

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشکان عمومی و دندانپزشکان عمومی که به حداقل ۷۰٪ پرسش‌های مطرح شده در این مقاله پاسخ صحیح دهند ۱/۵ امتیاز تعلق می‌گیرد.

سرطان دهان

دکتر مریم راد^۱

خلاصه

سرطان دهان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در جهان و یکی از ۱۰ علت شایع مرگ‌ومیر محسوب می‌گردد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که شیوع سرطان دهان در قسمت‌های مختلف جهان متفاوت است و فراوانی آن از زیر ۰/۱ درصد تا بالای ۴۰ درصد متغیر می‌باشد. متأسفانه اکثریت سرطان‌های دهان در مراحل پیشرفته و پس از بروز علائم مربوطه تشخیص داده می‌شوند. کارسینومای دهان در مقایسه با دیگر نئوپلاسم‌های بدخیم در محل‌های دیگر بدن، پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارد و میزان زنده ماندن در افراد مبتلا به آن در ارتباط با تشخیص در مراحل اولیه، سن پایین‌تر و تغییر در عادات زندگی می‌باشد. این مقاله که برای دندانپزشکان و پزشکان عمومی نوشته شده به مرور اپیدمیولوژی، تظاهرات بالینی، اتیولوژی و روش‌های تشخیصی و درمانی سرطان دهان می‌پردازد.

انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله خواننده بتواند:

- ۱- اشکال بالینی شایع‌تر سرطان دهان را بشناسند.
 - ۲- مهم‌ترین عوامل ایجاد سرطان دهان را نام ببرند.
 - ۳- با اصول تشخیص این سرطان آشنا گردند.
 - ۴- درمان‌های رایج برای این سرطان را نام ببرند.
- واژه‌های کلیدی: سرطان، بدخیمی، دهان، اسکواموس سل کارسینوما

۱- استادیار بیماری‌های دهان، دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آدرس پست الکترونیک: Rad_1152@yahoo.com

۱- اپیدمیولوژی

سرطان دهان شامل انواع نئوپلاسم‌های بدخیمی است که در داخل دهان ایجاد می‌شوند (۱). این سرطان‌ها شامل تومورهای لب، زبان، لثه، کف دهان، کام سخت و نرم، لوزه‌ها، غدد بزاقی، اوروفارنکس، نازوفارنکس، هیپوفارنکس می‌باشند (۲). بیشتر از ۹۰ درصد از موارد

سرطان دهان از نوع اسکواموس سل کارسینوما است (۴-۲) و در حدود ۹ درصد از سرطان‌ها شامل کارسینوماهای غدد بزاقی، سارکوما و لنفوماها می‌باشند. و ۱ درصد باقیمانده، سرطان‌های متاستاتیک از شش، پستان، پروستات و کلیه هستند (۱).

دیگر، مانند قرارگیری در معرض اشعه ماورای بنفش و اختلال ایمنی (مانند عفونت HIV و پیوند عضو) در ارتباط با ۱۰ درصد از این موارد به ویژه برای سرطان لب مطرح می‌گردد. عفونت ویروس پاپیلومای انسانی را می‌توان در ۳۰ درصد موارد این سرطان مشخص نمود. سندروم پلامروینسون و کمبود ویتامین A نیز سبب افزایش خطر سرطان حفره دهان و حلق می‌شود. عوامل دیگر از جمله ترکیبات آرسنیک که در درمان سیفلیس به کار می‌روند، کمبودهای تغذیه‌ای، قرارگیری در معرض ترکیباتی مثل ذرات چوب و فلز و عفونت کاندیدا نقش کمتری در ایجاد سرطان ایفا می‌کنند (۱۶-۱۴).

۳- تظاهرات بالینی

خصوصیات بالینی کارسینوماها در سطوح مخاطی حفره دهان متغیر می‌باشد. تومور، ممکن است به اشکال مختلف زخم، توده برجسته (قارچی شکل، پاپیلری، مانند زگیل)، پلاک سفید، پلاک قرمز و یا ترکیبی از پلاک سفید و قرمز دیده شود (۱۷، ۱۳). بسیاری از سرطان‌های اولیه دهان، بدون علامت می‌باشند در حالی که ضایعات پیشرفته، اغلب زخمی و همراه با حاشیه برجسته و سفت هستند. درد در اغلب موارد تا آخرین مراحل بیماری وجود ندارد (۱۵، ۱۴).

۳-۱- جایگاه

لب شایع‌ترین محل ایجاد سرطان دهان می‌باشد. سرطان‌های لب تقریباً بدون استثناء SCC هستند. سرطان لب غالباً بیماری مردان مسن روشن پوست می‌باشد و در اکثریت موارد ور میلیون حاشیه لب پایین را گرفتار می‌کند. عوامل خطر برای ایجاد سرطان لب شامل در معرض خورشید بودن، مشاغل خاص مانند کشاورزی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و عادت کشیدن سیگار و پپ می‌باشد (۱۸، ۹).

جایگاه‌های پرخطر برای ایجاد سرطان در داخل دهان سطح شکمی و کناره خلفی طرفی زبان، کف دهان و کام نرم هستند (۱۵، ۱۴).

میزان بروز سرطان دهان و مرگ و میر ناشی از آن در نقاط مختلف جهان متفاوت است. بیشترین میزان سرطان دهان در کشورهای در حال توسعه شامل هند، پاکستان، بنگلادش، هنگ کنگ، سنگاپور و فیلیپین دیده می‌شود (۵، ۶). در جنوب شرقی آسیا و به خصوص در هند، سرطان حفره دهان شایع‌ترین سرطان می‌باشد و ۳۵ درصد تمامی سرطان‌ها در مردان و ۱۸ درصد از آنها را در زنان تشکیل می‌دهد (۷).

۱-۱- سن

از بین تمام عواملی که ممکن است در ایجاد سرطان نقش داشته باشند، سن مهم‌ترین عامل می‌باشد و تقریباً ۹۵ درصد موارد آن در افراد مسن تر از ۴۰ سال با متوسط سن ۶۰ سال ایجاد می‌شود (۸).

۱-۲- جنس و نژاد

سرطان دهان غالباً در مردان ایجاد می‌شود (۹). این سرطان ششمین سرطان شایع در مردان و دوازدهمین سرطان در زنان می‌باشد (۱۰) از نظر نژادی، سیاهپوستان آمریکایی نسبت به سفید پوستان در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان دهان و حلق قرار دارند. به نظر می‌رسد که این افزایش خطر به دلیل تأثیر فاکتورهای محیطی باشد، زیرا تاکنون نقش عوامل ژنتیکی در بروز آن مشخص نگردیده است (۱۰، ۲).

۲- اتیولوژی

تباکو و الکل شناخته شده‌ترین عوامل ایجاد سرطان دهان و حلق می‌باشند. خطر ایجاد سرطان دهان در افراد سیگاری ۷ برابر غیرسیگاری‌ها می‌باشد (۱۲، ۱۱). خطر نسبی ایجاد سرطان در افرادی که الکل زیادی استفاده می‌کنند ۶ برابر بیشتر است و این خطر برای بیمارانی که از الکل و تباکو با هم استفاده می‌نمایند ۳۸ برابر بیشتر می‌شود (۱۳، ۱۲). ۸۰ درصد موارد سرطان در ارتباط با انواع تباکو (کشیدنی و غیر کشیدنی) و الکل می‌باشد. عوامل

خانوادگی نیز باید در زمینه بررسی وجود هرگونه سندروم که ممکن است خطر ایجاد سرطان دهان را افزایش دهد بررسی گردد (۱۷).

معاینه کامل سر و گردن نیز در زمینه بررسی دقیق محل و گسترش تومور اولیه و شناسایی متاستازها انجام می‌شود. باید توجه داشت که سرطان‌ها در مراحل اولیه ممکن است به صورت پلاک قرمز یا سفید و غیرزخمی باشند. سرطان‌های پیشرفته‌تر به صورت زخمی و تهاجمی و یا قارچی شکل و برجسته و یا هر دو می‌باشند (۱۲). سرطان ممکن است در داخل ضایعات پیش بدخیم مثل لکوپلاکیا یا اریتروپلاکیا ایجاد شود (۱۲).

تأیید بافت‌شناسی تشخیص سرطان دهان قبل از انجام هرگونه درمان لازم می‌باشد. هر ضایعه دهانی که ۳ هفته یا بیشتر از ایجاد آن گذشته باشد و تشخیصی برای آن داده نشده باشد، باید برای تأیید یا رد بدخیمی نمونه‌برداری گردد (۲۰). تنوپلاسم‌های حفره دهان و حلق معمولاً به وسیله معاینه بالینی و نمونه‌برداری تشخیص داده می‌شوند و انجام رادیوگرافی نیز برای بررسی گسترش بیماری، تهاجم به استخوان و گره‌های لنفاوی گردن و چسبندگی تومور به شریان کاروتید لازم می‌باشد (۸). به منظور ارزیابی دقیق متاستاز، رادیوگرافی از قفسه سینه و تست‌های عملکرد کبد انجام می‌گردد. زمانی که تمام اطلاعات از تاریخچه، معاینه بالینی، نمونه‌برداری، رادیوگرافی و بررسی متاستاز به دست آمد تومور براساس اندازه، درگیری گره‌های لنفاوی و متاستاز (TNM) طبقه‌بندی می‌شود (۱۲).

۵- پیش‌آگهی

پیش‌آگهی بستگی به سه عامل اصلی محل ضایعه، وجود یا عدم وجود متاستاز به گره‌های لنفاوی و اندازه تومور دارد (۱۱). گسترش موضعی یا ناحیه‌ای OSCC شایع است و عامل مهمی در درمان و پیش‌آگهی می‌باشد. متاستاز به گره‌های لنفاوی گردن شایع بوده اما متاستاز دور دست، نادر می‌باشد. در صورت متاستاز به دور دست، شش، کبد، و استخوان‌ها جایگاه‌های شایع درگیری محسوب می‌شوند.

SCC زبان، شایع‌ترین بدخیمی داخل دهان است. معمولاً سرطان زبان در مردان در دهه ششم و هفتم زندگی ایجاد می‌شود، اما ممکن است در سنین جوان‌تر نیز رخ دهد. ضایعات زبان اغلب رفتار تهاجمی دارند (۱۳). به طوری که تومور در مراحل اولیه بدون درد می‌باشد و ممکن است به صورت پلاک سفید، قرمز یا برجستگی کوچکی دیده شود، اما در صورتی که برای آن درمانی انجام نشود تبدیل به زخم می‌گردد. سرانجام زخم حاصله قاعده سفتی پیدا می‌کند و تومور به بافت اطراف تهاجم پیدا کرده و زبان ثابت و غیرمتحرک می‌گردد. در این حالت تکلم و بلع مشکل گردیده و درد و ناراحتی، علائم اصلی محسوب می‌شوند. گسترش به گره‌های لنفاوی بستگی به محل تومور داشته و ممکن است دو طرفه باشد. تومورهای نوک زبان به گره‌های لنفاوی زیرچانه‌ای و ژوگولوموهیوئید و تومورهای خلفی‌تر به گره‌های تحت فکی و ژوگولودیگاستریک تهاجم می‌یابند (۹).

کف دهان دومین محل شایع داخل دهانی برای تغییرات سرطانی محسوب می‌شود. کارسینوما در این محل در مردان مسن به خصوص سیگاری‌ها و الکلی‌ها ایجاد می‌شود. تومورهای این محل به دنبال تهاجم به ساختمان‌های مجاور، گره‌های لنفاوی تحت فکی و ژوگولودیگاستریک را درگیر می‌نمایند (۱۹).

درگیری مخاط باکال و لثه نیز به خصوص در نواحی که عادات خاصی مثل قرار دادن تنباکوی جویدنی وجود دارد شایع می‌باشد (۱۴، ۱۵).

۴- تشخیص

تشخیص موارد مشکوک به سرطان حفره دهان از طریق ارزیابی خصوصیات دموگرافیک بیمار و بررسی عادات خاص به خصوص مصرف تنباکو و الکل و دیگر عوامل تحریک‌کننده که ممکن است در ایجاد سرطان دهان نقش داشته باشند انجام می‌شود. یک تاریخچه کامل همچنین باید شامل تاریخچه وضعیت بهداشت دهان و در معرض بودن نسبت به هر کارسینوژن دیگر باشد. تاریخچه

میزان زنده ماندن پس از درمان بستگی به عوامل زیادی دارد که شامل تأخیر در ترمیم، سن زیاد، جنس مرد، اندازه تومور، محل تومور (نواحی خلفی)، تمایز ضعیف از نظر بافت‌شناسی و درگیری گره‌های لنفاوی می‌باشند. در مقایسه با نئوپلاسم‌های بدخیم در محل‌های دیگر کارسینومای دهانی پیش‌آگهی ضعیفی دارد. کیفیت زندگی در مراحل نهایی نیز ضعیف می‌باشد. میزان بقای سرطان دهان در افراد مسن‌تر احتمالاً به دلیل تحمل پایین‌تر آنان نسبت به اشعه درمانی یا جراحی کمتر است. تأخیر در تشخیص و درمان نیز از عوامل مؤثر در پیش‌آگهی و میزان بقا می‌باشد (۲۰).

۷- درمان

در حال حاضر SCC حفره دهان و فک اساساً به وسیله جراحی و اشعه درمانی درمان می‌گردد. درمان اصلی سرطان دهان در مراحل اولیه جراحی است. بسیاری از موارد OSCC اولیه با جراحی درمان می‌شوند، در حالی که سرطان‌های پیشرفته‌تر و سرطان‌هایی که استخوان، عروق و گره‌های لنفاوی متعدد را درگیر می‌کنند معمولاً با ترکیبی از اشعه درمانی و جراحی درمان می‌شوند (۱۵). در بیمارانی که شانس درمانی ضعیفی دارند ترکیبی از اشعه درمانی و شیمی درمانی به کار می‌رود (۲۲، ۲۱، ۱۵).

متاستاز، معمولاً در بیمارانی که سرطان ناحیه‌ای یا موضعی پیشرفته یا بیماری عود کننده دارند ایجاد می‌شود. سرطان دهان در قسمت‌های خلفی حفره دهان و حلق و قسمت تحتانی دهان پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارد، زیرا معمولاً این تومورها در مراحل پیشرفته‌تر تشخیص داده می‌شوند و هنگام تشخیص احتمال بیشتری برای تهاجم به گره‌های لنفاوی وجود دارد (۱۰).

محققان نشان داده‌اند که ۴۰ درصد تومورهایی که در ناحیه رترو کمیشور گونه وجود دارند، شانس بهبودی را پیدا می‌کنند در حالی که ۱۷ درصد تومورهای ناحیه یک سوم میانی گونه و تنها ۱۰ درصد تومورهای یک سوم خلفی گونه شانس بهبودی دارند (۱۱).

بدبختانه اکثریت سرطان‌های دهان در مراحل پیشرفته‌تر و زمانی که علامت‌دار شدند تشخیص داده می‌شوند (۱۰) که در این زمان شانس بهبودی فرد به میزان زیادی کاهش یافته است.

مطالعات نشان داده است که اندازه تومور نیز در پیش‌آگهی آن نقش دارد به طوری که بیمارانی که اندازه تومور آنها از ۶ میلی‌متر کمتر باشد، پیش‌آگهی بهتری را نسبت به افراد با تومورهایی به اندازه بیش از ۶ میلی‌متر نشان می‌دهند (۱۱).

۶ - میزان بقا

Oral Cancer

Rad M., D.D.S.¹

1. Assistant Professor of Oral Medicine, School of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

email: Rad_1152@yahoo.com

Abstract

Oral cancer is one of the most prevalent cancers and one of the 10 most common causes of death in the world. Epidemiological studies have shown that the prevalence of oral cancer varies from less than 0.1% to over 40% in different parts of the world. Unfortunately, the majority of oral cancers are diagnosed in advanced stages after becoming symptomatic. In comparison with malignant neoplasms at other body sites, oral carcinoma has a poor prognosis. The survival rate is dependent on diagnosis in early stages of disease, younger age, and change in risk-promoting lifestyle. In this paper written for general practitioners and Dentists, the epidemiology, clinical presentations, etiology, diagnostic aids and treatment of oral cancer are reviewed.

Keywords: Cancer, Malignancy, Oral, Squamous Cell Carcinoma

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2008; 15(4): 363-370

References

1. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodvs NL. Dental Management of the medically compromised pateint. 7th ed., St. Louis, Mosby, 2008: PP445-7.
2. Canto MT, Devesa SS. Oral Cavity and pharynx Cancer incidence rates in the United States 1975 – 98. *Oral Oncology* 2002; 38(6): 610-17.
3. Oliver AJ, Helfrick JF, Gard D. primary Oral Squamous Cell Carcinoma: A review of 92 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54(8): 949-54.
4. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Munoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx world wide : etiological clues . *Oral Oncol* 2000; 36(1): 106-15.
5. Iamaroon A, pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantarak S, Prapayasato K, Jittidecharaks S, *et al.* Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33(1): 84-8.
6. La Vecchia C, tavani A, Franceschi S, Levi F, Corrao G, Negri E. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncol* 1997; 33(5): 302-12.
7. Filho VW. The epidemiology of oral and pharyngeal cancer in Brazil. *Oral Oncology* 2002; 38(8): 737-46.
8. Silverman. Oral cancer. 5th ed., Hamilton London, *BC Decker Inc*, 2003; PP1-27.
9. Cawson RA, Binne WH, Barrett AW, *et al.* *Oral diseases*. 3rd ed., London, Mosby, 2001; P15

10. Greenberg MS, Glick M, ship JA. Burket's Oral Medicine .11th ed., Hamilton, BC Decker, 2008; PP153-7.
11. FU YS, Wenig BM, Abemayor E, *et al.* Head and neck pathology with clinical correlations. Philadelphia, Pennsylvania, *Chur Chill Living stone*, 2001; P385-6.
12. Shap JP. Cancer of the head and neck. Hamilton London, BC Decker Inc, 2001; PP1-15, 100.
13. Neville BW, Damm DD, Allen CM , *et al.* Oral & Maxillofacial pathology .2nd ed., Philadelphia,W.B. Saunders company, 2002; PP356-70.
14. Rhodus NL. Oral cancer: Leukoplakia and squamous cell carcinoma. *Dent Clin North Am* 2005; 49(1): 43-65.
15. Brennan JA, Boyle Jo, Koch WM, Goodman SN, Hruban RH, Eby YJ, *et al.* Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous cell carcinoma of the head and neck . *N Engl J Med* 1995; 332(11): 712-7.
16. O'Hanlon S, Forster DP, Lowry RJ. Oral cancer in the North – East of England: Incidence, Mortality trends and the link with material deprivation. *Community Dent oral Epidemiol* 1997; 25(5): 371-6.
17. Harrison LB, Sessions RB, Hong WK. Head and neck cancer. Philadelphia, Lippincott – Raven, 1999; PP411-7.
18. de Visscher JG, Schaapveld M, Otter R, Visser O, Van der Wal I, *et al.* Epidemiology of cancer of the lip in the Netherlands. *Oral oncol* 1998; 34(5): 421-6.
19. Regezi JA, Sciubb AJJ, Jordan RCK. Oral pathology clinical pathologic correlations. 4th ed., United States, Sunders, 2003; PP52-63.
20. Melo MD, Obeid G. Osteonecrosis of the jaws in patients with a history of receiving bisphosphonate therapy: strategies for prevention and early recognition. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(12): 1675- 81.
21. Sundtharalingam S. Principles and complications of radiation therapy. In: Ord RA, Blanchaert Rt (editors). Oral Cancer: The Dentist's Role in Diagnosis, Management, Rehabilitation, and prevention. Chicago, Quintessence, 2000; PP186-8.

سؤالات خودآموزی

1- کدام مورد بیشترین انواع سرطان دهان را تشکیل می دهد؟

- (الف) سارکوما
(ب) لنفوما
(ج) سرطان های متاستاتیک
(د) کارسینوما

2- کدام یک در ایجاد سرطان دهان و لب نقشی ندارد؟

- (الف) اشعه ماوراء بنفش
(ب) سندروم پلامر وینسون
(ج) ترکیبات آرسنیک
(د) عفونت هرپس سیمپلکس نوع دو

3- کدام جایگاه، برای ایجاد سرطان دهان، پرخطر محسوب نمی شود؟

- (الف) کناره طرفی زبان
(ب) سطح شکمی زبان
(ج) کف دهان
(د) سطح پشتی زبان

4- عاداتی نظیر استفاده از تنباکوی جویدنی معمولاً " منجر به سرطان در می گردد.

- (الف) لثه
(ب) مخاط گونه
(ج) کام سخت
(د) موارد 1 و 2

5- انجام کدام روش تشخیصی برای سرطان دهان بر بقیه مقدم است؟

- (الف) رادیوگرافی فک
(ب) تست عملکرد کبد
(ج) نمونه برداری
(د) معاینه سر و گردن

6- بهترین پیش آگهی سرطان دهان مربوط به انواعی از آن می باشد که در بوجود می آید.

- (الف) کف دهان
(ب) زبان کوچک
(ج) یک سوم میانی گونه
(د) ناحیه رتروکمیشور

7- در بیماران مبتلا به اسکواموس سل کارسینوماي دهان که شانس درمان ضعیفی نیز دارند ترکیب کدام درمان ها بکار می رود؟

- (الف) اشعه درمانی + جراحی
(ب) شیمی درمانی + جراحی
(ج) اشعه درمانی + شیمی درمانی
(د) اشعه درمانی + شیمی درمانی + جراحی

8- سرطان دهان ممکن است به کدام شکل بروز نماید؟

- (الف) توده برجسته پاپیلری
(ب) ترکیبی از پلاک سفید و سرخ
(ج) زخم با حاشیه های سفت و برجسته
(د) همه موارد

9- کدام عامل در تعیین پیش آگهی سرطان دهان فاقد نقش است؟

- (الف) جنس بیمار
(ب) محل ضایعه
(ج) وجود متاستاز
(د) اندازه تومور

10- تومورهای نوک زبان معمولاً " به گره های لنفاوی گسترش می یابند.

- (الف) زیر چانه ای
(ب) تحت فکی
(ج) ژوگلولو دیگاستریک
(د) پشت گوشي

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی:

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را به طور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سوالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظرخواهی نسبت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداکثر تا 1388/3/25 به آدرس کرمان - بلوار جمهوری اسلامی - ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی، طبقه سوم، معاونت آموزشی، دفتر آموزش مداوم - تلفن: 0341-3205606 اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل 70% از سوالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

عنوان مقاله: سرطان دهان نام نشریه: مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نام خانوادگی: نام: نام پدر: شماره شناسنامه: صادره از:

تاریخ تولد: جنس: مرد زن

محل فعالیت: استان: شهرستان: بخش: روستا:

نوع فعالیت: هیأت علمی آزاد رسمی پیمانی قراردادی طرح سایر

مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:

رشته تحصیلی مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکرا: تخصص: فوق تخصص:

آدرس دقیق پستی: کد پستی: شماره تلفن: تاریخ تکمیل و ارسال فرم:

امضاء، شماره نظام پزشکی و مهر متقاضی:

امضاء و مهر مسؤول ثبت نام

سؤال	پاسخ	الف	ب	ج	د
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

نظری ندارم	کاملاً مخالقم	تا حدی مخالتم	تا حدی موافقم	کاملاً موافقم	خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (X) در زیر گزینه مربوطه اعلام نمایید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- محتوای مقاله بر اساس منابع جدید علمی ارائه شده است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه‌ای من تناسب داشته است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است.
سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارائه مقالات خود آموزشی ذکر نمایید.					
همکار گرامی لطفاً با ارائه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خود آموزشی، برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم یاری فرمایید.					

Archive of SID