

«دندانپزشکی ترمیمی سالم» ناظر بر یک دردمندی، دغدغه و چالش درونی متعهدانه به کارکرد و عملکرد دندانپزشکی ترمیمی است؛ که علاوه بر کارآمدی (میزان استفاده از منابع و امکانات) به اثربخشی (میزان دستیابی به اهداف) اهمیت بسیار می‌دهد. این موضوع بر پایه سؤال اصلی زیر استوار است:

«چرا عملکرد سیستم دندانپزشکی ترمیمی متناسب با اهداف و استانداردهای از پیش تعیین شده علوم پزشکی نیست؟»

به عبارت دیگر، چرا تغییرات به وجود آمده در دانش، نگرش، بینش و عملکرد فردی و گروهی ناشی از آموزش‌های مرتبط با این رشته، متناسب با اهداف و استانداردهای از پیش تعیین شده علوم پزشکی و وضعیت مورد انتظار نیست؟

به طور اجمالی تنها به چند هدف و استاندارد از پیش تعیین شده علوم پزشکی اشاره‌ای می‌کنیم:

* ارتقاء دفاع میزبان در برابر عوامل بیماریزا و کاستن از شدت عمل عوامل بیماریزا یک اصل بدیهی و اولیه است.

* عوارض سوء درمان باید حداقل باشد و در مجموع فواید و نتایج مفید درمان بر عوارض سوء آن غلبه داشته باشد.

* به دنبال تشخیص اتیولوژی بیماری، اقدام صحیح، درمان اتیولوژیک بیماری است و نه درمان سمپتوماتیک.

* درمان اتیولوژیک، ناظر بر حذف و کنترل عوامل بیماریزا پس از معالجه بیماری نیز می‌باشد.

* داروها، مواد و امکانات تنها به عنوان ابزاری در خدمت پزشکان هستند و نه بیشتر (هیچ یک به تنهایی اصالت ندارند)

* پیشگیری ثانویه مقدم بر درمان ثانویه است.

در شرایط و وضعیت موجود، خروجی سیستم دندانپزشکی ترمیمی بیشتر پاسخگوی انتظارات سیستم آموزشی تا سطح محصول و برون‌داد است، در حالی که تا سطح پیامد (نتایج و وضعیت مورد انتظار) فاصله بسیار است.

برنامه‌های آموزشی مرتبط با دندانپزشکی ترمیمی که بیشتر در قالب کتابهای مرجع و سایر مواد آموزشی (نوشتاری، شنیداری، دیداری) و برنامه‌های عملی، مکمل و بازآموزی با روشهای معمول انجام می‌پذیرد، قادر نیست دانش، نگرش، بینش و عملکرد کلینیسینها را با باورها و مبانی ارزشمند

جامعه پزشکی متناسب سازد. به عنوان مثال تلاش‌ها و اقدامات زیادی در فرآیند سیستم دندانپزشکی ترمیمی انجام می‌گیرد اما آیا دانش آموختگان، به رغم کسب نمرات بالا در این بخش، از موقعیت و عملکرد درمانی سالم و قابل‌انتظاری برخوردار هستند؟ دندانپزشکی ترمیمی سالم به دنبال بهبود و بهسازی فرآیند سیستم دندانپزشکی ترمیمی برای دستیابی به اثربخشی و کارآمدی بالا است.

بدیهی است که عوامل زیادی بر عملکرد سیستم دندانپزشکی ترمیمی چه در داخل محیط سیستم و چه در خارج آن دخالت داشته و اثر می‌گذارند. اما غرض و مقصود نهایی، تحقق اهداف سیستم دندانپزشکی ترمیمی است. این که چگونه و با چه ساز و کارهایی تغییر سازمانی را در مجموعه، ساختار، رفتار و عملکرد سیستم دندانپزشکی ترمیمی برای رسیدن به اهداف و وضعیت مورد انتظار (دندانپزشکی ترمیمی سالم) مدیریت و هدایت کنیم؟

«تغییر ساختاری» به مثابه «استراتژی» دندانپزشکی ترمیمی سالم

دندانپزشکی ترمیمی سالم، آغاز یک راه بزرگ و پیچیده‌ای است که باید با «تغییر ساختاری» به مثابه استراتژی اصلی دندانپزشکی ترمیمی سالم همراه شود.

«تغییر ساختاری» به تغییری اطلاق می‌شود که در نهایت منجر به ایجاد تحول در ساختار و هویت یک بخش شود، به طوری که رفتار و عملکرد را در آن بخش متحول کند. دو جزء اساسی در این عنصر عبارتند از: «تغییر ساختار و هویت یک رشته» و تأثیر این تغییر بر «عملکرد رفتار آن شاخه تخصصی». اگر تغییراتی به وجود بیاید، اما موجب تغییر در ساختار و هویت یک رشته و رفتار و عملکرد آن نشود، تغییر بنیانی نیست، بلکه تغییری است عادی و تدریجی، که در یک رشته صورت می‌گیرد، مانند تغییری است که رودخانه برای هماهنگی با مسیر خود انجام می‌دهد، در حالی که تغییر بنیانی تغییر مسیر رودخانه و یا بستن سد روی آن است. تغییر عادی به طور طبیعی و خود به خود انجام می‌گیرد، در حالی که تغییر اساسی و بنیانی نیازمند برنامه‌ریزی و شناخت و آگاهی است و به همان نسبت نیز کار را مشکل و پیچیده می‌سازد.

تغییر تدریجی و عادی در یک رشته به قصد حفظ تعادل سیستم با محیط انجام می‌گیرد، در صورتی که تغییر بنیانی، نیازمند تغییر در ساختار و فرآیند عملکردی آن است.

دندانپزشکی ترمیمی سالم، نیازمند تغییر بنیانی است و با شعار، سخنرانی، نصایح و ارائه روشهای تصحیحی مواد ترمیمی روتین (بخصوص کامپوزیت رزینها) سرانجامی ندارد. ممکن

است به طور موقت با ایجاد و اعمال دستورالعمل و سازوکارهایی و نیز ارائه روشهای محدود تصحیحی، تغییراتی به وجود آورد، اما اگر «سطح ساختاری» متناسب با تغییرات جدید ایجاد نگردد، این تغییر و تحول نمی‌تواند کارآمد و تداوم یابنده باشد. در این صورت، تغییر بنیانی و اساسی محسوب نخواهد شد. لذا ایجاد طرح ساختاری متناسب با تغییرات، بسیار مهم است. به ویژه وقتی که انتظار از دندانپزشکی ترمیمی سالم، کارایی، اثربخشی و نوآوری باشد.

اکثر عوامل و مدیران تحول، به افزایش حجم بازده توجه دارند. برای مثال: تعداد و گستردگی بخش ترمیمی، تعداد دانش‌آموختگان، تعداد متخصصان، تعداد سمینارهای برگزار شده، تعداد آزمون گرفته شده، تعداد ترمیمهای انجام شده و ... از نظر آنها حائز اهمیت است. اگرچه افزایش بازده مهم است، اما با اهمیت‌تر از آن ایجاد بهبود در عملکرد بویژه در جهت کارایی، اثربخشی و نوآوری بیشتر است.

«اثربخشی» می‌تواند به کیفیت ترمیمهای انجام شده، ریشه کن کردن درمانهای سمپتوماتیک (علامتی) پوسیدگی دندان و جایگزینی آن با درمانهای اتیولوژیک و تربیت کلینیسی‌های با سواد توانمند تعریف شود؛ «نوآوری» نیز می‌تواند باعث ایجاد بخشهایی با کاربردهای نوین، ارائه خدمات آزمایشگاهی و کتابخانه‌ای جدید و برنامه‌های نوین برای ارتقاء سطح علمی کلینیسی‌ها و کتابهایی با رویکردهای فعال، خلاق، سلامت‌نگر، مسئله‌محور و پژوهش‌مدار شود.

با سازوکارها و توانمندی‌های موجود سیستم دندانپزشکی ترمیمی و مدیریت و هدایت آن، تنها بخشی از انتظارات، در سطوح دانش و مهارتهای فردی محقق می‌شود. در حالی که انتظار داریم تغییرات، علاوه بر سطوح دانش، نگرش و بینش و عملکردهای فردی و گوناگون کلینیسی‌ها را نیز در بر بگیرد. به عنوان مثال: «کلینیسی‌ها پس از گذراندن دوره‌های مختلف و اخلاق پزشکی، کمک به دیگران از جمله افراد ضعیف و نیازمند جامعه را یک حق و تکلیف برای خویشتن تلقی نموده و از انجام آن لذت برده و احساس رضایت کنند و یا این که در مقابل درمانهای سمپتوماتیک (علامتی) پوسیدگی دندان و بطور کلی بی‌توجهی به اهداف و استانداردهای از پیش تعیین شده علوم پزشکی، دواطلبانه و آگاهانه واکنش نشان‌دهند، متدها و پروتکل‌های درمانهای اتیولوژیک پوسیدگی دندان را مطابق با مبانی ارزشمند جامعه پزشکی به کار گیرند.»

این که چرا آموزش موجود آکادمیک؛ موجب رفتارهای مناسب درمانی، نگرشی، بینشی و ... در کلینیسی‌ها نمی‌شود، نکته‌ای مهم و اساسی است که باید در فرآیند و کارکرد سیستم آموزشی و تغییرات ساختاری مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد.