

## مسئولیت دستیاران و دانشجویان پزشکی در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی (با مطالعه‌ی موردی پرونده‌های پزشکی قانونی استان فارس، از سال 1390 تا 1395)

حامد فدایی<sup>۱</sup>، دکترفتاح جعفری‌زاده<sup>۲</sup>، دکترسعید غلام‌زاده<sup>۱</sup>، دکترعبدالرسول ملک‌پور<sup>۳</sup>، دکترمحمد زارع‌نژاد<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت: 98/8/20

تاریخ پذیرش: 98/12/6

تاریخ انتشار: 98/12/25

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

مسئولیت کیفری پزشکان و دستیاران، از مباحث پیچیده‌ی حقوق پزشکی است. هدف از انجام این مطالعه، بررسی مسئولیت دستیاران و دانشجویان پزشکی در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی، با مطالعه‌ی موردی پرونده‌های پزشکی قانونی استان فارس از سال 1390 تا 1395 بوده است. در این مطالعه، 63 پرونده‌ی افراد شاکی بررسی شد که شامل 33 مرد (52,4 درصد) و 30 زن (47,6 درصد) بودند. غالب افراد شاکی، بی‌سواد و زیر دیپلم بودند و کمترین فراوانی، مربوط به سطح تحصیلات دکترا بود. درباره‌ی وضعیت جسمانی شاکی (بیمار)، بیشترین فراوانی مربوط به فوت افراد بود (با فراوانی 73 درصد)؛ بیشترین شکایات، از گروه درمانی (با فراوانی 95,2 درصد) و پس از آن، پزشک (با فراوانی 4/8 درصد) انجام شده بود. از نظر رشته‌ی تحصیلی، رشته‌ی زنان و زایمان، نسبت به سایر رشته‌ها، فراوانی بیشتری داشت (44,4 درصد). در کل، در 26 پرونده (41,3 درصد)، نهایتاً، متشاکلی تبرئه و 37 پرونده (58/7 درصد) نیز، به محکومیت افراد ختم شده بود. از نظر نوع قصور، فراوان‌ترین نوع قصور، مربوط به بی‌احتیاطی (91,9 درصد) بود. در این مطالعه، بیشترین فراوانی سطح تحصیلات متشاکلی، مربوط به رزیدنت ارشد (با فراوانی 11,1 درصد) بود. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، در خطاهای پزشکی به‌وجودآمده توسط دانشجویان دوره‌ی کارورزی (انترن) و دکترای تخصصی (دستیار)، مشخص کردن دقیق مسئولیت‌های کیفری دانشجویان دوره‌های عمومی و دستیاران تخصصی، در قبال قصور و خطاهای رخ داده و تبیین آن‌ها در آیین‌نامه‌های آموزشی هر دوره، اهمیتی خاص دارد. در کنار آن، برگزاری دوره‌های آموزشی پزشکی قانونی و مسئولیت حقوقی و کیفری دانشجویان در قبال امور درمانی، در ارتقای کیفیت درمان، بسیار اثرگذار است.

**واژگان کلیدی:** پزشکی قانونی، دانشجویان و دستیاران پزشکی، قصور پزشکی، مسئولیت کیفری

1. پزشک قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران.

2. دکترای عمومی دامپزشکی، سازمان پزشکی قانونی کشور، مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران.

3. پزشک قانونی، دکترای تخصصی، عضو پیوسته‌ی مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی، مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران.

\* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: شیراز، کیلومتر یک کمربندی معالی آباد، اداره کل پزشکی قانونی فارس، تلفن: ۰۷۱۳۶۳۲۴۱۰۰

Email: [zarenezhad@hotmail.com](mailto:zarenezhad@hotmail.com)

## مقدمه

خاص دارد و از هاله‌ای از احترام و تقدیر که زمانی به تقدیس می‌رسید، برخوردار است؛ زیرا این نظام با جسم بشری و کم‌کردن درد و بیماری آن ارتباط دارد. پزشک، تنها انسانی است که با اراده‌ی خود به وی اجازه می‌دهیم که با مهم‌ترین رکن وجودی، یعنی با سلامتی بدنی و روحی ما تماس داشته باشد؛ به همین دلیل، عجیب نیست که حرفه‌ی پزشکی ارتباطی زیاد با دین داشته و همسان علم خداشناسی باشد. در زمان‌های قدیم، به پزشک، کاهن گفته می‌شد و بیمار بهبودی خود را در کنیسه جست‌وجو می‌کرد؛ جایی که کاهن افسونگر با خواندن ورد و جادو تلاش می‌کرد تا خشم خدایان را که علت بیماری می‌دانستند، فرو نشانند. در نتیجه‌ی همین قداست و رازآلودگی حرفه‌ی پزشکی، رابطه‌ی پزشک و بیمار، رابطه‌ای نابرابر بوده است؛ پزشک اراده‌ای آمرانه و مقتدرانه داشته و مسئولیت برایش معنایی نداشته و بیمار مجبور به تسلیم محض و اطاعت کورکورانه از او بوده است (۳). امروزه، علی‌رغم تلاش جامعه‌ی پزشکی، کادر بهداشتی و درمانی و نیز، پیشرفت تکنولوژی درمانی و تقدس خاص این رشته، متأسفانه، میزان نارضایتی و شکایت بیماران از کادر پزشکی، رو به افزایش است. نگاهی گذرا به آمار و کیفیت پرونده‌های جرایم پزشکی، نشان می‌دهد یکی از علل افزایش میزان شکایت‌ها، ناآگاهی صاحبان حرف پزشکی از مسائل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه‌ی پزشکی و مسئولیت پزشکان در قبال بیماران است (۴).

در کشور ما نیز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، این وظیفه را بر عهده دارند و متولی سلامت جامعه و آحاد مردم‌اند؛ اما متأسفانه، نبود هماهنگی‌های لازم، گاهی، سبب برهم‌خوردن وضعیت سلامت روانی جامعه و سلب اعتماد مردم از متولیان امر درمان می‌شود. از طرف دیگر نیز، مشاهده می‌شود برخی از پزشکان،

مسئولیت جنایی پزشکان و دستیاران آن‌ها، از مباحث پیچیده‌ی حقوق پزشکی است. وقتی سخن از مسئولیت به میان می‌آید، منظور، قلمرو، شرایط، انواع و آثار مسئولیت است. نباید پنداشت که در فرایند درمان، تنها پزشک مباشر درمان، پاسخ‌گوی ضرر و زیان وارده بر بیمار است؛ بلکه از باب «قاعده‌ی تسبیب» (مواد ۳۳۱ و ۳۳۲ ق.م.ا<sup>۱</sup>)، همه‌ی دست‌اندرکاران مؤثر در فرایند درمان، از جمله متخصص بیهوشی، دستیاران و تکنسین اتاق عمل، در اعمال جراحی و بالاخره، از مرحله‌ی پذیرش بیمار تا ترخیص وی که می‌توان در عرف خاص پزشکی، عمل زیان‌آور به آن‌ها استناد داد، باید پاسخ‌گو باشند. مسأله‌ی نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان، دستیاران و بعضاً دانشجویان، به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی و درمانی، از مسائل مهم و حیاتی است. امروزه، با وجود تلاش پزشکان و دستیاران دلسوز و امکانات وسیع و پیشرفت تکنولوژی درمانی، نارضایتی و شکایت بیماران، بخشی شایان توجه از پرونده‌های جنایی دستگاه قضایی و سازمان نظام پزشکی را تشکیل می‌دهد (۱).

در واقع، حقوق پزشکی، نقطه‌ی تلاقی آرای متخصصان جامعه‌ی پزشکی و حقوق‌دانان است؛ گروه‌هایی که مساعی لازم را در زمینه‌ی برقراری و استقرار نظم و امنیت و حل‌وفصل معضلات و مشکلات حقوقی حاکم بر بهداشت و درمان و سلامتی، به کار می‌گیرند؛ لذا، اهمیت و ضرورت انجام تحقیق و بررسی همه‌جانبه‌ی بهداشت، سلامتی، نظم، امنیت و آسایش عمومی، کاملاً، واضح و مبرهن است (۲). پزشکی در میان مشاغل و حرفه‌های انسانی، جایگاهی

1. قانون مجازات اسلامی

سوگندی را که یاد کرده‌اند، به دست فراموشی سپرده و اصول اخلاقی و علمی حرفه‌ای خود را رعایت نمی‌کنند و با بی‌احتیاطی، سبب رساندن صدمات جسمی و روحی به بیماران می‌شوند که در چنین مواردی، بحث مسئولیت کیفری و مدنی آنان مطرح می‌شود (۵).

معالجات پزشکی به دو دسته‌ی ضروری و غیرضروری تقسیم می‌شوند. به نظر می‌رسد مبنای جبران خسارت در معالجات ضروری در حقوق ایران، نظریه‌ی «تقصیر» است. وفق ماده‌ی ۴۹۵ ق.م.ا، مصوب ۱۳۹۲، تقصیر مفروض، پذیرفته شده است؛ بدین معنا که پزشک می‌تواند مقصر نبودن خود را اثبات کند و در این نوع از معالجات، تعهد پزشک، تعهد به وسیله است (۶).

در قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲، تلاش شده است تا از سویی دایره‌ی ضمان پزشک، محدود و از دیگر سو، از بیماران حمایت شود. مقنن، در اولین گام، با عدول از نظریه‌ی خطر، نظریه‌ی فرض قصور و تقصیر را پذیرفته است؛ در گام بعدی حمایت از پزشکان، اخذ رضایت از بیمار را مسقط ضمان پزشک و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب دفع ضمان پزشک دانسته است. تحول جدید دیگر را می‌توان در وارد کردن نسبتاً صریح قاعده‌ی احسان، به‌عنوان یکی از عوامل سقوط ضمان پزشک تلقی کرد (۷).

بر اساس اصل شخصی‌بودن مسئولیت، هرکس مسئول اعمال خود است و هیچ‌کس را به خاطر اعمال دیگری نمی‌توان مسئول شناخت؛ بنابراین، اگر کسی در نتیجه‌ی عملی، مرتکب جرمی شود، خود آن شخص، رأساً، مسئول شناخته شده و هر نوع مجازاتی که قانون‌گذار برای آن جرم در نظر گرفته است، برای شخص مرتکب اعمال می‌شود (۸).

پزشکی که در انجام تعلیمات، مرتکب خطا شود، به‌تنهایی، در مقابل بیمار، مسئول خواهد بود؛ البته، لزوم انجام معالجه (ایفای تعهد) و استمرار آن تا پایان را می‌توان

مسئولیت قراردادی به حساب آورد؛ بنابراین، هر متعهدی که به تعهد خود جامه‌ی عمل نپوشانده باشد، مسئول است. افزون بر اینکه، پزشک، مسئول اقدامات همه‌ی افرادی است که آنان را مأمور ایفای تعهد خویش کرده است و رابطه‌ای که متعهد را به این افراد پیوند می‌دهد، اعم از اینکه قرارداد پزشک و انترن باشد یا پزشک با پزشک دیگر، در مسئولیت پزشک تأثیری ندارد. به نظر می‌رسد که استادان نسبت به دانشجویان خود، به‌طور قانونی، مانند حافظ و دارنده‌ی یک شیء مادی، مسئول فرض شده‌اند. این مسئولیت به خاطر قدرت کنترل و اداره‌ای است که آن‌ها بر تابع خود دارند. پزشکان می‌توانند با اثبات این نکته که علت اصلی موجد و مولد زیان، ناشی از عملکرد تابع یا شیء آن‌ها نیست، خود را از قید این مسئولیت برهانند. مراقبت و نظارت بر زیردستان و دانشجویان، می‌تواند به‌صورت انفرادی یا مشترک و گروهی باشد. مراقبت و نظارت مشترک، زمانی مطرح می‌شود که عده‌ای، به‌صورت جمعی و بدون تمایز، اختیاری یکسان برای هدایت و نظارت بر یک دانشجو داشته باشند. نکته‌ای که باید بدان توجه داشت، این است که تعهد، توسط پزشک پذیرفته می‌شود و او کار را به دیگری واگذار می‌کند؛ اما اگر انترن بیمارستان، بی‌اطلاع رزیدنت یا استادان هیئت علمی، بیماری را بپذیرد و خود مبادرت به درمان کند، شخص او مسئول خواهد بود؛ چراکه انترن برخلاف کارآموز وکالت که حقوقدانی فارغ‌التحصیل است، پزشکی فارغ‌التحصیل نیست و فعلاً، اجازه‌ی طبابت ندارد (۹).

همچنین، ماده‌ی ۴۹۶ ق.م.ا، بیانگر آن است که پزشک، نه‌تنها، نسبت به اعمال خود مسئولیت خواهد داشت، بلکه نسبت به اعمالی که از ناحیه‌ی کادر پزشکی که در حیطه‌ی دستورات او انجام وظیفه می‌کنند نیز، مسئول خواهد بود؛ نمونه‌ی عملی و عینی این موضوع، پرونده‌ی مربوط به بیمارستانی است که طی آن، تعدادی از پرستاران، انسولین فاسد را به بیماران تزریق کردند و موجب مرگ عده‌ای از

تقصیر هم نشود، مسئولیتی ندارد. تبصره‌ی ۱ این ماده نیز، ضمان نبودن پزشک، در صورت عدم قصور یا تقصیر او را به صراحت، مطرح کرده است.

تنها قانونی که در ایران، صراحتاً، به مسئولیت پزشک پرداخته، قانون مجازات اسلامی است. با توجه به رویکرد قانون یادشده، پزشک، صرفاً، در صورت ارتکاب تقصیر، مسئولیت دارد. در چنین شرایطی، با خلأ قانونی مواجه می‌شویم که ماحصل آن، انبوهی از خسارات برای جبران است که آثار نامطلوب اجتماعی را در پی خواهد داشت؛ لذا، شایسته است که قانون مجازات اسلامی که هم مقررات مربوط و مسئولیت پزشک و هم روانی جبران خسارت ناشی از حوادث پزشکی را به خود اختصاص داده است، در این زمینه بازنگری شود. در این مسیر می‌توان با بهره‌گیری از نظرات فقهی، به اتخاذ رویه‌ای واحد، درخصوص مبنای مسئولیت پزشک پرداخت و با عنایت به نوآوری‌هایی که در کشورهای دیگر صورت گرفته است.

هدف از انجام این مطالعه، توجیه ضرورت توجه خاص در تعیین مسئولیت دستیاران و دانشجویان دوره‌ی عمومی رشته‌ی پزشکی در موارد قصور احتمالی پزشکی بوده است؛ لذا، به این منظور، ضمن بررسی سایر تحقیقات و مطالعات به صورت کتابخانه‌ای، پرونده‌های پزشکی بیماران که در آنها قصور پزشکی دستیاران و دانشجویان پزشکی رخ داده است، به صورت میدانی، مطالعه شد.

### روش کار

در مطالعه‌ای گذشته‌نگر و توصیفی تحلیلی، همه‌ی پرونده‌های مربوط به قصور پزشکی، با محوریت مسئولیت دانشجویان پزشکی و دستیاران که طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵، در کمیسیون پزشکی اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان فارس بررسی شده بودند، بازنگری شدند و اطلاعات موجود در آنها، بر اساس فرم جمع‌آوری داده، جمع‌آوری و ثبت شد.

آنها شدند. بعد از بررسی دادگاه، تقصیر گروه پزشکی و پرستاران، احراز و حتی پزشک سرپرست نیز، مسئول شناخته شد؛ این در حالی است که برخی قواعد حقوقی متعارض، موجبات تردید محاکم در تطبیق قواعد مسئولیت‌های پزشکی را فراهم کرده است؛ بنابراین، این مسأله به تجزیه و تحلیل نیاز دارد تا بتوان آن را با مبادی صحیح قانونی منطبق دانست؛ به‌عنوان مثال، مواد ۱۱۹ و ۲۲۰ آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی نیز، مشاوره‌ی پزشکی و انجام اعمال پزشکی، به‌وسیله‌ی پزشک جانشین را تنها با درخواست بیمار یا وابستگان او مجاز دانسته است و اغلب نیز، مسئولیت پزشک با ورود دیگری به جای وی و قبول بیمار به انجام معالجه از طرف او، پایان می‌یابد؛ چراکه قراردادی جدید با بیمار منعقد شده و در واقع، تبدیل تعهد صورت گرفته است و اگر ثابت شود که پزشک در معالجه و مراقبت به چیزی بیشتر از اظهارنظر یا جراحی تعهد نکرده، او، تنها، مسئول خطای خویش است (۱۰).

قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، با تخصیص مواد ۴۹۵، ۴۹۶ و ۴۹۷ و بند «ج» ماده‌ی ۱۵۸، به مسئولیت پزشک پرداخته است. صدر ماده‌ی ۴۹۵، دلالت بر زمان مطلق پزشک، در صورت تلف یا صدمه‌ی بدنی دارد؛ به عبارتی دیگر، قانون‌گذار، اصل را بر مسئولیت پزشک نهاده است؛ درحالی‌که اطلاق اصلی یادشده با قیمتی که قانون‌گذار در ادامه‌ی ماده مقرر می‌دارد، محدود می‌شود؛ چندان که به موجب ماده‌ی یادشده، هرگاه عمل پزشک، مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه براءت گرفته باشد و مرتکب

1. ماده‌ی 19 آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، مصوب سال 1369: پزشک معالج، مسئول ادامه‌ی درمان بیمار خود است؛ مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند.
2. ماده‌ی 20 منبع پیشین: در مواردی که مشاوره‌ی پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشک مشاور با توافق بیمار و بستگان او و پزشک معالج به عمل می‌آید.

گروه، از ANOVA استفاده شد؛ همچنین، برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی، از Chi-Square بهره گرفته شد. مقادیر P-Value کمتر از ۰/۰۵، به‌عنوان معنی‌دار از نظر آماری، در نظر گرفته شدند.

#### یافته‌ها

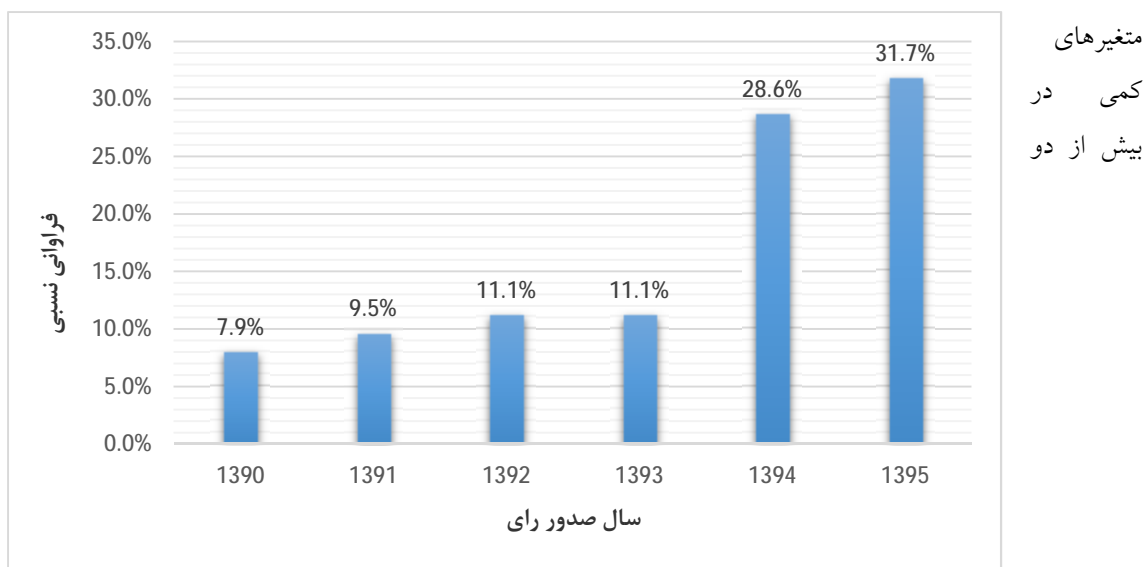
در این مطالعه، پرونده‌ی ۶۳ شاکی بررسی شد که شامل ۳۳ مرد (۵۲،۴ درصد) و ۳۰ زن (۴۷،۶ درصد) بود. از این تعداد، ۲۵ نفر مجرد (۳۹،۷ درصد) و ۳۸ نفر متأهل (۶۰،۳ درصد) بودند. از مجموع ۶۳ پرونده‌ی بررسی‌شده، ۲۶ پرونده (۴۱،۳ درصد) مربوط به افراد بی‌سواد، ۲۴ پرونده (۳۸،۱ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۸ پرونده (۱۲،۷ درصد) مربوط به افراد با مدرک تحصیلی دیپلم و ۵ پرونده (۷،۹ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات کاردانی و کارشناسی بوده است.

شایسته‌ی یادآوری است که با توجه به رأی صادره، میزان قصور، برائت، رضایت و تعیین مسؤولیت کیفی دانشجویان یا دستیاران پزشکی مشخص است.

داده‌های بررسی‌شده، شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، وضعیت جسمانی و محل سکونت شاکی، سال صدور رأی، نوع کمیسیون تشکیل‌شده، تعداد اعضای کمیسیون، رشته‌ی تحصیلی مشتکی‌عنه، سطح تحصیلات مشتکی‌عنه، افراد مورد شکایت قرار گرفته، نوع مرکز درمانی، نوع مراجعه‌ی بیمار، نوع قصور و نتیجه‌ی کمیسیون درباره‌ی مسؤولیت دانشجویان و دستیاران پزشکی در موارد قصور پزشکی، بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، برای محرمانه‌بودن محتوای پرونده‌ها، بررسی آن‌ها در محل اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان فارس، انجام و از نام و نام خانوادگی شاکی و آدرس آن‌ها استفاده نشد.

#### تحلیل آماری

تحلیل آماری داده‌های به‌دست‌آمده، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، نسخه‌ی ۱۸، انجام شد. برای مقایسه‌ی متغیرهای پارامتریک در دو گروه، از T-Test و برای مقایسه‌ی



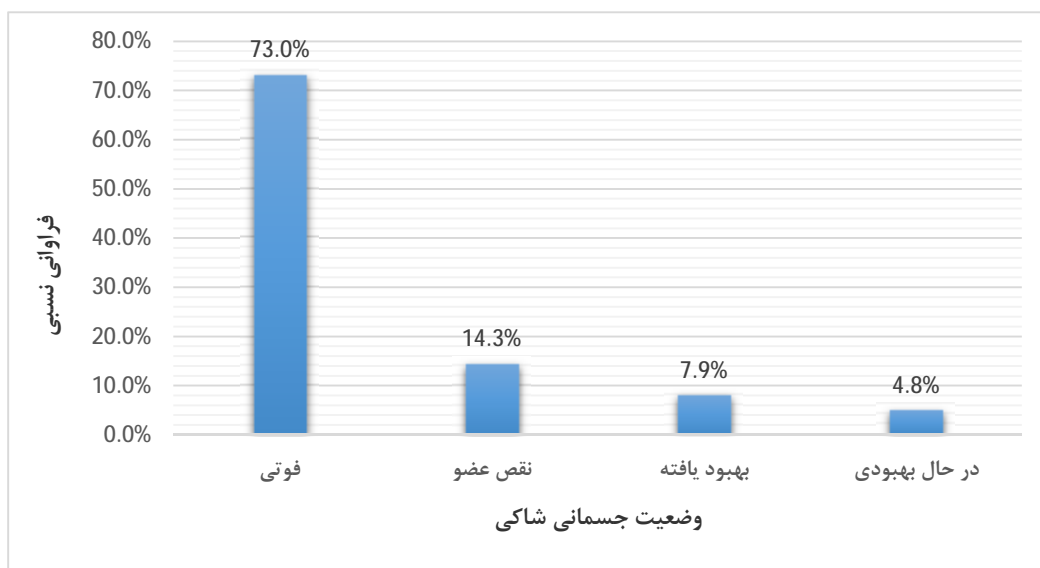
نمودار شماره‌ی ۱- مقایسه‌ی فراوانی پرونده‌ها، از نظر سال صدور رأی

با هفت پرونده (۱۱,۱ درصد)، سال ۱۳۹۱ با شش پرونده (۹,۵ درصد) و سال ۱۳۹۰ با پنج پرونده (۷,۹ درصد) در رتبه‌های بعد قرار گرفته‌اند.

بررسی فراوانی وضعیت جسمانی شاکی (بیمار) از حیث صدمات ادعا شده، نشان داد که بیشترین فراوانی، به ترتیب مربوط است به: موارد فوتی با فراوانی ۴۶ پرونده (۷۳ درصد)؛ نقص عضو با فراوانی ۹ پرونده (۱۴,۳ درصد)؛ بهبود یافتگان با فراوانی ۵ پرونده (۷,۹ درصد) و در حال بهبودی با ۳ پرونده (۴,۸ درصد).

بررسی فراوانی افراد شاکی (بیمار) از نظر محل سکونت، نشان داد که اغلب شاکیان، ساکن شیراز (۸۴,۱ درصد) و مابقی، ساکن شهرستان‌های استان فارس بوده‌اند. شهرستان فسا با پنج پرونده (۷,۹ درصد) در رتبه‌ی دوم و شهرستان‌های جهرم و ارسنجان، هر کدام با دو پرونده (۳,۲ درصد) و نورآباد با یک پرونده (۱,۶ درصد) در رتبه‌های بعد قرار داشته‌اند.

از نظر سال صدور رأی، بیشترین فراوانی، مربوط به سال ۱۳۹۵ با بیست پرونده (۳۱,۷ درصد) بوده است. سال ۱۳۹۴ با هجده پرونده (۲۸,۶ درصد)، سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، هر کدام

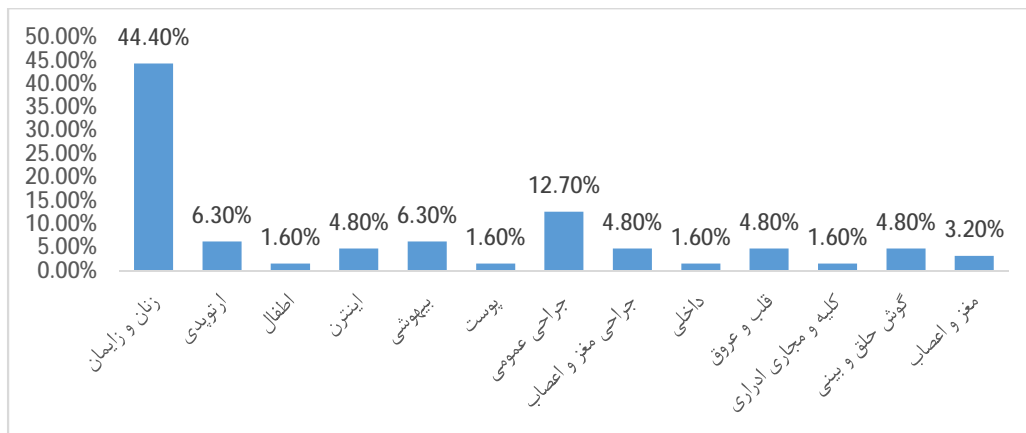


نمودار شماره ۲- مقایسه‌ی فراوانی وضعیت جسمانی شاکی (بیمار)، از حیث صدمات ادعا شده

(۲۲,۲ درصد) اختصاص داشته است. بررسی فراوانی افراد مشتکی‌عنه نشان داد که بیشترین شکایات از گروه درمانی (۹۵,۲ درصد) و پس از آن، پزشک (۴/۸ درصد) صورت گرفته است؛ همچنین، بررسی فراوانی رشته‌ی تحصیلی مشتکی‌عنه نشان داد که فراوان‌ترین آن‌ها، به ترتیب، عبارت‌اند

در این مطالعه، فراوانی انواع کمیسیون‌های برگزار شده بررسی شد. از نظر نوع کمیسیون، غالب پرونده‌ها، از نوع اول استانی یا کمیسیون بدوی بوده است (۲۸ پرونده و ۴۴,۴ درصد). پس از آن، بیشترین فراوانی، به کمیسیون عالی ستادی با ۲۱ پرونده (۳۳,۳ درصد) و مجدد استانی با ۱۴ پرونده

از: رشته‌ی تخصصی زنان و زایمان با ۲۸ پرونده (۴۴,۴ درصد) و رشته‌ی جراحی عمومی با ۸ پرونده (۱۲,۷ درصد).



نمودار شماره‌ی ۳- مقایسه‌ی فراوانی رشته‌ی تحصیلی مشتکی‌عنه

معادل ۵۸/۷ درصد از افراد بوده است. فراوان‌ترین محل ذکرشده درباره‌ی وقوع قصور پزشکی در این مطالعه، بیمارستان‌های دولتی با فراوانی ۶۲ نفر، (۹۸,۴ درصد) بود.

جدول شماره‌ی ۲- فراوانی نوع قصور

نوع قصور	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)
بی‌احتیاطی	۳۳	۸۹,۲
نداشتن مهارت	۱	۲,۷
رعایت نکردن نظامات دولتی	۳	۸,۱
جمع کل	۳۷	۱۰۰

از نظر نوع مراجعه به مراکز درمانی، فراوان‌ترین نوع مراجعه در این مطالعه، نوع الکتیو با فراوانی ۶۹ درصد بوده است و نوزده بیمار، به‌صورت اورژانسی (۳۰,۲ درصد) به بیمارستان‌ها ارجاع داده شده‌اند که فراوان‌ترین نوع قصور، مربوط به بی‌احتیاطی (۸۹,۲ درصد) بوده است. بیشترین فراوانی گروه سنی افراد شاکی، مربوط به نوزادان (۲۸/۶

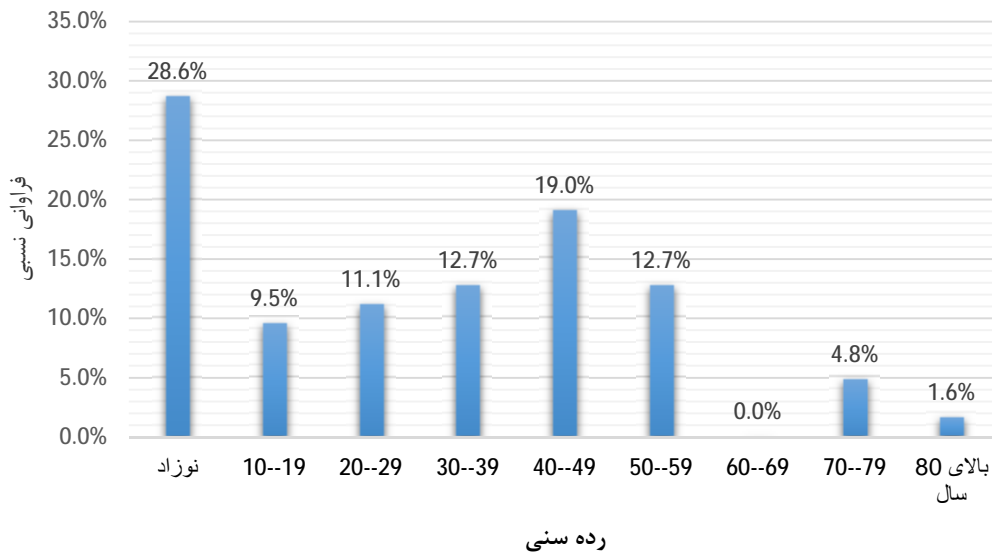
از نظر سطح تحصیلات مشتکی‌عنه، در این مطالعه، بیشترین فراوانی سطح تحصیلات متشاکمی مربوط به رزیدنت ارشد (۱۱,۱ درصد) بود و پس از آن، رزیدنت سال سوم (۶,۴ درصد) و اینترن و رزیدنت سال اول (هرکدام ۴,۸ درصد) قرار داشتند. بخشی اعظم از فراوانی موجود، مربوط به رزیدنت با سطح تحصیلات نامعلوم (۶۹,۸ درصد) بود.

جدول شماره‌ی ۱- فراوانی سطح تحصیلات مشتکی‌عنه

سطح تحصیلات متشاکمی	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)
اینترن	۳	۴,۸
رزیدنت سال اول	۳	۴,۸
رزیدنت سال دوم	۲	۳,۲
رزیدنت سال سوم	۴	۶,۴
رزیدنت ارشد	۷	۱۱,۱

بررسی فراوانی نتیجه‌ی کمیسیون نشان داد که در ۲۶ عدد از پرونده‌ها (۴۱,۳ درصد)، نهایتاً رأی به تبرئه‌ی متشاکمی‌عنه داده شده و ۳۷ پرونده نیز، به محکومیت افراد ختم گردیده که

درصد) و پس از آن، افرادی با دامنه‌ی سنی ۴۰ تا ۴۹ سال (۱۹ درصد) است. کمترین فراوانی افراد شاکی نیز، به افرادی با گروه سنی بالای هشتاد سال اختصاص دارد.



نمودار شماره‌ی ۴- مقایسه‌ی فراوانی گروه سنی افراد شاکی (بیمار)

پزشکی فوت می‌کنند (۸). در کشور ما نیز، کل موارد شکایت از کادر درمانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران، در سال ۱۳۷۴، ۱۳۴ عدد بوده است. همین آمار، در سال ۱۳۷۸ به ۲۹۹، در سال ۱۳۸۳ به ۸۲۳ و در سال ۱۳۸۴، به ۱۲۷۰ عدد رسیده که نشان‌دهنده‌ی سیر صعودی شکایت‌ها از پزشکان است (۹).

امروزه، میزان شکایت از کادر پزشکی در ارتباط با قصور انجام‌شده در درمان یا جراحی‌ها، رو به فزونی است و در برخی از رشته‌ها، نسبت به سایر رشته‌ها، فراوانی این نوع شکایت، بیشتر است.

قانون مجازات فعلی، تنها قانونی است که در زمینه‌ی مسئولیت پزشک، صراحتاً، قواعدی را دربردارد که این قوانین در حل پرونده‌های ناشی از حوادث پزشکی کارآمد و کافی نیست؛ لذا، به نظر می‌رسد چنانچه مبنای تقصیر در مسئولیت

#### بحث

قصور پزشکی، صرف‌نظر از علت آن، یکی از مباحث مهم اخلاقی در علوم پزشکی است. این در حالی است که تعدادی زیاد از پزشکان و کادر درمانی، از مسائل قانونی مربوط به این رشته بی‌اطلاع‌اند یا اطلاعاتی ناقص دارند. از سوی دیگر، مسأله‌ی نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج، به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی و درمانی، از مسائل مهم و علاقه‌مندی‌های جامعه است. امروزه، علی‌رغم تلاش‌های پزشکان و کادر درمانی و تقدس خاص این رشته و با وجود بهره‌وری از امکانات در دسترس، میزان نارضایتی و شکایت، رو به افزایش نهاده است. در کشور آمریکا، شکایت از پزشکان از ۸ درصد در سال ۱۹۸۶، به ۲۷ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است. سایر آمارها در این کشور، حاکی از آن است که هر ساله، حدود ۹۸ هزار نفر، به دلیل اشتباهات



کرده‌اند، از نظر جنس، مساوی بوده و تفاوت موجود در بین جنس افراد شاکی، از نظر آماری، معنی‌دار نیست.

از میان ۶۳ نفر شاکی پرونده‌های قصور پزشکی، ۲۵ نفر مجرد (۳۹٫۷ درصد) و ۳۸ نفر، متأهل (۶۰٫۳ درصد) بوده‌اند. با توجه به آمار موجود، تعداد شاکیان متأهل، بیشتر از مجردها بوده است. فراوانی افراد متأهل، به‌طوری معنی‌دار، از افراد مجرد کمتر بوده است؛ البته، باید متذکر شد که در این تحقیق، از آنجاکه بعضی از پرونده‌ها مربوط به بخش زنان و زایمان بوده و بیشتر افراد شاکی یا همان کسانی که پرونده‌ی پزشکی قانونی به نام آن‌ها بوده است، نوزاد بوده‌اند، شاکی، اغلب اولیای دم آن‌ها بوده است.

تحصیلات، نقشی مهم در میزان اطلاعات و آگاهی شخص دارد و بدیهی است با افزایش سطح تحصیلات، میزان آگاهی و دانش شخص افزایش یابد. در این مطالعه، با بررسی سطح تحصیلات شاکیان، به این نتیجه رسیدیم که برخلاف روند مورد انتظار، بیشترین فراوانی شاکیان، مربوط به افراد بی‌سواد و زیر دیپلم بوده و افرادی با تحصیلات عالی و بالاتر، کمترین فراوانی شاکیان را به خود اختصاص داده‌اند؛ به‌طوری‌که با افزایش سطح تحصیلات، فراوانی افراد شاکی کاهش یافته است.

بیشترین فراوانی تحصیلات شاکیان، مربوط به افراد بی‌سواد و کمترین، مربوط به افرادی با سطح تحصیلات آکادمیک بوده است. باید در نظر گرفت که به‌صورت کلی، در جامعه، تعداد افراد دارای مدارک تحصیلی بالاتر، مانند فوق لیسانس، کمتر از دیپلم است؛ پس نمی‌توان به‌طور قطع، نظر داد که افراد دارای تحصیلات بیشتر، کمتر، تمایل به شکایت دارند. در مطالعه‌ی اخلاقی و همکاران (۲۰۰۴) که به بررسی پرونده‌های شکایات علیه متخصصان زنان و زایمان ارجاع‌شده به اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان فارس پرداخته (۱۰) نیز، بیشتر شاکیان، دیپلم بوده‌اند. در مطالعه‌ی حاضر، اغلب پرونده‌های شکایت، مربوط به نوزادان بوده است و

پزشک، مدنظر قانون‌گذار باشد، بهتر است این رفع ابهام از مواد قانونی مربوطه، به این شکل انجام گیرد: بهره‌جویی مناسب از منابع فقهی، در کنار بررسی نظام حقوقی کشورهای دیگر در شیوه‌های جبران خسارت.

بر اساس ماده‌ی ۴۹۵ ق.م.ا. سال ۱۳۹۲، می‌توان چنین نتیجه گرفت که چنانچه عمل پزشکی که باعث آسیب به بیمار یا فوت او شود، در اثر بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، نداشتن مهارت و رعایت‌نکردن نظامات دولتی باشد، مشمول ماده‌ی ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی (مبحث دیات) و ماده‌ی ۶۱۶ همین قانون (بخش مجازات‌های تعزیرات و بازدارنده)، مصوب ۱۳۹۲ خواهد بود؛ زیرا اگر برائت هم، تحصیل کرده باشد، برائت تحصیل‌شده، منوط به عدم تقصیر است و در صورت تقصیر، پزشک ضامن است.

مبانی فقهی ضمان پزشک و همچنین، مسئولیت‌های مدنی و جزایی و در نهایت، مسئولیت‌های صنفی (انتظامی)، همه از موضوعاتی است که پیش‌زمینه‌ی تحمیل مسئولیت بر پزشک و سنگ بنای تدوین ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی طبق شرایطی شده است؛ گرچه در این ماده، اخذ برائت پیش از اقدامات پزشکی را رافع مسئولیت دانسته‌اند.

در این مطالعه، میزان قصور، برائت و رضایت و تعیین مسئولیت کیفری دانشجویان و دستیاران پزشکی مطرح‌شده در کمیسیون پزشکی اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان فارس، مربوط به قصور پزشکی، طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ بازنگری و اطلاعات موجود در آن‌ها، بر اساس فرم جمع‌آوری داده، جمع‌آوری و ثبت شده است. با توجه به رأی صادره، مسئولیت کیفری دستیاران و دانشجویان پزشکی ناشی از قصور در اقدامات درمانی، از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵، در پرونده‌ها مشخص شده است.

در این مطالعه، تعداد ۶۳ نفر شاکی بررسی شدند که شامل ۳۳ مرد (۵۲٫۴ درصد) و ۳۰ زن (۴۷٫۶ درصد) بودند. تقریباً، تعداد مراجعه‌کنندگانی که از وضعیت، ناراضی بوده و شکایت

تمایلی کمتر به ارائه‌ی شکایت دارند (۱۱): درحالی‌که در مطالعه‌ی پیش رو، غالب افراد شاکی (بیماران) نوزاد بودند. شاکیان پرونده‌های قصور پزشکی، به‌طور معمول، به دلایلی مختلف، برای شکایت به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند که شامل نقص عضو، فوت و زندگی نباتی است؛ همچنین، برخی جراحات نیز، ممکن است بهبود یافته یا درحال بهبودی باشد. در این مطالعه، وضعیت جسمانی شاکی (بیمار)، از حیث صدمات ادعاشده، بررسی شده که بیشترین فراوانی، مربوط به فوتی‌ها (۴۶ پرونده و ۷۳ درصد) است. بعد از آن، نقص عضوها هستند (۹ پرونده و ۱۴٫۳ درصد)؛ البته، شاکیانی هم هستند که یا بهبود یافته بودند یا درحال بهبودی بودند. بهبودیافته‌ها با پنج پرونده (۷٫۹ درصد) و بیماران درحال بهبودی با سه پرونده (۴٫۸ درصد) کمترین فراوانی را داشتند. از نظر وضعیت جسمانی شاکی، بیشترین فراوانی، مربوط به فوتی‌ها بوده است (۷۳ درصد)؛ البته، درباره‌ی افرادی که فوت شده‌اند، شاکی، اولیای دم آن‌ها بوده و درعین‌حال، پرونده‌ی شکایت، با نام و عنوان فرد متوفی که اغلب ایشان نوزادان بوده‌اند، تشکیل شده است.

در این مطالعه، مراکز درمانی که در آن‌ها قصور دستیاران و دانشجویان پزشکی رخ داده بود، اکثراً بیمارستان‌های دولتی بودند که این نکته به علت ماهیت آموزشی این قبیل مراکز و حضور دستیاران و دانشجویان پزشکی شاغل در این مراکز می‌باشد. با نظر به اینکه غالب جراحی‌ها در بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد، فراوانی شکایات مطروحه از مطب‌های خصوصی، به‌طوری شایان توجه، کمتر از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی بود. بیشترین نوع مرکز درمانی در پرونده‌های بررسی‌شده، مربوط به بیمارستان دولتی و بعد از آن، بیمارستان خصوصی بوده است. مطب‌های خصوصی، کمترین سهم را داشته‌اند. این توزیع، در تضاد با مطالعه‌ی

از آنجاکه نوزادان فاقد تحصیلات‌اند، دلیل همخوانی‌نداشتن نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر، مشخص می‌شود. از نظر محل سکونت، با توجه به مطالعات انجام‌شده، اغلب شاکیان، ساکن شیراز بوده (۸۴٫۱ درصد) و مابقی، در شهرستان‌های استان فارس سکونت داشته‌اند. فسا با پنج پرونده (۷٫۹ درصد)، جهرم و ارسنجان، هرکدام با دو پرونده (۳٫۲ درصد) و نورآباد با یک پرونده (۱٫۶ درصد) در رتبه‌های بعدی قرار دارند. در مطالعه حاضر پرونده‌ی شاکیان بر اساس محل سکونت افراد در شهرستان‌های دیگر استان بررسی نگردید. از طرفی، با توجه به اینکه افراد مراجعه‌کننده به اداره‌های پزشکی قانونی استان فارس، اغلب، ساکن شیراز و کمتر، ساکن شهرهای حومه بوده‌اند، این اختلاف فراوانی، توجیه‌پذیر است.

در پژوهش موجود، پرونده‌ها از نظر سال صدور رأی، بررسی شده است. بیشترین فراوانی صدور رأی، در سال‌های ۱۳۹۵ با بیست پرونده (۳۱٫۷ درصد) رخ داده است. سال ۱۳۹۴ با هجده پرونده (۲۸٫۶ درصد)، سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، هرکدام با هفت پرونده (۱۱٫۱ درصد)، سال ۱۳۹۱ با شش پرونده (۹٫۵ درصد) و سال ۱۳۹۰ با پنج پرونده (۷٫۹ درصد) نیز، در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

در این مطالعه، بیشترین فراوانی گروه سنی افراد شاکی، مربوط به نوزادان با فراوانی ۲۸/۶ درصد و پس از آن، افرادی با دامنه‌ی سنی ۴۰ تا ۴۹ سال با فراوانی ۱۹ درصد بود. کمترین فراوانی افراد شاکی، مربوط به افرادی با گروه سنی بالای هشتاد سال بود که با مطالعه‌ی سیدمصطفی میراکبری و همکاران (۲۰۰۳)، با عنوان «بررسی شکایات قصور پزشکی از جراحی‌های بینی ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور، در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۹» مغایرت دارد. در این مطالعه، متوسط سن شاکیان  $29,3 \pm 11,7$  بوده است؛ یعنی به نظر می‌رسد افراد جوان‌تر، تمایل بیشتر و افراد مسن‌تر،

در این مطالعه، در ۴۱٫۳ درصد از پرونده‌ها، نهایتاً، رأی به تبرئه داده شده و ۵۸/۷ درصد از پرونده‌ها نیز، به محکومیت افراد ختم شده بود. فراوانی موارد تبرئه و محکومیت در این مطالعه، از نظر آماری، معنی‌دار نبود. آمار بالای محکومیت پزشکان و کادر درمانی، بیانگر ضرورت آموزش کارآمدتر و آشنایی بیشتر این گروه با خطاهای پزشکی و راه‌های جلوگیری از آن است.

از نظر نوع مراجعه به مراکز درمانی، فراوان‌ترین نوع مراجعه در این مطالعه، نوع الکتیو با فراوانی ۶۹ درصد بوده است. در مطالعه‌ی صدر (۲۰۰۷) که به بررسی پرونده‌های قصور در رشته‌ی تخصصی ارتوپدی پرداخته، سهم شکایات اورژانسی بیشتر از الکتیو بوده است (۱۳). در مطالعه‌ی غفاری و همکاران (۲۰۱۹) از نظر نوع مراجعه‌ی اولیه‌ی شاکیان به محل درمان، ۱۹٫۴ درصد به‌صورت اورژانسی، ۱۰٫۴ درصد به‌صورت سرپایی و ۷۰٫۴ درصد به‌صورت الکتیو بوده است (۱۴).

در مطالعه‌ی حاضر و در بررسی پرونده‌ها، فراوان‌ترین نوع قصور، مربوط به دستیاران و دانشجویان بی‌احتیاطی (۸۹٫۲ درصد) بود. با نظر به عدم تجربه و آگاهی کافی دانشجویان و دستیاران از جوانب مختلف امور درمانی، احتمال بروز بی‌احتیاطی در ایشان بسیار بیشتر است. در مطالعات دیگر نظیر صالحی و همکاران (۲۰۱۹) و برزگر و همکاران (۲۰۱۶) بیشترین فراوانی انواع قصور، به‌ترتیب، مربوط به بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، رعایت‌نکردن نظامات دولتی و نداشتن مهارت بودند (۱۶ و ۱۵)؛ همچنین در مطالعه‌ی باستانی و همکاران (۲۰۱۴) که در خصوص قصورات رشته‌ی تخصصی بیهوشی انجام شد، از میان کمیسیون‌های مشترک (مرکب) قصور رشته‌ی گوش، حلق و بینی، و متخصصان بیهوشی، بیشترین نوع قصور و بی‌احتیاطی، شایع‌ترین قصور متخصصان بیهوشی در کمیسیون‌های مرکب با قصور رشته‌ی

جعفر کاظمی و همکاران (۲۰۱۴)، با عنوان «بررسی شکایت از پزشکان به سازمان نظام پزشکی گیلان» است. در این مطالعه، سهم مطب‌های شخصی بیشتر از مراکز دیگر بوده است (۱۲).

در مطالعه‌ی پیش رو، از نظر نوع کمیسیون تشکیل‌شده، غالب موارد، نوع اول استانی یا کمیسیون بدوی بودند. پس از آن، بیشترین فراوانی مربوط به کمیسیون عالی ستادی و مجدد استانی بود؛ همچنین، فراوان‌ترین کمیسیون‌ها از نوع کمیسیون با تعداد سه نفر کارشناس متخصص (۴/۴ درصد) و پس از آن، کمیسیون هفت‌نفره (۲۵/۴ درصد) بود.

در این مطالعه، به بررسی فراوانی افراد متشکی‌عنه پرداخته شده است. بیشترین شکایات از گروه درمانی (با فراوانی و ۹۵٫۲ درصد، و پس از آن، پزشک (۴/۸ درصد) بود؛ البته، از آنجاکه شاکیان در شکایت از قصور پزشکی، اغلب، نمی‌دانسته‌اند، دقیقاً، چه کسی را مخاطب خود قرار دهند، از گروه درمانی شکایت کرده‌اند.

در این مطالعه، فراوانی شکایات در ارتباط با قصور پزشکی، از نظر رشته‌ی تحصیلی متشاکی، بررسی و مشخص شد که فراوان‌ترین رشته که مراجعان از آن شکایت کرده بودند، رشته‌ی تخصصی زنان و زایمان (با فراوانی ۴۴٫۴ درصد) بوده است که به‌طوری معنی‌دار، فراوانی آن با سایر رشته‌ها اختلاف دارد.

همان‌طور که گفته شد، هدف از انجام این مطالعه، بررسی مسؤولیت کیفی دستیاران و دانشجویان پزشکی ناشی از قصور در اقدامات درمانی با مطالعه‌ی موردی استان فارس، از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ بود. به این منظور، سطح تحصیلات افراد متشاکی بررسی شد. انترن‌ها، کمترین فراوانی را در میان افراد متشاکی داشتند؛ همچنین، دستیاران رشته‌های تخصصی مختلف، با سطوح تحصیلات متفاوت، به‌عنوان افراد متشاکی، مرتکب قصور پزشکی شده بودند.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله، از همه‌ی کارکنان اداره‌ی کل پزشکی قانونی استان فارس، برای همکاری در جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، تقدیر و تشکر می‌کنند. مقاله‌ی حاضر، حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز است.

گوش، حلق و بینی بوده است (۱۷).

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر و بر اساس بررسی‌های تخصصی در کمیسیون‌های قصور پزشکی اداره کل پزشکی قانونی استان فارس، دانشجویان دوره‌ی کارورزی (انترن) و دکترای تخصصی (دستیاری) در برخی از خطاهای پزشکی به‌وجودآمده، به‌عنوان مقصر شناخته شده و با وجود اینکه عملاً دوران آموزشی را می‌گذرانند مسئولیت کیفری ناشی از آن قصورات بر عهده ایشان می‌باشد؛ بنابراین مشخص کردن دقیق مسئولیت‌های کیفری دانشجویان دوره‌های عمومی و دستیاران تخصصی، در قبال قصور و خطاهای رخ داده و تبیین آن‌ها در آیین‌نامه‌های آموزشی جامع و کامل برای هر دوره، اهمیتی خاص دارد و در کنار آن، برگزاری دوره‌های آموزشی پزشکی قانونی و مسئولیت حقوقی و کیفری دانشجویان در قبال امور درمانی، در کاهش قصور این دسته از دانشجویان، بسیار مؤثرند.

## منابع

- 1- Salarzaei AH, Sheibani M. Criminal responsibility of Medical team. *Islamic Law and Fiqh Studies*. 2009; 1(1): 99 -124.
- 2- Javadi H. *Criminal Responsibility of Physicians and Medical Professionals*, Tehran: World Book Publishing; 2015. p. 19. [in Persian]
- 3- Shojaei Pourian S. *The Contractor's Responsibility to the Patient*. Tehran: Ferdowsi Publications; 2010. p. 17. [in Persian]
- 4- Kahoouii M. Attitude and function of medical residents and students o Semnan University of Medical Sciences: About documentation of curative aids for patients in view of Forensic Medicine. *Legal Medicine Journal*. 2007, 31(2): 92-99.
- 5- Elahimanesh MR. *Criminal Law and Medical Offenses*. Tehran: Majd Publications; 2015. p. 13. [in Persian]
- 6- Amuzegar M. *Prosecuting the Criminal Doctor*. Tehran: Majd Publications; 2009. p. 74. [in Persian]
- 7- Salarimi Karimi H. Group responsibility for the treatment of partners, students and patients in medical accidents. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2014; 20(4): 211-219. [in Persian]
- 8- Roddy Holder A. *Medical errors*. *Hematology*. 2003; 1: 503-8.
- 9- Mahfoozi A, Zamani R. The causes of complains from anesthesiologists in Tehran medical system organization during 2000-2005. *Sci J of forensic Med*. 2006; 13(2): 98-101.
- 10- Akhlaghi M, Tofighi Zavareh H, Samadi F. Medical malpractice complaints in the field of obstetrics and gynecology referred to the Medical Commission of Forensic Medicine in 2001 and 2002: The causes and methods of its prevention. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2003; 10 (34): 70-4. [in Persian]
- 11- Mirakbari M. Investigation of medical failure complaints of nasal surgery referred to the National Forensic Medicine Organization from 1994 to 2000. *Journal of Forensic Medicine*. 2003; 9(31): 123-36.
- 12- Jafar Kazemi K. Investigating the complaint of physicians to the Guilan Medical System Organization. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2014; 23(91): 8-15. [in Persian]
- 13- Sadr SH. Examination of medical malpractice complaints in the field of orthopedics in Tehran Forensic Medicine General Department during the years 1998to 2003. *Journal of Forensic Medicine*. 2007; 13(2): 78-86.
- 14- Ghaffari S. A comparative study of the developments in Islamic penal code regarding physician guarantee. *Medical Law Quarterly*. 2019; 49: 37-63.
- 15- Salehi H. The basis of physician civil liability for necessary and unnecessary treatment in Iranian and American laws. *Quarterly Journal of Medical Law*. 2019; 50: 29-55.
- 16- Barzgar Bafrouee A, Zarenezhad M, Gholamzadeh S, Hosseini SMV, Gholi A, Gharedaghi J. Evaluation of orthopedic specialists' malpractice complaints referred to legal medicine organization from 2008 to 2010. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2016; 22(1): 55-66. [in Persian]
- 17- Bastani M, Hejazi A, Zarenejad M, Shahriary S, Sahmeddini MA. Malpractice cases of anesthesiology leading to death or impairment referring to Shiraz forensic medicine commissions during 2006-2011. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014; 21(122): 61-7.

## Residents 'and Medical Students' Responsibility for Diagnostic and Therapeutic Measures (Case Study of Fars Province Forensic Medical Files- 2011 to 2016)

Hamed Fadaee<sup>1</sup>, Fatah Jafarizadeh<sup>2</sup>, Saeed Gholamzadeh<sup>3</sup>,  
Abdolrasoul Malekpour<sup>4</sup>, Mohammad Zarenezhad<sup>\*5</sup>

<sup>1</sup>MSc in Criminology and Criminology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Iran.

<sup>2</sup>Ph.D. in Criminology, Assistant Professor, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Iran.

<sup>3</sup>Forensic Physician, Legal Medicine Organization, Forensic Medicine Research Center, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>Doctor of Veterinary Medicine, Forensic Medicine Organization, Forensic Medicine Research Center, Tehran, Iran.

<sup>5</sup>MD, PhD., Associate Member of Forensic Medicine Research Center, Forensic Medicine Research Center, Tehran, Iran.

### Abstract

The criminal responsibility of physicians and assistants is a complex area of medical law. The purpose of this study was to investigate the responsibility of medical residents and medical students in performing diagnostic and therapeutic measures with case study of forensic medical files in Fars province from 2012 to 2017. In this study, 63 plaintiffs' cases were assessed, including 33 males (52.4%) and 30 females (47.6%). Most of the complainants were illiterate and under-graduate, and the least frequent was at doctoral level. Regarding the physical condition of the plaintiff (patient), the highest frequency was related to death (73%). Most of the complaints were from treatment group (95.2%) and physicians (4.8%). In terms of field of study, the field of obstetrics and gynecology (44.4%) included more complaints than other fields. In total, 26 (41.3%) cases were finally acquitted and 37 (58.7%) were convicted. The most common type of failure was neglect (91.9%). In this study, the highest frequency of associate education was related to senior resident (11.1%). Based on the results of the present study, medical errors were made by trainees (interns) and residents, specifying the criminal responsibilities of medical students and residents for errors and omissions and explaining their findings. Educational materials in each course are of particular importance. Additionally holding forensic courses and defining the legal and criminal responsibility for medical students are important for the improvement of treatment quality

**Keywords:** Medical malpractice, Criminal responsibility, Medical students and residents, Forensic medicine

---

\* Corresponding Author: [zarenezhad@hotmail.com](mailto:zarenezhad@hotmail.com)