نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۹۷، صفحات ۵۲۳ تا ۵۳۱

خطاهای پزشکی از منظر حقوق و اخلاق پزشکی

نویسنده:
سیدشهاب‌الدین صدر[۱]

چکیده

زمینه و اهداف: در موضوع خطاهای پزشکی، تعریف‌های مختلفی آمده است. خطای پزشکی، خطاها یا اشتباهاتی است که توسط گروه پزشکی رخ می‌دهد و می‌توانند منجر به آسیب به بیمار شوند. این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات درمانی اعم از دارویی یا جراحی، اشتباه در استفاده از فناوری و تجهیزات و اشتباه در تفسیر آزمون‌های پاراکلینیک هستند. در این مقاله، به بحث درخصوص وضعیت خطاهای پزشکی در کشورهای در حال توسعه، طبقه‌بندی خطاها و انواع قصور پزشکی اشاره شده است.

روش کار: مقاله حاضر با مطالعه منابع و متون علمی و مستندات موجود و استفاده از تحلیل صاحب‌نظران تدوین شده است.

یافته‌ها: طبقه‌بندی خطا از نظر رفتار انسانی، قوانین موجود در کشور درخصوص رابطه پزشک و بیمار و مسئولیت پزشک، عوامل مؤثر در طرح شکایت بیماران از پزشکان، مباحث اخلاق پزشکی نوین و.... انجام گرفته است.

نتیجه‌گیری: پزشکان می‌توانند با دقت در انجام وظایف، حفظ خونسردی و توجه به وضع روحی بیمار و اطرافیان او و شرایط اقتصادی آن‌ها و امکانات درمانی و در نظر گرفتن اوضاع و احوال کلی از بروز بسیاری از این شکایات پیشگیری کنند.

کلیدواژه: اخلاق پزشکی، خطاهای پزشکی، رویه قضایی، طبابت نادرست

مقدمه

خطاهای پزشکی سومین عامل مرگ و میر در کشور آمریکا است. سالانه بیش از ۲۲۵ هزار مرگ به علت اشتباهای پزشکان تنها در کشور آمریکا رخ می‌دهد. از این تعداد مرگ و میر ۱۲ هزار مورد فقط به علت انجام جراحی‌های غیر ضروری اتفاق می‌افتد. حدود هفت هزار مورد از این مرگ‌ومیرها ناشی از تجویز اشتباه داروهاست. بیش از ۸۰ هزار مورد از مرگ و میرهای فوق به علت بروز عفونت‌هایی است که پزشکان توسط درمان‌ها یا مداخلات خود در بیمار ایجاد کرده‌اند. بالغ بر ۱۰۶ هزار مورد از این مرگ و میرها ناشی از عوارض جانبی داروهاست. به عبارت دیگر حتی زمانی که پزشک داروی مناسب را تجویز می‌کند، در بسیاری از موارد به علت عوارض جانبی این داروها، بیمار فوت می‌کند. در مجموع، تمام این موارد باعث ۲۲۵ هزار مورد مرگ یاتروژنیک در کشور آمریکا می‌شوند. در کشور ایران، طبق گزارش پزشکی قانونی، سالانه حداکثر ۳۰ هزار پرونده شکایت در این خصوص وجود دارد که معمولاً ۵۰ درصد این پرونده‌ها منجر به برائت می‌شود(۲۵،۲۴،۱).

طبق گزارش انجمن پزشکی آمریکا (IOM)، ۷۰ درصد از Adverse Eventsها قابل پیشگیری، ۶ درصد به شکل بالقوه قابل پیشگیری و ۲۴ درصد غیرقابل پیشگیری است. هرسال ۱۶۰ هزار خطای اشتباهای اطلاعات شخصی درآزمایشگاه‌ها اتفاق می‌افتد(۲).

برآوردها نشان می‌دهند که در کشورهای توسعه‌یافته به ازای هر ۱۰ بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه دیده است. طیف وسیعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد. در کشورهای در حال توسعه، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان‌ها صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشورهای صنعتی است. خطر احتمالی عفونت‌های اکتسابی در بیمارستان در برخی کشورهای در حال توسعه حدود ۲۰ برابر بیشتر از آمار این عفونت‌ها در کشورهای توسعه یافته است(۳،۳۰،۳۱).

۱. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

در آمریکا حدود ۹/۵ درصد، در استرالیا حدود ۱۲ درصد، درکانادا حدود ۱۱/۳ درصد و درآلمان و بریتانیا حدود ۲ درصد از مرگ و میر سالانه به خاطر خطای پزشکی اتفاق می‌افتد. در مطالعه سال ۲۰۱۶ در آمریکا، و در ۲۵۱۴۵۴ پرونده، خطای پزشکی به عنوان سومین علل مرگ‌ومیر شناخته شد(۱).

در مجله JAMA عنوان شده است که خطاهای پزشکی جزو مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر هستند و باید در فهرست مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر دنیا قرار بگیرند. به اعتقاد دکتر باربارا استارفیلد، تراژدی خطاهای پزشکی سهم عمده‌ای در مورتالیته دارد و نباید به‌راحتی از کنار آن گذشت(۴).

طبقه‌بندی خطاها

- ✓ خطاهای پزشکی به صورت زیر دسته‌بندی شده‌اند:
- ✓ براساس شدت آسیب (خفیف، جدی، مرگ و ...)
- ✓ براساس محل وقوع خطا (بیمارستان، اورژانس، ICU، ...)
- ✓ براساس اشخاص درگیر (پزشک، پرستار، داروساز، بیمار،...)
- ✓ براساس نوع مراقبت (دارویی، جراحی، و...)
- ✓ فعال و نهان (Active and latent)
- ✓ بی‌احتیاطی و بی‌موالاتی (Omission and Commission)
- ✓ تئوری رفتارهای انسانی
- ✓ از نظر حقوقی و قانونی(۵).

انواع قصور پزشکی

چهار دسته قصور پزشکی عبارتند از:

۱. **بی‌مبالاتی:** پزشک از انجام اعمالی که در مواجهه با بیمار و بیماری او جزو اعمال پذیرفته شده ضروری بوده‌اند غفلت کرده است، یعنی اموری که لازم بوده انجام دهد را انجام نداده است. مانند: نگرفتن شرح حال از بیمار (مثل حساسیت دارویی)؛ ننوشتن نحوه مصرف دارو و عدم توضیح آن به بیمار؛ نگرفتن نوار قلب و یا تحت نظر نگرفتن بیمار دچار درد قفسه صدری؛ نداشتن یا چک نکردن وسایل احیا در جایی که تزریقات انجام می‌شود.

۲. **بی‌احتیاطی:** طبیب، جراح یا سایرین با انجام اقداماتی در اثر بی‌توجهی و بی‌دقتی دچار اشتباه شده‌اند و در نتیجه بیمار دچار آسیب شده است (کارهایی انجام داده‌اند که نباید انجام می‌شد). مانند: تزریق داروی اشتباه؛ جا ماندن گاز در اعمال جراحی؛ بستن حالب هنگام هیسترکتومی؛ انجام کنتراندیکاسیون‌ها.

۳. **عدم مهارت:** ناتوانی در انجام اموری تخصصی که توانایی یا کارایی خاصی لازم دارند. عدم مهارت ممکن است ناشی از تازه‌کاری و کم تجربگی باشد و یا ناشی از عدم بهره‌وری کافی از دانش پزشکی؛ عدم مهارت ممکن است عملی باشد و یا علمی. به بیان دیگر عدم مهارت یعنی: عدم آشنایی متعارف به اصول و دقایق علمی و فنی کار معین. مانند: اشکال در تکنیک جراحی؛ عوارض اقدامات مداخله‌ای و تشخیصی؛ تجویز داروی نامناسب یا با دوز نامناسب؛ ندانستن عوارض داروی تجویز شده.

۴. **عدم رعایت نظامات دولتی:** شامل قوانین و آیین‌نامه‌های نظام پزشکی و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بخشنامه‌های مراکز علمی و درمانی و هرگونه قانون، مصوبه، آیین‌نامه، بخشنامه و دستورالعمل‌هایی که از طرف قانون‌گذار یا مقامات صلاحیت‌دار در امور پزشکی وضع گردیده است. مانند: تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار؛ تبلیغات گمراه‌کننده و ...؛ ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری. عدم رعایت نظامات دولتی ممکن است علاوه بر محکومیت کیفری و جبران خسارت وارده منجر به محکومیت انتظامی پزشکان نیز بشود. مواردی از عدم رعایت نظامات دولتی که صرفاً به‌صورت خطا اتفاق افتاده و موجب ضرر و زیان اشخاص دیگر نشده باشد موجب مسئولیت کیفری نخواهد شد(۶).

انواع خطا از نظر رفتار انسانی عبارتند از:

- ✓ خطای انسانی Human Error
- ✓ خطای علمی knowledge-based
- ✓ خطای مهارت Skill-base
- ✓ خطای قوانین Role- based

خطای انسانی ممکن است مانند: فراموشی چک کردن پرونده بیمار در اطمینان از داروی تجویزی جهت بیمار مورد نظر (Slips)، یا پارگی/ بریدگی یک ارگان نزدیک به محل عمل جراحی توسط

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جراح حاذق با تجربه بـه علـت اشـکال در تمرکـز (Slapses) باشـد. همچنین ممکن است فعال (تزریق سرم اشتباه) و یا نهفتـه (خـراب بودن لوازم / شیفت‌های طـولانی/ داروهـای شـبیه بـه هـم) باشـد. خطای انسانی ممکن است ناشی از «انجام اقدام اشتباه» (Omission) و یا «عدم انجام اقدام درست» (Commission) باشد(۷).

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد (Never Events)

ایـن مـوارد براسـاس National Quality forum شـامل ۲۸ خطـای پزشکی است:

الف) وقایع جراحی

۱. انجـام جراحـی بـر روی قسـمت اشـتباهی از بـدن Surgery performed on the wrong body part

۲. انجام جراحی بر روی بیمار اشـتباه Surgery performed on the wrong patient

۳. انجام جراحی با روش و رویه غلط بر روی بیمار Wrong surgical procedure performed on a patient

۴. جا گذاشـتن اشـیاء خـارجی دربـدن بعـد از جراحـی یـا سـایر روش‌های درمانی Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure

۵. مرگ درحین عمل یا بلافاصله بعد از عمل جراحی در بیمـار بـا وضعیت سـلامتی طبیعـی Intraoperative or immediately post-operative death in an ASA Class I patient

۶. تلقیح مصنوعی با اهداکننده‌های (اسپرم و تخمک) اشتباه Artificial insemination with the wrong [8]donor sperm or donor egg (۸).

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات

۱. مرگ یـا نـاتوانی جـدی بیمـار بـه دنبـال اسـتفاده از داروهـا و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتـی Patient death or serious disability associated with the use of contaminated drugs، devices، or biologics provided by the healthcare facility

۲. مرگ یا ناتوانی جـدی بیمـار بـدنبال اسـتفاده از دسـتگاه‌هـا و تجهیزات مصرف شده قبلی و یا دستگاه‌هایی با عملکرد متفاوت با آنچه مـورد انتظـار اسـت. Patient death or serious disability associated with the use or function of a device in patient care، in which the device is used or functions other than as intended

۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال آمبولی هوای داخل عروقی در مراکز ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی Patient death or serious disability associated with intravascular air embolism that occurs [9]while being cared for in a healthcare facility (۹).

پ) وقایع مراقبتی بیمار

۱. ترخیص نوزاد به شخص اشتباه Infant discharged to the wrong person(۱۰).

۲. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال مفقودشدن (بیش از۴ ساعت بیمار) Patient death or serious disability associated with patient elopement disappearance (۱۰)

۳. خودکشی یا قصد خودکشی منجر به ناتوانی جدی در حین ارائه خدمات مراقبتی Patient suicide، or attempted suicide resulting in serious disability، while being cared for in a healthcare facility(۱۱).

ت) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط بـا خطـای درمـانی Patient death or serious disability associated with a medication error (e.g. errors involving the wrong drug، wrong dose، wrong preparation or wrong، wrong rate، wrong time، patient route of administration)

۲. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تجویز خون یا فراورده‌های خونی ناهمگون و ناسـازگار (تزریـق گروه خون اشتباه) Patient death or serious disability associated with a hemolytic reaction due to the administration of ABO/HLA-incompatible blood or blood products

۳. مرگ یا نـاتوانی جـدی مـادر در زایمـان طبیعـی یـا وضـع حمـل حاملگی‌های کم‌خطر موقع ارائه خـدمات مراقبتـی Maternal death or serious disability associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy while being cared for in a health care facility

۴. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی که موقع ارائـه خدمات مراقبتی شـروع شـود. Patient death or serious disability associated with hypoglycemia، the onset of which occurs while the patient is being cared for in a healthcare facility

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

۵. مرگ یا ناتوانی جدی (کرینکتروس Kernicterus) مرتبط با نارسایی و شکست در شناخت و درمان یرقان نوزادی Death or serious disability (kernicterus) associated with failure to identify and treat hyperbilirubinemia in neonates

۶. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش جهت خدمات بالینی Stage 3 or 4 pressure ulcers acquired after admission to a healthcare facility

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت درمان manipulative نخاعی Patient death or serious disability due to spinal manipulative therapy (۱۲).

ث) وقایع مرتبط با محیط

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار همراه شوک الکتریسیته در حین مراقبت‌های درمانی Patient death or serious disability associated with an electric shock or elective cardioversion while being cared for in a healthcare facility

۲. هرگونه حادثه‌ای دراثرانتقال اشتباه لوله‌های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار یا آلودگی این لوله‌ها Any incident in which a line designated for oxygen or other gas to be delivered to a patient contains the wrong gas or is contaminated by toxic substances

۳. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی به علت سوختگی ناشی از هر منبعی در حین مراقبت‌های درمانی Patient death or serious disability associated with a burn incurred from any source while being cared for in a healthcare facility

۴. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی به علت اختلال در محافظ و نگهدارنده‌های اطراف تخت Patient death or serious disability associated with the use of restraints or bedrails while being cared for in a healthcare facility

۵. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی به علت افتادن Patient death or serious disability associated with a fall while being cared for in a healthcare facility (۱۳).

ج) وقایع جنایی

۱. هرگونه دستورات درمانی توسط شخصیت‌های پزشک، پرستار، داروساز و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی دارای پروانه کار Any instance of care ordered by or provided by someone impersonating a physician، nurse، pharmacist، or other licensed healthcare provider

۲. سوءاستفاده و تجاوز جنسی از بیمار Sexual assault on a patient within or on the grounds of the healthcare facility

۳. مرگ یا جراحت مهم بیمار یا پرسنل ناشی از سوءاستفاده و تجاوز فیزیکی Death or significant injury of a patient or staff member resulting from a physical assault (i.e. battery)، that occurs within or on the grounds of the healthcare facility

۴. ربودن بیمار Abduction of a patient of any age (۱۴، ۱۵).

در آمریکا مهم‌ترین دلایل خطاهای پزشکی عبارتند از: خودکشی بیمار، خطاهای قبل و بعد از عمل جراحی، خطا در تجویز، جراحی روی موضع اشتباه، افتادن بیمار. طبق آمار ارائه شده توسط بانک داده‌های گروه پزشکی و بهداشتی آمریکا (NPDB) در سال ۲۰۰۵ میلادی بیشترین میزان پرداخت غرامت از میان همه خسارات پرداخت شده مربوط به قصور پزشکی پزشکان (۸۱/۱ درصد) بوده و دندانپزشکان در رده دوم قرار داشتند (۱۰ درصد) (۱).

برای اثبات قصور پزشک نسبت به بیمار باید چهار امر محقق شود: مسئول بودن پزشک در قبال بیمار(Duty)؛ عدم انجام وظیفه (Breach of the Duty)؛ وجود یک آسیب در بیمار (Injury)؛ اثبات ارتباط بین آسیب وارده و عملکرد پزشک (Causation)(۱۶) .

شرایط عدم قصور در امور پزشکی عبارتند از: قصد درمان داشته باشد (عدم سوء نیت)؛ اقدامات اخلاقی و مشروع باشد؛ موازین علمی پزشکی در انجام اقدامات رعایت شده باشد؛ برائت نامه گرفته باشد.

به‌طور خلاصه، اقدامات پزشکی باید مبتنی بر موازین علمی، قانونی و اخلاقی باشند. در غیر اینصورت ولو از بیمار رضایت یا برائت‌نامه هم گرفته شده باشد باز هم پزشک و کادر پزشکی مسئول خواهند بود.

در هر یک از مراحل پذیرش، تشخیص، درمان و پیگیری، امکان ایجاد شرایطی که منجر به شکایت از سوی بیمار شود، وجود دارد. سه عامل عمده در عدم رضایت بیمار از پزشک و در نتیجه طرح شکایت عبارتند از: عدم برقراری ارتباط صحیح پزشک با بیمار Lack of understanding؛ عدم کسب نتیجه مطلوب یا کسب نتیجه غیرمنتظره یا نامطلوب؛ قصور واقعی شامل یکی از موارد: سهل‌انگاری - بی‌احتیاطی - عدم مهارت - عدم رعایت نظامات دولتی.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

عدم برقراری ارتباط صحیح با بیمار یکی از مهم‌ترین علل قصور پزشکی است. یکی از سه علت عمده شکایت از پزشکان عدم تفهیم درست مطلب است (Lack of Understanding). در یک نظرسنجی که در آمریکا انجام شده بود از بین ۱۰۰۰ نفر، حدود نیمی بیان کردند که پزشکان خوب به حرف بیمار گوش نمی‌دهند و خوب هم توضیح نمی‌دهند.

عوامل دیگر عدم رضایت بیمار از پزشک عبارتند از: هزینه بالا، انجام اقدامات غیرضروری، عدم صداقت کافی در برخورد با بیمار و عدم جلب اعتماد او، برخورد نامناسب پرسنل پزشکی و تحریک سایر پزشکان.

عوارض شکایت بیمار برای پزشک عبارتند از: استرس روحی- روانی؛ هزینه‌های مالی؛ اتلاف زمان؛ از دست دادن پروانه طبابت. (۱۷، ۱۸).

انواع جرم

جرائم به سه دسته عمد، شبه‌عمد و خطای محض تقسیم می‌شوند. در جرم عمد، سوء نیت، قصد فعل و قصد جرم وجود دارد اما در جرم شبه عمد فقط قصد فعل وجود داشته و در خطای محض هیچیک از موارد بالا وجود ندارد.

انواع تخلفات کیفری عبارتند از: اشتغال به طبابت بدون مجوز؛ خودداری از کمک به مصدومین؛ سقط جنین؛ صدور گواهی خلاف؛ فریفتن بیمار با ادعای کاذب؛ دادن نسخه غیر ضروری؛ تجویز غیرضروری مواد مخدر(۱۹).

قوانین موجود در کشور درخصوص رابطه پزشک و بیمار و مسئولیت پزشک

آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای:

ماده ۲: شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی - سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود به کار ببرند.

ماده ۳: شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی، قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.

ماده ۶: انجام امور خلاف شئون پزشکی که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد شد توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می شود خودداری کنند.

ماده ۴: شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند.

ماده ۱۸: پزشک معالج مسئول 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 لازم بدانند مشاوره پزشکی با نظر پزشک معالج به عمل می‌آید و چنانچه بیمار یا بستگان او بدون اطلاع پزشک معالج از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند در این صورت پزشک معالج اول می تواند از ادامه درمان بیمار خودداری نماید مگر اینکه این دعوت در مواقع فوری و ضروری باشد.

ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی: هرگاه طبیبی هرچند حاذق و متخصص باشد، در معالجاتی که شخصاً انجام می دهدیا دستور انجام آن‌ها صادر می کند هرچند با اذن بیمار یا ولی او باشد باعث تلف شدن جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است.

ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی: درصورتی‌که قتل غیرعمد به واسطه بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است و یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود. مسبب به حبس از ۱ تا ۳ سال و نیز پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیاء دم محکوم خواهد شد.

ماده ۵۹: اعمال زیر جرم محسوب نمی‌شود: هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء 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.

ماده ۶۰: چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست ودر موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نیست.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

ماده ۳۲۲: هرگاه طبیب یا بیمار و مانند آن قبل ازشروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان برائت حاصل کند، عهده‌دارخسارت پدیدآمده نخواهد بود.

قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی (مصوب سال ۵۴):

الف) هر کس، شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند از اقدام به این امر خودداری کند حبس جنحه‌ای تا یکسال و یا پنج هزار تومان محکوم خواهد شد.

ب) کسی که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک مؤثر بکند (سه ماه - دوسال) یا (هزار تا ده هزار تومان).

پ) مسؤلان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرش شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان یا کمک اولیه امتناع کنند مجازات دو سال حبس یا ده هزار تومان جریمه نقدی.

ت) کسی که به حسب وظیفه یا قانون مکلف به کم‌کاری است و از انجام آن خودداری کند مجازات شش ماه تا سه سال حبس.

ماده ۶۴۵ قانون مجازات اسلامی: اطبا و جراحان، ماماها و داروفروشان و همه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند، هرگاه در غیر از موارد قانونی اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصدهزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند (۲۰).

مجازات صدورگواهینامه‌های پزشکی خلاف قانون

ماده ۵۳۹: هرگاه طبیب درباره شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه و یا برای تقدیم به دادگاه گواهی خلاف واقع صادر کند به شش ماه تا دو سال حبس و یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

ماده ۵۳۸: هرکس که شخصاً یا توسط دیگری برای معافیت خودیاشخص دیگری از خدمت دولت یا برای تقدیم به دادگاه تصدیق‌نامه به اسم طبیب جعل کند به حبس از شش ماه تا یک سال یا به سه تاشش میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

ماده ۵۴۰: هرگاه گواهی پزشکی خلاف واقع، موجب ضررشخص ثالث شود و یا به خزانه دولت خسارت وارد کند پزشک علاوه بر پرداخت خسارت وارده تا هفتادوچهار ضربه شلاق و یا به پرداخت دویست هزارتا دو میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

دیه

ماده ۲۹۵: در موارد زیر دیه پرداخت می شود: قتل یا جرح یا نقص عضو که به‌طور خطاء شبیه عمد واقع می شود و آن درصورتی است که جانی قصد فعلی را که نوعا سبب جنایت نمی شود 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 شود یا طبیبی مباشر تا بیماری را به‌طور متعارف معالجه کند و اتفاقاً سبب جنایت بر او شود.

ماده ۲۹۵ 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 یا ضرب یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود (۲۸،۲۷،۲۱).

مباحث اخلاق پزشکی نوین

مهم‌ترین مباحث در اخلاق پزشکی نوین عبارتند از:

- فلسفه اخلاق پزشکی
- ارتباط‌های حرفه‌ای در طب
- جسم انسان در اخلاق پزشکی
- مباحث اخلاق پزشکی قبل از تولد
- مباحث اخلاق پزشکی در کودکان
- اخلاق پزشکی در پیوند اعضاء و بافت‌ها
- خاتمه حیات انسانی
- بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی
- مسایل اخلاق پزشکی در ختم بارداری
- اخلاق در بیماران روانی
- سالمندی، دمانس و اخلاق پزشکی
- اخلاق و آموزش
- اخلاق و پژوهش
- قانون، طب و اخلاق پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

- **موضوع رضایت در کودکان:** عناصر مهم تصمیم‌گیری در کودکان، رضایت اطفال در هنگام پژوهش و درمان
- **پیوند اعضاء:** پیوند از دهنده زنده، مرده و مرگ مغزی
- **پیوند از:** بافت‌های جنینی، استفاده از سلول‌های بنیادی، جابه‌جایی هسته سلولی، پیوند بین انسان و حیوان
- اتانازی (فعال و انفعالی)
- **پژوهش‌های ژنتیک:** کلونینگ، اصلاح نژاد بشر، غربالگری ژنتیک، تهیه نقشه ژنوم انسانی، ژن درمانی
- **اخلاق در پژوهش:** خطاهای معروف در پژوهش‌های معاصر پزشکی، کدهای نورنبرگ - ۱۹۴۷، اهمیت رضایت، مفید بودن نتایج آزمایش، پرهیز از آزار جسمی و روح، آزادی مداوم برای خروج از پژوهش

بررسی آماری نشان از افزایش تعداد شکایات دارد و در بررسی‌های تحلیلی مشاهده می‌شود غالب این شکایات مربوط به مسائل قابل اجتناب است و همکاران پزشک می‌توانند با دقت در انجام وظایف خود و حفظ خونسردی و توجه به وضع روحی بیمار و اطرافیان او و شرایط اقتصادی آن‌ها و امکانات درمانی خود و در نظر گرفتن اوضاع و احوال کلی از بروز بسیاری از این شکایات پیشگیری نمایند (۲۲، ۲۴، ۲۸).

عوامل مؤثر در طرح شکایت بیماران از پزشکان عبارتند از:

- **عوامل رفتاری:** رابطه رفتاری پزشک با بیمار یکی از عوامل مهم است. وقتی که بیمار به دنبال یک اقدام درمانی دچار عارضه ناگواری می‌شود چه این عارضه مربوط به ذات بیماری باشد و چه در اثر سهل انگاری و کوتاهی پزشک ایجاد شده باشد از آنجا که انتظارات بیمار و اطرافیان او برآورده نشده، ناخواسته حالت روحی و خلقی غیرعادی خواهند داشت لذا بروز عکس‌العمل غیرمنطقی و نسنجیده کادر درمانی منجر به آزرده دلی بیمار و بدتر شدن اوضاع و بروز شکایت خواهد شد. رفتار مهربانانه، منطقی و سنجیده پزشک در این موارد معمولاً از بروز نارضایتی بیشتر و ابراز شکایت رسمی پیشگیری خواهد کرد. (مهم‌ترین عامل)
- **آگاهی ندادن به بیمار و اطرافیان او درباره عوارض احتمالی و خطرات غیرقابل پیش‌بینی:** بیمار امیدوار در مقایسه با بیمار مایوس و نا امید خیلی بهتر و راحت‌تر درمان می‌شود ولی این تلقین امید نباید حالت اغراق، فریبکاری و احیاناً سودجویی داشته باشد و موجب بهره‌گیری نادرست و غیرمنصفانه شود. بسته به مورد باید بیمار و بستگان را تا حد امکان از ماهیت بیماری، راه‌های درمانی موجود و عوارض احتمالی آگاه کرد تا بیمار با اطلاع و آگاهی کافی تصمیم بگیرد و در صورت بروز عوارض نیز آمادگی پذیرش آن را داشته باشد. میزان آگاهی دادن به بیمار تحت تأثیر وضعیت روحی و شرایط فرهنگی و اجتماعی خاص هر بیمار متفاوت است و این هنر پزشک است که بداند با هر بیمار و بیماری چگونه مواجه شود.
- **مسائل مالی و موضوع هزینه درمان:** یکی از مسائل مهم موضوع هزینه درمان است. تعداد بیماران بخش‌های دولتی بسیار بیشتر از بخش خصوصی است ولی تعداد شکایات از بخش‌های خصوصی معمولا بیشتر است بدین معنا که اگر نتیجه درمان رضایت بخش نباشد و یا منجر به فوت بیمار شود منجر به شکایت خواهد شد. بهتر است بیمارانی که برای درمان و جراحی انتخاب می‌شوند با توجه به پیش‌بینی تقریبی نتیجه عمل و لحاظ کردن وضعیت تمکن مالی انتخاب شوند و در صورت بروز خطر و عوارض طوری اقدام کرد که هزینه درمان برای بیمار و خانواده او خیلی گران و سنگین جلوه ننماید
- **عامل رشته تخصصی:** هرچه نوع بیماری مهم‌تر و نحوه درمان دشوارتر باشد احتمال بروز عوارض بیشتر است. لذا تعداد شکایات در رشته‌های جراحی معمولاً بیشتر از سایر رشته‌هاست (جراحی عمومی، ارتوپدی، زنان و زایمان، بیهوشی، جراحی مغز و اعصاب، دندانپزشکی و ... از رشته‌های پرشکایت هستند).
- **عامل دخالت سایر همکاران (تحریک سایر پزشکان):** ما به عنوان طبیب نباید اگر به نظر ما درمان صحیح نبوده این فکر را در بیمار القا کنیم یا حرکاتی انجام دهیم که بیمار را بر علیه پزشک قبلی تحریک نماید. رفتار سایر همکاران تأثیر به‌سزایی در بروز شکایت از پزشک دارد. رفتار نرسینگ و همچنین پزشکان بعدی که بیمار بعد از عدم حصول نتیجه مطلوب به آن‌ها مراجعه می‌کند و این یکی از مهم‌ترین مباحث اخلاق پزشکی است. در صورت لزوم نظر خود را محرمانه به پزشک قبلی می‌گوییم. چه بسا مواردی علیرغم اذعان به درمان صحیح، عوارض مربوط به ماهیت بیماری توسط برخی همکاران به پزشک معالج نسبت داده شده باشد و ... .

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

- **نگرفتن شرح حال کامل و عدم تکمیل دقیق پرونده قبل از اقدامات درمانی:** گاهی بیمار حتی با شرح‌حال و معاینه در مطب به بیمارستان ارجاع ولی توسط طبیب دیگری عمل می‌شود و لذا طبیب جراح شخصاً شرح‌حال نگرفته و معاینات کافی انجام نداده و اصولاً بیمار او را طبیب خود نمی‌داند در این گونه موارد است که به جای سمت راست، سمت چپ بدن بیمار عمل می‌شود و ... .
- **قصور در مراقبتهای بعد از عمل جراحی:** مسئولیت از لحظه پذیرش تا بهبودی کامل به عهده پزشک معالج است. پزشک جراح باید بعد از عمل جراحی بیمار خود را ویزیت کرده و بیمار به او دسترسی داشته باشد. رها کردن بیمار بعد از عمل حتی موفقیت‌آمیز در صورت بروز عوارض بعدی منجر به شکایت خواهد شد.
- **انتخاب بیمار:** پزشک باید بیماری را برای درمان یا عمل قبول کند که در توان علمی او باشد. در غیر این صورت باید غرور خود را بشکند و توقع مالی را به کناری نهد و بزرگوارانه بیمار را جهت درمان مقتضی به همکاران دیگر و بیمارستان‌های تخصصی راهنمایی کند. در بسیاری از موارد پزشک تخصص لازم را دارد و درمان بیمار نیز از عهده او برمی‌آید ولی بیمار به علت مشکلات اجتماعی یا شخصیتی و روانی فردی است که با شکایات متعدد مشکلاتی برای طبیب ایجاد خواهد کرد (این موضوع به‌خصوص در حوزه جراحی پلاستیک و زیبایی بیشتر دیده می‌شود).
- **عدم مطالعه کافی و نداشتن اطلاعات کافی از تازه‌های پزشکی:** انتخاب روش‌های درمانی و جراحی غیرعلمی، قدیمی و متروک یکی از علل شکایت است. پزشک باید به تازه‌ترین اطلاعات پزشکی و تکنیک‌های جراحی آگاه باشد تا از روش‌های قدیمی و متروک و منع شده استفاده نکند. با گذشت زمان بسیاری از داروها یا روش‌های درمانی به علت بروز عوارض و ناکفایتی درمان منع می‌شوند لذا استفاده صرف از جزوات دوران دانشجویی برای یک همکار با تجربه امری پسندیده نیست.
- مجهز نبودن بیمارستان، درمانگاه و کلینیک به وسایل درمانی و لوازم پزشکی ضروری
- مدیریت نادرست، نقص مدیریت در به کار گماردن افراد فاقد صلاحیت در درمانگاه، بیمارستان و اتاق عمل و نقص در سیستم سانترال گازها و اکسیژن بیمارستان‌ها
- بی‌توجهی به سطح فرهنگ، سنن و آداب قبیله‌ای، ایلی و خانوادگی و اعتقادات بیماران (۳۱، ۳۲).

Malpractice of Physicians from Legal and Ethical Perspectives

Seyyed Shahabedin Sadr, MD[1]

Abstract

Background and aim: Medical errors, faults or failures made by a doctor or medical team, which can cause bodily harm or injure patients constitutes malpractice; this may occur in the diagnostic phase, upon medical treatment or upon surgery or after. Inaccuracies or improper use of technology or equipment, as well as erroneous interpretation of paraclinical tests are important issues inherent to malpractice. In this article, we discuss the status of malpractice in developing countries, its classification and types of medical injuries considered to be malpractice.

Method: This article is a review compiled from scientific sources, including texts, and existing documentation in the electronic literature.

Results: Essential aspects of malpractice may relate to ethical or legal aspects, physician-patient relationship, physician irresponsibility, patient dissatisfaction or breaching medical ethics in practice.

1. Professor, Tehran University of Medical Sciences, Fellow of the Academy of Medical Sciences IR. Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

Conclusion: By abiding by the law, complying to medical ethics, pursuing patience in their practice, attention to the patient's mental and socio-economic status as well as his or her general condition may decrease or prevent malpractice and litigation.

Key words: Jurisprudence, Malpractice, Medical Errors, Medical Ethics

منابع

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. Br Med J 2016 May 3; 353: i2139.
2. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Serv Res 2014 Jul 18; 14: 311.
3. Bland M. An introduction to medical statistics. Oxford: Oxford University Press; 2015.
4. Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. Pak J Med Sci 2016 May-Jun; 32(3) :523-8.
5. Costa LBM, Godinho Filho M. Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. Production Planning and Control 2016; 27(10): 823-836.
6. Thiels CA, Choudhry AJ, Ray-Zack MD, Lindor RA, Bergquist JR, Habermann EB, et al. Medical Malpractice Lawsuits Involving Surgical Residents. JAMA Surg 2018 Jan 1; 153(1): 8-13.
7. Bogner MS. Human error in medicine. Florida: CRC Press; 2018.
8. Thiels CA, Lal TM, Nienow JM, Pasupathy KS, Blocker RC, Aho JM, et al. Surgical never events and contributing human factors. Surgery. 2015 Aug; 158(2): 515-21.
9. Polisena J, Gagliardi A, Urbach D, Clifford T, Fiander M. Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review. Syst Rev 2015 Mar 29; 4: 37.
10. Lembitz A, Clarke TJ. Clarifying "never events and introducing "always events". Patient Saf Surg 2009 Dec 31; 3: 26.
11. Austin JM, Pronovost PJ. "Never events" and the quest to reduce preventable harm. Jt Comm J Qual Patient Saf 2015 Jun; 41(6): 279-88.
12. Wager KA, Lee FW, Glaser JP. Health care information systems: a practical approach for health care management. New Jersey: John Wiley & Sons; 2017.
13. Pereira FGF, Ataíde MBC, Silva RL, Néri EDR, Carvalho GCN, Caetano JÁ. Environmental variables and errors in the preparation and administration of medicines. Rev Bras Enferm 2018; 71(3): 1046-1054.
14. Masic I, Izetbegovic S. The role of medical staff in providing patients rights. Med Arch 2014; 68(1): 61-4.
15. York TW, MacAlister D. Hospital and healthcare security. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2015.
16. Main BG, Adair SR. The changing face of informed consent. Br Dent J 2015 Oct 9; 219(7): 325-7.
17. Trivedi AN, Matula S, Miake-Lye I, Glassman PA, Shekelle P, Asch S. Systematic review: comparison of the quality of medical care in Veterans Affairs and non-Veterans Affairs settings. Med Care 2011 Jan; 49(1): 76-88.
18. Blay E Jr, DeLancey JO, Hewitt DB, Chung JW, Bilimoria KY. Initial Public Reporting of Quality at Veterans Affairs vs Non-Veterans Affairs Hospitals. JAMA Intern Med 2017 Jun 1; 177(6): 882-885.
19. Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL. Medication errors: an overview for clinicians. Mayo Clin Proc 2014 Aug; 89(8): 1116-25.
20. Ghasemzadeh N, Faramarzi Razini F, Alipour Ghoshchi S, Salehi S M. Responsibility of the physician in the Islamic Penal Code of 2013. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2014; 7(4): 1-12. [In Persian]
21. Daneshparvar HR. Legal aspects of medical certificates. Iranian Journal of Dermatology 2007; 10(2): 165-168. [In Persian]
22. Larijani B, Zahedi F. Medicine and Modern Medical Ethics. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2005; 4: 1-11. [In Persian]
23. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. BMJ Qual Saf 2014 Aug; 23(8): 678-89.
24. Sadr S, Ghadiani MH, Nasr F, Sadr F. The study of Complaints against Medical Malpractice in the Orthopedic Field at Medical Council organization of Islamic Republic of Iran from 2006 to 2009. International Journal of Review in Life Sciences 2015; 4(5).
25. Sadr S, Ghadian MH, Khalifeh Soltani MA, Sadr, F. Investigating medical malpractice complaints in the field of ophthalmology in medical council organization of Islamic Republic of Iran during 2006-2010. International Journal of Review in Life Sciences 2016; 1(6).
26. Sadr S, Ghadian MH. Islamic codes in medical ethics. International Congress of Bioethics. 26-28 Mar 2005; Tehran: National Institute of Genetic Engineering and Biotechnology; 2005.
27. Sadr S, Ghadiani MH, Farboodmanesh H. Islam and Medical Ethics. Iranian Journal of Forensic Medicine 2005; 11(1): 41-45. [In Persian]
28. Sadr S. Ethics and forensic medicine. Arabic Journal of Forensic Medicine and Criminal Science 2010; 28: 95-99.
29. Medical negligence among ENT care givers in Iran; a cross- sectional study from 2007 to 2010 in data set of the Medical Council Organization. Journal of Islamic Countries Organization for Forensic Medicine 2011; 7: 17-21.
30. Sadr S. The survey ethics of information electronic health records in the world. Journal of Islamic Countries Organization for Forensic Medicine 2012; 8: 13-17.
31. Sadr S. Medical malpractice. Journal of Islamic Countries Organization for Forensic Medicine 2013; 9.
32. Sadr S, Ghadiani MH, Sadr A. Determination the complaint files of Digestive faults in Iranian Medical Council. Journal of the Islamic Countries Organization for Forensic Medicine 2010; 6: 21-25.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]