

دستاوردهای کنگره چهارم انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

میزگرد حقوقی

با حضور:

دکتر باقر شهینی زاده

(سر دبیر و مدیر مسئول خبرنامه)

دکتر ذبیح اله واحدی

(دندانپزشک و قاضی)

سرکار خانم ناطقیان

(نماینده و کارشناس بیمه)

بررسی طرح بیمه

مسئولیت مدنی

دندانپزشکان و آشنایی با چگونگی اخذ برائت نامه



صفحات ۳ و ۴ و ۵

گفتگویی همه جانبه با برگزار

کنندگان دومین کنگره

رادیولوژی دهان، فک و

صورت ایران

۳-۲۷ بهمن ماه ۱۳۸۸

مجموعه فرهنگی و هنری تلاش



دکتر مهرداد پنج‌نوش

(رئیس هیئت مدیره انجمن رادیولوژی

دهان، فک و صورت ایران)

دکتر محمدمبین توکلی

(رئیس دومین کنگره انجمن رادیولوژی

دهان فک و صورت ایران)

دکتر حوریه باشی‌زاده

(دبیر محترم علمی دومین کنگره انجمن

رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران)

دکتر احمد رضا طلایی‌پور

(دبیر اجرایی دومین کنگره انجمن رادیولوژی

دهان فک و صورت ایران)

دکتر شهریار شهاب

(مسئول روابط بین الملل دومین کنگره انجمن

رادیولوژی دهان فک و صورت ایران)

سایت انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران:
www.iaomfr.ir

صفحات ۶ و ۷ و ۸ و ۹

تازه‌های دندانپزشکی» مطرح بوده است در تمامی تار و پود برنامه‌های علمی کنگره چهارم جاری و ساری گردیده است. تهیه «تم» یا «موضوع اصلی» دست‌آورد یک تفکر کاملاً گروهی و هدفمند بوده است. سیاست گردانندگان کنگره بر این بنیان گذاشته شد، که همانگونه که تمام فعالیت‌های علمی انجمن، برای بالا بردن سطح دانش تئوریک و کاربردی دندانپزشکان عمومی بوده است، در کنگره نیز این هدف با قدرت دنبال شد.

تلاش ما این بوده و هست که دندانپزشک عمومی بتواند در حیطه تمام درمان‌های دندانپزشکی مدام توانایی خود را در سطح و عمق گسترش دهد. میزان عدم موفقیت را با درک درست از بایدها و نبایدها، در هر رشته دندانپزشکی کاهش داده و برای افزایش ضریب موفقیت از طریق کنگره‌ها، همایش‌ها، بازآموی‌ها، کارگاه‌ها، دوره‌های کوتاه و دراز مدت به این دستاوردها نزدیک و نزدیک‌تر گردد. برای ما پذیرفتنی نیست که در دهان بیمار کاری را مشاهده کنیم که در حیطه توانایی دندانپزشک عمومی باشد ولی کیفیت مطلوب را نداشته باشد.

یکی از موضوعاتی که لازم است به طور جد و قاطع در مورد آن صحبت شود این است که «تازه‌های دندانپزشکی» یا تازه‌های علم به هیچ وجه با تازه‌های تکنولوژی روزمره و روش‌های مبتنی بر مد و تغییرات سطحی، همخوانی ندارد.

ادامه در صفحه ۲

هستند که این ظرفیت حیاتی را بارور می‌سازند و موجب رشد شاخ و برگ آن و تولد انسان‌های کارآمد و در پی آن گسترش ریشه‌های تمدن بشری می‌گردند. داوطلب شدن انسان‌ها، برای اداره امور اجتماعی خود، موجب بهبود کیفی شرایط زندگی آحاد مردم خواهد شد.

ترکیب داوطلبانه گروه‌های حاضر در مجموعه عظیم انجمن دندانپزشکان عمومی ایران تلاش دارد



مبتنی بر واقعیت‌های موجود کشورمان، سنگ بنای راه حضور در یک نهاد مدنی قوی، مستقل و فراگیر را که پیش از این بنیان گذاشته، تداوم بخشد.

کنگره چهارم یکی از بازتاب‌های مهم مجموعه مدیریتی، اجرائی و دبیرخانه‌ای انجمن عمومی بوده است که با تشکیلات منضبط و برنامه‌ریزی شده به عنوان نماینده «دندانپزشکان عمومی» کشور آن را به صحنه حرفه‌ای و صنفی کشانیده است.

در این کنگره از نظر علمی، آنچه در کلیه متون برنامه‌ها تحت عنوان «کاربرد کلینیکی

هر جامعه‌ای بدنبال یافتن راه یا راههای مناسب‌تر و بهتری است تا داوطلبانه مسیر تغییر آینده را به نفع خود تجربه کند و از این رهگذر مشکلات خود را در زمینه‌های گوناگون اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، هنری و سیاسی حل نماید.

حق طبیعی همه انسان‌هاست که از بهترین شرایط و امکانات بهره‌مند گردند، تا بتوانند شایستگی‌های خود را نشان دهند. این شایستگی‌ها قطعاً منجر به مدیریت جامعه با اعضای سازنده و موثر، تبدیل خواهد شد. ارکان حضور داوطلبانه افراد در کنار هم مجموعه‌ای است که با پدیده‌های ارگانیک انسانی همخوانی دارد، ولی از یک فرآیند برتر تبعیت می‌کند، که همانا خرد و آگاهی انسان است.

درک انسانی از پدیده‌های محیط پیرامون باعث می‌شود که بتواند روابطی خلاق و پویا بسازد. از این طریق است که آدمی به ضرورت مدنیت یا در واقع ایجاد قوانین و مقررات تجمعات انسانی، در کلیه سطوح در راه سعادت بشری پی می‌برد. نهادهای حکومتی و دولتی نیز از دستاوردهای بشری هستند که وظیفه دارند با استفاده از منابع طبیعی، خرد جمعی، مشارکت اجتماعی، تامین حقوق، آزادبهای فردی و جمعی، راه آسایش و آرامش انسان‌ها را فراهم کنند.

نهادهای مدنی الگوهای ارزشمند و گرانقدری



دکتر باقر شهینی‌زاده



معرفی کتاب

«درمان ترومای دندان»

ترومای دندان برای بیمار بسیار دردناک

و اضطراب آور است و در عین حال چالش است برای دندانپزشکان تا تروما را به گونه‌ای درمان کنند که نتیجه مطلوب هم از جنبه زیبایی و هم ظاهری و هم از نظر کلینیکی



حاصل شود.

افراد در سنین مختلف در معرض خطر ترومای دندانی (Dental Trauma) در حین انجام ورزش‌ها و سایر فعالیت‌های فیزیکی هستند. درمان ترومای دندان همواره یکی از بخش‌های لاینفک درمان‌های کلینیکی روزانه مطب دندانپزشکی خواهد بود.

امید است این کتاب راهنمای مناسبی برای همکاران باشد.

«کسپر و دندانپزشک مهربان»

در این کتاب داستان سعی شده به زبانی ساده و کودکانه، کودکان با مطب دندانپزشکی و مسائل آن آشنا شوند و بر ترس و اضطراب کودکان غلبه شود. این کتاب حاوی پیام‌های بهداشتی برای کودکان است.



دکتر سارا کاشانچی

رابطه متحول و سازنده بین سطوح بالا و پایین، در مرکزیت و کل مجموعه از مفهومی ارگانیک و پویا برخوردار بوده است. به زبان ساده از رئیس کنگره تا کلیه مسئولین در کلیه قسمت‌ها در جریان همه امور بوده‌اند. این سانترالیسم دموکراتیک است؛ دستاوردی که از یک نهاد مدنی نشأت می‌گیرد.

در زمینه برگزاری کارگاه‌ها، تیم اجرایی کنگره چهارم انجمن عمومی، سیاستگذار و مبتکر نیز بوده و با نوآوری علمی و اجرایی زمینه انتقال دانش و تکنولوژی را بیش از پیش فراهم کردند. در تمام مجموعه کادر تشکیلاتی کنگره، همکاران همگی در کار خود متخصص و ماهر بوده‌اند و هر کدام نسبت به هويت حرفه‌ای و صنفی، خود در مقام مسئول و ناظر عمل کرده آگاهی داشته و به این امر اشراف جامع داشتند. نظارت بر عملکرد کل برنامه‌های کنگره توسط «روح وظیفه‌شناسی جمعی» عموم مسئولان کنگره صورت می‌گرفت و در تمام مباحث چه در حد مجادله و مکاشفه و چه در حد مشارکت و تفاهم با دلسوزی برای خدمت به دندانپزشکان میهن‌مان و در نهایت به همه مردم انجام می‌پذیرفت.

جدول علمی برنامه، کارگاه‌های زنده، Table workshop، Clinical Panel، کنفرانس آنفلونزا، همه و همه دستاوردهای دندانپزشکان عمومی بوده، که راه با هم بودن را آموخته‌اند و در بهترین هماهنگی سازمان یافته با همکاران دندانپزشک متخصص، تبلور یافته است.

برگزاری نمایشگاه عبور از یک شرایط ویژه بود که سال‌ها در دندانپزشکی قاعده گردیده بود. ما همان گونه که در ثبت نام کنگره، اجرای جدول برنامه‌ها، تمام کارگاه‌های عملی، در کلیه سطوح براساس طرح زمان‌بندی حضور حداکثری، موفقیت خود را برنامه‌ریزی کرده بودیم، در کار نمایشگاه نیز اینچنین حرکت کردیم.

نمایشگاه برای اولین بار به سه بخش متفاوت تخصصی در حوزه کالاهای دندانپزشکی، برای بهترین دسترسی تقسیم شد و بدون حضور گروهی خاص فقط با حمایت دندانپزشکان و حمایت قاطعانه کلیه شرکت‌های تجاری در محیطی صمیمی، فضایی مناسب و با ساماندهی مطلوب برگزار گردید. ما بار دیگر ثابت کردیم که انجمن‌ها به عنوان رأس مثلی که دو رأس دیگر آن دندانپزشکان و شرکت‌های تجاری دندانپزشکی هستند، می‌توانند تمرین تأمین منافع مشترک با احترام متقابل را، به دستاوردی

همکار محترم، نظرات و پیشنهادات خود را می‌توانید به آدرس ایمیل‌های انجمن:
info@igda.ir
irangda@yahoo.com
irangda@gmail.com
 ارسال کنید.

ادامه از صفحه اول

تازه‌های دندانپزشکی یعنی روش‌هایی که در مراکز تحقیقات و پژوهش، دانشکده‌ها و مراکز درمانی کشورهای مختلف به عنوان پروسه جدید درمان مبتنی بر شواهد عینی راه موفقیت خود را گذرانده ولی هنوز در درمان روتین دندانپزشکی وارد نشده است. البته گاهی یک تفکر به همراه یک سیستم درمانی و تکنولوژی ابزار جدید، نیز وارد عرصه و پروسه درمانی می‌گردد، ولی پذیرش آن به سختی صورت می‌گیرد. ما به عنوان یک انجمن (نهاد مدنی) وظیفه داریم که این راه را شناخته و زمینه کاربرد علمی آن را فراهم سازیم.

تشکیل شورایی متشکل از گروه‌های متخصص در رشته‌های مختلف دندانپزشکی و متشکل شدن ایشان در «شورای مشاوران علمی» و حضور آنها در جلسات مختلف و بحث و تبادل نظر پیرامون این مباحث برای دندانپزشکان چاپ و انتشار یافت. مفهوم ضرورت حضور نیروهای متخصص از یک سو و نیازهای علمی و گستراندن نیازهای علمی به تفکر جمعی از سوی دیگر و از جهتی دیگر این دو مهم را در حضور خلاق سامان دادن و در معرض افکار برتر از طریق انتشار در خبرنامه آن را در معرض افکار عمومی قرار دادن و در نهایت آنچه محصول کار گروهی بوده در صحنه واقعی در چهارمین کنگره گنجانده، از دستاوردهای بیاد ماندنی این کنگره بوده است.

شورای اجرایی کنگره علاوه بر حضور تمام کادر مرکز و محوری کنگره، مسئولان شعب انجمن عمومی از سراسر کشور را نیز دعوت و با گفتگو و تبادل نظر پیرامون بررسی بازآموزی‌های مدون کشوری، زمینه تأثیر تعیین کننده فکری و عملی را ایجاد کرد. از همین زاویه کار مشترک هدفمند به سمت همگامی در برنامه‌ریزی کنگره چهارم هدایت توسط شورای اجرایی کنگره هدایت کردیم.

فعالیت کادرهای اجرایی انجمن در کلیه سطوح از بحث و تبادل نظر در مورد تم اصلی شروع و وارد کارزار برگزاری کنگره شدند. در تمام زمینه‌های علمی کنگره مثل برنامه‌ریزی در رشته‌های مختلف تخصصی و تشکیل کمیته‌های تخصصی تدوین برنامه ضروری مدیریتی داشته‌اند. هر بخش از یک اراده فردی و جمعی برخوردار بوده است. در سیستم کار کمیته‌ها، مدیران و دبیران موضوعات، از خرد تا کلان و از خرد تا متوسط کل مجموعه شناخته و درک گردیده است. تمام این افراد از کلیه کارهای کنگره حتی از جزئیات برنامه‌های علمی کنگره در کلیه سطوح دارای اطلاعات دقیق بودند.

دندانپزشک آقا جهت همکاری با کلینیک دندانپزشکی بلوار آیت‌اله کاشانی

۰۲۱۴۴۱۳۲۴۱۴
 ۰۲۱۴۴۱۳۶۵۱۹
 ۰۹۱۹۱۲۵۷۵۵۲

اولین سمینار منطقه ای و سومین سمینار ملی ملاحظات دندانپزشکی

«در بیماران خاص نوپدید و بازپدید»

۳-۱ اردیبهشت ماه ۱۳۸۹ - کیش (با امتیاز بازآموزی)

نشانی: تهران - خیابان استاد نجات الهی جنوبی - پ ۴ - مرکز پزشکی خاص - طبقه پنجم
 تلفن دبیر خانه: ۰۲۱-۸۸۸۰۴۰۶۱ و ۰۲۱-۸۸۸۰۸۰۵۰۵ داخلی ۵۱۳
 سایت: WWW.SMCENTER.IR

تغییر آدرس مطب

دکتر عباس خدایاری

متخصص جراحی دهان، فک و صورت فوق تخصص جراحی سرطان‌های دهان، فک و صورت

آدرس: ملاصدرا - شیراز شمالی
 نبش کوچه غفاری - بالای بانک سپه
 ساختمان نیکان - پلاک ۴
 واحد ۲ شمالی

تلفن: ۰۲۱۸۸۰۵۸۲۲۴-۰۲۱۸۸۰۵۸۲۲۵

امور دبیر خانه: سحر صحت، آزاده بی‌پروا، سمانه مجاوران، افسانه واعظی

امور پخش: دبیر خانه انجمن

صفحه آرایی و چاپ: مهندس صفرپور

شمارگان: ۱۰۰۰۰ نسخه

نشانی: کوی نصر، خیابان پیروزی شرقی، پلاک ۵، واحد ۵

تلفن: ۵ و ۸۲۸۷۹۴-۸۲۸۷۹۴-۸۲۸۷۹۴

نمایر: ۸۲۶۳۰۳۷

صندوق پستی: تهران ۱۴۳۹۵/۸۳۴

وب سایت: www.igda.ir

پست الکترونیک: irangda@yahoo.com

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران (خبرنامه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران)

پیام انجمن



انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
 IRANIAN GENERAL DENTISTS ASSOCIATION

صاحب امتیاز: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
 مدیر مسئول و سردبیر: دکتر باقر شهینی زاده

اعضاء هیات تحریر و اجرایی انجمن و کنگره چهارم:

دکتر ناصر آخوندان، دکتر آرزو امیری، دکتر سیدمسعود احمدی اهری، دکتر مریم احمدی لیوانی، دکتر حسین ارجمند، دکتر محمدحسین ارکانی، دکتر فریبا ابوالحسنی، دکتر ندا اسماعیلی، دکتر علی امامقلی پور، دکتر غلامرضا امین، دکتر ناهید ایرانی، دکتر اسرافیل بالایی، دکتر سعید بزرگ‌زاده، دکتر فاطمه بسیج، دکتر مهرداد بهنام، دکتر محمدصادق بیرجندی، دکتر سیدعلی پاکزاد، دکتر وحید پیرام، دکتر وحید پیرام، دکتر خسرو پورآقاجانی، دکتر فرناز پوراسمعیل مرندی، دکتر محمد پهلوانی، دکتر نغمه تاجدینی، دکتر علیرضا جهانگیرنیا، دکتر هانیه جرم‌چی، دکتر مریم حافظی، دکتر مریم حافظی بختیاری، دکتر عباسعلی حقیقی، دکتر مریم حقیقی فرد، دکتر نسرن حقیقی فرد، دکتر امیرخسرو حمیدی، دکتر مریم خان‌محمدی، دکتر خداداد حویپور، دکتر مهسا خیابانی، دکتر منصور رسولی، دکتر محمدرضا رمضان پور، دکتر محمدرضا زاده‌مهر، دکتر آرش زاهدی، دکتر هوشنگ زرگانزاد، دکتر جمشید زمان، دکتر ساندرا خدابنده‌لو، دکتر نینا رهنشاس، دکتر پیمان سلیمی، دکتر سهند سمعی‌راد، دکتر همایون سیگاری، دکتر رضا سیفی‌راد، دکتر نیما شفیعی، دکتر برزک شمسی، دکتر شکوفه شیراندشت، دکتر پورج شیروانی، دکتر شادنوش صارمی، دکتر لیلی صادقی، دکتر شروین صلحی، دکتر علی صنعت، دکتر اسماعیل ضابطی، دکتر حسین طاهری‌زاده، دکتر شیلان عزیزی، دکتر لیلی عطایی، دکتر لطیف عظیمی، دکتر علیرضا علیزایی، دکتر محمدعلی محمدعلیزاده، دکتر علیرضا عبرانی، دکتر اردشیر غلامی، دکتر همایون فرانت، دکتر بهزاد فرخزاد، دکتر علیرضا فروزنده، دکتر رامین فهیم، دکتر فرهاد قاسمیان، دکتر مارال قربان‌زاده، دکتر پیمان کشاورز، دکتر نعمت‌الله کلاه‌قوچی، دکتر ناصر کمالی، دکتر کیانا کمیلیان، دکتر مهشید گرابلی، دکتر شاهو ماجدی، دکتر یکتا محبی، دکتر مریم محمدی، دکتر شکوه مقصدلو، دکتر زینب موق، دکتر مهرا مومنی، دکتر مریم مهران، دکتر سیدکاظم نبوی‌نژاد، دکتر داریوش نظری، دکتر مجید نوحی، دکتر علی وارسته، دکتر شهاب هاشم‌زاده، دکتر زینب همایی، دکتر جعفر هنرمند، دکتر رویا هوشیاربان، دکتر اعظم ابراحمدی.
 مسئول اجرایی خبرنامه: دکتر لیلی صادقی.

میزگرد حقوقی

بررسی طرح بیمه مسئولیت مدنی دندانپزشکان و آشنایی با چگونگی اخذ برائتنامه

در خبرنگار قبلی در زمینه آشنایی همکاران دندانپزشک با حقوق مدنی، مصاحبه‌ای با همکار محترم جناب آقای دکتر ذبیح‌اله واحدی که دندانپزشک، حقوقدان و اکنون هم قاضی هستند انجام گرفت. این مصاحبه مورد استقبال همکاران دندانپزشک واقع گردید. سوالات متعددی در حوزه فعالیت‌های دندانپزشکی که در ارتباط با مسئولیت حقوق مدنی است از طرف همکاران مطرح شد که موجب گردید ما این بحث را ادامه دهیم. در ارتباط با رفع نیازهایی که دندانپزشکان عمومی از نظر حقوقی داشته‌اند این بحث را ادامه می‌دهیم که در این گفتگو از سر کار خانم ناطقیان از طرف بیمه آسیا هم دعوت کرده‌ام تا ایشان هم چنانچه مطالبی که احتمالاً در این زمینه نیاز به یک بررسی مشترک کارشناسی دارند، شرکت نمایند.

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر واحدی ابتدا بفرمایید بحث مسئولیت مدنی و فعالیت و تعهداتی که ما نسبت به قانون داریم و تعهداتی که قانون نسبت به بیمه‌گذار یا بیمه‌شونده دارد در چه محدوده‌ای قرار می‌گیرد و ما چگونه می‌توانیم در این مورد به دندانپزشک کمک کنیم؟

دکتر ذبیح‌اله واحدی: بله، من هم در ابتدا خدمت همه همکارانم از طریق همین مصاحبه عرض سلام و ارادت دارم، در جلسه گذشته ما در واقع به عنوان مقدمه انواع مسئولیت‌ها را تشریح کردیم. خلاصه‌اش این بود که برای یک درمانگر به معنای خاص، مسئولیت‌های کیفری، مدنی، انتظامی، اداری، انضباطی و اخلاقی قابل اخصاء می‌باشد. یکی از مواردی که گرایش اصلی صحبت ما بود و الان هم هست بحث مسئولیت مدنی در حرفه پزشکی است. برای این کار ابتدا ما مسئولیت مدنی را تعریف می‌کنیم. «به زبان ساده در مسئولیت مدنی به اصطلاح قانون بر فرد تعهد را مشخص کرده است، که شخص در مقابل خسارت‌های مادی و معنوی که به دیگران وارد می‌نماید و قانون برای او تعیین کرده، جوابگو است». حال این مسئولیت مدنی در حرفه پزشکی یک رویکرد، یک شق خاص و یک حالت عمومی دارد.

به نظر می‌رسد که آن چیزی که در وهله اول بهتر است صحبت کنیم توضیح این مطلب است که منظور ما از نوع خاص چیست؟ و منظور ما از نوع عام چیست؟ در نوع خاص منظورم از مسئولیتی است که در اثر صدمات ناشی از کار پزشکی یا عوارض ناشی از کار پزشکی برای بیماران بوجود می‌آید. اگر چه در قانون مسئولیت مدنی تعریف نشده، چگونه؟ بدین صورت که اصولاً بر اساس ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی به ویژه در بند "ب" که بحث صدمات منجر به فوت یا نقص عضو را مطرح کرده است، این صدمات را در خصوص پزشکان به عنوان یک جرم غیر عمدی یا شبه عمد تعریف کرده است. بنابراین در قانون مسئولیت ناشی از خدمات پزشکی در واقع مسئولیت کیفری است. اما در همان قانونی که عرض کردم یعنی قانون مجازات اسلامی در ماده ۱۲، ماده ۲۹۵ و مواد ۴۰۰ که بعد از این مسئولیت را کیفری تعریف کرده است و مجازات آن را پرداخت دین یا آرش تعیین نموده است (که حالا آرش و دین تعاریف مخصوص به خودشان را دارند).

بنابراین در اینجا قانون‌گذار چون مجازات را دین تعیین کرده و دین همان است پس چهره مدنی دارد یعنی اگر چه در حوزه مسئولیت کیفری است. مسئولیت ناشی از صدمه به بیماران به عنوان یک جرم غیر عمد و یک مسئولیت کیفری تعریف شده است، اما چون مجازات چهره، رنگ و ماهیت پرداخت خسارت دارد، پس می‌توانیم آن را در حکم مسئولیت مدنی بدانیم.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب آقای دکتر این مفهوم کیفری که با جرم مترادف می‌شود؟

دکتر ذبیح‌اله واحدی: بله

دکتر باقر شهینی‌زاده: وقتی که مسئولیت کیفری باشد، یک جایی ثبت سابقه می‌شود و یکسری مسائلی را پیدا می‌کند. چرا با توجه به اینکه به دین ختم می‌شود تحت عنوان مسئولیت مدنی انضباطی به آن نگاه نکردند و این را کیفری اطلاق کرده‌اند؟ زیرا که عمدی در آن نیست.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: ایرادی که حضرت تعالی می‌گوید ایراد به قانون است نه ایراد قانونی، ما الان در اینجا در حالی نیستیم که ایراد به قانون بگیریم حرف دکتر ما به هر حال داریم قوانین موضوعه را بحث می‌کنیم. حرف جالبی است که می‌خواستم در قسمت‌های بعدی بحث کنیم.

برخی معتقدند که با عنایت به اینکه صدمات ناشی از کار پزشکی نتیجتاً چهره مدنی دارد و همان طور که بعداً به صورت مفصل خواهیم گفت (همکاران عزیز هم اجلاً اطلاع دارند) این مسئولیت قابل بیمه شدن است. به چه دلیلی ما این را به اصطلاح به صورت تشریفات رسیدگی کیفری و لزوماً طرح در مراجع قضایی و لزوماً صدور حکم محکومیت بررسی می‌کنیم، در واقع چه اشکالی دارد که مانند بعضی از خسارت‌های مدنی دیگر مثل خسارات ناشی از تصادفات رانندگی با تراضی طرفین و توافق سازمان بیمه‌گر حل اختلاف کنیم و با مراجعه به مراکز

مصدمه به تمامیت جسمی انسان‌ها مربوط می‌شود می‌خواسته برایش مسئولیت کیفری حتماً تعیین کند و آن را به عنوان جرم تعیین کند و شخص را به عنوان مجرم تعقیب نماید، هر چند جزای آن دین است. ولی در واقع به خاطر اهمیتی که به جان انسان‌ها می‌دهد و به توانایی جسمانی انسان‌ها می‌دهد، ظاهراً قاعده این بوده است که این قضیه به همان صورت جرم، تعقیب کیفری و مسئولیت کیفری مطرح شود. در هر حال این الان بحث حاشیه‌ای بود که مطرح کردیم می‌خواهم این را عرض کنم که در این خصوص هم یک نوع مسئولیتی که اسم این مسئولیت مسئولیت کیفری است اما در عمل نوعی مسئولیت مدنی است. مسئولیت ناشی از صدمه به بیمار و یا فوت بیمار است که این در واقع به لحاظ این است که مجازات جنبه مدنی دارد ما این را به شکل مسئولیت مدنی هم تلقی می‌کنیم.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خانم ناطقیان شما منظورتان در مواقعی است که به اصطلاح قصور منجر به حادثه یا منجر به فوت می‌شود بگوییم که در مراجع قضایی یا انتظامی رسیدگی شود یا در تمام موارد تخلف؟

خانم ناطقیان: در همه موارد، اگر ما یک اتومبیل را مثال بزنیم وقتی دو اتومبیل برخورد می‌کنند ضرر و زیان وقوع‌اش حتمی است زیان دو اتومبیل قطعی است، که این اتفاق افتاده است. ولی زیان این که مجروح داشته باشیم این احتمال‌اش ضعیف‌تر است ولی در صورتی که این اتفاق اولی صورت گرفته است جسمی زیان ببیند و شخصی زخمی شود مرحله بعدی تصادف انتقال آن مجروح به بیمارستان است، وقتی مجروح به بیمارستان می‌رود اولین کاری که در حین پذیرش انجام می‌شود تشکیل پرونده توسط نیروی انتظامی محل است. یعنی نیروی انتظامی مأموری مستقر



در بیمارستان دارند. به محض اینکه این تصادفات می‌رسد، پرونده تشکیل می‌شود.

دکتر باقر شهینی‌زاده: این برای زمانی هست که تصادف منجر به جرح شود این حادثه اتفاق بیافتد یا زخمی شود ما در امور پزشکی منظورمان یکسری تعلل‌هایی است که این تعلل‌ها اغلب قابل جبران است و فی‌ذاته خسارت هم نیست نوعی به اصطلاح انضباط کاری در آن مطرح است چون خیلی‌هاش قابل بازسازی است. تصادفی که منجر به ضرب و جرح یا منجر به حادثه و زخمی شدن می‌شود خسارت جانی است. بحث ما متفاوت است. اینجا بحث ما این هست که دندانپزشک با پزشک وقتی روی بیمارش کار می‌کند در یک جاهایی مثل آن خسارت احتمالی که شما می‌گویید مأمور راهنمایی و رانندگی وقتی آن کرورکی را می‌کشد آن‌ها را هدایت می‌کند به سمت بیمه و هیچ دستگاری در این قضیه شرکت نمی‌کند. هیچ جرمی هم اتفاق نمی‌افتد. پرونده‌ای در هیچ کدام از محاکم انتظامی هم تشکیل نمی‌شود. مشکلی پیش می‌آید که قابل جبران هست. این موارد جدا از بحث کیفری را پلی برای آن بیابیم. منظور بنده این است.

خانم ناطقیان: خوب به جان ارتباطی ندارد.

دکتر باقر شهینی‌زاده: ما همین را می‌گوییم که در یک مواقعی در کار پزشکی سطح کار این موارد را در بر می‌گیرد.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: در واقع آن نظری که آقای دکتر مطرح کردند که من هم وارد شدم و سرکاری‌ها هم تعریفی داشتند و این را عرض کنم این که می‌گویند مقایسه صدمات ناشی از خطای منجر به صدمه پزشکی با آن مواردی که شما فرمودید یک قدری قیاس مع‌الفارق است. چون شخص طبیب که قصد یک کار نیک، به قصد درمان بیمار، کاری را انجام می‌دهد و اتفاقی ممکن است منجر به ضایعه برای بیمار شود. یعنی با رعایت شرایط پزشکی و به عنوان یک پزشک دلسوز وارد یک کاری شده است اتفاقاً منجر به صدمه شده است. در اینجا به نظر من مبانی حقوقی شاید به اصطلاح قابل مقایسه نباشد با آن موردی که

سرکاری‌ها فرمودید. چه اشکالی دارد که در اینجا با موافقت خود مریض مشکل حل شود نه اینکه ما بیاییم و احیاناً جرم را از نگران خارج کنیم.

نه ما می‌گوییم در مواردی که مریض به علت کار پزشکی یا شکست درمان صدمه می‌بیند. چون معالجه از کارهای مقدس و معنوی تعریف شده‌ای در تاریخ پزشکی، فرهنگ ما است. این شخص از یک موضع دلسوزانه به عنوان درمان، کاری را انجام داده و اتفاقاً منجر به صدمه به مریض شده است یا روند معالجه منجر به شکست شده است. در اینجا بسیاری از اوقات اصلاً پزشک‌کاش مقصر نیست به لحاظ اینکه دارویی که کارخانه‌هایی آن را ساخته‌اند و در رفرنس‌ها و در مرجع‌های پزشکی قید شده است استعمال کرده، روش درمانی که همه کتاب‌ها آن را رسم برده‌اند و آورده شده است استعمال کرده ولی این روش ضایعه و عوارض داشته است. اینجا را واقعاً مقایسه کردن پزشک با یک مجرم اجتماعی منصفانه نیست. در این جور مواقع اگر با تراضی مریض حل اختلاف گردد، چند حسن دارد حسن اول اینکه بسیاری اوقات از پرونده‌سازی و وقت‌گیری در مراجع قضایی جلوگیری می‌شود. بسیاری از اوقات مریض راحت‌تر و زودتر به نتیجه می‌رسد. بسیاری از اوقات آن گرفتاری‌های مدت اعتبار بیمه‌نامه دیگر مطرح نمی‌شود. من اگر بخواهم فواید این کار را اظهار کنم شاید ۱۰ مورد فایده داشته باشد. ولی من منکر آن نقطه نظر هم نیستیم که اصولاً در مورد صدمه به جان انسان‌ها قانون‌گذار بحث حفظ حرمت انسانی را در نظر داشته است، اما اگر انسانی به میل و رضایت خودش حاضر باشد با دریافت خسارت از حق خصوصی خودش گذشت کند، چه اشکالی دارد، ما راهی در قانون ایجاد کنیم و یا در نظر بگیریم تا طرفین بتوانند بدون مراجعه به مراجع قضایی این کار را انجام دهند.

خانم ناطقیان: آقای دکتر واحدی و آقای دکتر شهینی‌زاده تصور نمی‌کنید پزشکان و دندانپزشکان اگر راه به این حالت سهل باشد از دقت نظر در کارشان کم می‌کنند؟ نه همه‌شان، ما بسیاری پزشک و دندانپزشک داریم که کاری که ایجاد آسیب ناشی از سهل‌انگاری و قصور

دکتر ذبیح‌اله واحدی: اولاً ما یک مراجع دیگری در کنار مراجع قضایی داریم مراجع انتظامی یا هیات‌های انتظامی تخلفات صنفی پزشکان که دقیقاً این قصور را تعیین کرده و تعیین مجازات کرده است. اگر پزشک در اینجا مرتکب قصوری شود و آن قصورهایی که در واقع خلاف شأن پزشکی است در آن مراکز بررسی است. ما می‌گوییم که این با توافق ششایی، وقتی می‌گوییم ششایی، قطعاً وقتی ببیند که موضوع مهم است یا اصلاً در سطحی است که اگر به هر حال مریض راضی بود و اگر کارشناس بیمه این را تشخیص داد می‌تواند محدودیت‌هایی قائل شوند. تا حمایت از جان انسان‌ها از نظر قانون‌گذار هم انجام پذیرد.

ولی به عقیده من وضع موجود وضع قابل انتظاری است یعنی می‌شود این وضع را به شکلی درآورد که هم تعدیل کرد، که هم بیماران به حق‌شان برسند، کما اینکه بسیاری از اوقات به لحاظ اینکه بعد از سه سال و چهارسال و بعد از اتمام اعتبار بیمه‌نامه ضایعه ظاهر می‌شود و مریض شکایت می‌کند و طبیب محکوم می‌شود و بیمه ندارد که خسارت را بپردازد، در حالی که اگر می‌شد در آن زمان به بیمه‌نامه مراجعه کنند، شاید این کارها انجام نمی‌شد. چون گاهی در دادگاه‌ها چند سال طول می‌کشد یک پرونده‌ای به نتیجه برسد و به عقیده من این الزاماً معایر با آن هدف حقوق در حمایت از تمامیت جسمانی انسان‌ها نیست. زیرا ما گفتیم که با رعایت آن روند رسیدگی و حقوق متقابل مریض و طبیب تعدیل می‌شود.

دکتر باقر شهینی‌زاده: عنایت بفرمایید بحث این است که ما هر حرکتی را از نظر قانونی می‌خواهیم انجام دهیم. کسانی ممکن است که به قانون تعدی کنند ما می‌خواهیم به هر حال جرم و خطایی که کرده‌اند برای ایشان تنبیهاتی انجام بدهند که این تنبیهات راه‌های مختلفی دارد. یک موقعی است که تشخیص کار، کار ساده‌ای نیست سهل نیست. اما اینکه ما می‌گوییم دندانپزشکی که دارد کار انجام می‌دهد عمد در انجام خطا ندارد، ولی از طرف دیگری هم می‌گوییم دندانپزشکان اکثریت مطلق کارشان را خوب انجام می‌دهند و ممکن است کسانی باشند که کارشان قصور و کوتاهی بکنند. این دو گروه واژه‌ای که بینشان هست می‌خواهیم که بینشان تفکیک ایجاد شود و این بحث پیش می‌آید که تعداد زیادی از همان اشکالاتی که از نظر پزشکی نادرست است، تحت عنوان malpractice مطرح می‌شود. به یک شکلی باید با اینها برخورد شود. ما این بحث مدنظرمان نیست. چون وقتی که تشخیص داده می‌شود که در محاکم انتظامی که کسی در انجام کارش به هر دلیلی قصور کرده است، محکوم می‌شود. ما اعتقادمان بر این است که در پرونده‌های وقتی این قصور ناشی از این نیست که عمدی یا خواسته این کار را انجام بدهد یا به علت عدم اطلاع بوده یا اینکه در آن زمان این دقت صورت نگرفته است ولی این خسارت وارده در خیلی از مواقع جبران پذیر

محیط خطرناک را ایجاد کرده است و به هر حال در اثر ایجاد این محیط خطرناک به کرات منافی را برده، در مواقعی که اتفاقاً در این محیط خطرناک ضرری هم وارد می‌شود، باید این ضرر را از جبران کند. در واقع این بحث حمایت از زیان دیده بوده است که عرض کردم در مبانی جدید حقوق بشر و حقوق عمومی و حقوق خصوصی حتی بحث نظریه خطر و یا نظریه مسئولیت بدون تقصیر یک اصل شده است و در قانون ما هم به شکلی وارد گردیده است. از جمله در قانون مسئولیت مدنی است که در ماده ۱۲ کارفرما صرف نظر از تقصیری که داشته باشد به لحاظ اینکه کارفرما این محیط را ایجاد کرده است که از این محیط استفاده کند بنابراین ضامن خطرات و ضررهایی که ناشی از این محیط که در واقع سودآور او هست ما می‌باشد.

دکتر باقر شهینی زاده: خوب بحثی که ما داشتیم در مورد مسئله بیمه که صحبت می‌کردیم، در این حوزه چگونه باید اقدام شود که پزشک یا دندانپزشک از برخی احتمالات مخاطرات شغلی یا محیط کاری تیری داشته باشد؟
دکتر ذبیح‌اله واحدی: خوب، این مسئولیت ایجاد شد چه راههایی وجود دارد که این مسئولیت منتفی شود و به اصطلاح به شکلی بدون اینکه پزشک ما مشکلی داشته باشد جبران نشود. حالا می‌گوییم که یک شرط عدم مسئولیت نمودن نسبت به کاری است که انجام می‌دهیم، مفهوم «برائت» است که در جای خود قابل بحث می‌باشد. در قانون مجازات اسلامی ما به شرح ماده ۳۱۹ که الان من قرائت می‌کنم پزشک را در مورد صدماتی که در اثر معالجه به بیماران وارد می‌کند و دستور درمانی می‌دهد و موجب خسارت می‌شود آن را مسئول و ضامن دانسته است.

۳۱۹ اینجور می‌گوید: «که هر گاه طیبی گرچه متخصص باشد در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود، ضامن است» بنابراین به موجب این قانون طیب حتی اگر با اجازه مریض کاری را انجام دهد در نتیجه آن کار دستوری را بدهد که در نتیجه اجرای آن دستور موجب خسارتی به بیمار شود، ضامن است.

دکتر باقر شهینی زاده: خوب مفهوم رضایت‌نامه آقای دکتر! در اینجا چه نقشی پیدا می‌کند؟

دکتر ذبیح‌اله واحدی: بعضی از دوستان ما رضایت‌نامه را با برائت‌نامه که من بعداً می‌خواهم عرض کنم در واقع مساوی تعریف و تلقی می‌کنند که این اشتباه است. رضایت‌نامه که در قانون از آن به عنوان اذن نام برده است، اصلاً ما در قانون کلمه رضایت‌نامه نداریم. بنابراین من به دوستان عزیز توصیه می‌کنم که حتی در پرونده‌هایی که تشکیل می‌دهند از الفاظ قانونی استفاده کنند و از الفاظی که در قانون نیست استفاده نکنند، ولو هدفشان همان مفهومی باشد که در قانون هست، بهتر این است که خود الفاظ قانونی استفاده کنند به جای کلمه رضایت، اذن را استعمال کنند، اذن در قانون ذکر شده است. اذن در واقع همان اجازه انجام درمان است ولی الزاماً رضایت یا اذن به معنای رفع مسئولیت از طیب نیست چون اصلاً هرکاری که قرار است برای بیمار انجام شود باید با اذن آن باشد، آن اذن یا رضایتی که دوستان ما می‌فرمایند در واقع به عنوان اذن ورود است، اجازه درمان می‌باشد و هیچ گاه کافی برای رفع مسئولیت نیست.

دکتر باقر شهینی زاده: ببینید آقای دکتر اذن در واقع وقتی گفته می‌شود که اجازه مثلاً یک بیماری یا ولی و همراه وی را ما می‌خواهیم که یک درمانی انجام دهیم، اما ما می‌دانیم که این بیمار احتمال خونریزی دارد و احتمال خونریزی‌اش را هم نمی‌شود به وسیله درمانی متوقف کرد. ولی برای نجات جان او جراحی باید انجام شود، اما احتمال خونریزی است. کما اینکه ما خیلی موارد داریم بیمار علت فوت‌ناش را می‌نویسند: خونریزی. طبعاً اکثر مرگ‌ها هر کدام یک علتی دارد وقتی این اجازه عمل را می‌گیرند و این جراح صادق و ورزیده هم عمل می‌کند اگر منجر به فوت بیمار می‌شود یا خسارت به بیمار وارد شود پزشک که مقصر نیست، این اذن را پس برای چی اینجا داده‌اند؟

دکتر ذبیح‌اله واحدی: من این را در اینجا در اصل حقوقی دیگری اشاره می‌کنم و آن این است که اصلاً هرگونه دخالت در حقوق اشخاص حتی به نفع آنها بدون اذن باطل است. یعنی شما تعهد به نفع من جز در مورد خاصی که قانون گذار مشخص کرده است، نمی‌توانید بدهید اگر من به سرکار خانم بدهکارم شما بدون اجازه من نمی‌توانید تعهد پرداخت بدهی من را بکنید.

در یک مورد قانون گذار به شرح ماده ۱۹۶ قانون مدنی استثناء کرده کسی نمی‌تواند به نفع شخص ایجاد تعهد کند، بنابراین یک اصل کلی حقوقی است که دخالت در حقوق اشخاص به طور مطلق جز در موارد استثناء که قانون گذار مشخص کرده است بدون اذن آن شخص امکان‌پذیر نیست. بنابراین ما وقتی می‌خواهیم یک کار درمانی انجام دهیم در حقوق این شخص داریم دخالت می‌کنیم، که حق درمان و حق معالجه است و باید اجازه او را بگیریم. این اجازه فقط و فقط برای این است که ما بتوانیم وارد مدارا شویم ولی کافی برای اینکه مسئولیت ناشی از این معالجه را هم ما نداشته باشیم، نیست. به هر حال، ماده ۳۲۲ قانون که تکمیل‌کننده ماده ۳۱۹ است می‌گوید: «که هر گاه طیب یا بیطار یعنی (دامپزشک) و مانند آن قبل از شروع به درمان از

را تک تک بحث خواهیم کرد. به هر حال... در ماده ۲ این قانون گفته شده است که تعیین خسارت با دادگاه است. بدین صورت اگر کسی مدعی خسارت معنوی از قبیل خسارت حیثیتی بشود دادگاه این خسارت را تبدیل می‌کند به مادی و آن وقت شخص زیان دهنده را مقید پرداخت به آن می‌کند.

خانم ناطقیان: ممنونم
دکتر ذبیح‌اله واحدی: قانون مسئولیت مدنی ۱۶ ماده دارد و در مواد مختلف روی این قضیه پرداخته است. من دو ماده را برای بحث انتخاب کرده‌ام. یکی ماده ۱ و ۲ بود که عرض کردم ماده ۱ و ۲ کنار هم هستند و یکی هم ماده ۱۲، که باز ممکن است شامل حال همکاران ما بشود و آن این است که کارفرمایانی که مشمول قانون کار هستند، مسئول جبران خساراتی می‌باشند که از طرف کارکنان اداری یا کارگران آنان در حین انجام کار آن‌ها وارد شده است، مگر اینکه محرز شود تمام احتیاط‌هایی که اوضاع و احوال قضیه ایجاد می‌نموده، به عمل آمده یا اینکه اگر احتیاط‌های مزبور را به عمل می‌آوردند، می‌توانستند از ورود زیان مقدور نمی‌بود. کارفرما می‌تواند به وارد کننده خسارت در صورتی که به موجب قانون مسئول شناخته شود مراجعه نماید. یعنی در اینجا پزشکان ما به عنوان کارفرما در مطب مسئول جبران خسارت‌هایی که ممکن است دستیاران و همکاران آنها به مریض وارد نمایند.

دکتر باقر شهینی زاده: اگر مورد پیش بیاید که بیمار ما دارای یک فشار خون بالایی باشد یا حساسیت دارویی مثلاً به گزیلوکاتین داشته باشد بعد پزشک از دستیارش بخواهد که تزریق بی‌حسی بدهد مثلاً سینتاست که آدرنالین ندارد و حساسیت‌زا نیست، دستیار در این زمینه اشتباه کند و بیمار دچار شوک شود آیا مقصر پزشک است؟
دکتر ذبیح‌اله واحدی: در اینجا مقصر پزشک نیست. مسئول پرداخت خسارت پزشک است. ولی به موجب همین ماده‌ای که عرض کردم در قسمت اخیر این ماده در صورت ورود خسارت باید خسارت را بپردازد، ولی حق دارد این خسارتی را که به مریض پرداخته از دستیار خودش به لحاظ اینکه او مقصر بوده مطالبه کند.
دکتر باقر شهینی زاده: حالا اگر مواردی پیش بیاید مثل کنترل عفونت خوب کنترل عفونت اغلب مسئولیت دستیاران است. عفونتی بشود و این عفونت تشخیص داده شود که وسایل استریل نبوده؟

دکتر ذبیح‌اله واحدی: مسئول پرداخت خسارت پزشک است. مسئول پزشک است یعنی بیمار فقط پزشک را می‌شناسد و فقط همکار ما را مورد شکایت قرار می‌دهد و حتی مستقیم نمی‌تواند به آن دستیار مراجعه کند ولی این حق برای پزشک و کارفرما هم محفوظ است که در صورت اثبات تقصیر دستیار از آن مطالبه خسارت کند.

دکتر شهینی زاده: یک موقعی است که فرض بفرمایید کار سه‌گانه‌ای دارانجام می‌شود یک کارگری روی داربست دارد کار می‌کند کارگر از داربست سقوط می‌کند یا کارگر از داربست جانی می‌شود و یا اینکه خسارت جسمی وارد می‌شود. ضرب و جرح ایجاد می‌شود و زخمی



می‌شود. بعد که می‌آیند بررسی می‌کنند این داربست به این دلیل که این خصوصیات فنی را نداشته است، یا در این ارتفاع باید مهار می‌داشتند، که اگر سقوط می‌کرده آن مهار کارگر را نگهداری می‌کرده، کارفرما مقصر است. در مورد دندانپزشکی که این صدق نمی‌کند یک هم‌چنین حالتی که دستیار به دندانپزشکانش فرض کنید چیز خاصی را گفته باشد دستیار بلافاصله مقصر است چون دندانپزشک را مقصر اعلام می‌کنند.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: البته مبانی حقوقی این قضیه خیلی مفصل است که الان نمی‌دانم از بحث می‌توانیم خارج شویم یا نه، اصلاً برای تحقق مسئولیت مدنی دو تا نظریه وجود دارد: یکی نظریه «تقصیر» که در صورتی برای شخص مسئولیت مدنی احراز می‌شود یا تحقق پیدا می‌کند که تقصیر آن ثابت می‌شود این یک نظریه می‌باشد. کما اینکه در قانون مدنی ما در مواد ۳۳۱ و ۳۳۵ اشاره کردم مسئولیت بر مبنای احراز تقصیر است. یک نظریه دیگری وجود دارد به عنوان نظریه «خطر» یا نظریه «مسئولیت بدون تقصیر» که می‌گویند اگر چه شخص مقصر نبوده است، اما چون او این

اینکه به نفع بیمار هم نیست و به نفع نظام قضایی هم نیست. عرض کردم که موجب تراکم پرونده‌ها می‌شود.
دکتر باقر شهینی زاده: یعنی تمام بیمه‌ها این را شامل می‌شود؟ این بندی را که شما می‌گویید.
دکتر ذبیح‌اله واحدی: بله
دکتر باقر شهینی زاده: قبل از صدور رأی از مراجع خودشان می‌توانند به توافق برسند.

خانم ناطقیان: اما عمل نمی‌شود.
دکتر ذبیح‌اله واحدی: حالا بحث‌مان در اینجا یک مقداری رفت به حاشیه و اشکالی هم ندارد.
دکتر باقر شهینی زاده: خوب ما آن قسمت اول این را داشتیم که در مسئولیت کیفری در زمینه خسارت، تخلفات یا فعالیت‌های پزشکی می‌تواند مرحله‌ی پیش بیاید که پزشک کارش تحت بررسی قرار بگیرد به عنوان جرم. اما به صورت خسارت جبران‌پذیر هست تحت عنوان مسئولیت مدنی بطور عام، وارد این بحث شویم.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: مسئولیت مدنی دیگری که داریم مسئولیت مدنی به طور عام است. مسئولیت مدنی که برای پزشک ما می‌توانیم قائل شویم مسئولیت مدنی ناشی از قانون مدنی مصوب سال ۱۳۰۷ هـ ش و مسئولیت مدنی ناشی از قانون مسئولیت مدنی مصوب اردیبهشت‌ماه ۱۳۳۹. در این دو قانون به طور کلی هرگونه خسارتی که به شخص وارد شود باید به وسیله کسی که زیان وارد می‌کند، جبران شود که در قانون مدنی ما در مواد ۳۲۸ و ۳۳۱ و ۳۳۵ این‌ها در دو صورت بحث شده است.

بحث اول که در قانون و ماده ۳۲۸ است وقتی است که زیان زنده مباشرت داشته باشد یعنی خود او مستقیماً خسارت را وارد کرده باشد. در موارد ۳۳۱ و ۳۳۵ و بعد وقتی است که از باب تسبیب یعنی سبب بروز خسارت باشد به عنوان مثال در Orderهای پزشکی یا اینکه دستور درمانی را می‌دهد. در مورد مجازات سقط جنین هم داریم که اگر کسی سقط جنین کند یا راهنمایی به سقط جنین هم بکند مسئولیت کیفری برای او محقق می‌شود. بنابراین در قانون مدنی براساس اصل کلی لزوم جبران خسارت به وسیله کسی که خسارت را می‌زند از باب اتلاف و در مواد ۳۳۱ و ۳۳۵ از باب تسبیب تعیین شده است. به هر حال این خسارت باید جبران شود. خوب ما هم اگر قانون مجازات اسلامی هم نمی‌داشتیم یا استناد این قانون اجتماع باید خسارت این مریض جبران می‌شد.

یک قانون دیگری هم داریم که بسیار قانون پیشرفته و مطابق با موازین جدید و مترقی حقوق بشر است. قانونی است که در سال ۱۳۳۹ همان طور که عرض کردم در اردیبهشت‌ماه ۱۳۳۹ از تصویب به اصطلاح کمیسیون مجلس شورای ملی گذشته است.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: مسئولیت مدنی مصوب سال ۱۳۳۹
به موجب ماده ۱ هر کس بدون مجوز قانونی عمدتاً یا در نتیجه بی‌احتیاطی به جان یا سلامتی، یا مال، یا آزادی، یا حیثیت، یا شهرت تجارتنی، یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده است، لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا



دکتر ذبیح‌اله واحدی
(دندانپزشک و قاضی):

در قانون مسئولیت مدنی مصوب سال ۱۳۳۹ به موجب ماده ۱ هر کس بدون مجوز قانونی عمدتاً یا در نتیجه بی‌احتیاطی به جان یا سلامتی، یا مال، یا آزادی، یا حیثیت، یا شهرت تجارتنی، یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده است، لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد.

است. خوب دادگاه حکم می‌کند و احکامش هم اغلب به نفع بیماران تمام می‌شود. اما موارد زیادی هم وجود دارد که بیمار شکایت می‌کند و شکایت وارد نیست و مواردی هم وجود دارد که این شکایت‌ها خیلی ساده است و این شکایت‌ها تعریف شده است مشخص شده است و می‌شود مثل سیستم راهنمایی و رانندگی این مسئله را حل کرد. ضمن آنکه ما نمی‌خواهیم شرایطی بوجود بیاید که افراد از کیفر رها شوند، یعنی مسئولیت کیفری جای خود مطرح باشد اما اکثریت مطلق پرونده‌های پزشکی راه حل آن بحث کیفری را نمی‌طلبد.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: به نظر می‌رسد که اگر مسئولیت صدمات ناشی از کار پزشکی سطح بندی شود و یا با توجه به این سطح بندی نحوه برخورد مشخص گردد به عدل و انصاف نزدیک‌تر است. می‌گویند دادگاه‌های پزشکی بعضی از کشورها برای خطاهای جزئی و خطاهای بزرگ تفاوت قائل هستند و منظور خطاهای بزرگ خطاهایی است که به هر حال مبنی بی‌احتیاطی، بی‌مالتی، عدم رعایت مقررات و عدم مهارت باشد. خطاهای کوچک خطاهایی است که در عمل پیش می‌آید. حتی یک خیاط، نقاش هر کار عملی که شما در نظر بگیرید خطاهایی ممکن است پیش بیاید این خطاها ممکن‌الوقوع است. من می‌گویم بعضی از خطاهایی که جزئی هست. عملاً و اتفاقاً باید خسارت پرداخت شود، اینها را می‌شود حتی بدون نیاز به تغییر قانون با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار حل کرد. من معتقدم هیچ اشکالی ندارد که در موارد جزئی در همین آیین‌نامه و مسئولیت مدنی اینها را گنجانید. اتفاقاً من می‌خواهم بگویم که عرض من خیلی بی‌پایه هم نیست حالا من اینجا می‌آورم یکی از مواد را که خود آیین‌نامه گفته که می‌توانند طرفین بدون مراجعه به دادگاه حتی اقدام کنند.

در همین شرایط عمومی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان به شکلی به این عرض بنده اشاره شده و می‌گوید: «در مواردی که مسئولیت بیمه‌گذار با توجه به اسناد و مدارک ارائه شده از نظر بیمه‌گر محرز باشد بیمه‌گر می‌تواند قبل از صدور رأی از مراجع قانونی ذیصلاح با تحصیل موافقت بیمه‌گذار مدعی یا مدعیان نسبت به پرداخت و تسویه حساب اقدام نمایند». این را اتفاقاً در آیین‌نامه ذکر کرده‌اند.

خانم ناطقیان: این رعایت می‌شود آقای دکتر؟
دکتر ذبیح‌اله واحدی: نمی‌دانم، این را شما باید جواب بدهید.

خانم ناطقیان: نه.
دکتر باقر شهینی زاده: اطلاعاتی از این موضوع وجود ندارد.

دکتر ذبیح‌اله واحدی: من می‌گویم این باید الزام‌آور باشد. این می‌تواند به الزام در صورت تراضی بیمه‌گذار و بیمه‌گر تبدیل شود در صورت تراضی زیان دیده و بیمه‌گذار به شکلی بیمه‌گر مکلف باشد که بدون صدور رأی خسارت را پرداخت کند. من اتفاقاً بعداً می‌خواستم وارد این شوم و یکی از ایراداتی که داشتم این بود که من می‌خواهم این موضوع تقویت شود. بنابراین، این که ما بگوییم چون قانون گذار ما در بحث حقوق جزا، به لحاظ حمایت از حقوق انسان‌ها و جراست از تمامیت جسمانی، در هر صورت صدمه به مریض را کیفری تلقی کرده و پرداخت خسارت را موقوف به صدور رأی کرده است من می‌گویم این، در همه موارد نباید باشد. در خطاهای بزرگ بلاشکال است اما در خطاهای جزئی، یک ترتیبات دیگری داده شود. در همه موارد همکاران ما لازم نباشد که در مراجع قضایی تحت تعقیب کیفری قرار بگیرند به ویژه



سرکار خانم ناطقیان
(نماینده و کارشناس بیمه):

همیشه قانون در دفاع از حقوق افراد خصوصاً حقوقی که مختص به حمایت از جان افراد باشد، حاکمیت مطلق دارد.

دکتر باقر شهینی زاده: یعنی برائت نامه آقای دکتر نسبت به رضایت نامه برای پزشک یک عدم تعهدی نسبت به خطراتی که ایجاد می شود، بوجود می آورد؟

دکتر ذبیح اله واحدی: بله، از بُعد مالی و مادی از بُعد پرداخت خسارت.

دکتر باقر شهینی زاده: از بُعد جانی نیست؟
دکتر ذبیح اله واحدی: از بُعد جانی دو مطلب داریم: اولاً که ما در قانون مجازات اسلامی در مواد دیگری هرگاه کار بی احتیاطی منجر به فوت شود در آنجا علاوه بر دیه کیفر هم دارد و بنابراین در اینجا قابل برائت نیست، چون کیفر است. اما در خصوص سایر صدمات یعنی پایین تر از فوت به نظر می رسد که چهره مدنی دارد و با برائت به اصطلاح قابل رفع شدن می باشد.

دکتر باقر شهینی زاده: آقای دکتر این را در دستگاه قضایی ما می پذیرند؟

دکتر ذبیح اله واحدی: ببینید در دستگاه قضایی ما الان رویه اینجور است من عرض کردم حالا خود من اعتقادم این است که باتوجه به آنچه که در قانون مجازات اسلامی ما به شرح موادی که ذکر شد مجازات صدمه را پرداخت خسارت در قالب دیه تعریف کرده است و گفته است که با اخذ برائت ضامن نیست به نظر می رسد که وقتی شخص برائت گرفت دیگر ضامن نیست. وقتی مسئولیت ایجاد می شود که طبیب همکار ما مقصر تشخیص داده شود بنابراین به نظر من به نحوه اطلاق، وقتی برائت نامه گرفته شد ولو اینکه پزشک ما هم مقصر باشد و خطایی هم کرده باشد پرداخت خسارت را دیگر عهده دار نیست. البته تعقیب انتظامی به جای خود باقی است. الان براساس رویه قضایی اینجور است که در صورتی برائت را ناخذ می دانند که پزشک مقصر نباشد. به عقیده من این در تعارض است چون عرض کردیم که وقتی پزشک قابل تعقیب است که مقصر تشخیص داده شود و وقتی اصلاً مقصر تشخیص داده نشود اصلاً قابل تعقیب نیست. برائت در اینجا موقعیت نخواهد داشت وقتی پزشک مقصر نباشد برائت نافذ است. پس برائت چیز بیهوده ای است و باید حذف شود. من معتقدم قانون گذار حکیم بوده و در مواردی که اول پزشک را مسئول دانسته است که مقصر باشد و بعد هم گفته است که با برائت این مسئولیت رفع می شود. بنابراین به عقیده من این نیست. «منتهی الان در رویه قضایی این طور است که اگر کمیسیون های پزشکی قانونی یا کمیسیون های مشورتی نظام پزشکی پزشک

را مقصر بداند ولو اینکه برائت گرفته باشد، محکوم می کنند».

دکتر باقر شهینی زاده: خوب اگر برائت نامه نگیرد و باز هم اگر مقصر بود کجا به آن رسیدگی می کنند؟

دکتر ذبیح اله واحدی: یک پارادوکس ابهامی بین عملکرد و قانون ما می بینیم که به هر حال هنوز رفع نشده است و فعلاً رویه این است که من عرض کردم.

دکتر باقر شهینی زاده: حالا اگر این را بخواهیم بکشیم به سمت بیمه یکسری جرم ها، قصورها، اتفاق ها، و یکسری مسائل درمانی وجود دارد که می خواهیم اینها را در مسئولیت مدنی تعریف کنیم. مسئولیت مدنی در شرایط فعلی این است که شما یک محاکم انتظامی یا از محاکم قضایی شکایتی شود و این شکایت رسیدگی شود و آنجا خسارتی اعلام می شود و آن خسارت پرداخت می شود خوب این مستلزم وجود شکایت و رسیدگی به دعاوی در محاکم مختلف دادرسی است. ولی اگر چنانچه ما بخواهیم یک بیمه ای را تعریف کنیم تحت عنوان بیمه مسئولیت مدنی این براساس همان بندی که مطرح شد مراجعه به مراجع نداشته باشد، خود بیمه در این مورد تصمیم می گیرد یعنی در بیمه بیاییم و کارشناس بگذاریم فرض بفرمایید در بیمه ها اکثراً کارشناس ها کسانی هستند که در ادارات راهنمایی و رانندگی کار کرده اند یا دوره های کارشناسی خسارت های وارده را دیده اند و در این

خسارتی که وارد شده است تشخیص می دهند که میزان خسارت وارده اینقدر است و این خسارت با این مقدار هزینه قابل جبران است ما بیاییم بیمه را به این سمت سوق دهیم که در بیمه هم کارشناسانی وجود داشته باشد کمالاتی که فرض بفرمایید هر بانکی یک کارشناس دارد می گوید این هزینه درمانی که نوشته شده است که این هزینه درمانی و درمان درست است و بیمه به آن فردی که بیمه شده است پرداخت می کند حالا در خسارت بیاییم این را تعریف کنیم.

دکتر ذبیح اله واحدی: یکی دیگر از راه های که در صورت تحقق مسئولیت مدنی امکان رفع مشکل همکاران است استفاده از بیمه مسئولیت مدنی است که به هر حال بحث های مفصلی دارد، که در جلسات بعدی به آن خواهیم پرداخت.

دکتر باقر شهینی زاده: آقای دکتر واحدی و سرکار خانم ناطقیان تشکر می کنیم تا جلسه بعدی.

کلیه سوالات حقوقی خود یا موضوعاتی که مایل هستید راجع به آن بحث شود را به ایمیل های انجمن:
info@igda.ir
irangda@yahoo.com
irangda@gmail.com
ارسال یا به شماره ۰۲۱۸۸۲۶۳۰۳۷ فاکس نمایید.



مریض یا ولی او یا صاحب حیوان برائت حاصل نماید عهده دار خسارت آمده طبیب نخواهد بود».

بنابراین براساس قانون مجازات وقتی که صحبت از خسارت می کند در ماده ۳۱۹ وقتی که صحبت برائت می کند در ماده ۳۲۲ عقیده من این است که برای صدمات ناشی از کار پزشکی چهره مدنی، مادی و مالی قائل شده است و بنابراین قصور حاکم بر حقوق مدنی بر اینها حاکم است. یکی از آنها بحث شرط عدم مسئولیت که تحت عنوان برائت در کار پزشکی قانون گذار در آن اسم برده است. ما یک شرطی داریم شرط عدم مسئولیت یعنی شخصی که این کار را انجام می دهد در همان ابتدا می گوید من مسئول عوارض و آثار زیان بار این کار نخواهم بود. شرط عدم مسئولیت این شرط در قانون محترم شمرده شده است. بنابراین در کار پزشکی این شرط به عنوان برائت در قانون مجازات اسلامی ذکر شده است. یعنی اگر همکار ما قبل از شروع به درمان از مریض خودش نسبت به عوارض احتمالی و صدمات احتمالی برائت بگیرد به نظر می رسد که براساس ظاهر این قانون آن وقت دیگر مسئول پرداخت خسارت نخواهد بود.

FKG DENTAIRE
Swiss Dental Products

- RaCe
- S-Apex
- D-RaCe
- BioRaCe

Mehr Taban Teb Co.
Tel: 88 79 09 83 - 4
Mobil: 09193070503
www.mehrtabanteb.com

تهران، خیابان آفریقا، خیابان تابان غربی
ساختمان ۱۴ - طبقه دوم - واحد ۲۱

گفتگویی همه جانبه با برگزار کنندگان دومین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران

۲۷-۳۰ بهمن ماه ۱۳۸۸ • مجموعه فرهنگی و هنری تلاش

موارد پروتکلی بگذاریم. مثلاً روش‌های جدیدی که باب می‌شود خیلی وقت‌ها اصلاً ممکن است کسی نداند، مثلاً همین الان ممکن است کسی نداند که Cone beam CT که الان باب شده مورد توجه کسانی است که دارند کار می‌کنند. ولی تا این بیاید از سراسر دنیا جمع شود و خواهد به صورت یک پروتکل در بیاید ممکن است دو تا سه سال طول بکشد. دندانپزشکان و قسمت علمی ممکن است این زمان را از دست بدهند، که مثلاً این تکنیک در چه موردی قابل استفاده است.

«نظر من این است که ما علاوه بر استفاده از پروتکل‌های قبول شده در سراسر دنیا بیاییم پیشنهادات خودمان را تا قبل از اینکه بخواند در مان در TextBook های خارجی چاپ شود اینها را باز در دوره‌های بازآموزی بیان کنیم و موارد استفاده از رادیوگرافی چه تکنیک پری اینکال ساده، چه تکنیک‌های پیشرفته، مزایا و معایب و موارد تجویز و روش تجویز را به دندانپزشک‌های خودمان به صورت مداوم آموزش دهیم و در جریان بگذاریم.»

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر توکلی، شما چطور شد که ریاست کنگره را قبول کردید؟ در شرایط فعلی این کار سختی است چون فکر کنم آخرین کنگره سال ۱۳۸۸ می‌شود.

دکتر محمدامین توکلی: جناب آقای دکتر شهینی‌زاده، ما به دلیل دوستان خوبی که داریم از هیچ چیزی ترسی نداریم، با این دوستان می‌توان کشورگشایی کرد، حالا این یک کنگره‌ای است که با همت عزیزان و لطف و ملاحظت دوستان، جنابعالی و انجمن‌های دیگر انشاء... به خوبی انجام می‌شود. همکاری خوب و مناسبی در انجمن رادیولوژی وجود دارد که بر مبنای دوستی، محبت و رفاقت است. هیچ چیز نمی‌خواهیم به هم ثابت کنیم و اگر کاری هست برای انجام آن کار، به دیگری واگذار نمی‌کنیم یعنی خودمان انجام می‌دهیم و بعضی وقت‌ها من می‌بینم برای انجام یک کار دعوا است یعنی این می‌گوید من این کار را انجام دهم دیگری می‌گوید من انجام دهم. وقتی شما این موقعیت را دارید من دیگر فکر نمی‌کنم انجام کنگره خیلی کار سختی باشد، خیلی هم راحت است و دوستان هم هستند و راهنمایی اسنادمان جناب آقای دکتر طلایی‌پور را هم داریم و این است که انشاء... به خوبی انجام می‌شود و نتیجه‌اش را هم می‌بینیم.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب من خوشحالم، این جوری شما به ما هم روحیه می‌دهید و ما هم حرکت می‌کنیم. البته آقای دکتر توکلی ما برای برگزاری کنگره در خدمتتان هستیم آن چیزی که الان در ذهن‌تان هست، تصویری که دارید، آن طوری که دوست دارید کنگره اجرا شود یعنی برای یک دندانپزشک عمومی، یک متخصص پروتز، جراح، پرودنتیست، هر گروه که مدنظر شما است. برای ایشان چه دیدگاهی را در کنگره در نظر گرفته‌اید، یعنی هدف‌تان این است که چه اتفاقی به وجود بیاید؟

دکتر محمدامین توکلی: عرض کنم که تم کنگره ما، «رادیولوژی و دندانپزشکی نوین» می‌باشد. منتهی مطلب اصلی این است که همان طور که آقای دکتر فرمودند خیلی از مطالب، در دانشکده‌ها تدریس نمی‌شود در حال حاضر، پیشرفت تکنولوژی هم خیلی سرعتش زیاد است یعنی تا ما می‌نشینیم یک برنامه ۵ ساله بنویسیم که در دانشکده‌ها اجرا کنیم تکنولوژی رفته جلو، همین برگزاری کنگره‌ها و بازآموزی‌ها و

در Treatment plan ها و هم در پروگنوزها، هم در ابتدایی که یک دندانپزشک بخواند برای بیمار خودش طرح درمانی را در نظر بگیرد کار لازمی می‌باشد.

در علوم پزشکی با توجه به اثرات بیولوژیکی که اشعه دارد خیلی توصیه نمی‌شود که رادیوگرافی انجام شود ولی در موارد معدودی گفتند ما حتی در بیمارانی که هیچ علامتی ندارند، می‌توانیم رادیوگرافی بگیریم. که یکی از این موارد معدود در دندانپزشکی هست. یک سری رادیوگرافی Bitewing برای کسانی که علائم کلینیکی نداشته باشند در حقیقت جزو پروتکل‌های درمان هستند. در Text ها دقیقاً به آن اشاره شده است. ولی دندانپزشکان چون به مرور ممکن است این را فراموش کنند Guide line های در پروتکل‌ها مشخص شده است که یک بیماری شرایط دندان‌های خاص چه موقع به چه رادیوگرافی نیاز دارد و چه موقع نیاز ندارد. در اکثر مواقع برای بیماران به خصوص جمعیت کشور ما که یک کشوری است با Rate پوسیدگی بالا نیاز به انجام درمان‌های ترمیمی وجود دارد، خیلی وقت‌ها ما واقعاً نیاز داریم که این پروسه‌ها برای تشخیص انجام شود تا از پیشرفت پوسیدگی جلوگیری شود. شاید ۴ تا رادیوگرافی Bitewing به لحاظ بیولوژیک، یک ضرر خیلی خیلی نادری برای بیمار ایجاد کند ولی تأثیر کلی جمع‌اش وقتی به طور کلی بیمار در مان می‌شود و وضعیت دهانشان بهتر می‌شود، Quality of life آنها بالا می‌رود. اگر مشکل دهانی نداشته باشند یک قدم مثبتی در راه بهداشت جامعه برداشته می‌شود که گروه پزشکی یکی از هدف‌های اصلی‌اش همین است.

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر شهاب معمولاً نظر ایشان خیلی متفاوت است، خوشحال می‌شویم نظر ایشان را هم بپرسیم؟

دکتر شهریار شهاب (مسئول روابط بین الملل دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران): به نام خدا، من هم تشکر می‌کنم از زحماتی که دارید می‌کشید و همیشه تشکر می‌کنم از زحماتی که دارید می‌کنید. من همین را می‌گویم که ما دارای یک سری پروتکل‌هایی هستیم که در مورد آنها در دنیا صحبت شده است یعنی مثلاً اگر یک پروتکل در یک کتابی چاپ می‌شود، بر اساس یک اصولی چاپ می‌شود.

با توجه به امر پویایی که آقای دکتر پنج‌نوش هم فرمودند، اینها دائم در حال Revise شدن است و در سراسر دنیا روی آن کار می‌شود و نهایتاً آن چیزی را که اعلام می‌کنند، یک نظر منطقی است، مورد اجماع تمام علمای علم رادیولوژی. خود ما دائم علاوه بر اینکه، اینها را از تسوی کتاب‌ها در می‌آوریم، به عنوان آموزش مداوم یا بازآموزی مدون هم بیان می‌کنیم. چون واقعاً ممکن است یک دندانپزشک فرصت این را نداشته باشد که برود در تک‌تک رشته‌ها و اینها را در Text ها بخواند، به هر حال این وظیفه‌ای است که به عهده انجمن عمومی و تخصصی می‌باشد که دائم این اطلاعات را در دوره‌ها، سمینارها، کنگره‌ها به دندانپزشکان ارائه بدهند.

بعد علاوه بر اینها خیلی از کسانی که در ایران در این رشته کار می‌کنند به نظر من صاحب سبک هستند چون واقعاً وقتی مقایسه کنیم با کسانی که همین کار را در کشورهای دیگر انجام می‌دهند مشاهده می‌کنیم که از نظر تعداد مریض، از نظر به روز بودن و از نظر اینکه به هر حال افرادی هستند که نظرشان حتی برای کسانی که خارج از ایران هم هستند با ارزش است. خیلی خوب خواهد بود که ما بیاییم در این موارد حتی تجربه مشخص را کنار این

ما باید کمی کلی‌تر صحبت کنیم، فرمایشات آقای دکتر طلایی‌پور، کاملاً منطقی، من هم در ادامه فرمایشات ایشان، خدمت شما عرض می‌کنم. رادیوگرافی معمولاً به عنوان یک پاراکلینیک عصای دست دندانپزشک است که چه در تشخیص و چه در کنترل درمان، مطمئن باشید دندانپزشک بدون رادیوگرافی، مثل سرباز بدون اسلحه است یعنی هیچ اسلحه‌ای برای کاری که می‌خواهد انجام بدهد ندارد. بالطبع نقش رادیوگرافی همان‌طور که شما در مقدمه فرمودید رشته‌های رادیولوژی، پاتولوژی و بیماری‌های دهان رشته‌هایی هستند متأسفانه در روند آموزش دانشجویان در دانشکده خیلی نیستند ولی خیلی ارزش دارند. شما ببینید مثلاً یک دانشجوی دندانپزشکی آنقدر که در بخش ترمیمی تلاش می‌کند، در بخش رادیولوژی آنقدر تلاش نمی‌کند مگر آنکه من به عنوان معلم در بخش رادیولوژی طوری برنامه‌ریزی کنم که او را علاقه‌مند کنم و درثانی او را متوجه کنم که کار کاملاً جدی است و پیشنهاد ما به عنوان رادیولوژیست این است که به خصوص دندانپزشکان عمومی نقش رادیوگرافی را در پروتکل درمانی‌شان حتماً بدانند و به این قضیه توجه بکنند، به این قضیه که اگر رادیوگرافی نباشد، تمام کارهایی که دارند انجام می‌دهند کور کورانه است و نتیجه خوبی نخواهد داشت.

توجه کنید مثلاً کشیدن یک دندان، جراحی یک دندان ساده یا ترمیمی، مگر ممکن است دندانپزشکی بدون رادیوگرافی شروع به درمان کند؛ البته یکی از راه‌های تشخیص پوسیدگی، نور معمولی است ولی در چه حد؟ یا چه شکلی؟ ولی آیا نور یونیت دندانپزشکی کافی است تا بدون انجام رادیوگرافی دست به درمان بزند؟ من خودم اگر به عنوان یک دندانپزشک عمومی، بخوام کار کنم، بدون رادیوگرافی دست به هیچ کاری نمی‌زنم و سعی می‌کنم که حتماً رادیوگرافی انجام شود. وقت شما را نمی‌گیریم در تأیید حرف آقای دکتر طلایی‌پور، استاد خودم، حالا انجام یک پانورامیک اولیه در موارد خودش لازم است و برای تشخیص پوسیدگی‌ها هم یک bitewing توصیه می‌شود و من فکر می‌کنم که اگر این کار انجام شود، دندانپزشک با دست بازتری وارد معرکه می‌شود و یک Document مطمئن دارد برای روزی که مریض بیاید و بگوید این دندان من اصلاً پوسیدگی نداشته است یک Document قانونی هم برای دندانپزشک خواهد بود. متشکرم

دکتر مهرداد پنج‌نوش (رییس هیئت مدیره انجمن رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران): به نام خدا، من به نوبه خود تشکر می‌کنم از لطف و همکاری شما، به هر حال اطلاع‌رسانی‌هایی که انجام می‌شود مطمئناً نتیجه خیلی مثبتی برای ما خواهد داشت. همان‌طور که شما اساتید محترم فرمودید، رادیولوژی رشته جدیدی هست که احتیاج بیشتری دارد که راجع به آن صحبت شود تا شناخته شود.

علوم تجربی کلاً علوم پویایی هستند یعنی ما نمی‌توانیم علوم که الان در علوم تجربی تدریس می‌شود را با پنج یا ده سال پیش مقایسه کنیم. این تغییرات در حقیقت نیازمند یک آموزش مداومی هست که دندانپزشک یا پزشک قابلیت این را به دست بیاورند که این تحولاتی را که به مرور در مسیر آموزشی و درمانی به وجود می‌آید بتواند جذب کند و انتقال بدهد. یکی از آنها، در حقیقت علوم رادیولوژی است، شاید در حال حاضر علوم رادیولوژی با ۲۰ سال پیش اصلاً قابل مقایسه نباشد. این تغییرات هم



دکتر باقر شهینی‌زاده: خیر مقدم می‌گویم خدمت دوستان، خوشحال هستیم که در خدمت شما هستیم، یقیناً مستحضر هستید که همیشه اصرار بنده این بوده که به سه تا از رشته‌های دندانپزشکی خیلی باید توجه بیشتری بشود تا، این‌ها ویژه پزشکی که به دنبال دندان هست برای ما یک جایگاه ویژه‌ای داشته باشد، رادیولوژی، بیماری‌های دهان و پاتولوژی. متأسفانه اغلب، این گرایش‌ها را به صورت مواردی غیر ضروری نگاه می‌کنیم. هر چند قرار نیست که همه بیماران که به متخصص داخلی مراجعه می‌کنند با Cancer معده بیرون بیایند. یا وقتی که به متخصص اورولوژی مراجعه می‌کنند، لازم باشد که پیوند کلیه صورت گیرد. همین‌طور هم لازم نیست هر کس که به دندانپزشک مراجعه می‌کند، در رادیوگرافی وی یافته‌های پاتولوژیک ببینیم. اما اینکه رادیوگرافی انجام بشود یک اصل است. پیشنهاد می‌کنم یک بار روی این مسئله کار کنیم، بیاییم به عنوان یک پروتکل درمانی مطرح کنیم که هر دندانپزشک عمومی علاوه بر پنس و سوند و آینه‌اش که می‌خواهد مریض را معاینه کند حتماً باید مثلاً یک سری Bitewing از بیمار داشته باشد که بتواند وارد مرحله درمان وی شود. آیا می‌شود که وارد این عرصه شد یا خیر؟ پیشنهاد می‌کنم اول راجع به این موضوع صحبت کنیم که انجمن رادیولوژی، بیاید روی سیستم سبب درمانی اظهار نظر کلی کند، ما به همکاران پرودنتیست هم همین‌طور در کنگره‌شان پیشنهاد دادیم و اعلام کردیم که در مورد بهداشت دهان، دندان و روش‌های پیشگیری و بخصوص جلوگیری از بیماری‌های پیشرفته پرودنتال که اغلب بیماران موقعی به دندانپزشک مراجعه می‌کنند که مراحل Advance پیش آمده و بیماری، مزمن شده و درمان کردن مشکل می‌شود ما بیاییم یک آگاهی‌رسانی و اطلاع‌رسانی عمومی در این مورد انجام دهیم. اولین سؤال این است که به نظر شما رادیولوژی در مورد سلامت دهان و دندان چه اطلاعاتی، چه آگاهی‌هایی می‌تواند به مردم بدهد که مردم بتوانند از آن استفاده کنند؟ متعاقب آن به دندانپزشک باید چه توصیه‌ای بکنیم چه دندانپزشک عمومی، چه دندانپزشک‌های رشته‌های تخصصی مختلف که جایگاه رادیولوژی را در درمانشان بشناسند؟

دکتر احمد رضا طلایی‌پور (دبیر اجرایی دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران): به نام خدا، من فکر می‌کنم که اصلاً موقعی باید رادیوگرافی گرفته شود که ما مطمئن باشیم که در روند درمان مان تأثیر گذار است مثلاً اغلب یک دندانپزشک وقتی بیمار را معاینه می‌کند، اولین چیزی که نگاه می‌کند دندان‌ها را نگاه می‌کند اگر واقعاً احتیاج به رادیوگرافی داشته باشد، باید بنویسد ولی اگر احتیاجی به رادیوگرافی ندارد، نباید آن را تجویز کند، یعنی قضاوت حرفه‌ای مهم‌ترین چیزی هست که در کار ما وجود دارد؛ فرض کنید اگر یک بیماری مراجعه می‌کند که هیچ پوسیدگی در داخل دهانش نیست و هیچ شکایتی هم نمی‌کند، فقط برای یک معاینه عمومی آمده است دلیلی ندارد که یک رادیوگرافی گرفته شود. فرض کنید که در این بیمار یک پوسیدگی در حد عاج مشاهده می‌کنید که خوب این نیازی به گرفتن رادیوگرافی ندارد اما اگر بیماری مراجعه می‌کند که فرض کنید در معاینه به نظرمان می‌آید که سالم است ولی دارای دردها و مشکلاتی است، اگر لثه‌اش مشکلی دارد خوب باید یک رادیوگرافی گرفته شود که اولین رادیوگرافی که به نظر من بیمار نیاز دارد حداقل یک پانورامیک می‌باشد، با چهار تا Bitewing.

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر توکلی، خیلی از افراد اعتقادشان بر این است که یافته‌های ترمیمی در مراحل اولیه گاهی هیچ نوع Symptom کلینیکی ندارد، نظر شما در این مورد چیست؟

دکتر محمدامین توکلی (رئیس دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران): بسمله الرحمن الرحیم، عرض کنم حضور شما که من فکر می‌کنم





دکتر احمد رضا طلایی پور
(دبیر اجرایی دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران):
قضاوت حرفه‌ای مهم‌ترین چیزی هست که در کار ما وجود دارد؛ فرض کنید اگر یک بیماری مراجعه می‌کند که هیچ پوسیدگی در داخل دهانش نیست و هیچ شکابیتی هم نمی‌کند، فقط برای یک معاینه عمومی آمده است دلیلی ندارد که یک رادیوگرافی گرفته شود.

آموزش بدهند و فکر می‌کنم که برنامه ما در ارتباط با Cone beam CT و اصولاً ارزیابی با CT اسکن کامل باشد و مفید باشد و انشاء... مؤثر.

دکتر باقر شهینی زاده: آقای دکتر پنج‌نوش، اطلاع پیدا کردیم که یک روز پیش کنگره هم دارید، این طور است؟

دکتر مهرداد پنج‌نوش: بله

دکتر باقر شهینی زاده: برنامه پیش کنگره‌تان چیست؟

دکتر مهرداد پنج‌نوش: در حقیقت یک بازآموزی مدون رادیولوژی می‌باشد. در روز بیست و هفتم بهمن‌ماه هست، همراه با امتیاز مشخص خودش. ۵ امتیاز دارد به شکل بازآموزی مدون که در آن ما در حقیقت سعی کردیم که مطالب جدید را بگنجانیم. خودمان را محدود نکنیم به آن Title های تکراری که در بازآموزی‌ها ممکنه وجود داشته باشد. آن چیزهایی که مفید می‌باشد و واقعاً نیاز دندانپزشکان

توانستیم این را پیدا کنیم که حتماً همکاران دیگر هم این شاهدتها را دارند که اهمیت رادیوگرافی را نشان می‌دهد. ولی در یکی از سخنرانی‌هایی که حدود دو هفته پیش همکاری صحبت می‌کردند اظهار داشتند، در این دنیای Digital، به هیچ وجه با رادیوگرافی‌های دیگر و Conventional کار نکنید. شما این دیدگاه را چگونه ارزیابی می‌کنید ما می‌توانیم اینگونه بحث کنیم که امروزه رادیوگرافی Digital را جایگزین کنیم هم به خاطر کاهش عوارض‌اش و هم به واسطه سهولت‌اش در کاربری و قدرت‌ش در تشخیص؟

دکتر احمد رضا طلایی پور: خدمت شما عرض کنم که هر چیزی به جای خویش نیکوست این یکی، دوم اینکه تصاویری که اول از بیمار گرفته می‌شود Conventional هست و بعد اگر لازم باشد کارهای دیگری روی آن انجام دهیم، بعد Digital هست، خوب مسلماً امروزه می‌گویند در این سیستم‌های Digital اشعه کمتری به بیمار می‌رسد و تصاویر فشنگ‌تر و واضح‌تر هست ولی همیشه هم شاید این طور نباشد یعنی ما هیچ وقت نباید Conventional را رها کنیم و هم‌اکنون دنبال Digital باشیم. البته تصاویر Digital، واقعاً خیلی جزئیات را به خوبی نشان می‌دهد ولی هیچ وقت نباید فراموش کنیم که Conventional تکنیک بسیار خوبی هست و من برخلاف آن دکتری که گفته بود فقط Digital این اعتقاد را ندارم. من فکر می‌کنم برای کشف یک پوسیدگی که بیمار دارد دلیلی ندارد از سیستم‌های Digital استفاده شود. تشخیص یک پوسیدگی را می‌تواند از راهنمای Conventional هم انجام بدهد ولی برای کارهای دیگر، Digital مزایای خیلی خوبی دارد.

دکتر باقر شهینی زاده: آقای دکتر توکلی، امروز CT در ایمپلنت حرف اول را می‌زند، بحث این است که بدون CT اصلاً نباید ایمپلنت را بگذاریم به خصوص در جاهایی مجاورت‌های آناتومیکی خاص داریم مثلاً فرض کنید در کف سینوس وقتی شما CT می‌گیرید می‌بینیم پیدا کردن جای ایمپلنت کار ساده‌ای نیست، برای اینکه دوام رادیولوژی چه برنامه‌ریزی کرده‌اید که بتواند آموزش CT را در برنامه کارتان داشته باشید؟

دکتر محمدامین توکلی: عرض کنم حضور شما که ما مقالات متعددی در این مورد داریم از اساتید و صاحب‌نظران این رشته رادیولوژی بخصوص کسانی که دست‌اندر کار این برنامه CT و Cone beam CT هستند، خواهش کردیم و دعوت کردیم که تشریف بیاورند و در مورد کاربرد CT صحبت کنند. دعوت کردیم که در این کارگاه شرکت کنند و نرم‌افزارهای مختلف را که رایج هستند و در حال حاضر در کشور انجام می‌شود، ببینند و این را به کسانی که علاقه‌مند هستند به صورت عملی

استفاده کننده از این سیستم‌های رادیولوژی چه نوع Basic و چه نوع پیشرفته آن دندانپزشکان عمومی هستند که ما بیشتر از همه دوست داریم با آنها تعامل داشته باشیم و در حقیقت تخصص‌های مختلف می‌آیند مسیر را برای دندانپزشک عمومی که الان دارند انجام می‌دهند هموار می‌کنند، تا در سطح جامعه، به هدف‌شان که وضعیت درمانی بهتر است، برسند. در حقیقت ما این را داریم آقای دکتر، این ارتباط برقرار شده، حالا شاید به آن فرم نظام‌مند و فرمال که حالا به شکل مشترک باشد با یک کنگره خاص، این فرم برگزار نکنیم ولی در حقیقت از تجربه آنها، از متخصصین آنها برای کار سخنرانی صددرصد استفاده کردیم.

دکتر باقر شهینی زاده: آقای دکتر شهاب، شما در این کنگره مسئول روابط بین‌الملل هستید آیا در این کنگره شما، سخنران خارجی هم برای کنگره‌تان دعوت کرده‌اید؟

دکتر شهریار شهاب: بله، یکی از سخنرانانی که امسال دعوت شده‌اند آقای دکتر فلاح هستند که ایشان از رادیولوژیست‌های بسیار معروف در اروپا هستند، الان در دانشگاه سوئد در قسمت head & neck radiology (رادیولوژی سر و گردن) فعال هستند.

ما سال گذشته هم از ایشان دعوت کرده بودیم و سخنرانی که پارسل داشتند بسیار سخنرانی مفیدی بود. لازم به ذکر است که ایشان کاملاً به صورت افتخاری می‌آیند. علیرغم اینکه هزینه‌ها را پارسل خودشان تقبل کردند، امسال هم باز چیز خاصی به ما نگفتند. از شرکت‌ها یک سخنران خارجی می‌آید که راجع به سیستم پکس صحبت می‌کند و یک سخنران هم از شرکت Sirona می‌آید و یک قسمتی از کارگاه سیستم پکس را توضیح دهد.

دکتر باقر شهینی زاده: خوب آقای دکتر طلایی پور، یک بحثی که الان وجود دارد این است که آیا می‌شود سیستم رادیوگرافی (Digital) را به جای سیستم رادیوگرافی Conventional گذاشت و آیا ما رسیدیم به جایی که این تصمیم را بگیریم و جایگزین کنیم؟ هر چند در باب اهمیت رادیوگرافی در جلسه شورای مشاوران علمی کنگره چهارم انجمن عمومی هم که داشتیم، یک صحبتی را آقای دکتر شهاب اشاره کردند؛ اگر یک آمولپلاستوما را در مرحله اولیه در یک رادیوگرافی کشف کنیم تا وقتی که رادیوگرافی بگیریم و بعد بیمار دچار عوارض سنگینی شود و خسارات زیادی متحمل گردد طبیعتاً رادیوگرافی نقش مهمی دارد. بیماری داشتیم که یک رادیوگرافی پانورامیک داشته، یک سال و نیم تحت مداوا قرار می‌گرفته، بعد وقتی نگاه کردیم از زاویه مندیبل تا گردن تبدیل یک کیست خیلی وسیع داشت تورم یک طرفه و کاملاً آسمیتیک، در یک رادیوگرافی تصادفی ما

این‌ها هست که می‌تواند مکمل آموزش دانشگاهی باشد. هدف ما این است که مطالب جدید ولی کاربردی را در کنگره مطرح کنیم. صاحب‌نظران، نظر‌اتشان را بگویند، دوستان هم بشنوند، در آنجا با هم بحث کنیم و انشاء... که یک نتیجه خوب بگیریم. حالا این می‌تواند به رادیولوژی که یک کار Basic است کمک کند و چون کار Basic است ممکن است که بتواند به رشته‌های دیگر هم کمک کند. حالا این کمک به رشته‌های دیگر فرق نمی‌کند می‌تواند ترمیمی باشد، می‌تواند جراحی باشد، می‌تواند پرویو باشد و سایر قضا. حتماً این برنامه در کنگره ما هست و در ارتباط با رشته‌های دیگر هم بحث می‌شود، عرض کنم که عنوان سخنرانی‌هایی که پیشنهاد شده، مقالاتی که آمده بود و همکاران انتخاب کردند انشاء... در برنامه کنگره اجراء می‌شود.

دکتر باقر شهینی زاده: آقای دکتر پنج‌نوش، انجمن‌های متفاوتی می‌توانند در موفقیت یک کنگره نقش داشته باشد، چون ما انجمن عمومی هستیم در اجرای برنامه‌های همه انجمن‌ها درگیر و همکار هستیم. در کنگره انجمن عمومی یکی از کارهایی که ما انجام می‌دهیم این است که تمام رشته‌ها را درگیر کنیم ولی متأسفانه برای بعضی رشته‌ها مثل پاتولوژی و بیماری‌های دهان نتوانستیم در کنگره مان پانل داشته باشیم که خوب خیلی موجب ناراحتی شده بود، چه روش‌هایی را به کار برید که انجمن‌های دیگر در جریان کنگره Involve کنید، آیا پانل‌های مشترک و برنامه‌ریزی مشترکی هم کردید؟

دکتر مهرداد پنج‌نوش: خدمت شما عرض کنم که آقای دکتر شهینی زاده، این دومین تجربه ما در برگزاری کنگره هست، در حقیقت کنگره اول‌مان که پارسل برگزار شد، خوشبختانه بیشتر از آن چیزی که انتظار داشتیم، از آن استقبال شد. تعداد زیادی که از دندانپزشکان عمومی و تقریباً تمام متخصصانی که در زمینه کاری خودمان بودو از تمام شهرستان‌ها حضور داشتند. این در حقیقت برای ما یک انگیزه مضاعفی شد که در کنگره دوم، با صداقت بیشتری، با اعتقاد و اعتماد به نفس بیشتری این کار را پیگیری بکنیم. طبیعی است که هر کدام از اساتید، در هر دانشگاهی که هستند با همکاران در رشته‌های مختلف ارتباط دارند و این ارتباط برقرار شده، از آنها کمک خواستیم که در حقیقت مقالاتی اگر داشته باشند ارائه دهند. شاید بیش از ۲۵۰ مقاله برای سخنرانی و پوستر ارسال شده که واقعاً ما این حجم را جوابگو نبودیم که بتوانیم در سه روز کنگره امسال برگزار کنیم که خیلی از آنها از اساتید و متخصصین رشته‌های دیگری هستند مثلاً متخصصین پرویو، اندو و ارتودنسی. در حقیقت Basic بودن رشته ما، این پتانسیل را ایجاد کرده که ارتباطات ما با سایر رشته‌ها خوب باشد و ما همه اینها را می‌دانیم که ما در درجه اول باید در خدمت دندانپزشک عمومی باشیم، عمده

جایگاه خاص CT در تشخیص نوع و وسعت ضایعات پاتولوژیک و آشنایی با نحوه تصویربرداری سه بعدی Cone Beam CT

دو سالان برگزار می‌شود. در مجموع ۵۶ عنوان شامل ۲۸ سخنرانی تخصصی در سالن تلاش و ۲۸ سخنرانی عمومی در سالن کنفرانس ارائه خواهد شد. دو کارگاه نیز در روزهای چهارشنبه و پنجشنبه اجرا می‌شود. کارگاه اول در خصوص نرم افزارهای CBCT و کارگاه دوم در ارتباط با نرم افزارهای رادیوگرافی دیجیتال است که هر دو کارگاه برای همکاران دندانپزشک عمومی که در زمینه درمان‌های ایمپلنت فعالیت داشته و یا از پرورنده های الکترونیک و رادیوگرافی دیجیتال در مطب استفاده می‌کنند مفید خواهد بود.

خبرنامه: روش تهیه و تدوین برنامه علمی آبا فراخوان مقاله بوده یا محوربندی تهیه مقالات علمی براساس موضوع کنگره بوده است؟

دکتر باقر شهینی زاده: در مرحله نخست فراخوان اعلام شد و از بین ۲۵۰ عنوان مقاله ارسالی ۱۵۰ عنوان پوستر و حدود ۴۶ عنوان سخنرانی با توجه به تم اصلی کنگره در کمیته علمی انتخاب شد. برای برگزاری ۱۰ عنوان نیز از برخی اساتید که در زمینه‌هایی چون اخلاق پزشکی، روشهای نوین تصویربرداری و حفاظت در برابر اشعه دارای پیشینه علمی و تحقیقاتی بودند دعوت به عمل آمد.

خبرنامه: چه پدیده یا پدیده‌هایی علمی نو و موفقی را در این کنگره برای نخستین بار معرفی می‌کنید؟

دکتر باقر شهینی زاده: تصویربرداری سه بعدی و پیشرفتهای جدید در تصویربرداری جهت درمان‌های ایمپلنت، نرم افزارهای جدید تصویربرداری دیجیتال و نرم افزارهای تفسیر رادیوگرافی، کاربردهای نوین برخی روشهای تصویربرداری موجود در زمینه تشخیص ضایعات ناحیه فک و صورت از جمله موارد نوبی هستند که در کنگره مطرح خواهند شد.

شدند و امکان بازسازی‌های سه بعدی نیز در آن فراهم گردید. طی چهار دهه گذشته تصاویر CT جایگاه خاص خود را در زمینه‌های تشخیص نوع و وسعت ضایعات پاتولوژیک و تروما برای دندانپزشکان پیدا کرده است. از سالهای نخست قرن بیست و یکم، با گسترش هرچه بیشتر درمان‌های ایمپلنت در دندانپزشکی نرم افزارهای جدیدی برای کمک به ارائه طرح درمان ایمپلنت طراحی و به مجموعه نرم افزاری دستگاههای CT scan اضافه شد. ولی ماهیت سخت افزاری CT یعنی اسکن با دسته اشعه بادی‌زنی شکل (Fan Shape) باعث افزایش زمان تصویربرداری با دوز نسبتاً بالا می‌شد. در همین زمان تلاشهایی برای ساخت سیستم‌های تصویربرداری سه بعدی مخصوص دندانپزشکی صورت گرفت که نتیجه آن ساخت سیستم‌های CBCT بود. این سیستم‌ها قادرند تصاویر مناسبی از نسوج سخت با دوزی به مراتب کمتر از CT را فراهم نمایند.

در پاسخ به بخش دوم سوال یعنی علل عدم جذب دندانپزشکان باید گفت هر زمان که جامعه دندانپزشکی نیاز احساس کند به سمت این سیستم‌ها و یا هر سیستم جدید دیگری جذب می‌شود. هرچه استفاده از ایمپلنت برای بازسازی فنانکشن و اعاده زیبایی گسترش یابد، تمایل به انجام درمان موفق، دندانپزشکان را هرچه بیشتر به این سمت هدایت و جذب می‌کند.

خبرنامه: تعداد پانل و سخنرانی‌های علمی و کارگاه‌های علمی و سخنرانان داخلی و خارجی را اعلام می‌فرمایید؟

دکتر باقر شهینی زاده: سه شنبه ۲۷ بهمن برنامه بازآموزی مدون رادیولوژی برگزار خواهد شد. از روز چهارشنبه ۲۸ بهمن تا جمعه ۳۰ بهمن برنامه علمی کنگره در دو بخش پوستر و سخنرانی اجرا خواهد شد. سخنرانی‌ها به طور همزمان در قالب ۱۴ پانل در

دکتر باقر شهینی زاده: بله، عناوین تخصصی و عمومی در دو سالن جداگانه به صورت همزمان ارائه خواهد شد.

خبرنامه: بحث مربوط به جایگاه رادیولوژی در دندانپزشکی نیاز به یک بازبینی وسیع دارد تا به عنوان یک اصل در معاینه دندانپزشکی قرار گیرد، به نظر شما در این زمینه چه اقداماتی باید صورت گیرد؟

دکتر باقر شهینی زاده: معرفی تواناییهای سیستم‌های تصویربرداری در حل مشکلات تشخیص و درمان در سطح وسیع در قالب ارائه مقالات، ارائه سخنرانی در کنگره‌ها خصوصاً کنگره‌هایی که مخاطب آنها عموم دندانپزشکان باشند، برگزاری منظم کنگره‌های رادیولوژی همراه با اطلاع‌رسانی وسیع برای شرکت فعال کلیه همکاران دندانپزشک، به روز کردن بازآموزی‌ها از نظر عنوان و محتوا و تداوم آموزش خصوصاً با رسانه‌های پرمخاطب نظیر سایتها، مجلات الکترونیک و چاپی می‌توانند راه کارهای مناسبی باشند.

خبرنامه: رادیوگرافی دیجیتال هنوز در دندانپزشکی خود را مطرح نکرده، CT وارد عرصه شده و CBCT در فضای علمی مطرح گردیده است، چه تفاوتی در کل این موضوعات وجود دارد و چرا جذب آنها توسط دندانپزشکان ایرانی سریع نیست؟

دکتر باقر شهینی زاده: در پاسخ به بخش نخست سوال باید گفت CT scan روشی است که پیشینه‌ای نسبتاً طولانی در علم پزشکی دارد. این روش از سالهای میانی دهه ۷۰ میلادی در پزشکی باب بوده است. تصاویر اولیه CT فاقد رزولوشن (قدرت تفکیک یا تمیز) بالا بودند ولی با پیشرفت کامپیوترها و بخشهای سخت افزاری سیستم‌های CT، رفته رفته تصاویر دقیق‌تر



دکتر حوریه هاشمی زاده
(دبیر محترم علمی دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران)

خبرنامه: تم اصلی دومین کنگره انجمن رادیولوژیست‌های دهان، فک و صورت بر پایه چه موضوعی برنامه‌ریزی شده است؟

دکتر حوریه هاشمی زاده: رادیولوژی و دندانپزشکی نوین

خبرنامه: طبق اطلاع، این کنگره از ۲۷ بهمن‌ماه لغایت ۳۰ بهمن‌ماه برگزار خواهد شد، لطفاً بفرمایید برنامه تئوری و عملی برای دندانپزشکان عمومی و تخصصی تنظیم شده است یا خیر؟

البته ما در کلاس‌های درس این را می‌گوییم و بایستی که تداوم پیدا کند و در کنگره‌ها و بازم‌آموزی‌های گفته شود و تا آنجایی که اطلاع دارم همکاران ما در بازم‌آموزی‌ها که شرکت می‌کنند خیلی تلاش می‌کنند به ترتیبی این برنامه‌های رادیولوژی را برای همکاران دندانپزشک توضیح بدهند که یک مقدار ملکه ذهنشان شود که حتماً بدون رادیوگرافی کاری انجام نشود و عرض کنم به حضور شما که حالا که جنبه‌ی آموزشی فرمودید که بدون رادیوگرافی حالا من عرض می‌کنم که یک هم‌زمانی ساده که خیلی هم ساده نیست همان علامت یک بیماری پریو پیشرفته را دارد و کشیدن این دندان ممکن است مریض را تا سرحد مرگ هم برساند. این جمله را که من خدمت شما گفتم، ما در تمام بازم‌آموزی‌ها به همکاران مان می‌گوییم.

یک مطلب دیگر را هم عرض می‌کنم خدمتتان و آن استقبال همکاران ماست برای دادن مقاله و سخنرانی. همکاران متخصص از متخصص با سابقه و با تجربه، افرادی که صاحب نظر هستند همه از تمام شهرستان‌ها و دانشگاه‌های مختلف مقاله داده‌اند. اساتیدی که مشغول هستند و دارند آموزش می‌دهند، همه استقبال کرده‌اند و همه در این کنگره فعالانه دارند شرکت می‌کنند. برایشان سخنرانی حالا به صورت اساتید مدعو و عرض کنم به حضور شما برای کسانی که مقاله داده‌اند، انتخاب مقاله. اینها برایشان برنامه گذاشتیم.

فکر می‌کنیم که در جمع برنامه خوبی باشد و همکاران دندانپزشک ما به خصوص دندانپزشکان عمومی من فکر کنم که بتوانند از این کنگره خوب استفاده کنند چون صاحب نظران این رشته می‌آیند. افراد با تجربه می‌آیند و صحبت می‌کنند و فکر می‌کنم، که نتیجه خوبی داشته باشد که انشاء. شرکت کنند و استفاده کنند.

دکتر مهرداد پنج‌نوش: یک نکته دیگری را می‌خواهم اضافه کنم که ما همیشه در کنگره‌ها و در بازم‌آموزی‌ها یا در همایش‌هایی که وجود دارد، یکی از معضلات موجود این است که گروه هدفمان که مطالب را می‌خوانند بشوند. چه گروهی هستند؟ کسی که می‌خواهد صحبت کند باید از ۲ دیدگاه در حقیقت مطالب را ارائه بدهد. یک موقعی است که یک دندانپزشک عمومی می‌آیند و می‌نشیند و خیلی علاقه‌مند است مطالب Basic را بداند در حقیقت برایش Review شود تازه‌ها و مطالب جدیدی در علم خودمان آمده بدیم از یک طرف هم خیلی وقت‌ها در حقیقت متخصصین رادیولوژی جزو شنونده‌های ما هستند و این مسئله همیشه هست که بعضاً این مطالبی که می‌گوییم خسته کننده باشد برای متخصصین و یا اینکه برعکس بیایند در یک سطحی سخنرانی ارائه شود که به درد دندانپزشک نخورد. مثلاً راجع به سیستم‌های پکس و سیستم‌های نرم‌افزاری دیجیتال که برای متخصص رادیولوژی شاید جذابیت داشته باشد. کاری که در این کنگره شد و در حقیقت باعث شد کنگره از دو روز به سه روز افزایش پیدا کند این است که ما سعی کردیم جدا کنیم. آنها را در دو سالن مجزا سعی کنیم یک سالن را بیشتر مطالب Basic که برای دندانپزشکان قابل توجه باشد، برایشان اطلاعات را ارائه بدیم، که در حقیقت از استادان و متخصصین این رشته استفاده می‌کنیم. یک قسمت هم در زمینه مسائل تحقیقاتی یا مطالب پیشرفته‌تر سیستم Imaging که برای متخصصین این رشته مفید است، در حقیقت یک مقداری جدا شدن اینها، ضمن اینکه آزاد است و مجبور نمی‌کند کسی را که در کدام سالن بنشیند و این خودش به نظر من نقطه قوت کنگره ما هست که سخنران دقیقاً چیزی که می‌خواهد بگوید توی یک مدت زمان برای شنونده مفید باشد و بداند که در چه سطحی آن سخنرانی‌اش را ارائه بدهد که مفید باشد. واقعاً این معضلی که در خیلی از کنگره‌ها و همایش‌ها داریم این مسئله فکر می‌کنم تنها راهش هم بر این فرم باشد که حالا ما یک تجربه جدیدی داریم که می‌خواهیم این کار را انجام دهیم. که البته پشتوانه‌اش هم وزارتخانه تأکید کرده بود آقای دکتر خوانین‌زاده گفته بود که در حقیقت طوری برنامه‌ریزی شود که دندانپزشکان عمومی بتوانند استفاده کنند خیلی مباحث تخصصی نباشد که خسته کننده باشد.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب، این ظهور و ثبوت سیستم‌های Conventional هنوز دستی است. ولی می‌بینیم که سال‌هاست سیستم‌های اتوماتیک آمده است. احتمالاً در مراکز رادیولوژی هم سیستم‌های اتوماتیک است. ولی هنوز در مطب‌ها دستگاه‌های ظهور و ثبوت به صورت چرخ خیاطی با دو دستکش می‌باشد.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب، این ظهور و ثبوت سیستم‌های Conventional هنوز دستی است. ولی می‌بینیم که سال‌هاست سیستم‌های اتوماتیک آمده است. احتمالاً در مراکز رادیولوژی هم سیستم‌های اتوماتیک است. ولی هنوز در مطب‌ها دستگاه‌های ظهور و ثبوت به صورت چرخ خیاطی با دو دستکش می‌باشد.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب، این ظهور و ثبوت سیستم‌های Conventional هنوز دستی است. ولی می‌بینیم که سال‌هاست سیستم‌های اتوماتیک آمده است. احتمالاً در مراکز رادیولوژی هم سیستم‌های اتوماتیک است. ولی هنوز در مطب‌ها دستگاه‌های ظهور و ثبوت به صورت چرخ خیاطی با دو دستکش می‌باشد.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب، این ظهور و ثبوت سیستم‌های Conventional هنوز دستی است. ولی می‌بینیم که سال‌هاست سیستم‌های اتوماتیک آمده است. احتمالاً در مراکز رادیولوژی هم سیستم‌های اتوماتیک است. ولی هنوز در مطب‌ها دستگاه‌های ظهور و ثبوت به صورت چرخ خیاطی با دو دستکش می‌باشد.

دکتر باقر شهینی‌زاده: خوب، این ظهور و ثبوت سیستم‌های Conventional هنوز دستی است. ولی می‌بینیم که سال‌هاست سیستم‌های اتوماتیک آمده است. احتمالاً در مراکز رادیولوژی هم سیستم‌های اتوماتیک است. ولی هنوز در مطب‌ها دستگاه‌های ظهور و ثبوت به صورت چرخ خیاطی با دو دستکش می‌باشد.

گذاشت که همه استفاده کنند. اما در مورد سؤال قبلی شما که دوستان جواب دادند راجع به بازم‌آموزی که آقای دکتر پنج‌نوش هم فرمودند، درست هم فرمودند گفتند که ما یک برنامه‌ای داریم فراتر از برنامه‌ای که در آن لیست نوشته شده چون بارها ما می‌گوییم که فقط وزارت بهداشت و درمان می‌گوید که فقط باید این مطالب را صحبت کنیم تماسی که من با دکتر خوانین‌زاده داشتیم از ایشان تقاضا کردم که ما مثل سایر رشته‌ها فرض کنیم که بازم‌آموزی ۱، ۲ و ۳ داشته باشیم که تا حدی قبول کردند و گفتند که مثل اینکه به انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با شما تماس گرفته اند و شما دارید یک برنامه‌ریزی می‌کنید، جلوی روی شما بگویم ما یک اعتراضی هم کردیم که چرا دندانپزشکان عمومی؟ گفتند برای اینکه دندانپزشکان عمومی بخواهند که چه چیزهایی داشته باشند و بعد قرار شد که بعد از اینکه شما آن چیزها را نوشتید در اختیار انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت بگذارید و بعد از اینکه ما نگاه کردیم و تأیید شد در انجمن آن وقت به وزارتخانه بدیم و این مدون‌هایی که داریم به تعداد بیشتری شود که ما خودمان هم دوست داریم مطالبی که می‌خواهیم به حضار و شرکت‌کننده‌ها داده شود مطالب متنوع زیادت‌تری باشد و قالب آن ۵ مطلب نباشد این هم خواستیم به اطلاع‌تون برسونم البته دکتر شما سؤالی دارید؟

دکتر باقر شهینی‌زاده: بازم‌آموزی را به خاطر اینکه دندانپزشکان عمومی فقط در این بازم‌آموزی‌ها شرکت می‌کنند به ما داده‌اند تا بازبینی کنیم، این طرح ۶ تا ۷ مرحله دارد که در مرحله اول ما با دندانپزشکان عمومی نشستیم و این کار را آغاز کردیم. مرحله بعد با وزارتخانه صحبت کردیم پروتکل مان را به ایشان اعلام کردیم که این پروژه است. بعد ما با آقای دکتر پنج‌نوش فکر کنیم یک جلسه‌ای بگذاریم که همکاران متخصص رادیولوژی بیایند بحث کنیم، که این را به چه شکل تدوین کنیم. بعد که تدوین کردیم برای کمیته کاربردی، کارشناسی وزارتخانه هم ما و هم شما باید برویم تا آن را به سمت تصویب ببریم. ما یک، دو، سه و چهار در بازم‌آموزی رادیولوژی گذاشتیم البته در رادیولوژی اعتقادمان هست که بازم‌آموزی ریز شود که در آن بحث مشترک خواهیم داشت.

به خاطر کنگره انجمن عمومی این بحث را متوقف کردیم و گرنه حتماً این کار را انجام می‌دادیم و قطعاً هم بعد از کنگره شما این نشست را خواهیم داشت چون ما با همکاران رادیولوژیست خیلی کار مشترک کردیم، امیدوارم این کار هم به خوبی انجام شود.

دکتر احمدرضا طلایی پور: اتفاقاً آقای دکتر من آنجا صحبت کردم گفتند که برای پزشکی، گفتند که برای پزشکی هم همین طور است به انجمن پزشکان عمومی دادند و برای هر رشته‌ای زده بود بعد برای رشته‌های تخصصی‌شان می‌دهند، بعد آنجا اصلاح می‌شود.

دکتر محمدامین تولگی: البته من عذرخواهی می‌کنم تا این بحث بازم‌آموزی باز است عرض کنم که اجرای برنامه بازم‌آموزی در کنگره همان مواد مدونی است که وزارت بهداشت تصویب کرده، در همان قالب اجراء خواهد شد. منتهی مطمئناً اساتید در صحبتی که می‌کنند ممکن است بدون تغییرات یک چیزهایی اضافه کنند ولی روی Base اصلی که وزارتخانه تصویب کرده همان در برنامه ما اجراء می‌شود.

دکتر باقر شهینی‌زاده: دندانپزشکان خیلی دوست دارند که در زمینه رادیولوژی اطلاعات کافی داشته باشند و اینکه انجمن رادیولوژی متولی‌اش است خیلی خوب است یعنی من فکر می‌کنم که اگر این را قوی برگزار کنیم خیلی به نفع سطح دانش و سواد که معمولاً می‌گویند ارتقای کیفی حرفه دندانپزشکی است. ولی به نظر من هرچقدر این رشته‌های Basic تقویت شود، کیفیت کار درمانی بالا می‌رود. دندانپزشک همکار برسد به آنجایی که مثلاً دندان را بدون رادیوگرافی خارج کند و برسد به جایی که این اصل برود در ذهنش یعنی این نوع برخورد گناه حساب شود و باید مرتب روی آن تبلیغ شود. مثلاً فرض کنید شما در کنگره یک شعار بگذارید روی تصویر که بخش می‌شود که بدون رادیوگرافی دندان را خارج نکنید بعد این بحث را هم برباید از نظر حقوقی حتماً در کنگره مطرح کنید حقوق دانان، هم هستند. دندانپزشک قاضی آقای دکتر واحدی و آقای دکتر دانش‌پرور دکترای نظام پزشکی، که همکار محترم شما اگر در محاکم قضایی دندانی را کشیدید اولاً اینکه هزاربار بگویید این دندان لقی بوده کشیدنی از شما نمی‌پذیرند. این یکی از اصل‌ها بوده. آقای دکتر تولگی بررسی مقالات تمام شده است؟

دکتر محمد امین تولگی: بله، حضور شما عرض کنیم که بررسی مقالات تمام شده است، ۲۵۰ تا مقاله بود. یک تعدادی از همکاران فقط مقاله داده بودند، یک تعداد هم مقاله با پوستر. بعضی‌ها هم به صورت مقاله فرستاده بودند و پوستر انتخاب شد به اطلاع آنها هم رسید. یعنی تمام کارهای اجرایی در مورد مقاله انجام شده برنامه سخنرانی هم گذاشتیم و امسال عرض کنم به حضور شما در مورد اخلاق پزشکی هم دو پائل داریم یکی پائل برای متخصصین یکی هم برای دندانپزشکان عمومی که این هم به مطالب کنگره ما اضافه شده است.

این مطلب هم که جنبه‌ی آموزشی فرمودید که حتماً بدون رادیوگرافی کار دندانپزشکی انجام نشود اصرار ماست.

دیگری وجود دارد که حالا وقت شما را نمی‌گیرم ولی این نکته را می‌خواستم بگویم که حالا خیلی شاید به لحاظ تشخیصی فرقی نکند ولی از نظرات دیگر چرا.

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر شهاب می‌دانم شما هم می‌خواهید در این مورد صحبت کنید، بفرمایید؟

دکتر شهریار شهاب: من هم در تأیید فرمایشات همکاران عزیزم می‌گویم که ما همیشه وقتی می‌خواهیم از یک سیستمی استفاده کنیم، نگوییم که سیستم‌های قبلی همه به کنار، حالا که این سیستم آمده به صرف Digital بودن. من شخصاً دندانپزشکانی را می‌شناسم که اگر مریض‌شان با عکس Digital به آنها مراجعه کند، دوباره تقاضای رادیوگرافی Conventional می‌کنند چون همان Digital هم داستانش خیلی فرق می‌کند بین چه Digitally تا چه Digitally. اگر خوب Expose نشود و عکس خوب پروسه نشود من می‌توانم بگویم از یک رادیوگرافی Conventional که خوب کار شده باشد به مراتب کیفیت‌اش پایین‌تر هم می‌آید، نه تنها بالاتر نیست پایین‌تر هم می‌آید و همین مزایایی که آقای دکتر پنج‌نوش فرمودند، من فکر می‌کنم که متأسفانه از قسمت مزایایش اصلاً استفاده نمی‌کنیم مثلاً همین Manipulation تصویر، واقعاً ما به ندرت دندانپزشکی را داریم که رادیوگرافی Digital را به او می‌دهیم روی CD به صورت Viewer هست. احتیاج ندارد CD بخرد یا نرم‌افزاری بخرد. همان را به وی می‌دهیم خودش می‌تواند تصویر را صدجور بازی بدهد. الان به ندرت می‌بینیم، دندانپزشکی دست به این کارها بزند و خوب این مهم هست که وقتی یک تکنیکی می‌آید فرهنگ‌اش هم بیاید.

انتقال تصاویر شاید برای ما بی‌معنی باشد ولی در خارج خصوصاً در بیمارستان‌ها اصلاً قسمت پرنیت لغو شده، در یک دپارتمان رادیوگرافی را می‌گیرند در همه دپارتمان‌های دیگر به راحتی به آن دسترسی دارند شاید مقصر هم کسی نباشد اینها به هر حال یک سری کارهای زیربنایی هست که باید انجام شود تا به هر تکنیکی به تمام مزایایش بتوان دسترسی داشت.

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر تولگی در آموزش عملی‌تان مثلاً در همین سیستم Digital یک بخش مدیریت نرم‌افزاری است و یک عکس‌ی از دندانپزشک می‌گیرد روی Lap top روی کامپیوتر PC‌اش دارد. می‌خواهد در این تصویر مدیریت ایجاد کند و ببرد سیستم بایگانی در حال حاضر، این رادیوگرافی معمولی را منگنه‌اش می‌کنیم به پرونده یا داخل پاکتی می‌گذاریم که مشکلات خود را دارد. آیا آموزش نرم‌افزاری سیستم دیجیتال را هم در برنامه گذاشته‌اید که یک کار مدیریت برنامه‌ای صورت بگیرد؟

دکتر محمدامین تولگی: بله! عرض کنم به حضور شما همان طوری که اساتید فرمودند یکی از مزایای دیجیتال، این مطلب گم شدن و از دست رفتن رادیوگرافی‌هاست، خوب همان طوری که فرمودند Manipulation هم خیلی مهم است و دندانپزشک باید بداند که از دیجیتال چه استفاده‌ای می‌تواند بکند. ما در برنامه کارگاه‌ایمان یک برنامه را مخصوص این کار گذاشتیم یعنی حدود شاید دو ساعت از اساتید متخصص رادیولوژی دهان و فک و صورت که با این نرم‌افزارها کار کرده‌اند. این نرم‌افزارها را به شرکت‌کننده‌ها آموزش می‌دهند و حالا ترتیبی هم اتخاذ شده که دوستان بتوانند عملاً از این کارگاه استفاده کنند و کار عملی کنند و کار کارگاهی انجام شود و کار گروهی انجام شود و در عمل بتوانند با این نرم‌افزارها مدتی کار کنند و ما یک بعدازظهر را گذاشتیم برای همین استفاده از نرم‌افزارها و آموزش آن توسط متخصصینی که هم Base رادیولوژی دارند و هم می‌توانند با این نرم‌افزارها کار کنند.

دکتر باقر شهینی‌زاده: آقای دکتر طلایی پور، کار اجرایی کار سختی است. حالا این بار سنگین را گذاشتند روی دوش جوان‌های جدید و به هر حال دعوت از شرکت‌ها بخصوص در کار انجمن‌ها یکی از حساسیت‌های خاص است بخصوص الان که رشته شما کاملاً تخصصی است باید همه را دعوت کنید که بحثی پیش نیاید بخصوص در موقعی که می‌خواهند وارد کارگاه‌های عملی شوند. چون همان جا که این صحبت می‌شود می‌گویند که این دستگاه متعلق به کدام کارخانه است و ممکن است به فکر خرید باشند. چه برنامه‌ریزی کرده‌اید که همه شرکت‌ها دعوت کنید و در کارگاه‌ها بتوانید همه سیستم‌ها را معرفی کنید.

دکتر احمدرضا طلایی پور: کارگاه‌ها مسئول‌اش کمیته علمی است و این کارها را به خوبی انجام دادند منتهی در نمایشگاه که زیرمجموعه اجرایی هست، ما از شرکت‌های مختلفی که تمام دستگاه‌های رادیولوژی را داشتند، برای همه ایشان دعوت‌نامه فرستاده‌ایم و قریب به اتفاق ایشان هم قبول کردند و در نمایشگاه غرفه خواهند داشت و آن چیزهایی که دارند در معرض دید دندانپزشکان قرار می‌دهند و هر دندانپزشکی که هم به فراخور حال خودش و وضعیتش و هزینه‌اش، می‌تواند آن دستگاهی که مورد نیازش است را انتخاب کند. شرکت‌های معرفی که این وسایل رادیوگرافی Conventional و دیجیتال را دارند در این کنگره شرکت دارند و احتمالاً بعضی از آنها هم، سخنران خارجی می‌آورد و پائلی را در اختیارشان خواهیم



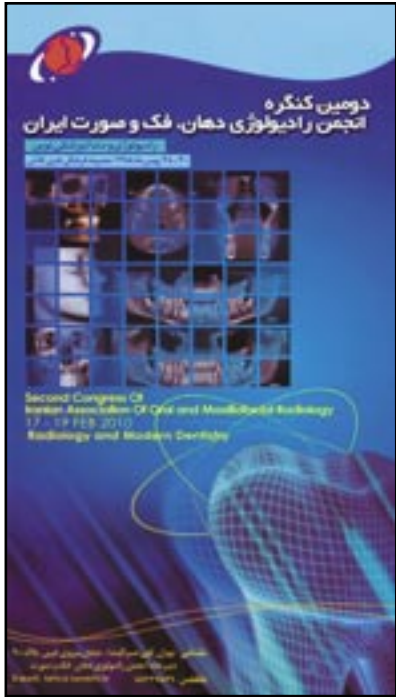
دکتر محمدامین تولگی
(رئیس دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران):

رادیوگرافی معمولاً به عنوان یک پاراکلینیک عصای دست دندانپزشک است که چه در تشخیص و چه در کنترل درمان، مطمئن باشید دندانپزشک بدون رادیوگرافی، مثل سرباز بدون اسلحه است یعنی هیچ اسلحه‌ای برای کاری که می‌خواهد انجام بدهد ندارد.

هست یعنی اینکه خسته‌اش نکنیم با این چیزها که حالا باز در رادیوگرافی پری اپیکال چه چیزهایی می‌تواند ببیند یا خصوصیات یک کلیشه قابل تفسیر را. البته این مطالب مورد Basic و خوبی هستند ولی در بازم‌آموزی‌ها خیلی تکرار شده، سعی کردیم در حقیقت چیزهای به روزتری داشته باشیم. ضمن اینکه آقای دکتر شهینی‌زاده در رابطه با سؤال آقای دکتر طلایی پور که در مورد سیستم‌های Digital و Conventional شده که از لحاظ تشخیص این‌ها تفاوتی دارند یا خیر؟ در حقیقت می‌توانم بگویم، نتیجه قریب به اتفاق همه تحقیقات این بوده که به لحاظ تشخیص واقعاً تفاوتی ندارند یعنی شما این طور نیست که در رادیوگرافی Conventional چیزی مثلاً پوسیدگی را نبینی ولی در رادیوگرافی Digital ببینی.

و اگر موردی مثل آن موردی که شما فرمودید کیستی بوده که در Conventional دیده نمی‌شده ممکن است آن رادیوگرافی Conventional آن استانداردهای لازم را نداشته ولی به هر حال در تحقیقاتی که ما می‌بینیم در مقالات زیاد، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته بین این دو تا به لحاظ تشخیصی اما مزایای سیستم Digital چیزهای دیگری است.

همان طور که آقای دکتر فرمودند، مثلاً دوز اشعه خیلی کم است، زمان تابش خیلی کم است، قابلیت انتقال دارد. تصاویر را ما می‌توانیم Manipulate بکنیم، کنتراست تصویر را تغییر دهیم، اینها مزایایی می‌باشد که در سیستم Conventional نیست و این می‌تواند خیلی کمک کند. در ضمن خیلی مزایای



سایت انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران:
www.iaomfr.ir



دکتر شهریار پور شهاب
(مسئول روابط بین الملل دومین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران):
نظر من این است که ما علاوه بر استفاده از پروتکل های قبول شده در سراسر دنیا بایم پیشنهادات خودمان را تا قبل از اینکه بخواهد درمان در TextBook های خارجی چاپ شود اینها را باز در دوره های بازآموزی بیان کنیم و موارد استفاده از رادیوگرافی چه تکنیک پری اپیکال ساده، چه تکنیک های پیشرفته، مزايا و معایب و موارد تجویز و روش تجویزش را به دندانپزشک های خودمان به صورت مداوم آموزش دهیم و در جریان بگذاریم.

عمده گروه هدف ما اینها هستند که بتوانیم حداقل در زمینه علوم پاراکلینیک رادیولوژی یک گامی برداریم. آن جایگاه واقعی رادیولوژی را که شاید تا قبل از این خیلی جایگاه خودش را پیدا نکرده بود بپوشانیم و بپوشانیم خوشبختانه در سال های اخیر همین طور بوده و انشاء... در حقیقت با کمک و یاری انجمن های دیگر از جمله در حقیقت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران این کار بهتر انجام شود. در حقیقت کار زمانی می تواند موفق باشد که همکاری گروه های دیگر باشد.

همانطوری که در کنگره شما انجمن های تخصصی می آیند و کمک می کنند در حقیقت انتظار انجمن های تخصصی هم است که این تعامل دو طرفه باشد که بتواند نتیجه اش در حقیقت آن استفاده علمی، کمک کردن به روش های درمانی بهتر برای دندانپزشکان مهیا شود.

دکتر باقرشهنی زاده: همکاران رادیولوژیست ما در جلسات انجمن عمومی فقط به عنوان رادیولوژیست حضور نداشته اند بلکه در مباحث حرفه دندانپزشکی هم نقش داشته و نظرات ایشان را هم نوشتیم و بخش کرده ایم و نظرات خودی خوبی بوده است.

ما فضای استقبال از این کنگره ها را فراهم می کنیم، اگر دندانپزشکان از این کنگره ها استفاده کنند به نفع انجمن دندانپزشکان عمومی است چون به نفع سلامتی کل مردم جامعه است، تمام تلاشمان را می کنیم که کنگره شما موفق باشد آرزوی موفقیت داریم و از شما به خاطر زحماتی که برای حرفه دندانپزشکی می کشید، تشکر می کنیم.

سال پیش داشتیم و امسال هم داریم. بحث پائل آموزش در رادیولوژی هست، که این را خیلی بحث جالبی دیدیم که در سال پیش خیلی هم خوب استقبال شد.

هم در زمینه آموزش در سطح دانشجویان چه نرم افزارهای کمک آموزشی که اساتید پارسال طراحی کرده بودند، که هم در زمینه آموزش رزیدنت ها هم در آموزش دندانپزشکان مطالبی را که می خواهند ارائه کنند، در آن پائل که در حقیقت بحث های جدید و نوآوری در آن نهفته هست کل پائل هایمان چون رشته مان رشته جدیدی است در زمینه تخصصی در آن نهفته است. حالا یک پائل خاص به عنوان پائل نوآوری و اختراعات نداریم ولی در هر کدام از آنها نکاتی است.

دکتر شهنی زاده: آقای دکتر کنگره شما جایزه هم دارد؟

دکتر طلایی پور: بله برای کسانی که بهترین پوستر را ارائه دهند جایزه می دهیم به ۳ تا پوستر جایزه می دهیم. سال گذشته هم این گونه بود.

دکتر باقرشهنی زاده: آقای دکتر اگر شما به عنوان کسی که این کنگره را برگزار می کند بخواهید با دندانپزشک های مملکت صحبت کنید چه صحبتی دارید، چه می خواهید بگویید که به این کنگره دعوت شان کنید. پیام تان برای دندانپزشکان چیست؟

دکتر محمدامین تولکی: پیام ما برای دندانپزشکان اولاً این است که حتما شرکت کنندو به ایشان بگوییم که ضرر نمی کنند از این کار به هزار دلیل اولاً بحث علمی آنجا باز است، امتیازش بالاست و حق ثبت نام اش کم است.

اینها جزو مسائلی است که مهم است، اینها انگیزه ایجاد می کند. منتهی همان طوری که ما از اول بحث هم درباره اش صحبت کردیم، تکنولوژی با سرعت بسیار زیادی دارد پیشرفت می کند، آموزش های دانشگاهی هم از این تکنولوژی خیلی عقب است و فقط ما می توانیم در کنگره ها و بازآموزی ها اینها را به اطلاع همکاران برسانیم. من فکر می کنم که اگر عزیزانمان در این کنگره شرکت می کنند اطلاعات خوبی از تکنولوژی های جدید رادیولوژی انشاء... خواهند گرفت و مطمئناً در کار کلینیکی شان مؤثر است و ممکن است خیلی از این مسائل آنجا مطرح شود و عزیزان آن را بشوند و بعداً در تشخیص های کلینیکی، در درمان هایی که انجام می دهند، خیلی مؤثر باشند. من باز هم توصیه می کنم و دعوت می کنم از عزیزان که در کنگره شرکت کنند و مطمئناً اطلاعاتی که نسبت به روز اول خواهند داشت یا با میزان posttest & pretest نسبت به اطلاعاتی که روز اول دارند و وارد کنگره شده اند مطمئناً به مراتب فرق خواهد داشت و تغییر خواهد کرد.

دکتر احمدرضا طلایی پور: همان طور که آقای دکتر فرمودند ضمن اینکه در کنگره شرکت می کنند، از دیدار دوستان هم مستفیض می شوند. سطح علمی شان در مورد رادیولوژی دندانپزشکی بالا می رود و دیدشان بعد از کنگره شاید خیلی تغییر کند و بعد هم از امتیازاتی که دارد استفاده کنند.

دکتر شهریار شهاب: من صحبت خاصی ندارم گفته ها را همکاران عزیزمان گفتند من هم فکر میکنم خوب به هر حال موضوعات و مسائلی که در این کنگره قرار است مطرح شود حتی برای متخصصین این رشته هم جالب است. یعنی خیلی از مستمعین سال ها خود ما هم هستیم و من فکر می کنم وقتی برای ما جالب باشد قطعاً برای همه دندانپزشکان خیلی مثرتر می تواند باشد.

دکتر مهرداد پنج نوش: همه مطالب را اساتید گرامی گفتند اینکه ما در حقیقت انتظارمان این است و خوش بین هستیم نسبت به این مسئله که دندانپزشکان حضور داشته باشند، بخصوص دندانپزشکان عمومی چون در حقیقت

اپیکال اش را ظاهر کند، حول و حوش سه میلیون قیمت دارد.

دکتر احمدرضا طلایی پور: آقای دکتر اگر دندانپزشکی در روز فقط ۲ تا رادیوگرافی پری اپیکال نیاز داشته باشد، نظر شما چیست؟

دکتر شهریار شهاب: باز هم ارزشش را دارد. البته این نظر شخصی من است که اصلاً سیستم Conventional را فراموش کند با توجه به اینکه شاید برای مطب خودمان به خصوص در قسمت پری اپیکال Ok کنیم.

دکتر احمدرضا طلایی پور: آقای دکتر شما متخصص رادیولوژی هستید و از دید یک رادیولوژیست می گوید.

دکتر شهریار شهاب: نه اتفاقاً.

دکتر احمدرضا طلایی پور: اتفاقاً در کتاب نوشته. رادیولوژیست ها هنوز صدای تلق فیلم را دوست دارند و خوششان می آید. برایشان جالب است شاید یکی از علل هم همین باشد که دو لت فیلم را بگیرند دستشان و ...

دکتر محمدامین تولکی: آقای دکتر در رابطه با آن حرفی که زدید عرض کنم به حضور شما که کار خیلی ساده است، فرمایش اساتید منطقی است، می بایست که ما امکانات مان را در نظر بگیریم. ببینید در پاسخ به سؤال شما در مورد processor اتوماتیک و ظهور و ثبوت دستی، یک موقی هست که ما این امکانات را داریم مثلاً مطب آقای دکتر ممکن است روزی ۲۰۰ تا مراجعه کننده داشته باشد بایستی امکاناتش برای این ۲۰۰ نفر باشد. اما مطب من به عنوان دندانپزشک عمومی ممکن در هفته ۴ تا رادیوگرافی بخواهم بگیرم، وقتی شما ۴ تا رادیوگرافی می خواهید بگیرید حالا یک processor اتوماتیک در هر اندازه ای که می خواهد باشد یک استانداردهایی را حداقل باید برایش در نظر بگیریم چون اینها تاکنش یک اندازه ای دارد و باید تاکنش در یک حدی در آن ماده ظهور و ثبوت قرار بگیرد. حالا شما این تاکنس را بیابید بر کنید بعد در هفته ۳ تا رادیوگرافی بگیرید.

این داروی شما بعد از مدتی کهنه می شود و باید دور بریزید. اصلاً برای دندانپزشک صرف نمی کند این قضیه حالا ما در مطب چه کار می کنیم به عنوان یک دندانپزشک عرض می کنم ما در مطبمان دو تا لیوان داریم یا در کمد لباسمان است یا مثل چرخ خیاطی خوب دستمان را توی آن می کنیم. تمام ظهور و ثبوت ما در لیوان است خوب ۴ تا رادیوگرافی می گیریم بعد دارو کهنه می شود دور می ریزیم. دو مرتبه درست می کنیم. اما آقای دکتر اگر بخواهند دارو درست کنند ایشان با ظرف های ۴ لیتری آب که روزی ۷ تا ۸ لیتر دارو مصرف کنند که ظهور و ثبوت انجام شود. ولی برای دندانپزشک عمومی که می خواهد کار Practitioner General انجام دهد، حالا به هر شکل بسته به امکانات است. همین دیجیتال هم آقای دکتر بسته به امکانات است ممکن است در یکی از شهرهای نزدیک اسفراین خوب آن امکانات نباشد که یک دندانپزشک بخواهد دستگاه رادیوگرافی دیجیتال بگیرد. ولی جایی که امکاناتش هست به فرمایش آقای دکتر کاملاً متین است بایستی این گونه باشد.

دکتر باقرشهنی زاده: آقای دکتر پائل تحقیقات پژوهش هم دارید؟ نوآوری، چون در رادیولوژی خیلی از این بحث ها پیش می آید.

دکتر احمدرضا طلایی پور: مخلوط است آقای دکتر یک پائل خاص گذاشتیم.

دکتر مهرداد پنج نوش: یک پائل داریم به نام پائل تکنیک های ویژه و تکنیک های خاص، که در حقیقت در آن نوآوری های سیستم که البته ما چون کلاً تهمان دندانپزشکی نوین است و کل سخنرانی ها در حقیقت روی این Base انتخاب شده است. در همان بحث CBCT و هم بحث دیجیتال و همین طور یک بحثی که ما در کنگره



دکتر مهرداد پنج نوش
(رئیس هیئت مدیره انجمن رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران):
در حقیقت Basic بودن رشته ما، این پتانسیل را ایجاد کرده که ارتباطات ما با سایر رشته ها خوب باشد و ما همه اینها را می دانیم که ما در درجه اول باید در خدمت دندانپزشک عمومی باشیم، عمده استفاده کننده از این سیستم های رادیولوژی چه نوع Basic و چه نوع پیشرفته آن دندانپزشکان عمومی هستند که ما بیشتر از همه دوست داریم با آنها تعامل داشته باشیم و در حقیقت تخصص های مختلف می آیند مسیر را برای دندانپزشک عمومی که الان دارند انجام می دهند هموار می کنند، تا در سطح جامعه، به هدف شان که وضعیت درمانی بهتر است، برسند.

دکتر شهریار شهاب: اولاً با توجه به پیشرفتی که تکنولوژی کرده ای می کند دیگر جایی برای ظهور و ثبوت در مطبها نمی ماند یک سیستم دیجیتال که یک دندانپزشک می تواند بگیرد و استفاده کند. حدود چهار یا پنج میلیون تومان است. یعنی چیزی نیست که خیلی گران تر از اینها باشد در صورتی که اگر شما بخواهید همان دستگاه ظهور و ثبوت اتوماتیک را بگیرید چیزی در همین حدود قیمت دارد. به نظر من به جای اینکه به دنبال تکنولوژی قدیمی باشیم و بخواهیم صنعت کشور را تشویق کنیم به تکنولوژی که خیلی جاهای دنیا دیگر کنارش گذاشتند، من تمام دندانپزشک ها را تشویق می کنم که برای استفاده در داخل مطبشان از سیستم دیجیتال استفاده کنند. این شاید پیرو آن صحبتی باشد که راجع به سیستم دیجیتال کردیم و گفتیم که اینها این بخش فرق می کند.

شاید استفاده از سیستم دیجیتال در یک مطب رادیولوژی فک و صورت کار راحتی نباشد به خاطر مشکلات خاصی که دارد خوب قطعاً آن سیستم ها برای خودش توجهاتی دارد و الان سیستم های اتوماتیک دارند برای ظهور و ثبوت، ولی واقعاً در مطبها تشویق می کنم که همه سیستم دیجیتال داشته باشند، چون مزایای بسیاری دارد.

دکتر باقرشهنی زاده: من همین جا عرض کنم آقای دکتر در بحثام هم گفتیم سیستم دیجیتال که آقای دکتر طلایی پور گفتند، حکمیت دارد که ابتدا وارد همین گفتگو شدیم که می گویند هر چیز به جای خویش نیکوست و شما هم گفتید که ما با آمدن یک تکنیک جدید نباید تکنیک قبلی را قاطعانه کنار بگذاریم.

ولی اگر چنانچه سیستم conventional است برای ظهور و ثبوت اش در سیستم داخلی ما یک تشویقی کنیم من خودم شخصاً اعتقادم این است که سیستم دیجیتال چه بخواهیم و چه نخواهیم سیستم conventional را از مسیر خودش خارج می کند.

دکتر احمدرضا طلایی پور: آقای دکتر خدمتان عرض کنم که الان در مملکت ما بیشتر دندانپزشک ها دستگاه رادیوگرافی را بلدند، خوب! اگر بخواهیم تمام این دندانپزشکان دستگاه دیجیتال بیاورند برای خودشان خوب یک هزینه زیاد است و مسلم است، من که یک دندانپزشک عمومی هستم اگر دستگاه رادیوگرافی ام را عوض کنم نمی آیم دیجیتالی کنم، سعی می کنم این را داشته باشم و دستگاه ظهور و ثبوت اتوماتیک هم داشته باشم و کارم را انجام دهم. من منظورم این است که گفتیم هر چیزی به جای خویش نیکوست به خاطر این است که اولاً سیستم های دیجیتال هزینه شان بالا است، گران هستند و از قیمت های کامل شده هم بیشتر است این طور نیست.

دکتر شهریار شهاب: به نظر من اگر کسی بخواهد دستگاه ظهور و ثبوت اتوماتیک بگیرد که عکس پری



First Symposium of International Congress of Oral Implantologists



February 24, 2010 - Olympic Hotel

ICOI Pre-congress programme

چهارشنبه ۵ اسفند ماه ۱۳۸۸ - هتل المپیک



Comprehensive lecture and workshop (hands-on training) on Sinus Lifting and Piezo Surgery (Intra-cut machine)

Prof. Steven S. Wallace from New York University, USA

- 8:30 ~ 8:45 : Introduction
- 8:45 ~ 9:30 : Brief orientation by Dr. Achille Peivandi
- 9:30 ~ 11:00 : First session of Lecture by Dr. Wallace
- 11:00 ~ 11:30 : Break
- 11:30 ~ 13:00 : Second session of Lecture by Dr. Wallace
- 13:00 ~ 14:00 : Lunch
- 14:00 ~ 15:30 : Hands-on
- 15:30 ~ 16:00 : Q&A



Comprehensive lecture on **DRM** Poly crystalline, Nano ceram Technology. Diamond Crown & Diamond Lite. A revolutionary development for Implant super structure.

DRM Dr. Samuel Waknine, B.S., M (D.M.S.) Ph.D., MAIC, USA

- 9:00 ~ 9:30 : Introduction
- 9:30 ~ 11:00 : First section of lecture
- 11:00 ~ 11:30 : Break
- 11:30 ~ 13:00 : Second section of lecture
- 13:00 ~ 14:00 : Lunch
- 14:00 ~ 15:30 : Hands-on
- 15:30 ~ 16:00 : Q&A

هزینه ثبت نام:

- ۱- هزینه ثبت نام در سمپوزیوم ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲- هزینه ثبت نام در Sinus lifting & Piezo Surgery workshop ۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۳- متقاضیانی که از طریق شرکتهای اسپانسر (آپاداناتک، الماس رویان پارس، رویش تک ایرانیان، مهر آرا بن، نوا طب پارس، هنگام دندان) و یا از طریق انجمن های محترم دندانپزشکی ثبت نام نمایند شامل ۱۰٪ تخفیف خواهند شد.

شرکت کنندگانی که در Sinus lifting and Piezo Surgery workshop ثبت نام کنند Certificate بین المللی کمیانی Intra-lock و دکتروالاس را دریافت خواهند کرد و آن دسته عزیزانی که در کنگره ثبت نام کنند ICOI ATTENDANCE Certificate را دریافت خواهند کرد.

شماره تماس: ۲۲۰۱۲۱۶۷، ۲۲۰۲۰۰۱۶

Lecturers

First Symposium of International Congress of Oral Implantologists



Prof. A.H. Ahangari, D.M.S
Shiraz University, Iran

Diplomat, Iranian Board of prosthodontist
Assistant professor, fixed prosthodontic department,
School of Dentistry, Shiraz University of medical sciences, Director
of postgraduate program in department of fixed prosthodontic in Shiraz
University of Medical Sciences, Director of Implant department,
School of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences.



Prof. Vincenzo Bucci Sabattini, MD-DDS
Bologna University, Italy

PhD in "Biomaterials and prosthetic surgery, University
of Bologna, PhD in "Biomaterials and Clinic Implantology,
University of Chieti-Pescara.
Professor of Periodontology at ASAS, the Academy of Medical History
in Rome, Professor of Advanced Implantology and Prosthesis Implants
at the University of Pavia, Chieti-Pescara, Federicoll, Napoli.
President of AISCOS (Sanitary and Dental Certified Italian Structures
Association), Founder and active member of IAIO (International
Academy of Implant Osseconnected).



Prof. Paolo G. Coelho
New York University, USA

DDS, MS, BS, MSMTE, PhD, Research Scientist
Assistant Professor of Biomaterials and Biomimetics
New York University, USA PhD in Materials Science and Engineering,
University of Alabama at Birmingham, USA MS in Biomaterials,
University of Alabama at Birmingham, USA



Dr. Thierry Giorno, Implantologist, USA

A. Fellow of the American Academy of Implant Dentistry
(AAID), Scientific advisor and consultant to the
International Academy of Mini Dental Implant (IAMDI).
Research and Development Director Intra-Lock International,
Boca Raton, FL, USA.



**Dr. Mehrdad Lotfazar, DDS, MS, Periodontist
and Implantologist, Iran**

Diplomat, Iranian Board of Periodontology Advisory
Board of Journal of Dentistry, Tehran University of Medical
sciences. Advisory Board of Shiraz University of Medical Sciences,
Journal of dentistry, Founder of Division of Implant and Oral surgery,
Mohammad Rasolallah Medical center, Shiraz. Introducer of mini
implants and several implant systems in Iran.



**Dr. Achille Peivandi, M.S. Periodontologist,
Implantologist & Oral Surgeon,
Lyon University, France**

Assistant Professor, department of Periodontology,
Lyon Claude Bernard University, Post Graduate of Implantology, Lyon
Claude Bernard University, Hospital practitioner, Founder, Director of
API (association de parodontologie et d'implantologie).



Prof. Gilberto Sammartino, Italy

President of the Italian Society of Oral Surgery (S.I.d.C.O.)
President of the S.E.N.A.M.E Implantology Association
President of the I.C.O.I Italy Association.
President of the I.C.O.I Europe Association Head of the Dept. of Oral
and Maxillofacial Surgery, Chief of the School of Oral Surgery,
University of Naples "Federico II" Referee of International scientific
journals.



Prof. Steven S. Wallace
New York University, USA

University Of Florida B.S. 1963
New York University College of Dentistry D.D.S. 1967
Diplomat of the International Congress of Oral Implantologists (ICOI)
Fellow of the Academy of Osseointegration. (A.O.)
Boston University School of Graduate Dentistry Certif, Periodontics
1971 Professional Organizations.
American Dental Association, Connecticut State Dental Association,
Waterbury (CT) Dental Society, American Academy of Periodontology,
Connecticut Society of Periodontists, Academy of Osseointegration,
European Society of Osseointegration.



**Dr. Samuel Waknine, B.S., M (D.M.S.)
Ph.D., MAIC, USA**

Alumnus of University of California @ Irvine, New York
University Dental Center and University of Connecticut
Health Center & Institute of Materials Science; Restorative Dentistry &
Chemical Engineering dual-Doctorate. Published over 75 referred
articles, Adjunct Professor; NYU Dental Center New York, Case Western
University Cleveland Ohio and University of Texas at San Antonio.



Dr. Robert Miller, DDS, USA

Certified by the American Board of Oral Implantology
(ABOI). Diplomat of the International Congress of Oral
Implantologists (ICOI)
Chairman of the Department of Implant Dentistry at the Atlantic Coast
Dental Research Clinic

The I.G.D.A.'s Newsletter

1st III / ICOI Implant Symposium

Tehran - Iran
24 Feb. 2010- Olympic Hotel: Pre-Congress
25 & 26 Feb.- Pazhouheshgah Niroy: Congress

۵ اسفند ۸۸- هتل المپیک : پری کانگرس
۶ و ۷ اسفند ۸۸- پژوهشگاه نیرو: کنگره

Implant for the 21st century

International
Congress of
Oral Implantologists



Organized by:
Iran Implant
Innovation (III)



Tel: +98 21 22019408 ~10

Sponsored by:



DENTSPLY
FRIADENT

