

تقلید دندانی


نازین نصر

سعی در ایجاد گیر مکانیکال داشتند اما با وارد شدن علم بیومیمتیک در ۱۵ سال گذشته، توجه ها از گیر مکانیکال به سمت باندهای شیمیایی ای که از خصوصیات DEJ برای تکامل عوامل باند به عاج تقلید کرده اند، کشیده شده است.

با این تفاسیر علم بیومیمتیک biomimetic با شعار "تقلید از زندگی دندان"

we must mimic the life of tooth پدید آمد از این طریق می‌توان همزمان با حداکثر محافظت از نسوج باقی مانده، حتی در بدترین شرایط دندان های قدامی و خلفی، استحکام خوبی را نیز بدست آورد و در این فصلنامه درباره تقلید از ساختار طبیعی دندان صحبت خواهیم کرد. برای باز کردن مبحث بیومیمتیک ابتدا لازم است ویژگی های مینا و عاج و DEJ را دقیقتر بررسی نماییم.

بطور معمول پوسیدگی ها و ترک های دندانی در جوامع بشری اجتناب ناپذیر اند. این پوسیدگی ها و ترک ها معمولا از ناحیه مینا شروع میشود و بعد از رسیدن به DEJ در عاج پخش میشود. برای ترمیم پوسیدگی ها، تراش دندان و رستوریشن های مستقیم یا غیر مستقیم در نظر گرفته میشود. دندانپزشکان با تنظیم اکلوژن و مواد ترمیمی خاص سعی بر نزدیک کردن ترمیم به ساختار دندان دارند تا در برابر فشار های طرفی و اکلوژن مانند دندان سالم، مقاومت کند. جالب است بدانیم که در رویکرد های جدید قوی ترین ترمیم ملاک نیست بلکه ترمیمی که با خصوصیات مکانیکی، بیولوژیکی و نوری نسوج دندانی زیرین خود سازگارند باید مد نظر باشد. سال ها پیش دندانپزشکان در ترمیم ها، با ایجاد فرم گیر دار و انواع رستوریشن ها



می‌نا و عاج، بی‌رقیب‌ترین ناهمگنی هستند که دارای مکانیسم حفاظتی، زیبایی و سازشی منحصربفرداند.

اگر به ساختار دو لایه‌ای با خصوصیات ناهمگون نیرو وارد کنیم، استرس زیادی در حد فاصل آنها بوجود می‌آید. در دندان این حدفاصل، DEJ است. اگر بتوانیم از خصوصیات DEJ برای تکامل عوامل باند به عاج استفاده کنیم، می‌توانیم بیومکانیک تاج ترمیم شده را به طور کامل برگردانیم و استحکام لازم در برابر استرس‌های اکلوزالی را بوجود آوریم!

برای تقلید از سطح کنگره‌ای DEJ باید سطح تراش خورده عاج تا حد امکان زبر باشد بنابراین مطالعات متعددی اثر کاربرد فرز‌های مختلف در ایجاد این تزر انجام شده و نتایج مختلفی این خواسته را برآورده می‌کند.

از جمله می‌توان به مطالعه pascal magne اشاره کرد که برای نزدیک شدن به ساختار DEJ، تراش با فرز الماسی زبر در سرعت پایین را گزارش کرد اما در مطالعات دیگر استفاده از فرز‌های الماسی به علت ایجاد میکروکرک نقض شده است.

بنظر می‌رسد که پرسنل ونیرهای باند شده به عاج تا ۱۰۰٪ می‌توانند سختی تاج را بازیابی



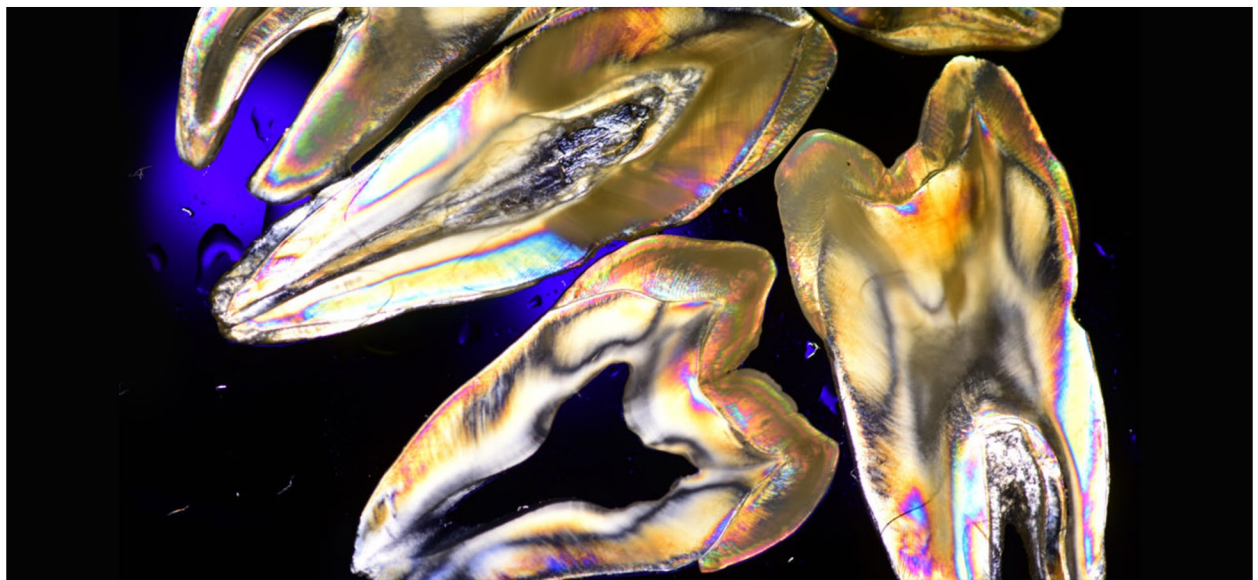
در ساختار طبیعی دندان در نواحی ای که امکان سایش وجود دارد حجم مینایی بیشتری مشاهده میشود جالب است که ماجینال ریج ها و پل های مینایی که نواحی ضخیم شده مینایی هستند، در حرکات طرفی مانند محافظی نقاط ضعف دندان را تقویت می کنند.

در ساختار طبیعی دندان مینا و عاج در تعادلی بی نظیر توسط DEJ قرار دارند، بطوریکه کاسپ دندان های خلفی دست نخورده تحت فشار اکلوزن دچار خمیدگی کاسپی می شوند فرایند های ترمیمی به راحتی این تعادل ظریف را از بین می برند و به نوبه خود استحکام مینا و عاج را تغییر می دهد در نتیجه فشار های اکلوزالی به تاج دندان و خمیدگی کاسپ با امکان شکستگی ترمیمی افزایش میابد و موجب شکستگی ناشی از خستگی fatigue و ترک میشود . در سال ۱۹۸۴ طرح تقویت کاسپ با تکنیک اسید اچ مطرح شد و مطالعات نشان داد که خمیدگی کاسپ تحت فشار اکلوزالی در رستوریشن هایی که توسط اسید اچ باند شدند، بسیار کمتر از

بقیه رستوریشن ها بود. بدین ترتیب کرک های عاجی و گپ های زیر مواد ترمیمی در طول عمر این ترمیم ها کمتر رخ خواهد داد. بدیهی است اگر سیل کامل عاجی برقرار شود، حساسیت بعد از ترمیم کاهش میابد و سلامت پالپ دندان طولانی تر خواهد شد.

فارغ از پارادایم های بیومیمتیک، امروزه تقاضای بیماران به ترمیم های زیبایی تنها به دندان های قدامی محدود نمی شود بنابراین تکنیک های ترمیمی ادهزیو "همرنگ دندان" روی دندان های خلفی گسترش یافته است جالب است بدانیم که در سال ۲۰۰۸ در سوئد، نروژ و دانمارک ترمیم های امالگام به دلیل عدم برآورده کردن نیاز های زیبایی و همچنین ایجاد مشکلات قابل توجه در شکست و ترک خوردن دندان تحریم شده اند.

اما اگر بخواهیم واقع بینانه به رویکرد بیومیمتیک نگاه کنیم، همواره تقلید کردن از ساختار طبیعی دندان امکان پذیر نمیباشد. در دندان هایی با وضعیت پریودنتال تغییر یافته و پالپ غیر زنده ممکن است تداخلات پیچیده ای





ایجاد کند و پایبندی به رویکرد بیومیمتیک را غیر ممکن سازد. کاربرد اصول بیومیمتیک برای تقلید از اتحاد مینا و عاج نیازمند دانش عمیقی از اصول ادهیژن به ساختار دندانی است هم چنین برای افزایش طول عمر ترمیم و تحمیل نساختن ترمیم های دیگر و عوارض جانبی آن سعی داریم در رویکرد بیومیمتیک در ۴ گام اصلی قدم بگذاریم.

(۱) افزایش نیروی باند (۲) سیل مارجینال طولانی مدت (۳) افزایش زندگی پالپ (۴) کاهش استرس رزیجووال در باره این ۴ قدم در فصلنامه بعدی صحبت خواهیم کرد.

منتظر ادامه مبحث بیومیمتیک باشید.



ارگونومی

مهتا واعظپور



معنای تجدید نظر در اعمال و روش هایی است که یک دندانپزشک هر روزه در هنگام درمان های خود به کار می گیرد. بسیاری از ما دانش کافی را از اصول ارگونومی و وضعیت مناسب در هنگام درمان کسب کرده ایم؛ اما خیلی اوقات در این مورد سهل انگاری می کنیم. فراموش نکنیم که همیشه میبایست سلامتی خود را در اولویت قرار دهیم. به خود بگوییم: " چگونه میتوانم در طی این یک ساعت کار از خود مراقبت کنم؟" داشتن یک طرز تفکر ارگونومیک میتواند به ما کمک کند تا به قابلیت های منحصر به فرد و محدودیت های بدن خود احترام بگذاریم. بدن ما قرار نیست بتواند در روز ساعت ها به حالت خمیده باشد، در حالی که زمان بسیار اندکی برای بازیابی توان به خود اختصاص میدهیم. آیا درست است که کیفیت زندگی ما تحت تاثیر شغل و حرفه مان کاهش یابد؟

خود را در هنگام انجام درمان در کلینیک تصور کنید، آیا برای اینکه دید بهتری داشته باشید گردن یا کمر خود را خم کرده اید؟ مچ شما خم شده یا هم راستا با ساعد قرار گرفته است؟ پوزیشن نامناسب دندانپزشکان در هنگام انجام اعمال دندانپزشکی ناشایع نیست. علت این مسئله میتواند عدم آموزش کافی، عادات نادرست و یا طراحی نادرست محیط کار باشد. متأسفانه این امر دندانپزشکان را در معرض خطر بالای مشکلات اسکلتی-عضلانی مانند کمر درد، سندرم تونل کارپال (Carpal tunnel syndrome)، اسپوندیلوزیس گردنی (Spondylosis) و ... قرار میدهد.

راه حل این چالش نسبتاً فراگیر، رعایت ارگونومی است؛ علم بهینه سازی کار متناسب با محدودیت ها و قابلیت های یک اپراتور (در اینجا دندانپزشک). شاید این موضوع به نظر ساده برسد، اما گاهی به



برای رعایت ارگونومی کار، ما ابتدا میبایست وضعیت خنثی (NEUTRAL POSITION) را رعایت کنیم. سپس بر اساس موقعیت و وضعیت خود، موقعیت بیمار را تنظیم کنیم.

پوزیشن خنثی و ایده آل دندانپزشک در حالت نشسته: وضعیت سر:

سر در حالی که در راستای شانه ها قرار دارد، حداکثر ۲۰ تا ۲۵ درجه به سمت جلو خم میشود. خطی که دو مردمک چشم ها را به هم متصل می کند (Interpupillary line) با خط افق حداکثر زاویه ۱۵ تا ۲۰ درجه میسازد.

وضعیت تنه:

دندانپزشک باید به طور کامل به پشتی صندلی تکیه دهد. تنه باید به صورت مستقیم قرار گرفته یا نهایتاً ۲۰ درجه به طرف جلو متمایل باشد. بدن میبایست حالتی قرینه داشته باشد و محور طولی تنه به صورت مستقیم و عمودی باشد؛ در این حالت قوس های طبیعی ستون مهره ها حفظ میشود. از خم شدن به یک طرف و خم کردن کمر به شکل C باید پرهیز شود. بهتر است دندانپزشک تا جایی که امکان دارد نزدیک به بیمار قرار گیرد تا از کشیده شدن کمر و بازو ها جلوگیری شود.

وضعیت شانه، بازو و آرنج:

بازو ها به صورت رها شده در اطراف تنه و تقریباً چسبیده به آن قرار میگیرند. تنها نیرویی که به

آنها وارد میشود نیروی جاذبه است! آرنج ها نباید بیش از ۲۰ درجه به طرف بیرون قرار گیرند. ساعد در جلوی بدن قرار می گیرد و حداکثر با خط افق زاویه ۲۵ درجه میسازد. شانه فرد باید در راستای لگن باشد و خطی که شانه ها را به هم متصل میکند موازی با افق باشد. از بالا بردن شانه ها پرهیزید!

وضعیت مچ:

مچ باید حالتی خنثی و مستقیم داشته و در راستای ساعد باشد.

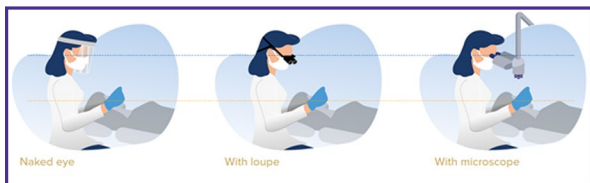
وضعیت انگشتان:

انگشتان باید در ارتفاعی قرار گیرند که در هنگام کار، تنش به آنها وارد نشود و همزمان کلینیسین دید کافی از محل داشته باشد. انگشت کوچک دست باید اندکی پایین تر از انگشت شست قرار گیرد. وضعیت قرار گیری دست ها نباید طوری باشد که انگشت شست بچرخد و موازی با زمین قرار گیرد. وسایل نباید بیش از حد محکم در دست گرفته شوند.

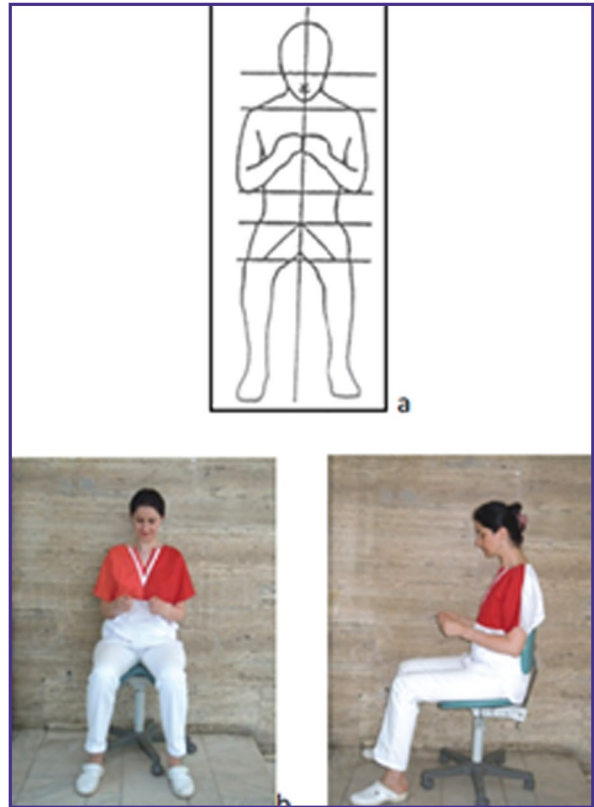
باشد؛ در غیر اینصورت دندانپزشک برای دسترسی به پدال مجبور به جابه جایی وزن خود به یک سمت میشود که این متعاقبا میتواند باعث اعمال فشار ناقربینه به کمر و ایجاد کمردرد شود.

وضعیت قرینه بدن به این معناست که تمامی محورهای افقی در بدن (چشم ها، شانه، آرنج، لگن و زانو) موازی با یکدیگر و عمود بر خط میانی بدن باشند.

حتی در حالت نشسته، معمولا دندانپزشکانی که تمایل دارند به بهترین نحو کار خود را به انجام برسانند، به صورت ناخودآگاه تمایل دارند برای دید بهتر به سمت جلو خم شوند. لوپ های دندانپزشکی میتوانند در این موارد کارآمد باشند. لوپ دندانپزشک باید دارای فاصله کاری (WOR- KING DISTANCE) کافی باشد تا او بتواند به صورت کاملا عمودی بنشیند و شانه ها و گردن او در وضعیت مناسبی قرار گیرند، همچنین باید دارای زاویه انحراف (DECLINATION ANGLE) مناسب باشد تا دندانپزشک بدون نیاز به خم کردن گردن، به پایین نگاه کند.



چرخیدن تنه و وضعیت نامناسب کمر میتواند ناشی از قراردعی وسایل و تجهیزات در محل نامناسب باشد. قرار دادن وسایل در فاصله ای دوتر از منطقه کار (محدوده با شعاعی به اندازه ساعد



وضعیت زانو ها و ران:

زاویه بین ران و تنه بهتر است ۱۰۵-۱۱۰ درجه باشد. در پوزیشن های ساعت ۹ تا ۱۲ (۱۲ تا ۳ برای افراد چپ دست)، دو ران باید تا حدی از یکدیگر فاصله داشته باشند تا پایه صندلی و دو ساق پای دندانپزشک یک سه پایه (TRIPOD) ایجاد کنند. زاویه بین دو ران در این حالت بهتر است حداکثر ۴۵ درجه باشد.

وضعیت پاها:

پاها میبایست به صورت صاف روی زمین و ساق پا به حالت عمودی و موازی با تنه قرار گیرند. هنگامی که پاها به صورت قرینه در راستای دو دست دندانپزشک باشند، نوعی بالانس ایجاد میشود. پدال یونیت باید در ناحیه ای قرار گیرد که زانو زاویه ۹۰ تا ۱۰۰ داشته



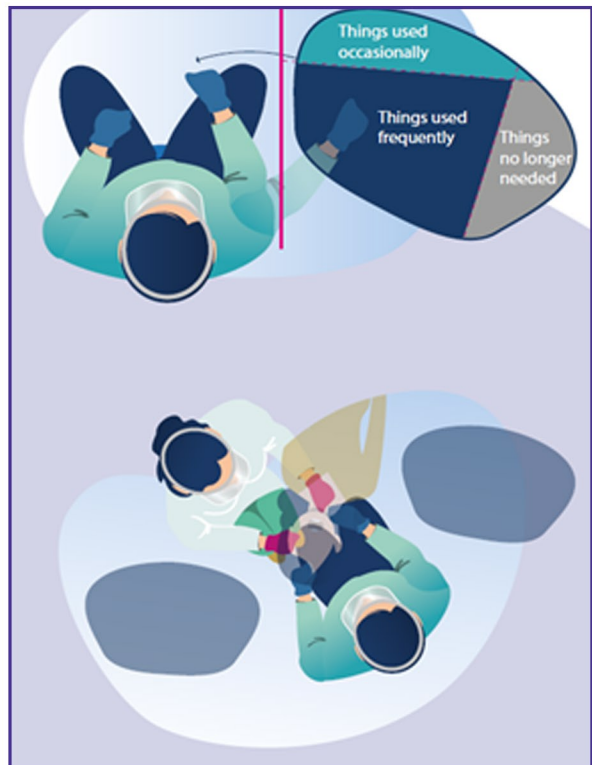
در عمل، حتی اگر شما وضعیت خنثی و ایده آل را به صورت کامل رعایت کنید، تقریباً غیر ممکن است که بتوان در طول یک درمان کلینیکی طولانی مدت این وضعیت را حفظ کرد. ولی آنچه اهمیت دارد این است که این خارج شدن از وضعیت ارگونومیک، باید کاملاً آگاهانه، در مدت زمان کوتاه و به صورت محدود باشد. هر چه تعداد و مدت این وضعیت‌های نامناسب بیشتر باشد، ریسک مشکلات اسکلتی عضلانی بیشتر خواهد بود.

ایستادن یا نشستن؟

وضعیت ایستاده در حین انجام درمان، با وجود معایب آن، به وفور میان دندانپزشکان دیده میشود. تنها اعمال کوتاه و خاصی مانند قالب گیری، ثبت روابط فکی، برخی از اکسترکشن‌ها، بررسی زیبایی دندان‌ها (aesthetic evaluation) و ... باید در وضعیت ایستاده انجام شوند؛ البته گاهی نیاز است برخی بیماران به حالت نشسته (upright) درمان شوند؛ مانند بیماران مسن و

و در میدان دید دندانپزشک (باعث میشود فرد برای دسترسی به وسایل مجبور به خم کردن تنه و بازوها و خارج شدن از وضعیت خنثی شود. کمک گرفتن از یک دستیار میتواند از این وضعیت جلوگیری کند و حفظ وضعیت مناسب دندانپزشک را میسر سازد.

دندانپزشک باید بتواند بدون برداشتن نگاه خود از ناحیه درمان وسایل مورد نیاز خود را برداشته و تعویض کند. قاعده کلی این است که وسایلی که زمان استفاده از آنها قطعی نیست ولی ممکن است استفاده شوند، در کنار دندانپزشک و مواد و وسایلی که قطعاً مورد نیاز هستند به ترتیبی که قرار است استفاده شوند در کنار دستیار قرار بگیرند تا در زمان مناسب در اختیار دندانپزشک قرار داده شوند.



یا بیماران با مشکلات سیستمیک پیچیده (کاهش فشار خون، سرگیجه و...) در این حالت نیز وضعیت ایستاده دندانپزشک ضرورت میابد. در وضعیت نشسته بسته به نوع تابوره و فعالیت، طبعاً انرژی کمتری نسبت به حالت ایستاده صرف میشود.

در وضعیت ایستاده، بدن دندانپزشک حالتی غیرقرینه به خود میگیرد، در این حالت پای راست عمده وزن بدن را تحمل میکند و با خم شدن به سمت بیمار، فشردگی ارگان های سمت راست بدن رخ میدهد. در شرایطی که کار به صورت ایستاده انجام میگیرد به دلیل کاهش بازگشت خون به قلب نسبت به حالت نشسته، خستگی زودرس در اندام تحتانی بروز خواهد کرد و تاثیر بسزایی در وقت و راندمان کار خواهد داشت.

در حالت نشسته تعداد عضلات درگیر در تعادل بدن کاهش میابد و از طرف دیگر سطح اتکاء بدن با تابوره، تمرکز قوا و میدان دید افزایش میابد.

حداکثر سرعت در کار دستی هنگامی است که دست ها در جلوی بدن و بازو ها در طرفین و با زاویه مناسب قرار گیرند؛ در حالت نشسته این وضعیت میسر میشود.

در بسیاری از موارد نشستن راحت تر از ایستادن است؛ ولی در هر صورت در هنگام ایستادن و یا راه رفتن کمر در وضعیت راحت تری نسبت به حالت نشسته قرار دارد. در هنگام ایستادن مرکز ثقل دقیقاً در مرکز بدن قرار میگیرد و وضعیت

بدن تعادل میابد، ولی به دلیل اینکه در هنگام نشستن مرکز ثقل بدن از قسمت مرکزی به بالای تنه تغییر میابد، در این حالت نیروی ماهیچه ای بیشتری صرف میشود. اگر در حالت نشسته ۱۰ درجه به سمت جلو خم شویم، میزان فشار روی ماهیچه های کمر دو برابر میشود.

در حالتی که درمانگر به صورت ایستاده کار میکند، اگر ارتفاع کار بیش از اندازه کوتاه باشد و درمانگر خم شود، علاوه بر مصرف انرژی زیاد برای کنترل بدن، این وضعیت باعث لطمه زدن به حجم اکسیژن شده، و خستگی زودرس، عدم دقت کافی در کار و آسیب های اسکلتی را به همراه دارد. اگر ارتفاع کار بیش از اندازه بلند باشد، دست برای جبران این وضعیت بالا قرار میگیرد که این خود باعث درد ناحیه گردن و شانه ها خواهد شد. پاهای دندانپزشک وجود داشته باشد.

اصولاً برای پا ها هنگام کار به صورت ایستاده هیچ گونه وظیفه ای مثل فشار دادن و ... نبایست در نظر گرفته شود زیرا فشار زیادی به پاها وارد خواهد شد که خستگی و فرسودگی زودرس و واریس و عوارض دیگر را در پی خواهد داشت.

به طور کلی وضعیت بدنی بسته به تناسب نوع کار بررسی میشود. در کار های ظریف دستی، دندانپزشک نیازمند تکیه گاهی است که در زیر

ساعد قرار گیرد؛ از این رو وضعیت نشسته برتری دارد. در وضعیت نشسته، بازرسی چشمی و نظارت به بهترین شکل خود انجام میگیرد. وضعیت نشسته امکان تمرکز فکر را بهتر از وضعیت ایستاده فراهم میسازد. اگر در انجام کار دسترسی دندانپزشک در جهات گوناگون لازم باشد وضعیت ایستاده یا نشسته-ایستاده برتری دارد.

تغییر وضعیت، رمز ارتقاء کیفیت!

هرچند اهمیت وضعیت متعادل و خنثی به صورت گسترده شناخته شده است، پیشنهاد میشود که به منظور افزایش راندمان کاری، دندانپزشک وضعیت خود را بعد از مدتی تغییر دهد. تغییر وضعیت، مانع از وارد شدن استرس به صورت انحصاری به یک گروه از عضلات میشود و گردش خون را بهبود میبخشد. یک مطالعه نشان میدهد دندانپزشکانی که منحصرًا به صورت نشسته کار میکنند در مقایسه با کسانی که متناوبًا به صورت نشسته و ایستاده فعالیت میکنند، به میزان بیشتری دچار درد در ناحیه قوس کمری ستون مهره ها میشوند. برای مثال شما میتوانید جرم گیری یک بیمار را در حالت ایستاده و جرم گیری بیمار بعدی را در حالت نشسته انجام دهید؛ به این ترتیب گروه های بیشتری از عضلات را به کار گرفته و کمتر خسته خواهید شد.

برخی محققان توصیه میکنند وضعیت دندانپزشک بعد از ۱ ساعت کار تغییر یابد. از

طرف دیگر در پروسه های درمانی طولانی، یک استراحت ۵ دقیقه ای میتواند هم برای دندانپزشک و هم برای بیمار سودمند باشد. هنگامی که پروسه درمان طولانی میشود، موقعیت قرارگیری بیمار نیز، به خصوص وضعیت قرار گیری سر، میتواند برای او خسته کننده شود.

تابوره دندانپزشک:

نشستگاه تابوره دندانپزشک میتواند کاملاً افقی یا تا حدی متمایل به سمت جلو باشد. نشستگاهی که کاملاً افقی باشد میتواند باعث چرخش لگن به سمت عقب و کاهش انحنای ستون مهره ها در ناحیه کمری شود، در حالی که تمایل آن به سمت جلو میتواند از این پدیده جلوگیری کند. به علاوه، نشستگاه افقی با اندازه بزرگ و و لبه سخت میتواند باعث فشردگی قسمت پشتی ران و کاهش جریان خون در پاها شود. در تابوره با نشستگاه متمایل به جلو، زاویه شیب میتواند ۵ تا ۱۵ درجه باشد؛ زاویه شیب بیش از این مقدار موجب سر خوردن روی صندلی و ایجاد وضعیتی نامتعادل میشود. شکل زینی نشستگاه (saddle - shaped stool base) میتواند از این وقایع جلوگیری کند.

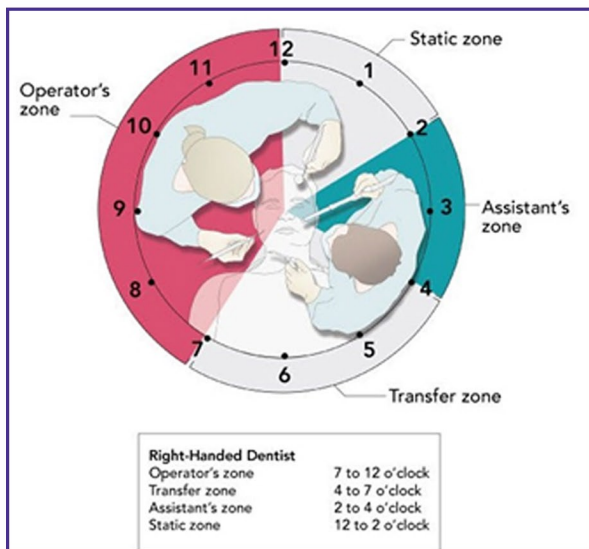
به صورت کلی تابوره دندانپزشک با نشستگاه متمایل به جلو به شکل زینی امکان ایجاد زاویه بیش از ۹۰ درجه را بین ران و تنه فراهم

موقعیت دندانپزشک:

چهار ناحیه در اطراف بیمار به صورت زیر تعریف میشوند:

Static Zone یا ناحیه ساکن:

از ساعت ۱۲ تا ۲ برای دندانپزشک راست دست بوده و برای دندانپزشک چپ دست از ساعت ۱۰ تا ۱۲ میباشد. استاتیک زون ناحیه ای است که در پشت سر بیمار است و یونیت ، کابینت موادها و متریالها در آن قرار دارد.



Assistant's Zone یا ناحیه دستیار:

از ساعت ۲ تا ۴ برای دندانپزشک راست دست و از ساعت ۸ تا ۱۰ برای دندانپزشک چپ دست می باشد. این ناحیه دقیقاً روبروی دندانپزشک قرار دارد. دستیار در این موقعیت مکانی میتواند از یک کابینت متحرک برای حمل وسایل و ابزار مورد نیاز حین درمان استفاده کند.

Transfer Zone یا ناحیه انتقال

از ساعت ۴ تا ۷ برای دندانپزشک راست دست و از ساعت ۸ تا ۱۰ برای دندانپزشک چپ دست

میکند و همچنین باعث قرارگیری نزدیکتر دندانپزشک به بیمار و متعاقباً دید و دسترسی بهتر میشود.

پشتی صندلی میبایست حمایت مناسبی برای قوس کمری ستون مهره ای فراهم آورد. ارتفاع پشتی به اندازه ۲۰ سانتی متر میتواند برای این منظور کافی باشد. بهتر است پشتی صندلی در نیمه فوقانی قسمت تحتانی کمر و نزدیک به محل اتصال قوس کمری ستون مهره ها به قوس سینه ای قرار گیرد .

حمایت از بازو ها در اعمال کلینیکی طولانی مدت اهمیت میابد. تابوره های دارای دسته میتوانند حمایت مناسبی را برای بازو و شانه دندانپزشک فراهم آورند. البته این انواع تابوره بزرگتر هستند و به نظر میرسد حرکت آزادانه دندانپزشک را محدود میکنند؛ به همین دلیل دندانپزشکان معمولاً از این نوع تابوره استفاده نمیکنند. اما باید توجه داشت که بعد از مدتی استفاده و سازگاری با این نوع تابوره، فواید آن آشکار میشود. برای حفظ حالت قرینه و تعادل در بدن، بهتر است حمایت بازو ها به صورت دو طرفه وجود داشته باشد.

در این ناحیه انتقال مواد و وسایل بین دستیار و دندانپزشک انجام میشود.

Operator's zone یا ناحیه عمل کننده:

محل است که دندانپزشک در آن قرار میگیرد. ناحیه عمل کننده برای دندانپزشک راست دست از موقعیت ساعت ۷ تا ساعت ۱۲ و برای دندانپزشک چپ دست از ساعت ۵ تا ۱۲ میباشد.

موقعیت ساعت ۷:

این موقعیت در هنگام معاینه بیمار دید مناسبی را برای دندانپزشک فراهم میکند و در هنگام کار بر روی دندان های قدامی ماگزینا و مندیبل و دندان های خلفی سمت راست مندیبل موقعیت مناسبی محسوب میشود.

موقعیت ساعت ۹:

این موقعیت برای کار روی سطوح فاشیال دندان های خلفی سمت راست ماگزینا و مندیبل و سطوح اکلوزال دندان های خلفی سمت راست مندیبل مناسب است.

موقعیت ساعت ۱۱:

این موقعیت، وضعیت ارجح و راحت ترین موقعیت برای دندانپزشکان در هنگام انجام درمان است؛ به دلیل اینکه دید و دسترسی مناسبی را هم به صورت مستقیم و هم غیر مستقیم فراهم میکند. دسترسی به دندان های مندیبل با دید مستقیم و دسترسی به سطوح پالاتال و انسیزال دندان های ماگزینا با دید غیر

مستقیم در این موقعیت فراهم میشود.

موقعیت ساعت ۱۲:

در این موقعیت دندانپزشک دقیقا در پشت سر بیمار قرار میگیرد. این موقعیت تنها در موارد خاصی کاربرد دارد. دسترسی به سطوح لینگوال دندان های مندیبل در این موقعیت سهولت میابد.

موقعیت دندانپزشک متناسب

با محل انجام درمان؟

دندان های قدامی مندیبل:

دسترسی مناسب به دندان های قدامی مندیبل میتواند در دو موقعیت صورت گیرد؛ ساعت ۸-۹ و ساعت ۱۲. در این حالت، سر بیمار به سمت دندانپزشک متمایل میشود و چانه به سمت پایین قرار میگیرد

دندان های قدامی ماگزینا:

کار بر روی سطوح قدامی دندان های ماگزینا میتواند در دو موقعیت ساعت ۸-۹ و ساعت ۱۲ انجام شود. در این حالت، سر بیمار به سمت دندانپزشک متمایل میشود و چانه اندکی به سمت بالا قرار میگیرد.

دندان های خلفی مندیبل:

در هنگام کار بر روی فک پایین در موقعیت ساعت ۹ امکان دسترسی به سطوح باکال دندان های سمت راست و سطوح لینگوال دندان های سمت چپ مندیبل فراهم میشود. در این حالت سر بیمار اندکی در خلاف جهت

میچرخد و از دندانپزشک دور میشود و چانه او به سمت پایین قرار میگیرد.

در موقعیت ساعت ۱۱-۱۰ امکان دسترسی به سطوح لینگوال دندان های سمت راست و سطوح باکال دندان های سمت چپ مندیبل فراهم میشود. در این حالت سر بیمار به سمت دندانپزشک و چانه اندکی به سمت بالا متمایل میشود.

دندان های خلفی ماگزایلا:

دسترسی به دندان های خلفی ماگزایلا در دو موقعیت ساعت ۹ و ساعت ۱۱-۱۰ میسر است. در موقعیت ساعت ۹، در حالتی که سر بیمار به سمت مخالف دندانپزشک چرخیده است امکان دسترسی به سطوح لینگوال دندان های سمت چپ و سطوح فاشیال دندان های سمت راست وجود دارد؛ و در موقعیت ساعت ۱۱-۱۰ در حالتی که سر بیمار به سمت دندانپزشک میچرخد امکان دسترسی به سطوح فاشیال دندان های سمت چپ و سطوح لینگوال دندان های سمت راست وجود دارد. در هر دو حالت چانه بیمار به سمت بالا متمایل میشود.



ابزار

علی بابایی

انتخاب نیدل مناسب برای تزریق

انجام فرایند های بی حسی به طور مداوم و هر روزه توسط دندانپزشکان در سرتاسر دنیا آن را به یک لحظه کلیدی برای بیمار و دندانپزشک مبدل کرده است که ادامه مسیر ارتباطی بیمار و دندانپزشک را مشخص میکند. بیماران همیشه به درد حین و بعد از معالجه به عنوان عاملی اثر گذار نگاه میکنند. در نتیجه نباید گذاشت درد روی پرکتیس شما اثر بگذارد نیدل ها سرنگ ها و دیگر محصولات مورد استفاده در بیحسی در کنار توانایی های بالقوه دندانپزشک نقش موثری در یک تزریق بدون درد دارد.

"A needle is more than just a needle" از آنجا که انجام بی حسی در پرکتیس شما بسیار مهم است، همه اجزای آن باید با دقت انتخاب شوند.. انتخاب نیدل مناسب بر اساس

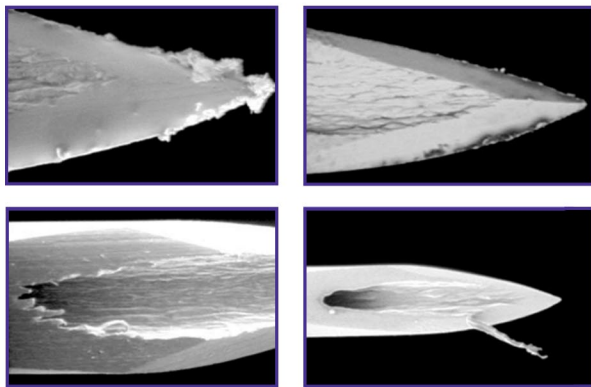
دو چیز است: نوع تزریق و عمق نفوذ مطالعات انجام شده در دهه های گذشته نشان میدهد بیماران نمیتوانند تفاوت سایز نیدل های ۲۵، ۲۷ و ۲۹ را بیان کنند در نتیجه تزریق بدون درد حاصل اجرای صحیح تکنیک، با سهم بیشتر به کمک نیدل مناسب است.

طول نیدل:

نیدل های دندانپزشکی در سه سایز موجود هستند: بلند، کوتاه و خیلی کوتاه اغلب طول سرسوزن تا هاب نیدل های بلند ۳۲mm نیدل های کوتاه ۲۰mm می باشد. برای انجام بلاک عصب اینفرا آلوئولار با توجه عمق نفوذ بین ۲۰ تا ۲۵mm برای بزرگسالان نیدل بلند پیشنهاد میشود. نکته مهم برای تزریق جلوگیری از ورود تمام طول سوزن تا هاب شکننده ترین قسمت نیدل است. در صورت شکست نیدل در حین تزریق به طوری



زبری، لبه‌های دندان‌دار و نقاط کند هستند.



نوک سوزن با الهام از تیغ جراحی

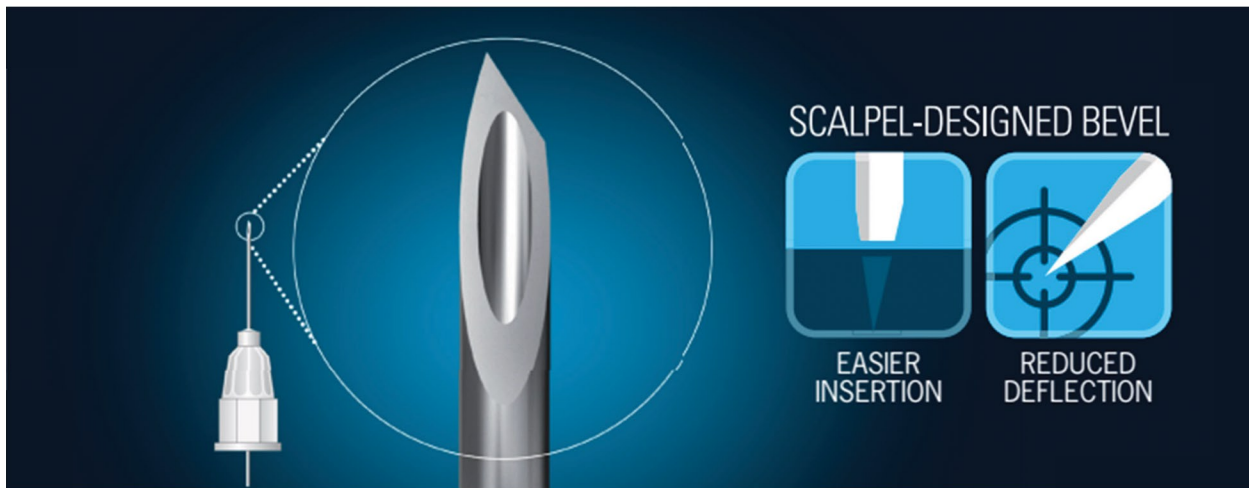
در یک طراحی الهام گرفته شده از تیغ جراحی، ورود غیرضربه ای نیدل به بافت تسهیل شده است. هدف از این طراحی، نفوذ نرم تر با فشار کمی کمتر بافتی می‌باشد. این به معنای ناراحتی کمتری برای بیماران حتی در مواقعی است که از یک نیدل برای چندین تزریق پیاپی استفاده می‌شود. این نفوذ راحت تر نیاز به نیروی کمتر همراه با کاهش قابل توجه انحراف در مسیر تزریق را به ارمغان می‌آورد در نتیجه دندانپزشک کنترل و دقت بهتری دارد. این طراحی همچنان مورد بحث و مطالعه است.

که 5mm از آن قابل دیدن نباشد، بازیابی نیدل سخت می‌شود. سوزن بلند همچنین برای تزریق آلوئولار فوقانی قدامی (ASA) و بی حسی in-fraorbital توصیه می‌شود. سوزن کوتاه معمولاً برای تزریق آلوئولار خلفی فوقانی (PSA) برای جلوگیری از نفوذ بیش از حد نیدل، برای تزریقات سوپراپریوستال و همچنین انفیلتراسیون بافتی ترجیح داده می‌شود.

نوک نیدل:

هر دندانپزشک می‌تواند مشکلاتی را با نفوذ و مسیر حرکت نیدل تجربه کند، که اغلب چه در زمان تزریق و چه پس از آن به طور مستقیم توسط بیمار با درد احساس می‌شود. گاهی علل این مشکلات برای دندانپزشک و ناراحتی برای بیمار اغلب به سوزن نسبت داده می‌شود تا تکنیک استفاده.

تصاویر روبرو اسکن میکروسکوپ الکترونی انجام داده شده روی نیدل‌های موجود در بازار را نشان می‌دهد. نیدل‌ها دارای ایراداتی در تولید مانند



تزریق های عمقی بیشتر توصیه میشود. از نیدل سایز ۲۷ هم برای تزریق هایی که با احتمال اسپیراسیون مثبت کمتر میتوان استفاده نمود. استفاده از نیدل گیج ۳۰ به جز در انفیلتراسیون موضعی توصیه نمیشود. (جدول)

INJECTION	25 LONG	25 SHORT	27 SHORT
Inferior alveolar block	X		
Gow-Gates mandibular block	X		
Incisive block		X	X
ASA-infraorbital approach block	X		
ASA-supraperiosteal			X
Middle superior alveolar block (MSA)			X
Posterior superior alveolar block (PSA)		X	
Nasopalatine block (NP)			X
Greater palatine block (GP)			X
Anterior middle superior alveolar block (AMSA)			X

در طول زمان دندانپزشکان تکنیک های خود را برای به دست آوردن حداکثر موفقیت در تزریق با ابزار های در دسترس تطبیق میدهند با این حال انتخاب نیدل مناسب میتواند در این راه کمک کننده باشد.

هر چند بعضی شرکت ها نیدل های خود را مناسب تزریق های پیاپی معرفی میکنند، تزریق های مکرر، انجام شده با همان سوزن، به تغییر شکل پیشرونده نوک سوزن منجر می شود که باعث افزایش عدم دقت و ناراحتی بیمار می شود.

قطر و منفذ سوزن:

نیدل ها در سه گیج ۲۷، ۲۵ و ۳۰ عرضه می-شود. شاید در نگاه اول اینگونه به- نظر برسد که استفاده از سوزن های گیج کوچکتر (۲۷ یا ۳۰ گیج) باعث درد کمتر تزریق می شوند. اما مطالعات نشان داده بیماران تفاوت معنی داری در اندازه قطر نیدل ها حس نمی کنند. نیدل های گیج ۲۵ و ۲۷ به علت ضخامت بیشتر، مقاومت بیشتری در برابر شکستن و انحراف در تزریق های عمقی دارند که دقت اینگونه تزریق ها را افزایش میدهد. نیدل گیج ۲۵ برای تمام تزریقات مناسب می باشد اما استفاده از آن در تزریق های با احتمال اسپیراسیون مثبت بالا و یا



ترفندها

فاطمه یوسفی



همانطور که میدانید استفاده از رابردم بهترین ایزولاسیون را برای ترمیم های کامپوزیتی فراهم می کند ؛ اما در غیاب رابردم راه حل چیست ؟

در صورتیکه باندینگ در معرض هوا قرار گیرد حلال باندینگ بخار شده و پروسه باندینگ مختل می شود؛ پس حواستان باشد موقعی که به باندینگ نیاز دارید آنرا از بطری خارج کنید و بلافاصله بعد از مصرف درب محصول را ببندید.

- کیور کردن باندینگ بلافاصله پس از اعمال آن نادرست است و باید به باندینگ فرصت نفوذ داد.
- موقع هوا گرفتن روی باندینگ باید مراقب بود از پوآر، آب نیاید . به این منظور قبل از آنکه هوا را به دندان نشانه بگیرید با دمیدن آن به دستتان از آب نداشتن آن مطمئن شوید.
- آنگل و توربینی که برای تراش بکار میبرید چرب نباشد تا به باندینگ آسیب نرساند .
- اچ بیش از حد بر کیفیت باند اثر نامطلوب می گذارد. در این بین عاج نسبت به اچ شدن

- بکاربردن یک کلامپ رابردم (بدون خود رابردم) برای ایزولاسیون و مهارکردن زبان بیمار بسیار مفید و موثر است.
- تا غافل شوید بیمار دهانش را میندود و ایزولاسیون به هم می خورد، ازین رو بکاربردن یک دهان باز کن ساده کمک بزرگی در ایزولاسیون بدون رابردم خواهد بود .
- در مواردی که پوسیدگی عمیق و در مجاورت لثه است ، حین تراش دندان لثه تروماتیزه شده و خونریزی می کند؛ در این موارد برای جلوگیری از خونریزی لثه می توان از نوراماتریس استفاده کرد تا از لثه محافظت کند.

تکنیک در واقع یک حفره ی کلاس ۲ را به یک حفره ی کلاس ۱ تبدیل می کنید .

• پک کردن کامپوزیت به دیواره های دندانی برای رسیدن به حداکثر تطابق بین ماده ی ترمیمی و حفره دندانی یک امر ضروری است . در مناطقی که در مورد تطابق خوب ماده نگرانی وجود دارد مقدار کمی کامپوزیت فلو قرار داده می شود سپس بدون اینکه کیورینگ انجام شود کامپوزیت معمولی به حفره منتقل می شود و فشردن آن به دیواره ها انجام می شود.



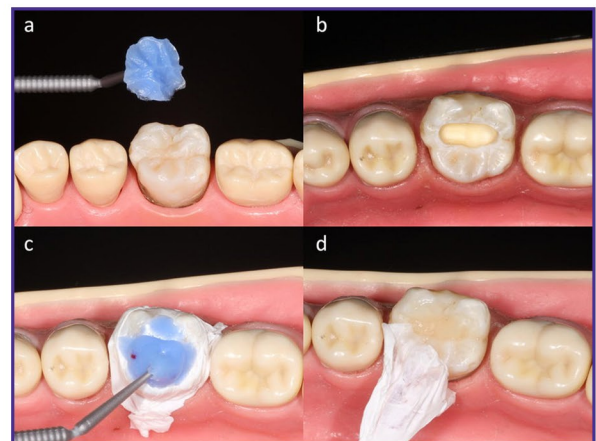
• برای تسهیل فرم دهی کامپوزیت در ترمیم های اکلوزال خلفی کلاس ۱ یک تکنیک جالب تکنیک STAMP است ، در این روش قبل از هرگونه تراش ، سطح اکلوزال که هنوز فرم اصلی خود را دارد با یک جداکننده مانند نوار تفلون پوشیده می شود . سپس روی نوار تفلون که با سطح به خوبی تطابق یافته ، کامپوزیت یا رابردم مایع (ژینتربوال بریر) تزریق و یک میکروبراش یا قلم دستی در آن فروبرده شود ، با کیور کردن رزین الگویی از آناتومی اولیه سطح اکلوزال فراهم می شود . با پیش رفتن مراحل

• حساس تر است و اچ اضافه یعنی حساسیت! پس ضروری است مدت زمان توصیه شده توسط شرکت سازنده رعایت شود .

• اگر شدت تابشی دستگاه لایت کیور کمتر از حداقل های لازم باشد درصد بالایی از مونومر های آن کیور نشده باقی می ماند؛ مونومر باقیمانده یعنی تحریک پالپ پس بطور منظم تابش دستگاه لایت را توسط لایت متر اندازه گیری کنید.

• در قسمت های عمیق حفره دندان ، زمان کیورینگ بیشتر شود تا افت ذاتی شدت لایت در آن ناحیه جبران شود .

• میکروبراشی که به باندینگ آغشته شده توسط نور محیطی کیور شده و مانع از انتقال کافی باندینگ می شود پس برای هر دندان یک میکروبراش تازه بکار ببرید .



• در ترمیم های وسیع پروگزیمالی خلفی برای دید و دسترسی بهتر می توان ابتدا دیواره ی پروگزیمالی حفره دندان را بازسازی کرد و بعد از خارج کردن ماتریس و ماتریس هولدر و رینگ بقیه مراحل ترمیم را انجام دهید . در این

ترمیم، بر روی لایه آخر که کمی حجیم تر از میزان لازم برای پرکردن حفره است و هنوز کیور نشده، یک لایه تفلون کشیده می شود. حالا الگوی تهیه شده را در محل قرار می دهیم و فرم اکلوزال را به کامپوزیت منتقل می کنیم، سپس با حذف تفلون و الگو و نیز حذف کامپوزیت های اضافه کیورینگ انجام می شود. هم چنین به جای استمپ رزینی می توان از ایندکس سیلیکونی استفاده کرد.

- در مواردی که یک یا هردو دندان مجاور به هر علتی کشیده شده است و یا فاقد نسج تاجی باشد روند ماتریس گذاری و فیکس کردن ماتریس با وج دشوار می شود. در این موارد یک راه حل استفاده از یک وج بزرگ برای فیکس کردن ماتریس است که معمولا از ابرسلانگ برای ساخت این وج اختصاصی استفاده می شود. راه حل دیگر تکنیک دیوار موقتی است؛ در این تکنیک ابتدا دندان ترمیمی را با نوار تفلون پوشانده و سپس با اضافه کردن مقداری کامپوزیت (بدون هیچ گونه آماده سازی خاصی- فقط سطح دندان خشک می شود) به ناحیه دندان مجاور دیواره ای ایجاد می کنیم؛ این دیواره در اتمام کار با ضربه ای سبک براحتی جدا می شود.

- برای کاهش استرس های ناشی از انقباض مواد کامپوزیتی، می توان ترمیم کامپوزیت را بصورت غیرمستقیم انجام داد. در این روش بعد از آماده

سازی دندان، حفره ترمیمی را با نوار تفلون پوشش داده و سپس ترمیم کامپوزیتی روی تفلون به پیش می رود، در انتها کامپوزیت با کمک سمان های رزینی روی دندان نصب می شود. پیشنهاد می شود قبل از قراردادن تفلون روی دندان ابتدا سطح عاجی را با یک پوشش رزینی خوب سیل کنید. سیل فوری عاج. حتی در مواردی که دید و دسترسی خوبی ندارید می توان بعد از سیل فوری عاج از دندان تراش خورده قالبگیری کرد و ترمیم را روی کست تهیه شده شکل دهید.



- در مواردی که در جلسه ی سمان کردن روکش قصد دارید دندان مجاور را هم ترمیم کنید می توانید ابتدا بدون کاربرد هرگونه سمان روکش را روی دندان قرار دهید حالا مقداری رزین روی مارجینال ریج سمت مقابل روکش و دندان مجاورش در ناحیه دور از ترمیم قرار داده و کیور کنید هم چنین کمی کامپوزیت روی سطح لبیالی روکش قرار دهید و آن را تا روی لثه لبیالی گسترش دهید و کیور کنید. حالا می توان ترمیم دندان همسایه را به خوبی انجام داد و تماس مناسبی ایجاد کرد و سپس روکش با ضربه کمی جدا شده و می توان آن را سمان کرد.



کار کردن آن سوی دیوارهای دانشکده‌ی دندانپزشکی. مقدمه‌ای برای صعود یا سقوط!؟

سهیل حمادی

یک ارگانیسم، در مواجهه با میزان کم و میزان زیاد یک ماده [سمی] اطلاق می‌کنند. عموماً دوز (DOSE) کم ماده، اثرات مثبت (برانگیزاننده) و دوز زیاد آن، اثرات سمی (متوقف کننده) ایجاد می‌کند. در بررسی انسان‌ها و کسب و کارهایی که نتوانسته‌اند موفق باقی بمانند، در موارد بسیاری می‌بینیم که شکست آنها دقیقاً به علت تکیه‌ی بیش از حد بر آن چیزی بوده که موفقیتشان را رقم زده.

حالا در داستان دندانپزشک ما مواجهه با خستگی ناشی از معاینه و درمان بیماران را میتوان مصداقی از مواجهه با سم در نظر گرفت. پس دوز مواجهه چگونه تعریف می‌شود؟ در رابطه با اینکه از کجا بفهمیم مواجهه‌ی ما منجر به رشد می‌شود یا اینکه مواجهه با خستگی، حالت فرسایشی

یک دندانپزشک جوان رو در نظر بگیرید که به تازگی از محیط دانشگاه خارج شده و میخواهد تا بیشترین حدی که میتواند، بیمار ببیند و تجربه‌ی بیشتری در زمینه‌ی کار در محیط خارج از دانشگاه پیدا کند. خب شاید در ابتدا بگید این خواسته بسیار هم عالی هست ولی دقت بکنید اینجا یک اصل مهم مطرح هست که تفاوت بین صعود و سقوط دندانپزشک با انگیزه‌ی ما را تعیین می‌کند. نام این اصل مهم که باید بر آن تمرکز شود، هورمسیس هست.

اگر بخوایم یک تعریف کلی از هورمسیس ارائه بدیم، باید بگیم که هورمسیس اصطلاحی است که متخصصان سم شناسی به رفتار دوگانه‌ی یک موجود یا



رفیع‌ترین قله و عمیق‌ترین دره‌ای که در گذشته دیده‌ایم، قرار نیست رفیع‌ترین قله و عمیق‌ترین دره‌ی جهان باشد. اگر می‌خواهید منطق طبیعت را رعایت کنید، باید بدترین وضعیت گذشته را در نظر بگیرید و کمی هم آن را بدتر کنید و برای آن چاره‌اندیشی کنید.

ما از یک سو، باید دائماً برای استفاده‌ی حداکثری از منابع و ظرفیت‌های خود بکوشیم تا ظرفیت مازاد و زائد باقی نگذاریم. از سوی دیگر، باید با استفاده از تمام منابع و فرصت‌های در دسترس، با در نظر گرفتن شرایطی بدتر از بدترین بحران‌های گذشته، ظرفیت آزاد ایجاد کنیم تا بتوانیم از عهده‌ی بحران‌ها و چالش‌ها و رویدادهای آینده بر بیاییم.

در نتیجه دندانپزشک مثال ما باید در کنار زمانی که برای رشد و توسعه‌ی حداکثری مهارت‌های حرفه‌ای خود در نظر می‌گیرد، زمانی را هم برای برآورده کردن نیازهای اولیه‌ی خود از جمله نیاز به امنیت، خودمختاری، خودابرازگری، تفریح، پذیرش محدودیت‌های سالم، عشق و قدرت در نظر بگیرد. تنها در این صورت هست که

پیدا کرده است، باید به تعریف و تفکیک دو مفهوم ظرفیت آزاد و ظرفیت مازاد بپردازیم.

ما ظرفیت مازاد را به این معنی تعریف می‌کنیم که از ظرفیت موجود، قسمتی از آن استفاده نشود ولی ظرفیت آزاد به این معنی هست که در کنار استفاده‌ی تمام و کمال از ظرفیت موجود، شروع به ایجاد ظرفیت‌های ذهنی، بدنی و زمانی جدید بکنیم. رشد در زمینه‌ی کاری دندانپزشکی زمانی رخ می‌دهد که مواجهه‌ی ما با خستگی، در حدی باشد که بتونیم بگیم تقریباً هیچ ظرفیت مازادی باقی نگذاشتیم ولی در کنارش اونقدر هم خسته نباشیم که نتونیم ظرفیت‌های آزاد تولید بکنیم. حالا چرا تولید ظرفیت آزاد اینقدر مهم هست؟

اونقدر هم خسته نباشیم که نتونیم ظرفیت‌های آزاد تولید بکنیم. حالا چرا تولید ظرفیت آزاد اینقدر مهم هست؟

حادثه و رخداد‌های غیرمنتظره، هیچگاه از پیش، خبر نمی‌کنند. اگر ظرفیت روانی، بدنی و زمانیمون کاملاً در خدمت پرکتیس شخصی باشند، دیگه ظرفیتی برای تحمل ابهام‌های موجود در زندگی و کسب و کار باقی نمی‌ماند.

میتوانیم بگوییم در برنامه‌ریزی و طراحی
مسیر آینده، مسیری به سمت موفقیت
شغلی پایدار طراحی کرده ایم.





کمال طلبی

کیان کاظمی



استانداردهای بالایی برای خود در نظر می‌گیرند و از این کار برای انگیزش خود استفاده می‌کنند. اما می‌دانند که اگر به این استانداردها نرسیدند، قرار نیست تمام شخصیت و زندگی آن‌ها ویران شود و برای تعدیل احتمالی استانداردها و اهدافشان آمادگی دارند. (کمال‌طلبی مثبت)

کمال‌طلبی منفی

زمانی معنا پیدا می‌کند که فرد، در هدف‌گذاری و تعریف استانداردها، بسیار صلب عمل می‌کند. با این کار جنبه‌های دیگر زندگی خود را تحت تأثیر قرار داده و تخریب می‌کند و حتی ارزش خود را به نتیجه‌ی تلاش‌هایش گره می‌زند و در صورت شکست خوردن، آسیب‌های جدی می‌بیند. در واقع کمال‌طلبی منفی زمانی شکل می‌گیرد که دستاورد در نظر گرفتن استانداردهای بالا، کمتر از هزینه‌های آنها باشد.

بسیاری از ما کمال‌طلبی را برای انواع رفتارها و مشکلات خود - حتی اگر واقعاً ارتباطی با این مفهوم نداشته باشند - به‌کار می‌بریم. تعریف‌های متفاوتی از کمال‌طلبی وجود دارد؛ اما ویژگی مشترک همه‌ی آن‌ها، تعریف سرسختانه‌ی استانداردها و اهداف است. کمال‌طلبی را اغلب به دو دسته تقسیم می‌کنند:

• کمال‌طلبی مثبت

Adaptive/Positive/Normal
(Perfectionism)

• کمال‌طلبی منفی

Maladaptive/Disfunctional
(Pathological Perfectionism)

کمال‌طلبی اگر صرفاً به هدف‌گذاری بلندپروازانه یا استانداردهای سخت‌گیرانه محدود شود، الزاماً مخرب و منفی نیست. چه بسا کسانی که

آیا تفکر همه یا هیچ بر ذهن شما حاکم است؟

اجازه بدهید یک سناریو را در ذهن‌مان تصور کنیم:

با خودتان قرار گذاشته‌اید که هر روز، یکی درس از کتاب گرامر خود را بخوانید و بدین ترتیب، طی یک ماه، سی درس را مطالعه و مرور کنید.

در پایان ماه می‌بینید که صرفاً در بیست و دو روز توانسته‌اید به قراری که با خودتان گذاشته‌اید عمل کنید و نتوانسته‌اید به هدف خود (که مطالعه‌ی سی درس در ماه بود) برسید.

رفتار شما به کدامیک از دو مورد زیر نزدیک‌تر خواهد بود:

- در دلتان به خود می‌گویید: «باز هم خوب است که قرار شبی یک درس را گذاشتم تا به همین نتیجه برسم. اگر قرار هفته‌ای یک درس می‌گذاشتم، الان اوضاع خیلی بدتر بود.»
 - به خود می‌گویید: «هیچ‌وقت نشده که بتوانم طبق برنامه جلو بروم. اصلاً الان نباید اولویت خودم را یادگیری بگذارم. چند ماه بعد که سرم خلوت شد به سراغ متمم میروم.»
- تعریف اهداف و استانداردهای بزرگ و بلند پروازانه، الزاماً کار اشتباهی نیست و نمیتوان از آن ایراد قطعی گرفت. اشتباه این است که

خودتان هم بعداً فراموش کنید که اهدافتان بلندپروازانه بوده و پس از شکست خود را نبخشید.

بسیاری از کسانی که درباره‌ی هدف‌گذاری صحبت می‌کنند، معتقدند که باید هدف را به شکلی تعیین کرد که از ابتدا مطمئن باشیم قابل دستیابی است (البته نه کاملاً ساده و سهل‌الوصول) اما فعلاً بحث ما این است که اگر به هر علت، به هدف و استاندارد مطلوب خود نرسیدیم، آیا حاضریم وضعیت موجود را بپذیریم و خود را نیازیم؟





آیا برای رفتار دیگران، استانداردها و قوانین سخت و پیچیده دارید؟

فرض کنیم که شما معتقدید نباید در مهمانی‌ها با صدای بلند قهقهه زد؛ و تبسم کردن و لبخند آرام و متین را ترجیح می‌دهید و مودبانه‌تر می‌دانید.

اگر در یک مهمانی یکی از دوستان شما، هنگام صحبت با دوست دیگرش قهقهه بزند، آیا او را از فهرست مهمانان تمام مهمانی‌های آتی حذف می‌کنید؟

بسیاری از افراد کمال‌طلب، نه تنها برای خودشان استانداردهای سخت و دشواری تعریف می‌کنند، بلکه انتظار دارند دیگران هم این استانداردها را رعایت کنند. آن‌ها این حق را به خود می‌دهند که دیگران را بخاطر رعایت نکردن استانداردهای سرسختانه‌ای که خود رعایت می‌کنند، بازخواست کنند.

آیا از بازخورد و بازخورد دهنده نفرت دارید؟

یکی از ویژگی‌هایی که معمولاً برای افراد کمال طلب ذکر می‌شود این است که آن‌ها به بازخورد دیگران، بیش از حد حساس هستند و «وابستگی ناسالم به نظرات دیگران» دارند.

از لحاظ منطقی، به سادگی می‌توان پذیرفت که

اغلب کارها به صورت مطلق و بدون عیب انجام نمی‌شوند. اما این چیزی نیست که فرد کمال طلب به سادگی بتواند آن را بپذیرد. (نمونه‌ای از تفکر همه یا هیچ) بنابراین کوچک‌ترین بازخورد منفی، می‌تواند احساس بیهودگی و بی‌نتیجه بودن تلاش‌ها را در او برانگیزد و می‌توان حدس زد که نه تنها احساسش به خودش بد می‌شود، بلکه احساس خوبی نسبت به فرد منتقد هم نخواهند داشت. با این نوع از نگرش، طبیعی است که فرد یا منتقدان را تخریب می‌کند و یا می‌کوشد به شکلی رفتار کند که در معرض انتقاد قرار نگیرد.

آیا اشتباهات کوچک در ذهن و جسمتان یک جهنم تمام عیار می‌سازد؟

اگر در کافی‌شاپ یا رستوران، هنگام سفارش، سالاد بدون مرغ را سفارش داده باشید و پیشخدمت سالادی با گوشت مرغ بیاورد چه می‌کنید؟

آیا صرفاً گوشت‌ها را جدا می‌کنید و به خوردن مشغول می‌شوید؟ آیا این نکته را به آرامی به پیشخدمت یادآوری می‌کنید؟ یا این که آن قدر عصبانی می‌شوید و روی این اشتباه تأکید می‌کنید تا در نهایت، مدیر و سایر کارکنان، به سراغتان بیایند و سالاد را عوض کنند؟ اشتباهات کوچک - چه از سوی خودتان و چه دیگران - چقدر می‌توانند تمرکز ذهنی شما را به هم بریزند و شما را عصبی کنند؟ عبور از کنار اشتباه‌های کوچک خودتان و دیگران، تا چه حد برایتان ساده است؟

آیا دوست دارید مسئول گروه باشید تا مطمئن شوید که همه چیز به خوبی پیش می‌رود؟

گاهی اوقات، ما به خاطر پرستیژ دوست داریم مسئول یک گروه شویم؛ گاهی به خاطر لذت دستور دادن به دیگران؛ گاهی هم به خاطر پول و سود بیشتر. اما همیشه اینطور نیست: گاهی می‌خواهیم مسئول گروه شویم، چون باور داریم که اگر ما همه چیز را کنترل نکنیم، حتماً نواقصی در کار به وجود خواهد آمد.

فردی را در نظر بگیرید که به رغم مسئولیت‌های شغلی و دغدغه‌های متعدد خانوادگی، به خاطر این که احساس می‌کند رنگ دیوارهای ساختمان، باید یک پرده روشن‌تر می‌بود، مدیریت مجتمع را نیز برعهده می‌گیرد تا از تکرار خطاهای این‌چنینی اجتناب شود.

این مثال نمونه‌ای از کمال طلبی منفی هست



که با تفویض نکردن کار به دیگران و رفتن زیر بار فشار انواع کارها و مسئولیت‌ها ظهور و بروز پیدا می‌کند.

آیا سرگرمی‌های بی‌خاصیت و اتلاف وقت، شما را آزار می‌دهد؟

آیا معتقدید که هر کاری حتماً باید دستاورد و نتیجه کاملاً مشخص داشته باشد؟

اگر قرار است به پارک بروید و منتظر یکی از دوستان‌تان باشید، نگاه کردن به پرنده‌ها و انتظار کشیدن برای شما آزاردهنده است؟ حتماً باید پیاده‌روی کنید تا «لااقل» از این فرصت، برای سلامتی خود استفاده کرده باشید؟

آیا بیهوده گذشتن برخی لحظات - هر چقدر هم کوتاه - برایتان دردناک است؟

کمال‌طلب‌ها نمی‌توانند به سادگی بپذیرند که قرار نیست همه‌ی لحظات زندگی، با تعریفی که آنها می‌پذیرند، غنی باشد. زمان در یک مهمانی یا یک جلسه یا یک مسافرت تفریحی، اگر بر اساس استاندارد آن‌ها نگذرد، می‌تواند برایشان به یک عامل آزاردهنده تبدیل شود.

فرض کنید دانشجویی برای امتحان سی ساعت درس خوانده و فکر می‌کند در شرایط فعلی نمره‌ی او ۱۶ خواهد بود. اگر احساس کند که با پنج ساعت درس خواندن بیشتر می‌تواند نمره‌ی نوزده بگیرد، نمی‌توان این رفتار او را نمونه‌ای از کمال‌گرایی منفی دانست اما اگر برای تبدیل کردن

این نمره‌ی نوزده به بیست، تصمیم بگیرد که
چهل ساعت اضافه درس بخواند، میتوان به
این گزینه فکر کرد که او یا خانواده‌اش به
کمال گرایی منفی گرفتار شده‌اند. چون
احتمالاً برای صرف این چهل ساعت، گزینه
های ارزشمند زیادی وجود دارند. از مطالعه‌ی
سایر دروس تا مطالعه‌ی غیردرسی تا ورزش و
حتی گردش و تفریح.

افزایش دستاوردها در هیچ حوزه‌ای از درس و کار
و زندگی بی هزینه نیست. فقط گاهی اوقات ما
فراموش می‌کنیم که این دستاوردها را به چه
قیمتی کسب کرده ایم. یا اینکه برای کسب آنها

از سرمایه‌های سالهای آینده‌ی خود خرج می
کنیم. دانشجویی که زندگی‌اش را برای کسب رتبه‌ی
اول دانشگاه باخته است، زمانی هزینه‌های پنهان
این تلاش نامتعارف را متوجه می‌شود که در
مذاکره و گفتگو با مدیر خود، توانایی برقراری
ارتباط و مذاکره را ندارد. آن روز هیچکس به خاطر
معدل یا رتبه‌ی خوبش یک ریال هم حقوق
بیشتری به او نخواهد داد، اما دوست دیگرش
که بخشی از انرژی خود را هم صرف یادگیری
تعاملات اجتماعی هم کرده است، به سادگی
می‌تواند موقعیت بهتری را در سازمان خود کسب
کرده و حفظ نماید. سطح جامع عملکرد در کار و
زندگی، برابری سطح عملکرد در دهها حوزه‌ی
مختلف است و از آنجا که فرصت و ثروت و سایر
منابع ما محدود هستند، تلاش افراطی برای
بهبود سطح عملکرد در هر حوزه، ممکن است به
هزینه کردن از حوزه‌های دیگر و در نهایت، کاهش
سطح جامع عملکرد منتهی شود.

اهمالکاری و کمال طلبی:

کمال طلب، به خاطر استانداردهای بسیار بالا
در هدف گذاری، هر کار و فعالیتی را بزرگتر از
آنچه واقعاً هست می‌بیند و به همین دلیل،
ترغیب می‌شود که آن کارها را به زمان دورتر و
مناسبتری موکول کند.

همانطور که قبلاً هم اشاره کردیم، اهمال کاری
به علت تنبلی نیست. گاهی اوقات، کمال طلب



بودن ما باعث می‌شود که کارهایمان را به آینده موکول کنیم. شاید برای شما هم پیش آمده است که تصمیم بگیرید به جای یک تماس تبریک تولد شتابزده، چند ساعت بعد سر حوصله یک تماس طولانی بگیرید و بعد از چند روز، هرگز این فرصت به وجود نیاید. چون همان زمان، کارهای عقب افتاده‌ی دیگری هم برای انجام دادن داشته‌اید!

نزدیک بینی:

کمال طلب‌ها چنان در جزئیات روزمره غرق می‌شوند که توانایی مشاهده‌ی افق زمانی دوردست را از دست می‌دهند. برای موفقیت هر یک از ما نیاز داریم که علاوه بر توجه به مسائل و دغدغه‌های روزمره، به مسیر بلندمدت زندگی و کسب و کار خودمان هم توجه کنیم. بخاطر غرق شدن در جزئیات، این فرصت برای انسانهای کمال طلب کمتر از دیگران به وجود خواهد آمد.

احساسات منفی عموماً همراه دائمی انسانهای کمال طلب هستند. اضطراب و استرس مزمن از جمله‌ی مواردی هستند که در عموم انسانهای کمال طلب مشاهده می‌شود. حتی برخی تحقیقات، کوتاه‌تر بودن عمر انسانهای کمال طلب را هم گزارش کرده‌اند.

از دست دادن فرصت‌ها:

انسانهای کمال طلب، تنها یک روش درست و تنها یک گزینه‌ی مطلوب برای تصمیم‌گیری و

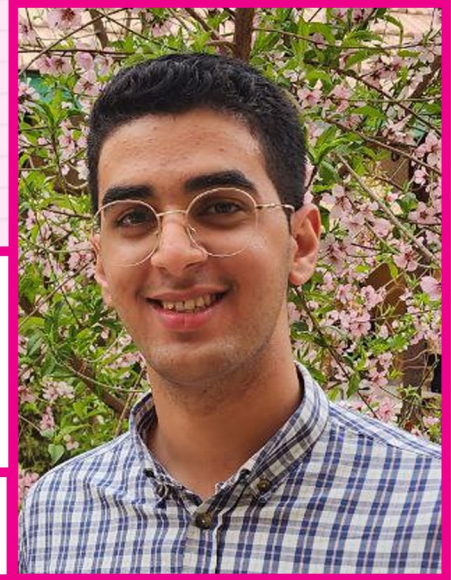
اجرای خواسته‌های خود می‌شناسند. از آنجا که همیشه امکانات و فرصت‌های محیط با روشی که آنها دوست دارند و با گزینه‌ی مطلوبی که آنها مد نظر دارند یکسان نیست، این افراد بسیاری از فرصت‌های پیش رو را از دست می‌دهند. مدیر کمال طلب ممکن است فرد کارجویی را که ۸۵٪ ویژگی‌های مورد نظر او را دارد به امید پیدا کردن یک گزینه‌ی نود و پنج درصدی در جلسه‌ی مصاحبه‌ی استخدامی رد کند یا به مدت چند هفته در انتظار بگذارد و بعد از اینکه متوجه شد همه‌ی گزینه‌های دیگر حتی نیمی از معیارهای او را ندارند، ببیند که همان فرد هشتاد و پنج درصدی را هم از دست داده و او به سراغ کار دیگری رفته است.



عوارض نامطلوب در حوزه سلامت:

عوارض نامطلوب در سلامت جسم و ذهن، از جمله مهم‌ترین و تلخ‌ترین تبعات کمال طلبی هستند. یکی از منابعی که کمال طلبها برای رسیدن به خواسته‌های خود هزینه می‌کنند سلامت شخصی خودشان است (غذا خوردن را می‌شود به تاخیر انداخت، اما پروژه نباید حتی یک ساعت به تاخیر بیفتد!). ضمن اینکه احساسات منفی عموماً همراه دائمی انسانهای کمال طلب هستند. اضطراب و استرس مزمن از جمله‌ی مواردی هستند که در عموم انسانهای کمال طلب مشاهده می‌شود. حتی برخی تحقیقات، کوتاه‌تر بودن عمر انسانهای کمال طلب را هم گزارش کرده‌اند.





مصاحبه با دکتر داوری

سهیل حمّامی

درابتدای کار لطفا توضیحاتی رو بابت خودتون و دوران دانشجویی تون رو بفرمایین؟

در ابتدا کار وقت را مغتنم می‌شمارم و کار کشنگ و زیبای شما دانشجویان را در جهت ترویج علم و فرهنگ دانشجویی مغتنم می‌شمارم. خیلی خرسندم که این جنبش دانشجویی بعد از مدت ها خواب عمیق سربرمیدارد و زمستان خود را به دست بهار دانشجویی می سپارد.

کسانی در تاریخ موفق و ماندگار هستند که بتوانند از فصل های زندگی خود نهایت استفاده را ببرند و بازهم خوشحالم که این فصل بهار را در شما دانشجویان میبینم.

بنده متولد ۱۳۴۴هستم و در سال ۱۳۶۲ در کنکور سراسری شرکت کردن و در همان سال پذیرفته شدم. آن رشته دندانپزشکی خیلی رشته

رایجی نبود و باتوجه به ارتباطات کمی که بود خیلی در جریان تنوع رشته ها نبودیم.

بنده باتوجه به جو زمانه ، همانطور که الان هم غالب است ، ۵ تا انتخاب اول خود را پزشکی انتخاب کردم و ارزش اصلیم پزشکی بود و ششمین مورد رو دندانپزشکی بود که انتخاب ششم را دندانپزشکی شیراز قبول شدم . اون موقع هم مانند الان دوره عمومی ۶ ساله بود و در تابستان سال ۶۸ فارغ التحصیل شدم.

بعد اعزام به سربازی، متعاقب آن ۳ سال طرح داشتیم و در حدود ۷ سال کارهای مربوط به سربازی، طرح و یه مقدار مطب داری رو انجام دادم. زمان دانشجویی به خیلی از کتاب ها دسترسی نداشتیم بنابراین مجبور به استفاده از کتاب های کتابخانه بودیم یا مثلا با هزینه دانشجویی خودم شخصی نامه مینوشتیم و از

خارج کشور کتاب هارو درخواست میدادیم حتی یه مورد جالب این بود که کتاب کروگر جراحی بعد از فارغ التحصیلی به دستم رسید. و در انتها ، در سال ۱۳۷۵ رشته ترمیمی دانشگاه مشهد را قبول شدم.

اصلا چرا ترمیمی را انتخاب کردید؟

در ابتدا روی این موضوع تاکید کنم که رشته ها هرکدومشون اهمیت ویژه و جایگاه خاص خود دارند ولی درجه و رتبه بندی ذهنی خودم به این صورت بود که در ان زمان وقتی دوره عمومی را فارغ التحصیل شدم، براساس شور و هیجانات دوره جوانی ، رشته جراحی نسبت به بقیه رشته ها برام جذاب تر بود (بازم بر روی این موضوع تاکید کنم که منظورم بالاتر یا پایین تر بودن رشته ای نیست و هر رشته ای در جای خود محفوظ است) ولی بعد از اون ۷ سال که عرض کردم خدمتتون، به اون بلوغ فکری رسیدم و توانایی های خودم را در ترمیم دندان و حفظ حیات آن، و ساختار و روحیات ذهنی من در سمت وسوی حیات دندان قبل از اینکه به سمت ممت دندان برود را بیشتر دیدم و در ذهن من بیشتر کارهای پیشگیری تجلی پیدا کرد و همچنین بحث های زیبایی که جامعه در آن موقع از آن رنج میبرد در انتخابم تاثیر گذار بود. بطور کلی به دو دلیل ۱- حفظ حیات و ساختار دندان و ۲-زیبایی دندان این رشته را انتخاب کردم.

نظر شما بابت تخصص رفتن یا رفتن دانشجویان در شرف فارغ التحصیلی چیست؟

بنده به شخصه به خیلی از دانشجویان براساس تجربه ای کسب کردم توصیه میکنم که استریت تخصص نروند چون هنوز تجربه خیلی کمی لز رشته ها داریم و کار این رشته ها در قسمت های مختلف جامعه و مشکلاتی که هرک از این رشته ها میتونه برای شما ایجاد کند و همچنین توانایی های خودتان به معرض امتحان واقعی قرار نگرفته است بنابراین شمارا به یک تشخیص دقیق نمیرساند.

خیلی از افرادی را دیدم که استریت میروند رشته ای را انتخاب میکنند ولی توی اون رشته موفق نمیشوند و الان داریم میبینیم که چقدر درخواست تغییر رشته داریم و این مورد را هم بدونید که تغییر رشته تقریبا محال هست. به همین دلیل پیشنهادی که دارم این هست که بعد از فارغ التحصیلی یک فاصله ای بندازیم و بهار زندگی رو از دست ندیم. اونجاست که وقتی خودمون میریم توی جامعه و بطور مستقیم در معرض افراد قرار میگیریم ، محک واقعی رو میخوریم و توانایی های خودمون را به تنهایی داریم در قالب طرح و سربازی و...تست و ارزیابی میکنیم و بعد اون موقع است که برای شکوفا شدن تواناییمون ، رشته مدنظر خودمون را انتخاب میکنیم.

دانشجوی دندانپزشکی موفق چه ویژگی‌هایی دارد و باید داشته باشد تا بتونه در این دوره موفق بشود؟

شاخصه اصلی، همین درس خواندن است ولی بنظر من اگر هم بخواهیم فقط هم به همین اکتفا کنیم، یک دانشجوی تک بعدی ایجاد میشود در صورتی که در این دوره باید از امکانات بالقوه دیگری مثل؛ بعد های دینی، اخلاقی، هنری، اجتماعی و ورزش در کنار محور اصلی که آموزش است استفاده بکند در نتیجه موفق کسی است که بتونه همه این بعد ها رو همزمان پیش برود و تک بعدی نباشد

اگر شما در حال حاضر دانشجوی دندان پزشکی بودید از کدام یک از امکاناتی که الان هست و اون موقع نبوده استفاده میکردید؟ و چه کارهایی را انجام نمیدادید؟

دو نگاه میشه داشت: یک نگاه ان هست که نگاه مثبتی به گذشته ام دارم و خیلی دید منفی ندارم. ان زمان ذهن ما خیلی آرام تر بود. احساس میکنم الان دانشجو ها ذهن هاشون خیلی پراکنده است و منسجم نیست و به نوعی

آشفته هست و ذهنشان درگیر است و شاید به دلیل ارتباطاتی ایست که الان شکل گرفته و مارو از مسیر اصلی کمی دور کرده است و جوری شده که میتواند به سرعت مارا از مسیر اصلی منحرف کند. (حالا خیلی منظورم به به رشته های علوم پزشکی نیست.)

مثلا به خود میگن که اگر من لیسانس فلان رشته را بگیرم اخرش چی؟ این باعث میشود که طرف مایوس شود و این در گذشته کمتر بود.

و دوم اینکه احساس میکنم که الان پراکندگی و پرش فکری بیشتر شده و در گذشته اینده مطمئن تری را در رشته ای برای خود میدیدند (امید به اینده بیشتر بوده) و در گذشته با آرامش بیشتری درس میخواندیم.

همینطور انس و الفت بیشتری با کتاب داشتیم و الان کمتر شده و این نقطه قوت قدیم بوده است. (یادگیری عمیق تر بوده است)

در گذشته همگرایی بین رشته ها خیلی بیشتر بوده است ولی در این دوره تخصص گرایی بیشتر شده است.





و اما مزیت های این دوره و غبطه ای که من الان به شما میخورم:

در آن دوران ما محدودیت منابع داشتیم و فقط محدود به استاد و چند کتابی که در کتابخانه بود؛ ولی در این دوره میتوانید علم را بصورت داغ و جدیدترین آنها در دسترس داشته باشیم و به نوعی در لبه علم میتوانید حرکت کنید.

مثلا در آن زمان علمی را که میخواندیم برای ده دوازده سال پیش بوده ولی شما الان علمی را میخوانید که بروز هست .

چکار بود که اگر جای دانشجویان امروزی بودید انجام نمیدادید؟

هر کسی در آن زمان خودش باید بهترین بهروری را از زمان و مکان و موقعیت خودش داشته باشد و من الان راضی هستم و نباید خیلی نگاهمان به گذشته و عقب باشد و باید نگاهمان به جلو باشد و نگاه به عقب فقط به حدی باشد که فقط مسیرمان را تعدیل و اصلاح بکنیم و من غبطه ای به گذشته خودم ندارم.

نظر شما درباره بازگشت کلینیک شبانه به دانشگاه چی است؟

نیاز است و خودمون هم تجربه کردیم و به این صورت بود که در ماه باید دو شب کشیک میدادیم (دو نفر دو نفر) و به این صورت بود که یک بیمار با انواع بیماری ها میتوانست به شما مراجعه کند و این طور نبود که فقط به نوع خاصی از درمان نیاز داشته باشد و شما باید

کلمه بیمار ناهمکار؟

تلخ و شیرینی های درمان است که خود تلخی های درمان است که میتوانیم آنرا تبدیل به شیرینی کنیم.

۳ نکته برای دانشجویانی که در شرف

فارغ التحصیلی هستند که رعایت کنند؟

حس هم نوع دوستی؛ همدردی و اخلاق تقویت کنند. الان چیزی که در جامعه کم است؛ بحث اخلاق است اگر بتوانیم این حس هارو در خودمان پررنگ کنیم؛ رمز ماندگاری خواهد بود.

در کنار بحث های علمی که بروز باشیم؛ ارتباطمون را بامنابع علمی قطع نکنیم.

حتما حتما رنگ و لعاب انسانیت و اخلاق را در حرفه خود داشته باشیم.

در آن شرایط بهترین راه درمانی را برای طرف پیدا میکردید و در لحظه بتونید بهترین تصمیم را بگیرید. قبلا این کار انجام میشد اما به دلایلی که رزیدنت گرفته شد و رزیدنت های جراحیمون رفتن؛ یک مقداری کشیک ها و کلینیک های شبانه کم رنگ شد و همچنین به دلایل دیگری حذف شد.

بهتر است که انرا احیا کنیم که حداقل خودتون صفر تا صد برخورد یک شخص دندان درد که در نیمه شب با تمام مشکلاتی که داشته است به شما مراجعه کرده است را یاد بگیرید.

کنترل درد بیمار؛ ارتباط گیری با شخص و در نهایت درمان مطلوب ان شخص؛ از آموزش گیری های خیلی خوبی میتواند باشد که شما را کمک بکند.

درباره هیات علمی نظرتان چی هست؟

معلم شمع فروزانی است که با سوختن خودش؛ تجربیات خود را به بقیه انتقال میدهد.





طرح

فاطمه سلطانی

پنجم (محروم ترین منطقه) هستن پس در نهایت مدت زمان خدمت در منطقه های مختلف به این صورته:

۴/۵,۵	۲۱ ماه و ۱۸ روز	۵/۵	۲۴ ماه
۳/۵,۵	۱۶ ماه و ۱۲ روز	۴/۵	۱۹ ماه و ۶ روز
۳/۵	۱۴ ماه و ۱۲ روز		

حالا این که هر منطقه چه ضریبی داره و این ضریب چه جوری حساب میشه یه بحث مفصل دیگه است. ولی اینو بدونید که این ضرایب معمولاً ثابته مگر اینکه یه اتفاقی بیفته که اونا رو تغییر بده مثل زلزله بم!!!

زمانی که فارغ التحصیل میشیم همه فکر میکنیم دیگه راحت شدیم اما تازه مسیر جدیدی شروع میشه که خیلی هامون شناختی ازش نداریم و اون طرحه!!!

سعی ما براینه که تو این چند صفحه اطلاعاتی درباره طرح دندانپزشکی مثل مدت زمان چگونگی ثبت نام ارتباط سربازی و طرح شرایط معافیت و در نهایت انتخاب محل خدمت رو مطرح کنیم.

"زمان طرح"

حداکثر مدت زمان طرح برای ما ۲۴ ماست ولی ضریب محرومیت منطقه گذروندن طرح میتونه این زمان را کاهش بده. این ضریب بصورت کسری از ۵ بیان میشه و که باید در ۲۴ ضرب بشه تا مدت زمان طرح ما معلوم بشه. حالا چه جوری؟

ضرایب از پنج پنجم (برخوردارترین منطقه) سه

"چگونگی ثبت نام"

یه روش ثبت نام به صورت دوره ای و نوبتی انجام میشه. در واقع با توجه به تراکم تعداد فارغ التحصیلان دندانپزشکی سالانه ۶ دوره با فاصله های دو ماهه برای ثبت نام در سامانه رشد وجود دارد. در هر دوره یک هفته زمان برای ثبت نام وجود داره و در نهایت براساس فرم امتیازبندی متقاضیان در سطح کشور پخش میشن. امتیازبندی توسط سایت انجام میشه و متغیرهایی که در نظر میگیره شامل جنسیت (خانم ها امتیاز بیشتری دارن (وضعیت تاهل) متاهلین بیشتر) بومی بودن و میشه.

فقط یه نکته رو مدنظر داشته باشید که ما فقط ۱۰ تا انتخاب داریم پس باید از قبل اولویت هامونو براساس گزینه هایی که دانشگاه در اختیار ما قرار میده، انتخاب کرده باشیم. در حال حاضر اصفهان، بوشهر، مشهد، یزد، قم، گلستان، شیراز و همدان یکسری شرایط خاص دارن که این شرایط در سامانه رشد وجود داره باید بدونیمشون.

یه روش دیگه اعزام مستقیمه

توی روش قبلی ما با دو چالش رو به رو هستیم. یکیش اینه که ممکنه جایی پذیرفته بشیم که اولویت اول ما نبوده! یکی هم فاصله بین دوره های ثبت نام که اگر در روند اداری کارای فارغ التحصیلی مون مشکل پیش بیاد

ممکنه از ثبت نام یه دوره جا بمونیم!!

اما خوبی اعزام مستقیم اینه که ما فقط یه انتخاب داریم یا پذیرفته میشه یا نه و اینکه نباید منتظر دوره ثبت نام باشیم. اساس اعزام مستقیم اینه که با توجه به اینکه مدت زمان مختلف برای گذروندن طرح بین افراد وجود داره ممکنه یه نفر زمانی طرحش تموم بشه که ثبت نام ادواری در سامانه رشد صورت نمیگیره. در این شرایط شبکه نیاز فوری به نیرو داره و در سامانه رشد درخواستشو اعالم میکنه. توی سامانه یه سری جدول برای پذیرش دندانپزشک و پزشک وجود داره که شرایط دانشگاه و تعداد نیروی مورد نیاز و شرایط نیروی مورد نیاز ذکر میشه. مسلما ظرفیت پذیرش محدوده و اولویت با کسانی که زودتر ثبت نام کنن و وقتی ظرفیت تکمیل شد اسمش از لیست حذف میشه.

دو روش دیگه برای ثبت نام وجود داره که بعد از موضوع سربازی مطرح میکنیم.

"سربازی"

همه ی پسران ایرانی زمانی که به ۱۸ سالگی میرسن باید وضعیت نظام وظیفه شون رو مشخص کنن. عده ای معافیت موقت (اشتغال به تحصیل) یا دائم دارن و بقیه هم که تکلیفشون مشخصه باید برن سربازی.

سربازان فارغ التحصیل به دو صورت میتونن خدمت کنن. حالت اول خدمت عادی در یگان

و چهار پنجم) میتونن از این نیروها رو جذب کنن و از طرفی کسر خدمت به این افراد تعلق نمیگیره و باید همون ۲۴ ماه رو خدمت کنن!

گفتیم که گذروندن خدمت زیر نظر وزارت بهداشت محدوده و فقط یه سری افراد میتونن ازش استفاده کنن. به طور کلی انتخاب فرد به صورت رندوم و قرعه کشیه ولی یکسری شرایط میتونه تاثیرگذار باشه مثل:

مشمولان دارای غیبت و یا عدم مراجعه شامل این طرح نمیشن. ساکنین مناطق مرزی مثل کردستان، آذربایجان غربی، سیستان و بلوچستان و ... به علت شرایط استراتژیک منطقه و کمبود سرباز نمیتونن به عنوان پیام آور بهداشت خدمن کنن. پیام آوران هم مثل سربازان عادی دوره آموزشی رو باید بگذرونن!

نیاز مراکز بهداشت به رشته متقاضی		
وضعیت تاهل	بومی بودن	معافیت از رزم
افراد تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد		
بستگان درجه یک ایثارگران		

زمان ثبت نام طرح پیام آور بهداشت براساس تاریخ اعزام مشمولین نظام وظیفه به خدمت مشخص میشه. پس داوطلبان باید برگه اعزام رو از دفاتر پلیس ۱۰+ دریافت کنن و با توجه به تاریخ اعزام توی برگه اقدام به ثبت نام در طرح پیام آور بهداشت کنن (مثل ثبت نام خدمت عادی) و فقط یه مرحله اضافه تری هم دارن که باید درخواستشون رو توی سامانه

نظامیه و حالت دوم خدمت زیر نظر وزارت بهداشت تحت عنوان پیام آوران بهداشتیه که شامل افراد خاص و اولویت های محدود میشه که در ادامه توضیح میدیم.

"مراحل ثبت نام برای سربازان"

اقدامات روتین شامل دریافت دفترچه راهنمای خدمت نظام وظیفه عمومی از دفاتر پلیس ۱۰+ و مطالعه کامل برای آگاهی از تمام شرایط پیش روتونه. قبل از اعزام باید از نظر پزشکی و دریافت واکسن به مراکز مربوطه مراجعه کنید. همچنین باید اطلاعات و مدارک مورد نیاز رو به همراه برگه وضعیت مشمولین به دفاتر پلیس ۱۰+ تحویل بدید و در نهایت با دریافت برگه سبز و کد سخا میتونین از وضعیت خودتون و زمان اعزامتون مطلع بشید. وزارت بهداشت طرحی رو راه اندازی کرده تا فارغ التحصیلان به جای گذروندن خدمت در یگان های نظامی به عنوان پزشک به مناطق محروم فرستاده بشن. هر ۶ ماه یه کمیسیونی تشکیل میشه و سهمیه وزارت بهداشت مشخص میشه. فقط دانشگاه های علوم پزشکی مناطق محروم (ضرایب سه، سه و نیم

محل خدمت و ارائه تسویه حساب از دانشگاه توی سامانه برای دانشگاه دیگه ای اقدام کنن. همچنین ضریب محرومیت منطقه ای که سال اول گذروندن براشون لحاظ میشه.

"معافیت از طرح"

معافیت ها میتونن به طور کلی به سه دسته تقسیم بشن:

- معافیت در اختیار دانشگاه علوم پزشکی
- معافیت در اختیار وزارت بهداشت
- معافیت های خدمت نظام وظیفه

"معافیت در اختیار دانشگاه علوم پزشکی"

به طور کلی افراد که معاف از طرح هستن شامل:

- همسران و فرزندان شهدا و مفقودین جنگ تحمیلی
- آزادگان و همسران و فرزندانشان
- جانباز بالای ۲۵ درصد

رشد هم ثبت کنن. پسران معاف از سربازی درسته که از خدمت معافن ولی باید طرح رو برن! مرحله اضافه تری هم دارن که باید درخواستشون رو توی سامانه رشد هم ثبت کنن. پسران معاف از سربازی درسته که از خدمت معافن ولی باید طرح رو برن!

تا اینجا یه سری اطلاعات کلی درباره شرایط سربازی پسران فارغ التحصیل گفتیم. در ادامه به توضیح ادامه انواع ثبت نام طرح مرتبط ب سربازی خواهیم پرداخت.

"ثبت نام طرح موقت"

این روش در واقع ترکیبی از سربازی و طرحه. اگر فرد بعد از فارغ التحصیلی برگه آماده به خدمت رو دریافت کنه (بدون اضافه خدمت) میتونه تا زمانی که اعزام بشه در صورت نیاز دانشگاه های علوم پزشکی طرحش رو به صورت موقت بگذرونه و دانشگاه زمان اعزام فرد با او تسویه حساب میکنه.

همه ی دانشگاه های کشور این قابلیت رو دارن که افراد در قالب طرح موقت بپذیرند به جز دانشگاه های علوم پزشکی :

ایران / شهید بهشتی / تهران / اصفهان / تبریز / قم / البرز / ساوه / گیلان / مشهد / شیراز / مازندران / بابل

"متقاضیان دارای حداقل یکسال خدمات طرح"

دندانپزشکانی که سال اول طرحشون رو گذروندن میتونن در صورت موافقت دانشگاه



- فرزند جانباز بالای ۵۰ درصد
 - همسر جانباز بالای ۷۰ درصد
 - خواهر یا برادر شهید (فقط یه نفر از اعضای خانواده میتونه از این امتیاز استفاده کنه)
 - تک فرزند خانواده
 - مادری که حضانت فرزندش رو برعهده داره
 - فارغ التحصیل بالای ۴۵ سال
- اینو بدونید که این افراد اگر فارغ التحصیل دانشگاه های وابسته به وزارت بهداشت هستن فقط از طریق دانشگاه محل تحصیل یا شهر محل سکونت میتونن پیگیر گواهی معافیتشون باشن.
- "معافیت در اختیار وزارت بهداشت"**
- افرادی که از این طریق معاف از طرح هستن شامل:
- افرادی که توی مقطع تحصیلی قبلیشون معافیت دریافت کردن
 - افرادی که قبال طرح شون رو در رشته دیگه گذروندن
 - سابقه حداقل ۶ ماه خدمت داوطلبانه در جبهه
 - فارغ التحصیلان خارج از کشور و یا دانشجویان انتقالی از خارج از کشور
 - افراد دارای مشکل حاد پزشکی
 - نفرات اول تا دهم کنکور تجربی
 - برندگان مدال طلا المپیاد کشوری
 - نفرات اول تا سوم آزمون پره انترنی
 - افراد دارای مشکل حاد پزشکی
 - نفرات اول تا دهم کنکور تجربی

- برندگان مدال طلا المپیاد کشوری
 - نفرات اول تا سوم آزمون پره انترن
- "معافیت های خدمت نظام وظیفه"**
- و در نهایت آخرین گروه افرادی که معافیت شامل حالشون میشه کسانی هستن که :
- خدمت به مدت ۱۲ ماه بعد از گذراندن دوره کردانی
 - خدمت به مدت ۲۱ ماه بعد از گذراندن دوره کارشناسی و بالاتر
- در واقع این افراد کسانی هستن که قبال توی یه رشته دیگه درس خوندن و بعد از فارغ التحصیلی سربازی رو به صورت امریه و اجباری به مدت زمان های ذکر شده گذروندن و بعد تصمیم گرفتن رشته دندانپزشکی رو شروع کنن و حالا درسشون تموم شده و باید برن طرح.

"انتخاب محل خدمت"

- یکی از روش ها انتخاب محل خدمت براساس سهمیه قبولی توی کنکور سراسریه. هر فرد میتونه توی مناطقی خدمت کنه که یا سهمیه مشابه سهمیه کنکورشو داشتن یا سهمیه پایین تری رو دارن. یعنی افراد با سهمیه قبولی ۱ میتونن توی مناطق ۱، ۲ و ۳ خدمت کنن. فارغ التحصیلان دارای سهمیه ۲ میتونن در مناطق ۲ و ۳ و در نهایت کسانی که سهمیه ۳ داشتن میتونن توی منطقه ۳ خدمت کنن.
- این رو بدونید که ما نمیتونیم توی شهر های تهران، اصفهان، تبریز، مشهد و شیراز خدمت کنیم

۴) معدل

• دقیقا به اندازه معدل امتیاز میدان بهمون!!

۵) جنسیت

• به نفع خانمها

یه موضوع دیگه ای که میتونیم برای تکمیل اطلاعات مطرح شده بررسی کنیم اینه که اصلا ما چقدر فرصت داریم که بعد از فارغ التحصیلی برای شروع طرح اقدام کنیم و یا اصلا ما کی فارغ التحصیل محسوب میشیم بعد از دفاع یا بعد تائید اطالعاتمون توی وزارتخونه!

معرفی ما به عنوان فارغ التحصیل به وزارتخونه برعهده دانشگاهمونه که یک ماه برای این کار فرصت داره. اما ثبت نام توی سامانه رشد بر عهده خودمونه و حداکثر دو ماه فرصت داریم و اگر تاخیر کنیم، جریمه میشیم. در واقع اگر ۳-۶ ماه تاخیر داشته باشیم، سه ماه اضافه خدمت بهمون تعلق میگیره و اگر بیشتر از ۶ ماه تاخیر کنیم شش ماه اضافه تر باید طرحمونو بگذرونیم و اینو بدونید که این زمان اضافه تر حتما باید توی مناطق محروم گذرونده بشه و عمال ضریب محرومیت براش لحاظ نخواهد شد!!

البته زمانی تاریخ دفاع رو برامون در نظر میگیرن که تمامی واحدهای تئوری و عملی رو گذرونده باشیم وگرنه تاریخ آخرین بخش ملاکه. حواستون باشه افرادی که قصد شرکت در

و فقط خانم های متاهل میتونن توی این شهرها طرحشونو بگذرونن و همچنین خانم های متاهل میتونن توی هرکدوم از مناطق ۱ و ۲ و ۳ خدمت کنن یکی دیگه از شرایطی که میتونه روی محل خدمت ما اثر بذاره امتیازات ماست. این امتیازات در واقع همون اطلاعات تکمیلی ای هستن که زمان ثبت نام توی سامانه رشد وارد میکنیم و شامل:

۱) شرایط بومی

- بومی استان انتخاب اول
 - غیربومی انتخاب اول ولی استان محل بومی من بسته هست
 - غیربومی اما ساکن انتخاب اول
 - به واسطه همسر، غیربومی انتخاب اول
 - به واسطه پدر یا همسر نظامی، ساکن انتخاب اول
 - غیربومی
- براساس هرکدوم از شرایط فوق امتیاز متفاوتی به فرد تعلق میگیره.

۲) وضعیت تاهل

- مجرد
- متاهل
- فردی که همسر ندارد و کفالت فرزندش رو برعهده دارد.

۳) وضعیت ایثارگری

- همسر یا فرزند شهید
- خواهر یا برادر شهید
- فاقد شرایط

آزمون دستیاری رو دارن باید حداکثر سه ماه بعد از فارغ‌التحصیلی طرحشون رو شروع کنن! از اونجایی که کار دندانپزشکی حیاتی نیست اگر به دلایل منطقی شروع طرحمون به تعویق بیفته شانس بالاتری برای بخشش جریمه ها داریم! و در آخر تصمیم گرفتیم برای تکمیل اطلاعاتمون از تجربه یکی از کسانی که تمامی این مسیرها رو طی کرده استفاده کنیم و بدین منظور تجربیات آقای دکتر طائرین عزیز رو با شما به اشتراک میذاریم.