

# پرونده دندانپزشکی زیبایی



مارچ ۲۰۲۱ - شماره چهارم  
March - 2021 - NO.4

## ESTHETIC DENTISTRY

با مطالبی از دکتر فرخ آصف زاده،  
دکتر رامین ازقندی، دکتر علیرضا  
جهانگیرنیا و دکتر رضا ناهیدی

مصاحبه با دکتر  
حسن شایسته درباره  
تاریخچه ایمپلنت‌های

از تیغه تاریخچه:  
حس اعجاب آور  
یک درمان موفق

دکتر نسترن ادیب راد:

بمانم یا به  
ایران برگردم

چه بخوریم تا  
آفسرده نشویم؟

یافته‌های جدید ارتباط تغذیه با خلق و خو

دورنمای امتحانات دایرکت  
لایسنسینگ در ۲۰۲۲

از زبان دکتر مهدی ادیب راد



MADE IN GERMANY  
پاکنده‌های لوکس آلمانی



## Occupational Health and Safety For your Dental Office

OHP is a health and safety consulting firm that helping clients comply with standards and regulations relating to health, safety and environment. Our mission is to provide professional occupational hygiene and Occupational Health and Safety consulting to clients

### OHP offers:

- Prepare Shielding Radiation Plan;
- Radiation Safety Program for new offices;
- HARP testing and Quality Assurance Program;
- Occupational Health and Safety Program at dental office and prepare H&S Binder;
- Air Change per Hour Calculation and fallow time;
- Mask fit testing ;
- Infection Prevention and control Practices, IPAC Report.

Member of :

- ABIH: American Board of Industrial Hygiene
- OHAO: Occupational Hygiene Association of Ontario
- CRSP: Canadian Registered Safety Professionals
- AIHA: American Industrial Hygiene Association
- ACGIH: American Conference of Governmental Industrial Hygienists
- APIC: Association for Professionals in Infection Control



[www.Ohprofessionals.ca](http://www.Ohprofessionals.ca)

[info@ohprofessionals.ca](mailto:info@ohprofessionals.ca)

Phone: 9057316121

7191 Yonge st, Thornhill, ON

# Contents

JOD | March - 2021 | | مارچ ۲۰۲۱ |

# فهرست

مطالب بیشتر در وب سایت ما

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

42  
چرا بخوریم تا  
آمسرده نشویم؟  
یافته های جدید ارتباط تغذیه با خلق  
و خو

38  
نگاهی به  
موسیقی  
کلاسیکی

44  
چرا بعضی ها هرگز  
موفق نمی شوند  
راز بزرگ افراد موفق

36  
غم هرگز برادر را برادر  
مرده می داند  
این داستان صدر صد واقعی  
است...

26  
از تیفه تا ریشه: حس اعجاب  
آوریک درمان موفق  
گفتگو با دکتر حسن شایسته درباره تاریخچه  
ایجهنت در ایران

30  
چشم انداز 2022: آینده  
مسیر دپریکت لایسنسینگ

54  
یگاندهای  
لوکس آلمانی

## تشناسنامه:

مشاور سردبیر: دکتر سارا مجلل  
گرافیک و صفحه آرایی: علی رستگار  
با تشکر از: دکتر علی توکلی - دکتر سیامک شایان امین - دکتر افشین قناد - دکتر  
رضا ترمه ای و دکتر سارا مجلل

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



هنوز در سفرم  
خیال می‌کنم  
در آب‌های جهان قایقی است  
و من -مسافر قایق- هزارها سال است  
سرود زنده دریانوردهای کهن را  
به گوش روزنه‌های فصول می‌خوانم  
و پیش می‌رانم



دکتر علی توکل  
دندانپزشک

سهراب سپهری

در مسیر سفر روزها و ماه‌ها، امسال عید نه تنها سال را نو می‌کنیم که قرن را نیز. سالی که در آستانه تحویلش به سال ۱۴۰۰ هستیم بسیاری را خانه‌نشین و بیکار کرد، بسیاری را با تنهاییشان تنها گذاشت، بسیاری را روانه بیمارستان کرد و بسیاری را از ما گرفت. سرعت مان را کم کرد، عادت‌هایمان را تغییر داد، ما را با خودمان مواجه کرد و شناختمان را از خود و روزگار عمیق‌تر کرد.

سکوت، سفر درونی، سیر حال، سیاحت گذشته، سرشماری دستاوردهای حقیقی زندگی، ساماندهی کارهای نیمه‌کاره‌مان و سکونی که پیش‌نیاز هر حرکت درست و حساب‌شده است را می‌توان از دستاوردهای این سال سخت دانست؛ در سهایی که نور و نیروی سالهای پیش‌رویمان خواهند بود.

در سفره هفت سین سال نو و این قرن نو تمام "سین" های بالا و معرفتشان با ما همراه خواهند بود.  
سالی سرشار از عشق و سلامت و برکت و معرفت برای بشریت آرزو می‌کنیم.

ای ز تو نور دل و دیدار ما  
گردش اندیشه بیدار ما

ای ز تو رویان زمستان و بهار  
ای تو گرداننده لیل و نهار

ای ز تو تغییر حال و سال‌ها  
حال ما را کن تو خوشتر حال‌ها

(محمد رضا شفیعی کدکنی)





## بهاریه



گلیسین‌های یاسی بازگوش و محبوبه شب‌های سفید عاشق را هم اضافه کنید. بوی لباس نو و عطر و ادکلن‌های مهمان‌ها و بوی سبزی پلو ماهی و بعدتر ها بوی شکوفه بهار نارنج و عطر چمن‌های نورسته و بوی خاک باران خورده را هم محال است از دست بدهم.

اول بهار فصل دیدن اولین هاست. پیدا کردن اولین یاس زرد، دیدن اولین مغازه پر از سبزینه‌های رنگی رنگی، خریدن اولین شب بوی بنفش، اولین شکوفه بادام، نوبرانه گوجه سبزی و چاقاله بادام، اولین جوانه برگ سبزی و اولین پاچوش نهال تازه کاشته، اولین مهمان، اولین غذا... اتفاقاتی که هر سال هم که تکرار شوند باز سال بعد جذاب و دوست داشتنی‌اند.

اول بهار فصل تصمیم‌های تازه است، شروع یک کار، یک ورزش، یک درس یک حرکت... همان نقشی که شنیده در بین روزهای هفته دارد. گیرم که ادامه دادنش در بین روزمرگی‌ها ممکن نشود، مهم آن است که بهار رستاخیز است.

درست است که با بهار شوخی دارم اما واقعیتش بهار فصل عشق و عاشقی و شیطنت‌های زیر باران است. دریابیدش. به خصوص که دوران مهمانی‌های بزرگ به سر آمده است، عجاتا در گروه‌های کوچک از بهار لذت ببرید، تا صبح دولت ما هم بدمد.

بهار پرکرشمه ترین و متوقع ترین فصل سال است. نگاه آسمان به زمینیان است، دقت کرده باشید نمی‌بارد مگر آنکه شیشه‌ها را به کمال شسته باشید و غبار زدوده باشید. یا فرشی و پتویی را از برای خشک شدن در پشت بام انداخته باشید، آنگاه است که می‌بارد و می‌شوید و بهم می‌پیچد و می‌رود. یا مثلاً شکوفه‌های سیب و گیلاس و هلو که پدیدار شد. و درختان که

غرق رنگهای صورتی و سفید و گل بهی شدند، آنگاه تگرگها حمله ور می‌شوند، از روی ماه شکوفه‌ها بوسه بر می‌دارند و زمین خدا را سیراب می‌سازند. حتی پرندگان مهاجر و غیر مهاجر هم منتظرند. بر روی سیم‌های برق می‌نشینند، غیبت می‌کنند، رفت و آمد همسایگان را به نظاره می‌نشینند، برای گریه‌های محل خط و نشان می‌کشند، تا بالاخره انتظار به سر رسد و ماشین‌های ترگل و ورگل از کارواش برگردند، آنوقت هنرنمایی و نقاشی‌های شان را رو می‌کنند بسته به رنگ ماشین، سفید و سیاه‌اش را تنظیم می‌نمایند!

بهار خوشبوترین فصل سال برای من است. درست است با بوی وایتکس و تاید و صابون به استقبالش می‌روم، اما بوی اسکنس تا نخورده و عطر سنبل و بوی شیرینی تازه، مولفه‌های بهار هستند. حالا بوی بنفشه‌های زرد و بنفش شوخ چشم و عطر

دکتر سارا مجلل - تورنتو

بهار ۱۴۰۰



# حال دندان پزشکی ما خوب نیست

## تحلیلی بر وضعیت حاکم بر دندان پزشکی ایران

**دکتر علیرضا آشوری** | متنی که در ادامه خواهید خواند بریده‌ای از یک مصاحبه مفصل و خواندنی است با دوست عزیزم دکتر سیامک شایان امین که به دلیل گرفتاری سیامک از یک طرف و برخی مشکلات ما دوقاره آن طرف تر برای این شماره آماده نشد. منتها در نهایت تصمیم گرفتیم بخشی از این گفتگو را به شکل این نوشتار در همین شماره مجله منتشر کنیم با این قول که در شماره آینده مشروح مصاحبه دکتر شایان امین را مطالعه خواهید کرد.



**دکتر سیامک شایان امین**

دندانپزشک، روزنامه‌نگار، سردبیر وبسایت و انتشارات دندان

شاید بپرسی که چرا کسی اعتراضی نمی‌کند؟ اول اینکه متأسفانه وقتی پای منافع فردی وسط باشد، بسیاری از ما چشم‌للمان را

روی مصالح جمعی می‌بندیم. آن عضو محترم هیات علمی که آرزو دارد فرزندش راه ورشته خودش را دنبال کند چرا باید به تسهیلات فرزندان هیات علمی در کنکور یا ثبت نام پولی در واحدهای خودگردان یا انتقال دانشجویان از خارج به داخل اعتراض کند؟ از آن طرف ما به کسی مجال و امکان طرح انتقاد نمی‌دهیم. کسی که مشغول گذران طرح نیروی انسانی است یا برای تمدید قرارداد با ارتقاء رتبه دانشگاهی زیر منگنه مدیران بالادستی ست آیا واقعا جسارت و امکان طرح انتقادهايش را دارد؟

راستش را بخواهید حال دندان پزشکی ما خوب نیست و من از این مساله شدیداً نگرانم.

این بد حالی از جنبه‌های مختلف است؛ مهم‌ترین دلیل اینکه اوضاعمان چه از نظر اقتصادی و سیاسی و چه فرهنگی و اخلاقی خوب نیست و این مساله هم به شکل مستقیم و هم غیر مستقیم روی حوزه دندان پزشکی و دندان پزشکان تاثیر می‌گذارد. از آن طرف شاهد سقوط اصول اخلاقی در جامعه و به تبع آن دندان پزشکی هستیم. ساختار دندان پزشکی عیناً شبیه فوتبال ما شده، سیاست‌گذاری‌های اشتباه، مافیای اقتصادی در حوزه درمان، آموزش و مواد و تجهیزات دندان پزشکی رخنه کرده و تضاد منافع در میان بسیاری از مدیران وزارت بهداشت و انجمن‌ها و دانشگاه‌ها به چشم می‌آید.

وقتی حامی مالی کنگره‌های دندان پزشکی شرکت‌های واردکننده ایمپلنت و لیزر و زیبایی هستند، وقتی نام بسیاری از اساتید دندان پزشکی در میان سهامداران شرکت‌های تجاری به چشم می‌آید، زمانی که یک انجمن دندانپزشکی در ازای دریافت پول برای خرید دفتر حاضر به تایید مدرک تخصصی فردی می‌شود که مدعی کشف میکروسکوپ در دندانپزشکی است و پول می‌دهند تا سایت بالا بیاید که او را در میان چند دندانپزشک مطرح دنیا جا بزند و از سایت خودش مدال و گواهینامه می‌گیرد، وقتی می‌بینیم بخش بزرگی از ارز دولتی تخصیص یافته به کالاهای دندان پزشکی نصیب چند شرکت خاص و صرف واردات برندهای گران قیمت ایمپلنت مورد استفاده برخی متخصصان خاص می‌شود، وقتی یک شرکت ایرانی که ایمپلنت‌هایش دچار شکست‌های فراوان شده و حتی قطعات پروتزی تولیدی‌اش به فیکسچرهای خودش هم نمی‌خورد (!) حامی مالی پروژه‌های تحقیقاتی بزرگ‌ترین مرکز پژوهش‌های دندان پزشکی کشور است، وقتی چند شرکت ایمپلنت بدون اخذ پروانه ساخت و مجوزهای لازم از اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت مشغول تولید و فروش ایمپلنت در کشور هستند، وقتی دو شرکت ایرانی ایمپلنت‌های تولید داخل را به نام کره‌ای و اروپایی می‌فروشند یا توکلاوها را به نام برندهای اروپایی لیبل می‌زنند یا قطعات یونیت را از چین وارد می‌کنند و اینجا به نام تولید داخل سر هم می‌کنند، وقتی بالاترین مقام مرتبط با آموزش دندان پزشکی کشور خود سهامدار موسسه برگزاری آزمون رزیدنتی و تحصیلات تکمیلی است یا واقعا به چه کسی و کجا می‌توان شکایت برد؟

۴

جالب‌تر اینکه نتیجه بسیاری از افشاگری‌ها و مطالب انتقادی ما نتیجه معکوس دارد. ما از بازگشایی یک دانشکده جدید دندان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران انتقاد می‌کنیم یا تسهیل قانون انتقال دانشجویان دندان پزشکی از خارج به داخل از دو به یک سال با توجه نوسانات دلار در پایان وزارت هاشمی را زیر سوال می‌بریم، اما واکنش مخاطبان ما پرشش درباره چگونگی ورود به این دانشکده و استفاده از تسهیلات آن قانون است، از تلاش یک تولید کننده ایمپلنت بی کیفیت ایرانی برای کسب سهم بازار از طریق کاهش قیمت محصولاتش می‌نویسیم، همکاران دندان پزشک شماره واحد فروش شرکت را جويا می‌شوند، از عملکرد یا موضع‌گیری صنفی یک استاد دانشگاه یا متخصص مشهور و فعال در کلاس‌های تکمیلی دندان پزشکی یا مدیر در انجمن علمی یا نماینده در سازمان نظام پزشکی انتقاد می‌کنیم ما را به باد ناسزا می‌گیرند که وجاهت علمی آن استاد گران‌مایه را زیر سوال بردید و ایشان حق استادی به گردن ما دارند و دانستن فلان تکنیک کار کامپوزیت را مدیون او هستیم پس بهتر است تو دهننت را ببندی.

۶

گاهی به این نتیجه می‌رسیم بهترین عملکرد در برابر برخی رخدادها و خبرها این است که آن را علنی نکنیم! اصلا ما رسانه می‌خواهیم چه کار؟ آن هم رسانه صنفی و منتقد؟ بنشینیم دور هم مجیز هم را بگوییم و نمونه درمان ایمپلنت یا ونیر کامپوزیت همکار یا استادمان را لایک کنیم؛ وقتی هیچ اتحاد و انسجام صنفی میان دندان پزشکان وجود ندارد و اولویت همه ما سود و منافع شخصی خودمان است. شخصا چون اشراف به پشت پرده‌ها بیشتر شده و آدم‌ها و عقبه‌شان را بیشتر شناخته‌ام می‌دانم که خیلی به وجهه امروز آنها و گفته‌های این سال‌ها و هیاهوی ظاهری‌شان نباید دل خوش کرد.

از آن طرف دریافت‌ها از کنش‌های هیجانی و مطالب انتقادی تند و تیز و راه‌انداختن کمپین و جمع‌آوری امضا و سر و صدا به نتیجه دلخواه نمی‌رسیم. این هیاهوها بیشتر برای شفاف و جلب توجه است یا تخلیه روانی و مصرف داخلی و انتخاباتی دارد اما قطعا کارکردی برای منافع جمعی صنف ما ندارد.

۵

از سوی دیگر مشکل بزرگی به نام فضای مجازی هم مزید بر علت شده است. فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی در کنار امکانات بالقوه و زیادی که برای مردم و دندان پزشکان داشته، آفت‌هایی را هم در خود دارد. اولین نکته ترویج انجام درمان‌های زیبایی افراطی است. چیزی که از آن به «تب سفید» یاد می‌کنم. در حال حاضر نه تنها مردم که خود دندان پزشکان نیز گرفتار این تب سفید شده‌اند. یعنی تبلیغ و ارائه نمونه کارهای دندان پزشکی زیبایی نه تنها مردم را به انجام آنها تشویق و علاقه‌مند کرده که خود دندان پزشکان را نیز به سمت انجام آنها کشانده است. از یک طرف مردم مطالبه دریافت چنین خدماتی را از دندان پزشک خود دارند از طرف دیگر گردش مالی این درمان‌ها دندان پزشکان را مشتاق به فراگیری تکنیک‌ها و انجام درمان‌ها کرده است. انبوه کلاس‌های آموزشی و دوره‌های عملی و گردش مالی بزرگی که حول این مساله به وجود آمده است کم کم دارد اصل دندان پزشکی را در خود می‌بلعد. به نظرم مدیا جایگاه دندان پزشکی را از یک حرفه درمانی به سمت یک جریان خدماتی و تجاری تغییر داده است. من ورود اصول مارکتینگ و بازاریابی به دندان پزشکی و تغییر نگاه به بیمار، به عنوان مشتری را خوش‌یمن نمی‌دانم. تجاری شدن دندان پزشکی موجب می‌شود کم‌کم از اخلاقیات فاصله بگیریم و حتی برخی اصول اخلاقی و انسانی را نادیده بگیریم. اقتضای پیروی از اصول مارکتینگ ممکن است انجام برخی درمان‌های غلط و غیر علمی را به صرف کسب رضایت بیمار و افزایش کارکرد مالی برای ما مجاز و مباح کند. نتیجه این رویکرد نمایش علنی و افتخار آمیز کیس‌های درمانی غلط و حتی فاجعه توسط برخی از همکاران در اینستاگرام است. این روزها تغییر رابطه فکی کلاس سه به کلاس یک تنها در یک جلسه و به کمک ونیر کامپوزیت یک اتفاق کاملا معمول و عادی است! متأسفانه شاهدیم که به تدریج ضد ارزش‌های دندان پزشکی دارند برای تبدیل به ارزش می‌شوند.

# JOD

Joy Of Dentistry



jod.magazine  
در اینستاگرام همراه ما باشید



پرونده  
دندانپزشکی  
زیبایی

Crown Lengthening Procedure): يك خلاصه  
کاربردی

- نکاتی برای جراحی ایمپلنت در ناحیه استتیک
- نقش هوش هیجانی
- گام به گام برای ایجاد يك ارتباط خوب

● تجربه شخصی دکتر فرخ آصف زاده با لامینیت‌های  
بدون تراش

- انتخاب سرامیک و نکات مهم دیگر در  
رستوریشن‌های تمام سرامیکی قدامی
- جراحی استتیک افزایش طول تاج (Esthetic)

## Article

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

توجه داشته باشید که در این شرایط دندان‌هایی با این شیوه قابل درمان هستند که بخواهیم به آنها چیزی اضافه کنیم نه اینکه دندان‌ها بیرون زده باشند و ناچار باشیم حجم آنها را کاهش دهیم.

در این بیماران عمدتاً خط لیخند کوتاه است، لبهای پری دارند و موقع صحبت و لیخند مقدار کمی از دندانها دیده می‌شوند. در این شرایط می‌توان به سطح باکال اینسایزرها اضافه کرد تا دندان‌ها کمی بیرون تر آمده و بلندتر شده و در نتیجه بخش بیشتری از دندان‌ها هنگام لیخند زدن یا صحبت کردن دیده شود.

## تشخیص مقدار نمایش دندانها

برای تشخیص مقدار دیده شدن دندان‌ها از بیمار خواهش می‌کنیم دهانش را شل و باز کند. اگر در این حالت لبه دندان‌های سانتال بالا دیده شدند (در خانم‌های جوان ۲-۳ میلی‌متر از لبه انسیزال باید دیده شود) مشکلی وجود ندارد ولی اگر کل دندان پشت لب مخفی شده باشد، می‌توانیم با تکنیک لامینیت‌های کم تراش یا بدون تراش کمی دندان را بلندتر کنیم.

## لامینیت‌های بدون تراش

در این نوشتار می‌خواهیم درباره شرایطی صحبت کنیم که هیچ تراشی روی دندان انجام نشده و اصلاً فرز به دندان نمی‌خورد. از جمله مواردی که با این شیوه قابل درمان هستند می‌توان به پگ لترال و اسپیسینگ اشاره کرد. در این موارد نیازی به تراش دندان نیست مگر اینکه بخواهیم تیزی‌های روی لبه دندان را برداریم که آن هم با دیسک قابل انجام است. در عین حال در مواردی که دندان‌ها داخل تر بوده یا باید بلندتر شوند و بیمار هم لبپ لاین کوتاهی

## Practice what you preach

تجربه شخصی  
دکتر فرخ  
آصف زاده با  
لامینیت‌های بدون  
تراش



## دکتر فرخ آصف زاده

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

در شماره نخست نشریه درباره لامینیت‌های کم تراش و بدون تراش صحبت شد که عمده بحث آن مقاله حول محور لامینیت‌های کم تراش بود. در این شماره به مباحث مربوط به لامینیت‌های بدون تراش خواهیم پرداخت. در واقع این شرایطی است که دندان‌ها اصلاً تراشیده نشده و ساختار آن به طور کامل حفظ می‌شود. آنچه در ادامه خواهد آمد فرآیند درمانی است اینجانب دکتر فرخ آصف زاده روی دندان-های قدامی ماگز یلاری خودم انجام دادم.

## مروری بر لامینیت‌های کم تراش

در این حالت یک مارچین بسیار ظریف در حد دو تا سه دهم میلی‌متر در قسمت جینجیوال و اگر امکانپذیر بود پروگزیمال ایجاد می‌شود و می‌توان بدون بی‌حسی و ساخت رستوریشن موقت برای بیمار کار انجام داد. این تکنیک بخصوص در بستن دیاستم بسیار راهگشا خواهد بود و بهتر است مارچین علاوه بر ناحیه جینجیوال اندکی هم در داخل فضای

اینترپروگزیمال دیاستم به سمت لینگویال اکستنشن پیدا کند. مارچین ماچمفر است و با یک فرز بلند تیزر روند اند (long taper round-end) تراشیده می‌شود. مزایای این مارچین ظریف و کم عمق این است که در عین حفظ ساختار دندان، تکنیسین می‌داند که لامینیت را باید کجا ختم کند، امکان پرسنل گذاری با ضخامت بیشتر را دارد و دندانپزشک هم راحت‌تر می‌تواند رستوریشن را در محل صحیح خود نشانده و آن را سمان کند.



داشته باشد هم می توان از این روش استفاده کرد. کنترلر اندیکاسیون برای یک طرح درمان لامینیت بدون تراش، وجود کراپینگ و بیرون زدگی دندانها است. از جمله دیگر اندیکاسیون های لامینیت های بدون تراش می توان به سایش دندان های قدیمی در یک پلن اکلوزال نامناسب اشاره کرد.

## چرا دندان هایم را لامینیت کردم؟

مقدار کمی از دندان های من موقع صحبت و لبخند دیده می شدند. این مساله به خاطر اتریشن و سایش نبود بلکه به واسطه نوع لپ لاین اتفاق افتاده بود. رنگ آنها نیز به تدریج تغییر کرده بود. در نتیجه با توجه به تجربه ۲۵ ساله خود در درمان های زیبایی، تصمیم گرفتم تا ارتفاع دندان های خود را با لامینیت افزایش داده و آنها را بیرون تر بیاورم. با توجه به جمیع شرایط، دندان های من کاندید مناسبی برای لامینیت بدون تراش بودند. کار های لابراتواری در مان نیز توسط آقای امیر قهرمانی انجام شد.

## مراحل کار

روند کار به این صورت بود که قالبگیری با مواد سیلیکونی به شیوه معمول انجام شده و به لابراتوار ارسال شد. در لابراتوار، سرامیست بعد از ریختن قالب و تهیه کست های گچی بر اساس درخواست دندانپزشک لامینیت ها را با سرامیک مناسب می سازد. پیشنهاد من در اینجا استفاده از سرامیک های لیتیم دی سیلیکات تقویت شده با زیر کونیوم بود (celtra duo dentsply sirona) چرا که نسبت به سرامیک های دی سیلیکات معمول (مثل آنچه در سیستم e-max وجود دارد) از استحکام لبه ای و قدرت بیشتری برخوردار هستند و می توان با این سرامیک لبه های نازکتری را فرم داد. هیچ گونه تراشی روی دندان ها انجام نگرفت اما هنگام سمان کردن از همکار دندانپزشکی که زحمت سمان کردن لامینیت ها را تقبل کرده بود خواهش کردم به همین ترتیب با پامیس دندان ها را تمیز کند.

توصیه این که بهتر است دندان ها با پامیس تمیز شده و سندبلاست شوند. برای این کار می توان از سندبلاست های داخل دهانی استفاده کرد.

## میزان ترانسلوسنسی

در ساخت لامینیت ها به یک بسیار مهم باید توجه داشت و آن هم میزان ترانسلوسنسی دندان های طبیعی در سنین مختلف است که باید در لامینیت هم مد نظر قرار گیرد. طبعاً میزان ترانسلوسنسی دندان یک بیمار جوان با یک فرد میانسال متفاوت بوده و در بیماران جوان این میزان بیشتر است. اگر این مساله در ساخت لامینیت لحاظ نشود، لبخند فرد ظاهری مصنوعی و غیر واقعی پیدا خواهد کرد.

## ایجاد فضای برای نشست لامینیت

یکی از مشکلات مرتبط با درمان های لامینیت بدون تراش این است که لامینیت جایی برای نشست روی دندان ندارد. اگر دندان که قرار است به شیوه بدون تراش لامینیت شود یک پگ لترال است یا به هر دلیلی در اکلوزن نیست، مشکل خاصی نداریم و پرسنل می تواند به راحتی روی لبه انسیزال قرار گیرد.

دندان های من سایز و ابعاد طبیعی داشتند و در اکلوزن بودند. در نتیجه سرامیست باید روی لبه انسیزال دندان های اینسایزر و لبه اکلوزال دندان های پر مولر فرمی شبیه لچ ایجاد کرد تا لامینیت بتواند با کمک آن لچ روی دندان بنشیند. اگر چنین لبه ای در ساخت رستوریشن در نظر گرفته نشود، لامینیت عملاً روی هوا خواهد ماند و جایی برای نشست روی دندان ندارد. توجه کنید که بعد از سمان کردن، این لبه موقع تنظیم اکلوزن عملاً حذف شد. ابعاد این لبه بهتر است چیزی در حدود نیم میلی متر باشد.

## اورهنگ مارجین جینجیوالی

اشکال دیگری که در مورد لامینیت های بدون تراش به آن اشاره شده، مربوط به مارجین

جینجیوالی لامینیت است. با توجه به اینکه در این تکنیک دندان تراش نمی خورد، ضخامت پرسنل در لبه جینجیوالی می تواند مثل یک اورهنگ عمل کرده و به التهاب لثه منجر شود. برای حل این مشکل پیشنهاد من استفاده از سرامیک های لیتیم دی سیلیکات تقویت شده با زیر کونیوم بود. این سرامیک ها با داشتن ده درصد محتوای زیر کونیوم، مقاومت لبه ای بالاتری از سرامیک های رایج دی سیلیکات داشته و سرامیست توانست مارجین هایی با ضخامت بسیار کم را فرم دهد. حتی سرامیست ما در ناحیه مارجین جینجیوالی حالتی شبیه بول ایجاد کرد تا ضخامت پرسنل مشکلی برای سلامت لثه ایجاد نکند. البته باید توجه داشت که این کار، بسیار دقیق و حساس بوده و باید با حوصله و ظرافت انجام شود. موقع سمان کردن من از همکارم خواهش کردم سمان های اضافی در ناحیه مارجینال نیز با فرز برداشته نشده و از یک براش برای حذف آنها استفاده شود. در صورتی که بیمار بهداشت مطلوبی داشته باشد و مارجین جینجیوالی لامینیت به شکلی که اشاره شد ساخته شود، این فرم از لامینیت های بدون تراش باعث التهاب لثه نخواهد شد. در مورد خود من بعد از گذشت چند هفته هیچ التهابی در لثه دیده نمی شد و حساسیت ناحیه سرویکال دندان ها که تا پیش از درمان وجود داشت، به سرعت بر طرف شد.

## مدیریت شرایط دندان های مندیبولار

در مورد اینسایزر های مندیبولار باید گفت اگر بیمار این بابت داشته باشد می توان از لامینیت های بدون تراش برای افزایش ارتفاع آنها استفاده کرد اما چون معمولاً دندان های فک پایین با دندان های بالا در تماس هستند، به ناچار باید در حدود یک میلی متر از لبه انسیزال آنها کوتاه شود. اما اگر باقی شرایط وجود داشته باشد می توان بدون تراش دادن سطح فاسیال، از لامینیت های بدون تراش استفاده کرد. با این حال عمده اندیکاسیون لامینیت های بدون تراش برای دندان های ماگزیلاری است و توصیه می شود برای هماهنگی رنگ، دندان های قدیمی مندیبولار بلیچینگ شوند.



## Article

در سالهای اخیر تمایل به درمان‌های زیبایی در ناحیه استتیک به شدت افزایش یافته و حتی می‌توان گفت این مساله حالت بیمارگونه پیدا کرده چراکه برخی از بیماران با وجود داشتن مشکلات بسیار مهمتر در نواحی خلفی دهان، به اصرار می‌خواهند ویتربین چهره خود را اصلاح کنند که وظیفه دندانپزشک است آنها را نسبت به اولویت این درمان‌ها آگاه کند. اما از این واقعیت نباید چشم پوشی کرد که ما در دوره دندانپزشکی زیبایی و در عصر رستوریشن‌های تمام سرامیکی زندگی می‌کنیم.

در این مبحث انتخاب سرامیک مناسب برای رستوریشن‌های فول کاورج قدمی بررسی خواهند شد. بنابراین با بیماری طرف هستیم که یا دندان‌هایش بشدت تخریب شده یا پوسیدگی‌های متعدد دارد یا ویتربین‌های سرامیکی یا کامپوزیتی قدیمی دارد که بعد از چند سال آنها را برداشسته و حالا به دلیل تراش عمیق قدیمی یا شراپتی که به تازگی به وجود آمده، سطح باند ما به داخل عاج منتقل شده است و ریتنشن کافی نخواهیم داشت. گاهی اوقات بیمار دپ بایت است یا درمان‌های قدیمی محافظه کارانه داشته که بخاطر استرس و پارافانکشن مرتب دچار شکستگی یا جدا شدن می‌شوند و حالا بعد از چند تلاش ناموفق دندانپزشک چاره‌ای بجز انجام یک درمان فول کاورج ندارد.

## انتخاب سرامیک و نکات مهم دیگر در رستوریشن‌های تمام سرامیکی قدامی



دکتر رضا ناهیدی  
پروستودونتیست - ایمپلنتولوژیست  
عضو هیات علمی دانشکده  
دندانپزشکی دانشگاه آزاد تهران

اینکه ۵۰ درصد دندان از دست رفته یا نه کار راحتی نیست و ما هم در کلینیک ترازویی برای سنجش نداریم. پیشنهاد من این است که اگر در یک دندان قدمی در حد ۲ میلی‌متر فول باقی مانده، این دندان نیاز به پست کستینگ دارد و حتی پست‌های پیش ساخته هم کمکی به ما نخواهند کرد.

### چه پستی استفاده کنیم؟

مشکل بزرگ پستهای کستینگ در استتیک زون (علاوه بر مشکلاتی نظیر خطر و جینگ ریشه) سایه خاکستری رنگ پست است که ممکن است از زیر رستوریشن تمام سرامیکی دیده شود. چند راه برای حل این مشکل وجود دارد: یک اینکه بعد از امتحان پست و اطمینان از مطلوب بودن شرایط، از لابراتوار بخواهید یک لایه پرسلن اپک روی پست اضافه کند. بدین ترتیب فلز پوشانده خواهد شد. راه دیگر اینکه سرامیکی انتخاب کنیم که رنگ فلزی پست را پوشش دهد. بهترین ماده در این شرایط پرسلن فیوز شده به زیرکونیوم (Porcelain Fused To Zirconium/PFZ) است. این رستوریشن یک کور کاملاً اپک دارد که رنگ سوبسترای زیرین را به

نان و اپتال اندو شده دارد. بنابراین کلینیسین باید از انجام تراش‌های خیلی عمیق و سنگین پرهیز کرده و حتماً در فواصل بین درمان از رستوریشن‌های موقتی با کیفیت استفاده کند. اما گاهی با شراپتی روبرو هستیم که حیات پالپ همین الان هم در معرض خطر است و درمان ما قطعاً آن را بدتر می‌کند. در این وضعیت بهتر است ابتدا دندان اندو شده و بعد درمان رستوریتیو آغاز شود. مثلاً اگر تراش قبلی خیلی عمیق بوده، دندان قبلاً پالپ کپ شده، یا نسج دندان طوری تخریب شده که جایی برای ریتنشن رستوریشن وجود ندارد ناچاریم دندان را اندو کنیم.

### پست آری یا نه؟

یک بحث بسیار مهم اینکه در دندان اندو شده پست بگذاریم یا نه؟ و اگر نیاز به پست داریم چه پستی؟ اگر دندان قدامی در حد یک اکسس نسج از دست داده یا ضایعات پوسیدگی پروگزیمالی بسیار کوچکی دارد، نیازی به پست نخواهد داشت. در کتاب‌ها اشاره شده که اگر دندان بیش از ۵۰ درصد ساختار تاجی را از دست داده بود باید درمان پست انجام شود. تشخیص

### درمان محافظه‌کارانه یا درمان تهاجمی؟

در حال حاضر مشکلی با برخی بیماران وجود دارد به این صورت که به واسطه تبلیغات بعضاً نادرست در فضای مجازی، بیماران تصور می‌کنند لامینیت‌های پرسلن در هر شراپتی قابل استفاده بوده و وقتی با طرح درمان رستوریشن فول کاورج روبرو می‌شوند، مخالفت می‌کنند. متأسفانه برخی از همکاران آنقدر به انجام درمان‌های محافظه‌کارانه اصرار دارند که به قول معروف از آنطرف پشت بام پرت می‌شوند. گاهی اوقات لازم است برای موفقیت بلند مدت، از یک درمان تهاجمی‌تر استفاده کنیم مثل کراون کردن دندان‌های پرمولر فک بالا بعد از اندو که صراحتاً در کتاب شیلینبرگ به آن اشاره شده است. باز هم طبق معمول همه چیز به کیس سلکشن دقیق مربوط می‌شود.

### چه موقع اندو کنیم؟

دندانپزشک باید تلاش کند تا وایتالیته دندان را حفظ کند چراکه اجماع کلی بر این است که دندان و اپتال ماندگاری بیشتری از یک دندان

## چرا باید متریال خود را بشناسیم؟

اگر کسی می‌خواهد در ناحیه استتیک دست به درمان بزند باید با متریال مورد استفاده در این درمان‌ها آشنایی کامل داشته باشد و با توجه به تغییر و تحولاتی که گاهی روزانه در این زمینه رخ می‌دهد باید اطلاعات خود را مرتب به روز کند. شاید مطالعه بحث‌هایی مثل شناخت ساختار سرامیک‌ها، انتخاب سمان مناسب، باندینگ مطلوب و مواردی از این دست خسته کننده و کسالت آور باشند ولی اگر کسی با این مواد آشنا نبوده و نتواند با آگاهی کامل مواد و متریال مورد نیاز خود را با توجه به شرایط بیمار انتخاب کند، بطور قطع نمی‌تواند درمان مطلوبی برای بیمار انجام دهد.

## چه سرامیک‌هایی داریم؟

بطور کلی ما سه نوع سرامیک در اختیار داریم و دندانپزشک باید با آگاهی نسبت به شرایط بیمار از بین این سه، ماده مطلوب را انتخاب کند. در اینجا یک طیف وجود دارد. یک سر این طیف سرامیک‌های فلدسپاتیک قرار دارند. این سرامیک‌ها زیبایی فوق العاده‌ای دارند ولی در عین حال نسبتاً ضعیف و شکننده هستند. سر دیگر طیف سرامیک‌های زیر کونیاپی پلی کریستالاین مونولیتیک با استحکام بسیار بالا قرار دارند. این سرامیک‌ها تا ظهور انواع ترانسلسونت و مالتی لیر (multi layer)

در استتیک زون، ارتباط فعال و موثر با لابراتوار و تکنسین است. تکنسین شما باید دقیقاً بداند که سوبسترای زیرین شما چه رنگی دارد. در غیراینصورت شما تطابق رنگ مطلوبی با دندان‌های کناری نخواهید داشت. در اینجا یا باید با عکاسی، تصاویر دقیق و با کیفیتی از شرایط دندان‌های اطراف و سوبسترای زیرین در اختیار سرامیست قرار دهید یا برای او وضعیت را به طور دقیق توضیح دهید. با توجه به تجربه شخصی، پیشنهاد من استفاده از امکانات بی-نظیر دندانپزشکی دیجیتال است. وقتی شما با یک اسکنر وضعیت دندان را اسکن کرده و آن را به لابراتوار انتقال دهید، ضریب خطا به شدت کاهش خواهد یافت.

## سمان در تغییر رنگ چقدر تاثیرگذار است؟

واقعیت این است که سمان در تغییر رنگ رستوریشن نقش دارد، ولی اثر آن از سایر فاکتورها کمتر است. در واقع اگر نتوان رنگ مطلوبی از طریق خود رستوریشن ایجاد کرد، با سمان نمی‌شود تغییر خیلی زیادی در رنگ ایجاد کرد. مثلاً اگر سایه خاکستری فلز به هر دلیلی از ورای رستوریشن دیده می‌شود، در صورتی که این سایه خیلی شدید و واضح نباشد با سمان‌های آپک می‌توان آن را مخفی کرد ولی اگر این سایه خیلی واضح و مشخص باشد تنها راه تعویض کور رستوریشن و استفاده از یک کور آپک با ترانسلسنسی پایین است.

خوبی مخفی می‌کند. اما باید توجه داشت که بخاطر همین آپک بودن کور، عمق تراش باید کافی باشد تا فضا برای قرارگیری سرامیک وجود داشته باشد. در غیراین صورت گرچه رنگ فلز پوشانده شده ولی بخاطر ضخامت ناکافی سرامیک، در نهایت یک رستوریشن آپک و نان وایتال خواهیم داشت.

پست‌های زیر کونیاپی زیبایی مطلوبی دارند ولی معایب آنها در حدی است که باعث شده چندان مورد استفاده قرار نگیرند. این پست‌ها مثل پست‌های ریختگی ضریب الاستیسیتی بسیار بالایی دارند که با عاج دندان تفاوت زیادی داشته و می‌توانند به شکستگی ریشه منجر شوند. در عین حال اگر پست زیر کونیاپی داخل ریشه شکسته شود خارج کردنش بسیار دشوار است.

پست‌های فایبر هم برای دندانهای قدیمی اصولاً انتخاب مناسبی نیستند چون بخاطر فرم مورفولوژیک دندان‌های قدیمی، وقتی تراش شما تمام شد، عملاً فقط یک فایبر پست در مرکز دندان باقی می‌ماند و مقداری کامپازیت در عین حال برخلاف آنچه درباره پست‌های فایبر تبلیغ می‌شود، خارج کردن این پست‌ها از داخل کانال نه تنها کار راحتی نیست بلکه بسیار مشکل بوده و به راحتی ممکن است به پر فوریشن ریشه منجر شود.

## چطور به لابراتوار منتقل کنیم؟

یکی از مهمترین بخش‌های بازسازی دندان‌ها



بیمار آقای است که قبلاً در مان آر تودونسی داشته و دندان‌های قدیمی با کامپوزیت ونیر شده‌اند. روی دندان ۲،۲ هم یک روکش قدیمی متال سر امیک قرار دارد. ونیرهای کامپوزیتی به مرور زمان دچار تغییر رنگ و لیکچ شده‌اند. ونیرهای کامپوزیتی و کرون قدیمی برداشته شده، دندان ۲،۲ با یک کرون تمام سر امیک و باقی دندان‌ها با لامینیت‌های e-max درمان شدند. درمان توسط دکتر رضاناھیدی

نام راهنمای قدامی یا همان انتریور گایدنس. دندانپزشک نمی تواند بی محابا ساختار دندان های قدامی را دست کاری کند و انتظار داشته باشد انتریور گایدنس تغییر نکند. در نتیجه ما نمی توانیم بدون مطالعه و بررسی شرایط، دندان های بیمار را بلند کنیم یا خرگوشی کنیم!

این کار می تواند آسیب های شدیدی به سیستم جوندن بیمار وارد کند. اگر دندانپزشک بدون توجه به نیروهای اکلوزالی توزیع شده در ناحیه قدامی، فرضا یک روکش سرامیکی layered کار کند به راحتی ممکن است این روکش در اثر load بالا دچار شکستگی و پریدگی شود.

### جایگاه متال سرامیک چیست؟

رستوریشن های متال سرامیک اگر درست استفاده شوند هنوز هم در نواحی قدامی جایگاه قابل توجهی دارند. مساله مهم در مورد روکش های متال سرامیک یکی تراش کافی و تامین هندسه صحیح تراش و دوم رعایت تکنیک صحیح ساخت از طرف لابراتوار است. اگر این دو مورد با دقت رعایت شوند، روکش های متال سرامیک کماکان می توانند زیبایی مطلوبی را برای بیماران تامین کنند کما اینکه اساتید ما در رشته پروتز سالیان سال با همین کراون ها، استتیک بیماران را تامین کرده اند که هنوز هم پس از گذشت سال ها هم استتیک درمان مطلوب است، هم مارجینال فیتنس عالی است و هم بافت های نگهدارنده دندان سلامت هستند.

منتها با توجه به حرکت برق آسا به سمت دندانپزشکی دیجیتال و پیشرفت های چشمگیر در زمینه سرامیک ها، شخصا پیش بینی می کنم کراون های متال سرامیک بیش از پیش به حاشیه رانده شده و کم کم بطور کامل کنار گذاشته شوند.

### هنر دست تکنیسین

در درمان های غیر مستقیم باید توجه داشت که آنچه در نهایت در دهان بیمار قرار می گیرد هنر تکنیسین است که البته باید دندانپزشک نظرات و اصلاحات مطلوب را به آن بیفزاید.

هر چقدر هم دندانپزشک تراش دقیق و بی نقصی انجام دهد، جلوه کار را تکنیسین انجام می دهد. در نتیجه انتخاب لابراتوار یکی از ارکان درمان های رستوریتیو غیر مستقیم محسوب می شود.

زیبایی مطلوبی را تامین نمی کردند چراکه بخاطر تراکم بسیار بالای کریستال ها، بسیار اپک بوده و بازتاب نور مناسبی ندارند. در وسط این طیف سرامیک های دی سیلیکات قرار دارند مثل سرامیک معروف ای مکس (E-Max) محصول شرکت ایوو کلار و یو ادنت. اخیرا در همین رده مواد دی سیلیکات تقویت شده با زیر کونیا هم به بازار آمده است.

در مورد رستوریشن های فول کاورج تمام سرامیکی، ما از فلدسپاتیک ها استفاده نمی کنیم. حتی امروزه برای لامینیت های سرامیکی هم انتخاب شخصی خودم استفاده از دی سیلیکات ها است نه فلدسپاتیک ها چون احتمال شکستگی سرامیک های فلدسپاتیک نسبتا بالا است.

### یکپارچه یا لایه لایه؟

از جنبه انتخاب مواد، برای یک رستوریشن فول کاورج قدامی ۴ گزینه داریم. مواد ما یا مونولیتیک (بصورت ساختار یکپارچه) خواهند بود یا لایه لایه. در شرایطی از مواد لایه لایه (layered) استفاده می کنیم که تامین رنگ مطلوب با ساختار های مونولیتیک امکان پذیر نباشد و ناچار باشیم ویژگی ها (characterization) پیچیده ای را روی دندان طراحی کنیم. توجه کنیم که هم سرامیک های دی سیلیکات و هم سرامیک های زیر کونیا می توانند مونولیتیک یا لایه لایه باشند. پس گزینه های ما عبارتند از دی سیلیکات بصورت مونولیتیک یا لایه لایه و زیر کونیا بصورت مونولیتیک یا لایه لایه.

وقتی ما ساختار یکپارچه داشته باشیم خطر پریدگی و شکستگی و جدا شدن کمتر می شود. اما مونولیتیک ها به ویژه در مورد زیر کونیوم های مونولیتیک یکی دو ایراد مهم دارند. یکی اینکه بسیار سخت هستند و ادجاست کردن آنها کار راحتی نیست. ایراد دیگر اینکه ایجاد رنگ مطلوب بخصوص در نسل های قدیمی تر این مواد کمی مشکل است.

البته نسل های جدیدتر زیر کونیوم در استتیک زون قابل استفاده هستند ولی باید توجه کرد که هر چه زیبایی زیر کونیوم های جدید بیشتر شده به همان ترتیب استحکام آنها کاهش یافته و به حد سرامیک های دی سیلیکات رسیده است گرچه همین مقدار استحکام هم بسیار خوب و مطلوب است.

### اکلوژن در قدام چقدر مهم است؟

ما در قدام شاخص بی نهایت مهمی داریم به



بیمار خانم جوانی است با دیپ بایت شدید که کیس ارتوسرجری بوده ولی تمایلی به جراحی نداشته است. قبل از جراحی بیمار جراحی کران لنت انجام شده و دندان ها با کراون های PFZ روکش شده اند. به دلیل فرم اکلوزن بیمار، لایه پرسلن این کراون ها مرتب دچار پریدگی می شدند. با توجه به وضعیت اکلوزن، نسج دندان باقیمانده و اینکه دیگر امکان جراحی افزایش طول تاج وجود نداشت، برای بیمار از روکش های زیر کونیوم ترانسلو سنت مونولیتیک استفاده شد. رنگ دندان به درخواست خود بیمار روشن تر انتخاب شد. این کیس نشان می دهد که می توان از روکش های زیر کونیوم در استتیک زون هم استفاده کرد. درمان توسط دکتر رضا ناهیدی



*Happy  
Nowrooz*

# Confidentist

Study Smart, \_\_\_\_\_  
Practice with Confidence

- Assessment of Clinical Judgment
- Assessment of Fundamental Knowledge
- Assessment of Clinical Skills  
Board/OSCE Preparatory



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



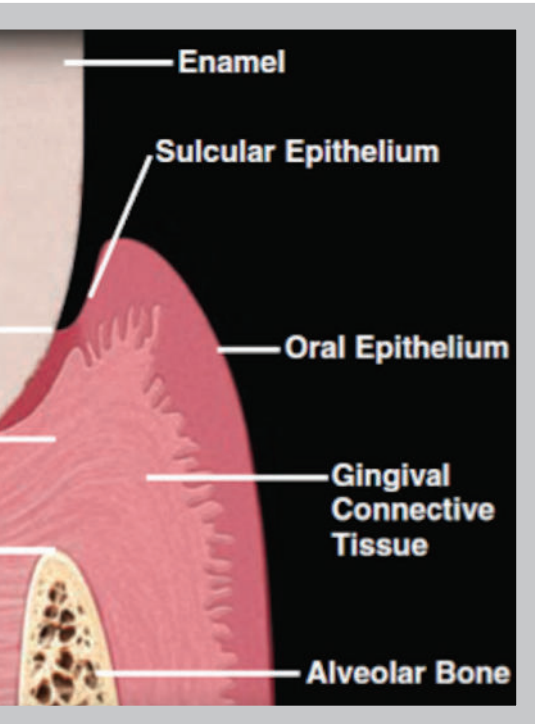
[www.facebook.com/confidentist](http://www.facebook.com/confidentist)

## Article

# جراحی استتیک افزایش طول تاج (- Esthetic Crown Lengthen- ing Procedure) یک خلاصه کاربردی



دکتر رامین ازقندی  
پریودونتیست - ایمپلنتولوژیست  
واشنگتن دی سی؛  
ایالات متحده آمریکا



قاعده کلی برای این است که اگر دست کم عمق سالکوس ۱ میلی متر است، در اغلب موارد جینجیوکتومی برای دستیابی به نتیجه مطلوب کافی خواهد بود. حتی با وجود حداقل مقدار یک میلی متری، باید اطمینان حاصل کرد که پس از جینجیوکتومی، ۳ میلی متر لثه کراتینیزه چسبیده باقی خواهد ماند. در چنین مواردی اپیکالی پزیشن فلیپ درمان انتخابی ما خواهد بود. در شرایطی که ۱ میلی متر سالکوس وجود نداشته باشد، برای برقراری یک عرض بیولوژیکی جدید باید تغییراتی روی استخوان زیرین انجام شود تا به صورت ایده آل ۱ میلی متر سالکوس و ۳ میلی متر از مارجین لثه تا لبه استخوان وجود داشته باشد.

ما بعنوان کلینیسیین هنگام دستکاری ساختار نرمال پریودونشیوم باید همیشه احتمال ریلیس را نیز در نظر داشته باشیم. طبیعت نیز معمولاً از اینکه به اجبار به یک سمت برده شود خرسند نخواهد بود. مثال دم دستی آن ارتودونتیکیس است. همه ما دیده ایم چه اتفاقی ممکن است رخ دهد و چقدر هم سریع درمان می تواند دچار ریلیس شود؛ حتی پس از سال ها پراکتیس و تجربه و محاسبه دقیق حرکت دندان ها، به صرف استفاده نکردن از ریترینر، همه چیز به سرعت به حالت اول باز خواهد گشت. تثبیت یک عرض بیولوژیکی جدید هم تابع همین قانون طبیعت یعنی ریلیس است و بنابراین برای کاهش احتمال ریلیس، مراحل زیر باید دنبال شوند:

صحتی از لثه برداشته شده و بدین ترتیب گامی اسمایل بیمار کاهش می یابد که به نوبه خود سلامت و ظاهر (لبخند) را بهبود می بخشد. بطور کلی اهداف جراحی استتیک افزایش طول تاج عبارتند از:

- افزایش طول تاج
  - بهبود ایمرجنس پروفایل
  - بهبود قرینگی (لبخند)
  - بهبود نسبت طول به عرض
- برای رسیدن به یک تشخیص صحیح و تنظیم یک طرح درمان مناسب برای جراحی استتیک افزایش طول تاج، لازم است در ابتدا مفهوم عرض بیولوژیکی (Biological Width) را مورد بررسی قرار دهیم.

مقالات عرض بیولوژیکی را طبق آنچه در تصویر مشاهده می کنید تقریباً ۳ میلی متر تخمین می زنند که ۱ میلی متر آن متعلق به فضای سالکوس است. باید توجه داشت که امروزه بر خلاف گذشته این اندازه -گیری به عنوان یک عدد ثابت پذیرفته نمی شود.

در ابتدا و پیش از پرداختن به سایر جزئیات دو نوع جراحی افزایش طول تاج را معرفی می کنیم:

## جراحی فانکشنال افزایش طول تاج (Functional Crown Lengthening Procedure)

برداشتن (excision) بافت لثه و در اغلب موارد استخوان زیرین برای دسترسی بهتر جهت ساخت رستوریشن با عنوان Functional Crown Lengthening می شود. چنین درمانی امکان دسترسی بهتر به پوسیدگی های عمیق یا سایر صدمات ساختاری را جهت تراش برای درمان های رستوریتو فراهم می آورد.

## جراحی استتیک افزایش طول تاج (Esthetic Crown Lengthening Procedure)

این نوع جراحی اساساً برای برقراری تعادل بین نسبت سفید به صورتی لبخند طراحی شده است. در جراحی استتیک افزایش طول تاج، مقدار



کرونالی تر جابجا شود. همچنین باید توجه داشت که بین لبیال و اینتر پروگزیمال ریداکشن تفاوت وجود دارد. در حالی که جینجیوکتومی/جینجیوپلاستی در سطح لبیال می‌تواند در موارد کوتاه بودن تاج کلینیکی باعث بهبود استتیک شود، همین کار در نواحی اینتر پروگزیمال می‌تواند نتیجه‌ای معکوس در پی داشته باشد چرا که امبرازورها باز شده و مثلث‌های سیاه ایجاد خواهند شد (به دلیل از دست رفتن پاپیلا). مجدداً تاکید می‌کنیم، در مواردی که نیاز برای اینتر پروگزیمال ریداکشن استخوانی وجود دارد، سایر روش‌های درمانی نیز باید مد نظر قرار گیرند تا نتایج نامطلوب استتیک اتفاق نیفتند.



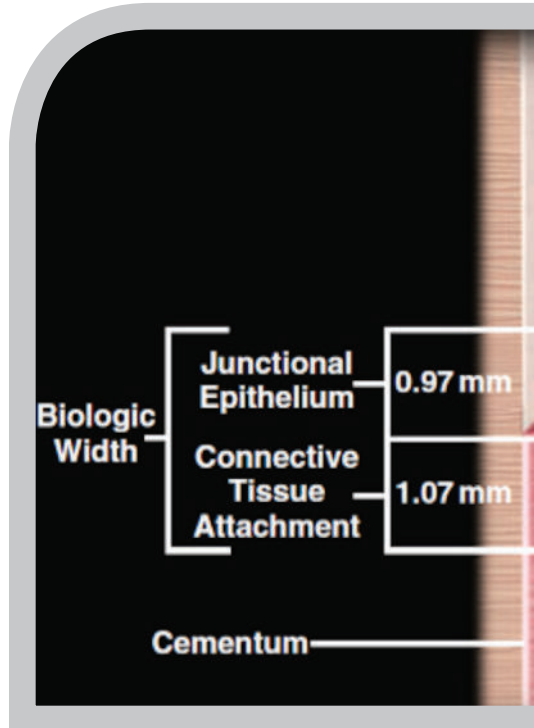
جراحی استتیک افزایش طول تاج (Esthetic Crown Lengthening Procedure). درمان توسط دکتر رامین ازقندی

دندان قبلا درمان‌های رستوریتو سنگینی دریافت کرده باشد، آنگاه باید برای دستیابی به نتیجه استتیک مطلوب، سایر گزینه‌ها را مد نظر قرار داد.

همانطور که می‌دانیم، پروگنوز بلند مدت یک دندان با نسبت تاج به ریشه کمتر از حد ایده‌آل، ارتباط تنگاتنگی با دینامیک اکلوژالی دارد. اگر قرار است نسبت تاج به ریشه فدا شود، بیومکانیک دندان باید به دقت ارزیابی شده تا از قابل پیش بینی بودن نتیجه نهایی درمان اطمینان حاصل شود. این کار با تعیین موقعیت دندان در استتیک زون آغاز می‌شود. دینامیک فعلی این دندان چیست؟ وضعیت اکلوژن چگونه است؟ در قوس مقابل دندان طبیعی قرار دارد یا پروتز؟ آیا پروتز متکی بر بافت است یا توسط فریم‌ورک یا ایمپلنت ساپورت می‌شود؟ پاسخ به هر یک از این پرسش‌ها در فرآیند تصمیم‌گیری مهم و تاثیرگذار هستند. مثلاً یک پروتز متکی بر بافت اثر کمتری بر یک دندان با نسبت نامطلوب تاج به ریشه دارد تا یک بریج متکی بر ایمپلنت.

### افزایش طول تاج فاسیال یا اینتر پروگزیمال

۲ وضعیت پیش از درمان لبه آزاد لته، فاکتوری حیاتی در الگوریتم تصمیم‌گیری محسوب می‌شود. در مواردی که رویش تغییر یافته (altered eruption) اتفاق افتاده باشد، لبه لته کرونالی-تر از CEJ است و معمولاً می‌توان به نتایج درمانی رضایت بخش و قابل پیش‌بینی دست یافت. با این حال در مواردی که لبه لته در حد CEJ یا اپیکالی‌تر از آن باشد، ممکن است نیاز باشد تا با کمک درمان ارتودونسی (فورسدر اپاشن)، کمپلکس پرویودونتانال به موقعیتی



- انجام سوندینگ استخوان
- انجام جینجیوکتومی برای رسیدن به موقعیت ایده‌آل
- قرار دادن یک رستوریشن موقتی با مارجین‌های دقیق و واضح
- انجام ریکانورینگ استخوانی در صورت نیاز

### جراحی استتیک افزایش طول تاج: راهنمای تصمیم‌گیری

همه با این جمله آشنا هستیم که زیبایی در چشم بیننده است. با در نظر گرفتن این مساله، اهمیت آگاه کردن بیمار نسبت به آنچه قرار است اتفاق بیفتد نقشی اساسی در تصمیم‌گیری ما خواهد داشت. وقتی بیمار نسبت به فرآیند درمانی اطلاعات کافی کسب کرد آن‌گاه می‌توان تصمیم گرفت که آیا جراحی استتیک افزایش طول تاج اندیکاسیون دارد یا خیر. برای ساده‌تر شدن الگوریتم، فرض می‌کنیم که قرار است این جراحی برای یک دندان انجام شود:

#### ارزیابی ریسک فاکتورها

۱ به طور کلی، ابتدا باید نسبت فعلی تاج به ریشه مد نظر قرار گیرد. اغلب پرویودونتیست‌ها اتفاق نظر دارند که اگر جراحی افزایش طول تاج باعث ایجاد نسبت نامطلوب تاج به ریشه شود یا اینکه

## Article

## ۱- علت از دست رفتن دندان

دندانها به دلایل مختلفی ممکن است از دست رفته یا قابل نگهداری نباشد. بیماری های پیشرفته پرپودونتال، پوسیدگی های شدید و وسیع، بیماری های پیشرفته اندودونتیک، تروما، درمان های ناقص قدیمی یا علل مادرزادی در زمره علل از دست رفتن دندان ها هستند. در قدام ماگز یلا به دلیل حساسیت تکنیکی بسیار بالا و نیاز مبرم به ذره ذره استخوان موجود، دانستن علت از دست رفتن دندان ممکن است استراتژی و طرح درمان را به طور کامل تغییر دهد. مثلاً اگر دندان بر اثر یک درمان اندودونتیک ناقص و آیسسه مزمن قادر به نگهداری نیست، دندانپزشک باید این احتمال را در نظر بگیرد که استخوان ناحیه فاسیال تخریب شده و در صورت کنار زدن فلپ با یک دهی سنس یا فنستریشن نسبتاً بزرگ روبرو خواهد شد. در این شرایط قطعاً جایگذاری فوری ایمپلنت ریسک بسیار بالایی داشته و بهتر است بعد از اکسترکشن، از تکنیک های حفظ ساکت استفاده شده و بعد از گذشت چند ماه، جراحی فرارگیری ایمپلنت انجام شود. یا فرضاً اگر علت از دست رفتن دندان بیماری پرپودونتال است، دندانپزشک باید پس از اطمینان از رعایت دقیق بهداشت دهان توسط بیمار درمان ایمپلنت را آغاز کند چراکه تداوم بهداشت نامناسب قطعاً به شکست درمان منتهی خواهد شد.

## ۲- چقدر استخوان کافی است؟

در قدام ماگز یلا بطور کلی در ناحیه باکال با استخوان نازکی روبرو هستیم که به سادگی ممکن

## نکاتی برای جراحی ایمپلنت در ناحیه استتیک

بدون شک یکی از دشوارترین درمان های جراحی در حیطه دندانپزشکی ایمپلنت، جراحی در قدام ماگز یلا یا همان ناحیه استتیک است. حساسیت جراحی در این ناحیه در حدی است که گاهی از آن به قدم زدن در میدان مین یاد می شود. جراحی ایمپلنت به جای یک یا چند دندان قدامی ماگز یلاری به راحتی می تواند به یک چالش پایان ناپذیر برای دندانپزشک و بیمار تبدیل شود. بنابراین انتخاب مناسب کیس و تبعیت از پروتکل های درمانی باید با نهایت دقت همراه باشند تا احتمال خطا حین درمان به حداقل ممکن کاهش یابد. در این نوشتار به طور خلاصه به چند نکته مهم در ارتباط با جراحی ایمپلنت در ناحیه استتیک خواهیم پرداخت.

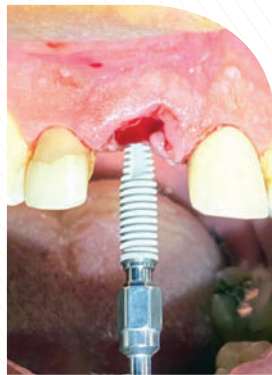
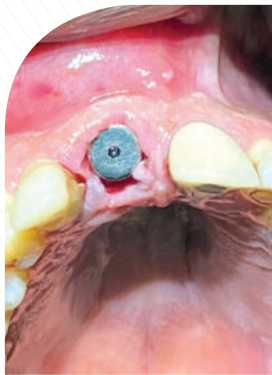


دکتر علیرضا  
جهانگیرنیا

متخصص جراحی دهان و فک  
و صورت، ایمپلنتولوژیست  
عضو هیأت مدیره جامعه  
دندانپزشکی ایران



دکتر علیرضا آنتوری  
دندانپزشک



اکسترکشن با حداقل تروما و جایگذاری فوری ایمپلنت با در نظر گرفتن شرایط استخوان و وضعیت بافت نرم (درمان توسط دکتر جهانگیرنیا).

حفظ شده و از کلاپس بافت نرم جلوگیری شود. با این حال اگر شرایط زیر وجود داشته باشند این روش منع تجویز دارد: وجود علائمی از ضایعات پاتولوژیک پری آپیکال، بیماری پرپودونتال حاد، عفونت یا دیفکت های استخوان، شکل ریشه دندان کشیده شده اجازه قرار دادن یک ایمپلنت مطلوب را ندهد یا کمتر از ۵ میلی متر استخوان فراتر از آپکس ریشه باشد که اجازه ثبات اولیه را ندهد. وقتی این روش انتخاب می شود، مهم است که از یک تکنیک اکسترکشن بدون تروما استفاده شود و برش ها طوری طراحی شوند که پاپیلا حفظ شده و بافت های اطراف ساپورت شوند تا تحلیل بافت نرم به حداقل برسد.

اما باید توجه داشت که پس از اکسترکشن دندان، ضخامت استخوان باکال گاهی کمتر از یک و نیم میلی متر بوده و این مساله خطر تحلیل استخوان را افزایش می دهد. مساله بعدی اینکه در جایگذاری فوری برای تامین ثبات اولیه لازم است فیکسچر عمیق تر از ناحیه اپیکال ساکت قرار داده شود. همین مساله ممکن است با کمی بی دقتی بخصوص در انتخاب طول فیکسچر، به قرارگیری بیش از حد اپیکالی ایمپلنت منجر شده و بازسازی ایمپلنت با پروتز را به لحاظ استتیک به یک چالش جدی تبدیل کند. چنین شرایطی ممکن است به ساخته شدن یک کراون قدیمی بلند و بی قواره منتهی شود. مساله بعدی اینکه معمولا در جایگذاری فوری، فلپ بافت نرم مشابه آنچه در بارگذاری تاخیری انجام می شود، کنار زده نشده و در نتیجه دندانپزشک ممکن است دیفکت های احتمالی در کور تکس باکالی را از قلم بیندازد. در نتیجه توصیه می شود اگر حتی در صدی در ایده آل بودن کامل شرایط شک دارید، از روش جایگذاری تاخیری برای جراحی ایمپلنت در ناحیه استتیک استفاده کنید.

### ۴- مدیریت بافت نرم

یکی از مهمترین چالش های ایمپلنت در قدام ماگزایلا، به مدیریت صحیح بافت نرم باز می گردد. واضح است که اگر بافت نرم کیفیت و وضعیت مطلوبی نداشته باشد، لیختد بیمار زیبایی قابل قبولی نخواهد داشت. از جمله نکات اصلی در این زمینه می توان به میزان بافت کراتینیزه اشاره کرد. اصولا برای داشتن زیبایی مطلوب در ناحیه استتیک، وجود یک نوار ضخیم و قطور بافت کراتینیزه ضروری است. اگر در ناحیه استتیک بافت کراتینیزه کافی نداشته باشیم، خطر تحلیل لثه، اکسپوز شدن قطعات فلزی و ناراحتی بیمار موقع مسواک زدن و غذا خوردن وجود خواهد داشت. بنابراین لازم است پیش از جایگذاری ایمپلنت مقدار لثه



جایگذاری فوری بدون توجه به ضخامت و شرایط استخوان در محل دندان کشیده شده به شکست کامل ایمپلنت ها منجر شده است. (ارجاع داده شده به دکتر جهانگیر نیا)

ضخامت یک و نیم میلی متری، باز هم استخوان باکالی را با گرفت های استخوانی آگمنت کنید.

### ۳- جایگذاری فوری یا تاخیری؟

جایگذاری فوری و تاخیری هر کدام مزایا و معایب خاص خود را دارند. اما در ناحیه استتیک که یک اشتباه کوچک ممکن است به قیمت نابودی کل درمان تمام شود باید با احتیاط و حتی وسواس پروتکل مربوط به جراحی فوری یا تاخیری را اجرا کرد. بسیاری از دندانپزشکان ترجیح می دهند بلافاصله بعد از خارج کردن دندان، ایمپلنت را در ساکت قرار داده و از مزیت سرعت و پزیشن دیکته شده توسط ساکت خالی دندان بهره مند شوند. در این حالت می توان یک یا کراون موقتی را فورا در محل قرار داد تا ساختار بافت نرم بین دندانی

است بعد از تکمیل درمان، دچار تحلیل شده و به دنبال تحلیل ثانویه بافت نرم، عملا دندانپزشک را با یک دردسر بزرگ روبرو کند. بنابراین بهتر است در زمان انتخاب قطر مطلوب ایمپلنت، ضخامت استخوان در ناحیه باکال به دقت بررسی شود. برخی محققان حداقل ضخامت مطلوب برای استخوان باکال در ناحیه استتیک را یک و نیم میلیمتر و برخی دیگر یک و هشت دهم میلیمتر عنوان کرده اند. توصیه بر این است که ضخامت استخوان باکال در هیچ حالتی پس از جراحی کمتر از یک و نیم میلی متر نباشد. پس اگر می بینید که انتخاب یک فیکسچر با قطر چهار و نیم ضخامت استخوان باکال را به زیر یک و نیم میلی متر کاهش می دهد، از یک فیکسچر با سایز کوچکتر مثلا در اینجا با قطر ۴ استفاده کنید. در عین حال، توصیه می شود حتی در صورت وجود

باید ۱ میلی متر آپیکالی تر قرار داده شود. برای پیشگیری از زاویه فاسیالی و نسبت نامناسب کراون به ایمپلنت و ارتباط نامناسب اکلوزالی، یک زاویه پالاتالی ۵ درجه ای برای ایمپلنت پیشنهاد می شود.

موقعیت آپیکو کرونالی ایده آل کلار ایمپلنت با کانتور دنتیشن اطراف نیز قابل تعیین است. اگر روی دندان های کناری تحلیل لثه وجود نداشته باشد، ایمپلنت باید ۲ میلی متر آپیکالی تر از خط CEJ دندان های کناری قرار گیرد. اما اگر روی دندان های مجاور تحلیل لثه وجود داشته باشد، ایمپلنت باید ۳ میلی متر آپیکالی تر از خط CEJ دندان های کناری و یا آپیکالی تر از لبه لثه فاسیال مد نظر قرار گیرد.

در نهایت اینکه اگر در تعیین محل صحیح قرارگیری ایمپلنت دچار شک و تردید هستید از لابراتوار بخواهید یک راهنمای جراحی بسازد که در آن محل ورود دریل ها مشخص شده باشد. بدین ترتیب با اطمینان خاطر بیشتری می توانید جراحی در قدام ماگز یلار را انجام دهید.

## ۶- به ارجاع هم فکر کنید

گاهی درمان نکردن و ارجاع دادن بیمار بهترین روش درمانی است. اگر با شرایط پیچیده از لحاظ کیفیت و کمیت بافت نرم و سخت، وجود دیفکت های وسیع، اکلوزن پیچیده، ارتفاع عمودی غیر طبیعی و مشکلات پیچیده مرتبط با دنتیشن اطراف روبرو هستید بیمار را به یک متخصص با تجربه ارجاع داده و اصطلاحاً سری که درد نمی کند را دستمال نینداید. چرا که گاهی ممکن است مدیریت کامپلکیشن های بعدی از عهده هیچ کس بر نیاید.

در تعیین قطر ایمپلنت نقش دارند. نخست اینکه محل قرارگیری ایمپلنت باید بر اساس محل قرارگیری رستوریشن در آینده باشد. به عبارت دیگر جراح باید تجسم سه بعدی رستوریشن آینده را در اختیار داشته باشد تا بتواند با دقت بیشتری محل قرارگیری ایمپلنت را تعیین کند. نکته دوم تامین یک ایمر جنس پروفایل مطلوب است. زمانی می توان یک ایمر جنس پروفایل مطلوب ایجاد کرد که قطر ایمپلنت انتخاب شده مشابه ریشه ای باشد که جایگزین آن می شود. قطر ایمپلنت با توجه به سایز ریشه و آناتومی کرست استخوانی تعیین می شود که در شرایط عادی ۱/۵ (یک و نیم) تا ۲ میلی متر آپیکالی تر از کرست CEJ است. بنابراین قطر پیشنهاد شده ایمپلنت برای تامین ایمر جنس پروفایل طبیعی باید برابر با عرض مزودیستالی دندان در ناحیه CEJ منهای ۲ میلی متر باشد.

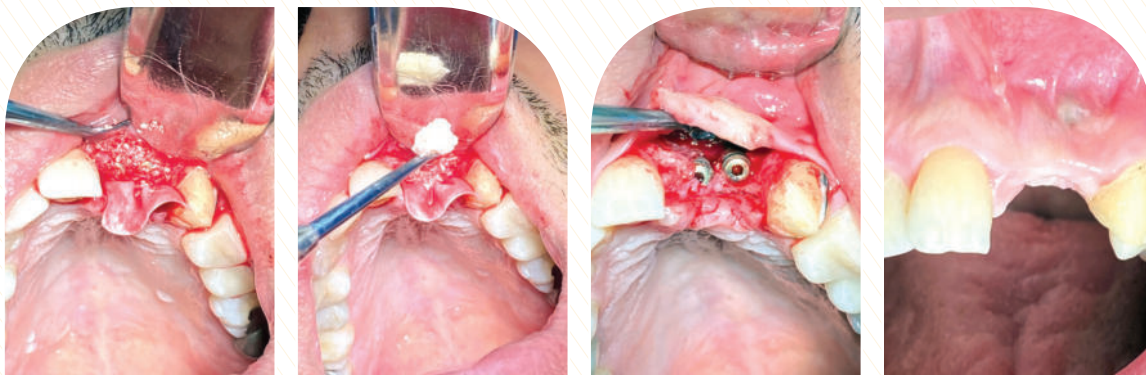
تعیین موقعیت فاسیولینگوالی ایمپلنت نیز تابع شرایط خاصی است. از سطح اکلوزال، کلار ایمپلنت باید داخل خطی مجازی قرار بگیرد که لبه های انسیزال دندان های مجاور را بهم متصل می کند. از سطح سرویکال، محور طولی فیکسچر ایمپلنت باید ۴ میلی متر داخل تر از ناحیه سرویکال دندان های مجاور قرار گرفته و بخش خارجی کلار فیکسچر ایمپلنت باید ۲ میلی متر از کانتور باکال دندان های مجاور داخل تر قرار گیرد. بنابراین، اگر محور ایمپلنت با محور رستوریشن هم راستا باشد، طول کراون مشابه دندانی خواهد بود که جایگزین شده است. با این حال، اگر برای دستیابی به یک نتیجه استتیک مطلوب، نیاز داشته باشیم ایمپلنت در موقعیت پالاتالی قرار گیرد، آنوقت فیکسچر باید آپیکالی تر قرار داده شود؛ قانون کلی این است که به ازاء هر ۱ میلی متر موقعیت پالاتالی، ایمپلنت

کراتینیزه به دقت بررسی شده و در صورت کافی نبودن پهنای آن، با انواع جراحی های پلاستیک لثه، ضخامت بافت کراتینیزه افزایش داده شود. بیوتایپ نازک لثه یکی دیگر از چالش های جراحی ایمپلنت در قدام ماگز یلار است. بیوتایپ نازک یعنی شرایطی که سایه یک پروپ پرپودونتانل در داخل سالکوس، از ورای لثه دیده شود. با بیوتایپ نازک و دلبری، هر عمل جراحی، بصورت طبیعی منجر به در جاتی از تحلیل بافت نرم و ری مدلینگ تحلیلی استخوان زیرین (underlying resorptive osseous remodeling) می شود. به علاوه، در این فرم بیوتایپ معمولاً حداقل مقدار بافت کراتینیزه برای تامین ثبات و بهبود استتیک وجود دارد. در چنین شرایطی توصیه می شود بیوتایپ نازک لثه با پیوند بافت همبندی به یک بیوتایپ ضخیم تر تبدیل شود.

بطور کلی جایگذاری ایمپلنت در بیوتایپ نازک و دلبری باید پالاتالی تر انجام شود تا کلار فلزی ایمپلنت پوشانده شده و در عین حال باید آپیکالی تر باشد تا ایمر جنس پروفایل (emergence profile) مطلوب تری حاصل شود. برعکس، بیوتایپ ضخیم و فلت نسبت به تحلیل مقاوم تر است چرا که در این بیماران باند ضخیم لثه کراتینیزه بطور متوسط ۱/۴۱ (یک و چهل و یک صدم) میلی متر ضخامت داشته و بنابراین حفظ ثبات و دستیابی به نتیجه استتیک قابل پیش بینی در آنها ساده تر است.

## ۵- انتخاب قطر و محل مناسب ایمپلنت

جدا از ابعاد باکولینگوالی و مزودیستالی استخوان در محل قرارگیری ایمپلنت، عوامل دیگری نیز



جایگذاری فوری در ناحیه استتیک و عدم توجه به وضعیت استخوان باقیمانده باعث شده تا ایمپلنت ها از ورای لثه دیده شوند. ناحیه مجدداً باز و GBR انجام شد (ارجاع داده شده به دکتر جهانگیر نیا).

# JOD

Joy Of Dentistry



jodmagazine.com

سایت نشریه

لذت دندانپزشکی



دکتر نسترن ادیب راد  
سایکوتراپیست



## ناراضی‌ت‌ی و احساس ناکامی در دندانپزشکان (۱)

# نقش هوش هیجانی

دندانپزشکان اصولاً از نظر هوش شناختی در سطح بالایی قرار دارند. با این وجود به نظر نمی‌رسد همه آنها در تمام زمینه‌های زندگی خود احساس خشنودی و کامیابی داشته باشند آنچه این بخش از جامعه برای رسیدن به رضایت از زندگی نیاز دارد دانش صرفاً فنی و تخصصی نیست بلکه توانش دیگری است که به آن هوش هیجانی می‌گویند.

### ویژگی‌های فردی؛ ویژگی‌های اجتماعی

شما دندانپزشکان با کمی نگاه به دور و بر خود و یا مرور خاطرات گذشته با به یاد آوردن دوستان و آشنایان باهوش خود، چند خصیصه بارز آنها را می‌توانید در ذهن خود مرور کنید. به احتمال زیاد این افراد با کمترین تلاش، بالاترین نمره‌ها را در مدرسه کسب می‌کردند. بسیاری از آنها در حرفه خود موفق هستند، ولی در ارتباط با همسر فرزندان و یا حتی همکاران‌شان همیشه موفق نیستند. با اینکه دوستان زیادی دارند ولی روابط جدی شخصی‌شان اندک است. گاهی با وجود موفقیت در زمینه‌های علمی و تحصیلی ممکن است از نظر حرفه‌ای و یا خانوادگی کامیابی چندانی نداشته باشند. حال چند نفر از افرادی دور و برتان که در جنبه‌های مختلف زندگی احساس رضایت دارند را در نظر آورید. به خصیصه‌های مشترک آنها توجه کنید. بی‌شک، دایره دوستان این افراد بزرگ و متنوع است. ارتباطات شغلی و شخصی‌شان قوی و زندگی خانوادگی‌شان مملو از خوشحالی، صمیمیت و رضایت است. آنها نسبت به دیگران، حتی نسبت به کسانی که تازه ملاقات می‌کنند، علاقه نشان می‌دهند. آنها رضایت بیشتری از زندگی خانوادگی و شغلی خود دارند، احترام هم‌ردیفانشان را برمی‌انگیزند و به خاطر خوب انجام دادن مسئولیت شغلی‌شان، از بیماران و همکاران خود بازخورد مثبت می‌گیرند. آنها عواطفشان را بدون ریاکاری و احساساتشان را بدون نخوت بروز می‌دهند. عزت نفس و اعتماد به نفس این افراد عاری از تکبر، غرور و خودنمایی است. حتماً بارها با خود اندیشیده‌اید که تفاوت این دودسته افراد در چیست؟ دسته اول افرادی با هوش بسیار زیاد و نه چندان موفق و راضی و دسته دوم چه بسا افرادی با هوش متوسط تر ولی موفق و خرسند. پاسخ این سوال در یک واژه خلاصه می‌شود "هوش هیجانی". سالها بود که محققین علوم رفتاری در این اندیشه بودند که علت اصلی موفقیت و رضایت افراد در جنبه‌های مختلف چیست؟ تا این که به این نتیجه

ریاضی و توانایی فرد برای یادآوری تفکر منطقی و انتزاعی در حالی که هوش هیجانی مجموعه‌ای از شایستگی‌ها و توانایی‌هایی وسیع و قابل افزایشی است که ما را قادر می‌سازد تا مدیریت خود را در جنبه‌های مختلف زندگی به دست گیریم و از احساسات و هیجانات دیگران نیز آگاه باشیم. به بیان ساده تر، هوش هیجانی استفاده هوشمندانه از هیجانات و قابلیت‌ها است، هوش هیجانی یعنی بهره بردن از منبع بیکران هیجانات در جهت دستیابی به خواسته‌ها و اهداف خود، خانواده و جامعه است.

رسیدند که هوش عمومی تنها پیش‌بینی کننده ۲۰٪ موفقیت و رضایت افراد است و ۸۰٪ سهم این پیش‌بینی، مربوط به توانایی دیگری است که هوش هیجانی نام دارد.

### هوش هیجانی چیست؟ چه فرقی با هوش عمومی دارد؟

هوش عمومی یا هوش شناختی عبارت است از مهارت‌های کلامی، دانش فنی و مهارت‌های

## ابعاد هوش هیجانی:

خود آگاهی هیجانی؛ به معنی شناخت نقاط قوت و ضعف خود و است و خود آگاهی هیجانی یعنی تشخیص احساس، در همان زمان که در حال وقوع است. این بعد، بخش مهم و کلیدی هوش هیجانی را تشکیل می‌دهد و تاثیر آن توانایی کنترل و اداره لحظه به لحظه احساسات است که نشان دهنده درک خوب‌بین و بصیرت روان شناسانه است. افرادی که در چه‌ای بالا از خود آگاهی دارند، با خود و دیگران صادق هستند و می‌دانند که چگونه احساسات‌شان بر آنها، سایر مردم و عملکرد خانوادگی و شغلی‌شان تاثیر می‌گذارد. آنها با یک احساس قوی از خود آگاهی و اعتماد به نفس در استفاده از قابلیت‌های‌شان کوشا هستند و می‌دانند چه وقت، کجا و چگونه احساسات‌شان را بروز دهند که حداکثر فایده را برای خودشان و دیگران داشته باشد. یک دندانپزشک که چنین خصیصه‌ای را در خود پرورش داده است، از هیجانات خود ضمن ارتباط با بیماران، کارکنان تیم درمانی، اعضای خانواده و همکارانش آگاه است. بنا بر این زمانی که احساس کند که محرک بیرونی در حال تحریک هیجانات او است با آگاهی به نوع برانگیختگی ایجاد شده می‌تواند برای مدیریت آن اقدام کند. شناخت هیجانات مهم‌ترین مرحله مدیریت آنها است. آگاهی از هیجانات به دندانپزشک کمک می‌کند که وقتی با بیمار ناراضی، دستیار کند و یا همکار ناهمخوان رو به رو می‌شود از خود بی‌رسد که هیجانی که اکنون بروز یافته است به چه سمتی خواهد رفت؟ و این اولین مرحله مدیریت هیجانات و احساسات است. در اغلب اوقات علت بروز رفتارهای نامناسب در محیط کار و در ارتباط با اعضای خانواده، عدم آگاهی از هیجان تحریک شده پنهان در رفتار است که منجر به پاسخ‌های عکس‌العملی، تکانشی و نامتناسب می‌شود. این در حالی است که صرف آگاهی از هیجان پدید آمده به دلیل محرک بیرونی می‌تواند گام مهمی در جهت مدیریت آن باشد.

# بمانم یا برگردم

تحمل فرایندی که یک دندانی‌شک مهاجر لازم است پشت سر بگذراند و موانعی که او با آنها دست و پنجه نرم می‌کند برای هر کسی آسان نیست با یک دندانی‌شک مهاجر و یا یکی از نزدیکان آنها بود تا از نزدیک مرارت‌هایی که این فشرده تحصیل کرده و جویبای آزمون و ثبات تحمل می‌کنند را درک کرد.

در این بین -سروز بیماری جهانشمول کوید ۱۹، اوضاع را از قبل دشوارتر کرده است بخصوص برای کسانی که همراه با خانواده یعنی همسر و فرزندان مهاجرت کرده‌اند. هزینه‌های گزاف زندگی، استرس امتحانات، تاخیر و لغو مکرر امتحانات، نامعلومی نتایج از یک طرف و فشارهای روحی و روانی که همسر و فرزندان در این بین تحمل می‌کنند از سوی دیگر انتخاب را برای یک دندانی‌شک دشوارتر می‌کند. حال من بر سر یک دوراهی بزرگ قرار دارم برگردم یا بمانم. آنچه خواندید به نقل از گفته‌های یک دندانی‌شک در یک جلسه مشاوره است. این شرایطی است که بسیاری از هموطنان دندانی‌شک در شرایط پحرانی کنونی تجربه می‌کنند. آنها به واقع با مشکل تصمیم‌گیری رو به رو هستند زیرا به هر جنبه نگاه می‌کنند خوبی‌ها و بدی‌هایی می‌بینند و این انتخاب را پیچیده‌تر می‌کند. در چنین شرایطی نیاز به ساز و کاری علمی‌تر برای اتخاذ تصمیم بیشتر احساس می‌شود. روان‌شناسان برای برون رفت از بن‌بست‌های تصمیم‌گیری در شرایط پیچیده، تکنیک شش کلاه تصمیم‌گیری را مطرح می‌کنند. این روش برای تصمیم‌گیری افراد، گروه‌ها و خانواده‌ها کارآمد است زیرا این امکان را فراهم می‌کند که در یک زمان دیدگاه‌های مختلف بررسی و درک شود.

## شرح تکنیک

کاغذ رنگی تهیه کرد. بعد اگر در گروه اجرا می‌شود هر یک از اعضا هر بار یکی از این کلاه‌ها را بر سر می‌گذارند. اگر یک نفر می‌خواهد این روش را استفاده کند هر بار یک کلاه را بر سر می‌گذارد.

این تکنیک به ما ابزاری فراتر از سبک‌های عادت شده تفکر ارایه می‌دهد و امکان نگاه کردن از دیدگاه‌های مختلف را فراهم می‌کند. در این مدل تصمیم‌گیری خوش بینی، احتیاط، احساسات،

## کلاه‌های تصمیم‌گیری

مدیریت بحران کمک می‌کند. برای مثال کمبود منابع مالی، شانس محدود قبولی، هزینه‌های بالای امتحانات و غیر قابل پیش بینی بودن آینده می‌تواند زیر این کلاه قرار گیرد.

**کلاه زرد:** نماینده خوش بینی است. تمام مزایا، منافع، فرصت‌ها زمانی که این کلاه را بر سر دارید شناسایی و مطرح می‌شوند. این کلاه کمک می‌کند که در شرایط سخت و ناامیدی بتوانید به کارتان ادامه بدهید. برای مثال امید به قبولی با دیدن افراد قبول شده زیر این کلاه قرار می‌گیرد.

**کلاه سبز:** نماینده خلاقیت است که بر ارایه راهکارهای خلاقانه در تصمیم‌گیری‌ها و رفع مشکلات تمرکز دارد. وقتی این کلاه را بر سر می‌گذارید تفکر خلاق خود را گسترش داده و تمرکز خود را بر راه‌حل‌ها می‌گذارید. برای مثال یافتن منابع حمایت مالی و عاطفی در دوره امتحانات و پیدا کردن مشاغل جایگزین در صورت عدم قبولی در امتحانات.

**کلاه آبی:** نماد آسمان است و فرایند را کنترل می‌کند. وقتی این کلاه را بر سر می‌گذارید نگاهی کلی و از بالا به مساله می‌اندازید. یعنی نگاه جامع با در نظر گرفتن همه جنبه‌ها. در این صورت مثلا اگر راه حل‌های ارایه شده برای مشکلات کم هستند از کلاه سبز کمک می‌گیرید، اگر مساله زیادی خوش بین دیده شده است از کلاه سیاه کمک می‌گیرید و اگر نسبت بدبینی خیلی بالا باشد از کلاه زرد و سبز کمک می‌گیرید. در نهایت جمع بندی می‌کند.

در حالت عادی در یک گروه یا اعضای خانواده هر یک از افراد طبیعتاً یکی از این کلاه‌ها را بر سر دارند و از زاویه دید خودشان قضاوت می‌کنند، اما اگر تنها یک فرد خواهد در مورد موضوعی تصمیم بگیرد آنگاه می‌تواند هر زمان یک کلاه را بر سر بگذارد و از دید آن کلاه به مساله نگاه کند. حال دندانی‌شک عزیزی که درگیر مساله تصمیم‌گیری برای ماندن و یا برگشتن است می‌تواند با این روش با اعضای خانواده ساعتی را با تفریح و بازی گذرانده و با به حساب آوردن نظرات همه اعضای خانواده بخصوص کودکان و نوجوانان جامع‌ترین تصمیم را اتخاذ کند.

**کلاه سفید:** این کلاه نماینده داده‌ها و اطلاعات است با گذاشتن این کلاه بر سر اطلاعاتی را که دارید فارغ از خوب یا بد جمع‌آوری و تحلیل می‌کنید. کمبودها را شناسایی و در نهایت تصمیم می‌گیرید از داشته‌ها استفاده کنید و یا به داشته‌ها اضافه کنید. برای مثال یک دندانی‌شک اگر متاهل است و دارای -هایی در ایران دارد و سن او ۴۵ سال است هر کدام از این داده‌ها واقعیت‌هایی است فارغ از خوب و بد بودن می‌تواند در تصمیم‌گیری او تأثیر به سزایی داشته باشد.

**کلاه قرمز:** نماینده احساسات، واکنش‌ها و شهود است. وقتی این کلاه را بر سر می‌گذارید به این فکر می‌کنید که احساسات و واکنش‌های خودتان با دیگران نسبت به موضوع امساله چه خواهد بود؟ سعی کنید واکنش افرادی که فکر می‌کنید دلایل شما را نمی‌فهمند درک کنید. برای مثال ترس از عدم قبولی در امتحان و یا لذت از نظمی که در سیستم دموکراتیک کانادا وجود دارد زیر کلاه قرمز قرار می‌گیرد.

**کلاه سیاه:** نماینده نتایج منفی و معایب موضوع/مساله است. موقعی که این کلاه را بر سر دارید در عمل منتقد منطقی هستید. این کلاه به نقاط ضعف، کمبودها و تهدیدها اشاره می‌کند که در تصمیم‌گیری و برنامه ریزی باید پاسخ برای آنها یافت. همچنین به



## Article

گام به گام  
برای ایجاد یک  
ارتباط خوب

دکتر نهال  
سناوندی  
دندانپزشک



در مقاله قبلی که در شماره دوم نشریه به چاپ رسید به یکی از راهکارهای افزایش پذیرش درمان توسط بیماران اشاره کردیم. سناریوهای مختلفی از دلیل حضور بیماران در مطب را ترسیم و روش بر خود با آنها را بطور خلاصه بحث کردیم. به این مطلب اشاره شد که رمز پذیرش درمان پیشنهادی ما به بیماران، بالا بردن آگاهی آنها و مطلع نمودن افراد از علم و تکنولوژی روز مطب ها است که باید بطور دایم توسط شما و تیم مطب به آنها یادآوری و تکرار شود. در این نوشتار و در ادامه بحث قبلی، به موضوع ایجاد ارتباط مناسب و مطلوب با بیمار خواهیم پرداخت.

درآمد سالانه مطب را افزایش می دهد. کنسل کردن ها و عدم حضور به موقع بیماران در مطب را به شدت کاهش می دهد.

گام به گام برای ایجاد یک  
ارتباط خوب

در یک ارتباط خوب که به ایجاد یک حس عالی منجر می شود باید به تامین ۵ اصل مهم توجه شود: تامین حس دوستی، حس اعتماد، حس درک متقابل، قدرت انتخاب (و نه اجبار) و مشارکت در تصمیم گیری ها.

در یک معاینه ساده در مطب این اصول به شکل زیر قابل اجرا هستند:

۱- بر خورد اولیه، که می تواند به برقراری یک احساس دوستانه منجر شود. توجه کنید که در این قسمت همه چیز مهم است به جز دندانپزشکی. در واقع دندانپزشک باید بدون لحاظ



دیگر اینکه مطالعات نشان داده، تصمیم گیری افراد برای خرید یک وسیله یا دریافت خدمات (از جمله دندانپزشکی) عمدتاً بر اساس احساس است نه منطق. به عبارت دیگر اگر مشتری/بیمار احساس خوبی نسبت به محیط بیزنس/مطب داشته و از طرف پرسنل به شکلی مثبت تحت تاثیر قرار گیرد احتمال خرید کالا و خدمات افزایش خواهد یافت. در نتیجه یادگیری و ارتقا مهارت های ارتباطی با بیماران یک اصل بسیار ضروری در موفقیت یک مطب دندانپزشکی است.

مزایای برقراری ارتباط خوب با  
بیمار

تجربه نشان داده که ایجاد یک ارتباط عالی فواید زیر را به همراه خواهد داشت:

نام و شهرت مطب را افزایش می دهد.

افزایش ارجاع بیماران را به دنبال دارد.

وفاداری بیماران به مطب را بالا می برد.

در تمام شرایطی که در مقاله قبلی به آن اشاره شد توجه به یک نکته ضروری است و آن هم چگونگی ایجاد یک ارتباط مناسب با بیمار است. در واقع بدون ایجاد یک ارتباط محکم و مطلوب بین بیمار و دندانپزشک، آموزش بهداشت و انجام درمان با موفقیت همراه نخواهد بود. در عین حال باید توجه داشت که در این مسیر نه تنها دندانپزشک باید مهارت های ارتباطی خود با بیمار را ارتقا دهد بلکه باید کارکنان مطب نیز در این زمینه آموزش دیده و کیفیت روابط عمومی خود را بهبود ببخشند.

از هر جنبه ای در نظر بگیریم، دندانپزشکی، یک فعالیت اقتصادی در حیطه درمان است. ما باید برای افزایش بهره وری اقتصادی واحد شغلی خود (که همان مطب دندانپزشکی است) باید به گونه ای با مراجعه کننده/بیمار رفتار کنیم که نخستین تجربه حضور او در مطب آنقدر برایش فوق العاده و به یادماندنی باشد که نه تنها به یک مشتری/بیمار وفادار تبدیل شود بلکه تجربه مطلوب و عالی خود را با بقیه دوستان و آشنایان خود نیز در میان بگذارد.





اگر مشتری/ بیمار احساس خوبی نسبت به محیط بیزنس/ مطب داشته و از طرف پرسنل به شکلی مثبت تحت تاثیر قرار گیرد احتمال خرید کالا و خدمات افزایش خواهد یافت

صحبت‌هایش توسط بیمار به خوبی درک شده است.

۴- بحث در مورد هزینه‌ها و راه‌های مختلف اجرایی شدن طرح درمان‌های پیشنهادی که حس قابلیت انتخاب (و نه اجبار) را در بیمار ایجاد می‌کند. بهتر است این قسمت از ارتباط را به مسول وقت دهی مطب یا هماهنگ کننده درمان بسپاریم ولی بیمار را تنها نگذاریم و گاهی با او همفکری کنیم.

۵- جمع بندی و نهایی کردن صحبت‌ها که حس شریک بودن بیمار در تصمیم‌گیری را در او ایجاد می‌کند. در این مرحله مجدد به بیمار می‌پیوندیم و اولویت‌های بیمار را مجدد به زبان می‌آوریم. به بیمار اطمینان می‌دهیم که تلاش ما و تیم ما، انجام درمان مناسب برای او است و حتما در این مرحله وقت دهی بیمار را برای آغاز درمان نهایی می‌کنیم.

کردن موارد درمانی این احساس مثبت را در بیمار ایجاد کند.

۲- معاینه و تشخیص با دقت و زمان کافی که می‌تواند به ایجاد اعتماد بین بیمار و دندانپزشک منجر شود. در این قسمت همه تمرکز دندانپزشک باید بر حرفه و معاینه بیمار متمرکز شده باشد.

۳- بحث و تبادل نظر با بیمار در مورد طرح درمان‌های مختلف که در واقع به یک درک متقابل از یکدیگر منجر می‌شود. در این قسمت دندانپزشک روش‌ها و گزینه‌های مختلف درمانی را با زبانی ساده و شفاف برای بیمار تشریح می‌کند. بهتر است از به کار بردن کلمات تخصصی علمی که می‌تواند به سردرگمی بیمار منتهی شود پرهیز کنیم. دندانپزشک باید اطمینان حاصل کند که



# Coming in September 2021

Visit [www.Eversmiles.ca](http://www.Eversmiles.ca) for updates

## A Three-Day Comprehensive Endodontic Course For General Dentists + Hands-On



Dr. Gevik Malkhassian  
DDS, MSC, FRCD (C)



Dr. Farzad Danesh  
DDS, MSC, FRCD (C)



Dr. Jacqueline Lopez  
Gross  
DDS, MSC, FRCD (C)

### Description

This clinical course will teach you all you need for daily practice. All clinical topics covered! Step-by-step diagnosis process, case difficulty assessment, managing hard to anesthetize hot teeth, CT, and ultrasonics all are included.

Learning cone beam CT scan indications and ultrasonic will help you with your diagnosis and treatment.

The practical module of the course will teach you how to find and negotiate the calcified canals, as well as clean, shape, irrigate, and finally obturate the canals using the continuous wave of compaction technique (warm vertical compaction).

### Let's take you to the Next Level in Endodontics

- 15 hours oral presentations
- Variety of hot clinical topics
- 6 hours workshop

### Objectives

- Learn to use ultrasonic instruments to locate canals and MB2
- Learn to create a predictable glide path
- Learn to instrument calcified and curved canals
- Learn to obturate the canals 3-D

# گفتگو Interview

JOD | March - 2021 | 2

مارچ

مطالب بیشتر در وبسایت ما

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



گفتگو با دکتر حسن شایسته درباره  
تاریخچه ایمپلنت در ایران

از تیغه تاریخچه: حس اعجاب  
آور یک درمان موفق





گفتگو با دکتر حسن شاریسته درباره تاریخچه ایمپلنت در ایران

## از تیغه تا ریشه: حس اعجاب آور یک درمان موفق

زمینه دندانپزشکی ایمپلنت ما را بر آن داشت تا پای صحبت‌های این پرودونتیست/اورال بیولوژیست دوست داشتنی نشستیم و از خاطرات ایشان در زمینه سیستم‌های قدیمی ایمپلنت و نخستین پژوهش‌ها و چالش‌های اتفاق افتاده در عرصه سیستم‌های نوین ایمپلنت آگاه شویم. دکتر شاریسته متخصص رشته پرودونتیس و بیولوژی دهان از دانشگاه UCLA آمریکا است. او چندین سال بصورت پاره وقت عضو هیات علمی دانشگاه یوسی ال ای بوده و در بخش تحقیقات استخوان و ایمپلنت این دانشگاه فعالیت کرده‌اند. دکتر شاریسته در حال حاضر هم در تهران و هم در لس آنجلس به فعالیت‌های درمانی و آموزشی مشغول هستند.

دکتر علیرضا آشوری | کمتر کسی ممکن است در رشته ایمپلنتولوژی در ایران فعال بوده و با نام دکتر حسن شاریسته آشنایی نداشته باشد. دکتر شاریسته گرچه در ایران فعالیت آموزشی دانشگاهی نداشته‌اند اما در عرصه آموزش ایمپلنت بسیار فعال بوده و تاکنون صدها نفر دندانپزشک بطور مستقیم و غیرمستقیم از دانش ایشان در زمینه ایمپلنت بهره‌مند شده‌اند. جدای از این، ایشان یکی از نخستین کسانی است که در رشته ایمپلنت در ایران فعالیت کرده و یکی از معدود کسانی است که با سیستم‌های قدیمی ایمپلنت یعنی طرح‌های بلید نیز آشنایی داشته است. همین سابقه درخشان آموزشی و پژوهشی و درمانی در

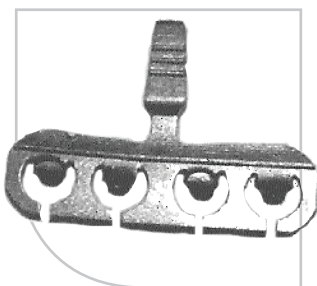


## بازگشت به ایران

من در سال ۱۳۷۲ به ایران برگشتم. در آمریکا در بخش تحقیقات استخوان و ایمپلنت دانشگاه یوسی ال ای استخدام شده بودم و همزمان در ایران هم طبابت می کردم. اینجا با ایمپلنت های IMZ شروع به درمان کردیم. این ایمپلنت دنده نداشت و بصورت سینلدی طراحی شده بود و باید با ضربه داخل استخوان جای می گرفت. از همان زمان هم کار آموزش ایمپلنت را آغاز کردم. زمانی که من برگشتم ایمپلنت های روت فرم وارد ایران شده بود و همکاران در این زمینه فعالیت می کردند مثل دکتر عطری-زاده، دکتر گلنراقی، دکتر اخوان آذری و دکتر مسگرزاده.

## ورود سریع ایمپلنت به ایران

ایمپلنت خیلی سریع و زود وارد ایران شد و خیلی زود هم جای خود را باز کرد. ایران اصولاً در جذب تکنولوژی های نوین بسیار فعال و پیشگام است بخصوص اگر مشکلات اقتصادی در کشور وجود نداشته باشد. ایران همیشه جزء اولین کشورهای بوده که تکنولوژی های پزشکی را وارد کرده و در مورد ایمپلنت با اطمینان می گویم ما جزو اولین کشورها بودیم. سال ۱۹۹۵ برخی از سفرا و کارکنان سفارتخانه های کشورهای اروپای شرقی برای ایمپلنت به من مراجعه می کردند و می گفتند در کشور ما ایمپلنت نیست.



من تا اواسط سال ۱۳۶۱ به مدت سه سال و نیم مطب دکتر آسیم مشغول کار بودم و علاوه بر کارهای معمول دندانپزشکی، ایمپلنت هم انجام می دادم. بعد از اینکه چندین جلسه کنار دست دکتر آسیم ایستادم و کمک ایشان بودم کم کم خودم هم شروع به انجام درمان کردم

کار تحقیقاتی روی حیوانات انجام دادیم. آن موقع ۴، ۳ سال بود که ایمپلنت های ریشه ای شکل برنمارک به صورت تجاری وارد بازار شده بود.

## بایومترالها

همان زمانی که من در آمریکا در رشته پریو تحصیلم را آغاز کردم GBR در این رشته وجود داشت؛ اینکه چقدر قبل وارد شده بود را نمی دانم ولی بهر حال بود. آن موقع ما از ممبرین های غیر قابل جذب گور تکس استفاده می کردیم ولی در این حد تنوع نداشت. مثلاً ممبرین قابل جذب آن موقع نبود و باید همه ممبرین ها را با جراحی خارج می کردیم.

## القای پری ایمپلنتائیتیس

ما برای اینکه بتوانیم کاربرد این مواد در درمان پری ایمپلنتائیتیس را بفهمیم چند تحقیق وسیع با دکتر یوانوویچ به سرپرستی دکتر کارانزا انجام دادیم. آن موقع مدت زیادی از ورود ایمپلنت به رشته دندانپزشکی نمی گذشت که ما بتوانیم موارد زیادی از پری ایمپلنتائیتیس را ببینیم. ما در مدل های حیوانی ایمپلنت می گذاشتیم و بعد عامدانه کاری می کردیم تا پری ایمپلنتائیتیس ایجاد شود. بعد از ایجاد بیماری با بایومترال و ممبرین کریتر ایجاد شده اطراف ایمپلنت را درمان می کردیم.

## بایومترال در ایران

بدون شک اگر من اولین نباشم یکی از اولین ۵ نفری هستم که این مواد را به ایران آوردم و با آنها کار کردم. یادم هست اولین بار پودر استخوان انسانی (آلوگرافت) گرفتیم، ساخت شرکت لایف سل را به ایران آوردم. بعد برخی همکاران ایراد گرفتند که استفاده از این ماده از

## اولین آشنایی با ایمپلنت

من در سال ۱۳۵۰ وارد دانشگاه شیراز شده و در سال ۱۳۵۷ فارغ التحصیل شدم. آن سال برای تحصیل در رشته جراحی دهان و فک و صورت در آمریکا بورس گرفتم ولی بخاطر بروز برخی مشکلات بورس من لغو شد و نتوانستم به آمریکا بروم. آن موقع مرحوم پدرم دوستی داشت به اسم آقای دکتر حسین آسیم. من آن موقع صبح ها در بهداری ارتش کار می کردم و بعدظهرها به مطب دکتر آسیم می رفتم. آنجا برای اولین بار با اسم ایمپلنت آشنا شدم چون اصلاً در زمان تحصیل در دانشکده اسمی از ایمپلنت نبود.

## اولین درمان های ایمپلنت

من تا اواسط سال ۱۳۶۱ به مدت سه سال و نیم مطب دکتر آسیم مشغول کار بودم و علاوه بر کارهای معمول دندانپزشکی، ایمپلنت هم انجام می دادم. بعد از اینکه چندین جلسه کنار دست دکتر آسیم ایستادم و کمک ایشان بودم کم کم خودم هم شروع به انجام درمان کردم. یکی از اولین بیمارانی که در مطب دکتر آسیم تحت درمان ایمپلنت قرار گرفت و من هم دستیار جراحی دکتر بودم، مرحوم مهدی سهیلی شاعر معروف بود.

## آشنایی با ایمپلنت های نوین در آمریکا

سال ۶۱ من از تهران به شهرستان تنکابن رفتم و دیگر خبری از درمان ایمپلنت و بیمارانی دکتر آسیم نداشتم. سال ۱۳۶۸ (۱۹۸۹) برای تحصیل در رشته پریودنتیکس و بیولوژی دهان به دانشگاه یوسی ال ای آمریکا رفتم و در آنجا با ایمپلنت های نوین سیستم برنمارک آشنا شدم. در آن دانشکده به اتفاق پرفسور کارنزا، دکتر ساشا یوانوویچ و پرفسور کنی چند

## ایمپلنت های تیغه ای

ایمپلنت هایی که در آن زمان کار می شد، بصورت ریشه ای (روت فرم) نبود بلکه حالت تیغه ای (بلید) داشت و نسبت به الان بصورت خیلی ابتدایی کار می شد. این سیستم ایمپلنت بسیار تروماتیک بود. باید با فرز های کار باید داخل استخوان در ناحیه قدامی فک شیباری تراشیده می شد. بعد باید ایمپلنت را با پلایر خم و راست کرده و تنظیم می کردیم و بعد با مالت ایمپلنت را داخل شیار می کوئیدیم تا داخل استخوان فرو برود. اباتمنت های این ایمپلنت ها شبیه پین بود و نمی شد شولدر یا جعفر روی اباتمنت تراشید چون فضای بی برای این کار نداشتیم. تراش ما تقریباً همیشه بصورت فدر اچ (نایف اچ) بود. بریج های ثابت بصورت کنتی لیورهای خلفی روی ایمپلنت قرار می گرفت و بعد با پرسسلن باید گپ ها را پر می کردیم. در نتیجه بیمار باید سطح بهداشت بسیار خوبی داشت. بهر حال آن موقع بهترین تکنیک درمانی بود. گرچه مکانیکال لاک داشتیم و مطمئنم استوایننگریشن مثل چیزی که امروز داریم اتفاق نمی افتاد

نظر شرعی مشکل دارد ولی خوشبختانه استفتا گرفتیم و مشکلات آن برطرف شد و این مواد الان به شکلی گسترده در ایران استفاده و تولید می‌شود. طبعاً اوایل این تنوع بایومترال وجود نداشت و به تدریج پیشرفت کرد. در حال حاضر بدون داشتن دانش کافی در زمینه GBR نمی‌توانیم و نباید در زمان ایمپلنت انجام دهیم

### سطح ماشینی و زبر

آن اوایل بحث خیلی داغ بود که بالاخره سطح ماشینی بهتر است یا زبر و کدام مشکلات کمتری ایجاد می‌کند. البته می‌دانید که سطح ماشینی هم مقداری خشونت سطحی دارد ولی با چشم غیر مسلح دیده نمی‌شود. بهر حال این قانون است که در یک طول و قطر ثابت هر چه سطح زبر تر و خشن تر باشد سطح تماس استخوان و ایمپلنت بیشتر است. در نتیجه ایمپلنت‌هایی با سطح زبر بر ایمپلنت‌هایی با سطح ماشینی ارجحیت دارند. من خاطر هست بیشترین بحث در مورد سطح هیدروکسی آپاتیت بود. در ایمپلنت‌های با پوشش هیدروکسی آپاتیت، این ماده بصورت پوشش (coating) یا لعاب بود و پلاسما اسپری نمی‌شد. بهر حال هیدروکسی آپاتیت خیلی سریع سلول‌های پیش ساز استخوانی را جذب می‌کند. تنها مشکل این بود که این پوشش از سطح ایمپلنت جدا شده و خیلی هم زبر بودند. اگر احياناً این ایمپلنت اکسپوز می‌شد به دلیل تهاجم باکتری‌ها بسرعت شکست می‌خورد. بنابراین باید این ایمپلنت یکی دو میلی‌متر عمیقتر داخل استخوان قرار می‌گرفت. در حال حاضر تکنیک‌هایی مثل

RBM و SLA تحولی اساسی در درمان ایمپلنت ایجاد کرده‌اند و مشکلات در این زمینه بسیار کمتر شده است.

### بیماران قدیمی

بعد از برگشت به ایران، تعدادی از بیمارانی که من یا دکتر آسیم برای شان ایمپلنت بلید کار کرده بودیم مرا پیدا کرده و پیش من می‌آمدند. آن موقع دکتر آسیم رفته بودند آلمان. طبعاً در آن زمان ایمپلنت‌های ریشه‌ای شکل آمده بود و اگر لازم می‌شد از این ایمپلنت‌ها برای همان بیماران هم استفاده می‌کردیم. متأسفانه هیچ مقاله و تحقیقی در ایران نداریم که نشان بدهد واقعا درصد موفقیت ایمپلنت‌های بلید چقدر بوده. خود ما هم به ندرت بیماران را می‌دیدیم. خیلی از بیماران افراد مسنی بودند و فوت شدند. مثلاً خود مرحوم سهیلی چند سال بعد از دنیا رفتند. اما بعد از ۲۱ سال یکی از همکاران یک رادیوگرافی از یک ایمپلنت بلید به من نشان داد که خودم در سال ۵۸ کار کرده بودم و باور کنید بعد از ۲۱ سال هیچ مشکلی خاصی نداشت.

### درصد موفقیت ایمپلنت‌های قدیمی‌تر

شاید باورتان نشود ولی بیمارانی که آن اوایل کار کرده بودیم و بعضاً مراجعه می‌کردند هم وضعیت بسیار خوبی داشتند. این را می‌گذارم به حساب اینکه آن موقع تجربه کمتری داشتیم و در نتیجه با دقت بیشتری کار می‌کردیم. الان درصد موفقیت حدود ۹۸ درصد

است ولی آن موقع درصد موفقیت بخصوص در مورد ایمپلنت‌های استوانه‌ای ۹۰ تا ۹۲ درصد بود. بهر حال بیمارانی که کماکان به ما مراجعه می‌کنند خوشبختانه وضعیت مناسبی دارند و نمی‌شود گفت فاصله موفقیت ایمپلنت‌های قدیمی و بیمارانی که با تکنولوژی جدید کار می‌کنیم خیلی فاحش و چشمگیر است.



یک نکته جالب اینکه ایمپلنت حتی در اوایل معرفی‌اش درصد موفقیت بالای ۹۰ درصد داشت و ما تقریباً هیچ درمانی در دندانپزشکی نداریم که درصد موفقیت آن از همان بدو پیدایش اینقدر بالا باشد. به نظر من یکی از دلایل این درصد موفقیت عجیب، حداقل تخریب و تحلیل بافت‌های دهان و مساله دیگر تاثیر روانی مثبت آن برای بیمار است که در نتیجه او را برای نگهداری و مراقبت بهتر از ایمپلنت تشویق می‌کند.

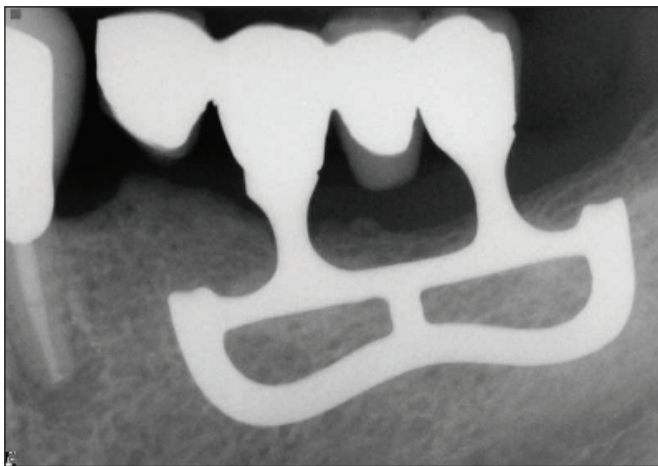
### درصد موفقیت اعجاب آور

یک نکته جالب اینکه ایمپلنت حتی در اوایل معرفی‌اش درصد موفقیت بالای ۹۰ درصد داشت و ما تقریباً هیچ درمانی در دندانپزشکی نداریم که درصد موفقیت آن از همان بدو پیدایش اینقدر بالا باشد. به نظر من یکی از دلایل این درصد موفقیت عجیب، حداقل تخریب و تحلیل بافت‌های دهان و مساله دیگر تاثیر روانی مثبت آن برای بیمار است که در نتیجه او را برای نگهداری و مراقبت بهتر از ایمپلنت تشویق می‌کند.

### آینده ایمپلنت

آینده ایمپلنت بسیار درخشان است و سراسر پیشرفت و نوآوری خواهد بود. به رغم کار روی سلول‌های بنیادی هنوز این تکنولوژی در مراحل اولیه است و تا سال‌های سال ایمپلنت برترین تکنولوژی دندانپزشکی خواهد بود و حرف‌های زیادی برای گفتن خواهد داشت. من فکر می‌کنم همین رویه انفجاری تحقیق و تولید را کماکان خواهیم داشت چون ایمپلنت در بسیاری کشورها عمر زیادی ندارد و باید جای خود را باز کند.

## تاثیر روانی



تاثیر روانی درمان ایمپلنت روی بیمار باورنکردنی است چون مریض بغاطر کاشته شدن ایمپلنت داخل استخوان حسسی از طبیعی بودن دارد. بامزه است بگویم که حتی در مورد ایمپلنت بلید هم همین حس روانی مثبت وجود داشت؛ هم برای بیمار هم برای ما. ما بیمارانی داشتیم که آن موقع با دنچر کامل مراجعه می‌کردند و پروتز اصلاً گیر نداشت و مدام لق می‌خورد. یادم هست می‌آمدیم داخل دنچر سرب تزریق می‌کردیم که سنگین شود و کمتر تکان بخورد ولی باز هم جواب نمی‌داد. بعد یکمتر تبه برای این مریض یک پروتز ثابت البته روی ایمپلنت بلید قرار می‌دادیم و جدا از شرایط جویدن و تغذیه و زیبایی، شرایط روحی بیمار یک دفعه از این روبه آن رو می‌شد. من از همان اولی که با این درمان آشنا شدم از آن بسیار لذت می‌بردم و بیماران هم فوق العاده راضی بودند. من کار دندانپزشکی عمومی هم زیاد انجام داده‌ام و در هیچ رشته‌ای تا این حد رضایت مریض را ندیده‌ام.



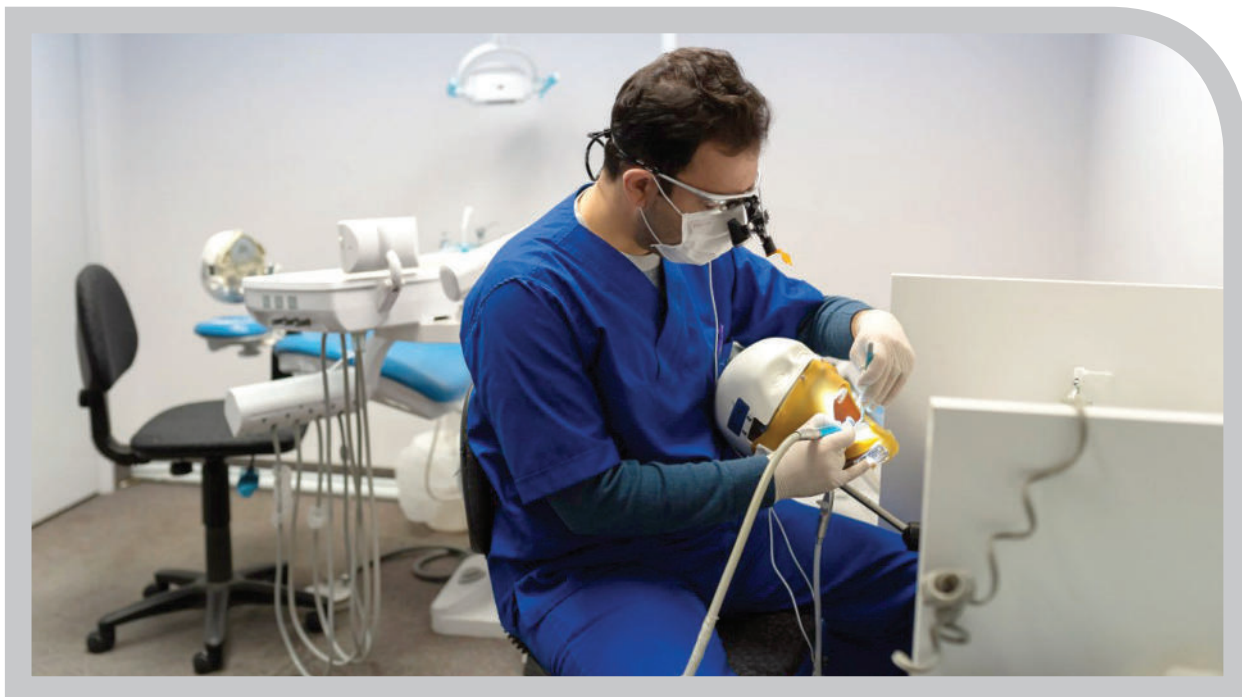
[www.artstation.com-andree wallin---cthulhu](http://www.artstation.com-andree-wallin---cthulhu)

چشم انداز ۲۰۲۲:  
آینده مسیر دایرکت لایسنسینگ





دکتر مهدی ادیب راد  
پروodontیست-اینستراکتور ارشد  
گروه آموزشی کانفیدنٹیست



## چشم انداز ۲۰۲۲: آینده مسیر دایرکت لایسنسینگ

شرکت در امتحان اتفاق افتاده است. در حال حاضر متقاضیان فقط سه بار می توانند در امتحان اسکیلز شرکت کنند ولی از سال ۲۰۲۲ محدودیت دفعات شرکت در امتحان حذف شده و دندانپزشکان می توانند در یک بازه زمانی ۵ ساله به صورت نامحدود در این امتحان شرکت کنند.

تغییر دوم اینکه در حال حاضر اگر داوطلب یکی از پروژه های امتحانی مردود می شد (که با نمره E معرفی می شود)، باز هم می توانست امتحان را پاس کند ولی در فرمت جدید این امکان حذف شده و داوطلب برای قبولی در امتحان باید تمام پروژه های خود را با موفقیت پشت سر بگذارد. استدلال NDEB این است که اگر در یک دانشکده دندانپزشکی، یک دانشجو نتواند یک پری کلینیک را با موفقیت پشت سر بگذارد امکان حضور در کلینیک و کار بر روی بیمار را نخواهد داشت.

در عین حال اعلام شده که قرار است پروژه های جدیدی به امتحان اسکیلز افزوده شود که به موجب آن امکان سنجش دقیق تری از توانمندی های دندانپزشکان عمومی فراهم شود. این پروژه ها احتمالاً شبیه به امتحان آسکی (OSCE) طراحی شده و شامل استیشن هایی است که در آن داوطلبان باید در مورد یک کیس خاص طرح درمان ارائه کنند، از یک بیمار هیستوری بگیرند و یا از بیمار رضایت قبل از درمان را اخذ کنند. NDEB بنا دارد در

در سال ۲۰۱۵، NDEB به عنوان متولی بررسی و تایید مدارک و صلاحیت فعالیت فارغ التحصیلان دندانپزشکی در خارج از کانادا (دندانپزشکان اینترنشنال)، متعهد شد که در یک فرآیند ۵ ساله نقاط ضعف و قوت فرآیند دایرکت لایسنسینگ را بررسی کرده و مسیری مطلوب تر و مناسب تر برای متقاضیان تدارک ببیند. در سال ۲۰۱۶ NDEB بر اساس یک تحقیق بین المللی، اساسنامه پروسه دایرکت لایسنسینگ را مورد بازبینی قرار داد که بر مبنای آن قرار شد امتحانات AFK، ACS و دستخوش تغییراتی شوند. NDEB از سال ۲۰۱۹، با جدیت بیشتری روند تغییرات را پیگیری کرده و در همان سال بعد از مشورت با افراد صاحب نظر، قرار است در چندین مرحله پروسه دایرکت لایسنسینگ دستخوش تغییر و تحول شود. آنچه می خوانید اقتباس از نوشتاری است که در سایت NDEB در مورد آینده امتحانات دایرکت لایسنسینگ منتشر شده است.

امتحانات مربوط است. پیش از این متقاضیان می توانستند پس از قبولی در امتحان AFK، به انتخاب خود ابتدا در امتحان اسکیلز شرکت کنند یا جاجمنت ولی در مدل جدید متقاضیان باید پس از قبولی در AFK، ابتدا در امتحان جاجمنت شرکت کرده و پس از پاس کردن این امتحان می توانند در امتحان اسکیلز شرکت کنند. استدلال NDEB این است که کسانی باید در امتحان اسکیلز شرکت کنند که پیش از این قضاوت بالینی (کلینیکال جاجمنت) آنها مورد سنجش قرار گرفته و بعد بتوانند نسبت به انجام درمان های دندانپزشکی برگشت ناپذیر اقدام کنند.

### تغییرات عمده اسکیلز

و اما تغییر سوم مربوط می شود به امتحان اسکلیز که تغییرات بسیار مهم و عمده ای را شامل می شود. نخستین تغییر در زمینه دفعات

نخستین تغییر مربوط است به تعداد سوالات امتحانات AFK. تا پیش از سال ۲۰۲۱، این امتحان چند گزینه ای با ۳۰۰ پرسش برگزار می شد اما قرار است از سال ۲۰۲۱ تعداد سوالات به ۲۰۰ کاهش یابد. بر طبق صحبت های دکتر جیمز ریچاردسون رییس NDEB، این کار باعث می شود در عین حفظ ساختار علمی و قابل اتکای امتحان، مدت زمان امتحان کوتاه تر شده و در نتیجه استرس داوطلبان کاهش یافته و از سوی دیگر سوالات جدید بانک سوالات NDEB هم دیرتر به اتمام خواهند رسید. این امتحان قرار بود به صورت الکترونیکی برگزار شود ولی لغو دو امتحان پیاپی AFK در دسامبر ۲۰۲۰ و فوریه ۲۰۲۱، باعث شد تا NDEB اعلام کند که امتحان بعدی AFK در اگست ۲۰۲۱ هم به صورت کاغذی و هم به صورت الکترونیکی برگزار خواهد شد. تغییر بعدی به توالی مراحل





## پاسخ به چند پرسش مهم

۱- کسانی که تا پیش از سال ۲۰۲۲ سه بار در آزمون اسکیزلز مردود شده‌اند اما دو امتحان AFK و جاجمنت را پاس کرده باشند می‌توانند از سال ۲۰۲۲ مجدداً در امتحان اسکیزلز با فرمت جدید شرکت کنند.

۲- اگر کسی امتحان AFK یا ACJ را سه بار مردود شده باشد نمی‌تواند در شکل جدید امتحان اسکیزلز شرکت کرده و در واقع امکان گرفتن لایسنس از مسیر امتحانات را نخواهد داشت. در واقع تنها سه بار می‌توان در امتحانات AFK و ACJ شرکت کرد.

۳- اگر کسی امتحان اسکیزلز را پاس کرده ولی هنوز امتحان جاجمنت را پاس نکرده باشد، نیازی به شرکت مجدد در امتحان اسکیزلز نبوده و فقط باید در همان امتحان جاجمنت شرکت کنند.

۴- اگر داوطلبان نتوانند در یک بازه زمانی ۶۰ ماهه امتحان اسکیزلز را پشت سر بگذارند، باید مجدداً در امتحانات AFK و ACJ شرکت کنند تا امکان شرکت در امتحان اسکیزلز را داشته باشند. یک نفر دوبار می‌تواند این فرآیند را تکرار کند یعنی در یک بازه ده ساله دوبار می‌تواند از اول وارد مسیر دایرکت لایسنسینگ شود. ۵- مرکز جدید برگزاری امتحان اسکیزلز به گونه‌ای طراحی شده که افراد بتوانند در گروه‌های کوچکتر ولی به دفعات بیشتر در طول سال در امتحان ACS شرکت کنند.

## حرف آخر

متأسفانه بسیاری از دندانپزشکان اینترنشنال بعد از ورود به بازار کار در برقراری ارتباط با بیماران دچار اشکال هستند و همین مساله زمینه‌ساز مشکلات بسیار زیادی بوده است. در نتیجه اگر به واسطه امتحان اسکیزلز داوطلبان بتوانند مهارت‌های خود در ارتباط با بیماران را ارتقا دهند در آینده و در هنگام طبابت مشکلات و دردهای به مراتب کمتری را متحمل خواهند شد.



فکر می‌کنم افزودن این بخش‌ها به امتحان در نهایت حرکت مثبتی است به شرطی که NDEB بتواند این موارد را به شکلی مطلوب اجرا و ارزیابی کند

طرف دانشکده‌های دندانپزشکی نباشد. در عین حال ظرفیت ثبت نام برای داوطلبان امتحان هم بیشتر خواهد شد. در حال حاضر ابهاماتی در زمینه تغییرات جدید وجود دارد که قرار است این موارد در اساسنامه‌ای که بزودی منتشر خواهد شد برطرف شود. با این وجود برخی از این موارد در وسایت NDEB مطرح شده که در ادامه به آنها خواهیم پرداخت.



ماه‌های آتی پروتکل و موارد مربوط به سنجش امتحان اسکیزلز را به طور جامع اعلام کند. تغییر بسیار مهم بعدی برگزاری متمرکز امتحان اسکیزلز است. تا پیش از این داوطلبان باید از طریق سایت، در دانشکده‌های دندانپزشکی در شهرهای مختلف کانادا ثبت نام می‌کردند. با توجه به اینکه برخی از پروژه‌های در همان محل برگزاری امتحان مورد سنجش قرار می‌گرفت همیشه این اعتراض وجود داشت که در برخی دانشگاه‌های سخت‌گیری بیشتری اعمال می‌شود و در برخی دانشگاه‌ها کمتر و این طبعاً یک دست بودن امتحان را تحت الشعاع قرار می‌داد. اما از ۲۰۲۲ امتحان اسکیزلز بصورت متمرکز در شهر اتاوا در مرکزی که NDEB به همین منظور راه‌اندازی کرده برگزار خواهد شد. بدین ترتیب شرایط برگزاری امتحان برای همه داوطلبان یکسان شده و امتحان در شرایط کنترل شده و کمابیش ثابتی برگزار می‌شود. مزیت دیگر اینکه وجود این مرکز به NDEB امکان می‌دهد امتحان را به دفعات متعدد در طول سال برگزار کرده و نیازمند سرویس‌دهی از

## چند پیشت بینة برای امتحان اسکیزلز پیشت رو

از قرائن این طور می‌توان نتیجه گرفت که NDEB قصد دارد تا امتحانات دایرکت لایسنسینگ بخصوص امتحان اسکیزلز را با الهام از سیستم امتحانات دایرکت لایسنسینگ استرالیا برگزار کند. بر این اساس، به احتمال فراوان امتحان اسکیزلز به طور کامل تغییر خواهد کرد. امتحان در مدت دو روز برگزار خواهد شد که یک روز آن مربوط به بخش انجام در مان‌های دندانپزشکی روی مانکن (تکنیکال) بوده و روز دوم هم به بخش آسکی کلینیکال اسکیزلز اختصاص خواهد یافت.

در بخش تکنیکال، همان امتحان اسکیزلز قدیمی برگزار خواهد شد با این تفاوت که بجای ۱۲ پروژه قبلی، تعداد پروژه‌ها کمتر خواهد شد. حدس من این است که از بین این پروژه‌ها، ۵ یا ۶ مورد بصورت تصادفی انتخاب خواهد شد که بین افراد مختلف متفاوت خواهد بود. در نتیجه داوطلب باید به همه موارد مسلط باشد چون مشخص نیست کدام مورد را از امتحان بگیرند. بسته به گنجایش مرکز جدید امتحان در اتاوا، تعداد داوطلبان در هر نوبت امتحانی متفاوت خواهد بود ولی با توجه به تعداد مراقب و کارکنان مورد نیاز جهت برگزاری امتحان، شخصاً بعید می‌دانم در هر نوبت امتحانی بیشتر از ۲۰ الی ۳۰ نفر امکان حضور در سر جلسه را داشته باشند. اما از طرف دیگر ممکن است هر هفته دوبار امتحان برگزار شود. بخش کلینیکال اسکیزلز یا آسکی امتحان قطعاً با بخش آسکی امتحان مورد تفاوت خواهد بود چراکه منطقاً NDEB امتحانی که در حال حاضر برای فارغ التحصیلان برگزار می‌شود را برای کسانی که هنوز مدرکشان تایید نشده اجرا نخواهد کرد. به نظر من بخش آسکی امتحان بر سنجش توانایی‌های دیگری متمرکز خواهد بود از قبیل: جمع‌آوری اطلاعات، برقراری ارتباط با بیمار، انجام در مان‌هایی بسیار کوچک مثلاً بستن رابردم یا تزریق بی‌حسی یا گرفتن رادیوگرافی یا ارزیابی قضاوت داوطلب از در مان‌های انجام شده.

این بخش امتحان آسکی می‌تواند برای بسیاری داوطلبان بسیار چالش برانگیز باشد. احتمالاً این بخش آسکی چیزی شبیه امتحان ورودی دانشگاه مک‌گیل یا تورنتو خواهد بود. در هر استیشن ممکن است یک بیمار حاضر باشد (احتمالاً کسی که نقش بیمار را بازی می‌کند) و داوطلب باید آنچه از او خواسته شده را در مدت زمان مشخصی انجام دهد مثلاً هیستوری بگیرد، تست‌های تشخیصی انجام دهد یا رادیوگرافی بگیرد و غیره. یا مثلاً بیماری که ناگهان دچار یک اورژانس می‌شود و داوطلب باید بتواند منجمت مناسبی را انجام دهد. هم‌زمان یک ممتحن در اتاق حاضر است و داوطلب را ارزیابی کرده و به او نمره می‌دهد. در عین حال خواسته‌ها یا ناخواسته‌ها زبان انگلیسی داوطلب نیز بررسی خواهد شد. اینجا مهم است که داوطلب بتواند علاوه بر تشخیص صحیح، طرح درمان مناسب و جامعی به صورت پلن A و پلن B طراحی کرده و این را به شکلی مطلوب به بیمار انتقال دهد. مثلاً داوطلب باید بتواند مزایا و معایب هر در مان را به طور دقیق و البته ساده برای بیمار تشریح کرده و به سوالات او پاسخ دهد و در نهایت بتواند از او برای انجام در مان رضایت بگیرد (informed consent). ممکن است از داوطلب خواسته شود برای بیماری که در اتاق نشسته و نیاز به یک پروتز پارسیل متحرک یا ثابت دارد، طرح این پروتز را ترسیم کند.

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

# LIFESTYLE DISTRIBUTIONS

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



**MARJAN ARAB**  
Real Estate Sales Representative

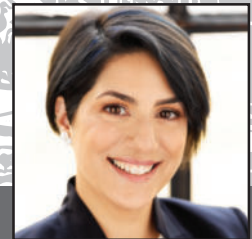
T: 416.383.1828

C: 416.399.6080

WWW.MARJANARAB.COM  
MARJAN@MARJANARAB.COM



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



**PARISSA YOUSSEFI**  
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 647.808.7197

WWW.PARISSAYOUSSEFI.COM  
PARISSA@PARISSAYOUSSEFI.COM

Honesty & Integrity are foundation of our business

# خارج از مطب Out Of Office

JOD | March - 2021 | 33 | مارچ ۲۰۲۱

مطالب بیشتر در وبسایت ما

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



نگاهی به موسیقی  
کلاسیک



این داستان صدردصد  
واقعی است...  
غم مرگ برادر را برادر  
مرده میدانند



این داستان صددرصد واقعی است...

## غم مرگ برادر را برادر مرده می‌داند



**دکتر افشین قناد**

دندانپزشک-نویسنده،  
شاعر و طنزپرداز

دکتر علیرضا آشوری | بسیاری  
از همکاران دندانپزشک با نام و چهره و  
قلم بی نظیر دکتر افشین قناد آشنا هستند. پزشکی  
دوست داشتنی و نمونه که که بیش از هر چیز به واسطه مطالب  
و اشعار طنز خود زبانزد دندانپزشکان ایرانی است. دکتر قناد  
مدرک دندانپزشکی عمومی خود را در سال ۱۳۷۱ از دانشگاه شهید  
بهشتی دریافت کرده و در کنار طبابت و مباحث مربوط به آموزش بهداشت  
عمومی، به صورت حرفه‌ای نویسندگی را هم دنبال کرده است. از دکتر قناد  
تا کنون دو کتاب طنز دندانپزشکی و دندان دایناسور و همچنین ترجمه کتاب  
بی حسی موضعی کاربردی در دندانپزشکی به چاپ رسیده و در چندین نشریه  
مرتبط با دندانپزشکی عضو هیات تحریریه و شورای سیاست‌گذاری بوده  
است. همچنین در کنگره‌های مختلف دندانپزشکی در چندین نوبت به ایراد  
سخنرانی پرداخته و با مدیریت پانل‌های مختلف را بر عهده داشته است.  
نگارنده سال‌ها است افتخار آشنایی با دکتر قناد را داشته و بسیار خرسندم  
که در شماره چهارم مجله این امکان را به دست آوردیم تا یکی از  
مطالب طنز دکتر قناد را به چاپ برسانیم. دکتر قناد این مطلب  
را به مناسبت پنجاه و یکمین کنگره جامعه دندانپزشکی  
ایران با موضوع استرس و دندانپزشکی نوشته  
است بخوانید و لذت ببرید.



در این آشفته بازاری که از یک طرف استرس در آن بیداد می کند و از طرف دیگر کمتر درباره مضرات و راه های مقابله با آن بحث و بررسی می شود، مطرح شدن موضوع استرس در حوزه دندان پزشکی در کنگره ۵۱ غنیمت است. آب از سر ما که گذشته و استرس هایی که دندان پزشکی جماعت با آن دست به گریبانند سر جهازی مان محسوب می شود، چه خوب است لاقط یک فکری به حال بیماران و اضطراب هایشان بکنیم.

بهر تقدیر وقتی که از انتخاب این موضوع آگاه شدیم بدجوری به خودمان پیله کردیم که درباره آن داستانی، شعری، خاطره ای، طنزی جور کنیم و در اطراف این محث روشنفکرانه قلم بزیم. حالا ما همینجور فکر و ذکرمان مشغول این قضیه است نگو داریم برای طرفداران قانون جذب خوراک تهیه می کنیم. روانشناسی این دوره و زمانه به پرچمداری "راز" را که دیگر همه از حظیم، به جان خودم اگر فکرمان در گیر پول و پله بود آب از آب تکان نمی خورد اما همچنین که در امر استرس بیماران غور کردیم و غرق آن شدیم تمام کائنات بسپج شدند تا ما آن را با عمق پوست و گوشت مان حس کنیم بلکه بتوانیم در باب آن قلم فرسای نماییم.

بله عزیزان درست حدس زدید. چونان خیاط معروف قصه ها در کوزه افتادیم و تا به خودمان آمدیم دیدیم بر روی صندلی دندان پزشکی که در شدت تولید رعب و وحشت کم از صندلی الکتریکی ندارد نشسته ایم. حالا آن توصیه هایی که به خلق الله می کردیم که هر شش ماه یکبار یک چک آبی چیزی بکنید، چرا خودمان عمل نمودیم بماند که حکایت عالم بی عمل است و کندوی بی عسل.

چنین شد که دست سرنوشت البته با همکاری اهمال گری خودمان موقعیتی را فراهم آورد تا بعد از عمری نگاه از بالا، در وضعیتی قرار بگیریم که بفهمیم آنها که از پایین به بالا نگاه می کنند چه حال و روزی دارند. حالا از این بحث بالا و پایین که بگذریم انصافا لحظاتی بر آدم می گذرد که مسلمان نشنود کافر نبیند.

بگذارید همین اول کار آب پاکی را بریزم روی دست همکاران محترمی که پیش خود احساس خوش تپیی و وجیه المنظری می فرمایند. هرچه ادعا در این زمینه دارید برای خودتان نگه دارید چون مریض بیچاره از آن پایین شما را از ورای روپوش و ماسک و عینک کمتر از میر غضبی که قصد جانش را دارد نمی بیند و از همان ابتدا قبل از اینکه شما دندان هایش را خالی کنید ته دلش به حد کفایت خالی میشود.

از هیبت دکتر و ابزار آلات دور و برش و عطر دلاویز دندان پزشکی که بگذریم می رسیم به یکی از ارکان اصلی قبض روح بیماران در مطب یعنی سرنگ تزریق. هیچ می دانید همین سرنگ بی مقدار که خیلی ریلکس آن را چون خود کار بیک در دست می گیرید و بالای سر بیمار نگون بخت خشابگذاری میکنید و از سر پرستیژ دکتری چند قطرهای از آن را در هوا می پراکنید، از آن پایین چه منظره خوفناکی دارد؟

هیچ می دانید درست وسط آن انقباض غیر ارادی عضلانی شنیدن توصیه های حکیمانه ای مثل «لطفا عضلات تون رو شل کنید» و «دهنتونو نبندید» از صد تا فحش برای آدم بدتر است؟ اما این اول ماجراست. تازه بعد از خارج کردن سوزن، زمانی را که شما صرف تازه کردن گلو یا تمدد اعصاب میکنید یا اگر وضع مطبانتان توپ باشد به ویزیت بیمار دیگری روی یونیت بغلی میپردازید برای بیمار آمپول خورده اولی لحظات آرامش قبل از طوفان است با هزار و یک جور فکر و خیال. بگذریم، بالاخره این لحظات کذایی سپری میشود و تشریف میآورد بالای سر مریض. تا حالا هر چقدر به صدای آزار دهنده آنگل و توربین بیخ گوشتان بد و بیراه میگفتید و خودتان را مظلوم عالم می پنداشتید همه را فراموش کنید. نمی دانید همان صدا توی دهان و روی نسج دندان چه به سر آدم می آورد. کشیده ام که می گویم: بخصوص این آنگل لااگردار.

حالا بگذارید یک نکته مهم را همینجا یاد آور شوم. تصور کنید بی حسی میسوطی داده اید و بیمار هم اذعان داشته یک طرف صورتش مال خودش نیست و لبش شده عینهو متکا. شما هم بالبخندی ملیح حاکی از مو فقیست

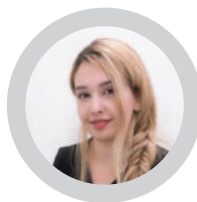
در اجرای بلاکی حرفه ای فرز را با سطح دندان آشنا می کنید و... ناگهان داد بیمار می رود هوا. ضمن اینکه در دل تان یک «چه مرگته» نثارش می کنید بر خودتان مسلط می شوید و با لبخند، ضمن تشریح اصول بی حسی موضعی و آناتومی ناحیه او را توجیه می کنید که از نظر علمی همه چیز مرتب است و او نباید درد داشته باشد. می دانید چیست؟ این حرف ها به درد خودتان (بخشید خودمان) می خورد. اگر یکبار طعم شیرین درد را بچشید می فهمید در آن وضعیت این که قانون طب چه می گوید و چه نمی گوید دردی را از آدم دوانمی کند.

خلاصه کنم عزیزان. دکتر مهربانم - که از قضا رفیق سی ساله من است و قسمش داده بودم اگر کدورتی بین ما هست عجلتا فراموش کند - همچنان با خونسردی و فارغ از دغدغه های فکری من مشغول کار بود. او با تعهد هر چه تمام تر و دقتی وافر می تراشید و فایل می کرد و اندازه می گرفت و من این بار در جایگاه بیمار تمام وقایع صندلی دندان پزشکی را از منظری دیگر می نگریم. از تمام سوالاتی که ذهن مشوش بیمار را اشغال می کند - درد دارد یا نه؟ به عصب رسیده یا نه؟ خوب خواهد شد یا نه؟ - بگیرد تا معضلاتی مثل این که می خواهی آب دهانت را در کراشوار بریزی و به علت در اختیار نبودن لب و لوجهات تیرت خطا می رود، می خواهی فیلم را نگهداری و مطابق نظر دکتر عمل نمی کنی، به علت باز بودن مداوم دهان و فعالیت ساکشن تمام لب و دهن خشک می شود، چشیدن طعم شور سرم و ترش اسید و هزاران دردسر دیگر.

چه خوب گفته آن شاعر شیرین سخن که: غم مرگ برادر را برادر مرده می داند به دریا رفته می داند مصیبت های طوفان را

خلاصه کلام: دوستان عزیز از این «به دریا رفته» قبول کنید که اگر نصف وظیفه حرفه ای ما درمان بیماری است قطعاً نیم دیگر آن توجه به «مصیبت های طوفان» است. بیمار حداقل به همان اندازه ای که محتاج دانش ماست به احساس همدردی ما نیاز دارد. همدردی در مورد ساده ترین چیزهایی که برای ما از فرط تکرار، عادی و پیش پا افتاده است ولی برای آنها ناراحت کننده و اضطراب آور است؛ مثل همین دندان اندو شده من که هنوز بس از ده روز درد دارد لامروت....

## ششمین معماریان



دکتر شمین معماریان متولد ۱۳۷۱، و دانش آموخته دانشکده دندانپزشکی یزد و اصفهان است. این دندانپزشک جوان به واسطه علاقه فراوان به نقاشی از کودکی به طور جدی آن را دنبال می‌کرد و در مقطعی تواتست از آموزش‌های استاد نادر مهذب‌نیا از اساتید به نام آبرنگ بهره‌مند شود. دکتر شمین معماریان در حال حاضر در کانادا در حال گذراندن امتحانات دایرکت لایسنسینگ بوده و در عین حال از هر فرصتی برای خلق آثار هنری تازه استفاده می‌کند.





# نگاهی به موسیقی کلاسیک



دکتر سام  
دستری

آهنگساز، نوازنده و  
تنظیم کننده موسیقی

همان طور که بیشتر گفتیم نوع موسیقی که هر روزه در پلتفرم های مختلف گوش می دهیم می تواند تاثیر به سزایی در آرامش و رفتار هر روز ما داشته باشد. از اینرو بر آن شدیم که معرفی اجمالی بر انواع موسیقی های در دسترس داشته باشیم و بتوانیم با انتخاب سبک های متناسب، آنچه از ذات موسیقی انتظار می رود که همان آرامش روحی و ارتباط بهینه با معنا و کلام و فرم می باشد را برقرار کنیم. مشهور است که موسیقی زبانی همگانی است اما الفبای این زبان برای همه آشنا نیست. گویی فقط نوازندگان و آهنگسازان این زبان را می فهمند و برای بقیه ی مردم نت های موسیقی تنها مجموعه ای از نقاط سیاه و سفید است که روی خط های موازی چیده شده است. دانستن معنای این نقاط سیاه و سفید تنها راه آشنایی با زبان موسیقی نیست. گوش دادن هم می تواند ما را به این دنیا وارد کند. در بخش نخست، نگاهی بسیار گذرا بر شکل گیری موسیقی امروزی انداختیم و با همین روند به معرفی و بررسی برخی سبک های مطرح و محبوب می پردازیم.



## موسیقی کلاسیک

موسیقی کلاسیک را از نظر سبک و تحول تاریخی آن به چند دوره کوچک تر تقسیم کرده اند:

**دوره سده های میانه یا قرون وسطی:**  
این دوره با سقوط امپراتوری روم شروع و تا رنسانس در اروپا ادامه می یابد. این دوره، شروع آغازین گام های موسیقی کلاسیک بوده و از این دوره قطعات اندکی در دسترس است. یک خط ملودی بدون بخش همراهی کننده قدیمی ترین موسیقی ای است که می شناسیم. نوعی بافت موسیقی که به آن مونوفون (Monophonic) می گویند.

ریتم های آوازهای اولیه نیز نامنظم و بی قاعده اند. خواندن آوازهای اولیه در بسیاری از کلیساها و صومعه سراها هنوز مرسوم است.



**دوره رنسانس:** در این دوره، که شامل سال های ۱۴۰۰ تا ۱۶۰۰ میلادی می شود، به طور عمده در ایتالیا شکل گرفت و بیشتر قطعات ساخته شده، آثار آوازی هستند. کلیسا، موسیقی را وسیله ای مهم برای تعالی روحانی می دانست. به همین دلیل راهبه ها مراسم و عبادات دینی را با آواز و به صورت گروهی برگزار می کردند. موسیقی چندصدایی یا پلی فونیک، به عنوان راهی برای غنی تر کردن مراسم مذهبی به وجود آمد.

اولین تجربه های موسیقی چندصدایی با تقسیم کردن خوانندگان به دو گروه شروع شد. با این روش، ملودی در آواز گروهی، غنی تر و جذاب تر



می‌شد. این همان پایه و اساس آوازهای گسپل و همصدایی‌هایی است که در موسیقی پاپ و راک امروز هم می‌شنویم. گیوم دو فی از آهنگسازان شناخته شده آن دوران است.

**۳. دوره باروک:** این دوره از سال ۱۶۰۰ میلادی شروع می‌شود و تا حدود ۱۷۵۰ میلادی ادامه می‌یابد. لغت باروک در عالم هنر (نه فقط موسیقی) معادل "استادانه زینت دادن" یا "ماهرانه درست کردن" است که از مشخصات بارز هنر آن سال‌ها بوده است. موسیقی این دوره، همانند سایر هنرهای هم‌عصر خود، بیانگر اشرافیت و قدرت حکومت‌های اروپایی بوده است. از ویژگی‌های موسیقی دوره ی باروک می‌شود به تزئین بیش از حد ملودی اشاره کرد. یعنی برای جذاب‌تر کردن ملودی به آن نت‌هایی اضافه می‌کردند که در اصطلاح موسیقی به این‌نت‌ها، نت زینت می‌گویند. ویژگی مهم دیگر دوره ی باروک، ورود ساز در کنار آواز بود. در این دوره، با شروع انقلاب صنعتی، سازهایی با کیفیت بهتر ساخته شد. به علاوه نوازندگان زبردستی هم پیدا شدند که باعث شد آهنگسازان به نوشتن موسیقی سازی، رغبت بیشتری پیدا کنند.



در آثاری که در اوایل دوره ی باروک برای سازها نوشته می‌شد، یک ساز ملودی اصلی را می‌زد و بقیه ی نقش همراهی کننده را داشتند. به این ترتیب ملودی اصلی به وضوح شنیده می‌شد. در زبان موسیقی به اثری که در آن ملودی اصلی با همراهی کننده شنیده شود، هوموفونی (*homophonic*) می‌گویند.

در دوره ی باروک همچنان کلیسا و دربار، دو منبع اصلی درآمد برای آهنگسازان بود. آن‌ها برای مراسم و مناسبت‌های مختلف از آهنگسازان می‌خواستند که قطعه‌ای بنویسند. آهنگسازان هم باید این سفارش‌ها را در مدت زمان کوتاهی آماده می‌کردند. آنها برای این که بتوانند سفارش‌ها به موقع تحویل بدهند، فرم‌های موسیقی جدیدی را ابداع کردند، مثل فرم کانتاتا (که فرمی بود برای آواز)، یا فوگ (*fugue*) (که فرمی بود چند صدایی برای ساز). استفاده از این فرم‌ها به آهنگسازان این امکان را می‌داد که سفارش‌های کوچک و

بزرگ موسیقی را در زمانی کوتاه آماده کرده و تحویل دهند.



معروف‌ترین موسیقی دانان: یوهان سباستین باخ، و یوالدی و هندل

**معروف‌ترین آهنگ‌ها:** چهار فصل از ویوالدی، کنسرتو برای دو ویولون در ر مینور (Concerto For two Violins in D minor)، ایر-سپلیرس (Sleepers Awake) و مس دو مینور از باخ

**۴. دوره کلاسیک:** دوره کلاسیک سال‌های ۱۷۳۰ تا ۱۸۲۰ میلادی را شامل می‌شود. قرن هجدهم مصادف بود با جریان روشن فکری یا آزادی اندیشه از بند خرافات، که در آن طغیانی علیه متافیزیک و به نفع احساسات معمولی صورت گرفت. در این دوره، برای اولین بار در موسیقی، این فکر ظهور کرد که موسیقی در حقیقت همانند دیگر هنرها، مقصود و هدفی ندارد بلکه صرفاً به خاطر خودش وجود دارد؛ یعنی موسیقی برای خود هنر موسیقی موجودیت می‌یابد.



بر خلاف موسیقی باروک که پیچیده و پر از تزئین بود موسیقی دوره ی کلاسیک روی سادگی و وضوح ملودی تأکید داشت، ملودی‌ای که بشود آن را به آسانی به خاطر سپرد و زمزمه کرد. احتمالاً شما هم بعضی از این ملودی‌های معروف دوره ی کلاسیک را می‌شناسید. مثلاً، ملودی سمفونی پنج بتهوون یا مارش ترک موتزارت.

در دوره ی باروک به هر اثری که برای ساز نوشته می‌شد، سونات می‌گفتند اما در دوره ی کلاسیک

فقط به قطعات خاصی از موسیقی سونات گفته می‌شد. سونات‌های دوره ی کلاسیک معمولاً سه یا چهار موومان داشت. در هر اثر موسیقی موومان قطعه‌ی مستقلی است با ویژگی‌های خاص. مثلاً در سونات‌های چهار موومانی دوره ی کلاسیک، معمولاً موومان اول تند بود، برخلاف موومان دوم که سرعتی آرام داشت.



سونات‌های موتزارت و بتهوون از معروف‌ترین آثار این دوره هستند. آهنگساز بعد از معرفی تم‌ها، آن‌ها را بسط و گسترش می‌دهد. برای مثال قسمت کوتاهی از یکی از تم‌ها را با کمی تغییر چند بار تکرار می‌کند. یا تمی که اول شاد بود حالا غمگین به گوش می‌رسد.



کنسرت‌های عمومی در دوره ی کلاسیک به یکی از تفریحات پرطرفدار مردم تبدیل شده بود. این قضیه باعث شد که آهنگسازها به فکر نوشتن کارهایی بیفتند که برای کنسرت‌های عمومی مناسب باشد. یکی از این نوع کارها سمفونی بود. سمفونی به نوعی از آثار موسیقی گفته می‌شود که برای گروه بزرگی از خانواده سازهای زهی، بادی، برنجی و کوبه‌ای نوشته شده است. سمفونی معمولاً چهار موومان دارد که موومان اولش به فرم سونات است.

به غیر از سمفونی، اپرا هم طرفدارهای زیادی داشت. در دوره ی کلاسیک اپراهای کم‌دی هم رواج پیدا کرد. اپرای کم‌دی موتزارت به نام «زن‌ها همه اینطوری‌اند» هنوز هم در بسیاری از سالن‌ها اجرا شده و طرفداران زیادی دارد.

معروف‌ترین آهنگسازها: هایدن، موتزارت، بت هوون و آلبینیونی

**معروف‌ترین آهنگ‌ها:** سمفونی ۹، سونات



مهتاب، اگمونت از بتهوون، ترکیش مارش، سمفونی ۴۰، رکویم و موسیقی کوچک شبانگهی از موتزارت

۵. دوره رمانتیک:



سبک رمانتیک سال‌های ۱۸۲۰ تا ۱۹۱۰ میلادی را شامل می‌شود. در این دوره، احساسات نقش بسزایی در موسیقی پیدا می‌کند. موسیقی در این دوره به صورت ابزاری در دست آهنگساز برای مطرح کردن احساسات شخصی اوست. بر خلاف دوره کلاسیک که فرم و ساختار موسیقی خیلی مهم بود، در دوره رمانتیک آهنگسازها بیشتر به بیان احساسات توجه داشتند. در این دوره آثاری نوشته شد که داستان، رؤیا یا تجربه‌ای از زندگی شخصی آهنگساز را به زبان موسیقی به تصویر می‌کشید. موسیقی رمانتیک، به خاطر همین توانایی بی‌نظیر در بیان احساسات عمیق، شخصی و گاه اغراق آمیز، توجه شنونده‌ها را به خودش جذب کرد. به دلیل شخصی بودن موسیقی رمانتیک، این دوره از نظر سبک خیلی یکدست نیست و یکی از راه‌های شناخت این موسیقی شناخت احوالات شخصی و روحیات

تک تک آهنگسازهاست.

بتهوون نقش مهمی در انتقال دوره کلاسیک به رمانتیک داشت. بتهوون که رمز و راز سبک کلاسیک را از هایدن یاد گرفته بود و تا آخر عمر در آثارش به کار می‌برد، در بیان احساس، پیرو سبک رمانتیک بود. در آثار بتهوون عواطف و احساسات مختلفی تصویر شده؛ از رنج و اندوه گرفته تا شادی و خشم و قدرت.

یکی دیگر از آهنگسازهای معروف دوره رمانتیک شوپن، آهنگساز لهستانی است. او به خاطر آثار پیانویی پر احساسی که نوشته به شاعر پیانو معروف است. شوپن جثه‌ای نحیف و ضعیف داشت و بیشتر وقت‌ها بیمار بود. احساسات عمیق و لطیف شوپن و درد و رنج‌هایش در آثارش به وضوح پیداست. شوپرت، یکی دیگر از آهنگسازهای مهم موسیقی رمانتیک است که آثار زیادی برای پیانو و آواز نوشته است.



در دوره رمانتیک، پیانو رواج گسترده‌ای پیدا کرد و خیلی از خانواده‌های طبقه متوسط در خانه‌هایشان پیانو داشتند. به همین دلیل در این دوره آثار زیادی برای پیانو نوشته شد، مثل مجموعه معروف «آوازهای بدون کلام» از مندلسون، آهنگساز آلمانی؛ ملودی این اثر حالتی آوازی دارد، انگار پیانو دارد آواز می‌خواند. **معروف‌ترین آهنگسازان:** فردریک شوپن، فرانتس لیست و برلیوز

۶. دوره مدرن قرن بیستم:

از حدود سال‌های ۱۸۹۰ به بعد، به آثاری که با ارزش‌های موسیقی سنتی اروپا متضاد بود مدرن می‌گفتند. آهنگسازهای مدرن پیرو مکتب‌های مختلفی بودند. مکتب‌هایی مانند اکسپرسیونیسم که پیشرو آن آرنولد شوپنبرگ، آهنگساز اتریشی بود که با شکستن قواعد موسیقی کلاسیک، موسیقی جدیدی را پایه‌ریزی کرد هر چند در اواخر دوره رمانتیک، در آثار آهنگسازانی مثل واگنر این حرکت آغاز شده بود.

مکتب امپرسیونیسم که مثل آثار نقاشی این سبک، حالتی رؤیگونه داشت و اهمیت چندانی به جزئیات نمی‌داد. سه‌ویث مهتاب، اثر کلود دبوسی، برای پیانو از معروفترین آثار این سبک است. نتو کلاسیک که در آن آهنگسازها از فرم‌ها و ژانرهای دوره کلاسیک استفاده می‌کردند و به عناصر ملی مثل ترانه‌ها، رقص‌ها، و ریتم‌های محلی یا موضوع‌های تاریخی و اشعار ملی توجه خاصی داشتند.

**معروفترین آهنگسازها:** کلود دبوسی، موریس راول، کورساکف، اسمتانا، دورژاک، بلا بار توک، گرشوین

معروفترین آهنگ‌ها: سه‌ویث مهتاب از کلود دبوسی، بولرو از راول، شهرزاد از کورساکف، سرزمین من از اسمتانا، رایسودی آبی از گرشوین، کارمینا بورانا از کارل ارف



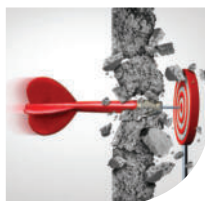
۷. دوره معاصر: موسیقی معاصر از سال ۱۹۷۰ میلادی آغاز شده است و تاکنون ادامه دارد. آهنگسازان معاصر کلاسیک بیشتر به ساختن موسیقی مینیمال و آوانگارد روی آورده‌اند. در این دوران، آهنگسازها صداهای موسیقایی را دیگر محدود به نت‌های موسیقی نمی‌دانستند بلکه تمام صداهای محیط اطراف را، از ترفیک و بوق ماشین و صدای اره گرفته تا صدای پرند و آب و باد، جزو صداهای موسیقایی می‌دانستند و از آن‌ها در آثارشان استفاده می‌کردند. این تحول باعث شد که دست آهنگسازها در انتخاب منابع صدایی بازتر شود ولی مخاطبان کمتری را از منظر عمومی به خود جلب کردند.

مشخص است که در چند صفحه قطره‌ای از این اقیانوس را هم نمی‌شود بیان کرد. می‌دانیم که در این شرایط غیر قابل انتظار دنیای مدرن همگی نیاز به آرامش و انرژی مثبت داریم. این نکته بخصوص برای دندانپزشکان محترم که وضعیت شغلی پر استرسی را در طول روز تجربه می‌کنند بیشتر مورد توجه است. از لحاظ علمی هم تحقیقات متعددی بر روی تاثیر موسیقی کلاسیک خصوصاً کودکان و نوجوانان انجام شده و همگی بر این تاکید دارند که شنیدن موسیقی کلاسیک به ویژه در ساعات اولیه روز می‌تواند روز پر از آرامش و تمرکز را به همراه آورد.



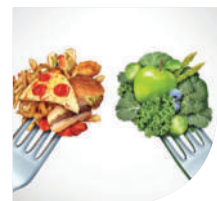
راز بزرگ افراد موفق

چرا بعضیها هرگز موفق  
نمی‌شوند



یافته های جدید ارتباط تغذیه با  
خلق و خو

چه بخوریم تا افسرده  
نشویم؟





دکتر مژگان نورین  
دکترای تخصصی تغذیه و رژیم درمانی

باعث بروز واکنش های التهابی می شود مثل شکر، محصولات تهیه شده از آرد سفید مانند کیک، نوشابه های گازدار و چربی های ترانس (روغن های نباتی جامد) از یک طرف و دریافت کمتر غذاهای ضد التهابی (غذاهای حاوی امگا ۳ و آنتی اکسیدان مانند میوه ها و سبزیجات و غذاهای دریایی) در افراد افسرده مصرف برخی غذاها مانند غذاهای حاوی اسیدهای چرب امگا ۳، پلی فنیل ها و برخی الگوی غذایی مانند رژیم غذایی مدیترانه ای اثرات ضد التهابی دارند که باعث کاهش انواعی از دپرشن می شود که منشأ آن افزایش واکنش های التهابی است. در

مواد مغذی ممکن است با افکار، عواطف و استرس در ارتباط باشند هر چند مکانیسم آنها بطور کامل شناخته نشده است.

الگوی غذایی به عنوان یکی از فاکتورهای مهم در سلامت مغز عنوان شده است. الگوی غذایی غربی که با مصرف غذاهای پر کالری و سرشار از چربی های اشباع همراه است به ارائه تئوری جدیدی مطرح شده که پیروی از الگوی غذایی غربی میتواند تاثیر قابل توجهی بر سلامت مغز داشته و باعث اختلال عملکرد هیپوکامپ، کاهش ادراک، زوال شناختی و اختلال در سد خونی مغزی شود.

اگرچه نیاز به مطالعات بیشتری برای نشان دادن اثر ضد التهابی برخی غذاها در کاهش علائم افسردگی وجود دارد اما نتایج برخی مطالعات نشان داده که مشکلات خلق و خو به عنوان یکی از مسائل مطرح در سلامت روان با افزایش واکنش های التهابی در ارتباط بوده است. همچنین ذکر شده است که مصرف غذایی که

یافته های جدید ارتباط تغذیه با خلق و خو

## چه بخوریم تا افسرده نشویم؟

اضطراب و افسردگی از شایع ترین مشکلات در زمینه سلامت روانی هستند که می توانند موجب ناتوانی در بسیاری از افراد در سراسر دنیا شوند. در سال های اخیر ارتباط بین غذا (رژیم غذایی) و خلق و خو مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است. مردم اغلب می پرسند "کدام مواد غذایی برای عملکرد مناسب سیستم عصبی از جمله خلق و خو مهم هستند؟" پاسخ بسیار ساده است: "تقریباً همه آنها" انتقال دهنده های عصبی (نوروترانسمیترها) و مواد مغذی، ارتباط های داخل بدن و همچنین ارتباط بین بدن و محیط را هماهنگ می کنند. انتقال دهنده های عصبی جهت عملکرد مناسب به مقدار کافی از مواد مغذی نیاز دارند از جمله اسیدهای آمینه (تریپتوفان، تیروزین و گلوتامین)، مواد معدنی (روی، مس، آهن، سلنیوم، منیزیم) و ویتامین های گروه B1، B2، B3، B6، B12 و اسید فولیک، اسیدهای چرب امگا ۳ و مشتقات آن.

### چگونه مواد مغذی بر سلامت روان تاثیر می گذارند؟

- ۱ مواد مغذی بطور کلی از مغز و سیستم عصبی مرکزی حمایت می کنند.
- ۲ مواد مغذی ممکن است به عنوان پیش ماده انتقال دهنده های عصبی (نوروترانسمیترها) عمل کنند.
- ۳ مواد مغذی می توانند به عنوان منبع انرژی مغز عمل کنند.
- ۴ مواد مغذی بر رونویسی ژنتیکی تأثیر می گذارند.
- ۵ مواد مغذی در دوزهای دارویی، متفاوت از دوزهای مبتنی بر غذا عمل می کنند.
- ۶ مواد مغذی به خلق و خو و احساس خوب بودن در افراد کمک می کنند.



مصرف پروبیوتیک ها با تغییر فلور میکروبی روده می تواند در افراد سالم عملکرد مغز را تغییر داده و احتمالاً باعث کاهش افسردگی شود

## نقش مهم تغذیه در کاهش و افزایش عملکرد مغز

گفته می شود رژیم های غذایی مناسب از جمله رژیم غذایی مدیترانه ای با تاثیر مفید بر میکروبیوم روده و کاهش واکنش های التهابی می تواند نقش مهمی در پیشگیری از تحلیل استخوان فک و افزایش عمق پاکت پر بودنتال داشته و از رشد میکروب های

بر مواد غذایی مناسب بر بهبود جریان خون مغزی نشان داده شده است. به طور کلی، ویتامین هایی مانند ویتامین د، ویتامین های گروه ب و آلفا توکوفرول، همچنین پروبیوتیک ها و پوره بیوتیک ها با تاثیر بر میکروبیوم روده بر تغییرات خلق و خو موثرند.

سطح بالای گلوکز خون و پیامدهای ناشی از مصرف زیاد نوشیدنی هایی که حاوی فروکتوز هستند، کمبود اسیدهای چرب امگا ۳ با کاهش توانایی های شناختی با کاهش جریان خون مغز و با کاهش حافظه همراه بوده است و اثرات محافظت کننده یک رژیم غذایی مبتنی



## معرفی رژیم غذایی مدیترانه‌ای

همانگونه که گفته شد رژیم های غذایی مناسب قادر هستند به بهبود خلق و خو کمک کنند. یکی از اینها رژیم غذایی مدیترانه ای است.

### رژیم غذایی مدیترانه ای چیست؟

رژیم مدیترانه ای بر اساس الگوی غذایی سنتی کشورهای حاشیه دریای مدیترانه طراحی شده است. به طور کلی این الگوی غذایی حاوی مقادیر زیادی سبزیجات، میوه ها، غلات سبوسدار، حبوبات، مغزها و دانه ها ( آجیل بدون شکر و نمک )، زیتون و روغن زیتون است.

### اجزای اصلی رژیم غذایی مدیترانه ای :

- مصرف روزانه ی سبزی ها، میوه ها و غلات سبوس دار و چربی های سالم
- دریافت هفتگی ماهی، گوشت پرندگان، حبوبات و تخم مرغ
- مقادیر متوسط محصولات لبنی
- محدودیت مصرف گوشت قرمز
- نکته مهم : تمرکز بر این رژیم بیشتر بر مصرف غذاهای دریایی است و گوشت قرمز فقط گاهی خورده می شود.
- اگر علاقمند به دنبال کردن رژیم غذایی مدیترانه ای هستید نکات زیر به شما کمک می کند:
- سبزی و میوه زیاد بخورید (جمعا ۴۰۰ گرم در روز)
- نان های سبوس دار مصرف کنید
- از بلغور جو و جوی دو سر Oat در رژیم غذایی روزانه استفاده کنید
- چربی های سالم بخورید (به جای کره یا روغن های جامد از روغن زیتون در پخت و پز استفاده و به جای مالیدن کره روی نان از نانی که به روغن زیتون آغشته شده استفاده کنید)
- غذاهای دریایی را بیشتر بخورید ( ۲ الی ۳ بار در هفته ماهی مصرف کنید- ماهی سالمون، ماهی تن، ماهی herring و makerel انتخاب های مناسبی هستند). سعی کنید ماهی را به جای سرخ کردن گریل کنید.
- مصرف گوشت قرمز (گوشت گاو گوساله و گوسفند را کاهش دهید)
- ماهی، مرغ و حبوبات را جایگزین گوشت قرمز کنید
- از ماست کم چرب (ماست یونانی و مقدار کمی از پنیرهای مختلف استفاده کنید)
- از سبزیجات معطر خشک مثل ریحان، نعناع، آویشن و ادویه ها در غذا استفاده کرده و مصرف نمک را کم کنید

میوه ها، نان سبوسدار)، پلی فنیل ها (ترکیبات آنتی اکسیدانی موجود در برخی میوه ها و سبزیجات) و چربیهای غیر اشباع (روغن زیتون، روغن کانولا، و غذاهای دریایی)، که همه اینها در الگوی رژیم غذایی مدیترانه ای یافت می شوند، می توانند این مواد غذایی را متابولیزه و به متابولیت های ضد التهاب تبدیل کنند.

مصرف پروبیوتیک ها با تغییر فلور میکروبی روده می تواند در افراد سالم عملکرد مغز را تغییر داده و احتمالاً باعث کاهش افسردگی شود. اگرچه نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه وجود دارد اما توصیه شده مصرف رژیم غذایی مناسب، آموزش برنامه هایی برای تشویق مردم به خوردن غذاهای سالم و از طرف دیگر کاهش مصرف شکر، غذایی که در تهیه آن از آرد سفید استفاده شده و غذاهای جانک فود میتواند اثرات مفیدی در پیشگیری از افسردگی و اختلالات خلق و خو داشته باشد. در واقع این احتمال وجود دارد که پیروی از یک الگوی غذایی سالم اثر بیشتری بر سلامت روان نسبت به سلامت جسم داشته باشد.

### یادگیری، آنزیم و زوال عقل

فاکتور نوروتروفیک مشتق شده از مغز یک پروتئین است، که به آن فاکتور نوروتروفیک مغز (NDBF) نیز گفته می شود. فاکتور نوروتروفیک مغز؛ در مغز و اعصاب محیطی یافت می شود. این فاکتور در رشد، تمایز و نگهداری سلولهای عصبی در مغز نقش داشته و همچنین به تنظیم قابلیت انعطاف پذیری سیناپسی کمک می کند که برای یادگیری و حافظه حیاتی است. سطح پایین BDNF با افسردگی و حتی خودکشی همراه بوده است. این پروتئین همچنین در مناطقی از مغز یافت می شود که غذا خوردن را کنترل می کنند و به احتمال زیاد به کنترل وزن بدن نیز کمک می کند. برخی تغییرات ژنتیکی در ژن BDNF، با افزایش خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی مانند اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی، اضطراب، و اختلالات غذا خوردن مانند پر خوری عصبی و یابی اشتها بی عصبی همراه است.



رژیم مدیترانه ای بر اساس الگوی غذایی سنتی کشورهای حاشیه دریای مدیترانه طراحی شده است. به طور کلی این الگوی غذایی حاوی مقادیر زیادی سبزیجات، میوه ها، غلات سبوسدار، حبوبات، مغزها و دانه ها ( آجیل بدون شکر و نمک )، زیتون و روغن زیتون است

مطالعات جدیدتر تعریف تازه تری برای ارتباط بین رژیم غذایی و سلامت روان مطرح شده است. اگر ژنتیک و مصرف آنتی بیوتیک به عنوان فاکتورهای مخدوش کننده کنار گذاشته شوند رژیم غذایی در تغییرات مقدار، عملکرد و تنوع فلور میکروبی روده در طول زندگی موثر است.

رژیم های غذایی ناسالم با فیبر کم و چربی های اشباع، شکر و شیرین کننده های مصنوعی می توانند باعث Leaky Gut شود که اشاره به کاهش عملکرد طبیعی روده دارد. از طرف دیگر خوردن غذاهای پر فیبر (سبزیجات،



پرخاشگری شده است. سطح پایین اسیدهای چرب ضروری امگا 3 (DHA) در مبتلایان به زوال عقل دیده شده و افزایش مصرف چربیهای امگا ۳ یا روغن ماهی در افرادی که دارای شناخت خفیف هستند مفید گزارش شده است. تصور می شود رژیم غذایی حاوی زردچوبه (کورکومین) در درمان افسردگی نقش دارد. کمبود منیزیم و اسید فولیک نیز بعنوان عوامل موثر در ایجاد افسردگی شناخته شده اند.

بی هوای جلوگیری کند و بدین وسیله تولید محصولات نهایی گلیکاسیون پیشرفته یعنی گلیکو توکسین ها را کاهش داده و از شروع و پیشرفت زوال عقل از نوع آنزیم جلوگیری نماید. یکی از مهمترین مواد مغذی برای پیشگیری از زوال عقل اسید فولیک است. مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک در افرادی که به مقدار کافی اسید فولیک از طریق غذا دریافت نمی کنند منجر به بهبود وضعیت عملکرد مغز، بهبود حافظه و کاهش

راز بزرگ افراد موفق

## چرا بعضی‌ها هرگز موفق نمی‌شوند

تالیف و گردآوری: دکتر علیرضا آشوری

افراد موفق در بسیاری نکات مشترک هستند. آنها ویژگی‌های زیادی دارند اما فقدان یک ویژگی رمز موفقیت آنها است: آنها بدبین نیستند. اگر شما پیرسند افراد موفق چه ویژگی‌هایی دارند چه پاسخی می‌دهید؟ آنها سخت کار می‌کنند، زود تسلیم نمی‌شوند، به اهداف خود ایمان دارند و بسیاری ویژگی‌های دیگر. اما آنها در نداشتن یک ویژگی مشترک هستند. می‌توان با قاطعیت گفت هیچکدام از افراد موفق بدبین نیستند. واقعیت این است که فرد موفق بدبین وجود ندارد. می‌توان اینطور گفت که موفقیت واقعی که جامعه متر و معیار آن را مشخص می‌کند در هر زمینه‌ای (مالی، شهرت، خوشبختی، خانوادگی) در صورت وجود بدبینی بدست نمی‌آید. اما چرا؟ متیو مک کانهای یکی از ستارگان موفق و مطرح هالیوود به این پرسش اینطور پاسخ داده است: افراد بدبین و ایرادگیر بجای سلامت عاشق بیماری هستند. آنها غرغر می‌کنند و دوست دارند همه را متهم کنند. دائم می‌گویند من را بیچاره کردند، در حقم بد کردند، نباید این اتفاق برای من می‌افتاد و... آنها در یک بن بست دائمی زندگی می‌کنند.

**افراد موفق از دنیا طلبکار نیستند.** آنها بیرون می‌روند و آنچه را می‌خواهند بدون خواهش و اجازه از کسی بدست می‌آورند؛ افراد موفق پرتانگیزه و با استعداد هستند و با تمرکز روی نکات مثبت از مسائل منفی دوری می‌کنند. یک آدم منفی و بدبین و ایرادگیر برای این حرف‌ها تره هم خرد نمی‌کند و دائم توجه می‌کند این حرف‌ها مفت نمی‌ارزد. ولی واقعیت چیز دیگری است. مثلاً همین متیو مک کانهای ثروتمند است، فیلمهای موفق و پرفروش داشته است، برنده جایزه اسکار بهترین بازیگر نقش اول مرد بوده، کمپانی تولید فیلم خودش را دارد، صاحب یک خانه بزرگ است که در آن زندگی شادی با خانواده‌اش دارد و از لحاظ فیزیکی متناسب و سالم است.

ولی متناسفانه حقیقت تلخ این است که ما در دنیای بد و معیوبی زندگی می‌کنیم. افراد بسیاری را می‌شناسیم که به‌رغم استعداد و توانایی از کار بیکار شده‌اند، ارتقای شغلی مناسبی نداشته‌اند، حقوق خوبی نمی‌گیرند، زندگی خانوادگی شان فاقد شادی و طراوت است و دهها ناهنجاری دیگر که در ابعاد مختلف زندگی خود با آنها روبرو هستیم. بسیاری از اتفاقاتی که در زندگی ما رخ می‌دهد خارج از کنترل ما است. حالا چه باید کرد؟ نتیجه همه اینها جز عصبانیت چیز دیگری نیست. با این حال بدبینی در چنین شرایطی معدود شانس‌های بازگشت به یک وضعیت خوشایند و قابل قبول را نیز نابود می‌کند. چون شما با بدبینی افراطی به همان موقعیت‌های محدود روی خوش نشان نمی‌دهید، این کار در حکم خودکشی است.

حقیقت تلخ  
است

**یک تمرین مناسب؛** یک آدم بدبین و ایراد گیر موفق نام برید. نمی توانید؛ حالا نگاهی به برخی افراد بسیار موفق ۱۰ سال اخیر بیندازید: پور گن کلوپ، جورج کلونی، جی کی رولینگ، باراک اوباما، روسای گوگل، جف بزوس، ایلان ماسک، مارک زوکربرگ هیچکدام از این افراد بدبین نیستند. افراد بدبین هرگز به مقامات بالا نمی رسند، رییس جمهور یا نخست وزیر نمی شوند، مجری های موفق نمی شوند، بازیگران محبوب و مشهوری از کار در نمی آیند و می توان با قاطعیت گفت به ندرت ممکن است پولدار شوند. افراد بدبین غرغرو، پر توقع و اعصاب خردکن هستند. آنها مدام بر منش اعصاب خردکن خود تاکید می کنند: "بیا دور هم بنشینیم و غر بزیم، عصبانی بودن خوب است." این افراد وقتی دور هم جمع می شوند چنان فضای منفی و مایوسی اطراف خود ایجاد می کنند که آدم از زندگی سیر می شود. وقتی هم با آنها مخالفت کنی (حتی مخالفتی ملایم و اندک) طوری در برابرت جبهه می گیرند انگار که داری علیه شان توطئه می کنی. آنها به افراد موفق حمله می کنند و موفقیت آنها را به بی عدالتی و تزویر نسبت می دهند. مثلا می گویند فلان تیم فقط با کمک داور برنده می شود یا فلانی فقط با روابط به این جا رسیده یا اینکه رییس من زندگی ام را ویران کرده است. حتی شاید این اظهارات در برخی موارد نادرست هم نباشد اما اینکه تمام زندگی یک نفر به چنین وضعیتی بگذرد امکان پذیر نیست.

**نکته اینجا است:** هر کاری که انجام می دهید، برای رسیدن به موفقیت به عملکردی خوب و ممتاز نیاز دارید. ولی ماجرا این است که برای داشتن عملکرد خوب شما باید به توانایی خود و سیستمی که در آن کار می کنید از ته دل ایمان و اعتقاد داشته باشید. در غیر این صورت عملکرد شما کیفیت مناسبی نخواهد داشت و به همین دلیل موفق نخواهید شد. در چنین فضایی بدبینی و ایراد گرفتن محلی از اعراب ندارد. آدم بدبین و ایراد گیر بی اعتماد و بی اعتقاد نیست، بلکه نمی خواهد به چیزی اعتماد و ایمان داشته باشد. یک چنین آدمی فقط دارد خودش را گول می زند.

**به همین دلیل است که بدبینی برای افراد معمولی چقدر خطرناک است.** اگر شما احساس اعتماد و ایمان را از دست بدهید (نسبت به هر چیزی مثلا کار، روابط عاطفی و اجتماعی، والدین، فرزندان) آنوقت دیگر به هیچ دردی نخواهید خورد حالا هر چقدر هم آدم با استعدادی باشید. شما قطعاً شکست می خورید. بدبینی و انتقاد از زمین و زمان به دلیل قلب شکسته است. اعتقاد قلبی به یک شرکت، گروه، سیستم یا یک شخص دیگر شما را وادار می کند تا واقعا و با تمام وجود از خودتان مایه بگذارید که هم به لحاظ منطقی و هم عاطفی شما را درگیر خواهد کرد. حالا اگر شما با تمام احساس و منطق خود و با حداکثر توان خود فعالیت کنید و شکست بخورید یا دیگران شما را زمین بزنند آنوقت قلبتان می شکند. حالا اینجا است که باید انتخاب کنید. اینکه وارد یک دور باطل دیوانه وار بشوید یا اینکه کار بسیار دشواری انجام بدهید و دوباره به کسی یا چیزی اعتماد کنید. این یعنی حرکت در مسیری که یکبار قلبتان را شکسته است: تزویر، بی عدالتی، پول پرستی و رشوه گیری. افراد بسیار کمی هستند که در مسیر موفقیت با این مسائل تلخ روبرو نشده باشند.

**در اینجا به دو نمونه اشاره می کنیم:**

جیسون کاماراس یک معلم ریاضی بازنشسته اهل واشنگتن است که در سال ۲۰۰۵ بعنوان بهترین معلم سال ایالات متحده انتخاب شد. او می گوید: "شما فکر می کنید من هر روز صبح با هیجان و نشاطی باورنکردنی از خواب بیدار می شدم؟ نه. اما هر روز صبح وقتی از رختخواب بیرون می آمدم احساس می کردم هدفی دارم و برای رسیدن به آن هدف انگیزه. اگر روزی از خواب بیدار شدید و چنین احساسی نداشتید باید از خودتان بپرسید چرا؟ اگر این وضعیت ادامه پیدا کرد باید تغییری در شرایط ایجاد کنید در خودتان یا در شرایط کاریتان. در ضمن همیشه باید واقع بین و قانع باشید. من هیچوقت نگفتم خدا یا خیلی بد است که نمی توانم فلان خانه را بخرم." چاک پلانیوک یکی از نویسندگان برجسته معاصر ایالات متحده است که

عمدتا او را بخاطر کتاب باشگاه مبارزه می شناسند (همان کتابی که دیوید فینچر آن را به فیلم برگرداند و براد پیت و ادوارد نور تون بازیگران اصلی آن بودند). او می گوید: "بعنوان یک نویسنده مجبور بودم هر کاری ناشر می گوید انجام بدهم تا اینکه فهمیدم تمام ساعات فراغت خود را دور ریخته ام. آن زمان از نوشتن متنفر شده بودم؛ شده مثل هر شغل احمقانه دیگری که در آن باید رییس را از خودت راضی نگه داری. در نتیجه تصمیم گرفتم فقط برای تفنن بنویسم و هر چه را دلم خواست نوشتم. حاصل همین طرز فکر شد کتاب باشگاه مبارزه." مارک والبرگ یکی از ستارگان برجسته و پرتعداد هالیوود است. او درباره رمز موفقیت خود می گوید: "تنها کاری که می کنم این است که روی واضح ترین و مهم ترین ویژگی کار متمرکز می شوم. تمام توجهام را معطوف به همان کار می کنم. اگر شما انگیزه داشته باشی و کارت را درست انجام بدهی آنوقت خودبخود اتفاقات خوبی برایت رقم می خورد."

## حرف آخر

به شما نمی‌گوییم مثبت فکر کنید یا خوش بین باشید یا سایر چیزهایی که مربوط به تفکر مثبت است. فقط می‌گوییم به اعتقاد و ایمان درونی خود صادقانه ایمان داشته باشید. این روش در مورد انسان‌های موفق آنقدر موثر بوده که نمی‌تواند یک تصادف صرف باشد. افراد عیب‌جو و بدبین اهل چالش و مبارزه نیستند، اما اگر شما اهلیش هستید راه موفقیت همین است که الان گفتیم.

## خودآزمایی

## آیا شما بیش از حد بدبین هستید؟

افراد بدبین که از زمین و زمان ایراد می‌گیرند بیشتر در معرض ابتلا به فشار خون و بیماری‌های قلبی قرار دارند. تحقیقات نشان داده این افراد چندان تمایلی به خوردن دارو نداشته و معمولا به جای اینکه واقعا برای سلامت خود کار مفیدی انجام دهند دنبال راه‌های میان‌بر می‌روند. مرز بسیار باریکی بین یک آدم سالم و شکاک و یک آدم بدبین و بیمار وجود دارد. این خودآزمایی که توسط دکتر فیلیپ میرویس استاد دانشگاه بوستون طراحی شده به شما کمک می‌کند که متوجه شوید چقدر آدم بدبینی هستید.

- به هر کدام از عبارتهای زیر از ۱ تا ۴ نمره بدهید. عدد ۱ یعنی کاملا مخالف هستید و عدد ۴ یعنی کاملا موافق. ۲ و ۳ حدود وسط را نشان می‌دهند.

- اغلب مردم اگر برای‌شان نفعی داشته باشد دروغ می‌گویند
- مردم ادعای اخلاقرایی دارند اما وقتی پای پول وسط باشد تعدادی کمی به اخلاقیات پایبند خواهند بود
- مردم تظاهر می‌کنند به بقیه اهمیت می‌دهند ولی واقعا اینطور نیست
- در دنیای امروز دلم برای افرادی که خودخواه نیستند می‌سوزد چون بقیه از آنها سوءاستفاده می‌کنند
- اغلب مردم باطنا دوست ندارند به دیگران کمک کنند
- اغلب مردم فقط به فکر منافع خودشان هستند
- اغلب مردم ذاتا روراست نیستند

پاسخ: اگر امتیاز شما ۷ تا ۱۴ باشد شما آدم خوش‌بینی هستید؛ شاید بیش از حد خوشبین. شما افراد را راستگو، وفادار و به فکر دیگران می‌دانید. خوش‌بینی شما نشانه سلامتی شماست اما حواس‌تان باشد چون به راحتی می‌توانید طعمه افراد بدبین، دروغگو و کلاهبردار شوید.

اگر امتیاز شما ۱۵ تا ۲۰ است شما یک آدم شکاک و سالم هستید. شما آدم خوش‌بینی هستید مگر خلافت ثابت می‌شود. اما یادتان باشد شما از آن تیپ شخصیت‌هایی هستید که بر خورد اول می‌تواند تاثیر بدی در روابط آتی داشته باشد. بنابراین زود درباره افراد قضاوت نکنید

اگر امتیاز شما ۲۱ تا ۲۸ است. شما خیلی بدبین هستید؛ شما فکر می‌کنند همه مردم خودخواه، دو رو و تک بعدی هستند. شما مدام مراقب هستید کسی از پشت به شما خنجر نزند و اگر بتوانید خیلی سریع از آدم‌های دیگر به نفع خودتان می‌کنید. باید سعی کنید از شدت بدبینی افراطی خود کم کنید.



## برنامه افزایش خوش بینی

حتی افراد بسیار خوش بین هم ممکن است تحت فشارهای محیطی و استرس به موجوداتی تلخ و بدبین تبدیل شوند. از این راه‌ها برای افزایش خوش بینی خود استفاده کنید

### در برقراری ارتباط مشکل دارید

آدم بدبین معتقد است همه زن‌ها/مردها دیوانه‌اند

در عوض از خودتان بپرسید شاید شما طرف مقابل را دیوانه می‌کنید

رابطه عاطفی تان با همسر یا دوست دختر/دوست پسر تان را کالبدشکافی کنید. اگر هم شکست عاطفی داشته‌اید چند ماه بعد مثلاً از طریق ایمیل از طرف مقابل خود بپرسید به نظرش چرا رابطه شما شکست خورد؟ هر چه هم از طرف مقابل شنیدید باز هم محترمانه رفتار کنید چون شاید همین مساله باعث شود شما بتوانید رفتار خود را اصلاح کنید.

### از شغل تان متنفر هستید

آدم بدبین معتقد است:

رییس من و دور و بری‌هایش بخاطر زحمات من پولدار می‌شود

در عوض از خودتان بپرسید

چطور می‌توانم ارتقا بگیریم و مقام بالاتری پیدا کنیم؟ در حال حاضر بسیاری از ما برای گذران زندگی ناچار هستیم کارهای مختلفی داشته باشیم و استرس شغلی فراوانی به ما وارد می‌شود. احساس بدبینی زمانی وارد داستان می‌شود که بین واقعیت و رویا فاصله ایجاد می‌شود. بهترین راه این است که از رییس خود بخواهید بصورت شفاف وظایف شما را تشریح کند و در عین حال به شما بگوید در چه صورتی می‌توانید ارتقای شغلی داشته باشید.

### فرزند شما در مدرسه پیشرفت جالبی ندارد

آدم بدبین معتقد است:

سیستم آموزشی مزخرف است

در عوض از خودتان بپرسید

من اخیراً به فرزندم چه چیزی یاد داده‌ام؟

مدرسه صرفاً یک وسیله است. یادگیری در منزل آغاز می‌شود. از معلم فرزند خود بخواهید شما را در جریان برنامه آموزشی قرار دهد و ببینید چطور می‌توانید در منزل کمک کنید تا او پیشرفت کند. سپس بعد از ۴ هفته دوباره با معلم او وضعیت را چک کنید. اگر پیشرفت فرزندتان خوب نبود برایش معلم خصوصی بگیرید.



# پاکنده‌های لوکس آلمانی

خودروهای گروه فول سایز بزرگ و البته گرانبقیمت نیست. در نتیجه این گروه به گزینه‌ای عالی برای خانواده‌های عمدتاً کم جمعیت تبدیل شده است. در این نوشتار شاسی بلندهای میدسایز لوکس خودروسازان لوکس آلمانی را در سال ۲۰۲۱ معرفی کرده‌ایم. قیمت و تصاویر خودروها از وبسایت‌های کانادایی هر برند استخراج شده است.

دکتر علیرضا آشوری | به قول معروف دور، دور خودروهای SUV است و در این بین شاسی بلندهای میدسایز سهم قابل ملاحظه‌ای از بازار را به خود اختصاص داده‌اند. اهمیت خودروهای شاسی بلند میدسایز از این جهت است که بزرگتر از SUVهای کوچک و جمع و جور سری کامپکت بوده ولی در عین حال به اندازه



قیمت تخمینی پایه:

۵۲ هزار دلار به بالا

## Mercedes Benz GLE

به عنوان یک خودروی روزمره، با خودرویی با کابین لوکس و جادار و راحت روبرو هستیم. طراحی خارجی خودروی زیبا و برازنده است و ثروت و ایهت را به بیننده القا می‌کند. سواری خودرو مطابق انتظار راحت و لذت بخش است گرچه بعضی منتقدان خودرو به خشک بودن GLE ۲۰۲۱ هنگام عبور از دست اندازهای بزرگ اشاره داشته‌اند.

فضای داخلی با چرم و چوب و فلز به شکلی بسیار زیبا و چشم‌نواز تزیین شده و تفاخر از سر و روی کابین می‌بارد. تمام صندلی‌ها و حتی دسته آنها مجهز به گرم کن بوده و کنسول وسط خودرو می‌تواند به سرعت از یک محیط گرم به یک یخچال تبدیل شود. فضای داخلی بزرگ و جادار بوده و می‌توان یک ردیف سوم صندلی هم برای آن سفارش داد ولی در صورت افزودن ردیف سوم، فضای داخلی برای سرنشینان ردیف سوم بخصوص اگر بزرگسال باشند



GLE ۲۰۲۱ در نگاه نخست ادامه منطقی تفکرات طراحان مرسدس بنز در سال‌های اخیر است. ولی آنچه در مدل ۲۰۲۱ این SUV لحاظ شده از هر جهت چشمگیر و جذاب است. این شاسی بلند لوکس میدسایز در سه شکل مختلف از نظر قوای محرکه طراحی شده است. موتور چهار سیلندر توربوشارژ GLE ۳۵۰ با حجم دو لیتر ۲۵۵ اسب بخار و مدل ۶ سیلندر GLE ۴۵۰ با حجم ۳ لیتر ۳۶۲ اسب بخار نیرو تولید می‌کنند. این میزان در موتور هشت سیلندر ۴ لیتری GLE ۵۸۰ به عدد خارق العاده ۶۰۳ اسب بخار افزایش می‌یابد. این قدرت موتور بی نظیر از طریق یک چرخ دنده اتوماتیک ۹ سرعته به چرخ‌های GLE منتقل می‌شود.

تعداد آپشن‌های خودرو تقریباً نامحدود است بخصوص که می‌توان با افزودن یک سیستم تعلیق شرايطی فراهم کرد تا خودرو داخل شن و گل به یک شکل حرکت کند.

قیمت تخمینی پایه:

از ۵۶ هزار  
دلار به بالا

## BMW X5

توجهی را نشان می‌دهد. باقی تغییرات ایجاد شده نسبت به مدل ۲۰۲۰ اما چندان بزرگ نیستند؛ مواردی از قبیل ریموت استارت و تهویه صندلی‌های ردیف جلو.

جداز سیستم هیبرید که به آن اشاره شد، ایکس ۵ دو سیستم قوای محرکه دیگر نیز دارد. در مدل ۴۰i یک موتور توربوشارژ ۶ سیلندر ۳۳۵ اسب بخار نیرو را از طریق یک جعبه دنده ۸ سرعته به چرخهای خودرو منتقل کرده و در زیر کاپوت مدل M۵۰i یک موتور ۸ سیلندر توپین توربو قرار داده شده که با قدرت ۵۲۳ اسب بخار این شاسی بلند زیبا را به حرکت در می‌آورد.

یک نمایشگر ۱۲،۳ اینچی که به دو قسمت تقسیم شده در وسط داشبورد قرار گرفته که آپشن‌های لوکس خودرو از طریق آن قابل دسترسی هستند.

فضای داخلی خودرو برای بزرگسالان بزرگ و سخاوتمندانه است اما در صورت سفارش ردیف سوم، صرفاً کودک‌کان می‌توانند از مقدار فضای باقیمانده استفاده کنند. در واقع خودرو برای دوری صندلی فضایی عالی و برای سه ردیف صندلی فضایی کم خواهد داشت. به جز این مورد، امکانات لوکس خودرو فوق‌العاده هستند. کیفیت متریا به کار رفته در کابین دقیقاً همان چیزی است که از یک خودرو لوکس با برند بی‌ام‌دبلیو انتظار می‌رود. ایراد اصلی که البته به تمامی خودروهای بی‌ام‌دبلیو وارد است، گران بودن این آپشن‌ها است که

بسیاری از آنها به صورت استاندارد وجود نداشته و باید به خودرو افزوده شوند. در نتیجه قیمت خودرو به شکلی تصاعدی افزایش خواهد داشت.

فضای بار خودرو بسیار بزرگ و جادار است و دقیقاً مشابه مرسدس بنز GLE است با این تفاوت که صندلی‌های ایکس ۵ راحت‌تر از GLE خوابانده و بلند می‌شوند. قیمت پایه خودرو در کانادا از حدود ۷۸ هزار دلار آغاز شده و با افزودن آپشن‌ها و انتخاب موتورهای قدرتمندتر به بالای یکصد هزار دلار بالغ خواهد شد.



رقیب همیشگی مرسدس بنز، با شاسی بلند میدسایز ایکس ۵ در بازار حضور دارد. کارخانه معظم آلمانی در مدل ۲۰۲۱ ایکس ۵، تغییراتی را در مدل قبلی این SUV ایجاد کرده که مهمترین آن پلاگ این هیبرید جدید ماشین است. در مدل ۲۰۲۱،

پلاگ این هیبرید XDrive۴۵e جایگزین مدل قدیمی‌تر آن شده است. در این سیستم، ترکیبی از قدرت یک موتور الکتریکی و یک موتور بنزینی برای تامین قوای محرکه خودرو مورد استفاده قرار می‌گیرد. سری جدید پلاگ این هیبرید ایکس ۵، قادر به تامین ۳۸۹ اسب بخار قدرت است که توسط یک موتور بنزینی ۶ سیلندر ۳ لیتری (۲۸۲ اسب بخار) و یک موتور الکتریکی (۱۱۲ اسب بخار) تامین می‌شوند. این قدرت موتور در قیاس با ۳۰۸ اسب بخار قدرت سیستم قبلی، جهش قابل



بسیار تنگ و محدود خواهد بود. با این حال صندوق عقب خودرو چه با ردیف سوم و چه بدون آن بسیار جادار و بزرگ است. اگر تمام صندلی‌های خودرو خوابانده شوند، ۲۶ چمدان داخل این SUV جا خواهد گرفت.

امکانات الکترونیکی خودرو نسبت به مدل قبلی تغییر چندانی نداشته است. دو نمایشگر ۱۲،۳ اینچی تقریباً در تمام طول داشبورد کشیده شده و امکانات فراوانی را در اختیار راننده قرار می‌دهند. خودرو به سیستم MBUX است که به فرامین صوتی واکنش نشان می‌دهد. بدین ترتیب راننده می‌تواند بدون لمس کردن صفحه نمایشگر، دستورات خود را به سیستم هوشمند خودرو اعلام کند.

در کانادا قیمت پایه GLE ۲۰۲۱ از حدود ۷۵ هزار دلار آغاز می‌شود. تیونینگ AMG این مدل شامل GLE ۵۳ و GLE ۶۳S ظاهری لوکس‌تر داشته و

سواری آن حس از یک خودرو اسپرت را القا می‌کند. قیمت مدل AMG ۵۳ در کانادا از حدود یکصد هزار دلار آغاز می‌شود.





قیمت تخمینی پایه:  
از ۵۰ هزار  
دولار به بالا

### Audi Q7

و ایده آل خواهد بود. کیو ۷ در مدل ۲۰۲۱ خود از نظر طراحی شکل و شمایل زیباتر از مدل‌های سال‌های گذشته داشته و تغییراتی بسیار جزیی در شکل و ابعاد چراغ‌ها و جلوپنجره، این SUV را به خودرویی موقر و با ابهت تبدیل کرده است.

در مدل ۲۰۲۱، همان قوای محرکه و سیستم حرکتی مدل ۲۰۲۰ مورد استفاده قرار گرفته است. یک موتور توربوشارژ چهار سیلندر با ۲۴۸ اسب بخار قدرت و یک موتور قوی تر ۶ سیلندر سه لیتری که با کمک یک سیستم ۴۸ ولتی هیبرید، ۳۳۵ اسب بخار نیرو تولید می‌کند. این نیرو از طریق یک گیربکس اتوماتیک ۸ سرعته به چرخ‌ها منتقل می‌شود. می‌توان کیو ۷ را با سیستم تعلیق سفارش داد که در سرنشینان رانندگی در جاده‌های ناهموار را برای سرنشینان را به حداقل ممکن کاهش می‌دهد. به طور کلی سرنشینان کیو ۷ یا بدون این سیستم تعلیق، یک سواری نرم و راحت را تجربه می‌کنند. فضای داخلی خودرو زیبا، راحت و چشم‌نواز است و می‌توان انواع و اقسام آپشن‌های لوکس و مدرن را در اختیار داشت. مشکل بزرگ کیو ۷ که در تمام مدل‌های این برند آلمانی دیده می‌شود، گران بودن این آپشن‌ها است که در صورت افزودن آنها قیمت خودرو به شدت افزایش خواهد یافت. هزینه نگهداری و سرویس آلودی نیز حتی با در نظر گرفتن اروپایی بودن و لوکس بودن خودرو، بالا و گران محسوب می‌شود. قیمت پایه خودرو در کانادا از حدود ۷۲ یا ۷۳ هزار دلار آغاز می‌شود.

کارخانه آلمانی است که به طور خاص خانواده‌ها را به عنوان گروه هدف انتخاب کرده است. کیو ۷ مشابه سایر مدل‌های میدسایز در دو یا سه ردیف صندلی در دسترس است و دقیقاً مشابه سایر رقبا، با سفارش ردیف سوم فضای خودرو به شکل محسوسی کاهش می‌یابد. با این حال، اگر این خودرو با دو ردیف صندلی سفارش داده شود، فضای داخلی آن بسیار مطلوب

شاسی بلند لوکس آلودی یکی از برندهای لوکس کارخانه عظیم فولکس واگن، گرچه از لحاظ فروش از دو رقیب قدرتمند خود مرسدس بنز و بی ام دلیو عقب‌تر است اما طرفداران پر و پاقرص خود را داشته و همواره به عنوان یکی از برندهای مطرح خودروهای لوکس جایگاه مستحکمی داشته است. کیو ۷ شاسی بلند میدسایز آلودی یکی از پرطرفدارترین محصولات این



قیمت تخمینی پایه:

از ۶۴ هزار  
دولار به بالا

### Porsche Cayenne



دیگری در عین حال در فضای داخلی ماشین همه چیز حتی رنگ کمربندهای ایمنی را هم می‌توان به دلخواه انتخاب کرد. با این حال در کابین نمی‌توان ردیف سوم صندلی را سفارش داد که البته از سوی دیگر باعث می‌شود فضایی بسیار مطلوب در اختیار سرنشینان عقب قرار گیرد. با این همه بسیاری از فیچرهای لوکس خودرو باید بطور جداگانه سفارش داده شوند که در نتیجه قیمت تمام شده خودرو را به شدت افزایش خواهد داد. به این مورد می‌توان هزینه نگهداری و سرویس بسیار بالا را نیز اضافه کرد.

قیمت پایه پورشه کاین ۲۰۲۱ در بازار کانادا حدود ۸۵ هزار دلار است که در مدل کاین توربو اس-ای هایبرید کوپه به بالای دویست هزار دلار خواهد رسید.



شاسی بلند میدسایز کاین چیزی فراتر از یک مدل معمولی برای شرکت خودروسازی است. کاین مدلی بود که کارخانه پورشه را از ورشکستگی نجات داد و با کمک همین مدل بود که دومین برند لوکس شرکت فولکس واگن توانست دوباره نام خود را به عنوان یک برند لوکس و البته اسپورت در بازار خودرو دنیا مطرح کند. کاین گرچه بزرگترین SUV پورشه محسوب می‌شود، اما ابعاد آن در حد یک شاسی بلند میدسایز است و بیش از هر چیز شکل و شمایل و ویژگی‌های یک خودرو اسپورت را دارد تا ظاهر یک خودرو لوکس کلاسیک. کاین در ۱۲ مدل مختلف به بازار عرضه شده و موتورهای این مدل‌ها می‌توانند ۶ سیلندر با حجم سه لیتر، ۸ سیلندر با حجم ۴ لیتر یا هیبرید باشند. مدل کوپه کاین با طراحی کاملاً اسپرت و موتورهای هیبرید یا هشت سیلندر توئین توربو می‌تواند انتخابی بسیار هیجان‌انگیز باشد. موتور هشت سیلندر کاین کوپه ۵۴۱ اسب بخار قدرت دارد. تمام این موتورها از طریق یک گیربکس اتوماتیک هشت سرعته، نیروی تولید شده را به چرخ‌های کاین منتقل می‌کنند. با این حال بخاطر ذات اسپورت کاین، سواری با این خودرو کمی خشک است.

برای این خودروی لوکس می‌توان آپشن‌های متعدد و جذابی را سفارش داد. یک صفحه نمایشگر ۱۲،۳ اینچی در داشبورد تعبیه شده که آپشن‌های پورشه از آن طریق قابل کنترل هستند. هر دو ردیف صندلی خودرو مجهز به گرم کن و تهویه بوده و می‌توان آپشن‌های

# JOD

Joy Of Dentistry



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



well, but in case of disagreement or disharmony, this type of work can be associated with many setbacks.

For this reason, it is essential to have an agreement that is properly regulated. In such an agreement, the proper approach to be taken in the event of any dispute should be clearly and unequivocally determined.

Another important issue is to determine the responsibilities of partners and how to divide income and profits among individuals. Furthermore, in such an agreement, predictions such as the desire to end participation by one member or how to buy or assign another partner's share should be noted and recorded.

When signing such a binding arrangement, it is absolutely necessary to get help from competent consultants such as lawyers, accountants or responsible persons in banks who have sufficient experience in dental regulations.

### **COST SHARING**

Currently, this contract model has become more popular in the field of dental work in comparison with shared business. In such a structure, each dentist operates independently and actually has full authority on how to run the office, but the payment of part of the costs is done jointly, such as participation in payments like renting places, employee salaries, and purchasing basic equipment.

### **Dental practice ownership as an investment or Dental Franchises**

In all 4 previous cases, offices are managed independently regardless of the number of active and responsible dentists, while in chain offices, ownership and administration of offices is managed by investor companies whose founders are dentists. Sometimes such companies are referred to as the Dental Services Organization with a particular brand

or name. In this model, multiple offices in different places and with a specific name and brand provide dental services. By increasing the number of offices, providing quality work, management issues and financial and tax reports will be accompanied by more complexities. One of the most fundamental differences in such offices is the way communication between patients and dentists or other employees occurs. In private offices, such connections are formed more deeply and sustainably.

In these offices dentists only treat patients and other responsibilities are delegated to other persons specifically employed in the organization for management and administration. Although work and responsibility in such offices are lighter than other cases, dentists who wish to cooperate in such a structure should consider their short-term and long-term goals before signing a contract. Furthermore, they should also review the provisions and points raised in the agreements in order to prevent disappointment, dissatisfaction and unhappiness in the future.

One of the questions that may be repeatedly raised in the field of dental office is whether a non-dentist can own or run a dental office. According to the existing laws, a non-dentist can only own certain assets such as location and equipment or run a part of the business such as advertising or employee-related affairs. In all of these cases, the dentist's full supervision includes the proper and legal implementation of these matters. At the same time, the non-medical person is not allowed to own patients' files and information.

### **In conclusion....**

Although the decision to operate any of the above structures may be made at some time based on individual interests or specific living conditions, it is ultimately the personality and professional tendencies that identify the final path.

## Dentistry and Dental Practice Models in Canada



Dr Neda Kadivar, D.D.S

It is to be expected that all of us as graduates of dentistry wish to work in an office that suits our preferences and dreams in addition to our professional interests. For many of us, however, working alongside other colleagues in a clinic is somehow pleasant. As an international and active dentist in Canada, I had the opportunity to experience practice in different working conditions, both in Iran and Canada. Experience sometimes comes at a heavy cost, however, many unclear and ambiguous issues become apparent to us.

Dental activities in Canada usually involve fundamental differences with the countries of origin of international dentists, which can create some drawbacks at work subsequent to starting the job in Canada. I hope this summary will be useful for colleagues who are on their way to obtain a license or are seeking to establish a dental office.

In summary, for dentists in Canada, there are three basic models for professional activity: collaboration in a dental office as an Associated Dentist, purchasing an active office or establishing a dental office from scratch. However, for each of them, there are different structures and models that should be considered alongside the therapeutic dentistry. Selecting a more desirable or suitable model depends on a variety of factors, as one particular structure cannot be suitable for everyone. Moreover, it cannot be said that one dentist should pursue the path with only one structure during his or her career.

Each of these models may seem more suitable at different time periods, based on expediency or life-related issues.

### SINGLE OWNER

This model is the easiest type of dental office and comprises the lowest level of maintenance. In this structure, only a personal tax return is submitted. Such offices are relatively small spaces that perform under \$500,000 a year. In such offices, there is usually only one dentist who owns the business.

### DENTISTRY PROFESSIONAL CORPORATION

In this model (which is more popular compared to other models), a dentist owns the company. One of the most important advantages of this structure is the reduced amount of tax that will be paid for money held in the company's account. In addition, it is possible that some amounts of the company's income, entitled salaries or dividends, are

awarded to family members and the rest of the money is used for other investments. As you know, there is a specific and predetermined time for personal tax payments, whereas in this structure it is the company that chooses and declares a time as the tax year. It is important to keep in mind that corporation is legally a separate legal agency from the dentist who can incur some of the unlimited legal liabilities imposed on the dentist. In such cases, personal assets are not affected regarding financial and legal problems.

Needless to say that in case of professional malpractice or any oversight in dental work, the corporation cannot protect dentist from the consequences of that error. On the contrary, it is the dentist who should carry and accept the responsibility of such mistakes.

One of the positive aspects of establishing corporation is the advantage of tax exemption at the time of assignment specifically if the shares of such a company are in accordance with the "Criteria and Standards of small Companies."

It is important to note that Associated dentists can also form and establish professional corporation.

Besides all the positive points, this structure bears some negative aspects like spending more time, more money and extra accounting services.

### JOINT OWNERSHIP

In this structure, two or more dentists work together and run one or more dental offices while they sharing ownership. The most common form in this pattern is the partnership of a single corporation.

The purpose of this type of structure is to integrate and move towards a common collective goal. One of the greatest benefits of this model is reducing the burden of administrative responsibilities on a person's shoulders. This actually allows each of the owners and partners to have more time to focus on dentistry and treatment of patients. In fact, all the partners help to increase the revenue of the established company. Therefore, patients may meet several dentists in different sessions for their treatment which means patients' appointments are primarily determined based on the availability of time in the daily schedule of appointments in the dental office.

The important thing is that this partnership model is similar to marriage. When everything goes well, participation goes

### -Imrpove length to width ratio

In order to make a correct diagnosis and devise an appropriate plan of action for crown lengthening we need to first examine the concept of Biological Width (BW).

The literature defines biological width as depicted in the above diagram to be about 3 mm with 1 mm of sulcus. It must be noted that this measurement is not as widely accepted currently as a “constant” as it was once regarded.

The rule of thumb: if there is at least 1 mm of sulcus then in most cases gingivectomy would be sufficient to achieve the desired results. Even with minimum of 1 mm we should still consider the availability of Keratinized Gingiva (KG) making sure that gingivectomy will leave about 3 mm of attached KG. In such cases an apically positioned flap would be the protocol of choice.

In cases which 1 mm of sulcus is not available we need to perform osseous modification to re-establish a new BW which should ideally include 1 mm of sulcus and 3 mm from the desired gingival margin to the bone.

We as clinicians should always consider the possibility of a relapse while manipulating the natural architecture of the periodontium. Nature in general does not appreciate being pushed in one direction or the other. Case at hand, orthodontics. We all know what happens, and it does so quickly, when after years of precise and calculated tooth movement we can go back in the wrong direction for not wearing a retainer. Establishing a new BW is subject to the same laws of nature, namely a relapse, therefore the following steps need to be taken to reduce that chance:

- Do bone sounding
- Do gingivectomy to ideal position
- Do place a good temporary with clean margins
- Do osseous re-contouring when needed

In a future article we will discuss a more detailed diagnostic and surgical approach to achieve the best results in Esthetic Crown Lengthening.

### Esthetic Crown Lengthening: decision making guidelines

As all clinicians know “the beauty is in the eye of the beholder”. With that in mind the importance of a well-informed patient and their input in our decision making process cannot be over emphasized. Once the patient education is accomplished then we should consider the following steps in deciding whether esthetic crown lengthening is indicated. To simplify the algorithm let’s assume we are only considering the procedure for one tooth:

#### Evaluate the risk factors

In general the current crown to root ratio should be the taken

into account first. Most periodontists agree that if the crown lengthening would lead to an unfavorable C/R ratio or the tooth has extensive restorative history then we should consider other options to achieve better esthetic results.

As we all know the long-term prognosis of a tooth with less than ideal C/R ratio is closely tied to its occlusal dynamics. In the event that we have to compromise on the C/R ratio the biomechanics of the tooth must be closely evaluated to assure predictability of the final results. This would start with the location of the tooth in the esthetic zone. What are the current dynamics in that location? What is the occlusal scheme? Is it opposing to a natural tooth or a prosthesis? Is the prosthesis tissue-born or supported (i.e., framework, implants, etc.)? The answer to each of these questions would guide us through our decision-making process. For instance, a tissue born prosthesis has less impact on a C/R compromised tooth than an implant supported FPD.

#### Facial Vs. Interproximal Crown Lengthening

The pre-operative position of free gingival margin is a crucial factor in the decision making algorithm. In cases of altered eruption where the gingival margin is coronal to the CEJ we can usually achieve predictable and satisfactory results. However, in cases where the pre-operative margin is at or apical to the CEJ, we may need to get assistance from an orthodontist to relocate the periodontal complex to a more coronal position by forced eruption.

We should also take into account the difference between labial vs. interproximal gingival reduction. Whereas gingivectomy/gingivoplasty on the labial aspect could enhance the esthetics in cases of a short clinical crown, the same action on the interproximal could yield the opposite effect by opening the embrasures and creating black triangles due the loss of papilla. Again, in cases where we see the need for interproximal reduction of bone other modalities of treatment should be considered to avoid unpleasant esthetic outcome.



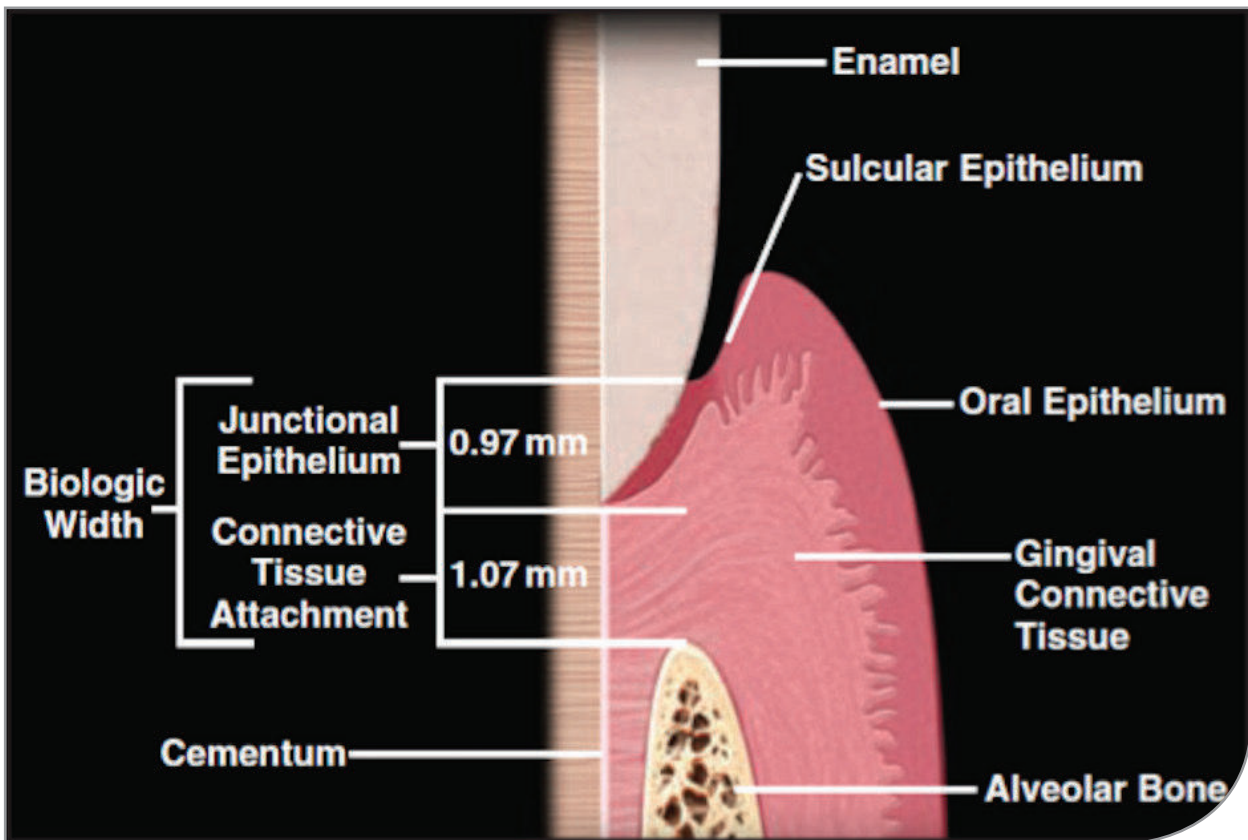


## Crown Lengthening Procedure (CLP): A Practical Summary



RaminAzghandi, DDS

Periodontics & Implants Washington DC



The delicate balance of colors in a person’s smile has never been more in focus for both patients and practitioners. More and more people will present to our offices asking for a “nicer smile” or “whiter smile” and at times this would mean less of a “gummy smile”. A key element in determining who is a candidate for such modifications is the correct diagnosis of the causative factors.

### Before we get into more details let’s first define the two types of crown lengthening:

**Functional CLP** The excision of gum tissue, and in most cases underlying bone, to allow better access for tooth restoration is known as functional crown lengthening. Such an

approach would allow better access to deep caries or other structural damages in preparation for restorative procedures.

### Esthetic CLP

It is primarily designed to rebalance the white to pink ratio of the smile. Esthetic CLP achieves this by removing the correct amount of gingiva leading to reducing a “gummy smile” which in turn enhances health and appearance.

In general here are the goals of esthetic CLP:

- Increasing the length of the crown
- Improve the emergence profile
- Improve symmetry

# Contents

JOD | December - 2020 | 56 | دسامبر ۲۰۲۰



## Dentistry and Dental Practice Models in Canada

Dr Neda Kadivar, D.D.S



## Crown Lengthening Procedure (CLP): A Practical Summary

Ramin Azghandi, DDS  
Periodontics & Implants Washington 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. Ali Tavakoli – Dr. Siamak Shayan Amin – Dr. Afshin Ghannad – Dr. Reza Termei and Dr. Sara Mojallal



## ERIC ALIKHANI

Founder and principal in charge of  
Emerald Wealth Management

Top of the Table MDRT

Active member of CALU

ADVOCIS member

### SERVICES

Financial Planning  
Tax and Estate Planning  
Succession Planning  
Buy/Sell Structuring  
Wealth Transfers  
Retirement Planning  
Executive Compensation  
Structured Settlements  
Life Insurance  
Mortgage Insurance  
Disability Insurance  
Critical Illness Insurance  
Long Term Care Insurance  
Individual Health and Dental Insurance  
Travel Insurance  
RRSP  
TFSA  
Segregated Funds  
Pension and Saving Plans  
Business Loan Protection  
Key Person Insurance  
Overhead Expense Insurance  
Corporate Critical Illness Insurance  
Group Employee Benefit

"I help people accomplish financial peace"



EMERALD  
Wealth Management

# JOD

Joy Of Dentistry



December - 2020

Crown Lengthening  
Procedure (CLP):  
A Practical Summary

**Dentistry and Dental Practice  
Models in Canada**