

Evaluation of Dentists Knowledge about Oral Cancer in Sari-Iran in 2013

Atena Shiva¹,
Seyed Jabaer Mousavi²

¹ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 17, 2013 ; Accepted October 21, 2013)

Abstract

Background and purpose: Oral cancer is one of the most prevalent cancers and the 10 most causes of death in the world. Most oral cancers are diagnosed at late stages. Thus, it is an important public health problem in the world. Since dentists play a critical role 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 Sari.

Material and methods: This descriptive analytical cross-sectional study was done on 150 dentists who had private offices in Sari in 2013. A questionnaire including the 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 student's t-test, Pearson correlation coefficients.

Results: There were 98 male and 52 female dentists with the mean age of 39.94 ± 7.24 years ($P=0.09$). The mean score of total dentists' knowledge was 7.27 ± 2.49 out of 13. The mean score of knowledge was 6.91 ± 2.37 and 7.78 ± 2.6 , for males and females, respectively. There was significant difference between them ($P=0.03$). Ninety-One percent of dentists knew the most common types of oral cancer.

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

Keywords: Knowledge, oral cancer, dentist

J Mazand Univ Med Sci 2014; 24(109): 164-171 (Persian).

بررسی میزان آگاهی دندان پزشکان در ارتباط با سرطان دهان در ساری- ایران در سال ۱۳۹۱

آتنا شیوا^۱سید جابر موسوی^۲

چکیده

سابقه و هدف: سرطان دهان یکی از شایع ترین سرطان‌ها در جهان و یکی از ده عامل مرگ و میر در میان سرطان‌ها می‌باشد. اغلب سرطان‌های دهانی، دیر هنگام تشخیص داده می‌شوند و در نتیجه مشکل مهمی برای سلامت عمومی مردم دنیا محسوب می‌شود. از آن‌جا که دندان پزشکان نقش مهمی در شناسایی زود هنگام سرطان‌های دهان ایفا می‌کنند، لذا باید آگاهی کافی در زمینه تشخیص زود هنگام بیماران داشته باشند. هدف از این مطالعه، ارزیابی میزان آگاهی دندان پزشکان شهر ساری از سرطان دهان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی و به روش مقطعی بر روی ۱۵۰ نفر از دندان پزشکان در سطح شهر ساری، در سال ۱۳۹۱ انجام شد. پرسش‌نامه‌ای طراحی گردید که بخشی از سؤالات آن در رابطه با اطلاعات افراد مورد مطالعه و بخشی دیگر شامل سؤال در ارتباط سرطان دهان بود. با مراجعه حضوری به محل کار دندان پزشکان پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار داده شد و از آنان خواسته شد طی زمان معین به پرسش‌ها پاسخ دهند و سپس پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و تصحیح گردید. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار SPSS16 و آزمون‌های t-test و ضریب همبستگی پیرسون آنالیز شدند.

یافته‌ها: از ۱۵۰ نفر دندان پزشک مورد مطالعه ۹۸ نفر مرد و ۵۲ نفر زن و میانگین سنی آن‌ها، $39/94 \pm 7/24$ سال بود. میانگین نمره آگاهی در جمعیت مورد مطالعه $7/27 \pm 2/49$ از ۱۳ بود. میانگین آگاهی در مردان $6/91 \pm 2/37$ و در زنان $7/78 \pm 2/60$ بود که از لحاظ آماری این اختلاف معنی‌دار بود ($p=0/03$) ۹۱ درصد افراد مورد مطالعه شایع ترین سرطان دهان را می‌شناختند.

استنتاج: بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی دندان پزشکان شهر ساری در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، اتخاذ راه کارهایی برای افزایش میزان آگاهی دندان پزشکان از سرطان دهان مورد نیاز است.

واژه های کلیدی: آگاهی، سرطان دهان، دندان پزشک

مقدمه

۳ درصد کل سرطان‌ها را شامل می‌شود و ششمین سرطان شایع در مردان و پانزدهمین در زنان می‌باشد و به طور کلی شیوع آن در مردان دو برابر زنان است.

سرطان دهان (Oral cancer) یکی از سرطان‌های شایع و جزء ۱۰ علت مرگ در سرتاسر جهان می‌باشد. در ایالات متحده سرطان دهان و حلق تقریباً

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۷۳-۹۱ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: atenashiva@yahoo.com

مؤلف مسئول: آتنا شیوا- ساری: بلوار خزر، دانشکده دندان پزشکی، گروه آسیب شناسی دهان فک و صورت

۱. استادیار، گروه آسیب شناسی دهان فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۶/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۷/۲۹

بالا برای او و دولت جلوگیری می‌شود (۶، ۷). این موضوع آن قدر اهمیت دارد که مطالعات مختلفی در زمینه میزان آگاهی دندان‌پزشکان نسبت به سرطان دهان در ایران و سایر کشورها صورت گرفته است.

بر اساس مطالعه Applebaum و همکاران در آمریکا فقط ۵۷ درصد دندان‌پزشکان توانسته بودند به درستی علایم اولیه سرطان دهان را ذکر کنند (۸). در مطالعه‌ای که در سریلانکا انجام شده نزدیک به ۷۰ درصد دندان‌پزشکان عنوان داشته بودند برای غربال‌گری دهان نیاز به کسب اطلاعات بیش‌تر هستند (۹). بر اساس مطالعه Seoane و همکاران مشخص گردید که دندان‌پزشکان عمومی نیاز به گرفتن آموزش‌های تخصصی برای تشخیص زود هنگام سرطان دهان دارند (۱۰). ثقفی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی میزان آگاهی دندان‌پزشکان عمومی در ارتباط با سرطان دهان در مشهد در سال ۱۳۸۷ پرداختند و نتایج بررسی آنان نشان داد آگاهی دندان‌پزشکان در حد مطلوبی نمی‌باشد (۱۱).

مطالعه Nicotera نشان داد که میزان آگاهی دندان‌پزشکان از سرطان دهان محدود است (۱۲). هم‌چنین در مطالعه زارعی در کرمان آگاهی دندان‌پزشکان از سرطان دهان مطلوب نبود (۱۳). مطلب نژاد نیز در مطالعه خود بیان کرد که سطح آگاهی دندان‌پزشکان عمومی شهر بابل در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی‌باشد (۶). با توجه به اهمیت موضوع و عدم وجود اطلاعات کافی در این زمینه و عدم انجام مطالعه مشابه در این منطقه، مطالعه حاضر جهت تعیین میزان آگاهی دندان‌پزشکان در شهر ساری در رابطه با سرطان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

حدود ۹۴ کلیه بدخیمی‌های دهان کارسینوم سلول سنگ‌فرشی SCC می‌باشد و علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در درمان کارسینوم سلول سنگ‌فرشی صورت گرفته اما میزان بقا پنج ساله در ۵۰ سال گذشته تغییر قابل توجهی نکرده است که عمده‌ترین دلیل آن، تشخیص دیر هنگام است. بروز سرطان دهان مشخصاً در مناطقی مانند شبه قاره هند، برزیل و آفریقای جنوبی به مقدار زیادی گزارش شده است (۱، ۲). هم‌چنین در ایران در سال ۱۳۸۴ میزان بروز سرطان دهان ۳۹۲۳ مورد گزارش گردید (۳). عوامل اتیولوژیک متعددی در ایجاد سرطان دهان دخیل هستند که مهم‌ترین آن‌ها مصرف دخانیات و الکل می‌باشد (۱). از آن‌جا که سرطان دهانی در مراحل اولیه نماهای 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).

موضوعی که باید به آن توجه داشت نقش زمان در تشخیص درمان بدخیمی‌ها به ویژه SCC است. دندان‌پزشکان می‌توانند نقش حیاتی در تشخیص زود هنگام و پیشگیری از سرطان دهان داشته باشند و برای رسیدن به این هدف، لازم است که آن‌ها در زمینه غربال‌گری بیماران در معرض خطر، توانمند باشند و آگاهی کافی در رابطه با سرطان دهان داشته باشند. تشخیص زود هنگام و به موقع ضایعات بدخیم و دیسپلاستیک لازمه دستیابی به یک پیش‌آگهی خوب است و تأخیر در تشخیص، عدم معاینه دقیق بیماران توسط دندان‌پزشکان و کمبود دانش و مهارت آن‌ها در درمان را عموماً مشکل یا غیر ممکن می‌سازد (۵). با شناسایی زود هنگام 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

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی و به روش مقطعی در زمستان سال ۱۳۹۱ در سطح شهر ساری انجام شد. دندانپزشکان در سطح شهرساری جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می دادند. با استفاده از مطالعات مطلب نژاد(۶)، ثقفی(۱۱)، Nicotera (۱۲) و Syme (۱۴)، پرسش نامه ای مشتمل بر دو بخش (اطلاعاتی در مورد دندانپزشکان و ۱۳ پرسش در رابطه با سرطان دهان که شامل ارتباط آن با سن، نمای بالینی، عوامل اتیولوژیک، نمای رادیوگرافیک و غیره بر اساس کتاب پاتولوژی دهان، فک و صورت Neville بود(۱)) تهیه شد. این پرسش نامه محقق ساخته بوده و روایی (Validity) و پایایی (Reability) آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت مشخص کردن روایی سؤالات پرسش نامه، از روش دلفی استفاده شد. یعنی از چندین نفر از اساتید دانشکده دندانپزشکی در این خصوص سوال به عمل آمد و نتیجه نظرات آنان به عنوان سؤالاتی که روایی لازم را دارد در نظر گرفته شد. سپس برای مشخص کردن پایایی پرسش نامه از روش آزمون-آزمون مجدد (Test-retest) استفاده شد. یعنی پرسش نامه در اختیار ۱۵ نفر از افراد جامعه مورد پژوهش قرار گرفت. پس از پاسخ دهی آنان دوباره بعد از دو هفته مجدداً آنها مورد پرسش قرار گرفتند و با روش آماری ضریب همبستگی میزان توافق 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 بیش تری به عمل آمد(۱۱).

حجم نمونه این مطالعه با توجه به مطالعات مشابه انجام شده(۱۱) و استفاده از فرمول حجم نمونه با $\alpha=0/05$ بر طبق محاسبات آماری با درجه اطمینان ۹۵ درصد با دقت ۱۰ درصد بیش ترین حجم نمونه به تعداد ۱۰۰ نفر محاسبه شد که در این مطالعه تعداد آنها به ۱۵۰ نفر که امکان دسترسی به آنها امکان پذیر بود افزایش یافت.

با مراجعه حضوری به محل کار 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 ۰/۳۳- امتیاز منفی منظور گردید و برای هر پاسخ نمی دانم امتیاز صفر در نظر گرفته شد(۱۱). 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 تأسیس مطب، متوسط تعداد ساعات کار روزانه در مطب، میانگین 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 گرفت.

در این مطالعه داده ها پس از جمع آوری کدبندی شده و در کامپیوتر با نرم افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل گردید. ابتدا آزمون نرمال بودن داده های کمی توسط آزمون کلمگروف-اسمیرنوف انجام شد و سپس از آزمون های Student t-test و ضریب همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل داده استفاده شد و $p<0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

تعداد شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۵۰ نفر از بین ۲۳۰ دندانپزشک شاغل در شهر ساری بود. از این تعداد دندانپزشک ۹۸ نفر مرد و ۵۲ نفر زن بودند. میانگین سنی دندانپزشکان در این مطالعه $39/94 \pm 7/24$ سال بود که مسن ترین آنها ۶۵ سال و جوان ترین آنها ۲۸ سال سن داشت. در این مطالعه حداکثر نمره ای که دندانپزشکان می توانستند کسب کنند عدد ۱۳ بود که میانگین نمرات آنها $7/27 \pm 2/49$ بود. (حداکثر میزان آگاهی آنها ۱۳ و حداقل آنها ۰/۰۲).

صحیح (۳۵/۳ درصد) در ارتباط با اطلاع از رابطه اریتروپلاکیا با بدخیمی در حفره دهان بود. ۹۱ درصد دندان‌پزشکان شایع‌ترین نوع سرطان دهان را می‌شناختند. ۸۸ درصد دندان‌پزشکان نمای اولیه سرطان دهان و ۶۲ درصد شایع‌ترین جایگاه آن را می‌شناختند. ۶۶ درصد دندان‌پزشکان می‌دانستند که وقوع سرطان دهان با سن بیمار ارتباط دارد.

بحث

علی‌رغم پیشرفت‌های متعددی که در درمان سرطان به وجود آمده است سرطان دهان به دلیل تشخیص دیر هنگام به جهت علل متعددی مثل بدون علامت بودن در مراحل اولیه، تشابه نمای بالینی با سایر ضایعات و تنوع در تظاهراتات کلینیکی جزده علت مرگ و میر می‌باشد. چنانچه ضایعات زمانی که هنوز کوچک و لوکالیزه هستند تشخیص داده شوند و سریعاً درمان گردند، میزان بقا ۷۰ درصد تا ۹۰ درصد قابل دسترسی است (۱۵).

دندان‌پزشکان نقش مهمی در شناسایی زودهنگام

در مردان و زنان میانگین میزان آگاهی به ترتیب $6/91 \pm 2/37$ و $7/78 \pm 2/60$ بود که این میزان اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/03$). ارتباط معنی‌داری بین سن دندان‌پزشکان و میزان آگاهی آن‌ها وجود نداشت ($p=0/09$ و ضریب همبستگی پیرسون = $-0/15$). هم‌چنین ارتباط معنی‌داری بین میانگین‌های مدت فراغت از تحصیل، مدت تأسیس مطب، تعداد ساعات کار روزانه با میزان آگاهی افراد مورد مطالعه برقرار نبود (جدول شماره ۲). اما بین تعداد بیماران مورد معاینه در روز و تعداد دفعات شرکت در دوره‌های آموزش مداوم با میزان آگاهی افراد مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری برقرار بود (جدول شماره ۱).

در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی مطلق پاسخ‌های افراد مورد مطالعه به سئوال‌ات آورده شده است. با توجه به این جدول بیش‌ترین پاسخ صحیح (۹۲ درصد) مربوط به مهم‌ترین عامل اتیولوژیک ایجاد سرطان دهانی و کم‌ترین پاسخ صحیح (۱۳/۳ درصد) مربوط به مطرح نبودن پروتز با تطابق ضعیف به عنوان یک عامل اتیولوژیک سرطان دهان و به دنبال آن کم‌ترین پاسخ

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های فردی و همبستگی آن با نمره آگاهی در دندان‌پزشکان مورد مطالعه

ویژگی فردی	انحراف معیار \pm میانگین	دامنه	حداقل	حداکثر	سطح معنی داری	ضریب همبستگی پیرسون
مدت فراغت از تحصیل	$12/74 \pm 6/72$	۳۶	۱	۳۶	۰/۲۷	-۰/۰۹
مدت تأسیس مطب	$10/04 \pm 6/123$	۳۱	۰	۳۴	۰/۲۱	-۰/۱
تعداد ساعات کار روزانه	$6/49 \pm 2/11$	۱۷	۳	۱۱	۰/۱۴	-۰/۱۲
تعداد بیماران مورد معاینه در روز	$9/34 \pm 6/56$	۲۹	۲	۴۰	۰/۰۰۸	-۰/۲۲
تعداد دفعات شرکت در دوره‌های آموزش مداوم	$13/48 \pm 8/42$	۶	۰	۴۰	۰/۰۳	-۰/۱۵

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق نحوه پاسخ‌گویی دندان‌پزشکان مورد مطالعه به سئوال‌ات پرسشنامه

پرسش‌ها	پاسخ‌ها	
	درست	غلط
یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌های حفره دهان SCC است	۱۳۷	۵
Oral cancer با سن بیمار وابستگی دارد	۱۲۲	۲۴
شایع‌ترین نمای بالینی برای Oral cancer زخم غیر قابل ترمیم است	۱۳۳	۱۲
یکی از مهم‌ترین عوامل اتیولوژیک برای ایجاد Oral cancer مصرف دخانیات است	۱۳۸	۱۰
پروتز با تطابق ضعیف می‌تواند یک فاکتور اتیولوژیک برای Oral cancer باشد	۲۰	۱۲۲
داشتن سابقه بدخیمی قبلی، ریسک ابتلا به یک بدخیمی جدید را افزایش می‌دهد	۱۱۲	۲۸
Oral cancer اولیه غالباً به صورت یک ناحیه کوچک، قرمز رنگ و بدون درد ایجاد می‌شود	۱۰۱	۲۷
برای یک زخم دهانی اولین اقدام درمانی برداشت بیوپسی است	۷۰	۶۹
SCC دهانی همیشه با تغییرات رادیوگرافیک همراه است	۹۱	۴۲

۱۹	۳۶	۹۵	درمان لکوپلاکیا به تشخیص هیستولوژیک آن بستگی دارد
۳۷	۶۰	۵۳	ارتیروپلاکیا در چند درصد موارد همراه با دیسپلازی یا SCC است؟
۵	۵۲	۹۳	شایعترین جایگاه داخل دهانی برای Oral cancer کدام است؟
۴	۴۷	۹۹	کدام گروه سنی بایستی به طور سالانه از لحاظ ابتلا به Oral cancer معاینه شوند؟

Yellowitz طی مطالعه‌ای در آمریکا گزارش کرد که میزان آگاهی دندان‌پزشکان در مورد روش‌های پیشگیری و تشخیص سرطان دهان در حد مطلوب نمی‌باشد (۱۸). Leao نیز بر اساس مطالعه‌ای که در برزیل انجام داد، نشان داد که میزان آگاهی دندان‌پزشکان از سرطان دهان از حد بهینه کم‌تر است (۱۹). ما در این مطالعه بین میزان آگاهی دندان‌پزشکان از سرطان دهان و جنس، ارتباط معنی‌داری یافتیم که با نتایج مطالعات ثقفی (۱۱) و آغبالی (۱۷) مغایرت دارد. 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 (۲۰).

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 (۱۰). در مطالعه ما نیز نشان داده شد که میزان آگاهی دندان‌پزشکان از سرطان دهان از حد بهینه کم‌تر است. همان‌طور که می‌دانیم کارسینوم سلول سنگ‌فرشی (SCC) شایع‌ترین سرطان حفره دهان است و بیش از ۹۴ درصد موارد را تشکیل می‌دهد (۲۱). در مطالعه حاضر ۹۱/۳ درصد دندان‌پزشکان SCC را به عنوان شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان می‌شناختند که نتایج آن مشابه با مطالعه ثقفی و همکارانش بود (۱۱). در حالی که در مطالعه Nicotera ۵۳/۱ درصد افراد مورد مطالعه از این مطلب آگاهی داشتند (۱۲). در مطالعه مطلب نژاد، ۸۷ درصد (۶) و در مطالعه Canto ۸۰ درصد افراد مورد مطالعه، SCC را شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان می‌دانستند (۲۲).

سرطان دهان دارند. آنان بایستی یک نئوپلاسم دهانی را با معاینه صحیح و اطلاع از علایم 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 ذی صلاح 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 در آورند.

در مطالعه Gellrich و همکارانش نیمی از بیماران مبتلا به SCC توسط دندان‌پزشکان شناسایی شده بودند و دندان‌پزشکان قبل از پزشک خانواده و جراح فک و صورت بیمار را معاینه کرده بودند. ضمناً بیماران نیز معتقد بودند که دندان‌پزشک بیش‌ترین نقش را در تشخیص زود هنگام سرطان دهان دارد (۱۶).

در این مطالعه میزان آگاهی دندان‌پزشکان در ارتباط با سرطان دهان برای اولین بار در سطح شهر ساری 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 آن‌ها (شامل سن، مدت فراغت از تحصیل، مدت تأسیس مطب، تعداد ساعات کار روزانه در مطب) هیچ ارتباط معنی‌داری نیافتیم. اما بین جنس، تعداد بیمار مورد معاینه در روز و تعداد دفعات شرکت در دوره‌های بازآموزی ارتباط معنی‌داری یافتیم.

آغبالی و همکارانش طی مطالعه‌ای در ارومیه (۱۷) و ثقفی طی مطالعه‌ای در مشهد (۱۱) بیان کردند که میزان آگاهی دندان‌پزشکان کافی نمی‌باشد. هم‌چنین

گردید که با یافته ما در این مطالعه یعنی ۷۴/۴ درصد نزدیک است.

شایع‌ترین جایگاه داخل دهانی برای سرطان دهانی زبان و دومین جایگاه شایع کف دهان است (۱). در تحقیق Nicotera ۸۸/۸ درصد افراد مورد مطالعه می‌دانستند که زبان، یکی از دو جایگاه شایع سرطان داخل دهانی است ولی فقط ۱۳/۵ درصد آن‌ها، کف دهان را به عنوان جایگاه شایع دوم می‌شناختند (۱۲). در مطالعه Clovis ۵۶ درصد افراد مورد مطالعه هر ۲ جایگاه شایع سرطان دهان را می‌شناختند (۲۴). در مطالعه مطلب نژاد نیز، ۳۴/۵ درصد افراد مورد مطالعه، جایگاه‌های شایع بروز سرطان دهان را می‌شناختند (۶) که این با نتیجه مطالعه ثقفی که ۳۵ درصد بود تطبیق داشت (۱۱) اما در مطالعه ما ۶۲ درصد از افراد جایگاه‌های شایع بروز سرطان دهان را می‌شناختند.

پروتز با تطابق ضعیف به عنوان یک فاکتور اتیولوژیک برای سرطان دهان مطرح نمی‌باشد اما زخم مزمن ناشی از یک اپلاینس با تطابق غیر رضایت بخش می‌تواند باعث ایجاد یک نئوپلاسم جدید در حضور سایر فاکتورها گردد (۲۳). در مطالعه Clovis کم‌تر از ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه سرطان را به یک پروتز دارای تطابق ضعیف مرتبط می‌دانستند (۲۴). در مطالعه Yellowitz نیز کم‌تر از ۴۰ درصد افراد مورد مطالعه می‌دانستند که دنچر با تطابق بد، یک ریسک فاکتور برای سرطان دهان نیست (۱۸) اما این میزان، در مطالعه Syme بیش از ۱۸ درصد (۱۴) و در مطالعه ثقفی ۱۶ درصد (۱۱) گزارش گردید که با یافته‌های ما در این مطالعه یعنی ۱۳/۳ درصد نزدیک بود. شاید از دلایل چنین تصویری بتوان به افزایش شیوع سرطان دهان و استفاده از دنچر با افزایش سن و وجود زخم‌های معمولی ناشی از زندگی در دهان بیماران دارای دندان مصنوعی نام برد. ۹۰ درصد ضایعات اریتروپلاکیایی از لحاظ هیستولوژیک نمایانگر دیسپلازی شدید اپی تلیال، کارسینوم درجا یا کارسینوم سلول سنگفرشی مهاجم

استفاده از تنباکو و الکل مهم‌ترین عوامل اتیولوژیک ایجاد سرطان دهان می‌باشند (۱). در این مطالعه ۹۲ درصد افراد مورد مطالعه نسبت به این مطلب آگاهی داشتند. در مطالعه Nicotera میزان آگاهی دندان‌پزشکان در مورد دخانیات به عنوان ریسک فاکتور سرطان دهان ۹۹/۵ درصد (۱۲)، و در مطالعه Syme ۹۹/۷ درصد (۱۴) و در مطالعه ثقفی ۹۴ درصد (۱۱) گزارش شد. Gajendra نیز این میزان را ۹۰ درصد گزارش کرد (۲۰) که نتایج هر چهار مطالعه نزدیک به نتایج ما در این مطالعه بوده است.

سرطان دهان با سن بیمار وابستگی دارد به طوری که با افزایش سن، بروز سرطان دهان نیز افزایش می‌یابد (۲۳). مطلب نژاد گزارش کرد که ۷۷/۶ درصد افراد مورد مطالعه آن‌ها بروز سرطان را با سن بیماران وابسته می‌دانستند (۶). این میزان در مطالعه Syme ۶۴ درصد (۱۴) و در مطالعه ثقفی ۸۹ درصد (۱۱) بود، هر چند Nicotera آن را ۴۹/۳ درصد یافت (۱۲) که فاصله زیادی با مطالعه ما یعنی ۸۱/۳ درصد داشت.

سرطان اولیه دهانی معمولاً به صورت یک ناحیه کوچک، قرمز رنگ و بدون درد ظاهر می‌شود (۱۲، ۲۴) در حالی که شایع‌ترین نمای بالینی برای سرطان دهان یک زخم غیر قابل ترمیم است (۲۳). در مطالعه Nicotera ۴۲/۸ درصد (۱۲) و در مطالعه ثقفی ۲۵ درصد (۱۱) از افراد سرطان اولیه دهانی را معمولاً به شکل ضایعه‌ای کوچک، بدون درد و قرمز می‌دانستند و این در حالی است که در مطالعه ما ۸۸/۷ درصد افراد نسبت به این مطلب آگاهی داشتند. داشتن سابقه ابتلاء به یک بدخیمی ریسک ابتلاء به یک بدخیمی جدید را افزایش می‌دهد (۲۳). در مطالعه Syme ۹۷ درصد افراد مورد مطالعه سابقه داشتن یک بدخیمی قبلی را افزایش‌دهنده ریسک ابتلاء به یک بدخیمی جدید می‌دانستند (۱۴) در حالی که در مطالعه Clovis میزان آگاهی بیش از ۷۰ درصد (۲۴) و در مطالعه ثقفی ۷۳ درصد (۱۱) گزارش

می‌باشد(۱). در مطالعه حاضر تنها ۳۵ درصد افراد به این مطلب آگاهی داشتند در حالی که در مطالعه Nicotera ۴۸/۴ درصد افراد مورد مطالعه اریتروپلاکیا را به عنوان یک ضایعه پیش بدخیم می‌شناختند(۱۲). در مطالعه ثقفی نیز ۱۲ درصد بیان شده بود(۱۱).

سرطان دهان در ۹۵ درصد موارد در افراد بالای ۴۰ سال ایجاد می‌شود(۲، ۴). Nicotera ۷۴/۵ درصد(۱۲) و ثقفی ۵۰ درصد(۱۱) گزارش کردند که دندان‌پزشکان، بیماران بالای ۴۰ سال خود را برای سرطان دهان مورد معاینه قرار می‌دادند. در مطالعه ما، ۶۶ درصد 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 تاسیس مطب و میزان آگاهی رابطه معنی‌داری برقرار نبود. شاید یکی از دلایل آن، عدم آگاهی کافی دندان‌پزشکان از سرطان دهان حتی در زمان فارغ‌التحصیلی باشد. اما بین جنس، تعداد بیماران مورد معاینه در روز و تعداد دفعات شرکت در دوره‌های آموزش مداوم با میزان آگاهی افراد مورد مطالعه ارتباط

معنی‌داری برقرار بود.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نتایج حاصل از این تحقیق را نمی‌توان به کل دندان‌پزشکان ایران نسبت داد اما بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی دندان‌پزشکان شهر ساری در ارتباط با سرطان دهان کافی نمی‌باشد. این اطلاعات نیاز به تدوین برنامه‌های آموزش مدون جامعی در ارتباط با سرطان دهان را جهت دندان‌پزشکان مورد تأکید قرار می‌دهد. نبودن انگیزه لازم و یا نداشتن باور بر اهمیتی که دندان‌پزشکان در شناسایی زود هنگام ضایعات پیش سرطانی یا سرطان در ناحیه دهان می‌توانند داشته باشند را می‌توان از جمله علل کافی نبودن سطح آگاهی دندان‌پزشکان تحقیق حاضر دانست.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده دندان‌پزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران شماره (۱۷۳-۹۱) می‌باشد و با حمایت مالی دانشگاه به مرحله اجرا در آمده است.

References

1. Neville BW, Damm D, Allen CM, ouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3th ed. St. Louis: Saunders Co; 2009. p. 409-21.
2. Maybury C, Horowitz A, Goodman H. Outcomes of oral cancer early detection and prevention statewide model in Maryland. J Public Health Dent 2012; 72(1): 34-38.
3. Musavi M. Guideline: National Cancer Registry. 1st ed. Tehran: Center for disease control with Chakame Ava group Co; 2006. p. 8 (Persian).
4. Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's Oral medicine. 11th ed. Hamilton: Bc Decker Inc; 2008. p. 150-88.
5. 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): 33-38.
6. Motalebnejad M, Hedayati M. General dentist's knowledge about oral cancers in Babol, in 2005. J Mash Dent Sch 2006; 30 (3&4): 309-318 (Persian).
7. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Molina-Minano F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2010; 16(1): 129-133.
8. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hages C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of

- dentists and primary care physicians in Massachusettes. *J Dent Assoc* 2009; 140(4): 461-467.
9. Arigawardana A, Ekanagake L. Screening for oralcancer/per cancer: knowledge and opinions of dentistsemployed in the public sector dental services of SriLanka. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008; 9(4):615-8.
 10. 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.
 11. Saghafi Sh, ZareMohammadi R, Salehinejad J, Falaki F. Evaluation of general dentists knowledge about oralcancer in Mashhad-Iran in 2008. *J Mash Dent Sch* 2009; 33(2): 107-114 (Persian).
 12. 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.
 13. Zarei MR, Asadpour F. Assessing dentist's knowledge and awareness in the diagnosis of oral cancer in Kerman. *J Dent Sch* 2002; 4(19): 364-57.
 14. 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): 177-184.
 15. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartsos V, Douglass CW, Zavras AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *J Dent Res* 2002; 81(3): 192-197.
 16. Gellrich NC, Suareez-Cunqueiro MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central European population: defining the dentist's role. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(3): 307-314.
 17. Aghbali A, Vosoughhoseyni S, Mahmoodifar F, Sayedmostafa M. Evaluation of general dentists knowledge, attitudes and practices about oralcancer in Urmia-Iran in 2010. *J Urmia* 2010; 34(5): 367-373 (Persian).
 18. 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): 653-661.
 19. Leao JC, Goes P, Sobrinho CB, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34(4): 436-439.
 20. 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): 157-162.
 21. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(4): 195-215.
 22. Canto MT, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Maryland family physicians' knowledge, opinions and practices about oral cancer. *Oral Oncol* 2002; 38(5): 416-424.
 23. Shah J, Janson NW, Batsakis JG. Oral cancer. 1st ed. United Kingdom: Thieme Medical Pub; 2003. p. 65.
 24. 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): 421-425.