

سپتامبر ۲۰۲۰  
September - 2020

# JOD

Joy Of Dentistry



تجربه یک  
تخت روان لوکس

شاسی بلندهای لوکس کمتر از ۷۰ هزار دلار



دکتر نسترن ادیب راد

استرس دشمن شماره  
یک دندانپزشکان

صفحه ۰۷

دکتر فرخ آصف زاده | دکتر رامین ازقندی

همه چیز درباره لبخند لثه‌ای  
(Gummy Smile)

صفحه ۱۶

# DENTISTRY

## PAINLESS

EXTRACTIONS

DENTURES



گفتگو با دکتر ابوالحسن  
مسگرزاده

بازخوانی

پرونده یک علم

صفحه ۲۰

گفتگو با دکتر  
مهدي ادیب راد

زبان و پشتکار  
عامل موفقیت

است

صفحه ۲۶

بامقالاتی از دکتر  
زهال سناوندی و دکتر  
رامین ازقندی

# راهکارهایی برای مدیریت بهتر مطب





**Confidentist**

Study Smart, Practice with Confidence

**7**

**YEARS OF  
SUCCESS  
STORIES**



Assessment of Clinical Judgement  
Assessment of Fundamental knowledge



Assessment of Clinical Skills



Board/OSCE Preparatory



[WWW.CONFIDENTIST.CA](http://WWW.CONFIDENTIST.CA)



[www.facebook.com/confidentist](https://www.facebook.com/confidentist)

# Contents

# فهرست

JOD | September - 2020 | | سپتامبر ۲۰۲۰ |

20  
بازخوانی پرونده  
یک علم  
گفتگو با دکتر ابوالحسن مسگرزاده

36  
لایف استایل  
موفقیت

26  
زبان و پیشکار عامل  
موفقیت است  
گفتگو با دکتر مهدی ادیب راد  
پخش دوم

42  
سن واقعی‌تان چقدر است؟  
اگر با خودتان درست رفتار کنید  
می‌توانید کاری کنید که ۱۰ سال  
جوان‌تر به نظر برسید

36  
تجربه یک تخت  
روان لوکس  
شاسی بلندهای لوکس کمتر از ۷۰  
هزار دلار

30  
چرخش قرز، فشار سوند  
وعصاره وحشت  
نگاهی به فیلم مارتن من از  
منظر دندانپزشکی

32  
چرخش قرز، فشار سوند  
وعصاره وحشت  
نگاهی به فیلم مارتن من از  
منظر دندانپزشکی

مطالب بیشتر در وب سایت ما  
[www.jodmagazine.com](http://www.jodmagazine.com)

## تشناسنامه:

شورای سیاست‌گذاری: دکتر فرخ آصف زاده، دکتر نهال سناوندی  
دکتر رضامس چی، دکتر مهدی ادیب راد و دکتر علیرضا آشوری  
سر دبیر: دکتر علیرضا آشوری  
دبیر بخش علمی: دکتر فرخ آصف زاده  
دبیر اجرایی: دکتر رضامس چی  
مشاور سردبیر: دکتر سارامجلل  
گرافیک و صفحه‌آرایی: علی رستگار  
با تشکر از: دکتر رضا ترمه‌ای، دکتر مهرگان محمودی و دکتر سارامجلل

## با جیرجیرک‌ها مهربان باشیم



جیرجیرک باغ را شنید که سرخوش بر لبه زده ایوان نشسته است؛ به ماه خیره شده و با تمام وجود از هوای دلپذیر پس از باران لذت می‌برد و فارغ از دنیا می‌خواند و می‌خواند و می‌خواند.

در این زمان احساس یکی بودن باعالم هستی دارم. حس می‌کنم که از انرژی وجود جیرجیرک، من هم انرژی می‌گیرم. حس می‌کنم که برایم کروننا، مهاجرت، امتحان، دوری، فاصله، تنهایی و هزاران مشکل دیگر بی‌معنا می‌شود. حس می‌کنم قدرت انجام هر کار و غلبه بر هر مشکلی را دارم. حس می‌کنم سرخوشی مسری جیرجیرک در وجود من رسوخ می‌کند. حس می‌کنم جیرجیرک روح امید را دوباره احیا می‌کند؛ شعر می‌خواند و مرا با خود به دنیایی می‌برد که در آن میلیاردها کهکشان و ماه و ستاره و سیاره و سلول و مولکول و اتم بدون نگرانی مشغول گرد شدند؛ جاری می‌شوم؛ یکی می‌شوم؛ سبکبال می‌شوم؛ احساس بی‌وزنی می‌کنم. حال جیرجیرک خوشحال را درک می‌کنم؛ خوشحال می‌شوم و آماده می‌شوم تا دوباره بچنگم. صدای جیرجیرک برای من سرود امید است؛ نوای خوش "رفتن، رسیدن" است؛ آهنگ آرامش و صلح درون است. آری جیرجیرک در وجود من جاری است. سرود جیرجیرک خوانش سرود شادی است. جیرجیرک‌ها را دوست بدارید؛ امتحان کنید؛ پشیمان نمی‌شوید.

پی نوشت: این متن ادای دینی است به همه جیرجیرک‌ها در تمام عمرم به ویژه جیرجیرک تنهای چند شب قبل، که من خسته از قرنطینه، خسته از تعویق، خسته از تعلیق، خسته از خبرهای بد، گم شده در راه هزار توی اثبات دوباره خود، در تلاش برای برقراری تعادل بین مادر بودن و معلم بودن؛ و من خسته از هزاران فکر ریز و درشت دیگر را آرام کرد و با صدایش نوید روزهای خوب را داد و شور دوباره آغازیدن را در من بیدار نمود.

### دکتر سارا مجلل

دندانپزشک  
مشاور سردبیر

دل‌امشب صاف است  
آسمان هم آرام  
و هزاران فانوس  
باد هم می‌آید  
و نسیمی زیرک  
سعی دارد که بفهماند شب  
مظهر این همه تاریکی و دل‌تنگی  
نیست...  
به گمانم فردا  
روز خوبی باشد  
صورت ماه به من می‌گوید!

تورنتو و اصولاً کانادا به سرمای‌ش شهره است. به برفش، به بادهای قطبی‌ش و به سفیدی فراگیرش. اما همین شهر سفید به وقت پاییز، عروس هزار رنگی است که شهر فرنگ خجل می‌شود در برابر طنسازای دلفریب رنگ برگ‌های درختان‌ش و بهار‌ش، که البته بیشتر تابستان‌ش، کاملاً دیار دیگری است. سبزی هزار لایه درختان و تعهد شهروندان‌ش به گل‌کاری دست در دست هم و ابرهای سفید فریه و آسمان پهناور لاجوردی و نقره فام‌ش، مدهوش می‌کند و سودای گشت و گذار بر دل‌ها می‌اندازد که کوتاه است و دیر بجنبی به چشم بر هم زدنی می‌گذرد و کلک خیال را با خود می‌برد. ولی همین تابستان‌های گرم هم گاهی غافلگیرت می‌کنند. باران‌هایی می‌آید که بیا و ببین. می‌بارد و می‌شوید و زمین تشنه را اسیراب می‌سازد و جماد و نبات را طراوت و سرسبزی می‌بخشد.

روزهای پس از باران را دوست دارم. آن هنگام که می‌دانم ابرها پس از انجام مسئولیت‌شان به حال گذر از خورشیدند و آفتاب مهربان طلایی مشغول قلقلک دادن گنجشک‌ها است و صدای خنده پرندگان گوش فلک را کر می‌کند. اما شب‌های پس از باران را دوست تر دارم. آنگاه که ماه نور می‌افشاند و هیچ‌ابری را یارای پنهان کردنش نیست. آنگاه که جیرجیرک‌ها هلهله برپا می‌کنند و مهم نیست یکی باشند، ده تا باشند یا هزاران جیرجیرک؛ مهم نیست نزدیک باشند یا دور باشند؛ از فرسنگ‌ها فاصله، حتی می‌توان صدای تک





- ارزیابی شخصیتی و رفتاری بیماران متقاضی ایمپلنت
- استرس دشمن شماره یک دندانپزشکان (قسمت دوم)
- از طبابت لذت ببرید
- راهکارهایی برای افزایش پذیرش درمان‌های الکتیو توسط بیماران
- ملاحظات دندانپزشکی در بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس
- همه چیز درباره لبخند لثه‌ای (Gummy Smile)



## Article

قرار بگیرد. این رویکرد در حال حاضر جای خود را به Prosthetically Driven Implant Placement داده است، چرا که ممکن است ایمپلنت در محلی با حجم استخوان خوب قرار گیرد ولی نشود روی آن رستوریشن سوار کرد. من شخصا رادیوگرافی‌های فراوانی دیده‌ام از ایمپلنت‌هایی که داخل فک هستند ولی هیچ پروتزی روی آنها نیست. گاهی وقت‌ها موقعیت ایمپلنت به گونه‌ای است که اصلا نمی‌توان از ایمپلنت قالب گرفت. همه اینها ایمپلنت‌هایی هستند که در دهان بیمار survival داشته‌اند ولی قطعاً موفق (successful) نبوده‌اند. بنابراین تحقیقات قدیمی نیاز به یک بازنگری جدی دارند گرچه در تحقیقات جدیدتر این موارد بیشتر مد نظر قرار گرفته‌اند.

## از ابتدا جلوی شکست را بگیرید

ایمپلنت درمان گران قیمتی است که انجام آن نیازمند مطالعه و سنجیدن همه جوانب بوده و لازم است دندانپزشک و بیمار هر دو برای دستیابی به یک نتیجه مطلوب، متعهد شده باشند. ایمپلنت با درمان‌های معمول دندانپزشکی فرق دارد که اگر بیمار به نگهداری و بهداشت متعهد نبود، صرفاً یک ترمیم دچار مشکل شود و بشود آن را با یک ترمیم دیگر جایگزین کرد. متأسفانه وقتی ایمپلنت شکست بخورد همه انگشت اتهام را به سمت دندانپزشک می‌گیرند، در صورتی که عوامل شکست بسیار زیاد بوده و نمی‌توان نقش بیمار را در آن نادیده گرفت. بنابراین بهتر است طرح درمان طوری ریخته شود که اصلاً کار به توضیح دلایل شکست نرسد.

## نکته برای گزینش بیمار مناسب جهت درمان ایمپلنت (Case Selection):

مهمترین عامل پیشگیری از شکست درمان و بروز عارضه، گزینش (case selection) مناسب و صحیح بیمار است. این گزینش (case selection) مطلوب از همان لحظه‌ای که بیمار به مطب شما زنگ می‌زند آغاز می‌شود. در واقع خیلی وقت‌ها گزینش بیمار را منشی شما از همان پای تلفن انجام می‌دهد. بیمار وقتی به مطب زنگ می‌زند یا جلوی میز منشی می‌ایستد، معمولاً درباره انتظارات و ایده‌هایش با منشی شما صحبت می‌کند.

## یک مباحث مالی را مد نظر داشته باشید

یکی از مهمترین انتظارات به بخش مالی درمان برمی‌گردد. با وجود همه گیر شدن ایمپلنت، این درمان کماکان گران و پرهزینه است و همچنان بسیاری از بیماران توان پرداخت هزینه‌ها را ندارند.

## ارزیابی شخصیتی و رفتاری بیماران متقاضی ایمپلنت



دکتر رضا ترمه‌ای  
متخصص پروتزیستیکس  
و جراحی ایمپلنت

همه گیری درمان ایمپلنت مزایای فوق العاده و انکارناپذیری برای بیماران و دندانپزشکان به همراه داشته است. با این حال به موازات گسترش و نفوذ این درمان در فعالیتهای روزانه دندانپزشکان و مطالبه بیماران جهت دریافت آن، شکست‌های مرتبط با ایمپلنت نیز بخش مهمی از مشکلات و شکست‌های مرتبط با درمان‌های دندانپزشکی را به خود اختصاص داده است که برخلاف بسیاری درمان‌های دیگر دندانپزشکی به راحتی قابل مدیریت و بازسازی نیستند. در نتیجه برای کاهش میزان این مشکلات، همکاران دندانپزشک باید با دقت و حوصله بیمار را نه فقط از جنبه پزشکی و شرایط دهان و دندان که از جنبه شخصیتی و رفتاری نیز مورد بررسی قرار دهند. متأسفانه بخش شناخت رفتاری، روانی و شخصیتی بیمار بعضاً چندان مورد توجه قرار نگرفته و برخلاف انتظار ممکن است عواقب بسیار ناخوشایندی را به همراه داشته باشد. در این نوشتار بیشتر سعی شده، این جنبه از ارزیابی بیماران متقاضی ایمپلنت مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

## ماندگاری یا موفقیت؟

نگاهی کلی به آمار نشان می‌دهد بر اساس مقالات مختلف میزان ماندگاری (survival rate) ایمپلنت چیزی بین ۹۵ تا ۹۸ درصد است. به عبارت دیگر فقط ۲ تا ۵ درصد ایمپلنت‌ها fail می‌شوند. در وهله اول این رقم بسیار بالا و خارق العاده به نظر می‌رسد. واقعیت هم البته همین است و اگر بخواهیم میزان ماندگاری ایمپلنت را با سایر درمان‌های دندانپزشکی و حتی پزشکی مقایسه کنیم، یکی از موفق‌ترین و قابل پیش‌بینی‌ترین درمان‌هایی است که در اختیار بیمار قرار می‌گیرد. یک مساله دیگر تفاوت بین میزان ماندگاری (survival rate) و میزان موفقیت (successful rate) است که متأسفانه در مقالات هم گاهی مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. فرض کنیم یک ایمپلنت داخل دهان بیمار

وجود دارد که در موقعیت نامناسبی قرار گرفته و نمی‌توان روی آن پروتز سوار کرد. این ایمپلنت از لحاظ ماندگاری مشکلی ندارد ولی قطعاً ایمپلنت موفق نبوده است. در بسیاری از مقالات صرف اینکه یک ایمپلنت داخل دهان بیمار وجود داشته و لقی نشده باشد مترادف با موفق بودن ایمپلنت در نظر گرفته شده است.

همه ما می‌دانیم شکست (failure) یعنی چه. یعنی اینکه ایمپلنت دیگر در دهان وجود نداشته باشد. ولی گاهی ایمپلنت‌هایی داریم که در داخل دهان هستند ولی دچار مشکلاتی شده‌اند از قبیل موکوزایتیس، پری ایمپلنتایتیس، عفونت یا حتی ممکن است هیچکدام از این مشکلات هم وجود نداشته باشد ولی از لحاظ استتیک شرایط مطلوبی نداشته باشد. در گذشته رویکردی بود تحت عنوان bone driven implant placement به این معنی که هر جا استخوان هست، ایمپلنت همان جا



ولی اگر بیمار این اطلاعات را نداشته باشد و در انتهای درمان با نتیجه‌ای که پایین‌تر از انتظارش بوده روبرو شود قطعاً سخت‌تر زیر بار این مساله خواهد رفت.

در واقع دندانپزشک باید سعی کند تا حد امکان تصویر نهایی کاری که به بیمار تحویل داده می‌شود را برای او ترسیم کند تا بیمار با علم و آگاهی کافی درمان را انتخاب کند.

#### چهار:

### Under promise; over deliver

اصطلاحی در انگلیسی هست که می‌گوید کم قول بده ولی بیشتر از قولی که دادی انجام بده. این مساله می‌تواند برای تأمین رضایت بیمار بسیار مفید باشد. مثلاً اگر دندانپزشک به بیمار بگوید درمان شما ۶ ماه طول می‌کشد ولی در نهایت ۴ ماهه کار را به بیمار تحویل دهد طبیعتاً بیمار بسیار خوشحال خواهد شد. یا مثلاً اگر به بیمار گفته شود که ممکن است استتیک به دلایل از بین رفتن بافت استخوانی و لثه آنچنان که باید و شاید مطلوب نباشد ولی در نهایت کاری با استتیک مطلوب به بیمار تحویل شود، رضایت و خوشحالی بیمار را به همراه خواهد داشت.

یک بحث بسیار مهم تخمین مالی درمان است. اگر به بیمار مثلاً دو هزار دلار قیمت می‌دهیم، حتی اگر هزینه تمام شده بیش از این مقدار باشد، ترجیحاً نباید پول بیشتری از بیمار دریافت شود چون این اشتباه ما در تخمین هزینه بوده نه اشتباه بیمار. از آن طرف اگر به بیمار دو هزار دلار قیمت داده‌ایم ولی در نهایت هزار و نهصد دلار از او دریافت کنیم، بیمار احساس رضایت و خوشحالی بیشتری خواهد داشت.

#### پنج: اطلاعات نادرست بیمار را اصلاح کنید

یکی از مسائلی که دندانپزشک قطعاً با آن روبرو خواهد شد اطلاعات غلط و ناقصی است که بیماران از دوست و آشنا و اینترنت دریافت کرده‌اند. یکی از دردسرهای همیشگی دندانپزشکان، تبلیغات بدون پایه و اساس علمی و صرفاً مبتنی بر بیزنس است که انتظارات و توقعات غیرواقعی در ذهن بیماران ایجاد می‌کند. در چنین شرایطی دندانپزشک وظیفه دارد اطلاعات نادرست بیمار را اصلاح کرده و به او توضیح دهد که به چه دلایلی نمی‌توان انتظارات غیرواقعی او از درمان را برآورده کرد. بیمار باید حتماً در جریان محدودیت‌های درمان ایمپلنت از یک سو و محدودیت‌های دیکته شده از طرف خودش قرار بگیرد مواردی مثل وجود بیماری‌های سیستمیک، فقدان یا کمبود استخوان، مشکلات اکولوژی و غیره.



شما می‌داند ایمپلنت چیست یا نه؟! برخی بیماران تصور می‌کنند ایمپلنت همان کراون و بریج کانوشنال است. برخی از بیماران اصلاً نمی‌دانند ایمپلنت یک درمان دو قسمتی است که پایه آن باید با جراحی داخل فک قرار داده شود و صرفاً آن را یک کراون در نظر می‌گیرند.

یک مساله دیگر بحث زمان درمان است. ایمپلنت درمانی است که به‌رحال چند ماه طول می‌کشد و بیمار باید این مساله را بدانند که مثلاً نمی‌شود دو هفته بعد پروتز نهایی را داخل دهان داشته باشد. برخی درمان‌های جانبی مثل پیوندهای بافت نرم و سخت یا سینوس لیفت (sinus lift) طول مدت درمان را طولانی‌تر می‌کند. پیش از آغاز درمان بیمار باید در جریان این مسائل قرار بگیرد.

نکته بعدی برداشت استتیک بیمار از درمان است. به یاد داشته باشید استتیک را بیمار تعریف می‌کند نه دندانپزشک. دندانپزشک می‌تواند با آموزش مقداری ایده‌های بیمار را تعدیل کند ولی نمی‌تواند آنها را کاملاً عوض کند. اگر بیمار انتظار دارد کراون ایمپلنتش رنگ B1 داشته باشد ولی باقی دندانهایش رنگ D4 هستند، دندانپزشک در اینجا با یک دردسر اساسی روبرو خواهد شد.

#### سه: بیمار را از وضعیت بافت‌های دریافت کننده ایمپلنت آگاه کنید

آگاهی بیمار از اتفاقاتی که بعد از کشیده شدن دندان رخ می‌دهند نقش بسیار مهمی در تعیین انتظارات او از درمان دارد. وقتی بیمار بدانند بعد از کشیده شدن دندان، استخوان و بافت نرم از دست رفته و بازسازی این بافت‌ها از دست رفته نیازمند درمان‌های اضافی و سنگینی است، ممکن است انتظارات خود از نتیجه درمان را تغییر دهد.

برخی از بیماران از همان ابتدا طوری روی مسائل مالی مرتبط با ایمپلنت مانور می‌دهند انگار هیچ چیز دیگری برای‌شان اهمیت ندارد. نه کاری به روند درمان دارند نه گزینه‌ها نه هیچ چیز دیگری و فقط و فقط حرف‌شان این است که چطور می‌شود این درمان را ارزان‌تر تمام کرد. در واقع به نظر می‌رسد درکی از اهمیت و ارزش این درمان ندارند. در این وضعیت منشی شما نقش بسیار مهمی در بررسی و آنالیز این خواسته‌ها و انتقال آن به دندانپزشک دارد. بیماران بسیاری هستند که به شما مراجعه می‌کنند، طرح درمان را می‌شنوند، گزینه‌ها را بررسی می‌کنند و در نهایت وقتی هزینه درمان را سبک و سنگین می‌کنند به این نتیجه می‌رسند که توان پرداخت آن را ندارند. چنین بیمارانی ارزش و اهمیت درمان را متوجه شده‌اند ولی قادر به پرداخت هزینه آن نیستند. برخلاف بیمارانی که از همان ابتدا فقط و فقط هزینه درمان را مد نظر قرار می‌دهند و به هیچ مورد دیگری کاری ندارند.

#### دو: انتظارات بیمار را آنالیز کنید

در اینجا باید ببینیم توقعات و خواسته بیمار از لحاظ ساینکولوژیک از این درمان چیست و آیا ما توان برآورده کردن این خواسته‌ها را داریم یا خیر. برای جلسات مشاوره ایمپلنت و به طور کلی جلسات مشاوره برای تمام درمان‌های دندانپزشکی باید وقت کافی در نظر گرفته شود تا دندانپزشک بتواند شخصیت و انتظارات بیمار را به طور کامل درک کرده و ارتباط مطلوب و مناسبی با بیمار برقرار کند. طبعاً در این بین بررسی تاریخچه پزشکی و دندانپزشکی بیمار هم مد نظر قرار می‌گیرد.

نخستین مساله این است که ببینیم آیا اصلاً بیمار



اگر بیمار بگوید دندان کم کم لق شده، لثه خونریزی داشت و در نهایت دندان کشیده شد این باید زنگ خطر بیماری لثه را در ذهن دندانپزشک به صدا دریاورد.

### نَه: به مصرف الکل توجه کنید

اگر بیمار بصورت سوشیال الکل مصرف کند (معادل ۱۰-۱۲ لیوان شراب در هفته) این فرد الکی محسوب نشده و مشکلی از جهت دریافت ایمپلنت ندارد. اما در مورد بیمار الکی، گرچه مصرف الکل مستقیماً مشکلی برای ایمپلنت ایجاد نمی‌کند، ولی این شخص از لحاظ سایکولوژیک ممکن است کاندید مناسبی برای دریافت ایمپلنت نباشد. خیلی از این بیماران علاوه بر الکل، سیگار هم مصرف کرده و معمولاً بهداشت دهان مناسبی ندارند. یک نکته بسیار مهم دیگر اینکه اگر بیماری روی یونیت نشسته بود و بوی الکل به مشام شما خورد نمی‌توان از او برای انجام درمان consent اخذ شود چون از لحاظ قانونی بی‌اعتبار است.

### دِه: به مصرف سیگار توجه کنید

از زمانی که ایمپلنت به عنوان یک درمان وارد علم دندانپزشکی شد، همیشه مصرف سیگار یکی از ریسک فاکتورهای اصلی موفقیت آن بوده است. اما مطالعات جدید نشان داده‌اند که گرچه سیگار کماکان یک ریسک فاکتور بسیار مهم برای بیماری‌های پریودونتال محسوب می‌شود اما در مورد ایمپلنت، دیگر مثل سابق با آن برخورد نمی‌شود. در واقع نقش سیگار در شکست ایمپلنت و بروز پری ایمپلنتایتیس در حال حاضر به یک بحث controversial تبدیل شده است. علت اصلی این مساله تا حد زیادی به تغییر سطوح ایمپلنت برمی‌گردد. در گذشته سطح ایمپلنت‌ها بیشتر به صورت ماشینی (machined surface) بود ولی به تدریج این سطوح ماشین شده و صاف جای خود را به سطوح خشن (rough surface) دادند و تحقیقات اخیر همین سطوح زبر را به عنوان عامل حفظ استخوان و کاهش تحلیل آن در بیماران سیگاری معرفی کرده‌اند. بنابراین در حال حاضر آن حساسیتی که قبلاً در زمینه سیگار بود تعدیل شده است گرچه کماکان به همکاران توصیه می‌کنم وقتی در زمینه ریسک فاکتورهای ایمپلنت حرف می‌زنند، به سیگار اشاره کنند چون شاید این مساله عاملی باشد که بیمار سیگار را کنار بگذارد یا کمتر سیگار بکشد و خطرات سیگار برای سلامت کاهش یابد. در عین حال نباید از یاد برد که سیگار کماکان یک ریسک فاکتور مهم در زمینه بیماری‌های لثه است و پریودونتیت اکتیو یکی از ریسک فاکتورهای موفقیت ایمپلنت محسوب می‌شود. بنابراین سیگار به طور غیر مستقیم کماکان می‌تواند موفقیت ایمپلنت را به خطر بیندازد.

### هفت: مراقب بیماران پرمستغله باشید

برخی از بیماران در ظاهر هیچ توقع و انتظار عجیب و غریبی از درمان ندارند ولی نمی‌خواهند یا نمی‌توانند برای درمان خود وقت کافی صرف کنند. این قبیل بیماران آدم‌های بسیار گرفتاری هستند؛ فقط ساعت خاصی در روز آزاد هستند یا فقط یک روز در هفته ممکن است بتوانند به مطب مراجعه کنند و آن هم اگر کاری پیش بیاید یا جلسه‌ای داشته باشند آن را به کار درمانی خود ترجیح می‌دهند یا مثلاً شش ماه در دسترس نیستند. این بیماران در واقع اصلاً دید درستی به درمان ایمپلنت نداشته و معمولاً کیس‌های مناسبی برای درمان‌های اکتیو مثل ایمپلنت نیستند.

### هشت: پرسید چرا دندان از دست رفته است؟

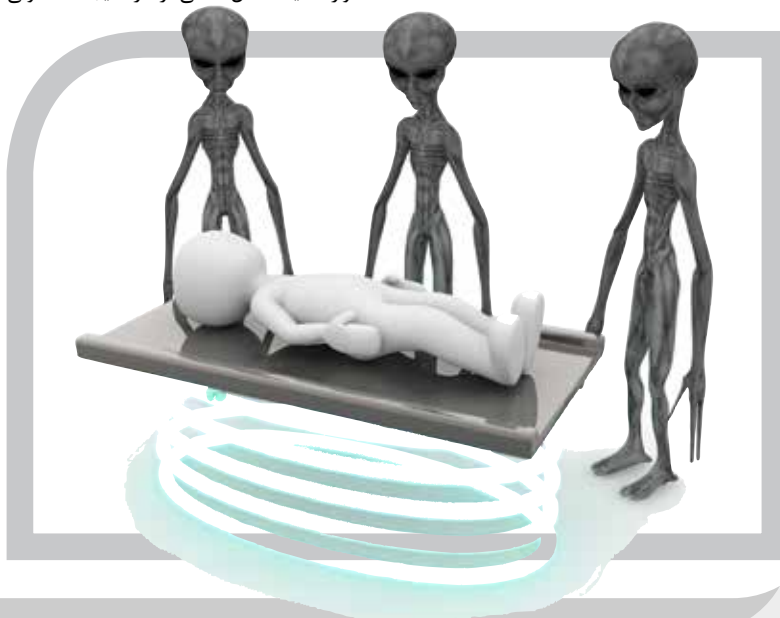
یک نکته مهم که بعضاً مورد توجه همکاران قرار نمی‌گیرد بحث سلامت دهان به خصوص سلامت پریودونتال است. به طور کلی بیمارانی که بیماری پریودونتال فعال دارند کاندید مناسبی برای دریافت ایمپلنت نیستند و تا بیماری پریودونتال کنترل نشود نباید برای آنها جراحی ایمپلنت انجام شود. باید حتماً به بیمار توضیح داده شود که ایمپلنت گرچه از جنس فلز است و پوسیده نمی‌شود ولی به راحتی ممکن است لثه و استخوان اطراف آن دچار بیماری شوند. سوال بعدی که باید حتماً از بیمار پرسیده شود این است که دندان شما چرا از دست رفته است؟ برخی بیماران میسینگ مادرزادی دارند، برخی به خاطر تروما یا گاز زدن یک چیز سخت دندان خود را در نهایت از دست داده‌اند. این موارد شاید مشکل خاصی در کار ما ایجاد نکند ولی

### نشتن: گاهی جواب منفی بدهید

یکی از مواردی که من همیشه در کلاس‌های آموزشی ایمپلنت به آن اشاره می‌کنم این است که به عنوان یک متخصص معمولاً بیمار به من ارجاع می‌شود، ولی دلیل بر این نیست که من همه این کیس‌ها را قبول کنم. خیلی از مواقع باید به بیمار جواب منفی بدهیم و نباید برای او کار انجام دهیم. در واقع دندانپزشک باید یاد بگیرد که بتواند در مواقعی به بیمار نه بگوید و در مسان را انجام ندهد. برای خود من بارها اتفاق افتاده که صراحتاً به بیمار گفته‌ام من امکان و صلاحیت انجام این درمان را ندارم چون توان برآورده کردن خواسته‌ها و انتظارات شما را ندارم. گاهی اوقات هم از لحاظ تکنیکی امکان انجام یک درمان مطلوب وجود ندارد مثلاً نزدیکی به ساختارهای حیاتی که گاهی امکان تصحیح آن وجود ندارد یا کمبود شدید استخوان که راهی برای بازسازی‌اش نداریم. بنابراین اگر دندانپزشک همان ابتدا به بیمار جواب منفی بدهد بهتر است تا بعداً وارد باتلاقی شود که امکان بیرون آمدن از آن وجود نداشته باشد.

### ایمپلنت و آدم فضایی‌ها

یک بار بیماری به من مراجعه کرد و گفت که موجودات بیگانه فضایی می‌توانند این ایمپلنت‌ها را ردگیری کرده و ما را در هر جا باشیم پیدا کنند!!! طبیعتاً وقتی با چنین بیمار عجیبی روبرو می‌شوید باید پیش خودتان فکر کنید که اگر خدای ناکرده این بیمار به قول خودش توسط فضایی‌ها ردگیری شده و احیاناً اتفاقی برای‌ش بیفتد من چطور ثابت کنم ربطی به ایمپلنت نداشته!!! با چنین تفاسیلی، رد کردن درمان چنین بیماری اصلاً کار دشواری نیست.





### شخصیت دندانپزشک

یکی دیگر از عوامل زمینه ساز ابتلا به فشارهای روانی در شغل دندانپزشکی ویژگی‌های شخصیتی افراد است از جمله زمینه‌های ابتلا به افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد مخدر و الکل و همچنین خطر ابتلا به خودکشی. این زمینه‌ها می‌توانند شامل این موارد باشند: زمینه‌های ژنتیک، توجه و سواس گونه به جزئیات، انتظارات غیر واقعی از خود و دیگران (به عنوان مثال کارمندان و بیماران)، وابسته دانستن ارزش شخصی به عملکرد فردی و اعتبار کاری. اگر دندانپزشک از نظر شخصیتی مستعد اختلالات عاطفی باشد فشارهای ناشی از کار می‌تواند بروز اختلال را تشدید کند.

### فقدان ورزش

موسسه Pankey در میامی سلامت ۲۴۰۰ دندانپزشک را مورد ارزیابی قرار داده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اغلب دندانپزشکان به اندازه کافی ورزش نمی‌کنند تا از بیماری‌های مربوط به بافت همبند، رگ‌های خونی کوچک، ماهیچه‌ها و گردش خون جلوگیری شده یا از تشدید آنها ممانعت به عمل آید. از آنجایی که کار دندانپزشکی مستلزم نشستن‌های طولانی با وضعیت‌های بدنی ثابت است، نوع شغل آنها می‌تواند باعث بروز دردهای عضلانی و انحنا در ستون فقرات شود که فشارورده را افزایش می‌دهد.

### استرس ناشی از تعارضات با تیم همکاران

تیم همکاران در یک مطب دندانپزشکی شامل دیگر دندانپزشکان، دستیار دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، مدیر دفتر، منشی و حتی تیم خدماتی نظافت است. عدم هماهنگی بین اعضای تیم و تداخل برنامه‌ها و یا کوتاهی در انجام وظایف هر یک از اعضا می‌تواند فشار مضاعفی را به دندانپزشک وارد کند. همچنین عدم مهارت حل تعارض در اعضا می‌تواند مشکلات را تشدید کرده و باعث افزایش استرس در دندانپزشکان شود.

### در نهایت

با توجه به منابع بسیار زیاد استرس و فشار روانی در دندانپزشکان و نیز عدم مراقبت روانی و جسمی در این حرفه، این متخصصین در معرض انواع بیماری‌های جسمی و عاطفی قرار دارند. لازم است که به موازات برنامه‌های بازآموزی در زمینه‌های حرفه‌ای، برنامه‌های مراقبت از خود برای این قشر نیز برگزار شود تا از وارد آمدن آسیب بیشتر به آنها جلوگیری شود.

## استرس دشمن شماره یک دندانپزشکان

(قسمت دوم)



دکتر نستر ادیب راد  
سایکوتراپیست

در مقاله قبلی اشاره شد که ادبیات دندانپزشکی نشان می‌دهد که دندانپزشکان در معرض انواع مختلف مشکلات جسمی و عاطفی مربوط به استرس هستند. این مشکلات می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های مختلفی در آنها شود از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، زخم کولیت، فشار خون، کمر درد، افزایش فشار چشم، ناسازگاری زناشویی، الکل، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و خودکشی. در آن مقاله از عواملی مانند فضای بسته کار، انزوا، کمال طلبی و فشار اقتصادی به عنوان نمونه‌هایی از منابع استرس شغلی دندانپزشکان یاد شد. در ادامه به دیگر عوامل ایجاد کننده استرس در دندانپزشکان اشاره می‌شود.

### فشار زمان

حفظ یک برنامه زمان بندی شده در حرفه دندانپزشکی دشوار است که این امر یکی از منابع استرس برای شاغلین این حرفه محسوب می‌شود چرا که ارزیابی دقیق زمانی که لازم است برای بیمار صرف شود، بسیار دشوار بوده و همین امر باعث می‌شود که اغلب دندانپزشک از برنامه زمان بندی خود عقب بوده و استرس زیادی را برای مدیریت وقت تحمل کند.

### نامیدی ناشی از درمان

یک دندانپزشک، سالهای دشوار و طولانی را در سیستم آموزشی برای یادگیری درمان "ایده آل" برای بیماران آینده‌اش می‌گذراند. با این حال، واقعیت‌هایی که در مطب خصوصی رخ می‌دهد این است که بسیاری از بیماران، به دلیل محدودیت‌های مالی، برنامه‌های بیمه‌ای ضعیف و یا کیفیت پایین مراقبت‌های دندان پزشکی، طرح درمان "ایده آل" را قبول نمی‌کنند. نتیجه این است که دندانپزشک دائما مجبور به مصالحه با شرایط درمانی است. لذا

گاهی از ناتوانی در دستیابی به طرح درمان ایده‌آل دچار ناامیدی می‌شود.

در نتیجه، دندانپزشک گاهی اوقات مجبور به انجام یک کار «سطحی و تعمیر» می‌شود. گاهی نیز دندانپزشک با بیمارانی رو به رو می‌شود که تمام طیف مراقبت و درمان را رد می‌کنند. در چنین شرایطی با وجود این که دندانپزشک در حد مسولیت خود خدمات ارائه داده است بیماران همچنان انتظارات غیر واقعی و ایده‌آل خود را دارند.

### اضطراب بیمار

در بعضی مواقع استرس روحی کار با بیماران مضطرب و ترسان می‌تواند به دندانپزشک آسیب برساند. در حال حاضر شواهد قابل توجهی وجود دارد که دندانپزشکان الگوهایی از پاسخ‌های استرس فیزیولوژیکی (افزایش ضربان قلب، فشار خون بالا، عرق کردن و غیره) را موقع کار با بیمار مضطرب تجربه می‌کنند. این امر همچنین در حین انجام اقدامات درمانی باعث افزایش ترس و اضطراب بیمار می‌شود و این سطح از اضطراب برای سلامت قلب دندانپزشکان می‌تواند آسیب‌زا باشد.

## Article

# از طبابت لذت ببرید

راهکارهایی عملی برای بهتر شدن فعالیت  
شما در مطب



دکتر رامین ازقندی

پروودونتیست -  
ایمپلنتولوژیست  
واشنگتن دی سی؛  
ایالات متحده آمریکا



سرمایه و ثروت هر بیزنسی محسوب می شود. خیلی ساده، مراجعه مجدد یک مشتری به مراتب به صرفه تر و سودآورتر از جذب یک مشتری جدید است. حالا بیایید نگاهی به چند گام عملی مرتبط با بیزنس دندانپزشکی داشته باشیم:

است کسالت بار جلوه کند ولی راه رسیدن به یک پرتیس روزانه لذت بخش دقیقا از همین جا عبور می کنند و همین موضوع است که تمام تفاوتها را رقم می زند.

اغلب دندانپزشکانی که می شناسیم، فارغ از اینکه عمومی هستند یا متخصص، غرولندهای خاص خود را از پرسنل و برخی بیماران مطرح می کنند. به ندرت اتفاق می افتد که ببینیم کسی از جنبه های تکنیکی شغل خود صحبت می کند. همین مساله به تنهایی تاییدی است بر آنچه می خواهم اینجا با شما در میان بگذاریم. اگر ما به هنر مدیریت رفتاری تسلط داشته باشیم، در مسیر لذت بردن حداکثری از حرفه خود قرار خواهیم گرفت.

ابتدا باید این حقیقت را بپذیریم که ما در بخش خدماتی قرار داریم. موفق ترین بیزنس ها در این بخش آنهایی هستند که مفهوم راضی نگه داشتن مشتری به هر قیمت (ultimate customer service) را پذیرفته و رعایت می کنند. به برندهایی در شهر یا کشور خود فکر کنید که دوست دارید و از آنها راضی هستید. نقطه اشتراک همه آنها این است که با مشتری خود طوری رفتار می کنند که احساس مهم و خاص بودن به آنها القا می شود.

کمی که بیشتر کند و کاو کنید متوجه می شوید، دلیلی که چنین احساسی داریم این است که کارمندان آنها همیشه و در هر موقع طوری با ما رفتار می کنند انگار همه ما VIP هستیم. این احساس مهم بودن باعث ایجاد احساس وفاداری (loyalty) می شود که مهمترین

## هدف نهایی شما از کار دندانپزشکی چیست؟

وقتی دوست و همکار عزیزم دکتر آصف زاده از من خواست تا مقاله ای برای شماره جدید نشریه لذت دندانپزشکی (JOD) تنظیم کنم، کمی به فکر فرو رفتم؛ آیا تجربه ام را به عنوان یک پروودونتیست با ۲۲ سال سابقه با همکاران به اشتراک بگذارم یا از تجاربم بعنوان یک "انسان" در این حرفه با تمام مزایا و معایبش صحبت کنم.

این بار در مسیری قدم می گذارم که کمتر مورد توجه و استفاده بوده و تصمیم دارم شما را به دنیای خودم دعوت کرده و برای تان بگویم که وقتی هر روز به سر کارم می روم چه چیزی برای من احساس شغف و لذت به ارمغان می آورد.

همیشه اعتقاد داشتم که چالش برانگیزترین بخش شغل من (و احتمالا همه شما) بخش تکنیکی فعالیت ما نیست بلکه مدیریت رفتاری (behavioral management) آن چیزی است که محدوده کاری ما اتفاق می افتد. اجازه بدهید موضوع را کمی روشن تر کنم: همه ما در دوره عمومی و تخصصی و غیره و ذلک برای انجام "کارمان" آموزش دیده ایم. من با تجربه آموختن و تدریس در سه دانشکده دندانپزشکی معتبر در ایالات متحده، به شما می گویم که حلقه مفقوده در اینجا دقیقا چیست: مدیریت رفتاری. به ما هرگز یاد نداده اند چطور محیط کاری خود یا پرسنل یا بیمارانمان را به درستی مدیریت کنیم. در نگاه نخست این موضوع ممکن





باعث آسودگی خاطر خواهد شد.

خودتان وقتی در نظر بگیرید. خود را در مطب، خودرو یا هر جایی که بتوان با خود خلوت کرد و تنها بود، ایزوله کرده و مدیتیشن انجام دهید. من شخصا این کار را موثرترین روش برای شارژ کردن باتری هایم و افزودن لذت و خوشحالی به فعالیت های رومزهم در سر کار یافته ام.

### حرف آخر

در آخر، به یاد داشته باشید که لذت برای هر شخصی مفهومی فردی و متفاوت محسوب می شود. فهرست خودتان را تهیه کرده و سعی کنید در فعالیت دندانپزشکی روزمره آنها را انجام دهید. برداشتن چند گام ساده می تواند نتیجه ای باورنکردنی برای حس کردن خوشی و سرزندگی بعنوان یک دندانپزشک برای شما در بر داشته باشد. در نهایت، دندانپزشکی چه از لحاظ فیزیکی و چه از لحاظ ذهنی کاری سنگین و توانفرسا است. ما می توانیم و باید عوامل استرس زا را در جریان فرآیند مدیریت رفتاری تا حداقل ممکن کاهش دهیم. بدون شک این کار قدمی مهم و مناسب در جهت به حداکثر رساندن لذت و سرزندگی شما خواهد بود.

### Step 3: Customer is right

بسیار خوب شما کارمندان مناسبی استخدام کرده اید و با آنها به درستی رفتار می کنید. آیا این تضمینی برای یک پرکتیس لذت بخش تر است؟ لزوما نه. ما باید جایگاه خود در جامعه را بشناسیم. وقتی به یک سازمان یا اداره خوب و درجه یک می رویم انتظار یک مشتری مداری (customer service) عالی را داریم. آیا ما می خواهیم یک سازمان درجه یک باشیم؟ با چسبیدن به همین اصل می توان از بسیاری از اصطکاک ها و برخوردهای قضایی اجتناب کرد هر چقدر که در آن موقع سخت و دشوار به نظر برسد.

### Step 4: work to live not other way around!

ما معمولا چنان در زندگی روزمره غرق می شویم که نیازها و خواسته های خود را فراموش می کنیم. حتما در جریان کار روزانه برای

### Step 1: Hire people's people

به یاد داشته باشید که همیشه می توان مهارت های فنی و تکنیکی را آموزش داد ولی این مساله درباره شخصیت و هویت مصداق ندارد؛ در بهترین حالت می توان آن را با یک سلقمه و نیشگون فعال کرد یا ارتقا داد! اگر کارمندان شما خلق و خوی مناسبی داشته باشند، فضای مطلوب و آرامش بخشی در مطب شما ایجاد می شود که به نوبه خود شرایط کاری بهتری را برای همه فراهم خواهد آورد.

### Step 2: Treat them like your family

اگر کارمندان مناسبی را انتخاب کرده باشید و با آنها درست رفتار کنید، احتمال اینکه آنها برای شما و مطب بیش از وظایف شان مایه بگذارند بسیار بیشتر خواهد بود. همچنین احتمال اینکه مدت طولانی تری با شما کار کنند بیشتر خواهد بود. تعویض و تغییر مداوم در پرسنل یک منبع استرس بزرگ برای دندانپزشکان است. ثبات

هرگز نخستین جلسه مشاوره با بیمار را روی یونیت برگزار نکنید. این جلسه ترجیحا باید در اتاق مشاوره برگزار شود.



## Article

# راهکارهایی برای افزایش پذیرش درمان‌های الکتیو توسط بیماران



دکتر نهال  
سناوندی  
دندانپزشک

و سایش یافته دارد و هرگز نمی‌داند که به راحتی با درمان‌های ارتودنسی و یازیبایی می‌تواند وضعیت را تغییر دهد. در اینجا پیشنهاد شما و تیم مطب و اطلاع رسانی‌های دائم و همیشگی مطب، بسیار اثربخش خواهد بود. بنابراین کلید اصلی پذیرش بیمار در داشتن اطلاعات کافی نهفته است. اتاق انتظار، وبسایت و صفحات سوشیال مدیا باید نشان‌دهنده سرویس‌های مطب شما باشند. در عین حال شما و تیم کاری شما باید بطور دائم بیان‌کننده سرویس‌هایی باشید که در مطب ارائه می‌شود. به عنوان مثال دستگاه یا تکنولوژی جدیدی به مطب اضافه کرده‌اید. بیمار قدیمی شما احتمالا هیچ اطلاعی از آن ندارد. بنابراین لازم است بطور مرتب و مداوم، شما و تیم مطب اطلاع رسانی کامل را انجام دهید.

### معاینه کامل و دقیق کلید موفقیت در پذیرش درمان

بسیاری از ما معاینه دقیق و کاملی از بیماران جدید انجام می‌دهیم اما برای بیماران قدیمی مطب اغلب از این امر غافل می‌شویم. با توجه به پیشرفت سالانه مطب و ابزار و مواد دندانپزشکی، باید این معاینات و اطلاع رسانی به همه بیماران صورت گیرد نه فقط به بیماران جدید. طرح درمان باید شامل درمان‌های ضروری و درمان‌های انتخابی باشد و البته به وضوح این دو دسته را برای بیمار تفکیک کنید. شما باید درمان‌ها را بطور جامع و

در حیطه مدیریت مطب دندانپزشکی لازم است عوامل زیادی مورد بررسی قرار گیرند از جمله داشتن یک تیم کاری موفق، بررسی درآمد و سود مطب و کنترل مالی روی آنها، چگونگی برخورد و جذب بیمار جدید، وقت دهی مناسب که منجر به بالا بودن کیفیت و از طرفی درآمد مطب خواهد شد و بسیاری عوامل دیگر.

اما تمرکز امروز ما در این نوشتار روی این مقوله خواهد بود که چگونه رفتار کنیم و چگونه طرح درمان پیشنهادی خود را عنوان کنیم که بیمار پاسخ مثبت بدهد و طرح درمان را بپذیرد، چرا که دریافت پاسخ مثبت بیمار، شروع کار ما خواهد بود. در مورد بیماران که با درد و شرایط اورژانس مراجعه میکنند کار بسیار ساده است. اما در مورد درمان‌های elective قضیه متفاوت خواهد بود و نیازمند به کارگیری روش‌هایی متفاوت با بیماران اورژانس است. امیدوارم این توضیحات و نوشتار بتواند کمک کوچکی در مسیر موفقیت مطب‌های همه ما باشد.

با کمی مطالعه و تجربه می‌توان دریافت که چگونه می‌توانیم پذیرش درمان توسط بیماران را به خصوص در مورد درمان‌های elective افزایش دهیم.

سوق می‌دهد. بنابراین قبل از هر چیز مهم است که بیمار از سرویس‌های قابل ارائه در مطب مطلع شود. به این ترتیب ذهن بیمار آماده تر خواهد بود و این یعنی ابتدا دادن اطلاعات و سپس پردازش آنها. یکی از رایج-ترین مثال‌ها مربوط به بیماران که ست سفیدکننده دندان را از داروخانه تهیه می‌کنند و هنگام معاینه بهمراه می‌آورند، غافل از اینکه با مشورت با شما احتمالا راه‌های مناسب تری را پیدا خواهند کرد.

دسته بعدی بیماران هستند که نه به روش‌ها و امکانات موجود آگاهی دارند و نه از اینکه امکان دریافت این خدمات در مطب شما وجود دارد، مطلع هستند. مثلا فردی که سال‌ها است به مطب شما مراجعه می‌کند، دندان‌های نامرتب

### ما اغلب با سه نوع سناریو مواجه خواهیم بود:

● بیماران که از طرح درمان‌های موجود و احتمالی کاملا مطلع هستند. آنها می‌دانند که روش‌های درمان احتمالی چیست و از اینکه این درمان‌ها در مطب شما آرایه می‌شود کاملا اطلاع دارند. این گروه به راحتی به درمان‌های پیشنهادی پاسخ مثبت می‌دهند.

● در بسیاری مواقع، بیماران با درمان‌ها و روش‌های درمانی آشنا هستند ولی از دامنه درمان‌های کلینیکی که در مطب شما ارائه می‌شود مطلع نیستند و این عدم اطلاع از انجام درمان‌های موجود در مطب، آنها را حتی به مطب‌های دیگر





کامل توضیح دهید، در حین توضیحات نکات مورد علاقه بیمار و یا نکاتی را که تمایل به انجام آنها ندارد یادداشت کرده تا بتوانید بهترین طرح درمان را که با پذیرش بیمار همراه خواهد بود ارائه کنید.

### اعتماد

مهمترین مساله جلب اعتماد بیمار است. بیمار باید اطمینان یابد که شما هر درماني ارائه می کنید با رعایت شرایط بیمار است. در واقع او باید اطمینان حاصل کند که شما بهترین را برای او می خواهید. کارمندان شما نقش بسیار مهمی در این راه برعهده دارند. از نخستین تماس تلفنی با منشی مطب، نحوه پذیرش بیمار، رفتار بهداشتکار با بیمار، همه و همه ارزش مطب شما را بالا خواهد برد. بیمار باید حتی از قبل از جلسه مشاوره اصلی به سیستم کاری شما ایمان بیاورد. پرسش اینجا است که در زمان معاینه و مشاوره چه راهکارهایی وجود دارد که بالاترین میزان پذیرش را داشته باشیم. به یاد داشته باشیم که ما فروشنده یک محصول نیستیم، ما ارائه دهنده خدماتی هستیم که با ارزش است و باید ارزش آن را برای بیماران نیز معلوم کنیم. در ادامه به راهکارهایی در این مورد اشاره خواهیم کرد:

بیماران را یک ربع قبل از ساعت معاینه و مشاوره در مطب داشته باشید. در این زمان اولیه، امکانات ساده آموزشی تصویری در اختیار آنها قرار دهید.

در واقع باید این نوشته ها و تصاویر به طور منظم در مطب در معرض دید بیماران باشند. در عین حال زمان انتظار بیماران را طولانی نکنید.

برای هر معاینه و مشاوره اولیه زمان کافی در نظر بگیرید. شما با توضیحاتی که بیماران می-دهید ابتدا ذهن آنها را با اطلاعات جدید آشفته و بی نظم خواهید کرد. بنابراین در نظر داشته باشید که بیمار برای به نظم درآوردن این اطلاعات نیاز به زمان کافی و همفکری با شما دارد.

در هنگام ارائه توضیحات حتما آلبوم یا سایر ابزار کمک آموزشی را در کنار خود داشته باشید. بیماران، دندانپزشک نیستند و خیلی از توضیحات شما برای آنها نا آشنا خواهد بود. بهترین روش استفاده از وسایل کمک آموزشی و عکس و بروشور است. استفاده از عکس های قبل و بعد از درمان و حتی عکس هایی از مراحل درمان بسیار مفید و کمک کننده است.

تعدادی سوال مشابه اغلب در ذهن همه بیماران وجود دارد. با مطرح کردن آنها و پاسخ صریح، به نظم فکری بیماران کمک کنید. یک ذهن منظم، سریع تر پاسخگو خواهد بود.

در زمان صحبت با بیمار کاملا متمرکز باشید. از همکاران و پرسنل مطب هم درخواست کنید افکار شما و بیمار را با طرح سوالات جانبی مخدوش نکنند. اگر در حین جلسه مشاوره محبور به قطع تماس چشمی با بیمار شدید، حتما علت آن را توضیح دهید.

۶ به بیمار توضیح دهید که منشی و یا مسوول هماهنگی درمان، توضیحات کامل در مورد مبالغ پرداختی و روش های پرداخت را به او ارائه خواهد کرد. به بیمار اطمینان دهید که همه سعی مطب در ایجاد سهولت برای انجام کار است.

۷ برای ارائه توضیحات حتما از عبارات های غیر تکنیکی و ساده و قابل درک برای بیماران استفاده کنید. حتما به فواید درمان پیشنهادی اشاره کنید. در نهایت آنچه بیمار می خواهد بداند این است: انجام این کار چه سودی برای شما دارد؟

۸ در پایان، حتما از بیمار سوال کنید آیا برای شروع درمان آماده است؟ پاسخ احتمالی بیمار (آری یا نه) می تواند مسیر شما را برای ادامه صحبت مشخص کند.

### نتیجه گیری

باید بگوییم گرچه افراد زیادی این مراحل را بصورت خودکار و شاید هم ناخودآگاه انجام می دهند، اما همه این ها کاملا قابل یادگیری هستند. در کل هر تجربه ای که طبق اصولی از پیش نوشته شده به موفقیت ما در انجام یک کار منتهی شود، در مغز ما ثبت می شود. در واقع یک واکنش موفق (در اینجا پذیرش طرح درمان توسط بیمار) برای استفاده در مغز ما باقی مانده و سپس بطور خودکار و بدون مرور مجدد این مراحل، فرد می تواند آگاهانه و از روی عادت آن را تکرار کند.



## Article

# ملاحظات دندانپزشکی در بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس

دکتر مهرگان  
محمودی

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

موارد شدیدتر اختلالات بینایی، کاهش وزن و خستگی زودرس. برخلاف دیابت نوع I، شروع این نوع بیماری معمولاً بسیار آهسته و کم‌سر و صدا است به طوری که ممکن است فرد مبتلا در ابتدا هیچ علامتی نداشته باشد. در نتیجه ممکن است فرد سال‌ها از بیماری خود بی‌اطلاع باشد و پیدایش یکی از عوارض درازمدت دیابت مانند احساس گزگز و بی‌حسی طولانی مدت در پاها منجر به بررسی و شناسایی بیماری شود. به همین دلیل و نیز به دلیل شیوع بالای این بیماری، انجام آزمایش قند خون ناشتا (FBS/fast blood sugar) در تمام افراد بالای ۴۵ سال و سپس در فواصل حداکثر هر ۳ سال و نیز در تمامی افراد در معرض خطر توصیه می‌شود. برای درمان دارویی این بیماران معمولاً از قرص‌های پایین آورنده قند خون استفاده می‌شود ولی ممکن است پس از مدتی، استفاده از انسولین برای کنترل بهتر قند خون لازم شود.

● دیابت بارداری: این نوع از بیماری معمولاً در طی بارداری به ویژه در نیمه دوم آن یعنی پس از هفته بیستم شروع می‌شود. حدود ۵-۹ درصد زنان باردار به این نوع دیابت مبتلا می‌شوند. علت آن اغلب ترشح موادی از جفت است که باعث مقاومت بدن نسبت به اثر انسولین شده و با پایان بارداری و زایمان بهبود می‌یابد. این نوع دیابت معمولاً بدون علامت است ولی در موارد شدید فرد به پرنوشی و پرادراری مبتلا می‌شود. پس از ابتلا در بار اول، احتمال تکرار این نوع دیابت در حاملگی‌های بعدی زیادتر بوده و حتی پس از زایمان نیز برای جلوگیری از ایجاد دیابت اقدامات خاصی مانند کنترل وزن، افزایش تحرک بدنی و رعایت رژیم غذایی ضروری خواهند بود. عدم شناسایی و کنترل بیماری می‌تواند مشکلاتی برای مادر و جنین به همراه داشته باشد. برای شناسایی دیابت بارداری بیشتر از آزمایش قند خون پس از مصرف گلوکز با غلظت مشخص استفاده می‌شود که معمولاً در انتهای ماه ششم یا هفتم بارداری است.

● دیابت به علل متفرقه: مصرف برخی داروها نظیر کورتیکواستروئیدها، ابتلا به بیماری‌های لوزالمعده، برخی از بیماری‌های اندوکراین مثل ترشح بیش از حد هورمون رشد و پرکاری غده آدرنال نیز می‌تواند باعث بروز دیابت ملیتوس شود.

دیابت در واقع مجموعه‌ای از بیماری‌های متابولیک است که در آن سطوح بالای گلوکز خون به همراه عدم توانایی در تولید انسولین و یا عدم توانایی در استفاده از انسولین دیده می‌شود. این بیماری در تمام سنین امکان‌تظاهر داشته و در صورت عدم کنترل، هایپر گلیسمی منجر به بروز عوارض متابولیک و عروقی خواهد شد. عوارض متابولیک شامل بالا رفتن قند خون و تغییرات متابولیسم لیپیدوپروتئین‌ها است. عوارض عروقی نیز درگیری پیش‌رس عروق بزرگ و کوچک را شامل می‌شود. این عوارض بصورت آنرواسکلروزیس و میکروآنژیوپاتی به خصوص در چشمان (رتینوپاتی) و کلیه‌ها (نفروپاتی) ظاهر شده و با کنترل سخت‌گیرانه قند خون می‌توان از بروز این عوارض پیشگیری کرد یا وقوع آنها را به تعویق انداخت. با توجه به شیوع فراوان بیماری و تاثیر مستقیم دیابت در حفره دهان، آشنایی کامل دندانپزشکان با دیابت و نحوه شناسایی و مدیریت بیماران و پیشگیری و مدیریت اورژانس‌های احتمالی امری ضروری محسوب می‌شود.

میانسال و مسن دیده شده و علت آن کمبود ترشح انسولین یا کاهش تاثیر آن است. بیماران معمولاً چاق بوده یا اضافه وزن دارند. علائم این نوع از دیابت عبارتند از: پرنوشی، پرادراری، دفع شبانه ادرار و در

## انواع دیابت

● دیابت نوع I: معمولاً افراد مبتلا را کودکان، نوجوانان و جوانان (بیماران زیر ۳۰ سال) تشکیل می‌دهند. در این حالت، بیماری به خاطر تخریب سلول‌های تولیدکننده انسولین ایجاد می‌شود. بیماران معمولاً لاغر بوده و علائم بیماری در آنها پر سر و صدا است که عبارت است از: کاهش وزن، پرنوشی (مصرف بیش از حد آب)، پرادراری به نحوی که ممکن است حتی در طول شب چند بار نیاز به دفع ادرار داشته باشد. علائم معمولاً طی چند روز تا چند هفته ظاهر می‌شوند. این بیماران برای کنترل قند خون نیازمند تزریق انسولین هستند. در غیر این صورت علاوه بر تشدید علائم فوق، دل درد، تهوع، استفراغ، بی‌حالی، تنگی نفس می‌شوند که اصطلاحاً به آن کتواسیدوز دیابتی می‌گویند. عدم تشخیص و درمان به موقع کتواسیدوز می‌تواند مرگبار باشد.

● دیابت نوع II: این نوع از بیماری معمولاً در افراد





معادل میزان اکسیژن مصرفی در حالت استراحت یعنی سه و نیم میلی لیتر در دقیقه است. فعالیت‌ها را بر اساس میزان اکسیژن مصرفی با ضرایب MET یعنی مثلا ۳ MET برای فعالیت‌هایی با شدت متوسط) تعریف کرده و در کل ظرفیت عملکردی پایین و کمتر از ۴ MET ریسک بروز عارضه به خصوص ریسک عوارض قلبی عروقی را در حین و بعد از درمان‌های دندانپزشکی افزایش می‌دهد. در چنین مواردی باید با احتیاط فراوان با بیماران برخورد شود.

### ملاحظات مرتبط با تجویز داروها

- آنالژیک‌ها: استفاده از انسیدها و اسپرین ممکن است باعث تشدید اثرات برخی داروهای خوراکی کاهنده قند خون (سولفونیل اوره‌ها) و افزایش خطر هایپوگلیسمی شود.

- آنتی بیوتیک‌ها: اگر دیابت بیمار کنترل شده باشد، آنتی بیوتیک صرفا در شرایط وجود عفونت واضح دندان‌ها همراه با تب و تورم تجویز می‌شود. البته در بیمارانی که دچار عوارض قلبی یا کلیوی یا دیابت شده‌اند، باید طبق نظر پزشک معالج تغییراتی در طرح درمان لحاظ شود شامل تجویز احتمالی آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک که معمولا در بیمارانی که دیابت کنترل نشده دارند ممکن است مد نظر قرار گیرد. در مجموع نیازی به تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک نیست ولی در بیماران با دیابت کنترل نشده (FBS بالای ۲۰۰ mg/dl یا کمتر از ۷۰ mg/dl) یا در بیمارانی که یادوزهای بالای انسولین تحت درمان هستند، ریسک عفونت بعد از جراحی‌های دهان بالاتر است. مدیریت بیمار دیابتی مبتلا به عفونت حاد ادونتوزیک آسان نیست. بطور کلی ریسک ابتلا به عفونت مستقیما با میزان قند خون ناشتا ارتباط دارد. اگر این مقدار کمتر از ۲۰۶ mg/dl باشد احتمال ابتلا به عفونت معادل افراد سالم است ولی اگر میزان قند خون بین ۲۰۶-۲۲۹ mg/dl باشد خطر عفونت ۲۰ درصد و اگر بیشتر از ۲۲۹ mg/dl باشد خطر عفونت تا ۸۰ درصد افزایش می‌یابد. عفونت غالبا کنترل دیابت را مختل می‌کند به شکلی که نیاز به انسولین در بیمارانی که تحت درمان با انسولین هستند افزایش می‌یابد. در عین حال بیمارانی که تحت درمان با داروهای خوراکی قند خون هستند، ممکن است نیازمند انسولین شوند. در همین حال با توجه به پایین تر بودن توان سیستم ایمنی در بیماران دیابتی، دندانپزشک باید با شدت تمام با عفونت مقابله کند (اینسیژن و درناژ، اکسترکشن دندان، درمان اندو، تجویز آنتی بیوتیک و شستشو گرم). در بیمارانی که نیازمند دوز بالای انسولین هستند، باید ابتدا نمونه برای تست حساسیت آنتی بیوتیکی ارسال شده سپس درمان با پنی سیلین آغاز شود. در صورتی که پاسخ بالینی بیمار مطلوب نباشد باید بر اساس نتایج آنتی بیوگرام درمان تغییر داده شود. در این شرایط باید حتما نیازهای الکتروولیتی بیمار و نیز نیاز به مایعات و رژیم



بسته به نوع آزمایشگاه بین ۵٫۷-۷ درصد است.

### مدیریت دندانپزشکی بیماران مبتلا به دیابت

بر اساس یافته‌ها در برخی منابع، تا حدود ۵۰ درصد بیماران دیابتیک هنگام مراجعه به مطب دندانپزشکی از بیماری خود اطلاعی نداشته و به همین دلیل اگر بیماری علامت اصلی پرتوشی، پرادراری، پر خوری، ضعف و کاهش وزن را نشان دهد ولو اینکه تشخیص قطعی دیابت وجود نداشته باشد باید جهت تشخیص و درمان به پزشک ارجاع داده شود. گاهی بیمار علامت مشکوکی را نشان می‌دهد نظیر سردرد، خشکی دهان، تحریک پذیری، عفونت‌های پوستی مکرر، تاری دید، پاراستزی، بیماری‌های پریدونتانال پیشرونده، آبسه‌های متعدد پریدونتانال و بی‌حسی که در این صورت باید حتما به پزشک ارجاع شوند.

در بیماران مبتلا به دیابت باید حتما به این موارد توجه شود: تاریخچه بیماری، نوع دیابت، درمان صورت گرفته، در صورت استفاده از انسولین باید نوع انسولین، دوز مصرفی و نیز زمان تزریق ثبت شود. از دیگر موارد مهم می‌توان به این موارد اشاره کرد: بررسی روش اندازه‌گیری قند خون توسط بیمار و توالی آن، تاریخچه بروز شوک انسولینی (هایپوگلیسمی) و آخرین زمان وقوع آن، آخرین ویزیت پزشک، تست HbA1C و رژیم دارویی بیمار.

بیماران دیابتی ممکن است دچار عدم ثبات ضربان قلب و یافشار خون بالا باشند. یکی از معیارهای بسیار مهم در تعیین شدت بیماری و موفقیت در کنترل آن، ظرفیت عملکرد بیمار (functional capacity) است. این ظرفیت را با MET (metabolic equivalent levels) می‌سنجند که به نوبه خود

### روش‌های تشخیص

۱- اندازه‌گیری قند خون ناشتا

تشخیص دیابت بسیار آسان و با اندازه‌گیری قند خون بعد از ۸ ساعت ناشتا بودن صورت می‌گیرد. اگر میزان قند خون کمتر از ۱۰۰ mg/dl باشد، قند خون را می‌توان طبیعی در نظر گرفت. اگر این عدد بین ۱۰۰-۱۲۶ mg/dl باشد خطر بروز دیابت در آینده وجود دارد و اگر قند خون بالاتر از ۱۲۶ mg/dl باشد و دست کم در دو نوبت اندازه‌گیری تایید شده باشد، ابتلا به دیابت قطعی است.

اندازه‌گیری قند خون تصادفی

در افرادی که علامت‌دار هستند پرتوشی، پرادراری، کاهش وزن، ادرار شبانه، قند خون بالاتر از ۲۰۰ mg/dl نشانه ابتلا به دیابت است.

آزمایش خوراکی تحمل قند

در موارد خاص ممکن است قند خون دو ساعت پس از مصرف شربت قند حاوی ۷۵ گرم گلوکز اندازه‌گیری شود. البته تشخیص دیابت در زمان بارداری کمی متفاوت است و با مصرف شربت قندی حاوی ۵۰-۱۰۰ گرم گلوکز و نمونه‌گیری مکرر خون برای سنجش قند آن انجام می‌شود.

اندازه‌گیری HbA1C

قند خون افراد در طول ساعات روز و در طول روزهای مختلف نوسان دارد و با توجه به اتصال آن به هموگلوبین، می‌توان بر آوردی از وضعیت کنترل قند خون در سه ماه گذشته به دست آورد. میزان مطلوب این آزمایش

غذایی مناسب مد نظر باشد.

● داروهای بی حسی: اکثر بیماران دیابتی به خوبی بی حسی موضعی حاوی اپینفرین ۱:۱۰۰,۰۰۰ را تحمل می کنند ولی باید بخاطر داشت که اپینفرین اثر افزایش دهنده قند خون داشته و همچنین در بیماران دیابتیک مبتلا به فشار خون بالا، سابقه انفارکتوس اخیر و یا دیسریتمی قلبی باید در مصرف اپینفرین احتیاط بیشتری کرد. در این بیماران ملاحظات درمانی مشابه بیماران مبتلا به بیماران قلبی عروقی به خصوص با MET کمتر از ۴ خواهد بود.

● کامپلیکیشن ها: در بیماری که قند خون به خوبی کنترل شده باشد و نیز هیچ عارضه کلیوی، فشار خون بالا یا بیماری قلبی و کرونری وجود نداشته باشد، می توان هر گونه اقدام دندانپزشکی را با خیال آسوده انجام داد. متأسفانه بر اساس یافته های مطالعات، اکثر بیماران دیابتیک کنترل مناسب قند خون ندارند. خطر دیگر در این بیماران، افت قند خون و شوک انسولینی یا هایپوگلیسمیک است. به همین دلیل توصیه می شود که بیماران قبل از مراجعه به مطب دوز انسولین و وعده غذایی همیشگی خود را دریافت کنند و بهتر است ویزیت بیماران صبح ها انجام شود. همچنین باید نسبت به بروز علائم شوک انسولینی هوشیار بود و در

صورت بروز حتما در مطب از آب پر تقال یا نوشابه های گازدار غیر رژیمی برای بالابردن سریع قند خون بیمار استفاده کرد.

### علایم و نشانه های شوک انسولین و افت قند خون

مرحله اول (مقدماتی): احساس گرسنگی، ضعف، تکیکاردی، رنگ پریدگی، تعریق، پاراستزی  
مرحله دوم: بی ربط حرف زدن، عدم همکاری، اختلال در قضاوت و جهت یابی، بی قراری  
مرحله سوم (پیشرفته): کاهش هوشیاری، حرکات تونیک - کلونیک، افت فشار خون، افت دمای بدن، نبض سریع و بسیار ضعیف

### ABC اقدامات درمانی در شوک انسولینی (هایپوگلیسمی)

● Position: در بیمار هوشیار بیمار را در حالت نشسته و در بیمار بی هوش و وضعیت خوابیده به پشت را انتخاب کنید  
● Airway: اطمینان حاصل کنید راه های هوایی باز هستند.

● Breathing: اطمینان حاصل کنید تنفس بیمار برقرار است.

● Circulation: نبض بیمار را چک کرده و از وجود جریان خون کافی اطمینان حاصل کنید.

● Dispense: در بیمار هوشیار نوشیدنی حاوی قند بالا (مثلا آب پر تقال یا نوشابه غیر رژیمی) یا خمیر حاوی گلوکز بالا مثل آپسینگ کیک.

● در بیمار بیهوش:

- تماس با اورژانس

- تجویز اکسیژن

- تجویز سرم دکستروز 5% وریدی با سرعت بالا یا تجویز 1 mg کلوگان IM, IV یا SC یا تجویز اپینفرین جهت تسکین موقتی

- اطمینان حاصل کنید که علائم حیاتی بیمار، داروهای تجویزی و پاسخ بیمار به دقت در پرونده ثبت شوند.

- در صورتی که بهبودی به سرعت حاصل نشود، اقدامات لازم جهت انتقال بیمار به بیمارستان انجام شود. پس از بازگشت هوشیاری، شرح مآوق بطور کامل برای بیمار توضیح داده شود چرا که بیماران به ندرت جزییات شوک انسولینی را به خاطر می آورند.

● Consultation: معمولاً مشاوره با پزشک بیمار و ارزیابی میزان کنترل دیابت ضروری است به خصوص در بیمارانی که طی ۶ ماه گذشته به پزشک خود مراجعه نکرده باشند، به دفعات دچار شوک انسولینی شده باشند یا علائم و نشانه های دیابت را بروز دهند.

● Diet: رژیم غذایی در بیماران دیابتی و تناسب آن با میزان انسولین مصرفی بسیار مهم است. در بیمارانی که تحت جراحی های وسیع پریدونتانال یا جراحی بیش از یک دندان قرار می گیرند، باید در مورد رژیم

غذایی قبل و بعد از جراحی توجه ویژه ای صورت گیرد به گونه ای که میزان کالری دریافتی و نسبت چربی به کربوهیدرات و پروتئین ثابت باقی مانده و تفاوتی نسبت به قبل از جراحی نداشته باشد. در این مرحله مشورت تنگاتنگ با پزشک معالج بیمار بسیار ضروری است. بعضی پیشنهاد می کنند که بیمار وعده غذایی عادی خود را در خوردن ریخته و به صورت مخلوط و نرم مصرف کنند. گاه پزشک معالج میزان انسولین مصرفی را بر اساس توانایی بیمار در خوردن مواد غذایی تغییر می دهد.

در صورتی که بیمار نیازمند سدیشن وریدی باشد، ناشتا بودن بعد از نیمه شب و مصرف فقط نصف دوز انسولین ضروری است. در این حالت، حین جراحی محلول گلوکز وریدی برای بیمار تجویز می شود. البته اصولاً در بیماران سرپایی، استفاده از بی حسی موضعی ارجحیت دارد.

باید توجه داشت که بعضی داروهای مورد استفاده در دندانپزشکی با داروهای تجویز شده در درمان دیابت تداخل دارند از جمله تتراسایکلین و داکسی سایکلین که اثرات کاهنده قند خون را تشدید کرده و می توانند منجر به هایپوگلیسمی شود.

### Oral Complications

این عوارض شامل خشکی دهان، عفونت های باکتریال، ویروسی و قارچی (مثل کاندیدیازیس)، عدم ترمیم زخم ها، افزایش میزان و شدت پوسیدگی، بیماری های لثه، آپسه های پری آپیکال و احساس سوزش دهانی می شود. به نظر می رسد این یافته ها در بیمارانی که قند خون آنها به خوبی کنترل نشده، ثانویه به از دست دادن مایعات از طریق ادرار (دهیدراتاسیون)، تغییر پاسخ دهی به عفونت ها، تغییرات میکروبیولوژی و احتمالاً افزایش غلظت گلوکز در بزاق است. در این بیماران، میزان قند خون بزاق افزایش یافته و میزان کلسیم، فسفات و فلوراید کاهش می یابد. در این بیماران پریدونتیت شایع تر است زیرا واکنش التهابی شدیدتر بوده و ترمیم زخم ها کندتر انجام می گیرد. بیماری های پریدونتال مشخصاً از عوارض دیابت تیپ I و II بوده و صرفاً با وجود پلاک های سوپرا جینجیوال قابل توجه نیستند. معمولاً این بیماری در بالغین جوان دیده می شود. در بیمارانی که قند خون آنها به خوبی کنترل نشده، بروز پوسیدگی دندان بالتر است. همچنین شیوع ضایعات قارچی به واسطه کاندیدا آلبیکانس، موکورمیکوزیس و نیز ضایعاتی چون لیکن پلان بیشتر است که علت آن تغییرات سیستم ایمنی است. تعدادی از بیماران که به نوروپاتی دیابتی مبتلا هستند، در دهان خود احساس گزگز و مور مور، سوزش و یا درد خواهند داشت. تشخیص زودرس بیماری می تواند به برطرف شدن علائم منجر شود ولی در درازمدت این عوارض غیر قابل اجتناب خواهند بود.

بخاطر داشته باشید متفورمین (از داروهای خوراکی قند خون) می توان باعث بروز طعم فلزی در دهان شود.



**A.** This diffuse, erythematous enlargement of the gingival tissues developed in a diabetic patient who discontinued taking her insulin.  
**B.** The gingival tissues have greatly improved after reinstitution of regular insulin injections. Several incisors were extracted because of severe periodontal bone loss.





# EVERSMILES

## BECOME AN EVER-MEMBER AND ENJOY OUR NEVER-ENDING BENEFITS

UP TO 3 LIVE WEBINARS PER MONTH

OVER 50 HOURS OF RECORDED LECTURES AND WEBINARS

UP TO 2 DEMOS PER MONTH

SEMINARS AND SPECIAL EVENTS

CE ACCREDITATION

## Membership Packages

### Basic Premium

\$120 / six Months  
\$ 180 / One Year

Free access to all upcoming live webinars

Up to 4 CE credits per Month

Access to all previous Webinars and online materials

Up to 15% Discount on All Eversmiles Offers Including all Classes & Courses (Online & Offline)

### Premium+

\$180 / six Months  
\$ 270 / One Year

Free access to all upcoming live webinars

Up to 4 CE credits per Month

Access to all previous Webinars and online materials

Up to 30% Discount on All Eversmiles Offers Including all Classes & Courses (Online & Offline)

Free Access to all Demos (Online & Offline)

**Buy a Premium Account Before Oct. 31**

**Be Promoted to  
Premium+**

**[WWW.Eversmiles.ca/Membership](http://WWW.Eversmiles.ca/Membership)**

## Article

لبخند لثه‌ای (Gummy Smile)  
چیست؟

مقدار دیده شدن لثه با اندازه گیری فاصله بین مارجین جینجیوالی سانترال‌های ماگز یلاری تا بر در تحتانی لب بالا مشخص می‌شود. مساله مهم این است که مقدار دیده شدن لثه چقدر باشد. در این زمینه تحقیقی در سال ۲۰۰۶ توسط دکتر کوکیچ جونیور (Kokich Jr) که متخصص ارتودونسی است انجام گرفت که مبنای صحبت ما از نتیجه این تحقیق استخراج شده است. او در این تحقیق فاصله مارجین لثه سانترال‌ها تا لب بالا را با فوتوشاپ تغییر داد و سپس این تصاویر را به افراد مختلف نشان داده و نظر آنها در زمینه زیبایی لبخند در آن تصاویر ثبت کرد. دامنه این فاصله از صفر تا چهار میلی متر متغیر بود. به عبارت دیگر، در نخستین وضعیت مارجین جینجیوالی سانترال‌ها با بر در تحتانی لب بالا تماس داشتند. بعد این فاصله به یک، دو، سه و چهار میلی متر افزایش پیدا می‌کرد. افرادی که در باره این تصاویر نظر دادند به سه گروه تقسیم می‌شدند: افراد عادی، ارتودونتیست‌ها و دندانپزشکان عمومی. نتیجه‌ای که به دست آمد حاکی از این بود که افراد عادی دیده شدن سه میلی متر از لثه را نرمال و زیبا تلقی می‌کنند. ارتودونتیست‌ها تا دو میلی متر و دندانپزشکان عمومی تا ۴ میلی متر را طبیعی در نظر می‌گیرند.

در نهایت با توجه به ساجکتیو بودن موضوع، پیشنهاد می‌شود دیده شدن لثه در حد ۳ میلی متر نرمال تلقی شده و بیش از این مقدار کاندید درمان زیبایی باشد. البته ممکن است کسی ۴ میلی متر یا بیشتر لبخند لثه‌ای داشته باشد ولی از نظر خودش مشکلی نداشته و از

همه چیز درباره  
لبخند لثه‌ای  
(Gummy Smile)

دکتر فرخ اصف زاده

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



دکتر رامین ازقندی

پریودونتیست - ایمپلنتولوژیست  
واشنگتن دی سی؛  
ایالات متحده آمریکا

لثه سالم یکی از اصلی ترین فاکتورهای زیبایی لبخند محسوب می‌شود. در واقع اگر دندان‌ها را مثل نقاشی در نظر بگیریم، لثه در حکم قابی است که یک نقاشی را در بر گرفته است. در نتیجه سلامت، موقعیت و فرم بافت لثه نقشی کلیدی در زیبایی لبخند بر عهده دارد. بیماران بسیاری در مراجعه به دندانپزشکان ناراضییتی خود از دیده شدن لثه موقع خندیدن را ابراز کرده و می‌گویند لبخندشان به جای اینکه سفید باشد صورتی است. کلید اصلی حل مشکل بیمار شناخت دقیق علت لبخند لثه‌ای (gummy smile) و سپس درمان علت زمینه‌ای است. باید در نظر داشت که درمان لبخند لثه‌ای ممکن است پیچیده و طولانی مدت بوده و بیمار باید پیش از شروع درمان اطلاعات کافی از روند درمانی داشته و همکاری لازم را با تیم درمانی داشته باشد.



Vincent O. Kokich et al; Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations; Copyright © 2006 by the American Association of Orthodontists. doi:10.1016/j.ajodo.2006.04.017

درجات میزان دیده شدن لثه

همین وضعیت راضی باشد. در عین حال ما سه نوع لیپ لاین داریم. لیپ لاین پایین (low lip) که بیمار هر چقدر می‌خندد دندانها دیده نمی‌شوند چون لب بسیار بلند است. مدیوم لیپ لاین که همان حالت نرمال است و لیپ لاین بلند (high lip line) که موقع خنده بخش زیادی از لثه و دندانها دیده می‌شوند.

### به بیمار چیزی را القا نکنید

یک مساله مهم این است که دندانپزشک در مورد کاندیشن‌هایی نظیر لیخنه‌های و به طور کلی در مشکلات مرتبط با درمان‌های استتیک، نباید بر اساس اعداد و ارقام مربوط به مطالعات، درمان‌های زیبایی را به بیمار تلقین کند. در واقع اگر بیمار از لیخنه و میزان دیده شدن لثه‌اش راضی باشد، صحیح نیست دندانپزشک به اصرار به بیمار القا کند که این وضعیت زیبا نیست و باید تحت درمان قرار بگیرد.

### علل ایجاد لیخنه لثه ای

در صورت کوتاه بودن لب بالا طبعاً موقع خنده مقدار بیشتری از لثه دیده خواهد شد.

حالت دیگر زمانی است که ارتفاع لب مناسب است اما به علت هایپر موبیلیتی، عضلات انقباض بیشتری از حد نرمال داشته و لب را به طرف بالا می‌کشند.

سپایش دندان‌های قدامی علت دیگر این مشکل است. در این حالت به دلیل کوتاه شدن دندان‌ها، مکانیسم‌های جبرانی باعث رشد استخوان آلوئول در قدام ماگز یلا می‌شوند. به این ترتیب فرد دچار لیخنه لثه ای می‌شود.

مساله بعدی حالتی است به نام Altered active and passive eruption of gingiva. در این شرایط لب به نام بخاطر مصرف داروهای ضد صرع دچار هایپرپلازی شود یا اساساً بافت لثه مجبور نشده و به سمت اپیکال حرکت نکرده است. در هر دو مورد لثه بخش عمده‌ای از دندان‌ها را پوشانده و لیخنه به شکل لیخنه لثه ای در خواهد آمد.

علت بعدی بلند بودن و بیرون زدگی ماگز یلا (maxillary excess) است. در چنین

شرایطی در این حالت لب وضعیت نرمالی دارد ولی بخاطر بیرون زدگی ماگز یلا (بیشتر در بعد ورتیکال)، لب قادر به پوشش کافی لثه نیست. علت دیگر اورا اپشن (over eruption) دندان-های قدامی ماگز یلاری است. در این حالت دندان‌ها بلند بوده و بیرون زدگی

ماگز یلاری هم داریم. در واقع گاهی بیرون زدگی ماگز یلا می‌تواند با یا بدون اورا اپشن دندان‌ها اتفاق بیفتد. تشخیص اینکه علت لیخنه‌های کدامیک از این موارد است در طرح درمان بسیار موثر و تعیین کننده خواهد بود. مثلاً در مورد رشد بیش از حد لثه درمان ما جینجیوکتومی است و مشکل به راحتی برطرف خواهد شد. بیشترین عوامل ایجاد کننده لیخنه لثه ای بر اساس مشاهدات نگارنده، یکی کوتاه بودن دندان و عقب رفتن لثه است و دیگری بیرون زدگی ماگز یلا به صورت کلاس ۲ دیوپژن ۱ که در این حالت به دلیل اورجت زیاد و کام گود بیمار دچار لیخنه‌های می‌شود. البته هایپر موبیلیتی لب هم علت کمابیش شایعی محسوب می‌شود.

### درمان

مهمترین مساله در لیخنه‌های تشخیص علت ایجاد و در بیماران در حال رشد پیش بینی وضعیت لیخنه در آینده است. بر این اساس درمان ما از یک ارتودونسی پیشگیری تا یک جراحی ارتوگناتیک متغیر و متفاوت خواهد بود. یکی از مهمترین روندهای درمانی، شامل جراحی‌های پر یودونتال است. گاهی اوقات با برداشتن دو میلی متر یا مقدار بیشتری از لثه می‌توان مشکل بیمار را حل کنیم بدون اینکه عرض بیولوژیک بیمار به خطر بیفتد. در این شرایط ما یک پاکت کاذب داریم که به دلایل مختلفی ممکن است ایجاد شده باشد (مصرف دارو یا عدم مچوریشن لثه). در این قبیل جراحی‌ها باید حتماً عمق پاکت به دقت اندازه‌گیری شده و بون ساندینگ (bone sounding) انجام شود (فرو بردن پروب از عمق پاکت تا کرس استخوان و اندازه‌گیری فاصله استخوان از لبه آزاد لثه).

در جراحی‌های پر یودونتال، اگر پاکت کاذب داشته باشیم و فاصله زیادی بین لبه لثه و لبه استخوان وجود داشته باشد، ما جینجیوکتومی برداشتن لثه اضافه می‌توان مشکل لیخنه لثه ای بیمار را برطرف کرد. اما در برخی موارد فاصله لبه لثه تا لبه استخوان در حداقل ممکن است و برداشتن لثه به تنهایی باعث آسیب دیدن ساختار پر یودونتال می‌شود. در چنین شرایطی به ناچار باید مقداری از استخوان هم برداشته شود تا عرض بیولوژیک جدیدی اطراف دندان تثبیت شود که این جراحی دوم به جراحی افزایش طول تاج (crown lengthening) معروف است.

جراحی افزایش طول تاج به دو صورت باز یا بسته انجام می‌شود. در حالت این، یک فلپ با حفظ پاپیلاهای بین دندانی داده شده و بعد از تنظیم ارتفاع استخوان فلپ به جای خود برگردانده می‌شود. اما در حالت بسته (close)، جراحی

بدون فلپ انجام می‌شود. در این شرایط چون جراحی بصورت کور انجام می‌شود، موفقیت درمان به شدت به حس دست دندانپزشک و پروبینگ دقیق پیش از جراحی بستگی دارد. بهترین ابزار جراحی لثه در این شرایط لیزر دیود ۹۸۰ یا ۲ یا ۳ وات است. بعد از برداشتن لثه با لیزر، بون ساندینگ انجام می‌دهیم و اگر نیاز به برداشتن استخوان داشتیم با فرز اند کاتینگ می‌توان استخوان را با تبعیت از کانتور نرمال آلوئول تراشید. اگر جراحی به صورت کلاسیک انجام شود ۴ تا ۶ هفته و اگر جراحی به صورت بسته انجام شود ۴ هفته باید به لثه فرصت بازسازی داده شود. بعد از این دوره در صورت نیاز می‌توان درمان رستوراتیو انجام داد.

روش دیگر جراحی لیپ سونئج یا lip repositioning surgery است که به خصوص در افرادی که دندان‌های بلند دارند توصیه می‌شود. در این حالت با یک برش جراحی مخاط لب را به سطحی بالاتر از محل قبلی متصل کرده و در واقع عمق وستیبول بیمار را کاهش می‌دهیم. در این حالت لب کمتر به طرف بالا حرکت کرده و لثه هم کمتر دیده می‌شود. این درمان گرچه کمی ریلیس دارد ولی با این حال درمان موثر و مفیدی محسوب می‌شود. می‌توان در صورت ریلیس جراحی، داخل نازولیبیال فولد کمی هم بوتاکس تزریق کرد و از مزایای هر دوی این تکنیک‌ها بهره برد.

### درمان با بوتولینوم توکسین

پیش از درمان باید مقدار دیده شدن دندان و لثه در حالتی که لب در شرایط رست قرار دارد و بیمار لیخنه نمی‌زند و سپس همین وضعیت در شرایط لیخنه زدن را اندازه‌گیری کرد. در خانم‌های جوان در حالت رست این مقدار ۲-۳ میلی متر است (از لبه دندانهای سانتال تالب بالا). مثلاً فرض کنید این عدد در حالت لیخنه به ۱۴ میلی متر می‌رسد. وقتی ارتفاع دندان سانتال را از این مقدار کم کنیم (مثلاً ۱۰ میلی متر) ۴ میلی متر از لثه دیده می‌شود در نتیجه مشخص می‌شود که مشکل ما از دندان و لثه نیست و اشکال از هایپر موبیلیتی لب بالا است. در اینجا درمان ما با ارتوسرجی (لفورت ۱) است. اگر به هر دلیل جراحی امکان پذیر نباشد دو راه دیگر پیش روی ما قرار دارد. راه نخست استفاده از بوتولینوم توکسین است که از معروفترین برندهای آن به بوتاکس و دیسپورت اشاره کرد. با تزریق این ماده داخل نازولیبیال فولد، لب بالا کمی شل شده و موقع لیخنه هایپر موبیلیتی نخواهد داشت. این کار چند حسن دارد از جمله اینکه درمان تهاجمی نیست، هزینه زیادی ندارد و برگشت پذیر است. ایراد آن هم این است که تزریق باید هر چند وقت یکبار تکرار شود.



و انحراف بینی از این بیماران سوال شده و در صورت لزوم برای آنها مشاوره گوش و حلق بینی تجویز کرد. این بیماران باید علاوه بر بهداشت مناسب موقع خواب لته‌ها را چرب کرده تا موقع خواب لته خشک و ملتهب نشود.

### حرف آخر

نسبت به یک درمان استتیک معمولی، لبخند لته‌ای، فرآیند درمان پیچیده‌تری داشته و بیمار باید همکاری مناسبی داشته باشد تا نتیجه مطلوبی حاصل شود. مثلاً من بر اساس تجربه خودم دیده‌ام که بیماران به ندرت ممکن است جراحی فک را قبول کنند. بنابراین دندانپزشک هنگام پذیرش بیمار باید دقت کند که آیا بیمار واقعا می‌خواهد لبخندش اصلاح شود و حاضر به پذیرش این تعداد درمان و رفت و آمد و هزینه هست یا نه.

هم بدتر شود. اما اگر بیماری نیازمند درمان رستوریتو برای لبخند لته‌ای باشد درمان ما یا لامینیت پرسنل است یا کامپوزیت ونیر. اینکه از کدام درمان استفاده کنیم به ویژگی‌های هر کدام از این مواد برمی‌گردد. طبعاً لامینیت پرسنل پایدارتری رنگ بهتر و پلاک ریختن کمتری دارد و لته نسبت به کامپوزیت واکنش بهتری از خود نشان خواهد داد.

### نقلش تنفس دهانی

در بیماران کلاس ۲ دیویژن ۱ که کام‌گود دارند، معمولاً تنفس دهانی هم دیده می‌شود. بخصوص اگر انحراف بینی هم داشته باشند. در این بیماران لته در هنگام خواب خشک شده و به مرور می‌تواند باعث التهاب لته شود و التیام لته را به تعویق بیندازد. بنابراین پیش از آغاز درمان باید حتماً در زمینه تنفس دهانی

### درمان‌های رستوریتو در درمان‌های لبخند لته‌ای

در لبخند لته‌ای درمان‌های رستوریتو حالت مکمل داشته و درمان‌های اصلی ما روی بافت لته انجام می‌شود. اگر دندان‌ها سالم هستند، شکستگی و ساییش نداشته و رنگ مناسبی دارند، نیازی به انجام هیچ درمان ترمیمی نیست و صرفاً درمان روی لته انجام می‌شود. در واقع درمان رستوریتو را زمانی انجام می‌دهیم که دندان‌ها کوتاه هستند و با انجام درمان‌هایی نظیر جینجیوکتومی یا تزریق بوتاکس مشکل بیمار برطرف نشود یا در شرایطی که به دلیل بدرنگی یا شکستگی یا ساییش بیمار متقاضی دریافت درمان زیبایی باشد. به عبارت دیگر مشکل لبخند لته‌ای با درمان لامینیت برطرف نمی‌شود بلکه در شرایطی ممکن است وضعیت لبخند لته‌ای



بیمار خانمی ۴۳ ساله است که کلاً از لبخند خود راضی نیست. بیمار لبخند لته‌ای داشته و دندان‌ها نیز بدرنگ بوده و فرم مطلوبی ندارند. در این بیمار ابتدا جراحی افزایش طول تاج با لیزر انجام شده و پس از التیام لته، ۸ دندان قدامی پرسنل ونیر شدند.



سه هفته پس از درمان

# Interview گفتگو

JOD | September - 2020 | 19 | سپتامبر ۲۰۲۰

مطالب بیشتر در وبسایت ما

[www.jodmagazine.com](http://www.jodmagazine.com)



گفتگو با دکتر ابوالحسن مسگرزاده  
بازخوانی پرونده  
یک علم



### شاگرد ممتاز

من در آخر بهمن ماه ۱۳۱۹ در تبریز متولد شدم ولی واقعیت این است که هرگز در شهر محل تولدم زندگی نکردم چون در هشت یا نه ماهگی خانواده به تهران کوچ کردند و من در تهران بزرگ شدم. دوران دبستان و دبیرستان را در تهران به اتمام رساندم. در دوران تحصیل چه در دبستان و چه در دبیرستان همیشه نفر اول بودم. در کنکور دندانپزشکی هم نفر چهارم بودم. وقتی هم وارد دانشکده شدم با احراز رتبه سوم فارغ التحصیل شدم

### يك جابجایی باور نکردنی

زمان مارشسته پزشکی بسیار محبوب تر از دندانپزشکی بود. من هم ابتدا در کنکور پزشکی شرکت کردم ولی یک اشتباه عجیب اتفاق افتاد. من پاسخ تست های فیزیکی را در پاسخنامه شیمی وارد کردم و پاسخ های شیمی را در فیزیکی! بعد از آن مدتی دچار افسردگی شدم ولی در نهایت تصمیم گرفتم در رشته دندانپزشکی به تحصیل بپردازم. با این حال گرایش به پزشکی همیشه در من وجود داشت و شاید به همین دلیل هم بود که به جراحی دهان و فک و صورت علاقه مند شدم. رییس دانشکده در زمان ما مرحوم دکتر سیاح بود و از بنیانگذاران دندانپزشکی نوین ایران محسوب می شدند و همان زمان هم البته سن و سالی از ایشان گذشته بود. من در دانشکده همیشه فعال بودم. نماینده دانشجویان بودم و به همین دلیل با اساتید و روسای دانشکده در ارتباط و تماس نزدیک بودم.

### رزیدنتی در آمریکا

بعد از فارغ التحصیلی خوشبختانه مشکل خدمت و وظیفه من حل شد و چند ماه بعد از فارغ التحصیلی در سال ۱۳۴۴ برای تحصیل در رشته جراحی دهان و فک و صورت عازم آمریکا شده و در ایالت ماساچوست در دانشگاه پزشکی شهر بوستون به عنوان رزیدنت مشغول تحصیل شدم. در آمریکا جراحان دهان و فک و صورت مجاز به انجام بی هوشی عمومی سرپایی در مطب های خود هستند. یکی از استادان من در آمریکا به نام دکتر توماس کوئین از پیشگامان این کار بودند و در نتیجه در آمریکا جدا از گذراندن دوره های انترنی و رزیدنتی جراحی دهان و فک و صورت، یک سال هم دوره بی هوشی بیمارستانی گذراندم. حتی تا سه ماه بعد از آن در روتیشن های مختلف نظیر جراحی قلب مثل یک رزیدنت بیهوشی به اتاق عمل می رفتم و بیماران را بیهوش می کردم.



گفتگو با دکتر ابوالحسن مسگرزاده

## بازخوانی پرونده يك علم

دکتر علیرضا آشوری | نام رشته جراحی دهان و فک و صورت در ایران با نام دکتر ابوالحسن مسگرزاده گره خورده است. این رشته بدون نام دکتر مسگرزاده چیزی کم دارد و بدون تردید می توان ایشان را بنیانگذار جراحی دهان و فک و صورت نوین در ایران نامید. ایشان سال ها به امر آموزش و درمان اشتغال داشته و یکی از مفاخر و چهره های درخشان تاریخ دندانپزشکی کشور ایران محسوب می شوند. اما رفتار و شخصیت این پیشکسوت دندانپزشکی ایران کمترین نشانی از خودستایی و غرور در خود ندارد. ای کاش برخی استادان و همکاران تازه نفس و جدید صاحب نام دندانپزشکی ایران، کمی به منش و سلوک و اخلاق بزرگانی چون دکتر مسگرزاده اقتدا کنند.

دکتر مسگرزاده با وجود سن بالا هنوز بسیار فعال و با نشاط به درمان های جراحی در مطب و بیمارستان مشغول هستند و مواردی هم که به ایشان ارجاع می شود اغلب در زمره موارد بسیار پیچیده و دشوار قرار دارد. در عین حال شرکت در جلسات علمی و صنفی جزء لاینفک برنامه های ایشان است. حضور ایشان بعنوان دبیر علمی نخستین کنگره نمایندگی مرکزی ICOI در ایران (IRANCOI) (خرداد ماه سال ۹۴) فرصت مغتنمی در اختیار بنده قرار داد تا به این بهانه بیشتر با زندگی و فعالیت های پربار ایشان آشنا شوم. توجه شما مخاطبان گرامی را به این نکته جلب می کنم که برخی مسائل مطرح شده در این گفتگو مربوط به اتفاقات همان دوره زمانی است که تغییرات آن را در انتهای متن خواهید دید. نسخه اولیه این گفتگو پیش تر در خبرنامه کنگره مذکور و سایت دندانده منتشر شد. آنچه پیش روی شماست نسخه ویرایش شده آن گفتگو است که حواشی تهیه گفتگو را نیز در بر می گیرد.





## جراحی دهان و فک و صورت نوین

در اواخر سال ۱۳۵۰ بعد از خاتمه تحصیل در آمریکا به ایران برگشته و وارد هیات علمی دانشگاه تهران شدم. آن موقع حدود ۳۲ سال سن داشتم. چون اختلاف سنی زیادی با دانشجویان نداشتم، احساس نزدیکی و صمیمیت زیادی بین من و دانشجویان شکل گرفت. از زمان تحصیل در آمریکا مدام به این فکر می‌کردم که وقتی به ایران برگشتم می‌توانم چه کارهایی انجام بدهم و حتی در این زمینه با استادان خودم مشورت می‌کردم و برنامه‌ریزی‌های آکادمیک آمریکا را بطور کامل و دقیق مطالعه می‌کردم. در نتیجه وقتی به ایران برگشتم یک کوریکولوم مدون و جدید آموزش جراحی دهان برای دانشجویان دندانپزشکی عمومی تهیه کردم. تا آن موقع هیچ کوریکولوم مشخصی برای این کار وجود نداشت. هنوز هم همان برنامه‌ای که بنده تدوین کردم مبنای کوریکولوم آموزشی رشته جراحی دهان و فک و صورت برای دانشجویان دندانپزشکی عمومی است که طبعاً به مرور زمان تغییراتی داشته است.

آن موقع ریاست دانشکده دندانپزشکی با دکتر یزدی بود. آن زمان تمایل زیادی به برقراری دوره‌های تخصصی دندانپزشکی وجود داشت و دکتر یزدی در زمینه تاسیس دوره‌های تخصصی دندانپزشکی در ایران پیشگام هستند. در رشته جراحی دهان و فک و صورت هم بنده مسوولیت این کار را برعهده گرفتم. در ضمن اعمال جراحی را که قبلاً در ایران انجام نمی‌شد را شروع کردم که یکی از مهمترین آنها جراحی‌های ارتوگناتیک بود.



یادم هست بخشی از درآمد را برای بیمارانی هزینه می‌کردم که به دانشگاه می‌آمدند اما باید با امکانات بیمارستانی جراحی می‌شدند. من آنها را به هزینه خودم به بیمارستان خصوصی برده و جراحی می‌کردم گرچه امکانات مالی خیلی خوبی هم نداشتم

دکتر دولت آبادی و خانم دکتر امینی هم اولین رزیدنت‌های ما در دانشگاه تهران بودند.

### سمت‌های دانشگاهی

اگر اشتباه نکنم چهار سال بعد از اینکه بعنوان عضو هیات علمی فعالیت خود را آغاز کردم، بعنوان مدیر گروه بخش جراحی انتخاب شدم و سال‌ها مدیر گروه بودم. دوره‌ای سرپرست بخش تخصصی و ریاست بخش جراحی بیمارستان شریعتی را برعهده داشتم. پیش از انقلاب مدتی هم به عنوان معاون آموزشی دانشگاه فعالیت کردم که دیدم این کارهای اداری اصلاً با روحیه من سازگار نیست و بعد از ۶ ماه درخواست کردم که مرا از این سمت معاف کنند که ابتدا مقاومت می‌شد ولی در نهایت موافقت مسوولین را جلب کردم. واقعیت این است که من عاشق کار آموزش و تدریس بودم و اینقدر این کار را دوست داشتم که آخر هفته‌ها از اینکه دانشکده تعطیل است احساس ناراحتی می‌کردم.

### بخش مستقل

ما ابتدا بخش مستقلی برای خودمان نداشتم و در بیمارستان امام خمینی (هزار تخت خوابی سابق) در بخش‌هایی مثل پلاستیک، توراکس و... به ما تخت می‌دادند. اما بخاطر مداومت در آموزش در نهایت در سال ۱۳۶۵ بخش مستقلی در بیمارستان دکتر شریعتی (دارپوش سابق) تحت عنوان بخش جراحی دهان و فک و صورت برای ما در نظر گرفتند که الان یکی از سانترهای فک و صورت کشور محسوب می‌شود. بعد از ما در دانشگاه شهید بهشتی و در بیمارستان طالقانی هم همین اتفاق افتاد.

### جنگ تحمیلی

وقوع جنگ در شرایطی بود که ما جراحان

## از جراحی دهان تا دهان و فک و صورت

آن زمان نام این رشته در ایران جراحی فک و دهان بود و عنوان انگلیسی آن oral surgery. ولی تمام اعمال جراحی آن زمان مربوط به ناحیه دهان و فک و صورت در کوریکولوم آن آموزش داده می‌شد. بعد از مدتی در آمریکا دیدند که عنوان رشته جامع نیست و در نتیجه نام آن را به جراحی دهان و فک و صورت تغییر دادند که در ایران هم این تغییر نام اتفاق افتاد. الان نام فعلی جامعیت و گستردگی این رشته را بهتر توضیح می‌دهد.

## کمک به پیشبرد جراحی با هزینه شخصی

ما امکانات بیمارستانی مناسبی نداشتم. آن موقع اصلاً قابل پذیرش نبود که یک دندانپزشک بخواهد دست به چنین جراحی‌هایی بزند. پیش از من آقای دکتر یزدی در این زمینه زحمات زیادی کشیده بودند و من هم دنباله این کار را گرفتم. حتی یادم هست بخشی از درآمد را برای بیمارانی هزینه می‌کردم که به دانشگاه می‌آمدند اما باید با امکانات بیمارستانی جراحی می‌شدند. من آنها را به هزینه خودم به بیمارستان خصوصی برده و جراحی می‌کردم گرچه امکانات مالی خیلی خوبی هم نداشتم و جوانی بودم که تازه از آمریکا برگشته بودم. هدفم هم این بود که این رشته پا بگیرد. یکی دو نفر از دستیارانم را هم با خودم به بیمارستان می‌بردم. در نهایت موفق شدیم بطور رسمی دوره رزیدنتی جراحی فک و دهان در آن زمان و دهان و فک و صورت فعلی را در سال ۱۳۵۴ در دانشگاه تهران راه‌اندازی کنیم. آقای دکتر اسحاق لاسمی که از بهترین جراحان دهان و فک و صورت کشور هستند در اولین دوره رزیدنت بنده بودند. در کنار ایشان آقای

## جراحی دهان و فک و صورت در ایران

زمان تحصیل ما در بخش جراحی دانشگاه تهران آقای دکتر مهران، مدیر گروه بودند. ایشان هم از آمریکا آمده بودند و دوره‌هایی از جراحی دهان را متناسب با همان زمان گذرانده بودند. بقیه اساتید ما تحصیلات آکادمیک جراحی نداشتمند و بیشتر دندانپزشک‌هایی بودند که در همان دانشکده در دوره‌هایی شبیه دستیاری کار جراحی انجام داده بودند. در واقع آن موقع ما جراح دهان و فک و صورت در ایران نداشتمیم و آقای دکتر مهران هم فقط جراحی دهان انجام می‌دادند و در زمینه جراحی فک فعالیت نمی‌داشتند.

در اواخر تحصیلات من در آمریکا مرحوم دکتر معین زاده که تحصیلات جراحی دهان داشتند به ایران آمدند. پیش از ایشان نیز آقای دکتر اسماعیل یزدی که از استادان صاحب نام دانشگاه تهران بودند، کارهای جراحی انجام می‌دادند. البته ایشان در بخش جراحی نبودند و در واقع بنیانگذار بخش پاتولوژی دهان در ایران بودند. ولی در کار درمانی خودشان جزء اولین کسانی بودند که اعمال جراحی دهان و فک را آغاز کردند و البته استاد بنده هم بودند.

بخش مستقل بوده و در آن پروستودونتیست و جراح شامل جراح دهان و فک و صورت و پروتودونتیست در کنار هم حضور داشته باشند. طرح درمان باید بصورت مشترک انجام شده و در مرحله جراحی باید حتما متخصص پروتز هم حضور داشته باشد. ما در دانشگاه تهران از ابتدا به همین شیوه فعالیت می کردیم. اما متأسفانه در برخی دانشکده‌ها جراح کار جراحی را بصورت مستقل و بدون مشاوره انجام می دهد و بعد بیمار برای کار پروتز ار جاع می شود. این ناهماهنگی می تواند کل درمان را با خطر روبرو کند. نکته دیگر بخش ایمپلنت دانشگاه تهران این بود که من بر اساس روابطی که ایجاد کرده بودم توانستم در راه اندازی بخش از نظرات پروفیسور برنمارک و تیم علمی ایشان استفاده کنم و تمام نکات مربوط به آموزش و

واقع من معتقد بودم این درمان باید از دانشگاه وارد جامعه شده و شناخته شود چون کار در مطب شخصی در نهایت یک کار شخصی است و نمی تواند بازخوردی مشابه یک کار آکادمیک دانشگاهی داشته باشد. بنده دو سال برای ایجاد یک بخش مستقل ایمپلنت فعالیت کردم. تا اینکه در دوران ریاست دکتر پورهاشمی بر دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران و بدنبال پیگیری های بنده ایشان موافقت کردند تا بخشی از ساختمان قدیمی دانشکده را در اختیار ما قرار دادند. حتی من خودم به لحاظ مهندسی هم در طراحی بخش نقش داشتم و خودم می رفتم بالای سر کار گرها و به آنها می گفتم این اتاق اینجا باشد و این یکی را اینطور بسازید و غیره و ذلک. معتقد بودم و هستم که بخش ایمپلنت باید یک

بسیار کمی در زمینه دهان و فک و صورت در ایران داشتیم. ولی با این حال بنده و سایر همکاران متخصص جراحی فک و صورت تمام تلاش خود را انجام می دادیم تا به مجروحان جنگی رسیدگی کنیم. معمولا بعد از هر حمله ای تعداد زیادی مجروح را به بیمارستان می آوردند و پیش می آمد که خود من شخصا در یک روز ۲۰ تا ۲۵ مجروح جنگی را جراحی کنم. ما توانستیم جدا از بحث خدمت رسانی به مجروحان جنگی، به لحاظ علمی نیز پیشرفت های مطلوبی بدست بیاوریم و تعدادی از همکاران و رزیدنت های ما مقالات بسیار خوبی را در ژورنال های علمی خارجی به چاپ رساندند.

### آسیب شناسی رشته جراحی دهان و فک و صورت

همکاران بعضا به بنده می گویند که در حال حاضر بخشی از جراحان دهان و فک و صورت چندان تمایلی به انجام برخی اعمال جراحی تخصصی مثل جراحی دندان های عقل نفهته یا جراحی تومورها از خود نشان نمی دهند و بیشتر سعی می کنند در مواردی مثل ایمپلنت یا جراحی های پلاستیک بینی و صورت فعال باشند. این مساله از دو دیدگاه قابل بررسی است. نخست اینکه باید صراحتا گفت که اجتماع ما خیلی روی روال منطقی پیش نمی رود. در جامعه ای که روی اصول حرکت نکند و مسائل تعیین کننده بخصوص مساله اقتصادی با اشکال روبرو باشد احتمال انحراف از برخی اصول و موازین دور از ذهن نیست. حالا چه برای حفظ سلامت خودشان باشد، چه برای تطبیق با شرایط ناهنجار اقتصادی. مورد دوم بحث علمی این قضیه است. البته من فکر نمی کنم این مساله همه گیر باشد و مطمئنم عمده جراحان دهان و فک و صورت جوان ما از زیر بار انجام چنین اعمالی شانه خالی نمی کنند اما اگر این مساله عمومیت داشته باشد بدون شک یک انحراف از رشته خواهد بود. الان در آمریکا نیز این جزء برنامه های روتین یک جراح فک و صورت است و همکاران ما نیز باید به این مساله توجه داشته باشند.

### نخستین بخش تخصصی ایمپلنت

با معرفی ایمپلنت به دنیای دندانپزشکی توسط پروفیسور برنمارک، یک معجزه به وقوع پیوست. بنده هم طبق انگیزه های که همیشه داشتم که نباید از علم روز دنیا عقب بمانیم، با این درمان آشنا شدم. آن زمان تعدادی از همکاران در مطب های شخصی خود در مان ایمپلنت را انجام می دادند. من فکر کردم ایمپلنت هم مثل هر درمان دیگری معنی ندارد مگر اینکه پایه و اساس آکادمیک و دانشگاهی داشته باشد. در

## صحبت با همکاران

ما باید این مساله تفاوت بین متخصص و دندانپزشک عمومی را کنار بگذاریم. اصلا باید این فکر را از خودمان دور کنیم. دندانپزشک عمومی بدنه اصلی حرفه ما است و دندانپزشک متخصص هم به هر حال کارش را محدود کرده و درمان های پیچیده تر را انجام می دهد. بنابراین اصلا نباید جدایی و تفاوتی بین دندانپزشک عمومی و متخصص وجود داشته باشد. دیگر اینکه وضعیت جامعه ما متأسفانه بر یک نظم و سیستم فکری و فرهنگی مطلوب حرکت نمی کند. بنابراین احتمال انحراف انسان بخصوص جوان ترها از لحاظ مالی وجود دارد. به خودمان تلنگر بزنیم و خودمان را بر موازین اخلاق پزشکی استوار نگه داریم. بزرگترین زرنگی به نظر من صداقت است. زندگی ما مثل جویی است که اگر صداقت در آن وجود داشته باشد بالاخره روان می شود و همیشه جاری است. ممکن است دیر جاری بشود ولی همیشه هست و وجود دارد. وقتی عمری از ما بگذرد و صاحب مال و مکنتی باشیم و به گذشته نگاه کنیم بالاخره زمانی از خودمان می پرسیم این از کجا آمده؟ اگر از راه صادقانه و صحیح بدست آمده باشد ما به مباهات خواهد بود ولی اگر از راه هایی که صداقت در آنها وجود ندارد و به قیمت ضایع کردن حق دیگران حاصل شده باشد ما به شرمساری و پشیمانی است ولی این پشیمانی دیگر ممکن است سودی نداشته باشد.





● ایده بنده برای گفتگو با دکتر مسگرزاده تقریباً به ۱۵ سال قبل از سال ۹۴ باز می‌گشت. سال ۱۳۸۱ مسئولیت صفحات دندانپزشکی یک نشریه مهندسی پزشکی به نام تکنیک را بر عهده داشتیم. همان سال دکتر مسگرزاده به عنوان دندانپزشک نمونه انتخاب شده بودند و من تلاش کردم به این بهانه گفتگویی با ایشان انجام دهم. متأسفانه به دلیل مشغله فراوان دکتر مسگرزاده این گفتگو بارها و بارها به تعویق افتاد و در نهایت هم انجام نشد. در این بازه زمانی آنقدر با مطب آقای دکتر تماس گرفته بودم که تقریباً با تمام پرسنل مطب آشنا شده بودم! چاپ مجله تکنیک هم بعد از سه یا چهار شماره به دلیل مشکلات مالی متوقف شد.

● سکانس دوم مربوط به زمانی بود که در روزنامه همشهری در سرویس سلامت و صفحه درمانگاه فعالیت داشتیم. آن زمان صفحه‌های در روزنامه داشتیم با عنوان یک شهروند که همانطور که از نامش مشخص است به معرفی یک شهروند می‌پرداخت و هر کدام از همکاران از سرویس‌های مختلف روزنامه به صورت نوبتی گفتگویی برای این صفحه انجام می‌دادند. من سه گفتگو با دکتر بیژن اخوان آذری (جراح دهان و فک و صورت)، دکتر پرویز سیار (جراح عمومی، تروماتولوژیست و داور فوتبال) و دکتر رضا گل‌نراقی (پروموتویست) انجام داده بودم و بسیار مشتاق بودم مصاحبه‌ای هم با دکتر مسگرزاده داشته باشم که باز هم همان مشغله فراوان و برنامه کاری بسیار پر تراکم آقای دکتر، مانع انجام گفتگو شد.

● از آنجایی که بالاخره جوینده یابنده است، در نهایت سومین تلاش بنده به ثمر نشست. بهانه گفتگو هم دبیری علمی کنگره ICOI بود. اینجا هم برنامه کاری دکتر به همان فشردگی بود ولی بالاخره توانستیم عصر یک روز پنجشنبه وقتی را هماهنگ کنیم. گفتگو در مطب دکتر مسگرزاده در خیابان گلشهر، خیابان جردن تهران انجام شد. آقای دکتر با خوشرویی پذیرای بنده بودند و با محبت و لطف فراوان سوالات را پاسخ دادند.

● از سال ۹۴ به صورت اختیاری و از سال ۹۵ به صورت اجباری، واحد درسی ایمپلنت به دروس دانشجویان دوره عمومی اضافه شده است. ۱۷ جلسه تئوری که بخش عمده‌ای از مطالب مربوط به ایمپلنت را پوشش می‌دهد، بخش عملی این واحد درسی هم به صورت هندز آن طراحی شده است. گرچه هنوز امکان کار عملی دانشجویان روی بیماران فراهم نشده ولی برخی اساتید ایمپلنت در دانشکده‌های مختلف در تلاش هستند با جابجا کردن این واحد درسی به ترم‌های پایین‌تر امکان کار عملی روی بیمار را برای دانشجویان در ترم ۱۲ فراهم کنند.



از چندین رزیدنت دکتر مسگرزاده درباره اخلاق و منش آقای دکتر سوال کردم. همگی متفق القول بر ادب و متانت ایشان صحنه گذاشتند. به قول یکی از رزیدنت‌های ایشان که الان استاد برجسته و مطرحی هستند "یک جنتلمن تمام عیار".

اسم من مانع پیشرفت کسی بشود. در واقع نمی‌خواهم این فکر وجود داشته باشد که با حضور من، کس دیگری نمی‌تواند رییس یا مدیر گروه باشد. پس به این نتیجه رسیدم که کناره‌گیری کنم تا جوان ترها فضای پیشرفت بیشتری داشته باشند. البته مسائل شخصی و اجتماعی هم مطرح هست. این را هم بگویم که من هرگز جز یک دوره کوتاه هیچگاه از سوی مدیریت‌های مختلف با مشکلی مواجه نبودم. حتی مدیریت وقت دانشکده، روی درخواست بازنشستگی من اقدامی نکردند و با اصرار من در نهایت موافقت کرده و بنده در سال ۸۲ به افتخار بازنشستگی رسیدم. بعد از بازنشستگی ارتباط علمی من با حرفه قطع نشده. در کنگره‌های مختلف چه بعنوان سخنران چه بعنوان میهمان حضور دارم و ارتباطم با دانشجویانم هنوز وجود دارد و قطع نشده است.

### فعالیت‌های صنفی

من همیشه در انجمن‌ها و کنگره‌ها و فعالیت‌های صنفی حضور داشتم. یکی از موسسان انجمن جراحان دهان و فک و صورت ایران هستم و در دو دوره به اصرار دوستان مدیر انجمن بودم و ریاست کنگره سوم این انجمن را بر عهده داشتم. در کنگره دوازدهم به ریاست دکتر عطری‌زاده من قائم مقام کنگره بودم. در کنگره سیزدهم انجمن دندانپزشکی ایران هم ریاست کنگره را بر عهده داشتم. در دو دوره نظام پزشکی نماینده دندانپزشکان بودم که در یکی از این دوره‌ها با ۹۶ درصد آرا انتخاب شدم. در عین حال در کنگره‌های بسیاری بعنوان مشاور کنگره حضور داشتم. از این دست فعالیت‌ها بسیار زیاد بوده و هنوز هم بخش عمده‌ای از برنامه بنده را به خود اختصاص می‌دهد.

### سخن آخر

آنچه که ما را سرپا نگه می‌دارد عشق است؛ در هر زمینه‌ای، من در هر زمینه‌ای به این مساله اعتقاد کامل دارم. به نظرم بزرگترین عشق هم این است که آدم احساس کند در زمینه‌ای هر چند کوچک برای اطرافیان یا برای جامعه و کشور خود مفید بوده است. این انگیزه اصلی من در زندگی بوده است و همین انگیزه همیشه مرا سرپا نگه داشته است. این عشق معنویتی به زندگی انسان می‌دهد که بسیار زیبا است. به نظرم این عشق باید بصورت خالص و بدون چشمداشت باشد. نه اینکه کاری انجام بدهیم به این امید که در جایی نفعی برای مان داشته باشد. اما اصل قضیه این است که هر کاری باید بدون توقع و فقط برای ایجاد رضایتمندی انجام گیرد.

درمان در بخش ما برآمده از نظرات بنیانگذاران این درمان بود. غیر از بخش جراحی دهان و فک و صورت، مدیریت این بخش چند سال با بنده بود. جدا از بنده بعنوان جراح، دکتر غزنوی و دکتر بهناز بعنوان متخصص پروتز در این بخش فعالیت داشتند که خیلی زود همکاران دیگری نیز به ما پیوستند. شما می‌دانید که معمولاً بیمارانی با توان مالی متوسط و ضعیف برای درمان به دانشگاه مراجعه می‌کنند اما جالب است بگویم که برای بخش ایمپلنت که اصولاً درمان گرانی است، ما از روز اول اصلاً کمبود بیمار نداشتیم.

### آموزش ایمپلنت

متأسفانه وضعیت آموزش ایمپلنت در ایران بخصوص در دانشگاه‌ها اصلاً جالب نیست. بنده بعنوان رییس انجمن ایمپلنتولوژی ایران با همکاری سایر دوستان در انجمن، نامه‌ای به وزارت بهداشت نوشته و همه موارد را بطور دقیق توضیح داده و پیشنهادهای ارائه کردیم. هنوز واحد رسمی برای ایمپلنت وجود ندارد و به تازگی یک واحد تعریف کرده‌اند که هنوز تدریس آن آغاز نشده است. چکیده صحبت ما این است که مثل هر درس دیگری باید یک بخش مستقل برای آموزش ایمپلنت تعریف شده باشد. آموزش تئوریک آن باید مثل رشته‌های دیگر انجام شود. برای آموزش عملی باید واقع بین بود. با توجه به مسائل اقتصادی شاید این امکان نباشد که برای تمرین به دانشجویان قطعات گرانبه‌ایمپلنت داده شود. بنابراین پیشنهاد ما بعنوان انجمن ایمپلنتولوژی این بوده که باید جنبه‌های عملی روی فانتوم آموزش داده شود. بعد از آن در سال آخر در جراحی‌ها بصورت کمک جراح حضور داشته باشد.

### فضای برای پیشرفت جوانها

من ۳۰ سال تمام تدریس کردم. نحوه تدریس کردن من هم اینطور نبود که صبح به بخش بروم و وقت بگذرانم و کار خاصی هم انجام ندهم. همیشه با انگیزه فعالیت کردم و سعی داشتم در دست کار کنم و متمرکز باشم. هر بار به کنگره یا دوره‌های علمی در خارج از کشور می‌رفتم و نکته جدیدی را می‌آموختم فوراً در بازگشت به ایران آن را به رزیدنت‌ها آموزش می‌دادم. اما کم کم توانایی جسمی آدم کاهش پیدا می‌کند. البته خداوند به من لطف کرده و وضعیت جسمی مناسبی دارم. ولی دیدم که استاد و متخصص متبحر به اندازه کافی در بخش وجود دارد که حتی از من باسوادتر و پیشرفته‌تر هم بودند. بنابراین نبودن من کمبودی ایجاد نمی‌کرد. به علاوه دوست هم نداشتم و ندارم که وجود من بخاطر





# EMERALD

Wealth Management



## Eric Alikhani

Founder and Principal in Charge

### 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

**“I help people accomplish financial peace”**

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

 [eric@emeraldwealthmanagement.ca](mailto:eric@emeraldwealthmanagement.ca)

 [emeraldwealthmanagement.ca](http://emeraldwealthmanagement.ca)

 416.565.4535  416.849.1342 #644  905.695.0848

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





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



گفتگو با دکتر مهدی ادیب راد بختن دوم

## زبان و پشتکار عامل موفقیت است

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 بخش نخست آن در شماره نخست منتشر شد. بخش دوم این گفتگوی خواندنی را از دست ندهید.

دکتر مهدی ادیب راد به خصوص در بین دندانپزشکان ایرانی مقیم کانادا، اصطلاحاً شناخته‌شده‌تر 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



با این حال آماده‌سازی برای این دو امتحان به صورت همزمان چه از لحاظ زمانی چه از لحاظ روحی روانی کار بسیار دشواری است. خود من همزمان در هر دو این امتحانات شرکت کردم و خوشبختانه در همان تلاش اول هر دو را پاس کردم ولی مساله این بود که زمان

است که ذهن اغلب شرکت کنندگان را به خود مشغول می‌کند. تا دو سال پیش این دو امتحان فقط ۲۴ ساعت باهم اختلاف داشتند ولی اخیراً یک فاصله دو تا سه هفته‌ای بین این دو امتحان در نظر گرفته شده و دیگر مثل سابق فشرده و پشت سر هم نیست. ولی

### اسکلیز یا جاجمنت یا هر دو؟

پس از قبولی در امتحان AFK، شما دو گزینه پیش رو دارید. اینکه در امتحان اسکلیز شرکت کنید یا در امتحان جاجمنت یا اینکه هر دو را با هم امتحان بدهید. این سوالی

### تفاوت جاجمنت و AFK

جاجمنت بسیار محدودتر از امتحان AFK است. از یک طرف دیگر حجم مطالب امتحان جاجمنت به مراتب کمتر از امتحان AFK بوده و صرفاً مباحث کلینیکی را شامل می‌شود.

تعداد سؤالات در امتحان جاجمنت پایین‌تر است و برای همین یک اشتباه می‌تواند بسیار تعیین‌کننده‌تر از امتحان AFK باشد. در واقع دامنه اشتباه کردن در امتحان

نمره قبولی امتحان جاجمنت هم ۱۷۵ است ولی جدا از تفاوت محتوایی سؤالات با امتحان AFK، از لحاظ سبک تصحیح سؤالات هم با امتحان اول تفاوت‌هایی دارد. یک تفاوت اینکه



ما سالی یک بار این امتحانات برگزار می‌شد و اگر ما به طور همزمان هر دو امتحان را شرکت نمی‌کردیم یک سال عقب می‌افتادیم. الان که برمی‌گردم و به قبل نگاه می‌کنم، اگر شرایط حال حاضر وجود داشت و می‌شد با یک فاصله ۴ تا ۶ ماهه در امتحان بعدی شرکت کرد من قطعاً در این دو امتحان بطور مجزا شرکت می‌کردم چون آماده‌سازی و تمرین برای این دو امتحان به طور همزمان فشار بسیار زیادی به داوطلب وارد می‌کند. در نتیجه من شخصاً توصیه نمی‌کنم همزمان با هم در این دو امتحان شرکت کنید. مطلب بعدی اینکه اول سراغ جاجمنت برویم یا اسکلیز؟ من به دو دلیل پیشنهاد می‌کنم ابتدا جاجمنت را انتخاب کنید. نخست اینکه بخش زیادی از مباحث امتحان جاجمنت در امتحان AFK هم وجود دارد که به تازگی آن را پشت سر گذاشته‌اید. نکته دوم اینکه جاجمنت امتحان ارزان تری است. امتحان اسکلیز جدا از فشار روانی و فیزیکی سنگین هزینه‌های سرسام‌آوری هم به داوطلب تحمیل می‌کند چه از لحاظ ثبت نام چه دوره‌های آماده‌سازی و چه متریاال. حالا فرض کنید یک داوطلب بعد از گذراندن اسکلیز خدای ناکرده نتواند امتحان جاجمنت را پشت سر بگذارد که متأسفانه در برخی موارد اتفاق می‌افتد. در این صورت علاوه بر تمام مسائل روحی و روانی هزینه بسیار سنگینی هم از دست رفته است. بنابراین در نهایت پیشنهاد من این است که اول در امتحان جاجمنت شرکت کرده و بعد از قبولی در آن به سراغ امتحان اسکلیز بروید. به نظر من برای شرکت در امتحان جاجمنت، گذراندن یک دوره آماده‌سازی و آموزشی کاملاً ضروری است.

جهت یک کورس آمادگی خوب می‌تواند داوطلب را به شکل مطلوبی برای این امتحان آماده کند.

### آمار قبولی جاجمنت

اگر به وبسایت NDEB مراجعه کنید خواهید دید که از سال ۲۰۱۱ که نخستین دوره این امتحانات برگزار شد تا ۲۰۱۶، آمار قبولی امتحان جاجمنت همیشه بالای ۵۰ درصد بوده و حتی در سال ۲۰۱۶ به ۷۵ درصد هم رسید. تا آن زمان امتحان جاجمنت ساده‌ترین امتحان این مجموعه محسوب می‌شد. سال ۲۰۱۷ به شکلی ناگهانی و بدون اعلام قبلی، تمپلیت سوالات جاجمنت تغییر کرد و همین مساله باعث شد آمار قبولی از ۷۵ درصد به ۳۵ درصد برسد. از آن به بعد آمار قبولی این امتحان بین ۳۵ تا ۴۰ درصد بوده که از آمار قبولی امتحان AFK هم کمتر بوده است. نمره امتحان جاجمنت تأثیری در روند دریافت لایسنس نداشته و واقعاً بین نمره ۷۵ تا ۱۰۰ تفاوت به خصوصی وجود ندارد. بنابراین پیشنهاد من این است که اصلاً در قید گرفتن یک نمره بالا نباشید و با رویکردی محافظه‌کارانه با این امتحان برخورد کنید.

### امتحان کامپیوتری

در حال حاضر این امتحان در مراکز پرومتریک (مثل امتحان تافل یا آیلتس) به صورت کامپیوتری برگزار می‌شود و متأسفانه در دو سه دوره اخیر شاهد بودیم که مشکلاتی

### امتحان پیچیده جاجمنت

جاجمنت امتحان بسیار پیچیده و مبهمی است. این امتحان حدود ۵ ساعت و نیم بوده و ۱۲۰ تا ۱۵۰ سوال دارد که به دو قسمت تقسیم می‌شود. یک بخش کیس‌های کلینیکی را شامل می‌شود. در بخش کیس‌های کلینیکی پرونده یک بیمار ارائه شده و بر اساس پرونده، بطور متوسط ۵ سوال درباره مباحث مختلفی نظیر پرئو، جراحی، اندو پاتو، ارتو و فارماکولوژی مطرح می‌شوند. بخش دیگر سوالات مرتبط با رادیوگرافی است. در این بخش رادیوگرافی‌های مختلف بیشتر پری آپیکال و بابت وینگ نمایش داده شده و درباره مباحث مختلف رادیولوژی مثل وجود پوسیدگی، تحلیل استخوان پرئودونتال، وجود جرم، ارزیابی درمان اندو و مواردی از این دست سوالاتی مطرح می‌شوند. این سبک سوالات باعث شده تا امتحان جاجمنت به آزمون بسیار ساجکتیو تبدیل شود و از این

مرتبط با کامپیوترها گریبانگیر متقاضیان شده در حدی که برخی از دوستان نتوانستند امتحان خود را به اتمام برسانند و نتیجه امتحان آنها ووید (void) شده است. با این حال NDEB به احتمال فراوان بزودی دو امتحان AFK و بورد را هم به صورت کامپیوتری برگزار خواهد کرد و این در وب سایت آنها به وضوح اشاره شده است گرچه دو تجربه اخیر NDEB در برگزاری امتحان جاجمنت چندان موفقیت آمیز نبود. بهر حال امیدوارم این مشکل در دوره‌های بعدی برطرف شود.



### نمره امتحان جاجمنت

تأثیری در روند دریافت لایسنس نداشته و واقعاً بین نمره ۷۵ تا ۱۰۰ تفاوت به خصوصی وجود ندارد. بنابراین پیشنهاد من این است که اصلاً در قید گرفتن یک نمره بالا نباشید و با رویکردی محافظه‌کارانه با این امتحان برخورد کنید.

### خوان آخر

خوان آخر این مسیر امتحان اسکلیز است که به نظر من فرسایشی‌ترین امتحان این مجموعه محسوب می‌شود. بیشتر افراد اسکلیز را به عنوان آخرین امتحان در نظر گرفته و طبعاً بعد از گذراندن دو امتحان قبلی و در حالی که اغلب از لحاظ روحی، جسمی خسته و از لحاظ مالی تحت فشار هستند قدم به این امتحان می‌گذارند. اسکلیز امتحانی بسیار سنگین و گرانیقیمت است که هزینه نزدیک به ده هزار دلاری ثبت نام آن بسیار سنگین و کمر شکن است. از طرف دیگر برای این امتحان باید حتماً در کورس‌های آموزشی شرکت کرد که هزینه ثبت نام این دوره‌ها از ۴ تا ۱۰ هزار دلار متغیر است. در عین حال متقاضی باید مبالغ سنگینی جهت تامین متریاال و تجهیزات امتحان هزینه کند. در این امتحان مواد و وسایل در اختیار شما قرار نمی‌گیرد و صرفاً یونیت و تایپودنت از طرف NDEB تامین می‌شود.

امتحان اسکلیز در دو روز پشت سر هم برگزار می‌شود که باید ۱۲ task توسط دندانپزشک انجام شوند. بیشتر مباحث امتحان به دو رشته پروتز و ترمیمی مربوط بوده و یک آندو اکسس هم در بین موارد امتحان وجود دارد. دندان‌های امتحانی تولید شرکت نسیس ژاپن است. از جهت تامین مواد و لوازم پیشنهاد من این است که تا حد امکان لوازم و متریاال را از کانادا تهیه کنید چون کیفیت مواد و لوازم بهر حال بالاتر است.

### درمان کلینیکی یا کار دستی؟

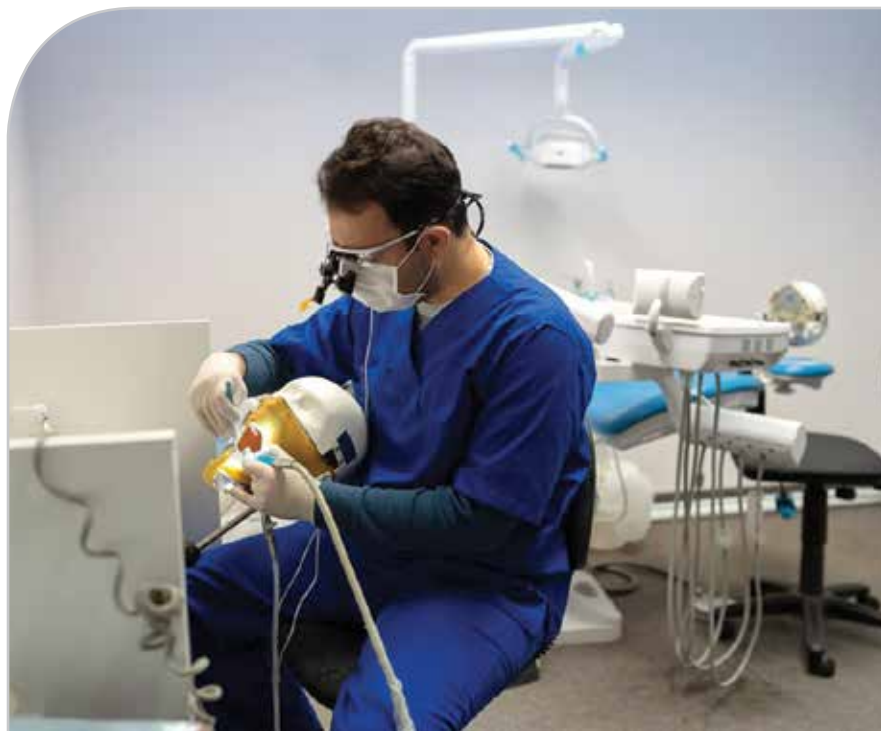
این امتحان تفاوت‌های فاحشی با دندانپزشکی کلینیکی عادی دارد. برخی از دندانپزشکان فکر می‌کنند با مثلاً ده سال سابقه طبابت به راحتی می‌توانند این امتحان را پشت سر بگذارند. باید بگویم این فکر کاملاً اشتباه است. این امتحان بیشتر از آنکه یک آزمون عملی دندانپزشکی باشد یک امتحان کار دستی است. دقیقاً به همین دلیل هم هست که باید حتماً





## حرف آخر

من چند توصیه دارم برای دوستانی که تازه می‌خواهند امتحانات را شروع کنند. یکی اینکه هر چه زودتر سعی کنند مدارکشان را جمع‌آوری کرده و این کار را موقوف نکنند به دقیقه نود. البته اگر هنوز فارغ‌التحصیل نشده‌اید پیشنهاد می‌کنم صبر کنید تا کل نمرات و مدارک شما آماده شده و بعد برای ثبت نام در امتحانات و شرکت در کورس‌ها اقدام کنید. دوم اینکه زبان انگلیسی را تقویت کنید و برای این کار وقت بگذارند هر چه بیشتر بهتر. چون زبان ضعیف هم در مراحل امتحان می‌تواند باعث بروز مشکل شود هم بعدتر موقعی که فرد وارد سیستم کاری می‌شود و نمی‌تواند ارتباط درستی با بیماران برقرار کند. دیگر اینکه سعی کنند متون درسی را به زبان انگلیسی مطالعه کنند تا موقع درس خواندن کمتر دچار مشکل شوند. آخرین نکته هم اینکه سعی کنند در این امتحانات از هیچ هزینه و خرجی مضایقه نکنند. من بار ویکرد صرفه‌جویی در این امتحانات بخصوص در امتحان اسکیلز بشدت مخالفم. اگر لازم است خانه شما نزدیک سنتر باشد تا بازدهی شما بیشتر شود این کار را بکنید؛ اگر خریدن یک وسیله باعث ارتقا کار شما می‌شود آن را بخرید حالا هر چقدر که گرانقیمت باشد؛ اگر رفتن به یک کورس خاص می‌تواند شانس قبولی شما را بیشتر کند حتما در آن کورس شرکت کنید. هزینه بعدا موقع طبابت جبران خواهد شد. من قاطعانه می‌گویم کسی که اینجا بیاید و زحمت بکشد و وقت بگذارد بالاخره موفق خواهد شد؛ دیر و زود دارد ولی سوخت و سوز ندارد.



## دیسپلین عامل موفقیت

یک فاکتور مهم در امتحان اسکیلز داشتن دیسپلین و انضباط است. در بین دندانپزشکان کشورهای مختلف این مساله در بین چینی‌ها و کره‌ای‌ها بسیار شاخص و بارز است. این شاید یکی از اصلی‌ترین دلایلی باشد که دندانپزشکان این کشورها در این امتحان بسیار موفق هستند. یا در مورد امتحان AFK و پذیرش در دانشگاه‌ها، هندی‌ها و پاکستانی‌ها بسیار موفق ظاهر می‌شوند که به توانمندی آنها در زبان انگلیسی برمی‌گردد.

## اجازه کار در کانادا

بعد از پاس کردن هر سه امتحان NDEB شما مجاز هستید در امتحان نشنال بورد شرکت کنید که برای تمام دندانپزشکان چه اینترنشنال چه فارغ‌التحصیلان کانادایی مشترک است. این امتحان در دوازده روز برگزار شده که یک روز آن شبیه امتحان جامعیت و یک روز آن بسیار بالاتر از امتحانات قبلی است. بعد از پاس کردن امتحان بورد، شما برای استان مدنظر خود اقدام کرده و با تهیه مدارک مورد نظر اجازه کار در آن استان برای شما صادر می‌شود. در این صورت شما به عنوان یک دندانپزشک عمومی می‌توانید در استان مورد نظر کار کنید ولی محدودیتی برای انجام درمان‌های تخصصی وجود ندارد. مثلا اگر شما در ایران ارتودونتیست هستید از فرادای روزی که مجوز کار خود را دریافت می‌کنید می‌توانید درمان‌های ارتودونسی ثابت را انجام دهید.



یک فاکتور مهم در امتحان اسکیلز داشتن دیسپلین و انضباط است. در بین دندانپزشکان کشورهای مختلف این مساله در بین چینی‌ها و کره‌ای‌ها بسیار شاخص و بارز است. این شاید یکی از اصلی‌ترین دلایلی باشد که دندانپزشکان این کشورها در این امتحان بسیار موفق هستند

در کلاس‌های آمادگی این امتحان شرکت کرد چون این کار دستی تفاوت فاحشی با کار کلینیکی روی بیمار دارد. در این امتحان دهم میلی‌متر فرق بین پاس کردن و افتادن است. در نتیجه داشتن یا نداشتن تخصص یا تجربه کلینیکی عامل تعیین‌کننده‌ای برای موفقیت یا شکست در این امتحان محسوب نمی‌شود.

## عوامل ساجکتیو امتحان اسکیلز

فاکتورهای ساجکتیو در این امتحان وجود دارد که هیچ توضیح و تفسیری برای آنها وجود ندارد. من فکر می‌کنم این عوامل به صورت عامدانه در این امتحان گنجانده شده‌اند تا میزان قبولی داوطلبان را در آنها کنترل کنند. از سال ۲۰۱۱ تا سال ۲۰۱۹ درصد قبولی این امتحانات سالانه از ۴۰ درصد بالاتر و از ۳۴ درصد پایین‌تر نرفته است. این نشان می‌دهد عواملی وجود دارد که مانع می‌شود درصد قبولی از حدی بالاتر یا پایین‌تر برود. من فکر می‌کنم یکی از فاکتورهای مداخله‌گر همین پروتکل امتحان و موارد ساجکتیو آن است. مجموع این موارد باعث می‌شود حتی افرادی که کار دست خوبی هم دارند بعضا نتوانند در بار اول یا بار دوم این امتحان را پاس کنند ولی با اطمینان می‌گویم با یافتن نقاط ضعف و تمرین و ممارست می‌توان این امتحان را با موفقیت پشت سر گذاشت.

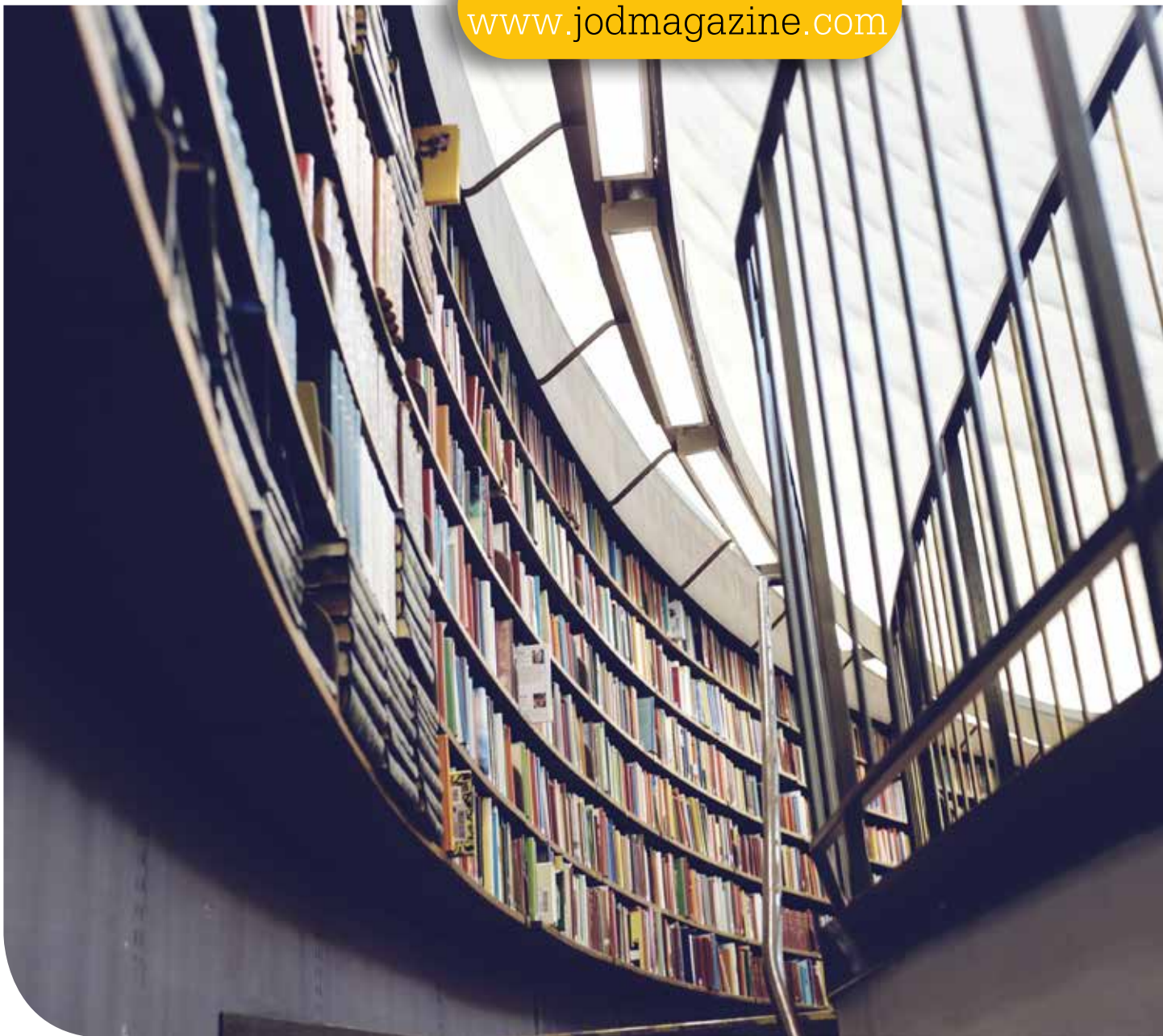


# Out Of Office | خارج از مطب

JOD | September - 2020 | 29 | سپتامبر ۲۰۲۰

مطالب بیشتر در وبسایت ما

[www.jodmagazine.com](http://www.jodmagazine.com)



دندانپزشک آمریکایی در ایران  
قاجاری  
دعوی دندانپزشک و شاهزاده  
به روایت روزنامه های آمریکا

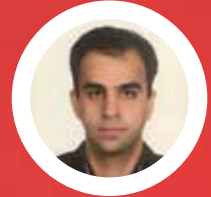


نگاهی به فیلم ماراتن  
من از منظر دندانپزشکی  
چرخش فرز، فشار سوند  
و عصاره وحشت






# نگاهی به فیلم ماراتن من از منظر دندانپزشکی چرخش فرز، فشار سوند و عصاره وحشت



**دکتر پژمان وزیري**  
متخصص بیماری‌های دهان؛ استاد یار  
و عضو سابق هیات علمی دانشگاه‌های  
همدان، شهید بهشتی و شاهد

دکتر علیرضا آشوری: اگر بنا باشد در بین تمام فیلم‌های تاریخ سینما که ربطی به دندانپزشکی داشته‌اند فقط به یک فیلم اشاره کنیم، آن فیلم بدون شک ماراتن من (دوئنده ماراتن) ساخته درخشان جان شله‌زینگر است. فیلمی که معمولاً به عنوان نمادی از دوررنج بیماران در مطب دندانپزشکی معرفی شده و دندانپزشکان بسیاری بارها از سوی بیماران خود متهم شده‌اند که انگار سکانس شکنجه این فیلم را به طور واقعی روی بیمار بازسازی کرده‌اند! در طول تاریخ سینما فیلم‌های بی‌شماری با صحنه‌های شکنجه و آزار ساخته شده‌اند که از لحاظ حجم خشونت و خونریزی به مراتب وحشتناک‌تر از صحنه شکنجه فیلم ماراتن من هستند ولی چرا این دو سکانس کوتاه تا این حد تأثیرگذار از کار درآمده و به عنوان یکی از نمادهای اصلی درد و آزار فیزیکی در تاریخ سینما مطرح است. برای فهم چرایی این ماجرا از دوست عزیزم آقای دکتر پژمان وزیري متخصص بیماری‌های دهان که در عین حال نویسنده سینمایی خوش ذوق و خلاق‌ی هستند، خواهش کردم تفسیری برای این موضوع بنویسند و ایشان به رغم مشغله زیاد موافقت کردند که از ایشان بی‌نهایت سپاسگزارم.



جان شله‌زینگر، کارگردان یهودی انگلیسی تبار که تا پیش از این فیلم دو بار نامزد جایزه اسکار بهترین کارگردانی بود و یک بار بخاطر فیلم کابوی نیمه شب این جایزه را به خانه برده بود، در اولین فیلم تریلر جنایی خود به سراغ داستان یک دکتر دندانپزشک و شکنجه‌گر سرشناس و فراری نازی به نام دکتر زل Dr. szell (با بازی درخشان لارنس اولیویه) و الماس‌هایی که او در زمان حضور در آشویتز جمع‌آوری کرده است، می‌رود. فیلم اگرچه درخشان است اما در سالی که فیلم‌های مطرحی چون راننده تاکسی، شبکه، راکی و همه مردان رئیس‌جمهور در فصل جوایز گوی سبقت را ربوندند، خیلی به چشم نیامد، اما علاوه بر اینکه یکی از پرفروشترین و موفق‌ترین فیلم‌های شله‌زینگر شد، از منظری دیگر که به آن خواهیم پرداخت در اذهان عمومی ماندگار شد. فیلم از نگاه سینمایی واجد مولفه‌های قوی زیادی است که شاید بتوان به اختصار به برخی اشاره کرد.  فیلمنامه دقیق و پرظرافت گولدمن، که اگر چه داستان نسبتاً ساده‌ای را بیان می‌کند، اما ساختار پازل گونه روایت، بیننده را دچار تعلیق و هیجانی مداوم می‌کند که فقط در نیمه دوم فیلم و به تدریج گره‌های آن تک‌تک باز می‌شود.

نکته جالب‌تر این است که در این روایت تماشاگر تقریباً تا یک ساعت اول فیلم،



علیرغم اینکه حوادث متعددی را شاهد است اما عملاً همچون قهرمان فیلم (بیب/هافمن) از هیچ چیز خبر ندارد.

لا به‌های عمیق‌تری هم در فیلم وجود دارد که البته امروز بیشتر از هر چیزی در سایه مهم‌ترین بخش فیلم (که به آن خواهیم پرداخت)، گم‌شده‌اند. اشاره به دوران مک کار تیسیم، رابطه جالب دو برادر، یک خیانت عاشقانه، اشاره به قهرمان مارا تین اتیویا، محله یهودی نشین پولدار نیویورک، بازماندگان هولوکاست و...

بازی عالی و بی نقص دو بازیگر بزرگ سینما با دو سبک کاملاً متفاوت.

داستین هافمن پیرو متداک‌تینگ در مقابل سرلارنس اولیویه، یک کهنه کار تئاتر و شکسپیرین قهار (این دو در مجموع ۱۹ بار کاندید اسکار و ۳ بار برنده آن شده‌اند!)

"آمنه؟" (Is It Safe?)

با وجود تمام نقاط قوتی که ذکر شد، چیزی که فیلم را ماندگارتر کرده است، بی شک دو سکانس "شکنجه دندانپزشکی" است.

تقریباً تمام کسانی که فیلم را دیده‌اند در وهله اول شنیدن نام فیلم، به یاد دندانپزشکی و آن دو سکانس شکنجه فیلم می‌افتند. در طول سالها فعالیت دندانپزشکی مراجعان بسیاری داشته‌ام که در زمان حضور به این سکانس و این فیلم اشاره کرده‌اند.

تجربه بیش از ۲۰ سال فعالیت حرفه‌ای و آموزشی من در دندانپزشکی همراه با یک جستجوی ساده درباره علل ترس از دندانپزشکی عنوان‌های اصلی در لیست کوتاه زیر را نمایان می‌کند. نگاهی به این لیست حتماً برای شما هم یادآور حسی فویبایی خواهد بود!

خاطره‌ها از دندانپزشکی

- ترس از درد
- ترس از سوزن و ابزار دندانپزشکی
- عدم اشراف و کنترل بر روند اتفاقات و درمان
- صدای دریل و فرز
- بوی دندانپزشکی و فضای آن (کلاستر فویبا)

- رابطه والد (دندانپزشک) کودک (بیمار) و تسلط کامل دندانپزشک بر بیمار
- احساس خفگی و تنگی نفس
- عدم توانایی تحرک و دفاع

حال بهتر است این دو سکانس کوتاه‌اما موثر را از منظر روانشناسی علل ترس از دندانپزشکی بررسی کنیم. دکتر کریستین زل (اولیویه) دندانپزشک شکنجه‌گر آشوب‌بیز که به دنبال مرگ برادرش از محل اختفای خود در اروگوئه به نیویورک برگشته است، به دلایلی فکری می‌کند بیب (داستین هافمن) قرار است او را هنگام پرداختن الماس‌ها، "لخت کند". بنابراین برای حرف کشیدن از بیب تصمیم به شکنجه‌اومی‌گیرد. در فیلم دو صحنه شکنجه دندانپزشکی وجود دارد که هر کدام کلاً کمتر از دو دقیقه طول می‌کشند.

## صحنه اول:

اولین مواجهه بیب با دکتر زل در یک اتاق نسبتاً تاریک رخ می‌دهد (کلاستر فویبا). یک صندلی که بیب به آن بسته شده و یک چراغ رومی‌زی تمام آنچیزی است که جلب توجه می‌کند. زل وارد می‌شود: مردی نیمه طاس با موهای سفید، رفتاری آرام و موقر و کاملاً خون‌سرد و مسلط بر اوضاع (رابطه والد/کودک).

او شروع به شنیدن داستان می‌کند و هم‌زمان می‌پرسد: "آمنه؟" (عدم اطلاع از روند اتفاقات) در ادامه او پس از بیان جملاتی حکیمانه! در حالیکه تقریباً با یک دست گردن و سر بیب را مهار کرده است و تماماً روی صورت او قرار گرفته است (ترس از خفگی، عدم امکان تحرک) با یک سوند روی دندان پوسیده فشار آورده و باعث ایجاد یک درد شدید در پالپ دندان می‌شود. سپس با استفاده از یک روغن طبیعی (احتمالاً اوژنول) درد او را تسکین می‌دهد. در تمام این مراحل بارها جمله معروف "آمنه؟" را تکرار کرده و بیب همچنان بی اطلاع از کل داستان و روند اتفاقات یک درد جسمی و روحی را تحمل می‌کند.

## صحنه دوم:

بعد از یک صحنه سازی پلیسی به قصد گرفتن اطلاعات، بیب که حالا بخشی از داستان را فهمیده و می‌داند با چه کسی طرف است دوباره به مسلخ دندانپزشک شکنجه‌گر بازگردانده می‌شود. این بار از همان ابتدای قرار گرفتن روی صندلی شروع به تقلا و التماس می‌کند (خاطره‌ها از دندانپزشکی). این بار "دندانپزشک شکنجه‌گر" یا "شکنجه‌گر دندانپزشک" از ابتدا ابزار متعددی (فورسپس و...) را روی میز چیده است (ترس از ابزار و تداعی خاطره بد). حالا دکتر زل، با استفاده از ابزاری شبیه هندپیس لابراتواری برقی و یک فرز بلند به سراغ دندان سانترال ماکزیلاری بیب می‌آید. تصویر شدیداً تداعی‌کننده تزیق بی حسی است (ترس از سوزن)، اگر چه در نمای نزدیک فید شده چیز واضحی دیده نمی‌شود اما صدای چندش‌آور فرز کاری برای لحظات کافی به گوش می‌رسد (ترس از صدای فرز دندانپزشکی) نکته جالب‌تر آن است که دکتر زل می‌گوید (نقل به مضمون): چون عصب قبلی تقریباً در حال مرگ است بدر نمی‌خورد و نیاز به دندانی جدید با عصب زنده است. دیالوگی که می‌تواند آستانه تحمل را شدیداً پایین بیاورد.

امروز شاید به درستی بتوان عنوان کرد که شهوت و تاثیر این دو سکانس و توصیف "دندانپزشک شکنجه‌گر" یا "شکنجه‌گر دندانپزشک" از خود فیلم بسیار پیشی گرفته است. این چه تحت تاثیر تجربه شخصی نویسنده و کارگردان باشد چه از منظر روانشناسی بونگ حاصل یک "ناخود آگاه جمعی" باشد باز هم موبد نکات بی‌شمار و جالبی است.

## نکته ویژه

### حواس از فیلم که شاید برایتان جالب باشد:

شخصیت دکتر کریستین زل بر اساس شخصیت واقعی دکتر جوزف منگله (Josef Mengele) پزشک اس.اس در اردوگاه آشویتز، معروف به فرشته مرگ خلق شده است. جالب‌تر اینکه لارنس اولیویه چند سال بعد در فیلم "پسران برزیل" در نقش لیبرمن یهودی (شکارچی نازی‌ها) که دنبال منگله می‌گشت بازی کرد. او برای هر دو این نقش‌ها کاندید اسکار شد.

جمله "آمنه؟" در بین ۱۰۰ جمله معروف سینما به انتخاب انستیتوی فیلم آمریکا رتبه ۷۰ را دارد.

قرار بود نقش داستین هافمن را آل پاچینو بازی کند که به دلایلی این اتفاق رخ نداد. لارنس اولیویه در زمان بازی در فیلم تحت درمان سرطان بود. او در ابتدا مایل به بازی کردن در فیلم نبود اما چون امید چندانی به زندگی نداشت حاضر شد با دستمزد ۱۳۵۰۰۰ دلار که می‌خواست برای همسر و فرزندان باقی بگذارد در فیلم بازی کند. جالب‌تر اینکه او علاوه بر اینکه برای فیلم نامزد اسکار شد، به دوره رمیشن سرطان هم رسید و برای ۱۳ سال دیگر هم عمر کرد.

اولین پیش‌نمایش فیلم موفقیت آمیز بود اما در دومین پیش‌نمایش در سان فرانسیسکو اوضاع تغییر کرد. تماشاگران به میزان خشونت فیلم معترض بودند. همین باعث شد یک سکانس ۸ دقیقه‌ای روی شایدر در اوایل فیلم که حاوی کشت و کشتار بود کلا حذف و هر دو صحنه شکنجه دندانپزشکی شدیداً تعدیل شود.

تنها نامزدی اسکار فیلم، برای نقش دکتر زل و متعلق به لارنس اولیویه بود. جالب‌تر اینکه این تنها نامزدی در نقش مکمل مرد در بین ۱۱ بار کاندیداتوری اوست.

روایت جالبی از تقابل هافمن/اولیویه وجود دارد. ظاهراً هافمن که آموخته اکتور استودیو بود برای آنکه آشفته حال و خسته باشد تا بتواند صحنه روز بعد از شکنجه را بهتر بازی کند چند شب کامل نخوابید. روز برداشت صحنه ظاهراً اولیویه به او می‌گوید: "جای این کارها نمی‌شه فقط بازی کنی؟" اگر چه سالها بعد هافمن در یک برنامه تلویزیونی داستان را طور دیگری تعریف می‌کند. ظاهراً آن روزها هافمن درگیر طلاق بوده است و شب‌ها برای فراموش کردن اوضاع با دوستانش پارتی می‌کرده و این دلیل کم‌خوابی‌ها و ظاهر پریشان‌ش بوده است.







آمریکایی انجام داده بود. یک روز که او در حال بیرون آوردن یک عصب مرده از دندان یک شخص ایرانی بود، ناگهان یکی از افراد دربار سلطنتی با این خبر که والا حضرت مسعود ظل السلطان دچار دندان دردی سخت شده است وارد مطبش شد و گفت که او مایل است شما آمده و دندانش را بکشید. شخصی که پیغام آورده بود عنوان کرد اگر شما موفق شوید آرامش او را بازگردانید او شما را ثروتمند خواهد ساخت. دکتر که انتظار نداشت چنین شانسی ناگهان به او روی آورد، کارش را تمام کرد و با عجله به سمت کاخ رفت. اما هنگام ورود دریافت که مسعود توسط درباریان متقاعد شده بود که نمی‌توان به او که آنها نامش را آمریکایی فروتن گذارده بودند، اعتماد کرد. آنها گفته بودند که دکتر او را مسموم خواهد کرد و بهتر است اجازه دهد دلاک دربار دندان را بکشد. بنا بر این دلاک فراخوانده شد و به او گفتند دست به کار شود. مسعود روی زمین دراز کشید و سپس دلاک یک زانویش را روی سینه او گذاشت و بعد از معاینه و باز کردن دهان مبارک، انبر دندان کشی‌اش را به دندان دردناک چفت کرد و فشار و زور بیشتری وارد کرد و حرکات محکمی به گاز انبر داد. ناگهان به یکباره دلاک تعادل خود را از دست داد و محکم به روی شاهزاده افتاد و صدای فریاد بلند او در کاخ پیچید. دستور داده شد دلاک را مجازات کرده و زنده به گور کنند و سپس دوباره دکتر واگشال احضار شد. به کمک مقداری کمی کوکائین، دکتر دندان را با چنان سرعتی کشید که شاهزاده اصلا متوجه کشیدن دندان نشد. دکتر متوجه شد که همه دندان‌های مسعود پوسیده بودند و در نهایت طی دوره‌های هفت ماهه همه دندان‌های او کشیده شدند. دکتر برای بیمار سلطنتی چندین دست دندان ساخت و مسعود آنچنان راضی و خوشنود بود که قول داد تا آخر عمر به دکتر موجب و مستمری بپردازد. با این حال هشت سال است که هیچ مبلغی پرداخت نشده است.»<sup>۸</sup>

اندکی قبل از این گزارش، در اکتبر ۱۹۰۳ دو مطلب مشابه در مطبوعات آمریکایی می‌بینیم. در یکی از روزنامه‌ها ۹ موضوع شکایت دندانپزشک از شاهزاده با عنوان «یک صورت حساب سنگین دندانپزشکی»<sup>۱۰</sup> آمده است که جزئیات بیشتری از این دعوای حقوقی را بیان می‌کند. همچنین از خلال مقاله مفصل دیگری به نام «دندانپزشک در اصفهان»<sup>۱۱</sup> در می‌یابیم که دکتر واگشال در کشورهای مختلفی چون اتریش، آمریکا، روسیه، هند، چین و ژاپن سابقه کار دندانپزشکی داشته و پس از ورود به ایران عمدتاً برای اروپایی‌های ساکن ایران درمان دندانپزشکی انجام می‌داده است. بر اساس این مطلب، زمانی که ظل السلطان قصد داشته برای درمان به پاریس سفر کند به توصیه پدرش ناصرالدین شاه تصمیم به درمان در ایران



واگشال همسر و خواهرش ماتیلدا والت در اصفهان

می‌گیرد و دکتر واگشال برای این کار انتخاب می‌شود. او به اصفهان رفته و دندان‌های معیوب شاهزاده را کشیده و یک دست دندان مصنوعی مرغوب با دندان‌هایی بسیار سفید و چون مروارید درخشان برای او می‌سازد که بسیار خوشایند و مورد رضایتش بوده است، به طوری که دستور ساخت سه دست دندان دیگر را نیز می‌دهد. به نوشته همین مقاله پس از ترور ناصرالدین شاه در سال ۱۸۹۶ میلادی (۱۲۷۵ خورشیدی) دکتر واگشال با عجله تصمیم به ترک ایران می‌گیرد و شبانه سوار بر شتر به بوشهر رفته و از آنجا از راه دریا عازم بمبئی می‌شود.<sup>۱۲</sup>

بجز دندان‌سازی برای برای ظل السلطان، دلایل دیگری هم وجود دارد که نشان می‌دهد دکتر واگشال بجز تهران، مدتی هم در اصفهان مشغول به کار بوده است، از جمله این دلایل عکس‌هایی است که از او و خانواده‌اش در اصفهان انداخته شده است. همچنین یکی از فرزندان در سال ۱۸۸۷ میلادی در اصفهان متولد شده بود. خواهرش ماتیلدا والت نیز در کتاب خود به نام "خانم دندانپزشک" از او و سکونتش در ایران و شهر اصفهان نوشته است.

دکتر واگشال احتمالاً بین سال‌های ۱۸۹۲ تا ۱۸۹۶ میلادی و شاید برخلاف ادعای خودش، مدتی قبل از کشته شدن ناصرالدین شاه ایران را ترک گفت.

او پس از ایران به هند رفت و پس از بازگشت به آمریکا دوباره برای مدت کوتاهی سفر کرد و حدود دو سال در مصر بود. سپس در ۱۹۰۵ میلادی دوباره به آمریکا بازگشت و سرانجام در سال ۱۹۱۱ میلادی در همان کشور درگذشت.

ما نمی‌دانیم که سرنوشته دعوی دندانپزشک بر علیه شاهزاده سرانجام به کجا رسید، اما این مطالب احتمالاً سفارشی که توسط خود واگشال یا وکیلش نوشته شده و به شکل خبر در روزنامه‌ها منتشر می‌شدند و کورسوی امیدی برای او جهت دست یافتن به طلبش بودند، اینک برای ما منابعی از اطلاعاتی ارزشمند هستند که در روایت‌ها و اسناد تاریخی فارسی دیده نشده‌اند.

منابع

- 1- michael wagschal
- 2- Bertrand baptist ansgarius hybenett
- 3- روزنامه اطلاع، شماره ۲۷۲، ۱۴ جمادی - ۱۳۰۸ قمری
- 4- Matilda wald (wagschal
- 5- روزنامه خاطرات بصیرالملک شیببانی، به کوشش ایرج افشار و محمدرسول دریاگشت، انتشارات دنیای کتاب، چاپ اول، ۱۳۷۴، صفحه ۴۷۹
- 6- New-york tribun. january 10, 1904
- 7- shahs american dentist
- 8- Iron County register, March 24, 1904, Wood County reporter, May 13, 1904
- 9- The Evening statesman, October 19, 1903
- 10- A large tooth bill
- 11- The dentist in ispahan
- 12- The sun, october 14, 1903
- 13- Memoirs of a lady dentist, and her experiences in the east. kush-amed, publisher: london, h.j. drane 1907

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

# LIFESTYLE DESTINATIONS

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



**MARJAN ARAB**  
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 416.399.6080

WWW.MARJANARAB.COM  
MARJAN@MARJANARAB.COM



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



**PARISSA YOUSSEFI**  
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 647.808.7197

WWW.PARISSAYOUSSEFI.COM  
PARISSA@PARISSAYOUSSEFI.COM

Honesty & Integrity are foundation of our business





سن واقعتان  
چقدر است؟



لایف استایل  
موفقیت





## لایف استایل موفقیت

شانس موفقیت او بسیار پایین می‌آید. در طول روز موقعیت‌ها یا شانس‌هایی برای ما پیش می‌آید که اگر بتوانیم به موقع تصمیم بگیریم و از آنها استفاده کنیم به موفقیت دست خواهیم یافت. در اینجا نکاتی را به شما معرفی می‌کنیم که می‌تواند به شما کمک کند تا بتوانید از این موقعیت‌ها بهتر بهره‌مند شوید. شاید این نکات در نگاه نخست بچگانه و پیش پا افتاده به نظر برسند اما واقعیت این است که تاثیری باورنکردنی در مسیر موفقیت بازی می‌کنند. در ضمن یادتان باشد استثنای همیشه وجود دارد اما این نباید باعث شود شما برخی اصول ثابت شده را کنار بگذارید.

دکتر علیرضا آشوری | موفقیت مفهومی بسیار کلی و گسترده است و برای هر کس ویژگی‌های خاصی را شامل می‌شود. همه تصور می‌کنند موفقیت یک فرآیند ذهنی و درونی است که بازدهی بیرونی پیدا می‌کند اما این همه داستان نیست. بسیاری از مردم از یک واقعیت مهم غافل هستند و آن نقش بسیار مهم چیزی است تحت عنوان الگوی زندگی (life style) که به راحتی می‌تواند در صد موفقیت یا عدم موفقیت را بالا و پایین ببرد. در واقع اگر کسی پتانسیل موفقیت را داشته باشد اما برای رسیدن به آن برنامه زندگی خود درست تنظیم نکند

### بدن ضعیف

**چه اشکالی دارد:** شاید فکر کنید این دیگر هیچ ربطی به داستان ما ندارد اما این طور نیست. اتفاقاً قوی بودن بدن به واسطه یک رژیم غذایی صحیح و برنامه ورزشی منظم می‌تواند شانس موفقیت در عرصه زندگی را بالاتر ببرد. ابتدا بگذارید ببینیم چرا باید ورزش کنیم؟ نخستین چیزی که به ذهن می‌رسد این است که برای سلامتی، دومی شاید تناسب اندام باشد. اما سوال اینجاست که هر دوی اینها به چه دردی می‌خورند؟ اصلی‌ترین کاربرد یک بدن سالم که قوای بدنی مطلوبی دارد (یعنی نیازی هم نیست یک ورزشکار حرفه‌ای باشیم) این است که شانس شما را برای استفاده از موقعیت‌هایی که در زندگی پیش می‌آید افزایش می‌دهد. اگر بدن ضعیف باشد شما نمی‌توانید آنطور که دلتان می‌خواهد کار کنید، زود خسته می‌شوید و همین می‌تواند باعث بداخلاقی و افسردگی شود. آدمی که زود خسته می‌شود طبعاً بازدهی شغلی مناسبی هم ندارد و توان بهره‌برداری از موقعیت‌هایی که پیش می‌آید را ندارد. از طرف دیگر بدن ضعیف به واسطه ورزش نکردن یا تغذیه غلط باعث می‌شود بدن در برابر بیماری‌ها مقاومت زیادی نداشته باشد و بیماری‌های مختلف کارایی هر کسی را کاهش می‌دهد.

صحبت درباره یک رژیم غذایی مناسب و برنامه ورزشی در این مختصر ناممکن است اما می‌توانیم این چند توصیه کلی ارائه دهیم. در رژیم غذایی خود میوه و سبزی را لحاظ کنید. تا حد امکان از خوردن غذاهای فرآوری شده مثل

### توصیه کاربردی:

سوسیس و کالباس و انواع فست فود خودداری کنید. نوشابه بخصوص انواع غیر رژیمی را کنار بگذارید. لبنیات، بخصوص شیر و پنیر را فراموش نکنید. مغزهای خام و بوناده مثل گردو، بادام، پسته و فندق را در برنامه غذایی‌تان لحاظ کنید. تا حد امکان از روغن زیتون و کانولا برای پخت پز استفاده کنید. ساده‌ترین برنامه ورزشی پیاده روی سریع هر بار حدود ۲۰ الی ۳۰ دقیقه سه بار در هفته است به نحوی که ضربان قلب را افزایش دهد. اگر حس و حال دویدن داشته باشید که چه بهتر؛ شنا هم ورزشی مفرد، آرامبخش و بسیار بسیار مفیدی است که مثل دویدن تمام بخش‌های بدن را تقویت می‌کند و شرایط بدنی را بهبود می‌بخشد. هفته‌ای دو یا سه بار شنا کردن بسیار مفید خواهد بود.

تمرینات کششی بخصوص برای کسانی که پشت میز می‌نشینند یا دندانپزشکان که مرتب روی صندلی نشسته و در حالت خمیده کار می‌کنند واجب است تا احتمال آسیب دیدن ستون مهره‌ها و عضلات به حداقل برسد. صبح‌ها انجام تمرینات ساده‌ای که در زنگ ورزش به همه ما یاد داده‌اند می‌تواند شما را سر حال و قهقرا روانه کار کند. آخر از هم اینکه اگر سیگاری هستید آن را کنار بگذارید یا دست کم کمتر بکشید. ترک سیگار به تنهایی می‌تواند تغییر قابل ملاحظه‌ای در شرایط بدنی شما ایجاد کند.



## بد اخلاقی غذایی



**چه اشکالی دارد:** خدا و کیلی اگر خودتان باشید دوست دارید با یک آدم خوش اخلاق طرف حساب باشید یا با یک فرد بد اخلاق و کسل؟ گرچه بخشی از خوش اخلاقی ذاتی است اما مقداری هم به حس و حال و اصطلاحاً **مود (mood)** فرد برمی گردد. آدمی که حس و حال درستی ندارد ناخواسته بد اخلاق و بهانه گیر می شود. یکی از مهمترین نکات برای داشتن حس و حال خوب به میزان قند خون بستگی دارد. همه می دانیم اگر قند خون که اصلی ترین غذای سلول های مغزی است پایین باشد آدم بد اخلاق و عصبی می شود و انرژی و توان لازم برای کار را از دست

می دهد. از سوی دیگر کسی که توان مغزی اش به دلیل گرسنگی کاهش یافته توان تصمیم گیری مناسب را ندارد و ممکن است با یک تصمیم غلط موقعیت مناسبی را از دست بدهد.

### توصیه کاربردی:

نخست اینکه به هیچ وجه صبحانه را از دست ندهید. حتی اگر وقت خوردن صبحانه را ندارید یک لیوان شیر و یک موز متوسط می تواند انرژی لازم را برای فعالیت شما به مدت چند ساعت

تامین کند. در ضمن موز جدا از اینکه قند خون را به شکل ملایمی بالا می برد ۳۰ درصد ویتامین B6 مورد نیاز روزانه را تامین می کند. این ویتامین باعث می شود مقدار سروتونین تولید شده مغز اندکی افزایش یافته و توان مقابله با شرایط دشوار را در شما افزایش می دهد. البته در خوردن موز باید تعادل را حفظ کرد چون می تواند باعث چاقی شود.

کاهو ماده غذایی مفیدی برای کنترل عصبیت و بهتر شدن خلق و خو است. برای درمان کم خوابی هم بسیار موثر است.

تحقیقات نشان داده چربی سالم امگا-۳ کسالت را برطرف کرده و حس و حال شما را بهتر می کند. یکی از بهترین منابع این چربی، ماهی تن است. خوردن آن را در برنامه غذایی تان بگنجانید. در عین حال مصرف روزانه اسفناج، گردو روغن سویا و کلم پیچ را فراموش نکنید. برای تامین قند خون از خوردن مواد شیرین تا حد امکان پرهیز کنید چون باعث اضافه وزن و افزایش خطر ابتلا به دیابت می شوند. در عوض خوردن کره بوهیدرات های پیچیده مثل سیب زمینی پخته یا تنوری، برنج، غلات، نان گندم یا جو (البته به مقدار متعادل) ضمن اینکه می تواند جلوی اضافه وزن را بگیرد با بالا بردن متعادل قند خون جلوی بد خلقی و عملکرد پایین مغزی را می گیرد. اگر هم احساس کسالت و کمبود انرژی می کنید بهترین دارو خوردن مقداری ویتامین C است. شما می دانید که می توان آنرا در میوه های خانواده مرکبات مثل پرتقال و لیمو پیدا کرد. ولی احتمالاً نمی دانید که می توان در فلفل قرمز شیرین، کلم بروکلی، سیب زمینی، موز سبز و کلم پیچ نیز آن را پیدا کرد. خوردن هر کدام از این مواد غذایی بصورت سالم و تازه می تواند کسالت شما را فوراً برطرف کند. نکته آخر هم اینکه حتی برای لاغری هم به خودتان گرسنگی ندهید چون باعث بروز بد اخلاقی می شود. رژیم های غذایی متعدد و موثری هستند که می توانید از آنها استفاده کنید و بدون گرسنگی کشیدن وزن کم کنید.

## ژولیده و کتیف و بد لباس

**چه اشکالی دارد:** واقعیت این است که هیچ کس حتی اگر به زبان هم نیاورد از آدم های ژولیده و بد لباس خوشش نمی آید. اگر سر و وضع آراسته ای نداشته باشید یا سر و صورت تان کثیف باشد و از همه بدتر دهان تان بوی بدی بدهد ممکن است خیلی راحت تاثیر بدی در ذهن افراد باقی بگذارید و موقعیت های مناسبی را از دست بدهید.

همین جا بگوییم که آراستگی با تجمل گرایی فرق دارد. شما می توانید بدون اینکه لباس های آنچنانی و گران به تن کنید آراسته و برازنده به نظر برسید. خوشبختانه آنقدر راهنماهای کاربردی و مفید برای تهیه لباس و آراستگی در دسترس است که کار شما را با هر سلیقه و بودجه ای بسیار ساده می کند. ساده ترین کار هم می شود تمیزی لباس، چروک نبودن ش و اینکه لباس ها ترکیب متناسبی را با هم تشکیل بدهند. تمیزی و پاکیزگی دست و صورت و خوشبو بودن دهان هم که جای خود دارد. یکی از مواقعی که دهان بوی ناخوشایندی دارد صبح بلافاصله بعد از بیدار شدن از خواب است. علت هم خالی ماندن معده به مدت طولانی است. اگر صبحانه نخورده سر کار بروید موقع حرف زدن همه را فراری خواهید داد. خوردن صبحانه ساده ترین راه رفع این مشکل است. البته مسواک بعد از صبحانه را هم نباید فراموش کرد.

### توصیه کاربردی:

## خواب نامتعادل

**چه اشکالی دارد:** شاید ندانید که عمده افراد موفق اگر در یک ویژگی مشترک بوده باشند آن سحر خیزی است. کسانی که زیاد می خوابند و دیر از خواب بیدار می شوند مدت زمان بیشتری طول می کشد تا اصطلاحاً خواب از سرشان بپرد و برای کار و فعالیت روزانه آماده شوند. بنابراین اگر کسی می خواهد شانس بیشتری برای استفاده از موقعیت های پیش آمده داشته باشد باید زمان بیشتری بیدار و هوشیار باشد تا بتواند این موقعیت ها را ببیند و از بین آنها انتخاب کند. حالا اگر قرار است در طول روز ده موقعیت و شانس خوب به کسی رو بیاورد آدم خوش خواب تا به

خودش بیاید بخشی از آنها را از دست داده است. پس اگر بنا دارید آدم موفق باشید باید کمی سختی بکشید و صبح ها زودتر از خواب بیدار شوید.

یک آدم خوش خواب هرگز نمی تواند در عرض یک شب عادت خود را ترک کند. برای این کار باید یک زمان بندی میان مدت در نظر گرفت. روزهای اول سعی کنید ساعت خود را نیم ساعت زودتر از زمانی که همیشه بیدار می شوید کوچک کنید. وقتی که توانستید بدون زنگ، در ساعت جدید بیدار شوید آن وقت می توانید نیم یا یک ساعت دیگر هم زودتر بیدار شوید. این کار گرچه زمان می برد ولی در آینده بسیار مفید خواهد بود.

نکته دیگر اینکه باید بتوانید خوب بخوابید. برای این کار قبل از خواب غذای سنگین و نوشیدنی های حاوی کافئین یا الکل نخورید و ورزش سنگین را فراموش کنید. برخی مواد غذایی باعث می شوند خواب شما عمیق تر شود مثل کاهو یا مقدار کمی گوشت بوقلمون. در طب سنتی ایران هم عرق بهار نارنج و دم کرده گل گاوزبان چنین کاربردی دارند.

### توصیه کاربردی:



تناسبی بلندهای لوکس کمتر از ۷۰ هزار دلار

تجربه یک

تخت روان لوکس

دکتر علیرضا آشوری | در شماره پیش برخی از دوستان به نگارنده توصیه کردند برای شماره‌های آتی اصطلاحاً هوای همکاری که به تازگی در کانادا طبابت را آغاز کرده‌اند را هم داشته باشیم. برای این دسته از همکاران که مدت زیادی از آغاز فعالیت‌شان در بازار دندانپزشکی کانادا نگذشته، طبیعتاً تهیه خودروهای سوپر لوکس با قیمت‌هایی بالای ۸۰ و ۹۰ هزار دلار مشکل خواهد بود. در عین حال این دوستان منطقاً می‌خواهند با تهیه یک خودرو لوکس شرایط خود را متناسب با عنوان شغلی جدید در کانادا ارتقا دهند. در نتیجه خودروهای لوکس با قیمت کمتر از ۷۰ هزار دلار می‌تواند گزینه‌هایی مطلوبی برای این گروه از دندانپزشکان باشد. در این نوشتار نگاهی اجمالی خواهیم داشت به چند SUV لوکس که با قیمتی کمتر از هفتاد هزار دلار کانادا در دسترس هستند. لازم به ذکر است قیمت این خودروها از وبسایت هر برند در کانادا استخراج شده است.

XURBY CAR



قیمت تخمینی پایه:  
۵۲ هزار  
دلار به بالا

### Mercedes Benz GLC 300 4MATIC Coupe

فراهم شده ولی طراحی قوس دار سقف فضای بالای سر سرنشینان را به ویژه در صندلی‌های عقب کاهش داده است. طراحی تخم مرغی شکل سقف خودرو هم باعث شده میدان دید راننده و شاگرد نسبت به ابعاد شیشه جلو کمی محدود باشد. ایراد دیگر خودرو، فضای بار نه چندان زیاد آن است که در مقایسه با خودروهایی در این کلاس کوچک است. جی ال سی یک موتور ۴ سیلندر توربوشارژر دو لیتری دارد که ۲۵۵ اسب بخار نیرو را از طریق یک گیربکس ۹ سرعته به چرخ‌ها انتقال می‌دهد. تیونینگ AMG موتورهایی با قدرت بالاتر در اختیار خریدار قرار می‌دهد ولی انتخاب مدل‌های AMG قیمت خودرو را به شکل قابل توجهی افزایش خواهد داد.

در مجموع اگر خریدار از برخی آپشن‌های صرف نظر کند، براحتی می‌تواند از داشتن یک جی ال سی ۳۰۰ کوپه با قیمتی کمتر از هفتاد هزار دلار لذت ببرد.



در بین شاسی بلندهای بهترین خودروساز لوکس دنیا، جی ال سی ۳۰۰ کوپه بهترین گزینه برای کسانی است که در پی یک خودرو لوکس با قیمتی کمتر از هفتاد هزار دلار هستند. جی ال سی ۳۰۰ و مدل کوپه آن در زمره محبوب‌ترین شاسی بلندهای لوکس محسوب شده و یکی از بهترین خودروهای مجموعه مرسدس بنز به شمار می‌آید. جی ال سی به لحاظ طراحی خودروی بسیار زیبا و چشم‌نوازی است و طراحان مرسدس بنز در این زمینه سنگ تمام گذاشته‌اند. طراحی داخلی خودرو نیز به مانند تمام خودروهای خانواده بنز، لوکس و زیبا است و امکانات متنوع و جالب توجهی دارد که با توجه به پکیج‌های مختلف کمپانی قابل ارتقا هم هستند. سواری در این اس یو وی اسپرت بسیار راحت و لذت‌بخش بوده و هندلینگ خودرو برای راننده کاری بی‌دردسر و ساده است. در جی ال سی فضای داخلی قابل توجهی مخصوص برای سرنشینان عقب



قیمت تخمینی پایه:

از ۵۴ هزار  
دلار به بالا

## Lexus RX

هزار دلار تهیه کرد. طراحی لکسوس در سال‌های اخیر از این رو به آن رو شده و خودروهایی بسیار زیبا و مدرن را تولید کرده است. آر ایکس ظاهری عضلانی، اسپرت و خشمگین دارد و خطوط روی بدنه شکل یک الماس تراش خورده را بازسازی کرده است. فضای داخلی خودرو هم زیبا و لوکس است و لکسوس بهترین امکانات رفاهی و تجمعاتی را برای سرنشینان فراهم کرده است. می‌توان آر ایکس را با سه ردیف صندلی هم سفارش داد (مدل‌های RXL) که البته در این صورت فضای بار خودرو کاهش خواهد یافت. آر ایکس یک موتور سه و نیم لیتری شش سیلندر دارد که ۲۹۵ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. روی مدل آر ایکس ۴۵۰ هیبرید علاوه بر موتور مذکور، دو موتور الکتریکی هم سوار شده که در مجموع قادر به تولید ۳۰۸ اسب بخار نیرو هستند. جدا از کابین تقریباً بی‌صدا، سواری لکسوس آر ایکس بسیار نرم و راحت بوده و موقع عبور از دست‌اندازه، سرنشینان عقب احساس ضربه و پرش نخواهند داشت. یکی از اشکالات کمابیش عجیب آر ایکس، هندلینگ کمابیش دشوار خودرو است.

ایراد دیگر آر ایکس که برای بسیاری از منتقدان خودرو جای علامت سوال دارد، شتاب‌گیری معمولی خودرو است به نحوی که اصلاً با سر و شکل اسپورت و خشن آن همخوانی ندارد. این دو اشکال باعث شده قدرت مانور خودرو در مقایسه با سایر خودروهای این کلاس، متوسط و معمولی ارزیابی شود. اگر خریدار از سفارش ردیف سوم صندلی صرف نظر کند، لکسوس آر ایکس گزینه‌ای ایده‌آل و منطقی برای یک شاسی بلند اقتصادی و لوکس است.



لکسوس بدون شک در میان بهترین خودروسازان لوکس دنیا جایگاه رفیعی دارد. کیفیت بسیار بالای خودرو در کنار قیمت مناسب و اخیراً طراحی جذاب و مدرن، لکسوس را به یکی از پرطرفدارترین برندهای خودرو تبدیل کرده است. یکی از محبوب‌ترین مدل‌های لکسوس، آر ایکس است که در دو مدل ۳۵۰ و ۴۵۰ روانه بازار شده که با در نظر گرفتن گزینه موتور هیبرید ۴ گزینه در اختیار خریداران قرار می‌دهد. از میان این ۴ مدل، سه مدل را می‌توان با قیمتی کمتر از ۷۰



تولید

قیمت تخمینی پایه:

از ۵۴ هزار  
دلار به بالا

## Lincoln Nautilus

یک شاسی بلند آمریکایی انتظار می‌رود بزرگ و جادار بوده و فضای بار آن از اغلب نمونه‌های این کلاس نظیر لکسوس آر ایکس ۳۵۰ یا کادیلاک ایکس تی ۵ بزرگتر است. یکی از مهمترین اشکالات ناتیلوس صفحه نمایش بسیار کوچک آن است که منطقی برای نصب آن در این خودرو بزرگ وجود ندارد. ایراد دیگری که برخی به این SUV میدسازند وارد می‌دانند این است که رانندگی با ناتیلوس همچنان انگیز نبوده و با وجود داشتن امکانات لوکس و مدرن به اندازه نمونه‌های اروپایی یا حتی ژاپنی، خاص یا لذت بخش نیست. ایرادی که بیشتر از آنکه از یک مشکل واقعی منشأ گرفته باشد مساله‌ای سلیقه‌ای محسوب می‌شود. لینکلن ناتیلوس با در نظر گرفتن تقریباً تمامی آپشن‌ها باز هم با قیمتی کمتر از هفتاد هزار دلار در دسترس است.

سرنشینان به ارمغان می‌آورد. نکته بسیار مهم و مثبت ناتیلوس، مصرف سوخت بسیار اقتصادی آن است که ایراد همیشگی خودروهای بزرگ و پر مصرف آمریکایی محسوب می‌شد. روی ناتیلوس یک موتور توربوشارژ دو لیتری چهار سیلندر نصب شده که ۲۵۰ اسب بخار قدرت دارد که از طریق یک جعبه دنده اتوماتیک ۸ سرعته به چرخ‌ها منتقل می‌شود. فضای داخل خودرو مشابه آنچه از

شاید بتوان خودروهای شرکت فورد را معادل آمریکایی تویوتا در نظر گرفت. ولی این قیاس در مورد لینکلن و لکسوس شاید مصداق نداشته باشد. بهر حال لینکلن خودروی محبوبی است که بیشتر در بین آمریکایی‌ها و کانادایی‌های مسن و جاافتاده طرفدار دارد. در سال‌های اخیر، لینکلن اندکی از طراحی خارجی محافظه‌کارانه خود فاصله گرفته و خودروهای جدید این کمپانی سر و ظاهر مدرن‌تر و امروزی‌تری به خود گرفته‌اند که این مساله در کنار امکانات رفاهی و لوکس لینکلن، به فروش بیشتر این خودروی آمریکایی کمک کرده است. شاسی بلند ناتیلوس، یکی از نمونه‌های موفق تغییر رویکرد کمپانی لینکلن بوده است. طراحی خودرو نسبت به مدل‌های قبلی به مراتب مدرن‌تر و زیباتر شده و از زمختی و کسالت ظاهری مدل‌های قبلی خبری نیست. داخل خودرو به بهترین و لوکس‌ترین امکانات ممکن مجهز بوده و یک سواری راحت و نرم را برای





### Infiniti QX60

مدل لوکس کمپانی نیسان گرچه در سال‌های اخیر و به دنبال گرفتاری‌های مدیریتی در راس کارخانه رنو-نیسان - میتسوبیشی، با افت فروش روبرو شده، ولی همچنان از جمله گزینه‌های مطرح در بازار شاسی‌بلندهای لوکس محسوب می‌شود. کیو ایکس ۶۰ پرفروش‌ترین مدل اینفینیتی در کانادا است. کیو ایکس ۶۰ با سه ردیف صندلی عرضه شده و یک خودروی هفت نفره محسوب می‌شود. از لحاظ طراحی خارجی، این مدل اینفینیتی مشابه سایر مدل‌های این برند و ویژگی‌چندان خاصی ندارد و چند سالی است با یک سر و شکل مشابه تولید می‌شود در حالی که برندهای رقیب اینفینیتی اغلب تغییرات ظاهری چشمگیری داشته و به روز و مدرن‌تر شده‌اند. در واقع شاید بتوان گفت طراحی اینفینیتی بین یک طراحی اسپورت و کلاسیک معلق مانده است. کابین خودرو بزرگ و جادار بوده و فضای بار مناسبی دارد گرچه فضای پارک برای ردیف دوم کمی تنگ

قیمت تخمینی پایه:

از ۵۰ هزار دلار به بالا

قیمت تخمینی پایه:

از ۵۴ هزار دلار به بالا

### Cadillac XT5

خاص پنجره‌ها و شیشه جلو، میدان دید مسافران به بیرون چندان مطلوب نیست. کابین به آپشن‌های لوکس و مطلوبی مجهز است اما کیفیت مترپال به کار رفته در برخی فیچرهای خودرو در مقایسه با نمونه‌های مشابه در حد نام و کلاس کادیلاک نیست. موتور استاندارد ایکس تی ۵ با حجم دو لیتر و چهار سیلندر، ۲۳۷ اسب بخار نیرو تولید کرده که از طریق یک گیربکس ۹ سرعته اتوماتیک به چرخ‌ها منتقل می‌شود. می‌توان این شاسی بلند میدسایز را با موتور تقویت شده اسپرت با ۶ سیلندر و حجم ۳٫۶ لیتر سفارش داد که در این صورت قدرت موتور به ۳۱۰ اسب بخار افزایش می‌یابد. در مجموع ایکس تی ۵ قرار نیست در هیچ رقابتی برنده جایزه باشد ولی قیمت پایین، فضای مطلوب داخل کابین، طراحی جذاب و خاص و مصرف پایین آن را به گزینه‌ای قابل قبول در کلاس کراس اورهای میدسایز لوکس تبدیل کرده است.



کادیلاک بی‌شک یکی از نمادهای صنعت خودروسازی آمریکا است و آنقدر ارج و قرب دارد که خودرو اختصاصی رییس جمهور آمریکا را تولید کرده است. کادیلاک لوکس‌ترین برند بزرگترین کمپانی خودروسازی آمریکا و یکی از بزرگترین خودروسازان جهان (جنرال موتورز) است. در بین تمام خودروهای تولید کادیلاک، ایکس تی ۵، محبوب‌ترین مدل محسوب می‌شود. با این حال باید گفت ایکس تی ۵ از بسیاری جهات از نمونه‌های مشابه خود در کلاس کراس اورهای میدسایز عقب مانده است. مطابق انتظار فضای بار و سرنشین این کادیلاک بزرگ و جادار است و سرنشینان عقب فضای بسیار مطلوبی جلوی پای خود دارند. با این همه فضای بالای سر سرنشینان عقب کم و ناچیز است. کابین ایکس تی ۵ بی‌صدا است و سواری آن به خصوص برای سرنشینان عقب آرام و لذت‌بخش است. ولی به خاطر طراحی



قیمت تخمینی پایه:

از ۶۴ هزار دلار به بالا

### BMW X3

نیروی معادل ۳۸۲ اسب بخار تولید می‌کند. شاید مهمترین ایراد ایکس ۳ جدا از نداشتن گزینه‌ای برای تلفن‌های اندروید، آینه‌های کوچک و میدان دید محدود آن برای

لوکس بوده و امکانات فوق‌العاده‌ای را در اختیار راننده و سرنشینان قرار می‌دهد. نیروی رانش یک موتور توربوشارژر ۲ لیتری ۴ سیلندر چرخ‌های این آلمانی قدرتمند را با ۲۴۸ اسب بخار به گردش در می‌آورند. یک جعبه دنده ۸ سرعته اتوماتیک قدرت موتور را به چرخ‌ها منتقل می‌کند. موتور تقویت شده ایکس ۳ که روی مدل M۴۰i X۳ سوار شده، با شش سیلندر و حجم ۳ لیتر،

رقبای خود در بنز و آئودی دارد. اگر جلوپنجره عجیب بی‌ام دلبیو را فاکتور بگیریم، ایکس ۳ طراحی شیک و زیبایی متمایل به مدل‌های کلاسیک داشته و چندان در قید یک طراحی اسپورت و مدرن قرار نمی‌گیرد. همین مساله البته باعث شده برخی منتقدان و علاقه‌مندان به خودروهایی با طراحی اسپرت کمی از سر و ظاهر ایکس ۳ دلخور باشند. طراحی داخلی ایکس ۳ بسیار چشم‌نواز و

صحت از خودروهای لوکس بدون برند BMW ناقص خواهد بود. هر چقدر سدان‌های لوکس بی‌ام دلبیو در سال‌های اخیر با انتقاد روبرو بوده‌اند، شاسی‌بلندهای این کارخانه باواریایی، با استقبال و تحسین مواجه شده‌اند و ایکس ۳ یکی از این مدل‌ها بوده است. ایکس ۳ در کلاس شاسی‌بلندهای کامپکت یکی از محبوب‌ترین و بهترین گزینه‌ها محسوب شده و رقابت تنگاتنگی با



قیمت تخمینی پایه:

۱۱۰ تا ۱۴۴ هزار دلار

### Volvo XC60

راحت و بی‌دغدغه لذت خواهند برد اگر چه فضای بار آن کمی محدود است. ایکس سی ۶۰ با سه مدل (T۵، T۶، T۸) موتور به بازار عرضه شده که هر سه این موتورها، قدرت را از طریق یک گیربکس اتوماتیک ۸ دنده به چرخ‌ها منتقل می‌کنند. در مدل‌های تی ۵ و تی ۶ یک موتور ۴ سیلندر دو لیتری با حجم ۲ لیتر و قدرت ۲۵۰ اسب بخار طراحی شده که در مدل تی ۶ یک سوپرشارژر هم به این پکیج افزوده شده است. غیر از مدل momentum سه مدل دیگر را می‌توان با موتور هیبرید تی ۸ سفارش داد. در سه مدل Polestar Engineered، Inscription و R-design، موتور تی ۵ با یک موتور الکتریکی، قوای محرکه هیبرید موتور تی ۸ را تامین می‌کند که ۴۰۰ تا ۴۱۵ اسب بخار است. بطور کلی و در مقایسه با رقبای خود در بازار متراکم شاسی بلندهای لوکس کامپکت و میدسایز، ایکس سی ۶۰ خودرو خیلی سریع و پرتابی نیست و رانندگی با آن شاید به اندازه نمونه‌های مشابه آنچنان که باید و شاید هیجان‌انگیز نباشد. برای کسانی است که در پی یک اس یو وی کامپکت لوکس با قیمتی زیر هفتاد هزار دلار هستند، ولووا ایکس سی ۶۰ از بسیاری جهات گزینه مطلوبی محسوب می‌شود.



خودروساز لوکس سوئدی با ساخت خودروهایی زیبا، ایمن و مملو از فیچرهای هیجان‌انگیز لوکس و فنی، روز به روز طرفداران بیشتری را در بازار شلوغ خودروهای لوکس به سمت خود جذب می‌کند. گرچه مولفه‌هایی از یک کانسپت اسپورت و مدرن در طراحی ایکس سی ۶۰ دیده می‌شود ولی بطور کلی رویکرد ولووا در طراحی تمام مدل‌هایش بیشتر به مدل‌های کلاسیک شبیه است تا ماشین‌های اسپرت و خشن. در واقع ولووا شیک بودن و برازندگی را بر مدرن و اسپورت بودن ارجح می‌داند. اما جدا از طراحی خارجی کلاسیک و ساده و در عین حال موقر ایکس سی ۶۰، داخل خودرو طراحی شکیل و امکانات لوکس و فنی فراوانی دارد که در تریه‌های پیشرفته‌تر خودرو یعنی polestar engineered و inscription وجه بارزتری دارند. فضای داخلی خودرو بخصوص در ردیف عقب قابل ملاحظه بوده و سرنشینان عقب از یک سواری



قیمت تخمینی پایه:

از ۴۷ هزار دلار به بالا

### Audi Q5

شده را به چرخ‌های خودرو منتقل می‌کند. موتور تقویت شده کیو ۵، شش سیلندر و توپین توربوشارژر بوده که با حجم سه لیتر ۳۴۹ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. در این نمونه‌ها از یک جعبه دنده هشت سرعته اتوماتیک استفاده می‌شود. مهمترین ایراد آئودی کیو ۵ قیمت گران (بخصوص از جهت هزینه نگهداری) آن در قیاس با نمونه‌های مشابه در همین کلاس است چرا که هزینه‌های مخفی فراوانی در برند آئودی لحاظ شده که قیمت تمام شده را به شکلی تصاعدی بالا خواهد برد. این قیمت گران بخصوص در تریه‌های فول آپشن باعث شده تا برخی خریداران بجای کیو ۵ با پرداخت هزینه‌ای کمی بیشتر به سراغ بنز و بی ام دبلیو، دو آلمانی صاحب نام دیگر در بازار خودروهای لوکس بروند. کیو ۵ گرچه به لحاظ فنی و تکنولوژی خودرویی بسیار پیشرفته محسوب می‌شود، ولی رانندگی با آن در قیاس با سایر رقبا آنچنان که باید و شاید جذاب و هیجان‌انگیز نیست. با این حال کماکان گزینه‌ای ایده‌آل برای یک شاسی بلند لوکس ۵ نفره به شمار می‌آید.



آئودی بعنوان بخشی از بزرگترین کمپانی خودروسازی دنیا یعنی فولکس واگن، در نمونه‌های اخیر خود فن آوری و استایل را به کیفیت رانندگی ارجحیت داده است که البته با استقبال علاقه‌مندان این خودرو لوکس آلمانی قرار گرفته است. کیو ۵ به لحاظ ظاهری طراحی محافظه‌کارانه و کلاسیکی دارد که شاید مورد پسند علاقه‌مندان خودروهایی با طراحی اسپرت و مدرن نباشد ولی علاقه‌مندان خاص خود را دارد. فضای داخلی خودرو فیچرهای لوکس فراوانی داشته و فضای داخلی آن برای ۵ سرنشین راحت و مطلوب است گرچه آنچنان هم بزرگ و جادار نیست. با این حال فضای صندوق عقب خودرو نسبت به نمونه‌های مشابه این کلاس کوچک به نظر می‌رسد. از لحاظ قدرت و شتاب، کیو ۵ یکی از بهترین خودروهای کلاس خود محسوب می‌شود. قوای محرکه کیو ۵ از یک موتور توربوشارژر ۴ سیلندر با حجم دو لیتر تامین می‌شود؛ یک گیربکس هفت سرعته ۲۴۸ اسب بخار قدرت تولید



و ناراحت است. موتور ۶ سیلندر سه و نیم لیتری کیو ایکس ۶۰، ۲۹۵ اسب بخار قدرت دارد که از طریق سیستم CVT (continuously variable automatic transmission) به چرخ‌ها منتقل می‌شود. مشکل بزرگ کیو ایکس ۶۰ این است که بسیاری از فیچرهای لوکس باید بصورت آپشن به مدل بیسیک افزوده شوند که قیمت خودرو را به شکلی تصاعدی افزایش می‌دهد. ظاهر داخلی خودرو بیش از حد یادآور نیسان پت فاینر است و در قیاس با نمونه‌های لوکس مشابه، به لحاظ متریا معمولی به نظر می‌رسد. کیو ایکس ۶۰ خودرو خانوادگی ایده‌آلی محسوب می‌شود و با توجه به هفت نفره بودن قیمت معقولی دارد. با این حال ایراداتی که پیش‌تر به آنها پرداختیم، اینفینیتی را به گزینه‌ای معمولی در بین شاسی بلندهای لوکس تبدیل کرده است. کیو ایکس ۶۰ در ۵ تریه مختلف به بازار عرضه شده که می‌توان با انتخاب متناسب تریه و آپشن‌ها، مجموعه‌ای قابل قبول با هزینه کمتر از ۷۰ هزار دلار جمع و جور کرد.



راننده و شاگرد است. در عین حال هزینه‌های نگهداری فراوان و مخفی همه مدل‌های بی ام دبلیو در مورد ایکس ۳ هم مصداق دارد. قیمت پایه ایکس ۳ از تمام مدل‌های مشابه خود بالاتر بوده و خریدار برای در اختیار داشتن این شاسی بلند لوکس با هزینه‌ای کمتر از ۷۰ هزار دلار، حق انتخاب بسیار محدود و ناچیزی در گزینش آپشن‌ها خواهد داشت.





# سن واقعی‌تان چقدر است؟

اگر با خودتان درست رفتار کنید می‌توانید کاری کنید که ۱۰ سال جوان‌تر به نظر برسید. اما اول ببینید چند ساله هستید

دکتر علیرضا آشوری | اغلب مردم دو جور سن دارند: سن شناسنامه‌ای و سن بدن یا سن واقعی. به عبارت دیگر عملکرد و ظاهر بدن شما می‌تواند به شکل باورنکردنی جوان‌تر یا مسن‌تر از سن شناسنامه‌ای‌تان باشد. این بستگی به این دارد که چطور زندگی کرده باشید. ایده آل این است که سن واقعی و سن شناسنامه‌ای شما با هم یکی باشد یا اینکه شما جوان‌تر از سن‌تان باشید. دندانپزشکان متأسفانه به دلیل زندگی حرفه‌ای سخت و فشارهای فیزیکی و ذهنی فراوان آن‌طور که باید و شاید مراقب جسم و ذهن خود نیستند و بنابراین بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و ماسکولواسکلئوز قرار دارند.

برای اینکه بدانید سن واقعی‌تان چقدر است سوالات این پرسشنامه را تکمیل کرده و سن واقعی‌تان را بدست آورید. سپس استراتژی‌های مطرح شده را دنبال کنید تا بتوانید ساعت تغییرات فیزیکی را به عقب برگردانید.

ماشین حساب

بخش نخست

به بخش‌های مخالف هر سوال پاسخ داده و عددی را که جلوی آن نوشته را به سن خود اضافه یا از آن کم کنید.

۴. روی زمین بنشینید و کمر را صاف نگه دارید. پاها را به هم بچسبانید و دست‌ها را رو به جلو در سطح شانه‌ها نگه دارید. روی زمین کنار پاها را علامت بگذارید. علامت باید درست زیر نوک انگشتان دست باشد. سپس به آرامی به سمت جلو خم شوید و پاها را صاف نگه دارید. جایی که نوک انگشتان به آن می‌رسند را اندازه بگیرید. سپس فاصله بین دو علامت را به اینچ اندازه بگیرید.

- ۱۰ تا ۳۰ سال
- ۱۵ تا ۲۰ سال
- ۱۵ تا ۱۶ سال
- ۱۶ تا ۱۹ سال
- سن جدید.....

۵. چهار دست و پا روی زمین قرار گرفته و در همان حالت شنا بروید. بدون توقف تا جایی که توان دارید شنا بروید. قفسه سینه باید سه چهار سانتی‌متر تا زمین فاصله داشته باشد.

- ۴ تا ۲۰ سال
- ۲۴ تا ۵۰ سال
- ۲۵ تا ۳۹ سال
- ۴۰ تا ۲۰ سال
- سن جدید.....

۲. دور لگن خود را به اینچ اندازه گرفته و به دور کمر خود تقسیم کنید

- کمتر از ۸۱۶ / ۰
- ۸۱۶ / ۰ یا بیشتر..... کاری نکنید
- سن جدید:.....

۱. سن خود را بنویسید

۶. به دیوار تکیه داده و پاشنه پاها را کمی از آن فاصله بدهید. پاها را به اندازه عرض شانه‌ها باز کرده دست‌ها را در سطح شانه‌ها به جلو دراز کنید. آرام بنشینید در حدی که ران‌ها موازی سطح زمین بشوند. پاشنه پاها روی زمین بوده و این وضعیت را هر چقدر می‌توانید حفظ کنید. زمان بگیرید.

- ۳ تا ۲۰ ثانیه..... ۲۰ سال
- ۳ تا ۶ ثانیه..... ۱۰ سال
- ۶ تا ۹ ثانیه..... ۱۰ سال
- ۹ تا ۱۰ ثانیه..... ۲۰ سال
- سن جدید.....

۳. دو انگشت اشاره و سبابه دست راست خود را روی مچ دست چپ زیر انگشت شست قرار داده و نبض خود را به مدت ۱۰ ثانیه بگیرید. سپس عدد بدست آمده را در شش ضرب کنید

- ۵۴ تا ۵۹..... ۴۰ سال
- ۶۰ تا ۶۴..... ۲۰ سال
- ۶۵ تا ۷۲..... ۱۰ سال
- ۷۳ تا ۷۶..... ۲۰ سال
- ۷۷ تا ۸۲ یا بیشتر..... ۴۰ سال
- سن جدید.....

میانگین سن جدید قسمت اول:.....

پاسخ‌ها را پیدا کرده  
و نمرات را جمع  
بزنید. سپس نتیجه را  
ببینید.

## بخش دوم

الف. من معمولاً در روز ..... بار غذا (و میان  
وعده) می‌خورم  
دو= ۱  
سه= ۲  
چهار= ۳  
پنج= ۴

ب. من ..... اسنک (میان وعده‌های) چرب و  
سرخ کرده می‌خورم/ نمی‌خورم  
معمولاً (۷ بار یا بیشتر در هفته) = ۱  
گاهی (۴ تا ۶ بار در هفته) = ۲  
به ندرت (۰ تا ۳ بار در هفته) = ۳  
به هیچ وجه = ۴

ج. من ..... غذا یا میان وعده حاوی میوه و  
سبزی می‌خورم/ نمی‌خورم  
به هیچ وجه = ۱  
به ندرت (۱ تا ۵ بار در هفته) = ۲  
گاهی (۶ تا ۹ بار در هفته) = ۳  
معمولاً (۱۰ بار یا بیشتر در هفته) = ۴

د. من ..... از غذاهای فرآوری شده (مثل انواع  
فست فود) حاوی چربی ترانس، چربی اشباع و مقدار  
زیادی نمک، نیترات و شکر پر هیز می‌کنم/ نمی‌کنم  
هرگز = ۱  
به ندرت (تاثیری در خرید و عادات غذایی من  
ندارد) = ۲  
گاهی (سعی می‌کنم غذاهای خوب و سالم خریداری  
کرده و بخورم اما گاهی از دستم در می‌رود) = ۳  
تقریباً همیشه (من عامدانه از خرید یا خوردن  
غذاهای حاوی این مواد خودداری می‌کنم) = ۴

### نتایج:

۰ تا ۱۰ امتیاز = ۳+ سال  
۱۰ تا ۱۲ امتیاز = ۲+ سال  
۱۳ تا ۱۵ امتیاز = ۲- سال  
۱۶ تا ۱۷ امتیاز = ۳- سال  
سن نهایی (نتایج بدست آمده را به سن خود از بخش  
اول اضافه یا از آن کم کنید).....



نتایج

بخش سوم

من از سن  
تناسنامه‌ای  
مسن‌تر هستم

## من همسن خودم هستم

با انجام این تغییرات ساده چند سال جوان‌تر شوید عضلات را حفظ کنید. در حدود سن ۲۵ سالگی کاهش تعداد و ابعاد سلول‌ها با ریتمی ثابت آغاز می‌شود. در خانم‌ها فیبرهای تیپ دو (فیبرهای قدرتی) بیشتر از فیبرهای تیپ ۱ (استقامتی) از دست می‌روند. بنابراین تمرینات قدرتی کلید حفظ توده عضلانی است. بیش از ۳ بار در هفته یک تمرین قدرتی انجام دهید (دو یا سه ست شامل دست کم شش حرکت). در ضمن به بخش‌های تحتانی بدن (پاها و بخصوص عضلات پشت پا) بیشتر توجه کنید. تحقیقات نشان داده از بین رفتن عضلات در نواحی تحتانی بدن بسیار شدیدتر از نواحی فوقانی است.

## یک تلنگر ساده تنما را از خواب بیدار خواهد کرد.

خودتان را تکان بدهید! عدم تحرک به مرور زمان ضربان قلب را افزایش داده و شما را در معرض خطر ابتلا به انواع و اقسام بیماری‌های قلبی قرار می‌دهد. برنامه ورزشی صحیح می‌تواند این خطر را کاهش دهد. نکته کلیدی اینجاست که باید بدن خود را به مدت طولانی تری در حالت تحرک قرار دهید. حتی اگر این کار به معنای راه رفتن تند باشد. ۳۰ تا ۴۵ دقیقه فعالیت ورزشی که باعث بالا رفتن ضربان قلب شود سه بار در هفته به برنامه روزانه خود اضافه کنید.

## با غذا به جنگ افزایش سن بروید

آنتی‌اکسیدان‌ها جلوی از بین رفتن بخش انتهایی زنجیره DNA را گرفته و باعث کند شدن روند افزایش سن فیز بولوژیک می‌شوند. غذاهایی نظیر خانواده توت، مغزها (مثل بادام، پسته و گردو) و قهوه مملو از آنتی‌اکسیدان هستند. گوجه فرنگی را هم فراموش نکنید. یکی از معروفترین آنتی‌اکسیدان‌های ضد پیری ویتامین C است که از آن با عنوان ویتامین جوانی یاد می‌شود. میوه‌های تازه حاوی ویتامین C را حتما در برنامه غذایی خود لحاظ کنید.



## من از سن تناسنامه‌ای خود جوان‌تر هستم

آفرین! با کمک این نکات همین روند را ادامه بدهید از قلب‌تان کار بکشید. تمرینات دورهای (interval trainings) شدید میزان ضربان قلب در دوران استراحت را کاهش داده و سوزاندن چربی را تسریع می‌کند. سه بار در هفته یک ورزش هوازی مثل دو، شنا یا دوچرخه سواری را به ترتیب زیر اجرا کنید: بعد از پنج دقیقه گرم کردن به مدت ۳۰ ثانیه سرعت خود را اضافه کنید، سپس به مدت دو دقیقه ریکاوری کنید (آرام و با سرعت کم به حرکت ادامه دهید). این الگو را تکرار کرده و یک جلسه تمرینی ۳۰ دقیقه‌ای را به همین شکل تکمیل کنید.

مراقب دور کمرتان باشید. وقتی افراد بزرگسال وزن اضافه می‌کنند بزرگترین نگرانی کیلوهای اضافی نیست بلکه جایی است که این کیلوها ذخیره می‌شوند. اضافه شدن دور کمر خطر ابتلا به دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی عروقی، برخی انواع سرطان و مرگ ناگهانی را افزایش می‌دهد. با خوردن میزان مناسبی از غلات می‌توانید به این مشکل غلبه کنید. تحقیقی که اخیراً در ژورنال تغذیه بالینی آمریکا به چاپ رسیده نشان می‌دهد افزودن غلات به رژیم غذای باعث آب شدن چربی‌های دور کمر می‌شود.



نکته: از حدود  
سن ۲۵ سالگی  
کاهش تعداد و  
ابعاد سلول‌ها  
با ریتمی ثابت  
آغاز می‌شود.

## ارزیابی مدارک

گهگاه کششی کار کنید. کشش اندام‌ها علاوه بر افزایش دامنه تحرک و کاهش تنش عضلانی می‌تواند جریان خون و عملکرد عروق خونی را بهبود ببخشد. تحقیقات علمی نشان می‌دهد کشش می‌تواند تولید اکسید نیتریک از لایه‌های درونی عروق خونی را بهبود بخشیده و باعث ریلکس شدن عروق و افزایش جریان خون و کاهش خطر ایجاد لخته‌های خونی شود. این کار باعث بروز اتفاقاتی در فرآیند جوان‌سازی می‌شود که به عضلات و آرگان‌ها کمک می‌کند تا با استرس کمتری در بدن فعالیت کنند. عبارات دیگر با این کار از پیری زودرس جلوگیری می‌شود. هر روز صبح سه یا پنج حرکت کششی انجام دهید و هر کدام را ۳۰ ثانیه نگه دارید و بین هر کدام ۳۰ ثانیه استراحت کنید.

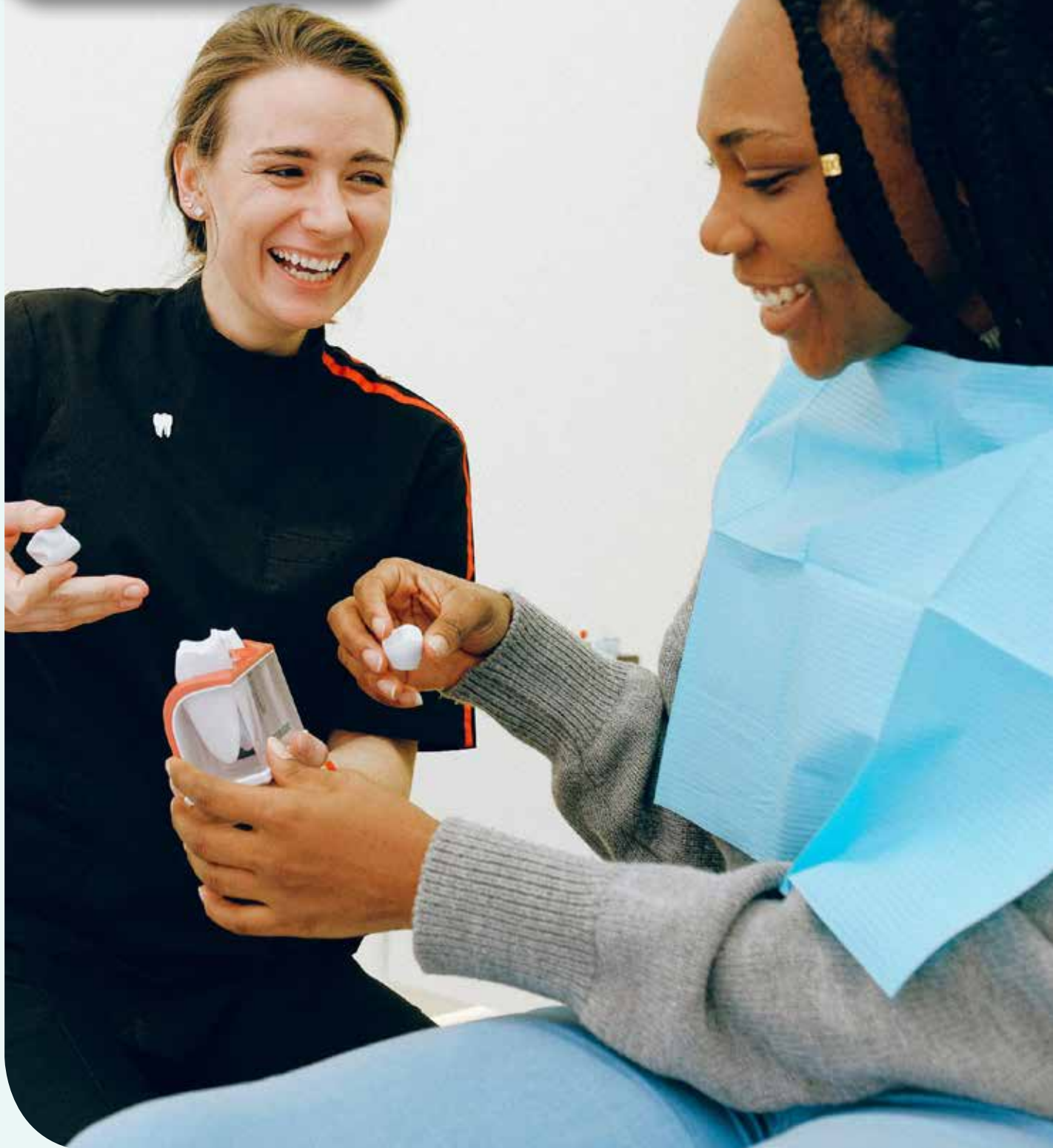


# JOD

Joy Of Dentistry



مطالب بیشتر در وبسایت ما  
[www.jodmagazine.com](http://www.jodmagazine.com)





Focus on your professional growth knowing CIBC's got your finances covered As an Internationally Trained Dentist, transitioning into a new life in an unfamiliar country can be challenging. At CIBC, we strive to help professionals like you with meaningful financial advice. A dedicated CIBC advisor will support you every step of the way by understanding your complex and changing needs. We are committed to making it easy to do business with us, and have exclusive offers for you and your family.

**Exclusive interest rate on a Professional Edge line of credit.**

- Borrow at CIBC Prime +1
- For internationally trained dentists enrolled in a recertification program, a guarantor isn't required

**A premium chequing account – CIBC Smart™ Plus Account**

- An all-in-one banking solution with a monthly account fee rebate of \$29.95
- Unlimited ATM withdrawals in Canada, the U.S. and internationally.

Discover our offers for professionals – get a personal, business and investment banking package made for dentists.

For inquiries on this program please contact:

Nooshin Aghababae

Business advisor

Tel: 905 505 2746

Email: [nooshin.aghababae@cibc.com](mailto:nooshin.aghababae@cibc.com)



## Practical Steps to Enjoy Your Practice Maximizing The Joy!



RaminAzghandi, DDS

Periodontics & Implants Washington DC

When I was approached by my dear friend and colleague, Dr. Asefzadeh, to write an article for this edition of JOD, I started pondering a bit; do I share my experience as a periodontist of over 22 years or as a “person” who happens to be in this profession with all its pros and cons.

Well I took the road less traveled this time and decided to bring you into my world and tell you what gives me joy each and everyday when I practice my craft.

I have always believed that the most challenging part of my job (and perhaps yours) is not the technical aspect of what we do, rather it’s the behavioral management that goes with the territory. Let me try to clarify that a bit: We all learn how to do our “job” in dental school, residency, etc. Having studied and taught in three well respected dental schools in the US I can tell you that the missing link is exactly that: behavioral management. We were never taught how to manage our environment properly, neither our staff nor our patients. At first glance the topic might sound boring but it truly makes all the difference in the way one would enjoy his/her practice day to day.

Most dentists I know, regardless of being generalist or specialist, have their qualms and complaints about their staff and some patients. Seldom however I hear anyone say something about the technical aspect of the job. This alone is an affirmation for what I am trying to relay here. If we master the art of behavioral management we are on the right path to maximize our joy!

What is your ultimate goal of practicing dentistry?

At the end of the day what really matters is to maintain a balance in life. Never it’s been more challenging to keep such balance than today.

### Practical Steps to Enjoy Your Practice

Let’s first accept the fact that we are in the service sector. The most successful businesses in this sector are those who embrace the concept of ultimate customer service. Think of the brands you like and feel good about in your town or country. What they all have in common is leaving their customer with a sense of feeling important and special.

Dig deeper and you realize that the reason we feel that way is that their employees treat us like VIP each and every time in their interactions. That sense of importance brings about a sense of loyalty that is the most important asset for any

business. Simply put, having repeat customers is by far more profitable than the cost of new customer acquisition. So let’s take a look at some practical steps:

#### Step 1: Hire People’s People

Remember we can always teach the administrative or technical skills but we can’t teach personality; at best we can only tweak it! If your employees have the right temperament it creates the right vibe for your office which in turn means better working environment for all.

#### Step 2: Treat Them Like Your Family

If you pick the right employees and treat them right they are more likely to go the extra mile for you. It also makes it more likely for them to stay longer with you. Staff turn over is a major source of stress for practitioners. Stability brings about peace of mind.

#### Step 3: Customer is Right!

We tend to get immersed in our daily routine way too often forgetting our own needs & wants. Set aside few minutes of “me time” during your workday by isolating yourself in your private office, your car, or anywhere you can find some solitude to meditate. I personally have found this to be the most effective method to recharge my batteries and to bring more joy to my daily activities at work.

#### Step 4: Work to live not the other way around!

OK, you picked the right employees and treat them right too. Does that guarantee a more joyous practice? Not likely. We need to realize our place in the society. Excellent customer service is what we all expect when we go to a fine establishment. Do we want to be considered a fine establishment or not? Most frictions and litigations can be avoided by sticking to this principle, as hard as it might seem at times.

Finally, keep in mind that what amounts to joy for each person is different. Look for your own checklist and implement them in your daily practice of dentistry. Taking some simple steps could do wonders for your sense of well being as a dentist. After all dentistry is a labor-intensive profession, both mentally and physically. We can and should minimize the stress factors through behavioral management. This will no doubt be the right step toward maximizing your joy.



## Dental Management of Diabetic Patients

Dr. Mehregan Mahmoudi

Anesthesiologist; chronic pain management fellowship

Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases characterized by high blood glucose levels (hyperglycemia) and the inability to produce and/or use insulin. The disease is defined by abnormal blood glucose levels. Persistent hyperglycemia leads to metabolic and vascular complications. The vascular complications include premature macrovascular disease and serious microvascular disease. The metabolic component involves the elevation of blood glucose associated with alterations in lipid protein metabolism, resulting from a relative or absolute lack of insulin.

Type 1 diabetes is primarily the result of pancreatic beta cell destruction and is characterized by insulin deficiency. Type 2 diabetes is characterized by insulin resistance and relative insulin deficiency. Gestational diabetes is abnormal glucose tolerance that first appears or is detected during pregnancy. In addition, there are two types of prediabetes: impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose.

The primary diagnostic criterion for impaired fasting glucose is fasting plasma glucose levels of 100 to 125 mg/dL and for impaired glucose tolerance (IGT) is 140 to 199 mg/dL at 2 hours in the OGTT. The primary diagnostic criterion for diabetes is fasting plasma glucose levels of greater than 126 mg/dL on more than one occasion.

Diabetes mellitus is not a curable disease; however, strict glycemic control established through regular monitoring reduces vascular and ocular complications. This goal can be achieved with lifestyle modifications such as diet and exercise and glucose lowering agents i.e. insulin and oral agents.

In as many as 50% of all patients, diabetes may be undiagnosed and the patient unaware of its implications. Patients with findings suggestive of diabetes (headache, dry mouth, marked irritability, repeated skin infection, blurred vision, paresthesias, progressive periodontal disease, multiple periodontal abscesses, loss of sensation) should be referred to a clinical laboratory or to a physician for screening tests to determine if diabetes mellitus type 1 or type 2 or another type of diabetes is responsible for their symptoms.

Vital signs serve as a guide to the control and management of disease in the patients with diabetes in dental settings. Patients with abnormal pulse rate and rhythm or elevated blood pressure, poor functional capacity (i.e., <4 metabolic equivalent levels [METs]) should be approached with a measure of caution due to increased risk of complications especially serious cardiovascular events during and after dental treatments.

Aspirin and NSAIDs can potentially enhance the efficacy of

some oral hypoglycemic agents (sulfonylureas) leading to hypoglycemia and should be used judiciously.

An acute dental or oral infection in a patient with diabetes is a potential significant management problem specially in patients who take a high insulin dosage, have brittle diabetes and those who have type 1 diabetes. Infection often leads to loss of control over the diabetic condition; as a result, infection is not well handled by the body's defences and they may require hospitalization for adequate management. Patients who are receiving insulin usually require additional insulin, which should be prescribed by their physicians. Non-insulin-controlled patients may need more aggressive medical management which may include insulin during this period.

In diabetic patients with hypertension, history of recent MI, or cardiac arrhythmia, caution may be indicated with use of epinephrine in local anesthetic (1:100,000). A major goal in the dental management of patients with diabetes who are being treated with insulin is to prevent insulin shock during the dental appointment i.e. blood glucose lower than 70mg/dl. Patients should be told to take their usual insulin dosage and to eat normal meals before the appointment, which usually is best scheduled in the morning. A source of sugar such as orange juice, cake icing, or nondiet soft drink must be available in the dental office to be given to the patient if symptoms of an insulin reaction develops. Any patient with diabetes who is going to undergo extensive periodontal or oral surgery procedures other than single simple extractions should be given special dietary instructions for after surgery often determined by their primary physician.

Oral complications of poorly controlled diabetes mellitus may include xerostomia; bacterial, viral, and fungal infections (including candidiasis); poor wound healing; increased incidence and severity of caries; gingivitis and periodontal disease; periapical abscesses; and burning mouth symptoms. These most likely relate to excessive loss of fluids through urination, altered response to infection; microvascular changes; and, possibly, increased glucose concentrations in saliva.

Overall, periodontal disease is more severe and more frequent in patients with poorly controlled diabetes. Periodontal disease found in these young adults (older than 30 years of age) usually is asymptomatic and typically remains undetected.

## Gummy Smile: A Brief Summary



by Ramin Azghandi, DDS, CAGS

Dr. Farrokh Asefzadeh

Periodontics & Implants.

Let's start by defining what exactly constitutes a gummy smile: excessive display of pink vs. white. This simple definition however is also very subjective. As the saying goes "beauty is in the eye of the beholder" so what might some consider as "gummy" might not be as unaesthetic to some others depending on many factors including but not limited to cultural, gender and age of the person.

Perhaps the most useful study in this regard was the one by Vince Kokich, Jr (Kokich VO Jr, Kiyak HA, Shapiro PA. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. *J Esthet Dent.* 1999; 11:311-324.)

In this study Photoshop manipulated smiles with various amounts of gingival display were shown to a large group of evaluators consisting of lay people, general practitioners and orthodontists. The study showed that while lay people and general dentists were more forgiving tolerating 3-4 mm of gingival display, the orthodontists had a threshold of only 2 mm before considering a smile too gummy.

The most common causes of gummy smiles are the following:

- Lip issues including short upper lip and Hyper-Mobile Lip
- Maxillary Excess -Compensatory & Over-Eruptions of Maxillary Anteriors -Altered Active & Passive Eruption

Once the diagnostic work-up of the person with gummy smile is done, one or more the traditional and newer treatment modalities can be utilized to improve the condition. These options include:

- Tissue Engineering via periodontal surgery (i.e. crown lengthening, gingivectomy, gingivoplasty, etc.)
- Orthodontic treatment
- Orthognathic surgery
- Lip Repositioning
- Botulinum Toxin (Botox)

As expected, of all the mentioned options, the last one is only a temporary correction and needs to be repeated in regular intervals. Although financially not feasible for most people the non-surgical aspect of this treatment may be appealing to some patients.

The crucial step in diagnosis of gummy smile is to determine the etiology by process of elimination. If the length of the centrals are within normal limits and the gingival margins are not below those of the posterior teeth we can automatically eliminate the wear (leading to compensatory eruption), altered passive & active eruptions.

If there is a diagnosis of disproportionate pink vs. white due to short clinical crowns (altered eruptions) the periodontal corrective surgeries will be the first treatment of choice.

The next step in the process is to look at the entire arch to see whether the excessive pink is only in the anterior sextant or it would extend to the molar region. If it does extend we might have someone with either a lip condition (i.e. short or hyper-mobile) or Maxillary Excess.

People with Maxillary Excess often have also a steep jaw line as the mandibular growth is also affected during the development leading to a short ramus. They also often have some degree of open bite and a longer lower third of the face (the distance from the base of the nose to their chin).

If the diagnosis of Maxillary Excess is established the only definitive solution is orthognathic surgery (Le Fort I, II, or III). In order to rule in lip issues as etiology we need to look at the lip at rest and see whether there is normal tooth display. If that is the case the excessive pink while smiling is due to Hyper-Mobile Lip condition which could be either treated by Botox on a temporary basis, or better yet by Lip Repositioning for a more permanent solution. Having performed many Lip Repositioning procedures I have also noticed an interesting side effect: in majority of cases we also end up with a fuller lip which most of my female patients found desirable. It should be mentioned however that there is a chance of relapse of about 15-20% for Lip Repositioning cases.

On average the length of the lip in females is about 20 to 22 mm, which is about 2 mm shorter than those of males who average between 22-24 mm. A patient with lip length of 16 mm or less would be considered as having a Short Lip. Finally, a diagnosis of short lip is probably the most challenging one to correct and perhaps Lip Repositioning has the best chance of achieving modest results in such cases.

As clinicians we should always consider diagnosis the most important aspect of our job.

Keep in mind that there is always a possibility of a multi-factorial gummy smile in which case more than one treatment modality may be needed to correct the issue and lead to patient satisfaction.

## STRESS: ENEMY'S DENTISTS NUMBER ONE (PART TWO)



Dr. Nastaran Adibrad

Psychotherapist

Murphy's Law, "Anything that can go wrong will go wrong," definitely applies to dentistry.

Dentists often perform procedures that take more time than anticipated, and they need flexibility to accommodate emergency patients, too.

A dentist spends four years learning in ideal conditions at dental school. However, operating a private practice means less than ideal conditions, including treating clients with financial constraints, insufficient insurance, or lack of appreciation/knowledge of quality dental care.

Dentists are often forced into "fix-and-repair" situations with compromised treatment for patients who refuse or cannot afford optimal care. They also shoulder the burden of less than stellar results when patients do not make the best choices.

Working with apprehensive, fearful patients can negatively impact dentists. Research suggests that dentists experience physiological stress responses (e.g. increased heart rate, high blood pressure, sweating, etc.) when performing procedures that evoke fear and anxiety in patients.

These stressors can contribute to premature heart attacks in dentists. The Pankey Institute in Miami evaluated 2,400 dentists and found the following:

- Most dentist's lives were characterized by Dormancy, Degeneration and Stress (DDS)
- Most dentists do not exercise sufficiently to prevent deterioration of connective tissue, small blood vessels, muscles and circulation

Researchers have identified some common personality traits in dentists that are also present in people with depression, drug or alcohol abuse and high suicide rates. These traits include:

- Compulsive attention to details
- Extreme conscientiousness
- Hiding their emotions
- Unrealistic expectations of themselves and others (e.g. employees, patients)
- High value placed on individual performance/prestige

Stress can never be totally eliminated from dental practice. However, it must be minimized as much as possible in order to avoid the many stress-related physical and emotional problems that it causes.

<https://www.oralhealthgroup.com/features/stress-in-dentistry-it-could-kill-you/>



## Pre-treatment assessment of patients seeking dental implant therapy



Reza Termei DDS MSc FRCD(C) Dip ABP  
Periodontist and Implant Surgeon

Despite high success rate of dental implants, clinicians still observe failures and shortcomings which in some cases are not easy to repair or correct. The objective of this letter is to summarize some of the important factors that must be considered during patient interview and initial exam besides medical history.

To begin, it is important to differentiate between implant success and implant survival. In a nutshell, when we are talking about an implant that has survived, it simply means that the implant has not yet failed and is still inside the jaw bone with no mobility. However, that doesn't necessarily imply that the implant meets the success criteria for optimum health, aesthetic and function. Moreover, you may have an implant that appears healthy, but is not restorable due to poor positioning, something that has higher risk of occurrence if the surgeon does not follow prosthetically driven treatment planning.

In order to avoid setbacks down the road, it is crucial for dentists to do their due diligence during case selection and keep the following items in mind:

- Patient's financial concerns: It is very important to identify patient's priorities in treatment. Is your patient consulting you to get a quality treatment or her/his first priority is to find the cheapest price by shopping around? These are two totally different personalities with different levels of dental education.
- Patient's expectations: Ask your patients what they expect as the final outcome. Is it the appearance or is it the function that matters most to them? Remember that proper aesthetics is ultimately defined by the patient and not by the clinician.
- Condition of surrounding tissue: Have a thorough examination of patient's oral tissue. Implant therapy is an elective treatment and should be delayed until other active diseases in the mouth such as caries or periodontal disease have been addressed and resolved.
- Under promise, over deliver: It is particularly important to avoid giving false hope to your patients. On the other hands, if you lower your patients' expectations, they will be much happier and more satisfied once you deliver the final treatment which exceeds their expectations.
- Educate your patients: In this day and age, patients can search and read about anything on the internet. Some information is valid but at the same time there are so many false advertisements and inaccurate information available online. It is your job as a dentist to identify those wrong pieces of

information and correct them. This way you are giving your patient a better chance of making an informed decision.

- Find out the cause for tooth loss: It is important to know the reason for tooth loss. Was it because of extensive decay, failed root canal treatment, tooth fracture or was it due to periodontal disease, which could potentially increase the risk for future implant failure?
- Make sure your patient understands the required time commitment: Patients invest their time and money in their implant treatments. They need to understand that replacing a tooth with an implant may sometimes take up to a year, if not more, depending on the need for additional procedures.
- Identify other risk factors: Smoking used to be perceived as one of the main risk factors for implant failure. In recent years, and mostly thanks to the improved surface design of dental implants, this negative effect has, to some extent, decreased; however, heavy smoking can still slow down osseointegration and increase the risk of periodontal disease, therefore it is important to inform your patient about its potential risk. Drinking alcohol by itself does not pose a risk to implant survival; however, patients who are alcoholic may not be good candidates for implant therapy from the psychological point of view and potential problems with obtaining informed consent.
- Have the courage to say "NO": Finally, not every case is suitable for treatment by you. If based on your clinical judgement, you come to the conclusion that the case is beyond your comfort zone or the patient does not meet your requirements for implant therapy, don't be afraid to decline that patient's implant treatment.

# Contents

JOD | September - 2020 | 52 | سپتامبر ۲۰۲۰



## A Brief Review On COVID-19 Pandemic

Reza Termei DDS MSc FRCD(C) Dip ABP  
Periodontist and Implant Surgeon



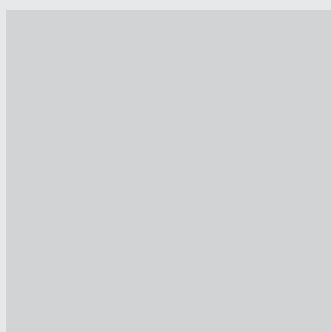
## Stress: Enemy's Dentists number one (part two)

Dr. Nastaran Adibrad  
Psychotherapist



## Gummy Smile: A Brief Summary

by Ramin Azghandi, DDS, CAGS  
Periodontics & Implants.  
Dr. Farrokh Asefzadeh



## Dental Management of Diabetic Patients

Dr. Mehregan Mahmoudi  
Anesthesiologist; chronic pain  
management fellowship



## Practical Steps to Enjoy Your Practice Maximizing The Joy!

Ramin Azghandi, DDS  
Periodontics & Implants Wash-  
ington DC

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

**Chief Editor:** Dr. Alireza Ashouri

**Scientific Editor:** Dr. Farrokh Asefzadeh

**Executive Editor:** Dr. Reza Meschi

**Chief Editor Advisor:** Dr. Sara Mojallal

**Graphic Designer:** Ali Rastegar

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

# JOD

Joy Of Dentistry



jodmagazine.com

سایت نشریه

لذت دندانپزشکی



September - 2020

# JOD

Joy Of Dentistry



**Stress: Enemy's  
Dentists number  
one (part two)**

**Gummy Smile:  
A Brief Summary**

**Dental Management  
of Diabetic Patients**

**Practical Steps  
to Enjoy  
Your Practice**