

بررسی آگاهی و مهارت تشخیصی پزشکان و دندانپزشکان عمومی شیراز در ارتباط با سرطان سلول‌های سنگفرشی دهان

آزیتا آزاد*، زهرا تالطف**، نیلوفر نیاکان***

* استادیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
 ** دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
 تاریخ ارائه مقاله: ۹۴/۳/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۶

Evaluation of Knowledge and Diagnostic Skills of General Physicians and Dentists in the City of Shiraz about Squamous Cell Carcinoma

Azita Azad*, Zahra Talattof**#, Niloofar Niakan***

* Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
 ** Undergraduate Student, Student Research Committee, School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Received: 15 June 2015 ; Accepted: 28 October 2015

Introduction: Early detection is the most important factor in reducing mortality of oral cancer. Dental and medical professionals pose an important role according to screening, early detection and subsequent referral. The aim of the current study was to assess knowledge and diagnostic skills of oral cancer among dental and medical practitioners in the city of Shiraz.

Materials& Methods: This was a descriptive cross-sectional study was conducted on 200 general physicians and dentists using questionnaire in the city of Shiraz in 2014. Simple randomization sampling was conducted. Data were analyzed via SPSS version 18 by student's *t*-test, Mann Whitney, Chi-square and Spearman co-efficient correlation.

Results: A total of 200 participants (100 dentists and 100 medical doctors) were recruited. Mean professional experience was 9 years and 6 months. The average grade for knowledge and diagnostic skills were 69% and 52% respectively. Our data showed negative correlation between grade of ability and number of patient visits per day and also daily working hours among general physicians ($P < 0.005$).

Conclusion: The result of this study revealed that there was a lack of adequate knowledge and diagnostic skills about oral cancer in our selected sample.

Key words: Knowledge, diagnostic skills, general dentist, general physician, oral squamous cell carcinoma.

Corresponding Author: talattoz@sums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2015; 39(4): 291-302 .

چکیده

مقدمه: مهمترین عامل در کاهش مرگ و میر سرطان دهان، تشخیص سریع آن می‌باشد و پزشکان و دندانپزشکان نقش مهمی در غربالگری و تشخیص اولیه این بیماری دارند. بنابراین در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان آگاهی و مهارت تشخیصی این افراد را در شهر شیراز مورد ارزیابی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی به روش مقطعی، به صورت تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰۰ نفر از پزشکان و دندانپزشکان عمومی شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ که به صورت تصادفی ساده نمونه‌گیری شدند، انجام شد. داده‌ها توسط نرم افزار آماري SPSS با ویرایش ۱۸ و تست‌های آماري Student's *t*-test، من-ویتنی، کای اسکوئر و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل شدند.

مولف مسؤول، نشانی: شیراز، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۷۱۳۷۲۵۸۰۹۲

E-mail: talattoz@sums.ac.ir

یافته‌ها: جمعاً نتایج ۲۰۰ نفر (۱۰۰ دندانپزشک و ۱۰۰ پزشک) شرکت‌کننده در مطالعه گردآوری گردید. میانگین سابقه کار حدود نه سال و شش ماه و میانگین آگاهی و مهارت تشخیصی به ترتیب ۶۹ درصد و ۵۲ درصد بود. داده‌ها یک رابطه معنی‌دار و منفی بین نمره مهارت تشخیصی و تعداد مریض‌های ویزیت شده روزانه و ساعات کاری روزانه پزشکان نشان داد ($P < 0.005$).

نتیجه‌گیری: بررسی نتایج این مطالعه بیانگر پایین بودن نسبی آگاهی و مهارت‌های تشخیصی ضایعات سرطانی دهان در افراد مورد مطالعه بود.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، مهارت تشخیصی، دندانپزشک عمومی، پزشک عمومی، اسکواموس سل کارسینوما دهان. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۴ دوره ۳۹ / شماره ۴: ۳۰۲-۳۹۱.

مقدمه

شایع‌ترین نئوپلاسم بدخیم دهان کارسینوم سلول سنگفرشی می‌باشد که حدود ۹۰ درصد از بدخیمی‌های این ناحیه را شامل می‌شود.^(۹) سرطان دهان در کشورهای در حال توسعه ششمین سرطان شایع در مردان و دهمین سرطان شایع در زنان می‌باشد و مجموعاً ۴ درصد کل سرطان‌ها را شامل می‌شود^(۱۰) و متأسفانه در اکثر موارد در مراحل بسیار پیشرفته (Stage III, IV) تشخیص داده می‌شود.^(۱۱)

متأسفانه، اغلب بیماران پس از گسترش نشانه‌ها در مرحله پیشرفته بیماری شناسایی می‌شوند. ناراحتی، شایع‌ترین نشانه‌ای است که بیمار را به جستجوی درمان هدایت می‌کند و می‌تواند هنگام تشخیص در بالغ بر ۸۵ درصد بیماران وجود داشته باشد. همچنین ممکن است بیماران با نشانه‌ای از وجود توده در سر و گردن معرفی شوند. دیسفاژی، بلع دردناک (Odynophagia)، گوش درد (Otalgia)، محدودیت حرکتی، خونریزی دهانی، توده‌های گردنی و از دست دادن وزن نیز با پیشرفت بیماری رخ می‌دهد.^(۶)

معاینه حفره دهان باید به دنبال ارزیابی دقیق گره‌های لنفاوی تحت فکی و گردنی انجام شود.

نواحی با ریسک بالا جهت بروز کارسینوما شامل لب پایین، قسمت قدامی کف دهان و کناره‌های جانبی زبان باید به دقت معاینه شوند. بیمار باید به منظور یافتن

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده است. سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است.^(۱) اگر ضایعاتی که خطر تبدیل شدن به سرطان را دارند زود شناسایی و درمان شوند بیمار ممکن است علاوه بر برخورداری از طول عمر طبیعی از عوارض سرطان و درمان آن رهایی یابد.^(۲) باید توجه داشت معاینه جهت بررسی سرطان دهان، می‌تواند در مدت کوتاهی به اندازه ۹۰ ثانیه انجام شود.^(۳) دهان، برخلاف بسیاری از ارگان‌های بدن به راحتی در دسترس است و معاینه آن به ابزار خاصی احتیاج ندارد و برای بیمار هم ناراحت‌کننده نیست.^(۴)

سرطان دهان یکی از سرطان‌های شایع و جزء ۱۰ علت اول مرگ و میر در سرتاسر جهان است^(۱) و شامل انواع نئوپلاسم‌های بدخیمی است که در داخل دهان ایجاد می‌شود. این سرطان‌ها شامل تومورهای لب، زبان، لثه، کف دهان، کام سخت و نرم، لوزه‌ها، غدد بزاقی، اوروفارنکس، نازوفارنکس و هیپوفارنکس می‌باشد.^(۷)

اتیولوژی سرطان دهان چند عاملی بوده و طی یک فرایند چند مرحله‌ای رخ می‌دهد. تنباکو، الکل، رژیم غذایی، ویرس‌ها، عوامل ژنتیک، سابقه فامیلی و سایر وضعیت‌های نقص ایمنی، عفونت کاندیدا و ... از جمله عواملی هستند که در بروز سرطان دهان نقش دارند.^(۸)

دانش و آگاهی در واقع شامل اطلاعات مناسب در خصوص ریسک فاکتورها، محل شیوع، سن شایع، لزوم ارجاع جهت بیوپسی و شناخت ضایعات پیش‌سرطانی می‌باشد. در حالی که مهارت تشخیصی شامل توانایی شناخت علائم و نشانه‌های سرطان و همچنین شناخت روش‌های پاراکلینیک در زمینه سرطان می‌باشد.

به طور کلی میزان آگاهی پزشکان و دندانپزشکان درباره سرطان دهان و نحوه عملکرد آنها در برخورد با ضایعات مشکوک دارای اهمیت است. از این رو هدف از اجرای این طرح، تعیین میزان آگاهی و مهارت تشخیصی پزشکان و دندانپزشکان عمومی شهر شیراز درباره سرطان دهان بود تا در صورت نیاز بیماران هرچه زودتر شناسایی شوند و جهت درمان‌های مورد نیاز ارجاع داده شوند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به روش مقطعی صورت گرفت و میزان آگاهی و مهارت تشخیصی دندانپزشکان عمومی و پزشکان عمومی شاغل در مطب در شهر شیراز، مورد ارزیابی قرار گرفت. پژوهش دارای دو متغیر اصلی (میزان آگاهی و مهارت تشخیصی) در مورد سرطان دهان بود. وسیله جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه ای بود که با استفاده از منابع معتبر و مقالات مربوط به این حیطه در ۳ بخش اطلاعات فردی (۶ پرسش)، سنجش آگاهی (۸ پرسش) و بررسی مهارت تشخیصی (۵ پرسش) تهیه شده بود. ۸ تصویر از ضایعات پیش‌سرطانی و سرطانی دهان به همراه دو پرسش چهارجوابی مربوط به این تصاویر بوده، در قسمت سنجش آگاهی در اختیار افراد تحت مطالعه قرار گرفت.

به منظور ارزیابی روایی (Validity)، پرسشنامه به اساتید بخش‌های تشخیص و بیماری‌های دهان، پاتولوژی دهان، جراحی فک و صورت و متخصص بیماری‌های لثه

تغییرات بافتی که می‌تواند شامل ضایعات قرمز، سفید یا سفید و قرمز باشد، همچنین از نظر تغییر در بافت سطحی که ایجاد ضایعه صاف، گرانولار، خشن یا دلمه بسته می‌کند یا حضور توده یا زخم ارزیابی گردد. ضایعه ممکن است مسطح یا برآمده زخمی یا غیرزخمی، کمی قابل لمس یا Indurated باشد. اختلال عملکرد زبان می‌تواند بر تکلم، بلع و تغذیه تاثیر بگذارد.^(۶) انتشار لنفاتیک کارسینومای دهانی، معمولاً گره‌های لنفاوی ساب مندیولار، دیگاستریک، گره‌های گردنی فوقانی و در نهایت گره‌های باقیمانده زنجیره گردنی را گرفتار می‌کند.^(۶)

در ارتباط با آگاهی دندانپزشکان تاکنون مطالعات مختلفی صورت گرفته است. به عنوان مثال، Yellowitz و همکاران^(۱۲) در رابطه با آگاهی تحقیقی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که با افزایش مدت زمان آخرین مطالعه در مورد سرطان دهان، از نمره آگاهی دندانپزشکان کاسته می‌شد و این رابطه به لحاظ آماری معنی‌دار بود.

مطالعه دیگری توسط زارعی و اسدپور^(۵) درباره آگاهی و مهارت تشخیصی دندانپزشکان عمومی شهر کرمان در ارتباط با سرطان دهان صورت گرفت و مشخص شد مهارت تشخیصی دندانپزشکان مورد پژوهش متناسب با نمره آگاهی آنها افزایش می‌یابد.

در مطالعه دیگری زارعی و همکاران^(۱۳) به بررسی میزان دانش و مهارت تشخیصی دندانپزشکان شرکت‌کننده در چهلمین کنگره بین‌المللی انجمن دندانپزشکان ایران درباره سرطان دهان پرداختند. بین نمره کل دانش و مهارت تشخیصی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. در هر دو حیطه آگاهی و مهارت تشخیصی، درصد پاسخ صحیح دندانپزشکان جوان‌تر به طور معنی‌داری بیش از سایر گروه‌های سنی بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۸ استفاده شد. داده‌های کیفی با استفاده از فراوانی و (درصد) و داده‌های کمی با استفاده از میانه، میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. به منظور مقایسه متغیرهای کمی دموگرافیک بین دو رشته از آزمون t مستقل و برای مقایسه نسبت جنس بین دو گروه از آزمون کای-اسکوئر استفاده شد. نمره آگاهی و مهارت نیز بین دو رشته با آزمون نان پارامتری من-ویتی محاسبه شد. به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای کمی و نمره آگاهی و مهارت تشخیصی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. در مطالعه حاضر، $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مجموعاً ۲۰۰ پرسشنامه شامل ۱۰۰ عدد مربوط به دندانپزشکان عمومی و ۱۰۰ عدد مربوط به پزشکان عمومی جمع آوری گردید. تمامی پرسشنامه‌ها در حضور یک نفر مصاحبه‌کننده ثابت و با ارائه تصاویر با کیفیت یکسان تکمیل گردید که این تعداد شامل ۹۸ نفر زن و ۱۰۲ نفر مرد بود. سابقه کار از ۴ ماه تا ۳۰ سال با میانگین $9/53 \pm 6/97$ سال متغیر بود و شرکت‌کنندگان در مطالعه به طور متوسط روزانه $6/99 \pm 1/75$ ساعت فعالیت کاری داشتند. جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک و مقایسه آن‌ها را بین دو رشته نمایش می‌دهد. افراد مورد مطالعه در دو رشته از لحاظ میانگین سن، سابقه کار و نسبت جنسی تفاوت آماری با هم نداشتند. اما میانگین ساعت کار دندانپزشکان ($7/2 \pm 1/7$ ساعت) به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان ($6/6 \pm 1/6$ ساعت) بود ($P = 0/006$).

دانشکده دندانپزشکی شیراز داده شد و سؤالات مورد تایید قرار گرفت و پایایی (Reliability) پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش آزمون مجدد (Test-Retest) بررسی گردید. جهت انجام این کار، پرسشنامه با فاصله زمانی ۲ هفته در اختیار ۱۵ دندانپزشک عمومی و ۱۵ پزشک عمومی شاغل در مطب، قرار گرفت و بر این اساس ضریب همبستگی نمرات آگاهی و مهارت تشخیصی به ترتیب $0/872$ و $0/810$ (در هر دو مورد $P < 0/001$) بود. همچنین مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون نخست برای دو پرسشنامه به ترتیب $0/74$ و $0/71$ بدست آمد که موید پایایی قابل قبول دو پرسشنامه بود.

تعداد افراد تحت مطالعه ما ۲۰۰ نفر بوده است (۱۰۰ دندانپزشک عمومی و ۱۰۰ پزشک عمومی) که حجم نمونه توسط متخصص آمار با توجه به مطالعات مشابه محاسبه گردید. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده با استفاده از فهرست اسامی دندانپزشکان و پزشکان عمومی شاغل در مطب در شهر شیراز که در معاونت دارو و درمان موجود بود، انجام شد. سپس با مراجعه به کلیه مراکز درمانی موجود در لیست، از پزشکان و دندانپزشکان خواسته شد به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند. نحوه تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری بود و اگر پزشک و دندانپزشک فرصت پاسخگویی در جلسه اول را نداشت تقاضای وقت ملاقات دیگری از وی می‌شد، شرکت پزشکان و دندانپزشکان در پژوهش اختیاری بود و در صورتی که پزشکان و دندانپزشکان مایل به همکاری نبودند، از لیست حذف می‌شدند. پژوهش به صورت محرمانه و بدون ذکر نام و نشانی افراد صورت گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات به صورت تصادفی، پرسشنامه‌ها ابتدا تصحیح شدند. به این ترتیب که برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز مثبت و برای هر پاسخ نادرست (غلط یا نزده) صفر امتیاز لحاظ گردید.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک و مقایسه آنها بین دو رشته

	رشته	
	دندانپزشک	پزشک
<i>P</i> .value		
مرد	۴۹ (۴۹/۰)	۵۳ (۵۳/۰)
زن	۵۱ (۵۱/۰)	۴۷ (۴۷/۰)
سن	۳۹/۴ ± ۷/۳	۴۰ ± ۶/۶
ساعت کار	۷/۲ ± ۱/۷	۶/۶ ± ۱/۶
سابقه (سال)	۸/۶ ± ۶/۷	۱۰/۴ ± ۷/۱

سرطان دهان، لزوم ارجاع جهت بیوپسی ضایعات مشکوک و ضایعات پیش‌سرطانی. از میان کل شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۸۷/۵ درصد شایع‌ترین نوع سرطان دهان و ۶۱/۵ درصد شایع‌ترین محل ابتلا سرطان دهان را می‌شناختند و به سوال مربوطه پاسخ صحیح دادند (جدول ۳).

متوسط امتیاز مهارت‌های تشخیصی سرطان دهان ۲/۶ (۵۲ درصد پاسخ صحیح) بود که این یافته بر اساس سوال‌های مربوط به مهارت‌های تشخیصی Subjective (منظور علائمی است که بیمار توضیح می‌دهد)، Objective (نشانه‌هایی است که پزشک و دندانپزشک در بیمار مشاهده می‌کند) و پاراکلینیک (تست‌های آزمایشگاهی) ارزیابی گردید. نمره مهارت‌های Objective و پاراکلینیک به صورت درصدی بیان شده است که با توجه به مقایسه درصدها، این نمره در پزشکان بیشتر از دندانپزشکان محاسبه شد، در حالی که نمره مهارت‌های Subjective در دندانپزشکان بیشتر بود (جدول ۴).

یک رابطه معنی‌دار و منفی بین تعداد بیماران ویزیت شده و امتیاز مهارت پزشکان شرکت‌کننده در تشخیص سرطان دهان وجود داشت ($P=۰/۰۰۴$ و $r=-۰/۲۸۵$) همچنین رابطه معنی‌داری بین ساعات کاری روزانه و امتیاز مهارت پزشکان ($P=۰/۰۰۱$ و $r=-۰/۳۳۹$) و امتیاز آگاهی ($P=۰/۰۰۸$ و $r=-۰/۲۶۴$) وجود داشت. برای دندانپزشکان رابطه معنی‌داری یافت نشد (جدول ۵).

در مورد دانش و آگاهی بیشترین و کمترین امتیاز به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۲۵ درصد با میانگین ۶۹ درصد پاسخ درست و در مورد مهارت‌های تشخیصی بیشترین امتیاز ۱۰۰ درصد و کمترین امتیاز ۰ درصد با میانگین امتیاز ۵۲ درصد پاسخ درست ثبت گردید. مقایسه سطح آگاهی و مهارت تشخیصی پزشکان و دندانپزشکان شرکت‌کننده در مطالعه بر اساس آزمون من-ویتی انجام گرفت و مشخص شد میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان نسبت به پزشکان به طور معناداری بالاتر است ($P<۰/۰۰۱$) در حالی که نمره مهارت تشخیصی در پزشکان بالاتر بود ($P<۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

جدول ۳ خلاصه سوالات مربوط به آگاهی و درصد درستی پاسخ‌های مربوطه را به تفکیک رشته افراد نشان می‌دهد. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، آگاهی دندانپزشکان در این موارد بیشتر بود: شایع‌ترین محل اولیه

جدول ۲: مقایسه سطح آگاهی و مهارت‌های تشخیصی پزشکان و دندانپزشکان

انحراف معیار \pm میانگین) میانه		
P.value	پزشک	دندانپزشک
$P < 0/001$	۵ (۵/۱۹ \pm ۱/۲۴)	۶ (۵/۸۷ \pm ۱/۳۷)
$P < 0/001$	۳ (۳ \pm ۱/۰۶)	۲ (۲/۲۵ \pm ۱/۱۸)

آگاهی
مهارت‌های تشخیصی

Mann-Whitney (a) آزمون

جدول ۳: خلاصه سوالات مربوط به آگاهی و پاسخ‌های درست آن‌ها

دندانپزشک		پزشک		موضوع سوال
تعداد (درصد)	تعداد کل	تعداد (درصد)	تعداد کل	
۸۶ (۸۶/۰)	۱۰۰	۸۹ (۸۹/۰)	۱۰۰	شایع‌ترین نوع سرطان دهان
۶۲ (۶۲/۰)	۱۰۰	۷۸ (۷۸/۰)	۱۰۰	شایع‌ترین سن ابتلا سرطان دهان
۸۷ (۸۷/۰)	۱۰۰	۳۶ (۳۶/۰)	۱۰۰	شایع‌ترین محل اولیه سرطان دهان
۶۹ (۷۰/۴)	۹۸	۵۴ (۵۴/۵)	۹۹	لزوم ارجاع جهت بیوپسی ضایعات مشکوک
۷۲ (۷۳/۵)	۹۸	۷۶ (۷۶/۰)	۱۰۰	عوامل مستعدکننده SCC
۵۴ (۵۴/۰)	۱۰۰	۴۵ (۴۵/۰)	۱۰۰	ضایعات پیش‌سرطانی

* تعداد افراد با پاسخ صحیح و درصد پاسخ صحیح

جدول ۴: خلاصه سوالات مربوط به مهارت‌های تشخیصی شرکت‌کنندگان و پاسخ‌های صحیح آن‌ها

دندانپزشک		پزشک		موضوع سوال
تعداد (درصد)	تعداد کل	تعداد (درصد)	تعداد کل	
۴۱ (۴۱/۰)	۱۰۰	۲۶ (۲۶/۰)	۱۰۰	مهارت Subjective
۶۹ (۷۰/۴)	۹۸	۸۳ (۸۳/۰)	۱۰۰	مهارت Objective
۲۱ (۲۱/۴)	۹۸	۵۳ (۵۳/۵)	۹۹	مهارت پاراکلینیک

* تعداد افراد با پاسخ صحیح و درصد پاسخ صحیح

جدول ۵: بررسی همبستگی متغیرهای ساعت کار و تعداد بیماران ویزیت شده روزانه با سطح آگاهی و مهارت پزشکان شرکت‌کننده

مهارت‌های تشخیصی	آگاهی	ضریب همبستگی	تعداد بیماران ویزیت شده روزانه پزشکان
-۰/۲۸۵	۰/۱۷۰	ضریب همبستگی	تعداد بیماران ویزیت شده روزانه پزشکان
۰/۰۰۴	۰/۰۹۲	سطح معنی‌داری	
۹۹	۱۰۰	تعداد	
-۰/۳۳۹	-۰/۲۶۴	ضریب همبستگی	ساعات کاری روزانه پزشکان
۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	سطح معنی‌داری	
۹۹	۱۰۰	تعداد	

بر متغیر آگاهی تکیه شده بود یا اینکه گروه هدف تنها دندانپزشکان بودند. سرطان دهان جزء بدخیمی‌هایی است که کشف اولیه آن توسط بررسی بالینی امکان‌پذیر است، چرا که عمدتاً در نواحی وجود دارد که قابل رؤیت هستند و توسط روش‌های معاینه غیرمهاجم می‌توان آن را بررسی کرد، بنابراین تشخیص سریع ضایعات سرطانی و پیش‌سرطانی در محیط دهان امری بسیار مهم و در عین حال ساده می‌باشد به شرط آنکه معاینه‌گر، دانش و آگاهی کافی را در جهت تشخیص این ضایعات داشته باشد.^(۱۴) علاوه بر این دندانپزشکان در طی معاینه و بررسی دندان‌ها به عنوان یک فرد مسئول، معاینه کامل سر و گردن را مدنظر قرار می‌دهند ولی متأسفانه اکثر دندانپزشکان با وجود آموزش در مورد این بدخیمی خطرناک و ریسک فاکتورهای آن در دوره دانشجویی، به مرور زمان در معاینه کامل سر و گردن سهل‌انگاری می‌کنند.^(۱۵) به نظر می‌رسد شناسایی سرطان دهان در مراحل ابتدایی و ارجاع زودهنگام بیماران به عنوان چالشی حل نشده در معاینات عادی و روزمره حفره دهان باشد.^(۱۶) کلینیسین‌ها حداقل باید با شایع‌ترین ریسک فاکتورها و شایع‌ترین محل درگیری سرطان دهان آشنا بوده و در معاینات روزمره خود آن را لحاظ کنند.

سرطان سلول‌های سنگفرشی (SCC) شایع‌ترین نوع سرطان دهان می‌باشد^(۱) و با توجه به اینکه در اکثر موارد این سرطان در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود، اهمیت توجه به دانش و همچنین مهارت تشخیصی زودهنگام SCC در کادر درمانی پزشک و دندانپزشک ضروری می‌نماید.^(۱۷)

در مطالعه حاضر ۸۶ درصد از دندانپزشکان، سرطان سلول‌های سنگفرشی مخاط دهان (SCC) را به عنوان شایع‌ترین سرطان دهان می‌شناختند. این مقدار در

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین آگاهی و مهارت‌های تشخیصی با متغیرهای رشته و جنس و سابقه کاری رابطه معنی‌داری در میان دندانپزشکان ($r=0/113$ و $P=0/263$) و پزشکان ($r=0/167$ و $P=0/098$) یافت نشد. در زنان یک رابطه معنی‌دار و معکوس بین آگاهی و مهارت تشخیصی ($r=-0/233$ و $P=0/021$) و در مردان یک رابطه مستقیم و معنی‌داری بین آگاهی و مهارت تشخیصی وجود داشت ($r=0/317$ و $P=0/001$). بین آگاهی و مهارت‌های تشخیصی در سن زیر ۴۰ سال یک رابطه معکوس و معنی‌دار ($r=-0/187$ و $P=0/040$) و در سن بالای ۴۰ یک رابطه مستقیم و معنی‌دار ($r=0/414$ و $P<0/001$) وجود داشت. در افراد با سابقه کمتر از ۱۰ سال رابطه معنی‌داری بین آگاهی و مهارت تشخیصی دیده نشد. اما یک رابطه معنی‌دار و مستقیم بین آگاهی و مهارت تشخیصی در افراد با سابقه بالاتر از ۱۰ سال دیده شد ($r=0/288$ و $P=0/012$).

نتایج تحلیل رگرسیونی خطی نشان داد که به ازای هر ۱۰ بیمار ویزیت شده اضافه، میانگین سطح آگاهی ۱/۹ واحد افزایش می‌یابد، میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان ۱/۱۳ واحد بیشتر از پزشکان بود ($P<0/001$). اما سایر متغیرها رابطه معنی‌داری با نمره آگاهی نداشتند.

نتایج تحلیل رگرسیونی برای مهارت تشخیصی نشان داد که با کنترل اثر سایر متغیرها، تنها رشته تحصیلی با سطح مهارت در ارتباط است. میانگین نمره دندانپزشکان ۰/۸۹ واحد کمتر از پزشکان بود ($P<0/001$).

بحث

در مطالعه حاضر دو متغیر آگاهی و مهارت تشخیصی در دو قسمت مجزا در پرسشنامه تدوین گردید و این دو متغیر بین دندانپزشکان و پزشکان شهر شیراز مقایسه شد. این در حالی است که در اکثر مطالعات انجام شده، یا تنها

نتایج حاصله از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که رابطه معنی‌دار و منفی بین آگاهی و همچنین مهارت‌های تشخیصی پزشکان مورد مطالعه با ساعات کاری روزانه و تعداد بیماران ویزیت شده آن‌ها وجود دارد؛ این یافته می‌تواند نشان‌دهنده کاهش مهارت‌های تشخیصی سرطان دهان با افزایش تراکم بیمار و افزایش سن کاری پزشکان و فراموش شدن مطالب به مرور زمان باشد و همچنین نشان‌دهنده از دست دادن فرصت‌های تشخیصی یا بی‌دقتی به علائم سرطان در مطب‌های شلوغ می‌باشد. در مورد دندانپزشکان شرکت‌کننده رابطه معنی‌داری یافت نشد که این نتایج با مطالعه ثقفی و همکاران^(۲۲) همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر وجود یک شکاف بین مهارت‌های تشخیصی و دانش دندانپزشکان و پزشکان عمومی شرکت‌کننده از یک طرف و کمبود نسبی مهارت‌های تشخیصی ضایعات پیشرفته را از طرف دیگر نشان داد که خود ممکن است به از دست رفتن فرصت‌های حیاتی برای بیماران مبتلا به سرطان دهان بیانجامد. پیشنهاد می‌شود لزوم توجه به افزایش آموزش یا بازآموزی در مورد دانش و به خصوص مهارت‌های تشخیصی سرطان دهان مورد توجه قرار گیرد و آموزش بیشتری در زمینه سرطان دهان در قالب برنامه‌های آموزشی مداوم به آنان داده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر منتج از پایان نامه دانشجویی دکتر نیلوفر نیاکان با شماره ثبت ۸۷۹۳۰۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد. مراحل آماری آن توسط دکتر مهرداد وثوقی در مرکز توسعه پژوهش دانشکده دندانپزشکی انجام گرفته است که بدین وسیله تقدیر می‌گردد.

مطالعات مشابه ۸۱/۲ درصد^(۱۷)، ۷۸ درصد^(۴) و ۵۰ درصد^(۱۸) به دست آمده است. با این وجود به طور متوسط حدود ۶۱/۵ درصد از افراد مورد مطالعه (۳۶ درصد از پزشکان و ۸۷ درصد از دندانپزشکان)، زبان و کف دهان را به عنوان شایع‌ترین محل ابتلاء SCC می‌دانستند و پاسخ صحیح دادند. این مقدار در مطالعه مهدی زاده و همکاران^(۱۷) ۵۹/۶ درصد و در مطالعه مطلب نژاد و همکاران^(۴) ۵۶/۵ درصد و در مطالعه Canto و همکاران^(۱۹) ۵۰ درصد به دست آمد.

نکته قابل توجه در نتایج مطالعه حاضر تفاوت آگاهی به دست آمده بین پزشکان و دندانپزشکان در این زمینه می‌باشد (۳۶ درصد در مقابل ۸۷ درصد) که این مساله به همراه تحلیل سایر نمرات آگاهی به دست آمده می‌تواند نشان‌دهنده کم بودن آگاهی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر (به خصوص پزشکان) در مورد سرطان دهان باشد. Shaila و همکاران^(۲۰) به وجود یک شکاف بین دانش تشخیص سرطان و مهارت عملی تشخیص و ارجاع سرطان دهان اذعان دارند. در مطالعه‌ای توسط Vijay Kumar و همکاران^(۲۱) در شهر بنگلور هند نتیجه مشابهی حاصل گردید. نتایج حاصله از مطالعه ما نیز نشان داد به طور کلی علی‌رغم وجود آگاهی نسبی در میان دندانپزشکان مورد مطالعه (میانگین امتیاز ۵/۸۷ از ۸) آن‌ها مهارت تشخیصی کمتری نشان می‌دهند (میانگین امتیاز ۲/۲۵ از ۵) ضمناً یافته‌های پژوهشی ما نتایج بسیار همگونی در مورد مهارت تشخیصی سرطان دهان به خصوص در مورد گروه پزشکان نشان داد (میانگین ۵۲ درصد پاسخ صحیح) و این می‌تواند نشان‌دهنده مهارت تشخیصی نسبتاً یکسان و کم در میان همه شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد.

۶) کدام یک از ضایعه‌های زیر خاصیت پیش‌سرطانی در حفره دهان دارد؟

a. لکوپلاکیا

b. لیکن پلان رتیکولر

c. Nicotinic Stomatitis

d. کاندیدیا زیس سودوممبرانوس

۷) کدام یک از ضایعات زیر در تشخیص اولیه شما به

ضایعات بدخیم نزدیک تر است؟ (تصاویر A)

a. ۱ و ۴

b. ۲ و ۳

c. ۱ و ۲ و ۳

d. ۲ و ۴

تصاویر A



تصویر ۱



تصویر ۲



تصویر ۳



تصویر ۴

پرسشنامه بررسی میزان آگاهی یزشکان و دندانپزشکان در

رابطه با سرطان سلول‌های سنگفرشی دهان

جنس: مرد/زن سن: سال تاسیس مطب:

تعداد بیمار در روز: تعداد ساعات کاری در روز:

مدرک تحصیلی: پزشکی دندانپزشک

۱) شایعترین نوع سرطان مخاط دهان کدام است؟

a. اسکواموس سل کارسینوما (SCC)

b. تومور بدخیم غدد بزاقی

c. ملانوم بدخیم

d. لنفوما

۲) میانگین و جنس درگیر در اسکواموس سل کارسینوما

دهانی حدوداً چقدر است؟

a. مسن تر از ۴۰ سال - مردان

b. مسن تر از ۴۰ سال - زنان

c. در بزرگسالان ۲۰-۴۴ سال - مردان

d. در بزرگسالان ۲۰-۴۴ سال - زنان

۳) محل‌های شایع سرطان دهان کدام است؟

a. زبان - کف دهان

b. لب‌ها

c. لثه

d. سطح پشتی زبان

۴) عامل مستعدکننده سرطان دهان کدام است؟

a. تجمع تغییرات ژنتیکی

b. تداوم عوامل آغازگر و محرک‌های محیطی

c. کاهش توان ایمنی

d. همه موارد

۵) در بین بیماران مبتلا به SCC، کدام یک از عوامل زیر

بیشترین شیوع را دارد؟

a. تنباکوی تدخینی

b. الکل

c. تنباکوی غیرتدخینی

d. غذاهای تند

پرسشنامه بررسی میزان مهارت تشخیصی پزشکان و**دندانپزشکان در رابطه با سرطان‌های سنگفرشی دهان**

۱) شایع‌ترین نشانه‌ای که بیماران مبتلا به SCC را به جستجوی

درمان هدایت می‌کند چیست؟

a. احساس ناراحتی

b. درد

c. خونریزی

d. از دست دادن وزن

۲) در معاینه کلینیکی، SCC به چه شکلی ممکن است دیده شود؟

a. زخم یا غیرزخم

b. مسطح

c. برجسته

d. همه موارد

۳) در معاینه غده لنفاوی در فردی که دارای کارسینومای دهانی می‌باشد، کدام نشانه دیده نمی‌شود؟

a. عدم تحرک غده لنفاوی

b. سفت شدن و سخت شدن غده لنفاوی

c. درد

d. درگیری غده لنفاوی گردنی

۴) کدام یک از روش‌های تشخیصی زیر برای معاینات کلینیکی کارسینومای دهانی کارآیی ندارد؟

a. تصویربرداری

b. رنگ آمیزی بافت زنده

c. سیتولوژی

d. تست‌های لابراتوری

۵) مهم‌ترین غده لنفاوی که باید در کارسینومای دهانی معاینه شود، کدام است؟

a. Axillary .b Inguinal

c. Dygastric .d Occipital

۸) با مشاهده کدام ضایعه زیر، در اسرع وقت اقدام به

بیوپسی می‌کنید؟ (تصاویر B)

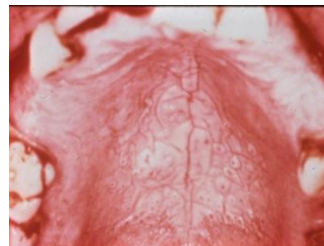
۱.a

۲.b

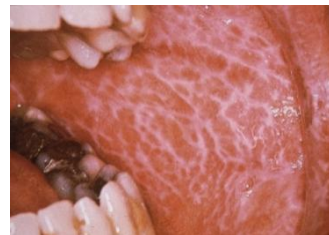
۳.c

۴.d

تصاویر B



تصویر ۱



تصویر ۲



تصویر ۳



تصویر ۴

منابع

1. Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W, et al. European health systems and cancer care. *Ann Oncol* 2003; 14(5): 41-60.
2. Kao SY, Lim E. An overview of detection and screening of oral cancer in Taiwan. *Chin J Dent Res* 2015; 18(1): 7-12.
3. Horowitz AM. Perform a death-defying act: The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 36-40.
4. Motalebnejad M, Hedayati M. General dentists knowledge about oral cancers in Babol in 2005. *J Mash Dent Sch* 2006; 30(3,4): 309-18. (Persian)
5. Zarei M, Asadpoor F. Assessing level of knowledge and diagnostic concept among Kerman dentists in relation with oral cancers. *Journal of Dentistry Shahid Beheshti University of Medical Science* 2001; 19(4): 357-64. (Persian)
6. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burkett's Oral Medicine*. 11th ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2008. P. 153-8.
7. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Dental management of the medically compromised patients*. 8th ed. St. Louis: Mosby Co; 2013. P. 475.
8. Mehrotra R, Yadav S. Oral squamous cell carcinoma: Etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. *Indian J Cancer* 2006; 43(2): 60-6.
9. Schmidt BL, Kuczynski J, Bhattacharya A, Huey B, Corby PM, Queiroz EL, et al. Changes in abundance of oral microbiota associated with oral cancer. *PLoS One* 2014; 9(6): 98741.
10. Razavi SM, Siadat S, Rahbar P, Hosseini SM, Shirani AM. Trends in oral cancer rates in Isfahan, Iran during 1991-2010. *Dent Res J (Isfahan)* 2012; 9(1): 88-93.
11. Silverman S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010; 25(3): 279-81.
12. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(5): 653-61.
13. Zarei M, Navabi N, Akhavadegan H, Naeemi Khorasanizadeh M, Yazdani M. Assessing level of knowledge and diagnostic concept among dentists in relation with oral cancer. *Journal of Strides in Development of Medical Education* 2005; 1(2):104-12.
14. Mehrotra R, Gupta DK. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: Avenues to early detection. *Head Neck Oncol* 2011; 3: 33.
15. Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 11: CD004150.
16. Mashberg A, Samit AM. Early detection, diagnosis, and management of oral and oropharyngeal cancer. *CA Cancer J Clin* 1989; 39(2): 67-88.
17. Mehdizadeh M, Seyed Majidi M, Sadeghi S, Hamzeh M. Evaluation of knowledge, attitude and practice of general dentists regarding oral cancer in Sari, Iran. *Iran J Cancer Prev* 2014; 7(2):101-4.
18. Guiseppe C, Giovanni M, Moscariello A. Oral cancer and dentist: Knowledge, attitude and practice in Italy. *Oral Oncol* 2008; 44: 393-9.
19. Canto MT, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Maryland family physicians' knowledge, opinions and practices about oral cancer. *Oral Oncol* 2002; 38(5): 416-24.
20. Shaila M, Shetty P, Decruz AM, Pai P. The self-reported knowledge, attitude and the practices regarding the early detection of oral cancer and precancerous lesions among the practising dentists of Dakshina Kannada-a pilot study. *J Clin Diagn Res* 2013; 7(7): 1491-4.

21. Vijay Kumar KV, Suresan V. Knowledge, attitude and screening practices of general dentists concerning oral cancer in Bangalore city. *Indian J Cancer* 2012; 49(1): 33-8.
22. Saghafi Sh, ZareMahmmodabadi R, Salehinejad J, Falaki F, Farrokhizad SH. Evaluation of general dentists knowledge about oral cancer in Mashhad-Iran in 2008. *J Mash Dent Sch* 2009; 33(2): 107-14. (Persian)