



خطاهای پزشکی و پیشگیری از آن

تالیف: دکتر شهرام شفیعیان
متخصص پزشکی قانونی

سرشناسه :
 عنوان و نام پدیدآور :
 مشخصات نشر : تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی. واحد تهران، ۱۳۸۷.
 مشخصات ظاهری : ۲۱۴ ص.: مصور، جدول.
 شابک :
 وضعیت فهرست نویسی : فیبا
 موضوع :
 موضوع :
 شناسه افزوده : سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی. واحد تهران.
 رده بندی کنگره :
 رده بندی دیویی :
 شماره کتابشناسی ملی :



خطاهای پزشکی و پیشگیری از آن

مؤلف: دکتر شهرام شفیعیان

ناشر: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی شعبه واحد تهران - دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران

صفحه آرا: قاسمی (رها)

ناظر چاپ: غلامرضا نسرانی

لیتوگرافی: زاویه نور

چاپ و صحافی: نقش نزار

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: ۴۵۰۰۰ ریال

نوبت چاپ: اول - ۱۳۸۹

ISBN: 978-964-2729-42-5

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۷۲۹-۴۲-۵

<http://nashr.jahat.ir>

نشانی: تهران - صندوق پستی ۱۸۶-۱۳۱۴۵

Nashr@jahat.ir

تلفن: ۶۶۴۱۸۴۹۹ - تلفکس: ۶۶۹۵۴۳۶۸

تلفکس: ۶۶۴۹۰۷۴۲

تلفن مراکز پخش: ۶۶۴۹۰۷۴۰ - ۶۶۴۸۱۰۰۳ - ۸۴۶۵۰

به آنان که:

نگین درمان را به اخلاق پزشکی آراستند

و

به همسر و خانواده‌ام که:

موفقیت من در گرو هم‌یاری آنان است

فهرست مطالب

۱۳.....	سخنی با خواننده.....
۱۵.....	مواد قانونی.....
۱۷.....	فصل اول:مقدمه‌ای بر خطاهای پزشکی.....
۱۹.....	مقدمه.....
۲۳.....	فصل دوم:مسئولیت.....
۲۵.....	قرارداد:.....
۲۵.....	مسئولیت:.....
۲۶.....	انواع مسئولیت:.....
۲۷.....	طرح بحث مسئولیت.....
۲۸.....	انواع مسئولیت.....
۲۹.....	بخش اول: نظریه‌های مسئولیت پزشکی.....
۳۰.....	بخش دوم: مسئولیت متخصص جراح:.....
۳۱.....	بخش سوم: مسئولیت همکاران جراح:.....
۳۱.....	بخش چهارم : مسئولیت سایر همکاران:.....
۳۳.....	فصل سوم:تعاریف حقوقی و خطاهای پزشکی.....
۳۵.....	تعاریفها.....
۳۷.....	مفهوم قصور پزشکی:.....
۳۸.....	خطاهای پزشکی:.....
۳۸.....	قصور پزشکی:.....
۴۱.....	انواع قصور:.....
۴۳.....	احراز مسئولیت کیفری پزشک:.....
۴۴.....	مصادیق ایجاد مسئولیت کیفری پزشکان:.....
۴۶.....	شرایط عدم مسئولیت در امور پزشکی:.....
۴۷.....	علل شکایت از پزشکان:.....

فصل چهارم: جرم‌های پزشکی و صلاحیت دادگاه‌ها..... ۵۱

- جرم‌های پزشکی و صلاحیت دادگاه‌ها..... ۵۳
- موارد در صلاحیت دادگاه‌های انقلاب اسلامی..... ۵۳
- موارد در صلاحیت دادگاه‌های عمومی..... ۵۴
- موارد در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی..... ۵۵

فصل پنجم: دیه و ارش..... ۵۷

- دیه:..... ۵۹

فصل ششم: رضایت و برایت..... ۶۳

- رضایت به درمان:..... ۶۵
- مفهوم رضایت..... ۶۵
- ویژگی‌های رضایت و استثنای آن:..... ۶۷
- گفتار اول = ویژگی‌های رضایت:..... ۶۸
- گفتار دوم: رضایت آگاهانه و آزادانه:..... ۷۱
- گفتار سوم: رضایت و انواع آن..... ۷۴
- گفتار چهارم: استثنای رضایت..... ۷۷
- برایت پزشک در اقدام‌های پزشکی..... ۸۰
- گفتار اول: مفهوم برایت..... ۸۰
- گفتار دوم: مبانی برایت:..... ۸۱
- گفتار سوم: ماهیت برایت:..... ۸۱
- گفتار چهارم: شرایط برایت و استثنای آن:..... ۸۲

فصل هفتم: مرگ‌های هنگام جراحی و بیهوشی در پزشکی قانونی..... ۸۵

- مرگ‌های هنگام جراحی و بیهوشی در پزشکی قانونی:..... ۸۷
- دستورالعمل ارزیابی لازم پیش از اعمال جراحی در بیماران سالم که زمینه بیماری دیگر ندارند:..... ۸۸

فصل هشتم: اخبار ناگوار..... ۹۵

- اخبار ناگوار!..... ۹۷
- مقدمه :..... ۹۷
- خبربد..... ۹۹
- دلایل مهم برای بیان حقیقت..... ۱۰۰
- مشکلات بیان حقیقت..... ۱۰۱
- مسئول یا مسئولین انتقال خبر بد به بیمار..... ۱۰۲
- راه کارهای کاربردی در زمینه افشای خبر بد..... ۱۰۳
- نیاز به مهارت‌های ارتباطی در افشای خبر بد..... ۱۰۴

چرا افشای خبر بد مهم است؟	۱۰۶
اطلاع از بیماری و تفاوت‌های فرهنگی	۱۰۶
کتمان حقایق یعنی نقض رازداری	۱۱۰
منشور حقوق بیمار	۱۱۰
آموزش اخبار بد	۱۱۱
... اما چرا؟	۱۱۲
نمونه‌هایی از نظرات بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت	۱۱۳
راهنمای بالینی (SPIKES)	۱۱۶
بررسی افشای خبر بد در آمریکا و اروپا	۱۲۲
حقیقت‌گویی در ایران و اسلام	۱۲۴
فصل نهم: تخلف از قوانین و مقررات پزشکی	۱۲۷
تخلف از قوانین و مقررات پزشکی و دارویی:	۱۲۹
تخلف انتظامی پزشکان:	۱۳۰
خودداری از کمک به مصدومین	۱۳۳
اسرار بیمار و افشا سر	۱۳۵
قتل ترحم‌آمیز غیرفعال (انفعالی)	۱۴۴
فصل دهم: گواهی‌نویسی و پرونده‌نویسی	۱۴۷
گواهی‌نویسی پزشکان	۱۴۹
نمونه‌هایی از گواهی‌های گوناگون پزشکی:	۱۴۹
گواهی‌نامه‌های پزشکی به دو دسته می‌باشند:	۱۵۰
گواهی‌هایی که تنها به خواست مراجع قضایی صادر می‌گردد:	۱۵۰
نکات مهم در صدور گواهی:	۱۵۰
سخن قانون درباره گواهی نادرست:	۱۵۷
گزارش نویسی و پرونده نویسی	۱۵۷
نکات مهم در درمان اورژانس	۱۵۸
گزارش نویسی	۱۵۹
نکات مهم پرونده نویسی	۱۵۹
موارد ثبت رضایت نامه در پرونده	۱۶۱
قوانین مستندسازی مدارک پزشکی	۱۶۲
فصل یازدهم: سقط جنین	۱۶۵
سقط جنین	۱۶۷
گفتار اول: سقط جنین درمانی:	۱۶۷
گفتار دوم: سقط جنین جنایی یا غیرقانونی	۱۷۱

فصل دوازدهم: آیین نامه حدود صلاحیت ماماهاى کارشناس و کارشناس ارشد ۱۷۳

- آیین نامه تعیین حدود صلاحیت ماماهاى کارشناس و کارشناس ارشد ۱۷۵
- ۵- شرح وظایف ماما در دوران غیربارداری ۱۷۹
- ۵- معاینات شامل ۱۸۰

فصل سیزدهم: گواهی فوت ۱۸۷

- مرگ ۱۸۹
- مرگ به طور معمول به دو نوع تقسیم می شود: ۱۸۹
- علت مرگ: ۱۹۰
- علل برجسته بیماری های ایسکمی قلبی شامل: ۱۹۳
- تنظیم گواهی فوت: ۱۹۴
- اول - قسمت ۱ ۱۹۵
- دوم - قسمت ۲ ۱۹۸
- نکته هایی که بایستی در تکمیل بخش علت مرگ گواهی فوت رعایت گردد عبارتند از : ۲۰۰
- گواهی فوت هنگام تولد ۲۰۷
- جنبه های قانونی و حقوقی ثبت علت مرگ ۲۱۰
- وظایف برجسته سیستم پزشکی قانونی ۲۱۲
- مثال هایی برای دلیل ارسال جسد به سازمان پزشکی قانونی جهت کالبدگشایی ۲۱۳

فصل چهاردهم: قصور دندان پزشکی ۲۱۵

- قصور در دندان پزشکی: ۲۱۷

فصل پانزدهم: کمیسیون های پزشکی ۲۲۱

- کمیسیون پزشکی ۲۲۳
- آیین نامه اجرایی کمیسیون های تخصصی پزشکی و رشته های وابسته در سازمان پزشکی قانونی کشور ۲۲۴

فصل شانزدهم: آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های

- پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۲۲۹
- فصل اول ۲۳۱
- فصل دوم ۲۳۵
- فصل ششم - هیات های انتظامی پزشکی ۲۳۶

فصل هفدهم: دستورالعمل نحوه تبلیغ و آگهی های دارویی و مواد خوراکی، آشامیدنی،

- آرایشی، بهداشتی و امور پزشکی ۲۳۹
- تعاریف: ۲۴۱
- فصل اول - تبلیغ دارو و مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی ۲۴۱

۲۴۲.....	فصل دوم- تبلیغ امور پزشکی
۲۴۴.....	منابع:

به نام خدا که هستی بخشید و کتابت آموخت

سخنی با خواننده

بدون تردید حضور نقش‌آفرین جامعه پزشکی در عرصه سیاست‌گذاری بهداشت و سلامت در گذشته، حال و آینده برکسی پوشیده نیست. بدیهی است جامعه پزشکی در پی خدمت به همه مردم و حفظ سلامتی آنان می‌باشد و در این بین گاه ناخواسته باعث وارد آمدن زیان‌های جسمانی، روحی و یا مادی به فرد می‌گردد که به جز موارد نادر، تمامی ناشی از عوارض بیماری یا عوامل خطرآفرین مداخله‌گر در امر درمان می‌باشد. با افزایش اطلاعات پزشکی در سطح جامعه که گاه موجب برداشت نادرست از خدمات ارائه شده توسط پزشک معالج می‌گردد و نیز با کمال تأسف راهنمایی‌های اشتباه از بستگان بیماران و یا سایر پزشکان و شاغلین گروه پزشکی موجب نارضایتی از پزشک معالج شده و متأسفانه دخالت بعضی از وکلا و نیز در مواردی نادر فقرمالی حاکم بر پاره‌ای از خانواده‌ها همگی باعث افزایش روزافزون شکایت از پزشک و گروه‌های پزشکی گردیده‌است و متأسفانه مطبوعات، صدا و سیما و سایر رسانه‌ها، افزایش دانش آموختگان رشته‌های گروه پزشکی در خانواده‌ها، سهل‌انگاری پزشکان و گروه‌های پزشکی در پاره‌ای از موارد به ظاهر پیش‌پا افتاده نظیر دقت ننمودن در بعضی نکته‌های پرونده‌نویسی و ناآشنایی با قوانین مجازات اسلامی و قوانین انتظامی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران خود به این روند فزاینده شکایت‌ها شدت بخشیده است.

جدای از هرگونه نتیجه شکایت مطرح شده در مراجع قضایی، حضور در مراجع قضایی و کمیسیون‌های کارشناسی مربوطه در پزشکی قانونی و یا نظام پزشکی به عنوان مشتکی‌عنه^۱ باعث صدمه روحی به کادر پزشکی می‌گردد که این امر در کنار از بین رفتن زمان مفیدی که این افراد می‌توانند صرف ارائه خدمات درمانی نمایند می‌تواند باعث احتیاط بیش از حد و بازدارنده در امر درمان بیماران گردد که نتیجه آن متأسفانه به جامعه بازگشت خواهد نمود.

در راستای سعی در کاهش موارد منجر به شکایت‌های پزشکی با توجه به تخصص و تجربه

۱. کسی که از او شکایت می‌شود.

هرچند اندک خود و با استناد به منابع معتبر علمی و حقوقی در نگارش کتاب حاضر تلاش گردیده است.

لازم به ذکر است در ابتدای گفتار درخصوص پزشک و موارد در رابطه با قوانین مجازات اسلامی مانند خطاهای پزشکی و رضایت و دیه پرداخته و چون برقراری رابطه با بیمار و خویشاوندان وی و آگاهی دادن به آنها به‌ویژه گفتن خبر ناگوار یک هنر بوده که آگاهی‌رسانی نامناسب می‌تواند زمینه ساز شکایت گردد به دلیل اهمیت در فصلی جدا به آن پرداخته شده است و نیز با توجه به ناآگاهی پزشکان به‌ویژه پزشکان جوان در تعیین علت فوت و پیامدهای قانونی صدور اشتباه گواهی فوت و جواز دفن و گواهی‌نویسی و اهمیت پرونده‌نویسی و ثبت اطلاعات و سایر موارد مهم در فصل‌های جداگانه به آنها می‌پردازیم.

در ادامه با نگرش به خطاهای پزشکی از نوع سورفتار حرفه‌ای (عدم رعایت نظامات دولتی) که در پاره‌ای موارد باعث خسارت جانی نمی‌گردد و تنها جنبه انتظامی دارد نکته‌های مهم و برجسته قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران بدون هرگونه تغییری آورده می‌شود. ضمن پیشنهاد مطالعه این کتاب به همکاران به ویژه اساتید محترم در راستای آگاهی‌دادن پیامدهای پذیرش مسولیت درمان به‌ویژه از دیدگاه قانون به همکاران دانشجو امیدوارم اساتید و همکاران گرامی پیشنهادات و دیدگاه‌های خود را در راستای بهبود نوشتار کتاب به آدرس الکترونیکی زیر ارسال نمایند:

Shahrum33@yahoo.com

در پایان از همکاران گرامی دکتر امیرحسین مهدوی و دکتر کامران سلطانی، دکتر فرزانه مسیحی، دکتر علیرضا صفرچراتی متخصصان محترم پزشکی قانونی و دکتر فرهاد نورزاد (حقوق دان) و آقای دکتر وجگانی که با ارایه نقطه‌نظرها و تجربه‌های خود مرا یاری نمودند سپاس‌گذاری نموده و نیز از یاری‌رسانی آقای خسرو صالحی و سرکار خانم‌ها شیوا شفیعیان و شهناز تیر تشکرمی‌نمایم.

دکتر شهرام شفیعیان

متخصص پزشکی قانونی - مسمومیت‌های شیمیایی و دارویی

سیزدهم بهمن هزار و سیصد و هشتاد و هشت

مواد قانونی

صفحه	موضوع	ماده قانونی
۳۵	جرم	۱- ماده ۲ ق.م.ا
۳۹	اعمالی که جرم نیست	۲- ماده ۵۹ ق.م.ا
۴۰	قتل غیر عمد	۳- ماده ۶۱۶ ق.م.ا
۴۱	مجازات دادن گواهی نامه خلاف واقع	۴- ماده ۷۲۵ ق.م.ا
۴۵	عفو کردن جانی	۵- ماده ۲۶۸ ق.م.ا
۴۵	افشای سر بیمار	۶- ماده ۶۴۸ ق.م.ا
۶۰	موارد پرداخت دیه	۷- ماده ۲۹۵ ق.م.ا
۶۰	انواع قتل نفس	۸- ماده ۲۰۴ ق.م.ا
۶۱	قتل عمد	۹- ماده ۲۰۶ ق.م.ا
۶۱	دیه قتل	۱۰- ماده ۲۹۷ ق.م.ا
۶۲	قتل در ماه حرام	۱۱- ماده ۲۹۹ ق.م.ا
۶۲	دیه زن	۱۲- ماده ۳۰۰ ق.م.ا
۶۲	دیه زن	۱۳- ماده ۳۰۱ ق.م.ا
۶۲	مهلت پرداخت دیه	۱۴- ماده ۳۰۲ ق.م.ا
۶۲	مهلت پرداخت دیه	۱۵- ماده ۳۰۳ ق.م.ا
۶۲	مسول پرداخت دیه	۱۶- ماده ۳۰۴ ق.م.ا
۶۶	برایت	۱۷- ماده ۶۰ ق.م.ا
۶۷	ضامن بودن پزشک	۱۸- ماده ۳۱۹ ق.م.ا
۶۷	برایت	۱۹- ماده ۳۲۲ ق.م.ا
۶۸	رشد	۲۰- ماده ۱۲۸۰ قانون مدنی
۷۶	رضایت در معامله	۲۱- ماده ۱۹۳ قانون مدنی
۷۶	رضایت در معامله	۲۲- ماده ۱۹۴ قانون مدنی
۸۱	ابرا	۲۳- ماده ۲۸۹ قانون مدنی
۱۳۹	مواد قابل تعقیب	۲۴- ماده ۷۲۷ ق.م.ا
۱۴۲	ضرورت ارتکاب جرم	۲۵- ماده ۵۵ ق.م.ا

ماده قانونی	موضوع	صفحه
۲۶- ماده ۲۰۸ ق.م.ا	مجازات عمومی قتل عمد	۱۴۵
۲۷- ماده ۲۰۵ ق.م.ا	قصاص قاتل	۱۴۶
۲۸- ماده ۲۵۷ ق.م.ا	تبدیل قصاص به دیه	۱۴۶
۲۹- ماده ۵۳۸ ق.م.ا	صدور گواهی جعلی توسط فرد	۱۵۷
۳۰- ماده ۵۳۹ ق.م.ا	صدور گواهی خلاف توسط پزشک	۱۵۷
۳۱- ماده ۵۴۰ ق.م.ا	ضرر ناشی از گواهی خلاف	۱۵۷
۳۲- ماده ۴۹۲ ق.م.ا	دیه سقط جنین	۱۷۱
۳۳- ماده ۶۲۳ ق.م.ا	سقط جنین	۱۷۱
۳۴- ماده ۶۲۴ ق.م.ا	سقط جنین	۱۷۲
۳۵- ماده ۴۸۷ ق.م.ا	دیه سقط جنین	۱۷۲
۳۶- ماده ۴۰۳ ق.م.ا	دیه دندان	۲۱۷
۳۷- ماده ۴۰۴ ق.م.ا	دیه دندان اضافی	۲۱۷
۳۸- ماده ۴۰۵ ق.م.ا	دیه دندان کمتر	۲۱۸
۳۹- ماده ۴۰۶ ق.م.ا	دیه دندان سالم و ناسالم	۲۱۸
۴۰- ماده ۴۰۷ ق.م.ا	دیه شکاف دندان	۲۱۸
۴۱- ماده ۴۰۹ ق.م.ا	دیه دندان شیری	۲۱۸
۴۲- ماده ۴۱۰ ق.م.ا	دیه کندن دندان	۲۱۸
۴۳- ماده ۴۱۱ ق.م.ا	دیه دندان کنده شده	۲۱۸

فصل اول:

مقدمه ای بر خطای پزشکی

مقدمه

گزارشات بین‌المللی در کشورهای گوناگون حاکی از این واقعیت است که متأسفانه با وجود پیشرفت‌های چشمگیر و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی، میزان شکایات سیر فزاینده داشته است. به‌طور مثال در آمریکا در سال ۱۹۷۰ میلادی حدود ۳-۴ درصد از پزشکان مورد شکایت قرار گرفته‌اند که این میزان در سال ۱۹۷۲ میلادی به ۸ درصد و در سال ۱۹۸۰ میلادی به ۲۰ درصد و در سال ۱۹۹۰ میلادی به ۲۵ درصد از کل پزشکان شاغل در این کشور رسیده است که طی بررسی دیگر در سال ۱۹۸۶ میلادی در آمریکا مشخص گردید که طی سال‌های ۱۹۷۵ میلادی تا ۱۹۸۴ میلادی میزان شکایت از پزشکان به‌طور متوسط سالانه ۱۰ درصد رشد داشته و از سال ۱۹۸۵ میلادی به بعد رشد پرشتاب‌تری یافته است. براساس گزارش دیگری در سال ۱۹۸۴ میلادی، متخصصان زنان و زایمان، جراح‌های عمومی همچنان در بالای فهرست شکایت از پزشکان به تفکیک رشته تخصصی قرار داشتند. ولی مجموع موارد شکایت از پزشکان عمومی و پزشکان خانواده از هر تخصص دیگری بیشتر بود. در سال ۱۹۹۸ میلادی، طبق گزارش انجمن پزشکان آمریکا^۱: ۳۶/۵ درصد از پزشکان عمومی و خانواده به علت قصور پزشکی تحت پیگرد قرار گرفته‌اند و پس از آن پزشکان تخصص جراحی اعصاب، پلاستیک، زنان و زایمان و ارتوپدی در معرض این خطر قرار گرفتند. و در یک بررسی مشخص شد که در مقابل هر شکایت شفاهی چهار بیمار ناراضی وجود دارد و در برابر هر شکایت کتبی یک صد شکایت شفاهی، بنابراین در برابر یک شکایت کتبی حدود چهار صد بیمار ناراضی وجود دارد.

این میزان در سوئد در عرض ۵ سال ده‌هزار مورد بوده (میانگین ۲۰۰۰ مورد در سال) که بعدها به ۵۰۰۰ مورد در سال رسید.

در بررسی پزشکی قانونی استان تهران در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ هجری شمسی تقریباً ۵۰ درصد موارد شکایات مطرح شده مورد تایید قرار گرفته‌اند که به تفکیک هر سال به شرح ذیل می‌باشد:

در سال ۱۳۷۸: بیشترین موارد شکایت به ترتیب کاهنده از جراحی عمومی، پزشکان عمومی و پیراپزشکی، زنان و زایمان، دندان پزشکی، بیهوشی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی^۱، داخلی، جراحی اعصاب و مدیریت بوده که بیشترین موارد تایید شده به ترتیب کاهنده در رشته‌های زنان و زایمان، پیراپزشکی، جراحی عمومی، مدیریت بیمارستان، پزشکان عمومی، بیهوشی، دندان پزشکی، ارتوپدی و گوش و حلق و بینی بوده است.

در سال ۱۳۷۹: بیشترین موارد شکایت‌های مطرح شده به ترتیب کاهنده در رشته‌های جراحی عمومی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان، بیهوشی، جراحی پلاستیک بوده که بیشترین موارد تایید شده به ترتیب کاهنده در رشته‌های رادیولوژی، پزشکان عمومی و اورولوژی، بیهوشی، جراحی پلاستیک، پوست و اطفال، پرستاری، گوش و حلق و بینی، جراحی عمومی، داخلی بوده است.

در سال ۱۳۸۰: بیشترین موارد شکایات مطرح شده به ترتیب کاهنده در رشته‌های ارتوپدی و جراحی عمومی، زنان و زایمان، گوش و حلق و بینی، دندان پزشکی، چشم پزشکی، پزشکی عمومی بودند که بیشترین موارد تایید شده در رشته‌های تخصصی بیهوشی، دندان پزشکی، اورولوژی، آزمایشگاه، گوش و حلق و بینی، جراحی ترمیمی، چشم پزشکی، زنان و زایمان، جراحی عمومی و پزشک عمومی بودند.

در سال ۱۳۸۷: از مجموع ۱۳۰۳ پرونده مطرح شده در کمیسیون قصور استان تهران ۴۸/۳٪ رای به محکومیت داده شد که بیشترین سهم طرح شکایت را به ترتیب کاهنده تخصص‌های ارتوپدی، جراحی عمومی، جراحی زنان و زایمان، دندان پزشکی، چشم پزشکی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی پلاستیک، قلب و عروق، گوش و حلق و بینی، اطفال، بیهوشی، اورولوژی، جراحی قلب، داخلی، جراحی فک و صورت، نرولوژی، عفونی، خون و انکولوژی، گوارش، رادیولوژی، ریه، اعصاب و روان، پزشک عمومی، پاتولوژی و سایر گروه‌ها بوده‌اند. و مسولین فنی

در ۹ مورد بررسی پرونده منجر به شکایت محکوم شده‌اند.

در گذشته در صورتی که بیمار نتیجه مطلوب نمی‌گرفت دوباره به پزشک خود مراجعه می‌کرد تا بداند اشکال کار در کجا بوده و گاهی نیز پزشک خود را عوض می‌کرد و یا آن نتیجه نامطلوب را به عنوان جزئی از وقایع زندگی می‌پذیرفت. ولی امروزه با وجود اینکه بیشتر بیماران این رویه را دارند ولی به دلیل مشکل شدن این اقدامات برای خانواده‌ها و اطلاع رسانی و رسانه‌های ارتباط جمعی و پیگیری وکلا جهت اجرای بهتر عدالت برخی از بیماران رو به شکایت می‌آورند. تردیدی نیست که نسبت به زمان‌های گذشته جامعه اعتماد خود را نسبت به حرفه پزشکی از دست داده است. در سال ۱۹۸۵ میلادی براساس تحقیقات AMA ۶۰ درصد مردم به پزشک خود اعتماد نداشتند و تصور می‌نمودند که پزشکان به پول توجه بیشتری نشان می‌دهند و چندان مراقب احوال بیماران خود نیستند. دوباره افزایش سالانه هزینه مراقبت‌های پزشکی به طور طبیعی واکنش منفی وجود دارد. اگرچه پزشکان دلایل منطقی جهت افزایش بهای خدمات خود داشته و در این مورد خود را مقصر نمی‌دانند. اما چون این پزشک است که پول اضافی را از بیمار دریافت می‌کند سبب اولین عامل ایجاد واکنش منفی از طرف بیمار می‌گردد. دعاوی قصور پزشکی پرهزینه می‌باشد چرا که جدای از زیان‌های ریالی باعث افزایش حق بیمه مسولیت پزشکان شده و گرایش پزشکان به برخی تخصص‌ها را نیز کاهش می‌دهد.

باید دانست که پزشک در پی طرح موضوع شکایت از چند نظر دچار خسارت می‌گردد که عبارتند از:

- (۱) خدشه دار شدن حیثیت پزشک و از بین رفتن اعتماد بین پزشک و مردم.
- (۲) استرس در جریان رسیدگی به موضوع در مراجعه به کلانتری، دادگاه و سازمان‌های دیگر پزشکی سبب اضطراب و گرفتاری ذهنی پزشک و نیز برخوردهایی با پزشک می‌شود که بسیار ناخوشایند بوده و او این رفتار را هیچ‌گاه فراموش نمی‌کند.
- (۳) خسارات مالی: شامل پول پرداختی توسط پزشک، هزینه رفت و آمد، تعطیلی مطب و موارد دیگر.

- (۴) انتشار بعضی از اخبار توسط روزنامه‌ها که می‌تواند باعث کاهش اعتبار پزشک در میان مردم گشته و ممکن است تعدادی از همکاران نیز از این موضوع سواستفاده نمایند.
- همچنان یکی از علل اصلی افزایش میزان شکایت‌ها عدم آگاهی دست‌اندرکاران حرف پزشکی

از مسایل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه پزشکی و مسولیت پزشکان در برابر بیماران می باشد. به طور کلی پزشکان به علت اشتغال به حرفه پزشکی به شکل های زیر ممکن است در برابر قانون قرار گیرند:

(۱) پزشکان قانونی

(۲) کارشناس

(۳) بعنوان شاهد یا مطلع

(۴) پزشک به عنوان متهم

فصل دوم:

مویلت

قرارداد:

قرارداد در اصطلاح معمول یک رشته پیمان‌های لازم‌الاجرا در قانون می‌باشد. قانون به افراد اجازه بستن قرارداد را می‌دهد. پایه‌های اصلی هر قرارداد شامل، قصد عقد قرارداد از سوی طرفین، اهلیت طرفین قرارداد، موضوع معین و مشروعیت جهت قرارداد است؛ پس هر مورد از درمان‌های پزشکی را می‌توان به عنوان قراردادی بین بیمار و کادر درمانی دانست.

شرایط قرارداد می‌تواند به صورت یک موافقت‌نامه ثبت شده و یا تنها به صورت تلویحی باشد. به هر حال هنگامی که به عنوان یک کادر درمانی قراردادی بسته‌اید و شروع به درمان بیماری می‌کنید تا بهبود بیمار یا فوت وی و یا به هر دلیل که شما یا بیمار دلیلی برای ختم قرارداد داشته باشید باید به کار خود ادامه دهید. دست کشیدن از ادامه درمان پس از شروع کار بدون دلایل کافی زمینه‌ای برای دادخواست حقوقی و ادعا جهت جبران خسارت است. مسایل دیگری که یک قرارداد را باطل می‌نماید اعمال خلاف قانون، کلاهبرداری یا نمایش غیرواقعی است.

مسئولیت:

مسئولیت در لغت به معنی ضمانت، ضمان، تعهد، موظف بودن به اتمام کاری، متعهد بودن، مواخذه و بازخواست است و مسؤل به کسی اطلاق می‌گردد که از وی سوال و بازخواست نمایند. در اصطلاح حقوقی، تعهد قهری یا اختیاری شخص در مقابل دیگری خواه مالی و خواه غیرمالی است. چون پزشک در برابر اقدامات خود برای تشخیص و درمان با آزادی کامل عمل کرده و با اختیار و اراده خود تصمیم می‌گیرد بنابراین در هیچ مورد مجبور نیست کورکورانه و یا ندانسته و بدون اراده عمل کند. پس هر کجا آزادی عمل در کار است مسئولیت کامل نیز وجود دارد. بنابراین پزشک به‌طور کامل مسؤل اعمال خود می‌باشد اما در طبابت اصل بر این است هر عملی که پزشک انجام می‌دهد به نفع و صلاح بیمار است و قصد پزشک از آن، کمک کردن به

بیمار و سود رسانیدن به اوست و نه زیان رساندن و هنگامی که این امر سبب زیان دیدن بیمار می‌گردد این برخلاف خواسته پزشک بوده و اگر در جریان امر قصوری از پزشک سرزنزه باشد نباید پزشک مجرم شناخته شود.

انواع مسولیت:

الف) مسولیت اخلاقی: انسان در مقابل خداوند یا وجدان خویش پاسخ‌گوی خطای مرتکب شده بوده و در فعل یا ترک فعلی که به شکل مخالفت با تعالیم دینی یا قواعد اخلاقی و وجدان باشد ظاهر می‌شود.

مسولیت اخلاقی جنبه درونی و شخصی دارد.

ب) مسولیت حقوقی: اگر منشا الزام به پاسخ‌گویی معیارهای بیرونی و بر پایه رفتار متداول افراد جامعه و در برابر حقوق موضوعه باشد، مسولیت را حقوقی گویند. و دو نوع است: **مسولیت مدنی و جزایی.**

شرط تحقق مسولیت مدنی و جزایی این است که در هر دو مورد شخص باید مرتکب فعل یا ترک فعلی شده باشد که به دیگری یا جامعه زیان رسانیده است. در مسولیت مدنی زیان وارده متوجه شخص خصوصی است ولی در مسولیت جزایی زیان متوجه جامعه است. در مسولیت مدنی جبران زیان وارده به زیان دیده است و با میزان این زیان سنجیده می‌شود ولی دعوی جزایی بوسیله مدعی العموم به اعتبار نمایندگی جامعه اقامه شده و مصالحه و انصراف از آن جایز نیست زیرا حقوق عمومی و متعلق به جامعه است. به عبارت دیگر از نظر تقسیم بندی کلی مسولیت همانطور که اشاره شده به دو نوع اخلاقی و حقوقی تقسیم می‌گردد که از نظر مفهوم حقوقی مسولیت دو نوع مدنی و جزایی می‌باشد.

مسولیت پزشک می‌تواند به یکی از چهار صورت ذیل باشد:

(۱) **مسولیت مدنی:** مانند شکایت بیمار از پزشک و شکایت بیمار از این جهت است که اقدامات درمانی پزشک اشتباه بوده و باعث وارد آمدن خسارت به وی گردیده است. این نوع مسولیت قابل بیمه شدن است.

(۲) **مسولیت پزشک وقتی که جنبه کیفری یا جزایی داشته باشد:** نظیر سقط جنین جنایی و یا صدور گواهی خلاف که این مجازات قابل بیمه شدن نیست.

(۳) مسولیت پزشکی هم جنبه مدنی و هم جزایی داشته باشد: پزشکی که به خاطر سقط جنین محکوم شده و خویشاوندان بیمار نیز به خاطر متضرر شدن یا مرگ بیمار از وی مطالبه غرامت نمایند، جنبه مدنی آن قابل بیمه شدن بوده و جنبه جزایی آن قابل بیمه شدن نیست.

(۴) مسولیت اداری یا انضباطی: عبارت است از مسولیت ناشی از تخلف انضباطی و نقض مقررات صنفی.

طرح بحث مسولیت

مسولیت در اصطلاح فقهای اسلامی به معنی تعهد شخصی بر رفع ضرری که به شخص دیگر وارد نموده می‌باشد چه این ضرر ناشی از تقصیر شخص باشد یا ناشی از فعالیت فرد و خواه به جان انسان باشد خواه بر مال وی باشد. بر این پایه مسولیت برابر با واژه ضمان بوده که فقها آن را در مفهوم مسولیت مدنی و مسولیت کیفری به کار برده‌اند.

در حقوق نیز مفهوم مسولیت برگرفته از معنای لغوی آن بوده و به این معنی است که هر شخص باید پاسخ‌گوی آثار و نتایج کارهای خود باشد پس مسولیت تعهد شخص به جبران خسارت وارده به دیگری است حال این تعهد ناشی از اجرا نگریدن یک قرارداد باشد یا ناشی از نقض یک تکلیف قانونی باشد.

مسولیت کیفری: الزام شخص به تحمل پیامدها و نتایج رفتار مجرمانه‌اش می‌باشد و مسولیت مدنی الزام شخص به تدارک خسارت وارد شده به دیگری است. به بیان دیگر مسولیت جزایی قابل تبدیل به پول نبوده و مسولیت مدنی قابل تبدیل به پول می‌باشد.

در مسولیت کیفری آسیب‌دیده از جرم، اجتماع است و اسقاط حق به صلح و سازش میسر نیست.

در مسولیت مدنی آسیب‌دیده از عمل مسول، افراد هستند.

در حقوق اساسی مسولیت مدنی و جزایی برپایه فعل و ترک فعلی است که شخص به دیگری زیان رسانیده باشد.

مسولیت پزشکی چون هر مسولیت دیگر شامل مسولیت مدنی و جزایی بوده و در آثار فقها به عنوان «ضمان طبیب» یاد می‌شود.

برای تحقق مسولیت پزشکی سه شرط اساسی لازم است که آنها را عناصر تشکیل‌دهنده

مسولیت پزشکی گویند و عبارتند از:

۱- خطای پزشکی ۲- وجود خسارت ۳- رابطه سببیت

با توجه به موارد بالا مسئولیت پزشکی را می‌توان چنین بیان کرد:

الزام پزشک به جبران خسارت ناشی از جرم و خطا یا ضرری که در نتیجه اقدام‌های پزشکی به دیگری وارد شده است و مهم نیست که این جرم و خطا ناشی از اجرا نگرديدن مفاد قرارداد بین پزشک و بیمار بوده یا خسارت ناشی از نقض یک تکلیف قانونی باشد و منظور از اقدام‌های پزشکی کلیه اقدام‌هایی است که پزشک در مراحل گوناگون درمان بیمار انجام می‌دهد و باید در چارچوب قوانین و مقررات جاری و در برگیرنده شرایط موجود قانونی باشد تا پزشک مبرا از مسئولیت شناخته شود.

انواع مسئولیت

۱- مسئولیت اخلاقی،

۲- مسئولیت قانونی (حقوقی) شامل مدنی و جزایی (کیفری)

۳- مسئولیت انتظامی

در خصوص مسئولیت انتظامی: در پیشه پزشکی؛ قاعده‌ها و مقرراتی است که رعایت آن از طرف پزشکان لازم بوده و در صورت تخلف از این قواعد و مقررات به موجب آیین‌نامه انتظامی نظام پزشکی مجازات می‌گردند، که این مسئولیت را که ناشی از تقصیر انضباطی است مسئولیت حرفه‌ای یا انتظامی می‌گویند.

باید دانست که مجازات‌های تنبیهی و انتظامی به هیچ روی جنبه کیفری به معنی خاصی نداشته و متخلف در یک سازمان صنفی یا انجمن حرفه‌ای با سرپیچی خود از قوانین تنها به برگزاری مناسب امور در واحد صنفی آسیب‌زده و فقط نظم حاکم را نقض می‌کند و مجازات‌های آن جنبه اداری داشته و به توبیخ، کسر حقوق و حداکثر، اخراج و انفصال دایم از خدمات منتهی می‌گردد.

مسئولیت همزمان مدنی و کیفری: در پاره‌ای موارد هر دو مسئولیت همزمان وجود دارد چون پزشکی که در هنگام مستی اقدام به جراحی می‌کند و بیمار وی به دلیل بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی فوت می‌کند که هم از نظر جزایی و هم از نظر مدنی مسول است و یا فریب بیمار توسط پزشک به منظور گرفتن مبلغ بیش از حد قانونی که مسئولیت همزمان مدنی و جزایی پزشک را در پی دارد.

بخش اول: نظریه‌های مسولیت پزشکی

گفتار اول: نظریه مصونیت خیرخواهانه:

اساس آن؛ این اعتقاد بود که بیمارستان‌ها، بیماران را از مراقبت‌های خیرخواهانه خود بهره‌مند می‌سازند، بنابراین سازمان نیکوکار چون بیمارستان تحت پیگرد قانونی قرار نمی‌گیرد. این نظر تا قبل از گسترش بیمه‌های خدمات درمانی یعنی تا دهه ۵۰ میلادی رواج داشت.

گفتار دوم: نظریه مسولیت کارفرما:

اساس این است که کارفرما مسول اعمال کارکنان خود است و مسولیت کارفرما به طور تقریبی یک مسولیت غیرارادی است و بر این پایه استوار است که همواره دفاع از کارکنان به نفع بیمارستان می‌باشد.

از نظر حقوقی سرانجام در سال ۱۹۵۷م^۱. این روش ارزیابی که کار پرسنل درمانی پزشکی است یا اداری به عنوان یک سیستم ساختگی تقسیم‌بندی عمل پرستاران و کادر درمانی شناخته شد و کاربرد پایه و اساس پزشکی در قبال اداری ممنوع گشت.

گفتار سوم: نظریه ناخدای کشتی:

بر پایه مفهوم مسولیت کارفرما است و هرگونه کار پرسنل بیمارستان را تا زمانی که تحت نظارت جراح کار می‌کنند از بیمارستان سلب می‌نماید. براساس نظر دادگاه‌ها، این کارکنان بیمارستان، «پرسنل فرضی» پزشک محسوب می‌گردند.

امروزه با توجه به بهبود نقش و مسولیت پرستاران و دیگر پرسنل درمانی در نظام ارایه خدمات درمانی و تکامل «نظریه مسولیت قانونی» تکیه به نظریه‌های قبلی در یکسان‌سازی یا تعیین میزان مسولیت همکاران جراح در تیم پزشکی کم‌رنگ شده که بازتاب دقیق‌تری از شرایط کنونی مسولیت را به نمایش می‌گذارد.

۱. میلادی

گفتار چهارم: نظریه مسولیت قانونی:

نظریه‌ای است که امروزه رو به تکامل می‌باشد. مسولیت قانونی یا مستقیم به این معنی است که شخص حقوقی جدا از وظیفه‌ای که به عنوان کارفرما عهده‌دار است موظف می‌باشد تا اطمینان یابد بیماران از مراقبت‌های مناسب برخوردار می‌گردند.

مفهوم مسولیت قانونی پرستار عبارت است از وظیفه پرستار در ابلاغ و ایجاد ارتباط با بخش‌های مختلف بیمارستان.

چنانچه مشکل کمبود تعداد کارکنان، کافی نبودن تجهیزات، یا صلاحیت نداشتن پزشک باشد، پرستار ملزم به گزارش این شرایط به سرپرست خود است. ابلاغ نکردن پیوسته و مرتب این موارد می‌تواند سبب تحمیل مسولیت به پرستار گردد. ابلاغ و گزارش این شرایط، پرستار را از مسولیت قانونی فردی مبرا می‌سازد.

فرضیه اصلی «نظریه مسولیت قانونی» به این معنی است که هر فرد از مسولیت مستقیم قانونی برخوردار است و تمامی کارکنان گروه پزشکی در قبال اعمال خود از یک سطح اولیه مسولیت برخوردارند چه فرد حرفه‌ای و یا غیرحرفه‌ای باشد.

اگر پرسنل فاقد صلاحیت بوده و سرپرست نیز مشکل را به درستی حل نکند علاوه بر مسولیت کارمند، مسولیت غیرمستقیم نتیجه عملکرد وی نیز متوجه او خواهد بود. امروزه کارفرمای حقوقی براساس نظریه مسولیت قانونی، مسول شناخته می‌شود.

بخش دوم: مسولیت متخصص جراح:

۱- انجام جراحی بدون حضور متخصص بیهوشی: مواردی وجود دارد (به ویژه در گذشته‌ها)، که جراح بدون حضور متخصص بیهوشی انجام به جراحی می‌نمود که در موارد اورژانس مسولیتی متوجه جراح نمی‌باشد.

هرگاه مورد غیر اورژانس بوده و لازم است اقدام درمانی در حضور متخصص بیهوشی صورت گیرد و می‌تواند باعث نجات بیمار باشد در این صورت می‌توان پزشک جراح را مسول شناخت.

۲- انجام جراحی با همکاری متخصص بیهوشی: گاه اقدام درمانی بین جراح و متخصص بیهوشی مشترک است و لازم است به کمک یکدیگر برای بهبود بیمار توان خود را به کار بندند تا به نتیجه مطلوب برسند، اگر نظریه کارشناسی بر این نکته تاکید داشته باشد که مرگ بیمار ناشی از

بی‌احتیاطی تیم پزشکی است و اگر آمیختگی اقدام‌های درمانی پزشکی به گونه‌ای باشد که نتوان بین وظایف جراح و متخصص بیهوشی تفکیک قایل شد هر دو مسول هستند.

به استناد ماده ۳۶۵ ق.م.ا.^۱: «هرگاه چند نفر با هم سبب آسیب یا خسارتی شوند به طور تساوی عهده‌دار خسارات خواهند بود» که پایه «نظریه مسولیت مشترک» می‌باشد.

و اگر بتوان بین اقدام‌های جراح و متخصص بیهوشی تفکیک قایل شد خطاهای بیهوشی به متخصص بیهوشی و خطاهای جراح به متخصص جراحی بازخواهد گشت.

بخش سوم: مسولیت همکاران جراح:

گفتار اول: متخصص بیهوشی: تکنیک بیهوشی در قلمرو متخصص بیهوشی بوده و در صورت بروز حادثه‌ای برای بیمار چنانچه رابطه سببیت بین صدمه وارده و خطای وی احراز گردد مسولیت آن متوجه متخصص است و مهم نیست که خطای متخصص بیهوشی مربوط به دوره قبل از عمل، به هنگام عمل و یا مراقبت‌های بعد از عمل باشد.

بخش چهارم: مسولیت سایر همکاران:

- ۱- به استثنای موارد زیر؛ مسولیت سایر همکاران جراح، متوجه پزشک معالج به عنوان سرپرست تیم پزشکی است زیرا تصور می‌شود که آنها در اجرای وظایف به درستی راهنمایی نشده و مسول در این مورد بی‌مبالاتی کرده است.
- الف- در صورتی که دارای صلاحیت و شرایط قانونی مقرر نباشند، خطاهای ناشی از اعمال و اقدام‌های آنها در دایره مسولیت سرپرستی تیم پزشکی قرار نمی‌گیرد.
- ب- مسولیت ناشی از اهمال و اقدام‌های هر یک از همکاران تیم پزشکی که دستورات جراح یا متخصص بیهوشی اجرا نکنند متوجه آنهاست.
- ج - مسولیت ناشی از خطا و اقدام‌های سایر همکاران و تیم پزشکی که از وظایف و اختیارات قانونی آنها می‌باشد مربوط به خود آنهاست.

۱. قانون مجازات اسلامی

۲- مسولیت مدیر موسسه پزشکی

مدیر موسسه پزشکی در صورتی که در امور پزشکی و درمانی رابطه سببیتی بین صدمه و خسارت وارده و عمل وی بدست نیاید مسولیتی متوجه وی نمی باشد.

نتیجه: می توان گفت در تیم پزشکی مسولیت مدیر بیمارستان و سایر همکاران پزشک در دایره محدودی است و به طور معمول مسولیت متوجه پزشکان معالج است و نباید فراموش نمود که اقدام های پزشکان معالج و سایر همکاران آنها در راستای بهبود و سلامتی بیمار می باشد.

فصل سوم:

تعاريف حقوقى و خطاهاى پزشكى

در گذشته و قبل از سال ۱۳۶۱ جرایم به سه دسته اساسی: ۱- خلاف، ۲- جنحه و ۳- جنایات تقسیم می شدند که با وضع قانون مجازات اسلامی در سال ۱۳۶۱ جرایم بر اساس نوع مجازات، پنج گروه تقسیم می شوند که عبارتند از:

۱- حدود ۲- قصاص ۳- دیات ۴- تعزیرات ۵- مجازات های بازدارنده
جرایم عمدی به جرایمی گفته می شود که مرتکب با اختیار و اراده و با قصد معین و معلوم و داشتن شعور به آن دست می زند.

جرایم غیرعمدی به آن دسته از جرایم گفته می شود که عنصر معنوی از خطای کیفری تشکیل شده و عمد و سونیت وجود ندارد.

جرایم پزشکی و دارویی را می توان به چهار دسته ی اساسی تقسیم کرد که شامل:

۱. قصور و سهل انگاری پزشکان و صاحبان حرف وابسته در انجام وظیفه

۲. تخلف از قوانین و مقررات پزشکی و دارویی

۳. تخلف انضباطی پزشکان و صاحبان حرف وابسته

۴. مداخله غیرمجاز افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و دارویی.

تعریف ها

۱- جرم: واژه ای عربی و در لغت به معنی گناه، خطا، بزه و در حقوق: عمل مثبت یا منفی است که قانون آن را منع کرده و برای ارتکاب آن مجازات مقرر شده باشد.

ماده ۲ ق.م.ا: هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد جرم محسوب می شود.

۲- خطا: در لغت به معنی نادرست، ناراست، ضد صواب و گناهی که از روی عمد نباشد.

خطا در اصطلاح حقوقی مقابل عمد است و آن عبارت است از وصف عملی که فاعل آن دارای قوه تمیز بوده و به علت غفلت یا فراموشی یا نادانی یا اشتباه یا بی‌مبالاتی و عدم احتیاط، عملی که مخالف موازین اخلاقی یا قانون است مرتکب شده است.

کننده عمل خطا برعکس انجام دهنده عمل عمد قصد نتیجه ندارد.

خطا در زبان فارسی شامل فعل و ترک فعل بوده و در معنی دیگر بجای تقصیر هم به کار رفته است و دو نوع جزایی و حقوقی است.

پس می‌توان گفت: خطا عبارت است از انجام یا خودداری از انجام کاری که در ارتکاب آن احتمال ایراد صدمه یا زیان به غیر و یا اختلال در امری در امور اجتماعی وجود داشته باشد.

۳- **خلاف:** در لغت یعنی ناسازگاری، مخالفت، ناحق، دروغ، سرپیچی بوده و از نظر حقوقی نوعی از جرایم که ماهیت آنها مخالف با نظامات عادی است.

۴- **تخلف:** در لغت یعنی خلاف جستن، سرپیچی، روگردانی، خلاف کردن، خلاف گفته یا پیمان عمل کردن است.

در اصطلاح حقوقی: عدم انجام تعهد یا تاخیر در انجام تعهد، ظهور خلاف آنچه که شرط شده، و تجاوز مامور دولت از مقررات اداری در هنگام انجام وظیفه و ارتکاب خلاف قانون که در این صورت هم معنی جرم به کار می‌رود.

۵- **تخلف انضباطی:** تخلفاتی که اعضا هر جمعیت یا انجمن به مناسبت حیثیت و شغل و مقام و وظیفه اداری یا شغل خود مرتکب می‌شوند.

۶- **مسئولیت:** در لغت به معنی ضمانت، ضمان، تعهد، مواخذه، متعهد بودن، بوده و در جای خود کامل توضیح داده می‌شود.

۷- **غفلت:** خطای ناشی از اهمال و فراموشی و بی‌توجهی و بی‌اعتنایی و به عبارت دیگر ترک فعل ناشی می‌شود. غفلت در واقع هم معنی قصور است با این تفاوت که غفلت فقط شامل ترک فعل است ولی قصور گاه ناشی از انجام فعل نیز می‌باشد.

۸- **قصور:** مصدر عربی در مقابل تقصیر بوده و در لغت یعنی فرو ماندن، کوتاه آمدن، عاجز گردیدن، وا گذاشتن کاری از روی عجز و درماندگی است و در اصطلاح حقوقی، ترک یا قانون الزامی بدون مسامحه است و در فقه مقابل تقصیر به کار رفته است.

۹- **تقصیر:** مصدر عربی و در لغت یعنی کوتاهی کردن، در کاری کوتاهی و سستی و خطا کردن،

گناه، خطای عمدی، قصور و کوتاهی، سهو و غفلت و خطا و جرم و غلط و عیب است. تفاوت قصور با تقصیر: قصور به خطایی گفته می‌شود که از روی سهو سر می‌زند در حالی که تقصیر به خطای عمومی گفته می‌شود و تقصیر خطایی شدیدتر از قصور است. قانون‌گذار در تبصره ماده ۳۳۶ ق.م.ا. تقصیر را به جای خطا به کار برده و مصادیق آن را بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی بیان کرده است.

مفهوم قصور پزشکی:

قصور پزشکی به عمل خلاف قاعده، عمل بی‌رویه، سوءعمل، عمل سو، برخلاف شون حرفه‌ای عمل کردن و معالجه‌ی غلط و سهل‌انگاری معنی شده است و در اصطلاح حقوقی به ترک یک قانون الزامی توسط پزشک یا یکی از صاحبان حرف پزشکی گفته می‌شود که در نتیجه اقدام‌های درمانی و بهداشتی آنان موجب خسارات جانی و مالی بیمار گردد.

قصور پزشکی واژه‌ای رایج که پزشکان، پزشکان قانونی و حتی پاره‌ای از قضات و حقوق‌دانان آن را به عنوان مفهومی گسترده و حتی شامل تقصیر و مصادیق آن (بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی) می‌دانند. و ما در اینجا قصور را در معنای رایج خود به کار می‌بریم.

از نظر نوع کار، قصور پزشکی و خطای جزایی پزشکان و حرف وابسته که ممکن است منجر به مسئولیت جزایی یا مدنی و یا مسئولیت هم‌زمان جزایی و مدنی گردد و عبارتند از:

- ۱- خطای نسخه‌نویسی
- ۲- خطای تشخیص و درمان
- ۳- خطای رادیولوژی، رادیوتراپی یا فیزیوتراپی
- ۴- خطای سرایت بیماری‌های واگیردار
- ۵- خطای جراحی بیهوشی، زنان و زایمان، ارتوپدی و غیره.

خطاهای پزشکی^۱:

خطاهای پزشکی عبارت است از تمامی نقایص رفتار حرفه‌ای پزشکان و به شرح ذیل تقسیم بندی می‌گردد:

الف) قصور پزشکی^۲: که عبارت است از کوتاهی در رعایت استاندارد مراقبت‌های پزشکی که باید به عمل آید.

ب) سو رفتار حرفه‌ای^۳: یعنی رفتار حرفه‌ای پزشک رعایت نشده باشد یا کمتر از حدی باشد که از یک پزشک انتظار می‌رود، مانند سورفتار با بیماران یا انجام اعمال خلاف عفت پزشکی که مسول رسیدگی به این موارد سازمان نظام پزشکی می‌باشد.

برطبق قوانین کشوری قصور از دو منظر مطرح می‌گردد:

الف) قصور در قوانین مجازات اسلامی

ب) قوانین و مقررات آیین‌نامه انتظامی نظام پزشکی

قصور پزشکی^۴:

مبنای دعوی قصور پزشکی این است که بیمار در پی کوتاهی در رعایت استاندارد مراقبت‌های پزشکی و درمانی ارایه شده آسیب ببیند. به عبارتی دیگر این مراقبت‌ها یا کافی نبوده و یا مطلوب نبوده است و اگر بیمار بتواند این کوتاهی در استاندارد مراقبت‌های درمانی را اثبات نماید پزشک متضمن پرداخت خسارت مالی به بیمار می‌باشد. به عبارت دیگر تمامی بیماران حق دارند از پزشک خود انتظار یک درمان طبی استاندارد را داشته باشند و تعریف درمان استاندارد به سطحی از درمان گفته می‌شود که از پزشکانی با همان میزان از تخصص و تجربه که از لحاظ علمی و آموزشی شرایط مشابهی دارند انتظار می‌رود و این به آن معنی نمی‌باشد که پزشکان باید نتیجه درمانی رضایت بخش و قطعی را برای بیماران تضمین نمایند و به عبارتی دیگر پزشکان بیمه‌گر

-
1. Medical malpractice
 2. Medical malpractice
 3. Professional Misconduct
 4. Cause faction

نیستند زیرا دخالت عوامل متعدد از جمله عوامل بیولوژیکی می‌تواند در نتیجه نهایی قابل پیش‌بینی درمان اختلال ایجاد نماید. بنابراین عدم نتیجه‌گیری مطلوب در درمان یک بیمار همیشه به معنی قصور نمی‌باشد.

پس برای اعمال لفظ قصور پزشکی وجود سه شرط الزامی است:

(۱) پزشک وظیفه درمان یا مراقبت بیمار را به‌عهده گرفته باشد.

(۲) در انجام این وظیفه تخطی کرده باشد (ترک فعل لازم یا انجام فعل ممنوعه)

(۳) تخطی از این وظیفه سبب آسیب روانی یا جسمانی بیمار گردد.

این بیمار است که باید با ارایه مدرک محکم تحقق این سه شرط را اثبات نماید که در صورت اثبات طبق تبصره ب ماده ۲۹۵ در حکم شبه‌عمد خواهد بود.

مسئولیت پزشک در بخش درمان از هنگامی که پزشک نیت به اقدام درمانی می‌نماید آغاز شده و اقدام به درمان به‌صورت رایگان یا عقد قرارداد در مراکز درمانی دولتی یا خصوصی و یا آموزشی، در شرایط هوشیار با رضایت شخص و یا در شرایط بیهوشی و در وضعیت اورژانس هیچکدام رافع مسئولیت پزشک نمی‌باشد، مگر آنکه رضایت و برایت حاصل نموده باشد.

– ماده ۵۹ ق.م.ا: اعمال زیر جرم محسوب نمی‌شود:

(۱) اقدامات والدین و اولیای قانونی و سرپرستان صغار و محجورین که به منظور تادیب یا حفاظت آنها انجام شود مشروط به اینکه اقدامات مذکور در حد متعارف، تادیب و محافظت باشد.

(۲) هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود، در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.

(۳) حوادث ناشی از عملیات ورزشی مشروط بر اینکه سبب آن حوادث نقض مقررات مربوط به آن ورزش نباشد و این مقررات هم با موازین شرعی مخالفت نداشته باشد.

بخش نامه شماره ۱۷۳۳۸/۱۷۹ مورخ ۱۳۷۹/۱۰/۱۷ ریاست محترم قوه قضاییه، پیرو

بخش نامه شماره ۸۴۹۵/۱۷۶ مورخ ۱۳۷۶/۷/۲۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: از آنجا که مسایل پزشکی از امور فنی و مستلزم ارزیابی کارشناسانه و تخصصی می‌باشد و احضار مستقیم پزشکان مورد شکایت، از محل کار، مطب، بیمارستان و بالین مریض به پاسگاه‌ها یا

واحدهای انتظامی و قضایی، هم موجب تاخیر و تعلل در درمان‌های فوری و حساس یا وقفه در اعمال جراحی و اقدام‌های پزشکی خواهد بود که عوارض و آثار آن، متوجه بیماران کشور می‌گردد و هم عدم مراعات شان و حرمت و امنیت شغلی صاحبان حرفه‌های پزشکی و به‌ویژه پزشکان، موجب دل‌سردی آنان و ایجاد محدودیت در اعمال پزشکی و درمانی، مورد انتظار جامعه می‌گردد، از این رو اقتضا دارد مراجع قضایی، در رسیدگی به جرایم ناشی از حرفه‌های پزشکی، با توجه به ماده ۱۲۴ قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری مصوب ۱۳۷۸ ناظر به بند ۲ ماده ۵۹ ق.م.ا و در مقام تکمیل تحقیقات و بررسی‌ها و احراز رعایت موازین فنی، علمی و نظامات مقرر، در اعمال طبی و جراحی مشروع، مفاد ماده ۲۷ «قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۲۰ دی ماه ۱۳۷۴ و تبصره ۲ ماده مرقوم را مورد توجه قرار دهند.

– ماده ۲۷ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۴/۱۰/۲۰ : هیات‌های بدوی انتظامی نظام پزشکی هریک از شهرستان‌ها موظفند نظر مشورتی کارشناسی و تخصصی خود را نسبت به هریک از پرونده‌های مربوط به رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی در اختیار دادگاه‌های شهرستان مربوطه قرار دهند.

تبصره ۲ – دادگاه‌های جمهوری اسلامی ایران در هریک از شهرستان‌ها مجازند حداقل ۲۴ ساعت قبل از احضار و جلب هریک از صاحبان مشاغل پزشکی به دادگاه به خاطر رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی مراتب را به اطلاع هیات بدوی انتظامی نظام پزشکی شهرستان مربوطه برسانند.

درخصوص مسئولیت کیفری پزشک و قصور آن باید گفت پزشکان از نظر قانونی مسول خطاهای خود می‌باشند. بنابراین اگر غفلت و عدم مهارت و سهل‌انگاری آنان در درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی، باعث خسارت و ضرر به بیماران گردد باید به جبران آن بپردازند و از این رهگذر امکان دارد علاوه بر پرداخت جریمه نقدی یا خسارت مادی، محکومیت جزایی نیز پیدا کنند. (در قصور جنایی یا در موارد قصور منجر به فوت، ماده ۶۱۶ ق.م.ا و تبصره سه ماده ۲۹۵ ق.م.ا.)

– ماده ۶۱۶ ق.م.ا : در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود مسبب به حبس از

یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد مگر اینکه خطای محض باشد.

تبصره: مقررات این ماده شامل قتل غیر عمد در اثر تصادف رانندگی نمی‌گردد.

باتوجه به ماده قانونی ۶۱۶ و تبصره ماده ۳۳۶ ق.م.ا (تقصیر اعم است از بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی) انواع قصور را توضیح می‌دهیم.

انواع قصور:

(۱) **بی‌احتیاطی:** شخص بدون توجه به نتایج عملی که عرفاً قابل پیش‌بینی است اقدام به عملی نماید که منتهی به قتل یا صدمات بدنی یا ضرر بر او شود. بی‌احتیاط کسی است که بدون توجه به پیش‌بینی‌های لازم و متعارف اقدام به عملی می‌نماید که منجر به وقوع جرم می‌گردد. البته اموری که غیرقابل پیش‌بینی می‌باشد از شمول این تعریف خارج است و در ضمن ملاک بی‌احتیاطی عرف می‌باشد و در موضوعات تخصصی، عرف خبرگان و اهل فن و نظریه کارشناس معتبر خواهد بود مانند بی‌دقتی جراح در به جا ماندن گاز و وسایل جراحی در شکم بیمار و آسیب به ارگان‌های حیاتی در حین عمل جراحی.

(۲) **بی‌مبالاتی:** ترک فعلی است که از نظر علمی وقتی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود ولی در اثر غفلت انجام نمی‌یابد مانند عدم تدارک و تمهیدات لازم مثل آزمایش‌ها و گرافی‌ها و مشاورات لازم و اخذ شرح حال و معاینه دقیق قبل از عمل جراحی یا اقدام درمانی یا استریل نمودن وسایل که موجب سرایت بیماری به بیمار دیگر گردد، خودکشی فرد در بیمارستان که در نتیجه اهمال مستحفظین و پرستار رخ می‌دهد و ده‌ها مورد دیگر از مصادیق بارز بی‌مبالاتی است. بنابراین بی‌مبالاتی خطرناک‌تر از بی‌احتیاطی بوده و درواقع عکس بی‌احتیاطی است.

(۳) **عدم مهارت:** مهارت به معنای عام یعنی ورزیدگی کلی در هر کاری و تبحر کافی در اموری که انجام صحیح آن به اندازه لازم تبحر و ورزیدگی نیاز دارد.

- ماده ۷۲۵ ق.م.ا: هریک از مامورین دولت که متصدی تشخیص مهارت و دادن گواهی‌نامه هستند اگر به کسی که واجد شرایط رانندگی نبوده پروانه بدهند به حبس تعزیری از شش ماه تا یک سال و به پنج سال انفصال از خدمات دولتی محکوم خواهند شد و پروانه صادره نیز ابطال می‌گردد. باید دانست فرض بر این است که هر پزشکی در زمان فراغت از تحصیل اطلاعات به‌روز و

لازم را در زمان فراغت از تحصیل در رشته مربوطه داراست و عدم مهارت شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و حتی لازم برای انجام آن کار به خصوص را نداشته باشد و از تخصص لازم یا تجربه کافی یا احاطه علمی ضروری برای انجام اقدامات درمانی یا جراحی مورد نظر بهره‌مند نباشد. عدم مهارت به معنای عام بوده و شامل دو بعد مادی و معنوی می‌باشد.

عدم مهارت مادی: نداشتن چابکی و ورزیدگی و تمرین کافی در اموری است که حسن انجام آنها مستلزم داشتن توانایی خاص می‌باشد مانند رانندگی یا تیراندازی یا جراحی یا سایر اینها. کسی که با نداشتن این توانایی دست به امری بزند که موجب صدمه و آسیبی شود خطاکار محسوب می‌شود.

عدم مهارت معنوی: عدم مهارت معنوی در نادانی مطلق یا نسبی حرفه‌ای خلاصه می‌شود که مرتکب از این جهت خطاکار محسوب می‌شود که بدون معلومات و اطلاعات لازم اقدام به عملی می‌کند که موجب صدمه و ضرر به شخص دیگری می‌گردد مانند خطای جراحان و داروسازان بی‌تجربه در مشاغل مربوط به خود.

(۴) عدم رعایت نظامات دولتی: عدم توجه و عمل نکردن به قوانین، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، و نظمی که دولت برقرار کرده و منظور از آن رعایت نکردن هر دستوری است که ضمانت اجرا داشته باشد خواه به صورت قانون و خواه به صورت نظام‌نامه باشد و دو دسته است:

الف) نظام‌نامه عام که جنبه عمومی دارد و شامل همه افراد است.

ب) نظام‌نامه خاص که مربوط به صاحبان حرف مختلف تخصصی است که در مورد پزشکان شامل قوانین و مقررات و آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستورالعمل‌های مراکز علمی و درمانی است.

بنابراین هرگاه صاحبان مشاغل پزشکی خلاف قوانین و مطالب علمی پزشکی و دستورالعمل‌های مراکز علمی و درمانی عمل نمایند و باعث زیان‌های مادی یا عوارض روانی یا جسمانی بیماران گردند مرتکب خطا شده‌اند: نظیر عدم ارسال نسوج خارج شده بعد از عمل جراحی برای انجام آزمایش آسیب‌شناسی، عدم پذیرش بیمار اورژانس و اقدام به تاسیس کلینیک یا مطب بدون داشتن مجوزهای لازم.

براساس یک مطالعه: پزشکان قدیمی و با تجربه بیشتر مرتکب قصور از نوع بی‌مبالاتی و عدم رعایت نظامات دولتی می‌شوند در حالی که پزشکان جوان بیشتر به علت عدم مهارت و بی‌احتیاطی دچار قصور می‌گردند.

احراز مسئولیت کیفری پزشک:

برای احراز مسئولیت کیفری پزشک سه رکن اساسی باید وجود داشته باشد که در خصوص هر کدام توضیح داده می‌شود.

اول) تحقق خسارت یا ضرر: خسارت در این جا به هر نوع صدمه‌ای گفته می‌شود که به جسم یا مال یا شرف یا آبرو و عواطف انسانی وارد می‌گردد که در یک تقسیم بندی حقوقی از آنها به عنوان خسارت‌های جانی، مالی و معنوی تعبیر می‌شود (ماده ۳۱۹ ق.م.ا). نوع خسارت وارده به بیمار تعیین کننده مسئولیت کیفری پزشک است. هنگامی که خسارت تنها مالی باشد و یا بیمار مدعی خسارت معنوی باشد پزشک مسئولیت کیفری نخواهد داشت. اما جبران مالی بر عهده اوست. اما اگر خسارت وارده از نوع جانی باشد این امر می‌تواند منجر به مسئولیت کیفری پزشک شود. البته ممکن است بیمار یا ولی او علاوه بر خسارت جانی از جهت مالی یا معنوی هم متضرر شده باشد که مطابق قانون آیین دادرسی کیفری آنها می‌نوانند در ضمن شکایت از پزشک به جهت زیان جانی، جبران خسارت مالی وارده را هم از دادگاه درخواست نمایند (ماده ۹ قانون آیین دادرسی کیفری).

با توجه به ماده ۳۱۹ ق.م.ا خسارت جانی به دو صورت است:

(۱) نقص عضو

(۲) مرگ

بنا بر نظر پزشکی قانونی نقص عضو می‌تواند به سه شکل بروز نماید:

(۱) قطع عضو

(۲) از بین رفتن کارایی عضو

(۳) تغییر شکل عضو

با توجه به ماده ۳۶۷ ق.م.ا: هر جنایتی که بر عضو کسی وارد شود و شرعاً مقدار خاصی به عنوان دیه برای آن تعیین نشده باشد جانی باید ارزش آن را بپردازد که البته در مورد ضرر باید سه شرط باشد:

الف) ضرر باید مسلم باشد.

ب) ضرر باید مستقیم باشد.

ج) ضرر ناشی از لطمه به حق قانونی باشد.

دوم) فعل زیان بار (عمل): رکن مهم دیگر مسولیت کیفری پزشک وقوع یک فعل زیان بار از سوی پزشک است. تنها تفکر در اقدام پزشکی یا تصمیم گیری پزشک از نظر قانون مبنای مسولیت تلقی نمی شود. تا زمانی که عملی مادی از سوی پزشک صادر نشده که نتیجه زیان بار و خسارت زایی در پی داشته باشد مسولیت کیفری پزشک مطرح نخواهد شد اصل در اعمال زیان بار اعمال ایجابی است نه ترک فعل (عمل سلبی) اما به کارگیری وسیله معینی شرط نیست.

براساس قوانین ایران پزشک به طور طبیعی در مقابل آن دسته از اقدامات پزشکی که نتیجه زیان بار به همراه دارند مسول است. اما همین قانون گذار این حق را برای پزشک قایل شده تا بتواند نسبت به نتایج زیان باری که ممکن است به وجود آید پیش از اقدام، از بیمار یا ولی او برایت حاصل نماید. این برایت تا زمانی رافع مسولیت پزشک است که او در معالجه اش مطابق نظامات پزشکی مقصر شناخته نشود. بنابراین چنانچه پزشک به رغم اخذ برایت مرتکب تقصیر (یا قصور) شود به موجب ماده ۶۱۶ ق.م.ا (در صورت فوت بیمار) مستوجب حبس از یک تا سه سال و نیز پرداخت دیه در صورت مطالبه اولیای دم خواهد بود.

سوم) اثبات رابطه علیت: دادگاه برای مسول دانستن پزشک نمی تواند تنها به دلیل ایجاد صدمه و یا احراز خطای پزشکی حکم به محکومیت پزشک دهد مطابق اصول کلی حقوق جزا مقامات قضایی پس از احراز تقصیر پزشک از قبیل بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی باید بین خطای عامل و نتیجه و صدمه وارده رابطه علیت و معلولی بیابند تا بتوانند اقدام به صدور حکم نمایند. بدیهی است عدم اثبات رابطه میان سبب و نتیجه حاصله و نسبت داده شده به پزشک مانع مسولیت کیفری مدنی اوست زیرا فعل پزشک خواه جراحی باشد و خواه قطع عضوی از بیمار، اگرچه برای بیمار به خودی خود زیان بار تلقی می شود اما همواره دربردارنده تقصیر طبیب نیست، البته گاهی اسباب و علل متعددی در وقوع خسارت نقش دارند ولی ما باید عنوان مسولیت را بر علت اصلی و موثر قرار دهیم.

مصادیق ایجاد مسولیت کیفری پزشکان:

(۱) قتل و قتل از روی ترحم (اوتانازی) که در این خصوص ماده ۲۰۶ ق.م.ا مشخص می باشد، اگرچه در موارد دیگر طبق بند ب ماده ۲۹۵ ق.م.ا اقدام پزشکی در حکم شبه عمد می باشد ولی در

قتل از روی ترحم (اوتانازی) نیت مرگ فرد می‌باشد اگرچه برخی ماده ۲۶۸ ق.م.ا را مطرح می‌نمایند.

ماده ۲۶۸ ق.م.ا: چنانچه مجنی‌علیه^۱ قبل از مرگ جانی را از قصاص نفس عفو نماید حق قصاص ساقط می‌شود و اولیای دم نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه قصاص نمایند. ولی باید دانست قتل نفس و خودکشی مذموم می‌باشد و در این خصوص نمی‌توان به این ماده (۲۶۸) استناد نمود و طبق نظر علمای دین اوتانازی صحیح نمی‌باشد.

(۲) نقص عضو که دیه دارد. (ماده ۳۶۷ ق.م.ا)

(۳) سقط جنین (ماده ۶۲۴ ق.م.ا)

(۴) خودداری از کمک به مصدومان که در بند اول ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ آمده است که هرکس شخص یا اشخاصی را که در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران گردد و یا به وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید به حبس جنحه‌ای تا یک‌سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در ادامه آمده است: اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک موثری نماید به حبس جنحه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار تا یک‌صد هزار ریال محکوم خواهد شد و یا در موردی که خود مصدوم یا مجروح به مراکز درمانی رسانده می‌شود ولی مراکز مذکور به بهانه‌های مختلف از پذیرش چنین مصدومی خودداری می‌نمایند که ماده واحده فوق پیش‌بینی می‌نماید: مسولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب دیده و اقدام به درمان او یا کمک های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند.

(۵) افشای سر که در ماده ۶۴۸ ق.م.ا آمده است.

ماده ۶۴۸ ق.م.ا: اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا

۱. کسی که بر او جنایت وارد شده است.

حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

اسراری که پزشکان نه به عنوان پزشک بلکه به عنوان دوست یا همکار ممکن است به دست آورده باشند مشمول این ماده نمی‌شود. البته گاهی قانون‌گذار به طور صحیح یا به طور ضمنی افشای سر را جایز و یا گاه لازم شمرده است مثل افشای امراض آمیزشی یا واگیردار، افشای سر با رضایت صاحب راز و گزارش محرمانه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

(۶) صدور گواهی خلاف: (ماده ۵۳۹ ق.ا.م.)

(۷) فریب بیماران: در این مورد یا شامل کلاهبرداری است و یا قوانین خاص از جمله ماده ۵ مربوط به مقررات پزشکی که مقرر می‌دارد هیچ یک از موسسات پزشکی و دارویی حق انتشار آگهی تبلیغاتی که موجب گمراهی بیماران یا مراجعان شود را ندارند و همچنین از عناوین مجهول و خلاف حقیقت روی تابلو و سرنسخته و... نام برده است و برای آنها مجازات تعیین کرده است.

(۸) تخلف از قوانین و مقررات پزشکی و دارویی شامل جرایمی است که در قانون مربوط به امور مقررات پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن و قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام می‌شود که شامل ۲۰ ماده است.

شرایط عدم مسولیت در امور پزشکی:

(۱) اجازه قانون‌گذار: در این خصوص بند دوم ماده ۵۹ ق.ا.م. و همچنین ماده سه قانون راجع به مقررات پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ به طور صریح داشتن پروانه رسمی را برای اشتغال حرف پزشکی لازم می‌داند و اشتغال به این حرف را بدون داشتن آن مستوجب مجازات خاص دانسته است که البته این ماده در سال ۱۳۷۴ اصلاح و مواردی به آن اضافه شد و همچنین ماده یک قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام که ایجاد موسسات پزشکی غیرمجاز توسط اشخاص فاقد صلاحیت از نظر تخصصی را جرم جداگانه و خاص دانسته بدیهی است اقدام به اعمال پزشکی بدون چنین مدرکی جرم است و مرتکب مسول تمام خسارات وارده است.

(۲) قصد مشروع: اقدام‌های پزشکی باید به قصد درمان باشد نه چیز دیگر مثل کسب تجربه، تجارت و یا آزمایش‌های علمی که این مورد گرچه در قانون مستقیم بیان نگردیده اما از سیاق ماده و کلماتی چون «هر نوع علمیات جراحی طبی و مشروع» و «رضایت شخص» می‌توان این را دریافت.

(۳) مشروع بودن اعمال پزشکی که در مقابل اعمال غیرمشروع است به طور مثال سقط جنین به صورت غیرقانونی که حتی در صورت رضایت پزشک و ذینفع باز هم جرم است و ماده ۶۲۴ ق.م.ا به این موضوع پرداخته است.

(۴) رعایت موازین پزشکی: رعایت استاندارد پزشکی به‌طور کلی این گونه تعریف می‌شود که اقداماتی است که از یک پزشک موجه در آن شرایط خاص پیش بینی می‌گردد ولی ذکر این نکته الزامی است که هیچ‌گاه دو پرونده قصور پزشکی یکسان نمی‌باشد و اظهارنظر و صدور رای باید با عنایت به شرایط خاص هر مورد صورت پذیرد و اظهار نظر در مورد اینکه یک پزشک دیگر اگر در شرایط مشابه قرار می‌گرفت چگونه عمل می‌کرد باید توسط متخصصان شناخته شده همان رشته تخصصی صورت گیرد.

(۵) رضایت بیمار: پزشک می‌باید رضایت بیمار یا ولی یا سرپرست یا نماینده قانونی بیمار را جلب نماید و در غیر این صورت حق اقدام به طبابت را ندارد مگر در موارد فوریت‌های پزشکی که اخذ رضایت امکان‌پذیر نیست. به‌طور معمول پزشکان و جراحان قبل از عمل جراحی رضایت‌نامه کتبی جهت امضا در اختیار بیمار می‌گذارند که در این مورد پزشک باید در محدوده رضایت بیمار و نه در خارج از آن اقدام نماید. پزشک می‌تواند قبل از عمل، رضایت بیمار را نسبت به موارد احتمالی کسب کند البته اگر پزشک با کلمات و رفتار خود، بیمار را فریب دهد در صورت ورود خسارت مسؤل است. چرا که او بیمار را مغرور ساخته است. بنابراین عوارض جانبی تنها هنگامی قصور بحساب می‌آیند که یا ناشی از کوتاهی پزشک بوده و یا اینکه قابل پیش بینی بوده و در خصوص آن از بیمار رضایت آگاهانه اخذ نشده باشد.

(۶) اخذ برای: ماده ۶۰ ق.م.ا و ماده ۳۲۲ ق.م.ا نیز مطالبی بیان می‌دارد.

علل شکایت از پزشکان:

با توجه به بررسی‌های به‌عمل آمده می‌توان مهمترین علل شکایت از پزشکان را به‌صورت ذیل

طبقه بندی نمود:

الف) عدم رعایت استاندارد طبی که شامل:

(۱) شرح حال ناقص و ناکافی

(۲) معاینه ناقص و با عجله

(۳) عدم مهارت

(۴) انجام ندادن مشاوره‌های لازم با سایر همکاران بویژه متخصصین رشته‌های دیگر

(۵) عدم ارجاع بیمار به پزشک ارشد یا متخصص دیگر در صورت لزوم

(۶) عدم تناسب دستورات پزشکی با وضعیت فعلی بیمار و عدم ثبت گزارش پزشکی

(۷) اشکال در پیگیری بیمار، پزشک باید به‌خوبی بیمار را از جهت اینکه عدم پیگیری او می‌تواند در روند درمانی اختلال ایجاد نماید توجیه کند.

(۸) اشکال در تشخیص: عدم تشخیص یک بیماری به‌دنبال ارزیابی دقیق شکایات بیمار، گرفتن شرح حال اولیه کامل و انجام یک معاینه بالینی دقیق و آزمایش‌های پاراکلینیکی لازم قصور محسوب نمی‌گردد.

(۹) عدم بازگ کردن حقایق به بیمار در صورتی که سبب تشدید بیماری او نگردد.

ب) توجه نکردن به وضعیت مالی و اقتصادی بیماران و مراجعان به‌ویژه در بخش خصوصی که می‌بایست اطلاعات کافی در این خصوص به بیمار و همراهان وی داد.

پ) به‌کارگیری افرادی که صلاحیت لازم را ندارند (به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت‌های علمی و اخلاقی در تیم‌های پزشکی).

ت) عدم مطالعه مستمر: بسیاری از روش‌های درمان به مرور زمان با پیشرفت علمی تغییر می‌یابند که می‌تواند باعث وارد شدن اعتراض در به‌کارگیری روش‌های قدیمی شود.

ث) برخورد نامناسب پزشک و کادر درمان با مراجعان: پزشک و کادر پزشکی موظفند در مورد بیماری و پیش‌آگهی آن توضیحات لازم را به بیمار و همراهان با گشاده‌رویی دهند و بدانند رفتار تند در پاسخ‌گویی می‌تواند زمینه ساز ایجاد شکایت گردد.

ج) عدم اطلاع مراجعان و بیماران و همراهان آنان: بسیاری از مواقع به‌علت ندانستن واقعیت‌ها یا

باور غلط ممکن است شکایتی در مراجع از سوی بیماران یا اطرافیان صورت گیرد.

چ) تحریک سایر همکاران: فارغ التحصیلی تعداد زیاد پزشک و نیز اتخاذ روش‌های مختلف غیراخلاقی جهت جذب بیمار، که امکان دارد باعث تحریک بیمار توسط سایر همکاران پزشک گردد.

ح) وضعیت روانی و اعتقادات مراجعان و بیماران، یعنی با وجود تمام تلاش‌های انجام شده توسط پزشک، همراهان تصور می‌کنند که کاری برای وی صورت نگرفته است. به‌خصوص که بیمار یا فرد فوت شده مورد توجه بسیار یکی از بازماندگان بوده است.

خ) فاکتور زمان: در تعطیلات پایان هفته یا ایام نوروز و از این قبیل به‌علت اینکه اکثر افراد درجه اول وظایف خود را به جانشین خود واگذار می‌نمایند و همچنین در واحدهای درمانی که شمار مراجعان بیشتر از ظرفیت پذیرش دارند احتمال قصور پزشکی و طرح شکایت بیشتر است.

د) قصور جنایی: به‌عنوان مثال به‌علت بی‌احتیاطی واضح پزشک بیمار فوت می‌نماید مثل سقط جنین، تجربه فوت جنین و مادر را موجب می‌شود.

یکی از مشکلاتی که اکثر همکاران پزشک وسامانه‌های بیمارستانی با آن روبرو می‌باشند مرگ‌های حین اعمال جراحی می‌باشد که به‌صورت مختصر دیدگاه‌های پزشکی قانونی را راجع به آن بیان می‌نماییم.

فصل چهارم:

جرم های پزشکی و صلاحیت دادگاه ها

جرم‌های پزشکی و صلاحیت دادگاه‌ها

بر طبق تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام در زمینه تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی در مورخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ در حله‌ی نخست صلاحیت رسیدگی و اتخاذ تصمیم در زمینه جرایم پزشکی را در اختیار دولت و سپس در صلاحیت دادرها و دادگاه‌های انقلاب اسلامی قرار داد.

در حال حاضر برخی از جرایم پزشکی و دارویی به ویژه قصور و سهل‌انگاری پزشکان و تخلف از قوانین و مقررات صاحبان حرف پزشکی و دارویی در دادگاه‌های عمومی مورد رسیدگی قرار می‌گیرد و صلاحیت رسیدگی به پاره‌ای از این جرایم با دادگاه‌های انقلاب اسلامی است و بخش عمده‌ای از آن در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی می‌باشد. هم‌چنین پاره‌ای از جرایم پزشکی و دارویی تخلف انتظامی بوده که صلاحیت رسیدگی به این گونه تخلفات هیات‌های بدوی و عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی می‌باشد.

موارد در صلاحیت دادگاه‌های انقلاب اسلامی

طبق مواد قانونی مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و موارد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۲۹ خرداد ۱۳۳۴ و اصلاحیه‌های بعدی ماده ۳ مورخ ۱۳۷۴/۱/۲۹ قانون یاد شده طبق تبصره ۶ آن در صلاحیت دادگاه‌های انقلاب اسلامی است.

۱. تاسیس مراکز پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، آزمایشگاه، پلی‌کلینیک، موسسات فیزیوتراپی، الکتروفیزیوتراپی، هیدروتراپی، لابراتوار، کارخانه داروسازی، درمانگاه، بخش تزریقات و پانسمان و.... و به هر نام و عنوان بدون اخذ پروانه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲. اشتغال به امور مذکور بدون اخذ پروانه

۳. دخالت در امور پزشکی و دارویی

۴. واردات و صادرات و خرید و فروش دارو بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت
۵. خرید و فروش غیرمجاز دارو و ملزومات پزشکی
۶. خودداری از ارائه خدمات پزشکی
۷. اخلال در نظام توزیع دارویی کشور
۸. ورود و عرضه و فروش فرآورده‌های تقویتی، تحریک‌کننده، ویتامین‌ها و غیره بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت
۹. واگذاری و اداره موسسه پزشکی به غیر بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت.
۱۰. واردات و صادرات و خرید و فروش داروهای دامی بدون اخذ مجوز و پروانه قانونی از سازمان دامپزشکی.
- جرم محسوب و مرتکبین این گونه جرایم به مجازات‌های مقرر در ماده سه قانون مذکور محکوم می‌شوند.

موارد در صلاحیت دادگاه‌های عمومی

مهمترین این جرایم شامل:

۱. اداره موسسه پزشکی و دارویی در غیاب مسول فنی
۲. واگذاری اداره موسسه پزشکی و دارویی به افراد فاقد صلاحیت
۳. انتشار آگهی تبلیغاتی به منظور گمراهی بیماران
۴. انتشار آگهی تبلیغاتی بر خلاف اصول فنی و شون پزشکی و عفت عمومی
۵. استفاده از عناوین مجعول و خلاف حقیقت روی تابلو و سرنسخه
۶. وعده فریبنده به بیماران
۷. دخل و تصرف و تغییر در نسخه پزشک
۸. دخالت داروسازان در امور مختص به طبابت
۹. تبدیل تاریخ استعمال دارو
۱۰. تغییر قیمت دارو
۱۱. تصدی آزمایشگاه تشخیص طبی بدون اخذ مجوز و تایید صلاحیت متصدی از سوی وزارت بهداشت

۱۲. انجام آزمایش دیگری غیر از رشته مقرر در پروانه آزمایشگاه
 ۱۳. تصدی مسئولیت بیش از یک آزمایشگاه
 ۱۴. خرید و فروش خون و دیگر محصولات که عناصر اصلی آن میکروب، سرم یا خون است بدون اخذ اجازه مخصوص از وزارت بهداشت
 ۱۵. تخلف از مقررات قانون طبابت اتباع بیگانه توسط پزشکان بیگانه
 ۱۶. اشتغال به کار آزاد پزشکی در تهران و مراکز استانها برای پزشکان خارجی
 ۱۷. دخالت پزشکان خارجی در امور سیاسی
 ۱۸. ورود هر نوع سرم، واکسن و مواد غذایی شیرخواران و داروهای اختصاصی و آنتی‌بیوتیک بدون اخذ پروانه
 ۱۹. تهیه مواد دارویی و تقلبی
 ۲۰. عرضه و فروش داروی تاریخ مصرف گذشته
- رسیدگی به این جرایم و دیگر جرایم مصرح در قانون مذکور و اصلاحیه سال ۱۳۶۷ و نیز شکایات مردم از پزشکان و صاحبان حرف پزشکی دایر بر قصور و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی، در حیطه صلاحیت دادگاه‌های عمومی است.

موارد در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی

مهمترین جرایم طبق مصوبه سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام قابل رسیدگی در سازمان تعزیرات حکومتی شامل:

۱. ایجاد موسسه پزشکی غیرمجاز توسط اشخاص فاقد صلاحیت
۲. ایجاد موسسه پزشکی توسط افراد متخصص بدون اخذ پروانه
۳. خودداری بیمارستان‌ها از پذیرش و ارایه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس
۴. ایجاد و ارایه خدمات مازاد بر احتیاج به منظور سودجویی
۵. دخل و تصرف در صورت حساب و دریافت اضافه از نرخ‌های اعلام شده
۶. به‌کارگیری متخصصین و صاحبان حرف پزشکی و پیراپزشکی فاقد مجوز قانونی کار
۷. اشتغال به کار صاحبان حرف پزشکی و پیراپزشکی در محل غیرمجاز
۸. به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه‌ای در موسسات پزشکی

۹. ترک موسسه پزشکی توسط مسول فنی در ساعات مقرر
۱۰. تعطیل غیرموجه مطب و یا موسسه پزشکی بدون اطلاع نظام پزشکی
۱۱. نپذیرفتن بیماران بیمه
۱۲. ورود و عرضه دارو بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت
۱۳. تاسیس داروخانه بدون اخذ پروانه
۱۴. اداره داروخانه بدون حضور مسول فنی
۱۵. عدم حضور مسول فنی داروخانه در ساعات مقرر
۱۶. تهیه و تدارک دارو از منابع غیرمجاز
۱۷. ارایه دارو بدون نسخه پزشک
۱۸. افزایش نرخ رسمی دارو و گرانفروشی
۱۹. عدم درج قیمت دارو در نسخه پزشک
۲۰. نگهداری و عرضه و فروش داروهای تاریخ مصرف گذشته
۲۱. عرضه و فروش اقلام غیرمتعارف در داروخانه
۲۲. خودداری از عرضه دارو
۲۳. خودداری داروخانه از ارایه خدمات در ساعات مقرر قانونی
۲۴. عرضه خارج از شبکه ملزومات پزشکی
۲۵. عرضه خارج از شبکه قانونی شیرخشک
۲۶. افزایش نرخ رسمی ملزومات پزشکی.

فصل پنجم:

دیوارش

دیه:

دیه که گاهی به آن عقال هم گفته می‌شود مالی است که به سبب جنایت بر نفس یا عضو به مجنی‌علیه یا به ولی یا به اولیا دم او داده می‌شود (ماده ۲۹۴ ق.م.ا). پس دیه در صورتی است که شرایط اجرای قصاص را نداشته یا قصاص مقدور نباشد و یا ولی دم و مجنی‌علیه به قصاص رضایت ندهند. باید آگاه بود که دیه نوعی مجازات است ولی با مجازات‌های دیگر مانند زندان و تازیانه تفاوت دارد و آن این است که در زندان و تازیانه و جزای نقدی تعلیق و تخفیف راه دارد ولی در دیه این‌گونه نیست بلکه دیه جزو حدود الهی بوده که قابلیت تخفیف و تعلیق را ندارد و ثابت و معین و تغییرناپذیر است و حتی اگر جانی مالی نداشته باشد و یا دیه را ندهد و خویشاوندان او هم مالی نداشته باشند دیه از بیت‌المال پرداخت می‌شود و یا رضایت مجنی‌علیه باید جلب گردد، بنابراین هر جنایتی که بر بدن انسان وارد شود و جای قصاص نباشد و یا استیفای^۱ قصاص ممکن نباشد یا مجنی‌علیه و یا اولیای دم به قصاص رضایت ندهند و طالب دیه باشند، دیه باید پرداخت گردد.

ارش: در دستورهای شرعی پیرامون دیه، دو نوع دیه مورد نظر است:

(۱) **دیه مقدار:** یعنی خداوند عالم برای هریک از اعضا و منافع آن دیه تعیین نموده که کم یا زیاد نشده و باید همان مقدار پرداخت شود، مانند دیه یک دست.

(۲) **دیه غیر مقدار یا ارش:** یعنی هر جنایتی که دیه مقدار و معین برای آن در نظر گرفته نشده جانی باید ارش بپردازد. هر جایی که ارش (یا حکومت که هر دو در اصطلاح یکی است) طرح شده معنایش این است که انسان را به بنده صحیح و سالم و بدون مجروحیت فرض و قیمت کامل او را تعیین و دوباره این فرد را که مجروح شده با این مجروحیت قیمت دیگری برای او

۱. تمامی حق را گرفتن

تغیین می‌کنیم و در حقیقت ارش ما به التفاوت بین دو قیمت می‌باشد.

- ماده ۲۹۵ ق.م.ا: در موارد ذیل دیه پرداخت می‌شود:

الف- قتل یا جرح یا نقص عضو که به طور خطای محض واقع می‌شود و آن در صورتی است که جانی نه قصد جنایت نسبت به مجنی علیه را داشته باشد و نه قصد فعل واقع شده بر او را مانند آنکه تیری را به قصد شکاری رها کند و به شخصی برخورد نماید.

ب- قتل یا جرح یا نقص عضو که به طور خطای شبه عمد واقع می‌شود و آن در صورتی است که جانی قصد فعلی را که نوعاً^۱ سبب جنایت نمی‌شود داشته باشد و قصد جنایت را نسبت به مجنی علیه نداشته باشد. مانند آنکه کسی را به قصد تادیب به نحوی که نوعاً سبب جنایت نمی‌شود بزند و اتفاقاً موجب جنایت گردد یا طبیعی مباشرتاً بیماری را به طور متعارف معالجه کند و اتفاقاً سبب جنایت بر او شود.

ج- مواردی از جنایت عمدی که قصاص در آنها جایز نیست.

تبصره یک: جنایت‌های عمدی و شبه‌عمدی دیوانه و نابالغ به منزله خطای محض است.

تبصره ۲: در صورتی که شخصی کسی را به اعتقاد قصاص یا به اعتقاد مهدورالدم بودن بکشد و این امر بر دادگاه ثابت شود و بعداً معلوم گردد که مجنی علیه مورد قصاص و یا مهدورالدم نبوده است قتل به منزله خطای شبه‌عمد است و اگر ادعای خود را در مورد مهدورالدم بودن مقتول به اثبات برساند قصاص و دیه از او ساقط است.

تبصره ۳: هرگاه بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری، قتل یا ضرب یا جرح واقع شود به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد قتل و یا ضرب و یا جرح در حکم شبه‌عمد خواهد بود.

- ماده ۲۰۴ ق.م.ا: قتل نفس بر سه نوع است: عمد، شبه‌عمد، خطا.

الف) جرم عمدی: با سونیت، قصد فعل و قصد جرم دارد که مجازات آن قصاص است.

ب) جرم غیر عمد: بدون سونیت ولی همراه با تقصیر حرفه‌ای است. قصد فعل وجود دارد ولی قصد جرم ندارد که مجازات آن پرداخت دیه است.

۱. به طور معمول

(ج) **خطای محض**: بدون سونیت و بدون تقصیر، نه قصد فعل و نه قصد جرم دارد. مجازات آن نیز پرداخت دیه می‌باشد.

– ماده ۲۰۶ ق.م.ا: قتل در موارد ذیل عمد می‌باشد:

(الف) مواردی که قاتل با انجام کاری قصد کشتن شخص معین یا فرد یا افرادی غیر معین از یک جمع را دارد خواه آن کار نوعاً کشنده باشد خواه نباشد ولی در عمل سبب قتل شود.

(ب) مواردی که قاتل عمداً کاری انجام دهد که نوعاً کشنده باشد هرچند قصد کشتن شخص را نداشته باشد.

(ج) مواردی که قاتل قصد کشتن را ندارد و کاری را که انجام می‌دهد نوعاً کشنده نیست ولی نسبت به طرف بر اثر بیماری و یا پیری یا ناتوانی یا کودکی و امثال آنها نوعاً کشنده باشد و قاتل نیز به آن آگاه باشد.

– ماده ۲۹۷ ق.م.ا: دیه قتل مرد مسلمان یکی از امور شش‌گانه ذیل است که قاتل در انتخاب هریک از آنها مخیر می‌باشد و تلفیق آنها جایز نیست:

(۱) یک‌صد شتر سالم و بدون عیب که خیلی لاغر نباشند.

(۲) دویست گاو سالم و بدون عیب که خیلی لاغر نباشند.

(۳) یک‌هزار گوسفند سالم و بدون عیب که خیلی لاغر نباشند.

(۴) دویست دست لباس سالم از حله‌های یمن.

(۵) یک‌هزار دینار مسکوک و غیر مغشوش که هر دینار یک مثقال شرعی طلا به وزن ۱۸ نخود است.

(۶) ده‌هزار درهم مسکوک سالم و غیر مغشوش که هر درهم به وزن ۱۲/۶ نخود نقره می‌باشد.

تبصره – قیمت هریک از امور شش‌گانه در صورت تراضی طرفین و یا تعذر همه آنها پرداخت می‌شود.

نظریه ۲۵۸۶-۷/۵/۱۳۷۶.ح.ق (اداره کل حقوقی و تدوین قوانین قوه قضاییه): شرکت بیمه معادل ارزش ریالی آن چیزی را پرداخت می‌کند که در قرارداد بیمه قید شده ولی جانی باید قیمت روز را پرداخت نماید.

نظریه ۲۳۹۹-۷/۴/۱۳۷۸: رجوع به قیمت در صورتی است که طرفین تراضی نموده باشند. در این صورت آنچه مورد توافق قرار گرفته است در مقام اجرا وصول می‌شود. در غیر این صورت

قیمت سوقیه^۱ روز پرداخت باید تادیه شود. چنانچه قیمت دیه در زمان پیش پرداخت بابت قسمتی از دیه پرداخت شده مورد توافق اولیای دم (یا مجنی علیه) و جانی قرار گرفته، همان توافق معتبر است و بر همان اساس وجه پرداختی محاسبه می گردد و براساس همان توافق اولیه مابقی دیه پرداخت می شود. اما چنانچه توافقی در بین نباشد و صرفاً وجهی بابت دیه پرداخت شده باشد باید قیمت سوقیه روز پرداخت احتساب و پرداخت گردد.

– ماده ۲۹۹ ق.م.ا: دیه قتل در صورتی که صدمه و فوت هر دو در یکی از چهار ماه حرام (رجب، ذیقعد، ذیحجه، محرم) و یا در حرم مکه معظمه واقع شود علاوه بر یکی از موارد شش گانه در ماده ۲۹۷ به عنوان تشدید مجازات باید یک سوم هر نوعی که انتخاب کرده است اضافه شود و سایر امکنه^۲ و ازمنه^۳ هر چند متبرک باشند دارای این حکم نیستند.

– ماده ۳۰۰ ق.م.ا: دیه قتل زن مسلمان خواه عمدی خواه غیر عمدی نصف دیه مرد مسلمان است.

– ماده ۳۰۱ ق.م.ا: دیه زن و مرد مسلمان یکسان است تا وقتی که مقدار دیه به ثلث دیه کامل برسد در آن صورت دیه زن نصف دیه مرد است.

– ماده ۳۰۲ ق.م.ا: مهلت پرداخت دیه در موارد مختلف از زمان وقوع قتل به ترتیب زیر است:

الف) دیه قتل عمد باید در ظرف یک سال پرداخت شود.

ب) دیه قتل شبه عمد در ظرف دو سال پرداخت می شود.

ج) دیه قتل خطای محض در ظرف سه سال پرداخت می شود.

تبصره ۱- تاخیر از این مهلت ها بدون تراضی طرفین جایز نیست.

تبصره ۲- دیه قتل جنین و نیز دیه نقص عضو یا جرح به ترتیب فوق پرداخت می شود.

– ماده ۳۰۳ ق.م.ا: اگر قاتل در شبه عمد در مدت معین قادر به پرداخت نباشد به او مهلت مناسب داده می شود.

– ماده ۳۰۴ ق.م.ا: در قتل عمد و شبه عمد مسؤل پرداخت دیه قتل خود قاتل است.

۱. بازاری

۲. محل ها و مکان ها

۳. اوقات و زمان ها

فصل ششم:

رضایت و برایت

رضایت به درمان:

نظریه رضایت به این معنی است که هر فرد عاقل و بالغ حق دارد در مورد روش درمان توصیه شده یا ضروری برای او تصمیم بگیرد. و بدون گرفتن رضایت، چنین عملی ضرب و جرح و جرم محسوب می‌شود، به همین علت قانون‌گذار صریح به گرفتن رضایت از بیمار یا اولیای قانونی وی در درمان‌های جراحی و طبی اشاره کرده و وجود چنین رضایتی را به جز در موارد ضروری و فوری لازم دانسته است.

رضایت بیمار یکی از شرایط اساسی در سقوط مسئولیت پزشکی است، گرچه در نظام حقوقی ما به پیروی از فقه امامیه، تعهد به نتیجه در درمان‌های جراحی و طبی، بیانگر ماهیت تعهد پزشک و اساس نظریه مسئولیت پزشکی می‌باشد و گرفتن رضایت از بیمار برای مشروعیت اعمال پزشکی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی پایان راه و از علل تامة سقوط مسئولیت پزشکی نمی‌باشند، چراکه فقهای امامیه، پزشک را مسؤل جبران خسارات مالی و جانی وارده به بیمار دانسته و اعتقاد دارند که پزشک ضامن جبران خسارات وارده بوده حتی اگر سبب تقصیری هم نشده باشد مگر آنکه قبل از شروع درمان از بیمار یا اولیا وی برایت حاصل نموده باشد.

مفهوم رضایت

رضایت در لغت به معنی اجازه، رخصت، خشنودی، تسلیم شدن، موافقت و خرسندی است و رضایت بیمار یا مجنی‌علیه^۱ یعنی تمایل قلبی و موافقت مجنی‌علیه به اینکه تعرضی بر خلاف قانون علیه حقوق و آزادی‌های او انجام گیرد.

۱. کسی که جنایت بر او وارد شده است.

- ماده ۳۱۹ ق.م.ا: هرگاه طبیبی گرچه حاذق و متخصص باشد در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هرچند با اذن یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است.

- ماده ۳۲۲ ق.م.ا: هرگاه طبیب یا بیطار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برائت حاصل نماید، عهده‌دار خسارت پدید آمده نخواهد بود.

ویژگی‌های رضایت و استثنای آن:

علاوه بر شرایط مقرر قانونی شامل مشروعیت اعمال پزشکی، رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی و برایت طبیب که از شرایط سقوط مسولیت پزشکی است به طور کلی بدون رضایت بیمار یا نمایندگان قانونی وی هیچ پزشکی حق تصرف در جسم و روان بیمار را ندارد مگر در موارد استثنایی که گرفتن رضایت از بیمار امکان نداشته باشد.

باید دانست که صرف امضای فرم رضایت‌نامه تامین‌کننده نظر قانون‌گذار نمی‌باشد. با تحولی که در اخلاق پزشکی پدید آمده روشن است که تنها امضای فرم رضایت‌نامه توسط بیمار بدون ارایه اطلاعات و آگاهی‌های لازم در زمینه درمان نمی‌تواند تامین‌کننده حقوق بیماران باشد. پس رضایت‌نامه‌ای از نظر قانونی معتبر است که دارای اوصاف و شرایط ذیل باشد:

الف- رضایت باید آزادانه باشد. در نتیجه رضایتی که تحت تاثیر اکراه و اجبار و فریب و نیرنگ و... گرفته شود هیچ گونه اثر قانونی ندارد.

ب- رضایت باید آگاهانه باشد.

ج) رضایت‌دهنده باید عاقل و بالغ و دارای اهلیت^۱ قانونی باشد بنابراین رضایت صغیر و مجنون و مست فاقد ارزش قانونی است.

د) رضایت بیمار باید قبل از اقدام درمانی یا هم‌زمان با آن ابراز شود بنابراین رضایت گرفته شده پس از درمان تاثیر کامل در توجیه درمان نداشته و تنها می‌تواند باعث تخفیف مجازات یا بازدارنده اجرای حکم باشد.

۱. لیاقت، سزاواری.

گفتار اول = ویژگی‌های رضایت:

بخش اول: اهلیت بیمار:

یعنی کسی برای وارد شدن حق و تحمل تکلیف و اعمال حقوق قانونی خود صلاحیت دارد که مجنون، سفیه یا صغیر نباشد و در این جا منظور از اهلیت، اهلیت استیفا می‌باشد به این معنی که شخص شایستگی حقوق مدنی خود را داراست و به موجب ماده ۲۱۱ قانون مدنی شروط اصلی اهلیت بلوغ، عاقل بودن و رشید بودن می‌باشد.

بلوغ: بالغ کسی است که شرایط جسمی و عقلی برای تشخیص خوب و بد کفایت می‌کند که سن بلوغ در پسر ۱۵ سال تمام قمری و در دختر ۹ سال تمام قمری است.
عقل: عاقل کسی است که رفتار او مطابق با رفتار متعارف است. کسی که عاقل نیست مجنون نام دارد.

رشید: رشید کسی است که توانایی تشخیص سود و زیان در امور مالی را دارد. کسی که رشید نیست سفیه نامیده می‌شود.

به طور کلی کسی که اهلیت استیفا ندارد مثل مجنون، سفیه، غیربالغ، محجور نامیده می‌شود. محجورین خود امکان اجرای حق و تکلیف را ندارند بنابراین حقوق و تکالیف آنها از طریق سرپرست اجرا می‌شود.^۱

ماده ۱۲۸۰ قانون مدنی: «هیچ‌کس را نمی‌توان بعد از رسیدن به سن بلوغ به عنوان جنون یا عدم رشد محجور نمود، مگر آنکه عدم رشد یا جنون او نزد دادگاه ثابت شده باشد.»

بخش دوم: رضایت کودکان

قبل از ارایه مراقبت‌ها و درمان‌های طبی رضایت والدین صغیر یا قیم او لازم است مگر در موارد اورژانس که نمی‌توان رضایت آنها را کسب نمود یا تاخیر برای بدست آوردن رضایت والدین یا قیم سلامت یا حیات صغیر را مورد تهدید قرار می‌دهد.

۱. [ماده ۱۲۰۹ قانون مدنی قبل از اصلاحات سال ۱۳۶۱ مجلس شورای اسلامی: «هر کسی که دارای هجده سال تمام نباشد، در حکم غیررشید است»].

در نظام حقوق انگلستان سن بلوغ را ۱۶ سال و در آمریکا ۱۸ سال تمام در نظر می‌گیرند. در نظام حقوقی ایران، به تبعیت از نظریات فقهی شیعه، سن بلوغ پسران ۱۵ سال تمام قمری و برای دختران ۹ سال تمام قمری است و ملاک مشخصی برای سن رشد و اهلیت استیفا وجود ندارد.

طبق تبصره ۱ ماده ۴۹ ق.م.ا: منظور از طفل کسی است که به حد بلوغ شرعی نرسیده باشد. در محاکم ایران در امور مالی و بهره‌مندی از سایر حقوق، تنها سن بلوغ شرعی را ملاک عمل ندانسته و در صورتی که فرد کمتر از ۱۸ سال باشد برای تصرف در امور مالی خود بایست از دادگاه حکم رشد دریافت نماید، در غیر این صورت والدین یا افرادی که سرپرستی آنها را عهده‌دار هستند می‌بایست رضایت خود را اعلام کنند.

قانون‌گذار ایران تصرف فرد بالغ در اموال و حقوق مالی خود را منوط به احراز رشد او می‌داند اما در خصوص تصمیم‌هایی که می‌خواهد نسبت به جسم و جان خود بگیرد سن بلوغ شرعی را کافی می‌داند و این امر با توجه به آثار و عواقب موضوع و اهمیتی که برخی اعمال جراحی و طبی دارند محل درنگ است و در این گونه موارد ضروری است که اظهار نظر ولی یا قیم شرط اجازه عمل پزشک قرار گیرد یا رضایت آنها به رضایت صغیر یا غیر رشید پیوست گردد آن‌گونه که در برخی کشورها رایج است.

بخش سوم: رضایت دیگران:

افراد دیگر مانند مجنون‌ها یا کسانی که بی‌هوش هستند و یا فراموشی به آنها دست می‌دهد و توان تمیز ندارند، رضایت آنها فاقد ارزش و اعتبار قانونی است و پزشک باید قبل از درمان و معالجه این گونه بیماران نیز، رضایت ولی یا قیم آنها را کسب نماید. هم چنین رضایت زن و شوهر دارای نکات مهمی است که لازم است مورد توجه قرار گیرد.

۱- بیماران روانی: رضایت مجانین نیز همانند افراد غیررشید و صغار فاقد نتایج حقوقی است، لذا طبق ماده ۵۹ ق.م.ا انجام اعمال جراحی و یا درمان طبی نسبت به آنان را موکول به گرفتن رضایت از اولیای قانونی آنها نموده است، مگر موارد فوری که گرفتن رضایت ضروری نیست.

۲- رضایت همسر: در نظام حقوقی ایران، هیچ فردی را نمی‌توان محجور نمود مگر به موجب قانون، طبیعی است که رابطه زوجیت به معنی قیمومیت یکی بر دیگری نیست و زوجین در حدود مقرر شرعی و قانونی، همانند قبل از ازدواج، دارای اختیار و آزادی اراده‌اند. اما در آن دسته از

اعمال جراحی و طبی که در زندگی زناشویی موثر و یا حقوقی برای طرفین وجود دارد، آزادی اراده زن و شوهر محدود شده و علاوه بر رضایت فرد مورد درمان، رضایت همسر نیز باید گرفته شود و در سایر موارد درمان، اصل آزادی اراده حاکم است و رضایت یکی از همسران نسبت به اقدام‌های پزشکی نافذ است.

در جراحی‌های پیوند اعضا که به منظور برداشت عضوی از اعضای بدن همسر و پیوند آن به فردی نیازمند صورت می‌گیرد، نیز رضایت همسر اهداکننده عضو پیوندی ضروری است.

۳- الکل و داروها: در مواردی که بیمار متاثر از الکل و داروها بوده و هوشیار نمی‌باشد، رضایت و برایت را باید از اولیای قانونی آنان گرفت.

بخش چهارم: حق امتناع از درمان

۱- ترک بیمارستان: یکی از مشکلات شایع هنگامی است که بیمار با وجود توصیه پزشکان تصمیم به ترک بیمارستان می‌گیرد. به بیمار بالغ که صلاحیت تصمیم‌گیری دارد و می‌خواهد بیمارستان را ترک نماید باید با ارایه توضیحات کافی و دلایل لزوم اقامت در بیمارستان و نتایج ترک بیمارستان به صورت کتبی امضای بیمار گرفته شده و اجازه خروج به بیمار داده شود. باید دانست که امضای بیمار به تنهایی کافی نیست.

۲- امتناع از معالجه: در بیماران به ویژه بیماران مسن که از گرفتن دارو و درمان خودداری می‌کنند از مشکلات خاص بوده و پزشکان بایست همواره تمامی توصیه‌های احتمالی و مشکلات را به صورت مکتوب در پرونده بگذارند.

۳- امتناع از درمان با زمین‌های مذهبی: شخصی که به سن قانونی رسیده از فکر سالم برخوردار است می‌تواند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به دلایل مذهبی نپذیرد.

گفتار دوم: رضایت آگاهانه و آزادانه:

بخش اول: رضایت آگاهانه

رضایت به درمان سبب اجازه یافتن پزشک در معالجه بیمار می‌گردد، چنین رضایتی باید دارای اوصاف و شرایطی باشد که برآورده‌کننده نظر قانون‌گذار در سقوط ضمان پزشک گردد، زیرا رضایتی موثر است که علاوه بر قصد و اراده داوطلبانه بیمار، در نتیجه علم و آگاهی وی از میزان و نوع معالجه و پیامدهای آن حاصل شده باشد بنابراین عنصر آگاهی پیش‌شرط رضایت بوده و از آن‌جا که شکل درمان یک موضوع به طور کامل تخصصی است این وظیفه طرف آگاه یعنی پزشک است که اطلاعات لازم و کافی را در اختیار بیمار گذارد.

انجام ندادن این وظیفه علاوه بر بی‌اعتباری رضایت‌نامه، ممکن است به مسولیت پزشک منجر شود.

البته به این معنی نیست که پزشک باید بیمار را نسبت به خطرات احتمالی هر عملی و یا جزییاتی که سبب ترس و با اضطراب او می‌شود آگاه کند چراکه عوامل بسیاری روی اطلاعاتی که پزشک باید به بیمار دهد تاثیر می‌گذارد که شامل موارد زیر است:

۱. قدرت درک و صلاحیت بیمار در تصمیم‌گیری پیرامون درمان

۲. میزان علاقه‌مندی بیمار در کسب اطلاعات مربوط

۳. اهمیت شیوه عمل پزشک معالج

۴. خطرات و پیامدهای عمل

۵. تاثیر احتمالی اطلاعات روی بیمار

اغلب لازم است تا تشخیص دهیم که در شرایط خاص، چه عامل یا مجموعه عوامل بر دیگری ارجحیت دارد.

در مورد رضایت آگاهانه اگر بخواهیم به بیان تمامی اطلاعات و آگاهی‌های مربوط به عمل و درک کامل آن‌ها از سوی بیمار بپردازیم گرفتن چنین رضایتی غیرممکن است و اگر به امضای یک فرم ساده رضایت‌نامه توسط بیمار بسنده کنیم، بیم نادیده انگاشتن جوانب اخلاقی و حقوقی آن می‌رود.

با توجه به پیشرفت‌هایی که در زمینه حقوق بیماران حاصل شده و حمایت‌های قانونی از این

قشر، امروزه نه تنها بیمار حق دارد که در مورد مشاهده و معاینه و لمس اجازه دهد بلکه باید به وی حق داد که از روی آگاهی و علم به اینکه چندین روش درمانی وجود دارد آن را که مناسب‌تر تشخیص می‌دهد، انتخاب کند و این اساس رضایت‌نامه آگاهانه است.

آگاهی بخشیدن به بیمار توسط پزشک درمان‌گر یک وظیفه و تکلیف قانونی است. پزشکان این وظیفه را نباید هدر دادن زمان انگارند. آنها باید با زبانی شیوا و روان و در حدود درک بیمار به دور از بکارگیری واژه‌های تخصصی، اطلاعات و آگاهی‌های لازم را در اختیار بیمار قرار دهند.

بخش دوم: رضایت آزادانه:

رضایت باید با میل و اراده و خواست بیمار بوده و داوطلبانه قصد خود را نسبت به درمان طبی یا جراحی اعلام کند. بنابراین رضایتی که تحت‌تاثیر اکراه، اجبار و فریب و نیرنگ از بیمار گرفته شود فاقد ارزش رضایت‌نامه‌های قانونی است.

به عنوان اصل کلی، معالجه پزشکی تنها با رضایت آزادانه و آگاهانه بیمار دارای اهلیت مشروع و مجاز است مگر در موارد اضطرار که قانون‌گذار آن را استثنا کرده است.

پس مواردی که به رضایت آزادانه بیمار خدشه وارد می‌کند عبارت است از: اجبار، اکراه، خدعه و نیرنگ که به تشریح آن می‌پردازیم:

۱- اجبار: در حقوق جزا: اجبار به عنوان یکی از علل رافع مسولیت حالتی است که مجرم، با وجود برخورداری از عقل و هوش متعارف در شرایطی قرار می‌گیرد که به ارتکاب جرم دست می‌زند و بر دو نوع است: اجبار مادی و اجبار معنوی.

در اجبار مادی یک علت و عامل اراده مرتکب را از بین برده و او را وادار به ارتکاب جرم می‌کند که ممکن است ریشه خارجی یا داخلی داشته باشد.

در اجبار روانی اراده فاعل تحت اثر یک علت خارجی بر روان وی از بین رفته و یا هیجان‌ها، عواطف و احساسات درونی، او را مجبور به ارتکاب جرم یا جرایمی می‌نماید که این اجبار نیز ریشه داخلی یا خارجی دارد.

در حقوق مدنی اجبار در صورتی محقق می‌شود که کسی از طرف دیگری وادار به انجام فعل زیان‌بار شود. اجبار باید در اثر تهدیدی انجام گیرد که در دید عرف و در شرایطی که رخ داده قابل تحمل نباشد.

به عنوان نمونه بیماری به پزشک مراجعه و پزشک شرایط بیماری را به شکلی برای بیمار

توصیف می‌کند که در صورت انجام ندادن اقدام سریع درمانی چون جراحی منجر به عارضه شدید مثل فلج شدن می‌گردد و در بررسی‌های علمی کارشناسی ثابت می‌شود که عمل جراحی مذکور لزومی نداشته است، بنابراین قصد و اراده آزادانه بیمار موجب اعلام رضایت وی نسبت به انجام عمل جراحی نگردیده بلکه در اثر اجبار روانی و نگرانی از پیامدهای وخیم عدم انجام گرفتن فوری درمان، وی را به سوی موافقت با درمان هدایت کرده است.

۲- اکراه: یکی از موارد نبودن رضا می‌باشد.

ماده ۱۹۵ قانون مدنی: «رضای حاصل در نتیجه اشتباه یا اکراه موجب نفوذ معامله نیست.»

اکراه فشاری است که از خارج بر بیمار وارد شده و توان و نیروی غیرقابل مقاومت بوده که روی فرد اثر گذاشته و او را به انجام عملی - چون امضای فرم رضایت‌نامه - وادار می‌سازد. برای تحقق اکراه شرایط زیر لازم است:

الف- اعمالی علیه شخص انجام گیرد که او را تحت تاثیر قرار دهد.

ب - اعمال انجام شده باید به طور معمول در اشخاص سالم موثر باشد تا بتوان اکراه را اثبات کرد.

ج- اعمال انجام شده باید بر اشخاص طرف قرارداد تاثیر داشته باشد.

د - اکراه ناشی از حکم قانون نباشد.

بنابراین رضایتی که فرد با اکراه و از روی تهدید و یا در اثر نگفتن واقعیت‌ها می‌دهد، هیچ‌گونه اثر حقوقی بر آن مترتب نیست، زیرا اصل استقلال و اراده بیمار را مخدوش می‌کند.

۳- فریبکاری:

فریب و نیرنگ پزشک در جذب بیمار، یکی دیگر از زمینه‌های بی‌اعتباری و عدم نفوذ رضایت‌نامه بیمار می‌باشد.

به موجب ماده ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و موارد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴، هیچ‌یک از موسسات پزشکی و دارویی و صاحبان فنون پزشکی و داروسازی و سایر موسسات مصرح در ماده اول این قانون حق انتشار آگهی تبلیغاتی که موجب گمراهی بیماران یا مراجعین به آنها باشد و یا به تشخیص وزارت بهداشتی برخلاف اصول فنی و شون پزشکی یا عفت عمومی باشد، ندارند و حق استفاده از عناوین مجعول و خلاف حقیقت بر روی تابلو و سرنسخه و یا به طریق دیگر و دادن وعده‌های فریبنده ندارند.

و ماده ۴ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزی و بیماری‌های واگیردار مصوب ۱۳۲۰:

پزشکان و یا متصدیان سایر فنون پزشکی که به وسیله تبلیغات بی اساس باعث گمراهی بیمار آمیزشی می شوند یا به وعده های دروغ بیمار را از درمان صحیح باز می دارند مانند اینکه معین کنند در مدت چند روز بیمار را درمان کرده و یا با بستن پیمان یا انتشار آگهی هایی که مخالف اصل پزشکی است بیمار را فریب دهند به حبس جنحه ای از ۲ ماه تا یک سال و یا به پرداخت کیفر نقدی از ۲۰۰ تا ۲۰۰۰ ریال محکوم می شوند.

فقه های اسلامی درباره خدعه و نیرنگ پزشک و آثار مترتبه بر آن معتقدند:

«زمانی که طبیب از بیمار می خواهد دارویی معین مانند قرص و شربت چه مضر و چه غیر مضر مصرف کند، به دلیل آن که پزشک فریب کار بیمار را به نوعی درمان امیدوار می کند که خیری در آن نیست و به او می قبولاند که این نوع معالجه مفید و دارای منفعت است، مرتکب غرور و فریب بیمار شده است. در نتیجه مصلحت جامعه و عامه مردم اقتضا می کند که پزشک به سبب فریب کاری که باعث اتلاف و اضرار شده است، ضامن باشد و جبران خسارت نماید.»

گفتار سوم: رضایت و انواع آن

بخش اول: موضوع رضایت:

یکی از مواردی که ممکن است موجب مسئولیت پزشک گردد این است که پزشک از حدود رضایت توافق شده، تجاوز نماید و از حیطه موضوع رضایت خارج گردد. در بعضی موارد چون عمل جراحی شکم حاد پزشک متوجه سرطان روده می گردد که خود باعث علت شکم حاد نبوده است آیا رضایت اولیه کافی است؟ اگرچه بین دانشمندان حقوق و پزشکی اتفاق نظر در مکاتب گوناگون وجود ندارد اما بحث به این شکل است:

در خصوص انجام عمل دوم: چنانچه عمل جراحی جنبه فوریت داشته باشد با توجه به بند ۲ ماده ۵۹ ق.م.ا: «... در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.» حتی اگر پزشک هیچ گونه رضایتی هم از بیمار نگرفته باشد، از مسئولیت مبری است (برخلاف آمریکا که حتی در موارد ضروری باید رضایت گرفته شود) اما در صورتی که چنین ضرورتی در بین نباشد با توجه به متن رضایت نامه گرفته شده قبلی از بیمار ۲ حالت وجود دارد:

الف- اگر پزشک قبل از عمل جراحی، رضایت بیمار را در خصوص انجام عمل دیگر غیر از عمل گفته شده و یا گسترش عمل اول به محلی بیش از عمل اول گرفته باشد و رضایت بیمار نیز دارای شرایط قانونی باشد پزشک می‌تواند براساس شرایط رضایت‌نامه درمان نماید و مسئولیتی متوجه وی نیست و به طور معمول امروز این را پزشکان انجام می‌دهند.

ب - چنانچه پزشک، رضایت بیمار را در خصوص گسترش عمل نگرفته باشد نمی‌تواند از شرایط رضایت اولیه تجاوز کرده و بدون گرفتن رضایت دیگر از بیمار درمان کند. باید دانست که نبود مسئولیت پزشک در انجام تمامی درمان‌های مبتنی بر رضایت بیمار به معنی سلب تمامی مسئولیت‌های پزشکی در انجام عمل جراحی نیست و چنانچه مرتکب خطای پزشکی گردد مسئولیت جزایی دارد.

بخش دوم: انواع رضایت:

رضایت بیمار به چهار صورت می‌باشد:

الف- رضایت صریح یا مطلق رضایتی است که بیمار به پزشک اختیار می‌دهد تا نسبت به درمان بیماری خاص وی اقدام کند و این رضایت مکتوب یا شفاهی است. رضایت صریح شامل تمامی درمان‌های پزشکی نمی‌گردد بلکه شامل مواردی است که بین مردم متداول است و نمی‌تواند اقدام به جراحی کند و فقط شامل موارد ابتدایی تشخیص و درمان است و برای جراحی باید رضایت دیگری بگیرد.

ب - رضایت تلویحی^۱ یا ضمنی رضایتی است که بیمار آن را با عمل و رفتار یا گفتار خود نشان می‌دهد و عرف و عادت معمول جامعه دلالت بر آن دارد. چون درخواست تلفنی آمبولانس، مراجعه به مطب پزشک و دندان‌پزشک، مراجعه به بخش تزریقات جهت تزریق دارو و موارد مشابه دیگر. این رضایت همانند فرم امضاشده رضایت‌نامه معتبر است.

«فقها در معتبر بودن این اذن و سقوط مسئولیت از پزشک تصریح کرده‌اند»

باید دانست که مراجعه بیمار به مطب یا کلینیک به معنی رضایت به انجام هرگونه عمل غیرمعمول نیست.

۱. سربسته اشاره کردن

ج- رضایت کتبی: رضایت بیمار صریح یا ضمنی می‌تواند کتبی یا شفاهی باشد. اگرچه رضایت شفاهی نیز از نظر قانونی همانند رضایت مکتوب از ارزش و اعتبار یکسان برخوردار است ولی مزیت اساسی رضایت مکتوب در این است که در صورت بروز مشکل و انکار بیمار زودتر قابل اثبات است.

با توجه به مواد ۱۹۳ و ۱۹۴ قانون مدنی که اعلام اراده اشخاص را به هر شکلی شامل نوشتن، الفاظ و اشاره و هر عمل دیگری که بیانگر قصد و رضای آنها باشد را جایز می‌داند به نظر می‌رسد که رضایت موردنظر در بند ۲ ماده ۵۹ ق.م.ا. محدود به نوع و شکل خاصی نبوده و هر نوع رضایتی اعم از کتبی و شفاهی و یا صریح و ضمنی را برمی‌گیرد.

ماده ۱۹۳ قانون مدنی: انشا معامله ممکن است به وسیله عملی که مبین قصد و رضا باشد مثل قبض^۱ و اقباض حاصل گردد مگر در مواردی که قانون استثنا کرده باشد.

ماده ۱۹۴ قانون مدنی: الفاظ و اشارات و اعمال دیگر که متعالمین بوسیله آن انشا معامله می‌نمایند باید موافق باشد به نحوی که احد طرفین همان عقدی را قبول کند که طرف دیگر انشا او را داشته است و الاً معامله باطل خواهد بود.

به هر حال «شخصی که مورد عمل جراحی یا طبی قرار گیرد باید رضایت خود را ابراز نماید و یا آن‌گونه که قانون می‌گوید اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها به عمل رضایت دهند» و برخی حقوق‌دانان می‌گویند که این رضایت باید کتبی باشد.

د- **رضایت شفاهی:** همانند رضایت کتبی از ارزش و اعتبار قانونی برخوردار است، به نظر می‌رسد که گرفتن رضایت شفاهی از بیمار به ویژه در حضور شاهد معتبر همان ارزش رضایت نوشته شده را داراست.

بخش سوم: اثبات رضایت:

پاره‌ای از حقوق‌دانان می‌گویند که اثبات رضایت بر عهده پزشک بوده و اثبات عدم رضایت بر عهده بیمار است و همچنین ادعای بیمار بر اساس رضایت بر اساس فریب و تقلب از ناحیه پزشک یا رضایت در اثر نبود آگاهی از خطرات و پیامدهای درمان بر عهده بیمار است. این نظریه

۱. به پنجه گرفتن، گرفتن چیزی

منطقی و منطبق با شروع و درمان است.

گفتار چهارم: استثنای رضایت

حالت ضرورت و اضطرار از موارد مورد بحث تاریخی است و قاعده فقهی بیانگر این واقعیت است که هر کس در اثر ضرورت ناچار به انجام جراحی شده باشد قابل تعقیب و مجازات نیست.^۱ در حالت ضرورت دو دسته عوامل انسان را وادار به انجام جرم می‌کنند. دسته نخست عواملی که به طور معمول انسان در پیدایش آنها تاثیری ندارد و ناشی از نیروی طبیعت است چون سیل، طوفان. و دسته دیگر عواملی که مربوط به انسان بوده و ناشی از ضرورت‌های دفاع از بدن می‌باشد چون پزشک برای نجات جان مادر ناگزیر به سقط جنین می‌گردد.

پُر واضح است که حالت اضطرار یا اورژانس جزو مواردی است که در همان شرایط زمانی و بیمار و شرایط مشابه پزشکی، دیگر پزشکان نیز همان عمل را انجام می‌دادند.

سازمان بهداشت جهانی: «در تمامی کشورها، این مورد به عنوان یک اصل حقوقی و پزشکی پذیرفته شده که پزشک در شرایط ضروری و اورژانس و زمانی که بیمار توانایی بیان خواست و اراده خود را ندارد می‌تواند بدون رضایت وی به معالجه و درمان بیمار بپردازد.»

بخش اول: فوریت‌های پزشکی:

در بند ۲ ماده ۵۹ آمده که: «... در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.» و ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۶۴/۸/۱۵ فوریت‌های پزشکی را به این شرح تعریف کرده است: فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داده و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو و یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیرقابل جبران خواهد شد.

و ماده ۲ آیین‌نامه مزبور، نمونه‌های فوریت‌های پزشکی را به شرح زیر بیان می‌کند:

۱. مسمومیت‌ها

۲. سوختگی‌ها

۱. الضرورات تبیح المحظورات

۳. زایمان‌ها
۴. صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسایط نقلیه
۵. سکته‌های قلبی و مغزی
۶. خونریزی‌ها و شوک‌ها
۷. اغما
۸. اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها
۹. تشنج‌ها
۱۰. بیماری‌های عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها
۱۱. بیماری‌های نوزادی که نیاز به تعویض خون دارند.
۱۲. سایر مواردی که مشمول تعریف ماده یک قرار می‌گیرد»

همان‌گونه که از بند ۱۲ ماده مزبور برداشت می‌شود نمونه فوریت‌های پزشکی محدود و منحصر به بندهای یازده‌گانه فوق نخواهد بود و پزشکان موظفند در صورت مشاهده چنین بیمارانی اقدام‌های لازم را انجام دهند و گر نه متخلف محسوب شده و به حبس از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.^۱

ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی که مقرر می‌دارد: «کلیه بیمارستان‌ها، اعم از دولتی یا غیردولتی در تمام اوقات شبانه‌روز و نیز درمانگاه‌ها و سایر موسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تاسیس که از وزارت بهداشت سابق دریافت داشته‌اند مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریت‌های پزشکی هستند می‌باشند.»

حال باید دو دسته اقدام را مورد توجه قرار داد:

- ۱- اعمالی که براساس موازین فنی و علمی و نظامات پزشکی و دولتی انجام گردیده است.
 - ۲- اعمالی که براساس موازین فنی و علمی و نظامات پزشکی و دولتی انجام نگردیده است.
- بند دوم ماده ۵۹ ق.م.ا. شروط بری بودن پزشک از مسولیت کیفری را موارد زیر می‌داند:

۱. بند ۲ ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۳/۵

۱- مشروعیت عمل جراحی و طبی

۲- رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی

۳- رضایت بیمار

و ماده ۶۰ ق.م.ا. در صورت گرفتن برایت از بیمار توسط پزشک وی را از مسئولیت مدنی مبری می‌کند.

باید آگاه بود که در مورد فوریت‌های پزشکی در اقدام‌های پزشکی منطبق با دسته اول با توجه به الزامی نبودن ضرورت گرفتن رضایت و برایت از بیمار مسئولیت کیفری و مسئولیت مدنی پزشک منتفی است اما در اعمال پزشکی دسته دوم مسئولیت کیفری پزشک به قوت خود باقی است و مسئولیت مدنی وی ساقط می‌باشد چرا که در حله نخست صدمه به وجود آمده در نتیجه عدم رعایت موازین فنی و علمی یا نظامات دولتی بوده که وجود هر یک از آنها جهت عدم سقوط مسئولیت کیفری کافی است، دوم آنکه رضایت در اعمال جراحی و طبی با توجه به مورد فوری بودن پزشکی ساقط است. اما سقوط رضایت به معنی مجوزی جهت انجام خطای پزشکی نیست. سوم آنکه با توجه به ماده ۶۰ ق.م.ا. شرط گرفتن برایت منتفی است پس از نظر ضمان مالی، پزشک معالج مسئولیتی ندارد.

بخش دوم: استثنای حکومت:

مواردی وجود دارد که قانون‌گذار بنابر مصالحی چون حفظ سلامت افراد جامعه پزشکان را موظف به انجام اموری بدون نیاز به گرفتن رضایت از افراد می‌کند و حتی در صورت مخالفت فرد بایست اقدام درمان را به انجام رساند.

مثال: ماده ۵ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب ۱۳۲۰ و اصطلاحات سال ۱۳۴۷؛ در مواردی که حالت بیمار و کیفیت واگیری بیماری موجب نگرانی باشد به‌داری می‌تواند بیمار را ملزم کند تا برطرف شدن خطر واگیر در یکی از بیمارستان‌ها تحت درمان قرار گیرد و در خصوص درمان بیماری‌های آمیزشی صغیر یا سفیه یا مجنون که از وظایف قانونی ولی یا قیم آنها محسوب می‌شود ماده ۶ می‌گوید:

«ولی یا سرپرست صغیر یا سفیه یا دیوانه مکلف است که در درمان بیماری‌های آمیزشی صغیر یا سفیه یا دیوانه که تحت سرپرستی آنها می‌باشند اقدام کنند. چنانچه ولی یا سرپرست در فراهم نمودن وسایل درمان مسامحه نماید و بیماری صغیر یا محجور به حال سرایت باقی بماند، ولی یا

سرپرست به حبس از هشت روز تا یک ماه و یا به کیفر نقدی از پنجاه تا پانصد ریال محکوم می‌شود.»

یکی دیگر از استثنایها در مورد متهمان و محکومان بوده که در جریان رسیدگی به اتهام آنها و یا گذرانیدن دوران محکومیت لازم است تحت معاینه قرار گیرند و از نتایج آن مقامات قضایی را مطلع گردانند. در چنین مواردی پزشکان به دستور مقام قضایی و سایر مقام‌های صلاحیت‌دار قانونی اقدام کرده و مخالفت فردی که تحت معاینه یا معالجه قرار می‌گیرد در آن تاثیر ندارد. مورد نمونه دیگر معالجه و درمان افراد نظامی است. حتی ممکن است برای نظامیانی که در زمان جنگ به منظور فرار از خدمت، خود را معالجه نمی‌نمایند مجازات‌هایی در نظر گیرند. در این موارد استثنایهای حکومتی همان مقررات فوریت‌های پزشکی را در مورد ضمان و مسئولیت پزشک جاری دانسته با این تفاوت که در این جا اراده قانون‌گذار جانشین رضایت بیمار گردیده و پزشک مسئولیتی نسبت به خسارات وارده نخواهد داشت.

برایت پزشک در اقدام‌های پزشکی

در نظام حقوقی ایران که بر پایه دیدگاه فقهای امامیه است، برخلاف دیگر مکاتب حقوقی و حتی دیدگاه فقهای عامه که رضایت بیمار را شرط مشروع بودن اقدام‌های پزشکی و از شرایط نبود مسئولیت پزشکی می‌دانند برای استحکام ارتباط پزشک و بیمار و احترام به حقوق فرد، گرفتن برایت را نیز از بیمار ضروری می‌دانند. رضایت بیمار فقط شرط مجاز بودن اقدام پزشک در درمان بوده و از آن روی که متوجه نتیجه و پیامدهای اقدام‌های پزشکی نیست مانع تحقق مسئولیت پزشک نسبت به نتایج و عوارض نامطلوب درمانی طبی و جراحی نمی‌گردد.

گفتار اول: مفهوم برایت

تعریف حقوقی برایت، برایت خالی بودن ذمه^۱ شخص معین از تعهد را گویند، خواه اساسا ذمه

۱. کفایت ضمانت، نتیجه‌ای که از تعهد حاصل می‌شود

شخص در مقابل شخص معین دیگر از اول مشغول نشده یا مشغول شده و فارغ‌الذمه شده باشد. و در تعریف فقهی، ابرا عبارت است «اسقاط ذمه غیر، خواه ذمه مالی باشد یا غیرمالی مانند حق قصاص»

ماده ۲۸۹ قانون مدنی ابرا را چنین تعریف می‌نماید.

«ابرا عبارت از این است که داین^۱ از حق خود به اختیار صرف‌نظر کند.»

بنابراین باتوجه به تعاریف بالا می‌توان گفت: ابرا طیب آن است که بیمار یا اولیا قانونی وی قبل از درمان، ذمه طیب را نسبت به پیامدهای احتمالی عمل جراحی و طبی مبرا سازند.

ماده ۶۰ ق.م.ا می‌گوید:

«چنانچه طیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برایت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقض عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طیب ضامن نیست.

همچنین ماده ۳۲۲ ق.م.ا:

«هرگاه طیب یا بیطار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برایت حاصل نماید عهده‌دار خسارت پدید آمده نخواهد بود.»

گفتار دوم: مبانی برایت:

فقه‌های امامیه طیب را در صورتی که قبل از معالجه و درمان بیمار ابرا شود مبرا از مسئولیت شناخته و او را به واسطه خسارتی که در نتیجه معالجه‌اش وارد شده ضامن نمی‌دانند. به روایتی از امام صادق به نقل از امیرالمؤمنین علی (ع) استناد می‌کنند که فرموده: کسی که طبابت یا بیطاری می‌نماید باید از ولی بیمار برایت بگیرد و الا ضامن است.

گفتار سوم: ماهیت برایت:

برایت یکی از مصداق‌های شرط عدم مسئولیت بوده و تا زمانی نافذ است که پزشک در انجام اعمال خود مرتکب تقصیر نشده باشد.

۱. بستن کار

و شرط‌های اساسی رفع مسئولیت کیفری پزشک مشروط و مقید است به:

۱. مشروعیت عمل جراحی و طبی

۲. رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی

۳. رضایت بیمار

پس شرط برایت از نظر ماهیت و آثار یکی از مصادیق «شرط عدم مسئولیت» در حقوق است. شرط برایت به معنی معاف شدن از ضمان ناشی از احتمال خطر بوده و باعث می‌گردد تا پزشک را از اثبات احتیاط به وسیله خود و انتساب خطر به عامل خارجی معاف سازد. با وجود چنین شرطی بیمار یا بازماندگان او باید بی‌مبالاتی و عمد پزشک را مطابق قواعد عمومی ثابت نمایند وگرنه سودی از طرح دعوی خسارت نخواهند بست.

گفتار چهارم: شرایط برایت و استثنای آن:

برایت در صورتی از ارزش و اعتبار قانونی برخوردار است که دارای شرایط زیر باشد:

الف - ابراکنده اهلیت قانونی داشته باشد.

ب - برایت باید آگاهانه و آزادانه باشد.

ج - برایت باید قبل از درمان جراحی و طبی ابراز شود

الف - اهلیت ابراکنده:

ابراکنده باید همانند رضایت‌دهنده، بالغ، عاقل و رشید باشد و همان شرایط اهلیت رضایت‌دهنده در این جا نیز صادق است. و طبق ماده ۶۰ ق.م.ا در مواردی که بیمار اهلیت قانونی نداشته باشد باید از ولی وی برایت گرفت.

ب - چگونگی برایت

یعنی همچون رضایت بیمار با میل و اراده و داوطلبانه پزشک معالج را نسبت به پیامدهای ناگوار اعمال جراحی و طبی و خطرات آن ابرا نماید.

ج - زمان برایت:

طبق مواد ۶۰ و ۳۲۲ ق.م.ا برایت از بیمار باید قبل از درمان جراحی و طبی گرفته شود.

استثنای برای:

الف - فوریت‌های پزشکی همانند موارد گفته شده در استثنای گرفتن رضایت بوده و ماده ۶۰ قانون ق.م.ا نیز تاکید بر این امر دارد که: «... در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نیست.»

ب - استثنای حکومتی، نیز شامل همان مواردی است که در زیر گروه استثنای رضایت آورده شده است.

فصل هفتم:

مرکزهای بهنگام جراحی ویهوشی در پزشکی قانونی

مرگ های هنگام جراحی و بیهوشی در پزشکی قانونی:

یکی از وظایف پزشکی قانونی بررسی درباره مرگ های حین عمل جراحی یا مدت کوتاهی پس از آن و یا در حین اعمال تشخیصی تهاجمی یا بیهوشی است. بنابراین هر مرگی که در آن بدون توجه به فاصله زمانی، احتمال دخالت اینگونه اعمال جراحی یا تشخیصی در حدوث مرگ مطرح می باشد باید به پزشکی قانونی گزارش شود.

باید دانست که وسایل جراحی و بیهوشی نظیر لوله هوا^۱، لوله داخل نای، کاتترهای دایمی داخل رگ، کانول های داخل عروقی، لوله درن، لوله قفسه صدری^۲، الکترودهای مانیتورینگ، پروتزهای پلاستیکی و فلزی که در حین جراحی به کار می روند نباید قبل از اتوپسی از بدن متوفی خارج گردند و جای گیری صحیح و باز بودن یکایک آنها می باید به دقت بررسی شود. باید دانست پرونده بیمار از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و گاهی اوقات گزارش های پرستاری چون در فواصل کوتاه تر و مفصل تر از یادداشت های پزشکی نگاشته می شوند اهمیت بیشتری می یابند. در هنگام تزریق خون باید دانست که استفاده از فشار گاز (هوا) جهت افزایش سرعت تزریق، احتمال آمبولی هوا را افزایش داده و باید پرهیز شود.

مرگ های مرتبط با جراحی یا اعمال تشخیصی تهاجمی به چند دسته تقسیم می شوند:

الف) مرگ هایی که بطور مستقیم در اثر بیماری یا ضایعه ای که جراحی یا بیهوشی به خاطر آن انجام شده رخ می دهند، که بسیاری از موارد را شامل می شود. در این شرایط باید احتمال موفقیت نسبی یا بهبودی موقت وجود داشته باشد، در غیر این صورت انجام آن توجیه پذیر نمی باشد. انجمن های بیهوشی آمریکا برای این گونه اعمال جراحی تقسیم بندی ذیل را ارائه می نماید:

-
1. Air way
 2. chest tube

کلاس	توضیح	میزان کشندگی
ASA1	شخص سالم بدون هیچ‌گونه بیماری (به جز مورد عمل جراحی پیش آمده).	۰.۰۳ درصد
ASA2	بیماری خفیف تا متوسط سیستمیک به دلیل مشکل جراحی پیش‌آمده یا به دلیل پاتولوژی دیگر.	۰.۲ درصد
ASA3	بیماری شدید که باعث محدودیت فعالیت شده اما ناتوانی ایجاد ننموده است.	۱.۲ درصد
ASA4	به عنوان تهدید جدی زندگی، بیماری روند شدید و ناتوان کننده دارد.	۸ درصد
ASA5	بیماری با یا بدون عمل جراحی کمتر از ۲۴ ساعت زنده خواهد ماند.	۳۴ درصد
E	بیماری در هر کلاسی باشد اندیکاسیون فوری عمل جراحی دارد.	کشندگی افزایش دارد

جدول (۱)

دستورالعمل ارزیابی لازم پیش از اعمال جراحی در بیماران سالم که زمینه بیماری دیگر ندارند:

۱- موارد ثبت در پرونده :

الف) ثبت پیش‌بینی میزان خطر پیش از عمل جراحی براساس معیارهای ASA (در حال حاضر درصد میزان کشندگی از نظر آماری اهمیت ندارد و صرفاً باید بخاطر داشت که میزان کشندگی با افزایش ASA افزایش می‌یابد).

ب) ثبت تاریخچه تحمل کوششی^۱ بیماری برای کشف بیماری‌های زمینه‌ای قلب و ریه.

ج) ثبت علائم حیاتی بیماران.

د) گرفتن تاریخچه و معاینه بالینی.

۲- آزمایش‌ها و اقداماتی که به‌طور معمول یعنی در تمام موارد قبل از عمل جراحی الکتیو بایستی انجام شود و به موارد ذیل محدود می‌گردد:

الف) آزمایش شمارش گلبولی^۲ در تمام سنین (اعتبار شمارش گلبولی انجام شده قبلی سه ماه است).

ب) گرافی سینه در افراد بالای ۶۰ سال (اعتبار گرافی سینه تا ۶ ماه است).

ج) نوار قلب در سنین بالای ۴۰ سال هنگام بستری.

1. Exercise to tolerance

2. CBC

د) در کودکان آزمایش شمارش گلبولی کفایت می‌کند.

تبصره یک: برای اعمال جراحی بزرگ، موارد افت فشار خون، سن بالای ۵۰ سال و احتمال مصرف داروهای نفروتوکسیک حین بیهوشی کراتی‌نین نیز اندیکاسیون خواهد داشت.

تبصره دو: بدیهی است هرگونه آزمایش اضافی برحسب عوامل خطر ساز در هر بیمار با نظر و قضاوت پزشک معالج خواهد بود.

۳- در موارد اعمال جراحی انتخابی^۱ و غیر اورژانس هیچ‌یک از مشاوره‌ها از جمله مشاوره قلب و داخلی به‌صورت معمولی ضروری نیست و توصیه نمی‌شود مگر:

الف) مشاوره موردی که بستگی به قضاوت جراح و متخصص بیهوشی و ثبت دلایل علمی آن در پرونده دارد.

ب) جهت کاهش عوارض عمل در بیمارانی که در کلاس دو یا بیشتر معیارهای ASA باشند.

کلاس‌های ASA یک تا سه در صورت فوت به بررسی کامل نیاز دارند چون احتمال زنده بودن برای فرد زیاد بوده است. در کلاس چهارم نیز در صورتی که جراحی انتخابی (و غیر اورژانس) بوده و مرگ غیرمنتظره باشد باید چنین رویه‌ای اعمال شود.

به‌طور کلی مرگ‌های غیرمنتظره باید بررسی شوند:

الف) اگر مرگ در حین جراحی به‌دلیل آنوریسم در حال نشت یا پارگی رخ دهد علت مرگ همان آنوریسم است و اگر فرد به علت آمبولی ریوی هفت روز پس از گاسترکتومی الکتیو زخم پیتییک فوت کند ارتباط میان جراحی و مرگ را به سختی می‌توان انکار کرد. اگر چه بیش از ۲۰ درصد موارد آمبولی‌های کشنده ریوی بدون هیچ فاکتور مستعد کننده‌ای رخ می‌دهند. برونکوپنومونی کشنده، آمبولی ریوی یا نارسایی حاد قلب همگی می‌توانند هم به علت ترومای اولیه و یا استرس جراحی یا حتی به دنبال عدم ترک بیماری متعاقب آن دو، رخ دهند.

ب) زمانی که مرگ به‌علت بیماری دیگری به جز آنچه که عمل جراحی به خاطر آن انجام شده رخ دهد. باید بین بیماری‌هایی که قبل از عمل شناخته شده بود و مواردی که در گذشته تشخیص داده نشده بود، افتراق قایل شد. در حالت اول باید مشخص کرد آیا عمل جراحی توجیه پذیر بوده است

یا خیر؟ به طور مثال فردی با بیماری انسدادی قلبی و ریوی^۱ و فتق غیرانسدادی جهت جراحی انتخابی پیش گیرانه کاندید مناسبی نیست ولی همین فرد به هنگام فتق استرانگوله کاندید جراحی است. طبیعی است تکنیک‌های جراحی و بیهوشی باید براساس شرایط موجود سنجیده شده و اعمال گردد. در مواردی که بیماری منجر به فوت مخفی بوده و تشخیص داده نشده قضیه فرق می‌کند ولی اگر دارای علائم هشدار دهنده بوده و پزشک توجه نکرده بازهم ممکن است عواقب قانونی در پی داشته باشد (نظیر فیوکر و موسیتوما بدخیم).

ج) گاهی ممکن است مرگ ناشی از نارسایی و اشکال در تکنیک‌های جراحی یا روش‌های تشخیصی باشد. زمانی که مرگ ناشی از اشتباه و ناتوانی جراح است مساله قصور و اهمال مطرح می‌شود. اگر اشکال در تجهیزات اطاق عمل باشد باید بازدید کارشناسانه صورت گیرد.

د) مرگ‌هایی که ناشی از اشتباهات یا عوارض بیهوشی می‌باشند که اکثر مرگ‌های حین جراحی و به دنبال جراحی (حتی اگر تاخیری باشد را شامل می‌شود)، مرگ‌های بیهوشی واقعی نادرند.

مرگ‌های مرتبط با بیهوشی: اکثر مرگ‌های مرتبط با بیهوشی تنها نه به‌خاطر عوامل بیهوشی بلکه به‌علت سایر جنبه‌های تکنیک بیهوشی می‌باشد. باید دانست یافته‌های مشاهده شده در اتوپسی در چنین مرگ‌هایی اندک و گاه صفر می‌باشد. در بیمارانی که به‌علت ابتلا به بیماری‌ها یا صدمات مهم (و اغلب بسیار جدی) بیهوش شده‌اند، بسیار محتمل است که مرگ ناشی از خود بیماری (به تنهایی یا به‌صورت مشترک) تا بیهوشی به تنهایی باشد. بستگان متوفی (و گاه وکلا) به‌طور معمول در صورت فوت بیمار در زیر بیهوشی، سعی دارند مهمترین و گاه تنها عامل مرگ وی را بیهوشی قلمداد نمایند که این مساله شاید به‌علت ارتباط نزدیک زمانی بین این دو باشد. طی بررسی مشخص شده که از هر ۱۶۶ بیماری که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند یک نفر در عرض ۶ روز پس از عمل فوت می‌نماید که از این تعداد تنها یک مورد از هر ده‌هزار مورد تنها ناشی از عواقب بیهوشی است. بیهوشی در مرگ یک مورد از هر ۱۷۰۰ نفر بیمار نیز مشارکت (ولی نه به تنهایی) دارد و بسیاری از این مرگ‌ها بالقوه قابل پیشگیری هستند. بیهوشی ممکن است منجر به بروز مرگ حتی بیست و چهار ساعت پس از بیهوشی گردد. علت اصلی مرگ‌های بیهوشی واقعی کم‌تجربگی دستیار بیهوشی و عدم توجه و مراقبت وی می‌باشد. بروز هیپوکسی در حین بیهوشی

یکی از علل شایع مرگ و میر در اثر سهل انگاری است. لازم است در خصوص بررسی چنین مرگ‌هایی با اعضای تیم پزشکی معالج صحبت شده و پرونده نیز بطور کامل بررسی گردد. براساس تحقیقات اولیه، نارسایی حاد قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌های غیرمنتظره در حین بیهوشی است و ایست قلبی شایع‌ترین تابلوی مرگ است. اکثر ایست‌های قلبی تحت بیهوشی سبک روی داده بنابراین ممکن است در ابتدا یا انتهای عمل جراحی روی دهد. ایست قلبی عمدتاً نروژنیک بوده و هرگونه تحریک دستگاه تنفس نظیر لارنگوسکوپی یا انتوباسیون می‌تواند منجر به ایست قلبی در یک بیمار تحت بیهوشی سبک گردد. متخصص بیهوشی بی‌تجربه قادر به کنترل بیمار در سطحی از عدم هوشیاری که برای جراحی لازم است، نبوده و انجام چنین کارهایی (لارنگوسکوپی و غیره) تحت بیهوشی خفیف می‌تواند زمینه‌ساز ایست قلبی گردد. هیپوکسی نیز عامل زمینه‌ساز مهم و بالقوه در ایست قلبی است. مرگ ناشی از نارسایی تنفسی نیز روی داده و هیپوکسی (ناشی از نقص فنی دستگاه و بطور شایع‌تر به خاطر بی‌تجربگی متخصص بیهوشی به خصوص در کار با تجهیزات که بدان آگاه نیست) مهمترین مثال آن است. مصرف مقدار بیش از حد ماده بیهوشی نیز باعث تضعیف مراکز تنفسی مغز گردیده و بیمار را به هیپوکسی فرو می‌برد. تجویز بیش از حد مواد فلج کننده عضلانی نیز موجب نارسایی تنفسی می‌شود مگر آنکه تمهیدات خاص نظیر تنفس مکانیکی بکار برده شود.

علت دیگر مرگ‌های حین بیهوشی انسداد راه‌های هوایی است که علل آن نظیر دندان مصنوعی، دندان شکسته، خون، سهل انگاری و اشتباه در لوله‌گذاری، اسپاسم حنجره و قرارگیری غیرطبیعی گردن و بازگشت محتویات معده می‌باشد.

به ندرت نقص فنی تجهیزات بیهوشی منجر به مرگ می‌شود. آتش سوزی نیز ناشایع نبوده و ناشی از تماس کوتر با مواد ضد عفونی کننده الکلی دار است. می‌بایست به عوارض بیهوشی موضعی نظیر تجویز مقادیر بالای آدرنالین و حساسیت به داروهای شبه‌کوکائین و اپیدورال و هیپرترمی بدخیم و نیز نارسایی کبدی متعاقب مصرف هالوتان و نارسایی حاد عروقی متعاقب مصرف باربیتورات‌هایی که جهت القای بیهوشی استفاده می‌گردند (نظیر تیوپتال) توجه داشت.

نکات مهم دیگر:

(۱) جراح بسته به نوع عمل و چگونگی وضعیت روحی و فرهنگی (در موارد غیر اورژانس) طرح خود را برای بیمار و نزدیکان او توضیح دهد و در صورت لزوم با حوصله در مورد

عوارض عمل نیز به بیمار آگاهی دهد و تا آنجا که ممکن است سعی در مخفی نمودن عوارض جراحی ننماید و از دادن وعده بی‌مورد و امیدواری بیش از حد پرهیز نمایند.

(۲) روابط جراح و بیهوشی دهنده از عوامل بسیار موثر پیدایش طرح دعوی می‌باشد.

(۳) بیهوش نمودن چند بیمار به طور همزمان و یا اینکه سپردن بیمار به دست افراد کم تجربه و ناشی و نیز دادن دستور تلفنی و در واقع کنترل از راه دور سبب پیدایش مسایل جبران ناپذیر شده‌اند.

گاهی اوقات بیمار بر این باور است که هر عارضه‌ای را پزشک باید به‌طور کامل درمان نماید به طوری که اثری از جای پای بیماری در شخص باقی نماند و به کمتر از این حالت مریض رضایت نمی‌دهد و احساس ناراحتی می‌کند و هنگامی که سایر عوامل نیز فراهم باشد اقامه دعوی می‌نماید. در موارد بسیاری نیز پزشک معالج توضیح کافی به بیمار نداده و بیمار را در جریان مراحل کارهای درمانی خود قرار نمی‌دهد یا به طور کامل ممکن است او را در مراحل گوناگون درمان آگاه نسازد. این مساله از دو جنبه قابل بررسی است:

قسمت اول پیش آگهی است که باید برای بیمار توضیح داده شود و قسمت دوم برآورد مخارج و هزینه است که باید از طرف بیمار و همراهان سنجیده شده و مورد پذیرش قرارگیرد و هرگاه پزشک معالج از طرف بیمار مورد سوال قرارگیرد باید پاسخ مناسب با شرایط کنونی وی و روند بیماری داده شود و از دادن وعده‌های نابجا و نادرست خودداری گردد. چه بسا بیمار به پزشکان دیگر نیز مراجعه نموده و پیش از این اطلاعاتی کسب کرده باشد و این حق بیمار است که پزشک خویش را انتخاب نماید و پرواضح است که به کسی که احتمال نتیجه بهتری را می‌دهد مراجعه کند و درمان شود. اگر بیمار خوب آگاه نشده باشد و انتظارات غیر معقول از پزشک داشته باشد پس از درمان چون به آمال و خواسته خود نرسیده در ابتدا ناراضی و پس از مدتی چه بسا شاکی باشد. در خصوص بیهوشی ارزیابی بیمار از زمانی که متخصص بیهوشی وی را ویزیت می‌نماید که به‌طور مرسوم یک روز قبل از عمل جراحی انتخابی (الکتیو) است شروع می‌شود. جنبه مهم ملاقات قبل از عمل آگاهی دادن به بیمار و سایر افراد بزرگسال علاقمند در مورد اتفاقاتی که در روز جراحی خواهد افتاد و گفتگو درباره خطرات بیهوشی می‌باشد. بیمار و یا مسول بیمار باید موافقت خود را برای بیهوشی با امضای برگ رضایت اعلام کند.

در رضایت اخذ شده لازم نیست که خطرات بعید (مرگ) همراه بیهوشی به بیمار شرح داده

شود چراکه این امر فقط منجر به آگاهی بیمار می‌شود که در حال حاضر به شدت مضطرب است. اثرات کاهش اضطراب در بیمار که حاصل از ملاقات قبل از عمل توسط متخصص بیهوشی با وی حاصل می‌شود یکی از جنبه‌های مهم پیش درمانی قبل از عمل می‌باشد.

فصل هشتم:

اخبار ناگوار

اخبار ناگوار!

گفتن یا نگفتن

مقدمه :

«خبر بد» شاید پیشینه‌ای به درازای تاریخ داشته باشد. از اولین لحظه‌ای که انسان پا بر زمین خاکی نهاد و یاکمی پیشتر از آن، زمانی که تعیین شد آدم و حوا از بهشت بر زمین خاکی فرود آیند، انسان با اولین خبر بد آشنا شد؛ "دوری و فرود آمدن بر زمین". مدتی از سکونت انسان نگذشته بود که هابیل کشته شد و آدم با دومین خبر بد روبه روشد (مرگ عزیزان). پس از آن تاکنون همواره اتفاقی در جریان است که پیامد آن شاید خبری بد باشد. انسان همواره با مفهوم خبر بد در تماس بوده است.

دور از این جنبه تاریخی، مفهوم خبر بد را از چهار دیدگاه می‌توان مورد بررسی قرارداد: اول/خبر بد در زندگی بشری امکان وقوع دارد. به‌طور نمونه در زمینه شغلی، خانوادگی و سلامت. اما شاید در این میان خبر بدی که با سلامتی انسان مرتبط است بیش از همه حساسیت برانگیز است.

دوم/خبر بد ممکن است جنبه فردی یا اجتماعی داشته باشد. آگاهی از وقوع فجایع تاریخی، جنگ‌ها، حوادث طبیعی و بیماری‌های همه‌گیر، گاهی تاثیری به مراتب بیشتر از اخبار بد شخصی بر انسان می‌گذارند.

سوم/خبر بد گریبان همه افراد جامعه از هر رده‌ای، چه ثروتمند و چه فقیر را خواهد گرفت و با وجود همه نابرابری‌ها، تاثیر کم و بیش یکسانی بر آنان خواهد گذاشت.

چهارم/همواره نوعی نسبیّت در تعریف بدی یک خبر وجود دارد. این نسبیّت در مورد ماهیّت بدی یک رویداد هم حاکم است، (برای مثال دوری انسان از بهشت و تبعیدش به زمین، از جنبه‌ای

دیگر می‌تواند رویداد خوبی باشد، چراکه به تکامل انسان انجامید) و در همان حال این نسبیت را می‌توان برای تعریف شدت بدی یک خبرورویداد در نظر گرفت. به‌عنوان مثال گاهی همه ما وقتی خبر بد یک بیماری را به کسی می‌دهیم، این جمله را نیز اضافه می‌کنیم که: «باز هم باید شکرگزار بود که شدت بیماری شما از این بیشتر نیست».

چهار مورد برشمرده، نکته‌هایی هستند که نه تنها به‌لحاظ شناخت بهتر موضوع، بلکه برای برقراری ارتباط با بیمار در هنگام یا پس از افشای خبر بد و زنده نگه‌داشتن امید در وی، دارای اهمیت هستند.

پزشکی هم‌زاد تولد انسان بوده است. هم‌زمان با آن هنگامی که انسان‌های اولیه آفریده شدند، عده دیگری به‌عنوان گروه پزشکی شکل گرفتند که درمان‌های اولیه آنها را غم‌خواری از بیماران شکل می‌داد، یعنی هیچ حرکت فیزیکی و شیمیایی یا روحی‌روانی برای بیمار نمی‌توانستند انجام بدهند، اما همواره به‌طور محسوس در برابر بیماران انجام وظیفه می‌کردند. به این مفهوم که یک وظیفه آنها این بود که بیمار را در آغوش بگیرند و به او محبت کنند و هم‌زمان با او گاهی اوقات گریه کنند و نیز با بیمار ابراز ناراحتی کنند.

در حال حاضر هم مانند این پدیده در برخی از کشورها و پاره‌ای از قبایل به‌خصوص در برخی از کشورهای آفریقای مرکزی رخ می‌دهد زمانی که کسی از دردی رنج می‌برد، دیگران دور او جمع می‌شوند و نسبت به بیمار رنج دیده ابراز محبت می‌کنند. این حرکت نخستین تا به جایی ادامه یافت که پزشکی در قالب یک علم تجربی شکل گرفت و نسل پزشکی دانسته‌هایی پیدا کرد که توانست پیشگویی‌هایی درباره بیماری‌ها هم انجام دهد.

در علم پزشکی نخستین، بیمار و پزشک هم‌سان از بیماری آگاه می‌شدند و شاید دانش بیمار نسبت به بیماری بسیار بیشتر از پزشک بود، اما بارشده علمی که اتفاق افتاد، پزشکان با علم بیشتر نسبت به اپیدمیولوژی، توانستند آینده بیماری را برای بیمار ترسیم نمایند و با توجه به این که بیماران غربی به‌طور معمول پشتیبانی خانوادگی بسیار کمتری در مقایسه با بیماران شرقی دارند، شاید این مناسب‌ترین روش برای کمک به بیمار در کسب آگاهی و تصمیم‌گیری درباره زندگی خودش باشد.

خبر بد

آیا می‌توان تعریفی برای خبر بد ارایه داد؟

«بوکمن» در مقاله‌ای که در سال ۱۹۸۴ میلادی در مجله پزشکی انگلستان به چاپ رساند خبر بد را این‌گونه توصیف کرد. «هر خبری که نگرش یک فرد در مورد آینده‌اش را به گونه‌ای منفی و به نحو چشم‌گیری تغییر می‌دهد».

«لنس آرمسترانگ» دوچرخه‌سوار معروف آمریکایی، تاثیر شنیدن خبر بد بر تصور ذهنی‌اش را پس از اینکه متوجه شد دچار سرطان بیضه با متاستاز مغزی است این‌گونه توصیف کرد: «وقتی در دوم اکتبر ۱۹۹۶ میلادی از خانه خارج شدم یک نفر بودم و وقتی بازگشتم آدمی دیگر شده بودم».

به‌طور معمول خبر بد مربوط به شرایطی است که یک بیماری کشنده وجود دارد، اما در شرایط دیگری نیز پزشک ناگزیر است خبر بد را اعلام کند. به‌عنوان نمونه، وقتی که سونوگرافی خانمی حاکی از مرگ جنین است یا MRI یک خانم میانسال مشکوک به مولتیپل اسکلروزیس^۱، تشخیص وی را تایید می‌کند یا وقتی که معلوم می‌شود فردی با علایم پرنوشی و کاهش وزن مبتلا به دیابت است و یا زمانی که در جریان درمان بیماری امکان عارضه وجود دارد. اینکه هر بیمار چگونه به شنیدن خبر بد واکنش نشان می‌دهد به پیش زمینه روانی اجتماعی‌اش وابسته است.

به‌عنوان نمونه: پدری که قرار است دخترش هفته آینده ازدواج کند اگر باخبر شود که مبتلا به آنژین ناپایدار قلبی است و نیاز به آنژیوپلاستی دارد، چون در زمانی نامناسب خبر بد بیماری نه چندان دشوار خود را دریافت کرده، ممکن است آشفته شود. شنیدن خبر ابتلا به بیماری که با نوع شغل یک فرد ناسازگار است نیز خوشایند نیست؛ برای نمونه ابتلای یک جراح قلب به لرزش دست و پارکینسون می‌باشد.

به دیگر سخن در واقع خبر بد وضعیتی است که درمان در روند مثبت پیش‌نبرد و یا دچار عارضه گردد و به‌طور روشن وقتی است که در آخرین مراحل تشخیص یا درمان امیدی به بهبودی نباشد. هیچ‌کس شکستن میج پا را بدون هیچ مشکلی خبر چندان بدی نمی‌داند.

1. MS: Multiple sclerosis

رایج‌ترین و معروف‌ترین تعریف «خبربد» را «رابرت باکمن» بیان می‌کند:
 ((هرخبری که بطور ناخوشایند و جدی نگرش فرد نسبت به آینده‌اش را متأثر کند.))

دلایل مهم برای بیان حقیقت

مطالعه‌های گوناگون در جوامع مختلف نشان داده‌است که همه مردم تمایل دارند که از حقایق مربوط به بیماری خود آگاه باشند.

دلیل دیگر برای بیان حقایق بیماری به بیماران، کمک به آنها در تصمیم‌گیری آگاهانه در رابطه با پذیرش بهتر درمان‌های توصیه شده است. چگونه انتظار داریم بیماری که از سرطان خود آگاهی ندارد، مشکلات جدی ایجاد شده طی روند درمان را بپذیرد.
 قطع درمان مشکلی است که در بسیاری از موارد، انکولوژیست‌ها^۱ با آن روبه‌رو می‌شوند و متأسفانه ریشه در ناآگاهی بیمار از بیماری خود و درمان‌های درپیش رو و سودمندی و عوارض درمان دارد.

از سوی دیگر باید بپذیریم که سرانجام بسیاری از بیماران طی روند درمانی، با برخورد با بیماران دیگر یا از هر شیوه ممکن نظیر مشورت با دیگر پزشکان به تشخیص بیماری خود یا مشکلات ناشی از درمان دست خواهند یافت. آگاهی بیمار از تشخیص سرطان یا عوارض درمان به وسیله دیگران به غیر از پزشک درمانگر علاوه بر این که می‌تواند به روند ارتباط صمیمانه پزشک و بیمار صدمه بزند، مشکلات جدی روحی‌روانی برای بیمار ایجاد می‌کند و اگر پزشک بیمار، در طی یک برنامه مناسب از پیش تعیین شده و با استفاده از اصول برقراری ارتباط مناسب با بیمار و اصول بیان خبر بد، تشخیص را با بیمار در میان گذارد می‌توان از بسیاری از این صدمه‌ها جلوگیری نماید.

کسانی که عقیده دارند حقایق مربوط به بیماری نباید با بیمار در میان گذاشته شود در بیشتر موارد به صدمات روحی ناشی از گفتن تشخیص سرطان به بیمار تکیه می‌کنند. مطالعه‌های گوناگون نشان داده است که در بیشتر موارد گفتن حقایق بیماری، افسردگی شدید در بیماران ایجاد نخواهد کرد و مشکل‌های روحی‌روانی ناشی از خبر بد نیز با تکنیک‌ها و حمایت‌های لازم قابل پیش‌گیری

۱. فوق تخصص خون و سرطان

و اصلاح است.

مشکلات بیان حقیقت

در مطالعه‌های گوناگونی که در کشورهای مختلف انجام شده‌است، مشخص گردیده که در جوامع شرقی، خانواده بیماران به جای بیماران درباره بیماری و درمان او تصمیم می‌گیرند. گرچه این روند نیز در بسیاری از کشورهای شرقی رو به تغییر است ولی با توجه به مسایل فرهنگی و اجتماعی کشور می‌توان نتایج این مطالعه‌ها را در بیماران ایرانی نیز انتظار داشت. یافته این مطالعه‌ها با حق بیمار برای حفظ اسرار شخصی خود هماهنگ نیست. شاید راحت‌ترین راه حل برای حل این تعارض، چشم پوشی از حق بیمار و اطلاع به افراد خانواده در نبود بیمار باشد ولی این امر در مواردی می‌تواند به اختلال‌های جدی در روند زندگی بیمار منجر شود. به تجربه ثابت شده این که بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند بستگان آنها در جریان بیماری آنها قرار گرفته و یا به جای آنها تصمیم‌گیری کنند، ردکننده حق حفظ اسرار بیمارانی که نمی‌خواهند برخی یا همه بستگان آنها از تشخیص بیماری آنها آگاه گردند، نیست. بنابراین پزشکان درمان‌گر نمی‌توانند تنها به دلیل حضور بستگان پیش از بیمار و یا تجربه شخصی خود درباره تمایل گروهی از بیماران که مشکلی در فاش شدن تشخیص سرطان خود ندارند تشخیص بیماری را با بستگان در میان گذاشته و بیمار را از حق خود محروم کنند. مشکل دیگری که از لحاظ اخلاقی در درخواست همراهان برای بیان نکردن تشخیص بیماری با بیمار وجود دارد، درخواست نگفتن حقیقت است. حقیقت‌گویی در رابطه پزشک و بیمار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از دیدگاه اخلاق پزشکی بیان حقایق بیماری با بیمار از جنبه‌های گوناگون اهمیت دارد از دلالی که در اخلاق پزشکی برای تایید گفتن حقایق با بیماران به آنها استفاده می‌شود، یکی اصول اخلاق عمومی است. در همه جوامع بیان حقیقت امری نیکو و دروغ‌گویی امری ناپسند است. کتمان حقایق از بیماران، بخصوص هنگامی که با بیان اطلاعات غلط همراه باشد مانند آن که به بیمار با سرطان معده بگوییم عفونی در معده داشتید که با جراحی برداشته شد و برای رفع باقی‌مانده آن باید درمان دارویی یا رادیوتراپی دریافت کنید، همان دروغ‌گویی بوده و ناپسند است.

مسول یا مسولین انتقال خبر بد به بیمار

انتقال هرنوع تشخیص به وسیله پرستاران یا افراد غیرپزشک و بازگود کردن آن برای بیمار و بستگان او نیز غیرقانونی است، ولی حتی پزشکان نیز بسیاری مواقع بدون این که سرانجام کار را بسنجند با یک برداشت اشتباه تشخیص های مشکوک یا قطعی را با بیمار در میان نمی گذارند و کوتاهی کرده و فکر می کنند بیمار و بستگانش آنقدر شکننده و بی طاقت هستند که هر خبر بدی را باید پنهان کرد.

امروزه به دلیل تخصصی شدن علوم گوناگون شیوه انتقال خبر بد به بیمار نیز پس از مطالعات علمی دگرگون شده است و برخی از متخصصان در زمینه انتقال خبر بد به بیمار تخصص دارند؛ برخی در مورد گزینه های گوناگون درمان و عوارض درمان صحبت می کنند و برخی دیگر در مورد درمان هایی که به نتیجه نرسیده اند.

گفتن خبر بد در واقع عبور از راهی سنگلاخ و خطرناک است. گاه پزشک متخصص که بیماری کشنده را تشخیص داده، با وجود داشتن دانش مربوط به آن بیماری همواره نمی تواند فرد مناسبی برای انتقال خبر بد باشد.

برخی مواقع بهتر است این امر به متخصصی سپرده شود که هم دانش روان پزشکی و هم تجربه کار را دارد. در مورد پرستاری شاید دلیل نگفتن خبر به دلیل برتری رفتار غیر حرفه ای و بی تجربگی یا حتی ندیدن آموزش های لازم در این زمینه باشد.

با آموزش کادر پزشکی به ویژه پرستاران که بیش از بقیه با بیمار در ارتباط هستند، تا حدود زیادی می توان آن چه را که امروزه زبان بدن^۱ می گویند به درستی کنترل کرد.

در مورد پزشکان هم بیشتر صحبت درباره متاستاز سرطان، مسکن ها یا مراحل آخر که بیمار را از پا می اندازد در میان فوران احساسات، اشک ها و آه ها و حرکات نمایشی^۲ دنبال می شود.

موارد فراوانی پیش آمده که پس از آزمایش های افتراقی معلوم گردیده یک بیماری به ظاهر خوش خیم تومور سرطانی است، یا بیماری که انتظار می رود چند سال زنده بماند در مدت شش ماه می میرد یا فرد بیماری که در مراحل پایانی است، مدت ها زنده می ماند. همین امر گفتن خبر بد را

1. Body language

2. Histic

با پیچیدگی‌هایی همراه می‌سازد. تعیین مسیر چه خوب یا بد، که نه پزشک و نه علم پزشکی نتوانسته‌اند آن را پیش‌بینی کنند بیمار را دچار بی‌اعتمادی و بدبینی می‌کند. درواقع نکته کلیدی این است که پزشک بداند چه زمانی با پشتوانه یافته‌های آزمایشگاهی و معاینه‌های بالینی، بیمار را باید از وضعیت خود آگاه کند.

هنرپزشک تشخیص زمان عبور از این خط است. برخی بیماران ترجیح می‌دهند تا زمان تشخیص نهایی از احتمال‌های بد آگاه نشوند و دانستن گزینه‌های متفاوتی که پزشک به آنها مشکوک شده آنها را بی‌تاب و عصبی می‌کند.

یکی از بیماران می‌گوید: «دوسال پیش به دلیل وجود توده‌ای از سینه‌ام نمونه برداری شد، پس از ۱۰ روز سرکردن، با فکر و خیال‌های گوناگون، رادیولوژیست به من تلفن کرد و گفت متأسفانه به سرطان مبتلا شده‌ام. یک‌ساعت بعد هم جراح تماس گرفت و با عجله وقت عمل را تعیین کرد، درهمان یک ساعت به‌کلی از هم پاشیدم و تقریباً از دست رفتم، پانزده دقیقه پس از آن رادیولوژیست دوباره تلفن کرد که در نام‌ها دچار اشتباه شده و تشخیص سرطان مربوط به بیمار دیگری بوده‌است و من به‌طورکامل پاک هستم. از او خواستم همه چیز را کنترل کند تا دوباره اشتباهی پیش نیاید که او باصدایی بلند و باتحکم به من گفت: یک مطلب را چندبار باید بگویم شما سرطان ندارید!»

پزشکان باید به گویش و نوع رفتار فرد موقع دادن خبر بد همواره توجه کنند.

«جین ونابل» می‌گوید: مادرم سال‌ها سرفه می‌کرد و هیچ دکتری نتوانسته بود دلیل واقعی آن را بفهمد. با مبتلا شدن به ذات‌الریه پزشک دستور برونکوسکوپي داد، من و خواهرم مادرمان را به کلینیک راهنمایی کردیم پس از مدتی دکتر با لبخندی گشاده به سمت ما آمد و ما که فکر کرده بودیم مادرم مشکلی ندارد با رویی خوش به استقبالش رفتیم. دکتر با همان روی گشاده گفت توموری در ریه مادرم دیده‌است که در چند ماه آینده او را می‌کشد. تا آخر عمرم از او به دلیل لبخند گشاده اش متنفر شدم»

راه کارهای کاربردی در زمینه افشای خبر بد

با وجود پیشرفت‌های پزشکی، سرطان درمیان بیماری‌ها، ازاین نظر که برانگیزنده احساس درماندگی و ترسی عمیق است، بی‌همتا است. سرطان شهرتی برابر با مرگ و همراه با تصویری

ترسناک از درد و رنج بسیار دارد. تعجب‌آور نیست که هنگامی که چنین تشخیصی برای بیماری مطرح می‌شود، اضطراب فراوانی پدید می‌آید.

نگرانی‌هایی وجود دارد که بیمار ممکن است امید و تمایل به زندگی را از دست بدهد، و دچار افسردگی عمیق شود.

اگرچه بیماری‌های قلبی عروقی پیشرفته، بیماری‌های کبدی و کلیوی نیز در مراحل پایانی ممکن است پیش‌آگهی مشابهی داشته باشند، اما آنها هیجان‌هایی را که تشخیص سرطان ایجاد می‌کند، بر نمی‌انگیزند. شگفت‌آور نیست که بستگان بیمار با پندار نیک می‌خواهند از گفتن این خبر به بیمار خودداری شود.

این مساله ناشی از نگرانی، علاقه و نیز ترس از اثر منفی روان‌شناختی چنین افشایی است. درواقع، این تبانی در حرفه پزشکی تا مدتی نه‌چندان دور، شیوه رایج بوده‌است. اما در عصر خودمختاری بیمار و حق بیمار برای داشتن اطلاعات، باید مراقب باشیم نگرش‌های کادر پزشکی یا خانواده‌های بیماران، مشکلات زبان برای برقراری ارتباط و مسایل سازمانی^۲ سدی بین بیماران و بیماری برای دستیابی بیماران به آگاهی و پذیرش روان‌شناختی بیماری خود نگردد. هم‌زمان، لازم است از محیط فرهنگی خاصی که در آن ارایه خدمت می‌کنیم و نیازهای هیجانی خانواده‌ها نیز آگاه باشیم.

نگفتن خبر بد مختص مناطق خاصی از جهان نیست. در تمام دنیا، بازگ کردن تشخیص بیماری‌هایی همچون سرطان که زندگی را به مخاطره می‌افکنند مشکل آفرین بوده است.

نیاز به مهارت‌های ارتباطی در افشای خبر بد

در سال‌های گذشته تاکید بر مدل بیومدیکال در آموزش پزشکی به اهمیت یافتن مهارت‌های تکنیکی نسبت به مهارت‌های ارتباطی منجر شده و بنابراین پزشکان ممکن است در مهارت‌های ارتباطی همچون دادن خبر بد احساس ناتوانی کنند و تصور کنند در این موارد با بیمار برخورد مناسبی نداشته‌اند. به تدریج به دنبال احساس ناراحتی و ناتوانی در این موقعیت‌ها سعی می‌کنند تا حدامکان از قرارگرفتن در چنین شرایطی دوری کنند و در پایان تلاش می‌کنند دردهای جسمانی

1. Autonomy

2. Organizational

بیماران را برطرف کنند و کمتر به مشکلات عاطفی و رنج آنها بپردازند. اما شواهد نشان می‌دهند مهارت‌های ارتباطی نقشی مهم درکار بالینی پزشکان دارد و با استفاده مناسب از این مهارت‌ها به‌خوبی می‌توان بیماران و خانواده آنها را راهنمایی کرد، در آنها اعتماد ایجاد نمود و مهارت‌های ارتباطی می‌توانند نقش مهمی در امید بخشی به بیماران داشته باشند. بسیاری از مطالعات حاضر نشان می‌دهند ارتباط پزشک و بیمار درحد مناسب نیست و نقص در مهارت‌های ارتباطی موجب رنجش بیماران و همراهان خواهد شد و نیز توانایی پزشک را در کنترل درد و علائم بیمار مشکل می‌سازد. درحال حاضر در جامعه پزشکی پذیرفته شده‌است که آگاهی بیمار از حقایق پیرامون بیماری‌اش جزو حقوق اخلاقی و قانونی وی محسوب می‌شود، اما اگر در مورد بازگو نمودن خبر بد روش مشخصی نداشته باشیم، ممکن است به اصل اول آسیب نرسان^۱ خدشه وارد شود، چراکه ممکن است همه بیماران مایل نباشند جزییات کامل را در مورد بیماری خود بدانند.

بااینکه ارتباط پزشک و بیمار دارای نقش اساسی در مراقبت از بیمار است، اما همچنان بیشتر پزشکان در این زمینه آموزش کافی دریافت نمی‌کنند. مطالعات تجربی بسیاری نشان می‌دهند که ارتباط پزشک و بیمار درحد مناسبی قرار ندارد. پزشکان و پرستاران در موارد زیادی به دامنه وسیع نگرانی‌های بیمار توجه نمی‌کنند.

یکی از جنبه‌های ارتباط پزشک و بیمار، دادن اخبار ناخوشایند چه در زمان تشخیص، برگشت بیماری و یا درمان به بیماران است. یک مطالعه نشان می‌دهد ۴۲ درصد پزشکان پس از گفتن اخبار ناخوشایند به بیمارشان، دچار اضطراب می‌شوند و این اثر چند ساعت و گاهی تا سه روز به درازا می‌کشد. در حوزه‌های گوناگون پزشکی از جمله انکولوژی^۲، در گذشته درمان‌های امیدوارکننده چندانی در دسترس نبود و بیشتر پزشکان گفتن اخبار ناخوشایند درمورد تشخیص بیماری‌ها را غیرانسانی و برای بیماران زیان‌بار می‌دانستند اما امروزه با پیشرفت‌های به‌دست آمده در درمان بیماری‌ها، راحت‌تر است که درهنگام تشخیص به بیماران امید داد. بر این اساس به‌دست آوردن مهارت برای درمان‌گر در مورد چگونگی دادن اخبار ناخوشایند یک ضرورت محسوب می‌شود.

1. primum non nocere

۲. سرطان شناسی

چرا افشای خبر بد مهم است ؟

اول (بیماران می‌خواهند حقیقت را بدانند :

با توجه به اصل "اول آسیب نرسان" ممکن است با افشای کامل اخبار ناخوشایند و ایجاد ناامیدی در بیمار به وی آسیب برسد و به این اصل خدشه وارد شود. بر این اساس پزشکان در ۵۰ سال گذشته سعی می‌کردند حقیقت را از بیمار پنهان کنند، چراکه افشای حقیقت را سبب نگرانی و ناامیدی بیماران می‌دانستند. در سال ۱۹۶۱ میلادی اوکن و همکارانش نشان دادند که ۹۰ درصد جراحان آمریکا به‌طور مرسوم تشخیص سرطان را از بیماران خود پنهان می‌کنند در حالی که بیماران می‌خواستند تشخیص را بدانند. ۲۰ سال بعد دوباره اوکن و همکارانش همان مطالعه را انجام دادند و مشاهده کردند که شرایط تغییر کرده و در اواخر دهه ۷۰، نود درصد پزشکان به بیماران خود تشخیص سرطان را می‌گفتند.

در حال حاضر گفتن حقیقت در مورد بیماری، "اگر بیمار بخواهد"، یک وظیفه اخلاقی و قانونی دانسته می‌شود براساس شواهد اخیر ۹۵ درصد بیماران گفتن حقیقت را در مورد وضعیت جسمی خود می‌خواهند، اما برخی هم ترجیح می‌دهند که در مورد تشخیص و یا بیماری خود چیزی ندانند به‌عنوان مثال مطالعه‌ای در ۱۹۸۲ میلادی در آمریکا از میان ۱۲۵۱ نفر، ۹۶ درصد گفتند که تمایل ندارند تشخیص سرطان به آنها گفته شود، اما ۸۵ درصد هم ترجیح دادند در صورتی که بیماری آنها پیش آگهی بدی داشته باشد به آنها اطلاع دهند و به شکل واقعی گفته شود که چه مدتی زنده خواهند بود.

اطلاع از بیماری و تفاوت‌های فرهنگی

برخی از فرهنگ‌ها، آگاهی از تشخیص‌های با پایان مرگ را یک عمل زیان‌بار می‌دانند که اصل آسیب نرساندن به بیمار را مخدوش می‌کند. بسیاری از خانواده‌های بیماران مانع آگاهی‌دادن به بیماران خود می‌شوند. در چین بسیاری از زمان‌ها خانواده‌ها مانع افشای خبر بد می‌شوند، در هنگ‌کنگ افشای خبر بد از سوی پزشک در ۶۸ درصد موارد انجام می‌شود اما بیشتر موارد کامل نیست و تنها در ۳۸ درصد موارد پیش‌آگهی گفته می‌شود، اما در کشورهای غربی ۹۵ درصد بیماران می‌خواهند از تشخیص بیماری خود آگاه شوند.

قانون گفتن یا نگفتن خبر بد به بیمار می‌تواند تابع پاره‌ای از شرایط فرهنگی باشد چراکه

می‌دانیم شرایط فرهنگی محیط و جوامع گوناگون با هم متفاوت است، به طوری که گاه این تفاوت‌های فرهنگی شدید می‌باشد.

برای نمونه در جامعه‌ای ضرب‌المثل می‌شود: "من آنقدر پول ندارم که جنس دست دوم بخرم" و برعکس در جامعه دیگری افراد ندار و فقیر در سمساری‌ها به دنبال خرید لوازم دست دوم منزل هستند.

در موضوع مورد بحث، یعنی گفتن خبر بد به بیمار، باید به سراغ فرهنگ آن جامعه در مورد آن خبر رفت. با توجه به این که منظور اصلی در این بحث گفتن یا نگفتن خبر ناگواری است که ما به آن خبر مرگ می‌گوییم، بنابراین باید دید در فرهنگ ما مسلمانان مرگ چیست و چگونه باید با آن برخورد کرد.

عارف رومی می‌گوید:

چون جان تو می‌ستایی چون شکر است مردن مردن با تو ز جان شیرین، شیرین تر است مردن
چون حق تو را بخواند، سوی خودش کشاند چون جنت است رفتن، چون کوثر است مردن

و خواجه شیرازی می‌سراید:

این جان عاریت که به حافظ سپرده دوست روزی رخس ببینم و تسلیم وی کنم
یا آن جا که همه عمرش را در لحظه جان دادنش خلاصه می‌کند و آرزوی آن لحظه را دارد، چرا
که به او گفته‌اند لحظه جان دادن، لحظه جان گرفتن هم هست و هنگام مرگ، هنگام ملاقات با یار
نادر گفتاریست که همه عمر را در طلب دیدارش گذرانده‌ای:

حافظ لب لعلش چو مرا جان عزیز است عمری بود آن لحظه که جان را به لب آرم

از سعدی شیرازی اشعار نغز و پر معنی در این زمینه رسیده‌است:

در آن نفس که بمیرم در آرزوی تو باشم بدان امید دهم جان که خاک کوی تو باشم
خداوند در قرآن مجید به پیامبر عزیز و محبوبش در سوره رعد می‌فرماید:^۱ "تو از دنیا خواهی
رفت و آنان نیز..." پس اگر چنین خبری را به نظر دیگران، خبر بد بخوانیم، این خبر ناگوار را
خداوند زودتر به همه انسان‌ها داده و دیر یا زود آن چندان تفاوتی ندارد.

۱. "انک میت و انهم میتون"

در تاریخ بزرگان و سرآمدان فرهنگ و تمدن اسلامی می‌خوانیم پزشکان، غیرقابل درمان بودن بیماری و یا حتی نزدیک بودن درگذشت آنان را باصراحت بیان کرده‌اند. مگر پزشک مسیحی پس از معاینه امیرالمومنین حضرت علی(ع) پس از مضروب شدن‌شان نگفت: "این زخم قابل درمان نیست، شمشیر زهر آلود بوده و امید به بهبودی نمی‌رود".

البته نباید فراموش کرد و باید به پزشکان محترم آموزش داده شود که شیوه گفتن خبر و روش آن و درک حال و شرایط بیمار و زمان و مکان گفتن و چگونگی فراهم نمودن مقدماتی برای بیان چنان خبری بسیار اهمیت دارد که اگر دقت لازم به عمل نیاید ممکن است آن مشکلات احتمالی که در ذهن برخی پزشکان وجود دارند بروز کند.

قصه تعبیر خواب یکی از خلفا در این زمینه شنیدنی است:

"که پس از آنکه معبرین را برای تعبیر رویای خلیفه خواستند، یکی از آنان گفت: تمامی بستگان خلیفه پیش از ایشان خواهند مرد، که متأسفانه با خشم خلیفه مواجه و جان‌ش را بر سر درست ادا نکردن مقصودش گذاشت، اما معبر دیگر گفت که عمر جناب خلیفه از همه اقوام و بستگان‌شان طولانی‌تر است که با این بیان مستحق دریافت صله و جایزه شد".

دوم (افشای خبر بد، امری رایج اما دشوار:

براساس یک مطالعه، در یک دوره ۴۰ ساله فعالیت حرفه‌ای، یک انکوزیست ممکن است دویست هزار بار مصاحبه با بیماران، مراقبان و یا خانواده‌ها داشته باشد و اگر حداقل ۱۰ درصد این مصاحبه‌ها مرتبط با افشای خبر بد باشد یک پزشک در طول کار حرفه‌ای خود باید ۲۰۰۰ بار افشای خبر بد را انجام دهد. نگرانی همیشگی پزشکان این است که دادن خبر بد چگونه بر روی بیمار اثر می‌گذارد و بیشتر می‌گویند بهتر است به بیمار چیزی نگوییم. بقراط توصیه می‌کند: "موقعی که در حضور بیمار هستید بیشتر موارد را از او پنهان کنید، دستورات ضروری را به‌وضوح بگویید و چیزی را از آینده و یا حال بیمار آشکار نسازید. برای بسیاری از بیماران آنچه در آینده رخ خواهد داد، حالشان را بدتر می‌کند." مطالعات نشان می‌دهند که بسیاری از پزشکان هنگامی که خبر بد را می‌دهند، خودشان دچار اضطراب می‌شوند. در یک مطالعه، ۲۰ درصد انکوزیست‌ها، اضطراب و هیجان‌های شدیدی را هنگام افشای خبر بد گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه دقیق‌تر، ۴۲ درصد اوج استرس را در هنگام مصاحبه تجربه کرده‌اند، اما تنش ناشی از خبرهای بد، سه تا چند روز پس از مصاحبه هم طول می‌کشد و می‌تواند موجب اشکال در فهم نیازهای بیماران و

سرخوردگی پزشکان شود.

سوم) نتایج بالینی:

چگونگی افشای خبر بد، روی فهم بیماران از اطلاعات، رضایت از خدمات درمانی، میزان امیدواری و هماهنگی روانی بعدی آنها اثر دارد. در مطالعه‌ای روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان شش ماه پس از جراحی، هماهنگی آنها با بیماری، بستگی به رفتار پزشک هنگام مصاحبه و افشای تشخیص سرطان داشته است (همان طوری که سابقه مشکلات روان پزشکی و استرس‌های پیش از بیماری در هماهنگی‌سازی موثر بوده است). آن مطالعه نشان داد نگرش از سر مراقبت پزشک هنگام مصاحبه، مهم‌تر از اطلاعات زمان مصاحبه بوده است. بیمارانی که هنگام مصاحبه به‌خوبی اطلاعات را دریافت نکرده و یا ارایه اطلاعات به آنها به‌خوبی مدیریت نشده است، دو برابر بیشتر به اضطراب و افسردگی مبتلا شده‌اند.

با وجود تمایل افراد به دریافت اطلاعات پیرامون بیمارشان و دشواری افشای خبر بد در بیماران و نیز وجود شواهد بالینی بر اهمیت آن لازم است در این زمینه شیوه درستی را به‌کار گیریم. در حالی که کمتر از ۵ تا ۱۰ درصد پزشکان برای افشای خبر بد آموزش دیده‌اند، بیشتر از ۶۶ درصد پزشکان در ماه بین ۵ تا ۲۰ بار این کار را انجام داده و همچنان احساس راحتی نمی‌کنند. ۷۴ درصد آنها می‌گویند که در این زمینه هیچ شیوه مشخصی وجود ندارند و ۹۰ درصد در مدیریت احساسات بیمار دچار مشکل می‌شوند. پس باید راه‌کارهایی باشد تا بتوان افشای خبر بد را براساس آن انجام داد. این راه‌کارها اعتماد به نفس پزشکان را بیشتر نموده و به بیماران کمک می‌کند تا در روند درمان شرکت کنند و پزشکان کمتر دچار تنش و فرسودگی گردند.

کتمان حقایق یعنی نقض رازداری

هر انکولوژیستی طی زمانی که به درمان بیماران می‌پردازد، بارها با مواردی مواجه می‌شود که قبل از بیمار، همراهان بیمار به شکل‌های گوناگون با پزشک تماس گرفته و از او می‌خواهند که تشخیص بیماری را با بیمارشان در میان نگذارد. به‌طور معمول این همراهان بیان می‌کنند بیمارشان از بیماری خود چیزی نمی‌داند و از ترس صدمات روحی احتمالی بیمار ناشی از شنیدن تشخیص بیماری از پزشک می‌خواهند که درباره بیماری با وی صحبت نکند.

در این میان آنچه از دیدگاه اخلاق پزشکی بااهمیت است، دو نکته اخلاقی است که باید به آن پرداخت: یکی نقض رازداری و دیگری تقاضا برای نگفتن حقیقت که توسط همراهان بیمار درخواست می‌شود.

همه اطلاعاتی که طی روند تشخیص و درمان بیمار به‌دست می‌آید، جزو رازهای اختصاصی بیمار است و بدون اجازه بیمار، هیچ‌یک از افراد کادر پزشکی مرتبط با بیمار، حق افشای آن را ندارند. حفظ اسرار بیمار نه تنها از جنبه روابط بین پزشک و بیمار و ایجاد حس اعتماد در این رابطه اهمیت حیاتی دارد، بلکه از لحاظ قانونی هم مهم بوده به طوری که در قوانین مصوب برای پزشکانی که اسرار بیمار خود را افشا می‌کنند، مجازات در نظر گرفته شده است. تنها بیمار است که می‌تواند تصمیم بگیرد چه کسی و به چه مقداری به اطلاعات مربوط به بیماری او دسترسی داشته باشد. تشخیص سرطان نیز یکی از اطلاعات به دست آمده در طی روند تشخیص و درمان بیماری فرد است. بنابراین جزو اسرار شخص تلقی شده و بنابراین باید قبل از هر کس به خود بیمار گفته شود. در حالی که در بسیاری از موارد دیده می‌شود بستگان بیمار قبل از بیمار از این تشخیص آگاه می‌شوند. اگر بیماری نخواهد که فرد خاصی از بستگان او از تشخیص بیماری وی آگاه شود، با بیان این تشخیص به همراهان بیمار از این حق طبیعی و مسلم خود محروم گردیده است.

منشور حقوق بیمار

به دنبال تحقیقات گسترده انجام شده، مشخص گردید که بعضی از اطلاعات که انتقال آن‌ها به بیمار تغییری در مسیر آینده بیماری یا زندگی بیمار ایجاد نمی‌کند، برای بیمار دردسرساز است. به همین دلیل در تغییراتی که در منشور حقوق بیمار دادند، تعیین تکلیف کردند که باید از بیمار

سوال شود که تا چه حد مایل است در روند فرآیند بیماری‌اش قرار بگیرد. به همین دلیل کم‌کم محدودیت‌هایی در انتقال اطلاعات ایجاد شد که امروزه کم و بیش به آن عمل می‌شود. اما در کشورهای شرقی من جمله کشورما وضعیت کاملاً فرق می‌کند. سال گذشته در اولین کنگره "مراقبت‌های حمایتی تسکینی در بیماران سرطانی" به این موضوع در یک بخش مستقل پرداخته شد و نشان داد که تحقیقات خوبی در ایران در این زمینه انجام شده‌است. براساس این تحقیقات بیمار و خانواده بیمار، خیلی مایل نیستند که همه جزئیات خبر بد را به بیمار منتقل کنند. به دلیل پشتوانه‌های عاطفی موجود در اقوام، لازم است بخشی از اطلاعات برای بیمار آماده‌شود، اما به طور قطع آن چیزی که در تحقیقات ایرانی مورد تایید گرفت، نشان داد که ضروری است پزشک با اطلاعات اپیدمیولوژیک مناسب، خبر بد را به نزدیکان بیمار، برحسب پذیرش، میزان آگاهی و تمایل آنها منتقل کند، بنابراین به طور معمول یک منشور نانوشته چگونگی گفتن خبر بد به بیمار داریم و آن این است که همه خبر بد را به بیمار منتقل نکنیم، اما نزدیکان بیمار را بر حسب پذیرش و آگاهی در جریان همه ماجرا قرار دهیم.

آموزش اخبار بد

مرگ یکی از عزیزان، بیماری، اخراج شدن از کار و... مانند شوک می‌ماند، فرد با شنیدن خبر وحشت می‌کند و همه زندگی او ناگهان تغییر می‌کند. جای تعجب نیست که در تحقیق مشخص شده‌است که نزدیک به بیشتر خانم‌هایی که به تازگی بیماری سرطان سینه در آنها گزارش شده، دچار پریشانی و اضطراب شده‌اند، اما جدی‌تر این‌که این وضعیت در نزدیک به نیمی از آنها آن قدر پیشرفت می‌کند که به اختلالات روانی شدید مانند افسردگی منجر می‌شود. گوشه‌گیری، گریه کردن، لذت نبردن از فعالیت‌های معمول لذت‌بخش، آرزوی مرگ، پرخاشگری، سکوت یکنواخت و طولانی، افت تحصیلی، کاهش توجه و تمرکز، فراموش کاری، اشکال در تصمیم‌گیری، افکار خودکشی، احساس خشم، اندوه، گناه، درماندگی، ناتوانی، نومی، تنهایی، ترس و اضطراب، سرگیجه، احساس خستگی و کسالت، تنگی نفس، آه کشیدن زیاد، خشکی دهان، تپش قلب، احساس کرختی و سنگینی در بدن، ضعف عضلانی، احساس گرفتگی و خفگی در گلو و دردمعده، ممکن است فرد را اذیت کند. روشن است که شنیدن خبر بد چندان آسان نیست. یکی از مهارت‌های بسیار مهمی که پزشکان هنگام برخورد با بیمار باید کسب کنند، آگاه کردن

او از نوع بیماری و میزان وخامت آن است، حتی ممکن است شدت بیماری به حدی باشد که پزشک احساس کند بیمار قادر به شنیدن آن نیست، چون حتی در هنگام مرگ هم بیماران آن را باور نمی‌کنند و منتظرند پزشک به آنها زندگی ببخشد. با وجود تمام انتظاراتی که می‌توان از پزشک به هنگام برخورد با بیمار داشت، نباید در مدت مراقبت از بیمار فشارهای جسمی توان فرسا و مشکلات عاطفی را که به سراغ خود پزشک می‌آید نادیده گرفت. فشارهایی مانند محرومیت از خواب، برنامه غذایی نامنظم و نامتناسب، فرصت اندک برای استراحت، اختلال در روابط خانوادگی و دوستانه و گرفتاری ناشی از برخورد با بیماران پرتوقع، موجب می‌شوند که بیش از نیمی از پزشکان خود به روان درمان‌گری نیاز پیدا کنند. ممکن است که فکر کنند تنها هستند و یا آنقدر خود را غرق در فکر کردن به جزییات مساله می‌کنند که نمی‌توانند از زندگی لذت ببرند. دادن خبر بد، نیاز به داشتن مهارت‌های ارتباطی پیشرفته دارد که بیشتر پزشکان مهارت لازم را برای روبرو شدن با چنین شرایطی را ندارند. توانایی گفتگو و رفتار صحیح با بیمار رو به مرگ ارتباط چندانی با تجربه کلی و تخصص افراد در حرفه پزشکی ندارد و موضوع یکی از مهارت‌هایی است که هرگز در دانشکده‌های پزشکی به دانشجویان آموخته نمی‌شود.

... اما چرا ؟

دلایل گوناگونی برای پرهیز از دادن خبر بد وجود دارد که شامل ترس و نگرانی از دل‌سرد و ناامید شدن بیمار، ترس از روبرو شدن با مرگ دیگری و نبودن آموزش رسمی است. یک پزشک باید بداند که بیمار با وجود بیمار بودن یک انسان است و حق دارد آگاهی لازم را در مورد نوع بیماریش داشته باشد.

برای دادن خبر بد باید به پاره‌ای از نکته‌ها توجه کرد:

۱. هرگز نباید از تلفن برای دادن خبر بد استفاده کرد.
۲. همچنین باید با آماده کردن شرایط فیزیکی و ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار یا بستگان او، شرایط مناسبی فراهم شود. می‌توان از جملاتی مانند "آیا شما از آن دسته افرادی هستید که می‌خواهند تمام جزییات بیماری خود را بدانند؟" استفاده کرد.
۳. باید توجه داشت در تمام مدتی که گفتگو صورت می‌پذیرد نشستن در برابر بیمار، داشتن تماس چشمی و توجه به رفتارهای غیرکلامی بیمار اهمیت دارد. واقعیت این

است که بیمار نیاز دارد و می‌خواهد درباره سلامتی که ازدست رفته صحبت کند و بهتر است به بیمار اجازه دهیم هر زمان که می‌خواهد درباره احساس و افکارش صحبت کند و اطرافیان باید به وی نشان دهند که تمایل به شنیدن صحبت‌های وی را دارند، احساس او را درک می‌کنند و سعی نمی‌کنند او را از بحث مورد نظر دور کنند.

۴. نباید از دادن اطلاعات درست در مورد زمان احتمالی زنده بودن خودداری کنیم، زیرا سوگ از دست دادن، پیر شدن، بیمار شدن، همه بخشی از زندگی هستند.

۵. سوگ حالت اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص (حتی خود فرد)، یا عقیده و فکر خاصی است. هر بیمار به‌روشنی خاص خود با این پدیده روبه‌رو می‌شود. باید بیمار و اطرافیان وی حرف بزنند، احساس خود را بگویند و افکار خود را بیان کنند تا بتوانیم بهترین کمک را در تطابق و سازگاری آنها با فشارهای ناشی از خبر بد ارایه دهیم.

نمونه‌هایی از نظرات بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت

فرض کنید بیمار وارد مطب شما شده‌است و از درد شکایت دارد. شما با توجه به علایم اولیه، احتمال سرطان را می‌دهید. پس از انجام آزمایش‌ها و نمونه‌برداری‌های گوناگون، از حدس خود اطمینان می‌یابید. حال اگر با او مطرح کنید، ممکن است علاوه بر بیماری جسمی‌اش، دچار بیماری روحی نیز شود و با تلقین، روز به روز حال وی بدتر شود. ازطرف دیگر در صورتی‌که بیماری را از او پنهان کنید، ممکن است با احتمال این که خطری مهم او را تهدید نمی‌کند، برای درمان خود پیگیری‌های لازم را انجام ندهد.

این تصمیم‌گیری در زمانی که بیمار قابل درمان باشد، نسبت به هنگامی‌که بیمار ممکن است که دیگر فرصت زیادی برای زنده ماندن نداشته باشد، کمی آسان‌تر است اکنون این پزشک است که در جایگاه تصمیم‌گیری قرار می‌گیرد. البته این نکته روشن است که بیمار باید در جریان بیماری خود قرارگیرد، اما این نکته که چگونه و در چه زمانی این کار انجام شود اهمیت زیادی دارد.

بهترین کسانی‌که می‌توانند چگونگی خبر دادن را بگویند، خود بیماران‌اند.

واقعیت این است که بیمار نیاز دارد و می‌خواهد درباره سلامتی که ازدست رفته صحبت کند.

گفتگویی با بیماران بستری در انستیتو کانسر^۱ بیمارستان امام خمینی (ره):

- غ.ح.د: ۲۷ ساله می‌گویند "من دو سال پیش با زخم شدن صورتم به پزشک مراجعه کردم. پس از انجام آزمایش‌های کامل‌تر، پزشکان تشخیص دادند که سرطان گونه دارم. وقتی پزشک این مشکل را با من در میان گذاشت، به‌راحتی با آن کنار آمدم، اما قضیه را تا دو ماه از خانواده‌ام پنهان کردم. هنگامی که همسر و فرزندانم از قضیه آگاه شدند تا مدت‌ها بی‌قراری می‌کردند.
- آقای د. در حال حاضر تحت درمان و مداواست. ایشان معتقد است که مواقعی وجود دارد که اگر نگویند بهتر است، زیرا ممکن است بیمار توان دانستن بیماری خود را نداشته باشد و یا بیماری به‌زودی رو به بهبود باشد. اما در مواردی که بیماری به‌درازا بکشد، بهتر است بیماری‌ها را به خود بیمار بگویند. در هر صورت بیمار چون با بیماری مواجه است، راحت‌تر می‌تواند با موضوع کنار بیاید تا خانواده و خویشاوندانش.
- آقای ا.ک، ۷۱ ساله - ایشان می‌گویند: "نخست هنگام غذا خوردن، در ناحیه شکم احساس سوزش می‌کردم، پس از مراجعه به پزشک و انجام آزمایش‌ها و نمونه برداری‌ها، تشخیص سرطان معده را داده، اما این خبر را به من دیر دادند. دیر آگاه شدن از بیماری مرا بسیار اذیت کرد، زیرا همواره تحت آزمایش بودم و بسیار درد می‌کشیدم، اما نمی‌دانستم با چه مشکلی روبرو هستم. ایشان به پزشکان توصیه می‌کند بیماری افراد را خیلی راحت با آنها در میان بگذارید، زیرا اگر فرد در بی‌خبری قرار گیرد، ممکن است فکر کند که دیگر درمانی برای وی وجود ندارد و از لحاظ روحی آسیب جدی ببیند، حال آن‌که درمان او بسیار آسان است.
- آقای ع. م آ ۵۰ ساله با مشکل سرطان لوزالمعده - ایشان با دردهایی که از ناحیه شکم بوده متوجه مشکل خود می‌شوند و از شهرستان به تهران اعزام شده و تحت آزمایش قرار می‌گیرد. ایشان ابتدای درمان خود هستند و در مورد خبر دادن بیماری توسط پزشکان عقیده دارند که: برخی نمی‌گویند، اما اگر بیمار در جریان باشد بسیار بهتر است البته نتیجه قطعی را باید به او بگویند اینطور نباشد که هر پزشکی به هر نتیجه‌ای که رسید، بگوید.

- خانم پ. م - ۲۲ ساله - به دلیل توده شکم در این مرکز بستری شده است. کسی به ایشان به طور مستقیم بیماری را نگفته است. مادر وی در جریان است خودش نیز از سیر درمانی متوجه شده است و او معتقد است بیمار حق دارد بداند؛ البته بستگی به شرایط بیمار دارد که در چه زمانی و چگونه به او بگویند. اما در هر صورت این حق طبیعی هر بیمار است که از بیماری خود آگاه شود.
- خانم م. س، ۵۶ ساله - از سال ۱۳۶۶ به بیماری سارکوم مبتلا شده است ایشان نقش دعا و راز و نیاز را بسیار مهم می داند و می گوید: من با توکل به خداوند و دعا توانسته ام تا امروز زندگی با آرامش را داشته باشم و امروز پس از ۲۱ سال به طور معجزه آسا، تنها برای دومین بار به بیمارستان مراجعه می نمایم. ایشان معتقد است بیماری فرد مستقیم به او گفته شود زیرا بیمار می تواند با دعا و توکل به خداوند بر بیماری خود غلبه کند یا آرامش کسب نماید.
- خانم ط. ک - ۵۶ ساله - ناخن پایم ابتدا سیاه شد. فکر کردیم بر اثر اصابت ضربه باشد، ناخن افتاد و دیگر هیچ ناخنی در نیامد و همواره از محل آن، چرک و خون خارج می شد. با مراجعه به پزشک اعلام شد به ملانوم انگشت مبتلا شده ام، پزشک به صورت مستقیم بیماری من و درمان آن را گفت. من مساله را تا چند هفته به هیچ کس نگفتم وقتی هم سرم متوجه بیماری من شد و این که باید انگشتم قطع شود تا دو هفته بیمار بود. ایشان اعتقاد دارد که پزشکان باید به روحیه بیمار نگاه کنند. اگر بیمار روحیه روبروشدن با بیماری را ندارد به همراهان اطلاع دهند اما در هر صورت بیمار باید آگاه شود.
- آقای ر - ۲۷ ساله - سارکوم - ایشان معتقد است: اگر نمی خواهید به خود بیمار، بیماری را بگویید حداقل موضوع را با همراهان در جریان بگذارید، زیرا با این کار به بیمار کم می کنید در مسیر درمان خود، پزشکان خود را انتخاب کند.
- آقای م. ر - ۲۱ ساله - بیماری پولیپ روده بزرگ - با خونریزی های مکرر متوجه بیماری شده و سپس به پزشک مراجعه نموده است. در انتظار نوبت دوم جراحی می باشد ایشان معتقد است اگر فرد از بیماری باخبر باشد راحت تر با درمان کنار می آید.

موارد دیگر از سایر کشورها:

«دکتر جانز» می گوید: دانشجوی سال دوم پزشکی بودم که مادرم پس از چهار سال ابتلا به

سرطان پستان در آستانه مرگ قرار گرفت تصمیم گرفتم همه چیز را رها کنم و تا دم آخر کنارش باقی بمانم. مادرم در آغوش من و درحالی که برایش زمزمه میکردم جان سپرد. پیش از این به یکی از هم کلاسی‌هایم گفته بودم درهر شرایطی منتظر معجزه هستم و او در جواب گفت "هرگز آخرین امیدها را از نظر دور نکن" همیشه به عنوان پزشک دانش خود را با بیماران در میان گذاشته‌ام و تلاش کرده‌ام که امید را ازدست ندهند.

بسیاری از پزشکان معتقدند: بهترین گزینه گفتن احتمال‌های خوب و بد در کنار هم است.

راهنمای بالینی (SPIKES)

افشای خبر بد مانند دیگر اقدام‌ها باید طی مراحل انجام شود چراکه موفقیت هر مرحله به مراحل قبلی بستگی دارد. هر گفتگو ممکن است تمام مراحل را به طور کامل نیاز نداشته باشد، اما باید هرکدام به ترتیب به دنبال هم انجام شوند.

مرحله اول: شرایط مصاحبه را تنظیم کنید^۱:

تمرین ذهنی یکی از راه‌های سودمند برای آماده‌شدن درکارهای پرتنش است که می‌توان آن را به صورت مرور آنچه قرار است به بیمار بگویید و یا چگونگی پاسخ به واکنش‌های هیجانی بیمار و یا پاسخ به پرسش‌های دشوار، تمرین کنید. به عنوان فردی که پیام‌آور خبر بد است ممکن است احساس ناخوشایند و یا ناتوانی در انجام مسئولیت داشته باشد. اما به یادآورید اگرچه، خبر بد امری ناراحت کننده برای بیمار است، اما این اطلاعات می‌تواند در درمان و همراهی وی مفید باشد. گاهی شرایط فیزیکی، گفتگو در مورد موضوع‌های حساس را راحت‌تر می‌کند. شرایط باید به گونه‌ای باشد که حوزه خصوصی بیمار رعایت شود و حواس بیمار پرت نشود.

برخی از موارد سودمند شامل موارد زیر هستند:

- تنظیم حوزه خصوصی بیمار: فراهم کردن یک اتاق گفتگو، ایده‌آل است، اما اگر در دسترس نبود می‌توان از پاراوان اطراف بیمار استفاده کنیم. بهتر است دستمال را در دسترس بیماران قرار دهیم.
- نزدیکان را درگیر کنیم: بیشتر بیماران می‌خواهند فرد دیگری همراه آنها باشد، ولی این را به

انتخاب بیمار بگذارید. اگر تعداد زیادی از افراد خانواده باشند، بهتر است بیمار یک یا دو نفر را انتخاب کند و نزدیکان می‌توانند اطلاعات را به بیمار یادآوری کنند. از پرستار یا سایر اعضا تیم درمانی نیز می‌توان کمک گرفت.

- **بنشینیم**: نشستن موجب راحتی بیمار خواهد شد و نشان‌گر شتاب نداشتن می‌باشد. توصیه می‌شود مانعی میان پزشک و بیمار قرار نگیرد اگر بیمار را به تازگی معاینه کرده‌اید اجازه دهید پیش از گفتگو لباس خود را بپوشد. با بیمار ارتباط برقرار کنید ارتباط چشمی یکی از راه‌های اصلی برقراری ارتباط است، البته گاهی تداوم آن موجب ناراحتی بیمار می‌شود.

- **لمس بیمار (لمس بازو یا دست)**: در صورتی که بیمار راحت باشد می‌تواند ارتباط را تقویت کند محدودیت‌های زمان و گفتگو را مدیریت کنید. بیمار را از محدودیت‌های زمانی و دلایل احتمالی قطع مصاحبه آگاه سازید. تلفن و گوشی همراه را قطع کرده و یا پاسخ ندهید.

مرحله دوم: بررسی درک بیمار از شرایط^۱:

در مرحله دوم و سوم باید اصل "پرسیدن پیش از گفتن"^۲ را مورد توجه قرار داده و پیش از توضیح یافته‌های اصلی، با سوالات باز، آگاهی بیمار را از موقعیت بالینی وی ارزیابی کنید. می‌توان سوال‌هایی از این گونه پرسید:

❖ تاکنون درمورد شرایط بالینی شما چه گفته‌اند؟

❖ آیا موضوعی شما را نگران می‌کند؟

❖ آیا شما نسبت به بیماری و علائم آن نگران هستید؟

براساس این اطلاعات می‌توانید اطلاعات نادرست را اصلاح کنید و اخبار ناخوشایند را براساس آنچه بیمار می‌فهمد بگویید. همچنین به شما کمک می‌کند اگر بیمار در هر نوع شرایط نپذیرفتن بیماری خود (مانند آرزوی واهی، نادیده گرفتن برخی از حالت‌های پزشکی و یا تصورات غیرواقعی از درمان) قرار دارد، متوجه شوید.

1. Obtaining Patients invasion

2. Before you tell & ask

مرحله سوم: بیمار را فرا بخوانید^۱:

هنگامی که بسیاری از بیماران تمایل نشان می‌دهند اطلاعات کامل درمورد تشخیص و پیش‌آگهی را بدانند، ولی عده کمی هم هستند که تمایل ندارند آگاه بشوند. هنگامی که پزشک تمایل بیمار برای آگاهی از اطلاعات را متوجه شود، از اضطراب او برای گفتن اخبار ناخوشایند کاسته می‌شود. گفتگو درمورد افشای اطلاعات هنگام درخواست آزمایش‌ها سر نخ‌ی است که در آینده پزشک به کمک آن می‌تواند در مورد اطلاعات پیرامون بیماری صحبت کند.

این سوال‌ها عبارتند از:

۱. آیا شما از آن دسته افرادی هستید که مایلند همه جزییات را در مورد بیماری خود بدانند؟
۲. چه میزان از اطلاعات را مایلید که در مورد تشخیص و یا درمان بیماری خود بدانید؟

مرحله چهارم: دادن اطلاعات به بیمار^۲:

علایم هشدار اولیه^۳ به بیمار می‌تواند شوک به دنبال افشای کامل خبر را کاهش دهد. مثال‌هایی از این جمله‌ها شامل:

متأسفانه خبرهای خوبی برای شما ندارم.

متأسفم که باید بگویم.

پس از علایم هشدار اولیه چند ثانیه صبر کنیم و به بیمار زمان بدهیم. این زمان موجب خواهد شد شوک بعدی کاهش یافته، پردازش اطلاعات را برای بیمار آسان می‌کند و نیز در این مکث واکنش بیمار را نیز می‌توان ارزیابی کرد.

در بیان حقایق درمورد بیماری باید نکته‌های زیر را در نظر داشت:

- در سطح گیرایی و دامنه دانش بیمار باشد.
- از کلمات تخصصی استفاده نشود و به عنوان مثال به جای متاستاز از انتشار و به جای بیوپسی از نمونه برداری استفاده شود.

1. Obtaining Patients invitation
2. Giving KnowLedge and information
3. Warning shot

- از ابهام‌گویی پرهیز شود، به عنوان مثال « شما سرطان خیلی بدی دارید و اگر فوری درمان نکنید، خواهید مرد » این جمله‌ها بیمار را عصبانی کرده و شما را سرزنش خواهد کرد.
- اطلاعات در جمله‌های کوتاه گفته شود و دوباره ارزیابی شود که بیمار متوجه شده‌است.
- هنگام افشای خبر بد به دلیل شوک ایجاد شده و هیجان‌های همراه آن، میزان یادآوری کمتر خواهد بود. بنابراین باید اطلاعات در جمله‌های کوتاه و روشن گفته شود.
- اطلاعات روشن و همراه با همدلی گفته شود. وقتی که پیش آگهی بیماری مناسب نیست از جمله‌هایی مانند:

” کار دیگری نمی‌توان انجام داد ” پرهیز شود، چراکه این پاسخ در تناقض با دیدگاه ارایه درمان‌های ممکن همچون کنترل درد و رفع علایم خواهد بود.

مرحله پنجم: شناخت عواطف بیمار و ابراز پاسخ همدلانه^۱:

پاسخ دادن به عواطف و هیجان‌های بیمار یکی از سخت‌ترین مراحل انجام کار است. بیمار ممکن است پاسخ‌های بسیار گوناگونی همچون خشم، نپذیرفتن، گریه‌کردن و یا بی‌اعتقادی نشان دهد. به‌طور معمول بیماران دچار شوک، گوشه‌گیری و یا سوگ می‌شوند. در چنین شرایطی پزشک می‌تواند حمایت خودش را نشان دهد و با نشان دادن پاسخ‌هایی چون همدلی، همبستگی خود را با بیمار نشان دهد.

یک پاسخ یا همراهی از چهار مرحله تشکیل می‌شود:

- مشاهده هیجان‌های بیمار همانند گریه، غم و شوک یا سکوت.
- شناخت هیجان‌های تجربه شده توسط بیمار با نامیدن آنها و گفتن آن به بیمار به عنوان نمونه: اگر بیمار به نظر غمگین می‌آید و سکوت کرده با سوال باز از وی بپرسید: آیا غمگین است؟
- یافتن علت هیجان موجود که البته بیشتر مرتبط با افشای خبر بد است. به هر حال اگر اطمینان ندارید دوباره سوال کنید.

■ چند لحظه‌ای پس از گفتن احساس‌ها به وسیله بیمار، اجازه دهید بیمار باگفتن جمله‌ای از سوی شما بداند هیجان‌ها را بادلایل گفته شده وی مرتبط دانسته‌اید.

بیماران، پزشک خود را مهم‌ترین منبع حمایت روانی می‌بینند و ترکیب پاسخ‌های همدلانه، سوال‌های اکتشافی و جمله‌های تایید کننده یکی از قوی‌ترین راه‌های تامین حمایت برای بیمار است. ممکن است گاهی پزشکان، برخی اطلاعات را به بیمار ندهند و یا امیدواری نابه‌جا ایجاد کنند. این نوع برخورد ممکن است در کوتاه مدت نگرانی بیمار را کمتر کند، اما در بلندمدت مشکلات بیمار و پزشک را بیشتر خواهد کرد.

مرحله ششم: راهبرد و خلاصه^۱:

بیمارانی که برنامه مشخصی برای آینده دارند کمتر دچار نگرانی و ابهام می‌شوند. پیش از گفتگو در مورد برنامه درمانی بهتر است از وی پرسید که آیا آماده است در مورد این موضوع صحبت شود. ارایه راه‌کارهای درمانی موجود به بیمار نه تنها یک الزام قانونی در برخی از کشورها است، بلکه درک درست پزشک از خواست بیماران را نشان می‌دهد. مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری بالینی می‌تواند در کاهش بار ناشی از موفقیت نبودن درمان بر پزشک نقش داشته باشد. ارزیابی سوتفاهم‌های بیمار از امیدواری غیر واقعی او به درمان جلوگیری می‌کند. بیشتر پزشکان هنگام صحبت در مورد پیش‌آگهی و امکانات درمانی نه چندان موفق، احساس راحتی نمی‌کنند.

این گفتگوی دشوار باچند راه کار تسهیل خواهد شد.

بسیاری از بیماران از قبل مواردی را در مورد دشواری بیماری خود و محدودیت‌های درمان می‌دانند، اما از مطرح کردن و پرسیدن در مورد سرانجام آن ترس دارند. بر این اساس باید آگاهی، انتظارات و امیدهای بیماران را ارزیابی کرد تا آگاه شوند بیمار چه می‌داند و از آن نقطه گفتگوی خود را شروع کند. وقتی که بیمار انتظارات غیر واقعی دارد «آنها به من گفته‌اند که شما معجزه می‌کنید» درخواست از بیمار برای گفتن سابقه بیماری، ترس و نگرانی و احساس او را در پشت انتظارات آشکار می‌کند. بیماران درمان را یک پاسخ کلی برای چند مشکل خود می‌دانند.

بیان این ترس‌ها و نگرانی‌ها به بیمار کمک می‌کند تا از جدی بودن شرایط آگاه شود. اگر بیمار در هنگام گفتن این نگرانی غمگین و ناراحت شد از راهبردهای مورد استفاده از مرحله پنجم استفاده کنید. از طرفی آگاهی از اهداف مهمی که کادر درمانی برای بیماران در نظر دارند (همچون کنترل علائم و اطمینان دادن به آنها که بهترین درمان‌های ممکن را دریافت خواهند کرد و مراقبت‌ها ادامه می‌یابد)، به پزشک اجازه می‌دهد که امید را به شکل واقعی برای بیمار شکل دهد و این امر می‌تواند برای بیمار بسیار امیدبخش باشد.

مسکوت گذاشتن

خیلی از خانواده‌ها به پزشک می‌گویند که بیمار را آگاه نکنید و ممکن است این اخبار بیمار را از جهاتی تحریک کند. آنها ممکن است بگویند که بیمارشان را از پزشک بهتر می‌شناسند و با این که اطلاعات متعلق به بیمار است اعضای خانواده می‌خواهند بیمارشان را از درد و نگرانی حفاظت کنند. این امر می‌تواند به گفتگو گذاشته شود.

“اگر بیمار و خانواده از آگاهی نداشتن احساس رضایت می‌کنند نیازی نیست که این اخبار افشا شود.”

به هر حال اگر بیمار فوت کند و از آن اخبار آگاه نشود احتمال وجود کارهای ناتمام در خانواده وجود دارد که می‌تواند فرآیند سوگ را پیچیده کند.

در پاسخ به خانواده باید گفت که حق بیمار است که از این اخبار آگاه شود. پرسید که چرا آنها می‌خواهند که بیمار آگاه نشود، آنها از چه می‌ترسند؟ آنها چه تجربه‌ای از بیمار در مورد اخبار ناخوشایند دارند؟ آیا نگرانی‌های فردی، فرهنگی و یا مذهبی دارند؟ پیشنهاد کنید که به اتفاق هم از بیمار پرسید که چه میزان او مایل است درباره سلامتی خود بداند؟

“باید مسکوت گذاشتن افشای خبر بد بر اساس حفظ صداقت با بیمار و پرهیز از بیگانه ساختن خانواده باشد.”

یک برنامه سه مرحله‌ای می‌تواند سودمند باشد:

- سعی کنید از طریق خانواده پرسد که چرا آنها اصرار دارند که بیمار آگاه نشود. به اطلاعات آنها پیرامون بیمار احترام بگذارید و با آنها در میان بگذارید که بیمار این امکان را داشته باشد که اگر مایل بود می‌تواند از اخبار پیرامون بیماری خود آگاه شود.

- با بیمار صحبت کنید که چه چیزهایی را می‌داند و یا به چه مواردی مشکوک است. بیشتر آنها از واقعیت آگاه هستند، اما برای حفاظت خانواده، آنها را پنهان می‌کنند. تاییدی بر شک آنها بگذارید اگر مناسب هم بود شرایطی را تنظیم کنید که بیمار و خانواده را باهم ببینید.
- به خانواده و بیمار تاکید کنید که هردوی آنها سعی می‌کنند مراقب یکدیگر باشند و صحبت باز را تشویق کنید.

بررسی افشای خبر بد در آمریکا و اروپا

باور عمومی در گذشته این بوده است که خبر بد (برای مثال درمورد پیش‌آگهی بد بیماری) به فشار روان‌شناختی و غمگینی و اضطراب منجر می‌شود. بقراط پزشکان را تشویق می‌کرد که در مورد آینده بیمار یا وضعیت فعلی، چیزی برای بیمار فاش نکنند.

اولین کد اخلاقی را انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۸۴۷ میلادی توجه دادن به موقع پزشک در مورد خطر به «بیمار» را محدود به «لزوم قطعی» بیان آن کرده بود، اما پزشک موظف بود که به دوستان بیمار درمورد خطری که بیمار را تهدید می‌کند آگاهی دهد.

در سال ۱۹۸۹ میلادی «Deontology code» که از سوی انجمن پزشکی ایتالیا^۲ تدوین شده بود، مطرح کرد که یک پیش‌آگهی خطرناک یا کشنده را می‌توان از بیمار اما نه از خانواده وی مخفی نمود.

از آن‌چه بیان شد می‌توان دریافت که عقیده عمومی بر این بوده است که خبر بد برای بیمار زیان آور است و این امر به خودداری از بیان تشخیص‌ها و پیش‌آگهی‌های تهدید کننده زندگی به بیماران منجر شده است. در دهه ۱۹۵۰ میلادی مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که حدود ۹۰ درصد پزشکان ترجیح می‌دهند اگر تشخیص بیماری سرطان باشد، بیماران را از آن آگاه نکنند. همچنین در مطالعه‌ای در مورد مرگ بر اثر سرطان که در سال ۱۹۷۳ میلادی به چاپ رسید فقط ۴۹ درصد از بیماران از شرایط خود آگاهی داشتند. شواهد در سال ۱۹۷۷ میلادی نیز بیانگر آن بودند که پزشکانی که با بیماران مبتلا به سرطان سر و کار دارند، از سیاست افشا نکردن اطلاعات^۱

1. American Medical Association

2. Italian Medical Association

مگر اینکه به طور قطع لازم باشد"، پیروی می‌کنند.

مطالعه‌ای که در سال ۱۹۶۹ میلادی در بریتانیا انجام شد، نشان داد که فقط ۲۹ درصد بیماران که از سرطان در مراحل پایانی رنج می‌برند، تشخیص را می‌دانستند ۱۶ درصد بیماران می‌دانستند که بی‌شک به سمت مرگ پیش می‌روند و ۲۱ درصد بیماران می‌دانستند که امکان دارد به سوی مرگ بروند.

در آخرین دو تا سه دهه قرن گذشته تغییری سریع در سیاست بالا در فرهنگ‌های انگلیسی - آمریکایی^۱ پیش‌آمد نوواک^۲ و همکاران مطالعه دهه ۱۹۵۰ میلادی آمریکا را در سال ۱۹۷۱ میلادی تکرار کردند. نتیجه‌ها بسیار متفاوت بود. ۹۰ درصد پزشکان به عنوان یک سیاست کلی حقیقت را به بیماران مبتلا به سرطان می‌گفتند (در مقابل ۱۰ درصد پزشکانی که در مطالعه قبلی این کار را می‌کردند) نتیجه‌ها در بریتانیا نیز مشابه بود. در سال ۱۹۸۷ میلادی، نسبت بیماران که از تشخیص‌شان آگاهی داشتند، به ۶۰ درصد افزایش یافته بود. در مطالعه‌ای که روی انکولوژیست‌های بیست کشور در سال ۱۹۸۷ میلادی انجام شد، ۹۰ درصد پاسخ دهنده‌گان با این مساله موافق بودند که به نظر می‌رسد افشا حقیقت در حال افزایش است.

در آمریکا تصویب قانون مشخص نمودن وضعیت از سوی خود بیمار^۳ در ۱۹۹۱ میلادی حقوق بیمار را برای تصمیم‌گیری در مورد مسایل مراقبت بهداشتی^۴ تحکیم بخشید هر مرکز مراقبت بهداشتی که بودجه مراقبت پزشکی^۵ یا Medicare را دریافت می‌کند، لازم است از آگاهی بیماران از حقوق‌شان "مبنی بر حق پذیرش یا خودداری از مراقبت پزشکی"، اطمینان یابد.

به طور فزاینده، استاندارد مراقبت، گفتن تشخیص به بیمار، حتی در مورد بیماری‌های تهدیدکننده زندگی است تا رضایت آگاهانه برای اقدام‌ها گرفته شود و بیماران در تصمیم‌های درمانی و نیز قطع اقدام‌های مربوط به احیای زندگی، درگیر شوند.

-
1. Anglo – American
 2. Novack
 3. Patient self determination
 4. Health care
 5. Medicaid

حقیقت‌گویی در ایران و اسلام

در تحقیقات مختصری که گروه محققین پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی داشته‌اند، به نتیجه‌های جالبی دست یافته‌اند. در مطالعه‌ای که نتیجه‌های آن در سال ۲۰۰۲ میلادی در مجله "مراقبت‌های حمایتی در سرطان" منتشر شد، ۱۶۷ بیمار سرطانی و ۴۳ نفر از اقوام و آشنایان این بیماران مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۵ درصد افراد (شامل بیماران و خانواده ایشان) اعتقاد داشتند که بیماران از بیماری خود آگاه هستند و ۸۵ درصد دیگر حدس می‌زنند که بیماران سرطانی از تشخیص بیماری خود آگاه نیستند. در تحقیق دیگری که در بیماران مبتلا به سرطان گوارش انجام شد، ۱۴۲ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. یافته مهم تحقیق این بود که: کسانی که از تشخیص بیماری خود آگاه بودند، اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به افراد نا آگاه به بیماری خود، داشتند. این یافته، نکته هشدار دهنده‌ای برای ما بود. در واقع این نکته را به ما یادآوری کرد: درست است که گفتن حقیقت به بیمار، جز حقوق مسلم بیمار است، اما معلوم نیست که استفاده از چنین حقی، همیشه به سود بیمار باشد. واقعیت امر آن است که ما انتظار نداشتیم نتیجه‌ای غیر از آنچه دیگران به دست آورده بودند در این مطالعه به دست آید.

نکته جالبی که در این مطالعه حاصل شد، این بود که ما باید حداقل در ایران دو راه برد جداگانه برای افشای تشخیص سرطان برای بیماران داشته باشیم. مطالعه جدید ما نشان می‌دهد که سطح تحصیلات در این زمینه بسیار تعیین کننده است. به نظر می‌رسد که برای افراد بی‌سواد و کم سواد، با تاکید دوباره "افشای تشخیص" ممکن است، مفید واقع نشود، اما در مورد افراد با تحصیلات بالاتر افشای حقیقت هم لازم است و هم می‌تواند در پیامد بیماری موثر واقع شود. همچنین در پژوهش‌های دیگری صورت گرفته توسط آقای دکتر اصغری و همکاران که نتیجه‌های آن به تازگی در مجله‌های علمی اخلاق پزشکی به چاپ رسیده است، می‌تواند بحث‌های مربوط به حقیقت‌گویی^۱ به بیماران را در کشور ما تا حد زیادی دگرگون کند.

منظور از حقیقت‌گویی در اینجا بیان تشخیص‌های دشوار مانند سرطان یا دیگر بیماری‌های مرگ‌بار به خود بیمار است.

موافقان حقیقت‌گویی، همواره بر این نکته پا فشاری می‌کردند که دانستن حقیقت هر چند تلخ

"حق" بیمار است. به بیان دیگر، این بیمار است که به پزشک مراجعه کرده و به او اجازه داده است که با معاینه و سایر اقدام‌های تشخیصی، به وضعیت سلامت وی پی ببرد و این حق اوست که نتیجه این اقدام‌های تشخیصی را که درباره وضعیت سلامت خود اوست، بداند و پزشک حق ندارد این حقیقت را از ایشان پنهان کند یا بدون اجازه وی به دیگری بگوید.

همچنین افراد ممکن است برای ماه‌های پایانی عمر خود برنامه‌ای داشته باشند و نباید ایشان را در نادانی نگاه داشت، به طوری که نتوانند آن برنامه‌ها را به انجام برسانند (مانند حلالیت طلبیدن، دیدار زادگاه، باز پرداخت یک وام، ملاقات عزیزی برای بار آخر، به آشتی رساندن یک قهر چند ساله و...) (

وانگهی اگر بیمار حقیقت را نداند، ممکن است در پی‌گیری برنامه درمانی خود کوتاهی کند و نیز اگر بیمار برای نمونه، به طور اتفاقی و ناگهانی از طریق گوش دادن تصادفی به گفتگوی کارکنان بخش، متوجه حقیقت شود برای او آسیب‌زاتر خواهد بود.

مخالفان حقیقت‌گویی، می‌گویند که حقیقت‌گویی در فرهنگ مردم ما جایی ندارد و فرهنگ ایرانی ترجیح می‌دهد که به بیمار دروغ گفته شود و حقیقت تلخ با همراهان یا بستگان بیمار در میان گذاشته شود و این شیوه را برای بیمار بهتر می‌دانند.

این گروه از صاحب نظران، حقیقت‌گویی را مصداق تفاوت‌های فرهنگی مجاز در اخلاق پزشکی می‌دانستند و با اشاره به اهمیتی که اصل استقلال فردی در جوامع پیشرفته دارد، چنین نتیجه‌گیری می‌کردند که در فرهنگ ما استقلال فردی چندان اهمیتی ندارد و برعکس، نقش خانواده پررنگ است، بنابراین هم پزشکان، هم بیماران، هم خانواده ایشان ترجیح می‌دهند که به جای بیان حقیقت به بیمار، وضعیت او مدیریت شود، یعنی در همان ناآگاهی، سعی شود که درمان هم داده شود (بیماری را می‌شناسم که تا روزی که از سرطان ریه درگذشت، خیال می‌کرد تحت درمان ذات‌الریه است).

توجه به این نکته لازم است که مطالعه صورت گرفته در یک بیمارستان آموزشی در مرکز شهر تهران به انجام رسیده است و بیشتر پرسش‌شوندگان از سطح پایین‌تر اجتماعی اقتصادی جامعه بوده‌اند.

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که میل به دانستن حقیقت و مشارکت در تصمیم‌گیری در سطوح بالاتر اجتماعی، اقتصادی، از این هم بالاتر است البته شک نیست که حقیقت‌گویی باید با توجه به تمامی

ملاحظه‌ها و درنظر گرفتن روش بیان خبرنگار که در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی تدریس می‌شود انجام گیرد و کمترین آسیب روانی را متوجه بیمار کند. از دیگر سو رعایت نکردن حقیقت‌گویی همچنان در موارد بسیار استثنایی می‌تواند اخلاقی باشد، اما نکته روشن اینجاست که دیگر تفاوت‌های فرهنگی را نمی‌توان بهانه‌ای موجه برای پایمال کردن مرتب حق مردم در دانستن حقیقت دانست.

اگر گروه پزشکی علم لازم را داشته باشد همیشه می‌تواند کاری برای بیمار خود انجام دهد، حتی زمانی که بیمار را به طور کامل رو به قبله می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم مرگ آرام و راحت و بدون دردی داشته باشد شاید این نکته برای خوانندگان جالب نباشد، اما در یک جامعه مسلمان حتی در آخرین لحظه حیات، نمایش چهره زیبای مرگ برای بیمار و خویشاوندان او می‌تواند انتقال یک خبر بد را به خبر خوش تبدیل کند. در فرهنگ قرآنی ما خداوند همان‌طور که زندگی را آفریده است مرگ را هم آفریده است. مرگ به معنای نابودی نیست، بلکه یک آفرینش تازه است و گروه پزشکی وقتی بیمار از پستوانه‌های مذهبی لازم برخوردار است می‌تواند آن چنان چهره زیبایی از این آفرینش خدایی تصویر کند که بیمار و خویشانان اضطراب و نگرانی شنیدن خبر بد را از یاد ببرند.

درمجموع کشورهای غربی انتقال خبر همواره فیزیکی و بر مبنای انتقال اطلاعات به صورت مستقیم به خود بیمار است. در کشورهای شرقی شامل کشور ما این انتقال باید بر اساس انتقال اطلاعات به نزدیکان بیمار شکل گیرد و با مشورت آنها و شناخت درست از وضعیت بیمار، بخش ضروری خبر به بیمار گفته شود.

فصل نهم:

تخلف از قوانین و مقررات پزشکی

تخلف از قوانین و مقررات پزشکی و دارویی:

جرایمی که پزشکان و کادر پزشکی مرتکب می‌گردند گاه علاوه بر جنبه انتظامی، جنبه کیفری نیز دارند که به عنوان جرایم پزشکی و دارویی نامیده می‌شوند و مهمترین این جرایم شامل موارد زیر است:

۱. تاسیس موسسه پزشکی بدون گرفتن پروانه
۲. شروع به طبابت بدون گرفتن مجوز قانونی
۳. صدور گواهی خلاف واقع
۴. خودداری از کمک به بیماران اورژانسی
۵. افشای اسرار بیماران
۶. دادن نسخه‌های غیر علمی و رمز
۷. به کارگیری افراد بدون صلاحیت حرفه‌ای در موسسات پزشکی
۸. سقط جنین
۹. اداره موسسه پزشکی توسط افراد بدون صلاحیت
۱۰. آگهی تبلیغاتی گمراه‌کننده و برخلاف اصول فنی و شون پزشکی یا عفت عمومی
۱۱. استفاده از عنوان‌های جعلی و غیر واقعی روی تابلو و سر نسخه
۱۲. دادن وعده‌های فریبنده به بیماران
۱۳. دخل و تصرف و تغییر در نسخه‌ی پزشکی بدون اجازه پزشک از طرف داروساز
۱۴. دخالت داروسازان در امور مختص به طبابت
۱۵. تبدیل تاریخ مصرف دارو به منظور سواستفاده
۱۶. تهیه‌ی داروی تقلبی و عرضه‌ی آن
۱۷. تصدی آزمایشگاه تشخیص طبی بدون گرفتن مجوز و تایید صلاحیت متصدی از سوی وزارت بهداشت

۱۸. انجام آزمایش دیگر غیر از رشته‌ی مقرر در پروانه‌ی آزمایشگاه
۱۹. عرضه و فروش داروی تاریخ مصرف گذشته
۲۰. ایجاد و ارایه خدمات مازاد به منظور سودجویی
۲۱. دخل و تصرف در صورت حساب و دریافت اضافه از نرخ‌های اعلام شده (عدم رعایت تعرفه‌های قانونی)
۲۲. اشتغال به کار صاحبان حرف پزشکی و پیراپزشکی در محل غیرمجاز
۲۳. ترک موسسه پزشکی توسط مسول فنی در ساعات مقرر
۲۴. تعطیل کردن غیرموجه مطب و یا هر موسسه پزشکی بدون اطلاع نظام پزشکی
۲۵. نپذیرفتن بیماران بیمه
۲۶. ورود و عرضه دارو بدون گرفتن مجوز
۲۷. تهیه و تدارک دارو از منابع غیرمجاز
۲۸. ارایه دارو بدون نسخه پزشک
۲۹. افزایش نرخ رسمی دارو و گران‌فروشی
۳۰. خودداری داروخانه از دادن دارو

تخلف انتظامی پزشکان:

نقض مقررات جامعه صنفی به وسیله یک فرد از افراد آن صنف تخلف انضباطی نامیده می‌شود.

موارد مشترک جرم و تخلف انضباطی:

- ۱- اقدام به هر دو با واکنش خاص روبرو می‌گردد.
- ۲- ممکن است یک کار خاص منشا هر دو نوع واکنش گردد.

تفاوت‌های جرم و تخلف انضباطی:

- ۱- جرم نظم عمومی را مختل می‌نماید و شامل کلیه کسانی است که در کشور زندگی می‌کنند در حالی که محدوده تخلف انضباطی شامل کسانی است که به آن شغل خاص اشتغال دارند.
- ۲- واکنش به جرم مجازات بوده در حالی که واکنش تخلف انضباطی بسیار ضعیف‌تر و به هیچ‌وجه جنبه کیفری نیست.

- ۳- مرجع رسیدگی به جرایم دادگاه‌های عمومی است ولی مرجع رسیدگی به تخلف انضباطی پزشکان و حرف وابسته، هیات‌های بدوی و عالی انتظامی پزشکان است.
- ۴- در مورد جرم قوانین از سوی قوه مقننه تعیین شده در صورتی که در تخلف انتظامی به طور معمول نوع تخلف و میزان مجازات به وسیله آیین‌نامه یا اساس‌نامه انجمن یا سازمان تعیین می‌گردد.

مهمترین تخلف‌های انتظامی پزشکان و صاحبان حرف وابسته عبارت است از:

- ۱- رعایت نکردن مساوات از نظر ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی در درمان بیماران
 - ۲- رعایت نکردن غفت در هنگام انجام وظیفه
 - ۳- افشای اسرار بیماران جز در موارد مصرحه‌ی قانونی
 - ۴- پذیرش بیمار بیش از قدرت معاینه و درمان
 - ۵- رعایت نکردن موازین قانونی و اخلاقی و پاکدامنی
 - ۶- اشتغال به اموری که در شرع حرام است
 - ۷- تحمیل مخارج غیرضروری و ایجاد ترس و هراس در بیماران از راه نشان دادن وخامت بیماری به منظور استفاده‌ی مادی
 - ۸- تجویز مواد مخدر به طوری که به صورت اعتیاد درآید.
 - ۹- تعیین حق درمان به عنوان قرارداد مقطوع برای درمان بیماری در غیر از مواردی که وزارت بهداشت تعیین می‌نماید.
 - ۱۰- همکاری نکردن با مقام‌های دارای صلاحیت در صورت کمک طلبیدن به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیردار و هنگام بروز سانحه
 - ۱۱- جلب بیمار از موسسات بهداشتی و درمانی دولتی یا وابسته به دولت یا خیریه به مطب شخصی و هر نوع استفاده‌ی مادی از این گونه بیماران
 - ۱۲- استفاده از عنوان‌های علمی که به پزشک داده نشده است.
 - ۱۳- تجویز داروهای غیرمجاز و تایید نشده.
 - ۱۴- اشتغال به کار پزشکی در داروخانه‌ها و اماکن ممنوع.
 - ۱۵- فروش دارو به بیماران در مطب شخصی.
- * مداخله‌ی غیرمجاز در امور پزشکی و دارویی به معنی تصدی متقلبانه مشاغل پزشکی و

دارویی توسط افراد بدون صلاحیت بدون وجود شرایط قانونی و لازم است. قانون‌گذار در سال ۱۳۷۴ با اصلاح ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و موارد خوراکی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و حذف تبصره آن و جایگزینی چند تبصره و پیش‌بینی چند جرم جدید نارسایی‌های قانون مذکور را رفع کرد.

قانون‌گذار در اصلاح ماده سه قانون مذکور:

«هر کس بدون داشتن پروانه رسمی به امور پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی، فیزیوتراپی و مامایی اشتغال ورزد یا بدون پروانه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تاسیس یکی از موسسات پزشکی مصرح در ماده ۱ نماید یا پروانه خود را به دیگری واگذار یا پروانه دیگری را مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعطیل و به حبس تعزیری از شش ماه تا سه سال و پرداخت جریمه نقدی از پنج میلیون تا پنجاه میلیون ریال محکوم خواهد شد و در صورت تکرار به حبس از ۲ تا ده سال و پرداخت جریمه از پنج میلیون تا صد میلیون ریال یا دو برابر قیمت داروهای مکشوفه (هر کدام که بیشتر باشد) محکوم خواهد شد.

تبصره یک: واردات و صادرات و خرید و فروش دارو بدون اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جرم محسوب شده و مرتکب به مجازات مقرر در ماده ۳ محکوم و داروهای مکشوفه به نفع دولت ضبط خواهد شد.

تبصره دو: در صورتی که هر یک از مسئولین موضوع ماده ۳ و یا مسئولین مراکز ساخت، تهیه و توزیع و فروش دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مبادرت به خرید و فروش غیرقانونی موارد فوق نمایند و یا از توزیع و ارایه خدمات خودداری و یا موجب اختلال در نظام توزیع دارویی کشور شوند علاوه بر مجازات مقرر در ماده سه به محرومیت از اشتغال در امور دارویی محکوم خواهند شد.

تبصره ۳: کلیه فراورده‌های تقویتی، تحریک‌کننده، ویتامین‌ها و غیره که فهرست آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و منتشر می‌گردد جز اقلام دارویی است.

تبصره ۴:....

تبصره ۵: مجازات‌های مربوط به جرایم مرتبط با داروهای انسانی در این ماده در مورد داروهای دامی هم مجری خواهد بود.

تبصره ۶: به جرایم موضوع این قانون در دادگاه انقلاب اسلامی رسیدگی خواهد شد.

خودداری از کمک به مصدومین

خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی از نظر قانون‌گذار جرم می‌باشد. ماده یک آیین‌نامه قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴ مقرر می‌دارد:

فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داده، چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیرقابل جبران خواهد شد. و ماده دو آیین‌نامه مذکور در خصوص مصادیق فوریت‌های پزشکی، شامل موارد زیر می‌شود:

- ۱- مسمومیت‌ها
- ۲- سوختگی‌ها
- ۳- زایمان‌ها
- ۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسایط نقلیه
- ۵- سکنه‌های مغزی
- ۶- خونریزی‌ها و شوک‌ها
- ۷- اغما
- ۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها
- ۹- تشنجات
- ۱۰- بیماری‌های عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها
- ۱۱- بیماری‌های نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند
- ۱۲- سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد.

و طبق ماده ۴ آیین‌نامه مذکور:

کلیه بیمارستان‌ها، اعم از دولتی و غیردولتی در تمام اوقات شبانه‌روزی و نیز درمانگاه‌ها و سایر موسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تأسیسی که از وزارت بهداشت سابق دریافت داشته‌اند مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریت‌های پزشکی هستند می‌باشند.

ماده ۵ آیین نامه مذکور:

در مناطقی که مرکز اورژانس وجود دارد و به نحوی از موارد فوریت های پزشکی اطلاع پیدا می کند مسؤل مستقیم انتقال بیمار به مراکز درمانی یا مراکز اورژانسی می باشد.

تبصره: همه افراد مکلفند به محض مشاهده هرگونه موارد اورژانس در صورت دسترسی به مراکز اورژانس، از طریق تلفن و سایر وسایل ارتباطی فوراً مورد را به نزدیکترین مرکز اورژانس اطلاع دهند و در صورت عدم دسترسی به واحد اورژانس نسبت به انتقال بیمار اورژانسی به نزدیکترین مراکز درمانی اقدام نمایند.

و طبق ماده ۶ آیین نامه مزبور:

در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای بخش دولتی تحت مداوا قرار گیرد حق العلاج پزشکی که جهت مداوای بیمار فراخوانده می شود در صورتی که در ساعات غیراداری باشد برابر ۵۰٪ تعرفه خدمات درمانی موردعمل در آن مورد خاص خواهد بود.

و تبصره ماده ۶ آیین نامه مزبور:

پزشکانی که منحصراً در بخش خصوصی بکار اشتغال دارند در صورتی که به دلیل نیاز از آنان کمک خواسته شود در تمام اوقات از مزایای این ماده استفاده خواهند نمود.

ماده ۷ آیین نامه مزبور:

در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای درمانی غیردولتی تحت مداوا قرار گیرد هزینه درمان توسط بیمار طبق تعرفه خدمات درمانی پرداخت خواهد شد.

و تبصره ماده ۷ آیین نامه:

در موارد استثنایی که بیمار استطاعت پرداخت کامل هزینه درمان خود را نداشته باشد طبق نظر کارشناس مددکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا ۸۰٪ کل هزینه توسط آن وزارتخانه پرداخت خواهد شد. بدیهی است که ما به التفاوت پرداختی وزارتخانه مذکور را خود بیمار باید به واحد درمانی مربوطه بپردازد.

و در خصوص نحوه مجازات اعمال شده بند ۱ ماده واحده قانون مجازات خودداری از

کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴: هر کس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام

فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند، بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک، از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس جنحه‌ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک موثری بنماید به حبس جنحه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند.

وفق بند ۲ ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی: هرگاه کسانی که بر حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم به آنها خودداری کنند به حبس جنحه‌ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

با توجه به موارد فوق و نیز ماده قانونی ۲۹۵ ق.م.ا در خصوص افرادی که موظف به درمان می‌باشند (پرسنل درمانی) در صورت خودداری و ایجاد هرگونه عارضه علاوه بر پرداخت دیه مصوب به مجازات مندرج در قانون خودداری از کمک به مصدومان خواهند رسید.

اسرار بیمار و افشا سر

حفظ اسرار بیماران و خودداری از افشا سر بیمار، پایه رابطه بین پزشک و بیمار را می‌سازد. رازداری در حرفه پزشکی یک اصل و بنای رابطه اخلاقی پزشک و بیمار می‌باشد که دربردارنده منافع بیمار و جامعه است و چنان اهمیتی دارد که به عنوان یک اصل حقوقی در جوامع مختلف پذیرفته شده است و موارد استثنا آن به تشخیص قانون‌گذار است. در سوگندنامه بقراط می‌خوانیم که: «هرگاه در مورد زندگی افراد، مطلبی چه در ارتباط با خدمه‌ام و چه غیر از آن ببینم یا بشنوم، در مورد آن با دیگران صحبت نخواهم کرد و آن را فاش نخواهم ساخت، تمامی آنها به عنوان اسرار می‌باید حفظ گردد.»

در قرآن حکیم، خداوند مؤمنان را به حفظ امانت و رعایت عهد و پیمان توصیه نموده است. قانون‌گذار ایران چون دیگر کشورها نقص اصل رازداری و افشا سر بیماران را جرم تلقی و مرتکب

یا مرتکبین را قابل تعقیب کیفری می‌داند.

ماده ۶۴۸ ق.م.ا:

اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه، در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشاکنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند. با توجه به ماده ۶۴۸ ق.م.ا گروه پزشکی به مناسبت شغل خود محرم اسرار شناخته می‌شوند و ماده ۱۵ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌گوید: منظور از کلمه پزشکی در این قانون کلیه رشته‌های پزشکی از قبیل پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، علوم بهداشتی، پرستاری، مامایی، تغذیه، توانبخشی، بهداشت کار دهان و دندان، کاردانی بهداشت خانواده، کاردانی مبارزه با بیماری‌ها و پیراپزشکی (علوم آزمایشگاهی، تشخیص طبی، تکنولوژی رادیولوژی، اودیومتری، اپتومتری) می‌باشد.

با توجه به بیان عبارت کلی و فراگیر «کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند، ماده قانونی ۶۴۸ ق.م.ا» وکلای دادگستری، کارشناسان رسمی دادگستری، و شغل‌های مشابه نیز از موارد حکم ماده قانونی ۶۴۸ ق.م.ا می‌باشند.

در خصوص سر باید گفت در قانون تعریف مشخصی از سر وجود ندارد و در مباحث قانونی منظور از سر به شرح زیر است:

«سر عبارت است از امری که نوعاً داعی^۱ بر اخفا^۲ آن داشته باشند. بنابراین اگر افرادی به ندرت میل به اخفا امری نداشته باشند و در اظهار آن اقدام کنند ضرری به ماهیت سری بودن آن امر ندارد یعنی سر بودن آن را نفی نمی‌کند.»

در تعریفی دیگر آمده است:

«الزام و تعهد برخی صاحبان مشاغل مانند وکلا، پزشکان، داروسازان، دفترداران و... به خودداری از افشا اسراری که در نتیجه فعالیت حرفه‌ای خود به دست آورده‌اند. نقض این تعهد در غیر از این موارد مصرحه قانونی، موجب مجازات است.»

۱. درخواست‌کننده

۲. پوشیده داشتن، پنهان داشتن

اسرار در پزشکی یا از طریق گفتار خود بیمار به دست می‌آید چون تاریخچه بیماری‌های آمیزی و یا در هنگام معاینه پزشک و آزمایش‌ها توسط پزشک مشخص می‌گردد همانند بیماری‌های خونی.

پس سر چیزی است که: ۱- افشا آن موجب ضرر صاحب سر می‌گردد. ۲- صاحب سر رضایت به افشا آن ندارد.

باید دانست که دادگاه جهت احراز وقوع جرم الزامی به بررسی متضرر شدن بیمار ندارد اما تعقیب مرتکب ملزم به شکایت متضرر دارد و باید دانست که برای احراز وقوع جرم ضرورتی ندارد که بیمار به پزشک گوشزد کند که اسرار وی را فاش نسازد چراکه این یک اصل قانونی است که بر عهده پزشک می‌باشد.

باید دانست ماهیت پاره‌ای از بیماری‌ها که عرف جامعه افشاسر نمی‌داند چون مرگ بر اثر سکته قلبی، افشاسر محسوب نمی‌گردد. باید آگاه بود افشاطلاعاتی که ارتباطی به بیماری فرد ندارد از شمول ماده ۶۴۸ ق.م.ا. خارج است.

افشا سر به هر شکل و حتی گفتن به فردی دیگر که این مورد راز بوده و نباید فاش گردد خود جرم محسوب می‌شود و قانون‌گذار افشا سر را به صورت مطلق بیان کرده است.

طبق بخش‌نامه سازمان نظام پزشکی به شماره ۹۵۵۰ مورخ ۱۳۵۰/۱۰/۱۱: نام بیماران و شرح بیماری و درمان آنها و نام پزشک معالج به هیچ‌وجه نباید فاش گردد یا در اختیار کسی قرار گیرد مگر به مقامات قضایی، آن هم در موارد ضرور و به صورت محرمانه.

افشا سر از جرایم عمدی است پس لازم است که مرتکب سونیت داشته باشد. چنانچه افشا سر در نتیجه بی‌احتیاطی یا سهل‌انگاری یا غفلت مرتکب در حفظ سر رخ داده باشد قابل مجازات نیست هرچند اگر منجر به ایجاد ضرر برای صاحب سر شده باشد مانع از مسولیت مدنی وی یا حکم به جبران خسارت نمی‌گردد.

سونیت شامل سونیت عام و سونیت خاص است سونیت عام در جرم آن است که پزشک با آگاهی و علم اقدام به کاری کند که سبب افشا سر بیمار گردد و سونیت خاص آن است که مرتکب خواستار تحقق نتیجه جرم نیز باشد.

نکته مهم که لازم است اشاره شود اول: بدون رضایت بیمار نمی‌توان اسرار بیماران را به بهانه پیشرفت علمی فاش ساخت. دوم: انگیزه در ارتکاب این جرم هیچ تاثیری ندارد. سوم: به قصد

خدمت به دیگران نیز دلیلی برای افشا اسرار بیماران محسوب نمی‌گردد. پس می‌توان گفت شخصیت مرتکب، وجود سر، افشا سر و قصد مجرمانه، ارکان شکل‌دهنده جرم افشا سر بوده و در صورت وجود این موارد مسولیت کیفری پزشک تحقق یافته و به مجازات تعریف شده در قانون محکوم می‌گردد.

براساس ماده ۶۴۸ ق.م.ا: «در حال حاضر مجازات فاش ساختن سر سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی بوده و چنانچه در نتیجه جرم افشا سر ضرر و زیان مادی و معنوی متوجه مجنی علیه گردیده باشد مرتکب به جبران خسارت وارده نیز محکوم می‌گردد.

عوامل موجهه جرم:

افشا نکردن اسرار بیماران یک قاعده کلی حقوقی و اخلاقی است مگر موارد استثنایی که از آن به عنوان علل یا عوامل موجهه جرم یاد می‌کنند، یعنی در صورت تحقق همه ارکان و عناصر سازنده جرم، مرتکب فاقد مسولیت کیفری است. قانون‌گذار به جز موارد معدود (چون قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزی و واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰) دیگر نمونه‌های الزام پزشک به افشا اسرار حرفه‌ای را بر عهده قاضی گذارده تا با استناد به اصول کلی حاکم به قوانین به استخراج و استنباط بپردازد. استثناهای وارده بر اصل افشا نکردن اسرار بیماران یا عوامل موجهه جرم عبارتند از:

- ۱- رضایت صاحب راز
- ۲- اعلام بیماری‌های واگیردار
- ۳- اعلام ولادت و فوت
- ۴- شهادت نزد دادگاه‌ها
- ۵- تصمیم بیمار به ارتکاب جرم
- ۶- افشاسر در تمام دفاع از خود
- ۷- تصمیم بیمار به ارتکاب جرم

الف) رضایت مجنی علیه

در حقوق رضایت صاحب راز یا مجنی علیه عبارت است از تمایل قلبی و موافقت مجنی علیه

به این که تعرضی بر خلاف قوانین علیه حقوق و آزادی‌های او انجام گیرد. برخی جرم‌ها تحت عنوان جرایم قابل گذشت بیشتر جنبه خصوصی داشته (در مقابل جرایم عمومی) و با رضایت مجنی‌علیه و یا ضرردیده از جرم هنگام اجرای مجازات در هر مرحله‌ای موجب سقوط دعاوی کیفری است.

ماده ۷۲۷ ق.م.ا: مقرر می‌دارد: «جرایم مندرج در مواد ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، قسمت اخیر ماده ۵۹۶، ۶۰۸، ۶۲۲، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۴۲، ۶۴۸، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۹، ۶۸۲، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۹۰، ۶۹۲، ۶۹۴، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰ جز با شکایت خصوصی تعقیب نمی‌شود و در صورتی که شاکی خصوصی گذشت نماید دادگاه می‌تواند در مجازات مرتکب تخفیف دهد و یا با رعایت موازین شرعی از تعقیب جرم صرف‌نظر نماید.

ماده ۹: هرکس بداند مبتلا به بیماری آمیزشی واگیردار بوده و یا آن که در اوضاع و احوال شخصی او طوری باشد که بایستی حدس بزند که بیماری او واگیردار است و به واسطه آمیزش او طرف مقابل مبتلا شود و به مراجع قضایی شکایت کند، مبتلاکننده به حبس تأدیبی از سه ماه تا یک سال محکوم می‌شود.

در جرایم قابل گذشت موضوع ماده ۷۲۷ ق.م.ا. این از اختیارات دادگاه است که در صورت گذشت شاکی خصوصی در مجازات مجرم تخفیف داده و یا با رعایت موازین شرع از تعقیب وی خودداری ورزد.

باید دانست که گذشت بیمار در شرایطی موثر است که دارای شرایط قانونی باشد و **ماده ۲۳ ق.م.ا.** در این مورد می‌گوید: در جرایمی که با گذشت متضرر از جرم تعقیب یا رسیدگی یا اجرای حکم موقوف می‌گردد گذشت باید منجز^۱ باشد و به گذشت مشروط و معلق ترتیب اثر داده نخواهد شد. همچنین عدول از گذشت مسموع نخواهد بود. هرگاه متضررین از جرم متعدد باشند تعقیب جزایی با شکایت هر یک از آنان شروع می‌شود ولی موقوفی تعقیب، رسیدگی و مجازات موکول به گذشت تمام کسانی که شکایت کرده‌اند است.

تبصره: حق گذشت به وراث قانونی متضرر از جرم منتقل و در صورت گذشت همگی وراث

۱. منجز: برآورنده نیاز، رواکننده حاجت

تعقیب، رسیدگی و اجرای مجازات موقوف می‌گردد.

ب - اعلام بیماری‌های واگیردار

از موارد قانونی است که پزشکان و مراکز درمانی ملزم به افشا اسرار بیماران به مراجع قانونی می‌باشند.

قانون جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰:

ماده ۱۳ آیین‌نامه قانون: به منظور تنظیم آمار مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی لازم است آخر هر ماه کلیه پزشکان آزاد و بنگاه‌های بهداری که این قبیل بیماران را معاینه و درمان می‌نمایند از روی دفاتری که دارند شماره بیماران آمیزشی که برای اولین مرتبه به پزشک مراجعه نموده‌اند و نوع بیماری آنها را معین نموده بدون ذکر نام و مشخصات بیمار در برگ‌های مخصوص به بخش بیماری‌های آمیزشی بفرستند. متخلفین طبق ماده ۲۳ قانون بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مجازات می‌شوند.

ماده ۱۴: پزشکان آزاد در کلیه بنگاه‌های بهداری که به معاینه و درمان بیماری آمیزشی می‌پردازند باید حتی‌المقدور بوسیله پرسش از بیمار کوشش نمایند کانون سرایت بیماری را معین نموده و در موقع مقتضی بدون ذکر نام و مشخصات بیمار اطلاعات کافی برای تجسس و برطرف کردن کانون انتشار بیماری به بهداری مربوطه بفرستند که اقدام لازم به عمل آید.

ماده ۱۹ قانون یاد شده: هر پزشک معالج مکلف است در موقع مشاهده یکی از بیماری‌های واگیردار نامبرده در زیر فوراً به بهداری اطلاع دهند:

- ۱- وبا و اسهال وبایی شکل
- ۲- طاعون
- ۳- تب زرد
- ۴- مطلقه (تیفوید)
- ۵- محرقة (تیفوس اگزانتوماتیک)
- ۶- آبله
- ۷- مخملک
- ۸- سرخجه

۹- خناق (دیفتری)

۱۰- اسهال خونی

۱۱- سرسام واگیردار (مننژیت سربرواسپینال)

۱۲- تب عرق‌گز (سویت می‌لویر)

۱۳- الحاقی به موجب قانون ۱۳۴۷ به بیماری‌های مالاریا، فلج اطفال، تب مالت.

همین وظیفه برای ماماها در مورد تب نفاسی و ورم ملتحمه نوزادان باید رعایت شود.

طبق تبصره ماده یک قانون یاد شده از جمله بیماری‌های آمیزی که ممکن است از شخص مبتلا به آن به دیگران سرایت نماید عبارت است: سوزاک، سیفیلیس، و شانکر نرم که در صورت مشاهده یا اطلاع از وقوع آن، پزشک از معافیت قانونی نقض اصل رازداری بهره‌مند می‌گردد.

تبصره ۷ آیین‌نامه: برای این که سر بیماران افشا نشود بخش بیماری‌های آمیزی مکلف است برای بررسی اطلاع‌نامه‌ها راجع به غیبت بیماران و اجرای دستورات لازم یک نفر پزشک را مامور این کار نماید که اجرای این امر به عهده غیرپزشک واگذار نگردد.

بند ۴ ماده ۵ آیین‌نامه تاسیس بیمارستان: بیمارستان‌ها را ملزم کرده که بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیردار را در اسرع وقت طبق مقررات و قوانین مربوطه به وزارت بهداشتی اعلام نمایند.

در این جا باید یادآوری نمود که با توجه به شکل‌گیری و پدید آمدن بیماری‌های خطرناکی چون ایدز و هپاتیت در این موارد خلا قانونی وجود دارد چرا که قانون اشاره کلی و فراگیر نداشته و اشاره به موارد مشابه به صراحت ننموده است و به عبارت دیگر قانون ذکر نموده فقط در موارد یاد شده باید اجرا شود. اگرچه طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان، آموزش و پزشکی مواردی چون ایدز و هپاتیت را نیز شامل می‌شود.

باید با توجه به خطری که متوجه خانواده و جامعه می‌گردد خود فرد را متقاعد ساخت که موضوع آلودگی را با خانواده خود در میان گذارد. طبق اصل ۱۶۷ قانون اساسی قاضی به لحاظ خلا قانونی و حرمت شرعی خودداری از ادای شهادت که می‌تواند نتیجه ناگوار بر جامعه داشته باشد پزشک را در مواردی چون هپاتیت و ایدز مکلف به شهادت کند.

ج - اعلام ولادت و وفات:

ماده ۱۹ قانون ثبت احوال مصوب ۱۳۵۵/۴/۱۶ مجلس شورای ملی: «ماما یا پزشکی که در حین ولادت حضور و در زایمان دخالت داشته مکلف به صدور گواهی و ارسال یک نسخه آن به ثبت احوال محل در مهلت اعلام می‌باشد.»

طبق ماده ۲۴ قانون ثبت احوال، یک نسخه از گواهی فوت با اظهار نظر پزشک باید به ثبت احوال محل ارسال شود.

د - شهادت نزد دادگاه:

چنانچه پزشک پس از احضار در وقت مقرر در جلسه دادگاه یا دادسرا حاضر شود و اعلام نماید که چون موضوع شهادت از اسرار حرفه‌ای بیمار است حاضر به ادای شهادت نیست، قاضی نمی‌تواند او را مجبور به ادای شهادت نماید.

بر طبق ماده ۶۴۸: تکلیف حفظ اسرار بر تکلیف ادای شهادت غلبه دارد.

بیشک پزشکی که کارشناس می‌باشد به شرط اظهار نظر کارشناسی تنها در محدوده‌ای که دادگاه مشخص نموده است و از آن جایی که به عنوان نماینده دادگاه عمل کرده و نظریه کارشناسی وی به صورت نوشته برای دادگاه است افشا سر حرفه‌ای محسوب نمی‌گردد.

ه - افشا سر در حال ضرورت:**۱- تصمیم بیمار به ارتکاب جرم:**

اگر پزشک یا دیگر شاغلین حرفه پزشکی از اسراری که به دلیل شغل خود آگاه نشده اند در صورت اطلاع رسانی به مقام مسول بری از مسولیت کیفری شناخته می‌شوند.

اگر پزشک از تصمیم بیمار به جرمی به واسطه حرفه خود آگاه شود مانند آن که روان پزشک متوجه گردد بیمارش تصمیم به قتل دارد می‌توان با استناد به ماده ۵۵ ق.م.ا. به جهت ضرورت، پزشک را از مسولیت کیفری ناشی از ارتکاب جرم افشا سر بری ساخت.

ماده ۵۵ ق.م.ا: هرکس هنگام بروز خطر شدید از قبیل آتش سوزی، سیل و طوفان به منظور حفظ جان یا مال خود یا دیگری مرتکب جرمی شود مجازات نخواهد شد مشروط به این که خطر را عمداً ایجاد نکرده و عمل ارتكابی نیز با خطر موجود متناسب بوده و برای رفع آن ضرورت داشته باشد.

مورد دیگر در صورت اطلاع پزشک از وقوع جرمی از ناحیه بیمار تکلیف قانونی او چیست؟ به عنوان نمونه فردی که در نتیجه سرقت از بانک مجروح شده و جهت معالجه جراحات خود به پزشک مراجعه کرده است. در قوانین ایران موردی پیش‌بینی نگردیده که پزشک را ملزم به انتقال اطلاعات خود به مقامات پلیس یا مراجع قانونی مربوط مبنی بر وقوع جرم نماید. و در این خصوص در پاسخ استعلامی اداره حقوقی دادگستری در مورخ ۱۳۴۶/۶/۱۱ چنین اظهار کرده است: مقامات بهداری و بیمارستان‌ها و پزشکان در صورت اطلاع از وقوع جرمی و اعلام نکردن به مقامات صلاحیت‌دار مرتکب جرمی نمی‌گردند.

۲- افشا سر در مقام دفاع از خود:

وقتی که پزشک به عنوان متهم به دادگاه احضار می‌شود و در مقام دفاع از خود برآید و در شرایطی که برای دفاع از خود مجبور به افشا اسرار حرفه‌ای بیمار گردد. پزشک در مقام دفاع از خود و هم پیش‌بینی قاضی دادگاه باید به گونه‌ای باشد که در صورت نیاز به بیان اسرار حرفه‌ای به حداقل ممکن بسنده نموده و جلسه دادگاه نیز به صورت غیرعلنی برگزار گردد. از طرفی پزشک در مقام دفاع از خود چنانچه شاکی در جلسه دادگاه اسرار بیماری خود را که مورد ادعای متهم پرونده است بازگو نکرد پزشک می‌تواند ابتدا به شاکی و سپس به دادرس دادگاه اعلام کند که دفاعیات وی در برابر اتهام‌های وارده مستلزم به افشا اسرار بیمار است. در این صورت با موافقت شاکی یا دستور دادرس پزشک می‌تواند در برابر اتهام‌های وارده از خود دفاع کند.

۳- حفظ مصالح مهم دیگران:

در حال ضروری ممکن است از مواردی باشد که توجیه‌کننده اقدام پزشک در افشا اسرار حرفه‌ای باشد گرچه نص صریح قانونی وجود ندارد. بنابراین در این موارد می‌توان به اصل ضرورت استناد کرد مشروط بر آنکه به قدر نیاز باشد و نه بیشتر پس: «افشا سر به اندازه ضرورت که زیانی نیز متوجه عموم نگردد مطلوب است» پس باید در حد ضرورت مطالبی را بیان کرد که فقط به دفع خطر منجر گردد. در پایان می‌توان گفت حفظ اسرار بیمار یک روش نیکو، یک عرف عقلانی و یک قاعده اخلاقی و یک اصل حقوقی لازم به اجرا است.

قتل ترحم‌آمیز یا اوتانازی^۱

قتل ترحم‌آمیز بر دو نوع است: فعال و غیرفعال (انفعالی)

* **قتل ترحم‌آمیز فعال^۲** عبارت است از انجام اقدام صریح به منظور پایان دادن به زندگی بیمار و به عبارت دیگر پایان بخشیدن ارادی به زندگی بیمار غیرقابل درمان توسط پزشک یا هر یک از اعضای کادر درمان بنا بر تقاضای بیمار یا بستگان اوست.

در شرایط قتل ترحم‌آمیز فعال، قتل بنابر تقاضای آزادانه بیمار و نزدیکان وی که به صورت کتبی نگارش شده انجام می‌شود و بیمار باید مبتلا به بیماری غیرقابل درمان و غیرقابل تحمل باشد که شرایط درمان را برای وی سخت کرده باشد و انجام‌دهنده یا مباشر جرم در قتل ترحم‌آمیز به طور معمول پزشک، پرستار یا یکی از کادر درمان می‌باشد.

قتل ترحم‌آمیز غیرفعال (انفعالی)^۳

عبارت است از خودداری از انجام هر گونه درمانی که سبب زنده ماندن بیمار می‌گردد. در حالت انفعالی دارودرمانی و یا هر گونه درمان دیگر قطع شده و یا پزشک از انجام عمل جراحی و یا اقدام درمانی دیگر خودداری می‌ورزد و منتظر می‌شود تا بیمار در اثر ابتلا به بیماری مرگبار خود جان سپارد.

هرچند نتیجه هر دو عمل اوتانازی فعال و انفعالی یکی است اما بسیاری از پزشکان و حقوق‌دانان عقیده به تفاوت بسیار بین این دو هستند چرا که در نوع انفعالی در حقیقت پزشک کاری انجام نمی‌دهد. یعنی تفاوت این دو گونه اتانازی؛ تفاوت میان انجام دادن و انجام ندادن یک عمل به منظور پایان دادن به زندگی بیمار غیرقابل درمان است که برای نجات خود از رنج بیشتر درخواست مرگ کرده است.

شرایط قتل ترحم‌آمیز غیرفعال یا انفعالی همانند نوع فعال می‌باشد یعنی باید به تقاضای فرد بوده و بیماری غیرقابل درمان باشد. در پاره‌ای از کشورها چون استرالیا یا هلند که کم می‌باشند قتل ترحم‌آمیز فاقد جنبه جزایی است و در این کشورها چون استرالیا دریافت وجه در قبال قتل

1. Euthanasia

2. Active

3. Passive

ترحم‌آمیز ممنوع و جرم است و در پاره‌ای دیگر چون سوییس، آلمان و ایتالیا و ایران این‌گونه قتل‌ها از مجازات خفیف‌تری برخوردار است. در نظام حقوقی فرانسه قتل ترحم‌آمیز همانند اکثر کشورها جرم می‌باشد.

از نظر فقهای اسلامی اجازه بیمار به پزشک به منظور خاتمه زندگی وی، گرچه ممکن است در عقوبت او موثر باشد اما گناه او را ساقط نمی‌کند و عمل او را مشروع و مباح نمی‌سازد، زیرا این عمل حرام است و با رضایت بیمار مشروع و حلال نمی‌شود و پزشک حق ندارد به این کار اقدام نماید.

اما در اصلاحات سال ۱۳۷۰ قانون‌گذار با وضع ماده ۲۰۸ ق.م.ا و مواد دیگر به جنبه عمومی جرم و نظم عمومی جامعه توجه ویژه نموده است.

* ماده ۲۶۸ ق.م.ا: چنانچه مجنی‌علیه قبل از مرگ، جانی را از قصاص نفس عفو نماید حق قصاص ساقط می‌شود و اولیای دم نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه قصاص نمایند.

به موجب ماده ۲۰۸ ق.م.ا: هرکس مرتکب قتل عمد شود و شاکی نداشته و یا شاکی داشته ولی از قصاص گذشت کرده باشد و اقدام وی موجب اخلاف در نظم جامعه یا خوف شده و یا بیم تجری مرتکب یا دیگران گردد موجب حبس تعزیری از سه تا ده سال خواهد بود.

بنابراین با توجه به دو ماده قانونی ۲۰۸ و ۲۶۸ ق.م.ا. چنین نتیجه گرفته می‌شود که:

۱. قتل ترحم‌آمیز یکی از نمونه‌های قتل عمدی در قانون مجازات اسلامی است.
۲. چنانچه بیمار قبل از قتل، پزشک معالج را از قصاص نفس عضو کند، حق قصاص ساقط می‌شود.

۳. در صورت عفو قبلی مقتول، اولیای دم نمی‌توانند پس از مرگ او مطالبه قصاص کنند.
۴. در قتل ترحم‌آمیز، مطالبه دیه بدل از قصاص موضوعیت ندارد. چراکه در صورت عدم عفو توسط مجنی‌علیه یا اولیای دم شامل ماده‌های قانونی ۲۰۵ یا ۲۵۷ ق.م.ا می‌گردد. (که دلالت بر قصاص و دیه دارد)

۵. انجام قتل ترحم‌آمیز، موجب عدم مسولیت مرتکب از نظر جنبه عمومی جرم نمی‌گردد.
۶. مجازات حبس جهت جلوگیری از اخلاف در نظم جامعه یا خوف یا بیم تجری مرتکب یا دیگران زمانی انجام می‌شود که قصاص به جهت عفو قبلی مجنی‌علیه یا گذشت بعدی اولیای دم قابل اجرا نباشد.

۷. قانون‌گذار احراز اخلال در نظم جامعه یا خوف یا بیم تجری مرتکب یا دیگران را به نظر قاضی رسیدگی‌کننده به پرونده واگذار نموده است.

۸. در صورت تشخیص و احراز اخلال در نظام جامعه یا خوف یا بیم تجری مرتکب یا دیگران توسط قاضی پرونده، مرتکب به سه تا ده سال حبس تعزیری محکوم می‌گردد.

ماده ۲۰۵ ق.م.ا: قتل عمد برابر موارد این فصل موجب قصاص است و اولیای دم می‌توانند با اذن ولی‌امر قاتل را با رعایت شرایط مذکور در فصول آتیه قصاص نمایند و ولی‌امر می‌تواند این امر را به رییس قوه قضاییه یا دیگری تفویض نماید.

ماده ۲۵۷ ق.م.ا: قتل عمد موجب قصاص است لکن با رضایت ولی‌دم و قاتل به مقدار دیه به مقدار دیه کامله یا به کمتر یا زیاده‌تر از آن تبدیل می‌شود.

فصل دهم:

کواهی نویسی و پرونده نویسی

گواهی نویسی پزشکان

یکی دیگر از مواردی که ممکن است منجر به فراخوانی پزشک توسط مرجع قضایی برای پاسخ‌گویی گردد نوشتن گواهی‌های پزشکی است. گواهی پزشکی سند باارزشی است که درباره سلامت یا بیماری یا امری مربوط به پزشکی توسط پزشک صادر می‌گردد. به عبارت دیگر گواهی پزشکی مطلبی است که توسط پزشک نوشته شده و به وسیله آن موردی را تایید و به آگاهی شخص یا موسسه‌ای می‌رساند.

باید بدانیم که این حق هر بیمار است که از پزشک خود گواهی بخواهد و صدور گواهی وظیفه اخلاقی و در پاره‌ای از موارد وظیفه قانونی پزشک می‌باشد اما این امر به این معنی نیست که پزشک مجبور به صدور گواهی خلافی است که از وی درخواست می‌گردد.

نمونه‌هایی از گواهی‌های گوناگون پزشکی:

- گواهی برای استخدام در دولت یا خارج گردیدن از استخدام دولت
- گواهی برای از کارافتادگی
- گواهی برای شرکت‌های بیمه یا سازمان‌هایی که عهده‌دار پرداخت زیان افراد هستند.
- گواهی برای معافیت از خدمت سربازی
- گواهی تندرستی برای گرفتن گواهی‌نامه رانندگی
- گواهی تندرستی برای مسافرت‌های هوایی، سفر حج، مسابقه‌های ورزشی و...
- گواهی تندرستی برای ثبت نام در مهدکودک، دبستان و...
- گواهی به درخواست مراجع قضایی (سلامت روحی - روانی) تعیین سن، معاینه بکارت، صدمه‌ها و آسیب‌های ناشی از درگیری و...
- گواهی بین‌المللی در مورد تزریق واکسن
- گواهی نداشتن بیماری‌های واگیردار و...

- گواهی بیمار بودن و نیاز به استراحت پزشکی
- گواهی تولد
- گواهی فوت

گواهی نامه‌های پزشکی به دو دسته می‌باشند:

۱. رسمی: که در پاسخ به سوال سازمان‌های قضایی یا دولتی و مراجع قانونی صادر می‌گردد.

۲. معمولی: که به درخواست شخص صادر می‌گردد.
که در نمونه‌های ذکر شده بالا گواهی صادر شده از نوع رسمی می‌باشند.

گواهی‌هایی که تنها به خواست مراجع قضایی صادر می‌گردد:

- گواهی ضرب و جرح
- تعیین سن
- سلامت روان
- معاینه جنسی
- پرده بکارت
- تعیین جنسیت
- توان پذیرش کیفر
- ازکارافتادگی
- تعیین قصور پزشکی
- معاینه لواط
- سقط درمانی

نکات مهم در صدور گواهی:

در امر صدور گواهی باید به چند نکته بسیار مهم توجه نمود:

اول - احراز هویت^۱

در مواردی که گواهی درمان برای ارایه به محل کار یا سازمان‌های بیمه صادر می‌گردد به منظور احراز هویت می‌توان از مدرک شناسایی معتبر (شناسنامه عکس‌دار، گواهی‌نامه رانندگی و یا گذرنامه) یا کارت شناسایی (کارت شناسایی مراکز دولتی، کارت معافیت از خدمت، کارت پایان خدمت) و یا دفترچه بیمه استفاده نمود.

نکته مهم این‌که تصویر مدارک فوق که برابر اصل نشده باشد نیز نمی‌تواند به عنوان مدرک شناسایی معتبر به کار رود چرا که سواستفاده از آن بسیار ساده‌است.

اگر لازم است برای نوجوانان گواهی‌درمان برای ارایه به دبیرستان صادر شود بهتر است ایشان نیز به روش مناسبی احراز هویت گردند در این موارد بهتر است که در گواهی استراحت به دانش‌آموز بودن بیمار اشاره شود به عنوان نمونه می‌توان گواهی‌استراحت را به روش زیر شروع کرد:

گواهی می‌شود که دانش‌آموز آقا/خانم.....

گاهی پیش می‌آید که فردی به دلیل استفاده از دفترچه بیمه آشنایان یا خویشاوندان، هویت خود را مخفی کرده و خود را با نام صاحب دفترچه بیمه معرفی می‌نماید و به هنگام ترخیص برای گرفتن گواهی‌استراحت هویت واقعی خود را افشا می‌کند. اگر فردی دارای مدارک شناسایی معتبر نبود برای صدور گواهی برای وی به روش زیر باید عمل کرد:

- آقای/ خانمی که خود را..... می‌نامد معاینه شد و.....

- از صاحب اثر انگشت ثبت شده در این برگه گواهی که خود را..... می‌نامد معاینه به عمل آمد و.....

دوم- ثبت دقیق زمان انجام معاینه و صدور گواهی

از جمله موارد بسیار مهم در امر صدور گواهی از جمله گواهی استراحت، نوشتن تاریخ (و در بعضی گواهی‌های مهم ساعت معاینه) صدور گواهی است.

۱. شناسایی فرد

لازم است که تاریخ و نیز ساعت معاینه و صدور گواهی را هم به عدد و هم به حروف نوشت تا قابل تغییر و دستکاری نباشد این امر شامل مدت زمان استراحت و آغاز و پایان نیز می‌باشد برای نمونه به راحتی می‌توان عدد ۱ را به ۲ یا ۳ و یا ۱۱، ۱۳، ۱۲، ۲۲، ۲۱، ۳۱ تبدیل کرد. به مورد زیر توجه نمایید.

گواهی می‌شود که آقا/خانم..... در تاریخ ۱۳۸۷/۲/۱۱ (یازدهم اردیبهشت ۱۳۸۷) معاینه شد. ایشان به دلیل بیماری نیاز به استراحت به مدت ۲ (دو روز) از تاریخ صدور گواهی تا ۱۳۸۷/۲/۱۲ (دوازدهم اردیبهشت هشتاد و هفت) دارد.

نکته مهم دیگر این که صدور گواهی می‌تواند با مشخص نمودن مدت زمان استراحت همراه نبوده و در صورت تشخیص پزشک، گواهی استراحت صادر نگردد، بلکه تنها گواهی می‌شود که بیمار در تاریخ معین معاینه شده است.

گواهی می‌شود آقا/خانم..... در تاریخ ۱۳۸۷/۲/۴ (چهارم اردیبهشت هشتاد و هفت) معاینه گردید و درمان لازم برای وی انجام شد.

سوم- تعیین مدت زمان استراحت براساس موازین علمی:

مدت استراحت تعیین شده در گواهی باید مناسب با بیماری فرد باشد، برای مثال تعیین یک هفته استراحت برای سرماخوردگی غیرمعمول و غیرعلمی است اما همین مدت برای یک پنومونی لازم به نظر می‌رسد. در مورد بیماری‌هایی که نیاز به استراحت درازمدت دارند بهتر است مدتی را به عنوان زمان استراحت مشخص نموده و به این نکته اشاره کرد که پس از این زمان نیاز به معاینه دوباره بوده و در صورت نیاز، استراحت دوباره تعیین می‌گردد.

برای نمونه در فردی که به علت تصادف دچار شکستگی استخوان ران شده است بهتر است که برای وی به طور مثال سه ماه استراحت صادر کرد و در گواهی نوشت که پس از این مدت لازم است که به منظور تعیین نیاز به ادامه استراحت دوباره معاینه گردد.

باید آگاه بود مدت استراحت که گاه مدت استعلاجی نیز نامیده می‌شود عبارت است از مدت زمانی که فرد باید در منزل استراحت نموده و دور از محیط کار خویش باشد تا شرایط جسمی و یا روحی وی به سطحی برسد که توانایی بازگشت به محیط کار و انجام وظایف شغلی خود را داشته باشد. گاه با واژه‌ای به نام "طول درمان" برمی‌خوریم که مدت زمان لازم برای بهبود همه آثار ایجاد شده در بدن به دنبال تصادف، درگیری، حادثه کار و یا دیگر موارد بوده و یا آن که نقص

عضو به طور همیشگی باقی بماند و دیگر بهبودی در آن ایجاد نگردد که در حال حاضر این واژه "طول درمان" در سازمان پزشکی قانونی کاربرد ندارد.

چهارم - نکته مهم دیگر در رابطه با صدور گواهی استراحت نوشتن واژه "استراحت در منزل" می باشد چراکه ممکن است بعضی از مراکز، سازمان ها و اداره ها به دلیل نبودن این واژه از پذیرش گواهی استراحت سرباز زنند و بیان نمایند که این گواهی گویای حضور نیافتن در محل کار نیست.

پنجم - نوشتن نوع بیماری در گواهی استراحت (رازداری پزشکی):

برپایه اصل رازداری پزشکی، پزشک نباید نوع بیماری را در گواهی استراحت بنویسد مگر با اجازه بیمار البته درباره بیماری های عادی چون سرماخوردگی این امر چندان مهم به نظر نمی رسد اما برای نمونه در مورد بیماری های آمیزشی، بیماری های روانی و بیماری هایی که جزو اسرار بیمار می باشد بیان نوع بیماری ممکن است سبب ایجاد مشکلاتی برای بیمار و در صورت شکایت برای پزشک گردد. برای نمونه صدور گواهی به این ترتیب از نظر اخلاقی و قانونی اشتباه است:

گواهی می شود آقا/خانم..... به دلیل بیماری شقاق مقعدی نیاز به درمان و استراحت به مدت..... روز در منزل دارند.

گواهی می شود که آقا/خانم..... به دلیل بیماری گوارشی نیاز به درمان و استراحت کامل در منزل به مدت..... روز دارند.

وضعیت گوارشی بیمار آقا/خانم..... لازم می سازد که از تاریخ..... تا تاریخ..... به مدت..... روز در منزل استراحت نموده و درمان گردند.

که درخصوص اهمیت حفظ اسرار بیمار در ماده ۶۴۸ ق.م.ا توضیح داده شده است.

اگر گواهی استراحت برای ارابه به مرجع مشخص نوشته می شود که باید مورد تایید پزشک مورد اطمینان یا طرح در کمیسیون پزشکی قرارگیرد می بایست برای بیمار توضیح داد که اگر نوع بیماری در گواهی استراحت نگاشته نشود بی شک مورد پذیرش قرار نخواهد گرفت در این حالت نیز هنگامی مجاز به نگارش نوع بیماری هستیم که با اجازه و درخواست بیمار باشد پس در مواردی که بیماری جز اسرار به حساب می آید بهتر است در گواهی استراحت به این نکته اشاره نمود که نوشتن بیماری در این گواهی با اجازه و آگاهی بیمار صورت گرفته است.

ششم- نوشتن شیوه یا روش ایجاد آسیب یا بیماری:

در گواهی‌های استراحت که برای آسیب‌های ناشی از حوادث رانندگی، حوادث ناشی از کار، مسمومیت‌ها، سقوط و موارد مشابه صادر می‌گردد به هیچ وجه نباید روش یا شیوه ایجاد آسیب یا بیماری را نوشت چرا که ممکن است باعث گرفتاری‌های قانونی گردد.

مثال: گواهی‌های زیر اشتباه می‌باشد:

گواهی می‌شود که آقا/خانم..... به علت تصادف رانندگی مراجعه کرده و.....

گواهی می‌شود که آقا/خانم..... به علت سقوط مراجعه کرده و.....

گواهی می‌شود که آقا/خانم..... به علت حادثه ناشی از کار مراجعه کرده و.....

گواهی می‌شود که آقا / خانم..... به علت مسمومیت به قصد خودکشی مراجعه کرده و.....

هفتم- تعیین دلیل نگارش گواهی و مرجعی که گواهی به آن ارایه می‌شود:

در مواردی که گواهی استراحت برای ارایه به محل کار نوشته می‌شود همیشه باید به این نکته اشاره شود که این گواهی به درخواست بیمار (و یا قیم یا..... وی) و برای ارایه به (سازمان یا ارگان یا اداره.....) صادر گردیده است، و هرگونه ارزش دیگری نداشته و به صاحب آن تحویل شده است.

چراکه ممکن است پس از این گواهی برای ارایه به دادگاه استفاده شود و حضور نیافتن فرد در دادگاه را موجه جلوه دهد.

این گواهی به درخواست نام‌برده برای ارایه به اداره..... صادر گردیده و هرگونه ارزش دیگری ندارد. گواهی به وی تحویل گردید.

هشتم- جلوگیری از دست کاری گواهی ارایه شده:

در صدور گواهی بهتر است که ابتدا و پایان همه خطوط را با نشانه x بست و این امر را به‌ویژه در مورد خط پایانی انجام داد تا هیچ‌گاه برای سواستفاده مطلبی به گواهی اضافه نگردد. همچنین بهتر است که فاصله همه خطوط گواهی یکسان بوده و به گونه‌ای باشد که امکان اضافه نمودن خطی دیگر میان سایر خطوط وجود نداشته باشد بهتر است که امضا و مهر را بدون هیچ فاصله‌ای در

پایان خط آخر و چسبیده به پایان نوشته آن آورد و اگر در پایین آن جای خالی وجود دارد زیر آن را خط کشید. بهتر است که گواهی در سربرگ ویژه پزشک درمان‌گر یا سربرگ بیمارستان، درمانگاه و یا سایر مراکز بهداشتی درمانی نوشته شود. همین طور بهتر است درستی گواهی‌های استراحت که بر روی سربرگی به جز سربرگ پزشک درمان‌گر نیز صادر می‌گردد، از طرف مراجع رسمی تایید شود.

نهم - رعایت نظم و ترتیب در صدور گواهی:

گواهی باید خوانا و دور از هرگونه اشکال دستوری و نوشتاری بوده و همچنین باید قلم خوردگی نداشته باشد و این امر به ویژه در محل تاریخ‌های نوشته شده بسیار مهم می‌باشد. در صورت قلم خوردگی در یک گواهی ممکن است مرجع مورد نظر از پذیرش آن سرباز زند به هنگام تغییر متن در گواهی یا خط خوردگی قسمتی از آن، در صورت امکان بهتر است که گواهی دوباره تهیه شود و اگر امکان‌پذیر نبود لازم است در گواهی به تغییر ایجاد شده دقیق اشاره شود و این تغییر دوباره مهر و امضا شود. به عنوان نمونه در خط پایانی گواهی نگاشته شود که خط خوردگی و یا لاک گرفتگی از طرف من است و تاریخ یا متن درست دوباره نوشته شود.

دهم - توجه به چپ یا راست بودن عضو آسیب دیده:

اگر در نوشتن گواهی استراحت لازم است اشاره به اندام خاصی از بدن شود که از این اندام دو عدد در بدن وجود دارد (مانند دست‌ها، پاها، کلیه‌ها، گوش‌ها و...) باید دقت نمود که آسیب ذکر شده در گواهی را به اشتباه به عضو دیگر نسبت ندهیم. گاه این اشتباه سبب ایجاد مشکل برای بیمار و پزشک می‌شود که از آن جمله می‌توان به ارایه این گونه گواهی‌ها به مراجع قضایی و پزشکی قانونی، مدت‌ها پس از بهبودی آسیب اشاره کرد.

یازدهم - پرهیز از نگارش موارد بر پایه شک و گمان:

باید از تنظیم گواهی برای بیماری که از بیماری وی آگاهی در دست نیست خودداری نمود، برای نمونه زمانی که آشنایی نزد شما می‌آید و گواهی استراحت برای یکی از دوستان یا خویشاوندان می‌خواهد. به عنوان نمونه در یک مورد خویشاوندان بیماری به پزشک وی مراجعه نموده و درخواست گواهی می‌نمایند، و پزشک متخصص بدون آگاهی از مرگ بیمار گواهی صادر نموده که گرفتار مشکلات ناشی از اقدام خود می‌گردد.

دوازدهم - پرهیز از نگارش گواهی استراحت بر روی برگه‌های دفترچه بیمه:

نوشتن گواهی استراحت روی برگه‌های دفترچه بیمه بیمار سبب از بین رفتن آن‌ها شده چه زمان‌های اورژانسی که گاه وجود یک برگه از دفترچه بیمه بتواند مشکل پذیرش، درخواست آزمایش، عکس‌رادیولوژی، یا تهیه داروهای اورژانس را چاره ساز باشد.

سیزدهم - نگهداری رونوشتی از گواهی‌های استراحت مهم:

بهتر است که رونوشتی از گواهی‌های استراحت مهم را در مطب یا پرونده بالینی بیمار نگهداری کرد تا به هنگام سوال از سوی دادگاه یا پزشکی قانونی یا سایر مراجع رسمی بتوان با مراجعه به آن پاسخ‌گو باشیم. بهترین روش تهیه دو نسخه با استفاده از کاغذ کاربن می‌باشد.

چهارده - گواهی را به چه کسی تحویل دهیم؟

گواهی را در مرحله نخست باید به خود فرد درخواست کننده، سرپرست یا ولی وی تحویل داد و از تحویل گواهی به دیگران و خویشاوندان فرد، حتی همسر بیمار پرهیز کرد. برای نمونه پزشک درمان‌گر گواهی استراحت آقای را که در آن اشاره به بیماری روحی وی شده بود تحویل همسر وی داد و خانم با استفاده از آن تقاضای طلاق نمود.

پزشک باید در امر نگارش گواهی بسیار دقیق، سخت‌گیر بوده و نباید گواهی گمراه کننده و نادرست بنویسد چراکه نه تنها عمل ضد اخلاق انجام داده بلکه در صورت پیگیری از نظر انضباطی از طرف سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و قانون نیز بازخواست می‌گردد.

گواهی‌های بی‌مورد و دور از حقیقت، ارزش و اعتبار گواهی و نیز حرفه پزشکی را از بین خواهد برد، بدانیم و آگاه باشیم در صورت پرهیز از نگارش گواهی نادرست افراد از شما نخواهند رنجید و در دل شما را به دلیل درستی و پذیرش اصول اخلاقی تحسین می‌نمایند و نیز در صورت پایداری شما در روش همگان متوجه می‌گردند شما گواهی نادرست هرگز صادر ننموده بنابراین درخواست نخواهند کرد.

سخن قانون درباره گواهی نادرست:

ماده ۵۳۸ ق.م.ا: هر کس شخصاً^۱ یا توسط دیگری برای معافیت خود یا شخص دیگری از خدمت دولت یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به دادگاه گواهی پزشکی به اسم طبیب جعل کند به حبس از شش ماه تا یک سال یا به سه تا شش ماه میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

ماده ۵۳۹ ق.م.ا: هر گاه طبیب تصدیق‌نامه برخلاف واقع درباره شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد و هرگاه تصدیق‌نامه مزبور به واسطه اخذ مالی یا وجهی انجام گرفته علاوه بر استرداد و ضبط آن به عنوان جریمه، به مجازات مقرر برای رشوه گیرنده محکوم می‌گردد.

ماده ۵۴۰ ق.م.ا: برای سایر تصدیق‌نامه‌های خلاف واقع که موجب ضرر شخص ثالثی باشد یا آن‌که خسارتی بر خزانه دولت وارد آورد مرتکب علاوه بر جبران خسارت وارده به شلاق تا ۷۴ ضربه یا به دویست هزار تا دو میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

قانون تخلفات، جرایم و مجازات‌های مربوط به اسناد سجلی و شناسنامه:

اشخاص زیر به حبس از ۹۱ روز الی یک سال و یا به پرداخت جزای نقدی از دویست هزار ریال تا یک میلیون ریال و یا به هر دو محکوم خواهند شد:

الف) اشخاصی که در اعلام ولادت یا وفات برخلاف واقع اظهار نمایند.

ب)-

ج) ماما یا پزشکی که در مورد ولادت یا وفات گواهی خلاف واقع صادر کند.

گزارش نویسی و پرونده نویسی

با توجه به شکایت‌های پی در پی در پزشکی قانونی نکته‌های مهم و برجسته در پرونده نویسی به وسیله پزشکان و پرستاران هم در این بخش آورده می‌شود.

نکات مهم در درمان اورژانس

۱. همواره بیماران به طور کامل شناسایی و نام و نام خانوادگی و مشخصه‌های واقعی وی را در پرونده ثبت کنید و نیز در بیماران غیرهوشیار ناشناس در کنار تلاش برای شناسایی چنان که موفق نگردید می‌توان برای نمونه نوشت فردی با مشخصه‌های فردی..... و سن ظاهری که توسط به اورژانس با نشانه‌های آورده شده است.
۲. پیش از شروع به درمان از بیمار یا سرپرست وی (در صورت غیر هوشیار بودن یا سن کمتر از ۱۸ سال) رضایت و برایت گرفته شود و روشن است که این مورد در موارد اورژانس ضروری نمی‌باشد.
۳. همیشه از بیمار یا همراهان و خویشاوندان شرح حال دقیق گرفته شود و همراه با یافته‌های بالینی به درستی در پرونده نوشته شود.
۴. یافته‌های آسیب‌دیدگی ظاهری و درگیری هرچند ناچیز، باید به طور کامل در پرونده نوشته شود هرچند نیازمند درمان نیز نباشد.
۵. هرگز بیماری را که توسط شخص شما معاینه نگردیده است به طور شفاهی یا تلفنی و به ویژه به واسطه فرد غیر پزشک درمان نکنید و در صورتی که مجبور می‌باشید در کوتاهترین زمان ممکن بیمار را معاینه کنید.
۶. در موارد مسمومیت به انگیزه خودکشی پس از درمان بیمار را به مرکز روان پزشکی ارجاع دهید.
۷. در موارد مشکوک به مسایل جنایی به نیروهای انتظامی اطلاع دهید.
۸. هرگز در گزارش خود به نیروهای انتظامی و مرجع قضایی بیش از آن چه خواسته شده سخن نگوئید.
۹. به هیچ وجه در مواردی که گواهی فوت نباید صادر شود گواهی فوت صادر نکنید هرچه قدر از سوی خویشاوندان یا دیگران پافشاری شود.
۱۰. در مسمومیت‌های ناشی از مصرف موادی که در قانون برای آن مجازات مشخص شده است، گزارش به مراجع قضایی یا نیروی انتظامی جزو وظیفه پزشک نمی‌باشد.

گزارش نویسی

ابتدا باید بدانیم به دلایل زیر لازم است پرونده‌های پزشکی نگهداری شود:

۱. در راستای درمان بیماران
 ۲. به عنوان مدرک بیمارستان
 ۳. برای تحقیقات پزشکی و نیز آموزش
 ۴. برای موارد قضایی
 ۵. برای موارد بیمه
 ۶. برای پرداخت زیان و جبران آسیب‌های وارده به کارگران و کارمندان
 ۷. در دادخواست‌های آسیب‌های شخصی
 ۸. در دادخواست‌های احتمالی در رابطه با خطاهای پزشکی
 ۹. در موارد مربوط به وصیت، گاه بیمار ممکن است در مدت بستری وصیت کند و خویشاوندان مدعی گردند که بیمار در زمان بستری هوشیاری درست نداشته و از نظر ذهنی ناتوان بوده‌است که پرونده پزشکی کمک کننده می‌باشد.
 ۱۰. در موارد جنایی و یا مشکوک به قتل و تهاجم و تجاوز جنسی
 ۱۱. در موارد نقص عضو عمدی یا غیر عمدی نظیر آسیب‌های ناشی از جنگ
 ۱۲. در موارد خاص که نشان می‌دهد فرد از نظر روانی چگونه است و آیا باید به زندان یا مرکز درمانی بیماران روانی برود.
 ۱۳. در موارد کلاهبرداری، آیا درخواست خسارت ناشی از حادثه یا تصادف واقعی است یا ساختگی می‌باشد؟
- "بایست بدانیم که بررسی اشتباه‌های دیگران روشی مناسب برای جلوگیری از تکرار آن به دست ما می‌باشد"

نکات مهم پرونده نویسی

در پرونده نویسی باید به خاطر بسپاریم که وجود تناقض در پرونده ممکن است به دفاع پرسنل درمانی در مراجع قضایی آسیب رساند و پرونده‌ای که به صورت درست و کامل و براساس واقعیت نوشته شده باشد بهترین مدافع پزشک و کاردرمانی است. و در بسیاری از موارد آخرین

عامل تبریه کننده پزشکان گزارش‌های پزشکی به ویژه گزارش‌های پرستاری در صورت کامل و درست بودن می‌باشد و مطالب ثبت شده باید خوش‌خط یا حداقل خوانا باشد.^۱

بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن درون پرونده پزشکی، نتیجه معاینه‌ها و مشاوره‌های بالینی به جز مواردی که بر پایه وظایف قانونی از گروه معالج پرسش می‌گردد اطمینان یابد. باید بدانیم خویشاوندان و افراد غیرمسئول نباید به پرونده بالینی بیمار دسترسی داشته باشند و زمانی که بیمار بد حال به بخشی دیگر منتقل می‌شود لازم است همراه با وسایل حفاظتی مورد نیاز بوده و این نکته باید در پرونده نوشته شود و اگر پرستار در مشاهده بیمار با مورد ویژه‌ای روبرو شد باید سریع پزشک را آگاه نماید در غیر این صورت کوتاهی در انجام وظیفه کرده و پاسخ گو می‌باشد. نوشتن چنین موردی در پرونده از وظایف مهم پرستاری می‌باشد.

"اگر نکته‌ای از قلم بیفتد و در پرونده نگاشته نشود به دفاعیات ما آسیب می‌رساند."

ثبت کامل پیشامدها و اقدام‌های انجام شده در پرونده و گرفتن رضایت نامه و برای نامه که حاکی از آگاهی کامل بیمار نیز باشد ممکن است مانع شکایت بیمار از شما گردد. گزارش عمل‌های جراحی باید حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از عمل نوشته شود و موارد زیر در آن در نظر گرفته شود.

۱. تشخیص قبل و بعد از عمل

۲. اقدام‌های انجام شده

۳. روش جراحی

۴. یافته‌های زمان عمل

۵. شرح عمل

اگر کوچکترین اقدام‌هایی که برای بیمار انجام می‌شود در پرونده نوشته شود اثبات درستی اقدام‌های انجام شده آسان‌تر خواهد بود. باید بدانیم کنترل علائم حیاتی در ساعت خود انجام شده و هرگز علائم حیاتی مربوط به ساعت‌های بعد را در پرونده ننویسیم. تاریخ و ساعت

۱. در نوشتن گزارش‌ها از خودکاری استفاده شود که در زمان تصویربرداری به خوبی واضح باشد تصویر کلمه‌ها به رنگ سیاه و قرمز خوب اما تصویر کلمه به رنگ آبی بد خواهد شد.

گزارش‌ها و هر اقدامی که برای بیمار انجام می‌گیرد باید نوشته شده و پایان گزارش‌ها با خط باید بسته شود نام و نام‌خانوادگی هر فردی که در پرونده مطلبی را می‌نویسد باید در زیر آن نوشته شود و توسط خود وی امضا گردد و تاریخ و ساعت آن نیز نوشته شود. باید همه پرستاران کنترل کننده پرونده دارای مدرک تحصیلی معتبر باشند.

"از دیدگاه دادگاه مدرک معتبر بسیار اهمیت دارد".

در پرونده تناقض‌های ناشی از بی دقتی در نوشتن را باید برطرف کرد.

شماره پرونده و مشخصات بیمار باید در همه صفحه‌های پرونده ثبت شود. اشتباه‌های موجود در پرونده را نباید با خط زدن و یا لاک گرفتن پوشاند بلکه باید روی آن تنها یک خط کشید به طوری که قابل خواندن باشد و سپس در پایان خط کلمه Error^۱ نوشته شود. تغییر نام بیمار باید در پرونده ثبت گردد و لازم است بیمار با نام واقعی خود ترخیص گردد. باید پس از ترخیص بیمار پرونده وی در مدارک پزشکی برگ شمار و بایگانی گردد بنابراین دسترسی دوباره به آن بسیار مشکل است و تنها در موارد خاص صورت می‌گیرد بنابراین تکمیل برگه‌های پرونده از مهمترین نکته‌ها بوده و نوشته‌های پرونده باید به وسیله پرستار و سپس سرپرستار بخش کنترل گردد هر نکته‌ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی پشتیبانی نماید اما وجود هر اشکال در پرونده بالینی می‌تواند بر علیه کادر درمانی به کار رود باید آگاه بود که ثبت هر نکته خود سبب مسوولیت می‌شود. گاه بیماران درخواست مرخصی موقت نموده یا بدون آگاهی پرسنل درمانی بیمارستان را ترک می‌کنند که باید در پرونده ثبت شود چرا که ترک بیمارستان به وسیله بیماران ممکن است به دلایل استفاده از مواد مخدر، رابطه نامشروع، بزه کاری باشد.

موارد ثبت رضایت نامه در پرونده

مواردی که لازم است به صورت رضایت نامه در پرونده ثبت شود شامل:

۱. درخواست مرخصی به وسیله بیمار
۲. ترخیص با رضایت شخصی
۳. انجام عمل جراحی

۱. اشتباه

۴. قطع اندام
۵. سقط درمانی
۶. گرفتن برایت نامه

تعیین مدت زمان نگهداری پرونده‌های پزشکی به طور مستقیم به سیاست‌های بیمارستان بستگی دارد و بسیاری از کشورها قانون خاصی برای نگهداری مدارک پزشکی ندارند. براساس استاندارد، اطلاعات پزشکی ثبت شده در پرونده از نظر فیزیکی جز دارایی بیمارستان است و از نظر اطلاعات داخلی آن دارایی بیمار می‌باشد.

قوانین مستندسازی مدارک پزشکی

- به طور کلی قوانین مستندسازی در مدارک پزشکی را می‌توان به ترتیب زیر دسته بندی نمود:
۱. اختصاص دادن یک شماره به پرونده: اختصاص دادن یک شماره به پرونده پزشکی نخستین و مهمترین مرحله در امر جمع آوری اطلاعات شناسایی و سایر اطلاعات بیمار در یک مرکز پزشکی است.
 ۲. پرونده توصیفی باشد یعنی آنچه را که مشاهده می‌کنیم شرح داده و مستندکنیم فعالیت بیمار را شرح دهیم نه آن چه را که فکر می‌کنیم.
 ۳. صریح باشد: از گفته‌های مبهم و کلی‌گویی پرهیز شود به طور مثال نوشتن این مورد که بیمار شب بدی را پشت سر گذاشته است بسیار مبهم است که بهتر است نوشته شود بیمار در طول شب ده بار با اسهال از خواب بیدار شد که در واقع علت ناراحتی بیمار و دلیل نخواستن وی را مشخص و صریح بیان می‌کند.
 ۴. از نقل قول مستقیم استفاده شود: باید از کلمات بیمار استفاده شود و نقل قول بیمار را بنویسید، بین کلمات بیمار و آنچه که شما مشاهده کرده‌اید با قراردادن سخن بیمار در داخل علامت نقل قول فرق بگذارید. برای نمونه این مطالب که خانم حسینی بیان داشت "من سردرد دارم" به طور کامل درد توسط بیمار را نشان می‌دهد.
 ۵. شنیده‌ها را ننویسید:

به طور مثال آن چه که شخص دیگری درباره بیمار به شما می گوید همسر خانم حسینی گفت

"همسر غذای این جا را دوست ندارد"

۶. مستندسازی به هنگام باشد:

از آن جا که حافظه انسان دچار فراموشی می شود ثبت اطلاعات باید به موقع و در نخستین فرصت انجام شود بنابراین بعد از انجام مراقبت درمانی، تجویز داروها و انجام درمان لازم و نه قبل از آن اطلاعات مربوطه را بنویسید.

۷. مستند سازی روشن و پیوسته باشد: اطلاعات بایستی با روش منطقی و پی در پی ثبت گردد و پیوستگی نوشتن اطلاعات باید وجود داشته باشد.

۸. اطلاعات بایستی خوانا و مرتب و با نگارش صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح باشند.

۹. تا آن جا که امکان دارد از اختصار استفاده نکنید و اگر اختصار استنادی را به کار می برید در نگارش نخست کامل آن را بنویسید و از اختراع اختصاری های جدید خودداری کنید.

۱۰. فرم مربوط را با نام و نام خانوادگی و طبقه بندی شغلی امضا کنید.

۱۱. در فرم خط خالی نگذارید و با نوشتن اطلاعات به ترتیب تاریخ از همه خطها استفاده کنید.

۱۲. چنانچه مستند سازی را در پشت صفحه یا در یک برگه دیگر ادامه می دهید جمله "ادامه در صفحه بعد یا پشت صفحه" را در پایین همان صفحه نوشته و دوباره در صفحه بعد تاریخ و ساعت و مشخصات بیمار و شماره پرونده وی را بنویسید و سپس ادامه گزارش را بنویسید.

۱۳. اشتباهها مستند سازی شوند: چنانچه دچار اشتباه شدید، هرگز آن را پاک نکرده، لاک نگیرید و یا طوری خط نزنید که قابل خواندن نباشد بلکه تنها یک خط روی آن کشیده و در یک پرانتز جلوی آن Error بنویسید. پاک کردن، لاک گرفتن، و آسیب رسانی پرونده قانونی نیست.

۱۴. همه اطلاعات به طور کامل نوشته شوند، پرستاران یادداشت های پزشک را خوانده و

چنانچه هر اطلاعاتی از قلم افتاده باشد در اولین زمان باید پزشک را آگاه سازند، و پرستاران مسؤل نوشتن یادداشت‌های پرستاری می‌باشند همه ارتباط‌هایی که در خصوص درمان بین بیمار و کادر درمانی وجود دارد باید نوشته شود.

" از نظر قانون تنها اقدام‌های درمانی برای بیمار انجام گرفته که در پرونده نوشته شده باشد "

۱۵. محرمانه بودن اطلاعات نوشته شده: همه مشاهده‌ها، ارزیابی‌ها، و اقدام‌های درمانی نوشته شده در پرونده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید در دسترس دیگران قرار گیرد.

فصل یازدهم:

نقطه جنین

سقط جنین

همواره زنانی بوده‌اند که بدون میل خود باردار شده‌اند و در فرهنگ‌های گوناگون راه‌های چندی برای حل این مشکل اندیشیده شده است.

سقط جنین عبارت است از خروج جنین قبل از بیست هفته از اولین روز آخرین قاعدگی یعنی زمانی که توانایی زندگی در خارج از رحم را ندارد. سقط جنین بر دو گونه است عمد و غیرعمد، و در این بحث شامل سقط جنین غیرعمد نخواهد شد.

سقط جنین عمد بر دو شکل صورت می‌گیرد: سقط جنین درمانی و سقط جنین غیردرمانی (جنایی)

گفتار اول: سقط جنین درمانی:

پایان دادن عمدی به حاملگی بنابر ضرورت پزشکی، سقط جنین درمانی نامیده می‌شود. با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی در حال حاضر سقط جنین به ندرت برای نجات جان مادر لازم است مگر در شرایط بسیار سخت که چنین لزومی احساس شود.

دیگر موارد سقط جنین که بسیار نادر است بیماری‌های روانی است که تحت‌تاثیر شرایط بارداری می‌تواند آن چنان شدت یابد که سلامت بیمار را به خطر اندازد.

دستورالعمل اجرایی قانونی سقط جنین درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰ مجلس شورای اسلامی و دستورالعمل آن که در تاریخ ۱۳۸۷/۴/۲۹ به تصویب سازمان پزشکی قانونی رسیده است به شرح زیر می‌باشد:

الف - تعریف عناوین مطرح در قانون:

۱- «سقط جنین درمانی» یا سقط درمانی جنین با توجه به قانون مذکور عبارت است از ختم حاملگی تا چهار ماه از زمان لقاح با رعایت شرایط مندرج در قانون و این دستورالعمل.

۲- «پزشکی قانونی» به عنوان شخصیت حقوقی شامل ستاد، ادارات کل و مراکزی از سازمان پزشکی قانونی کشور می‌باشند که کارشناسی و بررسی در مورد سقط جنین درمانی در آنها صورت می‌پذیرد.

۳- «عقب‌افتادگی جنین» یعنی اختلال کامل یا نسبی در ساختار یا عملکرد دستگاه عصبی جنین به هر علتی که در پایان منجر به تولد نوزاد زنده نشود و در صورت تولد با فاصله کوتاهی بمیرد یا دچار اختلال ذهنی یا جسمی باشد به نحوی که موجب حرج مادر گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تایید متخصصین ذیربط است.

۴- «ناقص‌الخلقه بودن جنین» عبارت است از عدم تشکیل و یا اختلال در تشکیل یا تکامل یک یا چند عضو بدن به هر علت به طوری که جنین زنده متولد نشود و در صورت تولد با فاصله کوتاهی بمیرد یا معلول جسمی یا ذهنی باشد به نحوی که موجب حرج مادر گردد، اعم از آن‌که این معلولیت با اختلال ظاهری همراه باشد یا نباشد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تایید متخصصین ذیربط است.

۵- «حرج مادر» عبارت است از نگرانی و سختی مادر به نحوی که تحمل رنج و مشقت ناشی از ناقص‌الخلقه یا عقب‌افتادگی جنین خارج از توان وی باشد. بیماری‌های جنینی قید شده در جداول پیوستی و بیماری‌ها و اختلالاتی که متعاقباً پس از بررسی در کمیته‌های کارشناسی اعلام خواهد شد در صورت درخواست از مصادیق حرج مادر است.

۶- «بیماری مادر» عبارت است از وضعیت بالینی و پزشکی مادر که تداوم بارداری در آن تهدید جانی برای وی تلقی گردد. ملاک تشخیص عرف پزشکی و تایید متخصصین ذیربط است.

۷- «مادر» یعنی خانم بارداری که متقاضی انجام عمل سقط جنین درمانی است.

۸- «رضایت زن» یعنی اجازه کتبی و آگاهانه مادر برای انجام عمل سقط جنین درمانی که توسط گروه پزشکی پس از آگاه‌سازی کامل وی از وضعیت موجود و عواقب قبول یا رد عمل مذکور اخذ می‌گردد.

ب - مراحل بررسی و صدور مجوز سقط جنین درمانی

۱. درخواست بررسی و صدور مجوز سقط جنین درمانی باید تنها در ادارات کل پزشکی قانونی استان‌ها و نیز مراکز پزشکی قانونی شهرستان‌هایی که شرایط لازم در این خصوص

- را با تایید معاونت پزشکی و بالینی سازمان داشته باشند تا ۴ ماه از زمان لقاح پذیرش گردد.
۲. حضور زوجین با مدارک شناسایی معتبر و تکمیل فرم مربوطه در پزشکی قانونی الزامی است. در صورت عدم حضور یا عدم دسترسی به پدر جنین یا وکیل وی استعلام مراجع ذیصلاح قضایی جهت بررسی و صدور مجوز سقط جنین درمانی ضروری می‌باشد.
۳. آرایه حداقل سه مشاوره تخصصی در تایید تشخیص و یک نوبت سونوگرافی با تعیین سن جنین ضروری است.
۴. مجوز سقط جنین درمانی باید عکس‌دار و با مشخصات کامل هویتی مادر صادر گردد.
۵. آمار و اطلاعات کل درخواست‌ها و مجوزهای صادر شده باید در پایان هر ماه به معاونت پزشکی و بالینی ارسال گردد.
۶. مسئولیت حسن اجرای این دستورالعمل با مدیر کل استان است.
- این دستورالعمل در ۲ بخش و ۱۴ بند تنظیم و از تاریخ ابلاغ لازم‌الاجرا می‌باشد.

«اندیکاسیونهای سقط جنین درمانی در بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنینی»

ردیف	فهرست
۱	استئوژنیزس ایمپرکتا مادرزادی Osteogenesis imperfecta Congenital
۲	دیسپلازی استخوانی - غضرونی کشنده یا استیپل اپی فیزیال Osteochondrodysplasia
۳	بیماری استئوپتروزیس انفانتیل (فرم بدخیم) Osteopetrosis infantile (Malignant Form)
۴	آژنزی دو طرفه کلیه Bilateral renal agenesis
۵	کلیه پلی سیستیک نوع مغلوب Polycystic kidney
۶	دیسپلازی مولتی سیستیک کلیه‌ها Multicystic dysplastic kidney
۷	سندرم پوتر Potter's syndrome
۸	سندرم نفروتیک مادرزادی به شرط ایجاد هیدروپس Congenital nephrotic syndrome & Hydrops
۹	اختلال کروزومی که موجب ضایعات پیشرفته و به ویژه گرفتاری مغز و کلیه گردد (مانند سندرم واکترل) (VACTERL syndrome)
۱۰	هیدرونفروز شدید دو طرفه کلیه‌ها Severe bilateral hydronephrosis
۱۱	آلفاتالاسمی (به شکل هیدروپس فتالیس) Alpha thalassaemia & foetal hydrops
۱۲	اختلال ترومبوتیک مثل کمبود پروتئین C (هموزیگوت) و فاکتور ۵ لیدن (هموزیگوت) Thrombotic disorders
۱۳	تریزومی ۱۳ Trisomy
۱۴	تریزومی ۱۸
۱۵	تریزومی ۱۶/۸/۳
۱۶	آنانسفالی Anencephaly
۱۷	هیدروپس فتالیس با هر مکانیسم Foetal bydrops with any etiology
۱۸	سندرم فریاد گربه Cat's cry syndrome
۱۹	هولوپروزنسفالی Holoprosencephaly
۲۰	سیرنگومیلیا Syringomyelia
۲۱	کرانیوشی سیس Cranioschisis
۲۲	مننگوآنسفالوسل، مننگوایدروآنسفالوسل Meningoencephalocel (Meningohydroencephalocele)
۲۳	دیسپلازی تاناتوفوریک یا کوتولگی کشنده نوزادی Thanatophoric dysplasia
۲۴	سیکلوپیا همراه با هولوپروزنسفالی Cyclopia with holoprosencephaly
۲۵	ایکتیوزیس مادرزادی Ichthyosis congenital neonatorum
۲۶	شیزنسفالی Schizencephaly
۲۷	اگزانسفالی Exencephalia
۲۸	تالاسمی ماژور

گفتار دوم: سقط جنین جنایی یا غیرقانونی

این مورد به ویژه در بانوانی که به طور ناخواسته باردار شده‌اند روی می‌دهد و به چند شیوه وجود دارد:

- ۱- ارادی و فعال که توسط خود شخص حامله با بکارگیری روش‌های گوناگون چون استفاده از داروها، سقوط، استفاده از سموم و... انجام می‌شود و در پایان سقط کامل رخ می‌دهد.
- ۲- غیرارادی و یا به کمک دیگران که در این شیوه از متخصصان کورتاژ استفاده می‌گردد که این افراد یا پزشک و یا غیرپزشک می‌باشند اگرچه آمار دقیقی از پزشک یا غیرپزشک وجود ندارد.

اما در کشور آمریکا سومین شغل پردرآمد غیرقانونی بوده و بیشتر توسط پزشکان انجام شده و مهمترین دلیل آن انگیزه‌های مادی است.

پرواضح است که موقعیت اجتماعی - اقتصادی زن در تعیین نوع سقط و این که توسط چه کسی صورت گیرد موثر خواهد بود.

- ۳- شیوه سوم زن دست به اقدام‌های تحریک‌کننده توسط خود یا فرد دیگری زده که موجبات خونریزی یا دفع ناقص را پدید آورده و به صورت سقط غیرقابل اجتناب به پزشک و بیمارستان جهت انجام سقط مراجعه می‌کند.

در هنگام اقدام به سقط به دلایلی گوناگون چون موارد زیر گاه نه تنها جنین بلکه زندگی زن نیز با خطر مرگ مواجه می‌شود:

۱- آریتمی و ایست قلبی ناشی از تحریک گردن رحم به دلیل تحریک واگ

۲- عوارض بی‌هوشی

۳- خونریزی

۴- عفونت منتشر خون

۵- آمبولی هوا و یا آمبولی‌های ترومبوتیک

۶- پارگی رحم و واژن و عوارض پس از آن

- ماده ۴۹۲ ق.م.ا: دیه سقط جنین در موارد عمد و شبه‌عمد به عهده جانی است.

- ماده ۶۲۳ ق.م.ا: هرکس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری موجب سقط جنین زن گردد به

شش ماه تا یک سال حبس محکوم می‌شود و اگر عالماً^۱ و عامداً^۲ زن حامله‌ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از سه تا شش ماه محکوم خواهد شد مگر اینکه ثابت شود

این اقدام برای حفظ حیات مادر می‌باشد و در هر مورد حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوطه داده خواهد شد.

– ماده ۶۲۴ ق.م.ا: اگر طبیب یا ماما یا داروفروش و اشخاصی که به عنوان طبابت یا مامایی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می‌کنند وسایل سقط جنین فراهم سازند و یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند به حبس

از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط صورت خواهد پذیرفت.

– ماده ۴۸۷ ق.م.ا: دیه سقط جنین به ترتیب زیر است:

- ۱- دیه نطفه که در رحم مستقر شده: بیست دینار (تا دو هفته)
- ۲- دیه علقه که خون بسته است: چهل دینار (تا چهار هفته)
- ۳- دیه مضغه که به صورت گوشت درآمده است: شصت دینار (تا هشت هفته)
- ۴- دیه جنین (عظام) در مرحله‌ای که به صورت استخوان درآمده و هنوز گوشت نرویده است: هشتاد دینار (تا دوازده هفته)
- ۵- دیه جنین که گوشت و استخوان بندی آن تمام شده و هنوز روح در آن پیدا نشده: یکصد دینار (جنین تا شانزده هفته)
- تبصره- در مراحل فوق هیچ فرقی بین دختر و پسر نمی‌باشد.
- ۶- دیه جنینی که روح در آن پیدا شده اگر پسر باشد دیه کامل و اگر دختر باشد نصف دیه کامل و اگر مشتبّه باشد سه ربع دیه کامل خواهد بود.

۱. از روی آگاهی

۲. با قصد قبلی

فصل دوازدهم:

آمین نامه حدود صلاحیت ماماهاهی کارشناس و کارشناس ارشد

آیین‌نامه تعیین حدود صلاحیت ماما‌های کارشناس و کارشناس ارشد

ماده ۱- تعریف ماما

ماما به شخصی اطلاق می‌شود که تحصیلات مامایی را در حد کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای برابر مقررات در مراکز آموزش داخلی و خارجی به پایان رسانیده و موفق به اخذ مدرک تحصیلی از مراکز معتبر مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده باشد. او قادر است خدمات بهداشت باروری را (از تولد تا سالمندی) به زنان، خانواده و جامعه ارائه نماید و موجب ارتقای سلامت مادر، نوزاد و در نهایت جامعه گردد. وی می‌تواند با ارائه اقدامات اورژانس در نبود پزشک و ارجاع به موقع، به نجات جان مادر و نوزاد کمک نماید. همچنین می‌تواند به عنوان محقق، مجری یا همکار طرح تحقیقاتی به امر مدیریت و پژوهش در کار حرفه‌ای خود بپردازد.

ماما می‌تواند خدمات مامایی را با توجه به حدود شرح وظایف در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، واحدهای بهداشتی، مراکز مشاوره مامائی، منازل، دفاتر کار مامایی و سازمان‌ها ارائه دهد. با عنایت به تعریف فوق، ماما موظف است در حیطه شرح وظایف ذیل در جایگاه خود انجام وظیفه نماید.

تبصره ۱: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند بنا به نیاز سیستم شبکه و واحدهای تابعه، زیر نظر مدیریت شبکه، متخصصین زنان و مامایی، کارشناسان و کارشناسان ارشد مامایی از وجود کاردان‌های مامایی استفاده خدمتی مورد نیاز را به عمل آورد

تبصره ۲: ماما موظف است ضمن تشخیص موارد غیرطبیعی در فرآیند مراقبت‌ها، مددجو را به پزشک متخصص ارجاع دهد. مسئولیت پیگیری پس‌خوراند و ادامه مراقبت‌ها بنا به توصیه‌های پزشک مربوطه به عهده وی می‌باشد.

تبصره ۳: ماما باید در ارائه کلیه خدمات خود استانداردهای شغلی، حدود وظایف و اخلاق

حرفه‌ای در حقوق بیمار را رعایت نماید.

در این آیین‌نامه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی «وزارت»، پزشک متخصص زنان و زایمان «پزشک»، آخرین دستورالعمل‌های صادره از وزارت بهداشت «دستورالعمل» گفته می‌شود.

- کنترل صدای قلب جنین و ثبت آن
- انجام فیتال مانیتورینگ و تفسیر نتایج آن (پس از دوره‌های آموزشی)
- کنترل علائم حیاتی مادر
- کنترل انقباضات رحمی (طول مدت، شدت و فاصله انقباضات) و ثبت در پرونده
- گرفتن رگ و مایع درمانی وریدی و انواع تزریقات طبق دستور پزشک
- تزریق سولفات منیزیم به بیماران مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی در صورت عدم حضور پزشک (دوز اولیه انفوزیون عضلانی در واحدهای تسهیلات زایمانی و در موارد اورژانس تا دسترسی به پزشک و مراکز درمانی تخصصی) طبق دستورالعمل
- تحریک زایمانی (Induction)، تقویت و تشدید دردهای زایمان (Agumentation) با دستور پزشک مطابق با دستورالعمل
- آماده نمودن مادر برای انجام سزارین شامل: تشکیل پرونده، درخواست آزمایش‌ها، سونداژ مثانه و انجام مراقبت‌های روتین قبل از سزارین
- درخواست آزمایشات کلیوی و کبدی در هیپرتانسیون بارداری (براساس دستورالعمل)
- استفاده و به کار بردن روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان شامل: ماساژ، آروماتراپی، طب فشاری، تزریق داخل جلدی آب مقطر استریل، گرما و سرما درمانی، پیوفیدبک، موسیقی درمانی، الگوهای تنفسی، تن آرامی، تصویرسازی، تجسم مثبت، وضعیت‌های مختلف لیبر و زایمان، TENS، استفاده از حضور همراه آموزش دیده.
- مراقبت از مادر هنگام استفاده از روش‌های دارویی کاهش درد زایمان (ایپیدورال و انتونوکس) زیر نظر پزشک متخصص بیهوشی.
- به کارگیری روش‌های دارویی و غیردارویی کاهش درد زایمان منحصر پس از طی دوره‌های آموزشی مورد تایید وزارت یا سازمان نظام پزشکی مجاز می‌باشد.
- حضور در طی مراحل لیبر و زایمان به عنوان همراه (دولا)
- انجام زایمان در آب در صورت تمایل مادر (انجام زایمان در آب می‌بایست براساس

دستورالعمل و با موافقت متخصص کودکان بیمارستان باشد).

- انجام مراحل مختلف زایمان با نمایش سر به طور مستقل (سه مرحله زایمانی)
- استفاده از بی‌حسی موضعی برای انجام و ترمیم اپی‌زیاتومی
- ترمیم پارگی پرینه درجه یک و دو
- انجام زایمان با نمایش ته در بارداری سوم و بالاتر (در مواقع اورژانس و عدم حضور پزشک)
- انجام کوراج رحم در صورت عدم خروج جفت در صورت عدم دسترسی به پزشک و موارد اورژانس
- انجام فوریت‌های مامایی در صورت عدم حضور پزشک (به جز گذاردن انواع فورسپس و واکيوم)

تبصره ۸: گذاردن واکيوم فقط توسط کارشناس ارشد مامایی مجاز می‌باشد.

- احیای مادر و نوزاد طبق دستورالعمل
 - تجویز داروهای مجاز طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل
 - معاینه جفت و بند ناف از نظر وجود ناهنجاری‌ها و کامل بودن جفت
 - مراقبت اولیه از نوزاد در اتاق زایمان طبق دستورالعمل شامل:
- ارزیابی قبل از تولد نوزاد، آماده سازی شرایط مناسب دما و مراقبت از نوزاد، قرار دادن نوزاد در محیط با دمای مناسب، احیای نوزادان نیازمند احیا، کلامپ و بریدن بند ناف، خشک کردن نوزاد، برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، تعیین و ثبت آپگار نوزاد در دقیقه اول، تعیین و ثبت آپگار نوزاد در دقیقه پنجم، بررسی علائم حیاتی نوزاد، ارزیابی سلامت ظاهری نوزاد، تعیین هویت نوزاد

- اعلام جنسیت و نشان دادن نوزاد به مادر
- دستور انتقال نوزاد از اتاق زایمان به بخش بعد از زایمان و اجرای طرح همجواری
- صدور گواهی فوت نوزاد در صورت بروز مرده‌زایی یا مرگ نوزاد

۲-۴- وظایف مربوط به مراقبت مادر در بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد (از ۲ ساعت پس از زایمان تا زمان ترخیص)

- کنترل علائم حیاتی، خونریزی، قوام رحم، ارتفاع رحم، هوشیاری مادر، وضعیت پرینه،

وضعیت مثانه، وضعیت پستان، شیردهی، بررسی ادم پاها و وضعیت حرکتی مادر در بخش بعد از زایمان (طبق دستورالعمل)

- آموزش تمرینات توانبخشی بعد از زایمان
- گزارش هر گونه موارد غیرطبیعی به پزشک، درخواست حضور او و انجام فوریتهای پزشکی تا زمان حضور یا دسترسی به پزشک
- انجام مراقبتهای پس از زایمان، اجرای دستورات دارویی و سایر اقدامات در گروه مادران پر خطر بستری (طبق دستورالعمل و براساس دستور پزشک)
- آموزش مراقبتهای بهداشتی محل اپی زیاتومی
- آموزش به مادر در مورد مراقبت از خود شامل: مراقبت از پستان و نحوه شیر دادن، تغذیه، استحمام، روشهای پیشگیری از بارداری، ورزشهای بعد از زایمان، واکسیناسیون، ارتباط جنسی با همسر، علایم خطر در مادر
- آموزش به مادر در مورد مراقبت از نوزاد شامل: توجه به بند ناف، پیشگیری از هیپوترمی، علایم خطر در نوزاد و کودک نظیر زردی و غیره، پایش رشد کودک، نحوه ماساژ نوزاد براساس دستورالعمل مراقبت از نوزاد سالم
- صدور دستور ترخیص مادران با زایمان طبیعی پس از انجام معاینات لازم و ارزیابیهای بعد از زایمان

- انجام مراقبت بعد از ختم زود هنگام بارداری و انجام مراقبت بعد از سقط جنین
- آموزش غربالگری اختلالات تیروئید نوزاد (طبق دستورالعمل)
- صدور مرخصی استعلاجی زایمان

تبصره ۹: فقط در مواردیکه ماما عامل زایمان باشد.

- تجویز داروها و مکملهای مجاز مطلب لیست پیوست و دستورالعمل

۳-۴- وظایف مرتبط با مراقبت از نوزاد در بخش هم اتاقی مادر و نوزاد:

- اندازهگیری قد، وزن، دور سر و دور سینه نوزاد
- بررسی علایم حیاتی
- تزریق ویتامین K_۱
- شستشوی معده در نوزادان بستری طبق دستورالعمل

- واکسیناسیون
- کمک به مادر در تغذیه نوزاد با شیر مادر
- استحمام نوزاد
- مراقبت از بند ناف

۵- شرح وظایف ماما در دوران غیربارداری

۵-۱- مشاوره و آموزش

ماما می‌تواند در کلیه موارد مرتبط با بهداشت باروری به مددجویان (نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) بشرح ذیل ارایه خدمت نماید.

تبصره ۱۰: ارایه خدمات مشاوره‌ای فقط در صورت گذراندن دوره‌های مربوطه امکان‌پذیر خواهد بود.

- آموزش و مشاوره بلوغ
- آموزش و مشاوره بهداشت جنسی
- آموزش، مشاوره و غربالگری قبل و بعد از ازدواج
- مشاوره با زوجین در مورد روش‌های مختلف جراحی و غیرجراحی پیشگیری از بارداری مانند: مشاوره و آموزش قبل و بعد از بستن لوله‌ها در زن و مرد، گذاشتن IUD، روش‌های تزریقی، کاشتنی و...
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده در منزل
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده پس از زایمان و پس از سقط
- آموزش جامعه برای جلب مشارکت آنان در برنامه‌های بهداشتی باروری به خصوص مشارکت مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده
- مشاوره، آموزش و غربالگری قبل از بارداری
- مشاوره و آموزش دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان
- مشاوره و آموزش خودآزمایی پستان و غربالگری بیماری‌های پستان
- آموزش واکسیناسیون مادر، نوزاد، شیرخوار و کودک کمتر از هشت سال
- مشاوره و آموزش کودک سالم و بیمار طبق دستورالعمل

تبصره ۱۱: ماما می تواند در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها و مراکز حمایتی و حقوقی و قضایی به عنوان مشاور بهداشت باروری (شیردهی، تنظیم خانواده، مشاوره حین ازدواج، طلاق و...) ارایه خدمت نماید.

- آموزش و مشاوره در خصوص بیماری های مقاربتی، ایدز، هپاتیت و رفتارهای پرخطر
- آموزش، مشاوره و غربالگری سرطان های شایع زنان
- آموزش و مشاوره در ناباروری زوجین
- آموزش و مشاوره در خصوص مسایل و مشکلات عملکرد جنسی
- آموزش و مشاوره در مورد بهداشت سالمندی و یائسگی
- آموزش و مشاوره در صدمات عاطفی به مادر و خانواده نظیر از دست رفتن جنین، نوزاد و کودک
- آموزش و مشاوره در موارد شغلی مرتبط با بهداشت باروری
- آموزش و مشاوره مراقبت از نوزاد به مادر و خانواده
- آموزش و مشاوره در مورد چگونگی مصرف مکمل ها

۵- معاینات شامل

- گرفتن شرح حال، معاینات فیزیکی، آزمایش های غربالگری در مراجعین و آموزش به آنان
- انجام معاینات دوره ای پستان و غربالگری بیماری های مربوطه و ارجاع به پزشک در صورت لزوم
- انجام معاینات دستگاه تناسلی و غربالگری بیماری ها و ارجاع به پزشک در صورت لزوم
- انجام دوره ای پاپ اسمیر و نیز بررسی سیتولوژیک نمونه
- معاینه نوزاد، شیرخوار، کودک کمتر از ۸ سال طبق دستورالعمل
- ارایه سایر روش های پیشگیری از بارداری هورمونی و سد کننده (به غیر از روش های جراحی) با رعایت مراقبت ها و معاینات مربوطه

۳-۵- ارایه خدمات شامل:

- گرفتن شرح حال، انجام معاینات فیزیکی، درخواست آزمایشات لازم و غربالگری

- درخواست آزمایشها شامل: انجام پاپ اسمیر، کشت ترشحات واژن، SGPT, SGOT, T3, T4, TSH, FSH, LH, CREATININE, TRIGLYCERIDE, CHOLESTROL, HBSAg, HBSAb, HIV, VDRL, U/A, U/C, Prolactin, CBC Diff, GCT, GTT, BS, FBS, BUN, BG, RH درخواست اسپرموگرام
- درخواست سونوگرافی برای بررسی وضعیت رحم، تخمدان، وضعیت IUD
- درخواست ماموگرافی
- گذاردن انواع IUD و خارج کردن آن
- ارائه خدمات کلیه روشهای پیشگیری از بارداری (آی یودی، کاندوم، قرصهای خوراکی، کپسولهای کاشتنی، آمپولهای تزریقی) طبق دستورالعمل تبصره ۱۲: انجام آزمایشات لازم قبل از تجویز قرصهای خوراکی، داروهای تزریقی پیشگیری از بارداری و پس از واکتومی طبق دستورالعمل
- ارائه خدمات سایر روشهای نوین پیشگیری از بارداری به جز جراحی در صورت ابلاغ تنفیذ ارائه آن خدمات توسط ماما از سوی وزارت
- درمان عوارض ناشی از استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری مانند: تهوع، استفراغ، خونریزیهای رحمی، لکه بینی، اختلالات قاعدگی و افزایش ترشحات واژینال طبق دستورالعمل
- درمان عفونت‌های دستگاه تناسلی زنان در حد مجاز
- درمان ماستیت پس از زایمان با آنتی بیوتیک و اقدامات درمانی تا قبل از تشکیل آبسه، در صورت تشکیل آبسه ارجاع به پزشک
- انجام واکسیناسیون زنان باردار، واکسیناسیون شیرخواران و کودکان کمتر از هشت سال طبق دستورالعمل
- ارائه خدمات کودک سالم و بیمار طبق دستورالعمل
- ارائه خدمات مراقبتی مرتبط با جراحی و بیماری‌های زنان در بخش‌های داخلی و جراحی زنان

ماده ۳: وظایف در حیطه‌های آموزشی، پژوهشی، نظارتی و مدیریتی

- ارائه، اجرا و انجام طرحهای پژوهشی (ملی و بین‌المللی) به عنوان مجری و همکار

- همکاری در مراکز تحقیقاتی پژوهشی به عنوان پژوهشگر
 - برنامه‌ریزی و نظارت بر تیم‌های پژوهشی
 - همکاری در برگزاری کارگاه‌ها، سمینارها و کنگره‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، دانشکده‌ها و سازمانها
 - مدرس کارگاه‌ها، سمینارها، کنگره‌های آموزشی برگزار شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی، دانشکده‌ها و سازمانها
 - برنامه‌ریزی، نظارت، آموزش سایر پرسنل تیم بهداشتی و رابطین بهداشتی در خصوص بهداشت باروری
 - آموزش و همکاری در آموزش دانشجویان پزشکی، پیراپزشکی
 - همکاری در برنامه‌ریزی و نظارت بر برنامه رابطان بهداشتی
 - همکاری در برنامه‌ریزی و نظارت بر تیم پزشک خانواده در کنار پزشک
 - همکاری در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر برنامه تنظیم خانواده براساس پروتکل وزارت بهداشت
 - همکاری در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر برنامه میانسالان بر اساس پروتکل وزارت بهداشت
 - همکاری در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر برنامه سالمندان بر اساس پروتکل وزارت بهداشت
 - برنامه‌ریزی مدیریت و نظارت بر بخش‌های مراقبتی مادران و نوزادان در منزل
 - عضویت و شرکت فعال در کمیته‌های ارتقا سلامت مادران و نوزادان
- تبصره ۱۹: فوریت‌های مامایی با توجه به نوع خدمات آن به عنوان اورژانس داخلی بیمارستانی نیز محسوب می‌شود لذا وظایف ماما، در این موارد نیز تابع وظایف در موارد اورژانس است و کلیه قوانین رایج خدمات در این زمینه مشمول آن می‌باشد و در موارد بروز بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه ماما می‌تواند جزو تیم خدمات بهداشت باروری را ارایه نماید.
- ماده ۴: موارد غیرطبیعی ارجاع به پزشک و پیگیری پس خوراند**
- نمای جنین غیر از قله سر، قرارهای غیرطبیعی و چند قلبی
 - پیدایش علائم زجر جنین مانند: ضربان قلب کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰، نامرتب بودن

- ضربان قلب، نشنیدن صدای قلب جنین و کاهش حرکات جنین
- پاره بودن کیسه آب به مدت بیش از ۶ ساعت
- تب در بارداری و زایمان
- پایین یا بیرون افتادن بند ناف
- الگوی انقباضات غیرطبیعی مانند: طولانی شدن، متوقف شدن، پشت سر هم شدن
- انقباضات در مراحل لیبر و زایمان (طبق پارتوگراف)
- وجود هرگونه توده و انسداد در مسیر کانال زایمان
- هرگونه سابقه جراحی (سزارین قبلی)، حاملگی غیرطبیعی، سقطهای مکرر و نازایی
- وجود هرگونه خونریزی غیرطبیعی
- فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ و حملات تشنجی
- فشار خون پایین و بروز علائم شوک
- هرگونه بیماری زمینه‌ای مادر (گوارش، صرع، کلیه، قلب، ریه، خون، دیابت، روانی، ضعف مفرط و...)
- حاملگی اول در سن کمتر از ۱۸ سال یا بیش از ۳۵ سال
- وجود علائم پره اکلامپسی و اکلامپسی
- علائم زایمانی قبل از ۳۷ هفته بارداری
- پارگی زودرس کیسه آب قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری
- بارداری بیش از ۴۱ هفته
- مادر RH منفی و کومیس غیرمستقیم مثبت
- تب و لرز ۲۴ پس از زایمان
- خونریزی بیش از اندازه و عدم برگشت رحم به اندازه نرمال پس از زایمان
- ترشحات غیرطبیعی و بدبوی واژینال پس از زایمان
- آبسه پستان
- عدم توانایی در دفع ادرار ۱۲ ساعت پس از زایمان
- تورم، درد یکطرفه ساق و ران پای مادر بعد از زایمان
- ختم حاملگی در مادران دچار ضعف دید شدید (نمره عینک ۹ به بالا)

- هرگونه مورد غیرطبیعی مشاهده شده در آزمایشات و موارد پاراکلینیکی مربوط به جنین و مادر
- اولیگو هیدروآمنیوس و پلی هیدروآمنیوس
- مادران با نمایه توده بدنی غیرطبیعی (براساس پروتکل خارج بیمارستانی)
- اعتیاد مادر

ماده ۵: شرح وظایف ماماها در دفاتر کار

شایان ذکر است وظایف و توانایی‌های ماما در غیر دفتر کار قابل تسری به دفتر کار نیز می‌باشد.

موارد مختص دفتر کار عبارتند از:

- بستری زایو و پذیرش مسولیت زایمان در مراکز خصوصی و دولتی با هماهنگی بیمارستان و پزشک متخصص

تبصره ۱۳: انجام زایمان در دفاتر کار یا منازل منحصر در موارد اورژانسی مجاز می‌باشد.

تبصره ۱۴: جهت صدور گواهی ولادت توسط ماما برای زایمان در منازل و دفاتر کار لازم است توسط ادارات نظارت بر درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی هر استان به ادارات ثبت احوال هر شهرستان معرفی شوند. (بدیهی است رعایت قوانین ادارت ثبت احوال کشور بر عهده صادرکنندگان خواهد بود).

- توزیع وسایل پیشگیری از بارداری و آرایه آمار (طبق فرم اداره تنظیم خانواده وزارت بهداشت)

تبصره ۱۵: در صورت وجود علایمی دال بر غیرطبیعی یا بیمار بودن مراجعین، ماما موظف است با متخصص زنان مشاوره نموده و نتیجه معاینه تخصصی ضمیمه پرونده مراقبتی مادر شده و مراقبت‌های دوران بارداری طبق دستور ادامه یابد. (کلیه ماماها مجازند با یک متخصص زنان جهت مشاوره برای اقدامات درمانی و جراحی احتمالی یا ارجاع عقد قرارداد نمایند تا در موقع اورژانس آرایه خدمات با سرعت بیشتری انجام شود).

تبصره ۱۶: کلیه ماما‌های دارای دفتر کار می‌توند با مراکز خصوصی، دولتی و خیریه دارای بخش زایمان عقد قرارداد نمایند. در شهرهایی که بخش یا بیمارستان خصوصی وجود ندارد ماما می‌تواند با هماهنگی ریاست دانشگاه علوم پزشکی مربوطه با بیمارستان‌های دولتی طبق دستورالعمل وزارت بهداشت عقد قرارداد نمایند.

- صدور گواهی سلامت هایمن (مطابق با قوانین پزشکی قانونی)
 - تجویز داروهای مجاز طبق لیست پیوست
 - انجام تزریقات در دفاتر کار مامایی براساس آیین نامه تزریقات و پانسمان وزارت
- تبصره ۱۷: انجام تزریقات منحصر در خصوص داروهای مجاز مندرج در این شرح وظایف می باشد.

ماده ۶: داروهای مجاز قابل تجویز توسط ماما

- انواع ویتامین ها به صورت کپسول، قرص، شربت، قطره، پماد
- ایندومتاسین به صورت قرص، شیاف، آمپول، کپسول، پماد و ژل (فرم تزریقی دیکلوفناک و پیروکسیکام در بیماران سرپایی غیرمجاز می باشد).
- کلیه محلولهای ضد عفونی
- محلول های تزریقی قندی ۵٪، قندی - نمکی، رینگر و نرمال سالین
- آنتی اسید و ضد نفخ (آلومینیوم ام جی، آلومینیوم ام جی اس، پانکراتین، دایجستیو، دای متیکون، راینتیدین و سایمتدین) به صورت قرص و سوسپانسیون
- انواع داروهای ضد تهوع و ضد حساسیت (پرومتازین، منوکلوپرامید، دیفن هیدرامین، آنتی هیستامین دکونژستان) به صورت قرص، شربت، قطره و آمپول.
- ملین ها شامل: بیزاکودیل، هیدروکسید منیزیم MOM به صورت قرص، سوسپانسیون، شربت.

فصل سیزدهم:

کوابی فوت

مرگ

در گذشته قطع فعالیت همیشگی قلب و یا ریه مرگ نامیده می شد که با به کارگیری وسایل مصنوعی جهت ادامه فعالیت قلب یا ریه این تعریف کاربرد ندارد.

مرگ به طور معمول به دو نوع تقسیم می شود:

اول) مرگ فرد^۱: زمانی است که فرد به صورت غیرقابل بازگشت توان شناختی خود را از دست داده و بی هوش شده و توان ارتباط با و یا آگاهی از محیط اطراف خود و درک محرک های حسی و حرکات ارادی را ندارد ولی فعالیت های غیرارادی^۲ عصبی ممکن است باقی بماند و سیستم تنفسی و جریان خون (خود به خود یا مصنوعی) به فعالیت خود ادامه دهد. در این حالت سلول های نسوج بدن (به جز سیستم عصبی مرکزی) زنده مانده و به فعالیت خود ادامه می دهند.

دوم) مرگ سلولی: در این حالت همه نسوج و سلول های آن مرده اند و دارای عملکرد، فعالیت سوخت و ساز^۳ و تنفس هوازی نمی باشند. مرگ سلولی ناشی از نرسیدن خون (ایسکمی)^۴ و نبودن اکسیژن آنوکسی^۵ بوده و همواره بدنبال ایست قلبی تنفسی رخ می دهد و هم زمان نبوده و یک فرایند می باشد به غیر از موارد نادری که همه سلول های فردی در اثر انفجار اتمی یا فرورفتن در یک ظرف پر از مواد مذاب به صورت آنی از بین می روند. از دیدگاه بالینی و قانونی در واقع مرگ سوماتیک همان مرگ مغزی می باشد و بیمار به حالت نباتی فرو می رود. در این حالت

1. Somatic

۲. رفلکسی

۳. متابولیک

4. Ischemia

5. Anoxia

6. Vegetative

به علت ادامه فعالیت ساقه مغز تنفس خود به خود ادامه یافته و فلج از کار نمی‌ایستد. اکثر صاحب نظران این حالت نباتی را مرگ نمی‌دانند چرا که در صورتی که فرد از عوارض کما مانند زخم بستر و عفونت ناشی از آن فوت نکند تا سال‌ها می‌تواند در حالت کما زنده باقی بماند. این افراد نیاز به دستگاه‌های تنفس مصنوعی نداشته و دیدگاه مرگ از روی ترحم^۱ درباره آن صحیح نمی‌باشد ولی طرز برخورد با این بیماران نیز در حالت تغییر بوده و گاه بستگان اجازه مرگ را با قطع تغذیه فرد می‌دهند.

حالت دیگر مرگ مغزی در صدمات زیر چادرینه دیده می‌شود در این حالت ساقه مغز به ویژه مغز میانی، پونز و قسمت بالای مدولا^۲ دچار آسیب شده و علاوه بر توقف مراکز حیاتی کنترل کننده تنفس به دلیل آسیب به سیستم Ascending reticular activating system^۳ هوشیاری بیمار نیز از دست رفته و نه تنها به حالت کما می‌رود بلکه توانایی تنفس خود به خود نیز نداشته و به دستگاه تنفس مصنوعی نیاز دارد، در این وضع اگر مراقبت‌های پزشکی وجود نداشته باشد بیمار به دلیل ایست تنفسی می‌میرد (مرگ سلولی). تعریف مرگ مغزی در کودکان و بزرگسالان یکسان نیست. پالیس معتقد است در صورت اکسیژن رسانی کافی این بیماران در مدت ۷۲-۴۸ ساعت دچار ایست قلبی می‌گردند، این حالت به نام **مرگ ساقه مغز** شناخته می‌شود و بیشتر پزشکان آن را با مرگ سوماتیک برابر می‌دانند، اگر چه سلول‌های بدن از بین نرفته و با استفاده از این حالت فیزیولوژیک می‌توان از اعضا بدن بیمار برای پیوند استفاده کرد.

علت مرگ:

دوازدهمین مجمع سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۶۷ میلادی علت مرگ را به منظور ثبت در گواهی پزشکی به صورت زیر تعریف کرد:

علت مرگ: عبارت است از همه بیماری‌ها، وضعیت‌های ناخوشی و آسیب‌هایی که خود منجر به مرگ شده‌اند و یا به وقوع آن کمک کرده‌اند. این تعریف همچنین شرایط وقوع حوادث و سوانح یا خشونت را نیز در برمی‌گیرد. بنابراین بر پایه این تعریف مشخص می‌شود که یک علت

-
1. Euthanasia
 2. Medula
 3. ARAS

واحد برای ثبت درگواهی فوت کافی نیست، پس به طور مشخص برای ثبت علت مرگ در گواهی فوت سه دسته از علل و شرایط مورد نیاز می باشد.

این سه دسته شامل:

- ۱- بیماری‌ها: وضعیت‌های ناخوشی و آسیب‌هایی که منجر به مرگ شده‌اند.
 - ۲- شرایطی که منجر به آسیب در اثر حوادث و سوانح یا خشونت شده‌است.
 - ۳- بیماری‌ها، وضعیت‌های بیماری که وجود آن‌ها به تنهایی منجر به مرگ نمی‌شد ولی به وقوع مرگ کمک کرده یا باعث شدت یافتن آن شده‌است.
- دیدگاه پزشکی قانونی:** علت مرگ آسیب یا بیماری است که یک رشته پیامدهای فیزیولوژیک را در بدن سبب می‌شود که نتیجه آن مرگ فرد می‌باشد.
- مکانیزم مرگ:** همان سیر فیزیولوژیک ناشی از علت مرگ بوده که منجر به مرگ می‌شود که یک مکانیزم خاص می‌تواند ناشی از چندین علت مرگ بوده یا یک علت می‌تواند چندین مکانیزم گوناگون منجر به فوت داشته باشد.

شیوه مرگ^۱: بیانگر چگونگی پدید آمدن علت مرگ می‌باشد و به صورت طبیعی، قتل، خودکشی، سانحه یا غیرقابل تعیین تقسیم بندی می‌گردد. باید آگاه بود که تعیین علت مرگ بدون کالبدگشایی (حتی در مرگ‌های بیمارستانی) ۵۰-۲۵ درصد اشتباه در پی دارد هر چند کالبدگشایی^۲ این درصد را کاهش می‌دهد ولی همواره نمی‌تواند علت قطعی مرگ را مشخص سازد کالبد گشایی‌هایی که علت مرگ را مشخص نمی‌سازند اتوپسی سفید نام دارند. سندرم مرگ ناگهانی نوزادان^۳ اتوپسی سفید می‌باشد. حتی با کنار گذاشتن موارد SIDS، حداقل ۵ درصد از اتوپسی‌های مراکز دانشگاهی و بخش‌های بزرگ پزشکی قانونی به نتیجه نمی‌رسد.

باید آگاه بود که همواره نظریه پزشکی قانونی در مورد شیوه فوت توسط بستگان پذیرفته نمی‌شود و نیز گاه مواردی وجود دارد که علت مرگ به طور معمول طبیعی تصور می‌شود اما شیوه مرگ قتل می‌باشد، (عمد یا شبه عمد که بستگی به تحقیق قضایی دارد) مانند درگیری دو نفر که

1. Manner of death

2. Autopsy

3. SIDS(Sudden Infantile Death Syndrome)

منجر به مرگ ناشی از درگیری می‌شود و مکانیزم مرگ آریتمی قلبی و علت مرگ آترواسکلروز شدید عروق کرونر می‌باشد اما شیوه مرگ قتل بوده و آریتمی ناشی یا شدت یافته به وسیله درگیری فیزیکی می‌باشد. عده‌ای حتی فشارهای روانی ناشی از درگیری فیزیکی را برای تشدید آریتمی کافی می‌دانند که منجر به مرگ شود، هرچند به شدت این نظریه مورد بحث می‌باشد. شیوه فوت زمانی که اطلاعات در خصوص مکان مرگ ناکافی بوده و در مواردی که علت مرگ را نتوان مشخص کرد قابل تعیین نمی‌باشد.

تابلوی مرگ^۱: به حالت فیزیولوژیک غیرطبیعی در زمان مرگ چون کوما، نارسایی احتقانی قلب، ایست قلبی و ادم ریوی گفته می‌شود و چون از آسیب شناسی زمینه‌ای علت مرگ اطلاعاتی به دست نمی‌دهد نباید به عنوان علت مرگ پذیرفته شود.

مرگ طبقه بندی نشده: اشاره به مرگی می‌کند که علت و شیوه مرگ شناخته شده اما مرگ به راحتی در طبقه بندی ذکر شده قبلی قرار نمی‌گیرد و نویسندگان این طبقه از مرگ را به حوادث ناگوار پزشکی گسترش داده‌اند بنابراین یک فرد با پارگی قلب ناشی از کاتتر داخل عروقی و آمبولی هوا ناشی از تزریق نخاعی در گروه مرگ طبقه بندی نشده قرار می‌گیرد.

مرگ ناگهانی یا غیرمنتظره: برپایه تعریف سازمان بهداشت جهانی مرگی که در عرض ۲۴ ساعت پس از شروع نشانه‌ها رخ دهد مرگ ناگهانی می‌باشد ولی برخی از پزشکان به ویژه بیشتر متخصصان پزشکی قانونی و آسیب شناسی و نه همه، این زمان را طولانی دانسته و تنها مرگی که در مدت یک ساعت پس از شروع نشانه‌ها رخ دهد مرگ ناگهانی می‌دانند و از دیدگاه پزشکی قانونی مرگ‌های ناگهانی مرگ‌های غیرمنتظره بوده که به ناگهان فرد فوت می‌نماید و استرس نقش تشدید کننده طبیعت ناگهانی این مرگ‌ها را دارد.

مرگ‌های غیرمنتظره یا آنی بوده و یا ناگهانی می‌باشند، ولی آنی نیز نیستند و نوع سوم مرگ‌های ناگهانی مرگی است که فرد مرده یافت می‌شود اما انتظار آن نمی‌رفته‌است شایعترین علت مرگ بسیار آنی آریتمی بطنی به دنبال بیماری عروقی کرونر می‌باشد که شخص به زمین افتاده و توانایی محافظت از صورت خود با دست را ندارد. مرگ ناگهانی ولی غیرآنی مانند فردی است که به بیمارستان انتقال یافته و بر پایه نوار قلب و افزایش آنزیم‌های قلب تشخیص

انفارکتوس حاد قلبی تایید می‌شود روشن است که این مورد جهت تعیین علت مرگ نیازی به کالبد گشایی در سازمان پزشکی قانونی نیست. بیشتر موارد مرگ‌های طبیعی غیر منتظره در پزشکی قانونی علت قلبی عروقی دارد و با شیوع کمتر به دلیل مسایل سیستم عصبی مرکزی، بیماری ریوی، و عفونت منتشر می‌باشد.

علل برجسته بیماری‌های ایسکمی قلبی شامل:

- ۱- آترواسکلروز عروق کرونر
- ۲- بیماری‌های پرفشار خون قلب
- ۳- بیماری‌های دریچه آئورت
- ۴- ناهنجاری‌های جریان خون کرونر
- ۵- سایر بیماری‌های شریان کرونر مانند پلی‌آرتریت
- ۶- بزرگی قلب به دلیل کاردیومیوپاتی
- ۷- بعضی بیماری‌های مادرزادی قلب

تنظیم گواهی فوت:

حال با توجه به تنظیم گواهی فوت بر پایه گواهی پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی به منظور ثبت علت مرگ به آن می‌پردازیم:

جدول شماره ۱: فرم بین‌المللی گواهی پزشکی علت مرگ

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
	الف: به سبب یا پیامد ب: به سبب یا پیامد ج: به سبب یا پیامد د:	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت بیماری‌های قبلی
.....		۲- سایر بیماری‌هایی که به مرگ کمک کرده‌اند ولی وجود آن‌ها به تنهایی موجب مرگ نمی‌شد.
x نام بیماری، آسیب یا عوارض آن‌ها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی‌توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.		

جدول ۱ - قسمتی از گواهی فوت را که به ثبت علت مرگ اختصاص دارد نشان می‌دهد و این جدول دارای دو قسمت ۱ و ۲ است.

اول - قسمت ۱

در قسمت ۱ بیماری‌ها، آسیب‌ها یا عوارض ناشی از آن‌ها که سبب مرگ نشده ثبت می‌شود. در موارد خیلی نادر ممکن است فقط یک بیماری یا آسیب منجر به مرگ گردد که در این مورد در قسمت ۱ خط الف نام آن بیماری یا آسیب نوشته می‌شود، اما به طور معمول چند بیماری یا آسیب منجر به مرگ می‌شود. طبیعی است که همه بیماری‌ها و آسیب‌ها یا عوارض آنها هم‌زمان، اتفاق نمی‌افتند، بلکه از نظر زمانی دارای ترتیب زمانی هستند. از بین این بیماری‌ها یا موارد، آخرین بیماری یا آسیب^۱ که قبل از مرگ وجود داشته در خط الف نوشته می‌شود. هنگامی که می‌خواهیم قسمت علت مرگ گواهی فوت را تکمیل کنیم باید از خود پرسیم آخرین بیماری، آسیب یا موردی که متوفی بی‌درنگ بیش از وقوع مرگ به آن مبتلا بوده چه نام داشت؟

پاسخ این سوال که یک واژه تشخیص است باید با واژه پزشکی آن^۲ در خط الف نوشته شود. سپس از خود می‌پرسیم علت بیماری یا وضعیت نوشته شده در خط الف چیست؟ یا بیماری نوشته شده در خط الف در اثر کدام بیماری یا آسیب پدید آمده‌است؟ پاسخ سوال دوم را که همچنان یک واژه تشخیصی است با واژه پزشکی در خط (ب) نوشته می‌شود. سپس این روند پرسش و پاسخ را تا جایی ادامه می‌دهیم که دیگر قبل از آن بیماری، یا آسیبی که منجر به مرگ شده وجود نداشته باشد به دیگر سخن به نخستین بیماری یا آسیبی برسیم که آغازگر بیماری‌ها یا آسیب‌هایی است که بطور پی در پی رخ داده و در پایان به مرگ منجر شده‌است. به این ترتیب نخستین بیماری شروع کننده روند منجر به مرگ^۳ در پایین‌ترین قسمت ۱ قرار می‌گیرد که ممکن است خط (الف) یا خط (ب) یا خط (ج) یا (د) یا... باشد. جهت روشن شدن مثالی آورده می‌شود:

مثال ۱- خانمی ۵۰ ساله با تاریخچه سرطان پستان که جراحی شده و شیمی درمانی می‌گردد به علت شکستگی استخوان ران در منزل به اورژانس بیمارستانی آورده شده که بستری می‌شود و در هشتمین روز پس از شروع درمان به دلیل آمبولی می‌میرد.

1 The most recent condition

2. Terminology

3. Oldest (original/ initiating) condition

برای پر نمودن گواهی فوت به صورت زیر عمل می‌نماییم.

نخست از خود می‌پرسیم آخرین بیماری، آسیب یا عارضه منجر به مرگ چه بوده است؟ پاسخ آمبولی ریه که در خط (الف) نوشته می‌شود سپس به چه دلیل آمبولی ریه رخ داده است؟ پاسخ: شکستگی استخوان ران که در خط (ب) نوشته می‌شود. و باز می‌پرسیم علت شکستگی استخوان ران چه بوده است؟ که پاسخ متاسفانه انتشار سرطان به استخوان است که در خط (ج) نوشته می‌شود و آن‌گاه در پایان علت سرطان چه بوده است؟ که پاسخ سرطان پستان می‌باشد که در خط (د) نوشته می‌شود.

به این شکل بیماری آغازگر که در پایان منجر به مرگ گردیده مشخص می‌شود.

جدول شماره ۲:

علت مرگ	زمان تقریبی بین شروع تا مرگ
۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت* بیماری‌های قلبی	الف: آمبولی ریوی به سبب یا پیامد ۸ روز ب: شکستگی پاتولوژیک فمور ۲ سال به سبب یا پیامد ج: متاستاز سرطان فمور ۴ سال به سبب یا پیامد د: سرطان پستان
۲- سایر بیماری‌هایی که به مرگ کمک کرده‌اند. ولی وجود آن‌ها به تنهایی موجب مرگ نمی‌شد.	
x نام بیماری، آسیب یا عوارض آن‌ها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی‌توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.	

بنابراین آن‌چه که در پایین‌ترین خط نگاشته می‌شود علت شروع کننده مرگ^۱ می‌باشد. وقتی که

عامل بیرونی همچون سانحه، تصادف و مسمومیت موجب شروع سلسله علت‌های بعدی منجر به مرگ باشد طبیعی است که در پایین‌ترین خط قسمت ۱ نوشته می‌شود اگر چه این خود نیاز به توضیح داشته که در ادامه داده خواهد شد.

مثالی دیگر: آقای ۵۵ ساله به علت استفراغ خون شدید با زردی واضح مراجعه می‌نماید. در بررسی مشخص می‌گردد سرچشمه خونریزی مری است. با گرفتن تاریخچه وی ۲۰ سال است که مشروبات الکلی مصرف می‌کند در معاینه بالینی مایع آزاد (آسیت)^۱ در شکم وجود دارد. آمونیاک خون بیمار بالا گزارش می‌شود همچنین افزایش فشار ورید پورت و سیروز کبدی اثبات می‌شود. در پایان بیمار دچار آنسفالوپاتی کبدی شده و در روز بیست و دوم بستری به کما رفته و به (بخش مراقبت‌های ویژه)^۲ منتقل می‌گردد. دو روز بعد با ایست قلبی و تنفسی می‌میرد. جدول زیر کلماتی را که ممکن است برای ثبت در گواهی فوت به کار رود نشان می‌دهد. به توضیحاتی که موجب رد پاره‌ای از کلمات و انتخاب بیماری‌ها یا وضعیت‌های ناخوشی مناسب برای نگارش در گواهی فوت می‌شود توجه کنید.

جدول شماره ۳:

وضعیت	توضیحات
ایست قلبی	تابلوی مرگ است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
ایست تنفسی	تابلوی مرگ است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
انسفالوپاتی کبدی	آخرین بیماری تشخیص داده شده قبل از مرگ است مقابل الف نوشته می‌شود
استفراغ خونی	شکایت یا علامت است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
Hyperammonemia	یافته آزمایشگاهی است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
افزایش فشار پورت	علامت است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
کمای هیپاتیک	علامت است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
اسیت شکمی	شکایت یا علامت است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
زردی	شکایت یا علامت است و در گواهی فوت وارد نمی‌شود
سیروز کبدی	این بیماری علت الف است و مقابل ب نوشته می‌شود
مصرف طولانی مدت الکل	علت آغاز کننده سلسله علل بعدی است که در نهایت موجب مرگ شده است و مقابل ج نوشته می‌شود.

1. Ascites

2. ICU

جدول شماره ۴: نمونه بین‌المللی گواهی پزشکی علت مرگ

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
چند روز چند سال ۲۰ سال	الف: آنسفالوپاتی کبدی به سبب یا پیامد ب: سیروز کبدی به سبب یا پیامد ج: مصرف طولانی مدت الکل به سبب یا پیامد د:	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت* بیماری‌های قبلی
.....		۲- سایر بیماری‌هایی که به مرگ کمک کرده‌اند. ولی وجود آن‌ها به تنهایی موجب مرگ نمی‌شد.
x نام بیماری، آسیب یا عوارض آن‌ها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی‌توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.		

دوم- قسمت ۲

سایر بیماری‌ها، وضعیت‌های مهمی که در گذشته یا در زمان رخ داد مرگ وجود داشتند و به روند مرگ کمک کرده‌اند، اما خود به تنهایی نمی‌توانستند منجر به مرگ شوند همچنین موجب بیماری‌های نگاشته شده در قسمت ۱ نیز نبوده‌اند. در قسمت ۲ هر تعداد بیماری که به روند مرگ کمک کرده‌اند را می‌توان نوشت بدون آن که به یکدیگر ارتباطی داشته باشند و در هر خط می‌توان بیش از یک بیماری را نوشت.

مثال: آقای ۶۱ ساله که از پنج سال گذشته با تشخیص دیابت نوع دوم روزانه دو قرص گلاز بن‌کلامید مصرف می‌کرده‌است. همچنین از چهار سال گذشته به علت گرفتگی نسبی عروق کرونر قلب و فشار خون زیر نظر متخصص قلب دارو می‌گرفته‌است و یک بار نیز در CCU بستری شده بود. ده روز پیش از مرگ به علت اسهال آبکی شدید در بیمارستان بستری شده و با کشت مدفوع تشخیص وبا داده می‌شود. چهار روز بعد از بستری دچار افزایش اوره شده و کراتینین وی تا ۱۲ بالا می‌رود و همودیالیز می‌گردد اما نارسایی کلیه بیمار بهبود نیافته و در روز دهم بستری با ایست

قلبی می‌میرد در قسمت ۱ گواهی فوت به این ترتیب نوشته می‌شود:

الف- نارسایی کلیه

ب- وبا

در قسمت دوم سایر بیماری‌های کمک کننده به مرگ نوشته می‌شوند که وجود آنها به تنهایی منجر به مرگ نمی‌گردید که دیابت نوع دوم، فشار خون گرفتگی نسبی عروق قلب می‌باشند.

جدول شماره ۵: فرم بین‌المللی گواهی پزشکی علت مرگ

زمان تقریبی بین شروع تا مرگ	علت مرگ	
۴ روز ۱۰ روز	الف: نارسایی حاد کلیه به سبب یا پیامد ب: ویبریوکلرا به سبب یا پیامد ج: - به سبب یا پیامد د: -	۱- آخرین بیماری یا وضعیتی که بلافاصله پیش از مرگ وجود داشت* بیماری‌های قبلی
۵ سال ۴ سال	دیابت غیر وابسته به انسولین بیماری عروق کرونری، پرفشاری خون	۲- سایر بیماری‌هایی که به مرگ کمک کرده‌اند. ولی وجود آنها به تنهایی موجب مرگ نمی‌شد.
* نام بیماری، آسیب یا عوارض آنها که موجب مرگ شده است. در این قسمت نمی‌توان تابلوی مرگ مانند ایست قلبی یا نارسایی تنفسی را وارد کرد.		

نکته‌هایی که بایستی در تکمیل بخش علت مرگ گواهی فوت رعایت گردد عبارتند از :

- ۱- علت مرگ باید با واژه‌های تشخیصی و ترمینولوژی پزشکی نوشته شود مانند واژه‌هایی که در تشخیص بیماری‌ها به کار برده می‌شود.
- ۲- منظور از واژه‌های تشخیصی، بیماری، آسیب یا عوارضی است که منجر به مرگ شده است.
- ۳- باید از نگاشتن تابلو مرگ مانند ایست قلبی تنفسی و مانند آن خودداری گردد.
- ۴- باید از نوشتن شکایت‌ها، نشانه‌های بالینی (آسیت، زردی،...) یافته‌های آزمایشگاهی (هایپر بیلی روبینمی،...) و سایر کلمات مانند آسیتول و فیبر یلاسیون بطنی خودداری گردد.
- ۵- بایستی از به کار بردن کلمات اختصاری^۱ به دلیل ایجاد مشکل اجتناب گردد.
- ۶- نخست از بیماری پایانی یا وضعیتی که مرده پیش از مرگ داشت شروع می‌کنیم و آن را در خط الف (بالاترین خط قسمت ۱) می‌نویسیم.
- ۷- برای نوشتن نام بیماری در خط‌های پایین از دیدگاه زمانی به گذشته برمی‌گردیم.
- ۸- در قسمت ۱ در روبروی هر خط تنها نام یک بیماری یا وضعیت نوشته شود.
- ۹- پی در پی علت‌ها در نوشتن نام بیماری‌ها و وضعیت‌ها بایستی رعایت گردد.
- ۱۰- در تمام موارد پایه تشخیص بیماری‌ها و وضعیت‌ها برای تعیین علت مرگ و تکمیل گواهی فوت، قضاوت پزشک معالج یا صادرکننده گواهی است. ممکن است یک پزشک با شرح حال، معاینه بالینی، یافته‌های آزمایشگاهی و سیر بیماری به تشخیص برسد و پزشک دیگر فقط اتوپسی را معتبر بداند.
- ۱۱- اگر تعداد بیماری‌ها موجب مرگ از محل‌های پیش‌بینی شده در قسمت ۱ گواهی فوت بیشتر باشد باید بیماری پایانی یا وضعیت پیش از مرگ در خط (الف) و بیماری آغازگر

را در خط (۱) نوشت و از میان بیماری‌های بین این دو مهمترین و موثرترین آنها که رابطه سببی قوی‌تر دارند انتخاب شود.

۱۲- هیچگونه پی درپی بودن بیماری‌ها در قسمت ۲ مورد نظر نیست و هر تعداد بیماری را که به روند مرگ کمک نموده بدون آن که ارتباطی با یکدیگر داشته باشند می‌توان نوشت.

جدول شماره: ۶

۱	الف: تامپوناد قلبی
	به سبب یا پیامد
	ب: انفارکتوس قلبی
	به سبب یا پیامد
	ج: بیماری آترواسکلروزیس عروق کرونری
	به سبب یا پیامد
د: -	
۲	

جدول شماره: ۷

۱	الف: سکته مغزی
	به سبب یا پیامد
	ب: ترومبوآمبولی شریان کاروتید داخلی راست
	به سبب یا پیامد
	ج: ترومبوآمبولی از آندو کاردیت دریچه میترال
	به سبب یا پیامد
	د: سندرم فلاپی (سست) دریچه میترال *
۲	فشار خون اولیه

* Floppy mitral valve syndrome

جدول شماره: ۸

۱	الف: انفارکتوس قلبی حاد
	به سبب یا پیامد ب: آترواسکلروزیس عروق کرونری
	به سبب یا پیامد ج: -
	به سبب یا پیامد د: -
۲	فشار خون اولیه

باید خاطرنشان نمود که همیشه علت انفارکتوس حاد بیماری آترواسکلروز کرونر قلبی نسیت بلکه علت‌های دیگر همچون ناهنجاری شریان کرونر، واسکولیت شریان کرونر، ضربه، و آمبولی به علت سایر بیماری‌ها نیز می‌تواند باشد.

جدول شماره: ۹

۱	الف: استفراغ خونی
	به سبب یا پیامد ب: پارگی وریدهای واریسی مری
	به سبب یا پیامد ج: سیروز کبدی
	به سبب یا پیامد د: الکلیسم مزمن
۲	

همچنین وقتی که یک بیماری شناخته شده چون سرطان پروستات در یک مرد ۶۰ ساله با متاستازهای گوناگون وجود دارد و مرگ را از پیش می‌توان حدس زد و بیمار در خانه خود می‌میرد می‌توان علت مرگ را به صورت زیر نوشت:

جدول شماره: ۱۰

۱	الف: آدنوکارسینوم متاستاتیک پروستات
ب: -	به سبب یا پیامد
ج: -	به سبب یا پیامد
د: -	به سبب یا پیامد
۲	

جدول شماره: ۱۱

۱	الف: پنومونی پنوموسیستی کالینی
ب: سندرم ضعف ایمنی اکتسابی	به سبب یا پیامد
ج: ایدز	به سبب یا پیامد
د: -	به سبب یا پیامد
۲	فشار خون اولیه، عفونت با میکوباکتریوم آویوم منتشر

جدول شماره: ۱۲

۱
الف: نارسایی دریچه میترال
به سبب یا پیامد ب: اندوکاردیت
به سبب یا پیامد ج: لوپوس سیستماتیک
به سبب یا پیامد د: -
۲ فشار خون اولیه، عفونت با میکوباکتریوم آویوم منتشر

جدول شماره: ۱۳

۱
الف: سکته حاد قلبی
به سبب یا پیامد ب: نارسایی احتقانی قلب
به سبب یا پیامد ج: آترواسکروزیس قلبی
به سبب یا پیامد د: -
۲ کارسینوم سکوم

جدول شماره: ۱۴

۱
الف: آمبولی ریوی
به سبب یا پیامد ب: نارسایی احتقانی قلب
به سبب یا پیامد ج: سکته قلبی حاد
به سبب یا پیامد د: بیماری ایسکمیک قلبی مزمن
۲
دیابت غیروابسته به انسولین، چاقی، پرفشار خون

جدول شماره: ۱۵

۱
الف: باکتری می پseudomonایی
به سبب یا پیامد ب: عفونت دستگاه ادراری
به سبب یا پیامد ج: همی پلژی
به سبب یا پیامد د: سکته مغزی قدیمی
۲

جدول شماره: ۱۶

۱
الف: بیماری انسداد راه‌های هوایی شدید
به سبب یا پیامد ب: برونشیت آسمی
به سبب یا پیامد ج: برونشیت مزمن
به سبب یا پیامد د: مصرف مزمن سیگار
۲
پرفشار خون اولیه

جدول شماره: ۱۷

۱
الف: مننژیت به علت E Coli
به سبب یا پیامد ب: سوءتغذیه
به سبب یا پیامد ج: سیستیک فیبروزیس پانکراس
به سبب یا پیامد د: -
۲

جدول شماره: ۱۸

۱	الف: انعقاد داخل عروقی منتشر
	به سبب یا پیامد
	ب: جداشدگی زودرس جفت
	به سبب یا پیامد
	ج: -
	به سبب یا پیامد
	د: -
۲	

گواهی فوت هنگام تولد^۱

دوره هنگام تولد عبارت است از فاصله زمانی ۱۵۴ روزگی جنین (۲۲ هفتگی حاملگی، وزن ۵۰۰ گرم) تا ۷ روز پس از تولد.

اجزا تشکیل دهنده گواهی فوت دوره زمان تولد:

نظر به این که مرگ در دوره هنگام تولد ارتباط خیلی نزدیکی با شرایط و بیماری‌های مادر دارد، گواهی فوت/این دوره شامل بیماری‌ها و شرایط نوزاد و مادر اوست. از این رو سازمان بهداشت جهانی گواهی فوت جداگانه را برای این دوره توصیه می‌نماید. چون در کشور ما گواهی فوت جداگانه دوره هنگام تولد وجود ندارد، تنها به روش تکمیل قسمت علت مرگ دوره هنگام تولد می‌پردازیم. بخش علت فوت دوره هنگام تولد از ۵ قسمت کوچک تشکیل شده که دو قسمت آن به بیماری یا وضعیت جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز و دو قسمت آن به بیماری‌ها یا وضعیت مادر و یک قسمت دیگر به سایر شرایط مرتبط با مرگ جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز اختصاص دارد.

جدول شماره ۱۹: علل فوت دوره حول تولد

الف: بیماری یا وضعیت اصلی جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز
ب: سایر بیماری‌ها یا وضعیت‌های جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز
ج: بیماری یا وضعیت اصلی مادر که بر فوت جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز موثر بوده است.
د: سایر بیماری‌ها یا وضعیت‌های مادر که بر فوت جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز موثر بوده است.
ه: سایر شرایط مرتبط با فوت جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز

همان‌گونه که در شکل دیده می‌شود در گواهی فوت دوره هنگام تولد پیایی بودن ثبت بیماری‌ها وجود ندارد بلکه از بین علت‌های جنینی یا نوزادی اصلی‌ترین بیماری یا وضعیت را انتخاب نموده و در قسمت (الف) نوشته می‌شود و علت‌های دیگر در صورت وجود در قسمت (ب) نوشته می‌شود. همچنین از بین علت‌های مادری موثر در مرگ جنین یا نوزاد کمتر از ۷ روز اصلی‌ترین بیماری یا وضعیت را انتخاب نموده و در قسمت (ج) نوشته می‌شود و علت‌های دیگر در صورت وجود در قسمت (د) نوشته می‌شود. در قسمت آخر (ه) شرایط زایمانی که در مرگ موثر بوده‌اند چون زایمان در اتومبیل نوشته می‌شود.

نکته‌هایی که بایستی در تکمیل بخش علت مرگ گواهی فوت دوره هنگام تولد رعایت گردد عبارتند از:

- ۱- علت مرگ باید با واژه‌های تشخیصی و ترمینولوژی پزشکی مانند واژه‌هایی که در تشخیص بیماری‌ها به کار برده می‌شود نوشته شود.
- ۲- منظور از واژه تشخیص، بیماری، آسیب یا عوارض است که موجب مرگ شده است.
- ۳- باید از نوشتن تابلوی مرگ مانند ایست قلبی، ایست قلبی-تنفسی، و مانند آن خودداری گردد.
- ۴- باید از نوشتن شکایت‌ها، نشانه‌های بالینی (آسیت، زردی، ...) یافته‌های آزمایشگاهی (هیپر بیلی روبینمی، ...) و سایر کلمه‌ها مانند آسیتول و فیبریل اسیون بطنی خودداری گردد.
- ۵- بایستی از به کارگیری کلمه‌های اختصاری به دلیل ایجاد مشکل خودداری شود.
- ۶- در مقابل (الف) و (ج) فقط نام یک بیماری یا وضعیت نوشته شود.
- ۷- در مقابل (ب) و (د) هر تعداد بیماری یا وضعیت را می‌توان نوشت.

۸- در همه موارد معیار تشخیص بیماری‌ها و وضعیت‌ها برای تعیین علت مرگ و تکمیل گواهی فوت، قضاوت پزشک درمان‌گر یا صادرکننده گواهی است. ممکن است یک پزشک با شرح حال، معاینه بالینی، یافته‌های آزمایشگاهی و سیر بیماری به تشخیص برسد و پزشک دیگر تنها اتوپسی را معتبر بداند.

مثال:

خانمی ۲۶ ساله برای زایمان مراجعه کرده بود دارای سابقه دو حاملگی پیشین بود که هر دو در ۱۲ و ۱۸ هفتگی به طور خود بخودی سقط شده بودند. نتیجه زایمان طبیعی نوزاد با وزن ۷۰۰ گرم بود که در نخستین روز تولد فوت کرده بررسی‌ها نشان دهنده نارسایی ریوی بود^۱.

علت فوت

الف- نارسایی ریوی
ب- زایمان زودرس
ج- سقط جنین تکراری
د-
ه-

مثالی دیگر:

یک مادر ۳۰ ساله که دارای یک پسر سالم چهارساله در ۳۶ هفتگی حاملگی به علت هیدرآمینوس مورد بررسی قرارگرفت گرافی انجام شده آنانسفالی را مطرح نموده، نتیجه زایمان تحریک شده جنین مرده بدون مغز به وزن ۱۵۰۰ گرم بود گواهی فوت تکمیل شده به شکل زیر می‌باشد.

علت فوت

الف- آننسفالی
ب-
ج- هیدروآمینوس
د-
ه-

مقایسه ثبت علت مرگ گواهی فوت سازمانی بهداشت جهانی جمهوری اسلامی ایران

گواهی فوت توصیه شده سازمان جهانی بهداشت	گواهی فوت جمهوری اسلامی ایران
دارای دو قسمت ۱ و ۲ است	فقط یک قسمت دارد
قسمت ۱ دارای چهار خط الف-ب-ج-د می باشد	دارای سه خط الف-ب-ج می باشد
دارای ستون زمان بین شروع بیماری تا مرگ می باشد	ستون زمان ندارد
علت فوت پیرامون تولد دارای خطوط الف-ب-ج-د-ه می باشد	علت فوت پیرامون تولد دارای خطوط الف-ب-ج-د می باشد.

اصول تکمیل گواهی فوت جمهوری اسلامی ایران با آن چه پیش از این آورده شد تفاوتی ندارد بلکه کار به مراتب آسان تر شده است، اما نکته مهم توجه به بیماری هایی است که در گواهی فوت پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی در قسمت ۲ نوشته می شد که بیماری ها و وضعیت های مهمی که از گذشته یا در هنگام مرگ وجود داشتند و به روند مرگ کمک نموده اند ولی خود به تنهایی نمی توانستند منجر به مرگ شوند و هم منجر به بیماری ها در قسمت ۱ نگردیده اند در قسمت ۱ در مقابل خطوط الف، ب و ج نوشته نشوند. مورد دیگر، اگر تعداد بیماری های منجر به مرگ از محل های پیش بینی شده در گواهی فوت بیشتر باشد باید بیماری یا وضعیت پایانی پیش از مرگ را در مقابل الف و بیماری آغاز کننده در مقابل ج نوشته شده و از میان بیماری ها مهمترین و موثرترین آن که رابطه سببی قوی تری دارد انتخاب شده و در مقابل ب نوشته می شود.

نکته های مهم:

در ثبت عبارت تشخیص سرطان ها باید به شکل مورفولوژی (مانند کارسینوم، سارکوم، لنفوم، مزوتلیوم)، رفتار (وضعیت تهاجم اولیه، ثانویه) محل و تاثیر بر فعالیت سایر اعضا توجه داشت. در مورد شکستگی ها بایستی باز و بسته بودن شکستگی، محل، شکل، عامل و آسیب های همراه در عبارت تشخیصی ثبت گردد.

جنبه های قانونی و حقوقی ثبت علت مرگ

همان گونه که پیشتر گفته شد هر پزشکی می تواند برای هر فرد مرده ای در هر شرایطی گواهی فوت صادر نماید اما باید بداند که صدور گواهی فوت یعنی پذیرش همه مسوولیت ها و عواقب آن است و نداشتن آگاهی لازم رافع مسوولیت قانونی نمی باشد. به طور معمول در تشخیص

و درمان بیماری و صدور گواهی پزشکی و فوت به اعتبار گواهی نامه پزشکی اصل بر برایت پزشک است و تا هنگامی که خواهان (شاکی) وجود نداشته باشد مشکلی پیش نمی آید، ولی به علت نبودن قوانین مدون در مورد محدوده صدور گواهی فوت لازم است پزشکان با رویه قضایی و فرهنگ و آداب مردم در محل طبابت آشنایی داشته باشند.

همچنین باید همکاران آگاهی داشته باشند طبق نظر قاضی در کمیسیون های پزشکی در موارد منجر به مرگ هر چند خواهان از صادر کننده گواهی فوت شاکی نباشد کارشناسان کمیسیون می توانند صادر کننده گواهی را به دلیل خدشه وارد نمودن به تشخیص علت مرگ و نیز روند کارشناسی به کمیسیون فراخوانده و این نکته را در نتیجه و رای صادر شده به قاضی گوشزد کنند، باید آگاهی داشت در راستای پیشگیری از این مساله در پشت برگه های اول گواهی فوت مواردی که نباید جواز دفن صادر گردد آورده شده است که متاسفانه عده ای از پزشکان دقت نمی نمایند و شامل موارد زیر بوده که به همان صورت نوشته می شود:

- ۱- قتل
- ۲- خودکشی
- ۳- مرگ به دنبال هرگونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
- ۴- مرگ ناشی از صدمات هر نوع سلاح سرد و گرم
- ۵- مرگ به دنبال حوادث رانندگی و تصادف (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
- ۶- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، دارویی، گازگرفتگی و...)
- ۷- مرگ به دنبال سو مصرف مواد مخدر
- ۸- مرگ به دنبال حوادث غیر مترقبه (زلزله، سیل، سرمازدگی، گرمایزدگی، صاعقه زدگی، و...)
- ۹- مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و...)
- ۱۰- مرگ در زندان، بازداشتگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، آسایشگاه، مهمانسرا و..
- ۱۱- مرگ در معابر و مجامع عمومی و پارک ها
- ۱۲- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی، مرگ حین یا متعاقب زایمان یا سقط جنین (مرگ مادر یا نوزاد)

- ۱۳- مرگ حین یا متعاقب ورزش
 - ۱۴- مرگ ناگهانی، غیرمنتظره و غیرقابل توجیه
 - ۱۵- هرمرگی که احتمال شکایت از کسی مطرح باشد.
 - ۱۶- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
 - ۱۷- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول‌الهویه
 - ۱۸- مرگ اتباع بیگانه
 - ۱۹- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.
- در توضیح نکته‌های بالا باید گفت که به جهت ایجاز در کلام به شرح پرداخته نگردیده‌است اما آن مواردی که باید مجدد تاکید گردد آن است که برای هر فردی که به دلیل نامشخص مرده و علت مرگ را نمی‌توان به صورت دقیق تعیین نمود نباید گواهی فوت صادر نمود و نیز افرادی که به دنبال جراحی یا هر اقدام تشخیصی با هر فاصله زمانی از جراحی یا اقدام تشخیصی می‌میرند و امکان دخالت عوارض آن اقدام در مرگ مطرح است نباید گواهی فوت صادر شود.
- نکته دیگر به هیچ عنوان برای جانبازان عزیز شیمیایی یا افرادی که احتمال مصدومیت شیمیایی مطرح است پس از فوت نباید گواهی فوت صادر شود.
- و نکته دیگر آن است که حتی اگر شاهدان زیادی جهت رخ دادن حادثه‌ای مانند برق‌گرفتگی و مرگ ناشی از آن وجود داشته و یا به هر دلیل فرد در هر مکان به خصوص مرکز درمانی مرده و علت مرگ قابل تعیین نبوده یا از موارد گفته شده در بالا می‌باشد و خویشاوندان و پدر و مادر حتی برکه عدم شکایت از صادرکننده گواهی را امضا نموده و اثر انگشت بزنند، نباید گواهی فوت صادر شود و نکته مهم و آخر آن که در صورت هرگونه شک در صدور گواهی فوت یا صادر نمودن توصیه می‌گردد از متخصصان پزشکی قانونی و سازمان پزشکی قانونی کشور سوال نمایید.

وظایف برجسته سیستم پزشکی قانونی

- با توجه به موارد گفته شده در بخش گواهی فوت برای روشن شدن بیشتر، پاره‌ای از وظایف برجسته پزشکی قانونی به شرح زیر است:
- ۱- مشخص ساختن علت و شیوه مرگ

- ۲- تعیین هویت مرده اگر نامشخص باشد
- ۳- مشخص ساختن زمان مرگ و آسیب وارد شده
- ۴- گردآوری نمونه از بدن که می‌تواند برای اثبات گناه‌کاری یا بی‌گناهی فرد به‌کاررفته و نیز می‌تواند در راستای تایید یا رد شیوه رخ داد مرگ استفاده شود.
- ۵- اثبات یا رد آسیب‌های وارد به بدن
- ۶- مشخص ساختن شیوه ایجاد آسیب‌ها
- ۷- اثبات وجود هرگونه بیماری طبیعی
- ۸- مشخص ساختن یا رد کردن فاکتورهای علتی یا کمک کننده در رخ دادن مرگ
- ۹- آماده نمودن مدارک کارشناسی در صورتی‌که مورد به دادرسی کشیده می‌شود.

مثال‌هایی برای دلیل ارسال جسد به سازمان پزشکی قانونی جهت کالبدگشایی

اول- در مواردی‌که بیمار بین دو بیمارستان جهت ادامه درمان به دنبال اقدام درمانی جراحی جا به جا شده و می‌میرد در راستای تبریه گردیدن تیم درمانی یکی از دو بیمارستان می‌تواند نقش به سزایی داشته باشد.

مثال دوم- عابر پیاده به دنبال تصادف با خودرو به بیمارستان انتقال می‌یابد و پس از انجام اقدام‌های درمانی می‌میرد در چنین مواردی مشاهده شده که گاه فرد مالک خودرو برای کاهش دیه مدعی می‌گردد کادر درمانی بیمارستان در درمان مصدوم کوتاهی نموده‌اند روشن است که ارسال جسد به سازمان پزشکی قانونی برای کالبدگشایی حقیقت را به طور کامل مشخص خواهد نمود.

و نکته پایانی آن که در هنگام صدور گواهی فوت، جسد را به طور کامل با توجه به مدارک قانونی عکس‌دار شناسایی کرده و با معاینه کامل و دقیق بدن وی و در صورت نبودن هرگونه آثار صدمه و آسیب مشکوک و نیز در صورت یکسان بودن گفته‌های همراهان و خویشاوندان با اطلاعات موجود و نیز اطمینان داشتن از مرگ طبیعی و توانایی مشخص نمودن علت مرگ گواهی فوت را صادر نمایند.

[illegible]

شماره ۰۰-۰۰۰۰۰۰۰۰ نام پدر : نام خانوادگی : شماره شناسنامه یا شماره ملی : تاریخ تولد: روز [] ماه [] سال [] تاریخ فوت: روز [] ماه [] سال []	نام : نام خانوادگی : شماره شناسنامه: جنس متوفی: مذکر ☐ مونث ☐ نامشخص ☐ محل صدور شناسنامه: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا تاریخ تولد: روز [] ماه [] سال [] تاریخ فوت: روز [] ماه [] سال [] نشان محل سکونت دائمی متوفی: کشور استان شهرستان بخش شهر/روستا تاریخ تولد: روز [] ماه [] سال [] تاریخ فوت: روز [] ماه [] سال [] علت فوت (از روز هشتم تولد به بعد): الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است: ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است: ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است: د) سایر بیماری ها یا وضعیتی های منجر به فوت شده است: (برای مرده زایی یا فوت نوزاد تا هفت روز بعد از تولد) حاصل حاملگی: تولد زنده ☐ تولد مرده ☐ الف) بیماری یا وضعیت اصلی جنین یا نوزاد: ب) سایر بیماری ها یا وضعیتی های جنین یا نوزاد: ج) بیماری یا وضعیت اصلی مادر که روی جنین یا نوزاد موثر است: د) سایر بیماری ها یا وضعیتی های مادر که روی جنین یا نوزاد موثر بوده است:
مهر و امضاء پزشک/ماما مهر و امضاء موسسه	نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی : شماره نظام پزشکی : نام موسسه : تاریخ صدور گواهی: روز [] ماه [] سال [] مهر و امضاء پزشک مهر و امضاء موسسه

فصل چهاردهم:

تصور فدان پزشکی

قصور در دندان پزشکی:

دندان پزشکان در اصول پذیرش مسئولیت درمان و پیامدهای آن که توضیح داده شد همانند سایر همکاران پزشک با هر تخصصی می باشند. به دلیل آشنایی کمتر دندان پزشکان با قوانین مجازات اسلامی، بعضی از قوانین با توضیح ماده قانونی در صورت نیاز آورده می شود. این قوانین اگرچه در حوادث و آسیب های غیر از قصور در درمان دندان پزشکی مورد استناد قرار می گیرند، با این وجود در شکایت های پزشکی مطرح شده در کمیسیون های تخصصی دندان پزشکی به عنوان پایه درصد تعیین زیان مالی در مواردی که قصور به اثبات می رسد مورد استناد قرار می گیرند.

ماده ۴۰۳ ق.م.ا. - از بین بردن تمام دندان های بیست و هشت گانه دیه کامل دارد و به ترتیب زیر توزیع می شود.

۱- هر یک از دندان های جلو که عبارتند از پیش و چهارتایی و نیش که از هر کدام دو عدد در بالا، دو عدد در پایین می روید و جمعاً^۱ دوازده تا خواهد بود پنجاه دینار و دیه مجموع آنها ششصد دینار می شود.

۲- هر یک از دندان های عقب که در چهار سمت پایانی از بالا و پایین در هر کدام یک ضاحک و سه ضرس قرار دارد و جمعاً شانزده تا خواهد بود بیست و پنج دینار و دیه مجموع آنها چهارصد دینار می شود.

ماده ۴۰۴ ق.م.ا. - دندان های اضافی به هر نام که باشد و به هر طرز که روییده شود دیه ای ندارد و اگر در کندن آنها نقصی حاصل شود تعیین ارش آن با قاضی است و اگر هیچ گونه نقصی حاصل نشود ارش نخواهد داشت ولی به نظر قاضی تا (۷۴) ضربه شلاق محکوم می شود.

"ارش در واقع آسیبی است که دیه نداشته ولی به دلیل آسیب وارده به طور مثال به لثه‌ها خسارت آن توسط کارشناس به صورت مالی تعیین می‌شود."

ماده ۴۰۵ ق.م.ا. - هرگاه دندان‌ها از بیست و هشت تا کمتر باشد به همان نسبت از دیه کامل کاهش می‌یابد خواه خلقتاً کمتر باشد یا در اثر عارضه‌ای کم شده باشد.

ماده ۴۰۶ ق.م.ا. - فرقی میان دندان‌هایی که دارای رنگ‌های گوناگون می‌باشد نیست و اگر دندانی در اثر جنایت^۲ سیاه شود و نیفتند دیه آن دو ثلث^۳ دیه همان دندان است که سالم باشد و دیه دندانی که قبلاً سیاه شده ثلث^۴ همان دندان سالم است.

در توضیح این ماده باید گفت ابتدا منظور از سیاه شدن این است که آیا دندان عصب کشی می‌گردد" یعنی آن‌که سیاه شدن به معنی عصب کشی و خروج اعصاب و عروق دندان می‌باشد" و سپس دندان با توجه به تفاوت دیه آن‌ها بررسی می‌شوند.

ماده ۴۰۷ ق.م.ا. - شکاف (اشقاق) دندان که بدون کردن و از بین بردن آن می‌باشد تعیین جریمه مالی آن با حاکم است. که برای تعیین جریمه مالی به کارشناس دندان پزشک یا کمیسیون دندان پزشکی توسط قاضی ارجاع می‌شود.

ماده ۴۰۹ ق.م.ا. - کردن دندان شیری کودک که دیگر به جای آن دندان نروید دیه کامل آن را دارد و اگر به جای آن دندان بروید دیه هر دندان شیری که کنده شده یک شتر (یک درصد دیه کامل انسان) می‌باشد.

ماده ۴۱۰ ق.م.ا. - دندانی که کنده شود دیه کامل دارد گرچه همان را در محلس قرار دهند و دوباره مانند سابق شود.

ماده ۴۱۱ ق.م.ا. - هرگاه دندان دیگری به جای دندان اصلی کنده شده قرارگیرد و مانند دندان اصلی شود کردن آن دیه کامل دارد.*

***نظریه ۷/۹۰۹۷-۱۲/۲۷-۱۳۷۷ ح.ق:** دندان مصنوعی دندان و عضو نیست و منظور از

۱. از هنگام تولد

۲. آسیب و زیان

۳. دو سوم

۴. یک سوم

دندان مذکور در ماده ۴۱۱ ق.م.ا. دندان‌انی است که کاشته و پیوند زده شده باشد و لذا شکستن دندان مصنوعی دپه دندان طبیعی را ندارد و شکننده ممکن است به عنوان تخریب (در صورت تحقق عناصر آن جرم) تعقیب شود لذا شکننده دندان مصنوعی علاوه بر مجازات قانونی باید خسارت وارده بر صاحب دندان مصنوعی را حسب درخواست او جبران نماید.

فصل پانزدهم:

کمیون های پزشکی

کمیسیون پزشکی

باید آگاه بود پس از طرح شکایت در مراجع قضایی و ارجاع پرونده به سازمان پزشکی قانونی (اداره کمیسیون‌ها) در کمیسیون تخصصی مربوطه طبق نظر کارشناس مانند کمیسیون جراحی عمومی، بیهوشی، قلب، دندان پزشکی و سایر کمیسیون‌ها برگزار می‌شود. گاه براساس نوع پرونده مطرح شده و نوع تخصص‌هایی که در درمان شرکت داشته‌اند کارشناسان با تخصص‌های گوناگون در کمیسیون حضور یافته و نظر خود را پس از بررسی و مطالعه پرونده بیان نموده و در پایان با گفتگو بین کارشناسان رای نهایی صادر می‌شود و برای رسیدن به رای علمی و بر پایه حقیقت نکته‌های زیر در نظر گرفته می‌شود:

- ۱- آیا اقدام‌های تشخیصی بطور کامل در جهت تشخیص دقیق انجام شده است؟ و تشخیص مطرح طبق معاینه کامل بالینی و صحیح و انجام اقدام‌های تشخیصی صحیح بوده است؟
- ۲- لزوم انجام اقدام درمانی چه بوده است؟
- ۳- آیا انتخاب طرح درمانی طبق موازین علمی بوده است؟
- ۴- آیا بیماری و نوع اقدام درمانی در نظر گرفته شده و عوارض بیماری و یا اقدام درمانی بطور کامل برای بیمار و یا سرپرست قانونی وی توضیح داده شده و رضایت و برایت متناسب اخذ شده است؟
- ۵- آیا عوارض پیش‌آمده جز عوارض شناخته شده بیماری یا درمان بکار رفته و عوامل خطرآفرین زمینه‌ای بوده یا خیر؟
- ۶- آیا در خصوص عوارض احتمالی حین درمان و پس از درمان اقدام‌های مناسب انجام گرفته است؟
- ۷- آیا در تمام مراحل تشخیص درمان و پیگیری بیمار از تجهیزات مناسب و نیروی فردی آموزش دیده استفاده شده و آیا تمامی موارد لازم به دقت ثبت گردیده است؟

۸- سرنوشت نهایی اقدام درمانی و بیمار چه بوده است؟

در صورت اثبات قصور و خطای پزشکی با در نظر گرفتن آن چه که ناشی از شرایط بیمار و بیماری زمینه‌ای بوده، عارضه حاصل از قصور یا خطا مشخص و براساس دیه یا ارش خسارت تعیین می‌شود به عنوان مثال فردی که به دنبال جراحی قلب باز فوت می‌نماید و خطای پزشکی به اثبات می‌رسد به معنی آن نیست که خطای پزشکی صد درصد باعث مرگ فرد شده است چرا که فرد به دلیل بیماری شدید زمینه‌ای خود نیاز به جراحی قلب داشته است و به عنوان مثال ده درصد به عنوان میزان قصور تعیین گردیده و بقیه آن به دلیل بیماری زمینه‌ای فرد می‌باشد.

باید به خاطر داشت که قصور پزشکی یک امر نسبی است چه بسا که پزشکان بسیار زبردست در موردی مرتکب قصور گردند که پزشکان دیگر آن مورد را به سادگی برگزار نمایند و از طرفی نمی‌توان توقع داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان و در سطح بالا برخوردار باشند، ولی تمامی این مسایل نباید منجر به این شود که پزشکان از پذیرفتن مسئولیت درمان بیماران پرخطر شانه خالی نمایند و تفکر پزشکی دفاعی^۱ بر جامعه پزشکی حاکم گردد.

آیین‌نامه اجرایی کمیسیون‌های تخصصی پزشکی و رشته‌های وابسته در سازمان پزشکی قانونی کشور

به منظور اظهارنظر دقیق و کارشناسی در ارتباط با مراجعات یا بازنگری در نظریه بخش‌های مختلف سازمان پزشکی قانونی کشور، در زمینه‌های تخصصی پزشکی و رشته‌های وابسته، کمیسیون‌های تخصصی در این سازمان تشکیل می‌گردد که در این دستورالعمل «کمیسیون» نامیده می‌شود.

ماده ۱- پس از اعلام ضرورت از سوی معاون پزشکی و بالینی و تایید رییس سازمان متناظر با هر یک از موضوعات تخصصی کمیسیون ایجاد می‌گردد.

ماده ۲- کمیسیون‌ها در اداره کل امور کمیسیون‌های پزشکی سازمان تحت عنوان کمیسیون‌های مرکزی و متناظر آن در ادارات کلی پزشکی قانونی استان‌ها و نیز مراکز پزشکی قانونی هر استان درجه یک در صورت امکان با پیشنهاد مدیر کل استان مربوطه و موافقت معاون امور پزشکی و

بالینی و تایید رئیس سازمان ایجاد می‌گردد.

ماده ۳- مسول کمیسیون در ستاد مدیر کل کمیسیون‌های پزشکی و در مراکز استان مدیر کل استان یا رئیس اداره کمیسیون‌های پزشکی و در شهرستان رئیس مرکز می‌باشد و کارشناس مسول پرونده مسول کمیسیون یا فردی است که از طرف ایشان به عنوان مسول تکمیل پرونده برای طرح در کمیسیون تعیین می‌شود.

ماده ۴- اعضای کمیسیون از میان متخصصین و کارشناسان خوش سابقه، با تجربه، دارای تسلط بالای علمی، دارای خُسن خلق و شهرت متناظر با زمینه تخصصی کمیسیون و ترجیحاً از میان اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و دارندگان بورس تخصصی رشته مربوط انتخاب می‌شوند.

تبصره: در صورت عدم دسترسی به متخصصین و کارشناسان متناظر هر کمیسیون پرونده‌ها به نزدیکترین استان مجاور دارای کمیسیون مربوطه با هماهنگی مدیرکل استان مقصد ارجاع می‌شود.

ماده ۵- عزل و نصب اعضای کمیسیون در کمیسیون مرکزی با پیشنهاد مدیر کل امور کمیسیون‌های پزشکی و در استان‌ها به پیشنهاد مدیر کل استان و پس از بررسی در معاونت امور پزشکی و بالینی با حکم رئیس سازمان صورت می‌گیرد.

ماده ۶- فرآیند ارجاع پرونده‌های پزشکی به کمیسیون با یکی از روش‌های ذیل خواهد بود:

الف - با استعلام مراجع قضایی

ب - با دستور رئیس سازمان، معاون پزشکی بالینی، مدیرکل امور کمیسیون‌های پزشکی و مدیران کل استان‌ها و یا درخواست روسای مراکز پزشکی قانون شهرستان‌ها و موافقت مدیرکل استان.

ماده ۷- با توجه به نوع پرونده، کمیسیون متناظر با موضوع تشکیل می‌گردد. تعداد اعضا در هر کمیسیون باید فرد باشد و جلسه کمیسیون حداقل با حضور سه نفر رسمیت دارد.

تبصره ۱: حضور حداقل یک نفر از متخصصین پزشکی قانونی در جلسات کمیسیون به عنوان کارشناس و امضای وی ذیل صورت جلسه الزامی است و وظیفه اداره جلسه و تنظیم صورت جلسه با ایشان است.

تبصره ۲: در مراکزی که متخصصین پزشکی قانونی واجد حکم کارشناسی وجود ندارد حضور حداقل یک نفر پزشک قانونی با تشخیص مدیرکل در کمیسیون الزامی است.

تبصره ۳- در صورت نیاز به نظریه کارشناسی سایر تخصص‌ها، کارشناسان رشته‌های دیگر با

حق رای در جلسه کمیسیون حضور خواهند یافت.

ماده ۸- پیش از تشکیل پرونده در دفتر کمیسیون‌های پزشکی هزینه برگزاری کمیسیون طبق تعرفه مصوب به حساب درآمد عمومی کشور واریز و فیش مربوط به آن ضمیمه می‌گردد.

ماده ۹- پیش از برگزاری جلسه کمیسیون ضمن احراز هویت، توضیحات وی از افراد مرتبط با پرونده اخذ و به اهتمام تمامی سوابق و مدارک مربوطه توسط کارشناس مسول پرونده گردآوری و در پرونده نگهداری می‌شود.

ماده ۱۱- تاریخ برگزاری کمیسیون پس از تعیین نوبت کتبا به نشانی اعضای کمیسیون و طرفین پرونده ارسال می‌گردد.

تبصره: در صورت ضرورت و به صلاحدید مسول کمیسیون دعوت از افراد فوق به صورت تلفنی، نمابر یا سایر راه‌های اطلاع‌رسانی متعارف نیز انجام خواهد شد و نحوه اعلام در پرونده درج می‌شود.

ماده ۱۲- حضور آن دسته از اعضای کمیسیون که در پرونده مورد بررسی ذینفع می‌باشند در جلسه مجاز نیست.

ماده ۱۳- در هر جلسه اعضای کمیسیون پس از مطالعه پرونده و بحث و بررسی، نظریه کارشناسی خویش را ذیل خلاصه پرونده‌ای که به آنها ارایه شده درج می‌نمایند تا به عنوان مستند ضمیمه پرونده شود.

ماده ۱۴- صورت جلسه کمیسیون به صورت روشن، مستدل و مستند به مدارک موجود بر اساس نظریه حداقل دو سوم اعضا تهیه و تنظیم می‌گردد.

ماده ۱۵- صورت جلسه کمیسیون پس از تنظیم بلافاصله تایپ شده و در همان جلسه توسط کلیه اعضا امضا می‌شود و سپس طی نامه‌ای با امضای معاون پزشکی و بالینی و یا مدیر کل و یا رییس مرکز مربوطه به مرجع یا مراجع استعلام‌کننده به مطمئن‌ترین و سریع‌ترین طرق ممکن و در قبال دریافت رسید ارسال می‌گردد.

تبصره: تصویر استعلام مرجع ذیربط همراه با صورت جلسه کلیه کمیسیون‌های انجام شده به صورت ماهیانه از ادارات کل به دبیرخانه اداره کل امور کمیسیون‌های پزشکی در ستاد مرکزی سازمان ارسال می‌گردد.

ماده ۱۶- در صورت وجود اشکال شکلی در نظریه کمیسیون بنا به پیشنهاد مدیرکل و با دستور

رییس سازمان یا معاون امور پزشکی و بالینی بازنگری نظریه ارایه شده در کمیسیون دیگر امکان پذیر خواهد بود.

تبصره: چنانچه نظریه کمیسیون به مرجع استعلام کننده ارسال شده باشد تشکیل کمیسیون مجدد منوط به هماهنگی با مرجع ذیربط خواهد بود.

ماده ۱۷- در صورت اعتراض به نظریه کمیسیون و ارجاع از مرجع ذیربط برگزاری کمیسیون مجدد هر پرونده تنها یک بار در کمیسیون مرکز استان یا استان مجاور با اعضا متفاوت امکان پذیر است.

ماده ۱۸- پس از برگزاری دو نوبت کمیسیون در استان در صورت اعتراض، پرونده بصورت تکمیل شده با کلیه مستندات جهت کارشناسی و اعلام نظر به کمیسیون مرکزی ارجاع می گردد.

ماده ۱۹- حق الزحمه حضور در جلسات کمیسیون مطابق ضوابط و تعرفه های مصوب رییس محترم قوه قضاییه پرداخت می شود.

تبصره: در صورتی که بدنبال کالبدگشایی و بررسی های لازم در پزشکی قانونی امکان تعیین علت فوت توسط بخش تشریح نباشد و بنا به تشخیص مدیرکل نیاز به تشکیل کمیسیون به منظور تعیین علت فوت باشد، اخذ تعرفه کمیسیون لازم نیست.

این دستورالعمل در ۱۹ ماده و ۸ تبصره تنظیم و از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد و آیین نامه و دستورالعمل های قبلی کان لم یکن تلقی می گردد.

فصل شانزدهم:

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین
حرفه های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در اجرای ماده ۲ و مواد ۲۸ تا ۴۳ قانون سازمان پزشکی مصوب ۱۳۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی که در تاریخ ۱۳۸۳/۸/۱۶ با اصلاحاتی به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده و به منظور تلاش در راستای پیشبرد و اصلاح امور پزشکی و حفظ شون جامعه پزشکی و همچنین حفظ و حمایت از حقوق بیماران و حمایت از حقوق صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع ماده ۴ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به شرح مواد آتی در دادسراها، هیات‌های بدوی انتظامی شهرستان‌ها، هیات‌های تجدید نظر انتظامی استان‌ها و هیات عالی انتظامی مستقر در سازمان نظام پزشکی مرکز صورت می‌گیرد.

فصل اول

تعریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای

قسمت اول: تعریف

ماده ۱- حرفه‌های پزشکی و وابسته به امور پزشکی موضوع ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از این پس به اختصار قانون نامیده می‌شود عبارتند از: پزشکان، دندان‌پزشکان، دکترهای داروساز و متخصصین و دکترای علوم آزمایشگاهی (حرفه‌ای یا متخصص) تشخیص طبی، مامایی و سایر لیسانسیه‌های پروانه‌دار گروه پزشکی، فارغ التحصیلان کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و بالاتر شاغل در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، گفتاردرمانی، ایمونولوژی، بیوتکنولوژی، پزشکی، رادیولوژی، بیورادیولوژی، رادیوتراپی، پرستاری، اطاق عمل، هوشبری، علوم دارویی، تغذیه، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت کاری دهان و دندان، کاردان دندان پزشکی، شاخه‌های مختلف بهداشت، توانبخشی، فیزیوتراپی،

بیوشیمی پزشکی، خدمات اجتماعی و مددکاری، سایر رشته‌های علوم پایه پزشکی، روان پزشکی بالینی، روان شناسی بالینی و کودکان استثنایی، کایروپراکتیک، ژنیتیک پزشکی و نیز سایر حرفه‌های وابسته به امور پزشکی که فعالیت آنها نیاز به اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران دارد.

تبصره: شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع این ماده افرادی هستند که در یکی از مراکز تحقیقاتی، درمانی، آموزشی و بهداشتی اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی پزشکی، وابسته به دولت یا خیریه یا حسب مورد، مطب یا دفترکار اشتغال دارند و از این پس به اختصار "شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته" نامیده می‌شوند.

قسمت دوم: شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای

ماده ۲- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی - سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای خود به کار ببرند.

ماده ۳- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.

ماده ۴- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند.

ماده ۵- شاغلین حرفه‌های پزشکی موضوع ماده یک این قانون موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بعد از تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی، حسب مورد انجام خدمات آنان را در یک زمان مناسب میسر باشد.

ماده ۶- انجام امور خلاف شون پزشکی که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد گردید توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می‌شود خودداری نمود.

ماده ۷- تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری براساس نظر کمیته کارشناسی تخصصی دادسرا و هیات‌های انتظامی می‌باشد.

ماده ۸- ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.

ماده ۹- تجویز داروهای روان‌گردان و مخدر به گونه‌ای که به حالت اعتیاد درآید ممنوع است، مگر در مواردی که بیمار از بیماری روانی یا از دردهای شدید ناشی از بیماری‌های غیرقابل علاج رنج برد یا ضرورت پزشکی مصرف آنها را ایجاد کند.

ماده ۱۰- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در بخش غیردولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب سازمان نظام پزشکی و در بخش دولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب هیات دولت (موضوع بند ک و تبصره ماده ۳ قانون) را رعایت کنند.

ماده ۱۱- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته حق ندارند هیچ‌گونه وجه یا مالی را از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسوولان موسسه درمانی ذیربط طبق مقررات دریافت می‌شود، وصول نمایند.

ماده ۱۲- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قانونی ذیربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

ماده ۱۳- جذب و هدایت بیمار از موسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و بالعکس به منظور استفاده مادی توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است.

ماده ۱۴- جذب بیمار به صورتی که مخالف شون حرفه پزشکی باشد و همچنین هر نوع تبلیغ گمراه کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند، در محل کار آنها مجاز نیست.

ماده ۱۵- انتشار مقالات و گزارش‌های پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه‌ای که خارج از ضوابط علمی پزشکی بوده و جنبه تبلیغاتی گمراه کننده داشته باشد ممنوع است.

ماده ۱۶- استفاده شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته از عناوین علمی و تخصصی غیرتایید شده

توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده ۱۷- تجویز داروهایی که از طرف بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (مجموعه دارویی کشور) اعلام نشده باشد، بدون توجیه علمی مورد تایید توسط سازمان نظام پزشکی و یا انجمن‌های علمی تخصصی مربوط مجاز نمی‌باشد.

ماده ۱۸- پزشک معالج مسوول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر این‌که بیمار یا بستگان او مایل نباشند.

ماده ۱۹- در مواردی که مشاوره پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشک مشاور با پزشک معالج است. در صورتی که بیمار یا بستگان او مشاوره پزشکی را درخواست نمایند، مشاوره پزشکی با نظر پزشک معالج به عمل می‌آید و اجرای دستورات پزشک مشاور با نظر پزشک معالج می‌باشد و چنانچه بیمار یا بستگان او بدون موافقت پزشک معالج، از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند، در این صورت پزشک معالج اول می‌تواند از ادامه درمان بیمار در موارد غیروارژانس خودداری نماید.

ماده ۲۰- فروش دارو و محصولات آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و لوازم پزشکی در محل طبابت توسط شاغلین حرف پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده ۲۱- مشخصات و طرز استفاده داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط پزشک معالج با خط خوانا و انشای قابل فهم در نسخه قید شود.

تبصره- دکتر داروساز موظف به توضیح و درج چگونگی تجویز دارو طبق نسخه پزشک است.

ماده ۲۲- صدور هر نسخه می‌باید براساس شرایط بیمار و اصول علمی نسخه‌نویسی صورت گیرد.

ماده ۲۳- مسوولان فنی مکلفند در تمام ساعات موظف بر امور فنی موسسات پزشکی نظارت کنند.

ماده ۲۴- اندازه و سایر مشخصات سرنسخه‌ها، تابلوها و چگونگی درج آگهی در رسانه‌ها باید طبق ضابطه‌ای باشد که به تصویب شورای عالی نظام پزشکی می‌رسد.

ماده ۲۵- به‌کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته در موسسات پزشکی و مطب ممنوع است.

ماده ۲۶- شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلفند نشانی و تغییر نشانی و تعطیل مطب و موسسات

پزشکی خود را به سازمان نظام پزشکی محل اطلاع دهند.

ماده ۲۷- شاغلین حرفه های پزشکی مکلفند در موارد فوریت های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

ماده ۲۸- مسوولان فنی موسسات پزشکی اعم از دولتی، عمومی، خصوصی و خیریه مکلفند علاوه بر قوانین و مقررات موجود در آیین نامه های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، ضوابط علمی و حرفه ای ذیربط را رعایت کنند.

فصل دوم

مجازات های انتظامی

ماده ۲۹- مجازات های موضوع تبصره (۱) ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳/۸/۱۶ مجمع تشخیص مصلحت نظام به شرح زیر اعمال می شود:

الف- متخلفان از مواد ۲، ۴، ۵، ۸، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۴ و ۲۶ این آیین نامه حسب مورد به مجازات های مقرر در بندهای (الف) یا (ب)

تبصره- متخلفان از مواد موضوع این بند به استثنای مواد ۲، ۴، ۸ و ۲۴ در صورت تکرار به مجازات های مقرر در بند (ج) و در مورد مواد ۲، ۴، ۸ و ۲۴ به مجازات های بندهای (ج) یا (د).

ب- متخلفان از مواد ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱ و ۲۳ حسب مورد به مجازات های مقرر در بندهای (ب)، (ج) یا (د)

پ- متخلفان از مواد ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۲۵ حسب مورد به مجازات های مقرر در بندهای (ج)، (د) یا (ه).

ت- متخلفان از مواد ۲۷ و ۲۸ حسب مورد به مجازات های مقرر در بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و)

ث- متخلفان از مواد ۳ و ۶ به مجازات های مقرر در بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و) یا (ز)

ماده ۳۰- مفاد آرای قطعی هیات های انتظامی نظام پزشکی در مورد بندهای (پ) و (ث) در ماده ۲۹ این آیین نامه در نشریات محلی و کثیرالانتشار کشور درج می شود.

ماده ۳۱- در مواردی که رای قطعی به محرومیت از اشتغال به امور پزشکی و حرف وابسته صادر می شود، اشتغال محکوم علیه به حرفه های یاد شده در مدت محرومیت در بخش های خصوصی،

عمومی، دولتی و یا خیریه ممنوع است.

ماده ۳۲- آثار محرومیت انتظامی اعمال شده با گذشت مواعد زیر زایل خواهد شد:

الف- مجازات‌های انتظامی مندرج در بندهای (الف) و (ب) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، برای مرتبه اول محسوب نگردیده و در صورت تکرار به مدت یکسال بعد از اجرای رای قطعی.

ب- مجازات‌های انتظامی مندرج در بند (ج) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، به مدت ۲ سال از تاریخ اجرای رای قطعی و در صورت تکرار به مدت سه سال

ج- مجازات‌های انتظامی موضوع بندهای (د)، (و)، (ه) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، به مدت ۵ سال از تاریخ اجرای رای قطعی و در صورت تکرار به مدت ۷ سال.

ماده ۳۳- مرجع تشخیص تمامی موارد تخلف از آیین نامه فوق، دادسراها و هیات انتظامی می‌باشند.

فصل ششم- هیات های انتظامی پزشکی

ماده ۲۸- سازمان نظام پزشکی به منظور رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته در مرکز دارای هیات‌های عالی انتظامی پزشکی و در مراکز استان‌ها دارای هیات‌های بدوی و تجدید نظر و در شهرستان‌ها دارای هیات‌های بدوی انتظامی پزشکی خواهد بود که مطابق مواد بعدی این قانون تشکیل می‌گردند.

تبصره ۱- عدم رعایت موازین شرعی و قانونی و مقررات صنفی و حرفه‌ای و شغلی و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی به وسیله شاغلین حرف پزشکی و وابسته به پزشکی تخلف محسوب و متخلفین با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن حسب مورد به مجازات‌های زیر محکوم می‌گردند:

الف- تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیات مدیره نظام پزشکی محل.

ب- اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل.

ج- توبیخ کتبی با درج در پرونده‌های نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل

د- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتكاب تخلف.

- ه- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی وابسته از سه ماه تا یک سال در تمام کشور.
 - و- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی از بیش از یک سال تا پنج سال در تمام کشور.
 - ز- محرومیت دایم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته در تمام کشور.
- تبصره ۲-** آیین‌نامه‌های ذیربط در این باره به قوت خود باقی است و اجرا خواهد شد و در صورت نیاز به هرگونه تغییر با تصویب شورای عالی نظام پزشکی قابل تغییر و اجرا می‌باشد.
- ماده ۳۰-** دادرسی انتظامی در موارد ذیل مکلف به شروع رسیدگی است:
- الف- شکایت شاکی ذینفع یا سرپرست و یا نمایندگان قانونی بیمار
 - ب- اعلام تخلف از مراجع قضایی-اداری
 - ج- اعلام تخلف از طرف هیات مدیره، شورای عالی و ریاست سازمان
 - د- شکایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ه- درمورد تخلفات مشهودی که به نظر اعضای دادرسی و هیات‌های انتظامی پزشکی رسیده‌است.
 - و- ارجاع از طرف هیات بدوی انتظامی پزشکی.

فصل هفدهم:

دستورالعمل نحوه تبلیغ و آگهی های دارویی و مواد خوراکی، آشناسیدنی،

آرایشی، بهداشتی و امور پزشکی

(موضوع بند ب ماده ۳ از فصل دوم قانون تشکیل سازمان

نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۸۳/۱/۲۵)

تعاریف:

منظور از مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی کلیه مواردی است که مشمول قانون مربوط به مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی و امور پزشکی مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحیه‌های بعدی آن می‌شوند.

منظور از تبلیغ یا آگهی، انتشار هرگونه اعلانی است که از طریق رسانه‌های عمومی و خصوصی دیداری و شنیداری از قبیل رادیو، تلویزیون، شبکه‌های ماهواره‌ای، مطبوعات، سینما، اینترنت، اینترنت، شبکه‌های صوتی تصویری سازمانی و تولیدات چاپی مانند برگه‌های کاتالوگ، بروشور، دفترچه‌های راهنما، بسته بندی، برچسب، کارت ویزیت و نیز بلبورد، نمایشگاه، اسلاید، بانک‌های اطلاعاتی و نظایر آنها برای معرفی مواد، کالاها و خدمات مشمول این دستورالعمل صورت می‌گیرد.

فصل اول- تبلیغ دارو و مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

ماده ۱- منحصر تبلیغات محصولاتی مجاز است که اشخاص و یا موسسات مربوطه قبلاً پروانه تاسیس، بهره‌برداری، ساخت یا مجوز ورود و توزیع محصول موضوع آگهی را از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع ذیربط اخذ نموده باشند.

ماده ۲- تبلیغ داروها و نیز ذکر خواص درمانی در تبلیغات مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی در رسانه‌های عمومی ممنوع است.

تبصره ۱- آگهی و تبلیغات داروها و خواص درمانی مورد تایید وزارت بهداشت در صورتی که صرفاً برای صاحبان حرف پزشکی و موسسات مربوطه قابل استفاده باشد بلامانع است.

تبصره ۲- چنانچه در پروانه ساخت با مجوز واردات این مواد شرایط خاصی درج شده باشد باید در تبلیغات آن فرآورده تصریح شود.

ماده ۳- درج هر نوع آگهی برای تجویز یا فروش داروها، از طریق تعیین پورسانت یا تعیین جایزه جهت تشویق به تجویز یا خرید یا روش‌های مشابه ممنوع است.

ماده ۴- ضوابط مربوط به تغذیه با شیر مادر مندرج در دستورالعمل ماده ۲ قانون ترویج تغذیه با شیر مادر لازم الاجرا است.

ماده ۵- استفاده از آرم و تاییدهای موسسات استاندارد داخلی و خارجی مورد تایید سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که صرفاً تأیید کننده محصول بوده و جنبه اطلاع رسانی داشته باشد، بلامانع است.

تبصره- تبلیغ آن دسته از مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی که استاندارد آنها اجباری اعلام شده، علاوه بر سایر مدارک، منوط به داشتن پروانه کاربرد علامت استاندارد کالا و تحقیقات صنعتی است.

فصل دوم- تبلیغ امور پزشکی

ماده ۶- کلیه صاحبان حرف پزشکی و وابسته پزشکی اعم از اشخاص حقیقی و حقوقی و موسسات پزشکی پس از اخذ پروانه‌های لازم، برای تبلیغات خدمات مربوطه موظف به اخذ مجوز کتبی از سازمان نظام پزشکی هستند.

ماده ۷- اعضای سازمان در آگهی صرفاً می‌توانند نام، نام خانوادگی، تخصص، نشانی محل کار، درجه دانشگاهی، عناوین مندرج در پروانه یا دفترکار، شماره تلفن و Email و سایت اینترنتی خویش را صرفاً جهت اطلاع رسانی درج نمایند. همچنین ذکر خدماتی که طبق مجوز مراجع قانونی ارایه آنها توسط فرد مورد نظر مجاز است در آگهی بلامانع می‌باشد. استفاده از اشکال مختلف و یا عناوین اضافی غیرمجاز در آگهی ممنوع است.

ماده ۸- پزشکان و دندان‌پزشکان عمومی ضمن قید عناوین موجود در پروانه مطب می‌توانند سه رشته مصوب طبابت مورد علاقه خود را بدون ذکر کلمه تخصص در آگهی نام ببرند. کسانی که در یک رشته تخصصی مدرک اخذ نموده‌اند و مایلند در یکی از شاخه‌های آن رشته فعالیت نمایند می‌توانند شاخه فرعی رشته تخصصی خود را بدون ذکر کلمه فوق تخصص در آگهی بیاورند.

ماده ۹- موسسات پزشکی در تبلیغات صرفاً مجاز به استفاده از عناوینی هستند که طبق پروانه اخذ نموده‌اند.

ماده ۱۰- درج هرگونه تبلیغات گمراه کننده ممنوع می‌باشد و مرجع تشخیص آن هیات مدیره نظام پزشکی محل می‌باشد.

ماده ۱۱- استفاده تبلیغاتی از صحنه‌هایی که مضر سلامت و بهداشت و به نوعی مروج آنهاست ممنوع است.

ماده ۱۲- متقاضیان تبلیغات مواد و خدمات موضوع این دستورالعمل موظفند قبل از انتشار تبلیغات، مجوز کتبی از سازمان نظام پزشکی کسب نمایند.

تبصره- سازمان نظام پزشکی موظف است حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز نسبت به بررسی و صدور مجوز اقدام نماید.

ماده ۱۳- در مواردی که متقاضی آگهی، به عدم صدور مجوز آگهی معترض باشد موضوع توسط هیات مدیره سازمان نظام پزشکی محل بررسی و اتخاذ تصمیم خواهد گردید.

ماده ۱۴- اعتبار مجوزهای موضوع این دستورالعمل تا ۶ ماه می‌باشد. بدیهی است هر زمان که یکی از شرایط لازم برای تبلیغات منقضی گردد، اعتبار مجوز مورد نظر نیز پایان می‌یابد.

ماده ۱۵- تعرفه بررسی و صدور مجوز تبلیغات موضوع این دستورالعمل سالانه توسط شورای عالی نظام پزشکی تعیین و ابلاغ می‌گردد.

ماده ۱۶- کلیه متخلفان از این دستورالعمل اعم از متقاضیان تبلیغات، رسانه‌ها و چاپخانه‌ها در مراجع قضایی و انتظامی ذیصلاح با شکایت سازمان نظام پزشکی محل تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند.

ماده ۱۷- تمام و یا آن قسمت از آیین‌نامه‌هایی که مغایر با این دستورالعمل است ملغی می‌باشد و آیین‌نامه‌ها و ضوابط قبلی که با این مقررات مغایرت نداشته باشد به قوت خود باقی است. این آیین‌نامه در ۱۷ ماده و ۴ تبصره در تاریخ ۱۳۸۵/۴/۳ به تصویب شورای عالی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران رسیده و از زمان ابلاغ لازم الاجرا است.

منابع:

- ۱- تشخیص و ثبت علل مرگ و میر- راهنمای پزشکان. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- چاپ اول زمستان ۱۳۸۲
- ۲- قانون مجازات اسلامی - روزنامه رسمی - ۱۳۸۰
- ۳- محمود عباسی (۱۳۷۹). مجموعه مقالات حقوق پزشکی - جلد ۱
- ۴- محمود عباسی (۱۳۷۹). مجموعه مقالات حقوق پزشکی - جلد ۲
- ۵- محمود عباسی (۱۳۸۳). مجموعه مقالات حقوق پزشکی - جلد ۳- چاپ دوم
- ۶- محمود عباسی (۱۳۸۳). مجموعه مقالات حقوق پزشکی - جلد ۴- چاپ دوم
- ۷- محمود عباسی (۱۳۸۳). مجموعه مقالات حقوق پزشکی - جلد ۶- چاپ دوم
- ۸- قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و آیین نامه های مرتبط - چاپ اول تابستان ۱۳۸۵
- ۹- مراقبت های مدیریت شده دستورالعمل ها- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - بهار ۱۳۸۳
- ۱۰- قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و آیین نامه های مرتبط- سازمان نظام پزشکی - تابستان ۱۳۸۵
- ۱۱- نشریه سپید - شماره ۱۲۵ - دوم آبان ۱۳۸۷
- ۱۲- نشریه سپید - شماره ۱۲۶ - نهم آبان ۱۳۸۷
- ۱۳- Vinsent J. Dimiaio and Dominick Dimaio. (2001). Forensic Pathology- second Edition—
- ۱۴- Bernard Knight and Pekka Saukko. (2004). Knight's Forensic Pathology- second Edition-
- ۱۵- Joshua MCFarLan, Jerry Riggins, Thomas J. Smith. (2008). SPIKES: A six - step Protocol for Delivering Bad news about the cost of Medical Care; J.Clinical oncology. Vol 28, No. 25
- ۱۶- Robert A. Buckman. (2005). Breaking bad news. The SPIKES Strategy; Community oncology; Vol 2, NO 2.

MEDICAL MALPRACTICE

& it's Prevention

BY

Dr.Sh.Shafieian
M.D, Forensic medicine specialist
Clinical Toxicologist