

بررسی آگاهی بزرگسالان کرمانی از علایم و عوامل موثر در ایجاد کارسینوم دهان

شهبلا کاکویی*، مریم راد*، نصرت الله محمود وند**، سکینه محمدعلیزاده***

* استادیار گروه آموزشی بیماری‌های دهان و عضو مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
 ** دندانپزشک
 *** عضو دانشگاه علوم پزشکی کرمان

چکیده

مقدمه: آگاهی از عوامل خطر ساز و علایم آغازین سرطان دهان در میان مردم می‌تواند به دوری از این عوامل خطر و مراجعه‌ی به موقع به پزشک منجر شود. هدف از این پژوهش، بررسی آگاهی بزرگسالان از عوامل خطر و علایم سرطان دهان در شهر کرمان در سال ۱۳۸۶ بود.
مواد و روش: در این بررسی توصیفی تحلیلی- مقطعی با استفاده از پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته، ۷۲۳ نفر از بزرگسالانی که به دانشکده‌ی دندانپزشکی و درمانگاه‌های شهر کرمان مراجعه کرده بودند، شرکت داده شدند. اطلاعات گردآوری شده از پرسشنامه توسط آزمون‌های تی (t-test) و آنوا (ANOVA) واکاوی آماری شدند.

یافته‌ها: بررسی نتایج پرسشنامه‌ها نشان داد، که میانگین نمره‌ی آگاهی افراد مورد پژوهش نسبت به عوامل ایجاد کننده سرطان دهان $6/04 \pm 2/31$ (از حداکثر ۱۵) و میانگین نمره‌ی آگاهی در مورد علایم سرطان دهان $2 \pm 1/3$ (از حداکثر ۶) به دست آمد. تنها در مورد میزان آگاهی در مورد عوامل موثر در ایجاد سرطان دهان و سطح تحصیلات اختلاف معناداری گزارش گردید ($p < 0/05$).
نتیجه‌گیری: میزان پایین آگاهی بزرگسالان در دو حیطه عوامل خطر ساز و علایم سرطان دهان نشان می‌دهد، که بایستی سعی بیشتری در بالا بردن سطح آگاهی در این دو موضوع یاد شده توسط رسانه‌ها و جراید انجام پذیرد.

واژگان کلیدی: آگاهی، عوامل خطر ساز، علایم، سرطان دهان

درآمد

سرطان دهان یکی از شایع‌ترین گونه‌های سرطان و یکی از ده علت شایع مرگ و میر در سطح جهان به شمار می‌رود^(۱). سرطان دهان ۲ تا ۳ درصد از کل سرطان‌های بدن را شامل می‌شود و ششمین سرطان شایع در مردان و دوازدهمین سرطان شایع در زنان است. نسبت ابتلا مرد به زن در این بیماری حدود ۳ به ۱ است^(۴). اما این نسبت در سال‌های اخیر کاهش یافته و دلیل آن افزایش میزان مصرف سیگار در میان زنان و افزایش سن زنان بیان شده است^(۵، ۶). نزدیک به ۹۴ درصد از سرطان‌های دهان از گونه‌ی اسکواموس سل کارسینوماست^(۴). اسکواموس سل کارسینوما بیشتر در افراد با سن بالا ایجاد می‌شود. ۹۰ درصد سرطان‌های دهان پس از سن ۴۵ سالگی رخ می‌دهد^(۵، ۶). عوامل خطر ایجاد کارسینوم دهان، شامل استفاده از توتون، الکل، تابش نور خورشید (در مورد سرطان لب) و عوامل تغذیه‌ای و رویارویی با عوامل سرطان‌زای محیط کار است^(۳). تظاهرات بالینی سرطان دهان به صورت زخم منفرد، آسیب برجسته، پلاک سفید و یا پیچ سرخ بوده و زخم، شایع‌ترین شکل تظاهر بالینی سرطان دهان است^(۳).

زخم سرطان دهان حالت مزمن دارد و نشانه‌ای از ترمیم در آن دیده نمی‌شود، چنین زخمی برگشت پذیر نیست و بی درمان بهبود نمی‌یابد. تنها ۲ مورد از ۲۰۰ مورد بهبود بی درمان سرطان مربوط به ناحیه‌ی سر و گردن بوده است^(۷). میزان بقای پنج ساله بیماران پس از درمان ۵۶ درصد بوده^(۶) که علت اصلی این امر را می‌توان به تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته نسبت داد. علت اصلی تاخیر در تشخیص این است، که بیماری در مراحل آغازین معمولاً بی درد و علامت بوده؛ در نتیجه بیماران ضرورتی برای توجه به آن احساس نمی‌کنند. از سوی دیگر، دندانپزشکان و پزشکان نیز، معمولاً انجام معاینه‌های سرطان دهان را در برنامه کاری خود قرار نمی‌دهند، در نتیجه تا زمانی که آسیب به مراحل پیشرفته و خطرناک خود نرسیده و مشکلات جبران ناپذیری را برای بیمار ایجاد نکرده، توجهی به آن نمی‌شود^(۸). کارسینوم دهان یکی از شایع‌ترین گونه‌های سرطان است، که تاخیر در تشخیص آن می‌تواند بقای ۵ ساله را به ۲۵ درصد کاهش دهد^(۹).

هوریتز (Horowitz) و همکاران، پژوهشی را درباره ارزیابی آگاهی بزرگسالان از عوامل خطر ساز و علایم سرطان دهان در ایالات متحده انجام دادند، که بر پایه‌ی نتایج آن ۸۳ درصد از

پاسخ دهندگان آگاه بودند، که نوشیدن زیاد الکل باعث سیروز کبد می‌شود، ولی تنها ۱۶ درصد نوشیدن الکل را عامل خطری برای ایجاد کارسینوم دهان اعلام کردند. دو سوم جامعه‌ی مورد پژوهش در این بررسی توتون را به عنوان عامل خطر ساز کارسینوم دهان تشخیص داده بودند. در این بررسی نشان داده شد، که بزرگسالان آمریکا درباره عوامل خطر ساز و علایم سرطان دهان آگاهی کافی ندارند^(۳). نتایج به دست آمده از بررسی‌های دیگر در سال‌ها و مناطق گوناگون دنیا نشان داده، که آگاهی عمومی از عوامل ایجاد کننده‌ی سرطان دهان ناچیز است^(۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳).

در کشور ما، پژوهش‌هایی در این خصوص در میان تحصیل کردگان رشته‌های پزشکی انجام گرفته است. اما تاکنون آگاهی و دانش دیگر گروه‌های جامعه سنجیده نشده است. میزان آگاهی و مهارت تشخیصی درباره‌ی کارسینوم دهانی در میان دندانپزشکان شرکت کننده در چهارمین کنگره‌ی بین المللی دندانپزشکان و دندانپزشکان شهر کرمان کم و ناکافی اعلام گردیده است^(۱۴ و ۱۵).

آگاهی عمومی (به ویژه بزرگسالان) از عوامل خطر ساز کارسینوم دهان و علایم آن می‌تواند به پرهیز افراد از عوامل خطر ساز منجر شود. در بسیاری از موارد پیش درآمد یک کارسینوم در حفره‌ی دهان یک آسیب پیش سرطانی است، (لکوپلاکیا و اریتروپلاکیا) که می‌تواند ماه‌ها یا سال‌ها بی آنکه دچار تغییرات بدخیمی شود در مخاط دهان برجا بماند. اگر آسیب در روند این فرصت طلایی شناسایی گردد و با کنار گذاشتن عوامل اتیولوژیک احتمالی و در صورت نیاز با جراحی برداشته شود، بیمار ممکن است افزون بر برخورداری از طول عمر بیشتر از عوارض گوناگون جسمی و روحی سرطان و درمان‌های آن رهایی یابد. با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد که بررسی آگاهی بزرگسالان از خطر عوامل و علایم سرطان دهان ضروری باشد.

مواد و روش

این پژوهش، یک بررسی توصیفی-تحلیلی و شیوه‌ی نمونه‌گیری آن به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده، که در آن میزان آگاهی بزرگسالان (بالتر از ۲۵ سال) مراجعه کننده به بخش‌های گوناگون دانشکده‌ی دندانپزشکی و چند درمانگاه دولتی و خصوصی دندانپزشکی سطح شهر که بیشترین مراجعه کننده را داشتند، در مورد عوامل خطر ساز سرطان دهان و علایم آن ارزیابی شده است. حجم نمونه بر پایه‌ی ضریب α کرونباخ،

از میان پاسخ‌دهندگان به پرسش‌های آگاهی از عوامل ایجاد کننده‌ی سرطان دهان و لب شمار ۸۶/۱ درصد مصرف مشروبات الکلی (بیشترین پاسخ درست) و ۸۰/۴ درصد مصرف دخانیات را موثر می‌دانستند (جدول ۱). در این بررسی تنها ۰/۲ درصد (یک نفر) همه‌ی عوامل خطر کارسینوم دهان را می‌شناخت و ۱/۱ درصد (۷ نفر) هیچ کدام از عوامل خطر ساز کارسینوم دهان را نمی‌شناختند.

در مورد علایم آغازین سرطان دهان، شمار ۳۲۷ نفر (۴۶ درصد) به گزینه‌ی «توده یا ضخیم شدگی در گونه که توسط زبان احساس می‌شود» و شمار ۲۵۱ نفر (۳۵/۴ درصد) به گزینه‌ی «لکه‌ی سفید یا سرخ در لثه، زبان یا کف دهان» و شمار ۲۵۸ نفر (۳۶/۴ درصد) به گزینه‌ی «بی‌حسی در زبان یا در قسمت‌های دیگر دهان» پاسخ درست داده بودند (جدول ۲).

میانگین نمره‌ی کسب شده توسط افراد مورد پژوهش از ۱۵ نمره‌ای که به عوامل ایجاد کننده سرطان دهان تعلق داشت، نمره‌ی ۶/۰۴ با انحراف معیار ۲/۳۱ و میانگین نمره‌ی علایم آغازین سرطان دهان از ۶ نمره، نمره‌ی ۲ با انحراف معیار ۱/۳ به دست آمد. میانگین نمره‌ی کل (عوامل ایجاد کننده و علایم آغازین سرطان دهان) نمره‌ی ۸/۰۵ با انحراف معیار ۲/۸ محاسبه گردید. در مقایسه‌ی نمرات آگاهی بزرگسالان مراجعه کننده به درمانگاه‌های دندانپزشکی در دو حیطة‌ی عوامل ایجاد کننده و علایم آغازین کارسینوم دهان با توجه به متغیرهای جنس، سن، جای سکونت و تحصیلات تنها نمره‌ی عوامل ایجاد کننده با توجه به متغیر تحصیلات تفاوتی معنادار را نشان داد ($p < 0.05$). در این حیطة افراد بالای دیپلم نسبت به افراد با تحصیلات کمتر، دارای میانگین نمره‌ی بیشتری بودند.

از پاسخگویان گونه‌ی منبع اطلاعاتی در رابطه با بیماری‌های دهان پرسیده شده بود، که بررسی پاسخ‌ها نشان داد، که ۶۴/۴ درصد رادیو و تلویزیون یا روزنامه و مجلات و یا هر دو مورد را به عنوان منبع کسب اطلاعات انتخاب نمودند و ۳۵/۶ درصد یک یا چند منبع دیگر همچون پوستره‌های تبلیغاتی و کتاب‌های با متن ساده و یا افراد متخصص حرفه‌ی پزشکی را بیان کرده بودند.

در پاسخ به پرسش بعدی که افزایش اطلاعات مردم درباره‌ی سرطان دهان تا چه اندازه ضروری است، بیشتر افراد (۸۸/۳ درصد) این مورد را ضروری و ۱۰/۴ درصد تا اندازه‌ای

۷۲۳ نفر محاسبه گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای بود، که توسط پژوهشگر با استفاده از منابع معتبر در چهار بخش فراهم شد. بخش اول شامل ویژگی‌های فردی، بخش دوم شامل ۱۵ پرسش چهار گزینه‌ای در ارتباط با آگاهی از عوامل خطر ساز و بخش سوم شامل شش پرسش سه گزینه‌ای در ارتباط با علایم سرطان دهان بود. در بخش چهارم، نظر سنجی درباره‌ی روش افزایش آگاهی درباره سرطان دهان به عمل آمد. برای تعیین نمایه‌ی روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشکده‌ی دندانپزشکی قرار گرفت. ضریب روایی کل پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب روایی هر یک از پرسش‌های آن میان ۰/۹ تا ۱ به دست آمد. ضریب روایی کل عوامل موثر در ایجاد سرطان دهان ۰/۹۴ و ضریب روایی کل علایم سرطان دهان ۰/۹۱ به دست آمد. برای تعیین پایایی، پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از جامعه‌ی مورد پژوهش قرار داده شد. پایایی برای ۱۵ پرسش اول (عوامل خطر ساز) ۰/۷۳ و برای ۶ پرسش علایم سرطان دهان ۰/۶۴ به دست آمد. سپس، پایایی کل ثبات درونی با محاسبه‌ی ضریب α کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید. برای واکاوی داده‌ها از نمایه‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های آماری تی و آنوا استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از این پژوهش بیان کننده‌ی آن بود، که اکثریت افراد پاسخ دهنده را مردان ۴۱۴ نفر (۵۷/۳ درصد) تشکیل می‌دادند. شمار زنان ۳۰۸ نفر (۴۲/۷ درصد) و شمار ۱ نفر جنسیت خود را اعلام نکرده بود.

شمار ۱۶ نفر (۲/۲ درصد) از پاسخ دهندگان بی سواد، ۴۹ نفر (۶/۸ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۱۸۸ نفر (۲۶/۲ درصد) دارای تحصیلات راهنمایی، ۳۲۱ نفر (۴۴/۷ درصد) دیپلم، ۵۹ نفر (۸/۲ درصد) فوق دیپلم، ۷۹ نفر (۱۱ درصد) لیسانس و ۶ نفر (۰/۹ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. شمار ۵ نفر میزان تحصیلات خود را اعلام نکرده بودند.

سن ۴۰۱ نفر (۵۶ درصد) کمتر از ۴۰ سال و شمار ۳۱۵ نفر (۴۴ درصد) بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان در این بررسی ۳۸/۸±۳۸/۸ سال گزارش شد. شمار ۷ نفر سن خود را اعلام نکرده بودند. شمار ۶۹۱ نفر (۹۵/۷ درصد) ساکن شهر و ۳۷ نفر (۴/۳ درصد) ساکن روستا بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ افراد مورد پژوهش به پرسش‌های عوامل ایجاد کننده‌ی کارسینوم دهان و لب

پرسش‌ها	پاسخ		نادرست	
	شمار	درصد	شمار	درصد
۱- مصرف دراز مدت آنتی بیوتیک‌ها	۱۵۴	۲۱/۵	۵۶۲	۷۸/۵
۲- گاز گرفتن مداوم لب و گونه	۲۰۷	۲۹/۳	۴۹۹	۷۰/۷
۳- مصرف دخانیات (سیگار، قلیان، تنباکوی جویدنی)	۵۸۰	۸۰/۴	۱۴۱	۱۹/۶
۴- حساسیت به مواد غذایی و دارو	۱۴۳	۲۰/۲	۵۶۵	۷۹/۸
۵- مصرف غذاهای داغ	۱۰۱	۱۴/۱	۶۱۳	۸۵/۹
۶- مصرف مشروبات الکلی	۶۱۵	۸۶/۱	۹۹	۱۳/۹
۷- رعایت نکردن بهداشت دهان	۵۳	۷/۴	۶۶۰	۹۲/۶
۸- تماس دراز مدت لبها با نور خورشید	۱۸۰	۲۵/۲	۵۳۳	۷۴/۸
۹- وجود دندان مصنوعی	۲۸۷	۴۰/۴	۴۲۳	۵۹/۶
۱۰- محلول‌های ضد عفونی کننده دهان	۳۲۶	۴۶	۳۸۲	۵۴
۱۱- برخی از بیماری‌های ویروسی	۴۵۹	۶۵/۰۲	۲۴۷	۳۴/۹۸
۱۲- سن بالا	۱۶۱	۲۲/۷	۵۴۹	۷۷/۳
۱۳- پیشینه‌ی وجود سرطان در افراد فامیل	۳۶۵	۵۱/۶	۳۴۲	۴۸/۴
۱۴- مصرف نکردن میوه و سبزیجات تازه	۴۵۰	۶۳/۸	۲۵۵	۳۶/۲
۱۵- پیشینه‌ی اشعه‌ی درمانی در ناحیه‌ی سر و گردن	۲۰۶	۲۹/۰۵	۵۰۳	۷۰/۹۵

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ افراد مورد پژوهش به پرسش‌ها علایم آغازین کارسینوم دهان و لب

پرسش‌ها	پاسخ		نادرست	
	شمار	درصد	شمار	درصد
۱- جای سرخ در دهان که به راحتی خونریزی کرده و بهبود نمی‌یابد	۹۹	۱۳/۹	۶۱۴	۸۶/۱
۲- توده یا ضخیم شدگی در گونه که توسط زبان احساس می‌شود.	۳۲۷	۴۶	۳۸۴	۵۴
۳- لکه‌ی سفید یا سرخ در لثه، زبان یا کف دهان	۲۵۱	۳۵/۴	۴۵۹	۶۴/۶
۴- احساس سوزش یا احساس ناخوشایند که برخی اوقات در گلو احساس می‌شود.	۲۴۴	۳۴/۴	۴۶۵	۶۵/۶
۵- اشکال در جویدن و بلع	۲۴۳	۳۴/۱	۴۷۰	۶۵/۹
۶- بی حسی در زبان یا در قسمت‌های دیگر دهان	۲۵۸	۳۶/۴	۴۵۱	۶۳/۶

آغازین سرطان دهان ۲ از ۶ نمره ارزیابی شده است. در کل، میزان آگاهی جامعه‌ی مورد پژوهش به گونه‌ای کلی ۸/۰۵ از ۲۱ نمره گزارش گردید.

این میانگین نمره نشان دهنده‌ی میزان آگاهی بسیار پایین گروه مورد بررسی از این بیماری است. همانند با بررسی کنونی در بررسی هرویتز (Horowitz) و همکاران، در مورد آگاهی بزرگسالان شهرنشین آمریکا در زمینه‌ی عوامل خطر و علایم سرطان دهان، میزان آگاهی افراد در این مورد بسیار کم گزارش گردید، تنها ۲۵ درصد از افراد تنها یک علامت سرطان را می‌شناختند و ۴۴ درصد حتی یک علامت از سرطان دهان را نمی‌شناختند^(۳). بررسی‌های گوناگون دیگر در این زمینه نشان‌دهنده‌ی آگاهی کم مردم در مورد سرطان دهان است^(۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳).

در بررسی کنونی میان میزان آگاهی از عوامل و علایم کارسینوم دهان با سن اختلافی مشاهده نشد. بررسی‌های دیگر

ضروری می‌دانستند و تنها ۱/۱ درصد (۸ نفر) افزایش سطح اطلاعات مردم را درباره‌ی سرطان دهان ضروری نمی‌دانستند. در بررسی از جامعه‌ی مورد پژوهش خواسته شده بود، که مشخص نمایند کدام رسانه گروهی بهتر می‌تواند در راستای افزایش سطح اطلاعات مردم نقش ایفاء کند. بررسی پاسخ‌ها نشان داد، که ۷۶/۷ درصد (۵۵۱ نفر) ترکیب‌های متنوعی از رسانه‌های گوناگون ذکر شده در پرسش هفتم، ۲۳/۳ درصد تنها یکی از ۶ مورد تعیین شده در این پرسش را انتخاب نموده، که در میان آنها ۱۹/۱ درصد تلویزیون را برای این منظور بهتر می‌دانستند.

بحث

برپایه‌ی یافته‌ها در این بررسی آگاهی افراد بزرگسال جامعه‌ی مورد بررسی نسبت به عوامل ایجاد کننده‌ی سرطان دهان ۶/۰۴ از ۱۵ نمره، و میزان اطلاعات و آگاهی در مورد علایم

نتایج، همانندی با این بررسی به دست آوردند^(۱۲ و ۱۳).
در بررسی کنونی، میزان آگاهی از عوامل موثر تنها در افراد

بالاتر از دیلم به صورت معناداری بیشتر از افراد با سواد پایین‌تر بود ($p < 0.05$). در این قسمت نتیجه‌ی بررسی پو (Powe) که بر روی سیاهپوستان آمریکایی انجام شده بود، این اختلاف معنادار گزارش نشد، که می‌تواند نشان دهنده‌ی تاکید بیشتر امروزی جراید در این زمینه باشد^(۱۲). در بررسی کنونی سطح سواد افراد و میزان آگاهی از علایم بیماری و در کل عوامل موثر در ایجاد سرطان

دهان و علایم سرطان دهان تفاوتی معنادار نشان نمی‌دهد. در این بررسی، بیشترین درصد آگاهی افراد از نقش مصرف مشروبات الکلی و دخانیات در ایجاد سرطان دهان بود، که با میزان آگاهی افراد در بررسی‌های پیشین همانند است^(۱۰، ۱۱ و ۱۲). در بررسی آشه (Ashe) و همکاران، بهداشتکاران دهان سیگار و الکل را دو عامل مهم خطر ساز در ایجاد کارسینوم حلق می‌دانستند^(۱۴). در بررسی هنگ (Huang) و همکاران، بر روی بزرگسالان پورتوریکو تنها ۱۳ درصد از افراد می‌دانستند، که مصرف مداوم الکل سبب افزایش احتمال ایجاد کارسینوم دهان می‌شود^(۱۷).

الکل پس از سیگار دومین عامل خطر ساز برای کارسینوم‌های سر و گردن در جهان شناخته شده است^(۱۸).
۶۵ درصد از افراد شرکت کننده در این بررسی، برخی از بیماری‌های ویروسی را در ایجاد کارسینوم دهان دخیل می‌دانستند. احتمالاً بعید است، که افراد در مورد نوع ویروس‌هایی که می‌توانند در ایجاد این گونه‌ی سرطان دهان دخیل باشند، اطلاع کافی داشته باشند. در بررسی‌های گذشته همراهی برخی از ویروس‌ها با سرطان دهان گزارش شده است، که می‌توان به انواع خاصی از این ویروس‌ها مانند پاپیلوما و اپستین بار اشاره نمود^(۱۹ و ۲۰).

در مورد علایم آغازین کارسینوم دهان به سه گزینه‌ی درست یعنی توده یا ضخیم شدگی در گونه که توسط زبان احساس می‌شد و لکه‌ی سفید یا سرخ در لثه، زبان یا کف دهان و بی‌حسی در زبان یا قسمت‌های دیگر^(۳) به ترتیب ۴۶، ۴/۳۵ و ۴/۳۶ درصد جواب درست داده بودند. ۴/۳۵ درصد حداقل یکی از علایم کارسینوم دهان را می‌شناختند و ۳/۱۵ درصد به هیچ یک از علایم این بیماری اشاره نکرده بودند.

در این بررسی ۱/۲۹ درصد از افراد پیشینه‌ی پرتو درمانی در ناحیه‌ی سر و گردن و ۲/۲۵ درصد از افراد تماس دراز مدت لب‌ها با نور خورشید را در ایجاد کارسینوم دهان و لب دخیل می‌دانستند. آگاهی افراد در مورد عامل نور خورشید در ایجاد کارسینوم دهان همانند با بررسی پو و همکاران بود^(۱۲). در بررسی هرویتز و همکاران، تنها ۳۶ درصد عامل نور خورشید را در ایجاد

در این بررسی هرویتز تنها ۲۵ درصد از افراد حداقل یکی از علایم آغازین کارسینوم دهان را می‌شناختند و ۴۴ درصد از افراد هیچ یک از علایم کارسینوم دهان را نمی‌شناختند^(۳). بررسی کنونی در مقایسه با بررسی هرویتز نشان می‌دهد، که افراد مورد پژوهش از آگاهی بیشتری برخوردار بوده‌اند. این تفاوت می‌تواند به علت تفاوت در ابزار اندازه‌گیری، نمره دهی و گونه‌ی دسته بندی

گزارش گردیده است (۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲ و ۱۴).

نداشتن آگاهی از علایم آغازین بیماری می‌تواند به چشم پوشی بیمار از مراجعه به مراکز درمانی منجر شده و در نتیجه عواقب جدی به همراه داشته باشد. در حالی که اطلاعات در مورد عوامل خطر ساز و علایم آغازین با این که ممکن است نتواند به خودی خود به تغییر رفتاری (برای نمونه ترک سیگار) منجر گردد، ولی داشتن اطلاعات درست و کافی برای تصمیم آگاهانه می‌تواند برای بیمار کمک کننده باشد (۲۱).

در مورد منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری‌های دهان اکثریت افراد رادیو و تلویزیون، روزنامه و مجلات را برای این امر انتخاب کرده بودند، که این امر، نقش رسانه‌های عمومی و جراید را در بالا بردن میزان آگاهی مردم از عوامل موثر و علایم کارسینوم دهان نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

میزان پایین آگاهی بزرگسالان در دو حیطه‌ی عوامل خطر ساز و علایم سرطان دهان نشان می‌دهد، که بایستی تلاش بیشتری در بالا بردن سطح آگاهی در این دو موضوع یاد شده توسط رسانه‌ها و جراید طی برنامه‌های جذاب انجام پذیرد. افزون بر این آموزش افرادی همچون معلمان و مربیان که در بالا بردن سطح اطلاعات عمومی نقش دارند، می‌تواند به گونه‌ای غیر مستقیم در بالا بردن سطح آگاهی دانش‌آموزان در دوران دبیرستان و آموزش از طریق کتب درسی موثر باشد.

پرسش‌ها باشد. در ضمن، بررسی هر ویتز حدود بیست سال پیش انجام گرفته که با تاکید رسانه‌ها بر آموزش افراد جامعه در سال‌های اخیر می‌توان افزایش آگاهی مردم را انتظار داشت.

تمار (Tomar) طی پژوهشی بر روی ۱۷۷۳ نفر در یکی از ایالت‌های آمریکا که با مصاحبه‌ی تلفنی با روش تصادفی به کمک رایانه انتخاب شده بودند، نشان داد، که نصف افراد مورد پژوهش فکر نمی‌کردند، که لکه‌ی سرخ یا سفید یا خونریزی می‌تواند نشان‌دهنده‌ی کارسینوم دهان باشد (۱۳).

نتایج این بررسی و بررسی‌های دیگر در کل جامعه نشان می‌دهد، که توجه نسبتاً کمی در بالا بردن سطح آگاهی عموم مردم از عوامل خطر ساز و علایم آغازین کارسینوم دهان شده است و در نتیجه عموم مردم در این مورد از میزان آگاهی کمی برخوردار هستند (۳). یکی از محدودیت‌های این بررسی در دسترس نبودن عموم مردم بود، که تلاش کرده شد، که نمونه‌ها از دانشکده‌ی دندانپزشکی و درمانگاه‌هایی که بیشترین مراجعه کننده را داشتند، انتخاب شود. با این وجود نتایج بررسی کنونی قابل تعمیم به کل جامعه نیست. جست و جو در مورد موارد همانند این بررسی نشان داد، که سنجش آگاهی عامه مردم از عوامل موثر و علایم آغازین سرطان دهان به میزان کمی مورد بررسی قرار گرفته و در بیشتر بررسی‌های گذشته آگاهی گروه‌های دیگر جامعه همچون پزشکان، دندانپزشکان، بهداشتکاران دندان، دانشجویان و پرستاران ارزیابی شده است. حتی در گروه‌های یاد شده میزان آگاهی از عوامل موثر و علایم آغازین سرطان دهان به میزان کم

References

1. Epstein J, Van Der Waal I. Oral cancer. In: Greenberg MS, Glick M, editors. Burket's oral medicine, diagnosis and treatment. 11th ed. Hamilton: BC Decker; 2008. p. 153-189.
2. Nevill BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. p.356-360.
3. Horowitz AM, Nourjah P, Gift HC. U.S. adult knowledge of risk factors and signs of oral cancers: 1990. J Am Dent Assoc 1995; 126: 39-45.
4. Wen CP, Tsai SP, Cheng TY, Chen CJ, Levy DT, Yang HJ, et al. Uncovering the relation between betel quid chewing and cigarette smoking in Taiwan. Tob Control. 2005; 14 Suppl 1: 16-22.
5. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A, Angelillo IF. Dental hygienists and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. Oral Oncol 2004; 40: 638-644.

6. Cannick GF, Horowitz AM, Drury TF, Reed SG, Day TA. Assessing oral cancer knowledge among dental students in South Carolina. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 373-378.
7. Silverman JR. Oral cancer. 4th ed. Hamilton: BC Decker; 1998. p. 1-6, 67-74.
8. Khalili M, Agha Babaei H, Hossein Zadeh A. Knowledge, attitude and practice of general physicians in relation with oral malignancies. *J Qazvin Univ Med Scien Health Service* 2004; 32: 72-67.
9. Jané-Salas E, Chimenos-Küstner E, López-López J, Roselló-Llabrés X. Importance of diet in the prevention of oral cancer. *Med Oral* 2003; 8: 260-268.
10. Shetty KV, Johnson NW. Knowledge, attitudes and beliefs of adult South Asians living in London regarding risk factors and signs for oral cancer. *Community Dent Health* 1999; 16: 227-231.
11. Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenigsberg H, Franklin DM. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 1064-1071.
12. Powe BD, Finnie R. Knowledge of oral cancer risk factors among African Americans: do nurses have a role? *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 785-791.
13. Tomar SL, Logan HL. Florida adults' oral cancer knowledge and examination experiences. *J Public Health Dent* 2005; 65: 221-230.
14. Zarei MR, Asadpour F. Assessing dentist's knowledge and awareness in the diagnosis of oral cancer. *Shahid Beheshti Med Scienc Univ J Dent Sch* 2002; 4: 346-357.
15. Zarei MR, Navabi N, Akhavi Zadegan H, Naeimi Khorasani Zadeh M, Yazdani M. Oral cancer knowledge and diagnostic skill of Iranian dentists participating in the 40th Congress of Iranian Dental Association (IDA). *Strides in Development of Medical Education. J Med Educ Develop Cen Kerman Univ Med Scien* 2005; 2: 104-112.
16. Ashe TE, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP, Patton LL. North Carolina dental hygienists' assessment of patients' tobacco and alcohol use. *J Dent Hyg* 2005; 79: 9.
17. Huang WY, Winn DM, Brown LM, Gridley G, Bravo-Otero E, Diehl SR, et al. Alcohol concentration and risk of oral cancer in Puerto Rico. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 881-887.
18. Viswanathan H, Wilson JA. Alcohol--the neglected risk factor in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004; 29: 295-300.
19. Dai M, Clifford GM, le Calvez F, Castellsagué X, Snijders PJ, Pawlita M, et al. Human papillomavirus type 16 and TP53 mutation in oral cancer: matched analysis of the IARC multicenter study. *Cancer Res* 2004; 64: 468-471.
20. Scully C. The oral cavity in: champion RH, Burton JL, editors. Burns DA, Breath nach SM, Rook Williams Ebling. *Text book of dermatology*. 5th ed. London: Blackwell Scientific Pub; 1998. p.3074.
21. Winn DM, Diehl SR, Brown LM, Harty LC, Bravo-Otero E, Fraumeni JF Jr, Kleinman DV, Hayes RB. Mouthwash in the etiology of oral cancer in Puerto Rico. *Cancer Causes Control* 2001; 12: 419-429.