

"درمان بیش از حد" در دندانپزشکی ایران؛ پژوهشی کیفی برای رسم نقشه مفهومی و تعیین مصادیق اصلی

دانیال پیروزمند^۱، هدیه توتونی^۲، علی کاظمیان^{۲*}

^۱ دستیار تخصصی گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۲۶

Overtreatment in Dentistry in Iran; A Qualitative Study for Concept Mapping and Determination of its Main Manifestations

Danial Piroozmand¹, Hediye Toutouni², Ali Kazemian^{2*}

¹ Post-graduate Student, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Community Oral and Dental Health, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 19 March 2022; Accepted: 17 July 2022

Background: Overtreatment or unnecessary treatment is one of the major reasons for inefficiency in health systems. It imposes unnecessary costs on the patients or the health systems and could result in physical and psychological harm. The present study aims at achieving a concept map of overtreatment and prioritizing its most important manifestations.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted by interviewing 17 professors at Mashhad Dental School and running a nominal group session.

Results: The study resulted in a list of 14 fields in which overtreatment occurs in dental practice in Iran. According to the results of the nominal group, the most important cases on the list were treatments following overdiagnosis, unnecessary restorations or crowns, and saving hopeless teeth.

Conclusion: Approximation to a common understanding of the overtreatment concept is needed for effective educational and policy interventions. It is suggested to distinguish between the least necessary treatments and optimum and ideal levels of treatment. Overtreatment in dentistry could be discussed in areas higher than the optimum or ideal level of treatment.

Key words: Dentistry, Overtreatment, Unnecessary Treatment

*Corresponding Author: kazemiana@mums.ac.ir

► Please cite this paper as: Piroozmand D, Toutouni H, Kazemian A. "Overtreatment in Dentistry in Iran; A Qualitative Study for Concept Mapping and Determination of its Main Manifestations". *J Mash Dent Sch* 2023; 47(1): 18-26.

► DOI: 10.22038/jmds.2023.64487.2162

چکیده

مقدمه: درمان‌های بیش از حد یا غیرضروری یکی از مهمترین جلوه‌های کاهش کارایی در نظام سلامت به شمار می‌آیند که با تحمیل هزینه‌های غیرضروری به بیماران یا نظام سلامت می‌تواند آسیب‌های فیزیکی و روانی را به دنبال داشته باشد. هدف از این مطالعه دست‌یابی به یک نقشه مفهومی در مورد درمان‌های غیرضروری و کشف و اولویت‌بندی مهمترین مصادیق درمان غیرضروری در دندانپزشکی امروز ایران است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر پژوهشی کیفی بود که از طریق انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۷ تن از اعضای هیات علمی دانشکده دندانپزشکی مشهد و برگزاری جلسه گروه اسمی (Nominal Group) انجام شد.

یافته‌ها: این مطالعه به فهرستی شامل ۱۴ مصداق درمان غیرضروری در دندانپزشکی امروز ایران منتج شد که بر اساس نتایج گروه اسمی، درمان‌های حاصل از تشخیصی افراطی (Overdiagnosis)، درمان‌های ترمیمی یا روکش در موارد غیرضروری، و نگهداری دندان غیرقابل نگهداری (Hopeless) مهمترین موارد آن شمرده شدند.

نتیجه‌گیری: برای اقدامات آموزشی و سیاستگذارانه اثربخش در مورد درمان بیش از حد دستیابی به فهم مشترکی از این مفهوم ضروری است. پیشنهاد می‌شود سه حیطه حداقل درمان‌های ضروری، سطح بهینه درمان و سطح آرمانی درمان از هم تفکیک شده و درمان‌های دندانپزشکی بیش از حد در قلمروهای بالاتر از سطح بهینه یا آرمانی درمانی مورد پژوهش و بحث قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان بیش از حد، دندانپزشکی، درمان غیرضروری

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ دوره ۴۷ / شماره ۱: ۲۶-۱۸

مقدمه

مثال درمانگران مزایای درمان خود را بیشتر، و آسیب‌های آن را کمتر از مقدار واقعی ارزیابی کنند.^(۵) در مطالعه درمان‌های غیرضروری البته بایستی به تفاوت‌های فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر ساختار نظام سلامت در کشورهای مختلف توجه کرد.^(۶)

بیماری‌های دهان و دندان که هم از نظر شیوع و هم از نظر بار مالی، یکی از مشکلات بزرگ نظام سلامت در سطح جهانی به شمار می‌آیند، هم‌چون بسیاری از دیگر بیماری‌های غیرواگیر در معرض انجام درمان‌های غیرضروری هستند.^(۸) امروزه با افزایش تعداد دندانپزشکان در بسیاری از کشورهای دنیا این احتمال وجود دارد که میزان آسیب‌های ایاتروژنیک و درمان‌های غیرضروری افزایش یابد.^(۹) بخاطر داشته باشیم اصل اول اخلاق پزشکی آسیب نزدن است. همچنین این فرضیه مطرح و تا حدی تأیید شده است که در نظام‌های سلامت دهانی که شیوه پرداخت به دندانپزشکان به صورت کارانه است، در قیاس با نظام‌هایی که به دندانپزشکان پرداخت سرانه یا حقوق دارند، به طور معمول برای دندان‌های بیشتری اقدامات درمانی صورت می‌گیرد، چیزی که نشان از احتمال انجام وقوع درمان‌های غیرضروری در نظام پرداخت کارانه دارد.^(۱۰) به علاوه، استفاده از پروتکل‌ها و گایدلاین‌ها به عنوان راه حلی جهت کاهش درمان‌های غیرضروری مطرح شده است.^(۱۱)

کاهش هزینه‌های اضافی و افزایش بهره‌وری در نظام خدمات سلامت یکی از مهمترین دغدغه‌های سیاستگذاران نظام سلامت است. این هزینه‌های اضافی چه از جانب دولت یا سازمان‌های بیمه‌گر تأمین شوند، و چه به صورت مستقیم از جیب مردم پرداخت شوند، به کاهش رفاه عمومی منجر خواهند شد. یکی از مهمترین جلوه‌های هزینه‌های غیرضروری در نظام سلامت، درمان‌های بیش از حد یا غیرضروری است.

درمان اضافی^۱ یا غیر ضروری به وضعیتی اطلاق می‌شود که خدمات درمانی با گستره بیشتر از حد لازم و یا هزینه‌های بیشتر از حد قابل قبول ارائه شود. این درمان‌های اضافی نه تنها سود اندکی برای بیمار در پی خواهد داشت بلکه حتی می‌تواند خطرات بالقوه‌ای برای بیمار در پی داشته باشد.^(۱۲) درمان غیرضروری می‌تواند باعث اثرات نامطلوب فیزیکی، روحی و اقتصادی در سطح فردی شود و همچنین عامل هدررفت سرمایه در نظام سلامت باشد؛ چیزی که به‌طور کلی به معنای تحمیل هزینه‌های اضافی به بیمار و نظام درمانی است.^(۱۳) این پدیده با انجام مداخلاتی که از نظر هزینه-اثربخشی مطلوب‌ترین گزینه‌های درمانی نیستند از کارآیی نظام سلامت می‌کاهد.

مطالعات نشان داده‌اند که خطاهای شناختی پزشکان ممکن است در درمان غیرضروری موثر باشند؛ به عنوان

^۱ Overtreatment

که به شناسایی مصادیق درمان های غیرضروری مختلف و اولویت بندی آن پردازد، انجام نشده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر پژوهشی کیفی بود که از طریق انجام مصاحبه با اعضای هیات علمی دانشکده دندانپزشکی مشهد و برگزاری جلسه گروه اسمی^۲ انجام شد.^(۱۴) روش کیفی در این مطالعه به این دلیل انتخاب شد که رویکرد مصاحبه‌شوندگان به صورت عمیق دریافت شود و نظرات آنها در مورد مصادیق درمان غیرضروری به روش استقرایی گردآوری شود. نمونه‌گیری در این مطالعه با استفاده از روش مبتنی بر هدف انجام شد. به این منظور از هریک از گروه‌های آموزشی دانشکده دندانپزشکی مشهد دست کم یکی از اعضای هیات علمی انتخاب شد تا پراکندگی کافی در رویکرد شرکت‌کنندگان حاصل شود. تلاش شد اساتیدی به شرکت در مطالعه دعوت شوند که روابط خارج دانشکده‌ای گسترده‌تری برخوردار بوده، در سازمان‌های حرفه‌ای نظیر سازمان نظام پزشکی به فعالیت مشغول باشند، و یا به جهت نوع فعالیت کلینیکی‌شان بیشتر در معرض ارجاع بیماران بوده باشند. به منظور دستیابی به نمونه مناسب از روش گلوله‌برفی^۳ استفاده شد به این صورت که در پایان هر مصاحبه از فرد خواسته می‌شد افرادی را که واجد ویژگیهای فوق هستند معرفی کند. بر این اساس اساتیدی که تمایل و فرصت کافی برای شرکت در مطالعه داشتند به مصاحبه دعوت شدند.

حجم نمونه مصاحبه‌شوندگان بر اساس اشباع^۴ داده‌ها مشخص شد. به این صورت که مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه

Walsh-Childers و همکارانش^(۱۲) "درمان غیرضروری" را به معنای ارائه آن دسته از درمان‌های درمانی، دارویی و جراحی به بیمار دانستند که اثربخشی آنها مورد تأیید قرار نگرفته و شواهد کافی در مورد اینکه آن درمان باعث کمک به سلامتی بیمار می‌شود، وجود ندارد. Katz و همکارانش^(۱۳) در مقاله خود به این نکته اشاره کردند که با توجه به اینکه در پزشکی جدید راهکارهای جدید و متنوع زیادی برای درمان ارائه شده است، جای تعجب ندارد که بیماران و پزشکان اینگونه فکر کنند که هرچه تست‌های تشخیصی و درمان‌های بیشتری به بیمار ارائه شود، برای سلامتی او مفید است. در مقاله Watt و همکارانش^(۹) که در مجله لنست به چاپ رسید، نگرانی‌های جدی درباره وقوع بالا و نیز روند رو به افزایش درمان‌های اضافی مطرح شد. همچنین در مطالعه Kazemian و همکارانش^(۶) از درمان‌های غیرضروری به عنوان یک مسئله غیراخلاقی در دندانپزشکی نام برده شد. از این رو پژوهش حاضر به دنبال آن بوده است که ضمن تلاش برای دستیابی به یک نقشه مفهومی در مورد درمان‌های غیرضروری، مهمترین مصادیق درمان غیرضروری را در دندانپزشکی امروز ایران کشف و اولویت‌بندی کند. از آنجایی که مصادیق درمان‌های غیرضروری میتوانند تحت شرایط فرهنگی و سیستم‌های نظام سلامت هر جامعه متفاوت باشند^(۷)، لزوم انجام یک تحقیق بومی در این زمینه مشخص می‌باشد، اگرچه فاکتورهای ذکر شده در میان استان‌ها و شهرهای مختلف کشور نیز میتواند تفاوت‌هایی داشته باشند، اما نتایج این تحقیق را می‌توان نسبت به مطالعات غیربومی قابل‌تعمیم‌تر دانست. لازم به ذکر است تاکنون مطالعه‌ای در سطح کشور

^۲ Nominal Group

^۳ Snowballing

^۴ Saturation

مصاحبه‌ها، و گفتگوی متمرکز در مورد یافته‌ها، اجزاء تشکیل‌دهنده مفهوم درمان غیرضروری کاویده شد و یک نقشه ذهنی طراحی شد که پس از ارائه به مصاحبه‌شوندگان و دریافت بازخورد مورد بازبینی قرار گرفت. همچنین، در این مرحله نظرات اساتید در مورد مصادیق درمان‌های غیرضروری بصورت لیست وار نوشته و بصورت یک فهرست اولیه درآمد.

در مرحله دوم مطالعه، تمامی اساتید شرکت‌کننده در مرحله اول مجدداً برای شرکت در جلسه گروه اسمی دعوت شدند. در این جلسه ابتدا مجدداً توضیح کلی در مورد تاریخچه و مفهوم درمان غیرضروری داده شد و سپس نتایج مصاحبه‌های مرحله اول به صورت اسلاید ارائه شد تا اساتید حاضر در جلسه درباره فهرست حاصل از مرحله نخست بحث و گفتگو کنند. پس از دستیابی به اجماع در مورد فهرست مصادیق درمان غیرضروری، از اساتید خواسته شد تا هر نفر به صورت جداگانه، پنج مورد از مهمترین مصادیق درمان غیرضروری را از آن فهرست انتخاب کرده و به ترتیب اهمیت رتبه‌بندی کند. در مرحله تحلیل نتایج برای انتخاب اول هر استاد نمره ۵ و برای انتخاب‌های بعدی به ترتیب نمرات ۴ تا ۱ در نظر گرفته شد. در نهایت نمرات هر کدام از مصادیق درمان غیرضروری جمع شد و فهرست اولویت‌بندی‌شده‌ی نهایی به دست آمد. در این مرحله مجموع امتیازهای داده شده به هر مصداق جمع و ۵ مصداق درمان غیرضروری که بیشترین امتیاز را داشتند، به ترتیب امتیاز کسب کرده اولویت بندی گردید.

یافته‌ها

پس از تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده با ۱۷ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده دندانپزشکی مشهد، حذف موارد

پیدا کرد که در مصاحبه‌های جدید نکات تازه‌ای به یافته‌های قبلی افزوده نشود.

چهارچوب روش‌شناختی گزینش شده برای این مطالعه عبارت است از یک روش کیفی اکتشافی متوالی^۵؛ به این صورت که پژوهش مشتمل بر دو مرحله اصلی بوده است: نخست جلسات مصاحبه نیمه‌ساختارمند^(۱۵) و سپس یک جلسه گروه اسمی.

در جلسات مصاحبه که محل آن به انتخاب مصاحبه‌شونده و در یک فضای آرام در نظر گرفته می‌شد ابتدا رضایت افراد برای ضبط شدن صدای ایشان جلب شد و پس از توضیح در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و نام و مشخصات افراد شرکت‌کننده در پژوهش، مصاحبه با این پرسش اصلی آغاز می‌شد: «مصادیق درمان غیرضروری یا درمان بیش از حد نیاز در دندانپزشکی امروز ایران کدام هستند؟». با استفاده از این پرسش محوری برای پیشبرد بحث از مصاحبه‌شونده خواسته می‌شد توضیح دهد چه تعریف و ادراکی از درمان غیرضروری و علل آن دارد. توضیحات افراد ضبط شده و مصاحبه‌ها توسط راهنمای مصاحبه هدایت می‌شد. در طول مصاحبه از افراد خواسته می‌شد نکات دیگری که به نظر آنها می‌تواند در مسیر یافتن مصادیق درمان غیرضروری و اولویت‌بندی آنها کمک‌کننده باشد، بیان کنند. مصاحبه‌کننده در طول مصاحبه سعی می‌کرد با طرح سوالات مرتبط مصاحبه‌شونده را تشویق به ارائه تحلیل و اطلاعات بیشتر کند. پس از تحلیل محتوای^۶ متن پیاده‌شده‌ی مصاحبه‌ها^(۱۵و۱۶)، و به دنبال کدگذاری توصیفی به منظور شناسایی ارتباطات سطحی و ساختاری داده‌ها تلاش شد نقشه‌ای مفهومی از درمان غیرضروری طراحی شود. بر این اساس با مرور متون موجود، تحلیل

^۶ Content analysis

^۵ Sequential exploratory qualitative study

دیگر اساتید، بر اهمیت اخلاق و وجدان کاری تأکید کرد. در پایان جلسه شرکت کنندگان بر اهمیت اولویت دادن نیازهای بیمار بر منافع درمانگر به عنوان یک اصل اخلاقی تأکید داشتند که میتوان آن را مهمترین باز خورد شرکت کنندگان دانست.

بر اساس تحلیل گفتگوهای انجام شده در مصاحبه‌ها و مرور متون، نقشه مفهومی شکل ۱ برای مفهوم درمان بیش از حد پیشنهاد شد. این نقشه بر اساس تفکیک سه سطح حداقل درمان‌های ضروری، سطح بهینه درمان، و سطح آرمانی درمان دندان طراحی شد.

تکراری و دسته‌بندی مصادیق، فهرستی شامل ۱۴ مصداق درمان غیرضروری در دندانپزشکی به دست آمد. در جلسه گروه اسمی از تمام اساتید مصاحبه شده در مرحله اول دعوت شد؛ که از این میان ۸ تن از اساتید در جلسه حضور یافتند و فهرست تهیه شده در مرحله اول ارائه شد که هریک از شرکت‌کنندگان ۵ مورد جدی‌تر را گزینش و رتبه‌دهی کردند. نتیجه مجموع این گزینش‌ها در جدول ۱ آمده است. در این جلسه یکی از شرکت کنندگان از انگیزه‌های مالی به عنوان یکی از دلایل اصلی درمان‌های غیرضروری نام برد که مورد تأیید دیگر حاضرین بود. همچنین یکی از

جدول ۱: فهرست و رتبه‌بندی مصادیق درمان دندانپزشکی غیرضروری

رتبه	نام مصداق	تعداد اساتیدی که آن را انتخاب کردند	مجموع امتیاز
۱	درمان‌های حاصل از تشخیص افراطی (overdiagnosis)	۷	۳۰
۲	درمان‌های ترمیمی یا روکش در موارد غیرضروری	۶	۲۱
۳	نگهداری دندان غیرقابل نگهداری (hopeless)	۳	۱۱
۴	تلاش بیش از اندازه برای نگهداری دندان‌هایی که فانکشنال نیستند	۳	۹
۵	تجویز بیش از حد دارو	۴	۸
۶	درمان‌های اضافی (چندباره‌کاری) ناشی از مهارت پایین دندانپزشک	۳	۷
۷	درمان ریشه غیرضروری	۲	۶
۸	جرم‌گیری در موارد غیرضروری	۲	۶
۹	انجام درمان‌های غیرضروری لوکس و گران	۲	۶
۱۰	کشیدن غیرضروری دندان در مواردی که دندان قابل نگهداری است	۱	۵
۱۱	درمان‌های اضافی ارتودنسی	۲	۵
۱۲	تجویز بیش از حد و غیرضروری رادیوگرافی	۳	۵
۱۳	خدمات زیبایی غیرضروری	۲	۵
۱۴	انجام درمان‌هایی که به دلیل عدم توانایی مالی بیمار نیمه‌تمام رها می‌شوند	۱	۱



شکل ۱: نقشه مفهومی درمان بیش از حد

بحث

در مطالعه حاضر که با روش تحقیق کیفی انجام شد، مفهوم درمان غیرضروری و مهمترین مصادیق درمان‌های غیرضروری در دندانپزشکی از زاویه دید اساتید دانشکده دندانپزشکی مشهد استخراج و اولویت‌بندی شد. پس از ۱۷ جلسه مصاحبه و برگزاری جلسه گروه اسمی، یک فهرست شامل ۱۴ مصداق درمان غیرضروری استخراج شد که براساس امتیازدهی اساتید شرکت کننده در جلسه گروه اسمی، درمان‌های حاصل از تشخیص افراطی و درمان‌های ترمیمی یا روکش در موارد غیرضروری جدی‌ترین موارد این فهرست شناخته شدند.

مطالعه حاضر به دنبال مطالعات مشابهی که به درمان غیرضروری به عنوان یکی از جدی‌ترین مسائل طبابت دندانپزشکی اشاره کرده بودند، انجام شد. به عنوان مثال در مطالعه Kazemian و همکاران^(۱۷) با عنوان اولویت‌بندی مهمترین مسائل اخلاقی دندانپزشکی، درمان غیرضروری در

کنار مسائلی از قبیل انجام درمان بدون تبصر کافی دندانپزشک یا عدم مواجهه مسئولانه با خطاهای درمانی یکی از مسائل اخلاقی جدی دندانپزشکی شمرده شد. در مطالعه Palcanis^(۱۸) به این موضوع اشاره شده بود که انجام درمان‌های متعدد برای بیمار زمانی که درمان‌های ساده‌تر و محافظه‌کارانه‌تر می‌توانند به نتایج مناسبی ختم شوند از نظر حرفه‌ای قابل قبول نیست. همچنین به ضرورت اتخاذ رویکرد اخلاقی در مبحث درمان غیرضروری تأکید شده است.^(۶) همان‌طور که در مطالعه حاضر اقدامات تشخیصی بیش از حد به عنوان یکی از جدی‌ترین دغدغه‌های مصاحبه‌شوندگان شناخته شد، در مطالعه Coli و همکاران^(۱۹) نیز از پروب کردن ایمپلنت‌های دندان‌های عنوان زمینه تشخیص‌ها و درمان‌های بیش از حد نام برده شد. از تشابهات این طرح با مطالعات قبلی میتوان به مقاله Kayser و همکاران^(۲۰) اشاره کرد که در آن تلاش بیش از حد برای نگهداری دندان‌های خلفی با پروگنوز ضعیف به

آگاهانه بیمار و قابل پرداخت توسط او باشند، از نظر حرفه‌ای قابل قبول هستند. اما هرگاه پای انگیزه‌های مالی وسط بیاید، درمانهای بیشتر از سطح بهینه درمان را درمان غیرضروری می‌خوانیم. در منطقه خاکستری حول و حوش درمان غیرضروری، میتوان به مسائلی از قبیل خطاهای درمانی، عدم تبحر کافی، بی‌توجهی به نظام ارجاع یا در دسترس نبودن متخصص برای ارجاع اشاره کرد.

توجه به مساله درمان غیرضروری در آموزش دندانپزشکی می‌تواند بیش از پیش مورد تاکید قرار گیرد. بر این اساس گفتگو درباره درمان‌های بیش از حد را می‌توان در قالب برنامه آموزشی یکایک گروه‌های بالینی دندانپزشکی به عنوان یک تم طولی گنجاند. بر این اساس اجتناب از تشخیص‌های افراطی یا طرح درمان‌های بیش از حد ضروری بایستی به عنوان یکی از مهمترین مباحث آموزشی پی‌گیری شود. علاوه بر این، می‌توان گفتگوهای اخلاقی یا سیاستگذارانه در جهت اجتناب از درمان‌های بیش از حد لازم را مورد تاکید قرار داد. در سطح سیاستگذاری به نظر می‌رسد تهیه، ارایه، و نظارت بر اجرای دستورالعمل‌های راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد از جانب سیاستگذاران بخش درمان می‌تواند در کاهش بروز درمان غیرضروری موثر باشد. گذشته از این، گفتگو درباب این مساله باید به قلب گفتگوهای دندانپزشکی کشور راه یابد.

انتخاب اساتید دانشکده دندانپزشکی به عنوان گروه هدف گفتگوها اگرچه با دانش تجربه این گروه به غنای مطالعه افزود اما جزء محدودیتهای این مطالعه نیز به شمار می‌آید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی دندانپزشکان شاغل در مراکز بالینی و مطب‌های سطح کشور نیز مورد مصاحبه قرار بگیرند. گذشته از این با توجه به اینکه پیشرفتهای تکنولوژیک در مواد و تجهیزات دندانپزشکی، به صورت روزافزون جلوه‌های جدیدی به خدمات درمانی

عنوان یک مصداق درمان غیرضروری مطرح شده بود که با نتایج این طرح همپوشانی دارد. در مطالعه Lam^(۲۱) نیز در مورد استفاده بیش از حد از درمان‌های رادیوگرافی در دندانپزشکی هشدار داده شده بود که در نتایج این مطالعه نیز به آن اشاره شده است و در نهایت میتوان به تحقیق Kelleher^(۲۲) اشاره کرد که دو نکته عنوان کرده است. اول اینکه اکثر دندانپزشکان معتقدند هرچقدر کارهای زیبایی کمتری برای دندان انجام شود دندان در معرض ریسک کمتری است و دوم اینکه برای بیماران اطلاع رسانی صحیحی در مورد عوارض این درمان‌ها صورت نمی‌گیرد. در تحقیق ما نیز در اولویت سیزدهم، نگرانی در مورد درمان‌های زیبایی غلط، آسیب رسان و القا شده بیان شد.

بر اساس مجموع یافته‌ها، مطالعات و گفتگوهای این مطالعه، پژوهشگران تعریف زیر را برای درمان غیرضروری پیشنهاد می‌کنند: "طراحی و انجام درمانهایی بیشتر از سطح بهینه درمان، عموماً با انگیزه‌های اقتصادی که معمولاً با عنوان ارائه خدمات آرمانی برای بیمار/همراهان بیمار توجیه می‌شود". در این سطح از خدمات، درمان بیش از حد را می‌توان به عنوان درمان‌های بیشتر از سطح بهینه درمان (در صورت عدم دریافت رضایت آگاهانه بیمار یا عدم سهولت پرداخت هزینه از جانب بیمار) بازشناخت. ضمناً در مواردی که درمان از سطح آرمانی هم بالاتر است، علاوه بر درمان غیرضروری، می‌توان قلمروهایی مانند سوء رفتار یا تبحر ناکافی دندانپزشک و عدم ارجاع بیمار را در منطقه خاکستری برشمرد. درمان‌های کمتر از حداقل درمان‌های ضروری با عنوان درمان کمتر از حد و درمان‌های بین حداقل درمان‌های ضروری و سطح بهینه درمان به عنوان سطح قابل قبول در طبابت حرفه‌ای نامگذاری شدند.

درمانهایی که بالاتر از سطح بهینه درمان پیشنهاد و انجام می‌شود چنانچه برای رسیدن به درمان ایده‌آل، با رضایت

نتیجه گیری

تشخیص افراطی و درمانهای ترمیمی یا روکش غیرضروری دو مورد از مهمترین مصادیق درمان های غیرضروری از دیدگاه اساتید دانشکده دندانپزشکی مشهد شناخته شد و براین اساس، نقشه مفهومی مصادیق درمان غیرضروری شامل سه ناحیه حداقلی درمانهای ضروری، سطح بهینه درمان و سطح آرمانی درمان طراحی شد. مواردی از قبیل سوء رفتار یا تبحر ناکافی دندانپزشک و عدم ارجاع بیمار در منطقه خاکستری قرار گرفتند. با توجه به روند رو به رشد انجام درمانهای زیبایی پس از انجام این پژوهش، انجام پژوهشهای جدید در این زمینه مورد نیاز است.

دندانپزشکی می‌افزاید، نیاز به تکرار مطالعه در مقاطع زمانی جدید کاملاً احساس می‌شود. به عنوان مثال، از زمان انجام این مطالعه خدمات دندانپزشکی زیبایی توسعه بسیار بیشتری پیدا کرده‌اند که ممکن است بر اهمیت مطالعه درمانهای زیبایی غیرضروری نیز افزوده باشد.^(۲۳ و ۲۴) با این حال، استفاده ترکیبی از روشهای مصاحبه کیفی و روش گروه اسمی (که به صورت یک جلسه بارش افکار ساختارمند اجرا می‌شود و از معایب تعاملات گروهی در روشهایی مثل گروههای متمرکز یا روش دلفی آسیب نمی‌بیند) ویژگی اصلی روش شناختی در این مطالعه محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود علل درمان غیرضروری ریشه یابی شود و انگیزه‌های درمان غیرضروری مورد بحث قرار گیرد، تا بتواند به سیاست‌گذاری‌های بهتر کمک کند.

منابع

1. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA* 2008; 299(23):289-91.
2. Armstrong N. Overdiagnosis and overtreatment: a sociological perspective on tackling a contemporary healthcare issue. *Sociol Health Illn* 2021; 43(1):58-64.
3. Korenstein D, Chimonas S, Barrow B, Keyhani S, Troy A, Lipitz-Snyderman A. Development of a conceptual map of negative consequences for patients of overuse of medical tests and treatments. *JAMA Intern Med* 2018; 178(10):1401-7.
4. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012; 307(14):1513-6.
5. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017; 177(3):407-19.
6. Kazemian A, Berg I, Finkel C, Yazdani S, Zeilhofer HF, Juergens P, et al. How much dentists are ethically concerned about overtreatment; a vignette-based survey in Switzerland. *BMC Med Ethics* 2015; 16(1):1-8.
7. Swensen SJ, Kaplan GS, Meyer GS, Nelson EC, Hunt GC, Pryor DB, et al. Controlling healthcare costs by removing waste: what American doctors can do now. *BMJ Qual Saf* 2011; 20(6):534-7.
8. Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394(10194):249-60.
9. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LM, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet* 2019; 394(10194):261-72.
10. Naegele E, Cunha-Cruz J, Nadanovsky P. Disparity between dental needs and dental treatment provided. *J Dent Res* 2010; 89(9):975-9.
11. Frey B. Overtreatment in threshold and developed countries. *Arch Dis Child* 2008; 93(3):260-3.
12. Walsh-Childers K, Braddock J. Competing with the conventional wisdom: newspaper framing of medical overtreatment. *Health Commun* 2014; 29(2):157-72.
13. Katz MH, Grady D, Redberg RF. Undertreatment improves, but overtreatment does not. *JAMA Intern Med* 2013; 173(2):93.
14. Delbecq AL, Van de Ven AH. A group process model for problem identification and program planning. *J Appl Behav Sci* 1971; 7(4):466-92.

15. Seidman I. Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences. Amsterdam: Teachers college press; 2006.
16. Everett JA. The 12 item social and economic conservatism scale (SECS). PloS One 2013; 8(12):1-11.
17. Kazemian A, Yazdani S, Khoshnevisan M, Ebn Ahmady A, Reiter-Theil S. Prioritization among ethical issues of dental practice in Iran. A modified nominal group study. Bioethica Forum 2014; 7(3):98-104.
18. Palcanis K. How do I deal with what I perceive to be overtreatment by another dentist when his or her patients come to me to discuss their proposed treatment plans? J Am Dent Assoc 2011; 142(4):447-8.
19. Coli P, Sennerby L. Is peri-implant probing causing over-diagnosis and over-treatment of dental implants? J Clin Med 2019; 8(8):1-13.
20. Käyser A, Witter D, Spanauf A. Overtreatment with removable partial dentures in shortened dental arches. Aust Dent J 1987; 32(3):178-82.
21. Lam E. Is routine radiography for a new patient considered overtreatment ? J Can Dent Assoc 2010; 76:1-10.
22. Kelleher M. Ethical issues, dilemmas and controversies in 'cosmetic' or aesthetic dentistry. A personal opinion. Br Dent J 2012; 212(8):365-7.
23. Holden AC. Cosmetic dentistry: a socioethical evaluation. Bioethics 2018; 32(9):602-10.
24. Holden AC, Adam L, Thomson WM. Overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: A qualitative exploration. Community Dent Oral Epidemiol 2021; 49(2):201-8.