

مسئولیت‌ها و تعهدات تیم جراحی

فرح سمیاری^۱

چکیده

در صورت بروز بیماری، وظیفه‌ی پزشک صرفاً معالجه و درمان بیمار است ولی در جراحی، مسئولیت هر پزشک یا جراح و اعضای تیم جراحی در قبال سلامت و درمان بیمار، جدی‌تر نمایان می‌شود و این امر تعهدات خاصی را برای آنان به همراه دارد. بنابراین اعضای تیم جراحی باید بتوانند علاوه بر رعایت کامل حقوق بیمار، اقدامات پزشکی را مطابق با استانداردهای پزشکی و نظامات دولتی انجام دهند.

حقوق دانان برای روشن شدن این مطلب که تعهد چیست، آن را به دو گروه «تعهد به وسیله» و تعهد به نتیجه «تقسیم کرده‌اند و بنابر نظر اکثریت آنان، قاعده‌ی کلی این است تعهد جراح و تیم جراحی» تعهد به وسیله است ولی در موارد استثنایی ممکن است تعهد برخی از اعضای تیم جراحی «تعهد به نتیجه» شناخته شود. البته لازم به ذکر است که در مواردی ممکن است که خود قانون مشخص نماید که تعهد به نتیجه است یا تعهد به وسیله. اما اگر حکم مواد قانونی نبود با توجه به معیارهایی که در دسترس است مسلماً تعهد پزشک از نوع تعهد به حسن انجام تعهد و اعمال صلاحیت مطابق قواعد و مقررات حرفه‌ی پزشکی می‌باشد یا به عبارت دیگر تعهد پزشکان، تعهد به فعل است و همین پیش‌بینی قانون‌گذار (تعهد به نتیجه) با نظر اکثر حقوق دانان در تعارض است، مضافاً این که در اکثر کشورها تعهد پزشک، تعهد به وسیله است.

واژگان کلیدی

تیم جراحی، تعهدات پزشکی، تعهد به وسیله، تعهد به نتیجه

۱. کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و عضو پیوسته انجمن

مسئولیتها و تعهدات تیم جراحی

حرفه پزشکی در میان مشاغل مختلف از تقدس و جایگاه خاصی برخوردار است چرا که این حرفه با جسم و جان انسان ارتباط دارد. پزشک تنها انسانی است که با اراده خود به وی اجازه می‌دهیم که با مهم‌ترین رکن وجودی یعنی سلامتی جسمی و روحی ما تماس داشته باشد. در بیشتر مواقع، درمان بیماری‌ها در بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد و طب را از حرفه‌ای که ارتباط بین پزشک و بیمار - رابطه‌ای شخصی و مبتنی بر اعتماد و صداقت بود به حرفه‌ای گروهی می‌کشد. بسیاری از عملیات طبی و جراحی توسط گروه‌های پزشکی متشکل از پزشکان، جراحان، دستیاران، تکنسین‌ها، پرستاران و... که هر کدام در انجام اعمال حرفه‌ای خود استقلال دارند صورت می‌پذیرد و این درحالی است که آن‌ها بیمار را از قبل نمی‌شناسند که البته استقلال اعضای تیم جراحی محدود است و باید تبیین شود.

اعمال و اقدامات پزشکی، تعهداتی را برای آنان در قبال درمان بیماران به وجود می‌آورد و در معالجه بیمار که به صورت گروهی صورت می‌گیرد، برای هر یک از اعضای تیم جراحی، تعهداتی در رابطه با حرفه و تخصص آن‌ها قابل پیش‌بینی است. تحمیل تعهد و مسئولیت سنگین بر پزشکان و تیم آن‌ها، آرامش خاطر آن‌ها را می‌زداید و ممکن است از درمان بیماران استنکاف ورزند. امروزه روابط پزشک و بیمار گسترش یافته و پیشرفت تکنولوژی علوم پزشکی اقتضا می‌کند تا سازوکاری مناسب در نظر گرفته شود که بر اثر آن امنیت جان و سلامتی بیماران تأمین گردد و در اتاق جراحی، جراح و تیم جراحی با تقصیر و کوتاهی خود، جان و تن بیماران را به مخاطره نیفکنید و عضو خطا کار مسئول شناخته شود و جامعه نیز از خدمات کادر پزشکی محروم نگردد. با پیشرفت علوم پزشکی در رده‌ای از اعمال جراحی و در حیطه تخصصی گروهی از اعضای تیم

جراحی به چنان دست آورد علمی رسیده‌اند که امکان حصول نتایج قطعی وجود دارد و عدم تحقق نتیجه مورد نظر خود به خود حاکی از سهل‌انگاری هر یک از اعضای تیم با توجه به تخصص و حرفه‌شان وجود دارد. با این وجود، اثبات تقصیر اعضای تیم در عملکردشان در بسیاری از اوقات مشکل است و البته قابل تفکیک از یکدیگر.

در این مقاله سعی بر این است که بررسی شود اعضای تیم جراحی، هر کدام مسئولیت جداگانه دارند و به دنبال آن تعهدات قابل تفکیک از یکدیگر. لذا این سؤال مطرح می‌شود که آیا جراح و تیم جراحی در همه موارد مسئول ضرر و زیان وارده به بیمار می‌باشند؟ ماهیت تعهد آنان چگونه است؟ آیا با توجه به این که تعهدات پزشک در معالجه بیمار، به تعهد به وسیله و تعهد به نتیجه تقسیم می‌شود، تمییز مفاد تعهد (نتیجه یا وسیله) به چه صورت است و هر یک از اعضا به چه ترتیب مسئول شناخته می‌شوند؟ در دو بخش به مسئولیت‌ها و تعهدات تیم جراحی پرداخته شده است.

۱- مسئولیت تیم جراحی

۱-۱- مفهوم مسئولیت و انواع آن

واژه مسئولیت به معنای ضمان، ضمانت، تعهد، مواخذه، موظف بودن به انجام کاری و متعهد بودن است (دهخدا، ۱۳۶۵، ج ۴۲، ص ۴۴۸). و مسئول به معنی پرسیده شده و خواسته شده می‌باشد (عمید، ۱۳۷۴، ص ۹). این لغت در هر متنی قرار می‌گیرد، مفهوم تعهد و متعهد بودن را به ذهن خواننده می‌آورد. در اصطلاح حقوقی نیز مفهوم مسئولیت از معنای لغوی آن مایه گرفته و به این معنی است که هر شخص باید پاسخ‌گوی آثار و نتایج اعمال خویش باشد (عباسی، ۱۳۸۸، ص ۲۱).

برای درک واقعی مفهوم مسؤولیت از جهات گوناگون باید علاوه بر وجود تعهد و تکلیفی که از طرف مقام صلاحیت‌دار، وضع و برقرار می‌شود، عوامل و شرایط دیگری را نیز باید در نظر گرفت که عبارتند از: ۱- وجود وظیفه یا خودداری از انجام عمل؛ ۲- اطلاع از وجود وظیفه؛ ۳- توانایی در انجام وظیفه (شامبیاتی، ۱۳۷۱، ص ۲۲).

مسؤولیت پزشک نیز یکی از مباحث دشوار و پیچیده در علم حقوق پزشکی است و معادل اصطلاح ضمان طبیب در نظام فقهی است اما با توجه به این که مسؤولیت پزشک و تیم پزشکی یکی از مهم‌ترین شقوق مسؤولیت تلقی می‌گردد و مبین تعهد تیم پزشکی به جبران ضرری است که در نتیجه اعمال و اقدامات خود به بیمار وارد کرده است، این اصطلاح در نظام حقوقی ایران جایگاهی ماندگار یافته و عناصر تشکیل‌دهنده آن عبارتست از: خطای پزشکی؛ وجود خسارت و رابطه سببیت بین فعل ارتكابی و ضرر وارده و مرتکب آن فعل (عباسی، ۱۳۸۸، ص ۱۹). پزشک در برابر اعمال و اقدامات حرفه‌ای خود دارای انواع مسؤولیت‌ها می‌باشد، بدین نحو که متعهد است در قبال ضرر و نقصانی که به موجب اقدامات طبی خود، بیمار را متضرر کرده است پاسخ‌گو باشد. ضرورت وجود پزشکان و کادر پزشکی آگاه در یک جامعه بر کسی پوشیده نیست و وقتی انسان سلامتی خود را که یک نعمت خدادادی است و البته بالاترین موهبت زندگی است در خطر می‌بیند این نیاز به وضوح حس می‌شود و این جاست که رابطه پزشک و بیمار شکل می‌گیرد و بالتبع تعهداتی را نیز برای هر دو در این رابطه متقابل به دنبال دارد. مسلم است که طبابت کردن مصون از خطا یا اشتباه نیست، اما آنچه جای تأمل دارد، مسؤولیتی است که به واسطه فعالیت حرفه‌ای

برای پزشک ایجاد می‌شود. این مسئولیت‌ها در مورد پزشک و کادر پزشکی عبارتند از:

الف- مسئولیت کیفری

برای این که بتوان از نظر جزایی، کسی را مسئول دانست باید امکان انتساب خطا یا تقصیر به وی باشد (گلدوزیان، ۱۳۷۸، ص ۲۷۳). مسئولیت کیفری عبارت است از انتساب فعل یا ترک فعل مجرمانه شخص یا اشخاصی که با انجام بزه به قوانین جزایی خواه به عنوان مباشرین خواه به عنوان شرکا و معاونین به عمد یا خطا تجاوز کرده‌اند و توان تحمل بار مجازات و یا احتمالاً اقدامات تامینی و تربیتی را در قبال فعل یا ترک فعل خود دارند (نوربها، ۱۳۸۴، ص ۲۱۰). در واقع می‌توان گفت مسئولیت کیفری، نقض قوانین و مقررات تعیین شده از طرف جامعه با اراده و آگاهی تعریف شده، پس از نظر جزایی، ارتکاب جرم به‌طور کلی هر نوع نقض قوانین و مقررات اجتماعی که دارای ضمانت اجرای کیفری می‌باشند، شرط لازم مسئولیت کیفری شمرده شده است اما برای این که مرتکب جرم را به مجازات برسانیم لازم است که اولاً رفتار مجرمانه ناشی از قصد و اراده مرتکب باشد و ثانیاً میان عمل مرتکب و نتیجه واقع شده رابطه سببیت باشد به نحوی که بتوان گفت آنچه واقع شده نشأت گرفته از عمل مرتکب است (صالح‌ولیدی، ۱۳۸۱، ص ۲۶).

ب- مسئولیت مدنی

در ترمینولوژی حقوق، مسئولیت مدنی عبارتست از: مسئولیت در مقام خسارتی که شخص یا کسی که تحت مراقبت یا اداره شخص است یا اشیاء تحت حراست وی به دیگران وارد می‌کنند و همچنین مسئولیت هر شخص بر اثر انجام تعهدات

ناشی از قرارداد. مسئولیت مدنی در مقابل مسئولیت کیفری استعمال می‌شود و مسئولیت قراردادی و مسئولیت خارج از قرارداد که گاهی آن را مسئولیت تقصیری می‌نامند زیر مجموعه آن است و قدر مشترک هر دو نوع مسئولیت، نقض تعهد و الزام است و نهایت این که در نخستین نقض تعهد قراردادی می‌شود و در دومین، نقض تعهد قانونی (جعفری لنگرودی، ۱۳۷۶، ص ۶۴۵). در واقع مسئولیت مدنی، تعهد و الزامی است که شخص به جبران خسارت زیان وارده شده به دیگری دارد اعم از این که زیان مذکور در اثر عمل شخص مسئول یا عمل فعل وابسته به او یا ناشی از اشیاء و اموال تحت مالکیت یا تصرف او باشد (حسینی‌نژاد، ۱۳۷۰، ص ۱۳).

۱- مسئولیت قراردادی

مسئولیت قراردادی که در نتیجه اجرا نکردن تعهدی که از قرارداد ناشی می‌شود و شخص طبق قرارداد، مکلف به انجام آن است به وجود می‌آید. به عبارت دیگر مسئولیت قراردادی عبارتست از: تعهدی که در نتیجه تخلف از مفاد قرارداد خصوصی برای اشخاص ایجاد می‌شود (کاتوزیان، ۱۳۶۲، ص ۹). طبق مواد ۲۱۹ تا ۲۲۶ قانون مدنی، عقود که طبق قانون واقع شده باشد میان متعاملین و قائم مقام آنها لازم‌الاتباع است. عقد نه فقط متعاملین را به اجرای چیزی که در آن تصریح شده ملزم می‌کند بلکه متعاملین به کلیه نتایجی که به موجب عرف و عادت یا به موجب قانون از عقد ناشی می‌شود ملزم می‌باشند (کاتوزیان، ۱۳۷۲، ص ۶۲) اما اگر قرارداد و پیمان الزام‌آوری بین پزشک و بیمار برقرار شود. پزشک مغایر قواعد قراردادی عمل کند دارای مسئولیت قراردادی است اما این مسئولیت، چگونه پزشک را در برابر بیمار متعهد می‌کند؟

شایان ذکر است که معمولاً تعهدات به تعهد به نتیجه و تعهد به وسیله تقسیم می‌شوند که ذیلاً به توضیح این دو موضوع پرداخته شده است.

الف- تعهد به وسیله: تعهد پزشک به تعهد به وسیله یعنی نهایت تلاش و کوشش و به کار بستن همه توانمندی‌های خود به منظور دستیابی به نتیجه مطلوب و بهبودی بیمار. اگر پزشک اقدامات متعارف و استانداردهای رایج پزشکی را مراعات کرده باشد، کفایت می‌کند (عباسی، ۱۳۸۸، ص ۶۲).

ب- تعهد به نتیجه: منظور این است که موضوع تعهد پزشک، انجام عمل معین به منظور دستیابی به نتیجه مطلوب است به عبارتی دیگر، موضوع تعهد پزشک، تعهد به حصول نتیجه است و اجرای تعهد تنها با تحقق نتیجه مطلوب حاصل می‌شود و عدم حصول نتیجه جهت مسئول شناختن پزشک کافی است و نیازی به اقامه دلیل از سوی بیمار که مدعی عدم انجام تعهد است نمی‌باشد (نجاتی، ۱۳۸۹، ص ۵۵). اما در مورد تمییز تعهد پزشک باید این‌طور عنوان کرد که در مواردی ممکن است که خود قانون مشخص نماید که تعهد به نتیجه است یا تعهد به وسیله. در غیر مواد قانونی، معیار اصلی اراده مشترک دو طرف در مفاد قرارداد است که باید دقت نمود که مفاد قرارداد بیان‌گر چه موضوعی است.

در قوانین ایران مقنن در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ و همچنین در ماده ۴۹۶ و ۴۹۷ چنانچه ملاحظه می‌شود، صرف وقوع خسارت برای مسئول شناختن پزشک یا پرستار کافی است، مگر این‌که موازین فنی رعایت شده یا برائت اخذ شده باشد.

اکثر حقوق دانان تعهد پزشک را تعهد به وسیله می‌دانند و معتقدند که از نظر اجتماعی مسئول شناختن پزشک در خصوص زیان‌های ناشی از اقداماتی که او در چهارچوب دانش زمان خود در حد متعارف انجام داده است، ناروا و ناصواب است

و این امر قدرت ابتکار را از این قشر سلب می‌کند. از طرف دیگر پیش‌بینی تعهد به نتیجه اقدامات پزشکی توسط قانون‌گذار ایران عمدتاً با حقوق اکثر کشورها هماهنگی و انسجام لازم را ندارد لذا در اکثر کشورها تعهد پزشک، تعهد به وسیله است. (نجاتی، ۱۳۸۹، ص ۵۷). مضافاً بر این که به موجب بند ج.م. ۱۵۸ ق.م.ا، هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود، قابل مجازات نیست. قانون‌گذار اقدامات درمانی را نوعی تصرف در جسم و جان دیگری می‌داند و مشروع تلقی نموده است و به عنوان علل موجهه جرم شناخته است و اصول و موازین حقوقی اقتضا می‌کند که اگر در محدوده شرایط قانونی مبادرت به انجام عمل مذکور شده باشد ولو این که موجب ضرر بیمار شود ضمانی اعم از کیفری و مدنی به دنبال ندارد (گلدوزیان، ۱۳۸۲، ص ۱۳۰). بنابراین مبنای ضمان پزشکی، تقصیر یا به تعبیر قانون مجازات اسلامی، تجاوز از حدود اذن یا نظامات و مقررات است در غیر این صورت پزشک ضامن نمی‌باشد خواه در ضمن عقد شرط برائت کرده باشد یا نکرده باشد، زیرا او مرتکب تقصیری نشده است. بنابراین به نظر اکثریت حقوقدانان، تعهد پزشک از نوع تعهد به وسیله است و در صورتی که مرتکب تقصیری نشده باشد و در محدوده اذن و موازین علمی و فنی عمل نموده باشد مسئولیتی ندارد ولو این که موجب ضرر بیمار یا فوت وی شود. (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۸۲).

اما از نظر اثباتی، با توجه به این که زیان‌دیده در اثبات تقصیر پزشک و سهل‌انگاری او ناتوان است، شارع مقدس و به تبع آن قانون مجازات اسلامی از طرف ضعیف‌تر در قرارداد حمایت نموده است و تقصیر پزشک را مفروض انگاشته است تا او را از اثبات تقصیر پزشک بی‌نیاز بنماید. لذا در مواردی مانند

۴۹۵ و ۴۹۶ ق.م.ا نیز صرف انتساب ضرر، بدون نیاز به اثبات تقصیر، برای مسؤول شناختن پزشک کافی است. پس در صورتی که در جریان معالجه به بیمار آسیبی وارد شود، اصولاً پزشک ضامن است و اصل عدم تقصیر نمی‌تواند مستندی برای رفع مسؤولیت وی باشد (وحدتی شیری، ۱۳۸۱، ص ۱۵۹).

بنابراین تعهد پزشک، تعهد به نتیجه نیست، بلکه تعهد به وسیله و تعهد به درمان، تعهد به مواظبت و کوشش در راه درمان است ولی از نظر اثباتی و بنا به مصالح، رعایت احتیاط در جان و مال مردم، هشدار برای کسب معلومات و دشواری اثبات تقصیر پزشکی، فرض تقصیر پزشک شده است و اثبات خلاف آن نیز به وسیله پزشک امکان‌پذیر است. چنانچه تعهد پزشک از نوع تعهد به نتیجه می‌بود، اثبات بی‌تقصیری برای معافیت از مسؤولیت کافی نبود و فقط دخالت اسباب خارجی و قوه قاهره می‌توانست سبب معافیت از مسؤولیت گردد. (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۸۳).

۱- مسؤولیت خارج از قرارداد: مسؤولیت قهری یا مسؤولیت خارج از قرارداد که به ضمان ناشی از قانون نیز مرسوم است، هنگامی به وجود می‌آید که بر اثر نقض وظیفه قانونی، زیانی به کسب برسد. ریشه این مسؤولیت، پیمان بین فاعل و زیان‌دیده نیست بلکه تخلف از تکالیف قانونی است که برای همه وجود دارد مانند طبیعی که بدون رعایت مفاد بند ج.م. ۱۵۸ ق.م.ا مبادرت به اعمال جراحی می‌نماید و این عمل منتهی به نقص عضو یا زیان بیمار گردد (شجاع‌پوریان، ۱۳۷۴، ص ۷۲).

ج- مسؤولیت انتظامی: این نوع مسؤولیت از تخلف انتظامی در امور اداری ناشی می‌شود (جعفری لنگرودی، ص ۶۴۲) بنابراین نقض مقررات صنفی به وسیله یک فرد از افراد آن صنف، تخلف انتظامی محسوب می‌گردد که به آن تقصیرات اداری یا تخلفات انضباطی نیز می‌گویند و ارتکاب تخلف حرفه‌ای موجب

مسئولیت انتظامی می‌گردد که به آن مسئولیت شغلی یا صنفی یا حرفه‌ای، انضباطی یا مسئولیت ناشی از تخلف انضباطی نیز می‌گویند مانند مسئولیت جراح در معالجه و عمل جراحی (عباسی، ۱۳۸۸، ص ۴۲).

۲-۱- اعضا تشکیل دهنده تیم جراحی و تعهدات آنها

هیچ بیماری از تجربیات جراحی برخوردار نمی‌شود مگر این که در اتاق جراحی حضور یابد. در حین جراحی، اطراف بیمار توسط اعضای تیم جراحی احاطه می‌شود و هر یک از افراد دارای وظایف مشخصی هستند که در حین جراحی موظف به انجام آن می‌باشند و در مجموع تیم جراحی را تشکیل می‌دهند. به‌طور کلی می‌توان گفت که زندگی بیماران به دست اعضای تیم جراحی است و عملکرد گروه جراحی نیز شبیه عملکرد ارکستر سمفونی می‌باشد که هر فرد جهت ایجاد هماهنگی و هم‌نوایی با سایر افراد گروه جهت یک اجرای موفق همکاری می‌نماید. اعضاء تیم جراحی عبارتند از: جراح، دستیار جراح، متخصص بی‌هوشی و پرستار اتاق عمل و تکنسین اتاق عمل.

الف- جراح: در مفهوم جراح باید گفت که تعریف درستی از آن تا به حال صورت نگرفته است. در لغت‌نامه، جراح به کسی گفته می‌شود که با دریدن و بریدن و بخیه زدن، بیماران را علاج می‌کند. در واقع زمانی که بیماری به حدی برسد که حضور جراح را بطلبد زمانی است که روند زندگی شخص، مختل شده و نیازمند مراقبت، جراحی، کنترل و نظارت در یک مرکز بیمارستانی و یا در موارد خفیف، درمانگاهی می‌باشد. جراح باید از دانش و مهارت و کفایت لازم برای انجام یک عمل جراحی موفق برخوردار باشد و فرد جراح باید توانایی و قدرت

لازم در برابر مشکلات پیش‌بینی نشده و غیرقابل انتظار را در طول جراحی داشته باشد. (www.irimc.org).

ب- دستیار جراح: در طول جراحی در کنار جراح یک یا چند فرد دیگر نیز حضور دارند که به جراح جهت داشتن دید بهتر در جراحی، کنترل خون‌ریزی، بنخیه‌زدن و پانسمان زخم‌ها کمک می‌کنند. نقش دستیار و نیاز به حضور جراحان دیگر با توجه به وضعیت بیمار و نوع جراحی تعیین می‌شود. (www.irimc.org).

ج- متخصص بی‌هوشی: بی‌هوشی و انجام جراحی دو بخش مهم و جراحی‌ناپذیر در جراحی‌ها می‌باشند. اگر بین جراح و بی‌هوشی‌دهنده در حین جراحی ارتباط مطلوبی برقرار باشد، ارتباط ایمنی بیش‌تری را برای بیمار به دنبال خواهد داشت و پرواضح است که فرد بی‌هوشی‌دهنده همانند نگهبانی برای بیمار تلقی می‌شود. وی پس از انجام عمل جراحی در بخش ریکاوری نیز تا زمانی که بیمار مجدداً کنترل علائم حیاتی خود را به دست آورد حضور خواهد داشت. در کنار متخصص بی‌هوشی، کاروان هوش‌بری نیز انجام وظیفه می‌کند. (www.wikipedia.org).

د- پرستار اطاق عمل: یک پرستار تحصیل کرده و دارای گواهینامه پرستاری و توانمند با جراح در بیمارستان و یا کلینک کار می‌کند. البته باید توانایی و قابلیت لازم در مهارت و دانش کافی در زمینه‌های آناتومی، فیزیولوژی، تعادل مایعات و... که رابطه مستقیمی با جراحی دارند را داشته باشد و به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱- پرستار اسکراب؛ ۲- پرستار سیرکولر.

پرستار دارای قابلیت ایفای نقش اسکراب، عضو تیم استریل و کادر مراقبتی می‌باشد و مسؤول حفظ ایمنی و انسجام و کارآیی مؤثر افراد تیم جراحی در زمینه اجرای موارد استریل در طی عمل جراحی می‌باشد و پرستار دارای قابلیت نقش سیرکولر، پرستاری است که اطاق عمل را اداره می‌کند و نقش مهمی در کنترل

وقایع در قبل، حین و بعد از عمل جراحی دارد و حامی و محافظ بیمار است و کنترل و هماهنگی تمام فعالیت‌ها به عهده اوست. (www.wikipedia.org).

هـ- تکنسین اتاق عمل: تکنسین اتاق عمل کسی است که دستورات و برنامه کار را از سرپرست دریافت می‌کند و تجهیزات موردنیاز را جهت عمل جراحی کنترل می‌کند. کلیه لوازم و امکانات مورد نیاز جراحی را کنترل می‌کند و به‌طور کلی کلیه موارد موردنیاز در اتاق جراحی را کنترل و آماده می‌کند. در انتها لازم به ذکر است که افراد تیم جراحی باید با ساختار، وسایل، عملکرد و سیاست‌های بیمارستانی که در آن مشغول به فعالیت هستند آشنایی کامل داشته باشند و باید روحیه‌ای بالا توأم با درک متقابل داشته باشند. (www.news-medical.net).

«هرکس که نتواند از صمیم قلب به عنوان یک عضو تیم جراحی در اتاق عمل کار کند، جایی در اتاق عمل ندارد».

۲- تعهدات تیم جراحی

منشاء مسؤولیت‌های پزشک اگر از استثنائات نادر آن مانند موارد اورژانسی بگذریم، تراضی او با بیمار و پذیرش قرارداد معالجه است. پزشک علاوه بر تعهداتی که مستقیماً و به موجب قرارداد و با اراده شخصی متعهد گردیده است، به موجب عرف و عادات حرفه‌ای و قانون و نظامات و آیین‌نامه‌های دولتی نیز تکالیفی دارد که بسان تعهدات قراردادی خویش ملزم به رعایت آن‌ها می‌باشد. موضوع اصلی تعهد پزشک، معالجه بیمار است که طرفین در قرارداد پزشکی بدان تصریح نموده‌اند. علاوه بر تعهد مذکور، قانون‌گذار به منظور حفظ حقوق بیمار، تعهداتی را نیز به موجب قوانین و آیین‌نامه‌های مختلف برای پزشک در نظر گرفته است که وی به اقتضای حرفه خویش ناگزیر از پذیرش آن‌ها به عنوان

شروط می‌باشد و فرض بر این است در هر موردی که طبابت شخصی را می‌پذیرد، با آگاهی از این الزامات قانونی، متعهد به رعایت آن‌ها نیز می‌گردد. شکی نیست که موضوع مستقیم تعهد پزشک، درمان بیمار است و هدف از درمان نیز بهبودی بیمار است. پیشرفت و تمدن و نوآوری در زندگی منجر به ساخت ابزار و وسایل جدید و پیچیده در فعالیت بشری شده است و به همان اندازه موجب افزایش تهدید سلامتی جسمی به ویژه در فعالیت‌هایی که ابزار و مصنوعات در آن دخالت دارند، گردیده است (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۵۳). این امر در مورد جراحی و تیم جراحی نیز صادق است و این که وقتی جراح و تیم جراحی تمام توان و تلاش خود را در جهت معالجه بیمار به کار بسته‌اند و مرتکب هیچ‌گونه قصوری نشده‌اند و موازین علمی و فنی را در درمان رعایت نموده‌اند ولی به هر دلیلی که خارج از اراده آن‌هاست موفق به نتیجه مطلوب نگردند، مسئولیت با کیست؟ در این جا ماهیت تعهد پزشک و جراح و تیم پزشکی مطرح می‌شود و این که تعهد پزشک در معالجه بیمار به چه نحو است؟ تعهد به وسیله است یا تعهد به نتیجه؟ حقوق‌دانان تعهد را به تعهد به وسیله و تعهد به نتیجه تقسیم کرده‌اند و این از ابداعات دموگ، حقوق‌دان فرانسوی است (کاتوزیان، ۱۳۷۶، ج ۴، ص ۱۶۸). بر مبنای این تقسیم، گاه مدیون به عهده می‌گیرد که وسیله‌ی رسیدن به نتیجه مطلوب را فراهم آورد و در این راه کوشش کند، جانب احتیاط را نگه دارد و همه‌ی صلاحیت‌های خود را به کار برده و به مانند انسانی متعارف در شرایط ویژه خود رفتار کند و برعکس در مواردی که احتمال رسیدن به نتیجه مطلوب فراوان است، به‌طور معمول متعهد، حصول نتیجه را به عهده می‌گیرد و تهیه‌ی وسایل مقدمه‌ای بر التزام است. تعهدات دسته اول را تعهد به وسیله و تعهدات دسته دوم را متعهد به نتیجه می‌نامند (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۵۵). در نظام حقوقی ایران نیز به نظر می‌رسد که اصل کلی

در مسؤولیت پزشکی، مسؤولیت قراردادی است و اصل در تعهدات قراردادی، تعهد به نتیجه است (صالحی، فلاح، عباسی، ۱۳۸۹).

۱-۲- تعهد به وسیله، قاعده‌ای کلی

در تعهد به وسیله، چون موضوع آن انجام کاری مشخص نیست و با التزام به رعایت احتیاط و به کار بردن صلاحیت، نتیجه تضمین نشده است، دلیل بر عدم وفای به عهد نیست و مدعی باید وجود تقصیر و بی‌مبالاتی را ثابت کند. زیرا بنای دو طرف این است که احتمال دارد کوشش متعهد بی‌ثمر بماند و نتیجه به دست نیاید. بنابراین می‌توان گفت که به‌طور معمول تعهد جراح و تیم جراحی، تعهد به وسیله است چرا که آنان صلاحیت و مهارت خود را در راه رسیدن به مطلوب به کار می‌برند ولی آن را تضمین نمی‌کنند، پس با انجام کارهایی که در قرارداد و به موجب موازین قانونی و عرفی، لازمه کوشیدن و اقدام کردن و اجرای صلاحیت است، وفای به عهد می‌کنند. هر چند که نتیجه نهایی به دست نیاید. (کاتوزیان، ۱۳۷۶، ج ۴، ص ۴۵). در اتاق جراحی، شفای بیمار متوقف به عوامل و عناصری است که همیشه از اراده پزشک پیروی نمی‌کنند. عنصر احتمال بر نتایج معالجات پزشکی سیطره افکنده است و در تمییز تعهد به وسیله از تعهد به نتیجه، به میزان دخالت احتمال در حصول نتیجه مطلوب طرفین قرارداد بستگی دارد و به عبارت دیگر در مواردی که حصول نتیجه مزبور در گرو عدم ارتکاب تقصیر از ناحیه متعهد است، باید تعهد وی را تعهد به نتیجه دانست ولی در مواردی که عوامل متعدد دیگری غیر از ارتکاب از ناحیه متعهد برای حصول نتیجه مورد انتظار از قرارداد فی‌مابین لازم باشد، چنین تعهدی را تعهد به وسیله یا تعهد به فعل می‌نامند (شهیدی، ۱۳۸۲، ص ۲۱۲). دیوان عالی کشور فرانسه در رأی ۱۹۳۶/۵/۲۰

صریحاً رأی داده است که پزشک متعهد به شفای بیمار نمی‌باشد. وی موظف است تلاش خود را صادقانه که از وجدانی آگاه سرچشمه می‌گیرد و با اصول علمی ثابت هماهنگی باشد به کار بندد. بدین ترتیب حقوق فرانسه، تعهد پزشک را تعهد به وسیله می‌داند و در بعضی مناطق مثل ایالت کبک در کانادا پزشک ممنوع است که بیمار خود را به شفای از بیماری تضمین کند (شمس‌الدین، ۲۰۰۴ م، ط ۱۰). در مصر، انگلستان و لبنان نیز تعهد پزشک را تعهد به وسیله دانسته‌اند. محکمه استیناف بیروت نیز حکم داد که پزشکی که بیماری را معالجه می‌کند متعهد به تضمین شفای کامل و حتمی او نمی‌گردد بلکه او فقط به کار با تلاش صادقانه و مراعات اصول و قواعد طبی در زمینه تخصص خود را متعهد می‌نماید. (الحسینی، ۱۹۷۸، ص ۲۰۵).

در فقه اهل سنت نیز تعهد پزشک، تعهد به وسیله است و پزشک متعهد به تحقق سلامتی بیمار نمی‌گردد. او متعهد به شفای بیمار و تضمین سلامتی او از خطرات نمی‌گردد زیرا این امر در توان او نیست (شمس‌الدین، ۲۰۰۴، ص ۱۰۶).

بدین ترتیب قاعده کلی این است که تعهد پزشک، تعهد به وسیله است ولی بعضی از اعمال پزشکی به خصوص در تیم جراحی بر اثر دستاوردهای علمی، حالتی را به دست آورده که نتایج قطعی و قابل دستیابی است و عدم تحقق نتیجه بدین معنا ایست که عمل مزبور به نحو صحیح صورت پذیرفته است و خود به خود دلیل بر قصور و نقض تعهد پزشک است. در این قبیل موارد تعهد پزشک، تعهد به نتیجه است و به عنوان استثنائات وارد بر اصل مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۲-۲- تعهد به نتیجه، استثنائات قاعده

همان‌طور که گفته شد، قاعده کلی در تعهد پزشک، تعهد به وسیله است. بنابراین در بررسی تعهدات تیم جراحی، اصل بر تعهد به وسیله است ولی با توجه به دستاوردهای علمی در بعضی از اعمال جراحی، افرادی از اعضای تیم جراحی به‌طور استثنا دارای تعهد به نتیجه هستند چرا که در مورد آنان نتایج قطعی قابل دسترسی است و عدم موفقیت به‌طور قطع دلیل بر قصور و نقض تعهد آنان می‌باشد که عبارتند از:

الف- جراحی زیبایی: جراحی زیبایی را به جراحی شناخته‌اند که هدف از آنان، شفای بیمار از درد جسمانی نیست بلکه برای اصلاح ناهنجاری است که زندگی او را در معرض خطر قرار نمی‌دهد. جراحی زیبایی به دو قسم تقسیم شده است: اول: جراحی زیبایی ترمیمی که به علت حوادث طبیعی و سوانح ممکن است در وضعیت فیزیکی طبیعی انسان تغییراتی حاصل شود و بیمار به قصد ترمیم شکستگی‌ها و جراحات‌های وارد شده به پزشک رجوع نماید. جراح پلاستیک در این حالت به عنوان معالجه مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به این‌که جراحی زیبایی به جراحی درمانی ارتقا می‌یابد و جراح در حد توان در جهت اصلاح و بهتر شدن وضعیت بیمار تلاش می‌کند و مراقبت خود را به کار می‌گیرد لذا تعهد پزشک در این حالت تعهد به وسیله است ولی در نوع دوم جراحی یعنی جراحی زیبایی فانتزی، هدف بهبودی و درمان بیماری نیست بلکه برای برطرف کردن عیب خلقتی مثل کوچک کردن بینی و برطرف کردن چین و چروک صورت، از بین بردن چربی‌های اضافی زیر پوست، کاشتن مو و ابروی مصنوعی و... گفته شده است. تعهد پزشک در این حالت، تعهد به نتیجه است. زیرا جراحی‌های زیبایی را ولو با احراز ضرورت، تنها نمی‌توان یک درمان به حساب آورد. این

مسأله را می‌توان در خواسته‌های متقاضیان جراحی‌های زیبایی دید. ایشان تنها به دنبال حل یک معضل (بیماری) نیستند بلکه بیش‌تر در جستجوی ایجاد و خلق حالتی جدید به دستان جراح خود می‌باشند. همین جاست که این نوع از جراحی‌ها با جراحی‌های دیگر تفاوت پیدا می‌کنند. هدف متقاضی جراحی پلاستیک، لزوماً نجات از یک بیماری خاص نیست بلکه او صرفاً می‌خواهد به کیفیتی خاص دست یابد و این همان مسأله‌ای است که موجب نارضایتی‌های فراوان از جراح می‌شود. (عباسی؛ کلهر؛ یکدانگی، ۱۳۹۱).

ب- بی‌هوشی: بی‌هوشی از مهم‌ترین معجزات علمی در عرصه علوم پزشکی است و نقش فعالی در تقلیل دردهای جان‌فرسا و زخم‌های عمیق و شکستگی‌ها دارد. انجام اعمال جراحی که غالباً همراه با درد است و بیمار قادر به تحمل آن نمی‌باشد، مستلزم بی‌هوش نمودن بیمار قبل از شروع به عمل جراحی است. خطرات بی‌هوشی در حالت عادی نادر است ولی ممکن است به کار بردن بی‌هوشی خطرانی را برای بیمار به دنبال داشته باشد. متخصص بی‌هوشی باید بیمار خود را تحت نظر گرفته و با کمک متخصصین آزمایشگاهی و پزشکان داخلی از وضع قلب و گردش خون و سلامت دستگاه تنفس و ادراری آگاه گردد. (گودرزی، ۱۳۶۸، ص ۳۷۵). کما این که تجهیزات و داروهایی که مورد استفاده قرار می‌گیرد هم زمان با علوم روز پیشرفت نموده است به گونه‌ای که با قاطعیت ادعا می‌شود که تعهد متخصص بی‌هوشی در بی‌هوش نمودن بیمار و احیاء مجدد وی و استفاده از اشیاء بی‌هوشی تعهد به نتیجه است و پیشرفت علوم پزشکی، نتیجه کار پزشکان را در این زمینه تضمین نموده است. (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۷۴).

ج- تضمین سلامتی بیمار: مقصود از تضمین سلامتی بیمار، تعهد به شفای بیمار نیست بلکه مقصود این است که جراح و تیم جراحی در جریان معالجه بیمار، ابزار

و وسایلی که مورد استفاده قرار می‌دهد یا داروهایی که به وی می‌دهد، بیمار را در معرض هیچ‌گونه خطری قرار ندهد و به علت عفونی نکردن وسایل یا مکان، موجب انتقال بیماری دیگری به وی نشود. بنابراین ضررهایی که به بیمار وارد می‌شود و ارتباط مستقیمی به معالجه وی ندارد و مستقل از عمل پزشکی به مفهوم سنتی آن است و موضوع تعهد در آن‌ها تعهد به نتیجه است. اما اگر ضرر ناشی از عمل پزشکی محض یا خصوصیات فنی آن باشد که عنصر احتمال در آن هست، تعهد پزشک تعهد به وسیله است (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۷۷).

اما نکته قابل توجه این است که جایی که تعهد پزشک از نوع تعهد به وسیله باشد و پزشک مرتکب تقصیری نشده باشد و در محدوده اذن و موازین علمی و فنی عمل نموده باشد مسؤولیتی ندارد ولو این که موجب ضرر بیمار یا فوت وی گردد و اثبات بی‌تقصیری برای معافیت از مسؤولیت کافی می‌باشد اما در تعهد به نتیجه، اثبات بی‌تقصیری برای معافیت از مسؤولیت کافی نیست و اصولاً پزشک ضامن است و اصل عدم تقصیر نمی‌تواند مستندی برای رفع مسؤولیت وی باشد و در این موارد تنها دخالت اسباب خارجی و قوه قاهره می‌تواند سبب معافیت از مسؤولیت گردد. (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۱۸۹).

نتیجه

بدون شک هدف نهایی در معالجات پزشکی معالجه بیمار است. پیشرفت تمدن و نوآوری در زندگی بشر منجر به ساخت ابزار و وسایل جدید و پیچیده در فعالیت بشری شده است و به همان اندازه موجب افزایش تهدید سلامتی جسمی به ویژه فعالیت‌هایی که ابزار و مصنوعات در آن دخالت دارند گردیده است. با پیشرفت علوم پزشکی، فاصله بین پزشک و بیمار زیاد شد، به گونه‌ای که امروزه فاصله‌ی میان آن‌ها سالیان طولانی، تحصیل علم و تخصص است و طب را از حرفه‌ای که ارتباط بین پزشک و بیمار رابطه‌ای شخصی بوده به حرفه‌ای گروهی کشانده است، بسیاری از عملیات طبی و جراحی توسط گروه‌های پزشکی متشکل از پزشکان، دستیاران، تکنسین‌ها و پرستاران و... که هر کدام در انجام عمل حرفه‌ای خود استقلال عمل دارند صورت می‌پذیرد و بعضی از حرفه‌ها و تخصص‌های پزشکی به پیشرفت‌هایی رسیده‌اند که امکان حصول نتایج مطمئنی دارند. لذا می‌توان محدوده تعهد پزشک را تا حدی تعیین کرد. بنابراین با توجه به تقسیم‌بندی تعهد پزشک به «تعهد به وسیله» و «تعهد به نتیجه»، گاه کادر پزشکی یا تیم جراحی تلاش می‌کنند وسیله رسیدن به نتیجه مطلوب را فراهم آورند و در این راه کوشش می‌کنند و همه توانایی‌های خود را به کار می‌برند و مانند انسانی متعارف در شرایط ویژه خود رفتار می‌کنند و برعکس در مواردی که احتمال رسیدن به نتیجه مطلوب فراوان است به‌طور معمول، متعهد، حصول نتیجه را به عهده می‌گیرد و تهیه وسایل مقدمه‌ی التزام است. تعهدات دسته اول را تعهد به وسیله و تعهدات دسته دوم را تعهد به نتیجه می‌نامند. به‌طور معمول، تعهد پزشک و تیم پزشکی را تعهد به وسیله می‌دانند ولی در جایی مانند اتاق جراحی که اعضا به صورت گروهی کار می‌کنند بسته به نوع تخصص اعضا، نوع جراحی و نوع

عملکرد می‌توان تعهد برخی از اعضا را تعهد به نتیجه دانست مانند متخصص بی‌هوشی که یک علم تخصصی است و تجهیزات و داروهایی که مورد استفاده قرار می‌دهد، همزمان با علوم روز پیشرفت نموده است به گونه‌ای که با قاطعیت ادعا می‌شود که تعهد متخصص بی‌هوشی در بی‌هوش نمودن بیمار و احیاء مجدد وی و استفاده از ابزار بی‌هوشی، تعهد به نتیجه است. در نهایت می‌توان به این نتیجه رسید که اعضای تیم جراحی که همزمان در مکان واحد کار می‌کنند ممکن است هر کدام تعهدات و مسؤولیت‌های متفاوت و منحصر به فردی داشته باشند و این تعهد بسته به نوع تخصص و حرفه و عملکرد اعضای تیم جراحی مشخص می‌شوند و قابل تمییز از یکدیگر می‌باشند.

فهرست منابع

- الابراشی، حسن زکی. (۱۹۵۱م). *المسؤولية الاطباء و الجراحين المدينة في التشريع المصرى و المقارن*، چاپ اول، قاهره، مطبعة دارالنشر للجامعات المصریه.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر. (۱۳۷۶ ش). *ترمینولوژی حقوق*، چاپ هشتم، کتابخانه گنج دانش.
- حسینی نژاد، حسین قلی. (۱۳۷۰ ش). *مسئولیت مدنی*، چاپ اول، تهران، جهاد دانشگاهی.
- دهخدا، علی اکبر. (۱۳۶۵ ش). *لغت نامه دهخدا*، جلد ۴۲، مؤسسه لغت نامه دهخدا.
- شامبیاتی، هوشنگ. (۱۳۷۱ ش). *دوره حقوق جزای عمومی*، جلد دوم، مؤسسه ویستا.
- شجاع پوریان، سیاوش. (۱۳۷۴ ش). *مسئولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشک*، چاپ اول، تهران، انتشارات فردوسی.
- شجاع پوریان، سیاوش. (۱۳۸۹ ش). *مسئولیت قراردادی پزشک در برابر بیمار*، چاپ اول، انتشارات فردوسی.
- شمس الدین، عقیف. (۲۰۰۴م). *المسؤولية للطبيب*، چاپ اول، طرابلس، المؤسسة الحديثه الكتاب.
- شهیدی، مهدی. (۱۳۸۲ ش). *آثار قراردادهای و تعهدات*، چاپ اول، تهران، انتشارات مجد.
- صالح ولیدی، محمد. (۱۳۸۱ ش). *حقوق جزای عمومی*، انتشارات خورشید.
- صالحی، حمیدرضا. (۱۳۹۰ ش). *جراحی‌های زیبایی؛ ضرورت یا زیادت؟ قولی در ماهیت تعهدات جراحان زیبایی*، فصلنامه حقوق پزشکی، سال پنجم، شماره هجدهم.
- صالحی، حمیدرضا، فلاح، محمدرضا، عباسی، محمود. (۱۳۸۹ ش). *ماهیت تعهدات پزشکی در پرتو مطالعه تطبیقی*، فصلنامه حقوق پزشکی، سال چهاردهم.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۸ ش). *مسئولیت پزشکی*، چاپ اول، انتشارات حقوقی.
- عباسی، محمود. (۱۳۷۶ ش). *مجموعه مقالات حقوق پزشکی*، جلد دوم و ششم، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی حیان، چاپ اول.
- عباسی، محمود، کلهرنیا گلکار، میثم، کلهرنیا گلکار، بهروز، رضایی یکدانگی کلهرنیا گلکار. (۱۳۹۱ ش). *تعهدات و الزامات جراحان زیبایی و ترمیمی در گستره حقوق پزشکی*، فصلنامه حقوق پزشکی، سال ششم، شماره بیست و دوم.
- عمید، حسن. (۱۳۷۴ ش). *فرهنگ عمید*، جلد دوم، انتشارات امیر کبیر.
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۶۸ ش). *قواعد عمومی قراردادها*، جلد چهارم، چاپ اول، انتشارات به‌نشر.
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۲ ش). *دوره مقدماتی حقوق مدنی، وقایع حقوقی*، شرکت سهامی انتشار.
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۲ ش). *الزامات خارج از قرارداد*، ضمان قهری، دانشگاه تهران.

گلدوزیان، ایرج. (۱۳۸۲ش). *بایسته‌های حقوق جزای عمومی (۱-۲-۳)*، چاپ هشتم، نشر میزان.
 گودرزی، فرامرز. (۱۳۷۷ش). *پزشکی قانونی*، انتشارات اینشتین
 نجاتی، مهدی. (۱۳۸۹ش). *مسئولیت پزشک در نقه و حقوق کیفری ایران*، چاپ اول، انتشارات
 خرسندی.

نوربها، رضا. (۱۳۸۴ش). *زمینه حقوق جزای عمومی*، چاپ دوازدهم، کتابخانه گنج دانش.

<http://www.irimc.org>.

<http://www.wikipedia.org>.

www.News-medical.net/?Id=3795, (access March 2006).

یادداشت شناسه مؤلف

فرح سمیاری: کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز و عضو
 پیوسته انجمن علمی حقوق پزشکی ایران، تهران، ایران.
 نشانی الکترونیک: medlaw2008@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲