

مهم‌های فراموش شده در رفتار حرفه‌ای طبابت

دکتر مسعود یغمالی
استاد پژوهشگاه و جراح، تهران، فک و صورت
دانشگاه دندانپزشکی علوم پزشکی شهید بهشتی



PRIMUM NON
NOCERE

ویرایش دوم (بهار ۱۴۰۳)
Second Ed : 2024

مهم های فراموش شده در رفتار حرفه ای طبابت

The forgotten values of medical professional behaviour
(Personal comments)

نوشته: مسعود یغمائی

استاد پژوهشکده و جراحی دهان، فک و صورت
دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی شهید بهشتی

Masoud Yaghmaei

Professor of research institute, Oral & Maxillofacial Surgery Department, Dental school, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Graduate Tehran School Of dentistry (1974), State University of Connecticut, health center, USA (1981).



مهم‌های فراموش شده در رفتار حرفه‌ای طبابت
The Forgotten Values Of Medical Professional Behavior
(Personal Comments)

- ۱ - حرف اول و آخر
- ۲ - پیشگفتار
- ۳ - کاهش لطافت در طبابت
- ۴ - کاهش توجه به اهمیت رضایت آگاهانه و آزادانه (Informed Consent)
- ۵ - افزایش پاراکلینیک‌های غیر ضروری
- ۶ - افزایش درمان‌های غیر ضروری
- ۷ - بزرگ‌نمایی درمان‌های ضروری
- ۸ - بیان و تحمیل یک طرح درمان
- ۹ - شتاب در داوری، تشخیص، بیان دیدگاه
- ۱۰ - شتاب در تصمیم طرح درمان بر پایه پاراکلینیک (گزارش پاتولوژی)
- ۱۱ - اهمیت نگاهداری نمونه بافتی برای ارزیابی پاتولوژی
- ۱۲ - بالا بردن توقع بیمار با گزاره گوئی نتایج درمان، بویژه جراحی‌های مؤثر در زیبایی
- ۱۳ - آگاهی بیمار و نزدیکان از درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله (فواصل، مراحل، هزینه)
- ۱۴ - کاهش توجه به دستورات و راهنمایی‌های پس از درمان و جراحی
- ۱۵ - عدم توجه به ارجاع (Referral) و مشاوره (Consultation) درست
- ۱۶ - معرفی نامناسب دندانپزشکی در گستره جامعه
- ۱۷ - کاهش توجه به دوره‌های عمومی، در کنار دوره‌های رزیدنسی و فلوشیپ

- ۱۸- اهمیت اخلاق حرفه‌ای رسانه‌ای، آگاهی رسانی (سرنسخه و تابلو) ۴۶
- ۱۹- محبوس شدن در رشته تخصصی (تک بعدی شدن = One Dimensional) ۴۷
- ۲۰- پافشاری به توجیه ناراحتی بیمار با دانسته‌های خودمان ۴۸
- ۲۱- پرهیز از نگاه ماشینی ۵۱
- ۲۲- رفتار حرفه‌ای نسخه و گواهی نویسی ۵۳
- ۲۳- رفتار حرفه‌ای در بیمارستان ۵۷
- ۲۴- رفتار حرفه‌ای بالای سر بیمار زیر بی‌هوشی ۵۹
- ۲۵- رفتار حرفه‌ای رویدادهای مالی ۶۰
- ۲۶- رفتار حرفه‌ای در بدگویی و نارضایتی بیماران از سایر همکاران ۶۱
- ۲۷- پرهیز از خود ستائی، خود بزرگ بینی ۶۳
- ۲۸- چیرگی اندیشه درمانی به آموزش پیشگیری ۶۴
- ۲۹- چیرگی اندیشه درمان‌های گسترده و تهاجمی ۶۵
- ۳۰- رفتار حرفه‌ای در هم پوشانی (Overlapping) رشته‌های تخصصی ۶۶
- ۳۱- رفتار حرفه‌ای بین رشته‌ای (Multidisciplinary & Interdisciplinary) ۶۹
- ۳۲- برتری واژه معلم در برابر استاد ۷۰
- ۳۳- برتری واژه پایان دوره، در برابر فارغ التحصیلی ۷۱
- ۳۴- سخن پایانی ۷۱

۱ - حرف اول و آخر



"Primum non nocere" گفتاری است شناخته شده، به زبان دیرین لاتین که به بقراط یا هیپوکرات حکیم یونان باستان (۳۷۰ - ۴۶۰ پیش از میلاد) نسبت داده می‌شود. این گفتار کوتاه، بیانگر پایه و بنیاد یکم در طبابت است که "صدمه نزنیم First, do no Harm" به باور من، این گفتار باید در همه مراکز آموزشی و درمانی افراشته و همواره در پیش دید باشد. این گفتار زرین انگیزه‌گزینش نگاره پوشینه و آغازین کتاب است. در گذشته این گفتار برای پرهیز از صدمه به بیمار بیان شده بود، چه واگیری بیماری از بیمار به طیب هنوز شناخته نشده بود، اکنون بهتر است گفتار کوتاه بقراط، این گونه بیان گردد که:

"هم به بیمار و هم به خود صدمه نزنیم."

۲ - پیشگفتار

برگزیده‌های کوتاه، اگر چه بسیار آشکار است، شوربختانه در سال‌های تازه به دست پاره‌ای از همکاران، بویژه جوان به سبب شتاب به فراموشی و کم توجهی سپرده شده و انگیزه من از این نوشته‌ها تنها یادآوری به امید فردای بهتر است که امیدوارم سبب دلگیری نشود. بیان چند نکته پیش از سرآغاز را لازم میدانم:

۱- اگر چه از نقطه نظر علمی و عملی و بویژه شهامت در انجام درمان‌های گسترده و شگرف، بسیاری از دانشجویان دوره عمومی و بویژه تخصصی، پس از پایان دوره، توانایی بیشتری از اساتید خود دارند، ولی شوربختانه به باور من در سال‌های کنونی بسیاری از رفتارهای درست حرفه‌ای گذشته دچار کاهلی و سهل انگاری و بی‌توجهی و غفلت و فراموشی شده است. در این نوشته فشرده، مایلم این برگزیده‌ها را همراه نگرش خود و با نمونه‌هایی بازگو کنم. سوگند میخورم که به شدت به نوشته‌هایم باورمندم و موارد نا آگاهی و اشتباهات خودم را نیز بیان خواهم کرد.

۲- اکنون خوشبختانه پاره‌ای از همکاران رفتار اخلاقی و حرفه‌ای را به گونه ایده‌آل و آرمانی یا نزدیک به آن پاس می‌دارند، ولی شوربختانه رفته رفته در حال انقراض و برچیده شدن می‌باشند.

۳- به شدت باور دارم که سلامت اخلاقی مطلق سه گروه (طبابت و قضاوت و روحانیت) برای پایداری سقف جامعه الزامی است. در گذشته پزشک یا طبیب، حکیم (صاحب حکمت، ذات حق، خردمند و فرزانه) نامیده می‌شد. اگر چه همکاران جوان زمانه و روزگار و بویژه دشواری‌های اقتصادی را پاسخگو و گناهکار می‌دانند ولی به باور من چنانچه ندکه خواه و بردبار و شکیباً باشیم و خوبی‌های اخلاقی گذشته طبابت را با توانایی‌های فن‌آوری‌های جدید درهم آمیخته و یکپارچه کنیم، طبابت همراه حکمت، آرامش بیشتری برای هم بیمار و هم خودمان فراهم می‌کند. این مهم با چند دقیقه وقت گذاشتن و پرهیز از شتاب به راحتی شدنی است.

۴- واژه‌های Legal (قانونی، حقوقی)، Ethical (اخلاق)، Moral (اخلاق سرشتی) اگر چه به هم نزدیک و حتی به جای یکدیگر استفاده می‌شود ولی معنی هم‌پایه ندارند. واژه Legal به معنی قانون نوشته وابسته به علم حقوق و قضائی است، در حالیکه دو واژه Ethical و Moral اگر چه هر دو به معنی اخلاق است اما Ethics در پیوند و بر پایه قوانین و اصول توصیه شده با سرچشمه بیرونی مانند اخلاق حرفه‌ای و محل کار و مانند آن است اما، Moral معنی اخلاق با سرچشمه درون و سرشتی شخصی است و به باور من ارزنده‌ترین است. برای روشن‌نگری سه واژه بیان شده، نمونه‌ای بیان کنم. تخصص من جراحی دهان، فک و صورت است، از دیدگاه قانونی یا Legal من اجازه درمان‌های دندانپزشکی مانند ترمیم دندان را دارم چون دکترای عمومی آن را دارم. از دیدگاه اخلاق بیرونی یا Ethical هم من در مطب اجازه درمان دندانپزشکی مانند ترمیم دندان را دارم (البته در دانشکده اجازه ندارم چون بخش تخصصی آن وجود دارد)، ولی از دیدگاه اخلاق سرشتی یا درونی یا Moral من باید به بیمار بگویم که تخصص من جراحی

است و سال‌ها است که درمان‌های ترمیمی دندانپزشکی را انجام نداده‌ام. امیدوارم روزی جامعه به نوعی از کمال در اخلاق برسد که دیدگاه یا معنی هر سه واژه Legal و Ethical و Moral یکی و یا دست کم نزدیک به هم شود.

۵ - بسیاری از همکاران با نگاه من به آنچه که در این نوشته‌ها خواهد آمد همدل هستند. اگر چه گمان می‌کنم برخی از همکاران بویژه جوان، اگر چه رعایت احترام ظاهری کرده و مخالفت خود را بی‌پرده بیان نمی‌کنند ولی در درون، همدل نیستند و یا دست کم انجام آن را دشوار می‌دانند. پیشنهاد من این است که نگاه ناهمراه و چالشی خود را بی‌درنگ و بی‌گمان بیان کنند تا سبب تلطیف و تکمیل و شیوایی اندیشه گردد.

۶ - انتخاب عناوین این مجموعه بر پایه نگرش و ویژگی کمال‌گرایی من و شاید برای دلداری و تسکین خودم بوده است. اشتیاق و امید به جامعه مطلق سالم و اخلاق‌مداری دارم که همان‌گونه که پیشتر نوشتم، مفهوم این سه واژه Moral و Ethical و Legal با هم یکی و یا دست کم نزدیک شوند. به باور من تمام انسان‌ها نه سفید و نه سیاه مطلق، بلکه خاکستری می‌باشند که آن هم در فراز و فرود است. کوشش کنیم در راستای خاکستری با گرایش به سفید باشیم.

۷ - نگارش ویرایش اول این نوشته را در هنگام فراز پاندمی COVID - 19 (اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹) (۲۰۲۰ میلادی) انجام دادم. سپاس بویژه از پرستاران و پزشکان و کارکنان بیمارستان‌های درمان‌کننده گرفتاران این بیماری الزامی است. بسیاری از بزرگان از ترس هر چند ناچیز گمانه‌دچار شدن، یک بار هم برای روحیه دادن بیماران در بیمارستان حاضر نشدند. اگر چه نوشته‌های این مجموعه بیشتر بیان نکات منفی است، هرگز به مفهوم نبودن فداکاری و انسانیت نیست، بلکه به باور من ویژگی‌های عالی انسانیت و حکمت با طبابت یکپارچه (Integrated) است که باید مطلق و گسترده باشد و نه محدود. ویرایش دوم به همراه عناوین و نکات تازه در بهار ۱۴۰۳ (۲۰۲۴) آماده گردید.

۸ - ویراستاری حرفه‌ای نوشته‌ها انجام نشده، چه انگیزه و مراد من رساندن مفهوم بوده است، بنابراین انشاء نوشته‌ها ممکن است دارای کاستی‌هایی باشد. یادآوری و گوشزد انگیزه بازسازی و تشکر اینجانب است. با توجه به اینکه تایپ کردن و صفحه‌آرایی را خودم و با تجربه اندک انجام داده‌ام، شاید با کاستی‌هایی همراه باشد. کوشش در بکارگیری واژگان فارسی داشته‌ام، سپاس چنانچه جایگزین مناسب‌تر واژگان یادآوری گردد.

۹ - نوشته‌ها بر پایه نگرش شخصی است و به همین انگیزه، واژه به باور من، باورمندم فراوان بیان شده. خواهش می‌کنم چنانچه از پاره‌ای از نوشته‌ها خشمگین شدید، همه فریاد خود را بر سر من بکشید!!!

۱۰ - گفتگوی موافق و مخالف با نظر اینجانب را به شدت استقبال، و ناگزیر برای کامل شدن این مجموعه می‌دانم. قرار دادن روی تارنمای دانشکده بر پایه همین نگرش بوده است. از سرکار خانم دکتر منصوره دمیرچی‌لو رئیس کتابخانه دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی که این دسترسی را میسر نمودند و همچنین سرکار خانم رقیه کاظمی که زحمت صفحه‌آرایی و ویرایش جدید را تقبل کردند، تشکر بسیار دارم.

۱۱ - در خاتمه از دانشمند فرهیخته و اخلاق‌مدار، سرکار خانم دکتر آزیتا تهرانچی استاد دانشکده که با مطالعه و ویرایش اول این مجموعه امکان استفاده از وب سایت کتابخانه دانشکده را پدید آوردند سپاسگزاری می‌کنم.

مسعود یغمائی

استاد پژوهشکده و بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش اول: پائیز ۱۳۹۹ (۲۰۲۰)

ویرایش دوم: بهار ۱۴۰۳ (۲۰۲۴)

masyaghmaei@gmail.com

masyaghmaei@sbmu.ac.ir

۳ - کاهش لطافت در طبابت

یادآوری چند نمونه برای بیان نگرش یاری‌دهنده است:

۱ - دوران کودکی، در موارد بیماری پدرم من را نزد طبیبی، در خیابان نواب (در نزدیکی منزل) می‌برد. هنوز نام (دکتر نبوی) و چهره این طبیب با موهای سفید را به یاد دارم. دکتر نبوی پیش از گوش دادن به قلب و ریه، گوشی خود را برای چند ثانیه در کف دست خود قرار می‌داد تا سردی فلز دیافراگم سرگوشی موجب ناراحتی نشود. همین رفتار بسیار ساده هنوز در یاد من باقی مانده است. شکی ندارم پزشک عمومی و متخصص امروزی ده‌ها و شاید صدها برابر طبیب پنجاه سال قبل دانش علمی بیشتری دارد ولی شتاب و نیز پیشرفت‌های بررسی‌های پاراکلینیک، معاینات بالینی و تهیه تاریخچه را به شدت کاهش داده است. به باور من، هر چند اگر تشخیص با آزمایشات لابراتواری و انواع تصویربرداری هم شدنی باشد، پیوند کلامی و لمسی با بیمار، هم برای پیوند دادن یافته‌های پاراکلینیک با یافته‌های بالینی و تاریخچه، و هم برقراری ارتباط عاطفی با بیمار الزامی است. در گذشته، زمانی که نزد طبیب متخصص داخلی و قلب و گوارش و به مانند آنها می‌رفتیم، به جهت نبود پاراکلینیک پیشرفته، دقایق بیشتر گفتگو و معاینه وجود داشت و همین اجبار به پیوند کلامی و لمسی برای تشخیص، سبب برقراری ارتباط خوب میان بیمار و طبیب و افزایش کارایی درمان می‌شد. چکیده این که، پیوند شیوه‌های خوب کلامی و لمسی گذشته، با پیشرفت‌های پاراکلینیک امروزی، نه تنها در تضاد نیست، بلکه به راحتی سبب بهبود لطافت در طبابت می‌شود. شوربختانه جایگزینی پاراکلینیک، به جای کلینیک یکی از مهم‌های فراموش شده طبابت امروزی است.

۲ - نمونه دیگر، چند ماه پیش خانمی میان سال را در دانشکده معاینه کردم. ایشان دو سال قبل مورد جراحی بالا بردن کف سینوس سمت راست همراه Bio - Oss و قراردادن یک ایمپلنت در ناحیه مولر دوم راست بالا قرار گرفته بود. با وجودی که ما ده Bio - Oss تنها در اطراف ایمپلنت مشاهده می‌شد ولی ایمپلنت از نقطه نظر بالینی محکم بود. بیمار پس از جراحی بالا، دچار علائم درد پخش شونده تا ناحیه مفصل گیجگاهی فکی راست و دیسکوزی در ناحیه راست فک بالا با شدت و ضعف بود. به دلیل انتشار علائم تا ناحیه مفصل راست برای بیمار از یک سال پیش نایت گارد ساخته شده بود. در معاینه مولر اول راست بالا در مجاورت ایمپلنت به دلیل نبود دندان مقابل حدود سه میلیمتر پائین آمده و علائم ترک خوردگی داشت. معاینه توسط پرئودونتیسیت، دندان را غیر قابل نگاهداری اعلام نمود. به هر حال با توجه به طولانی بودن علائم درد و پارسستی و اضافه شدن عوامل روحی روانی توصیه شد به عنوان متهم ردیف یک مولر اول راست بالا خارج شود. جالب اینکه عمده علائم از بین رفت و با توصیه بخش پروتز استفاده از نایت گارد متوقف شد.

چند ماه بعد بیمار برای معاینه بخش پروتز ثابت به دانشکده مراجعه نمود. من با رزیدنت‌ها کارگاه طولانی داشتیم، با این وجود در استراحت کوتاه کلاس، بیمار را به بخش پروتز ثابت بردم و شرح سرگذشت را گفتم و از بیمار خواش کردم با توجه به اینکه من کلاس دارم در صورت نیاز به بخش جراحی مراجعه کند، با یکی از اساتید بخش جراحی هم صحبت و سفارش کردم. پس از پایان کارگاه ساعت ۵ پس از نیمروز به منزل برگشتم و گوشی موبایل خود را روشن و مشاهده کردم بیمار پیام صوتی مفصل از ناراحتی و بدتر شدن خود گذاشته بود. با ایشان تماس گرفتم و متوجه شدم بیمار به بخش جراحی مراجعه می‌کند. توسط همکاری که با ایشان تلفنی صحبت کردم معاینه می‌شود، به دلیل جالب بودن بیمار از نقطه نظر آموزشی دانشجویان را جمع کرده و چندین عکس با گوشی گرفته می‌شود و به بیمار گفته می‌شود باید صبر کند و شش ماه دیگر برای معاینه مجدد مراجعه کند. بیمار فکر کرده بود، جمع شدن دانشجویان و گرفتن عکس‌های متعدد دلیل بیماری عمده ایشان و حتی فکر جدی بدخیمی کرده بود و نیامدن من به دلیل کلاس را هم با همین برخورد در پیوند دانسته بود. پس از حدود یک ساعت صحبت با ایشان و اطمینان دادن مشکل حل شد. نکته بسیار کوچک ولی فراموش شده در رفتار حرفه‌ای با این بیمار این است که پارستزی و درد مبهم پراکنده و مزمن (بیش از سه ماه) می‌تواند سبب برهم خوردن سلامت روح و روان شود و بنابراین اول باید بی‌اهمیتی علائم گذشته را به بیمار توضیح می‌دادند، تا از جمع شدن دانشجویان و عکس گرفتن که در دانشکده با اجازه بیمار مرسوم است برداشت بیماری خطرناک نشود. نمونه دیگر، بیماران با ناراحتی‌های ناحیه مفصل گیجگاهی فکی با سرچشمه عضلانی است، که به دلیل ارجاع از مطبی به مطب دیگر، گمان می‌برد که بیماری خطرناک و بی‌درمانی دارد. معاینه با شکیبائی این بیماران، مشاوره و اطمینان دادن (Counselling) برای از بین بردن نگرانی بیمار، به باور من مهم‌ترین بخش درمان است.

۳- من یک نمونه تجربه شخصی خود را در بخش جراحی بیان کنم. موارد بسیار دانشجویان به من مراجعه و از شکست در بدست آوردن بی‌حسی موضعی مناسب تنه‌ای در بیمار خود گزارش کرده و درخواست می‌کردند من برای بیمار تزریق بی‌حسی را انجام دهم. طبیعی است در این حالت چند دانشجو هم دور بیمار جمع می‌شدند. من پس از پوشیدن دستکش در برخورد با بیمار اول سلام کرده و به ایشان می‌گفتم که اگر ناراحت نمی‌شوید من برای دانشجویان توضیح دهم. حتی یک مورد هم به یاد ندارم که بیمار اجازه توضیح آموزشی به دانشجویان را نداده باشد و حتی گمان می‌کنم بیمار احترام بیشتری برای من گذاشته و همین برداشت سبب موفقیت و نتیجه بهتر تزریق بی‌حسی موضعی گردد.

۴- سخن از بی‌حسی موضعی شد، نمونه ساده دیگری را بیان کنم. انجام بی‌حسی موضعی در نقاط مختلف دهان احساس متفاوت برای بیمار ایجاد می‌کند. چشم داشت بیمار از موفقیت بی‌حسی موضعی، بی‌حسی و یا گزگز لب و زبان و نسج نرم است، در حالی که تزریق بی‌حسی در برخی نقاط دهان بی‌حسی نسج نرم مانند لب و زبان را ایجاد نمی‌کند. نمونه بی‌حسی موضعی تنها در ناحیه

دندان عقل یا مولرهای بالا است که فقط بی‌حسی ناچیز در گونه ایجاد می‌کند. چنانچه بیمار آگاه نشود با نگرش عدم تأثیر بی‌حسی موضعی ممکن است واکنش نشان دهد، بویژه این که بیمار فشار هنگام کار را حس کرده و چون بی‌حسی نسج نرم وجود ندارد، ابراز عدم تأثیر بی‌حسی موضعی کرده و ممکن است به اشتباه تزریق تکرار شود، در حالیکه دلیل اصلی عدم توضیح به بیمار در مورد:

الف - نبود بی‌حسی لب و زبان در این تزریق به دلیل مشترک نبودن اعصاب حسی که در واقع خود یک امتیاز است

ب - باقی ماندن حس فشار و لرزش با وجود بی‌حسی که باید به بیمار توضیح داده شود و بداند که این حس طبیعی است.

من همیشه پیش از شروع، از روی شان استریل با انگشت فشار ملایم وارد و به بیمار می‌گفتم این حس هنگام جراحی طبیعی است. توضیح این که بی‌حسی موضعی روی رشته‌های گوناگون عصبی بر پایه ضخامت و داشتن و یا نداشتن میلین تأثیر متفاوت دارد. طبیعی است رشته‌های عصبی نازک‌تر و بدون میلین زودتر تحت تأثیر بی‌حسی موضعی قرار می‌گیرد بر همین پایه ترتیب اثر به قرار زیر است:

۱- اعصاب اتونوم ۲ - حس سرما ۳ - حس گرما ۴ - حس درد ۵ - حس تماس ۶ - حس فشار ۷- حس لرزش. ۸- حس عمقی

(Proprioception) ۹ - اعصاب حرکتی

با توجه به نکته‌های بالا، آگاهی درست بیمار در ارتباط با انتظار حس لمس و لرزش و فشار الزامی است. اگرچه چند نمونه ساده در ارتباط با کاهش لطافت در طبابت بیان شد، موارد مشابه بسیار زیاد است و تنها با چند دقیقه وقت به راحتی قابل اصلاح است. سلام کردن با تبسم طبیب پیش از معاینه در بیمار احساس راحتی بیشتری می‌کند. البته در صورت صحبت‌های زیاد و بی‌ارتباط بیمار با تشخیص، لازم است با شکیبائی و هنرمندانه روش مکالمه را به سوی مناسب هدایت کرد. به باور من هیچ دوگانگی میان پیشرفت‌های تازه و رفتارهای پسندیده حرفه‌ای گذشته نیست. هنر پیوند پیشرفت‌های تازه با خوبی‌های سنت، پزشک دانشمند را دگرگون و به سوی آنچه من حکیم یا طبیب فرزانه می‌نامم رشد می‌دهد.

۵ - در مورد بیماران بیمارستانی که قرار است مورد جراحی با بی‌هوشی قرار گیرند، من همیشه یک ساعت پیش از زمان انتقال به اتاق عمل، با بیمار و نزدیکان وی در بخش دیدار می‌کردم. این دیدار بهترین آرام‌بخشی پیش از جراحی است. هم‌چنین، یکی دیگر از مزیت‌های این دیدار پیش از جراحی با بیمار و نزدیکان وی از بین بردن این برداشت نادرست است، که بویژه در ایران و بیمارستان‌های دانشگاهی وجود دارد که رزیدنت‌ها، بدون حضور استاد، جراحی را انجام می‌دهند. البته یکی از دلایل این برداشت نادرست هم حضور مستقیم جراح در اتاق عمل و عدم حضور در بخش و دیدار با بیمار و بویژه نزدیکان وی است. این دیدار باید پس از انتقال از اتاق عمل به بخش هم انجام شود. بیان دستورات و مراقبت‌های پس از جراحی، در منزل به آرامش و لطافت

طبابت کمک می‌کند. در مورد درمان‌های سرپائی و بویژه جراحی دستورات و مراقبت‌های لازم در منزل به بیمار و همراه وی، می‌تواند از برخی فوریت‌های پزشکی (نمونه کاهش فشار خون وضعیتی) پیشگیری کند. من جمله‌ای دارم برای، دانشجویان و رزیدنت‌ها که می‌گویم: "راحت‌ترین بخش جراحی بیمار خود جراحی است" چه بسیار نکات مهم دیگر در آماده‌سازی جسمی و روانی بیمار و نزدیکان، پیش و پس از جراحی باید انجام شود که خود جراحی را من به راستی بخش راحت‌تر مجموع بسته درمانی می‌دانم.

۶ - نوید استفاده از هوش مصنوعی (Artificial Intelligence = AI)، در تشخیص و درمان و جراحی بسیار شدنی است. به طنز می‌گویم، چندان لطافت در طبابت در پاره‌ای از پزشکان و پرستاران و منشی‌ها، کاهش یافته و رفتار ماشینی شده، که پیش از ورود هوش مصنوعی، خودمان شبیه آن شده‌ایم. نگرانم که روزی لطافت هوش مصنوعی برتر از طبیب واقعی گردد!!!

۴ - کاهش توجه به اهمیت رضایت آگاهانه و آزادانه (Informed Consent)

به باور من از میان مهم‌های غفلت شده طبابت امروزی در ایران، عدم توجه به اهمیت تهیه رضایت آگاهانه و آزادانه، دارای اهمیت بیشتری است. بدست آوردن آگاهی‌ها و جزئیات فراوان در این زمینه با یک جستجوی اینترنتی به زبان فارسی و انگلیسی به راحتی دست یافتنی است، ولی مایلیم نگاه خودم را در ابتدا با بیان چند نمونه توضیح دهم:

۱ - با توجه به این که بروز اختلالات حسی بویژه در ناحیه لب پائین، بیش‌ترین دلیل ناراحتی و شکایت بیماران است در مقدمه کتاب " بررسی بالینی کانال ماندیبولر " این مورد را بازگو کردم، که در موارد احتمال بروز این عارضه یعنی اختلال حسی لب پائین بی‌گمان باید به زبان ساده و بدون استفاده از واژه‌های علمی انگلیسی به بیمار توضیح داده شود. بارها در بخش جراحی دانشکده از دانشجویان و رزیدنت‌ها این پرسش را داشته‌ام که چرا بیان احتمال بروز عارضه اختلال حسی لب پائین در جراحی‌های مجاور آن (مانند خارج کردن دندان مولر سوم نهفته و حتی روئیده) الزامی است؟ پاسخ بیشتر دانشجویان آمیزه نکته‌های زیر بوده است:

الف - اگر این عارضه رخ داد بیمار و خانواده از نظر قانونی شاکی نشوند.

ب - بیمار و خانواده با عمل کننده در دوران مراحل بهبودی همکاری بیشتری داشته باشد.

ج - آمادگی و پذیرش بهتر بیمار و خانواده با این عارضه و برخورد بهتر در معاینات پیگیری بعدی.

اگرچه همه موارد بالا درست است، ولی به باور من مهم‌تر از همه، فرهنگ‌سازی تدریجی در گستره جامعه، آمادگی برای شنیدن راستی است، و این نکته یک مهم فراموش شده در طبابت امروزی بویژه در ایران است. در دوران رزیدنسی در آمریکا، موظف بودیم به تمام بیمارانی که برای خارج کردن دندان عقل یا مولر سوم پائین مراجعه می‌کردند (نهفته و حتی روئیده مجاور دسته عروقی

عصبی) احتمال اختلال حسی لب پائین را به گونه و شیوه‌ای که احساس آن را به خوبی درک کنند بیان می‌کردیم و جالب این که پذیرش راحت و خوبی داشتند و با شنیدن احتمال عوارض جراحی برآشفته نمی‌شدند. شکی ندارم، دلیل این پذیرش خوب عادت به شنیدن حقیقت احتمال حتی اندک بروز عوارض جراحی از تمام عمل‌کننده‌ها است. بیشتر دانشجویان و همکاران گمان می‌کنند، گرفتن رضایت‌نامه برای آسودگی و حق عمل‌کننده است، در حالی که رضایت آگاهانه و آزادانه در درجه اول حق بیمار است. من به شدت باورمندم که حق بیمار و حق طبیب نه تنها در تضاد و تقابل با هم نیست بلکه همسو است. حتی اگر لحظه‌ای گمان کنیم در تقابل قرار گرفته حتماً حق بیمار باید در اولویت و برتری باشد. همان‌گونه که بیان کردم بالا بردن تدریجی فرهنگ جامعه در پذیرش حقیقت احتمال بروز عارضه از وظایف عمده پزشکان است و اگر تمام اطباء تهیه رضایت‌نامه آگاهانه را به صورت معمول و روزمره انجام دهند، فرهنگ پذیرش شنیدن عوارض احتمالی با سرعت بیشتر همگانی می‌شود. به یاد دارم، در سال‌های دانشجویی اگر برای بیمار بیوپسی انجام می‌دادیم، با نگرانی گمان می‌کرد که سرطان دارد. اما با روزمره شدن انجام بیوپسی این گمان و نگرانی بسیار کاهش یافته است. همین روش برای برخورد بهتر بیماران و خانواده آن‌ها با شنیدن عوارض احتمالی به دست همه همکاران ضروری است. امیدوارم روزی خود بیماران و نزدیکان وی به شنیدن عوارض احتمالی طرح درمان و روش‌های جایگزین پافشاری داشته باشند، چه همان‌گونه که بیان شد بی‌گمان رضایت آگاهانه حق بی‌چون و چرای طبیب، بیماران و نزدیکان وی است.

۲ - دو واژه عارضه (Complication) و سهل‌انگاری (Negligence) با هم کاملاً متفاوت است. طبیب و جراح موظف به بیان عوارض (Complications) احتمالی و نه سهل‌انگاری (Negligence) است. چه عوارض با وجود همه دقت‌ها و ظرافت‌های عمل‌کننده می‌تواند رخ دهد (مانند جراحی دندان عقل پائین مجاور کانال ماندیبولر) (شکل ۱)، در حالیکه در جراحی دندان عقل پائین نباید اختلال در عملکرد عصب زبانی ایجاد شود و در صورت بروز و ماندگاری بیش از یک سال معمولاً حکم به سهل‌انگاری (Negligence) داده می‌شود. بنابراین برای تهیه رضایت آگاهانه توضیح فقط در ارتباط با عوارض احتمالی است و پزشک در برابر سهل‌انگاری مسئول و پاسخگو است.

عصب زبانی در ناحیه مولر سوم پائین متوسط حدود ۲/۵ میلی‌متر ($\pm 0/7$ میلی‌متر) در مدیال کورتکس لینگوال است، البته در برخی اندازه‌گیری‌ها این فاصله حدود ۰/۶ میلی‌متر از کورتکس لینگوال در ناحیه مولر سوم ذکر شده و به عبارت دیگر بسیار به کورتکس لینگوال مولر سوم نزدیک است (شکل ۲). هم‌چنین عصب زبانی معمولاً ۲/۸ میلی‌متر (± 1 میلی‌متر) پائین‌تر از لبه یا کرت لینگوال مولر سوم است ولی در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد می‌تواند هم سطح و حتی بالاتر از آن باشد و در حدود ۲۵ درصد

موارد به کورتکس لینگوال مولر سوم پائین چسبیده است و بنابراین احتمال صدمه به عصب زبانی در جراحی دندان عقل پائین اگر چه نادر (حدود یک در صد) وجود دارد و به همین دلیل برخی آن را لزوماً سهل‌انگاری (Negligence) در نظر نگرفته و به عنوان عارضه (Complication) بیان می‌کنند. در یک بررسی اینترنتی که انجام دادم، در آمریکا موارد شکایت بیماران از اختلال حسی عصب زبانی پیرو جراحی دندان عقل، رأی دادگاه در صورت دائمی بودن (بالای ۶ ماه تا یک سال) بیشتر سهل‌انگاری جراح بوده است. من ترجیح می‌دهم سهل‌انگاری (Negligence) در نظر گرفته شود تا عارضه (Complication) به دلایل زیر:

الف - عصب زبانی دارای سه عملکرد مهم است (حس یک سوم قدامی زبان + حس چشائی + ترشحی غدد بزاقی زیر زبانی و زیر فکی). بنابراین صدمه به عصب زبانی بسیار ناراحت کننده‌تر از، حتی اختلال حسی عصب دندان تحتانی است و بویژه از بین رفتن حس چشائی بسیار آزاردهنده است. البته اختلال ترشح بزاقی کمتر نمود بالینی دارد.

ب - ترمیم عصب زبانی نامناسب‌تر از عصب دندان تحتانی است، چه دو انتها در نسج نرم است در حالیکه در عصب دندان تحتانی امکان ترمیم در مسیر کانال (چنانچه مسدود نباشد) فراهم و امکان‌پذیرتر است.

ج - با توجه به موارد بیان شده بالا، به باور من بروز اختلال حسی زبان در جراحی دندان عقل پائین بهتر است سهل‌انگاری (Negligence) در نظر گرفته شود تا هنگام جراحی با احترام بیشتری با آن برخورد شود. همان گونه که بیان شد در بیشتر پرونده‌های صدمه به عصب زبانی در صورت ماندگاری (۶ تا ۱۲ ماه) حکم صادره دادگاه، بیشتر سهل‌انگاری جراح بوده است. البته در جراحی‌های وسیع مانند تومورهای شامل ناحیه رترومولر که نیاز به برداشت وسیع و فدا کردن (Sacrifice) عصب زبانی است، عارضه (Complication) می‌باشد و باید به بیمار نشانه و پیامدهای صدمه به عصب زبانی مانند، اختلال در حس یک سوم ناحیه قدامی زبان و بویژه از بین رفتن حس چشائی که ناراحت کننده‌تر است توضیح داده شود و رضایت آگاهانه کتبی بدست آید ولی در مورد جراحی دندان عقل پائین نباید به بیمار این احتمال گفته شود چه قرار نیست و به باور من نباید رخ دهد. عصب زبانی (شکل ۲) پس از مجاورت و حتی تماس با کورتکس لینگوال دندان عقل پائین به سمت مدیال است و در واقع با سایر دندان‌های مولر و پرمولر فاصله می‌گیرد و محتمل‌ترین نقطه احتمالی صدمه در ناحیه مجرای بزاقی کف دهان یا وارزون (نمونه برداشتن سنگ بزاقی) و یا جراحی غده بزاقی زیر زبانی است.

با توجه به اهمیت پرهیز از صدمه به عصب زبانی طی جراحی دندان عقل پائین توصیه می‌شود:

۱- طرح مناسب فلپ برای جراحی دندان عقل پائین (شکل ۳).

۲- حفاظت پریوست ناحیه لینگوال با الواتور پریوست بویژه هنگام استفاده از فرز در ناحیه دیستو لینگوال.

۳- احتیاط کامل هنگام برداشتن فولیکول چسبیده به مخاط سمت لینگوال.

۴- موقع بخیه زدن، لبه بزرگ از مخاط لینگوال گرفته نشود چه ممکن است سبب فشردن شدن عصب با بخیه شود.

۵- در موارد نهفته نسج نرم و مواردی که ناحیه مزایال دندان عریان و قسمت دیستال با نسج نرم پوشیده شده حتماً با برش کوچک مخاط برای خروج دندان داده شود، و گرنه هنگام استفاده از الواتور و خروج تاج، مخاط پوشاننده دیستال بالا آمده و می‌تواند سبب صدمه پریوست و عصب زبانی گردد.

۶- توصیه همیشگی من به دانشجویان این است که به عنوان عادت، ناحیه لینگوال را لمس کنند چه به دلیل نازکی کورتکس این ناحیه می‌تواند به سمت لینگوال دچار شکستگی و صدمه به عصب زبانی شود. چنانچه در زمان جراحی این شکستگی احساس شود با فشار ملایم به جای خود بر می‌گردد و نیاز به دستکاری جراحی آینده نمی‌باشد.

۷- چنانچه جراحی دندان عقل پائین زیر بیهوشی انجام می‌شود، لازم است از فشردن شدن مخاط لینگوال هنگام استفاده از رتراکتور زبان (Weider) پرهیز گردد.

در صورت بروز اختلال حسی ناحیه عصب زبانی پس از جراحی دندان عقل پائین، توصیه من برداشتن زودرس بخیه‌ها جهت آزاد شدن فلپ می‌باشد. به دلیل اهمیت، دوباره گوئی می‌کنم فقط احتمال عوارض درمانی و جراحی (Complications) باید به زبان قابل درک به بیمار گفته شود ولی موارد سهل‌انگاری (Negligence) نباید گفته شود چه این مورد نباید اتفاق افتد و در صورت بروز در واقع کوتاهی و قصور (Malpractice) به حساب می‌آید. روش بیان احتمال عوارض هم خیلی مهم است و معمولاً در کتب این روش‌ها بیان نشده چرا که بر حسب مورد (خود بیمار و خانواده و نوع احتمالی عوارض) متفاوت و طبیب باید با ظرافت و لطافت و هنر خود روش بیان را انتخاب کند. البته اصولی هست که حتماً باید رعایت شود که مهم‌ترین آن استفاده نکردن از واژه‌های انگلیسی و علمی است و در واقع باید نوعی بیان شود که براحتی توسط بیمار و همراهان درک شود. توصیه می‌کنم هنگام بیان عوارض احتمالی، نزدیکان همراه وی حضور داشته شوند (مگر مواردی که بیمار بالغ و مایل نباشد) و به حاضرین فرصت داده شود هر پرسشی دارند حتماً بپرسند. در موارد مجاورت و یا تماس احتمالی کانال ماندیبولر با ریشه دندان عقل (که حتی در موارد روئیده هم ممکن است رخ دهد) (شکل ۱) من بیشتر با این بیان به بیمار توضیح می‌دهم:

” در حال نشان دادن رادیوگرافی، محل عبور کانال و عصب را نشان می‌دهم و می‌گویم همه ما این را داریم و یک عصب حسی در حد ضخامت یک نخ کاموا و حدود سه تا چهار میلیمتر داخل آن است و حس لب پائین ما از همین عصب است البته فقط حس نه حرکت. نوک ریشه موقع خروج ممکن است یک تماس یا غلغلک با آن پیدا کند. حتی همین تماس کوچک می‌تواند در عمل آن تأثیر و شما در لب پائین حسی مشابه زمانی که پیشتر آمپول بی‌حسی داشته‌اید و یا زمانی که بی‌حسی در حال از بین رفتن است و گزگز می‌کند داشته باشید و یک لکه بی‌حسی در لب و چانه احساس کنید که البته خودتان احساس می‌کنید و حرکت نیست.

این لکه بی‌حسی یا گزگز معمولاً به تدریج کوچک شده و مدت ۲ تا ۳ ماه از بین می‌رود. همیشه بیشتر بیماران پس از این توضیح می‌پرسند، آیا این حالت می‌تواند دائم باقی بماند؟ جواب من این است که من تا به حال نداشته‌ام و درست مانند این است که از خلبان بپرسید آیا این پرواز سقوط می‌کند. جواب خلبان باید این باشد که من ۳۰ سال تا به حال پرواز داشته‌ام و اگر این اتفاق می‌افتاد اینجا نبودم ولی صد در صد نمی‌توانم بگویم احتمال صفر است."

من رضایت آگاهانه را در حد شفاهی و برقراری اطمینان دو طرفه برگزار می‌کردم ولی بهتر است در یک برگه همراه امضاء بیمار و همراه وی باشد. بویژه در مراکز دانشگاهی بهتر است برگه رضایت آگاهانه پس از توضیحات شفاهی برای امضاء به بیمار داده شود و از وی درخواست شود پس از مطالعه کامل و پرسیدن تمام پرسش‌ها امضاء کند. البته امضاء رضایت نامه آگاهانه بیانگر انجام وظیفه پزشک است و جلوی انکار را می‌گیرد. البته امضاء رضایت آگاهانه دلیل مصونیت پزشک در برابر قصور و سهل‌انگاری (Negligence = Malpractice) نمی‌باشد.

نکته مهم دیگر، افزون بر اجبار به بیان عوارض ماندگار یا دیرپای احتمالی (Complication) که بیان گردید، باید عوارض گذرای معمول پس از جراحی مانند، تورم و درد، و سایر عوارض گذرای عادی پس از جراحی هم باید بیان گردد، تا بیمار در موارد انتخابی بودن (Elective Surgery) جراحی، زمان مناسب جراحی را انتخاب کند... این نکته مهم در عنوان جداگانه " کاهش توجه به دستورات و راهنمایی‌های پس از جراحی" در صفحات آینده بیان خواهد شد.



شکل ۱- پنج یافته در رادیوگرافی پانورامیک
در ارتباط با چگونگی ارتباط دندان عقل پائین با کانال دندان تحتانی

۱- رویهم افتادگی یا Superimposition

۲- افزایش رادیولوسنسی

۳- انقطاع در دیواره رادیوپک کانال

۴- انحراف کانال یا Deviation

۵- باریک شدن کانال یا Narrowing



شکل ۲ - مجاورت عصب زبانی در ناحیه مولر سوم
پائین (مراجعه به متن)

شکل ۳ - طرح فلپ مناسب برای جراحی دندان عقل پائین. معمولاً حدود ۱۰ میلی متر انسزیون دیستال مولر دوم کفایت می‌کند. برش طولانی می‌تواند موجب قطع عضله باکسیناتور و خونریزی از شریان باکال شود. تمایل لاترالی انسزیون ضمن سهولت آزادی فلپ، سبب پرهیز از صدمه عصب زبانی می‌شود. توصیه می‌کنم بلافاصله پس از کنار زدن فلپ یک Wedge مناسب مخاطی از دیستال مولر دوم برای پرهیز از ایجاد پاکت پرپودنتال برداشته شود.



نکات مهم در رضایت آگاهانه و آزادانه

- ۱ - سهیم کردن بیمار و نزدیکان وی در طرح درمان است.
- ۲ - تأثیر مناسب در نتایج بالینی و روانی پس از جراحی دارد.
- ۳ - حق بیمار است. اگرچه به باور من حق بیمار و طبیب نه تنها در تضاد یا تقابل با هم نمی‌باشد بلکه همسو است. حتی در صورت تصور تقابل حق بیمار در تقدم و برتری است.
- ۴ - بنیادین‌ترین مفهوم در اخلاق پزشکی است.
- ۵ - در رضایت آگاهانه و آزادانه، بیمار یا جانشین یا کفیل وی از طرح درمان، باید از و عوارض احتمالی مطلع می‌شود.
- ۶ - رضایت آگاهانه و آزادانه و ابطال‌پذیر است.
- ۷ - رضایت بدون آگاهی مفهوم اخلاقی و حقوقی خود را از دست می‌دهد.
- ۸ - در بیان طرح درمان و عوارض احتمالی نباید از واژگان پیچیده و به ویژه پزشکی غیر فارسی بیگانه برای بیمار استفاده شود. برای نمونه همان‌گونه که در صفحات پیش بیان شد، احتمال اختلال حسی لب پائین نباید با واژگان پزشکی مانند انستزی و یا پارستزی بیان شود، بلکه احساس حالت برای بیمار توضیح داده شود. روش بیان در صفحات پیش آورده شده و بازگو نمی‌شود. عمده صدمات احتمالی مرتبط با اعصاب حسی و بویژه شاخه‌های حسی عصب ماندیبولر است. خوشبختانه صدمات اعصاب حرکتی مانند شاخه‌های حرکتی عضلات جونده که از شاخه حرکتی عصب ماندیبولر است و هم‌چنین عصب صورتی که عصب حرکتی عضلات چهره‌ای است، در جراحی‌های متداول دهان، فک و صورت بسیار نادر است (بجز جراحی‌های پاروتید و مفصل گیجگاهی فکی و تراما و برخی جراحی‌های زیبایی). در مورد اعصاب حرکتی عضلات جونده (همگی از شاخه حرکتی عصب ماندیبولر است، بجز بطن خلفی عضله دو بطنی که از عصب فاسیال یا صورتی حرکت می‌گیرد) با توجه به عمق قرارگیری خوشبختانه در معرض صدمه در جراحی‌های دهان، فک و صورت نمی‌باشد. با توجه به فراوانی جراحی‌های ایمپلنت بیمار حق دارد فاصله زمانی انجام جراحی تا بهره‌برداری نهائی را بداند. این نکته به ویژه در اعمال جراحی آماده‌سازی (مانند بالا بردن کف سینوس) که تا بهره‌برداری از ایمپلنت زمان طولانی‌تری باید صبر کرد الزامی است.
- ۹ - به بیمار و نزدیکان همراه بیمار اجازه کامل و راحت پرسش داده شود.
- ۱۰ - متن رضایت‌نامه آگاهانه آزادانه بر اساس نوع جراحی و عوارض احتمالی متفاوت است. برای نمونه در بیماری که تحت عمل جراحی مغز و اعصاب قرار می‌گیرد عوارض و پرسش‌های مهم مانند نتیجه جراحی، کیفیت زندگی پس از جراحی، خطرات عدم انجام جراحی، و طول عمر پس از جراحی همیشه مطرح و باید پاسخ داده و در متن رضایت‌نامه آورده شود. در جراحی‌های دهان،

فک و صورت متن رضایت‌نامه متفاوت است و یک نمونه که برای بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی تهیه شده در پایان همین بخش آورده شده است.

۱۱ - تنها در موارد اورژانس واقعی (خطر انسداد راه هوایی و خونریزی) درمان بدون رضایت‌نامه مجاز است.

۱۲ - رضایت آگاهانه می‌تواند در موارد رضایت ترک بیمارستان (با وجود توصیه پزشکی) با میل و مسئولیت شخصی باشد.

۱۳ - فشرده‌کنم: **رضایت آگاهانه (Informed Consent)** به معنای اجازه و اذن بیمار به پزشک جهت تصرف در بدن او جهت درمان است که لازمه آن، ارایه اطلاعات مربوط به بیماری به بیمار توسط پزشک و فهم آن توسط بیمار است. ارایه اطلاعات باید به بیماری صورت گیرد که ظرفیت تصمیم‌گیری و فهم اطلاعات مربوطه را دارد و پیامدهای ناشی از تصمیم‌گیری خود را درک می‌کند. تصمیم‌گیری بیمار به دور از هرگونه فشار یا اجبار صورت می‌گیرد و بیمار در تصمیم‌گیری خود کاملاً داوطلبانه و آزادانه عمل می‌کند.

۱۴ - موارد نیاز به رضایت‌نامه آگاهانه آزادانه شامل:

- تمام اعمال جراحی.
- بی‌هوشی و آرام بخشی.
- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی مانند شوک درمانی الکتریکی (ECT)، پرتو درمانی، شیمی درمانی، انواع آنژیوگرافی و به مانند آن‌ها.
- استفاده از خون و فرآورده‌های آن (ترانسفیوژن)
- تحقیقات

برائت‌نامه (Acquittal)

برائت‌نامه عبارت است از آن که پزشک قبل از شروع به اقدام درمانی، خطرات احتمالی را به بیمار یا، ولی او تذکر دهد و کتباً برائت‌نامه اخذ کند تا در صورت بروز خسارت، مسئول و مدیون نباشد.

در حالتی که پزشک، رضایت بیمار را اخذ کرد مجاز است تا بر اساس تشخیص خود، مناسب‌ترین راه درمان را انتخاب و طبق آن عمل کند؛ از آنجایی که برائت را اخذ کرده است اگر بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضو شود (در صورتی که پزشک بر اساس موازین علمی و فنی عمل کند) مقصر نیست.

تفاوت رضایت‌نامه و برائت‌نامه

اگر پزشک فقط رضایت اخذ کند در صورت بروز مرگ، نقص عضو یا خسارت مالی، ضامن است، ولی اگر برائت را اخذ کند مسئول خسارت وارده نیست؛ البته اگر پزشک در بروز عوارض مقصر نباشد حتی در صورت عدم اخذ برائت نیز ضامن نیست همچنین اگر پزشک در انجام اقدامات پزشکی مقصر باشد و کوتاهی کند، برائتی که قبل از درمان گرفته است موجب از بین رفتن مسئولیت او نمی‌شود.

فرم رضایت‌نامه و اجازه عمل (برائت‌نامه)

با توجه به این که آگاهی از وضعیت بیماری و درمان‌های ضروری و مخاطرات و ریسک‌های احتمالی و یا عوارض ناخواسته از حقوق بیماران است، آگاهی‌های لازم در مورد جراحی شما در زیر آورده شده است. پس از مطالعه و مشاوره و پرسش تمام سئوالات از پزشک خود اقدام به امضاء رضایت‌نامه بنمائید. عوارض عمومی و اختصاصی جراحی شما شامل موارد زیر است:

- ۱ - تورم، درد، خونریزی و کبودی در ناحیه عمل، زخم و خراشیدگی در نواحی مجاور از جمله لب و زبان.
- ۲ - احتمال ترمیم نامناسب و عفونت که نیاز به درمان‌های اضافی بعدی را ایجاد کند.
- ۳ - احتمال صدمه به ترمیم، پرکردگی، پروتز یا روکش‌های مجاور محل عمل جراحی.
- ۴ - طولانی شدن دوره درمان به دلایلی ناخواسته و حتی عوارضی که نیاز به اقدامات درمانی در بیمارستان داشته باشد.
- ۵ - واکنش‌های حساسیت و آلرژی نسبت به داروها و مواد مصرفی.
- ۶ - احتمال باز شدن سینوس به دهان که نیاز به درمان در همان جلسه یا جلسه‌ای دیگر داشته باشد.
- ۷ - تصمیم به باقی گذاشتن قطعات کوچک نوک ریشه در مواردی که صلاح باشد با نظر جراح است.
- ۸ - در مورد جراحی دندان‌های عقل که مجاور عصب حسی باشد، احتمال اختلال در عملکرد و عصب حسی لب پائین و چانه وجود دارد که به صورت بی‌حسی یا خواب رفتگی، گزگز شدن و احساس درد همراه بی‌حسی در ناحیه از عوارض احتمالی مهم جراحی دندان‌های عقل پائین است که معمولاً طی سه ماه بهبود می‌یابد ولی در مواردی طولانی و حتی می‌تواند همیشگی باقی بماند. در مورد احتمال بروز اختلالات حسی در ناحیه لب و چانه و زبان به صورت کامل، تمام پرسش‌های خود را بپرسید و تا تمام سئوالات و تردیدهای شما پاسخ داده نشده و تا زمانی که خود شما و نزدیکان قانع نشده‌اید رضایت عمل را امضاء نکنید. توصیه می‌شود برای آگاهی بیشتر با جراح دیگری هم اگر صلاح دانستید مشورت کنید.
- ۹ - عارضه نادر دیگر طی جراحی دندان عقل و پائین بروز ترک خوردگی یا شکستگی در فک پائین است که در صورت بروز نیاز به درمان اضافی دارد.

اینجانب.....فرزند..... شناسنامه..... بدینوسیله اعلام می‌دارم از کلیه موارد مندرج در بندهای فوق کاملاً مطلع شده، تمام سئوالات خود را انجام داده و با آگاهی کامل از تمام عوارض احتمالی براءت جراحان بخش جراحی دهان و فک و صورت را از عوارض احتمالی اعلام نموده و بدینوسیله هیچگونه ادعایی اعم از کیفری و حقوقی نخواهم داشت.

نام و امضاء بیمار (ولی):

نام و امضاء شاهد یا یکی از نزدیکان بیمار:

تاریخ:

همان‌گونه که پیشتر بیان شد، من رضایت آگاهانه را در مطب و حد شفاهی و برقراری اطمینان دو سویه برگزار می‌کردم ولی بهتر است در یک برگه همراه امضاء بیمار و نزدیکان همراه وی باشد. بویژه در مراکز دانشگاهی بهتر است برگه رضایت آگاهانه پس از توضیحات شفاهی برای امضاء به بیمار داده شود و از وی درخواست شود پس از مطالعه کامل و قانع شدن از تمام پرسش‌ها امضاء کند. البته امضاء رضایت‌نامه آگاهانه بیانگر انجام وظیفه پزشک است و دست کم جلوی انکار را می‌گیرد، ولی رضایت آگاهانه، دلیل مصونیت پزشک در برابر سهل‌انگاری و قصور (Negligence = Malpractice) نیست.

۵ – افزایش پاراکلینیک‌های غیر ضروری

پاراکلینیک (آزمایشات لابراتواری و انواع تصویر برداری‌ها) قرار بوده برای ارزیابی یافته‌های تاریخیچه و بالینی باشد ولی شوربختانه در بسیاری موارد جایگزین آن شده است. امروزه نمونه‌های فراوان، در همه رشته‌های تخصصی وجود دارد. روش‌های نوین تصویر برداری‌های تشخیصی مانند:

CT Scan/ CBCT /MRI /Pet Scan/ Sonography/Sialography /Bone Scan/ CTx / Bone density/....

همگی عالی و به تشخیص و طرح درمان مناسب کمک می‌کند و در مواردی انجام آن‌ها الزامی است، اما شوربختانه در بسیاری موارد جایگزین تهیه تاریخیچه و معاینه بالینی شده و شاید دلایل پزشکی قانونی هم در این امر نقش داشته باشد. من برای دانشجویان برای نمونه می‌گویم هواپیما وسیله بسیار عالی است ولی استفاده از آن برای سفر چند کیلومتری غیر معقول می‌رسد.

شوربختانه به باور من بیش از نیاز واقعی انجام می‌شود ولی شیوع آن سبب عادت و پذیرش هم عمل کننده و هم بیمار شده است. به شکل درست مشاهده پاراکلینیک (از جمله رادیوگرافی) باید پس از پرسش تاریخچه و معاینه بالینی باشد ولی در تجربه شخصی در دانشکده اغلب تصاویر پیش از معاینه بالینی نگاه می‌شود. جالب اینکه زمانی که مشغول صحبت با بیمار برای بررسی تاریخچه و سپس معاینه بالینی هستم دانشجویان حاضر رادیوگرافی را به گونه‌ای نشان می‌دهند که انگار من فراموش کرده‌ام!!! پس از پایان معاینه رادیوگرافی و یا سایر مدارک پاراکلینیک را بررسی و به دانشجویان توضیح می‌دهم که ارزیابی پاراکلینیک پس از معاینه بالینی است.

بسیاری از بیماران که برای جراحی‌های رایج دنتوآلوئولر (مانند دندان‌های نهفته بویژه مولر سوم، اکسپوزدندان نهفته بویژه کانین و مانند این‌ها) مراجعه می‌کنند از قبل علاوه بر رادیوگرافی معمول مانند پانورامیک، همراه خود سایر انواع تصویربرداری مانند CT / CBCT دارند که واقعاً در طرح درمان و روش جراحی تأثیری ندارد. برای من جالب است که چرا دندانپزشکان عمومی و متخصص CT Scan بسیار، ولی CBC کم‌تر درخواست می‌کنند؟ مراد از نمونه بالا این است که بسته به نیاز یافته‌های تاریخچه‌ای و معاینه بالینی باید اقدام به انجام انواع پاراکلینیک شود و نه در موارد معمول و متداول. برای نمونه بررسی دقیق ساختمان‌های حساس آناتومیک مانند سینوس ماگزیلری و دسته عروقی عصبی (NVB) مانند کانال ماندیبولر و نیز ارزیابی دقیق عرض و ارتفاع استخوان موجود که در طرح درمان ایمپلنت بسیار مهم است انجام تصویربرداری‌های دقیق‌تر مانند CT / CBCT الزامی است. خاطره جالبی از دوران رزیدنسی در آمریکا به یاد دارم. شروع سال اول بودم و تازه کار و کم تجربه، برای معاینه یک بیمار دچار حادثه تصادف اتومبیل همراه یک استاد و یک رزیدنت سال بالاتر از من به سوی اطاق محل بستری می‌رفتیم. استاد از من خواست پیش از رفتن به اطاق بیمار رادیوگرافی‌های وی را بررسی و شکستگی‌ها را تشخیص دهم. خوشبختانه من این اشتباه را انجام ندادم و به استاد گفتم " اجازه دهید ابتدا بیمار را معاینه کنم " که البته این روش درست است و گرنه یک یافته طبیعی آناتومیک مانند درز بینی پیشانی به عنوان خط شکستگی ارزیابی گردد ولی چنانچه معاینه بالینی را ابتدا انجام داده باشیم قادر به تفسیر یافته رادیوگرافیک هستیم (توضیح اینکه در زمان رزیدنسی جراحی دهان و فک و صورت من ۱۹۷۷ تا ۱۹۸۱ میلادی برای ارزیابی شکستگی‌های استخوان‌های فک و صورت عمدتاً از رادیوگرافی‌های معمول استفاده می‌شد و CT Scan رایج نبود). در هر حال بررسی رادیوگرافیک و سایر روش‌های تصویربرداری باید پس از معاینه بالینی باشد و نه پیش از آن. در مورد جراحی دندان‌های عقل نهفته بویژه پائین با توجه به مجاورت احتمالی با کانال ماندیبولر امروزه علاوه بر رادیوگرافی پانورامیک، از CT Scan به صورت متداول بسیار انجام می‌شود. به باور من اگر انجام جراحی اجباری است (مانند بروز عفونت پری کورونیت و پاتولوژی اطراف تاج) تأثیر در روش جراحی ندارد و فقط احتمال بروز عارضه بیشتر به بیمار توضیح داده می‌شود و شاید یک مدرک پزشکی قانونی

باشد. در زمان رزیدنسی در آمریکا به تمام بیمارانی که برای جراحی دندان عقل نهفته پائین مراجعه می‌کردند دو عارضه احتمالی (اختلال حسی لب و احتمال شکستگی فک پائین به زبان ساده قابل درک و علمی) به بیمار و نزدیکان همراه توضیح داده می‌شد که دارای فواید متعدد است از جمله:

الف - همکاری بیمار و نزدیکان در صورت بروز عارضه مانند اختلال حسی در لب پائین. در صفحات پیش و در قسمت رضایت‌نامه آگاهانه (Informed Consent) توضیح داده شد تنها بیمار باید در جریان عارضه (Complication) احتمالی قرار گیرد به عبارت دیگر با وجود نهایت ظرافت در جراحی چنانچه ریشه مجاور عصب باشد یک تماس و تحریک ساده می‌تواند موجب اختلال حسی لب پائین شود. بنابراین جراح موظف به آگاه کردن بیمار و نزدیکان از احتمال عارضه (Complication) است و نه کوتاهی یا سهل‌انگاری یا Negligence و به همین دلیل اختلال حسی زبان نباید بیان شود چه نباید در جراحی دندان عقل پائین رخ دهد. در این مورد در صفحات پیش توضیح مفصل آمده و بازگو نمی‌کنم.

ب - با توجه به این که عوارض احتمالی که به بیمار توضیح داده می‌شود (مانند احتمال اختلال حسی لب پائین و شکستگی فک پائین در جراحی دندان عقل پائین و یا باز شدن سینوس و نیاز به درمان اضافی در موارد احتمالی و مانند این‌ها) در بیشتر موارد رخ نمی‌دهد یک فرهنگ‌سازی در سطح جامعه برای پذیرش احتمال عارضه جراحی به تدریج رخ می‌دهد. به نظر من دلیل اصلی پذیرش نامناسب برای حتی شنیدن عارضه جراحی بیماران در ایران ناشی از عدم بیان توسط جراح است و در واقع گناه جراح است. دانستن احتمال عوارض جراحی حق مسلم بیمار و نزدیکان وی است و من قویاً معتقدم حق بیمار و جراح با هم نه تنها در تضاد نیست بلکه کاملاً همسو است. وظیفه اصلی پزشک و جراح اصلاح فرهنگ بیماراست. من همیشه باورمند بوده‌ام سه پیام یا رسالت را باید انجام دهیم:

۱ - اصلاح فرهنگ بیماران و نزدیکان وی در ارتباط با پذیرش عوارض احتمالی و احساس حق برای پرسشگری کامل.

۲ - انتقال اطلاعات و ایجاد آگاهی بیشتر در سطح جامعه.

۳ - درمان.

شوربخانه مورد سوم بیشتر مورد توجه بوده است. همیشه باور دارم که "راحت‌ترین قسمت جراحی خود جراحی است" به بیان دیگر آماده‌سازی بیمار و نزدیکان برای پذیرش هم طرح درمان و هم فرد درمان‌کننده مهم‌تر از خود درمان است. با توجه به اینکه اغلب درمان‌های دندانپزشکی و جراحی‌های ناحیه دهان، فک و صورت انتخابی یا Elective است در مواردی که پذیرش عارضه احتمالی برای بیمار و یا همراهان مشکل است من همیشه توصیه می‌کنم با همکاران دیگر مشورت کنند چه به باور من "شنیدن احتمال عارضه از چند زبان بهتر از شنیدن چند بار از یک زبان است". همان‌گونه که بیان شد به دلیل رایج نبودن بیان احتمال

عارضه توسط جراحان، برای بیمار و همراهان شنیدن این مطالب در برخی موارد عجیب به نظر می‌رسد و تغییر این نگرش به عهده جراح است. برای نمونه در گذشته چون انجام بیوپسی خیلی مرسوم نبود، هر وقت به بیمار پیشنهاد بیوپسی از عارضه می‌شد، تصور و ترس ضایعه بدخیم و سرطان تقویت می‌شد در حالی که با متداول شدن انجام بیوپسی برای همه ضایعات اکنون این پذیرش در بیماران ایجاد و ترس بیجا از بین رفته و یا دست کم بسیار کاهش یافته و همین پدیده باید، با بیان عوارض احتمالی جراحی هم رخ دهد و این وظیفه بسیار مهم شوربختانه فراموش شده است. انجام پاراکلینیک‌های غیر ضروری در بسیاری از تخصص‌های پزشکی هم متأسفانه رایج شده است. در گذشته که روش‌های پاراکلینیک پیشرفته امروزی در دسترس نبود به دلیل ارتباط کلامی و لمسی بیشتر برای تهیه تاریخچه و معاینه بالینی، ارتباط عاطفی بیشتر برقرار می‌شد که به باورم خیلی به نتیجه درمان کمک می‌کرد. پس از ورود روش‌های پیشرفته پاراکلینیک متأسفانه این ارتباط انسانی عاطفی کاهش یافته و یافته‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیک جایگزین آن شده است. مجدد تأکید می‌کنم روش‌های تشخیصی متعدد تهاجمی و غیر تهاجمی بسیار عالی امروزه در دسترس است و در موارد ضروری بر پایه تاریخچه و یافته‌های بالینی انجام آن در تشخیص و طرح درمان بسیار مفید و حتی الزامی است. فشرده نوشته‌هایم این است که باید برای تأیید یا رد یافته‌های تاریخچه و معاینه بالینی باشد و نه جایگزین آن.

۶- افزایش درمان‌های غیر ضروری

پیش از ورود روش‌های جدید پاراکلینیک بویژه انواع تصویربرداری‌ها که بسیار هم عالی است، تهیه تاریخچه و معاینه بالینی در حد اطلاعات و امکانات زمان بیشتر انجام و یک ارتباط کلامی و تماسی و عاطفی و انسانی بیشتر بین بیمار و پزشک برقرار و خیلی نایاب ممکن بود درمان‌های غیر ضروری انجام شود و اگر درمان دارویی و جراحی غیر ضروری انجام می‌شد بیشتر سهوی و به دلیل تشخیص نادرست بود. هنوز هم در تخصص‌هایی که Procedure (پروسه یا روش‌های عملی تشخیصی) وارد نشده بهتر مانده است. دندانپزشکی عمومی و تخصصی تقریباً کامل همراه انجام درمان‌های عملی است و شوربختانه چنانچه عمل کننده بخواهد بهر دلیل سهوی (امیدوارم) یا عمدی درمان‌های غیر ضروری انجام دهد میدان برای وی باز است. بسیاری از درمان‌های غیر ضروری در کوتاه یا دراز مدت می‌توانند حتی صدمه زنده باشند. بویژه در جراحی‌های با هدف، تنها زیبایی جراح بسیار نقش مهمی در پیشگیری از جراحی‌های غیر ضروری دارد. نمونه‌ای بیان می‌کنم که در طول طبابت برای خودم بارها رخ داده است. دختر جوان با فقط شکایت دیده شدن بیش از حد لثه فک بالا هنگام خنده (Gummy Smile) مراجعه نموده. در موارد خفیف من همیشه به بیمار توضیح میدادم که چنانچه جراحی را انجام ندهد در سنین بالاتر، کم سن‌تر دیده می‌شود و بنابراین توصیه می‌کردم در این مورد فکر و مشورت بیشتر داشته باشد. توضیح اینکه بیمارانی که فقط خنده لثه‌ای یا Gummy Smile بدون دفورمیتی اسکلتال عمده (مانند

Long Face) دارند، و برای نمونه رشد عمودی کمی بیشتر فک بالا و یا کوتاهی و فعالیت بیشتر عضلات لب بالا هنگام خنده موجب مراجعه بیمار شده است، انجام جراحی بالا بردن فک بالا (استئوتومی لفورت یک) ممکن است در کوتاه مدت موجب رضایت بیمار باشد ولی معمولاً با بالا رفتن سن، بیمار مسن تر به نظر می‌رسد و این مطلب باید به بیمار و نزدیکان وی توضیح داده شود. متأسفانه بسیاری از جراحان بیماران را تشویق به انصراف از جراحی نمی‌کنند. این نکته در بسیاری از جراحی‌های زیبایی دیگر مانند راینوپلاستی، بلفاروپلاستی، ژنیوپلاستی و بسیاری از درمان‌های دندانپزشکی مطرح است. مراد من این نیست که زیبایی مهم نیست، در تعریف امروزی از نقطه نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت عبارت است از "حالت آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها نبودن بیماری و ناتوانی". بنابراین با توجه به تعریف بالا توجه به نکات زیبایی از نقطه نظر آسایش روانی و اجتماعی مهم است ولی در بسیار موارد دلیل مراجعه بیمار بزرگ نمایی مشکل است و در مواردی که از نقطه نظر جراح مسئله بسیار خفیف است باید بیمار را تشویق به انصراف از درمان کند، بویژه زمانی که درمان نیاز به جراحی زیر بی‌هوشی دارد و نتایج مورد انتظار اندک است و باصطلاح هیاهو بسیار برای هیچ یا اندک است. دوباره سفارش می‌کنم، جراحی‌های ناهنجاری‌های ناحیه فک و صورت در بسیاری موارد به راستی ضروری است، در مرتبه اول برای بدست آوردن عملکرد یا فانکشن بهتر و در مرتبه دوم زیبایی است. البته زیبایی در بسیار موارد هدف اصلی جراحی نیست ولی با توجه به اینکه معمولاً فانکشن در تضاد با زیبایی نیست، نتیجه جراحی به خواسته اصلاح اکلوزن و کارکرد بهتر سلامت سیستم جوته و در نهایت نتایج زیبایی هم برای بیمار ایجاد می‌کند و شاید این قسمت از نتیجه برای بیمار و نزدیکان وی جذاب‌تر باشد. فشرده این که، جراحی ناحیه دهان و فک و صورت اگر چه در بسیاری موارد ضروری است ولی در بسیاری موارد دیگر جراحی‌های تنها برای زیبایی آن هم به پافشاری بیمار و برای تغییر اندک بهتر است پرهیز گردد. انجام درمان و جراحی‌های غیر ضروری در تخصص‌های دیگر هم مطرح است ولی من ترجیح دادم در رشته مرتبط با دندانپزشکی و جراحی دهان و فک و صورت صحبت کنم ولی به هر حال در بررسی جراحی‌های غیر ضروری در آمریکا که در واقع نوعی قصور پزشکی یا Malpractice است علاوه بر جراحی‌های غیر ضروری زیبایی، جراحی‌های غیر ضروری شایع دیگر شامل کاردیاک یا قلبی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، قرار دادن پیس میکر یا ضربان ساز)، جراحی مهره‌ها (Back Surgery)، سزارین (Cesarean Section) و هیستریکتومی (Hysterectomy)، جراحی‌های زانو (Knee Surgery) بوده است. بنابراین انجام جراحی‌های غیر ضروری همه‌گیر و به باور من شوربختانه در بسیار موارد سهوی نبوده و انگیزه اقتصادی دارد. با توجه به نمایان بودن صورت، درخواست جراحی‌های فقط برای بدست آوردن زیبایی بیرونی، بسیار زیاد شده است. بی‌گمان پیشرفت در جراحی‌های زیبایی، بویژه در ناحیه صورت و هم چنین افزایش تعداد جراحان متخصص در این زمینه کار ساز بوده است. به باور من، در مواردی که درخواست غیرمعقول باشد، جراح باید تلاش کند تا بیمار قانع شود و از جراحی چشم‌پوشی کند. از این رو

جراحان نقش بسیار مهمی در پیشگیری از درمان‌های غیر ضروری دارند. در این موارد تشویق جراح و بویژه اغراق و گزافه‌گویی نتایج گناه بزرگی است. گزافه‌گویی در نتایج درمان‌ها و جراحی‌های بویژه مؤثر در زیبایی در عنوان مستقل، در صفحات آینده بیان خواهد شد. به باور من اگر به زیبایی درونی یا Internal Beauty توجه شود، بسیاری از درخواست‌ها برای به دست آوردن آن هم اندک و احتمالی زیبایی بیرونی یا External Beauty برچیده می‌شود.

۷- بزرگ‌نمایی درمان‌های ضروری

انجام درمان‌های غیر ضروری (چه غیرجراحی یا Medical، چه درمان‌های غیر جراحی دندانپزشکی، و چه درمان‌های جراحی دهان و فک و صورت) همگی Malpractice یا قصور پزشکی است که بخش پیشین بیان گردید. بسیاری از درمان‌های جراحی ناحیه به سادگی و به شکل سرپائی (Outpatient) در مطب قابل انجام است. بزرگ‌نمایی مشکل بیمار و ارجاع به بیمارستان برای انجام جراحی زیر بی‌هوشی در مواردی که به سادگی با بی‌حسی موضعی قابل مدیریت است به باور من می‌تواند به عنوان قصور در نظر گرفته شود. مواردی داریم بینابینی که انجام درمان جراحی با کمی زحمت احتمالی برای بیمار به صورت سرپائی و با بی‌حسی موضعی قابل انجام باشد، ولی چنانچه انتخاب بیمار پس از توضیح جراح، می‌تواند در بیمارستان و زیر بی‌هوشی عمومی انجام گردد. البته در جراحی‌های وسیع‌تر مانند تراماها، جراحی‌های ارتوگناتیک، پاتولوژی‌ها، و مانند این‌ها نیاز به بستری کردن و انجام جراحی زیر بی‌هوشی است و مورد گفتگو نیست. مورد سخن من موارد محدود و متوسط جراحی‌هایی است که در مطب و با بی‌حسی موضعی و سرپائی قابل انجام است، چنانچه با بزرگ‌نمایی بیمار به سوی درمان بیمارستانی هدایت شود به باور من غیر اخلاقی و قصور است. یادآوری می‌کنم در چهار مورد اصلی نیاز به بستری کردن و درمان در محیط بیمارستان داریم:

الف - وسعت درمان لازم جراحی، غیر قابل انجام با بی‌حسی موضعی است (نمونه پاتولوژی‌های وسیع، تراماهای عمده، ارتوسرجری، بازسازی، مفصل گیجگاهی فکی و مانند این‌ها).

ب - وسعت درمان جراحی متوسط است (مانند یک پاتولوژی در فک یا نسج نرم) که ممکن است با کمی سختی در مطب قابل انجام باشد ولی با توضیح روش‌های انجام و آگاهی بیمار و راحتی بیشتر وی تصمیم به انجام جراحی زیر بی‌هوشی در محیط بیمارستان گرفته می‌شود.

ج - نوع درمان جراحی یا دندانپزشکی در مطب و با بی‌حسی موضعی قابل انجام است ولی به دلیل عدم تحمل بیمار سرپائی قابل انجام نیست (نمونه یک شکستگی معمول کندیل که در فرد بالغ معمولاً در مطب و سرپائی قابل مدیریت است ولی همین

شکستگی در یک کودک معمولاً نیاز به درمان زیر بی‌هوشی در بیمارستان دارد. نمونه دیگر درمان‌های عمومی دندانپزشکی است که در یک کودک با شرایط خاص ذهنی بناچار باید زیر بی‌هوشی انجام گردد).

د - نوع درمان دندانپزشکی یا جراحی هم قابل انجام با بی‌حسی موضعی است و هم بیمار تحمل آن را دارد ولی به دلیل برخی بیماری‌های عمومی پیشرفته و توصیه پزشک بیمار (برای مدیریت قبل و ضمن و پس از درمان) نیاز به انجام درمان با بی‌حسی موضعی در محیط بیمارستان را دارد.

نمونه‌ای ذکر کنم، بیماری ۲۹ ساله با رادیوگرافی پانورامیک جهت مشاوره به من مراجعه نمود. بیمار دارای یک دندان نهفته مولر سوم راست پائین با پاتولوژی رادیولوسنت حدود ۳ سانتیمتری اطراف تاج دندان نهفته بود. بیمار بدون علامت و تصادفی در رادیوگرافی مشاهده شده بود. پس از معاینه بیمار من به ایشان توضیح دادم که اول این که ضایعه مدتی است وجود داشته و بنا براین عجله و فوریت در درمان نیست و با برنامه‌های کاری‌اش هماهنگ کند و انجام دهد، دوم این که درمان قابل انجام با بی‌حسی موضعی در مطب است البته اگر از نظر روحی بیمار همکار و متحمل باشد و در غیر این صورت انجام زیر بی‌هوشی اگر چه کمی زیادی است ولی غلط نیست. پس از توضیح من بیمار نامه بستری شدن در بیمارستان را برای جراحی به من نشان داد و به بیمار فوریت درمان تاکید شده بود. به باور من با بزرگ‌نمائی مشکل و فوریت دادن به جراحی امکان فکر کردن و مشاوره را از بیمار گرفته‌ایم که اخلاقی نیست. استاد بسیار اخلاق‌مدار دوران رزیدنسی من در آمریکا (Dr Morton Goldberg) به رزیدنت‌های شتابان و عشق جراحی می‌گفت " این بیمار ۳۰ سال این ناهنجاری را داشته ۳ هفته اضافی اشکالی ندارد!!! ".

۸ - بیان و تحمیل یک طرح درمان

من همیشه در طرح درمان (Treatment Plan) جمله‌ای به دانشجویان می‌گویم که به باورم بسیار مهم است:

" ما بیمار را درمان می‌کنیم نه بیماری را "

" Treating the patient and not the disease "

بسیاری از درمان‌های دندانپزشکی و جراحی دارای طرح‌های درمانی متعدد است که هرکدام مزایا و معایبی می‌تواند داشته باشد. بیان طرح‌های متفاوت نیازمند چند دقیقه وقت گذاشتن است. شوربخانه امروزه برخی دندانپزشکان و جراحان هم حوصله توضیح تمام طرح‌های درمانی را ندارند و هم بیشتر مایل به رهنمود بیمار به پذیرش تنها یک طرح مورد نظر خود می‌باشند. درمان‌های جراحی‌های پیش از پروتز و ایمپلنت، جراحی‌های ارتوگناتیک، مفصل گیجگاهی فکی (TMJ)، پاتولوژی و سایر جراحی‌های دهان،

جراحی‌های زیبایی و سایر درمان‌های دندانپزشکی همگی دارای تنها یک طرح درمانی نمی‌باشد و وظیفه عمل‌کننده ارائه طرح‌های گوناگون با زبان ساده برای بیمار است. شوربختانه پدیده تحمیل تنها یک طرح درمانی معمولاً مفصل و پرهزینه‌تر امروزه رایج شده و من بارها با آن برخورد کرده‌ام چند نمونه:

الف - خانم ۷۰ ساله سالم از نظر عمومی، دارای ۷ دندان باقیمانده قدامی پائین (پره مولر اول راست پائین تا کانین سمت چپ) و ۶ دندان باقی مانده فک بالا (مولر دوم و کانین و پره مولر اول دو سمت بالینی قابل قبول از نقطه نظر پرئودونتال). بیمار از پروتز پارسیل فک بالا و پائین استفاده می‌کند که البته قدیمی و ثبات مناسبی هم ندارد. دو سمت خلفی فک پائین بی‌دندان همراه تحلیل قابل توجه است. بیمار به کلینیک بسیار قابل تایید در تهران مراجعه و توسط متخصص معاینه و پیشنهاد بیرون آوردن تمام دندان‌های موجود و انجام ایمپلنت می‌شود. بیمار برای مشاوره به دانشکده مراجعه نمود. در رادیوگرافی پانورامیک با وجود ریشه‌های کمی کوتاه دندان‌های قدامی پائین از نقطه نظر بالینی محکم بودند. پس از مشاوره با بخش پریو و پروتز و اندو و توضیح کامل به بیمار و با توجه به رضایت نسبی بیمار از پارسیل‌های موجود، با وجود عدم انطباق خوب تصمیم به طرح درمان زیر گرفته شد: درمان اندودونتیک دو دندان پائین + پروتز ثابت (بریج ۷ دندان قدامی پائین) + اصلاح یا تعویض دو پلاک پارسیل بالا و پائین. به باور من در معاینه پیش و توصیه جراح به خارج کردن دندان‌ها و استفاده از ایمپلنت باید بررسی می‌کرد:

آیا بیمار از پلاک‌های پارسیل راضی است؟ اگر با وجود نامناسب بودن، بیمار تا حدودی راضی است، بیانگر کم توقع بودن بیمار است. آیا بیمار حاضر به جراحی وسیع پیوند استخوان یا جابجائی عصب در ناحیه خلفی فک پائین و پارستزی احتمالی است؟ آیا بیمار حاضر به فاصله زمانی بین قرار دادن ایمپلنت و بهره برداری از آن را دارد؟ به هر حال ارائه فقط یک طرح درمانی (حتی اگر بهترین باشد) و آگاهی ندادن به بیمار از سایر طرح‌های دیگر (حتی اگر طرح درمانی متوسطی باشد) کار درستی نیست. مزایا و معایب طرح‌های ممکن باید توضیح داده شود و پس از مشاوره طرح درمان مشخص و پی‌گیری گردد. دوباره پافشاری می‌کنم.

" ما بیمار را درمان می‌کنیم نه بیماری را "

ب - بیمار دختر ۱۸ ساله با پروگناتیسم اندک فک پائین و همراه انسیزورهای نوک به نوک (Edge To Edge). طرح درمان ارتودونسی و جراحی Set Back یا عقب بردن فک پائین به بیمار داده شده. نکته مهم که باید در طرح درمان بررسی می‌شد و بسیار مهم است این نکته می‌باشد که با توجه به مختصر بودن پیش آمدگی چانه آیا خیلی برای بیمار مهم است؟ جالب اینکه بیمار بیان می‌کند که از وضع فک و چانه ناراضی نیست و تنها جلو بودن دندان‌های پائین مورد مراجعه بوده است. بنابراین با مشاوره ارتودونتیست جراحی می‌تواند از طرح درمان خارج و فقط درمان ارتودونسی انجام شود.

نکته مهم این که اگر طرح درمان ارتودونسی + جراحی بود. حرکت ارتودونتیک دندان‌های قدامی باید در جهت افزایش پروگناتیسیم دندان‌های آماده‌سازی جراحی بود، در حالی که در طرح ارتودونسی بدون جراحی حرکت دندان‌های قدامی برخلاف طرح جراحی، به سمت عقب است. شوریختانه در این بیمار هم نکته مهم رضایت بیمار از شکل ظاهر و مختصر پیش آمدگی چانه از بیمار پرسش نشده و طرح مفصل‌تر به بیمار ارائه شده بود. با وجودی که تخصص من جراحی است ولی همیشه گفته‌ام:

" در بسیاری موارد جراحی نکردن نیکوتر است "

ج - شوریختانه، بسیاری از دندانپزشکان بیمار را توصیه به قرار دادن پودر استخوان پس از بیرون آوردن دندان برای پیشگیری از تحلیل استخوان می‌کنند. این عمل که حفظ ساکت دندان‌ی یا Socket Preservation نامیده می‌شود، اگر چه در موارد خاص و بر پایه ساکت دندان‌ی و طرح درمان آینده یا بلافاصله (ایمپلنت در ساکت تازه) این درمان ضروری است ولی تحمیل این طرح برای تمام موارد خارج کردن دندان به نظر علمی نمی‌رسد و شاید درمان اضافی تلقی گردد البته امیدوارم توصیه به انجام آن سهوی باشد.

د - ارائه و انجام یک طرح درمان بدون آگاهی بیمار از مراحل بعدی تا سرانجام درمان خلاف اخلاق است. برای نمونه در زمانی که بالا بردن کف سینوس ماگزیلری برای قرار دادن ایمپلنت آینده مورد پیشنهاد است، بیمار باید بداند که از شروع تا زمان بهره‌برداری نهائی حدود یک سال باید بردباری داشته باشد.

ه - گاهی تنها یک طرح درمان مورد نظر عمل‌کننده آن‌گونه برای بیمار توجیه می‌شود، که انگار اگر انجام نشود رویداری ناگوار رخ داده و مدار گردش کره زمین تغییر می‌کند!!!

ارائه و تحمیل فقط یک درمان خاص که معمولاً مفصل‌تر هم هست متأسفانه امروزه بسیار مشاهده می‌شود که البته محدود به دندانپزشکی و تخصص‌های آن هم نیست و در سایر تخصص‌های پزشکی که به ویژه روش‌های عملی تشخیصی یا Procedure وارد آن شده است هم وجود دارد. این پدیده محدود به ایران هم نیست و همان‌گونه که در بخش پیش بیان شد، انجام جراحی متعدد غیرضروری به ویژه در زمینه‌های کاردیاک (آنژیوپلاستی، آنژیوپلاستی، قرار دادن پیس میکرو)، گاینکولوژی (هیسترکتومی، سزارین)، ارتوپدی (جراحی مهره‌ها و زانو)، جراحی‌های زیبایی هر ساله در آمریکا گزارش می‌شود. به باور من تخصص‌هایی از پزشکی که هنوز Procedure وارد آن نشده بهتر مانده است. کاردیولوژی در گذشته بیشتر همراه صحبت با بیمار (تاریخچه) و معاینات بالینی بیشتر و برقراری ارتباط عاطفی بود که در بهبودی و یا دست کم، احساس بهبودی بیمار نقش مهمی داشت. ورود روش‌های عملی تشخیصی یا Procedureهای تشخیصی (مانند اکو، آنژیوگرافی، تالیوم اسکن و مانند این‌ها)، ارتباط کلامی لمسی را کاهش داده. این روش‌های تشخیصی بسیار عالی است ولی اگر با ارتباط عاطفی گذشته یکپارچه می‌شد عالی‌تر بود. به باور من

هیچ تضاد بین استفاده از روش‌های نوین تشخیصی و ارتباطات انسانی گذشته نیست فقط نیاز به چند دقیقه وقت و فرصت دادن به بیمار برای کمی صحبت کردن بدون نگرانی از احساس مزاحمت برای پزشک است. من برای مشاوره به یکی از همکلاسی‌های قدیم که کار دیولوژیست است مراجعه کردم با شوخی به او گفتم: "با قلب من مانند پمپ آب چاه برخورد می‌کنید!!". درست است که عمل ظاهری قلب پمپ است ولی نباید مانند پمپ آب چاه با آن برخورد گردد. تقویت روحیه بیمار در کارکرد این پمپ بسیار مؤثر است. شوربختانه برخورد با بدن بسیار ماشینی شده. خلاصه کنم در هم آمیختن خوبی‌های سنت با خوبی‌های پیشرفت‌های تازه هم در زندگی روزمره و هم در طبابت براحتی ممکن و موجب بازگشت لطافت در طبابت و آرامش هم بیمار و هم طبیب می‌شود.

۹- شتاب در داوری، تشخیص، بیان دیدگاه

مراحل ارزیابی بیمار را همه میدانیم و در کتاب‌های درسی در ۷ مرحله بیان شده است. به باور من کامل شده آن دارای ۱۰ مرحله است:

۱. اطلاعات فردی
 ۲. شکایت اصلی
 ۳. تاریخچه شکایت اصلی
 ۴. سابقه پزشکی بیمار
 ۵. سابقه پزشکی خانوادگی و اجتماعی
 ۶. معاینه بالینی
 ۷. پاراکلینیک اگر نیاز باشد (آزمایشگاهی، انواع تصویرنگاری مانند رادیوگرافی.....)
 ۸. برقراری تشخیص یا تشخیص‌های افتراقی
 ۹. طرح یا طرح‌های درمان
 ۱۰. توضیح طرح‌های درمانی به بیمار و نزدیکان و دریافت رضایت آگاهانه و آزادانه
- در بیشتر موارد دندانپزشکی و جراحی‌های سرپائی، در عمل کل مراحل بالا شاید ده تا پانزده دقیقه به زمان نیاز داشته باشد. من یکی از پرسش‌هایی که در سابقه پزشکی برایم بسیار مهم و سعی می‌کنم به قول معروف از زیر زبان بیمار بکشم داروهای مصرفی است، چه در درجه اول بیانگر نوع بیماری است، در درجه دوم بیانگر شدت بیماری و میزان کنترل آن است و درجه سوم می‌تواند

راهنمایی برای پرهیز از تداخل دارویی باشد، و در درجه چهارم شایع‌ترین علت خونریزی جراحی داروهای مصرفی بیمار است (۵) دارو که با حرف A انگلیسی شروع می‌شوند و شامل آسپیرین / آنتی کوآگولانت‌ها / الکل / آنتی بیوتیک‌ها / آنتی کانسروزها است) و سرانجام این که برخی داروهای مصرفی بیمار مانند داروهای پائین آورنده فشار خون بالا، گشاد کننده‌های عروقی، آلفا و بتا بلوکرها، داروهای ضد افسردگی حلقوی، فنوتیازین‌ها، مخدرها، داروهای درمان پارکینسون (لوودوپا)، آنتی هیستامین‌ها، دیورتیک‌ها، مسدود کننده‌های کانال کلسیم و گانگلیونی. در کتب مرجع نوشته شده که معمولاً بیش از ۴۰ درصد بیماران بالای ۶۰ سال یک یا چند دارو مصرف می‌کنند. در یک بررسی در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی در ۶۰۰ مراجعه‌کننده بین ۲۵ تا ۷۵ ساله در مجموع ۳۸/۳ درصد بیماران دارو مصرف می‌کردند (۵۶/۳ درصد اگر بیش از یک داروی هر نفر در نظر گرفته شود). مقدمه طولانی شد برگردم به اصل موضوع یعنی شتاب در دآوری و بیان دیدگاه، و تشخیص.

چند نمونه:

الف - توصیه می‌کنم معاینه بالینی ناحیه‌ای که شکایت اصلی بیمار است نگاه اول نباشد. برای نمونه اگر بیماری که با شکایت دندان درد یا تورم سمت راست فک پائین مراجعه کرده، اگر بدون درنگ محل شکایت را نگاه کرده و سپس در رادیوگرافی پوسیدگی عمیق را مشاهده کنیم تشخیص و طرح درمان مشخص می‌شود و امکان زیاد دارد ضایعه یا پاتولوژی بدون درد ناحیه دیگر دیده نشود. موارد متعدد با این پدیده برخورد کردم که دیدن سریع محل ناراحتی و رادیوگرافی و قضاوت سریع تشخیصی یک اتولوژی مهم بدون درد ناحیه دیگر دهان از قلم افتاده است. به همین دلیل من خود را عادت داده‌ام که معاینه محل شکایت بیمار آخرین محل بررسی باشد.

ب - با مشاهده رادیوگرافی و معاینه بالینی بیماری که در محل دیگر درمان شده است، نباید بدون آگاهی کامل، قضاوت منفی کنیم. برای نمونه یک درمان اندودونتیک ناکامل در رادیوگرافی مشاهده می‌کنیم نباید بلافاصله و بدون آگاهی از کل مراحل درمان قضاوت منفی نمائیم. نمونه دیگر بیماری که چند ماه قبل تصادف اتوموبیل داشته و در بیمارستان توسط همکاری درمان شده. تصور کنیم اکلوزن و نتیجه درمان نسبی بوده و ایده‌آل نیست. با توجه به اینکه من صدمات پس از حادثه را ندیدم نباید قضاوت کنم ممکن است شدت صدمات آنقدر شدید بوده که این نتیجه قابل قبول و ممکن است که نتیجه می‌باید بهتر از این باشد ولی از آنجائی که من حالت اولیه را ندیده‌ام نمی‌توانم قضاوت درست داشته باشم. بسیاری از شکایات نظام پزشکی و پزشکی قانونی بیماران ناشی از یک قضاوت عجولانه توسط پزشک دیگر است. نمونه دیگر بیمار با رادیوگرافی پری آپیکال برای نمونه، لاترال بالای با درمان اندودونتیک یا جراحی اپیکو مراجعه کرده است. رادیو لوسنسی ۳ میلی متری بالای نوک ریشه مشاهده می‌شود. نباید بلافاصله قضاوت پاتولوژی نوک ریشه عنوان گردد. ابتدا باید محل معاینه بالینی گردد آیا تورم یا فیستول و یا حساسیت در لمس

وجود دارد؟ چه مدت از درمان گذشته است؟ مقایسه با رادیوگرافی قبلی؟ ممکن است این رادیولوسنسی فقط یک اسکار پری اپیکال باشد. چنانچه با عجله قضاوت گردد موجب تشویش بیمار و شکایت بی‌جا از پزشک اولیه می‌شود. جالب این که من خودم بیماری داشتم که پس از درمان اندودونتیک نیاز به جراحی اپیکواکتومی برای برداشتن پاتولوژی حدود یک سانتیمتری ناحیه اپیکال داشت. درمان به خوبی انجام شد. بیمار دو هفته بعد برای درمان دندانپزشکی عمومی به دندانپزشک خود مراجعه کرده بود. این بیمار به من تلفن زد و با نگرانی گفت دکتر دندانپزشکم به من گفته این ضایعه که خوب نشده؟ بهر حال معلوم است که رادیولوسنسی نوک ریشه چندین ماه برای پر شدن با استخوان به زمان نیاز دارد و حتی چنانچه کورتکس لینگوال یا پالاتال هم سوراخ شده باشد مقداری از رادیولوسنسی به عنوان اسکار اپیکال باقی میماند. اگر چه من به بیمار توضیح دادم ولی به هر حال گفته یک پزشک دیگر مهم است و می‌تواند سبب تشویش و نگرانی نادرست بیمار گردد. من همیشه سعی می‌کنم در دآوری موارد درمان دیگر همکاران لب‌های خود را محکم نگاه دارم مگر آنکه نتیجه درمان خوب باشد که در این حالت و با اطمینان برای رفع نگرانی بیمار بیان می‌کنم.

ج - نمونه دیگر، خانم ۲۸ ساله را مورد جراحی دندان عقل نهفته در استخوان قرار دادم. با توجه به این که در بیمار سالم از نقطه نظر عمومی و موضعی نباید آنتی بیوتیک تجویز شود و مسکن معمولی کفایت می‌کند. من حدود ده دقیقه دستورات پس از عمل را شفاهی به بیمار می‌دادم و در ضمن یک برگه دستورات پس از جراحی نیز همراه تلفن تماس به بیمار ارائه می‌کردم. یکی از توضیحات شفاهی و نیز نوشته شده در برگه کتبی دستورات چگونگی شروع و حداکثر و کاهش تورم است. جالب این که دو روز بعد بیمار به من زنگ زد و گفت من شب گذشته منزل یکی از دوستان بودم و خانم دکتر دندانپزشکی که آنجا من را دید و گفت تورم دارید چرا دکتر به شما پنی سیلین نداده است. برای من سه عدد پنی سیلین نوشت که یک عدد را دیروز تزریق کرده‌ام نظر شما چیست؟ من خواهش کردم مراجعه کنند سه روز بعد از جراحی تورم اندک و نرم و از روز قبل کاهش یافته بود. خیلی مهم و بدیهی است که عفونت زخم جراحی قبل روز سوم پس از جراحی بسیار بعید است مگر عفونت از قبل در محل موجود باشد. تورم جراحی بلافاصله پس از جراحی بتدریج آغاز و معمولاً ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از جراحی به اوج می‌رسد و سپس به تدریج کاهش و حدود ۷ تا ۱۰ روز پس از جراحی قسمت اعظم آن از بین می‌رود. البته افزایش تورم پس از روز چهارم و به ویژه همراه سفت شدن و درد مهم و می‌تواند علامت عفونت زخم باشد. بنابراین قضاوت خانم دکتر که به بیمار پنی سیلین تجویز کرده بود از دو نظر قابل بحث است. اول اینکه اطلاعی از عمق جراحی و میزان انتظار تورم ندارد و دوم اینکه تورم نرم یک روز پس از جراحی عفونت نیست و تورم قابل انتظار و مناسب پس از جراحی است. مناسب است که به این مهم توجه داشته باشیم که:

"آماس مقدمه ترمیم است"

بنابراین تورم معمول، مناسب برای ترمیم است. شوربختانه امروزه به غلط دگزامتازون (رایج‌ترین داروی تزریقی تجویزی در ایران) برای کاهش آماس استفاده می‌شود. در مورد صحبت و تجویز پنی سیلین توسط خانم دکتر دندانپزشک طبیعی است که من نباید آن خانم دکتر را نزد بیمار سرزنش کنم و به همین دلیل مدیریت کرده و خواهش کردم که به همان یک تزریق بسنده کند. توضیح این که در جراحی‌های ارتوگناتیک و سایر مواردی که توسعه ادم به اطراف راه هوایی می‌تواند نگران کننده شود کورتیکواستروئید مانند دگزامتازون از یک ساعت پیش از جراحی شروع و برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت ادامه می‌یابد. امروزه متأسفانه برای درمان‌های معمول و متداول و به غلط استفاده می‌شود. دو باره تاکید می‌کنم آماس مقدمه ترمیم است و نباید با آن به عنوان پدیده نامطلوب برخورد کنیم.

د - روزی در بخش جراحی بودم که رزیدنت بخش پروتز متحرک بیمار مرد ۶۶ ساله‌ای را همراه رادیوگرافی پانورامیک برای معاینه آورده بود با طرح وستیبولوپلاستی ناحیه قدامی فک پائین. در رادیوگرافی پانورامیک حدود ۳۰ میلی متر ارتفاع کلی استخوان وجود داشت. من پیش از معاینه با نگاه کلی به اسکلت صورت و نسج نرم آن به رادیوگرافی شک کرده و با یک انگشت روی فک داخل دهان و انگشت دیگر لبه پائینی چانه تحلیل شدید را ملاحظه کردم و پس از بررسی مشخص شد رادیوگرافی موقع قرار دادن در پاکت در بخش رادیولوژی اشتباها جابجا شده. در رادیوگرافی واقعی بیمار فقط ۱۲ میلی‌متر استخوان در ناحیه قدامی وجود داشت که برای وستیبولوپلاستی مناسب نمی‌باشد. در بررسی رادیوگرافی بیمار به دو نکته مهم باید توجه کنیم، اول مطمئن شویم متعلق به خود بیمار است. جالب این که در مواردی نام دیگری روی رادیوگرافی نوشته شده ولی رادیوگرافی درست و متعلق به خود بیمار است و این زمانی رخ می‌دهد که بیمار با دفترچه شخص دیگری رادیوگرافی را گرفته!!! نکته دوم در بررسی رادیوگرافی تاریخ و میزان قدیمی بودن آن است.

ه - نمونه دیگر قضاوت سریع و اقدام به درمان اندودونتیک در صورت عدم پاسخ به پالپ تستر بدون توجه به تاریخچه است. در موارد جراحی‌های ارتوگناتیک مانند لفورت یک و یا استئوتومی‌های سگمنتال دندان‌های محل در واقع دارای گردش خون و زنده (Vital)، ولی به دلیل قطع سیستم عصبی (Denervate) است. بنابراین عدم پاسخ به پالپ تستر تا یک سال و حتی بیشتر می‌تواند ادامه یابد و در قضاوت به نیاز به اندودونتیک نباید تنها به ارزیابی پالپ تستر اکتفا کرد.

نمونه‌های عجله در قضاوت و بیان سریع دیدگاه و تشخیص، بسیار نامناسب و معایب متعدد دارد و حتی اگر پزشک در قضاوت متوجه اشتباه خود شود، اصلاح دیدگاه قبلی به راحتی میسر نیست. توصیه می‌کنم تا بررسی و ارزیابی همه اطلاعات لب‌های خود را به هم فشرده و محکم نگاه داریم.

پدیده شتاب در قضاوت و در تشخیص و بیان دیدگاه در دندانپزشکی، شاید شایع‌تر باشد. چه اول این که بیشتر به دلیل قابل دیده شدن بسیاری از درمان‌های ناحیه دهان و فک و صورت، راحت مورد قضاوت همگان قرار می‌گیرد، در حالی که برای نمونه آنژیوپلاستی عروق کرونر قابل رویت و قضاوت افراد نیست. دوم این که یک اشتباه بزرگ دندانپزشکان این است که پیش از هر چیز رادیوگرافی بیمار را مشاهده و تنها بر پایه آن قضاوت می‌کنند، در حالی که دیدن رادیوگرافی پیش از تاریخچه و معاینه یک اشتباه بزرگ است چه ممکن است سبب وسوسه به اظهار نظر عجولانه فقط بر پایه یافته رادیوگرافیک کند.

اگر چه قضاوت عجولانه به دلایل بالا در دندانپزشکی می‌تواند بیشتر رخ دهد ولی در سایر رشته‌های تخصصی پزشکی هم رخ می‌دهد. با وجودیکه مایلیم بیشتر در محدوده رشته خود صحبت کنم ولی اتفاق جالبی برای خودم رخ داد و من اوج قضاوت عجولانه و بسیار ناراحت کننده را دیدم که به صورت کوتاه بیان می‌کنم:

حدود شش سال قبل مورد انجام آنژیوگرافی تشخیصی عروق کورونری قرار گرفتم که گرفتگی در حد نیاز به آنژیوپلاستی نبود چه هیچ علامت بالینی وجود نداشت. چند ماه بعد به کاردیولوژیست دیگری که هم دوره‌ای زمان دانشجویی من بود مراجعه کردم. ایشان از من هیچ پرسشی در مورد تاریخچه و علائم بالینی نکرد و مستقیم به سراغ تصویر آنژیوگرافی رفت شاید باورتان نشود عین واقعیت را می‌گویم حتی به پنج ثانیه پس از مشاهده آنژیوگرافی هم نرسید که با عجله و خیلی جدی و با اطمینان و محکم فرمودند:

" خیلی گرفتگی زیاد است شما نیاز فوری به بای پس دارید، ورزش نکنید "

من به دکترگفتم: که من علامتی ندارم و صبح‌ها حدود نیم ساعت هم نرمش می‌کنم و احساس ناراحتی ندارم. دکتر پس از صحبت‌های من گزارش آنژیوگرافی که داخل پاکت بود را مطالعه کرد و کمی از دید شتاب زده اول خود کوتاه آمد و به دادن نسخه برای دو داروی وازودیلاتور و دو داروی ضد پلاکتی (آسپیرین و کلوییدوگرل یا پلاویکس) اکتفا کرد.

این یک نمونه بارز از قضاوت شتاب‌زده بر پایه بررسی تنها پاراکلینیک و بدون توجه به تاریخچه و معاینه بالینی است. شما می‌توانید احساس استرس ناشی از قضاوت عجولانه کاردیولوژیست برای بیمار را درک کنید. حتی قضاوت درست‌تر پس از بیان تاریخچه (البته توسط خودم و نه پرسش) و مشاهده گزارش کتبی نمی‌تواند استرس قضاوت و کلام اولیه را از بین ببرد و این شاید بدترین نوع قضاوت عجولانه بود که من در دوران عمر خود با آن برخورد کرده‌ام. در عنوان بعدی، نمونه‌هایی از شتاب در قضاوت بر پایه پاراکلینیک (گزارش پاتولوژی) بیان خواهد شد.

۱۰ - شتاب در تصمیم طرح درمان بر پایه پاراکلینیک (گزارش پاتولوژی)

انواع آزمایشات لابراتواری، تصویربرداری و پاتولوژی برای کمک به تشخیص بالینی مورد استفاده می‌باشد. تلفیق و یا پیوند مناسب بین یافته‌های تاریخیچه و یافته‌های بالینی و یافته‌های پاراکلینیک باید توسط طبیب انجام و در صورت معقول بودن ارتباط بین مجموع یافته‌ها تصمیم‌گیری کند. در ارتباط با اشتباهات احتمالی و عجله در قضاوت بر پایه فقط تصویربرداری‌ها در مورد پیش همراه نمونه‌هائی بیان شد. در این قسمت مایلیم در ارتباط با یافته‌های پاتولوژی نمونه‌هائی بیان کنم، چه در صورت عجله به درمان جراحی فقط بر پایه گزارش پاتولوژی ممکن است دچار خطای بزرگ و حتی در مواردی غیر قابل بازگشت شویم. یک نمونه بیان می‌کنم:

سال‌ها پیش، دختر جوان ۱۸ ساله توسط ارتودونتیست به من ارجاع شد. به دستور ارتودونتیست ۲ سال قبل بیمار تحت جراحی اکسپوز دندان لاترال راست پائین قرار گرفته بود و دندان اکسپوز شده به خوبی داخل قوس آورده شده بود. رادیوگرافی پانورامیک و پری اپیکال همراه بیمار بیانگر ضایعه رادیو لوسنت با اندازه حدود ۱۰ میلی متر در عرض و ۲۰ میلی متر در ارتفاع بود و تقریباً تمام ریشه لاترال راست پائین را در بر گرفته بود و در واقع ثبات دندان در محل توسط باند و سیم ارتودونسی برقرار بود. طرح ارتودونتیست بیرون آوردن این دندان همراه ضایعه پاتولوژی مرتبط با آن بود. خوشبختانه دندان‌های مجاور در بررسی پالپ تستر واکنش مثبت داشت. با ارتودونتیست هماهنگ شد تا بلافاصله پیش از جراحی آرچ وایر ارتودونسی را بردارد. در لحظه جراحی دندان لاترال راست پائین کاملاً متحرک بود و تنها به ضایعه پاتولوژیک اتصال داشت. با بی‌حسی موضعی و فلپ مثلی محدود ضایعه به همراه دندان با راحتی بسیار خارج گردید. به قدری راحت و با الواتور پریوست از استخوان اطراف آزاد گردید، انگار که هیچ چسبندگی به آن ندارد. گزارش پاتولوژی توسط متخصصین پاتولوژی دهان و فک و صورت بسیار معتبر به قرار زیر بود:

Pindborg tumor = calcifying epithelial odontogenic tumor = CEOT

بر مبنای گزارش بالا و تهاجم موضعی این تومور برداشتن وسیع موضعی (Wide Local Excision) باید انجام شود. اگر بر پایه گزارش پاتولوژی، جراحی وسیع انجام می‌شد، از دید قانون یا Legal گناهی انگاشته نمی‌شد، ولی از دید اخلاق سرشتی یا Mora جراح گناهکار بود. پیشتر در باره سه واژه Legal و Ethical و Moral مشروح بیان گردید.

با توجه به سن بیمار و محل ضایعه و بویژه یافته‌های بالینی هنگام جراحی، با متخصصین پاتولوژی مشاوره و تصمیم به بررسی با رنگ‌آمیزی اختصاصی (فکر کنم آن زمان Cingo Red استفاده شده بود). گزارش پاتولوژی به قرار زیر اصلاح شد:

Adenomatoid odontogenic tumor = AOT

با توجه به اصلاح گزارش پاتولوژی درمان ساده قبلی کافی و نیاز به درمان جراحی وسیع منتفی شد. تصور من این است که شاید

پاتولوژی دور تاج دندان در زمان اکسپوز وجود داشته، و با گذشت زمان طی درمان ارتودونسی گسترش یافته است، ولی با توجه به وجود آرچ وایر ارتودونسی علیرغم وجود تمام طول ریشه در ضایعه دیر هنگام تشخیص داده شده است.

پس از درمان درست در واقع بیمار فقط یک دندان لاترال راست پائین را از دست داد که به راحتی با درمان ارتودونسی در جریان بسته شد. جالب اینکه این بیمار چند سال بعد در کانادا دانشجوی دندانپزشکی شده بود و با معلوماتی که در مورد خود پیدا کرده بود تا سالها نتیجه درمان خود را به من اطلاع می داد و بسیار از درمان درست خود راضی و ممنون بود. این تنها یک نمونه بود که طبیب حتماً باید مجموع یافته‌های تاریخچه و بالینی و پاراکلینیک را درهم آمیخته و از شتاب در جراحی به ویژه اگر وسیع باشد پرهیز کرد. نمونه‌ها ی برخلاف هم فراوان است که گزارش پاتولوژی خوش خیم ولی سیر بالینی تهاجمی در این موارد هم جراح باید با پاتولوژیست تبادل اطلاعات کند و هدف اصلی همیشه باید فقط و فقط منافع بیمار باشد اگر چه من به شدت باور دارم، که منافع بیمار با طبیب نه تنها در تضاد نیست بلکه همسوئی کامل دارد.

۱۱- اهمیت نگاهداری نمونه بافتی برای ارزیابی پاتولوژی

با بیان نمونه‌ای به این زمینه ورود می‌کنم:

در بخش جراحی بودم، که یکی از همکاران دانشکده به همراه بیماری برای مشاوره آمدند. بیمار خانمی ۵۰ ساله با ضایعه مخاطی اگزوفیتیک (exophytic) حدود ۲ سانتیمتری روی کرست دیستال دندان مولر دوم سمت چپ پائین (آخرین دندان) بود. ضایعه به سمت لینگوال و به سمت کف دهان گسترش داشت. بیمار حدود دو ماه پیش در این ناحیه ضایعه مخاطی حدود ۸ میلیمتری داشته که با بی‌حسی موضعی برداشته شده بود. از همکار پرسیدم که جواب پاتولوژی چه بوده، که مشخص شد که به گمان تشخیص بالینی یک هیپرپلازی تحریکی مانند گرانولوم پیوژنیک، نمونه دور انداخته شده است. بیمار می‌گوید که پس از برداشتن اولیه که حدود دو ماه پیش انجام شده بود، محل زخم بهبود نیافته و با سرعت زیاد مجدد رشد کرده و اکنون سه برابر شده و بر خلاف دفعه پیش که ضایعه تنها روی کرست ناحیه پشت مولر دوم چپ پائین بوده، اکنون به سمت کف دهان نیز گسترش پیدا کرده است. با توجه به دور انداختن ضایعه برداشته شده قبلی و رشد سریع و شک بدخیمی، ابتدا پس از رادیوگرافی پانورامیک جدید که بیانگر محدودیت ضایعه به ناحیه مخاطی بود، بیوپسی قطعه کوچک (Incisional Biopsy) انجام شد. خوشبختانه گزارش پاتولوژی Pyogenic Granuloma بود. به دلیل گسترش لینگوالی ضایعه و دیستالی بودن محل ضایعه و عدم تحمل روانی بیمار با توجه به عود ضایعه و نیاز به برداشت وسیع‌تر بر پایه سابقه ضایعه، برداشت وسیع با بیهوشی انجام شد و خوشبختانه جواب

نهائی پاتولوژی نیز گواهی کننده گزارش پیشین (Pyogenic Granuloma) بود. شوربختانه، نمونه بیان شده نایاب نیست و در زمان کاری بسیار برخورد کرده‌ام. من بیانی دارم برای همکاران:

" اگر تمام یادگیری خود در بخش پاتولوژی را دور می‌ریزید، ولی هرگز نمونه را دور نریزید "

به باور من، در تمام مواردی که حتی کوچک‌ترین تردید بالینی برای خوش خیم و عادی بودن ضایعه هم نیست، ارسال نمونه برای پاتولوژیست الزامی است. روزمرگی این رفتار، در فرهنگ و آگاهی عمومی جامعه کمک می‌کند تا این نگرش و دیدگاه که ارسال نمونه به آزمایشگاه به دلیل شک به بدخیمی است به تدریج از بین برود. خوشبختانه در سال‌های تازه بسیار در این زمینه پیشرفت به دست آمده که ناشی از تفکر بهتر جراحان و نیز در دسترس بودن مراکز بسیار عالی و پیشرفته پاتولوژی دهان و فک و صورت در ایران است. امیدوارم آگاهی عمومی در این زمینه به حدی رشد کند، که بیمار درخواست و پافشاری برای ارسال نمونه بافتی به آزمایشگاه را داشته باشد. برخی از دانشجویان پیشین، از نبود پاتولوژیست در شهر محل کار خود را دلیل دور انداختن نمونه بیان می‌کنند. من از این گروه خواهش می‌کنم، دست کم نمونه را در فرمالین ۱۰ در صد قرار داده و نگاه دارند، تا به ترمیم کامل و طبیعی ناحیه دل آسوده شوند. نکته مهم دیگر در مورد نمونه‌های استخوانی ارسالی به آزمایشگاه پاتولوژی، زمان بیشتری است که باید برای دریافت گزارش پاتولوژی بردبار باشیم (دکلسیفیه کردن نمونه). من همیشه این نکته را به بیان دلیل به بیمار می‌گفتم تا از تاخیر نگران نشود، چه برخی از بیماران از تاخیر نگران و تصور بدخیمی می‌کنند. یکی دیگر از مهم‌های فراموش شده، گزارش کوتاه و ناکافی جراح به پاتولوژیست از سابقه و بالینی و یافته‌های هنگام جراحی است. با توجه به ضایعات اختصاصی که تنه‌ها در ناحیه دهان و فک و صورت وجود دارد، پافشاری می‌کنم که نمونه‌ها توسط پاتولوژیست‌های دهان و فک و صورت ارزیابی گردد. برخی از بافت‌های برداشته شده، نیاز به ارسال به پاتولوژی را ندارند. از جمله این بافت‌ها، پوست سالم برداشته شده در جریان جراحی‌های زیبایی، دندان خارج شده‌ای و اجسام خارجی که نسجی به آن متصل نباشد، چربی برداشته شده در جراحی لیپوساکشن و موارد دیگری است که در جستجوی اینترنتی در دسترس است.

۱۲- بالا بردن توقع بیمار با گزاره گوئی نتایج درمان، بویژه جراحی‌های مؤثر در زیبایی

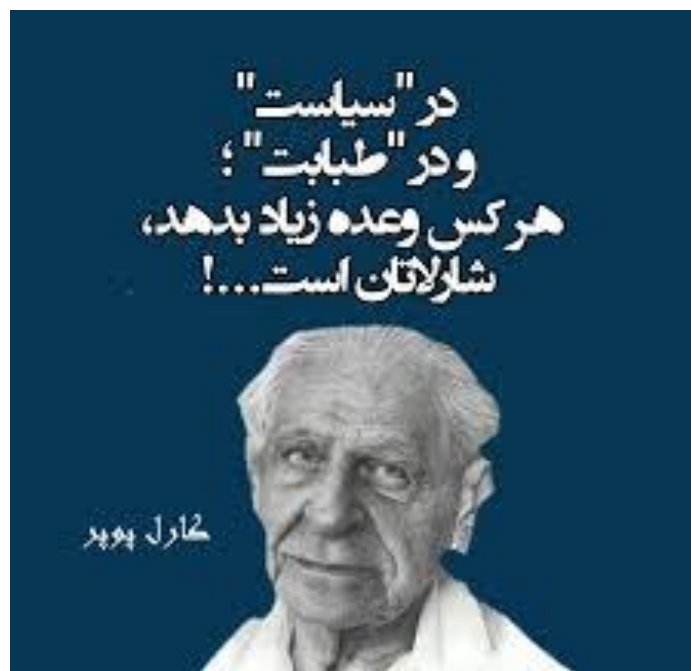
اکنون گونه‌های فراوان پیش بینی و شبیه‌سازی (Prediction & Simulation)، برای جراحی‌های صورت وجود دارد. من خردهای با این پیشرفت‌های تکنولوژی ندارم، ولی چنانچه پیاپی و به انگیزه تشویق بیمار برای انجام جراحی‌های ارتوگناتیک و راینوپلاستی و سایر جراحی‌های مؤثر در زیبایی باشد برایم همراه با درنگ است. با توجه به گمان گزاره در نتایج، ممکن است توقع بیمار و نزدیکان وی چنان بالا رود که حتی نتایج معقول و خوب جراحی هم برایشان راضی کننده نباشد. البته بیان کلی تغییرات آن هم

در صورت کنجکاوای بیمار در حدی معقول بدون اشکال است. می‌دانم بسیاری از جراحان جوان و حتی رزیدنت‌های سابق این افکار را قدیمی و کهنه می‌دانند. به هر حال این عقیده و تجربه شخصی من است که چنانچه توقع بیمار و نزدیکان وی بالا برده نشود، رضایت همراه شگفتی و سورپرایز پس از جراحی لذت بخش‌تر است. خاطره جالبی دارم یک دختر جوان دارای ۱۲ میلی متر اپن بایت اسکلتی و صورت کشیده که توسط ارتودونسی قبل جراحی آماده شده بود را مورد جراحی ارتوگناتیک هر دو فک قرار دادم. صبح روز بعد که برای ویزیت پس از جراحی و ترخیص بیمار به بیمارستان رفتم پدر و مادر بیمار را دیدم و جالب این که شگفتی نتیجه جراحی به قدری برایشان جالب بوده که وقتی به اطاق دخترشان رفته بودند وی را نشناخته و فکر کرده بودند به اطاق اشتباه رفته اند. البته این اغراق آمیزترین موردی بوده که من با آن برخورد کردم. به هر حال این عقیده شخصی من است که توقع را بالا نبریم. در زمان رزیدنسی من بیش از ۴۰ سال قبل (۱۹۸۱-۱۹۷۷) موظف به آماده‌سازی Prediction Tracing بودیم، جالب این که Post Op Tracing در اغلب موارد به ویژه تغییرات نسج نرم کامل هم سو با پیش بینی قبل عمل نبود.

موضوع را با این جمله از Karl Popper (۱۹۰۲-۱۹۹۴) فیلسوف اتریشی قرن بیستم خاتمه می‌دهم (شکل ۴)

" In politics and in medicine , he who promises too much is likely to be a quack "

(quack = charlatan)



۱۳ - آگاهی بیمار و نزدیکان از درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله (فواصل، مراحل، هزینه)

یکی از ویژگی‌های برخی از درمان‌های دندانپزشکی، چند مرحله بودن آن است. دندانپزشکی رشته‌ای خاص در پزشکی است که بیش از ده رشته تخصصی بالینی دارد. در بسیاری از درمان‌ها بویژه ایمپلنت و جراحی‌های بازسازی و ارتوگناتیک نیاز به چند مرحله درمانی با فاصله و توسط چند متخصص دارد و آگاه نکردن بیمار و نزدیکان سبب بروز بدگمانی می‌شود. من تنها چند مورد رایج‌تر را به عنوان نمونه بیان می‌کنم:

الف - بیمار مورد جراحی چندین ایمپلنت دندانی توسط جراح دهان و فک و صورت و یا پرودونتیست و یا دندانپزشک عمومی قرار می‌گیرد. به دلیل هزینه بالا ناشی از هزینه مواد مصرفی، بیمار این مرحله اول را سپری می‌کند. بین ۳ تا ۶ ماه بعد لازم است مرحله دوم پروتزی بوسیله پروتزیست یا دندانپزشک عمومی انجام گردد. با توجه به هزینه بالای مرحله دوم و فاصله قابل توجه با مرحله اول بیمار و نزدیکان نسبت به هزینه این مرحله دچار شک شده و در بسیاری موارد فکر می‌کند هزینه پرداخت شده مرحله اول شامل مرحله دوم هم بوده و در نتیجه سوء تفاهم یا بدگمانی ایجاد می‌شود. در مواردی که من پی‌گیری کردم جراح مرحله اول کلامی به بیمار توضیح داده ولی شاید پافشاری لازم نشده است. به باور من توضیح مراحل درمانی با فاصله و با هزینه‌های جداگانه نباید فقط به خود بیمار محدود گردد، بلکه شامل بیمار و نزدیکان شود و ترجیحاً شفاهی و کتبی باشد. موردی داشتم که یکی از دوستان که جراح عمومی یک بیمارستان خصوصی است با من تماس گرفت، از من خواست که یکی از کارمندان قسمت فنی بیمارستان را در دانشکده معاینه و کمک کنم. بیمار مراجعه کرد و مشخص گردید که بیمار هفت ماه پیش مورد جراحی شش ایمپلنت در فک بالا و پائین قرار گرفته و هزینه توسط همکاران جراح در این بیمارستان به این کارمند کمک شده بود. نتایج درمان ایمپلنت بسیار عالی بود، ولی بیمار گمان داشته که پرداخت هزینه مرحله اول، شامل مرحله دوم هم بوده است. در پایان و پس از مشاوره با بخش پروتز دانشکده، من با جراح پرودونتیست بیمار که از دوستان است تماس گرفتم و قرار شد مرحله دوم هم با کمک خودشان انجام شود. شکی ندارم که آگاهی هزینه‌های جداگانه دو مرحله به بیمار زبانی یا شفاهی گفته شده، ولی با توجه به فاصله زمانی بین دو مرحله یا فراموش و یا انکار می‌کند که به او گفته شده است. به همین دلیل توصیه من آگاهی هم شفاهی و هم کتبی و امضاء رضایت‌نامه آگاهانه و آزادانه است تا دست کم، از انکار پیشگیری شود. امکان بروز این پدیده بویژه در درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله و پرهزینه بیشتر است.

ب - مورد رایج دیگر در جراحی‌های ارتوگناتیک است. معمولاً قسمتی از درمان ارتودونسی پیش از جراحی و بخش باقی مانده درمان ارتودونسی پس از جراحی انجام می‌شود. در مرحله اول ارتودونتیست معمولاً برای حدود یک سال یا بیشتر درمان‌های

ارتودونسی را انجام و بیمار آماده جراحی می‌شود. این بیماران حتماً باید پیش از شروع درمان ارتودونسی توسط جراح دهان و فک و صورت معاینه و ارتباط درست بین جراح و بیمار و ارتودونتیسیت برقرار و پس از آگاهی از تمام مراحل (چگونگی، فواصل، هزینه‌ها) درمان آغاز گردد.

یک مورد جالب داشتیم، بیمار دختر خانم ۱۹ ساله با این بایت اسکلتال ۱۲ میلی متری (Skeletal Open Bite) همراه صورت کشیده (Long Face) و بی‌کفایتی لب (Lip Incompetence)، ناهنجاری بسیار واضح و ارتودونتیسیت آماده‌سازی پیش از جراحی را عالی انجام داده و نتایج خوب جراحی قابل پیش بینی بود. جالب این که بیمار به دلایل روحی از بی‌هوشی عمومی به شدت وحشت داشت و راضی به جراحی با وجود پافشاری ارتودونتیسیت نشد. بزرگترین اشتباه عدم مشاوره جراحی پیش از شروع ارتودونسی بوده و در واقع چنانچه بیمار راضی به جراحی نشود که نشد، کل نتیجه و زحمت ارتودونتیسیت و بیمار از بین می‌رود. چنانچه این بیمار حتی با پافشاری ارتودونتیسیت و دیگران مجبور به انجام جراحی زیر بی‌هوشی گردد، به باور من پسندیده رفتار حرفه‌ای اخلاقی در طبابت نیست. اگر چه مورد بالا نادر است ولی به هر حال حتی در موارد معمول بیمار باید با جراح خود در ابتدای درمان آشنا و احساس خوب و راحت با وی داشته باشد. مورد مشابه دیگر درمان‌های تکمیلی با فاصله کم‌تر در دندانپزشکی درمان اندودونتیک است که با فاصله نیاز به درمان ترمیمی و یا پروتز ثابت دارد و بیمار در ارتباط با هزینه‌های جداگانه دچار بدگمانی می‌گردد. موارد مشابه در تخصص‌های پزشکی کمتر مطرح است، ولی در درمان‌های دندانپزشکی به دلیل تعدد تخصص‌ها و نیاز به درمان‌های چند رشته‌ای با فاصله، فراوان رخ می‌دهد. شروع کننده درمان موظف به آگاه کردن بیمار و نزدیکان از درمان‌های متعدد با فاصله است تا از بدگمانی‌های احتمالی پرهیز گردد.

۱۴ - کاهش توجه به دستورات و راهنمایی‌های پس از درمان و جراحی

در بسیاری از کلینک‌های خصوصی و دانشگاهی به تحویل یک برگ کلی دستورات پس از جراحی اکتفا می‌شود که به باور من کفایت نمی‌کند. در مطب و یا بخش‌های جراحی دانشکده‌ها وجود یک فضای کوچک به عنوان اطلاق استراحت الزامی است. دستورات مهم پس از جراحی باید به صورت شفاهی به بیمار ارائه و آموزش داده شود و البته دستورات کتبی همراه تلفن همراه جراح هم باید به بیمار داده شود ولی ارائه فقط دستورات کتبی بدون آموزش شفاهی کفایت نمی‌کند. به ویژه این که در برخی از جراحی‌ها دستورات و آموزش اختصاصی باید ارائه گردد. اگر چه دستورات و آموزش شفاهی می‌تواند توسط پرستار انجام شود، ولی من ترجیح می‌دادم دستورات و آموزش شفاهی را خودم انجام دهم. البته این کار را چند دقیقه پس از استراحت بیمار در اطاق بهبودی انجام می‌دادم و ترجیح می‌دادم چنانچه بیمار اجازه دهد همراه، هم منزل وی نیز هنگام ارائه دستورات پس از عمل حضور

داشته باشد. اینکه نوشتن اجازه بیمار برای حضور همراه در اتاق بهبودی برای موارد نادری است که همراه با بیمار نسبت نزدیک نداشته و هم خانه نمی‌باشد و بیمار با حضور وی احساس خوبی ندارد. این موارد نادر است بیشتر همراه بیمار از نزدیکان و هم خانه است، مانند پدر و مادر و یا زن و شوهر و یا فرزندان که در این صورت حضور آن‌ها بسیار مناسب است. یک بار من اشتباه بدی کردم و از بیمار که خانم جوانی بود پس از جراحی و انتقال او به اتاق استراحت پرسیدم مایل هستید به پدر بگویم نزد شما بیاید؟ که با خنده گفت شوهر من است!!! این اشتباه بد برای من تجربه بزرگی شد. اگر چه دستورات کلی مراقبت‌های پس از جراحی به صورت شفاهی و کتبی به بیمار داده می‌شود، ولی در برخی جراحی‌ها نیاز به دستور و آگاهی‌های اختصاصی است که در صورت غفلت می‌تواند ایجاد مشکل برای بیمار کند که چند نمونه بیان می‌کنم.

الف - پس از جراحی بستن ارتباط دهانی سینوسی، چنانچه احتمال خروج طبیعی و احتمالی خون از بینی را برای بیمار توجیه نکرده باشیم بروز این پدیده طبیعی موجب وحشت بیمار می‌شود. همیشه به دانشجویان و رزیدنت‌ها گفته‌ام:

" ترجیح می‌دهم ساعت ۳ بعد از ظهر موضوع را توضیح داده باشم تا ۳ بعد نصف شب "

من با زبان ساده به بیمار می‌گویم بین سینوس و بینی سوراخی وجود دارد. بنابراین اگر دستشوئی رفتی و به خصوص اگر سر را پائین بگیری ممکن است مقدار مختصر خون که در سینوس آمده از سوراخ بینی همان سمت خارج گردد. نباید وحشت کنید و اتفاقاً بیانگر سلامت این ارتباط طبیعی است. این توضیح موجب پرهیز از وحشت بیمار در صورت خروج خون از بینی می‌شود. بارها در دانشکده مشاهده کرده‌ام که رزیدنت با ظرافت و زیبایی کامل و عالی جراحی بستن ارتباط دهانی سینوسی را با فلپ باکال و یا پالاتال بسته و همین نکته کوچک ولی مهم را به بیمار توضیح نداده است.

ب - همیشه هم به بیمار و هم به همراه بیمار (مانند مادر همراه دختر) توصیه می‌کنم برای خروج از تخت مانند رفتن به دستشوئی حتماً چند لحظه کنار تخت بنشینید و سپس حرکت کند، چه ممکن است به دلیل بروز کاهش فشار خون وضعیتی حادثه‌ای رخ دهد. موردی داشتم که بیمار یک بیرون آوردن معمول دندان داشته و به دلیل بلند شدن ناگهانی از تخت و رفتن دستشوئی دچار افت فشار خون وضعیتی شده و صورت با دستشوئی برخورد و دچار شکستگی دنتوال‌تولر شده است. این پدیده به ویژه در بیماران با جسم و جثه ضعیف و ظریف بیشتر محتمل و من در این موارد تاکید بیشتر می‌کنم که برای نمونه، مادر شب اول به دختر خود در خروج از تخت و راه رفتن و جابجائی کمک کند و در کنار او باشد. Postural Hypotension یا کاهش فشار خون وضعیتی در بیمارانی که از داروهای خاص مانند، داروهای مدر (دیوریتیک)، آنتاگونیست آلفا و بتا آدرنرژیک، مهار کننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین، داروهای ضد افسردگی، آرام بخش‌ها، مخدرها، لوودوپا (برای پارکینسون)، آنتی هیستامین‌ها، وازودیلاتورها، و داروهای پائین آورنده فشارخون با عمل مرکزی (مانند متیل دوپا) و در مجموع داروهایی که سیستم یا سامانه

مقابله با جاذبه برای حفظ فشار خون را تضعیف نموده‌اند شایع‌تر می‌باشد و به باور من این توصیه برای تمام بیماران باید انجام شود، که برخاستن از تخت خواب اول به تدریج انجام شود و دوم این که همراه داشته باشد.

ج - در مطب و پس از خاتمه جراحی سرپائی با بی‌حسی موضعی، هنگام حرکت بیمار از روی یونیت تا Recovery Room یا اتاق بهبودی، من در کنار بیمار بودم تا چنانچه کاهش فشار خون وضعیتی رخ دهد بیمار ساپورت یا پشتیبان داشته باشد.

د - روزی در بخش بودم، جوانی که هفته قبل مورد جراحی انسزیون و درناژ آسه پالاتال قرار گرفته بود، با اعتراض و تقریباً پرخاشگرانه داخل بخش آمده و می‌گفت، من که خوب نشده‌ام و هنوز ورم دارم. پس از معاینه مشاهده شد درمان به درستی انجام شده بود ولی به بیمار توضیح نداده بودند که در سقف دهان مخاط جداشده به دلیل سختی و ثقل زمین مدتی طول می‌کشد تا به حالت عادی برگردد و تورم ظاهری دلیل ادامه آسه و عفونت نیست.

ه - مایلم تجربه ۳۰ ساله خودم را در این باره بیان کنم. شیوه من وقت زیادی بود که برای دستورات پس از عمل به بیمار و نزدیکان، وی می‌دادم و حتی قرار دادن گاز مرطوب کوچک روی محل جراحی را به صورت عملی انجام و آموزش می‌دادم. با وجود آموزش کامل در مطب، یک برگه دستورات پس از جراحی داده و پافشاری می‌کردم که در صورت هر مشکل و حتی پرسش با من تماس بگیرند. جالب این که در مجموع ۳۰ سال تجربه مطب داری، تنها سه بار در شب اول پس از جراحی به مطب رفتم. بیمار یا خانواده وی برای تماس با جراح باید احساس راحتی داشته باشد. شیوه یکی از اساتید دوره رزیدنسی من تماس با منزل بیمار در شب اول پس از جراحی بود که به باور من بسیار پسندیده است. اگر چه دوباره گوئی است ولی به شدت باور دارم، اگر وقت کافی برای آموزش دستورات پس از جراحی گذاشته شود و این آموزش همراه با ارائه دستورات کتبی و تلفن جراح شود، بیمار به ندرت نیاز به تماس نیمه شب با جراح می‌شود. همان‌گونه که پیشتر نوشتم، چنانچه در ساعت ۳ بعدازظهر به بیمار توضیح و آموزش کافی بدهیم، دیگر نیاز نیست این عمل یا معاینه را در ساعت ۳ نیمه شب انجام دهیم.

۱۵- عدم توجه به ارجاع (Referral) و مشاوره (Consultation) درست

در سال‌های طبابت در مطب و دانشکده موارد نادر نامه ارجاع درست، به ویژه در مورد عوارض جراحی داشته‌ام. نامه ارجاع را بسیاری از دندانپزشکان از ترس احتمالی بیمار برای شکایت نمی‌نویسند، در حالی که چنانچه دندانپزشک عمومی یا متخصص واقعیت را نوشته و کپی یا رونوشت آن را داشته باشد، برای وی نقش حفاظتی خواهد داشت. بین نامه ارجاع و مشاوره تفاوت است که متأسفانه کمتر به آن توجه می‌شود. در نامه Referral اجازه درمان داده می‌شود، در حالی که در نامه مشاوره یا consultation این اجازه وجود ندارد. شوربخانه این مهم بیشتر میان همکاران متخصص در بیمارستان توجه می‌شود. توصیه من به همکاران

دندانپزشک این است، اگر برای نمونه چنانچه ادامه درمان اندودونتیک را به متخصص واگذار می‌کنند، حتماً نامه ارجاع باشد و نه مشاوره و اگر دندانپزشک به عادت از واژه مشاوره استفاده می‌کند حتماً اضافه کند:

" بیمار جهت مشاوره و ادامه درمان معرفی می‌شود "

چند نمونه:

الف - اگر دندانپزشک پس از بیرون آوردن دندان مولر بالا با بازشدگی و ارتباط وسیع دهانی سینوسی مواجه شود می‌تواند با نوشتن نامه (و حفظ کپی) بیمار را به جراح دهان و فک و صورت ارجاع و ضمن نوشتن جزئیات درمان انجام شده توسط خود و عارضه ایجاد شده از جراح تقاضای ادامه درمان کند. در نامه ارجاع برای ادامه درمان عارضه ایجاد شده، عمل کننده اول باید واقعیت را بنویسد تا درمان درست انجام شود برای نمونه اگر ضمن بیرون آوردن مولر بالا یا ریشه آن اگر قسمتی از دندان و یا ریشه وارد سینوس شده در نامه ارجاع جابجائی ریشه به درون سینوس باید در نامه ارجاع نوشته شود در غیر این صورت به ویژه به دلیل کوچکی ریشه جابجا شده و وجود خون (رادیوپک) در سینوس جراح فقط اقدام به بستن ارتباط دهانی سینوسی کرده و ریشه داخل سینوس باقی مانده، و عوارض مزمن بعدی در سینوس ایجاد می‌شود. در حالی که چنانچه جراح از وجود ریشه داخل سینوس مطلع باشد، حتی طرح درمان ممکن است ممکن است از درمان سرپائی مطب به درمان زیر بی‌هوشی در بیمارستان تبدیل گردد.

نوشتن نامه ارجاع یا Referral که در بالا توضیح داده شد، بیانگر طرح و تصمیم درست دندانپزشک و در نتیجه امنیت قانونی و است، در حالی که عدم تشخیص و یا تعویق بیش از حد درمان عارضه می‌تواند موجب عوارض بیشتر و پیچیده شدن درمان گردد و در این حالت از نقطه نظر اخلاقی و قانونی دندانپزشک مسئول است.

ب - یک نمونه از ارجاع یا Referral که در کل عمر کاری خود در مطب داشتیم توسط یک پرودونتیست بود.

ایشان در نامه ارجاع نوشته بودند آقای دکتر یغمائی با سلام بیمار آقای..... در تاریخ..... در سمت راست بالا مورد جراحی قرار دادن یک ایمپلنت قرار گرفتند. به دلیل عدم موفقیت در تاریخ..... ایمپلنت برداشته شد. پس از برداشتن ایمپلنت باز شدگی سینوس مشاهده و به دلیل عدم ترمیم و بسته شدن خود بخود دو بار در تاریخ‌های..... و..... با فلپ باکال آن را بستیم. متأسفانه هر دو بار فلپ پس از یک هفته باز شد. بیمار جهت ادامه درمان ارجاع داده می‌شود تا هرگونه صلاح می‌دانید اقدام فرمائید. این ایده‌آل‌ترین نوع نامه ارجاعی بود که من داشتم و بسیار برای تصمیم به طرح مناسب درمان کمک کننده بود. دست کم، امتیاز این نامه خوب ارجاع این بود که من نباید فلپ باکال را برای سومین بار انتخاب کنم. برای درمان این بیمار پس از

بررسی رادیوگرافی جدید سینوش، شستشوی مفصل آن ارتباط دهانی سینوسی با فلپ پالاتال کاملاً بدون کشش با موفقیت بسته شد و هیچ مشکل پس از جراحی وجود نداشت. توصیه می‌کنم در صورت ارجاع برای ادامه هر درمان ناتمام حتماً جزئیات مراحل و اتفاقات در نامه ارجاع نوشته شود.

ج - در عمل‌های جراحی بیمارستانی، جزئیات بی‌هوشی و جراحی بیمار نگاشته می‌شود. در نتیجه در صورت نیاز به درمان مجدد توسط جراح یا پزشک دیگر امکان دسترسی به شرح عمل یا عمل‌های جراحی قبلی وجود دارد. در زمان رزیدنسی در آمریکا، پس از خاتمه هر جراحی به اتاقک یا کابین کوچکی که در فضای اطاق عمل بود می‌رفتم و Operative Report یا شرح عمل را که شامل ویژگی‌های بیمار، نوع بی‌هوشی، نام جراح و رزیدنت‌های کمک و سرانجام جزئیات عمل جراحی انجام شده و عوارض احتمالی پیش آمده هنگام جراحی را توسط میکروفن و ضبط موجود در کابین بیان می‌کردم. دیرتر نوار توسط کارمند مسئول تایپ می‌شد. رزیدنت باید نوشته تایپ شده را کنترل و در صورت درستی امضاء کند. این شرح عمل در پرونده بیمار ثبت و حتی سال‌ها بعد قابل دسترسی بود. شور بختانه ما در حفظ اطلاعات ضعیف هستیم. در بیمارستان شرح عمل نوشته می‌شود ولی معمولاً بسیار مختصر و نارسا و با توجه به تایپ نشدن بسیار بد خط است.

د- نامه مشاوره یا درمان Consultation معمولاً برای مشاوره با پزشکی معالج بیمار نوشته می‌شود. در نامه مشاوره نوع دندانپزشکی یا جراحی مورد نظر با بی‌حسی موضعی باید نوشته شود و توصیه‌های پزشک معالج را درخواست کند پاسخ مشاوره است و می‌تواند مورد توجه عمل‌کننده قرار بگیرد و یا نگیرد. در هر صورت مسئولیت درمان با عمل‌کننده است. یک نمونه رایج، نامه مشاوره دندانپزشک به پزشک بیمار است، که بیشتر در پاسخ توصیه به عدم تجویز بی‌حسی موضعی همراه آدرنالین (اپی نفرین) است. در واقع این هم یک Advise است و بر پایه ضرورت درمانی، می‌تواند انجام شود و یا نشود. بیان این نکته مهم است که پزشکان در مورد آدرنالین (اپی نفرین) برداشت با غلظت یک در هزار دارند، که در موارد خاص مانند، شوک انافیلاکسی، آسم شدید، ایست قلبی استفاده می‌شود در حالی که آدرنالین موجود در بی‌حسی موضعی دست کم صد بار و یا بیشتر، غلظت کمتر از آدرنالین موجود در مورد تجویزی در پزشکی است. به هر حال دندانپزشک مسئول اصلی درمان بیمار خود است و توصیه یا Advise را می‌تواند انجام ندهد.

ه - مشاوره بین تخصص‌های دندانپزشکی برای تعیین طرح درمان پیش از شروع درمان. بویژه در جراحی‌های پیش پروتزی مانند ایمپلنت (بین جراح و پروتزیست)، جراحی‌های ارتوگناتیک (بین جراح و ارتودونتیست) پاتولوژی‌های ناحیه (بین جراح و پاتولوژیست) بسیار رایج و خوب است. در بسیاری موارد یک بیمار که نیازمند درمان‌های متعدد دندانپزشکی است، برای تعیین نوع درمان و اولویت و ترتیب انجام درمان‌ها توسط متخصصین مختلف ابتدا معاینه و تعیین تکلیف طرح درمان گردد.

۱۶- معرفی نامناسب دندانپزشکی در گستره جامعه

به باور من یکی از مهم‌ترین مهم‌های فراموش شده (کمتر توجه شده) توسط همکاران معرفی دندانپزشکی به عنوان بیشتر زیبایی در گستره جامعه است. تبلیغات متعدد در رسانه‌های تصویری، نوشتاری، و مجازی در ارتباط با زیبایی مشاهده می‌شود و حتی از واژه‌هایی مانند چسباندن نگین و ایجاد لبخند هالیوودی و مانند آن استفاده می‌شود. در بسیاری موارد این تبلیغات همراه تصویر خانمی است در حال خنده که زیبایی دندان‌ها و خنده همراه پخش اشعه نورانی است (شکل ۵)!!! شکی نیست زیبایی بر پایه تعریف رسمی سلامت موجب شده که از ارتباط مهم سلامت دهان به درون غفلت شده است. اگر چه جزئیات این عنوان می‌تواند عنوان یک کتاب باشد مایلیم برداشت کلی خود را به صورت فشرده بیان کنم:



The World Health Organization (WHO) defined health in its broader sense in its 1948 constitution as "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

تعریف سلامت

در ماده ۲ اساسنامه خود مصوب ۱۹۴۸ میلادی **تعریف سلامت** اینگونه است: سلامت عبارت است از حالت آسایش **کامل جسمی، روانی، اجتماعی** و نه فقط نبودن بیماری و ناتوانی.

۱- دهان و روده بزرگ دو عضو اصلی ایجاد کننده باکتری می همراه عملکرد یا فانکشن طبیعی و روزمره خود می باشند. از کبد می باشد، باکتری می تعدیل می گردد، در Portal Vein با توجه به این که اولین عبور ورید روده از راه ورید باب یا حالی که باکتری می ناشی از عملکرد طبیعی دهان امتیاز اولین عبور از کبد و پاک سازی توسط سیستم رتیکولو اندوتلیال آن را ندارد ولی بزرگترین امتیاز دهان دسترسی آسان برای رعایت بهداشت است.

۲- پوسیدگی دندان پس از سرماخوردگی دومین عفونت بشری است، ولی به باور من مهم تر است، چه مدت سرماخوردگی کوتاه ولی پوسیدگی از زمان شروع تا مورد توجه قرار گرفتن ممکن است زمان بسیار طولانی داشته باشد.

۳- به صورت معمول حدود بیش از ۵۰۰۰ دقیقه باکتری می در ماه به دلیل عملکرد یا دینامیک عادی دهان مانند جویدن غذا، مسواک زدن، نخ دندان و خلال دندان کردن داریم. عمده سرچشمه باکتری می دهان از لثه و پریودونشیوم است. چهار خصوصیت در باکتری می ناشی از دهان وجود دارد:

الف - Frequency یا فراوانی.

ب - Nature یا طبیعت یا نوع میکروارگانیسم ها .

ج - Magnitude حدود یا بزرگی 10^4 CFU/ml.

د - Duration یا مدت هر باکتری می که بین ۶ تا ۳۰ دقیقه و حد اکثر ۶۰ دقیقه می باشد.

طبیعی است در دهان های سالم هر چهار خصوصیت باکتری می پائین تر و حتی نزدیک کشت منفی گزارش شده است. باکتری می پس از جراحی های دهان و سایر دستکاری های دندان پزشکی یکی از علل تب بویژه یک روز پس از درمان-۴ است و باید به این احتمال در تشخیص افتراقی توجه کرد (شایعترین علت تب یک روز پس از جراحی های زیر بی هوشی اتلکتازی ریه ناشی از هیپوونتیلیاسیون است).

۵- امروزه تحقیقات متعدد در ارتباط با پاتوژن باکتری می ناشی از دهان با بسیاری بیماری ها و بویژه آترواسکلروز عروق کرونر انجام شده. برخی عامل اصلی و بسیاری عامل تشدید کننده می دانند. دلایل فرضیه نقش باکتری می دهان با بیماری عروق کرونر:

الف - صدمات متاستاتیک ناشی از خود باکتری می.

ب - صدمات متاستاتیک ناشی از سموم میکروارگانیسم‌های باکتریایی.

ج - صدمات ناشی از آزاد شدن مدياتورهای آماسی (از لثه و سایر ارگان‌ها مانند کبد).

با توجه به اهمیت وفور مرگ و میر از آترواسکلروزیس (۳۳ تا ۳۹ در صد علت مرگ و میر در ایران با حدود ۳۰۰ مورد در روز)

در ارتباط با آن تحقیقات متعدد انجام می‌شود. دلایل تقویت فرضیه علمی نقش باکتریی دهان در ایجاد و یا تشدید

آترواسکلروزیس عروق کرونر عبارتند از:

الف - مطالعات اپیدمیولوژی.

ب - نقش باکتریی در تجمع پلاکتی (Platelet Aggregation).

ج - یافتن DNA باکتری‌های پریدونتال در آتروم‌های عروق کرونر.

د - مطالعات حیوانی و گزارش تسریع رسوب آتروم عروق کرونر با حضور دو باکتری تخریب کننده آماس مزمن پریدونتال.

(*Porphyromonas gingivalis* & *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*)

۶ - آترواسکلروزیس عروق کرونر فرآیندی دائمی است که احتمالاً با اولین ضربان قلب (پایان هفته چهارم) در جنین شروع و بهائی

است که ناگزیر برای ادامه حیات باید پرداخت کرد. آترواسکلروزیس پدیده آماسی/ ایمنی است و به همین دلیل نقش مستقیم

باکتریی ناشی از دهان + سموم ناشی از باکتریی + مدياتورهای آماسی ناشی از خود پریدونشیوم و نیز مدياتورهای ساخته شده

در سایر ارگان‌ها مانند کبد را در تشدید آترواسکلروز مؤثر می‌دانند و همان‌گونه که بیان شد با مطالعات اپیدمیولوژیک و نتایج

اتوپسی نمونه عروق کرونر و نیز مطالعات حیوانی فرضیه نقش بیماری‌های پریدونتال و باکتریی ناشی از عملکرد روزمره را بسیار

تقویت کرده است. بنابراین نکته اصلی من این است که چرا عضو به این مهمی که در سلامت درون شاید بیش از

هر عضو دیگری نقش دارد فقط به عنوان زیبایی در جامعه معرفی شده است. اگر اهمیت این موضوع به بیمار و همراهان وی به

زبان ساده توضیح داده شود، مرتب برای معاینات دوره‌ای مراجعه می‌کند که در این حالت یا بیمار نیاز به درمانی ندارد و یا

درمان‌های ساده‌تر کفایت می‌کند و نیاز به درمان‌های پیشرفته به دلیل تأخیر در مراجعه از بین می‌رود. توضیح برای بیمارانی که

بی‌توجه به سلامت و بهداشت دهان بودند را به این روش انجام می‌دادم و به بیمار می‌گفتم که خون در گردش شما مانند یک آب

زلال و پاک و بدون میکروب است. با این وضع دهان و لثه هر وقت غذا می‌خورید مقداری میکرب داخل خون شده و به نواحی دیگر

بدن رفته و صدمه میزند. درست مانند اینکه آب پاک و زلال را در یک لیوان دارید اگر حتی قطره‌ای فاضل آب داخل آن ریخته

شود دیگر در نوشیدن اکراه می‌کنید.

۷- اگر چه به دلیل اهمیت بیشتر در ارتباط با نقش سلامت دهان و باکتری‌می و آترواسکلروزیس و سکنه و سایر بیماری‌های قلبی تحقیقات بیشتری انجام شده ولی اثرات سوء آماس مزمن پریودونتانل و باکتری‌می در سایر بیماری‌های عمومی هم مشخص شده است از جمله: تشدید دیابت / پنومونی باکتریال / زایمان زودرس و نوزاد با وزن زیر ۲/۵ کیلوگرم/ و زخم معده و هلیکو باکتر پیلوری (*Helicobacter Pylori*) در نهایت خلاصه کنم، در زمینه معرفی دندانپزشکی و این مهم‌ترین عضو که سلامت آن نقش عمده در سلامت درون دارد، غفلت کرده‌ایم و این عضو مهم را شور بختانه، تنها به عنوان نماد زیبایی به گستره جامعه معرفی کرده‌ایم. همان گونه که از پیش نیز بیان کردم، به باور من اولین وظیفه ما تغییر و اصلاح فرهنگ و نگرش بیماران و سپس درمان است.

۱۷- کاهش توجه به دوره‌های عمومی، در کنار دوره‌های رزیدنسی و فلوشیپ

دانشکده دندانپزشکی تهران در سال ۱۳۱۶ و ملی و مشهد در سال ۱۳۴۴ تاسیس و سپس به تدریج در سایر مراکز استانی و شهرستانی گسترش یافت و اکنون تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی‌های دولتی و آزاد و پردیس به بیش از ۶۰ رسیده است. حدود ۵۰ سال گذشته هم تعداد دانشکده‌ها محدود بود و هم بیشتر محدود به تربیت دوره‌های عمومی بود. به تدریج دوره‌های تخصصی رزیدنسی، ابتدا در تهران دانشگاه تهران و ملی (شهید بهشتی) و سپس به سایر دانشکده‌های است، اگر چه است. اگر چه تربیت چشمگیر شده PHD مراکز استان و شهرستان گسترش یافت. در سال‌های اخیر شروع دوره‌های فلوشیپ و متخصصین برجسته برای تحقیق و تدریس ضروری است، ولی گزند بزرگ این است که سبب کاهش توجه به دوره‌های عمومی شده است. من در زمان تدریس بیشتر سعی کرده‌ام معلم دانشجویان ترم‌های پائین باشم و در قسمت عملی هم واحد جراحی عملی یک را ترجیح می‌دادم، چه به باور من معلم کلاس اول و دوره ابتدائی در شکل گیری پایه رفتار درست دانشجویان مهم‌تر است. شوربختانه در برخی دانشکده‌ها از جمله شهید بهشتی که من در جریان هستم دوره تربیت بهداشت کار که نیاز بیشتر به آن وجود دارد تعطیل شده است. البته برقراری دوره‌های فوق تخصصی فلوشیپ و مستر شیپ دهان پر کن‌تر است. مملکت به درستی بیشتر نیاز به بهداشت کار و دندانپزشک عمومی خوب دارد و به باور من این دوره‌ها از نقطه نظر کیفی زیر سلطه دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی تا حدودی له شده اند. در زمانی که دوره سربازی را به عنوان سپاهی بهداشت در میناب بندرعباس میگذراندم (سال ۱۳۵۳) به دلیل کمبود پزشک عمومی دست کم چهار پزشک از هند و پاکستان و فیلیپین در بهداری شهر مشغول به کار بودند و حقوق حدود ۶۰۰۰ تومان (حدود ۱۰۰۰ دلار در آن زمان) که می‌گرفتند برایشان بسیار جذاب بود. خوشبختانه با افزایش دانشکده‌های پزشکی و دندانپزشکی و پذیرش بیشتر دانشجو این کمبود نه تنها حل شده الان شاید بیش از نیاز داشته باشیم. بهر حال ما ایرانی‌ها یا از

این لب بام می‌افتیم یا آن لب بام. یزرگی گفته بود لیسانس و دکتر بیکار بهتر از دیپلم بیکار است که این تعبیر در هر دو جهت قابل توجیه است. بهر حال مهم اصلاح تفکر و معقول شدن است همیشه آرزو داشته‌ام که تفکر دانشگاهی حتی در کلنیک‌های درمانی خصوصی جاری باشد در حالی که با پوزش در مواردی تفکر درمانگاهی را در دانشگاه می‌بینم. فکر می‌کنم بر پایه نیاز جمعیت و افزایش آن تربیت پزشک و دندانپزشک و متخصصین و نیز سایر رشته‌های دانشگاهی تربیت نمی‌شود و در بسیار موارد بیش از نیاز وجود دارد و به دلیل پراکندگی نامناسب یک سری ناهنجاری‌های اجتماعی و اقتصادی را هم سبب شده است. در عناوین بیان شده پیش از این مانند افزایش درمان‌های غیر ضروری، بزرگ نمائی درمان‌های ضروری، تحمیل یک طرح درمان مفصل، و غیرو همگی بیشتر ناشی از تراکم متخصص در یک محل می‌باشد. خلاصه کنم توصیه و خواهش از اساتید که زمان بیشتری برای دانشجویان عمومی و بویژه سال‌های پائین قرار دهند و رفتاری داشته باشند که دانشجوی دوره عمومی احساس کند که وی در اولویت است و در واقع هم وجود و هم فلسفه اصلی دانشکده‌ها برای تربیت دوره عمومی است و تربیت متخصص در درجه دوم قرار دارد.

اگر چه از مسئولین نمی‌توان چشم داشت زیاد داشت ولی خواهش می‌کنم، در صورتی که توان دارند اول دوره‌های بهداشت کار دهان را زنده و دوم پذیرش دانشجویان دوره عمومی را بر پایه حد اکثر پنجاه در صد بیشتر از نیاز جمعیت موجود و رشد سالانه آن باشد و سوم اینکه پذیرش و شروع دوره‌های فلوشیپ و مستر شیپ واقعا بر پایه نیاز باشد و نه خود نمائی و سبقت دانشکده‌ها بر هم. بر پایه آمار در آمریکا، حدود ۲۰۰ هزار دندانپزشک در سال ۲۰۲۰ وجود داشته (۶۱ دندانپزشک برای هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت، که قرار است تا سال ۲۰۴۰ به ۶۷ دندانپزشک برای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت افزایش یابد). در حالی که بر پایه آمار در آمریکا، حدود ۱۹۰ هزار بهداشت کار در سال ۲۰۲۱ وجود داشته (۹۵ در صد خانم)، که بیانگر اهمیت تربیت بهداشت کار در کنار دندانپزشک عمومی است، در حالی که در ایران شوربختانه به این مهم توجه کم‌تری شده است. در ایران و در سال ۲۰۱۹ حدود ۳۱ هزار دندانپزشک عمومی (۴۱ دندانپزشک برای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، و حدود ۴۶۰۰ متخصص وجود داشته است. کم توجهی به نیاز به بهداشت کار برای پیشگیری، یکی از مهم‌های است که مورد بی‌مهری بوده است. جالب این که، با وجود افزایش قابل توجه دندانپزشک (حدود ۶۰ دانشکده)، DMFT به جای بهبودی افزایش یافته. تصویب قانون تربیت بهداشتکار دهان و دندان در ۲۳ فروردین سال ۱۳۶۰ بسیار خوب بود، ولی با اهمال و اشتباهات اجرایی در عمل انجام نشد و تنها روز تصویب قانون، شد روز دندانپزشک!!! شوربختانه شاید (ممکن است اشتباه کنم) با چشم و هم چشمی بین دانشکده‌ها به تربیت فلوشیپ و مستر شیپ بیشتر توجه شد و تربیت بهداشت کار تا حدودی متوقف شد، همان گونه که پیشتر نوشتم در آمریکا تا حدودی تعداد دندانپزشک و بهداشت کار برابر است و جالب این که تربیت تعداد دندانپزشک تا سال ۲۰۵۰ خطی است در حالی که تربیت بهداشت کار دهان و

دندان افزایشی است. به شدت باور دارم باید تربیت بهداشت کار افزایش یافته و آنان در کنار دندانپزشک (و نه مستقل) به خدمت برای پیشگیری وارد شوند، وگرنه افزایش بیشتر DMFT تا زمان افزایش فرهنگ عمومی در جامعه افزایش بیشتری خواهد یافت.

۱۸- اهمیت اخلاق حرفه‌ای رسانه‌ای، آگاهی‌رسانی (سرنسخه و تابلو)

خلاصه کنم من با انواع تبلیغات واقعی و مجازی توسط گروه پزشکی حتی برای کالای عالی هم مخالفم به باور من گروه پزشکی نباید عامل کمک به تبلیغ کالا باشد. مطمئن هستم بسیاری بویژه همکاران جوان با این عقیده من مخالف هستند. چند نمونه بیان می‌کنم:

۱ - بویژه در اینستاگرام، مشاهده می‌کنم تعدادی از همکاران تصاویر درمان‌های خوب خود را ارائه می‌کنند. هدف چیست؟ اگر جلب بیمار باشد به باورم پسندیده نیست و اگر آموزش به سایر همکاران است باید هدف بیان شود و شاید بهترین محل برای آموزش همکاران دانشکده‌ها و کنگره‌ها است نه ارائه در فضای مجازی. اگر چه به باور من الان فضای مجازی واقعی، و زندگی واقعی مجازی شده است!!!

۲- تبلیغ برخی دندانپزشکان در رسانه‌های مجازی مانند اینستاگرام، فیس بوک، تلگرام، روزنامه، مجلات، پیک‌های تبلیغاتی و حتی تابلوهای بزرگ کنار جاده‌ای بسیار رایج شده و عناوین مانند ایجاد خنده‌هایودی و چسباندن نگین و سفید کردن دندان و اعلام قیمت و تخفیف و گارانتی مادام‌العمر (بویژه برای ایمپلنت) و مانند این‌ها برای من بسیار آزاردهنده است.

۳ - به باور من حتی برای یک کالای بسیار خوب، من نباید کنار بنر (برنوشته یا Banner) تبلیغاتی آن ایستاده تا تصویر گرفته شود و یا در سخنرانی نام تجاری کالا را عنوان کنم. البته در صحبت‌های فردی یا چند نفری اشکالی ندارد که از کالایی که در عمل مناسب دیده‌ام، در صورت پرسش نام ببرم ولی نه در یک سخنرانی رسمی و یا مصاحبه رسانه‌ای.

۴ - شرکت پزشکان در برنامه‌های رسانه نوشتاری و صدا و سیما به شرطی که هدف واقعا راهنمایی و پیشگیری باشد بسیار خوب است. شنیده‌ام برخی پزشکان برای شرکت در برنامه تلویزیونی و معرفی خود حتی مبلغی پرداخت می‌کنند. اگر این پدیده حقیقت و شیوع داشته باشد به باور من حقیرترین نوع تبلیغ و نابودی حرمت، اعتبار، تشخیص و پرستیژ حرفه‌ای است.

۵ - آگاهی‌رسانی، در حد وارد کردن نام پزشک، تخصص، آدرس مطب، تلفن، ساعات و روزهای کار و جابجائی مطب در رسانه‌های نوشتاری و مجازی با توجه به گستردگی شهرها برای اطلاع بیماران و همکاران بسیار خوب است.

۶ - به باور من در سرنسخه، تابلو مطب و هرگونه معرفی خود فقط و فقط عین عنوان مدرک عمومی و تخصصی باید بیان شود. حتی کم کردن عنوان تخصص هم درست نیست. برای نمونه در رشته تخصصی خود من که عبارت از " جراحی دهان، فک و

صورت " است حتی کم کردن عنوان می‌تواند موجب گمراهی گردد. شوربختانه برخی همکاران کلمه دهان را حذف و تخصص خود را " جراحی فک و صورت " عنوان می‌کنند، بدین گونه مرکز تخصص این رشته که دهان است حذف شده و به باور من نادرست است. کم مانده که کلمه دهان و فک را حذف و بنویسند " جراحی صورت " که این دیگر خیلی گمراه کننده است. خلاصه به باور من تنها عنوان گواهی نامه دوره عمومی و تخصصی باید نوشته شود، نه یک کلمه بیشتر و نه یک کلمه کمتر.

۷ - در سرتاسر نوشته‌هایم، از واژه باور من فراوان استفاده کرده‌ام، چه همان گونه که در پیشگفتار آوردم بیشتر نوشته‌ها نگرش آرمانی شخصی است که هم همراه دارد و برخی را هم ممکن است عصبانی کند. خواهش می‌کنم، هر چه فریاد دارید بر سر من بکشید!!! چالش افکار را دوست دارم، به بیان جان ماکسول (نویسنده، سخنران، کشیش آمریکایی متولد ۱۹۴۷) که بسیار به آن باور دارم: " زندگی بدون چالش؛ مزرعه بدون حاصل است "

۱۹- محبوس شدن در رشته تخصصی (تک بعدی شدن = One Dimensiona)

فراوانی تعداد رشته‌های تخصصی (تنها دندان پزشکی بیش از ده رشته تخصصی کلینیکی یا بالینی دارد)، که از نگرش تحقیقات و تدریس بسیار عالی است ولی ناگزیر و همیشه برای بیمار مفید نمی‌باشد. برای نمونه فشار خون ساده و رایج می‌تواند توسط یک پزشک عمومی مدیریت گردد، ولی امروزه بیمار نمی‌داند به پزشک عمومی مراجعه کند، یا به متخصص داخلی، یا به متخصص قلب و عروق. شوربختانه پاره‌ای از متخصصین هم در رشته تخصصی خود محبوس شده‌اند، در حالی که بدن به شکل یک مجموعه در پیوند با هم است. در رشته‌های تخصصی بالینی دندانپزشکی هم همین نکته مشاهده می‌شود که هر متخصص در محدوده تخصص خود محبوس و در بند شده. اگر بال‌های بسته خود را باز کنیم و از این قفس تخصص پرواز کنیم و کل بدن را با دید برون و درون نگاه کنیم هم به نفع بیمار است و هم خود نسیمی از خلقت را درک کرده و آرامش بیشتری پیدا می‌کنیم و شاید به جای عنوان پزشک یا دکتر مانند گذشته "حکیم" نامیده شویم. البته این آرزوی من است. با وجود موانع امروزی به باورم هنوز دست یافتنی است. به باور من علوم مرز جدا کننده ندارند و تمام رشته‌های علوم مانند فیزیک و شیمی و ریاضی و گروه پزشکی و موسیقی و..... در درجه اول اگر عمقی و ژرف نگاه کنیم یک راه بسیار خوب برای پیدایش دید گسترده‌تر از پیرامون و یک راه‌گشای خوب برای احساس نسیمی از خلقت است. در درجه دوم علوم بی‌چون و چرا در پیوند با هم است. همان گونه که کشف یک ارتوپد در دندانپزشکی می‌تواند بکار رود (نمونه ایمپلنتولوژی نوین) و یا کشف دندانپزشک هم می‌تواند در بیهوشی استفاده شود (مانند نیتروس اکساید). شوربختانه پدیده محبوس شدن در قفس رشته تخصصی، دست آورد سال‌های اخیر و محدود به ایران و رشته‌های تخصصی دندانپزشکی نبوده و شامل رشته‌های تخصصی پزشکی هم می‌شود. حبس در رشته تخصصی دو خرده بنیادین

دارد اول اینکه می‌تواند به زیان بیمار در تشخیص تمام شود، و دوم اینکه خود عمل کننده متخصص را در قفس نگاهداشته و امکان پرواز و وسعت دید و گوارایی حرفه‌ای را از خودش می‌گیرد. به باور من، زمانی که در یک رشته علمی متخصص می‌شویم، مانند این است که فرودگاهی را ساخته‌ایم که پرواز کنیم و نه دور آن قدم بزنیم. یک نمونه که برای خودم رخ داده را بیان می‌کنم: به دلیل سرفه و تنگی نفس در پیاده روی سربالائی که مدتی ادامه داشت نزد استاد متخصص ریه رفتم. به دستور منشی دکتر پیش از ویزیت به رادیولوژی رفتم و یک رادیو گرافی قفسه سینه گرفتم که کاملاً طبیعی بود. در ضمن من در معرفی خودم کلمه دکتر را بیان نمی‌کنم تا او راحت‌تر باشد و من هم ویزیت پرداخت و مدیون نمانم چون به شدت باورمندم که: "هیچ چیز گران‌تر از مفت نیست."

متخصص ریه پس از دیدن رادیوگرافی، با گوشی دو ناحیه جلوی ریه را سمع کرد. فرمودند مهم نیست و اسپری بینی حاوی کورتون را نسخه کردند. دو پرسش بسیار مهم باید از من انجام می‌شد که نشد:

۱- با توجه به سن من که در آن زمان بالای ۶۰ سال بود، آیا مشکل قلبی ندارید؟ چرا که نارسائی قلب یکی از علل سرفه و تنگی نفس می‌تواند باشد.

۲- آیا داروئی مصرف می‌کنید؟ چه در درجه اول می‌توانست بیانگر بیماری قلبی باشد یا نباشد و از این مهم‌تر این که عارضه برخی داروها مانند داروهای مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEIs) سرفه‌های خشک، مقاوم، بدون خلط و مقاوم به داروهای ضد سرفه است. پرسش داروهای مصرفی بسیار بسیار مهم و کلیدی بود.

مورد بالا تنها یک نمونه بود موارد مشابه بسیار است. در رشته‌های تخصصی دندانپزشکی هم این پدیده رایج و شوربختانه مواردی در سطح اساتید دانشکده هم مشاهده می‌شود. آرزوی من تفکر دانشگاهی حتی در درمانگاه‌ها است در حالی که هنوز کم و بیش در دانشگاه تفکر درمانگاهی دیده می‌شود. فشرده این که متخصص یک رشته علمی باید، هم در گستره رشته خود به روز باشد، هم در محدوده رشته علمی خود نماند، و سرانجام همه این‌ها بهانه‌ای برای پرواز و احساس نسیمی از خلقت شود.

۲۰- پا فشاری به توجیه ناراحتی بیمار با دانسته‌های خودمان

این عنوان ادامه و پیامد پدیده پیشین، یعنی محبوس شدن در رشته‌های تخصصی است. در ناحیه دهان و فک و صورت افزون بر دندانپزشکی و بیش از ده رشته تخصصی بالینی آن، ناحیه زیر پوشش سایر تخصص‌ها مانند گوش و حلق و بینی، جراحی پلاستیک، مغز و اعصاب، روان پزشکی، و چشم می‌باشد. در پاره‌ای از ناراحتی‌های بیمار مانند سردرد هر تخصص تلاش به توجیه

ناراحتی بیمار با دانسته‌های رشته تخصصی خود می‌کند. برای نمونه دندانپزشک عمومی و متخصص دنبال نادرستی اکلوزن، گرفتگی عضلات جونده و ناراحتی مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) می‌گردد. متخصص گوش و حلق و بینی دنبال یافتن توجیه با رشته خود مانند ناراحتی سینوس‌ها و گوش است، و متخصص مغز و اعصاب هم دنبال توجیه سردرد بیمار با گونه‌هایی از سر دردها با سرچشمه درون جمجمه‌ای است، و سرانجام روان‌پزشک به دنبال نوعی اختلال روحی روانی است که به هر حال بیشتر نکته‌ای روانی هم پیدا می‌شود!!!

البته پدیده بالا تا حدودی طبیعی است و تنها مشکل پافشاری به توجیه بیمار با رشته تخصصی خود است که در این صورت ممکن است درمان‌های اضافی و بی‌فایده انجام گردد. این پدیده علاوه بر رشته‌های تخصصی پزشکی، حتی درون رشته‌های تخصصی دندانپزشکی هم می‌تواند رخ دهد. برای نمونه مواردی را بیان می‌کنم:

الف - خانم ۵۰ ساله ۲ سال پیش مورد جراحی بالا بردن کف سینوس ماگزیلری سمت راست و قرار دادن یک ایمپلنت در ناحیه حدود مولر دوم قرار گرفته است. مدتی بعد بیمار گاهگاهی دچار درد گنگ و سوزش با شدت و ضعف در ناحیه با پخش ناراحتی به ناحیه مفصل گیجگاهی فکی راست بوده است. به دلیل پخش ناراحتی به ناحیه TMJ، از یک سال پیش، نایت گارد برای بیمار ساخته و استفاده می‌شده است. بیمار را بررسی کردم که البته به دلایل زیر پدیده پیچیده شده بود:

۱ - مزمن شدن ناراحتی و اضافه شدن جزء سایکولوژیک به آن. البته بیمار دوره‌ای داروهای تجویزی متخصص اعصاب و روان را هم مصرف کرده بود. افزون بر این در سال‌های اخیر، به دلیل میلوما (Myeloma نوعی سرطان پلازما سل مغز استخوان)، کیسول مایلودک دریافت می‌کند، که نگرانی از نتیجه درمان هم نگرانی روانی برای بیمار افزوده و تشخیص را پیچیده‌تر کرده بود.

۲ - با توجه به شروع و ادامه ناراحتی چندی پس از Sinus Lift و قرار دادن یک Implant رخ داده بود و با توجه به خروج مقداری از مواد Bio-Oss از محل (گفته بیمار) و نیز جمع شدن Bio-Oss در اطراف فقط ایمپلنت احتمال دیسرتزی (dysesthesia) یا (حس غیر طبیعی) مانند درد همراه سوزش) اعصاب حسی ناحیه هم مطرح بود. یکی از همکاران توصیه به برداشتن ایمپلنت و مواد Bio-Oss از سینوس داشت ولی با توجه به محکم بودن تک ایمپلنت قرار داده شده در حدود ناحیه مولر دوم سمت راست تصمیم‌گیری این طرح نیز دشوار بود به ویژه این که تضمینی به رفع ناراحتی نبود و ممکن بود این ایمپلنت هم که در عملکرد خوب است از دست برود.

۳ - لمس عضلات جونده و مفصل گیجگاهی فکی در حد طبیعی بود.

۴ - در معاینه دهانی بیمار در دانشکده مولر اول سمت راست بالا (با کمی فاصله با ایمپلنت) پائین‌تر از سطح اکلوزال (به دلیل نبود دندان مقابل) و مشکل پریدونتال پیشرفته داشته و در امتحان بالینی مشکوک به ترک خوردگی بود. پس از معاینه در بخش

پریو دانشکده، این دندان Hopeless اعلام و توصیه شد که این دندان خارج گردد. با وجود این و با توجه به سابقه، قرار شد بیمار در مورد بیرون آوردن دندان اگر مایل است با پرودونتیست خصوصی خود نیز مشورت کند. برای بررسی احتمال مؤثر بودن این دندان در اتیولوژی درد ناحیه یک کارتریج Mepivacaine سه در صد در ناحیه اپیکال مولر اول مورد شک تزریق گردید و از بیمار خواسته شد برای چند ساعت محل را در فانکشن مورد آزمایش قرار دهد. با توجه به کاهش قابل توجه ناراحتی بیمار، برای چند ساعت و پس از مشاوره بیمار در نهایت دندان مولر اول سمت راست خارج و خوشبختانه عمده ناراحتی (نه کامل) از بین رفت. پس از بررسی بخش پروتز در ارتباط با اسپلینت و نایت گارد استفاده از آن غیر ضروری تشخیص داده شد. پس از درمان‌های ساده بالا قسمت بزرگی از ناراحتی بیمار از بین رفته، البته گاهی علائم کم و گذرا از دیسزتری را گزارش می‌کند که می‌گوید قابل تحمل و آزاردهنده نیست.

۵ - در این مورد هم متخصصین طرح‌های درمانی مختلف می‌دادند از درمان‌های دارویی اعصاب و روان تا برداشتن ایمپلنت و Bio-Oss تا صبر بیشتر و حتی همان گونه که بیان شد بیمار با اسپلینت و نایت گارد مورد درمان بوده چه ناراحتی گاهی به مفصل گیجگاهی فکی (TMJ) کشیده می‌شده درحالیکه دندان مولر اول سمت راست Overerupted که متهم ردیف اول بود خیلی مورد توجه قرار نگرفته بود.

موارد مشابه که بیمار از این مطب به آن مطب می‌رود و هر تخصص سعی به ارتباط دادن بیماری با دانشته‌های خود می‌کند که البته این طبیعی است ولی در پافشاری به آن و بویژه درمان‌های عمده غیر قابل برگشت باید بیشتر فکر کرد. بیمارانی که از این دکتر به آن دکتر می‌روند گاهی فکر می‌کنند بیماری عمده دارند در درجه اول باید به بیمار اطمینان داد که نگران نباشد و فکر نکند برای نمونه تومور یا ضایعه بدی دارد چه با اضافه شدن جزء روانی پیچیدگی مشکل دو چندان می‌شود. من با این بیمار مدت زیاد صحبت کردم و احتمال تحریک عصب حسی که فقط اذیت دارد ولی مهم نیست را تاکید کردم چه بیمار به دلیل ارجاع به متخصصین مختلف فکر می‌کرد ضایعه یا توموری دارد که به او نمی‌گویند. توضیح مفصل و ایجاد اطمینان مقدار زیاد از ناراحتی بیمار را کاهش داده بود. همان گونه که بیان شد ناحیه صورت و سر و گردن دارای بیشترین رشته‌های تخصصی است. به دلیل تخصص‌های متعدد پزشکی و حد اقل ده رشته تخصصی بالینی دندانپزشکی و تداخل تصمیم‌گیری‌ها، لازم است که با دوراندیشی دیدگاه خود را بیان و برنامه درمانی بویژه غیر قابل بازگشت بدهیم. محبوس شدن در رشته تخصصی و پافشاری به توجیه مشکل با دانشه‌های خودمان، یکی از دشواری‌های است.

اگر چه این تداخل در ناحیه دهان و فک و صورت بیشتر رخ می‌دهد ولی در رشته‌های تخصصی پزشکی هم کم نیست. یک نمونه را که خودم شاهد بودم به صورت فشرده بیان می‌کنم:

بیمار ۶۰ ساله که چند سال پیش به دلیل درد قفسه سینه به بیمارستان مراجعه و پس از انجام آنژیوگرافی هم زمان آنژیوپلاستی انجام می‌شود. پس از چند سال بیمار مجدد دچار درد می‌شود، دو باره در همان بیمارستان آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی می‌شود. روزهای بعد درد بیمار از بین نرفته و حال عمومی بدتر می‌شود. پس از معاینات بیشتر توسط جراح عمومی مشخص می‌شود سرچشمه درد از شکم است و نه از قفسه سینه. بیمار دو بار تحت عمل جراحی شکم قرار گرفته و شوریختانه پس از جراحی دوم شکم به دلیل ضعف و ناتوانی بسیار جسمی فوت می‌کند. این نمونه آشکاری از محبوس شدن در رشته تخصصی و پافشاری به توجیه علائم با رشته تخصصی است. نکته مهم در این بیمار این است که از نقطه نظر قانونی یا Legal کاردیولوژیست با توجه به یافته آنژیوپلاستی کار درستی انجام داده ولی از نقطه نظر اخلاقی یا Moral سرچشمه درد شکم بوده و نه قفسه سینه و قلب. این یک نمونه بارز است که اخلاق یا Moral مهم‌تر از نکات فقط قانونی یا Legal است البته من شدید به این اصل معتقدم و نظر شخصی است شاید بسیار با من موافق نباشند.

آرزوی آرمانی من برابری یا دست کم نزدیکی سه واژه Legal & Ethical & Moral است. در مورد بالا از نقطه نظر قانونی ایرادی به درمان کاردیولوژیست نیست، چه در آنژیوگرافی تنگی عروق مشاهده می‌شود ولی آیا برای این جسم ناتوان کفایت نمی‌کرده؟ از نقطه نظر اخلاقی در تشخیص سرچشمه درد عجله شده و شاید تشخیص سریع‌تر زخم گوارشی که سرچشمه درد بوده منجر به بالا رفتن احتمال نجات بیمار می‌شد. دوباره گوئی است که بیان من کامل باور شخصی است که اخلاق یا Moral مهم‌تر از قانون یا Legal است. در صفحات اولیه مقدمه اختلاف این سه واژه یعنی Legal & Ethical & Moral توضیح مشروح داده شده است. چنانچه روزی مفهوم این سه واژه با هم یکی و یا نزدیک شوند، بیانگر حرکت کل جامعه به سوی سلامت اخلاقی و آرمانی است.

۲۱- پرهیز از نگاه ماشینی

این عنوان با مورد پیشین یعنی محبوس شدن در رشته تخصصی یا تک بعدی شدن (One Dimensional)، در پیوند است. افزون بر محبوس شدن در رشته تخصصی به آن ناحیه تخصصی هم بیشتر مانند یک ماشین برخورد می‌شود. برای نمونه درست است که قلب یک پمپ می‌باشد، ولی به باور من به شدت سلامت کارکرد درست آن به احساسات بستگی دارد و نباید کاردیولوژیست مانند یک پمپ آب چاه با آن برخورد کند. شوریختانه این نوع برخورد ماشینی را فراوان دیده‌ام و این پدیده در مورد اعضاء حیاتی مهم و تک و بویژه قلب بسیار مهم‌تر است و چنانچه با آن برخورد ماشینی گردد و روحیه بیمار تضعیف گردد می‌تواند خطرناک باشد. اگر چه برخورد ماشینی با سایر اعضاء هم مهم و ناپسند است، ولی در مورد اعضاء حیاتی مهم‌تر است، تا برای نمونه دندان، چه با دندان

مصنوعی می‌توان زندگی کرد ولی با چشم مصنوعی نمی‌توان دید. لطافت در طبابت که در گذشته وجود داشت به همراه گرفتن تاریخچه و معاینه بالینی بیشتر به دلیل کم‌تر بودن پاراکلینیک‌های مدرن، موجب پیوند کلامی و تماسی و عاطفی بیشتر بین طبیب و بیمار بود و این نگاه ماشینی کم‌تر وجود داشت. شاید بیان این خاطره کودکی من دوباره گوئی باشد، در دوره کودکی پدرم مرا نزد پزشکی می‌برد که نام او را هنوز به یاد دارم (دکتر نبوی). پیش از قرار دادن گوشی روی قفسه سینه برای گوش دادن قلب و ریه، سر گوشی را چند ثانیه در کف دست خود قرار می‌داد تا سرمای فلز روی سینه کودک احساس نشود. شکی ندارم اطلاعات پزشک عمومی و متخصص امروز خیلی خیلی بیشتر از آن زمان شده ولی این هیچ منافاتی با احترام به خوبی‌های سنت گذشته ندارد و اتفاقاً پیوند سنت‌های خوب با توانائی‌های علمی امروز، پزشکی را به هنری ارزنده تبدیل می‌کند که هم بیمار و هم پزشک از آن لذت می‌برند. من با دید فقط ماشینی به علوم پایه پزشکی نگاه نمی‌کنم. یک نمونه بیان کنم:

قلب ما که اهداکننده حیات به تمام اندام‌های دیگر است، تنها عضوی است که خود در سیستم بهره‌مند نمی‌شود و در زمان دیاستول تغذیه حیاتی دریافت می‌کند. البته این را می‌توان با دید ماشینی دید و گفت، به سبب فشردگی در زمان سیستول و دلایل آناتومیک و فیزیولوژیک دیگر نمی‌تواند در زمان سیستول خون بگیرد این پاسخ مناسب امتحان دادن و درست و علمی است، ولی چرا با دید درونی با این پدیده برخورد نکنیم و چه اشکالی دارد گمان کنیم قلب که در زمان سیستول اهداکننده حیات به تمام اندام‌ها می‌باشد، برای خود سهمی بر نمی‌دارد و زمانی خود بهره‌مند می‌شود که سایرین نیاز ندارند. اگر چه این تفکر در امتحان درس آناتومی و فیزیولوژی نمره صفر می‌گیرد ولی در امتحان شناخت زیبایی‌های خلقت نمره بیست دارد. گسترش این تفکر در مورد همه اندام‌ها خود به خود نگاه ماشینی را از ما دور می‌کند. من همیشه به دانشجویان گفته‌ام که اگر حتی به پالپ کوچک دندان بسنده به دید حرفه‌ای و درمانی نگاه نکنیم و فراتر و عمیق‌تر نگاه کنیم، یافته‌هایی خواهیم دید لذت بخش، اندکی شناخت از زیبایی‌های خلقت و حیات. در دندانپزشکی عمومی و تخصصی هم در بسیاری موارد با نگاه ماشینی، تنها یک طرح بسیار مفصل به بیمار پیشنهاد و تحمیل می‌شود در حالی که قرار است در طرح درمان "بیمار را درمان کنیم و نه بیماری را" هر چند طرح‌های درمانی ساده‌تر می‌تواند برای یک بیمار خاص مناسب‌تر باشد. برخی موارد طرح‌های پیچیده و مفصل به گونه‌ای به بیمار گفته می‌شود، انگار در صورت عدم انجام فاجعه ملی رخ می‌دهد و مدارو گردش کره زمین بر هم می‌خورد!!! نمونه‌هایی پیشتر بیان شد و دوباره گوئی نمی‌شود.. فشرده این که، نگاه ماشینی در تمام رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی بیش از گزند احتمالی و شاید اندک به بیمار، دست کم لذت و گوارائی گسترش دید عرفانی و معنوی را از عمل کننده می‌گیرد و این بزرگ‌ترین خسران است. این پدیده یگانه علوم پزشکی نیست و در تمام علوم وجود دارد، نمونه پروفیسور حسابی (۱۳۷۱ - ۱۳۸۱)، فیزیک دادن مشهور است که از سکوی فیزیک پرواز کرده و لذت برده و به معنویت رسیده و گفتارهای زیبایی که بیانگر واقعیت‌های درونی وی است را

بیان کرده. برای نمونه می‌گوید "عشق مانند نواختن پیانو است، ابتدا باید نواختن را یاد بگیری، سپس قواعد را فراموش کنی و با قلبت بنوازی" همین یک جمله بیانگر نگاه زیبایی است که وی از علم فیزیک، لیکن با دید غیر ماشینی به دست آورده و لذت برده است. نمونه دیگر موسیقی‌دان‌های بیشمار داریم که تنها به رشته تخصصی خود حرفه‌ای و تکنیکی نگاه و یادگارهای ارزشمندی هم می‌گذارند ولی برخی از آنان هنر را سکویی برای پرواز و نگاه گسترده‌تر فرا حرفه‌ای می‌کنند. برای من یک نمونه، لوریس چگنواریان آهنگ ساز، رهبر ارکستر، نویسنده و نقاش، متولد بروجرد (۱۹۳۷) ساکن تهران است که افزون بر زندگی بسیار ساده، از سکوی حرفه‌ای موسیقی پرواز کرده و دید گسترده عرفانی و معنوی پیدا کرده که هم در زندگی روزمره گوارائی سادگی را دارد، و هم نگرش‌های زیبایی پیدا کرده که در گفت و گوهای وی پیدا است. لوریس چگنواریان با پاکدلی تمام می‌گوید: "آدم باید دیوانه باشد، خوشحالم که دیوانه هستم، آدم در دیوانگی پیشرفت می‌کند، من انگور دیوانه‌ای هستم که هنوز شراب نشده‌ام". به باور من رهائی از نگاه ماشینی، محبوس نشدن در تخصص، در رفتار و کردار و پندار و روش زندگی این افراد آشکار است. این پدیده، در تمام علوم شدنی است. در علوم پزشکی که همراه با شناخت پیچیدگی‌های حیاتی بدن است، شاید دست یافتنی‌تر هم باشد ولی نمی‌فهمم که چرا این اندازه نایاب شده و چرا، خود را از خستگی درون رها نمی‌کنیم. امیدوارم روزی همگان به آن بیت از غزل ۲۲ حافظ برسیم و بگوئیم: "در اندرون من خسته دل ندانم کیست که من خموشم و او در فغان و در غوغا ست"

۲۲ - رفتار حرفه‌ای نسخه و گواهی نویسی

اگر چه نوشتن داروهای ناروا (آنتی بیوتیک و دگزامتازون و غیره) به فراوانی رخ می‌دهد که خود داستان فراوان دارد، ولی نگرش من از این عنوان بیان نمونه‌هایی از رفتار غیر حرفه‌ای نوشتن نسخه‌ها و گواهی‌های نادرست و یا دروغین که گاهی ناآگاهانه و متأسفانه گاهی آگاهانه است. چند نمونه:

الف - بیمار دفترچه شخص دیگری را برای نوشتن رادیوگرافی و یا دارو نشان می‌دهد و پزشک ممکن است بدون آگاهی و البته گاهی با آگاهی این اشتباه را انجام دهد. همیشه هنگام بررسی رادیوگرافی و سایر پاراکلینیک باید توجه داشت، در مواردی مربوط به بیمار است ولی با نام شخص دیگر. به هر حال بروز این اتفاق بیانگر گونه‌ای از ناسلامتی و شاید گرفتاری مالی بیمار باشد. پزشک معالج باید به این نکته و احتمال ماندگاری نادرستی و شاید درخواست گواهی‌های نادرست بعدی توجه داشته باشد.

من همیشه هنگام بررسی رادیوگرافی و سایر تصویر برداری‌ها و پاراکلینیک‌ها به سه نکته اولیه توجه می‌کنم. اول این که آیا متعلق به بیماری است که معاینه کردم؟ دوم آیا نام روی آن با بیمار یکی است یا نام دیگری دارد؟ سوم این که چه اندازه از زمان انجام آن گذشته؟ در بیماری که از دفترچه دیگری استفاده کرد باید در مرتبه اول باید وی را قانع کرد که عمل درستی نبوده و نام دیگری

بر مدارک او ممکن است موجب اشتباه به زیان وی گردد و افزون بر این، باید مطمئن شد درخواست نوشتن درمان انجام شده را در دفترچه دیگری ندارد چه پس از درمان همین نکته می‌تواند سبب درگیری کلامی نامناسب گردد.

ب - برخی اوقات بیماران آشنا مراجعه و خواهش می‌کنند نسخه و یا آزمایش پاراکلینیک آن‌ها که توسط متخصص روی نسخه خصوصی نوشته شده وارد دفتر بیمه گردد. دندانپزشک عمومی و یا متخصص نباید داروهای خاص غیر مرتبط با رشته (نمونه داروهای قلبی عروقی، اعصاب و روان...) و یا آزمایشات پاراکلینیک تهاجمی (نمونه آنژیوگرافی عروق کرونر و عروق مغزی و مانند این‌ها) را بنویسد. البته درخواست آنژیوگرافی برای احتمال همانژیوم یا دیگر ضایعات وسکولر ناحیه دهان و فک و صورت توسط جراح دهان و فک و صورت درست و ضروری است. درخواست آزمایشات روتین غیر تهاجمی توسط دندانپزشکان عمومی و متخصص در صورت ضرورت نیاز یافته‌های تاریخچه‌ای و یافته‌های بالینی و حتی برای بررسی کلی روتین (چک آپ) ضروری است. من همیشه مایل بودم دندانپزشکان به جای CT Scan های گاه غیر ضروری، CBC را در دفترچه بیمار بنویسند.

ج - خاطره جالبی دارم روزی صبح زود وارد دانشکده شدم. نگهبان جلوی در به من یک نسخه از یک کاردیولوژیست داد، که روی آن تعداد زیادی قرص (Plavix) Clopidogrel 75 میلی گرمی نوشته بود. گفت بیمار دفترچه ندارد و من به داروخانه رفته‌ام و این دارو گران است. دکتر داروخانه نام یک داروی آنتی بیوتیک گران را نوشته و گفته این دارو را در دفترچه بنویسند تا معادل قیمت آن Plavix تحویل دهد. توجه کنید داروی دروغین در دفترچه دروغین نوشته شود تا داروی درست تحویل داده شود برای بیمار دیگر. البته این همگی ناشی از فقر مالی است و به درستی، این هنر در حل دشواری خود مستحق جایزه‌ای در پیمانانه نوبل است!!! البته با توجه به حسن نیت نگهبان که من او را می‌شناختم به او غلط بودن این کار را توضیح دادم و خواهش کردم پس از پایان کلاس من، به داخل بخش بیاید تا با کمک مالی دارو را برای فامیل او تهیه کنیم. یک ساعت بعد که وارد بخش شدم مشاهده کردم که یکی دیگر از همکاران همان درخواست غلط را در دفترچه بیمه انجام داده و زمانی که من داستان را به او توضیح دادم متوجه شدم، وی متوجه نشده و تنها از او خواسته شده که نام آن آنتی بیوتیک گران که نسل چهارم سفالوسپورین‌ها بود را بنویسد در حالی که این دارو کم و بیش، هیچ مورد تجویز در عفونت‌های ناحیه دهان و فک و صورت هم ندارد. به هر حال بسیار از این اشتباهات ناشی از عدم توجه و اعتماد به حرف دیگران است و لازم است کمی هوشمندانه‌تر عمل کنیم.

د - در ارتباط با گواهی‌های استراحت هم باید به درستی آن اطمینان داشت. برای نمونه چند سال پیش یکی از پرستاران دانشکده به من مراجعه و درخواست گواهی دو ماه استراحت برای یکی از بستگان کارمند کرد. چنین گواهی برای بیمار دچار شکستگی فک تحت درمان اگر چه اغراق‌آمیز، ولی قابل قبول است. اما در مورد درخواستی که بیمار شکستگی نداشته و رادیوگرافی قبل و پس از درمان وجود ندارد کامل غیر معقول است. اگر چه جواب منفی به همکار آشنا ناراحت کننده است و باید همراه توضیح مفصل و

قانع کردن وی باشد، که بیشتر هم با موفقیت همراه نیست و هم سبب دلخوری می‌شود. البته به باور من برای بیماری که جراحی شده نوشتن گواهی کمی بیش‌تر برای استراحت بدون مشکل است. جالب این که در زمان جنگ برای مجروحین که صدمات وسیع داشته و مورد پیوند استخوان قرار می‌گرفتند و دست کم سه ماه استراحت نیاز داشتند در بسیاری از موارد تقاضای استراحت کم‌تر برای بازگشت به میدان جنگ داشتند و توقعات بسیار کم بود.

ه - در مورد درخواست معاینه از جانب پزشکی قانونی و نوشتن گواهی بسیار باید دقت کرد که عدالت برقرار و حقی از طرفین دعوا تباہ نشود. برای نمونه در نتیجه حادثه بیمار دچار ضربه به دندان‌های قدامی شده، ممکن است درمان اولیه (نمونه شکستگی دنتوآلوئولر) چند هفته زمان استراحت و طول درمان داشته باشد ولی به دلیل ضربه، ممکن است چند ماه بعد دندان‌های ضربه دیده، نیاز به درمان اندودونتیک داشته و یا نداشته باشد و بنابراین باید این موضوع و نیاز به معاینه‌های بعدی در گواهی نوشته شود تا حقی از مصدوم تباہ نشود و هم چنین در مواردی که مصدوم قصد بزرگ‌نمایی بیش از حد صدمه را دارد باید دقت داشت تا حقی از سمت دیگر دعوا هم ضایع نشود.

و - من در کلاس دانشکده هرگز حضور و غیاب انجام نمی‌دهم، اول به دلیل وقت گیر بودن دوم ترجیح می‌دهم دانشجوی با رضایت قلبی سر کلاس بیاید و نه اجبار. همیشه دست کم بیست دقیقه زودتر سر کلاس آماده هستم، تا کامپیوتر وصل و آماده گردد تا زمانی از کلاس ضایع نشود. همیشه در پائین لیست حضور و غیاب دانشجویان که از آموزش داده می‌شود و استاد باید امضاء کند، هیچ‌گاه نمی‌نویسم همه دانشجویان حاضر بودند و به جای آن می‌نویسم:

" همه دانشجویان حاضر در نظر گرفته شوند "

ز - در نوشتن گواهی استراحت پس از جراحی، دقت لازم در چند نکته کوچک الزامی است. نمونه‌ای ساده را بیان می‌کنم: یک دانشجوی قدیمی من که دوره طرح خود را می‌گذراند برای جراحی چهار دندان عقل نهفته به بخش جراحی دانشکده مراجعه و پافشاری کرد که من جراحی ایشان را انجام دهم. در جلسه اول جراحی دو دندان عقل نهفته نسبتاً عمیق نهفته استخوانی در سمت راست انجام شد. خلاصه گواهی استراحت که برای ایشان نوشتم:

خانم دکتر..... در تاریخ دوشنبه..... در جلسه اول. تحت عمل جراحی دو دندان عقل نهفته در سمت راست قرار گرفته و به دلیل تورم و سایر عوارض معمول روزهای سه شنبه..... و چهارشنبه..... به مدت دو روز در منزل استراحت دارند. با توجه به تعطیلی کار ایشان در روزهای پنج‌شنبه و جمعه در واقع ایشان پنج روز استراحت دارند در حالیکه از مرخصی استعلاجی فقط سه روز (با محاسبه روز جراحی) استفاده کرده. نقطه کلیدی در این گواهی نوشتن کلمه جلسه اول و سمت جراحی است. در نتیجه یک ماه بعد که بیمار برای جراحی دو دندان عقل نهفته سمت چپ مراجعه کرد در گواهی جدید جلسه دوم جراحی و سمت چپ

ذکر می‌شود. چنانچه در گواهی اول فقط جراحی دندان عقل نهفته بیان می‌شد احتمال داشت که ارائه گواهی جلسه دوم همراه برداشت نادرست از طرف اداره ایشان گردد. در ضمن توصیه می‌کنم از کلمه استراحت مطلق استفاده نکنیم (مگر موارد نادر که واقعا الزامی است). دلیل دو جلسه کردن جراحی دندان‌های عقل نهفته خانم دکتر دانشجوی قدیم موارد مهم زیر بود:

۱ - عمیق بودن نهفته‌ها که نیاز به ۴۵ دقیقه جراحی برای هر سمت داشت.

۲ - ترجیح خود بیمار به دلیل تحمل کم و نیز دو بار استفاده از استراحت استعلاجی!!! که البته غیر معقول هم نبود.

۳ - یک دلیل اصلی هم من در این موارد دارم، و آن احتمال بالاتر صدمه به عصب دندانی تحتانی (پارستزی) است. چنانچه پس از انجام سمت اول این عارضه بروز کرد لازم است تا بهبودی این عارضه جراحی سمت دوم را به تعویق اندازیم. البته این یک دلیل شخصی و به باورم معقول است. البته باید خیلی بد شانس بود که دو سمت دچار صدمه حسی و پارستزی گردد. با توجه به عدم بروز این عارضه در بیمار سمت دوم با فاصله حدود یک ماه انجام شد.

ح - نکته دیگری که مایلیم بیان کنیم این است که همیشه در طول طبابت خصوصی چنانچه بیمار گواهی برای هزینه درمانی درخواست می‌کرد دقیقاً عین عمل انجام شده و عین هزینه را می‌نوشتیم و هیچگاه از جمله " هزینه درمان یا جراحی طبق تعرفه دریافت شده " استفاده نکردم. حتی یک مورد هم با مشکل برخورد نکردم. به نظر من نوشتن طبق تعرفه در واقع پذیرفتن ضمنی و تلویحی اختلاف است در حالیکه نوشتن دقیق مبلغ دریافتی صداقت و سلامت کامل عمل کننده را به بیمار نشان می‌دهد. جالب اینکه برخی بیماران از من طلب گواهی مالی بیش از پرداخت خود می‌کردند!!!

ط - من در نسخه درخواست تصویربرداری مانند رادیوگرافی‌ها در مواردی دلیل را می‌نوشتیم. برای نمونه چنانچه در معاینه بیمار مشکوک به شکستگی کندیل است حتماً ذکر می‌کنم برای بررسی احتمال شکستگی کندیل راست. با نوشتن هدف، رادیولوژیست در تنظیم دستگاه دقت لازم را انجام می‌دهد وگرنه رادیوگرافی به روش روتین انجام شده و ممکن است نقطه مورد نیاز بررسی به خوبی در تصویر مشاهده نشود. نمونه دیگر اگر درخواست رادیوگرافی اکلوزال ماندیبیل کنم، هدفم را می‌نویسم که برای شکستگی پاراسمفیز است؟ برای سنگ مجرای بزاقی است؟ برای دندان نهفته است؟ برای جابجائی لینگوالی ریشه یا دندان است و..... نوشتن هدف از درخواست رادیوگرافی به رادیولوژیست کمک می‌کند تا با تنظیم دستگاه و مقدار و زمان اشعه تصویر گویاتری تهیه نماید و از مراجعه بیمار برای انجام دوباره تصویربرداری نیز پرهیز می‌شود.

ی - یک اشتباه دیگر در رفتار حرفه‌ای طبابت، نوشتن داروهای غیر ضروری برای بیماران است که دو دلیل اصلی دارد:

اول، پافشاری بیمار و دوم، طبابت نادرست. راضی کردن بیمار و بی‌حوصلگی طبیب برای قانع کردن وی. به باور من طبیب دو وظیفه اصلی دارد که به ترتیب اهمیت عبارت است از آموزش و بالا بردن آگاهی بیمار، و سپس درمان. شوربختانه در شروع بخش درمان شتاب می‌شود.

برای نمونه، تجویز آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت زخم، در جراحی‌های معمول دهان که حدود ۲ تا ۴ درصد احتمال عفونی شدن دارد شایع‌ترین مورد قصور یا Malpractice است چه این تجویز هیچ تأثیر در کاهش عفونت ندارد. تنها زمانی که احتمال بروز عفونت زخم جراحی به دلایل عمومی یا موضعی ۱۰ درصد و یا بیشتر باشد، مجاز به تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیک هستیم. یک بیان مهم از قول استادم دکتر پیترسون در ارتباط با تجویز بی‌رویه آنتی بیوتیک برای پروفیلاکسی زخم جراحی همیشه به یاد دارم:

” بزرگترین اشکال تجویز بی‌رویه آنتی بیوتیک‌ها برای پروفیلاکسی زخم این است که متوجه نمی‌شویم که اگر تجویز نمی‌کردیم هم هیچ اتفاقی نمی‌افتاد ”

مورد دیگر تجویز بی‌رویه دارو در ایران کورتیکواستروئید و بویژه دگزامتازون تزریقی است که اغلب ناشی از طبابت نادرست است و گاهی هم پافشاری بیمار است که در هر دو حالت رفتار طبیب حرفه‌ای نیست. پیشتر هم نوشتیم، آماس مقدمه ترمیم است و در جراحی و درمان‌های متداول نباید از کورتیکواستروئیدها استفاده شود. تنها مورد تجویز کوتاه مدت (۲۴ تا ۴۸ ساعت) کورتیکواستروئیدها (مانند دگزامتازون)، در مواردی از جراحی‌هایی است (مانند جراحی‌های ارتوگناتیک)، که خطر تورم در پیرامون راه هوایی وجود داشته باشد. شوربختانه تجویز کورتیکواستروئیدها برای درمان‌های متداول دندانپزشکی، و پزشکی هم بسیار شده و در یک بررسی، تجویز تزریقی دگزامتازون در ایران شایع‌ترین داروی تزریقی گزارش شده بود.

۲۳ – رفتار حرفه‌ای در بیمارستان

Privilege یا امتیاز استفاده از محیط بیمارستان و اطلاق عمل برای جراح دهان و فک و صورت کم و بیش الزامی است. البته سایر رشته‌های تخصصی دندانپزشکی (به ویژه اطفال و پرودونتولوژی) در برخی موارد نیاز به انجام درمان زیر بی‌هوشی در اطلاق عمل بیمارستان دارند. هم چنین دندانپزشک عمومی هم می‌تواند Privilege یا امتیاز بیمارستانی را دریافت کند. در مقایسه با محیط سرپائی مطب، در بیمارستان توجه به نکات کوچک ولی با اهمیت بیانگر رفتار درست و اخلاق‌مدارانه جراح است. چند نمونه را بیان می‌کنم:

الف - استرس بیمار و نزدیکان وی از محیط بیمارستان و بی‌هوشی بسیار بیش از محیط سرپائی مطب است. با توجه به این نکته مهم من همیشه یک ساعت پیش از زمان تعیین شده اطلاق عمل به بیمارستان می‌رفتم. پس از اطلاع به اطلاق عمل و تحویل وسائل برای ملاقات بیمار و نزدیکان یا همراهان به بخش می‌رفتم. مکالمه پیش از عمل در آرام کردن بیمار بسیار مؤثر و به پیش دارویی (Premedication) کمک بسیار می‌کند. هم چنین پاسخ به پرسش‌های همراهان در آرامش آن‌ها بسیار مهم است.

شوربختانه در بیمارستان‌های دانشگاهی اغلب بیمار و همراهان پیش از عمل تنها توسط رزیدنت‌ها ویزیت می‌شود که البته عالی است ولی ملاقات خود استاد (Attending Surgeon) بسیار مؤثرتر است هم برای بیمار و همراهان و هم آموزش رزیدنت‌ها. از آنجائی که متأسفانه این برداشت نادرست وجود دارد که رزیدنت بدون حضور استاد جراحی را انجام می‌دهد، ملاقات استاد این تفکر را نیز اصلاح می‌کند. متأسفانه همین نکات کوچک ولی بسیار مهم هم از نقطه نظر پزشکی و هم بهبود فرهنگ‌سازی جامعه در رفتار حرفه‌ای فراموش شده است، چه استاد مستقیم به اطلاق عمل می‌رود و تنها بیمار پریمد گرفته را ملاقات می‌کند، در حالی که با نزدیکان بیمار در بخش ملاقات نکرده و سرچشمه این برداشت نادرست که جراحی‌ها، بدون حضور استاد و تنها توسط رزیدنت‌ها انجام می‌شود ناشی از همین پدیده ساده است که به راحتی حل شدنی است.

ب - پس از انتقال بیمار به اطلاق عمل وبا توجه به ملاقات قبلی در بخش با صحبت مجدد باید موجب اطمینان و آرامش وی شد. در ضمن حضور زودتر در اطلاق عمل موجب هماهنگی بهتر با متخصص بی‌هوشی و کارکنان کمک و آماده‌سازی به موقع وسایل می‌شود. تزریق بی‌حسی موضعی حاوی اپی نفرین که در جراحی‌های ناحیه دهان و فک و صورت برای کاهش خونریزی انجام می‌شود حتماً باید با اطلاع متخصص بی‌هوشی انجام گردد تا در صورت بروز احتمالی آریتمی آمادگی مدیریت آن را داشته باشد.

ج - پس از خاتمه عمل، و انتقال بیمار به اطلاق بهبودی یا Recovery جراح باید حضور یابد و آگاهی و دستورات لازم به کارکنان داده شود. با توجه به فضای کاری مشترک، بر راه هوائی در بی‌هوشی و جراحی دهان و فک و صورت توجه خاص به راه هوائی بیش از سایر رشته‌های تخصصی پزشکی باید مورد توجه باشد.

د - پس از انتقال بیمار از اطلاق عمل به به بخش، من ترجیح می‌دهم مجدد به اطلاق وی مراجعه و ضمن آگاهی دادن به نزدیکان نکات لازم برای مراقبت پس از جراحی و پس از مرخص شدن را به پرستار بخش و همراهان بیمار یادآوری کنم.

ه - با توجه به اختصاصی بودن وسایل جراحی دهان و فک و صورت و دندانپزشکی و نبودن آن در اطلاق‌های عمل‌های غیرتخصصی، لازم است جهت احتیاط امکانات وسیله‌ای بیش از نیاز همراه برده شود.

و - رشته‌های تخصصی پزشکی مانند جراحی عمومی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان، قلب و عروق، اطفال، جراحی کلیه و مجاری ادرار به صورت روتین از اطلاق عمل استفاده می‌کنند و معمولاً تمام وسایل لازم جراحی آن‌ها در اطلاق عمل وجود

دارد. در حالی که در مورد جراحی دهان و فک و صورت معمولاً وسایل اختصاصی مورد نیاز است و بنابراین وقت‌شناسی جراح و مدیریت هماهنگی بیشتر نسبت به سایر رشته‌های تخصصی پزشکی الزامی است. با توجه به این که متخصص بی‌هوشی و جراح دهان و فک و صورت هر دو فضای کاری مشترک (راه هوایی) دارند، ارتباط حرفه‌ای خوب آن‌ها بیش از سایر رشته‌های تخصصی پزشکی مطرح است. به دلیل همین اشتراک کاری بر راه هوایی (Sharing Space) است که بین ۴ تا ۶ ماه آموزش بی‌هوشی در دوره رزیدنسی جراحی دهان و فک و صورت وجود دارد، حال آنکه برای سایر رشته‌های تخصصی پزشکی این آموزش وجود ندارد.

ز - رفتار و واژگان تحقیر آمیز، میان دستیار یا رزیدنت ارشد و سایر دستیاران، و نیز بین استاد و رزیدنت بالای سر بیمار، سبب بی‌اعتمادی بیمار و رنجش دستیار می‌شود و نادرست است. این گفتگوها و کم و کاستی‌های تشخیص و درمان و اشتباهات احتمالی رزیدنت باید بین اساتید و رزیدنت‌ها انجام شود و نه بالای سر بیمار. خوشبختانه، من در دوران کار بیمارستانی موردی را به یاد ندارم ولی می‌دانم در دوره‌های دستکاری بویژه جراحی در بیمارستان رخ می‌دهد که از مهم‌های فراموش شده است. این نکته مهم در مورد درمان‌های دندانپزشکی سرپائی دانشکده‌ها نیز وجود دارد و حتی بالای سر بیمار زیر بی‌هوشی هم مطرح است که عنوان مستقل مهم بعدی می‌باشد.

۲۴ - رفتار حرفه‌ای بالای سر بیمار زیر بی‌هوشی

حس شنوایی، آخرین حسی است که زیر بی‌هوشی عمومی (General Anesthesia = GA) از بین می‌رود، و اولین حسی است که در زمان سبک شدن آن باز می‌گردد. حس شنوایی به شکل غیر مستقیم تحت تأثیر بی‌هوشی قرار گرفته و سیگنال‌های شنوایی می‌تواند به مغز برسد. به همین دلیل حس شنوایی آخرین حسی است که زیر بی‌هوشی تضعیف و اولین حس بازگشتی است. به همین دلیل سکوت در اطاق عمل و پرهیز از صداهای اضافی و نامناسب اهمیت دارد. استفاده از هدفون یا گوشی با و یا بدون پخش موسیقی ملایم برای پیشگیری از آگاهی‌های نامناسب شنوایی نامناسب توصیه شده است. با توجه به نزدیکی جراحی‌های دهان و فک و صورت با گوش و نیز استفاده از دریل و بویژه استئوتوم و چکش، و نیز صحبت‌های بالای سر بیمار، نهایت ملایمت را باید پاسداری نمود. رعایت نکات بالا به ویژه در بیمارستان‌های دانشگاهی و حضور چند رزیدنت بیشتر باید مورد توجه باشد و از صدای بلند و کلمات خشن و نامناسب به شدت پرهیز گردد. آگاهی نامناسب زیر بی‌هوشی (Anesthesia Awareness)، اگر چه نادر (یک تا دو مورد در هر هزار جراحی زیر بی‌هوشی) است، ولی در جراحی‌های زنان و قلبی بیشتر گزارش شده است. در جراحی‌های ناحیه دهان و فک و صورت و گردن، گوش و حلق و بینی، جراحی پلاستیک (بویژه راینوپلاستی)، دندانپزشکی اطفال و بزرگسالان و جراحی‌های پریدونتال و ایمپلنت در زیر بی‌هوشی دارای اهمیت بوده و نیاز به ملایمت و لطافت رفتار و گفتار در

بالای سر بیمار می‌باشد. هم چنین در جراحی‌های ناحیه دهان و فک و صورت و گردن و سایر درمان‌های ناحیه به دلیل نزدیکی به گوش و انتقال دو گانه شنوایی (هوایی و استخوانی)، این پدیده با راحتی بیشتری رخ می‌دهد. آگاهی نامناسب زیر بی‌هوشی و خاطره ناشی از آن در برخی موارد سبب آزارهای روانی می‌شود. علاوه بر حس شنوایی (شایع‌ترین)، حس لامسه، درد، حس بی‌پناهی، عدم توانایی حرکت، و ترس از مرگ از جمله این آگاهی‌های نامناسب زیر بی‌هوشی است.

۲۵ - رفتار حرفه‌ای رویدادهای مالی

اگرچه امروزه امور مالی و گردش اقتصادی مطب دارای اهمیت است، ولی برآزنده طبیب نیست که رفتار مشابه فروشنده یک کالا داشته باشد. روش من در بخش خصوصی اگر چه از نقطه نظر امور مالی و گردش اقتصادی ناموفق و شاید برای ۵۰ سال قبل مناسب بود ولی رضایت درونی و حس رفتار حرفه‌ای خوب را دست کم برای من ایجاد کرد:

۱ - از ارتباط مالی با بیمار بسیار بسیار ناراحت می‌شدم. ترجیح می‌دادم مکالمه با بیمار فقط در جهت طرح درمان باشد. ای کاش بیمه‌ها این وظیفه را انجام می‌دادند. وای کاش اصل ۴۳ قانون اساسی که "بهداشت و درمان و آموزش و پرورش را برای مردم رایگان می‌داند" اجرا می‌شد. البته پر هزینه است ولی آرامش را به کل جامعه هدیه می‌کرد. به دلیل بالا و هم چنین عشق ذاتی و فطری به تدریس، معلمی رضایت اصلی و بنیادین شغلی من شد.

۲ - همیشه مایل بودم در درجه اول به زندگی بیمار و خانواده فشار اقتصادی وارد نشود و دوم این که پرداخت هزینه به قدری با رضایت باشد که حس و برداشت این باشد که برای باز نگه داشتن و روشن نگه داشتن چراغ‌های مطب است و نه تأمین زندگی و رفاه مالی پزشک. دستیابی به این ایده‌آل گزائی بسیار سخت و تقریباً غیر ممکن است.

۳ - ویزیت‌ها و معاینات را هر چند اگر طولانی بود (مانند TMJ که معمولاً مداخله جراحی نیاز ندارد) رایگان انجام می‌دادم و شاید به این دلیل بود که همیشه فکر می‌کردم در تخصص جراحی فقط در صورت نیاز به جراحی هزینه باید در نظر گرفته شود و نه برای معاینه (البته این روش را در این زمان توصیه نمی‌کنم). در مورد بیمارانی که برای جراحی وقت می‌گرفتند بیمار پس از خاتمه جراحی هزینه جراحی را که پیشتر کامل قبول کرده بود پرداخت می‌کرد. جالب اینکه از هر سه بیمار یکی هزینه پذیرفته شده را پرداخت و دو نفر دیگر با وجود پذیرش کامل قبلی هزینه جراحی را با کم کردن بر پایه سلیقه پرداخت می‌کرد. جالب اینکه حتی یک نفر از اعتمادی که من کرده بودم تشکر زبانی هم نداشت ولی به هر روی همیشه ترجیح می‌دادم در ارتباط مالی با بیمار "داین باشم تا مدیون".

۴ - بزرگترین مشکل من با اداره دارائی بود که با اینکه نامه‌های متعدد درخواست بازدید کردم ولی انجام ندادند و آزار دهنده‌تر باور نکردن گفته‌های شفاهی و نگاه عاقل اندر سفیه آن‌ها بود. یکی از دلایل اصلی تعطیل کردن زود هنگام مطب، رفتار نادرست و توهین آمیز اداره دارائی (مالیات) بود. جالب این که پس از گزارش تعطیلی مطب فرمودند باید قبض‌های برق خود را بیاورید تا تعطیلی مطب تایید گردد. به دلیل ادامه رفتار نامناسب که گواه این است که من متهم هستم تا خلاف آن را ثابت کنم، برای رهائی از اجبار به مراجعه با فروش مطب آزاد شدم!!!

۵ - با وجود عدم موفقیت ظاهری در امور مالی و اقتصادی در طب خصوصی، من بی‌چون و چرا، به جهت پاس رفتار حرفه‌ای در این زمینه خرسند بوده‌ام. به هر حال نمی‌توانم توصیه خاص داشته باشم، ولی ترجیح می‌دهم رفتار حرفه‌ای طبیب در زمینه مالی برداشت Business (تجارت، کسب و کار) را در جامعه ایجاد نکند. و ای کاش این برداشت در ارتباط با اداره دارائی برای دریافت مالیات هم اصلاح می‌شد و طبابت از مشاغل کسب خارج می‌شد.

۶ - امروزه هزینه و مدیریت مالی طب خصوصی، چندان افزایش یافته که به باور من یکی از انگیزه‌های مهم انجام درمان‌های غیر ضروری و بزرگ‌نمائی درمان‌های ضروری و سایر رفتارهای نامناسب در طبابت است. من دو سال (۱۳۸۰ - ۱۳۷۸) به اشتباه به ریاست انجمن جراحی دهان و فک و صورت انتخاب شده بودم. به یاد دارم جلساتی در نظام پزشکی در مورد تعرفه خدمات داشتیم، من همیشه باور داشتم و بیان می‌کردم که در حالی می‌شود قرار تعرفه گذاشت که کیفیت یکی باشد. برای نمونه فردی که دچار ترامای ناحیه شده و با تورم و کبودی مراجعه کرده و شکستگی ندارد، من ترجیح می‌دهم، جراح دو برابر ویزیت بگیرد و به بیمار اطمینان دهد که درمان جراحی نیاز ندارد و چند روز دیگر هم تورم و کبودی از بین می‌رود، تا این که حتی به رایگان با تشخیص برای نمونه شکستگی گونه (سهوی، عمدی) بیمار را زیر بی‌هوشی در بیمارستان مورد جراحی غیر ضروری قرار دهد. شوربختانه پیشنهاد این گونه درمان‌های غیر ضروری جراحی و دندانپزشکی با هدف مالی کمیاب نیست. پیشتر و در عنوان درمان‌های غیر ضروری و بزرگ‌نمائی درمان‌های ضروری بیان شد و دوباره گوئی نمی‌شود.

۲۶ - رفتار حرفه‌ای در بدگوئی و نارضایتی بیماران از سایر همکاران

به باورم این پدیده در دندانپزشکی به دلایل زیر بسیار بیشتر از سایر تخصص‌های پزشکی است:

الف - فراوانی رشته‌های تخصصی و نبود آگاهی بیماران از محدودیت مسئولیت هر تخصص. برای نمونه دندانی مورد درمان ریشه و پروتز و پروتز ثابت قرار گرفته. پس از مدتی تاج دندان شکسته و باید بیرون آورده شود. این پدیده می‌تواند با وجود درمان‌های درست رخ دهد ولی بیمار ممکن است کوتاهی یک یا تمام درمان کننده را دلیل از دست دادن دندان خود بداند.

ب - قابل مشاهده بودن دندان برای بیمار و نیز داوری دیگران می‌تواند سبب گمان بیمار در نتیجه درمان گردد.

ج - شاید هزینه‌های زیادی که بیمار علی‌رغم رضایت پرداخت کرده هم در این پدیده نقش داشته باشد.

با توجه به نکات بالا ممکن است بیمار در مراجعه به آخرین طبیب شروع به بدگوئی و نارضایتی از درمان‌های قبلی داشته باشد. بهترین کار طبیب اگر کارهای قبلی درست انجام شده توضیح و رفع بدگمانی بیمار است. بدترین رفتار همراهی و تأیید گفته‌های بیمار و تحریک وی برای پی‌گیری است. گویند پی هر شکایت پزشکی یک روپوش سفید است.

نمونه‌ای بیان کنم، بیمار شکستگی‌های متعدد ناشی از تصادف اتوموبیل داشته و چند ماه قبل در بیمارستان مورد جراحی قرار گرفته. در معاینه اکلوزن و و ظاهر اسکلت صورت ایده‌آل نیست و بیمار به دلیل عدم رضایت به من مراجعه کرده. با توجه به این که من صدمات و شرایط پس از حادثه را ندیدم نمی‌توانم قضاوت کنم. به عبارت دیگر حالت موجود می‌تواند نتیجه خوب باشد و یا نه. بنابراین نباید با تأیید نارضایتی بیمار وی را شاکی جراح قبلی کرد و بهتر است بیمار را قانع به ادامه درمان توسط جراح اولیه خود کنیم و چنانچه بیمار به هر دلیل اصرار به ادامه درمان توسط جراح دیگری داشته باشد لازم است بیمار یک شرح عمل از جراح اول داشته باشد تا موجب راهنمایی جراح دوم گردد.

همان‌گونه که در شروع این عنوان بیان کردم، این پدیده در دندانپزشکی و تخصص‌های آن شایع‌تر از تخصص‌های پزشکی است. برای نمونه اگر بیماری ۵ سال قبل مورد آنژیوپلاستی قرار گرفته و مجدد نیاز به تکرار آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی در همان محل قبلی قرار گیرد معمولاً این اتفاق را قبول و از کاردیولوژیست خود هم ممنون است در حالی که اگر ایمپلنت قرار داده شده پس از همین مدت با شکست مواجه شود شاید به جراح و پروتزیست خود شک کند.

خلاصه کنم در بدگوئی و نارضایتی بیمار به ویژه زمانی که نام پزشکان قبلی خود را می‌آورد و حتی در مواردی که شاید حق هم داشته باشد نباید با تأیید و تشویق آتش وی را برافروخت و بهترین رفتار عدم قضاوت به دلیل نداشتن آگاهی از مراحل و شرایط درمان‌های قبلی و قانع کردن بیمار برای ادامه درمان با طبیب خود است.

به عنوان حسن پایان این بخش خاطره‌ای بیان کنم:

روزی خانم جوانی به من مراجعه کرد با درد و عفونت فضای زیر فکی سمت راست و یک رادیوگرافی پانورامیک و اکلوزال پائین که بیانگر ۵ میلی متر ریشه باقی مانده و جابجا شده لینگوالی بود. در سابقه بیمار ۴ ماه قبل جراحی دندان عقل سمت راست داشته و پس از آن دچار پارستزی هم لب پائین و هم زبان و اختلال چشائی بود و در سابقه خود دو بار عفونت همین ناحیه را بیان می کرد. جالب بود علیرغم این همه عارضه بیمار شاکی نبود و بسیار خوب و معقول به نظر می آمد. برای بیمار توضیح دادم که پس از کنترل داروئی عفونت، ریشه باید خارج شود چه عامل عفونت است ولی بهبود پارستزی لب و زبان قابل پیش بینی نیست. بیمار بسیار معقول بود به نحوی که من بدون نوشته و با رضایت گفتاری پس از کنترل داروئی عفونت بیمار را تحت بی حسی موضعی مورد جراحی سرپائی قرار داده و خوشبختانه با توجه به همکاری بیمار ریشه جابجا شده به سمت لینگوال خارج گردید و جالب است در مراجعات بعدی، از بهبود تدریجی پارستزی هم لب و هم زبان بسیار خوشحال بود. در جلسه آخر از بیمار پرسیدم که یک نکته برای من مورد پرسش است و آن این که با وجود سه عارضه مهم (تکرار عفونت، اختلال حسی لب و زبان) که برای شما پس از جراحی دندان عقل پیش آمده بود خیلی رفتار خوب و معقول داشتید و برخلاف معمول بیماران که از جراح خود گله دارند شما راضی بودید برای من این نکته خیلی جالب بود بیمار با خنده گفت " آقای دکتر برای این که جراح من شوهرم بود!!!"

۲۷ - پرهیز از خود ستائی، خود بزرگ بینی

به شدت باور دارم که نگاه عمقی و درونی به تمام رشته های علوم در شناخت نسیمی از آفرینش و ایجاد آرامش درون به انسان کمک می کند. علوم پایه و بالینی رشته های پزشکی در میان رشته های علوم، بیشترین راهنما برای شناختی ناچیز از حیات و آفرینش است البته اگر دید سطحی و بیرونی و تنها حرفه ای و کتاب درسی خود را به نگاه درونی تبدیل کنیم.

یک جمله را مرتب من به دانشجویان و رزیدنت ها بیان میکنم و به شدت و ته دل به آن باور دارم:

" اگر پدیده ترمیم و انعقاد نبود هیچ جراحی نمی توانست هیچ غلطی بکند. به خود غره نشویم "

شوربختانه، این غرور و خودستائی را در رفتار برخی از جوانان جراح و همکار می بینم که شاید از ویژگی های دوره جوانی بوده و امیدوارم گذرا باشد. در مواردی این تکبر و خود بزرگ بینی پایدار بوده و در جراح نهادینه می شود. همکاری داشتم که می گفت اگر من در پیدا کردن راه حل درمان موفق نباشم یعنی هیچ کس در هیچ کجای دنیا راه حلی ندارد که این اوج غرور و تکبر است. گمان می کنم اگر از هزاران جراح بخواهیم که Cascade یا آبشار انعقاد را روی کاغذ بنویسد، شاید انگشت شمار توان ترسیم کامل آن را داشته باشند ولی خوشبختانه این پدیده رخ می دهد. به شوخی به دانشجویان و رزیدنت ها می گویم که اگر پدیده های انعقاد و ترمیم فقط در اندازه آگاهی و دانش ما رخ می داد بسیار بیماران از دست می رفتند!!! من با وجودی که بارها در کتاب هایی که تهیه

کردم همین Cascade یا آبشار انعقاد را نوشته‌ام، هم اکنون قادر به ترسیم کامل آن نیستم و فقط می‌دانم که در نهایت فیبرینوژن تبدیل به فیبرین می‌شود و لخته یعنی فیبرین ولی تمام مراحل و توالی و نظم آن را فراموش می‌کنم ولی خدا را شکر که این پدیده رخ می‌دهد.

زمان نوشتن ویرایش اول این گرد آمده، همزمان با اوج پاندمی COVID – 19 است (اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹) بود. گمان می‌کنم کل بشریت از مردان قدرتمند سیاست گرفته تا مردم عادی دچار نوعی غرور شده و شاید این ویروس بسیار کوچک (حدود یک دهم میکرون) را لازم داشتیم تا سلیلی محکم برای بیداری وجدان خفته بشر باشد. افسوس که با گذر زمان فراموش می‌کنیم (گویند انسان از مصدر نسیان است) همان گونه که ۵۰ میلیون مرگ انفلوآنزای اسپانیایی ۱۹۱۸--۱۹۱۹ را فراموش کردیم. بیشترین قدرت این ویروس از کوچکی آن می‌آید و شاید اگر اندام گول پیکر مانند دایناسور داشت به راحتی وسیله امکانات تخریبی نظامی از بین رفته بود. کوچکی این ویروس قدرتمند به خوبی ضعف و حقارت بشریت را نشان داد و اگر بتوانیم در همه حال این احساس را داشته باشیم همان جمله‌ای می‌شود که من قویا به آن باور داشته و در بالا بیان کردم و مجدد تکرار می‌کنم:

"اگر پدیده ترمیم و انعقاد نبود هیچ جراحی نمی‌توانست هیچ غلطی بکند به خود غره نشویم."

من چنانچه دانشجو و یا رزیدنت، پرسشی را پیش کشد و پاسخ مطمئن نداشته باشم، حقیقت را بیان و خواهش می‌کنم تا روز بعد مراجعه و در مورد پاسخ درست با هم صحبت کنیم. در بسیار موارد به دلیل اطمینان دانشجو ممکن است من پاسخ پرسش را به گونه‌ای توجیه و دانشجو را راضی کنم ولی بهتر است به خود مغرور نشویم و به جای ساخت پاسخ راضی‌کننده دانشجو، در پی حقیقت باشیم و این رفتار حرفه‌ای استاد هم یک یادگیری برای خودش هست و هم یک درس اخلاق به دانشجو.

بسیار موارد که بیمار دوران بسیار عالی پس از جراحی را داشته و در معاینه هفته پس از جراحی، شروع به زیاده روی در تعریف می‌کرد و همه اعتبار را به من می‌داد. همیشه ترجیح می‌دهم، در کنار سپاس از بیمار و نزدیکان وی، آن را به توانائی خوب ترمیم و مراقبت خودش پیوند دهم.

۲۸ – چیرگی اندیشه درمانی به آموزش پیشگیری

به باورم، در رشته‌های علوم پزشکی که هنوز Procedures یا روش‌های عملی تشخیصی فراوان وارد آن نشده سالم‌تر مانده است. با توجه به فراوانی رشته‌های بالینی تخصصی دندانپزشکی که بیشتر همراه درمان‌های عملی است، چیرگی تفکر درمان‌های عملی می‌تواند حتی آسیب‌رسان باشد. به باور من بدن‌ها بیشتر از نیاز مورد روش‌های عملی تشخیصی و دستکاری قرار می‌گیرند. امکان روش‌های عملی تشخیص، در بسیاری از تخصص‌های پزشکی مانند قلب به راستی شگفتی سال‌های اخیر بوده است و اگر زمانی

جراحی وسیع قفسه سینه برای تنگی عروق کرونر الزامی بود، امروزه با بی‌حسی موضعی به سادگی انجام می‌شود. باید قردادان این پیشرفت‌ها بود ولی آیا در استفاده از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی زیاده روی نمی‌شود؟ بهر حال عمل‌کننده‌ای که به سادگی قادر به انجام یک درمان عملی است باید پیش از انجام کمی درنگ کند. در دندانپزشکی هم با توجه به این که عمده درمان‌ها عملی است باید فکر کرد که نتیجه نهائی چیست. برای نمونه بیمار مورد درمان اندودونتیک مفصل قرار گرفته ولی در مرحله نهائی ترمیم، تاج نامناسب و درمان ناپذیر یا Hopeless تشخیص داده می‌شود. محبوس شدن در رشته تخصصی، توجه مشکل بیمار با دانسته‌های خودمان و سرانجام ترجیح به انجام یک روش عملی درمان، همگی می‌تواند ندانسته (امیدوارم) سبب درمان‌های اضافی و غیر ضروری گردد که در عنوان ۶ و ۷ به صورت مشروح بیان گردید. خلاصه کنم در تخصص خودم که جراحی دهان و فک و صورت است باید بدانم در بسیاری موارد " جراحی نکردن بهتر است ". من همیشه از پروفیسور یحیی عدل (۱۳۸۱-۱۲۸۷) پدر جراحی ایران برای دانشجویان می‌گویم که وی هم ممکن است مواردی اندک جراحی غیر ضروری انجام داده باشد ولی حتماً سهوی بوده و نه عمدی اصولاً در آن زمان جز پاک‌ی در ذهن نبوده و آنقدر بیمار زیاد داشتند که به موارد ضروری هم فرصت رسیدگی نداشتند، چه رسد به انجام عمل‌های غیر ضروری. متأسفانه امروزه موارد غیر ضروری انجام می‌شود، که اگر چه نادر (امیدوارم) عمدی است ولی موجب بدبینی به حرفه طبابت شده که بسیار ناگوار است. چیرگی و سلطه تفکر درمانی چندان زیاد شده که برخی متخصصین آموزش دستورات پیشگیری و بهداشتی را فراموش کرده‌اند. یک گواه آشکار، بدتر شدن میزان پوسیدگی و نیاز به درمان‌های دندانپزشکی، علیرغم افزایش دانشکده‌های دندانپزشکی و تربیت دندانپزشک است چرا؟ باور من کاهلی در تربیت بهداشت کار دهان و دندان واقعی، علیرغم قانون تربیت بهداشت کار در سال ۱۳۶۰ می‌باشد. پیشتر نوشتم آمار تعداد دندانپزشک و بهداشت کار در آمریکا تا حدودی برابر است و تا سال ۲۰۵۰ رشد تعداد دندانپزشک خطی، ولی رشد تربیت بهداشتکار افزایشی است. بسیار کم هزینه‌تر بود اگر دوره دو ساله بهداشت کار انجام و در هر مرکز دندانپزشکی یک بهداشت کار، به همراه دندانپزشک (و نه مستقل) به خدمت می‌پرداخت.

۲۹ - چیرگی اندیشه درمان‌های گسترده و تهاجمی

اگر چه درون نوشته‌های پیشین تا حدودی بیان گردید، به دلیل اهمیت و بویژه در دندانپزشکی دو باره مورد پافشاری قرار می‌دهم. در دندانپزشکی یک حالت، می‌تواند انتخاب یا گزینه‌های (Options) متفاوت درمانی داشته باشد. از ساده‌ترین ولی نه ایده‌آل تا پیچیده طولانی و کامل‌تر. یک نمونه بیان کنم خانم ۶۰ ساله که ۱۵ سال است از پروتز کامل استفاده می‌کند به دلیل نارضایتی از بویژه پروتز پائین مراجعه کرده. رادیوگرافی پانورامیک ۲۵ میلی متر قدامی و ۲۰ میلی متر خلفی ارتفاع استخوان ماندیبول را نشان

می‌دهد. بیمار برای ترمیم و لایه دادن پروتزر در این سال‌ها مراجعه نکرده و یک سال است که از پروتز پائین نارضایتی بیشتر دارد. بیمار از نظر عمومی هم سالم است. طرح درمان این بیماری می‌تواند از اصلاح ساده لایه دادن تا تعویض پروتز کامل باشد، تا قرار دادن ۲ تا ۴ ایمپلنت قدامی به عنوان Implant Overdenture تا افزایش تعداد ایمپلنت و درمان کامل به عنوان Implant Supported Fixed Denture. لازم است تمام طرح‌ها به بیمار گفته شود و سپس تصمیم‌گیری شود که از ساده‌ترین شروع شود و یا درمان‌های مفصل‌تر. پیشنهاد فقط یک طرح ایمپلنت به عنوان تنها گزینه به باور من درست نیست چه بیمار فکر می‌کند تنها راه چاره است. در زمان رزیدنسی برای این بیماران شروع Reline درمان پروتز کامل بود. در صورت موفقیت و رضایت و شرایط بیمار می‌تواند همین کم‌ترین و ساده‌ترین را قبول کند، وگرنه به سمت درمان‌های مفصل‌تر جراحی برود، البته در آن زمان بیشتر از جراحی‌هایی مانند وستیبوآپلاستی، افزایش ارتفاع استخوان، و ایمپلنت نوع Mandibular Stable Implant استفاده می‌شد و توانایی‌های بهتر و ساده‌تر امروزی وجود نداشت، ولی به هر حال بنیاد روش‌های درمانی باید به بیمار بیان شود، به ویژه که دشواری‌های اقتصادی بیمار را باید مورد توجه قرار داد. از هر جهت درمان ایمپلنت امروزی علمی‌تر و رضایت‌بخش‌تر است ولی نباید به گونه‌ای پیشنهاد گردد که بیمار فکر کند اگر انجام ندهد موجب برهم خوردن مدار و گردش کره زمین می‌شود!!! در بسیار موارد دیگر مانند جراحی‌های ارتوگناتیک و دیگر درمان‌ها هم این نکته مطرح است. آگاهی دادن بیمار از تمام گزینه‌ها الزامی است و پیشنهاد فقط یک طرح مورد نظر عمل‌کننده اخلاقی نیست و همان‌گونه که پیشتر بیان کردم "هدف درمان بیمار است و نه بیماری"! افزون بر روش‌های گوناگون درمان پروتزی بیمار که بیان گردید، در سایر موارد مانند درمان‌های TMJ، ارتودونسی و جراحی‌های ارتوگناتیک، و سایر جراحی‌های دهان و فک و صورت و حتی درمان‌های دندانپزشکی هم، تنوع روش‌های درمان باید به بیمار توضیح و طرح نهائی با آگاهی وی برگزیده شود. در رشته‌های تخصصی پزشکی هم این نکته مطرح است که درمان‌های Medical بر Surgical برتر است.

۳۰- رفتار حرفه‌ای در هم پوشانی (Overlapping) رشته‌های تخصصی

در ناحیه دهان، فک و صورت تخصص‌های متعدد مانند جراحی دهان و فک و صورت، گوش و حلق و بینی، جراحی ترمیمی پلاستیک، جراح سر و گردن، جراح اطفال، جراح چشم، درماتولوژیست و... حوزه کاری و منافع مشترک دارند و این اشتراک منافع سبب مباحثه و مناظره بین این رشته‌ها شده است. این اختلاف حتی به درون رشته‌های تخصصی و عمومی دندانپزشکی هم کشیده شده. برای نمونه در زمینه ایمپلنت مطرح است که آیا جراح دهان و فک و صورت انجام دهد؟ آیا پرپودونتیست انجام دهد؟ آیا پروتزیست می‌تواند انجام دهد؟ آیا دندانپزشک عمومی هم می‌تواند انجام دهد؟ سایر تخصص‌های دندانپزشکی چگونه؟ با

وجودیکه بی‌گمان بیشتر همکاران، بویژه جوان با نگرش من‌ناسازگار و حتی عصبانی می‌شوند، با وجود این مایلیم باورم را همراه پیشنهاد راه‌حل بیان کنم:

الف - همان‌گونه که در مقدمه تفاوت بین سه واژه قانون (Legal) و اخلاق برونی (Ethical) و اخلاق درونی یا سرشتی (Moral) بیان شد. از نقطه نظر قانونی یک جراح دهان و فک و صورت می‌تواند درمان ترمیمی و پروتز و اندودونتیک و در واقع تمام درمان‌های دندانپزشکی را انجام دهد و هیچ خلاف قانون انجام نداده باشد و حتی از نقطه نظر Ethical هم کار ناپسندی نبوده ولی از نقطه نظر Moral یا اخلاق سرشتی شخص من که می‌دانم ۴۰ سال است کار ترمیمی و پروتز و اندو نکرده‌ام، نباید این درمان‌ها را انجام دهم. امیدوارم سه واژه Legal & Ethical & Moral روزی یکی شوند و یا دست کم به هم نزدیک شوند و این یعنی جامعه کامل سالم و کمال‌گرا و آرزوی دست‌نیافتنی و ناشدنی من. به باور من اگر Moral یا اخلاق سرشتی سر مشق باشد تمام این اختلافات از بین می‌رود و نیاز به قانون‌گذاری هم نیست. بنابراین باور دارم برای نمونه اگر دندانپزشک عمومی یا متخصص آموزش و توانائی لازم برای جراحی ایمپلنت را دارد و مورد ویژه‌ای برای درمان‌های اضافی تخصصی وجود ندارد باید اجازه انجام آن را داشته باشد. اگر Moral برگزیده شود تمام دشواری‌ها حل می‌شود.

ب - در سال‌های اخیر اختلاف نظر شدید بین جراح دهان و فک و صورت و جراح ترمیمی و پلاستیک و گوش و حلق و بینی در ارتباط با راینوپلاستی وجود داشته است و به باور من اگر همان اصل و بنیاد Moral یا اخلاق درونی یا سرشتی پاس گذاشته شود نیازی به قانون نیست. دو نکته دلیل این اختلاف است یکی پرستیژ یا اعتبار حرفه‌ای و دیگری منافع مالی. جالب اینکه در مورد انجام راینوپلاستی بین دست کم سه رشته تخصصی اختلاف نظر شدید وجود دارد، در حالی که در ارتباط با درمان سوختگی که تنها زحمت زیاد دارد جراح ترمیمی و پلاستیک هیچ‌گونه دعوا و ستیزی وجود ندارد. هم چنین در ارتباط با درمان‌های پیچیده TMJ و دردهای مزمن صورت جراح دهان و فک و صورت با سایر تخصص‌های دندانپزشکی و پزشکی نه تنها مسئله‌ای ندارد حتی استقبال هم می‌کنند!!! فکر می‌کنم انگیزه مالی قوی‌تر از پرستیژ و اعتبار حرفه‌ای است البته امیدوارم برداشت من اشتباه باشد. در درمان مجروحین جنگ در بیمارستان طالقانی دانشگاه شهید بهشتی، دو متخصص جراحی ترمیمی پلاستیک برجسته را دعوت کردیم تا هفته‌ای یک روز جراحی‌های بازسازی نسج نرم را با هم انجام دهیم و با اشتیاق و دوستی کار مشترک را انجام می‌دادیم چون هدف نتیجه بهتر درمان بیمار و آموزش خودمان بود. هنوز دوستی قدیمی من و سایر همکاران قدیمی با متخصصین جراحی ترمیمی پلاستیک ادامه دارد ولی شوربختانه در سال‌های اخیر رابطه بین همکاران جوان و جراحان ترمیمی پلاستیک (بویژه) و گوش و حلق و بینی در حد دشمنی و کارد و پنیر بوده است. البته اگر تمام متخصصین رعایت همان اصل Moral را داشته باشند خود بخود اختلاف حل می‌شود. طبیعی است هر سه رشته تخصصی جراح دهان و فک و صورت، جراح پلاستیک، و گوش و حلق و

بینی می توانند راینوپلاستی انجام دهند. البته باور شخصی من این است که اگر شکستگی متعدد استخوان‌های میانی صورت Midface به همراه شکستگی بینی وجود داشته باشد، جراح دهان و فک و صورت انجام دهد و اگر مشکل اصلی بینی راه هوایی است متخصص گوش و حلق و بینی انجام دهد و سرانجام اگر مشکل فقط و فقط بینی و زیبایی آن است به جراح پلاستیک واگذار شود. این فقط نظر شخصی من است و مطمئن هستم بسیاری از همکاران جوان با خواندن این عقیده به من پرخاش بیشتری انجام می‌دهند و به همین دلیل پیشتر نوشتم هر چه فریاد دارید بر سر من بکشید!!! حل این اختلاف در صورت رعایت اصل Moral بسیار راحت است. با توجه به این که راینوپلاستی در گذشته توسط جراحان ترمیمی پلاستیک و گوش و حلق و بینی انجام می‌شد و در سال‌های اخیر در محدوده آموزش جراحی دهان و فک و صورت قرار گرفته است، به باورم همکاران جوان جراحی دهان و فک و صورت عزیز خودم هم بی‌گناه نیستند و کمی زیاده‌روی کرده‌اند.

ج - معتمد همکاران جراح دهان و فک و صورت چنانچه آموزش و تجربه داشته باشند، برای نمونه اجازه انجام Ligation کاروتید برای جراحی همانژیوم و دیگر ضایعات عروقی را دارند. البته اگر در بیمارستان متخصص عروق یا جراح عمومی وجود نداشته و جراح دهان و فک و صورت تجربه انجام آن را داشته باشد. نمونه دیگر اجازه انجام تراکتوستومی مورد نیاز جراحی دهان و فک و صورت در عفونت‌های خاص و در لوله گذاری ناموفق برای بی‌هوشی درمان انکی لوز البته اگر متخصص گوش و حلق و بینی در دسترس نباشد و جراح دهان و فک و صورت تجربه انجام آن و مدیریت عوارض احتمالی مانند پنوموتوراکس را داشته باشد. نمونه دیگر تهیه پیوند غضروف دنده (Costochondral Graft) برای درمان انکی لوز در یک کودک است، من ترجیح می‌دهم اگر یک جراح اطفال در دسترس باشد این قسمت از جراحی و مدیریت عوارض احتمالی مانند پنوموتوراکس را به وی واگذار کنم چه در این بیماران استرس شروع بی‌هوشی و تهیه گرفت دنده و خود جراحی انکی لوز بویژه نوع دو طرفی آنقدر زیاد است که بهتر است تقسیم گردد و جراح دهان و فک و صورت پاسخگوئی خود را به درمان آنکی لوز متمرکز کند. دوباره گوئی می‌کنم باور شخصی که بیان شد، شاید به دلیل محافظه کاری (Conservatism) نسل در حال انقراض دوره ما باشد!!!

د - نمونه دیگر درمان شکاف لب و کام است که البته به اندازه راینوپلاستی بین متخصصین اختلاف نظر وجود ندارد. آشکار است متخصص جراحی اطفال، گوش و حلق و بینی، جراح پلاستیک، دهان و فک و صورت همگی مجاز به این نوع جراحی می‌باشند و نمی‌توان با قانون یا Legal مرزی ایجاد کرد و تنها Moral و منافع بیمارتعیین کننده است. به هر حال هر متخصص توان خود را می‌داند و بر پایه آن باید تصمیم به انجام و یا واگذاری جراحی بگیرد. درمان مناسب‌تر بسیاری از این بیماران با شکاف لب و کام رویکرد چند رشته‌ای (Multidisciplinary) دارد و بهتر است پیش از شروع با مشاوره طرح درمان و عمل کننده مشخص گردد.

در پایان این بخش با توجه به اهمیت برای چندمین بار تکرار می‌کنم، در موارد هم پوشانی یا **Overlapping** بین جراحان دهان و فک و صورت و جراحان پلاستیک و گوش و حلق و بینی، به باورم هیچ راه حل معقول قانونی وجود ندارد جز گفتگوی بین انجمن‌های تخصصی برای رفع یا دست کم کاهش بداندیشی موجود. در هر حال تنها راه حل تقویت اخلاق درونی و سرشتی **(Mora)** است. هم پوشانی یا **Overlapping** درون خانواده دندانپزشکی هم وجود داشته ولی با توجه به تماس‌های مرتب در محیط دانشگاهی و گردهمایی‌ها و دکترای عمومی مشترک خوشبختانه گره‌گشائی و مدیریت شده است.

۳۱- رفتار حرفه‌ای بین رشته‌ای (**Multidisciplinary & Interdisciplinary**)

هر دو واژه بالا، برای بهتر شدن درمان بیمار، هم در میان تخصص‌های دندانپزشکی و پزشکی، و هم بین پزشکی و دندانپزشکی فراوان پیش می‌آید و لازم است چارچوب این دو واژه شناخته شود. در **Multidisciplinary** هر متخصص در محدوده خود، به شکل مستقل درمان را انجام می‌دهد، در حالی که در **Interdisciplinary** بین متخصصین در ابتدا، هماهنگی روش درمان یک بیمار انجام می‌شود. چند نمونه:

متخصص اندو، درمان در محدوده تخصص خود را انجام و سپس بیمار را برای ترمیم تاج به متخصص ترمیمی ارجاع می‌دهد و حتی پس از ترمیم تاج، ممکن است متخصص ترمیمی بیمار را به متخصص پروتز معرفی کند. در این مورد هر سه متخصص یعنی اندودونتیست، ترمیمی، پروتزیست به شکل مستقل درمان رشته تخصصی خود را انجام می‌دهد، این حالت **Multidisciplinary** است، در حالی که در مورد دیگر یعنی **Interdisciplinary** تیم یا گروه درمانی، طرح درمان را با مشارکت هم انجام می‌دهند. برای نمونه در بیماری که دچار بدخیمی، و احتمال نیاز به احتمال جراحی و رادیوتراپی و شیمی‌درمانی است، این گروه به همراه پاتولوژیست طرح کلی درمان را با هم گزینش می‌کنند. نمونه دیگر یک بیمار جراحی ارتوگناتیک است که پیش از شروع درمان با اشتراک دید جراح و ارتودونتیست و یا جراح و پروتزیست باید طرح درمان را مشخص و با هماهنگی هم دیگر زمان جراحی و نیز ادامه درمان ارتودونتیست و یا پروتز مشخص می‌شود، که این همان تعریف **Interdisciplinary** است. نمونه دیگر **Interdisciplinary** همکاری پروتزیست و جراح برای تعیین محل قرار دادن ایمپلنت است. نمونه ساده دیگر بیماری است که اندودونتیست با زحمت درمان اندو را برای دندان مولر انجام می‌دهد، ولی در مراحل بعد مشخص می‌شود از نقطه نظر ترمیمی یا وضع پریدونتال ارزش حفظ شدن ندارد و دندان باید خارج گردد. در این موارد با یک مشاوره بین رشته‌ای یا **Interdisciplinary** از درمان‌های اضافی پرهیز می‌شود. نمونه دیگر اجبار به توجه بین رشته‌ای در بیماران با درد ناحیه مفصل گیجگاهی فکی (**TMJ**)

است. خلاصه کنم، بکارگیری فراوان از هر دو پدیده Multidisciplinary و Interdisciplinary بیانگر تعقل و هوشمندی دندانپزشک و پزشک در جهت حفظ منافع بیمار است که هرگز با منافع پزشک نه تنها در تضاد نیست، بلکه همسو است. واژه دیگری هم وجود دارد که Transdisciplinary یا ترا رشته‌ای است، که به یک استراتژی تحقیقاتی اشاره می‌کند که از بسیاری از مرزهای رشته‌ای عبور می‌کند تا رویکردی همه جانبه یا کل نگر (Holistic) ایجاد کند.

۳۲- برتری واژه معلم در برابر استاد

اگرچه در تعریف واژگان، تفاوت اصلی بین معلم Teacher و استاد Professor به تعداد یا جمعیت شاگردان یا دانشجویان بیان شده است. معلم یا Teacher برای کودکان جوان تر (Children & Teenagers)، در سیستم ۱۲ کلاسه تدریس می‌کند، در حالی که استاد یا Professor برای جوانان با سن بالاتر و بالغین (Teens & Adult)، در کالج و دانشگاه تدریس می‌کند. البته این تعریف درسی و رسمی دو واژه بالا است. ولی من واژه معلم را بیش از استاد می‌پسندم. نگرش من از واژه استاد، فردی است که در بالاترین و بروزترین گستره علمی مطالب را ارائه می‌دهد، در حالی که با نگرش من واژه معلم را فردی می‌دانم که ممکن است سطح تدریس او حتی کمی پایین تر از مورد استاد باشد ولی سعی می‌کند باور مطالب و انگیزه مطالعه خود جوش را در دانشجویان ایجاد می‌کند. نگرش من این نیست که معلم نباید از دید علمی به روز نباشد، وگرنه عالم دیروز عامی امروز می‌شود، تنها روش بیان باید همگام با آفرینش باور مطالب و انگیزه مطالعه خودجوش باشد. من ترجیح می‌دهم دانشجویان پس از پایان دوره ۲۰ صفحه را به یاد داشته ولی به آن باور داشته باشد، تا این که ۲۰۰۰ صفحه را تنها برای قبولی در امتحان دوره تخصصی بخواند ولی به آن باور نداشته باشد. شوربختانه بیشترین خرده‌ای که من به دانشجویان می‌گیرم، نبود پرسشگری است. هر چه می‌گوئیم به راحتی پذیرا می‌شوند. می‌گویند وقت مطالعه نداشته‌ایم که البته فرافکنی است. می‌گویم دست کم بپرسید چرا؟ شوربختانه بیشتر دانشجویان نمی‌پرسند و تنها تعداد بسیار کم کنجکاو می‌باشند و استاد را به چالش می‌کشند. یکی از برتری‌هایی که واژه معلم برای من دارد، کوشش به پرسشگری و چالش بدون نگرانی است.

دانشجو هم در یادگیری‌های درسی و هم در زندگی باید و باید پرسش گر و چالش گر باشد، و گرنه به بیان جان ماکسول: "زندگی بدون چالش، مزرعه بدون حاصل است" در مورد فرافکنی (Projection)، که هم در دانشجویان و هم در جامعه فراوان دیده می‌شود، به بیان زیگموند فروید یک ساز و کار پدافندی برای نسبت دادن عیب‌های ناپسند به دیگران است. به باور من یک ویژگی و برتری واژه معلم در برابر استاد این است که معلم در کلاس خود را محدود نکرده و آگاه کردن را در گستره جامعه برپا می‌کند.

چه سپاسی برتر از این که معلم بالفطره (Teacher by Nature)، و گواه راستی بر پایه شعر: " معلم چو کانونی از آتش است همه کار او سوزش و سازش است " باشیم. شور بختانه استاد بسیار و معلم اندک داریم.

۳۳ – برتری واژه پایان دوره، در برابر فارغ التحصیلی

این واژه که زبانزد و فراوان برای پایان یک دوره یادگیری بکار برده می‌شود از واژگان آزاردهنده برای من است و بارها در این زمینه با دانشجویان گفت و شنود داشته‌ام.

واژه Graduation، در ارتش به انگیزه پایان یک دوره و شایستگی به دست آوردن درجه تازه است. در مورد پایان دوره دندانپزشکی و یا تخصص ویا فلوشیپ و مستر شیپ و..... به راستی دوره‌ای پایان یافته و تازه یادگیری در پهنه‌ای گران تر باید ادامه یابد. بنابراین اندیشه کاربرد واژه فارغ التحصیلی آزاردهنده و دور از خرد است. من گاهی به طنز به دانشجویان می‌گویم، ای کاش فارغ التحصیل مال می‌شدید!!!.

امیدوارم اشتباه کنم، شاید دشواری دوران یادگیری رسمی، سبب ماندگاری پذیرش این واژه ناروا بوده است. روشن است که بسیاری از دانشجویان با توجه به روش کنکور، در رشته‌های ناخواسته وارد و با دشواری و بدون گوارائی دوران تحصیل به پایان می‌رسانند و برای آنان واژه فارغ التحصیل پذیرفتنی تر است. به باور من یادگیری راستین، پس از پایان دوره (فارغ التحصیلی) باید رخ دهد و تا پایان حیات با نگرش لذت از یاد گیری ادامه یابد.

به باور من، روش تدریس در کلاس و برخورد شخصی با دانشجویان برای گوارا کردن دوران یادگیری نقش بسیار مهمی دارد و این همان مهمی است که در عنوان مستقل پیشین برتری واژه معلم در برابر استاد بیان گردید. به یاد دارم در زمان دوران آموزش رزیدنسی، در ماه‌های رزیدنسی جراحی عمومی زمانی که شب‌ها کشیک بودم (۱۵ شب در ماه)، اگر از اورژانس خبری می‌آمد که بیماری نیاز به جراحی فوری دارد، رزیدنت ارشد جراحی سرشار از اشتیاق می‌شد که این بیانگر لذت بردن و گوارائی دوران تحصیل است. به راستی اگر از مسیر رسیدن به مقصد هم لذت ببریم، دیگر مقصد برای ما فارغ التحصیلی نمی‌شود. امیدوارم همگان واژه پایان دوره (Graduation) را جایگزین فارغ التحصیلی نمایند.

۳۴ – سخن پایانی

الف – تمام نوشته‌هایم باور شخصی و قلبی و چنانچه برای پاره‌ای از همکاران برخوردار بوده و آزاردهنده بوده خواهش می‌کنم من را به چالش کشیده تا گفتار و افکار تلطیف گردد. بهر حال هر چه فریاد دارید بر سر من بکشید!!!.

ب - با توجه به کمال‌گرایی (Perfectionism) باورمندم سلامت تام و تمام طبابت، روحانیت، و قضاوت برای پایداری سلامت سقف جامعه الزامی است. اگر چه هنوز اطباء سالم و اخلاق‌مدار بسیار داریم ولی بیشتر مسن و در شرف انقراض می‌باشند!!! شوربختانه در سال‌های تازه طبابت از ارتباط انسانی عاطفی گذشته به سوی ارتباط حرفه‌ای اقتصادی رفته است که بدون شک برآزنده و زبینه طبابت نمی‌باشد.

ج - بیشتر نوشته‌هایی که در صفحات پیش آمد، بیان نگرش‌های رفتاری حرفه‌ای نامناسب در طبابت بود. اگر چه رفتار مناسب حرفه‌ای در متن نوشته‌ها آورده شده ولی دلیل عدم تمرکز بر آن این است که به باور من سلامت حرفه‌ای همیشه باید باشد و در واقع با طبابت Integrated و یا یکپارچه است و به باورم وجود آن افتخار و امتیاز نیست چه باید باشد. شوربختانه به دلیل افول اخلاقیات در حال حاضر وجود آن امتیاز و شوربختانه گاهی حماقت تلقی می‌شود.

د - گواهی می‌دهم بیشتر دانشجویان و رزیدنت‌ها پس از پایان دوره، اطلاعات علمی و عملی بیشتری از من دارند و با شهادت بسیار جراحی‌های عمده را انجام می‌دهند. ولی مشکل من این است که آیا در موارد غیر ضروری بویژه توهم زیبایی بیمار را راضی به انصراف از جراحی می‌کنند؟ آیا تمام Option یا گزینه‌های درمان را توضیح می‌دهند؟ آیا فقط یک روش مورد نگاه خود را تحمیل نمی‌کنند؟ آیا بیمار را تشویق به مشاوره می‌کنند؟ آیا پاراکلینیک‌های اضافی غیر ضروری را درخواست نمی‌کنند؟ آیا رضایت آگاهانه و آزادانه را رعایت می‌کنند؟ آیا مراحل و زمان و عوارض احتمالی را می‌گویند؟ و موارد دیگر.....

ه - به دلیل تعدد رشته‌های تخصصی دندانپزشکی (بیش از ده رشته بالینی) و درمان‌های چند مرحله‌ای با فاصله نیاز به آگاهی دادن بیشتر به بیمار و نزدیکان وجود دارد تا از بداندیشی احتمالی آینده پرهیز گردد. نمونه‌های این موارد در متن و عنوان مستقل ۱۳ بیان شد.

و - به موارد متعدد عجله در تصمیم‌گیری طرح درمان فقط بر مبنای پاراکلینیک (بویژه پاتولوژی) برخورد داشته‌ام که گاه منجر به جراحی‌های وسیع غیر ضروری و یا برعکس شده است. انطباق تمام یافته‌های پاراکلینیک باید با سایر یافته‌های بالینی تطبیق و سپس تصمیم Logical معقول و منطقی گرفته شود. نمونه‌ها در این زمینه در متن آورده شده است.

ز - محبوس شدن در رشته تخصصی و نگاه ماشینی هم در رشته‌های تخصصی پزشکی و هم رشته‌های متعدد تخصصی بالینی دندانپزشکی بسیار مشاهده می‌شود و شاید از ویژگی‌های عصر جدید باشد. این پدیده هم می‌تواند به زیان بیمار باشد و هم زیان طبیب، از حبس خود در این قفس و عدم لذت پرواز و دید باز. همیشه به دانشجویان گفته‌ام مغز ما این "توپ کوچک سحر آمیز" و این عالی‌ترین پدیده خلقت در کره زمین هم در قفس سخت و تاریک‌خانه جمجمه جای داده شده لازم است از قفس پرواز یا طیران دهیم تا به قول سعدی: "طیران مرغ دیدی تو زپای بند شهوت به در آی تا ببینی طیران آدمیت"

ح - تعدد رشته‌های تخصصی دندانپزشکی و پزشکی سبب هم پوشانی Overlapping و اختلاف شدید در جراحی‌های زیبایی ناحیه صورت بویژه راینوپلاستی شده که راه حل پیشنهادی را در عنوان ۳۰ بیان کرده‌ام. هم چنین با توجه به نیاز همکاری بین‌رشته‌های تخصصی دندانپزشکی و بین دندانپزشکی و پزشکی، عنوان مستقل Multidisciplinary و Interdisciplinary در عنوان مستقل ۳۱ بیان گردید.

ط- با توجه به امکانات رسانه‌های مجازی (البته زندگی واقعی بیشتر مجازی و رسانه‌های مجازی بیشتر واقعی شده) متعدد امروزه به عنوان تبلیغ توسط اطباء و گاهی افراطی استفاده می‌شود که نگاه خودم را در عنوان مربوط (مورد ۱۸ اخلاق حرفه‌ای رسانه‌ای) بیان کردم. می‌دانم بسیار همکاران جوان‌تر در این زمینه با من مخالف می‌باشند و دوباره یادآوری می‌کنم هر چه فریاد دارید سر من بکشید!!!

ی - در پایان مایلم از استاد برجسته دوران رزیدنسی خودم، زنده یاد دکتر لاری پیترسون (Larry j Peterson) که رزیدنت‌ها، وی را بصورت خلاصه پیت (Pete) می‌نامیدند، جمله‌ای ارزنده و آموزنده که در مقدمه کتاب معروف خود "جراحی دهان، فک و صورت نوین" آورده را بدون کم و کاست یاد آوری کنم:

"In The Introduction To His Classic Text, Contemporary Oral And Maxillofacial Surgery, Pete Wrote, "To Be Excellent, A Surgeon Must Be Technically Skilled But Must Also Have Strong Components Of Humanism, Kindness, And Compassion."

گزیده اینکه "اگر چه برای جراح مهارت و تکنیک جراحی لازم است، ولی برای پزشک یا جراح ممتاز بودن، انسان‌گرایی، محبت، و دلسوزی الزامی است".



با یاد استاد گرامی دوران رزیدنسی این مجموعه را که بیشتر افکار شخصی بود، پایان می‌دهم.

مسعود یغمائی

استاد پژوهشگر و بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش دوم: بهار ۱۴۰۳ (۲۰۲۴)

masyaghmaei@gmail.com

masyaghmaei@sbmu.ac.ir