

بررسی شاخص‌های پیشادرمانی مسئولیت پزشکان

علیرضا مشیراحمدی^۱، عبدالرضا جوان جعفری بجنوردی^{۲*}، سیدآریا حجازی^۳، حسام قبانچی^۴

تاریخ دریافت: 98/2/22

تاریخ پذیرش: 99/2/11

تاریخ انتشار: 99/5/14

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

احتمال بروز خطا و ایجاد آسیب در فعالیت‌های پزشکی وجود دارد؛ موضوعی که می‌تواند زمینه‌ساز طرح شکایت از پزشک شود. پس از مفتوح‌شدن چنین پرونده‌هایی، با توجه به جنبه‌ی تخصصی این امور، لازم است تا برای اخذ نظر کارشناسی اقدام گردد. سازمان پزشکی قانونی، یکی از مراجعی است که در این زمینه، نقشی اساسی دارد؛ بنابراین، اطلاع از معیارهایی که از نظر کارشناسان این سازمان، در محکومیت کادر درمانی حائز اهمیت تلقی می‌شود، علاوه بر آگاهی‌بخشی به پزشکان، می‌تواند در کاهش میزان تقصیرات شغلی این رشته نیز، تأثیری بسزا داشته باشد. مطالعه‌ی پیش‌رو، به لحاظ هدف، کاربردی، از نظر شیوه‌ی تجزیه و تحلیل، توصیفی تحلیلی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها، اسنادی و کتابخانه‌ای است. تلاش پزشکان، این است که با تشخیص صحیح بیماری و انتخاب فرایندی مناسب و علمی، به درمان بیماران بپردازند و ضمن کاستن از آلام و دردها، سلامتی را به آنان بازگردانند؛ اما همیشه، نمی‌توان به چنین هدفی نایل شد؛ چه بسا پزشک در هر یک از مراحل تشخیص، انتخاب درمان و انجام آن، مرتکب اشتباه شود؛ لذا، اگرچه از هیچ پزشکی انتظار نمی‌رود که نتیجه‌ای خاص را برای بیمار تضمین کند و الزاماً، به درمان قطعی بیماری نایل آید، از ایشان این توقع وجود دارد که در مداوای بیماران، مطابق استانداردهای متعارف رفتار کنند و در این زمینه، مرتکب بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی نشوند. با دقت در استدلال‌های منعکس در پرونده‌های قصور پزشکی، می‌توان شاخص‌های مؤثر محکومیت پزشکان را در دو دسته‌ی اقدامات پیشا و پسادرمانی طبقه‌بندی کرد. شاخص پیشادرمانی شامل مجموعه‌اشتباهاتی است که مرتبط با تشخیص بیماری یا انتخاب نوع درمان است.

واژگان کلیدی: پزشکی قانونی، پیشادرمانی، تقصیر پزشکی، مسئولیت پزشکی، موازین علمی

1. دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

2. دانشیار گروه حقوق، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

3. متخصص پزشکی قانونی، دانشیار مرکز تحقیقات پزشکی قانونی و سازمان پزشکی قانونی کشور، مشهد، ایران.

4. مربی گروه حقوق، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، تلفن: ۰۵۱۲۸۸۰۶۳۰۰

مقدمه

قانونی، با توجه به همان جنبه‌ی تخصصی، علمی و فنی‌اش، در رویه‌ی قضایی اثرگذار است و به‌نوعی، این رویه را به دنبال خود می‌کشد؛ بنابراین، مهم‌ترین اثر کارشناسی‌های صورت‌گرفته در پرونده‌های پزشکی، اثرگذاری و استناد به آن در مراجع قضایی است. اهمیت ارائه‌ی چنین نظرانی، زمانی آشکارتر می‌شود که بدانیم مراجع قضایی، اصولاً، به بازخورد استعلامات صورت‌پذیرفته از سوی این سازمان، در اکثر مواقع، استناد و بر همین مبنا، به صدور رأی اقدام می‌کنند؛ از همین رو، آشنایی با معیارهایی که از نظر پزشکی قانونی در محکومیت پزشکان مؤثر است، موجب خواهد شد تا پزشک از اقدام‌کردن به چنین اعمالی اجتناب کند و برای دعاوی تخلفات و قصور پزشکی، تحت پیگرد قرار نگیرد.

روش کار

روش تحقیق پژوهش حاضر، میدانی (مطالعات اسنادی)، تحلیلی و کاربردی است. روش گردآوری داده‌ها، استفاده از اسناد و اطلاعات موجود بوده و در این راستا کوشش شده است تا با رجوع به پرونده‌های تخلف پزشکی، کتب، مقالات علمی، سایت‌های معتبر اینترنتی و سایر آثار پژوهشی، به تحلیل موضوعات و محورهای مقاله پرداخته شود. همسو با این هدف، با مراجعه به سازمان پزشکی قانونی و نواحی دو و ده دادسرای عمومی و انقلاب مشهد، پس از تفکیک پرونده‌های مربوط به تخلفات پزشکی از سایر پرونده‌ها، نتایج منعکس‌شده در این پرونده‌ها، دسته‌بندی و عواملی که از دید کارشناسان بررسی‌کننده، در شناسایی مسئولیت پزشکان، حائز اهمیت تلقی شده بود، تجزیه و تحلیل شد.

شاخص‌های اساسی محکومیت پزشک

مطابقت‌نداشتن رفتار پزشک با اصول و موازین علمی و فنی یا به تعبیری ساده‌تر، رعایت‌نکردن موازین علمی را باید مهم‌ترین معیار برای انتساب نتیجه به پزشک و احراز

در گذشته، سنت قضایی بر این قرار گرفته بود که دادرس با دارابودن دانش و اطلاعات کافی، خود کارشناس دعوی بود و تکلیفی به جلب نظر کارشناس برای وی وجود نداشت (۱)؛ لیکن در عالم واقع، به‌خصوص در شرایط فعلی، برای یک شخص بسیار دشوار است که بخواهد در همه‌ی زمینه‌ها صاحب‌نظر باشد؛ از همین رو، بازپرس یا قضات، چه در دادسرا و چه در دادگاه، در صورت مواجهه با امور و پرونده‌های تخصصی و فنی، ناگزیر از رجوع به کارشناس‌اند (۲). با تدقیق در قوانین، صراحتاً، تکلیفی به منظور رجوع به کارشناس برای دادرسان وجود ندارند؛ اما به‌صورت ضمنی، چنین موضوعی را می‌توان استنباط کرد. در ماده‌ی ۱۵۵ قانون آیین دادرسی کیفری^۱، مصوب ۱۳۹۲، ضروری‌بودن انجام کارشناسی، به‌عنوان دلیلی برای رجوع به کارشناس، در کانون توجه مقنن قرار گرفته است. وجود خصیصه‌ی تخصصی، یکی از حالاتی است که می‌تواند مبین این ضرورت باشد. چنین استدلالی را می‌توان از ماده‌ی ۲۵۷ قانون آیین دادرسی مدنی^۲ نیز، برداشت کرد. رسیدگی به دعاوی مربوط به تخلفات و قصور پزشکی هم، از این قاعده مستثنا نیست و صدور حکم در آن، منوط به اخذ نظریه‌ی کارشناسی است. سازمان پزشکی قانونی، به‌عنوان یکی از مراجعی که پرونده‌های این‌چنینی برای بررسی و اظهارنظر به آن ارجاع داده می‌شود، نقشی بسزا در شکل‌گیری رویه‌ی قضایی در تخلفات پزشکی دارد؛ به تعبیری دیگر، رویه‌ی عملی پزشکی

۱. هرگاه بازپرس رأساً یا به تقاضای یکی از طرفین، انجام کارشناسی را ضروری بداند، قرار ارجاع به امر به کارشناسی را صادر می‌کند....

۲. دادگاه می‌تواند رأساً یا به درخواست هر یک از اصحاب دعوا، قرار ارجاع امر به کارشناس را صادر کند. در قرار دادگاه، موضوعی که نظر کارشناس درباره‌ی آن لازم است و نیز، مدتی که کارشناس باید اظهار عقیده کند، تعیین می‌شود.

لازم‌الاجرا را نیز در بر می‌گیرد؛ به‌عنوان نمونه، در مواردی نیز که دولت یا دیگر اشخاص حقیقی و حقوقی، قراردادهایی را برای به‌انجام‌رسانیدن وظیفه‌ای خاص با پزشک یا دیگر کارکنان درمانی منعقد می‌سازند و بر پایه‌ی این قرارداد، اشخاص ملزم و متعهد به انجام اموری می‌گردند، این افراد به موجب ماده‌ی ده قانون مدنی، ملزم به ایفای تعهدات قراردادی‌اند و در صورت انجام‌ندادن آن عمل و ترک وظیفه‌ی خویش، مسئول به حساب خواهند آمد. علاوه‌براین، تنها بر قوانین به مفهوم خاص نیز نباید تمرکز کرد؛ در صورتی‌که آیین‌نامه یا دستورالعمل‌های صادره از سوی مراجع ذی‌صلاح نیز، دربردارنده‌ی وظیفه‌ای برای پزشکان باشد، در همین راستا، قابل استنادند؛ به‌عنوان مثال، می‌توان به دستورالعمل‌های صادره از جانب سازمان نظام پزشکی اشاره کرد که تکالیف و وظایفی را برای شاغلان حرفه‌ی پزشکی مقرر می‌دارد که نقض یا عدم اجرای آن، تعهدآور است. یکی از مصادیق این وضعیت، ماده‌ی دوازده آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ی پزشکی و وابسته‌ی نظام پزشکی (مصوب ۹۰/۶/۱۹ شورای عالی سازمان نظام پزشکی) است^۱. بدیهی است که نحوه‌ی شکل‌گیری فرایند تحت نظر قرارگرفتن بیمار، فاقد موضوعیت است و اهمیت ندارد؛ لذا، ممکن است مداخله‌ی پزشک در امر درمان، متعاقب مراجعه‌ی بیمار به مطب یا بیمارستانی که پزشک در آن مشغول به کار است، باشد یا از حضور او بر بالین بیمار یا مجروحی که در خانه یا معبر عمومی نیاز به مداوا دارد، ناشی

مسئولیت وی از منظر رویه‌ی پزشکی قانونی دانست. اصولاً، این رفتارها، به‌نوعی، از کوتاهی پزشک نشأت می‌گیرند؛ به دیگر سخن، این رفتارها اموری‌اند که در حیطه‌ی وظایف کارکنان درمانی‌اند؛ ولی در انجام‌دادن آن‌ها کوتاهی شده است (۳). محدوده‌ی این موارد نیز، ممکن است از کوتاهی و غفلت پزشک در به‌انجام‌رساندن وظیفه‌ای که بر عهده داشته، شروع و به بی‌توجهی و کوتاهی وی در راهنمایی بیمار برای انجام‌دادن آزمایش‌های تشخیصی ختم شود؛ بنابراین، نقطه‌ی اشتراک همه‌ی این حالات را می‌توان ترک فعل لازم فرض کرد؛ به تعبیری دیگر، مجموعه‌ی این اقدامات، در زمره‌ی ترک افعال قرار می‌گیرند. تا پیش از تصویب قانون مجازات اسلامی سال ۹۲، در احراز مسئولیت به‌وسیله‌ی ترک فعل، میان حقوق‌دانان، اختلاف‌نظر وجود داشت؛ لیکن با تصویب این قانون، اختلاف‌نظرها پایان یافت و بر اساس ماده‌ی ۲۹۵ این قانون، ترک فعل، صراحتاً، به‌عنوان یکی از صور تحقق مسئولیت مورد اشاره قرار گرفت^۱؛ بنابراین، با التفات به این ماده و تطبیق آن با ترک فعل ناشی از امور پزشکی، احراز سه شرط، به شرح ذیل، برای شناسایی مسئولیت ناشی از ترک فعلی که از سوی کادر درمانی به وقوع پیوسته، ضروری است: الف. اولین شرط، حاکی از وجود وظیفه‌ای است قانونی و نه صرفاً اخلاقی (۴)؛ یعنی لازم است که بیمار، به‌نوعی، تحت نظر و درمان پزشک مربوطه قرار گرفته باشد. مصادیق بارز چنین مواردی در قانون جزا ارائه می‌شود؛ لیکن منظور از قانون در اینجا، صرفاً، قانون جزا نیست، بلکه دیگر قوانین

2. بر اساس این ماده، شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، مکلف‌اند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر یا بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی یا مراجع قانونی ذی‌ربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند. همان‌گونه که مشخص است، در صورت حادث‌شدن یکی از موارد و اقدام‌نکردن پزشک در این زمینه، به‌عنوان ترک فعل و نقض وظیفه، تخلف محسوب می‌شود و قابلیت رسیدگی خواهد داشت.

1. طبق ماده‌ی 295 قانون مجازات اسلامی، هرگاه کسی فعلی که انجام آن را بر عهده گرفته یا وظیفه‌ای خاص را که قانون بر عهده‌ی او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن، جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد، جنایت حاصل به او مستند می‌شود و حسب مورد، عمدی، شبه‌عمدی یا خطای محض است؛ مانند اینکه مادر یا دایه‌ای که شیردادن را بر عهده گرفته است، کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه‌ی قانونی خود را ترک کند.

نخست، ناممکن است.^۲
 ج. نهایتاً، سومین شرط، حاکی از توجه به توانایی و قدرت تارک فعل بر انجام دادن اقدام مورد نظر است (۷)؛ بنابراین، در فرضی که بیمار به پزشکی مراجعه و درخواست انجام عمل جراحی‌ای از وی می‌کند، اما پزشک به دلیل فقدان تخصص لازم، از این امر سر باز می‌زند و در این اثنا، صدمه‌ای بر بیمار وارد می‌شود، نمی‌توان پزشک را مسئول قلمداد کرد. با توجه به همین شرط، اگر بیماری که به خاتمه‌دادن به زندگی خویش تمایل دارد، مانع از گذاردن دستگاه تنفس مصنوعی به وسیله‌ی پرستار یا پزشک شود، مسئولیتی برای آنان در برابر مرگ او شکل نخواهد گرفت؛ بنابراین، قدرت انجام کار را صرفاً، نباید به تخصص، مهارت و قابلیت انجام درمان مورد نیاز، محدود ساخت؛ بلکه همکاری و امکان انجام عمل نیز، در این زمینه، شرط است و هیچ پزشکی، به اجبار، نمی‌تواند به مداوای بیماران اقدام کند؛ هرچند عقیده داشته باشد صلاح بیمار در مداوا و عدم انجام آن، سبب مرگ خواهد شد. در ادامه، مهم‌ترین شاخص‌های مرتبط با رعایت‌نشدن موازین علمی از زاویه‌ی رویه‌ی پزشکی قانونی، بررسی و برای تبیین بهتر موضوع، به نمونه‌هایی از پرونده‌های مرتبط با هر معیار اشاره می‌کنیم.

معیارهای پیشادرمانی

مقصود از این شاخص، معیارهایی است که صاحبان حرف پزشکی، پیش از ورود به اجرای درمان، باید مد نظر قرار دهند؛ به دیگر سخن، چنین خطاهایی، در نخستین ارتباطات پزشک با بیمار و قبل از اجرای درمان گزینش یا

شود؛ پس، موضوعی که در اینجا باید مد نظر قرار گیرد، آن است که پزشک، به نوعی، مسئولیت درمان را بر عهده گیرد، هرچند که چنین پذیرشی جنبه‌ی ضمنی داشته باشد.

ب. دومین شرط، مبین نیاز به وجود و احراز رابطه‌ی سببیت است (۵)؛ بنابراین، در حالتی می‌توان تارک فعل را مسبب و دلیل نتیجه‌ی حاصل دانست که چنین نتیجه‌ای از ترک فعل وی ناشی شده باشد (۶)؛ یعنی میان عدم انجام رفتار و نتیجه‌ی حاصل، بتوان رابطه‌ی سببیت را برقرار ساخت. بدیهی است که در صورت وجود عامل مستقل دیگری که حادثه، قابل استناد و انتساب به او باشد، ترک‌کننده‌ی فعل را نمی‌توان به‌عنوان مسئول قلمداد کرد؛ پس، در حالتی که اهمیت و تأثیر دخالت عامل دیگر در حادثه، به‌گونه‌ای باشد که نتیجه از تارک فعل، منفک و به آن عامل منتسب شود، نمی‌توان تارک فعل را مسئول شناخت. بر پایه‌ی همین شرط است که کارکنان درمانی را که از پذیرش حادثه‌دیده‌ای در مرکز درمانی امتناع کرده‌اند، نمی‌توان قاتل وی به حساب آورد؛ چراکه، در اینجا، مصدومیت یا بیماری، سبب مرگ شده است، نه عدم پذیرش در بیمارستان.^۱ بر خلاف این حالت، در وضعیتی که بیمار در بیمارستان بستری و تحت درمان قرار می‌گیرد، اما پزشک یا پرستاران وظیفه‌ی خود را به انجام نمی‌رسانند و از ارائه‌ی خدمات به او اجتناب می‌کنند و همین موضوع سبب مرگ می‌گردد، ایشان را باید قاتل محسوب کرد که نوع آن بر حسب عنصر روانی، مشخص خواهد شد. با دقت در این مثال‌ها، مشخص می‌شود که ترک فعل را در مثال نخست، به‌عنوان عدم مانع و در مثال دوم، به‌عنوان مقتضی مرگ، می‌توان طرح کرد؛ به تعبیری دیگر، احراز رابطه‌ی سببیت مؤثر، در مثال دوم، ممکن؛ ولی در مثال

۱. چنین ترک فعلی در زمره‌ی تخلفات صنفی جای می‌گیرد؛ بنابراین، در چنین وضعیتی، صرفاً، می‌توان به مسئولیت انتظامی نظر داد، نه مسئولیت کیفری.

۲. لزوم احراز رابطه‌ی سببیت در مواد 492، 500، 505، 524، 526، 528، 531، 533، 537، تبصره‌ی اول ماده‌ی 496، تبصره‌ی اول و دوم ماده‌ی 508، تبصره‌ی ماده‌ی 523 قانون مجازات اسلامی نیز، در کانون توجه مقنن قرار گرفته است؛ بنابراین، احراز چنین موضوعی را باید یکی از ارکان اساسی در شناسایی مسئولیت دانست.

از بی‌دقتی پزشک و کوتاهی وی در انجام دادن وظایف محوله بوده است، تحقق مسئولیت وی بی‌اشکال خواهد بود؛ بنابراین، در چنین حالتی، می‌توان میان صدمه و آسیب وارده بر بیمار و اقدام نکردن پزشک، رابطه‌ی سببیت را برقرار دانست و وی را مسئول به شمار آورد؛ به‌طور کلی، عدم تشخیص را می‌توان شامل عدم تشخیص ابتدایی و عدم تشخیص تکمیلی دانست.

الف. عدم تشخیص ابتدایی

تشخیص، بخشی از حرفه‌ی پزشکی است که با هدف شناخت علل و نوع بیماری به انجام می‌رسد. در این فرایند، پزشک با تطبیق عوارض موجود با دانش خویش، می‌کوشد تا به ماهیت بیماری پی برد؛ بنابراین، هرگاه پزشک تلاش متعارف را برای شناخت بیماری به کار نگیرد یا اصول علمی و فنی را در این زمینه رعایت نکند، مسئول خواهد بود. گاهی، شکل‌گیری مسئولیت^۳ بر پایه‌ی این شاخص، ناشی از اشتباه در تشخیص بدوی است.

به‌عنوان مثال، در پرونده‌ای، خانمی در بارداری سوم خود، درحالی‌که سابقه‌ی دو سقط داشته، به پزشک مراجعه و ضمن اعلام این موضوع، به ناسازگاری گروه خونی خود و همسرش نیز، اشاره کرده است؛ اما پزشک درخواست آزمایش‌های ایمنولوژیک لازم (کومبس)^۴ را نمی‌دهد. پس از مدتی، به دلیل کاهش حرکات جنین و بعد از انجام دادن

دلیل، پزشک در تشخیص یا انتخاب فرایند درمان به خطا می‌رود؛ بنابراین، می‌توان گفت در این گونه از موارد، بیمار به ضرر خود اقدام می‌کند و سبب اقوی از مباشر خواهد بود.

3. به‌طور کلی، مسئولیت را به چهار دسته‌ی اخلاقی، انتظامی، مدنی و کیفری تقسیم کرده‌اند. معیار تمیز هر یک از این موارد، با توجه به هدف ایجاد، منبع ایجاد، قلمرو و ضمانت اجرای تعیین‌شده، قابل تشخیص است. 4. تست کومبس (Coobs Test) برای شناسایی آنتی‌بادی‌هایی است که به گلبول‌های قرمز می‌چسبند و آن‌ها را حساس می‌کنند؛ ولی قادر به آگلوتینه کردن گلبول‌ها نیستند. به این آنتی‌بادی‌ها، آنتی‌بادی‌های ناقص یا آنتی‌بادی‌های مسدودکننده (Bloking Ab) گفته می‌شود.

توصیه شده، ظهور می‌یابد. تشخیص نادرست، ترک یا کوتاهی در انجام دادن اقدامات درمانی ضروری، رعایت نکردن استانداردهای لازم در اعزام بیمار و بهره‌نگرفتن از دانش و تجربیات سایر متخصصان، مهم‌ترین معیارهایی است که می‌توان در این زمینه به آن اشاره است. روشن است بروز اشتباه در هر یک از این موارد، سبب خواهد شد تا پزشک، اشراف و شناختی جامع به نوع عارضه پیدا نکند و در مراحل آتی و به‌خصوص در انتخاب درمان مناسب نیز، به خطا رود.

تشخیص نادرست

تشخیص، نخستین مرحله از درمان بیماری است که از دقیق‌ترین و مهم‌ترین مراحل معالجه است. پزشک در این مرحله، از ماهیت بیماری، مقدار پیشرفت آن، درجه‌ی خطر، وضعیت بیمار و... آگاهی می‌یابد و بر همین اساس، به تعیین نوع درمان و پیشبرد روند درمانی می‌پردازد (۸). بدیهی است که عملکرد پزشک در این قسمت، بیشتر، تابعی از صحت گفته‌های بیمار و همچنین، میزان دانش، دقت و تجزیه و تحلیل و تطبیقی است که خود با بیماری‌های شناخته‌شده انجام می‌دهد؛ بنابراین، روشن است که هر گونه تشخیص نادرست را نمی‌توان به‌منزله‌ی قصور یا مسئولیت پزشک قلمداد کرد؛ یعنی از آنجا که عوامل متعددی در شناسایی درست نوع بیماری بیمار، دخالت دارند و همه‌ی این موارد، در کنترل پزشک نیست، به صرف تشخیص نادرست، نباید وی را مسئول تلقی کرد؛ پس لازم است تا میان جنبه‌های مختلف، قائل به تفکیک شد و فقط در صورتی که از اوضاع و احوال قضیه چنان برآید که تشخیص ناصحیح، نه به موجب دشواری ماهیت بیماری^۱ یا ارائه‌ی اطلاعات نادرست بیمار^۲، بلکه ناشی

1. به‌عنوان مثال، در پرونده‌های 100680...، 100413...، 100191... و 101126... ماهیت بیماری از نظر کارشناسان بررسی کننده، به‌عنوان شاخصی مهم در شکل‌نگرفتن مسئولیت پزشکان، مؤثر تلقی شده است.
2. مقصود از این معیار، آن است که بیمار، عوارض یا حقیقت راجع به بیماری خود را از پزشک مخفی می‌کند یا آن را بازگو نمی‌کند و به همین

به دلیل عفونت ریوی فوت می‌کند و این مسأله، منجر به شکایت اولیای طفل می‌شود. پس از ارجاع پرونده به پزشکی قانونی، در کمیسیون مربوطه و پس از اخذ توضیحات از کادر درمانی و بررسی مدارک موجود، کارشناسان چنین اظهار نظر کرده‌اند: «ایراد اصلی موجود در کیفیت معالجات کودک متوفی، در ناکافی بودن اقدامات تشخیصی سپتی سمی^۴ نوزادی و طول درمان ناکافی و ترخیص زودهنگام از بیمارستان بوده است... (نظریه‌ی کارشناسی ۲۳۷۴/...)». با توجه به آنکه چنین مواردی در زمره‌ی اقدامات غیرعمدی جای می‌گیرد، مرجع قضایی حکم به پرداخت دیه صادر خواهد کرد.

ب. عدم تشخیص تکمیلی

تکلیف کادر درمان برای تشخیص صحیح بیماری، صرفاً، محدود به اولین معاینه‌ی بیمار نیست، چه‌بسا تحقق مسئولیت از عدم انجام معالجات بعدی یا عدم بررسی وضعیت خاص بیمار پس از اقدامات درمانی اولیه ناشی گردد؛ به تعبیر دیگر، معاینه‌ی پزشکی را باید شامل دو مرحله دانست: در مرحله‌ی نخست که به معاینه‌ی اولیه شهرت دارد، پزشک با بهره‌گیری از برخی وسایل پزشکی، چون فشار خون و درجه‌ی تب و با استفاده از دست و گوش و چشم، می‌کوشد تا به تشخیص بیماری بپردازد؛ در مرحله‌ی دوم نیز که معاینه‌ی تخصصی یا تکمیلی نامیده می‌شود، صاحبان حرف پزشکی، به بررسی دقیق‌تر بیماری می‌پردازند و از ابزارهایی پیشرفته‌تر، مانند نمونه‌برداری، آزمایش خون، نوار قلب، عکس‌برداری و...، برای کشف علت بیماری استفاده می‌کنند (۱۰)؛ پس، متعاقب هر بار معاینه و ارزیابی وضعیت بیمار، لازم است تا پزشک با توجه به اوضاع و احوال او، تصمیمی مناسب اتخاذ کند و حتی در صورت شک و تردید درباره‌ی نوعی خاص از بیماری، تا رسیدن به یقین و نتیجه‌ی مطلوب، از تلاشی

سونوگرافی، درخواست چنین آزمایشی شده است که تست کومبس غیرمستقیم^۱ مثبت گزارش و در نهایت، جنین به دلیل هیدرپس^۲ فوت کرده و منجر به شکایت اولیا جنین شده است. پس از ارجاع پرونده به کمیسیون پزشکی قانونی و پس از سمع اظهارات اولیای دم و پزشک معالج و بررسی مدارک ارائه‌شده، این‌گونه اظهار نظر شده است که به دلیل ناسازگاری خونی زوجین و به‌خصوص، با توجه به سقط جنین یا حوادث بارداری در حاملگی‌های اولیه، لازم بوده است برای بارداری‌های بعد، اقدامات تشخیصی و درمانی، مثل تست کومبس، صورت گیرد که این کار، در زمان لازم، انجام نشده است و... . همین موضوع، عاملی در شناسایی تقصیر پزشک از نظر اعضای کمیسیون مربوطه بوده است (نظریه‌ی کارشناسی ۸۳۲/...) .

در پرونده‌ای دیگر، طفلی، پس از تولد، به دلیل علائم انسدادی روده، توسط پزشک، تحت عمل جراحی قرار گرفته و طی روزهای بعد، دچار عفونت خون شده و درمان دارویی گرفته است. او حدود ده روز پس از عمل، ترخیص می‌شود؛ اما به دلیل بروز علائم عفونت در سیستم عصبی مرکزی، شش روز پس از ترخیص اولیه، مجدداً، بستری و با تشخیص مننژیت^۳، تحت درمان قرار می‌گیرد. به دنبال آن، به دلیل عوارض بیماری و علی‌رغم ادامه‌ی درمان، در سن ده‌ماهگی،

1. In Direct Coombs: در این آزمایش آنتی‌کرهای ناقص (از نوع IgG) موجود در سرم بیمار بررسی می‌شود. تست کومبس مستقیم در نوزادان Rh منفی انجام می‌گردد تا در صورت انتقال آنتی‌بادی‌های مادری از راه جفت تشخیص داده شود. تست کومبس غیرمستقیم نیز، برای یافتن آنتی‌بادی‌هایی که می‌توانند به سلول قرمز حمله کنند و در سرم وجود دارند، استفاده می‌گردد. معمولاً، این آزمایش برای ارزیابی آنتی‌بادی در خون دهنده یا گیرنده قبل از انتقال خون یا زنان باردار برای تیر آنتی‌بادی ضد Rh برای محافظت از جنین بعدی صورت می‌گیرد.

2. Hydrops: تجمع غیرطبیعی مایع سروزی در حفره‌های بدن (9).

3. Meningitis: التهاب مننژها.

4. Septicemia: نوعی التهاب است که سراسر بدن را فرا می‌گیرد و به

دلیل عفونت، پیش می‌آید؛ گندخونی.

شایسته دریغ نکند. خصوصاً، به چک آمیلاز سرم⁶ و توصیه‌ی مراجعه‌ی سرپایی به متخصص داخلی برای آندوسکوپی پس از ترخیص اکتفا می‌شود؛ همچنین، تأخیر در انجام عمل جراحی نیز، توجیه‌شدنی نیست؛ لذا، از این بابت، پزشک، مسئول شناخته می‌شود (نظریه‌ی کارشناسی ۹۵۲۶...).

موضوعی دیگر که در زمینه‌ی تشخیص نادرست باید مد نظر قرار گیرد، آن است که تحقق تقصیر پزشکی در این زمینه، صرفاً، محدود به شناسایی درست و مناسب ماهیت بیماری نیست؛ بلکه حتی در صورتی که پزشک بدون توجه به شرایط و وضعیت جسمانی بیمار، به شروع فرایند درمانی اقدام کند درحالی‌که غیرضروری و نامتناسب با شرایط بیمار باشد نیز، می‌تواند در شناسایی مسئولیت وی مؤثر واقع شود؛ به‌عنوان مثال، در پرونده‌ی، شاکی برای انجام‌دادن عمل لیپوساکشن⁷ به مطب پزشک مشتکی‌عنه مراجعه می‌کند و تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد؛ لیکن پس از عمل، دچار مشکلاتی می‌شود و پزشک به وی اعلام می‌کند که پس از عملی سرپایی و به مرور زمان، بهبودی حاصل خواهد شد؛ اما تغییری در وضعیت بیمار حاصل نمی‌شود و این امر منجر به شکایت می‌گردد. کارشناسان بررسی‌کننده بر این عقیده بوده‌اند که با توجه به شرایط جسمانی و چاقی بیمار، وی گزینه‌ی مناسبی برای جراحی صورت‌گرفته نبوده و ضرورت داشته است که ابتدا، با کمک رژیم غذایی و سایر روش‌ها، کاهش وزن لازم، حاصل و سپس، عمل جراحی برای بیمار انجام شود؛ همچنین، کارشناسان جراحی پلاستیک، روش

به‌عنوان مثال، در پرونده‌ی، شاکی اعلام داشته به دلیل درد شکم به بیمارستان مراجعه کرده و با نظر پزشک تحت عمل جراحی آپاندیس¹ قرار گرفته است؛ با این حال، طی چهار روز بستری پس از عمل، دردهای وی افزایش یافته که با مسکن کنترل می‌شده است؛ سپس، به منظور تشخیص دقیق‌تر، بیمار به متخصص داخلی برای آندوسکوپی ارجاع داده می‌شود. پس از آندوسکوپی²، به دلیل درد فراوان، به همان بیمارستان مراجعه می‌کند و بستری می‌شود؛ اما پزشک مشتکی‌عنه، شرایط را عادی تشخیص می‌دهد؛ لذا، بیمار با پزشکی دیگر هماهنگ می‌کند و ضمن ترخیص با رضایت شخصی، به بیمارستانی دیگر منتقل می‌شود و در آنجا، با تشخیص نهایه پرتیونیت³ استقرار یافته‌ی مدفوعی ناشی از پارگی روده‌ی باریک (اسیکیمی⁴ روده)⁵ جراحی می‌شود. همین موضوع، شکایت از پزشک جراح اولیه را به دنبال دارد. کارشناسان پزشکی قانونی، پس از بررسی پرونده، چنین اظهار نظر کرده‌اند: «با عنایت به علائم اولیه‌ی بیمار هنگام مراجعه به بیمارستان، اقدام جراحی، مغایرتی با اصول و ضوابط علمی نداشته و مورد تأیید است؛ اما از آنجاکه علائم اولیه‌ی بیمار پس از جراحی تغییر نیافته و بیمار، کماکان، از درد شکم شکایت داشته است، درباره‌ی صحت تشخیص اولیه تردید می‌شود؛ لذا ضروری بوده تا زمان رسیدن به پاسخی قانع‌کننده، اقدامات تشخیصی و درمانی ادامه یابد که در این

1. Appendix

2. Endoscopy: در پزشکی عمل دیدن و مشاهده‌ی درون بدن با مقاصد تشخیصی یا گاهی، درمانی است که با دستگاهی به نام آندوسکوپ صورت می‌گیرد؛ درون‌بینی.
3. Peritonitis: عفونت یا التهاب وخیم قسمتی از صفاق (برده‌ی پوشاننده‌ی لوله گوارشی) یا همه‌ی آن.
4. Patchy
5. کمبود اکسیژن ناحیه‌ای روده

6. Serum Amylase: آمیلازها آنزیم‌هایی از گروه گلیکوزید هیدرولاز هستند که باعث تجزیه‌ی زنجیره‌های کربوهیدرات‌ها، مانند نشاسته، می‌شوند.

7. Liposuction: چربی‌کشی. در این روش جراحی، به‌وسیله‌ی دستگاهی مکنده و لوله‌ای توخالی، بافت چربی را از موضع‌های گوناگون بدن، مانند شکم، بیرون می‌کشند.

به‌عنوان مثال، خانمی با سنگ مجرای صفراوی و کلانژیست^۳ حاد چرکی، برای خارج کردن سنگ و تخلیه‌ی مجاری صفراوی، به‌شیوه‌ی آندوسکوپیک^۴، در بخش داخلی بیمارستانی بستری شده است؛ اما پس از دو نوبت آندوسکوپی و تخلیه‌نشدن مجاری صفراوی، برای انجام دادن عمل جراحی، به بخش جراحی منتقل می‌شود؛ اما علی‌رغم لزوم مداخله‌ی فوری برای انجام دادن جراحی، چنین موضوعی به تعویق می‌افتد و نهایتاً، بیمار پس از چهار روز بستری شدن در بخش، فوت می‌کند و اولیای دم از پزشک شکایت می‌کنند. پس از طرح پرونده در کمیسیون کارشناسان چنین اظهار نظر کرده‌اند: «بیمار به دلیل ابتلا به کلانژیست حاد چرکی ناشی از سنگ در مجرای صفراوی، نیازمند تخلیه‌ی فوری و مؤثر مجرای صفراوی بوده که به دلیل عدم پاسخ‌گویی به تخلیه‌ی آندوسکوپیک، نیازمند مداخله‌ی اورژانس بوده است؛ با این حال، به اذعان پزشک جراح معالج، عمل جراحی از سوی او اورژانس تلقی نشده و لذا، از سوی متخصص بیهوشی، موکول به انجام بررسی‌های تکمیلی گردیده، تا اینکه نهایتاً، بیمار فوت کرده است؛ بنابراین، جراح معالج به دلیل تعویق غیرموجه عمل جراحی، مسئول قلمداد می‌شود» (نظریه‌ی کارشناسی ۴۳۱۹/...).

در پرونده‌ای دیگر، خانمی در حدود هفته‌ی ۳۹ از حاملگی سوم خود، برای ختم حاملگی به بیمارستانی در ... ارجاع داده شده و طی همان شب و صبح روز بعد، زیر نظر متخصصان زنان، تحت القای دارویی زایمان^۵ قرار گرفته تا

می‌داند که لازم است از حکم مطلع شود، کوتاهی کند و پیش‌بینی متعارف را نمی‌کند (15).

3. Cholangitis: التهاب مجاری صفراوی.

4. Endoscopic

5. القای زایمان روشی است که در آن انقباض‌های رحمی که به‌خودی خود، ناموفق است، تحریک می‌شود. چنین تحریکی، اصولاً، با کمک دو هورمون اکسی‌توسین و پروستاگلاندین انجام می‌گیرد.

انجام عمل را به لحاظ فنی، تأیید نمی‌کنند و نکرروز^۱، عفونت و ازهم‌گسیختگی زخم، ناشی از ایرادهای تکنیکی تشخیص داده می‌شود؛ لذا، پزشک جراح، بابت عوارض حاصل از جراحی، مسئول تلقی می‌گردد (پرونده‌ی ۱۰۰۲۲۹/...).

ترک یا تأخیر در انجام دادن اقدامات لازم

گاهی، پزشک علی‌رغم پیش‌بینی و تشخیص صحیح بیماری، در موعد مقتضی، اقدام مناسب و لازم را انجام نمی‌دهد و همین موضوع، موجب صدمه‌دیدن بیمار می‌شود. شکل‌گیری مسئولیت بر پایه‌ی این معیار، می‌تواند ناشی از بی‌توجهی پزشک به انجام دادن اقدامات به‌موقع باشد یا از بی‌توجهی وی به لزوم تسریع در اقدامات درمانی نشأت گیرد؛ به تعبیر دیگر، در حالت اول، پزشک، به فوریت انجام اقدامات لازم برای بیمار، آگاهی و بصیرت کافی ندارد و در این زمینه، جاهل است (قصور)؛ اما در وضعیت دوم، وی بر این باور است که انجام دادن اقدامات اورژانسی برای بیمار، ضرورتی ندارد و تأخیر در انجام اقدامات لازم، مشکلاتی را برای بیمار ایجاد نخواهد کرد (تقصیر)^۲.

1. Necrosis: بافت مردگی. مجموعه‌ای از سلول‌ها و بافت‌های مرده در نقطه‌ای از بدن است.

2. تقصیر یا خطای کیفی، عنصر روانی جرایمی است که اصطلاحاً، غیرعمدی نامیده می‌شوند. در این وضعیت، فاعل در خواستن نتیجه‌ی حاصل، به‌هیچ‌عنوان، عامد نیست؛ اما ترتب نتیجه از چنین رفتاری، تاحدی، محتمل است (11)؛ بنابراین، فاعل خواستار رفتار صورت‌گرفته است؛ اما خواستار نتیجه‌ی حاصل، خیر؛ از همین رو، گفته شده است که تقصیر، منوط به آن است که مرتکب، نقض اوامر و نواهی قانون را بخواهد و از ماهیت و کیفیت اوصاف آن آگاه باشد (12). قصور نیز، در لغت عبارت است از کوتاهی غیرعمدی در اجرای وظایف (13) یا ترک الزامی قانونی، بدون تسامح (14)؛ پس، قصور، وضعیت شخصی است که دربارهِ موضوعی جهل دارد؛ خواه قاصر، بدو، موضوعی را نداند یا گمان کند که می‌داند، اما درواقع نداند (جهل مرکب)؛ پس، تفاوت مقصر با قاصر در آن است که مقصر برخلاف قاصر، جهلش مرکب نبوده است و هرچند که

تأخیر در اعزام یا اعزام غیراستاندارد بیمار

در چنین وضعیتی، به دلیل نبود امکانات یا تجهیزات کافی به منظور درمان بیمار در مرکز درمانی نخست، لازم می‌شود تا بیمار به مرکزی مجهزتر اعزام گردد تا ادامه‌ی فرایند درمان، در محل جدید، به‌نحوی مطلوب‌تر، به انجام رسد؛ لیکن، گاهی، این اقدام در زمان مناسب به انجام نمی‌رسد یا انتقال بیمار، به‌نحوی صورت می‌گیرد که با استانداردهای تعریف‌شده‌ی پزشکی همخوانی ندارد. دو نمونه‌ی ذیل این موارد را روشن‌تر می‌کند:

الف. تأخیر در اعزام بیمار

خانمی در هفته‌ی ۳۴ حاملگی سوم خود، با پارگی زودرس کیسه‌ی آب به بیمارستانی در ... مراجعه می‌کند و ضمن بستری، تحت سزارین قرار می‌گیرد. فرزند او با علائم حیاتی مناسب متولد می‌شود؛ باوجوداین، به‌تدریج، طفل دچار مشکلات تنفسی می‌شود که پس از حدود ۴۸ ساعت، به دلیل وخامت حال عمومی‌اش، به مشهد اعزام می‌گردد. حسب اظهارات اولیای طفل، در مسیر انتقال، مشکلاتی مشتمل بر کمبود امکانات در آمبولانس وجود داشته که نهایتاً قبل از رسیدن کودک به مقصد، منجر به فوت وی شده است. پس از شکایت و ارجاع پرونده به کمیسیون پزشکی قانونی، پرونده، طی سه جلسه، بررسی و چنین اظهار نظر شده است: «در رابطه با عملکرد آقای دکتر...، متخصص اطفال، به‌عنوان پزشک معالج، با توجه به عدم وجود امکانات کافی جهت مراقبت از نوزاد نارس، با شک به سندرم زجر تنفسی^۱ و

اینکه به دلیل افت ضربان قلب جنین، سزارین شده است. نوزاد، بدون علائم حیاتی بارز، به دنیا آمده و نهایتاً، فوت کرده است. متعاقب شکایت اولیای دم طفل، هیئت بدوی سازمان نظام پزشکی در ... و همچنین، هیئت تجدیدنظر نظام پزشکی مشهد، پزشک را مقصر تشخیص داده‌اند؛ اما با اعتراض وکیل پزشک، پرونده برای کارشناسی به پزشکی قانونی مشهد ارجاع و نتیجه‌ی این کمیسیون به این شرح اعلام شده است: «با توجه به شرح حال یک مورد مرگ نوزاد ماکروز طی حاملگی قبلی بیمار، شواهد موجود در معاینه‌ی مادر و جنین مبنی بر نامناسب بودن شرایط داخل رحمی، تسریع در ختم حاملگی، از طریق سزارین، طی ساعات پس از بستری مادر، ضرورت داشته و عدم انجام به‌موقع آن، در عوارض بعدی و فوت نوزاد مؤثر بوده است که مسئولیت آن با پزشکان متخصص زنان می‌باشد» (نظریه‌ی کارشناسی ۴۰۵۹/...).

با دقت در این دو پرونده، مشخص می‌شود که در نخستین مورد، بی‌توجهی پزشک به ضرورت تسریع در اقدام به‌موقع و در دومین مورد، ناآگاهی پزشکان از چنین موضوعی، در شناسایی مسئولیت، مؤثر تلقی شده است؛ در نتیجه، می‌توان گفت که بر اساس بررسی‌های صورت‌گرفته، نه قصور و نه تقصیر، عاملی در رفع مسئولیت به حساب نمی‌آیند؛ به بیان دیگر، چه در صورت جهل به اقدامی که باید انجام می‌شده، اما به انجام نرسیده یا با تأخیر انجام شده است و چه در صورت عدم تشخیص ضرورت اقدامات به‌موقع، رابطه‌ی سببیت را می‌توان میان ترک فعل و نتیجه‌ی حاصل، احراز و از این بابت، کادر درمان را مسئول تلقی کرد. پذیرش چنین رویکردی با دیدگاه مقنن نیز، هماهنگ است؛ چراکه قانون‌گذار هم، جهل به موضوع را به‌عنوان عذری موجه و مؤثر در رفع مسئولیت در کانون توجه قرار نداده است.^۱

...ب. هرگاه مرتکب، جهل به موضوع داشته باشد؛ مانند آنکه جنایتی را با اعتقاد به اینکه موضوع رفتار وی شیء یا حیوان و یا افراد مشمول ماده‌ی 302 این قانون است، به مجنی‌علیه وارد کند، سپس خلاف آن معلوم گردد».

2. Infant Respiratory Distress Syndrome: نوعی اختلال ریوی تهدیدکننده‌ی زندگی است که ناشی از کمبود سورفاکتانت است. این اختلال، عمدتاً، با نارس بودن نوزاد در ارتباط است و در رأس علل

1. ماده‌ی 291: «جنایت در موارد زیر، شبه‌عمدی محسوب می‌شود:

پرونده از سوی دادگستری سبزوار، به پزشکی قانونی مشهد، ارجاع و نتیجه‌ی این کمیسیون به این شرح اعلام شده است: «با توجه به نوع و کیفیت صدمات وارده به بیمار، من جمله شکستگی در حد قطع اندام در ناحیه‌ی ساق پای راست، لازم بوده معالجات اولیه در بیمارستان ... صورت گیرد و در صورت ضروری بودن اعزام بیمار، قبل از اعزام، با تمهیدات لازم از سوی جراح اعزام‌کننده، در اتاق عمل، ضمن بازبینی زخم، خون‌ریزی، به‌طور کامل، کنترل شود و عروق آسیب‌دیده که خون‌ریزی آن در ابتدا، به‌دنبال انعقاد و اسپاسم^۳ اولیه‌ی عروقی، به‌طور موقت، متوقف شده، به‌صورت ثابت، بسته شوند و سپس اعزام انجام گردد تا از خون‌ریزی مجدد در مسیر، پیشگیری شود؛ همچنین، ضروری بوده است اعزام با شرایط لازم و وسیله‌ی مناسب و امکانات کافی، صورت گیرد و تکنیسین همراه بیمار، قابلیت‌های مورد نیاز در این خصوص را دارا بوده و آموزش‌های مربوطه را فرا گرفته باشد...» (نظریه‌ی کارشناسی ۱۹۰۷/...).

در نتیجه، علاوه بر لزوم اعزام به‌موقع بیمار به مراکز درمانی مجهزتر، ضروری است تا چنین اقدامی با رعایت استانداردهای موجود نیز، تطابق داشته باشد؛ لذا، صرف توجه به سرعت در انتقال بیمار و بی‌توجهی به معیارهای اعزامی، توجیهی در شکل‌گیری عدم مسئولیت نخواهد بود؛ همچنین، باید توجه داشت که لازم است ضرورت اعزام نیز، ارزیابی شود و مرکز درمانی یا بیمارستان، با استناد به دلایلی مانند مشغله‌ی بیش‌ازحد کارکنان یا صرف احتمال درمان بهتر و مؤثرتر در مرکز دیگر، مجاز به اعزام بیمار نیستند؛ بنابراین، در مواجهه با چنین پرونده‌هایی، باید سه موضوع بررسی شود: در وهله‌ی اول، ضرورت اعزام بیمار در کانون توجه قرار گیرد و از مرکز اعزام‌کننده خواسته شود تا فقدان امکاناتی را که برای

سپسیس^۱ و آسفیکسی^۲ زایمانی در بیمارستان ...، ضرورت داشته در اسرع وقت، نسبت به انجام مراحل درمانی اولیه اقدام می‌کرده‌اند؛ سپس، نسبت به اعزام طفل به مرکز مجهز واجد بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان اقدام می‌شده که این موضوع بدون توجیه کافی به لحاظ علمی، به‌مدت بیش از دو روز، به تعویق افتاده است. این امر در وخامت بعدی حال کودک و فوت وی، به‌طور نسبی و به میزان سی درصد مؤثر بوده که مسئولیت آن به عهده‌ی مشارالیه است؛ همچنین، امکانات پیش‌بینی‌شده جهت اعزام بیمار و وضعیت آمبولانس نیز، واجد نواقصی بوده؛ به‌گونه‌ای که روند اعزام نوزاد را با اشکالات و تأخیر مواجه کرده است؛ از همین رو، مسئولیت آن بر عهده‌ی سرپرست پرستاری وقت بیمارستان و پرستار اعزام‌کننده می‌باشد» (نظریه‌ی کارشناسی ۲۳۹۳/...).

ب. اعزام پایین‌تر از حد استاندارد

در پرونده‌ای دیگر، آقای ۲۲ ساله‌ای به دلیل واژگونی خودرو در حوالی سبزوار، دچار صدمات متعدد، از جمله له‌شدگی ساق پای راست شده؛ به‌گونه‌ای که امکان ترمیم عروق و حفظ اندام در بیمارستان ... وجود نداشته و لذا، بیمار به مشهد اعزام شده است؛ اما در مسیر اعزام و به دلیل خون‌ریزی از اندام آسیب‌دیده، هنگام رسیدن به مشهد، فوت کرده است. با شکایت اولیای دم، پرونده در سازمان نظام پزشکی سبزوار، کارشناسی شده و مأمور همراه بیمار در مسیر اعزام، به دلیل انجام‌ندادن اقدامات کافی، مقصر تشخیص داده شده است. به‌دنبال اعتراض ایشان به نظریه‌ی فوق‌الذکر،

مرگ‌ومیر شیرخواران نارس قرار دارد؛ زیرا ریبه‌ی نوزاد نارس، از نظر میزان و همچنین، ترکیب سورفاکتانت، نقص دارد.

1. Septicemia

2. Asphyxie: در پزشکی به وضعیتی گفته می‌شود که مسیر جریان هوای تنفسی به درون بدن و ریبه با دشواری بسیار جدی و بسته‌شدن روبه‌رو شود.

3. Spasm: انقباض ممتد غیرارادی عضلانی که ممکن است جزئی از اختلالی عمومی یا به‌منزله‌ی پاسخی موضعی به حالتی دردناک باشد.

است. پرونده، برای کارشناسی به پزشکی قانونی ارجاع داده شده و کمیسیون مربوطه، پس از بررسی‌های صورت‌گرفته، چنین اعلام نظر کرده است: «با توجه به گروه خونی زوجین، بر مبنای منابع پزشکی، ضرورت داشته آزمایش‌های مرتبط با بیماری ناسازگاری خونی جنین، در بدو مراجعه‌ی بیمار به پزشک معالج، در دستور کار قرار گرفته و بر مبنای این نتایج، ادامه‌ی معالجات انجام گیرد که در این صورت، امکان تشخیص زودرس بیماری جنین و حفظ حیات وی، دور از انتظار نبوده است؛ لذا، به اعتقاد اعضای کمیسیون، ایرادات وارده در عملکرد پزشک، به میزان چهل درصد در فوت جنین مؤثر بوده است» (نظریه‌ی کارشناسی ۳۱۰۲/۰۰۰). مشابه چنین اظهارنظری از سوی کمیسیون پزشکی قانونی را می‌توان در نخستین مثال آورده‌شده در قسمت مربوط به عدم تشخیص پزشک نیز، دید (پرونده‌ی ۸۳۲/۰۰۰)؛ بنابراین، با دقت در این پرونده‌ها، مشخص می‌شود که احراز سببیت در تخلفات پزشکی، الزاماً، به جنبه‌ی مستقیم فعل یا ترک فعل کادر درمانی محدود نمی‌شود و صرفاً رفتار مستقیم را نباید مد نظر قرار داد؛ چه‌بسا انجام‌ندادن مشاوره‌ی تخصصی با پزشکان مربوطه یا راهنمایی‌نکردن و ارجاع‌ندادن بیمار به انجام‌دادن آزمایش‌های ضروری نیز که مبین جنبه‌ی غیرمستقیم رفتار است، به‌عنوان ملاک و معیاری در احراز این رابطه و تحقق مسئولیت پزشک، در کانون توجه قرار گیرد.

البته، باید این موضوع را نیز، مد نظر قرار داد که کوتاهی و اهمال در ارجاع بیمار برای انجام‌دادن آزمایش، به‌طور مطلق و در همه‌حال، نمی‌تواند مسئولیت پزشک را به دنبال داشته باشد؛ با این توضیح که چنین ترک فعلی می‌تواند سه اثر مختلف در پی داشته باشد؛ یعنی، با توجه به اهمیت انجام‌دادن آن آزمایش و تأثیر نتیجه‌ی آن در سیر درمان، بعضاً با تقصیر و مسئولیت کامل، بعضاً تقصیر نسبی و گاهی نیز، شناسایی‌نشدن تقصیر کادر درمان، مواجهیم. ظهور چنین اختلافی را باید در تفاوت احراز سببیت در حالات مختلف

مداوای مؤثر بیمار باید در آن مرکز وجود داشته باشد و موجود نیست، مستدلاً و مستنداً، ارائه کند؛ در وهله‌ی دوم و پس از احراز ضرورت اعزام، باید به بررسی این موضوع پرداخت که در اعزام بیمار، تأخیری صورت نگرفته باشد؛ در وهله‌ی سوم نیز، باید شرایط و امکاناتی که برای انتقال بیمار در نظر گرفته شده است، ارزیابی شود تا مشخص گردد که با معیارهای معقول، متعارف و استانداردهای پزشکی، همخوانی داشته است یا خیر.

اهمال در درخواست آزمایش‌های کلینیکی یا پاراکلینیکی تفاوت این معیار با معیارهای پیشین در این است که در موارد قبلی، نقش پزشک پررنگ‌تر بود و احراز سببیت، ناشی از عدم اقدامی بود که پزشک، شخصاً، باید به انجام می‌رساند؛ اما در اینجا، وی در راهنمایی بیمار برای انجام آزمایش‌های لازم، کوتاهی می‌کند؛ به تعبیر دیگر، در چنین وضعیتی، ارجاع‌ندادن بیمار برای انجام‌دادن آزمایش‌های ضروری و عدم بهره‌گیری از دانش و دستاوردهای سایر همکاران بهداشتی و درمانی، عاملی خواهد بود که پزشک یا در تشخیص نوع بیماری دچار خطا گردد یا در انتخاب فرایند درمان صحیح، دچار اشتباه شود؛ بنابراین، شکل‌گیری چنین خطاهایی سبب بروز آسیب به بیمار می‌شود و به همین علت، پزشک مسئول محسوب می‌گردد.

به‌عنوان مثال، در پرونده‌ای، خانمی در مراحل بارداری خود، تحت نظر متخصص زنان بوده و علی‌رغم داشتن گروه خونی با RH منفی^۱، تا هفته‌ی ۲۸ بارداری، برای او انجام‌دادن آزمایش‌های خونی، ضروری تشخیص داده نشده و همین امر، موجب ایجاد مشکل بیماری خونی برای جنین شده است. این امر، نهایتاً، به فوت جنین می‌انجامد. شاکی مدعی بوده که اقدامات پیشگیرانه‌ی لازم از سوی مشتکی‌عنه صورت نپذیرفته و همین موضوع، موجب شکایت از پزشک شده

۱. آنتی‌بادی‌های علیه مولکولی

دیابت حاملگی که از آسفیکسی مزمن داخل رحم ناشی شده و همچنین، از آنجا که طفل با تابلو سپتی‌سمی در زمینه‌ی عوارض حاصل از نارسای فوت کرده است، ایرادهای فوق‌الذکر، تأثیری اثبات‌شدنی در فوت نوزاد نداشته است (نظریه‌ی کارشناسی ۱۶/۱۰۰). تحقق تقصیر نسبی را نیز، می‌توان حد واسط میان دو مورد پیشین دانست (بین ۹۹ تا ۹۹ درصد). نمونه‌ی مذکور در ابتدای همین قسمت و همچنین، قریب به اتفاق موارد بررسی‌شده در کمیسیون‌های رسیدگی به تخلفات پزشکی که پزشک به دلیل عدم ارجاع بیمار برای انجام‌دادن آزمایش‌های لازم، مقصر شناخته شده است، در این زمره قرار می‌گیرند.

بنابراین، در صورتی که شناخت بیماری، به‌نحوی صحیح، صورت بگیرد و اهمال و تأخیری نیز، در ورود به اقدامات درمانی انجام نپذیرد، می‌توان بر عدم مسئولیت پزشکان نظر داد؛ با این حال، باید توجه داشت که شکل‌گیری مسئولیت صاحبان جرّف پزشکی، صرفاً، محدود به خطاهای بدوی نیست و چه‌بسا با ورود به عملیات اجرایی درمان نیز، تقصیری رخ دهد که بتواند در محکومیت پزشکان مؤثر تلقی شود.

نتیجه‌گیری

از نیمه‌ی دوم قرن بیستم به بعد، علم پزشکی موفقیت‌هایی فراوانی را تجربه کرده است. اطلاع و آگاهی مردم از شکل‌گیری پیشرفت‌های عظیم در حوزه‌ی فناوری‌های پزشکی، توقع دریافت بهترین خدمات و ارائه‌ی آخرین تکنیک‌ها را به همراه داشته است؛ لذا، افزایش سطح توقعات، از سویی و بروز اشتباهات پزشکی، از سوی دیگر، به عاملی اساسی در تعیین حدود مسئولیت پزشکان و نحوه‌ی احراز و انتساب آن در حوزه‌ی کیفی و پزشکی بدل شده است؛ بنابراین، تلاش شد تا با بررسی نظرات کارشناسی مضبوط در پرونده‌های تخلفات پزشکی، شاخص‌های

جست‌وجو کرد؛ از همین رو، اگر بتوان میان ترک فعل رخ داده و نتیجه‌ی حاصل، این رابطه را به‌صورت کامل برقرار دانست و عدم درمان و تحقق ضرر حاصل را کاملاً، مرتبط با چنین ترک فعلی فرض کرد، با تقصیر کامل مواجهیم (تقصیر صد درصد)؛ اما در صورتی که، به‌هیچ‌وجه، نتوان چنین ارتباطی را میان این دو رکن برقرار ساخت، سخن‌گفتن از شکل‌گیری تقصیر نیز، جایگاهی نخواهد داشت (تقصیر صفر درصد). بروز چنین حالتی، کاملاً، استثنایی است و به‌ندرت، روی می‌دهد؛ اما غیرممکن نیست؛ به‌عنوان نمونه، خانمی در حاملگی پنجم و با سابقه‌ی دو سزارین و دو سقط قبلی، در هفته‌ی ۳۶ حاملگی، با شروع دردهای زایمانی و حجم زیاد مایع در کیسه‌ی جنینی، به بیمارستانی مراجعه می‌کند و تحت نظر متخصص زنان و زایمان بستری می‌شود. پس از سه روز، او سزارین شده و نوازدهش، با علائم حیاتی ضعیف و حال عمومی بد، به دنیا آمده که تحت مراقبت قرار گرفته است؛ اما پس از گذشت هجده روز از اقدامات درمانی، فوت می‌کند. متعاقب شکایت والدین نوزاد، ابتدا، پرونده در سازمان نظام پزشکی، بررسی شده و پزشک، از اتهام قصور در معالجات پزشکی، برائت گرفته است. پس از اعتراض به این رأی، پرونده به پزشکی قانونی ارجاع داده شده و اعضای بررسی‌کننده، چنین بیان داشته‌اند که برخی ایرادهای علمی در کیفیت اقدامات صورت‌گرفته طی روزهای بستری در بیمارستان (قبل از انجام‌دادن سزارین)، از قبیل انجام‌نشدن آزمایش‌های کنترل جنین (NST)^۱ و تجویز غیرمؤثر داروی کورتیکواستروئید^۲ مشاهده می‌شود؛ با این حال و با توجه به شواهد اختلال رشد داخل رحمی جنین و با توجه به وجود

1. Nonstress Test: بررسی ضربان قلب و میزان حرکات جنین برای

اطمینان از سلامت او.

2. Corticosteroid: هریک از استروئیدهای مترشح‌ه از قشر فوق

کلوی.

خطا در تشخیص ماهیت بیماری، اهمال یا غفلت در ارائه‌ی خدمات به بیمارانی که به چنین خدماتی نیاز فوری دارند، تأخیر در اعزام بیمار به مراکز درمانی مجهزتر، اعزام غیراستاندارد بیمار و عدم بهره‌گیری از تجارب و دانش سایر همکاران بهداشتی و درمانی، اهم معیارهای پیشادرمانی است که می‌تواند در این زمینه مسئولیت‌آفرین باشد.

محکومیت صاحبان حرف پزشکی، به‌صورت عینی، بررسی شود. همچنین باید گفت از هیچ پزشکی انتظار نمی‌رود که نتیجه‌ای خاص را برای بیمار تضمین کند و الزاماً، به درمان قطعی بیماری نایل آید؛ اما این توقع از ایشان وجود دارد که در مداوای بیماران، مطابق استانداردهای متعارف عمل کنند و در این زمینه، مرتکب بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی نشوند. در یک طبقه‌بندی کلی، می‌توان ارتکاب خطا یا اشتباهات پزشکی را در دو دسته‌ی پیشا یا پسادرمانی جای داد. مقصود از معیارهای پیشادرمانی خطاهایی است که در نخستین ارتباطات پزشک و بیمار و پیش از اجرای درمان تجویز یا گزینش‌شده، ظهور می‌یابند.

منابع

- 1- Sadrzadeh afshar M. Evidence in Iranian law. 4nd ed. Tehran: University Publication Center; 2006. [in Persian]
- 2- Salarzaee AH, Rayati R, Abdi R. Value of Enforceable Judgment Based on Laboratory Data to other Reasons. Medical Figh Quarterly. 2016; 8: 109-136. [in Persian]
- 3- Shahi A, Hosseini M, Khoeini GH. Analysis of the Recoverability Reasons of Potential Treatment Risks regarding a Doctor's Civil Liability (Iran and France's Legal Systems). Comparative law researches. 2016; 19(4): 49-74. [in Persian]
- 4- Sadeghi MH. [jarayem alayhe ashkhas] 11th ed. Tehran: Mizan; 1391. [in Persian]
- 5- Mohseni F, Malakooti, N. Review of Causal link (Causation) In the Islamic Penal Code 1392. The judiciary law journal. 2015; 79(91): 135-160. [in Persian]
- 6- Masjedsaraie M, Qurbanian H. New Attitude to the Removal Reasons of Civil Liability of Physician. Studies in islamic law & jurisppudence. 2014; 6(10): 211-238. [in Persian]
- 7- Bagherzadegan A, Mirzaei M. Abstract Jurisprudential and legal examinations of treatment leave liability based on Islamic Penal Code (2013). Figh of medicine. 2015; 6(20 , 21): 65-100. [in Persian]
- 8-Amoozegar M. Prosecution and law enforcement doctor. 1nd ed. tehran: majd; 2006. [in Persian]
- 9- Dorland W, newman A. dorland new medical dictionary english. 1th ed. Tehran: rahnama; 1999.
- 10- Salehi HR. civil liability in treatment procedure.tehran: mizan. 2014; 218. [in Persian]
- 11- Ardebili MA. General criminal law. Tehran: mizan; 2016. [in Persian]
- 12- Baheri M. Approach to General criminal law. 5th ed. Tehran: majd; 2015. [in Persian]
- 13- Abazari M. New terminology. 1th ed. Mashhad: Dariush noorallahi; 2013. [in Persian]
- 14- Jafari langroudi MJ. Law Terminology. 5th ed. Tehran: ganj danesh; 2013. [in Persian]
- 15- Daraei MH. Discharge of Civil Liability of Physicians in New Islamic Penal Code of Iran. Private law. 2016; 4(14): 53-80. [in Persian]

Evaluating Indices of Physicians' Pre- Therapeutic Responsibility

Alireza Moshirahmadi¹, Abdoreza Javan Jafari^{*2}, Aria Hejazi³, Hesam Ghapanchi⁴

¹Ph.D. Student of Law, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

²Associate Professor Department of Law, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

³Associate Professor, Forensic Medicine Organization, Mashhad, Iran.

⁴Lecturer, Department of Law, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

Abstract

The possibility of mistakes, negligence, injuries and damages in medical activities could give rise to a civil or criminal case. In such cases, resorting to experts' opinion is necessary. Forensic medicine organization has important role in such cases. Therefore, understanding of the criteria used by experts of this organization is important and could give rise to awareness of doctors and reduce their professional failures. This is a practical research with a descriptive and analytical method and its necessary information are collected by documentary studies. This investigation shows that medics normally try to have correct medical diagnosis and select appropriate process, and treat patients through reasonable methods to reduce their suffering and pains. It is possible that medics make a mistake in their diagnosis and treatment. Although the result of medical treatment are not guaranteed always, they have to do their treatment and operation according to reasonable and scientific standards and any recklessness and negligence causes criminal or civil responsibility. Reflection on the medical cases shows that the reasons of medic's conviction can be divided into two categories including pre-treatment and post-treatment factors. Pre-treatment indices contain errors related to diagnosis or choice of treatment.

Keywords: Forensics medicine, Pre-treatment, Medical fault, Medical responsibility, Scientific standards

* Corresponding Author: javan-j@um.ac.ir