

به دندانکده بیرق حق به پاست

سرآغاز گفتار نام خداست



مصاحبه با دکتر نگاهداری

## کندوکاوی در امور آموزشی دانشکده



علی صالحی خواه  
دندانپزشکی ورودی ۹۷



میلاد باصری  
دندانپزشکی ورودی ۹۵

مصاحبه با دکتر نگاه‌داری

# کندوکاوی در امور آموزشی دانشکده

تأسیس می‌شود نیز زیرساختی برای بخش‌های جدید دارد یا نه؟  
بله دقیقاً. ما یک قسمت را اصلاً برای درمان جامع در نظر گرفته‌ایم و برای کتابخانه و سالن امتحانات مجزا و اصولی. انشالله اگر این ساختمان درست شود؛ حالا قسمت شما نمی‌شود؛ شاید قسمت آقای صالحی اینا باشد.

**باصری:** البته آقای دکتر من تا آنجایی که صحبت می‌کردم؛ گروه جامع‌نگر گفتند که ما هیأت علمی تخصصی جامع‌نگر نداریم.  
چرا، ما الان ۲ همکار با PHD جامع‌نگر داریم. یکی خانم دکتر شریفی که آمده‌اند و دیگری هم که الان اسمش را حضور ذهن ندارم؛ از دانشگاه تهران فارغ‌التحصیل شده‌اند و اعلام نیاز دادیم و ایشان درخواست کردند کتباً که بیایند.

**باصری:** این را هم داخل پرنترز بیرسم بعد برویم سؤال بعدی. الان مهم‌ترین برنامه‌ی دانشکده در بخش آموزشی چیست؟

الان مهم‌ترین دغدغه‌ی آموزشی دانشکده این است که کیفیت آموزش‌های بالینی با توجه به شرایط خیلی زیر سؤال رفته است و ما باید سعی بکنیم که با رعایت پروتکل‌ها بتوانیم کیفیت آموزش‌های بالینی‌مان را حداقل در حد قابل قبول نگاه‌داریم که انتظار می‌رود دانشجویان با همکاری معاونت آموزشی، بتوانند یکسری وبینارها را برگزار کنند؛ وبینارهایی که مهارت‌های بالینی و عملی را با آن‌ها بشود پوشش داد.

منظورم این است که برگزاری وبینارها را شما دست‌کم نگیرید. این یک تفکر اشتباه است که شما فکر بکنید وقتی شما practice را خودتان شخصاً انجام نمی‌دهید؛ یاد نمی‌گیرید. نگاه کردن یک مهارت ۵۰ - ۶۰٪ انجام آن مهارت را برای شما تسهیل می‌کند. عرضم این است که الان ما محدودیت‌های حضوری داریم؛ از این برنامه‌های غیرحضوری حتماً استقبال کنید؛ دنبال این باشید

در سؤال اول با توجه به صحبتی که شد؛ برای درمان جامع ۱ و ۲ که وجود دارد یک بخش مجزایی وجود داشته باشد. اصلی‌ترین برنامه را این عنوان کرده بودید.

بله متأسفانه شما می‌دانید که با توجه به شرایط کرونا که الان بیش از یک سال است که ما با آن درگیر هستیم؛ دیگر امکان انجام چنین چیزی وجود نداشت. می‌دانید که ما درمان جامع را برای اینکه تراکم دانشجویان در بخش‌های بالینی زیاد نشود؛ بیشتر رفتیم به سمت کارهای غیرحضوری [مثلاً] ارائه‌ی تکلیف، بررسی کیس و این جور موارد. متأسفانه کرونا باعث شده است که ما حتی روند روتین درمان‌های جامع را هم نتوانیم پیگیری کنیم چه برسد به این که قصد تأسیس یک بخش مجزا را برای درمان جامع داشته باشیم. ولی قطعاً این کار خیلی خوبی است و ما دنبال این هستیم که به‌محض اینکه شرایط به حالت عادی برگردد؛ برای این قضیه انشالله اقدام کنیم.

**باصری:** آقای دکتر البته مصاحبه‌ای که با شما انجام شده بود؛ مال سال ۹۶ است. در طی سال‌های ۹۶ تا ۹۸ هم اتفاق خاصی نیفتاده است؟

نه به‌هرحال این‌ها به این شکل نیست که ما امروز تصمیم بگیریم و فردا بتوانیم این کار را انجام بدهیم. گروه‌های مختلف مخصوصاً چند تا گروه که درگیر هستند؛ ما یک برنامه‌ی معاینه متمرکز گذاشته بودیم یادتان هست که چه اتفاقی افتاد. نمی‌دانم آن موقع شما بودید یا نبودید؛ برای یک معاینه گروه‌های مختلف هر کدام منطق خودشان را داشتند؛ یکی می‌گفت این جوری خوب است یا بد است؛ آن قدر چالش ایجاد کردند که آخرش مجبور شدیم این را جمع بکنیم. فکر کنید حالا بخواهیم که یک کاردرمانی را با همکاری گروه‌های مختلف انجام بدهیم؛ قطعاً چالش برانگیز است این قضیه.

**باصری:** آقای دکتر این ساختمانی که تازه دارد

در آخرین شماره از سال ۹۹، به سراغ دکتر نگاه‌داری، معاون آموزشی دانشکده رفته و سعی کردیم که به بررسی مشکلات و برنامه‌های آموزشی دانشکده بپردازیم. با توجه به شرایط ویژه‌ای که دوران کرونا برایمان رقم زده است و مسائل دیگر در موضوعات مختلف نظیر امتحانات دانشکده و برنامه‌های آموزشی، همچنین پیگیری وعده‌های مصاحبه قبلی در دو سال قبل، این مصاحبه را به یکی از جذاب‌ترین اتفاقاتی که می‌شد پرونده سال ۹۹ دندانکده را با آن تمام بکنیم، تبدیل می‌کند.

## قسمت اول:

در آخرین مصاحبه‌ای که داشتید، فرموده بودید که مهم‌ترین برنامه دانشکده برای آینده تأسیس بخش درمان جامع است. خوب الان این برنامه به کجا رسیده است؟  
-بخش درمان جامع یا گروه مصوب جامعه نگر؟

**باصری:** هر دو

برای تصویب گروه جامعه نگر نیاز به کلی نامه‌نگاری هست. ما نامه‌نگاری‌های لازم را کرده‌ایم که اعضای هیأت علمی که واجد شرایط هستند و می‌توانند همکاری کنند؛ معرفی شده‌اند به شورای گسترش دانشگاه‌ها در وزارت خانه‌ها که در حال پیگیری است و آنجا هم مطرح‌شده ولی فعلاً هنوز به تصویب قطعی نرسیده است. به‌هرحال زمان‌بر است این پروسه‌ها. علاوه بر آن ما برای یک گروه دیگر یعنی گروه زیست مواد دندان‌ی هم اقدام کرده‌ایم که انشالله گروه مواد دندان‌ی داشته باشیم. PHD مواد دندان‌ی، PHD نانوتکنولوژی هم در فراخوان اعلام نیاز داده‌ایم که انشالله گروه زیست مواد دندان‌ی هم در کنار گروه جامع‌نگر به تصویب برسد. ولی عرض کردم پروسه‌ی اداری آن؛ الان که در مرحله‌ی وزارت خانه است؛ یک مقدار زمان‌بر است که هنوز به بار ننشسته است.

**باصری:** البته آقای دکتر این سؤال دوم ما بود.



**صالحی خواه: آقای دکتر ما در شماره‌ی ۳۱ نشریه کاری که انجام دادیم راجع به این بود که کوریکولوم در دانشکده تا چه مقدار پوشش داده شده که به وزارت هم رسید آن شماره؛ چه نظری راجع به این برنامه داشتید؟**

خب اتفاقاً آقای باصری خیلی پیگیر این قضیه بود. من فکر می‌کنم که واقعاً خیلی تقویت شد اجرای کوریکولوم نسبت به ۲-۳ سال قبل؛ یعنی واقعاً مطالبه‌گری دانشجویان و انعکاسی که ما دادیم؛ جلسات مختلفی که برای کوریکولوم گذاشتیم؛ ما بیش از ۱۰ جلسه برای کوریکولوم گذاشتیم با حضور مدیرهای محترم گروه‌ها و شورای کوریکولوم دانشکده؛ یعنی ما الان تقریباً به جرئت می‌توانیم بگوییم که قسمت اعظم کوریکولوم را داریم پوشش می‌دهیم و جزو معدود دانشکده‌هایی هستیم که سعی می‌کنیم کوریکولوم را رعایت بکنیم و عرض کردم این هم به واسطه‌ی پیگیری خوب شما بود.

**صالحی خواه: آقای دکتر این پایش کوریکولوم بیشتر باید توسط چه کسانی و**

خواهد شد. برخی گروه‌ها دارند؛ اجرائی هم می‌کنند. خیلی پیشرفت کرده‌ایم در این زمینه. واقعاً پیشرفت در این زمینه برای دانشکده‌ی ما خیلی چشمگیر است.

**باصری: البته آقای دکتر ما که مثلاً در بخش ارتو بوده‌ایم؛ آن چک‌لیست منظمی که بخش ارتو برای ارتو ۱ تهیه کرده بود؛ می‌توانست خیلی الگوی خوبی باشد برای بقیه‌ی بخش‌ها. حالا اینکه ما همین ترم هم در بخش ترمیم عملی؛ نمراتی که به دست آمدند به نظر می‌رسد که ناعادلانه است. بخش ارتو هم مثلاً می‌تواند واقعاً الگوی خیلی خوبی باشد برای بقیه‌ی بخش‌ها در این زمینه.**

**صالحی خواه: درست است آقای دکتر؛ حالا ترمیمی که گفتند؛ در (مبانی) ترمیمی هم که ما این ترم پاس کردیم؛ لاگ بوک وجود نداشت.**

شما در بخش ترمیمی اصلاً لاگ بوک پر نکردید؟

**صالحی خواه: نه**

و مطالبه بکنید که ما این وبینارها را با گروه‌های مختلف برای مهارت‌های مختلف داشته باشیم که حداقل تأمین‌کننده‌ی نیازهای اولیه‌ی آموزشی مهارت‌های بالینی شما باشد.

**باصری: روش‌های نوین ارزیابی مهارت‌های علمی که گفته بودید؛ الان به کجا رسیده است کارش؟**

الان شما بروید به ۲ یا ۳ سال قبل، شما می‌رفتید به اعضای هیات علمی می‌گفتید دابس (DOPS)؛ شاید هیچ‌کدام از اعضای هیات علمی نمی‌دانستند دابس چیست ولی من می‌توانم بگویم الان همه‌ی اعضای هیات علمی ما آشنا شده‌اند با روش‌های نوین ارزیابی مهارت‌های بالینی. برای اعتباربخشی به اعتبار آموزش دانشکده ما به جد پیگیر هستیم. لاگ بوک طراحی شده. شما یک گروه آموزشی را نمی‌توانید پیدا کنید که لاگ بوک نداشته باشد. درحالی‌که یکی دو سال قبل اصلاً هم چنین خبرهایی نبود.

تمامی گروه‌های آموزشی فرم دابس دارند. حالا انشاءالله یواش‌یواش به اجرائیشان هم پرداخته

## گروهی انجام گیرد؟

ما یک شورای کوریکولوم داریم دیگر. شورای کوریکولوم دانشکده داریم که خانم دکتر شیرمحمدی درواقع رئیس آن کمیته است؛ بنده دبیر هستم، آقای دکتر نظامتی، خانم دکتر کوه سلطانی، آقای دکتر هومن صدر، آقای دکتر سالم میلانی؛ یعنی سعی کرده‌ایم که از گروه‌های مختلف و اساتیدی که علاقه‌مندی‌های آموزشی دارند و به کوریکولوم احاطه دارند؛ از آن‌ها استفاده شود که بازنگری کوریکولوم را عرض کردم ما جدیداً نامه‌اش را برای معاونت آموزشی دانشگاه نوشتیم؛ یعنی تمامی گروه‌های آموزشی دانشگاه کوریکولومشان بر اساس نیازهای منطقه‌ای و دانشجویان بازنگری شد.

**باصری: یکی از مباحث که در مصاحبه‌ی قبل هم راجع به آن صحبت شده بود؛ ارائه‌ی واحدهای اختیاری بود. تغییری در ارائه‌ی واحدهای اختیاری اتفاق افتاده؟**

بله شما حالا نمی‌دانم در واحد اختیاری ایمپلنت که ارائه کردیم حضور داشتید یا نه. از شرکت اشترومن هم استفاده کردیم. خیلی وسایل کمک‌آموزشی خوبی آوردند، کارگاه‌های انجام جراحی، انجام مراحل پروتز ایمپلنت؛ کامل و مبسوط در این واحد پوشش داده شد و واحد ایمپلنت در هیچ دانشکده‌ی دندانپزشکی برای دوره‌های Under graduate به این مبسوطی برگزار نشده بود که خدا را شکر ما ترم قبل توانستیم و بچه‌ها هم خیلی راضی بودند و خیلی قابل استفاده بود. امیدوارم که ترم‌های بعدی هم برای شما این واحد ارائه شود. واحد دیگری هم بود که فکر می‌کنم بچه‌ها واحد بلیچینگ را پیگیری کرده بودند که حالا آن را هم بسته‌گریخته یک مقدار ارائه کردیم؛ برای روتاری بچه‌ها خیلی دنبالش بودند که واحد روتاری را به‌شان بدهیم ولی این درواقع جزو کوریکولوم نیست. ما واحد اندو روتاری را نداریم. بیشتر سعی خواهیم کرد در قالب کارگاه‌ها برگزار کنیم. سعی خواهیم کرد که این کارگاه‌ها را زیادتر کنیم. برای اینکه به‌هرحال ظرفیت محدود است و با توجه به شرایط فعلی کرونا شاید ۱۰-۱۲ نفر باشد؛ سعی کنیم که بیشتر به‌صورت دوره‌ای از گروه اندو که به‌هرحال می‌دانید خیلی سخت بود هماهنگی انجام این کارگاه‌های روتاری؛ ولی سعی کنیم که این را به‌صورت روتین انجام دهیم.

**باصری: یکی از مواردی که در مصاحبه‌ی قبل گفته شده بود؛ بحث ارزشیابی اساتید بود توسط دانشجویان. آن موقع اختیاری بود اما رفته‌رفته حالت اجباری شد. الان که به‌صورت اجباری انجام می‌شود؛ چه دستاوردهایی داشته است و چه موفقیت‌هایی حاصل شده**

## است؟

در حیطه‌ی ارزشیابی اساتید؛ نمی‌دانم حالا اطلاع دارید یا ندارید؛ دانشکده‌ی ما در کل دانشگاه پیشرو است از نظر جلب مشارکت دانشجو که به‌واسطه‌ی زحماتی بوده که خانم دکتر کوه سلطانی در دفتر EDO کشیده‌اند. ما چندین نیمسال است که بالای ۹۷٪ جلب مشارکت دانشجویی را داشته‌ایم. شما می‌دانید که دانشجویان به علل مختلف در ارزشیابی شرکت نمی‌کردند. در نیمسال‌های قبلی نیمسالی را داشتیم که ۱۷٪ مشارکت دانشجو را داشتیم که این خیلی بد بود.

ارزشیابی اساتید از دید دانشجویان شاید فکر کنند خیلی نمود ندارد و خیلی تأثیرگذار در ارتقای کیفیت آموزشی دانشکده نباشد ولی من این صحبت را می‌کنم که کاملاً مطمئن باشم که نظرات آن‌ها مدنظر قرار می‌گیرد. ما اگر خاطراتان باشد؛ آمدیم ۲۰ نفر اول اساتید را که در ارزشیابی اساتید نمرات بالای دانشجویی را آورده به بودند؛ از ایشان تقدیر کردیم. خواستیم به‌هرحال جنبه‌ی مثبت ارزشیابی اساتید را هم خود اساتید ببینند که زحمات آن‌ها به‌هرحال نتیجه داده و استادی که از نظر آموزشی برای بچه‌ها زحمت کشیده است؛ مورد تقدیر واقع می‌شود؛ هم خود بچه‌ها ببینند که نظرات آن‌ها در انتخاب این نمرات مؤثر بوده. ما یک‌روند ترفیع پایه‌ی سالانه‌ی اساتید را داریم که هر استادی به‌واسطه‌ی فعالیت سالانه‌ی خودش یک پایه‌ای را ترفیع پیدا می‌کند.

الان در پروسه‌ی ترفیع پایه؛ نمره‌ی ارزشیابی که دانشجویان به آن استاد می‌دهند؛ حالت شرطی دارند؛ یعنی اگر نمره‌ی ارزشیابی دانشجویان زیر ۱۵ باشد؛ اصلاً پرونده‌ی ترفیع پایه بررسی نخواهد شد؛ یعنی آن یکسالی را که زحمت کشیده؛ ترفیع پایه نخواهد گرفت. یا پرونده‌ی ارتقا. ارتقای مرتبه‌ی اساتید که می‌خواهند از استادیاری به دانشیاری بروند یا از دانشیاری به استادیاری بروند؛ برای آن‌هم درواقع یک cut off point ی هست که برای مرحله‌ی دانشیاری ۱۶ و برای مرحله‌ی استادیاری ۱۷ است؛ یعنی استادیاری که می‌خواهد دانشیار شود؛ حداقل نمره‌ی ارزشیابی ۱۶ را باید توسط دانشجویان داشته باشد؛ یعنی مطمئن باشید نظرات شما در سرنوشت اعضای هیات علمی. تشویق آن‌ها به انجام امور محوله‌ی آموزشی به نحو احسن؛ اصلاً بی‌تأثیر نیست و تأثیر مستقیم در سرنوشت آن‌ها و همینطور ارتقای کیفیت آموزشی دانشکده دارد.

**باصری: آقای دکتر با توجه به صحبت‌هایی که کردید و ابزارهایی که دست شما هست؛ چرا بعضاً مشاهده می‌کنیم که مدیر گروه بعضی بخش‌ها به‌صورت تک‌روی یا برخلاف دستورات آموزشی رفتار یا عمل می‌کنند؟**

خب مثلاً می‌توانید یک مورد را بگویید.

**\_خب مثلاً آقای دکتر در مورد همین بخش پروتزی که برای خود من پیش آمده بود؛ تا زمانی که پیگیری نکرده بودیم؛ خانم دکتر غفاری معتقد نبودند که باید بخش ناتمام بماند و باید مثلاً حذف بکنند دانشجو را. مثلاً آن را رفتیم صحبت کنیم؛ گفتند نه باید حذف بکنند؛ اصلاً امکان ندارد ناتمام بماند و ناتمام نداریم اصلاً. یا بر فرض مثال در گروه ارتو الآن که صحبتش پیش آمد در کتابخانه‌ی مرکزی امتحان را به‌صورت حضوری می‌گیرند؛ چه فرقی دارد با اینکه امتحان را به‌صورت کتبی بگیرند؟ در صورتی که دستور هم از بالاست که امتحانات باید به‌صورت مجازی باشد؛ اصلاً این به‌نوعی خلاف قانون عمل کردن است. یا مثلاً همین بخش پروتز پارسیل امتحانش را به‌صورت عملی گرفت یا جراحی از ۹۶ امتحان را حضوری گرفت. این‌ها به‌نوعی بالاخره تخلف محسوب می‌شوند.**

ببینید در مورد بخش پروتز که شما فرمودید؛ در مورد ناتمام ماندن واحد؛ این‌ها به این برمی‌گردد که شاید خیلی از افراد در جریان نبودند نه اینکه بخواهند به‌صورت جزیره‌ای و مستقل و برخلاف مصوبات شورای آموزشی دانشگاه عمل کنند. این را مطمئن باشید چون قانون قبلی این‌گونه بود که هیچ نمره‌ای را به‌صورت ناتمام نگذارند. ما همیشه در جلسات شورای آموزشی بازخواست می‌شدیم که چرا این نمره ناتمام است؛ یعنی ما اصلاً چیزی به‌عنوان نمره‌ی ناتمام نداشتیم. مدیر گروه پروتز هم به‌هرحال با آن ذهنیت به شما پاسخ داده بود و بعد آمده‌اند بر اساس شرایط کرونا به‌هرحال ماهم کلی نامه‌نگاری کردیم که این‌ها مشکل مریض داشتند نتوانسته‌اند مریض پیدا کنند. ما مجوز از آن‌ها گرفتیم و همین مجوز گرفتن هم به‌واسطه‌ی نظر خود مدیر گروه بوده؛ یعنی شما فکر نکنید که مدیر گروه در مقابل شماست. مدیر گروه آمده و گفته که به‌هرحال این بچه‌ها مریض پروتز کامل پیدا نکرده‌اند؛ اغلبشان نمره‌شان این‌گونه می‌شود و ما اگر بخواهیم حذف بکنیم؛ به‌هرحال ترم بعد برایشان مشکل ایجاد می‌شود. به ما منعکس کرده و ما نامه‌نگاری کردیم با شورای آموزشی دانشگاه تا آن‌ها تصویب کنند و ابلاغ کنند به ما. مدیر گروه هم به شما آن جواب را بر اساس آیین‌نامه داده؛ یعنی فکر نکنید که مدیر گروه خواسته تا شما را اذیت کند یا بخواهد برخلاف مصوبات عمل کند. ما اصلاً هم چنین مدیر گروهی نداریم که برخلاف مصوبات شورای آموزشی دانشکده بخواهد کار بکند. در مورد امتحان پارسیل عملی یک مقدار انصاف داشته باشیم؛ یعنی برگزاری یک امتحان عملی برای پارسیل فکر می‌کنید کار ساده‌ای بود؟



در حیطه‌ی ارزشیابی اساتید؛ دانشکده‌ی ما در کل دانشگاه پیشرو است از نظر جلب مشارکت دانشجو که به واسطه‌ی زحماتی بوده که خانم دکتر کوه سلطانی در دفتر EDO کشیده‌اند. ما چندین نیمسال است که بالای ۹۷٪ جلب مشارکت دانشجویی را داشته‌ایم.

ما ۲۰ نفر اول اساتید را که در ارزشیابی اساتید نمرات بالای دانشجویی را آورده به بودند؛ از ایشان تقدیر کردیم. خواستیم به هر حال جنبه‌ی مثبت ارزشیابی اساتید را هم خود اساتید ببینند که زحمات آن‌ها به هر حال نتیجه داده و استادی که از نظر آموزشی برای بچه‌ها زحمت کشیده است؛ مورد تقدیر واقع می‌شود؛ هم خود بچه‌ها ببینند که نظرات آن‌ها در انتخاب این نفرات مؤثر بوده.

می‌گرفتند؟

**باصری: البته آقای دکتر در المپیاد هم روی کاغذ می‌گیرند این‌ها را.**

خب روی کاغذ شما چگونه می‌خواهید باز خورد بدهید؟ خب استدلال بالینی جنبه‌های مختلفی دارد ولی این PMP را نمی‌شود روی کاغذ گرفت.

**باصری: خب قطعاً این کارها ارزشمند است**

خب پس چرا می‌گویید فلان گروه فلان‌طور است. هیچ‌کسی گروه را ملزم نکرده که شما نباید هیچ امتحانی را به صورت حضوری بگیرید؛ گفته‌اند با رعایت پروتکل‌ها، جوانبی را که می‌شود به صورت مجازی برگزار کرد به صورت مجازی برگزار کنید و جوانبی را که به مربوط به مهارت‌های عملی و استدلالی لازم است می‌توانید با رعایت پروتکل‌های بهداشتی به صورت حضوری برگزار کنید. آن‌ها هم در دانشگاه این کار را با رعایت پروتکل‌ها انجام دادند؛ یعنی فاصله‌ی کافی برایتان گذاشتند؛ تهویه دارد کتابخانه‌ی مرکزی.

منظورم این است که تو را به خدا اجازه ندهید بعضی از دانشجویان که عرض کردم خیلی دغدغه‌ی آموزشی ندارند؛ بیايند این مسائل را مطرح بکنند و شما هم بیايند این‌ها را به عنوان یک پوئن منفی برای مدیر گروه مربوطه از من سؤال بکنید. شما باید تشکر بکنید از گروه ارتودنسی که این قدر برای ما وقت می‌گذارد؛ خواهش می‌کنم به بقیه‌ی گروه‌ها هم بگویید که یک امتحان PMP برای ما برگزار کنند. واقعاً باید این گونه باشد مطالبات دانشجویی.



دانشجویانی که درس خوان باشند؛ حرفشان برای من خیلی فرق می‌کند با دانشجویانی که حال درس خواندن ندارند؛ بعد رفته‌اند زیر لوای یک شورای صنفی، انجمن اسلامی فلانی و دارند بیشتر بهانه‌های خودشان را برای از زیر کار و درس خواندن در رفتن به اسم دانشجویان مطرح می‌کنند و پیگیر مطالبات شخصی خودشان هستند.

من می‌دانم که شما مطالبه‌تان همه آموزشی است و شما دغدغه‌ی آموزش دارید. ولی مثلاً برگزاری امتحان PMP ی که گروه ارتودنسی انجام داد؛ می‌دانید از وقتی که آقای دکتر سهرابی مدیر گروه شده چه قدر از اعضای هیات علمی گروه بچه‌ها شاکی هستند و می‌گویند که ما باید می‌مثل بچه‌ها هر روز تکلیف انجام دهیم، سؤال طرح کنیم، روایی و پایایی سؤالات را بررسی کنیم؛ جز زحمت هم چیز دیگری برای آن‌ها ندارد و آن امتحان PMP ی هم که برگزار کردند؛ در دانشگاه واقعاً بی‌نظیر بود. شما هیچ دانشکده‌ی دندانپزشکی را نمی‌بینید که امتحان استدلال بالینی PMP برگزار کرده باشد؛ یعنی این‌ها در واقع امتیاز و ارزش هستند برای دانشکده‌ی ما که متأسفانه گاهی از جانب شما به عنوان ضد ارزش با آن برخورد می‌شود.

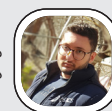
برگزاری امتحان PMP آیا روی کاغذ قابل انجام است؟ PMP عین این است که یک نفر جلوی شما نشسته و از شما سؤال می‌کند و شما بر اساس پاسخی که می‌دهید؛ او به شما باز خورد می‌دهد و گزینه جلوی چشمش می‌گذارد و شما آن را انتخاب می‌کنید؛ یعنی می‌خواهد استدلال بالینی شما را افزایش بدهد. این را می‌شود روی کاغذ گرفت که شما می‌گویید چه فرقی می‌کند که روی کاغذ

من خودم شاهد بودم که دکتر تراب چقدر صندلی می‌آورد و می‌برد؛ کلی زحمت کشید؛ یعنی از نظر فیزیکی هم این استاد کلی زحمت کشید؛ من خودم شاهد بودم.

خب او برای چه می‌خواهد این امتحان را برگزار بکند؟ چرا به دنبال این است که یک امتحان ایستگاهی آن‌هم با رعایت پروتکل‌ها بگیرند؟ این جور نبوده، مثلاً آن‌ها می‌گفتند که ما در آن واحد در هر سالن ۱۰ نفر ایستگاه به ایستگاه رد می‌شدند و می‌رفتند. می‌خواهم بگویم که طراحی این آزمون جز دردسر برای آن گروه و استاد چه چیزی دارد؟ مثلاً فکر کرده‌اید که این‌ها بی‌کارند که بیايند از شما امتحان بگیرند؟ آن‌ها هم از خدایشان که شورای آموزشی بگوید امتحان نگیرید و آن‌ها هم بگویند باشد چه بهتر؛ یعنی استادی هم که دارد این کار را می‌کند را شما متهم می‌کنید به اینکه دارد نقض قوانین می‌کند. من فکر می‌کنم واقعاً این بی‌انصافی است. اگر هم این قضیه حسن و gain ی داشته باشد؛ واقعاً برای شما gain دارد و گرنه برای آن استاد اصلاً مهم نیست که اصلاً امتحان بگیرد یا نه؛ یک نمره‌ی الکی هم می‌دهد می‌رود جلو. منظورم این است که ما بیاییم و این اساتید را ایشان تقدیر بکنیم نه اینکه بنشینیم و این‌ور و آن‌ور بگوییم که این‌ها دارند قانون را نقض می‌کنند. اگر برخلاف پروتکل‌های بهداشتی بود؛ حق با شما بود. ولی آن‌ها هم تمام غمشان این بود که بیايند در سالن‌های بزرگ و ایستگاه‌های با فاصله ۱۰ نفر در آن واحد بیايند؛ سریع ایستگاه‌ها را رد کنند و بروند. حالا آزمون ارتودنسی را می‌گویید؛ واقعاً بی‌انصافی می‌کنید بچه‌ها.

# به وقت روانشناسی: عزت نفس

قسمت اول



مصطفی مرتضوی  
دندانپزشکی ورودی ۹۶

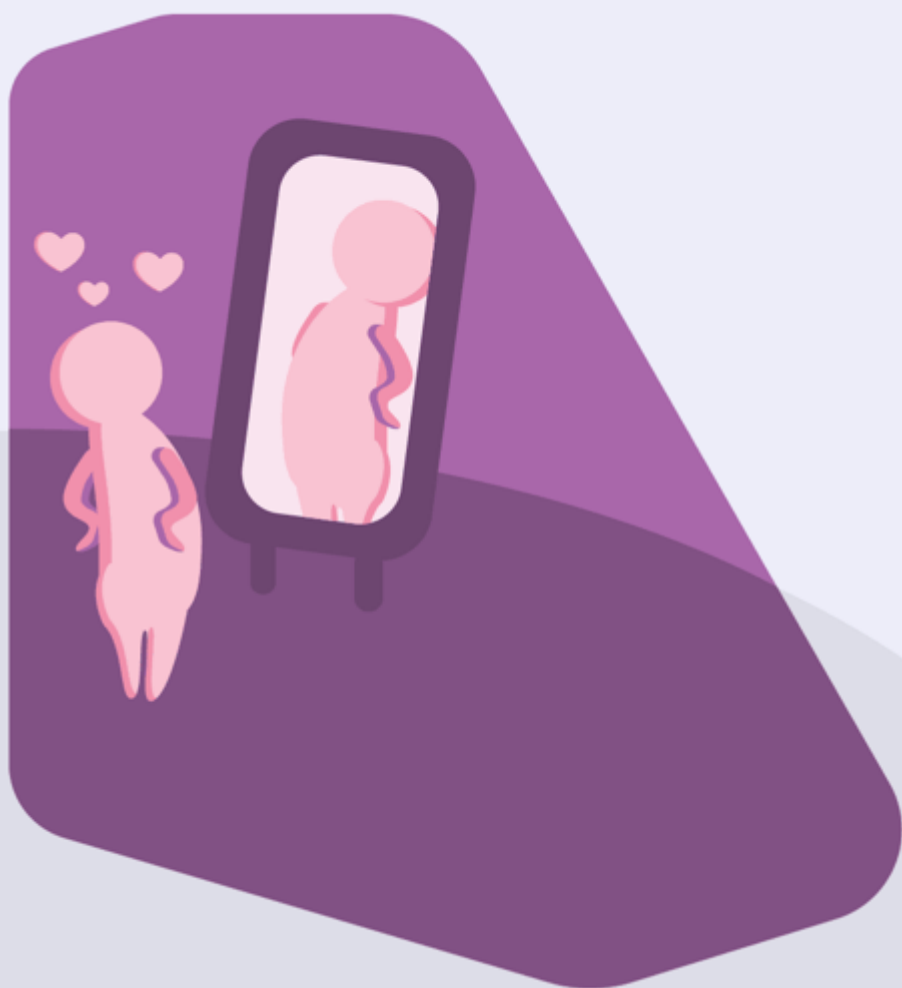
واقعیت این است که اساس شخصیت انسان توسط همین «من یا خود» تعریف می‌شود که در طول تاریخ به شدت توسط فرهنگ‌های غلط کوبیده شده است و اتفاقاً همین فرهنگ‌های غلط بارها و بارها از سوی صاحبان قدرت به عنوان حربه‌ای استفاده شده تا به کمک آن و با بهانه‌هایی مثل وطن، دین، خدا و... انسان را برای کشتن انسان به جنگ بفرستند و خود سوار بر اسب مراد حکومت کنند! به جرات

ادبیات شاعرانه و عاشقانه ما هم به خوبی جایگاه خود را پیدا کرده. همان‌طور که از ادبیات دوران دبیرستان به یاد داریم، مضمون بسیاری از شعرهای عاشقانه این بود که اگر کسی عاشق واقعی باشد، قرار است او هیچ باشد و معشوقش همه چیز!

امروز با یک نگاه روانشناسی می‌دانیم که هم‌چنین نگرشی کاملاً بی‌معنی است و به جز تحقیر مقام انسان و به بردگی کشیدن او چیز دیگری ندارد.

عزت نفس، موضوع بسیار پیچیده‌ای است چون با زوایای آشکار و پنهان وجود ما و همین‌طور زمینه‌های اعتقادی و باورها و همچنین مایه‌های فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی آن چنان درهم تنیده شده است که نوشتن درباره آن ساده نخواهد بود! از طرفی از نگاه بسیاری از متخصصین، مهم‌ترین موضوع روانی مردمان کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، بحث عزت نفس است. به عبارت دیگر چیزی حدود ۴ میلیارد نفر از مردم دنیا با موضوع عزت نفس به عنوان مهم‌ترین موضوع اجتماعی، فردی و روانی خود روبرو هستند. به همین جهت برخی از روانشناسان معتقدند که موضوع عزت نفس (Self-esteem) به‌طور کلی مرز میان سلامتی و بیماری را در دنیای روانشناسی مشخص می‌کند. اما معنی لغوی عزت نفس چیست؟ نفس از نگاه روانشناسی یعنی خود واقعی انسان (Ego)؛ عزت هم به معنای عزیز و گرمی بودن است که با خود بار تقدس دارد.

متأسفانه عزت نفس در بسیاری از فرهنگ‌ها و مخصوصاً در باورهای مذهبی، نادیده انگاشته شده و حتی در مواردی به شدت سرکوب شده است. علت این است که بسیاری از باورها و اعتقادات، قدرت و توانایی خود را به نوعی از زیر پا گذاشتن و پایمال کردن عزت نفس انسان به دست می‌آوردند و انسان را وسیله و قربانی هدف‌های ظاهراً بزرگ ولی در واقع خودخواهانه قرار می‌دهند. از نگاه بسیاری از این باورها، انسان نباید از خود یا من حرف بزند و اگر چنین کند، برچسب تکبر و خودخواهی بر پیشانی‌اش می‌زنند! عباراتی مثل بنده‌ی حقیر صغیر ناچیز بدبخت بیچاره‌ی وامانده که هیچ چیز نیست و سگ آستان است و... را شاید بارها در مراسم‌های مذهبی شنیده باشیم که مشخصاً گویای هم‌چنین نگرشی است. متأسفانه بسیاری از فرهنگ‌ها از جمله فرهنگ خودمان، نه تنها هم‌چنین نگاهی را رد نمی‌کند بلکه تأیید و تشویق هم می‌کند! به‌طور مثال بر اساس گزارش روابط عمومی سازمان صداوسیما که چند سال قبل منتشر شد، بیشترین شکایات و انتقادات مردم از برنامه‌های مجری محور این بود که چرا مجری برنامه انقدر من من می‌کند! واقعیت این است که در چنین فرهنگ‌هایی نشانه‌های بیماری روانی کاملاً آشکار است چون در هم‌چنین نگرشی قرار است انسان اصلاً من نباشد و به جای آن قرار است برده و بنده باشد! این بیماری فرهنگی در



این سؤال، توجه شما را به مطالعه‌ای جلب می‌کنم که دکتر ناتانیل براندن (روان‌درمانگر برجسته) در سال ۱۹۵۰ انجام داد: طبق این مطالعه که از فوریه سال ۱۹۵۰ تا آگوست ۱۹۶۰ به مدت ۱۰ سال بر روی سرگذشت ۱۰۰ هزار نفر از زندانیان و بیماران روانی در سرتاسر جهان انجام شد، نتایج جالبی به دست آمد. بر اساس این مطالعه، تعداد کارهای خوبی که این افراد از سن قانونی تا بازه مطالعه انجام داده‌اند به‌طور متوسط ۱۰ هزار واحد بیشتر از کارهای بد و ناهنجار آن‌ها بود (بر اساس اصول اخلاقی). دقت کنید این اختلاف در رابطه با کسانی است که از نظر اجتماعی بدترین جایگاه‌ها را دارند؛ بنابراین از نگاه علمی چیزی به اسم انسان بد وجود ندارد. به عبارت دیگر ما رفتار بد داریم ولی انسان بد هرگز! برای تحلیل یک انسان باید به برآیند زندگی او نگاه کنیم نه اینکه صرفاً بخواهیم با چند رفتار، کل شخصیت وی را قضاوت کنیم! از طرفی وقتی با یک رفتار ناخوشایند مواجه شدیم باید این احتمال را در نظر بگیریم که شاید ذات آن رفتار غلط نیست و فقط باسلیقه ما همخوانی ندارد. به فرض آنکه ذات عملی هم غلط بود و فردی مرتکب آن شد، باید بدانیم که با یک انسان ناآگاه یا بیمار مواجه هستیم و نه انسان بد! نکته جالب دیگر این است که خوب و خواستنی دانستن خود و دیگران، امنیت و آرامشی حیرت‌انگیز را در انسان به وجود می‌آورد. هر طرز فکری غیر از آنچه گفته شد درست نیست و با خود دغدغه‌های ذهنی فراوان دارد. معمولاً افرادی که در ظاهراً فکر می‌کنند خودشان خوب هستند و دیگران بد، در ضمیر ناخودآگاه، خود را همانند دیگران بد می‌دانند و این یک حقیقت اثبات‌شده است. ایراد دیگر هم‌چنین نگرشی این است که وقتی فرد فکر می‌کند فقط او خواستنی و دوست‌داشتنی است و دیگران این‌گونه نیستند، به‌ناچار درگیر یک حسادت و رقابت بیمارگونه می‌شود تا دوست‌داشتنی بودن خود را اثبات کند در صورتی که اگر انسان اعتقاد داشته باشد که هم او و هم دیگران دوست‌داشتنی هستند دیگر جایی برای حسادت و رقابت وجود ندارد. پس تا اینجا نتیجه گرفتیم که اساس عزت‌نفس بر روی این عقیده استوار است که: «من خوب، خواستنی و دوست‌داشتنی هستم همان‌گونه که دیگران این‌گونه هستند». این عقیده در بطن خود دو چیز را نفی می‌کند:

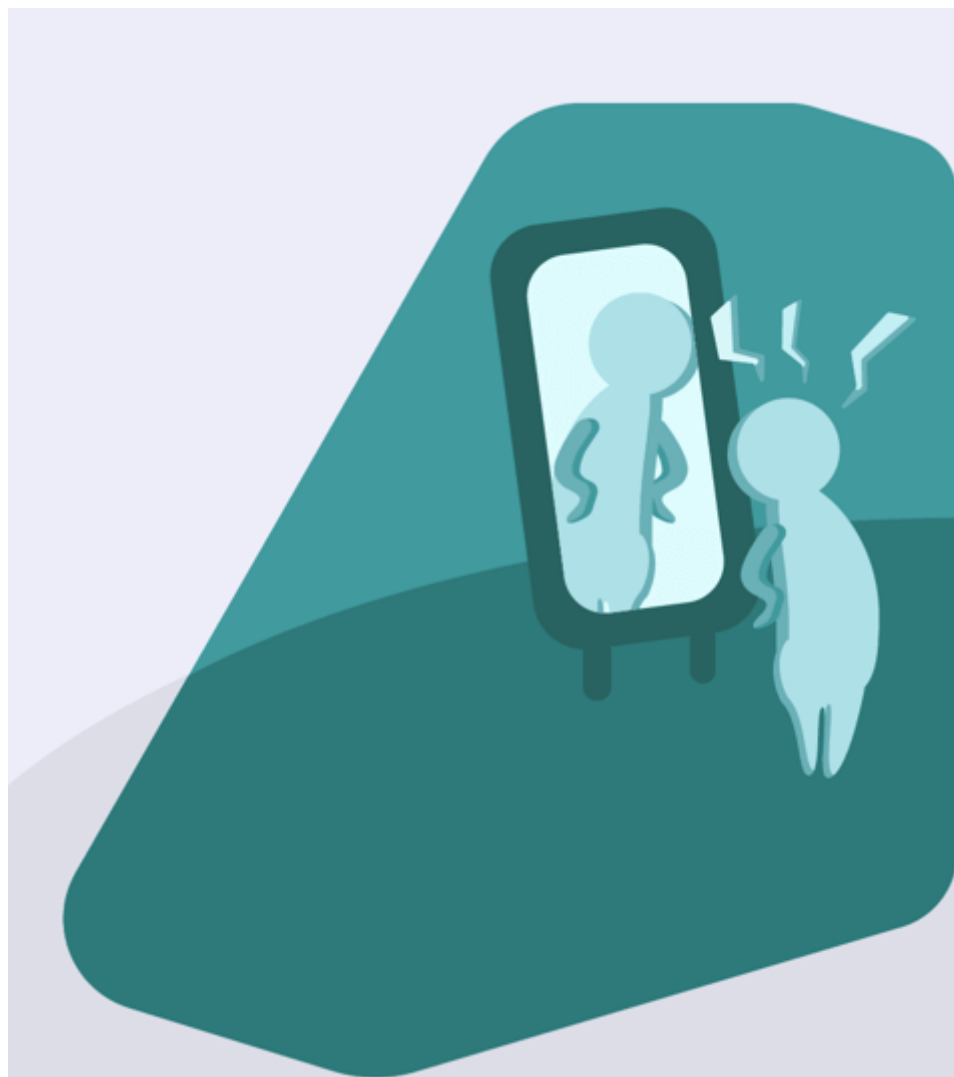
(۱) **خجالت و شرم**؛ یعنی من از آنچه هستم خجالت نمی‌کشم و شرم ندارم. به عبارت دیگر هر آن چه که به من مربوط است مثل سن، قد، وزن، سواد، هوش، پدر، مادر، اتومبیل، خانه و... نباید باعث خجالت من شود.

(۲) **اضطراب و نگرانی در رابطه با دیگران یا هراس اجتماعی (social phobia)**؛ روزی که فرد خود و دیگران را خوب نمی‌داند، به دنیا و جهان به

به‌عنوان انسان باوجود اینکه کار اشتباه و بد می‌کنم اما در کل شخص خوبی هستم.» پایه دوم عزت‌نفس بر روی این نگرش است که «من خواستنی و دوست‌داشتنی هستم». البته هم‌چنین طرز فکری به این معنا نیست که همه یا اکثریت اطرافیان مرا دوست خواهند داشت بلکه به این معناست که حتی اگر ۱ نفر هم عاشقانه مرا دوست بدارد و در کنار او ۶\_۵ دوست صمیمی وجود داشته باشند یعنی من خواستنی و دوست‌داشتنی هستم. نکته بسیار مهم و جالب این است که وقتی انسان به این نقطه می‌رسد که «من خوب و دوست‌داشتنی هستم» ناخودآگاه این نگرش در او به وجود می‌آید که «دیگر آن هم خوب و دوست‌داشتنی هستند». شاید برای شما این پرسش مطرح شود که: «چگونه می‌توان دیگری که دچار فسق و فجور می‌شوند را خوب و دوست‌داشتنی دانست؟!» برای پاسخ به

می‌توان گفت تمام آسیب‌هایی که بشر در طول تاریخ از جنگ‌ها و خونریزی‌ها به خود دیده، فقط و فقط یک دلیل داشته و آن این است که جایگاه و مقام انسان مقدس نبوده در صورتی که تقدس اصلی و اساسی از آن انسان است. انسان قرار نیست به پای هیچ بتی قربانی شود. البته انسان می‌تواند به خاطر ذات انتخاب‌گر خود تصمیم بگیرد که برای یک اعتقاد بمیرد اما هرگز نمی‌تواند از دیگران بخواهد که به خاطر باور و اعتقاد او حتی یک قدم بردارند! احتمالاً با توجه به این مقدمه متوجه شدیم که چرا موضوع عزت‌نفس اهمیت ویژه‌ای دارد. در ادامه به بررسی جزئیات عزت‌نفس می‌پردازیم.

مفهوم عزت‌نفس بر روی دوپایه اصلی استوار است: پایه اول جنبه‌ی فردی است به این معنا که «من انسان خوبی هستم». به عبارت دیگر طرز فکر فردی که عزت‌نفس بالایی دارد این‌گونه است: «من



خود و دیگران را خوب نمی‌داند، به دنیا و جهان به



چشم یک خطر و وحشت بزرگ نگاه می‌کند! افکاری مثل تئوری توطئه دقیقاً از همین‌جا منشأ می‌گیرند و به خاطر همین است که «مرگ بر این و مرگ بر آن» در چنین جوامعی شایع است. بنابراین اگر شما انسان شرم‌منده و خجالت‌زده‌ای هستید یا از مردمان دیگر ترس و وحشت دارید، باید بدانید که در درجه اول خودتان را خوب و دوست‌داشتنی نمی‌دانید، در نتیجه عزت‌نفس کافی ندارید.

در روانشناسی معنای شرم و خجالت را تحت عنوان Toxic shame یا شرم مسموم می‌شناسیم در حالی که در مقابل Toxic shame، عبارتی به اسم Healthy Shame یا حیا وجود دارد؛ بنابراین ما به‌عنوان انسان قرار است حیا داشته باشیم نه شرم و خجالت؛ اما حیا به چه معناست؟ حیا یعنی داشتن پوست روانی! به عبارت دیگر همان‌طور که ما با پوست فیزیکی خود جلوی بسیاری از آسیب‌ها و عفونت‌ها را می‌گیریم، حیا هم حکم پوست روانی را دارد؛ یعنی همان‌طور که من هیچ وسیله‌ی تیزی را در پوست کسی فرو نمی‌کنم (فارغ از جنبه‌های درمانی و جراحی) و از طرفی به کسی اجازه نمی‌دهم که این کار را با من بکند، آدمی که حیا دارد اجازه نمی‌دهد که کسی به حریم روانی او تجاوز کند و از طرفی هم خودش به حریم روانی هیچ‌کس تجاوز نمی‌کند. مصداق بارز انسانی که حیا دارد این است که از طرف مقابلش پرسشی نمی‌کند که باعث ناراحتی وی شود؛ مثلاً هیچ‌وقت نمی‌پرسد که:

چرا ازدواج نمی‌کنی؟! چرا بچه‌دار نمی‌شوی؟! چرا کار نمی‌کنی؟! چرا درس نمی‌خوانی؟! چرا حجابت را رعایت نمی‌کنی؟! و چارهایی دیگر...

باید بدانیم هم‌چنین رفتاری درست مانند این است که انگشتان را در چشم طرف مقابل فرو می‌کنیم! هیچ تبصره و استثنایی هم در این رابطه وجود ندارد حتی برای پدر و مادر! به همین جهت مردمان جوامعی که به حیا رسیده‌اند، پرسش و نظری در رابطه با شما ندارند. در این جوامع کسی برای کار درست و غلط به شما توصیه‌ای نمی‌کند و اگر هم هم‌چنین توصیه‌ای داشته باشد برای خود نگه می‌دارد! این در حالی است که در جوامعی که مفهومی به اسم حیا وجود ندارد، همه باهم کار دارند!

ویژگی قابل توجه در رابطه افرادی که حیا ندارند این است که وجودشان پر از شرم و خجالت است و اتفاقاً تجاوز به حریم شخصی دیگران نوعی مکانیسم دفاعی است که با کمک آن، آتش شرم و خجالت را که از درون بیمار آن‌ها شعله می‌کشد تسلی می‌دهند چون با پیدا کردن عیب و ایراد از بقیه و خجالت‌زده کردن آن‌ها دیگر خود را تنها نمی‌بینند! بنابراین عبارات شرم و حیا که خیلی اوقات باهم استفاده می‌شود درواقع کاملاً متضاد هستند.

پس تا اینجا ۴ نگرش فردی که عزت‌نفس بالایی دارد

را بررسی کردیم:

- (۱) من خوب هستم همان‌طور که دیگران خوب هستند
- (۲) من خواستنی و دوست‌داشتنی هستم همان‌طور که دیگران این‌گونه‌اند.
- (۳) عدم شرم و خجالت از هرچه هستیم و هرچه داریم.
- (۴) عدم نگرانی، ترس و وحشت از دیگران

با توجه به این چهار نگرش اصلی می‌توانیم به نکات جانبی دیگری در رابطه با عزت‌نفس اشاره کنیم:

اول من، من هستم و تو، تو هستی! یعنی من و شما هویت، شخصیت و ماهیتی جدا از هم داریم. انسان سالمی که با اصول درست تربیتی رشد پیدا کرده باشد، معمولاً در سن ۱۸ سالگی به این مفهوم می‌رسد. فرض کنید خانواده‌ای ۷ نفره به این اصل باور نداشته باشند. نتیجه آن خواهد شد که اگر هر روز ۱ نفر ناراحت باشد، هر ۷ روز هفته همه‌ی خانواده ناراحت هستند چون هنوز مرزبندی هویتی در آن‌ها شکل نگرفته است. متأسفانه اکثر فرهنگ‌ها چنین نگرش غلطی را تحت عنوان همدردی، یک فضیلت به حساب می‌آورند! واقعیت این است که در دنیای امروز دیگر جایی برای همدردی وجود ندارد. همدردی درست مانند آن است که شخصی به خاطر سردرد نزد پزشک برود و پزشک بجای حل مشکل، با یک چکش بر سرخود بزند تا هر دو باهم درد بکشند! به عبارت بهتر ما در دنیای امروز باید دواي همديگر باشیم و نه همدرد هم.

دوم همان‌طور که در مقدمه هم اشاره شد، تقدس فقط و فقط از آن انسان است. متأسفانه در بسیاری از فرهنگ‌ها این‌گونه نیست. به‌طور مثال ماجرای مجازات مجرمین، بدون توجه به جرم و بدون توجه به چرایی آن در بسیاری از جوامع به سخت‌ترین شکل ممکن انجام می‌شود. مجازات بی‌رحمانه‌ای مثل شلاق، سنگسار، شکنجه، سوزاندن، قطع دست و انواع و اقسام اعدام کاملاً گویای این موضوع است. گویی انسان اسباب‌بازی است و هر وقت خراب شد می‌توان آن را باز یافت یا اوراق کرد! تمامی این مجازات‌ها نشان‌دهنده‌ی یک نگرش بیمارگونه‌ای است که عزت انسانی در آن معنایی ندارد. تنها مجازات قابل قبول بر اساس اصول انسانی زندان است

آن‌هم با رعایت حداقل امکانات نه با اهداف تلافی جویانه بلکه باهدف جدا کردن فرد بیمار از جامعه تا به خود و دیگران آسیب نزنند. باید بدانیم هیچ انسان سالم و آگاهی مرتکب جرم‌های بزرگ نمی‌شود بنابراین بدیهی است که حضور جلاد و شکنجه‌گر در زندان‌ها معنایی ندارد و بجای آن‌ها باید یک گروه پزشکی متشکل از روانشناس، روان‌پزشک و نورولوژیست جایگزین شوند. مگر ما بیماران جسمی را شکنجه می‌کنیم که بخواهیم بیماران روانی را شکنجه کنیم؟!

سوم ما به‌عنوان انسان باهم برابر هستیم. مفهوم برابری (Equality) یعنی امکان استفاده‌ی مساوی از امکانات و فرصت‌ها بدون در نظر گرفتن جنسیت، نژاد، دین و...

بین تمامی اصول عزت‌نفس این مورد از بقیه پیچیده‌تر است به‌طوری که شاید صدها صفحه فقط درباره همین یک مورد نوشت!

چهارم ما انسان‌ها در بسیاری از موارد درست مانند هم هستیم که باعث اصلی به نام «صل یكسانی» می‌شود. به‌نوعی می‌شود گفت که این مورد هم بر روی مورد قبل تأکید می‌کند. به‌طور مثال در رابطه با پناهندگان بیچاره‌ای که از کشورهای خود آواره شده‌اند، باید بپذیریم دردی که آن‌ها از گرسنگی و تشنگی می‌کشند درست مانند دردی است که من و شما در شرایط مشابه می‌کشیم. فهم این موضوع انسان را از باورهای غلطی مثل ناسیونالیسم افراطی خلاص می‌کند.

پنجم من به‌عنوان انسان ارزش و اهمیت خودم را دارم، همان‌طور که شما هم ارزش و اهمیت خودتان را دارید؛ یعنی هیچ انسانی ارزش بیشتری نسبت به انسان دیگر ندارد. به‌عنوان مثال همان‌طور که وقت من ارزش دارد، وقت شما هم ارزش دارد. هیچ فرقی نمی‌کند که من دندان‌پزشک باشم یا دستیار یا بیمار؛ چراکه نبود هر یک از این افراد سیستم را به‌طور کلی برهم می‌زنند. ادامه دارد...

**\*برگرفته از «کتاب عزت‌نفس» نوشته‌ی دکتر ناتانیل براندن و «کتاب ارزشیابی شخصیت» نوشته‌ی دکتر حمزه گنجی (همراه با تلخیص)**



تنظیم:  
عرفان افخمی  
دندانپزشکی ورودی ۹۷

مصاحبه گر:  
میلااد باصری  
دندانپزشکی ورودی ۹۵



## معرفی رشته‌ها

این قسمت:

## بیماری‌های دهان و فک و صورت



عزیزان، با چند و چون و جزئیات رشته تخصصی‌شان، چالش‌ها و مسیری که برای رسیدن به جایگاه کنونی‌شان آن را طی کرده‌اند آشنا شویم. به این منظور در بخش دوم معرفی رشته‌ها به سراغ بخش بیماری‌های دهان و فک و صورت، رشته‌ای که قرابت زیادی با رشته‌های پزشکی دارد، رفته ایم و پای صحبت‌های دکتر تقوی و دکتر جوادزاده نشستیم.

با توجه به اینکه هرساله شاهد سردرگمی دانشجویان سال آخر در انتخاب رشته برای مقطع دکتری تخصصی هستیم و از طرفی هم دانشجویان سال پایینی مشتاق به داشتن اطلاعات در مورد تک تک رشته‌های تخصصی دندانپزشکی هستند بر آن شدیم تا با مصاحبه‌ای صمیمانه با یکی از اساتید و یکی از رزیدنت‌های هر بخش تخصصی دانشکده، ضمن آشنا شدن با این



## با عرض سلام و ادب، آقای دکتر لطفا خودتان را معرفی بفرمایید

بنده دکتر علی تقوی زنوز هستم که اصالتم هم از نام خانوادگی ام مشخص است و بنابراین آخرین سؤال شما را همین اول جواب دادم. اصالتاً اهل زنوز هستم و متولد ۱۳۴۶ یعنی تقریباً ۵۳-۵۴ سالم می شود. ورودی دوره ی عمومی سال ۱۳۶۴ دانشگاه شهید بهشتی هستم. سال ۱۳۶۹ فارغ التحصیل شدم و سال ۱۳۷۰ به خدمت سربازی رفتم و سال ۱۳۷۲ بلافاصله تخصص بیماری های دهان و دندان در دانشگاه تهران قبول شدم و تا سال ۱۳۷۵ در آن مشغول به تحصیل بودم و همان سال هم به دانشگاه تبریز آمدم و دارم در دانشگاه تبریز خدمت می کنم.

## انگیزه تان از اقدام به ادامه تحصیل در مقطع تخصص چه بوده است؟

من همیشه رشته های دندان پزشکی و پزشکی را دوست داشتم. دوره ی تحصیل استادی داشتم به نام دکتر احمد قائم مقامی که فوق العاده باسواد بودند و من به ایشان بسیار علاقه مند بودم. کتابی را

نوشته بودند که رفرنس رادیو عمومی ما بود و من دیدم که این پل ارتباطی بین رشته های پزشکی و دندان پزشکی با رشته های تخصصی دندان پزشکی مثل اندو و ترمیمی آموزش خوبی داریم در حالی که وقتی بیماری با کارهای پزشکی مثلاً با مشکل فشارخون مراجعه؛ ما اطلاعات کافی نداشتیم. در حالیکه هم علاقه داشتیم هم احساس نیاز می کردم؛ این رشته پیش من جلوه ی خوبی پیدا کرد و به آن علاقه مند شدم و شروع کردم به مطالعه ی بیشتر در زمینه ی آن تا اینکه بالاخره در آن قبول شدم.

## اگر به گذشته برگردید؛ دوباره همین انتخاب را خواهید کرد؟

سؤال خیلی سختی پرسیدید که خیلی وقت ها نمی توان به آن ها جواب داد. من به این رشته خیلی علاقمندم و با وجود ناملایماتی که در کشور ما (نمی دانم که در کشورهای دیگر هم اینطور است یا نه) نسبت به این رشته وجود دارد؛ من این رشته را خیلی دوست دارم رشته ی نوپایی است و امیدوارم

که این مشکلات روز به روز کمتر شود و رزیدنت ها و جوانانی که وارد این رشته می شوند؛ با مشکلات کمتری بتوانند دوره ی این رشته را بگذرانند. این رشته رشته ی بسیار جالبی است. بله من علاقه مند به رشته های ترمیمی و اندو هم هستم و هنوزم که هنوز است بیشترین کارهایی که در مطب انجام می دهم؛ ترمیم، اندو، پروتز و جراحی است که خب جراحی تا حدودی به رشته ی ما هم مربوط می شود ولی هنوز هم رودست همه ی این ها بیماری های دهان و دندان را دوست دارم.

## در مورد نکات مثبت و منفی رشته تان که اشاره کوچکی به آن داشتید؛ بیشتر توضیح دهید.

خب خود رشته که به خودی خود نکته ی منفی ندارد. مطلب اینجاست که در کشورهایی که در علم پزشکی پیشرفته هستند؛ دوره ی آموزشی در بیمارستان انجام می شود و خوشبختانه در کشور ما هم رزیدنت های بیماری های دهان و دندان؛ دوره های زیادی را در بیمارستان می گذرانند. تا حدودی آموزش در کشور



در کشورهایی که در علم پزشکی پیشرفته هستند؛ دوره‌ی آموزشی در بیمارستان انجام می‌شود و خوشبختانه در کشور ما هم رزیدنت‌های بیماری‌های دهان و دندان؛ دوره‌های زیادی را در بیمارستان می‌گذرانند. تا حدودی آموزش در کشور ما وابسته به این است که چه استاد و شخصی آموزش دهنده خواهد بود. کسانی که آشنایی بیشتری با این رشته دارند، رزیدنت‌های ما را جدی‌تر می‌گیرند و جدی‌تر به آن‌ها آموزش می‌دهند و توانایی‌های آنان را افزایش می‌دهند.

باشند که نیازمند آموزش خیلی بالاتر است.

### مشکلات شما به عنوان اعضای هیات علمی با دانشجویان، مسئولین، رزیدنت‌ها و سایر اساتید چه هستند؟

تصور من از دانشکده‌ی دندان پزشکی این است که مسئولین، دانشجویان، اساتید و هیات علمی مثل یک گروه ارکسترند. یک نفر موسیقی را نوشته است که درواقع کوریکولوم آموزشی است و ماها داریم آن را اجرا می‌کنیم و یک رهبری هم در آن داریم که رهبر ارکستر است. ارکستر خوب به عنوان متخصص بیماری‌های دهان و دندان این نیست که من بیایم بیماری‌های دهان و دندان را خیلی تقویت کنم ولی بقیه ضعیف باشند و در این میان ساز ناکوکی ایجاد شود. ارکستر زمانی خوب ساز می‌زند که همه به طور همزمان پیشرفت داشته باشند و پیشرفت‌شان هم چندبعدی باشد. هم آموزشی، هم پژوهشی و ... ما الان خیلی از ملاک‌هایی را که به عنوان ملاک‌های ارتقای دانشجو و دانشکده و وضعیت آن مطرحند؛ بیشترشان پژوهشی‌اند. من تصورم این است که پژوهش یک قسمتی است که هیچ اولویتی نسبت به آموزش ندارد. شاید هم هیچکدام این‌ها اولویتی نسبت به درمان نداشته باشند. صرف نظر از اینکه رییس دانشکده و دانشگاه در چه رشته‌ای تحصیل می‌کند؛ موقعی که به عنوان مسئول قرار می‌گیرد؛ بهتر است همه را به یک چشم نگاه کند و همه را تقویت کند؛ این نکته‌ی اول. فرقی هم نمی‌کند این رشته بیماری‌های دهان باشد یا رشته‌ای دیگر. نکته‌ی دیگر اینکه وقتی می‌خواهیم دانشکده‌ی خودمان را با دانشکده‌های دیگر مقایسه کنیم؛ نباید رشته‌ای مثل بیماری‌های دهان و دندان را به عنوان رشته‌ی علوم پایه حساب کنیم. البته علوم پایه هم کاملاً ارزش خاص خودش را دارد اما این رشته، کاملاً یک رشته‌ی بالینی است. مسالهی دیگری که خیلی از دانشکده‌ها آن را حل کرده و خیلی هم هنوز حل نکرده‌اند؛ اینست که پذیرش بیمار را خیلی‌ها با بخش

مبتلا به فشار خون است را بلد باشد. حالا از میان اساتید آن‌هایی که با این رشته آشنایی بیشتری داشته و در مطب بیماران مراجعه کننده‌ی مبتلا به بیماری‌های سیستمیک را داشته یا خودشان آن‌ها را دارند؛ وقتی به عنوان آموزش دهنده قرار می‌گیرند؛ خیلی خوب دانشجویان و رزیدنت‌های ما را آموزش می‌دهند. ولی آن‌هایی که کمتر این آشنایی را دارند؛ شاید نتوانند آن آموزشی را که برای رزیدنت ما لازم است؛ فراهم کنند. با توجه به مشکلاتی که آموزش در خودشان دارند؛ از نظر تعداد هیات علمی و اینکه سرشان شلوغ است و بیمارانی که دارند؛ شاید صرف اینکه ما کوریکولوم را جلوی آن‌ها گذاشته و به آن‌ها بگوییم ما این موارد را از شما می‌خواهیم، امکان پذیر نباشد. امیدوارم روزی این مشکلات کمتر شده و رزیدنت‌هایی که توانمندی‌های بیشتری دارند، آموزش ببینند. خیلی از کشورها را اگر نگاه بکنید؛ بیماری‌های دهان در داخل دانشکده چند تا اتاق و یونیت دارد و جای اصلی آن در بیمارستان است و حتی برای خودشان تخت بیمارستانی دارند و جدای مشاوره‌هایی که در بخش‌های دیگر ارائه می‌کنند؛ برای خودشان بخش بیماری‌های دهان و دندان دارند و بیماری که نیاز به بستری دارد را بستری کرده و درمان می‌کنند و مشاوره‌های لازم را نیز از بخش‌های دیگر می‌گیرند. در کشور ما به این گستردگی این خدمات ارائه نمی‌شود و امیدوارم یک روزی اینگونه شود. البته داریم نزدیک می‌شویم؛ همکاران جوانی داریم که در سرتاسر کشور خیلی خوب فعالیت می‌کنند. هرچه این رشته بیشتر به بقیه شناسانده شود؛ بقیه‌ی رشته‌های پزشکی هم فکر کنم استقبال کنند و زمینه‌های همکاری بیشتر شود.

### احیاناً در کشورهای دیگر که از رشته‌ی پزشکی به این تخصص نمی‌روند؟

نه من چیزی نشنیده‌ام، از رشته‌ی دندان پزشکی می‌روند اما در برخی کشورها اجازه می‌دهند پزشک \_ دندان پزشک با تخصص بیماری‌های دهان و دندان



ما وابسته به این است که چه استاد و شخصی آموزش دهنده خواهد بود. کسانی که آشنایی بیشتری با این رشته دارند، رزیدنت‌های ما را جدی‌تر می‌گیرند و جدی‌تر به آن‌ها آموزش می‌دهند و توانایی‌های آنان را افزایش می‌دهند. متخصص بیماری‌های دهان و دندان نه متخصص داخلی، نه پوست و نه خون است. به عنوان مثال شما می‌خواهید به شهری مثل اصفهان بروید و چند قلم کالا تهیه کنید. یک وقت است که یک نقشه دست شما می‌دهند و شما کل شهر اصفهان را می‌گردید تا آن کالاها را تهیه کنید. یک وقت هم هست ۵ تا ۱۰ آدرس به شما می‌دهند و به شما می‌گویند فلان کالا را از اینجا تهیه کن و فلان را از اینجا. متخصص بیماری‌های دهان و دندان هم یک هم چنین چیزی است. نمی‌شود که در آن واحد هم پوست بلد باشد، هم داخلی، هم زنان؛ اما در عین واحد باید آدرس‌هایی را بتواند از آنجا بردارد و بیاورد تا استفاده کند. ما هیچوقت نمی‌توانیم بگوییم که یک متخصص بیماری‌های دهان و دندان به اندازه‌ی یک متخصص قلب از فشار خون اطلاع دارد اما باید نحوه‌ی مواجهه با یک بیمار دندان پزشکی که



بیماری‌های دهان و دندان اشتباه می‌کنند. شما باید بخشی را داشته باشید که در آن یک متخصص بیماری‌های دهان و دندان، دندان‌پزشک عمومی و متخصص بخش‌های مختلف حضور داشته باشند به‌عنوان پذیرش بیمار و آن بخشی از کار دانشجویی که وقتی مربوط به بخش بیماری‌های دهان و دندان می‌شود؛ به آن ارجاع بدهند. الان قسمت عمده‌ی وقت دانشجویی را این می‌گیرد که این مثلاً دندان پوسیده؛ چگونه بایستی ترمیم شده و فرستاده شود بخش ترمیمی. من کتب تخصصی بیماری‌های دهان و دندان را معرفی می‌کنم مثل کتاب فالاس و برخی کتب رادیولوژی که ما از آن‌ها کمک می‌گیریم مثل وایتاند فارو یا کتب مختلفی که در پاتولوژی استفاده می‌شود. شما این کتاب‌ها را از اول تا آخر مطالعه بفرمایید. به‌جز بیماری‌های سیستمیک؛ در مورد افراد سالم شما یک پاراگراف هم نمی‌توانید پیدا کنید متخصص بیماری‌های دهان و دندان تخصصش این است که آموزش دهد که اندیکاسیون ترمیمی چیست یا مثلاً چه دندان‌هایی را باید روت کانال تراپی کرد یا مثلاً چه دندان‌هایی اندیکاسیون کشیدن دارند یا مثلاً چه بیمارانی را برای جرم‌گیری یا حذف پلاکت بفرستیم. نداریم ما چنین چیزی را چون این‌ها در بخش‌های دیگری آموزش داده می‌شوند. تنها موردی که داریم این است که مثلاً در مورد بیماری که مثلاً عمل پیوند عضو انجام داده؛ مثلاً چه دندان‌هایی را باید نگه داریم، کدام‌ها را درمان کرده و کدام‌ها را بکشیم. برای این افراد با جزئیات ذکر شده اما در مورد افراد سالم اینگونه نیست. آموزشی که در دانشکده‌ی دندان‌پزشکی تبریز و دانشکده‌های دیگر کشور داده می‌شود، این است که مثلاً شما باید ترمیمی، اندو و فلان کار بروید؛ کاری که به هیچ عنوان ارتباطی با رشته‌ی تخصصی ما ندارد. اسکرینینگ بیمار از جزو کوری‌کولوم هست اما در این حد که این بیمار پوسیدگی دارد و فلان؛ خیلی خب ولی اینکه من بیمار را ارجاع دهم؛ ارجاع بیمار به هیچ عنوان نه جزو کوری‌کولوم عمومی و نه تخصصی است که قسمت زیادی از وقت ما را می‌گیرد. من باید که برای یک دانشجوی جمع کنم و راجع به یک بیمار به او توضیح بدهم که این بیماری که در سر کلاس نظری مثلاً در مورد لوکوپلاکیا گفتیم؛ بیمارشی اینجاست و نحوه‌ی مقابله با مشکلاتی که دارد؛ مثلاً نیم ساعت نیم ساعت زمان ببرد و بعد از اینکه بیمار را مرخص کردم نیز توضیح مفصل‌تری بدهم که دانشجوی در ذهنش بنشیند که نظری که خواندم؛ الان عملیش برایم پیش آمد و تمرین کردم و مثل هر چیز دیگری که اینگونه آدم یادش می‌ماند؛ ممکن است تا آخر عمر یادش بماند. یکی از مشکلات اصلی ما در دوره‌ی عمومی در نظر گرفتن بخش دیگری برای اسکرین بیمار و ارجاع آن‌هاست که اصلاً جزو بیماری‌ها دهان و دندان نیست؛ که فرصت مناسب پیش بیاید که مثلاً من هیات علمی بتوانم

به طور مناسب آموزش دهم و قسمت آموزش در کل دانشگاه پرنسپل شده است؛ کما که پژوهش هم خیلی مهم است و کل پیشرفت علم وابسته به این است که شما پژوهش کنید و تا چه حدی ادامه دهید؛ همه‌ی این‌ها را قبول دارم اما آموزش پزشکی و نحوه‌ی ارائه‌ی درمان هنوز سر جای خودش هست و آن‌ها نباید کم‌رنگ شوند.

**درست است آقای دکتر؛ این وسط سؤال دیگری هم برای من پیش آمد چونکه قرار است مصاحبه‌ی دیگری هم با آقای دکتر نگاهداری داشته باشیم؛ تقریباً ۳ سال پیش ما در همین نشریه‌ی خودمان در مورد بخش متمرکز تشخیص نوشتیم که مثلاً تشخیصی داده شود و فلان؛ در عین این که این بعداً ادامه پیدا نکرد. در حالی که یکی از اصلی‌ترین برنامه‌های آموزشی دانشکده بود. می‌خواهم حالا کمی در آن باره اگر ممکن است صحبت کنیم.**

شما هر کاری را که بخواهید انجام دهید؛ قبلاً باید امکانات حمایتی و پشتیبانی داشته باشید. ما دانشجویهای دوره‌ی عمومی را آوردیم اینجا و الان دارند دوره‌ی بخش بیماری‌های دهان و دندان را می‌گذرانند. منتها قرار شد که مثلاً این‌ها بایبند این جا و مثلاً ترمیمی آموزش ببینند. خیلی از بچه‌ها استقبال می‌کردند که مثلاً ما داریم اینجا ترمیمی یاد می‌گیریم در حالی که این آموزش بایستی در بخش ترمیمی داده شود. اول از همه در کوری‌کولوم بایستی به این نگاه شود که من چه چیزی می‌خواهم به دانشجویانم ارائه بکنم. این‌ها قرار بود یک مدت کوتاهی به اینجا بیایند و دوره‌ای را به‌عنوان pilot study داشته باشیم به مدت یک هفته و بعد بر اساس آن نقاط ضعف و قوت تشخیص داده شده و

بعد امکانات پشتیبانی برای بخش گذاشته شود که خب این فعالیتش خیلی طولانی شد و یکی دو ترم طول کشید. اولاً برای ما ارائه‌ی هم‌چنین چیزی بسیار مشکل بود. از بخش‌های مختلف اساتید مختلف به اینجا آمدند. بی‌نهایت از همه‌شان تشکر می‌کنم. سعی می‌کردند همکاری کنند ولی خب در بخش که بودند خیلی دیر می‌رسیدند و باید از ۹ تا ۱۲ صبح در بخش‌ها حضور می‌داشتند. نمی‌شد؛ بخش ما جا نداشت برای این همه دانشجو و هیات علمی؛ منتها آوردند بخش معاینه‌ی خودشان را تعطیل کردند و گذاشتند در بخش بیماری‌های دهان و دندان. در واقع اینکار اجرا شد و به‌جای اینکه معاینات را در بخش خودشان انجام دهند؛ آوردند در بخش بیماری‌های دهان. شما فرض کنید که از بخش ترمیمی، پروتز اندو، ... حالا جراحی کمتر؛ در کل ۵-۶ تا بخش؛ بخش معاینه‌شان را تعطیل کردند و آوردند گذاشتند این جا. یک ناهماهنگی خاصی ایجاد شد و به شکل خیلی نامطلوبی اجرا شد. من امیدوار بودم که خیلی از این بهتر باشد. به هیچ عنوان امکانات پشتیبانی گذاشته نشد. اصلاً بخشی نبود که بخش بیماری‌های دهان و دندان باشد؛ چرا باید این بخش‌ها در بخش بیماری‌های دهان و دندان یک بخش مستقل باشد؛ خب حالا این‌ها نزدیک بخش بیماری‌های دهان و دندان باشند؛ خیلی هم عالی است؛ شما بگویید که مثلاً اصول این است که بیمار این جا راه خیلی زیادی را نرود و سردرگم نشود و این‌ها؛ خب سرچایش است اما به این شکل اصلاً موافق نبودم؛ بی‌نهایت مشکل بود و خب مسوولین لطف کردند و به طور موقت تعطیل شد. انشالله امکاناتش بیاید. هیات علمی باید خودش اعضای مستقلی داشته و دانشجو برایش تعریف شده باشد و من دانشجوی بیماری‌های دهان و دندان را نمی‌توانم از بخش به آنجا بدهم که کار

سیستمیک و زمینه‌ای دارد و می‌خواهد برایش کار بکنید. این کار خطرناکتر است. علی‌رغم این مطالبی که به شما گفتم؛ تا به حال به طور دقیق در تعریفات تخصصی هیچ کدام از این‌ها به طور سیستمیک وارد نشده و رشته‌ی بیماری‌های دهان اصلاً به آن شکل متأسفانه خوب دیده نشده. درحالی‌که واقعاً این یاز جامعه است.

شما به‌عنوان متخصص بیماری‌های دهان قطعاً برای افرادی که مثلاً بیماری گوارشی دارد؛ وقتی می‌خواهید کار کنید؛ هم با خطرات بیشتری مواجه‌پسود هم قبل و بعد و حتی در حین کار لازم است که تمهیدات و زمان بیشتری را صرف بکنید؛ ولی این هم دیده نشده و از نظر درآمدی متأسفانه آن چیزی که باید دیده می‌شده؛ دیده نشده و خب این هم یک انگیزه‌ای است؛ به هر حال خودتان هم دارید می‌گویید که دانشجویان انگیزه‌هایشان این است که کاری شرافتمندانه با درآمدی مناسب داشته باشند؛ من اصلاً این را چیز بدی نمی‌بینم. حالا یک موقع هایی هست که یک نفر صرفاً با دید اقتصادی نگاه می‌کند؛ خب کار واقعاً درستی نیست اما اینکه شما یک کار شرافتمندانه داشته باشید؛ به خصوص اگر بیمه‌ها تقویت شوند و بیمار وقتی به شما مراجعه می‌کند؛ ارتباط مالی بین پزشک و بیمار قطع شود و بیمار باید و پزشک او را ببیند و کارش برایش انجام شود و شما هم صرفاً یک امضا بکنید برایش و بعد خودتان بدانید و بیمه؛ این بهترین حالت است که خب شاید تا آنجا فاصله‌ی زیادی باشد. ولی به هر حال اگر کسی می‌خواهد درآمد شرافتمندانه و خوبی داشته باشد و خدمت خوبی ارائه بکند و درآمد خوبی هم داشته باشد؛ خب به نظر من کار بدی نیست کاری که همه‌ی ماها؛ همه‌ی پزشکان ایران داریم این کار را انجام می‌دهیم. آن اندازه‌ای که متخصص بیماری‌های دهان و دندان وقت می‌گذارد و خطراتی که خودش و بیمار دارد را تحمل می‌کند؛ نه؛ اینکار دیده نشده...

### پتانسیل کار تحقیقاتی در رشته‌ی شما چگونه است؟

خیلی زیاد است. با توجه به گستردگی بسیار زیاد این رشته؛ ما خیلی از تحقیقاتی را که انجام می‌شود؛ با پزشکی انجام می‌دهیم؛ پایان‌نامه‌ها و کارهای تحقیقاتی خیلی زیادی را انجام داده‌ایم به شکل همکاری با آن‌ها. خود رشته‌ی ما بعد دیگری که دارد؛ تشخیص ضایعات دهانی است که صرفاً در دهان دیده می‌شوند یا به‌عنوان جزئی از یک بیماری کلی‌تر که اثلین نمود یا یکی از نمود هایشان در داخل دهان باشد یا مشکلات TMJ، غدد بزاقی؛ به هر حال دامنه‌ی کار ما خیلی زیاد است. من فقط گوشه‌ای از آن را در پاسخ به سؤال قبلی شما اشاره کردم و ابعادی هم که از نظر درمانی و هم پژوهشی می‌توان روی آن کار کرد؛ خیلی زیاد است.



در بخش بیماری‌های دهان چه چیزی را به شما آموزش می‌دهند؟ در این بخش دیگر به شما یاد نمی‌دهند چگونه ماشین را راه بیندازید؛ می‌گویند در جاده‌ی کوهستانی که قرار گرفتید چه کار کنید، در جاده‌ای اگر برف بارید چه کار کنید، در جاده‌ای که سرایشی یا سرپایینی است چگونه رانندگی کنیم که با کمترین خطر مواجه شویم؛ بنابراین من نمی‌آیم به شما یاد دهم که پوسیدگی که در بخش ترمیمی ترمیم می‌کنید چیست؛ می‌گویم این بیماری که پوسیدگی‌اش را ترمیم می‌کنید؛ اگر فشار خون داشت باید چه کار کنید یا بیماری که می‌خواهید برایش پروتز بگذارید؛ اگر بیماری خونریزی دهنده داشت بایستی چه کار بکنید؛ منظورم این است.

### وضعیتش چگونه است؟

خب مشخص است دیگر خیلی افرادی که در رشته‌های دیگر کار تخصصی می‌کنند؛ از نظر درآمد در کشور ما بالاترند نسبت به بیماری‌های دهان و دندان. من فکر می‌کنم علم چیزی است که نمی‌توان آن را به یکی دو رشته منحصرش کرد. بعضی وقت‌ها کاری که شما انجام می‌دهید ممکن است خطرات خیلی زیادی را برای شما یا بیمارانتان داشته باشد. در رشته‌ی بیماری‌های دهان فرض کنید که شما می‌خواهید برای بیماری که مبتلا به بیماری قلبی است؛ همان کار دندان‌پزشکی را انجام دهید. من برای دوستانم یک مثال بزنم؛ شما فرض کنید در زمینه‌ی دندان‌پزشکی مثل موسسه‌ی آموزش رانندگی؛ در بعضی بخش‌ها روشن کردن ماشین، در بعضی نگه داری از ماشین، در بعضی اینکه چطور موتور را راه بیندازید، ماشین را نگه دارید، دور میدان دور بزنید. در بخش بیماری‌های دهان چه چیزی را به شما آموزش می‌دهند؟ در این بخش دیگر به شما یاد نمی‌دهند چگونه ماشین را راه بیندازید؛ می‌گویند در جاده‌ی کوهستانی که قرار گرفتید چه کار کنید، در جاده‌ای اگر برف بارید چه کار کنید، در جاده‌ای که سرایشی یا سرپایینی است چگونه رانندگی کنیم که با کمترین خطر مواجه شویم؛ بنابراین من نمی‌آیم به شما یاد دهم که پوسیدگی که در بخش ترمیمی ترمیم می‌کنید چیست؛ می‌گویم این بیماری که پوسیدگی‌اش را ترمیم می‌کنید؛ اگر فشار خون داشت باید چه کار کنید یا بیماری که می‌خواهید برایش پروتز بگذارید؛ اگر بیماری خونریزی دهنده داشت بایستی چه کار بکنید؛ منظورم این است. خب شما فرض کنید که یک بیمار سالم به شما مراجعه می‌کند و می‌خواهد که برایش کار دندان‌پزشکی انجام دهید؛ یک وقتی هم هست که بیمار بیماری

اجرا شود. بایستی فرصت جداگانه‌ای در نظر گرفته شود تا دانشجوی آموزش ببیند و خیلی خوب هم می‌شود. من اصلاً راضی نبودم؛ به هیچ عنوان اصلاً دوره‌ی خوبی نبود.

### شما انگیزه‌تان را از تخصص خواندن گفتید؛ انگیزه‌تان از هیات علمی شدن چه بود؟

من همیشه آموزش دادن را دوست داشتم. دوره‌ای که خودم تحصیل می‌کردم؛ خیلی سؤالات برایم پیش آمد ولی خیلی طول کشید تا آن سؤالات را جواب بدهم. دلم می‌خواست این سؤالات را بدون این که کسی از من بپرسد مطرح کنم و تجربه‌ی خودم را که از اول خیلی کمتر بود و بعداً خب به‌مرور زمان بیشتر شد و همیشه هم اینگونه است؛ دانشجویان هم بدانند و بدون مشکلاتی که من داشتم و راه‌های آزمون و خطایی که من رفتم؛ از تجربه‌ی کس دیگری استفاده کند و علاقه و خواست من بوده همیشه که به‌عنوان هیات علمی فعالیت کنم.

### تدریس چه مبحثی برای شما شیرین‌تر و دلچسب‌تر بوده؟

خب من قلباً به همه‌ی چیزهایی که تدریس می‌کنم علاقه‌مند هستم و اینکه چیز خاصی را بگویم نه؛ هم ضایعات هم بیماری‌ها همه‌ی این‌ها خوب بوده و چیز خاصی که بخوام انتخاب کنم نه؛ نبوده و فرق خاصی برای من نداشته‌اند.

خب ما می‌دانیم که دید اکثر دانشجویانی که می‌آیند دندان‌پزشکی و همچنین دید جامعه؛ دید اقتصادی است و پولسازی و این‌ها. از لحاظ اقتصادی رشته‌ی شما نسبت به سایر رشته‌ها



شخص بنده می بینم.

**\_ آقای دکتر به نظر شما یک دندان پزشک به جز وظایفی که در بالین، آموزش و ... دارد؛ وظیفه‌ی اجتماعی هم بر دوش دارد؟**  
منظور تان از وظیفه‌ی اجتماعی؟

**\_ مثلاً یک تعهد اجتماعی به جز رشته‌ی خودش؟**

خب حتماً هرکسی وظیفه‌ی اجتماعی خودش را باید ایفا کند اما چیز خاصی به عنوان دندان پزشک به ذهنم نمی‌رسد. من فکر می‌کنم یک چیزی که بهتر بود در دوره‌ی آموزشی برای همه‌ی ما می‌گذاشتند؛ یک قسمت آموزش مهارت‌های اجتماعی بود و یک قسمت هم آموزش مهارت‌های بهداشتی بود. خیلی موقع ها ما آموزش صرفاً درمانی نداشتیم ولی انتظار داریم دندان پزشک عمومی به عنوان مثال هم توانایی بهداشتی، هم توانایی پژوهشی، هم توانایی درمانی و هم توانایی اجتماعی کسب کند که خوب نمی‌شود. من اعتقاد هر چیزی را اگر شما بخواهید به نتیجه‌ی مطلوبی برسد؛ قبلش بایستی آموزش داده شود. آن موقع نتیجه‌ی بهتری می‌گیریم. آموزش هم باید تک بعدی نباشد و چند بعدی باشد؛ با استفاده از تمام چیزهایی که تمام دنیا به آن رسیده و سرش تفاهم و توافق دارد. شما یک موقع نقاشی‌ای را نگاه می‌کنید که واقعاً زیباست و هرکسی آن را نگاه می‌کند می‌گوید زیباست اما وقتی آموزش می‌بیند که این نقاشی فلان سبک است، فلان ماده در نقاشی‌اش استفاده شده است، این نقاش به این نکات توجه کرده است و فلان؛ یک بار دیگر که نگاه می‌کنید؛ زیبایی آن نقاشی در ذهن شما چندین برابر می‌شود. همین طور راجع به یک شعر یا موسیقی. چیزهای هنری این طوری است. چیزهای اجتماعی هم فکر می‌کنم که این طوری است؛ اگر ما خوب آموزش ببینیم؛ از دوره‌ی دبستان تا دانشگاه و به مرور آن را تقویت کنیم؛ قطعاً فکر می‌کنم که نتیجه می‌گیریم. چیز خاصی من به عنوان دندان پزشک نمی‌توانم بگویم؛ بالاخره ما یک گروه از کادر درمان و کادر بهداشت در کشور هستیم که هر جا می‌نشینیم؛ مردم سؤالات خیلی زیادی را از ما می‌پرسند ولی واقعاً اینکه نقش اجتماعی ما این باشد؛ نقش معتقدم که نقشی اجتماعی همه‌ی ما در کنار هم این است. مطمئناً دانشجوی دندان پزشکی پشتکار خیلی زیادی داشته است که توانسته این دوره را بگذراند و هم هوش زیادی داشته است که توانسته است که کنکور را با آن همه سؤالات متنوع که فقط از پزشکی و دندان پزشکی نمی‌پرسند بلکه از فیزیک و زبان و عربی و ... هم می‌پرسند؛ با موفقیت پشت سر بگذارد؛ به همین خاطر قابلیت بسیار

بیمار می‌دانند و ارزش و احترامی که برایش قائل بودند؛ در بخش خون آقای دکتر جهانی واقعاً اساتید بزرگی بودند. واقعاً اینکه صرفاً اسم یک نفر را بخواهم ببرم؛ فکر می‌کنم اصلاً کار درستی نیست. خیلی من از اساتید بزرگی استفاده کردم؛ خیلی بزرگ.

**\_ آقای دکتر؛ خاطره‌ای هم دارید از دوران دانشجویی و دوره‌ی استادی و تدریستان؛ خاطره‌ای که همیشه در یادتان مانده باشد.**

خیلی زیاد است؛ باید الان حضور ذهن داشته باشم؛ اگر از قبل می‌گفتید؛ راجع بهش فکر می‌کردم؛ شاید یک موضوعی به ذهنم می‌آمد ولی الان در حال حاضر چیز خاصی نیست که بخواهم اینجا بگویم اما هر روزی که اینجا می‌آیم یک شرایط خاصی پیش می‌آید. واقعیتش یکی از چیزهایی که باعث می‌شود من صبح زود بانه‌گیزه از خواب پا شده و بیایم دانشکده؛ دمخور بودن یا دانشجویها و رزیدنت‌هاست. خیلی موقع ها مخصوصاً آن‌هایی که حالا یک موقع ذوق و قریحه یا شوخ طبعی دارند یا خیلی جدی هستند؛ هر کدامشان برای آدم انگیزه‌ی خاصی را ایجاد می‌کنند. یک مطلب دیگری را نیز به شما بگویم. کسی در سن من و در جایگاهی که من نشسته‌ام؛ تمام دانشجویها را دوست دارد. بعضی وقت‌ها فکر می‌کند که مثلاً دانشجو ممکن است در بعضی کارها شیطنت کند؛ حالا سواً اینکه درسش خوب است یا نیست؛ این‌ها واقعاً اولویت یک ما نیست؛ تمام دانشجویها را دوست داریم؛ بعضی وقت‌ها به آن‌ها بیشتر هم علاقه داریم. هیچ تفاوتی ندارد؛ برای ما بی‌نهایت سروکار داشتن با رزیدنت‌ها بیشترین انگیزه را ایجاد می‌کند؛ آن طوری که

**\_ آقای دکتر طبیعتاً شما در طول دوران تحصیلتان اساتید زیادی داشته‌اید. کسی که به عنوان شاخص‌ترین استاد دوره‌ی تحصیلی تان بوده است؛ که بوده و چه کسی را می‌خواهید از شان نام ببرید؟**

خیلی سخت است که من یک نفر را نام ببرم. آقای دکتر قائم مقامی در رشته‌ی اندو در دوره‌ی عمومی که عرض کردم. خیلی اساتید بزرگی داشتیم در رشته‌هایی مثل ترمیمی، آندو ما اساتید بزرگی داشتیم و نام بردن از یک نفر واقعاً کار درستی نیست. در بخش پاتولوژی آقای دکتر سیروس اعتصامی و آقای دکتر الکسانیان هم به همراهش بود. یا در بخش ترمیمی آقای دکتر یزدانی که به همراهش خیلی از کسان دیگری بودند. همین طور در بخش رزیدنتی خودمان آقای دکتر اجاللی بودند که خیلی از اساتید بزرگی از بقیه‌ی رشته‌ها استفاده کردم که اسم یک نفر را بخواهم ببرم درست نیست. یا در بخش بیماری‌های دهان در دوره‌ی تخصصی سرکار خانم؟؟؟ که از اساتید بی‌نظیر بیماری‌های دهان بودند و ما در این بخش از ایشان واقعاً آموزش دیدیم. ولی خوب در کنارش سرکار خانم جعفری بودند که اساتید بسیار بزرگی بودند یا در بیمارستان‌ها الان که دوره‌اش است عرض می‌کنم؛ در بخش عفونی خانم دکتر محرزگر که همه‌ی کشور او را می‌شناسندش؛ خدایم‌رز آقای دکتر یلدا، خانم دکتر گیتی سبب. یک دفعه بخش‌های عفونی یادم افتاد به خاطر دوره‌ی شیوع کرونا. واقعاً اساتید بزرگی بودند چه از نظر سواد، چه از نظر برخورد با دانشجو، چه از نظر وجدان کاری، چه از نظر درمانی که برای



آن فراهم باشد و یک خورده فکر دانشجو را از حالت مسابقه‌ای خارج بکنیم. ما گاهی در زندگی با خودم آن هم حتی مسابقه می‌دهیم. بعضی وقت‌ها می‌بینیم وقتی دانشجویی می‌خواهد کاری را انجام دهد و یک ماه بیشتر طول می‌کشد؛ همش نگران است که از بقیه دارد عقب می‌افتد؛ مگر داریم مسابقه می‌دهیم با کسی که عقب بیفتیم. شما دارید یک آموزشی می‌بینید و یک توانایی دارد به شما اضافه می‌شود اگر آموزشی که می‌دهید آموزش کم‌رنگی باشد؛ واقعاً دانشجو عمرش تلف می‌شود و قطعاً هم همین‌طور است و باید آموزشی باشد که پرثمر باشد و ما باید توانایی برای دانشجو بگذاریم.

### اگر نکته‌ای را بخواهید به عنوان نکته‌ی جمع‌بندی یا طلابی به دانشجویها بگویید؛ چه چیزی را عنوان می‌کنید؟

حرف‌ها خیلی زیاد است؛ خیلی چیزهای زیادی می‌شود گفت. من به‌عنوان کسانی که دوران دانشجویی دوره‌ی عمومی را می‌گذرانند؛ می‌خواهم بگویم؛ بیماری که مراجعه می‌کند را فکر کنید یکی از عزیزان خودتان است. همیشه سقف کارتان را برای همه‌ی بیماران گذشته‌از اینک بیمار چه کاری انجام می‌دهد؛ زبانش چیست، ملیتش چیست، از کجا آمده، وضع مالی خوب است یا نه و سطح توقعش در چه حدی است؛ هر کسی از هر جایی می‌آید؛ اوج کارتان را با او انجام دهید. ممکن است بعضی بیماران مستقیماً قدر کار شما را بدانند؛ بعضی هم ممکن است مستقیماً قدر کار شما را ندانند. من در مصاحبه‌ای که کردید نام بردم از دکتر سیروس اعتصامی عزیز؛ آن روزی که می‌خواستیم فارغ‌التحصیل ایشان پیش ما آمد و برایمان یک بیت شعر خواند و گفت: بچه‌ها ممکن است شما مواجه شوید با کسانی که می‌آیند و عمداً حرمت شما را می‌شکنند و حرف بدی به شما می‌زنند یا رفتار بدی با شما دارند. ممکن است بیماران باشند؛ ممکن است هر کس دیگری باشد: «سنگ بدگوهر اگر کاسه‌ی زرین شکند قیمت سنگ نیفزاید و زر کم نشود»

شما در نظر بگیرید یک نفر با یک سنگ می‌زند و یک کاسه‌ی طلا را می‌شکند. نمی‌آیند بگویند ببینید این چه سنگ پرارزشی است که کاسه‌ی طلا را شکانده است. کاسه‌ای هم که شکسته؛ چه کاسه‌ی سالم باشد چه شکسته؛ طلاست. طلاست. شما بروید طلا شوید. وقتی طلا شدید؛ در هر قالبی که ریخته شده باشید؛ کاسه باشد؛ تزئینی باشد؛ هر چه که باشد؛ آن سنگی که به شما می‌خورد؛ نمی‌تواند ارزش شما را کم بکند. سنگ بدگوهری است که ارزشش اضافه نمی‌شود و ارزش شما هم کم نمی‌شود. این از آن موقع در ذهنم هست که از ایشان یاد گرفته‌ام.

باعث می‌شود تخصص‌هایمان مقداری جزیره‌ای شوند و تقابلمان آن قدری که باید و شاید بعضی وقت‌ها اتفاق نمی‌افتد و توانایی‌شان هم آن قدری که باید و شاید نیست. در رشته‌ی بیماری‌های دهان و دندان؛ یک متخصص خوب باید بتواند یک ترمیم، روت کانال تراپی و بیوپسی بسیار خوب انجام دهد و همین‌طور همه‌ی رشته‌ها را خوب بلد باشد. این می‌شود متخصص بیماری‌های دهان خوب. شما باید بتوانید به‌عنوان مثال بیماری که بیماری قلبی دارد؛ دندانش را پر کنید ولی اگر رزیدنت بلافاصله آمده و در این رشته نشسته باشد؛ شاید این توانایی را نداشته باشد یا کمتر داشته باشد. یکی از قسمت‌هایی که خیلی کمک کننده است؛ گذراندن چند واحد کارورزی است به نظر من؛ آن هم نه صرفاً فرمالیته. ما این‌ها را به‌عنوان طرح جامع داشتیم که متأسفانه خیلی فرمالیته و رفع تکلیفی است و شما باید مثلاً ۳ دندان را پر کنید، ۲ تا فلان و اصلاً آن چیزی که نفر اول در ذهنش بوده؛ این نبوده. این در ذهنش این بوده که یکی، ۲ تا ۳ بیمار مراجعه کند و شما به‌عنوان دانشجو این بیمار را بگیرید و از صفر به صد برسانید؛ یعنی بیاپید برایش تشخیص بگذارید، کل کارهای دندانپزشکی‌اش را به‌دقت بنویسید و بعد شروع میکنید این پلن را مرحله‌به‌مرحله انجام دادن با اولویت درمانی و به آخر برسانید. روزی که به آخر می‌رساید باید برگردید و به بیمار نگاه کنید که آیا توانست‌اید مشکلاتش را برطرف بکنید؛ چقدر طول کشیده، چقدر هزینه برده، چقدر بیمار مجبور شده برود و بیاید و الآن متأسفانه به آن شکل انجام نمی‌شود. اگر قرار است که فرمالیته اجرا شود؛ من از پیشنهاد منصرف می‌شوم.

### البته آقای دکتر مصاحبه‌ای انجام‌شده به‌تازگی که بیان کرده که پایان‌نامه‌ی پژوهشی دیگر اجباری نیست و به‌جای آن ۹ مورد دیگر گفته‌شده که می‌توانند انجام دهند که یکی از آن‌ها کارورزی در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها و این‌ها هم هست.

شما خودتان نگاه کنید؛ خیلی از مواقع دانشجو می‌بیند که می‌خواهد تخصصی شرکت کند یا می‌خواهد برود سربازی یا ازدواج کند یا اصلاً فارغ‌التحصیل شده و برود وارد بازار کار شود. گذراندن یک پایان‌نامه خیلی آسان‌تر از آن است که بخواهد کارهای دیگری بکند و آن‌ها را انتخاب نمی‌کند. من فکر می‌کنم اگر فردی واقعاً می‌خواهد اصولی برنامه‌ریزی کند؛ پشتیبانی‌اش را باید از اول در نظر بگیرد و مثل مشکلاتی که از اول برای خودمان پیش آمد؛ نشود و آیا یک هم‌چین امکانی در همه‌ی دانشکده‌های کشور وجود دارد و آیا می‌شود برای همه ارائه کرد و اگر می‌شود ارائه کرد؛ باید زمینه، بیمار، اساتید و زمان کافی برای

بالایی دارد و در قسمت‌های بالای اجتماعی از نظر فرهنگی و هوشی قرار دارد. حتماً می‌شود از این پتانسیل بالای او استفاده کرد.

### آقای دکتر بوده که بخواهید غیر از رشته‌ی پزشکی و دندان‌پزشکی که به آن علاقه داشتید؛ بخواهید کار دیگری انجام دهید.

خب شدنش نشده است اما خب خیلی رشته‌ها را دوست داشتم؛ رشته‌های فنی را خیلی دوست داشتم. من رشته‌ی تعمیرات را خیلی دوست داشتم. ببینید شما وقتی پزشک می‌شوید و بیماری به شما مراجعه می‌کند؛ مثلاً بیمار بی‌هوش است و شما دارید برایش کار جراحی می‌کنید؛ دندانپزشکی باشد اگر بیمار کاملاً هوش و حواسش هست و کوچک‌ترین دردی را به شما می‌گوید و اگر همکاری نکند؛ شما نمی‌توانید کار خوبی را در محیط بسته‌ی دهان ارائه بکنید. حالا یک محیط بازی باشد که بیمار نباشد. شما خیلی از اشتباهاتی را که خدای‌ناکرده روی بیمار انجام می‌دهید؛ نمی‌توانید جبران کنید؛ یعنی مثلاً اگر یک برش اشتباه انجام دهید؛ دیگر داده‌اید. درحالی‌که اگر روی یک اشیا غیر جاندار انجام می‌دادید؛ می‌توانستید موفق شوید.

### اگر می‌توانستید چند درس به دوره‌ی آموزشی دندانپزشکی اضافه کنید؛ کدام‌ها بودند؟

رشته‌ی بیماری‌های دهان منظورتان است؟

### دوره‌ی عمومی یا حالا بیماری‌های دهان تخصصی.

در دوره‌ی تخصصی نمی‌دانم حالا برای مخاطبان جالب باشد یا نه؛ من طرحی را پیشنهاد کردم که در دانشگاه تصویب هم شد که حالا چیزی مثل سمپولوزی یا علت‌یابی بیماران گذاشتیم و موافقت شده است؛ ۳ واحد اختیاری است که رزیدنت‌ها هم همه آن را انتخاب کرده‌اند. در دوره‌ی عمومی در عنوان کارورزی به‌عنوان پیشنهاد دانشجویان باید بتوانند؛ چند نفر از دندان‌پزشکان سطح شهر که اغلبشان هیأت علمی باشند یا حالا می‌توانند هم نباشند را ببینند. هنوز آن قسمت آخر کار برای ما جا نیفتاده است که برویم جایی مدتی پیش یک نفر که مطب یا کلینیک دارد و درجایی مشغول به کار است و دارد کار درمانی انجام می‌دهد؛ برویم؛ بنشینیم و یک‌بار دیگر کار عملی را آنجا ببینیم و کارورزی داشته باشیم. حالا خیلی از عزیزان ما که دارند در رشته‌ی پزشکی و دندان‌پزشکی آموزش می‌بینند؛ چشمشان به این است که تخصص قبول شوند. قبل از اینکه مهارت کافی در دندان‌پزشکی پیدا کنند؛ می‌روند مثلاً به تخصص بیماری‌های دهان و دندان یا پریو و اندو وارد می‌شوند. این

آن زمان برگردم بیماری‌های دهان اولین انتخاب من می‌شود چراکه با ورود به این رشته احساس می‌کنم سواد بیشتری دارم.

### - برای امتحان رزیدنتی چه مدت و از چه منابعی مطالعه کرده بودید؟ از تجربیات خودتان برایمان بگویید.

کسی که می‌خواهد وارد مقطع دکتری تخصصی دندان پزشکی شود باید تصمیم جدی داشته باشد و از همان زمان دانشجویی به‌صورت جدی مطالعه کند و امروز و فردا نکند چراکه هر سال امتحان سخت‌تر می‌شود و اگر کسی واقعاً در دوره عمومی خوب درس بخواند و نیت قبولی داشته باشد در این صورت می‌تواند همان سال اول وارد دوره تخصص شود؛ اما اگر کسی فقط برای پاس کردن واحدها جزوه و نمونه سؤال بخواند و صرفاً برای کسب نمره قبولی تلاش کند در این صورت باید بیشتر از یک‌بار در آزمون تخصص شرکت کند و کار سختی خواهد داشت. من خودم در آن زمان نتوانستم استریت شوم و باید طرح می‌رفتم، به خاطر همین در دوره عمومی با خودم گفتم که من که دیگر استریت نیستم و در آینده هم کتاب‌ها تغییر خواهند کرد، پس برای چه بخوانم؟ که خب تصمیم اشتباهی بود چون قرار نیست کل به یس آزمون تغییر کند و نهایتاً یک کتاب تغییر پیدا می‌کند. کسانی که طرح می‌روند چون فرصت مطالعه کمتری دارند یا باید مطالعه مضاعفی داشته باشند و یا پایه بسیار قوی‌ای داشته باشند. به نظر یکی از دوستان - که آلان رزیدنت رادیولوژی پزشکی هستند - کسی که می‌خواهد در هر رشته‌ای از تخصص قبول شود باید به‌صورت مفید روزانه ۱۵ ساعت مطالعه مفید داشته باشد! و اصولاً باروزی ۶ یا ۷ ساعت مطالعه، قبولی در رشته‌های تخصصی امکان‌پذیر نیست. حتی در زمان آب خوردن هم باید کرنومتر درس خواندن متوقف شود! به همین دلیل من ساعت مطالعه‌ام را بالا بردم و ماه‌های آخر به حدود ۱۲-۱۳ ساعت رسانده بودم. یکی دیگر از عزیزانی که به من کمک کردند دکتر رامتین چیت‌سازها رزیدنت محترم سال ۳ پریو بودند. ایشان گفتند که به‌جای اینکه هرروز کرنومتر را از صفر شروع کنید، هر هفته صفر کنید، چراکه همه‌ی روزهای هفته مثل هم نیستند و ممکن است شما روزی اصلاً درس نخوانید و یا روزی بیشتر از ۱۲ ساعت مطالعه کنید. با انجام این کار در آخر هفته می‌توان برای هرروز میانگین گرفت، مثلاً به‌طور میانگین هرروز ۱۲ ساعت در طی این هفته. بحث دیگر این است که برای تخصص از چه منابعی باید استفاده کرد؟ من در سال اول از کتاب‌های پارسه استفاده می‌کردم و در آن موقع به این نتیجه رسیدم که جزوه رادیولوژی پارسه از



همین خاطر به نظرم آمد که جراحی دندان عقل یا ایمپلنت گذاشتن که انجام می‌دادم کافی نیست. من خیلی دوست داشتم که کارم دامنه بیشتری داشته باشد و به همین خاطر وارد رشته بیماری‌های دهان شدم.

### - چه علتی برای انتخاب رشته تخصصی تان داشتید؟ اگر امروز به همان زمان برگردید همان انتخاب را می‌کنید؟

در انتخاب رشته اولین انتخاب من جراحی بود؛ اما از آنجایی که همسر من یک سال قبل از من وارد رشته بیماری‌های دهان شده بودند، کمی هم با این رشته آشنا شده بودم. از آنجایی که متوجه شده بودم این رشته هم کارهای جراحی دارد بنابراین انتخاب دومم بیمارهای دهان بود؛ اما اگر الان به

### - با عرض سلام و ادب، آقای دکتر لطفاً خودتان را معرفی بفرمایید.

سلام بنده فرشاد جواد زاده هستم رزیدنت بیماری‌های فک و صورت، اهل تبریز و ۳۲ سال دارم. من دوره عمومی خودم را سال ۸۶ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز شروع کردم و سپس به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتقالی گرفتم و دوره تخصصم را در سال ۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز آغاز کردم.

### - چرا اقدام به ادامه تحصیل در مقطع تخصص کردید؟ انگیزه تان چه بود؟

من در دوره عمومی به رشته جراحی علاقه زیادی داشتم، مخصوصاً جراحی ضایعات؛ دوست داشتم به بیماران دچار ضایعات و تورم کمک کنم. به



کسی که می‌خواهد وارد مقطع دکتری تخصصی دندان پزشکی شود باید تصمیم جدی داشته باشد و از همان زمان دانشجویی به صورت جدی مطالعه کند و امروز و فردا نکند چراکه هرسال امتحان سخت‌تر می‌شود و اگر کسی واقعاً در دوره عمومی خوب درس بخواند و نیت قبولی داشته باشد در این صورت می‌تواند همان سال اول وارد دوره تخصص شود؛ اما اگر کسی فقط برای پاس کردن واحدها جزوه و نمونه سؤال بخواند و صرفاً برای کسب نمره قبولی تلاش کند در این صورت باید بیشتر از یک‌بار در آزمون تخصص شرکت کند و کار سختی خواهد داشت.

و زود کارها را تمام می‌کنیم. من باینکه واحد جراحی‌ام تمام‌شده بود اما به خاطر علاقه‌ام ماندم و کمک کردم. خاطره خوب این بود که دکتر آرتا آن روز اتسد اتاق عمل بودند و فلپ آکاردیونی را آموزش دادند. ساعت حدود ۱۱ بود و فرصت کمی داشتیم و رزیدنت اشاره کرد که نمی‌رسد همه جراحی‌ها را انجام دهد؛ بنابراین من رفتم تا از یکی از اتندهای بخش اجازه بگیرم تا به رزیدنت جراحی کمک کنم. اتفاق جالب این بود که رزیدنت سال ۱ جراحی‌م را نداشت و بیکار بود، دانشجوی جراحی ۵ هم همین‌طور! اما منی که واحد جراحی‌ام تمام‌شده بود جراحی دندان عقل را شروع کردم. حین عمل بودم که دکتر آرتا آمدند و پرسیدند که اینجا چکار می‌کنی؟ گفتم که جراحی دندان عقل! و ایشان رفتند. یکم بعد یکی از اساتید آمدند و گفتند که فرشاد عجله کن که دکتر آرتا ناراحت شده‌اند. خلاصه عمل را تمام کردیم و مریض رفت. فردا که به بخش آمدم تا مریض‌های پایان‌نامه را جمع کنم، خانم ابایی در آن زمان مسئول بخش جراحی بودند و با من هم رابطه خوبی داشتند به من گفتند که دکتر آرتا فرمودند که شما حق ورود به بخش را ندارید و این‌گونه شد که من حدود ۳۰ تا مریض برای پایان‌نامه‌ام که مانده بود را از سالن ورودی ۱ دانشکده جلوی آسانسور! جمع کردم و این خاطره بد من بود.

**– نقاط مثبت و منفی رشته تخصصی تان را بگویید.**

یکی از ویژگی‌های خوب رشته ما این است که

خیلی مراقب حالمان به‌خصوص در روزهای آخر باشیم. در زمان ما هرسال ۲۰۰۰ تا ۲۲۰۰ نفر شرکت‌کننده در آزمون دستیاری وجود داشت و آن زمان حدود نیمی از این افراد فقط برای امتحان دادن آمده بودند و هدف خاصی نداشتند ولی الان تعداد این نفرات کمتر شده است و لذا رقابت هم فشرده‌تر شده است.

**– در دوره‌ی تحصیلات عمومی چه چالش‌هایی داشتید؟ از چه درسی بیشتر خوشتان می‌آمد؟ آیا از همان زمان به ادامه تحصیل در این رشته فکر می‌کردید؟**

از دوران عمومی خاطرات زیادی دارم اما خاطره‌ای که اگر بخوام از دوره عمومی بگویم جریان پایان‌نامه من با دکتر آرتا از بخش جراحی بود. سال آخر بودم و آمده بودم از بخش جراحی برای پایان‌نامه‌ام مریض پیدا کنم. وقتی در بخش بودم یکی از رزیدنت‌های بی‌هوشی بیمارستان امام رضا به ما مراجعه کردند که یکی از دندان‌های پرمولر ماگزیلایشان باید کشیده می‌شد. همراه با رزیدنت جراحی مشغول به کار شدیم و بعد از کشیدن دندان، بینی‌شان را گرفتیم و گفتیم که بازدم انجام دهند که ببینیم راه سینوس‌شان باز هست یا نه که دیدیم نه باز نیست، گفتیم که یکم آرام بازدم کردید! لطفاً این دفعه محکم‌تر این کار را انجام دهید. بار دوم محکم این‌کار را انجام دادند و دیدیم که راه سینوس‌شان باز شده است. برای رزیدنت جراحی آن روز ۳ تا عمل نوشته بودند. من به ایشان گفتم که من هم اد می‌ایستم

سطح خوبی برخوردار نیست و برای رادیولوژی از cdr یا خلاصه کتاب استفاده کردم، یا مثلاً چون انتخاب اول من جراحی بود (جراحی ضریب ۳ داشت) علاوه بر cdr و جزوه پارسه از کتاب هم استفاده کردم. برای مثال در مورد بحث بی‌حسی سوالی طرح‌شده بود که دقیقاً در کتاب‌های پارسه و خلاصه ذکر نشده بود، چراکه جزو موارد سوم یا چهارم مطرح‌شده بود و ظاهراً فاقد اهمیت بود، به همین خاطر برای دروس ضریب ۳ پیشنهاد من این است که حتماً کتاب رفرنس هم خوانده شود. به نظر من اکثر دوستانی که در آزمون تخصص قبول می‌شوند سطح سواد یکسانی دارند؛ اما چیزی که تفاوت‌ها را رقم می‌زند ۲ هفته پایانی است که چطور از آن بهره ببریم و حجم عظیمی از مطالب را جمع‌بندی کنیم و با آمادگی کافی سر جلسه امتحان حاضر شویم. برای مثال من در ۳-۴ ماه مانده به آزمون نتیجه خوبی در آزمون‌هایی که از خودم می‌گرفتم کسب می‌کردم اما دو هفته پایانی به خاطر حجم زیاد مطالب، دانشجو را دچار حس فراموشی می‌کند. به همین خاطر دو هفته پایانی فوق‌العاده مهم و حیاتی است. البته روش جمع‌بندی برای هر شخص متفاوت است و در زمان ما در پارسه دو مدل روش جمع‌بندی پیشنهاد می‌شد که خود من معتقد بودم که باید تغییری در آن ایجاد کرد.

به نظر من و دوستانم سر جلسه امتحان ۵۰ درصد سواد فرد و ۵۰ درصد شانس فرد مؤثرند، اینکه روز امتحان حال داوطلب چطور است یا مثلاً در هفته آخر چه اتفاقاتی می‌افتد و ... بنابراین باید



وسیع بوده و جا برای پیشرفت وجود دارد و اینکه زمانی که بیماری با شرایط خاص مثلاً بیماری سرطان مراجعه می‌کند و درمان می‌شود، خوشحالی زائدالوصفی نصیبمان می‌شود؛ اما در عین حال یکی از نکات منفی رشته ما این است که مثلاً مریض جوانی مراجعه می‌کند و می‌بینیم که ضایعه بدخیمی دارد و چون کاری از دست ما جز راهنمایی کردن بر نمی‌آید برای ما ناراحت کننده است.

**– مشکلاتی که در دوران تحصیلی در رشته تخصصی خود با آن‌ها دست‌وپنجه نرم می‌کنید کدامند؟**

خدا را شکر بخش ما بخش آرامی است و اساتید و رزیدنت‌ها رابطه خوبی دارند و مشکل خاصی وجود ندارد.

**– آیا ادامه تحصیل در رشته تخصصی خود را به سایرین نیز توصیه می‌کنید؟ کسی که در رشته شما ادامه تحصیل دهد، باید چه ویژگی‌های شاخصی داشته باشد؟**

کسی که بخواهد وارد رشته ما شود باید علاقه و تلاش زیادی داشته باشد، علاقه داشته باشد که با مریض ارتباط برقرار کند و ضایعه‌اش را بررسی کند، مطالعه داشته باشد و علاوه بر کتاب‌های خودمان، کتاب‌های رشته پزشکی را نیز مطالعه کند. حفظیات خوبی داشته باشد و حوصله مطالعه کتاب‌های دیگر را هم داشته باشد. در کل این رشته نیازمند دانش به‌روز است و فرد باید جدیدترین مقالات دنیا را نیز مطالعه کند.

فردی که می‌خواهد وارد این رشته شود باید توانایی برقراری ارتباط بالایی داشته باشد و بتواند با مریض ارتباط مؤثری برقرار کند. باید به‌جزئیات رفتار بیماران از زمان ورود به بخش مثل نحوه صحبت، نحوه راه رفتن و ... توجه کند. در حین معاینه باید توجه و دقت زیادی بکند. علاوه بر این فرد باید حفظیاتش هم – علاوه بر کار عملی‌اش – قوی باشد. از طرفی چون ما با بیماران سیستمیک و خاص مثل افراد کاندید پیوند عضو سروکار داریم باید کیفیت کار عملی هم بالا باشد.

**– بهترین تجربه یا خاطره‌ای که تاب حال در دوران تحصیل تخصصی خود داشتید چه بوده است؟**

خاطرات زیادی از دوره رزیدنتی دارم و تصمیم گرفتم ۲ تا از این خاطرات را بگویم. خاطره اول اینکه یک روز یک مریض مراجعه کرد که سم‌فروش بود، ایشان به ضایعه‌ای دچار بودند که بعد از بیوپسی و جواب پاتولوژیست، تشخیص SCC گذاشته شد و گفتیم که هر چه زودتر به تهران و انستیتو کنسر ایران مراجعه کنند. ایشان با شنیدن این حرف شروع به گریه کردند و می‌گفتند که بگویید من

**خود چه کاری می‌تواند انجام دهد؟**

علاقه من به این هست که پیشگیری به درمان اولویت داشته باشد تا پوسیدگی‌ها و ضایعات کمتر شود و هزینه‌های مالی کمتر شود. این مطلب شاید برای دندان پزشک از لحاظ مالی خوب نباشد ولی در عوض برای فرد هم از نظر سلامت و هم از نظر مالی اتفاق خوبی محسوب می‌شود و در عین حال سلامت جامعه ارتقا پیدا می‌کند.

**– دوست داشتید به‌جز کار دندانپزشکی، کار دیگری هم انجام دهید؟**

من غیر از دندانپزشکی به عکاسی حیات‌وحش و موسیقی موغام علاقه دارم.

**با آرزوی موفقیت برای شما، ممنون و سپاسگزاریم از وقتی که در اختیار نشریه قرار دادید.**

کی می‌میرم؟! بروم قرض و بدهی‌هایم را صاف کنم و ... ما هم سعی کردیم آرامشان کنیم. بعد از دو ماه با شیرینی وارد بخش شدند. ایشان به انستیتو کنسر مراجعه کرده بودند و تحت شیمی‌درمانی و رادیودرمانی قرار گرفته بودند و ضایعه رفع شده بود و از ما تشکر کردند و گفتند که تصمیم گرفتند شغلشان را عوض کنند. آن روز کلی خوشحال شدیم.

خاطره دوم اینکه یکی از همکاران عمومی‌مان مریضی را فرستاده بودند مشکوک به SCC که زار و گریان آمده بود، ما بررسی کردیم و فهمیدیم که مورد زبان جغرافیایی هست و به مریض می‌گفتیم و او هم باور نمی‌کرد و خودمان هم از تشخیص همکارمان تعجب کرده بودیم؛ چراکه تشخیص اشتباهی گذاشته‌شده بود و متأسفانه به مریض هم گفته‌شده بود!

**– به نظر شما یک دندان‌پزشک برای جامعه**



# آشنایی با حقوق برابر زن و مرد Feminism (فمینیسم)

ادامه داشته و گویی خیال تجدد در سر ندارد با ترکیب آثار موج دوم مانند کاهش ازدواج، آزادی غیرمتعارف جنسی، سعی دارد جنس زن را برتر از مردان نشان دهد و همین مسئله ضربه بزرگی به تقابل بین مدافعان حقوق زن و مرد میزند و آن را بیشتر به حاشیه می‌کشد؛ حتی همان نیمچه تفکراتی که از نام مکتب فمینیسم باقی مانده بود این روزها با تبدیل نام خود به سانتیمنتالیسم فقط و فقط برای خودنمایی به مسائل و کلیشه‌های سطحی می‌پردازد و با تحقیر مسائل مردانه و به جای اعتدال، شکاف نابرابری زن و مرد را بیشتر می‌کند.

شاید اشکال اصلی که می‌توان به فمینیسم در ابتدای شکل‌گیری وارد کرد این باشد که در همان زمان که زمزمه علاقه برخی جامعه‌شناسان بزرگ مانند جان استوارت میل با کتاب انقیاد زنان در میان بود، باز هم آن‌طور که باید و شاید به مسئله حقوق زنان به صورت انتقادی و با فهمی پاسخ داده نمی‌شد و تنها با پرداختن به پاره‌ای از مشکلات، تفکرات جزئی برای این مکتب در نظر گرفته می‌شد و ادامه داشتن این دور باطل جدال برای بازپس‌گیری حقوق زن بی‌دفاع که خود این جمله سرشار از کلیشه جنسیتی است، توانست به راحتی مکتبی که می‌توانست با توجه به پیروان کثیر خود قدم‌های بزرگی بردارد را سرگرم مسائل پوچ کند؛ در آخر این نکته را باید ذکر کرد که هدف از بیان این سیر تحول کاشتن بذر ناامیدی نیست بلکه با تطوری در سرگذشت مکتب فمینیست در تکه‌هایی از تاریخ هرچند برای مدت کوتاه می‌توان تحول در تلاش برای نابرابری حقوق زنان و مردان بدون تحقیر جنسیتی را مشاهده کرد.

پایه مکتب فمینیسم خود را به نمایش کشید که آن را به عنوان موج‌های تفکرات فمینیستی می‌شناسیم؛ موج اول که ابتدای شکل‌گیری از آثار فلسفه روشنگری و برکت تحول انقلاب فرانسه استفاده می‌کرد تنها اندیشه و آمال خود را بر روی آزادی زنان از عناصر مردسالارانه متمرکز کرده بود اما با وارد شدن خود به وادی موج دوم که بر روی تئوری‌های برابر خواهانه مانور می‌داد توانست تیر خلاصی بر پیکره‌ی چنین مکتبی بزند، اشکال اصلی تفکرات موج دوم اصرار بیش از حد بر روی برابری بین زن و مرد و منکر شدن تفاوت‌های طبیعی و فیزیکی با سفسطه‌های غیراصولی بود که تمام سرمایه‌اش را بر روی آرمان زندگی زنان بدون مردان بنانهاده بود.

بدون هیچ‌گونه محافظه‌کاری‌ای باید اذعان داشت فمینیسم از دست‌رفته است و شاه‌نشان فقدان انسجام در تفکرات فمینیستی را می‌توان در آراء موج سوم دید، این موج که تاکنون هم

در این قسمت از آشنایی با ایسم‌ها به سراغ فمینیسم رفته‌ایم. سعی خواهیم کرد در شماره‌های بعدی این مطلب را بیشتر بسط دهیم. قسمت اول: آشنایی کلی با فمینیسم، مرور تاریخچه

شاید الآن که نام مکتب فمینیسم را به صورت مکرر در پیشوند نام بلاگرهای اینستاگرام بشنوید، مانند بسیاری از افراد، آن را چیزی بیشتر از یک صفت که دارای پرستیژ و کلاس کاری است نپندارید اما عقبه این مکتب روزگاری بیانگر یکی از تحولات مهم تاریخ بوده است. کلید شکل‌گیری فمینیسم که می‌توان آن را به عنوان کنکاشی در شمایل حقوق نابرابر تعریف کرد، هم‌ردیف با آثار انقلاب‌های بزرگ در حداثت ۱۷۸۰ تا ۱۷۹۰ با تپ‌وتاب و خواهی حقوق زنان خود را وارد عرصه کرد. طبیعتاً به دلیل جنس زنانه این مکتب ابتدا زنانی جسور همچون جین آدامز، ماریان وبر و آیدا اولز پیش قدم شدند اما به‌رغم بزرگی این مکتب کم‌کم مردان هم برای دفاع از حقوق

زنانی که بیشتر چون فرودستان به آن می‌نگرند وارد میدان شدند و برخلاف همیشه بدون موضع محافظه‌کارانه مسائل فمینیستی را از حاشیه به مرکز راندند. همین اهمیت کوتاه‌مدت بهانه‌ای شد تا مسئله فمینیسم از مؤلفه ساده‌ای چون حق رأی زنان به جستارهای جدی‌تری مانند خشونت خانگی، تجاوز، حق کار و مالکیت پیشروی کند و حتی عناصری را از مکاتب دیگر وام بگیرید و تحت عناوین فمینیسم رادیکال، فمینیسم مارکسیستی، فمینیسم سوسیال و... تفکرات خودش را بیان کند. به‌مجرد اینکه پای مکتب فمینیسم هم به فضای آکادمیک و غیر آکادمیک کشیده شد و افرادی با گرایش‌های مختلف به آن بها دادند، چند رشته شدن تفکرات





ماهنامه‌ی صنفی، ادبی، اجتماعی دندانگده  
سال چهارم / شماره چهارم / اسفندماه ۱۳۹۹

صاحب امتیاز، مدیر مسئول: میلاد باصری

سر دبیر: علی صالحی خواه

دبیر صنفی: علی صالحی خواه

دبیر ادبی: امیر حسین فقیری

دبیر اجتماعی: زهرا بهلولی فر

دبیر اجرایی: عرفان افخمی

ویراستار: علی صالحی خواه، سهیل یامی

کاریکاتورست: دارا فضل زاده، دانیال حقیقی

عکاس: فرزاد فضلی، ساینا جاهد

مسئول فضای مجازی: شاهد قادری، فاطمه حیدری،

امیر ایرانی و عرفان افخمی

صفحه آرا: میلاد باصری

هیئت تحریریه (به ترتیب الفبا):

جعفر باقری، هلیا باغبان، علی رحمانی، علی صفری

اصل، حانیه طوسی، امیر حسین فقیری، محمد

گل حسینی، سید مصطفی مرتضوی، سجاد نصرتی

راه‌های ارتباطی:

t.me/dandankadehh

کانال تلگرام:

dandankadehh@gmail.com

ایمیل:



در اینستاگرام به ما پیوندید

@dandan\_kadeh

# آخماق کیشی

چاتدی، اوتوروپ فیکرلشدی کی، دیزی او طرفه  
نئجه کئچسین!

بوزامان **نافقا بالیق** سودان باشینی چیخاردیپ دئدی:

– آ کیشی، هارا گئدیرسن؟

کیشی دئدی:

– بختیمی آخارماغا گئدیرم.

نافقا بالیق دئدی:

– منیمده بختیمی تاپیپ اوندان سوروشارسان کی،  
دنیزین ایچینده من سودان هنج دویمورام.

کیشی دئدی:

– اگر منی سوویون او بیری طرفینه آپارسان، سنین  
بختیوی تاپیپ سوروشارام.

نافقا بالیق دئدی:

– گل مین دالیم

کیشی اوساعات نافقا بالیغین دالینا میندی. نافقا بالیق  
کیشی نی سوویون او بیری طرفینه چیخاردی. کیشی  
نافقا بالیق ایله خداحافظ لشیب یولا دوشدو.

بیر قدر گئندن سونرا بختلر اولان یثره چاتدی. اول  
اؤز بختینی آخاریپ تاپدی. گوردو اؤز بختی یثره  
دوشوب قالیپ. تئز قالدیریپ آیاق اوسته قویدو سونرا  
گئدیپ شیرین بختینی آخاریپ تاپیپ، شیرین  
سوزلرین بختینه دئدی.

**شیرین بختی** دئدی:

گرک شیر بیر آخماق آدم بئینی یئی. سونرا او قیشدا  
توک گتیر، یایدا ایسه توکون تۆکر.

سونرا گلیب باغبانین بختینی تاپیپ. اونادا باغبانین  
سؤزلرین دئدی.

**باغبانین بختی** دئدی:

– باغبانا دئیرسن کی، اونون آغاجلارینین دییینده  
خزینه واردی اوخزینه نین تأثیریندن آغاجلار مئیوه  
گتیرمیر، خزینه نی چخارتسین، او زامان آغاجلاری  
مئیوه گتیرر.

سونرا گئدیپ پادشاهین بختینی تاپدی. اونادا  
پادشاهین سؤزلرین دئدی.

**پادشاهین بختی** دئدی:

– پادشاه دئیرسن کی، او قیزدی. آنجاخ بو سیرری  
هنج کسه دئمه دیگیندن همیشه غصه لی اولور.

او گرک اؤزونه بیر بولداش تاپسین کی، غصه دن  
خلاص اولسون.

**ایدانه سی وار ...**

بیری وار ایدی، بیری یوخ ایدی. بیر آخماق کیشی  
وار ایدی بیر گون او، اؤز – اؤزونه دئدی کی،  
گئدیپ بختیمی آخاریپ تاپاجام.

منده باشقالار کیمی خوشبخت اولاجام. صاباحی  
سی گونو او بختینی آخارماق اوچون یولا دوشدو.  
آز گلدی، اوز گلدی، دره – تپه دوز گلدی. قارانیق  
بیر منشه ده بیر شیر راست گلدی.

شیر سوروشدو:

– آ کیشی، هارا گئدیرسن؟

کیشی دئدی:

– بختیمی آخارماغا گئدیرم.

شیر دئدی:

– اگر منیمده بختیمه راست گلسن، اونا دئیرسن  
کی، من یایدا توک گتیریم، قیشدا ایسه توکومو  
تؤکوم. یایدا ایستی دن قیشدا ایسه سوپقدان  
اؤلورم. منه بیر چارا ائیله سین. کیشی شیر  
ایله خداحافظ لشیب یولونا دوام ائیله دی. بیر  
قدر گئندن سونرا باغبانا راست گلدی. **باغبان**  
سوروشدو:

– آ کیشی، هارا گئدیرسن؟

کیشی دئدی:

– بختیمی آخارماغا گئدیرم.

باغبان دئدی:

یاخشی اولدو، منیمده بختیمی آخاریپ تاپارسان  
. اوندان سوروشارسان کی، منیم آغاجلاریم باهاردا  
یاخشی گول آچیر، امما واختیندا بیر جیر آلمایادا  
حسرت قالیرام.

کیشی دئدی:

– یاخشی، سوروشارام، سونرا یولونا دوام ائیله دی.  
بیر قدر گئندن سونرا پادشاه راست گلدی. **پادشاه**  
سوروشدو:

– آ کیشی، هارا گئدیرسن؟

کیشی جواب وئردی:

– بختیمی آخارماغا گئدیرم

پادشاه دئدی:

– منیم ده بختیمی تاپیپ اوندان سوروشارسان کی،  
نیه منیم اوره ییم هنج آچیلیمیر، همیشه غم\_غصه  
ایچیندهیم؟

کیشی یئنه «یاخشی سوروشارام دئیپ» یولونا دوام  
ائیله دی، بیر قدر گئندن سونرا دنیزین قراغینا