

بررسی میزان دانش و مهارت تشخیصی دندانپزشکان شرکت کننده در چهارمین کنگره بین المللی انجمن دندانپزشکی ایران در باره سرطان دهان

دکتر محمدرضا زارعی*

دانشیار گروه بیماری های دهان، دانشکده دندانپزشکی کرمان

دکتر نادر نوابی

استادیار گروه بیماری های دهان، دانشکده دندانپزشکی کرمان

دکتر حسین اخوی زادگان

دستیار تخصصی پروتزهای دندانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر مهدی نعیمی خراسانی زاده

دندانپزشک عمومی

دکتر مهدی یزدانی

دندانپزشک عمومی

زمینه: سرطان دهان پنجمین سرطان شایع و یکی از ده علت اصلی مرگ و میر در جهان به شمار می رود. این سرطان مشکلی جدی برای سلامتی محسوب می شود. میزان مرگ و میر بالای این سرطان ممکن است ناشی از عدم معاینه دقیق توسط دندانپزشکان یا فقدان اطلاعات کافی نزد این گروه باشد.

هدف: هدف از مطالعه حاضر ارزیابی میزان آگاهی و مهارت تشخیصی گروهی از دندانپزشکان ایرانی درباره سرطان دهان بود. روش کار: در این مطالعه توصیفی ۴۱۲ نفر از دندانپزشکان ایرانی شرکت کننده در چهارمین کنگره بین المللی انجمن دندانپزشکی ایران در سال ۱۳۷۹ به صورت داوطلبانه شرکت کردند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ای که قبلاً روایی و پایایی آن در مطالعه دیگری مورد تأیید قرار گرفته بود، صورت گرفت. این پرسشنامه در سه بخش شامل ویژگی های فردی، سؤالات سنجش آگاهی و سؤالات ارزیابی مهارت تشخیصی تنظیم شده بود.

یافته ها: نتایج نشان داد بیشتر نمونه مورد مطالعه مذکر (۶۰/۲٪) بودند و در گروه سنی زیر ۳۷ سال (۶۳/۳٪) قرار داشتند. پاسخ دهندگان در مجموع به ۵۱٪ از سؤالات دانش (۵/۵۹٪) و ۵۵٪ پرسش های مهارت تشخیصی (۱/۶۵٪) پاسخ صحیح دادند. بین نمره کل دانش و مهارت تشخیصی همبستگی متوسط مثبت و معنی داری وجود داشت (۰/۰۵ < P، ۰/۴ = r). در هر دو حیطه آگاهی و مهارت تشخیصی، درصد پاسخ صحیح دندانپزشکان جوان تر به طور معنی داری بیش از سایر گروه های سنی بود (P < ۰/۰۵).

نتیجه گیری: با توجه به پایین بودن نمره دندانپزشکان در دو حیطه دانش و مهارت تشخیصی درباره سرطان دهان، باید آموزش بیشتری در زمینه سرطان دهان در قالب برنامه های آموزش مداوم به آنان داده شود.

کلید واژه ها: سرطان دهان، آگاهی، مهارت تشخیصی، آموزش، دندانپزشک

مقدمه

متأسفانه، علی‌رغم این‌که حفره دهان به آسانی جهت معاینه در دسترس است، اکثر موارد سرطان دهان زمانی تشخیص داده می‌شود که بر اثر پیشرفت زیاد منجر به بروز سمپتوم شده‌اند (۶). این تأخیر در تشخیص ممکن است ناشی از بی‌توجهی و فقدان اطلاعات کافی نزد بیماران یا ناشی از ناتوانی پزشکان و دندانپزشکان در تشخیص زود هنگام این سرطان باشد. Yellowitz و Goodman طی مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۵ بر روی میزان آگاهی، نگرش و مهارت تشخیصی پزشکان و دندانپزشکان درباره سرطان دهان در ایالات متحده انجام دادند، نتیجه گرفتند که هیچ‌کدام از این دو گروه صلاحیت علمی لازم برای تشخیص سرطان دهان را ندارند (۱۴). مطالعه دیگری که همین محققان در سال ۱۹۹۸ انجام دادند، نشان داد که میزان آگاهی دندانپزشکان شرکت‌کننده در تحقیق درباره سرطان دهان ناکافی است و بین سطح آگاهی دندانپزشکان و عملکرد آنها هماهنگی وجود ندارد. این محققان نتیجه گرفتند که آموزش بیشتری باید در زمینه کشف سرطان دهان و پیشگیری از آن به دندانپزشکان داده شود (۱۵). مطالعه مشابهی که توسط زارعی و اسدپور در کرمان انجام گرفت، نشان داد که دندانپزشکان این شهر فقط به ۵۳ درصد از پرسش‌های مربوط به سنجش آگاهی درباره سرطان دهان پاسخ صحیح دادند و میانگین نمره آگاهی آنها در این زمینه ۵/۸۳ (از حد اکثر ۱۱) بود. بررسی مهارت تشخیصی دندانپزشکان فوق در همین تحقیق نشان داد که میانگین نمره مهارت تشخیصی آنها ۱/۶۷ (از حد اکثر ۳) بود. تحقیق فوق نشان داد که میزان آگاهی و وضعیت مهارت تشخیصی دندانپزشکان کرمان درباره سرطان دهان ناکافی

سرطان دهان پنجمین شایع بدن محسوب می‌شود و حدود ۴ درصد از تمام موارد سرطان در جهان در حفره دهان رخ می‌دهد (۱). حفره دهان جایگاه حدود ۳۰ درصد از تمام تومورهای بدخیم در ناحیه سر و گردن است (۲). سالانه، ۲۲۰۰۰۰ مورد جدید از سرطان دهان و حلق در مردان (۵ درصد از کل موارد سرطان در مردان) و ۹۰۰۰۰ مورد جدید از این سرطان در زنان (۲ درصد از کل موارد سرطان در زنان) در سطح جهان رخ می‌دهد (۳). نزدیک به ۹۵ درصد از سرطان‌های دهان از نوع اسکوآموس سل کارسینوما می‌باشد (۴، ۵). کارسینوم دهان یکی از شایع‌ترین انواع سرطان و یکی از ده علت شایع مرگ و میر در سطح جهان محسوب می‌شود (۶). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که شیوع سرطان دهان در مناطق مختلف جهان متفاوت است و سرطان دهان بین ۰/۱ تا ۴۰ درصد از کل سرطان‌های بدن را در مناطق مختلف جهان تشکیل می‌دهد (۷-۱۲). بررسی موارد سرطان که بین سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ در استان کرمان ثبت شده‌اند، نشان می‌دهد که سرطان دهان ۲/۴۸ درصد از کل سرطان‌های بدن را تشکیل می‌دهد و میزان بروز آن ۱/۱۹ مورد به ازای هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال می‌باشد (۱۳).

شیوع سرطان دهان با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و تقریباً ۹۵ درصد از موارد این سرطان پس از سن ۴۰ سالگی رخ می‌دهد. سرطان دهان در مردان شایع‌تر از زنان می‌باشد و مصرف دخانیات و الکل و همچنین ویروس‌های پاپیلومای انسانی نقش مهمی در اتیولوژی آن ایفا می‌کنند (۵، ۶).

حضور دارند، به بررسی میزان دانش و مهارت تشخیصی دندانپزشکان درباره سرطان دهان بپردازیم.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در آن میزان آگاهی و مهارت تشخیصی دندانپزشکان شرکت کننده در چهلمین کنگره سراسری انجمن دندانپزشکی ایران درباره سرطان دهان مورد ارزیابی قرار گرفت. پژوهش دارای دو متغیر اصلی (میزان آگاهی و مهارت تشخیصی) بود. ارتباط ویژگی‌های فردی واحدهای پژوهش با دو متغیر فوق در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است. حجم نمونه براساس نتایج مطالعه مشابهی که قبلاً بر روی دندانپزشکان عمومی شهر کرمان انجام گرفته بود برابر ۴۰۰ نفر تعیین گردید (۱۶). ۴۱۲ تن از دندانپزشکان عمومی شرکت‌کننده در چهلمین کنگره سراسری انجمن دندانپزشکی ایران در تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای بود که توسط پژوهشگر با استفاده از منابع معتبر در سه بخش ویژگی‌های فردی (۷ پرسش) سنجش آگاهی (۱۱ پرسش) و مهارت تشخیصی (۳ پرسش) تهیه گردید. چهار تصویر از ضایعات پیش سرطانی دهان همراه با هر کدام از پرسش‌های بخش مهارت تشخیصی در اختیار دندانپزشکان مورد مطالعه قرار گرفت تا بعد از مشاهده تصاویر به ۳ پرسش این بخش پاسخ دهند. این پرسشنامه قبلاً در تحقیق مشابهی بر روی دندانپزشکان عمومی شهر کرمان مورد استفاده قرار گرفته بود (۱۶). روایی ابزار پژوهش با استفاده از شاخص روایی محتوا تعیین گردید و ضریب روایی کل پرسشنامه ۰/۸۸۵ و ضریب روایی هر یک از پرسش‌های آن بین ۰/۸ تا ۱ به

و نامناسب است (۱۶). به همین ترتیب، مطالعه دیگری که توسط Yellowits و همکاران در سال ۲۰۰۰ بر روی دندانپزشکان ایالات متحده انجام گرفت، نشان داد که میانگین نمره آگاهی آنها در باره سرطان دهان و حلق ۸/۴ (از حداکثر ۱۴) می‌باشد و دندانپزشکان مورد بررسی فاقد دانش لازم جهت تشخیص زود هنگام سرطان دهان هستند (۱۷). Alonge و Narendran نیز با بررسی ۳۹۸ تن از دندانپزشکان منطقه مرزی تگزاس و مکزیک در سال ۲۰۰۴ به نتایج مشابهی رسیدند. این تحقیق همچنین نشان داد که تمایل به انجام معاینه جهت کشف سرطان دهان با درک صحیح این موضوع در دوران تحصیل ارتباط معنی‌داری دارد (۱۸).

همان‌طور که گفته شد، میزان آگاهی و مهارت تشخیصی دندانپزشکان نقش مهمی در شناسایی زود هنگام سرطان دهان دارد و نتیجه درمان و طول عمر بیمار را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. باید توجه داشت که بیمار مبتلا به سرطان فقط یک بار شانس بهبود دارد و عدم شناسایی به موقع سرطان دهان می‌تواند بر روی پیش آگهی آن به شدت اثر بگذارد. نکته حائز اهمیت دیگر آن که ضایعات پیش سرطانی در بسیاری از موارد پیش در آمد سرطان در حفره دهان هستند. لکوپلاکیا یا اریتروپلاکیا ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها بی‌آن که دچار تغییرات بدخیمی شوند، در دهان باقی بمانند. اگر ضایعه طی این فرصت طلایی، شناسایی و حذف شود، بیمار ممکن است علاوه بر برخورداری از طول عمر طبیعی، از عوارض ناگوار جسمی و روحی سرطان و درمان آن مصون بماند (۶). با توجه به آنچه گفته شد، برآن شدیم تا در چهلمین کنگره بین‌المللی انجمن دندانپزشکان ایران که تعداد زیادی از دندانپزشکان سراسر کشور در آن

بر حسب متغیرهای مربوط به ویژگی‌های فردی مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط بین نمره کل آگاهی و مهارت تشخیصی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثر دندانپزشکان شرکت کننده در این مطالعه (۶۰/۲ درصد)، مذکر بودند. ۶۳/۳ درصد از دندانپزشکان در گروه سنی کمتر از ۳۷ سال و ۱۴/۷ درصد از آنان در گروه سنی بالای ۴۳ سال قرار داشتند (جدول ۱).

میانگین سن گروه مورد مطالعه ۳۵/۵ سال به دست آمد. مدت فراغت از تحصیل در اکثر دندانپزشکان کمتر از

دست آمد. روایی پرسش‌های قسمت مهارت تشخیصی به طور صوری تعیین گردید و هر سه پرسش این قسمت مناسب تشخیص داده شد. پرسشنامه پس از تعیین روایی در یک مطالعه آزمایشی جهت تعیین پایایی با روش آزمون مجدد (test-retest) مورد استفاده قرار گرفت. ضریب همبستگی اسپیرمن برای تعیین همبستگی بین داده‌های حاصل از اندازه‌گیری در دو نوبت مورد استفاده قرار گرفت که برابر ۰/۷۶ به دست آمد. پایایی قسمت مهارت تشخیصی با روش آزمون مجدد و به کمک ضریب KAPA بررسی شد. ضریب ۰/۷۵ در مورد یک پرسش و ضریب ۱ برای دو پرسش دیگر به دست آمد. داده‌ها در تحقیق حاضر تنها یک مرتبه از افراد مورد پژوهش اخذ شدند. سرانجام آزمون غیرپارامتریک مجذور کای برای آنالیز نمرات هر یک از پرسش‌ها به تنهایی و در مجموع،

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی دندانپزشکان مورد بررسی

درصد	تعداد	فراوانی	
		متغیر	
۶۰/۲	۲۴۸	مذکر	جنس
۳۹/۸	۱۶۴	مونث	
۶۳/۳	۲۶۱	<۳۷	سن (سال)
۲۲	۹۱	۳۷-۴۳	
۱۴/۷	۶۰	>۴۳	
۴۴/۹	۱۸۵	<۶	مدت فراغت از تحصیل (سال)
۲۸/۶	۱۱۸	۶-۱۰	
۱۰/۹	۴۵	۱۱-۱۵	
۱۵/۶	۶۴	>۱۵	
۳۵/۹	۱۴۸	≤۱	مدت زمانی که از مطالعه دندانپزشکان در رابطه با سرطان دهانی می‌گذرد (سال)
۳۹/۳	۱۶۲	۲-۵	
۲۴/۸	۱۰۲	>۵	
۳/۲	۱۳	کافی	ارزیابی اطلاعات در زمینه سرطان دهان توسط خود فرد
۵۰/۵	۲۰۸	متوسط	
۴۵/۶	۱۸۸	ناکافی	
۸۵/۹	۳۵۴	بلی	تمایل به شرکت در سمینار بازآموزی
۱۴/۱	۵۸	خیر	

پرسش‌ها و گروه سنی بالای ۴۳ سال به ۴۰ درصد از پرسش‌ها پاسخ صحیح داده بودند. تفاوت میزان آگاهی دندانپزشکان جوان که کمتر از ۳۷ سال سن داشتند با دندانپزشکان مسن‌تر در همه پرسش‌ها به غیر از پرسش‌های ۴ و ۶ و ۷ معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

بیشترین پاسخ صحیح به پرسش‌های مهارت تشخیصی مربوط به دندانپزشکان زیر ۳۷ سال بود (۵۸/۴ درصد) و کمترین پاسخ مربوط به دندانپزشکان بالای ۴۳ سال بود (۴۳/۳ درصد). آنالیز آماری نشان داد که بین دندانپزشکان جوان و مسن از نظر پاسخ به پرسش‌های مهارت تشخیصی بر حسب متغیر سن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). به طوری که با افزایش سن در صد پاسخ‌های صحیح کاهش می‌یابد. نمره مهارت تشخیصی دندانپزشکان در این تحقیق با سایر ویژگی‌های فردی آنان ارتباط معنی‌داری نداشت. دندانپزشکانی که میزان اطلاعات خود را درباره سرطان دهان کافی ارزیابی کرده بودند، بیشترین پاسخ صحیح را به پرسش‌ها داده بودند (۶۱/۵ درصد) و کمترین میزان پاسخ صحیح هم مربوط به دندانپزشکانی بود که میزان آگاهی خود را ناکافی ارزیابی کرده بودند (۴۵/۸ درصد). این تفاوت در مجموع از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

دندانپزشکانی که تمایلی برای شرکت در سمینار بازآموزی سرطان دهان نشان نداده بودند، نسبت به دندانپزشکانی که تمایل به این امر داشتند، پاسخ‌های صحیح بیشتری به پرسش‌ها داده بودند (۵۲/۷ درصد در مقابل ۵۰/۴ درصد)، اگر چه این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، تمایل دندانپزشکان برای شرکت در سمینار بازآموزی سرطان دهان با میزان آگاهی آنها در این زمینه ارتباطی نداشت.

۶ سال بود (۴۴/۹ درصد) و تنها در ۱۵/۶ درصد از موارد بیش از ۱۵ سال از فارغ‌التحصیلی آنها می‌گذشت. مدت زمانی که از آخرین مطالعه دندانپزشکان درباره سرطان دهان می‌گذشت در ۳۵/۹ درصد از موارد یک یا کمتر از یک سال در ۳۹/۳ از موارد بین ۲ تا ۵ سال و در ۲۴/۸ درصد از موارد بیش از ۶ سال بود. بیشتر دندانپزشکان (۲۷/۱ درصد) تنها آموزش در دوره دانشکده را به عنوان مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات درباره سرطان دهان ذکر کردند. نتایج این تحقیق نشان داد که واحدهای پژوهش در مجموع به ۵۱ درصد از پرسش‌های دانش پاسخ صحیح داده‌اند. بیشترین پاسخ صحیح مربوط به پرسش ۴ "اولین جایگاه متاستاز سرطان دهان کجاست؟" (۸۹/۱ درصد) و کمترین پاسخ صحیح مربوط به پرسش شماره ۵ "شایع‌ترین شکل تظاهر سرطان در دهان کدام است؟" (۲۷/۷ درصد) بود. میانگین مجموع نمره آگاهی دندانپزشکان درباره سرطان دهان ۵/۵۹ از ۱۱ بود (جدول ۲).

در مجموع مردان به ۵۱/۳۵ درصد و زنان به ۵۰/۰۵ درصد از پرسش‌ها پاسخ صحیح داده بودند، ولی تفاوت میزان آگاهی دندانپزشکان مرد و زن درباره سرطان دهان از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بررسی نتایج به دست آمده در ارتباط با مهارت تشخیصی دندانپزشکان درباره سرطان دهان نشان داد که آنان به ۵۵٪ از پرسش‌های این قسمت پاسخ صحیح داده‌اند. میانگین مجموع نمره مهارت تشخیصی ۱/۶۵ از ۳ به دست آمد.

تحقیق حاضر نشان داد که با افزایش سن میزان پاسخ‌های صحیح در قسمت آگاهی کاهش می‌یابد، به نحوی که گروه سنی زیر ۳۷ سال به ۵۴/۷ درصد از پرسش‌ها، گروه سنی ۳۷ تا ۴۳ سال به ۴۶/۷ درصد از

به منظور بررسی ارتباط بین نمره کل آگاهی و مهارت تشخیصی ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد که برابر ۰/۴۲ به دست آمد. به این ترتیب، تحقیق حاضر نشان داد که نمره مهارت تشخیصی واحدهای مورد پژوهش تا حدی متناسب با نمره آگاهی آنها افزایش می‌یابد ($P < 0/05$).

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نحوه پاسخگویی دندانپزشکان به پرسش‌های سنجش آگاهی درباره سرطان دهان و توزیع میانگین

نمرات هر یک از پرسش‌ها

میانگین	غلط (درصد) تعداد	صحیح (درصد) تعداد	نحوه پاسخگویی پرسش‌ها
۰/۷۰۶	۱۲۱(۲۹/۴)	۲۹۱(۷۰/۶)	۱. شایع‌ترین نوع سرطان مخاط دهان کدام است؟ بازال سل کارسینوما - اسکواموس سل کارسینوما - ملانوما - تومور بدخیم غده بزاقی
۰۰/۶۰۴	۱۶۳(۳۹/۶)	۲۴۹(۶۰/۴)	۲. شایع‌ترین جایگاه سرطان در داخل دهان کدام است؟ قسمت خلفی طرفی کام سخت - کناره طرفی زبان - گونه - لثه
۰/۸۳	۷۰(۱۷)	۳۴۲(۸۳)	۳. مهم‌ترین عامل مستعد کننده سرطان دهان چیست؟ مصرف دخانیات - مصرف الکل - رژیم غذایی - مصرف غذاهای داغ
۰/۸۹۱	۴۵(۱۰/۹)	۳۶۷(۸۹/۱)	۴. اولین جایگاه متاستاز سرطان دهان کجاست؟ گره‌های لنفاوی تحت فکی - ریه - کبد - پوست
۰/۲۷۷	۲۹۸(۷۲/۳)	۱۱۴(۲۷/۷)	۵. شایع‌ترین شکل تظاهر سرطان در دهان کدام است؟ زخم منفرد - ضایعه قرمز - ضایعه سفید - ضایعه برجسته
۰/۵۵۸	۱۸۲(۴۴/۲)	۲۳۰(۵۵/۸)	۶. شایع‌ترین جایگاه متاستاز دور دست سرطان دهان کجاست؟ ریه - کلیه - پوست - پروستات
۰/۳۸۶	۲۵۳(۶۱/۴)	۱۵۹(۳۸/۶)	۷. کدام قسمت از مخاط دهان به ندرت دچار اسکوموس سل کارسینوما می‌شود؟ سطح شکمی زبان - گونه - کام نرم - قسمت قدامی کام سخت
۰/۴	۲۴۷(۶۰)	۱۶۵(۴۰)	۸. بهترین پیش آگهی سرطان دهان در کدام قسمت است؟ زبان - گونه - لب پایین - کام نرم
۰/۳۱۸	۲۸۱(۶۸/۲)	۱۳۱(۳۱/۸)	۹. احتمال تغییرات بدخیمی در لکوپلاکیای کدام منطقه از دهان بیشتر است؟ کف دهان - سطح پشتی زبان - گونه - لب
۰/۳۲۸	۲۷۷(۶۷/۲)	۱۳۵(۳۲/۸)	۱۰. شایع‌ترین محل وقوع تومورهای غده بزاقی مینور در کدام قسمت از مخاط دهان می‌باشد؟ کناره طرفی زبان - گونه - قسمت خلفی طرفی کام سخت - کف دهان
۰/۲۹۴	۲۹۱(۷۰/۶)	۱۲۱(۲۹/۴)	۱۱. کدام یک از روش‌های زیر در درمان سرطان دهان کمتر به کار می‌رود؟ جراحی - پرتو درمانی - شیمی درمانی - ارزش هر سه یکسان است.
۵/۵۹۲	۲۲۲۸(۴۹)	۲۳۰۴(۵۱)	کل

بحث و نتیجه گیری

وضعیت دخالت دارد. بسیاری از مردم تصور می کنند که پزشکان دانش و مهارت بیشتری برای تشخیص بیماری های مخاط دهان دارند و به همین علت فقط برای تشخیص و درمان بیماری های "دندانی" و نه "دهانی" به دندانپزشک مراجعه می کنند، حتی نظر برخی از دندانپزشکان نیز چنین است، زیرا تعدادی از دندانپزشکان مورد مطالعه تمایل داشتند که بیمار مشکوک به سرطان دهان را به متخصصان غیردندانپزشک معرفی کنند. نکته مهم دیگر آن که معاینه دقیق دهان و گره های لنفاوی گردن برای کشف زود هنگام سرطان دهان ضروری می باشد و لازم است برای تمام افراد مسن حداقل سالی یک بار انجام شود. انجام چنین معاینه ای به صرف وقت و دقت زیاد احتیاج دارد که بسیاری از دندانپزشکان از انجام آن خودداری می کنند.

تحقیق حاضر نشان داد که میزان پاسخ های صحیح به پرسش های قسمت آگاهی با افزایش زمانی که از آخرین مطالعه دندانپزشکان درباره سرطان دهان می گذرد، کاهش می یابد. افرادی که طی یک سال اخیر درباره سرطان دهان مطالعه کرده بودند، به ۵۳/۶ درصد از پرسش ها و دندانپزشکانی که بیش از ۶ سال از آخرین مطالعه آنها درباره سرطان دهان می گذشت، به ۴۵/۸ درصد از پرسش های قسمت آگاهی پاسخ صحیح داده بودند. این یافته ها و مشاهده این که میزان مهارت تشخیصی دندانپزشکان با افزایش میزان آگاهی آنها درباره سرطان دهان بیشتر می شود، نشان می دهند که برنامه های بازآموزی چنانچه از کیفیت مناسب برخوردار باشند، می توانند در ارتقای دانش و مهارت تشخیصی دندانپزشکان مؤثر باشند. با وجود این، مطالعه حاضر نشان داد که تمایل دندانپزشکان برای شرکت در برنامه های بازآموزی سرطان

بررسی نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که میزان آگاهی و مهارت تشخیصی دندانپزشکان مورد مطالعه درباره سرطان ناکافی و کم است. شرکت کنندگان در این مطالعه فقط به ۵۱ درصد از پرسش های قسمت سنجش آگاهی پاسخ صحیح داده بودند و میانگین نمره آنها از این قسمت ۵/۵۹ از ۱۱ بود. به همین ترتیب، فقط ۵۵ درصد از پاسخ هایی که به پرسش های مهارت تشخیصی داده شده بود، صحیح بودند و میانگین نمره دندانپزشکان مورد بررسی از این قسمت ۱/۶۵ از ۳ به دست آمد. این نتایج شباهت بسیار زیادی به نتایج تحقیق زارعی و اسدپور دارد که در سال ۱۳۷۶ در کرمان انجام شد (۱۶). میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان عمومی کرمان در این تحقیق ۵/۸۳ از ۱۱ و میانگین نمره مهارت تشخیصی آنها ۱/۶۷ از ۳ بود. همچنین، یافته های این مطالعه مشابه نتایجی بود که در تحقیق Yellowitz و همکاران (۱۷) و Alonge و Narendran (۱۳) در ایالات متحده به دست آمد.

کم بودن سطح آگاهی دندانپزشکان درباره سرطان دهان ممکن است علل متعددی داشته باشد. تجربه پژوهشگر نشان می دهد که ضعف آموزش در دوران تحصیل دانشگاه و عدم تأکید بر روی نقش دندانپزشکان در تشخیص زود هنگام بیماری های مخاط دهان و سرطان دهان یکی از دلایل عمده این وضعیت هستند. هنوز هم در بسیاری از دانشکده های دندانپزشکی در هنگام آموزش اصول معاینه دهان بیشتر بر روی نحوه معاینه دندان ها تأکید می شود و فرصت کافی برای کسب تجربه در زمینه معاینه گره های لنفاوی سر و گردن و مخاط دهان به دانشجوی دندانپزشکی داده نمی شود. دیدگاه عمومی جامعه، پزشکان و حتی دندانپزشکان نیز در تشدید این

خون‌ریزی، یا سمپتوم‌های دیگر شود(6). بر اساس مطالعه حاضر، کمبود دانش نظری و مهارت عملی برای تشخیص زودهنگام سرطان دهان نزد دندانپزشکان یکی از عللی است که می‌تواند در پیدایش این وضع دخیل باشد. رفع این اشکال با آموزش صحیح نظری و عملی درباره سرطان دهان به دندانپزشکان و معاینه دقیق تمام بیماران، به ویژه افراد مسن، امکان‌پذیر است. علاوه بر این، رسانه‌های گروهی باید آگاهی مردم را در این زمینه افزایش دهند و مردم را از نقشی که دندانپزشک می‌تواند در کشف زود هنگام سرطان دهان داشته باشد، آگاه نمایند.

سیاسگزاری

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی

این طرح را بر عهده گرفتند و آقای یادا... نیکیان که مسئولیت آنالیز

آماري پروژه را پذیرفتند، قدردانی می‌شود.

دهان با میزان مهارت تشخیصی آنها ارتباطی ندارد. دندانپزشکانی که تمایل نداشتند در این برنامه‌ها شرکت کنند، فقط به ۵۲ درصد از پرسش‌های مهارت تشخیصی پاسخ صحیح داده بودند. کیفیت و نحوه ارائه برنامه‌های بازآموزی که چندان کاربردی نمی‌باشند و بدون در نظر گرفتن نیاز مخاطب فقط بر روی مطالب نظری تکیه می‌کنند، از دلایل عمده این وضعیت هستند.

همان‌طور که گفته شد، پیش‌آگهی سرطان دهان چندان رضایت‌بخش نیست و در کشورهای پیشرفته فقط ۵۳ درصد از این بیماران ممکن است ۵ سال پس از درمان زنده بمانند (6). از آنجا که حفره دهان به راحتی جهت معاینه در دسترس است و معاینه آن احتیاج به ابزارهای پیشرفته ندارد، انتظار می‌رود که سرطان دهان در اکثر موارد در مراحل اولیه شناسایی شود. با وجود این، مطالعات نشان می‌دهند که این بیماری اغلب هنگامی تشخیص داده می‌شود که بر اثر پیشرفت منجر به درد،

منابع

1. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pangsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayasatok S, Jittidecharaks S, Chitapanarux I and Lorvidhaya V. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33(1): 84-8.
2. Harrison LB, Sessions RB, Hong WK. *Head and Neck cancer: A multidisciplinary approach*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1999: 3-5.
3. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Munoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncol* 2000; 36(1): 106-15.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders 2001: 356-70.
5. Cawson R, Binne W, Barrett AW, Wright JM. *Oral disease*. 3rd ed. London: Mosby 2001: 6-19.
6. Greenberg MS, Glick M (Eds). *Burket's oral medicine, diagnosis and treatment*. 10th ed. Hamilton: BC Decker 2003: 195-200.
7. La Vecchia C, Tavani A, Franceschi S, Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997; 33: 302-12.
8. Ostman J, Anneroth G, Gustafsson H, Tavelin B. Malignant oral tumors in Sweden 1960-1986: an epidemiologic study. *Eur Cancer B Oral Oncol* 1995; 31B(2): 106-12.

9. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol* 2002; 38: 737-46.
 10. Macfarlane GJ, Boyle P, Scully C. Oral cancer in Scotland: changing incidence and mortality. *BMJ* 1992; 305: 1121-23.
 11. Mahboubi E. The epidemiology of oral cavity, pharyngeal and esophageal cancer outside of North America and Western Europe. *Cancer* 1977; 40: 1879-86.
 12. Fahmy MS, Sadeghi A, Behmard S. Epidemiologic study of oral cancer in Fars province, Iran. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 50-8.
 13. Rad M, Chamani G, Zarei MR. Epidemiological aspects of oral squamous cell carcinoma in Kerman province from March 1991 to March 2002. *Kerman Dental School, Thesis No. S4*: 47-9.
 14. Yellowits J, Goodman HS. Assessing physicians' and dentists' oral cancer knowledge, opinions and practices. *J Am dent Assoc* 1995; 126:53-60.
 15. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 579-83.
۱۶. زارعی محمدرضا، اسدپور فاطمه. 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: ۶۴-۳۵۷.
17. Yellowitz J, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral and pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 653-62.
 18. Alonge OK, Narendran S. Oral cancer knowledge and practices of dentists along the Texas-Mexico border. *J Cancer Educ* 2004; 19:6-11.