على الساخن والبارد، ولا يصبح وجود للحدبات السنية مما يبطئ عملية طحن الطعام ويحدث خللا بها، كما انه يؤثر على الانسجة الداعمة فيهلكها او يمزقها حسب شدة الصرير، ويتحول الامر الى أمراض الجهاز الداعم بالاضافة الى تآكل الاسنان.

كما أن اللب السني يصبح مكشوفاً او قريباً من السطح بعد التآكل، ويصبح عرضه لغزو الجراثيم والتعفن وتنشأ الخراجات السنية، كما أن الاجهزة العصبية للجهاز الماضغ يصيبها الاعياء. وقد يترافق صرير الاسنان مع عض الغشاء الفموي او اللسان او الشفاه. مما يسبب رض هذا الغشاء ونزفه وورمه، ويمكن مشاهدة انسحال الأسنان الناتج عن صريرها في القواطع والضواحك العلوية، وكما يمكن أن تشاهد في مختلف الاسنان، كما تصبح هنالك حركة غير طبيعية في المفصل الصدغي، ومعظم المرضى الذين يعانون من الصرير يستيقضون وهم يشكون من الشعور بالتعب في مستوى الفكين او عدم امكانية تحريك الفك.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ان الابحاث تكشف ان النسبة المئوية للاصابة بصرير الأسنان ترتفع عند المرضى المصابين بأمراض النسج الداعمه، فقد لاحظ بند قاند (Bund Gand) ان صرير الاسنان سُجل عند ٨٨٪ من أصل (٤٩٦) تم فحصهم حسب طرقه الخاصة. وهناك دراسات تفيد أن صرير الاسنان يتبدل من (٢٠-٨٠٪) وتختلف حسب طرق الفحص، وأن ٨٪ فقط من هذه العينات كان لديها صرير الاسنان مسموعاً (درويش ٨٨/٨٩: ٦٦٩-٦٩٠).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الرابع

تحليل نتائج الدراسة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الرابع

تحليل نتائج الدراسة

بعد تحليل البيانات المتعلقة بهذه الدراسة (جدول رقم (١) فقد تبين أن متوسط الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة (٧ . ٠٦)، أما متوسط أعداد الأسنان المنخورة فقد بلغ (٣ . ١٠٩)، ومتوسط أعداد الأسنان المفقودة (٤ . ٧١٢)، ومتوسط أعداد الأسنان المحشوة (٣ . ٣٣٨). وقد كانت أعداد السطوح المحشوة والمفقودة والمنخورة (٢٦ . ٥٣٢) (انظر جدول رقم ١) .

جدول رقم (١)

يوضح حالة صحة ونظافة الأسنان لدى أفراد العينة والبالغ عددهم (٥١٠) فرداً بالغين.

الحالة المرضية	المتوسط
متوسط حالة نظافة الأسنان	١,١٧٢
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة	٧,٠٦
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٣,١٠٩
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٤,٧١٢
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٣٣٨
متوسط أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٢٦,٥٣٢

وعند تقييم حالة اللثة لأفراد العينة (جدول رقم ٢) أخذ بعين الإعتبار اعلى درجات الإصابة، وتبين أن الأفراد الذين يتمتعون بلثة سليمة كان عددهم (١٣٨) ويشكلون نسبة مئوية (٢٧ . ٥٨٪) أما الأفراد الذين لديهم لثة نازفة فعددهم (١٢٤) فرداً ويشكلون ما نسبته (٢٤ . ٣١٤٪)، وكانت هنالك (١٦٥) لثة تعاني من ترسبات كلسية بنسبة (٣٢ . ٣٥٣٪)، وهنالك (٥٨) لثة تعاني من جيوب لثوية ضحلة بنسبة (١١ . ٣٧٢٪) وكانت هنالك (٢٥) لثة تعاني من جيوب لثوية عميقة أكثر من ٦ ملم بنسبة مئوية (٤ . ٩٠٢٪). (أنظر جدول رقم ٢)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (٢)

يبين الحالة الصحية للثة أفراد العينة

الحالة اللثوية	العدد	النسبة المئوية
لثة جيدة وسليمة	١٣٨	٪٢٧,٠٥٨
لثة تعاني من نزيف عند القياس	١٢٤	٪٢٤,٣١٤
لثة تعاني من ترسبات كلسية	١٦٥	٪٣٢,٣٥٣
لثة تعاني من جيوب لثوية ضحلة	٥٨	٪١١,٣٧٢
لثة تعاني من جيوب لثوية عميقة ٦ملم	٢٥	٪٤,٩٠٢

حسب الجنس

من خلال الجدول رقم (٣) وجد أن هنالك فارقاً في حالة نظافة الفم والأسنان بين الذكور والاناث، فقد بلغ المتوسط لدى الذكور (١,٤٣)، بينما بلغ عند الإناث (١,٠٧)، أي أن الإناث في هذه العينة يتمتعن بصحة فم أفضل من الرجال. وتبين أن متوسط أعداد الأسنان المحشوة والمنخورة والمفقودة مرتفع عند الذكور والاناث، وقد ارتفع قليلاً عند الإناث عما هو عليه عند الذكور حيث بلغ (١٢,٨٢) لدى الذكور مقابل (١٣,٣٠) عند الإناث، أي بفارق (٠,٤٨). وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن هنالك ارتفاعاً بمتوسط أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة عند الإناث عما هو عليه عند الذكور، اذ بلغ الفارق (٣,٢٧) لصالح الذكور (أنظر جدول رقم ٣)

جدول رقم (٣)

حالة صحة ونظافة اللثة والاسنان لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً بالغاً مقسمين حسب الجنس.

الحالة	ذكور	إناث
متوسط حالة نظافة الأسنان	١,٤٣	١,٠٧
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة	١٢,٨٢	١٣,٣٠
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٢٨	٣,٨٥
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٥,٢٢	٥,٩٣
متوسط مجموع السطوح المنخورة	٣,٣٢	٣,٥٢
متوسط مجموع السطوح المفقودة	٢٢,٥٤	٢٦,٣٨
متوسط مجموع السطوح المحشوة	٤,٦٣	٤,٩٧

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أما فيما يتعلق بحالة اللثة فهي أفضل عند الإناث عما هي عليه عند الذكور وقد كانت نسبة اللثة السليمة عند الذكور (٤ . ٢٤٪) مقابل (٢ . ٣٢٪) عند الإناث ونسبة اللثث النازفة عند الذكور كانت تساوي (٤ . ٢٢٤٪) مقابل (١ . ٢٤٪) عند الإناث وكانت نسبة اللثث التي تعاني من ترسبات كلسية عند الرجال (٢ . ٣٤٪) مقابل (٨ . ٢٨٪) عند الإناث، ونسبة الجيوب الضحلة عند الرجال (١٢٪) مقابل (٣ . ١٠٪) عند الإناث، أما نسبة الجيوب اللثوية العميقة فقد كانت عند الرجال (٥٪) مقابل (٦ . ٤٪) عند الإناث(أنظر جدول رقم ٤ أ).

جدول رقم (٤أ)

يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة مقسمين حسب الجنس

الحالة	عدد الحالات لدى الذكور	النسبة المئوية	عدد الحالات لدى الاناث	النسبة المئوية
لثة سليمة	٨٢	٪٢٤,٤	٥٦	٪٣٢,٢
نزيف عند القياس	٨٢	٪٢٤,٤	٤٢	٪٢٤,١
ترسبات كلسية	١١٥	٪٣٥,٣٨٤	٥٠	٪٢٨,٨
جيوب لثوية ضحلة	٤٠	٪١٢	١٨	٪١٠,٣
جيوب لثوية عميقة ٦ملم	١٧	٪٥	٨	٪٤,٦

وهناك دليل آخر على اهتمام الإناث بصحة أسنانهن وافواههن، حيث تبين أن نسبة الإناث اللواتي ينظّفن أسنانهن ثلاث مرات فأكثر هي (٨ . ٣٪)، بينما بلغت عند الذكور (٣ . ٠٪)، ونسبة الذين ينظفون أسنانهم مرتين من الرجال (٣ . ١٢٪) مقابل (٢ . ٢٢٪) عند الإناث، ونسبة الذين ينظفون أسنانهم مرة واحدة من الرجال (٦ . ٤٠٪) بينما عند الإناث (٢ . ٤٢٪) أما نسبة الذين لا ينظفون أسنانهم قطعياً فقد بلغت عند الرجال (٨ . ٤٦٪) بينما عند الإناث (٩ . ٣١٪) .(انظر جدول رقم ٤ ب).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (٤ب)

عدد مرات تنظيف الاسنان لدى أفراد العينة البالغ عددهم ٥١٠ فرداً

مقسمين حسب الجنس

عدد مرات التنظيف	عدد الذكور	النسبة	عدد الإناث	النسبة
صفر مرة	١٥٢	٤٦,٨٪	٥٩	٣١,٩٪
مرةواحده	١٣٢	٤٠,٦٪	٧٨	٤٢,٢٪
مرتين	٤٠	١٢,٣٪	٤١	٢٢,٢٪
ثلاث مرات فاكثر	١	٠,٣٪	٧	٣,٨٪

حسب العمر:-

لقد قسم أفراد العينة، كما اسلفت سابقاً عند الحديث عن عينة الدراسة، إلى أربع فئات عمرية هي:دون الـ ٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١-٥٠ سنة، ٥١ سنة فما فوق. ومن خلال النظر إلى جدول رقم (٥) نجد ان متوسط حالة نظافةالأسنان لدى الفئات أفضل في الفئة العمرية الأولى فالثانية فالثالثة فالرابعة، وقد بلغ المتوسط للفئات الاربع على التوالي: (١,٠١)، (١,٢٨)، (١,٦٨)، (١,٧٨).

كما أن متوسط أعداد الأسنان المنخورة كان : (٤,٤١)، (٤,١٠)، (٣,٩٦)، (٣,٣٣) على التوالي، أي أنه كلما قل العمر زاد عدد الأسنان المنخورة.

أما متوسط أعداد الأسنان المفقودة فقد تناسب تناسباً طردياً مع عدد سنوات العمر وقد بلغ على التوالي: (٢,١٩)، (٤,٦٨)، (٩,٧٣)، (١٢,٨٠).

وقد كان متوسط أعداد الأسنان المحشوة على التوالي (٣,٣٥)، (٣,٦٨)، (٣,٥٧)، (١,٨٠).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

في حين بلغ متوسط مجموع السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة، على التوالي (١٩,٨٨)، (٣١,٥٩)، (٥٣,٦٩)، (٥٥,٥٠)، أي أنه تناسب تناسباً طردياً مع العمر (انظر جدول رقم (٥).

جدول رقم (٥)

حالة نظافة وصحة والاسنان لدى أفراد العينة البالغ عددهم ٥١٠ فرداً مقسمين حسب الفئات العمرية.

الحالة	دون الـ ٣٠ سنة	النسبة	٣١-٤٠ سنة	النسبة	٤١-٥٠ سنة	النسبة	٥٠ سنة فما فوق
متوسط حالة نظافة الأسنان	١,٠١		١,٢٨		١,٦٨		١,٧٨
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة	٩,٩٦		١٢,٤٧		١٧,٢٧		١٧,٩٣
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٤١		٤,١٠		٣,٩٦		٣,٣٣
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٣٥		٣,٦٨		٣,٥٧		١,٨٠
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٢,١٩		٤,٦٨		٩,٧٣		١٢,٨٠
متوسط أعداد السطوح المنخورة	٥,٣٣		٥,٢٤		٥,٢٠		٤,١٠
متوسط أعداد السطوح المفقودة	١,١٤		٢١,٢٤		٤٣,٢٠		٤٨,١٨
متوسط أعداد السطوح المحشوه	٤,٤٢		٥,١٢		٥,٢٩		٣,٢٣
متوسط أعداد السطوح المحشوه والمنخورة والمفقودة	١٩,٨٨		٣١,٥٩		٥٣,٦٩		٥٥,٥٠

وبالنظر إلى جدول رقم (٦) يتبين أن الفئة العمرية الأولى والبالغ عدد أفرادها (١٨٤) فرداً لديهم (٧٢) لثة سليمة، ووجد في الفئة الثانية، والبالغ عدد افرادها (١٨٤) فرداً (٤٩) لثة سليمة، أما في الفئة الثالثة والبالغ عدد افرادها (١٠٥) أفراد وجد أن هنالك (١٤) لثة سليمه، في حين كان هنالك (٣) لثث سليمة في الفئة الرابعة والبالغ عدد افرادها (٤٠) فرداً.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أما أعداد اللثة النازفة فقد كان على التوالي لنفس لفئات العمرية: (٣٣)، (٢٨)، (٩)، (٣).

وبالنسبة لأعداد الجيوب اللثوية من ٤-٥ ملم فقد كان وعلى التوالي (٨)، (٧)، (١٢)، (٥)، في حين كان عدد الجيوب اللثوية العميقة ٦ ملم فما فوق (٥)، (٦)، (٧)، (٣).

ويتوجب علينا هنا الاخذ بعين الاعتبار أفراد كل فئه عمرية لتكون النسب والنتائج في المجرى الصحيح، حيث يلاحظ ازدياد أعداد الجيوب اللثوية والترسبات الكلسية في الفئة العمرية الكبيرة إذ إن كل فرد من هذه الفئة يعاني من ترسب كلسي أو جيب لثوي. (انظر جدول رقم (٦).

جدول رقم (٦)

يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة مقسمين حسب الفئات العمرية.

الحالة	دون ٣٠ سنة	النسبة المئوية	٣١-٤٠ سنة	النسبة المئوية	٤١-٥٠ سنة	النسبة المئوية	٥٠ سنة فما فوق	النسبة المئوية
لثة سليمة	٧٢	٤١,١٪	٤٩	٣٢,٩٪	١٤	١٨,٩٪	٣	١١,١٪
وجود نزيف عند القياس	٣٣	١٨,٩٪	٢٨	١٨,٨٪	٩	١٢,١٪	٣	١١,١٪
وجود ترسبات كلسية	٥٧	٣٢,٦٪	٥٩	٣٩,٥٪	٣٢	٤٣,٣٪	١٣	٤٨,١٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ملم	٨	٤,٥٪	٧	٤,٧٪	١٢	١٦,٢٪	٥	١٨,٦٪
وجود جيوب لثوية ٦ملم	٥	٢,٩٪	٦	٤,١٪	٧	٩,٥٪	٣	١١,١٪

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

حسب الدخل الشهري

قسم أفراد العينة بحسب الدخل الشهري لهم إلى أربع مجموعات هي:

أ- المجموعة الأولى التي نصيب الفرد الواحد فيها أقل من عشرة دنانير اردني، شهرياً، وعددهم ١٨٠ فرداً

ب- المجموعة الثانية التي نصيب الفرد الواحد فيها أقل من ٣٠ دينار اردني شهرياً وعددهم ١٨٠ فرداً.

جـ- المجموعة الثالثه التي نصيب الفرد الواحد فيها أقل من ٥٠ دينار اردني شهرياً وعددهم (١٠٠) فرد

د- المجموعة الرابعة التي نصيب الفرد الواحد فيها ١٠٠دينار اردني فأكثر شهريا وعددهم ٥٠ فردا.

وبعد تحليل متوسط الدخل الشهري لأفراد المجموعات الازبع تبين أن حالة نظافة الأسنان هي أفضل لدى ذوي الدخل العالي وكذلك الحالة الصحية العامة للثة. وقد كان متوسط حالة نظافة الفم والأسنان العامة عند المجموعات الأربع على النحو الآتي: (١,٣٧)، (١,٣٣)، (١,١٨)، (١,٢١). أما أعداد الأسنان المنخورة فكانت متقاربة في المجموعات الثلاث الأولى مع انخفاض في المجموعة الرابعة. وقد انخفضت أعداد الأسنان المفقودة انخفاضاً واضحاً في المجموعة الرابعة في حين ارتفعت في المجموعة الأولى . وبالنسبة لأعداد الأسنان المحشوة فقد ارتفعت في المجموعة الرابعة وتساوت في المجموعتين الثانية والثالثة وانخفضت في المجموعة الأولى. (أنظر جدول رقم ٧).

جدول رقم (٧)

حالة صحة الأسنان ونظافتها لدى أفراد العينة مقسمين حسب الدخل الشهري.

الحالة	دون ١٠ د شهرياً	دون ٣٠ د شهرياً	دون ٥٠ د شهرياً	١٠٠ فأكثر شهرياً
متوسط حالة نظافة الأسنان العامة	١,٣٧	١,٣٣	١,١٨	١,٢١
متوسط أعداد الأسنان المنخورة المفقوده والمحشوة	١٣,٧٤	١٣,٢٥	١٣,٠٣	١٨
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٠٥	٤,١٧	٤,٣٢	٤
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٦,٧٩	٥,٤٦	٤,٨٩	٣,٩٩
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٢,٨٩	٣,٦١	٣,٨٤	٣,٥٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٣٢,٨٩	٢٩,٦٩	٢٧,٢٦	٢٣,٥٥
متوسط أعداد السطوح المنخورة	٥,٠٢	٥,٢٢	٥,٥٨	٥,٠٢
متوسط مجموع السطوح المفقودة	٢٧,٨٧	٢٤,٤٨	٢١,٦٨	١٨,٥٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٤,٠٩	٤,٨٧	٥,٤٤	٣,٩٣
متوسط أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٣٦,٩٨	٣٤,٥٧	٣٢,٧٠	٢٧,٤٨

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أما حالة اللثة الصحية العامة فقد كانت أفضل في المجموعة الرابعة في حين تقاربت في المجموعتين الثانية والثالثة وتدنت في المجموعة الأولى. وهذا يدل على أن المجموعة التي تكون دخول افرادها الشهرية عالية تسارع إلى معالجة أسنانها سواء في إصلاح النخر أو في معالجة الالتهابات، وإزالة الترسبات الكلسية، أو في شراء المعاجين واستبدال الفرشاة باستمرار.

وكذلك في حالة اللثه فإن الجيوب اللثوية قد زادت عند الأفراد الذين تزيد اعمارهم عن (٤٠) سنة ودخولهم الشهرية منخفضة، علما أنها قلت عند الأفراد من نفس الفئة العمرية ولكن دخولهم مرتفعة، (انظر جدول رقم ٨)

جدول رقم (٨)

يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة البالغ عددهم ٥١٠ مقسمين حسب الدخل الشهري.

الحالة اللثوية	دون ١٠ د. للفرد شهرياً	النسبة	دون ٣٠د للفرد شهرياً	النسبة	دون ٥٠ د شهرياً	النسبة	١٠٠ د فاكثر شهرياً	النسبة
لثة سليمة	٤٠	٪٢٢,٢	٤٤	٪٢٤,٧	٣٤	٪٣٤	٢٠	٪٤٠
وجود نزيف عند القياس	٤٧	٪٢٦,١	٤٥	٪٢٥,٣	٢٢	٪٢٢	١٠	٪٢٠
وجود ترسبات كلسية	٦١	٪٣٣,٩	٥٩	٪٣٣,١	٣١	٪٣١	١٤	٪٢٨
وجود جيوب لثوية ٤-٥ملم	٢٢	٪١٢,٢	٢١	٪١١,٨	١٠	٪١٠	٥	٪١٠
وجود جيوب لثوية ٦ملم	١٠	٪٥,٥	٩	٪٥,١	٤	٪٤	١	٪٢

حسب مكان السكن:

لقد قسم أفراد العينة إلى سكان مدينة وعددهم (٢٧٥) فردا، وسكان ريف وعددهم (٢٣٥)، فردا. وبالنظر إلى جدول رقم (٩) تبين نتائج الدراسة أن حالة نظافة الأسنان قد كانت لدى سكان المدينة أفضل بقليل منها لدى سكان الريف، حيث بلغت النسبة (١,٢٨) لسكان المدينة مقابل (١,٣٣) لسكان الريف. أما متوسط أعداد

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة فقد بلغت (١٣,١٧) لأهل المدينة مقابل (١٢,٨٤) لأهل الريف، وكان متوسط أعداد الأسنان المنخورة (٤,٢٦) لأهل المدينة مقابل (٤,٠٣) لأهل الريف، أي أن حالة النخر السني عند أهل الريف أفضل مما هي عليه عند أهل المدينة.

وقد بلغ متوسط مجموع أعداد الأسنان المفقودة (٥,٢٩) لأهل المدينة مقابل (٥,٦٩) لأهل الريف. ومتوسط مجموع أعداد الأسنان المحشوة (٣,٦١) لأهل المدينة مقابل (٣,١٢) لأهل الريف

أما عدد السطوح المنخورة فقد بلغ (٥,٤٧) لأهل المدينة مقابل (٤,٩٤) لأهل الريف. أما أعداد السطوح المفقودة (٢٢,٢٧) لأهل المدينة مقابل (٢٥,٧٤) لأهل الريف. أما أعداد السطوح المحشوة فقد كانت (٥,٠٥) لأهل المدينة مقابل (٣,٦٧) لأهل الريف (انظر جدول رقم ٩).

جدول رقم (٩)

يبين حالة نظافة وصحة الأسنان لدى أفراد العينةالبالغ عددهم (٥١٠) فرداً مقسمين حسب مكان السكن.

الحالة	مدينة اربد	قرى في محافظة اربد
متوسط حالة نظافة الأسنان العامة	١,٢٨	١,٣٣
متوسط مجموع أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة	١٣,١٧	١٢,٨٤
متوسط مجموع أعداد الأسنان المنخورة	٤,٢٦	٤,٠٣
متوسط مجموع أعداد الأسنان المفقودة	٥,٢٩	٥,٦٩
متوسط مجموع أعداد الأسنان المحشوة	٣,٦١	٣,١٢
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٢٧,٧٤	٣٠,٦٧
ممتوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٥,٤٧	٤,٩٤
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٢٢,٢٧	٢٥,٧٤
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٥,٠٥	٣,٦٧
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٣٢,٧٩	٣٤,٩٨

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وبالنظر إلى جدول رقم (١٠) يتبين أن لدى أهل المدينة من أفراد العينة (٧٥) لثة سليمة بنسبة (٢٧,١٪)، أما عند أفراد العينة من سكان الريف فقد كان العدد (٦٣) وهم يشكلون (٢٦,٩٪) لنفس الفئة، وكان عدد اللثة النازفة لدى سكان المدينة يساوي (٦٨) وبنسبة (٢٤,٦٪) مقابل (٥٦) لثة لدى الريفيين وبنسبة (٢٣,٩٪).

وهنالك لثة (٨٧) فرد من أهل المدينة تعاني من ترسبات كلسية، وهذا ما نسبته (٣١,٦٪) لنفس الفئة، مقابل (٧٨) لثة لأهل الريف وتشكل ما نسبته (٣٣,٣٪).

وبلغ عدد الجيوب اللثوية من ٤-٥ ملم وهي ما تسمى بالجيوب الضحلة لدى أهل المدينة (٣٢) جيباً، وهذا ما نسبته (١١,٦٪) مقابل (٢٦) جيباً لفئة الريف وتشكل ما نسبته (١١,١٪).

أما الجيوب اللثوية العميقة فقد كان عددها لدى أهل المدينة(١٤) وتشكل ما نسبته (٥,١٪) مقابل (١١) جيباً لأهل الريف وتشكل ما نسبته (٤,٧٪) انظر جدول رقم (١٠).

جدول رقم (١٠)

يبين حالة اللثة الصحية لافراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً مقسمين حسب مكان السكن (ريف ومدينة).

الحالة	مدينة	النسبة	ريف	النسبة
لثة سليمة	٧٥	٢٧,١٪	٦٣	٢٦,٩٪
وجود نزيف عند القياس	٦٨	٢٤,٦٪	٥٦	٢٣,٩٪
وجود ترسبات كالسية	٨٧	٣١,٦٪	٧٨	٣٣,٣٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	٣٢	١١,٦٪	٢٦	١١,١٪
وجود جيوب لثوية ٦ملم	١٤	٥,١٪	١١	٤,٧٪

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

حسب عدد مرات التنظيف

قسم أفراد العينة بحسب عدد مرات تنظيف الفم والاسنان إلى أربع مجموعات، وقد رمز للمجموعة الأولى بالرقم (صفر) وهي المجموعة التي لا تستخدم معاجين الأسنان والفرشاه قطعياً، وعددهم (١٥٢) فرداً من الذكور و (٥٩) فرداً من الإناث، وكان المجموع (٢١١) فرداً ويشكلون ما نسبته (٤١,٣٧٪) من أفراد العينة كاملة.

المجموعة الثانية وهي المجموعة التي تنظف بمعدل مرة واحده يومياً، وقد رمز لها بالرقم (١) وعددهم (٢١٠) اشخاص، منهم (١٣٢) من الذكور، و (٧٨) من الإناث ويشكلون ما نسبته (٤١,١٧٪) من مجموع أفراد العينة كاملة.

المجموعة الثالثة وهي المجموعة التي تنظف بمعدل مرتين يومياً وقد رمز لها بالرقم (٢)، وعددهم ((٨١) فرداً (٤٠) من الرجال و (٤١) من الإناث ويشكلون ما نسبته (١٥,٨٨٪).

المجموعة الرابعة وهي المجموعة التي تنظف ثلاث مرات فأكثر يومياً، وعددهم (٨) أفراد، واحد من الرجال و (٧) من الإناث، ويشكلون ما نسبته (١,٥٦٪) وقد رمز لهذه المجموعة بالرقم (٣).

ويلاحظ من الجدول رقم (١١) ارتفاع مستوى النظافة للفم والأسنان بارتفاع عدد مرات التنظيف، فقد كان متوسط حالة نظافة الأسنان للمجموعات الأربع على التوالي (١,٨٥)، (١,٠١)، (٠,٦٦)، (٠,٦٠).

أما متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة فقد كان على التوالي: (١٦,٢١)، (١١,٥١)، (٨,٩٥)، (٧,٨٨).

ومن هنا يتبين ان المجموعة التي لا تستعمل الفرشاة والمعجون قطعياً قد وجدت لديها أمراض الأسنان ثلاثة أضعاف عن المجموعة التي تنظف أسنانها ثلاث مرات فأكثر يومياً.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أما متوسط أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة فقد بلغ على التوالي (٣٠ . ٤٥)، (٥٦ . ٢٨)، (٤٩ . ١٩)، (٧٥ . ١٦)، ويتبين لنا هنا أن النخر الذي يصيب سطوح الأسنان قد تناسب تناسباً عكسياً مع عدد مرات التنظيف، حيث تقلص، إلى الثلث عند الاشخاص الذين يواظبون على نظافة أفواههم وأسنانهم. (أنظر جدول رقم ١١).

جدول رقم (١١)

يبين حالة نظافة الأسنان لدى أفراد العينة مقسمين حسب عدد مرات التنظيف.

الحالة	تنظيف الأسنان			
	صفر	مرة	مرتين	ثلاث مرات فأكثر
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٨٥	١,٠١	٠,٦٦	٠,٦٠
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة	١٦,٢١	١١,٥١	٨,٩٥	٧,٨٨
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٥,٢٨	٣,٥٥	٢,٦٨	٣,٣٨
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٨,٠٥	٤,١٩	٢,٤٣	٢
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٢,٨٨	٢,٧٧	٢,٨٤	٢,٥٠
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٤٠,٩٦	٢٣,٥١	١٤,٣٧	١٢,٦٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٦,٨٥	٤,٣١	٣,١٩	٣,٧٥
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٣٤,١١	١٩,٢٠	١١,١٩	٨,٨٨
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٤,٣٤	٥,٠٥	٥,١٢	٤,١٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٤٥,٣٠	٢٨,٥٦	١٩,٤٩	١٦,٧٥

أما الحالة الصحية للثة فقد تبين من خلال النظر إلى جدول رقم (١٢) أن امراض اللثة تتناسب تناسباً عكسياً مع عدد مرات التنظيف، وكذلك الحالة الصحية للثة تتناسب تناسباً طردياً مع ازدياد عدد مرات التنظيف اليومي بالمعاجين المفلوره، فقد بلغ ما تشكله اللثة السليمة من نسبة مئوية لأفراد هذه العينة وعلى التوالي حسب عدد مرات التنظيف (٥ . ١٥٪)، (٦ . ٢٨٪)، (١ . ٥٧٪)، (٧ . ٧٧٪).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

كما أن اللثة التي تعاني من نزيف عند القياس كانت تشكل ما نسبته على التوالي لدى المجموعات الأربعة (٢٧,٢٪)، (٢٣,٧٪)، (١٧,١٪)، (١١,١٪).

وقد بلغت نسبة الترسبات الكلسية على التوالي (٣٧٪)، (٣١,٩٪)، (٢٠٪)، (١١,١٪).

أما في حالة الجيوب الضحلة ٤-٥ ملم فقد كانت النسبة على التوالي (١٤,٦٪)، (١٠,٨٪)، (٢,٩٪)، (صفر).

أما الجيوب العميقة فقد كانت (٥,٧٪)، (٤,٩٪)، (٢,٩٪) (صفر). (انظر جدول رقم ١٢).

جدول رقم (١٢)

يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً من البالغين مقسمين

حسب عدد مرات تنظيف الاسنان

الحالة	صفر	النسبة المئوية	مرةواحده	النسبة المئوية	مرتين	النسبة المئوية	ثلاث فاكثر	النسبة المئوية
لثة سليمة	٣٨	١٥,٥٪	٥٣	٢٨,٦٪	٤٠	٥٧,١٪	٧	٧٧,٧٪
وجود نزيف عند القياس	٦٧	٢٧,٢٪	٤٤	٢٣,٧٪	١٢	١٧,١٪	١	١١,١٪
وجود ترسبات كلسية	٩١	٣٧٪	٥٩	٣١,٩٪	١٤	٢٪	١	١١,١٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	٣٦	١٤,٦٪	٢٠	١٠,٨٪	٢	٢,٩٪	صفر	صفر
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	١٤	٥,٧٪	٩	٤,٩٪	٢	٢,٩٪	صفر	صفر

حسب نوع التنفس:

قسم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين:-

مجموعة تتنفس فموياً وبلغ عدد أفراد هذه المجموعة (١٠٢) فرداً، ويشكلون ما نسبته (٢٠٪) من عدد أفراد العينة الكلي.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ومجموعة تتنفس تنفساً طبيعياً عبر الأنف وقد كان عددهم (٤٠٨) فرداً، ويشكلون ما نسبته (٨٠٪) من حجم العينة الكلي.

ومن خلال النظر إلى جدول رقم (١٣) أظهرت نتائج الدراسة أن التنفس الفموي له تأثير سلبي على صحة الفم والأسنان، إذ تبين أن متوسط حالة نظافة الأسنان لدى من يتنفسون فموياً هو (١,٦٦) في حين بلغ عند الفئة الذين يتنفسون تنفساً طبيعياً (١,١٥).

أما متوسط أعداد الأسنان المنخورة فقد كان لدى المجموعة الأولى (٤,٧٠) مقابل (٣,٨٩) للمجموعة الثانية، ومتوسط أعداد الأسنان المفقودة (٧,٦٠) للمجموعة الأولى مقابل (٤,٦٤) للمجموعة الثانية، ومتوسط أعداد الأسنان المحشوة (٣,٦٩) مقابل (٣,٢٩) للمجموعة الثانية.

أما متوسط أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة فقد كان (٤١,٨٤) مقابل (٣٠,٧٧) للمجموعة الثانية. (انظر جدول رقم ١٣).

جدول رقم (١٣)

يبين الحالة الصحية للأسنان لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً مقسمين حسب نوع التنفس.

الحالة	تنفس فموي	تنفس عادي
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٦٦	١,١٥
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوه	١٥,٩٩	١١,٨٣
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٧٠	٣,٨٩
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٧,٦٠	٤,٦٤
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٦٩	٣,٢٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٣٦,٧٦	٢٦,١٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٥,٩٩	٤,٨٥
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٣٠,٧٦	٢١,٢٨
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٥,٠٨	٤,٦٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٤١,٨٤	٣٠,٧٧

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

اما حالة اللثة الصحية ومن خلال النظر الى جدول رقم (١٤) يتبين الآتي:

المجموعة الأولى التي تتنفس تنفساً فموياً لديها (٢٣) لثة سليمة وهذا ما نسبته (٤ . ١٥٪)، والمجموعة الثانية كان لديها (١١٥) لثة سليمة وهذا ما نسبته (٨ . ٣١٪).

وقد كان لدى الفئة الأولى (٤٣) لثة تعاني من نزيف عن القياس، وهذا ما نسبته (٨ . ٢٨٪)، بينما لدى الفئة الثانية (٨١) لثة نازفة عند القياس، وتشكل ما نسبته (٤ . ٢٢٪)، كما أن هنالك (٤٩) لثة لدى الفئة الأولى تعاني من ترسبات كلسية، وهذا ما نسبته (٩ . ٣٢٪) بينما لدى الفئة الثانية (١١٦) لثة تعاني من الترسبات الكلسية وهذا ما نسبته (١ . ٣٢٪)، وقد كان عدد الجيوب الضحلة لدى الفئة الأولى يساوي (٢٣) جيباً، وهذا ما نسبته (٤ . ١٥٪)، بينما لدى المجموعة الثانية (٣٥) جيباً وهذا ما يشكل نسبه تساوي (٧ . ٩٪)، وكانت الفئة الأولى تعاني من (١١) جيباً عميقاً أكبر من ٦ ملم وهذا ما يشكل نسبة تساوي (٤ . ٧٪) بينما كان لدى المجموعة الثانية (١٤) جيباً وتشكل ما نسبته (٩ . ٣٪).(أنظر جدول رقم ١٤)

جدول رقم (١٤)

يبين حالة اللثة الصحية لدى افراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) مقسمين حسب نوع التنفس.

الحالة	عدد الحالات التنفس فموي	النسبة	عدد الحالات التنفس العادي	النسبة
لثة سليمة	٢٣	٪١٥,٤	١١٥	٪٣١,٨
وجود نزيف عند القياس	٤٣	٪٢٨,٨	٨١	٪٢٢,٤
وجود ترسبات كلسية	٤٩	٪٣٢,٩	١١٦	٪٣٢,١
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	٢٣	٪١٥,٤	٣٥	٪٩,٧
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	١١	٪٧,٤	١٤	٪٣,٩

© Arabic Digital Library Yarmouk University

حسب صرير الأسنان:

قسم افراد العينة إلى مجموعتين: مجموعة تعاني من صرير الأسنان، وعددهم (١٠٦) فرداً. ويشكلون ما نسبته (٢٠.٧٩٪) من كل افراد العينة، كان من هؤلاء (٧٢) فرداً من الذكور و (٣٤) من الإناث، ومجموعة لا تعاني من صرير الأسنان وبلغ عددهم (٤٠٤) فرداً ويشكلون ما نسبته (٧٩.٢١٪).

وبالنظر الى جدول رقم (١٥) يتبين لدينا أن حوالي (٢٠٪) من أفراد العينة يعانون من صرير الأسنان، كما يوجد تفاوت في مستوى نظافة الأسنان، فقد كانت لدى الافراد الذين يعانون من صرير الأسنان (١.٤١) مقابل (١.٢٦) لدى الأفراد الذين لا يعانون من صرير الأسنان.

وقد كان متوسط مجموع الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة (١٣.٤٤) مقابل (١٢.٨٠) للأفراد الذين لا يعانون من صرير الأسنان ، اما متوسط أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة، فقد كان (٣٧.٨١) لدى المجموعة الأولى مقابل (٣٢.٥٦) للمجموعة الثانية . انظر جدول رقم (١٥).

جدول رقم (١٥)

حالة نظافة وصحة الأسنان لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) من البالغين مقسمين حسب عادة صرير الأسنان.

الحالة	نعم	لا
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٤١	١,٢٦
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوه	١٣,٤٤	١٢,٨٠
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٣٣	٤,٠٢
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٥,٦٥	٥,٤٠
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٤٦	٣,٣٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٣٢,٧٥	٢٧,٨٧
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٥,٥٢	٤,٩٨
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٢٧,٢٤	٢٢,٨٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٥,٠٩	٤,٦٨
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٣٧,٨١	٣٢,٥٦

© Arabic Digital Library Yarmouk University

أما حالة اللثة الصحية فقد كانت لدى الفئتين ومن خلال النظر الى جدول رقم (١٦) كالآتي:

(٢٨) لثة سليمة لدى المجموعة الأولى وتشكل ما نسبته ٢٥.٦٪) ولدى المجموعة الثانية كان هنالك (١١٠) لثة سليمة وتشكل ما نسبته (٢٧.٤٪)، وكان هنالك (٢٩) لثة تعاني من نزيف عند القياس في المجموعة الأولى، وتشكل ما نسبته (٢٦.٦٪) بينما كان هنالك (٩٥) لثة تعاني من النزيف عند القياس في المجموعة الثانية وتشكل ما نسبته (٢٣.٦٪).

وكان هنالك (٣٣) لثة تعاني من ترسبات كلسية لدى المجموعة الأولى، وتشكل ما نسبته (٣٠.٢٪) بينما كان هنالك (١٣٢) لثة في المجموعة الثانية تعاني من ترسبات كلسية وتشكل ما نسبته (٣٢.٩٪).

وقد كان لدى الفئة الأولى (١٣) جيباً ضحلاً وتشكل ما نسبته (١١.٩٪) مقابل (٤٥) جيباً في المجموعة الثانية وتشكل ما نسبته (١١.٢٪)، وكان هنالك (٦) جيوب لثوية عميقة لدى المجموعة الأولى، هي تشكل ما نسبته (٥.٥٪) مقابل (١٩) جيب في المجموعة الثانية وتشكل ما نسبته (٤.٨٪) (أنظر جدول رقم ١٦).

جدول رقم (١٦)

يبين حالة اللثة الصحية لافراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً من البالغين مقسمين حسب صرير الأسنان.

الحالة	عدد الحالات الذين يعانون من الصرير	النسبة	عدد الحالات الذين لايعانون من الصرير	النسبة
لثة سليمة	٢٨	٢٥.٦٪	١١٠	٢٧.٤٪
وجود نزيف عند القياس	٢٩	٢٦.٦٪	٩٥	٢٣.٦٪
وجود ترسبات كلسية	٣٣	٣٠.٢٪	١٣٢	٣٢.٩٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	١٣	١١.٩٪	٤٥	١١.٢٪
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	٦	٥.٥٪	١٩	٤.٨٪

© Arabic Digital Library Yarmouk University

حسب التدخين:-

قسمت عينة الدراسة إلى مدخنين (٢٦٨) فرداً منهم (٢٢١) من الرجال و (٤٧) من الإناث ويشكلون ما نسبته (٥٥ , ٥٢٪). والمجموعة الثانية هي غير المدخنين ويشكلون ما مجموعه (٢٤٢) ويشكلون ما نسبته (٤٥ , ٤٧٪).

وبالنظر إلى جدول رقم (١٧) يتبين أن متوسط حالة نظافة الأسنان العامة للمدخنين (١ , ٥١) مقابل (١ , ٠٦)عند غير المدخنين. وهذا يشير أن الحالة عند غير المدخنين أفضل منها عند المدخنين حيث أن التدخين يساعد على تكوين الطلاوة على الأسنان.

اما متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة فقد كان يميل بشكل واضح لصالح الأشخاص غير المدخنين حيث بلغ (٢٥ , ١٤) لمن يدخنون مقابل (٦١ , ١١) لمن لا يدخنون.

أما متوسط أعداد السطوح المنخورة والمحشوة والمفقودة فقد كانت لدى المدخنين (٢١ , ٣٦) مقابل (٣٢ , ٣١) عند غير المدخنين.(أنظر جدول رقم ١٧).

جدول رقم (١٧)

تأثير التدخين على حالة نظافة الأسنان والحالة الصحية لها عند أفراد العينة مقسمين حسب التدخين

الحالة	مدخن	غير مدخن
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٥١	١,٠٦
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوه	١٤,٢٥	١١,٦١
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٤٩	٣,٧٧
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٥,٩٧	٤,٩٤
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٧٩	٢,٩٥
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٣٠,٩٩	٢٧,٠٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٥,٦٧	٤,٦٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٢٥,٣٣	٢٢,٤٦
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٥,٢٢	٤,٢٢
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٣٦,٢١	٣١,٣٢

© Arabic Digital Library Yarmouk University

أما حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة مقسمين حسب التدخين ومن خلال (جدول رقم ١٨) يتبين ما يلي:

أن هنالك (٤٨) لثة سليمة عند المدخنين وتشكل ما نسبته (١٦,٢٪) مقابل (٩٠) لثة سليمة عند غير المدخنين وتشكل ما نسبته (٤٢٪).

وقد تبين أن هنالك (٩١) لثة نازفة عند القياس وتشكل ما نسبته (٣٠,٧٪) مقابل (٣٣) لثة نازفة عند غير المدخنين وتشكل ما نسبته (١٥,٤٪).

ووجد أن (١٠٢) لثة تعاني من ترسبات كلسية وتشكل ما نسبته (٣٤,٤٪) لدى المدخنين مقابل (٦٣) لثة لدى غير المدخنين، وتشكل ما نسبته (١٢,١٪)، وكان هنالك (٣٩) جيباً ضحلاً لدى المدخنين وتشكل نسبة تساوي (١٣,٢٪)، مقابل (١٩) جيباً وتشكل ما نسبته (٨,٨٪)، وأن هنالك (١٦) جيباً عميقاً لدى المدخنين وهذا يساوي ما نسبته (٥,٤٪) مقابل (٩) جيوب عميقة عند غير المدخنين، وتشكل ما نسبته (٤,٢٪). (أنظر جدول رقم ١٨).

جدول رقم (١٨)

يبين تأثير التدخين على حالة اللثة الصحية لدى افراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً بالغين.

الحالة	عدد الحالات عند المدخنين	النسبة	عدد الحالات عند غير المدخن	النسبة
لثة سليمة	٤٨	١٦,٢٪	٩٠	٤٢٪
وجود نزيف عند القياس	٩١	٣٠,٧٪	٣٣	١٥,٤٪
وجود ترسبات كلسية	١٠٢	٣٤,٤٪	٦٣	١٢,١٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	٣٩	١٣,٢٪	١٩	٨,٨٪
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	١٦	٥,٤٪	٩	٤,٢٪

حسب الاستعمال الخاطئ للأسنان:-

قسم أفراد العينة بحسب استعمال الأسنان إلى مجموعتين

مجموعة تستعمل أسنانها استعمالاً خاطئاً وهذا يشمل استخدام الأسنان كآلات

© Arabic Digital Library Yarmouk University

او لتكسير الأجسام الصلبة وفك العقدوكان عددهم (١٤١) ونسبتهم (٢٧,٦٤٪) ومجموعة لا تستعمل أسنانها استعمالاً خاطئاً وكان عددهم (٣٦٩) ويشكلون ما نسبته (٧٢,٣٥٪). ومن خلال النظر إلى جدول رقم (١٩) تبين من خلال تحليل نتائج هذه الدراسة أن حالة نظافة الفم قد ساءت عند الاشخاص الذين يستعملون أسنانهم استعمالاً خاطئاً، فقد بلغت (١,٤٣) عند الاشخاص الذين يستعملون أسنانهم استعمالاً خاطئاً، مقابل (٠,٨٨) عند الذين لا يستعملون أسنانهم استعمالاً خاطئاً.

كما أن أعداد الأسنان المفقودة والمحشوة والمنخورة كانت أقل عند الاشخاص الذين لا يستعملون اسنانهم استعمالاً خاطئاً، إذ بلغ المتوسط (١٤,٠٨) مقابل (٩,٤٤)، عند الأشخاص الذين لا يلجأون الى الإستعمال الخاطئ.

أما أعداد السطوح المحشوة والمفقودة والمنخورة فقد بلغت (٣٧,٨٣) عند المجموعة الأولى مقابل (٢١,٧٣) عند المجموعة الثانية.

وهذا يعني ان الأسنان تدوم أكثر عند من يستخدم أسنانه بشكل سليم. (أنظر جدول رقم ١٩).

جدول رقم (١٩)

الحالة الصحية لاسنان العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً بالغاً مقسمين حسب الاستعمال الخاطئ للأسنان.

الحالة	استعمال خاطئ	استعمال سليم
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٤٣	٠,٨٨
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوه	١٤,٠٨	٩,٤٤
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,٣٩	٣,٣٩
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٦,٠٥	٢,٩٦
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٦٤	٣,٠٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٣٢,٨٣	١٧,٤٥
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٥,٥٤	٤,٣٤
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٢٧,٢٩	١٣,١١
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٤,٩٩	٤,٢٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٣٧,٨٣	٢١,٧٣

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أما حالة اللثة الصحية حسب الاستعمال الخاطئ فقد كانت أفضل بفارق كبير عند الأشخاص الذين يحافظون على أسنانهم ولا يستعملونها كآلات، وقلّت لديهم نسبة تآكل الأسنان ونسبة الجيوب اللثوية وأمراض الجهاز الداعم، ومن خلال النظر الى جدول رقم (٢٠) تبين أن هنالك (٣٤) لثة سليمة لدى الأفراد الذين يستخدمون أسنانهم استخداماً خاطئاً وهذا ما نسبته (٢٢.٥٪) مقابل (١٠٤) لثة سليمة عند من لا يستعملون أسنانهم استعمالاً خاطئاً، وكان هنالك (٣٩) لثة تعاني من النزيف عند الفئة الأولى وتشكل ما نسبته (٢٥.٨٪) مقابل (٨٥) لثة نازفة وتشكل ما نسبته (٢٣.٦٪) لدى المجموعة الثانية.

وتبين ان هنالك (٥٢) لثة تعاني من ترسبات كلسية وتشكل ما نسبته (٣٤.٤٪) لدى الفئة الأولى مقابل (١١٣) لثة تعاني من ترسبات كلسية وتشكل ما نسبته (٣١.٤٪) لدى الفئة الثانية، كما أنه تبين ان هنالك (١٨) جيباً ضحلاً لدى الفئة الأولى وتشكل ما نسبته (١١.٩٪) مقابل (٤٠) جيباً ضحلاً لدى المجموعة الثانية وتشكل ما نسبته (١١.١٪) وكان هنالك (٨) جيوب عميقة لدى المجموعة الأولى وتشكل ما نسبته (٥.٣٪) مقابل (١٧) جيباً عميقاً لدى المجموعة الثانية وتشكل ما نسبته (٤.٧٪). (انظر جدول رقم ٢٠).

جدول رقم (٢٠)

يبين حالة اللثة الصحية لأفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً مقسمين حسب الإستعمال الخاطئ للأسنان.

الحالة	عدد الحالات عند الإستعمال الخاطئ	النسبة	عدد الحالات عند الإستعمال السليم	النسبة
لثة سليمة	٣٤	٢٢.٥٪	١٠٤	٢٩٪
وجود نزيف عند القياس	٣٩	٢٥.٨٪	٨٥	٢٣.٦٪
وجود ترسبات كلسية	٥٢	٣٤.٤٪	١١٣	٣١.٤٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	١٨	١٠٪	٤٠	١١.١٪
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	٨	٥.٣٪	١٧	٤.٧٪

© Arabic Digital Library Yarmouk University

حسب عدد مرات شرب المرطبات:-

قسم افراد العينة الى اربع مجموعات حسب عدد مرات شرب المرطبات يومياً:

- مجموعة لا تشرب المرطبات وقد رمز لها بالرقم (صفر)، وكان عددهم (٩٤) فرداً ويشكلون ما نسبته (١٨,٤٣٪)
- مجموعة تشرب المرطبات بمعدل مره واحدة يومياً وقد رمز لهذه المجموعة بالرقم (١)، وكان عدد أفرادها (٢٠٨) ويشكلون ما نسبته (٤٠,٧٨٪).
- مجموعة تشرب المرطبات بمعدل مرتين في اليوم وقد رمز لها بالرقم (٢) وكان عدد افرادها (١٢٠) ونسبتهم (٢٣,٥٪).
- مجموعة تشرب المرطبات بمعدل ثلاث مرات فأكثر يومياً، وكان عدد افرادها (٨٨) ويشكلون ما نسبته (١٧,٢٥٪).

ومن خلال تحليل نتائج هذه الدراسة وبالنظر إلى جدول رقم (٢١) تبين أن متوسط حالة نظافة الأسنان متقاربة في المجموعات الأربع حيث بلغت على التوالي (١,٤٨)، (١,٢٣)، (١,١٨)، (١,٤٥).

أما متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة فقد كانت على التوالي : (٩٣, ١٥)، (٦٨, ١١)، (٩, ١٢)، (١٩, ١٤). اما متوسط أعداد السطوح المنخورة والمفقودة والمحشوة فقد كان (٢٤, ٤٣)، (١٤, ٣٢)، (١٧, ٢٨)، (٧٢, ٣٤). (أنظر جدول رقم ٢١).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (٢١)

حالة نظافة الفم والحالة الصحية للأسنان عند أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً مقسمين حسب عدد مرات شرب المرطبات.

الحالة	عدد مرات شرب المرطبات			
	صفر	مره	مرتين	ثلاث مرات فاكثر
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٤٨	١,٢٣	١,١٨	١,٤٥
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة	١٥,٩٣	١١,٦٨	١٢,٠٩	١٤,١٩
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٤,١١	٣,٥٧	٤,١٩	٥,٣٦
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٨,٧٠	٥,٠٤	٤,١٩	٤,٧٩
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,١٢	٣,٠٧	٣,٧١	٤,٠٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٣٨,٧٣	٢٧,٨٨	٢٣,٧٤	٢٩,٠٣
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٥,١٧	٤,٤٧	٤,٩٦	٧,١٤
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	٣٣,٥٦	٢٣,٤٢	١٨,٧٨	٢١,٨٩
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٤,٥١	٤,٢٥	٤,١٣	٥,٦٨
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٤٣,٢٤	٣٢,١٤	٢٨,١٧	٣٤,٧٢

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

اما الحالة الصحية للثة ومن خلال النظر إلى (جدول رقم ٢٢) تبين أن حالة اللثة الصحية تحسنت مع زيادة عدد مرات شرب المرطبات وتناسبت معه تناسباً طردياً، وهذا خالف فرضيات الدراسة ومن وجهة نظر الباحث فان السبب في ذلك هو ان العينة يغلب عليها طابع الشباب أي دون سن الاربعين ولذلك لم يظهر تأثير شرب المرطبات في مقتبل العمر إلا أنه يكون واضحاً ويظهر تأثيره دفعة واحدة فيما بعد. فقد كان أعداد اللثة السليمة لدى المجموعات الأربع على التوالي (٢٢)، (٥٦)، (٣٥)،

(٢٥)، وكانت النسب على التوالي (٢٣٪)، (٢٦.٤٪)، (٢٩.٢٪)، (٣٠.٤٪)، وكانت أعداد اللثة النازفة على التوالي (٢٥)،(٥٣)، (٢٨)، (١٨)، وتشكلت لدى المجموعات الأربع ما نسبته على التوالي (٢٦٪)، (٢٥٪)، (٢٣٪)،(٢٢٪).

وكانت أعداد اللثة التي تعاني من ترسبات كلسية لدى المجموعات الأربع على التوالي (٣٣)، (٦٨)، (٣٨)، (٢٦)، وشكلت ما نسبته على التوالي (٣٤.٤)، (٣٢)، (٣١.٦)، (٣١.٧) اما الجيوب الضحلة فقد شكلت لدى المجموعات الأربع على التوالي (١١)، (٢٥)، (١٣)، (٩) وكانت النسبة على التوالي (١١.٤٪)، (١١.٨٪)، (١٠.٨٪)، (١١٪).

وكانت الجيوب اللثوية العميقة على التوالي (٥)، (١٠)، (٦)، (٤)، وكانت النسب على التوالي (٥.٢٪)، (٤.٧٪)، (٥٪)، (٤.٨٪)، (انظر جدول رقم ٢٢).

جدول رقم (٢٢)

يبين الحالة الصحية للثة لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فردا من البالغين مقسمين حسب عدد مرات شرب المرطبات

الحالة	صفر	النسبة المئوية	مرةواحده	النسبة المئوية	مرتين	النسبة المئوية	ثلاث فأكثر	النسبة المئوية
لثة سليمة	٢٢	٢٣٪	٥٦	٢٦.٤٪	٣٥	٢٩.٢٪	٢٥	٣٠.٤٪
وجود نزيف عند القياس	٢٥	٢٦٪	٥٣	٢٥٪	٢٨	٢٣.٣٪	١٨	٢٢٪
وجود ترسبات كلسية	٣٣	٣٤.٤٪	٦٨	٣٢٪	٣٨	٣١.٦٪	٢٦	٣١.٧٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	١١	١١.٤٪	٢٥	١١.٨٪	١٣	١٠.٨٪	٩	١١٪
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	٥	٥.٢٪	١٠	٤.٧٪	٦	٥٪	٤	٤.٨٪

حسب عدد مرات اكل الحلويات

قسم افراد العينة حسب عدد مرات أكل الحلويات يومياً إلى المجموعات التالية:-

- مجموعة لا تتناول الحلويات (اي أقل من مره يومياً) وكان أعداد هذه المجموعة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

(١١٨) فرداً ويشكلون ما نسبتة (١٣٧ . ٢٣٪).

- مجموعة تتناول الحلويات بمعدل مرة واحدة يومياً وكان عدد أفرادها (٢٣٩) فرداً ويشكلون ما نسبته (٨٦ . ٤٦٪).
- مجموعة تتناول الحلويات بمعدل مرتين يومياً وكان عدد أفرادها (٩٥) فرداً ويشكلون ما نسبته (٦٢ . ١٨٪).
- مجموعة تتناول الحلويات بمعدل ثلاث مرات فأكثر وكان عدد أفرادها (٥٨) فرداً ويشكلون ما نسبته (٣٧ . ١١٪).

وقد أظهرت النتائج لهذه الدراسة وبالنظر الى جدول رقم (٢٣) أن متوسط حالة نظافة الأسنان لدى المجموعات السالفة الذكر كالآتي وعلى التوالي (٣٤ . ٠)، (٢٩ . ١)، (٤٩ . ١)، (٦١ . ١).

اما متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة فقد بلغ على التوالي (٢٩ . ١١)، (٨٩ . ١٢)، (٠٤ . ١٣)، (٧٩ . ١٦)، وهذا يعني أن نخر وفقدان الأسنان يتناسب تناسباً طردياً مع ازدياد استهلاك السكاكر والحلويات، وكذلك تبين أن متوسط السطوح المنخورة والمحشوة والمفقودة لدى المجموعات الاربع على التوالي (٢٥ . ٢٦)، (٢٩ . ٣٤)، (٦٦ . ٣٦)، (٩٨ . ٤٢)، وهذا يعني أن نخر وفقدان الأسنان يتناسب تناسباً طردياً مع ازدياد استهلاك الحلويات حيث أن خراب الأسنان تضاعف عند الأشخاص الذين يستهلكون السكاكر والحلويات بشكل كبير ضعفي ما هو عليه عند الأشخاص الذين يقننون في استهلاكها (انظر الجدول رقم ٢٣).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (٢٣)

حالة نظافة وصحة الأسنان لدى افراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) افراد بالغين

حسب عدد مرات اكل الحلويات

الحالة	عدد مرات أكل الحلويات			
	صفر	مره	مرتين	ثلاث فأكثر
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	٠,٣٤	١,٢٩	١,٤٩	١,٦١
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة	١١,٢٩	١٢,٨٩	١٣,٠٤	١٦,٧٩
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٣,٥٧	٣,٩٨	٤,٣٦	٥,٤٥
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٤,١٤	٥,٦٤	٥,٧٨	٧,٠٠
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٥٩	٣,٢٦	٢,٩١	٤,٣٤
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	٢١,٣٤	٢٩,٧٢	٣٢,٣٩	٣٧,٠٢
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٤,٢٦	٥,٠٣	٥,٤٧	٧,١٤
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	١٧,٠٧	٢٤,٦٩	٢٦,٩٢	٢٩,٨٨
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٤,٩١	٤,٥٧	٤,٢٧	٥,٩٧
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٢٦,٢٥	٣٤,٢٩	٣٦,٦٦	٤٢,٩٨

وعن حالة اللثة الصحية وعدد مرات تناول الحلويات فقد بينت هذه الدراسة ومن خلال النظر الى جدول رقم (٢٤) أن المجموعة الأولى لديها (٣٨) لثة سليمة وهذا ما نسبته (٣٦,١٪)، اما المجموعة الثانية فقد كان لديها (٦٧) لثة سليمة وتشكل ما نسبته (٢٨,٨٪) وكان لدى المجموعة الثالثة (٢١) لثة سليمة وتشكل ما نسبته (٢٠,٧٪)

اما المجموعة الرابعة فقد كان لديها (١٢) لثة سليمة وتساوي (١٦,٦٪)، وهنا يتبين أن نسبة اللثة السليمة في كل مجموعة قد تناسبت تناسباً عكسياً مع ارتفاع مستوى تناول السكاكر والحلويات .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أما أعداد اللثة النازفة عند القياس فقد كانت على التوالي للفئات الاربع (٢٢)، (٥٥)، (٢٧)، (٢٠)، وشكلت ما نسبته (٩ . ٢٠٪)، (٧ . ٢٣٪)، (٧ . ٢٦٪)، (٧ . ٢٧٪) للفئات نفسها.

وقد كانت أعداد اللثة التي تعاني من الترسبات الكلسية على التوالي (٣٠)، (٧٢)، (٣٥)، (٢٨) وشكلت ما نسبته لنفس الفئات على التوالي (٦ . ٢٨٪)، (٣١٪)، (٦ . ٣٤٪) و (٨ . ٣٨٪).

اما أعداد الجيوب الضحلة فقد كانت على التوالي (١١)، (٢٦)، (١٣)، (٨)، وقد شكلت ما نسبته (٤ . ١٠٪)، (٢ . ١١٪)، (٩ . ١٢٪)، (٢ . ١١٪).

أما الجيوب العميقة فقد كانت على النحو التالي (٤)، (١٢)، (٥)، (٤)، وشكلت ما نسبته (٨ . ٣٪)، (٢ . ٥٪)، (٩ . ٤٪)، (٦ . ٥٪). (انظر جدول رقم٢٤).

جدول رقم (٢٤)

يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) افراد مقسمين حسب عدد مرات أكل الحلويات

الحالة	صفر	النسبة المئوية	مره واحده	النسبة المئوية	مرتين	النسبة المئوية	ثلاث مرات	النسبة المئوية
لثة سليمة	٣٨	٣٦,١٪	٦٧	٢٨,٨٪	٢١	٢٠,٧٪	١٢	١٦,٦٪
وجود نزيف عند القياس	٢٢	٢٠,٩٪	٥٥	٢٣,٧٪	٢٧	٢٦,٧٪	٢٠	٢٧,٧٪
وجود ترسبات كلسية	٣٠	٢٨,٦٪	٧٢	٣١٪	٣٥	٣٤,٦٪	٢٨	٣٨,٨٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	١١	١٠,٤٪	٢٦	١١,٢٪	١٣	١٢,٩٪	٨	١١,٢٪
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	٤	٣,٨٪	١٢	٥,٢٪	٥	٤,٩٪	٤	٥,٦٪

حسب اللجوء الى المقلدين للمهنة:-

قسم افراد العينة الى أربع مجموعات من حيث لجوئهم إلى المقلدين للمهنة هي:-

١- مجموعة لم تلجأ الى المقلدين للمهنة نهائياً وهم (٢٢٧)من الذكور و (١١٦) من الإناث فيكون عددهم (٣٤٣) فرداً ويشكلون ما نسبته (٢٥ . ٦٧٪).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

٢- المجموعة الثانية وهي المجموعة التي لجأت إلى المقلدين للمهنة مرة واحدة وكان عددهم (١٠٨) منهم (٦٠) فرداً من الذكور و (٤٨) من الاناث ويشكلون ما نسبته (١٧٦ . ٢١٪).

٣- المجموعة الثالثة وهي المجموعة التي لجأت مرتين للمقلدين للمهنة، وكان مجموعهم (٤٨) فرداً منهم (٢٧) فرداً من الرجال و (٢١) من الإناث ويشكلون ما نسبته (٤١١ . ٩٪).

٤- المجموعة الرابعة وهي المجموعة التي لجأت الى المقلدين للمهنة ثلاث مرات فاكثر وكان عددهم (١١) فرداً منهم (٨) أفراد من الذكور و (٣) من الاناث ويشكلون ما نسبته (١٥٦ . ٢٪).

وتم تقسيم المجموعات الثانية والثالثة والرابعه وهي المجموعات التي لجأت الى المقلدين للمهنة حسب نوع العمل لديهم كالتالي:-

١- التركيبات (١٦٥) تركيبه منها (٩٣) للذكور و (٧٢) للإناث وتشكل ما نسبته (٨ . ٩٤٪) من حجم العمل.

٢- الخلع وكانت خمس حالات (٤) ذكور وحالة واحدة لأنثى ويشكل ما نسبته (٩ . ٢٪).

٣- العلاج (٤) حالات (٣) ذكور وحالة واحدة لأنثى ويشكل ما نسبته (٣ . ٢٪) من حجم العمل.

وبالنظر إلى الجدول رقم (٢٥) تبين نتائج هذه الدراسة أن حالة نظافة الأسنان لدى المجموعات الأربع كالتالي وعلى التوالي: (٠٧ . ١)، (٥٦ . ١)، (٠١ . ٢)، (٤٠ . ٢) وهذا يبين أن حالة نظافة الأسنان قد ساءت عند الأفراد الذين لجأوا للمقلدين للمهنة أكثر من الضعف عما هي عليه عند الذين يلجأون الى الطب الحديث.

اما متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة فقد كان عند المجموعات الاربع على التوالي (٧٦ . ١٠)، (٣٢ . ١٦)، (٠٢ . ٢٠)، (٦٤ . ٢٠)، وهذا يدل على تضاعف

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

هذا المتوسط عند الذين يلجأوون الى الطب الشعبي والمقلدين للمهنة عما هو عليه عند الذين يلجأوون الى الطب الحديث.

اما متوسط أعداد السطوح المنخورة والمحشوة والمفقودة فقد كان (٢٤.٤١)، (٤٥.٢٨)، (٤٨.٦٥)، (٠٩.٧١) وهذا يبين أن حجم العطب يزداد بازدياد الاجراءات الطبية الشعبية والمقلدين للمهنة.(أنظر جدول رقم ٢٥).

جدول رقم (٢٥)

يبين حالة نظافة وصحة الأسنان لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً من البالغين مقسمين حسب عدد مرات اللجوء الى المقلدين للمهنة

الحالة	عدد مرات اللجؤ الى المقلدين للمهنة			
	صفر	مره	مرتين	ثلاث اكثر
متوسط حالة نظافة الأسنان العامه	١,٠٧	١,٥٦	٢,٠١	٢,٤٠
متوسط أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة	١٠,٧٦	١٦,٣٢	٢٠,٠٢	٢٠,٦٤
متوسط أعداد الأسنان المنخورة	٣,٧٥	٥,١٣	٤,٦٣	٤,٢٧
متوسط أعداد الأسنان المفقودة	٣,٦٣	٧,١٩	١٢,٤٤	١٣,٩١
متوسط أعداد الأسنان المحشوة	٣,٤٨	٤,٠١	٢,٩٦	٢,٤٥
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة	١٩,٦٥	٣٩,٩٢	٦٠,٩٢	٦٧,٢٧
متوسط مجموع أعداد السطوح المنخورة	٤,٦١	٦,٣٧	٦,٣٥	٦,٢٧
متوسط مجموع أعداد السطوح المفقودة	١٥,٠٥	٣٣,٥٥	٥٤,٥٦	٦١,٠٠
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة	٤,٧٦	٥,٣٦	٤,٥٦	٣,٨٢
متوسط مجموع أعداد السطوح المحشوة والمنخورة والمفقودة	٢٤,٤١	٤٥,٢٨	٦٥,٤٨	٧١,٠٩

اما الحالة الصحية للثة ومن خلال النظر إلى جدول رقم (٢٦) تبين أن لدى الفئة الأولى (١١٠) لثة سليمة وتشكل ما نسبته (٣٤٪) مقابل (١٦,٧٪)، (١٢٪)، (٧,١٪) في المجموعات الثلاث الأخرى على التوالي.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وقد تبين أن نسبة التكلسات في المجموعة الأولى كانت (٢٧,٨٪)مقابل (٣٩,٤٪)، (٤١,٣٪)، (٤٢,٨٪) في المجموعات الثلاث الأخرى على التوالي.

وكان هنالك (٣٤) جيباً ضحلاً في المجموعة الأولى بنسبة (١٠,٥٪) مقابل (١٤) جيباً في المجموعة الثانية وبنسبة (١٢,٣٪)، و (٨) جيوب في المجموعة الثالثة وتساوي ما نسبته (١٣,٨٪) وكان هناك جيبان في المجموعة الرابعة وتساوي ما نسبته (١٤,٢) (انظر جدول رقم ٢٦).

جدول رقم (٢٦)

يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) من البالغين مقسمين حسب عدد مرات اللجوء الى المقلدين للمهنة.

الحالة	صفر	النسبة المئوية	مرةواحده	النسبة المئوية	مرتين	النسبة المئوية	ثلاث مرات	النسبة المئوية
لثة سليمة	١١٠	٣٤٪	١٩	١٦,٧٪	٧	١٢٪	١	٧,١٪
وجود نزيف عند القياس	٧٥	٢٣,٢٪	٣٠	٢٦,٣٪	١٥	٢٥,٨٪	٤	٢٨,٥٪
وجود ترسبات كلسية	٩٠	٢٧,٨٪	٤٥	٣٩,٤٪	٢٤	٤١,٣٪	٦	٤٢,٨٪
وجود جيوب لثوية ٤-٥ ملم	٣٤	١٠,٥٪	١٤	١٢,٣٪	٨	١٣,٨٪	٢	١٤,٢٪
وجود جيوب لثوية ٦ ملم	١٤	٤,٣٪	٦	٥,٢٪	٤	٦,٩٪	١	٧,١٪

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

حسب المستوى التعليمي:-

قسم أفراد العينة بحسب مستواهم التعليمي إلى سبع مجموعات هي:-

أ- الاميين وكان عددهم (٦٣) فردا ونسبتهم (١٢,٢٥٪)

ب- حملة الشهادة الابتدائية وعددهم (٨١) ونسبتهم (١٥,٨٨٪).

جـ- حملة الشهادة الاعدادية وعددهم (١٣٠) ونسبتهم (٢٥,٩٤٪).

د- حملة الشهادة الثانوية وعددهم (١١٧) ونسبتهم (٢٢,٩٤٪).

هـ- حملة الشهادة دبلوم الكليات المتوسطة وعددهم (٦٣) ونسبتهم (١٢,٢٥٪).

و- حملة الشهادة الجامعية الأولى وعددهم (٤٨) ونسبتهم (٩,٤١٪).

ز- حملة الشهادات العليا (ماجستير ودكتوراه) وعددهم ٨ونسبتهم (١,٥٦٪).

وقد تبين من خلال تحليل هذه الدراسة وبالنظر إلى الجدول رقم (٢٧) ازدياد عدد مرات التنظيف مع ارتفاع المستوى التعليمي والثقافي، وكذلك لوحظ انخفاض أعداد الأسنان المنخورة والمفقودة والمحشوة مع ارتفاع المستوى العلمي، كما تتناسب العناية بصحة الفم والاسنان وحالة نظافة فيها تناسباً طردياً مع ارتفاع المستوى التعلمي، وكان متوسط حالة نظافة الأسنان لدى المجموعات السبع على التوالي: (١,٧٥)، (١,٧٥)، (١,٥٤)، (١,٠٧)، (٠,٨١)، (٠,٧٥)، (٠,٥٤).

وهذا يعني أن مستوى نظافة الأسنان قد تضاعف عند الاشخاص الذين يتمتعون بمستوى تعليمي عالٍ ثلاثة اضعاف عما هو عليه عند الاشخاص الذين لديهم مستوى تعليمي متدنٍ كما انه لوحظ تناسب أعداد الأسنان المنخورة والمحشوة والمفقودة تناسباً عكسياً مع ارتفاع المستوى التعليمي، حيث بلغ متوسط الأعداد على التوالي: (١٩,٣٣)، (١٦,١٦)، (١٣,٩١)، (١٠,٦٩)، (٨,٧٥)، (٩,٢٥)، (٧,١٣).

اما متوسط أعداد السطوح المنخورة والمفقودة والمحشوة فكان على التوالي:- (٣١,٠٢)، (٤٥,٧٠)، (٣٦,٣٢)، (٢٥,٥٩)، (١٧,٨٧)، (٢٠,١٧)، (١١,٥٠). (انظر جدول رقم ٢٧).

© Arabic Digital Library Yarmouk University

جدول رقم (٢٧)

يبين حالة صحة ونظافة الأسنان لدى افراد العينة وعددهم (٥١٠) فرداً من البالغين مقسمين

حسب المستوى التعليمي.

الحالة	امي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	كليات	بكالوريوس	دراسات عليا
الأسنان	١,٧٥	١,٧٥	١,٥٤	نظافة ١	٠,٨١	٠,٧٥	٠,٥٤
المنخورة والمحشوة	١٩,٣٣	١٦,١٦	١٣,٩١	الأسنان ١	٨,٧٥	٩,٢٥	٧,١٣
المنخورة	٤,٠٢	٤,٨٠	٤,٩١	الأسنان ١	٣,٠٦	٣,٠٠	٢,٨٨
المفقودة	١٢,٥٤	٨,١٢	٥,٤٤	٦,٦٨	٢,٢٢	٢,٢٩	١,١٣
المحشوة	٢,٧٨	٣,٢٣	٣,٥٦	الأسنان ٣	٣,٤٦	٣,٦٩	٣,١٣
المحشوة والمفقودة	٥٦,٣٩	٤,٩٦	٣١,٢٨ والمنخورة	٢١,١٣	١٣,٣٠	١٤,٧٩	٧,٨٨
المنخورة	٥,٢٦	٦,٢٢	٦,٥١	٤,٥٦	٣,٥٦	٣,٦٣	٢,٥٠
المفقودة	٥١,١٣	٣٤,٧٥	٢٤,٧٧	السطح ٧	٩,٧٥	١١,١٧	٥,٣٨
المحشوة	٤,٦٣	٤,٧٣	٥,٠٤	٤,٤٧	٤,٥٧	٥,٣٦	٣,٦٣
المحشوة والمفقودة	٣١,٠٢	٤٥,٧٠	٣٦,٣٢	السطح ٢	١٧,٨٧	٢٠,١٧	١١,٥٠

وكانت حالة اللثة الصحية تشير إلى أن هنالك ارتفاعاً في مستوى صحة اللثة مع ارتفاع المستوى التعليمي حيث كانت أعداد اللثة السليمة للمجموعات السبع على التوالي:-

(١٥)، (٢٠)، (٣٤)، (٣١)، (١٨)، (١٦)، (٤).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وتشكل ما نسبته لكل فئة وعلى التوالي (١٩٪)، (٢٢.٢٪)، (١٥، ٢٦)، (٤، ٢٧٪)، (٦، ٣٤٪)، (٤٠٪)، (٦، ٦٠٪).

وكانت نسبة اللثث التي تعاني من النزيف عند القياس على التوالي (٢٤٪)، (٤، ٢٤٪)، (٣٨، ٢٥٪)، (٧، ٢٤٪)، (٢٣٪)، (٥، ٢٢٪)، (٧، ١٦٪).

اما نسبة اللثث التي تعاني من الترسبات الكلسية فقد كانت على التوالي (٧، ٣٦٪)، (٤، ٣٤٪)، (٣، ٣٢٪)، (٨، ٣١٪)، (٨، ٢٨٪)، (٥، ٢٧٪)، (٧، ١٦٪).

كما بلغت نسبة الجيوب الضحلة من ٤-٥ ملم على التوالي:-

(٦، ١٢٪)، (٣، ١٣٪)، (٥٣، ١١٪)، (٥، ١١٪)، (٦، ٩٪)، (٥، ٧٪) (صفر).

اما نسبة الجيوب العميقة ٦ ملم فقد كانت على التوالي (٥، ٧٪)، (٥، ٥٪)، (٦، ٤٪)، (٤، ٤٪)، (٨، ٣٪)، (٥، ٢٪)، (صفر)، (انظر جدول رقم ٢٨)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (٢٨) يبين حالة اللثة الصحية لدى أفراد العينة البالغ عددهم (٥١٠) فرداً مقسمين حسب المستوى التعليمي لهم

الحالة	الفئة الاولى	النسبة	الفئة الثانية	النسبة	الفئة الثالثة	النسبة	الفئة الرابعة	النسبة	الفئة الخامسة	النسبة	الفئة السادسة	النسبة	الفئة السابعة	النسبة
لثة سليمة	١٥	٪١٩	٢٠	٪٢٢,٢	٣٤	٪٢٦,١٥	٣١	٪٢٧,٤	١٨	٪٣٤,٦	١٦	٪٤٠	٤	٪٦٦,٦
وجود نزيف عن القياس	١٩	٪٢٤	٢٢	٪٢٤,٤	٣٣	٪٢٥,٣٨	٢٨	٪٢٤,٧	١٢	٪٢٣	٩	٪٢٢,٥	١	٪١٦,٧
وجود ترسبات كلسية	٢٩	٪٣٦,٧	٣١	٪٣٤,٤	٤٢	٪٣٢,٣٠	٣٦	٪٣١,٨	١٥	٪٢٨,٨	١١	٪٢٧,٥	١	٪١٦,٧
وجود جيوب لثوية ضحلة من ٤-٥ملم	١٠	٪١٢,٦	١٢	٪١٣,٣	١٥	٪١١,٥٣	١٣	٪١١,٥	٥	٪٩,٦	٣	٪٧,٥	صفر	صفر
وجود جيوب لثوية عميق > ٦ ملم	٦	٪٧,٥	٥	٪٥,٥	٦	٪٤,٦	٥	٪٤,٤	٢	٪٣,٨	١	٪٢,٥	صفر	صفر

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أهم نتائج هذه الدراسة:-

١- لوحظ من خلال الدراسة أن للنساء اهتماماً أكبر في الإبقاء على نظافة الفم والأسنان، وكذلك المثابره على إصلاحهاوديمومتها في الفم ، حيث لوحظ أن النساء تعتبر أن للأسنان ثقلاً كبيراً في جمال الوجه.

كما لوحظ أن هناك تقصيراً في الاهتمام بصحة فم وأسنان النساء الحوامل سواء في القطاعات الطبية، أو من الأفراد أنفسهم بما يجعل اللثة سليمة بالإضافة الى تشذيب التكلسات ومعالجة الالتهابات الناتجة من الاضطرابات الهرمونية وإعطاء العلاجات الغنية بالمركبات الكلسية لتعويض ما ينقص الأم أثناء فترة الحمل.

٢- ارتفعت النسب في أمراض الفم مع ارتفاع سني العمر، ووجد ان هنالك تدميراً طبيعياً للجهاز الداعم لدى المتقدمين في السن غير مَرضي، كما وجد ان هنالك زيادة في اللجوء للمقلدين للمهنة والطب الشعبي لدى الفئات العمرية الأكبر سناً.

كما ازدادت اعداد الجيوب اللثوية في الفئة العمرية الرابعة أي فوق الخمسين حيث لم تخلوا لثة من جيب لثوي او من ترسبات كلسية او فقدان أسنان.

٣- ازداد مستوى صحة الفم والأسنان مع زيادة الدخل وتدني مع تدني الدخل لدى أفراد العينة، بغض النظر عن العمر والجنس ومكان السكن. كما ازداد اللجوء إلى المقلدين للمهنة والطب الشعبي مع انخفاض معدل الدخل الفردي.

٤- تمتع أهل المدينة بحالة نظافة أفضل بقليل من سكان الريف، إلا أن أهل الريف تمتعوا بصحة أسنان أفضل، ومن وجهة نظر الباحث فان ذلك يعود إلى نوع التغذية.

٥- تمتع الذين يثابرون على نظافة الفم والأسنان بلثه سليمة وأسنان جيدة ثلاثة أضعاف عما هي عليه عند الذين يتقاعسون عن تنظيف أسنانهم والاهتمام بها ولا يدركون مدى خطورة عدم تنظيف الأسنان.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

٦- أثبتت الدراسة ان للتنفس الفموي تأثيراً سلبياً على صحة الفم والأسنان حيث تضاعفت أمراض اللثة والأسنان عما هي عليه عند الذين يتنفسون تنفساً طبيعياً.

٧- أظهرت الدراسة أن حوالي (٢٠٪) من أفراد العينة يعانون من صرير الأسنان وأن الاشخاص الذين يعانون من هذا المرض تنهك لديهم الأنسجة الداعمة، ويعانون من عض الخد أثناء النوم وكذلك تآكل الأسنان.

٨- فاقت حالة نظافة الأسنان عند الأشخاص غير المدخنين النصف عما هو عليه عند المدخنين، كما تمتع غير المدخنين بصحة فم وأسنان أفضل.

كما شكل المدخنون نسبة عالية من أفراد العينة حيث شكلوا ما نسبته ٥٢,٥٥ ٪ وازداد عدد المدخنات كذلك. وكان مجموعهن (٤٧) إلا أنه من الملاحظ أن المدخنات يمارسن هذه العادة وهن في المرحلة الذهبية للإنجاب مما يؤدي إلى تردي الحالة الصحية لهن ولأجنتهنّ.

٩- تتناسب أمراض اللثة والأسنان تناسباً طردياً مع ازدياد استهلاك السكاكر، والحلويات وفاقت نسبة الضعف عند الاشخاص الذين يستهلكونها بمعدل ثلاث مرات فاكثر عما هي عليه عند الاشخاص الذين يعتدلون في استهلاكهما.

١٠- زاد عدد الذين لجأوا للمقلدين للمهنة مع ازدياد العمر وتدني المستوى الثقافي والعلمي، وتمتع الأفراد الذين لم يلجأوا إلى الطب الشعبي، والمقلدين للمهنة بصحة لثه وأسنان أفضل.

١١- زادت نسبة تآكل الأسنان عند الاشخاص الذين يستعملون أسنانهم استعمالاً خاطئاً بنسبة ٣٠٪ عما هي عليه عند الذين يحافظون عليها، ولا يستعملون أسنانهم كالآت، وكما زادت بنفس النسبة عند الاشخاص الذين يعانون من صرير الأسنان.

١٢- اكدت هذه الدراسة ما جاء في دراسة (Brown and loe, 1990) عندما تم معاينة موظفين بالغين في الولايات المتحدة الامريكية لمعرفة أمراض الأنسجة الداعمة،

© Arabic Digital Library Yarmouk University

ومن خلال دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والتعليم، والسلالة. والدخل الشهري والتأمين الصحي للاسنان. كذلك الزيارات الحديثة لأطباء الأسنان، حيث بينت الدراسة كثرة وجود أمراض الجهاز الداعم عند الزنوج والاشخاص الذين لديهم اعمار تعليميه قصيرة، وان الاشخاص الذين لديهم تأمين صحي للأسنان يتميزون بصحة لثة وأسنان أفضل من غيرهم، وقد وجد ان للمستوى التعلمي ارتباطاً تبادلياً مع مقاييس صحة اللثة ووجد ان الاشخاص ذوي التعليم العالي لديهم لثه سليمة وجيوب لثوية أقل من غيرهم. وفي هذه الدراسة تبين انخفاض وجود الجيوب اللثوية عند الذين لديهم سنوات تعليم تزيد عن (١٢) سنة وكذلك ارتفعت هذه النسب مع انخفاض عدد سنوات التعليم، كذلك ازداد عدد مرات التنظيف مع ازدياد المتسوى التعليمي، وقل اللجوء الي الطب الشعبي والمقلدين للمهنة مع زيادة الدرجة العلمية.

١٣ لوحظ زيادة كبيرة في أعداد المدخنين ما بين سنّ العاشرة والعشرين، ووجد أن العادة منتشرة بين طلاب المدارس الذين يشترون الدخان بالسيجارة (المفرق)، وهي فترة من وجهة نظر الباحث خطيرة، حيث أن الصبيّ ما زال في باكورة عمره، وأن التأثيرات الناجمة عن ذلك على الرئة والقلب والأمعاء والفم ستكون غير محدودة العواقب.

كما يلاحظ الباحث ارتفاع نسبة المدخنين ما بين سني ٢٠ - ٣٩ حيث أنها من أعلى النسب، وأن سبعة أشخاص فقط لا يدخنون من بين خمسة وثلاثين شخصاً أي ما نسبته ٢٠٪ فقط، كما لاحظ الباحث بدء الإنخفاض في عدد المدخنين بعد سن الأربعين إلا أن الباحث وجد أن نسبةً كبيرةً من هؤلاء الأشخاص لم يعرفوا الدخان في حياتهم ، وأن الدخان كآفة اجتماعية لم يكن منتشراً في مثل هذا المستوى، كما وجد الكثيرين ممن أقلعوا عن التدخين بعد سن الأربعين.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وقد لاحظ الباحث ارتفاع سن المدخنات عند الإناث نسبة إلى الذكور والمدخنات السبعة دون سن العشرين كنَّ طالبات في الثانوية العامة أو في المعاهد والجامعات، وذلك عكس الذكور، حيث لاحظ الباحث ارتفاع عددهم في المدارس الاعدادية والثانوية، حتى أنه وجد الكثير من الحالات في المراحل الابتدائية. إلا أن الباحث لاحظ ارتفاع نسبة المدخنات ما بين العشرين والثلاثين من العمر، وهذه الفترة الذهبية للإنجاب والتدخين في هذه الفترة يضعف نضوج البويضات، كما أنه يضر بالجنين ويتدنى وزنه عن المستوى المعهود، كما أن احتمالات الاجهاض لدى الأم المدخنة عالية.

أمّا كبيرات السن من النساء فقد أفدن أن الدخان كان لديهن عادة سيئة، وكان الحياء والعادات تمنع المرأة من أن تفكر بذلك على الرغم من وجود النساء المدخنات في العقود الماضية، فربما كنَّ نساء الشيوخ المدللات أو اللواتي تعرضن إلى محنة كبيرة. وتفيد هذه السيدات المعمرات أن انخراط السيدات الحاليات في سلك العمل والتعليم ومساواتهنَّ بالرجل أوجد لدى المرأة الحرية الاقتصادية والاجتماعية لشراء التبغ والتدخين سراً وعلانية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

التوصيات

١- إن التوعية الصحية الكافية والدخل الفردي المناسب وتوفر المراكز الصحية اللازمة وتفاعل المجتمع معها، وتوفر الماء الصالح للشرب المذاب فيه الفلور بالمقادير المناسبه ووجود برامج الأمومة، والطفولة المكثفة، ستؤدي بلا مجال للشك للتقدم في المستوى الصحي للناس، سواء كان على مستوى الصحة بشكل عام او على مستوى صحة الفم والاسنان بشكل خاص، وإن تلازم هذه الأمور مع التقدم في العلوم الطبية والتكنولوجيا الحديثة، وانتشار المعرفة وتفسير او تعليل الأحداث بيولوجياً حسب الأصول تغير في مفهوم الناس للمرض.

٢- يوصي الباحث من خلال اطلاعه بالرضاعة الطبيعية وأن لا يتم فطام الطفل قبل الحولين حيث أنه من خلال الحالات في عينة البحث تبين أن من مارس الرضاعة فوق العامين كان يتناول الأطعمة القاسية بشكل قليل جداً، وأن بقايا الحليب في فمه وخاصة أثناء النوم أدت الى مساعدة البكتيريا على نخر كافة الاسنان، كما أن الاطفال الذين كان لديهم افطام مبكر قبل الحول مارسوا عادات سيئة حتى في سن الشباب مثل مص ودفع اللسان.

٣- يوصي الباحث زملاءه من الباحثين بالبحث في موضوع العادات غير الصحية لدى الأطفال، حيث يتوقع أن هذا الموضوع في غاية الأهمية، وأن الباحث يمكن أن يقدم خدمة كبيرة الى مجتمعه وللبشرية جمعاء.

٤- كما يوصي الباحث بالتطرق الى موضوع هام جداً حسب وجهة نظره وهو علاقة التغذية بأمراض اللثة والاسنان.

٥- كما يوصي الباحث بنشر الوعي الصحي العلمي المباشر لتوعية الأفراد حول مخاطر ممارسة الطب الشعبي في مجال الفم والأسنان، وكذلك اللجوء الى المقلدين للمهنة وانتشار امراض الكبد من جراء ذلك والامراض الأخرى.

٦- يوصي الباحث بأن تقوم المؤسسات الحكومية باجراء كافة المعالجات السنية للاطفال مجاناً، لنتمكن من الوصول بأفراد هذا المجتمع إلى مستوى جيد من صحة الفم والأسنان مستقبلاً.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الاستبـــانة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

العادات غير الصحية وعلاقتها بأمراض اللثة والأسنان

الاسم : ..... **الرقم المتسلسل :** .....

الجنس : ☐ ذكر ☐ انثى

المهنة : ..... **العمر :** .....

الدخل الشهري : ..... **العنوان :** .....

عدد افراد الأسرة : ..... **المستوى التعليمي (١) (٢) (٣) (٤) (٥) (٦) (٧)**

١- عدد مرات التنظيف / يومياً : ☐ صفر ☐ ١> ☐ ٢ ☐ ٣< ☐.

٢- استعمال معجون الأسنان: ☐ نعم ☐ احياناً ☐ لا.

٣- الفلورايد في المعاجين: ☐ نعم ☐ لا.

٤- التنفس الفموي: ☐ نعم ☐ لا.

٥- صرير الاسنان: ☐ نعم ☐ لا.

٦- التدخين: ☐ نعم ☐ لا.

٧- نوع التدخين: ☐ سيجارة ☐ غليون ☐ مضغة ☐ ارقيلة

٨- استعمال خاطئ للأسنان: ☐ نعم ☐ احياناً ☐ لا.

٩- نوع الإستعمال الخاطئ .....

١٠- عدد مرات شرب المرطبات والمثلجات يومياً: ☐ صفر ☐ ١ ☐ ٢ ☐ ٣< ☐ ٣>.

١١- عدد مرات أكل الحلويات يومياً: ☐ صفر ☐ ١ ☐ ٢ ☐ ٣< ☐ ٣>.

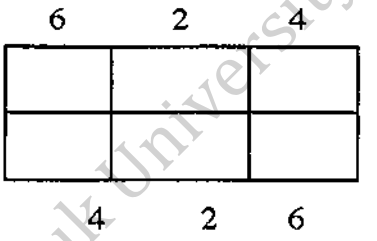
١٢- اللجوء الى المقلدين للمهنة وعدد المرات: ☐ نعم ☐ لا ☐ ١ ☐ ٢ ☐ ٣< ☐ ٣>.

١٣- نوع العمل لدى المقلدين للمهنة: ☐ تركيب ☐ خلع ☐ علاج.

١٤- تآكل الاسنان: ☐ نعم ☐ لا.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

حالة نظافة الفم (Silness & Loe 1964)



0: أسنان نظيفة.

1: اللويحات ممكن ازالتها من الثلث اللثوي بواسطة المسبر.

2: اللويحات يمكن مشاهدتها بالعين المجرده (حول عنق السن).

3: اللويحات تغطي معظم سطح السن.

نخر الأسنان

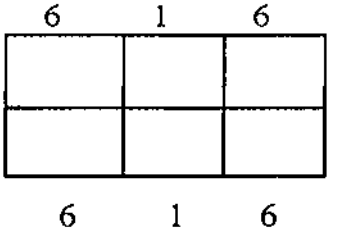
أعداد الأسنان ☐☐ أسنان / منخورة / سطوح ☐☐ ☐☐

DMFT ☐☐ أسنان / محشوة / سطوح ☐☐ أعداد السطوح. ☐☐

DMFS ☐☐

مجموع اعداد السطوح المحشوة والمتسوسة DFS

حالة اللثة (Ainamo 1982)



0: لثة جيدة وسليمة.

1: نزيف عند القياس.

2: ترسبات كلسية.

3: جيب 4- 5 ملم.

4: جيب > 6 ملم.

X: سن مفقود

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المـــراجـع

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المراجع العربية

البار، محمد
١٩٧٩
التدخين واثره على الصحة العامه
جده : السعودية

حداد، مهنا
١٩٨٧
مفاهيم في علم الاجتماع والتمريض
عمان: مطبعة ليث

خردجي، نبيه
١٩٨٦-١٩٨٧
طب اسنان الاطفال
مطبعة جامعة دمشق- دمشق.

درويش، محمد عاطف
١٩٨٨-١٩٨٩
امراض اللثة والانسجة الداعمة
دمشق: مطبعة جامعة دمشق

الدلاهمه، علي
١٩٨٧
التدخين ذلك الانتحار
عمان: الاردن

زيادات، عادل
١٩٩٠
البدايات الاولى للمستشفيات والمعالجة الطبية
اربد: جامعة اليرموك

الشيخ، وسام
١٩٨١/١٩٨٠
مجلة طب الفم السورية، العددان ٣، ٤، ١٩٨٤، نقابة أطباء الاسنان في سوريا.

الطويل، نبيل صبحي
١٩٦٨
التدخين وسرطان الرئة والامراض الاخرى
بيروت: دار العربية

العجلوني، صالح
١٩٩٣
الرعاية الصحية بين المجتمع التقليدي والمؤسسية.
رسالة ماجستير، غير منشورة معهد الآثار والانثروبولوجيا - جامعة اليرموك، إربد - الاردن

العلوجي، صباح
١٩٨٠
التدخين وسرطان الفم والرئتين والمثانة.
بغداد: دار القادسية للطباعة

قويدر، مصباح
١٩٧٩
التدخين وامراض الفم
السعودية:جامعة الامام محمد بن سعود.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

قصبجي، فارس
١٩٨٤
الاطباق
حلب: جامعة حلب، كلية طب الاسنان

المكاوي، علي
١٩٨٨
الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية
الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

محجوب، مغازي، وآخرون
١٩٨٥
الافات الاجتماعية والامراض الشعبية.
لبنان: شركة الفجر العربي.

منظمة الصحة العالمية
١٩٨٠
امراض الفم الشائعة، والوقاية والعنايه
جنيف: منظمة الصحة العالمية

النجار، محمود
١٩٨٩
العظام في الدراسات الانثروبولوجية والطبية
الكويت: دار السلاسل

الدوريات

نقابة اطباء الاسنان الاردنية
طب الفم والاسنان
تشرين ثاني ١٩٩٣، نيسان ١٩٩٤ تشرين اول ١٩٩٤
عمان: نقابة اطباء الاسنان

نقابة اطباء الاسنان السورية
١٩٨٤ العددان (٣+٤)، ١٩٩٢ العددان (٣+٤)
مجلة طب الفم السورية
دمشق: نقابة اطباء الاسنان السورية

عالم طب الاسنان
عالم طب الاسنان
بيتا فيرلاج، بون:جمهورية المانيا الغربية

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المراجع الاجنبية

Ainamo, J. et al
1982
Development of the world health organization (WHO) Community Periodontal Index of treatment needs (CPITN)
Int. D. J. 7510 .

Axesson, lindhe and Nystrom
1991
On the prevention of caries and periodontal disease,
Geneva, switzerland.

Cohen, Stephen
1984
Pahtways of the pulp
ST. louis Torontothe: G.V. Mosby company

Cvetkovič, T
1985
Boleste Zuba (امراض الاسنان).
Sarajevo: Stomatoloski Fakultet

Dobrenič, Milutin
1979
Oralne Boleste (أمراض الفم)
Jumena : Zagreb.

Frentzan Schiler and annolden
1990
Profiles of Periodontal conditions in adults measored by CPITN
Int. D.J Bulter worth - Heinemann for federation Dentaire internationale

Freed man, Kenneth
1979
Management of the Geriatric Dental patient
London: Churchill Livingstone

Halstead, Carles
1982
Physical evaluation of the dental patient
London: C.V Mosbly Company

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

Hohifeld, m and Bernimoolin, 1993 — J. P application of the commonity periodontal index of treatment needs (CPITN) in agroup of 45-54- year old German factory workers, Journal of clinical periodontology, Denemark (7510).

Mann, J, and other. 1994 — Prevalence of dental caries among Ethiopian, world dental press. (7510)

Mirkovič, Branaslava 1987 — Dental Caries (نخر الاسنان) Dechye Novine Beograd

Morrey, L and Nilson, P 1970 — Dental Science Handbook Washington: Dehaw publication.

Miyaxaki, H and others 1994 — Profiles of periodontal conditions in adults measored by CPITN, international dental journal, Bulter worth- Heinemann for federation Dentaire internationale.

Oliver, R. et. al 1991 — Variations in the prevalene and extent of periodonitits, JADA, Vol, 122.

Pilot, Miyazaki and others 1992 — Profiles of periodontal conditions in older age ohorts, measured by CPITN, Geneva, FDI world Dental press (7510)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

Petti,Pelto — Anthropological Research
1978 — Cambridge: Combridge University press

Plaminac, Willam — Spicigalna Pathalogiga (علم الامراض)
1984 — Svegetlost Sarajevo.

Suvin, Miroslav — Stomatoloshka Protetika (التركيبات السنية)
1979 — Shkolska Knyiga Zagreb

Svetlana Orlov et al — Oboljenga Mekih Tkiva Usne Duplge (أمراض انسجة الفم)
1987 — Dechye Novine Beograd

Silnees, J. & Loe, H. — Periodental disease in pregnany II : Correlation between oral hygiene and periodental comdition.
1964 — Acta Odontal Scand. 22: (121-135).

Shklar, M.C corthy — The Oral Manifestations of Systemic Disease
1989 — Butter Worths: Bostan and Landon

Topič, Berislav — Parodontologiga (أمراض الجهاز الداعم)
1980 — Svyetlost Sarajevo.

Walker Smith, J — Mackeithis infant feeding and Feeding Difficulties
1981 — London: Churchill livingistone

Zdravko, Rajič — Oralna pathologiga (أمراض الفم)
1985 — Svgetlost Saragevo.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

Abstract

This study investigated the effect of bad habits (such as smoking, brnocism, mis use of teeth, dirnks & sweet consumption, folk dentistry, mouth breathing) on the dental health i.e dental caries & peroidontal disease status. A sample of 510 Jordanian adults was included in this study. Before Clinical examination aquestionaire was complated by each of the participants. The clinical examination was performed on a dental unit, using a mirror, explorer and william's periodontal probe, to evaluate the oral hygiene status, the plapue index (silness & loe 1964) was recorded using 6 index teeth.

The dental caries status was evaluated by using DMFT/S systems while the periodontal condition was evaluated by using CPITN (Ainamo 1982). The resutls revealed that the oral hygiene status affeted the dental diseases i.e good oral hygiene resulted in less dental caries and less periodontal disease prevalence.

It was quite obvious that smoking affected the periodontal condition disease. Sweet consumption affected also dental disease.

It was found that the prevalence of dental caries and periodontal conditions are increased with more sweet consumption. Also it was revealed that periodontal condition was worst in individuals using flok dentistry.

Therefore, it was concluded that bad habits should be ceased to avoid high prevalence of both dental caries and periodontal disease.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University