

دندانپزشک

ماهنامه آموزشی، پژوهشی تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی / سال پنجم / شماره دی و بهمن ۹۶ / قیمت ۶۰۰۰ تومان

هزینه بالا و آگاه نبودن مردم عمده ترین مشکلات دندانپزشکی

انتقاد از رویکردهای درمانی بیمه ها و وزارت بهداشت در سلامت دهان و دندان

محلول ضد عفونی کننده بایوکلین (فانو تقره)

بررسی تطبیقی نظام آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران

یادی از پیشکسوتان، زنده یاد آقای رضا لیلان مهر آبادی

اعتماد مراجعین به دندان پزشکی و راهکارهای افزایش آن

سینا
نه آورا

تشریح
بهدار کتبه پزشکی و دندانپزشکی
۰۲۱-۶۶۶۲۸۰۲۶ و ۶۶۶۲۸۱۰۲

dentistmagazine



www.dentistnews.ir



NSK

Surgic AP



موتورهای جراحی ایمپلنت
پر قدرت و بادوام

Surgic Pro



شرکت دوستکام
تجهیزات پزشکی و دارویی
سراسر مابین



مجله دندانپزشک

ماهنامه آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی

سال پنجم ■ شماره ۲۰ ■ دی و بهمن ماه ۱۳۹۶

فهرست مطالب

- ۱۰ _____ سرمقاله
- ۱۲ _____ اخبار
- گزارش / انتقاد از رویکرد درمانی بیمه ها و وزارت بهداشت
در سلامت دهان و دندان _____ ۱۸
- گزارش / پروتوزهای متکی بر ایمپلنت جایگاه مهمی در دندانپزشکی
نوین دارد _____ ۱۹
- محلول ضد عفونی کننده بایوکلین _____ ۲۰
- بررسی تطبیقی نظام آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران با
برخی کشورهای جهان _____ ۲۲
- مقایسه کارایی بی‌حسی انفیلتراسیون آرتیکایین با بلاک عصب
اینفراآلونولار لیدوکایین در درمان پالپ... _____ ۳۱
- مقایسه کلینیکی سینوس لیفت به روش استئوتوم سامرزو
پیزوسرجری _____ ۳۷
- مقایسه ۵ استحکام پیوند ریزبرشی کامپوزیت رزین سیلوران با
کامپوزیت متاکریلاتی... _____ ۴۰
- نکته _____ ۴۵
- خواندنی _____ ۵۲
- یادی از پیشکسوتان (مرحوم رضالیاز مهرآبادی) _____ ۵۶
- معرفی کتاب _____ ۵۸
- یادداشت طنز / فرم اشتراک _____ ۵۹

■ صاحب امتیاز و سردبیر: دکتر شعبانعلی کوهستانی

■ مدیرمسئول: دکتر فاطمه درویش

■ هیئت تحریریه و مشاوران علمی: دکتر محمدرضا کریمی، دکتر غلامرضا اصفهانی زاده، دکتر احسان زاهدی، دکتر امید مقدس، دکتر کاوه سیدان، دکتر علی حسینی

■ طراحی و صفحه آرایی: مونا قهاری

■ عکاس: هادی آزاد

■ مدیر بازرگانی: ژوبین ابراهیمی - ۰۹۱۲ ۱۹۷ ۱۱ ۷۸

■ تایپ و حروفچینی: لیلا پور حسین

■ لیتوگرافی: طرح و رنگ

■ چاپ: آوا (خیابان دماوند، روبروی خیابان حجت، پلاک ۱۲۰۹، تلفن: ۰۲۱-۷۷ ۵۷ ۴۵ ۲۸)

■ دفتر نشریه: تهران - خیابان کارگر شمالی - خیابان نصرت، نرسیده به دکتر قریب - پلاک ۱۴۰ - واحد ۱۹
■ تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۱۳۳۲۳
■ تلفکس: ۰۲۱-۶۶۹۴۹۱۵۲

■ دندانپزشک نشریه ای مستقل است و به هیچ حزب و گروهی وابسته نیست.

■ چاپ مقالات در نشریه به معنای تأیید از طرف نشریه نبوده و مسئولیت و صحت و سقم آن بر عهده نگارنده می‌باشد.

■ مطالب و نوشته‌های خود را جهت چاپ در نشریه به آدرس دفتر نشریه ارسال نمایید.

هزینه بالا و آگاه نبودن مردم، عمده‌ترین مشکلات دندانپزشکی

اظهار داشت: «بیمه‌ها در کشور ما پوشش قوی‌ای برای هزینه‌های درمان دندانپزشکی ندارند و از سوی دیگر اگر قرار باشد بار مالی این حوزه از دوش مردم به دولت منتقل شود، باید منابع مالی آن تأمین شود که تا به حال چنین اتفاقی نیفتاده است. البته اگر نگاه کلان به این مهم داشته باشیم متوجه می‌شویم تخصیص این هزینه در حوزه دندانپزشکی علاوه بر اینکه از گسترش سایر بیماری‌هایی که به خاطر بیماری دهان و دندان ایجاد می‌شود، جلوگیری خواهد کرد؛ در دراز مدت نیز به‌عنوان نوعی سرمایه‌گذاری، چه برای مردم و چه دولت خواهد بود.»

نریمانی تصریح کرد: «از لحاظ علمی و شیوه‌های درمانی به‌طور قاطع می‌گویم که ایران در این حوزه جزء یکی از بهترین کشورهای دنیا به شمار می‌رود. دانشکده‌های دندانپزشکی ما نیز تا امروز توانسته‌اند دانشجویان ماهری را در این حوزه تربیت کنند. در حقیقت ایران در حوزه دندانپزشکی همگام با علم روز دنیا جلو می‌رود.»

زهرا رضانی فارغ‌التحصیل رشته دندانپزشکی خاطرنشان کرد: «باید مردم با آسیب‌هایی که بیماری‌های دهان و دندان برای آنها به همراه می‌آورند، آشنا شوند تا در صورت بروز بیماری به سرعت به دندانپزشکی مراجعه کنند تا از این طریق هم جلوی افزایش هزینه‌ها و هم جلوی گسترش بیماری گرفته شود.»

هفتمین کنگره دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی با حضور استادان داخلی و خارجی و با هدف آشنایی دانشجویان با روش‌های درمان جدید و انتقال تجربیات به یکدیگر در محل دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی برگزار شد و در حاشیه این کنگره نیز نمایشگاهی از شرکت‌های فعال در تجهیزات دندانپزشکی حضور داشته‌اند.

جدا از مباحث آموزشی و بار علمی‌ای که این کنگره برای دانشجویان و فارغ‌التحصیلان دندانپزشکی داشته است، نباید فراموش کرد که جامعه ما در این حوزه با مشکلات زیادی روبه‌رو است؛ مشکلاتی که نمی‌توان به راحتی از کنار آن گذشت.

جایگاه غیرواقعی دندانپزشکی در کشور

محمدامین نریمانی، دبیر اجرایی این کنگره درباره جایگاه دندانپزشکی در کشور گفت: «متأسفانه دندانپزشکی در کشور ما جایگاه واقعی خود را ندارد و مردم آن‌گونه که باید برای این حوزه در زندگی خود اولویت قائل نمی‌شوند؛ در حالی که در بسیاری از فیلم‌ها و سریال‌های خارجی می‌بینیم حتماً یکی از شخصیت‌ها در طول سریال و فیلم به دندانپزشکی مراجعه کرده و دندان‌های خود را کچاپ می‌کند که این نشان‌دهنده وجود برنامه‌ریزی پایه‌ای برای کنترل و پایش بیماری‌های دهان و دندان در خارج از کشور است.»

او ادامه داد: «قطعاً هر چه بیماری‌های دهان و دندان پیشرفته‌تر شود، هزینه‌های بیشتری به مردم و دولت تحمیل می‌شود. به همین دلیل است که در کشورهای پیشرفته برنامه‌های پیشگیرانه‌ای برای حوزه دندانپزشکی وجود دارد، ولی در کشور ما این اولویت وجود ندارد. هر چند طی سال‌های اخیر گام‌های کوچکی در این خصوص برداشته شده ولی هنوز تا جایگاه واقعی فاصله زیادی داریم.»

دبیر اجرایی هفتمین کنگره دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی با بیان اینکه امروزه بخش عظیمی از هزینه‌های دندانپزشکی برعهده مردم است،





او افزود: «اصلی‌ترین بیماری دهان و دندان در سنین کودکی و نوجوانی و جوانی پوسیدگی دندان و در سنین بالای ۳۰ سال و میانسالی و کهنسالی مشکلات لثه‌ای است که همه این بیماری‌ها نیز با مراقبت و پیشگیری و آگاهی قابل کنترل است.»

نبود فرهنگ‌سازی‌های لازم

رضا ناهیدی، استاد دندانپزشکی نیز در ادامه به مشکلات موجود در بحث دندانپزشکی در کشور اشاره کرد و گفت: «اصلی‌ترین مشکل

ما در این زمینه فرهنگ‌سازی و آموزش است؛ چراکه اگر به خوبی درباره بیماری‌های دهان و دندان و راه‌های پیشگیری از آن اطلاع‌رسانی شود، شاهد کاهش بیماری‌ها و به تبع آن کاهش هزینه‌های درمانی خواهیم بود.»

او ادامه داد: «از سوی دیگر باید با فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی درست کاری کنیم که حوزه دندانپزشکی و مشکلات دهان و دندان به اولویت مردم تبدیل شود؛ چرا که بیشتر بیماری‌های سیستماتیک از بیماری‌های

دهان و دندان نشأت می‌گیرد و با این کار جلوی بسیاری از بیماری‌ها در کشور گرفته خواهد شد.»

این دندانپزشک با بیان اینکه تعداد دندانپزشکان و دانشکده‌های دندانپزشکی در کشور ما کم نیست، اظهار داشت: «نبود سیستم جامع و مدیریت درست باعث شده امروزه شاهد بسیاری از مشکلات در این حوزه باشیم که باید برای آن فکری شود.»

ناهیدی بیان داشت: «دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی امروزه یکی از بهترین دانشکده‌ها در این حوزه است، ولی نباید فراموش کنیم که آینده مبهم، باعث شده بسیاری از دانشجویان انگیزه لازم را برای فراگیری درست و دقیق مباحث آموزشی نداشته باشند.»

رقابت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی با سایر دانشجویان

زهره احمدی، دانشجوی فارغ‌التحصیل دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی نیز گفت: «دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی از لحاظ تعداد استادان، کلینیک‌های تخصصی و نحوه آموزش یکی از بهترین دانشکده‌ها به شمار می‌رود. از سوی دیگر برگزاری کنگره‌هایی از این قبیل نیز می‌تواند از لحاظ علمی برای دانشجویان بسیار مفید باشد.»

او ادامه داد: «قطعاً تمامی دانشجویان فارغ‌التحصیل در این رشته از لحاظ علمی می‌توانند با دانشجویان سایر کشورها رقابت کنند، ولی مشکلاتی نیز در این حوزه وجود دارد که یکی از آنها عدم آگاهی کافی مردم از بیماری‌های دهان و دندان و هزینه‌های بالای این حوزه است.»

این فارغ‌التحصیل رشته دندانپزشکی خاطرنشان کرد: «باید مردم با آسیب‌هایی که بیماری‌های دهان و دندان برای آنها به همراه می‌آورند، آشنا شوند تا در صورت بروز بیماری به سرعت به دندانپزشکی مراجعه کنند تا از این طریق هم جلوی افزایش هزینه‌ها و هم جلوی گسترش بیماری گرفته شود.»





برنامه درسی دندانپزشکی بازنگری شد توقف پذیرش دانشجوی دوره کاردانی



دندانپزشکی اشاره و خاطرنشان کرد: با توجه به فراهم نبودن زیرساخت‌های آموزشی مراکز متولی آموزش این دسته از دانشجویان و مشکلات بکارگیری و جذب آنها مقرر شد یک توقف کوتاه مدت در جذب این دانشجویان داشته باشیم که بعد از حل مشکلات و نیاز سنجی دقیق این رشته‌ها، این فرآیند ادامه پیدا خواهد کرد.

دبیر شورای دندانپزشکی و تخصصی افزود: به عنوان مثال تربیت تکنسین‌های سلامت دهان یکی از مصوبات سال‌های اخیر در دبیرخانه شورای دندانپزشکی بوده در صورتی که هیچ برنامه ریزی در بکارگیری و جذب آنها نشده و تا پایان سال نزدیک ۲ هزار تکنسین سلامت دهان فارغ التحصیل می‌شوند و بکارگیری و جذب آنها یکی از نگرانی‌های مسئولان است.

وی با اشاره به بازدیدهای دوره‌ای از مراکز دانشگاهی جهت اعتباربخشی و راه‌اندازی کمیته‌های راهبردی جهت استفاده از نظرات کارشناسی آنها اظهار داشت: ارتباط با انجمن‌های علمی تخصصی هم از دیگر اقدامات مهم دبیرخانه شورای دندانپزشکی و تخصصی است که در آن دو طرف انتظارات و مطالبات خود را جهت تقویت همکاریها منعکس می‌کنند.

رزمی با اشاره به تشکیل شورای سیاست‌گذاری امور دندانپزشکی با حکم وزیر بهداشت از تعیین شاخص‌های هیأت‌بورد و ساماندهی برنامه امتحانات دستیاری، ارتقا و بورد توسط این شورا خبر داد و افزود: با مرکز ملی آموزش‌های مهارت‌های بالینی حرفه‌ای جهت سیاست‌گذاری و برنامه ریزی در خصوص مرکز غیر مجاز مذاکراتی صورت گرفته تا بتوانیم محتوای این مرکز آموزشی را جهت خدمات دهی مناسب کنترل کنیم.

وی به طرح تحول و نوآوری آموزشی علوم پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به عنوان قطب دندانپزشکی کشور نام برد و اظهار داشت: توسعه آموزش‌های مجازی جزء ماموریت‌های کارگروه دندانپزشکی است که زیر نظر دبیرخانه شورای دندانپزشکی و تخصصی وظایف خود را انجام می‌دهد.

دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی از بازنگری کلی برنامه درسی (کریکولوم) دکتری دندانپزشکی خبر داد و گفت: این برنامه با تغییرات جزئی به شورای عالی برنامه ریزی ارجاع شد.

دکتر حسن رزمی افزود: این برنامه با تغییرات جزئی به شورای عالی برنامه‌ریزی ارجاع شده است که در اولین فرصت ابلاغ خواهد شد.

وی با اشاره به فعالیت‌های دبیرخانه آموزش دندانپزشکی از اولویت بندی تصمیمات بر حسب ضرورت و حساسیت و تعیین تکلیف کتاب ملی دندانپزشکی خبر داد و افزود: این کتاب با همکاری و زحمات اعضای هیأت علمی در دانشکده‌های سراسر کشور و با محوریت دبیرخانه شورای دندانپزشکی و تخصصی و کارگروه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد گردآوری شده است.

دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی اظهار داشت: توسط جمعی از همکاران اشکالاتی به این کتاب وارد شده بود که مقرر شد با کمک اعضای هیأت علمی نواقص آن برطرف شود تا بتوانیم به عنوان یک کتاب مرجع در فرآیند آموزش دوره دکتری و آزمون‌های دوره دستیاری از آن استفاده کنیم.

وی با اشاره به تعیین و تکلیف و ساماندهی اعضای هیأت علمی که به صورت ضربی K به دانشگاه‌های علوم پزشکی معرفی شده‌اند از پیگیری دغدغه‌های اعضای هیأت علمی خبر داد.

رزمی از متمرکز شدن آزمون ملی دانش‌آموختگان خارج از کشور در پردیس بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران خبر داد و افزود: این آزمون که در گذشته به صورت پراکنده برگزار می‌شد طوری ساماندهی شد که دانش‌آموختگان با یک فرآیند مشترک ارزیابی شوند و از پراکندگی و بلا تکلیفی رهایی یابند.

وی به بحث ساماندهی رشته‌های پیراندندانپزشکی و حد واسط از جمله تکنسین رادیولوژی، تکنسین سلامت دهان، دستیار دندانپزشکی و منشی‌گری



جشنواره دندان سالم، لبخند زیبا برگزار می شود



محصولات با حمایت و کمک مراکز علمی صاحب نظر شناسایی، معرفی و مورد ارزیابی قرار گیرند و در جهت ارتقاء کیفی آنها تلاش شود. در نتیجه این محصولات بیشتر مورد اعتماد مردم و دندانپزشکان قرار خواهند گرفت و می توانند جایگاه شایسته خود را در بازار داخلی به دست آورند. در نهایت از این طریق می توان با افزایش تولید ملی و همچنین به بهبود وضعیت اشتغال کمک کرد.

با توجه به اینکه گروه هدف برنامه های ارتقای سلامت دهان عموم مردم و به خصوص دانش آموزان هستند، جشنواره سلامت دهان با عنوان «جشنواره دندان سالم، لبخند زیبا» با موضوع تبلیغ و ترویج فرهنگ سلامت دهان و مراقبت های بهداشتی دهان و دندان برگزار می شود.

از اهداف این جشنواره می توان به ترویج فرهنگ رعایت بهداشت دهان، ترویج فرهنگ مراجعه منظم به دندانپزشکی، جلب حمایت و تشکیل سازمان های مردم نهاد اشاره کرد.

در این جشنواره جلسات آموزش بهداشت چهره به چهره برای شرکت کنندگان توسط اساتید و دانشجویان دندانپزشکی و همچنین برنامه های فرهنگی - هنری با موضوع سلامت دهان برای خانواده ها و کودکان برگزار می شود.

برگزاری مسابقه نقاشی با موضوع سلامت دهان در بین کودکان مدارس ابتدایی نیز از برنامه های این جشنواره است.

جشنواره دندان سالم، لبخند زیبا سوم و چهارم اسفند ماه سال جاری برگزار می شود.

◀ **جشنواره سلامت دهان با عنوان «جشنواره دندان سالم، لبخند زیبا» با موضوع تبلیغ و ترویج فرهنگ سلامت دهان و مراقبت های بهداشتی دهان و دندان سوم و چهارم اسفند ماه برگزار می شود.**

پوسیدگی دندان و بیماری های لثه از شایع ترین بیماری های جمعیت بشری است که گروه های سنی مختلف را در تمام نقاط جهان گرفتار کرده است.

براساس نتایج پیمایش کشوری سلامت دهان در سال ۱۳۹۱، هر کودک شش ساله ایرانی به طور متوسط ۵ دندان پوسیده دارد که این شاخص در مقایسه با سال ۱۳۸۳ افزایش ۷ درصدی داشته است.

وضعیت پوسیدگی دندانی در بزرگسالان به مراتب بدتر است، به طوری که بر اساس آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت، به طور متوسط در گروه افراد ۴۵ ساله، حدود ۱۲ دندان بر اثر پوسیدگی از دست رفته یا آسیب دیده اند.

از لحاظ بیمارهای لثه نیز بالغین ایرانی در وضعیت نامناسبی به سر می برند، به طوری که بر اساس مطالعات نزدیک به صد درصد افراد میانسال مشکل لثه ای دارند و ۱۰ درصد از این افراد، از مشکلات شدید لثه رنج می برند.

از لحاظ رفتارهای بهداشتی، هنوز جامعه ایرانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و استفاده از مسواک دوبر در روز همچنان در قشر وسیعی از جامعه به طرز صحیح انجام نمی گیرد و استفاده از نخ دندان نیز کمتر مورد توجه مردم قرار دارد.

با توجه به نقش مهم پیشگیری در کنترل بیماری های دهان و دندان، لازم است ارتقای کیفیت محصولات بهداشتی مرتبط با سلامت دهان از جمله مسواک، خمیر دندان، نخ دندان و دهان شویه ها بیشتر مورد دقت قرار گیرند.

در حال حاضر محصولات بهداشتی دهان و دندان ایرانی چه از لحاظ کمی و چه از لحاظ کیفی کمتر مورد توجه مجامع علمی و همچنین عموم مردم بوده اند.

با توجه به اصل اقتصاد مقاومتی و حمایت از تولید ملی، لازم است تا این



برترین دانشکده‌های دندانپزشکی کشور را بشناسید



۲۰۱۷ استخراج شده است دربرگیرنده شاخص‌های تعداد مقالات، تعداد استنادات و شاخص H-index است.

شاخص H-Index نمادی از کمیت و کیفیت کار پژوهشی یک مجموعه است. به عنوان مثال اگر دانشکده‌ای شاخص H-Index برابر با ۴۰ داشته باشد یعنی آن دانشکده ۴۰ مقاله حداقل ۴۰ استنادی دارد.

شاخص‌های جدول بر اساس اطلاعات مقالات منتشر شده اعضای هیأت علمی در هر دانشکده دندانپزشکی توسط مرکز توسعه و هماهنگی اطلاعات و انتشارات علمی معاونت تحقیقات فناوری وزارت بهداشت گردآوری و محاسبه شده است.

نتایج رتبه‌بندی دانشکده‌های دندانپزشکی کشور براساس شاخص «اچ ایندکس» مبتنی بر مقالات اعضای هیات علمی دانشکده مربوطه منتشر شد.

نتایج رتبه‌بندی دانشکده‌های دندانپزشکی کشور براساس شاخص H-Index، مبتنی بر مقالات اعضای هیات علمی دانشکده مربوطه منتشر شد. در این رتبه‌بندی تعداد مقالات تمامی اعضای هیات علمی دانشکده دندانپزشکی هر دانشگاه علوم پزشکی به تفکیک دانشگاه استخراج شده و سپس استنادات و شاخص H-Index آن درج شده است.

این رتبه بندی که براساس بانک اطلاعاتی Scopus در پایان سال میلادی

رتبه‌بندی دانشکده‌های دندانپزشکی کشور براساس شاخص H-Index مبتنی بر مقالات اعضای هیات علمی دانشکده مربوطه

رتبه	دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی	تعداد مقالات	تعداد استنادات	شاخص H-Index
۱	شهید بهشتی	۱۰۲۰	۷۵۸۶	۳۸
۲	تهران	۱۰۵۷	۷۹۲۳	۳۷
۳	کرمان	۲۸۸	۳۸۸۵	۳۰
۴	مشهد	۷۵۶	۴۹۴۵	۲۹
۵	اصفهان	۵۲۵	۳۸۴۷	۲۷
۶	تبریز	۵۰۸	۳۹۵۰	۲۶
۷	شیراز	۵۲۲	۲۷۹۴	۲۳
۸	دندانپزشکی دانشگاه شاهد	۱۱۶	۸۰۸	۱۵
۸	شهید صدوقی یزد	۱۶۲	۷۷۱	۱۵



۱۵	۷۱۴	۲۰۲	همدان	۸
۱۵	۶۴۱	۹۵	ارتش	۸
۱۲	۷۹۷	۲۱۷	بابل	۹
۱۱	۴۷۲	۱۰۶	زاهدان	۱۰
۱۰	۳۳۲	۱۰۴	قزوین	۱۱
۱۰	۲۵۶	۳۱	رفسنجان	۱۱
۹	۳۹۷	۹۱	جندی شاپور اهواز	۱۲
۹	۲۶۵	۷۲	گیلان	۱۲
۸	۲۲۱	۹۳	مازندران	۱۳
۸	۱۵۲	۶۹	کرمانشاه	۱۳
۷	۱۵۷	۴۱	گلستان	۱۴
۶	۱۶۴	۳۸	ارومیه	۱۵
۶	۱۰۹	۲۱	البرز	۱۵
۶	۱۰۳	۲۱	کردستان	۱۵
۶	۹۹	۱۵	هرمزگان	۱۵
۵	۷۷	۲۷	سمنان	۱۶
۵	۶۰	۳۸	زنجان	۱۶
۵	۴۸	۲۲	قم	۱۶
۴	۵۶	۲۰	خراسان شمالی	۱۷
۴	۴۰	۲۹	بیرجند	۱۷
۴	۴۰	۱۸	لرستان	۱۷
۳	۳۸	۱۵	اردبیل	۱۸
۳	۲۷	۷	بوشهر	۱۸
۳	۲۳	۱۰	شهرکرد	۱۸
۳	۲۰	۱۴	اراک	۱۸
۲	۶	۷	کاشان	۱۹
۲	۶	۳	یاسوج	۱۹



اجرای طرح ثبت شرکت های مجاز به توزیع تجهیزات پزشکی قانونی فروش کالای قاچاق، عامل تفاوت در تعرفه های تجهیزات است

همچنین وزارت بهداشت برنامه ریزی های دقیقی نسبت به فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و آموزش را در اولویت های برنامه های خود قرار داده است.

عظیم زاده اذعان داشت: به طور کلی ۵۷ دانشگاه علوم پزشکی در کشور وجود دارد که به عنوان بازوهای اجرایی وزارت بهداشت، وظیفه اعمال مصوبه ها را برعهده دارد. بنابراین نظارت بر اصالت تجهیزات پزشکی از طریق دانشگاه ها انجام شده و مدیریت آن بر عهده وزارت بهداشت است.

وی در ادامه یادآور شد: قبل از خرید و یا استفاده از تجهیزات پزشکی باید اصالت محصول از طریق سامانه های موبایلی و QR COD کنترل شود. این امر در کاهش خرید و فروش تجهیزات پزشکی تقلبی و قاچاق نقش بسزایی داشته و می تواند تا حد قابل توجهی از سوء استفاده های متخلفین امر جلوگیری کند.

رئیس بازرسی اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت گفت: به منظور جلوگیری از ایرادات طرح شبنم و هولوگرام در تجربه های گذشته، وزارت بهداشت با اجرای طرح برچسب اصالت از نصب هر گونه تاییدیه کالا بر محصولات تجهیزات پزشکی قاچاق جلوگیری کرده و اطمینان مردم را نسبت به مجازی بودن محصولات جلب می کند.

عظیم زاده در خصوص تفاوت در تعرفه های تجهیزات پزشکی فروشگاه های مربوطه افزود: شرکت های توزیع کننده و تأمین کننده مجاز در سامانه اداره تجهیزات پزشکی ثبت و معرفی شده اند بنابراین قبل از خرید هر گونه تجهیزات پزشکی از شرکت های متفرقه با تعرفه های متغیر، باید از اسامی مراکز مجاز و معتبر وزارت بهداشت اطمینان حاصل شود.

وی عنوان کرد: در حوزه های تجهیزات دندان پزشکی و آزمایشگاهی طرح ثبت شرکت های توزیع کننده آغاز شده است.

بر این اساس دندانپزشکان و صاحبان آزمایشگاه ها که به طور خصوصی خریدار این گونه تجهیزات هستند می توانند از طریق شرکت های مجاز و مورد تأیید وزارت بهداشت تجهیزات مورد نیاز خود را تهیه کنند.

رئیس بازرسی اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت عنوان کرد: در حال حاضر دستورالعمل های لازم برای ثبت نام شرکت ها در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی تصویب و ابلاغیه های لازم ارائه شده است.

در دو حوزه دندان پزشکی و آزمایشگاهی که تجهیزات خارج از قوانین بیمارستانی تهیه می شود نظارت ها آغاز شده و بعد از این به حوزه های دیگر تسری پیدا می کند.

وی در ادامه اظهار داشت: دستورالعمل توزیع کنندگان و عرضه کنندگان تجهیزات پزشکی ثبت و در سال ۱۳۹۵ ابلاغ شده است اما به دلیل مشکلات متعدد اجرایی شدن آنها به تعویق افتاد.

در حال حاضر این دستورالعمل ها در حوزه های دندان پزشکی و آزمایشگاهی در حال انجام است.

امیدواریم به زودی شرایط برای اعمال آن در دیگر حوزه های تجهیزات پزشکی فراهم شود.



عظیم زاده گفت: تجهیزات دندان پزشکی و آزمایشگاهی بیش از دیگر محصولات پزشکی با مشکلات قاچاق کالا روبرو است به منظور جلوگیری از تخلفات، طرح ثبت شرکت های توزیع کننده این کالاها در سامانه اداره تجهیزات پزشکی آغاز شد.

حسین عظیم زاده در گفت و گو با خبرنگار گروه جامعه خبرگزاری میزان، در خصوص تشخیص اصالت تجهیزات پزشکی گفت: با توجه به نصب برچسب اصالت، طرح شبنم و هولوگرام بر محصولات تجهیزات پزشکی در طی سال های اخیر مشکلات متعددی برای تشخیص اصل و یا فرع بودن محصولات وجود داشته است چرا که با وجود برچسب های غیر قانونی و تقلبی بسیاری از محصولات قاچاق جایگزین تجهیزات قانونی شده و فروشندگان متخلف با نصب برچسب های غیر قانونی محصولات قاچاق را وارد بازار کرده اند.

وی افزود: جلوگیری از فروش کالاهای قاچاق و تشخیص اصالت آن نیاز به فرهنگ سازی داشته و باید نظارت ها به طور کامل در این زمینه صورت گیرد.

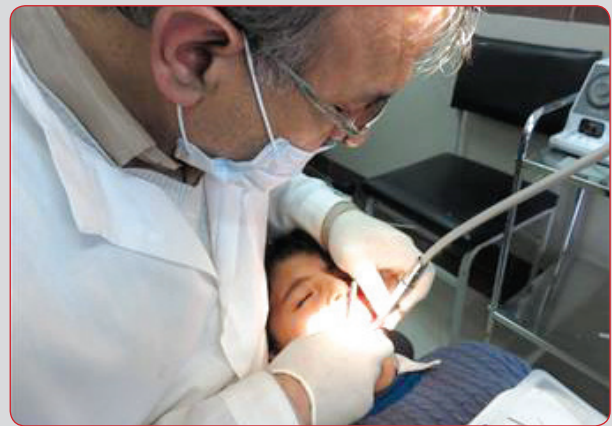
بر این اساس اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت در نظر دارد در طی هفته های آینده کلاس های آموزشی لازم را برای شرکت های تولید کننده، وارد کننده و توزیع کننده تجهیزات پزشکی برگزار کند.

رئیس بازرسی اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت خاطر نشان کرد: هدف از فرهنگ سازی، توجه به برچسب اصالت محصولات، آموزش نحوه استعمال قانونی تجهیزات و جلوگیری از فروش کالاهای قاچاق است.

وی عنوان کرد: فرهنگ استفاده از محصولات باید در سطوح مختلفی اطلاع رسانی شود تا مردم نسبت به روش های تشخیص درست اصالت کالا آگاه شده و آموزش های لازم انجام شود.



ویزیت رایگان دندان در روستای هلر جزیره قشم توسط دندانپزشکان اصفهان



◀ مدیر امور اجتماعی و سلامت سازمان منطقه آزاد قشم گفت: ۳۲ دندانپزشک دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای ویزیت رایگان دندان در روستای هلر جزیره قشم حضور پیدا می کنند.

تراب ذاکری در جمع خبرنگاران افزود: این دندانپزشکان با تمامی وسایل دندانپزشکی از دوشنبه به مدت چهار روز خدمات مختلف دندانپزشکی را به مردم جزیره قشم ارائه می کنند.

وی ادامه داد: در این مدت ترمیم، جرم گیری، کشیدن، فیشورسیلانت و سایر درمان های مربوط به دندان اطفال نیز در «مدرسه سید مصطفی خمینی» روستای هلر به صورت رایگان به همه مراجعه کنندگان جزیره ارائه می شود.

ذاکری به ارائه خدمت همزمان به ۱۹ نفر اشاره و تصریح کرد: با توجه به هزینه های بالای درمان دندان، مردم روستاهای جزیره می توانند از این فرصت برای سلامت بهداشت دندان های خود استفاده کنند.

شهرستان قشم شامل جزیره های قشم، هرمز، هنگام و لارک با حدود ۱۵۰ هزار نفر جمعیت در جنوب استان هرمزگان واقع است.



مسابقه نقاشی با موضوع سلامت دهان و دندان برگزار می شود



◀ مسابقه نقاشی دانش آموزان مدارس ابتدایی با موضوع سلامت دهان و دندان در راستای ترویج فرهنگ حفظ سلامت دهان و دندان برگزار می شود.

مرکز تحقیقات پیشگیری از پوسیدگی دندان دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن علمی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی با همکاری اداره بهداشت دهان و دندان وزارت بهداشت در راستای رشد و پرورش خلاقیت های کودکان و ترویج فرهنگ حفظ سلامت دهان و دندان اقدام به برگزاری مسابقه نقاشی برای دانش آموزان مدارس ابتدایی کرده است.

این مسابقه در راستای "سومین کنگره سلامت دهان و اپیدمیولوژی" و "اولین جشنواره محصولات بهداشت دهان و پیشگیری" با محوریت محصولات آموزشی و بهداشتی سلامت دهان و دندان مورخ ۴-۲ اسفندماه ۱۳۹۶، برگزار می شود.

هدف اصلی این مسابقه افزایش آگاهی و توجه دانش آموزان ابتدایی در زمینه سلامت دهان و دندان و تشویق آنها به رعایت بهداشت دهان و دندان است.





در نشست خبری عنوان شد؛ انتقاد از رویکرد درمانی بیمه ها و وزارت بهداشت در سلامت دهان و دندان

• حبیب احسنی پور

رئیس دوازدهمین کنگره علمی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از رویکرد بیمه ها و وزارت بهداشت در حوزه سلامت دهان و دندان انتقاد کرد.

دکتر لیلا عطایی در نشست خبری با عنوان این مطلب که رویکرد بیمه ها و وزارت بهداشت به سلامت دهان و دندان، درمانی است، گفت: تنها کاری که وزارت بهداشت انجام داده یک فلورایدتراپی در مدرسه بوده که البته انجام همین کار هم جای شک و شبهه دارد چون اگر این کار در شرایط نامناسب انجام شود، خیلی کارایی نخواهد داشت.

وی با تأکید بر اینکه ما باید به سمت پیشگیری برویم تصریح کرد: بایستی خانواده ها متقاعد شوند تا فرزندان خودشان را هر ۶ ماه تا یک سال نزد دندانپزشک برده و این هزینه را دولت باید متقبل شود.

در ادامه دکتر اسماعیل یاسینی متخصص دندانپزشکی ترمیمی با بیان این مطلب که یک ماده قندی بعد از مصرف بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد تا میکروب های دهان فعال شود و ایجاد پوسیدگی کند، گفت: پیشنهاد ما این است که حداقل دهان را با آب شستشو دهند که مواد قندی از روی دندان ها برداشته شود.

وی با بیان این مطلب که در حال حاضر بیمه ها فقط هزینه دندان کشیدن را پرداخت می کنند، افزود: اگر بیمه ها به جای دندان کشیدن هزینه پر کردن را پوشش دهند، منجر به خالی شدن دهان از دندان ها نمی شود.

یاسینی در ارتباط با روش های سفید کردن دندان ها گفت: بلیچینگ کم ضررترین روش برای سفید کردن دندان ها است اما باید بدانیم که برای همه دندان ها این روش جواب نمی دهد.

وی با توصیه به اینکه برای دندان های حساس نمی بایست از روش بلیچینگ استفاده کرد، افزود: این روش برای همه بیماران قابل استفاده نیست.

همچنین دکتر لیلا صدقی دبیر اجرایی علمی کنگره نیز از ارسال ۳۰۰ مقاله به این کنگره خبر داد و گفت: ۱۴۵ مقاله از این تعداد انتخاب شده که طی ۴ روز در ۳۷ پنل ارائه می شود.

دکتر باقر شهینی زاده رئیس انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با اشاره به استفاده از روش های روز دنیا در دندانپزشکی اظهار داشت: در حال حاضر روش های دیجیتالی در دندانپزشکی استفاده می شود که می تواند به سلامت دهان و دندان کمک کند.

وی با بیان این مطلب که دستگاه های عصب کشی اتوماتیک طول ریشه دندان را اندازه گیری می کند، افزود: برای استفاده از این فناوری باید علم آن را داشته باشیم

و یاد بگیریم کجا استفاده کنیم.

شهینی زاده در ارتباط با جایگاه دندانپزشکان عمومی کشور در تشخیص بیماری های دهان و دندان گفت: هر دندانپزشک عمومی موظف است در طول سال ۲۵ امتیاز را از طریق آموزش های دندانپزشکی کسب کند که بعد از ۵ سال با گرفتن ۱۲۵ امتیاز امکان تمدید پروانه مطب او فراهم می شود.

وی در ارتباط با سفرهای تجاری که برخی شرکت های دندانپزشکی برگزار می کنند، گفت: مسافرتی که با هدف تجارت باشد، مفهوم خودش را دارد اما ما معتقدیم این قبیل مسافرت ها نمی تواند جای آموزش های علمی را بگیرد.

شهینی زاده همچنین با بیان این مطلب که خطاهای دندانپزشکی خسارت غیر قابل جبران به دنبال ندارد، افزود: خطاهایی که در دندانپزشکی اتفاق می افتد قابل برگشت است.

در ادامه دکتر نرگس بارفروش جراح و متخصص بیماری های لثه و ایمپلنت با اشاره به گرایش روزافزون به درمان های ایمپلنت گفت: آنچه مسلم است با توجه به اینکه ایمپلنت نیاز بیماران است، اما باید بدانیم بیماری های اطراف ایمپلنت هم زیاد شده است.

وی با طرح این موضوع که چه معیارهایی برای کشیدن یا نکشیدن دندان ها وجود دارد، افزود: اگر قرار شد که دندان کشیده شود باید بدانیم که چه موقع ایمپلنت بگذاریم، زیرا با تشخیص درست، کار به درمان های پیچیده نمی رسد.

دکتر علی کاوسی متخصص رادیولوژی دهان و فک و صورت با اشاره به نقش مهم رادیولوژی در تشخیص ضایعات اولیه دهان و دندان و فک و صورت تأکید کرد: متأسفانه ترس و نگرانی از گرفتن رادیوگرافی در بین مردم وجود دارد که می بایست گفت با دیجیتالی شدن تصویربرداری ها این ترس و نگرانی معنا و مفهومی ندارد.

وی با بیان این مطلب که کمترین میزان تشعشع را رادیوگرافی دارد، افزود: این میزان تشعشع برابر با دوز چهار روز اشعه محیطی است.



مسئول رشته رادیولوژی عنوان کرد؛

استفاده از رادیوگرافی پانورامیک جهت بررسی سلامت ریشه دندانها

مسئول اجرایی، علمی رشته رادیولوژی، گفت: انجام رادیوگرافی پانورامیک (تمام فک) جهت بررسی سلامت ریشه دندانها، نقش مؤثری در تشخیص پوسیدگی های بین دندانی دارد.

دکتر شکوفه شیراندشت در آستانه برگزاری دوازدهمین کنگره علمی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در ارتباط با موضوع جایگاه رشته رادیولوژی در دندانپزشکی اظهار داشت: رشته رادیولوژی دهان، فک و صورت از رشته های پاراکلینیک در دندانپزشکی است که این دانش و کاربرد رادیوگرافی به عنوان ابزار تشخیصی قبل از طرح درمان، نقش خود را در تمام رشته های دندانپزشکی، به طور موثر اثبات کرده است.

وی افزود: در سال های اخیر با ظهور تکنولوژی دیجیتال و توموگرافی کامپیوتری تحت عنوان CBCT، دقت و سهولت مراحل رادیوگرافیک ایجاد شده است. همچنین با کاهش میزان تابش اشعه و بهداشت و ایمنی اشعه، استفاده مناسب از انواع رادیوگرافی های دندانپزشکی کمک شایانی به تشخیص پوسیدگی ها، شکستگی ها و ضایعات داخل استخوان شده است.

مسئول اجرایی، علمی رشته رادیولوژی در دوازدهمین کنگره علمی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران ادامه داد: انواع رادیوگرافی های دندانپزشکی کمک شایانی حتی در بیماری های مفصل گیجگاهی کرده است.

وی عنوان کرد: در موارد پیچیده استفاده از تصویر برداری کامپیوتری در برش های معین و یا MRI در تشخیص ضایعات بافت نرم، ارتباط بین رشته ای دندانپزشکی و رادیولوژی را بیش از پیش در ارزیابی موارد تحت درمان دندانپزشکی نشان داده است.

مسئول اجرایی، علمی رشته رادیولوژی در دوازدهمین کنگره علمی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران خاطر نشان کرد: در پیشگیری از پوسیدگی های وسیع در مراکز بهداشت و دانشکده ها، بخش رادیولوژی جزئی لاینفک در بحث پاراکلینیک است و با رعایت اصول ایمنی، می تواند از تکرار رادیوگرافی های غیر ضروری جلوگیری کند.

دوازدهمین کنگره سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با شعار «سلامت دهان و دندانپزشکی در هزاره سوم» در تاریخ ۱۹ تا ۲۲ دی ماه ۹۶ در مرکز همایش های برج میلاد برگزار می شود.

مسئول اجرایی علمی کنگره دندانپزشکان عمومی؛ پروتزهای متکی بر ایمپلنت جایگاه مهمی در دندانپزشکی نوین دارد

مسئول اجرایی و علمی دوازدهمین کنگره علمی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران، گفت: برای موفقیت در درمان های پروتزی، همکاری و نقش لابراتوارهای دندانپزشکی بسیار حائز اهمیت است.

دکتر ثریا شاکری اظهار داشت: علم دندانپزشکی، علم و هنر جایگزینی دندان های تخریب شده و یا از دست رفته بیمار است و دامنه آن از ترمیم یک دندان تا بازسازی کامل متغیر بوده و شامل پروتز ثابت و پروتز متحرک است.

وی افزود: پروتز ثابت شامل بازسازی دندان های تخریب شده و یا جایگزینی دندان های از دست رفته به وسیله پروتزهای فلزی ریختگی، فلز و سرامیک و یا تمام سرامیک است که امروز تمام سرامیک ها طرفداران زیادی در درمان های دندانپزشکی دارند.

مسئول اجرایی علمی پروتز دوازدهمین کنگره انجمن دندانپزشکان عمومی ایران، ادامه داد: پروتز متحرک شامل پروتز بیمارانی است که تعدادی از دندان ها را از دست داده اند و یا بی دندانی کامل دارند. این درمان ها به خصوص در افراد مسن، در جویدن، زیبایی و سلامت دهانی نقش مهمی دارد و برای بالا بردن کیفیت زندگی افراد مسن مورد توجه است.

شاکری با اشاره به اینکه امروزه با بالا رفتن میانگین طول عمر افراد و درمان بیمارانی مسن جایگاه ویژه ای برای درمان های پروتزی ایجاد شده است، افزود: امروزه درمان های ایمپلنت هم بخش بزرگ و مهمی از درمان های پروتزی به شمار می رود و پروتزهای متکی بر ایمپلنت جایگاه مهم و اصلی در دندانپزشکی نوین دارند و با توجه به استفاده روز افزون از ایمپلنت ها و افزایش نیاز به آنها و دستیابی به تمام اهداف دندانپزشکی، این علم پیشرفت و اهمیت زیادی دارد.

وی بیان داشت: هدف از دندانپزشکی مدرن بازسازی فرم دندانها، جویدن، صحبت کردن، راحتی بیمار و سلامت طبیعی بیمار است و در درمان های پروتزی نوین با جایگزینی نسوج و دندان های از دست رفته تمامی این اهداف امکان پذیر می شود.

مسئول اجرایی علمی پروتز دوازدهمین کنگره انجمن دندانپزشکان عمومی ایران خاطر نشان کرد: برای موفقیت در درمان های پروتزی، علاوه بر دندانپزشک و بیمار، همکاری و نقش لابراتوارهای دندانپزشکی هم بسیار حائز اهمیت است و مثلث دندانپزشک، لابراتور و بیمار با همکاری کامل یک درمان موفق را رقم می زند و علاوه بر مهارت و تجربه دندانپزشک، مهارت و دقت تکنسین لابراتور هم اهمیت خاصی دارد.

شاکری گفت: برای درمان موفق پروتز، دندانپزشک باید آگاهی و تسلط کامل بر سایر شاخه های دندانپزشکی از جمله درمان های ریشه دندان، ترمیمی، جراحی، انساج پرودنتال و... به خصوص در بخش بیومکانیک داشته باشد.

وی یادآور شد: درمان های نوین دندانپزشکی و پیشرفت روز افزون این علم در رشته پروتز نقش مهمی دارد و با توجه به مواد جدید دندانپزشکی در قالب گیری، فلزات، سرامیک جدید، وسایل و تجهیزات لابراتوارهای دندانپزشکی و... درمان های بهتر و کامل تر و موفق تری را در پروتز رقم خواهد زد.

محلول ضد عفونی کننده بایوکلین (نانو نقره)



مهندس مهدی سمایی (تجهیزات دندانپزشکی اشکان)

میکروارگانسیم ایجاد مقاومت می نمایند و یا نیاز به بالا بردن مقدار مصرف، برای تأثیرگذاری مثبت آنها می باشد. ضمن اینکه بسیاری از این ضد عفونی کننده ها به خاطر عوارض جانبی و بخارات سمی و بوی مشتمل کننده استفاده زیادتر از مقادیر مجاز در اماکن عمومی یا سطوح حساس را تحت تأثیر قرار می دهند.

ضد عفونی کننده های شیمیایی به دلیل تخریب یا تجزیه، معمولاً ماندگاری اثر بسیار کمی بر روی ابزار و سطوح دارند، بطور مثال وقتی ابزار استریل شده از اتوکلاو خارج شدند هیچ لایه محافظی جهت جلوگیری از آلوده شدن مجدد این ابزار بر روی آنها وجود ندارد.

این مشکلات در محصول تولید شده با نانو سیلور مرتفع خواهد شد

نانو ذرات نقره موجود در محصول بایوکلین به دلیل عدم تجزیه یا تخریب از ماندگاری اثر بسیار بالاتری برخوردارند. بدون شک نقره در ابعاد نانو، به دلیل بالا بودن سطح و بار الکتریکی نانو ذرات، در منافذ ابزار و سطوح نفوذ کرده و در این قسمت ها که مناسب ترین محل ها برای رشد و انتقال میکروبی محسوب می شوند از رشد و تکثیر میکرو اورگانسیم ها جلوگیری خواهند نمود.

نانو ذرات نقره موجود در محلول بایوکلین با ایجاد یک فیلم نامحسوس از نانو ذرات نقره بر روی ابزار و لوازم دندانپزشکی یا سطوح مدت زمان استریل ماندن ابزار و سطوح را به نحو قابل توجهی افزایش خواهند داد.

مکانسیم اثر گذاری نانو نقره

- تولید اکسیژن فعال توسط نانو ذرات نقره، سبب تخریب غشاء سلولی میکروارگانسیم می شود.
- دگرگون ساختن میکروارگانسیم ها (ترکیب با گوگرد موجود در RNA سلولی)
- با افزایش تمایل بار مثبت ذرات نانو نقره، این ذرات به میکروارگانسیم هایی که دارای بار منفی شده اند متصل شده که این فرایند سبب تخریب غشاء سلولی میکروارگانسیم ها می شود.

• خواص ضد میکروبی نقره از صدها سال قبل برای انسان ها شناخته شده بود، اما توسعه استفاده از نقره به دلیل گران قیمت بودن این فلز امکان پذیر نبود. یکی از مهمترین دستاوردهای نانو تکنولوژی ایجاد ظرفیت های جدید علمی، کاربردی و صنعتی برای مواد قدیمی و خواص شناخته شده آنهاست، نسبت سطح به حجم بسیار بالای نانو ذرات نقره باعث می شود تا خواص کاتالیستی در آنها ایجاد شده و با مقادیر وزنی بسیار کم نقره به خواص ضد میکروبی بسیار بالایی دست یابیم. بدون شک نقره در ابعاد نانو، به دلیل بالا بودن سطح مقطع در این مقیاس، در برخورد با سلول ها خاصیت جالب توجهی از خود بروز می دهد، که به آن ممانعت از متابولیسم سلولی اطلاق می شود و جلوی تنفس و رشد و تکثیر هر گونه ویروس، باکتری و قارچ را می گیرد. همین امر یعنی (نانویی شدن ذرات)، ظرفیت تولید محصولات جدیدی که امروزه از نقره در آنها استفاده می شود را برای ما فراهم نموده است، که از آن جمله می توان به محصولاتی در حوزه های زیر اشاره نمود: ابزار آلات جراحی، کامپوزیت، خمیر دندان، پلیمرها، باندهای زخم و...

مقدمه

حفره دهان یک محیط پیچیده جهت رشد و تکثیر بیش از ۷۰۰ گونه باکتری است. یکی از مهم ترین راه های انتقال این باکتری ها ابزار و تجهیزات دندانپزشکی می باشد. کنترل انتقال عفونت ها در محیط کار دندانپزشکی به دلیل تماس مداوم با ترشحات آلوده دهانی و آغشته به خون بیماران جزء اولویت های ویژه در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی است. استفاده از مواد ضد عفونی کننده مناسب می تواند با کنترل آلودگی های میکروبی و کاهش کلونیزاسیون میکروب ها، خطر انتقال بیماری های مسری را کاهش دهد.

برتری نسبت به ضد عفونی کننده های شیمیایی

اما بروز بیماری های مسری نو پدید و مقاومت جدید باکتری های به آنتی بیوتیک ها از مشکلات اساسی در حوزه سلامتی می باشد. بسیاری از ضد عفونی کننده های شیمیایی موجود در بازار، بر روی بسیاری از عوامل بیماری زا، تأثیر لازم را به طور کامل نداشته و یا در صورت تأثیر، در

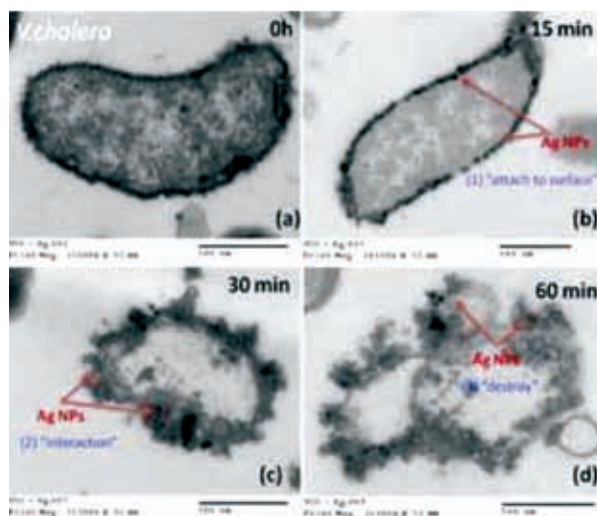
مزایای بایوکلین

۱. پایه آب، بی بو، غیر سمی، غیر شیمیایی
۲. فاقد سمیت سلولی، تنفسی، جلدی
۳. ماندگاری بسیار زیاد
۴. عدم توانایی، میکرو ارگانیسم ها در سازگاری با این محصول
۵. فاقد اثر خوردگی بر روی ابزار و پلیمرها- ضد ترک و خشکی پلیمرها

کاربرد بایو کلین در دندانپزشکی

۱. ضد عفونی سطوح یونیت، مخزن آب رزرو، شیلنگ ها و دیگر تجهیزات و ابزارآلات
۲. ضد عفونی ساکشن هوایی، آبی و مرکزی به منظور جلوگیری از تشکیل بیو فیلم و روسوبات ناشی از املاح خون و بزاق آب
۳. ضد عفونی دست بدون ایجاد خشکی بر روی پوست
۴. ضد عفونی پروتز های دندانی
۵. ضد عفونی دستکش لاتکس

- تنفس برخی میکروارگانیسم ها توسط آنزیم های خاصی صورت می گیرد. نانو نقره با از بین بردن این آنزیم ها عمل تنفس میکروارگانیسم ها را مختل کرده و سبب مرگ آنها می شود.
- نانو نقره با چسبیدن روی گیرنده های آنتی ژنی و شکستن پوشش ویروس موجب نابودی ویروس ها می شود.



جمهوری اسلامی ایران
پست Pasteur

انستیتو پاستور ایران

سسه عالی

مدیریت محترم تجهیزات دندانپزشکی استان

با سلام
احتراماً بدینوسیله به اطلاع می‌رساند پروژه ۹۸۸۱۴ اثرات باکتریال نمونه معادل نانو نقره از سلفی علیه سه باکتری *Paradimonas aeruginosa* (ATCC: 27853)، *Staphylococcus aureus* (ATCC: 6538) و *E. coli* (ATCC: 25922) بررسی شد.

دسترسی
از باکتریهای *E. coli* (ATCC: 25922) و *S aureus* (ATCC: 6538) و *P. aeruginosa* (ATCC: 27853) با غلظت 1.5×10^8 CFU/ml تهیه و از آنها محلول "نقطه" 1.5×10^6 CFU/ml تهیه شد. سپس با نمونه ایسکی به مدت ۳۰ دقیقه تماس داده شد. پس از گذشت ۲۲ ساعت برآمدهای 37°C نتایج زیر بدست آمد.

<i>E. coli</i> (ATCC: 25922)	1.5×10^8	Control	1.5×10^8
		Sample	0
<i>Paradimonas</i> (ATCC: 27853)	1.5×10^8	Control	1.5×10^8
		Sample	0
<i>S aureus</i> (ATCC: 6538)	1.5×10^8	Control	1.5×10^8
		Sample	0

نشانی تهران - خیابان پاستور - پلاک ۴۹ - پستی ۱۹۳۳۴۵
office@pasteur.ac.ir

نشانی تهران - خیابان پاستور - پلاک ۴۹ - پستی ۱۹۳۳۴۵
www.pasteur.ac.ir

بررسی تطبیقی نظام آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران با برخی کشورهای جهان

- عباس مکارم (مرکز تحقیقات مواد دندان‌دانی مشهد)
- علی عمادزاده (استادیارگروه آموزش پزشکی مشهد)
- مریم امیرچقماقی (مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک و صورت مشهد)
- علیرضا صراف شیرازی (مرکز تحقیقات مواد دندان‌دانی مشهد)

مقدمه

آموزش مداوم پزشکی به فعالیت‌هایی که بعد از فارغ التحصیلی برای افزایش دانش و مهارت و شایستگی حرفه‌ای جهت ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت طراحی می‌گردند، گفته می‌شود. این برنامه‌ها برای کمک به حفظ و گسترش اطلاعات پزشکی حرفه‌ای، هماهنگ با توسعه و پیشرفت تکنولوژی برگزار می‌گردند. با توجه به اینکه علم پزشکی همواره در حال پیشرفت است، برنامه‌های آموزشی مداوم طراحی شده‌اند تا اطمینان حاصل شود که همه شاغلان در حرفه‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی با پیشرفت‌های جدید به روز شوند. بنا براین هدف نهایی آموزش مداوم در دندانپزشکی ایجاد تغییرات عملکردی و رفتاری در دندانپزشکان در جهت بهبود فعالیت حرفه‌ای است. هر چند در مطالعات انجام شده، پزشکان برنامه‌های آموزشی مداوم مدون در حال اجرا با روش‌ها و شرایط فعلی را به میزان اندکی مفید و قابل استفاده دانسته‌اند.

آموزش مداوم جامعه پزشکی در بسیاری از کشورهای جهان اجرا می‌شود. در کشور ما نیز در سال ۱۳۷۵ قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

در حال حاضر، آموزش دندانپزشکی یک روند مداوم و یک وظیفه حرفه‌ای و اخلاقی است که از زمان دانش‌آموختگی تا پایان دوران طبابت باید ادامه داشته باشد. یک دندانپزشک وظیفه دارد برای ارتقای سطح آموزش‌های خود، در برنامه‌های آموزش مداوم شرکت نماید. امروزه، هیچ دندانپزشکی نمی‌تواند ادعا کند که دانش کافی در هنگام تحصیل به دست آورده و در حرفه‌ایش به تنهایی می‌تواند از عهده فناوری‌های جدید و تغییر نیازهای بیماران برآید. به همین سبب، در بسیاری از کشورهای اروپایی شرکت در آموزش مداوم اجباری است. در ایران نیز طبق قانون، افرادی که در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی نقش دارند، موظف به طی دوره‌های آموزشی هستند. مطالعه‌ای در ده کشور نشان داد، دندانپزشکان پیشنهاد کرده‌اند که برنامه‌های آموزش مداوم بهتر است بطور منظم برگزار شود بطوری که هر پنج سال، تمامی زمینه‌های علم دندانپزشکی را پوشش دهد.

آموزش مداوم حرفه‌ای دندانپزشکان یک روش مهم برای دستیابی به استانداردهای حرفه‌ای است و یکی از منابع مهم اطلاعاتی جهت تأیید اعتبار مدرک دندانپزشکان می‌باشد. بررسی نقاط قوت و ضعف برنامه‌های آموزش مداوم و توجه به برنامه‌های آموزشی ضروری برای دندانپزشکان اهمیت دارد و در این میان پرداختن به مطالعات تطبیقی و بهره‌مندی از تجارب دانشگاه‌های موفق بسیار مفید خواهد بود. این مطالعه به منظور مقایسه برخی عناصر تشکیل دهنده برنامه آموزش مداوم دندانپزشکان ایران با سایر کشورهای مطرح در زمینه دندانپزشکی انجام شد.

اطلاعات مورد نیاز برای این پژوهش با جستجو در سایت آموزش مداوم کشورهای مختلف جمع‌آوری گردید. این برنامه‌ها در برخی ابعاد نظیر سازمان‌های ارائه دهنده، سازمان‌های برنامه‌ریز، برنامه‌های ارائه شده، نحوه ارزشیابی و امتیاز دهی و شیوه‌های مختلف ارائه برنامه‌ها مورد مقایسه قرار گرفتند. الگوی مورد استفاده در این مطالعه الگوی بردی است که چهار مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه را در مطالعات تطبیقی مشخص می‌کند.

در برنامه‌های آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران، روش‌های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی برنامه به خوبی برنامه‌ریزی شده است. البته عناوین دیگری نظیر مهارت‌های ارتباطی، بازاریابی، اقتصاد و مطب‌داری نیز در برنامه‌های آموزش مداوم حرفه‌ای سایر کشورها وجود داشت. در حیطه سازمان برگزارکننده و ارائه دهنده نیز همه برنامه‌ها در ایران توسط دانشکده‌ها و مراکز آموزش عالی ارائه می‌گردد در حالی که در سایر کشورها انجمن‌های حرفه‌ای، صنایع وابسته و شرکت‌های تجاری هم مشارکت داشتند.

علی‌رغم نقاط قوت متعدد در برنامه آموزش مداوم دندانپزشکان در ایران، اشکالاتی نیز در این برنامه وجود داشت که می‌توان با اعتبارسنجی و اصلاح این موارد، برنامه را ارتقا بخشید. این اصلاحات شامل روش‌های یاددهی، انتخاب عناوین مناسب و کاربردی و به روز بودن موضوعات متناسب با نیاز دندانپزشکان می‌باشد.

پزشکی و شناسایی نقاط قوت و ضعف این برنامه، پرداختن به مطالعات تطبیقی و بهره برداری از تجارب دستگاه‌های موفق در این زمینه لازم و ضروری است. به همین منظور سیستم آموزش مداوم دندانپزشکی را در کشورهای مطرح در زمینه دندانپزشکی بررسی نمودیم. در این مطالعه از هر قاره حداقل یک کشور در نظر گرفته شد (آمریکا، انگلیس، استرالیا، آفریقای جنوبی) و از قاره آسیا نیز بر اساس پیشرو بودن آنها در زمینه دندانپزشکی و همچنین مشابهت‌های فرهنگی هند و مالزی انتخاب و بررسی شد. با شناسایی عناصر تشکیل دهنده برنامه آموزشی مداوم دندانپزشکی در این کشورها و مقایسه آنها با نظام آموزش مداوم در ایران، پیشنهادهای کاربردی برای بهبود بخشیدن به وضعیت برنامه‌های آموزشی مداوم در ایران ارائه شد.

مواد و روش‌ها

قوانین و ضوابط آموزش مداوم در ایران از طریق سایت اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی به آدرس اینترنتی <http://cehp.behdast.gov.ir> قابل دستیابی است. از آنجا که دندانپزشکی نیز شاخه‌ای از علوم پزشکی می‌باشد قوانین حاکم بر آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و برخی کشورها تابع سیستم کلی آموزش مداوم جامعه پزشکی است.

جهت دسترسی به برنامه‌های آموزش مداوم دندانپزشکی در سایر کشورها، به سایت آموزش مداوم کشورهای مختلف مراجعه کردیم. برای جستجوی منابع از واژه‌های کلیدی آموزش مداوم (continuing education)، توسعه مداوم حرفه‌ای (continuing professional development)، دندانپزشک (Dentist)، آموزش دندانپزشکی (Dental education) و واژه‌های معادل آن در بانکهای اطلاعاتی google scholar, Eric, Medline, Iranmedex و اطلاعات مرتبط با استانداردهای WFME و کشورهای آمریکا (ADA)، کانادا (CDA)، استرالیا (ADC)، منابع کتابخانه‌ای و همچنین گزارش‌های رسمی کشورها در کنفرانس‌ها، همایش‌ها و کنگره‌ها، بدون محدودیت زمانی استفاده شد و به فارسی روان ترجمه و مورد مطالعه دقیق قرار گرفت.

WFME سازمانی است که استانداردهای جهانی برای آموزش پزشکی را فراهم می‌سازد و در زمینه آموزش مداوم حرفه‌ای پزشکان نیز می‌توان از آن بعنوان اصول پایه استاندارد استفاده نمود و بر اساس آن فعالیت‌ها و سازماندهی‌های آموزش مداوم کشور را بررسی نمود. با توجه به استانداردهای آموزش مداوم جهانی (WFME) که ۹ مورد استاندارد برای برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم ارائه داده است، (بدلیل عدم دستیابی به همه این استانداردها در کشورهای مختلف)، چند استاندارد مهم از این میان انتخاب و بررسی گردید.

در مرحله توصیف، پدیده‌های تحقیق بر اساس شواهد و اطلاعات، یادداشت‌برداری شد و یافته‌های کافی، برای بررسی و نقادی در مرحله بعد آماده گردید. در مرحله تفسیر، اطلاعات توصیف شده در مرحله اول، واری و تحلیل گردید. در مرحله همجواری، اطلاعاتی که در دو مرحله قبل آماده شده بود، به منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها، طبقه بندی و در کنار هم قرار گرفت و در مرحله مقایسه، مسأله تحقیق با توجه به جزئیات در زمینه شباهت‌ها و تفاوت‌ها و دادن پاسخ به سؤالات تحقیق بررسی و مقایسه گردید. برای انجام پژوهش حاضر، ابتدا چند کشور معتبر و پیشگام

به یقین دستیابی به اهداف چشم‌انداز بیست ساله کشور چه در سطح کلان و چه در سطح نظام سلامت میسر نخواهد شد مگر با تکیه بر منابع انسانی آموزش دیده که مجهز به علم و فناوری روز باشند؛ چراکه هر ۴-۵ سال بطور متوسط، ۵۰ درصد دانش پزشکی و در طول ۸-۱۰ سال، ۷۵ درصد آن کهنه می‌شود و شاغلان در عرصه خدمات بهداشتی درمانی باید در طی دوران خدمت خود بطور مرتب با پیشرفت‌های پزشکی در تماس بوده و علم و دانش خود را به روز کنند.

آموزش مداومی موثر و مطلوب است که بر اساس تجزیه و تحلیل دقیق نیازها آغاز شده باشد. تجزیه و تحلیل نیازها کمک می‌کند که با در نظر گرفتن شرایط شرکت کنندگان در برنامه و نیازهای آنان، توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی آنان، محیط اجرای برنامه و ویژگیهای حرفه‌ای افراد، برنامه‌ای متناسب با هر یک از گروه‌ها تنظیم نماییم و در نتیجه آموزش بر روی خدمات بهداشتی ارائه شده، کاهش هزینه‌ها و افزایش انگیزه کارکنان بهداشتی تأثیر می‌گذارد.

آموزش خلاق، بارور و سازنده، بسیار مهم و حیاتی است ولی برای تامین آن نیازمند منابع مادی و انسانی، راهبردها و تدابیر منطقی و کوشش‌های فراوانی هستیم و اگر برنامه آموزشی منطقی و واقع بینانه نباشد نه تنها به نتایج مطلوبی نمی‌رسیم چه بسا ممکن است زیان‌های غیر قابل جبرانی هم به دنبال داشته باشد. برنامه ریزی آموزشی دندانپزشکان فرایندی مداوم است که مطابق پیشرفت دانش قابل تغییر و تحول می‌باشد و با انجام پژوهش‌ها می‌توان این فرایند را تداوم بخشیده و بر مبنای اطلاعات و داده‌های جدید، اصلاحات ضروری در برنامه صورت گیرد.

یکی از شیوه‌های پژوهش در زمینه نوسازی برنامه آموزشی، انجام مطالعات تطبیقی است. از اهداف اساسی مطالعات تطبیقی، ارائه نمونه‌های نوآوری و تأمین ماخذ و منابع برای تسهیل کشف نوآوری‌های مورد نیاز و گزینش نوآوری مناسب می‌باشد. این علم به بررسی محتوا و کارایی نظام‌های آموزشی و مقایسه آنها با یکدیگر می‌پردازد. با این مقایسه ضمن یافتن نقاط مشترک و مشابهت‌های مختلف آموزشی مشخص می‌شود که هر یک از روش‌های گوناگون در دستیابی به هدف‌های یکسان تا چه حد از کارایی لازم برخوردار بوده‌اند. همچنین این بررسی نقاط مخالف و متضاد سیستم‌های گوناگون آموزشی و کیفیت کار هر یک را روشن می‌سازد. این روش در علوم طبیعی و پزشکی و در مردم شناسی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. الگوی مورد استفاده در پژوهش حاضر، روش Beredy است. این الگو، یک روش معروف مطلق و انتزاعی از روش‌های مطالعات تطبیقی است که چهار مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه را در مطالعات تطبیقی مشخص می‌کند. در مرحله توصیف، پدیده‌های تحقیق بر اساس شواهد و اطلاعات، یادداشت‌برداری و تدارک یافته‌های کافی برای بررسی و نقادی در مرحله بعد آماده می‌شوند. در مرحله تفسیر اطلاعات واری شده در مرحله اول واری و تحلیل می‌شوند در مرحله همجواری، اطلاعاتی که در مرحله قبل آماده شده بودند، به منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی و در کنار هم قرار می‌گیرند. در مرحله مقایسه، مسأله تحقیق با توجه به جزئیات در زمینه شباهت‌ها و تفاوت‌ها و دادن پاسخ به سؤالات تحقیق بررسی و مقایسه می‌شوند.

در این راستا به نظر می‌رسد برای موفقیت هر چه بیشتر آموزش مداوم گروه

در زمینه دندانپزشکی به جهت تشابه فرهنگی با ایران، دو کشور هند و مالزی در نظر گرفته شده اند.

برنامه آموزش مداوم دندانپزشکی در آمریکا، انگلیس، استرالیا، آفریقای جنوبی و دو کشور هند و مالزی از آسیا انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

بعد از بررسی برنامه های آموزش مداوم کشورهای مورد نظر در این پژوهش، نتایج بر اساس اهداف طرح در ذیل ذکر شده است:

سازمان متولی: نظام آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و نظام های آموزش مداوم سایر کشورها از نظر سازمان برگزار کننده آموزش مداوم (Organization) تعیین و مقایسه گردید. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده

می گردد، در ایران متولی این امر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در حالی که در کشورهای هند، مالزی و آمریکا انجمن های صنفی این مسئولیت را به عهده دارند. در آفریقای جنوبی نیز شورای بهداشت حرفه ای این کشور مسئول برگزاری آموزش مداوم حرفه ای برای دندانپزشکان است.

در امر آموزش دندانپزشکی از قاره های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا انتخاب گردید. در مرحله بعد، جستجو در جهت یافتن برنامه آموزش مداوم حرفه ای دندانپزشکان انجام شد. بر اساس الگو، ابتدا هر یک از این برنامه های آموزش مداوم منتخب جمع آوری گردید و به فارسی روان ترجمه شد و اجزای مختلف برنامه آموزشی مورد نظر در این پژوهش، در آن ها شناسایی، بررسی و تجزیه و تحلیل شد.

سپس این اطلاعات در قالب جدولی (جدول ۱ تا ۶) برای هر یک از عناصر برنامه آموزشی تنظیم گردید که نام کشور های مورد مطالعه در ردیف های آن قرار گرفته بود. بدین ترتیب به اطلاعات مربوط به هر یک از کشورها نظم داده شد. سپس، تشابهات و تفاوت های هر یک از عناصر برنامه بین همه دانشگاه های مورد مطالعه تعیین گردید و در نهایت بر اساس این تشابهات و تفاوت ها، مقایسه و پیشنهادهای کاربردی برای بهبود بخشیدن به هر یک از عناصر برنامه آموزشی ایران ارایه شد.

در پژوهش حاضر نمونه گیری هدفمند مورد استفاده قرار گرفت و حجم نمونه انتخاب شده با کل جامعه پژوهش (شامل برنامه های آموزشی کشورهای انتخاب شده و اطلاعات موجود در آن ها) برابر بود. معیار انتخاب کشورها در این مطالعه به این ترتیب بوده است که از هر قاره کشورهای مطرح در زمینه علم دندانپزشکی انتخاب شده اند. همچنین در قاره آسیا علاوه بر پیشرو بودن

جدول ۱: مقایسه آموزش مداوم ایران با سایر کشورها از نظر سازمان متولی

کشور	سازمان برگزار کننده آموزش مداوم
ایران	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
آمریکا	انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA)
استرالیا	هیئت بورد دندانپزشکی استرالیا (Australian dental board)
انگلیس	انجمن دندانپزشکی انگلیس
آفریقای جنوبی	شورای بهداشت حرفه ای آفریقای جنوبی (Health professional council of south africa)
هند	انجمن دندانپزشکی هند (dental council of India)
مالزی	انجمن دندانپزشکی مالزی (Malasian dental council)

روش های یاددهی و یادگیری

برنامه آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و کشورهای آمریکا، استرالیا، انگلیس، آفریقای جنوبی و هند و مالزی از نظر روش های یاد دهی و یادگیری (Learning methods) تعیین و مقایسه گردید. در ایران مشابه کشورهای آمریکا، استرالیا و انگلیس برنامه ها بصورت حضوری و غیر حضوری ارائه می گردد. همچنین فعالیت های پژوهشی نظیر مقاله و کتاب و سخنرانی و پوستر نیز برای دندانپزشکان بعنوان آموزش مداوم محسوب می گردد. ولی در کشورهای آفریقای جنوبی و مالزی فعالیت های آموزشی و تدریس و همچنین شرکت در مجامع صنفی هم بعنوان آموزش مداوم

سازمان ارائه دهنده

برنامه آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و کشورهای آمریکا، استرالیا، انگلیس، آفریقای جنوبی و هند و مالزی از نظر سازمان ارائه دهنده (CPD-providers) تعیین و مقایسه گردید. سازمان ارائه دهنده در ایران وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی است در حالیکه در سایر کشورها نظیر آمریکا، استرالیا، انگلیس و آفریقای جنوبی شرکت ها و صنایع دندانپزشکی نیز در این حیطه فعالیت دارند و در هند و مالزی نیز علاوه بر دانشگاه ها، انجمن های صنفی مسئولیت ارائه آموزش به دندانپزشکان را به عهده دارند. (جدول ۲)

جدول ۲: مقایسه آموزش مداوم ایران با سایر کشورها از نظر سازمان ارائه دهنده

کشور	سازمان برگزار کننده آموزش مداوم
ایران	شورای هماهنگی و برنامه ریزی آموزش مداوم دانشگاه ها
آمریکا	کمپانی یا مؤسسه و یا اشخاصی که بتوانند استانداردهای لازم برای برگزاری دوره های آموزشی را کسب کنند
استرالیا	کمپانی یا مؤسسه و یا اشخاصی که بتوانند دوره های آموزشی برای دندانپزشکان برگزار کنند و اینها لزوماً مورد تأیید dental board استرالیا نیستند

محسوب می شود. در آمریکا این روش ها در ایالات مختلف، اختلافات جزئی داشتند و بطور نمونه برنامه دو ایالت مینسوتا و واشنگتن ذکر گردیده است. دسترسی به شیوه های یاددهی و یادگیری آموزش مداوم در هند نیز میسر نشد. (جدول ۳)

جدول ۳: مقایسه آموزش مداوم ایران با سایر کشورها از نظر روشهای یاددهی و یادگیری

کشور	روش های یاددهی و یادگیری آموزش مداوم
ایران	<p>برنامه های حضوری شامل:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سمینارها، کنگره ها، کارگاه ها و کنفرانس ها ۲. دوره های آموزشی کوتاه مدت حرفه ای ۳. برنامه های مدون ۴. فعالیت های آموزشی و پژوهشی، مانند ترجمه و تالیف کتاب، انتشار مقاله، سخنرانی و ارائه پوستر و... و برنامه های خود آموزی
آمریکا	<ul style="list-style-type: none"> • ایالت مینسوتا: دوره های پایه که شامل آموزش مطالب بالینی دندانپزشکی و دوره های elective که شامل مطالب بدون ارتباط با دندانپزشکی بالینی که حداکثر ۲۰ ساعت در دوره دوساله را باید شامل شود. • در واشنگتن هم آموزش ها بصورت حضوری و غیر حضوری در مباحث بالینی دندانپزشکی یا غیر بالینی مرتبط با دندانپزشکی می باشد.
استرالیا	<p>سمینار، چاپ مقاله در ژورنال، دوره های آموزشی، آموزش از راه دور و...</p>
انگلیس	<p>• دوره ها و سخنرانی ها • دوره های آموزشی Peer review • ممیزی بالینی • خواندن مجلات • شرکت در کنفرانس ها • آموزش از راه دور</p>
آفریقای جنوبی	<ol style="list-style-type: none"> ۱. حضور در meeting های آموزشی مانند همایش، کنفرانس، کارگاه های بزرگ، سمینار و دوره های بازآموزی ۲. فعالیت های small group مانند کارگاه های کوچک، دوره ها و همایش های داخل بخش های آموزشی یا گزند راندها، راندهای بین گروه ها و بحث های گروهی، ژورنال کلاب و... ۳. فعالیت های شخصی نظیر فعالیت های حرفه ای شخص، تحقیق و پژوهش، تدریس و فعالیتهای آموزشی، آزمون های برگزار شده برای دانشجویان عمومی و تخصصی
هند	-
مالزی	<ul style="list-style-type: none"> • کنگره ها و کنفرانس ها • جلسات علمی • کارگاه ها و دوره ها • جلسات آموزش مداوم پزشکی یا دندانپزشکی • حضور در کنگره ها / کنفرانس های معتبر • چاپ مقالات در ژورنال ها یا مطالعات ارائه موردی • برنامه های تحصیلات تکمیلی • شرکت به عنوان عضو کمیته در طرح های با کیفیت، پروژه های تحقیقاتی یا فعالیتهای آموزشی • سردبیر یا عضو هیئت تحریریه یا بعنوان داور یا منتقد • دیگر فعالیتهای مرتبط با پیشرفت های شخصی و یا ارتقای شخصی • مسئولین انجمن ها، مجامع یا موارد مشابه

روش های ارزشیابی برنامه

برنامه آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و کشورهای آمریکا، استرالیا، انگلیس، آفریقای جنوبی و هند و مالزی از نظر روشهای ارزشیابی برنامه و میزان یادگیری فراگیران

(Evaluation of methods and competencies) تعیین و مقایسه گردید. در ایران ارزشیابی برنامه ها و ساعات حضور شرکت کنندگان مورد بررسی دقیق قرار می گیرد. این امر در کشورهای دیگر هم بطور دقیق انجام می شود و امتیازهای سالانه مورد نیاز برای دندانپزشکان در کشورهای مختلف تقریباً مشابه است. (جدول ۴) در این میان کشورهای ایران، انگلیس، استرالیا، آمریکا و آفریقای جنوبی مباحث خاصی را مورد تاکید قرار داده و بخشی از امتیاز

سالانه را منوط به شرکت در آن برنامه ها کرده اند. اما در کشورهای هند و مالزی طبق برنامه های بدست آمده چنین محدودیتی وجود نداشت. در مورد ارزشیابی برنامه در ایران برنامه های آموزش مداوم قبل از ارائه از نظر محتوا، اهداف و ساعات ارائه و نوع برنامه ارائه شده مورد ارزشیابی قرار می گیرد. در آمریکا نیز ارائه دهندگان برنامه ها باید مورد تایید ADA قرار گیرند تا بتوانند برنامه های آموزش مداوم را ارائه دهند و در انگلیس نیز بخشی از امتیاز مشمولین آموزش مداوم باید از طریق برنامه هایی کسب شود که مشخصات و نتایج نهایی آن قبل از اجرای برنامه تعیین و ارائه شده باشد. در آفریقا نیز برنامه ها قبل از ارائه باید مورد تایید دانشگاهها و انجمن های حرفه ای قرار گیرد. با توجه به عدم دسترسی به شیوه ارزشیابی برنامه ها در جدول ۴ شیوه ارزشیابی فراگیران مقایسه شده است.

جدول ۴: مقایسه آموزش مداوم ایران با سایر کشورها از نظر روشهای ارزشیابی برنامه

کشور	روش های ارزشیابی برنامه در آموزش مداوم
ایران	ابتدا کمیته تخصیص امتیاز برنامه را از لحاظ محتوا، ساعات برنامه، گروه هدف و امتیاز تخصیص داده شده به هر گروه هدف و... بررسی نموده و پس از تایید اجرا خواهد شد. دندانپزشکان باید ۲۵ امتیاز در هر سال و در یک دوره پنج ساله ۱۲۵ امتیاز کسب نمایند. بایستی حداقل ۴۰٪ امتیازات از شرکت در برنامه های مدون کسب شود. اعضا هیأت علمی دانشگاه از الزام کسب امتیاز برنامه های مدون مستثنی هستند. کسب امتیاز از فعالیت های خود آموزی تا سقف حداکثر ۵۰٪ کل امتیازات آموزش مداوم مجاز می باشد. کلیه مشمولین می توانند حداکثر تا ۷۵ امتیاز (در هر دوره ۵ ساله) از فعالیت های آموزشی پژوهشی کسب امتیاز نمایند.
آمریکا	پس از تایید برگزار کننده و دوره های ارائه شده توسط ADA در هر ایالت قانون خاصی برقرار است ایالت مینسوتا: گذراندن ۵۰ ساعت در هر دوره دو ساله ایالت واشنگتن: ۲۱ ساعت در سال
استرالیا	هر دندانپزشک باید در هر دوره سه ساله ۶۰ امتیاز کسب کند که حداقل ۸۰٪ آن از مباحث بالینی باشد. این امتیاز دهی با بررسی لاگ بوک کاغذی یا الکترونیک با جزئیات دوره گذرانده شده و ساعات حضور و گواهی حضور تایید خواهد شد.
انگلیس	دندانپزشک باید حداقل ۲۵۰ ساعت در طی دوره ۵ ساله گذرانده باشد که حداقل ۷۵ ساعت از آن باید Verifiable باشد یعنی در گواهی که به فرد داده می شود اهداف و outcome برنامه و نحوه کنترل کیفیت آن ذکر شده باشد. سایر امتیازات می تواند از دیگر برنامه هایی که این مشخصات را ندارند ولی در ارتقا دانش دندانپزشک موثر هستند کسب شود. تمام مدارک مربوطه هر ۵ سال یکبار باید به سازمان نظام پزشکی ارسال شود و پس از تایید، شخص امتیاز مربوطه را کسب خواهد کرد.
آفریقای جنوبی	برنامه ها و امتیازات پیشنهادی توسط برگزار کننده ارائه شده و پس از تایید توسط انجمن های حرفه ای و دانشگاهها بعنوان اعتباربخش برنامه ها تایید و بعد از دریافت Board-allocated reference number می تواند ارائه شده و امتیازات پیشنهاد شده به شرکت کنندگان در برنامه تعلق می گیرد. هر دندانپزشک باید سالانه ۳۰ امتیاز کسب کند که حداقل ۵ امتیاز آن باید از مباحث اخلاق حرفه ای و پزشکی قانونی باشد.
هند	دندانپزشکان باید ۱۵۰ امتیاز در طی دوره ۵ ساله کسب کنند و امتیاز در هر سال باید حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ باشد. به ازای هر ساعت برنامه های حضوری یک امتیاز دریافت می کنند که بر اساس خود اظهاری است و گاهی بصورت تصادفی کنترل می شود
مالزی	کسب ۳۰ امتیاز سالانه که با ارائه مدارک دال بر حضور در برنامه های حضوری، مدارک دال بر حضور در کمیته ویراستاری مجلات، گواهی دوره های آنلاین یا proof مقالات و... صادر می گردد.

عناوین برنامه‌های ارائه شده

در همه کشورهای مورد بررسی در برنامه‌های آموزش مداوم ذکر گردیده بود. بجز کشور هند که تأکید بر مطالب بالینی دندانپزشکی صورت گرفته بود در سایر کشورها از جمله ایران غیر از مباحث بالینی اختصاصی، مطالبی نظیر اورژانس‌های پزشکی، قوانین حرفه‌ای دندانپزشکی، نحوه ارتباط با بیمار و... مورد تأکید قرار گرفته بود. (جدول ۵)

برنامه آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و کشورهای آمریکا، استرالیا، انگلیس، آفریقای جنوبی و هند و مالزی از نظر عناوین برنامه‌های ارائه شده (Educational context and resources) تعیین و مقایسه گردید. این عناوین

جدول ۵: مقایسه آموزش مداوم ایران با سایر کشورها از نظر عناوین برنامه‌ها

کشور	عناوین برنامه‌های آموزش مداوم
ایران	روش تجویز منطقی آنتیبیوتیک‌ها و داروهای ضد درد، احیای قلبی ریوی، اخلاق و تعهد حرفه‌ای جامعه پزشکی، قوانین و حقوق حرفه‌ای جامعه پزشکی، آنفولانزای اپیدمی
آمریکا	ایالت مینسوتا: بایگانی سوابق اخلاق ارتباط با بیمار کنترل عفونت درمان اورژانس‌های پزشکی و تشخیص یا طرح درمان
استرالیا	۱- دوره‌های بالینی یا علمی مانند کنترل عفونت، احیای قلبی ریوی، مسئولیت‌های حقوقی دندانپزشکان، بایگانی پرونده‌ها یا عناوین مربوط به سلامت دهان نظیر آندو دانتیکس، درمان پوسیدگی‌ها، پروتز دندان و نظایر آن ۲- دوره‌های بدون ارتباط با علوم پایه دندانپزشکی مانند مدیریت کار، بازاریابی و اقتصاد
انگلیس	اورژانس‌های پزشکی حداقل ۱۰ ساعت در ۵ سال کنترل عفونت حداقل ۵ ساعت در ۵ سال رادیوگرافی و حفاظت اشعه حداقل ۵ ساعت در ۵ سال و بقیه موارد توصیه شده شامل: موارد حقوقی و اخلاقی رسیدگی به شکایات کشف زودهنگام سرطان دهان حفاظت از کودکان و جوانان حفاظت از بزرگسالان آسیب پذیر
آفریقای جنوبی	-
هند	درمان‌های دندانپزشکی نظیر ایمپلنتولوژی، دندانپزشکی زیبایی، دندانپزشکی ترمیمی، ونیر، ارتدنتیسی، اندودانتیکس، پروتز پارسیل، جراحی دهان و فک و صورت و...
مالزی	به روز رسانی‌های بالینی دندانپزشکی و همچنین در مورد سایر حیطه‌های بالینی (مانند اورژانس‌های پزشکی، کنترل عفونت، رادیولوژی و حفاظت اشعه)، موارد قانونی و اخلاقی در دندانپزشکی، اطلاعات مربوط به سلامت عمومی و رسیدگی به شکایات

بحث

در اکثر کشورهای مورد مطالعه (هند، مالزی، انگلیس و آمریکا) انجمن دندانپزشکی این کشورها متولی برگزاری دوره‌های آموزش مداوم بودند. این در حالی است که در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی این امر است و در آفریقای جنوبی نیز شورای بهداشت حرفه‌ای آفریقای جنوبی این مسئولیت را برعهده دارد. در استرالیا هیئت بورد دندانپزشکی استرالیا بر

هدف کلی از این مطالعه مقایسه برنامه آموزش مداوم دندانپزشکی در ایران و کشورهای انگلیس، آمریکا، آفریقای جنوبی، هند و مالزی و استرالیا بود. با مقایسه و تطبیق صورت گرفته در هر یک از عناصر دوره‌های آموزشی در کشورهای مورد مطالعه به نکات زیر می‌توان اشاره نمود.

دانشگاه، اجازه برگزاری دوره های آموزشی بصورت مدون را ندارند. بر اساس استانداردهای WFME ارائه دهندگان برنامه ها شامل انجمن های حرفه ای، انجمن های علمی منطقه ای و جهانی، دانشکده ها و دانشگاه های علوم پزشکی، مسئولین سیستم سلامت و سایر مواردی نظیر شرکت های پزشکی و دارویی، کمپانی های مرتبط با تکنولوژی اطلاعات و ارتباط با مشتریان می باشند. البته ذکر شده است که مشارکت صنایع و شرکت های مرتبط با پزشکی و داروسازی باید شفاف بوده و دارای تضاد منافع نباشند.

در مطالعه یوسفی و ربیعی، برای مقایسه برنامه های آموزش مداوم ۲۵ و ۵ امتیازی مشخص گردید عملکرد برنامه های مدون ۵ امتیازی بهتر از ۲۵ امتیازی بوده است که به نظر می رسد علت اصلی آن تخصصی تر بودن، زمان کوتاه و نیز تنوع برنامه ها باشد. بنابراین ارائه برنامه های آموزش مداوم بصورت دوره های تخصصی و کوتاه که می تواند توسط شرکت ها و انجمن های مختلف ارائه گردد مفید خواهد بود.

البته در این حیطه شاید بهتر باشد تا شرکت ها و صنایع قبل از ورود به برگزاری برنامه ها، مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور بعنوان سازمان برگزارکننده آموزش مداوم در کشور قرار گیرند تا کیفیت بهتری را نیز انتظار داشته باشیم و دوره های آموزشی که هم اکنون بطور وسیع و با هزینه های هنگفت توسط شرکت های خصوصی ارائه می گردد سازماندهی شده و با ارائه گواهی معتبر و مورد تایید وزارت بهداشت و همچنین امتیاز آموزش مداوم، مخاطبین بیشتری را به خود جلب نماید.

روشهای یاددهی و یادگیری در همه کشورهای مورد مطالعه (به جز هند که اطلاعاتی در این زمینه بدست نیامد) تقریباً یکسان بود. این برنامه ها بصورت سمینارها یا کارگاه های عملی، دوره ها یا همایش ها و کنفرانس های آموزشی، برنامه های آموزش از راه دور و همچنین فعالیت های آموزشی و پژوهشی ارائه می گردید. البته در برخی کشورها مانند آمریکا، دوره های بالینی و عملی با تأکید بیشتری برگزار می گردد و در برخی کشورها موارد خاصی مانند داورهای

برگزاری این دوره ها نظارت می کند. در مطالعه ی Bullock و همکارانشکه به منظور بررسی سیستم آموزش مداوم در اروپا و یکسان سازی آن در کشورهای اروپایی انجام گرفت، ۱۴۳ دندانپزشک از ۳۰ کشور اروپایی شرکت کردند. در این مطالعه مشخص شد که تقریباً نیمی از کشورهای اروپایی دارای سیستم مشخصی برای آموزش مداوم بوده و عناوین اجباری در این زمینه دارند و در سایر کشورها آموزش مداوم بصورت اختیاری است. دانشکده های دندانپزشکی و سازمان های تخصصی دندانپزشکی در اکثر کشورها متولی ارائه این برنامه ها بودند. بر اساس استانداردهای آموزش مداوم در WFME نیز متولیان و راهنمایان آموزش مداوم شامل مؤسسات و انجمن های حرفه ای دندانپزشکی می باشند.

با توجه به اینکه قطعاً انجمن های تخصصی دندانپزشکی به مشکلات و مسائل مهم و به روز دندانپزشکی احاطه بیشتری دارند، به نظر می رسد برگزاری دوره های آموزش مداوم دندانپزشکی با نظارت این انجمن ها به نحو کامل تر و مؤثرتری صورت خواهد گرفت. و ارتباط دندانپزشکان با انجمن های حرفه ای از نظر علمی نیز گسترش خواهد یافت.

از نظر سازمان ارائه دهنده در ایران تنها شورای هماهنگی و برنامه ریزی آموزش مداوم دانشگاه ها و انجمن های دندانپزشکی با تأیید و نظارت دانشگاه ها می توانند این آموزش ها را ارائه دهند و به شرکت کنندگان امتیاز آموزش مداوم ارائه دهند. در سایر کشورهای مورد مطالعه، انجمن های حرفه ای، بیمارستان های خصوصی، سازمان ها و نهادهای وابسته به دندانپزشکی و حتی در برخی کشورها مانند انگلیس، آمریکا و استرالیا، شرکتهای تجاری می توانند این دوره ها را برگزار نموده و به شرکت کنندگان گواهی ارائه دهند. در برخی از کشورها این شرکت ها تنها در صورت تأیید و اعتبارسنجی توسط سازمان مسئول برگزاری در کشور می توانند این دوره ها را برگزار کنند ولی در دیگر کشورها مانند استرالیا حتی تأیید این شرکت ها و مؤسسات توسط هیئت بورد دندانپزشکی نیز لازم نیست. اما در ایران سازمانهای خصوصی غیر وابسته به دانشگاه و یا صنایع وابسته به دندانپزشکی و همچنین انجمن های حرفه ای خارج از سیستم نظارت



یادگیرندگان را به شرکت فعال در فرایند یادگیری ترغیب می نماید. یاددهی در محیط یادگیری خلاق و بر مبنای اصول کامل طراحی آموزشی و انگیزشی، یادگیرندگان را برای شرکت فعال در فرایند یادگیری، حل مسأله، و توسعه مهارت های یادگیری مادام العمر ترغیب می کند. در این محیط ها یادگیرندگان نه تنها دانش شناختی، مهارت های تفکر انتقادی و تصمیم گیری و فرصت های یادگیری خود را ارتقا می دهند بلکه انگیزش آنها برای یادگیری مادام العمر و انجام رفتار مطلوب نیز افزایش می یابد.

در کشورهای مورد مطالعه ارزشیابی فراگیران و ارائه گواهی به شرکت ها یا انجمن های ارائه دهنده دوره ها واگذار شده است و در ایران نیز این امر با بررسی ساعت حضور در برنامه و در مورد دوره های مجازی با برگزاری آزمون ها صورت می گیرد. ارزشیابی برنامه ها نیز در برخی کشورها از جمله ایران و آمریکا و آفریقای جنوبی قبل از ارائه برنامه توسط مسئول برگزاری دوره های آموزش مداوم و یا در ایران توسط شورای هماهنگی و برنامه ریزی آموزش مداوم دانشگاه ها انجام شده و بعد از تایید کیفیت برنامه، اجازه ارائه و اعطای گواهی آموزش مداوم به ارائه دهندگان داده خواهد شد. ضمناً برای ارزشیابی فراگیران میزان امتیازی که سالانه باید دندانیان از این برنامه ها کسب کنند در برخی کشورهای مختلف بین ۲۰ تا ۳۰ امتیاز در نظر گرفته شده است. البته در برخی کشورها این امتیاز با تاکید بر مباحث خاصی مانند اخلاق حرفه ای یا مباحث بالینی بررسی می گردد. همچنین در برخی کشورها مانند انگلیس در گواهی که به شرکت کننده ارائه می گردد، اهداف، پیامدها و نتایج برنامه و نحوه کنترل کیفیت آن نیز ذکر خواهد شد که این مورد می تواند جهت کنترل و ارزشیابی برنامه ها کمک کننده باشد. بر اساس استانداردهای WFME نیز باید فعالیتهای فراگیران مورد ارزیابی قرار گیرد و این ارزشیابی به شیوه سنتی نظیر آزمونها و قضاوتهای هنجاری و یا با استفاده از پورتفولیو و لاگ بوک و یا بازدید از محل برگزاری انجام شود. همه مدارک مربوط به فعالیتهای آموزش مداوم باید بطور مستند ثبت گردد و گواهی یا دیپلم برای گذراندن دوره صادر گردد.

در یک مطالعه که ۹۹ پژوهش تصادفی کنترل شده در آموزش مداوم را مورد بررسی قرار داد، مشخص گردید که یک برنامه موفق آموزش مداوم، حاصل طراحی و برنامه ریزی است که مبتنی بر نیازسنجی باشد. لذا پیشنهاد گردید که ارزیابی برنامه های آموزش مداوم از ارزیابی کمی تعداد برنامه ها، به سمت ارزیابی کیفی سوق داده شود و در این راستا، برنامه هایی که مسبوق به نیازسنجی آموزشی و ارزیابی نتایج حاصل هستند، از امتیاز بالاتری برخوردار گردند. (۲۵،۲۶)

در همه کشورها بجز هند مبحث اخلاق حرفه ای و اورژانس های پزشکی جزو مباحث اصلی و یا پیشنهاد شده برای دندانیان می باشند. مباحث دیگری نظیر کنترل عفونت نیز در اکثر کشورها مورد تاکید قرار گرفته است. Baily و همکارانش (۲۷) نیز در مطالعه ای عناوین برنامه های آموزش مداوم دندانیان را در اروپا مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که بیشترین موافقت شرکت کنندگان در مطالعه برای برنامه های "اورژانس های پزشکی" (۸۹٪) و "کنترل عفونت در دندانیان" (۷۹٪) و "ملاحظات دندانیان" (۷۱٪) بوده و پیشنهاد گردید که این عناوین باید بعنوان عناوین اجباری در آموزش مداوم در نظر گرفته شود. (۲۷)

تنها در کشور هند تاکید بیشتر بر مباحث بالینی دندانیان است ولی در سایر کشورها از جمله ایران مباحث علمی مورد نیاز و به روز در حیطه

مقالات علمی و یا مسئولیت در انجمن های تخصصی دندانیان و حتی خواندن مجلات نیز آموزش مداوم محسوب می گردد که می توان این موارد را در قوانین کشورمان مورد توجه قرار دهیم. در مطالعه کاکویی و همکارانش از دید دندانیان مورد مطالعه، استفاده از نوار صوتی و بعد از آن شرکت در سمینار، کنگره و استفاده از اینترنت به عنوان کم اثرترین روش های اجرای برنامه های آموزش مداوم بیماری های دهان و دندان انتخاب شد. در حالیکه در برخی مطالعات، شرکت کنندگان انجام کار عملی در کارگاه آموزشی، مشاهده کار عملی و سخنرانی همراه با نمایش فیلم برای تدریس، مطالعه کتب و مجلات علمی، تماشای فیلم آموزشی و سمینار و کنگره را برای اجرای برنامه آموزشی مداوم دندانیان ترمیمی مناسب تر دانستند.

استانداردهای WFME نیز روش های یاددهی و یادگیری را شامل دوره ها، سمینارها، سخنرانی و آموزش های مبتنی بر حل مسئله و ارائه مورد، آموزش های عملی، آموزش روش های جدید تشخیصی و درمانی، مشارکت در کنفرانس ها، مطالعات شخصی در اینترنت، پروژه های تحقیقاتی و تجربیات بالینی معرفی کرده است. همچنین شبکه های اینترنتی که در آنها مباحثه در مورد تکنیک ها و مشکلات درمانی صورت می گیرد نیز می تواند جزئی از روش های یاددهی و یادگیری باشد.

در مطالعه ای که در زنجان انجام شد، اولین اولویت پزشکان عمومی در روش اجرای برنامه های آموزشی، شرکت غیر حضوری و مجله بود و اولویت های بعدی به ترتیب شامل آموزش عملی نحوه برخورد با بیمار، اجرای کارگاهی و سخنرانی بود. همچنین در مطالعه Butter worth پزشکان کار عملی را بهترین گزینه برای روش تدریس دانستند و سخنرانی در رتبه آخر قرار داشت.

استفاده از نوارهای صوتی - تصویری، یک روش مناسب برای آموزش دندانیان است و ممکن است استفاده از این وسایل در منزل بهتر از نشستن در یک دوره آموزشی و یا کنفرانس های زنده باشد، زیرا بیننده می تواند در هر لحظه هر قسمت از نوار را متوقف و یا تکرار نماید. استفاده از مجلات و ماهنامه های دارای امتیاز، روش دیگری برای آموزش است. آموزش مداوم دندانیان به صورت آنلاین، به عنوان یک روش مؤثر در اجرای برنامه آموزش مداوم، روز به روز در حال افزایش است. به نظر می رسد عدم دسترسی آسان دندانیان به اینترنت و عدم وجود آموزش مداوم به صورت آنلاین در ایران، باعث شده که این روش در اولویت پنجم قرار گیرد.

به نظر می رسد با پیشرفت تکنولوژی، دسترسی دندانیان و جامعه پزشکی به اینترنت فزونی یافته است ولی احتمال دارد که افراد مورد نظر در کارکرد و جستجو در مورد سؤالات حرفه ای به اندازه کافی مهارت لازم را کسب نکرده باشند.

در آمریکا، ایالت های مختلف تفاوت های اندکی در نوع امتیاز دهی به این برنامه ها دارند که البته می توان در ایران نیز به دلیل پراکندگی فرهنگ ها و آداب حرفه ای در نواحی مختلف این تفاوت های جزئی را مورد نظر قرار داد. Curran و همکارانش (۲۲) نیز نیازهای آموزش مداوم پزشکان خانواده شهری و روستایی را در کانادا مقایسه کرده و نشان دادند که این دو گروه از نظر روش مناسب برای آموزش مداوم و نیز در مورد عناوین مورد نیاز با هم تفاوت داشتند.

باور بر این است که تغییر الگوهای یاددهی و یادگیری باید براساس به کارگیری راهبردهای آموزشی باشد که بر یادگیری به جای یاددهی تأکید می کند، و



این خلا را برطرف نماید. با توجه به اینکه علم دندانپزشکی بسیار مرتبط با کار عملی و بالینی است پیشنهاد می شود دوره ها و کارگاه های عملی که در حال حاضر با هزینه های گزاف و توسط شرکت های خصوصی برگزار می شود، توسط متولیان آموزش مداوم کشور و بخصوص دانشگاه ها برگزار گردد تا ضمن کاهش هزینه ها، امتیاز آموزش مداوم نیز برای شرکت کنندگان داشته باشد و این امر خود انگیزه ای برای شرکت دندانپزشکان و آشنایی با تکنیک های جدید در زمینه دندانپزشکی خواهد شد.

محدودیت هایی نیز در این مطالعه وجود داشت که عبارت بود از عدم دسترسی به اطلاعات برنامه آموزش مداوم در برخی کشورهای مورد نظر در این پژوهش مانند هند. همچنین، برخی از عناصر مهم مانند اهداف،

ماموریت ها، چگونگی بروز رسانی برنامه ها و... که بر اساس استانداردهای سازمان جهانی آموزش پزشکی (WFME) لازمه برنامه آموزش مداوم حرفه ای است، در این برنامه ها ذکر نشده بود. به علاوه، تفاوت در نحوه ارائه و برنامه های آموزش مداوم در ایالات مختلف آمریکا و همچنین در اروپا، موجب شد تا در این تحقیق به برنامه های یک یا دو ایالت اکتفا نماییم ولی در مطالعات دیگر بررسی همه این برنامه ها، اطلاعات کاملتری را فراهم خواهد ساخت.

نتیجه گیری

در بررسی تطبیقی آموزش مداوم ایران با سایر کشورها، اشکال اساسی در برنامه ریزی های آموزش مداوم ایران مشاهده نشد. روش های یاددهی و یادگیری و ارزشیابی برنامه و فراگیران در ایران مشابه سایر کشورها بود و حتی در برخی جنبه ها نظیر ارزشیابی برنامه و تدوین استانداردهای آموزش مداوم در این زمینه پیشرو تلقی می گردد.

در زمینه عناوین پیشنهاد شده در زمینه آموزش مداوم در ایران، می توان مباحث دیگری نظیر مطب داری، بازاریابی و اقتصاد، مهارت های ارتباطی را نیز اضافه نمود تا مطالب مفیدتر و به روز تری در زمینه های غیر بالینی نیز در اختیار دندانپزشکان قرار گیرد. همچنین در زمینه سازمان های ارائه دهنده و یا برگزار کننده دوره های آموزش مداوم در ایران، با توجه به استانداردهای WFME و همچنین برنامه سایر کشورها، وارد کردن انجمن های حرفه ای غیر وابسته به دانشگاه، شرکت های تجاری دندانپزشکی و صنایع وابسته (البته با نظارت وزارت بهداشت و با شروطی که در استانداردهای جهانی WFME ذکر شده است می توان موجب ایجاد رقابت و ارتقای کیفی دوره ها و نیز پیشرفت صنعت دندانپزشکی در ایران گردید.

نتایج بدست آمده از این پژوهش می تواند به مسئولین و اصلاح کنندگان برنامه های آموزش مداوم دندانپزشکی و سایر رشته های پزشکی در ایران کمک نماید تا با دید وسیع تری نسبت به بازنگری و اصلاح این برنامه ها اقدام نمایند.

دندانپزشکی نظیر قوانین حرفه ای، روش تجویز دارو، علم بایگانی مدارک پزشکی، ارتباط با بیمار و... نیز مورد تأکید واقع شده است که از این میان جای عناوینی نظیر بایگانی مدارک دندانپزشکی، ارتباط با بیمار، حفاظت از کودکان و بزرگسالان آسیب پذیر، مطب داری، بازاریابی و اقتصاد در عناوین کشور ما خالی است و این عناوین می تواند به پر بار کردن و به روز نمودن دندانپزشکان در علوم وابسته به دندانپزشکی کمک کند. براساس استانداردهای WFME، محتویات برنامه های آموزش مداوم باید شامل طیف گسترده ای از مطالب باشد تا قادر به بهبود عملکرد پزشکان باشد. این عناوین باید متناسب با نقش های حرفه ای متعدد پزشکان برنامه ریزی گردد. این برنامه ها بهتر است شامل مطالب مربوط به علوم پایه پزشکی نظیر ژنتیک، آناتومی، بیوشیمی و... علوم بالینی مانند رشته های بالینی و آزمایشگاهی، علوم رفتاری و اجتماعی نظیر بهداشت، اپیدمیولوژی، سلامت جامعه و ترکیبی از آنها باشد.

در یک مطالعه مروری، عمده ترین ناراضیاتی جامعه پزشکی، عدم همخوانی نیازهای شغلی افراد و مشکلات بالینی پزشکان با موضوعات مطروحه در برنامه های آموزش مداوم عنوان شده است. نتایج نشان داده که در بیشتر موارد، شکایات، تخلفات، اشکالات موجود در مدارک پزشکی و فرهنگ جامعه در طراحی برنامه ها منظور نمی شود و برنامه های آموزش مداوم باشیوع بیماری ها همخوانی ندارد.

Davis و همکارانش حدود صد پژوهش که در این ارتباط انجام شده بود را بررسی کردند و گزارش نمود که برنامه هایی برای پزشکان یا مخاطبین آموزش مداوم رضایت بخش است که مطابق با نیازها، عقاید و نظرات مخاطبین طراحی شده، جذاب و پاسخ گوی مهم ترین نیازهای آنها باشد و بتواند قابلیت های حرفه ای آنان را ارتقا بخشد.

در ایران سازمان هایی مانند نظام پزشکی یا انجمن دندانپزشکی می توانند متولی نظارت بر آموزش مداوم حرفه ای دندانپزشکان باشند و در این صورت شاید بتوان سازمان های برگزار کننده این دوره ها را هم گسترش داد. ارائه این دوره های آموزشی توسط انجمن ها و صنایع وابسته به دندانپزشکی، شرکت های تجاری و... موجب می گردد تا حیطه های مختلف بالینی، حرفه ای و حتی تجاری دندانپزشکی به بحث گذاشته شده و این امر موجب آشنایی شرکت ها و صنایع با نیازهای دندانپزشکان و ارتقاء صنعت دندانپزشکی در ایران خواهد شد.

دندانپزشکان نیز ضمن آشنایی با محصولات به روز و جدید، عناوین آموزشی متنوع تری را در پیش رو خواهند داشت و بر اساس علائق و نیازهای شخصی و با توجه به قوانین، از میان دوره های ارائه شده انتخاب خواهند نمود که این امر در نهایت منجر به اثر بخشی بیشتر آموزش ها خواهد شد.

در روش های یاد دهی و یادگیری مواردی مانند عضویت در مجامع صنفی و یا تدریس یا حتی برگزاری آزمون ها برای اعضای هیات علمی را می توان اضافه نمود تا اعضای هیات علمی و دندانپزشکانی که تدریس مباحث علمی را در دانشگاه ها و سایر مؤسسات به عهده دارند بتوانند از این فعالیت خود امتیاز آموزش مداوم نیز کسب نمایند چرا که این موارد، آموزش حرفه ای بسیار مناسبی را در بردارد. از آنجا که برخی از عناوین نظیر بایگانی مدارک دندانپزشکی، ارتباط با بیمار، حفاظت از کودکان و بزرگسالان آسیب پذیر، مطب داری، بازاریابی و اقتصاد در برنامه درسی دندانپزشکان عمومی و متخصص در ایران ارائه نمی شود، ارائه آن در آموزش های مداوم حرفه ای دندانپزشکی می تواند



مقایسه کارایی بی‌حسی انفیلتراسیون آرتیکالین با بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین در درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین

• مریم شریفی (استادیار دانشکده دندانپزشکی، رفسنجان)
 • آیدا کریم آقایی (دانشجوی دندانپزشکی رفسنجان)
 • فواد ایرانمنش (استادیار اندودانتیکس، دندانپزشکی رفسنجان)
 • محمود شیخ فتح الهی (استادیار گروه آمار و روش تحقیق، علوم پزشکی رفسنجان)

مقدمه

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های کنترل رفتاری در دندانپزشکی کودکان کنترل درد است. بدین منظور ایجاد بی‌حسی مناسب به ویژه در موارد درمان پالپ ضرورت می‌یابد. عدم موفقیت در ایجاد بی‌حسی مناسب، سبب تجربه درد حین کار شده که خود باعث تکرار تزریق و افزایش ترس کودک می‌شود و زمینه عدم همکاری وی را فراهم می‌کند.

به منظور دستیابی به یک بی‌حسی موفق دو عامل نوع داروی بی‌حس کننده موضعی و تکنیک تزریق باید مورد توجه قرار گیرد. انواع داروهای بی‌حس کننده موضعی شامل لیدوکائین، بوپیواکائین، اتیدوکائین، آرتیکالین، میپواکائین و غیره هستند. لیدوکائین که در سال ۱۹۴۲ کشف شد، ایمن‌ترین و شایع‌ترین ماده بی‌حسی مورد استفاده است. اخیراً استفاده از آرتیکالین که جزء داروهای بی‌حسی آمیدی می‌باشد در دندانپزشکی کودکان مورد توجه قرار گرفته است. خصوصیات فارماکولوژیک این ماده بی‌حسی، مسبب مزایای اصلی این ماده هستند. جانشینی حلقه آروماتیک با حلقه تیوفن، حلالیت در چربی این دارو را به موازات قدرت آن (یک و نیم برابر بیشتر از لیدوکائین) افزایش داده است که باعث انتشار سریع تر آن در اطراف عصب می‌شود. آرتیکالین انتشار بافتی خوبی دارد و می‌تواند از نسج نرم و سخت به طور قابل اعتماد تری نسبت به بقیه داروهای بی‌حسی انتشار یابد.

علاوه بر نوع داروی بی‌حس کننده موضعی، تکنیک تزریق نیز به منظور دستیابی به بی‌حسی مناسب و متناسب با زمان کار دارای اهمیت است. تکنیک معمول تزریق بی‌حسی برای ایجاد بی‌حسی پالپی در مولرهای شیری فک پایین، بلاک عصب اینفرآلوئولار است که دارای معایبی همچون، احتمال تزریق داخل عروقی در صورت عدم آسپیراسیون و در نتیجه افزایش احتمال over dose ماده بی‌حسی، تریسموس و هماتوم می‌باشد. تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار مشکل بوده و احتمال عدم موفقیت آن نیز زیاد است. تکنیک انفیلتراسیون که در فک پایین معمولاً در قدام استفاده می‌شود، نسبت به تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار آسان تر بوده، محل عمل آن در دسترس تر است و درد کمتری دارد.

یکی از مهم‌ترین جنبه‌های کنترل رفتاری در دندانپزشکی کودکان کنترل درد است. بدین منظور ایجاد بی‌حسی مناسب به ویژه در درمان پالپ ضرورت می‌یابد. به منظور دستیابی به یک بی‌حسی موفق دو عامل نوع داروی بی‌حس کننده و تکنیک تزریق باید مورد توجه قرار گیرد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کارایی بی‌حسی انفیلتراسیون آرتیکالین در درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین و مقایسه آن با بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین انجام شده است.

در این کارآزمایی بالینی تصادفی متقاطع سه سوکور، ۶۴ کودک چهار تا ده ساله که نیاز به درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین در هر دو سمت داشتند، شرکت کردند و به طور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. هر کودک طی دو جلسه درمان شد و در هر جلسه یک دندان مولر شیری فک پایین تحت درمان قرار گرفت. گروه A، جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین و جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکالین را دریافت کرد. در گروه B، تمامی مراحل مانند گروه A بود اما این گروه، جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکالین و جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین را دریافت کرد. میزان درد کودکان با استفاده از نمودار (Visual analogue scale) در لحظه اکسپوز پالپ ارزیابی شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری t، Crossover Analysis زوجی و t دو نمونه مستقل آنالیز شدند.

براساس این مطالعه، میانگین شدت درد در کل دوره مطالعه در تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین به‌طور معناداری کمتر از تکنیک انفیلتراسیون آرتیکالین بود. همچنین دو تکنیک، در کودکان چهار تا شش ساله و در دندان‌های مولر اول شیری، تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند.

در درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار بی‌حسی بهتری فراهم می‌کند. با این حال در کودکان چهار تا شش ساله و در دندان‌های مولر اول شیری، به علت سهولت بیشتر و خطر کمتر تزریق انفیلتراسیون نسبت به تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار، تکنیک انفیلتراسیون آرتیکالین می‌تواند جایگزین تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین شود.

بدین صورت که دستیار قبل از آزمایش، نمودار VAS (Visual Analogue Scale) و نحوه نمایش میزان ناراحتی بر روی آن را برای کودک توضیح می‌داد و بی‌درنگ در حین تراش حفره در عاج یا در موارد نیاز به درمان پالپ در لحظه اکسپوز پالپ از کودک می‌خواست تا بر روی نمودار VAS بسته به میزان درد یا ناراحتی خود، صورتک مناسب را علامت گذاری کند.

نمودار VAS به صورت خطی به طول ۱۰۰ میلی‌متر است، که صورتکی خندان در صفر میلی‌متری آن و در جایگاه عدد صفر و صورتکی گریان در پایان خط (۱۰۰ میلی‌متر) و در جایگاه عدد ده قرار دارد و فرد برای بیان درد خود به فاصله میان این دو عدد اشاره می‌کند.

همان کودک در جلسه بعد که به فاصله یک هفته از جلسه اول بود، تحت درمان پالپ مولر شیری سمت مقابل فک پایین قرار می‌گرفت. بعد از تهیه رادیوگرافی و انجام مراحل اولیه جهت انجام درمان، تزریق انفیلتراسیون در مجاورت دندان مورد نظر با کاربرد کارپول آرتیکابین چهار درصد همراه با اپی‌نفرین ۱:۱۰۰۰۰۰ (شرکت ایران هورمون، تهران، ایران)، برای کودک در زمان یک دقیقه انجام می‌گرفت.

پس از گذشت زمان مناسب (۱۰ دقیقه)، مراحل برداشت پوسیدگی و تهیه حفره اکسس آغاز شد و مجدداً واکنش کودک در لحظه اکسپوز پالپ، به روش توضیح داده شده، سنجیده شد.

در گروه B تمامی مراحل مانند گروه A بود با این تفاوت که در این گروه در جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکابین و در جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکابین صورت گرفت. هم‌چنین تکنیک بی‌حسی مکمل در هر دو گروه، تزریق داخل پالپی بود که در صورت نیاز، با تزریق یک یا دو قطره از ماده بی‌حسی در داخل بافت پالپی میسر گشت.

به منظور کورسازی مطالعه، کودک و شخصی که نمودار VAS را برای کودک توضیح می‌داد و ثبت می‌کرد، از نوع تکنیک تزریقی انتخابی آگاهی نداشتند و شخصی که آنالیز آماری را انجام می‌داد نیز از این که افراد هر گروه با کدام تکنیک تزریق درمان شده‌اند، اطلاعی نداشت. بنابراین این مطالعه، یک مطالعه سه سوکور بود.

در پایان، اطلاعات چک لیست‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی به صورت "انحراف معیار \pm میانگین" و داده‌های کیفی به صورت "درصد (تعداد)" گزارش گردید.

به منظور مقایسه میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در لحظه اکسپوز پالپ با کاربرد تزریق انفیلتراسیون آرتیکابین و یا بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکابین در درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین در گروه A و B، از آزمون دو نمونه مستقل (Independent two-sample t test) استفاده شد. هم‌چنین به منظور مقایسه میانگین درد در لحظه اکسپوز پالپ با کاربرد تزریق انفیلتراسیون آرتیکابین و یا با کاربرد بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکابین در درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین در جلسه اول و دوم، از آزمون t زوجی (Paired t test) استفاده شد.

به منظور مقایسه میانگین درد در لحظه اکسپوز پالپ با کاربرد تزریق

در این مطالعه با توجه به معایب تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار، سعی شد تا کارایی تکنیک انفیلتراسیون در مقایسه با تکنیک بلاک عصب اینفرالوئولار بررسی شود تا در صورت بروز نتایج بهتر یا برابر در تکنیک انفیلتراسیون نسبت به بلاک عصب اینفرالوئولار، تزریق انفیلتراسیون جایگزین تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار شود. هم‌چنین از آن‌جا که استخوان کورتیکال متراکم و ضخیم مندیبل می‌تواند مانعی برای انتشار ماده بی‌حسی در تکنیک انفیلتراسیون باشد، از داروی بی‌حس کننده موضعی آرتیکابین که نسبت به سایر داروها، انتشار بهتری به داخل نسج نرم و سخت دارد، استفاده شد.

مواد و روش‌ها

بر اساس مطالعه Monterio و همکاران (۱۲) در سال ۲۰۱۵ در کشور برزیل، حجم نمونه مورد نیاز، ۶۴ نفر تعیین گردید. این مقاله دارای ثبت در IRCT با کد IRCT2016102830448N2 می‌باشد و دارای مجوز کمیته اخلاق با کد 1395.76.IR.Rums.REC است. هم‌چنین از والدین کودک برای شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی گرفته شد و بیمار هر زمان به خواست خود می‌توانست از مطالعه خارج شود.

در این کارآزمایی بالینی تصادفی شده متقاطع (Randomized Cross Over Clinical trial)، تعداد ۶۴ کودک سالم چهار تا ده ساله که نیاز به درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین در هر دو سمت داشتند، وارد مطالعه شدند. این کودکان از نظر همکاری در جلسه اول با انجام فلوراید تراپی و پروفیلاکسی در دسته مثبت یا کاملاً مثبت طبقه بندی فرآنکل قرار گرفته بودند و در سابقه پزشکی، مشکلی جهت انجام تزریق بی‌حسی نداشتند. کودکانی که در جلسات درمان در وستیبول باکال دارای هر گونه زخم یا ضایعه مخاطی بودند یا برای جلسه دوم درمان مراجعه نکردند، از مطالعه خارج و با کودک دیگری جایگزین شدند.

به منظور جلوگیری از تأثیرات ناشی از تعداد دفعات درمان بر واکنش رفتاری کودک، شرکت کنندگان در مطالعه به طور تصادفی و بر اساس دستور تقسیم تصادفی در نرم‌افزار SPSS به دو گروه مساوی تقسیم شدند. در نیمی از نمونه‌ها (۳۲ کودک) جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکابین و جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکابین (گروه A) و در نیم دیگر (۳۲ کودک) جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکابین و جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکابین (گروه B) انجام شد.

در گروه A، به منظور درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین در یک جلسه، بعد از تهیه رادیوگرافی و انجام مراحل اولیه جهت انجام درمان، تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار با کاربرد کارپول لیدوکابین ۲٪ همراه با اپی‌نفرین ۱:۱۰۰۰۰۰ (شرکت ایران هورمون، تهران، ایران)، برای کودک در زمان یک دقیقه انجام شد. کودکانی که پس از تزریق همکار نبودند، یا پس از گذشت ۱۰ دقیقه (۲)، بی‌حسی لب و زبان در آنها ایجاد نشد، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

پس از گذشت زمان مناسب (۱۰ دقیقه) و اطمینان از بی‌حسی کامل با استفاده از شاخص بی‌حسی لب، مراحل برداشت پوسیدگی و تهیه حفره اکسس آغاز شد و واکنش کودک در لحظه اکسپوز پالپ سنجیده شد.

کودکان مورد بررسی ۴ سال و حداکثر ۱۰ سال و میانگین و انحراف معیار سنی کودکان $۱/۳۷ \pm ۶/۰۹$ سال بود.

در ۳۲ کودک چهار تا ده ساله ای که در گروه A قرار داشتند، تعداد ۲۲ نفر (۶۸/۸٪) دختر و ۱۰ نفر (۳۱/۳٪) پسر بودند و در ۳۲ کودکی که در گروه B قرار گرفتند، ۱۶ نفر (۵۰٪) دختر و ۱۶ نفر نیز (۵۰٪) پسر بودند. آزمون آماری مجذور کای (chi-square test)، تفاوت آماری معناداری در توزیع فراوانی جنسیت در گروه A و B نشان نداد ($p=۰/۱۲۷$).

هم چنین میانگین و انحراف معیار سنی کودکان در گروه A، $۱/۴۲ \pm ۶/۰۳$ سال و در گروه B، $۱/۳۳ \pm ۶/۱۴$ سال بود. آزمون آماری t دو نمونه مستقل (Independent two-sample t test) تفاوت آماری معناداری در میانگین سنی کودکان گروه A و B نشان نداد ($p=۰/۷۵۲$).

انفیلتراسیون آرتیکالین و بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین در درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین، در طول دوره مطالعه از Crossover Analysis استفاده شد. هم چنین به منظور ارزیابی اثرات باقی مانده (Residual effects) تکنیک های تزریق بر روی شدت درد (بر اساس مقیاس VAS)، از جلسه اول به جلسه دوم، مقدار Carry-over effect محاسبه گردید. سطح معنی داری در آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده متقاطع (Randomized Crossover Clinical trial) تعداد ۶۴ کودک سالم چهار تا ده ساله شامل ۳۸ دختر (۵۹/۴٪) و ۲۶ پسر (۴۰/۶٪) مورد بررسی قرار گرفتند. حداقل سن

جدول ۱: مقایسه میانگین درد در جلسه اول و دوم در هر یک از گروه های مورد بررسی، در کودکان چهار تا ده ساله تحت درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین

مقدار p	جلسه دوم انحراف معیار \pm میانگین	جلسه اول انحراف معیار \pm میانگین	جلسه گروه
۰/۱۶۳	$۳/۲۵ \pm ۲/۰۲$	$۲/۶۹ \pm ۱/۰۹$	A (n=۳۲)
۰/۰۹۶	$۲/۳۸ \pm ۱/۲۹$	$۳/۰۰ \pm ۱/۹۰$	B (n=۳۲)

A: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین و در جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکالین را دریافت کردند.
B: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکالین و در جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین را دریافت کردند.

در میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در جلسه اول و دوم وجود نداشت ($p>0/05$).

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، آزمون آماری t زوجی (paired t test) نشان داد که در هر یک از گروه های مورد بررسی تفاوت آماری معناداری

جدول ۲: مقایسه میانگین درد در گروه A و B بر حسب تکنیک تزریق، در کودکان چهار تا ده ساله تحت درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین

مقدار p	B (n=۳۲) انحراف معیار \pm میانگین	A (n=۳۲) انحراف معیار \pm میانگین	گروه تکنیک تزریق
۰/۲۹۹	$۲/۳۸ \pm ۱/۲۹$	$۲/۶۹ \pm ۱/۰۹$	بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین
۰/۶۱۲	$۳/۰۰ \pm ۱/۹۰$	$۳/۲۵ \pm ۲/۰۲$	انفیلتراسیون آرتیکالین

A: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین و در جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکالین را دریافت کردند.
B: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکالین و در جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین را دریافت کردند.

درد (بر اساس مقیاس VAS) در گروه A و B بر حسب تکنیک تزریق نشان نداد ($p>۰/۰۵$).

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، آزمون آماری t دو نمونه مستقل (Independent two-sample t test) تفاوت آماری معناداری در میانگین شدت

جدول ۳: مقایسه میانگین درد در گروه A و B در طول دوره مطالعه در کودکان چهار تا ده ساله تحت درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین

مقدار p	مقدار t	جلسه دوم انحراف معیار ± میانگین	جلسه اول انحراف معیار ± میانگین	جلسه گروه
0/02 < p < 0/05	2/219	3/25 ± 2/02	2/69 ± 1/09	A (n=32)
		2/38 ± 1/29	3/00 ± 1/90	B (n=32)

A: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین و در جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین را دریافت کردند.
B: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین و در جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین را دریافت کردند.

انفیلتراسیون آرتیکائین با 95% اطمینان از (0/229-0/961) می باشد.

در مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده متقاطع (Randomized Crossover Clinical trial) حاضر، به منظور ارزیابی اثرات carry over، مقدار $t=1/019$ با درجه آزادی 62 (Degree of freedom; df) به دست آمد که با $p>0/100$ اثر carry over معنادار نبود. بدین معنی که اثر تکنیک های تزریق بر روی شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) از جلسه اول به جلسه دوم (Residual effect) باقی نمانده بود. همچنین مدت یک هفته فاصله بین جلسه اول و دوم (wash out) برای حذف اثر جلسات درمان بر روی شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) کافی بوده است.

همان گونه که یافته های جدول ۳ نشان می دهد، بر اساس آنالیز crossover، میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در طول دوره مطالعه در تکنیک تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین به طور معناداری کمتر از تکنیک تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین بود ($0/02 < p < 0/05$).

هم چنین یک فاصله اطمینان 95% برای میانگین تغییرات (کاهش) شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در تکنیک تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین نسبت به انفیلتراسیون آرتیکائین در طول دوره مطالعه به صورت (0/229-0/961) محاسبه شد. این نتیجه حاکی از آن است که میانگین کاهش درد در تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین نسبت به تزریق

جدول ۴: مقایسه میانگین درد در گروه A و B بر حسب جنسیت در طول دوره مطالعه، در کودکان چهار تا ده ساله تحت درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین

مقدار p	مقدار t	جلسه دوم انحراف معیار ± میانگین	جلسه اول انحراف معیار ± میانگین	گروه	جلسه جنسیت
>0/200	1/304	3/09 ± 2/02	2/73 ± 1/16	A (n=22)	دختر
		2/25 ± 1/00	2/75 ± 1/77	B (n=16)	
0/050 < p < 0/100	1/817	3/60 ± 2/07	2/60 ± 0/97	A (n=10)	پسر
		2/50 ± 1/55	3/25 ± 2/05	B (n=16)	

A: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین و در جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین را دریافت کردند.
B: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین و در جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین را دریافت کردند.

گروه A و B بر حسب جنس در طول دوره مطالعه وجود نداشت ($p>0/200$) تفاوت آماری معناداری در میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در

همان گونه که یافته های جدول ۴ نشان می دهد، بر اساس آنالیز crossover، تفاوت آماری معناداری در میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در

جدول ۶: مقایسه میانگین درد در گروه A و B بر حسب نوع دندان درمان شده در طول دوره مطالعه در کودکان چهار تا ده ساله تحت درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین

مقدار p	مقدار t	جلسه دوم انحراف معیار ± میانگین	جلسه اول انحراف معیار ± میانگین	گروه	دندان فک پایین
۱/۰۰۰	.	۲/۸۰ ± ۱/۱۰	۲/۸۰ ± ۱/۷۹	A (n=۵)	مولر اول شیری در هر دو سمت
		۲/۵۷ ± ۱/۹۰	۲/۵۷ ± ۱/۹۰	B (n=۷)	
<۰/۰۰۱	۲/۹۲۰	۴/۱۲ ± ۲/۱۸	۲/۵۹ ± ۰/۹۴	A (n=۱۷)	مولر دوم شیری در هر دو سمت
		۲/۴۶ ± ۱/۲۰	۳/۳۸ ± ۲/۲۲	B (n=۱۳)	
۰/۱۰۰ < p < ۰/۲۰۰	-۱/۶۶۱	۱/۷۱ ± ۱/۳۸	۲/۸۶ ± ۱/۰۷	A (n=۷)	یک سمت مولر اول و سمت دیگر مولر دوم
		۲/۵۰ ± ۰/۹۳	۲/۵۰ ± ۱/۴۱	B (n=۸)	

A: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکائین و در جلسه دوم تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین را دریافت کردند.
B: گروهی از کودکان که در جلسه اول تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین و در جلسه دوم تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکائین را دریافت کردند.

گروه مورد بررسی در این مطالعه، کودکان سالم چهار تا ده ساله که به درمان پالپ مولرهای شیری فک پایین در هر دو سمت نیاز داشتند، بودند. معیار انتخاب بیماران، همکار بودن آن‌ها بر اساس طبقه بندی فرانکل در جلسه اول درمان بوده است.

بر اساس این طبقه بندی درمانگر می‌تواند کودکی را که رفتار همکارانه مثبتی از خود نشان می‌دهند، با علامت ++ یا +++ و رفتارهای غیر همکارانه را با نشانه‌های - یا - - یادداشت نماید. نقص این روش، کافی نبودن اطلاعات بالینی درباره کودکان غیر همکار است. برای مثال اگر کودکی به عنوان منفی تلقی شد، به کاربرنده این روش طبقه بندی مجبور است که کیفیت واکنش را تعریف و درجه بندی کند. با ثبت " - گریان " توصیف بهتری از مشکل بالینی حاصل می‌شود. (۱۷) از آن جا که در مطالعه حاضر تنها کودکان ++ یا +++ یعنی همکار یا کاملاً همکار جهت شرکت در مطالعه انتخاب می‌شدند، نقص ذاتی این روش طبقه بندی مشکل ساز نبود.

در این مطالعه برای سنجش همکاری بیمار از مقیاس Frankl و جهت سنجش میزان درد از مقیاس VAS استفاده شد. نمودار VAS به صورت خطی به طول ۱۰۰ میلی متر است، که صورتکی خندان در صفر میلی متری آن و در جایگاه عدد صفر و صورتکی گریان در پایان خط (۱۰۰ میلی متر) و در جایگاه عدد ده قرار دارد و فرد برای بیان درد خود به فاصله میان این دو عدد اشاره می‌کند.

جهت جلوگیری از خطای ناشی از شمارش خطوط توسط کودکان از نمودار VAS بدون درجه بندی استفاده شد و به منظور فهم بیشتر نمودار و راهنمایی

همان گونه که یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد، بر اساس آنالیز crossover میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در دندان‌های مولر اول پایین درمان شده در هر دو سمت در طول دوره مطالعه، هیچ گونه تفاوتی با یکدیگر نداشت (p=1). اما میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در دندان‌های E پایین درمان شده در هر دو سمت در تکنیک تزریق بلاک عصب اینفرالوئولار لیدوکائین به طور معناداری کم تر از تکنیک تزریق انفیلتراسیون آرتیکائین بود (p<0/001). هم چنین میانگین شدت درد (بر اساس مقیاس VAS) در کودکانی که در یک سمت دندان مولر اول و در سمت دیگر دندان مولر دوم خود را درمان کرده بودند تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشت (0/100 < p < 0/200).

بحث

یکی از مهم ترین جنبه‌های کنترل رفتاری در دندانپزشکی کودکان کنترل درد است. بدین منظور ایجاد بی حسی مناسب به ویژه در موارد درمان پالپ ضرورت می‌یابد. عدم موفقیت در ایجاد بی حسی مناسب، سبب تجربه درد حین کار شده که خود باعث تکرار تزریق و افزایش ترس کودک می‌شود و زمینه عدم همکاری وی را فراهم می‌کند. از این رو تکنیک خوب در به دست آوردن بی حسی موضعی مناسب، ضرورت می‌یابد. (۱) در این مطالعه سعی بر آن بوده تا تکنیک مناسبی جهت به دست آوردن بی حسی موضعی مطلوب معرفی گردد.

بودن کارایی تکنیک انفیلتراسیون داشت، گرچه این برتری از لحاظ آماری معنادار نبود. به علاوه کارایی دو تکنیک در دندان مولر اول شیری کاملاً برابر بود اما در دندان مولر دوم شیری، تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین به طور معناداری بهتر از تکنیک انفیلتراسیون آرتیکائین بود. این مسئله به این دلیل است که در بچه‌های کم سن و سال ضخامت استخوان کورتیکال کم تر بوده و بنابراین در تکنیک انفیلتراسیون ماده بی حسی بهتر می‌تواند به سمت عصب انتشار پیدا کند. مطالعه Sharaf نیز این نتیجه را تایید می‌کند و نشان می‌دهد که در دندان‌های مولر دوم شیری و هم چنین با افزایش سن کودک، میزان موفقیت تکنیک انفیلتراسیون کاهش می‌یابد.

هم چنین در مطالعه حاضر، تفاوت آماری معناداری بین دو تکنیک در ارتباط با جنسیت نشان داده نشد. دلیلی که می‌توان برای آن تصور نمود این است که با گسترش فرهنگ امروزی و تشابه تربیتی دختران و پسران، فرهنگ قدیمی که پسران را از ابراز درد و ناراحتی به بهانه جنسیت و نشان دادن مردانگی و شجاعت منع می‌کرد، دیگر کارایی ندارد و با توجه به تشابه شرایط آناتومیک و فیزیولوژیک اعصاب دندان، ابراز درد و ناراحتی مشابه است.

نتیجه گیری

با توجه به مطالعه انجام شده می‌توان نتیجه گرفت که در کودکان، تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین از تکنیک انفیلتراسیون آرتیکائین بی حسی بهتری را فراهم می‌کند ولی در کودکان چهار تا شش ساله و در دندان‌های مولر اول شیری، دو تکنیک کارایی برابری دارند.

مراجع

- Mc Donald RE, Avery DR, Dean JA, Jones JE. Local anesthesia and pain control for the child and adolescent. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the Child and Adolescent. 9th ed. St. Louis: Mosby Co; 2011.P. 241.
- Malamed SF. Hand book of Local Anesthesia. 6th ed. St. Louis: Mosby Co, 2013.
- Malamed SF, Gagnon S, Leblanc D. Efficacy of articaine: A new amide local anesthetic. J Am Dent Assoc 42-635:131;2007.
- Becker DE, Reed KL. Essentials of local anesthetic pharmacology. Clin Pharmacokinetic 25-417:33;2005.
- Paxton K, Thome DE. Efficacy of articaine formulations: Quantitative reviews. Dent Clin North Am 53-643:54;2010.
- Strichartz GR, Berde CB. Local anesthesia. In: Miller RD. Miller's Anesthesia. 6th ed. New York: Churchill Livingstone; 2005.P.603-573.
- Oertel R, Rahn R, Kirch W. Clinical pharmacokinetics of articaine. Clin Pharmacokinetic 25-417:33;2005.
- Oulis CJ, Vadiakas GP, Vasilopoulou A. The effectiveness of mandibular infiltration compared to mandibular block anesthesia in treating primary molars in children. Pediatr Dent 7-305:18;1996.
- Kaufman E, Epstein JB, Naveh E, Gorsky M, Gross A, Cohen G. A survey of pain, pressure and discomfort induced by commonly used oral local anesthesia injections. Anesth Prog 7-122:52;2005.
- Sharaf AA. Evaluation of mandibular infiltration versus block anesthesia in pediatric dentistry. J Dent Child 81-276:64;2006.
- Hawkins JM, Moore PA. Local anesthesia: advances in agents and techniques. Dent Clin North Am 32-719:46;2008.

بیشتر کودک برای علامت گذاری محل دقیق، چهار صورتک دیگر، در نمودار رسم گردید به طوری که از عدد صفر تا ده، صورتک‌ها به تدریج گریان می‌شدند. نمای هر صورتک متناسب با جایگاه آن در نمودار است و صورتک‌ها به ترتیب در جایگاه اعداد دو، چهار، شش و هشت نمودار قرار می‌گیرند.

جهت ثبت داده‌ها باید فاصله محل علامت گذاری شده توسط کودک تا عدد صفر (صورتک خندان) توسط خط کش مدرج اندازه گیری شود. اما چون صورتک‌ها ملاک علامت گذاری کودک هستند، از عدد مربوط به آن‌ها برای ثبت داده‌ها استفاده شد. بنابراین داده‌های این مطالعه تنها اعداد صفر، دو، چهار، شش، هشت و ده را شامل می‌شدند که از معایب و محدودیت‌های استفاده از این نمودار بود.

به منظور دستیابی به یک بی حسی موفق دو عامل نوع داروی بی حس کننده موضعی و تکنیک تزریق باید مورد توجه قرار گیرد. در این مطالعه با توجه به معایب تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار که به طور معمول برای ایجاد بی حسی پالپی در مولرهای شیری فک پایین استفاده می‌شود، سعی شد تا کارایی تکنیک انفیلتراسیون در مقایسه با تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار بررسی شود تا در صورت بروز نتایج بهتر یا برابر در تکنیک انفیلتراسیون نسبت به بلاک عصب اینفرآلوئولار، تزریق انفیلتراسیون جایگزین تزریق بلاک عصب اینفرآلوئولار شود. هم چنین از آن جا که استخوان کورتیکال متراکم و ضخیم مندیبل می‌تواند مانعی برای انتشار ماده بی حسی در تکنیک انفیلتراسیون باشد، از داروی بی حس کننده موضعی آرتیکائین که نسبت به سایر داروها، انتشار بهتری به داخل نسج نرم و سخت دارد، استفاده شد.

نتایج مطالعه نشان داد که در کل دوره مطالعه درد در تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین به طور معناداری کمتر از تکنیک انفیلتراسیون آرتیکائین بود که علت آن، این است که در تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار، بی حسی تنه اصلی عصب باعث بی حسی عمیق در مولرهای شیری فک پایین می‌شود اما در تکنیک انفیلتراسیون، بی حسی شاخه‌های انتهایی عصب دندان باید پس از عبور ماده بی حسی از استخوان کورتیکال صورت بگیرد که ممکن است همیشه موفق نباشد مطالعه Oulis و همکاران نیز نشان داد که تکنیک انفیلتراسیون نسبت به تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار برای کشیدن و پالپوتومی دندان‌های مولر شیری فک پایین اثر بی حس کنندگی کم تری دارد. اما این نتایج با نتایج مطالعات Jung (۲۰) و Corbett (۱۹) که اثر بی حس کنندگی دو تکنیک را مشابه می‌دانند، مخالف است. در این دو مطالعه دندان‌های مولر اول مندیبل مورد بررسی قرار گرفتند و سن افراد مورد مطالعه بین ۲۰ تا ۳۵ سال بود. سن افراد شرکت کننده در مطالعه، تفاوت در آستانه درد و ساختارهای فیزیولوژیک بین کودکان و بزرگسالان و همچنین تفاوت در نوع دندان مورد بررسی، مارک داروی بی حسی و غلظت اپی نفرین مورد استفاده در داروهای بی حسی می‌تواند از علل تفاوت نتایج بین مطالعه حاضر و این دو مطالعه باشد. هم چنین در مطالعه Jung و همکاران دندان‌های مورد بررسی دارای پالپ نرمال بودند و هیچ گونه التهابی نداشتند و این موضوع که آیا نتایج مشابهی در بیماران با التهاب غیر قابل برگشت پالپ به دست می‌آید یا نه، نامشخص است.

در مطالعه حاضر هم چنین نشان داده شد که در بچه‌های شش و نیم تا ده سال، کارایی تکنیک بلاک عصب اینفرآلوئولار لیدوکائین از تکنیک انفیلتراسیون آرتیکائین بیشتر است، اما در بچه‌های چهار تا شش سال، نتایج حاکی از بهتر

مقایسه کلینیکی سینوس لیفت به روش استئوتوم سامرز و پیروز جری

• مهرداد رادور (مرکز تحقیقات دندانپزشکی مشهد)
 • مجید رضا مختاری (مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه مشهد)
 • سارا واعظی (استادیار پرودانتیکس، دندانپزشکی، دانشگاه سمنان)
 • آناهیتا شاهی (دندانپزشک)

مقدمه

یکی از مشکلات جایگذاری ایمپلنت‌های دندانی در ناحیه خلف فک بالا علاوه بر تحلیل استخوانی، حضور سینوس ماگزایلا می باشد که با موقعیت آناتومیکی خود بعضاً موجب تشدید کمبود استخوان نسبت به نواحی مجاور می گردد. برای جبران کمبود استخوانی، فرایند سینوس لیفت به کار گرفته شده که نتایج موثری در افزایش حجم و تراکم استخوانی داشته است و منجر به بهبود بستر استخوانی و موفقیت بیشتر درمان ایمپلنت گردیده است.

تا به حال تکنیک‌های مختلفی برای سینوس لیفت توضیح داده شده‌اند. یک روش رایج شامل ایجاد پنجره ای در دیواره ی لترال سینوس ماگزایلا است که با قرار دادن گرافت استخوانی بین کف سینوس و غشای اشنایدین انجام می پذیرد؛ این فرایند تهاجمی بوده و با عوارض زیادی چون پارگی غشا سینوس، درد، هماتوم و عفونت همراه است. با این وجود زمانی که میزان ارتفاع استخوانی باقی مانده کمتر از شش میلی متر باشد استفاده از این روش توصیه می گردد. تکنیک استئوتوم سامرز، روشی باتهاجم کمتر است که با ایجاد شکستگی green stick در کف سینوس، غشا اشنایدین همراه با استخوان زبرش به سمت بالا هدایت و گرافت استخوانی در فضای ایجاد شده قرار داده می شود؛ در روش سامرز برای موفقیت بیشتر ایمپلنت، حداقل ارتفاع استخوانی می‌بایست شش میلی متر باشد.

روش سامرز اگر چه با کاهش عوارض، نسبت به روش رایج جراحی open sinus lift همراه بوده است (۷)، با این وجود نیاز به مداخلات بیشتری برای بهبود فرایند سینوس لیفت در این روش وجود دارد. از مهمترین عوارض فرایند سینوس لیفت پارگی غشا اشنایدین است که بر اساس مطالعات منتشر شده شیوع ۷ تا ۶۰ درصدی دارد و موجب اختلال در پرفیوژن بافتی شده و احتمال عفونت، نکروز استخوانی، از دست رفتن پیوند و شکست ایمپلنت را می افزاید.

پیژوالکتریک سرجری یا پیژوسرجری روش ایمن و نوین جهت جراحی بافت سخت در دندانپزشکی است که موجب بهبود فرایند استئوتومی و استئوپلاستی، بدون آسیب به بافت نرم اطراف آن می گردد؛ حرکات ظریف هندپیس جراحی

به طور کلی فرایند سینوس لیفت به دو روش باز و بسته انجام می شود. در روش بسته از طریق حفره آماده شده برای ایمپلنت، مواد پیوندی داخل می شوند و بدون آسیب به غشا، درون سینوس فشرده میشوند؛ سپس معمولاً ایمپلنت در همان موقع جایگذاری می شود. روش بسته خود به دو روش استئوتوم و پیژوسرجری انجام می شود که هر یک دارای مزایا و معایبی هستند. هدف مطالعه‌ی حاضر، مقایسه نتایج کلینیکی حاصل از جراحی سینوس لیفت به دو روش بسته ی سامرز و پیژوسرجری بود.

۲۰ بیمار نیازمند به ایمپلنت دندانی در ناحیه خلفی فک بالا که همزمان کاندید جراحی سینوس لیفت نیز بودند، به صورت تصادفی به دو گروه استئوتوم سامرز و پیژوسرجری تقسیم شدند و طبق پروتکل استاندارد، تحت مداخله جراحی به دو روش مذکور قرار گرفتند. سوراخ شدگی غشا اشنایدین متعاقب عمل جراحی، میزان التهاب و درد پس از جراحی و میزان bone gain و bone loss شش ماه بعد از جراحی با استفاده از آزمون‌های 2sample t-test و mann-whitney u test در بین دو گروه مقایسه شد.

به ترتیب در گروه پیژوسرجری و استئوتوم میانگین بالا رفتن سینوس 3.6 ± 0.9 و 4.0 ± 2.2 میلی متر، امتیاز درد 1.1 ± 1.2 و 0.9 ± 0.8 ، استخوان بدست آمده 2.2 ± 0.8 و 3.1 ± 1.3 میلی متر، استخوان از دست رفته کرسنال 1.1 ± 1.2 و 0.9 ± 0.8 میلی‌متر بود. در هیچ یک از دو روش سوراخ شدگی غشا اشنایدین رخ نداد. تفاوت بین دو گروه هیچکدام از متغیرها معنادار نبود. ($0.05 < p$)

با توجه به نتایج کلینیکی مشابه به دست آمده از دو روش سامرز و پیژوسرجری؛ پیژوسرجری تواند جایگزین مناسبی برای روش سامرز در عمل جراحی سینوس لیفت باشد.

بر اساس مانور nose blowing رخ می‌داد، عمل به روش باز تبدیل شده و سعی بر بستن سوراخ شدگی با استفاده از ممبران و پیوند استخوان می‌شد و سپس از بسته شدن آن با انجام مجدد مانور nose blowing اطمینان حاصل می‌شد.

قبل از عمل یگ گرم آموکسی سیلین خوراکی و ۶۰۰ میلی گرم کلیندامایسن تزریق شد. دو دقیقه دهان شویه کلرهگزیدین ۰.۰۲٪ قبل از عمل استفاده شد. بعد از عمل نیز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم چهار بار روزانه برای یک هفته ادامه یافت.

ارزیابی رادیوگرافیک

ارزیابی رادیوگرافیک با استفاده از مقایسه رادیوگرافی CBCT گرفته شده قبل از جراحی و رادیوگرافی‌های پری اپیکال موازی بدست آمده بلافاصله پس از جراحی و سپس در دوره فالوآپ، انجام شد و میزان bone و bone loss و gain و تحلیل کرسنال ۶ ماه پس از جراحی به میلیمتر محاسبه و مقایسه شد. میزان استخوان بدست آمده از تفریق میزان نفوذ ایمپلنت داخل سینوس (بدون پرفوراسیون غشا) از میزان نفوذ ایمپلنت داخل سینوس در ۶ ماه بعد از جراحی محاسبه شد.

ارزیابی درد و التهاب: ارزیابی میزان درد بیماران یک هفته بعد از جراحی بر اساس مقیاس آنالوگ دیداری (visual analogue scale =VAS) با دامنه امتیاز ۰ تا ۱۰ انجام شد که بر اساس آن امتیاز ۰ بدون درد، ۱-۳ درد کم، ۳-۷ درد متوسط و ۷-۱۰ درد شدید در نظر گرفته می‌شود.

در آنالیز آماری برای بررسی نرمالیتیه از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده کردیم و با توجه به آن از آزمون‌های t-student و mann-whitney برای مقایسه درد و تورم بین دو گروه استفاده شد. همچنین آزمون chi-square برای مقایسه بین دو گروه استفاده شد. همچنین متغیرهای مداخله گر سن و جنس در هر دو گروه همسان سازی شدند.

داده‌ها با نرم افزار SPSS16 آنالیز شد. برای بیان داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های کیفی از درصد استفاده شد. یافته‌ها با $p > 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران $47 \pm 4,1$ سال بود و ۶۰٪ مرد و مابقی (۸ نفر) زن بودند.

جدول شماره یک نتایج کلینیکی سینوس لیفت را در دو روش جراحی نشان می‌دهد. میانگین استخوان موجود قبل از جراحی در گروه استوتوم ۵,۸ میلیمتر و در گروه پیوسرجری ۵,۹ میلیمتر بود. میزان بالا رفتن کف سینوس متعاقب عمل در روش استوتوم بدون تفاوت معنی دار بیشتر بود. در بیماران هیچگونه سوراخ شدگی غشا شنایدرین مشاهده نشد. طی پی گیری انجام شده بعد از ۶ ماه از مداخله میزان ارتفاع استخوان بدست آمده و از دست

ناشی از ارتعاشات امواج اولتراسوند، به دقت برش‌های ایجاد شده می‌افزاید. همچنین در مناطق آناتومیکی با دسترسی محدود موجب کارایی بهتر شده است. و با تهاجم کمتر، احتمال سوراخ شدن غشا سینوس را کاهش می‌دهد. در مطالعه‌ی گذشته نگر Zhen و همکاران در میان ۳۶ عمل جراحی سینوس لیفت، به روش استوتوم پیوسرجری، کمتر از سه درصد موارد منجر به سوراخ شدگی غشا شد. در مطالعه‌ی Nicholas و همکاران نیز سینوس لیفت به روش باز و با استفاده از پیوسرجری، بدون سوراخ شدگی غشا بود.

تا به حال نتایج محدودی در ارتباط با اثر بخشی پیوسرجری در فرایند سینوس لیفت منتشر شده است و با توجه به تکنیک‌های مختلف رایج در سینوس لیفت، برای جمع بندی و مقایسه میزان عوارض و اثر بخشی این روش با سایر تکنیکها، نیاز به مطالعه‌ی بیشتر وجود دارد. هدف مطالعه‌ی حاضر مقایسه کلینیکی سینوس لیفت به روش بسته با استفاده از دو تکنیک سامرز و پیوسرجری با پیگیری شش ماهه بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه پایلوت را که با کد اخلاقی ۹۲۱۸۹۱ به تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است، ۲۰ بیمار مراجعه کننده به بخش ایمپلنت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳، بعد از احراز معیارهای لازم و اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماران، به صورت تصادفی به دو گروه ۱۰ نفره‌ی سینوس لیفت به روش استوتوم و سینوس لیفت به روش پیوسرجری تقسیم شدند. برای بررسی نرمالیتیه از آزمون کولوموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به اینکه $P < 0.05$ بود داده‌ها در دو گروه نرمال بودند. همچنین متغیرهای مداخله گر سن و جنس در هر دو گروه همسان سازی شدند.

معیارهای ورود شامل سن بیشتر از ۱۸ سال، گذشتن حداقل ۴ ماه از زمان از دست رفتن دندان، افراد نیازمند به ایمپلنت ناحیه خلفی فک بالا بودند و معیارهای خروج شامل بیماران با دیابت کنترل نشده، نقص سیستم ایمنی، عفونت در محل ایمپلنت، سینوزیت، ابتلا یا ریسک بالای ابتلا به اندوکاردیت، حساسیت به پنی سیلین و مشتقات آن، عادات پارافانکشنال مخرب، نیاز به جراحی پیشرفته استخوان یا آگمنتاسیون ریج و زنان باردار یا شیرده بود.

پروتکل جراحی

جراحی سینوس لیفت در هر گروه با توجه به پروتکل استاندارد انجام شد. لیفت به روش پیوزالکتریک با استفاده از دستگاه 3@Piezosurgery (mectron, fully digital 240-100 Vac, 60Hz/50 W, 120W) انجام شد. در صورت عدم سوراخ شدن غشا در هر دو روش، با استفاده از ماده پیوندی Bio-Oss طی چند مرحله، مخاط کف سینوس ماگزایلا بالا برده شده و تا ارتفاع مناسب، پک می‌شد و سپس فلپ بخیه زده می‌گردید. برای بیماران که میزان ارتفاع استخوان باقی مانده بیش از 4 mm و میزان torque قرارگیری بیش از 10 n/cm بود، به طور همزمان ایمپلنت دندانی مناسب، طبق پروتکل شرکت سازنده جایگذاری شد. در مواردی که سوراخ شدگی غشاء شنایدرین

رفته، اگر چه در گروه پیژوسرجری به ترتیب کمتر و بیشتر بود اما با گروه استئوتوم تفاوت معنی داری نداشت. زمان معمول بررسی میزان استخوان تشکیل شده ۶ ماه می باشد. پیژوسرجری بدون تفاوت معنی دار با شدت درد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار یافته های کلینیکی متعاقب سینوس لیفت در دو گروه تحت مطالعه

p-value	گروه		متغیر
	پیژوسرجری	استئوتوم	
۰٫۶	۳٫۶±۰٫۹	۴٫۰±۲٫۲	میزان سینوس لیفت (میلی متر)
۰٫۴	۱٫۵±۱٫۲	۱±۱٫۳	نفوذ ایمپلنت در کف سینوس (میلی متر)
۰٫۱	۲٫۲±۰٫۸	۳٫۱±۱٫۳	استخوان بدست آمده (میلی متر)
۰٫۷	۱٫۱±۱٫۲	۰٫۹±۰٫۸	تحلیل استخوان کرستال (میلی متر)
*۰٫۰۷	۱٫۶±۳٫۱	۴٫۲±۳٫۰	امتیاز دیداری درد

* داده ها بوسیله انحراف معیار ± میانگین توصیف شدند.

سپتوم سینوس و میزان ضخامت این غشا می باشد. طبق نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه، پیژوسرجری با حداقل سوراخ شدگی غشا همراه است که منجر به افزایش مزیت آن می گردد. علاوه بر این Geminiani و Toscano و همکاران گزارش کردند استفاده از روش پیژوسرجری در روش باز سینوس لیفت نیز منجر به کاهش سوراخ شدگی غشا شناسیدین می گردد.

نتیجه گیری

در پایان یافته های این مطالعه ی کوچک نشان داد، روش پیژوسرجری جهت سینوس لیفت از نظر نتایج کلینیکی و رادیوگرافیک تفاوتی با روش استئوتوم سامرز ندارد و احتمالا می تواند به علت راحتی بیشتر برای بیمار، جایگزین مناسبی برای روش استئوتوم سامرز باشد. مطالعات بیشتر با حجم نمونه بیشتر لازم است.

مراجع

- Thoma DS, Zeltner M, Hüslar J, Hämmerle CH, Jung RE. Short implants versus sinus lifting with longer implants to restore the posterior maxilla: a systematic review. Clin Oral Implants Res. 26 ;2015 Suppl 69–154 :11.
- Lee HW, Lin WS, Morton D. A retrospective study of complications associated with 100 consecutive maxillary sinus augmentations via the lateral window approach. Int J Oral Maxillofac. Implants. ;(3)28 ;2013 8–860.
- Wallace SS, Tamow DP, Froum SJ, Cho SC, Zadeh HH, Stoupe J, et al. Maxillary sinus elevation by lateral window approach: Evolution of technology and technique. J Evid Based Dent Pract 3)12 ; 2012 suppl: 71–161.
- Pjetursson BE, Tan WC, Zwahlen M, Lang NP. A systematic review of the success of sinus floor elevation and survival of implants inserted in combination with sinus floor elevation: Part I: Lateral approach. J Clin Periodontol 8)35 ;2008 Suppl: 40–216.

بحث

هدف مطالعه ی حاضر مقایسه بالینی و رادیوگرافیک سینوس لیفت به روش استئوتوم سامرز و پیژوسرجری بود. نتایج نشان داد بین این دو روش از نظر بالینی و رادیوگرافیک تفاوت معنی داری وجود ندارد اگر چه بیماران تحت جراحی با پیژوسرجری شکایت کمتری از درد و تورم داشتند که البته از لحاظ آماری معنادار نبود. برای اطمینان از عدم همپوشانی مقادیر Vas توسط دو آزمونگر چک شد و همپوشانی نداشتند. میزان بدست آمدن استخوان در گروه استئوتوم به طور غیرمعنادار، اندکی بیشتر بود که میتواند ناشی از تحریک استخوان سازی متعاقب استئوتومی و تحریک سلول های استئوپروژنیور باشد.

تا به حال مطالعات محدودی به مقایسه دو روش فوق پرداخته اند. Baldi و همکاران با مقایسه روش استئوتوم و پیژوسرجری سینوس لیفت در ۳۶ بیمار که میانگین ارتفاع استخوان باقیمانده 5.6 mm داشتند، گزارش کردند اگر چه پیژوسرجری با راحتی بیشتری برای جراح و بیمار همراه بود اما تفاوتی بین دو روش در میزان استخوان بدست آمده و ارتفاع استخوانی طی پیگیری یک ساله ی آنها وجود نداشت. Zhen و همکاران در ۳۰ بیمار که میانگین استخوان باقی مانده محل ایمپلنت ۲mm تا ۸mm داشتند با انجام سینوس لیفت به روش استئوتوم پیژوسرجری و پیگیری ۶ ماهه ی خود تنها یک مورد سوراخ شدگی غشا (۲٫۸٪) مشاهده کردند. Penarocha و همکاران نیز با انجام سینوس لیفت به روش استئوتوم و اولتراسوند مشاهده کردند استفاده از اولتراسوند به طور معنی داری موجب کاهش سوراخ شدگی (۱٫۷٪ در مقابل ۷٪)، نرخ شکست ایمپلنت قبل از بار گذاری (صفر در مقابل ۱۰٪) و افزایش میانگین استخوان بدست آمده (۶٫۷ در مقابل ۵٫۹ میلی متر) شده است.

در یافته های ما، هر دو روش بدون سوراخ شدگی غشا شناسیدین بود که البته علت عدم تفاوت بین دو گروه می تواند ناشی از حجم کم نمونه نیز باشد. از مهمترین و شایعترین عوارض سینوس لیفت سوراخ شدگی این غشا می باشد. تا به حال عوامل مختلفی در بروز این عارضه گزارش شده است که شامل کاهش ارتفاع استخوان باقی مانده، استعمال سیگار، عفونت و سینوزیت، باز شدگی زخم،

مقایسه استحکام پیوند ریزبرشی کامپوزیت رزین سیلوران با کامپوزیت متاکریلاتی معمول به عاج دندان‌های شیری

• مریم شریفی (استاد یار دندانپزشکی کودکان رفسنجان)
• سمیه خرمیان طوسی (استاد یار دندانپزشکی علوم پزشکی البرز)

مقدمه

در ترمیم‌های زیبایی، ریزنشست اغلب سبب تغییر رنگ در لبه‌های ترمیم شده و ضرورت تعویض آن را ایجاد می‌کند. ریزنشست به ویژه در ترمیم‌های دندان‌های کودکان که کف حفره تهیه شده در نزدیکی پالپ قرار دارد مهم است، زیرا تحریک اضافی پالپ با تراوش مواد محرک از اطراف ماده ترمیمی و گذر از لایه نازک عاج یا بازشدگی‌های میکروسکوپی پالپ می‌تواند واکنش برگشت ناپذیر پالپ را سبب شود. یکی از دلایل اصلی که می‌تواند در شکل‌گیری فاصله بین ترمیم زیبایی و دیواره دندان‌های مؤثر باشد انقباض حین پلی‌مریزاسیون است.

انقباض حجمی کامپوزیت رزین‌ها به طور عمده به ترکیب شیمیایی ماتریکس رزینی بستگی دارد. بنابراین تلاش‌هایی برای کاهش انقباض پلی‌مریزاسیون با تغییر در ترکیب رزینی صورت گرفته است از جمله تقویت کامپوزیت رزین‌های معمولی Bis-GMA از طریق اضافه کردن مونومرهای جدید مثل UEDMA و Bis-EMA و یا به کار بردن مولکول‌های رزینی بلندتر مثل EMA6 که در Z250 وجود دارد. یکی دیگر از این تلاش‌ها تغییر ساختار مونومری فاز ماتریکس با استفاده از مونومرهای حلقوی باز شونده (ring-opening) است.

سیلوران یک مونومر با پایه سیلیکون است که از ترکیب سیلوران و اکسیران به دست آمده است. واکنش مونومرهای حلقوی بازشونده موجود در سیلوران میزان انقباض پلی‌مریزاسیون را به کمتر از ۱٪ حجمی کاهش داده است. در چند سال اخیر تحقیقات متعددی در زمینه ویژگی‌های این کامپوزیت رزین جدید و کاربرد کلینیکی آن صورت گرفته است که قسمت اعظم این تحقیقات بر روی کاربرد این نوع از کامپوزیت رزین در دندان‌های دائمی بوده است. اما هنوز مطالعات آزمایشگاهی یا بالینی کافی که مفید بودن آن را در دندان‌های شیری نشان دهد انجام نشده است. در دندان‌های شیری برخلاف دندان‌های دائمی ضخامت ماده‌ی دندان‌های کم و ضخامت مینای بدون منشور زیاد است؛ بنابراین نمی‌توان نتایج کاربرد کامپوزیت رزین و سیستم پیوند در دندان‌های دائمی را به دندان‌های شیری تعمیم داد.

یکی از معیارهای مهم در انتخاب ماده ترمیمی، استحکام پیوند بین ماده‌ی ترمیمی و دندان است که در انجام ترمیم منطبق با ساختار دندان و کاهش ریزنشست دارای اهمیت است. با توجه به اقبال جدید به کامپوزیت رزین‌های با انقباض کم، هدف مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی استحکام پیوند ریزبرشی کامپوزیت رزین سیلوران (P90) با کامپوزیت متاکریلاتی معمول (Z250) به عاج دندان‌های شیری بود.

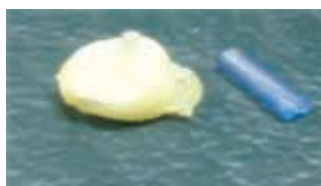
مواد و روشها: در این مطالعه‌ی آزمایشگاهی، ۲۴ دندان کانین شیری سالم انتخاب شدند. از هر دندان دو دیسک عاجی به ضخامت دو میلی‌متر تهیه گردید. نمونه‌ها به چهار گروه ۱۲ تایی تقسیم شدند. در هر گروه، سیلندر کامپوزیتی به قطر ۰/۷ میلی‌متر به شرح زیر به سطح عاج پیوند گردید. گروه اول: سیستم باند P90 + کامپوزیت P90، گروه دوم: اسپینگ + سیستم باند P90 + کامپوزیت P90، گروه سوم: Single bond + کامپوزیت Z250، گروه چهارم: اسپینگ + Single bond + کامپوزیت Z250. سپس نمونه‌ها تحت نیروی برشی قرار گرفتند تا در نهایت دچار شکست شوند. داده‌ها با آزمون‌های آماری توسط Tamhane's T2 آنالیز شدند و $p > 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

میانگین استحکام پیوند ریزبرشی در چهار گروه مورد مطالعه، با هم تفاوت معنی‌دار داشتند ($p > 0/05$). به این ترتیب که بیشترین میزان استحکام پیوند مربوط به گروه دوم و کمترین آن مربوط به گروه سوم بود.

کامپوزیت P90 نسبت به کامپوزیت Z250، استحکام پیوند ریزبرشی بیشتری به عاج دندان‌های شیری داشته و کاربرد آج قبل از کاربرد پرایمر در سیستم باندینگ سیلوران، قدرت پیوند این کامپوزیت رزین را به عاج دندان‌های شیری افزایش داد.



شکل ۲: جدا کردن تایکون تیوب از استوانه کامپوزیتی



شکل ۳: نمونه‌ی استوانه‌ی کامپوزیتی آماده شده بر سطح دیسک عاج

در گروه دوم، مراحل کار مشابه گروه اول بود با این تفاوت که قبل از کاربرد پرایمر، سطح دیسک عاجی با استفاده از اسید فسفریک 37% ESPE 3M به مدت ۱۵ ثانیه اچ شد و بعد به مدت ۱۰ ثانیه شستشو داده شده و سپس خشک گردید.

در گروه سوم، از سیستم باندینگ سلف اچ 3M ESPE Single bond به منظور باندینگ استفاده شد. به این ترتیب که پس از قرار دادن باندینگ و پوار ملایم هوا، نمونه‌ها به مدت ۱۰ ثانیه کیور شدند. انطباق کامپوزیت رزین Z2503M ESPE بر سطح عاج مشابه گروه‌های قبلی انجام شد و سپس کامپوزیت رزین به مدت ۴۵ ثانیه کیور گردید.

در گروه چهارم نیز، مراحل کار مشابه گروه قبل بود با این تفاوت که قبل از کاربرد باندینگ، سطح دیسک عاجی با استفاده از اسید فسفریک 37% ESPE به مدت ۱۵ ثانیه اچ شد و بعد به مدت ۱۰ ثانیه شستشو شده و سپس خشک گردید.

جهت ارزیابی استحکام پیوند ریزبرشی، نمونه‌ها در دستگاه Microtensile USA, Schaumburg, TesterBisco قرار داده شدند. به این ترتیب که نمونه‌ها توسط چسب و اسپری سیانوآکریلات (Zapit, Dental, USA) به دستگاه چسبانده شده و پس از خشک شدن فیکس گردیدند. (شکل ۴) یک سیم مخصوص به دور استوانه‌ی کامپوزیتی حلقه شد و به بازوی دیگر دستگاه ثابت گردید. دو بازو با سرعت 5mm/min از هم دور شدند تا زمانی که استوانه از نمونه‌ی عاجی جدا شده و یا اینکه استوانه‌ی کامپوزیتی دچار شکست گردد.

در نهایت با محاسبه‌ی مقدار نیرو (بر حسب نیوتن) تقسیم بر سطح مقطع (بر حسب میلی متر مربع) نتایج بر حسب مگاپاسکال گزارش شد. جهت کور نمودن مطالعه، فردی که آزمون‌های پیوند برشی را انجام داد تنها شماره‌ی گروه مورد نظر را ثبت کرد و از نوع ماده‌ی کاربردی در گروه‌های مختلف بی‌اطلاع بود. توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Semimov مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$) در حالی که هموزنیسیتی واریانس توسط آزمون Levene's مورد تأیید قرار نگرفت ($p = 0.001$). بنابراین از آزمون‌های One-way ANOVA و Tamhane's T2 برای مقایسه گروه‌ها استفاده گردید؛ همچنین $p > 0.05$ به عنوان سطح معنی‌دار تلقی شد.

بنابراین ضرورت انجام مطالعه‌ای که کاربرد سیلوران به عاج دندان‌های شیری را مورد بررسی قرار دهد احساس می‌شود. مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی استحکام پیوند ریزبرشی کامپوزیت سیلورانی P90 با کامپوزیت متاکریلاتی معمول Z250 به عاج دندان‌های شیری صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی آزمایشگاهی، تعداد ۲۴ دندان کانین شیری فاقد پوسیدگی، شکستگی و ترک خوردگی که به دلایل ارتودنسی کشیده شده بودند، مورد استفاده قرار گرفتند. دندان‌ها جهت ضدعفونی، پس از پاک کردن زوائد بافتی با کمک اسکیلر به مدت ۲۴ ساعت در محلول فرمالدئید 10% (دکتر مجلی، تهران، ایران) قرار داده شدند. دندان‌های شیری به منظور برش‌های دیسک شکل از مقطع عرضی دندان، در دستگاه

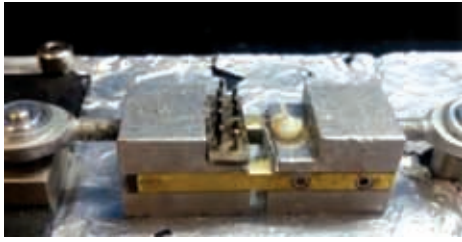
Zwick, Ulam, Germany (Universal Cutting Machine) قرار داده شوند و نمونه‌های دیسک شکل صاف به ضخامت دو میلی متر از عاج کرونا‌ی از هر دندان تهیه گردید، به گونه‌ای که نمونه‌ی تهیه شده فاقد پوشش مینایی بوده و فضای اتاقک پالپی در آن به چشم نمی‌خورد؛ به این ترتیب از هر دندان دو دیسک عاجی تهیه گردید. (شکل ۱)



شکل ۱: نمونه‌ای از دیسک عاجی

سپس نمونه‌ها به مدت ۶۰ ثانیه توسط آب مقطر (فراز مهر، اصفهان، ایران) شستشو داده شده و به مدت ۲۴ ساعت در دمای اتاق در ظرف حاوی آب مقطر نگه داشته شدند. پس از آن نمونه‌ها به طور تصادفی به چهار گروه دوازده‌تایی تقسیم شده و در هر گروه بر روی دیسک عاجی، اتصال کامپوزیت به دیسک‌ها به ترتیب زیر انجام شد.

در گروه اول، پرایمر موجود در کیت مخصوص کامپوزیت Filtek Siloran P90 (3M ESPE, MI, USA) به مدت ۱۵ ثانیه بر سطح نمونه brushing شد و پنج ثانیه با پوار ملایم هوا پخش گردید. سپس به مدت ۱۰ ثانیه توسط دستگاه لایت کیور QTH (75 USA, OH, Colten) با شدت نور 21000 mw/cm² کیور گردید. سپس باندینگ مخصوص کامپوزیت P90 بر سطح نمونه‌ها اعمال شده و پس از پخش شدن با پوار ملایم هوا، به مدت ۱۰ ثانیه کیور شدند. جهت اتصال کامپوزیت P90 به سطح عاج، از یک مولد پلاستیکی (Cleveland, OH, USA) tube tygone به قطر داخلی ۰/۷ میلی متر و ارتفاع دو میلی متر استفاده شد. کامپوزیت رزین با کمک نوک سوند به درون این مولد پلاستیکی وارد شد و سپس بر سطح عاج منطبق گردید و به آرامی فشرده شد تا از برقراری تماس مناسب با عاج اطمینان حاصل شود بعد به مدت ۴۵ ثانیه کیور شد و پس از آن مولد پلاستیکی توسط تیغ بیستوری برش داده شد و با سوند از اطراف کامپوزیت رزین جدا شد. (شکل ۲ و ۳)



شکل ۴: فیکس شدن نمونه به بازو توسط چسب سیانوآکریلات

یافته‌ها

آزمون واریانس یک طرفه نشان داد که تفاوت استحکام پیوند ریزبرشی کامپوزیت رزین به عاج بین گروه‌های مورد آزمایش معنی‌دار بود ($p=0/001$) میانگین استحکام پیوند ریزبرشی کامپوزیت رزین به عاج توسط روش‌های مورد مطالعه در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر استحکام پیوند ریزبرشی (مگاپاسکال) کامپوزیت رزین به عاج در گروه‌های مختلف مورد مطالعه

گروه	حداکثر - حداقل	انحراف معیار \pm میانگین
اول (کامپوزیت P_{90})	۱۸/۷۲-۴۱/۰۸	۳۰/۳۰ \pm ۸/۰۵
دوم (اچ+کامپوزیت P_{90})	۳۰/۶۸-۴۹/۱۴	۳۹/۶۸ \pm ۶/۶۷
سوم (کامپوزیت Z_{250})	۱۳/۲۶-۱۹/۵	۱۵/۹۲ \pm ۲/۵۰
چهارم (اچ+کامپوزیت Z_{250})	۱۱/۷-۳۰/۶۸	۲۰/۹۴ \pm ۵/۰۵

همچنین آزمون Tamhane's T2 نشان داد که تفاوت استحکام پیوند ریزبرشی همه‌ی گروه‌های مورد مطالعه به صورت دو به دو معنی‌دار بود ($p < 0/05$). (جدول ۲)

بر اساس یافته‌های این مطالعه، بیشترین استحکام پیوند ریزبرشی ($\pm 6/67$) ۳۹/۶۸ مگاپاسکال) کامپوزیت رزین به عاج، در گروه دوم که از کامپوزیت P_{90} به همراه اچ بر سطح عاج مشاهده شد و گروه سوم، که از کامپوزیت Z_{250} بدون اچ کردن سطح عاج با اسید استفاده شده بود، کمترین استحکام پیوند ریزبرشی ($15/92 \pm 2/50$) را نشان داد.

جدول ۲: مقایسه‌ی بین گروهی میانگین استحکام پیوند ریزبرشی گروه‌های مورد مطالعه توسط آزمون آماری Tamhane's T2

گروه‌ها	۱	۲	۳
۲	$p=0/31$	-	-
۳	$p=0/001$	$p=0/001$	-
۴	$p=0/018$	$p=0/001$	$p=0/042$

بحث

روش‌های مختلفی به منظور ارزیابی توانایی قدرت پیوند کامپوزیت رزین‌ها به سطوح آماده شده‌ی دندانی وجود دارد. در این مطالعه از نیروی برشی برای ارزیابی استحکام پیوند استفاده شده است، زیرا استرس‌های برشی بیشترین نوع استرس‌های دخیل در شکست باندینگ در شرایط بالینی هستند، هم‌چنین در انجام تست‌های با نیروی برشی احتمال این که شکست به صورت کوهریو و در توده‌ی ماده رخ دهد نسبت به تست‌های با نیروی کششی کمتر است و غالباً

یافته‌های این مطالعه نشان داد که استحکام پیوند ریزبرشی در گروه‌های سوم و چهارم که از کامپوزیت Z_{250} استفاده شده بود، به طور معنی‌داری از استحکام پیوند کامپوزیت سیلورانی P_{90} به عاج در گروه اول و دوم کمتر بود ($p < 0/05$). به طور خلاصه میزان استحکام پیوند ریزبرشی در گروه‌های مورد مطالعه به ترتیب زیر بود: کامپوزیت Z_{250} > کامپوزیت Z_{250} + اچ > کامپوزیت P_{90} > کامپوزیت P_{90} + اچ.

در همان مرحله اول و قبل از اعمال باندینگ پلی‌مریزه می‌شود؛ بنابراین پیوند به مینا و عاج و تشکیل لایه هیبرید در همان مرحله اول اعمال پرایمر صورت می‌گیرد.

PH پرایمر سیلوران، ۲/۷ است تا ثبات مونومرهای موجود در پرایمر و نیمه عمر آنها افزایش یابد. این pH بالا، پرایمر را از نظر قدرت اچ‌کنندگی در دسته بسیار ضعیف (ultra-mild) قرار می‌دهد. لایه دوم اعمال شده، یک باندینگ با مولکول‌های دو قطبی است که از سمت آب‌دوست خود با پرایمر آب‌دوست و از سمت آب‌گریز خود با کامپوزیت آب‌گریز سیلوران متصل می‌شود.

در مطالعات صورت گرفته توسط Mine و همکاران بر روی لایه هیبرید تشکیل شده با سیستم باندینگ سیلوران، نشان داده شد که لایه هیبرید حداکثر چند صد نانومتر ضخامت دارد که می‌تواند به علت pH بالای پرایمر باشد. در عاج تراش خورده با فرز ضخامت لایه هیبرید بسیار کم و در حد چند صد نانومتر است؛ هم‌چنین تگ‌های رزینی مشاهده نمی‌شوند؛ زیرا به علت بالا بودن pH اسیدی پرایمر، smear plug از داخل توپول‌های عاجی حذف نمی‌شود. بنابراین در صورتی که پرایمر بر یک لایه ضخیم‌تر از smear layer که توسط یک فرز ساینده الماسی تولید شده است اعمال گردد، پیوند ایجاد شده تنها در لایه سطحی صورت می‌گیرد. پس کارایی پیوند سیستم باندینگ سیلوران که اساساً در همان مرحله اول و اعمال پرایمر صورت می‌گیرد، تا حد زیادی به ویژگی‌های لایه اسمیر برجای مانده بستگی دارد. در صورتی که پرایمر سیلوران بر سطح عاج تراش نخورده اعمال شود، ضخامت لایه هیبرید حداکثر ۲۰۰ نانومتر است ولی چون توپول‌های عاجی با لایه اسمیر پوشیده نشده‌اند تگ‌های رزینی تشکیل می‌شوند و کارایی پیوند افزایش می‌یابد. بنابراین کاربرد اچ قبل از اعمال پرایمر با حذف لایه اسمیر ویژگی‌های پیوند را تا حد زیادی بهبود می‌بخشد. نتایج مطالعات Kholsa و همکاران نیز تاییدگر این مطلب است.

هم‌چنین کامپوزیت Z250 نیز با کاربرد اچ قبل از کاربرد سیستم باندینگ self-etch نتایج بهتری را نشان داد زیرا در سیستم‌های self-etch با کاربرد پرایمر یون‌های کلسیم و فسفاتی که از کریستال‌های هیدروکسی آپاتیت جدا شده‌اند، در الکل و آبی که به عنوان حلال در پرایمر وجود دارند به صورت معلق باقی می‌مانند. وقتی این محلول با کاربرد پوار هوا تبخیر می‌شود این محتوای کلسیم و فسفات ممکن است حلالیت اجزای پرایمر را کاهش داده و سبب ته‌نشین شدن آنها در پرایمر شود.

این امر سبب کاهش قدرت نفوذ ماده‌ی باندینگ به سطح آماده شده با پرایمر می‌شود و در نهایت قدرت پیوند کاهش می‌یابد. (۱۹) کاربرد اسید اچ قبل از اعمال پرایمر با حذف بخشی از یون‌های کلسیم و فسفات از این امر جلوگیری می‌کند. هرچند در مطالعاتی ذکر شده که قدرت باند سیستم‌های سلف اچ و توتال اچ تفاوت آماری معنی‌داری با هم ندارند. ولی یافته‌های مطالعه حاضر مغایر با این مطلب است. ضمناً مورد دیگری که می‌تواند بر قدرت پیوند به عاج تأثیر داشته باشد، ویژگی‌های خود عاج است که تحت تأثیر سن، نوع دندان، میزان پوسیدگی، ساخت عاج ترمیمی یا واکنشی و محیط حد واسط است. به منظور حذف این متغیرها در این مطالعه، از دندان‌های کاین شیری سالم بدون پوسیدگی که کمتر از یک سوم طول ریشه‌ی آنها تحلیل رفته و در محیط حد واسط یکسان (سرم) نگه داشته شده‌اند، استفاده گردید.

شکست در حد فاصل ماده‌ی ترمیمی و سطح روی می‌دهد که از نوع آدهزیو است. هم‌چنین آماده سازی سطح نمونه‌ها و انجام این آزمایش به آسانی و سرعت امکان پذیر است.

آزمون استحکام پیوند برشی با کاهش سطح مقطع نمونه به زیر یک میلی‌متر مربع به آزمون استحکام پیوند ریزبرشی تبدیل می‌شود که از چند جهت دارای مزیت است. در آزمایش استحکام پیوند ریزبرشی تعداد نمونه‌های مورد نیاز کاهش می‌یابد و می‌توان چندین نمونه را بر روی یک سطح آماده شده مورد بررسی قرار داد، هم‌چنین، سطح بزرگتر نقایص میکروسکوپی بیشتری را در بر می‌گیرد و در نتیجه احتمال ایجاد یک سطح ناهمگون که سبب توزیع نامناسب نیروها و شکست زود هنگام پیوند می‌شود، بیشتر است.

در مطالعه‌ی حاضر، از آزمون استحکام پیوند ریزبرشی جهت ارزیابی قدرت پیوند کامپوزیت P90 و Z250 به عاج دندان‌های شیری استفاده شد. به منظور مقایسه کامپوزیت سیلورانی P90 با کامپوزیت‌های متاکریلاتی، از کامپوزیت Z250 که به طور معمول به کار می‌رود، استفاده شده است. Z250 یک کامپوزیت رزین میکروهیبرید با 60% حجمی فیلر است. که انقباض پلی‌مریزاسیونی برابر ۲/۷ دارد.

سیستم باندینگ سیلوران سلف اچ است و pH پرایمر آن ۲/۷ می‌باشد. بنابراین در دسته مواد اچ‌کننده ultra-mild قرار می‌گیرد. به منظور بررسی تأثیر اچ کردن سطح بر استحکام پیوند ریزبرشی، در یکی از گروه‌های مورد بررسی قبل از اعمال سیستم باندینگ سیلوران دندان با اسید فسفریک ۳۷% اچ شد تا در صورتی که نقص در سیستم باندینگ سیلوران سبب کاهش قدرت پیوند می‌شود، در این گروه این اثر رفع گردد. به منظور مشابه‌سازی عوامل باندینگ دو نوع کامپوزیت، برای کامپوزیت Z250 از عامل باند سلف اچ، Single bond استفاده گردید و در یکی از گروه‌های مورد بررسی نیز همین باندینگ با کاربرد اسید اچ مورد استفاده قرار گرفت.

بر اساس مطالعه‌ی انجام شده، اختلاف آماری معنی داری در میزان استحکام پیوند ریزبرشی در چهار گروه سلف اچ مورد آزمایش وجود داشت. به این ترتیب که کامپوزیت رزین سیلوران نسبت به Z250 استحکام پیوند ریزبرشی بیشتری را هم در سیستم self-etch و هم با کاربرد اچ قبل از اعمال باندینگ نشان داد. مطالعه‌ی انجام شده توسط Ilei نیز این نتیجه را تایید می‌کند. این مطلب می‌تواند به این دلیل باشد که سیلوران کامپوزیت جدیدی است که از مونومرهای متاکریلاتی معمول استفاده نمی‌کند. بلکه از مونومرهای با قابلیت opening-ring استفاده می‌کند. میزان ثبت شده انقباض پلی‌مریزاسیون سیلوران در مطالعات آزمایشگاهی از تمامی کامپوزیت‌های متاکریلاتی کمتر است. بنابراین نیروی کمتری بر اثر انقباض ماده حین سخت شدن بر محل اتصال ماده و عاج وارد می‌شود که این مطلب می‌تواند سبب تماس نزدیکتر سیلوران با سطح و برقراری پیوند بهتر باشد.

هم‌چنین در گروه دوم که از اسید اچ قبل از اعمال پرایمر و باندینگ سیلوران استفاده شده بود، استحکام پیوند ریزبرشی نسبت به گروه یک که در آن تنها از پرایمر سیلوران استفاده شده بود بیشتر بود. این مطلب را چنین می‌توان توضیح داد که سیستم باندینگ سیلوران به دندان two-bottle self-etch است. مرحله اول استفاده از یک پرایمر هیدروفیل است. این پرایمر برخلاف پرایمرهای سیستم‌های two-step self-etch که بعد از اعمال باندینگ پلی‌مریزه می‌شوند

نتیجه گیری

با توجه به مطالعه‌ی انجام شده، کامپوزیت رزین سیلوران P90 نسبت به کامپوزیت‌های متاکریلاتی Z250 استحکام پیوند ریزبرشی بیشتری به عاج دندان‌های شیری داشت و کاربرد اسید اچ بر سطح عاج قبل از اعمال پرایمر و سیستم باندینگ سیلوران سبب تقویت قدرت پیوند ریزبرشی کامپوزیت به عاج دندان‌های شیری گردید.

مراجع

- to their polymerization shrinkage. *Dent Mater* ;(2)22 ;2006 601-593.
- Kholosa M, Malhotra N, Mala K. An in vitro evaluation of shear bond strength of silorane and bis-GMA resin based composite using different curing unites. *J Conserve Dent* 82-278 :(3)15 ;2012.
 - Fahmy AE, FarragNM. Microleakage and shear bond strength in class primary molars cavities restored with low shrink silorane based versus methacrylate based composite using three different techniques. *J Clip Pediatr Dent* :(2)35 ;2010 81-173.
 - Nozaka K, Suruga Y, Amari E. Microleakage of composite resins in cavities upper primary molars. *Int J Dent* :(4)9 ;1999 94-185.
 - John R, Christense W, Henry W, Fields Jr. Space maintenance in the primary dentition. In: Pinkham J, Casamassimo P, Mctigue D, Fields H, Nowak A. *Pediatric Dentistry. Infancy through Adolescence*. 5th ed, St. Louis: W. B Saunders; ;2013 84-379 :(2)10.
 - Pereira GDS, Dias CTS. Bond strength between silorane-based composite resin and dentin substrate. *Am J Dent* ;2013 4-90 :(1)4.
 - Van Ende A, Munck J, Mine A, Lambrechts P, Van Meerbeek B. Does a low-shrinkage composite induce less stress at the adhesive interface? *Dent Mater* 33-825 :(6)25 ;2009.
 - Ilie N, Hickel R. Macro-, micro- and nano-mechanical investigations on silorane and methacrylate-based composites. *Dent Mater* 9-810 :(3)25 ;2009.
 - Mine A, Munck J, Van Ende A, Cardoso M, Kuboki T, Yoshida Y, et al. B. TEM characterization of a silorane composite bonded to enamel/dentin. *Dent Mater* :(4)10 ;2010 10-100.
 - Neelima L, Sathish ES, Kandaswamy D. Evaluation of microtensile bond strength of total-etch, self-etch and glass ionomer adhesive to human dentin: An invitro study. *Indian J Dent Res* 33-129 :(4)19 ;2008.
 - Cunha L, Nascimento B, Dziedzic D, Baratto S, Gonzaga C, Furuse A, et al. Influence of different surface treatment on the shear bond strength of methacrylate resin composite repaired with silorane based resin. *Oper Dent*. 8-24 :(3)10 ;2013.
 - Saleh R, Gallab O, Zaazou M, Niazi H. The influence of different surface pretreatments on the shear bond strength of repaired composite. *J Am Sci* 11-705 :(7)7 ;2011
 - Mcdonald R, Avery D, Stooky G. Dental caries in the child and adolescent. In: Mcdonald R, Avery D, Dean J. *Dentistry for Child and Adolescent*. 8th ed. St.Louis: Mosby Elsevier; 2004. p. 36-203.
 - Moore K, Avery D. Dental materials. In: Mcdonald R, Avery D, Dean J. *Dentistry for Child and Adolescent*. 8th ed. Mosby, Co: St. Louis; 2004. P. 52-333.
 - Donly K, Segura A. Dental materials. In: Pinkham J, Casamassimo P, Mctigue D, Fields H, Nowak A. *Pediatric Dentistry Infancy through Adolescence*. 5th ed, W.B. Saunders Co: St. Louis; 2013. P. 40-325.
 - DewaeleM, Truffier-Boutry D, Devaux J, Leloup G. Volume contraction in pHotocured dental resins: The shrinkage-conversion relationship revisited. *Dent Mater* :(5)22 ;2006 65-359.
 - Charton C, Colon P, Pla F. Shrinkage stress in light-cured composite resins: Influence of material and Ph to activation mode. *Dent Mater* 20-911 :(3)23 ;2007.
 - Cadenaro M, Biasotto M, Scuor N, Breschi L, Davidson CL, Di Lenarda R. Assessment of polymerization contraction stress of three composite resins. *Dent Mater* -681 :(1)24 ;2008 5.
 - VanEnde A, Munck J, Mine A. Does a low-shrinkage composite induce less stress at the adhesive interface? *Dent Mater* 22-215 :(3)26 ;2010.
 - Nozaka K, Suruga Y, Amari E. Micro-leakage of composite resins in cavities upper primary molars. *Int J Paediatr Dent* 94-185 :(3) 9 ;1999.
 - Al-Boni R, Raja OM. Microleakage evaluation of silorane based composite versus methacrylate based composite. *J Conserv Dent* 5-152 :(3) 13 ;2010.
 - Ilie N, Kunzelmann KH, Hickel R. Evaluation of micro-tensile bond strengths of composite materials in comparison



آیا دندانپزشک در مورد اورژانس خارج از مطب مسئولیت دارد؟

یکی از توجهیهات تماشاگران بی تفاوت، «چشم‌پوشی جمعی» است: وقتی جمعی حادثه‌ای را مشاهده می‌کند، هر فرد به طور ناخودآگاه برای اینکه بفهمد باید مداخله کند یا نه، به طور خودکار به عکس‌العمل دیگران توجه می‌کند و چون همه حاضران دیگر هم مشغول پایش دیگران هستند، در نهایت هیچ‌کس مداخله نمی‌کند!

توجهیه دیگر «رقیق شدن مسئولیت» است، در یک جمع بزرگ، هر کس انتظار می‌کشد که کس دیگری پیدا شود و مسئولیت کمک را قبول کند و مسئولیت مستقیمی که متوجه تک تک افراد می‌شود، «رقیق» می‌شود.

مثلاً دندانپزشکان در یک موقعیت اورژانس ممکن است از این بیم داشته باشند که صلاحیت‌شان برای کمک کمتر از پزشکان باشد و چنانچه بعداً این افراد صلاحیت‌دار از راه برسند، نحوه یاری رساندن آنها زیر سؤال برود. بنابراین ترس از عواقب بد یاری‌رسانی یا از دست رفتن وجهه‌عاملی است که باعث می‌شود مداخله مفید صورت ندهند.

چنین مواردی که جان افراد با خطر مواجه است همواره موضوع بحث‌های اخلاقی و قانونی بوده است. تقریباً بیشتر دادگاهها (در امریکا) دعوی علیه کسانی که مسئولیت بالقوه یک کمک‌رسانی را عهده‌دار نمی‌شوند، اقامه نمی‌کنند اما گاهی افراد با رابطه خاص با قربانی ملزم می‌شوند که در جریان این امر مداخله کنند. مانند افراد خانواده، فردی که علت تهدید شدن قربانی است، فردی که به طور کلی وظیفه امداد و نجات را برعهده دارد (مثلاً یک نگهبان) کمک یا صاحب مکانی که قربانی را به محل دعوت کرده است. در حال حاضر در امریکا فقط ایالات یوتا قوانین ناظران را ملزم به دخالت در مواردی می‌کند که جان انسان‌ها در خطر است (شرایط Good Samaritan که براساس عهد عتیق بیان شده و مورد قبول معتمدان ادیان ابراهیمی، مسیحیان، مسلمانان است).

آیا دندانپزشک در قبال اورژانس‌های خارج از مطب دندانپزشکی مانند حوادث، مصدومیت‌ها و تصادفات مسئولیت اخلاقی، حقوقی یا هر دو را دارد؟ این سؤالی است که در ادامه مطلب می‌توانید بخوانید.

دو واقعه معروف در امریکا در مورد مسئولیت افراد حقیقی در مورد به خطر افتادن جان سایر انسان‌ها وجود دارد. اولی مربوط به ۱۹۶۳ است که یکی از ساکنین نیویورک، با فریاد کمک خواهی، از آپارتمان خود (در حالی که توسط یک مهاجم چاقو به دست مورد حمله قرار گرفته بود) به خیابان دوید. واضح بود که همسایگان شاهد حمله به یک زن زخمی در کنار خیابان بودند، اما کمکی به وی نکردند. مهاجم دو بار دیگر به زن حمله کرد و سرانجام موجب قتل او شد. حادثه‌ی دوم در ماساچوست در ۱۹۸۳ اتفاق افتاد و عده‌ای بدون اینکه مداخله‌ای صورت دهند یا با پلیس تماس بگیرند، شاهد حمله و تجاوز به مدت بیش از یک ساعت بودند.

در ایران هم موردی در ششم آبان ماه سال ۱۳۸۹ موسوم به حادثه میدان کاج اتفاق افتاد که در آن رهگذران شاهد حمله با چاقو و قتل یک نفر در معبر عمومی بودند و دخالتی از طرف مردم صورت نگرفت. این مثال‌ها را در روانشناسی اجتماعی با پدیده‌ای که به آن اثر تماشاگران bystander effect گفته می‌شود، توضیح می‌دهند. زمانی که فردی در یک موقعیت اورژانسی نیاز به کمک داشته باشد و جمع افراد پیرامونش هیچ کمکی به او نکنند، می‌گویند این پدیده رخ داده است.

واضح است که دندانپزشک در برابر اورژانسی که در مطب دندانپزشکی یا درمانگاهی که مسئولیت درمان دندانپزشکی بیمار را بر عهده دارد، به طور مستقیم مسئول است. ولی اینکه آیا «دندانپزشک» جز افرادی که به اقتضای شغل خود باید در حوادث اورژانس خارج از حیطه محل طبابت خود وارد عمل شوند تلقی می شود یا نه، به طور صریح در قانون گفته نشده است. ولی با توجه به تلقی جامعه از دندانپزشک و همچنین حیطه آموزش هایی که دندانپزشک می بیند (یا باید ببیند) به نظر می رسد، دندانپزشکان هم جز افراد موظف به مداخله در تمام اورژانس ها از نظر قانونی هستند.

برحسب مورد اورژانس که در مطب روی می دهد و آموزش هایی که دندانپزشکان و تیم درمانی او دیده اند، ممکن است که تماس با اورژانس (در ایران تماس با ۱۱۵) از نظر قانونی کافی نباشد و دندانپزشک و گروه درمانی ملزم به اجرای اقدامات و کمک های اولیه (مثلاً CPR و...) هستند.

دندانپزشک از نظر قانونی موظف است که کیت اورژانس را در محل طبابت خود داشته باشد. در مورد کلینیک ها و مراکز درمانی مسئولین فنی این مسئولیت را بر عهده دارند. به خصوص کسانی که اجازه بی هوشی عمومی یا آرام بخش در مطب دارند به این کیت باید مجهز باشد (در ایران تا جایی که ما می دانیم اجازه استفاده از بی هوشی عمومی در مطب برای دندانپزشکان عمومی وجود ندارد) داروهای مورد نیاز کیت اورژانس دندانپزشکی را در اینجا بخوانید.

کیت اورژانس پیشنهادی توسط دکتر reed شامل اکسیژن، ایپی نفرین ها، دیفن هیدرامین، آلبوتروپ، اسپرین، نیتروگلیسرین، یک سرم قند و یک AED (دیفیبرلاتور اتوماتیک اکسترنال) هر چند که در اکثر مطب ها (در امریکا) مورد آخر وجود ندارد.

آن چه در ایران قضیه مداخلات اورژانس دندانپزشکان را بغرنج می کند فقدان واحد عملی مصوب و همسان در دانشکده های دندانپزشکی سطح کشور است. برخی از دانشکده ها دوره های عملی برای دانشجویان خود تدارک می بینند ولی کوریکولوم آموزشی دانشکده ها را ملزم به آموزش عملی اورژانس ها و ارزیابی مهارت دانشجویان در این زمینه (داشتن واحد درسی رسمی و امتحان) نمی کند.

در یک جمله از دکتر مالامد مولف کتاب مرجع اورژانس دندانپزشکی این مبحث را به پایان می بریم. «بیمار را زنده نگه دارید! با درمان بیمار یا بهبودی او یا تا زمانی که فرد دارای صلاحیت دیگری مسئولیت درمان را برعهده بگیرد!»



کد انجمن حرفه ای دندانپزشکان امریکا (ADA) دندانپزشکان را ملزم می کند تسهیلات معقول، برای شرایط اورژانس بیماران «خودی» در نظر بگیرند. به نظر می رسد که دندانپزشکان از نظر وجدانی، اخلاقی و گاهی حتی قانونی ملزم هستند که به درمان بیماران چه اورژانسی و چه با شرایط ثابت زمانی که به کمک نیاز دارند بپردازند. در نهایت اینکه حتی در عدم وجود قانونی که دندانپزشک را ملزم کند، دندانپزشک به عنوان عضوی از جامعه پزشکی از نظر اخلاقی ملزم به کمک به بیماران اورژانسی در خارج از مطب و محدوده کاری خود است. چون در این مورد آموزش دیده است و جامعه هم همین انتظار را از او دارد.

در کشور ما ایران قانونی کلی اما صریح وجود دارد که همه مردم، اعم از دست اندرکاران بهداشت و درمان یا فرد معمولی را ملزم به مداخله در موارد اورژانس می کند. بند اول ماده واحده مصوب ۱۳۵۴/۳/۲۵ (با عنوان خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی) به این شرح است:

«هرکس شخص یا اشخاصی را در خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند، بدون آنکه با این اقدام خطری را متوجه خود او یا دیگران شود. و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری کند، به حبس تا یکسال و جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهند شد.»

ماده اول آیین نامه اجرایی این قانون مصوب ۶۴/۱/۱۵ فوریت پزشکی را در موردی از اعمال پزشکی که بایستی بیمار سریعاً مورد درمان و رسیدگی قرار بگیرد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عواقب صعب العلاج و غیرقابل جبران شود «تعریف می کند.

مسمومیت- سوختگی ها- زایمان ها- صدمات ناشی از حوادث- وسایل نقلیه- سکت قلبی و مغزی- خون ریزی ها و شوک ها - اغماها- اختلالات تنفسی شدید و خفگی ها- تشنجات- بیماری های عفونی خطرناک مانند مننژیت ها- بیماری های نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند.

در بند دوازده علاوه براین یازده مورد عبارت کلی در سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می گیرند و در زمره فوریت های پزشکی و اورژانس می باشد، اضافه شده است که احتمالاً تشخیص آن با دادگاه خواهد بود. طبق ماده ۵ آیین نامه در مناطقی که مرکز اورژانس وجود دارد و به نحوی از فوریت پزشکی اطلاع پیدا می کند، مسئولیت مستقیم انتقال بیمار به مرکز درمانی با مرکز اورژانس است.

در بند دوم ماده واحده فوق ذکر می شود «در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که اقتضای حرفه خود می توانسته کمک مؤثری بنماید، به حبس از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال یا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد.» (شایان ذکر است ارقام جریمه مربوط به زمان تصویب قانون بوده و در زمان صدور حکم به روز می شود)

در ادامه هم «کلیه بیمارستان ها و مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی» ملزم به پذیرش بیماران اورژانسی می شوند. همچنین در بند چهارم مقرر شده است که «مأمورین انتظامی نباید معترض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب دیده را به مراجع انتظامی می رسانند، شوند»



نابینایان و دندانپزشکی

راهنمای درمان دندان برای روشن دلان

دهانتان فرو می‌رود و آزارتان می‌دهد...» پس همان اول کار با بیمار صحبت کنید، خلاصه‌ای از تمام کارهایی که قرار است انجام دهید ارائه کنید و با حوصله به سوالاتش جواب دهید. با بیمار خود ارتباط کلامی برقرار کنید. هنگام ورود با او دست بدهید و نام کوچکش را یاد بگیرید

۳- کاربرد تکنیک Tell show do در کتاب‌های اطفال برای جلب همکاری کودکان به عنوان یک روش موثر تاکید شده است. برای بیماران روشن‌دل پیشنهاد می‌شود، همین روش را به صورت مدیفیه شده و تجسمی استفاده کنید (نامش را همین جا Tell، describe، do می‌گذاریم!) سعی کنید هر کاری صورت می‌دهید قبل از انجام توصیفی از آن (طوری که بیمار قادر به تجسمش باشد) ارائه کنید. معمولاً نابینایان قدرت تصور بالایی دارند و به راحتی می‌توانند با واژگان شما ارتباط ادراکی برقرار کنند.

۴- به جزئیات اهمیت دهید: خمش ساکشن معمولاً گوشه لب بیمار را اذیت می‌کند، نوک ساکشن مخاط بیمار را زخمی می‌کند (هر از گاهی ساکشن را جابجا کنید)، ورود غیر منتظره سوزن بی‌حسی برای کسی که نمی‌بیند بسیار دردناک است، قبل از ورود سوزن اخطار دهید، از تکنیک دیسترکشن استفاده کنید. برای اینکه تزریقی با درد کمتر داشته باشید می‌توانید این مطب را بخوانید. جابجا کردن یوزیشن یونیت برای بیمار نابینا می‌تواند بسیار پراسترس باشد (قبل از تغییر موقعیت یونیت او را در جریان قرار دهید). پوآر هوا و توربین وسایل ترسناکی ممکن است به نظر برسند (آن‌ها را برای بیمار توصیف کنید). وارد کردن اولین فایل در دندان و ایستال ممکن است تجربه وحشتناکی باشد (بیمار را برای احتمال درد آماده کنید)

درمان دندانپزشکی برای اغلب بیماران ما خوشایند نیست. این درمان تجربه‌ای از وسایل عجیب، حس تماس و لمس ناخوشایند، طعم‌ها، بوها و صداهای آزار دهنده است. در این میان دندانپزشک با بیمارانی مواجه می‌شود که ممکن است دچار اختلال یک یا بیش از یکی از حواس پنج‌گانه باشند. انجام درمان دندانپزشکی برای این دسته از بیماران با ظرافت‌ها و در عین حال دشواری‌هایی همراه است. در این قسمت به توصیه‌هایی در مورد درمان دندانپزشکی بیماران نابینا می‌پردازیم. با رعایت پاره‌ای نکات می‌توان تجربه درمانی دل‌چسب و با پیامد مطلوب برای بیماران با مشکلات بینایی را داشت.

۱- همیشه برای بیمارانی که علاوه بر مشکل دندانی بار توانی مضاعفی قرار است بر کار شما تحمیل کنند، ارجاع را در نظر داشته باشید در صورت پذیرش کردن بیمار و شروع درمان شما موظفید که وقت بگذارید و کار خود را به نحو احسن تمام کنید. مشکلاتی مثل عدم همکاری بیمار (به دلیل نقص عضوی یا حسی) نمی‌تواند بهانه‌ای برای ارائه کار زیر حد استاندارد باشد. نابینایان می‌توانند گزینه‌های ارجاع به متخصص باشند.

۲- خودتان را به جای بیمار بگذارید: «دنیا بی تاریک... روی یونیت نشسته‌اید و تصویری از محیط پیرامونتان ندارید. صدای توربین... چیزهایی که داخل

بیمار شوید. ساکشن قوی و دستیار متبحر هم در راحتی کار شما برای این بیماران بسیار مؤثر است.

۹- در حین درمان با بیمار صحبت کنید. هر از گاهی به بیمار استراحت بدهید. از او در مورد احساسی که حین درمان دارد و مشکلات احتمالی‌اش سؤال کنید. اجازه دهید در صورت احساس نیاز بیمار دهانش را بشورد (برخی بیماران حتی ذرات خیلی کوچک را دهانشان نمی‌توانند تحمل کنند) نیاز به دستشویی رفتن یا نیاز به پاسخ به تلفن می‌تواند بیمار شما را بی‌قرار کند. در نظر بگیرید کاربردی که تلفن همراه برای یک بیمار نابینا می‌تواند داشته باشد با نیازهای یک فرد عادی متفاوت است. لذا از بیمار نخواهید که موبایلش را روی یونیت خاموش کند.

۱۰- توصیه‌های بهداشتی لازم را برای بیماران با ناتوانی بینایی ارائه کنید. در صورت وجود همراه، به بیمار و همراه او هر دو توضیحات شفاهی و عملی را ارائه دهید و همراه یا قیم بیمار را درگیر وظایف بهداشتی نمایید. مثلاً در مورد استفاده از نخ دندان برای بیمار با آموزش صحیح تأکید نمایید. بیشتر بیماران با ناتوانی بینایی، اطلاع صحیح عملی از روش‌های بهداشت دهان ندارند و آموزش عملی استفاده از مسواک، خمیر دندان و توصیه به استفاده از دهانشویه می‌تواند کمک بسیار مؤثری باشد. وب‌سایت دکتر علی مرسلی

۵- بیماران نابینا عادت دارند با زبانشان چیزهایی که داخل دهانشان می‌برید لمس و جابجا کنند. اگر سرسوزن و یا هیت کریر داخل دهان برده باشید ممکن است زبان بیمار را با خطر آسیب مواجه کنید. هنگام وارد کردن وسیله داغ یا تیز به دهان بیمار، به بیمار اخطار دهید زبانش را جابجا نکند. توصیفی از از چیزی که داخل دهان بیمار می‌برید ارائه کنید تا کنجکاوای بیمار برطرف شود.

۶- رابطه برای همه بیماران استاندارد درمانی است ولی برای بیماران با مشکلات بینایی فایده مضاعف دارد. بیماران نابینا به رابردم سازش می‌یابند. ضمن اینکه با تحریک کمتر مخاط بیمار، استرس کمتری به بیمار وارد می‌شود.

۷- حتماً یک قرار ارتباطی با بیمار داشته باشید. بیمار در صورت هر گونه درد یا ناراحتی بتواند با علامت دست و غیره... شما را مطلع کند. این علامت قرار دادی علاوه بر اینکه می‌تواند جای ارتباط چشمی بیمار و دندانپزشک را پر کند، اعتماد بیمار را افزایش داده و استرسش را هم کاهش می‌دهد.

۸- از تجهیزات کمکی استفاده کنید. آپکس یاب می‌تواند تعداد رادیوگرافی‌های شما را کاهش دهد. سیستم‌های چرخشی اندو سرعت درمان شما را افزایش می‌دهند. دستگاه رادیوگرافی پرتابل باعث می‌شود کمتر مجبور به جابجا کردن



با بیماران عصبانی و شاکی چه کنیم؟!

هزینه‌های دندانپزشکی با توجه به میانگین درآمد افراد جامعه ما هزینه‌های گرانی محسوب می‌شوند. داشتن سلامتی یک مالکیت ذاتی به شمار می‌رود و انسان‌ها آن را حق مسلم خود قلمداد می‌کنند لذا حتی فلسفه پرداخت هزینه برای درمان عارضه یا بیماری یا رفع درد برای بیمار سنگین و غیرقابل توجیه است!

با این توصیف برای بیشتر بیماران مراجعه‌کننده به دندانپزشکی، در همان هنگام مراجعه، نیاز به کاربرد تکنیک‌های ارتباطی قوی‌تر و مؤثرتری از سوی دندانپزشکان وجود دارد. چون بیماران برای خرید حلقه ازدواج یا خدماتی مثل ماینکور و تاتو مراجعه نمی‌کنند! آن‌ها اکثراً به اجبار، ناخواسته و با دلخوری به دنبال جای پارک روبروی کلینیک محل طبابت یا مطب شما می‌گردند، از پله‌های مطب‌ها و کلینیک‌ها نفس‌زنان بالا می‌روند، در پشت پیشخوان و در اتاق انتظار منتظر می‌مانند تا نوبتشان برسد، حین کار و بعد از کار اذیت می‌شوند، درد می‌کشند و سرانجام هم مجبورند مبلغ هنگفتی پول به شما پرداخت کنند! سؤال شما درست است... تقصیر ما دندانپزشکان چیست؟ ما مسئول خراب‌شدن دندان مردم نیستیم. (هر چند آموزش روش‌های پیشگیری هم جزء وظایف دندانپزشکان است و ما اغلب کاری به کار آن نداریم!) ما مسئول وضع اقتصادی، وضع ترافیک و اعصاب به هم ریخته مردم نیستیم. ما مسئولیم که فقط به بیماران خود روی یونیت خدمات با کیفیت عالی و علمی ارائه کنیم.

اما نباید یک نکته اساسی را فراموش کنیم

ما دندان «پزشک» هستیم. در دانشگاه (و نه تجربی) تربیت یافته‌ایم، پله‌پله اصول را یاد گرفته‌ایم و یک میثاق شغلی را متعهد شده‌ایم که بر طبق آن عمل کنیم. به علاوه موفقیت حرفه‌ای ما هم در گرو همین رضای بودن مردم از ماست!

در این مبحث به این نکته‌ها می‌پردازیم که با بیماران شاکی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها چه کنیم و یا به عبارتی چه کنیم تا بیمارانمان عاشق ما باشند!

به بیمار گوش فرا دهید!

هر قدر هم به نظر تان در ابتدا، حرف‌های بیمار شاکی، بی ربط و بی‌منطق باشد یا دستیار یا پذیرش حرف‌های بی‌ربط از طرف بیمار به گوش شما رسانده باشد، باز هم خودتان مستقیم و رودررو به حرف‌های بیمار گوش کنید. بسیاری از اوقات متوجه می‌شوید که بیمار بیش از اینکه از رویداد خاصی شاکی باشد از اینکه تحویل گرفته نشده، به عزت نفسش توهین شده و یا تحقیر شده است شاکی است. گاهی صرف گوش کردن شما بسیاری از سوءتفاهم‌ها را برطرف می‌کند.

گوش کردن شما باید فعال باشد

سعی کنید بیماری را که شاکی است، بشناسید. پشت میزی که رودررو بنشینید بهترین حالت است ولی اغلب در کلینیک‌های دندانپزشکی نشستن بیمار روی یونیت و نشستن شما روی تابوره به حالت روبرو، کفایت می‌کند. هرگز قبل از اینکه بیمار دهانش را باز کند تا حرف بزند به سراغ معاینه دهانش نروید! در حین حرف زدن بیمار با منشی یا دستیار حرف نزنید. کار دیگری نکنید و ارتباط چشمی را حفظ کنید. وقتی بیمار روی یونیت است و با شما حرف می‌زند پشت سرش یا مجاورش (طوری که ارتباط چشمی نباشد) قرار نگیرید.

در رابطه با شکایت بیمار احساس مسئولیت کنید

بیماران شاکی ممکن است از عوامل مختلفی شاکی باشند. این عوامل بسیاری از اوقات ممکن است به شما ربط مستقیمی نداشته باشد. مثلاً در کلینیک‌ها بسیاری از بیماران ممکن است از تلف شدن زمان، رفتار پذیرش، رفتار دستیار و... شاکی باشند. بدترین استراتژی‌هایی که دندانپزشک می‌تواند استفاده کند استفاده از جمله «به من ربطی ندارد با مدیر کلینیک یا فلان آدم دیگر صحبت کن» است! شما باید به عنوان متولی درمان بیمار احساس مسئولیت بیشتری حتی در قبال مسائلی که مسئولیت مستقیم در مورد آن‌ها ندارید به خرج بدهید! مسئولیت درمان بیمار را در صورتی که درمان بیمار را آغاز کرده ایم باید به عهده بگیریم که این مسئولیت شامل تمام جوانب درمان از جمله ارجاع می‌شود.

با بیماران هم‌فهمی کنید!

بسیاری از مشکلات کار مخصوصاً در درمانگاه‌ها به دندانپزشک ربطی ندارد. مثلاً دادن وقت اشتباه به بیمار، تلف شدن وقت بیمار، اعمال دندانپزشکان شیفت‌های کاری دیگر و... ولی دندانپزشک در مواجهه با بیماران شاکی از این مشکلات باید صبر و بردباری در پاسخ به بیمار پیشه کند. به جای استفاده از کلماتی که دال بر قضاوت و صدور حکم باشد، شما بهتر است که به بیمار بفهمانید شرایط او را متوجه شده‌اید و درک می‌کنید. توجه کنید که اسم این حالت همدردی نیست و بیشتر «هم‌فهمی» مفهوم منظور ما را می‌رساند! بیمار از روند کند پذیرش شاکی است و ادعا می‌کند که پذیرش درمانگاه یا مطب کند است و کارش را بلد نیست. شما می‌گویید که متوجه هستم که ایشان (بیمار) از منتظر ماندن در پذیرش دلخور است و منتظر ماندن در پذیرش حس خوبی ایجاد نمی‌کند و نباید این اتفاق بیفتد. الان هم شما عصبانیت بیمار را درک می‌کنید و سعی دارید با ارائه بهترین درمان (کاری که از دستتان بر می‌آید و به شما ربط مستقیم دارد) تجربه خوبی بعد از این برای بیمار ایجاد کنید!

تایید کامل حرف‌های بیمار هم صحیح نیست. در واقع در مطب‌ها و درمانگاه‌ها نه تنها حق همیشه با مشتری نیست بلکه بیشتر مواقع هم حق با بیمار نیست! بسیاری از اوقات قضاوت بیماران به خاطر وجود درد مختل می‌شود. دندانپزشکی را که شما برایشان کار کرده‌اید را با دندانپزشکی که جای دیگری کار شده اشتباه می‌گیرند. نسبت به درمان بدبینند و به طور کلی دید مثبتی نسبت به کار دندانپزشکی ندارند! ولی هیچ یک از این‌ها دلیل نمی‌شود که ما نتوانیم غرغرها و شکایت‌های این چنین بیماران را تحمل کنیم! توجه کنید «کار» ما دندانپزشکان تعامل با چنین بیماران است، پس باید کار خود را خوب بلد باشیم. ضمناً اخلاق حرفه‌ای را رعایت کنیم هر چند که این اخلاق حرفه‌ای باب روز و رفتار همه دندانپزشکان دور و برمان نباشد!

به عنوان یک متخصص درمان ریشه من هر روز با بیمارانی با قصه‌های متفاوت مواجه می‌شوم. بیمارانی که دندان‌هایشان توسط دندانپزشکان دستکاری شده و بعضاً خرابکاری‌هایی صورت گرفته است. تجربه شخصی من این است:

برای بیشتر بیماران قابل قبول است که در کار دندانپزشکی احتمال خطا وجود دارد. آن‌ها درک می‌کنند، ممکن است حوادثی حین درمان به وجود بیاید و کار خوب پیش نرود. بیماران را می‌توان برای یک پرفوراسیون، شکستن فایل در کانال و حتی از دست رفتن یک دندان حین درمان قانع کرد. ولی بیماران را نمی‌شود برای بی‌احترامی، فریب، پیچاندن و از سر واکردن قانع کرد! هر موقع از جایگاه یک دندانپزشک در صحبت با بیمار و اقیان او کم آوردید، از جایگاه یک انسان و با زبان مشترک انسان‌ها که همه بر آن مسلطیم مطمئناً می‌توانید بیمار خود را قانع کنید!



اعتماد مراجعین به دندان پزشکی و راهکارهای افزایش آن

• طرح درمان را شفاف شرح بدهید

مراجعین دندان پزشکی حق دارند که در مورد جزئیات درمان، نحوه انجام آن‌ها، تعداد جلسات و تمام جزئیات توضیحات کافی را دریافت کنند. حتی زمانی که بیمار سؤالی نمی‌پرسد ما به‌عنوان درمانگر وظیفه داریم این موارد را شرح دهیم. درواقع این قضیه در همان فرآیند رضایت آگاهانه قرار می‌گیرد.

• مسئولیت فردی دندان پزشک را فراموش نکنیم

در بیمارستان‌ها با توجه به اینکه افراد مختلفی مسئولیت درمان را بر عهده دارند، مسئولیت در مواقع قصور احتمالی هم اشتراکی است. پزشکان متخصص، پرستاران، سوپروایزر بر فرآیند درمان بیمار نظارت دارند و هر کدام می‌توانند خطای احتمالی همکار دیگر را تشخیص داده و در مراحل مختلف اصلاح کنند؛ اما در مطب دندان پزشکی، دندان پزشک تنها مسئول درمان است و هر نوع خطا و مسئولیت هر خطا و اشتباهی با خود او خواهد بود. حتی برخلاف بیمارستان‌ها، دندان پزشک در برابر کار لابراتوار هم به‌طور فردی مسئول است چون ارتباط بیمار فقط با دندان پزشک است.

◀◀ اعتماد بین مراجعین دندان پزشکی و دندان پزشکان اخیراً دچار تزلزل شده است و این قضیه قابل انکار نیست. آنچه در فضای رسانه‌های متعاقب درگذشت عباس کیارستمی و اخیراً محمدرضا رستمی (روزنامه‌نگار) پیش آمده به‌خوبی نشان می‌دهد که «اعتماد» حلقه مفقوده در رابطه بیمار درمانگر است. البته اینکه از فقدان این اعتماد چه کسانی متضرر می‌شوند، موضوع بحث مفصلی است که صحبت این مقال نیست.

در رابطه دندان پزشکان و مراجعینشان هم این بی‌اعتمادی، نمودهای عینی پیدا کرده است و احتمالاً بیشتر دندان پزشکان در کار روزمره خود، با آن مواجه شده و به‌طور محسوس تغییرات را احساس می‌کنند. در این مقاله به این موضوع که چه طور اعتماد بین دندان پزشک و بیمار را مستحکم کنیم می‌پردازیم. البته شایان ذکر است که بی‌اعتمادی به خدمات دندان پزشکی پدیده جدیدی یا فقط مختص به ایران نیست و در کشورهای پیشرفته دنیا هم بحث‌های زیادی را دامن زده است.

• پیشنهاد مشورت با سایر همکاران را بدهیم

برخی مراجعین ما به طرح درمان‌های ما مشکوک شده‌اند. رسانه‌ها مدام اخباری را منتشر می‌کنند که به بی‌اعتماد شدن مردم نسبت به جامعه پزشکی منجر می‌شود. از این رو طبیعی است که در بسیاری از موارد طرح درمان پیشنهادی ما را قبول نکنند. در مواردی که احساس می‌کنیم که بیمار اظهارات ما را قبول ندارد یا آثار شک را در چهره یا بیان او می‌بینید، پیشنهاد بدهید که با همکاران دیگر مشورت دهد. هرگز نباید بیمار را از مشورت با همکار دیگر بر حذر داشت. به عنوان یک آندودنتیست در مواردی، از بیمار می‌خواهم که در موارد پیچیده حتی در کیس‌های اندو با همکاران دیگر مشورت کند.

• زیر بار درمان زور نرویم

درمان اورژانسی در دندان پزشکی تقریباً وجود ندارد! آیه لودویگ و ترومبوز سینوس کاورنوس دو موردی هستند که امروزه فقط در کتاب‌ها به آن‌ها برمی‌خوریم و بسیار نادر هستند. در ثانی درمان آن‌ها هم تقریباً در حیطه صلاحیت دندان پزشک عمومی نیست؛ بنابراین درمان اورژانس از نوع اورژانس‌های پزشکی که رد درمان جان بیمار را به خطر بی‌اندازد و موجب پیگرد قانونی برای دندان پزشک شود، وجود ندارد. پس دلیلی ندارد که دندان پزشک برای پذیرش درمانی که به هر دلیل قادر نیست یا مایل نیست انجام دهد، تحت فشار قرار گیرد. رد درمان در حیطه اختیارات دندان پزشک است و دندان پزشک حق دارد که بیمار جدید را که کار درمانش را شروع نکرده، به هر دلیل نپذیرد. به همین دلیل صرف درد بیمار، شرایط اورژانسی برای مبادرت به درمانی که از عهده اتمام آن بر نمی‌آید یا به هر دلیل قرار نیست تمامش کنید، ایجاب نمی‌کند.

• به موقع ارجاع دهیم

ارجاع به موقع نه تنها نشانگر ضعف شما نیست، بلکه نشان مهارت تشخیصی شماست. هر وقت نیاز احساس کردید ارجاع دهید و آن‌ها به تعویق نیندازید. ارجاع به موقع باعث اعتماد بیشتر به شما می‌شود ضمناً مسئولیت درمان‌های پیچیده را که حتی زبردست متخصصین هم از شیوع شکست بالایی برخوردار است، از سر شما باز می‌کند!

• در همه حالشان حرفه را در صحبت با بیماران رعایت کنیم

به ندرت با بیماران غیرمنطقی مواجه می‌شویم که پرخاشگر هستند و ممکن است به ما و کادرمطب یا کلینیک فحاشی کنند. برانگیختگی علیه جامعه پزشکی شیوع زیادی پیدا کرده است و حتی در رسانه‌ها می‌بینیم که عده‌ای مردم را به ضبط صدای پزشکان تشویق می‌کنند! در تمامی شرایط وظیفه ما حفظ خونسردی و خودداری از هرگونه درگیری لفظی و فیزیکی است. متأسفانه شرایط به گونه‌ای است که هر نوع واکنش خیلی ساده و طبیعی از روی خشم می‌تواند به یک ماجرای رسانه‌ای در حد کشیدن بخیه تبدیل شود.

• بی‌اعتمادی بیماران را درک کنیم و بپذیریم

در مواردی بیماران نسبت به ما «حق» دارند که بی‌اعتماد باشند. بسیاری از موارد کار ما از نوعی نیست که بیماران بتوانند آن‌ها ارزیابی کنند. شکست‌های درمان‌های ما گاهی در کوتاه‌مدت نیست. مراجعین ما واقعاً نمی‌دانند که ما چه کاری روی دندان‌های انجام می‌دهیم و آیا کارمان را با رعایت تمام جوانب استاندارد درمانی و بهداشتی انجام می‌دهیم یا خیر. قیاس مع‌الفارق است اما خود ما زمانی که ماشین خود را به نمایندگی می‌بریم و بعد از یک روز، با یک لیست سرویس‌ها و قطعات تعویضی مواجه می‌شویم ممکن است که حس بی‌اعتمادی در اعماق وجودمان پدیدار شود! توضیح درمان‌ها، عوارض درمان و اطمینان از قانع شدن بیمار در مورد دلیل درمان‌ها می‌تواند اعتماد بین ما و مراجعینمان را تقویت کند.

• در رابطه با همکاران حرفه‌ای باشیم

دو رویکرد افراطی در مورد رابطه با همکاران دندان پزشک بیماران را نسبت به ما بی‌اعتماد می‌کند. یکی تأیید بی‌قیدوشرط همکاران و نادیده‌گیری اشتباهات آن‌ها و دیگری زیرآب زنی و بی‌اعتماد کردن بیماران نسبت به درمان دندان پزشک قبلی. در اظهارنظر در مورد هر درمان قبلی باید بسیار محافظه‌کار و دقیق باشیم. قضاوت در مورد کار دیگران بدون در نظر گرفتن شرایط درمان امر ساده‌ای است ولی تبعات ناخوشایندی به دنبال دارد و اعتماد بیماران را از بین می‌برد. به عنوان یک درمانگر در مورد مشکل و درمان متمرکز شویم تا اینکه در کسوت قاضی به قضاوت بنشینیم.

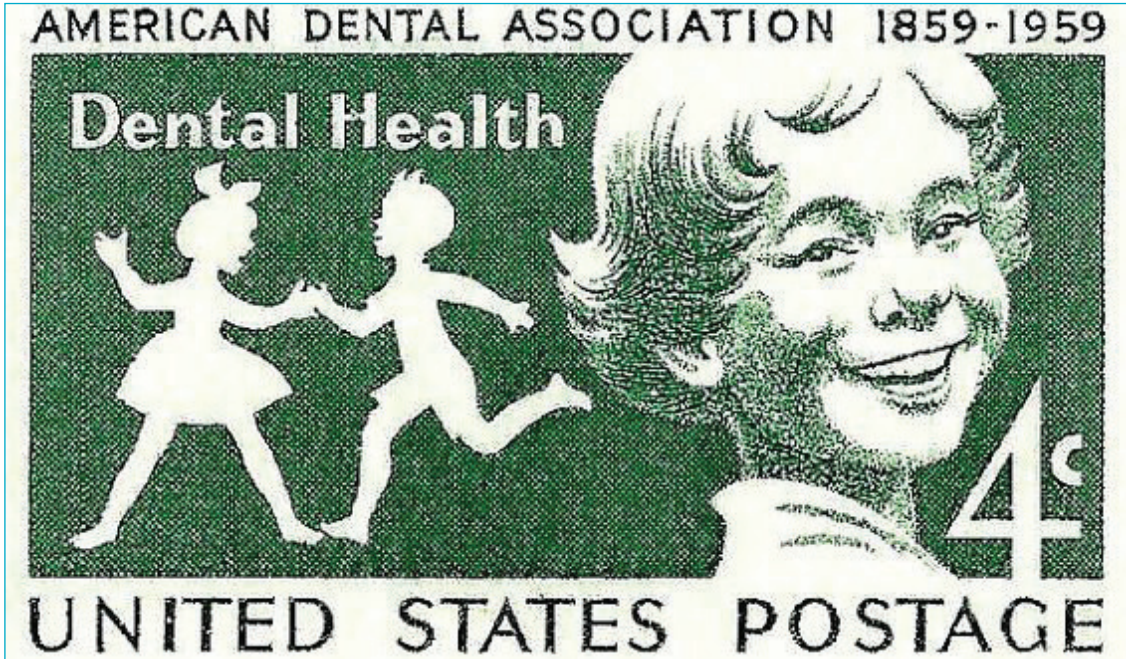
• نگرانی‌های بیماران را بپرسیم و برطرف کنیم

مواردی هستند که بیماران در مورد آن‌ها نگران‌اند ولی شاید از نظر ما نگرانی آن‌ها غیرمنطقی باشد. نگرانی در مورد ابتلا به ایدز، خطرات رادیوگرافی، سرطان‌زا بودن درمان‌ها، کیفیت مواد و وسیله‌ها، یک‌بارمصرف بودن یا استریلیزاسیون، درد حین کار و... گاهی نگرانی‌های عمده‌ای هستند که موجب بی‌اعتمادی مراجعین ما می‌شوند. با توضیح این موارد و پاسخ جامع به سؤالات بیماران، می‌توانیم اعتماد بیمارانمان را داشته باشیم.

• مراجعین را به درمان‌های زیبایی که خودشان داوطلب انجام آن‌ها نیستند تشویق نکنیم

تشویق بیماران به انجام درمان‌های زیبایی با ذات درمانگری ما در تضاد است و در چشم بیماران هم ما را به صورت بی‌زنس من‌های زیبایی جلوه می‌دهد. ایجاد نیاز کاذب زیبایی زمانی که خود بیماران در مورد آن متقاضی نبوده‌اند مردم را نسبت به ما ممکن است بی‌اعتماد کند.

دکتر علی مرسلی



نگاهی تاریخی به پیدایش انجمن های صنفی دندانپزشکی

جامعه پزشکی بریتانیا (BMA) در سال ۱۸۳۲ با حضور پنجاه نفر از پزشکان و جراحان بنیان گذاشته شد. ژورنال معروف این انجمن که یکی از معتبرترین ژورنال های پزشکی دنیا در حال حاضر است از سال ۱۸۵۷ منتشر می شود! در سال ۱۸۷۸ پایه جامعه دندانپزشکی بریتانیا (BDA) بنیان گذاشته شد.

FDIFédération dentaire internationale یا فدراسیون بین المللی دندانپزشکی که یک نهاد بین المللی دندانپزشکی دنیاست در سال ۱۹۰۰ بنیان گذاشته شده است.

نکاتی در مورد پیدایش انجمن دندانپزشکان آمریکا

اگر به پیدایش اولین نهاد صنفی دندانپزشکی دنیا یعنی انجمن دندانپزشکان آمریکا برگردیم متوجه نکات بسیار جالبی در مورد قدمت آن می شویم! این نهاد در واقع نه تنها قدیمی ترین نهاد صنفی دندانپزشکی دنیاست بلکه یکی از قدیمی ترین نهادهای صنفی دنیا هم به شمار می رود! اگر بخواهیم مقایسه ای صورت دهیم بهتر است به انجمن قلم آمریکا (PEN) اشاره کرد که در سال ۱۹۲۲ تأسیس شده است و انجمن نویسندگان آمریکا (Writers Guild of America) در سال ۱۹۵۴ تأسیس شده است و جالب تر اینکه اتحادیه ملی نویسندگان آمریکا (NWU) در سال ۱۹۸۲ تأسیس شده و نهاد بسیار نوپایی است! یعنی قبل از نویسندگان آمریکا، دندانپزشکان آمریکا به فکر تأسیس یک نهاد صنفی برای خود افتادند و این قضیه دلایل مفصلی دارد. در ۱۸۵۹ که ADA به همت بیست و شش نفر از دندانپزشکان آن دوره آمریکا در کنار آبنار نیآگارا تشکیل شده، دندانپزشکی رشته تثبیت شده ای نبود.

در ۱۸۶۱ زمانی که انجمن دندانپزشکان قرار بود اولین گردهم آیی سراسری خود را برگزار کند، با شروع جنگ های داخلی آمریکا این همایش کنسل شد! نکته بسیار جالب اینکه اولین کد اخلاقی دندانپزشکی در سال ۱۸۶۶ توسط انجمن دندانپزشکی آمریکا منتشر شد و اولین راهنمای بهداشت و پیشگیری برای بیماران در سال ۱۹۰۸ منتشر شد که در آن روی دویار مراجعه سالیانه به دندانپزشک برای ویزیت دوره ای تأکید شده بود!

انجمن دندانپزشکی آمریکا (American Dental Association) یکی از معتبرترین نهادهای صنفی دندانپزشکی جهان است که قدمت دیرینه ای دارد. در پس این قدمت دیرینه تاریخچه بسیار جالبی هم قرار دارد که شاید دانستن آن برای ما دندانپزشکان امروزی که با انبوه مشکلات حرفه ای تهدیدکننده کار و صنفمان مواجه هستیم، خالی از لطف نباشد. در این مطلب نگاه کوتاهی داریم به سابقه و قدمت نهادهای دندانپزشکی دنیا.

اولین نهاد صنفی دندانپزشکی دنیا

اولین نهاد صنفی دندانپزشکان ایالات متحده آمریکا، اولین بار با نام جامعه جراحان دندان آمریکا (American Society of Dental Surgeons) در سال ۱۸۳۴ بنیان گذاشته شد اما آنچه که ما امروزه به عنوان ADA می شناسیم در واقع در سال ۱۸۵۹ بنیانش نهاده شده است. نکته جالب این است که انجمن دندانپزشکی ایران هم که امروزه در واقع نهاد صنفی مادر دندانپزشکان ایران است، مسیر مشابهی را در سیر تکاملی خود طی کرده است و ابتدا با نام جامعه دندانپزشکان ایران در سال ۱۳۴۱ شروع به کار کرده است.

سندیکاها در دنیا

تاریخچه پیدایش نهادهای صنفی یا به اصطلاح سندیکاها برای اولین بار به قرن هیجدهم در انگلستان برمی گردد و اساس این سندیکاها هم کارگری بوده است؛ اما نهادهای علمی مربوط به پزشکان، نهادهای نسبتاً جدیدتری هستند. کارکردهای اختصاصی تری دارند.



هماهنگ و یا تعطیل کردن کلاس‌های درس و مهاجرت توسط روحانیت به کرات به عنوان مثال قابل ذکر هستند. برای مثال در جریان تحریم تنباکو، به خوبی می‌توان قدرت تأثیر و نفوذ نهاد روحانیت بر مردم را در آن دوره مشاهده کرد.

اگر بخواهیم از اولین سندیکاهاى رسمی تشکیل شده در ایران که اساس «کارگری» داشتند صرف نظر کنیم و به سراغ سندیکاهاى علمى برویم، باید اشاره کرد که در ایران تشکیل انجمن‌های علمى قدمتی دیرینه دارد. اولین انجمن علمى ایران با نام «جمعیت فیزیک و شیمی ایران» در سال ۱۳۱۰ هجری شمسی با حضور تعدادی از فیزیکدانان کشور در آزمایشگاه فیزیک دانشکده علوم دانشسرای عالی آغاز به کار کرد در حدود سال ۱۳۲۰

«کانون مهندسين ایران»، «مجمع وکلای دادگستری» و «انجمن مامایی ایران» نیز فعالیت خود را آغاز کردند. در دهه ۱۳۳۰، «انجمن پزشکی» فعالیت خود را شروع به کار کرد که برخلاف امریکا، قدمت آن از انجمن دندان‌پزشکان بیشتر است؛ اما آنچه که بیشتر کارکرد صنفی برای جامعه درمانگران ایران اعم از پزشک، دندانپزشک، داروساز و ... داشته است سازمان نظام پزشکی ایران است که علیرغم همه مسائلی که در مورد ساختار آن و ارتباط آن با نهادهای قدرت مطرح است، نهادی صنفی است که اعضای آن با رأی خود اعضا انتخاب می‌شوند.

این سازمان در واقع هم نهاد مدافع حقوق صنفی ارائه‌کنندگان خدمات درمانی و هم نهاد مدافعشان و منزلت درمانگران است و نهادی خودنظارتی است. در سال ۱۳۳۹ هجری شمسی اولین قانون نظام پزشکی در مجلس شورای ملی تصویب شد. اولین انتخابات هیات مدیره نظام پزشکی در سال ۱۳۴۷ هجری شمسی انجام شد و فعالیت رسمی نظام پزشکی از آن زمان آغاز گردید. از آن زمان تاکنون نظام پزشکی فراز و نشیب‌های زیادی را طی کرده است.

گاهی قربانی سیاست‌زدگی شده و بعضاً هم از اهداف صنفی اولیه خود فاصله گرفته است؛ اما در حال حاضر خانه همه دست‌اندرکاران طبابت در جامعه، نظام پزشکی است و علیرغم تمام کاستی‌ها و بی‌مهری‌ها، نقش بی‌بدیلی در حفظ شان و منزلت درمانگران دارد.

نهادهای علمى و صنفى به چه دردى می‌خورند؟

اهداف انجمن‌های علمى و صنفى صرفاً در جهت تأمین منافع اعضاى خود نیستند. قدرتمندی این نهادهای صنفى و انجمن‌ها شاید به همان اندازه که به نفع اعضایشان است به نفع بیماران و جامعه نیز هست. چراکه در این انجمن‌ها استانداردهای جدید و به‌روز برای تشخیص و درمان تبیین می‌شود. دوره‌های آموزش مداوم برگزار شده و در جهت یافتن راه‌های صحیح برای مشکلاتی درمانی هم‌اندیشی می‌شود. اطلاع‌رسانی در مورد مسائل روز صورت‌می‌گیرد و برای مشکلات قدیمی راه‌حل‌های جدید پیدا می‌شود. در ضمن این نهادها نهادهای خود اصلاحگر هستند.

اگر به هر دلیل یکی از اعضاى این نهادها و انجمن‌ها خطایی در درمان خود صورت می‌دهد، از طریق این نهادها و با مکانیسم خود اصلاحی ممکن است که مسئله را حل کرد. تعامل و هماهنگی با سایر گروه‌های اجتماعى و رایزنی با نهادهای قدرت در جهت تأمین بیشتر منافع صنفى و منافع بیماران از دیگر نقش‌های نهادهای صنفى دندان‌پزشکی می‌تواند باشد. دکتر علی مرسلی

اما اگر به دلایل اینکه چرا دندان‌پزشکان امریکا آن قدر زود و قبل از بقیه صنوف به فکر تأسیس نهاد صنفى افتادند برگردیم نکات جالبی را متوجه می‌شویم. در آن دوره یعنی قبل از ۱۸۳۴ حیطه کارى مشخص برای دندان‌پزشکانی که آموزش رسمی دیده‌بودند و افرادی که تجربی کار می‌کردند و افراد شیاد و کلاهبردار وجود نداشت. تعداد زیادی به اسم درمانگر به رفع مشکلات دندانى مردم مشغول بودند و بسیاری از آن‌ها اصلاً آموزش ندیده بودند و موجب صدمه به مراجعین خود می‌شدند.

بنابراین دندان‌پزشکان آموزش دیده آن دوره تصمیم گرفتند که با تشکیل یک نهاد صنفى ضمن بالابردن شان و منزلت حرفه خود، حساب خود را از بقیه افراد آموزش ندیده‌ای که در حیطه درمان دندان‌پزشکی دخالت می‌کردند جدا کنند. به این ترتیب یک عنوان و پرستیژ ویژه برای اولین بار در دنیا برای شغل جدیدی به نام دندان‌پزشک ایجاد شد و حساب آن از دلاک‌ها، تجربی‌ها و عناوین مختلفی که سعی داشتند از راه درمان مشکلات دهان و دندان مردم ارتزاق کنند جدا شد!

جالب اینجاست که امروزه ما در ایران به عنوان دندان‌پزشک هنوز با دخالت افراد فاقد صلاحیت در درمان دندان‌پزشکی مواجه هستیم و هنوز این معضل در کشور ما به طور کامل حل نشده است!

جامعه دندان‌پزشکان امریکا با تشکیل یک نهاد منسجم یک تهدید بزرگ (زیر سؤال بودن هویت دندان‌پزشک) را به یک فرصت تبدیل کنند و هم اکنون این نهاد، پیش‌آهنگ همه حرکت‌های جدید در دندان‌پزشکی معاصر دنیا است و رویکرد و نظرات آن در بیشتر جامعه دندان‌پزشکی دنیا به عنوان معیار و میزان در نظر گرفته می‌شود.

نکته بسیار قابل تأمل این است که اولین حرکت اولین نهاد صنفى دندان‌پزشکان در مورد ممنوعیت استفاده از آمالگام بود! این نهاد در آن زمان اعضاى خود را مجبور کرد که پیمان‌نامه عدم استفاده از آمالگام را امضا کنند. امضای این پیمان اولین جنگ آمالگام را به وجود آورد که البته تا امروز ادامه دارد. البته انجمن دندان‌پزشکی امریکا بعدها آمالگام را به عنوان بک ماده بی‌خطر برای پرکردن دندان به رسمیت شناخت.

شایان ذکر است که در آمالگام‌های آن دوره از درصد بالاتری از جیوه استفاده می‌شد، به خاطر مس کم کروژن زیادی داشتند و حاوی فاز مضر گاما-دو بودند. جنگ آمالگام در واقع می‌خواست قدرت صنفى و بسیج سازمانی این نهاد نوپا را به رخ بکشاند.

متعاقب تشکیل نهاد صنفى دندان‌پزشکی و با پشتیبانی این نهاد اولین دانشکده رسمی دندان‌پزشکی دنیا در بالتیمور شروع به تربیت جراح-دندان‌پزشک کرد. در واقع می‌توان تولد هویت مستقل دندان‌پزشک را مدیون پیدایش اولین نهاد صنفى دندان‌پزشکان دنیا در امریکا بدانیم. وقتی بدانیم که در انگلستان تا ۱۹۲۱ عنوان مستقل دندان‌پزشک (برای افرادی که آموزش اختصاصی در این رشته دیده‌بودند) هنوز به رسمیت شناخته نشده بود، بیشتر به اهمیت این قضیه پی‌می‌بریم.

سابقه نهادهای صنفى در ایران

شاید به طور تاریخی اولین نهادهای صنفى در ایران که کارکرد صنفى واقعی داشتند، نهادهای بازار و روحانیت باشند. در طول تاریخ واکنش‌های اعتراضی این نهادها، به ارکان اصلی قدرت با حرکت‌هایی مانند بستن بازار به طور



آداب حضور مجازی، برای دکترهای حقیقی!

فرهنگ را مجموعه پیچیده و درهم تنیده دانش، باور، اخلاقیات، هنر، قوانین، رسوم و تمامی ویژگی‌هایی تعریف می‌کنند که توسط یک انسان در جامعه اخذ می‌شود. امروزه مشخص شده است که ابداع تکنولوژی‌های جدید به ابداع فرهنگ نو منجر می‌شود. به این صورت که وقتی وسیله‌ای مثل تلفن همراه وارد زندگیتان می‌شود، آداب و دستورالعملی هم برای استفاده از این ابزار شکل می‌گیرد که تا قبل از حضور تلفن همراه در جامعه وجود نداشت. مثلاً اینکه در جلسات، سینماها، کلاس درس و ... تلفن همراه خود را خاموش کنیم یا در حالت بی‌صدا قرار دهیم! یا با صدای بلند در اتوبوس با موبایلمان حرف نزنیم. مجموع این قوانین شاید نانوشته در استفاده از تلفن همراه را فرهنگ استفاده از تلفن همراه می‌گویند از ورود ما به دنیای مجازی اینترنت زمان زیادی نمی‌گذرد. ولی در همین مدت زمان کم، اینترنت و شبکه‌های اجتماعی در بیشتر ارکان زندگی ما نفوذ کرده‌اند و آنرا دستخوش تغییرات شگرفی کرده‌اند. بالطبع حضور ما در شبکه‌های اجتماعی، با مشکلاتی همراه بوده است و نیاز همیشه وجود داشته است که کاربران یک سری آداب و قوانین نانوشته و غیرمصوب را در شبکه‌های اجتماعی رعایت کنند که به این آداب "فرهنگ سایبری" می‌گویند. در متن زیر چند توصیه برای جامعه پزشکی برای حضور هرچه بهتر در دنیای مجازی بیان شده است. (برای ارائه توضیحاتی شفاف و سره‌از نظرات یک کارشناس ارتباطات و روزنامه نگار - خانم شادی خوشکار - استفاده شده است.)

• اینجا دیگر رئیس نیستید: در دنیای مجازی، در سطح موازی با بقیه حضور دارید. شما ممکن است که رئیس فلان دانشگاه یا معاون بهمان اداره باشید شما ممکن است پزشکی معروف و ذی نفوذ باشید و در محیط‌هایی که هستید حرفتان برای همه حجت باشد. ولی در یک گروه مجازی اجتماعی چندطرفه، دیگر در جایگاه بالادست پشت میز یا رئیس جلسه نیستید که از نقد میرا باشید. البته بالطبع جایگاه اجتماعی شما حتی در شبکه‌های اجتماعی محفوظ است اما دقت کنید که در اتاق شیشه‌ای هستید و اگر حرف بی‌منطقی بزنید یا از موضع قدرت بدون منطق با بقیه گفتمان کنید انتظار آن را داشته باشید که با واکنش بقیه مواجه شوید و حتی شخصیتتان تحقیر شود.

اگر صحبت شما غیرعلمی، غیر دقیق یا نادرست باشد، به اعتبار شما لطمه خواهد زد.

• رد پای مجازی خود را در نظر داشته باشید: تمامی آنچه می‌گویید و به اشتراک می‌گذارید و به آن علاقه نشان می‌دهید، جنبه‌های شخصیت شما را نشان می‌دهد. با یک جست و جوی ساده مخاطب می‌تواند از نگاه شما به دنیا آگاه شود؛ بنابراین سعی کنید «شخصیت» خوب مجازی داشته باشید! ردپای مجازی خود را شوخی تلقی نکنید! برخی تصور می‌کنند که چون در دنیای مجازی هستند می‌توانند که هر طور دوست دارند صحبت کنند و هر حرفی مایل‌اند بزنند. درحالی که شخصیت مجازی شما قابل تفکیک از شخصیت حقیقی شما نخواهد بود.

• سرقت محتوی نکنید! مطالب، علی‌الخصوص مطالب علمی و خبری را با منبع یا مأخذ به اشتراک بگذارید. همانطور که در دنیای حقیقی یک نوشته یا خبر حتماً دارای منبع، نام نویسنده یا مأخذ است، دنیای مجازی هم غیر از این نیست. مسئولیت صحت مطالب یک نوشته با نویسنده می‌باشد. اگر تولیدکننده محتوی نیستید، به تولیدکنندگان محتوی اعم از نوشته، فیلم، عکس، پادکست و ... احترام بگذارید. در ضمن «حق معنوی تألیف» یک حق مسلم است و اشتراک‌گذاری یک مطلب با حذف یا جعل نام مؤلف، مترجم و یا منبع بدون شک دزدی می‌باشد. مجازی بودن این نوع دزدی، اسم آن را عوض نمی‌کند! شما اجازه ندارید با حذف نام نویسنده و یا منبع مطلبی علمی یا خبری را در یک فضای کجازی مانند گروه تلگرامی به اشتراک بگذارید.

• شأن و منزلت حرفه طبابت را در نظر بگیرید: اشتراک بعضی از مطالب به شأن و اعتبار حرفه ممکن است آسیب بزند یا اینکه اشتراک بعضی موارد صنفی در میان عموم جامعه مصداقی نداشته باشد. برای مثال تماشای فیلم از اتاق عمل برای صنف علوم پزشکی ممکن است عادی باشد ولی پخش این فیلم در مقیاس عمومی ممکن است علاوه بر اینکه خلاف قانون است (افشای اسرار بیماران بر اساس ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی پیگرد قانونی دارد) به پرستیژ و شأن حرفه آسیب وارد کند. مثال دیگر انتشار تصاویری مثل سلفی‌های دانشجویان پزشکی با جسدهای آموزش درس آناتومی است که بالطبع به اشتراک‌گذاری این است تصاویر غیراخلاقی بوده و شأن حرفه را زیر سؤال می‌برد.

• به قوانین شبکه اجتماعی یا گروهی که در آن عضو هستید احترام بگذارید: در یک گروه علمی، جوک و شعر ارسال نکنید. در یک گروه که به‌طور اختصاصی مثلاً در مورد بیماری سرطان دهان می‌باشد، تبلیغ کنگره ترمیمی و زیبایی دندان نفرستید. در گروه‌ها درملاءعام، چت (گفت‌وگویی) خصوصی نکنید.

• گاهی فقط سکوت کنید و جواب ندهید: جواب همه را قرار نیست بدهید! عده‌ای در شبکه‌های اجتماعی نقش «ترول» را دارند. آن‌ها شمارا تحریک می‌کنند. حرف‌های نامربوط می‌زنند. نظر و کامنت تحریک‌کننده زیر مطالب

با کسانی هم می‌شناسید، رابطه‌ای نزدیک‌تر از آنچه در دنیای حقیقی پتانسیل برقراری آن رادارید، برقرار نکنید.

• در برابر اتهامات تهاجمی عمل نکنید: برای مثال صنف شاغل در علوم پزشکی حساسیت‌های زیادی روی حرفه خود را دارد و آن را در معرض تهدید می‌بیند. اگر در جمع‌هایی با پزشک ستیزی، توهین و اتهام به صنف خود مواجه هستید، از کوره درنروید و فضا را تقابلی نکنید. در مورد قومیت‌ها، اعتقادات و امثال آن‌ها هم ممکن است با همین مشکل مواجه شوید.

• حریم همه از جمله آدم‌های معتبر یا معروف را حفظ کنید: در مواجهه با سلبریتی‌ها در دنیای مجازی، حریم آن‌ها را حفظ کنید. اگر خودتان هم سلبریتی یا فرد معروفی هستید در عین حال که سعی می‌کنید، حریم خود را حفظ کنید، بدانید که بهای سنگینی ممکن است در صورت اشتباه یا لغزیدن پا در دنیای مجازی بپردازید. وقتی از مزایای اعتبار یا شهرت استفاده می‌کنید، در مورد رویکردهای منفی هم ممکن است به ضررتان - در صورت لغزش - ختم شود. پس احتیاط و رفتار مسئولانه خیلی بیشتری به خرج دهید. در ساعات استراحت مزاحم کسی از طریق شبکه‌های اجتماعی آنی (Instant) نشوید.

• در شخصیت مجازی خود غرق نشوید: شما ممکن است مدیر(ادمین) یک صفحه مجازی یا یک گروه در یک شبکه اجتماعی (مانند تلگرام) باشید. بعضی از افراد ممکن است که احساس قدرت کاذب در این منصب مجازی نمایند و تصور کنند که می‌توانند اعمال قدرت نمایند. وقتی مدیریت در یک گروه پزشکی یا دندانپزشکی مطرح است، از آنجایی که همه باهم همکار هستند، حذف یک همکار با نظر مخالف، اعمال قدرت با وضع قوانین سلیقه‌ای یا خودنمایی یا تبلیغات تجاری و ... به وجهه شما بین همکاران ممکن است آسیب بزند.

دکتر علی مرسلی

شما قرار می‌دهند. یا فحاشی می‌کنند. هدف این عده، این است که شما از کوره در بروید و به آن‌ها واکنش نشان دهید. اگر شما از جایگاه اجتماعی بالاتری برخوردار باشید (مثلاً تصور کنید که یک پزشک معروف هستید) به راحتی با یک واکنش از روی عصبانیت وجهه خود را خراب می‌کنید. سعی کنید در دام تروپ‌ها نیفتید.

• در مورد هر مطلبی اظهارنظر نکنید: از آزادی بیانی که در دنیای مجازی می‌بینید هیجان‌زده و بی‌محابا استفاده نکنید. برای صحبت خودتان و اعتبار قائل شوید. اگر شخصیتی علمی هستید، علمی صحبت کنید و اگر شخصیتی فرهنگی یا هنری هستید، رویکرد خود را کماکان در شبکه‌های اجتماعی مرتبط به همان صورت اعمال کنید. واکنش سریع به همه چیز نشان ندهید و گاهی فقط تماشا کنید و عبور کنید!

• هر مطلبی را به اشتراک نگذارید: مطلبی را که قبول ندارید برای دیگران ارسال نکنید (ارسال یک محتوی به معنی پذیرش آن محتوی و مسئولیت آن است). مطالبی که با آبروی دیگران سروکار دارد، تصاویر و محتوایی که حریم به خصوصی دیگران تجاوز می‌کند را به اشتراک نگذارید. برای شخصیت و شأن همه انسان‌ها احترام قائل شوید.

• دروغ نگویند: صحبتی که شما ممکن است در یک جمع به صورت شفاهی داشته‌اید، ممکن است قابل انکار باشد! یا اینکه شما طرف مقابل را به سوءبرداشت متهم کنید و از زیر بار مسئولیت صحبت خود شانه خالی کنید؛ اما آنچه در دنیای مجازی در قالب نوشته ردوبدل می‌شود قابل انکار نیست! صحبتی را که در دنیای مجازی به اشتراک می‌گذارید نمی‌توانید زیرش بزنید! فقط می‌توانید از بابت آن معذرت و پوزش بطلبید. (توجه کنید که دوره بهانه‌هایی مانند "گوشی‌ام دست خودم نبود"، "اشتباه ارسال شد" و امثالهم هم خیلی وقت است سپری شده است!)

• به امنیت خود در دنیای مجازی دقت بیشتری نشان دهید: رمز عبور و اکانت‌های شما، سرمایه‌های شما هستند و حتی ارزش مادی ممکن است داشته باشند. به کسانی که نمی‌شناسید در دنیای مجازی اعتماد نکنید و



یادی از گذشته



یادی از پیشکسوتان حرفه واردات، تجهیزات و مواد دندانپزشکی مرحوم رضا لیلاز مهر آبادی (۷)

مرحوم رضا لیلاز مهر آبادی متولد ۱۳۲۰ تهران در سال ۱۳۴۲ پس از اتمام تحصیلات متوسطه همکاری خود را با شرکت بازرگانی نوتاش شروع و با توجه به علایق فنی بنا به توصیه آقای غلامعلی نوتاش جهت طی دوره تعمیرات تجهیزات پزشکی و دندانپزشکی به کشور انگلستان عزیمت و پس از بازگشت به سمت تکنیسین و مسئول تعمیرات در شرکت بازرگانی نوتاش مشغول فعالیت گردید.

وی در سال ۱۳۴۶ با همکاری برادرشان شرکت بازرگانی مهرآبادی را جهت واردات و توزیع مواد و تجهیزات دندانپزشکی تأسیس نمودند.



در سال ۱۳۴۷ برای دوره نگهداری و تعمیر یونیت‌های دندانپزشکی عازم شهر جنوا (ایتالیا) شده و دیپلم فنی تعمیرات و نگهداری یونیت دندانپزشکی را دریافت نمودند.

بعد از انقلاب اسلامی اتاق اصناف پایتخت منحل شد، کمیته‌ای به نام کمیته امور صنفی در میدان ارگ تهران تشکیل و انجام امور صنفی را به عهده گرفت، در این کمیته واحدی تحت عنوان امور قائم مقامی عهده‌دار صدور پروانه کسب برای افرادی بود که واحد صنفی را اداره می‌نمودند تشکیل شد ولی فاقد اتحادیه مستقل بودند.

بر همین اساس امور قائم مقامی طبق مقررات با اخذ مدارک لازم برای صاحبان واحدهای صنفی اقدام به صدور پروانه می‌نمود. بعد از گذشت چند سال با تلاش و پیگیری و کوشش بی‌دریغ آقای مهرآبادی، اتحادیه شروع به کار کرد، اما متأسفانه همان موقع امور قائم مقامی منحل و وظایف آن به وزارت بازرگانی محول شد لذا مجدداً پس از سپری شدن چند سال با پیگیری‌های مستمر بالاخره اتحادیه صنف تهیه و توزیع کنندگان تجهیزات و مواد مصرفی دندانپزشکی تهران به صورت مستقل در هیأت عالی نظارت در سال ۱۳۷۵ مصوب گردید.

اتحادیه ابتدا در خیابان انقلاب چهار راه ولیعصر خیابان صبای شمالی و بعد از مدت ۴ سال با کمک مالی و استقبال کلیه اعضای صنف در سال ۱۳۷۹ به خیابان آزادی مقابل دانشکده دامپزشکی ساختمان برج‌ساز که بورس لوازم دندانپزشکی بود انتقال یافت.

آقای رضا لیلاز مهرآبادی از بدو تأسیس اتحادیه طی پنج دوره ریاست اتحادیه را با مدیریت و پشتکار فراوان تا زمان فوت (۲۴ آذر ۱۳۹۶) عهده دار بود، وی شخصی با عزت نفس و خیر بود.

این گزارش با همکاری همسر گرامی ایشان سرکار خانم لیلی مؤمنی گردآوری گردیده است.

یادشان گرامی و روحشان شاد - دی ماه ۱۳۹۶



معرفی کتاب

مشکلات جراحی در ایمپلنتولوژی دهان

ترجمه: دکتر احسان زاهدی زیر نظر دکتر محمدرضا کریمی

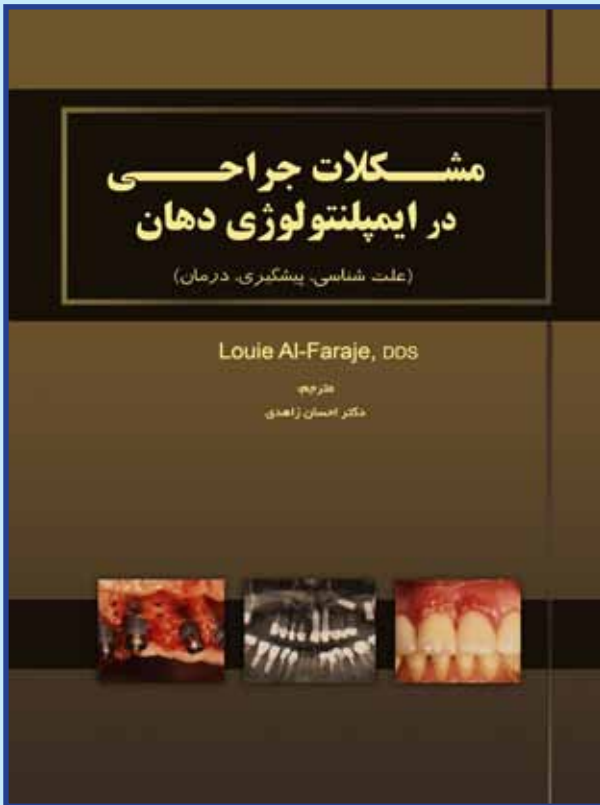
ناشر: انتشارات نوآوران سینا

استفاده از ایمپلنت‌های دندانی برای جایگزینی دندانهای از دست رفته در سه دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است. بنابراین جای تعجب نیست که تعداد مشکلات مرتبط با ایمپلنت نیز افزایش یابد. مطالعات کلینیکی متعدد، درباره ایمپلنت‌های دندانی نتایج امیدبخشی را آشکار کرده‌اند اما همراه با تمامی اعمال کلینیکی ریسک وجود دارد و چنین نتایج امیدوارکننده‌ای، ممکن است سبب ایجاد انتظارات غیرواقعی گردد. همیشه احتمال بروز مشکلات مرتبط با جراحی علیرغم طرح درمان دقیق وجود دارد. با این حال انجام اعمال کلینیکی معمول با دقت و احتیاط، انتخاب تکنیک‌های حداقل تهاجمی تا حد امکان، تشخیص علائم همراه با آغاز بروز مشکل و بررسی سریع آن، باعث کاهش میزان مشکلات پس از جراحی می‌شود.

انجام هر جراحی موفقیت‌آمیز نیازمند توجه به گروهی از مسائل مرتبط با بیمار و فاکتورهای وابسته به جراحی می‌باشد. دانش دقیق درباره آناتومی جراحی و تجربه و یادگیری مبانی طب داخلی پیش نیازهای مهم برای انجام جراحی ایمپلنت با نتایج قابل پیش بینی می‌باشد.

همچنین، طرح درمان دقیق قبل از جراحی، کمیت و کیفیت مناسب استخوان موجود، بهره‌گیری از تکنیک جراحی مناسب، ثبات اولیه مناسب ایمپلنت، دوره التیام کافی و رعایت دقیق دستورات پس از جراحی، همگی از عوامل مهمی هستند که در موفقیت جراحی ایمپلنت و یکپارچه شدن ایمپلنت با استخوان نقش حیاتی دارند. افزایش سن، تغییر شرایط سلامتی، سایش و گسیختگی و نگهداری حرفه‌ای ناکافی، از متغیرهای مهم و موثر بر پیش‌آگهی می‌باشند.

این کتاب بعنوان یک راهنمای خودآموز برای تشخیص و درمان مشکلات مرتبط با جراحی، طراحی شده است. هدف از نگارش این کتاب ارائه یک پروتکل، برای تشخیص زودهنگام مشکلات مرتبط با جراحی و چگونگی اجتناب از آنها می‌باشد. تشخیص زودهنگام مشکلات قابل درمان می‌تواند سرنوشت درمان‌های ایمپلنت یا پیوند استخوان شکست



خورده را معکوس کند.

روشهای مبتنی بر مدارک که برای درمان مشکلات در این کتاب شرح داده شده است به معنی حذف قضاوت کلینیکی کلینیسین‌های باتجربه نمی‌باشد بلکه می‌تواند به آنها کمک کند تا روشهای درمانی مورد استفاده خود را بر مبنای مدارک موجود مورد بازبینی قرار دهند.

در اکثریت موارد جراحی‌های پیشرفته، ایمپلنت‌های دندانی چالش برانگیز هستند. معاینات پیش از جراحی، طرح درمان دقیق، ابزار مناسب و نهایتاً دانش کافی، احتمال بروز مشکل را در حین و پس از جراحی به حداقل می‌رسانند.

آگاهی جراح ایمپلنت از اینکه چه شرایطی منجر به بروز مشکل می‌شوند و همچنین چگونگی برخورد با آن‌ها، احتمال موفقیت درمان را افزایش می‌دهد.

در این کتاب سعی شده است که روش‌های شناسایی، پیشگیری و درمان اغلب مشکلاتی که احتمال مواجهه با آن‌ها وجود دارد به صورت کامل مورد بررسی قرار گیرد. مسلماً بیشترین بهره از افزایش دانش و مهارت کلینیکی جراحان ایمپلنت، نصیب بیماران می‌شود.

برای تهیه این کتاب می‌توانید با دفتر انتشارات نوآوران سینا تماس بگیرید

۰۲۱۶۶۹۲۸۰۲۶

دانشکده... تاسیس... می کنیم...!

پاک یادشان رفته که خودشان هم یک روزی پشت کنکوری بودند؛ حالا که خردشان از پل گذشته و برای خودشان دکتر شده‌اند یادشان افتاده به موضوع تعدد دانشکده‌های دندان پزشکی بپردازند. هی این مسئولین دلسوز و مهربان می‌خواهند برای این مردم دندان خراب بیچاره کارخانه دکترسازی راه بیندازند، هی این‌ها نمی‌گذارند. هرچی فکر و ذکر وزیر و وکیل و معاون و... مشکلات دندانی مردم است و می‌خواهند در راستای حل آن‌ها، الی ماشاءالله نیروی انسانی تربیت کنند بعضی‌ها مدام مخالفت می‌کنند. یکی به این‌ها بگوید بابا، تا این دانشکده‌ها ساخته شود و خط تولیدش راه بیفتد و محصولش بیاید بیرون و همه این‌ها به کنار تا این جوجه دکترها بیایند دست راست و چپشان را بشناسند، شما بارت را بست‌های پدرجان. آخر ناراحت چی هستی؟

می‌ترسند برایشان رقیب تراشیده شود، آن وقت بهانه می‌کنند که این همه پول را می‌شد صرف آموزش بهداشت همگانی و فرهنگ‌سازی و تقویت بیمه‌ها کرد. کدام «همه پول» برادرمن؟ شما به مختصر وجوهات لازم برای ساخت دانشگاه و اندک مبلغ تجهیز آن و چندرغاز هزینه تربیت دانشجو می‌گویی پول؟ خیلی خوش انصافید به خدا. وقتی قرار باشد میخ آهنین در سنگ نرود، خوب نمی‌رود دیگر. حالا اگر صبح تا شب هم مسئولین محترم از افزایش روزافزون تقاضاهای مردمی در شهرستان‌ها برای تاسیس دانشکده دندان پزشکی در شهرستان خبر بدهند باز سنگ خودشان را به سینه می‌زنند. همیشه هم که ماشاءالله سند و مدرک برای رو کردن دارند. حالا هم در برابر این همه شواهد و قرائن بی‌بدیل و بی‌نظیر که از تولید انبوه دانشکده‌های دندان پزشکی حمایت می‌کند گیر داده‌اند به اینکه با این همه افزایش دندانپزشک، شاخص DMFT بهبود حاصل نکرده‌است. خلاصه از هر دری وارد می‌شوی بلکه به راه راست هدایتشان کنی فایده‌های ندارد. مثلاً شما بگو آقا جان مناطق محروم دندان پزشک ندارد و باید به فکر مظلومین و محرومین جامعه بود. باز این‌ها ژست روشنفکری می‌گیرند که تعداد دندان پزشک کافی‌ست، توزیع‌شان اشکال دارد. هر جا به نفعشان است و می‌خواهند خودشان

را عقل کل جلوه بدهند کشورهای اروپایی را چماق می‌کنند و می‌گویند توی سر بقیه. ولی وقتی قرار باشد از نظر تعداد دانشکده‌های دندان پزشکی خودمان را به آن‌ها برسانیم شعار می‌دهند که نباید کورکورانه خودمان را با آن‌ها مقایسه کنیم.

به هر حال ما که نفهمیدیم حرف حساب این جماعت چیست و چی از جان نظام سلامت این مملکت می‌خواهند. اما همه این‌ها به کنار بنده اصلاً کاری به سیاست‌گذاری‌های بخش سلامت و راهکارهای رسیدن به سطح مطلوب بهداشت و ارتقای کیفیت سلامت دهان و دندان مردم ندارم و می‌خواهم دو کلام پدرا نه با خیل عظیم مشتاقان ورود به این دانشکده‌های آماده تاسیس که برای رسیدن به رویاهای شیرینشان روزهای سختی را پشت کنکور سپری می‌کنند صحبت کنم.

می‌خواهم دلسوزانه بگویم پشت کنکوری‌های بالفعل و دانشجویان دندان پزشکی بالقوه! چشم و گوشتان را خوب باز کنید. عزیزان من سخت مراقب این بوی کباب و آواز دهل باشید. الان دارید پارو سفارش می‌دهید که چی؟ خیال برتان داشته که آنقدر پول روی سرتان می‌بارد که هفته‌ای یک پارو می‌شکنید؟ زنه‌ار اگر در فکر پول درآوردن بی‌دردسر هستید تا دیر نشده وقت و جوانی‌تان را جای دیگری سرمایه‌گذاری کنید. اما اگر پوستی کلفت و اعصابی آهنین و صبری سترگ دارید این گوی و این میدان، بسم الله. اما بدانید و آگاه باشید که:

رشته دندان پزشکی از علوم جالب است
پشت کنکوری به شدت شغل ما را طالب است
آی دکتر بعد از این! بشنو ز من این پند را
حرص خوردن در طبابت رویکردی غالب است
گویمت تا گوش نسپاری به آواز دهل
آنچه را از دور می‌بینی سرابی کاذب است
گاه بیمار آنچنان از درد می‌پیچد به خود
راست‌پنداری که سنگش در میان حالب است
مثل میت می‌نشیند زیر دستان ز ترس
جسم او حاضر ولی روح و روانش غایب است
گر هزاران درد از جانش کنی زایل چه سود
عاقبت دکتر جماعت از نگاهش کاسب است
گر ندارد او به دنیا مال و اموالی عظیم
او مقصر نیست بی‌شک، دکتر او غاصب است
بعد درمان موقع پرداخت حق‌العلاج
بر نبود سر به روی گردن تو راغب است
الغرض خواهی اگر دکتر شوی مانند ما
اینکه گفتم حاصل این رشته بی‌صاحب است

مجله دندانپزشک

آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع‌رسانی در زمینه دندانپزشکی

فرم اشتراک مجله دندانپزشک

نام و نام خانوادگی:

تاریخ شروع اشتراک:

دندانپزشک عمومی:

آدرس دقیق پستی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

کد ده رقمی پستی:

توضیح ۱: مبلغ ۷۰۰۰۰۰ ریال بابت اشتراک یک ساله مجله دندانپزشک

توضیح ۲: واریز نقدی به حساب ۴۷۳۴۶۴۰۰۰ مهرگستر بانک کشاورزی به نام دکتر شعبانعلی کوهستانی

توضیح ۳: اعلام فیش بانکی از طریق تلفن به بخش مشترکین (۰۲۶-۶۶۹۲۸۰۲۶) و یا ارسال به آدرس پستی تهران،

خیابان جمالزاده شمالی، خیابان نصرت، پلاک ۱۴، واحد ۱۹ تلفن تماس: ۶۶۵۹۱۷۵۳ نامبر: ۶۶۹۴۹۱۵۲

ماهانامه دندانپزشک، پذیرای مقالات شما دندانپزشکان عزیز برای درج در نشریه به همراه نام و مشخصات نویسنده می‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با نحوه ارسال، چگونگی فرمت فایل ارسالی و زمان تقریبی چاپ مقاله، با ما تماس بگیرید.