

دستور جلسه:

۱. گزارش طرح‌های پژوهشی
۲. کیفیت آموزش عملی دانشجویان دندانپزشکی در دوران کرونا
۳. مسئله توزیع نیروی انسانی
۴. حذف پایان‌نامه
۵. پیشنهاد عملی برای ارزیابی عملی دانشجویان قبل از فراغت از تحصیل
۶. مسئله توزیع نیروی انسانی
۷. طرح نیروهای حد واسط
۸. مراکز آموزش مهارت‌های حرفه‌ای علوم پزشکی (دندانپزشکی)
۹. آینده‌نگری در آموزش دندان پزشکی

**رئوس نتایج و توصیه‌های قابل اجرا:**

با توجه به مطرح شدن مجدد "نیروهای حد واسط دندان پزشکی" در وزارت بهداشت و معضلات و مشکلات عمده در این زمینه موضوع در گروه مطرح شد:

آقای دکتر حائریان اظهار داشتند: با توجه به تجارب پنج دهه گذشته، اعم از تربیت رده‌های مختلف پرسنل کمکی دندانپزشکی و افزایش چند دهه برابری دانشکده‌های دندانپزشکی از طرفی و افزایش DMF یا حداقل عدم کاهش آن، لزوم داشتن نگاه جامع به سلامت دهان و مراقبت‌های لازم برای حفظ و ارتقاء آن بیش از پیش محرز می‌نماید.

تجربه کشورهای اسکاندیناوی نشان داده است که ارائه خدمات و مراقبت‌های رایگان دندانپزشکی برای قریب شش دهه، لزوماً به کاهش DMF منجر نشده و هزینه‌های سنگینی را به دولت‌ها (البته از بودجه عمومی) تحمیل کرده است.

بر همین اساس، رویکرد این کشورها به مقوله سلامت دهان از دهه هفتاد قرن گذشته میلادی تغییر کرده و حاصل آن ارتقاء چشمگیر سلامت دهان در آن جوامع بوده است.

لذا، مشکل سلامت دهان کشور ما نیز به به طور قطع و یقین تنها با افزایش تعداد دندانپزشک حل نخواهد شد، از خاطر نبریم که تداوم فعالیت روزمره ما دندانپزشکان عمدتاً در گرو وجود پوسیدگی دندان است.

پایه اصلی و به تعبیری شیرازه این نگاه جامع کاهش میزان پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه طی یک برنامه زمانبندی شده در جامعه می‌باشد.

حال بر این اساس، باید شاکله برنامه‌های آموزشی، پژوهشی، پیشگیری و درمانی دندانپزشکی با توجه به این محور تدوین شود، تعداد نیروی انسانی مورد نیاز ارزیابی گردد و مراقبت‌های سلامت دهان نیز سطح‌بندی گردد. دوره‌های آموزشی لازم برای پرسنل کمکی طراحی گردد و البته نظارت لازم و کافی نیز معمول گردد.

برای کاهش پوسیدگی، راهی جز آموزش بهداشت و انجام پاره‌ای اقدامات پیشگیرانه نیست و بر اساس اصل سطح‌بندی خدمات، این امر توسط سطوح تحصیلی پائین‌تر قابل انجام است. تجربه نقش بهورزان خانه‌های بهداشت روستایی و پایگاه‌های بهداشت شهری در ارتقاء سلامت عمومی جامعه موید این امر است.

فعالیت‌های مورد نظر برای پرسنل کمکی دندانپزشکی (کاردان) شامل، آموزش بهداشت دهان و دندان، فلورایدتراپی، فیشور

سیلانت و جرم‌گیری می‌باشد .

البته، ضرورت تربیت پرستار دندانپزشکی و تکنسین پروتز کماکان به جای خود باقی است. ذکر این نکته ضروری است، که استفاده از پرسنل کمکی و همراهی دندانپزشکان با این امر مستلزم رعایت دقیق و جدی سطح‌بندی خدمات توسط پرسنل کمکی و نظارت مستمر مسئولین مربوطه بر این امر می‌باشد . دیگر نکته قابل تامل در مبحث ارتقاء سلامت دهان، استفاده از پتانسیل‌های موجود نظام سلامت برای حفظ و ارتقاء سلامت دهان می‌باشد .

برای این امر، گنجاندن چند واحد نظری و عملی بهداشت دهان، در کوریکولوم آموزشی دوره‌های تخصصی کودکان (پزشکی)، دکتری عمومی پزشکی، کارشناسی و کاردانی بهداشت خانواده و مدارس و فراهم نمودن شرایط بروز و ظهور این آموزه‌ها در شرح وظایف مشاغل یادشده مفید فایده است. همچنین دوره‌های کارشناسی و کاردانی تربیت معلم (آموزش و پرورش) پیشنهاد می‌گردد.

آقای دکتر حصاری اظهار داشتند: پرسنل کمکی دندانپزشکی

### Dental Auxiliary Personnel

استفاده از پرسنل کمکی در دندانپزشکی از اواسط قرن نوزدهم میلادی و در ابتدا بعنوان کارآموز و یا همراه بیماران زن در انگلستان آغاز شد .

در دهه‌های اول و دوم قرن بیستم تربیت پرسنل کمکی دندانپزشکی در آمریکا و انگلستان آغاز شد. وقوع جنگ جهانی اول و اعزام دندانپزشکان به واحدهای نظامی، مراقبت‌های دندانپزشکی مردم را با مشکلاتی مواجه کرد و به تربیت پرسنل کمکی سرعت بخشید .

در واقع و فارغ از علت فوق‌الذکر، دلیل عمده نیاز به پرسنلی که با تحصیلات پایین‌تر و در دسترس‌تر باشند، کمبود دندانپزشک و نیز شیوع بالای بیماری‌های دهان و دندان و در نتیجه عدم دسترسی بخش قابل توجهی از جوامع به مراقبت‌های سلامت دهان بود .

این نکته نیز حائز اهمیت است که در طول این سال‌ها، همواره و همه‌جا رقابت آشکار و پنهان بین دندانپزشکان و حداقل بخشی از پرسنل کمکی بر سر حدود وظایف و اختیارات وجود داشته است .

در طول زمان، تربیت پرسنل کمکی دندانپزشکی به ایجاد شاخه‌های متعدد، با شرح وظایف متفاوت، به شرح زیر، منجر شده است :

1. Dental Hygienist
2. Dental Therapist
3. Dental Nurse
4. Denturist

تربیت پرسنل کمکی دندانپزشکی در ایران

۱- تربیت Dental Hygienist از اوائل دهه پنجاه با شرح وظایف آموزش بهداشت و جرم‌گیری، برای کمک به دندانپزشک و تحت نظر دندانپزشک

۲- تربیت بهداشتکار دهان و دندان از اوائل دهه شصت به منظور تامین نیازهای روستائیان و با شرح وظایف دندانپزشک به استثناء: معالجه ریشه، پروتز ثابت، ارتودنسی و کشیدن دندان عقل، فعالیت بهداشتکار دهان و دندان مستقل از دندانپزشک

تعریف شده بود.

۳- از اوائل دهه هفتاد تربیت پرستار دندانپزشکی شروع شد، با شرح وظائف کمک به دندانپزشک حین درمان بیماران توسط دندانپزشک

۴- تربیت تکنسین پروتز به منظور انجام کاری لابراتواری دندانپزشکی

۵- تربیت کاردان بهداشت دهان، به منظور استقرار در مراکز بهداشتی درمانی تابعه وزارت بهداشت در شهر و روستا و ارائه آموزش بهداشت و انجام جرم‌گیری تحت نظر دندانپزشک

۶- اوائل دهه نود، تربیت تکنسین بهداشت دهان با بومی‌گزینی و جهت استقرار در مراکز شهری و روستایی و با شرح وظایف مشابه بند ۴

همانطور که مختصراً اشاره شد، تلاش برای تربیت پرسنل کمکی دندانپزشکی در ایران به قریب نیم قرن می‌رسد و بسیار مناسب بوده که پس از اجرای هرکدام از این برنامه‌ها، میزان موفقیت آن‌ها نیز ارزیابی گردد، که به نظر می‌رسد چنین نشده است.

بدیهی است، انگیزه تاسیس دوره‌های فوق‌الذکر با توجه به شرح وظائف مختلف آن‌ها، متفاوت بوده و هرکدام در جای خود قابل تامل می‌باشد.

از طرفی، عدم تداوم بیشتر این برنامه‌ها، برای سیاست‌گزاران و متولیان سلامت دهان محل تامل و بررسی جدی است.

#### **نحوه پیگیری توصیه‌ها:**

آقای دکتر شیرازی اظهار داشتند با توجه به پتانسیل بسیار قابل توجه خانه‌های بهداشت و راه‌کارهای اطلاع‌رسانی موجود و طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع پروتکلی تهیه و پیشنهاد گردد.

#### **تاریخ و موضوع جلسه بعدی:**

جلسه بعدی گروه روز شنبه مورخ ۲۶ تیر ۱۴۰۰ برگزار خواهد شد.

۱. گزارش طرح‌های پژوهشی

۲. پیشنهاد عملی برای نحوه ارزیابی توانمندی عملی (کلینیکی) دانشجویان دندانپزشکی

۳. طرح نیروهای حد واسط

۴. مسئله پایان نامه