MLJ

مجله حقوق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره پنجاه‌وششم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: http://ijmedicallaw.ir

مقاله پژوهشی

تحلیل حقوقی شکایات انتظامی از دندانپزشکان استان قم در سازمان نظام پزشکی طی سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۲

محمد مهدی‌زاده[۱]، مهدی خاقانی اصفهانی[۲]، ابوالفضل محمدبیگی[۳]، سمیرا حاجی‌صادقی[۴*]، آبتین داوودی[۵]

۱. دانشیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲. استادیار، گروه حقوق، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی «سمت»، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۴. استادیار، گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۵. دندانپزشک، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۰۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶

واژگان کلیدی:

دندانپزشکان

حقوق بیمار

رضایت بیمار

* نویسنده مسؤول:

سمیرا حاجی‌صادقی

آدرس پستی: ایران، قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت.

کد پستی: ۳۷۱۳۶-۴۹۳۷۳

تلفن: ۲۵-۳۷۷۰۰۰۹۴

پست الکترونیک:

dr.s.hajisadeghi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: شکایات بیماران استرس و هزینه زیادی برای دندانپزشکان دارد. دندانپزشکی از خطا مصون نیست و اعتراض نسبت به خدمات حق مسلم بیماران است. بررسی علل شکایات از دندانپزشکان و شناخت علل نارضایتی در تعیین برنامه‌های پیشگیری، مهم است. هدف این مطالعه ارائه تصویری از علل شکایات از دندانپزشکان و آراء صادره از سازمان نظام پزشکی قم است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی به صورت توصیفی، و با بررسی پرونده شکایت‌ها انجام گرفت. پرونده‌های مربوط به شکایات از دندانپزشکان در سازمان نظام پزشکی از سال ۱۳۹۲ لغایت ۱۳۹۶ بررسی شد. متغیرهای سن، جنسیت، تخصص، سابقه و عوامل رفتاری دندانپزشک و تجهیزات مرکز درمانی و همچنین سن و جنسیت بیماران ارزیابی گردید. انجام تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS صورت پذیرفت.

یافته‌ها: ۷۷ پرونده بررسی شد که ۸۷٪ شکایت‌ها از دندانپزشکان مرد و ۱۳٪ از دندانپزشکان زن بود. فراوانی شکایت بیماران زن (۵۱/۹٪) بیشتر از بیماران مرد (۴۸/۱٪) به دست آمد. از کل شکایات، در ۱۱٪ قرار منع تعقیب، در ۹٪ مصالحه در دادسرا صورت گرفت. ۵۳/۲٪ منجر به صدور رأی محکومیت و در ۲۴/۷٪ نیز رأی برائت صادر شد. مهم‌ترین علت شکایات، قصور دندانپزشکان در اجرای خدمات دانسته شد و هیچ شکایتی ناشی از مجهز نبودن مرکز درمانی به ثبت نرسید. در پرونده‌هایی که به دلیل قصور و عدم تبحر در درمان، در جریان بودند، تفاوت آماری معنی‌داری در سن دندانپزشک و سابقه کار وی دیده شد.

ملاحظات اخلاقی: این تحقیق پس از دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی قم آغاز شد و تا انتها با تکیه بر اصول اخلاقی، امانت‌داری و صداقت نگارش یافته است.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین علت شکایت، بی‌مبالاتی دندانپزشکان در اجرای خدمات است. سن بالاتر دندانپزشک و سابقه بیشتر آنها با شکایت از دندانپزشکان ارتباط داشت. قانون‌گذار با عدول از نظریه‌ی خطر، نظریه‌ی فرض قصور و تقصیر را پذیرفته است. در گام بعدی برای حمایت از درمانگران، اخذ رضایت از بیمار را رافع مسئولیت درمانگر دانسته، و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب دفع مسئولیت پزشک می‌داند. با این حال، تعارض ماده ۴۹۲ با تبصره «۱» ماده ۴۹۶ نیازمند اصلاح است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انجمن علمی حقوق پزشکی ایران است.

۱. مقدمه

رابطه پزشک و بیمار براساس اعتماد بیمار به پزشک و اطمینان از مهارت و طبابت او است. هرگاه پزشک از وظایف تشخیصی و درمانی خود کوتاهی کرده و پیگیری و راهنمایی لازم را طبق موازین پزشکی و قوانین رایج کشور انجام ندهد، مرتکب قصور پزشکی شده است. قصور و تقصیر حرفه‌ای در طب، براساس تبصره ماده ۱۴۵ ماده قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲) مشتمل بر چهار مصداقِ بی‌احتیاطی، بی-مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی است (۱). شکایت از پزشکان به‌عنوان یکی از چالش برانگیزترین تنش-های حرفه‌ای آنان، علاوه بر این که زمان و هزینه زیادی را بر پزشک و بیمار تحمیل می‌کند، باعث بروز تنش قابل توجه برای آنها و تأثیر منفی مستقیم بر کارکردشان می‌شود و هدررفت منابع در نظام سلامت کشور را در پی دارد (۲). اعتراض نسبت به خدمات بهداشتی، به مثابه یکی از حقوق مسلّم بیماران، از محورهای برنامه‌های سلامت کشور شناخته شده است (۳،۴). پزشک در صورت ارتکاب قصور باید به جبران خسارت وارده و مسئولیت کیفری و حقوقیِ ناشی از آن ملتزم باشد، وگرنه اجباراً بدان ملزم خواهد شد. جبران خسارت می‌تواند محدوده‌ای از پرداخت خسارت مالی در پی محکومیت غیرکیفری تا محکومیت کیفری را شامل شود (۵-۹).

براساس قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ دندانپزشک در برابر آسیب وارده به بیمار حتی اگر آسیب جزئی نظیر عوارض بیماری باشد، ضامن محسوب می‌شد، مگر آن که قبلاً از بیمار رضایت و برائت یا دست‌کم، رضایت می‌داشت (۵). نظام فقهی-حقوقیِ حاکم بر قانون تعزیرات (مصوب ۱۳۷۵) این-چنین بود که توسل پزشک به رضایت مکتسبه از بیمار و بالتبع خلاصی از مسئولیت کیفری در قالب «عملیات طبی مشروع» به عنوان یکی از «علل موجهه جرم»، منوط به رعایت استانداردهای مراقبت بیمار از طرف دندانپزشک بود (۱۰، ۱۱).

در هفت ماه نخست سال ۱۳۹۸، بیشترین میزان شکایت در قصور پزشکی نوبت نخست با ۵۷۹ مورد مربوط به رشته دندانپزشکی بوده که ۳۷۰ مورد آن به محکومیت و ۲۰۹ مورد به تبرئه انجامید. پس از آن، جراحی زنان و زایمان با ۴۵۴ مورد، جراحی عمومی با ۳۹۶ مورد، جراحی ارتوپدی با ۲۹۰ و پزشکان عمومی با ۲۶۱ مورد بیشترین موارد شکایت را داشته‌اند. قصور دندانپزشکان، طی سالیان متمادی در رتبه دوم پس از قصور در رشته جراحی زنان و زایمان بوده، که متأسفانه در سال گذشته به رتبه اول تغییر وضعیت داد؛ موضوعی که اهمیت بررسی علل قصور دندانپزشکان را ضرورت می‌بخشد (۱۲). توجه به نتایج این تحقیق، از آن جهت با مقاله حاضر مرتبط و بهره‌مندی از داده‌های آن مفید است که تغییر یا ثبات در رتبه‌بندی رَسته‌های مختلف مرتکب قصور را در بازه زمانی مورد مطالعه، با سالِ پس از آن بررسی می‌کند. بی‌شک، تغییر یا ثبات گرایش پزشکیِ دارای بیشترین محکومیت بابت قصور درمانی، استنتاجات بعدی و توصیه‌های پژوهش‌های آتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

دندانپزشکان به جهت بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، ضعف مهارت یا عدم رعایت نظامات دولتی (نقض مقررات) از نظر حقوقی مقصر شناخته می‌شوند (۷). قصور دندانپزشکی شامل اشتباه در تشخیص، درمان یا مدیریت بیماری است. در صورت غفلت و عدم مهارت دندانپزشکان در نظارت بر درمانگرِ تحت‌نظر دندانپزشک موجب ایراد خسارت به بیمار گردد، دندانپزشک واجد مسئولیت حقوقیِ نیابتی خواهد بود و او و درمانگرِ فرعی، متضامناً مسولیت حقوقی به نسبت میزان قصور دارند (۴). مهم‌ترین عوامل شکایت‌ها علیه دندان‌پزشکان عبارتند از: عوامل رفتاری، نارسایی در ارائه آگاهی به بیمار و اطرافیان در مورد عوارض احتمالی و غیرقابل پیش‌بینی، گرانیِ نامتعارفِ هزینه درمان، تحریک سایر همکاران، کامل‌نبودن معاینه و تکمیل پرونده، انتخاب اشتباه بیمار، عدم روزآمدیِ دانش و تبحر، عدم اهتمامِ بایسته به ملاحظات فرهنگی و سن بیماران، به کارگرفتن افراد بدون صلاحیت. عوامل رفتاری (مصادیق سوءرفتار) مانند لحن، کلمات و رفتار مغایر کرامت انسانیِ بیمار و عوامل مدیریتی مانند بدقولی برای وقت‌دهی و انجام کار، و ناهماهنگی‌های مختلف در انجام فعالیت درمانی و امثال

آن است. در کل، عوامل مدیریتی بیشتر معطوف به مؤلفه‌های حرفه‌ای، و عوامل رفتاری عموما ناظر بر رفتار انسانی است (۴, ۷).

سالانه به طور متوسط ۷۰ مورد شکایت از دندانپزشکان تهران به سازمان پزشکی قانونی ارسال می‌گردد و فراوانی شکایات ثبت شده از دندانپزشکان تهران نزدیک ۱۰٪ از کل شکایات علیه پزشکان عمومی و متخصص تهران است؛ که قابل تأمل است (۱۳). Collett درمورد اشتباهات دندانپزشکی و شکایات مربوط به آن به این نتیجه رسید که شکایات در پیشه دندانپزشکی با سرعت زیاد و فزاینده‌تر از شکایات علیه پزشکان در شیب صعودی تند است. همچنین اگر بعضی اشتباهات دندانپزشکی فورا برطرف شوند مانع هزینه‌های اضافی مانند بیمه و چالش‌های قضایی می‌شود (۱۴). یکی از علل رشد شکایات، افزایش آگاهی جامعه و آشنایی بیشتر بیماران به حقوق فردی و اجتماعی خود و استفاده فزاینده از خدمات مشاوران حقوقی است. ضعف آگاهی از مسائل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه دندانپزشکی و مسئولیت‌شان در قبال بیماران و دیگر اشخاص حقیقی و حقوقی نیز در افزایش شکایات بیماران تأثیر بسزایی دارد (۴). گرچه تحقیقات فراوانی نشان داده است تعیین قلمرو مسئولیت در حوزه بهداشت و سلامت در عصر حاضر پیچیده است و تفکیک این پاسخگویی‌ها در باب مدنی، کیفری و انتظامی نیازمند روشنگری‌های عمومی و حرفه‌ای و حتی فوق‌حرفه‌ای است (۱۵)؛ چه، گاه تفکیک دقیق بین مسئولیت‌های کیفری و شبه‌کیفری و مدنی در حوزه پزشکی حتی برای کارشناسان هم مشکل است، چه رسد به بیماران معترض به دندانپزشک که از اقشار غیرمتخصص در این حوزه‌اند. لذا هرچه در میزان مسئولیت بیشتر پژوهش گردد، نرخ نظم و امنیت و سلامت بالاتر می‌رود.

در تحقیقی که توسط فاطمه شهسواری و همکاران در سال ۱۳۸۹ پیرامون بررسی فراوانی شکایات علیه دندانپزشکان شاغل در تهران بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ انجام شد مشخص گردید بیشترین میزان طرح شکایت، به ترتیب در زمینه رشته تخصصی پروتز، جراحی و اندو بوده، که به دلیل فراوانی پذیرش و درمان بیماران در این رشته‌ها توسط بیشتر دندانپزشکان بوده است و بیشترین میزان شکایت‌ها از مطب‌های خصوصی و بعد از آن درمانگاه‌های دولتی و در نهایت مراکز دانشگاهی بوده است و میزان قصور نیز در این مراکز به همین ترتیب گزارش شده است (۱۶). این یافته‌ها، اهمیت تحلیل جرم‌شناختی موضوع (علت‌شناسیِ جرایم غیرعمد و محکومیت دندانپزشکان) را از دید برخی نظریه‌های جرم‌شناسی مانند «نظریه فشار اجتماعی» نشان می‌دهد. طبق این نظریه، عامل اصلی بسیاری از جرایم، تشدید شکاف طبقاتی و ایجاد حس انتقام اجتماعی در طبقات ضعیف نسبت به طبقات غنی و موفق و مرفه است. جرم‌شناسی، به مثابه دانش شناخت علل جرایم و ارائه‌گر راهکارهای پیشگیری از بزه، فراوانی شکایت از اطباء را ناشی از عواملی می‌داند که در صدر آنها، عدم احساس همبستگی اجتماعی میان بیمارانِ طبقه ضعیف با اطبائی همچون دندانپزشکان مشهور و موفق قرار دارد. برخی شکایات، ناشی از ریشه روانیِ احساس تبعیض طبقاتی و تمایل به ایجاد دردسر قضایی برای طبقات موفق توسط طبقات متوسط و ضعیف جامعه است.

همچنین در نتایج تحقیقی بر بررسی شکایات دندانپزشکی در سازمان نظام پزشکی بین سال‌های ۹۱-۱۳۸۴ که رزا حقگو و سیما رسولی در سال ۱۳۹۵ منتشر کرده‌اند مشخص شد که بیشترین درصد شکایات مربوط به نحوه درمان (۴۱/۷٪) و کمترین درصد شکایات مربوط به تشخیص و طرح درمان دندانپزشک (۲/۹٪) بوده است (۱۳). این نشانگر وفور عوامل اجراییِ جرایم غیرعمدی دندانپزشکان است و از حیث جرم‌شناختی، ضعف دانش سهم چندانی در قصور نداشته و لذا آن دسته از نظریه‌های جرم‌شناختی که بر نقش یادگیری انواع ترفندهای در بزهکاریِ شغلی تأکید دارند (مانند نظریه جرم‌شناختی «یادگیری اجتماعی») بر موضوع صدق ندارد (۱۷).

بررسی میزان پراکندگی شکایات و نوع و میزان آن و نحوه پیشگیری از دعاوی علیه دنداپزشکان و دانشجویان

دندانپزشکی به‌منظور تقویت آینده حرفه‌ای آنها نیز مفید است. همگرایی یا ناهمگرایی رویکرد دانش دندانپزشکی یا دانش حقوق در زمینه مسئولیت‌های قانونیِ مترتب بر آسیب‌های ناشی از درمان دندانپزشکی، اهمیت فراوانی در امنیت شغلی و مسئولیت‌های کیفری، مدنی و انتظامیِ دندانپزشکان دارد (۱۸). تاکنون مطالعه‌ای در خصوص شکایات بیماران از دندانپزشکان استان قم صورت نگرفته است، هدف این مطالعه ارائه تصویری از علل شکایات از دندانپزشکان و عوامل مرتبط با آن (در سازمان نظام پزشکی) در استان قم طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ابتدای سال ۱۳۹۷ می‌باشد. چنین تصویری وضعیت موجود نظام ارائه خدمات سلامت دهان را از حیث شاخص نرخ تخلفات و شکایات مرتبط با خدمات سلامت دهان در استان قم برای سیاست‌گذاران سلامت روشن خواهد کرد. تحلیل حقوقی این موضوع (زمینه‌های قانونیِ افزایش تنش‌های حقوقی میان بیمارن و دندانپزشکان) و تحلیل جرم-شناختیِ این موضوع (عوامل موثر در افزایش جرایم غیرعمدیِ دندانپزشکان) در این مقاله تشریح می‌گردد.

۲. ملاحظات اخلاقی

این تحقیق پس از دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی قم با شماره IR.MUQ.REC.1397.171 آغاز شد. اصل رازداری و رعایت حقوق بیمار براساس بند ۴ منشور حقوق بیماران در رابطه با محتویات پرونده رعایت شد؛ ضمن اینکه این اصل در رابطه با دندانپزشکان نیز رعایت شد و نام آنان محرمانه باقی ماند. در این خصوص اقدامات به شرح ذیل اجرا گردید: ۱-اطلاعات پرونده‌ها بدون نام و با کد در پرسشنامه‌ها و فرم‌ها وارد شدند. ۲-حداقل افراد به هویت پرونده‌ها دسترسی خواهند داشت (ترجیحا یک نفر). ۳-فرد یا احیانا افرادی که به هویت صاحبان پرونده دسترسی دارند، مشخص شدند.

۳. مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی به‌صورت توصیفی و با بررسی پرونده شکایت‌ها در گذشته انجام گرفت. پرونده‌های ثبت شده در سازمان نظام پزشکی قم با موضوع شکایت از دندانپزشکان در بازه سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ بررسی شد. جمعیت مورد مطالعه شامل دندانپزشکان عمومی و متخصصِ ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی در قم است که پرونده‌های شکایت از آنان پس از ارائه به سازمان نظام پزشکی مختومه شده بود. نمونه-گیری به صورت سرشماری صورت گرفت و کلیه پرونده‌های مطرح در طی سال‌های مورد مطالعه وارد مطالعه شدند. گردآوری اطلاعات با استفاده از چک‌لیست انجام یافت، که اطلاعاتی از قبیل سن و جنسیت بیمار و درمانگر، سابقه، تبحر، نوع درمان، هزینه درمان، نحوه رفتار دندانپزشک، تجهیزات مرکز درمانی، میزان مراقبت‌های لازم پس از درمان، میزان درستی درمان (غلط یا ناقص بودن) را شامل میشد. همچنین سوالاتی در خصوص دلیل شکایت، سرانجام شکایت و مهم‌ترین علل طرح شکایت در چک لیست جمع‌آوری داده‌ها بود که با استفاده از پرونده‌های شکایت تکمیل شدند. پرونده-هایی که اطلاعات ناقص داشتند یا مربوط به شکایت از دیگر شاخه‌های پزشکی شناخته شدند از موضوع مطالعه خارج شدند. فراوانی پرونده‌ها در سازمان نظام پزشکی قم از لحاظ آراء صادره و از حیث متغیرهای مورد مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق پزشکی خصوصا از حیث رعایت محرمانگی پرونده‌ها، بررسی پرونده‌ها در محل سازمان نظام پزشکی قم و تکمیل چک‌لیست توسط پژوهشگر انجام شد و اطلاعات پرونده‌ها بدون نام و با کد در فرم‌ها وارد شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار spss20 و با تست‌های آماری کای اسکوئر و T test مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و $p< ۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی شد.

۴. یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۷۷ پرونده شکایت از دندانپزشکان استان قم طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ در سازمان نظام

پزشکی قم انجام شد. نتایج توصیفی شکایات از دندانپزشکان شهر قم در جدول ۱ گزارش شده است. نتایج نشانگر آن است که بیشترین درصد شکایات مربوط به سال ۱۳۹۴ با ۲۶٪ و سپس سال ۱۳۹۵ با ۲۳/۴٪ طرح شده است. بیشتر شکایت‌ها از دندانپزشکانِ مرد (۸۷٪) و توسط بیماران زن (۵۱/۹٪) طرح شده بود. همچنین بیشتر شکایات از دندانپزشکان عمومی به ثبت رسیده است (۶۷ مورد معادل ۸۷/۰۱٪) تا متخصصین (۱۰ مورد معادل ۱۲/۹۹٪).

از کل پرونده‌های شکایات مطروحه علیه دندانپزشکان در دادسرای انتظامی سازمان نظام پزشکی قم، ۲ مورد (۲/۱٪) به دلیل عدم ارائه مستندات مختومه شد. در ۸ مورد (۱۱٪) قرار منع تعقیب، در ۷ مورد (۹٪) مصالحه در دادسرا صورت گرفته است و در ۶۰ مورد (۷۷/۹٪) قرار تعقیب (جلب به دادرسی، از این پس اصطلاحاً قرار تعقیب) صادر شده است. از میان این ۶۰ پرونده، ۳۶ پرونده (۴۶/۸٪) در هیئت بدوی تعیین تکلیف شدند و ۲۴ پرونده (۳۱/۱٪) در هیئت تجدید نظر به سرانجام رسیدند. در نهایت، آمار کل محکومین ۴۱ مورد از ۷۷ پرونده بود (معادل ۵۳/۲٪) و کل آمار تبرئه‌شدگان ۱۹ مورد از ۷۷ پرونده بود (معادل ۲۴/۷٪). نمودار (۱) اولویت‌بندی مهم‌ترین علل شکایت از دندانپزشکان را براساس پرونده‌های مطالعه‌شده نشان می‌دهد، که گویای درصد بالای بی‌مبالاتی در درمان و اجرای خدمات (۷۲/۷٪) است و هیچ شکایتی ناشی از مجهز نبودن مرکز درمانی (۰ درصد) به ثبت نرسیده است. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت بیماران با هیچ‌یک از علل طرح شکایت از دندانپزشکان شامل بی‌مبالاتی در درمان، عدم تبحر در درمان، آگاهی ندادنِ بایسته به بیمار و اطرافیان، عدم تناسب هزینه درمان با کیفیت خدمات، نامرتبط بودن تحصیلات با مداخله درمانی، نقض اخلاق درمانگری، ضعف اطلاع دندانپزشک از قوانین و مجهز نبودن مراکز درمانی وجود نداشت (P>۰/۰۵). همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت دندانپزشکان با هیچ‌یک از علل طرح شکایت از دندانپزشکان به جز بی‌مبالاتی در درمان وجود نداشت. به‌عبارتی، جنسیت دندانپزشکان دلیل مؤثری بر طرح شکایت واقع نشده است (P>۰/۰۵). اما براساس آزمون مذکور، بی‌مبالاتی در درمان در دندانپزشکان مرد برابر با ۸۰/۶٪ به دست آمد، در حالی که این میزان در دندانپزشکانِ زن برابر با ۲۰٪ گزارش شده بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار به شمار می‌رود (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون کای اسکوئر همچنین نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین تخصص دندانپزشکان با هیچ‌یک از علل طرح شکایت از دندانپزشکان وجود نداشت. به تعبیر دیگر، تخصص دندانپزشکان دلیل موثری بر طرح شکایت تشخیص داده نشد (P>۰/۰۵).

آزمون تی مستقل نشان داد که مسن بودنِ دندانپزشکان (P=۰/۰۴۶) و سابقه کاریِ زیادِ (P=۰/۰۴۷) آنها از عواملی بوده که با شکایت از دندانپزشکان به دلیل بی‌مبالاتی در درمان، ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد. همچنین نتایج مشابهی در شاخص عدم تبحر به دست آمد. بدین تفصیل که سن بالاتر دندانپزشک (P=۰/۰۳۸) و سابقه بیشتر (P=۰/۰۲۴) از عواملی دانسته شد که با شکایت از دندانپزشکان به دلیل عدم تبحر، ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد. اما تفاوت معنی‌داری در سن دندانپزشکان (P=۰/۵۴۳) و سابقه کار (P=۰/۶۴۵) آن تعداد از ایشان که به دلیل آگاهی ندادن به بیمار، شکایت شده بود با دندانپزشکانی که از آنها به دلیل آگاهی ندادن به بیمار شکایت نشده بود، دیده نشد (جدول۲).

۵. بحث

در این تحقیق، فراوانی شکایاتِ ثبت شده در سازمان نظام پزشکی قم از دندانپزشکان طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ از جهت شاخص‌های سن و جنسیت دندانپزشک، سن و جنسیت بیمار، نتیجه شکایاتِ طرح‌شده و علل شکایات مورد ارزیابی قرار گرفت. بیشترین درصد شکایات مربوط به سال ۱۳۹۴ و سپس سال ۱۳۹۵ انجام شده و در سال ۹۶ روند کاهشی داشته است. مطالعه مشابهی که در مشهد انجام شده است به نتایج مشابهی رسیده (۱۹) و مطالعه‌ای نیز در تهران نشان داد که سالانه به‌طور متوسط ۱/۱ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر از مردم

تهران از دندانپزشکان شکایت می‌کنند (۲۰). مطالعه دیگری در تهران نشان داد که تعداد پرونده‌ها در سال‌های مختلف مشخص شد که از ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰ به مرور مراجعات کاهش یافته است. در بقیه موارد، پرونده به دادسرای انتظامی ارجاع شده و نهایتاً برای صدور رأی نهایی، پرونده به هیئت بدوی سازمان نظام پزشکی ارسال شده است. اکثر دندانپزشکانی که از آنها شکایت شده است، مرد بودند. نتایج مشابهی در مطالعات قبلی گزارش شده است که به علت اشتغال بیشتر دندانپزشکان مرد ریسک‌پذیری و انجام اعمال مخاطره‌آمیز بیشتر و همچنین فزونیِ احتیاط دندانپزشکانِ زن و برقراری بهتر روابط عاطفی-روانی با بیمار (۱۹-۲۱). از طرفی، شاکیان مونث کمی بیش از شاکیان مذکر بود. علت این امر، فزونیِ تعداد مراجعه‌کنندگانِ خانم در مقایسه با آقایان برای دریافت خدمات دندانپزشکی، و آزادتربودنِ وقت خانم‌ها و نیز این که دریافت‌کنندگان اصلی خدمات زیبایی دندانپزشکی که معمولا با نارضایتی همراه است عموما خانم‌ها هستند. ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت بیماران با هیچ‌یک از علل طرح شکایت از دندانپزشکان وجود نداشت. به عبارتی، جنسیت بیماران دلیل مؤثری بر طرح شکایت واقع نشده است؛ که این با نتایج پژوهش‌های موحد و Vehkalahti همسو است و نشانگر وسعت طیف شکات، فارغ از جنسیت آنان است (۱۸, ۲۲).

نتایج به دست آمده از مطالعه ما فراوانی شکایات علیه دندانپزشکان عمومی را بیشتر از متخصصان نشان می‌دهد؛ که این با نتایج بسیاری از مطالعات مشابه همخوانی دارد. دلیل این وضعیت، خودداری دندانپزشکان عمومی از ارجاع بیماران پیچیده به متخصصان مربوطه و اطلاعات علمی و مهارت بیشترِ متخصصان و فزونیِ آگاهی آنها از قوانین و مهارت حل اختلاف با بیمار باشد(۱۶, ۲۳).

نتایج آراء صادره، عموماً از نوع قرار تعقیب و رأی محکومیت است. این امر نشان‌دهنده درستیِ شکایات از دندانپزشکان در اکثر دعاوی بوده و با نتیجه محکومیت دندانپزشک همراه گشته است. این نکته از این جهت قابل تأمل است که دندانپزشکان باید در انجام فعالیت‌های درمانی، احتیاط بیشتری بنمایند.

مهم‌ترین علت شکایت از دندانپزشکان، بابت بی‌مبالاتی در درمان دانسته شد، که نسبت به سایر علل شکایات، از جمله عدم تبحر، آگاهی ندادن به بیمار، گزاف بودنِ هزینه درمان و... به‌طور چمشگیری بیشتر بود. نتایج مشابهی در برخی مطالعات قبلی دیده می‌شود (۱۳, ۱۹-۲۱, ۲۶-۲۴). بی‌مبالاتی به معنای کم‌کاری و نرسیدنِ اقدامات و مداخلات درمانی به حداقلِ استانداردهای درمانی مورد انتظار است. از مصادیق بارز و شایع آن، عدم ثبت و ضبط دقیق و مستند وضعیت بیمار در قبل و بعد از ارائه خدمات درمانی، انتخاب طرح درمان نامناسب و عدم ارجاع بیماران دشوار به متخصصان است. بنابراین اگر دندانپزشک به دنبال اخذ شرح حال دقیق، قبل از آغاز درمان اقدام به اخذ رضایت و ترجیحاً به انضمام برائت و انجام اقدامات تشخیصی ضروری بنماید و وضعیت بیمار را مستنداً ثبت نماید و براساس آن، طرح درمان علمیِ قابل دفاع ارائه دهد و فواید و مضرات احتمالی طرح درمان را به بیمار توضیح دهد؛ همچنان که صرفا در حد توان علمی و عملی خود اقدامات درمانی انجام دهد. در بررسی پرونده‌هایی که به دلیل بی‌مبالاتی و عدم تبحر در درمان رسیدگی شده بودند نتایج نشانگر این است که بالا بودنِ سن دندانپزشک و فزونیِ سابقه آنها از عواملی بود که با شکایت بیشتر از دندانپزشکان ارتباط داشت؛ دلیل آن می‌تواند افزایش سن و کاهش حوصله و دقت دندانپزشکان و همچنین این مورد باشد که با افزایش سنوات کار، تعداد بیماران، در مجموع افزایش می‌یابد و احتمال رخ داد خطا نیز تبعاً افزون می‌گردد. در پرونده‌هایی که دلیل شکایت، ضعف آگاهی‌بخشی به بیمار بود تفاوت معنی‌داری در ویژگی‌های دموگرافیک دندانپزشکان دیده نشد. نتایج مطالعات Lopez-Nicolas و حقگو نشان داد که ضعف ارائه اطلاعات به بیماران تأثیر بسزایی بر میزان شکایات دارد. (۱۳, ۲۷).

یکی از مسائل حوزه فقه و حقوق پزشکی، اخذ برائت از بیمار جهت رفع مسئولیت است. قانون مجازات اسلامی سابق

(مصوب ۱۳۷۵) نیز در این زمینه مبهم به نظر رسید. بند (۲) ماده ۵۹ آن قانون، با سه شرط -رضایت بیمار، مشروعیت عمل طبی، رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی- عمل پزشک را غیرمجرمانه می‌دانست، اما در بند «ب» ماده ۲۹۵، پزشک و دندانپزشک و دیگر اقسام اطباء را ملزم به پرداخت دیه در قبال زیان ناشی از معالجه متعارف می‌نمود. به علاوه، ماده ۳۱۹ آن قانون، با پیروی از رویکرد غالب فقهی، پزشک را در هر شرایطی مسئول خسارات ناشی از درمان می‌دانست و تنها در ماده ۳۲۲، اخذ برائت را به شرط اخذ رضایت قبل از درمان و فقدان عمد و قصور، تنها راه معافیت از مسئولیت مقرر کرده بود (۲۸).

اما قانون مجازت اسلامی مصوب ۱۳۹۲، روزآمدتر و کارآمدتر از قانون ۱۳۷۵ است که تابع رویکرد سنّتیِ فقهیِ مذکور بود. رشد فزاینده‌ی اعتراضات جامعه اطباء کشور و ابهامات در مرز مفهومی میان رضایت و برائت و چالش‌های محدودبودنِ متن رضایت‌نامه‌های پزشکی به عبارات دالّ بر فقط رضایت و عدم صراحت عباراتِ رایجِ مندرج در اغلب رضایت‌نامه‌ها به اخذ برائت -علاه بر رضایت- و معضلات متعددِ مترتّب بر آن، و تحلیل‌ها و پژوهش‌های حقوق‌دانان همسو با رویکرد اطباء موجب شد قانون‌گذار در قانون جدید مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲)، از حکم سابق خود عدول نمود و در صورت عدم تقصیر پزشک، بدون این که اخذ برائت از بیمار را لازم بداند، حکم به عدم مسئولیت پزشک داد. بنابراین اخذ برائت در عمل فایده و تأثیری در رفع مسئولیت مدنی پزشک ندارد و لازم نیست (۲۹-۳۱).

قانون‌گذار در اولین گام با عدول از نظریه‌ی خطر، نظریه‌ی فرض قصور و تقصیر را پذیرفته است. در گام بعدیِ حمایت از پزشکان، اخذ رضایت از بیمار را رافع مسئولیت پزشک دانسته است. و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب دفع مسئولیت پزشک می‌داند (۳۲). با این حال، تعارضی که بین ماده ۴۹۲ و تبصره «۱» ماده ۴۹۶ به چشم می‌خورد، که باید آن را تعدیل کرد (۳۳). در حالت اجتماع سبب و مباشر (پزشک و پرستار) که پزشک دستور صادر کرده و پرستار عمل می‌کند شایسته نیست از پزشک و دندانپزشک غلفت کرد و رابطه سببیت بین قصور ترک‌فعل گونه‌ی وی با نتیجه (ورود آسیب به بیمار) را به صرِف فعلِ یک مباشرِ غیرمستقل (پرستار یا کمک دندانپزشک) مقطوع و منتفی دانست. ناگفته نمانَد در این خصوص، قیاس دندانپزشکی با پزشکی گاهی درست نیست؛ چون عمده‌ی فرایند درمان توسط خود دندانپزشک انجام می‌شود و میزان مداخله مستقیم دندانپزشک در انجام درمان، بسیار بیشتر از مداخله مستقیم پزشک است و پرستار، مدخلیت بیشتری در مقایسه با کمک دندانپزشک در انجام درمان دارد. با این حال، انجام برخی مداخلات درمانیِ مستقیم و اثرگذار توسط کمک دندانپزشک از جمله استریل کردن و آماده کردن وسایل دندانپزشکی، ساکشن کردن محل جراحی، کنار زدن مخاط دهان حین جراحی و... را نباید فراموش کرد؛ چه، در این موارد، مجدداً بدین قائل شد که رابطه سببیت میان رفتار دندانپزشک با نتیجه (ایراد آسیب به بیمار) قطع شده، زیرا کمک دندانپزشک عامل تقصیر مجرمانه است. به رغم این ایراد قانونی، همین که قانون‌گذار در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ از مبنای سابق خود (قانون مصوب ۱۳۷۵) که مبتنی بر نظر مشهور فقهی بوده (۳۴)، عدول نموده و در اقدامی ستایش‌آمیز نظر غیرمشهور فقهی را پذیرفت، گام مهمی در کاهش شکایات علیه پزشکان و دندانپزشکان است و وکلا و مشاوران حقوقی، به افرادِ مایل به طرح شکایت علیه دنداپزشکان، محدود شدنِ مسئولیت‌های حقوقیِ اطباء از جمله دندانپزشکان در قانون مصوب ۱۳۹۲ نسبت به قانون پیشین را متذکر می‌شوند؛ همچنان که در پژوهش‌های متعددی نیز ضرورت اصلاح قانون مجازات اسلامی به هدف کاهش محکومیت‌های دندانپزشکان (از حیث محدودسازی دامنه مسئولیت قانونی، و نه از جهت کاهش موارد قصور یا دیگر عوامل کاهش شکایات) مکررا از قانون‌گذار مطالبه شده بود؛ حقوق، این همیاری را با طب، به ثمر رساند (۷).

در مجموع، چنانچه قصور دندانپزشک موجب فوت بیمار شود مشمول ماده ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی (فصل دیات) و ماده

۶۱۶ این قانون (فصل تعزیرات) است؛ زیرا برائتِ حاصله، منوط به عدم تقصیر است و دندانپزشک مقصر، حتی در فرض اخذ برائت از بیمار همچنان واجد مسئولیت کیفری است. گرچه در ماده ۴۹۵ اخذ برائت پیش از مداخله درمانی رافع مسئولیت کیفری اعلام شده است، اما علاوه بر نقدهای وارد بر این ماده در این مقاله، این نقد نیز توسط محققان دیگر (۳۱) بر این ماده وارد شده که ماده مذکور می‌بایست شامل پرستارانی که متأسفانه مشمول تبصره ۱ ماده ۴۹۶ واقع شده‌اند بشود و آنان را نیز مانند دندانپزشکان، تابع رژیم حقوقیِ «کفایت رضایت و عدم لزوم اخذ برائت، البته به شرط عدم تقصیر» قرار دهد. حتی با فرض چنین اصلاحی، نظام مسئولیت حقوقی پرستاران و کمک دندانپزشکان مشکلات قانونیِ رفع‌نشده‌ای دارد که به تفصیل در برخی مقالات نقد شده است (۳۵)؛ از جمله درج عبارات کلی و مبهمی مانند «نقض وظایف صنفی و حرفه‌ای»، «امور خلاف شؤون» و «امور مغایر حیثیت صنفی» در مواد مختلفی از «قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری ج.ا.ا.» (مصوب ۱۳۸۰) و «قانون سازمان نظام پزشکی ج.ا.ا.» (مصوب ۱۳۸۳). با این حال، در نسخه اخیر (مصوب ۱۳۹۷) «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای و شاغلین حِرَف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» تحول چشمگیری نسبت به قوانین و مقررات مبهمِ پیش‌گفته رخ داده و عبارات مبهمِ مذکور تکرار نشده است؛ چه، مواد «۲»، «۴» و «۵۸» این راهنما ملاک عرفی با معیار صنفی و به تشخیص مرجع انضباطی ذی‌صلاح برای احراز «رفتارهای مخالف شئون» مقرر نموده است و از این‌رو، دغدغه حقوقی در مورد نحوه استناد به ماده «۶» آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه پزشکی، دغدغه‌ای بسیار کمتر از دوره‌ی پیش از این تحولات تقنینیِ صنفی است.

آنچه در پاراگراف فوق بحث شد، از منظر حقوقی (مجازات قصور پزشکی منجر به صدمات) بود. اما از دید جرم‌شناختی (علت‌شناسی قصور به منظور اتخاذ تدابیر رفتاری و آموزشی برای پیشگیری از قصور) باید گفت تمایل برای پیشگیری از شکایات در سیستم آموزشی ایران وجود دارد. ارزش‌های اخلاقی و قانونی قسمت‌های تئوری در آموزش عمومی و تخصصی دندانپزشکی هستند و دانشجویان باید با سوالات اخلاقی حرفه خود آشنا شده و حل مشکلات اخلاقی و قانونی مربوط به حرفه خود را فراگیرند. ضروت دانش‌افزاییِ حقوقیِ دندانپزشکان به‌منظور پیشگیری از قصور و اطلاع از ابعاد حقوقی مداخلات درمانی، مورد توجه قریب به تمامی پژوهش-های دندانپزشکی که به مسائل شکایات اشاره کرده‌اند، می‌باشد (۳۶). افزون بر موارد فوق، ارزش‌های اخلاقی و قانونی قسمت‌های تئوری در آموزش دندانپزشکی باید به تبیین موضوعاتی نیز بپردازد که اگرچه سالهاست به‌رغم هشدار برخی پژوهش‌ها همچنان مورد غفلت واقع شده و مورد منع قانونی واقع نشده‌اند، اما بی‌شک کاملا غیراخلاقی هستند. یک نمونه، استفاده از زیست‌موادهای مورد استفاده در دندانپزشکی است که با اعتماد کامل به سازندگان این مواد، مورد استفاده دندانپزشکان قرار می‌گیرد، در حالی که مسئولیت دندانپزشک اقتضا می‌کند با مطالعه پژوهش‌های معتبر، به اطلاعات مورد ارائه فروشندگان این ماد اکتفا نکنند و قبح ایجاد خطر شدید برای بیمار و نیز خود (دندانپزشک) را با توجیه عدم ممنوعیت قانونی، ناچیز نشمارند. تحقیقات طباطبایی نشانگر وجود جیوه به میزان ۲۷ برابر استاندارد در بزاق بیمارانِ دارای پرکردگی با آمالگام و وجود رابطه بین میزان جیوه مجود در کبد و کلیه جنین با تعداد پرکردگی‌های آمالگام در مادر و نیز میزان بالای جیوه در موها و ادرار پرسنل دندانپزشکی است (۳۷).

به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت در امور دندانپزشکی، استفاده از تابلو با متن غیرمجاز (دندانپزشکی با تعرفه خیریه) و در اندازه بزرگتر از حد استاندارد، عدم رعایت نکات بهداشتی و استریلیزاسیون، مانند استریل نکردن سر توربین بعد از هر بیمار، عدم تهیه پاراوان سربی، عدم تهیه اتوکلاو و تست مربوطه، عدم تفکیک زباله‌های عفونی خطرناک، استفاده از فور خراب بدون مصرف تست فور و عدم حضور مسئول فنی در کلینیک، مصادیقی از قصور هستند. این داده‌های برآمده از تحقیق میدانیِ موضوع گزارش در این مقاله، در تطبیق با ابعاد

حقوقی، نشانگر آن است که مصادیق مزبور، از منظر قانون مجازات اسلامی و نظام قضایی کشور، قصورهایی به شمار می‌روند که موجب مسئولیت کیفری دندانپزشک در صدمات بدنی می‌گردند که مستوجب پرداخت دیه و کیفر تعزیری در قانون مجازات اسلامی است.

اما علاوه بر مقوله مسئولیت کیفری که پس از تحقق قصور و صدمات بدنی رخ می‌دهد، پیشگیری از وقوع جرم غیرعمدی در قالب دو دسته تدابیر پیشگیری وضعی از قصور دندانپزشکان (وضعیت‌محور، فرصت‌محور) و پیشگیری اجتماعی از قصور ایشان (انسان‌محور، آموزش‌محور، اخلاق‌مدار) قابل تقویت است؛ که در دانش جرم‌شناسی به منظور اجتناب از اکتفا به مجازات و توجه به احتراز از جرایم غیرعمدی از طریق اهتمام به تدابیر پیشگیرانه (در مقایسه با تدابیر واکنشی، یعنی مجازات) شرح و توصیه شده است. یکی از تدابیر پیشگیری از شکایت مبتنی بر ادعای قصور دندانپزشک و پزشک و پرستار، انعقاد قرارداد درمان است. «این نوع قرارداد، از جمله عقودی است که برای هریک از طرفین آن، یعنی بیمار و پزشک (یا مرکز درمانی) تعهدات متقابلی را در پی دارد، تعیین دقیق حدود و ثغور این تعهدات در اجرای بهتر عقد درمان و به‌ویژه تضمین حقوق بیمار نقش به سزایی دارد» (۳۸). عدم توجه کافی نظام حقوقی ایران به نقش این نوع قرارداد در آگاهی‌بخشی به بیمار و التزام او به مفاد قرارداد به مثابه راهکار موثر کاهش شکایات علیه دندانپزشکان و پزشکان، قابل نقد است. این تدبیر قراردادیِ پیشگیرانه، صرفا در بعضی قوانین و آیین‌نامه‌ها به‌طور پراکنده برخی از تعهدات پزشک را بیان کرده است. ترویج فرهنگ تنظیم قرارداد درمان، موجب کاهش مطالبات ناموجه و خودحق‌پندارِ برخی بیماران از اطباء می‌شود و رضایتمندی شغلی اطباء در پی کاهش درگیری‌های قضایی ایشان را در پی خواهد داشت.

هدف این مطالعه، ارزیابی کلی پرونده شکایاتِ ثبت شده در سازمان نظام پزشکی قم از دندانپزشکان است. نبود اطلاعات کافی و همه‌جانبه در پرونده‌ها (نظیر طول فرایند دادرسی، نوع و میزان و نحوه اجرای احکام محکومیت حقوقی و کیفری و انتظامی دندانپزشکان، هزینه‌های وارده بر بیماران شاکی برای پیگرد دندانپزشکان، خصوصیات شکات از جمله تحصیلات، محل سکونت و شغل آنها، از محدودیت‌های این مطالعه است. چه‌بسا با دانستن اطلاعاتی در مورد بیماران ناراضی، دندانپزشکان بتوانند با آگاهی بیشتر، با افراد مختلف رفتار مناسب‌تری داشته باشند و کنشگریِ هوشمندانه‌ای در پیشگیری از طرح شکایات و بالتبع افزایش امنیت شغلی خود داشته باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگری، پرونده شکایات دندانپزشکی در شهرهای دیگر ایران بررسی گردیده و نتایج آن مقایسه گردد. همچنین شایسته است در تحقیقات دیگری شکایات مطرح در مورد دندانپزشکان عمومی با دندانپزشکان متخصص مقایسه گردد.

۶. نتیجه‌گیری

قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ با عدول از نظریه‌ی خطر، نظریه‌ی فرض قصور و تقصیر را در رژیم نوین مسئولیت کیفری درمانگران پذیرفته است و نیز اخذ رضایت از بیمار (بدون لزوم اخذ برائت) را رافع مسئولیت پزشک دانسته، و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب دفع مسئولیت پزشک مقرر داشته است. قانون‌گذار در ماده ۴۹۵ قانون مذکور، ضمن پیروی از نظریه‌ی غیرمشهور عدم تحقق ضمان، با دیدگاه مشهور نیز همراهی نسبی نموده و راهبرد میانه‌ای را اتخاذ نموده که موجب ابهام و تشتت تفسیری و قضایی شده است و تعارضی را نیز میان ماده ۴۹۲ و تبصره «۱» ماده ۴۹۶ قانون مذکور رقم زده است.

براساس این تحقیق، مهم‌ترین علت شکایت از دندانپزشکان جامعه آماری مورد نظر، قصور در اجرای خدمات تشخیص داده شد. همچنین میان عدم‌تبحر دندانپزشک با کمیِ سابقه‌کار وی رابطه معنادار یافت شد. نتایج این تحقیق همچنین نشان داد شکایات در سنوات مختلف مورد مطالعه، از الگوی فرایندیِ دقیقی تبعیت نمی‌کند. ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت بیماران با هیچ یک از علل طرح شکایت از دندانپزشکان شامل

بی‌مبالاتی در درمان، عدم تبحر در درمان، آگاهی‌ندادنِ بایسته به بیمار و اطرافیان، عدم‌تناسب هزینه درمان با کیفیت خدمات، نامرتبط بودن تحصیلات با مداخله درمانی، نقض اخلاق درمانگری، ضعف اطلاع دندانپزشک از قوانین و مجهز نبودن مراکز درمانی وجود نداشت. سن بالاتر دندانپزشک و سابقه بیشتر، از عواملی است که با شکایت از دندانپزشکان به دلیل عدم‌تبحر، ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد. در مجموع، لزوم تقویت آگاهی دندانپزشکان و آحاد مردم از تحولات قانونی پیرامون نقش هر یک از دو مؤلفه‌ی رضایت و برائت در عدم مسولیت کیفری پزشک، محرز است. از این‌رو، تقویت آموزش حقوق پزشکی در سرفصل و رویه نظام جامع آموزشی پزشکی و رشته‌های مرتبط، پیشنهاد می‌شود.

۷. تقدیر و تشکر

این مطالعه با کد پژوهشی IR.MUQ.REC.1397.171 در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم و کمیته اخلاق دانشگاه تصویب شد. نویسندگان این مقاله از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و پرسنل محترم سازمان نظام پزشکی قم کمال تشکر را دارند.

۸. سهم نویسندگان

محمد مهدی‌زاده: راهنمایی، مشاوره و نظارت بر انجام بخش آماری مقاله

مهدی خاقانی اصفهانی: تالیف و نگارش متون حقوقی مقاله

ابوالفضل محمدبیگی: آنالیز و تحلیل داده‌های آماری مقاله

سمیرا حاجی‌صادقی: تالیف و نگارش متون دندانپزشکی مقاله

آبتین داوودی: جمع‌آوری داده‌های مقاله

۹. تضاد منافع

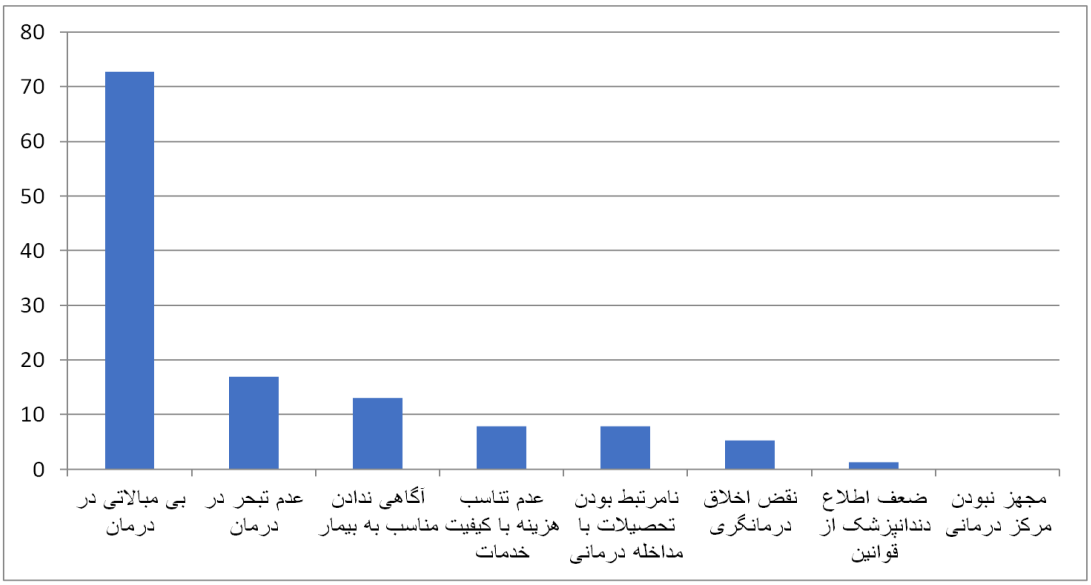
پژوهش حاضر تضاد منافع ندارد.

جدول ۱: نتایج توصیفی شکایات از دندانپزشکان شهر قم

سال مورد بررسی تعداد (درصد)					جنسیت دندانپزشک تعداد (درصد)		جنسیت بیمار تعداد (درصد)		شغل بیمار تعداد (درصد)		
۹۲	۹۳	۹۴	۹۵	۹۶	مرد	زن	مرد	زن	بیکار	خانه‌دار	شاغل
(۲۲/۱)۱۷	(۱۴/۳)۱۱	(۲۶)۲۰	(۲۳/۴)۱۸	(۱۴/۳)۱۱	(۸۷)۶۷	(۱۳)۱۰	(۴۸/۱)۳۷	(۵۱/۹)۴۰	(۵/۲)۴	(۴۶/۸)۳۶	(۴۸/۱)۳۷

جدول ۲: ارتباط بین متغیرهای سن و سابقه کار دندانپزشک با طرح شکایت بر حسب عوامل کم‌کاری در درمان عدم تبحر در درمان و آگاهی‌ندادن به بیمار

		سن دندانپزشک	سابقه کار دندانپزشک
بی‌مبالاتی (کم‌کاری) در درمان	بله	۴۲/۹±۵۰/۳۲	۱۴/۸±۱۲/۹۳
	خیر	۳۸/۷±۲۴/۵۹	۱۰/۷±۱۹/۰۵
	P-value	۰/۰۴۶	۰/۰۴۷
عدم تبحر در درمان	بله	۳۶/۸±۳۸/۷۲	۸/۷±۱۵/۷۹
	خیر	۴۲/۸±۳۴/۸۳	۱۴/۸±۰۵/۱۹
	P-value	۰/۰۳۸	۰/۰۲۴
آگاهی ندادن مناسب به بیمار	بله	۳۹/۵±۷۰/۱۴	۱۲/۷±۳۰/۷۴
	خیر	۴۱/۹±۵۸/۴۹	۱۳/۸±۱۶/۸۱
	P-value	۰/۵۴۳	۰/۶۴۵



نمودار ۱: علل شکایت از دندانپزشکان براساس پرونده‌های شکایت

References:

1. Elahimaneshi M. Criminal Law and Medical Infractions. Tehran: Majd; 2014. [Persian].

2. Haghshenas MR, Vahidshahi K, Amiri A, Rezaee M, Rahmani N, Pourhossen M, et al. Study the frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council, Sari, 2006-2011. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;21(86):253-60. [Persian].

3. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2007;33(8):467-76.

4. Nobakht Haghighi A, Zali M, Mahdavi M, Noruzi A. The study on reasons of patient claims from physicians in referral sue to Tehran Medical Council. Article in Persian] J Med Coun Islam Repub Iran. 2000;18(4):295-303. [Persian].

5. Mahfuzi A, Thaghadosi Nezhad F, Abedi M. Investigation of cases of complaints of medical malpractice in the field of anesthesia referred to the Forensic Medicine Commission in the six years ending March. Iranian Journal of Forensic Medicine. 1999;26(8):4-9. [Persian].

6. Amuyi M, Soltani K. Investigation of cases of medical malpractice referred to the Forensic Medicine Organization in 1999. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2000;21(6):15-23. [Persian].

7. Sheikhazadi A, Ghadyani M, Kiani M. Review of inquest, sue and punishment of dentistry malpractice & errors in Iran. IJFM. 2007;13(3):171-80.

8. Ashrafiyan M. Forensic necessities. Tehran: Did avaran; 2001. [Persian].

9. Charatan F. Medical errors kill almost 100000 Americans a year. British Medical Journal Publishing Group. 1999;319(7224):1519.

10. Islamic Penal Code,Tehran ,mavade 295. 1996:319-22. [Persian].

11. Abasi M. Collection of medical law articles. Hoghoughi. 1998;3:143. [Persian].

12. Salahshur. The number of medical malpractice cases increased by 8.4% in the first seven months of this year. Available at: https://www.lmo.ir/news/93836.html. Accessed Jun 16, 2020.

13. Haghgoo R, Rasouli S. Evaluation of dental complaints in Tehran Medical Council between 2005-2012. Journal of Dental Medicine. 2016;29(2):144-50.

14. Collett HA. Dental malpractice: An enormous and growing problem. The Journal of prosthetic dentistry. 1978;39(2):217-25.

15. Mansori F, Shahraki Dehsoukhteh S, Salarzaee AH. Measuring the Awareness of HIV/AIDS Transformers from Jurisprudence-Legal Responsibilities Due to the Transformation of Disease (A Case Study of Zabol City in 1395). Iranian Journal of Medical Law. 2020;13(51):89-112.

16. Shahsavari F, Sadri D, Mohammadzade D, Sedighi A. Frequency of complaints against dentists working in Tehran between 2001-2008. Quarterly Journal of Medical Law 2010;13(4):121-32. [Persian].

17. Rayejian Asli M. Criminology: An Introduction & Overview. 3 ed. Tehran: Samt; 2019.

18. Taghadosi nezhad F, Sheikh Azadi A, Jafar iR. A study of the knowledge and attitude of interns of Tehran University of Medical Sciences towards the legal issues of the medical profession. Tehran: Tehran university of medical sciences; 1999. [Persian].

19. Movahhed T, Arab HR, Hashemi S, Mohammadzadeh Z. Evaluation of dental complaints received by the Mashhad medical council from 2001 to 2011. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2016;22(1):31-7.

20. Kiani M, Sheikhazadi A. A five-year survey for dental malpractice claims in Tehran, Iran. Journal of forensic and legal medicine. 2009;16(2):76-82.

21. Hakan Ozdemir M, Saracoqlu A, Ozdemir AU, T EA. Dental malpractice in cases in Turkey during 1991-2000. Clincal forensic med 2005;12(3):137-42.

22. Vehkalahti MM, Swanljung O. Operator-related aspects in endodontic malpractice claims in Finland. Acta Odontologica Scandinavica. 2017;75(3):155-60.

23. Basirat M, Pakfetrat A, Javadzadeh Bolouri A, Hoseinpour Jajarm H, Hassanpour P. Evaluation of Malpractice in Patients Referred to the Oral and Maxillofacial Medicine Department of Mashhad Dental School. Journal of Dentomaxillofacial. 2018;7(2):69-76.

24. Khosravi Samani M, Farrokhi R, Babaei N, Bijani A, Farrokhi F, Sobuti F. Evaluation of reasons of claims from dentists refered to medical council in

Babol and Sari. Journal of Medical Council of Iran. 2014;32(3):247-52.

25. Nadri S, Sheykh Azadi A, Anbari K, Mikaiili R. Evaluation of causes of complaints to Khorramabad Medical Council. J Lorestan Medical Sciences. 2013;15(1):25-31.

26. Biranond S, Mahmodi GA, Astaraki AA, Almasi V ,Ommi D, Biranond N. Evaluation oF complaints from Doctors and Dentists referred to Treatment Section of Lorestan Medical Sciences between 2008-2011. Sci J Lorestan Med Sci 2014;15(1):13-8.

27. Lopez-Nicolas M, Falcón M, Perez-Carceles MD, Osuna E, Luna A .Informed consent in dental malpractice claims. A retrospective study. International dental journal. 2007;57(3):168-72.

28. Rostami H, Gharehdaghi J. Effect of taking Exemption on excluding criminal responsibility from the physicians, considering Islamic Penal law 2013. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2015;21(1):55-8.

29. Ameri P, Hemati Z. The survey of Islamic jurisprudential and legal foundations over the obtaining of acquittance from the patient for non-responsibility of the physician. Journal of Legal Studies. 2015;7(2):61-98.

30. Yousefvand Z, Ahmadi SMM, Moradkhani A, Asgari A. Physicians' Exoneration by Resort to the Axiom" Esqāt Mā Lam Yajeb"[Waiver of what is Probable to Come about]. Iranian Journal of Medical Law. 2019;13(Special Issue on Human Rights and Citizenship Rights):241-52.

31. Baqeripour M, Khazaei AR. Principles of Physician responsibility in jurisprudence and Iran law: Analysis of article 495 of Islamic penal code. Iranian Journal of Medical Law. 2019;13(48):49-64.

32. Daraei MH. Discharge of civil liability of physicians in new Islamic penal code of Iran. Journal of Private Law Research. 2016;4(14):53-80.

33. Ghasemzadeh N, Razini FF, Ghoshchi SA, Salehi SM. Responsibility of the physician in the Islamic Penal Code of 2013. Journal of Medical Ethics & History of Medicine. 2014;7(4):1-12.

34. Husseinpour K. Doctor's Responsibility in the Iranian Legal System according to the Principles of the Islamic Penal Code Adopted in 2013. Journal Management System. 2018;97(10):129-60.

35. Salehi HR, Sadeqi-Moqaddam MH, Abbasi M, Taqizadeh E. Nurses' Disciplinary Liability and Its Sanctions. Medical Law Journal. 2018;12(45):7-27.

36. Akhoundi MS, Kharrazi Fard MJ, Rahmatian S, Chalipa J, Hosseini M. Frequency of orthodontic malpractice cases and verdicts filed at the Iranian Medical Council during 1994-2004. The Journal of Islamic Dental Association of IRAN (JIDA) 2008;19(4):50-4.

37. Tabatabaei F. The Responsibility of Dentists in The Use of Biomaterials and Ethical Considerations. Medical Ethics. 2016;1(2):147-68.

38. Shoarian E, Ebadzadeh H. Obligations Arising from Treatment Contract with Emphasis on Draft Common Frame of Reference (DCFR). Medical Law Journal. 2016;10(38):41-71.

The Iranian Association of Medical Law

MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e11.

Journal Homepage: http://ijmedicallaw.ir

ORIGINAL ARTICLE

Legal Analysis of the Causes of Disciplinary Complaints against Dentists In the Medical Council of Qom during the Years 2013-2017

Mohammad Mehdizadeh[1], Mahdi Khaghani Esfahani[2], Abolfazl Mohammadbeigi[3], Samira Hajisadeghi[4*], Abtin Davoodi[5]

1. Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental and Oral Research Center, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
2. Assistant Professor of Criminal Law & Criminology, The Institute for Research and Development in the Humanities (SAMT), Tehran, Iran.
3. Full Professor (PhD), Department of Epidemiology and Biostatistics, Neuroscience Research Center, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental and Oral Research Center, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
5. Private Dentist, Dental and Oral Research Center, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Received: 30 June 2020

Accepted: 25 November 2020

Published online: 5 April 2021

Keywords:

Dentists

Patient Rights

Patient Satisfaction

*** Corresponding Author:**

Samira Hajisadeghi

Address: Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Postal Code: 37136-49373

Telephone: 25-37700094

Email: dr.s.hajisadeghi@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Patient complaints are stressful and costly for dentists. Dentistry is not immune from mistakes, and protesting dental care services is a demand of patients. It is important to check the causes of complaints against dentists and identify the causes of dissatisfaction in determining prevention programs. The purpose of this study is to provide a picture of the causes of complaints from dentists and the judgments in the medical council of Qom.

Materials and Methods: This study was descriptive, cross-sectional, and retrospective. Complaints against dentists in the Medical council Organization from 2013 to 2017 were reviewed. The variables of age, gender, work experience, proficiency, dental behavioral factors and medical center equipment as well as age and gender of patients were evaluated. Finally, the data were analyzed by SPSS software.

Results: 77 cases were examined. 87% of complaints were from male dentists and 13% from female dentists. The prevalence of complaints in female patients (51.9%) was higher than in male patients (48.1%). Of the total number of complaints against dentists, 11% have been prosecuted and 9% have been settled in court. The most important reason for the complaints was the negligence of the dentists in performing the services and no complaints were received from the Lack of equipped medical centers. In cases that were ongoing due to carelessness and lack of expertise in treatment, there was a statistically significant difference in the age of the dentists and their work experiences.

Ethical considerations: This research started after receiving the code of ethics from Qom University of Medical Sciences and has been written until the end based on ethical principles, trustworthiness and honesty.

Conclusion: The most important reason for the complaint was the negligence of dentists in performing services. The age of the dentists and the more work experience were showed a relationship with complaints against dentists. The legislator has accepted the "theory of negligence" and the "theory of fault" by deviating from the "theory of danger". In the next step to support therapists (dentists), the legislator has considered that obtaining patient consent relieves the therapist of responsibility. In the third step, the nurse or patient is aware of the wrong prescription, causing the dentist to lose responsibility.

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as: Medizadeh M, Khaghani Esfahani M, Mohammadbeigi A, Hajisadeghi S, Davoodi A. Legal Analysis of the Causes of Disciplinary Complaints against Dentists In the Medical Council of Qom during the Years 2013-2017. *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e11.

This open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).