ORIGINAL ARTICLE

Awareness of Dentists and Final-year Dental Students on Transport and Processing of Oral Biopsies

Atena Shiva[1],
Allahyar Giahpur[2]

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

(Received February 3, 2016 ; Accepted October 17, 2016)

Abstract

Background and purpose: Accurate diagnosis of suspicious oral lesions is made by appropriate sampling and pathology examinations. Inappropriate biopsy can lead to diagnostic errors in histopathological examination of samples. The aim of this study was to evaluate the knowledge of general dentists in Sari, Iran and final-year dental students in Mazandaran University of Medical Sciences on transport and processing of oral biopsies.

Materials and methods: This analytical cross-sectional study was carried out in 150 dentists and final-year dental students, 2015. Data was obtained using a researcher made questionnaire consisting of demographic characteristics and questions on transport and processing of oral biopsies. Data analysis was done in SPSS V.17 applying t-test, ANOVA, and Spearman correlation coefficients.

Results: The questionnaires were completed by 150 people, including 106 dentists (50% males and 50% females, mean age: 39.9±6.2) and 44 final-year dental students (50% males and 50% females, mean age: 24.6±2.6). No significant difference was found between dentists and dentistry students in levels of awareness (54.4% and 55.1%, respectively, P=0.862). Attending retraining courses of oral pathology showed significant positive correlation with the level of awareness (P=0.017, r=0.219).

Conclusion: The knowledge of dentists and dental students on transport and processing of oral biopsies was poor, therefore, retraining programs are needed to enhance this knowledge.

Keywords: awareness, oral biopsy, transport, dental student, dentist

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26 (142): 213-221 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۲ آبان سال ۱۳۹۵ (۲۲۱-۲۱۱۳)

بررسی میزان آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان سال ششم دندانپزشکی شهر ساری از نحوه پردازش و انتقال بیوپسی های دهانی

آتنا شیوا[1]
اللهیار گیاهپور[2]

چکیده

سابقه و هدف: راه تشخیص درست ضایعات دهانی با نماهای مشکوکی، برداشتن نمونه با روشی مناسب و بررسی آسیب شناختی آن است و تکنیک اجرای بیوپسی نامطلوب منجر به خطاهای تشخیصی طی ارزیابی هیستوپاتولوژیک می‌شود. هدف از این مطالعه ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر ساری و دانشجویان سال ششم دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران از نحوه پردازش و چگونگی انتقال بیوپسی‌های دهانی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی و به روش مقطعی بر روی ۱۵۰ نفر از دندانپزشکان عمومی و دانشجویان سال ششم دندانپزشکی در شهر ساری در سال ۱۳۹۴ انجام شد. پرسشنامه طراحی شده شامل اطلاعات دموگرافیک و سوالاتی درباره نحوه پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی بود. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS 17 با استفاده از آزمون T، آنالیز واریانس (ANOVA) و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: پرسشنامه ها توسط ۱۵۰ نفر شامل ۱۰۶ دندانپزشک (۵۰ درصد مرد) با میانگین سنی ۶/۲±۳۹/۹ سال و ۴۴ دانشجوی دندانپزشکی (۵۰ درصد مرد) با میانگین سنی ۲/۶±۲۴/۶ سال تکمیل گردید. درصد آگاهی دندانپزشکان ۵۴/۴ درصد و دانشجویان دندانپزشکی ۵۵/۱ درصد بود که از لحاظ آماری بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (p=۰/۸۶۲). بین سطح آگاهی دندانپزشکان و تعداد شرکت در دوره‌های بازآموزی پاتولوژی دهان، همبستگی معنی‌دار مستقیم وجود داشت (r=۰/۲۱۹، p=۰/۰۱۷).

استنتاج: درصد آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی در این زمینه پایین بود و بنابراین آموزش مستمر در این زمینه، بسیار الزامی است.

واژه های کلیدی: آگاهی، بیوپسی دهانی، پردازش و انتقال، دانشجو، دندانپزشک

مقدمه

همه آسیب‌ها و ضایعات دهانی باید به دقت ارزیابی و در صورت لزوم به گونه قطعی تشخیص داده شوند(۱). با توجه به این که دندانپزشکان در زمینه تشخیص زودهنگام ضایعات پیش سرطانی و سرطانی دهان که خود به تنهایی ۹۴ درصد از بدخیمی‌های سر و گردن را تشکیل می‌دهد، نقش حیاتی دارند، لذا لازم است که در

مولف مسئول: آتنا شیوا- ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی E-mail: atenashiva@yahoo.com
۱. استادیار ،گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دندانپزشک، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۱۱/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۱۲/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۷/۲۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

که در زمینه غربالگری، روش مناسب نمونه‌برداری از بیماران در معرض خطر و نحوه انتقال و پردازش نمونه توانمند باشند(۲). تشخیص زودهنگام 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، درمان را عموماً مشکل یا غیر ممکن می‌سازد(۳). اصولی که در تشخیص صحیح بیماری‌های دهان از آن استفاده می شود شامل بررسی تاریخچه و شکایت اصلی بیمار می‌باشد(۴). در تاریخچه دندانپزشکی بیماری، مواردی نظیر درد، زخم، سوزش، خونریزی، لقی دندان، تاخیر رویش دندان، اختلالات حسی و ... بررسی می‌شود(۹-۵). بعد از آن معاینات کلینیکی به صورت داخل دهانی و خارج دهانی، با بهره‌گیری از اصول معاینه شامل مشاهده (Inspection)، لمس (Palpation)، دق (Precussion) و سمع (Ausculation) صورت می‌گیرد(۱۰). بیوپسی معمولاً پیش از آغاز درمان به عنوان دقیق‌ترین روش رسیدن به تشخیص قطعی انجام می‌شود و بر پایه آن می‌توان گونه درمان را تعیین و سیر بیماری را پیش‌بینی نمود. در اغلب موارد تشخیص قطعی ضایعه ای که مورد نمونه برداری قرار می‌گیرد، با بررسی هیستوپاتولوژیک میسر می‌گردد و در صورتی که تشخیص بالینی محرز نباشد، انجام می‌پذیرد. بیوپسی به معنای برداشتن مقداری از نسج یک موجود زنده برای بررسی‌های تشخیصی (Diagnostic Examination) است که در مقایسه با سایر راه‌های تشخیصی، دارای بالاترین دقت است. این روش در هر کجا که تشخیص قطعی مورد نظر باشد و روش کم ضررتر (Less invasive) آزمایشگاهی مقصود ما را برآورده نسازد، انجام می‌شود(۱۲،۱۱،۴). مهم‌ترین مرحله کار پس از برداشت یک بیوپسی مناسب، نحوه پردازش و انتقال نمونه مورد نظر می‌باشد که شامل قرار دادن بی درنگ نمونه بیوپسی در محلول ثابت‌کننده یا فیکساتیو با درصد مناسب و ارسال صحیح آن هم‌چون قرار دادن نمونه در ظرف‌های ترجیحاً پلاستیکی با در پوش‌های پیچی دارای دهانه گشاد، چسباندن برچسب دارای برخی اطلاعات بیمار (هم چون نام، نام خانوادگی و جای بیوپسی) بر روی بدنه ظرف‌های نمونه و ارایه اطلاعات بالینی کامل و دقیق توسط دندانپزشکان عمومی به آسیب‌شناس است که همگی برای به دست آوردن بهترین نتایج لازم است(۱۸،۱-۱۳). بنابراین، آگاهی و مهارت کافی در خصوص انجام بیوپسی و فرستادن صحیح بدون آسیب و از بین رفتن کیفیت ضایعه ارسالی جهت بررسی آسیب شناختی بافت یکی از عوامل مهم در تشخیص زودهنگام آسیب‌ها و در نتیجه بهبود پیش‌آگهی بیماری به شمار می‌رود. انجام بیوپسی در مطب دندانپزشکان عمومی برای بیمار، برتری‌های گوناگون هم‌چون اطمینان و احساس آرامش بیش‌تر بیمار (به دلیل شناخت بیمار از دندانپزشک درمانگر خود)، کاهش رفت و آمد و زمان انتظار برای انجام بیوپسی و دریافت نتایج در زمان کوتاه‌تر را به دنبال دارد. از سوی دیگر، میزان موارد ارجاع به مراکز تخصصی نیز کاهش می‌یابد. البته پس از تصمیم به انجام بیوپسی، لازم است دندانپزشک از آگاهی و مهارت‌های لازم جهت انجام آن برخوردار باشد(۱).

زرگران و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که آگاهی دندانپزشکان عمومی در زمینه پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی نسبت به دانشجویان دندانپزشکی پایین‌تر است(۱). هم چنین Sharif، Start و Seoane در مطالعاتی مجزا مشکلات متعددی را در شیوه نگهداری و انتقال نمونه‌های ارسالی به آزمایشگاه مشاهده نمودند(۲۰،۱۹،۱۶). هم‌چنین Franklin و Jones بیان کردند که طی در سه دهه گذشته، تعداد بیوپسی‌هایی که توسط دندانپزشکان عمومی انجام شده، افزایش یافته است که این امر افزایش تقاضا و نیاز آنان به خدمات اطلاع رسانی در زمینه آسیب‌شناسی دهان را نشان می‌دهد(۲۱). از این‌رو، افزایش آگاهی‌های دندانپزشکان درباره موارد تجویز یا تجویز نکردن بیوپسی، شیوه درست انجام آن و شیوه مناسب نگهداری و انتقال نمونه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

به آزمایشگاه آسیب‌شناسی ضروری است. با توجه به اهمیت شناخت و مهارت دندانپزشکان نسبت به بیوپسی، مراحل و نکات مرتبط با آن، آگاهی از میزان آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی درباره این روش ضروری است. از آن‌جایی‌که مشابه این تحقیق در شهر ساری تاکنون انجام نشده بود و به علت متفاوت بودن جامعه آماری ما با سایر شهرهایی که مشابه این تحقیق در آن انجام شده بود و این که با استفاده از این تحقیق بتوانیم نتایج آن را در سایر مطالعاتمان استفاده کنیم، پژوهش کنونی با هدف بررسی آگاهی دانشجویان سال ششم دندانپزشکی و دندانپزشکان عمومی شهر ساری از پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی و مقایسه میان این دو گروه با استفاده از پرسشنامه در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی، در پاییز سال ۱۳۹۴ با همکاری دندانپزشکان عمومی شهر ساری و دانشجویان سال ششم دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شهر ساری انجام شد. پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، سابقه کار و سابقه حضور در دوره‌های بازآموزی پاتولوژی دهان) و ۹ پرسش درباره نحوه پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی تهیه شد. این پرسشنامه برگرفته از تحقیق زرگران بود که روایی و پایایی آن نیزمورد بررسی قرار گرفته بود(۱).

حجم نمونه این مطالعه با توجه به مطالعه زرگران و همکارانش(۱) و با استفاده از فرمول حجم نمونه (α =۰/۰۵) بر طبق محاسبات آماری با درجه اطمینان ۹۵ درصد و با دقت ۱۰ درصد، تعداد ۱۲۰ نفر محاسبه شد که تعداد آن‌ها به ۱۵۰ نفر افزایش یافت. شیوه پرکردن پرسشنامه به گونه حضوری و همه پرسشنامه‌ها بی‌نام بود. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، نمره آگاهی برای هر دانشجو و دندانپزشک عمومی بر پایه مجموع شمار پاسخ‌های درست تعیین گردید؛ به این ترتیب که برای هر پاسخ درست، یک امتیاز مثبت و برای هر پاسخ نادرست یا نزده، صفر امتیاز تعیین شد. از طرفی چون ارزش سوالات یکسان بود، بنابراین سوالات دسته بندی نشد و میزان آگاهی هر فرد بدین شیوه تعیین گردید. در این تحقیق حداکثر نمره‌ای که افراد مورد مطالعه می‌توانستند کسب کنند، ۹ (۱۰۰ درصد) و کم‌ترین نمره صفر (صفر درصد) بود.

داده‌های مورد بررسی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش هفدهم واکاوی گردیدند. برای مقایسه آگاهی میان دو گروه و ارزیابی ارتباط میزان آگاهی با متغیرهای جنسیت، شغل (دانشجو یا دندانپزشک)، مدت پیشینه کار و تعداد شرکت در دوره‌های بازآموزی پاتولوژی دهان و تشخیص بیماری‌های دهان از طریق آزمون T، آنالیز واریانس (ANOVA) و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد ($p<$۰/۰۵). در ابتدا پیش از به کارگیری آزمون‌های پارامتریک ذکر شده در روش کار، شرایط استفاده از آزمون های پارامتریک سنجیده شد و مشخص گردید که داده ها در تمامی موارد از توزیع نرمال تبعیت می‌کردند.

یافته ها

تعداد شرکت‌کنندگان در این مطالعه، مجموعاً ۱۵۰ نفر شامل ۱۰۶ دندانپزشک عمومی دارای مطب در شهر ساری (از بین ۲۳۰ دندانپزشک ساری و حومه) که این تعداد، حاضر به همکاری و پر کردن پرسشنامه شدند (۵۰ درصد مرد، ۵۰ درصد زن) و ۴۴ دانشجوی دندانپزشکی (۵۰ درصد مرد، ۵۰ درصد زن) سال ششم دانشکده دندانپزشکی ساری بودند که مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی دندانپزشکان ۲۹ تا ۶۰ سال و در دانشجویان ۲۲ تا ۳۵ سال بود. میانگین سنی دندانپزشکان ۶/۲±۳۹/۹ سال و در دانشجویان ۲/۶±۲۴/۶ سال بود.

درصد آگاهی دندانپزشکان ۵۴/۴ درصد و دانشجویان دندانپزشکی ۵۵/۱ درصد به دست آمد و تفاوت درصد آگاهی بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=$۰/۸۶۲). درصد آگاهی بین دندانپزشکان و دانشجویان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

مرد، ۵۳/۹ درصد و دندانپزشکان و دانشجویان زن، ۵۵/۳ درصد به دست آمد که تفاوت بین آن‌ها از نظر آماری معنادار نبود (p=۰/۶۹۴). هم‌چنین که تفاوت معنی‌داری بین درصد آگاهی دندانپزشکان مرد (۵۴/۱ درصد) و دندانپزشکان زن (۵۴/۷ درصد) نیز مشاهده نگردید (p=۰/۸۷۹). تفاوت درصد آگاهی دانشجویان مرد (۵۳/۵ درصد) و دانشجویان زن (۵۶/۵ درصد) نیز معنی‌دار نبود (p=۰/۶۱۹) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه میزان آگاهی بر حسب متغیرهای مطالعه در دندانپزشکان شهر ساری و دانشجویان سال آخر دندانپزشکی- دانشکده دندانپزشکی ساری

متغیر	فراوانی	سطح آگاهی (درصد پاسخ های صحیح)	سطح معنی داری
شغل:			
دندانپزشکان شهر ساری	۱۰۶	۵۴/۴	۰/۸۶۲
دانشجویان سال آخر دندانپزشکی دانشکده ساری	۴۴	۵۵/۱	
جنس:			
مرد	۷۵	۵۳/۹	۰/۶۹۴
زن	۷۵	۵۵/۳	
گروه سنی (سال):			
≤۲۹	۴۲	۵۴/۸	۰/۸۱۴
۳۰-۳۹	۳۹	۵۵/۶	
≥۴۰	۳۵	۵۱/۷	
نامعلوم	۳۴	۵۶/۷	
سابقه کار دندانپزشکان شهر ساری (سال):			
≤۹	۱۶	۴۵/۱	۰/۲۹۰
۱۰-۱۹	۳۷	۵۵/۲	
≥۲۰	۱۳	۵۵/۸	
نامعلوم	۴۰	۵۶/۹	
دوره بازآموزی دندانپزشکان:			
دارد	۴۲	۶۱/۹	۰/۰۱۱
ندارد	۵۲	۴۹/۴	
نامعلوم	۱۲	۵۰/۲	

درصد آگاهی دندانپزشکان در رده سنی ۲۹ سال و کم‌تر، ۵۴/۸ درصد، در رده سنی ۳۹-۳۰ سال، ۵۵/۶ درصد، در رده سنی ۴۰ سال و بالاتر، ۵۱/۷ درصد و در افراد با سن نامعلوم ۵۶/۲ درصد بود که تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود نداشت (p=۰/۶۹۸). در میان دندانپزشکان، میانگین سابقه کار کلی ۱۴ سال بود و آگاهی افراد با سابقه کاری ۹ سال و کم‌تر ۴۵/۱ درصد، ۱۹-۱۰ سال ۵۵/۳ درصد، ۲۰ سال و بیش‌تر (۵۵/۶ درصد) و دندانپزشکان با سابقه کار نامعلوم ۵۶/۹ درصد بود. آنالیز واریانس نشان داد که تفاوت بین آن ها از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۲۹۰) (جدول شماره ۱).

در میان دندانپزشکان، آگاهی افراد با سابقه شرکت در دوره‌های بازآموزی ۶۱/۹ درصد، افراد بدون سابقه شرکت در دوره بازآموزی ۴۹/۴ درصد و در افراد با سابقه نامعلوم شرکت در دوره بازآموزی ۵۰ درصد بود. آنالیز واریانس نشان داد که بین سه گروه تفاوت معنادار وجود داشت (p=۰/۰۱۱). مقایسه دو به دویی با استفاده از آزمون تکمیلی Tukey نشان داد که آگاهی دندانپزشکان با سابقه شرکت در دوره‌های بازآموزی در مقایسه با دندانپزشکان بدون سابقه شرکت در دوره‌های بازآموزی به‌طور معنی‌دار درسطح بالاتری قرار داشت (p=۰/۰۱۰). ضریب اسپیرمن نشان داد که بین سطح آگاهی و تعداد شرکت در دوره‌های بازآموزی همبستگی معنی‌دار مستقیم (r=۰/۲۱۹، p=۰/۰۱۷) وجود داشت، به‌طوری که دندانپزشکان با تعداد بیش‌تر شرکت در دوره‌های بازآموزی از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند (جدول شماره ۱). در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی مطلق پاسخ‌های افراد مورد مطالعه به سئوالات آورده شده است. این جدول نشان داد که در کل افراد مورد بررسی، دامنه پاسخ صحیح به سوالات از حداقل ۴۰/۷ درصد مربوط به سوال ۷ تا بیش‌ترین پاسخ صحیح ۷۷/۳ درصد به سوال شماره ۸ بود. در میان دندانپزشکان حداقل درصد پاسخ صحیح ۳۸/۷ درصد به سئوال ۲ و حداکثر ۷۹/۲ درصد به سئوال شماره ۱ و برای دانشجویان دندانپزشکی، حداقل ۲۷/۳ درصد در سوال ۷ و حداکثر ۸۴/۱ درصد (سوال ۸) به دست آمد.

بحث

موثرترین راه برای رسیدن به یک تشخیص درست در آسیب‌ها و ضایعات دهانی که از نظر بالینی دارای نماهای مشکوکی می‌باشند، برداشتن نمونه مناسب و بررسی آسیب شناختی آن است. تکنیک برداشت و چگونگی پردازش و انتقال بیوپسی به طور نامطلوب می‌توانند منجر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۲: درصد فراوانی پاسخ های صحیح به سئوالات پرسشنامه

	سئوال	درصد سوالات صحیح		
		دندانپزشک	دانشجو	مجموع
۱	آیا پس از برداشتن نمونه همه آن را برای بررسی آسیب شناختی بافت به آزمایشگاه می فرستید؟	۸۴ (۷۹/۲)	۳۱ (۷۰/۵)	۱۱۵ (۷۶/۷)
۲	در صورتی که هنگام انجام بیوپسی، قطعات گوناگون بافتی به دست آید، نمونه ای که بزرگ تر و چشمگیرتر از بقیه به نظر می رسد را انتخاب کرده و به آزمایشگاه میفرستید؟	۴۱ (۳۸/۷)	۲۵ (۵۶/۸)	۶۶ (۴۴)
۳	فاصله زمانی میان پایان نمونه برداری و قرار دادن نمونه در ظرف دارای فیکساتیو بلافاصله پس از بیوپسی است.	۴۸ (۴۵/۳)	۲۱ (۴۷/۷)	۶۹ (۴۶)
۴	بهترین محلول انتخابی به عنوان محلول فیکساتیو از نظر شما کدام است؟	۴۵ (۴۲/۵)	۲۳ (۵۲/۳)	۶۸ (۴۵/۳)
۵	در زمان استفاده از محلول فیکساتیو، آیا غلظت خاصی از آن را به کار می برید؟	۴۳ (۴۰/۶)	۲۵ (۵۶/۸)	۶۸ (۴۵/۳)
۶	در زمان استفاده از محلول فیکساتیو، دست کم چه میزان حجمی از آن را به کار می برید؟	۵۳ (۵۰/۰)	۱۷ (۳۸/۶)	۷۰ (۴۶/۷)
۷	از نظر شما کدام یک از ظروف زیر برای نگهداری و فرستادن نمونه به آزمایشگاه بهتر است؟	۴۹ (۴۶/۲)	۱۲ (۲۷/۳)	۶۱ (۴۰/۷)
۸	اطلاعات کامل هم چون اطلاعات دموگرافیک بیمار (سن، جنس و غیره)، پیشینه بیماری و تشخیص های بالینی، پرتونگاری آسیب (در صورت دارا بودن نمای پرتونگاری) و غیره را همراه نمونه می فرستید؟	۷۹ (۷۴/۵)	۳۷ (۸۴/۱)	۱۱۶ (۷۷/۳)
۹	محل قرار گیری برچسب بر روی کدام قسمت (بدنه یا درپوش ظرف) باید قرار گیرد؟	۷۷ (۷۲/۶)	۲۷ (۶۱/۴)	۱۰۴ (۶۹/۳)

به خطاهای تشخیصی طی ارزیابی هیستوپاتولوژیک شوند. مطالعات مختلف بیان کننده آن هستند که خطاهای مرتبط با انجام بیوپسی دهانی و یا شیوه‌های نادرست پردازش و انتقال نمونه به آزمایشگاه می‌تواند منجر به اشتباه در تفسیر نتایج توسط آسیب‌شناس بینجامد(۱). در تحقیقی که توسط Diamanti انجام شد، به این نتیجه رسید که دندانپزشکان عمومی از مهارت ناکافی خود در انجام بیوپسی نگرانی داشته و آن را عامل تشخیص نادرست آسیب شناسی می‌دانند(۲۲).

مطالعه ما نشان داد که میزان آگاهی از پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی در میان دندانپزشکان عمومی و دانشجویان دندانپزشکی ناکافی است. بنابراین آموزش مستمر در این زمینه بسیار الزامی است. ولی زرگران و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که آگاهی دانشجویان سال آخر دندانپزشکی درباره نگهداری و انتقال درست بیوپسی‌های دهانی نسبت به دندانپزشکان عمومی از سطح بالاتری برخوردار است(۱). در پژوهش انجام شده توسط Diamanti نیز دیده شد که دندانپزشکان عمومی به آموزش‌های بیش‌تری در زمینه روش‌های بیوپسی نیاز دارند(۲۲). در ارتباط با انجام بیوپسی توسط دندانپزشکان، Jephcott بیان نموده که دندانپزشکان عمومی باید از موارد ضرورت انجام بیوپسی، شیوه انجام آن و موارد ارجاع آن به متخصص آگاهی داشته باشند(۲۳)؛ گرچه باید به این نکته نیز اشاره کرد که نمره (میزان پاسخ درست به پرسش‌ها) به دست آمده توسط دانشجویان سال آخر دندانپزشکی که تا مدتی دیگر با عنوان دندانپزشکان نیروی طرح انسانی وارد عرصه کار و فعالیت می‌شوند، پایین است که نیاز به بازنگری، بهبود و بالا بردن کیفیت آموزش و تاکید بر اهمیت موضوع را می‌رساند که احتمالاً با تغییر صورت گرفته در کوریکولوم آموزشی دانشجویان دندانپزشکی و تغییر محتوای آموزشی آنان به نظر می‌رسد این مشکل در سایر دانشجویان تحت تعلیم با شیوه جدید به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد.

در زمینه فرستادن همه یا بخشی از نمونه‌ها به آزمایشگاه جهت بررسی آسیب‌شناختی بافت که مربوط به سوال شماره ۱ می‌باشد، دندانپزشکان با ۷۹/۲ درصد، بیش‌ترین پاسخ صحیح را داده‌اند و در مورد سوال شماره ۲، در موارد گوناگون بودن قطعات نمونه، دندانپزشکان با ۳۸/۷ درصد، کم‌ترین پاسخ صحیح را دادند. همان‌گونه که می‌دانیم یکی از اصول درست فرستادن نمونه به آزمایشگاه، فرستادن همه قطعات است و نباید از میان قطعه‌های به دست آمده، انتخاب نمود و تنها جزء انتخاب شده را برای بررسی‌های آسیب‌شناختی بافت فرستاد. دانشجویان با ۸۴/۱ درصد، بیش‌ترین پاسخ صحیح را به سوال شماره ۸ که در زمینه ارسال اطلاعات دموگرافیک به همراه عکس و پیشینه بیمار بود، دادند و در زمینه انتخاب ظرف نمونه جهت ارسال (سوال ۷) با ۲۷/۳ درصد، کم ترین پاسخ صحیح را دادند. گفتنی است که هر یک از نکات گنجانده شده در پرسش‌ها از مواردی هستند که دانستن و رعایت درست و دقیق آن‌ها سبب دوری از تفسیر نادرست آسیب شناختی بافت و ارایه درست‌ترین تشخیص می‌گردد، درحالی‌که برداشت غیر اصولی نمونه، نگهداری و انتقال نامناسب و غیر استاندارد آن و فرستادن اطلاعات ناکافی و بعضاً نادرست،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

سبب تاخیر در پاسخ‌دهی، ایجاد مشکلات تشخیصی و اختلاف نظر میان درمانگر و آسیب‌شناس می شود.

در مطالعه ما میزان آگاهی، ارتباط معنی‌داری با سن و جنسیت در دندانپزشکان و دانشجویان و نیز با سابقه کار در دندانپزشکان نداشت که در این مورد، مشابه تحقیق زرگران و همکارانش بود، زیرا زرگران بیان کرد که پیشینه کار دندانپزشکان عمومی، اثری بر سطح آگاهی آن‌ها در زمینه پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی ندارد. اما بر پایه گزارش‌های López-Jornet و همکارانش، دندانپزشکان عمومی با پیشینه کاری بیش‌تر، گرایش بیش‌تری به انجام بیوپسی دارند(۲۴). نکته قابل توجه در این مطالعه، وجود همبستگی معنی‌دار مستقیم، بین سطح آگاهی دندانپزشکان و تعداد شرکت در دوره‌های بازآموزی پاتولوژی دهان بود؛ بدین منظور برگزاری دوره‌های بازآموزی به عنوان یک عامل مؤثر برای دندانپزشکان و توجه به جنبه‌های عملی طی دوره تحصیلات دانشگاهی برای دانشجویان دندانپزشکی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد. یکی از مشکلات بررسی‌های پرسشنامه‌ای که می‌تواند موجب تداخل در نتایج شود، همکاری محدود جمعیت مورد بررسی است، چنان‌چه میزان همکاری افراد پایین باشد، یافته‌های به دست آمده تنها مربوط به افرادی خواهد بود که فعالانه در بررسی شرکت نموده‌اند. به ویژه اگر میزان آگاهی در یک زمینه ویژه ارزیابی شود، معمولاً کسانی که نسبت به موضوع آگاهی مناسبی دارند، در بررسی شرکت می‌کنند و افرادی که آگاهی کافی نداشته باشند، از شرکت در پژوهش دوری می‌کنند که این مساله می‌تواند سبب مخدوش شدن نتایج به دست آمده گردد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی مورد بررسی، در خصوص پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی در سطح مطلوب قرار نداشت. میزان آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان دندانپزشکی سال ششم در ارتباط با پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی مشابه بود و بین آن‌ها تفاوت قابل توجهی مشاهده نگردید. اما در میان دندانپزشکان، اثر سابقه شرکت در دوره‌های بازآموزی بر بهبود سطح آگاهی قابل توجه بود و دندانپزشکان با شرکت در تعداد بیش‌تر دوره‌های بازآموزی، از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، بهبود سطح آگاهی دندانپزشکان و دانشجویان درخصوص پردازش و انتقال بیوپسی‌های دهانی یک ضرورت با اهمیت است. بدین‌منظور برگزاری دوره‌های بازآموزی به عنوان یک عامل مؤثر برای دندانپزشکان و توجه به جنبه‌های عملی طی دوره تحصیلات دانشگاهی برای دانشجویان دندانپزشکی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی دانشجویان سال ششم دانشکده دندانپزشکی ساری، دندانپزشکان محترم شرکت‌کننده در این بررسی و دکتر سید جابر موسوی برای همکاری صمیمانه‌شان سپاسگزاری می‌گردد. این مقاله از پایان‌نامه دوره دکترای عمومی به شماره ۱۷۳۷ به راهنمایی دکتر آتنا شیوا و نگارش دکتر اللهیار گیاهپور، مصوب دانشکده دندانپزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد و با حمایت مالی دانشگاه به مرحله اجرا در آمده است. بدین‌وسیله از همکاری فراوان تمامی عوامل، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Zargaran M, Baghaee F, Mousivand R. Evaluation and comparation of Dentists and Sixth year dental students Knowledge about processing and transmission of oral biopsy in Hamedan. Shiraz Univ Dent J 2011; 12(2): 149-155.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

2. Shiva A, Mousavi SJ. Evaluation of Dentists Knowledge about Oral Cancer in Sari-Iran in 2013. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(109): 164-171.
3. Shiva A, Mousavi SJ. Epidemiologic Study of Oral and Paraoral Malignancies in Sari, Iran. J Mashad Dent Sch 2015; 38(4): 337-346.
4. Foroughi R ، Seyedmajidi M, Bijani A, Omid Dezyani M .Comparison of clinical diagnosis and histopathological report of referred biopsies to oral and maxillofacial pathology department of dental school of Babol, Iran (2003-2010). J Babol Univ Med Sci 2013; 15(6): 71-77.
5. Hashemi Pour MS, Rad N, Mojtahedi A. Comparative Evaluation of Histology of Oral and Maxillofacial Lesions.J Dent Shiraz Univ Med Sci 2009; 1(10): 31-37 (Persian).
6. Eversole LR. Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment. 4th ed. USA: Shelton; 2011. p. 1-7.
7. Hoseinpour Jajarm H, Mohtasham N. A Comparative Study On the Clinical Diagnosis And Pathology Report of Patients Undergone Biopsy At Department Of Oral Medicine Of Mshhad Dental School From 200 2 untill 2004. J Mashhad Dent Sch 2006; 30(1-2):47-54 (Persian).
8. Langlais R, Bricker B, Cottone J, Baker B. Oral diagnosis, oral medicine and treatment planning. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 984; p. 1-86.
9. Jaffari Ashkavandi Z, Rezvani G, Mardanifard HA. Evaluation of the Agreement Rate of Clinical AndHistopathologic Diagnosis in Patients Referring To Oral Pathology Department of Shiraz Dental School 2001-2006. J Mashad Dent Sch 2010; 11(2): 161-168 (Persian).
10. Cowan CG, Gregg TA, Kee F. Trends in the incidence of histologically diagnosed intra-oral squamous cell carcinoma in Northern Ireland, 1975-89. Br Dent J 1992; 173(7): 231-233.
11. Mostofi R, Wood RS, Christison W, Talerman A. Low-grade papillary adenocarcinom of minor salivary glands. Case report and literature review. Oral Surg Oral Med Pathol 1992; 73(5): 591-595.
12. Scully C. Handbook of oral disease, diagnosis and management. 1st ed. London: Martin Dunits; 1999. p. 73.
13. Deihimi P, Ferdowsi M. Correspondence of clinical diagnosis with histopathologic diagnosis of oral lesions in patients referring to oral pathology department of Isfahan dentistry school from 1991-2000. J Dent Sch 2004; 22(1): 38-48 (Persian).
14. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed. Edinburgh: Mosby; 2004. p. 9-26-27.
15. Reichart PA, Philipsen HP. Color atlas of dental medical oral pathology. 1st ed. New York: Thieme; 2000. p. 12-13- 18-19.
16. Sharif MA, Mushtaq S, Mamoon N, Jamal S, Luqman M. Clinician's Responsibility in Pre-Analytical Quality Assurance of Histopathology. Pakistan Journal of Medical Sciences 2007; 23(5): 720-723.
17. Oliver RJ, Sloan P, Pemberton MN. Oral biopsies: methods and applications. Br Dent J 2004; 196(6): 329-333.
18. Pippi R. Technical notes about soft tissues biopsies of the oral cavity. Minerva Stomatol 2006; 55(10): 551-566.
19. Start RD, Cross SS, Smith JH. Assessment of specimen fixation in a surgical pathology service. J Clin Pathol 1992; 45(6): 546-547.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

20. Seoane J, Varela-Centelles PI, Ramírez JR, Cameselle-Teijeiro J, Romero MA. Artefacts in oral incisional biopsies in general dental practice: a pathology audit. Oral Dis 2004; 10(2): 113-117.
21. Franklin CD, Jones AV. A survey of oral and maxillofacial pathology specimens submitted by general dental practitioners over a 30-year period. Br Dent J 2006; 200(8): 447-450.
22. Diamanti N, Duxbury AJ, Ariyaratnam S, Macfarlane TV. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. Br Dent J 2002; 192(10): 588-592.
23. Jephcott A. The surgical management of the oral soft tissues: 3. Biopsy. Dent Update 2007; 34(10): 654-657.
24. López Jornet P, Velandrino Nicolás A, Martínez Beneyto Y, Fernández Soria M. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12(2): E 116-21.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]