

JOD

Joy Of Dentistry

سپتامبر ۲۰۲۱ - شماره ششم
September - 2021- NO.6

حافظه تان را
تقویت کنید

حس و حساسیت
گفتگو با دکتر مازیار شهزاد دولتشاهی

scientific articles

بخش علمی با مقالات
متنوعی از

دکتر نسترن ادیبراد
دکتر فرخ آصف زاده
دکتر الهه بهروز
دکتر مهناز ارشد
دکتر مسعود ورشوساز

ما دندانپزشکان از دندانپزشکی چه می خواهیم؟!

مطلبی از دکتر علی توکلی



شکل گیری
موسیقی پاپ
وراک و
گروه های پیشرو

Contents

JOD | September/2021 | 7 | | سپتامبر ۲۰۲۱

فهرست

مطالب بیشتر در وب سایت ما

www.jodmagazine.com

24
جنس و حساسیت
گفتگو با دکتر مازیار شهزاد دولتشاهی

8
نشغلی تا رسیدن
به تعادل
از فرسودگی

44
میل مبهم تمجید
وقتی دیگران از ما تعریف می کنند چه کنیم؟

38
دندانپزشکی
و انقلاب فرانسه
بخشی از مقدمه دکتر قاسم غنی بر
کتاب امراض دهان و دندان، محسن
سیاح چاپخانه مجلس، ۱۳۱۶

42
ناقطه تان
را تقویت کنید

30
ارزیابی مدارک بیای
آزمون‌های NDEB

34
شکل‌گیری موسیقی
پاپ و راک و
گروه‌های پیشرو

تشناسنامه:

دبیر تحریریه: ملیکا بهزادی
مشاور سردبیر: دکتر سارا مجلل
گرافیک و صفحه‌آرایی: علی رستگار
با تشکر از: دکتر علی توکلی، دکتر مسعود ورشوساز، دکتر سعید میرسعیدی، دکتر
رضا ترمهای و دکتر سارا مجلل

شورای سیاست‌گذاری: دکتر فرخ آصف زاده، دکتر نهال سناوندی
دکتر رضامس چی، دکتر مهدی ادیب راد و دکتر علیرضا آشوری
سردبیر: دکتر علیرضا آشوری
دبیر بخش علمی: دکتر فرخ آصف زاده
دبیر اجرایی: دکتر رضامس چی



ما دندانپزشکان از دندانپزشکی چه می‌خواهیم!؟



آشنا هستیم، این است که ما صرفاً دندانپزشک نیستیم! ما قرار نبوده و نیست که خودمان را، روحمان را و این عمر گرانبمایه را فقط با کار پر کنیم.

قصد تحیل روانشناسانه شغل مان را ندارم، خانم دکتر نستر ادیب‌راد در شماره ۱ و ۲ همین نشریه به تفصیل به این موضوع پرداختند. در مورد ساختارهای بیزینسی و روشهای مطب‌داری کار دندانپزشکی هم خانم دکتر ندا کدیور در شماره ۳ نشریه، مقاله خوب و کاملی نوشتند. دکتر علی مرسلی هم در سرمقاله شماره ۵ در مورد ارتباط خوشحالی در زندگی و ارتباط آن با شغل مطالب ارزشمندی بیان کرده‌اند.

این نوشته قرار نبوده و نیست که راهکار ارائه کند. با سؤالی آغاز شد و با سؤال دیگری ختم می‌شود تا شاید انگیزه‌ای شود برای بازاندیشی روش‌های مدیریت شخصی و حرفه‌ای مان برای انتخاب بهترین مسیری که هم روح مان را تغذیه کند، هم روان مان را و هم کار و کسب و زندگی مان را.

جهت دستیابی به یک زندگی متعادل و بی‌شتابی که هم دل را قانع کند و هم عقل را.

و سؤال آخر:

آیا همانقدر که مراقب مطب و تجارت (بیزینس) خودمان هستیم و برایش وقت صرف می‌کنیم، مواظب نیازهای روان و دل‌نگران اقناع روح خودمان هستیم و برایش به میزان کافی وقت می‌گذاریم!؟

اگست ۲۰۲۱/
تورنتو - کانادا

حتماً همه‌مان وقتی کوچک بودیم با این سؤال معروف مواجه شدیم که "وقتی بزرگ شوی می‌خواهی چه کاره شوی؟"

ای کاش این سؤال بخش دیگری هم داشت: "چرا؟"

تا بچه از همان ابتدا هدفمند به حرفه مورد علاقه‌اش نگاه کند، تا در خلال سالیان رشد و تحصیل و کشف دنیای درون و برون، در کنج‌کاو و کنکاوش انتخاب رشته و شغل دلخواهش واقع‌بینانه‌تر و عملگراییانه‌تر نظر کند و شغلی را با توجه به ارزشها و انگیزه‌های درونی‌اش انتخاب کند نه به خاطر جو زمانه.

و با همین سبب در مورد حرفه خودمان وقتی دندانپزشک شد به خاطر جو روزگار، از روح خودش دور نیفتد و شتاب بی‌مورد دنیای اطراف او را با خودش نبرد. به عنوان مثال اگر انتخاب روحش نیست به خاطر جو زمانه خودش را در مخصصه چندمطبی و کار ۶ روز در هفته نیندازد.

- آیا شغل هر کس تمام ۲۴ ساعت واقعی و یا ذهنی او را باید اشغال کند!؟

- آیا دندانپزشک شدیم که ۶ روز هفته و گاهی هر هفت روز آن را کار کنیم؟

- آیا دندانپزشک شدیم که با شتاب بی‌دلیل برای پرداخت دیون و قرضها در سریع‌ترین حالت ممکن، خود را مستهلک کنیم و در سنین میانسالی که قاعدتاً باید اوج شکوفایی روحی، روانی و حرفه‌ای باشد از درد کمر و شانه و گردن بنالیم!؟

نتیجه مشاهداتم به عنوان کسی که بیش از ۲۰ سال است به این فن شریف مشغول هستم و از نزدیک با دغدغه‌ها و نگرانی‌ها و مشکلات عدیده بسیاری از دوستان و همکارانم هم در ایران و هم در کانادا

برگ درختان زرد در نظر هوشیار

کانادا به سرمای ش شهره
است که بی انصافی عظیم
نوع بشر است... این همه
زیبایی و حرارت عشق
را در کوتاه - پاییزش
نمی بیند و بر سر هر کوی
فریاد نمی زند و به غایت که
سفید پوش و سرد شد، گله
می کند از کمبود رنگ و برودت
و دلمردگی....



خواستم از پاییز زیبای هزار رنگ شهر جدیدم
بنویسم از برای یاد آوری... که زمستان در پیش
است و من به گرمای عشق این پاییز فتان برای
گذران آن احتیاج خواهم داشت..... بماند که
برف هم حالی دگر دارد و سفید هم رنگ زیبایی
است بر روی درختان همیشه سبز کاج.....

پاییزتان سرشار از رنگ های تازه

دکتر سارا مجلل

دندانپزشک
مشاور سردبیر

باکی نیست... هر چه بادا باد....

اقرار میکنم که پاییز کانادا
مرا شیفته خود بنمود....
چونان که شمس مولانارا... و
رومنو ژولیت را....

آخر این چه انصاف است از بر
رعیت جماعت که مجبور به درس
و کار باشد و تمرین در اتاقی محبوس
....زان حال زمین به دور خورشید بچرخد
وقلم کردگار بگردد و آسمان و زمین را چنان
دلفریب و زیبا منقش کند....

رنگ سرخ پرچم را، افراهای بی شمار عینیت
بخشند و صورتی و نارنجی و زرد و سبز
دست در دست هم بر روی برگهای یک درخت
بنشینند به زیبایی تمام.... تجسم همان
مملکت ۷۲ ملت که آرزو و ادعایش را دارد....





دکتر میتل استرنج
دندان‌پزشک، تولیدکننده محتوا



ترجمه: ملیکا بهزادی

digital tools

ابزارهای دیجیتال چگونه میتوانند به پذیرش بیشتر بیمار کمک کنند؟

ابزارهای فناورانه که میتوانند سبب ارائه طرح درمان بهتر به بیماران شوند

وضعیت سلامت دهان در ایالات متحده آمریکا به یک روند افول ادامه‌دار دچار شده است. با افزایش بیماری‌های دهان در سراسر این کشور به خصوص پس از پاندمی کووید ۱۹، دندان‌پزشکان باید به طور جدی به دنبال راه‌های جدیدی باشند تا پذیرش بیماران را نسبت به طرح درمان افزایش دهند و اینجا است که فناوری‌های دیجیتال می‌توانند برای کاهش بیماری‌هایی که نیمی از بزرگسالان بالای ۳۰ سال را به خود درگیر کرده به کمک بیایند. خبر خوب این است که فناوری‌هایی که در دسترس بیماران و دندان‌پزشکان قرار دارند، به حدی پیشرفت کرده‌اند که بتوانند این خلأها را پر کرده و افراد را به سمت سلامت دهان بهتر ببرند. مشکلی که در حال حاضر وجود دارد، دسترسی نداشتن به تکنولوژی‌هایی که می‌توانند ابزارهای جدید و نوین را تولید کنند نیست؛ بلکه عدم استفاده از ابزار موجود یا درک کامل از ظرفیت‌های آنها است. برای مثال، خدمات سلامت دهان می‌توانند با استفاده از تکنولوژی‌های مختلفی چون اسکنرها، دوربین‌های داخل دهانی، CBCT، اینترنرت پرسرعت و پلتفرم‌های آموزشی متحرک بهبود یابند. در دوران شلوغی مطب‌ها و درمان‌های هراسناک دندان‌پزشکی، این ابزارها می‌توانند با کمک به بیماران و مطب‌ها نجات‌بخش به شمار آیند. تعیین طرح درمان دیجیتال، قدم بعدی در پیشرفت دندان‌پزشکی است و می‌تواند خدمت بزرگی به بیماران و دندان‌پزشکان باشد.

در اغلب مواقع، بیماران بیشتر اطلاعاتی که دندان‌پزشک برای کمک به تشخیص بهتر بیماری دهان جمع‌آوری می‌کند را نمی‌بینند که علت این موضوع می‌تواند کمبود وقت یا پیچیدگی‌های اشتراک‌گذاری این اطلاعات باشد. استفاده از روش‌های اشتراک‌گذاری دیجیتال، نشان دادن تصاویر، گرافی و اسکن‌ها به بیمار می‌تواند به او کمک کند درک بهتری از نوع خدمات درمانی که به آن نیاز دارد پیدا کند و به اهمیت این خدمات در بهبود سلامت دهان خود پی ببرد. تعیین طرح درمانی که تمام زوایا، مانند دستورالعمل‌های پیش از معاینه، درمان و مراقبت‌های پس از آن را در برگیرد می‌تواند در یک معاینه‌ی کوتاه سخت باشد؛ اما با استفاده از تکنولوژی، بیماران می‌توانند از خانه‌ی خود وضعیت سلامت دهانشان را رصد کرده، درباره سؤالاتی که می‌توانند در مطب پرسند فکر کنند و ترسشان را از درمانی که قرار است تحت آن قرار گیرند تخفیف بخشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین ۳۰ تا ۶۰ درصد اطلاعاتی که در معاینات داخل مطب به بیماران ارائه می‌شود کاملاً به دست فراموشی سپرده می‌شوند و بیماران به ۵۰ درصد توصیه‌های دندان‌پزشک عمل نمی‌کنند. ابزارهای دیجیتال که به آنها اشاره شد می‌توانند با ارائه‌ی آموزش‌های کافی بهداشت دهان به بیماران زمانی که خارج از مطب هستند، به بهبود عادت‌های آنها در این زمینه کمک کنند.

Digital

بیماری‌های پرودنتال تنها بر سلامت دهان تأثیر نمی‌گذارند و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سلامت دهان نقش مهمی در بیماری‌های سیستمیک دارد. از جمله بیماری‌های خاصی که به بیماری‌های پرودنتال مرتبط هستند می‌توان از سرطان، دیابت، بیماری‌های تنفسی، بیماری مزمن کلیوی، روماتیسم مفصلی، اختلال شناختی، فریبگی، سندرم متابولیک و آترواسکلروزیس نام برد. بیماران اغلب به ارتباط بین سلامت عمومی و سلامت دهان واقف نیستند و اینجاست که همکاری پزشکان دندان‌پزشکان ضرورت پیدا می‌کند.

در گذشته، همکاری بین اعضای جامعه‌ی پزشکی کار ساده‌ای نبود و ملاقات با پزشکان یا دیگر اعضای تیم ارائه‌دهنده‌ی خدمات پزشکی به فرد، به این منظور که دندان‌پزشک بتواند درباره‌ی ارتباط بین سلامت عمومی و سلامت دهان با آن‌ها به بحث بنشیند نیاز به صرف وقت داشت. با پیشرفت‌هایی که در تکنولوژی صورت گرفته، همکاری بین پزشک و دندان‌پزشک از همیشه ساده‌تر شده است. توانایی ارتباط برقرار کردن با پزشکان بیمار به شکل دیجیتال، می‌تواند منجر به طرح درمانی بی‌نقص با مشارکت تمام تیم پزشکی او شود و به اشتراک‌گذاری یافته‌ها به صورت دیجیتال و شرکت در جلسات مجازی می‌تواند به افزایش مشارکت در مانگران کمک کند.

اغلب اوقات، کیس درمانی پیچیده‌تر از آن است که فقط یک درمانگر آن را مدیریت کند. برای مثال، اگر شخصی به بیماری پرودنتال مبتلا است که منجر به یک بیماری سیستمیک شده، پزشک و دندان‌پزشک هر دو باید یافته‌های خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند تا به درمان مطلوب برسند. بدون به کار بردن ابزارهای دیجیتالی که همیاری را در یک مدت کوتاه تسهیل می‌کنند، درمان ممکن است به تعویق بیفتد و با اشتراک‌گذاری دیجیتال به وسیله‌ی یک پلتفرم سازگار با HIPAA که از حریم خصوصی و سلامت بیمار محافظت می‌کند، درمانگران می‌توانند در زمان مؤثر، به موقع و دقیقی به بیمار ارائه دهند.

افزایش پذیرش بیمار به کمک ابزارهای دیجیتال

درمان دیجیتال و همکاری درمانگران

در عین حال که ابزارهای دیجیتال پیشرفت می‌کنند و امکان همکاری بین افراد با ادعای به وجود آمده در صنایع ارتباط مجازی، پزشکی و دندان‌پزشکی افزایش می‌یابد، این موضوع تضمین‌کننده اینکه بیماران طرح درمان را بپذیرند یا از دستورالعمل‌ها پیروی کنند تا به طور کامل از بیماری‌های پرودنتال خود رهایی یابند نیست و بدون پذیرش بیماران، طرح درمان همیشه ناتمام خواهد ماند. بخش اعظم سر باز زدن بیماران از پذیرش طرح درمان، به دلیل درک نادرست آن‌ها از مشکل و شدت آن است و ابزارهای دیجیتال می‌توانند این موضوع را به کلی تغییر دهند. راه‌های متفاوتی وجود دارد که دندان‌پزشک می‌تواند اطلاعات بیمار را افزایش دهد. اتاق‌های انتظار و فضاهای درمانی از قدیم بهترین راه برای رسیدن به این هدف بودند. با این حال، ابزارهای دیجیتال در حال حاضر تبدیل به جایگزین‌های بهینه‌ای برای آموزش بیمار شده‌اند. تحویل اینفوگرافیک، تصاویر و اطلاعات مربوط به بیماری دهان شخص در خانه، می‌تواند تمام اطلاعات مورد نیاز برای درک درست دلیل دندان‌پزشک برای انتخاب یک طرح درمان خاص و آنچه بیمار می‌تواند برای به ثمر رسیدن موفقیت‌آمیز طرح درمان انجام دهد را در اختیار او بگذارد. افزایش بیماران مبتلا به بیماری‌های پرودنتال به همراه فقدان درک صحیح از اینکه سلامت دهان چقدر برای سلامت عمومی مهم است، می‌تواند سبب شود تعدادی از دندان‌پزشکان با بیمارانشان به مشکل برخوردند. در نتیجه با ادغام ابزارهای دیجیتال، افزایش مشارکت بین افراد و آموزش بیمار، دندان‌پزشکان می‌توانند در عین بهبود ارتباط با بیمار با افزایش آمار کیس‌های درمانی در اسرع وقت و به شکلی مؤثر مقابله کنند. در ضمن به این وسیله می‌توان پذیرش بیمار نسبت به طرح درمان تجویز شده را افزایش داد.





EMERALD

Wealth Management



Services

- Financial Planning
- Tax and Estate Planning
- Buy / Sell Structuring
- Retirement Planning
- Life Insurance
- Mortgage Insurance
- Disability Insurance
- Critical Illness Insurance
- Long Term Care Insurance
- Travel Insurance
- RRSP and TFSA
- Key Person Insurance
- Business Loan Protection
- Group Employment Benefit
- Overhead Expense Insurance
- Corporate Critical Illness Insurance
- Individual Health and Dental Insurance

Eric Alikhani

Founder and Principal in Charge

“I help people accomplish financial peace”

Top of the Table MDRT | Active member of CALU | ADVOCIS member

 eric@emeraldwealthmanagement.ca

 emeraldwealthmanagement.ca

 416.565.4535  416.849.1342 #644  905.695.0848

 1700 Langstaff Road, Suite 1001, Concord, ON, L4K3S3





- از فرسودگی شغلی تا رسیدن به تعادل
- ملاحظات درمان‌های ایمپلنت در نواحی استتیک
- نکاتی درباره کاربرد سی سی بی سی تی در درمان‌های ایمپلنت
- آپنه موقع خواب
- همه چیز درباره بدرنگی‌های دندان‌ها

Article

از فرسودگی شغلی تا رسیدن به تعادل

بخش اول



دکتر نسترن ادیب راد

سایکوتراپیست

Familyschool.ca

Info@familyschool.ca

دندانپزشکان است. دندانپزشکی، حرفه‌ای پر استرس و پر خطر است که در آن اضطراب بیماران و دندانپزشکان بالا است. تحقیقات انجام شده در سال ۲۰۲۰ در کارولینای شمالی روی دندانپزشکان نشان می‌دهد که ۴۳.۵٪ از دندانپزشکان از فرسودگی شغلی رنج می‌برند. از نظر WHO این آمار در سال ۲۰۲۲ در مشاغل مربوط به سلامتی از جمله دندانپزشکان افزایش هم خواهد داشت.

دکتر رویا امیدوار است که اوضاع روزی بهبود یابد، با این اعتقاد که درآمد خوبی عاید او می‌شود. این در حالی است که هزینه‌های زندگی شخصی و شغلی او بسیار بالا است و به نظر می‌رسد چرخه معیوب استرس پایانی ندارد. این وضعیت باعث بروز فرسودگی شغلی در او شده و به تدریج حس علاقه خود را نسبت به کارش از دست داده است. او دچار ناامیدی شده و بعضی اوقات به تغییر شغل فکر می‌کند؛ اگر چه گزینه‌های بسیار محدودی برای او غیر از دندانپزشکی وجود داد.

فرسودگی
شغلی تاثیر
زیادی بر
جنبه های
مختلف
زندگی دارد،

نشانه‌گان
(سندرم)
فرسودگی
شغلی

که می‌تواند به بروز علائم یک نشانه‌گان (سندرم) منجر می‌شود. هر کدام از این نشانه‌ها به تنهایی می‌تواند بر عملکرد شغلی و حتی روابط خارج از محل کار و کیفیت زندگی در کل تاثیر بگذارد. در بسیاری از مواقع با بروز نشانه‌های فرسودگی شغلی، فرد آن‌ها را نادیده گرفته و به بدتر شدن اوضاع دامن می‌زند. این در حالی است که با اقدامات به موقع و ایجاد تغییرات لازم در سبک کار و زندگی و در صورت لزوم گرفتن کمک حرفه‌ای می‌توان از وخیم‌تر شدن شرایط پیشگیری کرد. نشانه‌های فرسودگی شغلی را در چهار دسته طبقه بندی می‌شود.

هیچ فرصتی وجود ندارد که او بتواند بعد از ظهر به مسابقه تیم پسرش برسد و وقتی به این فکر می‌کند که به همسرش خبر بدهد که تاخیر خواهد داشت تصویر مشاخره اجتناب‌ناپذیر با همسرش در ذهن او ظاهر می‌شود و اضطرابش را دوچندان می‌کند. این دومین بازی تیم پسرش است که او در بین خانواده‌های تماشاچیان حضور ندارد. اکنون رابطه مشترک او هم تحت فشار قرار گرفته است، زیرا او و شوهرش همیشه در مورد کار او و نحوه زندگی زناشویی‌شان بحث و جدل دارند. رویا احساس درماندگی و ناامیدی می‌کند. قبل از این که بیمار بعدی را ببیند به دستیارش می‌گوید "دو دقیقه به من وقت بده،" به سمت دستشویی می‌رود که صورتش آب بزند تا کمی اعصابش آرام کند. پس از چند نفس عمیق، او به آینه خیره می‌شود؛ یک نفس آرام و عمیق دیگر می‌کشد و به خود اطمینان دهد که "من می‌توانم این کار را انجام دهم."

همانطور که او برای خوش آمدگویی به بیمار بعدی بیرون می‌آید، با خود فکر می‌کند که آیا واقعا می‌تواند به همین منوال ادامه دهد؟ داستان رویا حکایت زندگی بسیاری از

رویا لبخند اطمینان بخشی به بیمار می‌زند. او می‌گوید: "نگران نباش ترمیم سطحی است." او این روش را قبلاً برای بیمار توضیح داده است اما احساس می‌کند باز هم باید توضیح دهد تا اضطراب بیمار کاهش یابد. سپس به تعدادی سوالات اضافی - که به همه آنها در جلسه قبلی پاسخ داده شده است دوباره جواب می‌دهد. که این مساله وقت زیادی از دکتر می‌گیرد. بیمار بعدی منتظر است و بی‌قرار. او آماده است که اگر بلافاصله دیده نشود مطب را ترک می‌کند. دکتر به ساعتش نگاه می‌کند. او تمام روز را پشت سر گذاشته است، از آنجا که اولین بیمار دیر رسیده است و ملاقات دوم هم بیشتر از آنچه که قرار بود به طول انجامیده است او از همه چیز عقب است.

دکتر امیدوار بود که یک استراحت ناهار داشته باشد اما می‌داند که این امر غیرممکن است، همانطور که اغلب اتفاق می‌افتد. علاوه بر بیماری که منتظر است و ملتهب. او همچنین قرار است چند بیمار اورژانسی را نیز ببیند. کمرش درد می‌کند و عرقش شروع به ریختن روی گونه‌ش می‌کند، زیرا او در حال فکر کردن است که بقیه روز چگونه خواهد بود؟ در حال حاضر



افسردگی، احساس درماندگی، بی‌علاقگی نسبت به شغل، احساس بی‌تفاوتی یا بی‌زاری، احساس دوری و غریبگی با دیگران، بدبینی و بی‌اعتمادی نسبت به همکاران

نشانه‌های هیجانی

پر خاشگیری، کناره‌گیری از دیگران، مشکل و درگیری با همکاران و اعضای خانواده، کاهش توانایی در انجام کار

نشانه‌های رفتار

احساس خستگی و کمبود انرژی، دردهای عضلانی، سردرد، مشکلات خواب، مشکلات گوارشی و سرماخوردگی‌های مکرر

نشانه‌های جسمی

ایجاد مشکل با بیمار، افزایش خطاهای پزشکی، افزایش تعداد غیبت‌ها

نشانه‌های سازمانی

ولی آیا این است پاداش کار پر استرس و پر خطر؟ آیا یک دندانپزشک باید از زندگی خود ناخشنود بوده و یا حتی گاهی به فکر تغییر شغل باشد؟

افزایش حوادث در حین کار

برای شناخت راهکارهای رویا رویی با فرسودگی شغلی مقاله را در شماره‌های بعد دنبال کنید

اما جواب دیگری هم وجود دارد!

Article

(به نسبت ۱:۰.۶:۱.۰۶) باشد. که اعمال این تناسب با توجه به فرم قوس مختلف، آناتومی لب و نسبت صورتی مهارت کلینیکی بالایی را می طلبد (شکل ۱).^(۳)

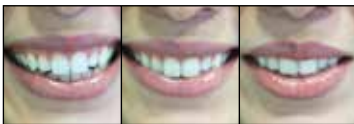


شکل ۱: نسبت های طلایی در طراحی دندان های قدامی (درمان توسط دکتر مهناز ارشد)

هارمونی لبخند علاوه بر شکل، محل و رنگ دندان به بافت لثه های نیز بستگی دارد. میزان دیده شدن پرپودنشیوم به محل خط لبخند مرتبط است. خط لبخند، خط فرضی است که خط تحتانی لب بالا را دنبال می کند و معمولاً محدب است. نمایش کمی از لثه حین لبخند قابل قبول است و باعث جوان تر شدن صورت می شود، ولی نمایش بیش از حد لثه یا "gummy smile" موجب نارضایتی بیماران است.^(۴)

انواع لبخند

به طور کلی لبخند به سه طبقه تقسیم می شود: high smile لبخندی است که تمام طول انسیزورها و کمی از لثه نمایان است، در average smile ۷۵-۱۰۰٪ انسیزورهای بالا و پایی بی دندان دیده می شود ولی در low smile کمتر از ۷۵٪ انسیزورهای بالا در لبخند کامل نمایش داده می شود (شکل ۲). درمانهای ایمپلنت در گروه gummy smile بسیار چالش برانگیز است زیرا کوچکترین عدم هارمونی لثه کاملاً مشخص خواهد بود.^(۵)



شکل ۲: به ترتیب از چپ به راست؛ high smile، average smile، low smile (Machado)^(۸) (۲۰۱۴)

بایوتایپ لثه

نوع بایوتایپ لثه پیش بینی کننده آن است که آیا بعد از جراحی تحلیل داریم یا نه. در بیماران با بایوتایپ نازک و بسیار اسکالوپ، ایمپلنت ها باید اندکی بالاتالی و اپیکالی تر قرار داده شوند تا ایمرجنس پروفایل مناسب ایجاد شده و از تحلیل لثه، دیدن "سایه" تیتانیوم از ورای لثه و

ملاحظات درمان های ایمپلنت در نواحی استتیک

یک لبخند طیف وسیعی از احساسات را بوسیله حرکات دندان ها و لب ها بیان می کند و روی میزان فعالیت فرد در جامعه اثر می گذارد. پیتر داوسون در تعریفی از زیبایی بیان می کند که "بازسازی یک لبخند زیبا باعث ایجاد آرامش و ثبات سیستم جونده می شود، از طرفی دندان ها، بافت ها، عضلات، اسکلت و مفصل باید هماهنگ با هم عمل می کنند."^{(۳)(۴)} بازسازی دندان های قدامی برای دندانپزشکان چالش برانگیز است،^(۳) زیرا انتظارات بیمار در قضاوت رستوریشن های نهایی نقش پررنگی دارد. زیبایی در سلامت بافت نرم و سخت اطراف ایمپلنت تعریف می شود، که از تشخیص درست، طرح درمان جامع در ترکیب با مهارت های کلینیکی عالی بدست می آید. برای دستیابی به بهترین زیبایی، به تیمی متشکل از متخصص پروتز، جراح ایمپلنت و تکنیسین دندانپزشکی نیاز است.^(۴) بازسازی و حفظ ساختار بافت نرم و سخت اهمیت فراوانی دارد. هر نقصی در بافت نرم، حتی در زیباترین رستوریشن ها، می تواند در هر مرحله ای از درمان باعث شکست درمان شود، که چالش برانگیزترین بعد در ایمپنتولوژی، خصوصاً در بیماران جوان gummy smile است.^(۵)

پریودنتال، و آنالیز رادیوگرافی).^(۶) ابعاد دندان ها در لبخند زیبا باید متناسب با مورفولوژی صورت باشد. از دیدگاه زیبایی و ریاضی، نسبت دندان های سانترال در نمایش لبخند بسیار تاثیر گذار هستند. نسبت عرض به طول سانترال ها باید تقریباً ۴ به ۵ (۰.۸) تا ۱) یا به عبارتی عرض آنها ۷۵-۸۰ درصد طول آن باشد. شکل و محل سانترال ها، ظاهر و محل لترال و کانین ها را تعیین می کند. در نسبت طلایی (Lombardi)، وقتی از نمای فیشیال به دندان ها نگاه میکنیم، عرض هر دندان قدامی باید ۶۰ درصد عرض دندان مجاورش

هارمونی لبخند

برای رسیدن به طرح درمان درست، به اطلاعات جامع و دقیق (از قبیل تاریخچه و معاینات دقیق) نیاز داریم و نیز باید معیارهای زیبایی - شناختی را در سه طبقه بررسی کنیم: ارزیابی صورتی (جهت پلسن اکلوزال، ساپورت لب، تقارن، چارچوب لثه و خط لبخند)؛ ارزیابی دندانپزشکی (ناحیه بی دندانپزشکی به صورت سه بعدی از قبیل، اکلوزن، دندان مجاور، رابطه بین قوسی و دیاستم) در نهایت، ارزیابی جامع پریودنتال (بررسی مراقبت های خانگی، چارتینگ



دکتر مهناز ارشد

متخصص پروتزهای دندان، دانشیار
دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم
پزشکی تهران، پردیس بین الملل
www.drmarshad.com



سحر حسن تاتش

دانشجوی دندانپزشکی دانشکده
دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی
تهران، پردیس بین الملل

ایجاد رستوریشن ریج لپ جلوگیری شود. پس این بیماران باید از احتمال تحلیل لثه و نتایج زیبایی بعد از جراحی مطلع باشند. ولی در بایوتایپ ضخیم، احتمال ثبات زیبایی بیشتر است. حجم مناسبی از بافت نرم، ایمر جنس پروفایل مطلوبی از رستوریشن‌های ایمپلنت ایجاد می‌کند (شکل ۳) و لایه فلزی ایمپلنت زیرین را می‌پوشاند. پیوند ساب اپیتلیال بافت همبند، ممکن است در افزایش حجم بافت نرم موثر باشد.^(۳)



شکل ۳: نمای لترال از ایمر جنس پروفایل پروتز ایمپلنت سنترال چپ ماگزایلا (Dds et al, ۲۰۲۱)

اینتردنتال پاپیلا

حضور و شکل پاپیلا بین دندانی یک ویژگی مهم در ساختار بافت نرم است. با این حال، داشتن یک پاپیلا خوش فرم اطراف ایمپلنت هنوز چالشی برای دندانپزشکان حتی کلینیسیین‌های باتجربه است. (۳) کرست استخوان و پلنفرم ایمپلنت جهت ایجاد ایمر جنس پروفایل صحیح باید در فاصله فیزیولوژیکی ۲ تا ۳ میلی متر از محل CEJ یا در صورت وجود تحلیل لثه، ۲ تا ۳ میلی متر از مارژین لثه باکال فاصله داشته باشد. برای تشکیل پاپیلا کامل، فاصله ارتفاع کرست استخوان تا محل کانتکت پروگزیمالی دندان و پروتز مجاورش نباید از ۵ میلی متر تجاوز کند؛ اگر نه ماثت سیاه (Black Triangle) تشکیل می‌شود؛ ایمر جنس پروفایل و کانتور پروگزیمالی پروتز نیز در شکل و ارتفاع پاپیلا نقش دارند. این عوامل ممکن است بسته به اینکه ایمپلنت در مجاورت ایمپلنتی دیگر یا دندان طبیعی است، متفاوت باشند.^(۴)

رفع نقایص ریج به‌دندانی

در مواردی که نواقصی در ریج بی دندانی بیمار دیده می‌شود، برای خلق یک لبخند زیبا فقط رنگ سفید دندان کمک کننده نخواهد بود. چنین مشکلاتی، به روش جراحی (پیوند بافت نرم و سخت) یا روش پروتز (پرسنل صورتی متناسب با رنگ لثه) قابل بازسازی خواهند بود. روش‌های جراحی رایج مثل GBR, block graft, پیوند بافت همبند، تکنیک root forced orthodontic و submergence eruption. به صورت ترکیبی یا منفرد برای آگمنتاسیون بافت نرم سخت استفاده می‌شوند. با توجه به گران و زمان بر بودن این تکنیک‌ها، روش‌های پروتزی در بازسازی نواقص ناحیه بی دندانی در قدام ماگزایلا بوسیله پرسنل صورتی (متناسب با رنگ لثه) جایگزین خوبی خواهند بود. پرسنل صورتی (در طرح پروتزهای FP-۲ و بیشتر از آن در دسته FP-۳) نسبت طبیعی تاج، کانتور موکوژینژیوال و پاپیلا بین دندانی را از نو بازسازی کرده و هزینه کمتر، راحتی و رضایت بیمار را تضمین می‌کند، بخصوص در بازسازی کامل فکی که محل ایمپلنت‌ها از نظر وضعیت استخوان ایده‌آل نیست استفاده از این نوع پروتزهای متکی بر ایمپلنت بسیار کمک کننده خواهد بود. (شکل ۴ و ۵)^(۹،۱۰)



شکل ۴: بازسازی کامل دهان توسط روش‌های متال-سرامیکی متکی بر ایمپلنت؛ به دلیل حجم زیاد استخوان از دست رفته و ایمپلنت‌های قدیمی malposed، بازسازی به کمک پرسنل صورتی انجام شده است. (درمان پروتزی توسط دکتر مهناز ارشد)



شکل ۵: بازسازی دهان توسط ایمپلنت و پروتز تمام سرامیک متکی بر ایمپلنت، بدلیل تحلیل شدید استخوان بازسازی نواحی لثه ای از دست رفته با پرسنل صورتی صورت گرفته است که در حین صحبت کردن و خندیدن مشخص نیست. (درمان توسط دکتر مهناز ارشد)

وکس آپ تشخیصی

وکس آپ تشخیصی وسیله‌ای بسیار کمک کننده است، خصوصاً مواقعی که چندین ایمپلنت داریم. زیرا مشکلات احتمالی در آینده را مشخص کرده و کسب رضایت و تصمیم‌گیری بیمار راحت تر انجام می‌شود. از آن برای ساخت سرجیکال گاید نیز استفاده می‌شود.^(۴)

موقعیت سه بعدی قرارگیری ایمپلنت

موقعیت باکولینگوالی ایمپلنت برای ایجاد ایمر جنس پروفایل مناسب و تسهیل در ساخت پروتز و رعایت بهداشت دهان و دندان اهمیت فراوانی دارد. ضخامت دیواره استخوان باکال باید حداقل ۱ میلی‌متر باشد؛ اگر نه، ایمپلنت باکالی تر، باعث دهی سنس دیواره باکالی و تحلیل لثه می‌شود. مکان

سطح استخوان مارژینال اطراف ایمپلنت بعد از جایگذاری پروتز، می‌تواند اولین پیامد به علت میکروولیکجیح محل اتصال ایمپلنت-اباتمنت باشد. از این رو اباتمنت‌هایی با پلتفرم سوئیچینگ انتخاب مناسبی در جهت بهبود ثبات بافت نرم و زیبایی هستند (در این حالت سائز قاعده اباتمنت از پلتفرم ایمپلنت کوچکتر بوده و دیواره‌های اباتمنت به سمت کروئال به تدریج حالت واگرا پیدا می‌کنند). این طرح به بافت نرم اطراف ایمپلنت فشار وارد نمی‌کند، از تحلیل جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود که فینیش لاین پروتز روی ایمپلنت باشد و به کلینیسین این اجازه را دهد که با روکش‌های موقت، بافت نرم اطراف ایمپلنت را متناسب با کانتور پروتز شکل دهد.^(۱۲)

فرم دادن بافت نرم

یک رستوریشن متکی بر ایمپلنت مانند یک دندان طبیعی، باید یک انتقال طبیعی از رستوریشن به بافت نرم داشته باشد تا نمای همانند دندان طبیعی را ایجاد کند. برای فرم دهی بافت نرم اطراف ایمپلنت در حین healing ایمپلنت، تکنیک‌های متعددی مثل استفاده از پروتزهای موقت فوری، هیلینگ اباتمنت‌های مرسوم، و همچنین تکنیک‌های موقت پس از اینترگیشن ایمپلنت وجود دارد. موقعیت سه بعدی ایمپلنت (در جهت باکولینگوالی، مزودیستالی و آپیکو کروئالی و زاویه آن) و مقدار بافت نرم موجود (بیوتاوپ لثه) عواملی هستند که بر شکل ایمر جنس پروفاایل تأثیر می‌گذارند. کانتور نهایی رستوریشن موقت برای رسیدن به زیبایی ضروری است. تکنیک مورد استفاده به رویکرد بالینی از قبیل قراردعی تأخیری یا فوری ایمپلنت و نیاز به تقویت بیشتر بافت نرم بستگی دارد.^(۱۳)



شکل ۱۰: بازسازی پروتز موقت برای تک ایمپلنت جهت فرم دهی لثه. پس از قرار دهی ایمپلنت در ناحیه زیبایی با کمک یک تمپلیت و گاید پین، آکریل رزینی اطراف اباتمنت پیچ شونده تزریق می‌شود تا پروتز موقت برای فرم دهی بافت نرم و پایبندی بین دندانی ساخته شود. پس از چند هفته، ایمپلنت و بافت نرم اطرافش آماده قالب‌گیری و ساخت پروتز نهایی می‌شوند. (درمان توسط دکتر مهناز ارشد)

بخش میدباکال مارژین لثه رفرنس خواهد بود. اگر ایمپلنت خیلی اپیکالی باشد ایمر جنس پروفاایل بهبود پیدا می‌کند ولی از طرفی کرسست استخوان برای حفظ عرض بیولوژیک از بین می‌رود. به طور کلی پذیرفته شده است که کرسست استخوان در فاصله ۱،۵ میلی‌متری از ایمپلنت قابلیت بازسازی مجدد دارد.^(۴) زاویه نامناسب ایمپلنت روی پروتز و رعایت بهداشت تأثیر می‌گذارد. به طور ایده آل زاویه آن باید مثل دندان طبیعی باشد. از این رو استفاده از سرجیکال گاید‌ها توصیه می‌شود.^(۴)

بازسازی لترال بالا و سانترال و لترال پایین

چالشی دیگر در ایمپلنتولوژی، بازسازی لترال ماگزایلا، لترال و سانترال مندیبل است که فضای در دسترس محدود و ریشه دندان‌های مجاور در جهت اپیکالی همگرا هستند. ایمپلنت‌های باریک تیپر انتخاب خوبی در این موارد هستند، زیرا می‌توانند بین ریشه دندان‌های طبیعی مجاور قرار گرفته و مانع از تحلیل استخوان کرسستال شوند. بعلاوه، در ناحیه استتیک، ایمر جنس پروفاایل عالی برای پروتز نهایی ایجاد می‌کنند. ایمپلنت‌های باریک طول عمری مشابه ایمپلنت‌های معمولی داشته و می‌توانند به طور موفقیت‌آمیزی ثبات اولیه مناسب را برای ساپورت روکش‌های موقت فراهم کنند. برخی از ایمپلنت‌های دو تکه‌ای قطر ۳ میلی‌متر یا کمتر دارند، ولی ایمپلنت‌های با قطر ۳ میلی‌متر بندرت در جایگذاری فوری روکش دندان استفاده می‌شوند (شکل ۸).^(۱۱)



شکل ۸: بازسازی دندان لترال راست ماگزایلا (درمان توسط دکتر مهناز ارشد)

تحلیل استخوان مارژینال

در کل، ایمپلنت درمانی قابل پیش‌بینی برای جاگزینی تک دندان قدامی است، ولی تغییر

ناصیح ایمپلنت بخصوص در تک دندان حتی با پروتزهای هیبرید و پرسن صورتی نیز قابل اصلاح نیست (شکل ۶). اگر ایمپلنت خیلی پالاتالی باشد، به ناچار باید پروتز را به فرم ریج لپ بسازیم که نازبیا و غیربهداشتی است، مگر آنکه بیمار بیوتاوپ لثه‌ای نازک داشته باشد که مجبور باشیم ایمپلنت را کمی پالاتالی‌تر قرار دهیم.^(۴)



شکل ۶: قراردعی ایمپلنت malposed باعث شکست درمان می‌شود.

موقعیت مزودیستالی ایمپلنت برای جلوگیری در از بین رفتن پایبلا و استخوان اینترپروگزیمالی مهم است. از این رو فاصله ۱،۵ تا ۲ میلی‌متر بین ایمپلنت و دندان مجاور و فاصله ۳ تا ۴ میلی‌متر بین دو ایمپلنت باید حفظ شود. (شکل ۷) در ناحیه سانترال ماگزایلا ممکن است ایمپلنت را کمی دیستالی‌تر قرار دهند تا تقارن طبیعی موجود در کانتور لثه‌ای آنها حفظ شود.^(۴)



شکل ۷: فاصله ایمپلنت از دندان طبیعی مجاورش (Al-Sabbagh et al. 2006)

در بیماری بدون تحلیل لثه، موقعیت اپیکو کروئالی پلتفرم ایمپلنت، ۲ تا ۳ میلی‌متر اپیکالی‌تر از محل CEJ دندان مجاور خواهد بود، ولی در مواردی مانند لترال ماگزایلا، CEJ ۱ میلی‌متر کروئالی‌تر از کانین و سانترال مجاورش است. در بیماران با تحلیل لثه،

منابع:

1. Dawson PE. Determining the determinants of occlusion. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1983;3(6):8-21.
2. Bhuvaneshwar M. Principles of smile design. *J Conserv Dent JCD*. 2010;13(4):225.
3. Burgueño-barris G, Cortés-acha B, Figueiredo R, Valmaseda-castellón E. Aesthetic perception of single implants placed in the anterior zone. A cross-sectional study. 2016;21(4):1-6.
4. Al-sabbagh M. Implants in the Esthetic Zone. 2006;50:391-407.
5. Dmd IG, Dmd MBB. Predictable immediate implant placement and restoration in the esthetic zone. 2021;(November 2020):158-72.
6. Gaddale R, Desai SR, Mudda JA, Karthikeyan I. Lip repositioning. *J Indian Soc Periodontol* [Internet]. 2014 Mar;18(2):254-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24872640>
7. Manjula WS, Sukumar MR, Kishorekumar S, Gnanashanmugam K, Mahalakshmi K. Smile: A review. *J Pharm Bioallied Sci* [Internet]. 2015 Apr;7(Suppl 1):S271-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26015730>
8. Machado AW. 10 commandments of smile esthetics. *Dental Press J Orthod*. 2014;19:136-57.
9. Papaspyridakos P, Amin S, El-Rafie K, Weber HP. Technique to Match Gingival Shade when Using Pink Ceramics for Anterior Fixed Implant Prostheses. *J Prosthodont*. 2018;27(3):311-3.
10. Gómez-Polo C, Martín Casado AM, Gómez-Polo M, Montero J. Colour thresholds of the gingival chromatic space. *J Dent*. 2020;103(September).
11. Kolinski M, Hess P, Leziy S, Friberg B, Bellucci G, Trisciunglio D, et al. Immediate provisionalization in the esthetic zone: 1-year interim results from a prospective single-cohort multicenter study evaluating 3.0-mm-diameter tapered implants. 2018;
12. Canullo L, Menini M, Covani U, Pesce P. Clinical outcomes of using a prosthetic protocol to rehabilitate tissue-level implants with a convergent collar in the esthetic zone: A 3-year prospective study. *J Prosthet Dent*. 2020;123(2):246-51.
13. Dds RG, Dds JE, Dmd MBB. The esthetic biological contour concept for implant restoration emergence profile design. 2021;(January):173-84.
14. Review AS. Clinical Outcomes Following Immediate Loading of Single-Tooth Implants in the Esthetic Zone: 2020;
15. Yan Q, Xiao L, Su M, Mei Y, Shi B. Soft and Hard Tissue Changes Following Immediate Placement or Immediate Restoration of Single-Tooth Implants in the Esthetic Zone: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2016;
16. Alqutaibi AY, Hussain BS, Alobodi AK. IMMEDIATE AND CONVENTIONAL LOADING OF A SINGLE DENTAL IMPLANT PLACED IN THE ESTHETIC ZONE MAY YIELD. *J Evid Based Dent Pract* [Internet]. 2020;20(4):101492. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2020.101492>



شکل ۹: نمای های مختلف از نواحی زیبایی- بیولوژیکیال و کانتور در EP (Dds et al ۲۰۲۱)



شکل ۱۱: بازسازی کامل دهان در آقای ۲۸ ساله، با آملوژنیزیس ایمپرفکتا مادرزادی و دندان های قدامی زرد، بدفرم و این بایت ۱۰ میلی متری، فاقد دندان لترال چپ و لترال راست به صورت پگ لترال می باشد، پس از آنالیزهای انجام شده بیمار تحت سگمنتال اور توگناتیک سر جری قرار گرفت تا این بایت بسته شود، سپس تحت جراحی لثه و گرفت استخوان در ناحیه سانتالال راست قرار گرفت و سپس ایمپلنت در نواحی سانتالال راست و پرمولر چپ قرار داده شد و روکش موقت فوری (شکل ۱۰) جهت سانتالال راست ماگزایلا جهت فرم دهی دقیق لثه ساخته شد و سپس دهان توسط روکش های تمام سرامیک زیر کونیاپی و لمینیت بازسازی شد. (درمان بخش پروتز توسط دکتر مهناز ارشد)

ایمپلنت گذاری و لودینگ فوری:

طی ۶ ماه پس از کشیدن دندان، ۳ تا ۴ میلی متر از استخوان در بعد افقی و عمودی تحلیل می رود. برای جلوگیری از این تغییرات بافتی، یک روش، شامل پر کردن ناحیه کشیده شده با مواد پیوند استخوان و روش دوم، جایگذاری فوری ایمپلنت است. جایگذاری فوری و بارگذاری فوری ایمپلنت، طول مدت بی دندانی را به طور چشمگیری کاهش داده و باعث حفظ سطح استخوان آلوئولار می شود تا نتایج زیبایی دلخواه بدست آید. لودینگ فوری خصوصا در قدام ماگزایلا دلیل مزایای زیبایی آن به طور گسترده ای پذیرفته شده است. در قراردی تک ایمپلنت های فوری، لودینگ پروتزاها باید non-occlusal و پراگرسیو باشد، تا میزان شکست کاهش یابد. (۱۴، ۱۵)

مطالعات نشان داده که در ناحیه استیک لودینگ فوری و کانونشال تک پروتز متکی بر ایمپلنت، عملکرد یکسانی از نظر میزان بقا ایمپلنت، تحلیل استخوان مارژینال، و تغییرات بافت نرم نشان داده است. (۱۵، ۱۶)

در نهایت، هر دندانپزشک در ارزیابی زیبایی کیس های ایمپلنت نظرات مختلفی دارد و به نظر می رسد تجربه و حوزه تخصص بر ارزیابی زیبایی در ناحیه قدامی تأثیر می گذارد. (۱۷)



جدول ۱: جدول طبقه بندی نواحی زیبایی، بیولوژی، کانتور و ویژگی های پروتزی آنها (Dds et al. 2021)

Zone	عملکرد	طراحی	بافت	بافت شناسی	طول
Zone E (Esthetic zone)	تعیین کننده زیبایی	محدب، برای ساپورت مارژین لثه	اپیتلیوم سالکولار	اپیتلیوم مطبق سنگفرشی	۱ میلی متر
Zone B (Bounded zone)	ناحیه مرز بیولوژیکی	بسته به پوزیشن ایمپلنت و ضخامت بافت نرم	اپیتلیوم جانکشال	اپیتلیوم غیر کراتینیزه	۱-۲ میلی متر
Zone C (Crestal zone)	ثبات استخوان کرسنال	مستقیم یا کمی مقعر	بافت همبند سوپراکرسنال	بافت همبند	۱-۱.۵ میلی متر

Article

گرچه سی بی سی تی تصاویری سه بعدی در اختیار دندانپزشک قرار می‌دهد ولی دندانپزشک باید روش استفاده و اصطلاحاً خواندن سی بی سی تی را هم بیاموزد. پیشنهاد بنده این است که اگر این مهارت وجود ندارد، دندانپزشک حتماً از رپورت رادیولوژیست استفاده کند.

تفاوت اندازه‌ها در کلینیک و اسکن

توجه کنید که گزارش رادیولوژی طراح درمان نیست. در نتیجه ممکن است اعداد ارائه شده توسط رادیولوژیست با آنچه دندانپزشک مد نظر دارد متفاوت باشد. فرض کنید در یک ریج رادیولوژیست از راس ریج تا کانال مندیبولار را اندازه‌گیری می‌کند ولی دندانپزشک در نظر دارد به اندازه یک یا دو میلی‌متر ریج را فلت (flat) کرده و بعد ایمپلنت را قرار دهد. در نتیجه ارتفاع مد نظر دندانپزشک با آنچه رادیولوژیست اندازه‌گیری کرده متفاوت خواهد بود. همین مساله در مورد اندازه پهنای ریج و زاویه آن هم ممکن است اتفاق بیفتد. یکی از مواردی که این اختلاف اندازه‌گیری زیاد مشاهده می‌شود در ساکت دندان‌هایی است که به تازگی کشیده شده‌اند و یکی از پلیت‌های استخوانی از بین رفته است. من شخصا اندازه طول ریج را از پلیت سالم تا ناحیه آنا تومیک در نظر می‌گیرم و عرض را از جایی که هر دو پلیت سالم هستند. این اندازه‌گیری و دقت به وضعیت تصاویر به دندانپزشک نشان می‌دهد که با توجه به از بین رفتن یکی از پلیت‌ها، ریج نیاز به ترمیم و بازسازی دارد.

به هر حال چون اندازه‌گیری‌ها به صورت انسانی انجام می‌شود طبعاً مقداری خطا اجتناب ناپذیر خواهد بود ولی میزان این خطاها اصولاً بسیار ناچیز است.

نقش سرجیکال گاید

این مهمترین و تنها وسیله رادیولوژیست برای تعیین زاویه قرارگیری ایمپلنت در کنار دندانهای مجاور و تطابق با کلینیک است. اگر در اینجا تفاوت و اختلافی با وضعیت کلینیکال وجود دارد، تنها با کمک سرجیکال گاید قابل اصلاح است. بنابراین اگر سرجیکال گاید نداریم، نباید انتظار داشته باشیم اندازه‌گیری‌های رادیولوژیست صد درصد با آنچه در کلینیک اتفاق می‌افتد منطبق باشد. علت هم همانطور که اشاره شد به زاویه اندازه‌گیری مرتبط است و مواردی از قبیل استتیک و اکلون بیمار که رادیولوژیست اطلاعی از آنها ندارد. طبعاً اگر دندانپزشک تعامل بیشتری با رادیولوژیست داشته باشد این

نکاتی درباره کاربرد سی بی سی تی در درمان‌های ایمپلنت



دکتر مسعود ورتشوساز

دندانپزشک، متخصص رادیولوژی دهان و فک و صورت
عضو سابق هیات علمی دانشکده دندانپزشکی
دانشگاه‌های همدان و شهید بهشتی
کلینیکال اینستراکتور بخش رادیولوژی دانشگاه تورنتو
Varshosaz@hotmail.com
Masoud.varshosaz@mail.utoronto.ca

Cone-beam computed tomography systems (CBCT) با هر متر و معیاری تحولی فوق العاده در درمان‌های ایمپلنت ایجاد کرده و با نمایش سه بعدی نواحی بی‌دندانی، باعث سهولت فراوان در طراحی درمان‌های ایمپلنت شده است به نحوی که امروز در بسیاری کشورهای دنیا بدون استفاده از سی بی سی تی درمان ایمپلنت انجام نمی‌شود. نگارنده این مطلب نخستین کسی بود که در ایران به رغم تمام کارشکنی‌ها و مشکلات ایجاد شده اولین دستگاه سی بی سی تی را در ایران نصب و کاربردی کرد. در ادامه نگاهی خواهیم داشت به چند پرسش و نکته مهم مرتبط با کاربردهای سی بی سی تی در درمان‌های ایمپلنت.

آیا استفاده از سی بی سی تی اجباری است؟

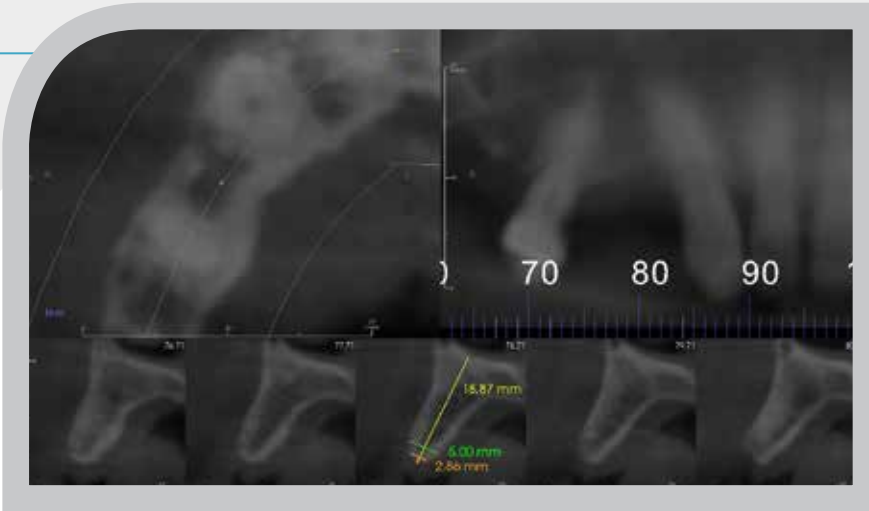
واقعیت این است که طبق گایدلاین‌های مختلف علمی، تهیه سی بی سی تی اجباری نیست ولی باید به این نکته توجه کرد که تا زمانی که درمان دچار اشکال نشود کسی معترض آن نخواهد بود. مشکل زمانی ایجاد می‌شود که به هر دلیلی نتیجه درمان مطابق انتظار نبوده و در چنین شرایطی کلینیسین در برابر این پرسش قرار می‌گیرد که آیا با توجه به امکانات موجود از همه ابزارهای تشخیصی برای طراحی درمان استفاده کرده است یا نه. در چنین شرایطی است که عدم تهیه تصاویرهای با کیفیت تشخیصی می‌تواند به ضرر دندانپزشک تمام شود. از طرف دیگر مزایای سی بی سی تی در درمان ایمپلنت آنقدر زیاد است که داشتن آن برای طراحی درمان بسیار مفید خواهد بود. در نتیجه با توجه به مواردی که ذکر شد می‌توان گفت عملاً تهیه سی بی سی تی قبل از درمان‌های ایمپلنت در بیشتر موارد

اجباری است.

وجه دیگر ماجرا این است که می‌توان درمان‌های ایمپلنت را بدون سی بی سی تی انجام داد و از روش‌های تصویربرداری کلاسیک استفاده کرد ولی در این شرایط موفقیت درمان به میزان قابل توجهی به مهارت و تجربه دندانپزشک بستگی خواهد داشت. به طور کلی توصیه بر این است که دندانپزشکان عمومی حتماً از سی بی سی تی برای درمان‌های ایمپلنت استفاده کرده و از مزایای نمایش سه بعدی فضای مورد نظر بهره‌مند شوند. در درمان‌های ساده ایمپلنت تک‌دندانی، شاید استفاده از رادیوگرافی‌های دو بعدی در کنار معاینه کلینیکی دقیق از جهت یافتن تقعرهای باکال یا لینگوال یا وضعیت ریج هم اطلاعات کافی را در اختیار دندانپزشک قرار دهد.

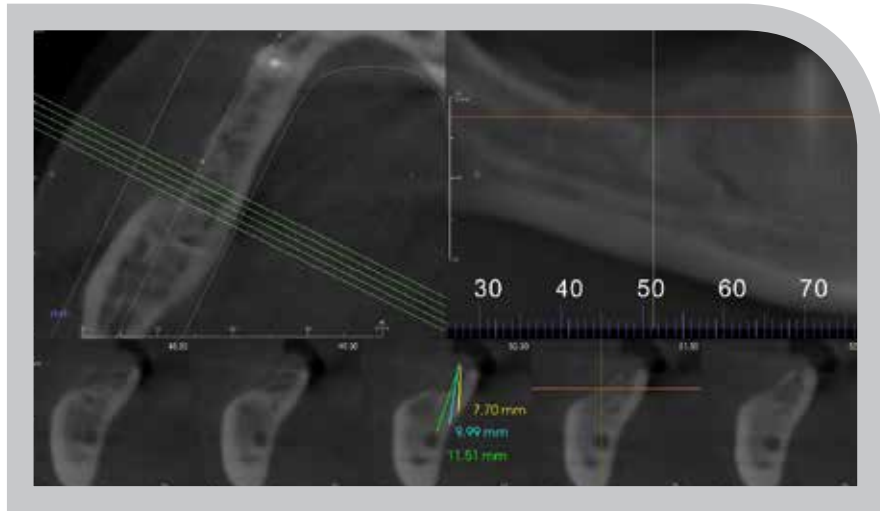
مهارت خواندن سی بی سی تی

در اینجا ذکر یک نکته ضروری است و آن اینکه



اندازه گیری عرض استخوانی در یک ریج آترومی: توجه کنید که عرض استخوان در لبه ریج کمتر از ۳ میلی متر بوده و یک عرض حداقل برای جایگزینی ایمپلنت (۵ میلی متر) دست کم ۲ میلی متر آپیکالی تر در این ریج بدست می آید.

اندازه گیری ارتفاع استخوان: هنگامی که گاید رادیوگرافیک یا جراحی موجود نباشد اندازه گیری ارتفاع استخوان می تواند در زوایای مختلف، متفاوت باشد. روش معمول برای رادیولوژیست در این گونه موارد اندازه گیری ارتفاع در راستای محور طولی ریج است.



گرفته باشد به نحوی که آپکس ایمپلنت، کور تکس مورد نظر را سوراخ کرده و یک سوراخ ایجاد شده باشد، سی بی سی تی بهترین روش برای تشخیص آن خواهد بود.

سنجش استخوان اطراف ایمپلنت

مهمترین محدودیت سی بی سی تی این است که به دلیل وجود متال آرتیفکت، به دلیل جذب بیش از حد اشعه توسط ساختارهایی مثل ترمیم های فلزی یا ایمپلنت، اشعه برخوردی بعد از جذب طیف های ضعیف اشعه، دچار افزایش قدرت شده و در نتیجه با افزایش نفوذ اشعه، نواحی اطراف ایمپلنت بشدت اکسپوز شده و سیاه دیده می شوند. بنابراین برای فالو آپ و بررسی سلامت استخوان اینتر پروگزیمال اطراف ایمپلنت بخصوص در صورتی که چند ایمپلنت در کنار هم قرار دارند، بهترین روش رادیوگرافی داخل دهانی با تکنیک پارالل است سی بی سی تی.

تجاوز به نواحی آناتومیک

تشخیص این موارد صرفا با سی بی سی تی قابل ارزیابی است چون تصویری سه بعدی در اختیار ما قرار می دهد البته به شرطی که متال آرتیفکت مزاحم تصویر برداری ما نباشند. اگر ایمپلنت بیش از حد کالسی یا لینگوالی قرار

اختلاف اندازه ها به حداقل می رسد.

اندازه گیری پهنای ریج

برای اندازه گیری پهنای ریج، رادیولوژیست از نخستین محلی که ۵ میلی متر استخوان موجود باشد اندازه گیری را انجام می دهد تا فضا برای قرار گیری یک ایمپلنت باریک ۳ میلی متری و یک میلی متر استخوان در باکال و لینگوال وجود داشته باشد. مسلما در برخی کیس ها که ریج به فرم نایف اج وجود دارد، این ۵ میلی متر، به میزان قابل ملاحظه ای پایین تر از کرسست ریج قرار می گیرد و برای رسیدن به آن محل باید مقدار قابل توجهی استخوان را از ناحیه کروئالی برداشت تا به یک پهنای ۵ میلی متری برسیم. این ناحیه به دندانپزشک نشان می دهد که وضعیت ریج چندان مناسب نیست و باید به طریقی مثلا انجام پیوند استخوانی ابعاد باکولینگوالی ریج افزایش یابد. اما ارتفاع از راس ریج تا نواحی آناتومیک اندازه گیری می شوند. البته زاویه این اندازه گیری هم مهم است که گاهی باعث اختلاف بین کلینیک و آنچه که در اسکن محاسبه شده می شود.

وقتی لوسنس دیده می شود

اگر یک نوار باریک با دانسیته پایین اطراف ایمپلنت دیده شود می تواند علامت پری ایمپلنتایتیس باشد. اما باید در نظر داشت که نواحی اطراف ایمپلنت نزدیک پیچ ها هم، به دلیل وجود آرتیفکت ممکن است رادیولوژیک دیده شده و با پری ایمپلنتایتیس اشتباه گرفته شوند. معمولا اگر با آرتیفکت روبرو باشیم، کرسست آلونول در قسمت کروئال این نواحی سالم است ولی اگر کرسست تخریب شده باشد احتمال پری ایمپلنتایتیس بیشتر خواهد بود. گاهی یک ناحیه با دانسیته پایین در آپکس ایمپلنت هم دیده می شود که ممکن است به دلیل beam hardening ایجاد شده باشد یا به دلیل اور دریلینگ یا یک ضایعه قبلی پری آپیکال. تشخیص تمامی موارد بالا با انجام رادیوگرافی داخل دهانی به عنوان رادیوگرافی تکمیلی و یافته های بالینی ممکن است رد یا تایید شوند.

Article



در عین حال کیفیت و کمیت خواب بیمار نیز از طریق مطالعات خواب قابل سنجش است.

آپنه هایپوپنیا ایندکس (apnea-hypopnea index /AHI)

آپنه انسدادی موقع خواب می تواند خفیف، متوسط یا شدید باشد. شدت آپنه بر مبنای سیستمی به نام ایندکس آپنه-هایپوپنیا (AHI) قابل اندازه گیری است. طبق این سیستم دفعات قطع تنفس هنگام خواب در هر ساعت اندازه گیری می شود. در نوع شدید AHI بیشتر از ۳۰ است یعنی بیمار بیش از ۳۰ بار در هر ساعت با مشکل قطع تنفس روبرو می شود. این عدد در نوع متوسط ۱۵-۳۰ و در نوع خفیف ۵-۱۵ است.

درمان آپنه موقع خواب

درمان های متنوعی برای آپنه موقع خواب پیشنهاد شده که بر حسب وضعیت و شدت بیماری تجویز می شوند. بطور کلی می توان این شیوه های درمانی را به روش های جراحی و غیر جراحی تقسیم کرد. روش های جراحی معمولاً زمانی تجویز می شوند که روش های غیر جراحی در بر طرف کردن مشکل با شکست مواجه شده باشند. در واقع اگر بعد از یک دوره درمانی سه ماهه با روش های غیر جراحی مشکل بیمار بر طرف نشود روش های جراحی مدنظر قرار می گیرند. درمان های جراحی این موارد را شامل می شوند: جراحی بینی، تونسیلکتومی، ریداکشن قاعده زبان، uvulopalatopharyngoplasty و جراحی ماگزیلوفیشیال شامل ادونسمنت ماگزیلا و/یا مندیبل.

درمان های غیر جراحی، آپنه موقع خواب

درمان های غیر جراحی اما اصلی ترین روش درمان آپنه موقع خواب محسوب می شوند. گاهی اوقات در موارد خفیف آپنه، تغییر لایف استایل ممکن است به بر طرف شدن مشکل منجر شود نظیر قطع سیگار، کاهش وزن یا درمان آلرژی. گاهی استفاده از برخی لوازم خواب که بدن و سر و گردن را در موقعیت مطلوبی قرار می دهد، به باز شدن راه های هوایی کمک کرده و احتمال آپنه موقع خواب را کاهش می دهد. اما اگر آپنه در حد متوسط تا شدید باشد به درمان هایی فراتر از این نیاز خواهد داشت. استاندارد طلایی درمان آپنه موقع خواب با

آپنه موقع خواب

آپنه موقع خواب مشکلی است بالقوه خطرناک که نیازمند رسیدگی و درمان است. آپنه موقع خواب به صورت مزمن خواب فرد را مخدوش کرده و به تدریج کیفیت زندگی بیمار را به شدت تحت تاثیر قرار داده و به قهقرا می برد. در حرفه دندانپزشکی، بخشی تحت عنوان Dental Sleep Medicine (Dental Sleep Medicine) تعریف شده که در آن با کمک اپلاپنس های دهانی، خر و پف و آپنه انسدادی (obstructive sleep apnea) تحت درمان قرار می گیرد. درمان آپنه موقع خواب نیز در همین رده انجام می گیرد. در این نوشتار مروری کوتاه بر این مشکل و روش های درمان آن داشتیم.

آپنه انسدادی شایع ترین فرم بیماری محسوب می شود. در بیماران درگیر با آپنه موقع خواب، اغلب کام نرم، اوولا، زبان یا لوزه ها بزرگتر از حد معمول است یا دچار تغییر رنگ شده اند، حاشیه زبان کنگره دار شده و مندیبل حالت تر و گناتیک دارد. بیماری انسی که بطور کلی با مشکل کمبود فضا در حفره دهان روبرو بوده و مشکلاتی نظیر قوس های فکی باریک، کام گود و عمیق و مال اکلوژن دارند بیشتر در معرض خطر آپنه موقع خواب قرار می گیرند. از دیگر ریسک فاکتورهای آپنه موقع خواب می توان به این موارد اشاره کرد: انسداد بینی، ماکرو گلوسیا، چاقی، فشار خون بالا، مصرف الکل و سیگار، تر و گناتسی شدید، گردن و لوزه های بزرگ، خروپف و براکسیسم.

تشخیص

تشخیص مشکل بیماران مبتلا به آپنه موقع خواب از چند طریق امکان پذیر است از جمله

- Epworth Sleepiness Scale (۱۰ or more for sleepiness)
- Stanford Sleepiness Scale
- STOP-BANG
- Berlin questionnaire

تنفس مختل شده موقع خواب

تنفس غیر طبیعی در زمان خواب باعث کاهش ونتیلیاسیون بیمار می شود. متأسفانه این مشکل در هشتاد درصد موارد تشخیص داده نشده و باعث اختلال در خواب و خستگی روزانه می شود. این مساله به وضوح زندگی بیمار را تحت الشعاع قرار داده و بازدهی او را در زندگی روزمره کاهش می دهد. فردی که با چنین مشکلی درگیر است، همیشه خسته و خواب آلود است، انرژی کافی ندارد و خواب ناکافی او را در معرض ضعف سیستم ایمنی و مشکلات بعدی قرار می دهد. در عین حال این خواب آلودگی و خستگی مزمن ممکن است به تصادفات رانندگی خطرناک و سوانح محیط کار منتهی شود. این افراد در طول روز ممکن است با مشکل تمرکز، تحریک پذیری، تغییرات خلقی، افسردگی و فشار خون بالا روبرو باشند.

آپنه موقع خواب

قطع تنفس موقع خواب می تواند به شکل آپنه انسدادی موقع خواب (obstructive sleep apnea) اتفاق افتاده یا علت آن قطع تنفس مرکزی (central sleep apnea) باشد.



دکتر الهه بهروز
دندانپزشک-پروستودونتیسست
عضو هیات علمی دانشکده
دندانپزشکی دانشگاه تورنتو
ebehrooz@buildyour smile.com



دکتر علیرضا آستوری
دندانپزشک

همراه با یک رکورد اینتراکلوزال به لابراتوار ارسال می‌شود. رکورد اکلوزالی در شرایط پروتوزیو ثبت می‌شود به شکلی که شصت درصد ماکزیمم پروتوزیون اتفاق افتاده باشد. برای رسیدن به این وضعیت می‌توان از یک گیج خاص به اسم George gauge استفاده کرد که مندیبل را در موقعیت مطلوب برای رکوردگیری تثبیت می‌کند.

عوامل مداخله گر

بطور کلی بر اکسیسم رابطه علت و معلولی با آپنه موقع خواب نداشته و کنترل اندیکاسیون در مان با دستگاه جلو آورنده مندیبل نیست ولی باید در نظر داشت که پارافانتکشن در بیماران دچار بر اکسیسم می‌تواند باعث ایجاد محدودیت‌هایی در ساخت اپلاینس شده و در نتیجه در مان اثر منفی داشته باشد. دیسفانتکشن شدید مفصل گیجگاهی، محدودیت در باز کردن فک و قفل شدن مکرر مفصل می‌تواند بعنوان موارد منع تجویز اپلاینس‌های دهانی مطرح شوند. اگر دامنه حرکت پروتوزیو کمتر از ۵ میلی‌متر باشد، احتمال موفقیت در مان با دستگاه‌های دهانی کاهش خواهد یافت.

وجود دندان‌های کمبیش سالم برای درمان آپنه موقع خواب با دستگاه‌های دهانی ضروری است. بیماران بدون دندان نمی‌توانند از این امکان درمانی بهره‌مند شوند چرا که اساساً این دستگاه‌ها از دندان‌ها تکیه می‌شود. معمولاً وجود ده دندان در هر قوس فکی برای ریتشن کافی این دستگاه‌ها و پرومیز از اعمال نیروهای شدید لترالی ضروری است. در عین حال اگر بیماری رفلکس تهوع (Gag reflex) شدیدی دارد و به سختی می‌توان از او قالب گرفت، به احتمال فراوان با قرارگیری دستگاه‌های دهانی برای درمان آپنه هم مشکل خواهد داشت.

توصیه‌های ضروری

در ابتدا نیازی نیست بیمار تمام طول هفته و موقع خواب از دستگاه استفاده کند. در ابتدا توصیه می‌شود بیمار هر چقدر که می‌خواهد می‌تواند از دستگاه استفاده کرده و کم‌کم بعد از عادت کردن به دستگاه، مدت زمان و دفعات استفاده را افزایش دهد. دستگاه باید تا زمانی استفاده شود که علائم بیمار برطرف شوند یعنی بیمار خروپف نداشته و خوب راحت و مطلوبی را تجربه کند. این زمان معمولاً دو تا سه ماه خواهد بود. سپس بر اساس نیاز دستگاه ادجاست می‌شود. بعد از این زمان با انجام آزمایش خواب در منزل (home sleep test) کیفیت خواب بیمار سنجیده می‌شود. طبق این آزمایش، AHI بیمار باید کاهش یافته باشد.



دستگاه‌های نگهدارنده زبان و دستگاه‌های جلو آورنده (advancement) مندیبل. در واقع هدف این دو گروه اپلاینس، باز کردن راه‌های هوایی از طریق جلو آوردن مندیبل یا نگه داشتن زبان در موقعیت قدامی است. دستگاه‌هایی که مندیبل را جلو می‌آورند با قرار دادن قاعده زبان در موقعیت قدامی، باز کردن فضای ترورفارنژال و افزایش ظرفیت عبور هوا از راه‌های هوایی، مشکل آپنه موقع خواب را برطرف می‌کنند.

دستگاه‌های جلو آورنده مندیبل می‌توانند ثابت (مونوبلاک) یا متحرک (بای بلاک) باشند. دستگاه‌های بای بلاک به فرم ابلیک ترکشن و ابلیک کامپرشن، اورجت و اوربایت را کاهش داده و بدین ترتیب اهداف ذکر شده را تأمین می‌کنند. دستگاه بای بلاک به فرم ترکشن افقی، با حرکت دندان‌های خلفی مندیبولار عملکرد خود را اعمال می‌کند. دستگاه مونوبلاک به فرم کامپرشن افقی عمل کرده و اورجت و اوربایت را کاهش می‌دهد. دستگاه‌های جلو آورنده مندیبل می‌توانند بصورت اختصاصی یا پیش ساخته، قابل تنظیم یا غیر قابل تنظیم و از جنس آکریل یا ترکیبی از آکریل و فلز باشند. اگر بیماری با مشکل آپنه خواب برای دریافت اپلاینس دهانی به دندانپزشک ارجاع داده شود، ساخت یک دستگاه اختصاصی قابل تنظیم به یک دستگاه پیش ساخته غیر قابل تنظیم ارجحیت خواهد داشت.

یکی از پیشرفت‌های مهم در تهیه دستگاه‌های جلو آورنده مندیبل، استفاده از پرینترهای سه بعدی در ساخت آنها است. قالبگیری برای ساخت یک دستگاه اختصاصی می‌تواند به فرم کانونشنال یا دیجیتال انجام شده و

کمک دستگاهی است به نام Continuous positive airway pressure (CPAP). CPAP دستگاهی است که هوای پر فشار را موقع خواب از طریق ماسک وارد سیستم تنفسی بیمار می‌کند. در نتیجه هوا با فشاری بیشتر از اتمسفر اطراف بیمار وارد راه‌های هوایی فوقانی شده و مسیرهای هوایی را باز نگه می‌دارد. این کار باعث پیشگیری از بروز آپنه و خروپف می‌شود. مشکل بزرگ CPAP این است که عمده بیماران با آن راحت نبوده و نمی‌توانند از آن استفاده کنند. با توجه به عدم پذیرش مطلوب CPAP از سوی بیماران، اپلاینس‌های دهانی در مان آپنه به رایج‌ترین شیوه درمان آپنه موقع خواب تبدیل شده‌اند. این اپلاینس‌ها به مراتب بهتر از CPAP توسط بیماران تحمل شده و نتایج حاصل از این اپلاینس‌ها کاملاً قابل مقایسه با CPAP هستند. از سوی دیگر هزینه درمان با این اپلاینس‌ها کمتر بوده و اغلب تحت پوشش بیمه‌های مختلف قرار دارند. اندیکاسیون اصلی این اپلاینس‌ها برای بیماران با آپنه خفیف تا متوسط است. از جمله عوارض این دستگاه‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: سیال‌وریا یا زروستومیا، احساس ناراحتی در دندان‌ها و لثه، اثرات نامطلوب روی مفصل گیجگاهی فکی، خستگی عضلات جونده، تغییرات اکلوزالی که نیازمند استفاده از گازدهای دهانی هستند و پریدگی مینای دندان‌ها.

دستگاه‌های دهانی در مان آپنه موقع خواب

این دستگاه‌ها به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

برخی بیماری‌ها که باعث بدرنگی دندان می‌شوند مثل هاپوکلسیفیکاسیون دندان، آملوژنوزیس ایمپرکتا، پورفیریا، آسیب دیدن جوانه دندان‌های دائمی و بدرنگی ناشی از تتراسیکلین‌ها که بدرنگی طوسی-قهوه‌ای ایجاد می‌کند.

پوسیدگی هم باعث تغییر رنگ تیره دندان می‌شود که می‌توان آن را در دسته بدرنگی‌های داخلی قرار داد.

بدرنگی ناشی از ساینتس

بدرنگی دندان‌های برخی بیماران هم در نتیجه ساینتس دندان‌ها است چه بصورت اتریژن چه به صورت ابرژن ناشی از مسواک زدن محکم یا خمیردندان‌های ساینده چه ابرژن ناشی از مصرف غذاهای اسیدی. در این شرایط بخاطر از بین رفتن مینا، رنگ زرد عاج زیرین مشخص شده و بیمار به دلیل ناراحتی از این رنگ زرد مراجعه می‌کند. گاهی بیمار با این فکر که مسواک زدن محکم این رنگ زرد را برطرف خواهد کرد با شدت بیشتری مسواک می‌زند و عاج را با شدت بیشتری از بین می‌برد. این کار باعث بروز حساسیت از یک سو و تشکیل عاج اسکرو تیک قهوه‌ای از سوی دیگر شده و مشکلات بیمار را چند برابر بیشتر خواهد کرد.

بدرنگی ناشی از فلوروزیس

فلوروزیس یک تغییر رنگ خارجی است که ماهیت مینای دندان را تغییر می‌دهد و از این جنبه بدرنگی خاصی محسوب می‌شود. در مورد افزودن فلوراید به آب آشامیدنی توسط دولت‌ها حرف و سخن بسیار است که اینجا مجال پرداختن به آن نیست، ولی گاهی در برخی مناطق آب ذاتا فلوراید بالایی دارد؛ در افرادی که از این آب استفاده می‌کنند، مینای دندان‌ها دمینرالیزه شده و به صورت لکه‌های سفید رنگ خود را نشان می‌دهد. کمی بعد با جذب رنگدانه‌های مواد غذایی، این لکه‌ها به رنگ قهوه‌ای، زرد یا نارنجی در می‌آیند. این بدرنگی با پالیشینگ برطرف نخواهد شد. درمان انتخابی در چنین مواردی، استفاده از مایکروا برژن است که در آن لایه سطحی مینا حذف می‌شود. معمولاً عمق لکه‌های ناشی از فلوروزیس در حدی است که با همین کار حذف می‌شوند.

مایکروا برژن

مایکروا برژن روشی است که در آن یک لایه سطحی مینا از روی دندان حذف شده و همراه با

Article

همه چیز درباره بدرنگی‌های دندان



دکتر فرخ اصف زاده

متخصص دندانپزشکی
ترمیمی و زیبایی؛ عضو انجمن
دندانپزشکی آمریکا؛ فلوشیپ
لیزر از دانشگاه آخن آلمان
www.labkhandehziba.ir

بسیاری از بیماران ما به علل مختلف دوست دارند رنگ دندانهایشان روشن تر باشند. روشن کردن رنگ دندان‌ها اما یکسان نیست چون علل مختلفی می‌توانند باعث ایجاد بدرنگی (دیسکالریشن) شوند. بطور کلی این بدرنگی‌ها یا خارجی (اکسترنسیو) هستند یا داخلی (اینترنسیو). در عین حال برخی بدرنگی‌های خاص هم وجود دارند که به نوعی در هر دو دسته جای می‌گیرند مثل پوسیدگی. در این نوشتار مروری کوتاه خواهیم داشت به انواع بدرنگی‌های و روش‌های برطرف کردن آنها.

بدرنگی دندان‌ها، جرمگیری و پالیشینگ است. خمیرهای پالیشینگ، مواد نرمی هستند که برخلاف خمیرهای از جنس اکسید آلومینیوم، باعث خشونت سطحی دندان‌ها نمی‌شوند.

بدرنگی داخلی

بدرنگی‌های داخلی به علل مختلفی ایجاد می‌شوند از جمله زرد بودن ژنتیکی دندان،

بدرنگی‌های خارجی

در بدرنگی‌های خارجی، یک ماده خارجی روی سطح دندان قرار گرفته و باعث بدرنگی دندان می‌شود مثل جرم یا رنگدانه‌های ناشی از سیگار، چای و قهوه. در دندان‌های شیری گاهی قطره آهن باعث ایجاد رنگ تیره روی سطح دندان‌ها می‌شود. این بدرنگی‌ها با جرمگیری و پالیشینگ برطرف می‌شوند. بطور کلی مرحله نخست درمان

درمان بدرنگی بانان وایتال بلیچینگ
با استفاده از پودر پریورات سدیم و
آب. درمان توسط دکتر آصف زاده



وایتال بلیچینگ. معمولاً توصیه می‌شود ابتدا یک فک و ترجیحاً فک بالا
درمان شده و پس از یک هفته درمان فک پایین انجام شود. در نخستین
مرآجه بیمار پس از درمان تک فک، یک فوتوگرافی به خوبی تفاوت رنگ
دندانها را به بیمار نشان خواهد داد.
درمان توسط دکتر آصف زاده

پالایش می‌کنیم. معمولاً این روند باید چند
بار تکرار شود تا رنگ قهوه‌ای یا سفید ناشی
از فلوروزیس برطرف شود. در نهایت روی
سطح دندان فلوراید تراپی انجام می‌شود تا با
هیدروکسی اپاتایت ترکیب شده و مقاومت مینا
در برابر پوسیدگی را افزایش دهد. تحقیقات
نشان داده که پس از مایکروابرن لایه سطحی
مینا صاف تر و هموار تر می‌شود. در نتیجه
می‌توان از مایکروابرن برای صاف کردن سطح
لینگوال دندانهای قدام مندیبل استفاده کرد
که مستعد تشکیل جرم هستند. این کار با صاف
و هموار کردن سطح مینا، چسبندگی پلاک به
دندان را کاهش می‌دهد.

بدرنگهای اندوونتیک

روت کانال تراپی یکی از دلایل تغییر رنگ
داخلی دندانها است. یک حالت زمانی است
که هنگام درمان اندو، بافت پالپ بطور کامل

آن بدرنگی نیز برطرف می‌شود.
ابتدا با یک فرز بلند و سوپرفاین مینای سطحی
در نواحی لکه‌های فلوروزیس حذف شده که به
این کار ماکروابرن گفته می‌شود. سپس با یک
اسید رقیق و خمیر ساینده، مایکروابرن انجام
می‌شود. برخی شرکتها برای این کار ترکیبی
از اسید کلریدریک رقیق و پودر سیلیکون
کار باید را به بازار عرضه کرده‌اند. داخل ست
مایکروابرن شرکت سازنده، معمولاً فرزهایی
در نظر گرفته شده که به شکل رابر کاپ هستند
و وسط آنها برس زبری وجود دارد. این فرزها
روی انگل سوار می‌شوند و بهتر است با انگل
الکتریکی مورد استفاده قرار گیرند تا در عین
سرعت پایین تورک بالایی داشته باشند. با
توجه به اسیدی بودن ماده مایکروابرن، توصیه
بر این است که دهان بیمار با دنتال دم محافظت
شود. در ضمن چشمان بیمار حتماً باید با عینک
محافظت شوند. سپس خمیر را روی کاپ
قرار داده و با سرعت پایین روی دندانها را

درمان بدرنگی بانان وایتال بلیچینگ با استفاده از پودر پرپورات سدیم و آب. درمان توسط دکتر آصف زاده



سیل اپیکال مناسبی داشته باشیم. اگر دندان به تازگی آندو شده بهتر است یک هفته بعد از خاتمه درمان، بلیچینگ را آغاز کنیم تا سیلر صد درصد ست شده باشد. ابتدا گوتا پرکا یک و نیم میلی متر پایین تر از CEJ قطع می شود. این همان جایی است که مارجین لثه قرار دارد و با پروب قابل اندازه گیری است. سپس با گلس اینومر سیل کروئال ایجاد می کنیم. گلس اینومر ماده بسیار ایده آلی است و بخاطر باند با عاج، سیل مطلوبی ایجاد می کند. توصیه بنده این است که از گلس اینومرهای دو آل کیور استفاده شود. علت این است که در زیر CEJ، توبول های عاجی فراوانی وجود داشته که به سطح خارجی دندان

است که دندان در اثر ضربه دچار دیستروفیک کلسیفیکاسیون شده باشد. در این حالت به دلیل کلسیفیکاسیون گسترده، پالپ چمبر و کانال دندان بشدت عقب نشینی کرده و دندان زرد رنگ می شود. در این شرایط درمان اندودونتیک دندان نیز کار دشواری خواهد بود. اگر این دندان را بتوان آندو کرد، درمان شامل نان وایتال بلیچینگ (non-vital bleaching) خواهد بود.

Non-Vital Bleaching

نان وایتال بلیچینگ باید حتما آندو مطلوب با

از داخل پالپ چمبر خارج نشده و بقایای آن هنوز در ناحیه کروئال دندان باقی مانده است. این مواد به مرور زمان تجزیه شده و مثل کبودی در سایر نقاط بدن، اکسید فرین حاصل از تجزیه سلول های خونی وارد توبول های عاجی شده و رنگ دندان را تیره می کنند.

حالت دیگر زمانی است که گوتا پرکا کروئالی تر از دهانه اوریفیس قطع شده و رنگدانه های ناشی از ترکیبات فلزی آن وارد عاج شده و باعث بدرنگی دندان شده است. در عین حال بقایای سیلر داخل پالپ چمبر نیز می توانند عامل بدرنگی دندان باشند.

حالت دیگری از تغییر رنگ داخلی زمانی

درمان بدرنگی بانان وایتال بلیچینگ با استفاده از پودر پرپورات سدیم و آب. درمان توسط دکتر آصف زاده



درمان بدرنگی بانان وایتال بلیچینگ
با استفاده از پودر پرپورات سدیم و
آب. درمان توسط دکتر آصف زاده



بدرنگی دندان‌های
برخی بیماران هم
در نتیجه سایش
دندان‌ها است چه
بصورت اتریژن چه به
صورت ابرژن ناشی از
مسواک زدن محکم
یا خمیردندان‌های
ساینده چه اروژن
ناشی از مصرف
غذاهای اسیدی

راه دارند. اگر بدون وجود یک سیل مطلوب، ماده اسیدی و اکسیدان ما مستقیماً با این توپول‌های عاجی در تماس قرار گیرند، مولکول‌های آزاد اکسیژن از مسیر این توپول‌ها به سطح خارجی ریشه رسیده و با فعال کردن سمنتو کلاست‌ها به تدریج باعث سرویکال رزرویشن ریشه در ناحیه CEJ می‌شوند. یک مساله مهم در تهیه سیل کروئال این است که در نواحی پروگزیمالی، باید گلس آینومر کمی به سمت کروئال پوشش بیشتری داشته باشد تا از فرم توپول‌های عاجی در آن نواحی تبعیت کند.

یک روش رایج نان وایتال بلیچینگ، ترکیب پودر پرپورات سدیم با یک قطره پراکسید هیدروژن است. خمیر ایجاد شده را داخل دندان گذاشته و روی آن را هم پانسمان می‌کنیم. برای پانسمان می‌توان از Cavit، گلس آینومر یا زینک اکساید اوژنول استفاده کرد. اگر داخل حفره گیر و آندرکات مناسبی در نظر گرفته شده باشد Cavit ماده مناسبی خواهد بود. بیمار نباید روی دندان چیزی بخورد و نباید پشت دندان را مسواک بزند. بعد از یک هفته مجدداً بیمار ویزیت شده و میزان تغییر رنگ بررسی می‌شود. به این روش و اکینگ بلیچینگ (walking bleaching) گفته می‌شود. باید توجه داشت که برای دستیابی به نتیجه مطلوب، ترمیم قدیمی و بقایای بافت پالسی باید همه به دقت از داخل پالپ چمبر حذف شده و بعد درمان بلیچینگ انجام شود. طبق تجربه نگارنده معمولاً به دو مرحله قرار دادن ماده بلیچینگ نیاز خواهد بود. با توجه به برگشت رنگ دندان، بهتر است رنگ دندان از دندان‌های مجاور کمی روشن‌تر شود.

تکنیک دیگر نان وایتال بلیچینگ، استفاده از ژل پراکسید هیدروژن سی و پنج درصد است. این روش نسبت به استفاده از ماده پرپورات، سریع‌تر است. روش کار مشابه استفاده از پرپورات سدیم است.

ترمیم بعد از بلیچینگ

توجه داشته باشید که بلافاصله بعد از برداشتن پانسمان و ماده بلیچینگ از داخل پالپ چمبر، نمی‌توان بلافاصله برای ترمیم دندان اقدام کرد چون اکسیژن آزاد کماکان داخل توپول‌های عاجی و مینا وجود داشته و مانع پلیمریزاسیون کامپوزیت می‌شود. بنابراین برای چند روز باید داخل دندان یک ماده قلیایی قرار داده شود تا اثر اکسیژن خنثی شود. برای این کار می‌توان پودر هیدروکسید کلسیم را با آب مخلوط کرده و خمیر حاصل را داخل پالپ چمبر قرار داد و روی آن را پانسمان کرد. بعد از یک هفته دندان قابل

استفاده از لیزر است. بهترین لیزر برای این کار لیزرهای دیود ۹۸۰ نانومتر است که بهترین جذب را خواهد داشت. برای جذب بهتر لیزر، داخل ژل رنگدانه‌هایی اضافه شده که باعث جذب بیشتر لیزر و فعال شدن سریع‌تر ماده می‌شود. برای این کار برای بیمار رابردم یا لیکوید دم بسته می‌شود. سپس ژل روی دندانها قرار گرفته و سه بار هر بار به مدت سه دقیقه لیزر به ناحیه تابانده می‌شود. بعد از هر بار، ژل شسته شده و ژل جدید در محل قرار داده می‌شود. سرعت این کار به مراتب بیشتر از روش‌های کلاسیک بلیچینگ داخل مطب است ولی باز هم تاکید می‌کنم که اصل ماجرا به واسطه خود ژل انجام می‌شود.

بلیچینگ داخل مطب حتما باید با بلیچینگ داخل خانه (home bleaching) همراه باشد و گرنه رنگ دندان بسرعت بر خواهد گشت. دندانپزشک باید تری‌های بلیچینگ داخل خانه را از پیش آماده کرده و همراه با ژل کاربامید پراکساید پانزده یا بیست درصد به بیمار تحویل داده شود. بیمار باید تا دو هفته طبق دستور دندانپزشک از این تری‌ها استفاده کند. به بیمار باید اطلاع داده شود که در هر حالت این رنگ بعد از مدتی ریلپس خواهد کرد و بهتر است بیمار زمانی که متوجه برگشت رنگ دندانها شد، بلیچینگ داخل خانه را انجام دهد.

بلیچینگ داخل خانه

برای این کار از فک بالا و پایین بیمار قالب آلژینات گرفته شده و برای هر فک یک تری بلیچینگ ساخته می‌شود. این گاردها نرم و شفاف هستند و نباید روی لثه را بیوشانند. سپس بر اساس شدت تغییر رنگ ژل پانزده یا بیست درصد به بیمار داده می‌شود. به بیمار باید حتما روش صحیح استفاده از بلیچینگ داخل خانه آموزش داده شود. من شخصا همیشه ابتدا با غلظت ۱۵ درصد در مان را شروع می‌کنم و اگر نتیجه رضایت بخش نبود از غلظت بالاتر استفاده می‌کنم. یک قطره از ژل در ناحیه مورد نظر کافی خواهد بود. برای غلظت پانزده درصد ۶ ساعت زمان مناسبی است که بیمار می‌تواند شب تا صبح تری را داخل دهان بگذارد. برای غلظت بیست درصد ۴ ساعت کافی خواهد بود.

ترمیم است.

ترمیم دندان باید با کامپوزیت دنتین با رنگ روشن انجام شود. اگر برای ترمیم از یک کامپوزیت یونیورسال استفاده کنیم بخصوص انواع ترانسلسنت آن، نور از سطح دندان عبور کرده و دندان طوسی رنگ به نظر خواهد رسید. یک راه دیگر استفاده از استین سفید داخل پالپ چمبر و سپس استفاده از کامپوزیت یونیورسال است.

Vital bleaching

ویتال بلیچینگ در بیمارانی استفاده می‌شود که بدرنگی بخاطر سایش یا پوسیدگی نباشد و دندان‌ها ترمیم نداشته باشند. برای دندان‌هایی که بطور ذاتی زرد رنگ هستند ویتال بلیچینگ گزینه مطلوبی است گرچه برای هر بدرنگی داخلی گزینه مطلوبی نیست مثل بدرنگی ناشی از تتراسیکلین. در روشهای قدیمی ویتال بلیچینگ در داخل مطب با پراکساید هیدروژن مایع انجام می‌شد. سپس ژل پراکسید هیدروژن به بازار عرضه شد. ژل پراکسید هیدروژن با غلظت سی و پنج درصد در بازار وجود دارد. معمولا در کیت ویتال بلیچینگ یک لیکوید دم (liquid dam) وجود دارد. این مایع روی لثه اطراف دندان‌ها قرار می‌گیرد و از لثه بیمار محافظت می‌کند. سپس ژل روی دندانها قرار گرفته و با کمک نور، ژل فعال می‌شود. نکته مهم اینکه این نور از هر منبعی که می‌خواهد باشد، شاید ده درصد روی نتیجه نهایی اثر گذار است و عمده کار را همان ژل بلیچینگ انجام می‌دهد. به عبارت دیگر اگر نوری هم به ژل تابانده نشود باز هم پراکسید هیدروژن اصطلاحا کار خودش را انجام می‌دهد. در واقع قرار دادن ژل به تنهایی هم باعث سفید شدن دندان‌ها می‌شود که در این صورت هر بیست دقیقه یکبار باید ژل پاک شده و ژل جدید در محل قرار داده شود. می‌توان با یک اسپاتول یا پلاگر داغ قدری ژل را گرم کرد تا سرعت اثر آن افزایش یابد.

در تمام روشهای ویتال بلیچینگ مینا باید سالم و دست نخورده باشد. اگر دندان دچار سایش بوده و عاج اکسپوز باشد، بلیچینگ باعث حساسیت شدید دندان خواهد شد.

بلیچینگ با لیزر

جدیدترین تحول برای فعال کردن ژل،

به دلیل وجود پست فلزی داخل کانال ریشه، برطرف کردن بدرنگی با بلیچینگ امکان پذیر نبود. در نتیجه برای اصلاح بدرنگی از ونیر کامپوزیتی استفاده شد. در مان توسط دکتر آصف زاده



Interview گفتگو

JOD September/2021 23 سپتامبر ۲۰۲۱

مطالب بیشتر در وبسایت ما

www.jodmagazine.com



گفتگو با دکتر مازیار شهزاد
دولت‌شناسی

حس و حساسیت



گفتگو با دکتر مازیار شهزاد دولتشاهی

حس و حساسیت

Maziar Shahzad

Dolatshahi

دکتر علیرضا آشوری |
دندانپزشکان زیادی داریم
که اهل کتاب و فیلم و هنر و
رشته‌هایی خارج از دندانپزشکی هستند
و افرادی مطلع و با معلومات محسوب
می‌شوند ولی اینکه کسی علایق خود را
به صورت کامل حرفه ای در یک فضای
حرفه ای و با افراد حرفه ای پیگیری کند
داستان متفاوتی است. این اتفاق در بین
دندانپزشکان زیاد شایع نیست و یکی از
افراد که در این زمینه موفق و صاحب
نام بوده دکتر مازیار شهزاد دولتشاهی
است که علاوه بر دستاوردهای چشمگیر
در زمینه رشته تخصصی خود یعنی
پریودنتیکس، فعالیت‌های پژوهشی،
تدریس، سخنرانی و کارگاههای آموزشی
متعدد، یک نویسنده و کارگردان تئاتر
حرفه ای نیز محسوب می‌شود. دکتر
دولتشاهی در دوران پاندمی کرونا،
برنامه‌های کانال جذاب خاطرات
ایمپلنتی (implant diary) خود را نیز
گسترش داد که با استقبال فراوان
علاقه‌مندان به ایمپلنت روبرو شده
است. این گفتگوی خواندنی را از دست
ندهید.





کسب دانش در رشته غیر تخصصی

چیزی که از روش مطالعه پدرم یاد گرفتم این بود که می‌توان در مورد هر رشته‌ای در بالاترین حد مطالعه داشت بدون اینکه تداخلی با رشته اصلی و شغل آدم ایجاد کند و هر کدام از اینها در بخش مربوط به خود قرار می‌گیرند. نکته دیگر اینکه برخلاف تصور بسیاری از مردم، اینکه یک مهندس یا پزشک تاریخ بلد باشد یا سینما یا ادبیات بداند منافاتی با کار و رشته اصلی نخواهد داشت. جمله‌ای که گاهی از زبان برخی می‌شنویم این است که تو که مثلا پزشک هستی چه به ادبیات! این طرز فکر درست نیست؛ هر کسی می‌تواند علاوه بر رشته شغلی خود در زمینه‌های دیگر هم صاحب فکر و اندیشه باشد البته به شرطی که در آن زمینه مطالعه کرده و دانش و معلومات کافی برای اظهار نظر داشته باشد.



یک پدر کتابخوان

بخش مهمی از علاقه من به هنر و ادبیات به پدرم برمی‌گردد. او علاوه بر مطالعه زیاد در زمینه رشته مهندسی مکانیک، در بسیاری زمینه‌های دیگر نیز مطالعه داشت که حتی گاهی فکر می‌کردند او در همان رشته تخصص دارد و باور نمی‌کردند رشته اصلی او چیز دیگری است. نکته مهم این بود که پدرم فردی علمی بود و اگر درباره مساله‌ای حرف می‌زد واقعا در آن زمینه مطالعه داشت. ما کتابخانه بسیار بزرگی داشتیم که همیشه جابجا کردن کتاب‌های پدرم یک دردسر عمده در خانه ما بود بخصوص که در چندین شهر مختلف هم زندگی کردیم و هر بار باید این کتابها را از جایی به جای دیگری می‌بردیم.

که استاد بخش پروتز ما بودند بشدت مرا به انجام یک کار تحقیقاتی تشویق کردند. همین مساله باعث شد مطالعه در زمینه روش تحقیق و متد و متریکال را شروع کنم. مقالات متعددی را خواندم، در کلاسهای روش تحقیق شرکت کردم و پدرم هم در برخی موارد کمک کرد. نتیجه این مطالعات باعث شد تا اطلاعات زیادی در زمینه روش تحقیق و کارهای تحقیقاتی کسب کنم و در نتیجه همین مساله پایه‌ای شد که بعدها در دوره رزیدنتی بسیار به دردم خورد.

پاپ مد دانشکده



چیزی که از روش مطالعه پدرم یاد گرفتم این بود که می‌توان در مورد هر رشته‌ای در بالاترین حد مطالعه داشت بدون اینکه تداخلی با رشته اصلی و شغل آدم ایجاد کند و هر کدام از اینها در بخش مربوط به خود قرار می‌گیرند.

دوره رزیدنتی معروف بودم به پاپ مد دانشکده! پاپ مد هست یک پابلیشر معتبر پزشکی تمام مقالات در دسترس دندانپزشکی تا سال قبل را در دو سی دی جمع آوری کرده بود که در یکی از واحدهای کتاب خارجی وزارت بهداشت به قیمت بالایی به فروش می‌رسید. آن سی دی‌ها را خریدم و بعد از آن هر کسی در دانشکده از رزیدنت‌های سالهای بالاتر یا پایین‌تر مقاله خاصی را می‌خواست برایش پرینت می‌گرفتم. در نتیجه بیشتر و بیشتر با ریزه‌کاری‌های پروژه‌های تحقیقاتی آشنا شدم و می‌توانستم به دانشجویان در نوشتن مقاله و انجام کارهای تحقیقاتی کمک کنم. از طرف دیگر بخاطر پیش زمینه‌ای که از رشته ریاضی داشتم، در فواصل بین کلاس‌ها به رزیدنت‌ها آمار پزشکی و روش تحقیق تدریس می‌کردم. کم‌کم این کلاس‌ها با استقبال روبرو شد در حدی که از مراکز مختلف تحقیقاتی مثل بیمارستان‌ها برای سخنرانی و برگزاری کلاس آمار پزشکی و روش تحقیق دعوت می‌کردند. این کلاس‌ها از زمان رزیدنتی شروع شد و تا بعد از خاتمه دوره تخصصی هم ادامه داشت.

وقتی به اهواز رفتم، خیلی زود مرا به سمت معاون پژوهشی دانشکده انتخاب کردند که بیش از پیش ارتباط را با کارهای پژوهشی افزایش داد. این ارتباط تنگاتنگ با تحقیق و پژوهش مزایای بسیاری حتی در زندگی روزمره برای من به همراه داشت. مثلا به من نشان داد که نیازی نیست آدم حتما همه چیز را بلد باشد بلکه باید بتواند به

خاطرات خوش جنوب ایران

بخاطر شغل پدرم که مهندس بود در کودکی و نوجوانی زندگی در شهرهای مختلفی را تجربه کردم. قبل از انقلاب تهران و بندرعباس زندگی کردم. موقع جنگ کرمانشاه بودیم و در نهایت به تهران برگشتیم و در سال ۱۳۶۸ وارد رشته دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی شدیم. در آن زمان بعد از خاتمه دوره عمومی، بلافاصله نمی‌شد برای برخی رشته‌های تخصصی اقدام کرد مثل پرو و ارتو و باید دو سال سابقه طبابت میداشتیم تا بتوانیم برای این رشته‌ها اقدام کنیم. بخاطر علاقه‌ام به پرو دو سال در مناطق مختلف کار کردم و در نهایت در سال ۱۳۷۶ در رشته تخصصی پرودونتیکس دانشگاه شهید بهشتی پذیرفته شدم. بعد از فارغ التحصیلی باید در یک دانشکده دندانپزشکی مشغول به کار و تدریس می‌شدیم و چون از جنوب ایران خاطرات خوشی داشتم، دانشگاه جندی شاپور اهواز را انتخاب کرده راهی استان خوزستان شدم. چند سال در اهواز هیات علمی بودم و در عین حال مطب شخصی خودم را هم داشتم تا اینکه در نهایت به تهران برگشتیم. چند سال هم در تهران طبابت کردم و در نهایت به کانادا مهاجرت کردیم. پس از مهاجرت به کانادا ابتدا بین ایران و کانادا در رفت و آمد بودم تا اینکه در سال ۲۰۱۸ تصمیم گرفتم کاملا در کانادا اقامت کنم. در نتیجه امتحانات دایرکت لایسنسینگ NDEB را شرکت کردم و در نهایت بعد از گذراندن امتحان بوره، لایسنس دو ایالت اونتاریو و نیوبرانزویک را دریافت کردم و چند ماهی است بعنوان دندانپزشک فعالیتیم را شروع کردم که محدود است به ایمپلنت و پرودونتیکس.

روش تحقیق و کارهای پژوهشی

زمانی که ما دانشجوی دوره عمومی بودیم، کارهای تحقیقاتی به شکل امروز مد نظر نبود. دانشجویان برای پایان‌نامه‌های خود بیشتر کار ترجمه انجام می‌دادند یا مرور بر مقالات. منتها از خوش شانس، دکتر مرتضی نیکوبدل

انضباط بر اساس علاقه

اگر کسی کاری را دوست داشته باشد برای آن وقت پیدا می‌کند. ما که کوچک بودیم خیلی توی کوچ‌بازی می‌کردیم. محال ممکن بود کسی بتواند بچه‌ای که می‌خواهد فوتبال بازی کند را از این کار منع کند. آن بچه عشق فوتبال، شده از پنجره بیرون می‌رفت تا آن نیم ساعت را بازی کند. مساله مهم اینجا است که خیلی از مواقع پر داختن به علایق بازدهی فرد را در انجام سایر فعالیتها افزایش می‌دهد. از سوی دیگر این پر داختن به علایق با خود انضباط لازم را هم به همراه می‌آورد. انضباطی که بر اساس علاقه شکل گرفته باشد انضباط بسیار خوب و مثبتی است و با یک انضباط اجباری و تحمیلی زمین تا آسمان فرق دارد. در واقع انضباط اجباری چون با اجبار و اگر همراه است بازدهی مطلوبی هم به همراه ندارد.

سرعت از منابع قابل اعتماد بخش های ضروری و مورد نیاز را استخراج کرده و درباره آن مطلب خاص اطلاعات کافی را کسب کند. با این پشتوانه توانستم در فعالیت های آموزشی، Study Club، سخنرانی و کارهای پژوهشی عملکرد مطلوبی داشته باشم.

تاثیر عمیق بهرام بیضایی

در دوره دانشگاه، علاقه عجیبی به بهرام بیضایی و گابریل گارسیا مارکز و سبک او پیدا کردم؛ حتی گاهی قبل از امتحان نمایشنامه بیضایی دستم بود! این علاقه فراوان مشوق من شد برای نوشتن. برای اینکه بهتر با اصول نوشتن داستان آشنا شوم در چند کلاس آموزشی شرکت کردم؛ کتابهای آموزشی می خواندم و مطالب مربوط به این قضیه را دنبال می کردم. پشت سر هم داستان می نوشتم و برای نشریات مختلف می فرستادم که برخی چاپ شدند و برخی نشدند. بر اساس همین مساله و فیدبک هایی که می گرفتم سعی می کردم ایرادتم را اصلاح کنم.

سنت شکنی

در دوره رزیدنتی یک نمایشنامه نوشتم و به دفتر فرهنگ دانشکده فرستادم تا در صورت تایید اجرا کنیم. آنها با اجرای نمایشنامه مخالفت کردند و گفتند سنت شکنی دارد. مساله جالب برای من این بود که در مورد کیفیت داستان و نگارش هیچ ایرادی نگرفتند و فقط به بحث سنت شکنی اشاره کردند. این نشان داد که کارم قابل اجرا تشخیص داده شده ولی بخاطر ملاحظات دیگر اجازه اجرا نگرفته است که انگیزه ام را بیشتر کرد. یا وقتی فیلمنامه سکوت را برای شرکت در جشنواره دانشجویی فرستادم جواب آمد که متاسفانه شما نمی توانید شرکت کنید. وقتی علت را پرسیدم گفتند فیلمنامه زیادی حرفه ای است و اصلا دانشجویی نیست که بیشتر از جایزه برایش جالب بود.

جرعه نخست یک تئاتر حرفه ای

در اهواز به دلیل مشغله بسیار طبابت و تدریس در دانشگاه و فعالیت های بسیار زیادی که در دانشگاه داشتم، مدتی این روند متوقف شد اما همچنان کم و بیش می نوشتم ولی فیلم خیلی زیاد می دیدم. چند سال پیش برای اینکه دانسته هایم را آزمایش کنم در موسسه کارنامه و در کلاس های کیومرث مرادی شرکت کردم و وقتی کلاس جلو رفت دیدم جایگاه خیلی خوبی دارم. بلافاصله بعد از همان کلاس در سال ۹۷ نوشتن نمایشنامه مرثیه ای برای یک دختر را بر اساس نمایشنامه مرگ و دوشیزه آرل دورفمان آغاز کردم. آن زمان هم در اهواز و هم تهران طبابت می کردم و مرتب بین اهواز و تهران در حرکت بودم.

مرثیه ای برای یک دختر

بعد از نوشتن نمایشنامه، با یک تهیه کننده مطرح و خوش نام در تئاتر ایران، آقای نورالدین حیدری ماهر آشنا شدم که پذیرفت کار را تهیه کند. بعد یک تیم اجرایی بسیار حرفه ای و قوی جمع کردیم و کار آماده سازی نمایش شروع شد. برخی از عوامل اجرا باورشان نمی شد این نخستین تجربه کارگردانی من است. باقی عوامل همه حرفه ای بودند و با تجربه. ابتدا نگران بودم مبدا این عوامل در برابر من که خارج از حرفه تئاتر بودم گارد بگیرند ولی خوشبختانه هرگز این اتفاق رخ نداد. در مورد نور این اجرا بگویم که مسوول نور ما آقای علی کوزه گر یک بار به من گفت دکتر شما نور خوانده ای؟ همه نوری که در متن نوشتی انگار خودت قبلا دیدی... که گفتم نه هر چه بلدم از تئاتر ها و فیلم هایی است که دیده ام و کتاب هایی است که خوانده ام. نمایش مرثیه ای برای یک دختر برای اجرا کار بسیار سخت و پیچیده ای بود. بازیگران مرتب جایجا می شدند، نقش ها عوض می شدند و برای هر شخصیت و هر بخش داستان نورهای خاصی تعریف شده بود در حدی که مسوول نور ما می گفت که این یکی از سخت ترین نمایش هایی است که تا بحال کار نور آن را انجام داده است. ما حدودا ۴۸ ضبط نور داشتیم. مثلا تا این دیالوگ یک پکیج نور بود و به محض پایان

مردم شناسی با کمک پزشکی

بعد از بیست و چند سال طبابت، پزشک بودن کمک کرد به دیدن دانش مناسبی از مردم شناسی دست پیدا کنم. وقتی بیماری پیش ما می آید نقاب و پوشش و طبقه اجتماعی اش را با خود نمی آورد. مثلا وقتی یک تیمسار برای حل یک مشکل دهان و دندان می آید فرق دارد با شرايطی که در خیابان مرا ببیند. در خیابان او یک تیمسار است و از آن موضع و طبقه برخورد می کند ولی در مطب دیگر خود واقعی اوست با همه ترس ها، دغدغه ها و نقاط ضعف و قوت شخصیتی. این تجربه در

گارد بسته حرفه ای ها

در دوره رزیدنتی خیلی می نوشتم. کلاس می رفتم و در جلسات بررسی و تحلیل داستان و فیلم شرکت می کردم. به اینها فعالیت های روتین رزیدنتی را اضافه کنید. علاوه بر این برای سایر رزیدنت ها مقاله تهیه می کردم، تدریس می کردم، کار هم می کردم. در دوره رزیدنتی در سال ۷۸ فیلمنامه ای نوشتم به اسم سکوت که به چاپ رسید و باز خوردهای بسیار مناسبی هم داشت ولی به مرحله ساخت نرسید. متاسفانه از یک جایی به بعد باید ارتباط لازم را برای ورود به عرصه سینما داشته باشی که من نداشتم. چند جایی هم که فیلمنامه را خواندند وقتی متوجه می شدند که دندانپزشک هستم به سرعت گارد می گرفتند. کمی بعد فیلمنامه ققنوس را نوشتم که آن هم باز خوردهای خوبی دریافت کرد. متاسفانه در این مورد هم برخی می گفتند که تو که دندانپزشک هستی چه به فیلمنامه نویسی و اصلا به خود اثر به عنوان یک کار مستقل نگاه نمی کردند. در نتیجه تصمیم گرفتم آثارم را فقط چاپ کنم و یا نقاشی هایم را هیچوقت در نمایشگاهی ارایه نکردم.



نوشتن و پردازش شخصیت‌های داستان کمک بسیار موثری برای م بود.

مطالعه عامل موفقیت

اینکه کسی بخواهد وارد یک کار حرفه‌ای بشود به نظر م حتماً زمان آن را پیدا خواهد کرد. در عین حال مهمترین عامل موفقیت در چنین مسیری مطالعه و تحقیق است. مطالعه فراوان و استفاده از منابع معتبر یک رکن اساسی موفقیت در هر حرفه‌ای محسوب می‌شود. یک مشکل بزرگ این است که کتابخوان زیاد نداریم. جاهای دیگر بیشتر مردم کتاب‌شان دست‌شان است؛ در صف مترو یا کنار استخر و ساحل...

حس و حساسیت

اینجا بحثی وجود دارد به نام حساسیت (sensitivity) به این معنی که فرد نسبت به رخدادهای اطرافش واکنش داشته باشد و عملکردش خنثی و منفعل نباشد. این حساسیت و تلاش برای شناخت و درک آنچه در حال رخ دادن است، فرد را حاضر در لحظه می‌کند و کم‌کم خودآگاهی فرد بیشتر و وسیع‌تر می‌شود و کمک می‌کند آدم پازل ذهنی خود را به درستی کنار هم بچیند. بخشی از این حساسیت البته ذاتی است ولی بطور کلی می‌توان آن یاد گرفت. امری زمان بر است و باید مجموعه‌ای از اتفاقات شکل بگیرند تا در یک فرد این حساسیت ایجاد شود. وقتی حساسیتی را در وسط کوچه می‌بینیم و می‌ایستیم و سنگ را در گوشه‌ای می‌گذاریم که کسی و یا ماشینی روی آن نرود و آزدگی ایجاد نکند، یعنی حساسیت داریم و در لحظه حضور داریم.

روحیه شفافی

اجازه بدهید نقل قولی را ذکر کنیم از بهرام بیضایی. او در یک گفتگو می‌گوید که خوب است هر کسی در هر حرفه روحیه آن شغل را به خود نگیرد. مثلاً یک کارمند روحیه کارمندی نداشته باشد یا یک پزشک روحیه پزشکی نداشته باشد یا یک پلیس روحیه پلیسی. اینجا بحث ارزشگذاری مشاغل نیست؛ بحث روحیه و چهارچوب‌های کلاسیک و از پیش تعریف شده مشاغل است. اگر کسی روحیه و شخصی تش تحت تاثیر شغلش تعریف نشود، آنوقت می‌تواند جنبه‌های دیگری از زندگی را تجربه کند.

روحیه دندانپزشکی در مانگامی

دندانپزشکی رشته خاصی است. از یک طرف به پزشکی وصل می‌شود؛ از یک طرف به کارهای تکنیکی و صنعتی مرتبط است؛ بخشی به کارهای زیبایی و هنری مرتبط است و بخشی هم به

بیزنس. در نتیجه هر دندانپزشکی ممکن است در یک بخش این رشته فعالیت بیشتری داشته باشد و روحیه‌ش منطبق با همان بخش تغییر کند. یکی از واضح‌ترین بخش‌های رشته ما که کاملاً می‌تواند حرفه یک دندانپزشک را تحت تاثیر قرار دهد تمرکز روی بحث سودآوری است، آنچه که بین خود ما دندانپزشک-ها به کار کردن در مانگامی معروف است. یعنی مدل کار کردن بسیار سریع، زدن از سر و ته کار، استفاده از متریاال نامناسب و صرفه‌جویی‌های زیاده‌از حد که در نهایت بتوانی بیمار را به سرعت درمان کنی و به بیمار بعدی بپرداز. این ربطی به فعالیت در درمانگاه یا مطب ندارد و یک دندانپزشک در درمانگاه هم می‌تواند وقت کافی برای بیمار اختصاص دهد، از متریاال مناسب استفاده کند، لوازم استاندارد را به کار ببرد و بهترین سرویس را به بیمار ارائه کند. این دیگر به استعداد فرد ربطی ندارد بلکه به شخصیت و روحیه مرتبط است. شخصیت (کاراکتر) اکتسابی نیست؛ ساختنی است و به راحتی هم ساخته نمی‌شود. روحیه افرادی که ذکرشان رفت به سمت بازدهی بالایی است (efficiency) یعنی به هر قیمتی در آمد بالاتری داشته باشند. این نحوه طبابت البته در کوتاه مدت جواب می‌دهد و در بلند مدت با شکست‌های متعدد ناشی از درمان‌های نامناسب عملاً درآمد فرد از حد معمول هم پایین‌تر می‌آید. در مطب این افراد شاید سالن انتظار پر از بیمار باشد ولی نیمی از این بیماران بابت شکست در مان مراجعه کرده‌اند. ولی اگر ذهن و شخصیت دندانپزشک به موثر بودن یا Effectiveness تمایل داشته باشد آن وقت با ارایه درمان مناسب و با داشتن رضایت بیماران به درآمدی بالاتر هم دست خواهد یافت. این روش کار کردن رضایت خود فرد را هم به همراه خواهد داشت. وقتی یک دندانپزشک از انجام کار خود احساس رضایت داشته باشد آنوقت می‌تواند با فراغ‌بال بیشتری، علایق دیگری را نیز دنبال کند. ولی وقتی کسی فقط بدنبال efficiency باشد در یک دور باطل می‌افتد که نمی‌تواند از آن خارج شود و روز به روز بیشتر و بیشتر در همان بخش فرو می‌رود و عملاً فرصت و فراغتی برای کارهای دیگر ندارد. وقتی هم از او بپرسید می‌گوید وقت ندارم.

دفع الوقت یا تنبلی

یک مساله دیگر، به تعویق انداختن یا دفع الوقت (procrastination) است. این مساله با تنبلی فرق دارد. در تنبلی فرد هیچ کاری انجام نمی‌دهد ولی در دفع الوقت فرد کار انجام می‌دهد ولی آن کار مفید و موثر نیست و انجام کار مفید و موثر را به بهانه‌های مختلف به تعویق می‌اندازد. خیلی افراد به این مساله عادت کرده‌اند و تا این عادت را کنار نگذارند نمی‌توانند به جنبه‌های دیگری در زندگی بپردازند. یادمان باشد عادات را می‌توان شکست و تغییر داد.



هیچوقت برای شکستن یک عادت دیر نیست. ممکن است سخت باشد ولی اصلاً نشدنی نیست. نباید به عادت‌ها، اشخاص، روابط و مواردی از این دست چسبندگی (attachment) داشت به نحوی که نشود با فاصله از آنها زندگی کرد. اینکه به چیزی اینقدر چسبیده باشیم نه خودمان می‌توانیم درست زندگی کنیم نه اگر آن چیز یک شخص باشد به آن فرد اجازه زندگی می‌دهیم. البته Attachment سطوح متفاوتی دارد.



اینکه کسی بخواهد وارد یک کار حرفه‌ای بشود به نظر م حتماً زمان آن را پیدا خواهد کرد. در عین حال مهمترین عامل موفقیت در چنین مسیری مطالعه و تحقیق است. مطالعه فراوان و استفاده از منابع معتبر یک رکن اساسی موفقیت در هر حرفه‌ای محسوب می‌شود.



در ابتدا مثل یک رود خروشانیم با دیواره‌های باریک، شتاب و سر و صدای زیاد؛ بعضی رودها به بیراه می‌روند و خشک می‌شوند اما رودی که مسیر درست را می‌رود به دریا نزدیک‌تر می‌شود آرام‌تر می‌شود، دامنه و کناره‌ش گسترش می‌یابد و در انتها به آرامی و بدون کوششی محسوس به دریا می‌پیوندد و دریا می‌شود با کناره‌های ناپیدا و وسیع. بهتر است روش زندگی‌مان مانند رودی باشد که به دریا می‌پیوندد.

ACS

Assessment of clinical skills

ACS course registration is now open



- All dental unit work station
- Step by step booklets
- 2 mock exams
- 12 quizzes
- One on one work checks with highly qualified instructors





آشنایی با آزمون بورد دندانپزشکی کانادا

ارزیابی مدارک برای
آزمونهای NDEB





دکتر علیرضا اشوری

دندانپزشک-ایمپلنتولوژیست

alireza.ashouri2021@gmail.com



دکتر مهدی ادیب راد

پریودونتیست-اینستراکتور ارشد
گروه آموزشی کانفیدنتیست

confidentist.ca

ارزیابی مدارک برای آزمونهای NDEB

نخستین مرحله امتحانات NDEB برای معادل سازی مدرک دندانپزشکی در کانادا تهیه و ارسال و ارزیابی مدارک تحصیلی است. بخشی که بر خلاف تصویر مساله‌ای بسیار مهم محسوب شده و گاهی حتی می‌تواند فرایند امتحانات را با اشکال و تاخیر مواجهه کند. در این نوشتار سعی داشتیم مراحل مختلف تهیه و ارزیابی مدارک را مورد بررسی قرار دهیم.

ساختن پروفایل

نخستین گام برای حضور در امتحانات NDEB باز کردن یک پروفایل در وبسایت NDEB به آدرس <https://ndeb-na.brighttrac.com/register> است. در این آدرس پرسش‌هایی ساده و عمومی درباره سن و جنس و تاریخ تولد و آدرس مطرح شده است. پس از پاسخ دادن به این پرسش‌ها داوطلب باید یک عکس را آپلود کند. توجه داشته باشید که گرچه اشاره شده که بعداً می‌توان این عکس را تغییر داد ولی عملاً این کار امکان‌پذیر نبوده و همین عکس تا پایان روی پروفایل فرد باقی می‌ماند. بنابراین عکسی را انتخاب کنید که بعداً نخواهید آن را تغییر دهید. در مرحله آخر و برای ثبت مدارک، مبلغ ۹۰۰ دلار باید پرداخت شود تا فرآیند ثبت پروفایل تکمیل شود. برای اینکار شما به کارت اعتباری نیاز دارید و اگر خودتان کارت اعتباری ندارید باید از دوست یا نزدیکان خود خواهش کنید تا مشخصات کارت اعتباری خود را در اختیار شما قرار دهند.

بالا فاصله بعد از تشکیل پروفایل فهرستی از مدارک در خواستی NDEB، در بخش اینفورمیشن پروفایل آپلود می‌شود که به طور دقیق مدارک مدنظر این سازمان را توضیح داده است. یکی از این مدارک ارائه یک گواهی هویتی است که معمولاً یا پاسپورت است یا گواهینامه رانندگی کانادایی. اگر پاسپورت خود را آپلود می‌کنید، دقت کنید که پاسپورت باید حتماً امضا داشته باشد.

مدارک تحصیلی در خواستی

آنچه NDEB به عنوان مدارک تحصیلی در خواستی از داوطلبان مطالبه کرده چیز عجیب و غریبی نیست. NDEB برای تایید اینکه کسی دوره دندانپزشکی عمومی را با موفقیت پشت سر گذاشته به دو مدرک دانشنامه و ریزنمرات نیاز دارد که باید توسط داوطلب و دانشگاه محل تحصیل به NDEB ارسال شود. در بخش مدارک مربوط به دانشگاه، دندانپزشک باید ریزنمرات را ترجمه کرده و همراه با یک فرم تکمیل شده که توسط NDEB در پروفایل آپلود شده، به بخش امور فارغ التحصیلان خارج از کشور دانشگاه مربوطه مراجعه کند. این فرم و ریزنمرات توسط دانشگاه تایید و امضا شده و در یک پاکت مهر و موم شده به دندانپزشک تحویل داده می‌شود. نکته اینجا است که اصولاً خود دانشگاه این مدارک را برای NDEB ارسال کند ولی هیچکدام از دانشکده‌های دندانپزشکی در ایران این کار را انجام نداده و مدارک را برای پست به خود دندانپزشک تحویل می‌دهند. در این مرحله دندانپزشک باید از یکی از دفاتر پستی بین المللی فعال در آن شهر، مدارک را از طرف دانشگاه پست کند. مهر و موم بودن پاکت حاوی مدارک و اینکه تمام صفحات ریزنمرات توسط دانشگاه تایید شده باشد بسیار مهم است. اگر هر کدام از این بخش‌ها مخدوش باشد NDEB مدارک را تایید نخواهد کرد.

مدارک که دندانپزشک ما فرستاد

دیگر این است که مدارک توسط دارالترجمه‌های رسمی متعدد فارسی زبان در خود کانادا ترجمه و نوترایز شوند. سپس این مدارک باید به آدرس NDEB در شهر اتاوا پست شوند. در عین حال داوطلب می‌تواند مدارک تایید شده در ایران را در خاک کانادا یا هر کشور دیگری به آدرس NDEB ارسال کند. در چند سال اخیر، NDEB اصل مدرک دانشنامه را در کنار ترجمه آن در لیست مدارک قرار داده است. در نتیجه داوطلبان باید اصل دانشنامه خود را نیز برای NDEB ارسال کنند. NDEB پس از بررسی و تایید دانشنامه آن را به آدرس که داوطلب ارائه کرده پست خواهند کرد. این آدرس باید الزاماً در خاک کانادا باشد.

بخش دیگری از این مدارک باید توسط دندانپزشک برای NDEB پست شود. برای اینکار داوطلب باید دانشنامه و ریزنمرات را ترجمه و اصطلاحاً برابر اصل (notarize) کند. با توجه به اینکه کانادا و ایران فاقد رابطه دیپلماتیک بوده و سفارتخانه و کنسولگری ندارد، بیشتر دندانپزشکان ایرانی مدارک خود را در سفارت نیوزلند نوترایز می‌کردند ولی مدتی است که سفارت نیوزلند در تهران این خدمات را ارائه نکرده و در نتیجه داوطلبان ناچار هستند مدارک خود را توسط وکلای ایرانی که صلاحیت نوترایز کردن مدارک را دارند برابر اصل کنند. چند نفری از این وکلاد در تهران و شهرهای دیگر ایران فعالیت می‌کنند. یک راه

یک وسواس مطبق

در آمریکا اداره نشنال بورد مسوول ارزیابی مدارک متقاضیان نیست ولی در کانادا خود NDEB این کار را انجام می‌دهد که کار بسیار دشوار و سختی است. برخی داوطلبان تصور می‌کنند تایید مدارک برای امتحانات دایرکت لایسنسینگ در کانادا توسط موسسه‌ای مانند WES انجام می‌شود اما برخلاف انتظار نیازی نیست ریزنمرات برای تایید به WES ارسال شود. ارسال مدارک به WES برای پرونده‌های مهاجرتی یا کسانی که تمایل به ادامه تحصیل در دانشگاه دارند ضروری است ولی برای امتحانات دایرکت لایسنسینگ خود NDEB مستقیماً این مدارک را بررسی می‌کند. متأسفانه در سال‌های قبل خیلی‌ها در این بخش تقلب می‌کردند. مثلاً کسی بود که دانشگاه را نیمه‌کاره رها کرده بود و بعد با مدرک سازی توانسته بود مجوز شرکت در امتحانات کانادا را بگیرد و بعد هم بتواند وارد بازار کار شود. با توجه به این مسائل، NDEB روی بخش ارزیابی مدارک بسیار دقیق و سختگیر است و به جرات می‌توان گفت دقت و وسواس آنها در ارزیابی مدارک در کل دنیا نظیر ندارد. بارها اتفاق افتاده که بابت اشتباهاتی بسیار کوچک مدارک را پس فرستاده‌اند و بعد متأسفانه نوبت رسیدگی مدارک می‌رود آخر صف! متأسفانه بارها دیده شده دانشجویانی که در کلاس شرکت کرده‌اند و کلی هم زحمت کشیده‌اند ولی یک مرتبه بابت یک اشتباه کوچک مثلاً جاچا شدن یک حرف در نام خانوادگی مدارک برگشت خورده و شانس ثبت نام و شرکت در امتحان فردا از بین رفته. نامهای خانوادگی ما ایرانی‌ها هم که معمولاً طولانی و چند کلمه‌ای است! این وسواس البته چیز بدی نیست ولی بهر حال ارزیابی آنها زمان زیادی می‌برد و پیش می‌آید که چند بار مدارک یک نفر برگشت بخورد آنهم بخاطر یک روز جاچا شدن تاریخ یا یک ویرگول یا یک اشتباه خیلی کوچک در دیکته اسم. منطقی است همان ابتدا نباید این کار به NDEB واگذار می‌شد و باید یک سازمان دیگر مسوولیت این کار را برعهده می‌گرفت. این انتقادی است که به NDEB وارد است ولی مصرانه می‌خواهند کماکان خودشان این کار را انجام بدهند. در نتیجه خود این مساله ارزیابی مدارک به یک فرآیند فرساینده پراسترس تبدیل شده و گذراندن آن یک موفقیت بزرگ محسوب می‌شود!

مدت زمان ارزیابی

اندکی پس از دریافت مدارک توسط NDEB، در پروفایل جلوی مدارک ارسال شده گزینه دریافت شد ظاهر شده و مدتی بعد تبدیل می‌شود به گزینه تحت بررسی. چندی پس NDEB اعلام کرد که مدارک جدیدی را نمی‌پذیرد ولی از تقریباً یک سال پیش این روند دوباره به جریان افتاده است. مدت زمان بررسی مدارک بطور متوسط ۶ ماه است. در دوره‌ای NDEB رسماً اعلام کرد که بررسی مدارک ممکن است تا ۹ ماه هم به طول بیانجامد ولی اخیراً مجدداً مدت زمان بررسی کوتاه‌تر شده و حتی به ۴ ماه کاهش یافته است.

ثبت نام امتحانات

پس از اتمام بررسی مدارک و تایید همه آنها توسط NDEB، در پروفایل داوطلب، گزینه‌های ثبت نام برای امتحان AFK فعال می‌شود. از اینجا به بعد دندانپزشک می‌تواند بر اساس زمانبندی موجود در یکی از امتحانات آینده AFK ثبت نام کرده و مسیر دایرکت لایسنسینگ یا مسیر دانشگاه را پیگیری کند.

هدف، زندگی ایده آل شماست.
فرصتها محدودند، وقت شما محدودتر
تخصص ما یافتن و ارائه فرصتها به شماست

LIFESTYLE DISTRIBUTIONS

If you are willing to make better choices
& take advantage of Real Estate
Commercial/ Residential investment
opportunities in GTA, we are offering
our expertise to assist you.



MARJAN ARAB
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 416.399.6080

WWW.MARJANARAB.COM
MARJAN@MARJANARAB.COM



HomeLife/Vision Realty Inc., Brokerage Inc.
INDEPENDENTLY OWNED AND OPERATED



PARISSA YOUSSEFI
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 647.808.7197

WWW.PARISSAYOUSSEFI.COM
PARISSA@PARISSAYOUSSEFI.COM

Honesty & Integrity are foundation of our business

خارج از مطب Out Of Office

JOD | September/2021 | 33 | سپتامبر ۲۰۲۱

مطالب بیشتر در وبسایت ما

www.jodmagazine.com



معرفی دکتر هنگامه درختان
دندانپزشک، شاعر و
نویسنده



شکل گیری موسیقی
پاپ و راک و گروه‌های
پیشرو





دکتر سام دفتری
آهنگساز، نوازنده و
تنظیم کننده موسیقی



Pop music

شکل گیری موسیقی پاپ وراک و گروه های پیشرو

را اعمال کند». که هدف اصلیش فرم تجاری موسیقی و کسب درآمد از موسیقی برای شرکت های ضبط و توزیع و حتی شرکت های مُد و فشن و ... است. در واقع پاپ یک سبک از موسیقی عامه پسند است که معمولاً در مقابل موسیقی کلاسیک و فولک (محلی) قرار می گیرد و از آن ها متمایز است. شاخه های زیادی مانند موزیک ترنس، هاوس، هارد ترنس و هارد راک و... بسیاری از گروه های معروف از سبک پاپ سر چشمه گرفته اند. یک نکته را باید در نظر بگیریم که در این نوشتار کوتاه فقط به توصیف روند شکل گیری موسیقی پاپ و بزرگان آن در حد بسیار محدود در غرب پرداخته ایم و به هیچ وجه در مورد موسیقی پاپ ایرانی سخنی به میان نیاورده ایم چون مقوله ای کاملاً جداسست و در این بحث نمی گنجد.

به سال های ۱۹۵۰ رسیدیم. جنگ جهانی دوم تازه به پایان رسیده است و کشورهای درگیر در این جنگ ویران گر در حال بازسازی فیزیکی و روحی و روانی خود هستند. در این میان موسیقی پاپ شکل می گیرد Pop music، در اصل به معنی موسیقی عامه پسند (popular) است. پاپ معمولاً به عنوان موسیقی ای تعریف می شود که به شکل تجاری تهیه شده یا هدف تولید آن سود مالی است. بنا به تعریف سایمون فریت، منتقد موسیقی و جامعه شناس متخصص موسیقی مردم پسند، موسیقی پاپ بیشتر به عنوان یک صنعت شناخته می شود نه هنر. البته این موسیقی را می توان در حیطه بازار، ایدئولوژی، تولید و زیبایی شناسی هم معنا کرد. در واقع، پاپ طوری طراحی شده که «برای همه جالب باشد» و «از هیچ جای خاصی نیامده» و قرار هم نیست «سلیقه خاصی

الویس پریسلی

Tender در همان سال اکران شد و ترانه‌ای به همین نام که برای این فیلم ساخته شد هنوز بر سر زبان‌ها و در حال فروش است.



برترین‌ها در آثار الویس

- ۱۰۴ تک آهنگ که در لیست چهل تایی موسیقی‌های برتر قرار دارند.
- ۱۷ ترانه‌ی برتر که برترین آمار را در تعداد ترانه‌های برتر دارد.
- ۷۹ هفته را به عنوان بهترین خواننده گذراند. (مقام بعد از وی ماریا کری با ۷۷ هفته)
- از سال ۱۹۵۶ تا ۱۹۷۲ بهترین رکورد را در ترانه‌های برتر با ۳۶ ترانه داشت. (مقام بعد از بیتلها)



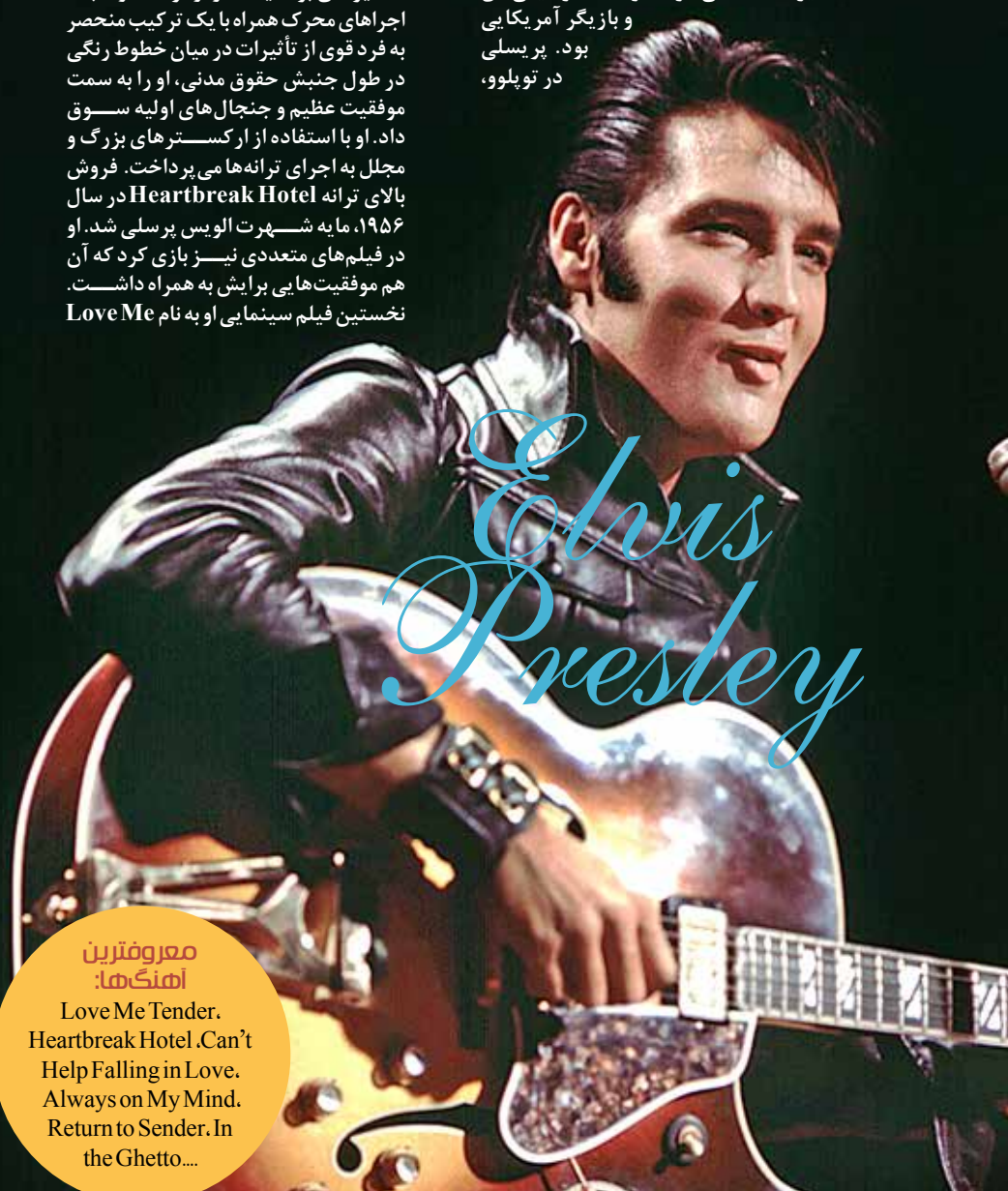
رکورد اجرای بزرگ‌ترین کنسرت جهان به «الویس» تعلق دارد. کنسرت سال ۱۹۷۳ هاوایی با نام Aloha from Hawaii که به‌طور زنده و مستقیم از تلویزیون اکثر کشورهای جهان پخش شد با مخاطب بیش از یک میلیارد نفر در سرتاسر جهان به عنوان بزرگ‌ترین کنسرت جهان در کتاب رکورد های جهانی گینس به ثبت رسیده است.

اگر از معروفیت و مشهور بودن او بگذریم، تأثیری که خواسته و ناخواسته بر روی هنرمندان بعد از خود گذاشت غیر قابل چشم‌پوشی است.

مسیحی متولد شد و در ۱۳ سالگی با خانواده اش به ممفیس، تنسی نقل مکان کرد. فعالیت موسیقی او در آنجا از سال ۱۹۵۴ آغاز شد و در سان رکوردز با تهیه کنندگی سام فیلیپس، که می‌خواست صدای موسیقی آمریکایی آفریقایی تبار را به مخاطبان بیشتری برساند، شروع به ضبط می‌کند. او به عنوان یکی از شاخص‌ترین نمادهای فرهنگی قرن بیستم شناخته می‌شود و اغلب از او به عنوان «سلطان راک اند رول» یا به سادگی «سلطان» یاد می‌شود. تفسیرهای برانگیخته او از ترانه‌ها و سبک اجراهای محرک همراه با یک ترکیب منحصر به فرد قوی از تأثیرات در میان خطوط رنگی در طول جنبش حقوق مدنی، او را به سمت موفقیت عظیم و جنجال‌های اولیه سوق داد. او با استفاده از ارکسترهای بزرگ و مجلل به اجرای ترانه‌های پرداخت. فروش بالای ترانه Heartbreak Hotel در سال ۱۹۵۶، مایه شهرت الویس پرسلی شد. او در فیلم‌های متعددی نیز بازی کرد که آن هم موفقیت‌هایی برایش به همراه داشت. نخستین فیلم سینمایی او به نام Love Me



الویس آرون پریسلی (Elvis Aaron Presley ۱۹۳۵-۱۹۷۷) که به نام الویس نیز شناخته می‌شود، خواننده، موسیقی‌دان و بازیگر آمریکایی بود. پریسلی در تولو،



معروفترین آهنگ‌ها:

Love Me Tender,
Heartbreak Hotel. Can't
Help Falling in Love.
Always on My Mind.
Return to Sender. In
the Ghetto....

بیتلز (Beatles)

در اواخر سال ۱۹۶۲ منتشر شد، موفقیت خود در داخل انگلستان را بسیار گسترش دادند. تا اوایل سال ۱۹۶۴، بیتلز تبدیل به ستاره‌هایی بین‌المللی شده بودند؛ آن‌ها "تهاجم بریتانیایی" به بازار یاب ایالات متحده را رهبری کردند و رکورد‌های فروش زیادی را شکستند. آنها خیلی زود با بازی در بازی در فیلم شب‌زنده‌داری با بز و بکوب (۱۹۶۴) A **Hard Day's Night** اولین حضور خود در سینما را ترتیب دادند. از سال ۱۹۶۵ به بعد، آنها آلبوم‌هایی با پیچیدگی بیشتر، از جمله روح لاستیکی (۱۹۶۵) **Rubber Soul**، هفت تیر **Revolver** (۱۹۶۶) و گروه کلوب بی کسان **Sgt. Pepper's** (۱۹۶۷) را منتشر کردند. گروه همچنین با آلبوم‌های بیتلز (۱۹۶۷) **The Beatles** (همچنین به عنوان "آلبوم سفید" نیز شناخته می‌شود) و ابی رود (۱۹۶۹) **Abbey Road** موفقیت تجاری بیشتری کسب کرد.



پس از فروپاشی گروه در سال ۱۹۷۰، هر چهار عضو گروه به عنوان هنرمندان انفرادی هم، از موفقیت برخوردار شدند. لنون در سال ۱۹۸۰ مورد اصابت گلوله قرار گرفت و کشته شد و هر یسون هم در سال ۲۰۰۱ بر اثر سرطان ریه درگذشت. مک کارتنی و استار اما، همچنان در صنعت موسیقی فعال هستند. تاثیر این گروه در شکل‌گیری گروه‌های راک بسیار زیاد است. می‌توان گفت این اولین گروه یا بند بود که از چهار نوازنده تشکیل شده بود. یک گیتار، یک بیس، یک درامز و یک کیبورد. گروه‌های بسیار مهمی مانند پینک فلوید، رولینگ استونز و... از این مدل پیروی کردند که تا به امروز هم به چشم می‌خورد. بیتلز با فروش تخمینی ۶۰۰ میلیون نسخه از کارهایشان در سراسر جهان پر فروش‌ترین هنرمند موسیقی در تمام دوران‌هاست. این گروه در سال ۱۹۸۸ به تالار مشاهیر راک اند رول وارد شد و هر چهار عضو اصلی نیز بین سالهای ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۵ به صورت جداگانه به تالار وارد شدند. این گروه هفت جایزه گرمی، چهار جایزه بریت، یک جایزه اسکار (جایزه اسکار بهترین موسیقی فیلم برای فیلم بگنادر باشد (۱۹۷۰)) و پانزده جایزه آیور نولو دریافت کرد. مجله تایم آنها را در میان ۱۰۰ شخصیت برجسته قرن بیستم و رولینگ استون آنها را در لیست ۱۰۰ هنرمند برتر خود در رتبه اول قرار داد.

ابتکاری در هم آمیخته بود. این گروه بعد تر به نواختن در سبک‌هایی متنوع از موسیقی، از تصنیف و موسیقی هندی گرفته تا سایکدلیک و هارد راک پرداخت. بیتلز به عنوان پیشگامانی در ضبط، ترانه سرایی و ارائه هنری، بسیاری از جنبه‌های صنعت موسیقی را متحول کردند و اغلب به عنوان رهبران جوانان زمانشان (دهه ۱۹۶۰) شناخته می‌شدند.



از ۳ سال قبل از سال ۱۹۶۰، بیتلز به رهبری لنون و مک کارتنی - ترانه سرایان اصلی گروه - با اجرا کردن در کلاب‌های شبانه شهرهای لیورپول و هامبورگ، به اعتباری دست یافتند. مدیر برنامه‌ای به نام برایان اپستاین آن‌ها را به سوی ضبط حرفه‌ای موسیقی سوق داد و آن‌ها با راهنمایی و آهنگسازی جرج مارتن، پس از اولین تک آهنگ موفق خود، "دوستم بدار"، که



یک گروه راک انگلیسی که در سال ۱۹۶۰ در لیورپول تشکیل شد. گروهی که شناخته شده ترین اعضای آن شامل جان لنون، پل مک کارتنی، جورج هریسون و رینگو استار بودند، به عنوان تأثیرگذارترین گروه در تمام دوران‌ها محسوب می‌شوند. آنها نقشی اساسی در توسعه پادفرهنگ دهه ۱۹۶۰ و به رسمیت شناساندن موسیقی عامه پسند به عنوان یک شکل هنری موسیقی داشتند. موسیقی آنها که ریشه در اسکیف، بیت و راک اند رول دهه ۱۹۵۰ داشت، با عناصر موسیقی کلاسیک و پاپ سنتی به روشهایی

معروفترین آهنگ‌ها:

Let It Be, Something, Here, There and Everywhere, Strawberry Fields Forever, Please Please Me, Yesterday, Can't Buy Me Love, Come Together, Imagine,....

Beatles

The Rolling Stones رولینگ استونز



معروفترین آهنگ‌ها:

Wild Horses, You Can't Always Get What You Want, Miss You, Gimme Shelter, Sympathy For The Devil, Paint It, Black,....

هست، در ۱۹۷۸ دوباره بدست آوردند. از این زمان و از میان پروژه‌های سایشی و انفرادی، آن‌ها آثار با متریال کمتری را منتشر کرده‌اند اما همچنان از لحاظ تبلیغاتی محبوب باقی مانده‌اند و به برگزاری تورهای جهانی بسیار موفق ادامه داده‌اند.

سال ۱۹۶۹ گروه را ترک گفت و میک تیلور به عنوان جانشین وی در گروه قرار گرفت که او نیز در سال ۱۹۷۵ با رانی وود تعویض شد. از زمان خروج وایمن در سال ۱۹۹۳، نوازنده بیس داریل جونز، به عنوان همکار تا عضو اصلی، با گروه همکاری داشته‌است.



رولینگ استونز در سال ۱۹۸۹ وارد تالار مشاهیر راک اند رول و در سال ۲۰۰۴ وارد تالار مشاهیر موسیقی بریتانیا شدند. مجله رولینگ استونز، رتبه چهارم را از میان "صد هنرمند برتر تاریخ" به این گروه داده است. همچنین بر آورد فروش آلبوم‌های این گروه بالای ۲۵۰ میلیون نسخه است. آن‌ها ۲۹ آلبوم استودیویی، ۱۸ آلبوم زنده و آثار تلفیقی متعددی را منتشر کرده‌اند. آلبوم انگلستان چسبناک (۱۹۷۱)، اولین آلبوم از ۸ آلبوم متوالی گروه بود که در امریکا منتشر شد. بگذار خون‌ریزی کند (۱۹۶۹)، نیز اولین آلبوم از ۵ آلبوم متوالی استودیویی و زنده در بریتانیا است. در سال ۲۰۰۸، استونز رتبه دهم را در لیست صد هنرمند برتر تمام دوران‌های بیل‌بورد بدست آورد. در سال ۲۰۱۲، گروه پنجاهمین سالگردش را با انتشار آلبوم GRRR که در واقع برترین آهنگ‌های گروه به همراه دو آهنگ جدید، شامل آهنگ قرار گرفته در صدر جدول‌ها، عذاب و دل‌تنگی، بود را در سال ۲۰۱۳ جشن گرفتند و به همراه آرکیتیک مانیکیز و مامفرد اند سائز، در صدر توجه فستیوال کلاستونبری قرار گرفتند.



استونز در دوران طلایی خودشان در میانه دهه شصت، سمبلی از سرکشی جوانی بودند و همچنین به عنوان گروه "فد بیتلز" به تصویر کشیده می‌شدند. در طول این مدت آن‌ها یک رشته از تک آهنگ‌های برتر ترانه‌سازان و هنرمندان و در صدر بسیاری از چارت‌های بین‌المللی به ویژه در انگلستان و امریکا قرار گرفتند. آن‌ها واکنش‌های بسیار زیادی را در پی انتشار آلبوم در خواست شیاطانی شاهنشاهان آن‌ها در سال ۱۹۶۷ دریافت کردند. این آلبوم در اصل عکس‌العملی به آلبوم گروه بیتلز، گروه کلوب بی‌کسان گروه‌بان فلنل بود. در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰، گروه آلبوم‌های استودیویی ضیافت گدایان (۱۹۶۸)، بگذار خون‌ریزی کند (۱۹۶۹)، انگلستان چسبناک (۱۹۷۱) و تبعید در خیابان اصلی (۱۹۷۲) را منتشر کرد. از سلسله زمانی این ۴ آلبوم به عنوان عصر طلایی گروه و به‌طور کلی بهترین کارهای آنان یاد می‌شود. بعد از یک دوره نقد در اواسط دهه هفتاد میلادی، آن‌ها بخت و اقبال تجاری و محبوبیتشان را با آلبوم بعضی دخترها که پرفروش‌ترین آلبوم استودیویی‌شان نیز

نمی‌توانیم از بزرگان موسیقی دهه ۶۰ میلادی نام ببریم و سختی از رولینگ استونز به میان نیاوریم. رولینگ استونز یک گروه راک انگلیسی است که در سال ۱۹۶۲ تشکیل شد و هم‌زمان با جریان هجوم بندهای بریتانیا، پیش‌تاز و در سال‌های ۱۹۶۴ تا ۶۵ نیز در امریکا مشهور شد. این گروه به بخش جدایی‌ناپذیری از ضد فرهنگ دهه ۶۰ میلادی تبدیل شده بود. ویژگی مهم رولینگ استونز، تبدیل بلوز به یک بخش بزرگ در راک اند رول و تغییر توجه بین‌المللی فرهنگ بلوز به سوی بلوز شناخته‌شده توسط جان لی هوکر و هنرمندان چس‌رکورز مانند مادی واترز، نویسنده آهنگ Rollin' Stone بود که بعدها نام گروه نیز از این تک آهنگ گرفته شد. منتقد موسیقی امریکایی، رابرت پالمر، درباره این گروه گفته است که "استقامت قابل توجه" این گروه سرچشمه گرفته از "ریشه‌دار بودن در واقعیات سنتی، موسیقی سول و ریتم و بلوز" است در حالی که "انواع مد پاپ بی‌دوام آمده و رفته است".

اولین ترکیب گروه شامل برابان جونز به عنوان نوازنده گیتار و هارمونیکا، ایان استورات به عنوان پیانیست، میک جگر به عنوان خواننده اصلی و نوازنده هارمونیکا، کیت ریچاردز به عنوان نوازنده گیتار و هم‌خوان، بیل وایمن به عنوان نوازنده بیس و چارلی واتز به عنوان درامر بود. جونز حدود یک ماه قبل از مرگش در



باز هم لازم به توضیح می‌دانم که این فقط گروه‌های کوچکی از این تاریخچه‌ی عظیم است و قصد نگارش این سلسله مقالات یادآوری و آشنایی دوباره با این بزرگان و موسیقی‌های خاص آن دوران است که هر از چندگاهی شنیدن آن‌ها توصیه می‌شود. امیدوارم خوانندگان فرهیخته‌ی گرامی در صورت تمایل به کند و کاو بیشتر در این زمینه ادامه دهند.



**دکتر سعید
میرسجیدی**

دندانپزشک، پژوهشگر
تاریخ دندانپزشکی

دندانپزشکی و انقلاب فرانسه

بخشی از مقدمه دکتر قاسم غنی بر کتاب امراض
دهان و دندان، محسن سیاح، چاپخانه مجلس، ۱۳۱۶

دکتر محسن سیاح یکی از اولین
دندانپزشکان ایرانی، در ابتدای تاسیس
مدرسه عالی دندانسازی معاون و از سال
۱۳۱۴ رئیس مدرسه بود. او که بعدها
نیز سالهای طولانی ریاست دانشکده
دندانپزشکی دانشگاه تهران را بر عهده
داشت در دهه های ده و بیست خورشیدی
مقالات و تالیفات مختلفی درباره سلامت



دکتر محسن سیاح
در میان اساتید
مدرسه دندانسازی

دهان و علم دندانپزشکی داشته است. از جمله اینها کتابی ست به نام «امراض دهان و دندان» که در سال ۱۳۱۶ به چاپ رسیده است. او در ابتدای کتاب می نویسد که این کتاب را با حمایت مادی و معنوی وزارت معارف جهت «سهل و هموار شدن راه تحصیل» برای «دانشجویان دانشکده دندانسازی» تألیف کرده است. همچنین بر روی جلد کتاب در توصیف دکتر سیاح عبارات «استاد دانشکده طب»، «رئیس قسمت دندانسازی» و «رئیس قسمت امراض دهان و دندان بیمارستان دولتی» آمده است. اما جنبه ای دیگر از اهمیت این کتاب مقدمه ای ست که دکتر قاسم غنی، طبیب و ادیب و سیاستمدار برجسته بر این کتاب نوشته است. دکتر غنی که در سالهای بعد به سمت وزیر بهداشتی نیز منصوب شده بود در آن زمان خود استاد دانشکده پزشکی تهران بوده است. او در این مقدمه ابتدا به معرفی کتاب و اهمیت و فایده آن پرداخته و سپس مطلبی مفصل و عالمانه درباره تاریخ دندانپزشکی نوین در اروپا و آمریکا به آن افزوده است. بخشی از این یادداشت توصیف جالب توجهی از وضعیت دندانپزشکی در اواخر قرن هجدهم و تاثیر انقلاب فرانسه بر این علم دارد:

در جمیع ممالک اروپا در قرن هجدهم «طب دندانسازی» ترقیات بسیار نمود و بطوریکه مذکور خواهد شد در قاره آمریکا هم پیشرفت و ترقی آن سریع بود، اما فرانسه را میتوان در قرن هجدهم پیشرو سایر ممالک در این فن شمرد و مهمترین اعصار دندانسازی در فرانسه همان قرن هجدهم است که تحت قوانین در آمد.

در ۱۶۹۶ میلادی حکم شاهانه صادر شد مبنی بر اینکه جمیع دندانسازان فرانسه باید امتحان بدهند و پس از اخذ تصدیق مباشر این شغل شوند. در ۱۷۶۸ این حکم تأیید شد ولی در اواخر قرن یعنی در موقع انقلاب فرانسه که حرارت و تندروی افراتیون به حد اعلی رسید، تعبیرات غلطی از حق حریت پیدا شد و در ضمن الغاء جمیع امتیازات و از میان بردن صنوف ممتاز، حق امتیاز معالجه دندان را هم از میان بردند. در ۷ مه ۱۷۹۱ قانونی از طرف

حکومت انقلاب اعلان شد مبنی بر اینکه جمیع مشاغل بدون استثنا آزادند و هر فردی از فرانسویان میتواند به هر شغلی که بخواهد دست بزند.

در ۱۸ اوت ۱۷۹۲ بموجب قانون دیگری مدارس و دانشگاه ها و هیئت های علمیه منحل شد. نتیجه این قوانین این شد که دوره هرج و مرج علمی آغاز شده یکعده عالم نما و دروغگو و متظاهر بدانائی، دست به کار دندانسازی زدند. اشتباه کاریهای عجیب پیش آمد حتی جنایاتی ارتکاب شد و بالاخره بجائی رسید که مجبور شدند عمل طبابت و دواسازی را دوباره تحت قانون و انضباط در آورند.

بموجب آن قانون، کجالان و دوافروشان و آنهایی که سنگ مئانه خارج میکردند مکلف بودند که قبلاً تحصیل نموده امتحان داده باشند تا حق اشتغال به این مشاغل را بدست آورند، ولی نامی از دندانسازی بصراحت در این قانونها برده نشده بود. با این دو عقیده پیدا شد، دسته ای معتقد بودند که سکوت قانون برای این است که دندانسازی هم جزو طب است و تصریح غیر لازم و از قبیل توضیح واضحات است. دسته دیگر میگفتند که دندانسازی یک قسم صنعت یدی است و مانند سایر صنایع آزاد است و مقید به حدود و شروطی نیست. مدتی این امر

مبهم باقی ماند تا آنکه در نتیجه پیش آمدی متأسفانه تفسیر دسته دوم یعنی آنهایی که دندانسازی را حرفه آزادی می شمردند معتبر شناخته شد و آن پیش آمد این بود که در ۱۸۴۵ چند نفر دندانساز مورد تعقیب واقع شدند. محکمه ابتدایی آنها را محکوم کرد یعنی از اشتغال به دندانسازی بدون امتحان و اجازه ممنوع داشت. محکمه استیناف هم آن حکم را تأیید نمود، ولی محکمه تمیز شهر «آمین» از روی کجی سلیقه و جمودت قریحه، فرض دوم تعبیر را صحیح دانسته آن ها را تبرئه نمود. نتیجه این تبرئه این شد که فن دندانسازی آزاد ماند و دندانساز مجبور به رعایت هیچ شرط و حدی نبود، تا آنجا که کلمه دندانساز تقریباً مترادف با شارلاتان شمرده میشد و فقط در ۳۰ نوامبر ۱۸۹۲ قانونی جدید در این موضوع وضع شد و امر دندانسازی تحت انضباط در آمد.

در ۱۶۹۶ میلادی حکم شاهانه صادر شد مبنی بر اینکه جمیع دندانسازان فرانسه باید امتحان بدهند و پس از اخذ تصدیق مباشر این شغل شوند. در ۱۷۶۸ این حکم تأیید شد ولی در اواخر قرن یعنی در موقع انقلاب فرانسه که حرارت و تندروی افراتیون به حد اعلی رسید، تعبیرات غلطی از حق حریت پیدا شد و در ضمن الغاء جمیع امتیازات و از میان بردن صنوف ممتاز، حق امتیاز معالجه دندان را هم از میان بردند



دکتر قاسم غنی



آدمی از شمال به اندوه می‌رسد
از جنوب
به اندوه...
آنچنان که رودها
از هر سو
به دریای...

تنهایی
یعنی کودکی
به کفش های رنگارنگ همسایه
نگاه کند
به رفت و آمد پر صدای عابرها
و به دمپایی کز کرده ی
گوشه ی اتاقش
که ماههاست بی صدا
در خواب هایش راه می‌رود...

از میان تمام دریاچه‌ها
تنها یک پنجره کافی است
که کنارش بنشینیم
و به دنیا لبخند بزنی...

تازه می‌خواستم
دست از سر این روزگار بردارم
بروم
برای خودم
برای تو
چای بیاورم
تو بگویی که خوشحالی
و من باز مثل گذشته
اوازهای عاشقانه بخوانم
اما
نشد
که
نشدم...
روزگار
دست از سر ما
دست از سر این سرزمین
بر نمی‌دارد.



معرفی دکتر هنگامه درخشان

دندانپزشک، شاعر و نویسنده

دکتر هنگامه درخشان، علاوه بر اشتغال در حرفه دندانپزشکی، شاعری شناخته شده هم محسوب می‌شود. از جمله سوابق او در عرصه دندانپزشکی می‌توان به این موارد اشاره کرد: نخستین واپس‌پرزیدنت زن ICOI، در ایران، مسئول کمیته فرهنگی جامعه دندانپزشکی ایران، ویراستار و سرپرست چاپ بالغ بر چهار هزار صفحه از معتبرترین کتب دندانپزشکی، مترجم بخش‌هایی از چهار کتاب رفرنس در زمینه دندانپزشکی زیبایی و ایمپلنت. در عرصه شعر نیز از دکتر درخشان ۵ کتاب شعر به چاپ رسیده است: ردپای گم شده‌ای که رو به دریا رفته بود - پابه پای باران (مجموعه‌ی غزلها و شعر سپید) - زنی با همه حرفهایش - برای شنیدنت سالهاست خاموشم (ترجمه شده کردی) - پرنده‌ها بر نمی‌گردند
دکتر هنگامه درخشان بسیاری از اشعار کوتاه خود را با موضوعاتی همچون عشق، انسان و برخی مسائل اجتماعی در هم آمیخته و شعر را در شکلی موزون به دیدار مخاطب برده.
در ادامه از ایشان خواهش کردیم از زندگی حرفه‌ای و هنری خود با ما صحبت کنند:

اول کتاب پابه‌پای باران حاصل آن سال‌هاست. در فاصله‌ی چهارساله‌ی ۱۳۸۰-۱۳۸۴ پس از آن با تغییر رویکرد از غزل به سپید و شرکت مستمر در کارگاه شعر استاد سیدعلی صالحی، دفتر کوچکی با نام ردپای گم شده‌ای که رو به دریا رفته بود منتشر شد که حاصل تجربیات اولیه‌ام بود.

مجموعه شعر زنی با همه‌ی حرف‌هایش که از سوی انتشارات معتبر تهران منتشر شد شامل ۱۳۷ شعر از برگزیده شعرهای سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۳۹۷ خورشیدی است. موضوع محوری این اشعار در چند بخش تعریف می‌شوند: شعرهای عاشقانه، اجتماعی و تضادهایی که انسان امروز در دنیای پیرامون با نشانه‌های مدرنیزم دارد.

روایات بنیادی و درونی این شعرها به نوعی، یک واکاوی زنانه در لایه‌های زیستی امروز ماست که امیدوارم مورد توجه مخاطبان فهیم شعر امروز قرار بگیرد.

پس از به همت هنرمند بزرگوار آقای مهرداد رامیدی نیا پنجاه شعر از سه دفتر به زبان کردی ترجمه و به چاپ رسیده است. کتاب پرنده‌ها بر نمی‌گردند آخرین کتاب من در سال ۱۳۹۹ است که همچنان حاصل دغدغه‌هاییم از شرایط اجتماعی، عشق، طبیعت، تنهایی و اندوه بشری است.



شغل اصلیم
دندانپزشکی
است. با سابقه
ی‌کاری بیش
از بیست و پنج
سال در زمینه‌ی
درمان، آموزش،
ویراستاری و
ترجمه‌ی کتب
تخصصی
دندانپزشکی
در حیطه‌ی
درمان‌های زیبایی
و ایمپلنت

هنگامه درخشان هستم و البته با پسوند رودسری، زادگاه پدر و مادرم در یکی از شهرهای نشسته بر کرانه‌ی دریای خزر، درست نزدیک روزهای نوجوانیم است.

کودکی و تولدم در کوهستان‌های شمال غرب و کردستان، سپری شد. همان‌جا که تنها رودخانه‌ی شهر از پنجره‌ی کوچک اتاقمان پیدا بود. در قروه‌ی کردستان متولد شدم و تحصیلات ابتدایی را در شهر سنندج سپری کردم، پس از آن با پیروزی انقلاب و بدنبال جریان‌های سیاسی منطقه به گیلان، زادگاه پدرمادم برگشتم، و حالا هر چه به گذشته بر می‌گردم جز کوه، دریا و جنگ چیز دیگری جز دوستی‌های عمیق و جاری بیاد نمی‌آورم.

شغل اصلیم دندانپزشکی است. با سابقه‌ی کاری بیش از بیست و پنج سال در زمینه‌ی درمان، آموزش، ویراستاری و ترجمه‌ی کتب تخصصی دندانپزشکی در حیطه‌ی درمان‌های زیبایی و ایمپلنت.

و اما شعر؛
آتش شعر از همان سالهای دور که پدرم با صدای بلند و رسا در خانه قدم می‌زدند و دکلمه می‌خواندند در من شعله‌ور شد.

پس از اتمام دانشگاه شعر را به صورت حرفه‌ای با شرکت در کلاس‌های عروض و قافیه دنبال کردم. مجموعه غزل‌های منتشر شده در بخش



وقتی دیگران از ما تعریف
می کنند چه کنیم؟
میل مبهم تمجید



حافظه تان را
تقویت کنید





حافظه تان را تقویت کنید

شروع می شود و بر اساس تحقیقات صورت گرفته سن وقوع آن به دهه سی زندگی کاهش یافته است. خبر خوب اینکه می توان روند مشکلات حافظه و کندذهنی را متوقف یا حتی برعکس کرد. در اینجا به برخی از این روش ها اشاره می کنیم.

مشکل نقش داشته باشد ولی واقعیت این است که کند شدن سرعت عمل مغز متاسفانه یکی از اصلی ترین نشانه های افزایش سن است. هر چه سن ما بالاتر می رود جریان خون مغز کمابیش کاهش یافته و سلول های مغزی با بازدهی کمتری فعالیت می کنند، پیام های بین سلول های مغزی کندتر رد و بدل شده و حتی ممکن است مغز شروع کند به کوچک شدن. متاسفانه این اتفاق برای همه رخ می دهد دیر یا زود.

داستان اینجا است که کاهش و کند شدن توان ذهنی در برخی افراد بسیار زودتر

وارد یک اتاق می شوید، در دستتان هم یک قیچی است. بعد یک دقیقه از خودتان می پرسید من اینجا چه کار دارم؟ / توی چهره یکی از همکاران خود که ۶ سال است هر روز او را می بینید زل می زنید و از خودتان می پرسید: خدا یا اسمش چی بود؟ به دوستتان زنگ می زنید تا به او بگویید... راستی قرار بود چه به او بگویم... یادم هست که مهم بود... شاید هم نبود... یادم نیست. حواس پرتی دارید، تمرکز حواس ندارید، و در مجموع حضور ذهن تان نسبت به قبل کمتر شده است؟ البته مشغله فراوان در زمینه های مختلف زندگی می تواند در بروز این

کم از دوستان خود کمک بگیرید

اجتماعی بودن و داشتن روابط اجتماعی خوب یکی از مهمترین عوامل داشتن یک مغز سالم است که ارتباط تنگاتنگی با فعالیت مناسب ذهنی دارد. روابط اجتماعی شما را وادار می کند از حافظه خود بیشتر کمک بگیرید؛ شما ناچار خواهید بود نام افراد را به یاد آورید و با آنها گفتگو کنید. اگر هم با دوستان خود بازی می کنید (مثلاً فرض کنید تخته نرد یا شطرنج) باید قوانین آن بازی را به یاد داشته باشید. نتایج چندین تحقیق نشان داده فعالیت اجتماعی باعث حفظ عملکرد ذهنی شده و خطر ابتلا به آلزایمر یا زوال عقل را کاهش می دهد.

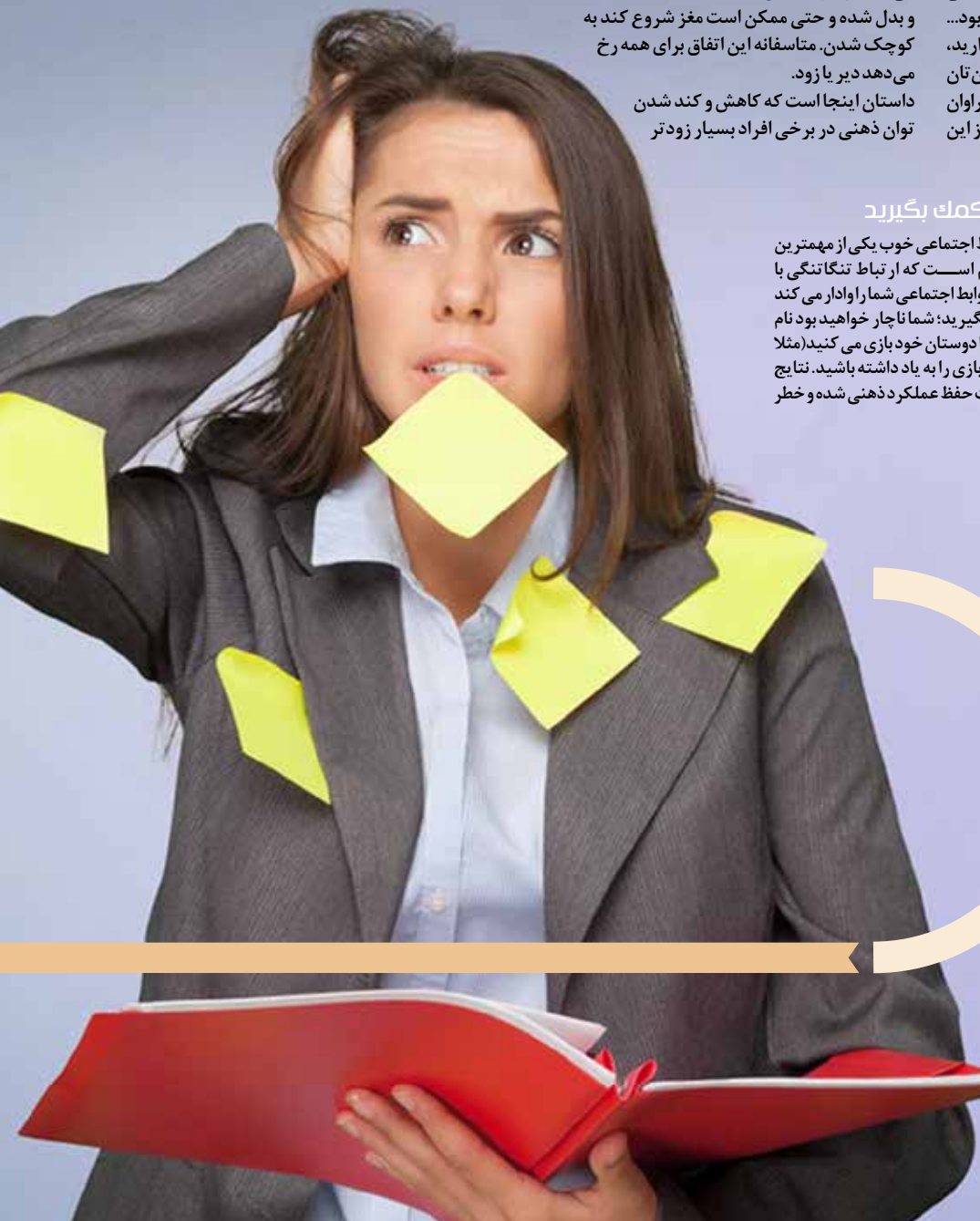


برای سلامت مغزی خود غذا بخورید

خوردن غذاهایی با منشأ گیاهی برای سلامت مغز ضروری است.



کربوهیدرات های پیچیده موجود در گیاهان سوخت مغز هستند؛ همچنین کربوهیدرات های در تولید سروتونین هم نقش دارند. همانطور که می دانید از سروتونین با عنوان عامل "حال خوب" یاد می شود. نکته دیگر اینکه مراقب چربی ای که می خورید باشید. شاید شنیده باشید که چربی جامد مضر است یا روغن جامد در ایجاد بیماری قلبی نقش دارند اما بد نیست بدانید که این چربی ها خطر بیماری های مغزی مثل آلزایمر را نیز افزایش می دهند. تمام چربی هایی که ما می خوریم وارد دیواره سلول ها می شوند. چربی های جامد باعث سختی دیواره سلول ها می شوند. بنابراین انتقال پیام های عصبی از یک سلول عصبی به سلول دیگر دشوار می شود. از شوی دیگر چربی های مایع مثل روغن زیتون انعطاف پذیری دیواره سلول ها را افزایش داده و در نتیجه برقراری ارتباط بین سلول ها راحت تر انجام می شود.



با دقت گوش کنید



شنیدن برای عملکرد صحیح مغز ضروری است. اگر فعالیتها بی انجام دهید که به واسطه آنها به ناچار شنونده با دقتی باشید، کم کم خواهید دید که دقت صحبت کردن شما افزایش یافته و عملکرد مغزی تان نیز بطور کلی بهتر می شود. برای تقویت شنوایی خود صدای تلویزیون را از حدی که معمولاً به آن گوش می دهید کمتر کنید. موقع تماشای تلویزیون تمرکز کرده و سعی کنید با همان وضوحی که قبلاً صدای آن می شنیدید آن را بشنوید. این تمرین به شما کمک می کند تا موقع شنیدن یک گفتگو بتواند تمام کلمات را بخوبی متوجه شوید.

یک تمرین یوگا برای مغز



یکی از وضعیت های یوگا می تواند شرایط فکری شما را بهبود بخشد. با این تمرین سر شما پایین تر از قلب قرار گرفته و همین باعث می شود خون و اکسیژن کافی به مغز برسد. اگر خسته و بی حوصله هستید و مغز تان در سست کار نمی کند این تمرین را انجام دهید و نتایج آن را ببینید. برای انجام این حرکت چهار دست و پا روی زمین باشید. زانوها در دست زیر باسن و کف دست ها کمی بیشتر از عرض شانه باز و روی زمین باشد. سپس یک دم عمیق انجام داده و بازدم زانوها را از زمین بلند کنید به نحوی که پشت پاها کشیده شده و بدن شکلی شبیه یک V معکوس پیدا کند. گوش ها بین بازوها قرار داشته و کف دست و پا روی زمین باشد. این وضعیت را به مدت چند دقیقه (کمتر از ۵ دقیقه) حفظ کنید تا حداکثر تاثیر را داشته باشد. سپس زانوها را روی زمین گذاشته و بازدم انجام دهید.

پیشانی را فشار دهید



طب سوزنی در کاهش استرس و اضطراب نقش بسزایی دارد. حتماً بر اینتان پیش آمده که وقتی می خواهید دقیق فکر کنید پیشانی و شقیقه را گرفته و فشار دهید. با اینکار شما دقیقاً نقاطی را فشار می دهید که در طب سوزنی در آن نقاط سوزن زده می شود. برای اینکه بتوانید از حافظه تان بهتر یاری بگیرید و با کیفیت بالاتری فکر کنید می توانید این کار را انجام دهید: روی پیشانی بالای دو چشم تقریباً یک انگشت بالاتر از ابروها و موازی خطی که از وسط دو مردمک می گذرد نقاطی وجود دارند که وقتی آنها را لمس می کنید زیر دستتان حالتی مضرس و دندان دندانه حس خواهید کرد. با انگشت شست دست راست نقطه بالای چشم راست و با انگشت وسط نقطه بالای چشم چپ را به آرامی فشار دهید. زیر قاعده جمجمه در بالای گردن در هر سمت به فاصله ۵ سانتی متر از هم نقاطی وجود دارند که از آنها با عنوان دروازه های هوشیاری یاد می شود. با دست چپ این نقاط را پیدا کنید (زیر دست کمی احساس خالی بودن خواهید داشت) و محکم فشار دهید. با انگشت شست سمت چپ و با انگشت وسط سمت راست را بفشارید. با تحریک این دو نقطه مغز شما دوباره باطراوت و شادابی می شود.

آب میوه و سبزیجات فراموش نشود



برخی متخصصان علوم تغذیه معتقدند خوردن آب سبزیجات می تواند زمان ابتلا به بیماری آلزایمر را به تاخیر بیندازد. همچنین آب سبزیجات تازه می تواند عملکرد مغزی را بهبود بخشد. برای تهیه آب سبزیجات می تواند چند عدد بروکلی، هویج، کرفس و خیار پوست کنده را آب گیری کنید. برای اینکه این معجون طعم بهتری داشته باشید می توانید آب سیب هم به آن اضافه کنید. خوردن این معجون باعث شفافیت فکری و ذهنی می شود. با این کار حجم بالای ویتامین و مواد معدنی ضروری برای عملکرد صحیح مغزی وارد بدن شما می شود.

مراقب پوست سرتان باشید



بنابر طب سنتی هندی بسیاری از مشکلات مربوط به حافظه و تمرکز حواس به واسطه عدم تعادل در یکی از هاله های اطراف بدن است که به استرس حساس بوده و جریان خون و روند فکر را کنترل می کند. حالا برای ایجاد تعادل در این هاله بهترین کار ماساژ سر بصورت روزانه است. یک کف دست روغن کنجد یا روغن گیاهی مشابه کف دستها ریخته و پوست سر خود را با حرکاتی در جهت حرکت عقربه های ساعت ماساژ دهید. دامنه حرکات را ابتدا کوتاه و بعد بلند تر کنید. وقتی به خطر رویش موها رسیدید حرکات دایره وار را متوقف کرده و بانوک انگشتان خود کل پوست سر را ماساژ دهید.

ماهی بخورید



مغز ضروری است. در این بین یکی از انواع امگا-۳ به نام DHA نقش موثری در عملکرد مغز بر عهده دارد. سطح DHA روی تمام جنبه های عملکرد مغزی از جمله سرعت و کیفیت فکر موثر است. ماهی های چرب مثل سالمون و ساردین غنی از این نوع امگا-۳ هستند. اما بهر حال شاید دریافت همه DHA مورد نیاز روزانه از رژیم

بیش از ۶۰ درصد مغز از چربی تشکیل شده است. پس مصرف اسیدهای چرب اثر مستقیمی روی ساختار و به تبع آن روی عملکرد مغز خواهد داشت. به همین دلیل است که خوردن مقدار کافی اسیدهای چرب امگا-۳ برای عملکرد



وقتی دیگران از ما تعریف می کنند چه کنیم؟

میل مبهم تمجید

وقتی کسی از شما تعریف می کند (فرقی هم ندارد در چه زمینه‌ای باشد) گفتن یک "ممنون" بسادگی همه چیز را تمام می کند. اما یادتان باشد فقط در صورتی تعریف طرف مقابل را خدشه دار کنید که واقعا مشکلی وجود داشته باشد. مثلا اگر غذای شما کمی ته گرفته و کسی از آن تعریف کرد به او توضیح دهید که به این دلیل تعریفی که می کند خیلی هم درست نیست اما در غیر این صورت دلیلی ندارد که خودتان و طرف مقابل را زیر سوال ببرید.

ساده برگزار کنید

تعریف را بپذیرید

اگر فقط تعریف آدم‌های خاصی را قبول دارید و از آنها تشکر می کنید، اخلاقتان را عوض کنید. اگر کسی از شما تعریف کرد بپذیرید و تشکر کنید. در غیر این صورت به عنوان یک آدم نامتشخص و بی-ادب شناخته خواهید شد. اگر کسی از شما تعریف کرد و به هر دلیلی از آن خوش تان نیامد دست کم باید به رسم ادب یک تشکر خشک و خالی انجام دهید.

یکی از بدترین کارهایی که متأسفانه در بسیاری از موارد از ما سر می زند این است که در مقابل تعریف و تمجید دیگران بی دلیل خود و کارمان را کوچک می کنیم. این اشتباه است و در اغلب موارد نه تنها به قدر و شخصیت شما اضافه نمی کند بلکه حتی ممکن است کار شما را هم زیر سوال ببرد. گاهی اوقات کسی که از شما تعریف می کند بدنبال راهنمایی شما هم هست. مثلا وقتی از غذای شما تعریف می کند دستور پخت آن را هم می خواهد. این اصلا نکته بدی نیست. شما می توانید مودبانه تعریف طرف مقابل را با یک تشکر ساده پذیرفته و بعد در حدی که خودتان تشخیص می دهید او را راهنمایی کنید. اما گفتن کلماتی مانند این غذا که خوب نشده، دستورش که چیز خاصی نیست، من که کاری نکردم و... جز کوچک کردن بی دلیل شما نتیجه دیگری به دنبال نخواهد داشت.

خودتان را کوچک نکنید

وقتی کسی از شما تعریف کرد با او جدل نکنید

اگر کسی از شما تعریف کرد و به هر دلیلی با ایده او مخالف بودید بدترین کار این است که سعی کنید با او بحث و جدل کرده و حرف خود را به کرسی بنشانید (البته به شرطی که هدف طرف کنایه زدن نبوده باشد). شاید اگر کسی از شما ایراد گرفت یا بی دلیل انتقاد کرد یا با تعریف بطور غیرمستقیم شما را زیر سوال برد این رویه قابل قبول باشد اما وقتی کسی از شما تعریف می کند و منظوری هم جز تعریف پشت حرف‌هایش نیست انجام چنین کاری اشتباه است. وقتی شما در مقابل تعریف یک نفر از خودتان مقاومت کرده و مدام او را به چالش می کشید در واقع دارید نظرات و شخصیت او را هم زیر سوال می برید. در چنین شرایطی همانطور که گفتیم مودبانه تعریف را بپذیرید و طرف مقابل را زیر رگبار انتقاد نگیرید. این کار باعث می شود شخصیت خودتان بشدت زیر سوال رود.

بعضی وقتها تعریف کردن در واقع معنای معکوس دارد. به این معنی که کسی که از شما تعریف می کند در واقع سعی دارد کار شما را زیر سوال ببرد و برای این کار بجای انتقاد مستقیم از روشی غیرمستقیم استفاده می کند. در چنین شرایطی وضعیت متفاوت است و شما باید بتوانید کنایه طرف مقابل را به شکل مناسبی پاسخ دهید. مثلا فرض کنید کسی به شما می گوید: "چقدر خوب به نظر می رسی، به نظرم دیگه مثل دوران زایمان چاق نیستی" یا اینکه "چقدر موهای ت قشنگ شده از دفعه قبل خیلی بهتر شده". در چنین شرایطی پاسخ شما می تواند این باشد: "راستش مطمئن نیستم چقدر حق با تو باشه" یا "خیلی از این حرفی که زدی خوشم نیامد" یا جملاتی از این دست. در اینصورت طرف مقابل شما متوجه می شود که شما نکته را گرفته‌اید و آماده مقابله به مثل هستید. حالا توپ در زمین طرف مقابل است و معمولا (اگر دقت کرده باشد) در چنین شرایطی طرف مقابل شما حرفش را پس می گیرد.

آماده مقابله باشید

آخرین باری که کسی از شما تعریف کرد چه عکس العملی نشان دادید؟ وقتی یکی از دوستان یا همکاران یا استادان آمد و جمله خوبی درباره شما گفت و از شما تعریف کرد شما چه کردید؟ شاید گفته باشید "ا..نه بابا این لباسا که خیلی قدیمی هستن... یا اینکه" از لطف شما ممنون ولی من کار مهمی نکردم..انجام وظیفه بود"... یا اینکه: "شما اشتباه می کنین... همه به من کمک کردن". واقعا چرا وقتی لباسهای شما بسیار شیک است یا اینکه شما واقعا کار مهمی را غیر از وظیفه رایج خود انجام داده‌اید یا کاری بسیار سخت که برای بقیه انجامش مشکل بود را به سرانجام رسانده‌اید بدون اینکه کسی کمکی به شما کرده باشد از چنین عبارتهایی استفاده می کنید؟

حتما برایتان پیش آمده که وقتی کسی از شما تعریف می کند یکم تبه حسی خاصی شبیه قرار گرفتن در معرض تهاجم به شما دست بدهد. برخی روانشناسان این احساس را ناشی از برخی اصول تربیتی اجتماعی عنوان می کنند اما واقعا چرا ما در برابر جملات خوشایندی که از دیگران می شنویم چنین عکس العمل‌هایی داریم حتی با وجودی که می دانیم این تعریف‌ها درست هستند. چرا وقتی کسی از ما تعریف می کند چنین اتفاقاتی می افتد؟ روانشناسان معتقدند احتمالا علت این است که ما نگران هستیم بعنوان آدمی خودخواه و خودپسند شناخته شویم. بنابراین سعی می کنیم کار خود را کم اهمیت جلوه داده و به اصطلاح فروتنی به خرج دهیم در حالی که ماجرا دقیقا عکس این است. تحقیقات نشان داده اگر فرد به این روند کوچک شمردن ادامه دهد پس از مدتی دچار احساس بدبینی نسبت به خود می شود.

اینکه بتوانیم در مورد خودمان در معرض صحبت‌های محبت آمیز و مهربانانه قرار بگیریم یک موهبت است. اما با تعریف از هر نوعی که باشد چطور باید کنار آمد؟ در ادامه به نکاتی در این زمینه اشاره خواهیم کرد.



تعریف کردن را یاد بگیرید

تعریف کردن از دیگران مثل تعریف شنیدن است. اگر دوست دارید کسی از شما تعریف کند و تعریفش هم واقعی و صادقانه باشد باشد شما هم همین رویه را در پیش بگیرید. موقع تعریف کردن از بقیه به این چند نکته توجه کنید:

- سعی کنید اگر می خواهید از کسی تعریف کنید بخصوص اگر زیاد با او آشنا نیستید از عباراتی محترمانه و حتی رسمی استفاده کنید.

- اگر می خواهید موقع تعریف کردن از کسی از شوخی و طنز استفاده کنید خیلی دقت کنید چون هر اشتباهی می تواند تعریف شما را به تمسخر تبدیل کرده و باعث رنجش طرف مقابل شود.

- بکار بردن عبارات خیلی کلی باعث می شود تعریف شما بیشتر به تعارف تعبیر شود. اگر می خواهید واقعا از کسی تعریف کنید سعی کنید وارد جزئیات شوید. مثلا اگر از میز شام خوشتان آمده بجای اینکه فقط بگویید چه میز قشنگی می توانید اضافه کنید: طوری همه چیز سر جای خودش چیده شده که آدم احساس آرامش می کند "یا" ترکیب رنگ سفید با دکور اطراف خیلی قشنگ شده"

- تعریف کردن از کاهش وزن یکی از مواردی است که باید به آن دقت کنید. اگر این کار با دقت انجام شود می تواند باعث ایجاد انگیزه و شور و شوق در طرف مقابل برای ادامه دادن رژیم و ورزش باشد. از طرف دیگر همین کار می تواند باعث جلب توجه به چاقی طرف مقابل در گذشته یا حال حاضر شود. بنابراین اگر می خواهید در این زمینه از کسی تعریف کنید روی نتایجی که او بدست آورده متمرکز شده و به او راهکارهای جدیدتری برای بهتر شدن ارائه دهید.



وقتی شما در مقابل تعریف یک نفر از خودتان مقاومت کرده و مدام او را به چالش می کشید در واقع دارید نظرات و شخصیت او را هم زیر سوال می برید



DENTIN FAMILY
DENTISTRY

In order to support our fellow international Dentists,
**Dentin Family Dentistry in Collaboration
with Presents Confidentist Group:**

SPECIAL OFFER FOR INTERNATIONAL DENTISTS IN EQUIVALENCY PROCESS AND THEIR FAMILIES

- **20% off on basic Dental Treatments**
- **Long-term Installment Plan for more advanced treatments**

+1(437) 900 2200

www.dfdentistry.ca

@dentin.dental.clinic

mail@dfdentistry.ca

JOD

Joy Of Dentistry



مطالب بیشتر در وبسایت ما
www.jodmagazine.com



JOD
Joy Of Dentistry



jodmagazine.com

سایت نشریه

لذت دندانپزشکی

Implant in the Esthetic Zone



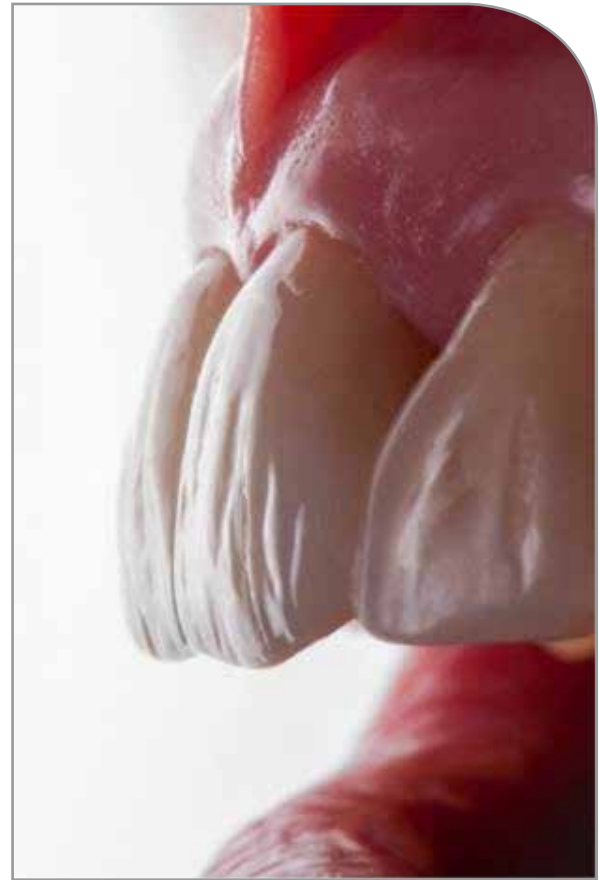
Mahnaz Arshad 1



Saharsadat Hasantash 2

This review aimed to gather studies about implants in the esthetic zone. Therefore, 16 related articles were selected and studied.

Lack of one or multiple teeth in the esthetic zone has a dire effect on mental health and social status. Thus, rehabilitation of lost teeth has a great impact on a patient's life. Reconstruction of the esthetic zone with implant-supported restorations is a common option and has predictable long-term treatment outcomes. Treatment in the esthetic zone especially the anterior of the maxilla is challenging. Hence, a team of prosthodontics, oral surgeon, and dental clinician should work together for attaining the best results. Before making a diagnosis and treatment plan, taking history and clinical examination is crucial, plus the Patient's expectation influences treatment success or failure. In the treatment plan, considerations such as size and position of an implant, type of abutment and prosthesis, soft and hard tissue management are essential. After implant placement, the prosthodontist must choose the proper method to form a natural-looking emergence profile based on the patient's needs. For forming the peri-implant soft tissue, immediate temporary prosthesis, custom healing abutments, or provisional techniques after osseointegration of the implant are the proven options. Moreover, the final contour of the temporary restoration is essential to reach esthetic. The technique selection depends on the clinical approach such as delayed or immediate implant placement and the necessity of further soft-tissue improvement. However, studies mentioned that conventional and immediate loading of the implant-supported prosthesis in the esthetic zone showed the same performance regard to their survival rate, marginal bone loss, and soft tissue changes.



This article presents a basic guideline for ideal smile design, implant positioning, the importance of emergence profile, and immediate implant placement. In addition, some complicated rehabilitation cases are demonstrated.

1 Associate Professor, Dental Research Center, Dentistry Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Iran; Department of Prosthodontics, School of Dentistry, International Campus, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2D.D.S., School of Dentistry, International Campus, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

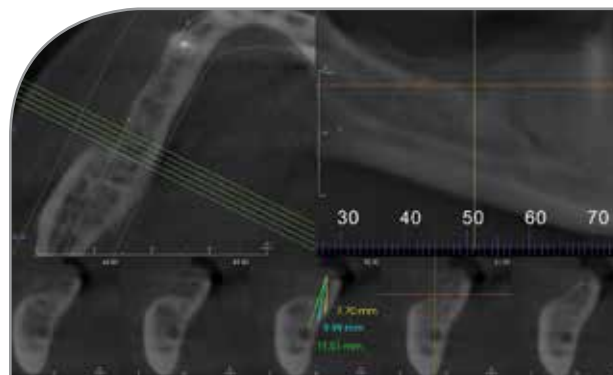
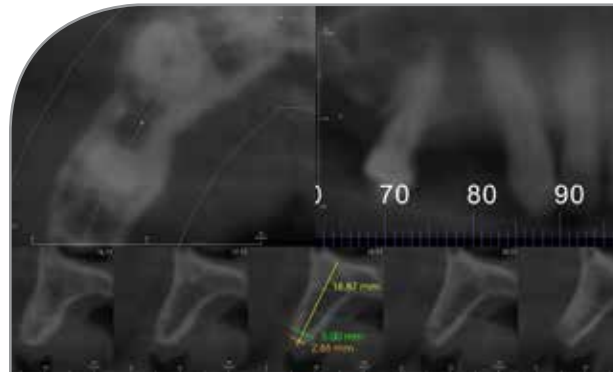
AGAMBIT IN APPLICATION OF CBCT IN IMPLANT TREATMENT



Dr. Masoud Varshosaz

Dentist – oral radiologist

Clinical instructor of Toronto faculty of dentistry
 CBCT is going to be the standard of care in most cases of dental implant surgeries. It is recommended particularly for general dentists to use CBCT for implant treatment planning and take the advantage of the three-dimensional images and information of the sites for implant placement. No need to say that conventional radiographs can still be used as diagnostic tools, but the rate of success will tremendously depend on the practitioner's skill and experience. A radiographic splint or surgical guide helps to better transfer the data from the CBCT image to the patient's mouth at the time of surgery and hence the accurate measurements and implant planning. Otherwise, the radiologist has to use the long axis of the alveolar bone and/or the adjacent teeth (if present) as guidance for the implant planning and measurement of the available bone. CBCT is the modality of choice for detecting the abnormalities in the alveolar process at the region of interest prior to implant placement. Also, the position of the critical anatomic landmarks, such as the mandibular nerve canal and maxillary sinus should be determined relative to the proposed implant. The main downside of the CBCT is the presence of metal artifacts as known as beam hardening artifacts, which may obscure the peri-implant area and hinder the definitive diagnosis of the peri-implant bone. In the suspected case of peri-implant bone loss, periapical radiograph is recommended as supplementary study to the CBCT in order to confirm or refute the pathology. Encroachment to the anatomic landmark or perforation of the cortices by the implants can be detected by a high resolution small field of view CBCT in most cases.



How Dental Visit Trends Have Changed During Covid19 Pandemic

A Comparison between Three Countries from Three continents



Melika Behzadi

Ever since the Covid 19 pandemic began in the world, dental offices were the first places to get closed due to assumptions regarding aerosols that were thought to be contagious.

In Iran as it became clear in late February that there are patients infected with covid sars cov 2, the government and authorities were confused about infection control protocols and establishment of a Coronavirus Dental Advisory committee was the first decision to make in the dentistry field.

As dental offices closure was the first rule to be implemented by this committee, patients have been afraid of visiting dentists up to now. Despite strict requirements set by the Coronavirus Dental Advisory Committee for reopening of dental practices, all has been done in total is wearing gloves, masks, shields, goggles and gowns tougher than before, cause of lack of PPE, inflation and economic support.

There aren't any reliable statistics to show how dental office visit has been during Covid 19 pandemic and there isn't any information other than what Iranian authorities said.

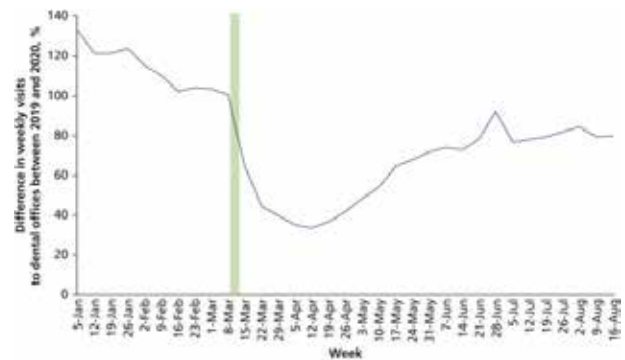
30% Lower dental visits in Iran

As Dr. Ali Tajernia, Head of Iranian Dental Association told the press that patients have visited dental practices 30% less than before Covid19 pandemic on average. "Covid19 transmission through surfaces and aerosols was a huge concern to dentists and they closed their practices for three months, but it is being the main concern of the patients yet and we encounter a slight rise in the trend of dental practice visiting." He states.

Up to 66% dental visit decline in the U.S.

As American Dental Association reports in its journal (JADA) in July 2021, U.S. dentists encountered upon 66% decline in their visits in some states in 2020 compared to 2019. Through a retrospective, observational study, from March through August 2020, weekly visits to dental offices were 33% lower on average in comparison with 2019. In addition, weekly visits were 34% lower on

average in counties with the highest Covid19 rates and the greatest decline which was 66% was observed in the middle of April 2020. So it can be concluded that the highest decline in dental visit rates was during early phases of Covid19 pandemic. Although rates of weekly visits rebounded substantially by June 2020, they remain about 20% lower than last year as on 2020.¹



18% decrease in dental prescriptions in Australia

Through JDR Clinical and Translational Research, there was 18% decrease in dental prescriptions in April 2020 compared to April 2019 in Australia, but there was a significant increase in June 2020 compared with June 2019.

As a conclusion, it could be said that dental restrictions during covid19 pandemic drove a need for routine dental treatments. As antibiotics and opioid painkillers prescriptions had a significant increase in June 2020 compared with June 2019, it seems these medicines had been used as an alternative to routine dental treatments owing to lockdown.²

References

- 2020 trends in dental office visits during the COVID-19 pandemic [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(21\)00138-0/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(21)00138-0/fulltext)
- Trends in Dental Medication Prescribing in Australia during the COVID-19 Pandemic <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2380084420986766>

Contents

JOD | September - 2021 | 52 | سپتامبر ۲۰۲۱



A Comparison between Three Countries from Three continents

Melika Behzadi



Agambit in application of CBCT in Implant treatment

Dr. Masoud Varshosaz
Dentist – oral radiologist



Implant in the Esthetic Zone

Dr. Mahnaz Arshad
Prosthodontist

Dr. Saharsadat Hasantash
dentist

Policy Council: Dr. Farrokh Asefzadeh – Dr. Nahal Sanavandi – Dr. Reza Meschi – Dr. Mehdi Adibraad – Dr. Alireza Ashouri

Chief Editor: Dr. Alireza Ashouri

Scientific Editor: Dr. Farrokh Asefzadeh

Executive Editor: Dr. Reza Meschi

Managing editor: Melika Behzadi

Chief Editor Advisor: Dr. Sara Mojallal

Graphic Designer: Ali Rastegar

Sincere Thanks to: Dr. Ali Tavakoli - Dr. Saeed Mirsaedi - Dr. Reza Termei and Dr. Sara Mojallal - Dr. Masoud Varshosaz



JOD

Joy Of Dentistry

روز
دندانپزشکی

September - 2021

Implant
in the
Esthetic
Zone

A gambit in
application of
CBCT in
Implant
treatment

A Comparison between Three Countries from Three continents