مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳
صفحه: ۹۶۲-۹۵۲

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No. 1, Mar-Apr 2014
Pages: 952-962

بررسی آگاهی دندانپزشکان عمومی و کارورزان دندانپزشکی در مورد اسکواموس سل کارسینومای دهان

سیدحسین طباطبایی*[۱]، محمد دانش اردکانی[۲]، امیرحسین شکری[۳]، فرامرز رستمی[۴]

۱،۲- استادیار گروه پاتولوژی دهان و فک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
۳،۴- دندانپزشک

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۵

چکیده

مقدمه: تشخیص زودهنگام اسکواموس سل کارسینومای دهان (OSCC) در مراحل اولیه نیازمند آگاهی از این بیماری و حفظ آن در طول دوران فعالیت حرفه‌ای است. هدف از این مطالعه بررسی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی در مقایسه با کارورزان دندانپزشکی در مورد OSCC بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۱۱۰ نفر از دندانپزشکان عمومی و ۲۳ نفر از کارورزان دندانپزشکی شهر یزد در سال ۱۳۹۰ با استفاده از پرسشنامه انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون ANOVA و Fisher exact تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: هر چند میزان آگاهی کارورزان (۸/۹۳ از ۲۰) در مقایسه با دندانپزشکان عمومی (۵/۹۹ از ۲۰) به طور معنی‌داری بیشتر بود (p<۰/۰۰۱) ولی میزان آگاهی هر دو گروه ضعیف (۹/۹-۵) بود. با افزایش سال‌های فراغت از تحصیل، میانگین آگاهی دندانپزشکان به طور معنی‌داری کاهش نشان داد(p=۰/۰۰۱) ولی تفاوت میزان آگاهی بر حسب جنس (p=۰/۶۷۱)، شرکت در جلسات بازآموزی (p=۰/۸۶۴) و نوع دانشگاه محل تحصیل (p= ۰/۸۶۸) معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که بازنگری در امر آموزش دانشجویان دندانپزشکی از اهمیت بیشتری نسبت به تجدیدنظر در برنامه‌های بازآموزی دندانپزشکان دارد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، دندانپزشک عمومی، کارورز دندانپزشکی، اسکواموس سل کارسینومای دهان

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۵۱-۶۲۱۲۲۲۲، پست الکترونیکی: taba48971@gmail .com

- این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید صدوقی یزد می‌باشد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

اسکواموس سل کارسینوما (SCC: Squamous Cell Carcinoma) شایع‌ترین بدخیمی درگیرکننده مخاط دهان (تقریباً ۹۵٪) را تشکیل می‌دهد(۱) و در حدود ۳٪ از همه سرطان‌ها در مردان و ۲٪ سرطان‌ها در زنان را شامل می‌شود(۲). این نئوپلاسم بدخیم به طور کلی یازدهمین سرطان شایع در سراسر دنیا محسوب می‌شود(۳). در سال ۱۹۸۴ میلادی میزان بروز سرطان دهان در ایران ۱ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده بود(۴). مبتلایان به SCC دهان اغلب مردان مسنی هستند که حدود ۸-۴ ماه قبل از وجود تغییر در دهان از این بیماری آگاه شدند. همچنین مبتلایان به این بیماری، گروه‌هایی با وضعیت اقتصادی – اجتماعی پایین هستند که از حدود ۲۴-۸ ماه قبل از ایجاد تغییر در دهان خود از وجود SCC آگاه شدند(۵). سرطان دهان در مراحل اولیه معمولاً بدون علامت است(۵،۶). به علاوه آگاهی مردم نسبت به این سرطان پایین است. این موارد ممکن است تأخیر در پیگیری مراقبت‌های پزشکی را توجیه کند. متأسفانه اکثر اسکواموس سل کارسینوما دهانی زمانی که در اثر پیشرفت زیاد منجر به ظهور علائم بالینی شده‌اند تشخیص داده می‌شوند و لذا پیش‌آگهی آن اغلب تأثیری ندارد.

از طرفی لکوپلاکیا و اریتروپلاکیا از جمله شایع‌ترین ضایعات پیش سرطانی مخاط دهان بوده و (۳) کشف زودهنگام و درمان مناسب آنها یک هدف همیشگی است(۷). در این صورت بیماران علاوه بر برخورداری از طول عمر طبیعی می‌توانند از عوارض سرطان و درمان آن رهایی یابند(۸). دندانپزشکان بایستی یک برنامه ارزیابی دقیق سرطان دهان را در مورد همه بیماران خود به ویژه افراد در معرض خطر ترتیب دهند(۹). این هدف با آموزش صحیح و شناخت انواع ضایعات سرطانی و پیش سرطانی و عوامل اتیولوژیک آن به دندانپزشکان در طول دوران تحصیل و حفظ این آگاهی‌ها در دوران پس از فراغت از تحصیل میسر می‌شود. تقریباً همه مطالعات داخلی و خارجی که به ارزیابی آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان پرداخته‌اند، میزان آگاهی دندانپزشکان از سرطان دهان را ناکافی دانسته‌اند(۱۴-۱۰).

در مطالعاتی که توسط Carter و همکاران در انگلستان و نیز Ogden در دانشکده دندانپزشکی تهران بر روی دانشجویان دندانپزشکی انجام شد، به این نتیجه دست یافتند که نیاز به بهبود آموزش دانشجویان در زمینه سرطان دهان وجود دارد(۱۵،۱۶). Jamshidi و همکاران در مطالعه خود در همدان که میزان آگاهی ۸۰ دندانپزشک عمومی و ۷۰ دانشجوی دندانپزشکی را از OSCC مورد ارزیابی قرار دادند، دریافتند میزان آگاهی هر دو گروه کافی نمی‌باشد(۱۴). هدف از مطالعه حاضر ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی شهر یزد از SCC دهانی در مقایسه با کارورزان دندانپزشکی (دانشجویان سال آخر) به منظور یافتن پاسخی به این سئوال است که در صورت پایین بودن میزان آگاهی دندانپزشکان، گذشت زمان موجب کاهش آن شده و یا از همان ابتدا میزان آگاهی پایین بوده است و در این صورت راهکارهای مناسبی برای رفع این مشکلات ارائه گردد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی- مقطعی ابتدا پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت تهیه شد.

قسمت اول: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دندانپزشکان شامل سؤالاتی در مورد : سن، جنس، سال فراغت از تحصیل، نام دانشگاه محل تحصیل (مادر یا غیرمادر) (دانشگاه مادر مطابق تعریف وزارت بهداشت شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، مشهد، اصفهان، شیراز و تبریز می‌باشد)، شرکت یا عدم شرکت در دوره‌های بازآموزی با موضوع اسکواموس سل کارسینومای دهان، ارزیابی اعتقاد به اهمیت نقش دندانپزشکان در تشخیص زود هنگام SCC دهان و ارزیابی اعتقاد به نیاز به آموزش بیشتر در مورد SCC دهان بود.

قسمت دوم: در این قسمت با کمک نمودار درختی، سؤالاتی در مورد SCC دهان اعم از تعریف و همه گیرشناسی، سبب شناسی و پاتوژنز، علائم بالینی و تشخیص و درمان و پیش آگهی طراحی شد.

روایی سؤالات با روش دلفی توسط نظرخواهی از همکاران عضو هیئت علمی رشته پاتولوژی دهان، بیماری‌های دهان و دندان، جراح فک و صورت تأیید شد. پایایی سؤالات با استفاده

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

از روش Test-retest تأیید گردید، بر این اساس پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افراد جامعه مورد مطالعه شامل (۵ نفر دندانپزشکان و ۵ نفر از دانشجویان سال آخر دندانپزشکی) قرار گرفت. پس از پاسخ‌دهی، مجدداً پس از دو هفته پرسشنامه در اختیار این افراد قرار گرفت و با روش آماری ضریب همبستگی میزان توافق بین پاسخ‌های اولیه و ثانویه سنجیده شد و در کل ۲۰ سؤال انتخاب گردید.

نمونه‌گیری به صورت سرشماری ساده انجام شد و جامعه آماری شامل کلیه دندانپزشکان عمومی دارای مطب شاغل در شهر یزد بود. بر اساس لیست ارائه شده توسط سازمان نظام پزشکی استان یزد، تعداد دندانپزشکان دارای پروانه مطب، ۱۴۵ نفر بود که از این تعداد ۱۲۲ نفر در زمان انجام مطالعه دارای مطب دایر با آدرس مشخص بودند. کلیه کارورزان دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی شهر یزد در سال ۹۰-۸۹ بر اساس آمار آموزش دانشکده ۲۳ نفر بودند که وارد مطالعه شدند. دانشجویان تکمیلی و بهداشتکاران دهان و دندان شامل جامعه آماری نمی‌شدند. سپس پرسشگر با مراجعه به مطب کلیه دندان پزشکان عمومی فوق‌الذکر، از آنان درخواست نمود تا به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند. نحوه تکمیل پرسشنامه حضوری بود و اگر دندانپزشک فرصت پاسخگویی در جلسه اول را نداشت تقاضای وقت ملاقات دیگری از وی می‌شد و در صورت عدم تمایل به همکاری از لیست حذف می‌گردید. همچنین سؤالات به کارورزان مذکور ارائه گردید و پاسخ‌ها دریافت شد. نحوه امتیازدهی به سؤالات به گونه‌ای بود که به کلیه پاسخ‌های درست نمره ۱ و به پاسخ‌های غلط ۰/۵ نمره منفی و به پاسخ‌های نمی‌دانم امتیاز صفر تعلق می‌گرفت، چرا که احتمالاً عدم آگاهی (امتیاز صفر) نسبت به آگاهی غلط ضرر و زیان کمتری از جهت یافتن بیماران و ارجاع به موقع آنها به مراکز ذیصلاح جهت درمان به موقع را دارد. لازم به ذکر است که افراد به صورت آگاهانه اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند و از استفاده از نتایج این مطالعه برای اهداف تحقیقی آگاهی داشتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شد. ابتدا بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون کلمگروف اسمیرنوف انجام شد و سپس با استفاده از آزمون‌های آماری ANOVA و Fisher exact test داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

در مطالعه حاضر از مجموع ۱۲۲ پرسشنامه توزیع شده در بین دندانپزشکان عمومی، ۱۱۰ پرسشنامه برگردانده شد. اما تمامی ۲۳ کارورز دندانپزشکی شرکت‌کننده در این مطالعه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

از ۱۱۰ دندانپزشک عمومی شرکت کننده در این مطالعه ۷۸ نفر (۷۰/۹٪) مرد و ۳۲ نفر (۲۹/۱٪) زن بودند. میانگین سنی دندانپزشکان ۷/۸±۳۸/۹۲ سال بود. همچنین از بین ۲۳ کارورز دندانپزشکی شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۰ نفر (۴۳/۴٪) مرد و ۱۳ نفر (۵۶/۶٪) زن بودند و میانگین سنی کارورزان دندانپزشکی ۲/۸±۲۵/۴۳ سال بود. اکثریت دندانپزشکان (۹۹/۱ درصد) و کارورزان (۹۱/۳ درصد) به نقش دندانپزشک در تشخیص زود هنگام SCC دهانی اعتقاد داشتند و تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۰۷۷). ۱۰۰ نفر (۹۰/۹٪) از دندانپزشکان و ۱۹ نفر (۸۲/۶٪) از کارورزان دندانپزشکی احساس می‌کردند که به آموزش بیشتری نیاز دارند و در این رابطه تفاوت قابل ملاحظه‌ای در بین دندانپزشکان عمومی و کارورزان دندانپزشکی وجود نداشت (p=۰/۲۶۳).

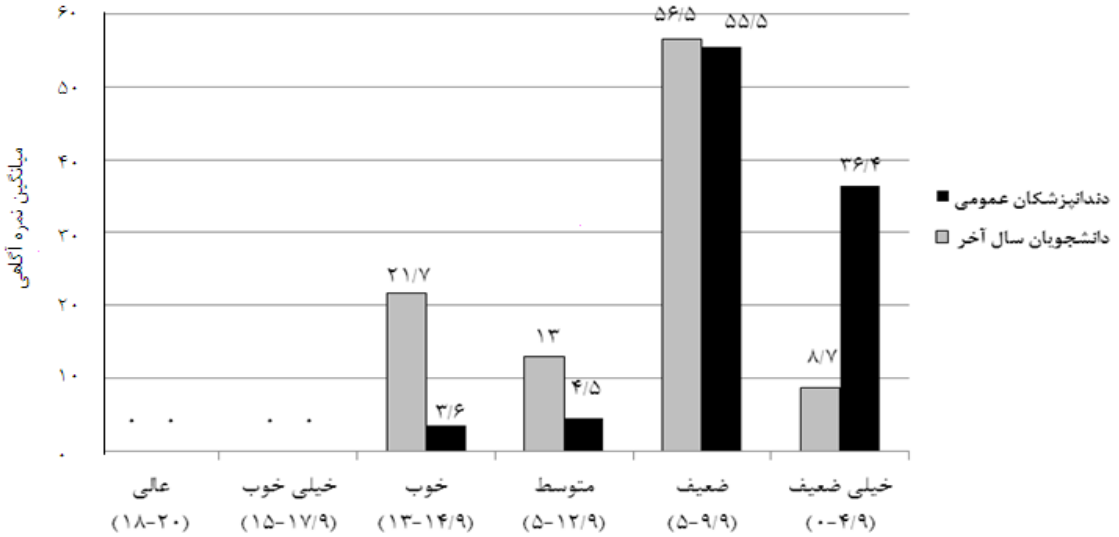
میانگین نمره آگاهی در رابطه با SCC دهانی برای کارورزان دندانپزشکی (۸/۹۳) و برای دندانپزشکان عمومی (۵/۹۹) بود و این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱) و به طور کلی سطح آگاهی پایین بود به طوری که هیچ یک از دو گروه نمره عالی (۲۰-۱۷/۵) و خیلی خوب (۱۷/۴-۱۵) را کسب نکردند در حالی که بیشتر از ۶۵٪ کارورزان و بیشتر از ۹۰٪ دندانپزشکان نمره ضعیف (۹/۹-۵) و خیلی ضعیف (۴/۹-۰) را کسب کرده بودند. مقایسه نتایج مربوط به میانگین نمره آگاهی در دو گروه مورد بررسی نشان داد که سطح آگاهی کارورزان به طور معنی‌داری بیشتر از دندانپزشکان عمومی بود (p=۰/۰۰۲) (نمودار ۱).

تفاوت معنی‌داری در میانگین آگاهی دندانپزشکان عمومی در رابطه با SCC دهانی برحسب گروه‌های سنی وجود داشت

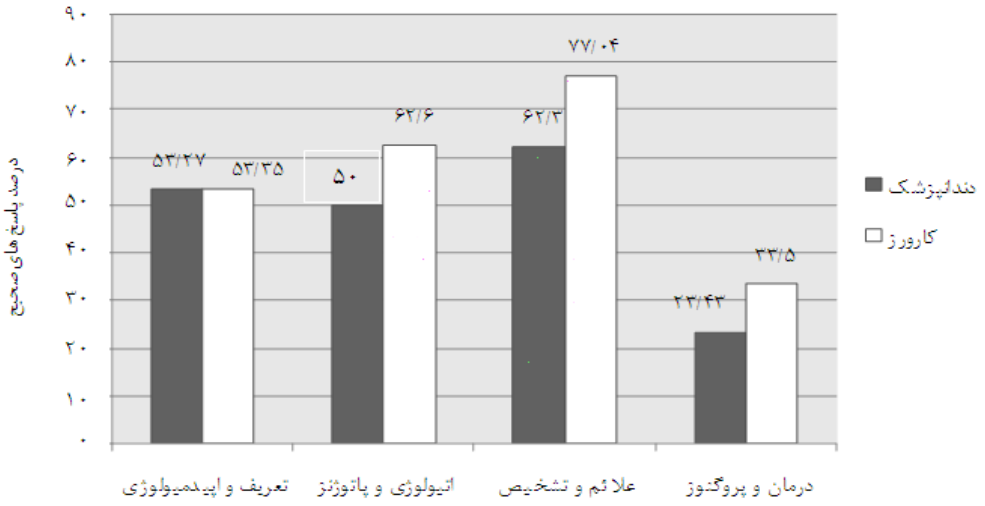
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

(p=۰/۰۱) و بالاترین میانگین آگاهی (۸/۱۶) در گروه سنی ۲۹-۲۳ سال (۸/۱۶) دیده شد. میانگین آگاهی کارورزان دندانپزشکی در رابطه با SCC دهانی بر حسب گروه‌های سنی تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت و از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۴۰۳).

میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان مرد (۳/۳۹±۶/۰۸) بیشتر از دندانپزشکان زن (۲/۳۹±۵/۷۹) بود اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۶۷۱). همچنین تفاوت در میانگین آگاهی کارورزان دندانپزشکی با در نظر گرفتن جنسیت معنی‌دار نبود (p=۰/۸۵۱). میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان عمومی با افزایش سال‌های فراغت از تحصیل به طور معنی‌داری کاهش می‌یافت (p=۰/۰۳۷). از میان دندانپزشکان عمومی این مطالعه ۳۷ نفر (۳۳/۶٪) در جلسات بازآموزی مرتبط شرکت کرده بودند. اما تفاوت معنی‌داری در نمره آگاهی این گروه با افرادی که در این جلسات شرکت نکرده بودند، وجود نداشت (p=۰/۸۶۴). توزیع فراوانی درصد پاسخ‌های صحیح در گروه‌های مورد بررسی به سؤالات موجود در ۴ موضوع مورد نظر شامل: ۱- تعریف و همه گیر شناسی ۲-سبب شناسی و پاتوژنز ۳-علایم و تشخیص ۴- درمان و پیش‌آگهی نشان داد که در هر دو گروه بیشترین جواب‌های صحیح به سؤالات مربوط به علایم و تشخیص و کمترین آن مربوط به مقوله درمان و پیش‌آگهی بوده است (نمودار۲)



نمودار ۱: میانگین نمره آگاهی دو گروه مورد بررسی بر حسب سطوح آگاهی



نمودار۲: درصد پاسخ‌های صحیح (سطوح آگاهی) در دو گروه مورد مطالعه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

در ادامه جدول ۱ توزیع فراوانی پاسخ های صحیح دو گروه مورد بررسی به هریک از سوالات را نشان می‌دهد.

در این مطالعه ۷۰٪ از دندانپزشکان و ۴۳/۵٪ از کارورزان به غلط منشا SCC دهان را از سلول های بازال مخاط دهان می‌دانستند.

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی پاسخ‌های صحیح دو گروه مورد بررسی به هریک از سؤالات مورد بررسی

ردیف	پاسخ‌های درست به سؤالات	فراوانی پاسخ‌های درست کارورزان (درصد)	فراوانی پاسخ‌های درست دندانپزشکان (درصد)
۱	OSCC یک بدخیمی است که از سلول‌های اپیتلیالی مخاط دهان منشا می‌گیرد.	۵۲/۲	۲۴/۵
۲	OSCC شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان است.	۴۷/۸	۲۹/۱
۳	مردان بیشتر از زنان به OSCC مبتلا می‌شوند.	۵۲/۲	۶۳/۶
۴	ضایعات پیش سرطانی سفید در مقایسه با قرمز در دهان شایع هستند.	۶۰/۹	۵۱/۵
۵	سیگار کشیدن یکی از مهمترین عوامل اتیولوژیک OSCC است.	۸۷	۸۹/۱
۶	کمبود ویتامین‌های A,C,E به عنوان عوامل اتیولوژیک مطرح است.	۴۷/۸	۳۰
۷	ترومای مزمن ناشی از دنپر باعث OSCC نمی‌شود.	۳۰/۴	۱۹/۱
۸	در افراد تحت درمان با داروهای سرکوبگر ایمنی خطر ابتلا بیشتر از افراد عادی است.	۶۵/۲	۷۱/۸
۹	احتمال تغیرات بدخیمی در ضایعات اپیتلیالی قرمز بیشتر از سفید است.	۸۲/۶	۴۰
۱۰	OSCC در مراحل پیشرفته ممکن است دردناک باشد.	۷۸/۳	۴۲/۷
۱۱	شایع‌ترین محل ایجاد OSCC زبان است.	۷۳/۹	۵۴/۵
۱۲	شایع‌ترین محل متاستاز OSCC ریه است.	۷۸/۳	۵۸/۲
۱۳	یکی از تشخیص های افتراقی OSCC پاپوژنیک گرانولوما است.	۵۲/۲	۴۲/۷
۱۴	قبل از انجام بیوپسی از یک ضایعه قرمز مشکوک در مجاورت لبه یک دنچر لق توصیه به عدم استفاده از دنچر به مدت ۲ هفته لازم است.	۹۵/۷	۹۶/۴
۱۵	در صورت مشاهده یک دندان شکسته در مجاورت یک ضایعه قرمز مخاطی در کناره زبان باید با حذف عامل محرک به مدت دو هفته فرصت داد.	۹۵/۷	۷۷/۳
۱۶	در صورت مشاهده یک ضایعه قرمز رنگ مخاطی که اخیراً بدون هیچ دلیل خاصی به وجود آمده تهیه سریع بیوپسی لازم است.	۶۵/۲	۶۴/۵
۱۷	درمان و کنترل ضایعات سفید بر اساس تشخیص میکروسکوپی آن انجام می‌شود.	۲۱	۸/۲
۱۸	شیمی درمانی یک درمان اصلی برای OSCC نمی‌باشد.	۳۰/۴	۳۸/۲
۱۹	رادیوتراپی جهت برخی موارد OSCC استفاده می‌شود نه در همه موارد.	۵۴/۲	۴۷/۳
۲۰	پروگنوز SCC لب بالا نسبت به لب پایین بدتر است.	۳۰/۴	۲۴/۵

بحث

چنانچه SCC دهان در مراحل اولیه زمانی که کوچک و لوکالیزه است، تشخیص داده شود و سریعاً درمان آغاز گردد، میزان بقای ۹۰-۷۰ درصد قابل دسترس می‌باشد. دندانپزشکان نقش مهمی در شناسایی زودهنگام سرطان دهان دارند. آگاهی از سن شایع ابتلا، محل شایع بروز، نماهای بالینی متنوع ضایعه، عوامل اتیولوژیک و روش های تشخیص و درمان حداقل اطلاعات علمی است که دندانپزشکان عمومی باید از آن آگاه باشند و با مطالعه ممتد و پیوسته منابع جدید علمی اطلاعات خود را به روز نمایند. عدم آگاهی از این بیماری از دو جنبه اهمیت دارد اولاً بی‌اطلاعی افراد جامعه، ثانیاً عدم آگاهی کلینیسین‌ها از علائم و نشانه‌های بیماری.

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی و نیز ریشه‌یابی آن طراحی شده بود. بدین منظور،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

میزان آگاهی دندانپزشکان شاغل در مطب‌های خصوصی شهر یزد در سال ۱۳۸۹ در مقایسه با کارورزان دندانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت. ۱۱۰ نفر (حدود ۹۰٪) از دندانپزشکان مورد بررسی به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. این میزان پاسخگویی افراد شرکت‌کننده در مقایسه با مطالعه Yellowitz و همکاران (۵۱٪)، Horowitz و همکاران (۵۰٪) بسیار بالاتر و تقریباً با مطالعه Motallebnejad و همکاران (۷۵/۵٪) قابل مقایسه بود(۱۲-۱۰).

به طور کلی به نظر می‌رسد که همکاری بیشتر دندانپزشکان برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه را می‌توان به حضوری بودن تکمیل پرسشنامه و مراجعات مکرر پرسشگر نسبت داد. با این حال ۱۲ نفر (حدود ۱۰٪) از دندانپزشکان مورد مطالعه به دلایلی چون عدم اعتقاد اساسی به این نوع پژوهش‌ها و مشغله کاری حاضر به تکمیل پرسشنامه نشدند. در این میان ۱۰۹ نفر (۹۹/۰۱٪) از دندانپزشکان عمومی و ۲۱ نفر (۹۱/۳٪) از دانشجویان به اهمیت نقش یک دندانپزشک در تشخیص زودهنگام SCC دهانی اعتقاد داشتند.

علیرغم وجود اعتقاد بالا به اهمیت نقش دندانپزشک در تشخیص زوهنگام بیماری در دو گروه مورد بررسی ۱۰ نفر از دندانپزشکان (۹/۱٪) و ۴ نفر از کارورزان دندانپزشکی (۱۷/۴٪) به آموزش بیشتر در این زمینه نیازی احساس نمی‌کردند، تفاوت این دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود(p=۰/۲۶۳).

۳۵/۷ درصد از دندانپزشکان در مطالعه Saghafi و همکاران و ۱۲ درصد از دندانپزشکان در مطالعه Motallebnejad و همکاران تمایل به شرکت در دوره بازآموزی در مورد سرطان دهان نداشتند(۱۲،۱۳). شاید دلیل این امر عدم اطلاع دندانپزشکان از میزان ضعف خود در این زمینه باشد. از طرفی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان عمومی در رابطه با SCC دهان بر حسب شرکت یا عدم شرکت در جلسات بازآموزی مربوطه وجود نداشت(p=۰/۸۶۴). که این مساله می‌تواند نشانگر ناکارآمدی جلسات مذکور در افزایش آگاهی شرکت‌کنندگان در زمینه مورد بحث می‌باشد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره آگاهی دندانپزشکان عمومی ۳/۱۲±۵/۹۹ و کارورزان دندانپزشکی ۳/۵۶±۸/۹۳ از ۲۰ بود. هر چند نمره آگاهی کارورزان دندانپزشکی همانگونه که انتظار می‌رفت در مقایسه با دندانپزشکان شاغل به طور معنی‌داری بالاتر بود ولی میزان آگاهی کارورزان دندانپزشکی (۶۵/۵٪) همانند میزان آگاهی دندانپزشکان (۵۵/۵٪)ضعیف بود.

بالاترین میزان آگاهی در دو گروه مورد بررسی در حد خوب (نمره ۱۴/۹-۱۲/۵) بود که در ۲۱/۷ درصد از کارورزان دندانپزشکی و تنها در ۳/۶ درصد از دندانپزشکان دیده شد. نمره آگاهی خیلی خوب (۱۷/۴-۱۵) و عالی (۲۰-۱۷/۵) در هیچکدام از گروه‌ها وجود نداشت.

نتایج این مطالعه تا حدودی مطالعات Yellowitz و همکاران در آمریکا، Motallebnejad و همکاران در بابل، Saghafi و همکاران در مشهد بر روی دندانپزشکان و مطالعات Carter و همکاران و Ogden بر روی دانشجویان همخوانی دارد که همگی میزان آگاهی دندانپزشکان را ناکافی گزارش کرده‌اند(۱۰،۱۲،۱۳،۱۵،۱۶).

احتمالاً در نظر گرفتن نمره منفی در مطالعه حاضر، موجب کمتر شدن نمره میزان آگاهی شرکت‌کنندگان در مقایسه با مطالعات مشابه و البته واقعی‌تر شدن آن شده است، زیرا عدم آگاهی (امتیاز صفر) نسبت به آگاهی غلط (امتیاز منفی)، کمتر به تأخیر در تشخیص بیماری منجر خواهد شد و ضرر کمتری برای بیمار خواهد داشت. هر چند به دلیل عدم همسان بودن سیستم‌های نمره‌دهی در مطالعات مختلف، مقایسه دقیق نتایج امکان پذیر نمی‌باشد.

در مطالعه حاضر با افزایش سن میزان آگاهی دندانپزشکان عمومی به طور معنی‌داری کاهش نشان داد(p<۰/۰۱). اما در مورد کارورزان دندانپزشکی دیده شد که میانگین آگاهی آنان برحسب گروه‌های سنی موجود که البته بسیار باریک‌تر از دندانپزشکان بود تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. (p =۰/۴۰۳)

بر اساس نتایج مطالعه حاضر همانند مطالعات Motallebnejad و همکاران، Saghafi و همکاران بین میزان آگاهی دندانپزشکان از SCC دهان و جنس رابطه معنی‌داری

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

وجود نداشت(۱۲،۱۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی و افزایش سال‌های فراغت از تحصیل رابطه معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه در هماهنگی با نتایج مطالعه Motallebnejad و همکاران ولی در مغایرت با نتایج مطالعه Saghafi و همکاران قرار دارد(۱۲،۱۳). نتایج مطالعه حاضر در مجموع نشان داد که احتمالاً عامل اصلی کمبود آگاهی دندانپزشکان در رابطه با SCC دهانی، پایین بودن میزان این آگاهی از همان ابتدای فراغت از تحصیل فاصله گرفتن آنها از مطالعه، و عدم روزآمدسازی دانسته‌هایشان و یا عدم توجه به مطالب ارایه شده در جلسات بازآموزی و یا شاید ناکارآمد بودن موضوعات ارایه شده در این جلسات باشد، همچنین افزایش سن و افزایش سال‌های فراغت از تحصیل ممکن است در این زمینه تأثیرگذار باشد. به نظر می‌رسد که جنسیت دندانپزشکان و نوع دانشگاه محل تحصیل در این رابطه نقش مهمی ندارد.

۶۰ درصد از دندانپزشکان و ۳۴/۸ درصد از کارورزان دندانپزشکی، SCC را به عنوان شایع‌ترین تومور بدخیم حفره دهان نمی‌شناختند بلکه تصور می‌کردند، شیوع تومورهای بدخیم بزاقی از SCC در حفره دهان بیشتر است. در مطالعه Yellowitz و همکاران، ۸۳ درصد، Motallebnejad و همکاران، ۸۷ درصد، Syme، ۸۰ درصد و در مطالعه Saghafi و همکاران، ۹۱ درصد از افراد مورد مطالعه SCC را به عنوان شایع‌ترین بدخیمی حفره دهان می‌شناختند(۱۲،۱۳،۱۷،۱۸).

مهمترین عامل خطر مرتبط با OSCC سیگار کشیدن است(۳). ۸۹ درصد از دندانپزشکان در مطالعه حاضر و ۸۷ درصد از کارورزان دندانپزشکی به درستی از این موضوع اطلاع داشتند. Yellowitz و همکاران در مطالعه خود گزارش نمودند، ۹۹/۶ درصد از دندانپزشکان مصرف تنباکو را به عنوان عامل خطر SCC می‌دانستند(۱۰). در مطالعه Saghafi و همکاران ۹۴ درصد و مطالعه Motallebnejad و همکاران، ۸۸/۲ درصد از دندانپزشکان از این موضوع آگاهی داشتند(۱۲،۱۳).

تنها۳۰٪ از دندانپزشکان و ۴۷/۸٪ از کارورزان دندانپزشکی به درستی می‌دانستند که کمبود ویتامین‌های A ,C ,E به عنوان عامل اتولوژیک در ایجاد SCC دهان مطرح می‌باشد(۲۲-۱۹).

ترومای مزمن ناشی از دنچر یک عامل خطر برای SCC نمی‌باشد(۳). ۷۴/۵ درصد از دندانپزشکان و ۶۵/۲ درصد از دانشجویان تصور غلطی از این موضوع داشتند. اغلب دندانپزشکان و بیش از نیمی از کارورزان دندانپزشکی شرکت‌کننده در مطالعه حاضر همانند مطالعه Yellowitz و همکاران و مطالعه Saghafi و همکاران از این مطلب آگاهی نداشتند(۱۰،۱۳). از دلایل احتمالی چنین تصوری این است که شیوع SCC دهان با استفاده از دنچر و زخم‌های ناشی از دنچر با افزایش سن افزایش می‌یابد و در نتیجه احتمال وقوع همزمان ولی بدون ارتباط این ضایعات با یکدیگر هم افزایش می‌یابد.

۷۱/۸-۸٪ از دندانپزشکان و ۶۵/۲٪ از دانشجویان می‌دانستند که مصرف داروهای سرکوبگر ایمنی به دلیل کاهش نقش محافظت‌کنندگی سیستم ایمنی بدن، خطر ابتلا به OSCC را افزایش دهد(۳).

احتمال وقوع تغییرات بدخیم در ضایعات اپیتلیالی قرمزرنگ مخاط دهان (اریتروپلاکیا) به مراتب بیشتر از ضایعات سفیدرنگ (لوکوپلاکیا) است(۳)۴۰٪ از دندانپزشکان و ۸۲/۶٪ از کارورزان به درستی از این موضوع اطلاع داشتند. در مطالعه Saghafi و همکاران تنها ۱۲ درصد از دندانپزشکان از این مطلب آگاهی داشتند(۱۳). به نظر می‌رسد دندانپزشکان به ضایعات قرمز رنگ مخاط دهان بیشتر به عنوان ضایعات تحریکی فکر می‌کنند و اغلب به ضایعات سفید نگاه بدبینانه‌تری دارند. احتمالاً دلیل این امر برخورد زیادی است که با ضایعات قرمز در مخاط دهان در طول کارهای کلینیکی دارند و اغلب این ضایعات نیز چیزی بیشتر از یک ضایعه تحریکی نیستند.

ضایعات SCC در مراحل اولیه اغلب فاقد درد هستند ولی در مراحل پیشرفته هنگامی که تخریب استخوان زیرین وجود دارد ممکن است دردناک باشد(۳). ۴۲/۷٪ از دندانپزشکان و ۷۸٪ از کارورزان به درستی از این موضوع آگاهی داشتند.

شایع‌ترین محل ایجاد SCC در دهان زبان است(۳). ۵/۵۴ درصد از دندانپزشکان و ۹/۷۳ درصد از کارورزان دندانپزشکی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

به درستی از این موضوع آگاهی داشتند. در مطالعه Motallebnejad و همکاران، ۵/۳۴ درصد و در مطالعه Saghafi و همکاران، ۱/۵۴ درصد از دندانپزشکان شایع‌ترین جایگاه بروز سرطان دهان را می‌شناختند(۱۲،۱۳).

ریه، کبد و استخوان شایع ترین محل‌های متاستاز دور دست SCC می‌باشند(۳). ۵۸/۲ درصد از دندانپزشکان و ۷۸/۳ درصد از کارورزان دندانپزشکی به درستی این موضوع را می‌دانستند.

SCC لثه و مخاط آلوئول تمایل دارد که از نکنای ضایعات ری اکتیو خوش‌خیم نظیر پایوژنیک گرانولوما تقلید کند(۳). ۴۲/۷ درصد از دندانپزشکان و ۵۲/۵ درصد از کارورزان به به درستی به این واقعیت واقف بودند.

بیوپسی از یک ضایعه قرمز رنگ مشکوک در مجاورت لبه یک دنچر لق با تطابق ضعیف را می‌توان به مدت دو هفته به تعویق انداخت تا زمان لازم برای پسرفت یک ضایعه التهابی داده شود(۳). ۹۶/۴ درصد از دندانپزشکان ۹۵/۷ درصد از کارورزان از این موضوع به درستی آگاهی داشتند

به همین صورت در صورت مشاهده یک دندان شکسته در مجاورت یک ضایعه قرمز رنگ مخاطی بایستی بیوپسی به مدت دو هفته به تعویق انداخته شود(۳). علیرغم اینکه این سوال همان نکته سؤال قبلی را در قالب دیگر مطرح کرد ولی در مقایسه با آن تعداد کمتری از دندانپزشکان به این سؤال پاسخ مثبت دادند.

سطح شکمی زبان، زمانی که عامل تحریکی برای ضایعات قرمز رنگ مخاطی به ویژه در کف دهان آن نتوان پیدا کرد بایستی با تردید بررسی گردید و بیوپسی در مورد آنها بلافاصله انجام گیرد(۳). ۶۴/۵ درصد از دندانپزشکان و ۶۴/۲ درصد از کاروزان از این موضوع آگاهی داشتند. در مجموع از نتایج سه سؤال اخیر اینگونه برداشت می‌شود که دندانپزشکان قدرت تصمیم‌گیری قاطعانه در مورد انجام بیوپسی در ضایعات مشکوک به بدخیمی یا پیش بدخیمی را نداشته و در این زمینه نیاز به آموزش‌های عملی بیشتری در طی جلسات بازآموزی دارند.

لکوپالکیا فقط یک اصطلاح بالینی است. گام اول در درمان این ضایعات تشخیص هیستوپاتولوزیک قطعی است. ضایعات تحریکی نیاز به درمان ندارند در حالی که کنترل و درمان لکوپلاکیاهایی که دیسپلازیر خفیفی را نشان می‌دهند بسته به اندازه ضایعات ممکن است از جراحی تا درمان محافظه کارانه‌تر نظیر ترک سیگار تغییر کند(۳). ۸۵/۵ درصد از دندانپزشکان و ۷۸/۳ درصد از دانشجویان از این موضوع به درستی آگاهی نداشتند.

به طور کلی دندانپزشکان و کارورزان دندانپزشکی در مورد مبحث علائم و تشخیص که برای آنها بیشتر جنبه کاربردی‌تری دارد در مقایسه با مطالب مربوط به تعریف و اپیدمیولوژی، اتیولوژی و پاتوژنز که برای دندانپزشکان بیشتر جنبه تئوریک دارد، بیشترین پاسخ صحیح را داده بوند.

از سوی دیگر کمترین میزان پاسخ‌های درست در مورد درمان و پروگنوز وجود داشت (دندانپزشکان ۲۳/۴ درصد و کارورزان دندانپزشکی ۳۳/۵ درصد). احتمالاً دندانپزشکان تصور می‌کنند چون درمان مبتلایان به SCC در حیطه وظایف یک دندانپزشک عمومی قرار ندارد، لزومی هم به یادگیری مطالبی در این زمینه وجود ندارد، لذا این مطالب نه تنها در دوران دانشجویی به خوبی آموخته نشده بلکه در طی دوران کار حرفه‌ای هم انگیزه‌ای برای بروزرسانی آنها احساس نشده است.

شیمی درمانی در حال حاضر به عنوان درمان اصلی SCC مطرح می‌باشد(۳). ۳۸/۲ درصد از دندانپزشکان و ۹۰/۹ درصد از کارورزان دندانپزشک به غلط شیمی درمانی را به عنوان یک درمان اصلی در SCC می‌شناختند.

درمان اولیه SCC جراحی است. معمولاً در مورد کارسینموهای داخل دهانی کوچک فقط یک روش درمانی انتخاب می‌گردد. در بیمارانی که مبتلا به ضایعات بزرگتر هستند یا گره‌های لنفاوی آنها قابل لمس است، معمولاً به ترکیبی از درمان‌ها از جمله رادیوتراپی و جراحی نیاز دارند(۳). ۴۷/۷ درصد از دندانپزشکان به غلط تصور می‌کردند که رادیوتراپی در مورد همه انواع SCC الزامی است. اما ۵۲/۲ درصد از کارورزان پاسخ این سؤال را به درستی می‌دانستند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

به نظر می‌رسد که رفتار بیولوژیک SCC لب بالا نسبت به لب پایین متفاوت است. میزان بقای ۵ ساله SCC لب بالا بسیار کمتر از لب پایین است(۳). تنها ۲۴/۵ درصد از دندانپزشکان و ۳۰/۴ درصد از کارورزان به درستی این واقعیت را می‌دانستند.

نتیجه‌گیری

هر چند نتایج این مطالعه با توجه به کم بودن تعداد نمونه‌های مورد بررسی در این مطالعه قابل تعمیم به دو گروه مورد بررسی در کل کشور نمی‌باشد اما در مجموع بر اساس نتایج حاصله و سایر مطالعات مشابه به نظر می‌رسد که بازنگری در امر آموزش دانشجویان در رابطه با OSCC اهمیت بیشتری نسبت به تجدید نظر در برنامه‌های بازآموزی دندانپزشکان دارد.

سپاسگزاری

با تقدیر و تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشکده دندانپژشکی یزد و کلیه دانشجویان و دندانپزشکانی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند. این مقاله بر گرفته از پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای عمومی به شماره ۴۳۱ در تابستان ۱۳۹۰ می‌باشد.

Reference:

1- Carter LM, Ogden GR. ***Oral cancer awareness of general medical and general dental practitioners.*** Br Dent J 2007; 203(5): E10.

2- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. ***Oral pathology, clinical pathologic correlations.*** 5th ed. Missoun Sanders Co; 2008. p. 48-69.

3- Chi AC. ***Epithelialpathology.*** Damm DD, Bouguot JE, Neville BW, Allen C. Oral and maxilofacial pathology. 3rd ed. St louis; 2009.p.362.425.

4- Fahmy M. Sadeghi A, Behmard SH. ***Epidemiologic study of oral cancer in fars province Iran.*** Community Dent Oral Epidemiol 1983; 11(1): 50-58.

5- Wood NK, Goaz PW. ***Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions.*** 5th ed. Mosby Com; 1997. p. 587-93.

6- Burket LW, Greenberg M, Glick M. ***Burketts oral medicine: dignosis and treatment.*** BC Decker; 2003.

7- Ord RA, Blancheart RH. ***Oral cancer, the dentists role in diagnosis management, rehabilitation and prevention.*** 1th ed. Chicago Quintessence Co; 2000. p. 39.

8. Zarei MR, Asadpour F. ***Assessing dentist knowledge and awareness in the diagnosis of oral cancer in kerman.*** Shahid Beheshti Medical Sciences University Journal of the Dental School 2002; 4(19): 357-64

9- Gellrich NC, Suarez Cunqueiro M, Bremerich M, Schramm A. ***Characteristics of oral cancer in a central European population. Defining the dentists role.*** J Am Dent Assoc 2003; 134(3): 307-14.

10- 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.

11- Horowitz AM, Drury TF, Canto MT. ***Practices of Maryland dentists: oral cancer prevention and early detection baseline data from 1995.*** Oral Dis 2000; 6(5): 282-8.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

12- Motallebnejad M, Hedayati M. ***General dentists knowledge about oral cancers in Babol, in 2005.*** Journal of Dent Mashhad Univ Medical Sci 2006; 30(3-4): 309-18. [Persian]

13- Saghafi S, Zare Mahmoodabadi R, Salehinejad J, Falaki F, Farrokhizad S. ***Evaluation of general dentists knowledge about oral Cancer in Mashhad-iran in 2008.*** J Mash Dent Sch 2009; 33(2): 107-14. [Persian]

14- Jamshidi Sh, Zargaran M, Moghimbeigi A, Delkhah M, Baghaei F. ***A comparison between the knowledge of dental students and general dentists about oral squamous cell carcinoma (Hamadan-Iran).*** J Mash Dent Sch 2012; 36(1): 23-36. [Persian]

15- Carter LM, Ogden GR. ***Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students.*** BMC Med Educ 2007; 7: 44

16- Ogden GR, Mahboobi N. ***Oral cancer awareness amon g undergraduate dental students in Iran.*** J Cancer Educ 2011; 26(2): 380-85.

17- Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. ***Knowledge, opinionsand practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey.*** J Am Dent Assoc 1998; 129(5): 579-83.

18- Syme SE, Drury TF, Horowitz AM. ***Maryland dentists' knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic procedures.*** Oral Dis 2001; 7(3): 255-62.

19- Hennekens CH, Stampfer MJ, Willett W. ***Micronutrients and cancer chemoprevention.*** Cancer Detect Prev 1984; 7(3): 147-58.

20- Ramaswamy G, Rao VR, Kumaraswamy SV, Anantha N. ***Serum vitamins' status in oral leukoplakias: a preliminary study.*** Eur J Cancer Oral Oncol 1996; 32B(2): 120-2.

21- Enwonwu CO, Meeks VI. ***Bionutrition and oral cancers in humans.*** Crit Rev Oral Biol Med 1995; 6(1): 5-17.

22- Garewal H. ***Antioxidants in oral cancer prevention.*** Am J Clin Nutr 1995; 62(6 Suppl): 1410S-16S.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

A Comparative study on Knowledge of General Dentists and Dental Interns about Oral Squamous Cell Carcinoma

Tabatabaei H(DDS,MS)[*1], Danesh Ardakani M(SSD,MS)[2], Shekari AH(DDS)[3], Rostami F(DDS)[4]

[1,2]Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Shahid Sadughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[3,4]Dentist

Received: 15 Jan 2013 ***Accepted:*** 25 Jan 2014

Abstract

Introduction: Early diagnosis of oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC) needs the knowledge about the disease and keeping it during the period of professional activity. This study aimed to compare general dentists and dental interns regarding their knowledge about OSCC in Yazd in 2012.

Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 110 general dentists and 23 dental interns in Yazd (a city in Iran) in 2012 via utilizing a questionnaire. Statistical analysis of the data was carried out using ANOVA and Fisher's exact test.

Results: The results of this study indicated, that although the level of interns' knowledge (8.93 out of 20) was significantly higher (P<0.001) compared to that of general dentists (5.99 out of 20), both groups revealed poor level of knowledge (5-9.99). As a matter of fact, with an increase in the years of graduation, the mean awareness of general dentists significantly (P=0.001) decreased. Moreover, there was no significant relationship between the subjects' knowledge and gender (P=0.671), attending re-education courses (P=0.864) and the type of university (P=0.868).

Conclusion: The results of this study showed that reconsidering the education issues for the dental students seems more important than revising re-education courses for the dentists.

Keywords: Dental Intern; General Dentist; Knowledge; Squamous Cell Carcinoma

This paper should be cited as:
Tabatabaei H, Danesh Ardakani M, Shekari AH, Rostami F. ***A comparative study on knowledge of general dentists and dental interns about oral squamous cell carcinoma***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(1): 952-62.

Corresponding author: Tel: +98 351 6212222, Email: taba48971@gmail .com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]