

**Preventive Strategies for Damages Induced by Reconstructive Plastic Surgeries within Laws of UK and Iran**

*Hassan Fakour<sup>1</sup>, Abbas Sheykholeslami<sup>2</sup>, Mahmoud Abbasi<sup>3</sup>*

**Abstract**

The progress of medical knowledge on one hand and social necessities as well as spiritual needs on the other hand are among the elements affecting the increasing tendency to plastic surgery in different societies. Due to special properties of this type of medical operations in the area of aesthetic and reconstructive surgeries, there are social and legal issues together with numerous mental and physical damages. Reducing the possibility of occurring such events as much as possible is the concern of most judicial politicians and health custodians throughout the world. However, lawmakers and custodian in our country have not taken proper legislative or executive policies in this regard. The current research is to determine reasons and factors leading into medical negligence by studying common reasons of damages in plastic and reconstructive surgeries and accordingly study preventive solutions hindering such damages.

To handle current difficulties and challenges, UK has determined surveillant frameworks in 2016 called “professional standards for reconstructive surgeries” and accordingly has determined and formulated how to perform reconstructive surgeries. Hereupon, benefitting from this framework can be a significant help to the disruption and lack of specific and well-organized rules within the country and to following the criteria and standard related to operating reconstructive and plastic surgeries such that prevention is made and the possibility of occurring harms and damages in this area is diminished.

---

1. Ph.D. Student in Criminal Law and Criminology, Department of Law, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

2. Associate Professor, Faculty of Law, Political Science and Foreign Languages, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. (Corresponding author)  
Email: dr.sheikholeslami@gmail.com

3. Medical Law Specialist from the Sorbonne University and Director of the Department of Medical Law, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article      Received: 26 May 2020      Accepted: 6 October 2020

**Keywords**

Plastic Surgery, Damage, Prevention, Professional Standards

Please cite this article as: Fakour H, Sheykholeslami A, Abbasi M. Preventive Strategies for Damages Induced by Reconstructive Plastic Surgeries within Laws of UK and Iran. *Iran J Med Law* 2021; 14(55): 89-110.

## راهکارهای پیشگیری از آسیب‌های جراحی پلاستیک و ترمیمی؛ با نگاهی به حقوق انگلستان

حسن فکور<sup>۱</sup>

عباس شیخ‌الاسلامی<sup>۲</sup>

محمود عباسی<sup>۳</sup>

### چکیده

پیشرفت دانش پزشکی از یکسو و ضرورت‌های اجتماعی و نیازهای روحی از سوی دیگر، از جمله عواملی هستند که منجر به گرایش روزافزون افراد به جراحی‌های پلاستیک در جوامع مختلف گردیده است. ویژگی‌های خاص این نوع از عملیات پزشکی در حوزه جراحی‌های زیبایی و ترمیمی منجر به معضلات حقوقی، اجتماعی و آسیب‌های جسمی و روانی بسیاری شده است. کاهش حداکثری ضریب احتمال حدوث چنین وقایعی دغدغه اکثر سیاستگذاران حوزه قضایی و متولیان حوزه سلامت در دنیا می‌باشد، اما متأسفانه در کشور ما قانونگذار و یا متولیان امر مبادرت به اتخاذ سیاست تقنینی و یا اجرایی مناسبی در این حیطة ننموده‌اند. پژوهش حاضر درصدد است تا با بررسی علل شایع بروز آسیب‌های جراحی پلاستیک و ترمیمی به تبیین علل و عوامل مولد این قسم از جراحی پرداخته و به تبع آن راهکارهای پیشگیری از وقوع چنین صدماتی را مورد بررسی قرار دهد.

در کشور انگلستان در این گستره در سال ۲۰۱۶ جهت برون‌رفت از چالش‌ها و مشکلات موجود، چارچوب‌های نظارتی تحت عنوان «استانداردهای حرفه‌ای برای جراحی زیبایی» تعیین و در این راستا به تبیین و تنسیق چگونگی انجام اعمال جراحی زیبایی پرداخته است که با بهره‌گیری از آن می‌توان،

۱. دانشجوی دوره دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی.

۲. دانشیار، دانشکده حقوق، علوم سیاسی و زبان‌های خارجه، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. (نویسنده مسؤل)  
Email: dr.sheikholeslami@gmail.com

۳. دانشیار، رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۳/۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۷/۱۵

کمک شایانی به از هم‌گسیختگی و فقدان قوانین خاص و منسجم در کشور و رعایت ملاک‌ها و استانداردهای مرتبط با انجام اعمال جراحی پلاستیک و ترمیمی در راستای پیشگیری و کاهش ضریب احتمال بروز آسیب‌ها و صدمات در این زمینه نمود.

#### واژگان کلیدی

جراحی پلاستیک، آسیب، پیشگیری، استانداردهای حرفه‌ای

## مقدمه

امروزه با توجه به پیشرفت علم پزشکی در حوزه جراحی پلاستیک و ترمیمی گرایش وصف ناپذیر به آن، به دنبال تغییر سبک زندگی و ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی مورد توجه افراد بسیاری از جوامع قرار گرفته است. جراحی پلاستیک دربرگیرنده جراحی زیبایی و ترمیمی می‌باشد و جراحی ترمیمی خود نیز به دو قسم جراحی ترمیمی شکلی و جراحی ترمیمی کارکردی تقسیم می‌گردد که در جراحی ترمیمی شکلی به رفع عیب ظاهری و در جراحی ترمیمی کارکردی به رفع نقص عملکرد عضو مد نظر پرداخته می‌شود. جراحی زیبایی فاقد خصایص برشمرده فوق بوده و در آن فرد، عضو طبیعی خود را که فاقد ظاهر غیر طبیعی و عملکرد نامتناسب است را صرفاً با هدف ارتقای سطح زیبایی به تیغ جراحی می‌سپارد.

در حال حاضر خیل بی‌شمار متقاضیان جراحی پلاستیک که ناشی از افزایش نگرانی افراد نسبت به وضعیت زیبایی و ظاهری آن‌ها می‌باشد، زمینه گسترش انواع جراحی پلاستیک و زیبایی را در چند دهه اخیر فراهم نموده (۱) که این امر معضلات و آسیب‌های فراوانی را در گستره سلامت افراد در پی داشته است. ارائه خدمات پزشکی و درمانی در زمینه انجام جراحی زیبایی و ترمیمی از سوی پزشکان متخصص و غیر متخصص، متبحر و فاقد تبحر، آسیب‌ها و معضلات گوناگونی را در این گستره به وجود آورده است. این آسیب‌ها یکی از مباحث بسیار مهمی است که بایستی از دریچه‌ای نو و با اتکا به علم جرم‌شناسی بدان نگریست، چراکه نگاه تک‌بعدی حقوقی به این‌گونه از پرونده‌ها و شکایات وارده علیه جراحان مربوطه نمی‌تواند منجر به کاهش ضریب آسیب‌ها و پیشگیری از وقوع آن گردد. به همین دلیل می‌بایست با بررسی علل وقوع چنین آسیب‌هایی با تکیه بر مؤلفه‌های جرم‌شناسی در حوزه پیشگیری مبادرت به ارائه راهکارهایی جهت به حداقل رساندن آسیب‌های ناشی از جراحی پلاستیک و ترمیمی نمود. در خصوص پیشگیری از جرم دو معنای عام و خاص بیان شده است. پیشگیری به معنای عام شامل مقابله کیفری هم می‌شود. سیاست قضایی کنونی کشور ما برای مقابله با وقوع آسیب‌های جراحی پلاستیک بیشتر تمایل در به کارگیری گزینه مقابل پسینی کیفری و انتظامی دارد، به گونه‌ای که به محض اثبات قصور و یا تقصیر از جانب پزشک انگشت اتهام را به سوی وی نشانه رفته و بدون در نظر گرفتن عوامل پنهان مؤثر در مسأله حکم واحدی را در موارد مختلف به اجرا درمی‌آورد. از نگاه علم جرم‌شناسی این روش هیچ‌گاه کافی برای کاهش ضریب احتمال وقوع

چنین حوادثی در آینده به شمار نمی‌آید، به طوری که بایستی مدیران حوزه سلامت و سیاستگذاران بخش قضا با همکاری یکدیگر درصدد ارائه و اجرای راهکارهای پیشگیری مؤثر در این زمینه برآیند (۲).

تنوع و گونه‌گونی پیشگیری حاکی از این است که ارتکاب اعمال مجرمانه در حوزه جراحی پلاستیک و ترمیمی از محدوده صرف حقوقی قضایی و پلیسی خارج گردیده و مقابله مؤثر با آن از یکسو همکاری و مشارکت نهادهای دولتی و تشکل‌های مردمی (جامعه مدنی) را می‌طلبد و از سوی دیگر مستلزم ایجاد تحول و نوآوری در استراتژی ابزارها و نهادهای سنتی و متداول مقابله با جرم است (۳)، لذا بررسی و ریشه‌یابی علل و آسیب‌های جراحی‌های پلاستیک (بخش اول) و اعمال پیشگیری به منظور کاهش صدمات این قسم از جراحی (بخش دوم) با نگاهی به حقوق کشور انگلستان می‌تواند به ما کمک کند تا نقاط ضعف و قوت و خلأهای موجود در این زمینه را یافته و بتوانیم درصدد رفع نواقص آن برآییم.

### علل شایع بروز آسیب‌های جراحی پلاستیک و ترمیمی

#### ۱- ضعف مهارت‌های ارتباطی

از جمله عواملی که در جراحی‌های پلاستیک و ترمیمی سبب بروز خطا می‌شود، فقدان ارتباط کافی میان بیمار و جراح می‌باشد. مشکلات ارتباطی جراح و بیمار روی جنبه‌های مختلف مراقبت پزشکی شامل گرفتن شرح حال تشخیص استفاده از درمان‌ها اثر می‌گذارد. بعضی مطالعات بیان کرده‌اند استرس و ناراحتی ناشی از مشکلات ارتباطی اثرات منفی روی سلامتی بیمار (و احتمالاً پزشک) می‌گذارد. تحقیقات نشان می‌دهد در بسیاری از کشورها وجود مشکلات جدی در برقراری ارتباط در کادر پزشکی و بالینی امری معمولی است و ضعف مهارت‌های ارتباطی اثرات زیان‌آوری روی ابعاد جسمی روانی اجتماعی و اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی دارد. بررسی شکایات مربوط به پزشکان بیانگر این است که بسیاری از شکایات ناشی از نحوه برقراری ارتباط با بیمار است، به طوری که بیشتر شکایات و تخلفات پزشکی خطاهای ارتباطی است (۴).

## ۲- فقدان تبحر کافی جراح

ازدیاد متقاضیان جراحی‌های پلاستیک و وجود سود مالی فراوان در این شاخه از جراحی در سال‌های اخیر موجب شده که پزشکان و جراحان به سمت انجام این جراحی‌ها متمایل شوند و این در حالی است که اصولاً در برخی موارد هیچ منع قانونی برای انجام فعالیت پزشکان غیر متخصص در این زمینه وجود ندارد. این مسأله زمینه‌ساز معضلات اخلاقی در این حیطه گردیده و بحث‌های مختلفی را در محافل تخصصی در این زمینه به وجود آورده است، لذا مشاهده می‌شود علاوه بر متخصصان پلاستیک گوش حلق و بینی سر و گردن و... که با توجه به تخصص خویش به فعالیت در شاخه‌های مختلف جراحی پلاستیک می‌پردازند، بسیاری از جراحان عمومی نیز به این قسم امور وارد شده‌اند. بر این مبنا گفته شده است که «انجام اقدامات ترمیمی و زیبایی توسط طیف وسیعی از رشته‌های مختلف پزشکی منجر به افزایش بروز قصور [تقصیر] پزشکی و آسیب‌های فردی و اجتماعی در جامعه می‌شود.» برای مثال «در حال حاضر جراحان عمومی فاقد برنامه آموزشی جراحی زیبایی می‌باشند و مهارت لازم در اعمال زیبایی ترمیمی صورت را کسب ننموده‌اند» و «یا متخصصین گوش حلق و بینی نیازمند آموزش و مهارت بیشتر می‌باشند» (۵).

## ۳- صدمات مرتبط با تجهیزات پزشکی در جراحی‌های پلاستیک

یکی از مشکلات موجود در حوزه سلامت کاهش ضریب احتمال بروز صدمات جسمانی از ناحیه تجهیزات پزشکی می‌باشد. با توجه به این که تجهیزات پزشکی خدمات بسیاری به جوامع بشری ارائه داده‌اند، گاهی موجب بروز صدمات و آسیب‌هایی نیز می‌شوند. آسیب‌هایی که گاه باعث کاهش سطح ایمنی جان بیماران گشته و عوارض جبران‌ناپذیری به همراه می‌آورد. مطالعه پرونده‌ها در نظام پزشکی و مراجع قضایی حاکی از این است که بخشی از شکایت‌ها مربوط به ایراد صدمه به واسطه تجهیزات پزشکی است. بنابراین بررسی علل و عوامل صدمات ناشی از تجهیزات پزشکی در بروز این آسیب‌ها گامی مهم محسوب می‌شود. صدمات ناشی از تجهیزات پزشکی دو دلیل عمده دارد: ۱- نقص در تجهیزات پزشکی؛ ۲- سوء کاربرد تجهیزات پزشکی (خطای کاربر).

### ۱-۳- علل مربوط به نقص در تجهیزات پزشکی: تجهیزات پزشکی مانند دیگر لوازم

صنعتی، حتی بالاتر بایستی از حیث مواد به کاررفته در ساخت تجهیزات و تکنولوژی مورد

استفاده در مونتاژ و مدیریت کافی و لوازم در کنترل کیفی و نظارت بر نحوه استفاده و نگهداری و تجهیزات از سطح مطلوبی برخوردار باشند. نقص در هر یک از موارد ذکر شده، سبب ناکارآمدی و در نتیجه صدمه به بیماران می‌شود (۶).

به نظر ایساکو که از کارشناسان برجسته تکنولوژی پزشکی است مهم‌ترین عواملی که سبب اتلاف منابع بیمارستانی می‌شوند، خریداری تجهیزات پیچیده بدون متخصص این امر و غیر استاندارد بودن تجهیزات پزشکی است، لذا به دلیل عدم نظارت و سوءمدیریت تجهیزات پزشکی مانند فقدان زیربنای لازم جهت خرید و تهیه نگهداری آموزش و بهره‌برداری از تکنولوژی وارداتی اتلاف منابع بهداشت ملی و به خطرات فادان ایمنی بیمار کماکان تداوم می‌یابد (۷).

بدین منظور برای تولید وسایل و تجهیزات پزشکی اخذ مجوز ساخت و رعایت الزامات مندرج در آن به منظور تضمین کیفیت و افزایش سطح ایمنی تولیدات داخلی امری ضروری است. طبق تبصره ۳ ماده ۱۷ آیین‌نامه تجهیزات پزشکی تولیدکنندگان کالاهای پزشکی به منظور دریافت مجوز تولید تجهیزات پزشکی جهت فروش محصولات خود در بازار موظف به استقرار سامانه مدیریت کیفیت و شرایط تولید خوب (GMP) می‌باشند. وجود این سامانه در جهت رسیدن به این است که اطمینان حاصل نمایند محصولات تولیدشده منطبق با استانداردهای مناسب کاربردشان تولید و کنترل شده و نیز نیازهای مصرف‌کنندگان را از نظر کیفیت ایمنی و کارایی محقق می‌سازند، اما با این وجود باز هم مشاهده شده که ضوابط و مقررات فنی تولید در شرایط مطلوب از سوی واحدهای تولیدی رعایت نشده و شکایت مراکز درمانی را به همراه داشته است. مورد دیگر نگهداری صحیح و آماده به کار بودن تجهیزات در ارائه خدمات به موقع در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است.

با این حال متأسفانه اقدامات مراکز درمانی در راستای حمایت و نگهداشت ایمنی و سطح مطلوب عملکرد تجهیزات پزشکی مؤثر و مطلوب نبوده و در این خصوص هیچ اقدامی صورت نمی‌پذیرد و در مواردی هم آموزش پرسنل نیز به طور ناقص انجام می‌گیرد که مهم‌ترین دلایل آن عدم تخصیص اعتبارات لازم در این مورد ضعف فرهنگ‌سازی و اطلاعات کافی مدیران در خصوص اهمیت موضوع نگهداشت تجهیزات به منظور حفظ ایمنی بیماران و عدم اجرا یا اجرای ناقص ضوابط ذکر شده می‌باشد.



۲-۳- علل مربوط به سوء کاربرد تجهیزات پزشکی: خطای کاربر تجهیزات پزشکی حاصل عوامل مختلفی از جمله عامل فردی و عامل سازمانی است. موضوعی که در زمینه عوامل فردی قابل بررسی است، سوء کاربرد تجهیزات پزشکی ناشی از بی احتیاطی بی‌مبالاتی عدم مهارت و فقدان تبحر کافی کاربران است که در پرونده‌های قصور پزشکی بارها به عنوان علت صدمات بدان اشاره شده است.

موضوعاتی که در حیطه عوامل سازمانی مؤثر در سوء کاربرد تجهیزات پزشکی می‌باشند، شامل دوره‌های آموزشی ناقص فشار کاری بالا و خط مشی‌های مدیریتی و اجرایی ناصحیح است.

در تحقیقی که توسط L.Beydon و همکاران انجام شد ۱۴ تا ۷۱ درصد خطاهای مرتبط با تجهیزات پزشکی ناشی از سهل‌انگاری عدم آموزش و دانش ناکافی کاربران است. تحقیقات مربوط به Clayton حاکی است که تنها ۵۵٪ کاربران قادر به بررسی دستگاه‌های بیهوشی با توجه به استانداردهای دانشگاه نیوزلند هستند و تنها ۱۶٪ از آن‌ها توانایی استفاده صحیح از دفیبریلاتور و رفع مشکلات دستگاه می‌باشند. خطای مکرر کاربران خصوصا در مورد اتصال دستگاه ECG به بیمار حاکی از این است که برچسب‌های نصب‌شده بر روی دستگاه برای کاربری صحیح و مطلوب بدون خطا و سریع تجهیزات کافی نیست. بنابراین کاهش خطاها و آسیب‌ها در سوء کاربرد تجهیزات پزشکی مستلزم آموزش بیشتر است (۶). نظام طب ملی در کشور بریتانیا اعلام نموده است که مستندات معدودی از عوارض و پیامدهای ناشی از خطاهای مربوط به کاربران تجهیزات پزشکی را در اختیار دارد و توصیه نموده تا بخش‌های تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها مدیریت کاهش خطا و ارتقای صلاحیت کاربران را با ارائه آموزش‌های لازم و کافی در به کارگیری دستگاه‌ها به عهده بگیرند (۸).

راهکارهای مقابله و پیشگیری از آسیب‌های جراحی پلاستیک و ترمیمی

۱- تکالیف و تعهدات خاص پزشک و رعایت استانداردهای حرفه‌ای در جراحی‌های

زیبایی و ترمیمی

۱-۱- رعایت رفتار حرفه‌ای توسط جراح و ارتباط مؤثر با بیمار: درمان بیماری‌ها

وابستگی بسیاری به ارتباط و تعامل بین پزشک و بیمار دارد و نتیجه همکاری بیمار با پزشک

درمانی موفق و سریع است. این امر هنگامی محقق می‌گردد که پزشک از توانایی برقراری ارتباط با بیمار برخوردار باشد.

بدیهی است هدف اصلی از مراجعه بیمار به جراح پلاستیک اعاده یا تأمین سلامت است و طبعاً دارای مراحل متعددی است و از آنجا که تعامل پزشک جراح با بیمار برای رسیدن به هدف مذکور کمک قابل توجهی می‌کند، باید به کیفیت آن توجه عمیقی داشت، چراکه توفیق هر دو در رسیدن به آن هدف به طور مستقیم و بی‌واسطه در گرو کیفیت این رابطه و رضایتمندی بیمار از فرایند درمان است، رضایتمندی برداشت ذهنی بیماران از کمیت و کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده در مراکز درمانی است و این شناخت در جریان فرایند درمان و فعل و انفعالات و رابطه متقابل بین بیماران و پزشکان به دست می‌آید (۹).

در انگلستان بر اساس سند «استانداردهای حرفه‌ای برای جراحی زیبایی» در ارتباط پزشک و بیمار مقرر گردیده است

یک جراح بایستی با احترام با بیماران برخورد و به سؤالات آن‌ها گوش فرا دهد و نیازهای مختلف بیماران را بشناسد و با استفاده از زبان مناسب، به طوری که برای بیمار قابل درک باشد اطلاعات مورد نیاز را در اختیار آن‌ها قرار داده و آسیب‌پذیری‌ها و نیازهای روانی بیماران را در نظر گرفته و اطلاعات دقیقی در مورد خطرات و عواقب نامطلوب پیشنهادی و هرگونه روش مرتبط با آن به بیمار ارائه دهد و سلامت عمومی سن عوارض بیماری داروهای مداوم سایر روش‌های برنامه‌ریزی شده و سابقه پزشکی را در نظر گرفته و اگر بیماری در وضعیت روانی خاصی قرار دارد و ممکن است رضایت بیمار از نتیجه عمل را تحت تأثیر قرار دهد، بهتر است به روان‌پزشک مراجعه و انجام عملیات جراحی را به تعویق بیندازد.

جراح بایستی قبل از شروع به انجام عمل جراحی و در جلسات مشاوره انجام اعمال جراحی زیبایی قبلی نتیجه و رضایت بیمار را جویا شده و در مورد روش و پیامدهای جراحی، از جمله پیشگیری مدت درد طول بهبودی و عوارض مرتبط با آن پیگیری درمان مورد نیاز مراقبت‌های بعدی پیامدهای مالی مربوطه توضیح در مورد ساختار هزینه از جمله روش‌های مدیریت عوارض گزینه‌های جایگزین (علمی و غیر علمی) و اطلاعات مرتبط به میزان عوارض با متقاضی عمل جراحی گفتگو و با یکدیگر تصمیم‌گیری نمایند (۱۰).

۲-۱- تکلیف اخذ رضایت آگاهانه در جراحی‌های پلاستیک: یکی از مسائل مهمی که در حیطه حقوق پزشکی مطرح گردیده، مسأله آگاه‌سازی بیمار توسط پزشک است که بخش مهمی از آن در مرحله اخذ رضایت از بیمار جهت انجام جراحی صورت می‌گیرد. از این رضایت در حقوق انگلستان با نام رضایت آگاهانه و یا رضایت آزادانه و آگاهانه نام برده شده است. مسأله رضایت آگاهانه در قبل حین و بعد از عمل جراحی از اهمیت به سزایی برخوردار بوده و تخطی از اصول حرفه‌ای در این زمینه حسب مورد سبب مسؤولیت قراردادی و قهری پزشک می‌شود، اما در جراحی‌های زیبایی و ترمیمی که به صورت داوطلبانه و انتخابی صورت می‌گیرند، نگاه خاصی به این موضوع وجود دارد تا حدی که برخی مشکل اصلی همه مباحثات و مشاجرات قضایی در خصوص جراحی پلاستیک را ناشی از عدم اطلاع و آگاهی مناسب و قبلی متقاضی عمل جراحی دانسته‌اند (۱۱).

رضایت آگاهانه بر این مفهوم تکیه دارد که انتقال اطلاعات کامل و دقیق از سوی پزشک و آگاهی از خطرات و تبعات عملیات پزشکی و جراحی بیمار را قادر می‌سازد که تصمیمی مبتنی بر آگاهی اتخاذ و با رضایت مؤثر اقدام به انعقاد قرارداد بنماید. چنین رضایتی رضایت آگاهانه است و وجود آن در اثبات این‌که اقدامات پزشکی و جراحی قانونی و موجه بوده اهمیت به سزایی دارد (۱۲). در جراحی‌های زیبایی و ترمیمی استانداردهای مرتبط با وظیفه رضایت‌گرفتن از بیمار بسیار ضروری و حیاتی است. اهمیت در اخذ رضایت در جراحی زیبایی و ترمیمی سبب شده تا جراح نه‌تنها دارای یک تعهد قراردادی (و یا قهری) نسبت به آگاه‌سازی مضاعف باشد، بلکه باید ثابت نماید که به تعهد خویش به نحو کامل عمل نموده است (۱۳).

در صورت فقدان رضایت یا هرگونه توجیه قانونی دیگر پزشک جراح نمی‌تواند عمل جراحی را که آسیب بدنی دربرداشته باشد، انجام دهد، چراکه اگر چنین کاری را با علم به حقایق مربوطه انجام دهد، مرتکب جرم و شبه‌جرم ضرب و جرح شده است.

دادگاه‌های انگلیس تنها در شرایط استثنایی است که اعلام رضایت را جهت پیشگیری از مسؤولیت ضرب و جرح غیر مؤثر می‌دانند. در شرایطی که شخص رضایت‌دهنده نسبت به عمل انجام‌شده اطلاعات و آگاهی کامل نداشته است. به طور مثال در یکی از دعاوی مطرح‌شده در دادگاه‌های انگلیس، بیماری به دلیل ضرب و جرح و سهل‌انگاری از جانب پزشک ادعای خسارت کرد، چراکه معتقد بود پزشک قبل از جلب رضایت به وی اطلاعات کافی نداده است. پزشک

برای تسکین درد بیمار به وی محلول فنول تزریق کرد. وظیفه پزشک این است که به چنین بیمارانی اطلاع بدهد که لازم است تا درد آن‌ها از طریق تزریق محلولی تسکین یابد که سبب قطع عصبی می‌شود که درد از طریق آن به مغز منتقل می‌شود. این محلول سبب بی‌حس شدن ناحیه‌ای شده که پیام درد از آنجا عبور می‌کند و ممکن است سبب بی‌حسی موضعی و فقدان موقت نیروی عضلانی نیز گردد. قاضی دریافت که به بیمار توضیحات کافی داده شده و اعلام کرد که تحت این شرایط مسؤولیت ضرب و جرح یا سهل‌انگاری متوجه پزشک نخواهد بود.

«برسیتوجی» در این زمینه اظهار داشت اگر رضایت دفاعی در برابر آنچه جرم و دعوی مدنی محسوب می‌گردد، باشد بایستی حقیقی باشد. او همچنین گفت زمانی که اطلاعات کافی در مورد عمل جراحی مورد نظر به بیمار داده شود و سپس او رضایت خود را اعلام کند، آن رضایت حقیقی است و اگر از ماهیت عمل جراحی مورد نظر اطلاع کافی نداشته باشد رضایت او غیر حقیقی است و نمی‌توان از آن جهت پیشگیری از مسؤولیت ضرب و جرح استفاده نمود. بنابراین عدم ارائه توضیحی کامل پیرامون خطرات و پیامدهای یک عمل جراحی سبب نمی‌شود که رضایت مربوط به آن عمل را غیر حقیقی و از این رو غیر مؤثر در پیشگیری از مسؤولیت ضرب و جرح بدانیم (۱۴).

رضایت بیمار به درمان ممکن است صریح یا ضمنی شفاهی یا کتبی باشد. در جراحی‌های زیبایی و ترمیمی خصایصی، چون انتخابی بودن و عدم ضرورت حیاتی لزوم توجه به اخذ رضایت آگاهانه را آن هم به صورت صریح و مکتوب بیش از پیش واضح و روشن می‌سازد. در حقیقت از این جهت که جراحی زیبایی مستعد طرح دعاوی علیه پزشکان جراح است، رضایت آگاهانه مکتوب جزء ضروری و جدایی‌ناپذیر ارتباط میان پزشک و متقاضی جراحی و مهم‌تر از آن ابزار سودمندی جهت تسهیل محافظت حرفه‌ای از جراح در صورت شکایت از او می‌باشد (۱۵).

در انگلستان بر اساس سند «استانداردهای حرفه‌ای برای جراحی زیبایی» گفته شده برای اخذ رضایت بهتر است از فرم‌های ضبط شده استاندارد استفاده شود تا اطمینان حاصل گردد، پرونده بیمار کامل است. اخذ رضایت بایستی توسط جراح انجام و در یک مرحله یا دو مرحله با حداقل فاصله دو هفته بین مراحل به دست آمده باشد تا بیمار بتواند در تصمیم‌گیری تامل نماید. در صورت عدم امکان باید در پرونده بیمار ثبت شود. در این فرم مکتوب باید تا حد

امکان بر خطرات عوارض و مسائل مرتبط با درمان مورد نظر تأکید گردیده و با بیانی ساده به اطلاع بیمار برسد. از آنجا که در جراحی‌های انتخابی عوارض و مخاطرات عمل نقش به‌سزایی در تصمیم‌گیری افراد دارد، لذا استاندارد مرتبط با وظیفه آگاه‌سازی در اینجا اهمیت قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند (۱۰). به نظر می‌رسد در بسیاری موارد در کشور ما اخذ رضایت آگاهانه به طور کامل و با رعایت استانداردها صورت نمی‌گیرد. تجربه نویسندگان در ارائه مشورت به محققین قدیم علوم پزشکی حاکی از بی‌اطلاعی ایشان از اصول اخذ رضایت آگاهانه و ضعف دانش و کمبود اطلاع‌رسانی در این حیطة است.

واضح است چنانچه آموزش لازم و اطلاع‌رسانی کافی و درست انجام شود، محققین و پزشکان کشور ما با اتکا به پشتوانه محکم اعتقادی و اخلاقی خود اصول ضروری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی از جمله اخذ رضایت آگاهانه را رعایت خواهند کرد (۱۶)، به طوری که کسب یک رضایت آگاهانه علاوه بر افزایش آگاهی متقاضیان جراحی پلاستیک باعث کاهش نگرانی و بهبود سریع آن‌ها می‌شود (۱۷).

### ۳-۱- تکلیف جراح نسبت به عدم انجام جراحی پلاستیک: آیا از لحاظ حرفه‌ای

جراح پلاستیک می‌بایست به بیماری که فاقد شرایط جراحی است «نه» بگوید؟  
با وجود این که رضایت همراه با آگاهی کامل دارد، اما می‌خواهد عمل جراحی بر روی او انجام گردد، جراح باز هم مسؤول «نه» گفتن است؟ ضرورت پاسخ به این سؤال هنگامی روشن می‌گردد که برخلاف اعمال جراحی دیگر در جراحی‌های زیبایی ما تنها با یک ملاک عینی و خارجی مواجه نیستیم که توسط خود جراح به راحتی قابل تشخیص باشد، چراکه یک سری از عوامل روانی و اجتماعی نیز در این امر دخیل می‌باشند. «در واقع منافع حاصل از جراحی پلاستیک اغلب در حوزه روان‌شناسی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، فلذا قابل سنجش و اندازه‌گیری نیستند» (۱۸).

یک جراح پلاستیک می‌تواند نتیجه جراحی را تخمین بزند و از جراحی‌هایی که غیر ضروری است اجتناب نماید، اما در مواردی که از حیطة تخصص او خارج می‌باشد، نمی‌توان از او چنین انتظاری داشت. به طور مثال پزشک می‌تواند فردی را که بینی گوشتی دارد، به دلیل دارانبودن شرایط مناسب از جراحی راینوپلاستی منع کند، اما به طور یقین نمی‌تواند بگوید که

نتیجه جراحی سینه در کیفیت رابطه جنسی یک زن با همسرش و در پی آن درمان افسردگی او تأثیر بسیار خواهد داشت یا خیر.

بنابراین به طور کلی این‌گونه استنباط می‌شود که در برخی مواقع علم روان‌شناسی به منزله یک میزان برای تشخیص این‌که چه کسی (از لحاظ روانی) اهلیت انجام جراحی زیبایی را دارا است و چه کسی فاقد این اهلیت است می‌باشد؟ این موضوع را روان‌پزشکان نیز خاطر نشان ساخته‌اند. به عنوان مثال دبیر انجمن روان‌پزشکان ایران در مصاحبه‌ای می‌گوید «به طور قطع باید پیش از اقدام به عمل از مشاوره یک روان‌پزشک بهره گرفت، زیرا این افراد قبل از عمل در ارتباط میان فردی دارای مشکل بوده اغلب گوشه‌گیر و افسرده هستند، نسبت به ناراحتی‌های خود بصیرت و بینش کافی ندارند، ناراحتی خود را به اشتباه به ظاهر خود نسبت می‌دهند و با عمل جراحی زیبایی برای از بین بردن آن اشکال اقدام می‌نمایند».

لذا برای انجام این امر بایستی در هر مورد با تشکیل جلسات مشاوره (با حضور روان‌شناس) و با در نظر گرفتن پرونده بالینی شخص بیمار و همچنین تمامی شرایط جسمی و روحی وی و میزان تخصص و تبحر و توانایی خود و امکانات موجود رابطه مناسبی بین خطر ناشی از انجام عمل و منافع احتمالی که از آن حاصل می‌شود، برقرار و هر جا که احتمال ورود ضرر در تقابل با نفعی که از جراحی حاصل می‌شود، زیادت می‌نمود از انجام آن جراحی پرهیز نمود (۱۳). در انگلستان مقررات دولتی بر مشاوره و گفتگوی پیش از عمل توسط جراح تأکید می‌ورزند و انجام آن پیش از دو هفته (زمان برای مشاوره و تصمیم‌گیری) را مجاز نمی‌دانند (۱۹).

## ۲- داشتن تخصص و مهارت

تبحر و دانش شرط اول رکن رکین طبابت است و مهارت پزشک در دو عرصه علم (بهره‌مندی از دانش پزشکی) و عمل (تجربه کافی) بروز و ظهور می‌یابد (۲۰). بنابراین کسی که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده و در مقام آزمون نیز موفق بوده است، واجد این شرایط می‌باشد، هر چند مهارت به عنوان پیش‌شرط انجام اعمال پزشکی است، اما به دلیل تخصصی شدن رشته‌ها با توجه به پیشرفت روزافزون علم و تکنولوژی نمی‌توان قائل به یک نگاه عام به مفهوم تخصص بود. بر این اساس نمی‌توان گفت کسی که دارای عنوان پزشک است، در تمامی امور پزشکی صلاحیت دارد، بلکه تنها باید او را در مسائلی که آموزش دیده و تجربه حاصل نموده است دارای صلاحیت دانست و با توجه خاص و مضاعف در گستره اعمال جراحی زیبایی توجه به شرط

تخصص (به معنای مضیق آن) با توجه به فقدان ضرورتی حیاتی و لزوم رعایت حداکثری جهت جلوگیری از آسیب به اشخاصی که عرفاً سالم خوانده می‌شوند، بیش از پیش آشکار می‌شود. با توجه به مطالب فوق مفهوم تخصص در جراحی پلاستیک عبارت است از انجام آن دسته از جراحی‌های زیبایی و ترمیمی که پزشک مربوطه در آن حیطه و زمینه آموزش‌ها و دوره‌های لازم را دیده و دارای صلاحیت علمی و تجربی کافی باشد.

در ایران قوانین به شکلی است که به پزشکان جراح اجازه انجام هرگونه جراحی داده می‌شود و یا این که قوانین و مقررات موجود اصولاً ضمانت اجرای کافی جهت پاسخ‌دهی به تخطی از مقررات پزشکی را ندارند، در صورتی که ممکن است همه پزشکانی که وارد حیطه جراحی پلاستیک می‌شوند، در این خصوص آموزش لازم را ندیده باشند، در حالی که تخصص و علم یک جراح از مواردی است که در تعیین صلاحیت او نقش به‌سزایی دارد. مخصوصاً در جراحی زیبایی که ضرورت عینی و قطعی نداشته است (۲۱).

طبق سند «استانداردهای حرفه‌ای برای جراحی زیبایی» در انگلستان جراحانی که عمل زیبایی انجام می‌دهند، باید در حوزه جراحی زیبایی خود دارای مجوز باشند. مجوز جراحی زیبایی جراحان را ملزم به ثبت در لیست متخصصین GMC در یک تخصص جراحی مرتبط می‌کند و همچنین آن‌ها را ملزم به داشتن معیارهایی از جمله نشان‌دادن شایستگی در حرفه رفتار مهارت و تجربه می‌کند. جراحان باید با قوانین و اصول اخلاقی که مربوط به شغل خود می‌باشد به روز و تابع قوانین راهنما و مقررات مرتبط به کار خود باشند. آن‌ها بایستی اطمینان حاصل نمایند که مهارت‌ها و دانش آن‌ها با انجام حداقل ۵۰ ساعت فعالیت بهبود عملکرد حرفه‌ای CPD در سال به روز می‌باشد که می‌تواند در چرخه ۵ ساله ۲۵۰ ساعت باشد. این فعالیت‌ها باید به فعالیت آن‌ها مرتبط باشد و از مهارت دانش و ارتقای برنامه شغلی فعلی آن‌ها حمایت کنند. فعالیت‌های CPD باید شامل مهارت‌های ارتباطی و درک ابتدایی از فرایندهای روان‌شناختی با ارجاع مشخص به اختلالات تصویر ذهنی از بدن باشد. بنابراین داشتن مهارت ایمنی و کادر حمایتی قوی امروزه از ملزومات یک تیم جراحی پلاستیک است (۱۰).

### ۳- ایجاد الگوی مدیریت تجهیزات پزشکی

امروزه از راهبردها و معیارهای نظام مدیریت به عنوان بهترین گزینه برای بهره‌برداری در زمینه مهندسی تجهیزات پزشکی استفاده می‌شود، به طوری که مدیران حوزه سلامت ملزم به

به کارگیری راهبردهای نظام مدیریت کیفیت در کنترل نظارت تجهیزات پزشکی می‌باشند (۲۲).

نتایج تحقیقی در کشور انگلستان حاکی از این است که برای اعمال مدیریت مؤثر با ایجاد واحد مدیریت و مهندسی تجهیزات پزشکی ساختار لازم را فراهم نموده‌اند. خط مشی اصلی این واحد بر تأمین ایمنی (بیمار و اپراتور) و افزایش مراقبت از بیمار و بر روی کاهش هزینه‌ها تأکید دارد. همچنین در این کشور نشان CE روی دستگاه‌های پزشکی الزامی و به شرط وجود آن اجازه فروش در بازار اروپا داده می‌شود. در رابطه با آموزش دانشگاهی برای انجام مدیریت تجهیزات پزشکی تحت عنوان مهندسی پزشکی با گرایش بیمارستانی انجام می‌گیرد.

در رابطه با آموزش عملی در بیمارستان اقدام به آموزش اولیه اپراتورها (برای استفاده صحیح ایمن و مؤثر از تجهیزات پزشکی) کارآموزی و کارورزی دانشجویان مهندسان بالینی و تکنسین‌های تجهیزات پزشکی با استفاده از مهندسان بالینی مقاطع بالاتر مثل فوق لیسانس و دکتری نموده‌اند. همچنین آموزش مداوم مهندسان بالینی و تکنسین‌ها و اپراتورهای وسایل پزشکی به صورت سالیانه انجام و از قبل نیاز آموزشی آن‌ها مشخص گردیده و توسط آژانس تجهیزات پزشکی عملکردهای خوب به شکل دستورالعمل و راهنما درآمده و از آن‌ها در امر آموزش استفاده می‌شود.

برای نگهداری در بیمارستان‌های انگلیس «سیستم مدیریت نگهداری کامپیوتری (CMMS: Computerized Maintenance Management System)» و فایل «مدیریت فهرست موجودی» تشکیل شده است. این سیستم (CMMS) اساس برنامه نگهداری تجهیزات و وسایل پزشکی را تشکیل می‌دهد و برای روش نگهداری از دو روش نگهداری پیشگیرانه و نگهداری اصلاحی (تعمیر) بهره می‌گیرند. نگهداری توسط: ۱- گروه خارج بیمارستانی (تولیدکنندگان نمایندگی اصلی و فروش تولیدکنندگان شرکت ثالث و متفرقه)؛ ۲- گروه داخل بیمارستانی (In-House Maintenance Department) (مهندس بالینی و تکنسین‌های تجهیزات پزشکی) انجام می‌گیرد، ولی درصد استفاده از این دو گروه متفاوت می‌باشد. هر دو گروه بایستی از صلاحیت انجام امور مربوط به نگهداری برخوردار باشند و از مؤسسات اعتباربخشی خارج بیمارستانی گواهی‌نامه مربوطه را دریافت کرده باشند. در بیمارستان‌ها نگهداری خارج بیمارستانی با انعقاد قرارداد انجام می‌گیرد.



در رابطه با روش توزیع در بیمارستان‌ها متناسب با سیستم بهداشت و درمان توزیع به یکی از دو روش متمرکز و یا غیر متمرکز انجام می‌گیرد که با توجه به سیستم توزیع متمرکز انگلستان برای کاهش چالش‌های توزیع و حرکت به سمت توزیع عادلانه اقدام به توزیع مجدد و یا ایجاد مرکز ذخیره تجهیزات پزشکی (Library Equipment) نموده‌اند. توزیع موقت در جهت استفاده بیشتر و بهره‌وری کامل از دستگاه‌های پزشکی است که به صورت «اشتراکی» بین بخش‌های مختلف یک بیمارستان و یا بین بیمارستان‌های همجوار می‌باشد.

بنابراین با توجه به این که مدیریت بهینه تجهیزات پزشکی می‌تواند در کاهش هزینه‌ها و ارائه مراقبت‌های مفید به بیمار مؤثر باشد، ایجاد ساختار لازم با تشکیل واحدهای مدیریت و مهندسی تجهیزات پزشکی در بیمارستان‌ها و شناساندن عملکرد این واحد به مدیران بیمارستان‌ها برای افزایش کارایی و اثربخشی تجهیزات پزشکی امری ضروری می‌باشد (۷).

#### ۴- استراتژی کاهش خطاهای پزشکی

خطاهایی که در فرایند تشخیص تجویز و انجام اعمال جراحی پلاستیک یا در طی به کارگیری تجهیزات تخصیص منابع و تعامل میان پزشک و بیمار رخ می‌دهد، موجب به خطر افتادن سلامتی کاهش کیفیت درمان هدررفتن منابع انسانی درمانی و مالی تضعیف کارایی پزشک و در نهایت بی‌اعتمادی به پزشکان جراح خواهد شد.

تلاش برای شناسایی منطقه‌های خطر آفرین تنظیم نظام گزارش‌دهی و استراتژی کاهش خطا می‌تواند به بسط پزشکی پیشگیرانه کمک نماید. از آنجا که امروزه کیفیت زیست انسان‌ها معیار برتری کشورها قلمداد می‌شود، از طریق شفاف‌ساختن خطاهای پزشکی در حوزه جراحی پلاستیک سطح بالاتری از سلامتی رضایتمندی و ایمنی بیماران تأمین خواهد شد. شفاف‌سازی خطای پزشکی در این حوزه عبارت است از گزارش خطاهای پزشکی به گونه‌ای که این اطلاعات برای مسئولان و کاربران حوزه جراحی و حتی مردم عادی قابل درک باشد. «خطای پزشکی زمانی رخ می‌دهد که پزشک برای رسیدن به هدف به طور غیر عمد از وسایل اشتباه استفاده کند یا نتواند یک اقدام از پیش طراحی شده را به ترتیبی که مد نظر بوده، به انجام برساند» (۲۳).

یکی از راهکارهای پیشگیری از آسیب‌ها و خطاهای پزشکی در زمینه جراحی پلاستیک ایجاد نظام گزارش‌دهی خطاها می‌باشد تا به کمک آن بتوان به آنالیز علل مولد خطاها و مقابله با آن پرداخت.

در انگلستان به منظور افزایش کارایی درمانی و ارتقای ایمنی بیمار موضوع ثبت الکترونیکی پرونده بیماران از سال ۱۹۹۷ در دستور کار قرار گرفت (۲۴) و در سال ۲۰۰۳ نظام خدمات سلامت ملی طرحی را برای پزشکان و مدیران مبنی بر مطلع‌ساختن بیماران از بی‌مبالاتی یا غفلت از علت‌های وقوع آسیب پیاده کرد و برای جبران خسارت ایجادشده برنامه‌ای را متشکل از ارائه مراقبت‌های درمانی عذرخواهی و جبران مالی طراحی کرد (۲۵). با وجود اقدامات انجام‌گرفته برای نظارت بر خطای پزشکی به اعتراف صاحب‌نظران آن‌ها هنوز آگاهی کارگزاران مراقبت‌های بهداشتی از علت‌های وقوع خطا و راهکارهای اجتناب از آن در سطح نازلی قرار داد. این موضوع‌ها به ندرت در نظام آموزش پزشکی تدریس می‌شود و هنوز در مراحل آغازین رشد خود قرار دارد (۲۶).

### نتیجه‌گیری

با توجه به ضرورت اجرای تکالیف و تعهدات خاص پزشکان در جراحی‌های پلاستیک اعم از ضروری یا غیر ضروری و گسترش روزافزون آسیب‌های ناشی از اعمال این نوع از جراحی‌ها می‌بایست در جستجوی مجموعه روش‌هایی بود که بتوان با به کارگیری آن‌ها واکنشی مناسب در برابر این پدیده اتخاذ نمود. بهره‌گیری از آموزه‌های جرم‌شناسی پیشگیری و سیاست‌جنایی ما را به اتخاذ سیاست‌ها و تدابیر لازم پیشگیرانه رهنمون می‌سازد. در پرتو این آموزه‌ها با شناسایی علل و عوامل به وجود آورنده آسیب‌های ناشی از جراحی پلاستیک و اتخاذ تدابیر لازم و اقدامات پیشگیرانه می‌توان در راستای کاهش ضریب احتمال بروز آسیب‌ها و صدمات جسمی و روحی متقاضیان اعمال جراحی اقدام نمود.

به نظر می‌رسد بهبود روابط پزشک با بیمار افزایش مهارت‌های علمی و فنی در فرایندهای تشخیصی و درمانی ارتقای سطح تجهیزات مراکز درمانی و تدارک زیرساخت‌های لازم نظارت در کاهش آسیب‌های ناشی از جراحی پلاستیک تأثیر به‌سزایی دارد. در این زمینه حقوق انگلستان با تصویب سند «استانداردهای حرفه‌ای برای جراحی زیبایی» به تبیین و تنسيق

چارچوب‌های نظارتی کامل و تعیین ضوابط در این حوزه پرداخته است که با بهره‌گیری از آن می‌توان در گستره اعمال جراحی پلاستیک با ساز و کارهای خاص از جمله در نظرگرفتن یک پروسه منظم جهت استفاده از یک روان‌شناس خبره اطلاع‌رسانی صحیح و اخذ رضایت آگاهانه و ثبت و ضبط مدارک مثبت آن الزام به داشتن تخصص و مهارت لازم برای جراح مربوطه سبب پیشگیری از آسیب‌های اعمال جراحی پلاستیک گردید.

پیشگیری از آسیب‌های جراحی پلاستیک برنامه‌ریزی مدون و همه‌جانبه‌ای را می‌طلبد و به همکاری روزافزون نهادهای قانونگذاری قضایی انتظامی اقتصادی آموزشی و حتی فرهنگی نیازمند است. بدون شک متولی و هماهنگ‌کننده اصلی این مهم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. در خصوص این که چگونه می‌توان از بروز این آسیب‌ها پیشگیری نمود، در پرتو معیارهای ارائه‌شده و تدابیر پیشگیرانه و بهره‌گیری از سند «استانداردهای حرفه‌ای برای جراحی زیبایی در انگلستان» می‌توان با تصویب قانون فعالیت جراحان پلاستیک را ضابطه‌مند و انجام جراحی‌های پلاستیک در غیر رشته تخصصی را تخلف اعلام نموده و جراحی‌ها صرفاً در مراکز درمانی و بیمارستان‌هایی که حداکثر استانداردها از لحاظ کادر و تجهیزات پزشکی را دارا می‌باشند و تنها توسط جراحانی که دارای پروانه و تخصص لازم در این حیطه بوده صورت پذیرد.

### References

1. Zarif Moradian N, Zanjani Zade H. Qualitative Study of Women's Decisions in Relation to Cosmetic surgeries with the Approach of the Basic Theory. Study of Social Issues in Iran 2011; 7(1): 179-202.
2. Abbasi M, Saeedi Nezhad Y, Rezaie Goharbar N. Medical criminology. 1st ed. Tehran: Legal Publication; 2014. p.60-73.
3. Rahbarpour MR, Abbasi M. Preventing Crims and Misconducts Related Laboratory Sciences. Iran Med J of Law 2009; 3(10): 63-79. [Persian]
4. Athar M, Anbari Akmal K. The Relationship between the Physician and the Patient. Two Scientific-Research Monthly University of Shahed 2009; 17(85): 80. [Persian]
5. Tofighi Zavarei H, Jafari GHA, Arghand Dargahi M. Review of Complaints from Physicians in Relation to Head and Face Beauty Restoration Measures Referred to Tehran Forensic Medicine Commission in the Years 2005-2009, Article Summary, 2nd Annual International Congress of Forensic Medecine of Iran 2010; p.77.
6. Rezaeei N, Salehi MKH. Criminological Search of Injuries due to Medical Equipment. Medical Law Joirnal 2013; 7(27): 161-193.
7. Nasiripour AA, Jadidi R. Designing a Model of Medical Equipment Management for Iranian Hospitals. Arak University of Medical Science Journal 2007; 1(11): 1-9. [Persian]
8. Amoore J, Ingram P. Learning from Adverse Incidents Involving Medical Devices. BMJ 2002; 325(7358): 272-275.
9. Shakerinia I. The Relationship between the Physician and the Patient and its Role in Patients satisfaction with the Treatment Process. Ethics and Medical History Journal 2009; 2(3): 9-16. [Persian]
10. Professional Standards for Cosmetic Surgery-Royal College of Surgeons of England. 2016. Available at: <http://www.reseng.ac.uk/library-and-publications/rcs-publications/docs/profrssional-cosmetic-surgery>.
11. Dantas E. La Responsabilite Civil Du Chirurgien Plastique: La Chirurgie Plastique Comme Obligation De Moyen. Available at: <http://www.eduardodantas. Adv.br>. Visited Febuary 15, 2011.

12. Lotfi E. From Information Delivery in Physician - Patient Relationship. Iran J Med Law 2009; 11(3): 46. [Persian]
13. Kalhorni Golkar M, Abbasi M, Kalthornia Golkar B, Rezai Yekdanegi M. Commitments and Requirements of Cosmetic and Reconstructive Surgeons in Medical Lawfield. Iran J med Law 2012; 22(6): 13-50. [Persian]
14. Abbasi M, Mashayekhi B. Law, Ethics and Medicine Studying Medical Law. 3rd ed. Tehran: Legal Press.Sina Legal Cultural Institute; 2009. p.72-73.
15. Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodi Mitrakis E. Medical Litigation in Cosmetic Plastic Surgery. Med Law 2004; 23(3): 479-488. Available at: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Visited April 12, 2012.
16. Rezaei Adriani M, Saber A. Investigating the Preparation of a Conscious Consent from in the Research of Isfahan University of Medical Sciences and Presenting a Government Proposal to Improve the Current Situation 2012. Quarterly Journal of Medical Ethics 2012; 21(6): 145-167.
17. Khazaei T, Khazaei T, Hedayati H, Baratzade Z. Investigating the Level of Awareness of Satisfaction Obtained from Patient Under Going Surgery in Hospitals of Birjand University of Medical Sciences. Quarterly Journal of Medical Ethics 2012; 21(6): 169-188.
18. Meningaud JP, Servant JM, Herve C, Bertrand JC. Ethics and Aims Cosmetic Surgery: A Contribution from an Analysis of Claims after Minor Damage, Department of Medical Ethics and Public Health, Necker, University Hospital Paris, France. Med Law 2000; 19(2): 37-52. Available at: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Visited April 17, 2011.
19. National minimum standards regulation. London: Stationery Office; 2002.
20. Goudarzi F. Forensic Medicine. 1st ed. Tehran: Einstein Press; 1998. p.251.
21. Kalthornia Golkar M. Civil Lability of Physician in Asthetic and Reconstructive Surgeries. M.A Thesis. Tehran: Central Tehran Braneh Iran, Islamic Azad University; 2012. p.130-133. [Persian]
22. Dargahi H, Forouzanfar F, Bakhtiari M, Rajabnejad Z. Study of Medical Devices Management with the Approach of Evalnation of Evalnation of

Usability in Tehran University of Medical Science Hospitals. Journal of Hospital 2013; 1(13): 43-51. [Persian]

23. Javaheri F. Investigating the Issue of Transparency of Medical Errors Analysis of the Situation of the Iranian Medical Institute. Iranian Journal of Social Studies 2014; 2(8): 22-48.

24. CheklandRuth M, Harrison S. Ticking Boxes and changing the social world: Data collection and the new UK general practice contract. Social Policy and Administration 2007; 41(7): 693-710.

25. Jawaher K. Medical Error, Disclosure and Patient Safety: A Global View of Quality Care. Clinical Biochemistry 2013; 46(13-14): 1161-1169.

26. Vaughnan S, Tristan B, Round J. Must We Get It Wrong Again? A Simple Intervention to Reduce Medical Error Trends in Anaesthesia and Critical Care. Trends in Anaesthesia and Critical Care 2012; 2(3): 104-108.