

بررسی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی در ارتباط با سرطان دهان در مشهد-ایران در سال ۱۳۸۷

دکتر شادی تقفی*#، دکتر رضا زارع محمودآبادی*، دکتر جهانشاه صالحی نژاد**، دکتر فرناز فلکی***، دکتر شهاب فرخی زاد****
 * استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ** دانشیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 *** استادیار گروه بیماری های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 **** دندانپزشک

تاریخ ارائه مقاله: ۸۷/۱۲/۵ - تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۲۵

Evaluation of General Dentists Knowledge about Oral Cancer in Mashhad-Iran in 2008

Shadi Saghafi*, Reza ZareMahmoodabadi*, Jahanshah Salehinejad**, Farnaz Falaki***, Shahab Farrokhizad****

* Assistant Professor, Dept of Oral Pathology, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Associate Professor, Dept of Oral Pathology, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**** Dentist

Received: 24 February 2009; Accepted: 15 May 2009

Introduction: Oral cancer is one of the most prevalent cancers and one of the 10 most familiar causes of death in the whole world. Most oral cancers are diagnosed at late stages. Since dentists play a critical role in early detection of oral cancers, they should be knowledgeable and skillful in oral cancer diagnosis. The aim of this study was to evaluate the knowledge of general dentists about oral cancer in Mashhad.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was done on 100 general dentists who had private offices in Mashhad in 2008. A questionnaire including demographic information and 13 questions regarding oral cancer was prepared. The questionnaires were delivered to dentists at their offices and then gathered. The data were analyzed via SPSS software by student's *t*-test, Pearson and Spearman correlation coefficients.

Results: There were 65 male and 35 female dentists with the mean age of 41.84 ± 7.49 years ($P=0.66$). The mean score of total dentists' knowledge was 6.42 ± 1.74 out of 13. The mean score of knowledge was 6.26 ± 1.75 and 6.72 ± 1.7 , for males and females respectively. There was no significant difference between them ($P=0.2$). Ninety-One percent of dentists knew the most common type of oral cancer, but only 35% of them knew the most common sites of oral cancer.

Conclusion: The results of this study indicated that knowledge of dentists in Mashhad about oral cancer was not sufficient. Because of the importance of the issue, application of strategies to increase the knowledge of dentists regarding oral cancer is necessary.

Key words: Knowledge, oral cancer, general dentist.

Corresponding Author: saghafis@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2009; 33(2): 107-114.

چکیده

مقدمه: در سرتاسر جهان سرطان دهان یکی از شایعترین سرطان ها و یکی از ده عامل مرگ و میر در میان سرطان ها می باشد. اغلب سرطان های دهانی، دیرهنگام تشخیص داده می شوند. از آنجا که دندانپزشکان نقش مهمی در شناسایی زودهنگام سرطان های دهان ایفا می کنند، لذا باید آگاهی کافی در زمینه تشخیص زودهنگام بیماران داشته باشند. هدف از این مطالعه، ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان شهر مشهد از سرطان دهان بود.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی و به روش مقطعی بر روی ۱۰۰ نفر از دندانپزشکان عمومی دارای مطب در سطح شهر مشهد، در سال ۱۳۸۷ انجام شد. پرسش نامه ای طراحی گردید که بخشی از سوالات آن در رابطه با اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه و بخشی دیگر شامل ۱۳ سؤال پیرامون سرطان دهان بود. با مراجعه حضوری به مطب دندانپزشکان پرسش نامه ها در اختیار آنان قرار داده شد و از آنان خواسته شد طی زمان معین به پرسش ها پاسخ دهند و سپس پرسش نامه ها جمع آوری و تصحیح گردید. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار SPSS و آزمون های *t*-test و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن آنالیز شدند.

یافته‌ها: از ۱۰۰ نفر دندانپزشک مورد مطالعه ۶۵ نفر مرد و ۳۵ نفر زن و میانگین سنی آنها، $41/84 \pm 7/49$ بود ($P=0/66$). میانگین نمره آگاهی در جمعیت مورد مطالعه $6/42 \pm 1/74$ از ۱۳ بود. میانگین آگاهی در مردان $6/26 \pm 1/75$ و در زنان $6/72 \pm 1/7$ بود که از لحاظ آماری این اختلاف معنادار نبود ($P=0/2$). ۹۱٪ افراد مورد مطالعه شایع‌ترین سرطان دهان را می‌شناختند اما فقط ۳۵٪ آنها شایع‌ترین مکان‌های ایجاد سرطان در دهان را می‌شناختند.

نتیجه‌گیری: بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر مشهد در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، اتخاذ راهکارهایی برای افزایش میزان آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان مورد نیاز است.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، سرطان دهان، دندانپزشک عمومی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۸ دوره ۳۳ / شماره ۲: ۱۴-۱۰۷.

مقدمه

آن می‌باشد.^(۷) مطالعه Nicotera نشان داد که میزان آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان محدود است.^(۸) همچنین در مطالعه زارعی در کرمان آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان مطلوب نبود.^(۹) مطلب نژاد نیز در مطالعه خود دریافت که سطح آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر بابل در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی‌باشد.^(۶)

هدف از این مطالعه تعیین میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی در شهر مشهد در رابطه با سرطان دهان بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی و به روش مقطعی در بهار سال ۱۳۸۷ در سطح شهر مشهد انجام شد. دندانپزشکان عمومی شاغل در مطب در سطح شهر مشهد جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می‌دادند. با استفاده از مطالعات مطلب‌نژاد^(۶) و Nicotera^(۸) و Syme^(۱۰) پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو بخش (ویژگی‌های دموگرافیک دندانپزشکان و ۱۳ پرسش در رابطه با سرطان دهان (ضمیمه)) تهیه شد. این پرسش‌نامه محقق ساخته بوده و روایی (Validity) و پایایی (Reability) آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت مشخص کردن روایی سؤالات پرسش‌نامه، از روش دلفی استفاده شد. یعنی از چندین نفر از اساتید دانشکده دندانپزشکی در این خصوص سؤال به عمل آمد و نتیجه نظرات آنان به عنوان سؤالاتی که روایی لازم را دارد در نظر گرفته شد. سپس برای مشخص کردن پایایی پرسش‌نامه از روش آزمون - آزمون مجدد (Test-retest) استفاده شد. یعنی پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ نفر از افراد جامعه مورد پژوهش قرار گرفت. پس از پاسخ‌دهی آنان دوباره بعد از دو هفته مجدداً آنها مورد پرسش قرار گرفتند و با روش آماری ضریب همبستگی میزان توافق

سرطان دهان (Oral cancer) یکی از سرطان‌های شایع و جزء ۱۰ علت مرگ در سرتاسر جهان است. در ایالات متحده سرطان دهان و حلق تقریباً ۳٪ کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد.^(۱) در بیشتر قسمت‌های آسیای جنوبی و نیز بخش‌هایی از قسمت‌های مرکزی و جنوبی اروپا سرطان دهان انسیدانس بالایی دارد.^(۲) در ایران در سال ۱۳۸۴ میزان بروز سرطان دهان ۳۹۲۳ مورد گزارش شد.^(۳)

سرطان دهان در مردان دو برابر شایع‌تر از زنان است و در ایجاد آن عوامل اتیولوژیک متعددی دخیل هستند که مهم‌ترین آنها مصرف دخانیات و الکل می‌باشد.^(۱) از آن‌جا که سرطان دهانی در مراحل اولیه‌ها ماه‌های کلینیکی متغیری دارد و می‌تواند از یک ناحیه بدون علامت تا تغییرات قوام و رنگ ناحیه متغیر باشد و غالباً در این مرحله تغییرات کلینیکی مرتبط با بدخیمی را نیز نشان نمی‌دهد در نتیجه در این مرحله تشخیص داده نمی‌شود.^(۴) تشخیص زودهنگام و به موقع ضایعات بدخیم و دیسپلاستیک لازمه دستیابی به یک پیش‌آگهی خوب است و تاخیر در تشخیص درمان را عموماً مشکل یا غیرممکن می‌سازد.^(۵) با شناسایی زودهنگام بیمار ضمن افزایش طول عمر وی، کیفیت زندگی بیمار نیز بهتر شده و از ضربه‌های روحی جبران‌ناپذیر به بیمار و اطرافیان وی و تحمل هزینه‌های بالا برای او و دولت جلوگیری می‌شود.^(۶)

دندانپزشکان باید آگاهی کافی در رابطه با سرطان دهان داشته باشند تا نقش مهمی در تشخیص به موقع آن ایفا نمایند. سطح آگاهی ناکافی دندانپزشک یکی از فاکتورهای مهم در عدم تشخیص صحیح و به موقع سرطان دهان در مراحل اولیه

گرفت. در این مطالعه داده ها پس از جمع آوری کدبندی شده و در کامپیوتر با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. ابتدا آزمون نرمال بودن داده های کمی توسط آزمون کلمگروف-اسمیرنوف انجام شد و سپس از آزمون های *t*-student و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

تعداد شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۰۰ نفر از بین ۹۹۷ دندانپزشک عمومی دارای مطب در شهر مشهد بود. از این تعداد دندانپزشک ۶۵ نفر مرد و ۳۵ نفر زن بودند. میانگین سنی دندانپزشکان این مطالعه $41/84 \pm 7/49$ سال بود که مسن ترین آنها ۶۲ سال و جوان ترین آنها ۲۷ سال سن داشت. در این مطالعه حداکثر نمره ای که دندانپزشکان می توانستند کسب کنند عدد ۱۳ بود که میانگین نمرات آنها $6/42 \pm 1/74$ بود. حداکثر میزان آگاهی آنها $11/67$ و حداقل آن $1/36$ بود. در مردان و زنان میانگین میزان آگاهی به ترتیب $6/26 \pm 1/75$ و $6/72 \pm 1/7$ بود که این میزان اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P=0/2$) (جدول ۱). ارتباط معنی داری بین سن دندانپزشکان و میزان آگاهی آنها نیز وجود نداشت ($P=0/66$) و ضریب همبستگی پیرسون $=0/046$ -. همچنین ارتباط معنی داری بین میانگین های مدت فراغت از تحصیل، مدت تاسیس مطب، تعداد ساعات کار روزانه، تعداد بیماران مورد معاینه در روز و تعداد دفعات شرکت در دوره های آموزش مداوم با میزان آگاهی افراد مورد مطالعه برقرار نبود (جدول ۲).

از میان دندانپزشکان این مطالعه $64/3\%$ مایل به شرکت مجدد در دوره های بازآموزی در مورد سرطان دهان بودند و $35/7\%$ مایل به شرکت در این دوره ها نبودند ولی از لحاظ آماری میزان آگاهی این دو گروه تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۳).

بین پاسخ های اولیه و ثانویه سنجیده شد و سؤال هایی که پاسخ آنها قدرت افتراق لازم را برای پاسخ دهنده نداشت شناسایی و در طراحی این سؤالات دقت بیشتری به عمل آمد. حجم نمونه این مطالعه بر طبق محاسبات آماری با درجه اطمینان ۹۵٪ با دقت ۱۰ درصد بیشترین حجم نمونه به تعداد ۹۶ نفر محاسبه شد که در این مطالعه تعداد آنها به ۱۰۰ نفر افزایش یافت. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری سیستماتیک استفاده شد. بدین ترتیب که بر اساس اطلاعات موجود در کامپیوتر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه، تعداد دندانپزشکان عمومی دارای مطب در سطح شهر مشهد ۹۹۷ نفر بودند و برای انتخاب ۱۰۰ نفر از بین آنها فاصله بین نمونه ها برابر ۱۰ در نظر گرفته شد و یک عدد تصادفی بین ۱ تا خود ۱۰ انتخاب شده و دندانپزشکی که در کامپیوتر با این شماره ذخیره شده بود انتخاب و اسامی افرادی که با فاصله ۱۰ نفر بعد از وی بودند لیست گردید و به این ترتیب دندانپزشکانی که باید مورد پرسش قرار می گرفتند مشخص شد. با مراجعه حضوری به مطب آنان پرسش نامه در اختیارشان قرار گرفت و از آنها خواسته شد طی زمان معین و یکسانی به پرسش ها پاسخ دهند. سپس پرسش نامه ها جمع آوری و تصحیح گردید. برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز مثبت و برای هر پاسخ غلط $-0/33$ امتیاز منفی منظور گردید و برای هر پاسخ نمی دائم امتیاز صفر در نظر گرفته شد. از طرفی چون ارزش سؤالات یکسان تشخیص داده شد بنابراین سؤالات دسته بندی نشد و میزان آگاهی هر دندانپزشک مورد مطالعه بدین شیوه تعیین گردید و میزان آگاهی کلی آنها به دست آمد. سپس رابطه بین میزان آگاهی دندانپزشکان و ویژگی های دموگرافیک آنها (جنس، سن، مدت فارغ التحصیلی، مدت تاسیس مطب، متوسط تعداد ساعات کار روزانه در مطب، متوسط تعداد بیمار مورد معاینه در روز، تعداد دفعات شرکت در دوره های بازآموزی پاتولوژی و بیماری های دهان) توسط آزمون های آماری مورد بررسی قرار

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار آگاهی دندانپزشکان به تفکیک جنسیت

جنس	تعداد	نمره میانگین آگاهی	انحراف معیار
مرد	۶۵	۶/۲۶	۱/۷۵
زن	۳۵	۶/۷۲	۱/۷

$t=1/3$ $P=0/2$

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ویژگی های فردی و همبستگی آن با نمره آگاهی در دندانپزشکان مورد مطالعه

ویژگی فردی	میانگین	انحراف معیار	دامنه	حداقل	حداکثر	P-value	ضریب همبستگی پیرسون
مدت فراغت از تحصیل	۱۵/۱۰	۸/۰	۳۶	۱	۳۸	۰/۷۸۶	-۰/۰۲۸
مدت تاسیس مطب	۱۲/۵۴	۷/۷	۳۱	۲	۳۲	۰/۴۱	-۰/۰۸۴
تعداد ساعات کار روزانه	۶/۲۵	۲/۶۳۲	۱۷	۳	۲۰	۰/۵۶۴	-۰/۰۵۹
تعداد بیماران مورد معاینه در روز	۸/۱۵	۵/۸۲	۲۹	۱	۳۰	۰/۴۶۴	-۰/۰۷۷
تعداد دفعات شرکت در دوره های آموزش مداوم	۱/۳۸	۱/۰۷	۶	۰	۶	۰/۹۳۷	-۰/۰۰۸

جدول ۳: مقایسه آگاهی دندانپزشکان بر حسب تمایل به شرکت در دوره های باز آموزی

تمایل به شرکت در دوره های باز آموزی	درصد	نمره میانگین آگاهی	انحراف معیار
مایل	۶۴/۳	۶/۳۵	۱/۶۲
غیر مایل	۳۵/۷	۶/۵	۱/۷۸

$t=0/385$ $P=0/701$ نتیجه آزمون

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق نحوه پاسخگویی دندانپزشکان مورد مطالعه به سوالات پرسشنامه

پاسخ ها	پرسش ها	
	درست	غلط
یکی از شایعترین بدخیمی های حفره دهان SCC است.	۹۱	۶
Oral cancer با سن بیمار وابستگی دارد.	۸۹	۸
شایع ترین نمای بالینی برای Oral cancer زخم غیر قابل ترمیم است.	۹۰	۸
یکی از مهمترین عوامل اتیولوژیک برای ایجاد Oral cancer مصرف دخانیات است.	۹۴	۲
پروتز با تطابق ضعیف می تواند یک فاکتور اتیولوژیک برای Oral cancer باشد.	۱۶	۸۲
داشتن سابقه بدخیمی قبلی، ریسک ابتلا به یک بدخیمی جدید را افزایش می دهد.	۷۳	۱۳
Oral cancer اولیه غالباً بصورت یک ناحیه کوچک، قرمز رنگ و بدون درد ایجاد می شود.	۲۵	۴۹
برای یک زخم دهانی اولین اقدام درمانی برداشت بیوپسی است.	۵۷	۳۹
SCC دهانی همیشه با تغییرات رادیوگرافیک همراه است.	۷۵	۱۵
درمان لکوپلاکیا به تشخیص هیستولوژیک آن بستگی دارد.	۵۴	۲۰
اریتروپلاکیا در چند درصد موارد همراه با دیسپلازی یا SCC است؟	۱۲	۲۵
شایعترین جایگاه داخل دهانی برای Oral cancer کدام است؟	۳۵	۵۷
کدام گروه سنی بایستی بطور سالیانه از لحاظ ابتلا به Oral cancer معاینه شوند؟	۵۰	۳۶

مورد مطالعه قرار گرفت و نقطه ضعف‌هایی در تشخیص سرطان دهان و ریسک فاکتورهای آن مشاهده شد. ما در این مطالعه بین میزان آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان و اطلاعات دموگرافیک آنها (شامل سن، جنس، مدت فراغت از تحصیل، مدت تأسیس مطب، تعداد بیمار مورد معاینه در روز، تعداد ساعات کار روزانه در مطب، اینکه آیا تا به حال در دوره‌های بازآموزی شرکت کرده‌اند و تعداد دفعات شرکت در دوره‌های بازآموزی) هیچ ارتباط معنی‌داری نیافتیم.

Yellowitz طی مطالعه‌ای در آمریکا گزارش کرد که میزان آگاهی دندانپزشکان در مورد روش‌های پیشگیری و تشخیص سریع سرطان دهان در حد مطلوب نمی‌باشد.^(۱۲) Leao طی مطالعه‌ای در برزیل نشان داد که میزان آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان از حد بهینه کمتر است.^(۱۳)

Gajendra گزارش کرد که میزان آگاهی دندانپزشکان از بهداشت کاران به میزان معنی‌داری بالاتر بوده است اما آگاهی هر دو گروه از ریسک فاکتورها و روش‌های بررسی کلینیکی برای سرطان دهان دارای نقایصی بود.^(۱۴)

Seoane در مطالعه انجام گرفته در مورد آگاهی و توانایی دندانپزشکان در تشخیص سرطان دهان در شمال غرب اسپانیا نیز نشان داد که لازم است توانایی دندانپزشکان در تشخیص سرطان دهان از طریق معاینات کلینیکی، افزایش یابد.^(۱۵)

کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) شایع‌ترین سرطان حفره دهان است و بیش از ۹۰٪ موارد را تشکیل می‌دهد.^(۱۶) در مطالعه حاضر ۹۱٪ دندانپزشکان SCC را به عنوان شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان می‌شناختند. درحالی که در مطالعه Nicotera ۵۳/۱٪ افراد مورد مطالعه از این مطلب آگاهی داشتند.^(۸) در مطالعه مطلب‌نژاد، ۸۷٪^(۹) و در مطالعه Canto ۸۰٪ افراد مورد مطالعه، SCC را شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان می‌دانستند^(۱۷) که نتایج این مطالعات به نتیجه مطالعه ما نزدیک‌تر بود.

استفاده از تنباکو و الکل مهم‌ترین عوامل اتیولوژیک ایجاد سرطان دهان می‌باشند.^(۱) در این مطالعه ۹۴٪ افراد نسبت به این مطلب آگاهی داشتند. در مطالعه Nicotera میزان آگاهی دندانپزشکان در مورد دخانیات به عنوان ریسک فاکتور سرطان

در جدول ۴ توزیع فراوانی مطلق پاسخ‌های افراد مورد مطالعه به سوالات آورده شده است. با توجه به این جدول بیشترین پاسخ صحیح (۹۴٪) مربوط به مهم‌ترین عامل اتیولوژیک ایجاد سرطان دهانی و کمترین پاسخ صحیح (۱۲٪) در ارتباط با اطلاع از رابطه اریتروپلاکیا با بدخیمی در حفره دهان بود و بدنبال آن کمترین پاسخ صحیح (۱۶٪) مربوط به مطرح نبودن پروتز با تطابق ضعیف به عنوان یک عامل اتیولوژیک سرطان دهان بود. ۹۱٪ دندانپزشکان شایع‌ترین نوع سرطان دهان را می‌شناختند. تنها ۲۵٪ دندانپزشکان نمای اولیه سرطان دهان و ۳۵٪ شایع‌ترین جایگاه آن را می‌شناختند. ۸۹٪ دندانپزشکان می‌دانستند که وقوع سرطان دهان با سن بیمار ارتباط دارد.

بحث

سرطان دهان یک مشکل جهانی است که میزان بروز مرگ و میر ناشی از آن در حال افزایش است. تخمین زده می‌شود که بیش از ۵۰۰/۰۰۰ بیمار در کل دنیا به این بیماری مبتلا هستند.^(۷) چنانچه ضایعات زمانی که هنوز کوچک و لوکالیزه هستند تشخیص داده شوند و سریعاً درمان گردند، میزان بقا ۷۰٪ تا ۹۰٪ قابل دسترسی است. میزان بقای ۵ ساله بیماران که ضایعات آنها موضعی باقی مانده است از کسانی که ضایعه در آنها متاستاز دور دست داده است، ۴ برابر بیشتر است.^(۱۱) دندانپزشکان نقش مهمی در شناسایی زودهنگام سرطان دهان دارند. آنان بایستی یک نئوپلاسم دهانی را با معاینه صحیح و اطلاع از علائم و خصوصیات بالینی آن تشخیص دهند و ناهنجاری‌هایی که دلالت بر بدخیمی یا تغییرات پیش بدخیم دارند را بشناسند و پس از تشخیص، بیمار را به جراح متخصص و مراکز درمانی ذیصلاح ارجاع دهند. آگاهی از سن شایع ابتلاء به سرطان دهانی، جایگاه شایع، نماهای بالینی، عوامل اتیولوژیک و روش‌های تشخیصی و درمانی ساده‌ترین مطالب علمی است که دندانپزشکان عمومی باید بدانند و با مطالعه ممتد و پیوسته منابع جدید علمی اطلاعات خود را به روز درآورند.

در این مطالعه میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی در ارتباط با سرطان دهان برای اولین بار در سطح شهر مشهد

کف دهان را به عنوان جایگاه شایع دوم می‌شناختند.^(۸) در مطالعه Clovis ۵۶٪ افراد مورد مطالعه هر ۲ جایگاه شایع سرطان دهان را می‌شناختند.^(۱۹) در مطالعه مطلب‌نژاد نیز، ۳۴/۵٪ افراد مورد مطالعه، جایگاه‌های شایع بروز سرطان دهان را می‌شناختند^(۲۰) که این با نتیجه مطالعه ما که ۳۵٪ بود تطبیق داشت.

سرطان اولیه دهانی معمولاً به صورت یک ناحیه کوچک، قرمز رنگ و بدون درد ظاهر می‌شود.^(۸،۱۹) در حالی که شایع‌ترین نمای بالینی برای سرطان دهان یک زخم غیرقابل ترمیم است.^(۱۸) در مطالعه Nicotera ۴۲/۸٪ افراد سرطان اولیه دهانی را معمولاً به شکل ضایعه ای کوچک، بدون درد و قرمز می‌دانستند^(۸) این در حالی است که در مطالعه ما تنها ۲۵٪ افراد نسبت به این مطلب آگاهی داشتند اما ۹۰٪ افراد شرکت‌کننده در مطالعه ما، شایع‌ترین نمای بالینی برای سرطان دهان را یک زخم غیر قابل ترمیم می‌دانستند.

۹۰٪ ضایعات اریتروپلاکیایی از لحاظ هیستولوژیک نمایانگر دیسپلازی شدید اپی تلیال، کارسینوم درجا یا کارسینوم سلول سنگفرشی مهاجم می‌باشد.^(۱) در مطالعه حاضر تنها ۱۲٪ افراد به این مطلب آگاهی داشتند در حالی که در مطالعه Nicotera ۴۸/۴٪ افراد مورد مطالعه اریتروپلاکیا را به عنوان یک ضایعه پیش‌بدخیم می‌شناختند.^(۸)

سرطان دهان در ۹۵٪ موارد در افراد بالای ۴۰ سال ایجاد می‌شود.^(۲۰) Nicotera گزارش کرد که ۷۴/۵٪ دندانپزشکان، بیماران بالای ۴۰ سال خود را برای سرطان دهان مورد معاینه قرار می‌دادند. در مطالعه ما، ۵۰٪ دندانپزشکان معتقد بودند بیماران بالای ۴۰ سال، باید برای سرطان دهان مورد معاینه قرار گیرند.

در نتایج این مطالعه بین سن، زمان فراغت از تحصیل، سال تأسیس مطب و میزان آگاهی رابطه معناداری برقرار نبود. شاید یکی از دلایل آن، عدم آگاهی کافی دندانپزشکان از سرطان دهان حتی در زمان فارغ‌التحصیلی باشد. تعداد دفعات شرکت دندانپزشکان در دوره‌های بازآموزی نیز با میزان آگاهی دندانپزشکان نیز رابطه معنی‌داری نداشت. از میان دندانپزشکان این مطالعه ۶۶/۳٪ مایل به شرکت در دوره‌های

دهان ۹۹/۵٪^(۸)، و در مطالعه Syme ۹۹/۷٪ گزارش شد.^(۱۰) Gajendra نیز این میزان را ۹۰٪ گزارش کرد^(۱۴) که هر سه نزدیک به نتایج ما در این مطالعه بوده است.

داشتن سابقه ابتلا به یک بدخیمی ریسک ابتلا به یک بدخیمی جدید را افزایش می‌دهد.^(۱۸) در مطالعه Syme ۹۷٪ افراد مورد مطالعه سابقه داشتن یک بدخیمی قبلی را افزاینده ریسک ابتلا به یک بدخیمی جدید می‌دانستند^(۱۰) در حالی که در مطالعه Clovis میزان آگاهی بیش از ۷۰٪ گزارش گردید^(۱۹) که با یافته ما در این مطالعه یعنی ۷۳٪ نزدیک است.

سرطان دهان با سن بیمار وابستگی دارد به طوری که با افزایش سن، بروز سرطان دهان در تمام نقاط دنیا افزایش می‌یابد.^(۱۸) مطلب‌نژاد گزارش کرد ۷۷/۶٪ افراد مورد مطالعه آنها بروز سرطان را با سن بیماران وابسته می‌دانستند.^(۲۰) این میزان در مطالعه Syme ۶۴٪ بود^(۱۰)، هر چند Nicotera آن را ۴۹/۳٪ یافت^(۸) که فاصله زیادی با مطالعه ما یعنی ۸۹٪ داشت.

پروتز با تطابق ضعیف به عنوان یک فاکتور اتیولوژیک برای سرطان دهان مطرح نمی‌باشد اما زخم مزمن ناشی از یک اپلاینس با تطابق غیررضایت‌بخش می‌تواند باعث ایجاد یک نتوپلاسم جدید در حضور سایر فاکتورها گردد.^(۱۸) در مطالعه Clovis کمتر از ۵۰٪ افراد مورد مطالعه سرطان دهان را به یک پروتز دارای تطابق ضعیف مرتبط می‌دانستند.^(۱۹) در مطالعه Yellowitz نیز، کمتر از ۴۰٪ افراد مورد مطالعه می‌دانستند که دنچر با تطابق بد، یک ریسک فاکتور برای سرطان دهان نیست^(۱۲) اما این میزان، در مطالعه Syme بیش از ۱۸٪ گزارش گردید^(۱۰) که با یافته‌های ما در این مطالعه یعنی ۱۶٪ مطابقت داشت. شاید از دلایل چنین تصویری بتوان به افزایش شیوع سرطان دهان و استفاده از دنچر با افزایش سن و وجود زخم‌های معمول ناشی از زدگی در دهان بیماران دارای دندان مصنوعی نام برد.

شایع‌ترین جایگاه داخل دهانی برای سرطان دهانی زبان و دومین جایگاه شایع کف دهان است.^(۱) در تحقیق Nicotera ۸۸/۸٪ افراد مورد مطالعه می‌دانستند که زبان، یکی از دو جایگاه شایع سرطان داخل دهانی است ولی فقط ۱۳/۵٪ آنها،

فقط نیمی از آنها می‌دانستند که باید بیماران بالای ۴۰ سال خود را در مورد سرطان دهان مورد معاینه قرار دهند. این اطلاعات نیاز به تدوین برنامه های آموزش مدون جامعی در ارتباط با سرطان دهان را جهت دندانپزشکان عمومی مورد تاکید قرار می دهد. نبودن انگیزه لازم و یا نداشتن باور بر اهمیتی که دندانپزشکان در شناسایی زودهنگام ضایعات پیش‌سرطانی یا سرطان در ناحیه دهان می توانند داشته باشند را می توان از جمله علل کافی نبودن سطح آگاهی دندانپزشکان تحقیق حاضر دانست.

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات جناب آقای مهندس معروضی سپاسگزاری می گردد.

بازآموزی در مورد سرطان دهان بودند. در مطالعه مطلب‌نژاد ۸۸٪ و در مطالعه زارعی ۹۴٪ دندانپزشکان تمایل به شرکت در این سمینارها را داشتند.^(۱۰۹)

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این تحقیق را نمی توان به کل دندانپزشکان ایران نسبت داد اما بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر مشهد در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی‌باشد. در این مطالعه اکثریت دندانپزشکان از شایع‌ترین سرطان دهان و استفاده از دخانیات به عنوان یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده آن آگاه بودند. اما حدود یک سوم دندانپزشکان مورد مطالعه ما شایع‌ترین جایگاه‌های ایجاد سرطان دهان را می‌شناختند و یک چهارم آنان از نمای بالینی سرطان اولیه دهان آگاه بودند. از طرفی

منابع

1. Neville BW, Damm D, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3th ed. St. Louis: Saunders Co; 2009. P. 409-21.
2. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Springer I, Jargot A, Wiltfang J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. Oral Oncology 2009. [Epub ahead of print].
3. Musavi M. Guideline: National Cancer Registry. 1st ed. Tehran: Center for disease control with Chakame Ava group Co; 2006. P. 8.
4. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's Oral medicine. 11th ed. Hamilton: Bc Decker Inc; 2008. P. 150-88.
5. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol 2003; 39(8): 781-8.
6. Motallebnejad M, Hedayati M. General dentist's knowledge about oral cancers in Babol, in 2005. J Mash Dent Sch 2006; 30(3&4): 309-18.
7. Kujan O, Duxbury AJ, Glenny AM, Thakker NS, Sloan P. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. Oral Dis 2006; 12(2): 194-9.
8. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A, Angelillo IF. Dental hygienists and oral cancer prevention: Knowledge, attitudes and behaviors in Italy. Oral Oncol 2004; 40(6): 638-44.
9. Zarei MR, Asadpour F. Assessing dentist's knowledge and awareness in the diagnosis of oral cancer in Kerman. Shahid Beheshti Medical Sciences University Journal of the Dental School 2002; 4(19): 364-57.
10. Syme SE, Drury TF, Horowitz AM. Maryland dental hygienists' knowledge and opinions of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. Oral Dis 2001; 7(3): 177-84.
11. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglass CW, Zavras AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. J Dent Res 2002; 81(3): 192-7.
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. Leão JC, Góes P, Sobrinho CB, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. Int J Oral Maxillofac Surg 2005; 34(4): 436-9.

14. Gajendra S, Cruz GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: Knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. *J Cancer Educ* 2006; 21(3): 157-62.
15. Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles P, Esparza G, Dios PD. Oral cancer: Experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North-western Spain. *Oral Dis* 2006; 12(5): 487-92.
16. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(4): 195-215.
17. 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.
18. Shah J, Janson NW, Batsakis JG. Oral cancer. 1st ed. United Kingdom: Thieme Medical Pub; 2003. P. 65.
19. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: Practices and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(7): 421-5.

Archive of SID