



خون و بیماری های آن و مسئولیت پزشک ناشی از انتقال خون آلوده

هادی نجاری

دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد واحد علوم و تحقیقات تهران ، ایران

دکتر علی میری

دکتر حقوق بین الملل ، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد زاهدان ، ایران

چکیده :

شیوع بیماریهای خطرناکی همچون ایدز و هپاتیت در اواخر قرن گذشته وامکان انتقال آنها از طریق خون، مسئله آثار حقوقی و مسئولیت ناشی از انتقال خون آلوده را مطرح کرده است ، این مسئله پیچیدگی های بسیاری دارد زیرا از یک طرف ، تعداد بسیار زیادی از مداخله کنندگان در این امر را مسئول تلقی می کند و از طرف دیگر قربانیان این ماجرا با دشوار بودن اثبات رابطه علیت بین انتقال خون های آلوده و خسارت ضروریان وارده مواجه هستند و همچنین متعدد بودن شخصیت های حقوقی ، سیاسی و پزشکی ، آن را در زمره موضوعات مهم به شمار می آورد. باین وجود سوالات بسیاری در رابطه بامقام و جایگاه قربانیان و توقعات و نیازمندی های اجتماعی ، پزشکی و درمانی آنها وجود دارد که با طرح مباحثی چون، مسئولیت پزشک ناشی از انتقال خون آلوده و اینکه اگر خونی به بیماری تزریق شود چه شخص یا اشخاص حقیقی و حقوقی همچون سازمان انتقال خون ، پزشک معالج، یا حتی دولت را باید مسئول این حادثه شناخت ، روبه رو می کند

واژگان کلیدی: خون، مسئولیت پزشک ، سازمان انتقال خون ، قاعده اتلاف، تعهد پزشک به نتیجه ، تعهد پزشک به وسیله



مقدمه :

در حوزه تحقیقات زیست پزشکی و نحوه معالجه و درمان بیماران، جهان شاهد فجایع و جنایات هولناکی بوده است که اندیشمندان حوزه‌های مختلف علمی و فلسفی را به تامل و امیدارد. تزریق خونهای آلوده به بیماران محتاج به خون یکی از این تراژدیهای دردناک است.

در حقیقت مشکل از آنجا آغاز شد که در حدود دهه ی ۱۹۸۴-۱۹۸۰، افراد بسیار زیادی با انتقال خونهای آلوده به ویروس ایدز مبتلا و در سالهای ۱۹۸۶ نیز شمار زیادی از افراد از طریق تزریق خون آلوده به ویروس هپاتیت C به این ویروس مبتلا شدند. در هر دو مورد اصلیترین علت آلودگی، انتقال خون بود. انتقال خون یک عمل درمانی است که برای کامل کردن نقص یا نقصان ترکیبات خون بیمار صورت میگیرد، در هر سال در کشور ایران حدود ۲۰۰۰ نفر خون دریافت میکنند، این رقم نشان دهنده اهمیت این عمل بسیار شایع میباشد. خون، سمبل زندگی است و هر چند مدت‌ها وسیله ای برای تجارت بود، اما در جنگ جهانی دوم، طبق گفته روزنامه ها، بهترین صحنه تعاون و همکاری انسانها، انتقال و اهداء خون بوده است. در نظام حقوقی ایران، تعهد پزشک تحت تاثیر فقه امامیه و نشأت گرفته از آن ۳۱۹ تا ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی، است. در این نظام، گر چه براساس ماده ۶۰ تعهد پزشک، تعهد به نتیجه است و این تعهد در صورتی ساقط می شود که پزشک قبل از عمل بیمار براءت حاصل نموده باشد و در حال حاضر نیز در رویه قضایی و دعاوی که علیه پزشکان در دادگاه ها مطرح می شود، باید بر همین اساس رسیدگی و حل و فصل گردد، لیکن در عرف پزشکی - قضایی رایج کشورها، تعهد پزشک از نوع تعهد به وسیله است و پزشک در راستای درمان بیمار نسبت به حصول نتیجه بهبودی متعهد نشده است بلکه بر اوست که سعی لازم را در حدود متعارف به منظور معالجه بیمار اعمال نماید. سال ۱۹۵۲ سازمان انتقال خون ایران تاسیس گردید و شخصیت حقوقی و اداری خود را بنا نهاد و بدین ترتیب قوانین و مقررات در خصوص ممنوع ساختن عملیات تجاری در خصوص فرآوردههای خونی و خون، عدم سوءاستفاده از خون و اهداء ارادی و بدون ذکر نام و مشخصات را تصویب نمود.

در نهایت مبحث را دو فصل اراده می دهم .

فصل اول : مفاهیم و مبانی تحقیق

۱-۱) اساس و مبانی مسئولیت پزشک:

از نظر تاریخی قوانین ملل قدیم مسئولیت پزشک رامبتنی بر ضرری که پزشک بر دیگری وارد می کرد. می دانستند بنابراین سختگیری زیادی هم می کردند. ماده ۲۱۸ قانون حمورابی مقرر می داشت: "اگر پزشک بانیشتر (چاقوی جراحی) جراحی رادر کسی ایجاد نمایدو بدین وسیله سبب مرگ اوبشود یادراترشکاف باهمان چاقو(نیشتر) دست(مریض) ازکار بیفتد. هر دودستش قطع می شود." وهمچنین درمجموعه ژوستینین آمده است: "اگر مریض در اثر دارویی که برای بهبودی وشفای اوداده می شود آسیب ببیند. وفوت کند. پزشک دهنده دارو(نسخه نویس) اگر از طبقه اشراف باشد به جزیره ای تبعید می شود واگر از طبقه پست و حقیر جامعه باشد اعدام می گردد." در اروپانیز محاکم صلیبی وضعیت بهتری نسبت به حقوق روم نداشتند و در طول قرن دوازدهم وسیزدهم میلادی نسبت به مسئولیت پزشک باغلظت و شدت می نگرستند ومبنای آن را ضرر وارده می دانستند نه تقصیر.

در حقوق اسلام دراینکه آیا این مسئولیت قراردادی است یامسئولیت غیرقراردادی اختلاف نظر موجود است برخی از فقها به استناد قاعده فقهی : "ضمان الادمی بالجنايته لا بالعقد" معتقدند که : مسئولیت اجیر بااین قاعده تخصیص می خورد



ومحدود به اموال می گردد بنابراین ناخدا مسئول غرق شدن کشتی و صاحب حیوان مسئول افتادن از روی چهارپا نمی باشد مگر اینکه سبب غرق یاسقوط باشد ومدعی باید تقصیر اجیر (عمومی) رادر اضطرار به نفس وکمر از آن اثبات نماید. براساس این نظر پزشک مسئول زینهای وارده برنفس وکمر از آن نمی باشد مگر اینکه (مدعی) زیان دیده تقصیر او را اثبات کند.

اما چنانچه از نظر مشهور برمی آید. پزشک در قبال تعهد والتزامی که در برابر مریض یا ولی او به عهده می گیرد. مسئول واقع می شود و بدین سان قواعد ومقررات عمومی وکلی نیز ناظر بر این توافق وقرارداد بین پزشک ومریض یا ولی اوست اما این بحث بطور ووضوح میان فقها به عمل نیامده است که آیا تعهد پزشک در قراردادی که بامریض منعقد می کند. تعهد به نتیجه است یا تعهد به وسیله تنها از شیوه بیان واستدلال مشهور که اورادهرشرایطی مسئول وضمن می دانند. برمی آید که تعهد پزشک تعهد به نتیجه است لیکن از تحلیل واستدلال برخی از فقها برمی آید که تعهد پزشک تعهد به وسیله است نه تعهد به نتیجه زیرا اگر پزشک به وظیفه خویش که همانا بذل توجه ورعایت رفتار یک پزشک متعارف وحاذاق است. عمل نماید. دیگر مسئول نمی باشد زیرا قاعده این است که: "مالایمکن التحرز عنه لاضمان فیه" چیزی دوری جستن از آن غیر قابل احتساب است. مسئولیتی ندارد وپزشک نمی تواند تعهدی را که انجام آن از عهده اش خارج است به عهده بگیرد. به سخن دیگر: پزشک قدرت و توان آن را ندارد که در هر صورت نتیجه عقد یعنی بهبودی وشفای مریض را به عهده گیرد. بلکه او می تواند آن چیزی را که در توان واختیار دانش پزشکی روزاست وطبیعت بیماراقتضای آن رادارد به عهده بگیرد. یکی از فقهای حنفی بنام حلوانی در مورد دختر بچه ای که از بلندی سقوط کرد و سرش شکست چنین اظهار نظر کردند: در صورتی که پزشک معالج با اذن سروراشکافته ومتعارف عمل نموده باشد ضمن نمی باشد. برخی از حقوقدانان درباره اظهار نظر مذکور گفته اند: "تعهد پزشک برای بهبودی مریض طبیعت تعهد او را که تعهد به وسیله است تغییر نمی دهد زیرا سبب مسئولیت پزشک تعدی وتجاوز از رفتار یک پزشک متعارف است بنابراین: اولاً- عمل جراحی واقدام پزشک باید با اذن مریض یا ولی او انجام شود. ثانیاً - موافق رفتار متعارف پزشکان باشد (یک پزشک متعارف در همان شرایط حادثه). ثالثاً - اصول وظوابط پزشکی رعایت گردد وتجاوز جزئی ومختصر محسوب نمی شود بلکه تجاوز فاحش از اصول وظوابط پزشکی تقصیر به شمار می آید.

در نتیجه اساس ومبنای مسئولیت پزشک تقصیر است نه ضررهای ایجاد شده وبه همین دلیل است که در تبیین وتحقق مسئولیت وی مانند سایر مسئولیتهای مدنی وجود عنصر تقصیر طبی. ضرور رابطه سببیت بین تقصیر وضرر را لازم وضروری شمرده اند. باوجود این چنانچه گذشت مشهور فقهای امامیه پزشک رادرشرایطی ضامن می دانند وماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی براساس همین نظر مقرر می دارد: "هرگاه طبیبی گرچه حاذق ومتخصص باشد در معالجه هایی که شخصا انجام می دهد یا دستور آن را صادر می کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یانقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است." (دکتر سید مرتضی قاسم زاده)

۱-۲ شرایط تحقق مسئولیت در زمینه خون های آلوده و چگونگی جبران خسارت وارده :

در نظام حقوقی ایران، بین آلودگی خون با ویروس ایدز و هیپاتیت C و انتقال یا تزریق خون انجام شده، باید رابطه علیت وجود داشته باشد.

ایجاد این رابطه به سادگی امکان پذیر نیست خصوصاً که زمان دقیق آلوده شدن، عملاً غیر ممکن است. از طرفی تعدد مداخله کنندگان نیز مطرح است. برای مثال، تعدد اهداکنندگان خون، تعدد سازمان های دست اندر کار در خصوص انتقال یا تزریق خون و یا حتی تعدد راه های انتقال خون و مبتلا شدن به ویروس همگی از موارد پیچیده تر شدن این مسئله است.



۱-۳ شرایط رفع مسئولیت و منتفی شدن تقصیر :

الف- به حکم قانون و مقام صالح

ب- اعمالی که به موجب قانون انجام دادن آنها مجاز است

۱- اعمال حق تادیب

۲- عمل جراحی یاطبی

همان طور که اقدام ولی و سرپرست قانونی در مورد تهذیب و تربیت صغیر و مهجور تعدی و تجاوز محسوب نمی گردد اقدام پزشک نیز به شرط رعایت موازین و اصول و ظوابط پزشکی تحت شرایطی به منظور تامین سلامت جسمانی اشخاص تقصیر محسوب می شود.

بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی مقرر می دارد: "هر نوع عمل جراحی یاطبی مشروع که بارعایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود." البته به موجب مقررات فقه امامیه اگر پزشک بارضایت شخص یا... بر طبق موازین فنی و علمی و... عمل نموده باشد. از نظر کیفری مسئول نیست ولی ضامن خسارت می باشد و مسئولیت مدنی او بر طرف می گردد مگر اینکه مطابق ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی ".... قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد که در این صورت ضامن خسارت جانی. یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد. طبیب ضامن نمی باشد."

حکم ماده مذکور بانظر مشهور فقهای امامیه موافق است اما برخی از فقها در صورتی که پزشک بادرخواست و اجازه کسی به طبابت بپردازد. خواه برائت اخذ نموده باشد یا نه. اوراضامن نمی دانند. زیرا اصل. برائت ضمه پزشک است. این بزرگان علت مسوولیت پزشک ختنه کننده را هم افراط او دانسته اند زیرا نباید تا حد حشفه می برید و به سخن دیگر چون در این گونه موارد. اصول و ظوابط ختنه کردن رعایت نشده است. مسوولیت دارد. بر اساس این تحلیل به طور کلی پزشک هم بر اساس تقصیری که کرده است مسئول است.

۱-۴ اعمال قاعده ی اتلاف در خصوص انتقال خون آلوده

عنوان اتلاف در فقه، از عناوین مسؤولیت بدون تقصیر است؛ زیرا دلیل هم مورد اتلاف از روی تقصیر را شامل است و هم « اتلاف مال الغیر فهو له من » ضامن اتلاف بدون تقصیر و از روی جهل و غفلت را دربر می گیرد. در تحقق اتلاف آنچه مهم است، این است که بتوان انتساب فعل موجب ضرر را به شخص متلف ثابت کرد. غیر عمدی بودن اتلاف، مانع ایجاد مسؤولیت نیست. حتی علم و جهل متلف به عملی که انجام می دهد نیز شرط تحقق اتلاف نمی باشد.

قاعده اتلاف در ارتباط با مسائل مربوط به جسم و جان انسان ها همان اندازه کاربرد دارد که درباره ی اموال مورد استناد قرار گرفته است. می شود گفت تمام فقها در باب قصاص، دیات و خصوصاً ضامن طبیب مکرراً به این قاعده تمسک جسته اند. مشهور فقها از شیخ طوسی (شیخ طوسی به نقل از: مروارید، ۱۴۱۰ ه. ق. ص ۱۰۳)، ابن براج (ابن براج الطرابلسی، ۱۴۰۶ ه. ق. ص ۲۳۶)، ابن زهره (ابن زهره، به نقل از: مروارید، ۱۴۱۰ ه. ق. ص ۲۴۳)، قطب الدین کیدری (قطب الدین الکیدری، ۱۴۱۶ ه. ق. ص ۴۹۶)، محقق حلی (محقق حلی، به نقل از: شیخ محمد حسن نجفی، بی تا، ج ۴۳، ص ۴۴)، شهید ثانی (شهید ثانی، ۱۴۱۰ ه. ق. ص ۱۰۸) و علامه حلی (علامه حلی، ۱۴۱۳ ه. ق.)

گرفته تا ملا محسن فیض کاشانی (ملا محسن فیض کاشانی، ۱۴۰۱ ه. ق. ص ۱۱۶)، فاضل هندی (فاضل هندی، ۱۳۹۱ ه. ق. ص ۳۰۳)، سیدعلی طباطبایی (سیدعلی طباطبایی، ۱۴۰۴ ه. ق. ص ۵۳۳)، صاحب جواهر (شیخ محمد حسن نجفی، پیشین)، سید ابوالقاسم خویی (سید ابوالقاسم خویی، ۱۳۶۵ ش. ص ۲۴۹)، امام خمینی (امام خمینی، تحریر الوسیله، بی تا،



ص ۵۸۴)، مدنی کاشانی (مدنی کاشانی، ۱۴۰۶ ه. ق، ص ۵۰)، سیدعلی سیستانی (سیدعلی سیستانی، ۱۴۱۵ ه. ق، ص ۱۲۱) (آزاد قزوینی (آزاد قزوینی، ۱۴۱۶ ه. ق، ص ۲۶۳)، آل راضی (آل راضی، ۱۴۲۳ ه. ق، ص ۵۴۱) و حسینی شیرازی (حسینی شیرازی، ۱۴۰۹ ه. ق، ص ۵۷) در باب ضمان طبیب چنین فتوی داده اند که: اگر درحین انجام معالجات بر روی بیمار، وی فوت شود یا عضوی از وی تلف گردد یا به بیمار خسارت مالی وارد شود، طبیب مربوطه ضامن است، گرچه او مقصر نباشد، بلکه حاذق و متخصص نیز بوده و از مریض یا ولی او کسب اذن نیز کرده باشد. مگر این که پزشک از بیمار یا ولی او اخذ براءت کرده باشد و مدرک اصلی این فتوی را قاعده ی اتلاف ذکر نموده اند.

بنابراین جریان قاعده ی اتلاف در مورد بحث این نوشتار که بدن انسان هاست، امری مسلم است. پس اگر در اثر انتقال خون آلوده به فردی، وی فوت نماید، یادچار نقص عضو یا نقص منفعتی در یکی از اعضای بدن گردد، یا تا آخر عمر مجبور باشد با یک بیماری مزمن درگیر باشد، این موارد را می توان به روش فقها، اتلاف محسوب نمود و تحت حکم قاعده ی اتلاف آورد. اما اگر همراه با خون، میکروبی وارد بدن گردد که مدتی سلامت فرد را مختل نماید و بعد از آن فرد سلامت کامل خویش را بازیابد، این سؤال مطرح م میشود که آیا در این مورد نیز اتلافی صورت گرفته است یا خیر؟ برای پاسخ به این سؤال ابتدا باید مفهوم واژه ی تلف، در کتب لغت مورد بررسی قرار گیرد.

تلف به معنی تباهی، هلاکت، فساد، نابودی و هدر دادن چیزی است (مهیار، ۱۴۱۰ ه. ق، ص ۱۱؛ خلیل بن احمد فراهیدی، ج ۸، ص ۱۲۰؛ ابن منظور، ۱۴۰۸ ه. ق، ص ۱۸؛ فخرالدین طریحی، ۱۴۱۶ ه. ق، ص ۳۰). این معانی که از واژه ی تلف بیان شد مورد سؤال را دربر می گیرد؛ زیرا می توان ادعا کرد، در طول مدت بیماری فرد، سلامت وی فاسد و تباه گردیده است و برگشت مجدد سلامت به فرد، مخل این مدعا نیست اصل عدم نقل به چنین استعمال لغوی حجیت شرعی داده و حکایت از اراده شارع در استعمال لفظ اتلاف در چنین معنایی دارد. به علاوه اینکه عرف عقلاً نیز کاربرد این واژه را در این مورد دور از ذهن نمی داند. همان طور که، نه تنها برای از بین رفتن مالیت مال از واژه ی تلف استفاده می کنند، بلکه در زمانی که به طور موقت، منفعت مالی از بین می رود نیز از این کلمه استفاده کرده و مورد را از موارد اتلاف قلمداد می کنند.

در دیدگاه متشرعان نیز می توان صحت اطلاق لفظ اتلاف در این موارد را احراز تلف کننده مستقیم نمود. «برای نمونه میتوان به قول علامه در قواعد اشاره کرد (مباشر) ضامن است بدون هیچ اختلافی، چه تلف شده عین باشد مانند کشتن علامه: « حیوانی یا... یا منفعت باشد مانند زندگی در خانه و سوار شدن بر حیوان (حلی، ۱۴۱۳ ق، ج ۲، ص ۲۲۳) یعنی اگر فردی باعث شود که برای مدتی مالک نتواند در منزل خویش سکنی گزیند یا بر مرکب خویش سوار گردد، آن فرد ضامن است؛ زیرا باعث تلف آن منفعت در آن مدت خاص گردیده است. همان طور که گفته شد قاعده ی اتلاف در مورد تعدی بر جسم و جان افراد نیز مورد استناد قرار گرفته است؛ بنابراین میتوان گفت که اگر به طور موقت سلامت از جسم انسان برود، عامل آن، متلف محسوب می گردد.

با توجه به مباحثی که گذشت، در بحث تزریق خون آلوده، مباشر اتلاف در چند مورد مصداق پیدا می کند، از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد: کسی که در سازمان انتقال خون و مراکز بیمارستانی و درمانی وظیفه تزریق خون بر عهده وی نهاده شده است، بنابراین بدون واسطه میتواند عامل ورود آلودگی به خون بیمار گردد یا فردی که به طور قانونی در مراکز درمانی خاصی، اقدام به فعالیت هایی نظیر سقط جنین و جراحی های ساده مینماید؛ فردی که برای سازمان مذکور یا بیمارستان و مرکز بهداشت و درمانی خاصی کار نمی کند، اما به طور غیرقانونی دست به انجام اقدامات فوق می زند و به علت عدم رعایت نکات بهداشتی، فرد را آلوده به میکروب می کند؛ کسی که به علت عقده های درونی و به انگیزه هایی همانند انتقام مجویی، دست به آلوده کردن دیگران از طریق تزریق خون آلوده به آنها میزند.

اما فردی را که در سیستم انتقال خون می توان به عنوان مباشر اتلاف محسوب نمود، کسی است که مستقیماً با بیمار در ارتباط است، یعنی فردی که اصطلاحاً از بیمار رگ گیری می کند و به بیمار، خون تزریق می کند. همان طور که گفته شد زمانی که فرد، مباشر اتلاف باشد نیازی به اثبات تقصیر وی نیست؛ بنابراین در این مرحله اگر بدون کوتاهی یا حتی بدون



علم از ناحیه ی متصدی، میکروب از محیط، وارد خون طرف گردد مطابق قاعده ی اتلاف، مباشر ضامن تلقی میگردد و تصور و تصدیق این حالت نیز محال نیست یعنی در عالم واقع ممکن است چنین فرضی به واقعیت بپیوندد؛ زیرا میکروب هایی مانند: سل، سرخک و آبله مرغان وجود دارند که در هوای محیط پراکنده اند و ممکن است پس از باز شدن بسته استریل وسایل تزریق خون در جریان رگ گیری و آماده سازی وسایل برای تزریق بر روی سر این وسایل رسوب کرده و آلودگی ایجاد کنند و چون این نقاط از وسیله تماس مستقیم با خون بیمار یا خون تزریقی به او پیدا م یکنند آلودگی را به بیمار منتقل مینمایند و در این صورت میبایست متصدی را ضامن خسارت ناشی از اتلاف بدانیم.

البته در یک صورت میتوان مثال فوق را تسبیب محسوب نمود و این در صورتی است که نقشی که ویروس وارد شده به بدن بیمار ایفا می کند، مورد توجه قرار گیرد؛ یعنی ویروس، همان واسطه عرفی بین عمل مسبب و ورود خسارت تلقی گردد. توضیح اینکه، متصدی مستقیماً و بالمباشره اقدام به قتل کسی نمی کند یا به بدن او آسیب نمی رساند بلکه او تنها تعدادی میکروب کشنده و غیرکشنده را وارد بدن بیمار می کند و آن میکروب ها هستند که تکثیر می گردند و احیاناً اعضای از بدن را مورد تهاجم قرار داده، ایجاد نقص ایمنی میکنند و گاهی تحمل بیمار را در مقابل انواع میکروب های ساده نظیر سرماخوردگی پایین می آورند و سیر بیماری به حدی پیشرفت میکند که فرد را از پا درمی آورد یا در او مشکلی جدی ایجاد می کند. در هر صورت، ویروس، نقش مابشری را ایفا می کند که فقها و سبب اقوی همان متصدی است. بنابراین « مباشر کالآله » به آن می گویند:

مسئولیت نهایتاً بر دوش او نهاده می شود با این تفاوت که این بار از باب تسبیب، مسؤول است و باید تقصیر از ناحیه او اثبات گردد تا او را مسؤول بدانیم.

در هر صورت اگر این فرض را بپذیریم دیگر مورد مابشرتی برای انتقال خون آلوده به بیمار در سیستم انتقال خون متصور نیست و پذیرفتن این فرض برمی گردد به این که اظهارنظر در خصوص واسطه عرفی در تسبیب را به کدام عرف بسپاریم؟ عرف پزشکی یا عرف عمومی؟ درست است که از نظر عرف پزشکی سیر ورود و تکثیر ویروس و ایجاد بیماری خیلی مهم جلوه می کند، اما از نظر عرف عامه عقلاً، اینها اصلاً به چشم نم یآید و فعل را منتسب به متصدی می دانند و او را به عنوان مباشر اتلاف مسؤول خسارات وارده می دانند هر چند مرتکب کوچک ترین خطایی نشده باشد.

۱-۵-خون:

اجزای سلول خون شامل سه نوع سلول اولیه، لکوسیتها (گلبولهای سفید خون {wbcs})، اریتروسیت ها (گلبولهای قرمز خون، سلولهای قرمز) و ترومبوسیتها (پلاکت ها) می باشد. این بخش خون بصورت طبیعی حدود ۴۰-۴۵ درصد حجم خون را تشکیل می دهد. به علت کوتاهی نسبی عمر اکثر سلولهای خونی و نیاز بدن به بازسازی، لازم است این اجزاء سلولی بطور مستمر تولید شوند. این فرایند هماتوپوئز نام دارد. مغز استخوان عمده ترین محل برای هماتوپوئز است ولی در مرحله رشد جنینی و بعضی شرایط ممکن است کبد و طحال عهده دار این وظیفه شوند.

در شرایط طبیعی، مغز استخوان بالغ در حدود ۱۷۵ بیلیون گلبول قرمز، ۷۰ بیلیون نوتروفیل (شکل بالغ گلبول سفید) و ۱۷۵ بیلیون پلاکت در روز تولید می شود. در شرایطی که بدن به سلولهای خونی بیشتری نیاز پیدا کند، مثلاً عفونت (هنگامی که نیاز به گلبولهای سفید بیشتری برای مبارزه با عامل مهاجم وجود دارد)، یادر خونریزی (نیاز به RBC بیشتر) مغز استخوان براساس میزان نیاز اقدام به فعالیت بیشتر و تولید تعداد بیشتری سلول در جریان خون می کند. به این ترتیب در شرایط طبیعی، مغز استخوان به افزایش تقاضا پاسخ می دهد و به تعداد کافی سلول در جریان خون آزاد می نماید. حجم خون انسان حدود ۷ تا ۱۰ درصد وزن بدن را تشکیل داده، و در حدود ۵-۶ لیتر می باشد. خون توسط سیستم عروقی در تمام ارگانها جریان دارد. خون کار حمل اکسیژن جذب شده از ریه ها و غذای جذب شده از لوله گوارشی به تمام سلولهای بدن جهت متابولیسم سلولی را به عهده دارد. همچنین محصولات دفعی تولید شده در اثر متابولیسم بدن توسط خون



حمل می شود که از طریق ریه ها ، پوست، کبد و کلیه ها از بدن خارج می شود. از طرفی توسط خون هورمونها ، آنتی بادی ها و دیگر مواد به محل اصلی خود می رسد.

برای اینکه خون بتواند اعمال فیزیولوژیکی خود را انجام دهد باید به حالت مایع باشد و مایع بودن آن همیشه باخطر ازدست رفتن آن از سیستم عروقی در اثر ضربه و صدمه همراه است. درموارد بروز خونریزی ونشت خون از رگها مکانیسم انعقادی خون فعال می شود واز آنجا که بروز لخته های اضافی نیز می تواند بسیار خطرناک بوده و سبب انسداد جریان خون اعضای حیاتی گردد برای پیشگیری از این عارضه ،فعال شدن مکانیسم فیبرینولیتیکی لخته های موجود در عروق خونی را حل نماید. تعادل بین این دو سیستم یعنی تشکیل لخته و حل شدن لخته یا فیبرینولیز را اصطلاحا هموستاز می نامند.

۱-۶ خون و درمان با اجزای خون:

یک واحد خون کامل از ۴۵۰CC خون و ۵۰CC داروی ضد انعقاد تشکیل شده است. روی یک واحد خون کامل ،فرآیندهایی را می توان پیاده و برای تجویز توزیع کرد. اگر چه کار مناسب ،اقتصادی واصلی آن است که اجزای آن شامل گلبولهای قرمز ، پلاکتها، پلاسما ،(WBC که به ندرت مصف می شود)را جدا کرد. به دلیل برداشت پلاسما یک واحد PRBC بسیار غلیظ می باشد. هر یک از اجزا را باید طی مراحل تهیه و به طرق مختلف ذخیره نمود تا حداکثر طول عمر و حیات پذیری سلولها و فاکتورهای داخل آن حفظ شود. زیرا هر یک از اجزای خاص زمان خاصی برای زنده ماندن دارد. مثلا RBCها را باید در ۴ درجه سانتی گراد نگه داری کرد. با ذخیره سازی مناسب می توان آنها را تا ۴۲ روز سالم حفظ نمود . در مقابل پلاکتها را باید در هوای اتاق ذخیره کرد زیرا آنها قادر به استقامت در مقابل سرما نیستند و فقط می توانند تا ۵ روز قابل مصرف باشند و بعد از آن باید دور انداخته شوند. برای پیشگیری از چسبندگی پلاکتها باید در حین ذخیره سازی به آرامی تکان داده شوند. پلاسما را باید به سرعت منجمد کرد تا فاکتورهای انعقادی داخل آن فعال بمانند و در صورتی که به حالت انجماد نگه داری شوند تا به سال قابل استفاده هستند . از پلاسما می توان مشتقات خونی نظیر آلبومین ، ایمون گلوبولین، فاکتور VIII و IX تهیه کرد.

۱-۶-۱ تالاسمی:

یک گروه از بیماری های ارثی است که با اختلال سنتز زنجیره هموگلوبین همراه می باشد. تالاسمی باهیپوکروم (کاهش غیرطبیعی هموگلوبین در گلبول قرمز) میکروسیتوز شدید (گلبول قرمز کوچکتر از حد طبیعی)، تخریب عناصرخونی (همولیز) و درجات مختلف کم خونی همراه می باشد. این نوع کم خونی در کلیه مناطق دنیا دیده می شود ، ولی در ساکنان دریای مدیترانه ، آفریقا و تبار آسیای جنوب شرقی شیوع بیشتری دارد.

در تالاسمی تولید یک یا چند زنجیره گلوبین در مولکول هموگلوبین کاهش می یابد. لذا عدم تعادلی در شکل هموگلوبین پیش آمده و منجر به تغییر وضعیت در پیش سازه های رده اریترئوئید شده و سفتی گلبول قرمز وانهدام زود رس آنها را سبب می شود.

تالاسمی براساس نوع زنجیر گلوبین کاهش یافته به دو گروه تقسیم می شود: آلفا و بتا. تالاسمی آلفا در مردم آسیا و خاورمیانه و تالاسمی نوع بتا در مردم نواحی مدیترانه ، خاورمیانه و شرق دور شیوع بیشتری دارد. تالاسمی نوع آلفا ملایم تر از نوع بتا بوده و غالبا بدون علامت می باشد. گلبولهای قرمز به شدت میکروسیتیک هستند ولی کم خونی در صورت وجود ، از شدت کمی برخوردار است .

شدت تالاسمی نوع بتا براساس وسعت و درگیری زنجیره هموگلوبین متفاوت می باشد. بیماران مبتلا به شکل خفیف دچار میکروسیتوز و کم خونی خفیفی می باشند. تالاسمی شدید نوع بتا (تالاسمی ماژور یا آنمی کولی) می تواند در سالهای اول زندگی باعث مرگ شود. پیوند مغز استخوان BMT در درمان این بیماران تغییراتی را ایجاد کرده است. در صورت عدم امکان تزریق RBC ضرورت می یابد . در صورت تزریق مکرر خون ممکن است میزان بقا به ۲۰ تا ۳۰ سالگی برسد . آموزش به بیماران در طی سالهای باروری باید شامل مشاوره در مورد خطر انتقال تالاسمی ماژور باشد.



۱-۶-۲ هیپاتیت B:

هیپاتیت B یک بیماری ویروسی است که توسط ویروس هیپاتیت در کبد انسان ایجاد می شود. این بیماری می تواند بدون علامت باشد و یا باعلائمی بسیار شدید (هیپاتیت برق آسا) که همراه درگیری منتشر منتشر وحاد کبد است تظاهر نماید. این ویروس مسبب بیماریهای متعددی در کبد از جمله عفونت مزمن - سیروز کبدی - و سرطان کبد می باشد. طبق آخرین گزارشهای سازمان جهانی بهداشت حدود ۵٪ جمعیت دنیا یعنی تقریباً ۴۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان حامل ویروس هیپاتیت B هستند. سالانه حدود ۵۰ میلیون نفر به تعدادافراد آلوده به این ویروس در دنیا افزوده می شود. در ایران حدود ۲ میلیون نفر آلوده به این ویروس وجود دارد. در حقیقت شیوع ناقلین این هیپاتیت در جامعه ایرانی حدود ۳٪ است. که از ۱/۱٪ در استان فارس تا ۶٪ در استان سیستان و بلوچستان متغییر است. این بیماری پس از بیماری سل و مالاریا شایع ترین بیماری عفونی می باشد. سالانه حدود ۵۰۰ هزار تا یک میلیون نفر در سراسر دنیا به دلیل بیماریهای مختلف ناشی از ویروس هیپاتیت B می میرند. شیوع این بیماری در برخی از نقاط آسیا و آفریقا بسیار بالاست. شیوع ناقلین در برخی از نواحی چین به ۲۰٪ می رسد. خوشبختانه هیپاتیت B در ۹۰ تا ۹۵٪ موارد به طور خود به خود بهبودی پیدا می کند. در ۵ تا ۱۰٪ موارد عفونت مزمن می شود که در صورت بروز این حالت احتمال پیدایش سیروز و سرطان کبدی وجود دارد.

۱-۶-۳ تعریف ایدز:

وقتی تعداد سلولهای T CD4 به کمتر از ۲۰۰ عدد در هر mm خون برسد، بیمار، مبتلا به ایدز می گویند. در صورتی که سطح T CD4 به کمتر از ۱۰۰ عدد در هر mm برسد، سیستم ایمنی بطور مشخص مختل می گردد. در صورتی که بیمار دارای وضعیت بالینی گروه C باشد در زمره گروه C قرار می گیرد. این طبقه بندی در اخذ مجوز تسهیلات به بیماران (نظیر مزایای ناتوانی، خانه داری، و تهیه غذا) کمک می کند زیرا این برنامه ها اغلب در ارتباط با تشخیص ایدز است. گرچه در تقسیم بندی تجدیدنظر شده بر تعداد سلولهای T CD4 تاکید شده است، اما این تقسیم بندی، درصد سلولهای T CD4 را در نظر می گیرد (در صد سلولهای T CD4 از کل لنفوسیتها) در صد سلولهای T CD4 نسبت به تعداد مطلق سلولهای T CD4 در اندازه گیری های مکرر کمتر تغییر می کند و در ایدز در صد سلولهای T CD4 به کل لنفوسیتها به کمتر از ۱۴٪ می رسد. این درصد در قیاس با قدر مطلق سلولهای T CD4 در بیماری که علاوه بر عفونت ایدز، سیستم ایمنی برای رفع عفونت های دیگر به شدت فعال است، از اهمیت خاصی برخوردار است. عارضه عفونت پیشرفته ایدز کم خونی است که ممکن است به دلیل عفونت ایدز، بیماریهای فرصت طلب و داروها باشد.

۱-۶-۳-۱ عفونت HIV و ایدز:

از آغاز شناخت سندروم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) که بیش از ۲۰ سال می گذرد پیشرفتهای فراوانی در زمینه ارتقاء کیفیت ایدز صورت گرفته است. در اولین دهه، این پیشرفت باشناخت فرآیندهای بیماری فرصت طلب، درمان موثر عوارض بیماری و شروع پروفیلاکسی عفونت های فرصت طلب همگام بود. در دهه دوم، پیشرفتهایی در زمینه درمان های ضد ویروس به شدت فعال و درمان عفونت های فرصت طلب صورت گرفت. در دهه سوم، مباحث مربوط به درمان، تکامل داروهای نسل دوم در درمان عفونت ایدز و اصرار بر کشف واکسن متمرکز بود. نظر به اینکه آزمایشات تشخیصی سرولوژی EIA و ELISA از سال ۱۹۸۴ در دسترس بوده، امکان تشخیص زودرس عفونت قبل از شروع علائم بیماری میسر گشته و عفونت ایدز به عنوان یک بیماری مزمن در اغلب مراکز سرپایی تحت درمان قرار می گیرد.



فصل دوم: یافته های پژوهش

۲-۱ خون و درمان با اجزای خون:

یک واحد خون کامل از ۴۵۰CC خون و ۵۰CC داروی ضد انعقاد تشکیل شده است. روی یک واحد خون کامل، فرآیندهایی را می توان پیاده و برای تجویز توزیع کرد. اگر چه کار مناسب، اقتصادی و اصولی آن است که اجزای آن شامل گلبولهای قرمز، پلاکتها، پلاسما (WBC که به ندرت مصف می شود) را جدا کرد. به دلیل برداشت پلاسما یک واحد PRBC بسیار غلیظ می باشد. هر یک از اجزا را باید طی مراحل تهیه و به طرق مختلف ذخیره نمود تا حداکثر طول عمر و حیات پذیری سلولها و فاکتورهای داخل آن حفظ شود. زیرا هر یک از اجزای خاص زمان خاصی برای زنده ماندن دارد. مثلاً RBCها را باید در ۴ درجه سانتی گراد نگه داری کرد. با ذخیره سازی مناسب می توان آنها را تا ۴۲ روز سالم حفظ نمود. در مقابل پلاکتها را باید در هوای اتاق ذخیره کرد زیرا آنها قادر به استقامت در مقابل سرما نیستند و فقط می توانند تا ۵ روز قابل مصرف باشند و بعد از آن باید دور انداخته شوند. برای پیشگیری از چسبندگی پلاکتها باید در حین ذخیره سازی به آرامی تکان داده شوند. پلاسما را باید به سرعت منجمد کرد تا فاکتورهای انعقادی داخل آن فعال بمانند و در صورتی که به حالت انجماد نگه داری شوند تا به سال قابل استفاده هستند. از پلاسما می توان مشتقات خونی نظیر آلبومین، ایمون گلوبولین، فاکتور VIII و IX تهیه کرد.

۲-۲ شناسی بروز هیپاتیت B در چه افرادی بیشتر است ؟

این بیماری در افرادی که خون آلوده به ویروس به آنها تزریق می شود یا در معرض تماس با خون های آلوده قرار می گیرند (مثل اتفاقاتی که در آزمایشگاه برای پرسنل آزمایشگاه زمانی که روی خون آلوده به ویروس آزمایش انجام می دهند روی می دهد از قبیل پاشیده شدن خون یا سرم بیمار روی مخاط یا پوست زخمی آنها) و یا افرادی که تماس های جنسی با افراد آلوده دارند بیشتر دیده می شود. گروه هایی که بیشتر در معرض آلودگی با این ویروس هستند عبارتند از :

افراد هموفیل - بیماران مبتلا به تلاسمی - بیماران دیالیزی - اشخاصی که معتاد تزریقی هستند و از سرنگ آلوده مشترک استفاده می کنند - جراحان - دندانپزشکان - پرسنل آزمایشگاه - و کلیه پرسنلی که در واحد های بهداشتی درمانی فعالیت می کنند. در سیاهپوستان عفونت هیپاتیت B بیشتر از سفید پوستان و در مردان بیشتر از زنان مشاهده می شود. لذا سیروز و سرطان کبد در مردان شایع تر است. علت بروز این پدیده که چرا مردان بیشتر به طرف عفونت مزمن می روند هنوز کاملاً مشخص نیست.

۲-۳ انتقال HIV :

ایدز از طریق مایعاتی از بدن که حاوی لنفوسیتها ی CD یا HIV هستند، منتقل می شود. این مایعات عبارتند از خون ، مایع منی ، ترشحات واژن ، مایع آمنیوتیک و شیر. انتقال ایدز از مادر به جنین در رحم در دوران بارداری، حین زایمان و یا تغذیه با شیر مادر صورت می گیرد، اما بیشترین احتمال انتقال آلودگی در حین زایمان صورت می گیرد. التهاب و شکنندگی پوست و مخاط سبب افزایش احتمال تماس با ایدز می باشد. از آنجایی که ویروس های ایدز در درون لنفوسیتها، نوعی از گلبولهای سفید خون، مخفی می شوند، هرگونه تماسی با خون آلوده خطر آلودگی قابل توجهی دارد. افزایش مقدار ویروس و سلولهای آلوده در مایعات بدن نیز خطر آلودگی های جدید را به همراه دارد.

خون و فرآوردهای خون، می توانند ایدز را به فرد گیرنده منتقل کنند. با این حال ، خطر انتقال بیماری ناشی از انتقال خون و فرآوردهای خونی به علت استفاده از خون داوطلبین اهداکننده خون، آزمون های سرولوژیک ، حرارت دادن فرآوردهای فاکتورهای انعقادی تغلیظ شده و استفاده از روش های غیر فعال سازی موثر ویروس کاهش یافته است. انجام آزمون های غربالگری روی خون های اهدا شده آنتی بادی های بر ضد HIV1 و HIV2 را شناسایی می کند و آزمون آنتی ژن p24 نیز به این معیارها افزوده شده است. بعلاوه از سال ۱۹۹۹ آزمون تقویت اسید نوکلئیک نیز انجام می گیرد. خون های که در طی دوره window (پنجره) اهدا شده اند ، عفونت زا هستند ولی نتایج آزمون در مورد آنها منفی است. منظور از مرحله



پنجره ، فاصله زمانی بین شروع عفونت ایدز و مثبت شدن آزمون آنتی بادی برضد ایدز است. گرچه آنتی بادی ها معمولا در مدت ۳-۶ ماه شناخته می شوند، ولی دوره پنجره می تواند حتی تا یک سال بعد نیز تداوم یابد.

۲-۴ بیماریهای منتقله از طریق تزریق خون :

علیرغم پیشرفتهایی در غربالگری خون اهدایی برای بعضی بیماریها ، هنوز این بیماریها از طریق انتقال خون و فرآورده های آن منتقل می شوند .بیماریهای زیر نمونه هایی از بیماریهای ناشی از انتقال خون آلوده هست:

هپاتیت (هپاتیت ویروسی B و C): خطر بیشتر از محصولات خونی جمع آوری شده است و فروشندگان خون بیشتر از داوطلبین اهدایی، بیماری را منتقل می کنند. افرادی که دارای رفتارهای پر خطر هستند (افراد باشکای جنسی متعدد ، رابطه جنسی مقعدی ، مصرف کنندگان داروهای مخدر وریدی) و افرادی که علائم و نشانه هایی دارند که ممکن است مبتلا به ایدز باشند ، جهت اهدای خون پذیرفته نمی شوند.

سیتو مگالوویروس : خطر انتقال در نوزادان نارس بامادران آنتی بادی منفی و برای دریافت کنندگان ناسازگاری ایمنی مثل بیماری که لوسمی حاد دارند ، دریافت کنندگان اعضا یا بافت ، بیشتر است.

بیماری جنون گاوی: بیماری کشنده ونادری است که باعث تخریب غیرقابل بازگشت مغز می شود. مدارکی دال بر وجود انتقال بیماری از طریق تزریق خون گزارش نشده است ، ولی هموفیلی ها و دیگران معتقدند که انتقال امکانپذیر می باشد.

۲-۵ عوارض ناشی از تزریق خون به مدت طولانی :

عوارضی که ذکر گردید مربوط به بیماری است که در یک زمانی یک واحد خون دریافت می کند . بیماری که به مدت طولانی تحت انتقال خون قرار می گیرند (مثل آنهایی که دچار MDS، تالاسمی، آنمی سیکل سل هستند) در خطر بیشتری برای انتقال عفونت و حساسیت بیشتر به آنتی ژنهای اهداءکننده می شوند . مثل عفونت هپاتیت B و C که ممکن است بر علیه هپاتیت B ایمن شود.

۲-۶ جایگزین های دارویی برای انتقال خون :

داروهایی که تولید یک یا انواع گروهای خونی را توسط مغز استخوان تحریک می کند غالبا مصرف می شوند. .. محققان به دنبال بررسی ماده ای قابل اجراء و مطمئن بوده که بتوان آنرا به جای تزریق خون بکار برد . جانشینهای خونی که قبلا تهیه می شود موفقیت آمیز نبوده است. اگرچه جانشین های جدید خون فقط بر آزادسازی اکسیژن متمرکز شده اند (مثل جانشینهای RBC). جانشین های جدید خون در آزمایشهای تجربی از نظر مزایا و مضرات آن با گلبولهای قرمز انسانی مورد مقایسه قرار گرفته اند . این محصولات ابتدا می توانند بدون مشکل وابسته به ایمنی استریل عرضه شوند . آنها بدون نیاز به استفاده از یخچال مدت بقای ۱۲ برابر بقای گلبول های قرمز رادارند و به کراس ماچ نیز احتیاجی ندارند . مهمترین عیب آنها نیمه عمر کوتاه هشان است، حدود ۱ روز در مقابل مدت زمان طبیعی طول زندگی اریتروسیت ها که ۱۲۰ روز است . بنابراین مفید بودن این محصولات بنا به موقعیت ممکن است محدود شود، مثلا در جاهایی که نیاز به درمان کوتاه مدت وجود دارد (مثل جراحی و یا تروما) . آنها نیاز به استفاده از یخچال ندارند.

۲-۷ مسؤلیت پزشک بر مبنای تعهد به نتیجه

با افزایش حوادث پزشکی در نتیجه پیشرفت فناوری و ابداع روش های درمانی پیچیده، موضوع پذیرش تعهد به نتیجه برای پزشک مطرح و موارد خاص مسؤلیت نوعی پزشک، نسبت به زیان هایی که در جریان معالجه به بیمار وارد می شود، پذیرفته شد. بدین معنا که در موارد خاص، پزشک معالج متعهد است در جریان معالجه و انجام عمل پزشکی، ایمنی بیمار را حفظ کند و اگر بیماری او را درمان نمی کند زیان جدید به او وارد نکند. در این موارد، هرگاه در اثر معالجه زیانی به بیمار وارد شود پزشک مسؤول است اگر چه مرتکب تقصیری نشده باشد.

به گفته شیخ مفید، شیخ طوسی، ابن براج، سلار، ابن زهره طبرسی، کیدری، نجم الدین و علامه طباطبایی



(طباطبایی، ۱۹۵۹ ه.، ص ۰۳۳) به دلیل مستند بودن ضمان به فعل او و حرمت هدر رفتن خون مسلمانان و اجماع منقولی که در مورد ضمان آور بودن فعل شبیه به عمد وجود دارد پزشک ضامن است (محقق اردبیلی، ۱۹۱۲) تعهد پزشک در برابر بیمار دو جنبه دارد: از یک سو او متعهد است بیمار را معالجه و درمان کند. از سوی دیگر باید تلاش کند در جریان معالجه زبانی جدید به وی وارد نشود. در نظام سنتی مسؤولیت مدنی فرانسه، تعهد پزشک در هر دو زمینه از نوع تعهد به وسیله و مسؤولیت او مبتنی بر تقصیر بود. با افزایش حوادث پزشکی در نتیجه پیشرفت فناوری و ابداع روش های درمانی پیچیده، در حقوق این کشور موضوع پذیرش نوعی تعهد ایمنی از نوع تعهد به نتیجه نسبت به زیان هایی که در جریان معالجه به بیمار وارد می شد، پذیرفته شد.

بدین معنا که در موارد خاص، پزشک معالج متعهد است در جریان معالجه و انجام عمل پزشکی ایمنی بیمار را حفظ کند و اگر بیماری او را درمان نمیکند، زیان جدید به او وارد نکند. مسؤولیت نوعی پزشک جنبه استثنایی دارد و در موارد خاص اجرا می شود این موارد عبارتند از: مسؤولیت ناشی از نقص وسایل

پزشکی و تولیدات بهداشتی، مسؤولیت ناشی از انتقال خون آلوده، مسؤولیت ناشی از آلودگی بیمارستانی، زیان های ناشی از واکسیناسیون اجباری و آزمایش و - تحقیقات زیست پزشکی روی بدن انسان (کاظمی، ۱۳۳۵ ش.، صص ۱۰۹-۱۰) در نظام حقوقی ایران به تبع قول مشهور فقهای امامیه، تعهد پزشک علی الاصول تعهد به نتیجه است هرچند که اقلیت فقها و به ویژه فقهای متأخر و حتی اکثر حقوق دانان معاصر ماهیت تعهد پزشک را تعهد به وسیله می دانند و آن را با واقعیت های جامعه و تحقق عدالت در رابطه بین پزشک و بیمار و نصفت - قضایی بیش تر قابل انطباق می دانند (صالحی؛ فلاح؛ عباسی، ۱۳۳۳ ش.، صص ۱۹، ۲۲)

۲-۸ مسؤولیت پزشک بر اساس تعهد به وسیله :

بر اساس این دیدگاه، پزشک تنها تعهد می کند که تمام تلاش علمی و عملی خود را جهت بهبود بیمار به کار بندد و هیچ تضمینی در کار نیست. بنابراین، اگر بهبود کامل حاصل نشد و پزشک مرتکب تقصیری نشده باشد مسؤولیتی ندارد. برخی صاحب نظران معتقدند مسؤول شمردن طبیب موجب سد باب طبابت و امتناع پزشکان از درمان خواهد شد. طبیب در فعل خویش محسن است و با اقدامات درمانی خود درباره بیمار، احسان و نیکی می کند و نیکوکار را نمی توان مسؤول شمرد (حلی، ۱۹۱۱ ه.، ص ۲۷۳) اما به نظر می رسد از آن جا که به طور معمول خدمات پزشکی از روی احسان نیست بلکه در برابر دستمزد انجام می شود نمی توان اقدامات پزشکی را بر اساس قاعده احسان توجیه نمود.

برخی از فقیهان معتقدند در فرضی که پزشک به طور مستقیم در معالجه بیمار دخالت دارد، مسؤول زیان وارده بر بیمار است هرچند مرتکب تقصیر نشده باشد مگر این که قبلاً برائت اخذ نموده باشد. اما در فرضی که پزشک به طور غیرمستقیم و از طریق توصیه یا تجویز دارو، بیمار را معالجه می کند مسؤول خسارت وارده بر او نیست، مگر مرتکب تقصیر شده باشد. ملاحظه می شود این نظر در پرونده مورد بحث نیز قابل استفاده جهت رفع مسؤولیت مدنی پزشکان تجویز کننده خون خواهد بود. بدین ترتیب نمی توان پزشکی که به درستی نیازتزیق خون به بیماران را تشخیص داده اند، مسؤول جبران خسارت وارده به بیماران در اثر انتقال خون دانست.

اگر پزشک به وظیفه خود طبق اصول عمل کند دیگر مسؤول نیست. زیرا قاعده این است که «مَا لَأَيِّمٍ كُنَّ أَلْتَحَ رَزَّ عَن هَ لَأَ ضَمَانَ فَيَه» لذا پزشک نمی تواند کاری را که قادر به آن نیست برعهده بگیرد. این حرف شاید خلاف نظر مشهور فقها (جفی، بی تا، ص ۹۹) و مطرح در ماده ۳۱۳ ق.م.ا قدیم باشد ولی به نظر منطقی است (رحمانی، ۱۳۳۵ ش.، ص ۴۱)

۲-۹ حقوق بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت در برابر دولت

حق بر سلامت از حقوقی است که در مورد مبتلایان به این بیماری اهمیت دو چندان دارد. حق برخورداری از خدمات پزشکی بهداشتی بدون محدودیت و ممنوعیت، از جمله حقوق به رسمیت شناخته شده برای این بیماران است. با اعمال قواعد حقوق بین الملل بر مساله ایدز / اچ آی وی، دولتها عموماً در قبال رفتارشان با این بیماران مسؤول هستند.



دولتها در سه سطح مسئولیت دارند:

۱- دولتها باید به این حقوق احترام بگذارند، به معنای اینکه دولتها نباید مستقیماً این حقوق را نقض کنند، مثلاً اگر فرد مبتلا به ایدز به دلیل بیماریاش از خدمات بهداشتی و پزشکی مانند سایر بیماران محروم شود، حق بر سلامت نقض میشود.

۲- دولتها باید از این حقوق محافظت کنند، حفاظت از این حقوق به معنای این است که دولت باید از نقض حقوق افراد بوسیله دیگران جلوگیری کند.

مقنن در تبصره ۴ ماده ۱۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی در تعریف فرآورده های بیولوژیک اشعار میدارد: فرآورده های بیولوژیک به موادی اطلاق می شود که دارای منشاء انسانی یا حیوانی بوده که برای تشخیص و پیشگیری یا درمان بیماری ها به کار می رود. تعیین نوع فرآورده های مذکور برعهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۳- دولتها باید این حقوق را اعمال کنند: اعمال این حقوق به معنای این است که دولتها باید تمام ظرفیت های مناسب قانونی، اداری، مالی، قضایی و دیگر اهرمها را برای اجرای این حقوق در جامعه به کارگیرند. دولتها مسئول پیشبرد و حفاظت بهداشت عمومی و حقوقی بشرنند.

۲-۱۰ مسئولیت و وظایف سازمان انتقال خون

سازمان انتقال خون ایران با تصویب ماده واحده قانون تشکیل سازمان انتقال خون مصوب مجلس شورای اسلامی، رأساً مسئولیت جمع آوری خون، تولید فرآورده های خونی، توزیع و کنترل کیفی فرآورده ها را بر عهده دارد. این سازمان در سال ۱۳۳۵ شروع به کار کرد و از همان سال، دریافت خون از اهداء کنندگان و تحویل آن به دریافت کنندگان را وجهه همت خود قرار داد.

حسب اساسنامه، سازمان انتقال خون، سازمانی است مستقل، دارای قانون، امکانات، بودجه و وظایف خاص و در زمینه خون و تولید فرآورده های خونی تنها سازمان موظف و مسئول در ایران میباشد که اجازه دارد با تجویز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به تولید فرآورده های خونی نماید.

بر اساس ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ماده ۷ و ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۵، تبصره آن و به خصوص بندهای ۲ هم چنین مواد ۱ و ۲ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۲۹/۳/۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن و تبصره ماده یک قانون مذکور و هم چنین قانون اصلاح ماده ۳ و ۴ قانون مربوط به مقررات پزشکی و دارویی و تبصره ۱ ماده ۳ آن و هم چنین ماده ۱۳ و تبصره ۴ قانون مزبور در مسئولیت قانونی وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون در رابطه با سلامت فرآورده های خونی تردیدی وجود ندارد.

صراحت قانون در این رابطه و پیش بینی مجازات در ماده ۳ اصلاحی قانون مواد خوردنی و آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی بر مسئولیت های مطروحه در رابطه با این مواد تأکید نموده است.

باتوجه به اساسنامه سازمان انتقال خون که مصوب مجلس شورای اسلامی می باشد سازمان انتقال خون مسئول سلامت خون و فرآورده های خونی که از یک واحد خون تهیه میگردد میباشد.

- منابع داخل متن:

مقاله منبع	فارسی	انگلیسی
یک نویسنده	(: دکترسید مرتضی قاسم زاده)	
دو نویسنده	(دکتر محمود. عباسی، دکتر لادن عباسیان)	
بیشتر از دو نویسنده		



نتیجه گیری :

حجم خون انسان حدود ۷ تا ۱۰ درصد وزن بدن را تشکیل داده، و در حدود ۵-۶ لیتر می باشد. خون توسط سیستم عروقی در تمام ارگانها جریان دارد. خون کار حمل اکسیژن جذب شده از ریه ها و غذای جذب شده از لوله گوارشی به تمام سلولهای بدن جهت متابولیسم سلولی را به عهده دارد. همچنین محصولات دفعی تولید شده در اثر متابولیسم بدن توسط خون حمل می شود که از طریق ریه ها، پوست، کبد و کلیه ها از بدن خارج می شود. از طرفی توسط خون هورمونها، آنتی بادی ها و دیگر مواد به محل اصلی خود می رسد.

برای اینکه خون بتواند اعمال فیزیولوژیکی خود را انجام دهد باید به حالت مایع باشد و مایع بودن آن همیشه باخطر ازدست رفتن آن از سیستم عروقی در اثر ضربه و صدمه همراه است. در موارد بروز خونریزی و نشت خون از رگها مکانیسم انعقادی خون فعال می شود و از آنجا که اگر خونی آلوده یا بصورتی غیرمایع وارد بدن شود مارا بر این می دارد که موضوع مسئولیت پزشک یا سازمانهایی همچون انتقال خون یا مسئول دانستن بیمارستان را مطرح می کند. در اینجا طبق قاعده اتلاف فردی را که در سیستم انتقال خون می توان به عنوان مباشر اتلاف محسوب نمود، کسی است که مستقیماً با بیمار در ارتباط است، یعنی فردی که اصطلاحاً از بیمار رگ گیری می کند و به بیمار، خون تزریق می کند. همان طور که گفته شد زمانی که فرد، مباشر اتلاف باشد نیازی به اثبات تقصیر وی نیست؛ بنابراین در این مرحله اگر بدون کوتاهی یا حتی بدون علم از ناحیه ی متصدی، میکروپ از محیط، وارد خون طرف گردد مطابق قاعده ی اتلاف، مباشر ضامن تلقی میگردد و تصور و تصدیق این حالت نیز محال نیست یعنی در عالم واقع ممکن است چنین فرضی به واقعیت بپیوندد؛ زیرا میکروپ هایی مانند: سل، سرخک و آبله مرغان وجود دارند که در هوای محیط پراکنده اند و ممکن است پس از باز شدن بسته استریل وسایل تزریق خون در جریان رگ گیری و آماده سازی وسایل برای تزریق بر روی سر این وسایل رسوب کرده و آلودگی ایجاد کنند و چون این نقاط از وسیله تماس مستقیم با خون بیمار یا خون تزریقی به او پیدا م یکنند آلودگی را به بیمار منتقل مینمایند و در این صورت میبایست متصدی را ضامن خسارت ناشی از اتلاف بدانیم.

موضوع پذیرش تعهد به نتیجه برای پزشک، نسبت به زیان هایی که در جریان معالجه به بیمار وارد می شود، مسئولیت نوعی به همراه دارد. بدین معنا که در موارد خاص، پزشک معالج متعهد است در جریان معالجه و انجام عمل پزشکی، ایمنی بیمار را حفظ کند و اگر بیماری او را درمان نمی کند زیان جدید به او وارد نکند. در این موارد، هرگاه در اثر معالجه زیانی به بیمار وارد شود پزشک مسؤول است اگر چه مرتکب تقصیری نشده باشد.

طبق مسئولیت پزشک براساس تعهد به وسیله، پزشک تنها تعهد می کند که تمام تلاش علمی و عملی خود را جهت بهبود بیمار به کار بندد و هیچ تضمینی در کار نیست. بنابراین، اگر بهبود کامل حاصل نشد و پزشک مرتکب تقصیری نشده باشد مسؤولیتی ندارد. هرچند بعضی از فقها آن را از باب احسان میدانند و می گویند مسئول نیس ولی اگر بخواهیم طبق قاعده احسان عمل کنیم پس پزشک هم نبایستی دستمزد بگیرد که این اصولاً عملی نیست.

بطور کلی در نظام حقوقی ایران به تبع قول مشهور فقهای امامیه، تعهد پزشک علی الاصول تعهد به نتیجه است هرچند که اقلیت فقها و به ویژه فقهای متأخر و حتی اکثر حقوق دانان معاصر ماهیت تعهد پزشک را تعهد به وسیله می دانند و آن را با واقعیت های جامعه و تحقق عدالت در رابطه بین پزشک و بیمار بیش تر قابل انطباق می دانند.

پیشنهادهات

باتوجه به بیماریهایی که از طریق خون به فرد وارد می شود و تصادفات روز افزون رانندگی و نیاز بشر به خون سالم جهت ادامه حیات دقت بیشتری نسبت به انتقال خون به بیماران را برمی انگیزد. به این نحو که خون از کجا به دست می آید، مارا کنجکاو می کند که به این مسائل بیش از پیش بپردازیم، و تحقیقاتی را در این زمینهها انجام دهیم.

مثلاً نقش دولت در این میان چیست؟

یا آیا می توان علاوه بر پزشک سازمان انتقال خون را هم مسئول همچنین جنایتهای هولناکی دانست؟



یا اینکه فردی که قبلا دچار حادثه ای شده و اکنون بهبودی یافته، خون اهدا کند و بر اثر این خون شخص گیرنده دچار بیماری گردد آیا می توان مسئول قلمداد کرد؟

منابع:

کتب:

مسئولیت مدنی (الزامات خارج از قرارداد) تالیف دکتر سید حسین صفایی، دکتر حبیب الله رحیمی

برونر و سودارث، قلب و عروق و خون - ترجمه: ژاله محمد علیها، صدیقه عاصمی، حلیمه امینی

ویرایش: صدیقه سالمی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

تشخیص، پیشگیری و درمان هپاتیت ویروس نوع بی. دکتر سید موید علویان. دانشیار دانشکده علوم پزشکی بقیه... (ع)

آنچه باید درباره هپاتیت بدانیم. دکتر بتول شریفی مود

برونر و سودارث - ایدز، آلرژی، رو ماتولوژی - ترجمه: فروزان آتش زاده شوریده. ویرایش: دکتر مهوش بازارگادی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقالات:

دکتر محمود کاظمی، «مسئولیت ناشی از انتقال خون آلوده»، فصلنامه پزشکی، دوره ۳۷، شماره سه، پاییز ۱۳۸۶

محمود عباسی، ایوب شکر امر جی، سمیرا محمدی، «مطالعه تطبیقی مسئولیت ناشی از خون های آلوده در نظام حقوقی

ایران و فرانسه»، فصلنامه پزشکی، سال چهارم، شماره هشت، بهار ۱۳۸۸

نسرین کریمی، «مسئولیت مدنی بدون تقصیر ناشی از انتقال خون آلوده»، فصلنامه پزشکی، سال چهارم، شماره چهاردهم

، پاییز ۱۳۸۹

Surf and download all data from SID.ir: www.SID.ir

Translate via STRS.ir: www.STRS.ir

Follow our scientific posts via our Blog: www.sid.ir/blog

Use our educational service (Courses, Workshops, Videos and etc.) via Workshop: www.sid.ir/workshop