

بررسی آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر بابل در ارتباط با سرطان دهان در سال ۱۳۸۳

دکتر مینا مطلب نژاد*#، دکتر مریم هدایتی**

* استادیار گروه آموزشی بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

** دندانپزشک عمومی

تاریخ ارائه مقاله: ۸۴/۹/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۸۵/۲/۳۰

Title: General dentists knowledge about oral cancers in Babol, in 2005

Authors:

Motallebnejad M. Assistant Professor*#, Hedayati M. Dentist

Address:

* Dept of Oral Medicine, Dental School, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Introduction:

Oral cancer is one of the most prevalent cancers and is one of 10 most causes of death. The proper knowledge of general dentists about oral cancer and suspected precancerous lesions can cause early diagnosis and treatment of patients, so the aim of this study was the evaluation of knowledge of general dentists in Babol about oral cancer.

Materials & Methods:

This descriptive cross-sectional study was done on 85 general dentists who worked in Babol. The dentists were 57 males and 28 females, with the mean age of 38.52 ± 10.29 years and the mean time passed from their graduation was 12.01 ± 11.5 years. A questionnaire was prepared and dentists filled it out. Data were analyzed via SPSS software, by student's t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation coefficient.

Results:

The mean score of total dentists' knowledge was 8.95 ± 2.7 of 14. The mean score of knowledge was 9.04 ± 2.24 and 8.70 ± 2.06 , in males and females respectively. 61.8% of dentists gained moderate score of knowledge and their knowledge were declined by increasing the time passed from their graduation ($P=0.033$). 88.2% of dentists knew the most important predisposing factor of oral cancer but over one half of the answers (51.8%) to the most common precancerous lesion was incorrect and 60.1% of them did not know the most common site of precancerous changes.

Conclusion:

The results indicated that knowledge of dentists in Babol about oral cancer was not sufficient. Therefore some established educational programs about oral cancer is recommended in order to increase the knowledge of dentists.

Key words:

Knowledge, oral cancer, general dentist, precancerous lesions.

Corresponding Author: motallebnejad@yahoo.com

Journal of Dentistry. Mashhad University of Medical Sciences, 2006; 30: 309-18.

چکیده

مقدمه:

سرطان دهان یکی از سرطان های شایع و جزء ۱۰ علت مرگ و میر در سرتاسر جهان است. از آنجائیکه آگاهی دندانپزشکان درباره سرطان دهان و نحوه عملکرد آنان در برخورد با ضایعات مشکوک به بدخیمی موجب شناسایی زودهنگام بیماران و امکان درمان بموقع و بقای آنان می شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین آگاهی دندانپزشکان شهر بابل از سرطان دهان می باشد.

مواد و روش ها:

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بر روی کلیه دندانپزشکان عمومی شهر بابل که در مطب مشغول به کار بودند، در زمستان ۸۳ انجام گرفت. ۸۵ دندانپزشک شامل ۵۷ (۶۷/۱٪) مرد و ۲۸ (۳۲/۹٪) زن با میانگین سنی 38.52 ± 10.29 سال در مطالعه شرکت کردند. میانگین زمان فراغت از تحصیل 12.01 ± 11.5 سال بود. پرسشنامه ای در دو قسمت (اطلاعات فردی و ۱۴ پرسش در مورد سرطان دهان) تهیه شد و دندانپزشکان در حضور پرسشگر به سوالات پاسخ دادند. سپس اطلاعات جمع آوری

شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و تستهای آماری One way ANOVA، t-test و ضریب همبستگی پیرسون مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته ها:

میانگین نمره آگاهی ۸/۷۹±۲/۰۶ بود. نمره آگاهی ۸/۹۵±۲/۷ از ۱۴ بود. میانگین نمره آگاهی در دندانپزشکان مرد ۹/۰۴±۲/۲۴ و در دندانپزشکان زن ۸/۷۹±۲/۰۶ بود. نمره آگاهی ۸/۶۱٪ از دندانپزشکان بین ۱۰-۶ بود و میزان آگاهی دندانپزشکان با افزایش زمان فراغت از تحصیلشان کاسته می شد (P=۰/۰۳۳). ۸۸/۲٪ از دندانپزشکان مهمترین عامل مستعد کننده ابتلا به سرطان دهان را می شناختند اما پاسخ نیمی از آنها (۵۱/۸٪) به شایعترین ضایعه پیش سرطانی نادرست بود و (۶۰/۱٪) مکان دارای بیشترین احتمال تغییرات بدخیمی در ضایعه پیش سرطانی را نمی دانستند.

نتیجه گیری:

بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر بابل در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی باشد لذا این موضوع نیاز به تدوین آموزش مداوم اختصاصی در این زمینه را توصیه می کند.

واژه های کلیدی:

آگاهی، سرطان دهان، دندانپزشک عمومی، ضایعه پیش سرطانی.

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد / سال ۱۳۸۵ جلد ۳۰ / شماره ۴ و ۳

مقدمه:

در شناسایی زود هنگام بیماران و درمان سریعتر آنها دارد^(۸،۹). در مطالعه ای که توسط Yellowitz (۱۹۹۸) در آمریکا در ارتباط با آگاهی دندانپزشکان انجام گرفت، نشان داده که در مجموع اطلاعات دندانپزشکان بخصوص در اتیولوژی سرطان دهان ناکافی و غلط می باشد^(۹). همچنین در مطالعه زارعی در ۱۳۸۰ بر روی دندانپزشکان آگاهی آنان از سرطان دهان مطلوب نبود^(۸).

شناسایی و کشف زودرس ضایعات بدخیم و دیسپلاستیک که خطر تبدیل شدن به سرطان را دارند یک هدف همیشگی است^(۱۰) و اگر این ضایعات 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^(۸).

باید توجه داشت دهان، برخلاف بسیاری از ارگانهای بدن به راحتی در دسترس است و معاینه آن به ابزار خاصی احتیاج ندارد و برای بیمار هم ناراحت کننده نیست^(۸،۱۱). با شناسایی زود هنگام بیمار

سرطان دهان یکی از سرطان های شایع و جزء ۱۰ علت مرگ در سرتاسر جهان است^(۱). در سال ۱۹۸۴ در ایران میزان بروز سرطان دهان ۱ نفر به ازای هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش شده است^(۲).

بروز سرطان دهان در مردان نسبت به زنان ۲ به ۱ است که این نسبت نیز در حال تغییر است^(۳). میانگین سنی بیماران به هنگام تشخیص حدوداً ۶۰ سال است^(۴).

مهمترین عامل سرطان دهان تنباکو، الکل و نور خورشید است^(۵-۷). بطوریکه سرطان دهان در افراد سیگاری نسبت به غیرسیگاری ۲ تا ۳ برابر شایع تر است. در مراحل اولیه سرطان دهان بدون علامت است و احساس ناراحتی (Discomfort) معمولترین علامت در ۸۵٪ از موارد موجود است^(۱). بنابر این متأسفانه اکثر سرطانهای دهان در مراحل پیشرفته، زمانی که بر اثر پیشرفت زیاد منجر به ظهور علائم بالینی شده اند، تشخیص داده می شوند و این موضوع سبب شده پیش آگهی سرطان دهان در اکثر نقاط جهان خوب نباشد^(۵). آگاهی دندانپزشک در این زمینه نقش مهمی

می شد. بدین ترتیب از ۹۶ دندانپزشکی که اسامی آنها از معاونت درمان گرفته شد، ۸۹ نفر در مطب مشغول به کار بودند و ۸۵ نفر از آنها به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند.

پس از جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ها ابتدا تصحیح شد به این ترتیب که برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز مثبت و برای هر پاسخ نادرست (غلط یا زده) صفر امتیاز لحاظ گردید در مجموع حداکثر نمره ۱۴ امتیاز بود و در نهایت با جمع کردن امتیاز همه سوالات، نمره آگاهی برای دندانپزشک محاسبه شد نمرات آگاهی به سه گروه (۰-۵) و (۶-۱۰) و (۱۱-۱۴) طبقه بندی شد. همچنین سن دندانپزشکان به گروههای ۲۷-۳۶، ۳۷-۴۶، ۴۷-۵۶ و بیشتر از ۵۷ سال طبقه بندی شد. سابقه کاری دندانپزشک نیز به گروههای ۱-۱۰، ۱۱-۲۰، ۲۱-۳۰ و بیشتر از ۳۱ سال دسته بندی گردید. سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و تستهای آماری T-test و One-way ANOVA برای مقایسه رابطه متغیرهای کمی و کیفی با یکدیگر و ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی متغیرهای کمی، اطلاعات مورد آنالیز قرار گرفت. $P < 0.05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها:

۸۵ نفر از ۸۹ دندانپزشک شاغل در مطب های شهر بابل به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند. از این تعداد ۵۷ نفر (۶۷/۱٪) مرد و ۲۸ نفر (۳۲/۹٪) دندانپزشک زن بودند. میانگین سنی دندانپزشکان $38/52 \pm 10/29$ سال بود. جوانترین دندانپزشک ۲۷ سال و مسن ترین آنها ۷۸ سال داشت. ۴۴ نفر (۵۱/۸٪) در گروه سنی ۲۷-۳۶ بودند. نتایج مربوط به میزان آگاهی نشان داد که در مجموع، شرکت کنندگان در مطالعه از حداکثر نمره ۱۴، میانگین نمره $8/95 \pm 2/7$ بدست آوردند. ۳ نفر

ضمن آنکه عمر بیمار افزایش می یابد کیفیت زندگی وی بهتر می شود و از ضربه های روحی جبران ناپذیر به بیمار و اطرافیان وی و تحمیل هزینه های گزاف به بیمار و دولت جلوگیری می شود^(۸). این هدف با آموزش صحیح تئوری و عملی درباره سرطان دهان، شامل شناخت انواع ضایعات سرطانی، پیش سرطانی و عوامل اتیولوژیک آن و معاینه دقیق تمام بیماران بخصوص آنان که بیش از ۴۰ سال دارند تحقق می یابد^(۱۲). بنابراین میزان آگاهی دندانپزشکان درباره سرطان دهان و نحوه عملکرد آنها در برخورد با ضایعات مشکوک دارای اهمیت است از این رو هدف از این مطالعه تعیین میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر بابل درباره سرطان دهان بود.

مواد و روش ها:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی بوده است که به روش مقطعی (Cross-sectional) در زمستان ۸۳ در شهر بابل انجام شده است.

کلیه دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب در سطح شهر بابل، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می دادند. ابتدا پرسشنامه ای در دو قسمت (ویژگیهای فردی و ۱۴ پرسش درباره سرطان دهان) تهیه شد که روائی آن توسط اساتید بخشهای تشخیص و بیماریهای دهان، جراحی فک و صورت، پاتولوژی دهان، اندو، اطفال و پرئو دانشکده دندانپزشکی بابل تایید گردید.

سپس با مراجعه به کلیه مطب های دندانپزشکی موجود در لیست، از دندانپزشکان خواسته شد به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. نحوه تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری بود و اگر دندانپزشک فرصت پاسخگویی در جلسه اول را نداشت تقاضای وقت ملاقات دیگری از وی می شد و در صورتیکه دندانپزشک مایل به همکاری نبود از لیست حذف

نمره آگاهی در گروه دندانپزشکانی که آگاهی خود را متوسط اعلام کرده بودند $9/7 \pm 2/05$ کمی بیشتر از گروهی که کافی $9/5 \pm 0/71$ و گروهی که ناکافی $8/18 \pm 2/08$ اعلام کرده بودند، بود. اما از لحاظ آماری اختلاف بین میانگین نمره آگاهی و ارزیابی دندانپزشک از اطلاعات خود معنی دار نبود. ۷۵ نفر ($88/2\%$) از دندانپزشکان تمایل به شرکت در سمینارهای بازآموزی مربوط به سرطان دهان داشتند. در این گروه میانگین نمره آگاهی ($8/96 \pm 2/12$) کمی بیشتر از گروه دیگر که پاسخ منفی دادند ($8/90 \pm 2/69$) بود اما از نظر آماری این اختلاف معنی دار نبود. ۳۳ نفر (38%) از دندانپزشکان اظهار کردند که در مطب خود به ضایعه سرطانی و یا پیش سرطانی مشکوک شده بودند. ۵۶ دندانپزشک ($65/9\%$) اظهار کردند بیمار مشکوک به سرطان دهان را به متخصص بیماریهای دهان ارجاع می دهند و ۱۵ نفر ($17/6\%$) به جراح فک و صورت ۵ نفر ($5/9$) به دانشکده دندانپزشکی و بقیه (۹ نفر) به متخصصین غیر دندانپزشک (پاتولوژیست، جراح عمومی، سرطان شناس) ارجاع میدهند.

در مورد میزان پاسخگویی به سوالات پرسشنامه همانطور که در جدول ۲ ذکر شده است بیشترین پاسخ صحیح $91/8\%$ مربوط به پرسش روش تشخیص قطعی یک ضایعه بدخیم دهانی و کمترین پاسخ صحیح $25/9\%$ مربوط به پرسش محل شایع وقوع تومورهای غدد بزاقی فرعی بوده است. $88/2\%$ از دندانپزشکان مهمترین عامل مستعد کننده سرطان دهان و $78/8\%$ آنان شایعترین نوع سرطان مخاط دهان را می شناختند. پاسخ $54/1\%$ دندانپزشکان به شایعترین جایگاه سرطان دهان و $51/8\%$ به شایعترین ضایعه پیش سرطانی درست بود. $38/8\%$ از دندانپزشکان مکانی که دارای بیشترین احتمال تغییرات بدخیمی است را می شناختند.

($3/5\%$) نمره ۰-۵ و ۶۱ نفر ($71/8\%$) نمره ۱۰-۶ و ۲۱ نفر ($24/7\%$) نمره ۱۴-۱۱ کسب کردند.

میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان مرد کمی بیش از دندانپزشکان زن ($9/04 \pm 2/24$) بود. اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود.

بیشترین میزان آگاهی $9/2 \pm 1/92$ در گروه سنی ۴۷-۵۶ سال بود اما از لحاظ آماری اختلاف میانگین نمره آگاهی و سن دندانپزشک معنی دار نبود (جدول ۱).

میانگین مدت زمان فراغت از تحصیل دندانپزشکان $12/01 \pm 11/5$ سال بود. دامنه زمانی آن بین ۱ تا ۵۴ سال بوده و ۵۱ نفر (60%) از دندانپزشکان از زمان فراغت از تحصیلشان کمتر از ۱۰ سال می گذشت. میزان آگاهی دندانپزشکان با افزایش زمان فراغت از تحصیلشان کاسته می شد و این کاهش از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0/033$) (جدول ۱ و نمودار ۱).

میانگین زمانی آخرین مطالعه دندانپزشکان در مورد سرطان دهان $3/51 \pm 2/2$ سال بوده و میانگین نمره آگاهی ($9/24 \pm 2/2$) در گروه دندانپزشکانی که از زمان آخرین مطالعه شان بین ۲ تا ۵ سال می گذشت بیشتر از دیگران بود هر چند از لحاظ آماری این اختلاف معنی دار نبود (جدول ۱).

بیشترین منبع کسب اطلاعات دندانپزشکان در مورد سرطان دهان، توسط ۵۲ نفر ($61/1\%$)، آموزش در "دانشکده" ذکر گردید. میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان با منبع کسب اطلاعات دندانپزشک از لحاظ آماری ارتباطی نداشت.

تقریباً نیمی از دندانپزشکان (۴۳ نفر معادل $50/6\%$) اطلاعات خود را در مورد سرطان دهان متوسط می دانستند، ۳۹ نفر ($46/8\%$) ناکافی و تنها ۲ نفر ($2/4\%$) اطلاعات خود را کافی اعلام کردند. میانگین

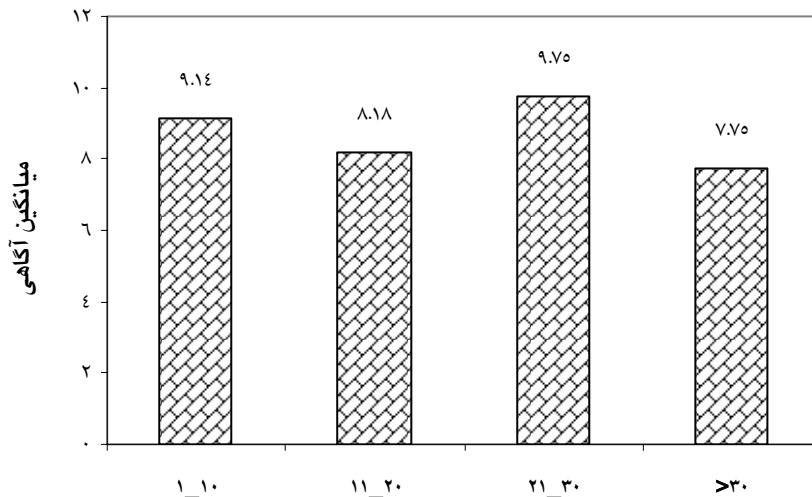
جدول ۱: میانگین و انحراف معیار آگاهی دندانپزشکان مورد مطالعه برحسب گروه‌های سنی، مدت زمان فراغت از تحصیل و مدت زمان گذشته از آخرین مطالعه در ارتباط با سرطان دهان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	P value
سن	۲۷-۳۶	۹/۱۱	۲/۱
	۳۷-۴۶	۸/۸۷	۰/۱۷۶
	۴۷-۵۶	۹/۲۰	۱/۹۲
	۵۷ سال بیشتر	۸/۰۰	۲/۲۸
مدت زمان فراغت از تحصیل*	۱-۱۰	۹/۱۴	۲/۷
	۱۱-۲۰	۸/۱۸	۲/۰۳
	۲۱-۳۰	۹/۷۵	۰/۰۳۳
	۳۱ سال و بیشتر	۷/۷۵	۱/۹
مدت زمان گذشته از آخرین مطالعه در مورد سرطان دهان	۱ سال	۹/۰۷	۲/۰۵
	۲-۵ سال	۹/۲۴	۰/۰۵۸
	۶ سال و بیشتر	۶/۸۶	۱/۹۲

* Tukey HSD Test نشان داد که اختلاف آگاهی دندانپزشکان بین گروه‌های با سابقه کاری ۱-۱۰ سال و ۲۱-۳۰ سال با گروه دارای سابقه کاری ۱۱-۲۰ سال ($P=۰/۰۲۵$) و همچنین بیشتر از ۳۱ سال ($P=۰/۰۴۱$) معنی دار می‌باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و فراوانی نسبی نحوه پاسخگویی دندانپزشکان مورد مطالعه به پرسشهای مربوط به آگاهی درباره سرطان دهان به ترتیب میزان پاسخ صحیح

نحوه پاسخگویی پرسشها	صحیح تعداد (%)	غلط تعداد (%)	نزده تعداد (%)
۱- روش تشخیص قطعی یک ضایعه بدخیم دهانی	۹۱/۸۷۸	۸/۳۷	-
۲- مهمترین عامل مستعد کننده سرطان دهان	۸۸/۲۷۵	۱۱/۸۱۰	-
۳- سرطان دهان در چه جنسی شیوع بیشتری دارد.	۸۳/۵۷۱	۱۶/۵۱۴	-
۴- شایعترین نوع سرطان مخاط دهان	۷۸/۸۶۷	۱۸/۸۱۶	۲/۴۲
۵- اولین جایگاه متاستاز سرطان دهان	۷۸/۸۶۷	۱۷/۷۱۵	۳/۵۳
۶- سرطان دهان در چه سنی شیوع بیشتری دارد	۷۷/۶۶۶	۲۱/۲۱۸	۱/۲۱
۷- شایعترین جایگاه سرطان دهان	۵۴/۱۴۶	۴۳/۵۳۷	۲/۴۲
۸- سرطان دهان در کدام ناحیه پیش آگهی بهتری دارد	۵۲/۹۴۵	۳۸/۸۳۳	۷/۸۲
۹- شایعترین ضایعه بیش سرطانی	۵۱/۸۴۴	۴۷/۴۰	۱/۲۱
۱۰- شایعترین جایگاه متاستاز دوردست	۴۸/۲۴۱	۴۵/۸۳۹	۵/۹۵
۱۱- کدام قسمت از مخاط به ندرت دچار ضایعه سرطانی می‌شود	۴۳/۵۳۷	۵۲/۹۴۵	۳/۵۳
۱۲- احتمال تغییرات بدخیمی ضایعه پیش سرطانی در کدام منطقه بیشتر است	۳۸/۸۳۳	۶۰/۱۵۱	۱/۲۱
۱۳- حداقل زمان افتراق بین ضایعه التهابی از یک ضایعه بدخیم	۳۶/۵۳۱	۶۱/۳۵۲	۲/۴۲
۱۴- شایعترین محل وقوع تومورهای غدد بزاقی فرعی	۲۵/۹۲۲	۷۰/۵۶۰	۳/۵۳



مدت فراغت از تحصیل (سال)

نمودار ۱: میانگین آگاهی دندانپزشکان بر حسب مدت فراغت از تحصیل

Yellowitz نیز عنوان شد که دندانپزشکان از اطلاعات کافی برای تشخیص سرطان دهان برخوردار نیستند^(۹). نتایج حاصل از این مطالعه نیز نشان داد که میزان آگاهی دندانپزشکان مورد مطالعه متوسط بود. شرکت کنندگان در مجموع، میانگین نمره آگاهی شرکت کنندگان در مجموع، میانگین نمره آگاهی Clovis در مورد آگاهی از روشهای سرطان دهان $8/95 \pm 2/7$ از ۱۴ کسب کردند که با نتایج مطالعات Clovis در مورد آگاهی از روشهای سرطان دهان مطابقت دارد. همچنین این میزان نمره آگاهی برای دندانپزشکان ناکافی می باشد که با مطالعات زارعی و Yellowitz نیز مطابقت دارد. در مطالعه Yellowitz (۱۹۹۸)، ۷۵٪ از دندانپزشکان شایعترین نوع سرطان دهان را می شناختند میزان پاسخ صحیح به این سوال در مطالعه زارعی (۱۳۸۰) و در مطالعه Canto (۲۰۰۲) نیز ۸۰٪ بوده است. در مطالعه ما نیز ۷۸ درصد از دندانپزشکان به درستی SCC را به عنوان شایعترین

بحث:

۸۵ نفر از ۸۹ دندانپزشک شاغل در مطب های شهر بابل به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند. این میزان پاسخگویی افراد (۹۵/۵٪) نسبت به مطالعات Clovis^(۱۳) (۵۲/۲٪) و مطالعات Canto^(۱۴) (۴۰/۷٪) بسیار بالاتر بوده و با شرکت کنندگان در مطالعه زارعی^(۸) ۹۵/۵٪ مطابقت دارد. همکاری بیشتر دندانپزشکان شرکت کننده در این مطالعه را می توان به حضوری بودن تکمیل پرسشنامه و مراجعات مکرر پرسشگر نسبت داد.

میزان آگاهی دندانپزشکان مورد مطالعه Clovis در مورد روشهای تشخیص سرطان دهان، متوسط با میانگین نمره ۱۰ از ۱۴ بوده و در مورد آگاهی از فاکتورهای خطر سرطان دهان نمره ضعیف را بدست آوردند^(۱۴). در مطالعه زارعی هم میزان آگاهی دندانپزشکان، ناکافی اعلام گردید^(۸). در مطالعه

چشمگیر نبود. هرچند تعداد زیادی، فاصله آخرین مطالعه خود را از سرطان دهان کمتر از ۵ سال ذکر کردند و میزان آگاهی بیشتری نسبت به بقیه داشتند (جدول ۱). اما در عین حال از نظر آماری زمان آخرین مطالعه در مورد سرطان دهان ارتباطی با میزان آگاهی نداشته است. این موضوع می تواند ناکافی بودن مطالعه و یا کیفیت پایین مطالعه آنها را نشان دهد. یکی از دلایلی که دندانپزشکان علاقه ای به مطالعه در این زمینه ندارند تصور غیر کاربردی بودن آن است. دندانپزشکان از نقش خود در شناسایی سرطان دهان آگاه نیستند چنانچه عده ای (۹ نفر) عنوان کردند بیمار مشکوک به سرطان دهان را به متخصصین غیردندانپزشک ارجاع می دهند.

با توجه به اینکه تعدادی از دندانپزشکانی که در شهر بابل به تازگی مشغول به کار شده اند، بهداشتکاران دهان و دندان و یا فارغ التحصیل از کشورهای دیگر هستند که با سن تقریباً بالا به تازگی از دانشگاه فارغ التحصیل شده اند و میزان آگاهی مناسبی برخوردار بودند این موضوع سبب شده هر چند از میزان آگاهی با افزایش سن دندانپزشکان کاسته می شده این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نباشد.

در مطالعه Clovis^(۱۳) یک سوم از دندانپزشکان و در مطالعه زارعی^(۸) ۵۲/۳ درصد اطلاعات خود را ناکافی اعلام کردند در مطالعه ما نیمی از دندانپزشکان اطلاعات خود را در مورد سرطان دهان متوسط اعلام کردند این موضوع می تواند مویید تصور خود آنها از کافی نبودن آگاهی شان باشد.

در مطالعه Clovis ۷۷٪ از دندانپزشکان تمایل داشتند در سمینارهای بازآموزی سرطان دهان شرکت کنند^(۱۳) این میزان در مورد پزشکان مورد مطالعه Canto ۶۴٪ بوده است^(۱) تمایل دندانپزشکان

نوع سرطان مخاط دهان معرفی کردند که با نتایج مطالعات قبلی مطابقت دارد. در مطالعه Yellowitz (۱۹۹۸)، زارعی و Canto نیمی از دندانپزشکان به محل شایع سرطان دهان (زبان) پاسخ نادرست دادند. در مطالعه ما این میزان کمتر (۴۳/۵٪) بوده است. عامل مستعد کننده سرطان دهان را نیز در مطالعه Clovis تقریباً همه دندانپزشکان تنباکو و در مطالعه زارعی ۸۴٪ تنباکو معرفی کردند. میزان پاسخ صحیح به این پرسش (۸۸/۲٪) در دندانپزشکان بابل به مطالعات زارعی نزدیک بوده است.

در مورد ارتباط متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه (جنس، سن، فاصله زمانی آخرین مطالعه در مورد سرطان دهان، منبع کسب اطلاعات، تمایل به شرکت در سمینارهای بازآموزی مربوط به سرطان دهان، ارزیابی دندانپزشک از میزان آگاهی خود) با میزان آگاهی نیز از نظر آماری رابطه معنی داری وجود نداشت که نتیجه مطالعه زارعی نیز چنین است^(۸). در مطالعه زارعی میزان آگاهی دندانپزشکان با مدت زمان فراغت از تحصیل آنها هم ارتباط آماری معنی دار نداشته است اما در مطالعه ما این رابطه معنی دار بود (P=۰/۰۳۳).

میزان آگاهی دندانپزشکان با افزایش زمان فراغت از تحصیلشان کاسته می شد و دندانپزشکانی که به تازگی فارغ التحصیل شده بودند بیشترین میزان آگاهی را داشتند این موضوع قابل انتظار بوده است. چنانچه بنا بر اظهارات تعداد زیادی مبنی بر اینکه آموزش در دوران دانشکده یکی از منابع کسب اطلاعات آنها بوده و اینکه بعد از زمان فارغ التحصیلی کمتر دندانپزشکان فرصت مطالعه بدست می آورند و یا علاقه ای به مطالعه در این زمینه ندارند. لازم به ذکر است که افزایش اندک آگاهی در گروه ۲۱ تا ۳۰ سال بعلت کم بودن تعداد دندانپزشکان در این گروه

مردم معرفی کنند و مردم را از نقشی که دندانپزشک می تواند در کشف به موقع این ضایعه داشته باشد آگاه سازند.

تقدیر و تشکر:

از دوستان عزیز دکتر علیرضا علیخانی، دکتر مقداد خانیان، سرکار خانم فاطمه بنار سپاسگزارم.

پرسشنامه:

- ۱) شایعترین نوع سرطان مخاط دهان کدام است؟
 - بازال سل کارسینوما (BCC)
 - اسکواموس سل کارسینوما (SCC)
 - ملانوما
 - تومور بدخیم غدد بزاقی
- ۲) شایعترین جایگاه سرطان در دهان کدام است؟
 - کام
 - لثه
 - زبان
 - گونه
- ۳) مهمترین عامل مستعد کننده سرطان دهان کدام است؟
 - مصرف الکل
 - مصرف دخانیات
 - رژیم غذایی
 - مصرف غذاهای داغ
- ۴) اولین جایگاه متاستاز سرطان دهان کجاست؟
 - گره های لنفاوی
 - ریه
 - کبد
 - پوست
- ۵) شایعترین جایگاه متاستاز دوردست سرطان دهان کجاست؟
 - کلیه
 - ریه
 - پوست
 - کبد
- ۶) کدام قسمت از مخاط دهان بندرت دچار ضایعات سرطانی می شود؟
 - سطح شکمی زبان
 - گونه
 - کام نرم
 - قسمت قدامی کام سخت

مورد مطالعه زارعی ۹۴٪ بوده است^(۸). ۸۸ درصد از دندانپزشکان مورد مطالعه ما تمایل به شرکت در سمینارهای بازآموزی مربوط به سرطان دهان داشتند که بیش از مطالعات Clovis و Canto است. البته قابل ذکر است دندانپزشکان مورد مطالعه Clovis می توانستند از برنامه های آموزش مداوم پس از فارغ التحصیلی که در زمینه سرطان دهان برگزار می گردید استفاده کنند^(۱۳). در حالیکه در کشور ما سمینارهای بازآموزی اختصاصاً با عنوان سرطان دهان برگزار نمی شود.

نتیجه گیری:

اگرچه نتایج حاصل از این تحقیق را نمی توان به تمام دندانپزشکان ایران نسبت داد ولی یافته های این مطالعه نشان می دهد که میزان آگاهی این گروه به اندازه کافی نیست و از آنجائیکه با افزایش زمان فراغت از تحصیل از آگاهی دندانپزشکان کاسته می شد این موضوع نیاز به تدوین برنامه های آموزش مدون در قالب سمینارهای آموزشی و یا بازآموزی را تاکید می کند.

فقدان انگیزه و عدم آگاهی دندانپزشک از نقشی که در شناسایی زودهنگام ضایعات سرطانی و یا پیش سرطانی می تواند داشته باشد از جمله دلایلی هستند که کافی نبودن سطح آگاهی دندانپزشکان حاضر را توجیه می کند. همچنین عدم تاکید بر روی نقش دندانپزشک نه تنها به عنوان مسئول معالجه و سلامت دندان بلکه حافظ سلامت و مراقبت از کلیه نسوج سخت و نرم دهان چه در دانشکده و چه در رسانه های گروهی از جمله دلایل دیگر این موضوع هستند. علاوه بر اینکه آگاهی دندانپزشک در زمینه سرطان دهان (از طریق ارتقاء کیفیت آموزشی در دوران تحصیل و تدوین برنامه های آموزشی پس از فارغ التحصیلی) باید افزایش یابد. رسانه های گروهی باید عوامل مستعد کننده نسبت به سرطان دهان را به

- (۷) سرطان دهان در کدام ناحیه پیش آگهی بهتری دارد؟
- زبان ۲ هفته گونه
- لب پایین ۱ ماه کام نرم
- (۸) احتمال تغییرات بدخیمی در ضایعه پیش سرطانی کدام منطقه از دهان بیشتر است؟
- کف دهان سطح پشتی زبان
- گونه لبها
- (۹) شایعترین محل وقوع تومورهای غدد بزاقی فرعی در کدام قسمت از مخاط میباشند؟
- کناره طرفی زبان گونه
- قسمت خلفی طرفی کام سخت کف دهان
- (۱۰) شایعترین ضایعه پیش سرطانی در حفره دهان کدام است؟
- لکوپلاکیا اریتروپلاکیا
- لیکن پلان فیبروز تحت مخاطی
- (۱۱) برای افتراق یک ضایعه بدخیم از یک ضایعه التهابی حد اقل چه مدت زمان لازم است؟
- یک ماه ۲ هفته
- ۶ ماه ۱ ماه
- (۱۲) روش تشخیص قطعی یک ضایعه دهانی کدام است؟
- معاینه بالینی
- معاینه رادیوگرافی
- بررسی هیستوپاتولوژیک
- هر سه ارزش یکسانی دارد
- (۱۳) سرطان دهان در چه سنی شیوع بیشتری دارد؟
- زیر ۲۰ سال ۲۰ تا ۴۰ سال
- بالای ۴۰ سال
- (۱۴) شیوع سرطان دهان در چه جنسی بیشتر است؟
- مونث مذکر
- یکسان است ارتباطی با جنس ندارد

منابع:

- Greenberg M, Glick M. Burkett's oral medicine Diagnosis and treatment. 10th ed. Ontario: BC Decker Inc; 2003. P. 108.
- Fahmy M, Sadeghi A, Behmard SH. Epidemiologic study of oral cancer in Fars Province Iran. Community Dent Oral Epidemiol 1983; 11(1): 50-8
- Silverman SJR. Atlas of clinical oncology oral cancer 5th ed. Ontario: BC Decker; 2003; P. 1, 3, 4.
- Canto MT, Horowitz AM, Child WL. Views of oral cancer prevention and early detection. Maryland physicians: Oral Oncology 2002; 38(4): 373-7.
- Nevil BW, Damm DD, Allen GM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology 2nd ed, Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2002. P. 356-67.
- Wood NK, Sawyer Doral cancer. In: Wood NK, Goaz PW, editors. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed. St. Louis: Mosby Co; 1997. P. 587-595.
- Mashburg A, Garfinkel L, Harris S. Alcohol as primary risk factor in oral squamous cell carcinoma. CA Cancer J Clin. 1981; 31(3): 146-55.
- زارعی م ر، اسدپور ف. بررسی میزان آگاهی و مهارت تشخیصی دندانپزشکان عمومی شهر کرمان در ارتباط با سرطان دهان. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۰. ۱۹(۴): ص: ۳۶۴-۳۵۷.

9. Yellowit J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge opinions and practice of general dentist regarding oral cancer. A pilot study. *J Am Dent Assoc* 1998; 129(5): 579-83.
10. Ord RA, Blancheart RH. Oral cancer, the dentist's role in diagnosis, management, rehabilitation and prevention. 1st ed. Chicago: Quintessence Co; 2000. P. 39.
11. Alonge OK, Narendran S. Opinions about oral cancer prevention and early detection among dentists practicing along the Texas – Mexico border. *Oral Dis* 2003; 9(1): 41-5.
12. Anderson G, Duncan H, Stenhouse J. Oral cancer knowledge. *Br Dent J* 2001; 190(2): 58-9.
13. Clovis BJ, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Am Dent Assoc* 2002; 68(7): 415-20.
14. Canto MT, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Maryland family physicians' knowledge, opinions and practice about oral cancer. *Oral Oncol* 2002; 38(4): 373-7.