



ژوئن ۲۰۲۰
JUNE - 2020

JOD

Joy Of Dentistry



گفتگو با دکتر رضا ترمه‌ای

آرام و خاموش به سمت موفقیت

صفحه ۳۰

گفتگو با دکتر مهدی ادیب‌راد

زبان و پشتکار عامل موفقیت است

صفحه ۴۰

استرس دشمن شماره

یک دندانپزشکان صفحه ۱۰

لامینیت‌های بدون تراش و

کم تراش صفحه ۱۶

الاینرهای ارتودونسی

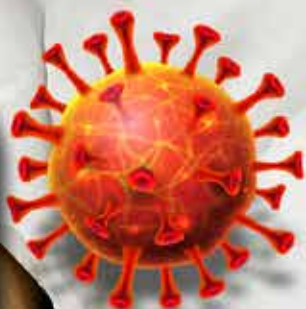
شفاف صفحه ۲۲

همه چیز درباره COVID-19

نگاهی به یک همه‌گیری جهانی

کشتی‌های تفریحی چهار چرخ

بهترین سدان‌های لوکس فول سایز در سال ۲۰۲۰



1ST Canadent
Dentistry Online Courses
DOC. International
SYMPOSIUM

5 North America CE Credits
CATEGORY 2

16 June 18 June

WEEK 3 Esthetic Dentistry

www.canadent.net/registration



A-Z about Etch Ceramic Restorations
With the founder and first director of the Adv. esthetics & Restorative dentistry program
Prof. McLaren



1ST Canadent
Dentistry Online Courses
DOC. International
SYMPOSIUM

5 North America CE Credits
CATEGORY 2

13 June 15 June

WEEK 3 Esthetic Dentistry

www.canadent.net/registration



What you need for direct composites
With
Dr. Papanikolaou



که از ۳۰ مه آغاز شده است. این سمپوزیوم شامل چهار هفته دوره های وبینار است که توسط اساتید مشهور در سراسر جهان ارائه می شود. مباحث به شرح زیر است:

هفته اول: اندودنتیکس توسط پروفیسور ترابی نژاد هفته ۲: ایمپلنتولوژی توسط پروفیسور تستوری، دکتر مینترونی، دکتر اعتمادی و دکتر بهلولی هفته سوم: دندانپزشکی زیبایی توسط پروفیسور مک لارن، دکتر پاپانیکولاو

هفته چهارم: جراحی توسط پروفیسور تستوری، پروفیسور نوذری، دکتر جعفری و دکتر گراشی علاوه بر این، این دوره ها شامل Certification حضور از Canadent (با امضای پروفیسور ترابی نژاد برای دوره اندودنتیکس) و LakeComa-ایتالیا (با امضای پروفیسور تستوری برای دوره جراحی و ایمپلنت) می باشند در ضمن ما از همراهی دکتر مسعود شوساز و دکتر مهدی ادیب راد نیز در شرکت مان بهره مند هستیم.

به حال ما در Canadent سعی خواهیم کرد به همین روند در آینده ادامه داده و برنامه های علمی و عملی زیادی در ذهن داریم که سعی خواهیم کرد با بهترین کیفیت آموزشی همراه باشند.

مرکز آموزش Canadent در سال ۲۰۱۹ توسط دکتر مجتبی ادیب راد و دکتر علی زمانیان تأسیس شد. هدف ما ایجاد یک شبکه وسیع است که آموزش را در تمام ابعاد دندانپزشکی گسترش می دهد و از این طریق کیفیت بهداشت دهان و دندان را در جامعه بهبود می بخشد. خدمات شرکت ما، به دندانپزشکان اجازه می دهد تا دانش و تجربه خود را مجدداً بازآفرینی و بهینه سازی کنند. ما با به روز کردن اطلاعات دندانپزشکان از طریق سکنارهای عملی مختلف و کلاس های تئوری به این اهداف می رسیم. اولین سمینار خود را با عنوان Zirconia restorations در فوریه ۲۰۱۹ آغاز کردیم که دکتر ناصر برقی از آمریکا دعوت شد. سپس سمینار دیگری را در رابطه با Esthetic Dentistry در آوریل ۲۰۱۹ با دعوت از دکتر مک لارن ترتیب دادیم که متأسفانه به دلیل شیوع COVID-19 به اکتبر موکول شد. پس از آن تصمیم گرفته شد به علت شرایط پاندمی از وبینار استفاده کنیم، تا دندانپزشکان بتوانند به صورت آنلاین از دانش دندانپزشکی بهره مند شوند. از این رو ما مجموعه ای از وبینارهای زنده بین المللی را با بهترین مدرسین در سراسر جهان در موضوعات مختلف دندانپزشکی منتشر کردیم. و اکنون ما خوشحالیم که اولین سمپوزیوم بین المللی Canadent (دوره های آنلاین دندانپزشکی) را اعلام کنیم

Contents

فهرست

JOD | JUNE - 2020 | 3 | ژوئن ۲۰۲۰

48
دندانهایی که از نو متولد می‌شوند
تاریخچه پروتزهای دندانی

40
زبان و بینشکار عامل موفقیت است
مختصم با دکتر مهدی ادیب راد بخش تخصص

1
نگاهی به یک همه چیز دربارۀ COVID-19

60
بیم بدن خود اعتماد کنید

56
کشتی‌های چهار پرچم
بهترین سدان‌های لوکس فول سایز در سال ۲۰۲۰

6
برمطب‌های دندانپزشکی
انتاریو چه کفشت؟
مزارشی از اثرات پاندمی کووید-۱۹ بر مطب‌های دندانپزشکی

50
و اینک آخرالزمان
بیماری‌های واگیر در سینما

مطالب بیشتر در وب‌سایت ما
www.jodmagazine.com

تئاسنامه:

دبیر اجرایی: دکتر رضامس چی
مشاور سردبیر: دکتر سارا مجلل
گرافیک و صفحه‌آرایی: علی رستگار
با تشکر از: دکتر رضا ترمه‌ای، دکتر مهرگان محمودی 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



مرا عهده‌ی است با تنادکی که تنادکی آن من باشد مرا قولی است با جانان که جانان جان من باشد

مجله Joy Of Dentistry با همت و تلاش دوستانه‌ی که در قالب یک شرکت غیر انتفاعی (non-profit organization) به نام بنیاد مهرگان (Mehregan Foundation) در کانادا گردهم آمده‌اند، با هدف ایجاد یک شبکه ارتباطی میان دندانپزشکان ایرانی-کانادایی منتشر می‌شود. انتشار این نشریه البته با مشارکت خود عزیزان دندانپزشک میسر خواهد بود و بنا است فضایی برای همدلی، طرح مشکلات، یافتن راه‌حل و انجام فعالیت‌های خیریه و عام‌المنفعه با تمرکز بر جامعه دندانپزشکان ایرانی مقیم کانادا فراهم گردد. بر اساس نظر سنجی‌های صورت گرفته از دندانپزشکان محترم، در این مجله بخش‌های متنوع و جذابی تدارک دیده شده که ذیل سرفصل‌های زیر به شما خوانندگان گرامی ارائه شده است: مقالات علمی، مطالب و موضوعات صنفی، دایرکت لایسنسینگ، آموزش مداوم، گفتگو، خارج از مطب، لایف استایل و گزارش‌های خبری. مطالب این مجموعه با هدف ارتقا سطح علمی و رفع مشکلات صنفی و ایجاد مکانی برای آرایه و اشتراک‌علاق و دلمشغولی‌های دندانپزشکان (بخش خارج از مطب) تنظیم شده و در نظر است بصورت فصلنامه به دوزبان فارسی و انگلیسی منتشر شود که البته بخش عمده‌ای از مطالب به زبان انگلیسی بوده و این امکان وجود دارد بر حسب استقبال و بازخوردهای شما عزیزان در شماره‌های آتی حجم مطالب انگلیسی نشریه دچار تغییر شود. در این شماره مجله به دلیل بروز مشکلات مختلف که ذکر آنها از حوصله این نوشتار خارج است، برخی سرفصل‌ها کمتر مورد تاکید قرار گرفته‌اند که قطعاً در شماره‌های آینده این مساله برطرف خواهد شد.

با توجه به شرایط ایجاد شده بعلمت پاندمی کوید-۱۹، این مجله بصورت محدود چاپ شده و از طریق وب سایت jodmagazine.com با فرمت PDF قابل دانلود است و در اختیار دوستان قرار می‌گیرد. در عین حال از شما دوستان و همکاران گرامی دعوت می‌کنیم وب سایت ما را به صورت منظم دنبال کرده و اخبار و تحلیل‌های مرتبط با جامعه دندانپزشکان کانادا به ویژه همکاران ایرانی مقیم کانادا را از دست ندهید. استقبال شما دوستان با ارسال مقالات و مشارکت در بخش‌های مختلف مجله (خصوصاً از طریق وب سایت) قطعاً باعث حصول اهداف بنیاد می‌شود و تداوم انتشار مجله بدون مشارکت و همراهی شما دوستان دندانپزشک امکان پذیر نخواهد بود. از تمامی شما عزیزان صمیمانه دعوت می‌کنیم اگر نوشتاری در زمینه مسائل صنفی، آموزشی یا لایسنسینگ دارید از طریق وبسایت برای ما ارسال کنید. بازخوردها، پیشنهادات و انتقادات شما راهگشای ما در پیمودن مسیری است که اکنون در آغاز آن قرار داریم.

شورای سیاست‌گذاری نشریه لذت دندانپزشکان
Joy Of Dentistry / JOD

برای دوست و برادر عزیزم دکتر فرهاد نیکنام که در سانحه سقوط هواپیمای اکرایی پر زد و رفت...

نداشتیم. گفت: "بزار برگردم به روز مفصل بشینیم باهم حرف بزیم ببینم چی به چیه." و من منتظر بودم تا برگردد و بتوانیم باهم حرف بزیم.

قرار بود این آخرین سفرش به ایران باشد. بالاخره بعد از چند سال سختی و تلاش طاقت فرسا به قول خودش شده بود دکتر کانادایی. تا پیش از قبولی در امتحان نفس گیر اسکلیز هر چند ماه مرتب به ایران می‌رفت و کار می‌کرد تا بتواند خرج زندگی و هزینه سنگین امتحانات را تامین کند. هیچ کس هم هرگز به خودش زحمت نداد بپرسد اصلا چرا باید فرهاد و امثال فرهاد دو ماه یکبار به ایران بروند و کار کنند تا از پس هزینه امتحانات برآیند؟ چرا هیچ حمایتی از دندانپزشکان اینترنشنال نیست؟ چرا هزینه ثبت نام امتحانات NDEB! اینقدر سنگین است که کسی مثل فرهاد تنها چاره‌ش رفتن به ایران و دوری از خانواده‌اش باشد و از بودن لحظه لحظه در کنار خانواده‌اش چشم‌پوشد؟

این سفر آخر فرهاد به ایران بود و چه حیف که پر زد و پرپر شد و نتوانست حاصل زحماتش را ببیند و از رفاهی که می‌خواست برای همسر و فرزندانش فراهم کند لذت ببرد. فرهاد دندانپزشک بی‌نظیری بود. بیمارانش او را ستایش می‌کردند. پیش می‌آمد که در غیبت او بیمارانش به مطب من می‌آمدند و همگی بدون استئنا بعد از اتمام کارشان منتظر می‌مانند تا فرهاد از کانادا برگردد. فرهاد اگر می‌توانست اینجا طبابت کند با آن کار دست‌عالی و اخلاق خوش و منش دوست‌داشتنی به سرعت به یکی از مشهورترین دندانپزشکان تورنتو تبدیل می‌شد.

قرار بود این سرمقاله نخستین شماره نشریه لذت دندانپزشکی باشد که نتوانستم بی‌یاد دوست و برادر از دست رفته‌ام آن را بنویسم. از مرگ فرهاد بیش از ۵ ماه سپری شده ولی روزی نیست که یادش از ذهنم و نامش از زبانم عبور نکرده باشد. این شماره نخست را به او تقدیم می‌کنم که جای خالی‌ش پرناشدنی است. نخستین شماره این نشریه بیش از آنچه قرار بود به تعویق افتاد که دلایلش بیشتر اتفاقات پیش‌بینی نشده دنیای دیوانه اطرافمان بود. با توجه به مشکلاتی که وجود داشتند و دارند، بنده تلاش کردم این شماره نخست وزین و جذاب از کار دربیاید و امیدوارم به جلب رضایت شما خوانندگان و همکاران گرامی ختم شده باشد.

از اعضای محترم شورای سیاست‌گذاری نشریه کمال تشکر دارم که همراه و کمک حال بودند به ویژه جناب آقای دکتر فرخ آصف زاده و جناب آقای دکتر رضا مس‌چی؛ همچنین از همسر عزیزم سرکار خانم دکتر سارا مجلل سپاس‌گزارم که بی‌چشم‌داشت و با تمام مشکلات قرنطینه در منزل، تلاش کرد تا من بتوانم با خیالی آزادتر به وظایف سردبیری این شماره رسیدگی کنم.

اواسط فوریه در یک روز برفی و سرد دخترک را برده بودم مهد کودک و در راه بازگشت به خانه بودم. مدتی بود مساله‌ای به شدت فکرم را مشغول کرده بود و کلنجارهای درونی‌ام بی‌حاصل مانده و راهی برای حل و فصل آن به ذهنم نمی‌رسید. مانده بودم معطل که چه کنم. از چند نفر هم مشورت خواسته بودم ولی راهنمایی‌ها کمکی به حال نزار ذهن پریشانم نبودند. در حال راندگی بودم که یک مرتبه فکری مثل برق در ذهنم جرقه زد: «خوب از فرهاد می‌پرسم... اون حتما می‌تونه کمکم کنه» و جرقه‌کذایی به همان سرعتی که درخشیده بود خاموش شد: «فرهاد که رفته...».

انگار دستی قلمم را چنگ زد. نفسم در سینه حبس شد مثل اینکه ریه‌هایم پر از آب شده بود. به نفس نفس افتادم و قلمم شروع کرد به تیر کشیدن. اتفاقی که بعد از رفتن فرهاد هر بار به یادش می‌آورم و وجودم را مُسَخَّر می‌کند.

یاد روز آخر و واپسین دیدارم با فرهاد بودم. چند ساعت دیگر پرواز داشت به ایران و من و سارا بسته‌ای به او دادیم تا برای تازه‌نوزادی به ایران ببرد. مثل همیشه نه نگفت. اصلا یادم نمی‌آید در خلال تقریباً ۲۰ سال دوستی که ۸، ۹ سالش بسیار نزدیک و صمیمانه بود هرگز از فرهاد نه شنیده باشم. گفت و خندید و شوخی کرد و برای امتحان پیش رو نکاتی را تذکر داد. با وجودی که چند ساعت بیشتر تا پروازش نمانده بود به اصرار ما را برد به محل کارش تا چند وسیله دندانپزشکی به ما بدهد که داشتنش می‌توانست سر جلسه امتحان پیش روی، کمک حال باشد. همان‌جا به اتفاق باقی دوستان ایستادیم و عکسی به یادگار گرفتیم؛ شد آخرین عکسمان با فرهاد.

به او گفته بودم که یک پیشنهاد کاری دارم برای سردبیری نشریه‌ای برای دندانپزشکان ایرانی ائتلافی؛ توصیه‌هایی کرد ولی در ایران خیلی گرفتار بود. فرصت زیادی برای حرف زدن با اختلاف ساعت بین دو قاره



دکتر علیرضا استوری

سردبیر



مراسم سی امین سالگرد
تاسیس واحد دندانپزشکی
دانشگاه آزاد تهران
تابستان ۹۴

روزی ز سرسنگ عتابی به هوا خاست
بر راستی بال نظر کرد و چنین گفت:
بر اوج فلک چون پریم از نظر تیز
گر بر سر خاشاک یکی شته بجنبد
بسیار منی کرد و ز تقدیر ترسید
ناکه ز کیمینگاه، یکی سخت کمانی
بر بال عتاب آمد آن تیر حکر دوز
بر خاک پفتاد و بغلتید چوماهی
گفتا: عجب است! این که ز چوب است و ز آهن
چون نیک نکه کرد و پر خویش بر او دید

واندر طلب طعمه پروبال بیار است
امروز همه روی زمین زیر پرماست
می بینم اگر ذره ای اندر ته دیاست
خسبیدن آن شته عیان در نظرماست
بنگر که از این چرخ جفا پیشه چه برماست
تیری ز قضا و قدر انداخت بر او راست
وز ابر مر او را بسوی خاک فرو کاست
و امگاه پر خویش کشاد از چپ و از راست
این تیزی و تند سی و پریدنش کجا خاست؟!
گفتا: ز که نالیم که از ماست که برماست.

ناصر خسرو قبادیانی

صبح امروز با رد شدن یک پرنده شکاری از جلوی پنجره آپارتمان مان یاد این شعر افتادم. راستش را بخواهید خیلی از ابیات آن را هم فراموش کرده بودم ولی وقتی شروع به خواندنش کردم دیدم عجب وصف حال این روزگار کروناایی ماست.



کرونا گویی آه طبیعت است که از بد روزگار از اعماق تاریخ به ما رسیده است و انرژی تخریبی نهفته در آن، خشم کاینات با خود دارد.

اما از یک جنبه دیگر اوضاع به این بدی ها هم نیست.

کرونا مسولیت همه چیز را هم به گردن گرفته است و ما آدمیان را با خیال راحت و بدون عذاب وجدان، جهت استراحت و تجدید قوا به منازل مان فرستاده است. بدون عذاب وجدان تا پهن شدن آفتاب در میانه اتاق میخوابیم؛ با کودک مان با سر صبر صبحانه می خوریم؛ با آنها بازی می کنیم و کار دستی می سازیم؛ به سیاق نیاکان مان نان خانگی می پزیم. از راه دور بازی خانوادگی اختراع می کنیم؛ دبرنا و مونوپلی و قابم باشک تصویری انجام می دهیم و تولدهای مان را فارغ از قضاوت شدن و خودشیفته خوانده شدن همچون سلبریتی های مشهور به صورت ویدیو زنده با دوستان مان بر گزار می کنیم.

کرونا به ما آدمیان در گیر روزمرگی های زندگی، فرصت نفس کشیدن داد. فرصت پیاده شدن بشر از قطار سریع السیر زندگی؛ فرصت ارزیابی نسبت حق حیات برای بشر و غیر بشر. کرونا به ما فرصت تجدید نظر در اولویتهایمان را داد.

کرونا فرصت داد تا باز هم انتخاب کنیم که کدام سوی مرز شعور و آگاهی هستیم. از فروش چند برابر گران تر ماسک و الکل و دستمال به حقیض اخلاق سقوط کنیم و یا بر بالهای فرشتگان کادر درمان و پزشکان، بر بلندای عشق به هموع بنشینیم. یا که نه؛ اصلا همین خود خود خود معمولی مان باشیم.

آری کرونا روزگار ما را به قبل و بعد از خود تقسیم کرد. به نظر من این استیصال برای همگان و سفر به درون خویش و مرور چیزهای کوچک لذت بخش، دستاورد مثبت حضور این یاخته چند میلیون بار کوچکتر از ماست که در وجود تک تک مان بیدار شد و اگر آنرا در وجودمان شعله ور نگه داریم روزگار پساکروناایی شیرین تری در انتظارمان خواهد بود.

دکتر سارا مجل
تورنتو، بهار ۲۰۲۰

شاید که از منظر علم، ویروس کرونا جدید ساخته دست بشر نباشد اما از منظر منطق، زاده آن است. به تاوان سال ها دست بردن در زیست بوم های بکر و برپا کردن تمدن های انسانی در آنها، به تاوان خود بر تریبی مطلق نوع بشر و به یمن همه چیز را ملک آبا و اجدادی خویش پنداری، چنان تحولی در ذرات بنیادین حیات به وجود آورده ایم که دیگر یاخته های هم زیست ما بر کره خاک، چاره ای جز ارتقا سطح عملکردی خود نداشته اند چرا که غیر از آن محکوم به فنا و نابودی اند. از این منظر است که می گویم ما خود ویروس کووید ۱۹ را ساخته و پرداخته ایم. اما هر چه که باشد، ساختگی یا طبیعت نهاد، این مهمان ناخوانده، تاریخ معاصر را به قبل و بعد از خود تقسیم کرده است.

کرونا، ویروس کوچک، مستقل و خودساخته با اعتماد به نفس بالایی بود که پنجه در پنجه بی اعتنایان به حق حیات دیگر موجودات انداخت و در زیر سایه حکومت توتالیتر و مخفی کار، قد کشید و بالیدن گرفت و تبدیل به هیولای هفت سری شد که شاید خود نیز قدرت بی نهایتش را باور نمی کرد و ما و سیاستمداران و برنامه ریزان مان نیز.

بورس ها و بازارهای مالی را در نور دید، چراغ سینماها را خاموش کرد، اداره ها را تعطیل نمود، به دور چرخ و فلک ها نوار زرد کشید، تابلو ورود ممنوع بر سر پارک ها نصب کرد، عروسی و عزا را به یک چوب راند و کنیسه ها و کلیساها و مساجد را از رونق انداخت. هواپیماها زمین گیر شدند؛ کشتی های تفریحی میان آب های آزاد سرگردان ماندند؛ تولدها و دیدار دوستان ممنوع شدند؛ علم آموزی به تعویق افتاد و سطح مطالبات به کف هرم مازلو سقوط کرد یعنی تلاش برای بقا.

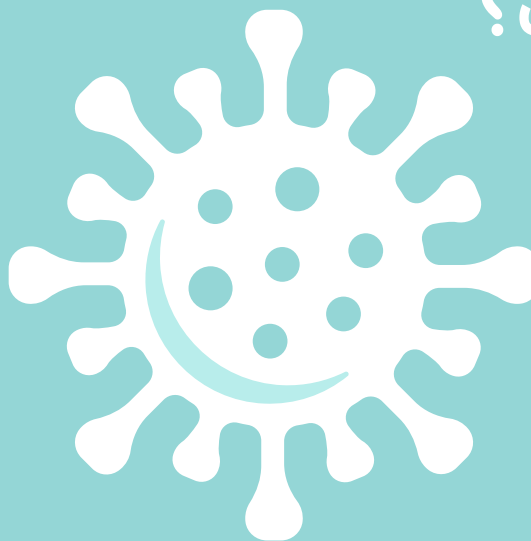
و البته این همان کاری است که تمامی موجودات و حتی خود کره خاک و چه بسا لایه ازن و ماورای آن، سال هاست با آن درگیر هستند و انسان مانع تراش بزرگی برای این تلاش جهت حفظ بقا بوده است.



گزارشی از اثرات پاندمی کووید-۱۹ - بر مطب‌های دندانپزشکی بر مطب‌های دندانپزشکی انتاریو چه گذشت؟

بعد از پاندمی ویروس کرونا، مدتی طول کشید تا دولت‌ها در سراسر دنیا اصطلاحاً خود را جمع و جور کرده و بتوانند در برابر این پاندمی دست به اقدام بزنند. دولت کانادا و به تبع آن دولت‌های ایالتی کانادا در زمره نخستین دولت‌هایی بودند که به سرعت دستورالعمل مقابله با بیماری کووید ۱۹ را صادر و اجرایی کردند. طبعاً در این میان مطب‌های دندانپزشکی یکی از نخستین بخش‌هایی بود که از تعطیلی عمومی کشور و قرنطینه پیشنهادی تحت تاثیر قرار گرفت.

-19



ماسک دیگر استفاده می‌کردند که این نحوه به کار بردن ماسک در کنار پوشیدن لوازم حفاظتی گوناگون، دندانپزشکی را به امری طاقت فرسا تبدیل کرده بود. نکته بعدی اینکه تاکید شده بود این ماسک‌ها باید روی صورت دندانپزشک منطبق و فیت باشند و حالا یافتن افرادی که بتوانند تطابق ماسک روی صورت را آزمایش و تایید کنند خود به ماجرای بسیار پیچیده و دشوار تبدیل شد. مساله بعدی درج شده در این گایدلاین، فاصله زمانی سه ساعته بین هر بیمار بود که در این مدت لازم بود اتاق مذکور که باید حتماً در هم داشته باشد به حال خود رها شود تا آئروسل‌ها کاملاً رسوب کرده و بعد اتاق تمیز و ضدعفونی شود.

بود نام خود را در سایت RCDSO ثبت کنند تا بیماران بدانند به چه مراکزی مراجعه کنند. قوانین اعلام شده RCDSO برای پذیرش بیماران در این شرایط بسیار سخت‌گیرانه بود منتها با توجه به شرایط اوزانسی و مبهم آن زمان به هر ترتیب مورد پذیرش دندانپزشکان قرار گرفت. از جمله این شرایط بستن ورودی اتاق‌های کار یا دریا کاورهای سرتاسری و استفاده از ماسک N۹۵ بود. به دلیل کمبود ماسک N۹۵ در تمام مراکز پزشکی و درمانی در کل کانادا، دندانپزشکان مانند سایر پرسنل کادر درمانی در مراکز پزشکی و بیمارستانی، یک ماسک N۹۵ را از ابتدای پذیرش بیماران در کل طول روز روی صورت داشته و روی آن یک

● نخستین اتفاق در ماه مارچ ۲۰۲۰ روی داد. زمانی که برخی دندانپزشکان به خاطر شیوع بیماری، به صورت خودخواسته فعالیت‌های خود را محدود کرده بودند. همزمان با اعلام تعطیلی عمومی کشور و استان انتاریو، کالج سلطنتی دندانپزشکان انتاریو (Royal College Of Dental Surgeons Of Ontario/ RCDSO) نخستین گایدلاین خود برای فعالیت در دوران پاندمی ویروس کرونا را در نیمه ماه مارس صادر کرد. RCDSO در این گایدلاین صرفاً انجام درمان‌های اورژانسی واقعی را مجاز شمرده و ویزیت و درمان سایر گروه‌های بیماران یعنی urgent و elective را ممنوع اعلام کرد. RCDSO از دندانپزشکان خواسته

● در ماه آوریل گایدلاین دیگری از RCDSO منتشر شد که در آن انجام درمان های urgent هم مجاز شمرده شده بود. با این حال شرایط انجام این درمان ها بسیار سخت و دشوار بود و تفاوتی با گایدلاین معالجه بیماران اورژانسی نداشت. کمبود ماسک N95 به یک معضل جهانی تبدیل شده و فقدان آن بر طبق گایدلاین های موجود، طبابت را برای دندانپزشکان غیر ممکن کرده بود. با این حال تعطیلی ناخواسته مطب ها، ثابت ماندن هزینه های مختلف و اقساط سنگین مرتبط با مطب و مخارج زندگی، بسیاری از دندانپزشکان را ترغیب کرد تا با وجود همه دشواری های اجرایی و خطرات احتمالی به سر کار خود بازگردند. اما شرایط مد نظر کالج در حدی دشوار بود که صدای بسیاری از دندانپزشکان را درآورد. مهمترین پرسش فاصله زمانی سه ساعته بین هر بیمار بود که مشخص نبود بر طبق چه مطالعه و فرانس علمی به آن استناد شده است. بسیاری

از مطب های دندانپزشکی اساسا با اتاق های بدون در ورودی مجزا طراحی شده بودند و در این شرایط باید هزینه مضاعفی برای تعبیه در در ورودی اتاق های آنها پرداخت می شد. سیل بودن فضای پایین در، معضل دیگری بود که باید به آن رسیدگی می شد. در این بین بسیاری از دندانپزشکان به تبعیت از جو ملتهب و پراز گمانه زنی، بعضا بدون تحقیق و بررسی، لوازم و تجهیزاتی را برای ساکشن اثر و سل ها و ضد عفونی فضای مطب خریداری کردند. قیمت تجهیزات متعارف قبلی ضد عفونی و کنترل عفونت تا چندین برابر افزایش یافته و ماسک N95 با قیمتی بسیار بالا مثل الماس و جواهر خرید و فروش می شد. برخی دندانپزشکان به صورت گروهی یا انفرادی این ماسک را از چین سفارش دادند ولی تمام محموله های این ماسک هادر مبادی ورودی توسط دولت فدرال مصادره و به نفع مراکز پزشکی و بیمارستانی از دندانپزشکان به اجبار خریداری شد.

● در اواسط ماه می گایدلاین جدیدی از طرف کالج دندانپزشکان انتاریو ابلاغ شد که مصادف است با زمانی که اغلب ایالت های کانادا گایدلاین های خود را اصلاح کرده و بر اساس مستندات علمی موجود، درخواست هایی به مراتب ساده تر و انجام پذیر تر از گذشته را از دندانپزشکان طلب می کنند. اما حکایت RCDSO متفاوت است. گایدلاین کالج انتاریو دیرتر از باقی استان ها منتشر شده و شرایط پذیرش بیماران اما برخلاف گایدلاین های سایر مناطق کانادا و CDC آمریکا تنها نسبت به قبل تفاوتی نکرده بود بلکه حتی سخت گیرانه تر و پیچیده تر هم شده بود. این اتفاق عجیب دیگر کاسه صبر دندانپزشکان را لبریز کرده و سیل نامه و طومار اعتراضی بر علیه گایدلاین جدید RCDSO فضای مجازی را پر کرد. دندانپزشکان به درستی رفرنس این اقدامات سختگیرانه را طلب کرده و عنوان می کردند که چطور در سایر استان ها و ایالت متحده این سختگیری ها اعمال نمی شود اما فقط انتاریو تافته جدا بافته است و دندانپزشکان این استان باید ملزومات دشوار و گرانیقیمت RCDSO را رعایت کنند؟ البته یک استدلال می توانست این باشد که در سایر استان ها آمار ابتلا به کووید به شدت کاهش داشته و فقط دو استان کبک و انتاریو بعنوان کانون بیماری مطرح هستند

Covid

● بعد از چند روز اعتراض شدید به عملکرد RCDSO، یک اتفاق عجیب دیگر رخ داد. کالج اعلام کرد که دندانپزشکان بیماران الکتیو خود را کنسل کرده و منتظر گایدلاین جدیدی باشند که بزودی در اختیار آنها قرار خواهد گرفت!! بسیاری از دندانپزشکان کلافه و سردرگم از این همه دستورات عجیب و متناقض و جهان سومی، بیماران خود را به ناچار کنسل کردند. در آخرین روزهای ماه می، گایدلاین جدید کالج در اختیار دندانپزشکان قرار گرفت و مواردی در آن درج شده بود که عملا با دستورالعمل پیش از شیوع کووید ۱۹ تفاوتی نداشت!! پوشیدن ماسک N95 و گان اختیاری شده و فقط اگر بیمار در پاسخ به پرسش های مرتبط با اسکرینینگ مبتلا یا مشکوک به کووید باشد باید ملاحظات قبلی در مورد او اعمال شود. نکته مهم اینکه اگر بیمار کووید علامت دار باشد مشکلات مهمتری از دندانپزشکی دارد و اصولا چندان قادر به رفت و آمد و تردد نیست. مدت زمان سه ساعت فاصله بین هر بیمار نیز به ۱۵ دقیقه کاهش یافته است.

● مساله پیش آمده اینجا است که اگر قرار بود RCDSO اینطور عقب نشینی کرده و گایدلاینی ۱۸۰ درجه متفاوت با مورد قبلی تهیه کند اساسا چه نیازی بود که آن گایدلاین قبلی تهیه شود. نحوه برخورد کالج با این ماجرا به نحوی بود که انگار انتظار چنین اعتراضاتی را داشته و صرفا برای سنجش واکنش افکار عمومی اقدام به انتشار آن کردند. مساله بعدی اینکه دندانپزشکان به نوعی دچار سردرگمی شده اند. تغییر لحن کالج چنان غیر مترقبه و متناقض با قبل بود که برخی دندانپزشکان نمی دانند این پروتکل جدید برای ساکت کردن آنها ارائه شده یا واقعا به لحاظ علمی کارایی دارد.

● اعتراض برخی دندانپزشکان به RCDSO در زمینه گایدلاین های عجیب این سازمان البته قابل درک است اما باید توجه داشت که فلسفه وجودی RCDSO نه برای تامین منافع دندانپزشکان که برای تامین منافع مردم است. در واقع در اینجا نهادی که به طور خاص باید مورد انتقاد قرار گیرد نه RCDSO که انجمن دندانپزشکان انتاریو (ODA) است. رفتار منفعلانه و ضعیف این سازمان در جریان رفت و آمد گایدلاین های مختلف RCDSO به شدت محل انتقاد بوده و به نظر می رسد دندانپزشکان شاغل در انتاریو باید از طرق مختلف به دنبال تغییر رفتار این نهاد صنفی باشند تا به جای بله قربان گویی در برابر کالج، نماینده منافع دندانپزشکان باشد.



AFK



ACJ



ACS



Board



CE



**DENTAL
CONTINUING
EDUCATION**

Confidentist

Study smart, Practice with Confidence

Confidentist Group is a professional training center that prepares internationally trained dentists on their quest to succeed in satisfying the necessary requirements to obtain their Canadian licensing. We prepare candidates through a number of practical and theoretical preparatory courses that are designed to target different aspects of the exams which are essential to prepare to get a Canadian dental license.

- *Assessment of Fundamental Knowledge*
- *Dental Clinical Judgement*
- *Assessment of Clinical Skills*
- *Board/OSCE Preparatory*
- *Continuing Education*

www.confidentist.ca

info@confidentist.ca

+1 (647) 868 4003

Address: Unit 204, 4 Lansing Sq.
North York, ON, Canada
M2J 4P8



- استرس دشمن شماره یک دندانپزشکان
- نگاهی به یک همه‌گیری جهانی
- لامینیت‌های بدون تراش کم تراش
- نکاتی درباره الاینده‌های ارتودونسی شفاف
- اهمیت لثه کراتینیزه در اطراف دندان و ایمپلنت؛ از تشخیص تا درمان



Article

انزوا

اکثر دندانپزشکان به تنهایی کار می‌کنند. در نتیجه آنها فرصت‌ان را ندارند که مانند دیگر حرفه‌ها مشکلات خود را با همکاران خود در میان گذاشته و از حمایت آنها برخوردار شوند. از طرفی چون دندانپزشکان تمایل به رقابت با یکدیگر دارند منزوی‌تر می‌شوند. این ویژگی متأسفانه محصول آموزش مدرسه دندانپزشکی رقابتی است. چنانچه پس از فارغ التحصیلی، رقابت شدید ایجاد شده توسط مازاد دندانپزشکان که در حال حاضر در بسیاری از شهرها و مناطق بزرگ شهری وجود دارد، تقویت می‌شود.

استرس ناشی از کمال طلبی

پیگیری و سرسختی در کار و کمال طلبی که به کار در فضاهای بسته چه دهان بیمار یا محیط کوچکی اضافه می‌شود علت اصلی استرس و ناامیدی برای دندانپزشکان است. استرس کمال در مدرسه دندانپزشکی به وجود می‌آید. دندانپزشکان داریم در حال قضاوت خود برای انجام بهترین ترمیم هستند که البته با گذشت زمان و کسب تجربه اندکی کاهش پیدای می‌کند.

فشار اقتصادی

یک دندانپزشک معمولی در ابتدای کار خود وام‌های عظیمی را باید پرداخت کند تا هزینه‌های دانشگاه دندانپزشکی و مخارج ایجاد یک مطب خصوصی را تأمین کنند. این دو عدد به راحتی می‌توانند بیش از ۲۵۰,۰۰۰ دلار باشند. علاوه بر آن، هزینه‌های زیادی برای اداره و ادامه کار دندانپزشکی به او تحمیل می‌شود که همگی فشار زیادی را به دندانپزشک تازه‌کار وارد می‌کند. برای جبران این هزینه‌ها دندانپزشک از وقت غذا و استراحت خود صرفه‌جویی کرده و به صورت بلاقطع کار می‌کند. او اغلب درمان یک یا دو بیمار اضافی را جایگزین زمان استراحتی می‌کند که بسیار به آن نیازمند است. این امر به ناچار دندانپزشک را تا پایان روز خسته و خسته‌تر می‌کند. بخش دیگر فشار اقتصادی در مطب خصوصی این است که دندانپزشکان اغلب احساس می‌کنند که به معنای واقعی کلمه نمی‌توانند بیمار باشند یا مطب را تعطیل کنند. زیرا هنگامی که یک دندانپزشک در مطب حضور نداشته باشد، درآمد کاملاً متوقف می‌شود، اما هزینه‌های بسیار بالای مطب سربراهمچنان بی‌وقفه ادامه می‌یابد. درآمد یک دندانپزشک که بی‌وقفه کار می‌کند و هرگز وقت خود را از دست نمی‌دهد، ممکن است افزایش یابد و بتواند هزینه‌هایش را تأمین کند ولی در عوض خود او دچار فرسودگی شغلی شده که به دنبال آن از نظر عاطفی، ذهنی و حتی جسمی خسته و فرسوده می‌شود. به دنبال این وضعیت دندانپزشک دچار نگرش منفی، بی‌تفاوتی یا بدبینی نسبت به بیماران و کارکنان خود می‌شود. ادامه دارد ...

استرس دشمن شماره یک دندانپزشکان

(بخش نخست)



دکتر نسترن ادیب راد
سایکوتراپیست

مطالعات اخیر در ادبیات دندانپزشکی نشان می‌دهد که دندانپزشکان در معرض انواع مختلف مشکلات جسمی و عاطفی مربوط به استرس هستند. بنابراین بی‌راه نیست اگر استرس را به عنوان دشمن شماره یک دندانپزشکان در نظر بگیریم. مشکلات مرتبط با استرس طیف وسیعی از انواع و اقسام ناراحتی‌ها را در بر می‌گیرد که شامل این موارد است: بروز بیماری‌های قلبی عروقی، زخم کولیت، فشار خون، کمر درد، فشار چشم، ناسازگاری زناشویی، الکل، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و خودکشی.

مطالعات آماری

میزان خودکشی دندانپزشکان بیش از دو برابر میزان جمعیت عمومی بوده و تقریباً سه برابر بیشتر از سایر کارگران یقه سفید است. بیماری‌های عاطفی از نظر فراوانی جایگاه سومین بیماری شایع در میان دندانپزشکان را به خود اختصاص داده است. این در حالی است که در جمعیت عمومی این دسته از بیماری‌ها دهمین جایگاه را دارد. در عین حال بیماری‌های عروق کرونر و فشار خون بالا در دندانپزشکان نسبت به جمعیت عمومی ۲۵٪ شایع‌تر است. باید گفت قاتل شماره یک دندانپزشکان، بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط با استرس است. همچنین دندانپزشکان نسبت به پزشکان عمومی دو برابر بیشتر با اختلالات عصبی دست به گریبان هستند.

علل استرس

چرا این حرفه به شدت مستعد ابتلا به مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی ناشی استرس است؟ از آنجایی که برای خلاصی از این همه استرس امکان تغییر شغل و رشته کاری برای دندانپزشکان وجود

ندارد، پس لازم است برخی از علل استرس در حرفه دندانپزشکی را بررسی کرده و سپس ببینیم آیا می‌توانه حل‌های بی‌بیافت تا به واسطه آنها دندانپزشکان بتوانند سالم‌تر و شادتر زندگی کرده و همچنین زندگی طولانی‌تری داشته باشند.

از جمله علل استرس در حرفه دندانپزشکی می‌توان به این موارد اشاره کرد:

فضای بسته کار

به طور متوسط دندانپزشکان اغلب زندگی خود را در فضایی کوچک و محدود و گاهی بدون پنجره صرف می‌کنند. متوسط فضای که دندانپزشکان در آن کار می‌کنند بین ۷ تا ۹ فوت (تقریباً ۲-۳ متر مربع) و بدون پنجره است. این فضا کوچکتر از سلول‌های زندان انفرادی است. کار دندانپزشکی پیچیده و دقیق و در محدوده دهان بیمار انجام می‌پذیرد. این روش کار از لحاظ جسمی و روانی فشار زیادی به دندانپزشک وارد می‌کند. بنابراین در پشت، اختلالات گردش خون و خستگی در بین متخصصین این حرفه رایج است. بنابراین دندانپزشکان مستعد هستند که خیلی زود دچار فرسودگی جسمی و روانی شوند.

جز قطب جنوب گزارش شده است.

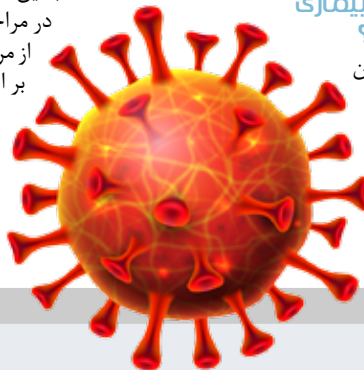
راه‌های انتقال کدام است؟

هنوز درک کاملی از راه‌های انتقال وجود ندارد. در ابتدای شیوع بیماری در شهر ووهان، بیماران به طور مستقیم با بازارهای فروش ماهی و حیوانات زنده ارتباط داشتند ولی با گذشت زمان راه اصلی انتقال بیماری از فرد به فرد و از طریق قطرات تنفسی صورت گرفت (مشابه آنفولانزا). در این نوع انتقال به هنگام سرفه، عطسه و یا صحبت کردن فرد مبتلا، ویروس از طریق این قطرات منتشر شده و به طور مستقیم روی غشا مخاطی فرد مقابل می‌نشیند یا بروی سطوح قرار گرفته و در صورت تماس با این سطوح و سپس لمس چشم، بینی یا دهان انتقال صورت می‌گیرد. طبق اطلاعات فعلی قطرات تنفسی بیش از ۲ متر جابجا نشده و به نظر نمی‌رسد که بتوانند مدت طولانی در هوا باقی بمانند. گرچه اخیراً گزارش‌هایی مبنی بر باقی ماندن قطرات آئروسل (که به طور آزمایشی در هوا قرار داده شده بود) به مدت ۳ ساعت مشاهده شده است و با توجه به نامشخص بودن کامل مسیر انتقال، توصیه می‌شود کلیه راهکارهای پیشگیری انتقال تنفسی به طور جدی رعایت شوند.

ویروس در نمونه‌های خون، مدفوع و مایع منی نیز یافت شده است ولی هنوز به نظر نمی‌رسد مسیر اورال-فکال از راه‌های انتقال باشد. هرچند ویروس در جریان خون یافت می‌شود ولی انتقال بیماری از طریق انتقال خون و فرآورده‌های آن و یا استفاده از سوزن و سرنگ مشترک گزارش نشده است.

بیماری تا چه مدت قابل سرایت است؟

هنوز اطمینان از طول دوره سرایت وجود ندارد و بیشتر داده‌ها بر اساس یافتن ویروس در نمونه‌های تنفسی - حلقی استوار است. البته یافتن ویروس الزاماً دلیلی بر سرایت‌پذیری آن نیست. میزان RNA ویروسی در نمونه‌های دستگاه تنفسی فوقانی در زمان شروع علائم، بالاتر از مراحل پیشرفته بیماری است که احتمالاً به این معنی است که میزان سرایت در مراحل ابتدایی بیماری بالاتر از مراحل پیشرفته آن است. بر اساس یکی از مطالعات انجام شده، سرایت‌پذیری تقریباً ۲/۳ روز قبل از شروع علائم آغاز شده و ۰/۷ روز قبل از بروز علائم به حداکثر می‌رسد. این میزان ۷ روز پس از ظاهر



همه چیز درباره COVID 19 نگاهی به یک همه‌گیری جهانی

دکتر مهرگان
محمودی

متخصص بی‌هوشی و مراقبت‌های ویژه؛ فلوشیپ دردهای مزمن از دانشگاه تورنتو

در اواخر سال ۲۰۱۹ میلادی ویروس SARS COV-2 به عنوان عامل بروز بیماری حاد تنفسی در شهر ووهان چین شناسایی شده و در ماه فوریه سال ۲۰۲۰ سازمان بهداشت جهانی این بیماری را با عنوان Corona Virus disease 2019 (COVID-19) نامگذاری کرد.

در حال حاضر و تا زمان نگارش این مقاله بیش از ۶ میلیون بیمار با تشخیص قطعی این بیماری در سراسر جهان شناسایی شده‌اند. اتفاقی که به اعلام وضعیت اضطراری توسط سازمان بهداشت جهانی در اواخر ژانویه ۲۰۲۰ و اعلام شرایط پاندمی در ماه مارس ۲۰۲۰ منجر شد. در اینجا نگاهی اجمالی خواهیم داشت به مهمترین پرسش‌های مرتبط با این بیماری؛ البته با ذکر این نکته که داده‌های علمی مرتبط با این بیماری روز به روز در حال تغییر هستند و در نتیجه آنچه در این نوشتار می‌خوانید بر مبنای آخرین اطلاعاتی است که تا زمان تنظیم این متن به روزرسانی شده‌اند. برای آگاهی از آخرین یافته‌های علمی مرتبط با این پاندمی به وب سایت ما به آدرس jodmagazine.com مراجعه کنید

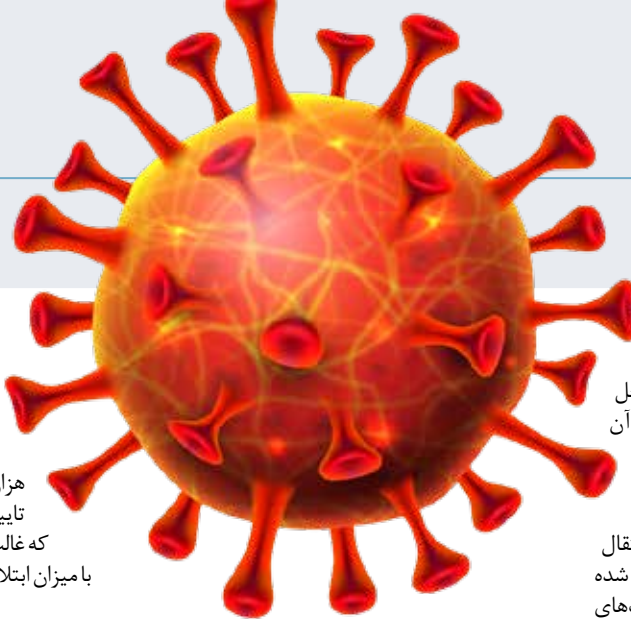
شد. این همان سوشی است که در شهر ووهان بیشتر از سایر شهرهای چین دیده شده است. سوش دوم سوش S است که سی درصد موارد را شامل شده و هنوز اهمیت بالینی این سوش مشخص نیست.

توزیع جغرافیایی بیماری چگونه است؟

تاکنون بیش از ۶ میلیون مورد بیماری گزارش شده و البته این میزان و توزیع آن مرتباً توسط سازمان بهداشت جهانی به روز رسانی می‌شود. بروز بیماری در تمام قاره‌ها به

عامل بیماری چیست؟

با بررسی ژنوم و آنالیز فیلوژنیک مشخص شد که عامل بیماری COVID-19، یک کرونا ویروس از خانواده بتا کرونا ویروس‌ها و از همان زیرگروه ویروس سارس است و از گیرنده ACE-2 برای ورود به سلول استفاده می‌کند. نزدیک‌ترین اعضا خانواده این کرونا ویروس، دو ویروس آلوده‌کننده خفاش‌ها هستند ولی هنوز دقیقاً مشخص نشده که این ویروس به طور مستقیم از طریق خفاش به انسان منتقل می‌شود و یا میزبان حدواسطی هم وجود دارد. همچنین در بررسی‌های بیشتر مشخص شد که دو گروه SARS-COV 2 وجود دارد. سوش L که هفتاد درصد موارد را شامل شده و عمدتاً در روزهای نخست پاندمی در چین شناسایی



است. بر اساس مطالعات مشترک بین سازمان بهداشت جهانی و چین، میزان عفونت‌های ثانویه در مکان‌های مختلف در بین دهها هزار نفر بیمار مبتلا به COVID-19 تایید شده، بین یک تا پنج درصد است که غالب این موارد در تماس‌های خانگی و با میزان ابتلا سه تا ده درصد گزارش شده است.

محیط اطراف تا چه مدت آلوده است؟

ویروس می‌تواند روی سطوح مختلف قرار گرفته و از طریق تماس با دست‌ها به مخاط چشم، بینی یا دهان منتقل شود. هنوز به طور دقیق میزان و اهمیت این روش انتقال مشخص نشده است. به نظر می‌رسد عمدتاً مکان‌هایی با تراکم بالای ویروس مثل منزل افراد مبتلا و مراکز بهداشتی درمانی منجر به انتشار بیماری می‌شوند. در سنگاپور، در اتاق بیماران مبتلا به نوع خفیف بیماری، نمونه‌گیری از سطوح مختلف (دستگیره در، کلید برق، تخت، پنجره و...) صورت گرفت که همگی به RNA ویروس آلوده بودند. در عین حال به دنبال ضدعفونی روتین یا سدیم دی کلرو ایزوسیانات هیچ گونه آلودگی در نمونه‌ها یافت نشد. بر اساس رفتار سایر ویروس‌های خانواده کرونا، ویروس می‌تواند بین ۶-۹ روز در روی سطوح مختلف زنده بماند. استفاده از مواد ضدعفونی کننده مثل الکل اتیلیک ۶۲-۷۱ درصد می‌تواند در عرض یک دقیقه ویروس را غیرفعال کند.

حیوانات چه نقشه در انتقال COVID-19 ایفا می‌کنند؟

به نظر می‌رسد SARS-COVID-2 از طریق یک حیوان به انسان منتقل شده باشد ولی در حال حاضر شواهدی مبنی بر انتقال بیماری از حیوانات به انسان وجود ندارد. البته ابتلای حیوانات به طور طبیعی یا آزمایشگاهی گزارش شده و موارد نادری از مبتلا شدن علامت‌دار گربه از انسان و ابتلای بدون علامت سگ از انسان دیده شده است. حتی در مواردی ابتلای گربه از گربه مبتلا دیده شده است. در حال حاضر هنوز ابتلا پرندگان و خوک‌ها به این بیماری دیده نشده است. با توجه به احتمال ابتلای حیوانات خانگی از انسان، توصیه می‌شود افراد مبتلا در طول دوران ایزولاسیون ۱۴ روزه نه تنها با اعضای خانواده بلکه با حیوانات خانگی نیز تماس نداشته باشند. البته هنوز ابتلای انسان از حیوانات خانگی گزارش نشده است.

شدن علائم کاهش پیدا می‌کند. میزان انتقال از بیمار علامت‌دار بسته به محل مورد مطالعه و اقدامات کنترل عفونت در آن منطقه متفاوت است. بر اساس مطالعه مشترک بین سازمان بهداشت جهانی و چین، میزان انتقال بیماری بین یک تا پنج درصد گزارش شده است. در سنگاپور انتقال بیماری در دوره کمون ۴/۶ درصد گزارش شده است. البته برای برآورد دقیق‌تر به تست‌های سرولوژیک تکمیلی نیاز است.

لازم به ذکر است که هنوز مشخص نیست بیماری یک فرد مبتلا تا چه مدتی سرایت می‌کند و به نظر می‌رسد که این امر مرتبط با شدت ابتلا باشد. در یک مطالعه، از بیماران مبتلا به نوع خفیف بیماری پس از ده روز مجدداً برای RNA ویروس نمونه‌گیری صورت گرفت که در نود درصد موارد نتیجه این آزمایش منفی گزارش شد. این در حالی است که در بیماران مبتلا به انواع شدیدتر بیماری، نمونه‌ها برای مدت طولانی‌تری مثبت گزارش شده بودند. قابل ذکر است که ضرورتاً یافتن RNA ویروس به معنای یافتن ویروس بیماری‌زا نیست و شاید بتوان آستانه‌های از RNA ویروس تعریف کرد که کمتر از آن بیماری‌زایی نادر باشد.

مانده و ایمنی لازم را ایجاد می‌کند. در بعضی مطالعات از یافته‌های مذکور استفاده کرده و از پلاسما ی فرد بهبود یافته که حاوی آنتی بادی ضد ویروس است برای کمک به بهبود علائم بیماران با علائم حاد استفاده کرده‌اند. در حال حاضر FDA به صورت اضطراری، استفاده از تست‌های آنتی بادی ضدآنتی بادی علیه SARS-COV-2 را در سرم یا پلاسما مورد تایید قرار داده است. در صورتی که شواهد وجود اثرات ایمنی‌زایی این آنتی بادی‌ها را تایید کند، این تست‌ها ابزار مهمی در شناسایی ایمنی جمعیت و شناسایی افراد با ریسک پایین ابتلای مجدد خواهند بود.

خطر سرایت بیماری چقدر است؟

خطر سرایت بیماری بستگی به نوع و مدت تماس، استفاده از روش‌های پیشگیری، عوامل فردی (مانند تعداد ویروس‌های موجود در ترشحات تنفسی) و چندین عامل دیگر بستگی دارد. عفونت‌های ثانویه غالباً در تماس‌های خانگی، مراکز بهداشتی فاقد امکانات محافظتی، مراکز مراقبت طولانی مدت و حضور در محیط‌هایی با تماس‌های نزدیک مثلاً کشتی‌های تفریحی گزارش شده

آیا پس از ابتلا ایمنی ایجاد می‌شود؟

در افرادی که مبتلا می‌شوند آنتی بادی ضد ویروس ساخته شده و نتایج اولیه بیانگر تاثیر محافظتی این آنتی بادی است هر چند مطالعات تکمیلی برای تایید این مسأله ضروری است. البته هنوز مشخص نیست که آیا تمام بیماران این پاسخ ایمنی را نشان می‌دهند یا نه و اینکه این پاسخ تا چه مدتی در بدن بیماران باقی



آیا امکان ابتلا پس از بهبودی وجود دارد؟

در بعضی مطالعات در بیمارانی که به COVID-19 مبتلا شده بودند، پس از بهبودی و دو تست منفی، تست Reverse Transcriptase Polymerase chain Reaction/RT-PCR مجدداً مثبت اعلام شد. البته این تست مثبت با فاصله کوتاهی از دو تست منفی گرفته شده و با تشدید علائم بالینی همراه نبود و به نظر نمی‌رسد که نشانه ابتلای مجدد باشد.

دوره کمون بیماری چقدر است؟

پس از تماس با ویروس، طرف مدت ۱۴ روز علائم بیماری ظاهر می‌شود و البته در اکثر موارد این دوره بین ۴-۵ روز است.

میزان شدت علائم بالینه و مرگ و میر بیماران چقدر است؟

۸۱ درصد بیماری خفیف؛ بدون ابتلا به پنومونی یا همراه با علائم خفیف پنومونی
۱۴ درصد بیماری شدید؛ همراه با تنگی نفس، هایپوکسی و افت اکسیژن خون و یا درگیری بیش از ۵۰ درصد از نسج ریه در مطالعات رادپولویک ظرف مدت ۲۴-۴۸ ساعت

۵ درصد موارد بحرانی؛ با نارسایی شدید تنفسی، شوک یا از کار افتادن ارگان‌ها
میزان مرگ و میر به طور کلی ۲/۳ درصد گزارش شده است و هیچ موردی از مرگ در موارد غیربحرانی مشاهده نشده است. البته میزان مرگ و میر در کشورهای مختلف بر اساس مشخصات دموگرافیک عفونت و متوسط سن بیماران متفاوت است.

چه عواملی باعث تشدید علائم بیماری هستند؟

افراد با هر شرایط سلامتی و از هر گروه سنی ممکن است به نوع شدید بیماری مبتلا شوند ولی این بیماری بیشتر در بالغین و سالمندان با بیماری زمینه‌ای به صورت تشدید ظاهر می‌شود. بیماری‌های زمینه‌ای که با میزان بالاتری از مرگ و میر همراه هستند عبارتند از: بیماری‌های قلبی عروقی؛ دیابت ملیتوس؛ هایپرنتشن؛ بیماری‌های مزمن ریوی؛ سرطان؛ بیماری‌های مزمن کلیوی و چاقی.
اصولاً افزایش سن با افزایش ریسک مرگ و میر همراه است به گونه‌ای که درصد مرگ در افراد

۷۰ تا ۷۹ سال هشت درصد و در سالمندان بالای ۸۰ سال پانزده درصد گزارش شده است در حالی که این میزان در کل جمعیت مبتلایان ۲/۳ درصد برآورد شده است.

در کودکان معمولاً بیماری به صورت بی‌علامت و یا در مواردی با علائم خفیف همراه است گرچه موارد شدید درگیری ریوی نیز گزارش شده است.

در آمار گردآوری شده در چین، ایتالیا و آمریکا، میزان مرگ و میر در مردان به میزان قابل توجهی بیشتر از زنان بوده است. همچنین در آمریکا میزان مرگ و میر در سیاه‌پوستان و لاتین تبارها به وضوح بالاتر بوده است که احتمالاً با وضعیت اجتماعی-اقتصادی این گروه مرتبط است.

یافته‌های آزمایشگاه مرتبط با پروگنوز بیماری چه مواردی را شامل میشوند؟

لنفوپنی - افزایش آنزیم‌های کبدی - افزایش LDH - افزایش شاخص‌های التهابی مثل CRP و فریتین - افزایش PT - افزایش D-Dimer (more than 1 mcg/ml) - افزایش CPK - درگیری حاد کلیوی.

چه بیمارانی بدون علامت هستند؟

هنوز میزان دقیق درصد بیماران بدون علامت مشخص نیست ولی بر اساس یافته‌های فعلی این میزان قاعدتاً باید درصد بالایی داشته باشد. در یک کشتی تفریحی که تقریباً از تمام مسافران تست گرفته شد، حدوداً نیمی از بیماران با پاسخ تست مثبت فاقد علامت بودند. در مطالعه دیگری روی زنان باردار شهر نیویورک، در ۸۸ درصد مواردی که پاسخ تست مثبت بود، بیماران بدون علامت بودند. البته در مطالعات پاراکلینیکی، ۵۰ درصد بیماران بدون علامت در سی تی اسکن ریه نمای تیپیک درگیری ریوی را نشان داده و ۲۰ درصد نیز تظاهرات آتیپیک درگیری ریوی را بروز می‌دادند.

علائم بالینه COVID-19 چیست؟

شایع‌ترین علامت ابتلا، پنومونی است که به صورت تب، سرفه، تنگی نفس و درگیری دوطرفه ریه در تصویربرداری خود را نشان

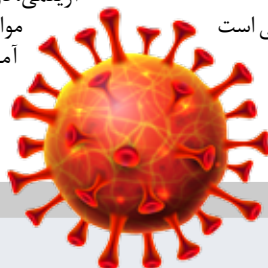
می‌دهد. سایر نشانه‌ها این موارد را شامل می‌شوند: درگیری سیستم تنفسی فوقانی، درد عضلانی، اسهال و تغییرات حس چشایی و بویایی. هیچ یک از این علائم اختصاصی COVID-19 نبوده و در سایر عفونت‌های تنفسی ویروسی نیز مشاهده می‌شوند. اما شروع تنگی نفس چند روز پس از بروز علائم اولیه ما را به این بیماری مشکوک می‌کند. بر اساس مطالعات پزشکان چینی میزان شیوع علائم بیماری به این شرح است:

تب: ۹۹ درصد - خستگی: ۷۰ درصد - سرفه خشک: ۵۹ درصد - بی‌اشتهایی: ۴۰ درصد - درد عضلانی: ۳۵ درصد - تنگی نفس: ۳۱ درصد - خلط: ۲۷ درصد

ممکن است تب در همان ابتدای بیماری ظاهر نشود و یا میزان آن کم باشد (کمتر از ۳۸ درجه سانتیگراد) ولی در طول دوره بیماری به تدریج ظاهر می‌شود. در آمار کشور ایتالیا، تغییرات حس چشایی و بویایی شایع بود به شکلی که در بین ۲۰۲ بیمار، ۶۴ درصد تغییرات شامه و ذائقه گزارش شده که ۲۴ درصد آنها تغییرات شدید بوده‌اند. گاه علائم گوارشی (بی‌اشتهایی، اسهال و...) نخستین علامت بیمار بوده و میزان شیوع آن ۱۸ درصد گزارش شده است. از دیگر علائم می‌توان به سردرد، گلودرد، آب ریزش بینی و کاندیدیوز اشاره کرد. علائم پوستی (نظیر کهیر یا توده‌های قرمز و بنفش در نوک انگشتان مشابه سرمازدگی و واسکولیت) به ندرت در کودکان و نوجوانان گزارش شده است.

سیر و پیشرفت بیماری چگونه است؟

بیماران علامت‌دار ممکن است دچار نوع خفیف، شدید یا بحرانی بیماری شوند. گاه بیماری با علائم خفیف ظرف یک هفته (بطور متوسط پنج روز پس از شروع علائم) دچار علائم شدید تنفسی می‌شود. سندرم زجر تنفسی یا Acute Respiratory Distress Syndrome/ARDS از عوارض ناگوار بیماری شدید است و با فاصله کوتاهی پس از شروع تنگی نفس ظاهر می‌شود. در یک مطالعه در چین، ARDS در ۴۱ درصد بیماران بستری در بیمارستان ظاهر شد که این امر با سن بالاتر از ۶۵ سال، دیابت و فشار خون بالا مرتبط بود. از دیگر عوارض بروز آریتمی، درگیری حاد قلبی و شوک است. مواردی از قبیل ترومبوآمبولی، آمبولی ریوی و سکته مغزی نیز گزارش شده است. طبق یافته‌های سازمان



بهداشت جهانی، بهبودی در موارد خفیف ظرف دو هفته و در موارد شدید پس از ۳-۶ هفته اتفاق می‌افتد.

یافته‌های رادیولوژیک چه مواردی را شامل می‌شوند؟

از یافته‌های شایع در رادیولوژی ریه، تراکم و نمای شیشه مات (ground glass) به صورت دوطرفه در محیط ریه‌ها است که غالباً در لوب‌های تحتانی مشاهده می‌شود. درگیری ریوی با پیشرفت بیماری افزایش پیدا می‌کند به شکلی که در روزهای ۱۰-۱۲ به حداکثر شدت می‌رسد و گاهی با فیوژن پلورال و لنفادنوپاتی همراه است. یافته‌های سی تی اسکن ریه نسبت به رادیوگرافی حساسیت بیشتری دارند ولی هیچکدام مشخصه‌ای که باعث اثبات یا رد بیماری باشد را نداشته و طبق نظر آکادمی رادیولوژی آمریکا، کاربرد تصویربرداری بیشتر در مدیریت درمان بیماران بستری است. در مطالعات مختلف در کشورهای چین و آمریکا، میزان حساسیت و ویژگی سی تی اسکن ریه متغیر گزارش شده است. نکته جالب اینکه گاهی حتی در بیمارانی که هنوز تست RNA و ویروس آنها مثبت نشده، یافته‌های اسکن ریه قابل مشاهده است. توجه داشته باشید که بیماران پس از بهبودی هم ممکن است تا مدت‌ها در رادیوگرافی ریه، یافته‌های غیر طبیعی داشته باشند.

در چه مواردی باید به وجود بیماری تنگ کنیم؟

در مواردی که فرد دچار تب شود و یا علایم درگیری تنفسی داشته باشد (مثل سرفه یا تنگی نفس) باید احتمال ابتلا به COVID-19 را در نظر گرفت. از دیگر علایم مهم می‌توان به درد عضلانی، اسهال و تغییرات حس چشایی و بویایی اشاره کرد. البته این علایم در بیماری‌های ویروسی دیگر نیز مشاهده می‌شوند ولی همراهی آنها با علایم زیر احتمال ابتلا به COVID-19 را تقویت می‌کند:

- فردی که ظرف ۱۴ روز گذشته در محلی که انتقال COVID-19 بصورت جمعی دیده شده است سکونت داشته و یا از این محل مسافرت داشته است.

- فردی که در ۱۴ روز گذشته با فردی که مشکوک به COVID-19 بوده یا با موارد اثبات شده بیماری از تباط نزدیک کمتر از ۲ متر داشته است. این مورد برای کادر درمانی مراکز بهداشتی نیز مد نظر قرار می‌گیرد. این ارتباط در بازه زمانی طولانی و بدون استفاده از

وسایل حفاظتی شخصی (PPE) اتفاق افتاده یا اینکه فرد در تماس مستقیم با ترشحات عفونی بوده است.

توصیه می‌شود فرد مشکوک به COVID-19 که نیاز به اقدامات اورژانسی ندارد، پیشاپیش با مراکز بهداشتی تماس بگیرد. بسیاری از این بیماران از طریق تماس تلفنی مورد مشاوره قرار می‌گیرند. تشخیص قطعی فقط از طریق آزمایش میکروبیولوژیک امکان پذیر است. البته ضرورت انجام آزمایش در مناطق مختلف با توجه به در دسترس بودن امکانات آزمایشگاهی متفاوت است. به عنوان مثال در آمریکا مرکز CDC اولویت‌های آزمایشی را به این صورت تعریف کرده است: برای بیماران بستری در بیمارستان با تشخیص مشکلات تنفسی شدید، در کارکنان مراکز بهداشتی با بیماری علامت‌دار و نیز در افرادی که دچار بیماری علامت‌دار بوده و واجد ریسک فاکتورهای بیماری شدید هستند.

تشخیص قطعی یا تشخیص میکروبیولوژیک چیست؟

تشخیص از طریق یافتن RNA ویروس SARS-COV-2 به روش RT-PCR صورت می‌گیرد. البته آزمون‌های متعددی در سراسر دنیا وجود دارند که به دنبال شناسایی کپسول هسته (N)، پوشش خارجی (E)، اسپایک‌ها (S) یا RNA پلیمراز هستند.

نمونه‌گیری از طریق سواب (پلیکاتور) در فضای حلقی، پشت بینی یا دهان و یا از ترشحات داخل بینی صورت می‌گیرد. اگر خلط وجود داشته باشد از آن هم می‌توان نمونه‌برداری کرد. در آمریکا، FDA اجازه استفاده از آزمایش‌های داخل منزل را نیز صادر کرده است. در این آزمایش پس از جمع‌آوری نمونه توسط افراد، نمونه توسط پست برای آزمایشگاه ارسال می‌شود. مثبت شدن آزمایش RT-PCR برابر است با تشخیص قطعی، هرچند در بعضی موارد نتیجه آزمایش ممکن است منفی کاذب باشد. در این مواقع، در صورتی که علایم بالینی قویاً به نفع ابتلا به بیماری باشند، توصیه می‌شود آزمایش مجدداً انجام شود. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند در این شرایط نمونه‌برداری از مجاری تنفسی تحتانی انجام شود. هنوز دقت آزمایش‌های تست ویروسی مشخص نشده است و حساسیت این آزمایش‌ها به نوع RT-PCR، نوع و کیفیت نمونه برداشت شده و مدت زمان سپری شده از شروع علایم بیماری بستگی دارد.

در مطالعات، میزان ویروس در ترشحات مجاری تنفسی تحتانی بیش از مجاری تنفسی فوقانی بوده و احتمال مثبت شدن تست آنها بیشتر است. در مطالعه‌ای در چین، ۲۹ درصد بیماران در آزمایش اولیه، نتیجه منفی داشتند ولی در آزمایش‌های بعدی نتیجه آزمایش مثبت اعلام شد. احتمال مثبت شدن آزمایش با نمونه‌های مجاری تنفسی فوقانی در مراحل اولیه بیماری بیشتر است. در یک مطالعه نمونه‌ها در روزهای یکم تا سوم بیش از ۹۰ درصد مواقع مثبت بودند در حالی که در روز ششم کمتر از ۸۰ درصد و بعد از روز چهاردهم کمتر از پنجاه درصد آزمایش‌ها مثبت اعلام شدند.

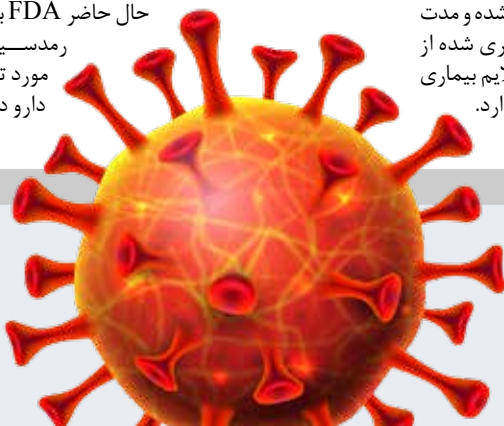
آیا تست‌های سرولوژیک کاربرد دارند؟

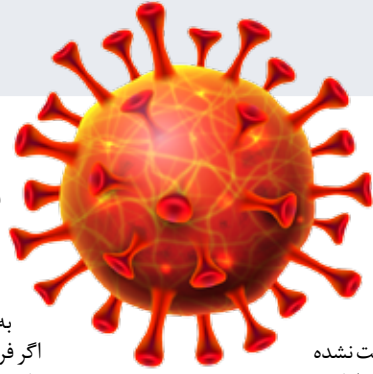
تست‌های سرولوژیک برای شناسایی آنتی بادی ضد ویروس به کار می‌روند. این آنتی بادی‌ها در مراحل پیشرفته بیماری مثبت می‌شوند و برای تشخیص زودرس ارزش چندانی ندارند. آنتی بادی IgM حدود ۱۲ روز پس از شروع بیماری و آنتی بادی IgG بعد از ۱۴ روز مثبت می‌شوند. از طرفی امکان پاسخ مثبت کاذب نیز وجود دارد که به علت وجود آنتی بادی‌های ضد کرونا ویروس‌های غیر از SARS-COV-2 است. هنوز مشخص نیست که وجود این آنتی بادی‌ها ایمنی مناسبی بر علیه بیماری ایجاد می‌کند یا خیر. در مناطقی که آنفولانزا شایع است، توصیه می‌شود تست آنفولانزا هم انجام شود تا مدیریت درمان به نحو مناسب‌تری صورت گیرد. البته به ندرت امکان ابتلا همزمان آنفولانزا و کرونا ویروس وجود دارد.

مدیریت درمان چگونه است؟

در بیماران بدون علامت و یا مبتلا به فرم خفیف بیماری (تب، سرفه، درد عضلانی بدون وجود تنگی نفس) توصیه به ایزولاسیون در منزل است. در این بیماران هدف پیشگیری از ابتلا دیگران است. در این شرایط علایم به دقت تحت نظر گرفته می‌شوند تا در صورت تشدید علایم بیمار به سرعت بستری شود.

در بیماران بستری، جدا از پیشگیری از انتقال بیماری به دیگران، بیمار به صورت ساپورتیو تحت درمان قرار می‌گیرد که شامل تجویز اکسیژن و در صورت نیاز تهویه مکانیکی در بیماران مبتلا به نارسایی تنفسی حاد است. در حال حاضر FDA به صورت اضطراری داروی رمدسیویر (Remdesivir) را مورد تایید قرار داده است. این دارو در بزرگسالان و کودکان





● روزانه دو بار از جهت درجه حرارت، سرفه و تنگی نفس مورد بررسی قرار گیرند و در صورت بروز این علائم در خانه بمانند، از دیگر اعضا خانواده فاصله بگیرند و با کارکنان بهداشتی منطقه خود تماس حاصل کنند.

واکسن مناسب چه زمانی تولید خواهد شد؟

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر بیش از ۶۰ واکسن گوناگون در نقاط مختلف دنیا در حال گذراندن مراحل آزمایش اولیه هستند. به منظور تایید کارایی واکسن و تولید انبوه آن باید

از ماسک‌های پارچه‌ای در فضاهای عمومی را توصیه کرده است. کاربرد استفاده از ماسک جهت پیشگیری از انتقال عفونت از فرد مبتلا به فرد سالم است به شکلی که اگر فرد سالم ماسک داشته باشد و در معرض فرد بیمار بدون ماسک قرار گیرد این ماسک به هیچ وجه اثر حفاظتی نخواهد داشت و نمی‌تواند جایگزین قوانین فاصله گذاری اجتماعی، شستشوی دست‌ها و عدم لمس صورت باشد.

مبتلا و بستری در بیمارستان که تحت حمایت‌های تنفسی قرار گرفته اند، تجویز می‌شود. هنوز یافته‌های قطعی مبنی بر مکانیسم اثر این دارو یافت نشده ولی تجویز آن به وضوح طول مدت بستری را کوتاه کرده و در مواردی میزان مرگ و میر را کاهش می‌دهد. همچنین از طریق صلیب سرخ دسترسی به پلاسمای افراد بهبود یافته و تجویز آن به بیماران بسیار بدحال در مطالعات بالینی دیده شده که بعضاً نتایج مطلوبی به دنبال داشته است.

روش‌های پیشگیری از انتقال بیماری در جامعه کدام است؟

در مناطقی که ابتلا و انتقال در جامعه وجود دارد توصیه می‌شود فاصله گذاری اجتماعی رعایت شود. حتی المقدور افراد در منزل مانده و در صورتی که ناچار به ترک منزل باشند، فاصله بیش از دو متر از دیگران را رعایت کنند. به همه مردم توصیه می‌شود دستان خود را به ویژه پس از تماس با سطوح در محیط خارج از منزل بشویند. در شرایطی که دسترسی به آب و صابون وجود نداشته باشد، می‌توان از ضد عفونی کننده‌های دست حاوی الکل بیشتر از ۶۰ درصد استفاده کرد. نکته مهم دیگر رعایت بهداشت تنفسی شامل ممانعت از پخش شدن ذرات عطسه و سرفه در محیط اطراف است. توصیه بعدی عدم لمس صورت به ویژه چشمان، بینی و دهان است به گونه‌ای که حتی انجمن افتالمولوژی آمریکا توصیه کرده در این مقطع زمانی از کانتکت لنز استفاده نشود زیرا استفاده از این لنزها احتمال آلودگی چشم‌ها را افزایش می‌دهد. مساله بعدی تمیز کردن سطوح و ضد عفونی کردن آنها به طور مرتب و مکرر است.

آیا استفاده از ماسک ضرورت دارد؟

دستورات استفاده از ماسک در کشورهای مختلف متفاوت است ولی سازمان بهداشت جهانی در افراد بی‌علامت استفاده از ماسک را توصیه نکرده است زیرا اثر حفاظتی آن چیزی فراتر از سایر اصول پیشگیری نیست. در عین حال با توجه به محدودیت تولید ماسک، اولویت استفاده از ماسک برای کارکنان سیستم بهداشتی درمانی است. در آمریکا، CDC در اوایل ماه آوریل استفاده

مدیریت افراد بدون علامت که در معرض آلودگی بوده‌اند چگونه است؟

در مناطق با شیوع بالای SARS-COV-2 کلیه افراد موظف به فاصله گذاری اجتماعی (حفظ بیش از دو متر فاصله با دیگران در امکان اجتماعی) و ماندن در منزل هستند. CDC توصیه می‌کند در افرادی که به تازگی از سفر بین‌المللی برگشته و یا تماس نزدیک با فرد مبتلا داشته‌اند:

● به مدت ۱۴ روز خود را در منزل قرنطینه کرده و دست کم ۲ متر با سایر اعضای خانواده فاصله داشته باشند
● با افراد با بیماری‌های زمینه‌ای و مستعد ابتلا به انواع شدید بیماری COVID-19 تماس نداشته باشند.

آزمون‌های پیش‌بالینی روی حیوانات و نیز سه مرحله آزمون روی انسان‌ها صورت پذیرد. این امر بین ۱۲ تا ۱۸ ماه به طول خواهد انجامید. همچنین به تازگی دانشمندان به تاثیر ایمنی واکسن بیماری سل (Bacillus Calmette-Guérin) در پیشگیری از ابتلا به COVID-19 پی برده‌اند. در همین زمینه مطالعات کارآزمایی بالینی متعددی در جریان است که کارکرد آن به ویژه در کارکنان بهداشتی مورد ارزیابی قرار گیرد. به نظر می‌رسد ایمنی BCG منجر به واکنش ایمنی غیر اختصاصی در بدن می‌شود و این امر اثر حفاظتی در مقابل سایر ارگانیزم‌های مایکوباکتریال از جمله ویروس‌ها خواهد داشت. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که تا زمان مشخص شدن نتایج تکمیلی این مطالعات از واکسن‌های BCG به منظور ایجاد ایمنی بر علیه COVID-19 اجتناب شود.

Article

معرفی

بطور کلی در شرایطی که نیاز است به حجم دندان اضافه کنیم مثل دندانهایی که اینکلینیشن لینگوالی دارند یا پگ لترال یا دیاستم، لزومی به برداشتن نسج سالم دندانی نداریم. در این شرایط صرفاً می‌توان با خراشیدن سطح دندان و برداشتن میناهای بدون منشور (prismless enamel) در مان لامینیت را انجام داد. طرح درمان برای چنین لامینیت‌هایی می‌تواند فاقد مارجین باشد یا دارای مارجین.

لامینیت‌های بدون تراش مارجینال

طراحی لامینیت‌های بدون مارجین امکان‌پذیر است به شرطی که تکنیسین مهارت انجام این کار را داشته باشد و نحوه کار با پرسنل‌های خاص این نوع لامینیت (که شبیه پرسنل‌های فلدسپاتیک است) را آموزش دیده باشد که در این صورت می‌توان این پرسنل‌ها را روی گچ‌های ریفرکتوری فرم داد و پالیش کرد. در این شرایط در ناحیه مارجین لبه‌های بسیار نازکی از پرسنل فرم داده می‌شود. اما در مورد کد/کم چون مارجین باید حداقلی از ضخامت را دارا باشد تا فرز کد/کم بتواند آن را بترشد بهتر است از این طراحی اجتناب شود چون امکان دارد موقع تراش با کد/کم، مارجین روی بلوک دچار پدیدگی شود. اما مشکل این نوع لامینیت‌های فاقد مارجین، نشانندن و سمان کردن آنها است. در این لامینیت‌ها عملاً جای نشستن لامینیت روی دندان چندان مشخص نیست و دندانپزشک

لامینیت‌های بدون تراش و کم تراش



دکتر فرخ آصف زاده

متخصص دندانپزشک
ترمیمی و زیبایی؛ عضو انجمن
دندانپزشکی آمریکا، فلوشیپ
لیزر از دانشگاه آخن آلمان

مدت‌ها است در دندانپزشکی زیبایی و به ویژه در تبلیغات مربوط به آن شاهد عباراتی تحت عنوان لامینیت بدون تراش هستیم. همین تبلیغات باعث شده تا بیماران با مراجعه به مطب‌های دندانپزشکی خواستار دریافت این نوع لامینیت‌ها باشند. به همین ترتیب بسیاری از همکاران نیز به دنبال آشنایی با این شیوه درمان زیبایی هستند. آیا اساساً چیزی تحت عنوان لامینیت بدون تراش وجود دارد یا صرفاً زائیده تبلیغات پرسر و صدای دندانپزشکی زیبایی در شبکه‌های اجتماعی است؟ و اگر چنین چیزی وجود دارد موارد تجویز آن کدام است و چگونه باید آن را اجرا کرد؟ این پرسش‌ها و نکاتی بیشتر را در مقاله پیش رو مورد بررسی قرار داده‌ایم. در انتهای این نوشتار برای درک هر چه بهتر، مراحل درمان یک کیس به صورت گام به گام به صورت تصویری توضیح داده شده است.



تصویر ۱: وضعیت دندان‌های بیمار پیش از درمان

بیمار خانمی هستند که با شکایت از ارتفاع ناکافی دندان‌ها به کلینیک مراجعه کردند. در معاینه مشخص شد که موقع صحبت کردن لبه دندان‌ها دیده نمی‌شوند. با توجه به فرم لب‌ها و موقعیت دندان‌ها، تصمیم بر این شد که ارتفاع ۸ دندان (پرمولر اول ماگز یلاری سمت چپ تا پرمولر اول ماگز یلاری سمت راست) با لامینیت‌هایی با حداقل تراش اضافه شوند. (درمان توسط دکتر فرخ آصف زاده)

معرفی
کیس

باید با دقت و حوصله فراوان لامینیت را روی دندان بنشانند چون در غیر این صورت ممکن است لامینیت در جای نادرستی قرار گرفته و سمان شود که در چنین شرایطی باید کل کار از اول تکرار شود. این نوع لامینیت‌ها برای بیمار گزینه بسیار ایده‌آلی هستند؛ نیازی به بی‌حسی و رستوریشن موقت ندارند و عملاً نسج دندان دست نخواهد خورد. اما دشواری آن برای دندانپزشک و در زمان تحویل و سمان کردن لامینیت خواهد بود.

لامینیت‌هایی با حداقل تراش مارچینال

در این حالت یک مارچین بسیار ظریف در حد دو تا سه دهم میلی‌متر در قسمت جینجیوال و اگر امکانپذیر بود پروگزیمال ایجاد می‌شود. لامینیت ما عملاً تراش خاصی ندارد و می‌توان بدون بی‌حسی و ساخت رستوریشن موقت برای بیمار کار انجام داد. این تکنیک بخصوص در بستن دیاستم بسیار راهگشا خواهد بود و بهتر است مارچین علاوه بر ناحیه جینجیوال اندکی هم در داخل فضای اینترپروگزیمال دیاستم به سمت لینگووال اکستنشن پیدا کند. مارچین ما چمفر است و با یک فرز بلند تیپر روند اند (long taper round-end) تراشیده می‌شود. مزایای این مارچین ظریف و کم عمق این است که در عین حفظ ساختار دندان، تکنیسین می‌داند که لامینیت را باید کجا ختم کند، امکان پرسنل گذاری با ضخامت بیشتر را دارد و دندانپزشک هم راحت‌تر می‌تواند رستوریشن را در محل صحیح خود نشانده و

آن را سمان کند.

در این حالت سطح دندان با فرز خراشیده و یک مارچین بسیار ظریف چمفر تراشیده شده و قالبگیری انجام می‌گیرد. معمولاً در این شرایط نیازی به رستوریشن موقت نخواهیم داشت. یک نکته اینکه اگر دندان تغییر رنگ خاصی نداشته باشد و نیازی به پوشاندن رنگ دندان نداشته باشیم، می‌توانیم مارچین لامینیت را در حد لثه ختم کنیم ولی اگر بخواهیم رنگ دندان را کاور کنیم بهتر است تراش ما نیم میلی-متر زیر لثه ختم شود.

برداشتن مینای سطحی

برداشتن مینای فاقد منشور سطحی دو مزیت مهم دارد. نخست اینکه رافنس سطحی ایجاد شده گیر میکرومکانیکال سمان را افزایش می‌دهد. دوم اینکه وقتی این لایه سطحی حذف شده باشد اچینگ ما بهتر و عمیق‌تر اتفاق می‌افتد و در نهایت قدرت باند ما نسبت به حالتی که سطح دندان هیچ تراشی نداشته باشد افزایش می‌یابد. این حرف به این معنی نیست که اگر سطح دندان اصلاً دست نخورد باند ما ضعیف خواهد بود. حتی در این حالت هم باند برای نگهداری رستوریشن قدرت کافی دارد ولی در مقایسه با حالتی که رافنس سطحی ایجاد شده باشد قدرت آن کمتر است. بطور کلی اگر به هر دلیلی قرار نیست سطح دندان دستکاری بشود بهتر است سطح مورد نظر کاملاً با پامیس تمیز شده و پلاک از روی آن پاک شود. سپس ۳۰ تا ۶۰ ثانیه اچ شده و سپس باند زده شود تا انرژی سطحی مینا تا حد امکان افزایش یابد. توصیه

می‌شود در این شرایط از باندینگ‌هایی با سیلان بیشتر (more flowable) مثل باندینگ‌های یونیورسال یا باندینگ‌های نسل چهارم (باندینگ‌های دو مرحله‌ای حاوی پرایمر و باند) استفاده شود.

فرزهای مناسب

برای خشن کردن سطح و برداشتن مینای فاقد منشور سطحی، بهتر است از فرزهای الماسی مدیوم استفاده شود. بعضی از کمپانی‌ها روی این فرزها حلقه قرمز رنگ قرار داده‌اند. یا اینکه می‌توان از فرزهایی که الماس‌های دو لایه داشته و طلایی رنگ هستند استفاده کرد. فرز نباید خیلی خشن باشد چون در این صورت شیارهای بسیار خشنی روی مینا ایجاد می‌شود و بعد همین شیارها به گچ منتقل شده و کار تکنیسین را دشوار خواهد کرد. فرزهای خیلی نرم هم نمی‌توانند رافنس مطلوبی روی سطح مینا ایجاد کنند.

انتخاب بیمار

بحث بسیار مهم در لامینیت‌های کم تراش و بدون تراش کیس سلکشن مناسب است. باز هم تاکید می‌کنم این نوع لامینیت‌ها فقط باید در مواردی استفاده شوند که نیاز باشند فضای بین دندانی بسته شود یا دندان‌ها با لامینیت به سمت باکال یا انسیزال بیرون آورده شوند نه اینکه خودشان بیرون زده باشند. ما بیمارانی داریم که موقع صحبت کردن دندان‌های ماگز بلاری از پشت لب بالا اصلاً دیده نمی‌شوند. این مساله بخصوص



تصویر ۳: حداقل تراش از پرمولر اول سمت چپ تا پرمولر اول سمت راست ماگز بلاری



تصویر ۲: وضعیت دندان‌های بیمار پیش از درمان

را ساخته و در دهان بیمار امتحان می‌کنم. مجدداً وضعیت ماک آب توسط بیمار بررسی شده و نظراتش از قبیل کوتاه شدن یا بلند شدن روی رستوریشن اعمال می‌شود. توجه کنید که این ماک آب یک رستوریشن موقت است که روی دندان بیمار باند نشده است. بیمار می‌تواند یکی دو روز این رستوریشن‌های موقتی را داشته باشد و هم خودش بهتر و دقیق‌تر آنها را ببیند هم نظر اطرافیانش را جویا شود. چه بسا بیمارانی که در مطب از وضعیت ماک آب کاملاً راضی بودند ولی جلسه بعد که به مطب آمدند خواستار این بودند که تغییراتی روی ماک آب انجام شود. وقتی این تغییرات روی ماک آب انجام شد و در نهایت رضایت بیمار را جلب کرد از روی آن یک قالب آلژینات یا پاتی تهیه می‌شود و بعنوان معیار برای ساخت رستوریشن نهایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین می‌توان با کولیس‌های دیجیتالی به دقت ابعاد این ماک آب تایید شده را اندازه‌گیری و در پرونده بیمار ثبت کرد.

چند دندان؟

در مورد تعداد دندان‌هایی که باید لامینیت شوند اگر جنرال اسپسیسینگ تا دندان‌های خلفی هم رفته باشد باید ده دندان لامینیت شوند (از پرمولر دوم راست تا پرمولر دوم چپ). توصیه من این است که ۶ دندان لامینیت نشوند چون دندان کانین معمولاً بیرون زده است و اگر لامینیت شود این بیرون‌زدگی تشدید شده و پرمولر اول کوچکتر به نظر می‌رسد. بنابراین حداقل ۸ دندان و بصورت ایده‌آل ده دندان باید لامینیت شوند.

بیمارانی هستند که مدت‌ها است آرزو دارند دندان‌های بلندتری داشته باشند. وقتی چنین بیمارانی به ما مراجعه می‌کنند که سال‌هاست منتظر دریافت چنین درمانی هستند، ریسک بزرگی است اگر بدون امتحان و ماک آب، مستقیماً کار نهایی برای شان انجام شود اگر بیمار نتیجه کار را دوست نداشته باشد همه چیز باید از اول تکرار شود. دندانپزشک باید به دقت بررسی کند که بلند کردن ارتفاع دندان یا بیرون آوردن آن با لامینیت چه اثراتی روی اکلوژن و سیستم جوینده بیمار دارد، وضعیت لب بیمار بعد از قرار گرفتن لامینیت‌ها چگونه خواهد شد، آیا بیمار می‌تواند مثل سابق صحبت کند یا روی حرف زدنش تاثیر خواهد داشت و دهها نکته ریز و درشت دیگر که همگی باید قبل از ساخت و تحویل کار نهایی اثرات آنها مشخص شده باشند.

ماک آب و تراش این

توصیه من این است که دندانپزشک از دندان‌های بیمار از زوایای مختلف و در شرایط مختلف عکاسی کرده، خواسته‌های بیمار را بطور دقیق یادداشت کرده و با افزودن نقطه نظرات خودش همه این اطلاعات را برای لابراتوار ارسال کند تا تکنیسین بر اساس این اطلاعات و کس آب را انجام دهد. ماک آب را هم دندانپزشک در مطب می‌تواند تهیه کند هم تکنیسین می‌تواند آن را بسازد. ممکن است لازم باشد بیمار چندین بار برای امتحان (try-in) به مطب بیاید دقیقاً مثل پروو کردن لباسی که قرار است دوخته شود. شخصاً در مطب و کس آب را با بیمار بررسی کرده و اگر مورد پسند بیمار باشد، از روی آن ماک آب

در خانم‌های جوان خوشایند نیست و اغلب دوست دارند موقع حرف زدن مقداری از دندان‌ها نمایان باشد. در این موارد می‌توانیم از این لامینیت‌ها استفاده کنیم.

کراپینگ یکی از موارد منع تجویز لامینیت‌های کم تراش یا بدون تراش است. البته بهترین گزینه درمانی برای کراپینگ ارتودونسی است که حتماً به بیمار پیشنهاد می‌کنیم ولی در برخی شرایط مثلاً به دلیل کمبود وقت بیمار ترجیح می‌دهد یا درمان‌های زیبایی مشکل کراپینگ را رفع کند. در این حالت لامینیت‌های کم تراش یا بدون تراش منع تجویز دارند چون لازم است دندان‌های بهم ریخته تراشیده شده و سپس ابعاد دندان با توجه به فضای ایجاد شده تنظیم شود. در واقع ما اینجا باید برای رستوریشن فضا ایجاد کنیم. یک مثال دیگر اکلوژن کلاس ۳ است که این قبیل لامینیت‌ها منع تجویز دارند. به همین ترتیب در کلاس ۲ دی‌ویژن ۱ که معمولاً دندان‌های قدامی ماگز بلا پروتود هستند هم نمی‌توانیم از این نوع لامینیت‌ها استفاده کنیم چون حالت بیرون زدگی لب را تشدید خواهند کرد.

وکس آب و ماک آب

برای درمان لامینیت بطور خاص و درمان‌های زیبایی وسیع بطور عام اکیدا توصیه می‌شود لابراتوار یک وکس آب تشخیصی انجام داده و از روی آن یک ماک آب بر اساس خواست بیمار ساخته شود. سپس این ماک آب روی دندان بیمار امتحان شده و بیمار به صورت کاملاً واقعی و زنده نتیجه کار را مشاهده خواهد کرد. یک مثال بسیار رایج در این زمینه



تصویر ۵: پس از درمان



تصویر ۴: حداقل تراش از پرمولر اول سمت چپ تا پرمولر اول سمت راست ماگز بیلاری

بیماران حساس

در مورد بیماران حساس و وسواسی، توصیه من این است که قبل از جلسه نهایی تحویل کار، بیمار یک جلسه برای امتحان کار نهایی به مطب بیاید. لازم است دندانپزشک تصاویر، اندازه‌ها و کست قبل از کار و وکس آپ و ماک آپ را در اختیار داشته باشد و موقع امتحان لامینیت‌ها به بیمار نشان دهد که مثلا موقعیت دندان شما قبل از تراش اینجا بوده و الان اینجا است یا اندازه‌اش اینقدر بوده و الان اینقدر شده است. می‌توان لامینیت‌ها را با ژل‌های واتر بیسی یا برای این ژل کمپانی‌های سازنده سمان رزینی (try-in paste) روی دندان قرار داد و نظر بیمار را جویا شد. اگر بیمار خواستار انجام تغییراتی روی لامینیت‌ها بود می‌توان از لابراتوار خواست تا این تغییرات را اعمال کند. در عین حال از خانواده بیمار حتما یک نفر برای نظر دادن درباره رنگ و خود لامینیت‌ها باید حاضر باشد مثلا اگر بیمار با پدر و مادرش زندگی می‌کند یکی از والدین، یا خواهر یا برادر یا همسر یا فرزندانش.

انواع پرسلن

مراحل سمان کردن این لامینیت‌ها تفاوتی با لامینیت‌های دیگر ندارد. تنها باید به این نکته توجه داشت که مدت زمان اچ کردن پرسلن‌های emax از پرسلن‌های فلدسپاتیک کمتر است و حتی ۲۰ یا ۲۵ ثانیه اچ کردن هم کافی است. اگر لامینیت از جنس پرسلن‌های emax نباشد آنوقت باید یک دقیقه لامینیت را اچ کرد. در مورد

پرسلن‌های emax توصیه می‌شود از انواع با ترانسلسونسی بالا (high translucent) استفاده شود. این بلوک‌های emax حالت اپال (opal) داشته و نیازی به layering ندارد. لابراتوار می‌تواند این نوع پرسلن را بطور کامل وکس آپ و سیلندرگذاری کرده و آن را بریزد چراکه این نوع بلوک‌ها از نوع hot pressable ceramic هستند. از سوی دیگر این نوع پرسلن‌ها قابل استفاده در کد/کم نیستند و امکان فرم دادن مارچین نازک با آنها امکانپذیر نیست.

پوستاندن بد رنگی

سوالاتی که اینجا مطرح می‌شود این است که آیا این سرامیک‌های با ترانسلسونسی بالا می‌تواند رنگ دندان را هم به شکل مطلوبی تغییر داد؟ پاسخ به این سوال مثبت است. اگر سرامیک‌های ما از جنس فلدسپاتیک باشد موقع کار انامل و دنتین بصورت لایه لایه قرار می‌گیرد و چون هدف ما از ساخت این لامینیت‌ها پر کردن فضا و افزایش حجم است، تکنسین می‌تواند حجم کافی از این مواد را استفاده کرده و رنگ مورد نظر را برحی ایجاد کند.

اما اگر تغییر رنگ دندان خیلی شدید باشد مثل موارد بدرنگی ناشی از تتراسایکلین دیگر نمی‌توانیم از پرسلن‌های با ترانسلسونسی بالا استفاده کنیم. اینجا فریم زیر لامینیت باید از نوع low translucency باشد تا بتواند رنگ دندان را پوشش داده و لایه‌های بعدی دنتین و انامل این پوشش و تغییر رنگ را تکمیل می‌کنند. حتی می‌توان از بلوک‌های با اپاسیته بالا (high opacity) استفاده کرد که رنگ زیرین را به شکل بسیار مطلوبی پوشش

می‌دهند و بیشتر در مواردی که پست و کور فلزی یا اباتمنت فلزی ایمپلنت وجود داشته باشد کاربرد دارند. نکته مثبت این بلوک‌ها این است که می‌توان آنها را اچ کرد؛ برعکس فریم‌های زیر کونیا که اچ نمی‌شوند و فقط باید آنها را سنبلاست کرد. مزیت دوم این بلوک‌ها این است که در صورت layering بسیار زیبا از کار در می‌آیند ولی در مورد فریم‌های زیر کونیایی برای دست یابی به این استیکر بالا، layering باید بسیار با دقت انجام شود و فریم هم نباید اپاسیته بالا داشته باشد چون در این صورت دندان حالت وایتال و زنده نخواهد داشت.

مساله دیگری که در رنگ نهایی کار تاثیرگذار است به رنگ سمان رزینی برمی‌گردد. هر کمپانی رنگ‌بندی خاص خودش را دارد ولی بطور معمول یک رنگ ترانسلسوننت داریم که رنگ دندان زیرین را عینا منعکس می‌کند و در شرایطی کاربرد دارد که رنگ دندان زیرین مطلوب باشد. از آن طرف یک رنگ بسیار اپک هم موجود است (مثلا میلیک اپک در سمان choice 2 شرکت بیسکو) که رنگ دندان را کاور کرده و کمک می‌کند تا لامینیت‌ها سفیدتر و روشن‌تر به نظر برسند. توجه کنید که گرچه رنگ سمان رزینی در تعیین رنگ نهایی کار تاثیرگذار است ولی میزان اثرگذاری آن به اندازه رنگ و جنس لامینیت نیست. توجه به این موارد نیازمند اطلاعات و دانش دندانپزشک از کارهای لابراتواری و دنتال متریکال است. در غیر این صورت ارتباط مناسب و مطلوبی میان مطب و لابراتوار برقرار نمی‌شود و همین مساله باعث سردرگمی تکنیسین و افت کیفیت کار می‌شود.



تصویر ۷: بیمار در حال صحبت کردن پس از درمان. پس از درمان لبه‌دندان‌ها به شکلی مطلوب موقع صحبت کردن دیده می‌شوند.



تصویر ۶: بیمار در حال صحبت کردن پیش از درمان. توجه کنید که موقع صحبت کردن لبه‌دندان‌های قدامی ماکزیلاری دیده نمی‌شوند.

Article

اصول بیومکانیک حرکات دندانی در اینترهای شفاف همان اصول سیستم‌های دیگر درمان‌های ارتودونتیکی است. یعنی فشار موجب تحلیل استخوان و کشش موجب استخوان‌سازی می‌شود که برآیند آن حرکت دندانی است.

آیا همه مشکلات ارتودونتیکی با اینترهای شفاف قابل درمان هستند؟

با اینکه شرکت‌های مختلف این ادعا را مطرح می‌کنند که در حال حاضر می‌توانند به مانند درمان‌های ارتودونسی ثابت بیشتر درمان‌ها را انجام دهند، اما هنوز در بعضی‌ها از درمان‌ها محدودیت‌هایی وجود دارد. به رغم پیشرفت‌های چشمگیر در مسیر ایجاد حرکات بادبلی توسط اینترها، در درمان‌هایی که برای تصحیح روابط دندانی و رفع کراپینگ به اکسترکشن دندان نیاز است، دقت اینترهای شفاف به اندازه درمان‌های ثابت رایج نیست و این ادعا در حال حاضر جای سوال دارد.

با توجه به اینکه اینترها روی دندان‌ها قرار می‌گیرند قادر به اعمال مقدار بیشتری نیروهای اینترژن هستند و در نتیجه اینترود کردن دندان‌ها با آنها راحت‌تر است. در کیس‌هایی که دیپ بایت هستند و قرار دادن براکت روی دندان‌های مندیبولار دشوار است، اینترهای شفاف گزینه‌های مطلوبی محسوب می‌شوند. انجام حرکات اکسترژن با درمان‌های ثابت رایج بسیار ساده‌تر از اینترهای شفاف است. با اینکه اتچمنت‌های مختلفی برای این حرکات طراحی شده ولی همچنان انجام اکسترژن با اینترهای شفاف سخت‌تر از درمان‌های ارتودونسی ثابت است. در حرکات تیپینگ تفاوت زیادی بین اینترهای شفاف با دیگر روش‌های درمان ارتودونسی وجود ندارد اما انجام حرکات بادبلی و همچنین اکسپنشن فک با اینترهای شفاف دشوار است. اینترهای شفاف برای بیماران بزرگسال با کراپینگ که نیازی به اکسترکشن برای اصلاح کراپینگ

نکاتی درباره الاینرهای ارتودونسی شفاف



دکتر حسین
ارباب زاده
ارتودونتیست

با پیشرفت علم و تکنولوژی، دسترسی شرکت‌ها و لابراتوارهای مختلف در سراسر جهان به فناوری طراحی و ساخت الاینرهای شفاف (clear aligners) بیشتر شده و مقبولیت و گسترش این طرح درمان نوین ارتودونتیکی نیز افزایش یافته است. بدلیل اینکه این پلاک‌ها و الاینرها، شفاف بوده و دیده نمی‌شوند، از لحاظ استتیک کاملاً به سیستم‌های ثابت رایج برتری دارند. فرآیند درمانی آن هم تقریباً ساده و chair time آن نیز کم است. همین مساله موجب شده است که هم دندانپزشکان و ارتودونتیست‌ها و هم بیماران به این نوع الاینرها توجه بیشتری داشته باشند. در این نوشتار نگاهی اجمالی به این الاینرها خواهیم داشت.

الاینرهای شفاف چگونه استفاده می‌شوند؟

روند کلی درمان با الاینرهای شفاف با قالبگیری از بیمار و یا اسکن داخل دهانی شروع می‌شود. قالب‌ها و یا اسکن به لابراتوار ارسال شده و پس از آن تکنیسین به کمک نرم‌افزار طرح درمان سه بعدی را فراهم می‌کند و به دندانپزشک پیشنهاد می‌دهد. تعداد الاینرهای لازم، محل قرارگیری اتچمنت‌ها و نواحی‌ای که احتیاج به اینتر پروگزیمال ریداکشن (IPR) دارند نیز در طرح درمان مشخص می‌شود. بعد از اینکه طرح درمان به تایید دندانپزشک رسید، پرینت‌های سه بعدی از مراحل مختلف باز شدن دهان (با توجه به محدودیت حرکات در زمان مشخص) تهیه می‌شود و الاینرهای شفاف به صورت thermoforming یا pressure forming روی آنها ساخته می‌شود. الاینرهای ساخته شده برای دندانپزشک ارسال شده و با دستورالعمل پیشنهادی (معمولاً هر دو هفته یک پلاک)



اتچمنت‌های غیر ضروری از طرح درمان حذف شوند که این با افزایش آگاهی و اطلاعات در زمینه اصول درمان‌های ارتودونتیکی و بیومکانیک مرتبط با آنها امکان‌پذیر است.

وقتی بیماری با اینر شفاف برای ویزیت مراجعه می‌کند، دندانپزشک نباید فقط نقش یک "توزیع‌کننده پلاک" را ایفا کند بلکه باید کاملاً از کارکرد اینر قبلی اطمینان حاصل کند. دندانپزشک باید فیتنس دستگاه را چک کرده و حتماً با نرم‌افزار و با توجه به مرحله درمانی حرکات مد نظر را کنترل کند.

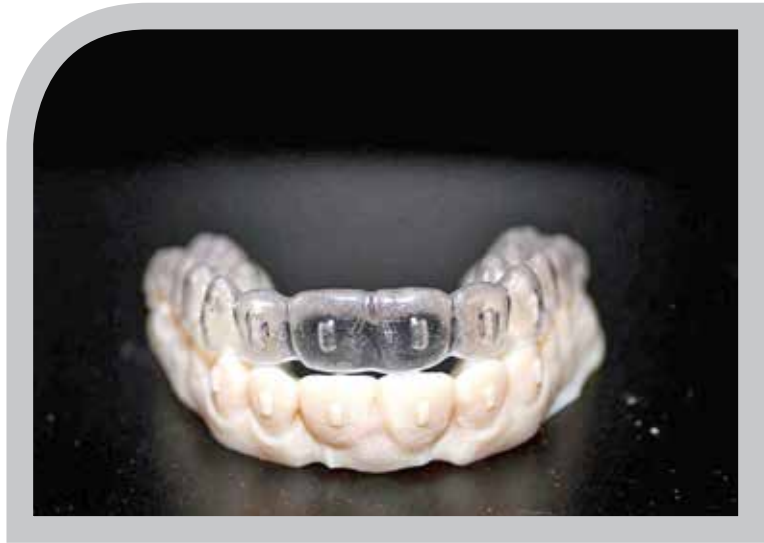
آیا برندهای مختلف اینرها با هم متفاوت هستند؟

در هنگام انتخاب برند اینرهای شفاف باید به چند مساله توجه داشت. نخستین و مهمترین نکته خدمات پس از تهیه و ساخت پلاک‌ها و پشتیبانی علمی و عملی شرکت یا لابراتوار است. بعضی برندها مانند Clear و Invisalign Correct دارای نرم‌افزارهای پیشرفته‌ای هستند که بعد از اسکن با دارا بودن الگوریتم بسیار گسترده، طرح درمان اولیه را از آن استخراج کرده و تکنیسین می‌تواند بر اساس آن طراحی را تکمیل کند. گاهی ارتباط با طراح دشوار است و گاهی طراح که تکنیسین نرم‌افزار است مشکل دندانپزشک را تشخیص نمی‌دهد و نمی‌تواند از آنها پشتیبانی نزدیک و انفرادی را انتظار داشت.

در برخی لابراتوارها طراحی از ابتدا توسط اشخاص صورت می‌گیرد که خود ارتودونتیست یا دندانپزشک و آشنا با اصول ارتودونتیکی هستند. در این صورت، طراح نه تنها بیشتر مسائل فیزیولوژیک و بیولوژیک را در نظر می‌گیرد بلکه راحت‌تر می‌تواند دندانپزشک را در میانه درمان راهنمایی کرده و به حل مشکلات کمک کند. به عنوان مثال در اونتاریو Perfect Smile که توسط Shaw Lab ارائه می‌شود از این مزیت مهم برخوردار است.

در حال حاضر اغلب شرکت‌ها و لابراتوارها از متریاال مشابه برای ساخت پلاک‌ها استفاده می‌کنند. بعضی مانند Invisalign اتچمنت‌های پیشرفته‌تری در اختیار دارند و به واسطه آنها می‌توانند نیروهایی با جهت، مقدار و دامنه متنوع‌تری را اعمال کنند.

قیمت نیز یکی از فاکتورهای موثر در انتخاب اینرهای شفاف است. به یاد داشته باشید گران بودن دلیل بهتر بودن نیست و ارزان بودن هم نمی‌تواند دلیل برای انتخاب باشد. دندانپزشک باید بر اساس دانش و اطلاعات خود بهترین گزینه را انتخاب کند.



روی نرم‌افزار و مدل‌های مجازی قابل اجرا بوده است.

اگر دندانپزشک با اصول اولیه تشخیص و طرح درمان در ارتودونتیکیس آشنایی داشته باشد و بداند عکس العمل‌های استخوانی و بافتی نسبت به نیروهای اعمال شده به دندان‌ها چگونه است و همچنین محدودیت‌های حرکتی دندان‌ها را بشناسد، در این صورت با اطمینان می‌تواند از اینرهای شفاف به درستی برای بیماران استفاده کند. دندانپزشک باید بر طرح درمان پیشنهادی لابراتوار نظارت و در تهیه آن مشارکت داشته باشد. پس کلید اصلی در موفقیت درمان با اینرها شفاف و بالابردن ضریب موفقیت آن آشنایی با اصول تئوریک ارتودونسی است. بعنوان مثال در بیشتر موارد برای درمان با اینرها شفاف به اینتر پروگزیمال ریداکشن نیاز است. هر چند طبق تحقیقات صورت گرفته، برداشتن ۰/۳ - ۰/۴ میلی‌متر از مینای دندان و متعاقب آن استفاده از فلوراید آسیب خاصی به دندان وارد نمی‌کند، اما گاهی این فواصل که در ابتدای درمان ضروری به نظر می‌رسیدند در انتهای درمان باقی مانده و باید بسته شوند. بستن این فضاهای کوچک با اینرها کار دشواری است. بنابراین به خصوص در نواحی خلفی اینتر پروگزیمال ریداکشن باید با احتیاط و آگاهی انجام شود.

مثال دیگر اینکه گاهی اوقات قرار دادن تعداد زیادی اتچمنت در ابتدای کار، کنترل درمان را از دست دندانپزشک خارج می‌کند. اتچمنت‌ها ممکن است کهنه شده و وقتی دچار تغییر رنگ شوند ممکن است منظره نازیبایی ایجاد کنند. بنابراین بهتر است

ندارند اما ترجیح می‌دهند وسائل ارتودونسی در دهانشان دیده نشود درمانی ایده‌آل محسوب می‌شود. تاکنون پیشرفت‌های زیادی در طراحی اتچمنت‌ها برای اعمال نیروی بهتر و دقیق‌تر انجام گرفته است و در حال حاضر تحقیقات برای بهینه‌سازی آنها ادامه دارد.

پیش‌نیاز درمان با اینرهای شفاف چیست؟

برای اینکه بتوانیم بهترین طرح درمان را به بیمار ارائه کنیم باید با اصول تشخیصی، بیومکانیک و طرح درمان ارتودونسی آشنایی داشته باشیم. یکی از مشکلات پیش رو دندانپزشکان در استفاده از اینرها شفاف، وابستگی کامل به شرکت یا لابراتوار سازنده این نوع پلاک‌ها است که اصولاً از آگاهی و علم کافی در زمینه درمان‌های ارتودونسی برخوردار نیستند. گاهی تبلیغات به گونه‌ای است که موجب می‌شود دندانپزشک تصور کند فقط باید قالبگیری کرده، به لابراتوار یا شرکت ارسال کند و از آن طرف وقتی اینرها را تحویل گرفت صرفاً باید اتچمنت‌ها را متصل کرده و دستورالعمل آنها را به بیمار ارائه کند. باید گفت این ذهنیت کاملاً اشتباه است. بیشتر طرح درمان‌ها توسط تکنیسین لابراتوار با راهنمایی نرم‌افزار و با استفاده از الگوریتم‌های مشخصی طراحی می‌شود. اغلب این تکنیسین‌ها هیچ گونه آشنایی با اصول بیولوژیک، عکس العمل‌های بافتی و استخوانی و شرایط پرئودونتانال و سلامتی دندانها ندارند. بنابراین طرح درمان پیشنهادی آنها ممکن است روی انسان قابلیت اجرا نداشته باشد گرچه صد درصد

Article

بستگی دارد.

نگاهی به چند مطالعه

در دهه هشتاد میلادی تعدادی از پرودونتولوژیستهای عمدتاً سوئدی مثل Lindhe و Wennström و همکارانشان طبق تحقیقاتی که بر روی سگ های Beagle انجام دادند، نتیجه گرفتند که وجود یا عدم وجود لثه کراتینیزه، تفاوت معنی داری در سلامت پرودنتال ندارد.

در تحقیقی دیگر در این ارتباط که روی دانشجویان دندانپزشکی انجام گرفت، همین نتایج گزارش شد. به نظر نگارنده با توجه به اینکه جمعیت مورد مطالعه از بین دانشجویان دندانپزشکی انتخاب شده و متوسط شاخص بهداشت دهانی آنها از افراد عادی بالاتر است، لذا نتایج این مطالعه با واقعیت کلینیکی همخوانی ندارد.

سلسله تحقیقات دیگری که در این زمینه انجام شد، نشان داد که ضخامت لثه کراتینیزه در بعد باکولینگوالی مهم تر از ارتفاع اکلوژو جینجیوالی آن است. به عبارت دیگر، اگر لثه کراتینیزه ارتفاع کمی در بعد ورتیکالی داشته باشد ولی ضخامت مطلوبی داشته باشد، سلامت پرودنتال را در آن ناحیه بهتر تامین می کند.

تأثیر ضخامت بافت کراتینیزه

اگر از بعد باکولینگوالی به مقطع لثه و استخوان و دندان نگاه کنیم متوجه خواهیم شد که لبه آزاد لثه از ناحیه جینجیوالی دندان آغاز شده و تا CEJ دندان امتداد می یابد و در ادامه لثه به ریشه دندان متصل می شود. این فضا یعنی از لبه آزاد لثه تا محل اتصال به ریشه، سالکوس را تشکیل می دهد که در حالت طبیعی تقریباً یک میلی متر عمق دارد. به صورت کلینیکی، فضایی که از قاعده سالکوس تا لبه استخوان کرسنال امتداد دارد عرض بیولوژیکی (biological width) نام دارد. در این فضا جانکشنال اپیتلیوم و بافت همبندی (شامل الیاف پرودوننتال) قرار دارند. الیاف پرودوننتال (الیاف شاری) از سمت لترال (خارجی) به لثه و از طرف داخلی به فرم عمودی به سمتوم متصل هستند. طبعاً هرچه میزان این الیاف بیشتر و متراکم تر باشد، مقاومت لثه در برابر محرک های مکانیکی بیشتر خواهد بود. این اتفاق زمانی رخ می دهد که حجم بافت همبند در ناحیه مذکور زیاد باشد که به لحاظ کلینیکی از آن به لثه کراتینیزه ضخیم تعبیر می شود و بر همین اساس انواع بایوتایپ لثه (gingival biotype) تعریف می شود. محرک های مکانیکی که به آنها اشاره کردیم طیف متفاوتی را شامل می شوند از یک لقمه غذایی تا تروماناسی از کشش فنروم تاحتی تروما

اهمیت لثه کراتینیزه در اطراف دندان و ایمپلنت؛ از تشخیص تا درمان



دکتر اردشیر رنجبری
پروودونتیست،
ایمپلنتولوژیست

در درمان های مختلف که بطور روزمره در مطب های دندانپزشکی انجام می شود یکی از مواردی که گاهی آنطور که باید و شاید مورد توجه دندانپزشکان قرار نمی گیرد بافت کراتینیزه اطراف دندان یا ایمپلنت های دندانی است. مساله ای به ظاهر ساده که بی توجهی به آن می تواند باعث بروز عوارضی پیچیده شده و حتی تعیین کننده شکست یا موفقیت درمان باشد. در این مقاله به طور خلاصه مسائل و مشکلات مرتبط با لثه کراتینیزه، نحوه تشخیص و درمان آنها مورد بحث قرار گرفته است.

مقدمه

وجود یک لثه سالم در اطراف دندان طبیعی یا ایمپلنت یکی از عوامل موفقیت بلندمدت درمان محسوب می شود. ما دندانپزشکان باید به بافت های اطراف دندان و ایمپلنت از این جنبه نگاه کنیم که چه بافت هایی و در چه مقداری می توانند تامین کننده زیبایی و سلامت اطراف دندان یا ایمپلنت در بلند مدت باشند. باید به این نکته مهم توجه کرد که پلاک کنترل مطلوب از جانب بیمار نیز از تباط تنگاتنگی با این مساله دارد.

بافت های نرم دهان

در محیط دهان به جز ناحیه دورسال زبان، بطور کلی دو نوع بافت نرم وجود دارد: کراتینیزه و غیر کراتینیزه. بافت های کراتینیزه در سقف دهان و اطراف دندان ها وجود دارند. بافت های

نرم اطراف دندان با یک خط فرضی از لثه جدا می شوند که به موکوجینجیوال جانکشن (mucogingival junction) معروف است. قسمت کرونالی این خط، بافت کراتینیزه قرار دارد و قسمت اپیکالی آن از مخاط غیر کراتینیزه تشکیل شده است. مخاط غیر کراتینیزه یا همان مخاط آلوئولار کل سطح دهان و زیر زبان را مفروش می کند.

بافت های کراتینیزه خود از دو بخش تشکیل شده اند. یک بخش به استخوان نگهدارنده اطراف دندان چسبیده اند که با عنوان لثه چسبیده (attached gingiva) شناخته می شوند. لبه آزاد لثه (free gingival margin) کرونالی ترین بخش لثه کراتینیزه را تشکیل می دهد که به سطح دندان متصل نیست. سلامت و تاحدی ماندگاری دندان ها و ایمپلنت ها تا حد قابل توجهی به وجود یا عدم وجود و همچنین مقدار بافت کراتینیزه هم در بعد عمودی و هم در بعد افقی اطراف آنها

ناشی از کشش لب؛ اگر لثه چسبیده کراتینیزه وجود نداشته باشد و فقط مخاط متحرک غیر کراتینیزه در آن ناحیه وجود داشته باشد، مقاومت در برابر این محرک-های مکانیکی پایین است. به همین دلیل می توان به سادگی نتیجه گرفت که لثه چسبیده کراتینیزه نسبت به مخاط متحرک غیر کراتینیزه بسیار بهتر و موثرتر می تواند در برابر محرک های مکانیکی و نفوذ باکتری ها مقاومت داشته باشد.

از لحاظ بالینی، لثه کراتینیزه نسبت به لثه غیر کراتینیزه کم رنگ تر و صورتی تر دیده می شود. علت این است که لایه شاخی حاوی کراتین که در خارجی ترین لایه لثه کراتینیزه قرار دارد، عروق خونی زیرین را پوشانده و مانع پروجکشن رنگ سرخ آنها می شود. اما در مخاط غیر کراتینیزه چون این لایه وجود ندارد، انعکاس رنگ سرخ عروق در لایه های زیرین به راحتی از بیرون دیده شده و در نتیجه مخاط غیر کراتینیزه قرمز تر دیده می شوند. از طرف دیگر مقدار بافت های کلاژن در لثه چسبیده بسیار بیشتر از مخاط غیر کراتینیزه متحرک است. این الیاف کلاژن مثل یک توپ پر باد عمل می کنند که اگر به آن فشار وارد کنیم ممکن است مقداری سطح آن فرو رود ولی بلافاصله بعد از برداشتن فشار به حالت اول برمی گردد.

چقدر لثه کراتینیزه کافی است؟

یک سوال بسیار مهم و رایج این است که پهنای لثه کراتینیزه در بعد اکلوز و جینجیوالی اطراف یک دندان طبیعی یا ایمپلنت باید چقدر باشد تا تامین کننده سلامت بلندمدت دندان یا ایمپلنت باشد؟ واقعیت این است که در این مورد بین محققان رشته پرودنتولوژی اختلاف نظر وجود داشته و از یک تا چهار میلی متر متغیر است. مثلاً اگر دندان پوسیدگی نداشته باشد و در آینده هم قرار نباشد کار رستوریتو سنکین و فول کاورج روی آن انجام شود، پلاک کنترل بیمار خوب باشد و ریسک فاکتوری مثل کشش فرنوم وجود نداشته باشد حتی یک میلی متر لثه کراتینیزه هم کافی خواهد بود.

اما در حال حاضر بسیاری از محققان پرودنتولوژی روی ضخامت ۲ میلی متر اتفاق نظر دارند به شرطی که قرار به انجام درمان های رستوریتو در ناحیه سالکوس لثه نباشد. اما

اگر قرار است یک ترمیم کلاس ۵ عمیق که زیر لثه می رود یا یک کراون با مارجین زیر لثه قرار داده شود، حداقل مقدار بافت کراتینیزه باید ۲ میلی متر باشد ولی اگر ۳ میلی متر باشد به مراتب بهتر و مطلوب تر است. همچنین در مورد میزان و ابعاد لثه کراتینیزه اطراف ایمپلنت Linkevicius از کشور لیتوانی طی سلسله مقالات ارزشمندی اعلام کرد که علاوه بر لزوم وجود لثه کراتینیزه در بعد افقی (با ضخامت حداقل ۲ میلی متر)، ارتفاع عمودی بافت نرم نیز حداقل می بایست تا راس کرس استخوان به میزان ۳ میلی متر وجود داشته باشد تا سلامت بیولوژیک استخوان در اطراف ایمپلنت حفظ شود.

علایم کلینیکی فقدان یا کمبود لثه کراتینیزه

به لحاظ کلینیکی بیمارانی که اطراف دندان یا بخصوص اطراف ایمپلنت، لثه کراتینیزه ندارند موقع غذا خوردن و مسواک زدن در آن ناحیه احساسی نامطلوب (discomfort) دارند و ناراحت هستند. این بیماران در مراجعه به دندانپزشک عنوان می کنند که از ایمپلنت و پروتز راضی هستند و ولی موقع غذا خوردن گرچه می توانند به راحتی غذا را بجوند ولی اطراف ایمپلنت احساس خوشایندی ندارند.

روش کلینیکی تشخیص وجود لثه کراتینیزه استفاده از رول تست (roll test) است. بدنه یک پروب پرودنتال را در ناحیه آپیکال و سستیبول روی مخاط آلئولار قرار داده و به سمت کرونال حرکت می دهیم. در این حالت مخاط لوله (rolled) شده و به سمت کرونال حرکت می کند. جایی که مخاط دیگر به سمت بالا حرکت نکند موکوجینجیوال جانکشن یا محل اتصال مخاط چسبیده کراتینیزه به مخاط متحرک است. از موکوجینجیوال جانکشن به سمت کرونال، لثه کراتینیزه است.

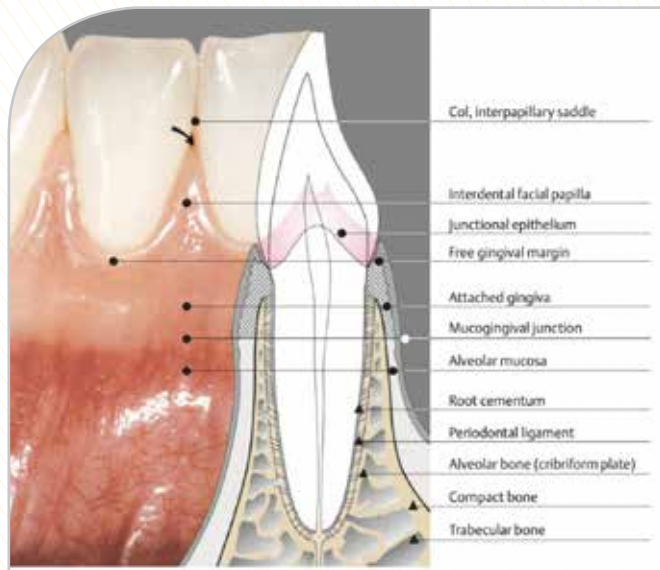
انواع بایوتایپ لثه (Gingival Biotype)

بر اساس ضخامت بافت کراتینیزه در ابعاد باکولینگوالی ما چند نوع بایوتایپ در لثه خواهیم داشت. توجه داشته باشید که حجم و ضخامت و وضعیت لثه کراتینیزه بطور ژنتیکی در افراد مختلف متفاوت است.

اگر مجموعه بافت همبندی و اپیتلیوم ضخیم تر بوده و تراکم الیاف کلاژن در بافت همبندی بیشتر باشد ما یک بایوتایپ ضخیم (thick) خواهیم داشت و اگر این مجموعه نازک و ظریف و کم حجم باشد به سمت بایوتایپ نازک (thin) حرکت خواهیم کرد. برای تشخیص کلینیکی

ساختارهای پرودنتال

© 1985, 2005 Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany



دادن هیلینگ ابامنت از تکنیک پانچ استفاده کرده و همان بافت کراتینیزه اندک را هم دور می‌اندازد و بدین ترتیب اطراف ایمپلنت دیگر بافت کراتینیزه کافی نخواهیم داشت. بطور کلی توصیه پرودونتیست‌ها بر این است که بجای تکنیک پانچ، با یک پرش کرسیتال ایمپلنت اکسپوز شده و هیلینگ بسته شود تا بافت کراتینیزه کاملاً حفظ شود.

ارتباط مستقیم ضخامت لثه و استخوان

یک نکته مهم اینکه معمولاً وقتی بایوتایپ لثه نازک و ظریف باشد، استخوان زیرین هم ظریف و نازک خواهد بود و احتمال وجود دهی‌سنس یا فنستریشن هم بسیار بالاست. این مساله در مورد ایمپلنت‌ها هم صادق دارد با این تفاوت که در ایمپلنت علاوه بر نازکی استخوان، بخاطر نازکی لثه، سایه فلز ابامنت یا قسمت کرسیتال (metal) فیکسچر از زیر لثه دیده خواهند شد (show) که یک مشکل استتیک جدی محسوب می‌شود. برعکس اگر ضخامت لثه بیشتر باشد مطمئناً چنین مشکلی پیش نخواهد آمد. تحقیقات نشان داده اگر لثه کراتینیزه از بالای کرسیتال استخوان تالیه مارچین لثه را به سه قسمت تقسیم کنیم، اگر ضخامت یک سوم میانی حداقل چیزی حدود دو میلی‌متر باشد سایه فلز از زیر لثه دیده نخواهد شد.

مشکلات موکوجینیوال

فقدان لثه کراتینیزه می‌تواند به بروز مشکلات موکوجینیوال منجر شود. علائم کلینیکی این مشکلات، تحلیل لثه و افزایش عمق پروبینگ اپیکالی تر از موکوجینیوال جانکشن را شامل

طبیعی ندارد با این تفاوت که بخاطر عدم وجود سمنتوم روی ایمپلنت، الیاف پرودونتانال اطراف ایمپلنت امکان نفوذ و اتصال به ایمپلنت را ندارند و در نتیجه جهت‌گیری این الیاف برخلاف دندان طبیعی، موازی سطح ایمپلنت است. پس در اینجا نقش لثه کراتینیزه حتی مهم‌تر از دندان طبیعی است چون اتصال محکم لثه کراتینیزه به ناحیه کلار (collar) ایمپلنت نقشی اساسی در جلوگیری از نفوذ باکتری‌ها به نواحی اپیکالی سالکوس دارد. توجه داشته باشید که در ایمپلنت‌ها، چون نحوه اتصال الیاف بافت همبندی (Supracrestal) مشابه الیاف شاپی متصل به سمنتوم ریشه نیست، اگر باکتری‌ها از ناحیه کف سالکوس فراتر بروند می‌توانند آسان‌تر به استخوان اطراف ایمپلنت نفوذ کرده و باعث پری‌ایملنتایتیس (peri-implantitis) شوند. در عین حال وجود لثه کراتینیزه برای رعایت صحیح بهداشت توسط بیمار ضروری است چون اگر لثه کراتینیزه وجود نداشته باشد یا مقدارش کافی نباشد بیمار موقع مسواک زدن احساس ناخوشایندی داشته و خواه ناخواه آنطور که باید و شاید اصول بهداشتی را رعایت نخواهد کرد که به نوبه خود باعث تجمع پلاک و پری‌ایملنت موکوزایتیس (Peri-Implant Mucositis) یا پری‌ایملنتایتیس می‌شود. از جنبه استتیک هم وجود لثه کراتینیزه برای دستیابی به یک وضعیت استتیک مطلوب بخصوص در ناحیه قدامی کاملاً ضروری است.

یک نکته مهم در ارتباط با بافت کراتینیزه در ایمپلنت‌ها استفاده از تکنیک پانچ (punch) برای قرار دادن هیلینگ ابامنت است. گاهی اوقات لثه کراتینیزه ما در اطراف ایمپلنتی که به صورت ساب مرج قرار گرفته زیاد نیست ولی قابل قبول است. اما دندانپزشک برای قرار

بایوتایپ لثه می‌توان یک پروب را داخل سالکوس لثه قرار داد. اگر پروب از ورای لثه دیده نشود با یک بایوتایپ ضخیم طرف هستیم و اگر پروب دیده شد آنوقت بایوتایپ ما نازک خواهد بود. این بایوتایپ‌ها می‌توانند به شکل thin-**scalloped** و **thick-flat** باشند.

در بیماران با بایوتایپ نازک حالت اسکالوپ معمولاً عمیق است و گاهی از CEJ اپیکالی تر قرار می‌گیرد. در چنین شرایطی خطر تحلیل لثه باکالی به شدت افزایش می‌یابد. حالا فرض کنید بیماری با بایوتایپ نازک در دندان‌های قدامی ماگزیلاری، لب کوتاه (high lip line) و گامی اسمایل به ما مراجعه کند و متقاضی درمان زیبایی در آن ناحیه باشد. کار کردن برای این بیماران مثل قدم زدن در میدان مین است! یک اشتباه کوچک در چنین بیمارانی می‌تواند به یک کامپلیکیشن استتیک بسیار پیچیده منجر شود. از طرف دیگر فرض کنید می‌خواهیم برای بیماری یک درمان کراون انجام دهیم. اگر لبه کراون بیشتر از نیم میلی‌متر زیر لثه قرار بگیرد یعنی به عرض بیولوژیک تجاوز شود، با واکنش بافت‌های پرودونتانال روبرو خواهیم شد. اگر بایوتایپ ضخیم باشد این واکنش بصورت افزایش حجم، خونریزی موقع پروبینگ و التهاب لثه است ولی اگر بایوتایپ نازک باشد واکنش به صورت تحلیل لثه (gingival recession) و متعاقب آن تحلیل استخوان (bone resorption) است.

اهمیت لثه کراتینیزه اطراف ایمپلنت

در ایمپلنت اهمیت بافت کراتینیزه حتی از دندان طبیعی هم بیشتر است. ضخامت لثه کراتینیزه در اطراف ایمپلنت تفاوتی با دندان



آماده سازی بستر پیوند، برداشت پیوند بافت همبند ساب اپیتلیال از کام و فیکس کردن پیوند.

تحلیل لثه کلاس ۱ میلر پیش از درمان.

می‌شود. تحلیل لثه عبارت است از حرکت آپیکالی مارجین لثه. این مساله به دلایل مختلفی ممکن است اتفاق بیفتد که رایج‌ترین علل آن عبارتند از مسواک زدن با روش غلط، استفاده از مسواک زبر و بیماریهای پریودونتانال. در تحلیل لثه علاوه بر شکایت بیمار از مشکلات استتیک، احتمال حساسیت دندان و خطر پوسیدگی ریشه هم وجود دارد.

توجه کنید که بافت همبند در قاعده سالکوس محکم به دندان چسبیده و با ایجاد یک سیل (seal) فیز یولوژیک مانع نفوذ پروب به مناطق اپیکالی تر می‌شود. وقتی این بافت وجود ندارد سیل این ناحیه هم وجود نخواهد داشت و عمق سالکوس به راحتی به سمت اپیکال گسترش خواهد یافت. پرسش بسیار مهم اینکه چه زمانی این سیل وجود ندارد؟ پاسخ این است که زمانی که بافت کراتینیزه وجود نداشته باشد. در این شرایط وقتی لب را کنار می‌زنیم، لثه کاملاً از دندان یا ایمپلنت جدا می‌شود که یک مشکل بسیار جدی است و به سادگی می‌تواند به از دست رفتن دندان یا ایمپلنت منجر شود.

طبقه‌بندی میلر (Miller) برای تحلیل‌های لثه

طبق طبقه‌بندی میلر، تحلیل لثه در چهار حالت ممکن است اتفاق بیفتد. در کلاس ۱ و ۲ نواحی اینتردنتال دچار انچمنت لاس نیستند. در کلاس ۱ تحلیل در ناحیه باکال شروع شده ولی هنوز به موکوجینجیوال جانکشن نرسیده و در کلاس ۲ از موکوجینجیوال جانکشن فراتر رفته است. در کلاس ۳ و ۴ تحلیل لثه از موکوجینجیوال جانکشن فراتر رفته و در نواحی اینتردنتال انچمنت لاس اتفاق افتاده که بر حسب

شدت می‌تواند در کلاس ۳ یا ۴ باشد. بطور کلی کلاس ۱ و ۲ میلر در صورت انتخاب روش جراحی مناسب و اجرای صحیح آن، به درمان روت کاورج (root coverage) خوبی پاسخ داده و می‌توان با درصد بالایی از موفقیت آنها را درمان کرد ولی کلاس ۳ و ۴ پاسخ مطلوبی به درمان نشان نداده و پروگنوز مناسبی ندارند.

درمان مشکلات موکوجینجیوال و تکمیل لثه کراتینیزه

برای درمان مشکلات موکوجینجیوال از جراحی‌های پریوپلاستیک استفاده می‌شود که در اینجا به طور خلاصه به آنها اشاره خواهیم کرد. یکی از این جراحی‌ها با هدف جینجیوال آگمنتیشن (gingival augmentation) انجام می‌شود. در جینجیوال آگمنتیشن، هدف افزایش لثه کراتینیزه در ناحیه اپیکال محل فعلی لثه است تا تحلیل لثه از این بیشتر نشده و در همین محل متوقف شود. به عبارت دیگر هدف ما در جینجیوال آگمنتیشن، پوشش ریشه نیست. برای این کار از ناحیه کام پیوند لثه آزاد (free gingival graft) برداشته شده و در ناحیه مورد نظر فیکس می‌شود. اشکال بزرگ این تکنیک این است که استتیک چندان مطلوبی ندارد و به همین دلیل معمولاً در فک پایین مورد استفاده قرار می‌گیرد که چندان در معرض دید نیست.

حالت دیگر این است که علاوه بر افزایش ابعاد لثه کراتینیزه، روت کاورج هم انجام دهیم که جراحی‌های بسیار متنوعی را شامل می‌شوند. نخستین درمان‌های جراحی روت کاورج در دهه ۱۹۶۰ ابداع و معرفی شدند و به مرور

تکامل پیدا کردند. ساده‌ترین روش برای پوشش ریشه همان پیوند لثه آزاد است که گاهی برای پوشش ریشه هم استفاده می‌شود ولی اساساً چندان توصیه نمی‌شود و پریودونتیسیت‌ها به ندرت از این تکنیک برای روت کاورج استفاده می‌کنند. حالت دیگر پیوند های ترکیبی (combination graft) است. در کامبینیشن گرفت یک پیوند بافت همبندی (connective tissue) به اضافه یک پدیکل فلپ روی ناحیه دچار تحلیل قرار گرفته و فیکس می‌شوند.

در حال حاضر پیوند بافت همبند ساب اپیتلیال (sub-epithelial connective tissue graft) استاندارد طلایی درمان‌های پوشش ریشه محسوب می‌شود که نوعی کامبینیشن گرفت است. در این حالت بعد از قرار دادن پیوند، یک فلپ کرونالی (coronally advanced flap) روی پیوند را پوشانده و به بستر پیوند فیکس می‌شود. تکنیک دیگر به نام تونل تکنیک معروف است که البته به لحاظ نتیجه درمان برتری خاصی به تکنیک پیوند بافت همبند ساب اپیتلیال ندارد.

نتیجه‌گیری

کماکان مقالاتی هستند که در نتیجه‌گیری آنها اشاره شده که وجود یا عدم وجود لثه کراتینیزه در اطراف دندان در نتایج درمان تفاوت معنی‌داری ندارد ولی توصیه نگارنده و بسیاری از پریودونتیسیت‌ها و محققان علم پریودونتیکس این است که وجود لثه کراتینیزه برای سلامت بلند مدت دندان و خصوصاً ایمپلنت یک اصل ضروری محسوب می‌شود.



سه ماه پس از درمان، به پوشش صد در صد سطح ریشه توجه کنید (درمان توسط دکتر اردشیر رنجبری)

۸



سه هفته پس از درمان

۷



۶



۵

Article

الگوریتم تشخیصی دردهای اروغشیال



دکتر پوریا مطهری

دندانپزشک - بورد تخصصی
پاتولوژی دهان و فک و
صورت از دانشگاه تهران

راديوگرافي‌های تشخیصی و تست‌های حیات پالپ و پرکاشن برای تعیین وضعیت پالپ و نواحی پری رادیکولار استفاده کند. در تشخیص درد یک روش بسیار مهم کنار گذاشتن گزینه‌ها (exclude) است. در واقع دندانپزشک بعد از بکار بردن این روش ممکن است به این نتیجه برسد که نمی‌داند درد بیمار از چیست ولی مطمئناً ادونتوژنیک هم نیست. طبعاً در این شرایط بهترین روش ارجاع بیمار به یک متخصص است. حتی گاهی برای متخصصان هم تشخیص این دردها کار ساده‌ای نیست و مشاوره با یک نورولوژیست یا متخصص بی‌هوشی که در زمینه درد فعالیت دارد از جمله گزینه‌هایی است که همیشه باید مد نظر قرار گیرد.

یک بدشأنی در این زمینه حالتی است که دو نوع درد با دو منشأ متفاوت همزمان با هم بروز می‌کنند. یعنی بیمار یک درد غیر ادونتوژنیک دارد و همزمان در همان ناحیه یک دندان دارد که منشأ یک درد ادونتوژنیک است. در این شرایط دندانپزشک درد ادونتوژنیک را درمان می‌کند و قطعاً شدت درد کم می‌شود ولی از بین نمی‌رود. در این حالت ممکن است بیمار تصور کند که دندانپزشک به اشتباه دندان او را درمان کرده و شرایط بدی بین بیمار و دندانپزشک ایجاد می‌شود.

مشکلات تشخیصی و درمان دردهای غیر ادونتوژنیک

یکی از مشکلات در دندانپزشکی دردهای ریفرال هستند. بیمار پری کورونایتیس دارد ولی درد به گوش او ریفر شده و در نتیجه در بسیاری موارد اولین مراجعه بیمار اصلاً به دندانپزشک نیست بلکه به سراغ پزشک عمومی یا متخصص گوش و حلق و بینی می‌رود. مشکل دیگر این است که بسیاری از دردهای غیر ادونتوژنیک راه‌حل درمانی معجزه‌آسا ندارند. ما برای درمان دردهای ادونتوژنیک راه‌حل‌های معجزه‌آسا داریم مثل اکسترکشن و درمان ریشه که هر کدام انجام شوند درد بیمار اغلب به سرعت و گاه بلافاصله از بین می‌رود. اما چنین چیزی در مورد دردهای غیر ادونتوژنیک مصداق ندارد. یعنی فرآیند تسکین درد این بیماران هم زمان بر و هم چند مرحله‌ای (درمان دارویی و ارتقا وضعیت روحی روانی) است. در نتیجه ما با بیمارانی روبرو هستیم که احتمالاً به چند دندانپزشک مراجعه کرده و انواع و اقسام داروهای مسکن را استفاده کرده و حتی درمان‌هایی به غلط روی دندان‌هایشان انجام شده و هیچ نتیجه‌ای نگرفته‌اند. این بیماران عصبی و مضطرب و بدبین هستند و آستانه تحمل‌شان به شدت پایین آمده است. درمان چنین بیماری به مراتب سخت‌تر از بیماری است که از همان ابتدا با یک تشخیص و طرح درمان مناسب روبرو شده است. در عین حال دندانپزشک برای درمان چنین دردهایی باید حتماً ارتباط مطلوبی با بیمار برقرار کرده و اطمینان و اعتماد او را جلب کند و گرنه با قاطعیت می‌توان گفت در درمان این دردها موفق نخواهد بود.

تشخیص و درمان دردهای غیر ادونتوژنیک حتی برای متخصصین با تجربه نیز گاه بسیار دشوار است چرا که بخاطر ماهیت پیچیده عروق و اعصاب ناحیه سر و صورت الگوی این دردها طیف بسیار وسیعی را شامل می‌شوند. این دردها می‌توانند نوروپتیک، میوژنیک، مرتبط با اختلالات مفصل تمپورومندیبولار، مرتبط با انواع متفاوتی از سردرد و یا دارای دلایل سیستمیک باشند. الگوهای این دردها گاهی بسیار گول‌زننده بوده و به راحتی ممکن است با دردهای ادونتوژنیک یا منشأ پالپ یا پرودنشیوم اشتباه گرفته شوند. چون دندانپزشک به طور معمول کمتر با این دردها روبرو می‌شود، در مواجهه با این بیماران ذهنش به سمت تشخیص چنین دردهایی نمی‌رود. به عبارت دیگر دندانپزشک تلاش می‌کند به هر نحوی الگوی این دردها را با دردهای ادونتوژنیک منطبق کرده و همین مسأله باعث تشخیص غلط و انجام درمان‌های اشتباه نظیر اکسترکشن یا اندو دندان یا دندان‌هایی می‌شود که در واقع اصلاً نیازی به چنین درمان‌هایی نداشته‌اند.

شیوع دردهای غیر ادونتوژنیک

یک دندانپزشک با بار کاری متوسط قطعاً در طول دوره کاری خود با چنین مواردی برخورد می‌کند ولی متأسفانه در برخی موارد قادر به تشخیص صحیح این دردها نبوده و در نتیجه این تصور وجود دارد که این دردها شیوع زیادی ندارند.

گام نخست: هیستوری

گام نخست در تشخیص یک درد گرفتن هیستوری صحیح و دقیق است. مثلاً بیمار با یک درد مداوم مراجعه کرده که قطع نمی‌شود و به تحریکات حرارتی هم ارتباطی ندارد. در اینجا نخستین پرسش از بیمار باید این باشد که آیا بیمار پیش از این نیز چنین دردی را تجربه کرده است یا نه؟ اگر بیمار اشاره کند که تا چند روز قبل درد با محرک‌های حرارتی تشدید می‌شد ولی در حال حاضر دیگر چنین اتفاقی رخ نمی‌دهد

می‌توان نتیجه گرفت با یک درد ادونتوژنیک طرف هستیم که وارد فاز درگیری نواحی پری رادیکولار شده است. اما اگر بیمار اظهار کند که این درد هرگز با تحریکات حرارتی تشدید نشده یا تسکین پیدا نکرده آنوقت باید شک کرد که شاید درد بیمار منشأ غیر ادونتوژنیک داشته باشد.

درد ادونتوژنیک است یا غیر ادونتوژنیک؟

وقتی بیماری با درد مراجعه می‌کند، دندانپزشک ابتدا باید مشخص کند که آیا درد منشأ ادونتوژنیک دارد یا نه. طبعاً انتظار می‌رود دندانپزشک توان تشخیص دردهای ادونتوژنیک را داشته باشد. در برخی موارد توصیف بیمار از درد باعث می‌شود دندانپزشک بر اساس تجربه کاری خود به سرعت تعیین کند که درد ادونتوژنیک است یا نه ولی به طور کلی توصیه بر این است که دندانپزشک برای تشخیص قطعی از

دردی که ادونتوژنیک نیست

وقتی دندانپزشک بر اساس معاینات بالینی و پاراکلینیکی به این نتیجه رسیده که درد بیمار ادونتوژنیک نیست باید قضاوت کند که از میان طیف وسیع دردهای غیر ادونتوژنیک، منشأ این درد چه مواردی می‌تواند باشد. الگوی درد، دیوریشن درد و محل درد سه نکته مهم در تشخیص دردهای غیر ادونتوژنیک هستند.

اینکه آیا درد حالت حمله‌ای داشته یا نه؟ یا اینکه دوره‌های درد کوتاه و در حد یکی دو دقیقه است یا مثلاً نیم ساعت و یک ساعت به طول می‌انجامد؟ سوال بعدی در زمینه کیفیت درد است. اینکه درد گنگ (dull) است یا تیز و خنجر (sharp)؟ دردهای عضلانی (میوژنیک) و دردهای مرتبط با مشکلات مفصل گیجگاهی فکی عمدتاً دردهای گنگ و دردهای نورالژیک معمولاً دردهای تیز و شارپ هستند. یا اینکه آیا درد بالمس محل خاصی ایجاد می‌شود یا نه؟

دردهای میوژنیک

در دردهای عضلانی با یک درد گنگ و مبهم و نه چندان شدید روبرو هستیم که معمولاً مدت زیادی است وجود دارد و عضله مربوطه (اغلب لترال پتر یگوبید) در لمس دردناک است. خیلی از این بیماران محدودیت در حرکات فکی داشته و مفصل هم ممکن است کلیک و تندرین داشته باشد. اگر تشخیص مادر نهایت درد میوژنیک باشد بهترین درمان گرم کردن ناحیه دردناک و تجویز

داروهای شل کننده عضلانی (بنزودiazepinها) در کنار تجویز مسکن (معمولاً انسیدها) است. طبیعتاً برخی از بیماران بر اساس نتیجه حاصل از معاینات نیاز به درمان‌های دیگری در زمینه وضعیت اکلوزن و یا مفصل دارند.

سینوزیت

سینوزیت صرفاً در فک بالا بوده و در ناحیه سینوس تندرین داریم. در این بیماران پرکاشن در دندان-های مولر و گاهی پر مولر مثبت می‌شود. در این شرایط اگر واکنش دندان به تست‌های حرارتی مثبت باشد، می‌توان به سینوزیت مشکوک شد. در اینجا رادیوگرافی پانورامیک برای مطالعه دقیق وضعیت سینوس می‌تواند مفید باشد. مساله بعدی سابقه بیمار است. بسیاری از این بیماران از بیماری سینوزیت خود اطلاع داشته و آن را در هیستوری خود اعلام می‌کنند. بیماران عمدتاً ترشح پشت حلق، خلط و گرفتگی بینی داشته و به تازگی سابقه ابتلا به یک عفونت باکتریایی یا ویروسی دستگاه تنفسی را داشته‌اند. گاهی اوقات علاوه بر سینوس ماگز یلاری، سینوس‌های اتموئیدال هم درگیر هستند که با توجه به آناتومی و ارتباط سینوس‌ها با هم اتفاق رایجی است. در این شرایط علاوه بر تندرین روی

Necessary Criteria for a Diagnosis of Trigeminal Neuralgia

- The onset of a pain "attack" is abrupt, often initiated by a light touch to a specific and constant trigger point.
 - The pain is extreme, paroxysmal, and lancinating.
 - The duration of a single pain "spasm" is less than 2 minutes, although the overall attack may consist of numerous repeating spasms of short duration.
 - For several minutes after an attack (the "refractory period"), touching the trigger point usually cannot induce additional attacks.
 - The pain must be limited to the known distribution of one or more branches of the trigeminal nerve with no motor deficit in the affected area.
 - The pain is dramatically diminished, at least initially, with the use of carbamazepine.
 - Spontaneous remissions occur, often lasting more than 6 months, especially during the early phase of the disease.
- (From Neville, B.W. (2016). Oral & maxillofacial pathology . (4th ed.), St. Louis, Missouri, by Elsevier, Inc.)

دندان‌های فک بالا، بیمار در ناحیه پشت چشم هم احساس درد تیر کشنده دارد. دانستن این نکته می‌تواند برای تعیین مشکل بیمار مفید باشد. اگر دندانپزشک تشخیص داد که بیمار سینوزیت دارد باید فوراً بیمار را ارجاع دهد.

نورالژی

خوشبختانه شیوع انواع نورالژی خیلی زیاد نیست. دردهای نورالژی اصولاً یک طرفه و در مسیر شاخه‌های عصبی بوده و افراد میانسال را درگیر می‌کند. در بین انواع نورالژی، کیس نورالژی گلو سوفارنژال تقریباً هرگز به دندانپزشک مراجعه نمی‌کند چون نواحی درگیر در مسیر عصب گلو سوفارنژال هستند که انتهای زبان در ناحیه ارفارنکس و حلق را شامل می‌شود. این بیماران برای مشکل خود معمولاً به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه می‌کنند. نورالژی تری ژمینال شایع‌ترین مدل از انواع نورالژی است که ممکن است به دندانپزشک مراجعه کند. در این بیماران ما حتماً یک تریگر پوینت داریم. یعنی نقطه‌ای وجود دارد که با تحریک آن درد بیمار شروع می‌شود. این نقطه ممکن است روی پوست صورت یا روی مخاط دهان باشد که در حالت اخیر تشخیص بسیار سخت خواهد شد. درد بیمار به صورت حمله‌ای و بسیار شدید بوده و بیمار را واقعاً آزار می‌دهد. حملات درد در یک بازه زمانی دو دقیقه‌ای رخ می‌دهد و بعد از آن بیمار مدتی درد نخواهد داشت که به آن دوره ریفرکتوری می‌گویند. در عین حال درد در مسیر یکی از سه شاخه عصب تری ژمینال (افتالمیک، ماگز یلاری، مندیبولار) اتفاق می‌افتد. یکی از بدترین موارد نورالژی، دردهای آتیبیک صورت (Atypical facial pain) هستند که از هیچ قاعده و قانونی پیروی نمی‌کنند. این دردها به واسطه اینکه از الگوی تیپیک درد نورالژیک تبعیت نمی‌کنند، به راحتی ممکن است با یک درد ادونتوژنیک اشتباه گرفته شوند. مشکل دیگر دردهای آتیبیک صورت این است که به تدریج بیمار به آنها عادت می‌کند و آستانه تحمل دردش افزایش پیدا می‌کند. در نتیجه شدت درد ابراز شده و الگوی درد کمابیش دچار تغییر شده و ممکن است باعث اشتباه دندانپزشک در تشخیص ماهیت درد شود.

کلید طلایی تشخیص

باز هم تاکید می‌کنم مهمترین نکته در تشخیص دردهای اوروفشیال تعیین ماهیت درد به صورت ادونتوژنیک یا غیر ادونتوژنیک است. اگر دندانپزشک همان ابتدا به این نتیجه برسد که درد بیمار ادونتوژنیک نیست از بروز بسیاری مشکلات و درمان‌های غلط و غیر ضروری جلوگیری خواهد شد.



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



گفتگو Interview

JOB | JUNE - 2020 | 31 | ژوئن ۲۰۲۰

مطالب بیشتر در وبسایت ما

www.jodmagazine.com



گفتگو با دکتر نهال سناوندی
حرکت از اقلیت به
سمت اکثریت



گفتگو با دکتر رضا ترمه‌ای
آرام و خاموش به
سمت موفقیت





گفتگو با دکتر رضا ترمه‌ای

آرام و خاموش به سمت موفقیت

فرایند طولانی پذیرش

فرآیند جایابی و پذیرش من در دانشگاه تا سال ۲۰۰۵ طول کشید و دیگر چیزی نمانده بود که اعتبار امتحان من تمام شود. ماجرا هم به این صورت بود که در سال ۲۰۰۲ هنوز نمره زبان نداشتم و نتوانستم اقدام کنم. سال ۲۰۰۳ اقدام کردم که در مصاحبه ورودی پذیرفته نشدم. آن موقع تازه فهمیدم که فرآیندی هست به اسم مصاحبه که باید برای آن آماده شد و تمرین کرد و اینطور نیست که شما بروی و هر چه پرسیدند جواب بدهی و آنها هم تشویق کنند! آنجا بود که دیدم چقدر جای گروهی که بتوانند در بدو شروع این پروسه ما را راهنمایی و کمک کنند خالی است. آن زمان دوستان کمی اینجا بودند و نه اینکه نخواهند به ما کمک کنند بلکه اساسا نقرات و امکانات این کار را نداشتند. در نهایت در سال ۲۰۰۵ من در دانشگاه تورنتو پذیرفته شده و در سال ۲۰۰۷ فارغ التحصیل شدم. در این دوره سه ساله‌ای که برای ورود به دانشگاه اقدام کرده بودم کارهای مختلفی انجام دادم که الان فکر می‌کنم چقدر برایم مفید بود؛ هم کمک کرد تا زبانم تقویت شود و هم اینکه باعث شد با فرهنگ مردم کانادا بیشتر آشنا شوم و بتوانم بهتر با قومیت‌های مختلف ارتباط برقرار

دوستانی که سابقه فعالیت صنفی دارند حتما تصدیق می‌کنند که این قبیل فعالیت‌ها اساسا کار دشواری است و چقدر سخت‌تر می‌شود وقتی که قرار باشد در یک کشور دیگر با قوانین و فرهنگ و شرایطی متفاوت با سرزمین مادری چنین فعالیت‌هایی انجام بشود. کاری دشوار و سخت که انجمن دندانپزشکان ایرانی اونتاریو (Iranian Ontario Dental Association) با تمام مشکلات از پس آن برآمده و کارنامه قابل قبولی در زمینه فعالیت‌های مختلف صنفی و آموزشی از خود بجای گذاشته است. برای آشنایی با تاریخچه و فعالیت‌های IODA پای صحبت‌های آقای دکتر رضا ترمه‌ای رییس انجمن نشستیم که پیشنهاد می‌کنم این گفتگوی خواندنی از دست ندهید.

وقتی دایرکت لایسنسینگ نبود

من فارغ التحصیل دبیرستان البرز هستم. در سال ۱۳۷۵ در رشته دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی پذیرفته و در سال ۸۱ فارغ التحصیل شدم. سال ۲۰۰۲ (۱۳۸۱) مدت بسیار کمی بعد از فارغ التحصیلی به کانادا مهاجرت کردم. البته قبل‌تر در سال ۹۷ هم به کانادا آمده بودم. در حوالی دهه ۱۹۹۰ فقط دوره‌های لایسنسینگ وجود داشت نه دوره‌های دانشگاهی و اگر یک دندانپزشک اینترنشنال می‌خواست در کانادا کار کند تنها مسیر همین لایسنسینگ بود. آن موقع تعداد دندانپزشک‌های ایرانی در کانادا بسیار کم بود. یادم هست آن موقع

آگهی‌های مربوط به اینکه مثلا برای امتحان در هلیفکس مریض لازم است به وفور دیده می‌شد. بهر حال آن زمان شاید امتحانات به اندازه الان چالش برانگیز و دشوار نبودند و البته کلا دندانپزشک خارجی و اینترنشنال هم به آن شکل متقاضی کار در کانادا نبودند. یادم هست ایران بودم که خبری آمد که مراحل دایرکت لایسنسینگ برداشته شده است. طبیعا خیلی ناراحت شدم و دلم نمی‌خواست دوباره برای دوره تکمیلی بروم دانشگاه و درس بخوانم ولی چاره‌ای نبود. سال ۲۰۰۲ به کانادا آمدم و در امتحان کتبی اول شرکت کردم. چون تازه از دانشگاه فارغ التحصیل شده بودم کاملا به روز و فرس بودم با نمره خوبی این امتحان را پاس کردم و بعد برای ورود به دانشگاه اقدام کردم.



مقایسه زیاد و ظرفیت محدود

در همان زمان درس خواندن ما دوستان زیادی بودند که نمرات خوبی کسب می کردند ولی نمی توانستند در مصاحبه قبول بشوند یا اصلا به مصاحبه دعوت نمی شدند. اینها دور هم جمع شده بودند و یک گروه تشکیل داده بودند از ملیت های مختلف اعم از ایرانی، هندی، پاکستانی، عراقی، چینی و ملیت های دیگر. اعضای این گروه باهم جلسه می گذاشتند و با مسولین ذی ربط نامه نگاری می کردند که این مساله عادلانه نیست که متقاضی اینقدر زیاد باشد و ظرفیت پذیرش تا این حد کم و محدود. من عمدتاً در جلسات آنها شرکت می کردم و دنبال این بودم که بتوانم کمکی بکنم، از این جهت که می دیدم یک کار تیمی و گروهی دارد انجام می شود که هدف درست و موثری را دنبال می کند و نیاز به حمایت و همکاری دارد.



ما خوشبختانه الان اعضای زیادی داریم که نسبت به قبل رشد چشمگیری داشته اند. الان وضعیتی است که با توجه به سمینار گروه دو و کردیت با ارزشی که دارد به محض اعلام ثبت نام، تمام ظرفیت به سرعت به فروش می رود

دست به کار شدیم تا این وضعیت را تغییر بدهیم. نامه نگاری های متعددی با مسولین دانشگاه انجام دادیم. با آنها صحبت کردیم. حتی بچه های دو کلاس پول روی هم گذاشتیم و یک وکیل استخدام کردیم و به لحاظ حقوقی از او مشاوره گرفتیم. حتی کاملاً آماده بودیم که کار را به دادگاه بکشانیم که در این مرحله وکیل ما توانست وکیل دانشگاه را مجاب کند که بدون شکایت و دعوی حقوقی با ما توافق کند. یادم هست رییس دانشکده آمد سر کلاس و به همه ما گفت که ما به شرطی به شما degree می دهیم که شما چند کورس و امتحان اضافی را مجدداً پشت سر بگذارید. بعد گفت هر کس می خواهد همان مسیر قبلی را ادامه بدهد و سر تیفیکیت بگیرد دستش را بالا بگیرد و هیچکس دستش را بلند نکرد. همان شد که دانشگاه تورنتو این قضیه را آغاز کرد و به دنبال آن سایر دانشگاه های کانادا هم از آن پیروی کردند. من همیشه به این مساله بعنوان یک دستاورد صنفی خیلی مهم و بزرگ در دوره کاری ام نگاه می کنم. این کار نتیجه یک حرکت جمعی و گروهی بود که به همت خود ما دانشجویان انجام شد.

کارهای بزرگتر امکان پذیر هستند

من همیشه این بحث را مطرح می کنم که وقتی ما که همه مهاجر بودیم و وضعیت مالی خوبی نداشتیم و حتی تریبونی هم برای صحبت نداشتیم توانستیم چنین حرکت بزرگی را انجام بدهیم حالا که همه دندانپزشک شده ایم و وضعیت بهتر و تثبیت شده ای داریم چرا نتوانیم کارهای بیشتری انجام بدهیم و به اهداف بزرگتری برسیم.

کنم. طبعاً من با کسی که اینجا مدرسه رفته و اینجا بزرگ شده فرق دارم و باید خیلی بیشتر سعی کنم تا بتوانم ریزه کاری های فرهنگی را متوجه شوم.

تخصص پریدونتیکیس

من بعد از فارغ التحصیلی در سال ۲۰۰۷ یک سال کار کردم و بعد در دوره تخصصی پریدونتیکیس دانشگاه تورنتو پذیرفته شدم. سال ۲۰۱۱ فارغ التحصیل شده و از آن موقع در زمینه تخصصی پریدونتیکیس کار می کنم. در عین حال عضو پاره وقت هیات علمی دانشکده دندانپزشکی تورنتو هم هستم.

دستاورد فوق العاده یک حرکت صنفی

دوره ای که ما گذرانیدیم دوره ای بود که به ما سر تیفیکیت (certificate) می دادند نه degree. سال ۲۰۰۶ بود که ما با دانشجویان سال بالاتر خودمان جلسات متعددی داشتیم و در این زمینه بحث کردیم. آن موقع من نماینده ODA در کلاس خودمان بودم. در این جلسات بحث می کردیم که چرا به ما degree نمی دهند. ما که داریم تمام موارد درسی را بصورت فشرده می گذرانیم و در همان امتحاناتی شرکت می کنیم که دانشجویان عادی در آن شرکت می کنند. از آن طرف آگهی های استخدام دندانپزشک پر بود از این عبارت که ما دندانپزشک دارای degree می خواهیم نه کسی که سر تیفیکیت دارد. یک نوع تبعیض آشکار و واضح که بر علیه ما دندانپزشکان اینترنشنال اعمال می شد. همه اینها باعث شد که ما



راهکاری برای کاهش تمرکز دندانپزشک

آن زمان ما باید علاوه بر اعتراض به شرایط باید راه حل هم ارائه می دادیم. یکی از راه حل هایی که من ارائه کردم این بود که مثل ایران چیزی شبیه دوره طرح راه اندازی شود تا دندانپزشکان مدت مشخصی در یک منطقه با تعداد دندانپزشک کم و تحت نظارت یک دندانپزشک با تجربه طبابت کرده و امتیاز جمع کنند؛ این چند مزیت دارد اول اینکه دندانپزشک دارد طبابت می کند و درآمد دارد؛ بعد اینکه در این مدت با ریزه کاری های مطب داری و مدیریت بیمار آشنا می شود؛ فرهنگ مردم را بهتر می شناسد، با بیمه ها آشنا می شود، اینکه چطور و از کجا متریا ل و لوازم تهیه کند و بعد از اتمام آن دوره اگر خواستند و امتیازات لازم را جمع آوری کرده بودند به یک شهر بزرگتر بروند. ما در ایران که استانداردهای پایه ای زندگی از کانادا به مراتب پایین تر است شاهد بودیم که بخش قابل توجهی از دندانپزشکان در همان منطقه می ماندند و همانجا طبابت می کردند. همین الان هم بعضاً می بینیم که دندانپزشکان اینترنشنال برای اینکه سریع تر بتوانند وام و فرض های خود را تسویه کنند به شهرهای کوچک و کم جمعیت می روند و بعد از چند سال کار همانجا ماندگار می شوند. من فکر می کنم اگر این ایده به درستی اجرا و مدیریت شود راهکار مطلوبی برای کاهش تمرکز دندانپزشک در شهرهایی مثل تورنتو و ونکوور خواهد بود.

با این همه دندانپزشک چه کنیم؟

دلیل اغلب دندانپزشکان تمایل دارند در همین شهرهای بزرگ ساکن باشند. اصل ماجرا این است که اغلب دندانپزشکان مهاجر در کشورهای خودشان زندگی خوبی داشتند و اینجا هم دوست دارند کیفیت مشابه همان زندگی را تجربه کنند نه اینکه بروند در یک شهر کوچک با چند هزار نفر جمعیت و امکانات محدودتر زندگی کنند. اینجا در همه شهرها حداقل های زندگی استاندارد بالایی دارد ولی کیفیت کلی زندگی شهرهایی مثل تورنتو و ونکوور اصلا با باقی شهرهای کانادا قابل مقایسه نیست بخصوص برای کسانی که بچه‌های کوچک دارند.

آن زمان هم مثل الان این پرسش وجود داشت که خوب اگر همه این متقاضیان بتوانند وارد بازار کار بشوند آنوقت چه اتفاقی می‌افتد؟ طبعاً با اشباع شدن منطقه از دندانپزشک هم درمان صدمه می‌خورد هم حرفه. اتفاقی که الان هم کمابیش رخ داده است. البته این فرض هم درست است که کیفیت زندگی در شهرهایی غیر از تورنتو و ونکوور ممکن است آنچنان مطلوب نباشد؛ چیزی شبیه آنچه در ایران در مورد شهرستان‌های کوچک گفته می‌شد. اینکه درآمد در آن شهرها بسیار مطلوب است ولی امکانات زندگی آنطور که باید و شاید کیفیت مطلوبی ندارد. به همین

داشت. من می‌توانستم هم سخنران دعوت کنم هم اسپانسر جذب کنم. با این رویکرد کار خود را شروع کردیم.

کمبود نیروی انسانی

تا اکتبر سال پیش ما انتخاباتی نداشتیم و اساسنامه هم تنظیم نکرده بودیم! این ایرادی بود که به مجموعه گرفته می‌شد که چطور از سال ۲۰۱۴ تا الان هنوز نه انتخاباتی برگزار شده نه اساسنامه نوشته شده. علت این است که ما نیروی انسانی کافی نداشتیم. و گر نه از همان سال ۲۰۱۵ من به طور مرتب در حال تهیه پیش نویس اساسنامه برای انجمن بودم. بهر حال تمرکز اصلی ما روی فعالیت علمی بود که در سال ۳ یا ۴ برنامه علمی برگزار می‌کردیم. روند حرکتی انجمن کند و آرام بود. تعداد اعضای ما زیاد نبود و عضویت در انجمن هم رایگان بود. ولی کم کم توانستیم تعداد اعضا را افزایش داده و دامنه فعالیت وسیع‌تری برای انجمن به دست بیاوریم. به تدریج به فعالیت‌های علمی، گردهمایی‌های اجتماعی را هم اضافه کردیم که مهم‌ترینش گالا نروزی ما بود که از سال ۲۰۱۶ اولین برنامه گالا را برگزار کردیم.

انجمن دندانپزشکان ایرانی اونتاریو

زمانی که من در دانشگاه تورنتو درس می‌خواندم از دوستان سال بالایی شنیدم که قرار است یک انجمنی راه‌اندازی شود که البته اصلاً به مرحله تشکیل جلسه هم نرسید. قبل از این هم همکاران پیشکسوت ما انجمنی تاسیس کرده و جلساتی هم برگزار کرده بودند که بنده دقیق در جریان جزئیاتش نیستم ولی آن هم دیگر فعال نبود. سال ۲۰۱۴ بود که در فیسبوک پیامی از خانم دکتر مژدمی دریافت کردم که یک جور فراخوان بود برای راه‌اندازی انجمنی به نام Iranian Ontario Dental Association. این شرکت آن موقع ثبت شده بود و قرار بود رسماً فعالیت خود را آغاز کند. موقعی که این فراخوان را دیدم به خودم گفتم این فرق دارد و باید بروم و کمک کنم. بهر حال شرایط من هم فرق کرده بود. سری قبل من دانشجوی بوم ولی الان دندانپزشک شده بودم و سابقه طبابت و تدریس داشتم و با فعالیت‌های مدیریتی و گروهی کاملاً آشنا شده بودم. از آن طرف با اسپانسرهای دندانپزشکی هم آشنا شده بودم و ارتباطات خوبی در این زمینه داشتم. به خودم گفتم که در جلسه شرکت می‌کنم و اگر توانستم در کارهای اجرایی کمک می‌کنم و اگر هم به هر دلیلی نتوانستم در حد یک عضو حضور پیدا می‌کنم. یادم هست این جلسه در طبقه بالای کافه بی بی برگزار شد و فکر کنم حدود ۲۰ نفر شرکت کرده بودند. آنجا بود که با خانم دکتر درنا مژدمی و خانم دکتر نیوشا دانش‌سور آشنا شدم. ایده اولیه تاسیس این انجمن متعلق به این دو خانم دکتر بود. در آن جلسه استاد عزیزم جناب آقای دکتر ورشوساز صحبت کردند که برای ما بسیار مفید بود. بقیه دوستان هم نظرات خود را ارائه کردند. من هم گفتم که هر کمکی از دستم ساخته باشد در ریغ نخواهم کرد. من تاکید داشتم که این مجموعه غیرانتفاعی باشد که خوشبختانه با همین وضعیت به ثبت رسیده بود. ابتدا تصمیم بر این شد که با تمرکز روی فعالیت‌های آموزشی کار خود را آغاز کنیم که هم مورد نیاز همه همکاران بوده و هست و هم اینکه در این زمینه تجربه بیشتری وجود

گردهمایی‌های علمی

هر کدام از بازآموزی‌های ما، سمینارهای دو ساعته‌ای بودند که به شرکت‌کنندگان امتیاز CE اعطا می‌شد. بطور متوسط ۱۵ تا ۲۰ نفر هم شرکت‌کننده داشتیم. البته آن اوایل که ما استادی کلاب (study club) تأیید شده نبودیم، فقط امتیاز CE گروه ۳ به ما تعلق می‌گرفت ولی الان که مورد تأیید رویال کالج اونتاریو هستیم می‌توانیم امتیاز گروه ۲ و حتی گروه ۱ را ارائه بدهیم. الان توالی برنامه‌ها هم به مراتب بیشتر شده و ما هر ماه یک سمینار علمی داریم. هنوز هندز آن (hands-on) را در برنامه‌ها نداشتیم ولی به دنبال این هستیم که این بخش را هم به سمینارها اضافه کنیم. البته شاید ناچار باشیم با سازمان‌های دیگری برنامه را برگزار کنیم که بتوانیم از امکانات آنها هم استفاده کنیم مثل دانشکده تورنتو.

سمینارهای علمی رایگان

راستش از همان ابتدا بنای ما بر این بود که تا حد امکان کورس‌ها بصورت رایگان برگزار شود و هزینه‌ها از طریق اسپانسر تأمین کنیم. البته در برنامه‌هایی با امتیاز ۱ رایگان برگزار

قبول می‌شد و به شهر دیگری می‌رفت؛ یک نفر دیگر کلاً کانادا را ترک کرد و رفت به ایران. اما یک دلیل دیگر هم برمی‌گشت به نداشتن تعهد نسبت به این مجموعه که باعث شد برخی از دوستان بی‌دلیل و ناگهانی از ما جدا شوند.

هسته مرکزی از همان جلسه نخست تا قبل از انتخابات اخیر من، خانم دکتر مژدمی و خانم دکتر دانش‌سور بودیم. یک علت این تغییر و تحولات فراوان به جابجایی و مهاجرت دوستان برمی‌گشت؛ مثلاً یکی رزیدنتی

ابتدا یک هسته مدیریتی اولیه شکل گرفت. اگر بخواهم خلاصه کنم باید بگویم این هسته مرکزی دچار تغییر و تحولات فراوانی شد. حتی در دوره‌هایی تنها سه نفر عضو داشت. سه عضو ثابت این

هیات مدیره سه نفره

دغدغه‌های غیرعلمی

یک پرسشی که مطرح می‌شود این است که آیا دنبال کردن اهداف غیرعلمی دغدغه انجمن ما هست یا نه. مثلاً آیا این در ساز و کار انجمن دیده شده که بتوانیم جدا از برگزاری جلسات علمی، در مسائل و مشکلاتی غیر از این هم به اعضا به خود خدماتی ارائه کنیم یا نه. برای پاسخ به این پرسش ابتدا باید ببینیم مخاطبان انجمن ما چه کسانی می‌توانند باشند. یک گروه دندانپزشکانی هستند که اینجا لایسنس دارند و به طبابت مشغول هستند. یک گروه دانشجویان دندانپزشکی که در دانشکده‌های دندانپزشکی کانادا تحصیل می‌کنند چه آنهایی که دندانپزشک بوده‌اند و الان برای گذراندن دوره دو ساله به دانشگاه رفته‌اند یا جای دیگری دانشگاه نرفته‌اند و برای اولین بار همین جا وارد رشته دندانپزشکی شده‌اند. یک دسته دیگر، دندانپزشکان ایرانی هستند که در فرآیند دایرکت لایسنسینگ حضور پیدا کرده‌اند. گروه دیگر ایرانیان غیر دندانپزشک هستند که خودشان طیف بسیار وسیعی را تشکیل می‌دهند؛ مثل نیوکامرهایی که تازه آمده‌اند و نیاز به کمک و راهنمایی دارند تا ایرانیانی که مدتهاست اینجا زندگی می‌کنند و ممکن است در یک مساله خاص نیاز به مشورت یا کمک داشته باشند. همه اینها در وب سایت ما آورده شده و از روز اول تا به الان تغییر نکرده است. طبعاً ما نتوانسته‌ایم به همه این اهداف (که سرویس دادن به همه این گروه‌ها است) دست پیدا کنیم که بخش مهمی از این ماجرا برمی‌گردد به همان مساله کمبود نیروی انسانی که دست کم تا سال قبل از این جهت به شدت تحت فشار بودیم.



ما در زمینه
فعالیت‌های
علمی کارنامه
بسیار درخشانی
داشته‌ایم و در
زمینه کارهای
عمومی و
اجتماعی هم
فعالیت‌های
مختصری انجام
داده‌ایم که بخش
برگزاری مهمانی
بسیار بسیار
موفق بود و مورد
توجه همکاران
قرار گرفت



دندانپزشکان ایرانی در کانادا بخصوص در اونتاریو بود.

گالا نرورزی

فکر کنم سال ۲۰۱۵ بود که یک گروهی در رستوران ماکسیس در خیابان یانگ برگزار کردیم که با استقبال بسیار زیادی روبرو شد به نحوی که اصلاً فکرش را نمی‌کردیم. راستش را بخواهید خودم اصلاً اهل برگزاری این قبیل برنامه‌ها نبودم ولی وقتی این استقبال را دیدم با سایر دوستان تصمیم گرفتیم یک گردهمایی تفریحی برای همکاران دندانپزشک برگزار کنیم. و بین شب یلدا و عید نوروز شک داشتیم. همان موقع دوستی در هیات ریسه داشتیم که تبحر فراوانی در برگزاری مراسم داشت. گالا اول با استقبال خوب و البته انتقادات فراوان روبرو شد. از همان انتقادات استفاده کردیم و برای سال بعد و سال -های بعدی برنامه‌های به مراتب بهتری برگزار کردیم. استقبال از این برنامه به حدی زیاد بود که الان به یک رکن ثابت انجمن ما تبدیل شده است.

فرصتی برای معرفی ایرانی‌ها

ما در زمینه فعالیت‌های علمی کارنامه بسیار درخشانی داشته‌ایم و در زمینه کارهای عمومی و اجتماعی هم فعالیت‌های مختصری انجام داده‌ایم که بخش برگزاری مهمانی بسیار موفق بود و مورد توجه همکاران قرار گرفت. ما چند نفر از دندانپزشکان کانادایی که عمدتاً همکاران من در دانشکده دندانپزشکی تورنتو بودند را به میهمانی دعوت کردیم و بامزه اینکه دو سه روز بعد از میهمانی، همکاران دیگری پیش من می‌آمدند و می‌خواستند در میهمانی‌های بعدی ما شرکت کنند!! یعنی

کردن کورس حالت جالبی ندارد و بهر حال هر کسی بخواهد چنین امتیازی را دریافت کند باید هزینه‌اش را پرداخت کند چون اصلاً هیچ برنامه‌ای در این سطح رایگان نیست. الان یک گلد ممبر ما صرفاً با ۶۰ دلار هزینه عضویت سالانه می‌تواند بیش از ۲۰ کردیت در سال دریافت کند که آفر بسیار خوب و مطلوبی است. بهر حال درآمد یک انجمن غیرانتفاعی یا از حق عضویت تامین می‌شود یا از اسپانسر. حق عضویت ما که واقعا رقم ناچیزی است و حداکثر ما بتوانیم با پول حق عضویت‌ها و ب سائیت انجمن را به روز نگه داریم. در نتیجه تمام هزینه‌های ما از کانال اسپانسرینگ پرداخت می‌شود بخصوص در مراسم گالا که گاهی که مبلغی در انتهای کار اضافه می‌آید آن را برای فعالیت‌های علمی انجمن هزینه می‌کنیم.

رشد چشمگیر اعضا

ما خوشبختانه الان اعضای زیادی داریم که نسبت به قبل رشد چشمگیری داشته‌اند. الان وضعیتی است که با توجه به سمینار گروه دو و کردیت با ارزشی که دارد به محض اعلام ثبت نام، تمام ظرفیت به سرعت به فروش می‌رود. در واقع الان مشکل ما این است که فضای کافی برای پذیرش این تعداد عضو را نداریم و در حال برنامه‌ریزی هستیم تا بتوانیم محل بزرگتری را در اختیار بگیریم و پذیرای تعداد بیشتری از همکاران باشیم. خوشبختانه باز خورد سمینارها بسیار خوب بوده و از این بابت بسیار خوشحال هستیم. البته انتقاداتی هم بوده که سعی داشتیم و داریم تا حد امکان نواقص را برطرف کنیم. این را هم اضافه کنم که یکی از مسائلی که به ما در ارتقا کارمان کمک کرد افزایش تعداد

باز خورد آن تا این حد مثبت بوده است. خوب این تبلیغ مثبتی برای همه ما ایرانی‌ها است و جدا از اینکه خود ما به محملی برای دور هم جمع شدن احتیاج داریم، می‌توانیم از این فرصت برای معرفی هر چه بیشتر و بهتر کامیونیتی ایرانی بطور عام و دندانپزشکان ایرانی بطور خاص استفاده کنیم.

کمیته‌هایی برای سایر دندانپزشکان

ما برای دانشجویان دندانپزشکی ایرانی در کانادا هم کمیته‌هایی تشکیل داده‌ایم و سعی کرده‌ایم به این دوستان سرویس‌های آموزشی ارائه کنیم. برای دندانپزشکانی که قصد ورود به دوره‌های دایرکت لایسنسینگ را دارند هنوز کار خاصی انجام نشده ولی اگر کسی ایمیلی می‌زد و درباره مراحل مربوط سوال می‌پرسید راهنمایی می‌کردیم ولی فراتر از این هنوز برنامه خاصی برای کمک و مشاوره به این همکاران اجرا نشده است. بهر حال ما در حال تدارک برای تهیه برنامه‌هایی جهت کمک به این دوستان هستیم. به همین دلیل حالا که هیات مدیره منتخب داریم، کمیته‌ای برای طرح موضوعات مرتبط با کسانی که در امتحانات دایرکت لایسنسینگ شرکت می‌کنند تشکیل شده و این عزیزان در انجمن نماینده دارند و از حالا به بعد سعی داریم صدای این دوستان را شنیده و در حد امکان به آنها کمک کنیم.

فعالیت‌های خیریه

در زمینه کارهای اجتماعی و عمومی فعالیت‌های خوبی داشته‌ایم و برنامه‌های متعددی برای گسترش آنها داریم مثلا فعالیت‌های خیریه دندانپزشکی به ایرانیان مقیم کانادا یا کمک به آسیب دیدگان بلاهای طبیعی مثل سیل و زلزله و موارد مشابه در ایران بخصوص که همکاران دندانپزشک اینجا عمدتاً شرایط مالی مطلوبی دارند و مبالغی که بخواهند به چنین خیریه‌هایی کمک کنند تاثیر خاصی در زندگی شان نخواهد داشت ولی همین مبالغ اندک در ایران بسیار اثر گذار و تعیین کننده خواهد بود. در فاجعه واقعا دلخراش سقوط هواپیمای اوکراینی و کشته شدن مسافران بی‌گناه آن به خصوص سه همکار دندانپزشکی که در آن پرواز بودند سعی کردیم در یک فاصله زمانی کوتاه مراسمی به یاد این عزیزان برگزار کنیم که حداقل کاری بود که از دستمان برمی‌آمد.

تعامل با انجمن‌های دندانپزشکی غیر ایرانی

متأسفانه همان فاجعه سقوط هواپیما پنهان ارتباط و آشنایی بیشتر انجمن ما

نشان بدهیم و اگر ۵۰۰ نفر بشویم طبعاً و قطعاً حضورمان پررنگ‌تر خواهد بود. یک بخش دیگر کار انتظارات اعضای ما از انجمن است. بزودی قرار است یک نظرسنجی برای اعضا ارسال کنیم و از آنها بپرسیم که اساساً چه توقع و انتظاری از ما دارند؟ چه مشکلاتی دارند که توقع دارند ما برای حل آنها اقدامی انجام دهیم. البته باید واقع‌گرا باشیم. مثلاً پیشنهاد شده بود که ما در بحث گرفتن بیمه برای همکاران اقدام کنیم. ولی خوب ODA همین الان دارد این کار را انجام می‌دهد. قاعدتاً قدرت چانه زنی و مذاکره ODA با چند هزار عضو خیلی بیشتر از ما است که ۲۰۰ نفر عضو داریم. ولی در عین حال قطعاً نیازها و دغدغه‌هایی در میان دندانپزشکان ایرانی هست که مد نظر انجمن‌هایی مثل ODA قرار نگرفته و ما می‌توانیم در رفع آنها کمک حال باشیم.

تمام انجمن‌های دندانپزشکان ایرانی کانادا

در حال حاضر یک انجمن ثبت شده با عنوان انجمن دندانپزشکان ایرانی کانادا (ICDA) ثبت شده ولی فعالیت خاصی ندارد. در ونکوور هم یک انجمن برای دندانپزشکان ایرانی داریم به نام ویدا (Vancouver Iranian Dental Association) که تمرکز آن هم روی کارهای آموزشی است. غیر از این، تا جایی که من اطلاع دارم انجمن دیگری در کانادا برای دندانپزشکان ایرانی نداریم. ما خیلی دوست داریم که بتوانیم همه این انجمن‌ها را کنار هم داشته باشیم و باهم کار کنیم. در این صورت دندانپزشکان ایرانی کل کانادا زیر چتر یک انجمن واحد و متحد قرار خواهند گرفت. بهر حال IODA بعنوان قدیمی‌ترین و پرجمعیت‌ترین انجمن می‌تواند نقش راهبری این اتفاق را برعهده بگیرد بخصوص که الان شاهد این هستیم که تعداد دندانپزشکان ایرانی که به استان‌هایی غیر از اونتاریو و بریتیش کلمبیا می‌روند هم افزایش یافته است.

با انجمن دندانپزشکان کانادا، YRDS و ODA بود. بعد از اطلاعیه‌هایی که برای شان فرستادیم، این انجمن‌ها نمایندگانی را به مراسم ما فرستادند و تازه آنجا با ما آشنا شدند و جمعیت باورنکردنی شرکت کننده در مراسم را دیدند و به نوعی انسجام بین دندانپزشکان ایرانی را مشاهده کردند. از آن بعد چند بار با ما مکاتبه داشتند که باز هم بیشتر مرتبط با همین حادثه بود. بنابراین فعلاً خط ارتباطی ما و آنها شکل گرفته و در آینده امیدواریم این ارتباط بیشتر و قوی‌تر بشود گرچه باعث ایجاد این ارتباط متأسفانه یک واقعه تلخ و دلخراش بود. البته RCDSO از قبل با ما آشنا شده بود چون سمینارهای ما را تأیید کرده بود و به واسطه این مساله با آنها کمابیش در تماس بودیم. حتی قرار است در سمینارهای بعدی ما از طرف آنها چند سخنران حضور داشته باشند. همین رفت و آمدها باعث می‌شود با کامیونیتی ما و پتانسیل موجود در دندانپزشکان ایرانی بیشتر آشنا شوند.

ما کمیته‌ای داریم به نام governmental affairs که وظیفه آن همین برقراری ارتباطات با نهادها و انجمن‌های دولتی و غیردولتی است که مسوولیت آن به عهده آقای دکتر پوری مطهری است و به واسطه همین کمیته و مواردی که عرض کردم انتظار داریم بتوانیم حضور پررنگ‌تری در معادلات دندانپزشکی اونتاریو داشته باشیم.

صدای برای تأثیرگذاری

مساله این است که ما می‌خواهیم صدای همکاران باشیم. نه اینکه این صدا فقط بین خودمان باقی بماند بلکه بنا داشتیم و داریم که این صدا را به گوش مراجع تصمیم‌گیری برسانیم حالا در سطح انترایو یا در حد کانادا. چیزی که به ما انگیزه و نیرو می‌دهد تعداد اعضای ما است. در حال حاضر تعداد اعضای ما به حدی رسیده که بتوانیم با اطمینان بگوییم ما برای خودمان وزنه‌ای هستیم. وقتی ۲۰۰ نفر هستیم می‌توانیم خودی

حرف آخر

یک نکته مهم در انجمن ما این است که بعد از این همه سال بالاخره هیات مدیره منسجم و منتخبی داریم و وقتی من می‌بینم افراد مختلف مجموعه بدون دخالت من یا هیچکدام از اعضای هیات مدیره خودشان کار خودشان را به نحو احسن انجام می‌دهند واقعا خوشحال می‌شوم. از دندانپزشکان ایرانی بعنوان اعضای انجمن سیاست‌گذارم که همیشه همراه ما بودند و دلسوزانه انتقاد و راهنمایی می‌کنند. همینطور از اعضای هیات مدیره انجمن، بازرس محترم و کمیته‌های کاری که واقعا بدون چشمداشت و داوطلبانه در حال فعالیت هستند. و در آخر یک تشکر ویژه دارم از خانم دکتر دانشور و خانم دکتر مزدومی که هسته اولیه این انجمن بودند و آنچه ما الان داریم ثمره تلاش‌های همان هسته اولیه‌ای است که این انجمن را شکل داد.

Article

امضا کند ولی حالا دیگر بخاطر همان مشکل پیش آمده، شرکت‌های بیمه تمایلی برای بیمه کردن او ندارند. بنابراین بهترین کار استفاده از تجربه و دانش یک مشاور بیمه خوش نام و قابل اعتماد است

ریزه‌کاری‌های حرفه‌ای

گاهی اوقات عملکرد یک یا دو فیچر به نحوی است که می‌توانند عملکرد یک بیمه را از این رو به آن رو کرده و در مشاغلی خاص مثل دندانپزشکی تعیین کننده و تاثیرگذار باشند. این برعهده مشاور بیمه است که از ویژگی‌های شغلی شما اطلاع کافی داشته و با آگاهی از خطرات شغلی احتمالی، فیچرهای مطلوب را به پلتفرم بیمه شما افزوده و فیچرهای فاقد کارایی را حذف کند.

مشکلات خاص دندانپزشکان

دندانپزشکان در دوران کاری خود به لحاظ فیزیکی و روحی، فشار و استرس فراوانی را متحمل شده و احتمال آسیب دیدگی یا حتی از کار افتادگی آنها به واسطه مشکلات فیزیکی وجود دارد. از سوی دیگر دندانپزشکان در خطر مواجهه با برخی بیماری‌های عفونی خطرناک قرار دارند نظیر HIV، هپاتیت و در حال حاضر هم کووید که این احتمال وجود دارد از طریق بیماران خود به این بیماری‌ها مبتلا شوند. بنابراین بیمه سلامت برای دندانپزشکان یک نیاز واقعی است.

امکان ویژه برای دندانپزشکان

دندانپزشکان بعد از فارغ التحصیلی یا دریافت لایسنس یک سال فرصت دارند تا از ۲۰ درصد تخفیف از کار افتادگی دانشجویی بهره‌مند شوند که در طول دوره قرارداد رقیم قابل توجهی خواهد شد. شاید برخی دندانپزشکان در یک سال اول بخاطر ملاحظات مالی نخواهند خود را بیمه کنند ولی باید به این قرارداد به چشم یک سرمایه گذاری بلندمدت نگاه کنند مثل پرداخت هزینه برای کلاسهای آمادگی امتحانات و خرید لوازم و دستگاه برای تجهیز یک مطب.

چه کنیم؟

داشتن اطلاعات کافی و دقیق و مقایسه بیمه‌های مختلف امری بسیار مهم بوده که ممکن نخواهد بود مگر به واسطه دریافت اطلاعات و مشاوره دقیق از یک مشاور بیمه باتجربه، قابل اعتماد و حرفه‌ای که بتواند با رویکردی آینده‌نگر مسائل و مشکلاتی که ممکن است در آینده بر سر راه شما قرار گیرند را پیش‌بینی کرده و بر این اساس بهترین گزینه‌های ممکن را پیشنهاد دهد. در واقع بینش بلندمدت و تجربه بهترین آفری است که شما از یک مشاور بیمه دریافت خواهید کرد.

مروری کوتاه بر مباحث مرتبط با بیمه برای دندانپزشکان



اریک (احسان) علیخان
کارشناس مالی و بیمه

انواع بیمه

به طور کلی سه نوع بیمه مرتبط با سلامت وجود دارد: بیمه از کار افتادگی (disability insurance)، بیمه بیماری‌های خاص (critical illness insurance) و بیمه عمر (life insurance).

هر بیمه چه ویژگی‌هایی دارد؟

بیمه از کار افتادگی درآمد ما را در زمان از کار افتادگی بیمه می‌کند و به صورت ماهانه به فرد پرداخت خواهد داشت. فرد می‌تواند بارها از این بیمه استفاده کرده و حق بیمه افزایش نخواهد داشت. این بیمه تا سن ۶۵ سالگی فرد معتبر است. اما بیمه بیماری‌های خاص فقط یکبار در طول مدت قرارداد قابل پرداخت بوده و بعد از آن، دیگر از بین رفته و کنسل می‌شود. مبلغ پرداخت شده معاف از مالیات بوده و فرد می‌تواند آن را هر طور که می‌خواهد خرج کند.

بیمه عمر اما می‌تواند ساده‌ترین یا پیچیده‌ترین خدماتی باشد که شما در طول زندگی خریداری می‌کنید. این محصول در واقع یک پکیج بسیار پیچیده است. شبیه چند قطعه لگو است که با سایر قطعات لگو تفاوتی ندارد ولی با داشتن نقشه می‌توانید با همین چند قطعه لگو، چندین و چند استراکچر متفاوت و پیچیده را بسازید. بیمه عمر هم همین طور است و بر حسب تجربه و دانش مشاور بیمه می‌توان ویژگی‌های آن را بر اساس مشخصات شغلی و شخصی فرد بصورت اختصاصی تهیه و تنظیم کرد. از این بیمه می‌توان برای بازنشستگی، tax planning، retirement planning،

estate planning و موارد دیگر استفاده کرد. بیمه عمر یکی از اصلی‌ترین شروط تایید شدن وام بانکی برای خرید مطب برای دندانپزشکان است.

کدام بیمه‌ها را خریداری کنیم؟

پیشنهاد این است که هر سه بیمه در پکیج بیمه‌ای هر فرد وجود داشته باشد. نکته مهم اینکه هر کدام از این بیمه‌ها زاویه خاصی از سلامت ما را در درازمدت بیمه می‌کند. ما نمی‌دانیم در آینده یک مشکل سلامتی ممکن است ما را بیمار کند، باعث از کار افتادگی شود یا به مرگ ما منتهی شود. این مثال شاید تلخ و ناخوشایند باشد ولی حقیقتی است روزمره و کسانی که به دنبال تهیه بیمه برای سلامت خود هستند باید به این حقایق هر چند تلخ و ناخوشایند توجه داشته باشند.

وقته همه چیز خوب است

وقتی کسی مشکل سلامتی خاصی ندارد تمام شرکت‌های بیمه با کمال میل حاضر به عقد قرارداد با او هستند. در این شرایط شاید خریدار چندین اطلاعاتی از تفاوت بین شرکت‌ها یا مشاوران مختلف و پکیج‌های پیشنهادی نداشته باشد و شاید اصلاً برای ش تفاوتی هم نکند. اما خریدار بعد از چند سال دچار مشکلی در زمینه سلامت شده و حالا می‌خواهد ببیند آیا شرکت بیمه-گذار مشکل او را تحت پوشش دارد یا خیر. مواردی بسیاری اتفاق افتاده که در این زمان خریدار تازه متوجه شده که پوشش بیمه در این مورد خاص با ما و اگر هابی روبرو است. در اینجا خریدار ممکن است قرارداد خود را لغو کرده و بخواهد با شرکت دیگری قرارداد

که به آن علاقه داشته‌ام، شاید سرمنشا فعالیت‌های امروز ما در کانادا هم به نوعی به همین موضوع ارتباط داشته باشد.

دو اتفاق

من تقریباً در تمام دوره طبابت‌م در زمینه دندانپزشکی زیبایی کار کرده‌ام. علاقه من به دندانپزشکی زیبایی هم به دو اتفاق برمی‌گردد. اتفاق اول حضور من در مطب دکتر علی یزدانی بود. در دوران دانشجویی به طور مرتب به مطب دکتر یزدانی می‌رفتم و عشق و علاقه دکتر یزدانی به درمان‌های زیبایی به من هم منتقل شد. اتفاق دوم آشنایی من با دکتر فرخ آصف زاده بود. این آشنایی که به واسطه دکتر اردشیر رنجبری اتفاق افتاد مبنای همکاری‌های گسترده‌ای شد که تا به حال و در اینجا هم ادامه داشته است. باید اذعان کنم که کار دندانپزشکی را بیشتر از هر چیز مدیون دکتر یزدانی و دکتر آصف زاده هستم.

گرایش به درمان‌های تخصصی

من همیشه سعی کرده‌ام فعالیت‌م در دندانپزشکی محدود به یک یا دو زمینه باشد و باور داشتم در این صورت می‌توانم خدمات بهتری به بیمارانش ارائه کنم. عقیده داشتم و دارم که بهتر است هر کاری توسط متخصص آن کار انجام شود. البته منکر این مساله نیستم که برخی از دندانپزشکان عمومی در بسیاری زمینه‌ها درمان‌های عالی و بسیار باکیفیتی انجام می‌دهند.

آن زمان خیلی رسم نبود مطب‌های دندانپزشکی به شکل یک کلینیک با حضور چند دندانپزشک متخصص فعالیت کنند ولی قبولی همسرم دکتر ارباب زاده در رشته ارتودنسی در همان روزهای ابتدایی تاسیس مطب باعث شد خواه ناخواه مطب ما به سمت و سوی درمان‌های تخصصی و کار گروهی پیش برود. من عاشق کار تیمی و گروهی بودم و هستم و همین رویکرد همیشه در طول زندگی من وجود داشته است.

ارتباط با بیمار و مدیریت مطب

ارتباط با بیمار و مدیریت مطب یکی از مباحث مورد علاقه من بوده و هست و همیشه در این زمینه مطالعه و تحقیق می‌کردم. سال ۱۳۸۷ بود که دکتر آصف زاده به من پیشنهاد کردند در کنگره هشتم انجمن متخصصان ترمیمی که خود ایشان ریاست کنگره را برعهده داشتند یک پانل در زمینه ارتباط با بیمار و مدیریت مطب برگزار کنم. فکر می‌کنم این نخستین پانلی بود که در این زمینه در یک کنگره برگزار می‌شد. استقبال از آن پانل



گفتگو با دکتر نهال سناوندی

حرکت از اقلیت به سمت اکثریت

Eversmiles به مدیریت دکتر حسین ارباب زاده و دکتر نهال سناوندی، به واسطه برگزاری موفق سمینارهای علمی منظم و پرطرفدار، اکنون به نامی شناخته شده در بین همکاران دندانپزشک ایرانی در تورنتو تبدیل شده است. سمینارهایی که اکنون در دوران پاندمی کرونا و تعطیلی عمده مطب‌های دندانپزشکی، به صورت وبینار کماکان ادامه دارد تا بتواند در این فضا و شرایط از بعد علمی محیطی برای فعالیت و تبادل نظر به ویژه برای دندانپزشکان ایرانی باشد. به بهانه وبینارهای پرطرفدار **Eversmiles** و برای آشنایی هر چه بیشتر با برنامه‌های این مجموعه گفتگویی با دکتر نهال سناوندی داشتیم که خواندنش خالی از لطف نیست.

دارم ولی سعی کردم خودم را به روز نگه دارم. بنابراین تا حد امکان در کنگره‌ها و بازآموزی‌ها حضور فعال داشتم.

در سمینارهای علمی همیشه به دنبال مباحثی بودم که در آنها حاصل تجربیات همکاران را شنیده، آنها را آموخته و بتوانم از این تجارب ارزشمند در درمان بیمارانش استفاده کنم. این سبک مطالعه و یادگیری

تلاش برای به روز بودن

من دانش آموخته دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی هستم. بعد از فارغ التحصیلی برای طرح به آبادان رفتم و از سال ۱۳۷۶ در تهران در مطب خودم به طبابت مشغول شدم. من تخصص نگرفتم و از این جهت هنوز هم گاهی احساس تاسف



مهاجرت به کانادا

هشت سال می‌شود که به کانادا آمده‌ایم. سه سال اول بیشتر در حال رفت و آمد بین ایران و کانادا بودیم ولی در ۵ سال گذشته بیشتر ایام سال را در کانادا هستیم. من از همان ابتدا تصمیم گرفتم دنبال معادل کردن مدرک و گرفتن لایسنس نروم ولی راستش را بخواهید الان این کار را به همکاری که دندانپزشکی را دوست دارند و به کانادا می‌آیند توصیه نمی‌کنم. شاید اصلی‌ترین دلیلی که من دنبال معادل کردن مدرکم نرفتم مطب بسیار خوبی بود که در ایران داشتیم و داریم. حتی یک لحظه نمی‌توانستم به نبودن آن مطب و خاطرات دو دهه کار با عشق و علاقه فکر کنم ولی اگر به ۶ سال قبل برگردم مطمئناً تصمیم دیگری خواهم گرفت. کسی که عاشق کار است و عاشق کنار دیگران بودن، نباید دغدغه زمان و مکان داشته باشد.

تیم اجرایی

بیشتر از یک سال اول تقریباً همه کارهای اجرایی را من، دکتر ارباب زاده و مهندس نشاط ادب انجام می‌دادیم. پایه و اساس آن چیزی که از اوراسمایلز در شبکه‌های مجازی مشاهده می‌کنید حاصل زحمات بی‌دریغ مهندس ادب است. در ژوئن ۲۰۱۹ موفق شدیم از انجمن دندانپزشکان عمومی آمریکا (American General Dental Association) گواهی آموزش مداوم (CE) دریافت کنیم و از این به بعد طبق پروتکل آنها سمینارهای علمی را برگزار کرده‌ایم. در حال حاضر تیم ما با حضور دکتر آصف زاده، دکتر رنجبری، دکتر مازار دولتشاهی و دکتر ساین شیریاز تکمیل به فعالیت خود ادامه می‌دهد.



ما فکر کردیم چقدر دندانپزشک متخصص در کانادا حضور دارند که اغلبشان به عنوان دندانپزشک عمومی در حال فعالیت هستند و یا بعضی از آنها اینجاطبابت نمی‌کنند و حیف است دندانپزشکان ایرانی و غیرایرانی از علم و تجربه این دوستان بهره‌مند نشوند

بصورت داوطلبانه شروع به همکاری با آنها کردم. با همکاری این موسسه و هماهنگی با دکتر ترمه‌ای، یک سمینار مدیریت مطب برای IODA برگزار شد. این سمینار بسیار موفق بود و با کمک دوستان توانستیم ۸۰ نفر شرکت کننده برای این سمینار دعوت کنیم. دیدن این تعداد دندانپزشک ایرانی موفق جرقه‌ای شد که در نهایت به راه‌اندازی دوره‌های بازآموزی منتهی گشت.

دوره‌های دایرکت لایسنسینگ

اصل تمرکز ما روی برنامه‌های مربوط به CE بوده و هست و نخستین گروه ایرانی بودیم که این برنامه‌ها را آغاز کردیم. در سال ۲۰۱۸ و در خلال برگزاری این برنامه‌ها بود که با دکتر مجید ذاکری آشنا شدیم و به پیشنهاد ایشان تصمیم گرفتیم کلاس‌های اسکیلز را هم راه‌اندازی کنیم. الان سه دوره است که این کلاس‌ها را برگزار می‌کنیم و از فضای آن علاوه بر آموزش اسکیلز برای برنامه‌های هندی آن هم استفاده می‌کنیم. علاوه بر اسکیلز، سه دوره هم کلاس‌های جاجمنت را برگزار کرده‌ایم که مسوولیت آن با آقای دکتر پوریا مطهری بوده است. هدف ما از برگزاری کلاس‌های مرتبط با امتحانات دایرکت لایسنسینگ، فراهم کردن شرایط برای دوستانی است که بخواهند در یک کلاس خصوصی یا نیمه خصوصی شرکت کنند. سعی ما ارائه سرویس به این گروه از دندانپزشکان است.

بسیار خوب بود و دکتر آصف زاده هم من را تشویق می‌کردند که در این زمینه بیشتر تحقیق و فعالیت کنم. بعد از آن کنگره، در چند کنگره دیگر هم پانل و ورک شاپ داشتم و علاوه بر این‌ها، در حیطه مباحث مربوط به مدیریت مطب و ارتباط با بیمار چندین دوره در کشورهای مختلف را گذراندم که آخرین آنها دوره ۸ ماهه‌ای بود که دانشگاه تورنتو سالانه برگزار می‌کند. یک کتاب هم با همکاری دکتر ارباب زاده و دکتر آصف زاده در همین زمینه ترجمه کردیم با عنوان «ارتباط بهتر نتیجه برتر». البته این را اضافه کنم که پیش از انقلاب آقای دکتر صحافیان متخصص ارتودنسی و عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه مشهد در این زمینه کتابی تألیف کرده بودند و این محبت را تدریس می‌کردند ولی متأسفانه بعداً این درس از برنامه دانشگاه‌ها حذف شد. یادم هست وقتی پانل خود من در کنگره هشتم انجمن ترمیمی برگزار شد بعضی از همکاران طومار بلندبالایی بر علیه من تهیه کردند ولی بعداً تعدادی از امضاکنندگان همین طومار به صورت جدی همین مباحث مربوط به ارتباط با بیمار و مدیریت مطب را پیگیری و تدریس می‌کنند.

سمینار مدیریت مطب

سال ۲۰۱۷ با Domacan آشنا شدم. این موسسه کانادایی سمینارهایی در زمینه مدیریت مطب برگزار می‌کرد و من هم

دوره‌های بازآموزی (continuing education)



برگزاری سمینار مدیریت مطب همزمان شد با پرورش ایده‌ای برای ارائه دوره‌های بازآموزی که به اتفاق دکتر آصف زاده و دکتر رنجبری اجرای آن را مد نظر داشتیم. تا اینکه تقریباً در آوریل ۲۰۱۸، اوراسمایلز با هدف ارائه سمینارهای علمی برای همکاران دندانپزشک در کانادا شروع به کار کرد. محل اولیه مرکز ما در طبقه فوقانی مطب دوست خوبمان دکتر علی شکیب بود که در راه‌اندازی و اجرای برنامه‌های مربوطه صمیمانه با ما همفکری و تبادل نظر داشت. ایده اصلی تاسیس اوراسمایلز این بود که پیش خودمان فکر کردیم چه نیروهای کارآمدی از همکاران دندانپزشک متخصص در کانادا حضور دارند که اغلبشان به عنوان دندانپزشک عمومی در حال فعالیت هستند و یا بعضی از آنها اینجاطبابت نمی‌کنند و حیف است جامعه دندانپزشکان ایرانی در وهله اول و دندانپزشکان غیرایرانی در مرحله بعد از علم و تجربه این دوستان بهره‌مند نشوند. در سپتامبر ۲۰۱۸ دکتر شهناز ناصر مستوفی و همسرشان مهندس ادب هم به ما پیوستند. نخستین سمینار اوراسمایلز توسط دکتر فرخ آصف زاده در زمینه دندانپزشکی زیبایی در همان تاریخ اجرا شد.



برنامه‌های علمی دوران کرونا

ظهور کرونا زندگی همه ما را تغییر داده است. در تمام دنیا همه چیز متوقف شده و مردم به ناچار در خانه مانده‌اند. بهر حال بعد از اینکه ماجرای پاندمی به شکلی جدی درآمد ما به این فکر افتادیم که در این شرایط برای کمک به همکاران دندانپزشک چه کارهایی می‌توانیم انجام دهیم. بعد از همفکری با دوستان به این نتیجه رسیدیم که برنامه وبینارهای اوراسمایلز را راه‌اندازی کنیم. هنگام اجرای وبینارها هم سعی کردیم مراقبت‌های مربوط به پیشگیری از کرونا را کاملاً رعایت کنیم که دشواری‌های خاص خودش را داشته و دارد. استقبال از وبینارها به حدی خوب بود که علاوه بر تداوم آنها دو برنامه دیگر یعنی دنتال تاک (dental talk) و پرسش و پاسخ را هم به وبینارها اضافه کردیم. قصد داریم در آینده برنامه‌های dental talk به صورت منظم و ثابت ماهانه برگزار شود.

عشق و شور کلید موفقیت

همه چیز را نباید به دو دوتا چهارتا مالی و اقتصادی مرتبط کرد. برگزاری این وبینارها هیچ منفعت مالی برای ما نداشته و ندارد و حتی در این شرایط افت و رکود اقتصادی هزینه‌های تازه‌ای هم به ما تحمیل می‌کند ولی وقتی این حجم استقبال و این همه پیام‌های دلگرم‌کننده از طرف همکاران به صورت باز خورد به ما می‌رسد مصمم می‌شویم که این سری برنامه‌ها را تا جایی که امکان دارد ادامه بدهیم. باور کنید بهترین و دقیق‌ترین برنامه‌های مربوط به بیزنس اگر بدون عشق و علاقه به آن کار اجرا شوند شکست خواهند خورد. من و همکارانم در این مجموعه واقعا با همه وجود در حال کار هستیم تا بتوانیم در این شرایط کمکی هر چند کوچک به همکاران خود داشته باشیم. در حالت عادی شاید برگزاری هر کدام از این برنامه‌ها به روزی ۶ ساعت کار احتیاج داشته باشد ولی در شرایط فعلی و با عدم

از بین نخواهد رفت. من فکر می‌کنم پس از تمام شدن این دوره پاندمی، لزومی ندارد این همه وقت ما در ترافیک و رانندگی تلف شود. چرا باید دوباره نفس زمین را گرفت و به محیط زیست و هوا آسیب رساند؟ وقتی می‌شود مثل الان سمینارهایی را بصورت آنلاین برگزار کرد چرا از این تجربه در آینده استفاده نشود؟ Eversmiles قصد دارد این برنامه‌ها را ادامه داده و همکاران می‌توانند به صورت مجازی در کلاس-های ما شرکت کنند. گرچه آن موقع بهر حال بابت این برنامه‌ها هزینه دریافت خواهیم کرد ولی این هزینه‌ها قطعاً کم است. در برنامه‌های عملی هم بعد از یک دوره تئوری آنلاین، شرکت‌کنندگان می‌توانند در گروه‌های مثلاً نفره به صورت حضوری در برنامه‌های عملی شرکت کنند.

حضور فیزیکی در سنتر و رعایت فاصله از هم، به زمانی به مراتب بیشتر نیاز دارد.

ساختارهای برای دوران پساکرونا

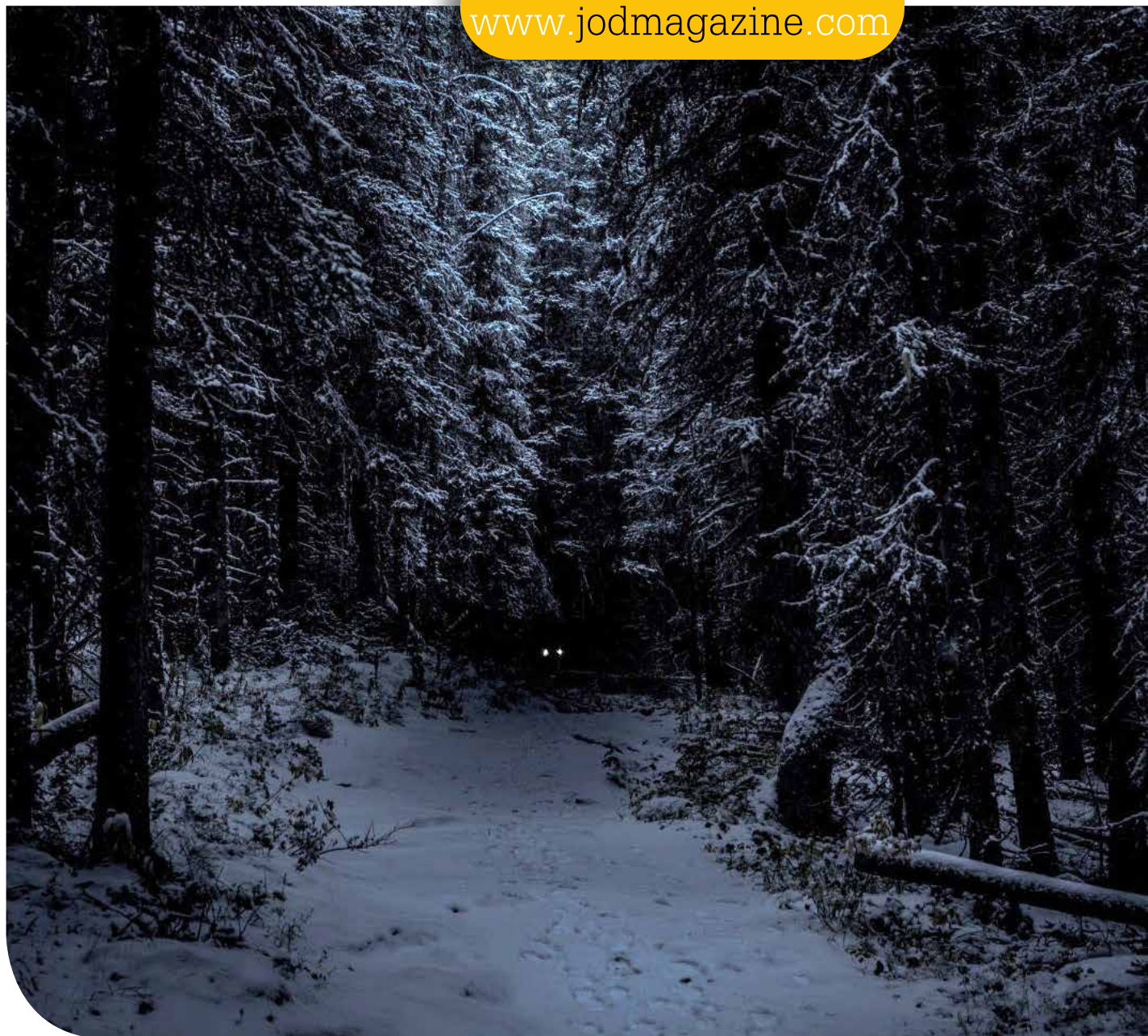
کرونا بهر حال باعث شد تا همه ما ساختارهایی را با توجه به نیاز فعلی خود ایجاد کنیم. یکی از ویژگی‌های این شرایط خاص این است که طولانی مدت بوده است. مثلاً اینطور نبوده که در عرض یک ماه مشکل ایجاد و برطرف شود. چند ماه است تمام دنیا با این مشکل دست به گریبان هستند و طبق برآوردها ممکن است حتی تا یک سال دیگر هم این ماجرا ادامه داشته باشد. در نتیجه باعث شده مردم به یک سری رفتارها عادت کنند. کرونا بهر حال دیر یا زود تمام خواهد شد ولی اثراتش در زندگی ما به این زودی‌ها

حرف آخر

ما جامعه کوچکی هستیم و اقلیت محسوب می‌شویم. من فکر می‌کنم ما ایرانی‌ها برخلاف بسیاری از جوامع مهاجر دیگر بازی مهاجرت را هنوز یاد نگرفته‌ایم چون به لحاظ تاریخی برخلاف مثلاً مردم شرق آسیا یا هند یا کلیمیان مدت زیادی از مهاجرت ایرانی‌ها به کشورهای دیگر نمی‌گذرد و در این مورد تازه کار محسوب می‌شویم. مازمانی می‌توانیم از اقلیت به اکثریت تبدیل شویم که بهم بیبوندیم و باهم کار کنیم.

علمی و صنفی ایرانی در کانادا در کنار هم قرار بگیرند و هر کدام در زمینه‌هایی که عملکرد و بازدهی بهتری دارند فعالیت کنند اما با هم همسو و هم جهت و همکار باشند علاوه بر تقویت جامعه مهاجر ایرانی، دستاوردهای بیشتر و بهتری هم خواهند داشت؛ انرژی و تمرکز و نیروی انسانی روی مباحثی مشخص متمرکز می‌شود و به لحاظ اقتصادی هم بازدهی بیشتری خواهد داشت چون بهر حال

ما قرار نیست خودمان را به کامیونیتی دندانپزشکان ایرانی محدود کنیم ولی مخاطبان ایرانی همیشه برای ما در اولویت بوده و هستند. دیگر اینکه بر اساس آنچه همیشه در طول زندگی کاری‌م در پیش گرفته‌ام به شدت به کار تیمی و البته تخصصی اعتقاد دارم و باور دارم هر فرد، گروه یا تشکیلاتی در یک زمینه عملکرد بهتر و موثرتری خواهد داشت. اگر گروه‌های فعال



گفتگو با دکتر مهدی ادیب راد
زبان و پشتکار
عامل موفقیت است





گفتگو با دکتر مهدی ادیب راد بخش نخست

زبان و پشتکار عامل موفقیت است

پژوهشی و تحقیقاتی بود و ۱۴ مقاله در ژورنال‌های معتبر بین‌المللی از من به چاپ رسید و در تالیف و ترجمه بیش از ۵ کتاب رفرنس مشارکت داشتم چون آن زمان هدفم این بود که به آمریکا بروم و برای پذیرش در دانشکده‌های دندانپزشکی آمریکایی، رزومه علمی و داشتن مقاله اهمیت زیادی داشت. زمانی که من اقامتم را گرفتم سال ۲۰۰۸ بود و هنوز سیستم دایرکت لایسنسینگ برقرار نشده بود. آن زمان برای دریافت لایسنس باید دانشگاه می‌رفتیم و در کل کانادا ۳۰-۳۵ نفر دندانپزشک پذیرش می‌شدند. در نتیجه رقابت بسیار فشرده‌ای بود و از همه طرف همه مرا ترسانده بودند که دریافت لایسنس کانادا بسیار کار مشکلی است.

خلاصه بعد از خاتمه دوره پرئو و سربازی در سال ۲۰۱۲ به کانادا برگشتم. آن موقع امتحانات به همین شیوه فعلی به راه افتاده بود و در نتیجه برنامه من برای رفتن به آمریکا

دکتر مهدی ادیب راد به خصوص در بین دندانپزشکان ایرانی مقیم کانادا، اصطلاحاً شناخته شده‌تر از آن است که نیاز به معرفی داشته باشد. دکتر ادیب راد در روند آماده‌سازی برای امتحانات NDEB به عنوان یک اینستراکتور موفق و مطرح شناخته شده و دندانپزشکان فراوانی با بهره‌گیری از آموزش‌های او امتحانات مذکور را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند. گفتگویی با او داشتیم در زمینه معرفی و تحلیل هر چه بیشتر امتحانات NDEB که به دلیل طولانی بودن گفتگو در نهایت تصمیم بر این شد که مصاحبه در دو بخش تنظیم شود که بخش نخست آن در همین شماره و بخش دوم را در شماره بعد به نظر شما خوانندگان گرامی خواهیم رساند و پیشنهاد می‌کنیم خواندنش را از دست ندهید.

ستاگرد اول

در سال ۱۳۷۹ در کنکور تجربی شرکت کردم و با رتبه ۵۲ کشوری وارد رشته دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی شدم. در علوم پایه رتبه اول را داشتم و با رتبه اول هم فارغ‌التحصیل شدم. چون دانشجوی straight بودم بلافاصله در آزمون رزیدنتی شرکت کردم و در رشته پرئو

دانشگاه اصفهان پذیرفته شدم. تازه درسم در رشته پرئو شروع شده بود که اقامتم در کانادا درست شد. ابتدا می‌خواستم انصراف بدهم و به کانادا بیایم ولی در نهایت تصمیم گرفتم درسم را تمام کنم. در نتیجه به ایران برگشتم و بعد از اتمام دوره رزیدنتی، با رتبه دوم کشوری بورد تخصصی پرئو را دریافت کردم. در دوره رزیدنتی بیشتر تمرکز روی کارهای

از آمریکا تا کانادا

برای دریافت لایسنس باید دانشگاه می‌رفتیم و در کل کانادا ۳۰-۳۵ نفر دندانپزشک پذیرش می‌شدند. در نتیجه رقابت بسیار فشرده‌ای بود و از همه طرف همه مرا ترسانده بودند که دریافت لایسنس کانادا بسیار کار مشکلی است.

بود که به آمریکا بروم و برای پذیرش در دانشکده‌های دندانپزشکی آمریکایی، رزومه علمی و داشتن مقاله اهمیت زیادی داشت. زمانی که من اقامتم را گرفتم سال ۲۰۰۸ بود و هنوز سیستم دایرکت لایسنسینگ برقرار نشده بود. آن زمان

در دوره رزیدنتی بیشتر تمرکز روی کارهای پژوهشی و تحقیقاتی بود و ۱۴ مقاله در ژورنال‌های معتبر بین‌المللی از من به چاپ رسید و در تالیف و ترجمه بیش از ۵ کتاب رفرنس مشارکت داشتم چون آن زمان هدفم این

کنسل شد.

دوبار در امتحان رد شده بودند و این آخرین شانس شان بود.

دریافت هفت ماهه لایسنس

بعد از آمدنم به کانادا خیلی زود در امتحان AFK شرکت کردم که دومین دوره‌ای بود که این امتحانات برگزار می‌شد. آن زمان همه چیز خیلی گنگ و مبهم بود و کسی دقیقاً نمی‌دانست این امتحانات چیست و چطور باید برای آنها مطالعه کرد. من در عرض حدود ۷ ماه هر چهار امتحان را پاس کردم و سال ۲۰۱۳ مدرکم را دریافت کردم و از همان سال مشغول طبابت هستم.

زمان ما یک مشکل این بود که هر امتحان فقط سالی یکبار برگزار می‌شد و اگر کسی امتحانی را می‌افتاد یک سال باید صبر می‌کرد تا بتواند یکبار دیگر امتحان بدهد. خوشبختانه از سال ۲۰۱۵ هر امتحان سالی دوباره برگزار می‌شود.

نخستین کلاس‌های آمادگی

زمانی که من خودم امتحان می‌دادم فقط دو کلاس وجود داشت که خود آنها هم یکی دو سال بود که شروع به کار کرده بودند. مطرح ترین کلاسی که آن زمان وجود داشت متعلق به آقای نارش بود که سال‌های سال کلاس‌های آمادگی برای ورود به دانشگاه را برگزار می‌کرد. وقتی دایرکت لایسنسینگ به راه افتاد نارش هم کلاس‌هایی را برای پوشش دادن این امتحانات برگزار کرد. همزمان دندانپزشکان عرب هم یک کلاس داشتند که من هم دورادور با آنها در ارتباط بودم. جدا از این‌ها، یکی از همکاران ایرانی به نام آقای دکتر امیر صداقت در سال ۲۰۱۲ یک کلاس برای امتحان AFK برگزار کرد که به زبان فارسی بود و بعنوان زیرشاخه‌ای از کلاس‌های نارش برگزار می‌شد. من از ایده تشکیل چنین کلاسی بسیار خوشم آمد.

آغاز تدریس

جرقه اولیه تاسیس چنین کلاسی از همان جا زده شد. من می‌دیدم که نیاز به چنین آموزشی وجود دارد و بنابراین وقتی امتحان AFK را دادم شروع کردم به طور خصوصی برای امتحان AFK به چند نفر از همکاران آموزش دادن و همزمان برای امتحان جاجمنت و اسکیلز هم تمرین می‌کردم.

یادم هست هنوز نتایج امتحان جاجمنت و اسکیلز نیامده بود که من نخستین دوره کلاس AFK را آغاز کردم. گرچه تبلیغات خیلی محدودی داشتیم استقبال بسیاری خوبی از کلاس انجام شد در حدی که من هفت روز در هفته به سه گروه دانشجو درس می‌دادم که حدود ۴۰ نفر بودند. آن دوره آمار قبولی کلاس ما صد درصد بود و همه با نمرات بسیار خوب قبول شدند بخصوص که برخی از دانشجویان

تهیه جزوات

آن زمان تمرکز اصلی ما روی سوالات ریلیز شده بود؛ تک تک سوالات را جواب می‌دادیم و بحث می‌کردیم. همزمان من دو جزوه برای فارماکولوژی و پریوآماده کرده بودم که به تدریج آنها را تکمیل کردم و الان ادیشن ۱۵ آنها چاپ شده است.

به نظر من برای خواندن امتحانی مثل AFK ما به جزوات خلاصه و قابل استناد احتیاج داریم. رفرنس‌های معرفی شده از طرف NDEB پر حجم و بسیار زیاد هستند. فرض کنید یک دندانپزشک ایرانی که ۱۵ سال قبل فارغ التحصیل شده و از آن موقع تاجحال طرف کتاب و مقاله نرفته چطور می‌خواهد این رفرنس‌ها را بخواند. اصلاً در عالم خیال هم محال است! در نتیجه من با الهام از سوالات ریلیز شده، کم کم این جزوات را برای تمام مباحث تهیه کردم تا دانشجویان بتوانند با خواندن این جزوات هم سوالات را جواب بدهند هم اینکه مباحث طرح شده در سوالات را متوجه شوند.

کلاس‌های آمادگی امتحان جاجمنت

آن موقع که من خودم امتحان جاجمنت داشتم کلاسی برای جاجمنت وجود نداشت. یک کلاس بود که فقط دو ماک اگزم داشت. کلاسی که من برگزار کردم ۷ جلسه بود که دو ماک اگزم هم داشت. آن موقع یادم هست بقیه می‌گفتند مگر جاجمنت کلاس می‌خواهد ولی وقتی ما این کلاس را برگزار کردیم باقی مراکز هم از ما تبعیت کردند.

لایسنسینگ از مسیر دانشگاه

سرتیفیکیشن یا لایسنسینگ در کانادا دو مسیر اصلی دارد که سال‌ها است وجود داشته است. در یک حالت شما امتحانی به نام assessment of fundamental knowledge/AFK را داده و بعد از قبولی برای پذیرش در یک دانشکده دندانپزشکی اقدام می‌کنید. در کانادا ۶ دانشکده دندانپزشکی پذیرش دندانپزشکان اینترنشنال را برعهده دارند: دانشگاه تورنتو، منیتوبا، شولیک (Schulich) در شهر لندن، دالهوری در شهر هلیفکس، آلبرتا در شهر ادمونتون و دانشگاه بریتیش کلمبیا (UBC) در شهر ونکوور. دانشگاه ساسکچوان و مک‌گیل هم برخی سال‌ها برای دندانپزشکان اینترنشنال پذیرش داشته‌اند. در بین این دانشکده‌ها، بیشترین تعداد پذیرش مربوط به دانشگاه تورنتو و شولیک است. دندانپزشک دوره‌ای ۲



کانفیدنسیست

کانفیدنسیست شرکتی است که در سال ۲۰۱۵ تاسیس شد. دو سال اولی که کارم را در زمینه کلاسهای آموزشی شروع کردم با یک موسسه دیگر قرارداد داشتم به نام کراون دنتال گروپ. بعد از دو سال که قراردادم با آنها تمام شد کانفیدنسیست را راه‌اندازی کردیم چون همان زمانی که با آن گروه کار می‌کردم هم عملاً تمام کارهای آموزشی را خودم انجام می‌دادم. از همان بدو فعالیت ما کلاس‌های AFK، ACJ، ACS و بورد را داشتیم که تا به الان به طور منظم برگزار شده‌اند. مضاف بر این در سال اخیر با همکاری شرکت کانادانت (Canadent) کورس‌های آموزش مداوم (continuing education/CE) ماهم راه‌اندازی شده است. در این کورس‌ها از حضور اساتید به نامی همچون دکتر محمود ترابی نژاد، دکتر مک لارن، دکتر برقی، دکتر نوذری و دکتر تستوری بهره‌مند شده‌ایم. برنامه ما ادامه هرچه بیشتر و گسترده‌تر این کورس‌ها است. بر اساس آمار و ارقام و اطلاعات موجود ما در حال حاضر یکی از سه موسسه اول در زمینه برگزاری کورس‌های آمادگی امتحانات دایرکت لایسنسینگ هستیم به ویژه در زمینه کورس مربوط به امتحان جاجمنت که به جرات می‌گویم بهترین کورس آمادگی امتحان جاجمنت در موسسه ما برگزار می‌شود. در زمینه AFK هم اگر نه بهترین دست کم یکی از بهترین کلاس‌های آمادگی این آزمون هستیم. در زمینه امتحان اسکیلز هم دوره‌های بسیار موفق داشته‌ایم و سعی می‌کنیم این دوره‌ها با همین روند و درصد موفقیت در آینده هم ادامه داشته باشند. در کانفیدنسیست بنده اینستراکتور اصلی هستم و از حضور همکارانی نظیر دکتر ندا کدیور، دکتر پونه محبی (اندودونتیست)، دکتر پریسا سیداخوان (متخصص اطفال)، دکتر فردی (جراح دهان و فک و صورت) و سایر همکاران بهره‌مند می‌شویم. پدر من آقای مجتبی ادیب‌راد هم مدیریت این مجموعه را برعهده دارند.



من فکر می‌کنم بخشی از مشکلات سیستم امتحانات NDEB عامدانه هستند و اصلاح قرار هم نیست. این نقایص برای کنترل کردن نتایج امتحانات وارد سیستم شده‌اند.

مدرک دندانپزشکی کانادایی یا غیرکانادایی

یک برداشت اشتباه این است که برخی تصور می کنند اگر DDS کانادایی نداشته باشند برای یافتن کار دچار مشکل خواهند شد. این فرض کاملا اشتباه است. در واقع از جنبه حضور در بازار کار هیچ تفاوتی بین یک دندانپزشک با DDS کانادایی و یک دندانپزشک اینترنشنال که لایسنسینگ را گذرانده وجود ندارد. مهمترین مساله در یافتن کار دندانپزشکی در کانادا، توانایی و تجربه دندانپزشک در کار کلینیکی به ویژه انجام درمان هایی است که دندانپزشکان کانادایی معمولا تمایلی به انجام آنها ندارند مثل اندود دندان های مولر، جراحی های دهان و دندانپزشکی کودکان.

دانشکده های دندانپزشکی کانادا

در بین دانشکده های دندانپزشکی کانادا، دانشگاه تورنتو در رتبه اول قرار دارد و

کار دندانپزشکی کانادا است مشروط بر اینکه بتوانید امتحانات را پشت سر هم و در مدت زمان کوتاهی پشت سر بگذارید. بدین ترتیب از نظر زمانی خیلی سریع تر جذب بازار کار خواهید شد و شاید از لحاظ مالی هم بیشتر به نفع شما باشد. اینکه می گویم شاید به این دلیل است که اگر امتحانات به خوبی پیش نروند یا فرد در یک یا دو امتحان شکست بخورد ممکن است مسیر دایرکت لایسنسینگ هم به لحاظ هزینه از مسیر دانشگاهی گران تر تمام شود هم به لحاظ زمانی بیشتر طول بکشد. یک مساله دیگر که باید مد نظر قرار گیرد این است که شانس قبولی در مسیر دایرکت لایسنسینگ کمی بیشتر از مسیر دانشگاهی است. چون به هر حال تعداد دانشگاه های اینجا محدود است، رقابت بسیار فشرده ای برای ورود به دانشگاه وجود دارد و از طرف دیگر تعداد پذیرش آنها هم بسیار کم است. سالانه در مجموع چیزی در حدود ۸۰ یا ۹۰ نفر می توانند وارد دانشگاه شوند. در حالی که در مسیر دایرکت لایسنسینگ هر سال حدود ۳۰۰ نفر می توانند لایسنس خود را دریافت کنند.

تا ۳ ساله را پشت سر گذاشته و بعد از اتمام این دوره علاوه بر اجازه کار در کانادا، مدرک DDS کانادایی هم به دندانپزشک داده می شود. این مدرک دندانپزشکی کانادایی به خصوص برای کسانی که تمایل به گذراندن دوره تخصص یا فلوشیپ دارند یا می خواهند بعدا در آمریکا طبابت کنند بسیار مفید است. مثلا در مورد کار در آمریکا، دندانپزشکی که DDS کانادایی داشته باشد می تواند بعد از پاس کردن امتحانات part 1 و part 2 و گذراندن امتحان مورد ایالتی که می خواهد در آن طبابت کند، اجازه کار دندانپزشکی در آن ایالت خاص را دریافت کند. برای کسانی که تازه فارغ التحصیل شده اند یا حتما می خواهند تخصص بگیرند یا هدفشان طبابت در آمریکا است، این مسیر گزینه بهتری محسوب می شود.

دایرکت لایسنسینگ

روش دوم یا دایرکت لایسنسینگ بیشتر به کار دندانپزشکانی می آید که سابقه کاری و کلینیکی طولانی داشته و دیگر چندان نیازی به گذراندن دوره های تخصصی احساس نمی کنند. گرچه این قانون نیست و من شخصا توصیه می کنم همکاران هر دو مسیر را مد نظر داشته باشند چون بهر حال احتمال عدم موفقیت در امتحانات دایرکت لایسنسینگ وجود دارد. در نتیجه بهتر است همکاران یک مسیر جایگزین و پلن دوم را در ذهن داشته باشند. برخی از دوستان سوال می کنند که آیا تجربه یا شرط سنی تاثیری در موفقیت در این امتحانات دارد یا خیر؟ در جواب باید بگویم این مسائل هیچ تاثیری در نتیجه این امتحانات ندارد. چه شما تازه فارغ التحصیل شده باشید چه ۲۰ سال سابقه کاری داشته باشید در نتیجه امتحان تغییری ایجاد نخواهد شد. ولی مثلا در امتحانات پزشکی سابقه و تجربه کاری فاکتور مهمی محسوب می شود. یک نکته مهم این است که در مسیر دایرکت لایسنسینگ، شما اجازه کار دندانپزشکی در کانادا را دریافت می کنید به این صورت که بعد از گذراندن سه امتحان NDEB، شما امتحان مورد ایالتی که می خواهید در آن طبابت کنید را گذرانده و اجازه کار در آن ایالت خاص را به دست می آورید. در واقع در این مسیر به دندانپزشک، مدرک دندانپزشکی کانادایی داده نمی شود بلکه صرفا یک اجازه برای طبابت است. در مسیر دایرکت لایسنسینگ شما باید ۳ امتحان AFK، جاجمنت و اسکلیز را پشت سر بگذارید.

یک مسیر میانبر

بطور کلی من اعتقاد دارم مسیر دایرکت لایسنسینگ میانبر خوبی برای ورود به بازار

ارزیابی مدارک

ارزیابی مدارک یکی از مشکلاتی است که از همان ابتدا ممکن است گریبانگیر متقاضیان امتحان شود. این کار بسیار زمانبر و کند است چون توسط خود NDEB انجام می شود. این کار دست کم ۳-۴ ماه طول کشیده و بعد از این مدت ممکن است یک یا حتی همه مدارک فرد برگشت بخورد. علل مختلفی هم ممکن است وجود داشته باشد از یک a یا b کم یا اضافه در ترجمه اسم تا تاریخی که ممکن است یک روز اختلاف داشته باشد می تواند باعث برگشت خوردن مدرک شود. بنابراین خیلی مهم است که متقاضی اطمینان حاصل کند که مدارک کامل و دقیق بوده و تمام تاریخها و اسامی در تمام مدارک دقیقا یکسان باشد. اینها نکات مهمی است که متاسفانه برخی از متقاضیان نسبت به آنها بی توجه بوده و همین مساله باعث می شود مدارک برگشت خورده و فرآیند ارزیابی مدارک به یک ماجرای طولانی و فرساینده تبدیل شود. بنابراین اگر بتوانید طوری عمل کنید که مدارک شما دقیق و کامل بوده و اصطلاحا موی لای درز آن نرود و در همان بار اول تایید شوند از لحاظ زمانی به میزان قابل توجهی جلو خواهید افتاد. چون هر بار که مدارک برگشت بخورد سه تا چهار ماه ارزیابی آنها به تعویق می افتد و در این مدت به راحتی ممکن است فرد یک یا دو دوره امتحان را از دست بدهد. توجه داشته باشید این امتحانات سالی دوبار برگزار می شود و برای ثبت نام در امتحان یک بازه زمانی مشخصی تعریف شده و اگر مدارک شما تا پیش از آن زمان تایید نشود امکان ثبت نام در آن دوره را از دست خواهید داد. البته در حال حاضر باز کردن آگانت در سایت NDEB متوقف شده ولی به احتمال زیاد طی چند ماه آینده مجددا این امکان برقرار خواهد شد.



معتبرترین دانشکده دندانپزشکی کانادا محسوب می‌شود. مک گیل و یو بی سی (UBC) هم دانشکده‌های معتبر و بسیار خوبی هستند ولی واقعیت این است که از لحاظ یافتن موقعیت کاری تفاوت خیلی خاصی بین فارغ التحصیلان این دانشکده‌ها وجود ندارد. اما از لحاظ برنامه تکمیلی تفاوت‌هایی بین این دانشکده‌ها وجود دارد. مثلا دانشگاه تورنتو تمرکز چندانی روی مسائل کلینیکی ندارد ولی پروژه‌های درسی بسیار سنگینی برای دانشجویان تکمیلی تعریف می‌کند. این دوره برای دندانپزشکانی مطلوب است که به کارهای تحقیقاتی و ادامه تحصیل در رشته‌های تخصصی علاقه داشته باشند. از آن طرف دانشگاه شولیک لاندن و دانشگاه دالهوری هلیفکس به لحاظ آموزش‌های کلینیکی بسیار قوی و صاحب سبک هستند و همکاری که به فعالیت‌های کلینیکی علاقه دارند احتمالا از برنامه تکمیلی آنها راضی تر خواهند بود.

سازمانی به نام NDEB

لایسنسینگ در کانادا توسط نهادهای به اسم NDEB برگزار می‌شود. این نهاد در سال ۱۹۵۲ تاسیس شده و از همان زمان مسوولیت برگزاری امتحان مورد برای دندانپزشکان کانادایی را برعهده داشته است. به تدریج دامنه اختیارات و مسوولیت‌های این سازمان گسترش پیدا کرده تا الان که ارزیابی مدارک و برگزاری امتحانات دایرکت لایسنسینگ را هم برعهده دارد. در فرایند اخذ لایسنس فعالیت دندانپزشکی در کانادا از همان ابتدا تا سال ۲۰۰۱ فقط مسیر ورود به دانشگاه وجود داشت. سال ۲۰۰۱ به مدت ۵ سال سیستم دایرکت لایسنسینگ هم موازی با مسیر دانشگاهی برقرار شد ولی به خاطر اعتراضات زیاد و نارضایتی دندانپزشکان از نحوه برگزاری امتحانات این برنامه متوقف شد.

آن زمان امتحانات عملی روی بیمار انجام می‌شد که دندانپزشک باید با خودش بیمار می‌برد که مسائل و مشکلات خاص خودش را به همراه داشت. سال ۲۰۱۱، NDEB دوباره امتحانات دایرکت لایسنسینگ برقرار کرد. شکل و شمایل دور جدید امتحانات کاملا با دوره گذشته تفاوت داشت و مقدار زیادی از فرم امتحانات مشابه در استرالیا الهام گرفته شده بود. البته امتحانات کانادا در مقایسه با امتحانات استرالیا به مراتب مشکل تر است.

ایجاد اکانت

گام نخست برای شرکت در این امتحانات باز کردن یک اکانت در سایت NDEB است. در سایت مدارکی از شما خواسته شده به اضافه هزینه‌ای برای ارزیابی مدارک که باید این مدارک را هر چه زودتر جمع‌آوری کنید. مدارک

عجیبی هم نیست و لیست نمرات و دانشنامه و مدارکی از این دست را شامل می‌شود اما نکته مهم اینجا است که این مدارک از طرف دانشگاه برای NDEB پست شود و باید حتما مهر و موم شده باشد.

اقامت و نمره زبان

برای شرکت در این امتحان نیازی به داشتن کارت اقامت یا شهروندی کانادا یا نمره زبان نیست. حتی می‌توان با یک ویزای توریستی وارد کانادا شد و در این امتحانات شرکت کرد که البته به نظر من یکی از نقاط ضعف مهم این امتحان محسوب می‌شود. بعد از گذراندن امتحانات دندانپزشک برای کار در هر ایالتی باید نمره زبان مربوط به همان ایالت را کسب کند. مثلا الان نمره زبان ایالت اونتریو آبلتس هفت و نیم است که نمره بسیار بالایی است ولی باقی استان‌ها نمراتی در حد شش یا شش و نیم می‌خواهند. البته می‌توان دو سال در یک استان با نمره زبان پایین تر کار کرد و بعد از دو سال طبابت به استانی با نمره زبان بالاتر نقل مکان کرد چون بعد از دو سال دیگر نیازی به کسب نمره زبان نیست.

سه شانس امتحان

بطور کلی هر سه امتحان این مجموعه را فقط سه بار می‌توان شرکت کرد و اگر کسی بعد از سه بار امتحان دادن نتواند یکی از امتحانات را پاس کند مسیر دایرکت لایسنسینگ برای آن فرد بسته می‌شود. بنابراین تا زمانی که فرد به خودش صد درصد اطمینان ندارد نباید در این امتحانات شرکت کند چون گاهی از بین رفتن همین یک شانس می‌تواند تعیین کننده آینده شغلی و زندگی شما در کانادا باشد. این امکان هم وجود دارد که اگر کسی امتحان را پاس کرد اگر از نمره‌اش راضی نبود می‌تواند مجدداً تا سه بار در همان امتحان شرکت کند تا نمره بالاتری کسب کند.

رفرنس‌های امتحان

NDEB رفرنس‌هایی برای امتحانات اعلام کرده که بیشتر آنها برای امتحان اول کاربرد دارند. در آخرین فهرست چیزی نزدیک به ۲۰۰ رفرنس معرفی شده است! بخش زیادی از این رفرنس‌ها کتاب‌هایی بسیار حجیم و قشور هستند مثل کارنار، پت وی، میش، جراحی فک و صورت‌هاپ، فونسکا، فالاس، نویل و... که همگی بسیار معتبر و البته حجیم هستند و خواندن همه آنها اگر نگوییم غیرممکن دست کم بسیار بسیار مشکل است. مشکل دیگر تناقضات بین همین کتاب‌های رفرنس است که باعث سردرگمی متقاضیان امتحان می‌شود. بنابراین به نظر من قدم اول شناختن رفرنس‌های این امتحان است. یک بخش مهم

رفرنس‌های امتحان اول و دوم و البته امتحان مورد در واقع رفرنس‌های مخفی و نانوشته این امتحانات هستند که از گایدلاین‌ها و مقالات کانادایی (بخصوص مقالات JCDA) طرح می‌شوند. این گایدلاین‌ها و مقالات بعضا تفاوت‌های عمده و فاحشی با رفرنس‌های امریکایی دارند. یک مثال آن فلورایدتراپی است که گایدلاین‌های کانادا کاملا با رفرنس‌های امریکایی مثل مک دونالد متفاوت هستند. بطور کلی اگر جایی تناقضی بین منابع وجود داشت باید رفرنس‌های کانادایی در اولویت قرار بگیرند.



Rule Of Six

سوالاتی که پیش می‌آید این است که چقدر باید برای این امتحان درس خواند. من فرمولی دارم برای امتحانات NDEB که اسمش را گذاشتم قانون شش (rule of six). من معتقدم برای موفقیت در هر امتحان باید به مدت ۶ ماه، ۶ روز در هفته روزی ۱۰ تا ۱۲ ساعت تمرین کرد. هر چه این مدت زمان کمتر باشد شانس موفقیت هم متناسب با آن کاهش می‌یابد. اینکه کسی مثلا سه ماهه توانسته فلان امتحان را پاس کند استثنا است؛ من ۷ سال است با این امتحانات سر و کار دارم و می‌بینم که آدمها چطور موفق می‌شوند. حالا برای کسی ممکن است این ۶ ماه به یک سال یا دو سال هم تبدیل شود ولی حداقلش همان ۶ ماه برای هر امتحان است.

ضعف زبان انگلیسی

در ایران همه دانشکده‌های دندانپزشکی حتی در دانشکده‌های درجه یک دندانپزشکی ایران همگی جزوه محور هستند و دانشجویان برای قبولی و گرفتن نمرات خوب جزوه می‌خوانند نه کتاب رفرنس. این یک نقطه ضعف مهم ما دندانپزشکان ایرانی نسبت به دندانپزشکان سایر کشورها است که در امتحان AFK شرکت می‌کنند. خواندن کتاب تکست به زبان انگلیسی چندان بین دندانپزشکان ایرانی رایج نیست و حتی دندانپزشکانی که کتاب تکست می‌خوانند ترجیح می‌دهند این کتاب را به فارسی بخوانند تا انگلیسی. این می‌تواند پاشنه آشیل دندانپزشکان ایرانی در امتحان نخست باشد؛ بسیاری از دندانپزشکان ایرانی با وجود سواد بالا بخاطر ضعف زبان انگلیسی و بیگانگی با کتاب‌های رفرنس ممکن است در امتحان اول با مشکل روبرو شوند. من به دانشجویانی که قصد دارند در آینده و بعد از فارغ التحصیلی به کانادا بیایند توصیه می‌کنم حتماً زبان انگلیسی خود را تقویت کنند، سعی کنند از روی کتاب‌های رفرنس و به زبان انگلیسی درس بخوانند تا زمانی که برای امتحانات کانادا به ویژه امتحان نخست آماده می‌شوند مشکلی نداشته باشند.

خواندن کتاب تکست به زبان انگلیسی چندان بین دندانپزشکان ایرانی رایج نیست و حتی دندانپزشکانی که کتاب تکست می‌خوانند ترجیح می‌دهند این کتاب را به فارسی بخوانند تا انگلیسی. این می‌تواند پاشنه آشیل دندانپزشکان ایرانی در امتحان نخست باشد



بانک سوالات

برای امتحان AFK علاوه بر رفرنس‌ها، از سال ۲۰۱۱ یک مجموعه سوالات توسط NDEB منتشر شده که تا سال ۲۰۱۸ هر سال تعدادی سوال از آن حذف شده و تعدادی سوال به آنها اضافه می‌شده است. از سال ۲۰۱۸ دیگر سوالات این مجموعه تغییری نکرده و فقط ترتیب آنها متفاوت شده است. این سوالات جواب ندارند و خود دندانپزشک باید پاسخ سوالات را پیدا کند. این مجموعه سوالات، منبع بسیار مهمی برای این امتحان محسوب شده و متقاضیان باید کاملاً به آن مسلط باشند. البته پیشنهاد من این است که کل مجموعه این سوالات از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۸ را قلم بپسند چون هر ورژن این سوالات ۳۰۰ تا ۵۰۰ سوال متفاوت نسبت به سایر ورژن‌ها دارد. یک نکته مهم در این مجموعه وجود سوالات غلط و متناقض با یکدیگر یا سوالات قدیمی بر اساس رفرنس‌های از رده خارج است که موقع مطالعه سوالات باید مد نظر داشته باشید.



برای کسانی که قصد دارند از مسیر دایرکت لایسنسینگ اقدام کنند صرف پاس کردن امتحان AFK کافی است و نمره تأثیری در روند گرفتن لایسنس ندارد

برای کسانی که قصد ادامه تحصیل در دانشگاه را دارند نمره امتحان AFK بسیار مهم و تعیین کننده است و اکیداً توصیه می‌شود تا دندانپزشکان تلاش کنند نمره بالایی در این امتحان کسب کنند تا شانس بیشتری برای پذیرش در دانشگاه داشته باشند. اینکه نمره خوب چه نمره‌ای است دانشگاه به دانشگاه فرق دارد ولی نمره فرد نباید زیر ۸۵ باشد. دانشگاه تورنتو حساسیت بسیار زیادی روی این نمره دارد و برای این دانشگاه باید نمره ۹۰ به بالا کسب کرد.

مراحل امتحان AFK

امتحان AFK در حال حاضر ۳۰۰ سوال دارد و به صورت کاغذی در سنترهای خاصی برگزار می‌شود. امتحان در مجموع ۶ ساعت است شامل ۳ ساعت صبح، یک وقت استراحت و نهار و سپس ۳ ساعت دیگر هم در بعدظهر. سوالات ۴ یا ۵ گزینه‌ای است، نمره منفی ندارد و نمره قبولی آن ۷۵٪ است. البته نمره خام شما این نیست. NDEB تعدادی سوالات را حذف می‌کند (سوالات غلط، بسیار سخت، بسیار ساده و سوالاتی که اساساً برای آمارسنجی در امتحان گنجانده شده). سپس بر اساس سختی امتحان نسبت به امتحانات قبلی ضریبی به نمره خام اضافه شده و در نهایت آن چیزی که به صورت نمره قبولی یا ردی به شما اعلام می‌شود یک نمره تراز شده است که معمولاً از نمره خام بالاتر است.

با حضور در کلاس‌های آمادگی این امتحان شانس دستیابی به اهداف خود را افزایش دهند. گروه اول افرادی هستند که قصد ورود به دانشگاه را دارند و به نمره‌های بالا نیاز دارند.

اینکه خودتان درس بخوانید اصلاً ایده بدی نیست ولی حضور در کلاس این درس خواندن را به یک کار گروهی تبدیل می‌کند. تعامل با همکلاسی‌ها، استفاده از تجارب اینستراکتورها و از همه مهمتر ماک آگزم‌های این کورس‌ها می‌تواند عوامل مهمی در بازدهی بالاتر شما باشد. گروه دوم افرادی هستند که مدت طولانی از فارغ التحصیلی‌شان گذشته و در این مدت از فضای درس و کتاب فاصله داشته‌اند.

دوره‌های کلاس‌های ما در کانفیدنسیست ۵ ماه است. جدا از تدریس مباحث به صورت جداگانه سوالات هم بطور کامل بررسی و آنالیز شده و در نهایت هم ۴ ماک آگزم طراحی می‌شود و بر اساس آنچه ما در سال‌های قبل دیده‌ایم نمره نهایی شرکت کنندگان بسیار نزدیک به نمرات ماک آگزم‌ها بوده است.

تأثیر نمره امتحان AFK

اینکه آیا نمره امتحان اول یا همان AFK تأثیری در آینده کاری فرد دارد یا نه به مسیر انتخابی فرد بستگی دارد. برای کسانی که قصد دارند از مسیر دایرکت لایسنسینگ اقدام کنند صرف پاس کردن امتحان AFK کافی است و نمره تأثیری در روند گرفتن لایسنس ندارد. اما

آیا باید برای امتحان اول کورس گذارند؟

یک دندانپزشک به روز و تازه فارغ التحصیل شاید چندان نیازی به شرکت در کلاس‌های آمادگی امتحان AFK نداشته باشد. به نظر من دو گروه از دندانپزشکان می‌توانند

پذیرش دانشگاهی

۷ اقدام کرد. برخی دانشگاه‌ها مثل آلبرتا، لاندن یا دالهاوزی امتحان عملی هم دارند. امتحان دانشگاه آلبرتا ۴-۷ روز و دانشگاه لاندن ۲ روز طول می‌کشد. دانشگاه تورنتو امتحان عملی ندارد ولی مصاحبه دارد که طبعاً داوطلبان پیش از هر کاری باید جزئیات روند پذیرش هر دانشگاهی را در وب سایت آن بررسی کنند.

بخش دوم این گفتگو در شماره بعد مطالعه بفرمایید

تا در این دو امتحان اخیر شرکت کنند. برای پذیرش دانشگاه، متقاضیان به یک نمره زبان خوب نیاز دارند که آیلتس ۷ یا تافل ۱۰۰ است. البته برخی دانشگاه‌ها تافل را قبول ندارند و باید قبل از شرکت در امتحان تافل این مساله را بررسی کنید. مثلاً برای دانشگاه تورنتو نمره آیلتس شش و نیم اعلام شده ولی بهتر است با نمره آیلتس آکادمیک

با توجه به اینکه امتحان دوبار در سال برگزار می‌شود بسته به زمان امتحان شما، یک ماه و نیم تا دو ماه بعد جواب امتحان اعلام می‌شود. بعد از قبولی در این امتحان شما مجاز خواهید بود در یکی از دو امتحان جاجمنت یا اسکلیز یا هر دو به صورت همزمان شرکت کنید. دوستانی که قصد ورود به دانشگاه را دارند نیازی نیست

خارج از مطب Out Of Office

JOB | JUNE - 2020 | 47 | ژوئن ۲۰۲۰

مطالب بیشتر در وبسایت ما

www.jodmagazine.com



بیماریهای واگیر در سینما
و اینک آخرالزمان



تاریخچه پروتزهای دندان
دندانهایی که از نو
متولد میشوند





تاریخچه پروتزهای دندان

دندانهایی که از نو متولد می‌شوند

بشر از بدو خلقت همواره با مشکل ترمیم و جایگزینی دندانهای از دست رفته خود دست به گریبان بوده است. مشکلی که او را واداشته همواره به دنبال راه حلی برای غلبه بر آن باشد. تلاشهای بشر در طول تاریخ به ایجاد و ابداع رشته‌های در علم دندانپزشکی منجر شد که امروزه از آن با عنوان پروتزهای دندانی یاد میشود. رشته‌ای که به آرزوی دیرینه بشر برای جایگزینی و بازسازی دندانهای تخریب شده و از دست رفته جامه عمل پوشانده است.

پایه ریزی دندانپزشکی نوین

در همین دوران یعنی اواخر قرن ۱۷ میلادی و اوایل قرن ۱۸ یک جراح فرانسوی توانست با ابداعات خود فصل نوینی در عرصه علوم دندانپزشکی باز کند. دکتر پیر فوشار (Pierre Fauchard) جراح بسیار متبحری بود که به رغم محدودیت‌های تکنولوژیک در آن زمان، توانسته بود جراحی‌های بی‌نظیری انجام دهد. جدا از جراحی، فوشار توانست با ابداع برخی لوازم و تغییر ابزارهای مربوط به ساعت‌سازی، جواهرسازی و حتی آرایشگری، تحولی چشمگیر

در زمینه ابزارهای دندانپزشکی ایجاد کند. او مواد پرکننده حفره را بعنوان درمان حفرات پوسیده مطرح کرد. اقدامات فوشار چنان بود که بعدها لقب پدر دندانپزشکی نوین را برای او در نظر گرفتند. جدای از جراحی دهان، دکتر فوشار یکی از پیشگامان رشته پروتز هم محسوب می‌شود و روش‌های بسیاری برای جایگزینی دندان‌های از دست رفته ابداع کرد. او پیشنهاد کرد که دندان مصنوعی را می‌توان از بلوک‌های عاج یا استخوان تراشید. یکی از روش‌های درمان پروتزی فوشار این بود که



قطعات دندانی مصنوعی که از عاج یا استخوان تراشیده شده بود را با محورهایی به دندان‌های



ماجرای دندان مصنوعی جورج واشنگتن

یکی از مشهورترین افرادی که از این پروتزهای کامل استفاده می‌کرد جورج واشنگتن نخستین رییس جمهور آمریکا بود. او خیلی زود دندان هایش را از دست داد و وقتی در سن ۵۷ سالگی (۱۷۸۹) رییس جمهور شد فقط یک دندان در دهانش باقی مانده بود. او چندین دست دنچر متحرک داشت که از عاج فیل و عاج کرگدن ساخته شده بودند. او یک دست دندان مصنوعی هم داشت که از دندان انسان ساخته شده بود. دندان هایی که از دهان برده های سیاهپوست در حوالی سال ۱۷۸۴ خارج شده و با سیم های طلایی به هم متصل شده بود. در عین حال گفته می‌شد که واشنگتن شکاف کام دارد و به همین دلیل از یک دست دندان مصنوعی با بیس چوبی استفاده می‌کند. مکانیسم کار این پروتز چوبی به این صورت بود که با جذب آب آن شکاف را بطور کامل بسته و سیل می‌کرد. با این حال این مساله در حد شایعه باقی مانده و شواهد تاریخی مستدلی وجود ندارد تا آن را تایید کند.



جورج واشنگتن یک دست دندان مصنوعی داشت که از دندان انسان ساخته شده بود

عصر تحول



می‌کردند که به وسیله سیم به هم متصل شده‌اند.

به مرور و با پیشرفت های علمی در زمینه جراحی و روش های خارج کردن دندان های دردناک، بحث جایگزینی دندان های از دست رفته بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت.

بیماران حالا با ابداع ابزار های جدیدتر نسبتا راحت تر از قبل از شر دندان های دردناک و لق خود خلاص می شدند اما راه های چندین مناسبی برای جایگزینی آنها نداشتند. افرادی که دچار بی دندانگی کامل یا پارسیل بودند به ناچار از دندان هایی تراشیده شده از چوب، فلز، عاج یا مواد دیگر استفاده

عهد باستان

سنگ تراشیده شده بودند با یک سیم نقره ای در فک بالا ثابت شده و دندان های از دست رفته قدامی را بازسازی کرده بودند. اما برخی از محققان معتقدند نخستین کاربرد بریج به دوره تمدن اتروسکان ها باز می‌گردد. تمدنی با تبار غیر هنداروپایی که از حدود ۷۰۰ سال پیش از میلاد تا اواسط سده نخست پیش از میلاد در شبه جزیره ایتالیا وجود داشت و همزمان با پیدایش جمهوری روم رو به انحطاط گذاشت. جدای از ابداع بریج، اتروسکان ها احتمالا یکی از نخستین اقوامی بودند که توانستند انواعی از دنچر های کامل یا پارسیل را تهیه کنند. آنها این دنچرها را از دندان های خارج شده سایر انسان ها یا از دندان های حیوانات می ساختند. در مصر باستان نیز برای جایگزینی دندان های از دست رفته، دندان های مصنوعی تراشیده شده را با سیم هایی طلایی به دندان های مجاور متصل می‌کردند.

تاریخچه قابل استناد علم دندانپزشکی به چیزی در حدود هفت هزار سال پیش از میلاد مسیح و به تمدن دره سند در دوران برنز باز می‌گردد. از همان دوران عملا رشته دندانپزشکی به کشیدن دندان های دردناک و از سوی دیگر بازسازی یا جایگزینی دندان های تخریب شده و از دست رفته معطوف بود. نخستین شواهد از ترمیم و بازسازی دندان به شش هزار و پانصد سال قبل و کشور اسلوانی باز می‌گردد که با موم زنبور عسل دندان تخریب شده را بازسازی کرده بودند. در عین حال تحقیقات باستان شناسی روی اجساد به جای مانده از دوران مصر، یونان و روم باستان نشان دهنده تلاش حکیمان آن دوران برای ساخت پروتزهای دندان است. در یکی از این موارد دندان کشیده شده فرد دیگری را با یک سیم از جنس طلا به دندانهای مجاور فیکس کرده بودند. در نمونه دیگری، چند دندان مصنوعی که از

سوار شده بودند. در دهه ۱۸۵۰، همان دندان های مصنوعی اینبار از ولکانیت تولید شدند؛ ماده ای که شکل سخت شده لاستیک بود. نلسون گودیر با کشف ولکانیت، به تولید انبوه دنچر های متحرک با بیس ولکانیت و دندان هایی از جنس پرسلن دست زد.

تا اینکه در قرن بیستم و با معرفی رزین های آکریلی و سایر انواع پلاستیک، شیوه و تکنولوژی ساخت دندان های مصنوعی بطور کامل دگرگون شده و فصل نویینی در علم دندانپزشکی و رشته پروتزهای دندانی گشوده شد.

الکسیس دوشاتو (Alexis Duchâteau) نخستین دنچر های ساخته شده از پرسلن را معرفی کرد. ۲۰ سال بعد یکی از دستیاران دوشاتو به نام نیکولاس دوپوس دی شمان با ایجاد تغییراتی در روش دوشاتو توانست دنچر هایی از جنس پرسلن تولید کند. او می‌توانست هر تعداد دندان از دست رفته را با پرسلن جایگزین کند. در سال ۱۸۲۰، ساموئل استاکتون که یک طلا ساز بود، توانست با پرسلن دنچر هایی بسیار با کیفیت تولید کند. این دندان های مصنوعی از جنس پرسلن، روی پلیت هایی از جنس طلای ۱۸ عیار

اطراف متصل می‌کرد. او برای این کار از سیم های طلایی یا نخ های موم اندود استفاده می‌کرد. اقدامات فوشار زمینه ساز یک حرکت علمی تمام عیار در عرصه علوم دندانپزشکی بود. بسیاری از دانشمندان جوان علاقه مند به فعالیت های فوشار، تحقیقات او را ادامه داده و تکمیل کردند. به ویژه از بین آنها می‌توان به اتین بورده (Etienne Bourdet) اشاره کرد که جدا از تحقیقات درخشان ش در زمینه آمالگام و ژنژیوکتومی، ایده های فوشار در زمینه پروتزهای دندانی را نیز بکار برده و آنها را بهبود بخشید. در همین دوران، حوالی سال ۱۷۷۰،

و اینک آخرالزمان

دکتر علیرضا آشوری | ترس بشر از بیماری‌های مسری مساله‌ای به قدمت تاریخ است. ناتوانی انسان در برابر همه‌گیری‌های مختلف که به مرگ هزاران هزار نفر انجامیده به نهادینه شدن ترس عمیق و کهن در ژنتیک بشر منتهی شده و به رغم تمام پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی یک سایه این ترس هرگز از سر بشر رفع نشده و نخواهد شد. شیوع کووید-۱۹ و بحران ناشی از این همه‌گیری جهانی، عملاً دنیا را فلج کرده و دهها میلیون نفر را خانه‌نشین کرده است. در تاریخ سینما فیلم‌های بسیاری زیادی شرایطی شبیه به این همه‌گیری را به تصویر کشیده یا آن را پیش‌بینی کرده‌اند. به همین بهانه نگاهی به چند فیلم مطرح خواهیم داشت که محور اصلی داستان آنها گسترش یک بیماری مرگبار است. برخی از این فیلم‌ها صرفاً در یک محیط و جامعه محدود شیوع ترسناک یک بیماری را به تصویر می‌کشند؛ برخی دیگر پارافراتر گذاشته و گسترش جهانی را مد نظر قرار می‌دهند؛ تعدادی دیگر هم وقایع پس از شیوع بیماری و تقلا نجات یافته-گان برای زنده ماندن را روایت می‌کنند. طبعاً به خاطر محدودیت فضا، بسیاری از فیلم‌ها مجال پرداختن در این مجموعه را نخواهند داشت.

وحشت در خیابان‌ها

panic in the streets

ساخته الیا کازان (۱۹۵۰)



الیا کازان بعنوان یکی از مشهورترین و نامدارترین کارگردانان تاریخ سینما، زمانی این فیلم نوار اکشن را ساخت که تازه داشت نامش را بعنوان یک کارگردان مستعد در هالیوود مطرح می‌کرد. وحشت در خیابان‌ها، فیلمی است کم خرج و جمع جور با روایتی مستندگونه و تیره است که داستان آن در خیابان‌های کثیف و تو در تو شهر نیوارلن انفاق می‌افتد. یک خلافکار خرده پا به نام بلکی با بازی جک پالانس در نخستین نقش سینمایی خود بطور اتفاقی به طاعون ریوی مبتلا می‌شود. یک پزشک ارتشی با بازی ریچارد ویدمارک و یک مأمور پلیس با بازی پل داگلاس تلاش می‌کنند پیش از شیوع و گسترش بیماری، خلافکار بیمار را یافته و درمان کنند. اما بلکی که مطمئن است پلیس قصد بازداشت کردنش را دارد فرار می‌کند و همراه با خود بیماری را نیز از یک طرف شهر به طرف دیگر می‌کشانند. فیلم گرچه آنطور که باید و شاید از

طرف منتقدان آمریکایی مورد استقبال قرار نگرفت اما جایزه بین‌المللی جشنواره ونیز و اسکار بهترین فیلمنامه را به خود اختصاص داد. سبک کارگردانی مستندگونه و نگاه تلخ و تیره کازان بعداً در شاهکارهایش به کرات مورد استفاده قرار گرفت.

فیلمهای رزیدنت اویل

Resident Evil

(۲۰۰۲-۲۰۱۶)



مجموعه فیلمهای اکشن، علمی تخیلی و ترسناک رزیدنت اویل بر اساس ایده یک بازی ویدئویی به همین نام در سال ۲۰۰۲ ساخته شد. فیلم داستان یک وپروس آزمایشگاهی به نام وپروس تی است که عامدانه در محیط آزمایشگاه فوق سری کمپانی عظیم آمبرلا آزاد شده و خیلی زود به تمام مناطق آمریکا و از آنجا به کل دنیا سرایت می‌کند. این وپروس مهلک بعد از کشتن بیماران به سرعت آنها را به زامبی تبدیل می‌کند. در نتیجه در اندک مدتی کل کره زمین به جولانگاه زامبی‌ها تبدیل می‌شود. در این بین گروهی از نجات یافته‌گان به رهبری آلیس (میلا یووویچ) در صدد یافتن راهی برای زنده

ماندن، از بین بردن کمپانی شیطانی آمبرلا و یافتن درمان بیماری هستند. این داستان به اشکال مختلف در تمام ۶ فیلم این مجموعه تکرار و پرورش می‌یابد. کارگردان چهار فیلم از شش فیلم این مجموعه پل دلبیو اس اندرسون همسر میلا یووویچ است. در تمام ۶ فیلم شاهد صحنه‌های بسیار خشن و ترسناک هستیم و کارگردان کمترین ابایی از نمایش خون و خونریزی و خشونت ندارد. فیلم نخست مجموعه یک اکشن بسیار خوش ساخت و ترسناک است که بازی‌های مناسب باز یگران، موسیقی عالی مریلین منسون و داستان سرراست از آن فیلمی پرهیجان و سرگرم کننده ساخته است. فیلم‌های بعدی مجموع رزیدنت اویل گرچه همگی سرگرم کننده و پرهیجان هستند ولی هیچکدام به لحاظ سینمایی به کیفیت فیلم نخست نمی‌رسند.



جنگ جهانی زد World War Z ساخته مارك فورستر (۲۰۱۳)

این فیلم ترسناک - اکشن آخرالزمانی مشابهت‌های زیادی با فیلم‌هایی نظیر رزیدنت اویل داشته و تلاش - های مامورین سازمان‌های مختلف بین‌المللی برای مهار سرعت شیوع بیماری را به تصویر می‌کشد. در این فیلم براد پیت نقش یک مامور سابق سازمان ملل را ایفا می‌کند که سعی دارد در کنار همکارانش مانع گسترش مرگبار ویروسی شود که مردم کره زمین را به زامبی تبدیل می‌کند. براد پیت برای یافتن یک راه‌حل نیمی از کره زمین را زیر پا می‌گذارد و فیلمساز به این بهانه، ناپود شدن دستاوردهای تمدن را به تصویر می‌کشد. یکی از شاخص‌ترین سکانس‌های فیلم، قرنطینه شهر اورشلیم است که دیوارهای بلند اطراف آن قرار است مردم را از حمله زامبی‌ها حفظ کند ولی شادی و شغف مردم که از قبایل و مذاهب مختلف به اورشلیم پناه آورده‌اند به حمله زامبی‌ها و نابودی اورشلیم ختم می‌شود. کنایه‌های واضح که فیلمساز نثار رفتارهای به ظاهر غیرمسئولانه مردم خاورمیانه می‌کند. کارگردانی مسلط فورستر به عنوان یک اکشن‌ساز حرفه‌ای، بازی جذاب براد پیت و موسیقی عالی فیلم، جنگ جهانی زد را به فیلمی خوش ساخت و سرگرم‌کننده‌ای بدل کرده است.



کوروی Blindness ساخته فرناندو میرالس (۲۰۰۸)

فیلمی که بر اساس رمان بسیار مشهور ژوزه ساراماگو برتالی و برنده جایزه نوبل ادبیات ساخته شده هرگز نتوانست شهرت و آوازه منبع ادبی‌اش را تکرار کند. کوروی را فرناندو میرالس کارگردان مطرح برزیلی ساخت که چند سال قبل فیلم تحسین شده شهر خدارا ساخته بود. گرچه میرالس تلاش فراوانی به خرج می‌دهد تا فیلم چیزی از رمان کم نداشته باشد اما ماهیت روایی و داستانی رمان از یک سو و قانون همیشگی ضعیف‌تر بودن فیلم نسبت به اثر ادبی منبع اقتباس، باعث شد فیلم آنطور که باید شاید مورد توجه قرار نگیرد. نکته بسیار مهم هم در کتاب و هم در فیلم تاکید بر بیماری کوروی است که به صورت یک بیماری مسری ناشناخته به سرعت تمام مردم شهر بی‌نام و نشان فیلم را مبتلا کرده و مقامات حکومتی به سرعت شهر و مردم را قرنطینه کرده و رسانه‌ها را به حال خود رها می‌کنند. ماهیت آخرالزمانی و وحشت پنهان مخفی در اثر که

شکندگی تمدن و فروپاشی اخلاق و قواعد اجتماعی را بی‌پرده به تصویر کشیده چه در فیلم چه در رمان به خوبی به تماشاگر منتقل شده و یکی از مهمترین عوامل موفقیت فیلم به حساب می‌آید. بیماری کوروی همانطور که همچون بلایی باستانی ناگهان از آسمان بر مردم شهر نازل می‌شود به همان شکل هم ناگهان از بین می‌رود و آنچه از خود به جا می‌گذارد جامعه‌ای فروپاشیده و مردمی شکسته است که دیگر هرگز نمی‌توانند به روزگاری پیش از شیوع کوروی بازگردند. اتفاقی که ظاهراً در انتظار جهان فعلی پس از کرونا خواهد بود. فیلم کوروی فارغ از رمان مشهور ساراماگو، فیلم خوب و جذابی است. بازی‌های درخشان بازیگرانش بخصوص جولین مور، فیلمبرداری عالی و کارگردانی و میزانشن‌های درخشان میرالس آن را به فیلمی دیدنی تبدیل کرده اما زیر سایه منبع ادبی بسیار مشهورش، آن چنان قدرت و مجالی برای عرض اندام ندارد.

گذرگاه کاساندارا The Cassandra Crossing ساخته جورج پان کاسماتوس (۱۹۷۶)

ریچارد هریس و سوفیا لورن که در اوج شهرت و محبوبیت قرار دارند. با وجود حضور همه ستارگان صاحب نام و داستان پرهیجان فیلم، گذرگاه کاساندارا به هیچوجه فیلم خوبی از کار درنیا شده است. فیلم ایرادات داستانی متعددی دارد و انبوه شخصیت‌های آن اجازه شخصیت پردازی درست و اصولی را از فیلمساز سلب کرده است. ریتم فیلم در برخی دقایق بشدت افت کرده و روایت و کارگردانی ایده‌ای برای عبور از این لحظات ملال آور ندارند. با این همه گذرگاه کاساندارا به واسطه حضور بازیگران بزرگ و خط داستانی جذابش به فروش بالایی در سراسر جهان دست یافت.

جورج پان کاسماتوس کارگردانی که عمده شهرتش را مدیون ساخت فیلم دوم سری رمبو و کبرا است، در سومین فیلم دوره کاری خود تریلر گذرگاه کاساندارا را ساخت. فیلم ماجرای قطاری است که یک تروریست سوئدی مبتلا به طاعون هنگام فرار مسافران آن را آلوده کرده و حالا تیش آمریکا با مهر و موم کردن قطار قصد دارد با فرستادن قطار به روی پل قدیمی و بلاستفاده کاساندارا باعث انهدام قطار و مرگ مسافران آن شود. در فیلم انبوهی از ستارگان سرشناس بین‌المللی ایفای نقش می‌کنند از جمله برت لنکستر، آواگاردنر و اینگرید تولین که دیگر با به سن گذاشته و





شیوع

The Outbreak
ساخته وولفگانگ
پیترسون (۱۹۹۵)

این تریلر پر هیجان ساخته یکی از کارگردانان مطرح سینمای تجاری هالیوود از جمله فیلم‌های نمونه‌ای مرتبط با شیوع بیماری‌ها محسوب می‌شود. فیلم داستان ویروسی است که به واسطه میمون‌ها ابتدا در آفریقا گریبان‌گیر سربازان مزدور می‌شود و ارتش آمریکا برای متوقف کردن بیماری، دهکده محل استقرار سربازان (که در بین آنها سربازان آمریکایی هم حضور دارند) را بمباران می‌کند.



سال‌ها بعد اما ویروس

به آمریکا وارد شده و مردم یک شهر مبتلا می‌شوند. ارتش ابتدا شهر را بطور کامل قرنطینه می‌کند ولی در نهایت مقامات نظامی تصمیم می‌گیرند کل شهر را بمباران کرده و جلوی گسترش ویروس و تبدیل بیماری به یک پاندمی را بگیرند. در اینجا یک پزشک نظامی با بازی داستین هافمن به همراه همکارانش تلاش می‌کنند تا ضمن یافتن راهی برای درمان بیماری، جلوی قتل عام مردم شهر را نیز بگیرند.

تعدادی از مشهورترین بازیگران هالیوود در این فیلم در نقش‌های فرعی بازی کرده‌اند که برخی از آنها مثل مورگان فریمن و کوین اسپسی چند سال بعد به ستارگان مطرحی بدل شدند. شیوع یک تریلر متوسط رو به خوب است با داستانی کلیشه‌ای که در بخش‌هایی بیش از حد هالیوودی و غیرواقعی جلوه می‌کند. ریتم فیلم در دقایقی افت می‌کند ولی در مجموع باید گفت ولفگانگ پیترسون موفق به ساخت فیلمی سرگرم‌کننده و جذاب شده است.

شیوع

Contagion
ساخته استیون
سودربرگ (۲۰۱۱)

فیلمی که ده سال قبل توسط استیون سودربرگ نام آشنا و صاحب سبک ساخته شد، گرچه در زمان اکران آن چنان مورد توجه قرار نگرفت، اخیراً و به دلیل شیوع کرونا نامش بر سر زبان‌ها افتاده است. شیوع ماجرابی دارد که می‌توان گفت تا پیش از ۸۰ درصد آن مشابه اتفاقاتی است که به واسطه شیوع ویروس کووید ۱۹ در کل دنیا اتفاق افتاده است. یک زن تاجر با بازی گویینت پالتر و در سفری به هنگ کنگ به ویروس MEV-1 مبتلا شده و بعد از بازگشت به آمریکا خود و پسرش به سرعت در اثر بیماری مرموز ناشی از این ویروس از بین می‌روند. اندکی نمی‌گذرد که ویروس تمام کشورهای دنیا را درگیر کرده و یک کشتار تمام عیار به راه می‌افتد. فیلم جدا از حضور تعداد زیادی بازیگر صاحب‌نام و بازیهای درخشان تمامی آنها دو نقطه قوت بسیار مهم دارد که آن را از فیلم‌های مشابه خود مستثنا می‌کند. نخست کارگردانی درخشان و



بی‌نقص سودربرگ است که با روایتی مستندگونه به شیوه بسیاری از آثار خود مثل ترافیک یا مجیک مایک، فضایی بین روایت داستانی و مستند می‌آفریند که نقش عمده‌ای در باورپذیری و تاثیرگذاری فیلم برعهده دارد. به عنوان نمونه می‌توان به سکانس ابتدایی فیلم اشاره کرد که در آن دوربین سودربرگ خاموش، بی‌واسطه و بدون دخل و تصرف شیوع و گسترش بیماری را به شکلی ترسناک به تصویر

می‌کشد. دومین نکته اما به جزئیات بسیار دقیق پزشکی بهداشتی فیلم برمی‌گردد که مو به مو با واقعیات علمی منطبق بوده و یک کلاس درس خلاصه و مختصر از پاتوژنز و اپیدمیولوژی بیماری است. اما همین روایت مستندگونه جذاب از سوی دیگر باعث بروز یک نقطه ضعف اساسی در ساختار روایتی فیلم شده است. تمایل سودربرگ به این شکل روایتی در فیلم‌هایی مثل ترافیک نه تنها لطمه‌ای به فیلم نزده بلکه کاملاً در ساختار کلی فیلم جاف افتاده است اما اینجا در شیوع این فرم روایتی باعث شده فیلم مشابه بسیاری دیگر از آثار سودربرگ فاقد یک شخصیت قهرمان محوری باشد؛ چیزی که مثلاً در ترافیک، مجیک مایک و حتی سه گانه اوشن هم مشاهده می‌شود اما لطمه خاصی به فیلم وارد نمی‌کند و سودربرگ با هوشمندی موفق می‌شود عاطفه تماشاگر را بین این شخصیت‌ها توزیع کند ولی در شیوع این اتفاق رخ نداده و تماشاگر را گیج و سردرگم بین زمین و هوا می‌کند. در واقع اساساً فرصتی به تماشاگر داده نمی‌شود تا عاطفه خود نسبت به شخصیت‌های داستان را کشف کند.

L i f e

زندگی

JOB | JUNE - 2020 | 53 | ژوئن ۲۰۲۰

مطالب بیشتر در وبسایت ما

www.jodmagazine.com

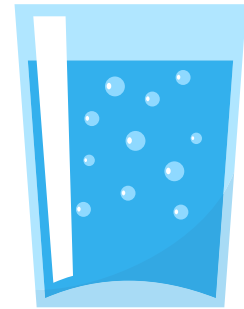


بهترین سدان‌های لوکس فول
سایز در سال ۲۰۲۰

کشته‌های تفریحی
چهارچرخ



توصیه‌های بی‌خاصیت تغذیه



توصیه: در روز هشتت لیوان بزرگ آب بنوشید

چرا فایده ندارد: چون شما هر ۲۰ دقیقه یکبار باید به دستشویی بروید و این کار واقعا می‌تواند کار و زندگی شما را مختل کند!

توصیه کاربردی: می‌خواهید باور کنید یا نه اما مساله اصل ربطی به خوردن ۸ یا ۷ لیوان آب در روز ندارد. هیچ کس شکی ندارد که ما باید آب کافی به بدن برسانیم. آب جدا از اینکه سه چهارم وزن بدن را تشکیل می‌دهد و در سلامت عمومی بدن نقش انکارناپذیری برعهده دارد، مهمترین عامل برای سلامت و عملکرد صحیح کلیه‌ها است. اما خوردن آب کافی به این معنی نیست که ما دائم در حال آب خوردن باشیم. از سوی دیگر در مورد این هشت لیوان چند سوال مهم پیش می‌آید. نخست اینکه حجم این لیوان‌ها قرار است چقدر باشد؟ سایز لیوان من با شما متفاوت است، سایز لیوان یکبار مصرف با لیوان‌های رستوران‌ها متفاوت است. از کجا بدانیم ۸ لیوان را درست خورده‌ایم یا نه. دوم اینکه هیچ کس نمی‌تواند یک ترازو دستش بگیرد و هر چقدر آب می‌خورد را وزن کند تا ببیند درست آب خورده یا نه. سوم اینکه تکلیف چای، یا آب میوه یا مایعات دیگری که در طول روز مصرف می‌شوند چه می‌شود؟ پس راه حل چیست؟ بهترین راه برای اینکه بدانیم مقدار آب کافی به بدن رسیده یا خیر توجه به رنگ و حجم ادرار است. بهترین حالت این است که رنگ ادرار زرد روشن یا نزدیک به رنگ آب بوده و حجم آن نیز زیاد باشد. اگر ادرار غلیظ، زرد پررنگ و کم حجم بود بدانید که آب بدن کافی نیست و باید آب بخورید. یادتان باشد بدن از انواع غذاها آب مورد نیاز خود را دریافت می‌کند. سوپ یا آش یا سایر غذاهای پرآب، شیر و دوغ، انواع میوه‌های پرآب، چای کم‌رنگ و انواع آب میوه‌های طبیعی منابع مناسبی برای تامین آب مور نیاز بدن هستند اما بهر حال بهترین نوشیدنی همان آب سالم آشامیدنی است.

دکتر علیرضا آشوری | حتما

توصیه‌هایی را شنیده‌اید که می‌گویند شب شام نخور، یک قاشق دسر بیشتر نخور، نان نخور، سیب زمینی نخور، این را نخور، آن را نخور و شما ممکن است بگویید پس چی بخورم؟! واضح است افرادی که چنین توصیه‌هایی دارند قطعا در دنیای واقعی زندگی نمی‌کنند. اغلب موارد متخصصان تغذیه و رژیم درمانی ایده‌های بی‌نظیری دارند که به شما کمک می‌کند تا سالم‌تر غذا بخورید، لاغر و متناسب باشید، سالم و شاداب باشید و در نهایت طول عمر بیشتری داشته باشید. اما گاهی برخی از این متخصصان فراموش می‌کنند که بسیاری از مردم زمان محدودی دارند، توان مالی‌شان با برنامه غذایی ارائه شده تناسب ندارد و اصلا آنقدر اراده ندارند که بخواهند از پس رژیم‌های سنگین بیاورند. برخی از این متخصصان محترم قاطعا می‌گویند باید همین کار را بکنی و جز این راهی ندارد. چنین صحبتی جز دلسرده و ناامید شدن بیمار حاصل دیگری ندارد در حالی که ما جزا می‌تواند به شیوه‌ای دیگر هم پیش رود. از سوی دیگر در زمینه لاغری (مثل باقی زمینه‌ها) برخی چیزها بعنوان اصل در میان مردم پذیرفته شده که هیچ منبع و پایه علمی ندارند و نه تنها کمکی به لاغری نمی‌کنند بلکه در مواردی باعث چاقی یا بیماری می‌شود. در اینجا ما چند برنامه تغذیه‌ای سنگین و شاید غیرقابل اجرا را معرفی می‌کنیم. شما می‌توانید این برنامه‌ها را کنار گذاشته و طبق آن تغییری که ما پیشنهاد کرده‌ایم عمل کنید. این پیشنهادها طوری طراحی شده‌اند که برای افراد عادی با شرایط معمول قابل اجرا باشند. قرار نیست تمام کار و زندگی شما در آنچه وارد بشقاب غذای تان می‌شود خلاصه شود.

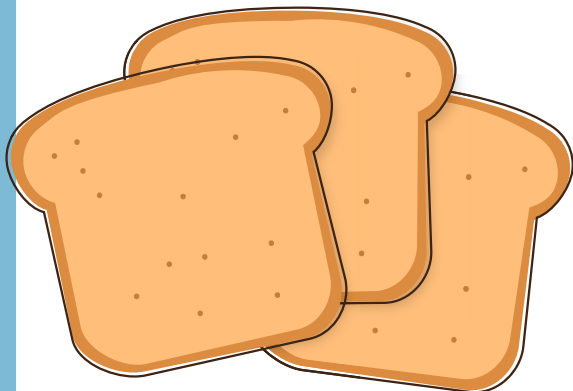
توصیه: آب میوه نخورید چون بمب شکر است!

چرا فایده ندارد: آب میوه ستون و ماده اصلی در صبحانه و تهیه اسموتی است. **توصیه کاربردی:** باید گفت تفاوت است بین یک آب میوه صد در صد خالص و یک بطری پر از آب و شکر که یک نصفه پر تقال داخل آن جلانده شده باشد. بله، آب میوه مقدار زیادی مواد شیرین دارد اما فراموش نکنید که یک لیوان آب میوه صد در صد خالص حاوی حجم بسیار بالایی از ویتامین و آنتی‌اکسیدان است که باعث می‌شود حجم شکر آن کاملا قابل اغماض باشد. در واقع این ساده‌ترین راه برای خوردن یک سوپر غذا است! شما با نوشیدن یک لیوان بزرگ آب میوه ۱۰۰ درصد خالص هیچ قانونی را در زمینه رژیم و تغذیه سالم نقض نخواهید کرد. در واقع نوشیدن یک یا دو لیوان آب میوه خالص در روز نه تنها مضر نیست بلکه می‌تواند عاملی جهت تقویت بدن و سلامت شما باشد. بهترین شکل تهیه آب میوه هم این است که خودتان میوه تازه را خریداری و در منزل آبگیری کنید. خیلی به مغازه‌های عرضه‌کننده آب میوه اطمینان نکنید.



توصیه: نان جو باعث لاغری می‌شود

چرا فایده ندارد: چون نان جو خوب نه تنها باعث لاغری نمی‌شود بلکه چاق هم می‌کند. علت لاغری بخاطر نان جو چیز دیگری است
توصیه کاربردی: کالری گندم، جو و برنج تقریباً شبیه هم است. اما در بین مردم این حرف پیچیده که نان جو باعث لاغری می‌شود. اما اگر کالری جو با برنج و گندم برابر است چطور باعث لاغری می‌شود؟ جواب ساده است. بسیاری از نان‌های جو تولیدی آنقدر بدمزه هستند و کیفیت بدی دارند که فرد چندان رغبتی به خوردن شان ندارد. یعنی کمی که نان جو را می‌خورد دلش را می‌زند! در نتیجه باقی‌اش را معمولاً کنار می‌گذارد. در نتیجه از خوردن نان جو لاغر نمی‌شود بلکه از نخوردنش لاغر می‌شود. بهر حال نان جو اگر درست پخته شود بسیار خوشمزه و خوش خوراک است و به هیچ وجه نمی‌توان منکر فواید غذایی جو شد. بهترین شکل برای خوردن نان جو مصرف آن موقع صبحانه است البته بشرطی که خوب پخته شده باشد!



توصیه: برای اینکه وزن‌تان بالا نرود از ساعت ۷ شب به بعد کرکره آستیزخانه را پایین بکشید!

چرا فایده ندارد: بعد از یک روز کاری خسته‌کننده در اداره و احتمالاً ورزش در باشگاه یا شما باید ساعت ۹:۳۰ شب شام بخورید یا از گرسنگی تلف شوید!

توصیه کاربردی: نخوردن شام بدر کسان می‌خورد که قبل از غروب به خانه آمده‌اند، غذای سبکی خورده‌اند و حالا جلوی تلویزیون لم داده و دارند نتفلیکس و آمازون پرایم تماشا می‌کنند نه برای شما که تازه ساعت ۹ یا ۱۰ شب خسته و کوفته و البته گرسنه به خانه برگشته‌اید. برای شما خوردن شام کاری لذت‌بخش و حتی لازم است. در واقع کالری کالری است؛ مهم نیست که چه زمانی وارد بدن بشود. هر وقت که باشد کار خود را انجام می‌دهد. با این حال برای شام بهتر است یک غذای سبک انتخاب کنید. سینه پخته مرغ، بروکلی بخارپز و کمی برنج می‌تواند انتخاب مناسبی باشد. درست است که شام خوردن کار اشتباهی نیست اما یادتان باشد که اگر شب زیاد غذا بخورید، معده که سنگین شده باشد مثل دستگاه مخلوط‌کن سیمان کار کند تا غذا هضم شود!



توصیه: فقط يك گاز به دسر برزن

چرا فایده ندارد: مثل این است که به یک معناد بگویید فقط یک کم مواد بکش!

توصیه کاربردی: دسر خوردن اصولاً کار لذت‌بخشی است. برخی افراد اصلاً به عشق دسر سر میز غذا می‌نشینند. در این بین کیک شکلاتی بعنوان دسر عالم دیگری دارد. خوردن کیک شکلاتی یکی از لذت‌بخش‌ترین چیزهایی است که هر کسی ممکن است بخورد به خصوص اگر چاق باشد. چنین دسری آنقدر خوشمزه است که نمی‌توان به کسی گفت یک کم از آن بخور چون وقتی خورد دیگر نمی‌شود جلویش را گرفت. بنابراین برای مقابله با جذابیت خطرناک آن باید فکر دیگری کرد. این روش شاید هوشمندانه‌تر و کاربردی باشد: اگر نمی‌توانید از چنین دسری دل بکنید کالری آن را تخمین بزنید و قبل از خوردن آن به همان نسبت غذاهای دیگر را حذف کنید. مثلاً آستیزخور، یا غذای اصلی را کمتر بخورید یا اینکه بجای شربت با نوشابه با غذا آب بخورید. در واقع اگر یک دسر اینقدر خوشمزه است پس می‌ارزد که بخاطر خوردنش کالری دریافتی را کاهش دهید تا با خوردن آن مقداری کالری کلی که دریافت کرده‌اید به حد مورد نظر رسیده باشد.



توصیه: هر چقدر از غذا را نخواستید نخورید

چرا فایده ندارد: خیلی وقت‌ها شما فکر می‌کنید پول این غذا را داده‌اید و باید همه‌اش را بخورید. تازه گاهی باید سراغ غذای مانده بچه‌ها هم بروید!

توصیه کاربردی: بجای اینکه خودتان را با این فرض عذاب بدهید که هر چقدر ماند را با خود می‌برم از همان ابتدا کمتر غذا سفارش بدهید. اگر می‌دانید مقدار غذا زیاد است و می‌ماند و بخصوص اگر اخلاقی‌تان این است که دوست ندارید چیزی ته سفره بماند یا دوست ندارید جلوی همه در رستوران غذا را داخل ظرف بریزید و متهم به خساست شوید بهتر است از ابتدا به اندازه اشتهای خود سفارش بدهید. یک راه مهم اینکه از سفارش پیش‌غذاهای پرکالری و اغلب مضر مثل سیب زمینی سرخ شده یا ژامبون و چیپس و پنیر پرهیز کنید و بجای آنها سالاد سفارش دهید. اگر هم واقعا می‌خواهید باقی غذا را ببرید ولی می‌ترسید اصطلاحاً چشم تان گرسنه باشد و کماکان به خوردن ادامه دهید بد نیست بین هر لقمه غذا چنگال را زمین بگذارید و دوباره بردارید. بدین ترتیب زمان غذا خوردن افزایش می‌یابد. در این صورت پیام سیری که ارسال آن از معده به مغز و ارسال پیام نخوردن از سوی مغز ۲۰ دقیقه‌ای زمان می‌برد به جریان افتاده و شما دیگر اشتهایی به خوردن نخواهید داشت. وقتی چنین احساسی داشتید با شجاعت گارسون را صدا زده و یک ظرف خالی درخواست کنید. هیچ کس هم نمی‌گوید شما خسیس هستید چون همه دست کم یکبار چنین کاری را تجربه کرده‌اند!

CARS

بهترین سدان‌های لوکس فول
سایز در سال ۲۰۲۰کشتی‌های
تفریحی
چهارچرخ

LUXURY

قیمت تخمینی پایه:

۱۵۲ تا ۱۳۴
هزار دلار

Audi A8

خودرو بوده و می‌توان آن را با یک موتور توبین توربو ۸ سیلندر جایگزین کرد که ۴۶۰ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. از مهمترین ایرادات منتقدان به خودرو جدید شرکت آئودی می‌توان به طراحی کمابیش محافظه‌کارانه و قیمت به نسبت گران آن بخصوص در تریم‌های فول آپشن اشاره کرد. در واقع در بحث طراحی، پیشرفت چندانی در A8 دیده نشده و طبعاً نظر خریدارانی را که فارغ از امکانات به طراحی و خاص بودن چهره خودرو هم توجه دارند جلب نخواهد کرد به خصوص که در این کلاس A8 باید با رقیبان سرسختی چون لکسوس، بی‌ام‌دبلیو، مرسدس بنز و پورشه رقابت کند که همگی با طراحی‌هایی خاص و چشم‌نواز پا به این بازار گذاشته‌اند. آئودی A8 در دو مدل S8 و L8 عرضه شده است.

آئودی A8 برجسته‌ترین سدان این خودروساز لوکس آلمانی محسوب می‌شود که جدا از جدائیت ۴ حلقه به هم پیوسته لوگو آن، مملو از آپشن‌های هیجان‌انگیز فنی و لوکس است. نسبت به مدل‌های قبلی، فضای داخلی و صندوق عقب جدیدترین مدل A8 بزرگتر شده و فضای داخلی بیشتری در اختیار سرنشینان قرار می‌دهد. سواری راحت و نرم و فضای داخلی لوکس و زیبا از جمله مهمترین مزایای این سواری فول‌سایز محسوب می‌شود. یک موتور توربوشارژر ۳ لیتری ۶ سیلندر با ۳۳۵ اسب بخار قدرت، موتور استاندارد



قیمت تخمینی پایه:

۳۷۴ تا ۴۳۴
هزار دلار

BMW 7-series



تقویت شده و قوی تر سری ۷، موتورهای ۸ سیلندر حتی تا ۶۰۰ اسب بخار هم قدرت دارند. سری ۷ خودروی فی النفسه گرانبهائی است و مخارج نگهداری آن تقریباً از تمامی نمونه‌های مشابه در این کلاس بیشتر است. مشکل دیگر سری ۷ که در مورد تمام مدل‌های بی ام دبلیو صدق می‌کند نیاز به سرویس‌های مکرر بخاطر مشکلاتی پیش بینی نشده است که هزینه نگهداری این خودرو آلمانی را بیش از پیش افزایش می‌دهد. سری ۷ در ۴ مدل سری ۷، سری ۷ LWB، سری ۷ PHEV و سری ۷ آلپینا BY تولید و عرضه شده است.

طرفداران سینه چاک بی ام دبلیو محال است این سدان فوق العاده را با هیچ چیز دیگری تعویض کنند. سری ۷ که در رده سدان‌های سوپرلوکس قرار دارد تمام امکانات لوکس و فنی ممکن را برای طرفداران خود فراهم کرده است. فضای صندلی‌های عقب خودرو به شکل قابل توجهی بزرگ بوده و سرنشینان صندلی عقب، یک سواری بسیار راحت و بی‌دغدغه را تجربه خواهند کرد. فضای داخل خودرو مجلل و چشم‌نواز است و بکارگیری آخرین فناوری‌های مکانیکی، هندلینگ خودرو را برای راننده بسیار ساده کرده است. طراحی خارجی خودرو نسبت به مدل‌های قبلی تغییراتی داشته گرچه کماکان جلونچرخه بزرگ و غیرعادی سری ۷ مورد پسند بسیاری از منتقدان صنعت خودرو و خریداران نیست. در مدل‌های مختلف سری ۷ موتورهایی با قدرت و پرفرمانس متفاوت تعبیه شده است. موتور ۶ سیلندر سه لیتری مدل ۷۴۰i، ۳۳۵ اسب بخار قدرت داشته و در مدل‌های

چند سالی است تمایل اصلی خریداران خودرو در تمام بازارهای اصلی این محصول به سمت خودروهای شاسی بلند (SUV) و کراس اور چرخیده است. فضای بیشتر مخصوص در قسمت بالای صندلی، دید بهتر، تسلط بیشتر به مسیر، احساس روانی امنیت بیشتر، کارایی بیشتر در مناطق برقی و تمایل روز افزون مردم به سفرهای آف رود (offroad) از جمله دلایل اصلی این تغییر سلیقه خریداران است. با این حال بازار خودروهای سواری (سدان) کماکان مشتری‌بان وفادار خود را حفظ کرده و در این بین سدان‌های لوکس فول سایز جایگاه ویژه‌ای نزد علاقه‌مندان خودروهای لوکس دارند. این گروه از خریداران وقار و شکوه سواری‌های لوکس فول سایز را به همتهای شاسی بلند آنها ترجیح می‌دهند. در این نوشتار نگاهی اجمالی خواهیم داشت به بهترین سدان‌های لوکس فول سایز سال ۲۰۲۰ با ذکر این نکته که قیمت‌های مربوط به هر خودرو از وبسایت این برندها در کانادا استخراج شده است و نمایشگر کمترین قیمت ارزان‌ترین مدل خودرو و کمترین قیمت گران‌ترین مدل آن برنند است.

قیمت تخمینی پایه:

۱۰۲ هزار دلار



Genesis G90

خودرو باشکوه و مجلل بوده و بیشتر به طراحی‌های کلاسیک خودروهای لوکس پهلوس می‌زند گرچه مولفه‌هایی از گرایش‌های مدرن طراحی خودرو هم در آن به چشم می‌خورد. جی ۹۰ بزرگ و بسیار جادار است و سواری نرم و راحتی را برای سرنشینان به ارمان می‌آورد. جی ۹۰ با دو نوع موتور عرضه شده است. مدل شش سیلندر تونین توربو با حجم ۲/۳ لیتر، ۳۶۵ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. مدل ۸ سیلندر ۵ لیتری موتور جی ۹۰ نیز ۴۲۰ اسب بخار قدرت دارد. یک مشکل بزرگ جنسیتی جی ۹۰، قدرت مانور نسبتاً ضعیف این خودرو بزرگ است که می‌تواند راننده را به در دسر بیندازد.



برند لوکس کمپانی هیوندای که در سال ۲۰۰۴ اعلام موجودیت کرد، در همین مدت زمان کوتاه جای پای خود را در بازار خودروهای سدان لوکس محکم کرده و به سرعت در حال جذب هرچه بیشتر خریداران در بازارهای بزرگ خودرو دنیاست. جنسیتی با بهره‌گیری از امکانات فنی و ایمنی مطلوب کمپانی هیوندای و تلفیق آن با یک طراحی مجلل و باشکوه در ظاهر و داخل کابین، خودرویی خاص، قدرتمند، زیبا و لوکس را با قیمتی مناسب‌تر از رقبای اسم و رسم دار آلمانی و ژاپنی به خریداران عرضه کرده است. سدان لوکس فول سایز جی ۹۰ بهترین نمونه برای ارزیابی عملکرد جنسیتی محسوب می‌شود. طراحی





Lexus LS

لکسوس و کارخانه مادرش یعنی تویوتا همواره به ساخت خودروهای اقتصادی، ایمن و بشدت قابل اعتماد مطرح بوده‌اند. برند لوکس تویوتا، سال‌هاست جایگاه محکم خود را در بین خودروسازان لوکس باز کرده و به یکی از پرطرفدارترین برندهای لوکس خودرو تبدیل شده است. مهمترین ایرادی که همواره به تویوتا و به میزان کمتری به لکسوس وارد می‌شد قیافه زشت یا در بهترین حالت معمولی خودروهای تویوتا/لکسوس بود که باعث می‌شد طراحی سایر خودروسازان لوکس برای خریداران مطلوب‌تر باشد. ولی در سال‌های اخیر تویوتا/لکسوس با یک خانه تکنانی ذهنی اساسی، خودروهایی با طراحی بسیار زیبا و خاص تولید کرده که حتی در خودروهای کلاس اکونومی تویوتا هم قابل مشاهده است. طراحی‌های بسیار جذاب و چشمگیر سال‌های اخیر لکسوس در کنار تکنولوژی فنی بسیار پیشرفته، امنیت بسیار بالا و قیمت و هزینه نگهداری به مراتب کمتر از نمونه‌های مشابه، باعث

قیمت تخمینی پایه:

۱۱۸ تا ۱۳۵ هزار دلار

قیمت تخمینی پایه:

۶۸ تا ۷۴ هزار دلار

Volvo S90

گرفته شده است. قوای محرکه وولو با بهترین خودروهای روز دنیا قابل رقابت بوده و در دو شکل بنزینی و هیبرید طراحی شده است. مدل بنزینی T۶ یک موتور ۴ سیلندر ۲ لیتری است که ۳۱۶ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. گرچه قدرت موتور در قیاس با برخی مدل‌های این کلاس پایین‌تر است اما وولو اس ۹۰ به شکل باورنکردنی پر قدرت و سریع بوده و رقیب سرسختی برای بهترین برندهای این کلاس سدان به شمار می‌رود. مدل T۸ هیبرید قوی‌تر بوده و ۴۰۰ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. وولو با طراحی حدواسط کلاسیک و مدرن و امکانات فنی و ایمنی فوق العاده و قیمت کمتر نسبت به سایر خودروهای سواری لوکس فول سایز، گزینه محبوبی به خصوص در بین خریداران اروپایی محسوب می‌شود.

خودروساز لوکس سوئدی مشابه ویژگی‌های خاص اسکاندیناوی‌ها بی‌سر و صدا و آرام راه خود را در بازار شلوغ و پرتراکم خودروهای لوکس باز کرده و اکنون به جایگاهی معتبر و قابل اعتنا دست یافته است. وولو به ساخت خودروهای ایمن و پیشرفته معروف است و در مدل اس ۹۰ نیز همین ویژگی‌ها را ارائه کرده است. طراحی اس ۹۰ ترکیبی از یک ظاهر کلاسیک و در عین حال شوخ و مدرن است. فضای داخلی خودرو جادار و راحت بوده و در طراحی کابین امکانات رفاهی و فنی فراوانی در نظر



قیمت تخمینی پایه:

۱۰۰ تا ۲۲۷ هزار دلار

Porsche Panamera

طراحی داخلی پانامرا مخلوطی مدرن و کلاسیک را شامل شده و انواع و اقسام فن آوری‌های رفاهی و فنی در آن لحاظ شده است. در مدل‌های مختلف پانامرا

سواری‌های لوکس فول سایز مثل بی ام دبلیو یا مرسدس بنز یا جگوار ایجاد کرده و طبعاً خریدارانی با سلیقه‌ای متفاوت را جذب می‌کند. فضای داخلی پانامرا در صندلی عقب گرچه بزرگ و جادار است اما فقط برای دو سرنشین طراحی شده و از این جهت چندان مناسب خانواده‌های پر جمعیت نیست.

مشخصات لوکس و اسپرت پورشه در یک سدان بزرگ و خانوادگی بودند طراحی و ساخته شد. پانامرا گرچه با استقبالی مطلوبی از سوی خریداران روبرو شد ولی برخی از طرفداران پرو پاقرص پورشه را به شدت ناراحت کرد که چرا پورشه باید رویکرد تولید خودروهای اسپرت کلاسیک خود را تغییر داده و یک خودرو فول سایز چهار در تولید کند. طراحی پانامرا با الهام از پورشه ۹۱۱ انجام شده و ظاهری کاملاً اسپرت دارد. این ظاهر اسپرت، تفاوت فاحشی بین پانامرا و سایر خودروهای

خودروساز لوکس آلمانی که چند سال قبل خطر ورشکستگی را به شدت احساس می‌کرد، با ارائه مدل‌های کابین و بعداً مکان نه تنها از ورشکستگی نجات پیدا کرد بلکه توانست مجدداً جایگاه رفیع خود را به عنوان سازنده خودروهای اسپرت و لوکس به دست آورد. پانامرا یک سدان فول سایز در کلاس سواری‌های سوپر لوکس محسوب می‌شود که عضو نسبتاً جدیدی در خانواده پورشه محسوب می‌شود. این سدان با هدف جلب رضایت خریدارانی که به دنبال





قیمت تخمینی پایه:

۲۳۴ تا ۱۱۰ هزار دلار

Mercedes-Benz S-Class

فنی نیز امکاناتی باورنکردنی را در اختیار راننده قرار می‌دهد. در عین حال طراحی بسیار شیک و چشم‌نواز کلاس اس، یکی از مهمترین برگ‌های برنده این خودرو استثنایی است. مدل پایه کلاس اس (S450) یک موتور توپین توربوشارژر ۳ لیتری دارد که با شش سیلندر ۳۶۲ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. مدل قدرتمندتر موتور کلاس اس، یک موتور چهار لیتری هشت سیلندر است که ۵۶۰ اسب بخار قدرت دارد. قدرت موتور در مدل‌های AMG کلاس اس از این هم بالاتر رفته به نحوی که مدل AMG S65 توپین توربوشارژر با حجم ۶ لیتر و ۱۲ سیلندر ۶۲۱ اسب بخار قدرت دارد که این خودرو سنگین و بزرگ را مثل موشک به جلو می‌راند.



با هر متر و معیاری مرسدس بنز سلطان بلامناع خودروسازان لوکس محسوب می‌شود و در بازار شلوغ و پرتراکم خودروهای لوکس، به عنوان معیاری برای سنجش کیفیت و قدرت سایر برندها به کار برده می‌شود. بنز در هر کلاس خودروهای لوکس اگر نه بهترین دست کم یکی از سه مدل برتر بازار را در اختیار دارد که این مساله در مورد مدل کلاس اس نیز مصداق دارد. مدل‌های مرسدس بنز کلاس اس و تیونینگ AMG آن مدت‌هاست صدر جدول بهترین سدان فول سایز سوپر لوکس را به خود اختصاص داده است. طراحی داخلی خودرو بسیار زیبا و مجلل بوده و سواری آن به شکل باورنکردنی نرم و راحت است. خودرو بسیار بزرگ و جادار است و سه سرنشین صندلی عقب بدون هیچ مشکلی به راحتی در کنار هم جا می‌گیرند. امکانات صندلی سرنشینان عقب خودرو چیزی فراتر از صندلی‌های فرست کلاس بهترین خطوط هوایی است. آپشن‌ها و امکانات این مدل بنز یک سرو گردن بالاتر از تمام برندهای مشابه در این کلاس بوده و به لحاظ

قیمت تخمینی پایه:

۱۰۳ تا ۹۴ هزار دلار

Jaguar XJ

می‌توان خودرو را با موتور شش سیلندر هم سفارش داد. ایکس جی خودرو بزرگی است و فضای داخلی فراوانی در اختیار سرنشینان قرار می‌دهد؛ با این حال وزن خودرو به شکل قابل ملاحظه‌ای سبک است. بدین ترتیب ترکیبی از یک موتور پر قدرت و یک اتاق سبک به جگوار ایکس جی امکان مانور و شتاب گیری قابل ملاحظه‌ای می‌دهد که در بین خودروهای سدان فول سایز یک ویژه منحصر به فرد محسوب می‌شود. با این همه مصرف سوخت موتور بسیار بالا بوده و به رغم قیمت کمابیش ارزان‌تر کمتر توانسته اعتماد مشتریان را جلب کند. مواردی که باعث شده جگوار در مقایسه با رقبای قدرتمند آلمانی در جایگاه پایین‌تری از لحاظ محبوبیت و فروش قرار داشته باشد.

پلنگ زیبا و قدرتمند بریتانیایی همیشه طرفداران خاص خود را داشته و باید گفته به ندرت آنها را ناامید کرده است. جگوار در رده سدان‌های فول سایز لوکس، مدل ایکس جی را به بازار عرضه کرده که از بسیاری جهات می‌تواند گزینه مطلوبی برای خریداران باشد. طراحی جگوار بسیار شبیه خودروهای کلاسیک و مجلل قدیمی است ولی با این حال چند تغییر کوچک و جزئی در همین طراحی کلاسیک باعث شده تا سایر علاقه‌مندان خودروهای لوکس نیز جذب این سدان بزرگ و پر قدرت شوند. در طراحی کابین، جگوار یک اتاق مجلل و زیبا را برای سواری در اختیار سرنشینان قرار می‌دهد گرچه برخی منتقدان خودرو و اعتقاد دارند طراحی کابین می‌تواند از این بهتر و جذاب‌تر باشد. روی ایکس جی یک موتور قدرتمند هشت سیلندر ۵ لیتری سوار شده که ۵۷۵ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. البته

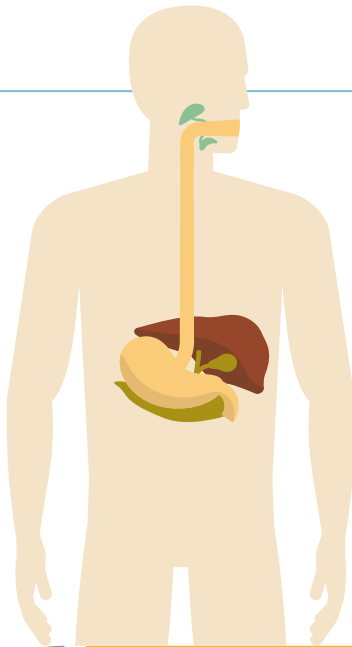


شده تا این برند لوکس ژاپنی به راحتی تمامی رقبای خود در بازار خودروهای لوکس را کنار زده و اکنون مستقیماً دو غول آلمانی بازار خودروهای لوکس یعنی بی‌ام‌دبلیو و مرسدس بنز را به چالش کشیده است. مدل استاندارد ال اس یک موتور توپین توربو ۶ سیلندر دارد که ۴۱۶ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. در مدل هیبرید ال اس، یک موتور ۶ سیلندر بنزینی با دو موتور الکتریکی بکار گرفته می‌شود که ۳۵۴ اسب بخار قدرت دارد. فضای داخلی خودرو جادار و بسیار زیبا طراحی شده و سواری بسیار نرم و آرازی را برای سرنشینان به ارمغان می‌آورد. فضای صندلی‌های عقب خودرو نسبت به مدل‌های سوپر لوکس مشابه اندکی کمتر است و نشستن هم‌زمان سه نفر روی صندلی عقب، عملاً فضایی برای تکان خوردن در اختیار سرنشینان قرار نمی‌دهد. با این حال در مقایسه با سایر خودروهای این کلاس، قیمت کمتر، قابل اطمینان بودن، هزینه نگهداری بسیار کم و طراحی چشم‌نواز، لکسوس ال اس را به یکی از بهترین سدان‌های کلاس سوپر لوکس تبدیل کرده است.



۶ موتور با توانایی‌های مختلف در نظر گرفته شده که همه این موتورها بدون کوچکترین فشاری سرعت خودرو به حداکثر ممکن می‌رسانند. مدل پایه پانامرا از یک موتور ۶ سیلندر توربوشارژر بهره می‌برد که ۳۳۰ اسب بخار قدرت دارد. در نهایت قدرتمندترین موتور مدل پانامرا، یک موتور توپین توربوشارژر ۸ سیلندر است که در کنار یک موتور الکتریکی ۶۷۷ اسب بخار نیرو تولید کرده و روی مدل E-Hybrid S سوار شده است. پورشه پانامرا با توجه به ویژگی‌های فنی و آپشن‌های لوکس، در مجموع ۲۱ مدل به بازار عرضه کرده است.





به بدن خود اعتماد کنید

برایتان پیش آمده که یکمتر تبه تحمل دود سیگار یا یک قاشق اضافه دسر را نداشته باشید؟ اینها کار بدن تان است که به این ترتیب با شما صحبت می کند و پیام می فرستد. وقتی بدن احساس کند چیزی برای شما مضر است یا ممکن است شما دچار مشکلی شوید به همین طریق احساس خود را بیان می کند. احساسی که خود انسان قادر به توصیف آن نیست. مثلاً می گوید دلم را زد، یا حالم را بد کرد/می کند. در این جا به چند مورد اشاره می کنیم که بدن برای شما تصمیم می گیرد. به این تصمیمات اعتماد کنید چون بدن به ضرر خودش کار نمی کند.

بدن شما می داند

چقدر مایعات لازم دارید

اگر فکر می کنید بی دلیل حالتان خوب نیست و اعصاب تان بهم ریخته شاید علت کم شدن آب بدن باشد که در عین حال می تواند باعث سردرد هم بشود. برای تامین آب بدن هم می توانید در طول روز آرام آرام و جرعه جرعه و به مقدار کم اما بصورت مداوم آب بخورید. اگر دوست ندارید یکبار به زیاد آب بخورید هیچ نیازی نیست با خوردن ۸ لیوان بزرگ آب خود را اذیت کنید.

ندانید که بدن تان نیاز به آب دارد و در نتیجه آب کافی ننوشید.

گوش کنید مهمترین علامت در مورد کافی بودن آب بدن رنگ و حجم ادرار است. اگر آب بدن کافی باشد ادرار به رنگ زرد کم رنگ یا به رنگ آب و با حجم بالاست. اگر ادرار شما تیره و غلیظ است بدانید که آب بدن کافی نیست. گاهی اوقات کم شدن آب بدن خود را بصورت بد اخلاقی و بد خلقی نشان می دهد.

کلیه ها در بدن نقش تصفیه خانه و تنظیم آب بدن را بر عهده دارند. در طول زندگی و با افزایش سن کلیه ها کم کم بخشی از اثرگذاری خود را دست می دهند. در عین حال اعصابی که پیام تشنگی را به مغز مخابره می کنند هم آرام آرام ضعیف می شوند. فکر نکنید این اتفاق در دهه ۴۰ و ۵۰ رخ می دهد بلکه از همان سنین جوانی آغاز می شود. بنابراین با توجه به این دو اتفاق ممکن است شما

بدن شما می داند

چقدر دسر پس است

سوخت و ساز راهی است که بدن شما انتخاب کرده تا حواس تان نسبت به آن چه داخل قاشق و چنگال می ریزید جمع تر باشد. در نتیجه اگر حس می کنید خوردن یک دسر مملو از خامه و شکلات دلتان را می زند، دسرهای سبک تر با بیس میوه را انتخاب کنید و اگر واقعا دسر دلتان را زد بقیه اش را نخورید!

کند. از سوی دیگر یکی از علل کاهش میزان سوخت و ساز کاهش فعالیت سلولی است. در نتیجه حتی خانم های جوانی که در حد مطلوبی از تناسب اندام قرار دارند برای حفظ وزن و تناسب اندام باید کالری کمتری دریافت کنند.

گوش کنید فکر کنید که کاهش میزان

از ابتدای بلوغ تا انتهای میان سالی میزان سوخت و ساز بدن ما بطور متوسط ۱۰ درصد کاهش می یابد. به گفته متخصصان فیزیولوژی ورزشی علت این است که هر چه سن بالاتر می رود تمایل انسان به کم تحرکی بیشتر می شود. این کم تحرکی توده عضلانی را کاهش داده که به نوبه خود سوخت و ساز را کم می

بدن شما می داند

نباید کینه روزی کنید

بیماران قلبی که تحت مشاوره هایی برای بخشیدن افراد قرار گرفته بودند (آنها یاد گرفتند بر احساس دشمنی و کینه خود نسبت به بقیه غلبه کنند) در مقایسه با افرادی که چنین آموزش هایی ندیده بودند به شکل باورنکردنی علائم قلبی کمتری داشتند.

اجبار در آمده و عواطف ما اهمیت بیشتری پیدا می کنند. به همین دلیل تمایل به طول عمر بطور ناخودآگاه افزایش می یابد.

گوش کنید سعی کنید قلب مهربان تری داشته باشید. مطالعه ای که اخیراً در دانشگاه ویسکانسین آمریکا انجام شده نشان داده

روان شناسان مدت ها است که می دانند افرادی که دیگران را عفو می کنند بیشتر عمر می کنند. تحقیقات در دانشگاه هنگ کنگ توضیح جالبی برای این قضیه پیدا کرده است: آنها متوجه شدند عفو کردن دیگران باعث می شود احساس ما به آینده بهتر شده، تمایل به آینده بصورت

بدن شما می داند

عضلات شما چقدر انعطاف پذیر هستند

بدانید که این ها علائم بدن در مورد انعطاف بدنی پایین شما است. برای حل این مشکل باید فعالیت های بدنی خود را بطور کلی افزایش دهید. بعد از ورزش حتما حرکات کششی انجام دهید و هر حرکت را ۱۵ تا ۲۰ ثانیه نگه دارید و همزمان نفس عمیق بکشید. انجام ورزش هایی مانند یوگا یا تای چی که مبنای آنها تعادل و انعطاف پذیری هستند هم بسیار مفید است.

دانشمندان ژاپنی نشان داده افراد میان سال و مسن با انعطاف بدنی پایین بیشتر در معرض خطر بیماری های قلبی هستند.

گوش کنید وقتی لب یک جوی آب ایستاده اید و می خواهید از رویش بپرید اما احساس می کنید بدن تان فرمان نمی دهد یا وقتی بعد از مدت نه چندان زیادی رانندگی یا حتی نشستن ساده، پاها خواب می روند و راحت نمی توانید راه بروید

هر چه تجربه و عقل بیشتری می شود انعطاف پذیری بدنی کاهش می یابد. اگر کسی ورزشکار حرفه ای نباشد و بدنش بطور عادی انعطاف لازم را نداشته باشد باید موقع انجام برخی کارها محتاط باشد. با افزایش سن انعطاف پذیری تاندون ها، رباط ها و مفاصل کاهش می یابد. در نتیجه احتمال آسیب دیدگی افزایش می یابد. از طرف دیگر تحقیقات

JOD

Joy Of Dentistry



مطالب بیشتر در وبسایت ما
www.jodmagazine.com





An Algorithm In Diagnosis Of Orofacial Pains

Dr. Pouria Motahari

DDS, Oral Pathologist

Pain has always been a barrier to dentistry, serving as a continuing motivation for the use of drugs to prevent, block, or attenuate pain in the perioperative period. Moreover, Pain is one of the most important reasons for patients to come to a dental office. It could have several aspects and different elements can affect it and usually increase it dramatically such as emotional condition of the person affected by it. Management of pain in dental office could be challenging and difficult if a practitioner doesn't follow a logic pathway. Generally, pain of orofacial region can be divided to odontogenic and nonodontogenic origin. Odontogenic pains cause by pulpal or periodontal pathologies and dentist has been trained well to diagnose and manage them.

In addition to odontogenic pains a long list of non odontogenic pains could cause serious problems for patients. Diagnosis and treatment of orofacial pain sometimes is a dilemma for dentists.

To avoid misdiagnosis and resultant malpractice in treatment of pain, dentist should have a map in his or her mind for how to differentiate odontogenic pains from the pains that have non-odontogenic origin but would mimic their characteristics. Unfortunately, many dentists do not follow a step by step algorithm that may result in unnecessary dental treatment like root canal therapy or extraction of innocent tooth in which in turn may cause serious medico legal problems for dentist and on the other hand turns the patient into a uncooperative and troublesome person whom his/her trust hardly can be obtained again.

Non odontogenic pains can have several reasons such as pathologies, myogenic, neuralgic, manifestation of a systemic disease or even due to sinus problems. As dental and periodontal pains can have a referral character it is very important to distinguish them from non odontogenic ones and for this purpose dentist should have a clear history and do specific exams. Thermal tests can be very helpful in distinguishing between these two types of pains. In this short talk we are going to open this topic and discuss about it.

The Importance Of Keratinized Tissue Around Natural Teeth and Dental Implants



Dr. Ardashir Ranjbari

DDS, Periodontist; Implantologist

The presence of sufficient and healthy gingiva around natural teeth or implants is one of the key factors in successful long-term treatment. We as dentists should take notice that the type and amount of surrounding tissues around teeth and implants are important in maintaining both esthetics and healthiness in long time.

The two major components which have covered internal oral surfaces are Keratinized and Non-Keratinized tissues which are separated from each other with an imaginary line called Mucogingival Junction (MGJ). The Keratinized tissue is located coronally to the MGJ and is comprised of attached and free gingiva. The attached gingiva has different measures vertically and horizontally in the same area in different persons as well.

The least amount of requiring sufficient width of keratinized tissue around natural teeth is a controversial issue among the experts. In the literature we can find a wide range between 1-4 mm, but most of the experts believe in 2mm and more. In implant dentistry, not only this proportion is important, but also the vertical soft tissue component over the residual crest which has introduced by Tomas Linkevicius is crucial which has a corresponding width of about 3.5-4 mm. As it shows in the literature, stronger correlation can be seen between the lack of keratinized tissue around natural teeth and dental implants including more pronounced gingival recession. Although the controversy existing in the literature on the need for keratinized tissue around natural teeth and dental implants, gingival augmentation may be advantageous for the maintenance of soft tissue health. Furthermore, an increased width of keratinized tissue may facilitate more effective oral hygiene and improve peri-implant soft tissue health, as well as long-term soft tissue stability. Stable gingival margins are essential to the health of natural teeth and dental implants. The attached gingival tissue provides protection to external injury and is a critical component to proper tissue healing around dental implants.

Without this keratinized tissue, food impaction and tissue shrinkage may occur which may affect long-term bone stability and aesthetics.

In this article you can find a clinical treatment procedure in order to root coverage of denuded root. The aim of this treatment is not only providing sophisticated aesthetics for patients but also increasing zone of keratinized gingiva and maintaining better prognosis for the future.

Stress: Dentist Enemy Number One



Dr. Nastaran Adibrad

Psychotherapist

Recent studies regarding dentistry clearly show that dentists are at a greater risk of a variety of stress-related physical and emotional conditions. Therefore, stress can be considered the number one enemy for dentists. Stress-related conditions consist of a wide and varying range of diseases and illnesses including: cardiovascular conditions, ulcerative colitis, hypertension, lower back pain, ocular hypertension, marriage related problems, alcoholism, drug abuse, depression and suicide.

According to statistic reports, the suicide rates among dentists are twice that of the public and almost three times more than other white-collar workers. Emotional conditions that are the tenth most common in the general public are the third most frequent among this profession.

Moreover, coronary artery disease and high blood pressure are 25% more frequent in the dental profession than compared to the public. Hence, cardiovascular-related conditions are the leading cause of death in dentists. At the same time, dentists are twice as likely to suffer from nervous conditions than general practitioner physicians are.

Each year, the dental profession in North America loses enough members that it is the equivalent of a large dental class. Why are dental professions at a greater risk of physical, mental and social stress related conditions? Some of the reasons for the stress in the dental profession include: close working area; isolation; stress due to perfectionism, and financial stress. These factors may induce a great amount of stress in the life of a dentist, and as aforementioned above, may result in several severe physical and emotional consequences.

Dentists are not able to change their occupations to get rid of this high level of stress; therefore, it is necessary to indicate the factors that may result in stress in a dental practice.

After identifying the stress factors, we may pursue proper solutions, and establish appropriate strategies to reduce the overall stress in dentists' lives, helping them lead longer, happier and healthier lives.

No Prep Or Minimal Prep Veneers



Dr. Farokh Asefzadeh

MS in restorative and esthetic dentistry

One of the most prominent features of bonded porcelain veneers is its conservative nature. So it is obvious that we as practitioners have to save as much as possible of the sound tooth structure specially enamel. Because as we know the most efficient bond strength is to this part of the tooth. In some cases that there is spaces to be closed between the teeth we can easily add to the tooth without removing any significant tissue eg: Diastemas and general spacing. And in lingo version cases or low lip lines which the teeth have to be lengthened and protruded accordingly we can use prepless technique. But it is better to form a subtle finish line for the dental technician to detect and for us as dentists to be able to sit the veneers more easily. Even a 0.2 mm shallow chamfer finish line would be sufficient for this purpose. In this article a clinical case with low lip line without incisal display has been demonstrated and discussed.

A 30 year old woman who was not happy with her smile came for consultation about different treatment plans to create a more youthful smile because her teeth were not showing in rest position and while talking. So it was decided first to do a mock up to see if she would be happy with longer teeth esthetically and functionally. Then the provisional were used as a template for teeth preparation so we shan't cut the enamel unnecessarily. And so the teeth were barely touched and the enamel was just refreshed and a very shallow chamfer finish line prepared on gingival and proximal margins for the technician and for the sake of easy handling in the clinic. Eight Emax veneers were made and after try in were bonded to the enamel. The occlusion was checked carefully so the veneers would not interfere with the patients normal occlusion.

Clear Aligners



Dr. Hossein Arbabzadeh

Orthodontist

In recent years so many developments has occurred in field of clear aligners and many Companies and Laboratories are involved in designing and fabricating of them.

Clear aligners are esthetically superior in comparison conventional fixed appliances and they are easy to use for the patient and the chair time will be reduced in the dental office.

The treatment process, after diagnosis of the problem, starts with an intra- oral scan which will be delivered to the lab. Utilizing a sophisticated software the lab technician will set up the treatment plan and movements, add some attachments, these movements will be sequenced, 3D printed and the clear aligners will be thermoformed or vacuum formed on the model and the series of clear aligners will be ready and delivered to the dentist.

The biomechanics principle of clear aligners are similar to all other orthodontic treatments, so any dentist who wants to use them as an treatment option must have the knowledge of these principles and also know about diagnosis and treatment planning and process of orthodontics treatments. In order to get the best results of the clear aligners, a dentist must not rely solely on what a software says or a lab technician says and being just a distributor of aligners. A dental practitioner, who wants to use aligners, must be involved in designing and customizing them for the patients.

Though the orthodontic problems which are treated by clear aligners are expanding and are more covered, but still there are numerous cases remaining that cannot be treated with them. The cases which needs bodily movement and extraction cases are more difficult to treat with clear aligners and also take more time comparing to fixed appliances.

Some aligners like Invisalign or ClearCorrect are offered by huge companies and labs with more sophisticated software and advanced attachments but most of your communication is virtually and not person to person and getting consultation or assistance from the responsible orthodontist is most of the times impossible.

Some of the providers are smaller labs and if you choose them correctly, the person who is contact with the dentist and responsible for setup is an orthodontist (e.g., Perfect Smile by Shaw lab in Ontario)

As mentioned the key to success with clear aligner therapy is the knowledge and care of the dentist of Orthodontics.

A Brief Review On COVID-19 Pandemic

Dr. Mehregan Mahmoudi

Anesthesiologist; chronic pain management fellowship

At the end of 2019, a novel coronavirus was identified as the cause of a cluster of pneumonia cases in Wuhan, a city in the Hubei Province of China. It rapidly spread, resulting in an epidemic throughout China, followed by an increasing number of cases in other countries throughout the world. In February 2020, the World Health Organization designated the disease COVID-19, which stands for coronavirus disease 2019. The virus that causes COVID-19 is designated severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Since the first reports of cases from Wuhan at the end of 2019, cases have been reported in all continents, except for Antarctica. More than 5 million cases have been reported to this point. Direct person-to-person transmission is the primary means of transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). It usually takes place through close-range contact, mainly via respiratory droplets; when a person with infection coughs, sneezes, or talks. Infection can also occur if a person touches an infected surface and then touches his or her eyes, nose, or mouth. Droplets typically do not travel more than six feet (about two meters). SARS-CoV-2 has been detected in non-respiratory specimens, including stool, blood, ocular secretions, and semen.

Largely indirect data suggest that infected individuals are more likely to be infectious in the earlier stages of infection. Contact tracing in the early stages of epidemics at various locations suggested that most secondary infections were among household contacts but, clusters of cases have also been reported following family, work, or social gatherings where close, personal contact can occur.

The incubation period for COVID-19 is thought to be within 14 days following exposure, with most cases occurring approximately four to five days after exposure. Symptoms might range from mild (no or mild pneumonia) in 81 percent of cases to severe disease (eg, with dyspnea, hypoxia, or >50 percent lung involvement on imaging within 24 to 48 hours) in 14 percent and critical disease (eg, with respiratory failure, shock, or multiorgan dysfunction) in 5 percent of cases. The overall case fatality rate was 2.3 percent; no deaths were reported among noncritical cases.

Pneumonia appears to be the most frequent serious manifestation of infection, characterized primarily by fever, cough, dyspnea, and bilateral infiltrates on chest imaging. However, other features, including upper respiratory tract symptoms,

myalgias, diarrhea, and smell or taste disorders, are also common. There are no specific clinical features that can yet reliably distinguish COVID-19 from other viral respiratory infections, although development of dyspnea several days after the onset of initial symptoms is suggestive. Common abnormal radiograph and CT findings were consolidation and ground glass opacities, with bilateral, peripheral, and lower lung zone distributions.

The possibility of COVID-19 should be considered primarily in patients with new onset fever and/or respiratory tract symptoms (eg, cough, dyspnea). It should also be considered in patients with severe lower respiratory tract illness without any clear cause. These patients should be considered as candidates for RT-PCR testing.

Home management is appropriate for patients with mild infection (eg, fever, cough, and/or myalgias without dyspnea) or asymptomatic infection who can adequately self-isolate in the outpatient setting. Management of patients who warrant hospitalization consists of ensuring appropriate infection control and supportive care (including oxygenation and potentially ventilatory support for acute respiratory distress syndrome).

The following general measures are additionally recommended to reduce transmission of infection: Diligent hand washing, use of hand sanitizer that contains at least 60 percent alcohol, respiratory hygiene (eg, covering the cough or sneeze), avoiding touching the face (in particular eyes, nose, and mouth) and cleaning and disinfecting objects and surfaces that are frequently touched

Contents

JOD | JUNE - 2020 | 66 | ژوئن ۲۰۲۰



A Brief Review On COVID-19 Pandemic

Dr. Mehregan Mahmoudi
Anesthesiologist; chronic pain management fellowship



No prep Or Minimal Prep Veneers

Dr. Farokh Asefzadeh
MS in restorative and esthetic dentistry

ClearAligners

Dr. Hossein Arbabzadeh
Orthodontist



The Importance Of Keratinized Tissue Around Natural Teeth and Dental Implants

Dr. Ardeshir Ranjbari
DDS, Periodontist; Implantologist



Stress: Dentist Enemy Number One

Dr. Nastaran Adibrad
Psychotherapist



An Algorithm in Diagnosis Of Orofacial Pains

Dr. Pouria Motahari
DDS, Oral Pathologist

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

Chief Editor: Dr. Alireza Ashouri

Scientific Editor: Dr. Farokh Asefzaseh

Executive Editor: Dr. Reza Meschi

Chief Editor Advisor: Dr. Sara Mojallal

Graphic Designer: Ali Rastegar

Sincere Thanks to: Dr. Reza Termei – Dr. Mehregan Mahmoudi – Dr. Sara Mojallal

**SUMMER
2020**

Comprehensive Course in **ESTHETIC & RESTORATIVE DENTISTRY**

Lectures - Demos - Live Webinars



Dr. NAHAL SANAVANDI
Dentist



Dr. EBRAHIM AMINSALEHI
MS in Operative & Restorative Dentistry



Dr. FAROKH ASEFZADEH
MS in Restorative & Esthetic Dentistry



Dr. SHAHBAZ NASSER MOSTOFI
MS in Prosthodontics



Dr. MAZIAR SHAHZAD DOWLATSHAHI
MS in Periodontology



Dr. ARDESHIR RANJBARI
MS in Periodontology



Dr. ALI SHAKIB
MS in Restorative & Esthetic Dentistry



Dr. RAMIN AZGHANDI
DDS, PA, Periodontics & Implants Specialist



Dr. HOSSEIN ARBABZADEH
MS in Orthodontics

+
**Other
guest
Speakers**

TOPICS	
INTRODUCTION TO ESTHETIC DENTISTRY	PERIODONTICS IN ESTHETIC DENTISTRY
ALL CERAMICS	PORCELAIN VENEERS
ORTHODONTICS	LASERS IN DENTISTRY
TREATMENT PLANNING	COMPOSITE
DENTAL OFFICE MANAGEMENT	DENTAL PHOTOGRAPHY

Hands-on and Demos to be held later as a separate program. (Price not Included.)

50 hours
Demos - Lectures
webinars - Quizzes
evaluations

50 CE
Credits
CATEGORY 2

50 %
OFF
UNTIL JUNE 30th



[eversmiles.toronto](https://www.eversmiles.ca)



+1 (416) 901-1890



info@eversmiles.ca



www.eversmiles.ca



EverSmiles
Nationally Approved PACE Program Provider
for FAGD/MAGD credit.
Approval does not imply acceptance by any
regulatory authority or AGD endorsement.
7/1/2019 to 6/30/2021.
Provider ID# 390645

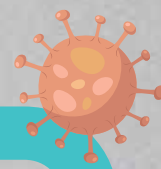
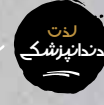


EVERSMILES

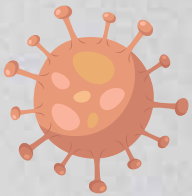
JUNE - 2020

JOD

Joy Of Dentistry



A brief review on COVID-19 pandemic



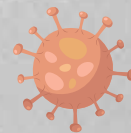
an algorithm in diagnosis of orofacial pains



The Importance of Keratinized Tissue around Natural Teeth and Dental Implants

Stress:
Dentist Enemy Number One

Clear Aligners



No prep or minimal prep veneers